

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Kristýna Králíčková

**KVALITA ŽIVOTA ŽEN SE STRESOVOU INKONTINENCÍ
PŘED A PO OPERAČNÍM VÝKONU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

OLOMOUC 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. listopadu 2022

.....

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, pomoc a veškerý čas který mi věnovala při svých konzultacích. Děkuji za ochotu i porozumění.

Mé poděkování patří rovněž rodině a blízkým za podporu během celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Kvalita života a stresová močová inkontinence

Název práce: Kvalita života žen se stresovou inkontinencí před a po operačním výkonu

Název práce v AJ: Quality of life of women with stress urinary incontinence before and after transobturator tape surgery

Datum zadání: 2019.11.30

Datum odevzdání: 2022.11.30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Kristýna Králíčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Petra Pičmanová

Abstrakt v ČJ: Předložená diplomová práce se zabývá problematikou stresové močové inkontinence a kvalitou života žen před a po operaci pro stresovou močovou inkontinenci. Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku močové inkontinence, překládá aktuální poznatky o rizikových faktorech, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech, specifikuje péči o inkontinentní ženu. Definiuje kvalitu života a možnosti jejího hodnocení.

Ve výzkumné části jsou prezentována data získaná ze standardizovaného dotazníku vytvořeného k hodnocení kvality života žen se stresovou močovou inkontinencí. Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je kvalita života žen před implantací transobturatorní pásky a kvalita života žen po implantaci transobturatorní pásky u stejného souboru respondentek.

Výzkumem bylo zjištěno, že před operací byla kvalita života žen výrazně snížena ve všech oblastech. Inkontinence moči způsobovala ženám řadu psychických, sociálních i tělesných problémů. Po operaci, jak vyplynulo z dotazníku I-QoL, byla kvalita a komfort života významně zlepšeny.

Abstrakt v AJ: The thesis deals with the problem of stress induced urine incontinence and life quality of women before and after surgical treatment. The theoretical part is focused on the characteristics of urine incontinence, it shows the latest information on risk factors examination methods and treatment options, it shows the care specifics for a woman with urine incontinence. It defines life quality and ways of measuring it.

The research part shows data gained from a standardised questionnaire created to measure life quality in women with stress induced urine incontinence. The main goal was to discover differences between life quality before and after implantation of transobturator tape.

The research shows much lower life quality in all aspects before the surgical treatment. Urine incontinence caused women a variety of mental, social and physical issues. Life quality has greatly improved after the surgery as the I-QoL questionnaires shows.

Klíčová slova v ČJ: stresová močová inkontinence, kvalita života, TOT, I-QoL

Klíčová slova v AJ: stress urinary incontinence, quality of life, TOT, I-QoL

Rozsah: 103/3

Obsah

1	Stresová inkontinence.....	11
1.1	Patofyziologie.....	11
1.2	Epidemiologie	12
1.3	Rizikové faktory	12
1.3.1	Hlavní predisponující faktory:	12
1.3.2	Lokálně se uplatňující rizikové faktory.....	13
1.3.3	Přidružené-situačně se uplatňující rizikové faktory	13
1.4	Diagnostika.....	14
1.4.1	Základní vyšetření – iniciální diagnostika	15
1.4.2	Specializovaná diagnostika	16
1.5	Léčba	18
1.5.1	Konzervativní léčba.....	19
1.5.2	Medikamentózní léčba	21
1.5.3	Hodnocení konzervativní léčby.....	22
1.5.4	Operační léčba.....	23
1.5.5	Moderní páskové operace.....	23
1.5.6	Hodnocení operační léčby	26
1.6	Primární péče o inkontinentní ženu.....	27
1.7	Předoperační příprava inkontinentní ženy.....	27
1.8	Intraoperační fáze	28
1.9	Pooperační péče o inkontinentní klientku	29
1.9.1	Pooperační analgezie.....	29
1.9.2	Monitorace kardiovaskulárního systému	29
1.9.3	Monitorace dechové frekvence	30
1.9.4	Monitorace tělesné teploty	30
1.9.5	Monitorace nervového systému	30

1.9.6	Saturace hemoglobinu kyslíkem	30
1.9.7	Monitorace krvácení.....	31
1.9.8	Monitorace komplikací k výkonu přidružených	31
1.9.9	Pooperační péče na gynekologickém oddělení	31
2	Kvalita života.....	33
2.1	Rozsah pojetí kvality života	33
2.2	Nástroje měření kvality života.....	34
2.3	Generické nástroje měření kvality.....	34
2.4	Specifické nástroje měření kvality	35
2.5	Kvalita života žen se stresovou inkontinencí	35
3	Formulace problému.....	38
3.1	Výzkumné cíle.....	38
3.2	Výzkumné otázky	38
3.3	Výzkumné hypotézy	39
4	Metodika.....	40
5	Realizace výzkumu.....	41
5.1	Charakteristika souboru.....	41
5.2	Metoda sběru dat	41
5.3	Zpracování dat	42
5.4	Etické aspekty.....	43
5.5	Výsledky.....	43
5.5.1	Popisná statistika	43
5.5.2	Analýza výsledných hypotéz.....	76
6	Diskuze	84

Úvod

Ženská močová inkontinence, nepříjemný, ale léčitelný problém, jehož incidence s věkem stoupá. Je považována za jeden z nejčastějších projevů onemocnění v urogynekologické praxi. S močovou inkontinencí se v průběhu života potýká 30-50 % žen, představuje tedy rozšířený a významný celosvětový problém. Epidemiologický výzkum je však komplikován tabuizací tohoto tématu. Ve snaze proniknout do této problematiky vznikla společnost ICS (International Continence Society – Mezinárodní společnost pro kontinenci), která říká, že inkontinenci nelze klasifikovat jako chorobu, ale symptom různých patologických stavů močového systému. Močovou inkontinenci lze definovat jako jakýkoliv vůlí neovladatelný únik, malého či většího množství moči. (Horčíčka, 2017, s.16; Roztočil et al., 2015, s.286)

Nejedná se o život ohrožující stav, ale následky úniku moči se promítají do všech oblastí osobního i společenského života, jsou pro ženu sociálním, hygienickým, psychickým a fyzickým problémem a představují jeden z nejvíce ponižujících stavů. Významně se podílí na snížení kvality života, která je dle WHO (World health organisation) definována jako stav fyzického, psychického a sociálního zdraví jedince. Je nutné se o motivu kvality zmínit hned na úvod, vzhledem k tomu, že i takto banální problém jako je inkontinence, ji zásadně ovlivňuje a představuje pro ženu nesnesitelná omezení a zhoršení celkové kvality života.

Hodnocením kvality života se řídí i celá současná medicína, která má za cíl její zlepšování, a proto řešení mnohých zdravotních problémů je v dnešní době miniinvazivní, estetické a šetrné, aby pacienta co nejméně zasáhlo. (Chmel, 2010, s.5; Horčíčka, 2017, s.16) Míra subjektivních obtíží a jejich dopad na kvalitu života, ve vztahu k inkontinenci, je hodnocen pomocí specifických dotazníků. (Zachoval, 2006, s.286)

Přesto, že je inkontinence běžná součást procesu stárnutí a patří mezi normální ženské záležitosti, ženy se za ni stydí, a proto poradu s odborníkem odkládají, v důsledku toho nemají dostatek informací o možnostech léčby, řeší problémy samy, čímž se tato léčba stává mnohem nákladnější. V roce 2002 vznikl v ČR program Inco Forum, který se inkontinencí moči intenzivně zabývá. Usiluje o zlepšení postavení lidí s inkontinencí, poskytuje pomoc při hledání odborníků, uděluje rady, nabízí přehled inkontinentních pomůcek a aktuální přehled pořádaných akcí. Poskytuje odborná stanoviska k osvětové kampani a aktivně spolupracuje s médii v edukativního programu. Prioritou Inco Fora je poskytnutí podpory lidem s inkontinencí ke zvýšení kvality jejich života. Aktivita tohoto sdružení je možné najít na webových stránkách. (Kučera, Svěráková, 2008, s. 4) Statisticky močovou inkontinencí v České republice trpí zhruba 510 000 žen, ale pouze 20-25 % vyhledá odbornou pomoc. Vyhledání odborníka trvá průměrně

5-6 let od počátku prvních příznaků inkontinence. (Špaček et al. 2018, s.344; Horčíčka, 2017, s.16) Klasifikace močové inkontinence v minulosti podléhala mnohým změnám a ani v současnosti není jednotná, nicméně od roku 2010 ICS klasifikovala 9 typů ženské močové inkontinence dle příznaků dolního močového traktu LUTS (Lower Urinary Tract symptoms). (Martan, 2015, s.235) Patří sem inkontinence stresová, urgentní, smíšená, posturální, trvalá, inkontinence z přetékání (paradoxní), noční inkontinence, bezpocitová a koitální. Nejčastějším typem, který postihuje 40-63 % inkontinentních žen, je stresová inkontinence, která se projevuje pasivním únikem moči jako následek nedostatečného uzavíracího tlaku detrusoru (uzavírací mechanismus močové trubice), který je převýšen nitrobršním tlakem. (Ryšánková, 2016, s.72-74)

K výběru tohoto tématu byla autorka inspirována na oddělení gynekologie, kde počet pacientek s diagnózou stresové inkontinence každým rokem vzrůstá a je záležitostí žen od dospělosti až do menopauzy. Nabízí se tedy několik zajímavých otázek, zda ovlivňuje věk, BMI, parita, vzdělání či další proměnné kvalitu života při stresové močové inkontinenci? Jaký je rozdíl v kvalitě života před a po implantaci transobturatorní pásky? Jaký vztah mají ženy k posilování pánevního dna před a po operaci? Jak dlouho klientce může trvat rozhodnutí navštívit odborníka?

Cílem diplomové práce je především analyzovat kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po operačním výkonu. Zjistit, zda stresová močová inkontinence ovlivňuje ženy v běžném životě, jaké oblasti života nejvíce zasahuje a jaké proměnné jsou důležitým faktorem pro vznik inkontinence. Práce je zaměřena na sledování rozdílů mezi skupinou žen před operací a po operaci zejména v doméně psychosociální, sociální a fyzické. Základní cíle byly stanoveny na základě studia dokumentací pacientek a studií, které byly vyhledány s pomocí databází,

Popis rešeršní strategie

Rešeršní činnost byla prováděna podle následujícího algoritmu.



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- **klíčová slova v ČJ:** stresová močová inkontinence, kvalita života, TOT, I-Qol
- **klíčová slova v AJ:** stress urinary incontinence, quality of life, TOT, I-Qol
- **jazyk:** český, slovenský, anglický
- **období:** 2017-2022



DATABÁZE:

PubMed, EBSCO, PROQUEST, GOOGLE Scholar, MEDLINE

Nalezeno 79 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

Duplicitní články, kvalifikační práce,
nerecenzovaná periodika,
články, které neplnily kritéria,
články netýkající se cílů.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

PubMed – 12 článků

EBSCO – 6 článků

PROQUEST – 2 články

GOOGLE – 4 články

MEDLINE – 2 články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo
použito 26 dohledaných článků.

Teoretická část

1 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence SUI (stress urinary incontinence) – jedná se o samovolný únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku, který převyší uzavírací intrauretrální tlak. Nově lze stresovou inkontinenci označit jako inkontinence související s fyzickou aktivitou pacienta, tedy activity-related incontinence. Vyvolávacím mechanismem bývá nejčastěji kašel, kýchaní, smích, poskok či svižnější chůze. (Ryšánková, 2016, s. 72-74) V klinické praxi se ke zhodnocení závažnosti inkontinence používá klasifikace dle Ingelmana a Sundberga. Podle ní se SUI rozděluje do 3 stupňů: I. stupeň: K úniku moči dochází intermitentně při náhlém, výrazném zvýšení intraabdominálního tlaku tj. kašel, smích, zvedání těžkých břemen. II. stupeň: k úniku dochází i při mírném zvýšení intraabdominálního tlaku tj. při běhu, chůzi, chůzi po schodech a při lehčí fyzické práci. III. stupeň: k úniku moči dochází již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odtéká prakticky nepřetržitě při pomalé chůzi, změně polohy i v klidu ve vzpřímené poloze. (Slezáková et al., 2017, s. 88; Kolombo, 2008, s. 292)

1.1 Patofyziologie

Patofyziologie SUI je částečně objasněna jako stav mimovolného úniku moči při zvýšení nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru, což lze objektivně prokázat. Svalstvo pánevního dna a svěrače (tzv. uzavírací mechanismus močového měchýře) jsou u tohoto typu inkontinence ochablé a pánevní orgány poklesají. Nitrobřišní tlak je přenesen na močový měchýř a v důsledku nedostatečné funkce uzávěrových mechanismů dojde k úniku moči. Svalovina močového měchýře se však na úniku moči nepodílí. V podstatě existují 2 možnosti vzniku SUI. První, častější variantou je hypermobilita uretry, kdy vlastnosti hrdla močového měchýře i uretry jako svěrače jsou zachovány, ale ochablý závěsný aparát močového systému a POP (Pelvic organ prolaps) narušuje uzávěrový mechanismus při zvýšeném nitrobřišním tlaku. (Kolombo, 2008, s.293) Druhou variantou je přímé narušení uzávěrové schopnosti svěrače. Tento typ se nazývá jako insuficience dolního svěrače ISD (Intrinsic sphincter deficiency).

Obě tyto poruchy se velmi často objevují společně. Pro další operační léčbu nemá jejich rozdělení významnou váhu. Mnohem důležitější je právě přítomnost POP či ne, protože při přítomnosti POP se musíme soustředit i na revizi těchto problémů před založením pásky. (Vidlář 2008, s. 135)

1.2 Epidemiologie

V České republice trpí inkontinencí asi 510 000 žen, nicméně tyto údaje nemusí být zcela přesné, jak ukázala studie Gallup až 70 % žen nevyhledává odbornou pomoc, předpokládáme tedy, že čísla budou mnohem vyšší. V případě, že vezmeme v potaz i přechodnou inkontinenci, která je spojena např. s poporodním obdobím, stavy po zánětech močových cest nebo častými virózami, dostaneme se až na 60 % celkové populace žen. Z celkového počtu inkontinentních žen trpí 40–63 % právě stresovou inkontinencí, což je nejčastější typ inkontinence. Prevalence tohoto syndromu je úzce spojená s věkem, více než 30 % inkontinentních žen je starších 50 let, u celkové dospělé populace se uvádí 25-27 %. Prevalence ženské močové inkontinence ve světě se pohybuje ve stejném měřítku okolo 25 %. (Kolombo, 2008, s. 292, Ryšánková, 2016, s. 72) Podle norské epidemiologické studie EPICONT (Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord-Trondelag), která zkoumala 28 000 žen, se prevalence inkontinence moči zvyšuje hlavně ve středním věku (30-40 %) a vzestupnou tendenci zachovává i u starší generace (30-50 %), z nichž ½ uváděla močovou inkontinenci stresovou, 11 % urgentní a 36 % smíšenou. (Vrublová, 2017, s. 168)

1.3 Rizikové faktory

Na vzniku a rozvoji stresové inkontinence se podílí spousta rizikových faktorů. Některé z těchto faktorů jsou neměnné a v podstatě neovlivnitelné, ale u řady z nich může být vhodnými a včasnými opatřeními daný rizikový faktor příznivě ovlivněn. Povědomí o těchto rizicích je proto důležité nejen pro zdravotníky, ale také pro ohrožené nemocné. Rizikové faktory můžeme rozdělit do několika skupin, jak píše Kolombo (2008, s. 296) v periodiku Urologie pro praxi.

1.3.1 Hlavní predisponující faktory:

Rasová dispozice: americké studie zjistily, že větší sklon mají bělošské ženy, zatímco nižší predispozici mají Afroameričanky a asijské ženy. **Rodinná dispozice:** studie EPICONT prokázala, že u ženy, jejíž matka nebo sestra trpí inkontinencí je riziko 3x větší, v případě pozitivní rodinné anamnézy u babičky se riziko ještě zvyšuje. **Anatomické abnormality:** vrozené defekty dolních cest močových jsou rovněž spojeny s vyšší predispozicí k inkontinenci. **Neurologické abnormality:** mohou být vrozené, úrazové i degenerativní. V případě poškození mozku se jedná hlavně o mozkové příhody, Parkinsonovu chorobu, demenci a nádorová onemocnění. V případě poškození míchy především úrazy míchy, mozkomíšní skleróza, výhřez meziobratlových plotének, herpes zoster, lymská nemoc. V případě periferních nervů hovoříme hlavně o poranění pelvického nervového plexu, diabetických neuropatiích a operačních výkonech v malé pánvi. (Kolombo et al., 2008, s. 295)

1.3.2 Lokálně se uplatňující rizikové faktory

Těhotenství: během těhotenství se stresová inkontinence objevuje častěji než v běžné populaci, některé studie hovoří až o 85 %. Je to způsobeno vlivem zvětšené dělohy. Ve většině případů však inkontinence v šestinedělí mizí. Nicméně je to důležitý predisponující faktor ve vyšším věku. **Porod:** je 1,5krát rizikovější, když je vyvíjen dlouhý tlak na struktury pánevního dna, při vaginálních extrakčních operacích a porodním poranění oproti fyziologickému porodu a 3,1krát v porovnání s císařským řezem. Dalším rizikovým faktorem porodu může být velký plod, větší než 4 kilogramy. **Parita:** ze studií vyplývá, že vyšší predispozice k inkontinenci mají ženy, které rodily vícekrát (alespoň 4x). Z Austrálie víme, že tento fakt se týkal hlavně mladších žen, ve vyšším věku jsou rozdíly zanedbatelné. V souvislosti s počtem porodů se názory autorů různí. Záhumenský (2012, s. 11) a Krčmář (2014, s. 503) uvádějí, že i první vaginální porod má zásadní význam na vznik symptomů močové inkontinence. Oproti tomu Kolařík, Halaška, Feyereisl (2011, s. 586) udávají, že až ženy po čtyřech a více porodech mají větší predispozici k rozvoji stresové inkontinence. **Pánevní operace:** v rámci některých operačních výkonů může dojít k denervaci močového měchýře a tím se riziko inkontinence zvyšuje, nicméně s modernizací technického vybavení se riziko takového poškození zmenšuje. **Ozáření malé pánve:** toxicita záření s postradiačním poškozením struktur malé pánve a svalového pánevního dna se často projeví až v horizontu času, nicméně i v tomto odvětví se díky zavedení moderních technik výsledky léčby zkvalitnily. **Prolaps pánevních orgánů (POP):** prolaps bývá často spojen se stresovou inkontinencí, ale může maskovat porušený uzávěrový mechanismus uretry, proto je důležité vždy nejprve zajistit kompletní nápravu prolapsu. (Kolombo et al., 2008, s.295)

1.3.3 Přidružené-situačně se uplatňující rizikové faktory

Věk: výskyt močové inkontinence se s věkem zvyšuje. Ve stáří se obvykle zmenšuje kapacita močového měchýře a zhoršuje kvalita struktur a funkcí pánevního dna. **Komorbidity:** onemocnění kardiovaskulárního systému, diabetes mellitus, či zhoršená mobilita zvyšují riziko. **Nadměrný nitrobřišní tlak:** řada patologických stavů a nemocí je spojena s ireverzibilně zvýšeným nitrobřišním tlakem např. chronická zácpa, kouření, chronická bronchitida nebo onemocnění plic, a to vede k častější inkontinenci. Je prokázáno, že ženy kuřačky trpí inkontinencí 2-3 x častěji. **Močové infekce:** často zapříčiňují inkontinenci dočasnou, nicméně chronické, recidivující infekce patří mezi další z nepříznivých faktorů inkontinence stresové. Existuje zde ale i opačné propojení, kdy unikající moč způsobuje maceraci sliznic s následnou infekcí. **Kognitivní deficity a invalidita:** demence a narušení kognitivních funkcí jsou prokazatelně spojeny se zvýšeným výskytem inkontinence. U invalidity se jedná spíše o

technické možnosti dostat pacienta na toaletu včas. **Drogy a medikamenty:** vliv drog či léků se může přímo i nepřímo podílet na vzniku inkontinence. Např. u alkoholu dochází k sedaci a současně má diuretický efekt. Alfa blokátory mohou zhoršovat stresovou inkontinenci. ACE inhibitory (Angiotensin converting-enzyme inhibitor) podporují kašel. Analgetika, antacida a řada dalších léků způsobuje obstipaci, která má, jak víme, nepatřičný vliv pánevní dno a nitrobřišní tlak. **Menopauza:** při menopauze ubývá estrogenu a dochází k atrofii sliznic v oblasti pochvy a dolních cest močových, které pak hůře odolávají infekci. (Kolombo et al., 2008, s. 296)

Na rizikové faktory stresové inkontinence nahlíží každý autor trochu jinak např. Čermák a Pacík (2006, s. 26-31) rozdělují rizikové faktory do 4 skupin: **predisponující** faktory, faktory **vyvolávající**, faktory **podporující**, **dekompenzující** rizikové faktory. Drábková (2015, s. 127) ve svém díle rozděluje rizikové faktory na **ovlivnitelné** a **neovlivnitelné** a Vidlář (2008, s. 135) rozděluje rizikové faktory na **dědičné** a **vnější**. Horčička (2017, s. 26) oproti tomu rizikové faktory nerozděluje do skupin, ale uvádí mimo-jiné jako rizikový vaginální porod, obezitu, porodní poranění, charakter zaměstnání, nevhodnou sportovní zátěž.

V neposlední řadě rizikové faktory doplňuje Slezáková (2018, s. 87) o jednostranné přetížení, práci v sedě a v předklonu, nadměrnou fyzickou aktivitu, ale i nedostatek pohybu. Kolombo (2008, s. 295) píše o gravitaci, dlouhodobě vykonávané fyzicky těžké práci nebo hormonální změnách v období klimakteria. U vaginálního porodu, který uvádí všichni autoři, rozsáhlá švédská studie zjistila, že 20 let po narození prvního dítěte je prevalence močové inkontinence značně vyšší po vaginálním porodu, a to 40,3 % ve srovnání s ženami, které rodily císařským řezem jen 28,8 %. Další shodu našli autoři v BMI (body mass index), kdy se SUI u obézních žen vyskytuje 4,2 x častěji než u žen s normální hmotností. (Vrublová, 2017, s. 168)

1.4 Diagnostika

Diagnostika močové inkontinence začíná v primární péči. Správně určený typ a příčina inkontinence je začátkem úspěšné léčby. Doba od prvních příznaků k zahájení diagnostiky trvá průměrně 3 roky. Zahrnuje odebrání podrobné anamnézy, běžné klinické vyšetření gynekologem, využití všech dostupných metod od jednoduchých testů až po přístrojová měření a zobrazovací metody. (Horčička, 2017, s. 29) Nejpřesnější vyšetřením dysfunkce dolních cest močových je urodynamické vyšetření, které nám nejlépe určí typ inkontinence, pomocí snímání tlaku v močovém měchýři a močové trubici při plnění měchýře vodou. Je to vyšetření nebolestivé a nevyžaduje žádnou speciální přípravu kromě předem vyprázdněného močového měchýře. (Chmel, 2010, s. 20-21)

1.4.1 Základní vyšetření – iniciální diagnostika

První diagnostické vyšetření začíná v ambulancích praktických lékařů, registrujících gynekologů či urologů. Zahrnuje: podrobnou anamnézu, základní klinické a laboratorní vyšetření, jednoduché stresové testy, mikční deník, zhodnocení postmikčního rezidua. Obvykle stačí k rozhodnutí, zda zvolit konzervativní léčbu nebo uskutečnit další specializovaná vyšetření.

Anamnéza jako nejdůležitější bod procesu vyšetřování je pohovor ženy s lékařem. Vzhledem k tabuizaci tématu jsou důležité cílené dotazy lékaře a přesně zaznamenané odpovědi ženy. Žádné další vyšetření nám totiž nesdělí, jak žena svůj zdravotní problém vnímá a které symptomy považuje za nejhorší. Pátráme po anamnéze rodinné, osobní, pracovní, gynekologické a prodělaných operacích. Lékař pokládá základní otázky k posouzení inkontinence: V jaké situaci a v jakém množství moč uniká? Uniká moč při kašli, smíchu, běhu nebo běžných domácích činnostech? Unikne někdy moč při pohlavním styku? Používáte inkontinentní pomůcky? Kolikrát a jak jste rodila? Podstoupila jste v minulosti gynekologickou či urologickou operaci? Máte časté nucení na močení během dne i noci, stává se, že nedoběhnete včas? Vyprázdní se měchýř úplně, nebo máte pocit rezidua? Lze vůlí potlačit nucení? Trpíte na močové infekce?

Klinické a laboratorní vyšetření spočívá ve fyzikálním vyšetření a zhodnocení celkového stavu ženy, její pohyblivosti a orientační posouzená kognitivních funkcí. Dále vyšetření břicha, palpáce močového měchýře a vyšetření zevního genitálu pro vyloučení sestupu pánevních orgánů, ochablosti pánevního dna či jiných patologií. Orientačně je třeba posoudit případné neurologické obtíže, kožní onemocnění či psychosociální problémy ženy. Provádí se rutinní odběry moči na biochemické vyšetření, vyšetření močového sedimentu a bakteriologie k vyloučení urologické infekce.

Jednoduché stresové testy slouží k prvotnímu objektivnímu zhodnocení množství úniku moči. Mmůžeme použít **Pad Weight test**, tedy test vážení vložek, kdy se pacientka po požití určitého množství tekutin přibližně hodinu pohybuje s předem zváženou vložkou. Následně vložku znovu zvážíme a váhový rozdíl vložky před testem a po testu nám kvantifikuje únik moči. (Chmel, 2010, s. 19) Další často používaný **Marshallův test**, kdy klientka leží v gynekologické poloze a má naplněný močový měchýř, následně provede Valsalvův manévr a vyšetřující lékař pozoruje, zda dochází k úniku moči. V případě úniku je test pozitivní. V případě pozitivního výsledku na Marshallův test navazuje **test Bonneyho**, rovněž probíhá v gynekologické poloze s naplněním močového měchýře, ale lékař prsty fixuje pochvu, aby

uretrovezikální junkce byla ve správné poloze. Následuje Valsalvův manévr a pokud k úniku moči nedojde je test pozitivní.

Poslední nenáročnou možností je **Froewisův test**. Vizuální zhodnocení úniku moči, kdy žena s naplněným močovým měchýřem v mírném podřepu na podložce cíleně silně zakašle a vyšetřující lékař sleduje uniklé množství moči. (Chmel, 2010, s. 19)

Postmikční reziduum je jedním z dalších jednoduchých vyšetřovacích postupů, kdy probíhá kontrola postmikčního rezidia, tedy měření zbylého objemu moči v močovém měchýři po úplném vymočení, a to vycévkováním případného zbytku moči v močovém měchýři ev. ultrazvukem. Při reziduu větším než 100 ml nutno provést kontrolu s odstupem cca 1 měsíce, kdy přetrvávající abnormality jsou důvodem pro specializované vyšetření. (Horčíčka, 2017, s. 30)

Mikční deník, inkontinenční dotazníky a hodnocení kvality života je velmi jednoduchá diagnostická pomůcka. Obsahuje několikadenní záznam s časovými údaji o frekvenci a množství pití, močení ve dne i v noci a příp. nechtěných únicích moči. (Chmel, 2010, s. 19) Při běžném příjmu tekutin je norma 8 mikcí za den a 1 mikce v noci. Interval mikcí se pohybuje okolo 1,5 - 2 hodin.

Dále se klade velký důraz na validované dotazníky týkající se inkontinence, mikčních obtíží, kvality života problémů s tím spojených. Každý z nich prošel statistickým hodnocením, překladem do patřičného jazyka a používá se ke specifickému účelu. Účelem všeobecným je kvantitativní i kvalitativní zhodnocení inkontinence i dalších parametrů. Používají se hlavně k posouzení vývoje symptomů a hodnocení účinnosti léčby. V ČR disponujeme 5 validovanými dotazníky. **ICIQ-SF** International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (Diagnostika přítomnosti, typu a kvantifikace inkontinence + ovlivnění kvality života inkontinencí). **I-QOL** Urinary Incontinence Quality of Life (Ovlivnění kvality života inkontinencí). **IIQ-7** Incontinence Impact Questionnaire (Ovlivnění kvality života inkontinencí). **UDI-6** Urogenital Distress Inventory (Diagnostika přítomnosti, typu a kvantifikace inkontinence). **PISQ-12** Pelvic Organ Prolaps/Urinary Incontinence Sexual Function (ovlivnění sexuálních funkcí inkontinencí). (Horčíčka, 2017, s. 32)

1.4.2 Specializovaná diagnostika

Jedná se o vyšetření erudovaným specialistou, kam spadá ultrasonografické vyšetření, endoskopické vyšetření a funkční urodynamické vyšetření. **Ultrasonografické vyšetření** neboli ultrazvukové vyšetření močového měchýře, močové trubice, ledvin, močovodů a postmikčního rezidia je velice významná diagnostická neinvazivní metoda. Indikací je

především odhalení morfologických změn, které by mohly souviset s poruchami mikce. Vyšetření ultrazvukem se provádí 2 způsoby: **Transperineálně/introitálně**: hlavní indikací jsou poruchy pánevního dna, vyšetření se provádí abdominální sondou přiloženou do poševního introitu. Zobrazuje močovou trubici, močový měchýř, dolní část spony stydké a důležité vzdálenosti a úhly mezi strukturami. Měchýř by měl být naplněn do 200 ml. Hodnotí se mobilita uretrovezikální junkce a uretry ve vztahu k dolnímu okraji stydké kosti, a to v klidu i při zvýšeném intraabdominálním tlaku Valsavovým manévrem, což je usilovný výdech, který simuluje zatínání břišního lisu. Dále pozorujeme uretrovezikální úhel, což je vztah báze močového měchýře k uretře. **Vaginálně**: rovněž lze použít pro vyšetření poruch pánevního dna, kdy se ultrazvuková sonda zavádí těsně za introitus, nikoliv příliš hluboko, aby neovlivnila mobilitu uretry. Umožňuje detailnější zobrazení uretry, uretrovezikálního spojení a dolní části kosti stydké. (Horčíčka, 2017, s. 38-39)

Mezi **endoskopické vyšetření** řadíme uretroskopii a cystoskopii. **Uretroskopie** je indikována v případě, že přepokládáme patologický nález v oblasti uretry. Jedná se o výkon technicky náročný a provádí se pomocí přístroje s optikou. Většinou zachytí pouze patologické nálezy větších rozměrů a pro stresovou inkontinenci není klinicky významný. (Horčíčka, 2017, s. 39) **Cystoskopie** je indikována v případě podezření na patologický nález v močovém měchýři., zejména při zachycení krve v moči, nález z ultrasonografie a u žen, které nereagují na léčbu. Tento výkon se provádí bez anestezie, do močového měchýře se zavádí optické zařízení zvané cystoskop, který má velikost běžné cévky a manipulace s ním není bolestivá. Močový měchýř musí být k dokonalé aspekci naplněn fyziologickým roztokem. (Horčíčka, 2017, s. 39-40, Chmel, 2010, s. 20)

Funkční - urodynamické vyšetření. Urodynamiku lze popsat jako nauku o transportu moči. Jedná se o nepřesnější metodu k diagnostice dysfunkce dolních cest močových v současnosti. Urodynamická vyšetření můžeme chápat jako soubor jednodušších i složitějších funkčních testů, které močové cesty zkoumají z morfologického, fyziologického, biochemického i fyzikálního hlediska, lze je různě kombinovat i provádět samostatně, vždy v závislosti na klinickém stavu ženy a symptomatologii. Výsledky vyšetření jsou zobrazeny matematicky i graficky. Urodynamika je nezbytnou součástí diagnostické algoritmu.

Uroflowmetrie se používá k vyšetření proudu moči při mikci. Žena močí do speciální toalety, která proud moči snímá. Hodnotí se, zda je průtok souvislý či přerušovaný, maximální a průměrný průtok v ml/s, mikční objem a doba močení. Výsledkem je normogram, křivka, podle které probíhá vyhodnocení výsledků.

Cystometrii můžeme rozdělit na plnicí a mikční. **Plnicí cystometrie** je invazivní urodynamická metoda, která měří objem a tlak uvnitř močového měchýře. Hodnotí se senzitivita detruzoru, tedy první pacientův pocit nucení na močení. Dále aktivita detruzoru, která by neměla být prokázána, kapacita detruzoru, kdy normální se pohybuje od 350-500 ml a compliance detruzoru celkový tlak dosažený v močovém měchýři. Podle těchto jednotlivých parametrů, lze posoudit konkrétní poruchy. **Mikční cystometrie** tzv. tlakově průtoková studie. Jedná o technicky náročnou, invazivní metodu, která vyžaduje dobrou spolupráci pacienta. Používá se k posouzení aktivity detruzoru během mikce, tedy jeho vypuzovací schopnosti. Lze použít suprapubický přístup (punkcí přes stěnu břišní) nebo transuretrální přístup (skrz močovou trubici), ten však může omezit průtok. V rámci cystometrie lze provádět i **videourodynamické vyšetření**, které umožní nahrávat ultrasonografický obraz. Tím získáme ještě přesnější přehled o dolních cestách močových, anatomických poměrech a morfologických změnách.

Profilometrie je grafické znázornění intrauretrálního tlaku v celé její délce a vyšetření funkce sfinkterů. Provádí se v klidovém i stresovém měření. Vyhodnocuje se maximální tlak, který slouží k rozeznání dvou základních druhů stresové inkontinence – pravé stresové inkontinence nebo insuficience svěrače.

Leak point pressure má za úkol měřit a zjistit hodnotu intravezikálního nebo intraabdominálního tlaku v momentě úniku moči.

Elektromyografie nachází využití při vyšetření příčně pruhovaného svěrače uretry, který by měl být za normálních okolností během mikce relaxován. (Horčíčka, 2017, s. 40-47)

Q-tip test je využíván pro rychlou orientaci při vyšetřování, či u žen, jejichž stav není vhodný k provádění složitějších vyšetření, můžeme využít právě tento jednoduchý test o ověření mobility uretrovezikálního spojení. Klientka leží v gynekologické poloze a do močové trubice až do oblasti hrdla močového měchýře jí je zavedena dostatečně lubrikovaná sterilní štětička. Štětička by měla být v klidu v horizontální poloze, následně pacientka provede stresový manévr a vyšetřující lékař sleduje úhel, který štětička svírá při maximálním manévru. Pokud je větší než 30° test je pozitivní. (Horčíčka, 2017, s. 31)

1.5 Léčba

Úspěšná léčba stresové inkontinence má zásadu individualizace léčebného postupu pro každou ženu. Ze širokého spektra léčebných možností je třeba vybrat postup nejefektivnější, nejbezpečnější a pro klientku minimálně zatěžující. (Chmel, 2010, s. 31-32) Léčba je indikována, když inkontinence zasáhne do kvality života a nelze ji odvrátit snížením fyzické

aktivitu, nebo ji zvládnout častějším močením. (Martan et al, 2013, s. 169) Jejím prvotním cílem je tedy obnova kontinence, zmírnění symptomů, zlepšení kvality života a prevence komplikací. (Slezáková et al., 2017, s. 90) Současná léčba se velmi rychle rozšiřuje, neboť představuje celosvětově narůstající problém, načež reaguje Evropská urologická asociace, která vydává aktuální pokyny pro hodnocení a léčbu inkontinence na základě dostupných důkazů (tedy medicína založená na důkazech) a konsensu urologů, gynekologů, fyzioterapeutů. (Thuroff et al., 2011, s. 72)

1.5.1 Konzervativní léčba

U žen s lehkou formou stresové inkontinence je snaha o konzervativní, nechirurgické řešení, jejíž hlavní podmínkou je ochota ženy se aktivně podílet na obnově kontinence. (Chmel, 2010, s. 32) Primárním postupem konzervativní léčby je Behaviorální terapie.

Behaviorální terapie spočívá v uvědomění si, co inkontinenci způsobuje, vyvolává a zhoršuje s následnou úpravou režimových opatření. Dodržování zásad správné výživy, redukce hmotnosti, úprava pracovního zařazení, eliminace zvedání těžkých předmětů, pokus o zesílení svalů pánevního dna, řešení chronické obstipace a chronického kašle. (Horčíčka 2017, s. 65) Ačkoliv některá z těchto doporučení jsou založená na EBM (evidence based medicine), většina z nich jsou pouze hypotetická. Standardním postupem v klinické praxi je nejprve indikovat konzervativní léčbu a v případě jejího neúspěchu přistoupit k chirurgickému řešení. (Chmel, 2010 s. 32, Roztočil et al., 2015, s. 305)

Další metodou je **fyzioterapie**. V případě stresové inkontinence přepokládáme, že příčinou jsou ochablé svaly pánevního dna a patřičná fyzioterapie může vést k úplnému vymizení obtíží. Dle WHO je fyzioterapie první volbou léčby mírného až středního stupně inkontinence. (Holaňová et al., 2015 s. 32) Cílem je pokus o celkové zvýšení napětí a zesílení svalů pánevního dna v oblasti močové trubice, pochvy a konečníku pod vedením zkušeného certifikovaného fyzioterapeuta. V úvodu fyzioterapie dochází ke korekci postury, uvolnění spazmů a blokády a zapojení hlubokého stabilizačního systému. Následně dochází k aktivaci svalů pánevního dna, kdy z počátku jsou stahy volní „izolované“, ale smyslem fyzioterapie je jejich automatická aktivace ve chvíli potřeby tzv. on demand. Postupně dochází ke zautomatizování pánevního dna při běžných denních aktivitách. Smyslem tedy není svaly „naposilovat“, ačkoliv je používáno slovní spojení „posilování pánevního dna“, ale naučit ženy svaly najít a vědomě je použít v daných situacích např. při zvedání břemene. Doporučená délka léčby je minimálně 6 měsíců a hlavní podmínkou je ochota ženy se aktivně podílet na dosažení kontinence. (Horčíčka, 2017, s. 85-29)

Základ současné moderní fyzioterapie svalů pánevního dna se datuje do minulého století, jeho autorem je americký gynekolog Arnold Kegel, který propagoval tzv. izolovaný stah svalů pánevního dna. (Horčíčka et al., 2017, s. 7) Technika spočívala v principu střádání rychlého a silného stažení svalů pánevního dna a jeho následné uvolnění, kdy intenzita byla kontrolována prstem zavedeným do vaginálního introitu. Kegel propagoval až 84 % úspěšnost této metody. (Chmel, 2010, s. 33)

V posledních desetiletích je však koncept fyzioterapie mnohem komplexnější a zabývá se pánevním dnem, jako součástí hlubokého stabilizačního systému s vlivem na držení těla a celý pohybový aparát. Odvíjí se od podrobného kyzeziologického rozboru, kdy sledujeme např. nožní klenbu, postavení končetin, symetrii pánve, hybnost kyčelních kloubů, zapojení hlubokého stabilizačního systému, svalové dysbalance nebo dechový stereotyp. Efekt léčby lze zvyšovat i použitím elektrostimulace, biofeedbacku nebo vaginálních konusů. (Horčíčka, 2017, s. 87-88)

Elektrostimulace je alternativní metoda při využití fyzioterapie. Jedná se o pasivní metodu cvičení, kdy je kontrakce nervosvalových struktur vyvolána elektrickým proudem/výbojem, pomocí vaginálně zavedené sondy, která je napojena na programovaný přístroj. Tyto přístroje jsou k dispozici pro domácí i ambulantní léčbu. Výhodou elektrostimulace je rychlost požadovaného posílení svalů. Doporučené schéma je 20-30 minut denně po dobu 30 dnů. Úspěšnost léčby je kolo 50-60 %. (Horčíčka 2017, s. 66, Chmel, 2010, s. 35)

Biofeedback tzv. zpětná vazba k prováděnému stahu konkrétní svalové skupiny pánevního dna. Slouží k nácviku izolované kontrakce a relaxace konkrétního svalu při stresovém manévru. Často využíváno v úvodu léčby a při tzv. odcizení svalů pánevního dna. (Horčíčka 2017, s. 89)

Vaginální konusy se využívají intravaginálně, jedná se o zavedené závaží v řádu desítek gramů sloužící ke stimulaci a posílení pánevního dna. Podstatou není co nejvyšší hmotnost, ale rezonance malého závaží v plastovém obalu při pohybu. (Horčíčka 2017, s. 66, 88)

Pesaroterapie respektive vaginální pesary se používají k léčbě stresové inkontinence a při sestupu pánevních orgánů kdy upravují porušené anatomické poměry a zvyšují průtokový odpor v uretře. Tento mechanismus je velice podobný jako chirurgická léčba a často se využívá u neoperabilních pacientek, nebo jako přechodné řešení před plánovanou operací. Existuje široká škála pesarů, které se liší tvarem a velikostí. Dnes jsou nejčastěji používány silikonové pesary, kruhového tvaru. Správně použitý pesar by neměl být vůbec cítit. Je doporučeno pesar používat spolu s Estriolovou masťou. Klientka používající pesar by měla chodit na pravidelné gynekologické prohlídky po 2-3 měsících. (Horčíčka, 2017, s. 69)

1.5.2 Medikamentózní léčba

K medikamentózní léčbě se užívají především látky zvyšující uretrální uzavírací tlak, zvýšením tonu hladkých i příčně pruhovaných svalů uretry. (Martan et al., 2013, s. 169) Mezi tyto látky patří zejména alfasympatomimetika, tricyklická antidepresiva, a estrogény. (Horčíčka, 2017, s. 65)

Alfasympatomimetika stimulují stahy hladkého svalstva uretry, prostřednictvím alfaadrenergických receptorů umístěných v hrdle močového měchýře a v proximální uretře. (Horčíčka, 2017, s. 65) K léčbě SUI se používal Efedrin, fenylpropanolamin, midodrin a methoxamin. Efedrin a fenylpropanolamin byly látky velmi efektivně působící na uretru, nicméně studie prokázaly spoustu nežádoucích účinků např. bolesti hlavy, nespavost, bušení srdce a ovlivnění kardiovaskulárního i nervového systému, proto již nejsou doporučeny. Methoxamin byl rovněž referován dobrými výsledky, ale ve vyšší dávce způsobuje zvýšení systolického tlaku a snížení srdeční frekvence. (Martan et al., 2013, s. 171) Současně je k dispozici pouze midodrin hydrochlorid, který má oslabené nežádoucí účinky v dávce 2,5-5 mg/den. (Horčíčka, 2017, s. 65)

Tricyklická antidepresiva snižují kontraktilitu močového měchýře a stimulují hladká svalová vlákna uretry, čímž je zvýšený výtokový odpor v uretře, ale mechanismus jejich působení není doposud zcela jasný. Jediným užívaným lékem v této kategorii je Imipramin v dávce 50-150 mg/den. Tricyklická antidepresiva jinak nejsou hojně využívána k léčbě SUI vzhledem k četnosti výskytu nežádoucích účinků jako sucho v ústech, rozostřené vidění, zácpa, hypotenze, ospalost, poruchy orientace, poruchy srdečního rytmu a závislost. (Martan et al., 2013, s. 172)

Estrogény pravděpodobně nemají jednoznačný vliv na symptomy SUI. Některé studie prokazují subjektivní zlepšení příznaků, ale estrogény zlepšují i celkovou pohodu pacientky, tudíž jejich výsledky jsou sporné. Jediným doloženým výsledkem je eutrofizace sliznice pochvy i uretry, čímž dochází ke zlepšení prokrvení v kapilárních plexech uretry a zvýšení vrstvy urotelu a lze předpokládat i vzestup uretrálního uzavíracího tlaku. (Horčíčka, 2017, s. 66) Estrogény lze použít jak systémově, tak lokálně. Zatímco při lokálním použití bylo zaznamenáno zlepšení, při systémovém podání došlo spíše ke zhoršení symptomů. (Martan et al., 2013, s. 173) Pro podání estrogenů jsou uváděny také tři zásadní kontraindikace, a to probíhající estrogen dependentní zhoubný nádor prsu, nádor děložní sliznice a stav hluboké žilní trombózy. (Chmel, 2010, s. 36, Trávník, 2019, s. 82-84) V přehledovém článku dostupném na Urologie pro praxi je uveden pozitivní vliv estrogenů na snížení stupně močové inkontinence

bez ohledu na způsob podání, nicméně u lokální aplikace je pozitivní efekt léčby za 4-6 týdnů a k udržení pozitivního efektu je nutná pravidelná a dlouhodobá terapie. Kombinace se systémovou hormonální substitucí je možná, ale účinnost léčby nezvyšuje. (Horčíčka, 2019, s.116-118)

Světový výzkum v oblasti medikamentózní léčby SUI přinesl nové možnosti terapie. Prokázal vliv serotoninergních agonistů a noradrenergických agonistů na sympatickou a somatickou aktivitu v dolním močovém traktu. V současnosti je hlavně v zahraničí k léčbě SUI užíván duloxetin – inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. Jeho účinnost byla stanovena po čtyřech placebem kontrolovaných studiích. Duloxetin podáván v dávce 40mg 2x denně vede u žen ke zvýšení trvalého tonu svěrače, zesílení jeho kontrakcí a zvyšuje kapacitu močového měchýře a zároveň nezpůsobuje retenci moči ani poruchy vyprazdňování. Z nežádoucích účinků byla uváděna nejčastěji nauzea, sucho v ústech, nespavost, únava a zácpa pouze v prvním týdnu léčby. (Martan et al., 2013, s. 173-176) Statisticky signifikantně snižuje počet výskytu epizod inkontinence a zvyšuje kvalitu života. (Špaček et al., 2018, s. 354) Jako hlavní měřítko účinnosti byl použit Incontinence Specific Quality of Life Questionnaire – I-QOOL. Pokles frekvence výskytu epizod inkontinence byl až 50 % bez ohledu na její závažnost. O medikamentózní léčbě lze říci, že zatím není preferována, protože chybí široce použitelný lék k léčbě SUI. Medikamentózní léčba je zaměřena pouze na zvýšení tonu hladkých i příčně pruhovaných svalů uretry a pánevního dna a nejvhodnějšími kandidátkami pro medikamentózní léčbu jsou ženy, které nemohou provádět gymnastiku pánevního dna nebo pacientky pro které není vhodný chirurgický výkon. (Martan et al., 2013, s. 173-177, Trávník, 2019, s. 82-84)

1.5.3 Hodnocení konzervativní léčby

Za účinnou léčbu stresové močové inkontinence je považováno zlepšení obtíží pacientky po tříměsíční léčbě o minimálně 50 %. Ověření účinnosti léčby lze provést pomocí specializovaného dotazníku kvality života. Pokud jsou konzervativní metody léčby neúspěšné a pacientka je nadále nespokojená je nutné doporučit další specializovanou léčbu. (Horčíčka, 2017, s. 71)

Na základě kontrolovaných randomizovaných studií z roku 2016 lze potvrdit vysokou účinnost pelvic floor muscle trainingu neboli PFMT při léčbě stresové močové inkontinence. Velmi dobře působí pelvic floor muscle training i v kombinaci s biofeedbackem, kde byly zaznamenány mnohem lepší výsledky „Pad weight testu“. Dále kladné výsledky účinnosti léčby a zvýšení kvality života vykazuje intravaginální stimulace v kombinaci s PFMT, zatímco vaginální konusy měly výsledky spíše nepřesné. (Maroni et al., 2016 s. 97-111)

Dle výsledku metaanalýzy z roku 2015 jejímž cílem bylo zhodnotit efektivnost cvičení pánevního dna v porovnání s žádnou léčbou, placebem nebo jinými metodami, došlo k vymizení symptomů nebo jejich výraznému zlepšení na vzorku 1281 žen trpících stresovou močovou inkontinencí. (Dumoulin et al., 2015, s. 300-308) Nicméně další randomizovaná studie hodnotí výsledky posilování pánevního dna s odstupem 15 let a prokazuje, že v dlouhodobém horizontu pacientky poleví v léčebném režimu a více než polovina z nich nakonec podstoupí operační léčbu. (Lucas et al., 2015, s. 75-76)

1.5.4 Operační léčba

Hlavním cílem chirurgické léčby stresové močové inkontinence je obnovení kontinence, tedy vymizení symptomů, zlepšení funkce močových cest a sexuálního života, repozice pánevních struktur a podpůrných mechanismů, korekce onemocnění či poruchy, jež souvisí s prolapsem, dosažení trvalého výsledku a preference miniinvazivního přístupu. (Vidlář, 2008, s. 135) Z více než 150 typů operací k léčbě SUI jsou na základě zhodnocení léčebných výsledků a možných komplikací vybírány ty s nejlepším léčebným efektem a nejmenším procentem pooperačních komplikací. (Martan et al., 2013, s. 54) Jedny z prvních operací byly popsány v roce 1913 a to přední poševní plastika s plikací dle Kellyho, na něž navazovali další kolposupenzní metody jako např. Berkow, Ingelman-Sundberg, Pereyra-Stamey-Ratz, kolpopexe podle Burche, Marchallová-Marchettiho Krantzova operace nebo fasciální páska a další. Tyto typy operací mají stále místo v operativě, ale používají se spíše výjimečně při selhání předchozích operačních postupů. (Juráková et al., 2017, s. 66)

Kolposuspenze dle Burche je nejvýznamnější z výše uvedených postupů a byla celá desetiletí pokládána za neúspěšnější. Jedná se o fixaci hrdla močového měchýře a urethry pomocí sutury přední poševní stěny a endopelvicke fascie k ligamentum iliopectineum nevstřebatelným šicím materiálem. Přesto, že došlo k modernizaci tohoto postupu a provádí se z laparoskopického přístupu, je tato metoda spíše na ústupu, hlavně vzhledem k rozvoji dalších technik, vyšší peroperační a pooperační morbiditě, delšímu operačnímu času, delší hospitalizaci i následné pracovní neschopnosti. (Horčíčka, 2017, s. 71-72) Úspěšnost této metody se pohybuje v rozmezí 84-91 % s delším časovým odstupem od provedení operace či při reoperaci úspěšnost klesá na 76-86 %. (Martan et al., 2013, s. 54-57)

1.5.5 Moderní páskové operace

V roce 1995 nastala zásadní změna v operační léčbě stresové močové inkontinence. Z výzkumu Ulmstena a Petrose vyplynuly nové poznatky k řešení SUI pomocí tzv. „tension

free“ tahuprosté vaginální pásky (TVT) vedené za symfýzou a protažené pod uretrou (retropubicky). (Martan et al., 2013, s. 62)

Tahuprostá vaginální páska – TVT (tension vaginal tape) je první z generace páskových operací. Cílem této miniinvazivní metody je nahradit poškozená pubouretrální ligamenta a tím podpořit střední uretru. (Martan et al., 2013, s. 62) Každá žena před operací stresové močové inkontinence by měla podstoupit urodynamické vyšetření k potvrzení, že se jedná o výhradně stresovou inkontinenci, nikoliv její kombinaci, aby nedošlo ke zhoršení jiných obtíží. (Chmel, 2010, s. 21) Operace celkovém čase cca 20 minut se provádí v lokální, spinální nebo celkové anestezii, v litotomické poloze. Dochází k zavedení polypropylénové pásky asi 1 cm široké a 45 cm dlouhé, která organismu nevádí a umožňuje prorůstání vlastních vazivových struktur. Konce pásky jsou spojeny ocelovými jehlami. Pomocí těchto jehel se incizí v přední stěně poševní zavedou retropubicky oba konce pásky podél kostí stydkých, vpravo i vlevo od močové trubice, následně se suprapubicky se opět vyvedou ven. (Chmel, 2010, s. 43-44) Vzhledem k tomu, že jehly pronikají naslepo do retropubického prostoru může tento výkon doprovázet řada komplikací. Nejčastější z nich je perforace močového měchýře vodící jehlou, dále krvácení ze zasažených cév, nebo poškození střeva či pooperační poruchy mikce. Tento postup je vždy doprovázen cystoskopií, vzhledem k vyššímu riziku poškození močového měchýře. Léčebný efekt TVT pásky je 80-90 % i s časovým odstupem, přičemž subjektivní hodnocení efektu operace je spíše nižší. Ve srovnání s TOT páskou je léčebný efekt přibližně stejný ale TVT pásku z pravidla doprovází více komplikací. (Martan et al., 2013, s. 62, Juránková et al., 2017, s. 67)

Transobturátorová páska (transobturator tape) došlo ke zdokonalení TVT metody, a to z hlediska způsobu vedení a rozměrů pásky vznikla TOT páska (transobturator tape), 2. generace páskových operací. Technika, u níž byla prokázána 97 % účinnost a vysoká bezpečnost. (Vrublová, 2017 s. 167) Transobturátorová páska byla uvedena do praxe v roce 2001 ve snaze vyhnout se komplikacím při slepém zavádění trokarů a vylepšení anatomického uložení pásky. (Martan et al., 2013, s. 67) Název transobturátorová páska získala právě v souvislosti se způsobem zavedení (transobturátorově) z třísla, otvorem v pánvi tzv. foramen obturatum mezi kostí sedací a stydkou, do pochvy. (Chmel, 2010, s. 46) Je to transobturátorový přístup zvaný out-in tedy zvenku-dovnitř. V roce 2003 byla popsána druhá varianta operativy TVT-O, neboli transobturátorové vedení zvané in-out, tedy zevnitř ven. Páska vedená incizí na přední straně pochvy zevně kolem ischiopubického ramene pubické kosti. (Martan et al., 2013, s. 66) Zákrok se provádí za stejných podmínek jako TVT operace s výjimkou cystoskopie, ta

se standardně neprovádí. Komplikace jsou ve srovnání s TVT operační technikou méně časté. Nejzávažnější může být krvácení z incizí pochvy, která lze vyřešit kompresí již v průběhu operace, tamponádou či naložením sutury. Perforace močového měchýře je v tomto případě spíše vzácná. Nejčastější komplikací jsou pak bolesti v tříslech pravděpodobně způsobené traumatizací nervus obturatorius nebo infekcí v kožní incizi, které ve většině případů do 3-7 dnů vymizí. (Martan et al., 2013, s. 74, Piškytlová, 2017, s. 244) Úspěšnost TOT je přibližně stejná a vyšší než u TVT pásky, pohybuje se v rozmezí 80-96 % i v závislosti na časovém horizontu. (Horčíčka, 2017, s.73) Jako výhodnější se jeví přístup TOT in out, kdy je páska přesně umístěna a nehrozí její sklouznutí a dochází k menší traumatizaci tkání, zatímco anatomické studie popisují jako bezpečnější out-in z důvodu vzdálenosti od obturátového kanálu. V současné době se rozvíjí další evoluční krok k prevenci komplikací tzv. one incision operace, kdy se páska umístí z jednoho řezu. (Martan et al., 2013, s. 74-75, Juráková et al., 2017, s. 68)

Pásky z jedné vaginální incize SIS (Single incision slings), Minisling, TVT-S pásku umístěnou z jednoho řezu na přední stěně poševní pod uretru, můžeme považovat za 3. generaci páskových operací. (Martan et al., 2013, s. 75) Cílem bylo snížit počet vpichů, snížení množství použitého materiálu, vyhnout se slepému průniku retropubickým prostorem, snížení bolestivosti a rychlejší rekonvalescence. (Piškytlová, 2017, s. 244) První z těchto pásek byla **TVT-S** (Tension free vaginal tape secure), páska dlouhá 8 cm, zhruba 1 cm široká, zaváděna v pozici U suburetrálním řezem asi 1 cm pod ústím močové trubice nebo v pozici „Hammock“ do musculus obturatorius internus. Operace byla prováděna při zavedení permanentního močového katetru a byla nutná kontrolní cystoskopie. Ve srovnání s ostatními páskovými operacemi byl léčebný efekt mnohem nižší okolo 60-85 %, a proto se v České republice tato operace již neprovádí. Byla spojena i s cévními traumaty a krvácením od robustních zavaděčů a hrozilo vyšší riziko perforace močového měchýře. (Martan et al., 2013, s. 75-81, Juráková et al., 2017, s. 68)

Další minipáskou je **MiniArc** polypropylenová páska zakončená plastovými kotvami, díky nimž se páska fixuje za symfýzu do musculus obturatorius internus, pomocí speciálního vodiče. Léčebný efekt byl v některých případech opět nižší, a to převážně u obézních pacientek z důvodu komplikovaného určení stupně doražení pásky. (Martan et al., 2013, s. 81-83) V roce 2008 navázala další minislingová operace **AJUST** s dokonalejším kotvicím systémem pro trvalou i bezpečnou fixaci pásky a pohodlnou aplikaci pro operátora. Implantát je individualizovatelný k zajištění efektivní léčby. Podle posledních metaanalýz

randomizovaných studií je technika AJUST stejně efektivní jako standardní TVT, TVT-O v rozmezí 81-94 %, ale dlouhodobé výsledky zatím nejsou známy. (Juránková, 2017, s. 68) V současnosti jsou prezentovány i další typy miniinvazivních operačních metod, které umísťují retropubicky ještě kratší pásky odlišným či stejným způsobem např. **TVT ABBREVO**, **TVT EXACT**. Postup se provádí pomocí speciálních nástrojů na jedno použití. Tento typ pásek je preferován hlavně u žen s ISD (intrinsic sfincter deficiency), u žen s malou pohyblivostí uretry nebo při reoperacích TOT. (Martan et al., 2017, s. 60)

Bulking Agents – Operace s periuretrálními implantáty je operační postup s použitím tzv. Bulking agents je další z miniinvazivních metod pro řešení SUI. Dochází k transuretrální aplikaci látek do submukózy uretry v oblasti hrdla močového měchýře pod kontrolou cystoskopu. (Horčíčka, 2017, s. 73) Tento postup se rozvíjí již od roku 1904, kdy byly používány různé autologní a heterologní materiály, ale jejich léčebný efekt byl nestálý, většinou se vstřebaly. Dnes se aplikuje biokompatibilní materiál Bulkamid hydrogel, který nedegraduje, nemigruje a je homogenní. (Martan et al., 2013, s. 90-91) Po jeho aplikaci nastane zvýšení intrauretrálního odporu za současného zvýšení nitrobřišního tlaku. (Horčíčka, 2017, s. 73) Někteří autoři doporučují Bulking agents jako první volbu u neoperabilních pacientek např. starší ženy, ženy se závažným chronickým onemocněním, obézní či pacientky plánující těhotenství. Komplikací může být alergická reakce na použitý materiál, urgence či retence moči, hematurie, křehkost uretrální sliznice, aktivní zánět dolních močových cest. (Martan et al., 2013, s. 91-96) Léčebný efekt se pohybuje v rozmezí 41-82 %. (Juráková et al., 2017, s. 68)

1.5.6 Hodnocení operační léčby

Úspěšnost chirurgického řešení SUI, tedy páskových operací je všeobecně poměrně vysoká. Páskové operace jsou dnes považovány za standard operační léčby, přizpůsobené individuálním potřebám klientky a zkušenostem pracoviště. (Juráková et al., 2017, s. 68)

Nilson publikoval hodnocení účinnosti TVT pásek v dosud nejdelším časovém horizontu 12 let a dospěl k závěru, že neshledal, žádné významné změny efektu operační léčby v čase. Zároveň v komparativní analýze neodhalil žádný statisticky signifikantní rozdíl mezi subjektivními i objektivními výsledky TVT a TVT-O. (Puskar, 2012, s. 27-36)

Metaanalýza randomizovaných kontrolovaných studií z roku 2015 porovnávala účinnost a komplikace retropubického a transobturatorního přístupu. Studie zahrnovala 2646 žen. Transobturatorní přístup byl vyhodnocen jako ten s menším rizikem perforace močového měchýře a vaginálního hematomu, zatímco s vyšším rizikem bolesti v oblasti třísel a stehů.

(Sun et al., 2015, s. 220-229) Ke stejnému závěru dospěl i Novara et al. v metaanalýze studií tahuprostých vaginálních pásek.

Další metaanalýza z roku 2015 porovnávala efekt operační techniky SIMS-AJUST a TVT-O/TVT. Do studie bylo zařazeno 678 žen. Ve výsledcích nebyl shledán žádný statisticky signifikantní rozdíl ať mezi operačními metodami ani mezi pooperačními komplikacemi. Metoda AJUST zde byla zhodnocena jako metoda kratší, efektivnější, méně bolestivá, ale vzhledem k delšímu časovému horizontu zatím neprozkoumaná. (Zang et al., 2015, s. 1-7)

1.6 Primární péče o inkontinentní ženu

Primární prevence a cílené předávání informací v péči o pánevní dno by mělo být hlavní rolí porodní asistentky. Porodní asistentka má významné postavení ve zdravotnickém týmu v oblasti preventivně-léčebné péče. Její základní rolí je role pečovatelky, edukátorky, obhájkyně, koordinátorky při diagnosticko-terapeutických činnostech (Staňková, 2002, s. 11). Je vyžadován zejména citlivý a empatický přístup. Každá porodní asistentka by měla mít teoretické znalosti a praktické dovednosti, snahu a zájem pomoci, verbální a neverbální komunikační schopnosti, dokázat získat důvěru a motivaci ke spolupráci a v neposlední řadě vytvořit vhodné prostředí pro edukaci (Slezáková et al., 2017, s. 16). Z prvu porodní asistentka zjistí podrobnou anamnézu a předkládá klientkám mikční deníky a specifické dotazníky, k objektivnímu zhodnocení subjektivních obtíží kvality života. Dále provádí odběry biologického materiálu, informuje pacientku o způsobu provedení speciálních vyšetřovacích metod a testů, asistuje lékaři a podílí se na vyhodnocování diagnostických postupů.

Na počátku léčby porodní asistentka edukuje o úpravě životního stylu, především o redukci tělesné hmotnosti, zákazu kouření, konzumace alkoholu, kofeinu, pití sycených nápojů. Dále upozorní, že není třeba omezovat pitný režim, ale je důležité si osvojit správné návyky v přísunu tekutin (pít během dne a nepřijímat tekutiny cca 2 hodiny před spaním), aby se snížila potřeba močení v noci. K prevenci obstipace přijímat stravu bohatou na vlákninu. Je vhodné věnovat pozornost fyzické aktivitě, vyloučit nevhodné sportovní aktivity, nezvedat těžká břemena, zaměřit se na posilování pánevního dna ve spolupráci s fyzioterapeutem, s možností využití elektrostimulace svalů pánevního dna, či užívání speciálních pomůcek. Teprve při neúspěchu nechirurgických metod pacientku edukovat o možném chirurgickém řešení, jehož konkrétní formu stanoví a podrobně vysvětlí lékař. (Horčíčka, 2017 s. 27-37)

1.7 Předoperační příprava inkontinentní ženy

Předoperační příprava v gynekologii závisí především na aktuálním zdravotním stavu ženy, lékařské diagnóze, a poté zejména na naléhavosti a druhu výkonu, který má žena podstoupit.

Jeho účelem je odhalení možných dalších skrytých onemocnění, které by mohly ovlivňovat a komplikovat vlastní operační výkon. Předoperační vyšetření by nemělo být starší 14 dní a provádí ho praktický lékař. Díky všem zjištěným anamnestickým údajům je možno, v kontextu s výsledky ostatních vyšetření, posoudit možná perioperační rizika. Je nutné zhodnotit především kardiovaskulární, respirační a renální systém. Z předoperačních odběrů biologického materiálu zjistit základní hematologické a biochemické hodnoty. (Pilka et al., 2017, s. 222)

Nemocniční předoperační péče začíná dlouhodobou předoperační přípravou, která zahrnuje vstupní vyšetření uro-gynekologem a anesteziologem. Anesteziologické vyšetření probíhá zpravidla den před operací nebo v den operace. Anesteziolog konzultuje se ženou nejvhodnější typ anestezie nebo analgezie a posouzení operačního rizika anestezie dle American Society of Anesthesiologists – ASA žena s ním následně podepisuje informovaný souhlas. Cílem předoperační péče je dostatečně informovat ženu a předoperační přípravě, průběhu operačního výkonu, komplikacích a pooperační péči, mimo jiné zahrnuje i podpis informovaných souhlasů. Úkolem porodní asistentky je založit zdravotnickou dokumentaci a seznámit ženu s dalšími ošetřovatelskými intervencemi v období jak předoperačním, tak pooperačním. V den výkonu následuje kontrola fyziologických funkcí a jejich zápis do zdravotnické dokumentace. Pacientka musí být převlečena do operační košile a čepice, na ruce má identifikační náramek, je bez šperků, sponek, nalakovaných nehtů a bez zubní protézy, je lačná, vymočená, má oholené operační pole, čistou pupeční jizvu a zabandážované dolní končetiny a zavedení PŽK. Podání premedikace za účelem předejít nežádoucím komplikacím při úvodu do anestezie a minimalizování strachu.

Následuje předání na operační sál. Po uložení pacientky na operační stůl probíhá opětovná kontrola zdravotnické dokumentace, identifikace, kontrola předpokládaného zdravotnického výkonu, kontrola alergie, příp. označení místa operace. Při předpokladu použití monopolární koagulace přiložíme neutrální elektrodu na tělo pacientky. Dále zajistíme vhodnou polohu pacientky s použitím antidekubitních pomůcek. Posledním krokem předoperační přípravy je antisepse kůže zarouškování (sterilní překrytí operačního pole). Následuje intraoperační fáze.

1.8 Intraoperační fáze

Intraoperační fáze začíná, když je pacientka uvedena do celkové anestezie. Jedná se o malý operační výkon, kdy se zavede tahuprostá vaginální páska. Předpokládá se malá krevní ztráta a délka operačního výkonu kratší než 60 minut. Intubace při malých gynekologických výkonech nebývá nutná, preferuje se laryngeální/obličejová maska. Na začátku Preoxygenace kyslíkem 3-5 minut, následně je podáno krátkodobě působící i.v. anestetikum/hypnotikum Propofol,

Thiopental, Etomidát a k zajištění myorelaxace opioidy – Alfentamil a Remifentanil. Opioidy mohou způsobit častější výskyt pooperační nauzey, zvracení, hypotenze, bradykardie a svalové ztuhlosti. Po i.v. úvodu se podávají inhalační anestetika – Sevofluran a Desfluran. (Málek, 2016, s.25, 34-37)

Perioperační sestra plní roli instrumentářky či obíhající sestry. Po skončení operačního výkonu nastává poslední fáze bezpečnostního perioperačního procesu, kdy dochází ke kontrole nástrojů, materiálů, potvrzení provedeného výkonu a stanovené pooperační medikace. Následně je pacientka se souhlase anesteziologa předána na JIP operačního sálu či dospávací pokoj. (Zadák, 2017, s. 113-117)

1.9 Pooperační péče o inkontinentní klientku

Žena je předána z operačního sálu na JIP operačního sálu. Zde je následující hodinu monitorována, což je opakované nebo trvalé sledování monitorování životních funkcí, které napomáhá k časně detekci abnormalit pomocí přístrojů, než kompletně odezní anestezie. Patří sem monitorace bolesti, krevní tlak, srdeční frekvence a rytmus, dechová frekvence, saturace hemoglobinu kyslíkem na periférii, tělesná teplota. Důležitou součástí je i podání infuzní terapie. (Kapounová, 2020, s. 37)

1.9.1 Pooperační analgezie

Bolest po operačním výkonu je nežádoucí, protože brání spánku, ventilaci, odkašlávání i časně rehabilitaci. Základem pooperační analgezie jsou opiátová analgetika podávaná po 4-8 hodinách intramuskulárně. Je třeba dávat pozor na hypotenzi, útlum dýchacího centra a peristaltiky. (Dušan, 2011, s.919-920)

1.9.2 Monitorace kardiovaskulárního systému

V rámci monitorace kardiovaskulárního systému hodnotíme srdeční frekvenci a EKG, což jsou základní parametry sledování pacientů na JIP. Srdeční frekvence je náraz krevního proudu do stěny tepny při kontrakci levé srdeční komory. Rozdělujeme periferní puls na periférii (a. radialis, a. temporalis, a. carotis, a. brachialis, a. femoralis, a.poplitea, a.tibialis posterior, a. dorsalis pedis) nebo centrální puls nad hrotem srdce. Dále hodnotíme křivku EKG, která louží k detekci poruch srdečního rytmu, známek ischemie myokardu a sledování účinku podaných farmak. EKG křivka je grafickým znázorněním elektrické aktivity srdce. Využíván může být tří svodový nebo pěti svodový monitorovací systém. (Šálková, 2021, s. 14-17)

Dále sem patří monitorace krevního tlaku základní metoda hodnocení hemodynamiky. Rozlišujeme dvě metody měření. První, neinvazivní metoda, za pomoci monitoru vitálních funkcí (NIBP – non invasive blood pressure) nebo invazivně při závažných stavech (ABP –

arterial blood pressuer), kdy je nutnost častého nebo kontinuálního měření. Měří se pomocí arteriální kanyly zavedené do a. radialis, a. brachialis, a. femoralis nebo a. axillaris (Kapounová, 2020, s. 41)

Další invazivní metodou je CVP (central venous pressure) pomocí zavedeného centrálního žilního katetru do v. subclavia, v. jugularis interna nebo v. femoralis. Hodnotí náplň žilního řečiště a funkci pravé srdeční komory. (Bartůněk, 2016, s. 85; Zadák, 2017, s. 45-51) V rámci dospívacího pokoje monitorujeme hodnoty krevního tlaku trvale. Po odeznění anestezie pokyny o intervalech monitorace krevního nalezneme v dokumentaci dle zvyklostí pracoviště. (Bartůněk, 2016, s. 84)

1.9.3 Monitorace dechové frekvence

Monitorace dechové frekvence je součástí základních parametrů na pracovišti intenzivní medicíny. Při monitoraci dechové frekvence se orientujeme nejčastěji podle zvedání hrudníku. Normální dechová frekvence, eupnoe, je 10-18 dechů/min. V případě připojení pacientky k ventilátoru je dechová frekvence řízena ventilátorem. (Bartůněk, 2016, s. 81)

1.9.4 Monitorace tělesné teploty

Probíhá neinvazivně, kontinuálně pomocí kožního čidla a je zobrazena na monitoru vitálních funkcí nebo intermitentně, kdy používáme teploměry lihové nebo bezkontaktní. Měříme především v axile a rectu. K invazivnímu monitorování používáme permanentní močové katetry s teplotním čidlem, nosohltanové katetry či rektální teploměry. (Šálková, 2021 str. 20)

1.9.5 Monitorace nervového systému

V rámci nervového systému zdravotník subjektivně hodnotí především vědomí pacienta. Vědomí je za normálního stavu bdělé a jasné. K hodnocení jsou využívány škálové stupnice, nejvyužívanější z nich je Glasgow Coma Scale. výsledné hodnoty se pohybují od 3–15, kdy 15 je plné vědomí a 3 znamená hluboké bezvědomí. Pro pacienty, jejichž stav je ovlivněn medikamentózně, po celkových a kombinovaných anesteziích, je pak často používaná škála hodnotící úroveň sedace RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) nebo SAS – Sedation and Agitation scale (The Riker Sedation-Agitation Scale) nebo Ramsayho škála sedace (Šálková, 2021, s. 20; Bartůněk, 2016, s. 106; Zadák, 2017, s. 17)

1.9.6 Saturace hemoglobinu kyslíkem

Měří se neinvazivní metodou zvanou pulsní oxymetrie a udává se v procentech. Saturační čidlo je umístěno na akrální části těla. Normální hodnota saturace je 95-100 %. Je závislá zejména na tlaku kyslíku v krvi. Zjišťuje saturaci hemoglobinu kyslíkem, tepovou frekvenci a detekuje hypoxémii/respirační insufienci. (Kapounová, 2020, s. 43) V rámci udržení saturace

se podává kyslíková terapie. Kyslík je nutno podávat zvlčený na 100 % a ohřátý na teplotu těla. Nejčastěji je podáván nosním katétrem, dále obličejovou maskou případně maskou. S kyslík lze podat i léky v aerosolu. (Dušan, 2011, s. 920)

1.9.7 Monitorace krvácení

U TOT pásky se můžeme setkat s větším krvácením z vaginální incize, kdy dochází k poruše cév nad symfýzou či na jejím dolním okraji, které nejčastěji řešíme manuální kompresí stěny poševní v průběhu výkonu a následně tamponádou. Je důležité sledovat míru krvácení či prosak tamponády. Pokud silnější krvácení trvá je nutná operační revize. (Martan 2013, s. 66-67)

1.9.8 Monitorace komplikací k výkonu přidružených

Je třeba klientku poučit o možných komplikacích, sledování poruchy proudu moči při močení – lze uvolnit pásku kovovou cévkou skrz uretru, vzniku infekce – nutnost odstranění pásky v co největším rozsahu, potíže s močením – nutnost opakování výkonu pro přílišné utažení pásky, selhání operačního výkonu – nezlepšení dosavadní situace, recidiva, bolest v kyčlích, bolesti v tříslech způsobené průchodem zavaděče, pokud neustoupí do 3-7 dnů, provádí se opich místa vedle pásky Mesocainem i opakovaně. Migrace pásky do pochvy. (Martan, 2013, s. 73-74)

1.9.9 Pooperační péče na gynekologickém oddělení

Pacientka je předána z JIP operační sálu na pooperační pokoj standardního oddělení, pokud splňuje podmínky buzení s anestezii. Má navraceny obranné reflexy, spontánně dýchá, oběh je stabilizován, zvedne hlavu z podložky a je schopen odkašlat. Zaznamenáme čas překlady, zkontrolujeme aktuální stav pacientky - vitální funkce, stupeň vědomí, stav operační rány/krytí – vizuální kontra rány, kontrola krvácení, příznaky zánětu, krvácení/stav tamponády, vše zapíšeme do dokumentace. Ošetřovatelská péče je zde soustředěna na eliminaci bolesti, vodní elektrolytovou rovnováhu, eliminaci pooperačních komplikací a podpoření návratu zdravotního stavu na optimální úroveň. Dle WHO *Bolest je nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně organismu*. Monitorace bolesti probíhá nejčastěji dle VAS (Vizuální analogová škála), která je rozdělena do trojstupňového žebříčku hodnot. I. stupeň – mírná bolest VAS 0-4, kdy používáme neopioidní analgetika, II. Stupeň – středně silná bolest VAS 4-7, kdy používáme neopioidní analgetika a slabé opioidy, III. stupeň silná bolest VAS 7-10, kdy používáme silné opioidy. (Zadák, 2017, s. 113-117; Bartůněk, 2016, s. 207)

Vodní elektrolytovou rovnováhu hlídáme zejména proto, že při operačním výkonu dochází ke ztrátě tělních tekutin, proto je za potřebí doplnit cirkulující objem krve ve snaze udržet

dostatečnou orgánovou perfuzi. (Bartůněk, 2016, s. 193-199) Nejčastěji jsou podávány krystaloidy, které jsou svým složením nejvíce podobny krevní plazmě a glukóza k hrazení energetické potřeby klientky. (Dušan, 2011, s. 921)

Všechny ošetrovatelské intervence by měly směřovat k postupné samostatnosti klientky. V rámci pooperační péče je také důležité je informovat klientku o délce hospitalizace, která je standardně do druhého dne po operaci, provést nácvik jednotlivých technik: technika kašle – k uvolnění dýchacích cest, které jsou po operaci podrážděny a edukovat pacientku po vaginální operaci o aktivním vtahování pochvy, konečníku a fixaci rány při odkašlávání; nácvik bráničního dýchání – k podpoře žilního návratu, peristaltiky, vyššího prokrvení orgánů a zvýšení efektivity hojení rány; nácvik vertikalizace, omezení nežádoucí aktivity břišních svalů a zapojení svalů pánevního dna, zamezení vzniku imobilizačního syndromu. Imobilizační syndrom je soubor poškození, který vzniká na základě imobility a klidu na lůžku, kdy se patologické změny mohou vyvinout mezi 7-10 dní a může dojít k přechodné či trvalé ztrátě pohybových schopností, ovlivnění psychiky a postihuje různé orgánové soustavy. Po operačním výkonu pečujeme také o močení, pacientka má zavedený permanentní močový katétr, který se z pravidla 24 hodin po operaci vytáhne, pacientka se musí vymočit za 4-6 hodin, po druhém vymočení se kontroluje pod UZ močové reziduum, zásadou je zajištění dostatečné diurézy pomocí adekvátní hydratace pacientky. Plyny by měly odcházet za 14-48 hodin a stolice do 48-72 hodin. Poučit o pooperačním režimu v domácím prostředí a omezení fyzické námahy (doporučená maximální zátěž při zvedání předmětů je 3-5 kg do každé ruky, a to doživotně po provedené operaci), dočasné omezení sexuální aktivity a pracovního zařazení. Klidový režim je důležitou součástí pooperační péče po páskových operacích, a to i v případě, že operace byla provedena v režimu tzv. jednodenní (ambulantní) chirurgie. Délka trvání pracovní neschopnosti po tzv. páskových operacích je doporučována 14 dní (Horčíčka et al., 2017, s. 132, Kapounová, 2020, s. 135-139, 157)

2 Kvalita života

Termín „kvalita života“ (Quality of life – QoL) byl poprvé v historii zmíněn ve 20. letech 20. století v USA v souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji, ale v současnosti se o něm hovoří v nejrůznějších vědních oborech jako je sociologie, andragogika, pedagogika, ekonomie, medicína, ošetřovatelství atd. V souvislosti s tím se v odborné literatuře vyskytuje i celá řada definic kvality života, neboť tento pojem je velmi těžko uchopitelný pro svou komplexnost a multidimenzionálnost. Předmětem zkoumání kvality života může být celá populace, menší skupina či jedinec (Payne et al., 2005, s. 205-208).

Pojem kvalita života ve zdravotnictví byl formován díky definici zdraví dle WHO z roku 1948, kdy zdraví není pouze nepřítomnost nemoci či poruchy, ale stav fyzické, psychické a sociální pohody tzv. well-being. Zabývá se tedy objektivním i subjektivním stavem ve třech dimenzích a tím se prolíná s dnešním chápáním kvality života. (Heřmanová, 2012, s. 32) Měření kvality života v medicíně je zaměřeno na individuální kvalitu života člověka, ve specifické životní situaci, ve vztahu ke zdravotnímu stavu neboli „kvalita života související se zdravím“ (Health Related Quality of Life). (Gurková, 2012 s.25)

Zkoumáme život průměrného jednotlivce, který reprezentuje danou populaci. Jedná se o jeho subjektivní pocit pohody, který je spojován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. (Payne et al, 2005, s. 212) Objektem hodnocení jsou tedy nejen klinické ukazatele ale i objektivní a subjektivní hodnocení fyzického a psychického stavu pacienta např. bolest, schopnost sebeobsluhy, míra úzkosti a napětí. (Payne et al, 2005, s. 212)

Pojem kvality života v medicíně se rozvíjí poslední čtyři desetiletí a začal se používat i v klinických studiích. (Gurková, 2012, s. 15) Největší rozkvět výzkumů byl zaznamenán v 90. letech 20. století, kdy v České republice začala být sledována spokojenost pacientů a stala se nezbytnou součástí managementu kvality zdravotní péče. Výsledky sledování jsou podstatnou zpětnou vazbou pro lékaře, ošetřovatelský personál i vedení nemocnic. Spokojenost pacientů však nelze zaměňovat s klinickými výsledky. V praxi to znamená, že pacienti jsou žádáni o zhodnocení kvality péče subjektivně a objektivně se řídíme nejnovějšími vědeckými poznatky Evidence based medicine (praxe založená na důkazech), které jsou potvrzeny validními studiemi. Faktem je, že v dnešní době se výzkumy obrací spíše k subjektivnímu vnímání kvality života. (Payne et al., 2005, s. 264)

2.1 Rozsah pojetí kvality života

Pro hodnocení kvality života je směřodáté, v jaké rovině ji hodnotíme. Zda se jedná o mikro, mezo či makrorovinu. **Makro-rovina** se zabývá kvalitou života velkých sociálních

celků jako jsou státy a kontinenty, což je nejhlubší zamyšlení nad danou problematikou tzv. absolutní smysl života. Kvalita života je součástí politiky v souvislosti s válkou, epidemií, terorismem, hladomorem, chudobou atd. V **mezo-rovině** se zamýšlí nad kvalitou života v malých sociálních skupinách jako jsou města, školy, nemocnice, firmy, rodiny atd. Je zaměřena především na mezilidské vztahy, sdílení morálních životních hodnot, uspokojování či neuspokojování potřeb a spokojenost v daném společenství. **Mikro-rovina** hodnotí kvalitu života jednotlivce. Je to personální hodnocení sebe sama, které podléhá osobnímu žebříčku hodnot, který je při měření kvality života zjišťován a plně respektován. Počítá se s tím, že se tyto aspekty mohou v průběhu jejího života měnit. (Křivohlavý, 2002, s. 164)

V odborné literatuře se uvádí další rozdělení na **subjektivní** kvalitu života (a **objektivní** kvalitu života ve třech základních doménách fyzické, psychické a sociální (Gurková, 2012, s. 21-22). Jiní autoři smýšlí nad kvalitou života ve 3 úrovních. První je celková spokojenost se životem. Druhá úroveň je spokojenost s dílčími oblastmi života (společenská, citová, pracovní, rodinná, sexuální, ekonomická situace, spirituální stav atd.). Třetí úroveň zahrnuje veškeré související faktory ke zlepšení subjektivního pocitu kvalitního života, které jsou specificky hodnoceny škálami. (Heřmanová, 2012, s. 17)

2.2 Nástroje měření kvality života

Kvalita života související se zdravím (HRQL) je součást celkového konceptu kvality života a byla vytvořena pro ekonomické a klinické analýzy. Na začátku 80 let se k měření HRQL používali generické nástroje, které se vyvíjeli řadu let a porovnávaly úroveň kvality života související se zdravím u zdravého a nemocného jedince. V dnešní době je dostupné široké spektrum dalších nástrojů k měření HRQL, jejich přehled nalezneme např. v databázi ProQOL. Jedná se především o standardizované dotazníky a rozhovory pro skupiny pacientů s různým onemocněním. Zjišťují dopad onemocnění na každodenní život. Můžeme je rozdělit na obecné a specifické. Obecné nejsou zaměřeny na konkrétní onemocnění, zatímco specifické hodnotí jednotlivé typy nemocí. (Kurková, 2007, s. 5) Dále metody měření kvality života můžeme rozdělit do 3 kategorií podle hodnotitele. V první kategorii kvalitu života hodnotí druhá osoba. Ve druhé kategorii je hodnotitelem sama daná osoba a ve třetí kategorii se tyto dvě metody mísí. (Křivohlavý, 2002 s.165, Heřmanová, 2012, s. 407-410)

2.3 Generické nástroje měření kvality

Generické nástroje byly primárně určeny k měření zdravotního (funkčního) stavu nikoliv, jak jsou mylně označovány i dnes jako nástroje měření kvality. Typickým příkladem je škála Sicknes Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). SIP byl určen k vyhodnocení

zdravotního stavu pacientů prostřednictvím behaviorálních aspektů a NHP vznikl k měření tělesného, sociálního a psychického distresu. Na rozdíl od nástroje SIP, se NHP zaměřuje více na změny emocí než na denní aktivity. Přesto jsou oba tyto nástroje v databázích dohledatelné jako nástroje měření kvality života. (Gurková, 2012, s. 42)

Jako reakce na mylné užívání těchto nástrojů, vytvořila WHO (World Health Organisation) nástroj známý pod zkratkou WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life) jehož cílem je překonat chápání kvality života ve významu subjektivního vnímání a denních aktivit. (Drogamirecká, 2006, s.69) V české republice se nejčastěji používá WHOQOL-BREF zkrácená verze původního dotazníku WHOQOL-100. Využívá se pro potřeby klinické praxe. Obsahuje 26 položek sdružených do čtyř oblastí. (Gurková, 2012, s. 146-147)

2.4 Specifické nástroje měření kvality

Vzhledem ke kritice nástrojů generických dochází k tvorbě nástrojů specifických. Byly vyvinuty k měření HQRL pacientů se specifickým onemocněním nebo léčebnou intervencí, což našlo velké opodstatnění v evidence based medicine. Tyto nástroje zabývající se specifickými léčebnými postupy a onemocněními přesněji zachytí efektivnost ošetrovatelských intervencí a mohou být použity pro klinické studie. Měření probíhá prostřednictvím jednoduchých dotazníků, které pacienti mohou vyplnit samostatně. V porovnání s generickými nástroji, jsou specifické nástroje daleko citlivější a mají větší diskriminační validitu. Specifické nástroje lze například využít v hodnocení kvality života u onkologických pacientů, u pacientů s diabetem mellitem, u s neurologickými chorobami nebo u pacientů s močovou inkontinencí. (Gurková,2012, s. 43, 148) V souvislosti s dotazníkovým šetřením je třeba zmínit validitu (pravdivost) a reliabilitu (spolehlivost) získaných výsledků, tedy v jaké míře daný dotazník skutečně měří to, co měřit má a zda dostatečně spolehlivě. Další faktory ovlivňující dotazníková šetření jsou např. rozsah dotazníku, kdy krátký dotazník neposkytuje dostatek informací a příliš dlouhý dotazník je často odmítán a snižuje se tím jeho návratnost, dále pohlaví, kdy ženy inklinují k větší nespokojenosti, pacienti s vyšším vzděláním jsou často kritičtější a s vyšším věkem respondenta požadavky na péči klesají. (Payne et al., 2005, s. 274-276)

2.5 Kvalita života žen se stresovou inkontinencí

Kvalita života je úzce spjatá s veškerým lidským bytím v oblasti sociální, psychické, fyzické, duchovní, materialistické atd. a močová inkontinence je závažný problém, který řadu oblastí lidského bytí ovlivňuje, hlavně fyzickou, psychickou, sociální a sexuální. Ženy prožívají často pocity studu, méněcennosti, strachu ze ztráty důstojnosti, vzdávají se běžných denních

aktivit, tím narušují sociální vazby, partnerské a sexuální vztahy až do stavu celkové nespokojenosti. (Sochorová a Vránová, 2008, s. 263) Některé ženy považují močovou inkontinenci za normální proces stárnutí a je tristní, že ve 21. století vyhledání odborníka trvá průměrně 5-6 let od počátku prvních příznaků inkontinence. (Špaček et al. 2018, s. 344)

Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS) zařadila hodnocení kvality života do klinických studií, což má zásadní efekt k určení závažnosti individuálního stavu jedince, druhu inkontinence, ale i k hodnocení průběhu a efektu léčby. V kombinaci s objektivními poznatky tvoří účinnou, komplexní vyšetřovací intervenci. K hodnocení kvality života žen se stresovou močovou inkontinencí je dostupná řada specifických dotazníků, které byly testovány podle současných standardů. Jsou hodnoceny dle 3 kritérií (validita, validita a průkaznost změny) a rozděleny do kategorií A dotazník splňuje všechna tři kritéria „vysoce doporučený“, B - splňuje pouze dvě kritéria „doporučený“ a C „potencionální trial“ splňuje pouze jedno kritérium. Dotazníky by měly být validovány pro konkrétní cílový jazyk, kterým pacientka hovoří. (Lucas et al., 2015, s. 62) Liší se především statistickými vlastnostmi a druhem otázek. Pro reliabilitu a validitu šetření je zásadní cílová populace, druh inkontinence, délka šetření a volba správného dotazníku. Patří sem například Contilife, IQOL, KHQ. (Sochorová a Vránová, 2008, s. 263)

KHQ (King's health questionnaire) Byl vypracován v roce 1997 pro ženy se stresovou inkontinencí a později se prokázalo, že vykazuje dobré statistické vlastnosti pro obě pohlaví se stresovou inkontinencí a urgencí. Skládá se z 21 otázek. Hodnotících současný stav obtíží, omezení fyzické aktivity, sociální aktivity a mezilidských vztahů, emocionální problémy, vliv na spánek, vliv na celkový zdravotní stav. Často se využívá pro krátkodobé i dlouhodobé hodnocení kvality života v klinických studiích preparátů pro léčbu hyperaktivního měchýře Je k dispozici ve 26 jazycích. (Zachoval et al., 2006, s. 286)

CONTILIFE dotazník je určen pro ženy se stresovou inkontinencí, byl vytvořen v roce 2003. Skládá se z 28 otázek hodnotících stav v posledních 4 týdnech. Hodnotí vliv na běžné denní aktivity a aktivity spojené s námahou, emoční důsledky, vliv na pohlavní život, celkový pocit spokojenosti. Vykazuje dobré statistické vlastnosti a je rovněž využíván k hodnocení efektu operační léčby stresové inkontinence pomocí polypropylenové TVT pásky. (Zachoval et al., 2006, s. 287)

IQOL (Incontinence Quality Of Life Questinnaire) Dotazník byl vytvořen v roce 1996 a skládá se z 22 otázek. Zaměřuje se na sociální a psychosociální dopad inkontinence ve smyslu nutnosti omezování se v obvyklých činnostech. Tento dotazník vykazuje dobrou spolehlivost a

validitu. Původně byl vypracován pro obě pohlaví, využívá se především při hodnocení klinických studií ženské stresové inkontinence (Zachoval et al., 2006, s. 287).

Praktická část

3 Formulace problému

Inkontinenci lze definovat, jako mimovolní únik moči při zvýšení nitrobřišního tlaku. Představuje velice významný a rozšířený zdravotní problém, který postihuje během života až 50 % žen. Tato problematika je spojena s řadou funkčních i strukturálních změn, které však v dnešní době dokážeme léčit, nebo alespoň příznivě ovlivnit. Inkontinence je mimo jiné spojena i s otázkou kvality života, a to tak, že způsobuje pacientce dyskomfort a vylučuje ji z řady společenských, pracovních i osobních aktivit a může vést až k tělesné i duševní invalidizaci. Nejčastěji postihuje ženy v období kolem menopauzy. Implantace transobturatorní pásky je minimálně invazivní výkon, který může inkontinenci zcela vyřešit a zlepšit tak kvalitu života.

3.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí před operací a po implantaci transobturatorní pásky ve všech doménách.

- Analyzovat zastoupení jednotlivých skupin BMI ve vzorku žen s diagnózou stresové močové inkontinence a určit vzájemný vliv.
- Analyzovat vliv parity na stresovou močovou inkontinenci.
- Zjistit, zda močová inkontinence vyvolává pocit nedokonalého zdraví
- Analyzovat míru závažnosti symptomů stresové močové inkontinence před operací a 3 týdnů po operaci.
- Zjistit, zda neexistuje statisticky významný rozdíl v posilování pánevního dna před operací a po operaci.
- Zjistit, jak dlouho trvaly příznaky stresové močové inkontinence před operací
- Zjistit, zda stresová inkontinence ovlivňuje běžné denní aktivity.

3.2 Výzkumné otázky

VO1: Ovlivňuje věk, BMI, parita, vzdělání či další proměnné kvalitu života při stresové močové inkontinenci?

VO2: Jaký je rozdíl v kvalitě života před a po implantaci transobturatorní pásky?

VO3: Jaký vztah mají ženy k posilování pánevního dna před a po operaci?

VO4: V jaké míře zasahuje močová inkontinence do osobních zájmů a běžných denních aktivit?

VO5: Vyvolává stresová močová inkontinence pocit nedokonalého zdraví?

VO6: Jak dlouho klientce trvá rozhodnutí navštívit odborníka?

3.3 Výzkumné hypotézy

H0: Věk, BMI, parita, délka obtíží, způsob vedení porodu, zácpa, kouření, cvičení, řešení obtíží nemá statisticky významný vliv na kvalitu života při stresové močové inkontinenci.

HA: Věk, BMI, parita, délka obtíží, způsob vedení porodu, zácpa, kouření, cvičení, řešení obtíží má statisticky významný vliv na kvalitu života při stresové močové inkontinenci.

H0: Implantace transobturatorní pásky nemá statisticky významný vliv na kvalitu života.

HA: Implantace transobturatorní pásky má statisticky významný vliv na kvalitu života.

H0: Znalost cvičení a cvičení svalů pánevního dna nemá statisticky významný vliv na kvalitu života.

HA: Znalost cvičení a cvičení svalů pánevního dna má statisticky významný vliv na kvalitu života.

H0: Zhruba polovině žen zasahuje močová inkontinence do osobních zájmů a běžných denních aktivit velmi silně nebo poměrně dost.

HA: Více než polovině žen (>50 %) zasahuje močová inkontinence do osobních zájmů a běžných denních aktivit velmi silně nebo poměrně dost.

H0: U poloviny žen (50 %) vyvolává stresová močová inkontinence pocit nedokonalého zdraví.

HA: U méně než poloviny žen (< 50 %) vyvolává stresová močová inkontinence pocit nedokonalého zdraví.

H0: Zhruba polovině žen (50 %) trvá navštívit odborníka maximálně 3 roky.

HA: Většině žen trvá rozhodnutí navštívit odborníka maximálně 3 roky.

4 Metodika

Diplomová práce je zaměřená na stresovou močovou inkontinenci ve vztahu ke kvalitě života. Před realizováním výzkumu byly stanoveny výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Výzkum diplomové práce byl realizován sběrem dat ze standardizovaných anonymních dotazníků, doplňujících otázek a jejich následnou analýzou. Sběr dat probíhal v Orlickoústecké nemocnici. Nejprve byl výzkum schválena etickou komisí Fakulty zdravotnických věd (viz. příloha č. 1), dále byla odsouhlasena žádost o sběru dat náměstkyní pro NLZP v Orlickoústecké nemocnici. (viz příloha č. 2)

5 Realizace výzkumu

V první části byl stanoven výzkumný problém a proběhlo vyhledávání zdrojů pomocí rešeršní činnosti. Poté byla podána žádost k výzkumné části diplomové práce pro etickou komisi FZV UP, která ji následně schválila. Dále byla oslovena Orlickoústecká nemocnice s žádostí o sběru dat k diplomové práci. Nemocnice se vyjádřila souhlasným stanoviskem. Dále byla vymezena kritéria výběru respondentů. Následoval sběr dat pomocí anonymního standardizovaného dotazníku a jejich vyhodnocení.

5.1 Charakteristika souboru

Respondentky dotazník obdržely v uro-gynekologické ambulanci od porodní asistentky. Byly záměrně vybírány podle předem stanovených kritérií: ženy s diagnózou stresové močové inkontinence, ženy před plánovaným operačním výkonem, ženy starší 18 let, které souhlasí s vyplněním dotazníku před i po operačním výkonem. Respondentky byly upozorněny na skutečnost, že v rámci výzkumu je nutné vyplnit i výstupní dotazník při prvním pooperačním kontrolním vyšetření po 6–8 týdnech.

5.2 Metoda sběru dat

Sběr dat probíhal po odsouhlasení žádosti o sběru dat v Orlickoústecké nemocnici. Byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Data byly získávána pomocí standardizovaného anonymního dotazníku Donald L. Patrika - Index kvality života (Quality of Life in persons with urinary incontinence – I-QoL). Tento dotazník byl poprvé publikovaný v časopise Urology v roce 1996 Washingtonským urologickým pracovištěm – přeložen a s mírnou úpravou byl zaveden do praxe primářem Ivanem Huvarem, působící na gynekologicko – porodnickém oddělení nemocnice Milosrdných bratří v Brně. Dotazník je volně dostupný pro výzkumné účely a byl převzat z časopisu Urologie pro praxi, kde Zachoval a kol. (2006) uvádějí souhrn specifických dotazníků, určených k hodnocení kvality života u žen s močovou inkontinencí.

Sběr dat probíhal od října 2020 do března 2022. Celkem bylo získáno 186 dotazníků. Všechna data byla zapisována do předem připravené tabulky v MS Excel. Byla získávána pouze data, která splňovala výše zmíněná kritéria a obsahovala všechny odpovědi, z toho důvodu bylo 26 dotazníků vyřazeno. Na úvodní straně dotazníku pacientky byly seznámeny s cílem výzkumného šetření, kdo tento dotazník zadává a za jakým účelem. Současně jsem ženám objasnila, jakým způsobem dotazník vyplňovat před o po operačním výkonem, a zdůraznila jsem, že veškeré získané údaje jsou zpracovány s ohledem na jejich anonymitu a dobrovolnost podílet se na výzkumu. Anonymita byla dále zachována i při odevzdávání vyplněných dotazníků. Dotazníky byly pouze očíslovány z důvodu párování a srovnání dat před a po operačním

výkonu Dotazník obsahuje 22 uzavřených otázek, které se snaží postihnout charakteristické obtíže inkontinentních žen. Otázky jsou jasné a srozumitelné, tudíž jeho vyplnění pacientka zvládne a zabere jí to jen velmi málo času. Intenzita potíží je vyjádřena pomocí pětistupňové škály odpovědí. Stupeň 1 znamená odpověď ano, vždy – stupeň 5 ne nikdy. Svou výpovědní hodnotou si jsou všechny otázky rovny. Dotazník byl rozšířen o doplňující otázky zaměřující se na věk, nejvyšší ukončené vzdělání, paritu, způsob vedení porodu, BMI, vyprazdňování, kouření, cvičení a délku obtíží.

Společně s dotazníkem byl ženám rozdán informovaný souhlas, ve kterém byly shrnuty základní informace o výzkumu.

5.3 Zpracování dat

Zpracování dat probíhalo v programu MS Excel, nejprve byly údaje zpracovány pomocí popisné statistiky, kdy byly vytvořeny tabulky, které obsahovaly: celkový počet, minimální a maximální hodnotu, průměr, modus a směrodatnou odchylku. Dále byly u některých proměnných spočítány absolutní a relativní četnosti. V další části byly ověřovány výzkumné hypotézy pomocí statistických testů. Byla testována statistická významnost vlivu chirurgického zákroku na QoL pacienta. K tomuto účelu byly použity výsledky dotazníků I-QOL, které pacientky měly vyplnit před operací a 6-8 týdnů po operaci. Kategorické proměnné, ilustrující počet individuálních odpovědí pacienta na každou otázku, byly porovnány pomocí Fisherova přesného testu. Statistická významnost rozdílů ve skóre jednotlivých domén v obou skupinách byla testována pomocí Wilcoxonova testu na párové vzorky. Statistické testy byly provedeny s úrovní významnosti $p = 0,05$. Dále byl pro testování hypotéz zvolen Shapiro-Wilkův test, Kruskal-Walisův test, Mann-Whitney U testu, Wilcoxonova testu, testy o podílu. Získaná data byla následně exportována do tabulek a grafů.

Dotazník se vyhodnocuje pomocí jednoduchého vzorce: celkový součet bodů-22/88x100=X %, kterým se dobereme výsledku udávající procentuální vyjádření kvality života ženy. Je-li pacientka jakýmkoliv příznaky inkontinence zcela nezasažena, výsledek její I-QoL bude 100% (její život je „stoprocentní“), sužuje-li ji její inkontinence 73 v maximální možné míře, výsledek její I-QoL bude 0% (kvalita života je nulová). Většina pacientek se pohybuje mezi těmito hodnotami. Výsledek je snadno interpretovatelný a dává vyšetřujícímu jasnou představu o míře handicapu ženy. Dotazník I-QoL Donalda L. Patricka se skládá ze tří okruhů otázek týkajících se různých aspektů zdraví: část fyzickou zahrnují příznaky inkontinence omezující chování (otázky č. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, 20), část sociální (otázky č. 8, 12, 14, 18, 19) a část psychickou

(otázky č. 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22) vyjadřující postih inkontinentní ženy v běžném životě a ve společnosti.

5.4 Etické aspekty

Výzkumné šetření probíhalo po schválení žádosti etické komise FZV UP. Etická komise na základě žádosti vydala souhlasné stanovisko k realizaci výzkumu. Během výzkumu byly dodrženy specifické faktory vědecké etiky (objektivnost, pravdivost, čestnost, originalita, principiálnost). Diplomová práce byla vypracována podle etických aspektů citování a všechny použité zdroje byly řádně citovány dle citační normy ČSN ISO 690.

5.5 Výsledky

V této kapitole jsou vyhodnoceny všechny otázky z dotazníku. Výsledky jsou zobrazeny v tabulkách a grafech.

5.5.1 Popisná statistika

Doplňující otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Tabulka 1 - Věk

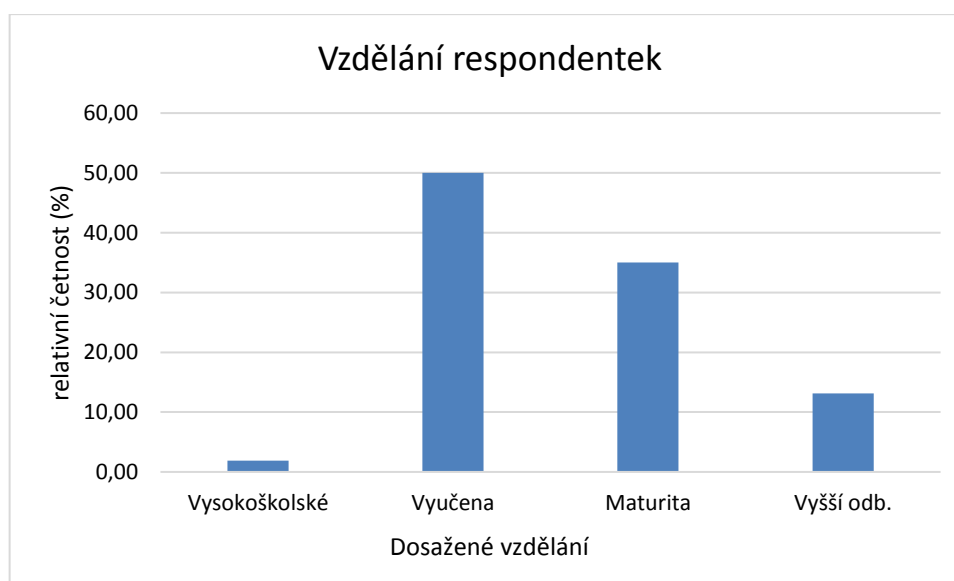
Proměnné	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	SD
Věk	160	54,33	54,00	44	68	5,46

Průměrný věk pacientek je 54,3 let. Většina žen se od průměru odchyluje o 5,5 roku. Nejmladší pacientka má 44 let a nejstarší 68 let.

Doplňující otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Tabulka 2 – Vzdělání respondentek

Vzdělání	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Vysokoškolské	3	1,88
Vyučena	80	50,00
Maturita	56	35,00
Vyšší odb.	21	13,13



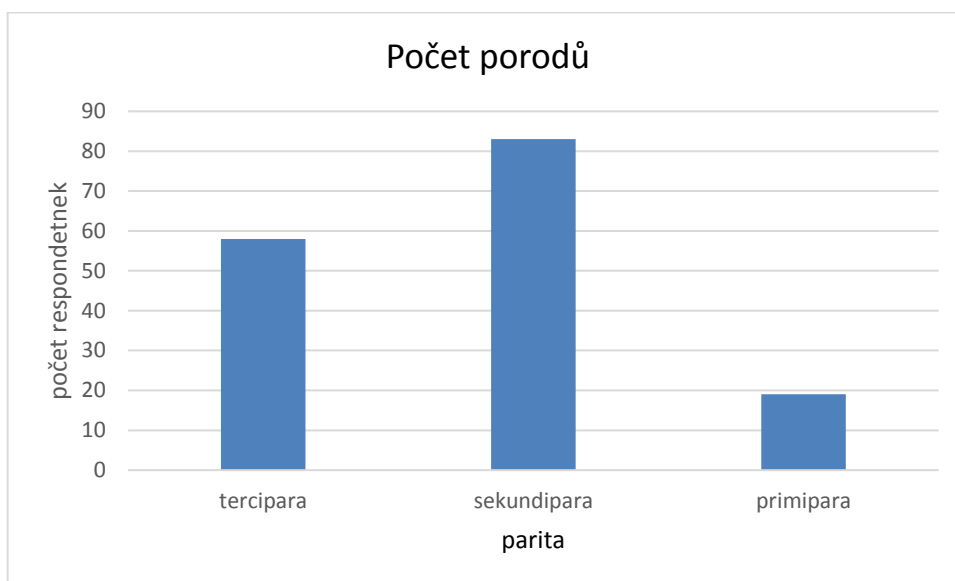
Obrázek 1 - Vzdělání respondentek

Druhou otázkou jsme zjišťovali nejvyšší dokončené vzdělání zúčastněných. Z grafu vidíme, že přesně polovina žen dosáhla středoškolského vzdělání bez maturity. 35 % dosáhlo maturitního vzdělání a zbylých 15 % má vzdělání vyšší.

Doplňující otázka č. 3 – Kolikrát jste rodila?

Tabulka 3 - Parita

Parita	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Primipara	19	11,87
Sekundipara	83	51,88
Tercipara	58	36,25



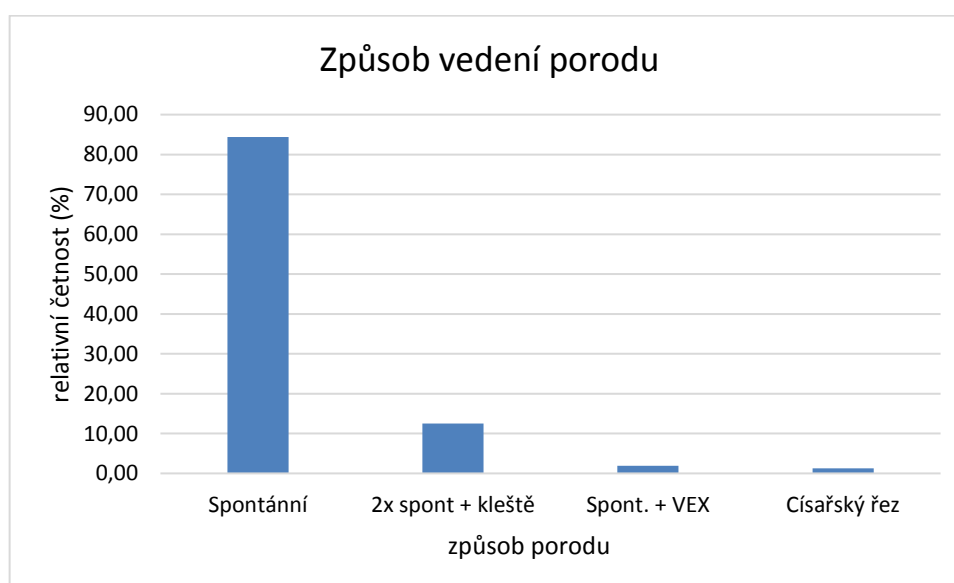
Obrázek 2 – Parita

Parita dotazovaných žen je zobrazena v tabulce č. 3. Nejpočetnější skupinou byly sekundipary, které tvořily nadpoloviční většinu 51,88 %. Dále tercipary 36,25 % a prvorodičky, které v tomto souboru tvořily pouze 11,58 %. Neodpovídal nikdo, kdo rodil více než třikrát.

Doplňující otázka č. 4 – Jaký byl způsob porodu?

Tabulka 4 - Způsob vedení porodu

Způsob porodu	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Spontánní	135	84,38
2x spont + kleště	20	12,50
Spont. + VEX	3	1,88
Císařský řez	2	1,25



Obrázek 3 - Způsob vedení porodu

Důležitým faktorem, který má vliv na inkontinenci, je porod ženy. Proto se další otázka zaměřuje na způsob vedení porodu. Našeho šetření se zúčastnilo 84 % žen, které porodily spontánně vaginální cestou. 14,38 % porodilo kombinací spontánního + operačního porodu a pouze 1,25 % rodilo císařských řezem.

Doplňující otázka č. 5 – Kolik vážíte a měříte?

Tabulka 5 - BMI respondentek

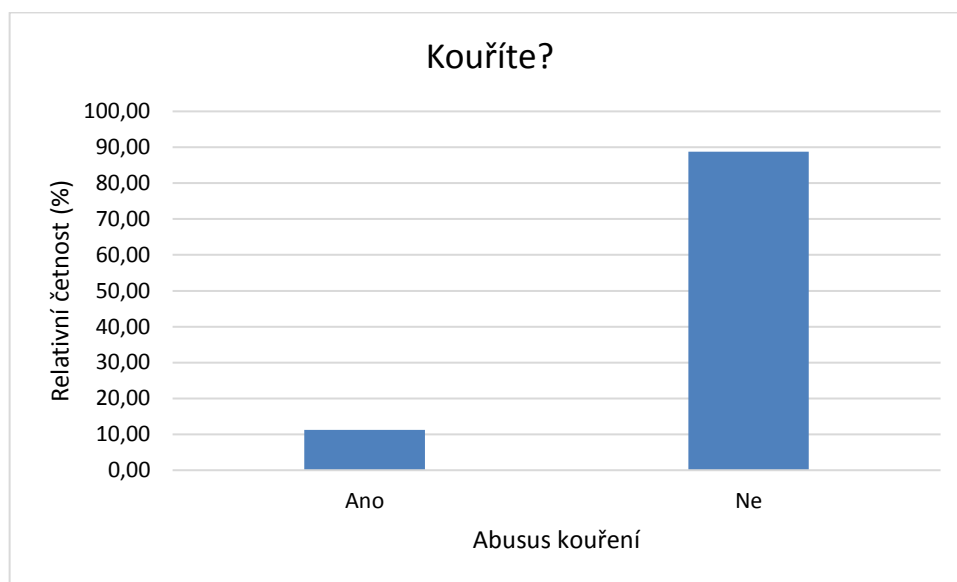
Proměnné	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
BMI	160	28,87	29,25	23	35	3,26

Otázka č.5 má za úkol zjistit tělesné dispozice respondentek. Díky získaným údajům váhy a výšky jsme vypočítali jejich BMI. Průměrné BMI pacientek je 28,9. Většina žen se od průměru odchyluje o 3,3 bodů. Nejnižší naměřené BMI je 23 a nejvyšší 35.

Doplňující otázka č. 6 – Kouříte?

Tabulka 6 - kouření

Kouříte?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ano	18	11,25
Ne	142	88,75



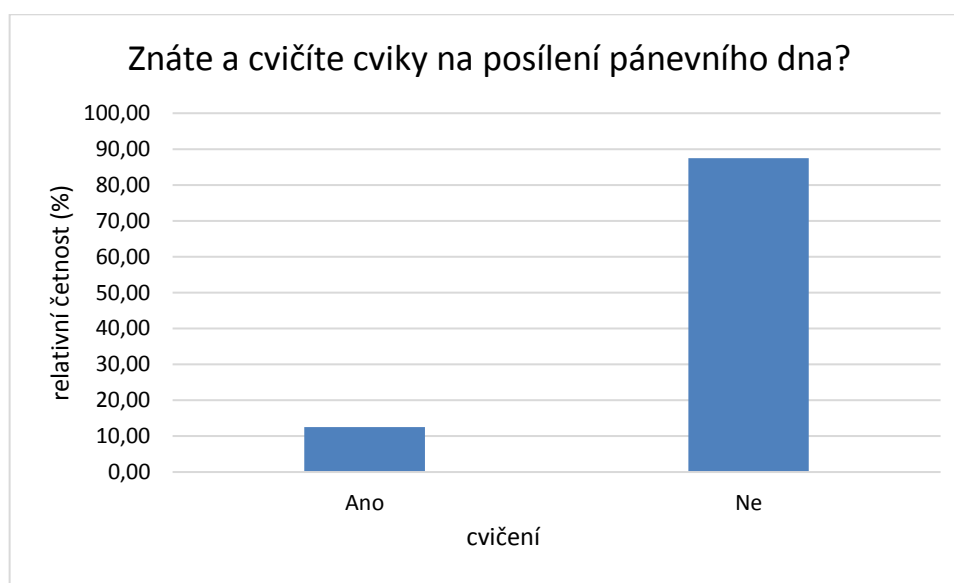
Obrázek 4- kouření

Následovala otázka na abusus nikotinu. Výsledkem je, že 88 % dotazovaných jsou nekuřáčky.

Doplňující otázka č. 7 – Znáte a cvičíte cviky na posílení pánevního dna?

Tabulka 7 - Cvičení pánevního dna

Znáte a cvičíte cviky na posílení pánevního dna?	Abs. Četnost	Rel.četnost (%)
Ano	20	12,50
Ne	140	87,50



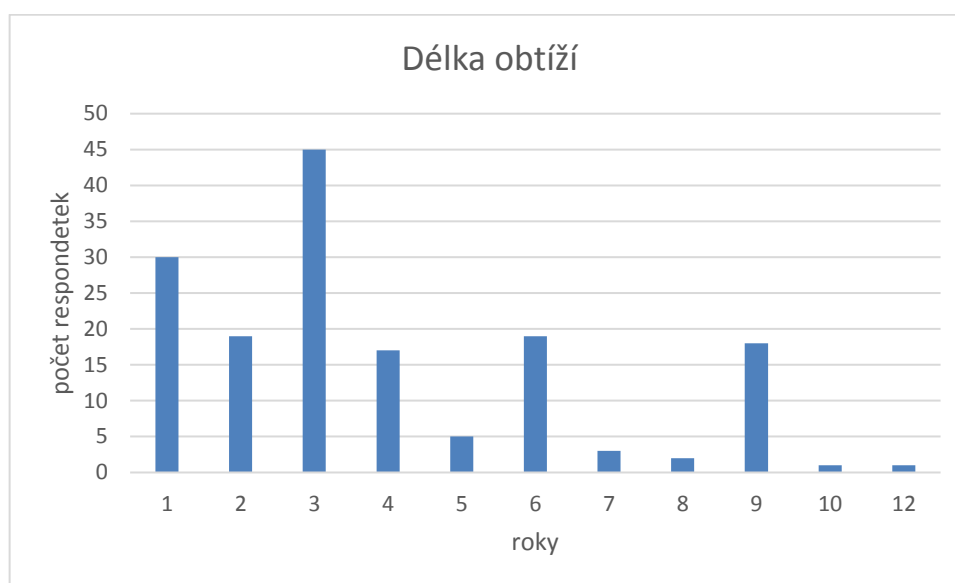
Obrázek 5 - Cvičení pánevního dna

Další otázka se zaměřila na znalost cviků na posílení pánevního dna. Za velmi znepokojující považují výsledek, že 140 žen ze 160 dotazovaných, tyto cviky nezná a tudíž necvičí.

Doplňující otázka č. 8 – Jak dlouho máte problémy s únikem moči?

Tabulka 8 - Délka obtíží

Délka obtíží	Minimum	Maximum	Průměr	Medián	Sm.odchylka
Roky	1	12	3,94	3	2,61



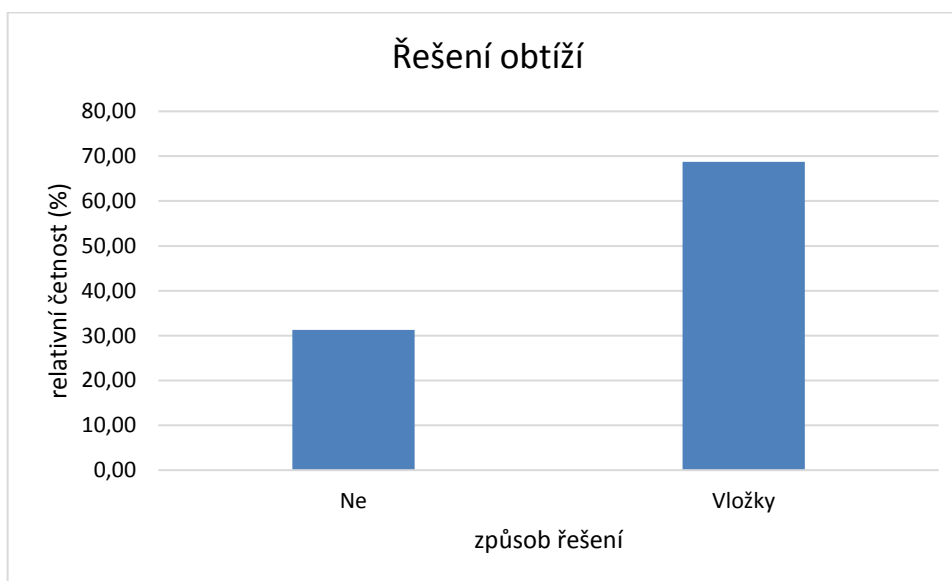
Obrázek 6 - Délka obtíží

V této otázce jsme chtěli zjistit, jak dlouho měly ženy obtíže, než navštívily lékaře. Nejdelší doba trvání příznaků byla 12 let. Nejkratší 1 rok. Obvyklá doba od začátku příznaků po návštěvu lékaře jsou 3 roky.

Doplňující otázka č. 9 – Řešila jste doposud únik moči, pokud ano jak?

Tabulka 9 - Řešení obtíží

Řešení obtíží	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Ne	50	31,25
Vložky	110	68,75



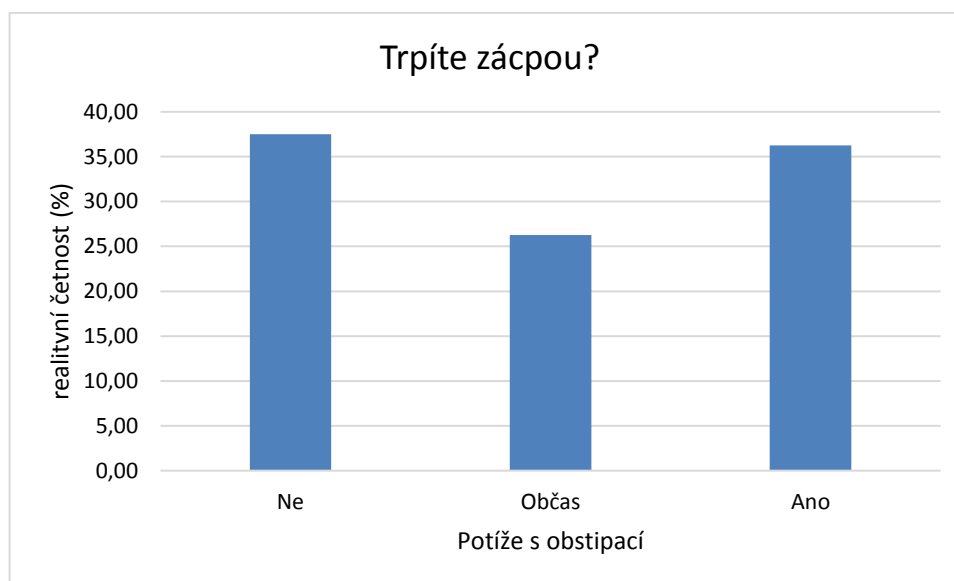
Obrázek 7 - Řešení obtíží

V neposlední řadě nás zajímalo, jestli ženy problematiku úniku moči řeší a pokud ano, tak jakým způsobem. 31 % z nich problém inkontinence ignoruje, zbylé ženy používají inkontinenční vložky.

Doplňující otázka č. 10 – Trpíte zácpou?

Tabulka 10 - Potíže s vylučováním

Trpíte zácpou?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ne	60	37,50
Občas	42	26,25
Ano	58	36,25



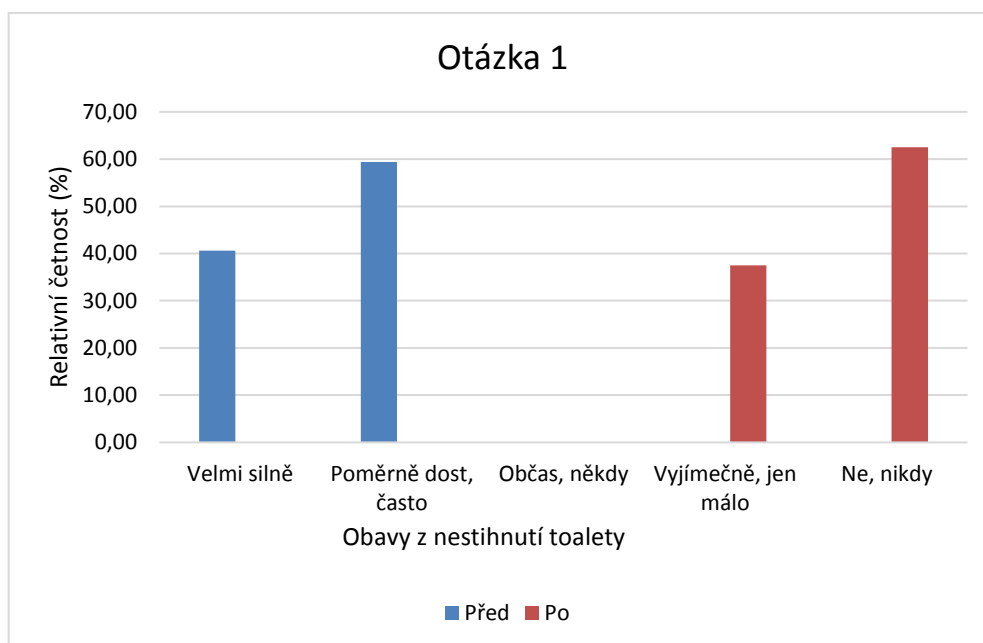
Obrázek 8 - Potíže s vylučováním

Poslední doplňující otázkou byla přítomnost zácpy u klientek. 37 % respondentek zácpou netrpí, 36 % naopak ano, zbylých 26 % udává občasné potíže se zácpou. Dá se říci, že 62 % alespoň někdy trpí obstipací.

Otázka č. 1 – Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC.

Tabulka 11 - Otázka 1 (Obavy z nestihnutí toalety)

Otázka 1	Abs. Četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	65	40,63	0	0,00
Poměrně dost, často	95	59,38	0	0,00
Občas, někdy	0	0,00	0	0,00
Výjimečně, jen málo	0	0,00	60	37,50
Ne, nikdy	0	0,00	100	62,50



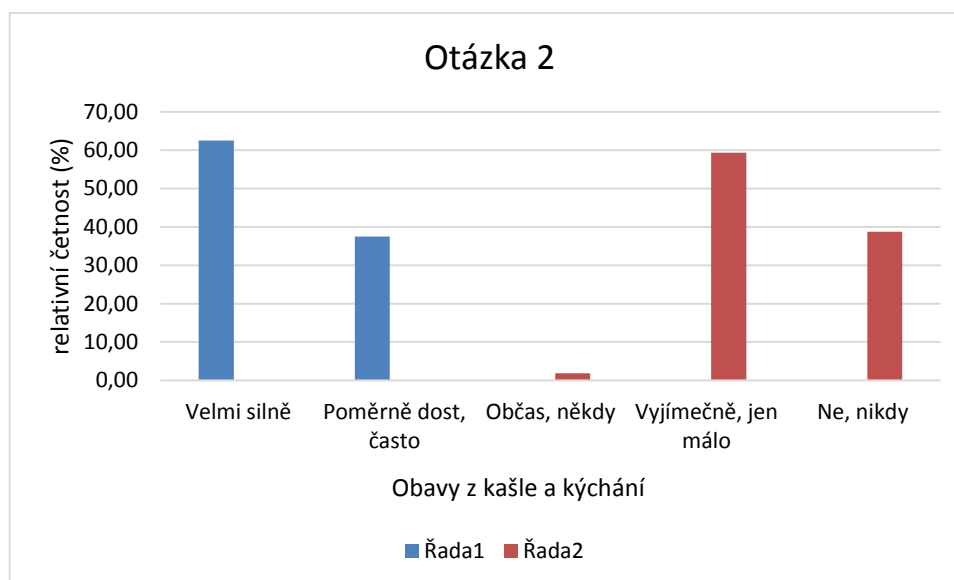
Obrázek 9 - Otázka 1 (Obavy z nestihnutí toalety)

První otázkou z dotazníku na kvalitu života při močové inkontinenci je přítomnost strachu z nestihnutí toalety. Před operací 65 žen popisovalo velmi silný strach z pomočení, 95 žen se obávalo často. Naopak po operaci tento pocit nezažilo 100 z nich, 60 jen výjimečně.

Otázka č. 2 – Obávám se kašlat nebo kýchat.

Tabulka 12 - otázka 2 (Obavy z kašle a kýchání)

Otázka 2	Abs. Četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	100	62,50	0	0,00
Poměrně dost, často	60	37,50	0	0,00
Občas, někdy	0	0,00	3	1,88
Výjimečně, jen málo	0	0,00	95	59,38
Ne, nikdy	0	0,00	62	38,75



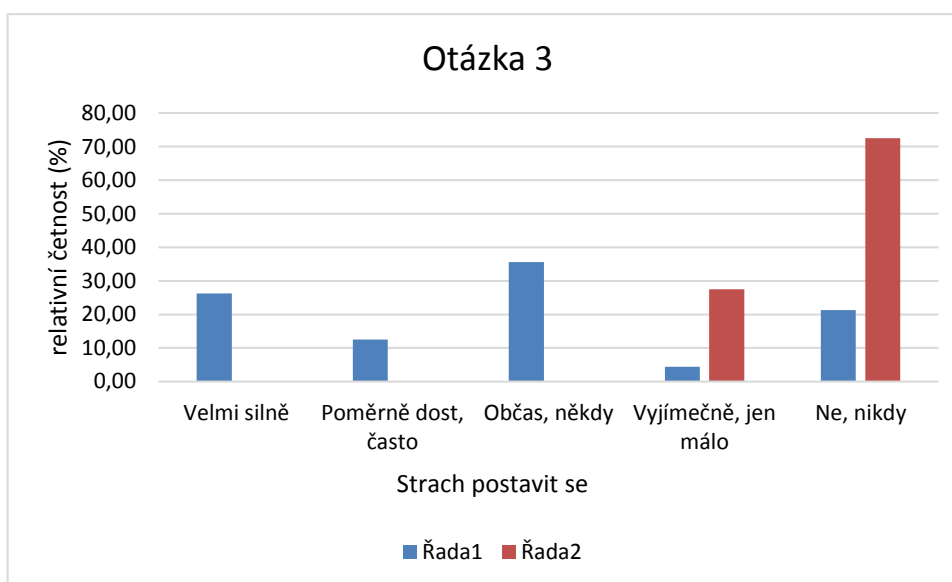
Obrázek 10 - otázka 2 (Obavy z kašle a kýchání)

Silný strach z úniku moči při zakašlání před aplikací TOT pásky mělo 62 % dotazovaných. Můžeme vidět velmi pozitivní výsledek, kdy po operaci tuto odpověď nevybrala ani 1 z žen.

Otázka č. 3 – Mám strach se po delším sezení postavit.

Tabulka 13 - otázka 3 (Strach postavit se)

Otázka 3	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi silně	42	26,25	0	0,00
Poměrně dost, často	20	12,50	0	0,00
Občas, někdy	57	35,63	0	0,00
Výjimečně, jen málo	7	4,38	44	27,50
Ne, nikdy	34	21,25	116	72,50



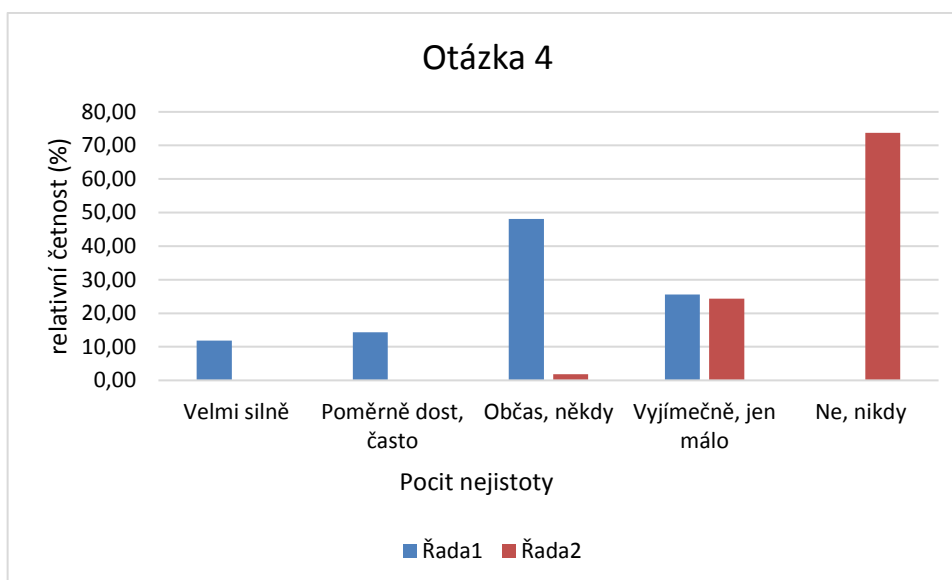
Obrázek 11 - otázka 3 (Strach postavit se)

Otázka č. 3 zjišťovala, zda pacientky mají strach z inkontinence moči při zvedání se. Před výkonem tento strach nikdy nepocíťovalo pouhých 37 respondentek. Naopak po výkonu nám toto číslo vzrostlo na 116 respondentek.

Otázka č. 4 - V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevímkde je WC.

Tabulka 14 - otázka 4 (Nejistota v novém prostředí)

Otázka 4	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	19	11,88	0	0,00
Poměrně dost, často	23	14,38	0	0,00
Občas, někdy	77	48,13	3	1,88
Výjimečně, jen málo	41	25,63	39	24,38
Ne, nikdy	0	0,00	118	73,75



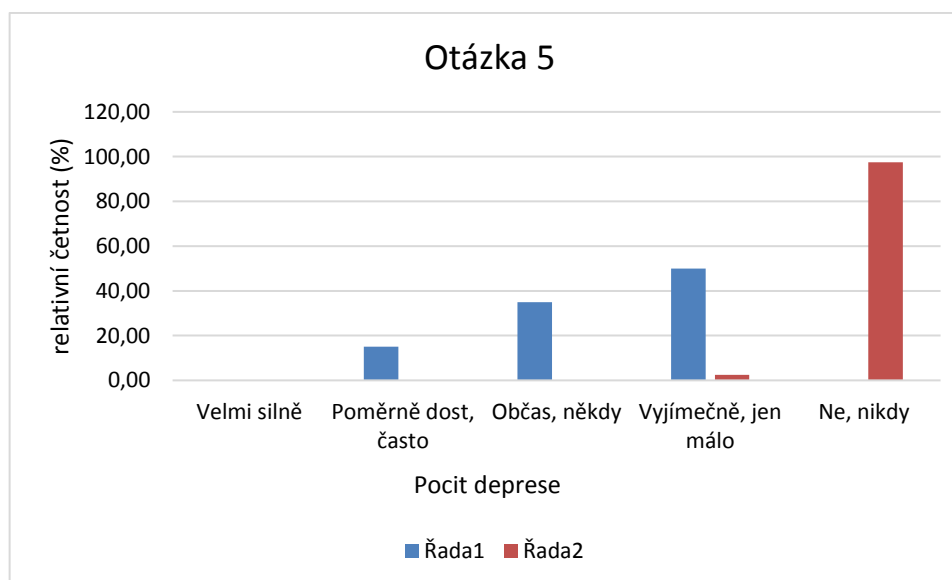
Obrázek 12 - otázka 4 (Nejistota v novém prostředí)

Pocit nejistoty v novém prostředí zažívalo velmi silně nebo často 42 klientek. Po operaci tento pocit nepopsala ani 1 z klientek.

Otázka č. 5 – Kvůli úniku moči se cítím depresivně.

Tabulka 15 - otázka 5 (Pocit deprese z úniku moči)

Otázka 5	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	24	15,00	0	0,00
Občas, někdy	56	35,00	0	0,00
Výjimečně, jen málo	80	50,00	4	2,50
Ne, nikdy	0	0,00	156	97,50



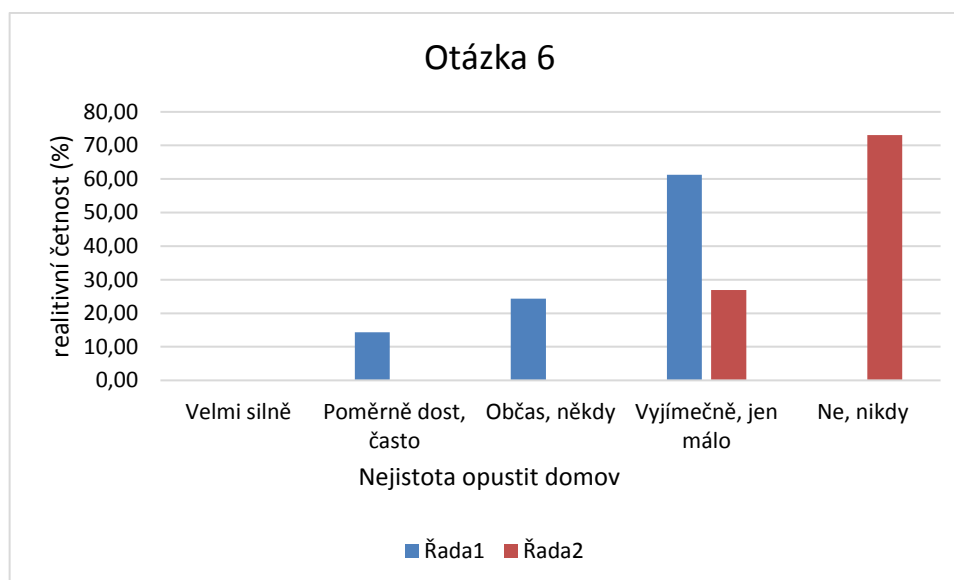
Obrázek 13 - otázka 5 (Pocit deprese z úniku moči)

Z tabulky vyplývá, že s pocitem deprese souvisejícím s únikem moči se často nebo občas setkalo 80 žen. Po operačním řešení inkontinence již ženy žádnou úzkost nepocíťovaly.

Otázka č. 6 – Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov.

Tabulka 16 - otázka 6 (Nejistota z opuštění domova)

Otázka 6	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	23	14,38	0	0,00
Občas, někdy	39	24,38	0	0,00
Výjimečně, jen málo	98	61,25	43	26,88
Ne, nikdy	0	0,00	117	73,13



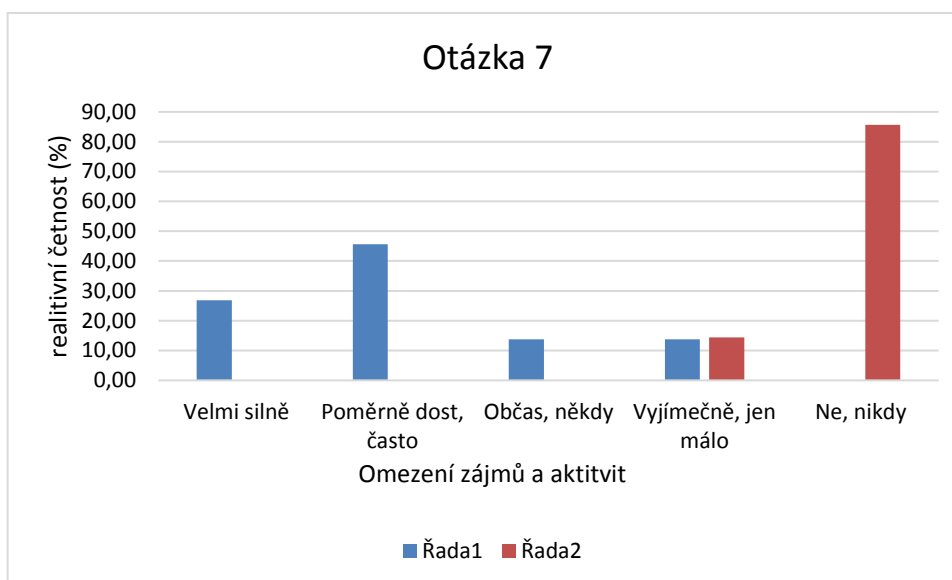
Obrázek 14 - otázka 6 (Nejistota z opuštění domova)

Před aplikací TOT pásky se 23 pacientek necítilo komfortně při opuštění svého domu, 39 občas. Po dané operaci tento diskomfort ženy převážně neudávaly.

Otázka č. 7 – Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči.

Tabulka 17 - otázka 7 (Omezení aktivity únikem moči)

Otázka 7	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	43	26,88	0	0,00
Poměrně dost, často	73	45,63	0	0,00
Občas, někdy	22	13,75	0	0,00
Výjimečně, jen málo	22	13,75	23	14,38
Ne, nikdy	0	0,00	137	85,63



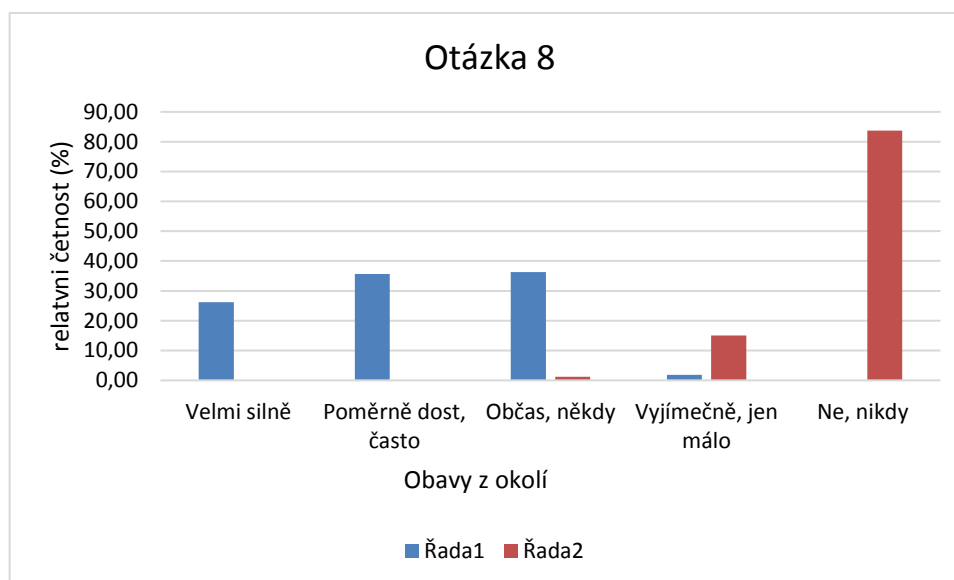
Obrázek 15 - otázka 7 (Omezení aktivity únikem moči)

Na začátku řešení problému inkontinence 116 klientek uvedlo, že omezovaly určité aktivity právě v důsledku obav z úniku moči. Po operačním řešení tyto obavy nikdy nemělo 137 klientek. Viz. obrázek č. 15.

Otázka č. 8 – Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem.

Tabulka 18 - otázka 8 (Obavy z dojmu na okolí)

Otázka 8	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	42	26,25	0	0,00
Poměrně dost, často	57	35,63	0	0,00
Občas, někdy	58	36,25	2	1,25
Výjimečně, jen málo	3	1,88	24	15,00
Ne, nikdy	0	0,00	134	83,75



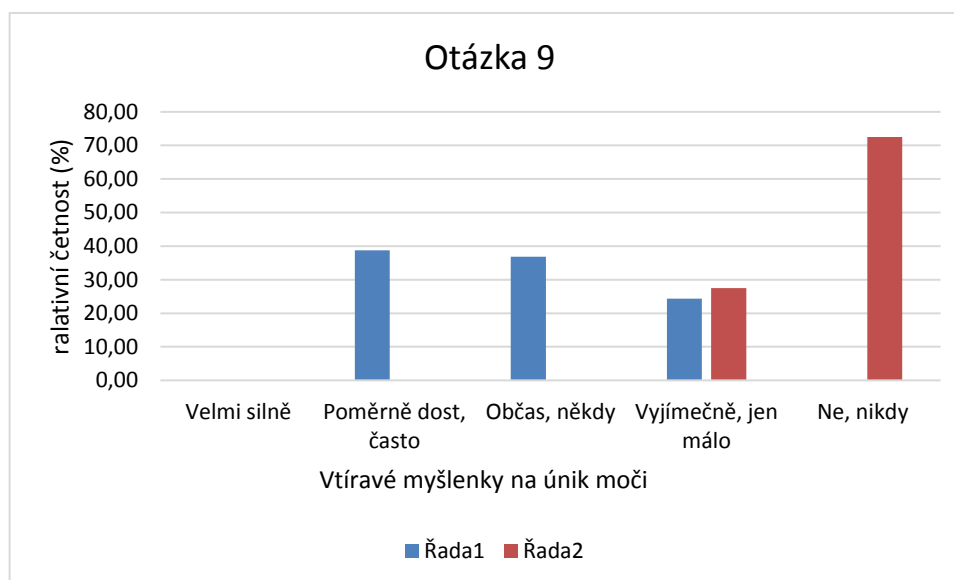
Obrázek 16 - otázka 8 (Obavy z dojmu na okolí)

Otázka č. 8 řeší obavy žen z dojmu na okolí. Je zřejmé, že inkontinence velmi ovlivňovala život 99 žen, které se necítily dobře ohledně vnímaní okolím. Po absolvování léčby inkontinence však tyto obavy nevedla jediná z nich.

Otázka č. 9 – Na problém s únikem moči musím pořád myslet.

Tabulka 19 - otázka 9 (Myšlenky na únik moči)

Otázka 9	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	62	38,75	0	0,00
Občas, někdy	59	36,88	0	0,00
Výjimečně, jen málo	39	24,38	44	27,50
Ne, nikdy	0	0,00	116	72,50



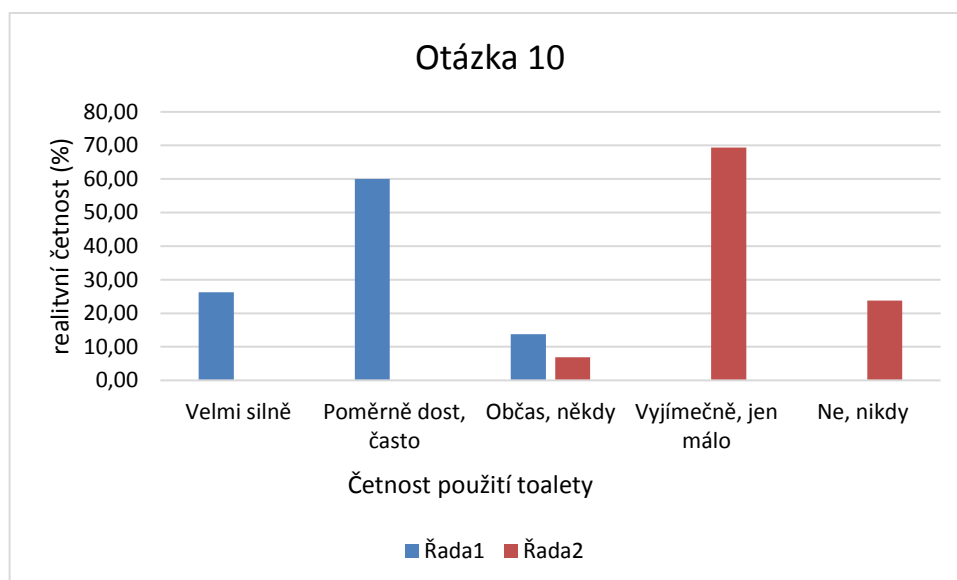
Obrázek 17 - otázka 9 (Myšlenky na únik moči)

Otázka číslo 9 posuzuje, jak často musí ženy na únik myslet. Před operací, alespoň někdy na únik moči pomyslely všechny respondentky z toho 38,75 % často, občas 36,88 % a 24,38 % výjimečně, zatímco po operaci 72,50 % na únik moči vůbec nemyslelo.

Otázka č. 10 – Chodím „pro jistotu“ na WC i když nemusím.

Tabulka 20 - otázka 10 (Časté použití toalety)

Otázka 10	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	42	26,25	0	0,00
Poměrně dost, často	96	60,00	0	0,00
Občas, někdy	22	13,75	11	6,88
Výjimečně, jen málo	0	0,00	111	69,38
Ne, nikdy	0	0,00	38	23,75



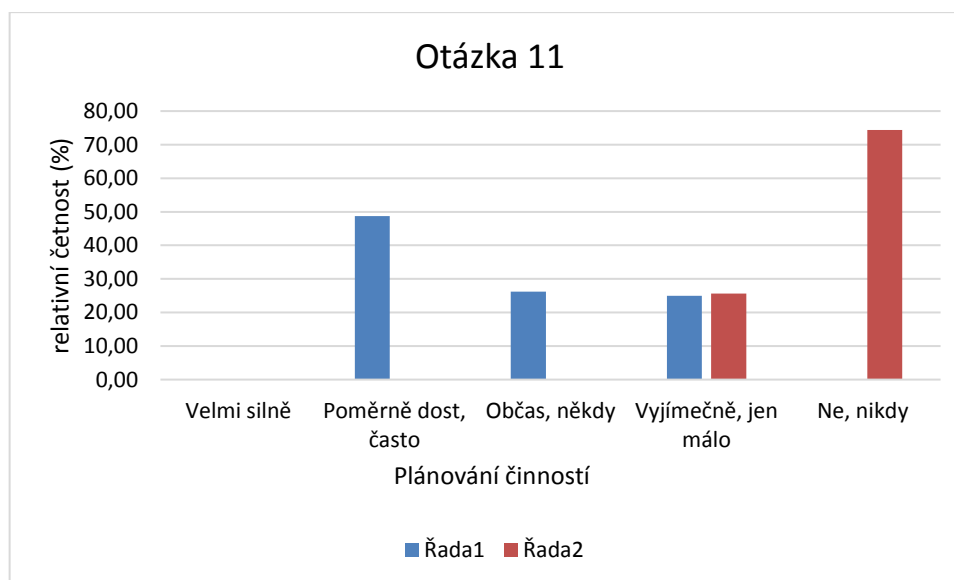
Obrázek 18 - otázka 10 (Časté použití toalety)

Další otázka se týká četnosti užívání toalety. 138 žen se přiznalo, že toaletu muselo využívat velmi často nebo dost. Po operaci tento problém nepopsala žádná.

Otázka č. 11 – Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti pomocí WC.

Tabulka 21 - otázka 11 (Plánování činností s ohledem na únik moči)

Otázka 11	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	78	48,75	0	0,00
Občas, někdy	42	26,25	0	0,00
Výjimečně, jen málo	40	25,00	41	25,63
Ne, nikdy	0	0,00	119	74,38



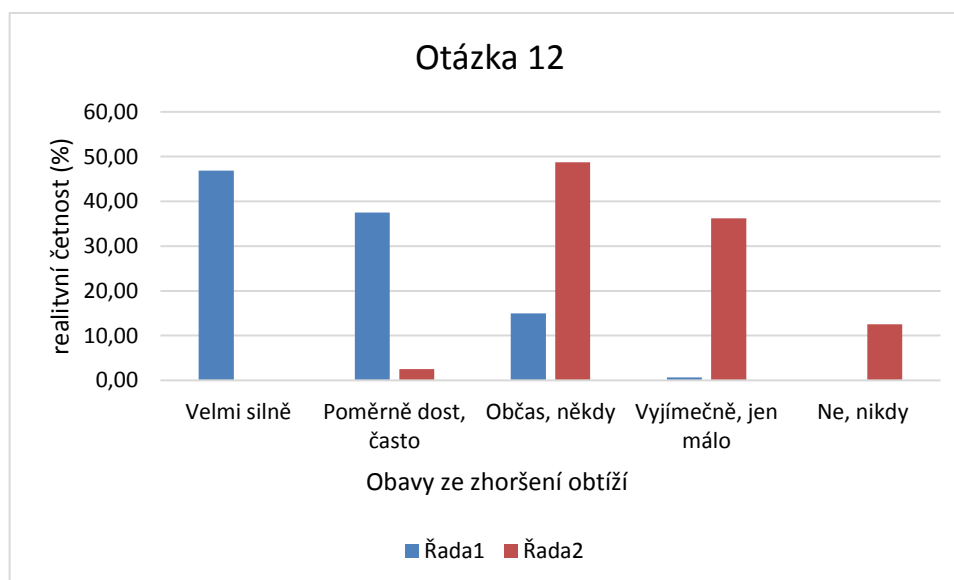
Obrázek 19 - otázka 11 (Plánování činností s ohledem na únik moči)

Tato otázka zkoumala, zda ženy byly únikem moči ovlivněny i při plánování jejich aktivit. 48 % žen uvedlo, že jejich plánování tím bylo poměrně ovlivněno. Po léčbě 78 % žen napsalo, že plánování jejich aktivit už není nikterak ovlivněno.

Otázka č. 12 - Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší.

Tabulka 22 - otázka 12 (Obavy, že se obtíže zhorší s věkem)

Otázka 12	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	75	46,88	0	0,00
Poměrně dost, často	60	37,50	4	2,50
Občas, někdy	24	15,00	78	48,75
Výjimečně, jen málo	1	0,63	58	36,25
Ne, nikdy	0	0,00	20	12,50



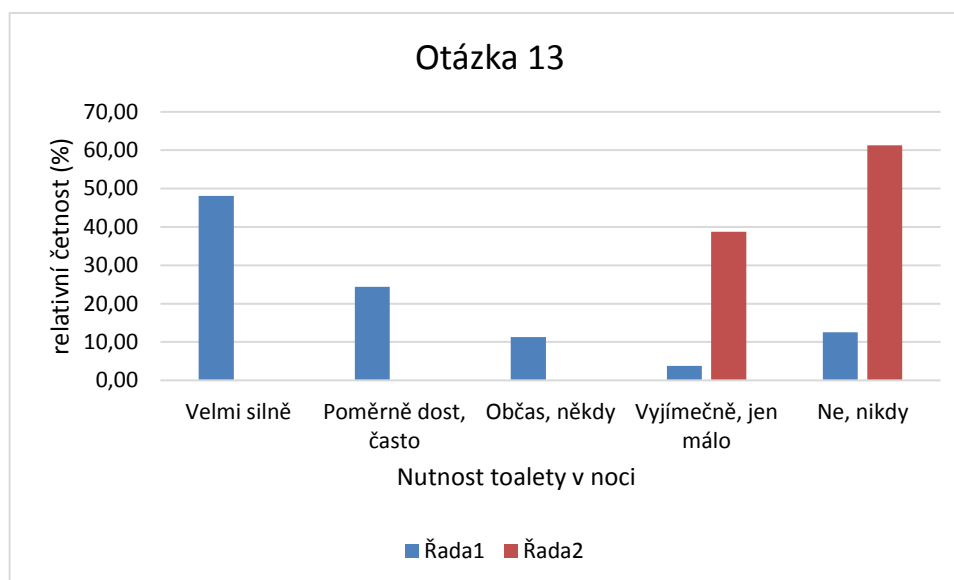
Obrázek 20 - otázka 12 (Obavy, že se obtíže zhorší s věkem)

Otázka č.12 nám poskytla nepotěšující informaci o tom, že 84 % žen má strach, že se jejich problém s únikem moči bude horšit s přibývajícím věkem. Po absolvování léčby tento strach přetrvával u pouhých 2 % z nich.

Otázka č.13 – Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC.

Tabulka 23 - otázka 13 (Nutnost chodit na toaletu v noci)

Otázka 13	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. Četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	77	48,13	0	0,00
Poměrně dost, často	39	24,38	0	0,00
Občas, někdy	18	11,25	0	0,00
Výjimečně, jen málo	6	3,75	62	38,75
Ne, nikdy	20	12,50	98	61,25



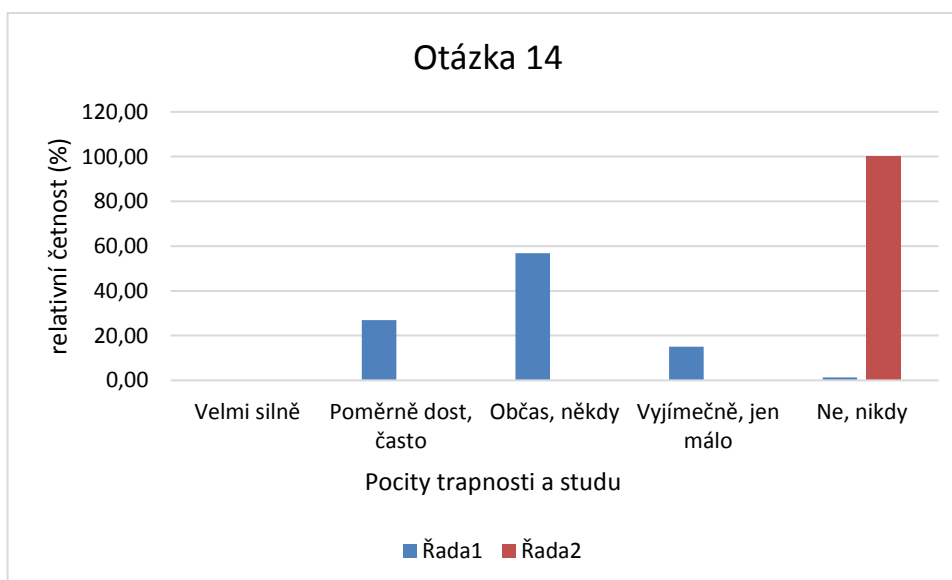
Obrázek 21 - otázka 13 (Nutnost chodit na toaletu v noci)

Před aplikací TOT pásy bylo 48 % žen nuceno v noci vstát v důsledku nutnosti močení. Po aplikaci 61 % z nich může s ohledem na močení spát až do rána.

Otázka č. 14 – Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu.

Tabulka 24 - otázka 14 (Pocity trapnosti a studu)

Otázka 14	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	43	26,88	0	0,00
Občas, někdy	91	56,88	0	0,00
Výjimečně, jen málo	24	15,00	0	0,00
Ne, nikdy	2	1,25	160	100,00



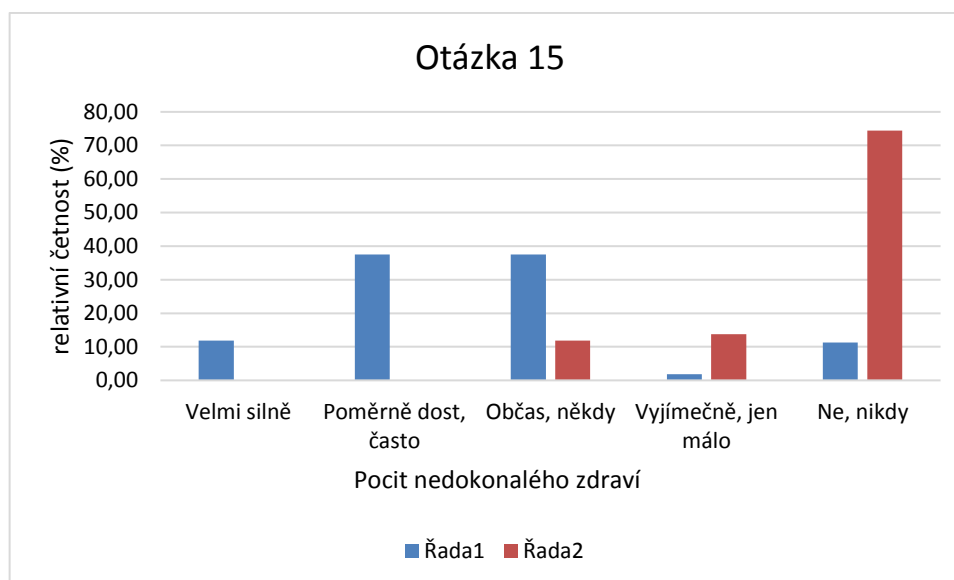
Obrázek 22- otázka 14 (Pocity trapnosti a studu)

S častým či občasným pocitem studu souvisejícím s inkontinencí se v naší studii potýkalo 134 klientek. Všechny ženy, které absolvovaly operaci se s tímto pocitem trapnosti již nepotýká.

Otázka č. 15 – Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví.

Tabulka 25 - otázka 15 (Pocit nedokonalého zdraví)

Otázka 15	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	19	11,88	0	0,00
Poměrně dost, často	60	37,50	0	0,00
Občas, někdy	60	37,50	19	11,88
Výjimečně, jen málo	3	1,88	22	13,75
Ne, nikdy	18	11,25	119	74,38



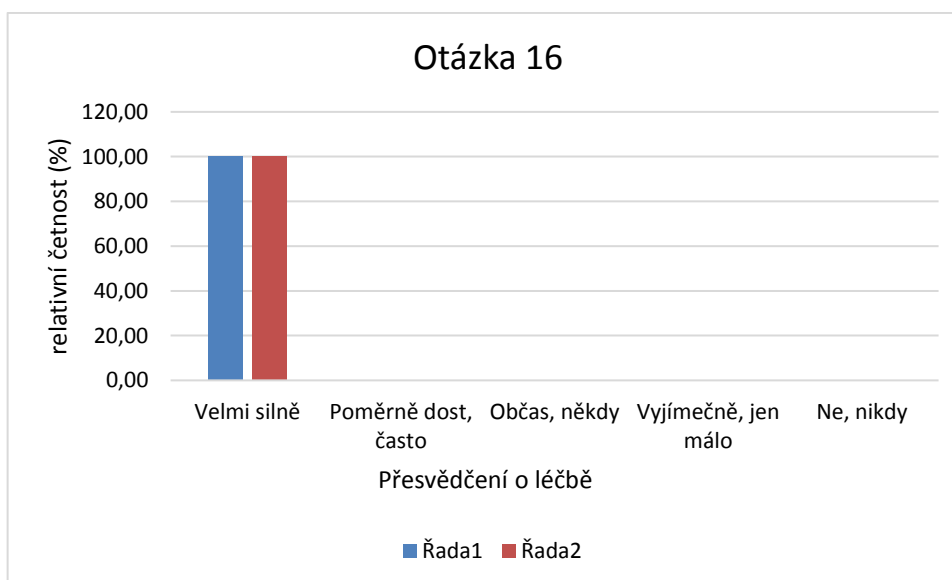
Obrázek 23- otázka 15 (Pocit nedokonalého zdraví)

Následující otázka se zabývá pocitem zdraví u žen s inkontinencí. Před začátkem léčby mělo 11 % žen velmi silný pocit nedokonalého zdraví. Po jejím ukončení se 74 % žen cítilo zdrávo.

Otázka č. 16 – Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže.

Tabulka 26 - otázka 16 (Přesvědčení o pozitivním efektu léčby)

Otázka 16	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	160	100,00	160	100,00
Poměrně dost, často	0	0,00	0	0,00
Občas, někdy	0	0,00	0	0,00
Výjimečně, jen málo	0	0,00	0	0,00
Ne, nikdy	0	0,00	0	0,00



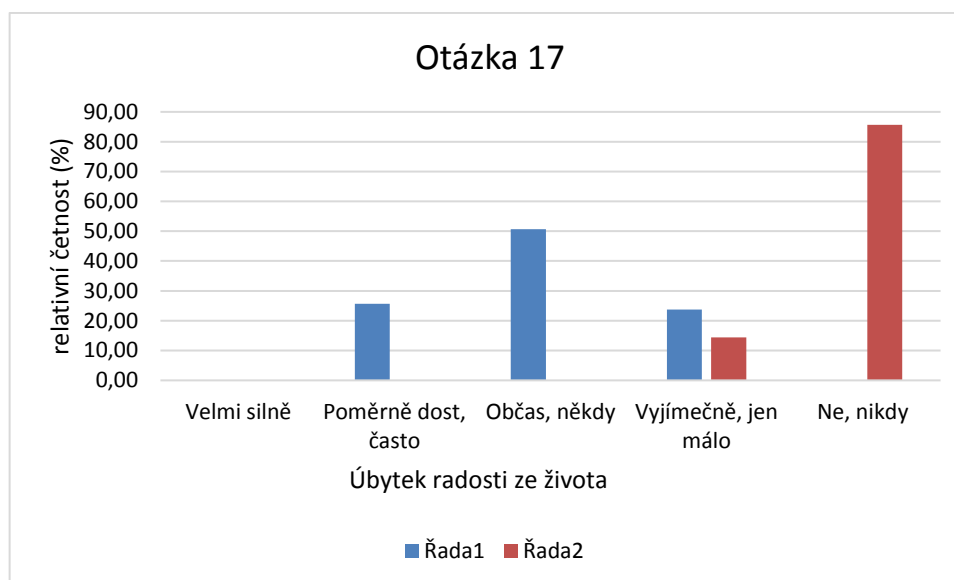
Obrázek 24 - otázka 16 (Přesvědčení o pozitivním efektu léčby)

Další otázkou z dotazníku bylo, zda jsou ženy přesvědčeny o pozitivním efektu použití TOT pásky. Překvapivě již před operací, po pouhé konzultaci s lékařem byly všechny dotazované přesvědčené o pozitivním přínosu aplikace TOT pásky.

Otázka č. 17 – Únik moči mi ubírá radost ze života.

Tabulka 27 - otázka 17 (Úbytek radosti ze života)

Otázka 17	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	41	25,63	0	0,00
Občas, někdy	81	50,63	0	0,00
Výjimečně, jen málo	38	23,75	23	14,38
Ne, nikdy	0	0,00	137	85,63



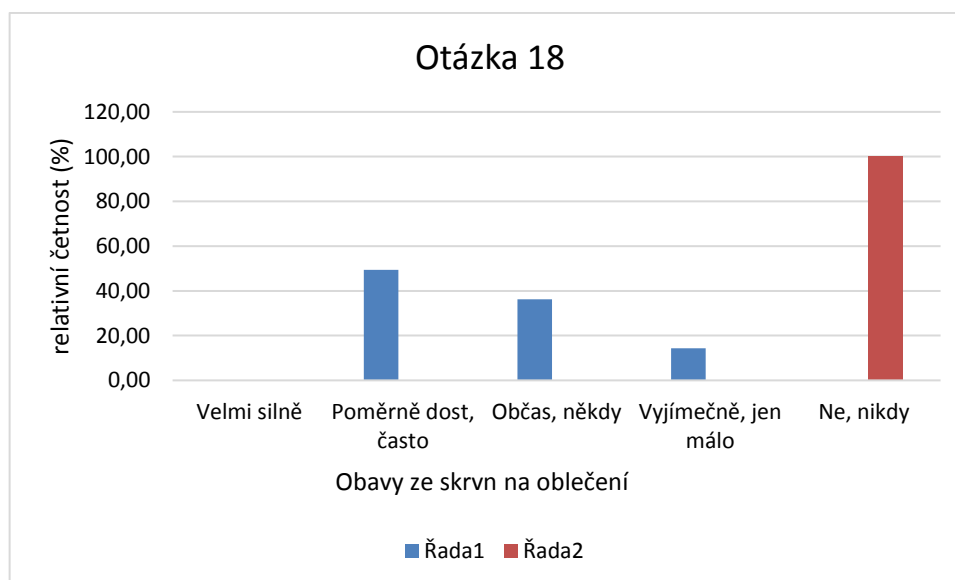
Obrázek 25 - otázka 17 (Úbytek radosti ze života)

Další otázka pojednává o úbytku radosti ze života. Bohužel ani jedna žena trpící inkontinencí nemohla uvést, že jí problém inkontinence nebere radost ze života. Po operačním řešení 137 žen uvedlo, že již jejich radost do života není nijak ovlivněna.

Otázka č.18 – Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení.

Tabulka 28 - otázka 18 (Obavy z potřísněného oblečení)

Otázka 18	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	79	49,38	0	0,00
Občas, někdy	58	36,25	0	0,00
Výjimečně, jen málo	23	14,38	0	0,00
Ne, nikdy	0	0,00	160	100,00



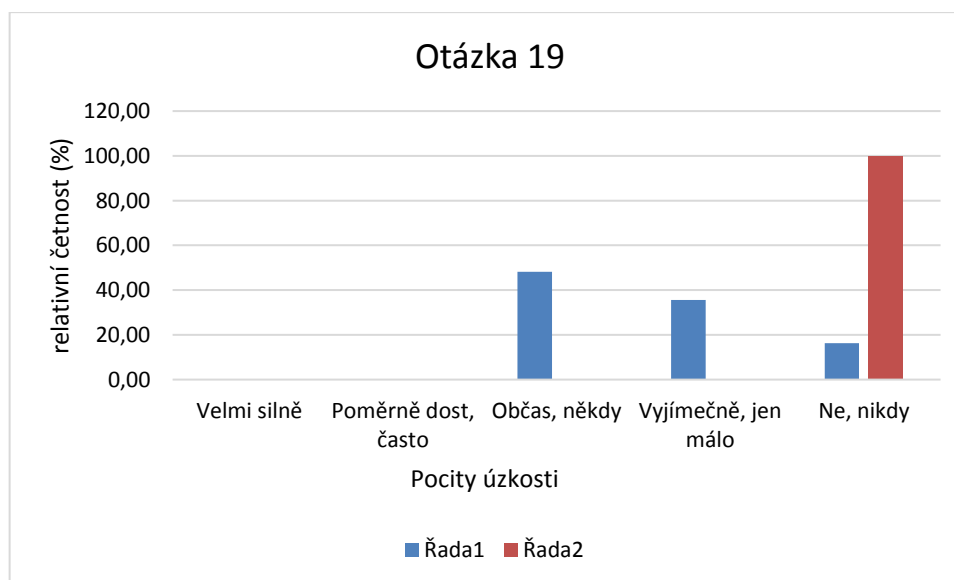
Obrázek 26 - otázka 18 (Obavy z potřísněného oblečení)

Častými obavami z úniku moči a potřísněného oblečení se před operací trápilo 49 % pacientek. Po operaci tyto obavy u všech žen vymizely.

Otázka č. 19 – Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla.

Tabulka 29 - otázka 19 (Úzkost z neovladatelného močení)

Otázka 19	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	0	0,00	0	0,00
Občas, někdy	77	48,13	0	0,00
Výjimečně, jen málo	57	35,63	0	0,00
Ne, nikdy	26	16,25	160	100,00



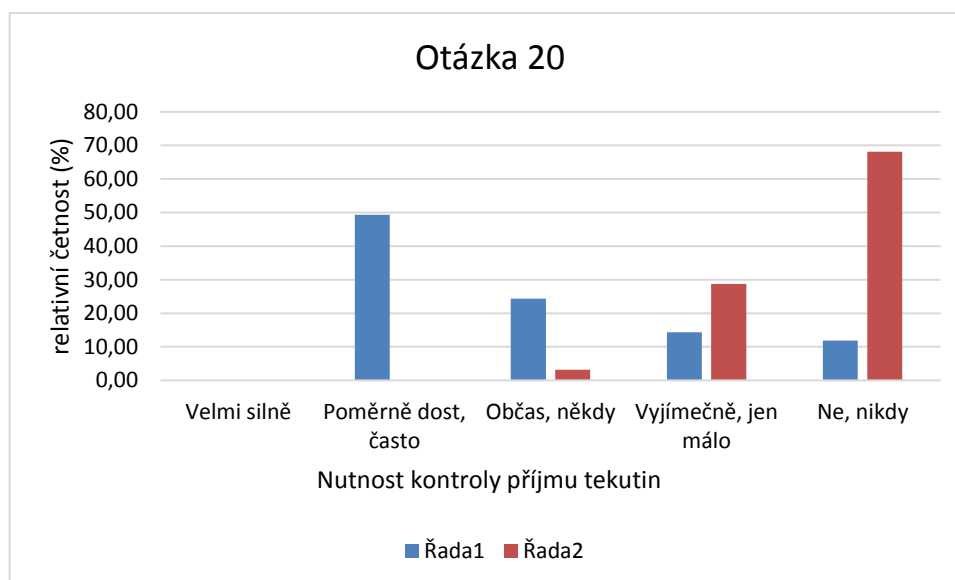
Obrázek 27 - otázka 19 (Úzkost z neovladatelného močení)

Otázka č.19 se zabývá úzkostí z neovladatelného močení. Na začátku mohlo pouze 16 % žen říct, že tuto úzkost nevnímá. Po ukončení léčby se toto číslo zvedlo na 100 %.

Otázka č. 20 – Musím kontrolovat kolik a co mohu vypít.

Tabulka 30 - otázka 20 (Kontrola příjmu tekutin)

Otázka 20	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	0	0,00	0	0,00
Poměrně dost, často	79	49,38	0	0,00
Občas, někdy	39	24,38	5	3,13
Výjimečně, jen málo	23	14,38	46	28,75
Ne, nikdy	19	11,88	109	68,13



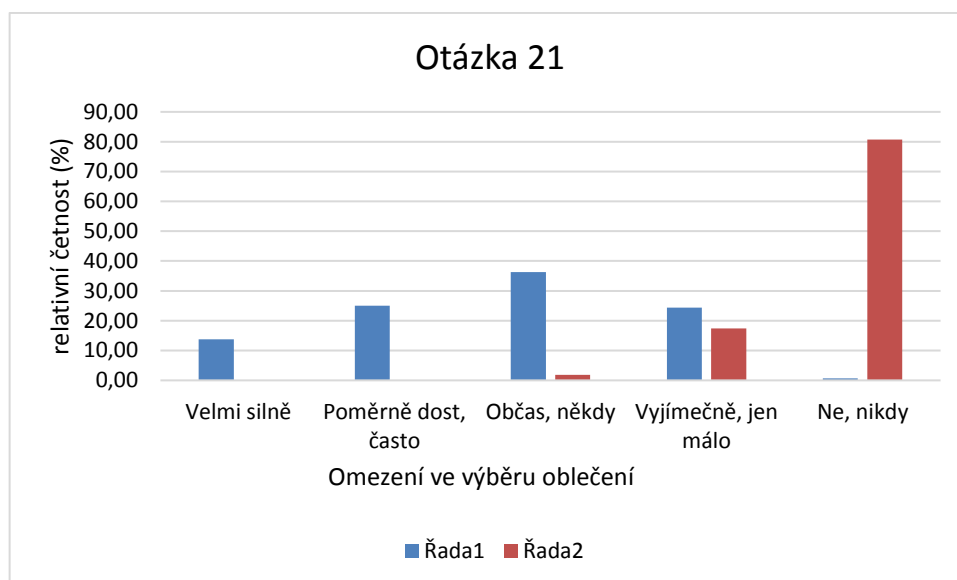
Obrázek 28- otázka 20 (Kontrola příjmu tekutin)

Tato otázka se zabývá kontrolou pitného režimu u žen trpící únikem moči. Na počátku řešení daného problému 49 % žen uvedlo, že často musí přemýšlet nad tím, co vypije. Po operaci naopak 68 % žen napsalo, že pitný režim nemusí kontrolovat.

Otázka č. 21 - Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení.

Tabulka 31 - otázka 21 (Omezení ve výběru oblečení)

Otázka 21	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi silně	22	13,75	0	0,00
Poměrně dost, často	40	25,00	0	0,00
Občas, někdy	58	36,25	3	1,86
Výjimečně, jen málo	39	24,38	28	17,39
Ne, nikdy	1	0,63	130	80,75



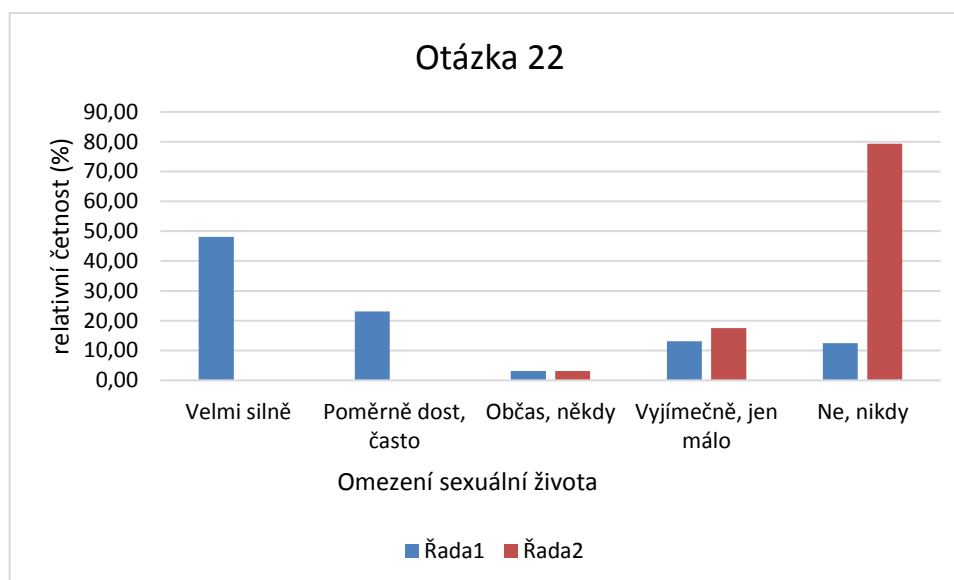
Obrázek 29 - otázka 21 (Omezení ve výběru oblečení)

Tato otázka zkoumá, zdali problém inkontinence ovlivňuje výběr oblečení respondentek. Před řešením problému mohla pouze 1 žena uvést, že inkontinence na výběr jejího oblečení nemá žádný vliv. Po operačním řešení stejnou odpověď označilo 130 respondentek.

Otázka č. 22 – Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života.

Tabulka 32 - otázka 22 (Zásah do sexuálního života)

Otázka 22	Abs. četnost	Rel.četnost (%)	Abs. četnost	Rel.četnost (%)
Velmi silně	77	48,13	0	0,00
Poměrně dost, často	37	23,13	0	0,00
Občas, někdy	5	3,13	5	3,13
Výjimečně, jen málo	21	13,13	28	17,50
Ne, nikdy	20	12,50	127	79,38



Obrázek 30 - otázka 22 (Zásah do sexuálního života)

Poslední otázka řeší problematiku inkontinence a sexuálního života klientek. 114 klientek vyplnilo, že únik moči má nějaký vliv na jejich intimní vztah s partnerem. Naopak po aplikaci TOT pásky není sexuální život ovlivněn u 127 klientek.

Celkové shrnutí výsledků dotazníku I-Qol.

Tabulka 33 Kvality života

Kvalita	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Kvalita života před operací	160	54,69	53,00	38	74	9,61
Kvalita života po operaci	160	99,35	100,50	91	105	4,23

Průměrné skóre kvality života před operací bylo 54,7 a většina se od průměru odchylovala o 9,6. Nejnižší naměřené skóre kvality života bylo 38 a nejvyšší 74. Průměrné skóre kvality života po operaci bylo 99,4 a většina se od průměru odchylovala o 4,2. Nejnižší naměřené skóre kvality života bylo 91 a nejvyšší 105. Celkové maximum 105, celkové minimum 21.

5.5.2 Analýza výsledných hypotéz

VO1: Ovlivňuje věk, BMI, parita, vzdělání či další proměnné kvalitu života při stresové močové inkontinenci?

H0: Věk, BMI, parita, délka obtíží, způsob vedení porodu, zácpa, kouření, cvičení, řešení obtíží nemá statisticky významný vliv na kvalitu života při stresové močové inkontinenci.

HA: Věk, BMI, parita, délka obtíží, způsob vedení porodu, zácpa, kouření, cvičení, řešení obtíží má statisticky významný vliv na kvalitu života při stresové močové inkontinenci.

Věk, BMI, parita, délka obtíží

Vztah hodnocení kvality života a výše uvedených proměnných zjistíme pomocí neparametrického korelačního koeficientu a jeho testu statistické významnosti. Předpoklad normality pro použití parametrického korelačního koeficientu nebyl dle Shapiro-Wilkova testu splněn ($p < 0,05$). Korelační koeficient a jeho test významnosti zjišťuje vztah dvou číselných proměnných. Test provedeme vždy na hladině významnosti 0,05.

Dvojice proměnných	Spearmanovy korelace			
	Počet	Spearman (R)	t(N-2)	p-hodnota
Kvalita života & věk	160	-0,098	-1,237	0,2179
Kvalita života & parita	160	-0,196	-2,510	0,0131
Kvalita života & BMI	160	-0,005	-0,065	0,9484
Kvalita života & délka obtíží v letech	160	-0,369	-4,987	0,0000

Statisticky významná závislost byla potvrzena u parity a délky obtíží ($p < 0,05$). Hodnoty významných korelačních koeficientů jsou záporné, to značí nepřímou závislost mezi skóre kvality života a paritou či délkou obtíží. U škály kvality života platí to, že čím je skóre vyšší, tím je kvalita života hodnocena lépe. Platí tedy, že čím je vyšší parita, tím nižší je hodnocení kvality života. Stejně tak u délky obtíží. Čím déle žena trpí inkontinencí, tím nižší udává hodnocení kvality života. Hodnota korelačního koeficientu je u parity rovna **-0,196**, síla závislosti je tedy velmi slabá. Hodnota korelačního koeficientu je u délky obtíží rovna **-0,369**, síla závislosti je tedy spíše slabá.

U věku a BMI se statisticky významný vliv na kvalitu života neprokázal.

Nejvyšší ukončené vzdělání

Vztah kvality života a vzdělání ověříme pomocí neparametrického Kruskal-Walisova testu. Předpoklad normálního rozložení skóre kvality života nebyl totiž ve všech skupinách dle

Shapiro-Wilkova testu splněn. Kruskal-Wallisův test zjišťuje vztah číselné proměnné a kategoriální proměnné o více než dvou obměnách.

Závislá: Kvalita života	Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Kvalita života Nezávislá (grupovací) proměnná: vzdělání Kruskal-Wallisův test: H (3, N= 160) =26,38034 p =0,0000		
	Počet	Součet (pořadí)	Prům. (Pořadí)
Vysokoškolské	3	232,0	77,33
Vyučena	80	7929,0	99,11
Maturita	56	3368,0	60,14
Vyšší odb.	21	1351,0	64,33

Z průměrného pořadí lze vyčíst, že nejvyššího skóre kvality života dosahují pacientky, které jsou vyučeny. Nejnižší skóre kvality života bylo pozorováno u pacientek s maturitou. Hodnota testového kritéria je 26,380 a **p-hodnota** testu je rovna **0,000**. Je tedy nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu zamítáme. Existuje aspoň jedna dvojice skupin pacientek dle vzdělání, která se ve skóre kvality života statisticky významně liší. Které skupiny to jsou zjistíme testy mnohonásobného porovnávání.

Závislá: Kvalita života	Vícenásobné porovnání p hodnot			
	vysokoškolské (R:77,333)	vyučena (R:99,112)	maturita (R:60,143)	Vyšší odb. (R:64,333)
Vysokoškolské		1,0000	1,0000	1,0000
Vyučena	1,0000		0,0000	0,0132
Maturita	1,0000	0,0000		1,0000
Vyšší odborné	1,0000	0,0132	1,0000	

Statisticky významný rozdíl byl potvrzen mezi vyučenými pacientkami a pacientkami s maturitou či s vyšším odborným vzděláním. Pacientky, které jsou vyučeny hodnotí kvalitu života statisticky významně vyššími hodnotami než pacientky s výučním listem nebo s vyšším odborným vzděláním.

Způsob vedení porodu

Vztah kvality života a způsobu vedení porodu ověříme pomocí neparametrického Kruskal-Walisova testu.

Závislá: Kvalita života	Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Kvalita života Nezávislá (grupovací) proměnná : způsob porodu Kruskal-Wallisův test: H (3, N= 160) =21,60685 p =0,0001		
	Počet	Součet (pořadí)	Prům. (Pořadí)
Spontánní	135	11627,0	86,13
2x spont + kleště	20	749,5	37,48
Spontánní + VEX	3	361,0	120,33
Císařský řez	2	142,5	71,25

Z průměrného pořadí lze vyčíst, že nejvyššího skóre kvality života dosahují pacientky, které rodily spontánně + VEX. Nejnižší skóre kvality života bylo pozorováno u pacientek, které rodily 2x spontánně + kleště. Hodnota testového kritéria je 21,607 a p-hodnota testu je rovna 0,0001. Je tedy nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu zamítáme. Existuje aspoň jedna dvojice skupin pacientek dle způsobu vedení porodu, která se ve skóre kvality života statisticky významně liší. Které skupiny to jsou zjistíme testy mnohonásobného porovnávání.

Závislá: Kvalita života	Vícenásobné porovnání p hodnot			
	spont. (R:86,126)	2x spont + kleště (R:37,475)	spont. + VEX (R:120,33)	císařský řez (R:71,250)
Spontánní		0,0001	1,0000	1,0000
2x spont + kleště	0,0001		0,0232	1,0000
Spontánní + VEX	1,0000	0,0232		1,0000
Císařský řez	1,0000	1,0000	1,0000	

Statisticky významný rozdíl byl potvrzen mezi pacientkami, které rodily 2x spontánně + kleště a pacientkami, které rodily spontánně nebo spontánně + VEX. Pacientky, které rodily 2x spontánně + kleště hodnotí kvalitu života statisticky významně nižšími hodnotami než pacientky, které rodily spontánně nebo spontánně + VEX.

Zácpa

Vztah kvality života a problémů se zácpou ověříme pomocí neparametrického Kruskal-Walisova testu.

Závislá: Kvalita života	Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Kvalita života Nezávislá (grupovací) proměnná : zácpa Kruskal-Wallisův test: H (2, N= 160) =21,44585 p =0,0000		
	Počet	Součet (pořadí)	Prům. (Pořadí)
Občas	42	3284,5	78,20
Ne	60	6038,5	100,64
Ano	58	3557,0	61,33

Z průměrného pořadí lze vyčíst, že nejvyššího skóre kvality života dosahují pacientky, které zácpou netrpí. Nejnižší skóre kvality života bylo pozorováno u pacientek, které zácpou trpí. Hodnota testového kritéria je 21,446 a **p-hodnota** testu je rovna **0,000**. Je tedy nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu zamítáme. Existuje aspoň jedna dvojice skupin pacientek dle problémů se zácpou, která se ve skóre kvality života statisticky významně liší. Které skupiny to jsou zjistíme testy mnohonásobného porovnávání.

Závislá: Kvalita života	Vícenásobné porovnání p hodnot		
	občas (R:78,202)	ne (R:100,64)	ano (R:61,328)
Občas		0,0482	0,2167
Ne	0,0482		0,0000
Ano	0,2167	0,0000	

Statisticky významný rozdíl byl potvrzen mezi pacientkami, které zácpou netrpí a pacientkami, které zácpou trpí pravidelně nebo občas. Pacientky, které trpí zácpou (často nebo občas) hodnotí kvalitu života statisticky významně nižšími hodnotami než pacientky, které zácpou netrpí.

Kouření, cvičení a řešení obtíží

Vztah kvality života a těchto proměnných budeme ověřovat pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu. Opět není splněn předpoklad normálního rozložení dat pro parametrický test. Mann-Whitney U test sleduje vztah číselné proměnné a kategoriální proměnné o dvou obměnách.

Kouříte?	Mann-Whitneyův U Test						
	Prům. poř. (ne)	Prům. poř. (ano)	U	Z	p-hodnota	Počet (ne)	Počet (ano)
Kvalita života	82,50	64,72	994,0	1,531	0,1258	142	18

Znáte a cvičíte cviky na posílení pánevního dna?	Mann-Whitneyův U Test						
	Prům. poř. (ano)	Prům. poř. (ne)	U	Z	p-hodnota	Počet (ano)	Počet (ne)
Kvalita života	114,000	75,71	730,0	3,454	0,0006	20	140

Řešila jste doposud únik moči, pokud ano jak?	Mann-Whitneyův U Test						
	Prům. poř. (ne)	Prům. poř. (vložky)	U	Z	p-hodnota	Počet (ne)	Počet (vložky)
Kvalita života	119,91	62,59	779,5	7,252	0,0000	50	110

Statisticky významné rozdíly v kvalitě života bylo potvrzeny u cvičení a řešení obtíží. Hodnota testového kritéria je u cvičení 3,454 a **p-hodnota** testu je rovna **0,0006**. Hodnota testového kritéria je u řešení obtíží 7,252 a p-hodnota testu je rovna 0,000. Jsou tedy nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu zamítáme. Dle průměrných pořadí můžeme říci, že ženy, které neznají a necvičí cviky na posílení pánevního dna uvádí nižší kvalitu života než ženy, které tyto cviky znají a cvičí. Dále ženy, které své potíže s inkontinencí neřeší uvádí vyšší kvalitu života než ženy, které řeší inkontinenci vložkami.

VO2: Jaký je rozdíl v kvalitě života před a po implantaci transobturatorní pásky?

H0: Implantace transobturatorní pásky nemá statisticky významný vliv na kvalitu života.

HA: Implantace transobturatorní pásky má statisticky významný vliv na kvalitu života.

Vztah kvality života před a po operaci budeme ověřovat pomocí párového Wilcoxonova testu. Předpoklad normálního rozložení dat pro parametrický test nebyl splněn. Párový Wilcoxonův test zjišťuje rozdíl mezi dvěma závislými číselnými proměnnými.

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test		
	Počet	Z	p-hodnota
Kvalita života & Kvalita života po operaci	160	10,972	0,0000

Hodnota testového kritéria je 10,972 a **p-hodnota testu** je rovna 0,000. Je tedy nižší než zvolená hladina významnosti, nulovou hypotézu zamítáme. **Mezi hodnocením kvality života před a po operaci je statisticky významný rozdíl.** Dle kladné hodnoty testového kritéria a údajů z popisné statistiky *uvádí ženy po operaci vyšší kvalitu života než před operací.*

VO3: Jaký vztah mají ženy k posilování pánevního dna před a po operaci?

Odpovědi jsou stejné před i po.

HA: Většina žen (>50 %) nezná a necvičí cviky na posilování pánevního dna.

Hypotézu ověříme pomocí testu o podílu. Software poskytuje vy výstupu k tomuto testu pouze p-hodnotu.

Znáte a cvičíte cviky na posílení pánevního dna?	Tabulka četností	
	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Ano	20	12,50
Ne	140	87,50

P-hodnota testu je rovna 0,0000. Je tedy nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu zamítáme. **Podařilo se nám potvrdit, že více než polovina pacientek trpící inkontinencí nezná a necvičí cviky pro posílení pánevního dna.**

VO4: V jaké míře zasahuje močová inkontinence do osobních zájmů a běžných denních aktivit?

H0: Zhruba polovině žen zasahuje močová inkontinence do osobních zájmů a běžných denních aktivit velmi silně nebo poměrně dost.

HA: Více než polovině žen (>50 %) zasahuje močová inkontinence do osobních zájmů a běžných denních aktivit velmi silně nebo poměrně dost.

Hypotézu ověříme opět pomocí testu o podílu. Celkový podíl pacientek, které špatně snáší omezení osobních zájmů a aktivit je 72,51 %.

Špatně snáším omezení svých zájmů a aktivit únikem moči	Tabulka četností:	
	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi silně	43	26,88
Poměrně dost, často	73	45,63
Občas, někdy	22	13,75
Výjimečně, jen málo	22	13,75
Ne, nikdy	0	0,00

P-hodnota testu je rovna 0,0000. Je tedy nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu zamítáme. **Podařilo se nám potvrdit, že více než polovina pacientek trpící inkontinencí špatně snáší omezení osobních zájmů a aktivit.**

VO5: Vyvolává stresová močová inkontinence pocit nedokonalého zdraví?

H0: U poloviny žen (50 %) vyvolává stresová močová inkontinence pocit nedokonalého zdraví.

HA: U méně než poloviny žen (< 50 %) vyvolává stresová močová inkontinence pocit nedokonalého zdraví.

Hypotézu ověříme opět pomocí testu o podílu. Celkový podíl pacientek, u kterých inkontinence vyvolává pocit nedokonalého zdraví, je 49,38 %.

Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví	Tabulka četností:	
	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi silně	19	11,88
Poměrně dost, často	60	37,50
Občas, někdy	60	37,50
Výjimečně, jen málo	3	1,88
Ne, nikdy	18	11,25

P-hodnota testu je rovna 0,4637. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu nezamítáme. **Nepodařilo se nám potvrdit, že u méně než poloviny patientek trpící inkontinencí, vyvolává inkontinence pocit nedokonalého zdraví. Můžeme tedy předpokládat, že pocitem nedokonalého zdraví trpí zhruba polovina patientek.**

VO6: Jak dlouho klientce trvá rozhodnutí navštívit odborníka?

H0: Zhruba polovině žen (50 %) trvá navštívit odborníka maximálně 3 roky.

HA: Většině žen trvá rozhodnutí navštívit odborníka maximálně 3 roky.

Hypotézu ověříme opět pomocí testu o podílu. Celkový podíl patientek, kterým trvá navštívit odborníka maximálně 3 roky je 58,75 %.

Délka obtíží v letech	Tabulka četností:	
	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
1	30	18,75
2	19	11,88
3	45	28,13
4	17	10,63
5	5	3,13
6	19	11,88
7	3	1,88
8	2	1,25
9	18	11,25
10	1	0,63
12	1	0,63

P-hodnota testu je rovna **0,0136**. Je tedy nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu zamítáme. **Podařilo se nám potvrdit, že více než polovina patientek trpící inkontinencí, navštíví odborníka nejpozději do 3 let od propuknutí potíží.**

6 Diskuze

Hlavním účelem této diplomové práce bylo posoudit kvalitu života pacientů před a po operaci TOT pro stresovou močovou inkontinenci. Zjištění prokázala, že QoL pacientů se po operaci podstatně zlepšila, protože příznaky, které omezovaly každodenní aktivity, ve většině případů ustoupily. Ve své studii Ellerkmann a kol. měřili QoL pacientů s prolapsem přední stěny močového měchýře a močovou inkontinencí. Shodujeme se ve zjištění, že urogynekologické problémy mají velký dopad na kvalitu života pacientů.

V praktické části jsme určili hlavní cíle práce a na jejich základě byly stanoveny hypotézy. Potřebná data jsme získávali pomocí anonymního dotazníkového šetření v urogynekologické ambulanci. Dotazník se skládal z uzavřených škálových otázek k určení skóre kvality života s diagnózou stresové močové inkontinence před a po operačním výkonu. Celkem bylo nasbíráno 160 dotazníků.

Dohromady bylo v diplomové práci stanoveno 6 hypotéz. První hypotéza se zaměřovala na způsob vedení porodu, paritu, věk, BMI, délku obtíží, kouření, zácpu, cvičení a jejich vzájemný vztah ke stresové močové inkontinenci. Z dotazníkového šetření vyšlo, že častěji trpí močovou inkontinencí ženy po spontánním porodu 98,75 %, než ženy po císařském řezu 1,25 %. Výzkumný článek Magdaleny Ptak et. al., udává že po spontánním porodu je riziko stresové močové inkontinence o 8-12% vyšší než u císařského řezu. Statisticky významný rozdíl pozorujeme rovněž mezi pacientkami, které rodily spontánně a kleštěmi nebo spontánně a vakumextraktorem, kdy skóre po klešťovém porodu je významně vyšší.

Ve studii Lassere et al. zaznamenali o 4,1 % vyšší riziko stresové močové inkontinence pro ženy rodící více než třikrát, zatímco pro ženy rodící pouze dvakrát o 3,0 %. Také dle dosažených výsledků Ozdemir a kol. problémy s inkontinencí močí rostou souběžně s počtem porodů. Tey zjistil, že vyšší počet přirozených porodů znamenal významně sníženou kvalitu života a horší funkci pánevního dna. V našem výzkumu byla potvrzena statisticky významná závislost u parity, kdy platí, že čím vyšší parita, tím nižší hodnocení na škále kvality života.

Dle polské randomizované studie Magdaleny Ptak et. al je průměrný věk respondentek s močovou inkontinencí $53,1 \pm 5,5$ s BMI $27,4 \pm 4,6$. V naší studii odpovídaly ženy velmi podobné tělesné konstituce BMI $28,9 \pm 3,3$, věk $54,33 \pm 5,5$. Nicméně v našem výzkumu se u věku a BMI statisticky významný vliv neprokázal. Nadváhu mělo 31,9 % respondentek. Avšak v polské studii je vyšší výskyt inkontinence v přímém kontextu s nárůstem BMI (body mass index). SUI se u obézních žen vyskytuje 4,2 x častěji a UUI 2,2x častěji než u žen s normální hmotností. Z výzkumu Ulricha vyplývá, že operační zákrok TOT podstupují nejčastěji

ženy s BMI $30,65 \pm 6,47$, věk $60,20 \pm 7,51$. Všechny výše uvedené studie evidují respondentky starší 47 let. Jak uvádí Nilsson et al. a Lee, močová inkontinence výrazně snižuje QoL žen bez ohledu na věk. Dále výzkum dle Ulricha říká, že ženy se stresovou močovou inkontinencí podstupující TOT pásku jsou z 25% kuřačky 75% nekuřačky. Ze 160 dotazovaných žen v našem výzkumu bylo 88,75 % nekuřaček a zbylých 11,25 % kuřaček, podobně jako v randomizované studii 12,9 % kuřaček a 87,1 % nekuřaček. (Ptak, 2017) A proto lze říci, že kouření nemá statisticky významný vliv na rozvoj stresové močové inkontinence.

Co se týká délky obtíží byla prokázána statisticky významná závislost mezi délkou obtíží a kvalitou života, platí tedy, že čím déle klientka trpí inkontinencí, tím nižší udává hodnocení kvality života.

Nejvyššího skóre kvality života ve vztahu ke vzdělání dosahují vyučené klientky, oproti respondentkám se vzděláním vyšším, kdy byly očekávány spíše opačné výsledky. Domnívala jsem se, že ženy s nižším vzděláním mají fyzicky náročnější práci a z toho důvodu budou inkontinencí více zasaženy.

Výsledky kvality života ve vztahu k obstipacním obtížím byly očekávané. Statisticky významný rozdíl byl potvrzen mezi pacientkami, které zácpou netrpí (37 %) a uvádí vyšší skóre kvality života než ženy, které zácpou trpí pravidelně nebo občas (63 %). Lze tedy říci, že obstipace má statisticky významný vliv na kvalitu života při stresové močové inkontinenci a negativně ji ovlivňuje. S tím může souviset i fakt, že ženy 87,5 %, které neznají a necvičí cviky na posílení pánevního dna udávají nižší kvalitu života, než ženy 12,5 %, které cvičí. Vzhledem k tomu, že ochablé pánevní dno je rizikem vzniku obstipace a močové inkontinence. Fyzioterapeuti působící v oblasti zdraví žen a gynekologové se domnívají, že zvýšení povědomí o tréninku PFM mezi ženami sníží potenciální poporodní inkontinenci v důsledku slabé síly PFM a zvýší kvalitu života. (Ozdemir a kol., 2015)

Mimo jiné v naší studii vyšlo, že ženy, které inkontinenci nijak neřeší udávají vyšší kvalitu života než ženy, které se snaží inkontinenci řešit vložkami, což jim způsobuje diskomfort.

Druhá hypotéza zkoumá, jaký je rozdíl v kvalitě života před a po implantaci transobturatorní pásky. Dle Krhuta i mírný únik moči významně snižuje kvalitu života, zatímco následné zvýšení stupně inkontinence má pouze minimální dodatečný efekt. Mezi závažností inkontinence a kvalitou života nebyla nalezena žádná lineární korelace. Rozdíl v kvalitě života před a po implantaci pásky by měl být markantní. Z našeho výzkumu vyplývá, že průměrné skóre kvality života před operací bylo 54,7 bodů s maximální odchylkou 9,6 bodů. Nejnižší naměřené skóre dosahovalo pouze 38 bodů a ani maximální skóre kvality života před operací

tedy 74 bodů, nedosahovalo minima kvality života po operaci, což bylo 91 bodů. Průměrné skóre kvality života po operaci bylo 99,4 s maximální odchylkou 4,2 body. Maximální naměřené skóre bylo 105 bodů.

Předpokládala jsem, že se u většiny inkontinentních žen zvýší subjektivní kvalita života ve všech oblastech. Tuto hypotézu potvrdily odpovědi ze standardizovaného dotazníku Donalda L. Patrika, který se skládal ze tří okruhů otázek, týkajících se různých aspektů zdraví.

Doménové skóre dotazníku I-QoL fyzické části, vyhýbání se a omezení chování nám určují otázky 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, 20. Doménové skóre psychosociálních dopadů zobrazuje otázka 5, 6, 7, 9, 14, 15, 16, 17, 21, 22 a doménové skóre v oblasti sociálních dopadů a rozpaků otázka 8, 12, 18, 19, ale, naše studie je limitována mnoha faktory. Studovaná populace byla převážně bělošská a postrádala rasovou a etnickou rozmanitost, a proto nemusí být reprezentativní pro běžnou populaci. pro srovnání nám chyběla zdravá kontrolní skupina.

V porovnání se studií Zelewskiho ve většině případů výsledky I-QOL také potvrdily, že se QoL pacientů po operaci zlepšila. Statisticky významné změny byly pozorovány rovněž ve všech třech oblastech dotazníku. V oblasti vyhýbání/omezující chování, psychosociální dopad a sociální rozpaky je průměrné skóre před operací 36,7 a po operaci 27,9. V oblasti vyhýbavého chování je průměrná hodnota před operací 35,0 a po operaci 24,5 což je doména ve které byla většina statisticky významných změn. V oblastech psychosociálního dopadu a sociálních rozpaků byly rovněž statisticky významné změny, i když ne ve všech otázkách. Průměrné skóre bylo 38,1 před operací a 30 po operaci.

V prospektivní observační studii Texl (2015, s. 80) uvádí, že 93 % respondentek subjektivně hodnotí pooperační stav jako kladný, což úzce souvisí s pozvednutím kvality života. Drlík publikuje, že po 6 měsících od operace je u 100 % respondentek diagnostikována plná kontinence.

Zlepšení kvality života měřeno pomocí IIQ bylo rovněž spojeno s úspěchem léčby a také s nižším věkem, zlepšení závažnosti symptomů SUI a zlepšení symptomů obtěžování, vysvětlování. Zlepšení kvality života měřené pomocí ICIQ byla podobně spojena s úspěšností léčby, mladším věkem, zlepšení závažnosti symptomů SUI, nižší výchozí BMI. (Sirls, 2014)

Třetí výzkumná otázka se zabývala vztahem k posilování pánevního dna před a po operaci. Nebyl nalezen shodně zaměřený výzkum pro srovnání posilování pánevního dna před a po operaci. Naše dotazníkové šetření ukázalo, že dotazované ženy v České republice spíše neznají 87,5 % cviky na posílení pánevního dna, zbylých 12,5 % zná a provádí toto cvičení. V ostatních studiích je zaznamenán pozitivní vliv TOT pásky na cvičení a pohybovou aktivitu

celkově. Z provedené šetření z roku 2021 je známo 65 % účastníků deklarovalo pravidelnou fyzickou aktivitu před terapií. Dále výsledky jasně ukazují, že fyzická aktivita žen po operaci TOT vzrostla. Tato skutečnost může následně přispět ke zlepšení hodnocené kvality života. Nejvyšší změny byly pozorovány u fyzicky aktivních žen po operaci, které před operací nebyly fyzicky aktivní. To může být způsobeno tím, že v důsledku postupů TOT mohli bez obav začít provozovat fyzickou aktivitu, která výrazně změnila jejich život. (Kołodyska, 2021) S výše uvedenými fakty koreluje výzkumná otázka: Jak močová inkontinence zasahuje do osobních zájmů a běžných denních aktivit. V naší studii 116 klientek omezovalo své aktivity před operací. Po operačním řešení 137 klientek tyto obavy vůbec nemělo. Své činnosti alespoň někdy muselo plánovat všech 100 % respondentek. Dle Blažejové řešily inkontinenci mimo jiné pomocí vložek a omezením příjmu tekutin či aktivit. Některé studie ukazují, že ženy s močovou inkontinencí omezují svou fyzickou a sociální aktivitu především ze strachu z nekontrolovaného úniku, proto pacientky, které trpí SUI, často nevyvíjejí žádnou fyzickou aktivitu. Vzdávají se toho, protože příznaky SUI se často objevují i při pomalé chůzi nebo běhu. (Kołodyska, 2021) Dále, ženy s inkontinencí významně častěji hlásí sexuální problémy, který však lze významně zlepšit účinnou léčbou. Nilsonova studie, ukazuje zlepšení QoL v tomto aspektu po operaci. Naše studie rovněž ukázala, že před operací 114 klientek v sexuálním životě nějak ovlivňovala, zatímco po operaci 127 klientek nemá intimní vztah ovlivněn.

Pátá hypotéza zkoumala, zda stresová močová inkontinence vyvolává u klientek pocit nedokonalého zdraví. Vliv močové inkontinence na duševní zdraví zkoumali Goldacre et al., kteří prokázali, že ženy s močovou inkontinencí jsou náchylnější k depresi a sebepoškozování. Ženy s pokročilými příznaky močové inkontinence trpěly těžkou depresí třikrát častěji než ženy s mírnou inkontinencí. Navíc vztah mezi močovou inkontinencí a příznaky úzkosti je také vyšší u této skupiny pacientů. Tento problém má významný dopad na společenský život žen, zejména u starších pacientek. Někteří vědci zdůraznili, že deprese a močová inkontinence mohou mezi sebou silně korelovat. Oh a Ku dospěli k závěru, že existuje silná korelace mezi močovou inkontinencí a duševními poruchami. Močová inkontinence způsobuje úzkost, deprese a nespokojenost se životem. Prevalence deprese u této skupiny pacientů je podobná jako u pacientů s diabetem, srdeční stavy, a další chronická onemocnění

V naší studii pocity deprese udávalo 50 % respondentek, poměrně často 35 % žen, občas 15 % žen a 50 % výjimečně. Po operaci 97,5 % depresi nepocítilo. Velmi silný pocit nedokonalého zdraví udávalo 11,88 %, dost často 37,50 %, občas 37,50 %, výjimečně 1,88, nikdy 11,25 %. Po operaci 74,38 % žen se cítí zdravých. Nepodařilo se nám potvrdit, že u méně než poloviny

pacientek trpící inkontinencí, vyvolává inkontinence pocit nedokonalého zdraví. Můžeme tedy předpokládat, že pocitem nedokonalého zdraví trpí zhruba polovina pacientek.

Pocity úzkosti před operací občas zažívalo 48,13 respondentek, výjimečně 35,63 %, 16,25 % nikdy pocity úzkosti nemělo. Po operaci žádná z pacientek nezažívala úzkost.

Poslední výzkumná otázka zkoumala, jak dlouho klientce trvá rozhodnutí navštívit odborníka. Polská studie ukazuje, že ženy trpící močovou inkontinencí, odkládají návštěvu lékaře i více než 10 let, nejvíce ty, které mají nejzávažnější problémy. (Grzybowska, 2015)

V našem výzkumu byla prokázána statisticky významná závislost mezi délkou obtíží a kvalitou života, tedy čím déle žena trpí inkontinencí, tím nižší udává hodnocení kvality života. Průměrná délka obtíží před návštěvou odborníka byla 3,94 roku. Celkový podíl pacientek, kterým trvá navštívit odborníka maximálně 3 roky je 58,75 %. Podařilo se nám tedy potvrdit, že více než polovina pacientek trpící inkontinencí, navštíví odborníka nejpozději do 3 let od propuknutí potíží. Minimální doba byla jeden rok a maximální 12 let.

Tato práce přináší shrnutí doporučení založených na důkazech a dalších studiích, které mohou být důležité jak pro lékaře, tak pro porodní asistentky, která s ženami se stresovou močovou inkontinencí, jak předoperačně i pooperačně pracují. Stresová inkontinence je jeden z nejrozšířenějších problémů v ženské populaci, který je bohužel stále tabuizován, a proto má mnoho žen problém vyhledat odbornou pomoc. Ženy prožívají pocity méněcennosti, studu či selhání, a proto je zde důležitá role porodní asistentky v primární péči, které má potřebné znalosti, dovednosti a příznaky ve prospěch klientky aktivně vyhledává. Práce nabízí rovněž přehled dotazníků k vyhodnocení psychosociální zátěže, k posouzení individuálních problémů klientky se zaměřením na zlepšení kvality života. Je třeba si uvědomit, že inkontinence patří k procesu stárnutí, ale každá žena ji může vnímat odlišně. Je potřeba vnímání ženy porozumět a pomoci jí, inkontinenci zvládnout a vyřešit.

Závěr

Teoretická část diplomové práce byla změřena na kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí. V první řadě jsou shromážděné poznatky o typech inkontinence, rizikových faktorech, diagnostice, způsobu léčby, péči o inkontinentní ženu a kvalitě života. Nejvíce pozornosti bylo věnováno léčbě pomocí TOT pásky a srovnání kvality života před a po tomto zákroku.

Praktická část byla zpracována na základě dat získaných prostřednictvím kvantitativního výzkumu s využitím standardizovaného dotazníku. Výzkum probíhal od října

2020 do března 2022 v Orlickoústecké nemocnici. Cílovou skupinu tvořily ženy s diagnózou stresové močové inkontinence, které navštívily urogynekologickou indikační poradnu a souhlasily s vyplňováním dotazníků před i po operačním výkonu. Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života žen před a po operačním zákroku eliminujícím stresovou močovou inkontinenci. Jednotlivé otázky dotazníku s pouze jednou možnou odpovědí byly vyhodnoceny pomocí absolutních a relativních četností. Data byla podrobena statistické analýze a exportována do tabulek a grafů. Bylo stanoveno ověřováno celkem 6 hypotéz. Na základě statistického šetření bylo zjištěno, že ve zkoumaném souboru je signifikantně vyšší míra kvality života po operaci TOT páskou. Při vyhodnocování vlivu parity, délky obtíží, způsobu vedení porodu, zácpy, cvičení a způsobu řešení obtíží byl zjištěn statisticky významný vliv na kvalitu života. Při vyhodnocování vlivu věku, BMI, kouření se v naší práci statisticky významný vliv neprokázal. Obecně je stresová močová inkontinence spojena s vyšší mírou deprese a úzkosti, i přesto průměrná doba k vyhledání odborné pomoci v České republice je delší než 3 roky.

Naše diplomová práce i výše uvedené studie ukazují, jak důležité je posoudit QoL u pacientů se stresovou inkontinencí. Úspěšná léčba nejen zlepšuje fyzickou pohodu pacientů odstraněním anatomické vady, ale také pozitivně ovlivňuje jejich duševní zdraví. Zde prezentované výsledky ukazují, že zdravotničtí pracovníci by měli nejen poskytovat chirurgickou léčbu, ale také hodnotit a podporovat QoL a duševní zdraví pacientů. Zdá se proto nezbytné provést další výzkum s cílem vyvinout strategie prevence, včasné diagnostiky a léčby pacientů se stresovou inkontinencí. Nutno podotknout, že chirurgická léčba stresové inkontinence metodou TOT může zmírnit nepříjemné příznaky a zlepšit kvalitu života. Dotazníky I-QOL jsou užitečnými nástroji, které měří účinnost léčby a pomáhají pacientům pochopit, jak se jejich QoL zlepšila po operaci. A další výzkum se zdá být nezbytný pro vývoj strategií řízení pacientů, kteří trpí stresovou inkontinencí a mají nižší QoL.

Seznam zkratek

ABP arterial blood pressuer

BMI body mass index

CVP central venous pressure

EBM evidence based medicine

EPICONT Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord-Trondelag

GCS Glasgow coma scale

HRQL Health related quality of life

ICS International Continenence Society – Mezinárodní společnost pro kontinenci

I-QoL Incontinence Quality of life

IQOL Incontinence Quality Of Life Questinnaire

I-QOOL Incontinece Specific Quality of Life Questionaire

ISD Intrinsic sfincter deficiency

ISD Intrinsic sphincter deficiency

JIP Jednotka intenzivní péče

KHQ King´s health questionnaire

LUTS Lower Urinary Tract symptoms

NHP Nottingham Health Profile

NIBP non invasive blood pressure

PA porodní asistentka

PFMT pelvic floor muscle trainingu

POP Pelvic organ prolaps

ProQOL Profesional quality of life

QoL Quality of life

RASS Richmond Agitation-Sedation Scale

SAS Sedation and Agitaton scale

SIP Sicknes Impact Profile

SIS Single incision slings

SUI stress urinary incontinence

TOT Transobturator Tape

TVT Tensionfree Vaginal Tape

TVT-O Tensionfree vaginal tape in out

TVT-S Tensionfree vaginal tape secure

VAS Vizuální analogová škála

WHO World health organisation

WHOQOL World Health Organisation Quality of Life

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Věk.....	43
Tabulka 2 – Vzdělání respondentek	44
Tabulka 3 - Parita	45
Tabulka 4 - Způsob vedení porodu	46
Tabulka 5 - BMI respondentek.....	47
Tabulka 6 - kouření	48
Tabulka 7 - Cvičení pánevního dna.....	49
Tabulka 8 - Délka obtíží.....	50
Tabulka 9 - Řešení obtíží	51
Tabulka 10 - Potíže s vylučováním	52
Tabulka 11 Kvality života	75
Tabulka 12 - Otázka 1 (Obavy z nestihnutí toalety)	53
Tabulka 13 - otázka 2 (Obavy z kašle a kýchaní)	54
Tabulka 14 - otázka 3 (Strach postavit se)	55
Tabulka 15 - otázka 4 (Nejistota v novém prostředí).....	56
Tabulka 16 - otázka 5 (Pocit deprese z úniku moči)	57
Tabulka 17 - otázka 6 (Nejistota z opuštění domova).....	58
Tabulka 18 - otázka 7 (Omezení aktivity únikem moči).....	59
Tabulka 19 - otázka 8 (Obavy z dojmu na okolí).....	60
Tabulka 20 - otázka 9 (Myšlenky na únik moči)	61
Tabulka 21 - otázka 10 (Časté použití toalety)	62
Tabulka 22 - otázka 11 (Plánování činností s ohledem na únik moči)	63
Tabulka 23 - otázka 12 (Obavy, že se obtíže zhorší s věkem).....	64
Tabulka 24 - otázka 13 (Nutnost chodit na toaletu v noci)	65
Tabulka 25 - otázka 14 (Pocity trapnosti a studu).....	66
Tabulka 26 - otázka 15 (Pocit nedokonalého zdraví).....	67
Tabulka 27 - otázka 16 (Přesvědčení o pozitivním efektu léčby)	68
Tabulka 28 - otázka 17 (Úbytek radosti ze života)	69
Tabulka 29 - otázka 18 (Obavy z potřísněného oblečení).....	70
Tabulka 30 - otázka 19 (Úzkost z neovladatelného močení)	71
Tabulka 31 - otázka 20 (Kontrola příjmu tekutin)	72
Tabulka 32 - otázka 21 (Omezení ve výběru oblečení)	73

Tabulka 33 - otázka 22 (Zásah do sexuálního života).....	74
----------------------------------------------------------	----

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Vzdělání respondentek	44
Obrázek 2 - Parita.....	45
Obrázek 3 - Způsob vedení porodu	46
Obrázek 4- kouření.....	48
Obrázek 5 - Cvičení pánevního dna	49
Obrázek 6 - Délka obtíží	50
Obrázek 7 - Řešení obtíží	51
Obrázek 8 - Potíže s vylučováním.....	52
Obrázek 9 - Otázka 1 (Obavy z nestihnutí toalety).....	53
Obrázek 10 - otázka 2 (Obavy z kašle a kýchání).....	54
Obrázek 11 - otázka 3 (Strach postavit se).....	55
Obrázek 12 - otázka 4 (Nejistota v novém prostředí)	56
Obrázek 13 - otázka 5 (Pocit deprese z úniku moči).....	57
Obrázek 14 - otázka 6 (Nejistota z opuštění domova)	58
Obrázek 15 - otázka 7 (Omezení aktivity únikem moči)	59
Obrázek 16 - otázka 8 (Obavy z dojmu na okolí)	60
Obrázek 17 - otázka 9 (Myšlenky na únik moči).....	61
Obrázek 18 - otázka 10 (Časté použití toalety)	62
Obrázek 19 - otázka 11 (Plánování činností s ohledem na únik moči)	63
Obrázek 20 - otázka 12 (Obavy, že se obtíže zhorší s věkem).....	64
Obrázek 21 - otázka 13 (Nutnost chodit na toaletu v noci).....	65
Obrázek 22- otázka 14 (Pocity trapnosti a studu)	66
Obrázek 23- otázka 15 (Pocit nedokonalého zdraví)	67
Obrázek 24 - otázka 16 (Přesvědčení o pozitivním efektu léčby).....	68
Obrázek 25 - otázka 17 (Úbytek radosti ze života)	69
Obrázek 26 - otázka 18 (Obavy z potřísněného oblečení)	70
Obrázek 27 - otázka 19 (Úzkost z neovladatelného močení).....	71
Obrázek 28- otázka 20 (Kontrola příjmu tekutin)	72
Obrázek 29 - otázka 21 (Omezení ve výběru oblečení)	73
Obrázek 30 - otázka 22 (Zásah do sexuálního života)	74

Zdroje

1. BARTŮNĚK, Petr a Dana JURÁSKOVÁ, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9328-8.
2. 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.
3. DRLÍK, Pavel, Jan ZMRHAL a Jiří KOČÁREK, 2015. Suburetrální pásy pro stresovou inkontinenci - 10 let zkušeností. *Urologie pro praxi*. **16**(1), 32.
4. Goldacre, M.J.; Abisgold, J.D.; Yeates, D.G.R.; Voss, S.; Seagroatt, V. sebepoškozování a deprese u žen s močovou inkontinencí: Studie rekordní vazby. *BJU Int.* ; 2007; 99, s. 601-605. [DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2006.06620.x>] [PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17155988>]
5. GRZYBOWSKA, Magdalena Emilia, Dariusz WYDRA a Jerzy SMUTEK, 2015. Analysis of the usage of continence pads and help-seeking behavior of women with stress urinary incontinence in Poland. *BMC Women's Health*. **15**(1). ISSN 1472-6874. Dostupné z: [doi:10.1186/s12905-015-0238-6](https://doi.org/10.1186/s12905-015-0238-6)
6. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. HEŘMANOVÁ, Eva. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia*, 2012, 44.4: 407-425.
8. HORČIČKA, Lukáš, 2019. Estrogens and urinary incontinence in women. *Urologie pro praxi*. 20(3), 116-118. ISSN 12131768. Dostupné z: [doi:10.36290/uro.2019.059](https://doi.org/10.36290/uro.2019.059)
9. 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. ISBN 978-80-7510-226-3.
10. JURÁKOVÁ, Michaela et al., 2017. Chirurgická léčba stresové inkontinence moči u žen od jehel až k (mini)pásce. *Česká gynekologie*. 82 (1), s. 65-71. ISSN 1210-7832.
11. KACHLÍK, David, 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4058-7.
12. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
13. KOLARÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL, 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.
14. KOŁODYŃSKA, Gabriela, Maciej ZALEWSKI, Felicja FINK-LWOW, Anna MUCHA a Waldemar ANDRZEJEWSKI, 2021. Quality of Life of Physically Active and Inactive Women Who Are Older after Surgery for Stress Urinary Incontinence Using a Transobturator Tape (TOT). *Journal of Clinical Medicine*. **10**(20), 1-11. ISSN 2077-0383. Dostupné z: [doi:10.3390/jcm10204761](https://doi.org/10.3390/jcm10204761)
15. KRHUT, Jan, Marcel GÄRTNER, Jan MOKRIS, Lukas HORCICKA, Kamil SVABIK, Roman ZACHOVAL, Alois MARTAN a Peter ZVARA, 2018. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourology and Urodynamics*. **37**(6), 1925-1930. ISSN 07332467. Dostupné z: [doi:10.1002/nau.23568](https://doi.org/10.1002/nau.23568)
16. Lasserre, C. Pelat, V. Gu' eroult et al., "Urinary Incontinence in French Women: Prevalence Risk Factors, and Impact on Quality of Life," *European Urology*, vol.56,no.1,pp.177–183, 2009.

17. Lee, J.J. Dopad úrovní inkontinence moči na společenský život starších Číňanů v Honkongu. *Hallym Int. J. Stárnutí*; 2005; 7, s. 63-80. [DOI: <https://dx.doi.org/10.2190/1775-31J1-4564-J352>]
18. MÁLEK, Jiří, 2016. *Praktická anesteziologie. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5632-2.
19. Mallah, F.; Montazeri, A.; Ghanbari, Z.; Tavoli, A.; Haghollahi, F.; Azimineko, E. Vliv močové inkontinence na kvalitu života íránských žen. *J. Fam. Vyčtnout. Zdraví*; 2014; 8, s. 13-19.
20. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online], 2020. 16. [cit. 2022-01-16]. ISSN 11782021.
21. Nilsson, M.; Lalos, A.; Lalos, O. Dopad ženské močové inkontinence a naléhavosti na kvalitu života a partnerský vztah. *Neurourol. Urodyn.* ; 2009; 28, s. 976-981. [DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/nau.22261>] [PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19229955>]
22. O. C., Ozdemir, Y. Bakar, N. Ozengin, and B. Duran, "The effect of parity on pelvic floor muscle strength and quality of life in women with urinary incontinence: a cross sectional study," *Journal of Physical Therapy Science*, vol.27, no.7, pp.2133–2137, 2015
23. Oh, S.J.; Ku, J.H. Je obecný nástroj kvality života užitečný pro hodnocení žen s močovou inkontinencí? *Qale. Life Res.*; 2006; 15, str. 495-501. [DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s11136-005-2487-6>] [PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16547788>]
24. Patofyziologie stresové inkontinence u žen, 2008. *Urologie pro praxi.* 9(3), 133-136.
25. PILKA, Radovan, 2017. *Gynekologie.* Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.
26. PIŠKYTLOVÁ, Pavla, 2017. Komplikace vaginálních tahuprostých páskových operací. *Česká gynekologie.* 82 (3), s. 243-251. ISSN 1210-7832.
27. PTAK, Magdalena, Sylwester CIEĆWIEŻ, Agnieszka BRODOWSKA, Andrzej STARCZEWSKI, Jolanta NAWROCKA-RUTKOWSKA, Esther DIAZ-MOHEDO a Iwona ROTTER, 2019. The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Vaginal Deliveries: A Randomized Trial. *BioMed Research International.* 2019, 1-7. ISSN 2314-6133. Dostupné z: doi:10.1155/2019/5321864
28. PTAK, Magdalena, Sylwester CIEĆWIEŻ, Agnieszka BRODOWSKA, Andrzej STARCZEWSKI, Jolanta NAWROCKA-RUTKOWSKA, Esther DIAZ-MOHEDO a Iwona ROTTER, 2019. The Effect of Pelvic Floor Muscles Exercise on Quality of Life in Women with Stress Urinary Incontinence and Its Relationship with Vaginal Deliveries: A Randomized Trial. *BioMed Research International.* 2019(Article ID 5321864), 1-7. ISSN 2314-6133. Dostupné z: doi:10.1155/2019/5321864
29. ŠÁLKOVÁ, Jana, 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci.* 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0844-2.
30. SIDDIQUI, Nazema Y., Jonathan B. WISEMAN, David CELLA, et al., 2018. Mental Health, Sleep and Physical Function in Treatment Seeking Women with Urinary Incontinence. *Journal of Urology.* 200(4), 848-855. ISSN 0022-5347. Dostupné z: doi:10.1016/j.juro.2018.04.076

31. SIRLS, Larry T., Sharon TENNSTEDT, Emily LUKACZ, et al., 2012. *Condition-Specific Quality of Life 24 Months After Retropubic and Transobturator Sling Surgery for Stress Urinary Incontinence*. **18**(5), 291-295. ISSN 2151-8378. Dostupné z: doi:10.1097/SPV.0b013e318267c004
32. SMITH, Andrew P., 2016. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. *BMC Urology*. **16**(1). ISSN 1471-2490. Dostupné z: doi:10.1186/s12894-016-0140-z
33. STEIBLIENE, Vesta, Rosita ANIULIENE, Povilas ANIULIS, Nijole RASKAUSKIENE a Virginija ADOMAITIENE, 2020. Affective symptoms and health-related quality of life among women with stress urinary incontinence: Cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [online]. **16**(16), 10 [cit. 2022-01-16]. ISSN 11782021. Dostupné z: doi:10.2147/NDT.S236234
34. Stresová inkontinence u žen - 1.část, 2008. *Urologie pro praxi*. **9**(6), 292-300. ISSN 1803-5299.
35. SUNG, Vivian W., Diane BORELLO-FRANCE, Diane K. NEWMAN, et al., 2019. Effect of behavioral and pelvic floor muscle therapy combined with surgery vs surgery alone on incontinence symptoms among women with mixed urinary incontinence: The ESTEEM randomized clinical trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association* [online]. **322**(11), 1066-1076 [cit. 2022-01-16]. ISSN 00987484. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2019.12467
36. TEXTL, J., 2015. Výsledky operační léčby stresové inkontinence moči mini-invazivní transobturatorní páskou z jedné incize. *Česká gynekologie*. **80**(5), 345-350.
37. TRÁVNÍK, Pavel, 2019. Current trends in the hormone replacement therapy. *Praktické lékařství*. **15**(2), 82-84. ISSN 18012434. Dostupné z: doi:10.36290/lek.2019.014
38. ULRICH, Daniela, Vesna BJELIC-RADISIC, Anna HÖLLEIN, Gerda TRUTNOVSKY, Karl TAMUSSINO, Thomas AIGMÜLLER a Caroline MITCHELL, 2017. Quality of life and objective outcome assessment in women with tape division after surgery for stress urinary incontinence. *PLOS ONE*. **12**(3), 3-4. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0174628
39. VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.
40. WALKER, Ian, 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
41. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0282-2.
42. ZALEWSKI, Maciej, Gabriela KOŁODYŃSKA, Anna MUCHA a Waldemar ANDRZEJEWSKI, 2021. A Prospective Study of the Quality of Life of Patients with Stress Incontinence before and after a Transobturator Tape (TOT) Procedure—Preliminary Report. *Journal of Clinical Medicine*. **10**(19), 1-12. ISSN 2077-0383. Dostupné z: doi:10.3390/jcm10194571

Přílohy

Etická komise



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-181198/1030S-2020

Vážená paní
Bc. Kristýna Králíčková

2020-23-10

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem **„Kvalita života žen se stresovou inkontinencí před a po operačním výkonu“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IC: 275 20 536



NEMOCNICE
PARDUBICKÉHO KRAJE

Provedení výzkumného šetření nebo výzkumu v NPK

Příjmení a jméno studenta	Králíčková Kristýna, Bc.		
Název a adresa školy	Univerzita Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc		
Studijní program Studijní obor/ročník	Intenzivní péče v porodní asistenci, 2.ročník		
Typ práce (bakalářská, magisterská, disertační)	Magisterská		
Téma práce	Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po operačním výkonu		
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph.D., tel.: 585632812 / doc. PhDr. Yveta Krublová, Ph.D.		
Jméno vedoucí/ho ročníku, kontakt	Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph.D., tel.: 585632812 / doc. PhDr. Yveta Krublová, Ph.D.		
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude/bude spojen s finančním zatížením NPK Podpis:		
Soubor respondentů, počet	150-200		
Metodika sběru dat	Dotazníkové šetření		
Zahájení výzkumu / ukončení výzkumu	Prosinec 2020 – duben 2021		
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: <i>Králíčková</i>		
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky:		
Souhlas odpovědného pracovníka NPK	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE	Podpis: <i>Mgr. Hana Maršíková</i> Náměstkyň ošetrovatelské péče
Souhlas představitel NPK se zveřejněním názvu zařízení	Podpis: <i>Mgr. Hana Maršíková</i> Náměstkyň ošetrovatelské péče		
Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat			
Nemocnice, klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis
Gynekologické oddělení	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>ndrzalova</i>
Gynekologická ambulance	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>ndrzalova</i>

.....
Vedoucí práce

.....
Vedoucí katedry

Součástí žádosti je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru) určený respondentům ve výzkumném souboru včetně informovaného souhlasu a stručný obsah práce. V případě retrospektivního šetření student nesmí nahlížet do NIS ani dokumentace pacienta. Anonymní data mu předá pověřený pracovník oddělení, kde výzkum probíhá. Student se zavazuje předat výsledky výzkumného šetření NPK.



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po operačním výkonu

Období realizace: Prosinec 2020 – duben 2022

Řešitelé projektu: Doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D., Bc. Kristýna Králíčková

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit a porovnat, zda došlo u žen se stresovou močovou inkontinencí ke změně kvality života před a po operačním výkonu tzv. „TOT“ neboli trans-obturatorní páska. Data budou získávány pomocí anonymního dotazníku, který vy osobně odevzdáte do zapečetěného sběrného boxu, ten bude otevřen až po jeho naplnění, proto se nebojte dotazník vyplnit dle svých skutečných pocitů. Vyplnění dotazníku Vám zabere 10-15 minut.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si rádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou

odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PŘI MOČOVÉ INKONTINENCI – I-QoL

Prosím zakroužkujte u každé otázky odpověď, která Vás nejlépe vystihuje:

- 1 – velmi, silně, vždy
- 2 – poměrně dosti, značně, často
- 3 – občas, mírně, někdy, poněkud
- 4 – výjimečně, málokdy, jen málo
- 5 – ne, nikdy

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC | 1 2 3 4 5 |
| 2. Obávám se kašlat nebo kýchat | 1 2 3 4 5 |
| 3. Mám strach se po delším sezení postavit | 1 2 3 4 5 |
| 4. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC | 1 2 3 4 5 |
| 5. Kvůli úniku moči se cítím depresivně | 1 2 3 4 5 |
| 6. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov | 1 2 3 4 5 |
| 7. Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči | 1 2 3 4 5 |
| 8. Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem | 1 2 3 4 5 |
| 9. Na problém s únikem moči musím pořád myslet | 1 2 3 4 5 |
| 10. Chodím „pro jistotu“ na WC i když nemusím | 1 2 3 4 5 |
| 11. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC | 1 2 3 4 5 |
| 12. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší | 1 2 3 4 5 |
| 13. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC | 1 2 3 4 5 |
| 14. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu | 1 2 3 4 5 |
| 15. Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví | 1 2 3 4 5 |
| 16. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže | 1 2 3 4 5 |
| 17. Únik moči mi ubírá radost ze života | 1 2 3 4 5 |
| 18. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení | 1 2 3 4 5 |
| 19. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla | 1 2 3 4 5 |
| 20. Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít | 1 2 3 4 5 |
| 21. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení | 1 2 3 4 5 |
| 22. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života | 1 2 3 4 5 |

Prosím doplňte následující údaje.

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Základní
 - Středoškolské bez maturity
 - Středoškolské s maturitou
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské
3. Kolikrát jste rodila?
 - Jednou
 - Dvakrát
 - Třikrát
 - Více než třikrát
4. Jaký byl způsob porodu?
 - Spontánní _____ (počet)
 - Císařský řez _____ (počet)
 - Kleště/VEX _____ (počet)
5. Kolik vážíte a měříte?
6. Kouříte?
7. Znáte a cvičíte cviky na posílení pánevního dna?
 - Ano
 - Ne
8. Jak dlouho jste máte problémy s únikem moči?
9. Řešila jste doposud únik moči, pokud ano jak?
10. Trpíte zácpou?