

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Marie Vrbová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Marie Vrbová

**Kvalita života žen v souvislosti se stresovou inkontinencí a
obdobím klimakteria**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr.
Štěpánky Bubeníkové, Ph.D. a použila uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 5.5.2024

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Štěpánce Bubeníkové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost, ochotu a mnoho cenných rad, které mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala. Zároveň bych ráda poděkovala Mgr. Ivaně Petříkové za pomoc a rady se zpracováním statistiky pro tuto práci.

ANOTACE

Autor práce: Bc. Marie Vrbová

Téma práce: Stresová inkontinence v klimakteriu

Název práce: Kvalita života žen v souvislosti se stresovou inkontinencí a obdobím klimakteria

Název práce v AJ: Women's quality of life in relation to stress incontinence and the climacteric period

Datum zadání: 11.01.2023

Datum odevzdání: 06.05.2024

Název katedry a fakulty: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Pičmanová Petra, Ph.D.

Počet znaků: 95 stran/ 119 940 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury:120

Klíčová slova: stresová inkontinence, inkontinence u žen, klimakterium, menopauza, kvalita života, The King's Health Questionnaire, The Menopause Rating scale

Anotace diplomové práce:

Tato diplomová práce zkoumá rozdíl v hodnocení kvality života ženy v souvislosti s důležitým životním milníkem, a to obdobím klimakteria a stresovou inkontinencí. S využitím validovaných hodnotící dotazníků King's Health Questionnaire (KHQ) a Menopause Rating Scale (MRS). Respondentky byly do výzkumu vybrány záměrným výběrem. Do výzkumu byly zařazeny dotazníky od 96 žen navštěvujících jednu urodynamicickou ambulanci. Výzkum odhaluje jemné rozdíly ve vnímání a hodnocení

kvality života žen se stresovou inkontinencí a v období klimakteria v různých dimenzích jejich života. V konečném důsledku se tato práce snaží podporovat holistický přístup k ženám během kritických fází jejich života.

Key words: stress incontinence, incontinence in women, climacteric, menopause, quality of life, The King's Health Questionnaire, The Menopause Rating scale

Annotation:

This thesis examines the difference in the evaluation of a woman's quality of life in relation to important life milestone, the climacteric period and stress incontinence. Using the validated evaluation questionnaires King's Health Questionnaire (KHQ) and Menopause Rating Scale (MRS). Female respondents were selected for the research by purposive sampling. Questionnaires from 96 women visiting one urodynamic ambulance were included in the research. Research reveals subtle differences in the perception and evaluation of the quality of life of women with stress incontinence and in the climacteric period in various dimensions of their lives. Ultimately, this work seeks to promote a holistic approach to women during critical stages of their lives.

ÚVOD	6
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	8
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	11
2.1 STRESOVÁ INKONTINENCE	11
2.1.1 PATOFYZIOLOGIE STRESOVÉ INKONTINENCE	12
2.1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK STRESOVÉ INKONTINENCE	13
2.1.3 DIAGNOSTIKA STRESOVÉ INKONTINENCE	18
2.1.4 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE.....	23
2.2 KLIMAKTERIUM	26
2.2.1 ENDOKRINOLOGICKÝ PODKLAD	27
2.2.2 SYMPTOMATOLOGIE KLIMAKTERIA	28
2.2.3 LÉČBA KLIMAKTERICKÝCH SYMPTOMŮ.....	29
2.3 KVALITA ŽIVOTA	32
2.3.1 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN SE STRESOVOU INKONTINENCÍ.....	33
2.3.2 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU	35
3 METODIKA VÝZKUMU	38
3.1 VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY	38
3.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	39
3.3 METODA SBĚRU DAT	40
3.4 REALIZACE VÝZKUMU	41
3.5 METODA ZPRACOVÁVÁNÍ DAT	42
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	43
4.1 POPIS SOUBORU	43
4.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU DLE KHQ	44
4.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU DLE MRS.....	50
4.4 VÝSLEDKY K JEDNOTLIVÝM CÍLŮM, OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	53
5 DISKUZE	63
ZÁVĚR	69
REFERENČNÍ SEZNAM	70
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	84
SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM GRAFŮ	86
SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

„Duševní bolest je horší nemoc než tělesná.“

Publilius Syrus

V oblasti ženského zdraví se stresová inkontinence moči (SUI) jeví jako mnohotvárné onemocnění, které často doprovází období klimakteria a nezřídka kdy je podceňované ve svém dopadu na kvalitu života jedince. Klimakterické období, charakterizované hormonálními fluktuacemi a významnými fyziologickými změnami, představuje pro ženy jedinečné výzvy. Právě v této době se často objevuje stresová inkontinence, která narušuje jejich každodenní život a klade omezení na jejich fyzické i emocionální blaho.

Každé onemocnění ovlivňuje psychiku jedince. I když stresová inkontinence není nemoc, jedná se „pouze“ o syndrom, nelze ho ignorovat. Nejedná se totiž výlučně o medicínský problém, ale často ovlivňuje i interpersonální vztahy, ekonomickou nezávislost pacientek, hygienickou pohodu ženy, která může vést až k vyloučení pacientky z její sociální skupiny a v neposlední řadě má velký vliv i na intimní život ženy. Společnost často považuje inkontinenci za ženský problém, avšak tento syndrom může postihnout ženy, muže, děti, dospělé i seniory bez výjimky. (Romžová, 2014)

Inkontinence je celosvětový problém, jelikož se s ním ročně potýká až 260 miliónů lidí. V České republice by se měla inkontinence týkat asi 510 tisíc žen, a z toho zhruba 50 % trpí SUI. Konkrétní čísla však mohou být nepřesná, jelikož mnozí lidé se o svém problému s močením bojí hovořit nebo se za ně stydí. Spousta z nich se nesvěří rodině ani praktickému či odbornému lékaři, i z tohoto důvodu Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS – International Continence Society) každý rok (od roku 2008) prohlašuje jeden týden za Světový týden kontinence. ICS si klade za cíl rozšířit povědomí o inkontinenci a zlepšit život všem, které toto trápí. Téma je nyní velmi aktuální, kromě jeho globálního dopadu i z důvodu všeobecného stárnutí populace, které s sebou přináší zvyšující se počet žen trpících stresovou inkontinencí i žen se symptomy klimakterického syndromu. (Horčíčka, 2017)

V roce 2021, kdy byla zveřejněna dosud poslední zdravotnická ročenka, byla uvedena informace, že v České republice (z celkového počtu 5,412 milionů žen) se 762 762 žen nachází ve věku 45–54 let, což je asi 14 % ženské populace. (ÚZIS, 2021) Koliba (2021) uvádí, že v České republice je průměrný věk menopauzy asi 51 let. Minassian et al. (2017) popisuje, že stresová inkontinence se u žen rovněž poprvé objevuje mezi 45 a 49 lety. Což poukazuje na

aktuálnost řešení tématu kvality života žen v období klimakteria a se stresovou inkontinencí, jelikož se rozložením naší populace jedná o podstatnou skupinu žen a v následujících letech lze předpokládat její procentuální nárůst.

Odborníci se zabývají vlivem hormonálních změn, integritou pánevního dna, životním stylem a možnostmi léčby stresové inkontinence a klimakterického syndromu. Avšak vliv na otázku kvality života člověka, nové strategie a pokroky, které mohou zlepšit životy jedinců postižených tímto syndromem nejsou tolik zpracovány, proto je tato diplomová práce zaměřena především na sledování kvality života ženy se stresovou inkontinencí a v období klimakteria.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

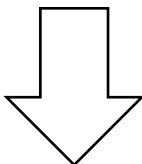
Klíčová slova v ČJ: stresová inkontinence, inkontinence u žen, klimakterium, menopauza, kvalita života, The King's Health Questionnaire, The Menopause Rating scale

Klíčová slova v AJ: stress incontinence, incontinence in women, climacteric, menopause, quality of life, The King's Health Questionnaire, The Menopause Rating scale

Vyhledávací období: 2014–2023

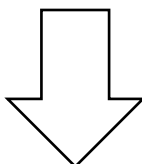
Jazyk: český, anglický, slovenský

Další vyhledávací kritéria: Odborná periodika, abstrakt v angličtině, články vztahující se k problematice



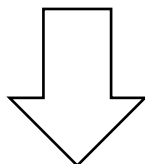
NALEZENO 475 článků

V databázích: EBSCO, Medvik, PubMed, Science Direct



Vyřazující kritéria

- Duplicitní články
- Články s neodpovídající tematikou
- Nerecenzované články



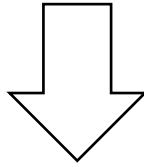
Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů

Česká a Slovenská periodika

Časopis lékařů českých, Česká gynekologie, Klimakterická medicína, Medicína pro praxi, Umění fyzioterapie, Umění fyzioterapie: Pánevní dno.

Zahraniční periodika

ACTA CLINICA CROATICA, African Health Sciences, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Archives of Gynecology and Obstetrics, Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, Bali Medical Journal, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, BMC Urology, BMC Women's Health, BMJ – British Medical Journal, Climacteric, Cochrane Database of Systematic Reviews, Electronic Physician, Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, European Urology, F1000Research, Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, Fisioterapia Em Movimento, Frontiers in Public Health, Gynecological Endocrinology, International Journal of Community Medicine and Public Health, International Journal of Contemporary Medical Research, International Journal of Impotence Research, International Journal of Research in Medical Sciences, International Neurourology Journal, International Urogynecology Journal, Japan Journal of Nursing Science, Journal of family & reproductive health, Journal of Gerontological Nursing, Journal of Mid-Life Health, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Journal of Psychosomatic Research, Journal of the Chinese Medical Association, Journal of Womens Health, Kontakt, LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, Maturitas, Medical Journal of Indonesia, Medicina, Menopausal Review, Menopause, Midwifery, Nature Reviews Disease Primers, Neurourology and Urodynamics, . Neuropsychiatric Disease and Treatment, Obstetrics and Gynecology, Oman Medical Journal, Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, PharmacoEconomics, PLOS ONE, Population Health Metrics, Profese On-Line, Psychology & Health, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, Sao Paulo Medical Journal = Revista Paulista de Medicina, Sarcopenia and Muscle, Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Uro, Urological Science, Urologie pro praxi, Urology, Urology journal



Pro účely zpracování diplomové práce bylo použito 108 článků

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 STRESOVÁ INKONTINENCE

Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) definuje inkontinenci jako jakýkoli samovolný únik moči (Horčíčka, 2017). Pro pacienta se jedná o potíží nejen z hlediska hygieny, ale často jde i o socioekonomický problém. Inkontinence není onemocnění v pravém slova smyslu, jedná se o symptom, který je způsobený poruchou plnění nebo vyprazdňovací funkce močového měchýře. Tento syndrom patří v případě mužů do specializace urologa, v případě žen do rukou urogynekologa. (Ryšánková, 2018)

V České republice inkontinence v jakékoliv formě postihuje přibližně 510 tisíc žen. Statisticky by se mělo jednat o 12-57 % žen v ČR, které inkontinence trápí. Prevalence stoupá s věkem, přibližně 40 % žen nad 60 let a 55,6 % žen nad 80 let trpí inkontinencí. SUI tvoří polovinu všech případů inkontinence, avšak tato čísla nemusí být přesná, jelikož ženy se často bojí o svém problému hovořit a stydí se vyhledat lékařskou pomoc. Data z České republiky se shodují se zahraničními statistikami hlavně v procentu žen s močovou inkontinencí ve věku 65 let. (Drábková, 2015; Horčíčka et al., 2021)

Stresová inkontinence (SUI) je definována jako samovolný únik moči způsobený zvýšením nitrobřišního tlaku, avšak bez aktivity svaloviny močového měchýře. Zvýšení nitrobřišního = intraabdominálního tlaku, které zvyšuje zátěž pánevního dna může být způsobeno např. kýchnutím, kašlem, smíchem, zvedáním různě těžkých břemen, chůzí po schodech, skokem a jinými sporty. SUI je asi 50 % všech případů inkontinence u žen (nejčastěji se poprvé vyskytne u žen mezi 45 a 49 lety). (Minassian et al., 2017; Wood & Anger, 2014)

SUI se dělí do 3 stádií:

Stádium I – samovolný únik moči se objeví pouze při větší námaze, která velmi zvýší intraabdominální tlak (např. kýchnutí, smích)

Stádium II – samovolný únik moči se objeví již při mírné námaze (mírném zvýšení intraabdominálního tlaku), jako je běh, zvedání těžkých břemen nebo sport.

Stádium III – samovolný únik moči se objeví již při minimální fyzické námaze a malém zvýšení nitrobřišního tlaku. (např. změna polohy z lehu do sedu) (Kolodynska, 2019)

Dle Mostafaeiho et al. (2020) trpí SUI ve vyspělých zemích v průměru 12,6 % žen. Studie Zhanga et al. (2015) vykazuje prevalenci SUI u žen v Číně 18,9 % s maximem ve věku mezi 50 a 60 lety, kdy se jednalo o 28,2 % žen. Naopak dle Abufaraja et al. (2021) v USA postihuje SUI 33,9 % žen ve věku mezi 20 a 39 lety, 51,3 % žen ve věku mezi 40 a 59 lety a 53,1 % žen ve věku na 60 let. Studie udává stabilní výsledky od roku 2005. Jednu z nejnižších prevalencí SUI žen uvádí studie ze Saudské Arábie, kde se jedná o 3,3 %. Příčiny těchto markantních rozdílů jsou neznámé, např. Alanazy et al. (2019) se domnívá, že hlavní důvod je ve velmi kvalitní antenatální péči, která rapidně snižuje vliv rizikových faktorů souvisejících s těhotenstvím a porodem na pozdější vznik SUI. (Gari et al, 2023)

SUI jakožto syndrom progredující v čase byl objektem dlouhodobé studie, která ukázala, že u 12 % žen s mírnou až středně těžkou SUI došlo k rozvoji těžké SUI a také, že 38 % žen s těžkou SUI mělo stejnou úroveň příznaků i po 8 letech. (Minassian et al., 2020)

2.1.1 PATOFYZIOLOGIE STRESOVÉ INKONTINENCE

Patofyziologie stresové inkontinence je velmi komplexní. Jedná se o interakci mnoha faktorů. SUI souvisí s tkáňovou morfologií, mechanickými vlastnostmi tkání, perfuzí, inervací a motorickou kontrolou. Všechny tyto faktory přispívají ke vzniku SUI, avšak důkazy pro mnoho faktorů nebyly systematicky hodnoceny a jejich relativní význam je proto do značné míry neznámý. (Falah-Hassani et al., 2021)

URETRÁLNÍ HYPERMOBILITA

Uretrální hypermobilita způsobuje, že uretra při zvýšení intraabdominálního tlaku ztratí svoji schopnost se zcela uzavřít, protože nedojde k jejímu stlačení proti přední poševní stěně. Proto při zvýšení tlaku dojde k mimovolnímu úniku moči. Hlavní příčina hypermobility je snížená pevnost a schopnost podpory svalů pánevního dna a nedostatečná pevnost ligament a fascií, které spojují dělohu a močový měchýř. Další možnou příčinou je poškození hlubokého stabilizačního systému a závěsného aparátu malé pánve. Tyto problémy mohou být způsobeny ztrátou pojivové tkáně a svalové kontraktility v důsledku chronicky zvýšeného intraabdominálního tlaku (např. chronický kašel, obezita atd.). Dokonce i traumatický vaginální porod může způsobit uretrální hypermobilitu, jako následek dysfunkce a atrofie svalů pánevního dna, které může způsobit i poškození nervů v pánvi především nervu pudendu. (Hofmann et al., 2020; Szymansky & Bienstock, 2015)

VNITŘNÍ SFINKTERICKÝ DEFICIT – ISD

ISD= intrinsic sphincter deficiency (vnitřní sfinkterický deficit), který vzniká v důsledku ztráty svalového tonu močové trubice a vnitřní vrstvy sliznice. Svalový tonus vrstvy tunica muscularis uretry za fyziologických podmínek udržuje uretru uzavřenou, avšak při neuromuskulárním poškození k úplnému uzavření nedojde. Nejčastěji se jedná o následek velké pánevní operace nebo chirurgické léčby inkontinence. Další možná příčina je neurologická komplikace např. Shy-Draferův syndrom, myelodysplasie a syndrom arteria spinalis anterior. Následkem ISD je často těžký únik moči i při minimálním zvýšení intraabdominálního tlaku. (Pizzoferrato et al., 2017)

2.1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK STRESOVÉ INKONTINENCE

Rizikové faktory pro vznik SUI mají velmi různorodý charakter. Mezi nejčastěji udávané rizikové faktory patří: pohlaví (vyšší prevalence u žen), epispadie = atypické vyústění močové trubice, věk, parita, trauma vzniklá při vaginálním porodu, menopauza, obezita, vysoké BMI = index tělesné hmotnosti, socioekonomický status, hysterektomie, genetické faktory (rasa, poruchy pojivové tkáně), úroveň fyzické aktivity, kouření, dieta a léky, jako jsou např. diuretika. Velmi často vznik inkontinence také ovlivňují komorbidity a jejich progres v čase. Nejčastěji se jedná o: diabetes mellitus, infekce močových cest, ischemická choroba srdeční, chronická obstrukční plicní nemoc, chronická zácpa a další chronická onemocnění, které mají za následek chronicky zvýšený nitrobřišní tlak (Hakim et al., 2023; Aoki et al., 2017)

TĚHOTENSTVÍ A POROD

Odborná literatura za predisponující faktory pro vznik močové inkontinence v životě ženy v souvislosti s těhotenstvím a porodem označuje: vaginální porod, věk rodičky nad 35 let, multiparita, protražovaná druhá doba porodní (trvajících déle než 60 minut), vyšší porodní váha novorozence (nad 4000 g), vaginální operační porod (VEX, kleště), velké porodní poranění (ruptura perinea 3. stupně a vyšší), makrosomie plodu, dystokie ramének a BMI rodičky nad 30kg/m². (Dinç, 2018; Obioha et al., 2015)

Téměř 50 % žen se v těhotenství setká s inkontinencí (nejčastěji jde o SUI). Hlavním důvodem pro vznik inkontinence je rostoucí děloha, která postupně snižuje kapacitu močové měchýře. Z původních 500–700 ml se kapacita močového měchýře zmenší na cca 410 ml v I. trimestru, ve II. trimestru dochází k dočasnému zlepšení na cca 460 ml. (rostoucí děloha opouští malou pánev), aby ve III. trimestru došlo k zmenšení až na průměrných 272 ml, což vede k výrazně zvýšené frekvenci močení. Dle Dinça (2018) je prevalence vzniku inkontinence 29,7 % v

prvním trimestru, 32,2 % ve druhém trimestru a 52,1 % ve třetím trimestru. Navíc dochází ke změně mikčního rytmu, ženy se často musí potýkat s nykturií. Prosperující těhotenství má vliv i na tvorbu kolagenu, který začne měnit své vlastnosti: snižuje pevnost tkání, vedoucí k ochabnutí závěsného aparátu pánevních orgánů. Fyziologicky rostoucí hladina progesteronu rovněž vede k rozvolnění svaloviny a vaziva močového traktu, což snižuje uzavírací tlak v uretře. Naopak klesající hodnota relaxinu způsobuje snížení epiteliální proliferaci. Souhra všech těchto změn vede k častému vzniku stresové inkontinence, kdy svaly pánevního dna nejsou schopny odolat hormonálním změnám, změnám anatomických poměrů a uvolnění dolního močového traktu. Prevalence vzniku inkontinence v těhotenství je ovlivněna zemí původu (i pro různou diagnostiku a statistickou úroveň), ale většina autorů studií se shoduje na tom, že šance na vznik inkontinence jasně narůstá po 36. týdnu těhotenství. Samotný porod, kdy dochází k mechanickému utlačování cév a nervů v oblasti malé pánve naléhající částí plodu, může vést k oslabení parauretrální pojivové tkáně a usnadní tak vznik inkontinence. (Dinç, 2018; Hakim et al., 2023)

Nejčastěji skloňovaný predisponující faktor pro vznik SUI je vaginální porod. Naléhající část plodu společně s rodičkou a jejími vynaloženými vypuzovacími silami při vaginálním porodu vytváří enormní zatížení pánevního dna. Tato zátěž může mít za následek anatomické či funkční poškození nervů procházejících malou pávní s následnou patologickou inervací dolního močového traktu, či poškození všech struktur pánevní dna včetně svalů. Závažným leč často opomíjeným predisponujícím faktorem pro vznik SUI v prvních 3 měsících po porodu je i poškození pánevních fascií v průběhu vaginálního porodu. Dle Johannessena et al. (2018) vaginální nebo vaginální operační porod zvyšuje 3-4 x výskyt močové inkontinence oproti porodu císařským řezem první rok po porodu. Dále udává, že u prvorodiček starších 35 let se zvyšuje výskyt inkontinence v prvních 6 týdnech po porodu až o 50 %. (Shlain et al., 2018) Sharma & Mittal (2017) uvádí, že pro vznik inkontinence nezáleží na tom, zda je porod spontánní vaginální či operační vaginální, rozdílná je až v době potřebné k rekonvalescenci. U žen s inkontinencí po spontánním vaginálním porodu dojde z pravidla do 1 roku ke zlepšení symptomů, avšak u žen po VEXu či klešťovém porodu ke zlepšení dochází později.

Císařský řez byl dříve považován za protektivní faktor, avšak většina studií se shoduje na tom, že jeho účinek není dlouhodobý. Inkontinence ve spojení s těhotenstvím a porodem se pouze projeví později. V prvních 3 měsících po porodu je výskyt 2x vyšší u žen po vaginálním porodu. Dva roky po porodu se však inkontinence vyskytuje u 17 % žen rodících vaginálně a u 18,9 % žen po císařském řezu. Hlavním rizikovým faktorem pro vznik inkontinence spojeným

s císařským řezem, je císařským řezem ukončený první porod a 3 a více císařských řezů v anamnéze. (Barbosa et al., 2013; Dinç, 2018; Živković et al., 2016) Prokešová (2017) navíc uvádí, že provedení císařského řezu způsobuje narušení hlubokého stabilizačního systému, které má často za následek defekt funkčnosti pánevního dna a pánevních fascií. Tato skutečnost napomáhá v rozvoji SUI v dalším životě ženy, proto popírá tvrzení, že císařský řez je ochranný faktor pro správně fungující pánevní dno.

Naopak dříve uváděná skutečnost, že epiziotomie slouží jako protektivní faktor se ukázala jako nepravdivá. Některé studie nepoukazují na žádnou souvislost mezi inkontinencí a epiziotomií. Avšak dle íránské studie z roku 2017 epiziotomie zvyšuje pravděpodobnost vzniku inkontinence v budoucnosti až 5krát. (Kokabi & Yazdanpanah, 2017; Živković et al., 2016) Srovnatelných výsledků dosáhla i přehledová studie z roku 2016, které neprokázala souvislost mezi poraněním hráze, popřípadě ani jeho stupněm s následným výskytem inkontinence. Dle studie je srovnatelná incidence inkontinence u žen s žádným poraněním hráze při porodu a u žen s jakýmkoliv stupněm ruptury. Je nutné si uvědomit, že pouze u 19 % žen, které neměly příznaky SUI před graviditou, SUI přetrvává po dobu 5 let po porodu. I když inkontinence u ženy po porodu nepřetrvává, jedná se o významný prediktivní faktor pro vznik inkontinence v pozdějším věku. (Kramná & Vrublová, 2016; Kokabi & Yazdanpanah, 2017; Živković et al., 2016)

HYSTEREKTOMIE A DALŠÍ OPERAČNÍ ZÁKROKY

Dle různých studií může mít hysterektomie vliv na vznik stresové inkontinence, ale etiologie je diskutabilní, protože studie nenalezly jednotnou příčinu, proč hysterektomie ovlivňuje pooperační výskyt SUI. Hlavní důvod je pravděpodobně narušení anatomických struktur v malé pánvi a potencionální poškození nervového zásobení, které ovlivňuje funkčnost močového měchýře a vnitřního svěrače uretry. (Tulokas et al., 2022) Christoffersen et al. (2023) uvádí, že riziko rozvoje SUI po hysterektomii stoupá s paritou, a především s počtem vaginálních porodů, naopak ženy s císařským řezem v anamnéze měly o třetinu nižší šanci na rozvoj SUI po hysterektomii. Dle dánské studie z roku 2015 však hysterektomie není spojena s nově vzniklou SUI po zákroku, jejich výsledky také nepoukázaly na rozdíl v operačním přístupu (vaginální x abdominální x LAVH). Dokonce asi 5 % žen po operaci pocíťovaly zlepšení v jejich problému s inkontinencí. V tom se liší výsledky finské studie, která odhalila až 2x vyšší prevalenci stresové inkontinence u žen po abdominální hysterektomii oproti ženám ve stejném věku, které hysterektomii nepodstoupily. (Christiansen et al., 2015, Tulokas et al., 2022)

Každým provedením operačního výkonu v pánevní oblasti stoupá riziko poškození hlubokého stabilizačního systému, pánevních svalů, fascií a nervů. Mezi nejvíce rizikové lze zařadit radikální hysterektomii, která je častou metodou léčby nádorového onemocnění. Při radikálních operacích nedochází pouze k narušení anatomických poměrů močového traktu, ale dochází také k porušení autonomních nervů močového měchýře a k následnému porušení podpory uretry. Následkem porušení inervace může být vznik uretrální hypermobility, dysfunkce pánevního dna a změny inervace močového měchýře. Dalším rizikem jsou opakované laparotomické výkony, které způsobují snížený tonus a funkčnost břišních svalů, která může vyústit v hyperlordózu v bederní oblasti a celkovou poruchu hlubokého stabilizačního systému. V neposlední řadě je třeba zmínit s operacemi související katetrizaci močového měchýře, která snižuje citlivost močového měchýře a může podpořit vznik inkontinence. Zároveň s každým dnem použití močového katetru se zvyšuje riziko vzniku infekce, které v chronické nebo často se opakující podobě mohou též negativně ovlivnit dolní močové cesty a usnadnit tak vznik inkontinence. (Djusad et al., 2021; Nakayama et al., 2020)

KOMORBIDITY

Existuje spousta zdravotních potíží, které mohou vést ke vzniku stresové inkontinence. Některé příčiny jsou pouze dočasné a po léčbě inkontinence odezní (např. infekce močového traktu, obstrukce, léčba antidepressivy a diuretiky). Naopak v případě chronických onemocnění lze očekávat, že i SUI se stane chronickým problémem, který bez aktivního přístupu nevyvymizí (např. diabetes mellitus a chronické ochabnutí pánevního dna). (Shlain et al., 2018)

Diabetes mellitus přispívá ke vzniku inkontinence moči glykosurií a mikrovaskulárním poškozením, které se podobá vzniku retinopatie a periferní neuropatie. Navíc ženy trpící diabetem mellitem mají vyšší riziko na přetrvávání poporodní inkontinence více než 5 let a tím se zvyšuje i riziko vzniku SUI v pozdějším věku. Avšak výzkumy provedené v USA poukazují na to, že i ženy s pre-diabetem mají vyšší riziko vzniku inkontinence. Jedná se především o souvislost s typicky vyšší hmotností a BMI žen s diabetem. (Santini et al., 2019; Wang et al., 2015)

Dalšími onemocněními, které zvyšují riziko vzniku stresové inkontinence jsou cévní mozková příhoda, inkontinence stolice, vaginální atrofie, časté infekce močových cest a noční pomočování v dětském období. SUI se také často vyskytuje u pacientů s kognitivními poruchami a demencí. (Matthews et al., 2013)

ŽIVOTNÍ STYL A DALŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY

V posledních letech dochází k celosvětové epidemii obezity, která je silným rizikovým faktorem pro vznik SUI. K objektivizaci obezity se používá body mass indexu (BMI=index tělesné hmotnosti) jinak nazývaným Queteletův hmotnostní index. Tento index vyvinul Adolphe Quetelet k určení ideální tělesné hmotnosti vzhledem k výšce jedince. Hodnoty BMI se vypočítají vydělením tělesné hmotnosti druhou mocninou výšky pacienta. Za normu hodnot BMI je považováno rozmezí 18,5 -25,0, následuje rozmezí určující nadváhu 25,1-29,9. O obezitě se hovoří, pokud BMI přesáhne hodnotu 30, obezita se klasifikuje do 3 stupňů. I. stupeň zaznamenává hodnoty 30,0-34,9, II. stupeň 35,0-39,9 a všechny hodnoty nad 40 jsou považovány za III. stupeň obezity či tzv. morbidní obezitu. Obezita způsobuje zvýšení tlaku na pánevní dno, následné utlačování nervů a cév pánve, což vede k poruše inervace dolních močových cest a zvyšování nitrobřišního tlaku. Tyto skutečnosti mohou kromě SUI způsobit i prolaps pánevních orgánů. Obézní ženy mají až 3krát vyšší pravděpodobnost vzniku SUI oproti ženám ve stejném věku s normálními hodnotami BMI. Obezita v mládí je spojena s vyšší šancí na rozvoj SUI v pozdějším věku. Naopak redukce hmotnosti zlepšuje problémy a následně zvyšuje šance konzervativní léčby. (Al-Mukhtar Othman et al., 2016; Marcelissen et al., 2019; Sharma & Mittal, 2017)

Extrémní tělesná zátěž a náročné fyzické aktivity v podobě náročných posilovacích cviků, gymnastiky a časté skákání mohou mít za následek vznik SUI. Například ženy aktivně se účastnící CrossFitu mají dle studie z roku 2020 vyšší šanci na vznik SUI (až 84 %) oproti ženám, které aktivně cvičili pouze fitness (48 %). Dokonce 44 % žen soutěžících v powerliftu uvedlo problém s inkontinencí v posledních 3 měsících. (Elks et al., 2020)

Dalším z velmi diskutabilních rizikových faktorů pro vznik SUI je dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce. Řada studií uvádí, že nelze přesvědčivě potvrdit ani vyvrátit negativní vliv hormonální inkontinence na rozvoj SUI. Studie provedena roku 2021 z Číny však uvádí, že dlouhodobé užívání perorální hormonální antikoncepce způsobuje luteální dysfunkci a následnou sníženou sekreci estrogenů. Snížená sekrece estrogenů má následně vliv na kontinenci snazším ochabováním svalů pánevního dna, atrofii sliznice močové trubice a usnadňuje vznik uretrální hypermobility. (Zhang et al., 2021)

Dříve byl za rizikový faktor považován i zvýšený příjem kofeinu, avšak metaanalýza sedmi studií z roku 2016 neprokázala žádnou souvislost konzumace kofeinu s jakýmkoli typem močové inkontinence. Žádná studie doposud také nezjistila významnou spojitost konzumace

alkoholu s močovou inkontinencí. (Imamura et al., 2015; Sun et al., 2016) Zvýšený výskyt SUI je i u žen kuřaček, kde k jejímu rozvoji napomáhá kouřením způsobený chronický kašel, ale i samotný nikotin, který podporuje svalovou atrofii a tím napomáhá k poškození svalů pánevního dna a stěny močového měchýře. (Shlain et al., 2018; Wood & Anger, 2014)

2.1.3 DIAGNOSTIKA STRESOVÉ INKONTINENCE

ANAMNÉZA

Anamnéza se využívá k získání základních informací o ženě, symptomech a rizikových faktorech (např. věk, parita, menopauza, fyzická zátěž a rodinná anamnéza). Dále přichází na řadu tzv. mikční anamnéza. Mikční anamnéza se odebírá během rozhovoru s pacientem nebo pomocí dotazníku. Tyto možnosti se využívají k zajištění toho, zdali symptomy odpovídají SUI a k vyloučení jiné etiologie močové inkontinence. Typicky se lékař ptá na to, jak často moč uniká, jaké množství a kdy (kašel, kýchnutí, vsedě, vleže atd.), zda je před únikem přítomné nucení na močení, zda se to děje i v noci, jak často v noci chodí močit, na další onemocnění, se kterými se žena může léčit a na prodělané operační výkony. Ženám mohou pomoci i mikční deníky, do kterých si žena zapisuje informace o svých problémech s močením, bolestech a dalších potížích. (Horčíčka, 2017)

FYZIKÁLNÍ A GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Na anamnézu navazuje fyzikální vyšetření. Jedná se hlavně o zjištění výšky a hmotnosti (následně BMI), kontrola fyziologických funkcí, celkové zhodnocení kognitivních schopností pacientky a zhodnocení celkového zdravotního stavu. Následuje gynekologické vyšetření, jehož součástí je i aspece, kde se zkoumá, jak pacientka chodí, stojí a popřípadě další ukazatele, které by mohly odhalit neurologickou odchylku. Pátrá se také po přítomnosti píštělí a dalších komunikací v oblasti urogynekologického traktu, jizev a jiných neobvyklých změn, které mohou ovlivnit uretru a močový měchýř. Dalším důležitým prvkem je palpační vyšetření, které posuzuje správnost funkce svalů pánevního dna jak v klidu, tak během Valsalvova manévru. U žen se stresovou inkontinencí moči při kašli často (až v 60 % případů) není možné vyvolat kontrakci svalů pánevního dna vědomě; obvykle se zapojují jiné svalové skupiny. U žen, které dříve podstoupily nějaký operační zákrok v oblasti pánve se i palpačně pátrá po zjizvených tkáních. Například jizva po poševní plastice může mít za následek jiné než fyziologické umístění uretry a způsobovat její hypermobilitu. (Aoki et al., 2017; Horčíčka et al., 2021)

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ MOČI

Laboratorně se vyšetřuje čerstvá moč, většinou není nutná cévkovaná moč, jedná se o biochemické vyšetření, vyšetření močového sedimentu a kultivace. Zhodnocení slouží k vyloučení renálního selhávání, infekce a jiných abnormalit, které mohou, ale nemusí přímo souviset s inkontinencí. (Horčíčka et al., 2021)

ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

V urogynekologii je standardem zobrazovacích metod ultrazvuk. Jeho hlavní výhodou je široká dostupnost, ale i možnost hodnocení velkého množství struktur např. horních močových cest, dolních močových cest, postmikčního rezidua, pánevních anatomických abnormalit, prolapsu pánevních orgánů, močového měchýře, mobility uretry, ale i posouzení svalu musculus levator ani. V souvislosti s SUI se může používat transabdominální, transperineální, iontroitální a endoanální sonda. Transabdominální sonda je nejvhodnější na hodnocení prolapsu pánevních orgánů, celkové zhodnocení anatomických poměrů pánve a na změření postmikčního rezidua. Avšak je vhodná i na transperineální zhodnocení pánevního dna. (Horčíčka et al., 2021)

KLINICKÉ TESTY

Stress test

Stress test jinak nazývaný Caught test slouží jako základní test na potvrzení diagnózy SUI. Caught test spočívá v tom, že pacient má naplněný močový měchýř do pocitu naplnění, který ho aktivně nenutí na močení, alternativou může být močový měchýř pacienta naplněn sterilní vodou pomocí katétru asi na 150-300 ml. Test se provádí ve stoje, nebo v leže. SUI se potvrdí, když dojde k úniku moči z močové trubice v klidu, při kašli nebo Valsalvově manévru. Pokud se tato metoda provádí ve stoje může být nazývaná i Froewisovým testem. (Horčíčka et al., 2021; Špaček et al., 2018)

Pad Weight test

Pad weight test může mít dvě podoby (krátkodobý a dlouhodobý). Základním principem testu je měření hmotnosti vložek, což umožňuje objektivní sledování úniku moči. Při krátkodobé verzi testu (trvajícím 1 hodinu) i při dlouhodobých variantách (12, 18 nebo 24 hodin) jsou ženy požádány, aby používaly předem zvážené vložky. Při hodinovém testu pacientka vypije během 15 minut 300-500 ml tekutiny (s nízkým obsahem soli) a následně je instruována, aby provedla sérii činností, které odpovídají standardizovanému protokolu ICS. Pacientka vykonává následující činnosti: 30 minutová chůze (včetně chůze po schodech), 10x vstávání ze sedu, 10x

usilovné zakašlání, jogging po dobu 1 minuty, 5x zvedání předmětu ze země a mytí rukou pod tekoucí vodou, alespoň po dobu 1 minuty. Ve vícehodinové variantě se cviky neprovádí a žena po určenou dobu pouze „nosí“ vložku. Výsledkem testu je zjištění objemu uniklé moči. Výhodou této vyšetřovací metody je, že dle objemu uniklé moči lze přibližně určit i stupeň SUI. Pokud unikne méně než 2 g moči nejedná se o SUI, 2-10 g poukazuje na lehkou formu SUI=I. stupeň, při úniku mezi 10 a 50 g výsledkem je II. stupeň inkontinence = středně těžká forma a únik nad 50 g označujeme za III. stupeň= těžká inkontinence. (Horčíčka et al., 2021; Špaček et al., 2018)

Bonneyův test

Bonneyův test se může provádět jako součást stress testu. Poté, co lékař ověří, že moč uniká při kašli, zavede do pochvy dva prsty, nebo Alisovy kleště, které mají za úkol nadzvednout hrdlo močového měchýře, zatímco pacientku vyzveme ke kašli. Tímto lékař zkontroluje potřebnou pohyblivost a elasticitu tkáně. Pokud k úniku dojde při stress testu, ale ne při Bonneyově testu, je SUI pravděpodobně způsobena sestupem hrdla močového měchýře, který způsobuje ISD. (Horčíčka, 2017)

Q-tip test

Test vatovým tamponem se používá k posouzení pohyblivosti močové trubice. Pacientka je položena v dorzální poloze na vyšetřovacím lůžku. Do uretry se zavede sterilní štětička potřená mesocainem. Štětička se zavede až do močového měchýře, poté se za tampon lehce zatáhne, aby přilehl k hrdlu močového měchýře ženy s normálními anatomickými poměry v pánvi by měli mít klidový úhel tampónu vzhledem k podložce 0°. Poté ženu požádáme, aby zatlačila. Změnou v napětí pánevních svalů dojde ke změně pozice štětičky. Pokud jsou struktury v normě nedojde k většímu rozdílu než 10–15°. Po uvolnění by se úhel opět měl zmenšit. Při vážném poškození pánevních struktur může úhel mít až 50–60°. Tento test se v dnešní době již nepoužívá, jelikož ke zkrácení výsledku může dojít velmi snadno a mnohdy výsledek ani neodpovídá skutečnosti, proto byl nahrazen ultrazvukem. (Horčíčka, 2017; Horčíčka et al., 2021)

URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ

Urodynamické vyšetření není typicky hlavní diagnostickou metodou SUI, vyšetřuje se funkčnost dolních močových cest. Avšak některé urodynamické parametry mohou zajistit celkem přesný obrázek o tom k jakým pooperačním komplikacím bude mít konkrétní pacientka

predispozice. Vyšetření většinou probíhá ve specializované urodynamické ordinaci. Pacientka by měla být poučena, že k vyšetření se má dostavit s naplněným močovým měchýřem, do té míry, že ji aktivně nenutí na močení a pacientka nemá strach z pomočení. Začíná se s nejméně invazivním vyšetřením – uroflowmetrie. Následují další úkony – měření postmikčního rezidua (za pomoci ultrazvuku, nebo změřením objemu vycévkované moči), cystometrie, profilometrie a další vyšetření s nutností použití katetru. Mezi hlavní nevýhody urodynamického vyšetření patří časová a finanční náročnost. Tento typ vyšetření může být ale užitečný v případě, že symptomy jsou nejasné a klinické testy jsou neprokazatelné. (Čepický, 2018; Sorel et al., 2017)

Uroflowmetrie

Uroflowmetrie je vyšetření, které hodnotí kvalitu i kvantitu močového proudu, aby test byl objektivní měla by pacientka vymočit alespoň 150 ml (začít by se mělo až když má pacientka nucení na močení). Celý test by se měl 3krát opakovat. Měří se celkový mikční objem, maximální průtok moči, čas močení a čas dosažení maximálního průtoku. Následně se vypočítá průměrný průtok moči (mikční objem dělený časem močení). Z těchto kvantitativních parametrů se vytvoří křivky, které slouží jako kvalitativní složka testu. Tvar výsledné křivky poukazuje na druh problému. Maximální průtok moči u zdravé ženy by měl být mezi 25 - 30ml/s. Jedna z komplikací vyšetření je psychický blok pacientky z močení v jiném než domácím prostředí a močení na pokyn lékaře. (Čepický, 2018; Sobotka & Hanuš, 2019; Sorel et al., 2017)

Měření postmikčního rezidua

Měření postmikčního rezidua = PVR spočívá v tom, že se změří objem moči, který zůstává v močovém měchýři po spontánním vymočení. Měřit se může pomocí ultrazvuku, nebo se změří objem vycévkované moči. Objem moči by se měl zjišťovat, co nejdříve po vymočení, neboť prodleva by mohla zkreslit výsledek, jelikož z ledvin by mohlo přitéct tak velké množství nové moči, které by výsledek ovlivnilo (moč přitéká zhruba rychlostí 1–14 ml/min). Tento test není typickým vyšetřením pro diagnostiku SUI, ale je součástí urodynamického vyšetření. Měření postmikčního rezidua však může být užitečné, když je diagnóza nejistá, počáteční terapie je neúčinná nebo u pacientů, u kterých existuje obava z retence moči anebo inkontinence moči z přetékání. Obecně neexistuje standardizované hodnocení tohoto vyšetření, obecně se považuje za uspokojivé, když je reziduum menší než jedna třetina celkového mikčního objemu. Jiný zdroj udává, že reziduum pod 50 ml je normální a reziduum nad 200 ml je známka patologie. (Čepický, 2018; Horčíčka, 2017)

Cystometrie

Cystometrie vyšetřuje tlak v močovém měchýři při jeho plnění tekutinou. Většinou se vyšetření provádí pomocí dvou sond. První sonda je močový katetr (dvou nebo třícestný) a měří intravezikální tlak. A druhá je balonková sonda zavedená v pochvě či rektu, která měří intraabdominální tlak. Výhodou dvousondového testu je, že dokáže rozlišit mezi změnami intraabdominálního tlaku oproti tlaku v močovém měchýři elektronickým odečtením abdominální složky od intravezikálního tlaku. Do močového měchýře se katetrem zavádí fyziologický roztok rychlostí 25–100 ml/min. Rozdíl mezi intravezikálním a intraabdominálním tlakem se označuje za detruzorový tlak=vypuzovací tlak. Detruzorový tlak se během cystometrie zaznamenává do grafu. Pacientovi je řečeno, aby lékař popsal, kdy pociťuje nutkání k močení. Z grafu se následně vyhodnocují abnormální kontrakce detruzoru. Výsledky testu zahrnují určení aktivity detruzoru, hodnoty objemu naplnění močového měchýře při nutkání na močení a maximální kapacity močového měchýře. Nejčastější indikace pro provedení tohoto testu je odlišení stresové inkontinence od hyperaktivního močového měchýře. (Alas et al., 2017; Čepický, 2018; Špaček et al.; 2018)

Profilometrie (uretrální tlakový profil)

Tlak v uretře= uretrální tlak by neměl být menší než tlak intravezikální. Za normálních okolností při zvýšení intraabdominálního tlaku dojde zároveň ke zvýšení uretrálního tlaku, čímž se zabrání úniku moči. Diagnóza SUI je potvrzena nízkým tlakem v uretře. Tento tlak se měří pomocí speciálního katetru (s intravezikálním a intrauretrálním snímačem tlaku). Katetr je nejprve zaveden až do močového měchýře a poté pomalu vytahován. Výsledkem vyšetření je grafické znázornění tlaku v uretře v celé její délce. Test zjišťuje funkční délku uretry, klidový tlak v uretře, stresový tlak v uretře při kašli a maximální uzávěrový tlak uretry. Ženy mladší 25 let by měly mít maximální uzávěrový tlak v uretře hodnotu 90 cm vodního sloupce, zatímco ženy po menopauze (u nich se i zkracuje funkční délka uretry) mají tento tlak v průměru 65 cm vodního sloupce. (Špaček et al., 2018).

Elektromyografie

Elektromyografie je vyšetření, které zkoumá elektrické potenciály vytvořené generalizovanou depolarizací svalů, v urogynekologii stěny močového měchýře a svěračů uretry. Potenciály vytvářené svaly pánevního dna lze měřit povrchovými nebo jehlovými elektrodami, které se umisťují poblíž ústí uretry a rekta. Toto měření informuje o funkčnosti dolního močového traktu a napomáhá k odhalení neurogeních dysfunkcí. Dalším využitím elektromyografie je měření

potenciálů během močení, které zkoumají koordinaci svalů během vyprazdňování. Rozlišuje se synergie detruzoru a svěrače tzv. koordinované vyprazdňování (fyziologický stav) a dyssynergie tzv. nekoordinované vyprazdňování, které je důsledkem selhání uretrální relaxace při kontrakci močového měchýře. (Sobotka & Hanuš, 2019; Špaček et al., 2018)

Leak point pressure

Leak point pressure je test, který určuje nejnižší hodnotu tlaku v močovém měchýři, kdy dochází k úniku moči bez kontrakce detruzoru. Tento tlak se zvyšuje narůstajícím intraabdominálním tlakem. Během testu se intraabdominální tlak zvyšuje pomocí kašle nebo Valsalvova manévru. Výsledkem tohoto testu je diagnostika ISD, jako příčiny SUI. (Arribillaga et al., 2019)

2.1.4 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE

Správná a včasná diagnostika je základem pro úspěšnou léčbu SUI. Každý možný léčebný postup a plán by měl lékař s pacientkou důkladně konzultovat, aby žena měla co nejvíce informací pro její rozhodnutí, jakou léčbu zvolit. Každá žena má jiné životní zkušenosti, jiné motivace pro léčbu a různá očekávání. Proto by každá pacientka měla mít možnost se na své léčbě a rozhodování o ní, co nejvíce podílet.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA

Konzervativní léčbou je možné upravit téměř 70 % SUI. Základem konzervativní léčby by měla být úprava životního stylu, které v urogynekologii spočívá hlavně v redukci tělesné hmotnosti, dodržování pitného režimu, prevence obstipace (vhodná strava), vhodná pohybová aktivita atd. Jednou z variant léčby u SUI je cvičení na zpevnění svalů pánevního dna. Dříve se hojně využívala metoda, kterou vymyslel Arnold Kegel, toto cvičení bylo poprvé uveřejněno roku 1948 a bylo dlouhou dobu nejužívanější pro jeho velkou úspěšnost až 84 % i velmi snadné provedení, tyto takzvané Kegelovy cviky jsou mnohými odborníky doporučovány dodnes. Prvotní verze cviků spočívala v provedení několika rychle za sebou jdoucích kontrakcí pánevního dna (alespoň 3 série po 12 kontrakcích, 4krát týdně). Avšak mnoho světových i českých fyzioterapeutů před Kegelovými cviky varují a uvádí, že mohou vést i k poškození pacienta. Jejich nadužívání či nedostatečné propojení s dalším posilováním hlubokého stabilizačního aparátu a dalších svalových skupin může vést ke zvyšování napětí svalů pánevního dna a ke snížení jejich pružnosti, dokonce i ke snížené schopnosti jejich regenerace. Tento hypertonus pánevního dna může ovlivňovat bolesti hlavy, zad a může způsobit i bolestivou menstruaci. Ženy s přetíženým pánevním dnem se často potýkají s dyspareunií,

neploidností, chronickou zácpou, porodem komplikovaným velkým porodním poraněním či prodloužení druhé doby porodní. Dlouhodobé nadměrné posilování pánevního dna může mít za následek i hypertrofii svěračů a všech svalů v povrchové vrstvě pánevního dna, což může přispět k retenci moči a ke vzniku infekcí močového traktu. Především nadměrné přetížení svalu musculus bulbospongiosus může v extrémních případech způsobit zúžení pochvy a až vaginismus. Kvůli všem nežádoucím účinkům nadměrného a nesprávného posilování fyzioterapeuti kladou velký důraz i na schopnost uvolňování a relaxace všech svalů pánevního dna. (Horáčková, 2023; Koch, 2017)

Další variantou konzervativní léčby je použití vaginálních kuželů (kónusů). Jedná se opět o cvičení, při kterém si ženy do pochvy zavede kužel (mají různé hmotnosti, zavádí se vždy od nejlehčího) na 15–20 minut. Tímto opět dochází k posilování svalů (za pomoci reflexního zvýšení tonu svalů), tato metoda má účinnost zhruba 50 % (po 6-8 týdnech), je vhodné pro ženy schopné udržet, alespoň nejlehčí kónus. Pokud žena není schopna ho udržet, mělo by dalším pokusu předcházet kinestetické cvičení po dobu minimálně 8 týdnů. Stejným způsobem se mohou použít i Venušiny kuličky, které navíc vibrují a tím mohou napomoci ke zlepšení citlivosti. (Horčíčka, 2017)

Za nejstarší metodu léčby stresové inkontinence lze považovat pesaroterapii, která je používána již od 90. let 19. století. Účelem zavedení pesaru je změna anatomických struktur s cílem snížit pohyblivost uretry. Existuje široká škála materiálů, tuhostí a tvarů pesarů, které lékař vybírá podle konkrétních potřeb ženy. Mechanismus působení pesaru je podobný jako u chirurgické terapie SUI, a proto se v některých případech tato terapie používá jako test, zda repozice prolapsu při operačním zákroku vyřeší inkontinenční problém. Nežádoucím účinkem této terapie mohou být vaginální výtoky a narušení poševní sliznice. (Horčíčka, 2017)

V České republice nejméně používaná léčba SUI je elektroterapie. Jedná se o aktivaci svalů pánevního dna pomocí elektrostimulace ve frekvenci do 50 Hz. Většinou se jedná o léčbu aplikovanou 30 dnů po dobu 20-30 minut ideálně 2krát denně. Elektrostimulace působí na aferentní vlákna, když jsou elektrody přiloženy k zevnímu kotníku, kde stimulují nervus tibialis, jehož vlákna vedou do mikčního centra, nebo je možné stimulovat přímo nervus pudendus. (Otčenášek, 2017)

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Medikamentózní léčba ve většině případů slouží pouze jako doplněk k jiným formám terapie. Není natolik účinná jako chirurgická léčba ani jako fyzioterapeutické metody, avšak u skupiny

pacientek, které z různých důvodů nemohou podstoupit operační léčbu a nejsou schopny cvičení najde své uplatnění. Nejčastěji se jedná o terapii hormonální substitucí, tato forma je využívána u žen v peri a postmenopauze, které trpí vaginální atrofií. Následkem vaginální atrofie jsou časté záněty, které mohou způsobit ISD. Zároveň i postmenopauzální snížení množství kolagenu vede k uretrální mobilitě. Substituce estrogenů by měla těmto vlivům zamezit a tím pomoci s léčbou SUI. (Špaček et al., 2018)

Další možnou formou farmakologické léčby je podávání inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu – SSRI, které mají způsobit stimulaci pudendálních motoneuronů, jenž mají za cíl koordinaci činnosti svalových vláken uretry a pánevního dna. Studie naznačovaly vysokou účinnost tohoto způsobu léčby (až 70 %) a téměř žádné nežádoucí účinky, avšak v praxi je pozorováno větší množství nežádoucích účinků a efektivita je též nižší. (Špaček et al., 2018)

CHIRURGICKÁ LÉČBA

Nejspolehlivější metody na léčbu stresové inkontinence jsou operativní/chirurgické řešení. I tak by ale na řadu měli přijít až když dojde k selhání konzervativní léčby. Na konci 20. století byla velmi často využívána smyčková=slingová operace, nyní ji již v množství překonaly jiné. Jednalo se o zavěšení uretry v místě jejího spojení s močovým měchýřem. Tato zavěšení poskytovalo mechanickou podporu svalům pánevního dna. Smyčka byla z umělého materiálu, nebo ze tkáně operovaného člověka. Úspěšnost slingové operace je 86 %. (Romžová, 2014)

Primární metodou chirurgického léčení SUI jsou tzv. páskové operace, které se začaly používat již v roce 1995. Původním typem byla tzv. tahuprostá pásková operace (tension-free vaginal tape = TVT). TVT se vkládá pod střední část uretry za celkové nebo lokální anestezie a její konce jsou vedeny k symfýze (retropubické uložení). Hlavním účinkem TVT je podpora uretry při zvýšení intraabdominálního tlaku a snížení uretrální hypermobility. Evolucí metody a novým přístupem vznikla transobturátová páska (TOT), která díky svému uložení snižuje riziko poranění močového měchýře. Páska se zavede vpichem v genitofemorální rýze skrz membránu foramen obturatum do poševní incize (oboustranně). TOT je následně připevněna pod uretrou. TOT vykazuje nejvyšší účinnost v léčbě SUI z důvodů hypermobility uretry, protože její uložení kopíruje směr svalových vláken svalů pánevního dna. V dnešní době je velmi často používaná RT-TVT metody (tension free vaginal tape retropubic – advantage), což je TVT pomocí tenčích trokarů a páska je kryta plastem. Tato metoda je preferovaná u žen s ISD a u reoperací po neúspěšných TOT.

Další modifikací tension free vaginal tape – secure (TVT-S), která měla opět snížit výskyt komplikací především bolestivost třísel, výskyt vulvárních hematomů a krvácení. TVT-S je zaváděna pomocí pouze jedné incize v pochvě. Výsledkem používání této metody skutečně je snížení bolestivosti a snížení výskytu pooperačních komplikací. Nevýhodou však je, že tyto pásky jsou standardizované a jejich velikost vzhledem k různým rozměrům pánve může být nevhodná. Pokud je páska příliš krátká dojde k nadměrné podpoře uretry, což může vést k retenci moči a následným infekcím, nebo k nedostatečné možnosti fixace a následnému uvolnění pásky. Pokud je příliš dlouhá dojde k nedostatečné podpoře a ke snížení jejího účinku. Z těchto důvodů, ale i pro její nižší účinnost, se tato metody používá minimálně. (Horčíčka, 2017; Horčíčka et al., 2021; Piškvtlová, 2017)

Ženy s kontraindikovanou anestezií a s neúspěšnou konzervativní léčbou mohou využít metody urethral bulking agents. Metoda urethral bulking agents spočívá v injekční aplikaci objemových činidel do vrstvy submukózy uretry, která zlepší slizniční koaptaci a zvýší odpor, který zamezuje výtoky moči z uretry. Může se jednat např. o autologní tuk, Bulkamid, Coaptite, Contigen, Zuidex a Permacol. Dle výzkumů urethral bulking agens mají vyšší účinnost než konzervativní léčby, ale nižší než jiná chirurgická léčba. Dle Evropské asociace urologů by urethral bulking agens neměly být nabízeny ženám, které hledají trvalé řešení, ale pouze těm, které chtějí krátkodobé zlepšení symptomů, které lze opakovat. (Downey & Inaman, 2019)

2.2 KLIMAKTERIUM

Klimakterium je fyziologické období v životě každé ženy, které je charakterizováno postupným utlumováním tvorby hormonů ve vaječnicích (estrogeny a progesteron). Klimakterium je životní fáze nejčastěji mezi 45 a 55 lety. Laboratorně však lze první snižování funkčnosti ovarií zaznamenat již kolem 35. roku. Postupem let se hormonální poklesy prohlubují, až dojde k zástavě menstruace tzv. amenoree. Menopauza, která je v laické veřejnosti mylně zaměňována s postmenopauzou, je poslední menstruace, který je charakterizována tím, že 1 rok po ní nedošlo k dalšímu krvácení (je určována ex post). V našem prostředí k menopauze nejčastěji dochází kolem 50 let. (Koliba, 2021)

Klimakterium jakožto přirozená součást života postihuje prakticky všechny ženy, avšak klimakterický syndrom a různé příznaky se ve výskytu velmi výrazně liší. Dle Kurugodiyavara et al. (2017) trápí 75 % žen v klimakteriu bolesti kloubů a svalů, 60 % trpí bolestmi hlavy a 40 % jsou unavené a pociťují nižší úroveň energie. Zároveň z jeho výzkumu vyplývá, že 89,3 % respondentek pociťuje alespoň jeden příznak klimakterického nebo estrogen deficitního

syndromu. Velmi podobných výsledků dosáhli i při studii Singha a Pradhana (2014) jež popisují, že nejčastější symptomy, které ženy uváděly byly poruchy spánku (62,7 %), bolesti kloubů a svalů (45,6 %), návaly horka (46,4 %) a noční pocení (45,6 %).

Naopak při studii v Číně se výsledky mírně lišily. Z jejich studie vyplývá, že mezi 5 nejčastějších symptomů klimakterického a estrogen deficitního syndromu patří únava (75,34 % žen), nespavost (69,39 %), podrážděnost (67,02 %), palpitace (62,78 %) a deprese (61,88 %). S tím, že symptomy se velmi nelišily mezi ženami v perimenopauze a v postmenopauze, avšak míra symptomů se lišila výrazně. (Ruan et al., 2017)

2.2.1 ENDOKRINOLOGICKÝ PODKLAD

Vyčerpáváním ovariálních folikulů klesá i možnost ovarii reagovat na gonadotropiny, což jsou hormony vylučované hypofýzou, které řídí činnost právě ovarii. Hypotalamo-hypofyzární systém se snaží na tuto situaci reagovat a zvyšuje produkci gonadotropních hormonů (FSH a LH), avšak na tuto zvýšenou hladinu ovaria postupně přestanou reagovat. Z těchto příčin jsou nepravidelnosti cyklů doprovázeny významnými výkyvy koncentrace FSH-folikuly stimulující hormon a estradiolu. Další endokrinní změnou v klimakteriu je pokles hodnot inhibinu B (první laboratorní ukazatel) a antimülleriánského hormonu (AMH), což je další hormon uvolňován buňkami ovarii. (Fait, 2022; Koliba, 2021)

V běžné praxi se však hladina inhibinu B nevyšetřuje, jelikož toto vyšetření je velmi finančně náročné, proto se lékaři orientují dle hladin FSH. V okamžiku, kdy hladina FSH vzroste nad 10 IU/l cykly jsou stále většinou ovulační, avšak šance na přirozené otěhotnění jsou již velmi nízké. Následuje fáze, kdy cykly jsou již anovulační. Snížením funkce ovarii dochází ke snížení koncentrace a uvolňování progesteronu, které vede k relativní hyperestrogenní fázi, jelikož hladiny estrogenů začnou klesat až později. Žena pozoruje tyto změny na kvalitě jejího menstruačního cyklu. První rozdíl spočívá v prodlužování celého cyklu z průměrných 28–30 dní na 40–50 dní. Následně dochází u žen k mnohem dramatičtějším změnám cyklu. Dochází k vynechávání cyklů a zmenšuje se intenzita krvácení. Poslední fází je hypoestrogenní fáze, kde dochází k postupné vymizení menstruace a dojde k menopauze. (Koliba, 2021)

U žen v postmenopauze by hladina FSH měly být větší než 40 IU/l, estradiolu menší než 0,1 nmol/l a inhibinu B nižší než 72 IU/l. Tyto hladiny se využívají k diagnostice hlavně u žen, které podstoupily hysterektomii a menstruace tudíž nemůže být použita jako hlavní ukazatel počátku postmenopauzálního období. (Koliba, 2021)

2.2.2 SYMPTOMATOLOGIE KLIMAKTERIA

Klimakterium se může projevit pouze ukončením menstruačního cyklu, avšak až u 2/3 žen hypoestrogenní fáze způsobí tzv. klimakterický syndrom. Období klimakteria je přirozená součást života každé ženy, avšak jakékoliv obtíže spojené s tímto obdobím již normální být nemusí a je vhodné je řešit s lékařem. Symptomatologie období klimakteria je velmi rozsáhlá, avšak příznaky vznikají na základě dvou syndromů, o kterých pojednávají následující podkapitoly. (Donát, 2018; Koliba, 2021)

AKUTNÍ KLIMAKTERICKÝ SYNDROM

Prvním ze syndromů je akutní klimakterický syndrom, který lze též označit za vegetativní syndrom. Jedná se o soubor vazomotorických symptomů (návaly horka, noční pocení a bušení srdce), které se začínají objevovat nejčastěji v perimenopauze (období 1 rok před a 1 rok po menopauze). Tyto symptomy jsou způsobeny přechodnými náhlými změnami cévního tonu, který má za následek pocity tepla až horka (trvajících 3–4 minuty), které jsou vystřídány pocitem mrazu pro pokles vnitřní teploty. Míra projevení příznaků a délka jejich trvání je velmi individuální. Až 70 % perimenopauzálních žen pociťuje návaly horka, po 70. roce života návaly pozoruje už jen 9 % žen. Žádný z těchto symptomů ženu neohrožuje na životě a zdraví, nicméně velmi ovlivňuje její kvalitu života a mohou i naznačovat možné budoucí problémy hlavně s kardiovaskulárním systémem (např. hypertenze a endoteliální dysfunkce). (Fait, 2022; Koliba, 2021)

ESTROGEN DEFICITNÍ SYNDROM

Estrogen deficitní syndrom způsobuje chronické a subakutní symptomy. Tento syndrom je způsobený dlouhodobým nedostatkem estrogenů, ovlivňují všechny tkáně s estrogenními receptory. Nejvíce estrogenních receptorů nalezneme ve vulvě, pochvě, děloze, kůži a sliznicích. Avšak snížené množství estrogenů ovlivňuje i močový měchýř, pánevní dno a prsy. Mezi nejméně závažné příznaky, které však velmi ovlivňují sebevědomí ženy, patří změny na kůži např. vznik většího množství vrásek, suchost kůže, křehkost kůže, snížení pigmentace, zvýšené vypadávání vlasů a větší lámavost nehtů. Obdobný vliv má nedostatek estrogenů i na další orgány např. oko (syndrom suchého oka) a ústa, kde dochází k suchosti sliznic. (Donát, 2018; Koliba, 2021)

Naopak nejzávažnější následek deficitu estrogenů je osteoporóza a osteopenie. Jedná se o poruchu metabolismu kostí, který se v důsledku nedostatku estrogenů zrychlí až 80 % ve srovnání s předmenopauzálním stavem. Tvorba osteoklastů převáží nad tvorbou osteoblastů,

což vede ke zvýšené resorpci (rozkladu) a vzniku osteoporózy. To má za následek sníženou hustotu kostí a zvýšenou lomivost, což může způsobit například kompresní zlomeniny obratlů, zlomeniny krčku stehenní kosti nebo zlomeniny zápěstí. (Koliba, 2021)

Dlouhodobá snížená hladina estrogenerů má velký vliv i na urogenitální trakt. Atrofie kůže, pubického ochlupení a sliznice pochvy má přímý vliv na vznik atrofické vulvovaginitidy, která se projevuje dyspareunií a svěděním. Atrofie se vyskytuje i v močovém traktu, kde způsobí ISD a tím usnadní vznik SUI. Dalším příznakem atrofie sliznice močového systému je nykturie, dysurie a časté infekce močových cest. Ovlivněn je i tonus pánevního dna, jeho snížením může dojít k poklesu rodidel a pánevních orgánů. (Hunter at al., 2016)

Dalšími zasaženými systémy jsou kardiovaskulární a CNS. Nedostatek estrogenerů napomáhá k proaterogenním změnám, protože je ovlivněn metabolismus lipidů (dojde až k dyslipidémií). Tyto změny mohou ohrozit život ženy, jelikož mohou zapříčinit infarkt myokardu a náhlou mozkovou příhodu. V posledních letech se Alzheimerova choroba a Parkinsonova choroba řadí k nemocem, která je ovlivněna estrogenery. Snížením hladiny estrogenerů dojde k narušení protektivních mechanismů, které chrání nervové buňky před toxickými účinky. Estrogenery zvyšují průtok krve mozkovým kmenem a tvorbu synapsí. (Donát, 2018; Koliba, 2021)

Zvláštním typem symptomů jsou psychické symptomy, které zahrnují nespavost, zhoršení paměti, úzkosti, náladovost, poruchy soustředění, deprese, plačtivost a snížené sebevědomí. Často se ženy ve stejném období potýkají i s tzv. syndromem prázdného hnízda, který symptomy může ještě zesílit. Příznaky způsobuje pokles estrogenerů, jenž ovlivní látkovou výměnu v mozku, která způsobí pokles vyplavování serotoninu a endorfinů. Všechny psychické obtíže ovlivní i spánkový režim ženy, ve kterém se zkrátí fáze hlubokého spánku a tím dojde ke zvýšené únavě a zpomalením reakcí, což může vést k prohloubení depresí. (Donát, 2018; Koliba, 2021)

2.2.3 LÉČBA KLIMAKTERICKÝCH SYMPTOMŮ HORMONÁLNÍ SUBSTITUCE

Estrogenery

Hormonální substituce estrogenerů je nejčastější a zároveň i nejefektivnější možnost léčby klimakterického syndromu i estrogen deficitního syndromu. Dle aktuálních doporučení se používá substituce nejnižšími možnými dávkami (např. dříve se jednalo o 2 mg estradiolu per os) nyní se dává dávka poloviční. Preparáty s touto dávkou prokazatelně zmírňují příznaky akutního

klimakterické syndromu. Zároveň nízké dávky estrogenů (hlavně mikronizovaný estradiol, ethinylestradiol a estronsulfát) zpomalují metabolismus kostí, snižují aktivitu osteoklastů a tím snižují počet fraktur spojených s osteoporózou. Substitute má pozitivní vliv i na náladu a deprese (zvyšuje hladinu serotoninu). Pokud dojde k časnému nasazení hormonální substitute je považována zároveň za ochranu kognitivních funkcí a kardiovaskulárního systému, naopak když se léčba nasadí po 65. roku života zvyšuje riziko vzniku demence, Alzheimerovy choroby a ischemické choroby srdeční. Absolutními kontraindikacemi hormonální léčby jsou nevléčený karcinom prsu a endometria, vážné poškození jater a hluboká žilní trombóza. (Fait, 2022; Jiang & Kagan, 2022)

Existuje mnoho způsobů podávání estrogenů. Hormony lze substituovat pomocí perorálních tablet, subkutánních implantátů a parenterálně (náplasti, gely, nosní spreje atd.) Nejvíce častým a nejvhodnějším způsobem je však perorální podání. Jedná se o kontinuální léčbu. Pouze u žen, které nemají symptomy akutního klimakterického syndromu, ale trápí je atrofická vulvovaginitida či vaginální suchost je nejvýhodnější podání vaginální, jelikož zamezí systémovému účinku. Nejdříve se podává každodenně po dobu max 14 dnů a poté se přejde k udržovacímu podávání 2krát týdně. (Fait, 2022)

Gestageny

Gestageny se velmi často podávají v kombinaci s estrogeny. Jedná se o přípravky velmi podobné hormonální antikoncepci, avšak obsah účinné látky je nižší. Estrogestageny nejsou vhodné k řešení perimenopauzálních poruch cyklu, jelikož jejich nízké dávky nejsou schopny udržet „normální“ cyklus. Hlavní indikací k podávání gestagenů je jejich protektivní účinek na endometrium. Jedná se o substituční léčbu k léčbě estrogeny se záměrem snížení rizika vzniku karcinogenních změn endometria, které mohou být důsledkem estrogeny způsobené hyperplazie. Gestageny se proto nepředepisují ženám po hysterektomii. Sjögren at al., (2016) uvádí, že kontinuální podávání progesteronu, nebo i cyklické podávání po dobu 14 dnů měsíčně výrazně snižuje riziko rozvoje karcinomu endometria. Dokonce podávání pouze 300mg progesteronu (nebo dydrogesteronu) na noc snižuje výskyt návalů horka, nočního pocení a poruch spánku se srovnáním s placebem. (Sjögren at al., 2016)

Androgeny

K podávání androgenů lékař přistupuje pouze v případě absolutní kontraindikace estrogenů, při závažných nežádoucích účincích estrogenů a na podporu libida. Nejsou však velmi používané

pro jejich výrazné negativní vedlejší účinky na pleť, zvyšování hladiny cholesterolu a hirsutismu. (Fait, 2022)

NEHORMONÁLNÍ TERAPIE

Antidepresiva

V případě psychických symptomů doprovázejících klimakterium mohou být lékařem indikována antidepresiva. Všechny typy antidepresiv nějakým způsobem ovlivňují funkci neurotransmiterů (nejčastěji serotoninu, endorfinů), což vede ke zmírnění potíží žen v klimakteriu, u kterých mohou být v nerovnováze v důsledku nedostatku estrogenů. Pokud dojde k depresím z nedostatku serotoninu, nejčastěji se předepisují selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu anebo tricyklická antidepresiva (ty mají však mnoho nežádoucích účinků). Zároveň zvýšená hladina serotoninu po podání antidepresiv způsobí rozšíření termoneutrální zóny v hypothalamu, což sníží projevy vegetativního syndromu. Dle výzkumů při podání SSRI se snížily projevy akutního klimakterického syndromu u 28–55 % žen. Při vzniku panické poruchy či sociální fobie jsou často předepisovány inhibitory monoaminoxidázy, které zabráňují degradaci neurotransmiterů na úrovni buňky. Antidepresiva tudíž mohou zmírnit příznaky klimakterického syndromu a lze je předepsat i ženám, u kterých je kontraindikována hormonální léčba. (Fait, 2022; Koliba, 2021)

Fytoestrogeny a pylové extrakty

Fytoestrogeny jsou schopny nahradit funkci estrogenů., avšak jejich účinek je 10 000krát nižší, proto jsou považované za bezpečnější než hormonální substitute estradiolem. Navíc některé studie uvádí, že jsou schopny redukovat volné radikály, což by mělo vést k protekci organismu před zhoubným nádorovým bujením. Četnost a intenzita návalů horka dle výzkumů z roku 2005 klesla u 30-35 % žen, ale placebo mělo stejný výsledek u 30 % žen. Naopak jiné studie pozorovali až 70% účinnost. (Fait, 2022)

Pylové extrakty obsahují účinné látky, které jsou speciálními technologiemi zbaveny proteinových obalů (nosiče alergenů). Jejich účinek je velmi podobný účinkům SSRI tím pádem jsou schopny ovlivňovat spánek a termoregulaci. Dle studie z roku 2019 bylo po 12 týdnech užívání pozorování zlepšení u vegetativního syndromu až u 48,5 % žen, poruch spánku u 50,1 % žen, deprese u 51,2 % žen a vaginální suchost až u 40 % žen. (Fait, 2022; Fait et al., 2019)

Životní styl

Lifestyle Medicine (LM) je rychle se rozšiřující medicínský obor, který se snaží začlenit prvky zdravého životního stylu do moderní lékařské praxe. V souvislosti s klimakteriem LM doporučuje změnu životního stylu, jako základ léčby všech klimakterických obtíží. Pravidelné fyzické cvičení zmírňuje symptomy klimakteria, včetně psychických, vazomotorických, somatických u sexuálních symptomů. Dle Sipilä et al. (2020) vyšší úroveň tělesné aktivity během klimakteria byla přínosná pro kosterní svalstvo a osteoporózu. Navíc zdravé stravování může mít pozitivní vliv na obezitu a metabolický syndrom. (Li et al., 2023)

2.3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života (QoL)-Quality of Life je pojem, kterého pojetí není zcela uceleno a mnozí odborníci jej vnímají různě, smysl pojmu často spojují představy, přání o „dobrém“ životě a blahu (well-being). WHO-World Health Organization poprvé definovala kvalitu života spolu s termínem zdraví v roce 1947. Během 20. století došlo k evoluci pojetí kvality života až do dnešní verze, ale i tak existuje více možných pojetí QoL. Nejnovější definice zohledňují nejen psychický, fyzický a sociální status člověk, ale dávají velký důraz i na to, co si člověk myslí o své vnitřní pohodě, vztahu k lidem, jenž ho obklopují a ve vztahu ke kultuře ve které žije. (Cai et al., 2021; Karimi & Brazier, 2016; Veenhoven, 2014)

Dalším definovaným pojmem je kvalita života související se zdravím-HRQoL. Tento termín byl definovaný a upravovaný už v průběhu 80. let 20. století. Nyní v literatuře můžeme najít 4 hlavní definice. Původně se HRQoL zjišťovala pro zhodnocení ekonomické a medicínské úrovně poskytované péče v zemi. Současným společným a hlavním cílem HRQoL je zjistit, jak člověk v rámci svého zdraví či nemoci je schopen fungovat v běžném životě. HRQoL je hodnocena pomocí subjektivního vnímání pacienta jeho well-being a kvality života ve fyzické, duševní i sociální oblasti. Výsledky studií by měly napomoci v léčbě pacienta, např. uvádí se, že před všemi terapeutickými přístupy k pacientovi by měl být brán zřetel na všechny aspekty ovlivňující kvalitu jeho života. Cílem léčby pacienta by tudíž mělo být nejen odeznění nemoci a příznaků, ale i zlepšení vnitřního pocitu a vztahu k ostatním lidem, což koresponduje s holistickým přístupem k pacientovi. (Karimi & Brazier, 2016; Yin et al., 2016)

HODNOTÍCÍ DOTAZNÍKY

Jelikož je QoL velmi abstraktní a těžce uchopitelný pojem, je i jeho měření velmi složité. Proto v rámci hodnocení QoL využíváme dotazníky, které pomáhají kvantifikovat výsledky pomocí indikátorů, popřípadě ukazatelů. Indikátory jsou nejčastěji děleny na 2 hlavní skupiny. První

z nich je skupina ukazatelů vnitřní pohody člověka (např. spokojenost, emoce), které ovlivňují člověkem vnímanou QoL a druhou skupinou jsou vnější ukazatele (např. průměrná měsíční mzda, klima a jiné podmínky, které ovlivňují život). Pro lepší zhodnocení kvality života člověka by měl být brán zřetel na obě skupiny indikátorů, protože se navzájem ovlivňují. Ve výzkumech můžeme sledovat využití dvou různých typů hodnotících dotazníků, které se zabývají QoL. Jedná se o dotazníky obecné a dotazníky specifické pro konkrétní zdravotní kondici. V dnešní době existuje velké množství klinicky validovaných dotazníků vhodných pro různé skupiny populace. Výsledkem dotazníků bývá zjištění subjektivního pohledu člověka na jeho QoL. (Cai et al., 2021; Karimi & Brazier, 2016)

2.3.1 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN SE STRESOVOU INKONTINENCÍ

Během života se ženy mohou potkat s mnoha intenzitami stresové inkontinence, které různě ovlivňují kvalitu života. Avšak vždy se jedná o obtěžující událost, i proto je SUI spojena s výraznými osobními, psychickými i společenskými problémy, které však každá žena pociťuje jinak, a i v jiném rozsahu. Kvůli velmi subjektivnímu hodnocení míry dopadů SUI na život pacientky, ale i pro rozdílné pohledy žen na léčbu, by se hodnocení kvality života mělo stát nedílnou součástí určování vlivu stresové inkontinence na ženu a hodnocení přínosu zvolené léčby. Přístup lékaře k pacientce by proto měl vždy začínat pohovorem, ve kterém žena objasní míru své ochoty se zapojit do léčby a lékař vysvětlí současné doporučení a způsoby léčebných metod se všemi klady i zápory. (Aoki et al., 2017)

Dle výzkumu Lima et al. (2018) ženy trpící SUI mají značně horší kvalitu života než ženy z kontrolní skupiny bez SUI. Výzkum také poukazuje na to, že 75 % zúčastněných žen trpících SUI nevyhledává možnosti léčby ani lékaře, nejčastěji proto, že SUI považují za běžnou součást stárnutí anebo pro jejich velký stud před řešením této situace. K podobným závěrům došli i výzkumníci Mallah et al. (2014) a Ng et al., (2014), kteří popisují, že v Číně a Íránu ženy mezi 30 a 50 lety se domnívají, že SUI by se měla vyřešit sama a že se jedná o přirozenou součást života.

Mnoho žen považuje za největší komplikaci SUI její vliv na kvalitu jejich sexuálního života. Různé typy sexuálních dysfunkcí uvádí až 50–68 % žen trpících SUI. Nejčastěji se jedná o strach z úniku moči při styku a s tím spojený stud a deprese, poruchy vzrušení a lubrikace, anorgasmie a dyspareunie. Výzkum provedený v Taiwanu poukazuje na to, že 64 % žen

s koitální inkontinencí, která negativně ovlivňuje QoL jejich života, zároveň trpí i SUI. (Lau et al., 2017; Vitale et al., 2017)

Přehled vybraných specifických dotazníků používaných pro hodnocení QoL žen s SUI:

CONTILIFE

První vybraný specifický dotazník pro hodnocení QoL vytvořili Amarenco et al. ve Francii v roce 2003. Hlavním cílem dotazníku je sledování vlivu inkontinence na každodenní činnosti, aktivity v námaze, emoce, sexuální život a spokojenost (well-being). Dotazník je rozdělen do 6 domén skládajících se z 28 otázek, které zjišťují pohled pacienta se stresovou inkontinencí na QoL za poslední 4 týdny. Contilife byl původně designován pro ženy trpící jakýmkoliv typem inkontinence. Následným použitím v praxi byl zjištěn potenciál k hodnocení efektivity léčby TVT páskou. V současné době je dostupná v 8 jazycích (čeština, angličtina, dánština, nizozemština, polština, španělština, maďarština a němčina). (Amarenco et al., 2003)

INCONTINENCE QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (I-QOL)

Tento dotazník hodnotí životní kvalitu žen s inkontinencí prostřednictvím tří hlavních oblastí, celkem 22 otázek. První oblast zkoumá, jak inkontinence omezuje pacientky v běžných denních aktivitách. Druhá oblast se zabývá psychosociálním dopadem inkontinence, zatímco třetí oblast se zaměřuje na prožívání studu u pacientek s inkontinencí. Dotazník byl poprvé publikován Wagnerem et al. v roce 1996 a původně byl určen pro obě pohlaví, ale později se začal používat především pro ženy. V současné době je považován za klíčový nástroj pro hodnocení účinnosti léčby stresové inkontinence. (Wagner et al., 1996)

INCONTINENCE STRESS QUESTIONNAIRE FOR PATIENTS (ISQ-P)

Yu et al. v roce 1989 zveřejnili dotazník, který měl za cíl změřit míru psychického stresu způsobeného inkontinencí moči v dlouhodobém měřítku. Hlavním předpokladem výzkumníků bylo, že inkontinence moči ovlivňuje pacientovy sociální role, obavy, depresivní stavy a stud. Výzkumníci dotazník (složený z 20 otázek) koncipovali na hodnocení psychického stresu za poslední 1 týden. (Yu et al., 1989)

SYMPTOM IMPACT INDEX FOR STRESS INCONTINENCE IN WOMEN (SII-SI)

SII-SI je speciálně konstruován pro ženy s SUI. Tento 3 položkový dotazník byl publikován Blackem et al. v roce 1996 a dodnes je využíván a velmi dobře hodnocen pro jeho vysokou validitu, především v kombinaci s posuzováním hodnot BMI. (Black et al., 1996)

THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)

The King's Health Questionnaire byl sestaven v roce 1997 skupinou výzkumníků z fakultní nemocnice King's College Hospital v Londýně. Konečná verze dotazníku je výsledkem 6 různých testovacích studií, které zkoumali validitu a spolehlivost. V prosinci roku 1997 výzkumníci došli k závěru, že KHQ je spolehlivý nástroj na hodnocení kvality života žen s močovou inkontinencí. Dotazník má 3 části a celkem se skládá z 21 otázek. První část se zajímá o vnímání zdraví a všeobecné dopady inkontinence na život. Druhá část se ptá na to, jak inkontinence omezuje role v běžných činnostech, fyzické a sociální limitace, vztahy, emoce, spánek a zkoumá i závažnost projevů inkontinence. Třetí, a zároveň poslední část dotazníku se skládá z otázek, které hodnotí, jak často je pacient postižen vybranými problémy. Česká verze se objevila v roce 2006 od Zchovala et al. (Hebbar et al., 2015; Kelleher et al., 1997; Zchoval et al., 2006)

2.3.2 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN V KLIMAKTERIU

Všechny změny, které v období klimakteria ovlivňují ženské tělo nepochybně působí i na vnímání kvality života. Přestože klimakterium je přirozená součást života žen, schopnost se s tímto obdobím vyrovnat závisí nejen na intenzitě projevů klimakterického syndromu, ale samozřejmě i na individuálních zkušenostech a životním příběhu konkrétní pacientky. (Szadowska-Szlachetka et al., 2019)

Dle výzkumu Szadowska-Szlachetka et al. z roku 2019 ženy v období klimakteria s vyšším vzděláním hodnotí svoji kvalitu života jako lepší, než ženy se středním nebo základním vzděláním. Stejným způsobem kvalitu života žen ovlivňoval i finanční status, kde ženy s dobrým a velmi dobrým finančním zajištěním hodnotily kvalitu života v doménách: psychické a fyzické zdraví, prostředí, sociální vztahy a celková spokojenost lépe než ženy méně finančně zajištěné. Studie se dále shodují na tom, že ženy, které aktivně sportují a cvičí udávají lepší QoL včetně sníženého výskytu psychických symptomů spojených s klimakteriem než ženy s nižší fyzickou aktivitou. Výzkum Kooa et al. z roku 2017 poukazuje i na to, že ženy trpící obezitou častěji a ve větší intenzitě pociťují symptomy klimakterického syndromu než ženy se stejnou hormonální bilancí a s normálními hodnotami BMI. (Hutchings et al., 2023; Koo et al., 2017)

Přehled vybraných specifických dotazníků používaných pro hodnocení QoL žen v klimakteriu:

MENOPAUSE SPECIFIC QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE (MENQOL)

MENQOL byl navržen a publikován Hilditchem et al. v roce 1996. Dotazník je koncipován tak, že hodnotí QoL ve 4 doménách. Jedná se o 16 otázek z fyzické domény, 7 otázek psychosociálních, 4 otázky zaměřené na sexuální doménu a 3 otázky týkající se vasomotorických symptomů. (Hilditch et al., 1996; Jenabi et al., 2015)

GREENE CLIMACTERIC SCALE

Greene climacteric scale je dotazník na měření QoL poprvé publikován Greenem v roce 1976. Jedná se o skórovací dotazník, kde respondentka hodnotí, do jaké míry ji obtěžují uvedené symptomy. (Greene, 1976; Jenabi et al., 2015)

WOMAN'S HEALTH QUESTIONNAIRE (WHQ)

WHQ byl poprvé publikován v roce 1992. Hunterová tento dotazník vytvořila jako nástroj k měření emočního a psychického zdraví žen ve středním věku. Původně byl používán v mnoha epidemiologických studiích a k hodnocení účinnosti alternativních léčebných metod. Později byl WHQ zařazen k dotazníkům hodnotících kvalitu života žen, zařazených ve studiích hormonálních přípravků pro ženy v peri a post menopauze a různých preventivních studiích žen středního a vyššího věku. V současnosti je dotazník přeložen do 27 jazyků, skládá se z 36 otázek, které se zabývají 9 doménami. Jedná se o: depresivní nálady, somatické symptomy, strachy a úzkosti, vasomotorické symptomy, problémy se spánkem, sexuální chování, menstruační symptomy, koncentrace a paměť, a poslední je atraktivita. (Hunter, 1992; Jenabi et al., 2015)

MENCAV

Buendía Bermejo et al. zveřejnili MENCAV jako validovaný a spolehlivý dotazník na hodnocení QoL žen po menopauze. Dotazník se skládá z 37 otázek v 5 dimenzích (fyzické zdraví, psychické zdraví, sexuální vztahy, partnerské vztahy a sociální podpora). (Buendía Bermejo et al., 2008; Jenabi et al., 2015)

THE MENOPAUSE RATING SCALE

The menopause rating scale je standardizovaný a velmi často používaný dotazník hodnotící QoL u žen v klimakteriu. První verze tohoto dotazníku byla publikována v roce 1992

v Německu, krátce na to byl přeložen do angličtiny. Z Anglické verze se dotazník překládal do dalších světových jazyků. Konečná verze dotazníků se skládá z 11 otázek, ve kterých žena pomocí škály označuje, v jaké míře vybrané příznaky období klimakteria ovlivňují její. Dotazník má i českou validovanou podobu, kterou publikovala Moravcová et al. v roce 2014. (Moravcová et al., 2014).

3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření diplomové práce bylo realizováno pomocí kvantitativního typu výzkumu. K získání dat byly použity české verze dvou standardizovaných dotazníků. Prvním byl The King's Health Questionnaire (KHQ) (Zachoval et al., 2006) a druhým The Menopause Rating Scale (MRS) (Moravcová et al., 2014). Souhlas s výzkumným šetřením udělila Etická komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (soubor UPOL-149734/FZV-2023) v příloze č. 1.

Výzkumný problém byl definován, takto: „Jak je ovlivněna kvalita života ženy se stresovou inkontinencí a v období klimakteria.“

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jak se liší hodnocení kvality života ženy v souvislosti se stresovou inkontinencí a obdobím klimakteria.

V souvislosti s hlavním cílem bylo stanoveno dalších 6 dílčích cílů.

Cíl 1: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria.

H01: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria.

HA1: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria.

Cíl 2: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria.

H02: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria.

HA2: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria.

Cíl 3: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria.

H03: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria.

HA3: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria.

Cíl 4: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí mezi ženami do 49 let věku a ženami ve věku 50 a více let.

H04: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených se stresovou inkontinencí mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

HA4: Existuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených se stresovou inkontinencí mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

Cíl 5: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání obtíží spojených s obdobím klimakteria mezi ženami do 49 let věku a ženami ve věku 50 a více let.

H05: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených s klimakteriem mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

HA5: Existuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených s klimakteriem mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

Cíl 6: Zjistit souvislost mezi zhoršenou kvalitou života spojenou se stresovou inkontinencí a zhoršenou kvalitou života spojenou s obdobím klimakteria.

H06: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi vnímáním zhoršení kvality života spojenou se stresovou inkontinencí (měřenou celkovým skóre KHQ dotazníku) a vnímáním zhoršení kvality života spojenou s obdobím klimakteria (měřenou celkovým skóre MRS dotazníku).

HA6: Existuje statisticky významný rozdíl mezi vnímáním zhoršení kvality života spojenou se stresovou inkontinencí (měřenou celkovým skóre KHQ dotazníku) a vnímáním zhoršení kvality života spojenou s obdobím klimakteria (měřenou celkovým skóre MRS dotazníku).

3.2 Charakteristika respondentů

Respondenty výzkumu byly ženy navštěvující Urodynamickou poradnu Nemocnice Rychnov nad Kněžnou. Oslovení žen předcházelo souhlasné stanovisko nemocnice v zastoupení náměstkyně ošetrovatelské péče a primáře Gynekologicko-porodnického oddělení (Vyjádření nemocnice, příloha č.2).

Pro zařazení do výzkumného šetření museli respondenti splňovat zařazující kritéria:

- ženy s diagnostikovanou stresovou inkontinencí a s příznaky období klimakteria
- souhlas se zařazením do dotazníkového šetření

Byla zvolena i vyřazující kritéria pro zařazení do výzkumu:

- nepřítomnost diagnostikované stresové inkontinence
- nepřítomnost příznaků období klimakteria
- diagnostikování jiné formy inkontinence

3.3 Metoda sběru dat

K získávání dat pro diplomovou práci byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Jednalo se o získání potřebných dat modifikovanou českou verzí standardizovaných dotazníků The King's Health Questionnaire (Zachoval et al., 2006) a The Menopause Rating Scale (MRS) (Moravcová et al., 2014) uvedeny jsou v příloze č. 3.

Dotazník The King's Health Questionnaire (KHQ) má 3 části, které jsou tvořeny 21 uzavřenými otázkami. Respondenti výběrem z možných odpovědí hodnotí kvalitu jejich života a jeho omezení v různých aspektech v souvislosti s inkontinencí. Původně byl dotazník navržen pro hodnocení dopadu jakékoliv močové inkontinence na kvalitu života. Dlouhodobé používání tohoto dotazníku potvrdilo jeho dobré statistické vlastnosti při hodnocení kvality života pacientů, zejména s ohledem na stresovou inkontinenci, a jeho vhodnost pro použití při hodnocení jak krátkodobé, tak dlouhodobé kvality života. Česká verze dotazníku byla publikována v roce 2006 prof. MUDr. Romanem Zachovalem, Ph.D. MBA, který udělil souhlas k využití tohoto dotazníku (příloha č. 4). Data získána z KHQ dotazníku byla použita ke zhodnocení subjektivního vnímání respondentky jejího problému se stresovou inkontinencí.

Respondentky odpovídaly na otázky v souladu se svými subjektivními pocity za posledních 14 dní (výběrem z možností). První otázka se týkala celkového hodnocení zdravotního stavu ženy, přičemž měly k dispozici pět možných odpovědí (velmi dobrý, dobrý, přijatelný, špatný, velmi špatný). Následující 4 otázky se zaměřovaly na to, jak výrazně problém s močením ovlivňuje jejich život, s možnostmi (vůbec ne, trochu, středně, hodně). Další tři otázky se věnovaly osobnímu životu a nabízely pět možných odpovědí (nelze použít, vůbec ne, trochu, středně, hodně). Předposlední část dotazníku se skládá z 3 otázek zaměřených na emoční dopady inkontinence, na které lze vybrat odpověď z 4 možných (vůbec ne, trochu, středně, hodně). Posledních 7 otázek se zabývá spánkem, odpočinkem a různými situacemi spojenými

s inkontinencí a dávají na výběr 4 možné odpovědi (nikdy, někdy, často, stále). (Zachoval et al., 2006)

The Menopause rating scale je 11 položková škála, která hodnotí subjektivní vnímání obtíží spojených s obdobím klimakteria, která byla původně vytvořena v Německu, kde byla vyplňována lékaři. Po metodologické kritice byla vytvořena škála vyplňována ženami. Později byl MRS mezinárodně akceptován k hodnocení QoL. V dnešní době je MRS považován za známý nástroj s dobrými psychometrickými vlastnostmi, který je validován v několika světových jazycích. Používá se po celém světě pro hodnocení QoL žen spojenou s hodnocením symptomů období klimakteria. Položky se hodnotí na pětibodové škále v rozsahu 0 až 4, kde 0 znamená žádné obtíže, 1 mírné obtíže, 2 střední obtíže, 3 výrazné obtíže a 4 nesnesitelné obtíže. Souhlas s využitím české verze z roku 2014 udělila Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D. (příloha č.5). Data získána z MRS byla použita ke zhodnocení subjektivního vnímání obtíží spojených s obdobím klimakteria. (Moravcová et al., 2014)

Součástí dotazníkové souboru byly i vybrané sociodemografické charakteristiky respondentek: věk, nejvyšší dosažené vzdělání a rodinný stav.

3.4 Realizace výzkumu

Souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením vyslovila Etická komise FZV UPOL i zástupci vybrané nemocnice. Výzkumné šetření bylo představeno a prezentováno lékaři a porodní asistence z vybrané ambulance. Před realizací samotného výzkumu byla v srpnu 2023 provedena pilotní studie. Jejím hlavním cílem bylo zjistit časovou dotaci, kterou respondentky budou potřebovat na kompletní vyplnění dotazníku. Pilotní studie probíhala na vybrané urodynamicke ambulanci. Bylo osloveno 10 žen s diagnostikovanou stresovou inkontinencí a s příznaky období klimakteria. Respondentky byly edukovány o výzkumu a požádány o vyplnění dotazníku. Zjistilo se, že průměrná doba vyplňování dotazníku byla 10-15minut.

Výzkum probíhal v Nemocnici Rychnov nad Kněžnou v urodynamicke ambulanci. Celkem bylo distribuováno během září 2023 až ledna 2024 110 dotazníků. Výzkumník byl fyzicky přítomný u distribuce všech dotazníků. Jednotlivé respondentky splňující zařazující kritéria byly osloveny autorkou diplomové práce. Všechny respondentky byly seznámeny s cílem diplomové práce, byl jim detailně vysvětlen způsob vyplňování dotazníků a byl dáván důraz na ubezpečení o anonymizaci dat. Respondentky si mohly vybrat, zda chtějí dotazník přímo vyplnit nebo se mohly do výzkumu zařadit pomocí strukturovaného rozhovoru, který přesně kopíroval jednotlivé složky dotazníku. Z celkového počtu 110 dotazníků se navrátilo 100,

celková návratnost byla 90,9 %. Jelikož ne u každého dotazníku byly vyplněné všechny položky, byly 4 z navrácených dotazníků vyřazeny. Data byla zpracovávána tedy z 96 plně vyplněných dotazníků.

Respondentky dotazníky odevzdávaly do sběrného boxu umístěného v čekárně ambulance. Sběrný box byl po každé poradně vybrán a dotazníky byly uloženy do zamykatelné skříně, která byla pravidelně vybírána.

3.5 Metoda zpracování dat

Vyplněné dotazníky byly postupně označeny čísly a získaná data byla zaznamenána do datové matice vytvořené v programu Microsoft Office Excel, s použitím předem stanoveného číselného kódu. Pro statistickou analýzu diplomové práce byly použity deskriptivní a induktivní statistické metody. Kvantitativní proměnné byly charakterizovány pomocí aritmetického průměru, mediánu, směrodatné odchylky, absolutních četností, minimálních a maximálních hodnot. Kvalitativní data získaná z dotazníků byla prezentována pomocí absolutních četností (n) a relativních četností (%). Normalita dat byla testována pomocí Shapiro-Wilkova testu a homogenita rozptylů byla ověřena pomocí Levenova testu. Čtyři hypotézy byly testovány pomocí Wilcoxonova testu pro závislé výběry, protože zkoumané proměnné měly ordinální charakter nebo nebyl splněn předpoklad normálního rozložení podle Shapiro-Wilkova testu. Pro testování dalších dvou hypotéz byl použit t-test pro nezávislé výběry. Všechny testy byly provedeny na hladině významnosti 5%. Data, tabulky a grafy byly zpracovány pomocí softwaru TIBCO Statistica Ultimate Academic verze 14.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole je představen sociodemografický profil respondentek, výsledky výzkumného šetření dle jednotlivých dotazníků a ověření hypotéz.

4.1 Popis souboru

Tabulky 1 až 3 slouží k charakteristice výzkumného souboru z hlediska sociodemografického profilu. V tabulkách jsou zobrazeny četnosti (n) a relativní četnosti (%).

Tabulka 1- Četnost respondentek – věk

Věk	n	%
<45	16	16,67
45–49	38	39,58
50–54	22	22,92
55–59	12	12,50
60–64	4	4,17
65–69	1	1,04
>70	3	3,13
Celkem	96	100,00

Výzkumu se celkem zúčastnilo 96 respondentek. Dle průměrného věku při nástupu symptomů spojených s obdobím klimakteria byly zvoleny věkové kategorie od 45 let. Celkem 38 žen (39,58 %) se nacházelo ve věkové kategorii 45-49 let. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií byly ženy mezi 50 a 54 lety věku, celkem 22 respondentek (22,92 %). Naopak nejméně zastoupeny byly věkové kategorie 65-69 a nad 70 let, dohromady 4 respondentky.

Tabulka 2 - Četnost respondentek – nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	n	%
Základní i nedokončené	4	4,17
Střední škola zakončená výučním listem	42	43,75
Střední škola zakončená maturitní zkouškou	29	30,21
Vyšší odborné	10	10,42
Vysokoškolské vzdělání	11	11,46
Celkem	96	100,00

Výzkumu se zúčastnilo nejvíce žen se středoškolským vzděláním zakončeným vyučením, celkem 42, což představuje 43,75%, následovalo 29 žen (30,21%) se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou. Vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské uvedlo 10 (10,42%) respektive 11 žen (11,46%). Nejméně respondentek uvedlo, že jejich nejvyšší vzdělání je základní i nedokončené, celkem 4 (4,17%).

Tabulka 3 - Četnost respondentek – rodinný stav

Rodinný stav	n	%
Svobodná	10	10,42
Vdaná	63	65,63
Rozvedená	20	20,83
Vdova	3	3,13
Celkem	96	100,00

Respondentky zařazené do výzkumu nejčastěji zvolily v otázce na jejich rodinný stav možnost vdaná, konkrétně se jednalo o 63 žen (65,63%), další nejpočetnější skupina byla skupina žen, které uvedly, že jsou rozvedené, celkem 20 respondentek (20,83%). Možnost svobodná vybralo 10 žen (10,42%). Nejméně zastoupenou skupinou byly vdovy, celkem 3 ženy (3,13%).

4.2 Výsledky výzkumu dle KHQ

Tabulka 4 - Hodnocení aktuálního zdravotního stavu

Jak byste popsala v současnosti Váš zdravotní stav?	n	%
Velmi dobrý	7	7,29
Dobrý	34	35,42
Příjemný	49	51,04
Špatný	6	6,25
Velmi špatný	0	0,00
Celkem	96	100,00

První otázka KHQ se zabývala celkovým subjektivním zhodnocením zdravotního stavu respondentek. Respondentky měly na výběr 5 možných odpovědí. Ženy nejčastěji zvolily možnost „příjemný“, kterou vybralo 49 žen (51,04%). Celkem 34 žen (35,42%) zvolilo

možnost „dobrý“ a 7 žen (7,29%) vybralo možnost „velmi dobrý“. Možnost „špatný“ zvolilo 6 žen (6,25%) a možnost „velmi špatný“ nezvolil nikdo.

Tabulka 5 - Ovlivnění života SUI

Jak moc podle Vašeho názoru ovlivňují potíže s močením Váš život?	n	%
Vůbec ne	8	8,33
Trochu	31	32,29
Středně	33	34,38
Hodně	24	25,00
Celkem	96	100,00

Druhá otázka se zaměřila na to, jak hodně potíže s močením ovlivňují život respondentek. Ženy měly celkem na výběr 4 možnosti odpovědí. Nejčastěji byla zvolena možnost „středně“, kterou vybralo 33 žen (34,38%), pouze o dvě ženy méně zvolilo možnost „trochu“ (32,29%). Třetí nejčastější zvolenou možností bylo „hodně“, tuto možnost zvolilo 24 žen (25%). Celkem 8 žen (8,33%) zvolilo možnost „vůbec ne“.

Tabulka 6 - Vliv SUI na každodenní činnosti

Každodenní činnosti	Vůbec ne		Trochu		Středně		Hodně		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Do jaké míry Vás potíže s močením omezují při provádění domácích prací?	22	22,91	28	29,17	27	28,13	19	19,79	96	100,00
Omezují Vás problémy s močením při práci nebo při běžných každodenních prováděných mimo domov?	17	17,71	28	29,17	36	37,5	15	15,62	96	100,00

První skupina otázek se zaměřila na vliv SUI na každodenní činnosti. První část se zajímala o to, do jaké míry problémy s močením omezují ženu v domácích pracích. Ženy nejvíce volily možnost „trochu“, celkem 28 žen (29,17%). Pouze o jednu ženu méně zvolilo možnost „středně“ (22,91%). Možnost „vůbec ne“ vybralo 22 žen (22,91%). Nejméně zastoupený byl výběr „hodně“, který zvolilo 19 žen (19,79%).

Druhá část byla zaměřena na každodenní činnosti prováděné mimo domov. Celkem 36 žen (37,5%) uvedlo, že SUI je ovlivňuje „středně“, druhá nejčastější odpověď byla „trochu“, kterou zvolilo 28 respondentek (29,17%). Možnost „vůbec ne“ zvolilo 17 žen (17,71%) a nejméně vybíraná možnost byla „hodně“, tuto možnost zvolilo 15 žen (15,62%).

Tabulka 7- Vliv SUI na fyzické činnosti a sociální aktivity

Fyzická činnost a sociální aktivity	Vůbec ne		Trochu		Středně		Hodně		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Omezují Vás problémy s močením při provádění fyzických aktivit	13	13,54	36	37,5	25	26,04	22	22,92	96	100,00
Omezují Vás problémy s močením v možnosti jezdit autobusem, autem, vlakem, letadlem?	16	16,67	39	40,63	27	28,13	14	14,57	96	100,00
Omezují Vás problémy s močením ve společenském životě?	17	17,71	36	37,5	18	18,75	25	26,04	96	100,00
Omezují Vás problémy s močením v možnosti navštěvovat přátele nebo se s nimi setkávat?	27	28,13	31	32,29	24	25,00	14	14,58	96	100,00

Druhá skupina otázek byla zaměřena na vliv SUI na fyzické činnosti a sociální aktivity. Co se týče vlivu SUI na omezení při provádění fyzických aktivit, nejvíce žen uvedlo, že je problémy s močením omezují „trochu“, celkem 36 respondentek (37,5%). Druhou nejčastěji uváděnou možností bylo „středně“, kterou zvolilo 25 žen (26,04%). Možnost „hodně“ zvolilo 22 žen (22,92%), nejméně uváděnou odpovědí bylo „vůbec ne“, kterou zvolilo 13 žen (13,54%).

Vliv SUI na cestování autobusem, autem, vlakem a letadlem zkoumala druhá část této skupiny. Celkem 39 žen (40,63%) zvolilo, že jsou v cestování „trochu“ omezeny SUI. Možnost „středně“ uvedlo 27 žen (28,13%). Respondentky nejméně uváděly dvě možnosti, a to že v cestování nejsou vůbec omezeny – 16 žen (16,67%) a 14 žen uvedlo, že jsou „hodně“ omezeny (14,57%).

Celkem 36 respondentek (37,5%) uvedlo, že SUI „trochu“ ovlivňuje jejich společenský život. Možnost „hodně“ vybralo 25 respondentek (26,04%) a 18 žen (18,75%) vybralo možnost „středně“. Pouze o jednu ženu méně tedy 17 respondentek (17,71%) zvolilo možnost „vůbec ne“.

Čtvrtá část se zajímala o omezení způsobené SUI v možnostech navštěvování a setkávání se s přáteli. Nejčastěji byla zvolena možnost „trochu“ a to celkem 31krát (32,29%). Druhá nejčastější volba byla „vůbec ne“, tuto možnost vybralo 27 žen (28,13%), celkem 24 žen (25%) zvolilo možnost „středně“ a 14 žen (14,58%) zvolilo možnost „hodně“.

Tabulka 8 - Vliv SUI na osobní vztahy

Osobní vztahy	Nelze použít		Vůbec ne		Trochu		Středně		Hodně		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Omezují Vás problémy s močením Váš partnerský vztah?	11	11,46	36	37,50	22	22,92	18	18,75	9	9,37	96	100,00
Omezují Vás problémy s močením Váš sexuální život?	13	13,54	30	31,25	33	34,38	14	14,58	6	6,25	96	100,00
Omezují Vás problémy s močením Váš rodinný život?	8	8,33	45	46,88	35	36,46	8	8,33	0	0,00	96	100,00

Třetí skupina otázek se zabývala vlivem SUI na osobní vztahy. V této kategorii otázek zůstaly 4 stejné možnosti, avšak k nim byla přidána ještě jedna možnost pro ženy, které na otázky nejsou schopny odpovědět. Nejvíce žen uvedlo, že jejich partnerský život SUI omezuje „vůbec ne“, celkem 36 žen (37,50%). Možnost „trochu“ vybralo 22 žen (22,92%) a možnost „středně“ vybralo 18 respondentek (18,75%). Celkem 11 žen (11,46%) uvedlo, že na otázku nemohou odpovědět. Nejméně respondentek vybralo možnost „hodně“, celkem 9 žen (9,37%).

Při subjektivním hodnocení omezení sexuálního života vlivem SUI celkem 33 žen (34,38%) vybralo možnost „trochu“. Možnost „vůbec ne“ vybralo 30 žen (31,25%) a možnost „středně“ vybralo 14 respondentek (14,58%). Respondentky nejméně uváděly dvě možnosti, a to „nelze použít“, celkem 13 respondentek (13,54%) a 6 žen vybralo možnost „hodně“ (6,25%).

Poslední část otázek o osobních vztazích se zabývala tím, jak SUI omezuje respondentkám rodinný život. Možnost „vůbec ne“ zvolilo 45 žen (46,88%), možnost „trochu“ zvolilo 35 žen (36,46%) a možnost „středně“ vybralo 8 žen (8,33%). Taktéž 8 žen (8,33%) vybralo možnost „nelze použít“. Možnost „hodně“ ne zvolila žádná žena.

Tabulka 9 - Vliv SUI na emoce

Emoce	Vůbec ne		Trochu		Středně		Hodně		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cítíte se kvůli problémům s močením depresivní nebo skleslá?	21	21,88	50	52,08	24	25,00	1	1,04	96	100,00
Pocítujete kvůli problémům s močením obavy nebo nervozitu?	23	23,96	37	38,54	33	34,38	3	3,12	96	100,00
Cítíte se kvůli problémům s močením nespokojená sama se sebou?	20	20,83	40	41,67	32	33,33	4	4,17	96	100,00

Čtvrtá skupina byla zaměřena na vliv SUI na emoce. První část hodnotila subjektivní pohled respondentek na to, zda se kvůli SUI cítí depresivně nebo sklesle. Nejčastěji ženy vybíraly odpověď „trochu“, celkem ji vybralo 50 žen (52,08%), možnost „středně“ vybralo 24 žen (25%) a možnost „vůbec ne“ zvolilo 21 žen (21,88%). Pouze jedna žena (1,04%) zvolila možnost „hodně“.

Druhá část zkoumala, zda SUI ženám způsobuje obavy či nervozitu. Respondentky nejvíce volily možnosti „trochu“ a „středně“, celkem 37 žen (38,54%) respektive 33 žen (34,38%). Možnost „vůbec ne“ zvolilo 23 žen (23,96%) a nejméně byla volena možnost „hodně“, celkem ji vybraly 3 ženy (3,12%).

Vliv SUI na nespokojenost respondentek s vlastní osobou zkoumala poslední část této skupiny. Celkem 40 žen (41,67%) zvolilo možnost „trochu“. Možnost „středně“ uvedlo 32 žen (33,33%). Respondentky nejméně vybíraly dvě možnosti, a to že nespokojeny nejsou vůbec – 20 žen (20,83%) a 4 ženy (4,17%) uvedly, že jsou „hodně“ nespokojeny.

Tabulka 10 - Vliv SUI na spánek a energii

Spánek a energie	Nikdy		Někdy		Často		Stále		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Narušují Vám problémy s močením spánek?	8	8,33	53	55,21	25	26,04	10	10,42	96	100,00
Cítíte se kvůli problémům s močením vyčerpaná nebo unavená?	14	14,58	46	47,92	33	34,37	3	3,13	96	100,00

Pátá skupina otázek se zabývala vlivem SUI na spánek a energii. První část se zajímala o to, zda SUI narušuje respondentkám spánek. Celkem 53 žen (55,21%) uvedlo, že spánek mají narušený SUI „někdy“. Možnost „často“ zvolilo 25 žen (6,04%), druhou nejméně zvolenou možností byla možnost „stále“, tuto variantu zvolilo 10 respondentek (10,42%). Nejméně žen uvedlo, že SUI jejich spánek nenarušuje – 8 žen (8,33%).

Druhá část zkoumala, zdali kvůli SUI se ženy cítí vyčerpané nebo unavené. Respondentky nejvíce volily možnost „někdy“ a „často“, celkem 46 žen (47,92%) respektive 33 žen (34,38%). Možnost „nikdy“ zvolilo 14 žen (14,58%) a nejméně byla volena možnost „stále“, celkem ji vybraly 3 ženy (3,13%).

Tabulka 11 - Vliv SUI na další aspekty života

Jak často provádíte nebo používáte dále uvedené činnosti nebo situace	Nikdy		Někdy		Často		Stále		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nosíte hygienické vložky (pleny), abyste se udržel(a) v "suchu"?	17	17,71	36	37,5	37	38,54	6	6,25	96	100,00
Dáváte si pozor, kolik tekutin vypijete?	17	17,71	46	47,92	24	25,00	9	9,37	96	100,00
Vyměňujete si spodní prádlo, protože je mokré?	17	17,71	57	59,38	20	20,83	2	2,08	96	100,00
Obáváte se, že jste nepříjemně cítit?	26	27,08	47	48,96	19	19,79	4	4,17	96	100,00
Cítíte se kvůli svým problémům s močovým měchýřem trapně?	26	27,08	52	54,17	15	15,63	3	3,13	96	100,00

Poslední skupina otázek dotazníku KHQ se zabývá tím, jak SUI ovlivňuje další aspekty života. Na otázku, jak často respondentky nosí vložky (pleny), aby se udržely v suchu, celkem 37 žen (38,54%) uvedlo možnost „často“. Druhá nejčastěji zvolená možnost byla „někdy“, kterou vybralo 36 žen (37,5%). Možnost „nikdy“ označilo 17 žen (17,71%) a variantu „stále“ uvedlo 6 žen (6,25%).

Druhá otázka se zajímala o pitný režim respondentek. Celkem 46 žen (47,92%) uvedlo, že si „někdy“ dávají pozor na to, kolik tekutin vypijí. Možnost „často“ vybralo 24 žen (25%). Celkem 17 žen (17,71%) uvedlo, že „nikdy“ nekontrolují příjem tekutin. Nejméně volená varianty byla „stále“, kterou uvedlo 9 žen (9,37%).

Zdali si respondentky vyměňují spodní prádlo, protože by ho měly mokré, zkoumala další otázka. Respondentky nejvíce volily možnosti „někdy“ a „často“, celkem 57 žen (59,38%) respektive 20 žen (20,83%). Možnost „nikdy“ zvolilo 17 žen (17,71%) a nejméně byla volena možnost „stále“, celkem ji vybraly 2 ženy (2,08%).

Co se týče obav, že jsou respondentky nepříjemně cítit, nejvíce žen uvedlo, že se obávají „někdy“, celkem 47 respondentek (48,96%). Druhou nejčastěji uváděnou možností bylo „nikdy“, kterou zvolilo 26 žen (27,08%). Možnost „často“ zvolilo 19 žen (19,79%), nejméně uváděnou odpovědí bylo „stále“, kterou zvolily 4 ženy (4,17%).

Poslední otázky KHQ se zajímala o to, zda se respondentky kvůli problémům s SUI cítí trapně. Ženy nejvíce volily možnost „někdy“, celkem 52 žen (54,17%). Dále byla nejvíce zastoupena varianta „nikdy“, celkem 26 žen (27,08%). Možnost „často“ vybralo 15 žen (15,63%). Nejméně zastoupený byl výběr „stále“, který zvolily 3 ženy (3,13%).

4.3 Výsledky výzkumu dle MRS

Tabulka 12 - 1. část dotazníku MRS

MRS	Žádné		Mírné		Střední		Výrazné		Nesnesitelné		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Návaly horka, pocení	8	8,33	27	28,13	46	47,92	13	13,54	2	2,08	96	100
Srdeční obtíže	21	21,88	33	34,38	33	34,38	7	7,29	2	2,08	96	100
Poruchy spánku	7	7,29	24	25	48	50	9	9,38	8	8,33	96	100

Další část dotazníku byla standardizovaná MRS. Zde respondentky vybíraly z 5 možností, které byly označeny čísly 0 až 4. Ke každé číselné možnosti byla v úvodu dotazníku určena slovní

podoba, která hodnotí intenzitu obtíží spojených s obdobím klimakteria. Číslice 0 nahrazovala možnost „žádné“, číslice 1 „mírné“, číslice 2 „střední“, číslice 3 „výrazné“ a číslice 4 popisovala intenzitu obtíží, jako „nesnesitelné“.

První otázka se zabývala tím, jak ženy hodnotí intenzitu obtíží spojenou s návaly horka, pocením i občasným pocením. Největší část respondentek zvolila možnost „střední“, celkem 46 respondentek (47,92%). V četnosti následovaly možnosti „mírné“ a „výrazné“, které zvolilo 27 žen (28,13%) a 13 žen (13,54%). Možnost „žádné“ vybralo 8 žen (8,33%) a možnost „nesnesitelné“ označily 2 respondentky (2,08%),

Druhá otázka se zaměřila na srdeční obtíže např. bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep a pocit tísně. Shodně 33 žen (34,38%) uvedlo, že jejich srdeční obtíže mají intenzitu „mírné“ a „střední“. Možnost „žádné“ zvolilo 21 žen (21,88%) a možnost „výrazné“ označilo 7 respondentek (7,29%). Celkem 2 ženy (2,08%) uvedly, že jejich intenzita obtíží je nesnesitelná.

Třetí otázka se zabývala poruchami spánku spojených s obdobím klimakteria. Jednalo se o poruchy spánku jako např. potíže s usínáním, předčasné probouzení a potíže s trváním spánku. Možnost „střední“ intenzita obtíží zvolilo 48 žen (50%), možnost „mírné“ zvolilo 24 žen (25%) a možnost „výrazné“ vybralo 9 žen (9,38%). Celkem 8 žen (8,33%) vybralo možnost „nesnesitelné“. Možnost „žádné“ zvolilo 7 žen (7,29%).

Tabulka 13 - 2. část dotazníku MRS

MRS	Žádné		Mírné		Střední		Výrazné		Nesnesitelné		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresivní nálady	11	11,46	29	30,21	44	45,83	11	11,46	1	1,04	96	100
Předrážděnost	12	12,5	37	38,54	44	45,83	3	3,13	0	0	96	100
Úzkost	15	15,63	32	33,33	36	37,5	11	11,46	2	2,08	96	100
Vyčerpání	7	7,29	28	29,17	47	48,96	13	13,54	1	1,04	96	100

Čtvrtá otázka spočívala v subjektivním hodnocení respondentek jejich depresivních nálad např. pocity smutku, plačtivost a proměnlivost nálad. Největší část respondentek zvolila možnost „střední“, celkem 44 respondentek (45,83%). Možnost „mírné“ vybralo 29 žen (30,21%). V četnosti následovaly možnosti „výrazné“ a „žádné“, které zvolilo shodně 11 žen (11,46%). Za nesnesitelné své depresivní nálady označila 1 žena (1,04%).

Pátá otázka se zaměřila na tzv. předrážděnost, která se projevuje např. nervozitou, vnitřní tísní a pocity agresivity. Celkem 44 respondentek (45,83%) vybralo možnost „střední“. V míře

zastoupení následovala varianta „mírné“, kterou označilo 37 žen (38,54%). Možnost „žádné“ zvolilo 12 žen (12,5%) a možnost „výrazné“ označily 3 respondentky (3,13%). Za nesnesitelnou intenzitu obtíží spojených s předrážděností neoznačila žádná žena.

Šestá otázka byla zaměřena na úzkost spojenou s obdobím klimakteria např. vnitřní roztěkanost a pocity paniky. Možnost „střední“ intenzita obtíží zvolilo 36 žen (37,5%), možnost „mírné“ zvolilo 32 žen (33,33%) a možnost „žádné“ vybralo 15 žen (15,63%). Celkem 11 žen (11,46%) vybralo možnost „výrazné“. Možnost „nesnesitelné“ zvolily 2 ženy (2,08%).

Sedmá otázka hodnotila intenzitu obtíží spojených s vyčerpáním. Jednalo se především o pokles výkonnost, výpadky paměti, pokles koncentrace a zapomínání. Respondentky nejvíce volily možnost „střední“ a „mírné“, celkem 47 žen (48,96%) respektive 28 žen (29,17%). Možnost „výrazné“ zvolilo 13 žen (13,54%). Dle četnosti zvolení byla další v pořadí možnost „žádné“, celkem ji vybralo 7 žen (7,29%). Pouze jedna žena (1,04%) uvedla, že obtíže s vyčerpáním, jako „nesnesitelné“.

Tabulka 14 - 3. část dotazníku MRS

MRS	Žádné		Mírné		Střední		Výrazné		Nesnesitelné		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexuální obtíže	21	21,88	29	30,21	29	30,21	17	17,71	0	0	96	100
Močové obtíže	0	0	7	7,29	40	41,67	45	46,88	4	4,17	96	100
Suchost pochvy	12	12,5	29	30,21	37	38,54	16	16,67	2	2,08	96	100
Bolesti svalů a kloubů	23	23,96	25	26,04	37	38,54	9	9,38	2	2,08	96	100

Osmá otázka byla zaměřena na sexuální obtíže v období klimakteria. Především se ptala na změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení. Shodně 29 žen (30,21%) uvedlo, že jejich sexuální obtíže mají intenzitu „mírné“ a „střední“. Možnost „žádné“ zvolilo 21 žen (21,88%) a možnost „výrazné“ označilo 17 respondentek (17,71%). Za nesnesitelnou intenzitu sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria neoznačila žádná žena.

Devátá otázka se zajímala o intenzitu močových obtíží. Možnost „výrazné“ močové obtíže zvolilo 45 žen (46,88%), možnost „střední“ zvolilo 40 žen (41,67%) a možnost „mírné“ vybralo 7 žen (7,29%). Celkem 4 ženy (4,17%) vybralo možnost „nesnesitelné“. Možnost „žádné“ nezvolila žádná respondentka.

Desátá otázka se zaměřila na suchost pochvy, která se projevuje např. obtížemi při pohlavním styku, pocity suchosti a pálení v pochvě. Celkem 37 respondentek (38,54%) vybralo možnost

„střední“. V četnosti následovala možnost „mírné“, kterou označilo 29 žen (30,21%). Možnost „výrazné“ zvolilo 16 žen (16,67%) a možnost „žádné“ označilo 12 respondentek (12,5%). Za nesnesitelnou intenzitu obtíží spojených se suchostí pochvy označily 2 ženy (2,08%).

Jedenáctá otázka spočívala v subjektivním hodnocení respondentek bolesti svalů a kloubů. Největší část respondentek zvolila možnost „střední“, celkem 37 respondentek (38,54%). Možnost „mírné“ vybralo 25 žen (26,04%). V četnosti následovaly možnosti „žádné“ a „výrazné“, které zvolilo 23 žen (23,96%) respektive 9 respondentek (9,38%). Za nesnesitelné své depresivní nálady označily 2 ženy (2,08%).

Tabulka 15 - Celkové skóre MRS

Celkové skóre		n	%
Vysoká kvalita života	0-15	32	33,33
Mírně snížená kvalita života	16-30	64	66,67
Nízká kvalita života	31-44	0	0
Celkem		96	100

Celkové skóre dotazníku MRS se v klinické praxi používá ke kategorizaci respondentů do tří skupin. Pokud respondentka získá v celkovém skóre 0–15 bodů hodnotí se její kvalita života, jako vysoká. V případě zisku 16-30 bodů hovoří se o mírně snížené kvalitě života. Za respondentku s nízkou kvalitou života lze považovat ženu, která získá 31-44 bodů.

Ve vzorku 96 žen zapojených do výzkumu, 64 respondentek (66,67%) získalo celkové skóre v rozmezí 16-30 bodů. U 32 respondentek (33,33%) bylo dosaženo celkové skóre 0-15 bodů. Žádná respondentka nedosáhla skóre vyššího než 30 bodů.

4.4 Výsledky k jednotlivým cílům, ověření hypotéz

V této podkapitole je uvedena prezentace výsledků získaných z dotazníků KHQ a MRS vztahujících se k jednotlivým dílčím cílům práce a odpovídajícím hypotézám.

První, druhou, třetí a šestou hypotézu je možno ověřit pomocí neparametrického Wilcoxonova testu pro závislé výběry, protože zkoumané proměnné jsou ordinálního charakteru nebo u nich nebyl dle Shapiro-Wilkova testu splněn předpoklad normálního rozložení. Tyto hypotézy ověřují vždy vztah dvou kardinálních proměnných u dvou závislých výběrů. Neparametrické testy pracují s pořadím hodnot a porovnávají místo průměrů mediány. U těchto hypotéz byly porovnávány proměnné měřené v různém rozsahu. Škála u KHQ dotazníku nabývá hodnot 1 až

4 a u MRS dotazníku nabývá hodnot 0 až 4. Před statistickým testováním musela být naměřená skóre standardizována. Tedy převedena na jednotnou škálu.

Čtvrtou a pátou hypotézu je možno ověřit pomocí t-testu pro nezávislé výběry. Předpoklad normálního rozložení je ve všech skupinách dle Shapiro-Wilkova testu splněn, proto můžeme použít parametrický test.

Ke srovnání distribuce standardizovaných hodnot byly využity krabicové grafy, které pomohly vizualizovat rozložení kvantitativních dat.

Všechny testy byly provedeny na 5% hladině významnosti.

Cíl 1: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria.

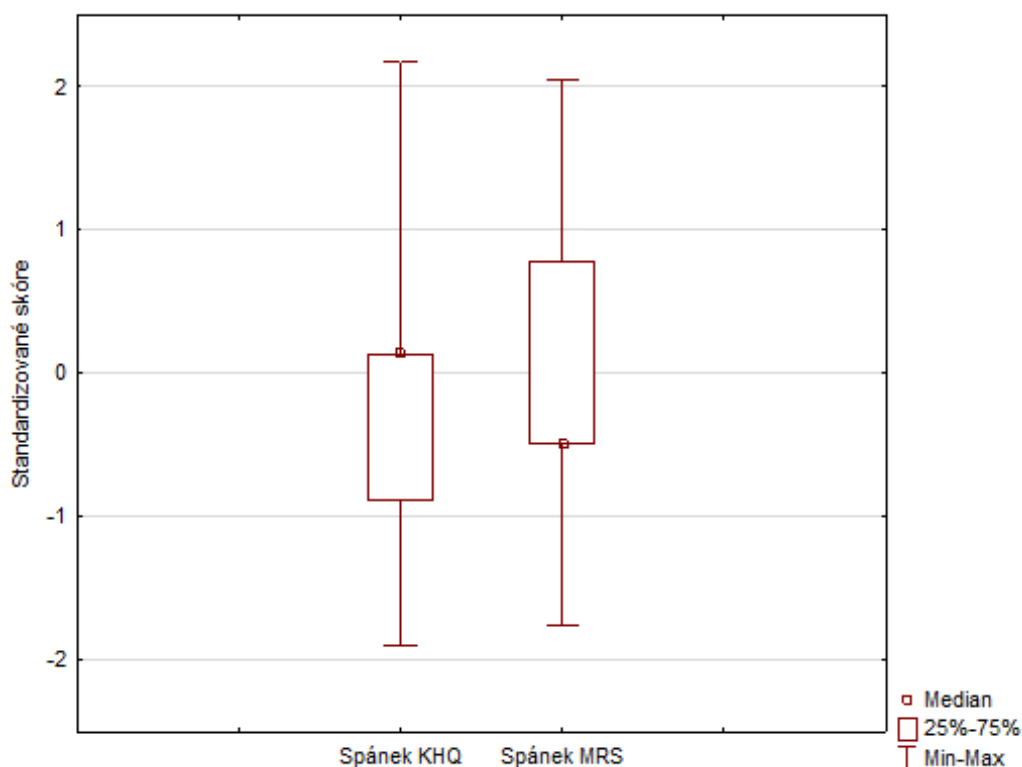
H01: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria.

HA1: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria.

Tabulka 16 - Cíl č. 1

	Počet	Medián	Medián (standardizované hodnoty)	Minimum	Maximum
Spánek KHQ	96	2	0,14	1	4
Spánek MRS	96	2	-0,49	0	4

Graf 1- Krabicový graf cíl č.1



Dle krabicového grafu a hodnot mediánů ze standardizovaných hodnot je vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí pro ženy více závažné než vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria. Zda je tento rozdíl statisticky významný zjišťuje Wilcoxonův párový test. Testové kritérium nabývá hodnoty 0,362 a p-hodnota je rovna 0,718. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, tudíž **nulovou hypotézu přijímáme. Statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria se nepotvrdil.**

Cíl 2: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria.

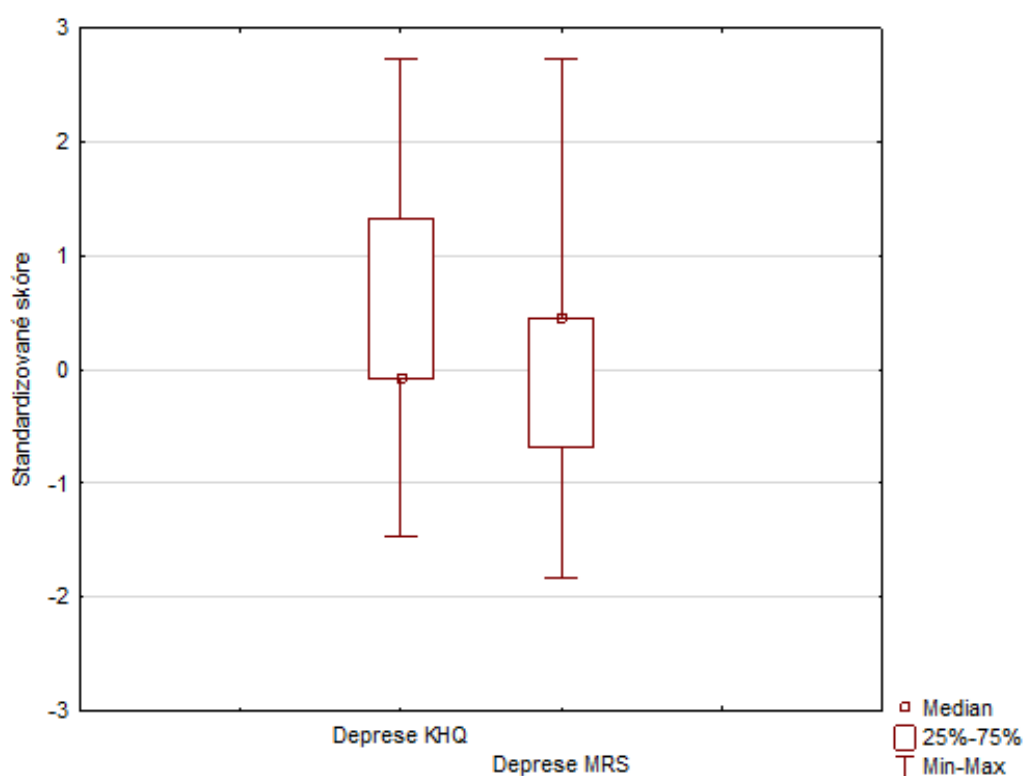
H02: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria.

HA2: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria.

Tabulka 17 - Cíl č.2

	Počet	Medián	Medián (standard. hodnoty)	Minimum	Maximum
Deprese KHQ	96	2	-0,07	1	4
Deprese MRS	96	2	0,45	0	4

Graf 2- Krabicový graf cíl č.2



Dle krabicového grafu a hodnot mediánů ze standardizovaných hodnot je vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí pro ženy o něco méně závažné než vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria. Zda je tento rozdíl statisticky významný zjišťuje Wilcoxonův párový test. Testové kritérium nabývá hodnoty 0,577 a p-hodnota je rovna 0,564. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, tudíž **nulovou hypotézu nezamítáme**. Statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria se nepotvrdil.

Cíl 3: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria.

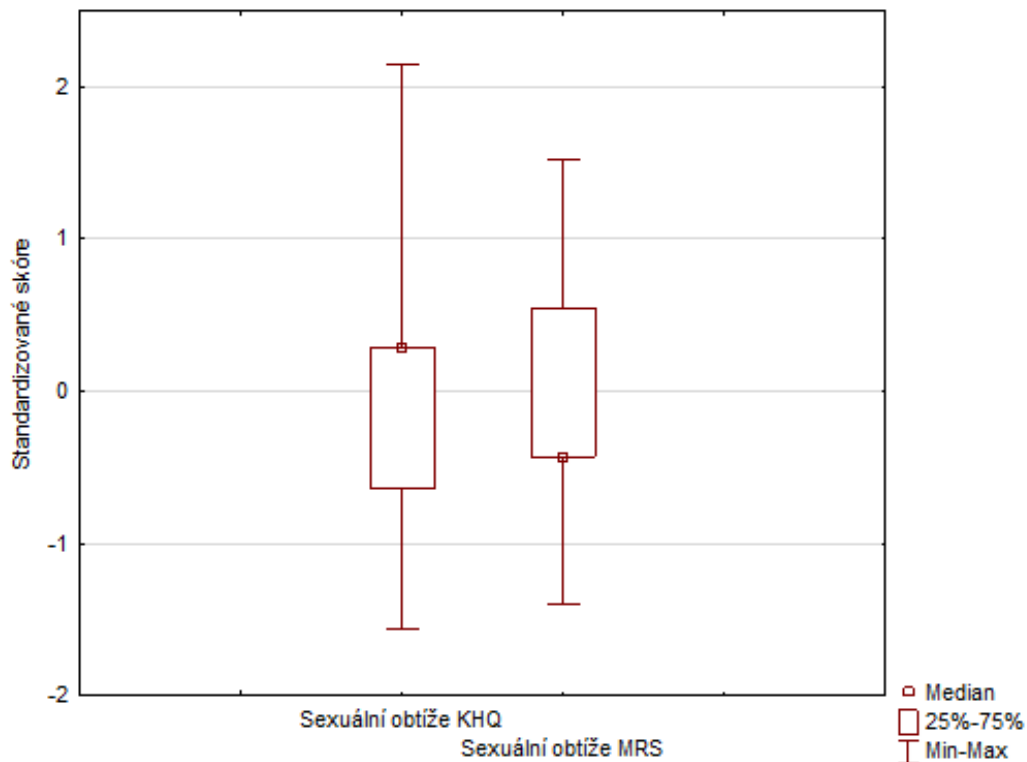
H03: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria.

HA3: Existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria.

Tabulka 18 - Cíl č. 3

	Počet	Medián	Medián (standard. hodnoty)	Minimum	Maximum
Sexuální obtíže KHQ	96	3	0,29	1	4
Sexuální obtíže MRS	96	1	-0,43	0	4

Graf 3- Krabicový graf cíl č. 3



Dle krabicového grafu a hodnot mediánů ze standardizovaných hodnot je vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí pro ženy více závažné než vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria. Zda je tento rozdíl statisticky významný zjišťuje Wilcoxonův párový test. Testové kritérium nabývá hodnoty 0,815 a p-hodnota je rovna 0,415. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, tudíž **nulovou hypotézu přijímáme. Statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání sexuálních obtíží spojených s klimakteriem se nepotvrdil.**

Cíl 4: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí mezi ženami do 49 let věku a ženami ve věku 50 a více let.

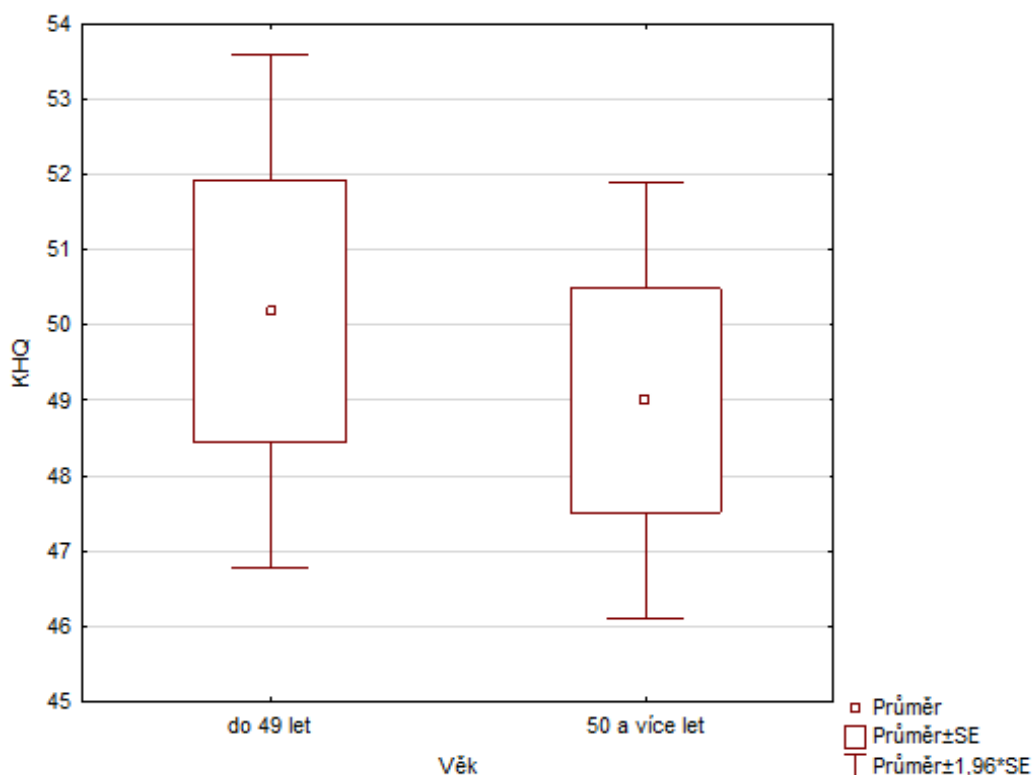
H04: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených se stresovou inkontinencí mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

HA4: Existuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených se stresovou inkontinencí mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

Tabulka 19 - Cíl č. 4

KHQ					
Věk	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odchylka
do 49 let	54	50,19	30	78	12,81
50 a více let	42	49,00	32	68	9,62

Graf 4- Krabicový graf č. 4



Dle krabicového grafu a hodnot průměr je vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí o něco málo vyšší u žen do 49 let než u žen ve věku 50 let a více. Zda je tento rozdíl statisticky významný zjišťuje t-test pro nezávislé výběry. Testové kritérium nabývá hodnoty 0,500 a p-hodnota je rovna 0,618. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, tudíž **nulovou hypotézu přijímáme**. Statisticky významný rozdíl mezi ženami ve věku do 49 let a ženami ve věku 50 let a více v míře vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí se nepotvrdil.

Cíl 5: Zjistit souvislost mezi mírou vnímání obtíží spojených s obdobím klimakteria mezi ženami do 49 let věku a ženami ve věku 50 a více let.

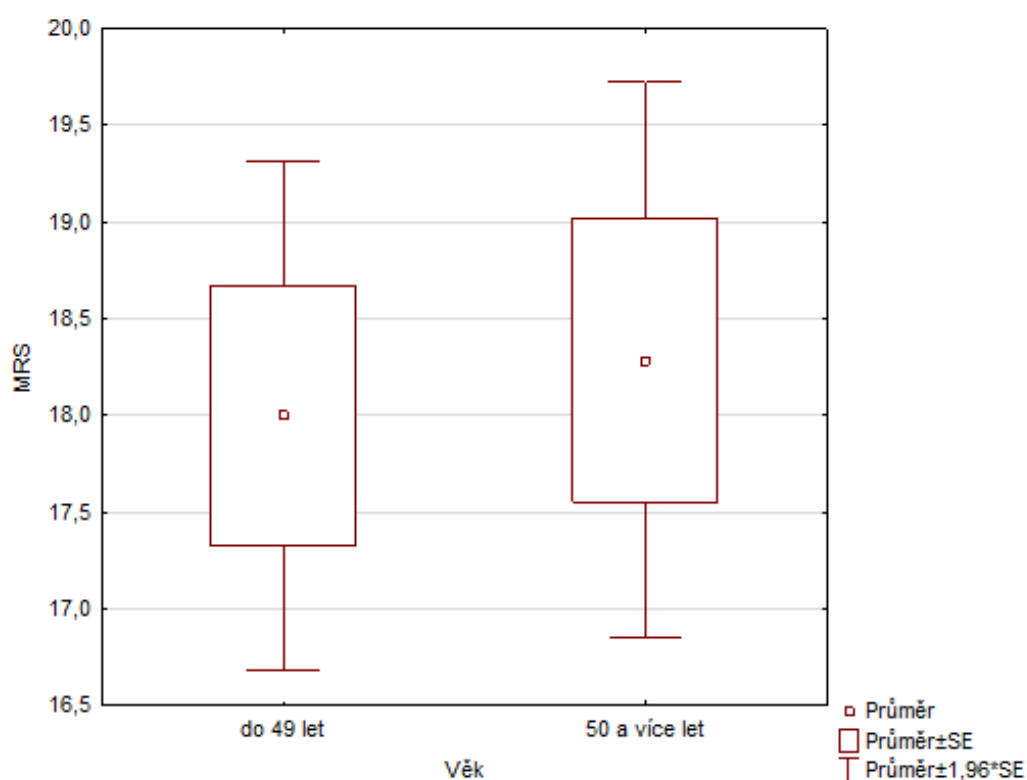
H05: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených s obdobím klimakteria mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

HA5: Existuje statisticky významný rozdíl v míře vnímaných obtíží spojených s obdobím klimakteria mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let.

Tabulka 20 - Cíl č. 5

MRS					
Věk	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Sm. odchylka
do 49 let	54	18,00	9	29	4,93
50 a více let	42	18,29	11	30	4,75

Graf 5- Krabicový graf cíl č. 5



Dle krabicového grafu a hodnot průměr je vnímání obtíží spojených s obdobím klimakteria o něco málo vyšší u žen ve věku 50 let a více než u žen ve věku do 49 let. Zda je tento rozdíl statisticky významný zjišťuje t-test pro nezávislé výběry. Testové kritérium nabývá hodnoty -0,286 a p-hodnota je rovna 0,778. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, tudíž nulovou hypotézu nezamítáme. Statisticky významný rozdíl mezi ženami ve věku do 49 let a ženami ve věku 50 let a více v míře vnímaných obtíží spojených s obdobím klimakteria se nepotvrdil.

Cíl 6: Zjistit souvislost mezi zhoršenou kvalitou života spojenou se stresovou inkontinencí a zhoršenou kvalitou života spojenou s obdobím klimakteria.

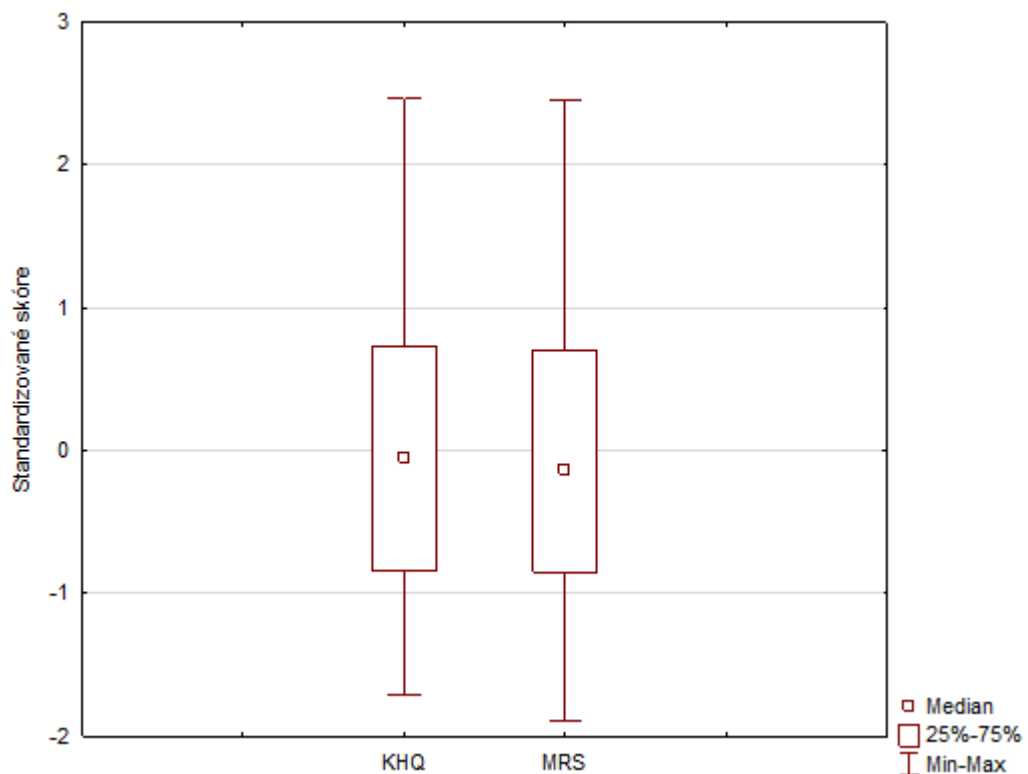
H06: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi vnímáním zhoršení kvality života spojenou se stresovou inkontinencí (měřenou celkovým skóre KHQ dotazníku) a vnímáním zhoršení kvality života spojenou s obdobím klimakteria (měřenou celkovým skóre MRS dotazníku).

HA6: Existuje statisticky významný rozdíl mezi vnímáním zhoršení kvality života spojenou se stresovou inkontinencí (měřenou celkovým skóre KHQ dotazníku) a vnímáním zhoršení kvality života spojenou s obdobím klimakteria (měřenou celkovým skóre MRS dotazníku).

Tabulka 21 - Cíl č. 6

	Počet	Medián	Medián (standard. hodnoty)	Minimum	Maximum
KHQ	96	49,0	-0,06	30	78
MRS	96	17,5	-0,13	9	30

Graf 6 - Krabicová graf cíl č. 6



Dle krabicového grafu a hodnot mediánů ze standardizovaných hodnot je vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí a vnímání obtíží spojených s klimakteriem podobně

závažné. Zda je tento rozdíl statisticky významný zjišťuje Wilcoxonův párový test. Testové kritérium nabývá hodnoty 0,117 a p-hodnota je rovna 0,907. Je tedy vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, tudíž **nulovou hypotézu nezamítáme.** Statisticky významný rozdíl mezi mírou vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí a mírou vnímání obtíží spojených s klimakteriem se nepotvrdil.

5 DISKUZE

V současné době sledujeme vzrůstající povědomí o důležitosti hodnocení QoL, která se stává velmi aktuálním tématem nejen v obecné rovině, ale i ve specifických oblastech života. Jedním z klíčových okamžiků života žen je období klimakteria, které je často spojeno s výskytem stresové inkontinence. SUI v období klimakteria, často vede ke zhoršení celkového well-being, sociální izolaci a snížení sebevědomí. I v souvislosti se současným trendem stárnutí populace na našem území je zásadní, abychom si uvědomili tyto problémy a zaměřili se na poskytování podpory a vhodných léčebných strategií, které nejen minimalizují projevy stresové inkontinence, ale také zlepšují celkovou kvalitu života a pohodu žen v období klimakteria.

V rámci této diskuze budou porovnávány klíčové zjištění výzkumu s výsledky různých studií, které se zabývaly obdobnou problematikou.

KHQ je rozdělen do devíti domén. Jedná se o vnímání aktuálního zdravotního stavu, dopad inkontinence na život, omezení rolí, fyzické omezení, sociální omezení, osobní vztahy, emoce, spánek a energie, opatření při inkontinenci. Pro výpočet a vyhodnocení těchto domén byly použity speciálně vyvinuté vzorce odpovídající jednotlivým oblastem dotazníku KHQ. Tyto vzorce umožňují kvantifikovat a analyzovat různé aspekty života pacientů související s inkontinencí a poskytují podrobný pohled na její dopad na různé oblasti jejich života. Hodnoty skóre jednotlivých domén nabývá hodnot 0 (žádný vliv na QoL) až 100 (maximální vliv na QoL). Co se týče faktického průměru celkového skóre KHQ dotazníku bez použití vzorců jedná se o 49,67 bodu.

Očekávaně nejvyšší hodnota skóre získala doména „dopad inkontinence na život“, průměr celkového skóre byl 58,68. V tomto výzkumu dle průměrných hodnot respondentky dále za domény, které mají na jejich QoL největší vliv označily „omezení ve fyzických činnostech“ s průměrnou hodnotou skóre 49,83 a „omezení rolí (každodenní činnosti)“ s průměrnou hodnotou skóre 49,31. Ve výzkumu Grzybowski a Wydry (2016), kde sledovaly QoL žen s SUI a koitální inkontinencí, byla rovněž nejvyšší hodnota naměřena v doméně „dopad inkontinence na život“ s průměrnou hodnotou 80,7, následovaly „opatření při inkontinenci“, „omezení ve fyzických činnostech“ s průměrem 71,7 bodu a „omezení rolí (každodenní činnosti)“ s průměrnou hodnotou 68. Saboia et al. (2017) porovnávali hodnoty mediánů jednotlivých domén. V jejich výzkumu nejvyššího mediánu dosáhly ženy s SUI v doméně „dopad inkontinence na život“, hodnota mediánu byla 66,6 v našem výzkumu hodnota mediánu pro tuto doménu činila rovněž 66,6. Další v pořadí se umístil medián domény „vnímání

aktuálního zdravotního stavu“, který ve výzkumu Saboia et al. (2017) i v tomto výzkumu nabývá hodnoty 50.

V tomto výzkumu ženy za nejméně ovlivňující jejich život označily domény „opatření při inkontinenci“ s průměrem skóre 37,5, „sociální omezení“ s průměrným skóre 35,9 a „osobní vztahy“ s průměrnou hodnotou 29,96. Obdobné výsledky uvádí i Grzybowska a Wydra (2016), kteří jako dvě domény nejméně ovlivňující QoL uvedli „sociální omezení“ s průměrným skóre 40,4 a „osobní vztahy“ s průměrnou hodnotou 41,5. Co se týče mediánů Saboia et al. (2017) uvádí, jako 2 nejmenší hodnoty 11,1 a 16,6 v doménách „sociální omezení“ respektive „osobní vztahy“.

Z vyhodnocení dotazníku MRS byla z odpovědí respondentek zjištěna skutečnost, že z 11 vybraných symptomů klimakteria ženy nejvíce vnímají příznak „močové obtíže“, což koresponduje s výběrem respondentek do výzkumu, jelikož všechny ženy musely splnit podmínku diagnostikované stresové inkontinence. Celkové skóre pro tuto možnost činilo 238 bodů s průměrnou hodnotou 2,48. Dva další nejintenzivnější příznaky byly „poruchy spánku“ s průměrem 1,86 bodu a „návaly horka a pocení“ s průměrem 1,73 bodu. Na rozdíl od toho, ve výzkumech, kde ženy nemusely splňovat tuto podmínku, se ukázalo, že nejvíce vnímanými symptomy byly jiné. Výzkum provedený Pospíšilovou (2019) odhalil, že ženy nejčastěji vnímaly „poruchy spánku“ a „vyčerpání“ jako nejintenzivnější příznaky. Zatímco ve výzkumu Moravcové a Holé (2017) byly ženami nejvíce vnímanými příznaky označeny jako „srdeční obtíže“.

Gaislerová (2018) ve svém výzkumu uvádí, že respondentky pocítují nejmenší intenzitu obtíží v oblasti „suchost pochvy“ s tím nesouhlasí studie Pospíšilové (2019), v jejím výzkumu byly nejméně uváděny „močové obtíže“. Z vyhodnocení dotazníku MRS bylo zjištěno, že ženy zapojené do výzkumu za nejméně intenzivní považují „srdeční obtíže“ s celkovým skóre 128 bodu a průměrnou hodnotou 1,33 na respondentku. Druhé v pořadí byly „bolesti svalů a kloubů“ s průměrem 1,40 a se stejnou hodnotou „předrážděnost“. Ve výzkumu Moravcové a Holé (2017) byly za nejméně intenzivní označeny obtíže spojené s předrážděností.

Ve výzkumu byla průměrná hodnota celkového skóre MRS dotazníku 18,13 bodu, což poukazuje na to, že období klimakteria a jeho symptomy mírně zhoršují kvalitu života ženám zapojeným do výzkumu. Ve vzorku 96 žen zapojených do výzkumu, 64 respondentek (66,67%) získalo celkové skóre v rozmezí 16-30 bodů. U 32 respondentek (33,33%) bylo dosaženo celkové skóre 0-15 bodu, u těchto žen nelze hovořit o snížené kvalitě života, ale období

klimakteria a jeho příznaky je v životě mírně ovlivňují. Žádná respondentka nedosáhla skóre vyššího než 30 bodů, což koresponduje s výsledkem výzkumu Urbánkové (2016), kde také žádná žena nezískala skóre vyšší než 30 bodů. Na druhou stranu výzkum Moravcové (2014) uvádí průměrné skóre MRS dotazníku 12,8, což poukazuje na vysokou kvalitu života žen zapojených do výzkumu. S tím koreluje výzkum Pospíšilové (2019), která uvádí, že v jejím souboru 162 respondentek, celkem 97 žen (59,9%) se nacházelo v rozmezí 0–15 bodů. Do druhé skupiny zařadila 54 žen (33,33%) a ve skupině žen se sníženou kvalitou života uvedla celkem 11 respondentek (6,79%). Velmi podobné výsledky dosáhly i ve výzkumu Moravcová a Holá (2017), kterého se zúčastnilo 364 respondentek. Celkem 267 žen (73,35%) bylo v rozmezí 0-15 bodů, v rozmezí 16-30 bodů bylo 95 žen (26,10%) a v posledním rozmezí se nacházely 2 ženy (0,55%). Z tohoto lze vyvodit, že ženy, které se potýkají se stresovou inkontinencí a zároveň obdobím klimakteria hodnotí svoji kvalitu života v MRS dotazníku obecně hůře nežli ženy v ostatních výzkumech, které nemusely splňovat podmínku diagnostikované stresové inkontinence.

Cílem č. 1 diplomové práce bylo zjistit, zdali se liší vnímání poruch spánku v souvislosti se stresovou inkontinencí a obdobím klimakteria. Dle krabicového grafu je vnímání poruch spánku spojených se stresovou inkontinencí pro ženy zapojené do výzkumu více závažné než vnímání poruch spánku spojených s obdobím klimakteria. Hodnoty mediánu ze standardizovaných hodnot slouží jako indikátory tendence. Vyšší medián z KHQ dotazníku naznačuje závažnější vnímání poruch spánku v souvislosti se stresovou inkontinencí než s obdobím klimakteria. Pravděpodobně se jedná o psychosociální důsledky stresové inkontinence, které přispívají k zvýšenému vnímání závažnosti poruch spánku. Na druhou stranu Åström et al. (2021) ve svém výzkumu uvádí, že stresová inkontinence má na poruchy spánku menší vliv než ostatní typy inkontinence.

Dle krabicového grafu k cíli č. 2 a hodnot mediánů ze standardizovaných hodnot je vnímání depresivních nálad spojených se stresovou inkontinencí pro ženy o něco méně závažné než vnímání depresivních nálad spojených s obdobím klimakteria. Toto koreluje s tvrzením Sousa et al. (2020), kteří popisují, že ačkoliv se zdá, že klimakterium má přímý negativní vliv na náladu žen, ženy s inkontinencí měly vyšší pravděpodobnost rozvoje depresivních poruch. Kaur et al. (2021) ve svém výzkumu uvádí, že 100% inkontinentních žen udává depresivní nálady, které je ve 48 % považují za velmi závažné a ve 45% za středně závažné. S tím, že 57% žen zúčastněných ve výzkumu prožívaly období klimakteria. Sousa et al. (2020) došli ve své studii k závěru, že se neprokázala souvislost mezi inkontinencí a depresivními náladami u žen

v období klimakteria, ale odhalili horší kvalitu života v emocionálním aspektu u žen s inkontinencí. Předpokládají, že toto souvisí s věkem a intenzitou klimakterických symptomů.

Dle krabicového grafu cíle č. 3 a hodnot mediánů ze standardizovaných hodnot je vnímání sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí pro ženy více závažné než vnímání sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria. Grzybowska a Wydra (2016) ve svém výzkumu uvádí, že 65,35% žen se stresovou inkontinencí pociťuje únik moči při sexu, což negativně ovlivňuje jejich QoL spojenou se sexuální oblastí. V tomto výzkumu nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi vnímáním sexuálních obtíží spojených se stresovou inkontinencí a vnímáním sexuálních obtíží spojených s obdobím klimakteria, což koresponduje s výsledkem studie Grzybowski a Wydry (2016), kteří uvádí, že ženy se stresovou inkontinencí, které mají sexuální obtíže často popisují vaginální suchost, změny v uspokojení a změny sexuální chuti, které jsou spojeny s obdobím klimakteria. Na druhou stranu Ugurlucan et al. (2019) uvádí, že ženy v období klimakteria hodnotí hůře urogynekologické symptomy, právě proto, že frekvence uspokojení a sexuální chuť se sníží. Ve studii Frigerio et al. (2022) nalezneme závěr, že ženy se stresovou inkontinencí obecně jsou více nespokojeny se svým sexuálním životem než ženy s jakýmkoli jiným typem inkontinence. Hlavně proto, že SUI výrazně ovlivňuje koitální kontinenci, která ženy a jejich QoL spojenou se sexuální oblastí velmi ovlivňuje. Bostani Kholesi et al. (2020) ve své studii píše, že 36,28% žen v období klimakteria trpí nějakým typem sexuální dysfunkce, jako hlavní příčinu změny sexuálního chování žen označuje urogenitální atrofii a vaginální suchost.

Cílem č. 4 bylo zjistit, zdali se liší vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let. Dle krabicového grafu a hodnot průměr je vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí o něco málo vyšší u žen do 49 let než u žen ve věku 50 let a více. S tím, že průměr hodnot u žen do 49 let byl 50,19 bodu a u žen nad 50 let byla průměrná hodnota 49 bodu. Nejedná se o statisticky významný rozdíl. S tím koresponduje výzkum Retta et al. (2016), kde byly ženy s inkontinencí rozděleny do dvou skupin, první byla skupina žen v reprodukčním věku a ve druhé skupině ženy v postmenopauzálním období. Závěrem jejich studie bylo, že inkontinence negativně ovlivňuje QoL ženám v obou skupinách srovnatelně, liší se pouze v tom, jaká doména jejich věkovou kategorii více ovlivňuje. K obdobnému výsledku došli i ve studii Steibliena et al. (2020), kde uvádí, že zhoršená kvalita života je u všech věkových skupin srovnatelná a záleží na individuálních kompenzačních mechanismech.

V cíli č. 5 byl zjišťován rozdíl v míře vnímání obtíží spojených s obdobím klimakteria mezi ženami do 49 let a ženami ve věku 50 a více let. Dle krabicového grafu a hodnot průměr je vnímání obtíží spojených s obdobím klimakteria o něco málo vyšší u žen ve věku 50 let a více než u žen ve věku do 49 let. S tím, že průměrné celkové skóre MRS dotazníku žen do 49 let bylo 18 bodů a u žen nad 50 let 18,29 bodu. Nejedná se o statisticky významný rozdíl, avšak může to poukazovat na to, že ženy, které dle Koliby (2021) jsou již po menopauze hodnotí svoji kvalitu života spojenou s obdobím klimakteria mírně horší než ženy před menopauzou. Dle výzkumu Blümela et al. (2012) se riziko dosažení celkového skóre vyššího než 16 významně zvyšuje v postmenopauzálním období. Ve srovnání s ženami v premenopauze se u žen po menopauze riziko zvyšuje až 3 krát.

Dle krabicového grafu k cíli č. 6 a hodnot mediánů ze standardizovaných hodnot je vnímání obtíží spojených se stresovou inkontinencí (vyjádřené mediánem standardizovaných hodnot KHQ) a vnímání obtíží spojených s klimakteriem (vyjádřené mediánem standardizovaných hodnot MRS) podobně závažné. Jeden klíčový rozdíl ve vnímání zhoršení kvality života mezi stresovou inkontinencí a obdobím klimakteria spočívá v bezprostřednosti dopadu. Stresová inkontinence se svými hmatatelnými a často okamžitými dopady na každodenní činnosti může vést k zjevnějšímu vnímání zhoršení kvality života. Naproti tomu období klimakteria, charakterizovaný pozvolnějším nástupem symptomů, může mít za následek pomalejší rozpoznání jeho dopadu na celkový well-being.

Limity výzkumného šetření:

Výzkumné šetření má určitá omezení, která znemožňují zobecnění získaných dat na celou českou populaci. Prvním je zvolení místa sběru dat, kde se jedná o konkrétní urodynamickou ambulanci v Nemocnici Rychnov nad Kněžnou. Dále mohou být výsledky ovlivněny nezkoumanými proměnnými, jako jsou komorbidity, sociální postavení a finanční zabezpečení.

Doporučení pro další výzkum a klinickou praxi.

Různorodá podoba vlivu stresové inkontinence během klimakterického období na kvalitu života ženy vyžaduje komplexní a individualizovaný přístup k péči. Kromě zjevných fyzických symptomů nelze přehlédnout emocionální daň a sociální důsledky. Intervence zaměřené na zlepšení kvality života žen trpících stresovou inkontinencí by měly doplnit lékařem volené léčebné postupy a měly by zahrnovat psychologickou podporu a důslednou edukaci.

Zásadní je poskytnout ženám znalosti o stresové inkontinenci a klimakteriu, faktorech, které je ovlivňují, a o dostupných strategiích řešení potíží. Porodní asistentky, lékaři a všeobecné sestry by v tomto procesu měli hrát klíčovou roli tím, že by měli usilovat o otevřenou komunikaci, poskytovat léčebné plány na míru a řešit psychosociální aspekty stresové inkontinence a období klimakteria. Bylo by vhodné více zapracovat pohled pacientek do vývoje intervencí, aby bylo zajištěno uznání a řešení jedinečných potřeb a zkušeností žen během klimakterického období.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se pokusila proniknout do složitého vztahu mezi stresovou inkontinencí a obdobím klimakteria. Výsledky výzkumu poukázaly na hluboký dopad, který může mít stresová inkontinence na různé dimenze života ženy v této kritické fázi poznamenané hormonálními změnami a stárnutím. Fyzické, emocionální a sociální důsledky stresové inkontinence jsou spojeny se stresem a nízkým sebevědomím. To vše může vést k omezené společenské aktivitě a izolaci, která přispívá k podstatnému poklesu celkového well – being a kvality života žen nejen v období klimakteria. Důležitost pochopení těchto vlivů nám otevírá cestu k lepšímu diagnostikování, léčbě a podpoře žen trpících stresovou inkontinencí během klimakteria.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak se liší hodnocení kvality života v souvislosti se stresovou inkontinencí a obdobím klimakteria. Hodnocení tohoto problému je složité a jistě by bylo vhodné další komplexní šetření. Z výzkumu vyplývá, že rozdíly v hodnocení kvality života se projevují v různých oblastech. Největší rozdíly byly zaznamenány ve sledovaných doménách spánku a depresivních nálad. Tato zjištění jsou důležitá pro lékaře a nelékařské pracovníky, kteří se starají o ženy v období klimakteria trpící stresovou inkontinencí. Hodnocení spánku je klíčové, protože nedostatek kvalitního spánku může výrazně ovlivnit celkový stav ženy. Depresivní nálady pak mohou být jak příčinou, tak důsledkem stresové inkontinence a období klimakteria. Tyto poznatky nám poskytují náhled na komplexní povahu této problematiky a naznačují potřebu individualizovaného přístupu k léčbě.

V budoucnu by bylo vhodné provedení dalších výzkumů a hlubších analýz problému stresové inkontinence v období klimakteria. Tyto budoucí výzkumy by mohly pomoci lépe pochopit složitou otázku vlivu kvality života ženy na její postoje k léčbě. Tím, že bychom více dbali na zlepšení kvality života žen, které se potýkají se stresovou inkontinencí během klimakterického období, bychom jako zdravotníci mohli přispět ke komplexní a empatické zdravotní péči, která uznává a řeší holistický blahobyt jednotlivců. Konečným cílem je umožnit ženám, aby zvládly tuto náročnou fázi s důstojností a zlepšenou kvalitou života. Pro systém zdravotní péče je zásadní, aby poskytoval komplexní péči, která zahrnuje nejen lékařské ošetření, ale také emocionální podporu a vzdělávání. Tím, že prolomíme ticho kolem inkontinence a budeme ji řešit jako oprávněný zdravotní problém, můžeme jednotlivcům umožnit vyhledat pomoc beze strachu ze stigmatizace.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Abufaraj, M., Xu, T., Cao, C., Siyam, A., Isleem, U., Massad, A., Soria, F., Shariat, S. F., Sutcliffe, S., & Yang, L. (2021). Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005–2018. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(2), 166.e1–166.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.03.016>
- Alanazy, W., Rance, J., & Brown, A. (2019). Exploring maternal and health professional beliefs about the factors that affect whether women in Saudi Arabia attend antenatal care clinic appointments. *Midwifery*, 76, 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.012>
- Alas, A. N., Chinthakanan, O., Espaillet, L., Plowright, L., Davila, G. W., & Aguilar, V. C. (2016). De novo stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery in women without occult incontinence. *International Urogynecology Journal*, 28(4), 583–590. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3149-7>
- Al-Mukhtar Othman, J., Åkervall, S., Milsom, I., & Gyhagen, M. (2017). Urinary incontinence in nulliparous women aged 25–64 years: a national survey. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(2), 149.e1–149.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.104>
- Amarenco, G., Arnould, B., Carita, P., Haab, F., Labat, J. J., Richar F. (2003). European Psychometric Validation of the CONTILIFE®: A Quality of Life Questionnaire for Urinary Incontinence. *European Urology*, 43(4), 391–404. [https://doi.org/10.1016/s0302-2838\(03\)00054-x](https://doi.org/10.1016/s0302-2838(03)00054-x)
- Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42>
- Arribillaga, L., Ledesma, M., Montedoro, A., Grutadauria, G., Oulton, G., & Bengió, R. G. (2019). Clinical score predictive of abdominal leak point pressure (ALPP) <60 cm H₂O in the urodynamics study of women with stress urinary incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 237, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.02.016>
- Åström, Y., Asklund, I., Lindam, A., & Sjöström, M. (2021). Quality of life in women with urinary incontinence seeking care using e-health. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01477-0>

AUGS Consensus Statement: Association of Anticholinergic Medication Use and Cognition in Women With Overactive Bladder. (2017). 23(3), 177-178. doi:10.1097/SPV.0000000000000423

Barbosa, A. M. P., Marini, G., Piculo, F., Rudge, C. V. C., Calderon, I. M. P., & Rudge, M. V. C. (2013). Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal = Revista Paulista de Medicina*, 131(2), 95–99. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802013000100019>

Black, N., Griffiths, J., & Pope, C. (1996). Development of a symptom severity index and a symptom impact index for stress incontinence in women. *Neurourology and Urodynamics*, 15(6), 630–640. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6777\(1996\)15:6%3C630::aid-nau4%3E3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6777(1996)15:6%3C630::aid-nau4%3E3.0.co;2-g)

Blümel, J. E., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M. T., Flores, D., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J. A., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., & Onatra, W. (2012). Menopausal symptoms appear before the menopause and persist 5 years beyond: a detailed analysis of a multinational study. *Climacteric*, 15(6), 542–551. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.658462>

Bostani Khalesi, Z., Jafarzadeh-Kenarsari, F., Donyaei Mobarrez, Y., & Abedinzade, M. (2020). The impact of menopause on sexual function in women and their spouses. *African Health Sciences*, 20(4), 1979–1984. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i4.56>

Bozkurt, M., Yumru, A. E., & Şahin, L. (2014). Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 53(4), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2014.08.001>

Buendía Bermejo, J., Valverde Martínez, J. A., Romero Saiz, A., Ulla Díez, S. M., Cobo Rodrigo, A., & Martínez Vizcaíno, V. (2008). Validation of a menopause quality of life scale: The MENCAV scale. *Maturitas*, 59(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.10.010>

Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro*, 1(1), 14–22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>

Čepický, P. (Eds). (2018). *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha, Česká republika: Grada Publishing a.s.

- Dinç, A. (2017). Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 10(3), 303–307. <https://doi.org/10.1111/luts.12182>
- Djusad, S., Nizomy, I. R., Hakim, S., Priyatini, T., Moegni, F., Meutia, A. P., & Budi Iman Santoso. (2021). Incidence and characteristics of de novo stress urinary incontinence after pelvic organ prolapse vaginal repair. *Medical Journal of Indonesia*, 30(4), 245–249. <https://doi.org/10.13181/mji.oa.204163>
- Donát, J. (2018). Vazomotorické symptomy klimakterického syndromu – téma stále aktuální. *Klimakterická medicína*, 23(1), 5–9.
- Downey, A., & Inman, R. D. (2019). Recent advances in surgical management of urinary incontinence. *F1000Research*, 8, 1294. <https://doi.org/10.12688/f1000research.16356.1>
- Drábková, P. (2015). Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro Praxi*, 16(3), 127–129. Retrieved from <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>
- Elks, W., Jaramillo-Huff, A., Barnes, K. L., Petersen, T. R., & Komesu, Y. M. (2020). The Stress Urinary Incontinence in CrossFit (SUCCeSS) Study. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 26(2), 101–106. <https://doi.org/10.1097/spv.0000000000000815>
- Fait, T. (2022). Pravidla výběru hormonální léčby v klimakteriu a její alternativy. *Časopis lékařů českých*, 7-8(161), 309–313. Retrieved from <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2022-7-8-1/download?hl=cs>
- Fait, T., Sailer, M., & Regidor P. A. (2019). Prospective observational study to evaluate the efficacy and safety of the pollen extract Sérélys® in the management of women with menopausal symptoms. *Gynecological Endocrinology*, 35(4), 360–363. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09513590.2018.1538347>
- Falah-Hassani, K., Reeves, J., Shiri, R., Hickling, D., & McLean, L. (2021). The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 32(3), 501–552. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04622-9>
- Frigerio, M., Barba, M., Cola, A., Braga, A., Celardo, A., Munno, G. M., Schettino, M. T., Vagnetti, P., De Simone, F., Di Lucia, A., Grassini, G., & Torella, M. (2022). Quality of Life,

- Psychological Wellbeing, and Sexuality in Women with Urinary Incontinence—Where Are We Now: A Narrative Review. *Medicina*, 58(4), 525. <https://doi.org/10.3390/medicina58040525>
- Gaislerová, H. (2018). *Vliv menopauzy na kvalitu života žen* [Diplomová práce, Univerzita Pardubice]. Digitální knihovna Univerzity Pardubice. <https://dk.upce.cz/handle/10195/70538>
- Gari, A. M., Alamer, E. H. A., Almalayo, R. O., Alshaddadi, W. A., Alamri, S. A., Aloufi, R. S., & Baradwan, S. (2023). Prevalence of Stress Urinary Incontinence and Risk Factors among Saudi Females. *Medicina*, 59(5), 940. <https://doi.org/10.3390/medicina59050940>
- Greene, J. G. (1976). A factor analytic study of climacteric symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 20(5), 425–430. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(76\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(76)90005-2)
- Grzybowska, M. E., & Wydra, D. G. (2016). Coital incontinence: a factor for deteriorated health-related quality of life and sexual function in women with urodynamic stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 28(5), 697–704. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3185-3>
- Hakim, S., Santoso, B.I., Rahardjo, H.E., Setiati, S., Kusumaningsih, W. & Prihartono, J. (2023). The Risk Factor Associated with Stress Urinary Incontinence (SUI) Severity: a Cross-Sectional Multi-centered Study. *Bali Medical Journal*, 12(1), 631-635. <https://doi.org/10.15562/bmj.v12i1.4043>
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & de Villiers, T. J. (2012). Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362>
- Hebbar, S., Pandey, H., & Chawla, A. (2015). Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(3), 531. <https://doi.org/10.5455/2320-6012.ijrms20150301>
- Heydari, F., Motaghd, Z., & Abbaszadeh, S. (2017). Relationship between hysterectomy and severity of female stress urinary incontinence. *Electronic Physician*, 9(6), 4678–4682. <https://doi.org/10.19082/4678>
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G. H., Norton, P. G., & Dunn, E. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and

psychometric properties. *Maturitas*, 24(3), 161–175. [https://doi.org/10.1016/s0378-5122\(96\)82006-8](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(96)82006-8)

Hofmann, B. L., Schorge J. O., Bradshaw, L.M., Halvorson, L. M., Schaffer, J. I., & Corton, M. M. (Eds.). (2020). *Williams Gynecology*. 4. vydání. New York, NY: McGraw Hill Professional.

Horáčková, L. (2023, 28. října). *Kegelovy cviky – proč (ne)posilovat pánevní dno?* <https://www.aniball.cz/kegelovy-cviky-proc-neposilovat-panevni-dno-2/>

Horčička, L. (2017). *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. vyd. Praha, Česká republika: Mladá fronta a. s.

Horčička, L., Zachoval, R., Vlková, J., Moravčíková, D. & Topinková, E. (2021). Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha.

Hunter, M. M., Nakagawa, S., Van Den Eeden, S. K., Kuppermann, M., & Huang, A. J. (2016). Predictors of impact of vaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause*, 23(1), 40–46. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000482>

Hunter, M. (1992). The women's health questionnaire: A measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health, *Psychology & Health*, 7:1, 45-54. <https://doi.org/10.1080/08870449208404294>

Hutchings, H., Taylor, N., Anagha Remesh, & Rafferty, J. (2023). A study evaluating quality of life and factors affecting it before, during and after menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 289, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.08.373>

Hwang, E. C., Kim, S. O., & Kwon, D. D. (2017). Reproducibility of Leak Point Pressure in Female Stress Urinary Incontinence. *Urology journal*, 13(3), 2697–2701. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27351325/>

Christiansen, U. J., Hansen, M. J., & Finn Friis Lauszus. (2017). Hysterectomy is not associated with de-novo urinary incontinence: A ten-year cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 175–179. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.022>

- Christoffersen, N. M., Klarskov, N., Gradel, K.O., & Husby, K. R. (2023). Increased risk of stress urinary incontinence surgery after hysterectomy for benign indication—a population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 229(2), 149.e1–149.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.029>
- Imamura, M., Williams, K., Wells, M., & McGrother, C. (2015). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003505.pub5>
- Jenabi, E., Shobeiri, F., Hazavehei, S. M. M., & Roshanaei, G. (2015). Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review. *Oman Medical Journal*, 30(3), 151–156. <https://doi.org/10.5001/omj.2015.34>
- Jiang, X., & Kagan, R. (2021). Hormone therapy for postmenopausal osteoporosis management. *Climacteric*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1957818>
- Johannessen, H. H., Stafne, S. N., Falk, R. S., Stordahl, A., Wibe, A., & Mørkved, S. (2018). Prevalence and predictors of double incontinence 1 year after first delivery. *International Urogynecology Journal*, 29(10), 1529–1535. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3577-7>
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
- Kaur, T., Kumari, R., Sharma, J. B., Pandey, K., Uppal, B., & Deb, K. S. (2021). A Cross-sectional Case-control Study of Depression in Incontinent Women. *Journal of Mid-Life Health*, 12(2), 132–136. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_98_20
- Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(12), 1374–1379. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x>
- Koch, J. (2017). Cantienica® – Cvičební metoda pro tvarování postavy a správné držení těla. *Umění fyzioterapie: Pánevní dno*. 3. 57-63.
- Kokabi, R., & Yazdanpanah, D. (2017). Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study.

- Journal of the Chinese Medical Association*, 80(8), 498–502.
<https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.06.008>
- Koliba, P. (2021) Klimakterické problémy a jejich řešení v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, 18(2), 117-122. <https://doi.org/10.36290/med.2021.019>
- Kołodyńska, G., Zalewski, M., & Rożek-Piechura, K. (2019). Urinary incontinence in postmenopausal women – causes, symptoms, treatment. *Menopausal Review*, 18(1), 46–50. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.84157>
- Koo, S., Ahn, Y., Lim, J.-Y., Cho, J., & Park, H.-Y. (2017). Obesity associates with vasomotor symptoms in postmenopause but with physical symptoms in perimenopause: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0487-7>
- Kramná, P., & Vrublová, Y. (2016). Perineal trauma and its effect on the pelvic floor and urinary incontinence. *Profese On-Line*, 9(2), 24–32. <https://doi.org/10.5507/pol.2016.009>
- Kurugodiyavar, M. D., Madhavi Gajula, Bant, D. D., & Bathija, G. V. (2017). CLIMACTERIC SYNDROME: SYMPTOM PREVALENCE AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT, A PROXY OF HEALTH CARE SERVICES. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(7), 2377–2377. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20172827>
- Lau, H. H., Huang, W. C., & Su, T. H. (2017). Urinary leakage during sexual intercourse among women with incontinence: Incidence and risk factors. *PLOS ONE*, 12(5), e0177075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177075>
- Li, Y., He, H., Wang, J., Chen, Y., Wang, C.-Y., Li, X., Dai, A., Liu, Y., Xi, X., Huang, J., Zou, M., Yao Shan Fan, Zhou, M., Yi, P., Yu, L., & Lei, X. (2023). Effect of multidisciplinary health education based on lifestyle medicine on menopausal syndrome and lifestyle behaviors of menopausal women: A clinical controlled study. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1119352>
- Lim, R., Liong, M. L., Leong, W. S., Lau, Y. K., Khan, N. A. K., & Yuen, K. H. (2018). The Impact of Stress Urinary Incontinence on Individual Components of Quality of Life in Malaysian Women. *Urology*, 112, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.10.019>
- Liu, T., Chen, S. J., Mielke, G. I., McCarthy, A. L., & Bailey, T. G. (2022). *Effects of exercise on vasomotor symptoms in menopausal women: a systematic review and meta-analysis*. 25(6), 552–561. <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2097865>

- Mallah, F., Montazeri, A., Ghanbari, Z., Tavoli, A., Haghollahi, F., & Azimineko, E. (2014). Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life among Iranian Women. *Journal of family & reproductive health*, 8(1), 13–19. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064760/>
- Marcelissen, T., Anding, R., Averbek, M., Hanna-Mitchell, A., Rahnama'i, S., & Cardozo, L. (2019). Exploring the relation between obesity and urinary incontinence: Pathophysiology, clinical implications, and the effect of weight reduction, ICI-RS 2018. *Neurourology and Urodynamics*, 38(S5). <https://doi.org/10.1002/nau.24072>
- Matthews, C. A., Whitehead, W. E., Townsend, M. K., & Grodstein, F. (2013). Risk Factors for Urinary, Fecal or Dual Incontinence in the Nurses' Health Study. *Obstetrics and Gynecology*, 122(3), 539–545. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31829efbfff>
- Minassian, V. A., Bazi, T., & Stewart, W. F. (2017). Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 28(5), 687–696. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3314-7>
- Minassian, V. A., Hagan, K. A., Erekson, E., Austin, A. M., Carmichael, D., Bynum, J. P. W., & Grodstein, F. (2020). The natural history of urinary incontinence subtypes in the Nurses' Health Studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 163.e161–163.e168. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.023>
- Moravcová, M. & Holá, J. (2017). Využití elektronické formy dotazníku Menopause Rating Scale v rámci hodnocení kvality života postmenopauzálních žen. *Kontakt*, XIX/1, 13-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.01.008>
- Moravcová, M. (2014). *Hodnocení kvality života žen po menopauze* [Dizertační práce, Karlova univerzita Hradec Králové]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/63402/140037934.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moravcová, M., Ježek, S., Mareš, J., & Vachková, E. (2014). Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire – Preliminary notice. *Kontakt*, 16(2), e94–e101. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.005>
- Moreira, L. D. F., Oliveira, M. L. de, Lirani-Galvão, A. P., Marin-Mio, R. V., Santos, R. N. dos, & Lazaretti-Castro, M. (2014). Physical exercise and osteoporosis: effects of different types of exercises on bone and physical function of postmenopausal women. *Arquivos*

Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 58(5), 514–522. <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003374>

Mostafaei, H., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S., Salehi-Pourmehr, H., Ghojazadeh, M., Onur, R., & Oelke, M. (2020). Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis-a report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for evidence based medicine. *Neurourology and Urodynamics*, 39(4), 1063–1086. <https://doi.org/10.1002/nau.24342>

Nakayama, N., Tsuji, T., Aoyama, M., Fujino, T., & Liu, M. (2020). Quality of life and the prevalence of urinary incontinence after surgical treatment for gynecologic cancer: a questionnaire survey. *BMC Women's Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01012-7>

Ng, S. F., Lok, M. K., Pang, S. M., & Wun, T.K. (2014). Stress Urinary Incontinence in Younger Women in Primary Care: Prevalence and Opportunistic Intervention. *Journal of Womens Health*, 23(1), 65–68. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4382>

Obioha, K. C., Ugwu, E. O., Obi, S. N., Dim, C. C., & Oguanuo, T. C. (2015). Prevalence and predictors of urinary/anal incontinence after vaginal delivery: prospective study of Nigerian women. *International Urogynecology Journal*, 26(9), 1347–1354. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2690-0>

Otčenášek, M. (2017). Urogynekologie v přehledu pro fyzioterapeuty. *Umění fyzioterapie*, 3, 5-11.

Piškytlová, P. (2017). [Complications tension-free vaginal tape surgery]. *Česká gynekologie*, 82(3), 243–251.

Pizzoferrato, A.-C., Fauconnier, A., Fritel, X., Bader, G., & Dompeyre, P. (2017). Urethral Closure Pressure at Stress: A Predictive Measure for the Diagnosis and Severity of Urinary Incontinence in Women. *International Neurourology Journal*, 21(2), 121–127. <https://doi.org/10.5213/inj.1732686.343>

Pospíšilová, M. (2019). *Změny kvality života žen v období ovlivněném menopauzou* [Diplomová práce, Univerzita Pardubice]. Digitální knihovna Univerzity Pardubice. https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/74021/PospisilovaM_ZmenyKvality_MM_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Prokešová, M. (2017). Aktuální trendy v konzervativní léčbě pánevního dna z pohledu fyzioterapie. *Umění fyzioterapie*, 2(3), 19-31.
- Rett, M. T., Wardini, É. B., Santana, J. M. de, Mendonça, A. C. R., Alves, A. T., & Saleme, C. S. (2016). Female urinary incontinence: quality of life comparison on reproductive age and postmenopausal period. *Fisioterapia Em Movimento*, 29(1), 71–78. <https://doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.ao07>
- Romžová, M. (2014). Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro Praxi*, 15(5), 221–226. Retrieved from <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2014/05/05.pdf>
- Ruan, X., Cui, Y., Du, J., Jin, F., & Mueck, A. O. (2017). Prevalence of climacteric symptoms comparing perimenopausal and postmenopausal Chinese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 38(3), 161–169. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1244181>
- Ryšánková, M. (2018). Inkontinence-novinky a možnosti řešení v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, 15(5), 276-280. <https://doi.org/10.36290/med.2018.050>
- Saboia, D. M., Firmiano, M. L. V., Bezerra, K. de C., Vasconcelos, J. A., Oriá, M. O. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2017). Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 51, e03266. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>
- Santini, A. C. M., Santos, E. S., Vianna, L. S., Bernardes, J. M., Dias, A., Santini, A. C. M., Santos, E. S., Vianna, L. S., Bernardes, J. M., & Dias, A. (2019). Prevalence and factors associated with the occurrence of urinary incontinence during pregnancy. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(4), 967–974. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400013>
- Sharma, T., & Mittal, P. (2017). Risk Factors for Stress Urinary Incontinence in Women. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 4(10), 2031–2035. Retrieved from https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_1694_v1.pdf
- Shlain, I., Lavy, Y., Arbel, R., Shveiky, D., Woloski Wruble, A., & Liebergall-Wischnitzer, M. (2018). Urinary incontinence type, symptoms, and quality of life: A comparison between grand multipara and non-grand multipara women aged ≥ 50 years. *Japan Journal of Nursing Science*, 15(4), 309–317. <https://doi.org/10.1111/jjns.12200>

- Shokri, P., Kharaz, L., Talebian, N., Nasrin Borumandnia, Amir, S., & Shakhssalim, N. (2023). A systematic review and meta-analysis of complications of artificial urinary sphincters in female patients with urinary incontinence due to internal sphincter insufficiency. *BMC Urology*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-023-01274-x>
- Singh, A., & Pradhan, S. (2014). Menopausal symptoms of postmenopausal women in a rural community of Delhi, India: A cross-sectional study. *Journal of Mid-Life Health*, 5(2), 62. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.133989>
- Sipilä, S., Törmäkangas, T., Sillanpää, E., Aukee, P., Kujala, U. M., Kovanen, V., & Laakkonen, E. K. (2020). Muscle and bone mass in middle-aged women: role of menopausal status and physical activity. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 11(3), 698–709. <https://doi.org/10.1002/jcsm.1254>
- Sjögren, L. L., Mørch, L. S., & Løkkegaard, E. (2016). Hormone replacement therapy and the risk of endometrial cancer: A systematic review. *Maturitas*, 91, 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.05.013>
- Slezáková, L., Andréssová, M., Kaduchová, P., Roučová P. & Starošítková E. (2017). *Ošetřovatelsví v gynekologii a porodnictví*. 2. rozš. a přepr. vyd. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a. s.
- Sobotka, R., & Hanuš, T. (2019). Urodynamické vyšetření – indikace, provedení, interpretace. *Urologie pro Praxi*, 20(4), 175–182. Retrieved from <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2019/04/07.pdf>
- Sorel, M. R., Reitsma, H. J. B., Rosier, P. F. W. M., Bosch, R. J. L. H. R., & de Kort, L. M. O. (2016). Uroflowmetry in healthy women: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics*, 36(4), 953–959. <https://doi.org/10.1002/nau.23051>
- Sousa, C. P. C., Brito, L. G. O., Galvão-Moreira, L. V., Brito, H. O., Barroqueiro, R. B., Costa-Paiva, L. H., & Oliveira Brito, L. M. (2020). Urinary Incontinence in Climacteric Women With or Without Depressive Symptoms: A Cross-Sectional Study. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 27(2), e442–e447. <https://doi.org/10.1097/spv.0000000000000958>
- Steibliene, V., Aniuliene, R., Aniulis, P., Raskauskiene, N., & Adomaitiene, V. (2020). Affective Symptoms and Health-Related Quality of Life Among Women with Stress Urinary Incontinence: Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 16, 535–544. <https://doi.org/10.2147/ndt.s236234>

- Sun, S., Liu, D., & Jiao, Z. (2016). Coffee and caffeine intake and risk of urinary incontinence: a meta-analysis of observational studies. *BMC Urology, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12894-016-0178-y>
- Swift, S., Barnes, D., Herron, A., & Goodnight, W. (2010). Test–retest reliability of the cotton swab (Q-tip®) test in the evaluation of the incontinent female. *International Urogynecology Journal, 21*(8), 963–967. <https://doi.org/10.1007/s00192-010-1135-z>
- Szadowska-Szlachetka, Z., Stasiak, E., Leziak, A., Irzmańska-Hudziak, A., Łuczyk, M., Stanisławek, A., Ślusarska, B., & Domżał-Drzewicka, R. (2019). Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women. *Menopausal Review, 18*(4), 217–221. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.93113>
- Szymanski, L., & Bienstock, J. (2015). *Johns Hopkins Handbook of Obstetrics and Gynecology*. New York, NY: McGraw Hill Professional.
- Špaček, J., Jílek, P., & Kalousek, I. (2018). *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha, Česká republika: Mladá fronta.
- Tulokas, S., Maarit Mentula, Päivi Härkki, Brummer, T., Jyrki Jalkanen, T. Kuittinen, Juha Mäkinen, Jari Sjöberg, Eija Tomás, & Päivi Rahkola-Soisalo. (2022). Stress urinary incontinence after hysterectomy: a 10-year national follow-up study. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 305*(4), 1089–1097. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06378-z>
- Ugurlucan, F. G., Evruke, I., Yasa, C., Dural, O., & Yalcin, O. (2019). Sexual functions and quality of life of women over 50 years with urinary incontinence, lower urinary tract symptoms and/or pelvic organ prolapse. *International Journal of Impotence Research, 32*(5), 535–543. <https://doi.org/10.1038/s41443-019-0219-7>
- Urbánková, M. (2016). *Hodnocení kvality života žen po menopauze* [Diplomová práce, Univerzita Pardubice]. Digitální knihovna Univerzity Pardubice. https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/65039/UrbankovaM_HodnoceniKvality_MM_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- ÚZIS. (2021). ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY 2021. Praha, Česká republika. <https://www.uzis.cz/res/f/008435/zdrroccz2021.pdf>
- Veenhoven, R. (2014). Quality of Life (QOL), an Overview. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research, 5265–5269*. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2353

- Vitale, S. G., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., & Laganà, A. S. (2017). Sexual Life in Women with Stress Urinary Incontinence. *Oman Medical Journal*, *32*(2), 174–175. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.33>
- Wagner, T. H., Patrick, D. L., Bavendam, T. G., Martin, M. L., & Buesching, D. E. (1996). Quality of life of persons with urinary incontinence: Development of a new measure. *Urology*, *47*(1), 67–71. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(99\)80384-7](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(99)80384-7)
- Wang, R., Lefevre, R., Hacker, M. R., & Golen, T. H. (2015). Diabetes, glycemic control, and urinary incontinence in women. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, *21*(5), 293–297. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000193>
- Wood, L. N., & Anger, J. T. (2014). Urinary incontinence in women. *BMJ*, *349*(sep15 4), 4531–4531. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4531>
- Yin, S., Njai, R., Barker, L., Siegel, P. Z., & Liao, Y. (2016). Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. *Population Health Metrics*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0091-3>
- Yu, C.-J., Hsu, C.-C., Lee, W.-C., Chiang, P.-H., & Chuang, Y.-C. (2013). Medical diseases affecting lower urinary tract function. *Urological Science*, *24*(2), 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.urols.2013.04.004>
- Yu, L. C., Kaltreider, D. L., Hu, T., Igou, J. F., & Craighead, W. E. (1989). The ISQ-P Tool Measuring Stress Associated with Incontinence. *Journal of Gerontological Nursing*, *15*(2), 9–9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19890201-05>
- Zachoval, R., Krhut, J., Záměčník, L., Hanuš, T., & Čelko A. M. (2006). Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*, *6*, 286-296. Retrieved from: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>
- Zhang, L., Zhu, L., Xu, T., Lang, J., Li, Z., Gong, J., & Liu, X. (2015). A population-based survey of the prevalence, potential risk factors, and symptom-specific bother of lower urinary tract symptoms in adult Chinese women. *European Urology*, *68*(1), 97–112. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.12.012>
- Zhang, R. Q., Xia, M. C., Cui, F., Chen, J. W., Bian, X. D., Xie, H. J., & Shuang, W. B. (2021). Epidemiological survey of adult female stress urinary incontinence. *BMC Women's Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01319-z>

Živković, K., Živković, N., Župić, T., Hadžić, D., Mandić, V. & Orešković, S. (2016). EFFECT OF DELIVERY AND EPISIOTOMY ON THE EMERGENCE OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN: REVIEW OF LITERATURE. *ACTA CLINICA CROATICA*, 615–623. <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.04.12>

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AJ	a jiné
ATD	a tak dále
CNS.....	centrální nervový systém
ET AL.	a kolektiv
FSH	folikuly stimulující hormon
HRQoL.....	kvalita života související se zdravím
ICS	International Continence society
ISD.....	intrinsic sphincter deficiency
KHQ.....	The King's Health Questionnaire
LH	luteinizační hormon
MRS.....	The Menopause Rating Scale
NAPŘ.....	například
PVR.....	měřená postmikčního rezidua
QoL	kvalita života
SSRI.....	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
SUI.....	stresová inkontinence moči
TOT.....	transobturátová páska
TVT.....	tahuprostá páska (tension free vaginal tape)
VEX	vakuumextraktor
WHO.....	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Četnost respondentek – věk.....	43
Tabulka 2 - Četnost respondentek – nejvyšší dosažené vzdělání	43
Tabulka 3 - Četnost respondentek – rodinný stav.....	44
Tabulka 4 - Hodnocení aktuálního zdravotního stavu	44
Tabulka 5 - Ovlivnění života SUI.....	45
Tabulka 6 - Vliv SUI na každodenní činnosti.....	45
Tabulka 7- Vliv SUI na fyzické činnosti a sociální aktivity.....	46
Tabulka 8 - Vliv SUI na osobní vztahy	47
Tabulka 9 - Vliv SUI na emoce	48
Tabulka 10 - Vliv SUI na spánek a energii.....	49
Tabulka 11 - Vliv SUI na další aspekty života	49
Tabulka 12 - 1. část dotazníku MRS.....	50
Tabulka 13 - 2. část dotazníku MRS.....	51
Tabulka 14 - 3. část dotazníku MRS.....	52
Tabulka 15 - Celkové skóre MRS.....	53
Tabulka 16 - Cíl č. 1	54
Tabulka 17 - Cíl č.2	56
Tabulka 18 - Cíl č. 3	57
Tabulka 19 - Cíl č. 4	58
Tabulka 20 - Cíl č. 5	60
Tabulka 21 - Cíl č. 6	61

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1- Krabicový graf cíl č.1.....	55
Graf 2- Krabicový graf cíl č.2.....	56
Graf 3- Krabicový graf cíl č. 3.....	57
Graf 4- Krabicový graf cíl č. 4.....	59
Graf 5- Krabicový graf cíl č. 5.....	60
Graf 6 - Krabicová graf cíl č. 6.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Vyjádření Etické komise FZV UPOL	88
Příloha 2 – Vyjádření nemocnice.....	89
Příloha 3 – Dotazník	90
Příloha 4 – Souhlas prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D. MBA	94
Příloha 5 – Souhlas Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.....	95



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 149734/FZV-2023

Vážená paní
Bc. Marie Vrbová

2023-05-25

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 „**Stresová inkontinence moči v období klimakteria**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno



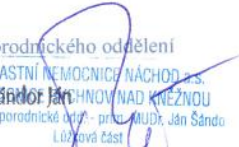
souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Mgr. Renáta Váverková
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Bc. Marie Vrbová
Vysoká škola, fakulta, katedra	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci Ústav porodní asistence
Studijní program Studijní obor/ročník	Intenzivní péče v porodní asistenci 1. ročník
Typ práce	Diplomová
Téma	Stresová inkontinence moči v období klimakteria
Jméno vedoucí práce, kontakt	Mgr. Štěpánka Bubeníková, Ph. D. stepanka.bubenikova@upol.cz
Soubor respondentů	-bude zvolena metoda záměrného výběru, přičemž mezi zařazovací kritéria výzkumného souboru žen bude diagnostikována stresová močová inkontinence a zároveň prožívání příznaků klimakteria -předpokládaný počet výzkumného souboru je 90 pacientek Urodynamické poradny Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou
Metodika výzkumu	Kvantitativní výzkum s metodou standardizovaného dotazníku Bude se jednat o standardizované dotazníky The King's Health Questionnaire a The Menopause Rating scale, které jsou přeloženy do českého jazyka.
Zahájení výzkumu	Červen 2023
Konec výzkumu	Listopad 2023
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 vědoma, že jsem vázána povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkala při provádění svého výzkumu a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: 
Vyjádření odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn*	Název: Oblastní nemocnice Náchod a.s – Nemocnice Rychnov nad Kněžnou Pracoviště: Urodynamická poradna – gynekologická ambulance S prováděním výzkumu souhlasím Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studentky v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studentky souhlasím Jméno: Mgr. Petra Zimová Pozice: Náměstkyně ošetrovatelské péče ON Rychnov nad Kněžnou Razítko a podpis:  Mgr. Petra Zimová Jméno: MUDr. Ján Šándor Pozice: primář Gynekologicko-porodnického oddělení Razítko a podpis:  MUDr. Šándor Ján 64 OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD a.s. 001 MUDr. Šándor Ján Gynekol.-porodnické odd.- prim. MUDr. Ján Šándor Léčebná část 603 Jiráskova 506, 516 03 Rychnov nad Kněžnou tel. 494 502 407, 41 IČO 26000202

Vážené respondentky,

jmenuji se Marie Vrbová a jsem studentkou magisterského studijního programu, oboru Intenzivní péče v porodní asistenci Fakulty zdravotnických věd univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás chtěla požádat o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s tématem: Stresová inkontinence moči v období klimakteria. Veškeré Vámi vyplněné informace budou podléhat anonymitě dle nařízení Evropského parlamentu o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů budou použity pouze v této práci.

Vyplnění dotazníku Vám zabere asi 15 minut.

Jedná se o 3 uzavřené otázky o Vašich základních demografických údajích. Dále se jedná o 21 otázek dotazníku The King's Health Questionnaire hodnotících kvalitu života člověka s inkontincí v posledních 14 dnech. Poslední část je dotazník The Menopause Rating Scale, který se skládá z 11 škálových otázek, týkajících se intenzity obtíží spojených s obdobím klimakteria.

Děkuji Vám za spolupráci a vynaložený čas. S pozdravem Marie Vrbová

Základní demografické údaje

1. Jaký je Váš věk?
 - a. <45
 - b. 45–49
 - c. 50–54
 - d. 55–59
 - e. 60–64
 - f. 65–69
 - g. >70
2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
 - a. Základní i nedokončené
 - b. Střední škola zakončená výučním listem
 - c. Střední škola zakončená maturitní zkouškou
 - d. Vyšší odborné
 - e. Vysokoškolské
3. Jaký je Váš Rodinný stav?
 - a. Svobodná
 - b. Vdaná
 - c. Rozvedená
 - d. Vdova

The King's Health Questionnaire

Odpovídejte na otázky podle toho, jak jste se cítil(a) během posledních 2 týdnů.

Jak byste popsal(a) v současnosti Váš celkový zdravotní stav?	Vyberte, prosím, jednu odpověď	Jak moc podle Vašeho názoru ovlivňují obtíže s močením Váš život?	Vyberte, prosím, jednu odpověď
velmi dobrý	<input type="checkbox"/>	vůbec ne	<input type="checkbox"/>
dobrý	<input type="checkbox"/>	trochu	<input type="checkbox"/>
přijatelný	<input type="checkbox"/>	středně	<input type="checkbox"/>
špatný	<input type="checkbox"/>	hodně	<input type="checkbox"/>
velmi špatný	<input type="checkbox"/>		

Dále jsou uvedeny některé každodenní činnosti, které mohou být problémy s močením ovlivněny. Jak moc ovlivňují problémy s močením Vás? Byli bychom rádi, kdybyste odpověděl(a) na všechny otázky. Odpovídejte podle toho, jak jste se cítil(a) poslední 2 týdny. Vyberte odpověď, která se pro Vás hodí nejvíce.

KAŽDODENNÍ ČINNOSTI	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Do jaké míry Vás problémy s močením omezují při provádění domácích prací (např. úklid, nakupování, drobné opravy atd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omezují Vás problémy s močením při práci nebo při běžných každodenních činnostech prováděných mimo domov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FYZICKÁ ČINNOST A SOCIÁLNÍ AKTIVITY	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Omezují Vás problémy s močením při provádění fyzických aktivit (např. procházky, běh, sport, cvičení, atd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omezují Vás problémy s močením v možnosti jezdit autobusem, autem, vlakem, letadlem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omezují Vás problémy s močením ve společenském životě?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omezují Vás problémy s močením v možnosti navštěvovat přátele nebo se s nimi setkávat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSOBNÍ VZTAHY	nelze použít	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Ovlivňují problémy s močením Váš partnerský vztah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovlivňují problémy s močením Váš sexuální život?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovlivňují problémy s močením Váš rodinný život?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Odpovídejte na otázky podle toho, jak jste se cítil(a) během posledních 2 týdnů.

EMOCE	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Cítíte se kvůli problémům s močením depresivní nebo skleslý(á)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocítujete kvůli problémům s močením obavy nebo nervozitu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítíte se kvůli problémům s močením nespokojený(á) sám(sama) se sebou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPÁNEK A ENERGIE	nikdy	někdy	často	stále
Narušují Vám problémy s močením spánek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítíte se kvůli problémům s močením vyčerpaný(á) nebo unavený(á)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JAK ČASTO PROVÁDÍTE NEBO PROŽÍVÁTE DÁLE UVEDENÉ ČINNOSTI NEBO SITUACE	nikdy	někdy	často	stále
Nosíte hygienické vložky (pleny), abyste se udržel(a) v „suchu“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dáváte si pozor, kolik tekutin vypijete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyměňujete si spodní prádlo, protože je mokré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obáváte se, že jste nepříjemně cítit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítíte se kvůli svým problémům s močovým měchýřem trapně?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: Zachoval a kol., 2006

Zachoval, R., Krhut, J., Záměčník, L., Hanuš, T., & Čelko A. M. (2006). Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*, 6, 286-296. Retrieved from: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>

The Menopause Rating Scale

Intenzita obtíží:

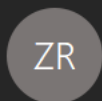
0 ŽÁDNÉ 1 MÍRNĚ 2 STŘEDNÍ 3 VÝRAZNĚ 4. NESNESITELNĚ

1. **Návaly horka, pocení** (občasné pocení) 0 1 2 3 4
2. **Srdeční obtíže** 0 1 2 3 4
(bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně)
3. **Poruchy spánku** 0 1 2 3 4
(potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku)
4. **Depresivní nálady** 0 1 2 3 4
(pocity smutku, pláčivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad)
5. **Předrážděnost** (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity) 0 1 2 3 4
6. **Úzkost** (vnitřní roztěkanost, pocity paniky) 0 1 2 3 4
7. **Vyčerpání** 0 1 2 3 4
(pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání)
8. **Sexuální obtíže** (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení) 0 1 2 3 4
9. **Močové obtíže** 0 1 2 3 4
(obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení)
10. **Suchost pochvy** 0 1 2 3 4
(pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)
11. **Bolesti svalů a kloubů** (bolesti kloubů, revmatické potíže) 0 1 2 3 4

Zdroj: Moravcová a kol., 2014

Moravcová, M., Ježek, S., Mareš, J., & Vachková, E. (2014). Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire – Preliminary notice. *Kontakt*, 16(2), e94–e101. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.05.005>

RE: King's health questionnaire




Zachoval Roman, prof. MUDr. Ph.D. <roma

Komu Marie Vrbová



21.09.2023

 Zpracovat. Začít: čtvrtek 21. září 2023. Splnit do: čtvrtek 21. září 2023.

Vážená paní Vrbová,

souhlasím.

S pozdravy,
R Zachoval

From: Marie Vrbová <budnik@seznam.cz>

Sent: Thursday, September 21, 2023 8:58 AM

To: Zachoval Roman, prof. MUDr. Ph.D. <roman.zachoval@ftn.cz>

Subject: King's health questionnaire

Vážený pane profesore,

nyní studuji 2. ročník Intenzivní péči v porodní asistenci na UPOL a chtěla bych využít ve své diplomové práci (Stresová inkontinence v klimakteriu-prozatímní název) dotazník king's health questionnaire. Tedy českou verzi tohoto dotazníku. Tímto bych chtěla požádat o souhlas s použitím tohoto dotazníku.

Hezký den,

Bc. Marie Vrbová


Re: Menopause rating scale



Moravcova Marketa <Marketa.Moravcova@upce.cz>
Komu Marie Vrbová



21.09.2023

 Zpracovat. Začít: čtvrtek 21. září 2023. Splnit do: čtvrtek 21. září 2023.

Dobrý den, zdravím Vás. Ať se Vám práce vydaří a ano, máte můj souhlas s využitím, pouze s jasnou podmínkou citování mých publikací. Mějte se hezky M. Moravcová

Zasláno z [Outlooku pro Android](#)

From: Marie Vrbová <budnik@seznam.cz>
Sent: Thursday, September 21, 2023 8:53:38 AM
To: Moravcova Marketa <Marketa.Moravcova@upce.cz>
Subject: Menopause rating scale

Vážená paní doktorko,
nyní studuji 2. ročník Intenzivní péči v porodní asistenci na UPOL a chtěla bych využít ve své diplomové práci (Stresová inkontinence v klimakterii-prozatímní název) dotazník Menopasuse rating scale. Tedy českou verzi tohoto dotazníku. Tímto bych chtěla požádat o Vaš souhlas s použitím tohoto dotazníku.
Hezký den,
Bc. Marie Vrbová