

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Centrum vědy a výzkumu

Petra Pičmanová

Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí

Disertační práce

Školitel: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Olomouc 2023

Anotace disertační práce

Název práce v ČJ: Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Název práce v AJ: Quality of life of women with stress urinary incontinence.

Datum zadání: 2012–09–06

Datum odevzdání: 2023–05–25

Vysoká škola, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Centrum vědy a výzkumu

Hněvotínská 3, 775 15, Olomouc

Autor práce: Mgr. Petra Pičmanová

Školitel: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Oponenti:

.....

Rozsah práce: 163 s., 8 příloh

ABSTRAKT

Název práce: Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Úvod: S močovou inkontinencí se během svého života setkala, či se s ní potýká, téměř každá druhá žena v populaci. Močová inkontinence je stále častěji skloňovaným tématem, ačkoliv u ne mála žen, ale i mužů, je na ni stále pohlíženo jako na tabuizované téma, o kterém se nezmiňují a pociťují stud. Močová inkontinence dlouhodobě a komplexně negativně ovlivňuje kvalitu života jedince, a proto jsem se daným tématem začala zabývat v rámci předkládané disertační práce. Do teoretické části byla zahrnuta charakteristika kvality života obecná i související s močovou inkontinencí. Byly zařazeny generické i specifické nástroje hodnocení kvality života. Taktéž byla zařazena kapitola věnovaná ženské stresové močové inkontinenci, jejím diagnostice a léčbě.

Cíle: Hlavním cílem výzkumné části disertační práce bylo zjistit, jakým způsobem stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen před chirurgickým zákrokem pomocí implantace pásky Transobturator tape (TVT) či Tensionfree Vaginal Tape (TOT) a 3 měsíce po operaci. Dílčími cíli bylo pomocí dotazníku The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) a 36-Item Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36) srovnat kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po chirurgickém zákroku a taktéž zjistit vztah mezi vybranými parametry ovlivňující kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Metodologie: V období leden–prosinec 2021 proběhl sběr dat u žen se stresovou močovou inkontinencí na třech místech v Olomouci: Porodnicko-gynekologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc, Gynekologické centrum G-Centrum a v Gynekologické centrum Neumed. Do výzkumu bylo zařazeno celkem 142 žen ve věku 18–65 let. Průměrný věk zkoumaných žen byl 51,6. Byly porovnány tytéž ženy v rozmezí 3 měsíců. Ke zkoumání kvality života byl použit specifický dotazník IQOL ke zjištění kvality života žen s inkontinencí moči a dále pak generický dotazník SF-36 pro hodnocení celkové kvality života. Pro zpracování dat byl použit tyto testy: Wilcoxonův test, Spearmanův pořadový korelační koeficient, párový t-test, Kruskalova–Wallisova ANOVA. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti 0,05.

Výsledky: Výzkumným šetřením bylo 3 měsíce po operačním zákroku zjištěno významné zlepšení kvality života žen, průměr celkové hodnotící škály hodnocené dotazníkem IQOL před léčbou činil 39,8; zatímco průměr celkové hodnotící škály

po léčbě byl 59,8. Statisticky významné zvýšení bylo prokázáno i u všech subškál dotazníku IQOL. U obecného dotazníku SF–36 bylo zjištěno, že kvalita života žen se statisticky významně zvýšila ve všech oblastech života kromě domény značící „emoční pohodu“. Dále bylo prokázáno, že po chirurgické léčbě mají ženy statisticky významně vyšší průměrnou hodnotu skóre dotazníku SF–36 hodnotící kvalitu života (80,41) než před chirurgickou léčbou (67,98).

Závěr: Zjištěné výsledky disertační práce poukazují na to, že zaměřit se na sledování a měření kvality života žen trpících jakoukoliv formou močové inkontinence je důležité z hlediska poskytování celistvé péče o ženu jako bio–psycho–sociální bytost se svými potřebami. Podle zjištěných údajů se pouze asi jedna třetina žen trpících močovou inkontinencí odváží z důvodu studu, strachu z neznámého či předsudků o svém problému říct blízké rodině či přátelům a následně vyhledat odbornou pomoc. Rozšíření celosvětové osvěty a otevřená komunikace ze strany zdravotnického týmu o tomto palčivém tématu pomůže zlepšit osvětu obyvatelstva s důrazem na prevenci onemocnění, sníží se tak i finanční náklady na poskytovanou konzervativní či chirurgickou léčbu alepší se celková kvalita života žen s močovou inkontinencí.

Klíčová slova: žena, močová inkontinence, stresová močová inkontinence, kvalita života, tahuprostá vaginální páska (TVT), transobturátorová páska (TOT), dotazníky, IQOL, SF–36

ABSTRACT

Thesis title: Quality of life of women with stress urinary incontinence.

Introduction: Almost every second woman in the population has encountered or is dealing with urinary incontinence during her lifetime. Urinary incontinence is an increasingly frequent topic, although not a few women, but also men, still see it as a taboo topic, which they do not mention and feel ashamed of. Urinary incontinence has a long–term and complex negative impact on an individual’s quality of life, which is why I started to deal with this topic as part of my dissertation work. The theoretical part included characteristics of quality of life assessment tools were included. A chapter devoted to female stress urinary incontinence, its diagnosis and treatment was also included.

Goals: The main goal was to find out how stress urinary incontinence affects the quality of life of women before surgery using Transobturator tape or Tensionfree Vaginal Tape

implantation and after tape implantation (TVT/TOT tape) and 3 months after surgery. The sub-goals were to use The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) and 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) questionnaires to compare the quality of life of women with stress urinary incontinence before and after surgery and also to determine the relationship between selected parameters affecting the quality of life of women with stress urinary incontinence.

Methodology: In the period January–December 2021, data collection took place in women with stress urinary incontinence at three locations in Olomouc, namely at the Obstetrics and Gynecology Clinic of the University Hospital in Olomouc, the Gynecology Center G-Centrum and the Gynecology Center Neumed. A total of 142 women aged 18–65, were included in the research. The same women were compared at intervals of 3 months. To examine the quality of life, the generic SF-36 questionnaire was used to assess the quality of life, and then the specific The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) was used to determine the quality of life of women with urinary incontinence. Wilcoxon test, Spearman rank correlation coefficient, Paired t-test, Kruskal–Wallis ANOVA were used for data processing. All tests were performed at the 0,05 level of statistical significance.

Results: The research investigation found 3 months after surgery a significant improvement in the quality of life of women, the mean of the total rating scale before treatment was 39.8, while the mean of the total rating scale after treatment was 59.8. A statistically significant increase was also demonstrated for all subscales of the IQOL questionnaire. With the SF-36 questionnaire, it was found that women's quality of life increased statistically significantly in all areas of life except for the domain indicating "emotional well-being". Furthermore, it was found that after surgical treatment, women have a statistically significantly higher average score of the SF-36 questionnaire evaluating the quality of life (80,41), than before surgical treatment (67,98).

Conclusion: The results of the dissertation show that focusing on monitoring and measuring the quality of life of women suffering from any form of urinary incontinence is important from the point of view of providing holistic care for a woman as a biological, psychological, and social being with her own needs. According to the obtained data, only about one third of women suffering from urinary incontinence dare to tell close family or friends about their problem due to shame, fear of the unknown or prejudice and then seek professional help. Expanding global awareness and open communication on the part of the healthcare team about this burning topic will help

improve the education of the population with an emphasis on disease prevention, thus reducing the financial costs of conservative or surgical treatment provided and improving the overall quality of life of women with urinary incontinence.

Key word: female, urinary incontinence, stress urinary incontinence, quality of life, tensionfree vaginal tape (TVT), transobturator tape (TOT), questionnaire, IQOL, SF-36

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	9
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM GRAFŮ	13
ÚVOD	16
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	17
1.1 Kvalita života	19
1.1.1 Definice pojmu kvalita života	19
1.1.2 Kvalita života ve zdravotnictví	22
1.1.3 Kvalita života a močová inkontinence.....	25
1.1.4 Měřicí nástroje kvality života	27
1.1.4.1 Generické nástroje měření kvality života.....	28
1.1.4.2 Specifické nástroje měření kvality života.....	33
1.2 Močová inkontinence	38
1.2.1 Definice pojmu močová inkontinence	38
1.2.2 Prevalence močové inkontinence.....	40
1.2.3 Rizikové faktory pro vznik močové inkontinence	41
1.2.4 Mechanismus kontinence u ženy	43
1.2.5 Typy močové inkontinence	44
1.2.6 Stresová močová inkontinence.....	45
1.2.6.1 Příčiny vzniku stresové močové inkontinence.....	45
1.2.6.2 Typy stresové močové inkontinence.....	47
1.2.6.3 Diagnostika stresové močové inkontinence.....	47
1.2.6.4 Léčba stresové močové inkontinence.....	55
1.3 Dohledané studie k teoretickým východiskům	63
2 CÍL, DÍLČÍ CÍLE A HYPOTÉZY	83

3 METODIKA VÝZKUMU	85
3.1 Charakteristika souboru.....	85
3.2 Měřicí nástroje.....	86
3.3 Dotazníkové šetření a výběr zdravotnických zařízení.....	89
3.4 Sběr dat.....	89
3.5 Etická hlediska.....	90
3.6 Organizace a etapy výzkumu.....	90
3.7 Pilotní studie.....	91
3.8 Statistické zpracování dat	91
4 VÝSLEDKY	96
4.1 Hodnocení kvality života před a po chirurgickém zákroku	96
4.2 Vztah jednotlivých domén dotazníku IQOL a SF-36 ke kvalitě života žen se se stresovou močovou inkontinencí	100
5 DISKUSE	111
DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKOU PRAXI	120
ZÁVĚR	122
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	126
PUBLIKAČNÍ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST	144
SEZNAM PŘÍLOH	146

SEZNAM ZKRATEK

ALB	Avoidance and Limiting Behavior
AQoL-8D	Assessment of Quality of Life-Eight Dimension
BCS	Body Cathexis Scale
BF-LUTS	Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms-Scored From
BICS-Q	Barriers to Incontinence Care Seeking Questionnaire
BP	Bodily Pain
BMI	Body Mass Index
EuroQoL	European Quality of Life
GH	General Health
GMP	Grand multipara
HADS	Hospital Anxiety Scales
HT	Reported Health Transition
HRQOL	Health Related Quality of Life
ICS	International Continence Society
ICIQ-UI	International Consultation on Incontinence Questionnaire
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form
IIQ	Incontinence Impact Questionnaire
IIQ-7	Incontinence Impact Questionnaire-7
ISD	Intrinsic Sphincter Deficiency
ISI	The Incontinence Severity Index
IQOL	Incontinence Quality of Life
KHQ	King's Health Questionnaire
MeSH	Medical Subject Headings
MH	Mental Health
MIXED	Mixed Urinary Incontinence

NGMP	Non-grand multipara
NHP	Nottingham Health Profile
OAB-q-the	Overactive Bladder Questionnaire
PF	Physical Functioning
PGI	The Patient-Generated Index
PGI-S	The Patient Global Impression of Improvement Questionnaire
PISQ-12	Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12
PS	Psychosocial Impacts
PSQI	The Pittsburgh Sleep Quality Index
PVS	Pubovaginal Sling
QOL	Quality of Life
RE	Emotional
RP	Physical
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale
SE	Social Embarrassment
SF	Social Functioning
SUI	Stress Urinary Incontinence
SF-36	36-Item Health Survey Questionnaire
SIP	Sickness Impact Profile
SSRQ	Satisfaction with Sexual Relationship Questionnaire
TOT	Transobturator Tape
TVT	Tension Free Vaginal Tape
TVT-O	Tension Free Vaginal Transobturator Tape
TVT-S	Tension Free Vaginal Tape Secur
UDI	The Urogenital Distress Inventory
UDI-6	The Urogenital Distress Inventory-Short Form
UI	Urinary incontinence

UII	Urgent Urinary Incontinence
VT	Vitality
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life
WHO	World Health Organisation

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Věk (roky).....	86
Tabulka 2. Četnostní tabulka.....	86
Tabulka 3. Demografické údaje.....	86
Tabulka 4. Odhad velikosti vzorku.....	93
Tabulka 5. Distribuce sledovaných domén před a po chirurgické léčbě.....	95
Tabulka 6. Porovnání kvality života žen před a po chirurgické léčbě (IQOL).....	97
Tabulka 7. Porovnání kvality života žen před a po chirurgické léčbě (domény SF-36)...	99
Tabulka 8. Porovnání kvality života žen před a po chirurgické léčbě (SF-36).....	100
Tabulka 9. Vztah proměnných před chirurgickou léčbou.....	101
Tabulka 10. Vztah proměnných po chirurgické léčbě.....	102
Tabulka 11. Vztah mezi škálami dotazníku IQOL a SF-36 a věkem před a po chirurgické léčbě.....	104
Tabulka 12. Vztah mezi škálami dotazníku IQOL a SF-36 a věkem.....	106
Tabulka 13. Vztah mezi škálami dotazníku IQOL a SF-36 a vzděláním.....	108
Tabulka 14. Vztah rodinného stavu s doménami dotazníku IQOL a SF-36.....	110
Tabulka 15. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a moravských žen.....	115
Tabulka 16. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a čínských žen.....	116
Tabulka 17. Porovnání průměrného skóre domén dotazníku SF-36 mezi tureckými a českými ženami po chirurgické léčbě.....	118

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Distribuce hodnot škály celkového skóre kvality života dotazníku IQOL (Total IQOL) před a po chirurgické léčbě.....	97
Graf 2. Distribuce hodnot domény Fyziologické funkce před a po chirurgické léčbě.....	99
Graf 3. Vztah proměnných po chirurgické léčbě.....	103
Graf 4. Závislost velikosti zlepšení domény Vyhýbavé chování (ALB) na věku.....	107
Graf 5. Distribuce hodnot změn domény Sociální funkce.....	109
Graf 6. Kvalita života před a po chirurgické léčbě v Číně, Korei a ČR.....	114
Graf 7. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a moravských žen.....	115
Graf 8. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a čínských žen.....	116

Prohlášení

Disertační práce je duševním vlastnictvím Mgr. Petry Pičmanové a podléhá právní ochraně podle § 2 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně pod vedením školitele prof. MUDr. Martina Procházky, Ph.D. a všechny literární zdroje, které jsem použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci, 25. května 2023

.....

podpis

Poděkování

Moc děkuji prof. MUDr. Martinovi Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení disertační práce a jeho cenné rady. Děkuji rovněž MUDr. Davidovi Neubertovi, Ph.D. a doc. PaedDr. Miroslavu Kopeckému, Ph.D. za odborné konzultace. Dále děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za odborné konzultace v oblasti statistiky. Děkuji taktéž všem klientkám, které se zapojily do výzkumného šetření

ÚVOD

Močová inkontinence u žen je v dnešní době častý problém. Jedná se spíše o soubor příznaků různé příčiny než o onemocnění v pravém smyslu slova (Martan et al., 2006, s. 11). Obecně se více vyskytuje u ženského pohlaví a procento stoupá s přibývajícím věkem. Více jak 51 % žen v dotazníkových šetřeních udává zkušenost právě s močovou inkontinencí různého druhu a stupně, až 16 % žen udává dokonce závažné problémy ve spojení s močovou inkontinencí (Brod'ák et al., 2007, s. 268).

Močová inkontinence není život ohrožující stav, ale má velmi negativní vliv na vnímání kvality života jedince, taktéž ovlivňuje či dokonce mění běžné každodenní aktivity daného člověka. Zasahuje do osobních, pracovních i volnočasových aktivit (Mota et al., 2017, s. 22). Autor Pizzol et al. (2021, s. 26) uvádí, že není jednoduché určit přesnou prevalenci. Tvrdí, že se za svůj život s příznaky močové inkontinence různého typu a stupně potká jedna osoba ženského či mužského pohlaví ze čtyř. Mnoho lidí, zejména žen, přikládá tyto potíže přirozenému procesu stárnutí či poporodním změnám a ve spojení s pocitem hanby jej neřeší, přehlížejí jej nebo skrývají, což vede k výraznému ovlivnění dosavadního života, jak po psychické, tak fyzické stránce (Pizzol et al., 2021, s. 26). Tento stav má výrazný vliv na celkovou kvalitu jejich života (Krhut et al., 2018, s. 1925).

Stresová močová inkontinence je nejčastějším typem močové inkontinence (Brod'ák et al., 2007, s. 268) a je vnímána jako závažný společenský problém. V posledních desítkách let se odborníci věnují pečlivému studiu zmiňované problematiky (Smažinka et al., 2015, s. 197).

Martan et al. (2006, s. 56) uvádí, že *„močová inkontinence stresového typu se vyskytuje v průměru u téměř 50 % inkontinentních žen, přesto lékařskou pomoc vyhledá méně než polovina z nich.“* Ženy zdravotní problém často vůbec neřeší, myslí si, že vše zvládnou pomocí používání inkontinenčních pomůcek. Často také odsouvají návštěvu lékaře z důvodu studu, často se bojí i samotného chirurgického zákroku (Martan et al., 2006, s. 56).

Hlavním cílem této disertační práce bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje stresová močová inkontinence kvalitu života žen s tímto onemocněním, porovnat kvalitu života před zahájením chirurgické léčby pomocí tahuprosté pásky a po implantaci pásky za 3 měsíce. Respondentky, které souhlasily se zařazením do studie, vyplnily obecný dotazník SF-36 a specifický dotazník IQOL zabývající se kvalitou života u močové inkontinence.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Teoretická východiska byla v disertační práci rozdělena na tři oblasti: kvalita života, močová inkontinence a dohledané studie, které korespondují s teoretickou částí disertační práce.

V kapitole Kvalita života jsme se zabývali definicí pojmu kvalita života, kvalitou života ve zdravotnictví a kvalitou života cílenou na ženy s močovou inkontinencí. Součástí kapitoly jsou specifické a generické nástroje pro hodnocení kvality života.

Druhá kapitola byla věnována močové inkontinenci, její definici, prevalenci a rizikovým faktorům. Podrobněji byla zpracována stresová močová inkontinence, její příčiny vzniku, rizikové faktory, diagnostika a léčba.

Třetí kapitolou teoretické části byla interpretace dohledaných studií, které se věnují kvalitě života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Níže je krátce popsána rešeršní strategie předkládané disertační práce.

REŠERŠNÍ STRATEGIE

Pro zadanou disertační práci byly použity jako hlavní zdroj informací studie publikované v českých i zahraničních vědeckých publikacích. Této fázi předcházelo prostudování odborné literatury, která se vztahuje se k těmto oblastem:

Kvalita života

- Fayers, P. M., & Machin D. (2016). *Quality of Life: The assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes*. 3rd edition, Chichester, UK: Wiley Blackwell.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s.
- Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Triton.
- Rapley, M. (2008). *Quality of Life Research: A critical introduction*. London: Sage publication.

Inkontinence moči u žen

- Horčíčka, L. et al. (2017). *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta.
- Čepický, P. et al. (2018). *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Procházka, M., et al. (2020). *Porodní asistence. Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Maxdorf Jesenius.
- Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing a.s.

Struktura teoretické části disertační práce směřovala od obecných teoretických poznatků k podrobnějším poznatkům výzkumu v oblasti kvality života u žen se stresovou močovou inkontinencí.

Pro tvorbu teoretických východisek předkládané práce byly použity rešeršní dohledané publikované odborné zdroje. Vyhledávání dat bylo učiněno z dostupných elektronických informačních zdrojů Univerzity Palackého, konkrétně v databázích PubMed, ProQuest, EBSCO, Ovid, a také užití vyhledávače Google Scholar.

Po ověření si správnosti zadávání klíčových slov pomocí Medical Subject Headings (MeSH) byly použity tyto klíčová slova v českém jazyce: žena, močová inkontinence, stresová močová inkontinence, kvalita života, transobturátorová páska (TOT), tahuprostá vaginální páska (TVT), dotazníky, IQOL, SF-36 a tyto klíčová slova v anglickém jazyce: urinary incontinence stress, female, quality of life, questionnaires, IQOL, SF-36, TVT, TOT a jejich kombinace pomocí booleovských operátorů AND, OR, NOT se zaměřením na vyhledání v titulech a abstraktech publikovaných zdrojů v anglickém, českém a slovenském jazyce za vyhledávací období 2013–2023. K třídění dohledaných zdrojů byla stanovena vyřazovací kritéria ve formě duplicitních citací a plný text dohledaný v jiném než anglickém, českém nebo slovenském jazyce. Tato kritéria byla využita v počáteční fázi analýzy dohledaných na nastudování obsahu jednotlivých abstraktů.

V dalším kroku rešeršní strategie byly dohledány všechny pro disertační práci vhodné plnotexty, které splňovaly výše zmiňovaná kritéria pro zařazení do souboru zdrojů pro následnou tvorbu teoretické části disertační práce. Pomocí komparace obsahu

dohledaných plnotextů byly použity vhodně aplikovatelné informace pro tvorbu jednotlivých kapitol, podkapitol a taktéž v diskusi disertační práce.

1.1 Kvalita života

Kapitola se zabývá důležitým aspektem kvality života. Na následujících stranách jsou shrnuty teoretické poznatky v rámci podkapitol věnované oblasti obecné kvality života, kvalitě života ve zdravotnictví a byla popsána i kvalita života ve vztahu k močové inkontinenci. Součástí kapitoly jsou měřicí nástroje (obecné i generické), které se používají k hodnocení kvality života u žen se stresovou močovou inkontinencí.

1.1.1 Definice pojmu kvalita života

Pojem kvalita se ve slovníku spisovného jazyka českého vyjadřuje jako jakost, hodnota (Slovník spisovného jazyka českého, 2011). Kvalita života je velmi často spojována se zdravím. Jednou z nejranějších obecných definic kvality života pochází již z dob Aristotela (384–322 př. n. l.) „dobrý život“ či „dobré žití“ znamená to stejné jako „být šťastný“ (Fayers et al., 2016, s. 6). Na přelomu tisíciletí se začaly studiem kvality života věnovat rozsáhlé vědecké týmy z celého světa. Všichni hledají faktory napomáhající „dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí“ (Hnilicová et al., 2005, s. 657).

Kvalita života je podle WHOQOL Group to, jak jedinec „vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (WHOQOL, 1995, s. 1403). Liu et al. (1975, s. 1) uvádí, že slovní spojení „kvalita života“ ve spojení se slovem „chci“ tvoří to, co činí jedince šťastným či spokojeným.

Pojem kvalita života může být označován jako „uspokojení individuálních hodnot, cílů a potřeb jednotlivce prostřednictvím aktualizace jejich schopností nebo životního stylu“ (Emerson et al., 1985, s. 282). Obecné pojetí smyslu „kvalita života“ se liší člověk od člověka, ovlivňuje ji místo i čas (Liu et al., 1975, s. 1). Rozsah kvality života v různých

oblastech je tedy u každého jedince ovlivněn faktorem důležitostí pro daného jedince a jejich využitím (Payne et al., 2005, s. 209).

Obecný termín „*kvalita života*“ je zmiňován již od 20. let 20. století (Payne et al., 2005, s. 205). V současnosti je velmi skloňovaným pojmem, kterým se zabývají odborníci z různých vědních oblastí, počínaje medicínou, ošetrovatelstvím, sociálním lékařstvím, přes oblast psychologickou, etickou, kulturní antropologii a mnoho dalších oborů (Hnilicová et al., 2005, s. 657). Na kvalitu života je pohlíženo jako na stav, kdy „*jedinec vnímá své postavení ve světě v souvislosti s řebříčkem hodnot ve vztahu k osobním cílům a svému životnímu stylu*“ (Payne et al., 2005, s. 205). Zdravotnická péče je dle WHO chápána jako humanistická transakce mezi pacientem a zdravotníkem, kdy hlavním cílem je zejména spokojenost daného pacienta (WHOQOL-GROUP, 1995, s. 1404).

Na kvalitu života můžeme pohlížet jako na něco, co vznikne propojením různých faktorů z různých oblastí žití (zdravotní, duševní, ekonomické, sociální). Tyto faktory na sebe vzájemně působí a tím ovlivňují konkrétního člověka (Hnilicová et al., 2005, s. 657).

To, jak je jedinec spokojený ve svém životě se logicky odráží v řadě oblastí jeho života, např. fyzické zdraví, rodinné a sociální vztahy, zaměstnání a volný čas, stav financí a bydlení a mnoho dalších faktorů. Vnitřní spokojenost člověka je ovlivňována vnějšími objektivními faktory (Felce et al., 1995, s. 56). V praxi to vypadá například takto: jedinec, který je doposud spokojený s výší svého platu, než zjistí, že jeho kolega stejných pracovních kompetencí vydělává mnohem více peněz za stejně odvedenou práci (Felce et al., 1995, s. 57).

Kvalita života je úzce spjatá se zdravím. V současnosti je pohlíženo na pojetí zdraví velmi široce. Některá pojetí nahlíží na zdraví těla, jiná zase chápou pojetí zdraví jako jakousi tajemnou sílu, kterou získáváme při narození a během svého života s ní musíme umět nakládat a hospodařit (Křivohlavý, 2009, s. 31).

Pojem zdraví definuje Světová zdravotnická organizace – The World Health Organization (WHO) v podobě nejznámější definice zdraví jako: „*stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či slabosti.*“ Tato definice byla přijata na Mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku v červenci roku 1946 a v platnost vstoupila v dubnu roku 1948. Definice WHO nebyla od tohoto roku nikterak změněna (WHO, 1948) a poukazuje na zdraví jako na chtěnou hodnotu s absencí nemoci a má pro člověka tzv. „*motivační charakter*“ (Křivohlavý, 2009, s. 38).

Výše uvedená definice zdraví dle WHO byla jedním z výroků uznávajících a zdůrazňujících důležitost tří dimenzí: fyzické, mentální a sociální, v souvislosti s nemocí. Jiná definice kvality života je ještě obecnější: „Kvalita života zkoumá celý rozsah lidské zkušenosti, stavy, vnímání a sféry myšlení týkající se života jednotlivce nebo společnosti jak objektivní, tak subjektivní, kvalita života může zahrnovat kulturní, fyzickou, psychologickou, mezilidskou, duchovní, finanční, politickou, časovou a filozofickou dimenzi“ (Fayers et al., 2016, s. 6–7). Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, proto může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory (Aggleton et al., 2000, s. 210).

Subjektivní kvalita života se dotýká emoční složky a celkové spokojenosti člověka se svým životem, zatímco objektivní kvalita života se dotýká sociální a materiální životní složky, tělesného zdraví a sociálního statusu. Objektivní složku kvality života můžeme přiřadit k celkové úrovni žití a fyzická, zatímco složku subjektivní kvality přiřadíme k očekávání daného jedince (Hnilicová et al., 2005, s. 657) v kontextu jeho osobních cílů, zájmů, životnímu stylu (Gurková, 2011, s. 57). Obě složky spolu úzce souvisí a dají se měřit (Hnilicová et al., 2005, s. 656). Jeden z prvních autorů, který jasně vymezil pojem kvalita života, byl bezesporu Flanagan, jehož model kvality života rozděleného do pěti domén cituje ve svém článku Hnilicová et al. (2005, s. 657) takto:

1. Tělesná existence (tělesné zdraví, finanční zázemí, bezpečí).
2. Mezilidské vztahy (partner, rodiče, děti, sourozenci, blízcí přátelé).
3. Osobní rozvoj (pracovní či osobnostní).
4. Sociální interakce ve společnosti (pomoc jiným, veřejná nezjištěná pomoc).
5. Volnočasové aktivity (sport, koníčky).

1.1.2 Kvalita života ve zdravotnictví

Dragomirecká et al. (2006, s. 144) konstatuje, že „*kvalita života se v současné medicíně považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví*“.

Ač se termín kvalita života obecně začal používat v medicíně a ošetrovatelské péči v 70. letech minulého století a od 80. let pak došlo k používání v klinických studiích, stále je pojem kvalita života ve zdravotnické oblasti pojmem poměrně novým a hojně diskutovaným (Payne et al., 2005, s. 211–212).

V České republice se více začala sledovat spokojenost hospitalizovaných pacientů v 90. letech minulého století, tedy v době velkých ekonomických a politických změn. Začal se používat termín „*klient*“ což v oblasti českého zdravotnictví bylo do té doby více než nezvyklé. Začal se skloňovat pojem uspokojování tedy saturace potřeb klienta v nemocničním zařízení a jeho subjektivně vnímaná spokojenost či nespokojenost s poskytovanou zdravotnickou péčí během pobytu (Payne et al., 2005, s. 263).

Nemoc je v současnosti chápána jako závažný stav v životě jedince, na který je nutné se nějak adaptovat, individuálně se mu přizpůsobit. Onemocnění různého typu může vést k bolesti, omezení hybnosti, často ovlivní jedince natolik, že je nucen změnit svůj dosavadní životní styl, každodenní aktivity, režim a pozměnit stanovené osobní cíle. Tyto změny pak mohou vést k pocitům méněcennosti, omezují soběstačnost daného člověka, který si to velmi intenzivně uvědomuje, stejně jako jeho blízká rodina. Obdobně může jedince ovlivnit i diagnostický a následný léčebný proces (časté docházení na vyšetření, setkávání se zdravotníky i dalšími pacienty, nemocniční prostředí apod.). Všechny tyto parametry mohou vytvářet v člověku strach z neznámé budoucnosti a pocity nejistoty. Formuje se distres, na který každý jedinec reaguje zcela odlišně. Pro někoho se může tato situace promítnout do stavů úzkosti, deprese, pocitů bezmoci atd., což ovlivňuje v nemalé míře nahlížení na celkovou kvalitu života tohoto jedince (Herman et al., 2007, s. 10).

Reakci na onemocnění můžeme rozdělit na tři části, a to na tělesnou, duševní a emoční složku. Do tělesné složky reakcí na konkrétní nemoc patří individuální projevy stresové reakce jako např. nechutenství, tíha na hrudi, bušení srdce, nadměrné pocení, průjem. Do duševní složky bychom mohli zařadit strategii zvládání stresu vzniklého vlivem nemoci a do emoční složky řadíme právě výše zmiňované stavy úzkosti, deprese, pocity bezmoci apod. Existují dva mechanismy adaptace na nemoc. Prvním je strategie řešení problému, kterou můžeme popsat tak, že jedinec se snaží maximálně eliminovat dopad

nemoci. Snaží se co nejdříve vyhledat odbornou pomoc a problém řešit. Druhou strategií je pak strategie redukce emocí, která zmírňuje fyzické projevy a emoce. Můžeme sem zařadit ventilování emocí pomocí rozhovoru s druhou osobou nebo naopak proces vyhýbání se myšlenkám či rozhovoru o nemoci, pozitivní myšlení (Herman et al., 2007, s. 10–11).

V dnešní klinické medicíně je nutností sledovat kvalitu života pacientů. Zdravotníky musí zajímat jaká je kvalita života pacientů, o které pečují (Payne et al., 2005, s. 211–212). Ve zdravotnictví se kvalita života zkoumá zejména v oblasti fyzické a psychosomatické. V praxi to vypadá tak, že se sledují přesné fyziologické hodnoty, např. krevní tlak, hladina glykemie, tělesná teplota, schopnost se pohybovat a sebeobsluha. Samozřejmostí je, že se nesledují pouze výše zmiňované objektivní parametry u konkrétního pacienta, ale klade se důraz i na hodnoty zcela subjektivní, např. tělesná bolest, vitalita, psychický stav, zvládnutí emocí a další (Hnilicová et al., 2005, s. 659).

Vhodnými respondenty v oblasti zkoumání kvality života ve zdravotnictví mohou být právě lidé s jakýmkoliv chronickým onemocněním, obecně pak různé etnické skupiny obyvatelstva či lidé žijící ve specifických oblastech či podmínkách (Hnilicová et al., 2005, s. 658).

Pro rozlišení mezi „*Quality of Life*“ čili kvalitou života v obecnějším smyslu (QoL) a požadavky klinické medicíny a klinického hodnocení se často využívá termín „*Health Related Quality of Life*“, tedy kvalita života související se zdravím (HRQoL), aby se nastavila jednoznačnost (Fayers et al., 2016, s. 5).

Kvalita života související se zdravím (HRQoL) má stále ještě volnou definici, která by však měla zahrnovat aspekty jako obecné zdraví, fyzické, psychické a kognitivní funkce, fyzické příznaky, fungování rolí, sociální pohoda, sexuální funkce a existenciální problémy. Některé nástroje při posuzování kvality života se zaměřují na jeden koncept, například na emoční fungování. Jiné nástroje zahrnují položky týkající se několika konceptů (Fayers et al., 2016, s. 5). První koncept HRQoL zařadili do praxe autoři Kaplan a Bush v 90. letech 20. století (Kaplan et al., 1982, s. 61). Jejich cílem bylo vytyčit oblast kvality života, která se zaměřuje na zdraví a poskytovanou zdravotní péči a která může být následnou zdravotní péčí silně ovlivněna (Gurková, 2011, s. 41).

Payne et al. (2005, s. 211) blíže daný pojem specifikuje jako „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky*“. Payne

dále konstatuje, že se mimo klinické ukazatele poskytované terapie hodnotí jak objektivní, tak subjektivní údaje o tělesném a duševním stavu jedince.

Kvalita života může být spojena s normativními očekáváními ohledně vlastností, které lze očekávat, že se projeví v životech lidí a liší se podle různých autorit. K takové variabilitě dochází z teoretických a praktických důvodů a často i z kombinace obou (Rapley et al., 2008, s. 30).

Je nezbytné samostatně měřit objektivní a subjektivní složky kvality života. Současná literatura se shoduje, že zatímco obě tyto osy jsou součástí konstrukce QoL, mají obecně velmi špatný vztah k sobě navzájem. Například fyzické zdraví a vnímané zdraví jsou špatně korelované (Rapley et al., 2008, s. 30). Dále Rapley et al. (2008, s. 29) uvádí, že existuje velká proměnlivost v oblasti definice kvality života. Doplňuje, že je běžně pozorováno, že konkrétní studie často postrádají formální definici, ale také to, že široce používané měření kvality života se netýkají explicitní teorie kvality života.

Obecně lze říct, že kvalita života je „*důsledek interakce mnoha různých faktorů*“ z mnoha oblastí, které se hromadí a nějak na sebe vzájemně reagují, což nějakým způsobem ovlivní daného jedince. A vlastně i celou společnost (Payne et al., 2005, s. 207). Nejdříve musíme kvalitu života jasně definovat, následně ji můžeme přesně změřit a poté udělat vše pro to, abychom kvalitu života jedince zlepšili.

Nejvíce se v klinické praxi pro svoji přehlednost a jednoznačnost používá **konceptuální model kvality života podle Ferransové** (Ferrans et al., 1996, s. 294–295). Model byl vytvořen pomocí teorie, která se opírá o to, že: „*kvalita života závisí na jedinečné životní zkušenosti každého člověka*“. Práce na rozvoji tohoto modelu kvality života započaly již v roce 1982. Koncept potvrzuje, že pouze každý sám za sebe, jako individualita, dokážeme efektivně zhodnotit svoji vlastní kvalitu života. Model konceptuality hodnotící kvalitu života byl vymezen do čtyř oblastí (domén):

1. Zdraví a „být funkční pro život“
2. Psychologická a spirituální
3. Sociální a ekonomická
4. Doména rodiny

Jednotlivé domény můžeme ještě rozdělit na části (tzv. elementy), kdy do první domény můžeme zahrnout schopnost být fyzicky nezávislí, mít kontrolu nad vlastním

životem, schopnost cestovat a fyzické parametry jako bolest, únava apod. Druhá doména zaměřená na psychologickou a duchovní část kvality života zahrnuje pocity štěstí, spokojenost se svým životem, schopnost dosáhnout svých cílů, které si vytyčím. Třetí doména obsahuje finanční nezávislost a míru životní úrovně. Poslední, čtvrtá doména se orientuje na oblast rodinnou, jaké máme vztahu s blízkými, dětmi, rodiči apod (Ferrans et al., 1996, s. 294–295).

1.1.3 Kvalita života a močová inkontinence

Jelikož močová inkontinence zahrnuje rozsáhlý soubor příznaků, které mohou různě ovlivňovat daného člověka, lékař by se měl vždy zajímat, jak konkrétně močová inkontinence ovlivňuje jednotlivé oblasti jeho žití, např. zvládnutí močové inkontinence v pracovním procesu, každodenní aktivity, spánek, sexuální aktivita, sociální interakce, mezilidské vztahy a obecné vnímání svého zdraví a celkové kvality života (Khandelwal et al., 2013, s. 545).

Cuervo et al. (2014, s. 2) uvádí, že močová inkontinence zásadně ovlivňuje různé oblasti kvality související se zdravím (HRQoL) včetně emoční pohody osob a nesmíme zapomenout ani na nemalou ekonomickou zátěž (Cuervo et al., 2014, s. 2).

Jeden pacient se může nejvíce obávat nočního pomočování, zatímco druhý může mít největší obavy z inkontinence, ke které dochází během cvičení. Identifikování nejvíce obtěžujícího symptomu pomůže k přímé léčbě močové inkontinence. Taktéž závažnost jednotlivých příznaků a jejich vliv na kvalitu života určuje do určité míry druh a sílu léčby (Khandelwal et al., 2013, s. 545).

Na močovou inkontinenci je často pohlíženo jako na stigma. Stigma může vést ke snížení sebeúcty. Stigmatizovaná osoba bývá často odtržena od ostatní společnosti, mohou se tyto osoby dokonce považovat za podřadné (Wan et al., 2014, s. 2176). Jedinci musí vynaložit značné úsilí k ukrytí úniku moči a potíží s tím spojených (vysoká frekvence močení, zápach, mokré skvrny apod.). Toto úsilí zase často vede k omezení sociálních vztahů a záměrné izolaci od okolní společnosti (Wan et al., 2014, s. 2171), přestávají být fyzicky aktivní a ztrácí radost k životu (Pizzol et al., 2020, s. 26). Velký počet lidí trpící močovou inkontinencí ji neřeší, přikládají to přirozenému stárnutí, taktéž tyto jedinci často trpí pocitem hanby, úzkostmi a depresemi. Velmi často trpí ztrátou sebevědomí (Mota et al.,

2017, s. 23). Studie dokazují, že ženy, které trpí středně těžkou až těžkou formou močové inkontinence, mají až o 40 % vyšší výskyt depresivních stavů v porovnání s běžnou zdravou ženskou populací. Byla provedena studie na 200 inkontinencích ženách, kde bylo zjištěno, že 16 % z nich mělo těžký stupeň depresivních stavů a dokonce 7 % žen trpělo panickou poruchou vzniklou vlivem močové inkontinence (Herman et al., 2007, s. 439).

Vnímání vztahu mezi močovou inkontinencí a jakousi intimitou, zdá se, je napříč kulturními a demografickými rozdíly vnímána obdobně. Všechny ženy, na různých kontinentech, volí obdobné adekvátní oblečení, mapují si, kde se nacházejí veřejné toalety a chodí močit tzv. „preventivně“ (Mota et al., 2017, s. 23).

Vliv močové inkontinence na sexuální oblast u žen a pohlížení na ni je ovlivněn dimenzí fyzickou, psychologickou, sociální i kulturní. Hodnocení vlivu močové inkontinence na sexuální funkce je často zkresleno jejich společnou asociací s jiným postižením pánevního dna, např. prolaps pánevních orgánů, který ovlivňuje sexuální uspokojení (Fatton et al., 2014, s. 565). Ženy se často obávají úniku moči během pohlavního styku, mají potíže se sexuálním vzrušením, stydí se (Simsek et al., 2014, s. 1). Bylo zjištěno, že ženy s močovou inkontinencí mají v porovnání se zdravými ženami sníženou kvalitu sexuálního života. Močová inkontinence ženám negativně ovlivňuje jejich manželství (Mallah et al., 2015, s. 14, 16).

Byly zaznamenány významné rozdíly v sexuálních funkcích a tím pádem i jejich kvalita před léčbou a po léčbě. Jsou různé způsoby léčby, u lehčího typu močové inkontinence pozitivně ovlivňuje sexuální funkce posilování pánevního dna. U těžších typů močové inkontinence se často volí operační postupy. V dnešní době hojně používané jsou transvaginální pásy, které mohou ovlivnit sexuální funkce jak pozitivně, tak negativně. Zlepšení pooperačních sexuálních parametrů udává více jak 90 % žen, avšak u malé části žen dochází k dyspareunii (Fatton et al., 2014, s. 565).

Inkontinence moči může způsobovat nemalé potíže i v oblasti spánkové hygieny, což také ovlivňuje celkovou kvalitu života člověka. Vlivem častého nočního vstávání, docházení na toaletu a strachem z nočního úniku moči může být spánkový cyklus narušený. To pak způsobuje únavu, ospalost a pospávání během dne, zejména u starší věkové kategorie pacientů. V roce 2014 byla provedena studie (Bulut et al., 2020, s. 166–168), která se zabývala kvalitou života a kvalitou spánku u tureckých žen s močovou inkontinencí ve věku 65–84 let. Bylo zjištěno, že kvalita spánku měřená pomocí dotazníku The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) byla $9,6 \pm 6,0$ z možných 21 bodů. Naměřená hodnota odhalila

značně špatnou kvalitu spánku. Celková kvalita života u těchto žen byla změřena na $67,8 \pm 14,9$.

Pizzol et al. (2021, s. 25) v roce 2020 provedli rozsáhlý systematický přehled a metaanalýzu dostupných dat s cílem zjistit dopad močové inkontinence na kvalitu života lidí. Do studie bylo nakonec zařazeno 24 983 účastníků, zejména žen v průměrném věku 50 let. Bylo zjištěno, že močová inkontinence významně negativně ovlivňuje celkovou kvalitu života (Pizzol et al., 2021, s. 25).

Močová inkontinence je celosvětový problém veřejného zdraví. Vzhledem k tomu, že se zvyšuje průměrná délka života celé populace, do budoucna se očekává i nárůst močové inkontinence a problémy s tím spojené (Erenel et al., 2021, s. 33).

Až v posledních letech se začal hodnotit dopad močové inkontinence na kvalitu života a taktéž subjektivní vnímání každého jedince. K hodnocení kvality života a jejich domén by se měly používat pouze validované dotazníky, které jsou klienti schopni vyplnit si sami (Mota et al., 2017, s. 22). Protože močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života komplexně v různých oblastech žití, je potřeba k jejímu zhodnocení užívat takové hodnotící nástroje, které na daný stav pohlíží z holistického hlediska (Dantas et al., 2019, s. 1446).

1.1.4 Měřicí nástroje kvality života

Studiem kvality života je v současnosti myšleno hledání faktorů, které jsou pro daného člověka nějakým způsobem důležité a vedou k prožití smysluplného života, naplní onoho jedince pocitem štěstí (Payne et al., 2005, s. 206).

Výzkum kvality života započal v oblasti zdravotní péče již v 70. letech 20. století. Koncept HRQoL, kvalita života související se zdravím uvedli do praxe již v roce 1982 autor Kaplan a Bush. (Kaplan et al., 1982, s. 61).

V začátcích éry měření kvality života byly k hodnocení využívány pouze obecně směřované nástroje měření zdravotního stavu. Cílem těchto generických dotazníků bylo zjistit, jaká je výše HRQoL mezi zdravými a nemocnými jedinci. Později byly zavedeny generické nástroje, které se zaměřovaly nejen na fyzickou, ale i duševní a sociální oblast zdraví. Doposud se v praxi využívá mnoho z nich (Gurková, 2011, s. 41–44).

Základními kritérii měrného nástroje je jeho validita a reliabilita. **Validita** je psychometrický ukazatel, který hodnotí, zda nástroj správně měří to, k čemu byl vyvinut, na co se zaměřuje. Můžeme rozlišit různé typy validity daného nástroje (např. obsahová, konstruktová, kritériová, predikční, souběžná). **Reliabilitou** je myšleno to, jak nástroj měří, jakých dosahuje výsledků při opakujících se měřeních za stejných podmínek, zda je stabilní a vnitřně konzistentní (Gurková, 2011, s. 118–120).

1.1.4.1 Generické nástroje měření kvality života

Generické dotazníky slouží pro všeobecné, všestranné využití, bez ohledu na nemoc či zdravotní stav pacienta. Tyto obecné nástroje mohou být použity také u zdravých jedinců. Ze začátku byly tyto dotazníky vyvinuty pro průzkumy populace a až později se začaly využívat v klinických studiích (Fayers et al., 2016, s. 20).

Sickness Impact Profile (SIP)

Obecný nástroj, který je možno využít k měření behaviorální míry zdravotního stavu člověka. SIP byl navržen tak, aby poskytoval míru vnímaného zdravotního stavu, který je dostatečně citlivý k detekci změn nebo rozdílů ve zdravotním stavu, ke kterým dochází v průběhu času nebo mezi různými skupinami. SIP je široce použitelný pro různé typy a závažnosti onemocnění a také napříč demografickými a kulturními podskupinami (Bergner et al., 1981, s. 787–788).

Tento dotazník je využíván již od roku 1981, kdy byl po mnoha letech zkoumání uveden do praxe Marilyn Bergner et al. (1981, s. 787–788). Práce na dotazníku započaly již v roce 1972. Na začátku vývoje dotazník obsahoval 312 položek, finální verze obsahuje 136 položek rozdělených na 12 oblastí aktivit (např. spánek a odpočinek, strava, práce, mobilita, sociální interakce, emoční chování, komunikace).

Účelem SIP je poskytnout měřítko účinků nebo výsledků zdravotní péče, které lze použít pro hodnocení, plánování a formulaci zdravotní politiky. Dotazník může vyplnit pacient sám nebo s pomocí tazatele, délka trvání je asi 20-30 minut (Bergner et al., 1981, s. 787–788).

Nottingham Health Profile (NHP)

Tento dvoudílný dotazník Nottinghamský zdravotní profil vytvořila v roce 1981 Hunt et al. (1981, s. 297). Slouží k měření vnímaného zdravotního stavu pacienta, je možné jej využít jak u velkých skupin pacientů, tak u jednotlivců (Hunt et al., 1981, s. 297).

NHP měří fyzickou, psychickou a sociální úzkost, vychází z výše popsaného dotazníku SIP, ale zaměřuje se více na pocity daného jedince než na změny v chování. První část obsahuje 38 položek členěných do šesti oblastí (spánek, bolest, emoční reakce, sociální izolace, fyzická pohyblivost a energie). Druhá část poskytuje obecný odhad oblastí sociální funkce, které jsou ovlivněné zdravotním stavem jedince. Tato část obsahuje prohlášení z oblastí: zaměstnání, společenský život, sexuální život, rodinné vztahy, zájmy (Hunt et al., 1981, s. 297).

NHP je ve srovnání se SIP krátký a lze jej snadno vyplnit respondentem. Znění otázek je jednoduché a snadno pochopitelné. Velmi často se využívá v populačních studiích obecného zdravotního hodnocení a používá se i v lékařských a nelékařských zařízeních (Fayers et al., 2016, s. 21–22).

36–Item Health Survey Questionnaire (SF–36)

Tento dotazník je označován zlatým standardem v oblasti generických dotazníků (Payne et al., 2005, s. 212). SF–36 je slibným nástrojem pro sledování výsledků péče. Byl zkonstruován Ware et al. (1993, s. 25), poté byl uveden do praxe v roce 1992. Do té doby, bylo málo známo to, jak se pacienti trpící chronickým onemocněním od sebe liší v oblasti funkčního stavu a pohody. SF–36 poskytuje běžné měřítko pro srovnání pacientů s chronickými zdravotními problémy s obecnou populací. Toto srovnání také usnadňuje porozumění mezi klinickými lékaři (Ware et al., 1993, s. 25).

Je to generický dotazník pro hodnocení kvality života. Má 36 multidimenzionálních položek rozdělených do osmi domén (Saboia et al., 2017, s. 2). Dotazník zahrnuje jednu vícedílnou stupnici, která měří každý z osmi zdravotních konceptů: fyzické fungování (10 položek), omezení role v důsledku problémů s fyzickým zdravím (5 položek), tělesná bolest (2 položky), obecné zdraví (5 položek), vitalita/energie a únava (4 položky), sociální fungování (2 položky), omezení role v důsledku emočních problémů (3 položky) a duševní zdraví/psychická úzkost a psychická pohoda (5 položek) (Ware et al.,

1993, s. 33–34). V českém prostředí se užívá český překlad Standard Czech Version 1.0 (Hnilicová et al., 2005, s. 659).

Byl zkonstruován tak, aby poskytoval profil skóre, který by byl užitečný při pochopení rozdílů v populaci ve fyzickém a duševním stavu, zdravotní zátěži chronických onemocnění a jiných zdravotních stavech a vlivu léčby na celkový zdravotní stav (Ware, et al. 1993, s. 37). Konečné skóre je v rozsahu od 0 do 100. Čím vyšší je konečné skóre, tím lepší je celková kvalita života (Saboia et al., 2017, s. 2).

V pozdějších letech došlo ještě k vývoji dvanácti dílné zkrácené formy tohoto dotazníku (SF–12). Jedná se o 12 položkový souhrn, který obsahuje dvě položky orientované na tělesné zdraví a dvě položky orientované na duševní zdraví. Ostatní oblasti jako vitalita, tělesná bolest, sociální fungování atd. se vyhodnocují pouze z jedné položky. Všechny položky pro SF–36 i SF–12 byly vybírány s ohledem na heterogenitu. V případě SF–12 autoři dokázali udržet uspokojivou spolehlivost dotazníku a zároveň významně snížit počet položek (Ware et al., 1993, s. 222).

European Quality of Life Questionnaire–Version EQ–5D

Skupina EuroQol se poprvé sešla již v roce 1987, aby otestovala proveditelnost daného standardizovaného nástroje, který není specifický pro konkrétní nemoc a hodnotí kvalitu života související se zdravím. Záměrem bylo, aby nástroj doplňoval další formy hodnocení kvality života a měl by usnadňovat sběr společného souboru údajů pro referenční účely. EuroQol Group byla od samého počátku nadnárodní skupina a vždy se zaměřovala na celosvětovou úroveň a schopnost vytvářet mezinárodní srovnávání. Nástroj EuroQol byl záměrně vyvinut tak, aby vytvořil obecný index zdraví, což mu dává značný potenciál pro použití při hodnocení zdravotní péče (Brooks et al., 1996, s. 54).

Nástroj EuroQol je ve veřejné sféře od roku 1990 a je jedním z mála dostupných obecných indexových opatření. V důsledku dalšího vývoje se nástroj změnil tak, že v roce 1991 byl představen standardní formát, který se od té doby nezměnil. Dotazník vyplňuje dotazovaný sám (Brooks et al., 1996, s. 54).

Tento dotazník se v Evropě používá nejvíce. Jednotlivé dimenze zahrnují mobilitu, sebeobsluhu, každodenní činnosti, bolest a diskomfort, úzkost a depresi (Balestroni et al., 2012, s. 155).

Brooks et al. (1996, s. 55) popisuje, že součástí dotazníku jsou čtyři části nástroje:

1. Popis vlastního zdraví respondenta pomocí klasifikace EuroQol: respondent má za úkol popsat svůj vlastní zdravotní stav v pěti dimenzích: pohyblivost, sebeděče, každodenní činnosti, bolest/nepohoda, úzkost/deprese. Pro každou dimenzi je vybrána jedna ze tří úrovní, takže výsledný zdravotní stav může být definován pětímístným číslem.

2. Hodnocení vlastního zdraví pomocí škály na grafickém teploměru: respondent je vyzván, aby na teploměru kalibrovaném od 0 do 100 označili svůj aktuální zdravotní stav (0 znamená nejhorší zdravotní stav a 100 znamená nejlepší zdravotní stav).

3. Hodnocení standardního souboru zdravotního stavu definovaného klasifikací EuroQol. Obdobně se značí na kalibrovaném teploměru na stupnici 0–100.

4. Doplnkové informace o respondentovi (povolání, věk, pohlaví, vzdělání, kouření atd.)

WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF

V roce 1991 začal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace vyvíjet nástroj vhodný k měření mezinárodní kvality života (WHOQOL GROUP, 1995, s. 1403) a zdraví (Dragomirecká et al., 2006, s. 144).

Pracovní skupina WHOQOL byla zastoupena předními vědci z 15 zemí z celého světa v různých kulturně rozmanitých centrech, konkrétně byla zastoupena vědci z USA, Austrálie, Chorvatska, Francie, Izraele, Nizozemí, Panamy, Španělska, Thajska, Zimbabwe, Velká Británie, Ruska, Japonska a dva týmy byly z Indie (WHOQOL GROUP, 1995, s. 1404).

Práce na dotazníku trvaly celkem čtyři roky a podléhaly několika fázím vývoje. Pilotní výzkum WHOQOL byl proveden na asi 4500 respondentech v 15 rozdílných kulturních prostředích. Světová zdravotnická organizace (WHO) zahájila tento projekt z mnoha důvodů. Významnou roli vidí WHO v zařazení kvality života pacientů při rozhodování o dalším léčebném postupu, zařazování nových léčiv či zařazování do výzkumu (WHOQOL GROUP, 1995, s. 1403).

V konečné podobě tento nástroj obsahuje šest oblastí (fyzické zdraví, psychologická doména, mezilidské vztahy, životní prostředí, náboženství, úroveň nezávislosti). Tyto obecné sféry se dále člení na 24 subdomén (aspektů). Např. oblast fyzické zdraví obsahuje podoblast bolest/ nepohodlí a únava/ energie. Dotazník obsahuje celkem 100 otázek, včetně

čtyř položek zaměřených na celkovou kvalitu života a zdraví (WHOQOL GROUP, 1995, s. 1405).

Vědci zabývající se kvalitou života a jejich posuzováním připouští, že se jedná o subjektivní prvek, a proto WHOQOL GROUP (1995, s. 1405) navrhla, aby položky, které se týkají vnímání osoby, obsahovaly:

- a) obecné informace o fungování, např. „Kolik hodin jste včera spali?“
- b) globální hodnocení fungování, např. „Jak dobře spíte?“
- c) vysoce personalizované hodnocení fungování, např. „Jak jste spokojeni se svým spánkem?“.

Později byla vytvořena zkrácená verze zmiňovaného dotazníku vedená pod názvem WHOQOL–BREF. Kratší verze dotazníku se člení pouze do 4 domén s 24 položkami. Jednotlivé domény se zaměřují na tělesné zdraví, sociální interakce, prožívání a taktéž na oblast prostředí. Dotazníková baterie je doplněna o dvě položky posuzující kvalitu života a spokojenost s vlastním zdravím. Tato zkrácená verze původního dotazníku WHOQOL–100 je vhodná ke sledování kvality života u dospělých osob ve věku do 65 let. Je dostupný již v asi 50 světových jazycích, také v českém jazyce. Výhodou zkrácené verze je, že respondent dotazník zvládne vyplnit sám během 5–10 minut (Dragomirecká et al., 2006, s. 145). Položky se hodnotí od 1 do 5 (vyšší číslo značí vyšší kvalitu života v dané oblasti) (Gurková, 2011, s. 149).

The Patient-Generated Index (PGI)

Tento generický nástroj popisuje a kvantifikuje vliv zdravotního stavu na kvalitu života pacientů a zlepšování životních hodnot respondentů způsobem, který odráží jejich vlastní vnímání zdraví (Ruta et al., 1994, s. 1118).

Ruta et al. (1994, s. 1109–1118) uvádí, že cílem tohoto generického nástroje bylo zlepšit kvalitu života pacientů prostřednictvím lékařské péče a „*zúžit propast mezi pacientovými nadějemi a očekáváním a tím, co se ve skutečnosti děje*“, jedná se o tzv. index kvality života generovaný pacientem (PGI). Dotazník si respondent vyplňuje sám. PGI má tři fáze. První fáze dotazníku vyžaduje, aby respondent označil pět pro něj nejdůležitějších oblastí či činností ve svém životě, které ovlivnili jeho stav. V další fázi je respondent

požádán, aby vyhodnotil každou jednotlivou výše uvedenou životní oblast nebo činnost na stupnici 0 až 100, kdy 0 znamená to nejhorší, co si jedinec dokáže představit, zatímco 100 znamená opačnou hodnotu. V poslední fázi jsou respondenti požádáni, aby se zamysleli, kterou životní oblast můžou zlepšit (Ruta et al., 1994, s. 1109–1111).

1.1.4.2 Specifické nástroje měření kvality života

Generické dotazníky jsou výhodné v tom, že získaná data od respondentů mohou být porovnávána s obecnou populací, tyto nástroje se nezaměřují na otázky týkající se pacientů s konkrétním onemocněním, a proto mohou postrádat citlivost při odhalování rozdílů vznikajících v důsledku léčebné politiky v klinickém hodnocení. Tato skutečnost vedla k vývoji specifických dotazníků, které se zaměřují konkrétně na jednu danou nemoc (Fayers et al., 2016, s. 24).

Specifické nástroje slouží k co nejpřesnější identifikaci faktorů, které ovlivňují kvalitu života pacientů. Hodnotí úzce. Není jimi možné hodnotit všeobecné oblasti kvality života. Tyto dotazníky jsou sestaveny k vyplňování pacientem samotným, některé lze vyplnit i elektronicky. Studie potvrzují, že je vhodné při měření kvality života pacientů s konkrétním onemocněním použít specifický nástroj měření kvality života (Gurková, 2011, s. 149).

Ke specifickým dotazníkům zaměřených na ženskou stresovou močovou inkontinenci ve spojení s kvalitou života můžeme zařadit tyto nejvíce používané nástroje. Specifické nástroje jsou popsány níže:

Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL)

Tato stupnice byla vyvinutá Wagnerem et al. (1996, s. 67) v roce 1996 pro hodnocení kvality života jedinců s močovou inkontinencí (Wagner et al., 1996, s. 67). Jejich cílem bylo vyvinout nástroj zabývající se kvalitou života u pacientů s močovou inkontinencí (IQOL), která by se mohla využít jako měřítko výsledku v klinických studiích a taktéž v centrech péče o pacienty. Byl vyvinut z rozhovorů s respondenty starších 18 let trpící močovou inkontinencí. Během vývoje se kladl důraz na srozumitelnost a jednoznačnost jednotlivých

položek, jinak byly ze seznamu vyškrtnuty. **Při validaci dotazníku** výzkumníci z týmu Wagnera et al. (1996, s. 67) postupovali ve třech krocích:

1. Identifikace jednotlivých položek IQOL specifických pro močovou inkontinenci.
2. Vypracování návrhu dotazníku IQOL.
3. Posouzení fyzikálních vlastností dotazníku IQOL.

Všech 28 položek obsahovalo čtyřbodovou Likertovu škálu (velmi, mírně, trochu, vůbec). Při samotném vyhodnocení dotazníku dojde ke shrnutí odpovědí do jednoho skóre, které se převede do stupnice (Wagner et al., 1996, s. 68). Dotazník IQOL má velmi dobré psychometrické vlastnosti jako je spolehlivost a validita (Cuervo et al., 2014, s. 3).

Tento dotazník byl v roce 1999 použit Patrickem et al. (1999, s. 72), který stávající stupnici revidoval. Zrevidovaná stupnice využívá 5 bodovou odpověď podle Likerta, která je popsána v závorce: (1–velmi silně/vždy, 2–docela často, 3–občas/mírně, 4–vyjíměčně, 5–není/nikdy) a skládá se z 22 otázek ve třech oblastech (omezené/vyhýbavé chování, psychologický dopad, sociální rozpaky). Všechny položky lze sčítat a vytvořit tak tzv. složené skóre (Patrick et al, 1999, s. 72).

Celkové skóre je součet hodnot získaných z dílčích oblastí. Součty položek v každé subdimenzi získané každým jednotlivcem jsou převedeny na hodnotu stupnice od 0 do 100 pomocí vzorce pro převod hodnoty ve výpočtu celkového skóre I-QoL (Guvenc et al., 2016, s. 651), kdy 0 značí nejhorší HRQoL, zatímco 100 značí výbornou/nelepší HRQoL (Cuervo et al., 2014, s. 3).

King's Health Questionnaire (KHQ)

KHQ neboli Královský zdravotní dotazník je taktéž specifický dotazník. KHQ byl vyvinut a ověřen Kelleherem v roce 1997 ve Velké Británii (Kelleher et al., 1997, s. 1374). Cílem bylo navrhnout dotazník sloužící k posouzení kvality života u žen se specifickými urodynamickými diagnózami. Výzkumníci zahrnuli do dotazníku nejen otázky týkající se kvality života, ale i položky týkající se zvládnání močové inkontinence a subjektivní měření závažnosti močové inkontinence. Položky do finální verze dotazníku byly vybrány z mnoha různých zdrojů po diskusi s odborníky i respondentkami (Kelleher et al., 1997, s. 1374).

Konečná verze dotazníku obsahuje 21 položek směřujících do osmi domén (obecné vnímání zdraví, inkontinence, omezení rolí, fyzická omezení, sociální omezení, osobní vztahy, emoce, spánek/energie) (Saboia et al., 2017, s. 2). Každá položka má čtyřbodovou stupnici. Skóre v každé doméně je v rozmezí 0-100 bodů, přičemž čím vyšší skóre, tím větší zhoršení kvality života vlivem močové inkontinence. V KHQ je možné hodnotit každou doménu zvlášť (Kelleher et al., 1997, s. 1375). Phé et al. (2015, s. 1224) uvádí, že tento dotazník je dostupný již ve 45 jazycích.

Assessment of quality of life eight dimension (AQoL–8D)

Posouzení kvality života (AQoL) 8D je nástroj obsahující 35 položek, které jsou seskupeny do 8 dimenzí (nezávislý život, vztahy, duševní zdraví, zvládání, bolest, smysly, štěstí a vlastní hodnoty), které lze dále rozdělit do dvou tzv. super dimenzí (fyzické a duševní zdraví). Byl odvozen pomocí psychometrických metod pro dotažení platnosti obsahu (citlivost na změny ve zdravotním stavu). Dotazník vyplňují respondenti sami online a průměrná délka vyplňování činí asi 5 a půl minuty. Dotazník dokazuje, že použití tohoto nástroje je jednoduché, i přes jeho zdánlivě složitou konstrukci (Richardson et al., 2011, s. 3–6).

Ačkoli metoda AQoL nebyla dosud široce používána, byla úspěšně testována na spolehlivost a platnost. Nedávné důkazy naznačují, že AQoL má větší citlivost na psychosociální dimenze kvality života než ostatní běžně používané nástroje (Chen, et al, 2014, s. 3).

Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)

Původně 30 položkový nástroj hodnotící vliv močové inkontinence na kvalitu života u žen s diagnostikovanou močovou inkontinencí (Uebersax et al., 1995, s. 131). Byl vyvinut a uveden do praxe v roce 1994 Shumakerem et al. (1994, s. 291).

Je rozdělen do čtyř oblastí: fyzická aktivita, cestování, sociální aktivita a emoční zdraví. Původní dotazník byl pro lepší využitelnost v praxi zkrácen pouze na sedmi položkový nástroj **Incontinence Impact Questionnaire–7 (IIQ–7)** (Luo et al., 2018, s. 580): 1. domácí práce, 2. zájmy, 3. cestování, 4. sociální aktivity, 5. fyzická aktivita, 6. duševní zdraví a 7. položka, která zahrnuje oblast frustrace (Skorupska et al., 2021, s. 3).

Každá položka obsahuje 4 bodovou škálu, na které sám jedinec posuzuje, do jaké míry mu močová inkontinence ovlivňuje každodenní žití (0–vůbec ne, 1–mírně, 2–středně, 3–velmi). Celkové skóre je v rozmezí 0–100 bodů. Stejnou pracovní skupinou byl vyvinut

i další níže zmiňovaný specifický nástroj The Urogenital Distress Inventory (UDI) (Uebersax et al., 1995, s. 131).

The Urogenital Distress Inventory (UDI)

Tento nástroj byl vytvořen za účelem posouzení míry symptomů močové inkontinence a jejich závažnost (Uebersax et al., 1995, s. 131). UDI by měl předchodit IIQ doplňovat, rozšiřovat. Je složený z 19 položek rozdělených do 3 oblastí: příznaky vztahující se ke stresové močové inkontinenci, nadměrná činnost vypuzovače, obstrukce odvodných močových cest (Harvey et al., 2001, s. 25). Krátká verze tohoto nástroje se dá využít více efektivněji v klinických a výzkumných studiích než dlouhá verze dotazníku (Uebersax et al., 1995, s. 131).

Poprvé byl představen také v roce 1994. V současnosti se více v praxi užívá zkrácená verze tohoto dotazníku UDI-6 obsahující pouze 6 položek: 1. časté močení, 2. únik moči (pocit naléhavosti), 3. únik moči při aktivitě, 4. únik při kašli nebo kýchnutí, 5. obtížné vymočení se, 6. bolest břicha. Hodnoty se sčítají, čím vyšší je celkové skóre, tím vyšší je míra postižení jedince (Skorupska et al., 2021, s. 3).

Contilife

Amarenco et al. (2003, s. 392–393) uvedli do praxe v roce 2003 tento francouzský dotazník. Byl vyvinut pro ženy postižené jakýmkoliv typem močové inkontinence. Obsahuje 28 položek rozdělených do 7 oblastí (denní činnosti, namáhavá činnost, emoce, pohoda, sebepojetí, sexualita), které se sčítají do celkového skóre v rozmezí 0–100 bodů, čím je vyšší bodová hodnota, tím je nižší kvalita života ženy. Každá samostatná položka se hodnotí na 5–6 bodové stupnici dle Likerta. Dotazník byl později přeložen z francouzštiny do angličtiny, němčiny, holandštiny a dánštiny (Amarenco et al., 2003, s. 392–393).

International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-SF)

ICIQ-SF je čtyř položkový specifický dotazník, jehož finální verze byla předložena Mezinárodní společností pro kontinenci v roce 2001 (Avery et al., 2004, s. 322). Dotazník se skládá ze tří bodovaných položek a dále pak z bezbodové autodiagnostiky. Zaměřuje se

na zhodnocení míry frekvence, uniklé množství a také na příčinu močové inkontinence, s dopadem na každodenní aktivity a běžné žití daného jedince (Avery et al., 2004, s. 322).

Odpovědi jedinec zaznamenává na Likertově škále. U poslední položky jsou pacientky požádány, aby zaznamenaly všechny informace ohledně situace, kdy k úniku moči došlo pro lepší diagnostiku typu močové inkontinence. Nástroj má dobré psychometrické vlastnosti. Skóre první, druhé a třetí položky se sčítá a vypočítá se tak celkové skóre v rozsahu 0–21, kdy čím vyšší skóre, tím závažnější stav jedince (Gotoh et al., 2009, s. 304).

1.2 Močová inkontinence

Kapitola shrnuje definici pojmu močová inkontinence. Zabývá se prevalencí a rizikovými faktory, které mohou vést ke vzniku močové inkontinence. Dále kapitola popisuje samotný mechanismus kontinence u žen. Poslední část kapitoly je věnovaná stresové močové inkontinence, její diagnostice a léčebným formám tohoto typu močové inkontinence u žen.

1.2.1 Definice pojmu močová inkontinence

Močovou inkontinencí se zabývá globálně zaměřená organizace International Continence Society (ICS), která sdružuje tisíce světových odborníků, jejichž cílem je zlepšit kvalitu života žen i mužů postižených jakýmkoliv typem močové inkontinence nebo trpících únikem stolice (ICS, 2022).

Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS–International Continence Society) definuje močovou inkontinenci takto: „*Inkontinence moči je jakýkoliv stav, při kterém dochází k neúmyslnému úniku moči*“ (ICS, 2022). Je to nežádoucí stav, při kterém dochází k nekontrolovatelnému úniku moči, může postiženému jedinci způsobovat vážný prokazatelný sociální nebo hygienický problém (Kolařík et al., 2008, s. 585).

Dle novějších poznatků, se za inkontinentního člověka považuje i ten, jenž nedobrovolnou ztrátu moči za hygienický či sociální problém nepovažuje, ale má únik moči potvrzen. Tento symptom postihuje obě pohlaví v různém věkovém rozhraní a s různým stupněm závažnosti (Shaban et al., 2012, s. 4).

Inkontinence moči je častá porucha a není novým zdravotním či společenským problémem, ale v dnešní době je stále více skloňovaným pojmem v důsledku stárnutí populace (Pilka et al., 2017. s. 217). Mezinárodní společnost pro kontinenci se touto problematikou zabývá již od roku 1971, kdy ji pod názvem „*Continent Club*“ založil Eric Glen (ICS, 2022). Druhou společností, která se této problematice věnuje je Mezinárodní urogynekologická asociace (IUGA–International Urogynaecological Association), která spojuje přední odborníky na pánevní dno (IUGA, 2023; Dzvinčuk et al., 2008, s. 90).

Močová inkontinence ovlivňuje ženské i mužské pohlaví. Je však běžnější u žen, může ovlivňovat fyzické, psychologické i sociální blaho postiženého (Cooper et al., 2014, s. 1).

Močová inkontinence obecně je chápána jako náročný stav s mnoha příznaky, který významně ovlivňuje kvalitu života daného jedince. Může způsobovat rozpaky až úzkostné stavy. V ženské populaci je stále mnoho žen, které močovou inkontinenci připisují něčemu, co je naprosto běžné po porodu či vlivem stárnutí a neřeší to, ač musí omezit svoje běžné denní aktivity apod (Tharpe et al., 2013, s. 546).

Podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS, 2022) lze močovou inkontinenci (UI–Urinary Incontinence) rozdělit do několika typů na základě různých odlišných obtíží. Stížnost na nedobrovolný únik během namáhavé činnosti nebo při kýchání či kašli definujeme jako stresová močová inkontinence (SUI–Stress Urinary Incontinence). Stížnost na nechtěný únik moči doprovázená nebo bezprostředně předcházená naléhavostí se definuje jako urgentní močová inkontinence (UUI–Urgent Urinary Incontinence). Nechtěný únik moči spojený s nutkavou naléhavostí a také s námahou, kýcháním či kašlem je definována jako smíšená močová inkontinence (MIXED–Mixed Urinary Incontinence).

Močová inkontinence má velký vliv na kvalitu života a sexuální funkci, protože může vést k pocitu hanby, sociální izolace, deprese. Shlain et al. (2018, s. 309) uvádí, že stresová močová inkontinence je nejběžnějším typem močové inkontinence (50 %), za ní následuje urgentní močová inkontinence (11 %), smíšená močová inkontinence (36 %) a poté v nepatrné míře ostatní typy (3 %).

V České republice od roku 2002 existuje osvětový program IncoForum (IncoForum, 2022) což je mezioborové sdružení předních odborníků z řad urologie, urogynekologie, neurologie, geriatry, fyzioterapie apod. Sdružení se snaží zlepšit celkové postavení osob s močovou inkontinencí, tyto osoby podpořit a zvýšit celkovou kvalitu jejich životů.

1.2.2 Prevalence močové inkontinence

Milson et al. (2019, s. 271) konstatuje, že prevalence ženské močové inkontinence se značně liší studie od studie. Tyto výrazné rozdíly jsou dány rozdílným vzorkem zkoumané populace v každé studii, užití rozdílné definice močové inkontinence apod. Světové studie uvádí prevalenci v rozptylu 5–70 %, avšak většina studií udává zlatý střed, prevalenci v rozpětí 25–45 %. U žen vyššího věku, nad 70 let se udává prevalence vyšší než 40 %.

V rozsáhlé mezinárodní studii v Německu, Francii, Velké Británii a Kanadě z roku 2013 zaměřenou na močovou inkontinenci a její vliv na kvalitu života žen ve věku 45–60 let o počtu 1203 žen s močovou inkontinencí, byla zjištěna prevalence močové inkontinence okolo 18 % (Abrams et al., 2015, s. 143).

Krhut udává, že prevalence jakéhokoliv typu inkontinence u dospělých žen je 25–29 % (Krhut et al., 2018, s. 1925). Do roku 2050 by mohl počet žen s močovou inkontinencí vzrůst až o 55 % z 18,3 na 28,4 milionů v celosvětové populaci. Díky zvyšující se střední délce života se i náklady na péči a léčbu o klientky s močovou inkontinencí zvyšují. Na přelomu tisíciletí tyto náklady překročily 20 bilionů dolarů (Gomes-da-Silveira et al., 2018, s. 217). Tyto finanční náklady jsou přirovnávány svojí výši k nákladům na léčbu diabetes mellitus (Dzvinčuk et al., 2008, s. 90).

Močová inkontinence je stigmatizační stav v mnoha populacích, což způsobuje obtížné získání konzistentních epidemiologických údajů. Možná kvůli stigmatizaci je tento stav spojen s nízkou mírou vyhledávání zdravotní péče. I přesto studie ukazují, že přibližně 12,4 % mladých žen, 45 % žen středního a postmenopauzálního věku a 75 % starších žen trpí močovou inkontinencí (Saboia et al., 2017, s. 2).

Určit přesnou prevalenci močové inkontinence není nikterak jednoduché, jelikož existuje mnoho typů a stupňů tohoto onemocnění. Dalším faktorem, který znesnadňuje určení přesné prevalence je fakt, že velké množství lidí trpících močovou inkontinencí si ji vůbec nepřipouští, neřeší ji. Dle společnosti WHO trpí tímto palčivým problémem okolo 5–8 % z celkového počtu celosvětové populace (Vilhelmová, 2011, s. 97). Dzvinžuk et al. (2008, s. 90) uvádí, že pokud se zaměříme pouze na ženské pohlaví, jelikož ženská močová inkontinence je námi zvolenou oblastí zkoumání, tak odbornou lékařskou pomoc vyhledá a následně podstoupí doporučenou léčbu pouze okolo 10–20 % žen.

Procento prevalence postupně stoupá s přibývajícím věkem u mužů i u žen. Ve věkové kategorii nad 65 let se močová inkontinence vyskytuje v rozmezí okolo

15– 35 %, v porovnání až 4× častější je to pak u ženského pohlaví. Obecně můžeme také říci, že čím je vyšší věk populace, tím se rozdíl v četnosti výskytu inkontinence moči snižuje (Vilhelmová, 2011, s. 97).

Výskyt močové inkontinence u žen je obecně vysoký, až 30–50 % žen uvádí občasný únik moči (Horčička, 2017, s. 16), pokud k tomuto číslu dále přičteme i stav tzv. přechodné močové inkontinence, který se typicky vyskytuje po porodu či při akutních zánětlivých onemocnění vývodných cest močových, může se procento prevalence močové inkontinence u žen zvýšit až na více jak 60 % (Vrublová et al., 2011, s. 2).

Asi 6–10 % žen udává závažnou močovou inkontinenci, která velmi ovlivňuje jejich život. S přibývajícím věkem žen křivka močové inkontinence roste (Kolařík et al., 2011, s. 525).

Asi 40–50 % případů močové inkontinence u žen zaujímá stresová inkontinence. U 30–40 % případů jde o inkontinenci smíšenou, posledních 20 % tvoří urgentní močová inkontinence (Kolařík et al., 2011, s. 525).

Shlain et al. (2018, s. 310) uvádí, že téměř jedna čtvrtina (24 %) žen ve věku 40–59 let trpěla močovou inkontinencí, s nárůstem na 34 % u žen ve věku nad 60 let. Norským průzkumem v letech 1995–1997 a v letech 2006–2008, který zahrnoval 13 694 žen, bylo zjištěno přítomnost močové inkontinence u 27–30 % žen ve věku 50–59 let, u žen ve věku 60–80 let se zvýšila na 26–40 %.

1.2.3 Rizikové faktory pro vznik močové inkontinence

Mezi rizikové faktory s prokázaným vztahem k močové inkontinenci řadíme věk nad 60 let (Buyuk et al., 2021, s. 555).

Druhým rizikovým faktorem je parita ženy. Riziko vzniku močové inkontinence u multipary je až 4× vyšší ve srovnání s dosud nerodící ženou. Velká pozornost by se měla věnovat zejména výskytu úniku moči během prvního těhotenství a následně po prvním vaginálním porodu. Tyto ženy mohou být do budoucna ohroženy močovou inkontinencí (Horčička, 2017, s. 16). Deutchman et al. (2005, s. 62) konstatuje, že až u 30 % žen se do prvních 5 let po prvním vaginálním porodu rozvine stresová močová inkontinence.

Dalším důležitým faktorem je celková délka druhé doby porodní, počet vaginálně vedených porodů či operačně vedený vaginální porod. Důraz je kladen i na hmotnost plodu, pokud překročí 3 500 g (Horčíčka, 2017, s. 16).

Dalším významným rizikovým faktorem je výrazná nadváha až obezita. Dass et al. (2013, s. 50) uvádí, že obezita 1. stupně zvyšuje riziko vzniku močové inkontinence až 1,7×, při BMI nad 35 je riziko 2,5× vyšší. Vysoká tělesná hmotnost zvyšuje nitrobřišní a intravesikulární tlak a zvyšuje pohyblivost močové trubice, což může vést k močové inkontinenci. Studie ukazují, že úbytek na váze o 5–10 % výrazně zlepšil močovou inkontinenci obézních (Dass et al., 2013, s. 50).

Dále pak lze zařadit a zmínit rizikové faktory jako opakované infekce močových cest, gynekologické operace, kouření, kognitivní poruchy (Kolařík, et al. 2011, s. 587.) a další souběžná onemocnění (Buyuk et al., 2021, s. 555), např. diabetes mellitus, chronická obstrukční plicní nemoc, městnavé srdeční selhání a cerebrovaskulární onemocnění. Chronická zácpa (Ozdemir et al., 2018, s. 100), která během obtížné defekace způsobuje zvýšený nitrobřišní tlak, poškozuje jemné pánevní struktury. Sedavý způsob života může způsobit oslabení pánevních svalů (Yagmur et al., 2021, s. 190).

Taktéž menopauza, při které dochází u žen k rapidnímu úbytku ženského pohlavního hormonu estrogeneru (Goforth et al., 2016, s. 424), což způsobuje zejména atrofii poševní a uretrální sliznice a mimo jiné se podílí na vzniku vleklých močových infekcí, které negativně ovlivňují funkci močových cest (Kolombo et al., 2008, s. 296).

Důležitým faktorem je i pitný režim, kdy se ženám doporučuje vypít minimálně 2 litry tekutin za den, omezit kofeinové nápoje a pravidelně vyprazdňovat svůj močový měchýř (Goforth et al., 2016, s. 424). Americká studie provedená na 4309 netěhotných ženách dokazuje, že množství kofeinu větší než 204 mg/den, což odpovídá 1 šálku kávy denně, zvyšuje prevalenci močové inkontinence až na 40 % (Gleason et al., 2013, s. 295).

Naopak velmi náročné cvičení s velkým dopadem na cvičební podložku či jiná fyzicky náročná práce je označována za rizikový faktor vzniku močové inkontinence (Bo et al., 2016, s. 195).

Vyšší prevalence stresové močové inkontinence (28–68 %) byla objevena u mladých sportovkyň. Pravidelná nadměrná fyzická námaha a zvýšený nitrobřišní tlak při vrcholovém sportu soustavně přetěžuje svalstvo pánevního dna a tím může způsobovat močovou inkontinenci. Většinou jde o velmi mladé aktivní ženy, které se za problém stydí,

proto jej nehlásí lékaři a často nedojde k odhalení jejich problémů. Ženy raději aktivní sportování omezí či zcela ukončí nebo během sportu používají inkontinenční vložky a omezí pitný režim (Hagovska et al., 2017, s. 210).

Hagovska et al. (2017, s. 211) v roce 2016 provedli studii, jejichž cílem bylo zjistit vliv močové inkontinence na ženy ve vrcholovém sportu a jejich kvalitu života. Do studie bylo zařazeno 503 sportovkyň ve věku 18–35 let. Zjistilo se, že 72 (14 %) z nich má potíže s únikem moči. Výsledky dotazníku The Urinary Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL), který se dělí na 3 oblasti (skóre vyhýbavého chování, skóre psychosociálního dopadu a skóre sociální trapnosti či rozpaky), všechny oblasti zaznamenaly výrazně horší parametry. Taktéž výsledky dotazníku The Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) hlásily horší kvalitu života u sportovkyň s únikem moči (Hagovska et al., 2017, s. 213).

U mužské močové inkontinence je jediným zjištěným rizikovým faktorem věk nad 60 let (Buyuk et al., 2021, s. 555).

1.2.4 Mechanismus kontinence u ženy

Kontinence moče je velmi složitý mechanismus (Broďák et al., 2007, s. 270). Mezi základní činitele zajišťující kontinenci u ženy patří intraabdominální tlak, uretrální uzávěrový tlak a přenos tlaku (Roztočil et al., 2011, s. 296), samozřejmě je také nepoškozený závěsný aparát pánevního dna a zcela fyziologicky funkční vývodné močové cesty (Broďák et al., 2007, s. 270). K nejznámějším mechanismům kontinence u žen můžeme zařadit tyto následující:

- 1. Teorie transmise tlaku** popisuje, že při zadržení moči v močovém měchýři se jedná o stav, kdy tlak v močové trubici přesáhne tlak v močovém měchýři. Tento fakt musí být dodržen i při jakékoliv fyzické aktivitě vykonávané ženou (běh, skok, zvedání břemen, smích, kašel apod.), jelikož je kladen větší nárok na nárůst nitrobřišního tlaku a tlaku vyvinutého na samotný močový měchýř. Pokud by nedošlo k přenosu intraabdominálního tlaku na uretru, moč by začala nekontrolovaně unikat (Roztočil et al., 2011, s. 296).
- 2. Teorii hamaky** publikoval v roce 1994 americký anatom DeLancey (Roztočil, 2011, s. 296). Teorie tzv. závěsného lůžka či sítě, tedy z anglického „hammock“ je nejvíce

uznávanou teorií ženské kontinence. Tato teorie přirovnává pánevní dno k síti, která slouží jako fixátor krčku močového měchýře a močové trubice. Nemalý důraz je kladen na svalstvo pánevního dna, zejména na musculus levator ani, který podpírá dolní cesty močové při zvýšení nitrobřišního tlaku (Brodáček et al., 2007, s. 270). Pokud by došlo k poškození těchto struktur, vytvoří se nestabilita přední stěny poševní a při zvýšení nitrobřišního tlaku nedojde ke stlačení močové trubice o endopelvickou fascii, postupně se rozvine stresová močová inkontinence (Roztočil et al., 2011, s. 296).

- 3. Integrovaná teorie kontinence** popisuje 3 procesy, které se uplatňují nezávisle na sobě. První mechanismus popisuje, že stah svalu musculus pubococcygeus přitáhne podpůrnou síť směrem dopředu a stah periuretrálních svalů uzavře močovou trubici. Druhým popisovaným mechanismem je naptutí supralevátorové části pochvy, která táhne močový měchýř dozadu a dolů proti močové trubici. Zadní část svalu musculus pubococcygeus napíná supralevátorovou část pochvy. Třetím mechanismem jsou svalové smyčky tvořené skupinami musculus levator ani. Horní smyčka je přichycena ke sponě stydké, prostřední ke kostrči a dolní k perineu. Při stažení pánevního dna tyto smyčky stlačují pochvu, močovou trubici a konečník (Kolařík et al., 2011, s. 590).

1.2.5 Typy močové inkontinence

V roce 2010 Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS, 2022) klasifikovala různé typy močové inkontinence u žen, např.: urgentní močová inkontinence, stresová močová inkontinence, kombinací obojího tzv. smíšená močová inkontinence, močová inkontinence z přetékání, noční močová inkontinence, bezpocitové močová inkontinence, močová inkontinence při pohlavním styku (koitální).

Dělení močové inkontinence na jednotlivé typy je důležité s ohledem na prevenci, klinický management a zejména ve volbě strategie léčebné péče o jednotlivé klientky (Minassian et al., 2020, s. 163e.1).

Mezi tři nejčastější typy z výše jmenovaných je zcela jistě stresová močová inkontinence (SUI–Stress urinary incontinence), urgentní (UUI–Urgency urinary incontinence) a smíšená močová inkontinence (MUI–Mixes urinary incontinence). Stresová močová inkontinence je popsána níže v samostatné kapitole. Urgentní močová inkontinence je definována jako „*stížnost na mimovolní ztrátu moči spojenou s naléhavostí*“ (Gomelsky et al., 2022, s. 268), tedy náhlé vzniklé nutkání ihned močit (Shaban, 2012, s. 4) a smíšená močová inkontinence je popisována jako kombinace obojího. Tedy jde o únik moči spojený s naléhavostí zejména při nějaké fyzicky náročné aktivitě či činnosti (Gomelsky et al., 2022, s. 268).

1.2.6 Stresová močová inkontinence

Stresová močová inkontinence je podle International Continence Society (2015, s. 14) definována jako „*nedobrovolná ztráta moči při fyzické námaze nebo při kýchání či kašlání*.“ A svojí četností u žen se řadí mezi jednu z nejčastějších poruch dolních cest močových, u mužů je málo častá a spíše ve spojení s operací prostaty (ICS, Fact Sheets, 2015, s. 14).

K úniku dojde, pokud tlak v močovém měchýři je vyšší než uzavírací tlak močové trubice. Někdy také označovaná jako pravá stresová inkontinence (GSI–Genuine Stress Incontinence), kdy výraz pravá označuje únik moči při zvýšeném tlaku v močovém měchýři bez stahu detruzoru (Kolařík et al., 2011, s. 588). Nověji je nazývána také jako „*aktivity–related*“ inkontinence (Romžová, 2014, s. 221).

1.2.6.1 Příčiny stresové močové inkontinence

Mezi příčiny močové inkontinence se řadí porucha závěsného aparátu dolních cest močových s možností poklesu pánevních orgánů. Takto vzniklá hypermobilita způsobuje oslabení svěrače močového měchýře, jeho svěrací funkce je překonána při běžných každodenních aktivitách, které zvyšují nitrobřišní tlak či při sportu a dojde tak k nechtěnému úniku moči (Brodčák et al., 2007, s. 268; Shaban et al., 2010, s. 5). Postiženy jsou většinou endopelvicke fascie, které drží v ideálním napětí přední poševní stěnu (Roztočil et al., 2011, s. 297).

Další, ne tak častá, ale za to závažnější příčina je poškození samotného svěrače močového měchýře, kdy je nízká svěrací funkce anebo téměř žádná svěrací funkce samotného svěrače a je značen jako nedostatečná funkce svěrače močového měchýře (Shaban et al., 2010, s. 5), která byla roku 1980 uznána jako samostatná nosologická jednotka (Broďák et al., 2007, s. 268) a je označována jako ISD–Intrinsic Sphincter Deficiency. Jedná se o *“poruchu funkce nervosvalové jednotky musculus sphincter uretrae internus a o trvale otevřené vnitřní ústí močové trubice“*. K příčinám ISD řadíme např. změny sliznice v klimakteriu, stavy po pánevních operacích či po radioterapii. Oba typy vyšetřujeme pomocí urodynamického vyšetření a ultrasonografie (Roztočil et al., 2011, s. 297).

Daným typem močové inkontinence trpí zejména ženy (40–63 %). V těhotenství se vyskytuje až u 60 % gravidních žen. U 32 % žen pak inkontinence přetrvává i po porodu (Romžová, 2014, s. 221).

Stresová močová inkontinence u žen se může projevit po různých typech porodů (Hongliang et al., 2021, s. 245). Obecně lze říci, že čím vícekrát žena vaginálně porodí, tím se možnost vzniku poškození pánevního dna násobně zvyšuje. Vašek et al. (2019, s. 73) konstatuje, že ženy, které trpí stresovou močovou inkontinencí 3 měsíce po prvním vaginálním porodu, mají do budoucna až 92 % riziko přetrvávající močové inkontinence.

Prevalence stresové, urgentní a smíšené močové inkontinence po 20 letech po porodu je 15 %, 6 % a 14 %. Nejvlivnějším predispozičním faktorem pro vznik stresové močové inkontinence během života je výskyt močové inkontinence během prvního těhotenství. Důležitou roli hraje také věk rodičky. U žen nad 30 let v době prvního porodu se pravděpodobnost rozvinutí stresové močové inkontinence a následné léčby zvyšuje dvakrát (Vašek et al., 2019, s. 73).

Mladé ženy, které mají diagnostikováno dané onemocnění, velmi často trpí rozsáhlými psychickými poruchami, mají nízké sebevědomí, trpí úzkostmi či depresemi. Všechny tyto poruchy zásadně ovlivňují ženino jednání a komunikaci v běžném životě. Takto zásadnímu problému se proto často říká tzv. *„sociální rakovina“*, která ovlivňuje každodenní aktivity ženy (Hongliang et al., 2021, s. 245).

1.2.6.2 Typy stresové močové inkontinence

Klasifikovat stupeň jakéhokoliv typu močové inkontinence je plošně obtížné, jelikož se posuzuje množství uniklé moči, avšak již se nesleduje nepohodlí, které žena s únikem jakéhokoliv množství moči má. Mota et al. (2017, s. 21) uvádí, že až 28 % žen uvedlo střední nebo těžké nepohodlí způsobené únikem moči. Existují různé klasifikace dělení.

Autoři Blaivas a Olsson (1988, s. 727–729) rozdělili **stresovou močovou inkontinenci** následovně:

- **Typ 0:** únik moči při fyzické aktivitě, při vyšetření bez úniku, krček a močová trubice jsou uzavřené a uloženy pod dolním okrajem spony stydké, při stresových manévrech se otevírají.
- **Typ I:** při stresových manévrech se močová trubice a krček močového měchýře otevírá a zároveň se posunují pod dolní okraj spony stydké.
- **Typ I, podtyp IIa:** krček močového měchýře je v klidu uzavřený a pod dolním okrajem spony stydké, při stresových manévrech se otevírají a tvoří se descenzus (cystouretrókéla).
- **Typ II, podtyp IIb:** v klidu je krček močového měchýře uzavřený a uložený pod dolní okraj spony stydké, při zvýšeném nitrobřišním tlaku se posunou a otevřou s únikem moči.
- **Typ III:** krček močového měchýře i močová trubice je otevřená i v klidu, je zde výrazný únik moči i při malém zvýšení nitrobřišního tlaku.

O hypermobilitě močové trubice mluvíme u typu 0–IIb, zatímco typ III značí insuficienci svěrače.

1.2.6.3 Diagnostika stresové močové inkontinence

K základní diagnostice močové inkontinence zcela jistě patří pečlivý odběr osobní anamnézy, gynekologické vyšetření, biochemické vyšetření moči, důsledné vedení mikčního deníku klientkou a změření postmikčního rezidua v močovém měchýři. Další

vyšetření jsou již zařazena dle zvážení lékaře postupně, např. cystoskopie, zobrazovací metody, urodynamické metody a jiné (Pilka et al., 2017, s. 285).

Výše zmiňovaný podrobný odběr anamnézy u ženy a následné fyzikální vyšetření, které vyloučí případnou přechodnou močovou inkontinence vlivem akutní či chronické infekce močových cest či vlivem neurologického onemocnění, je velmi důležitou součástí léčebného managementu. Lékař je poté schopný poté určit typ močové inkontinence a stupeň závažnosti, což je taktéž činitel, který má dopad na celkovou kvalitu života ženy. Dokáže odhalit různé anatomické poruchy a místní komplikace (Shaban et al., 2012, s. 5). Níže jsou popsány jednotlivé využívané diagnostické metody:

Anamnéza

Lékař se snaží empaticky, pečlivým vstupním pohovorem od klientky, zjistit informace ohledně rodinné zátěže, zejména pak onemocnění močových cest, vývojové vady nervové soustavy nebo chirurgické zákroky v míšní oblasti. Dále zjišťuje od klientky informace z oblasti osobní a porodnicko-gynekologické roviny (menstruační cyklus a jeho pravidelnost, počet těhotenství, porodů, potratů, prodělané gynekologické operace, infekční onemocnění, hormonální a jiná léčba, sexuální život a další). Taktéž jej zajímá pracovní a sociální zařazení klientky, tedy pracovní a sociální anamnéza (Martan et al., 2006, s. 40; Roztočil et al., 2011, s. 298; Kolařík et al., 2011, s. 593).

Zejména u starších klientek se zaměřuje také na užívání farmak, např. diuretik, které mohou zvyšovat četnost močení a zhoršovat potíže (Shaban et al., 2012, s. 5).

V neposlední řadě jej zajímají informace z oblasti urologické, informace o bolesti nebo tlaku v oblasti močového měchýře, frekvenci močení, noční vstávání kvůli močení, nutkání či únik moči během dne i noci, únik spojený se zvýšeným nitrobřišním tlakem (při kašli, kýčání, fyzické aktivitě či při pohlavním styku) (Pilka et al., 2017, s. 287), taktéž jaký je vzhled moči (s příměsí krve, zbarvení moči) (Martan et al., 2006, s. 40).

Součástí úvodního rozhovoru ženy s lékařem může být i zařazení vyplnění některého specifického dotazníku zaměřeného na močovou inkontinenci a s tím spojenou kvalitu života. Používají se k posouzení vývoje onemocnění či účinnosti léčby (Horčíčka, 2017, s. 32). Více viz kapitola Specifické nástroje měření kvality života.

Gynekologické vyšetření

Vlastní gynekologické vyšetření navazuje na pečlivě odebranou anamnézu. Lékař vyšetří ženu pohledem a pohmatem. Pátrá po průkazných změnách, které mohou ovlivnit funkci močového měchýře a močové trubice (zánětlivé procesy, zjizvení či jiné abnormality) (Roztočil et al., 2011, s. 300).

V břišní oblasti pátráme např. po chirurgických jizvách či kýle, které mohou přispívat ke vzniku stresové inkontinence. Patologické nitrobřišní útvary mohou způsobit obstrukci apod. Gynekologické vyšetření by mělo obsahovat pečlivé vyšetření pánevního dna a zaměřit se na známky prolapsu pánevních orgánů a schopnost vyprázdnit močový měchýř (Pilka et al., 2017, s. 286).

Hodnotí se taktéž poševní stěna a kvalita poševní sliznice. Gynekologické vyšetření je možné doplnit o vyšetření per rectum (Kolařík et al., 2011, s. 596).

Laboratorní vyšetření moči

K základnímu laboratornímu vyšetření moči při diagnostice močové inkontinence zcela jistě neodmyslytelně patří biochemické vyšetření močového sedimentu a jeho hodnot (Horčíčka, 2017, s. 30) a taktéž mikroskopické kultivační vyšetření moči (Dass et al., 2013, s. 49) získané prostou mikcí (Roztočil et al., 2011, s. 301). Zejména před následným urodynamickým vyšetřením je potřeba vyloučit jakýkoliv infekci v oblasti močového měchýře, nepřítomností bakteriurie (Dass et al., 2013, s. 49). Glykosurie, která je často příznakem diabetes mellitus může způsobit močovou inkontinenci působením několika faktorů a tou je neuropatie, polyurie a opakující se záněty močových cest (Dass et al., 2013, s. 49).

Mikční deník

Klientka si po dobu 3 dnů zapisuje co nejpřesněji svůj denní i noční režim (spánek, bdění, aktivity během dne). Taktéž je potřeba pečlivě zaznamenat jakýkoliv příjem i výdej tekutin a jejich druh (Dass et al., 2013, s. 46), případně i kdy došlo k úniku moči, za jaké situace a v jakém množství. Vedení tzv. mikční karty či deníku je důležitou součástí komplexní diagnostiky močové inkontinence (Aoki et al., 2017, s. 9; Pilka et al., 2017,

s. 286; Roztočil et al., 2011, s. 301). Tyto základní údaje jsou nedílnou součástí vstupního zhodnocení zdravotního stavu (Shaban et al., 2010, s. 6).

Funkční testy

Níže popsané testy se v dřívější době používaly hojně k diagnostice močové inkontinence, nyní se mohou tyto testy využít zejména u klientek, které by složitější vyšetření nezvládly či pro rychlou orientaci lékaře (Horčíčka, 2017, s. 31):

- **Marshallův test:** Marshallův čili Stres test spočívá v tom, že je močový měchýř s náplní 200–300 ml, poté se sleduje, zda při kašli dojde k úniku moči (Dzvinčuk et al., 2008, s. 92; Martan et al., 2006, s. 41; Kolařík et al., 2011, s. 596). Test se provádí v gynekologické poloze. Při pozitivním nálezu je možné toto vyšetření ještě rozšířit o tzv. Bonneyho test. Vyšetření probíhá tak, že lékař fixuje 2 prsty pochvu a na vyzvání nechá ženu zakašlat a ve stejném čase sleduje případný nechtěný odtok moči (Horčíčka, 2017, s. 31).
- **Pad–weight test:** Pad–weight test neboli test vážení vložky, který nám určí ztrátu moči po záměrném vykonání běžných fyzických aktivit (např. chůze do schodů, kašel, dřepy) (Deutchman et al., 2005, s. 62; Dzvinčuk et al., 2008, s. 92), po vypití tekutin v množství 500 ml v krátkém časovém úseku. Klientka je nucena 30 minut chodit, poté následuje úkol: 10x zakašlat, 10x stoj ze sedu, 5x zvednout z podlahy drobný předmět, 1 minutu si mít ruce pod proudem vody a na závěr minutový běh na místě, pokud to však fyzický stav klientky umožňuje (Martan et al., 2006, s. 41). Poté dojde ke zvážení použité vložky či pleny a vyhodnocení testu. Jde-li o ztrátu moči v rozmezí 2–10 g, jedná se o lehkou formu inkontinence, při ztrátě 10–50 g jde o středně těžkou inkontinenci a nad 50 g je to těžká inkontinence (Roztočil et al., 2011, s. 301). Dle doporučení ICS se doporučuje hodnocení po dobu 1 hodiny (Kolařík et al., 2011, s. 597), kdy již zvýšení hmotnosti o 1 gram se hodnotí jako pozitivní test. 24hodinový test je hodnocen jako pozitivní při zvýšení hmotnosti o 4 gramy (Deutchman et al., 2005, s. 62).

- **Q-Tip test:** jedná se o test hodnotící hybnost čili mobilitu močové trubice (Dzvinčuk et al., 2008, s. 92). Vyšetření se provádí v gynekologické poloze (Horčíčka, 2017, s. 31). Sterilní štětice s vatou je zavedena po místním znecitlivění do močové trubice s následným zatlačením klientky (tzv. Valsalvův manévr). Vlivem práce závěsných a podpůrných struktur močové trubice a měchýře dojde k rotaci štětice (opisuje polokruh směrem vzhůru) (Dzvinčuk et al., 2008, s. 92). Při správné funkci struktur dojde k posunu o 10–15° (Roztočil et al., 2011, s. 301) tj. že štětice při normální anatomii pánve je v horizontální poloze (Horčíčka, 2017, s. 31), posun o 30° a více značí hypermobilitu močové trubice, která je hojně přítomna při stresové inkontinenci (Pilka et al., 2017, s. 286).

Zobrazovací metody

Po mnoho desetiletí kategorií zobrazovacích metod dominovala rentgenová metoda zvaná **uretrocystografie** (Roztočil et al., 2011, s. 302). Tato metoda, z 60. let minulého století, spočívá v naplnění močového měchýře kontrastní látkou (baryová suspenze) o objemu 200 ml. Poté se do močové trubice zavede řetízek o délce 20 cm a provedou se 2 boční snímky (v klidu a při tlačení). Hodnotí se úhel sevření mezi uretrou a uretrovesikální junkcí (Kolařík et al., 2008, s. 600). Z důvodu velké zátěže pro pacientku, ať již zaváděním řetízku či kontrastní látky se v současnosti více využívá modernější metoda, ultrasonografie (Martan et al., 2006, s. 43). V současnosti mezi nejvíce používané zobrazovací metody patří:

- **Ultrasonografie:** jedná se o ultrazvukové vyšetření, které je relativně levné, rychlé, neinvazivní vyšetření. Můžeme jej provádět opakovaně, přímo v ordinaci lékaře. Je možné jej využít při vyšetřování horních i dolních cest močových (Pilka et al., 2017, s. 287). Standardně se začala tato metoda v České republice do diagnostiky močové inkontinence zařazovat od roku 1997 (Martan et al., 2006, s. 43). Dle druhu sondy, kterou použijeme a v jakém místě, dělíme ultrazvukové vyšetření na různé způsoby zobrazení ultrazvukového pole (např. abdominální, perineální, rektální) (Kolařík et al., 2011, s. 600). Můžeme sledovat postmikční reziduum v močovém měchýři, paravaginální defekty, uložení a hybnost močové trubice a močového měchýře, eventuální únik moči pomocí Dopplerovského vyšetření (Martan et al., 2006, s. 44).

Ultrazvukové vyšetření se využívá i při hodnocení zavedení TVT či TOT pásky při chirurgické léčbě stresové močové inkontinence. V dnešní době se v urogynekologické praxi stále víc používá i 3D ultrazvuk, který vyšetřovanou oblast zobrazí v jakékoliv lékařem požadované rovině (Martan et al., 2006, s. 44).

- **Postmikční residuum:** z anglického Post void residual (PVR). Je to metoda, kdy zjišťujeme objem moči, který zůstane v močovém měchýři po ukončení spontánního močení. Tato hodnota nepřekračuje 10–15 % z celkové kapacity močového měchýře (Roztočil et al., 2011, s. 301), což je asi 50–100 ml moči (Deutchman et al., 2005, s. 62). Měření se provádí ihned po spontánním vymočení, jelikož opožděné měření výsledky zkresluje. K měření se používá ultrasonografické vybavení (Pilka et al., 2017, s. 288).
- **Magnetická rezonance:** tato vysoce finančně nákladná metoda se provádí sporadicky, spíše pro vědecké účely, ač má v oblasti pánevního dna nejlepší rozlišovací schopnosti. Zařazuje se zejména při závažných a ojedinělých případech močové inkontinence či sestupu vnitřních orgánů ženy (Kolařík et al., 2011, s. 601; Pilka et al., 2017, s. 289). Velkou výhodou dané zobrazovací metody je, že aniž by pacientka musela záměrně měnit svoji polohu během vyšetření, můžeme provést zobrazení struktur v různých rovinách za velmi vysoké zobrazovací schopnosti (Roztočil et al., 1998, s. 155).

Urodynamická vyšetření

Urodynamická vyšetření se řadí mezi nejpřesnější diagnostické metody v urogynekologii. Jedná se o soubor vyšetření zařazovaných dle složitosti jednotlivě či kombinovaně podle aktuálního klinického stavu klientky (Horčíčka, 2017, s. 40). Jelikož se jedná o invazivní vyšetření, jsou zařazována u klientek s komplexními potížemi nebo při vyloučení neurologické příčiny (Shaban et al., 2010, s. 7).

Indikací k provedení urodynamických vyšetření je i selhání konzervativní léčby, vyšetření před a po operačním řešení močové inkontinence (Dzvinčuk et al., 2008, s. 92).

Výsledky jednotlivých urodynamických metod jsou zaznamenány graficky i matematicky (Horčíčka, 2017, s. 40). K urodynamickým vyšetřením řadíme:

- **Plnicí cystometrie:** jednou z nejužívanějších invazivních metod v urodynamice je zcela jistě plnicí cystometrie (Horčíčka, 2017, s. 42). Je to metoda, která nám vyhodnotí plnicí funkci močového měchýře (Pilka et al., 2017, s. 290).

Provádí se tak, že se pomocí zavedeného močového katetru do močového měchýře pomalu o rychlosti 25–100 ml/min vpraví mírně ohřátý fyziologický roztok (Pilka et al., 2017, s. 290; Roztočil et al., 1998, s. 158). Pomocí zavedeného katetru můžeme změřit tlak v močovém měchýři (Shaban et al., 2010, s. 7). Vyšetření se provádí v poloze vleže či sedací poloze. Je možné močový měchýř plnit i plynem (Kolařík et al., 2011, s. 597), pak mluvíme o tzv. plynové cystometrii, kdy hlavním médiem je oxid uhličitý (Roztočil et al., 1998, s. 1558). Využívá se např. při diagnostice neuropatií, nestabilním močovém měchýři, snížené kapacitě močového měchýře apod.

Zdravý močový měchýř se vyrovná nárůstu objemu, aniž by se zásadně zvýšil tlak v močovém měchýři, fyziologický vzestup vodního sloupce je o 2,6 cm na 100 ml přijaté tekutiny, bez známek vypuzovacích kontrakcí a s maximální kapacitou močového měchýře 350–500 ml (Roztočil et al., 2011, s. 303).

- **Profilometrie:** je urodynamické vyšetření, které slouží k měření vnitřního tlaku v močové trubici. Zjišťuje se tzv. uretrální tlakový profil, který nám určuje, jak je v močové trubici tlak prostorově rozprostřen. Vyšetření se provádí v klidu (klidový profil) a při stresových manévrech (zakašlání). Do močového měchýře se zavede katétr, který se během měření vytahuje rychlostí 2 mm/s. Měření probíhá na konci katetru (Kolařík et al., 2011, s. 598). Porovnávají se hodnoty tlaku v močové trubici a v močovém měchýři. Zdáli je hodnota tlaku v močovém měchýři vyšší než v močové trubici, je přítomna stresová močová inkontinence (Dzvinčuk et al., 2008, s. 92; Horčíčka, 2017, s. 45).
- **Uroflowmetrie:** je neinvazivní metoda zaznamenávající sílu (velikost) proudu moči v močové trubici (Dass et al., 2013, s. 49) během fyziologického vymočení (Shaban

et al., 2010, s. 6). Měření probíhá při močení pomocí průtokometru čili uroflowmetru. Klientka se vymočí na otáčející se kotouč, který zaznamená průtok moči v ml/s + maximální i minimální rychlost, celkový vymočený objem, délku mikce a vše vyhodnotí graficky. Dle zaznačené křivky a jejího tvaru a doprovodných hodnot vyhodnotíme poruchu např. v oblasti svěrače, snížená kontraktilita detruzoru, mikční dysfunkce atd. (Horčíčka, 2017, s. 41; Kolařík et al., 2011, s. 598). Metodu je vhodné doplnit o ultrazvukové vyšetření, abychom ověřili, do jaké míry se močový měchýř vyprázdnil (Shaban et al., 2010, s. 6).

- **Elektromyografie:** jedná se o neinvazivní metodu (Roztočil et al., 2011, s. 302), která sleduje elektrické potenciály v oblasti příčně pruhovaného svalstva pánevního dna (Martan et al., 2006, s. 45; Dzvinčuk et al., 2008, s. 92). Zaměřuje se zejména na funkci svalových vláken v oblasti zevního svěrače močové trubice a análního svěrače (Kolařík et al., 2011, s. 599). Elektromyografie se vždy doplňuje o jinou urodynamickou metodu, nejčastěji o uroflowmetrii nebo cystometrii (Horčíčka, 2017, s. 46).
- **Cystoskopie:** jedná se o vyšetření močového měchýře pomocí speciální optiky (Roztočil et al., 2011, s. 303), kterou vidíme tvar močového měchýře, stav sliznice močového měchýře, ústí močové trubice atd. Dané vyšetření není nutné provádět při úvodní diagnostice onemocnění, ale využívá se spíše při zavádění TVT pásky při léčbě stresové močové inkontinence. Metoda využívá šikmou optiku, která se zavádí do močového měchýře naplněného fyziologickým roztokem. Je možné v téže době výkon rozšířit o biopsii nápadného místa (Horčíčka, 2017, s. 39–40).

Neméně důležitým bodem hodnocení močové inkontinence je i vliv močových příznaků na životní styl ženy, ale i na celkovou kvalitu jejího života. Můžeme to změřit pomocí standardizovaných validovaných dotazníků kvality, které se, jak bylo popsáno výše v kapitole Specifické nástroje měření kvality života, zaměřují na dopad jednotlivých močových příznaků, tak i na celkovou kvalitu života žen s močovou inkontinencí (Rosevear et al., 2002, s. 299).

1.2.6.4 Léčba stresové močové inkontinence

Možnosti léčby močové inkontinence se liší podle typu močové inkontinence a stupně postižení. Proto je velmi důležité nejprve určit etiologii a také závažnost příznaků. Poté by měl ošetřující lékař zjistit, jaká očekávání má samotná žena od budoucí léčby a spolu by měli vybrat tu nejlepší možnou variantu pro danou ženu (Practice Bulletin, 2005, s. e68).

Léčba stresové močové inkontinence je zaváděna, pokud močová inkontinence zásadně ovlivňuje celkovou kvalitu života ženy (Martan et al., 2006, s. 48). V současnosti již existuje celé spektrum různých metod k léčbě močové inkontinence, avšak v praxi je pro lékaře poměrně náročné vybrat tu nejlepší z nich pro konkrétní ženu. Vždy je nutno zvážit všechny rizikové faktory jako je např. věk, BMI, urodynamické parametry, taktéž zkušenosti operátora (Luo et al., 2013, s. 139).

První metodou volby léčby stresové močové inkontinence je bezesporu léčba konzervativní, která zahrnuje např. posilování pánevního dne, farmakoterapii (Dzvinčuk et al., 2008, s. 92), elektrostimulaci (Smažinka et al., 2015, s. 197). Výše zmiňovaná konzervativní léčba se zavádí při lehčích formách močové inkontinence (Broďák et al., 2007, s. 268). Pokud jsou zmiňované možnosti neúspěšné, pak je zvolena metoda chirurgická, která je u daného typu močové inkontinence nejefektivnější (Smažinka et al., 2015, s. 197).

Dle odhadů se do roku 2050 zvýší četnost propagované chirurgické léčby stresové močové inkontinence až o 50 % (Gomes-da-Silveira et al., 2018, s. 217).

V současnosti by se měl klást velký důraz na edukaci žen s močovou inkontinencí. Ženy by měly být poučeny o všech možnostech léčby a spolu s lékařem vybrat pro ni tu nejvhodnější, aby se zlepšila celková kvalita jejich života (Vrublová et al., 2011, s. 2).

Součástí péče o ženu s močovou inkontinencí se zcela jistě patří zmínit používání kompenzačních pomůcek, které při pravidelném používání snižují důsledky inkontinence moči. Využívají se zejména během diagnostického procesu nebo čekání na termín chirurgického zákroku. Taktéž je využívají ženy, které jiné způsoby léčby nemohou nebo nechtějí z nějakého důvodu podstoupit. Mezi nejužívanější pak řadíme používání inkontinenčních absorbčních vložek, případně inkontinenčních plenkových kalhotek. V dnešní době je již velmi široký výběr těchto pomůcek, jak pro ženy, tak i pro muže. Na tyto zdravotní pomůcky zdravotní pojišťovny finančně přispívají (dle závažnosti močové inkontinence), nikoliv je zcela hradí (Bojar et al., 2006, s. 264).

Ihned v začátku diagnostického procesu můžeme klientkám, zejména pak často ženám vyššího věku, kde předpokládáme sníženou pohyblivost, doporučit jednoduché zásady, které při jejich dodržení pomohou ke zlepšení úniků moči v domácím prostředí. Doporučení tkví v dobrém uspořádání obytného prostoru (odstranění možných překážek) s dobrým osvětlením, abychom zajistili co nejkratší cestu na toaletu, správná úprava pitného režimu a používání adekvátního domácího oblečení s doplňkem vhodných inkontinenčních pomůcek (Romžová et al., 2010, s. 120).

Níže jsou uvedeny hlavní formy léčby ženské stresové močové inkontinence:

Fyzioterapeutická léčba stresové močové inkontinence

Pohled na fyzioterapeutickou léčbu močové inkontinence se v posledních letech zlepšil. Tato forma léčby se začala více zmiňovat, avšak stále je odborníky upozadřována a není metodou první volby. Kořeny fyzioterapeutické léčby inkontinence moči sahají do roku 1948, kdy cvičení zaměřené na kontrakce svalů pánevního dna představil celosvětově známý americký gynekolog Arnold Kegel (Krhut et al., 2015, s. 132).

Později bylo zjištěno, že tato nejstarší cvičební metoda k posílení svěračů není komplexní a ženám může způsobit nerovnováhu svalů v oblasti pánevního dna (Holaňová et al., 2010, s. 308).

Fyzioterapeutické cvičení lze zařadit mezi rané možnosti léčby stresové močové inkontinence. Tato metoda léčby zahrnuje cviky na celkové posílení pánevního dna a k podpoře hromadění moče v močovém měchýři (Deutchman et al., 2005, s. 62).

Tzv. „*posturální přístup*“ je forma cvičení, které se zaměřuje na posílení celého hlubokého stabilizačního systému ženy trpící močovou inkontinencí. Nevýhodou této formy je chybějící nácvik přímé kontrakce svalů pánevního dna (Holaňová et al., 2010, s. 309).

Další formou fyzioterapeutického cvičení je model, který je projením efektivního posilování stabilizačního systému a zároveň efektivním posílením pánevního dna (Holaňová et al., 2010, s. 309).

Cviky můžeme doplnit o metody vaginální elektrostimulace, biofeedback, zařazení doplňkových pomůcek v podobě vaginálních pesarů apod. (ICS, Fact Sheets, 2015, s. 15). Tyto metody jsou zařazovány jako doplněk ke klasickému cvičení nebo jsou zařazeny u žen s nízkou schopností kontrakce svalů (Holaňová et al., 2010, s. 309).

Cílem cvičení je, aby si ženy osvojily správně a cíleně principy zapojení svalstva pánevního dna do kontroly kontinence moči (Krhut et al., 2015, s. 134).

Pozitivní výsledky cvičení mají motivované a řádně edukované ženy, které cvičí ze začátku pod dohledem školitele (pravidelné kontroly po 14 dnech) a po zaškolení nejméně 3, spíše ale 6 měsíců (Dass et al., 2013, s. 50), důsledně a pravidelně 3–4× denně v domácím prostředí (Deutchman et al., 2005, s. 62). Dlouhodobý výsledek je ovlivněn právě motivací a důsledností žen ve cvičení (Dass et al., 2013, s. 50).

Nedílnou součástí fyzioterapeutické léčby, kterou by měl vždy vést zkušený fyzioterapeut (Čepický et al., 2018, s. 43; Kolařík et al., 2011, s. 604), je také celková změna životního stylu, zejména pak redukce morbidní obezity, kouření, omezení nadměrné fyzické zátěže v oblasti břišní krajiny (Kolařík et al., 2011, s. 603), prevence zácpy, úprava mikčních návyků (Horčíčka, 2017, s. 83), je vhodné také zařadit vhodnou sportovní aktivitu (Krhut et al., 2015, s. 134). Jsou známy pozitivní výsledky cvičení, kdy ženy cvičící mají až 17× větší šanci na vyléčení v porovnání se ženami necvičícími (Krhut et al., 2015, s. 135).

Vaginální pesar je pomůcka, která slouží buď k podpoře poševní stěny při prolapsu anebo se využívá k léčbě močové inkontinence (Wu et al., 2019, s. 180). Inkontinenční pesary se liší od pesarů pro relaxaci pánevního dna v tom, že mají přídavnou funkci pro specifickou podporu močové trubice (Callahan et al., 2013, s. 256), kdy zavedený pesar zajistí po vložení podporu přední poševní stěny s mírným vyvýšením a zúží močovou trubici, tím dochází k poměrně výraznému snížení úniku moči (Wu et al., 2019, s. 191).

Jelikož jsou tyto pesary neinvazivní, jsou užitečné u pacientek, u kterých je operace kontraindikována, např. z důvodu vysokého stáří či v těhotenství (Callahan et al., 2013, s. 256), případně se užívají u žen čekajících na operační zákrok řešící močovou inkontinenci. Uvádí se, že až 70–90 % žen po zavedení pesaru pocítla značnou úlevu (Wu et al., 2019, s. 180). Metoda je nabídnuta spíše ženám s lehkým typem močové inkontinence (ICS, Fact Sheets, 2015, s. 15).

Farmakologická léčba stresové močové inkontinence

Pro léčbu stresové močové inkontinence se více doporučuje léčba chirurgická, avšak lze zvolit i léčbu farmakologickou, zejména pokud žena operaci z nějakého důvodu odmítá. Tato možnost volby je většinou kombinována s jinou metodou a to např. změnou návyků

a celkového životního stylu ženy, fyzioterapeutické cvičení pánevního dna, elektrostimulace, biofeedback apod. (Martan et al., 2006, s. 48).

Farmaka různých lékových skupin pro léčbu stresové močové inkontinence pracují na principu zvýšení tlaku v močové trubici tím, že se zvýší tonus hladké svaloviny močové trubice nebo se léčivy působí na příčně pruhovanou svalovinu pánevního dna. Výsledky farmakologické léčby však nejsou tak vysoké jako při použití léčby chirurgické (Martan et al., 2006, s. 57).

Pokud tedy lékař přistoupí k léčbě medikamentózní, vždy je nutné sledovat možné nežádoucí účinky léčiv a dávku léčiva zvyšovat postupně až k dosažení léčebnému efektu. Při objevení nežádoucích účinků, či zda je léčba bez efektu, je nutné lék vyměnit za jiný, vyhovující. Farmakologická léčba se zhodnotí po 3 měsících pravidelného užívání a vyhodnotí se. Úspěšné požadujeme, pokud došlo k poklesu úniku moče pod hranici 50 % (Martan et al., 2006 s. 68–69).

Chirurgická léčba stresové močové inkontinence

Chirurgická léčba močové inkontinence slouží obecně k obnovení funkčních topografických vztahů v oblasti vývodných močových cest, konkrétně pak močové trubice (Macků et al., 1995, s. 438) během zvýšeného nitrobřišního tlaku (Shaban et al., 2010, s. 8). Úspěšnost chirurgických operací je obecně 80–94 % (Martan et al., 2013, s. 74). K operační léčbě se přistupuje, pokud dosavadní konzervativní léčba je neúspěšná (Kolombo et al., 2009, s. 16) nebo pokud ženy akceptují potenciaální rizika chirurgické léčby a nahlíží na ni jako na léčbu definitivní (Wu et al., 2019, s. 181).

Ve 20. století byly představeny různé postupy léčby stresové močové inkontinence, od invazivních po miniinvazivní výkony, které dělíme dle přístupu na vaginální, retropubické, intrauretrální, suburetrální atd. (Švihra, 2012, s. 165). Již začátkem 20. století jsou datovány první pokusy o využití „smyčky“ v oblasti močové trubice k léčbě močové trubice (Vrtal et al., 2005, s. 95).

Průkopníkem v urogynekologii a léčbě stresové močové inkontinence byly tahuprosté pásky, které se začaly zavádět z retropubického přístupu s velkým efektem, ale taktéž komplikacemi, zejména v podobě silného krvácení. Ve staze zjednodušit operační postupy k zavedení TVT pásky se přistoupilo k zavádění transobturatorním přístupem,

při kterém bývá přechodná bolestivost v tříslech, ta však většinou do 1 měsíce vymizí (Smažinka et al., 2015, s. 197).

Kolposuspenze dle Burche

Nadzvednutí a stabilizace hrdla močového měchýře a proximální části močové trubice ve vysoké retropubické poloze jsou základním principem tohoto chirurgického postupu. Močová trubice je podepřena (Gomes-da-Silveira et al., 2018, s. 219) dvěma páry stehů (Dzvinčuk et al., 2008, s. 94), buď do Cooperova iliopectineálního vazů nebo do periostu stydké kosti. Pokud jsou stehy umístěny skrz Cooperův vaz, tak se jedná o tzv. Burchův postup (Gomes-da-Silveira et al., 2018, s. 219). Fixace stabilní močové trubice pomocí stehů zajistí kontinenci (Dzvinčuk et al., 2008, s. 94). Tato metoda od zavedení do praxe Burchem v roce 1961 se rychle rozšířila do celého světa a již v 80. letech 20. století představovala jakýsi zlatý standard v léčbě močové inkontinence (Huvar et al., 2008, s. 44).

Ženy, které daný postup absolvovaly, měly až 90 % návrat kontinence za 1 rok a 70 % za 5 let. Daný postup lze provádět i laparoskopicky se stejným účinkem, nicméně s výrazně delší hospitalizací (Wu et al., 2019, s. 182) a vyšší invazivitou ve srovnání se zavedením tahuprosté pásky (Dzvinčuk et al., 2008, s. 94).

K běžným komplikacím, vzniklých během této pánevní operace, můžeme zařadit krvácení, možnost tvorby hematomu a závažná poranění střeva či dolních močových cest. Taktéž se mohou objevit záněty močových cest, trombóza hlubokých žil či plicní embolie. Nejčastějším problémem po absolvování této operační techniky je zcela jistě hyperaktivita detruzoru, která se může vyskytnout až ve 3–18 % případů. Studie popisují, že až u 8 % žen se může vyskytnout chronická močová retence a u 13 % žen popisují možnou tvorbu enterokély (Osborn et al., 2013, s. 42). Svoji slávu začal Burcheho postup ztrácet v 90. letech 20. století s příchodem miniinvazivních metod (Huvar et al., 2008, s. 44).

Kolposuspenze dle Marshall Marchetti Krantz

Tato metoda se provádí obdobně jako výše popsaná metoda dle Burche. Sutures jsou vedeny po obou stranách hrdla močového měchýře (Rosevear et al., 2002, s. 311).

Pubovaginální sling

Slingové čili „smyčkové“ operace obecně slouží k podpoře svaloviny pánevního dna a hrdla močového měchýře a návratu kontinence a používají se již od začátku minulého století. Svoji vysokou efektivitou se obecně smyčkové operační postupy dostaly na úroveň Burchovy kolpopexie, kdy výsledky byly ověřeny v mnoho metaanalýzách (Poršová et al., 2011, s. 66). Tyto techniky s použitím organických (vlastní svaly a fascie) (Dzvinčuk et al., 2008, s. 94) i syntetických materiálů mají velmi dobré výsledky s nízkou morbiditou (Djehdian et al., 2014, s. 553).

Při pubovaginálních „smyčkových“ operacích využívá operátor fascii břišních svalů k podvlečení pod hrdlo močového měchýře a fascii pak přichytí k pánevnímu dnu. Obdobou je tzv. vaginální „sling“, kdy se postupuje z poševní stěny (Broďák et al., 2007, s. 270). Tato břišní operace má velmi vysokou účinnost (více jak 90 %), nevýhodou však je dlouhá operační doba, invazivita zákroku (výraznější ztráta krve) (Wu et al., 2019, s. 183) a poté následná několik týdnů trvající rekonvalescence. Avšak je možné ji použít i tam, kde by jiné metody byly nevhodné (Broďák et al., 2007, s. 271), např. recidivující stresová močová inkontinence nebo močová inkontinence s různými typy komplikací (Wu et al., 2019, s. 183).

Studie zahrnující 326 žen (Osborn et al., 2013, s. 42), které podstoupily operaci pubovaginálním slingem, popisuje vzniklé pooperační komplikace u výše zmiňované metody. Ke vzniklým pooperačním komplikacím byly zařazeny: hyperaktivita močového měchýře, kterou trpělo 3 % žen. Dlouhodobou retencí moči trpělo 6 % z nich. Další zmiňovanou komplikací u těchto žen byla recidivující cystitida (1,8 %), trombóza hlubokých žil (0,3 %), a u 0,3 % případů krvácení závažného typu. U 3,4 % žen se vyskytly komplikace přímo v operační ráně. Nejčastěji popisovanými komplikacemi v operační ráně jsou obecně vznik hernie či ranná infekce (Osborn et al., 2013, s. 42).

Miniinvazivní uretropexie

Na přelomu tisíciletí zaznamenaly velký boom v chirurgické léčbě ženské stresové močové inkontinence miniinvazivní smyčkové čili páskové operační postupy, které jsou vysoce účinné a bezpečné (Broďák et al., 2007, s. 271). Miniinvazivní uretropexie tedy TVT či TOT pásky slouží k podpoře střední části močové trubice a tím k návratu kontinence. V dnešní době jsou metodou nejpoužívanější, mají vysokou účinnost u všech typů stresové močové inkontinence, dokonce i u nedostatečnosti svěrače (ISD–Intrinsic Sfincter

Deficiency), která je značena jako nejtěžší forma stresové močové inkontinence (Broďák et al., 2007, s. 268).

Tahuprostá vaginální páska (TVT, Tension free vaginal tape)

Standartně se k chirurgické léčbě stresové močové inkontinence již řadu let využívá výhod tahuprostých pásek označovaných jako TVT tedy Tension free vaginal tapes. Tyto pásy jsou různého typu, od různých výrobců a liší se rozdílným způsobem zavádění (Smažinka et al., 2015, s. 197), a které nahradily téměř všechny ostatní operační metody (Kolařík et al., 2011, s. 606).

Do klinické praxe byly zavedeny v roce 1996 Ulmstenem et al. (1996, s. 81), kteří dospěli k závěru, že popsaná metoda je slibnou novou technikou pro chirurgickou léčbu ženské stresové inkontinence moče. Dnes ji můžeme označit za univerzální metodu řešící léčbu stresové močové inkontinence (Kolařík et al., 2011, s. 609). Incizí o délce 15 mm na přední poševní stěně je zavedena tahuprostá páska ve směru dovnitř či ven z pochvy (dle výrobce) a vložení pásy na rozhraní střední a konečné třetiny délky močové trubice tak, aby neutlačovala močovou trubici, čili bez tahu. Výkon se provádí v lokální anestezii, což umožňuje operatérovi během operace zkontrolovat, zda byla dosažena kontinence (Ulmsten et al., 1999, s. 348).

Velká výhoda této metody je, že pacientky jsou rychle vráceny do běžného života, jelikož tato metoda je miniinvazivní, prováděna rychle a efektivně a s velmi krátkou dobou hospitalizace. Podle Ulmstenenovi studie je úspěšnost této metody 86 % (Texl et al., 2015, s. 346). Vzhledem k možným komplikacím u této metody (např. poranění močového měchýře), část operatérů přestoupila k období této metody, kdy se páska zavádí okolo dolních ramen kosti stydké tedy TOT zavedení (Dzvinčuk et al., 2008, s. 94).

Transobturátorová páska (TOT, Transobturator tape)

Uvedení dané metody do praxe bylo Delormem et al. (2001, s. 306) v roce 2001, kdy transobturátorová páska velmi ovlivnila operační možnosti léčby stresové močové inkontinence. Tato technika si získala popularitu díky své jednoduchosti a nízkému riziku morbidit (Juma et al., 2020, s. 37). Bývá označována jako „*páska druhé generace*“ (Texl et al., 2015, s. 346).

Standartní doba zákroku činí 15 minut. Velkou výhodou je, že ji lze provést ambulantně v lokální anestezii (Dzvinčuk et al., 2008, s. 94).

Tato metoda spočívá v zavedení tahuprosté pásky vyrobené z monofilamentního prolenu kolem dolních ramen stydkých kostí tedy transobturatorně (Dzvinčuk et al., 2008, s. 94). Polypropylenová páska je 45 cm dlouhá a 11 mm široká, při aplikaci je umístěna v ochranném plastovém obalu, aby lépe prošla tkáňovými strukturami bez poškození (Martan et al., 2013, s. 68). Tato metoda má v porovnání se zaváděním TVT pásky menší riziko komplikací. Mezi komplikace výkonu řadíme krvácení z vaginálního řezu (více časté) anebo perforace močového měchýře (méně časté), proto se po výkonu provádí kontrolní cystoskopie, která případné poškození odhalí (Martan et al., 2013, s. 67).

O dva roky později De Leval v roce 2003 (2003, s. 724) do praxe zavedl metodu tzv. in-out transobturátorové vedení pásky (TVT–O), kdy se tahuprostá páska zavádí řezem na přední stěně poševní kolem ramene stydké kosti. Operační výkon se provádí v celkové anestezii či v místní anestezii doplněnou o analgosedaci.

V roce 2007 byl zaveden do praxe nový systém TVT–S (Gynecare TVT Secur), kdy je zaváděná páska o velmi malém rozměru (8×1,1 cm) tvořená vlákny plně vstřebatelného Vicrylu. Páska se zavádí incizí v oblasti 1 cm pod vnějším ústím močové trubice. Výkon je možné provést ambulantně v lokální anestezii s minimálním zatížením pacientky. Avšak dle studií má tato metoda nižší procento úspěšnosti než klasické TVT pásky, a proto se od zmiňované metody spíše upouští (Poršová et al., 2011, s. 68).

Perioperační a pooperační komplikace páskových operací

Perioperační a pooperační komplikace můžeme rozdělit na několik skupin. Na komplikace intraoperační závažné (např. vzácně se vyskytne poranění velkých cév, střev či nervů), intraoperační méně závažné (např. poranění močového měchýře, poranění pochvy), časné (např. retropubický hematoma, krevní ztráta nad 200 ml, infekce močového měchýře), pozdní (např. přechodná či trvalá retence moči, eroze v oblasti vaginy, močové trubice či močového měchýře) (Piškytlová et al., 2017, s. 244).

Mezi nejčastější pooperační komplikace páskových operací patří zcela jistě bolestivost v tříslech (9 %). Bolest bývá většinou přechodného charakteru z důvodu umístění cizího tělesa (pásky) a otoky okolních měkkých tkání. Pokud bolest přetrvává několik týdnů, je nutné vyloučit rozvoj infekce případně přítomnost hematoma (Piškytlová et al., 2017, s. 248).

Obecně se páskové operace řadí mezi miniinvazivní chirurgické postupy, které snižují negativní vliv operačního zákroku na celkové blaho pacienta (Mašata et al., 2016, s. 1498).

1.3 Dohledané studie k teoretickým východiskům

V klinické praxi existuje mnoho studií, které se kvalitou života u močové inkontinence zabývají. Níže jsou popsány dohledané zahraniční i tuzemské studie.

Güvenc et al. (2016, s. 649–651) uvádí, že močová inkontinence je běžný zdravotní problém s negativním dopadem na kvalitu života dané ženy. Cílem této turecké studie bylo prozkoumat prevalenci a rizikové faktory močové inkontinence mezi klimakterickými tureckými ženami a prozkoumat vliv močové inkontinence na kvalitu jejich života. Jejich průřezová studie byla vedena u 258 žen ve věkovém rozmezí 40–64 let. Studie byla provedena na ženách, které navštěvovaly ambulantní kliniku v Ankaře v období od června 2012 do ledna 2013.

Data byla sbírána pomocí dotazníku The International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) a The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL). Celkově bylo použito 44 položek rozdělených na určité oblasti. Prvních 7 otázek mělo sociodemografické zaměření (věk, BMI, stav, vzdělání atd.). Dalších 14 položek se zaměřovalo na těhotenství a porod (počet těhotenství/porodů, typ porodu, komplikaci při porodu, episiotomie apod.). Ve třetí části byl sběr dat zaměřen na kouření, pití alkoholu či kofeinových drinků, zácpu, chronický kašel, diabetes mellitus (9 položek). Posledních 14 položek sbíralo informace z oblasti urogynekologické anamnézy. Cronbachova alfa koeficient byl 0,96 pro celkové skóre kvalitu života měřená dotazníkem IQOL, 0,88 pro omezení v doméně (oblasti) chování, 0,92 pro doménu (oblast) psychosociální efekt a 0,88 pro doménu (oblast) sociální izolace (Güvenc et al., 2016, s. 649–651).

Ačkoli se zjistilo, že prevalence močové inkontinence se s věkem žen zvyšuje, v jejich studii nebyl nalezen statisticky významný vztah mezi věkem a přítomností močové inkontinence. Güvenc et al. (2016, s. 649–651) dále udává, že platnost dotazníku ICIQ v Turecku stanovil Cetinel et al. Koeficient Cronbachova alfa byl zjištěn 0,71. Koeficient Cronbachova alfa v této formě byl v jejich studii 0,83 (Güvenc et al., 2016, s. 649–651).

V oblasti kvality života bylo celkové průměrné skóre IQOL u žen v klimakterickém období $74,28 \pm 20,73$, skóre v oblasti vyhýbavého či omezeného chování bylo $69,98 \pm 21,02$; $78,45 \pm 21,11$ v oblasti psychologické a $73,50 \pm 23,72$ v oblasti sociální izolace. Studie odhalila celkový výskyt močové inkontinence u 45,3 % žen a z toho stresová inkontinence byla zastoupena v počtu 54,7 %, smíšená 22,2 % a urgentní 10,3 %. Autoři konstatují, že podíl žen trpících močovou inkontinencí, které vyhledají lékaře je však velmi nízký i přesto, že výrazně ovlivňuje kvalitu jejich života (Güvenc et al., 2016, s. 649–651).

Další turecká studie (Yagmur et al., 2021, s. 190), která proběhla v roce 2017, měla za úkol zjistit mimo jiné, jaký vliv má močová inkontinence na kvalitu života u žen.

Do studie bylo zařazeno 286 žen starších 40 let s močovou inkontinencí. Respondentky vyplnily dotazník The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL). Bylo zjištěno, že celkové nízké skóre kvality života je $73,62 \pm 24,36$ a nejvíce ohroženou skupinou je doména sociální rozpaky se skóre $15,06 \pm 6,59$. Skóre domény psychosociální aspekty bylo naměřeno $31,24 \pm 9,70$, skóre domény vyhýbavé chování bylo zjištěno $27,31 \pm 8,15$ (Yagmur et al., 2021, s. 189). Autoři zmiňují, že téměř polovina žen, které se účastnily studie, si myslely, že močová inkontinence je nevyhnutelná a nedá se s ní nic udělat. Myslely si, že je součástí přirozeného procesu stárnutí apod (Yagmur et al., 2021, s. 186–189).

Autoři doporučují, aby se ženám dostávalo kvalitní péče multidisciplinárního zdravotního týmu, jehož úkolem je mimo jiné ženy edukovat, jak o sebe pečovat a předcházet nemocem, případně je efektivně léčit, aby byla zachována co možná nejlepší kvalita jejich života (Yagmur et al., 2021, s. 190).

Turecká studie (Ozdemir et al., 2018, s. 100) probíhající od listopadu 2011 do dubna 2012 se zaměřila na hodnocení močové inkontinence a kvalitu života vdaných žen ve věku 20–49 let v Çökekler Community Clinic v Sakarya, Turecko. Studie se účastnilo 1161 vdaných žen, 830 (71,5 %) z nich mělo močovou inkontinenci a z toho bylo 48 případů (5,8 %) stresová močová inkontinence, 281 (33,8 %) byla urgentní močová inkontinence a 501 (60,4 %) bylo smíšeného typu. Byl použit dotazník 36 Health-Related Quality of Life (SF-36) hodnotící celkovou kvalitu života.

Byly použity Whitneyho U test a Kruskal-Wallisův test statistické analýzy. Statistická významnost byla přijata jako $p < 0,05$. Průměrné skóre získané ženami s močovou inkontinencí z obecných oblastí vnímání zdraví a sociálního fungování v průzkumu SF-36 bylo nižší, kromě fyzické role, vitality a duševního zdraví. U zkoumaných žen byla kvalita života nižší v těžkých případech (stupni) močové inkontinence a mezi ženami se smíšeným typem močové inkontinence. Doporučením autorů je, pořádat osvětu s cílem zvýšit povědomí žen o močové inkontinenci a jejich rizikových faktorech (Ozdemir et al., 2018, s. 100–107).

Akkus et al. (2016, s. 887) provedli tureckou studii, kdy jejich cílem bylo zjistit prevalenci, typ a rizikové faktory močové inkontinence u žen ve věku 18–80 let a dopad na jejich kvalitu života. Studie proběhla na Gynekologické ambulanci nemocnice v Turecku

mezi květnem a zářím 2013 pomocí individuálního informačního formuláře a dotazníku pro inkontinenci (IQOL). Průměrný věk respondentů byl $48,7 \pm 14,3$ let a prevalence močové inkontinence byla 86,7 %, z toho 37,7 % trpělo stresovou inkontinencí, 3,1 % urgentní a 59,2 % smíšenou močovou inkontinencí. Míra prevalence se pak zvyšovala s věkem, od 14,6 % u žen ≤ 34 let až 85,4 % u žen ≥ 35 let (Akkus et al., 2016, s. 887–888).

Obecný průměr kvality života činil IQOL byl $56,7 \pm 23,28$ (min. 22, max. 110), skóre vyhýbavého chování bylo $19,9 \pm 8,51$, skóre psychosociálního aspektu bylo $24,2 \pm 10,01$ a skóre sociální izolace bylo $12,5 \pm 5,42$. Byl tedy zjištěn výrazný negativní dopad na všechny aspekty kvality života, avšak často tyto ženy ani nevyhledají lékařskou pomoc a nezačínají léčbu. Doporučení pro praxi od autorů je, že zdravotníci by se měli vzdělávat v dané problematice, o rizikových faktorech močové inkontinence, včasné diagnostice a léčbě a aktivně zvyšovat povědomí žen o této problematice tak, aby ženy problém začaly sami aktivně řešit (Akkus et al., 2016, s. 889–891).

Cílem turecké studie (Gümüşsoy et al., 2019, s. 1–5) z roku 2017–2018 bylo zjistit jaký je vliv močové inkontinence na vnímání těla, sebeúcty a kvalitu života u žen s močovou inkontinencí. Do studie bylo zařazeno 218 žen, které vyplnily 3 dotazníky: Socio–Demographic Characteristics Questionnaire, Body Cathexis Scale (BCS), Rosenberg Self–Esteem Scale (RSES) a dotazník The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL).

Studie zjistila, že je slabý, pozitivní vztah mezi celkovým průměrným skóre Body Cathexis Scale a celkovým průměrným skóre Rosenberg Self-Esteem Scale žen a slabým, negativním vztahem k celkovému průměrnému skóre dotazníku kvality života inkontinence. Kromě toho byl zjištěn slabý, negativní vztah mezi celkovým skóre Rosenbergovy stupnice sebeúcty a průměry celkového skóre dotazníku kvality života v inkontinenci. Zjistilo se, že 20,6 % žen s močovou inkontinencí mělo normální obraz těla, ale až 79,4 % mělo negativní obraz těla. Taktéž více než polovina žen (59,2 %) mělo nízké sebevědomí a střední kvalitu života (Gümüşsoy et al., 2019, s. 1–5).

Autoři uvádějí, že je mnoho studií, které se zabývají kvalitou života a močovou inkontinencí, ale většinou je opomíjen vliv močové inkontinence na sebeúctu ženy. Ženy trpící močovou inkontinencí jsou v rozpacích a často jsou přesvědčeny, že ztratily svoji původní atraktivitu pro sebe i své okolí. Díky tomu může dojít až k pocitům méněcennosti, ztrátě sebevědomí, a tudíž zhoršení celkové kvality života (Gümüşsoy et al., 2019, s. 6).

Pizzol et al. (2021, s. 25–30) provedli v roce 2020 rozsáhlý systematický přehled a metaanalýzu, která zahrnovala 23 studií a celkem 24 983 účastníků, z toho 8723 účastníků s močovou inkontinencí s průměrným věkem okolo 50 let ve 12 studiích. Měření probíhalo pomocí dotazníku SF–36, zaměřující se kvalitu žití. V celkovém skóre dotazníku SF–36 bylo v 6 studiích zjištěno skóre 0,89, byla zjištěna velká souvislost uživatelského rozhraní a nízkou kvalitou života jedince. Obdobné výsledky byly i pro dílčí stupnice SF–36, tedy pro SF–36 fyzické i mentální skóre, kde byla asociace střední nebo velká. Zmiňovaná práce doporučuje vytvořit dlouhodobou studii, která by nám dala lepší pochopení oblasti močové inkontinence ve spojení s kvalitou života (Pizzol et al., 2021, s. 25–30).

Pizzol et al. (2021, s. 25–30) konstatuje, že močová inkontinence různého typu se obecně pojí se špatnou kvalitou života, ač je jejich studie velmi rozsáhlá, upozorňuje, že výsledky, které přináší, mohou být do určité míry zkreslené vlivem různého pojetí jednotlivých studií. Každá studie má jiný počet respondentů, v různém věkovém zastoupení, vliv můžou hrát různé heterogenní parametry. Zároveň autor poukazuje na přínos jejich výzkumné práce pro oblast močové inkontinence spojené s kvalitou života.

Čínská studie (Tang et al., 2013, s. 455) měla za cíl zjistit, zda se celková kvalita života žen zlepšila zavedením beznapěťové pásky TVT. Druhým cílem této studie z roku 2011 bylo zjistit, jak se zlepšil sexuální život těchto žen.

Do studie bylo zařazeno celkem 33 žen, které před zákrokem a 6 a 12 měsíců po něm vyplnily čínskou verzi dotazníku The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL). Sexuálně aktivní ženy (28) ještě vyplnily dotazník Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire–12 (PISQ–12) zaměřený na oblast sexuálních funkcí (Tang et al., 2013, s. 455).

Autoři použili párový t test k posouzení celkového skóre IQOL dotazníku před a po chirurgickém zákroku. K posouzení sexuálních funkcí a skóre dotazníku PISQ–12 byl použit Wilcoxonův test. Autoři uvádějí, že objektivní míra vyléčení byla 78 % (26 z 33 žen) a subjektivní míra spokojenosti žen byla okolo 90 %. Celkové skóre dotazníku IQOL bylo 28,3 před operací. 12 měsíců po zavedení pásky TVT se toto skóre zvýšilo na 69,5. Celkové skóre dotazníku IQOL se tedy významně zvýšilo ($p < 0,0001$). Celkové skóre dotazníku PISQ–12 zaměřeného na sexuální funkce se zvýšilo z 31,57 na 33,82 bodů. Hladina fyzické oblasti u dotazníku PISQ–12 se zvýšilo z 12,61 na 14,36 bodů ($p < 0,05$). Autoři uvádějí, že nebyl nalezen žádný významný rozdíl mezi IQOL a PISQ–12 hodnocením 6 a 12 měsíců po zavedení beznapěťové pásky. Autoři také vyzdvihují, že ač míra vyléčení nebyla příliš

vysoká, tak zavedení vaginální pásky TVT je zcela bezpečným a velmi efektivním chirurgickým výkonem využitelným pro léčbu stresové močové inkontinence. Dále podotýkají, že tento operační výkon může zásadně zvýšit celkovou kvalitu života ženy (Tang et al., 2013, s. 455).

Čínská retrospektivní kohortová analýza prováděná od září 2003 do září 2011 v nemocnici West China Hospital, Sichuan University v Číně. Všechny pacientky podstoupily chirurgický zákrok TVT (Tension-free vaginal tape), TVT-O (Tension-free vaginal tape obturator), TVT-S (Tension-free vaginal tape secur) nebo PVS (Pubovaginal sling) k léčbě stresové močové inkontinence. Do výzkumu byly zařazeny respondentky ve věku 18–85 let v celkovém počtu 453. Pacientky byly rozděleny do čtyř skupin podle postupu vkládání pásky: TVT (n=105), TVT-O (n=243), TVT-S (n=90) a PVS (n=15) skupiny. Respondentky vyplnily dotazník The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) před chirurgickým zákrokem a 12 měsíců po chirurgickém zákroku (Luo et al., 2014, s. 139).

Statistická významnost byla pozorována u předoperačního a pooperačního skóre kvality života u všech čtyř skupin ($p < 0,001$). Skupina žen, která podstoupila zavedení tahuprosté pásky metodou TVT měla celkové skóre kvalitu života v dotazníku IQOL před operací 64,1, po 12 měsících to bylo 91,6. Hodnoty domény ALB (vyhýbavé chování), PS (psychosociální dopady) a SE (sociální rozpaky) před operací a 12 měsíců po zákroku byly: ALB 65,4 (91,6), PS 60,2 (86,5), SE 59,3 (91,3). Ve skupině žen, které podstoupily zákrok metodou TVT-O byly výsledky celkové kvality života před operací 65,6 bodů a 12 měsíců po operaci se hodnota kvality života zvýšila na 91,1, což značí výrazné zlepšení kvality života. Oblast Vyhýbavého chování (ALB) se také zlepšila z přeoperačních 64,3 bodů na 93,7. Oblast Psychosociální dopady (PS) a Sociální rozpaky (SE) se zvýšila po 12 měsících z hodnoty 70,9, na 85,6 a z 61,1, na 94,3. Ve skupině TVT-S došlo rok po operaci ke zvýšení celkového skóre kvality života z 70,3, bodů na významných 92,0. V oblastech Vyhýbavého chování, Psychosociální dopad a Sociální rozpaky se hodnoty zlepšily následovně: ALB 69,2 (85,6), PS 78,1 (91,7), SE 63,8 (94,2). V poslední popisované skupině PVS se celková kvalita života zvýšila z 59,1 na 82,8 po roce od operace. Obdobně se i významně zvýšily i hodnoty ve třech zkoumaných oblastech: ALB 57,4 (73, 8), PS 55,6 (82,3), SE 60,2 (84,5) (Luo et al., 2014, s. 144).

Autoři konstatují, že celkové skóre a skóre všech tří domén kvality života se při pooperačním hodnocení významně zlepšilo ve srovnání s výchozí hodnotou ve všech čtyřech skupinách ($p < 0,05$). Pooperační zlepšení celkového skóre dotazníku IQOL bylo největší ve skupině TVT. V předoperačním hodnocení měla skupina TVT-S nejvyšší skóre kvality života, nejnižší skóre měla skupina PVS. Celková míra zlepšení byla 95,14 % (Luo et al., 2014, s. 141–143).

Luo et al. (2014, s. 144) tvrdí, že všechny výše zmiňované páskové metody jsou vysoce účinné. Nelze je však nabízet plošně všem ženám, ale vždy po pečlivém zvážení všech rizikových faktorů jako je věk, urodynamické parametry, BMI, zkušenosti operátora apod. (Luo et al., 2014, s. 143).

Čínská prospektivní randomizovaná studie (Feng et al., 2018, s. 459) zahrnovala ženy ve věkovém rozmezí 40–75 let se stresovou močovou inkontinencí, které byly léčeny chirurgickou metodou Tensionfree Vaginal Tape Exact (TVT-E) či podobnou metodou Tension Vaginal Tape A (TVT-A) ve West China Hospital na Sichuan University (Chengdu, Sichuan, Čína) od dubna 2015 do dubna 2016.

Cílem studie bylo zjistit subjektivní a objektivní míru vyléčení, případné komplikace a změna v oblasti kvality života 3 a 12 měsíců po chirurgické léčbě. Respondentky vyplňovaly dotazníky: The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL), International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire Short Form (PISQ-12), Validation of the Urogenital Distress Inventory (UDI-6), (Feng et al., 2018, s. 459–460).

Do studie bylo zařazeno 148 žen, z toho byla 63 (TVT-E) a 62 (TVT-A) po 3 měsících. Do 12 měsíců bylo vyloučeno celkem 10 (6,7 %) pacientů z důvodu ztráty sledování, což vedlo k 57 pacientům v TVT-E a 58 pacientům v TVT-A (Feng et al., 2018, s. 459–460).

Bylo zjištěno, že skupina žen ošetřena metodou TVT-E měla vyšší skóre kvality života v dotazníku IQOL než ženy ošetřené metodou TVT-A (TVT-E: $103,54 \pm 6,46$ vs. TVT-A: $99,00 \pm 9,7$, $p = 0,004$).

Zatímco stejná skupina žen TVT-E měla nižší skóre v dotazníku ICIQ-SF (TVT-E: $2,02 \pm 2,15$ vs. TVT-A: $3,90 \pm 3,62$, $p = 0,001$) a v dotazníku PFIQ-7 (TVT-E: $0,81 \pm 1,36$

vs. TVT–A: $2,17 \pm 2,66$, $p=0,001$). Ostatní škály se statisticky nelišily. Na rozdíl od výsledků po 3 měsících byly jak objektivní, tak subjektivní míry vyléčení skupiny TVT–E srovnatelné se skupinou TVT–A. Úroveň spokojenosti ve skupině TVT–E může být mírně vyšší než ve skupině TVT–A. Dále bylo zjištěno, že po 3 měsících byla míra vyléčení a také míra spokojenosti uváděná respondentkami ve skupině TVT–E významně vyšší než ve skupině TVT–A (Feng et al., 2018, s. 463).

Ženy ve skupině TVT–A trpěly závažnějšími příznaky vyprazdňování. Výsledky ročního sledování byly odlišné od výsledků po 3 měsících od zákroku. Během této doby došlo k rapidnímu úbytku komplikací ve formě bolesti atd., což vědci přikládají úzkosti, kterou mohly ženy první měsíce po operaci pociťovat vzhledem k tomu, že věnovaly velkou pozornost sebezpozorování se. Škála ICIQ–SF, škála PFIQ–7 a strach v dotazníku IQOL byly lepší ve skupině TVT–E, míra objektivního/subjektivního vyléčení a míra spokojenosti se mezi těmito dvěma skupinami významně nelišila, což naznačuje podobnou účinnost TVT–E a TVT–A (Feng et al., 2018, s. 464).

Cílem čínské průřezové studie (Wan et al., 2014, s. 2174), která proběhla v roce 2011 na ženách se stresovou močovou inkontinencí žijících v Jinan, provincie Shandong, východní Čína, bylo zjistit, zda má močová inkontinence negativní vliv na kvalitu života žen a zda stigma nemoci vytváří vztah mezi závažností příznaků nemoci a kvalitou života.

Do studie bylo zapojeno 333 respondentek. Ženy vyplnily krátkou verzi dotazníku International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ–UI SF) a také dotazník The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) (Wan et al., 2014, s. 2170). Průměrný věk žen byl 52 let (v rozpětí 33–67 roků), z toho 93 % žen žilo v manželství. 10 % žen mělo základní vzdělání, 35 % žen středoškolské a 12 % dosáhlo na vysokoškolské vzdělání (Wan et al., 2014, s. 2174).

Studii bylo zjištěno, že ženy s močovou inkontinencí mají mírně sníženou kvalitu života, výše celkového skóre kvality života byla 71. Dále bylo zjištěno, že čím jsou příznaky nemoci těžší, tím je stigma nemoci větší. Kvalita života je negativně spojena se stigmatem (Wan et al., 2014, s. 2174), tzn. těžký příznak je prediktor nízké kvality života (Wan et al., 2014, s. 2176). Autoři studie doporučují, aby zdravotnický personál povzbuzoval pacientky, k tomu, aby hlásily a léčily své obtíže, sníží se tím dopad stigmatu na kvalitu života daného jedince, sníží se pocity studu, sociální izolace a další negativa spojená s močovou inkontinencí (Wan et al., 2014, s. 2178).

Lee et al. (2015, s. 9) provedli korejskou studii, která měla za cíl zhodnotit účinnost beznapěťové vaginální pásky TVT-Secur k léčbě stresové inkontinence moči u žen starších 18 let na základě 3letého sledování. Respondentky byly náhodně rozděleny do skupin typu U nebo H. Ženy zapojené do výzkumu měly za úkol vyplnit dotazník Sandvik questionnaire, Incontinence Quality of Life (IQOL), Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms-Scored Form (BF-LUTS), inkontinenční vizuální analogovou škálou (I-VAS), vyplnění proběhlo 1, 2 a 3 roky po chirurgickém zákroku. Do studie bylo zařazeno celkem 115 žen (typ U: 53, typ H: 62). Po dobu 3 roků bylo sledováno 102 žen (U-typ: 47, H-typ: 55). Průměrný věk ve skupině U-typ byl 55 let, ve skupině H-typ to bylo 56 let (Lee et al., 2015, s. 9).

Celkové skóre kvality života uvedené respondentkami před zákrokem, 1 a 2 roky po zákroku byly: 41,33, 71,28 a 97,1. Hodnoty domény Vyhybavé chování (ALB), Psychosociální dopady (PS) a Sociální rozpaky (SE) před zákrokem, 12 měsíců a 24 měsíců po zákroku byly: ALB 46,96, 77,19 a 85,6. Hodnoty domény Psychosociální dopady byly: 48,33, 75,88 a 86,7. Hodnoty domény Sociální rozpaky byly 38,18; 83,24 a 83,2. Celková míra vyléčení byla naměřena před zákrokem 87,8 %. Rok od operace byla míra vyléčení změřena 83,0 % a dva roky po zákroku to bylo 79,4 %. Nebyl zjištěn žádný rozdíl v rychlosti vyléčení mezi oběma skupinami. Všechny hodnoty subškál dotazníku IQOL byly oproti výchozím hodnotám významně zlepšeny. Studie dokazuje, že závěsná metoda je velmi účinná a bezpečná pro léčbu stresové močové inkontinence u žen (Lee et al., 2015, s. 14).

Do Singapurské průřezové studie (Luo et al., 2018, s. 579) se finálně zapojilo 230 dospělých žen v ambulantní péči. Ženy byly požádány, aby vyplnily standardizovaný dotazník the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence short form (ICIQ-UI) a The Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7).

Výsledkem této studie bylo, že celková prevalence močové inkontinence byla 41,74 %. Většina žen s příznaky trpěla mírným stupněm močové inkontinence a nejčastějším podtypem byla stresová močová inkontinence. Věk, vaginální porod a sexuální aktivita byly spojeny s močovou inkontinencí. Ze žen s příznaky močové inkontinence dle této studie dříve vyhledalo lékařskou pomoc pouze 41 % dotázaných žen. Nejčastější překážkou v běžném chování byly rozpaky a stud. Naměřené celkové skóre kvality života bylo 33,33; což naznačuje výrazný dopad močové inkontinence na kvalitu života žen a nízkou kvalitu

života žen s touto diagnózou. Skóre kvality života se odvíjelo dle stupně závažnosti močové inkontinence ženy (Luo et al., 2018, s. 579).

Zajímavým cílem malayské studie (Murukesu et al., 2019, s. 3–6) probíhající v období únor–září 2016 bylo prozkoumat prevalenci, rizikové faktory inkontinence moči a dopad močové inkontinence na kvalitu života žen starších 60 let žijících v městských a venkovských populacích.

Do této studie se zapojilo 814 žen nad 60 let věku (průměrný věk byl 71,7 let), z toho 53 % městských žen a 47 % žen z venkova ze 4 států poloostrovní Malaisie. Z etnického hlediska byla studijní populace tvořena těmito převládajícími malajskými etnikami: Malaysanky (58,6 %), které tvořily většinu venkovského obyvatelstva, zatímco Číňanky (36,6 %) a Indiánky (4,8 %) byly většinou městské populace. Starší městské ženy byly většinou vdané a měly vyšší vzdělání. Na rozdíl od toho byly venkovské starší ženy většinou nesezdané, rozvedené nebo ovdovělé (Murukesu et al., 2019, s. 3–6).

K vyhodnocení kvality života při močové inkontinenci byl použit dotazník King's Health Questionnaire (KHQ). Prevalence inkontinence moči byla 16 % (69 žen) a 23 % (88 žen) u starších žen žijících v městských a venkovských oblastech, celkem tedy u 19 % (157 žen). Pokud jde o kvalitu života, měli respondentky ve venkovských oblastech oproti svým městským protějškům porušeno více oblastí kvality života a to fyzické, sociální, emocionální omezení a také narušení spánku. Močová inkontinence více převládala a také měla vliv na kvalitu života starších žen na venkově. Etnicita byla významně spojena s inkontinencí mezi staršími ženami v městské i venkovské populaci. Jako referenční proměnná byla vybrána malayské etnikum, protože jde o největší etnikum v Malajsi. Bylo zjištěno, že ženy čínské národnosti mají až 6× menší pravděpodobnost vzniku močové inkontinence ve srovnání s malajským etnikem. Bylo zjištěno, že malajské Číňanky mají nejmenší pravděpodobnost výskytu špatného zdraví a mají nižší prevalenci mezi nepřenositelnými nemocemi ve srovnání s malajskou a indickou populací. Přesto studie doporučuje, že se musí močová inkontinence a etnicita v Malajsi ještě podrobně prozkoumat (Murukesu et al., 2019, s. 3-6).

Brazílská randomizovaná studie (Maturana et al., 2019, s. 1927) probíhající v letech 2013–2015 zahrnovala 105 respondentek se stresovou močovou inkontinencí.

Respondentky vyplnily dotazník The Incontinence Quality of Life (IQOL) a Urogenital Distress Inventory Short Form (UDI-6) (Maturana et al., 2019, s. 1925). 58 žen podstoupilo chirurgický zákrok v podobě minislingového systému (SIMS) a 47 žen

podstoupilo TOT zákrok. Roční výzkum dokončilo pouze 94 respondentek, tedy 53 ve skupině SIMS a 41 ve skupině TOT. Studie zjistila, že kvalita života respondentek v obou skupinách se významně zvýšila a taktéž nebyly zjištěny zásadní komplikace v pooperační léčbě (Maturana et al., 2019, s. 1927).

Palos et al. (2018, s. 34) provedli randomizovanou studii provedenou mezi roky 2013 až 2015 na 92 ženách se stresovou močovou inkontinencí v Brazílii.

Ženy podstoupily zavedení tahuprosté pásky pro léčbu močové inkontinence buďto metodou transobturátor sling (skupina TOT) nebo retropubic sling (skupina RP). Kvalita života byla posuzována pomocí dotazníku The Incontinence Quality of Life (IQOL) a The Urogynital Distress Inventory Short Form (UDI-6), který se používá k vyhodnocení vlivu příznaků močových cest na kvalitu života a obsahuje pouze 6 položek. Do studie bylo zahrnuto 81 respondentek, rozděleny na 2 skupiny, skupina TOT se 41 respondentkami a 40 ve skupině RP (Palos et al., 2018, s. 29).

Data z obou dotazníků vyplněných před a 12 měsíců po zákroku byly porovnána (Palos et al., 2018, s. 29). Ve skupině TOT bylo zjištěno skóre v doméně sociální rozpaky, před zákrokem 52,0 a po zákroku bylo naměřeno skóre 100. V doméně psychosociální dopady 82,2 a 100 a v doméně vyhybavé chování 72,5 a 100. Ve skupině RP bylo naměřeno skóre v doméně sociální rozpaky 52,0 a 100, v doméně psychosociální dopad 77,8 a 100; v doméně vyhybavé chování 70,0 a 100 po 12 měsících. Nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi skupinami, obě skupiny prokázaly výrazné zlepšení kvality života u žen po chirurgické léčbě močové inkontinence (Palos et al., 2018, s. 34).

Saboia et al. (2017, s. 3–5) provedli brazilskou průřezovou studii u žen, které navštěvovaly urogynekologickou ambulanci. Studie byla zaměřena na vliv jednotlivých typů močové inkontinence na kvalitu života daných žen. Do studie bylo zahrnuto celkem 556 žen ve věkovém rozpětí 22–89 let. Studii bylo zjištěno, že smíšená močová inkontinence byla nejčastějším typem močové inkontinence, trpělo jí 62,6 % žen z tohoto výzkumného šetření. Druhým nejčastějším typem močové inkontinence, která následovala, byla stresová močová inkontinence (31,1 %) a urgentní močová inkontinence (6,3 %). Smíšená močová inkontinence u žen měla větší dopad na celkovou kvalitu života ve srovnání s ostatními typy inkontinence. Závěrem této studie tedy je, že všechny typy močové inkontinence zasahují do obecné i specifické kvality života, ale nejvíce postiženy jsou ženy se smíšenou močovou inkontinencí (Saboia et al., 2017, s. 3–5).

Mezi roky 2008 a 2011 byla provedena v Brazílii ve Federal University of São Paulo randomizovaná kontrolovaná studie (Djehnian et al., 2014, s. 557), jejichž cílem bylo zjistit jaká je subjektivní a objektivní míra vyléčení, případné komplikace a kvalita života při stresové močové inkontinence 12 měsíců po provedeném chirurgickém zákroku pomocí metody zavedení mini sling anebo pomocí metody transobturator sling. Data byla vyhodnocena z dotazníku The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) a Urogenital Distress Inventory Short Form (UDI-SF).

Do této studie bylo zařazeno 64 pacientů ve skupině mini-sling a 56 ve skupině transobturator (Djehdian et al., 2014, s. 553). Bylo zjištěno, že došlo k výraznému zlepšení kvality života. Analýza subškál také prokázala statisticky signifikantní zlepšení sociální rozpaků v daném roce po léčbě. Dotazník kvality života IQOL prokázal větší zlepšení ve skupině respondentů léčených metodou transobturator sling. Bylo zjištěno, že obě metody měly málo komplikací, které byly dobře zvládnuty (Djehdian et al., 2014, s. 557).

Španělská studie autora Pérez-Tomas et al. (2018, s. 78), která probíhala v letech 2008–2014 ve Fakultní nemocnici v San Juan de Alicante posuzovala kvalitu života u 60 žen se stresovou nebo smíšenou močovou inkontinencí po zavedení beznapěťové pásky.

Respondentky vyplňovaly 3 dotazníky: The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) zaměřené na močovou inkontinenci a její vliv na kvalitu života, Pelvic Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire–12 (PISQ–12) zaměřený na sexualitu a třetím byl International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ–SF) (Pérez-Tomas et al., 2018, s. 76).

Dotazníky ženy vyplňovaly 3 měsíce, 1 roce a 2 roky po zákroku. Průměrný věk žen byl 53 let. Studií bylo zjištěno výrazné zlepšení jak v sexuální oblasti, tak i v celkové kvalitě života žen. Studie uvádí počty respondentek se zlepšením a to 59 respondentek (98,3 %) v IQOL a ICIQ–SF a 10 respondentek (16,7 %) v PISQ–12 (Pérez-Tomas et al., 2018, s. 78).

Španělská studie (Romero-Maroto et al., 2017, s. 57) probíhala od roku 2002 do roku 2005 v univerzitní nemocnici San Juan.

Účastnilo se jí 82 pacientek, které souhlasily se zavedením suburetrální pásky. Tyto ženy vyplnily dotazník The Incontinence Quality of Life (IQOL) a International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) před zákrokem, po zákroku opět vyplnily, byly urodynamicky vyšetřeny a bylo zjištěno (Romero-Maroto et al., 2017, s. 41), že 29 (90,6 %) a 28 (87,5 %) respondentek bylo kontinentních

v zátěžovém testu po 1 a 10 letech. U 20 (62,5 %) a 16 (50 %) pacientů nedošlo k úniku moči po 1 a 10 roce. 28 (87,5 %) a 25 (78 %) pacientů bylo spokojeno 1 a 10 let po operaci. Dále bylo zjištěno, že 28 (87,5 %) respondentek mělo dobrou kvalitu života 1 rok po zákroku a 21 (62,5 %) respondentek po 10 letech od zákroku. Bylo zjištěno, že 10 let od zavedení sítě došlo u žen k vysokému stupni zhojení bez významných komplikací. Autoři uvádějí, že i když nedojde vždy zcela k maximálnímu zlepšení, tak i zmírnění příznaků přispívá k výraznému zlepšení kvality života žen s močovou inkontinencí (Romero-Maroto et al., 2017, s. 57–58).

Autorka Senra et al. (2015, s. 178) ve svém článku z roku 2015 uvedla, že cílem jejich studie bylo prozkoumat vztah mezi psychologickou, klinickou a sociodemografickou proměnnou a kvalitu života žen s močovou inkontinencí. Vzorek sestával z 80 žen ve věku 27–80 let (průměrný věk 45 let), studie proběhla v Northern Central Hospital v Portugalsku.

Účastnice odpověděly na položky z dotazníku The Incontinence Quality of Life (IQOL) zkoumající kvalitu života při močové inkontinenci, dotazník Satisfaction with Sexual Relationship Questionnaire (SSRQ) zaměřený na sexualitu, Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS) měřící úzkost a deprese a dotazník Brief Cope zaměřený na humor a aktivní zvládnání situace (Senra et al., 2015, s. 178).

Výsledky odhalily významné rozdíly v kvalitě života mezi ženami. Ženy s vyšší kvalitou života byly ty, které uváděly své příznaky močové inkontinence jako mírné nebo střední. Výsledky odhalily významné rozdíly v sexuální spokojenosti mezi ženami, které uváděly ztrátu moči jako mírné. Čím méně příznaků močové inkontinence tedy bylo, tím větší bylo sexuální uspokojení a menší využívání náboženství a sebeobviňování se jako strategie ke zvládnání situace. Rozdíly byly také zjištěny u projevů pocitů u žen, které uváděly ztrátu moči jako střední versus závažnou. Ženy, které uvedly močovou inkontinenci jako závažnou, používaly k vyjádření více pocitů (Senra et al., 2015, s. 178).

Podle výsledků má močová inkontinence vliv na sexuální uspokojení žen a kvalitu života. Doporučení autorů je, že intervenční programy by se proto měly zaměřit na tyto ženy, včetně jejich partnerů, a pomoci jim přizpůsobit se jejich stavu a naučit je situaci zvládat s cílem zlepšit jejich sexuální uspokojení a kvalitu života (Senra et al., 2015, s. 178).

V období březen–prosinec 2012 byla provedena průřezová studie žen s močovou inkontinencí ve čtyřech nemocnicích ve středním Portugalsku (Amaral et al., 2015, s. 82–84). Mezi 505 účastnicemi v této studii trpělo urgentní močovou inkontinencí 351 žen

(69,5 %), 107 žen (21,2 %) mělo stresovou močovou inkontinencí a 47 žen (9,3 %) mělo diagnostikovanou smíšenou močovou inkontinencí. Věk respondentek byl v rozmezí 29–75 let (průměrný věk byl 53 let). Ke studii byl použit dotazník King's Health Questionnaire (KHQ) a The International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ–SF) (Amaral et al., 2015, s. 82–84).

Stresová močová inkontinence byla spojována s kouřením, konzumací alkoholu, zácpou, těhotenstvím, paritou a vaginálními infekcemi. Urgentní močová inkontinence byla spojována s věkem nad 50 let, zaměstnáním, kouřením, sezením po dobu méně než 2 hodiny denně. Smíšená močová inkontinence byla spojována s věkem 50 let a méně, kouřením, sezením po dobu 2 hodin nebo méně za den a časté nošení břemen s hmotností vyšší než 3000 g (Amaral et al., 2015, s. 82–84).

Negativní dopad močové inkontinence na kvalitu svého života hlásilo 501 žen (99,2 %). Na dotaz ohledně jejich současného zdravotního stavu na KHQ pouze 1 žena (0,2 %) uvedla, že její současný zdravotní stav považovala za velmi dobrý, 75 (14,9 %), 336 (66,5 %), 91 (18,0 %) a 2 ženy (0,4 %) považovalo za dobrý, normální, špatný a velmi špatný. Při hodnocení celkové kvality života pomocí dotazníku KHQ, 211 (41,8 %) žen uvedlo špatnou kvalitu života, zatímco 175 (34,7 %) a 91 (18,0 %) naznačily vysokou a střední kvalitu života. Ve srovnání s mladšími účastnicemi vykazovaly ženy starší 50 let více poruch spánku a také omezení výkonu. Celkově 269 žen starších 50 let vykazovalo horší kvalitu života než 236 žen ve věku do 50 let. Pokud jde o jednotlivé rozměry stupnice KHQ, ženy starší 50 let měly ve srovnání s ženami ve věku 50 let a méně lepší skóre vnímání svého zdraví (Amaral et al., 2015, s. 82–84).

Pokud jde o vliv močové inkontinence na kvalitu života měřený pomocí dotazníku ICIQ–SF, pouze 4 ženy (0,8 %) uvedly, že jejich zdravotní stav neměl dopad na jejich kvalitu života, zatímco 27 (5,3 %), 105 (20,8 %), 203 (40,2 %) a 166 (32,9 %) žen naznačilo mírný, střední, vážný a velmi závažný dopad. Ženy se stresovou močovou inkontinencí vykazovaly vyšší dopad na kvalitu jejich života než ženy s urgentní močovou inkontinencí (Amaral et al., 2015, s. 82–84).

Cooper et al. (2014, s. 379) provedli průřezovou studii ve Velké Británii. Tato studie byla provedena u žen starších 21 let, zaregistrovaných v komunitní lékařské praxi v Newcastle-under-Lyme, Staffordshire ve Velké Británii. Obesláno poštovní korespondencí bylo 2414 žen, zpětně odpovědělo 1415 žen.

Cílem této studie bylo zjistit prevalenci ženské močové inkontinence a symptomů dolních močových cest, její dopad na kvalitu života a chování při hledání pomoci. Bylo

zjištěno, že celkem okolo 39,9 % respondentek trpělo močovou inkontinencí různého typu. Příznaky močové inkontinence byly u žen se stanovenou diagnózou: 7 % urgentní močová inkontinence (hyperaktivní močový měchýř), 20 % smíšená močová inkontinence a 24 % stresová močová inkontinence. Celkem 49 % žen udávalo, že byly zcela bez příznaků, naopak asi 8,5 % respondentek trpělo významnými problémy spojené s močovou inkontinencí. Vrcholný věk žen trpících stresovou močovou inkontinencí byl 35–44 let, u smíšené močové inkontinence to byl věk 55–64 let a hyperaktivního močového měchýře to byl věk 65–74 let, u urgentní močové inkontinence byly dokonce dva vrcholy, jeden ve věku 24 a méně a druhý ve věku nad 75 let. Smíšená močová inkontinence se zvyšuje s věkem do 55–64 let, pak se stabilizuje, obdobně je tomu i u urgentní močové inkontinence (Cooper et al., 2014, s. 379).

Nejčastěji došlo k nechtěnému úniku moči, a to asi z 84 % při kašli, kýčání, cvičení či smíchu. U jednotlivých příznaků stresové močové inkontinence to bylo při: 32 % kašel, 33 % kýčání, 14 % pohyb, 17 % smích a 3 % sexuální aktivita. Stresová močová inkontinence byla nejčastějším typem inkontinence (Cooper et al., 2014, s. 379).

Dle výsledků studie většina pacientek trpěla svými problémy déle než rok, přičemž 46 % trpělo příznaky po dobu 1–5 let a 42 % po dobu delší než 5 let. Celkem 53 % dotazovaných žen zjistilo, že jejich problémy s močovým měchýřem neovlivnily jejich život téměř vůbec, 34 % žen ovlivnily život trochu, 9 % hodně a 4 % velmi mnoho. Většina žen s příznaky močové inkontinence (68 %) je přijímá, 16 % je v rozpacích, 12 % je nešťastných a 4 % jsou velmi nešťastní. Odbornou pomoc vyhledalo celkem 17 % žen, jelikož pacientky často svoje obtíže vnímají jako součást přirozeného procesu stárnutí a mají obecně nízké očekávání od úspěšné budoucí léčby (Cooper et al., 2014, s. 379).

Do polské studie (Skorupska et al., 2017, s. 171) bylo zařazeno celkem 206 žen ve věku 31–83 let. Všechny pacientky navštěvovaly ambulanci gynekologické kliniky v Lublinu, v období březen–červen 2016.

Stresová močová inkontinence byla diagnostikována ve 116 případech, hyperaktivní močový měchýř mělo 16 pacientek a 24 mělo smíšenou močovou inkontinenci. 50 zdravých žen sloužilo jako kontrolní skupina. Všechny pacientky vyplnily polskou verzi dotazníku International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) a nově přeloženou polskou verzi dotazníků The Urogenital Distress Inventory-Short Form (UDI-6) a Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ-7) na začátku studie. Navíc 116 žen opakovalo sebehodnocení dotazníky UDI-6 a IIQ-7 po 7 dnech znovu.

Vnitřní konzistence byla testována výpočtem Cronbachova alfa, pomocí skóre základní linie. Vysoká spolehlivost stupnice indikovala hodnotu větší než 0,7. Spolehlivost byla vypočtena pomocí Intra-class Correlation (ICC) a byla považována za přijatelnou, když ICC byla $\geq 0,7$. Ve skutečnosti byla ICC ve všech vyšetřovaných skupinách $> 0,95$. Hodnoty Cronbachova alfa byly následující: pro pacienty se stresovou močovou inkontinencí 0,74; pro pacientky s hyperaktivním močovým měchýřem 0,78 a pro ženy se s míšenou močovou inkontinencí 0,28. Celkové skóre Cronbachova alfa pro ICIQ dotazník bylo 0,73. Celkové skóre jednotlivých typů močové inkontinence bylo u stresové močové inkontinence 0,71; hyperaktivní močový měchýř 0,65; smíšená močová inkontinence 0,81 (Skorupska et al., 2017, s. 171).

Autorka Shlain et al. (2018, s. 309) provedli srovnávací studii pomocí dotazníku The Incontinence Quality of Life (IQOL) a Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis (QUID) na vzorku 132 žen ve věku 50–88 let a z toho 65 tzv. grand multipar/GMP (ženy rodící 4 a vícekrát) a 67 non-grand multipar/NGMP (žena rodící 1–3×) v Izraeli. Skupina GMP měla ve srovnání se skupinou NGMP vyšší skóre pro močovou inkontinenci dle dotazníku QUID a nižší kvalitu života dle dotazníku IQOL, přičemž žádné z hodnot nebylo shledáno statisticky významné. U věkové skupiny 50–59 a ≥ 60 let bylo zjištěno, že interakce mezi paritou a věkovými skupinami je významná pro stresovou i močovou inkontinenci (Shlain et al., 2018, s. 309).

Abrams et al. (2015, s. 143) v roce 2013 provedl rozsáhlou mezinárodní studii v Evropě a Severní Americe, konkrétně v Německu, Francii a Velké Británii a v Kanadě zaměřenou na močovou inkontinenci a její vliv na kvalitu života související se zdravím (HRQoL), vnímání sebe a zařazování kompenzačního chování u žen v produktivním věku (45–60 let). Sběr dat probíhal pomocí krátké verze dotazníku International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ–UI). Autoři studie zmiňují, že dotazník si respondentky vyplňovaly sami, pomocí tzv. self-reportingu (samovyplnění), a proto míra deprese či úzkosti apod. mohou být zkresleny. Do studie bylo finálně zařazeno 1203 žen s močovou inkontinencí. Průměrný věk respondentek byl 52,7 let (52 % ve věku 45–52 let, 48 % ve věku 53–60 let) (Abrams et al., 2015, s. 143).

V této rozsáhlé studii se ukázalo, že močová inkontinence nejen, že respondentky citelně „obtěžuje“, ale i negativně ovlivňuje celkovou kvalitu života ženy, v různých oblastech od duševní pohody, přes spánek, mezilidské vztahy, rodinu, domácí práce, pracovní zařazení včetně produktivity práce a jiné. Analýzou daných parametrů bylo zjištěno, že jednotlivé příznaky močové inkontinence významně ovlivňují HRQoL, a to poté

výrazně ovlivňuje duševní pohodu ženy trpící močovou inkontinencí. Močová inkontinence má tedy nepřímý vliv na psychickou pohodu ženy (Abrams et al., 2015, s. 144).

Po vyplnění dotazníku byly ženy rozděleny na tři kategorie. 1023 (87 %) respondentek mělo lehkou formu močové inkontinence, 134 (11 %) respondentek trpělo střední formou a 20 (2 %) respondentek trpělo těžkou formou močové inkontinence. Ve výzkumu bylo potvrzeno, že čím těžší forma močové inkontinence, tím k většímu a častějšímu úniku moči došlo, to ovlivnilo různé oblasti žití (ve spánku, při fyzické aktivitě, je ovlivněn trend oblékání, používání inkontinenčních vložek, obavy ze zápachu—časté převlékání, snížený příjem tekutin během dne ze strachu z pomočení apod) (Abrams et al., 2015, s. 144).

Při hodnocení, jak moc ovlivňuje močová inkontinence jejich život od 0 do 10 (vůbec ne—velmi mnoho). V celkovém množství byla průměrná odpověď 4,38 a zvyšovala se se závažností močové inkontinence (lehká 3,87, střední 5,70 a těžká 8,50). Vysoké skóre vypovídá o větší závažnosti příznaků a taktéž dopad na vnímání sebe sama a větší vliv na HRQoL. Respondentky trpící lehkou formou uváděly, že močové inkontinence neovlivnila jejich každodenní domácí práce, případně pouze slabě. 50 % žen ve skupině střední formy uváděly střední až velký vliv močové inkontinence na domácí práce. V oblasti společenského života respondentky se střední či těžkou formou močové inkontinence uvedly, že močová inkontinence má střední či velký dopad na jejich cestování, navštěvování přátel či kulturního programu. Stejně tak osobní vztahy a sexuální život oslovených žen byly významně „poznamenány“ zejména u žen se střední či těžkou formou močové inkontinence. 87 % žen v dané studii uvedlo, že trpí lehkou formou močové inkontinence, která lze dobře léčit konzervativně, např. pomocí posilování pánevního dna. Proto doporučení autorů pro praxi je, aby lékaři nabádali ženy k nahlášení svých problémů, které lze následnou léčbou zlepšit či odstranit (Abrams et al., 2015, s. 145–50).

Tomaselli et al. (2014, s. 151) provedli randomizovanou studii mezi roky 2008 a 2009 na 238 pacientkách v Itálii, které podstoupily chirurgický zákrok k léčbě močové inkontinence, zavedení beznapěťové pásky v podobě TVT–O nebo TVT–Secur.

Po 5 letech (r. 2014) byly tytéž ženy zkontaktovány znovu. Finálně bylo posouzeno 154 žen (TVT–O 62; TVT–Secur 58), které mimo jiné vyplnily dotazník The Incontinence Quality of Life (IQOL) a The Patient Global Impression of Improvement Questionnaire (PGI–S). Nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami. Bylo zjištěno, že 49 respondentek ze skupiny TVT–O (79 %) a 37 respondentek (63,8 %)

ze skupiny TVT–Secur uvádí velmi výrazné zlepšení 5 let po chirurgickém zákroku. Celkové skóre kvality života IQOL se zvedlo o 20 bodů, u skupiny TVT–O bylo naměřeno 52 (83,9 %) a u skupiny TVT–Secur 42 (72,4 %), skóre spokojenosti bylo 64 (83,1 %) a 56 (72,7 %) (Tomaselli et al., 2014, s. 151–154).

Do italské observační studie (Caruso et al., 2017, s. 59–61) provedené v období září 2015–říjen 2016 bylo zařazeno 93 žen s průměrným věkem 53 let s močovou inkontinencí, z toho bylo diagnostikováno 32 žen (34,5 %) se stresovou močovou inkontinencí, 35 žen (37,6 %) s urgentní močovou inkontinencí, 26 žen (27,9 %) se smíšenou močovou inkontinencí.

Cílem této studie bylo prozkoumat vliv močové inkontinence na kvalitu života žen, zejména pak v sexuální oblasti. Močová inkontinence má významný dopad na sexuální funkce. Všechny podtypy močové inkontinence mohou mít závažné dopady na vnímání kvality života, ale při srovnání skupin, bylo ve skupinách smíšené a urgentní močové inkontinence vyloučeno výrazně vysoké poškození kvality života. Ženy trpící smíšenou močovou inkontinencí vykazovaly výrazně vyšší sexuální dysfunkce než ostatní skupiny žen. Ženy se smíšenou a urgentní močovou inkontinencí pak měly více orgasmických poruch než ženy se stresovou močovou inkontinencí. Dále bylo zjištěno, že ženy se smíšenou a stresovou močovou inkontinencí měly nižší sexuální touhu než ženy s urgentní močovou inkontinencí. Kvalita života byla snížena u žen všech zkoumaných typů močové inkontinence. Ke zkoumání kvality života byl použit dotazník The Short Form–36 (SF–36). Ke zkoumání sexuální oblasti pak dotazníky The Female Sexual Function Index a Female Sexual Distress Scale (Caruso, 2017, s. 59–61).

Caruso et al. (2017, s. 61) dále uvádí, že dotazník SF–36 změřil průměrné skóre v doméně Fyziologické funkce $27,5 \pm 24,8$, v doméně Emocionální role $33,3 \pm 17,21$; v doméně Sociální fungování naměřil hodnotu $31,2 \pm 12,3$ a v oblasti Všeobecné zdraví a vnímání kvality života to bylo $53,9 \pm 19,6$. Caruso dále konstatuje, že zjištěné hodnoty značí sníženou vitalitu a sociální dopad na žití žen s močovou inkontinencí.

Průřezová studie probíhající mezi roky 2011 a 2012 v Severní Karolíně (Willis–Gray et al., 2015, s. 85) se zabývala močovou inkontinencí a kvalitou života u bělošek, černošek a hispánek.

Ženy vyplnily dotazník Barriers to Incontinence Care Seeking Questionnaire (BICS–Q), The Incontinence Quality of Life (IQOL), dotazník pro diagnostiku inkontinence moči The Questionnaire for Urinary Incontinence Diagnosis a dotazník The Incontinence Severity

Index (ISI). Celkem do studie bylo zahrnuto 93 respondentek z toho 30 bělošek, 33 černošek a 30 hispánek. inkontinence (Willis-Gray et al., 2015, s. 84). Rozdělení podle věku, ve skupině bělošek a černošek byly ženy výrazně starší než hispánské ženy (52 versus 49 versus 38 let). Skóre celkové kvality života měřené dotazníkem IQOL bylo ve skupině bílých žen 92,7, černošky mělo skóre 83,9 a hispánské ženy 81,1. Hispánské ženy hlásily větší nepohodlí, strach a stud z důvodu močové inkontinence (Willis-Gray et al., 2015, s. 85).

Australská studie (Chen et al, 2014, s. 2) byla provedena na vzorku 177 dospělých, kteří vyplnili dotazník The Incontinence Quality of Life (IQOL) a druhý dotazník Assessment of Quality of Life (AQOL). Průměrný věk respondentů byl 56 let, ženy tvořily 85 % vzorku. Respondenti měli průměrné celkové skóre celkové kvality života v dotazníku IQOL 77,99 a průměrnou užitečnost v dotazníku AQoL 0,62, což je srovnatelné s dříve hlášenými odhady těchto dotazníků u inkontinentních pacientů v Austrálii (Chen et al, 2014, s. 2). Rešerší byly vyhledány i české studie, které uvádíme níže.

Česká studie autorky Vrublové et al. (2011, s. 2) z roku 2009 zaměřená na zjištění kvality života českých žen se stresovou močovou inkontinencí po chirurgickém zákroku pomocí zavedení TOT pásky. Do studie bylo zahrnuto 58 žen ve věku 48–66 let, které měly za úkol vyplnit dotazník The Incontinence Quality of Life (IQOL) před a po chirurgické operaci.

Studii bylo zjištěno, že celkové skóre kvality života před operací bylo 49,0, rozptyl hodnot se pohyboval mezi 4,5–97,7, po operaci bylo zjištěno celkové skóre 77,5, v rozptylu 28,4–97,7. Rozdíl mezi hodnotami celkového skóre před a po operaci byl 28 %. Nicméně Vrublová et al. (2011, s. 2) dále uvádí, že nebyl rozlišen časový odstup pro vyplnění dotazníku po operaci, což mohlo vyvolat značné rozdíly v naměřených hodnotách.

Mašata et al. (2016, s. 1501) uvádí, že provedli od května 2010 do května 2012 randomizovanou studii na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LF UK Praha na ženách s diagnostikovanou stresovou močovou inkontinencí, které podstoupily chirurgický zákrok metodou TVT–O anebo metodou AJUST. Průměrný věk respondentek, které se zúčastnily výzkumu byl 57,4 let. Respondentky, které souhlasily se zařazením do výzkumu byly požádány, aby vyplnily 2 dotazníky: The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) a International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ–SF). Dále měly za úkol vyplnit VAS škálu a Likertovu škálu. Dotazníky vyplnily respondentky před chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po zákroku. Bylo hodnoceno

48 klientek, které podstoupily zákrok metodou TVT–O a 50 klientek, které podstoupily chirurgický zákrok metodou AJUST.

U obou skupin po vyhodnocení dotazníků nebyly zjištěny statistické rozdíly v kvalitě života. V jednotlivých položkách bylo zjištěné významné zlepšení kvality života, které bylo nejvýraznější v otázkách na stresový charakter obtíží. Ve skupině žen, které podstoupily TVT–O byl zaznamenán vzestup součtu bodů po 3měsíčním hodnocení z $41,0 \pm 17,8$ na $99,5 \pm 10,8$ a ve skupině žen, které podstoupily AJUST z $38,5 \pm 18,4$ na $100,67 \pm 12,71$. Ve všech položkách IQOL dotazníku bylo patrné zlepšení kvality života projevující se výrazným nárůstem bodového skóre. Taktéž v dotazníku ICIQ bylo prokázáno významné zlepšení kvality života žen (Smažinka et al., 2015, s. 196–203).

Tytéž ženy byly po 1 roce po operační léčbě znovu požádány, aby vyplnily dotazník zabývající se kvalitou života The Incontinence Quality of Life (IQOL) a dotazník International Consultation on Incontinence Questionnaire short form (ICIQ–UI SF), Likertovu stupnici a skóre VAS. Do studie bylo po prvním roce zařazeno 47 žen ve skupině TVT–O a 49 žen ve skupině Ajust (Mašata et al., 2016, s. 1497).

Studii bylo zjištěno, že po 12 měsících od chirurgického zákroku je respondentkami hlášená subjektivní míra vyléčení okolo 77 %. Nenastaly žádné závažné komplikace a nebyly hlášeny žádné výrazné rozdíly v pooperační kvalitě života u do výzkumu zapojených žen z hlediska IQOL a ICIQ–UI. Celkové skóre kvality života změřená dotazníkem IQOL před operací byla ve skupině žen TVT–O $41,0 \pm 17,8$, a ve skupině Ajust $38,5 \pm 18,4$. Po 12 měsících bylo celkové skóre kvality života měřené dotazníkem IQOL ve skupině TVT–O $91,5 \pm 11,2$ a ve skupině Ajust to bylo $88,5 \pm 12,8$. Po operaci došlo tedy k výraznému zlepšení celkové kvality života žen (Mašata et al., 2016, s. 1501–1502).

Autor Krhut et al. (2018, s. 1925) poměrně nedávno provedli ve Fakultní nemocnici Ostrava studii na 391 inkontinentních a 81 kontinentálních ženách v průměrném věku 54 let. Studie, jejichž cílem bylo zjistit, jaký je vztah mezi močovou inkontinencí, stupněm její závažnosti a dopadem na kvalitu života žen s močovou inkontinencí. Kvalita života byla měřena pomocí dotazníku King's Health Questionnaire (KHQ) (Krhut et al., 2018, s. 1925).

Bylo zjištěno, že 114 pacientek trpí mírnou inkontinencí, 79 pacientek trpí středně těžkou inkontinencí a 84 pacientek se potýká s těžkou inkontinencí. Kolektiv se domníval, že bude existovat lineární vztah mezi závažností inkontinence a jejím negativním dopadem na kvalitu života u žen. Výzkum však ukázal, že už i mírný stupeň močové inkontinence

velmi zásadně snižuje celkovou kvalitu života a významně záporně ovlivňuje každodenní činnosti a život těchto žen (Krhut et al., 2018, s. 1925).

V diskusi budou výsledky vybraných studií porovnány s výsledky našeho výzkumného šetření.

2 CÍL, DÍLČÍ CÍLE A HYPOTÉZY

Hlavní cíl

Zjistit, jakým způsobem stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen ve věku 18–65 let před chirurgickým zákrokem pomocí implantace pásky a po implantaci pásky metodou Transobturator tape nebo Tensionfree Vaginal Tape.

Dílčí cíle

Cíl 1: Pomocí dotazníku IQOL srovnat kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po chirurgickém zákroku.

Cíl 2: Pomocí dotazníku SF–36 srovnat kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po chirurgickém zákroku.

Cíl 3: Zjistit vztah mezi vybranými parametry ovlivňující kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Cíl 4: Využití výsledků dotazníkového šetření v praxi a ve výuce ošetrovatelských oborů.

V počáteční fázi výzkumného šetření byly stanoveny níže předložené statistické hypotézy.

H₀1: Mezi ženami před a po chirurgickém zákroku není rozdíl v celkovém indexu kvality života při stresové močové inkontinenci naměřené dotazníkem IQOL.

H_A1: Mezi ženami před a po chirurgickém zákroku je rozdíl v celkovém indexu kvality života při stresové močové inkontinenci naměřené dotazníkem IQOL.

H₀2: Mezi kvalitou života při stresové močové inkontinenci a celkovou kvalitou života není závislost.

H_A2: Mezi kvalitou života při stresové močové inkontinenci a celkovou kvalitou života je závislost.

H₀₃: V celkovém indexu kvality života naměřeném dotazníkem SF–36 mezi ženami před a po chirurgickém zákroku není rozdíl.

H_{A3}: V celkovém indexu kvality života naměřeném dotazníkem SF–36 mezi ženami před a po chirurgickém zákroku je rozdíl.

H₀₄: Věk neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníkem IQOL a SF–36.

H_{A4}: Věk ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníkem IQOL a SF–36.

H₀₅: Změna v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, nezávisí na věku pacientek.

H_{A5}: Změna v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, závisí na věku pacientek.

H₀₆: Změna v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, nezávisí na vzdělání pacientek.

H_{A6}: Změna v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, závisí na vzdělání pacientek.

H₀₇: Změna v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, nezávisí na rodinném stavu pacientek.

H_{A7}: Změna v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, závisí na rodinném stavu pacientek.

3 METODIKA VÝZKUMU

Design práce

V disertační práci bylo použito dotazníkové šetření. Sběr dat byl zajištěn pomocí standardizovaného specifického a generického dotazníku.

Základem kvantitativního výzkumu je stanovení hypotéz, které nám určí směr výzkumného šetření.

3.1 Charakteristika souboru

Výběr zkoumaného souboru respondentek byl záměrným výběrem přes zvolené instituce, které se zabývají léčbou močové inkontinence. Soubor respondentek tvořily ženy ve věku 18–65 let se stresovou močovou inkontinencí potvrzenou urogynekologickým vyšetřením, které souhlasily s účastí na výzkumném šetření. Další podmínkou bylo, že ženy jsou specialistou indikovány k operační léčbě močové inkontinence pomocí TOT či TVT pásky.

Mezi vylučovací kritéria jsme zařadili závažný kognitivní deficit, jiný typ močové inkontinence, než je stresová močová inkontinence a nesouhlas ženy se zařazením do studie.

Respondentky vyplnily dva dotazníky (IQOL a SF-36) před operačním výkonem a 3 měsíce po operačním zákroku. Tříměsíční interval k vyplnění dotazníků po prodělané operaci byl zaveden po konzultaci s vedoucími lékaři spolupracujících zdravotnických zařízení. Používané dotazníky budou popsány podrobněji dále.

Níže jsou zařazeny tabulky, které znázorňují průměrný věk respondentek zařazených do výzkumného šetření, vzdělání a rodinný stav respondentek (Tabulka 1, 2 a 3).

Tabulka 1. Věk (roky)

Průměr	SD	Me	Min	Max
51,6	9,1	52,5	31	65

Vysvětlivky: SD–směrodatná odchylka; Me–medián; Min–minimum; Max–maximum

Tabulka 2. Četnostní tabulka

Věk (roky)	N	%
30,00–35,00	9	6,3
35,01–40,00	9	6,3
40,01–45,00	17	12,0
45,01–50,00	29	20,4
50,01–55,00	27	19,0
55,01–60,00	25	17,6
60,01–65,00	26	18,3

Tabulka 3. Demografické údaje

Vzdělání	N	%
základní	4	2,8
střední bez maturity	24	16,9
střední s maturitou	64	45,1
vyšší odborná škola	23	16,2
vysoká škola	27	19,0
Rodinný stav	N	%
svobodná	11	7,7
vdaná	94	66,2
ve svazku	22	15,5
rozvedená	9	6,3
ovdovělá	6	4,2

3.2 Měřicí nástroje

Data byla získávána pomocí české verze specifického dotazníku The Incontinence Quality of Life Questionnaire/IQOL; (Příloha 1) a generického dotazníku 36–Item–Health Survey Questionnaire/SF–36; (Příloha 2), kdy se oba dotazníky zaměřují na posuzování kvality života jedince.

Specifickým nástrojem sloužící k co nejpřesnější identifikaci faktorů, které ovlivňují kvalitu života pacientů, hodnotící úzce (Gurková, 2011, s. 149) je:

The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL)

Tento měřicí nástroj (Příloha 1) vyvinutý Wagnerem et al. (1996, s. 67–71) v roce 1996 pro hodnocení kvality života jedinců s močovou inkontinencí, původně sestával z 28 otázek a byl přezkoumán Patrickem, et al. (1999, s. 71–76.) v roce 1999. Patrick et al. (1999, s. 427–435) zjišťoval správnost původní stupnice a shledal Cronbach alfa koeficient pro obecný IQOL 0,95. Zrevidovaná stupnice využívá 5 bodovou odpověď podle Likerta (1–velmi silně/vždy, 2–docela často, 3–občas/mírně, 4–vyjimečně, 5–není/nikdy) a skládá se z 22 otázek se 3 subtypy (domény) jako vyhýbavé chování, psychologický efekt a sociální izolace. Níže jsou uvedené domény s jednotlivými položkami, které obsahují:

Doména č. 1: Avoidance and Limiting Behavior (ALB) – Vyhýbavé chování zahrnuje položky č. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 a 20.

Doména č. 2: Psychosocial Impacts (PS) – Psychologický efekt zahrnuje položky č. 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 a 22.

Doména č. 3: Social Embarrassment (SE) – Sociální izolace zahrnuje položky č. 8, 12, 14, 18 a 19 (Patrick, 1999, s. 71–76).

Celkové skóre je součet hodnot získaných z dílčích oblastí. Součty položek v každé subdimenzi získané každým jednotlivcem jsou převedeny na hodnotu stupnice od 0 do 100 pomocí vzorce pro převod hodnoty ve výpočtu celkového skóre IQOL. Maximální skóre pro oblast: vyhýbavé chování, psychologický účinek a sociální izolace je 40, 45 a 25 bodů. Jak se získaná hodnota v této stupnici snižuje, kvalita života jednotlivců se zhoršuje (Guvenc, 2016, s. 651).

Zmiňovaný dotazník má vysokou vnitřní konzistenci ($\alpha=0,91-0,96$) a reprodukovatelnost (ICC= 0,72–0,97) (Bushnell, 2005, s, 1901). Byl úspěšně přeložen do 15 světových jazyků, např. němčiny, francouzštiny, španělštiny, italštiny a dalších jazyků a na jeho vyplnění je potřeba pouze 5–8 minut času (Patrick, 1999, s. 427).

36–Item Health Survey Questionnaire (SF–36)

Tento generický nástroj (Příloha 2) hodnotí celkový zdravotní stav respondentů. Není specifický pro určitý typ onemocnění, věk či léčbu. Využívá se v klinické praxi či výzkumu (Gurková, 2011, s. 149).

Zmiňovaný obecný dotazník pro hodnocení kvality života obsahuje 36 multidimenzionálních položek, rozdělených do osmi domén (obecné vnímání zdraví, fyziologické funkce, omezení role/limity psychického zdraví, omezení role/limity emočního zdraví, sociální funkce, tělesná bolest, vitalita, mentální zdraví). Konečné skóre je v rozsahu od 0 do 100. Čím vyšší je konečné skóre, tím lepší je celková kvalita života (Saboia, 2017, s. 2). Níže jsou popsány jednotlivé domény s přiřazenými položkami, které obsahují:

Doména č. 1: Physical Functioning (PF) – Fyziologické funkce zahrnuje položky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12.

Doména č. 2: Role–Physical (RP) – Omezení role/limity psychického zdraví zahrnuje položky č. 13, 14, 15 a 16.

Doména č. 3: Bodily Pain (BP) – Tělesná bolest zahrnuje položky č. 21 a 22.

Doména č. 4: General Health (GH) – Vnímání obecného zdraví zahrnuje položky č. 1, 33, 34, 35, 36.

Doména č. 5: Vitality (VT) – Vitalita zahrnuje položky č. 23, 27, 29 a 31.

Doména č. 6: Social Functioning (SF) – Sociální funkce zahrnuje položky č. 6 a 10.

Doména č. 7: Role–Emotional (RE) – Omezení role/limity emočního zdraví zahrnuje položky č. 17, 18 a 19.

Doména č. 8: Mental Health (MH) – Mentální zdraví zahrnuje položky č. 24, 25, 26, 28 a 30.

Doména č. 9: Reported Health Transition (HT) – Zdravotní změny zahrnuje položky č. 2 (Ware, 1993, s. 32).

3.3 Dotazníkové šetření a výběr zdravotnických zařízení

S prosbou o spolupráci na výzkumném šetření byla oslovena pouze gynekologická pracoviště v městě Olomouci zabývající se výše zmiňovanou komplexní léčbou močové inkontinence u žen. Byla oslovena tři zdravotnická zařízení, a to Ambulance močové inkontinence na Porodnicko-gynekologické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci, Gynekologické centrum Neumed a Gynekologické centrum G-Centrum.

Po kladném stanovisku a zájmu ze strany pracoviště došlo k osobnímu setkání s vedoucími lékaři gynekologických center a vrchní sestrou Porodnicko-gynekologické kliniky. Došlo k podrobnějšímu seznámení se s projektem a následným dlouhodobým sběrem dat. Po kladném souhlasu byl i ostatní zdravotnický personál ambulancí seznámen se základními informacemi k výzkumnému šetření. Zdravotnická střediska, která souhlasila s výzkumným šetřením, podepsala písemný souhlas, který byl odeslán Etické komisi FZV Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 4).

3.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal od ledna do prosince 2021 ve třech výše uvedených zdravotnických zařízeních. Dotazníky byly distribuovány do jednotlivých zařízení v papírové podobě. Po vyplnění dotazníku jej klientky vhodily do zapečetěného sběrného boxu, který byl umístěn na recepci zdravotnického zařízení. Sběrné boxy byly pravidelně vyprazdňovány výzkumníkem.

Taktéž bylo nutné v témže čase si vytvořit za spolupráce statistika datový formulář v programu Microsoft Excel, do kterého byly převedeny nasbíraná data z papírové verze dotazníků.

Dotazníky vyplňovaly oslovené klientky anonymně a vlastnoručně. Vždy bylo možné konzultovat v případě nejasností přímo s ošetřujícím lékařem, popřípadě jiným poučeným zdravotnickým personálem v daném zdravotnickém zařízení.

3.5 Etická hlediska

Výzkum byl schválen Etickou komisí FZV UP v Olomouci (Příloha 4) bez připomínek. Respondentky před zapojením se do výzkumu byly seznámeny s výzkumným šetřením v informovaném souhlasu. Byly obeznámeny se zachováním anonymity poskytnutých dat a požití výsledků výzkumu pouze pro účely disertační práce, případně k následné odborné publikaci. Taktéž za vyplnění dotazníků nebyla přislíbená žádná, ani finanční odměna. Dotazníky byly během výzkumu skladovány na bezpečném uzamykatelném místě.

3.6 Organizace a etapy výzkumu

Výzkum probíhal v následujících etapách:

I. etapa: první etapa výzkumu probíhala v roce 2020, během níž došlo k získání souhlasného stanoviska všech 3 zúčastněných zdravotnických zařízení (Porodnicko-gynekologická klinika FN v Olomouci, Gynekologické centrum Neumed a G-Centrum). Následovala konzultace se statistikem. Konzultace s odbornými lékaři zabývajícími se léčbou močové inkontinence u žen. Předložení žádosti o výzkumné šetření a předložení informovaného souhlasu Etické komisí FZV Univerzity Palackého v Olomouci, která byla dne 13. 1. 2021 schválena.

II. etapa: pilotní studie a její vyhodnocení probíhala v lednu 2021. Tisk dotazníků pro respondentky. Distribuce dotazníků a sběrných boxů na pracoviště. Sběrné boxy byly umístěny na recepci zdravotnického zařízení. Seznámení zdravotnického personálu s výzkumným šetřením, osobní konzultace.

III. etapa: sběr dat probíhal v období leden–prosinec 2021, kontinuální sběr vyplněných dotazníků a převod z papírové verze do datového formuláře v souboru Microsoft Excel.

IV. etapa: statistické zpracování získaných dat a vyhodnocení stanoveného cíle, dílčích cílů a hypotéz probíhalo v období 2022–2023. Prezentace výsledků výzkumného šetření.

V. etapa: období 2022/2023 – sepsání a odevzdání disertační práce a obhajoba disertační práce.

3.7 Pilotní studie

Před samotným zorganizováním sběru dat vlastního výzkumného šetření předcházela fáze předvýzkumů. Do pilotní studie bylo zahrnuto deset náhodně vybraných respondentek, které splňovaly všechna kritéria výběru. Oslovené respondentky vyplnily oba vybrané dotazníky, abychom se přesvědčili, zda jsou obě verze dotazníků pro respondentky srozumitelné, abychom předcházeli milnému vyplnění jednotlivých položek. Pilotní studií jsme od dotazovaných žen nezjistili žádný problém, který by ohrozil vlastní realizaci výzkumného šetření a následného sběru dat.

3.8 Statistické zpracování dat

Kvalitativní veličiny byly popsány pomocí absolutních a relativních četností. Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí průměrů a směrodatných odchylek (SD), minimálních a maximálních hodnot a mediánů. Shapirovými–Wilkovými testy byla ověřena normalita veličin. Pro porovnání dvou závislých vzorků s normální distribucí diferencí byl použit párový t–test, v případě nenormální distribuce Wilcoxonův test. Pro ověření korelace mezi veličinami s nenormální distribucí nebo mezi ordinálními znaky byl použit Spearmanův pořadový korelační koeficient. Pro porovnání více nezávislých vzorků byla použita Kruskalova–Wallisova ANOVA (analýza rozptylu) (Hendl, 2006).

Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti $\alpha=0,05$. Výsledky, u nichž byla p–hodnota nižší než 0,05, byly považovány za statisticky významné, jsou označeny hvězdičkami (* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$).

Rozložení některých kvantitativních veličin bylo znázorněno krabicovými grafy. Vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu (25. percentilu), horní hrana hodnotu 3. kvartilu (75. percentilu). Svorky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, kroužky jsou zakresleny odlehlé hodnoty. Za odlehlé pozorování jsme považovali hodnotu, která je od 1., resp. 3. kvartilu vzdálena více než 1,5násobek mezikvartilového rozpětí. Hvězdičky označují extrémní hodnoty, které jsou od kvartilů vzdáleny více než 3násobek mezikvartilového rozpětí.

Síla asociace mezi proměnnými byla posuzována v jednotlivých pásmech. Jeden z možných návrhů, který uvádí Hendl (2006, s. 247) je, že síla korelace r značí malou sílu asociace (0,1 - 0,3), střední síla asociace (0,3 - 0,7) a velká síla korelace je popisována jako 0,7 - 1,0.

Závislosti mezi některými veličinami byly graficky znázorněny pomocí bodového grafu s proloženou regresní přímkou, která ukazuje směr závislosti.

Data byla analyzována pomocí statistického software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Odhad velikosti vzorku

Na základě pilotní studie jsme předpokládali minimální rozdíl v průměrných hodnotách opakovaně měřených položek dotazníku IQOL 10 (např. průměr při prvním měření 50, při druhém měření 60), směrodatnou odchylku měření 20, hodnotu korelačního koeficientu pro vzájemnou korelaci opakovaně měřených položek 0,1; chyba prvního druhu (α) = 0,05 a sílu testu (power) = 0,9. Požadovaná velikost vzorku za těchto podmínek je minimálně 78 respondentů. Spočítáno programem TIBCO STATISTICA version 13.4.0.14. (Tabulka 4).

Vzhledem k předpokládané nenormální distribuci proměnných a nutnému použití neparametrických testů, které mají menší sílu, jsme navýšili velikost vzorku o 15 %. Výsledná minimální velikost vzorku je tak přibližně 90 pacientek. Do výzkumného šetření bylo finálně zařazeno 142 respondentek.

Tabulka 4. Odhad velikosti vzorku

	Sample Size Calculation Dependent Sample t-Test H0: $\mu_1 = \mu_2$
	Value
Population Mean μ_1	50,0000
Population Mean μ_2	60,0000
Group 1 S.D. (σ_1)	20,0000
Group 2 S.D. (σ_2)	20,0000
Between-group Correlation	0,1000
Stand. Error of Mean Diff.	26,8328
Standardized Effect (Es)	-0,3727
Type I Error Rate (Alpha)	0,0500
Critical Value of t	1,9913
Power Goal	0,9000
Actual Power for Required N	0,9015
Required Sample Size (N)	78,0000

Data dotazníku The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL)

Data dotazníku IQOL byla vyhodnocena v souladu s pokyny, které jsou uvedeny v manuálu I-QOL User Manual.

Bylo spočítáno **celkové skóre dotazníku IQOL (Total IQOL)** a jednotlivé domény:

- **Vyhýbavé chování** (Avoidance and Limiting Behavior, ALB)
- **Psychosociální dopad** (Psychosocial Impacts, PS)
- **Sociální rozpaky** (Social Embarrassment, SE)

Skóre celkové škály a jejich subškál bylo spočítáno součtem příslušných položek, od kterých bylo odečteno nejnižší možné skóre. Výsledek byl vydělen nejvyšším možným skórem a vynásoben stem. Skóre bylo takto transformováno na škálu od 0 do 100 (nejvyšší možná kvalita života).

Respondentky dotazník vyplňovaly před zahájenou chirurgickou léčbou a 3 měsíce po chirurgické léčbě.

Pomocí testu normality, Shapiro–Wilk test, bylo zjištěno, že hodnoty naměřené před a po chirurgické léčbě nemají normální distribuci, ale distribuce rozdílů škál (změn) byla normální, $p > 0,05$ (Tabulka 5). Proto byl pro porovnání hodnot před léčbou

a po chirurgické léčbě použit párový t–test. Jednotlivé škály byly popsány pomocí popisné statistiky (Hendl, 2006).

Data dotazníku 36–Item Health Survey Questionnaire (SF–36)

Dle instrukcí ke zpracování dat dotazníku SF–36 bylo vytvořeno 9 domén:

- **Fyziologické funkce**
- **Limity psychického zdraví**
- **Limity emočního zdraví**
- **Vitalita**
- **Mentální zdraví**
- **Sociální funkce**
- **Tělesná bolest**
- **Vnímání obecného zdraví**
- **Zdravotní změny**

Hodnoty škál byly v rozmezí 0 (nejhorší kvalita) až 100 (nejlepší kvalita života). Respondentky dotazník vyplňovaly před a 3 měsíce po absolvované chirurgické léčbě.

Testy normality bylo zjištěno, že hodnoty naměřené před a po chirurgické léčbě nemají normální distribuci, ani distribuce rozdílů škál (změn) nebyla normální, $p < 0,05$ (Tabulka 5). Jednotlivé škály byly popsány pomocí popisné statistiky.

Dle výsledků testů normality byly voleny parametrické nebo neparametrické testy pro ověření hypotéz.

Tabulka 5. Distribuce sledovaných domén před a po chirurgické léčbě

Proměnné		Shapiro-Wilk test		
		testová statistika	df	p
Před léčbou	Celkové skóre IQOL (Total IQOL)	0,982	142	0,065
	Vyhýbavé chování (ALB)	0,971	142	0,004**
	Psychosociální dopad (PS)	0,982	142	0,057
	Sociální rozpaky (SE)	0,961	142	0,000*
	Fyziologické funkce	0,932	142	0,000*
	Limity psychického zdraví	0,793	142	0,000*
	Limity emočního zdraví	0,685	142	0,000*
	Vitalita	0,957	142	0,000*
	Mentální zdraví	0,966	142	0,001*
	Sociální funkce	0,919	142	0,000*
	Tělesná bolest	0,851	142	0,000*
	Obecné zdraví	0,961	142	0,000*
	Zdravotní změny	0,822	142	0,000*
Po léčbě	Celkové skóre IQOL (Total IQOL)	0,893	142	0,000*
	Vyhýbavé chování (ALB)	0,901	142	0,000*
	Psychosociální dopad (PS)	0,933	142	0,000*
	Sociální rozpaky (SE)	0,926	142	0,000*
	Fyziologické funkce	0,844	142	0,000*
	Limity psychického zdraví	0,178	142	0,000*
	Limity emočního zdraví	0,126	142	0,000*
	Vitalita	0,907	142	0,000*
	Mentální zdraví	0,911	142	0,000*
	Sociální funkce	0,679	142	0,000*
	Tělesná bolest	0,774	142	0,000*
	Obecné zdraví	0,959	142	0,000*
	Zdravotní změny	0,749	142	0,000*
Změna	Celkové skóre IQOL (Total IQOL)	0,992	142	0,586
	Vyhýbavé chování (ALB)	0,989	142	0,303
	Psychosociální dopad (PS)	0,989	142	0,348
	Sociální rozpaky (SE)	0,991	142	0,494
	Fyziologické funkce)	0,972	142	0,005
	Limity psychického zdraví	0,816	142	0,000*
	Limity emočního zdraví	0,722	142	0,000*
	Vitalita	0,967	142	0,002*
	Mentální zdraví	0,986	142	0,167
	Sociální funkce	0,972	142	0,006*
	Tělesná bolest	0,935	142	0,000*
	Obecné zdraví	0,985	142	0,120
Zdravotní změny	0,900	142	0,000*	

Vysvětlivky: * $p < 0,05$; df – rozdíl průměrných hodnot; veličiny, u kterých je p – hodnota nižší než 0,05, nemají normální distribuci.

4 VÝSLEDKY

V kapitole Výsledky budou předloženy výsledky výzkumného šetření. Kapitola se dále člení na dvě menší podkapitoly. V první podkapitole je prostor věnovaný zhodnocení výsledků výzkumného šetření před a po chirurgické léčbě stresové močové inkontinence hodnocený dotazníkem IQOL a SF-36. Druhá podkapitola se zabývá korelačními vztahy mezi jednotlivými doménami dotazníků IQOL a SF-36 k celkové kvalitě života žen se stresovou močovou inkontinencí.

4.1 Hodnocení kvality života před a po chirurgickém zákroku

V podkapitole Hodnocení kvality života před a po chirurgickém zákroku jsme se zaměřili na ověření hypotézy 1 a 3.

Ověření hypotézy 1:

H₀1: Mezi ženami před a po chirurgickém zákroku není rozdíl v celkovém indexu kvality života při močové inkontinenci naměřené dotazníkem IQOL.

H_A1: Mezi ženami před a po chirurgickém zákroku je rozdíl v celkovém indexu kvality života při močové inkontinenci naměřené dotazníkem IQOL.

Hypotéza byla ověřena párovým t-testem (Tabulka 6). Tímto testem bylo prokázáno, že kvalita života žen měřená dotazníkem IQOL se statisticky významně zvýšila, průměr celkové hodnotící škály dotazníku IQOL před chirurgickou léčbou činil 39,8, průměr celkové hodnotící škály po chirurgické léčbě byl 59,8; $p < 0,0001$. Statisticky významné zvýšení bylo prokázáno i u všech subškál dotazníku IQOL, $p < 0,0001$. Největší rozdíl (největší průměrná diference = 29,8) je u škály Sociální rozpaky (SE) (průměr před chirurgickou léčbou = 47,2, průměr po chirurgické léčbě = 77,0). Distribuci hodnot škály celkového skóre dotazníku IQOL před léčbou a po léčbě popisuje krabicový graf 1.

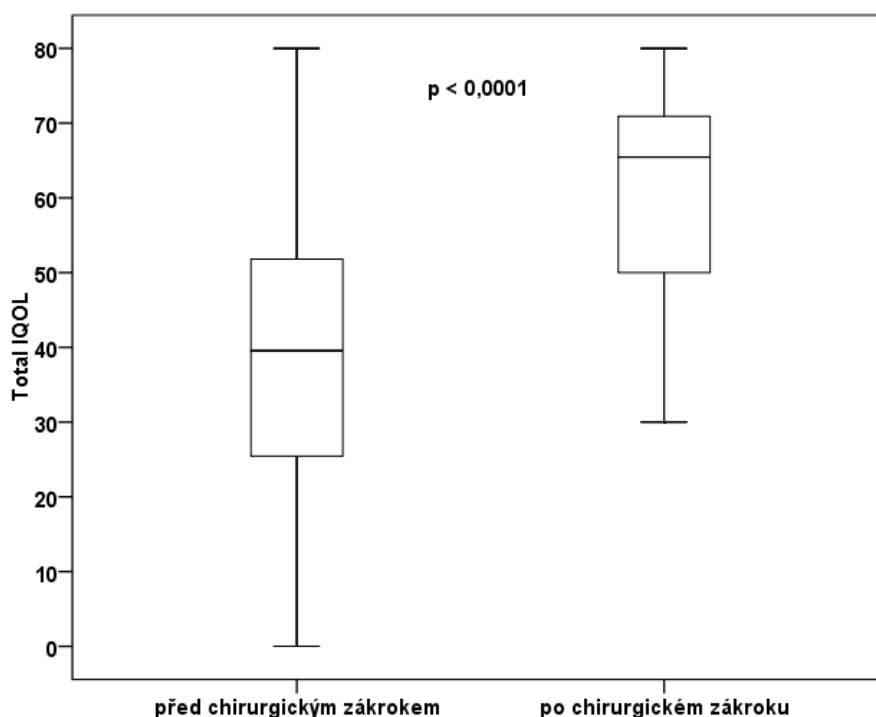
Nulovou hypotézu H₀1 zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy H_A1. Můžeme konstatovat, že mezi ženami před a po chirurgickém zákroku je rozdíl v celkovém indexu kvality života při močové inkontinenci hodnocené specifickým

dotazníkem IQOL. Operační léčba má tedy výrazný vliv na kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Tabulka 6. Porovnání kvality života žen před a po chirurgické léčbě (IQOL)

Proměnná	Před léčbou (n = 142)					Po léčbě (n = 142)					df	p
	M	SD	Me	Min	Max	M	SD	Me	Min	Max		
Celkové skóre (Total IQOL)	39,8	18,2	39,5	0	80	59,8	13,0	65,5	30	80	20,0	0,0001***
Vyhýbavé chování (ALB)	41,6	19,1	38,8	0	80	61,3	14,6	65,0	25	80	19,7	0,0001***
Psychosociální dopad (PS)	39,2	18,4	40,0	0	80	57,4	12,1	62,2	29	80	18,1	0,0001***
Sociální rozpaky (SE)	47,2	27,7	50,0	0	100	77,0	17,6	80,0	35	100	29,8	0,0001***

Vysvětlivky: *** $p < 0,001$; M–průměr; SD–směrodatná odchylka; Me–medián; Min–minimum; Max–maximum; df–rozdíl průměrných hodnot



Graf 1. Distribuce hodnot škály celkové skóre kvality života dotazníku IQOL (Total IQOL) před a po chirurgické léčbě

Ověření hypotézy 3:

H₀3: V celkovém indexu kvality života naměřeném dotazníkem SF–36 mezi ženami před a po chirurgickém zákroku není rozdíl.

H_A3: V celkovém indexu kvality života naměřeném dotazníkem SF–36 mezi ženami před a po chirurgickém zákroku je rozdíl.

Hypotéza byla ověřena Wilcoxonovým testem. Testem bylo prokázáno, že celková kvalita života žen měřená dotazníkem SF–36 se statisticky významně zvýšila ve všech oblastech života kromě domény Mentální zdraví ($p = 0,234$). U všech ostatních domén je zvýšení signifikantní, $p < 0,0001$. Např. v doméně Fyziologické funkce byl medián hodnot naměřených před léčbou 75, po léčbě se zvýšil na 95. Největší rozdíl (největší průměrná diference = 36,8) je u domény Zdravotní změny (průměr před = 47,2, medián = 50, průměr po léčbě = 77,0, medián = 75). Popisnou statistikou a p -hodnotami Wilcoxonova testu se zabývá tabulka 7, kde jsou znázorněny jednotlivé domény dotazníku SF–36 před a po chirurgické léčbě. Graf 2 znázorňuje distribuci hodnot domény Fyziologické funkce před léčbou a po léčbě.

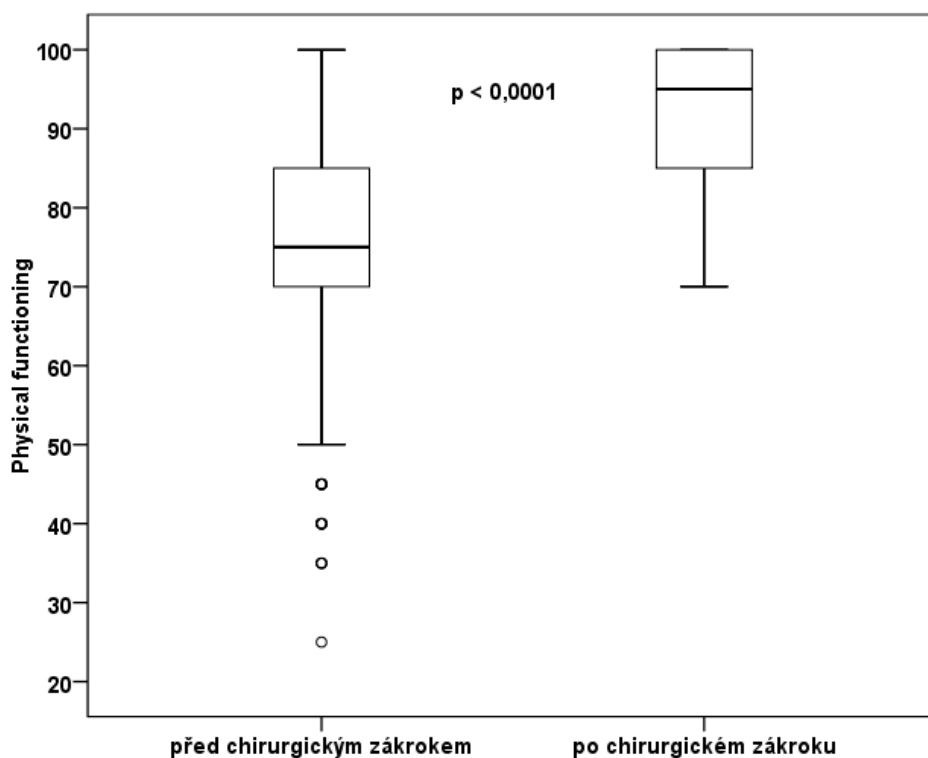
Výpočtem průměrných hodnot všech jednotlivých položek dotazníku SF–36 a jejich porovnáním, bylo párovým t -testem prokázáno, že po chirurgické léčbě mají pacientky statisticky významně vyšší průměrnou hodnotu skóre dotazníku SF 36 hodnotící kvalitu života (průměr = 80,41) než před chirurgickou léčbou (průměr = 67,98), $p < 0,0001$ (Tabulka 8).

Nulovou hypotézu H₀3 zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy H_A3 pro všechny domény s výjimkou domény Mentální zdraví, v ostatních doménách došlo ke zvýšení kvality života žen po prodělané chirurgické léčbě stresové močové inkontinence. Můžeme tedy konstatovat, že mezi ženami před a po chirurgickém zákroku je rozdíl v průměrné hodnotě skóre generického dotazníku SF–36 hodnotící celkovou kvalitu života žen. Operační léčba stresové močové inkontinence má pozitivní vliv na kvalitu života žen.

Tabulka 7. Porovnání kvality života žen před a po chirurgické léčbě (domény SF–36)

Veličina	Před léčbou (n = 142)					Po léčbě (n = 142)					df	p
	Me	Min	Max	M	SD	Me	Min	Max	M	SD		
Fyziologické funkce	75,0	25	100	74,3	17,2	95,0	70	100	92,2	7,9	18,0	0,0001***
Limity psychického zdraví	75,0	0	100	72,7	32,3	100,0	75	100	99,1	4,6	26,4	0,0001***
Limity emočního zdraví	100,0	0	100	80,0	29,7	100,0	67	100	99,3	4,8	19,2	0,0001***
Vitalita	50,0	25	75	49,2	9,7	55,0	30	80	57,4	12,7	8,2	0,0001***
Mentální zdraví	60,0	32	100	64,5	15,7	64,0	44	88	66,1	13,2	1,6	0,234
Sociální funkce	75,0	13	100	69,7	23,2	100,0	50	100	91,2	13,7	21,5	0,0001***
Tělesná bolest	87,5	0	100	76,3	24,9	90,0	55	100	89,8	12,9	13,6	0,0001***
Obecné zdraví	60,0	25	95	60,0	16,8	65,0	35	90	67,3	12,5	7,3	0,0001***
Zdravotní změny	50,0	0	75	41,4	18,4	75,0	50	100	78,2	14,5	36,8	0,0001***

Vysvětlivky: *** $p < 0,001$; Me–medián; Min–minimum; Max–maximum; M–průměr; SD–směrodatná odchylka; df–rozdíl průměrných hodnot



Graf 2. Distribuce hodnot domény Fyziologické funkce před a po chirurgické léčbě

Tabulka 8. Porovnání kvality života žen před a po chirurgické léčbě (SF-36)

SF 36	Před léčbou (n = 141)				Po léčbě (n = 141)				p
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	
průměr ze všech 36 položek	67,98	13,60	38,75	94,03	80,41	6,22	58,89	94,03	<0,0001***

Vysvětlivky: *** $p < 0,001$; M–průměr; SD–směrodatná odchylka; Me–medián; Min–minimum; Max–maximum

4.2 Vztah jednotlivých domén dotazníku IQOL a SF-36 ke kvalitě života žen se stresovou močovou inkontinencí

V podkapitole Vztah jednotlivých domén dotazníku IQOL a SF-36 ke kvalitě života žen se stresovou močovou inkontinencí jsme ověřovali hypotézu 2, 4, 5, 6 a 7. Následující hypotézy se zaměřují na korelace mezi dvěma veličinami.

Korelace zkoumá společnou variabilitu dvou veličin a zjišťuje, zda můžeme v datech sledovat tzv. souběžnost, kdy se s vyššími hodnotami jedné proměnné pojí vyšší hodnoty druhé proměnné, nebo naopak tzv. protiběžnost, kdy vyšším hodnotám jedné proměnné odpovídají nižší hodnoty druhé (Hendl, 2006).

Ověření hypotézy 2:

H₀2: Mezi kvalitou života při močové inkontinenci a celkovou kvalitou života není závislost.

H_A2: Mezi kvalitou života při močové inkontinenci a celkovou kvalitou života je závislost.

Hypotéza byla ověřena výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu. Statisticky významné korelace jsou vyznačeny.

Hendl (2006, s. 247) uvádí, že je možné značit sílu korelace do jednotlivých pásem. Jeden z možných návrhů je, že síla korelace r značí malou sílu asociace (0,1 - 0,3), střední síla asociace (0,3 - 0,7) a velká síla korelace je popisována jako 0,7 - 1,0.

Nejsilněji korelují domény dotazníku SF-36 Fyziologické funkce, Mentální zdraví a Sociální funkce s celkovým skóre (Total IQOL) a se všemi subškálami dotazníku IQOL (Tabulka 9). Nejsilnější námi naměřená korelace je mezi doménou Fyziologické funkce a Vyhýbavé chování (ALB: $r = 0,561$, $p < 0,001$). Korelaci hodnotíme jako středně silnou. Slabě koreluje doména Obecné zdraví s celkovým skóre dotazníku IQOL (Total IQOL) a se subškálami dotazníku IQOL Vyhýbavé chování (ALB) a Psychosociální dopad (PS). Slabá korelace je mezi doménou Tělesná bolest a Sociální rozpaky (SE).

Všechny korelační koeficienty jsou kladné, to znamená, že pokud pacientky lépe hodnotí kvalitu života při stresové močové inkontinenci, pak lépe hodnotí i celkovou kvalitu života.

Tabulka 9. Vztah proměnných před chirurgickou léčbou

Proměnné		Celkové skóre IQOL (Total IQOL)	Vyhýbavé chování (ALB)	Psychosociální dopad (PS)	Sociální rozpaky (SE)
Fyziologické funkce	r	0,529	0,561	0,504	0,383
	p	0,0001***	0,0001***	0,0001***	0,0001***
Limity psychického zdraví	r	-0,025	-0,092	0,052	-0,005
	p	0,769	0,274	0,542	0,949
Limity emočního zdraví	r	0,094	0,125	0,085	-0,002
	p	0,267	0,139	0,317	0,979
Vitalita	r	0,074	0,155	-0,010	0,068
	p	0,382	0,065	0,907	0,425
Mentální zdraví	r	0,393	0,483	0,337	0,286
	p	0,0001***	0,0001***	0,0001***	0,001**
Sociální funkce	r	0,350	0,354	0,348	0,295
	p	0,0001***	0,0001***	0,0001***	0,0004***
Tělesná bolest	r	0,156	0,163	0,088	0,181
	p	0,064	0,052	0,296	0,031*
Obecné zdraví	r	0,183	0,253	0,179	0,093
	p	0,029*	0,002**	0,033*	0,272
Zdravotní změny	r	0,0005	-0,006	0,019	-0,090
	p	0,996	0,946	0,820	0,285

Vysvětlivky: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; Total IQOL–celkové skóre IQOL; ALB–vyhýbavé chování; PS–psychosociální dopad; SE–sociální rozpaky, r –síla korelace

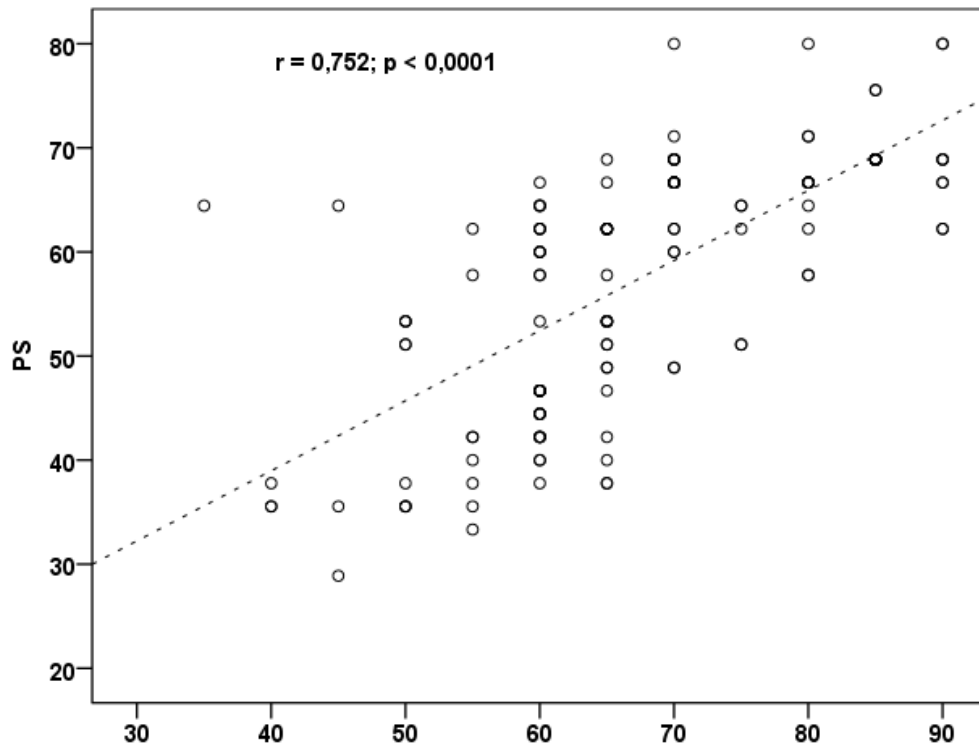
Tabulka 10 popisuje vztah proměnných po chirurgické léčbě. Statisticky významné korelace jsou vyznačeny v tabulce hvězdičkami. Nejsilněji korelují domény dotazníku SF-36 Fyziologické funkce, Vitalita, Mentální zdraví a Obecné zdraví s celkovým skóre dotazníku IQOL (Total IQOL) a se všemi subškálami dotazníku IQOL. Nejsilnější korelace je mezi doménou Obecné zdraví a Psychosociální dopad (PS), PS: $r = 0,752$, $p < 0,001$. Korelaci hodnotíme jako silnou. Bodový graf 3 vykresluje nejsilnější zjištěnou korelaci mezi doménami dotazníku SF-36 a IQOL po chirurgické léčbě.

Nulovou hypotézu H_0 můžeme zamítnout pro označené korelace. Mezi kvalitou života při močové inkontinenci a celkovou kvalitou života žen je závislost.

Tabulka 10. Vztah proměnných po chirurgické léčbě

Proměnné		Total IQOL	ALB	PS	SE
Fyziologické funkce	r	0,625	0,558	0,560	0,632
	p	0,0001***	0,0001***	0,0001***	0,0001***
Limity psychického zdraví	r	-0,108	-0,153	-0,114	-0,071
	p	0,200	0,069	0,178	0,400
Limity emočního zdraví	r	-0,088	-0,114	-0,145	-0,052
	p	0,298	0,175	0,085	0,537
Vitalita	r	0,481	0,475	0,625	0,323
	p	0,0001***	0,0001***	0,0001***	0,0001***
Mentální zdraví	r	0,382	0,393	0,451	0,263
	p	0,0001***	0,0001***	0,0001***	0,002**
Sociální funkce	r	0,190	0,126	0,245	0,117
	p	0,023*	0,134	0,003**	0,164
Tělesná bolest	r	-0,163	-0,244	-0,214	-0,052
	p	0,053	0,003**	0,010*	0,540
Obecné zdraví	r	0,708	0,671	0,752	0,558
	p	0,0001***	0,0001***	0,0001***	0,0001***
Zdravotní změny	r	-0,0475	-0,042	-0,005	-0,010
	p	0,575	0,619	0,955	0,910

Vysvětlivky: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; Total IQOL–celkové skóre IQOL; ALB–vyhýbavé chování; PS–psychosociální dopad; SE–sociální rozpaky, r–síla korelace



Graf 3. *Vztah proměnných po chirurgické léčbě*

Ověření hypotézy 4:

H₀4: Věk neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníkem IQOL a SF-36.

H_A4: Věk ovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníkem IQOL a SF-36.

Tato hypotéza byla ověřena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Byly zjištěny pouze slabé negativní korelace mezi věkem a doménou dotazníku SF-36 Fyziologické funkce ($r = -0,200$) před chirurgickou léčbou a doménou Mentální zdraví ($r = -0,091$) po chirurgické léčbě. Záporná korelace znamená protiběžnost, kdy vyšším hodnotám věku odpovídají nižší hodnoty skóre Fyziologických funkcí. Tento vztah je slabý (dle hodnoty r), ale statisticky významný ($p=0,017$). Starší pacientky mají nižší hodnoty skóre v těchto doménách. Věk není nikterak kategorizován, jelikož je považován za spojitou veličinu.

Dále byla zjištěna slabá pozitivní korelace mezi věkem a tělesnou bolestí po léčbě ($r = -0,060$). Starší pacientky mají v této doméně vyšší skóre. Jiné statisticky významné korelace zjištěny nebyly (Tabulka 11).

Nulovou hypotézu H_04 můžeme zamítnout jen pro výše zmíněné korelace, jelikož věk žen ovlivňuje kvalitu života naměřenou dotazníky IQOL i SF-36.

Tabulka 11. Vztah mezi škálami dotazníků IQOL a SF-36 a věkem před a po chirurgické léčbě

Proměnné		Věk	
		před léčbou	po léčbě
Celkové skóre IQOL (Total IQOL)	r	-0,035	0,055
	p	0,676	0,515
Vyhybavé chování (ALB)	r	-0,140	0,025
	p	0,097	0,765
Psychosociální dopad (PS)	r	0,018	0,006
	p	0,832	0,942
Sociální rozpaky (SE)	r	0,071	0,147
	p	0,401	0,082
Fyziologické funkce	r	-0,200	-0,033
	p	0,017*	0,697
Limity psychického zdraví	r	0,002	0,012
	p	0,977	0,890
Limity emočního zdraví	r	-0,082	0,078
	p	0,330	0,354
Vitalita	r	0,071	0,039
	p	0,399	0,646
Mentální zdraví	r	-0,091	-0,183
	p	0,280	0,030*
Sociální funkce	r	-0,052	-0,096
	p	0,542	0,258
Tělesná bolest	r	-0,060	0,176
	p	0,480	0,036*
Obecné zdraví	r	-0,083	0,037
	p	0,325	0,665
Zdravotní změny	r	0,047	0,008
	p	0,575	0,925

Vysvětlivky: * $p < 0,05$; r – síla korelace

Pro ověření následujících hypotéz byly spočítány změny v kvalitě života ve všech doménách obou dotazníků. Změna byla počítána jako rozdíl mezi skórem před chirurgickou léčbou a po chirurgické léčbě. Kladné hodnoty znamenají zlepšení kvality života, záporné hodnoty zhoršení kvality života.

Ověření hypotézy 5:

H₀₅: Změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, nezávisí na věku pacientek.

H_{A5}: Změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, závisí na věku pacientek.

Hypotéza byla ověřena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

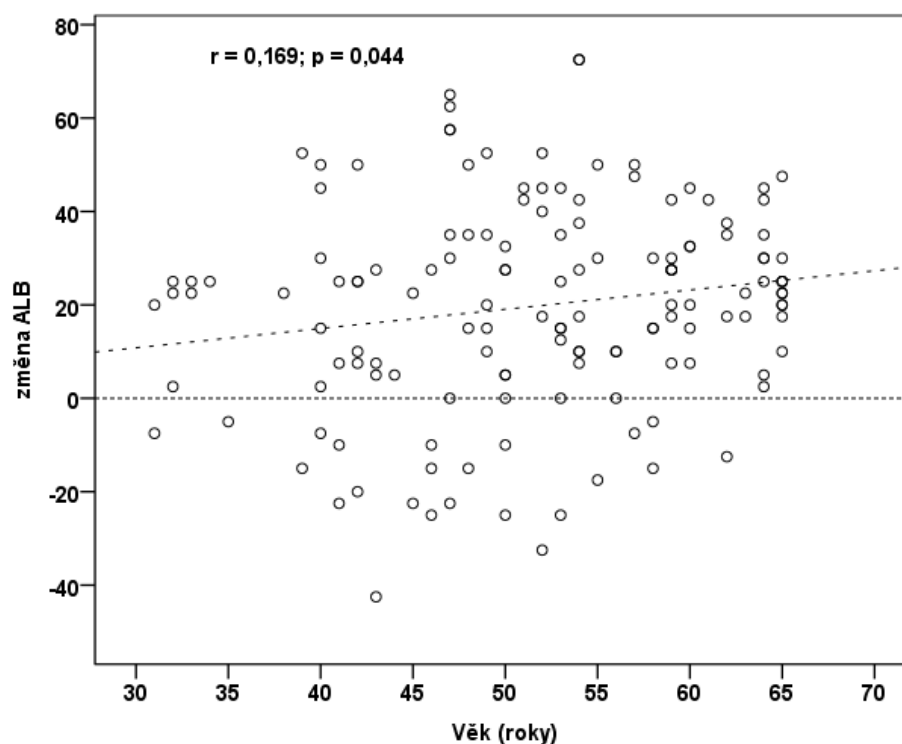
Slabá pozitivní korelace byla prokázána pouze mezi věkem a změnou domény dotazníku IQOL Vyhybavé chování (ALB), $r = 0,169$, $p = 0,044$. U starších pacientek byly prokázány změny ve smyslu zlepšení, v této oblasti větší. Tabulka 12 popisuje vztah mezi škálami dotazníku IQOL a SF-36 a věkem, hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a k nim odpovídající p-hodnoty. Graficky je situace znázorněna pomocí bodového grafu (Graf 4).

Nulovou hypotézu H₀₅ zamítáme, přijímáme hypotézu alternativní H_{A5} na základě zjištěných výpočtů. Můžeme říci, že změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života žen po prodělaném chirurgickém zákroku je závislá na věku žen. Bylo zjištěno, že u starších pacientek byly prokázány změny ve smyslu zlepšení kvality života větší.

Tabulka 12. *Vztah mezi škálami dotazníků IQOL a SF-36 a věkem*

Změna veličiny		Věk
Celkové skóre IQOL (Total IQOL)	r	0,097
	p	0,253
Vyhýbavé chování (ALB)	r	0,169
	p	0,044*
Psychosociální dopad (PS)	r	0,024
	p	0,780
Sociální rozpaky (SE)	r	0,050
	p	0,555
Fyziologické funkce	r	0,151
	p	0,074
Limity psychického zdraví	r	0,000
	p	0,997
Limity emočního zdraví	r	0,089
	p	0,293
Vitalita	r	-0,003
	p	0,973
Mentální zdraví	r	-0,085
	p	0,313
Sociální funkce	r	-0,013
	p	0,876
Tělesná bolest	r	0,096
	p	0,256
Obecné zdraví	r	0,121
	p	0,153
Zdravotní změny	r	-0,018
	p	0,828

Vysvětlivky: * $p < 0,05$; r – síla korelace



Graf 4. Závislost velikosti zlepšení na škále domény Vyhýbavé chování (ALB) na věku

Ověření hypotézy 6:

H₀6: Změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, nezávisí na vzdělání pacientek.

H_A6: Změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, závisí na vzdělání pacientek.

Hypotéza byla ověřena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu.

Slabá pozitivní korelace byla prokázána pouze mezi vzděláním změnou škály domény Sociální funkce ($r = 0,172$, $p = 0,041$) a doménou Zdravotní změny ($r = 0,174$, $p = 0,039$). U vzdělanějších pacientek byly změny ve smyslu zlepšení v těchto oblastech větší (Tabulka 13). Graficky je situace znázorněna pomocí bodového grafu (Graf 5).

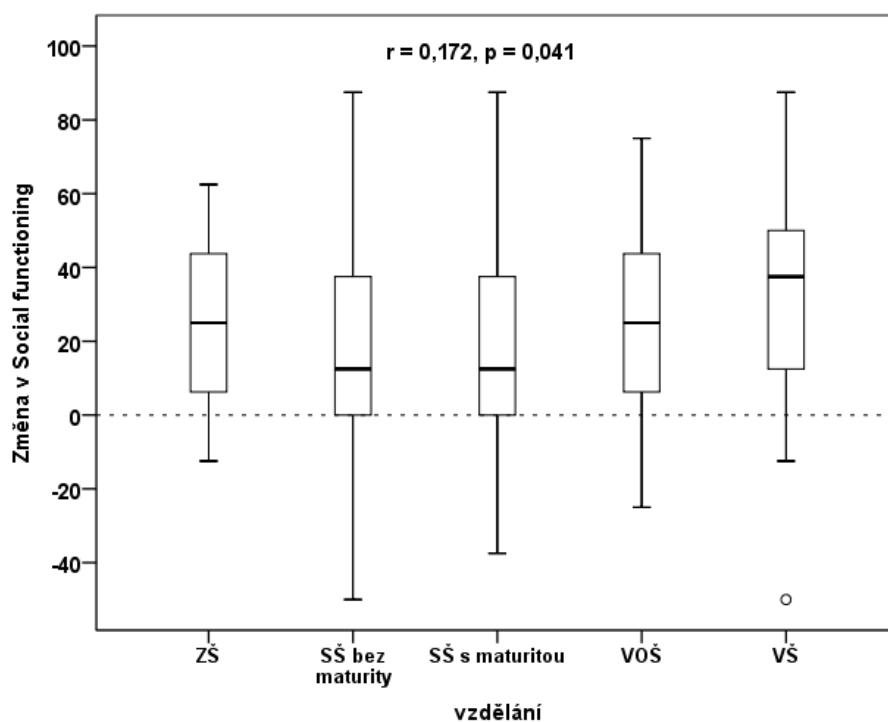
Nulovou hypotézu H₀6 zamítáme, přijímáme hypotézu alternativní H_A6 na základě zjištěných výpočtů. Můžeme konstatovat, že změna v kvalitě života žen při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, je závislá

na ukončeném vzdělání zkoumaných žen, jelikož jsme naměřili větší zlepšení kvality života u vzdělanějších klientek.

Tabulka 13. *Vztah mezi změnami škál dotazníků IQOL a SF-36 a vzděláním*

Změna veličiny		Vzdělání
Celkové skóre IQOL (Total IQOL)	r	-0,023
	p	0,785
Vyhýbavé chování (ALB)	r	-0,021
	p	0,805
Psychosociální dopad (PS)	r	-0,028
	p	0,740
Sociální rozpaky (SE)	r	-0,047
	p	0,575
Fyziologické funkce	r	0,071
	p	0,399
Limity psychického zdraví	r	0,068
	p	0,421
Limity emočního zdraví	r	-0,006
	p	0,945
Vitalita	r	0,100
	p	0,238
Mentální zdraví	r	0,057
	p	0,497
Sociální funkce	r	0,172
	p	0,041*
Tělesná bolest	r	-0,047
	p	0,577
Obecné zdraví	r	-0,030
	p	0,722
Zdravotní změny	r	0,174
	p	0,039*

*Vysvětlivky: * $p < 0,05$; r – síla korelace*



Graf 5. Distribuce hodnot změn domény Sociální funkce

Ověření hypotézy 7:

H₀₇: Změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, nezávisí na rodinném stavu pacientek.

H_{A7}: Změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, závisí na rodinném stavu pacientek.

Hypotéza byla ověřena Kruskal-Wallisovou ANOVOU. Nebyla prokázána závislost velikosti změn v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, na rodinném stavu pacientek, $p > 0,05$ u všech proměnných (Tabulka 14). **Nulovou hypotézu H₀₇ nelze zamítnout.** Můžeme říci, že kvalita života žen při močové inkontinenci i celkové kvalitě života po operaci nezávisí na rodinném stavu žen.

Vzhledem k malým rozsahům některých skupin byly vytvořeny pouze dvě skupiny pacientek. Ty, které žijí samy a ty, které žijí s manželem nebo partnerem.

Skupiny byly porovnány v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života. Ani při této úpravě nebyly prokázány statisticky významné rozdíly (Tabulka 14).

Tabulka 14. Vztah rodinného stavu s doménami dotazníků IQOL a SF-36

Změna veličiny	rodinný stav															P
	Svobodná (n = 11)			Vdaná (n = 94)			Ve svazku (n = 22)			Rozvedená (n = 9)			Ovdovělá (n = 6)			
	Me	Min	Max	Me	Min	Max	Me	Min	Max	Me	Min	Max	Me	Min	Max	
Celkové skóre (Total IQOL)	26,4	-5,5	49,1	20,0	-35,5	69,1	22,3	-15,5	61,8	22,7	-24,5	60,0	29,1	0,0	44,5	0,748
Vyhýbavé chování (ALB)	25,0	-7,5	50,0	18,8	-42,5	72,5	20,0	-32,5	57,5	25,0	-22,5	65,0	26,3	2,5	47,5	0,584
Psychosociální dopad (PS)	22,2	-6,7	46,7	15,6	-35,6	68,9	20,0	-17,8	64,4	13,3	-22,2	44,4	25,6	-2,2	33,3	0,770
Sociální rozpaky (SE)	30,0	0,0	75,0	27,5	-55,0	95,0	35,0	-10,0	80,0	25,0	-40,0	100,0	35,0	0,0	85,0	0,859
Fyziologické funkce	20,0	-10,0	40,0	15,0	-20,0	60,0	20,0	-5,0	45,0	15,0	-5,0	65,0	10,0	5,0	30,0	0,902
Limity psychického zdraví	25,0	0,0	100,0	25,0	-25,0	100,0	25,0	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	75,0	0,0	100,0	0,053
Limity emočního zdraví	0,0	-33,3	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	-33,3	100,0	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	100,0	0,460
Vitalita	10,0	-25,0	40,0	10,0	-25,0	40,0	5,0	-10,0	40,0	10,0	-25,0	20,0	5,0	-5,0	20,0	0,986
Mentální zdraví	12,0	-48,0	36,0	4,0	-40,0	44,0	2,0	-28,0	52,0	-4,0	-52,0	16,0	0,0	-12,0	12,0	0,456
Sociální funkce	25,0	-25,0	75,0	25,0	-50,0	87,5	31,3	0,0	87,5	12,5	-50,0	62,5	-18,	-37,5	37,5	0,087
Tělesná bolest	22,5	-22,5	35,0	0,0	-35,0	100,0	13,8	-22,5	55,0	10,0	-12,5	55,0	0,0	-45,0	42,5	0,919
Obecné zdraví	0,0	-20,0	35,0	10,0	-60,0	55,0	5,0	-30,0	50,0	10,0	-25,0	30,0	2,5	0,0	25,0	0,749
Zdravotní změny	25,0	25,0	100,0	25,0	-25,0	100,0	25,0	0,0	75,0	50,0	0,0	75,0	25,0	0,0	50,0	0,710

Vysvětlivky: $p < 0,001$; Me–medián; Min–minimum; Max–maximum

Vzhledem k pouze slabým prokázaným vztahům mezi změnami věku a vzdělání a kvalitou života nemělo smysl vytvořit model mnohorozměrné lineární regrese. Modely, které jsme se pokusily vytvořit, vysvětlovaly pouze velmi malé procento variability závisle proměnných (do 5 %).

5 DISKUSE

V rámci našeho výzkumného šetření jsme hodnotili kvalitu života žen s diagnostikovanou stresovou močovou inkontinencí. Do výzkumného šetření bylo finálně zařazeno 142 respondentek ve věku 18–65 let, které vyplnily 2 dotazníky v rozestupu 3 měsíců. Průměrný věk žen zapojených do výzkumného šetření byl 51,6. Specifický dotazník The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) zkoumající kvalitu života žen s močovou inkontinencí a obecný dotazník zaměřený na celkovou kvalitu života žen 36-Item Health Survey Questionnaire (SF-36). Ženy dotazníky vyplnily před zahájením chirurgické léčby a znovu 3 měsíce po chirurgickém zákroku provedeném pomocí zavedení tahuprosté pásky.

Z celkového počtu 142 žen zařazených do výzkumného šetření 4 (2,8 %) ženy absolvovaly základní vzdělání, 24 (16,9 %) žen mělo ukončené střední vzdělání bez maturity. Nejčetnější byla skupina žen se středním vzděláním zakončené maturitou: 64 (45 %) žen. Vysokoškolsky vzdělaných žen bylo zastoupeno ve výzkumném šetření celkem 60 (35 %).

Rodinný stav byl zastoupen následovně. Svobodných žen bylo 11 (7,7 %), 94 (66 %) vdaných žen, 22 (15,5 %) žen ve svazku, 9 (6 %) rozvedených a 6 (4 %) žen bylo ovdovělých.

Do teoretické části předkládané práce byly zařazeny dohledané studie (kapitola 1.3 Dohledané studie k teoretickým východiskům), které se zabývaly hodnocením kvality života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po chirurgickém zákroku v různém časovém rozmezí u žen v různém věkovém zastoupení. V následujícím textu byly některé vybrané studie a jejich naměřené hodnoty porovnány s naším výzkumným šetřením zabývajícím se hodnocením kvality života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Ve výzkumu jsme se zaměřili na celkovou kvalitu života žen při stresové močové inkontinenci, zajímalo nás, zda jsou rozdíly v kvalitě života žen před chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po něm.

Bylo prokázáno, že celkové skóre kvality života žen se stresovou močovou inkontinencí měřená specifickým dotazníkem IQOL (Total IQOL) se po absolvovaném chirurgickém zákroku statisticky významně zvýšila. Průměrné celkové skóre kvality života (Total IQOL) před léčbou činil 39,8, zatímco průměrné celkové skóre 3 měsíce po operační léčbě bylo 59,8. Statisticky významné zvýšení bylo prokázáno i u všech subškál

dotazníku IQOL (doména Vyhýbavé chování, Psychosociální dopad a Sociální rozpaky). Před léčbou bylo naměřeno skóre v doméně Vyhýbavé chování (ALB) 41,6; po operační léčbě došlo ke zvýšení na 61,3. V doméně Psychosociální dopad (PS) bylo změřeno, že skóre kvality života v dané oblasti bylo 39,2. Tři měsíce po chirurgické léčbě to bylo 57,4. V poslední oblasti, Sociální rozpaky (SE) bylo před léčbou naměřeno skóre 47,2; po operační léčbě to bylo 77,0.

Güvenc et al. (2016, s. 649–651) ve své studii, která proběhla na 248 ženách v Ankaře v roce 2013, naměřili dotazníkem IQOL celkové skóre kvality života žen s močovou inkontinencí 74,00 (Total IQOL). Skóre kvality života v doméně vyhýbavé chování (ALB) naměřili hodnotu 69,98. Hodnota skóre v doméně psychosociální dopad (PS) byla zjištěna 78,45 a v doméně sociální rozpaky (SE) výzkumníci naměřili hodnotu 73,50.

Akkus et al. (2016, s. 887) provedli v turecké nemocnici v roce 2013 studii na ženách ve věkové kategorii 18–80 let. Používali taktéž specifický dotazník IQOL, kterým změřili celkové skóre kvality života IQOL 56,7. Skóre domény Vyhýbavé chování (ALB) naměřili 19,9; skóre v oblasti Psychosociální dopad (PS) bylo zjištěno 24,2 a skóre v oblasti Sociální rozpaky (SE) bylo 12,5. Akkus et al. (2016, s. 887) dále uvádí, že byl naměřen výrazně negativní dopad na kvalitu života žen s močovou inkontinencí.

V další turecké studii (Yagmur et al., 2021, s. 190) z roku 2017 provedené na 286 ženách s močovou inkontinencí bylo naměřeno celkové skóre kvality života dotazníku IQOL 73,62. V doméně Vyhýbavé chování (ALB) naměřili hodnotu skóre 27,31. V oblasti Psychosociální dopad (PS) naměřili hodnotu skóre 31,24 a v oblasti Sociální rozpaky (SE) byla naměřena hodnota skóre 15,06.

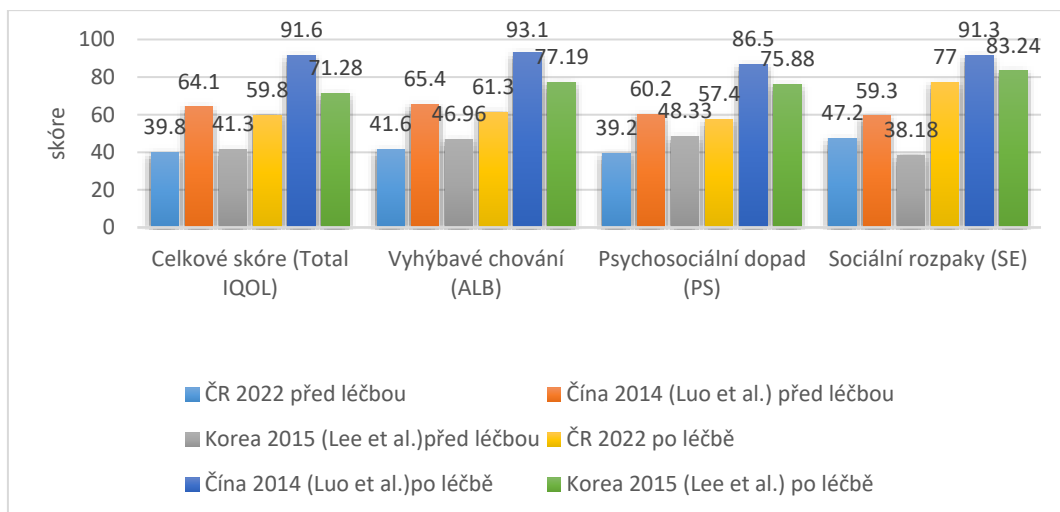
Čínská studie autora Luo et al. (2014, s. 139) byla provedená na 453 ženách ve věku 18–85 let. Studie se zúčastnily ženy, které podstoupily chirurgickou léčbu stresové močové inkontinence pomocí tahuprosté pásky TVT. Ženy vyplňovaly IQOL dotazník před chirurgickým zákrokem a 12 měsíců po operaci. Celkové skóre kvality života (Total IQOL) změřené dotazníkem IQOL bylo před operační léčbou zjištěno ve výši 64,1, zatímco 1 rok po zákroku to bylo 91,6. Naměřené hodnoty skóre v oblasti Vyhýbavého chování (ALB) byly před léčbou 65,4 a 1 rok po léčbě bylo zjištěno skóre 93,1. V doméně Psychosociální dopad (PS) bylo zjištěno skóre 60,2 před zákrokem a 86,5 opět po 12 měsících. V poslední oblasti Sociální rozpaky (SE) bylo před operací naměřeno skóre 59,3 a 1 rok po zákroku to bylo skóre ve výši 91,3. Naměřené výsledky značí výrazné zlepšení kvality života 12 měsíců po chirurgické léčbě stresové močové inkontinence.

Lee et al. (2015, s. 9) v korejské studii hodnotili dotazníkem IQOL jak se zvýšila kvalita života 115 žen se stresovou močovou inkontinencí po implantaci tahuprosté pásky. Hodnocení probíhalo před chirurgickým zákrokem, 1 rok a 2 roky po zavedení tahuprosté pásky. Autoři studie uvádí, že celkové naměřené skóre kvality života před zákrokem bylo 41,33. Skóre rok od operace bylo 71,28 a hodnota 97,1 byla změřena po dvouletém intervalu. Naměřené hodnoty oblasti Vyhýbavé chování (ALB) byly ve stejném pořadí: 46,96; 77,19 a 85,6. Naměřené hodnoty v doméně Psychosociální dopad (PS) byly 48,33; 75,88 a 86,7. V poslední doméně Sociální rozpaky (SE) byly zjištěny hodnoty 38,18; 83,24 a 83,2. Všechny výsledky jsou uvedené vždy před zákrokem, 1 rok a 2 roky po něm. Lee et al. (2015, s. 9) konstatují, že všechny domény se po operaci významně zlepšily.

V grafu 6 níže jsou porovnána data našeho předkládaného výzkumného šetření v České republice naměřená před chirurgickou léčbou a 3 měsíce po operaci (ČR 2022 před léčbou; ČR 2022 po léčbě) s korejskou studií před operací a 12 měsíců po chirurgické léčbě (Korea 2015, Lee et al. před léčbou; Korea 2015, Lee et al., po léčbě). Doučasně byla naše data porovnána s čínskou studií před léčbou a 12 měsíců po provedené chirurgické léčbě (Čína 2014, Luo et al., před léčbou; Čína 2014, Luo et al., po léčbě), která se taktéž zabývala měřením kvality života žen se stresovou močovou inkontinencí a zjištěná konkrétní data byla již popsána výše. Graf 6 znázorňuje naměřenou kvalitu života u žen se stresovou močovou inkontinencí před chirurgickou léčbou a po léčbě v České republice, Číně a Korei.

Do grafu 6 jsou zaneseny výše zmiňovaná naměřená data dotazníkem IQOL, a to celkové skóre kvality života (Total IQOL) a jednotlivé subškály dotazníku IQOL: Vyhýbavé chování (ALB), Psychosociální dopad (PS) a Sociální rozpaky (SE).

V grafu 6 vidíme, že po operaci došlo u všech 3 skupin žen z ČR, Korei i Číny ke zvýšení celkové skóre kvality života žen. U korejských a čínských žen došlo dokonce k výraznému zvýšení celkového skóre kvality života hodnoceného dotazníkem IQOL (Total IQOL) i ve všech jeho doménách. Avšak musíme zdůraznit, že čínská i korejská studie uvádí data 12 měsíců po provedené operaci, zatímco naše výzkumné šetření vyhodnocovalo zlepšení celkového skóre kvality života dotazníku IQOL pouze 3 měsíce po provedené operaci. Můžeme se domnívat, že právě pro krátký časový interval u druhého kola vyplňování dotazníků po zákroku byly naměřené hodnoty celkového skóre dotazníku IQOL nižší ve srovnání se zahraničními studiemi, vyhodnocované až 12 měsíců po absolvovaném zákroku.



Vysvětlivky: Celkové skóre (Total IQOL); Vyhybavé chování (ALB); Psychosociální dopad (PS); Sociální rozpaky (SE)

Graf 6. Kvalita života před a po chirurgické léčbě v Číně, Korei a ČR

Česká studie (Vrublová et al., 2011, s. 2) z roku 2009 se taktéž zaměřila na posuzování kvality života žen se stresovou močovou inkontinencí. Do studie bylo zařazeno 58 žen ve věku 48–66 let, které podstoupily chirurgické zavedení tahuprosté pásky. Ženy před a po zákroku vyplnily specifický dotazník IQOL. Celkové skóre kvality života měřené dotazníkem IQOL bylo před operací 49,0 a po operaci celkové skóre IQOL činilo 77,5, což opět značí zlepšení kvality života po operační léčbě stresové močové inkontinence.

Smažinka et al. (2015, s. 196) mezi roky 2010–2012 hodnotili kvalitu života u českých žen, které podstoupily chirurgickou léčbu stresové močové inkontinence pomocí zavedení tahuprosté pásky. Studie proběhla na Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LF UK Praha.

Ženy byly vybrány náhodně a osloveny obálkovou metodou. Finálně bylo do výzkumného šetření zařazeno 48 žen, které podstoupily zákrok TVT–O. Druhou skupinu tvořilo 50 žen, které byly operovány metodou Ajust. U skupiny žen TVT–O došlo k významnému zvýšení celkového skóre kvality života (Total IQOL) měřeného dotazníkem IQOL z předoperačních hodnot $41,0 \pm 17,8$ na $99,5 \pm 10,88$ po 3měsíční rekonvalescenci. U žen ve skupině Ajust se celkové skóre kvality života (Total IQOL) zvýšilo z naměřených předoperačních $38,5 \pm 18,4$ na pooperační celkové skóre kvality života ve výši $100,67 \pm 12,71$. Bylo prokázáno výrazné zlepšení kvality života u obou skupin žen po provedení chirurgické léčby (Smažinka et al., 2015, s. 199).

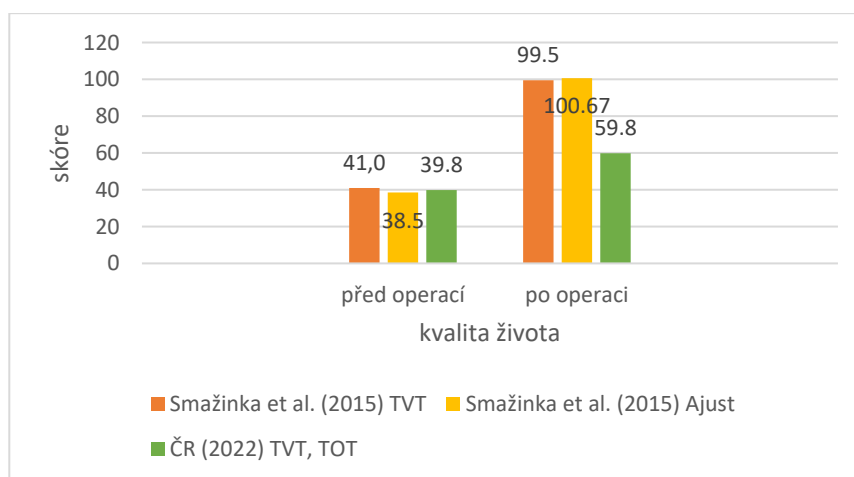
Autoři konstatují, že po vyhodnocení dotazníku IQOL nebyly nalezeny mezi oběma skupinami výrazné statistické rozdíly v posuzované kvalitě života žen. Již 3 měsíce po operační léčbě močové inkontinence ženy vykazují výrazné zlepšení jejich kvality života (Smažinka et al., 2015, s. 199).

Níže přikládáme tabulku 15 a graf 7, ve kterém jsme porovnali kvalitu života žen z našeho výzkumného šetření v moravském regionu (ČR 2022) a v Čechách (Smažinka et al., 2015, s. 199) před zahájenou operační léčbou a 3 měsíce po operační léčbě stresové močové inkontinence. U moravských i českých žen došlo k výraznému zlepšení kvality života hodnocené dotazníkem IQOL po operaci.

Tabulka 15. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a moravských žen

Celkové skóre (IQOL)	Smažinka et al. (2015) (TVT–O)	Smažinka et al. (2015) (Ajust)	ČR (2022) (TVT, TOT)
Před operací	41,0	38,5	39,8
3 měsíce po operaci	99,5	100,67	59,8

Vysvětlivky: TVT–O –přístup Tension free vaginal transobturator tape; Ajust–modifikace metody TVT, TVT–Tension free vaginal tape; TOT– Tension free transobturator tape



Vysvětlivky: TVT–O –přístup Tension free vaginal transobturator tape; Ajust–modifikace metody TVT, TVT–Tension free vaginal tape; TOT– Tension free transobturator tape

Graf 7. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a moravských žen

Jiná čínská studie (Feng et al., 2018, s. 459), která posuzovala kvalitu života 148 žen se stresovou močovou inkontinencí taktéž po prodělané chirurgické léčbě pomocí zavedení tahuprosté pásky metodou Tensionfree Vaginal Tape (TVT) v různých jejích modifikacích.

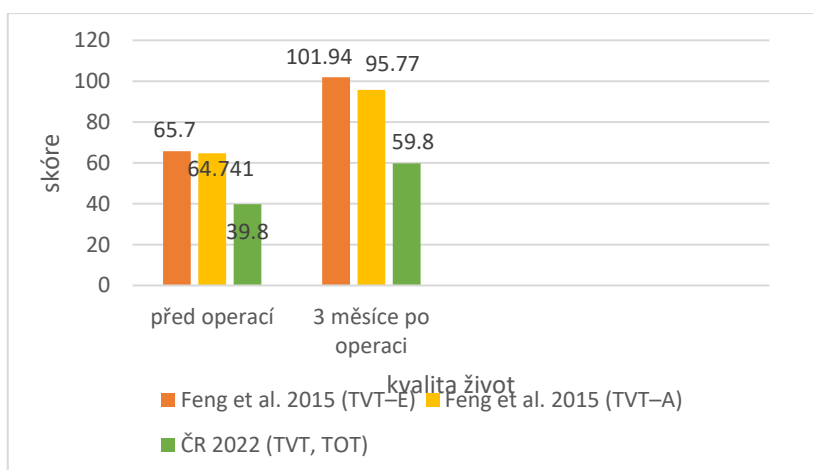
Studie probíhala od dubna 2015 do dubna 2016. Respondentky vyplňovaly několik dotazníků, mimo The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) vyplnily ještě dotazník International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire Short Form (PISQ-12), Validation of the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) (Feng et al., 2018, s. 459–460).

V tabulce 16 a v grafu 8 jsme porovnali kvalitu života žen z našeho výzkumného šetření probíhajícího v ČR (ČR 2022) a v Číně (Feng et al., 2018, s. 459) před zahájenou operační léčbou a 3 měsíce po operační léčbě stresové močové inkontinence pomocí tahuprosté pásky. U českých i čínských žen došlo ke zvýšení celkového skóre kvality života hodnocené dotazníkem IQOL (Total IQOL) 3 měsíce po prodělané operaci.

Tabulka 16. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a čínských žen

Celkové skóre IQOL	Feng et al. 2015 (TVT-E)	Feng et al. 2015 (TVT-A)	ČR 2022 (TVT, TOT)
Před operací	65,70	64,71	39,80
3 měsíce po operaci	101,94	95,77	59,80

Vysvětlivky: TVT-E modifikovaný přístup Tension free vaginal tape; TVT-A modifikovaný přístup Tension free vaginal tape; TVT- Tension free vaginal tape; TOT- Tension free transobturator tape



Vysvětlivky: TVT- Tension free vaginal tape; TOT- Tension free transobturator tape; TVT-E modifikovaný přístup Tension free vaginal tape; TVT-A modifikovaný přístup Tension free vaginal tape

Graf 8. Celkové skóre kvality života před a po chirurgické léčbě u českých a čínských žen

Dalším bodem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, zda není závislost mezi kvalitou života při močové inkontinenci a celkovou kvalitou života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Zjistili jsme, že nejsilněji korelují před chirurgickou léčbou domény dotazníku SF–36 Fyziologické funkce, Mentální zdraví a Sociální funkce s celkovým skóre dotazníku IQOL a se všemi jeho subškálami dotazníku IQOL. Nejsilnější korelace byla zjištěna mezi doménou dotazníku SF–36 Fyziologické funkce a doménou dotazníku IQOL Vyhýbavé chování (ALB: $r = 0,561$, $p < 0,001$). Všechny korelační koeficienty jsou kladné, to značí, že pokud pacientky lépe hodnotí kvalitu života při stresové močové inkontinenci, pak lépe hodnotí i celkovou kvalitu jejich života.

Po chirurgické léčbě stresové močové inkontinence nejsilněji korelují domény dotazníku SF–36 Fyziologické funkce, Vitalita, Mentální zdraví a Obecné zdraví s celkovým skóre dotazníku IQOL (Total IQOL) a se všemi subškálami dotazníku IQOL. Silná asociace ($r \geq 0,7$) byla zjištěna mezi doménou Obecné zdraví a Psychosociální dopad ($r = 0,752$; $p < 0,001$).

U obecného dotazníku SF–36 bylo zjištěno, že celková kvalita života žen se statisticky významně zvýšila ve všech oblastech života, kromě domény Mentální zdraví, což můžeme připisovat poměrně krátkému časovému horizontu (3 měsíce) po operačním zákroku, který byl vytyčen respondentkám na opětovné vyplnění dotazníků. U ostatních domén bylo zvýšení signifikantní.

V doméně Fyziologické funkce byl medián hodnot naměřených před léčbou 75, po léčbě se zvýšil na 95. V doméně Limity psychického zdraví byl medián před léčbou 75, po léčbě se zvýšil na 100. V doméně Limity emočního zdraví medián před léčbou činil 100 a po léčbě činil taktéž 100. V oblasti Vitalita byl před léčbou medián naměřených hodnot 50, po léčbě se zvýšil na 55. V doméně Mentální zdraví byl medián hodnot naměřených před léčbou 60, po léčbě se mírně zvýšil na 64. V doméně Sociální funkce se medián naměřených hodnot před léčbou vyšplhal na 75, po léčbě činil 100. V doméně Tělesná bolest byl medián hodnot naměřených před léčbou 87,5, po léčbě se zvýšil jen mírně na 90. V doméně Obecné zdraví byl medián hodnot naměřených před léčbou 60, po léčbě 65. Největší rozdíl byl u škály Zdravotní změny (průměr před léčbou = 47,2, medián před léčbou = 50, průměr po léčbě = 77,0, medián po léčbě = 75).

Dále bylo zjištěno, že výpočtem průměrných hodnot všech jednotlivých položek dotazníku SF-36 a jejich porovnáním, bylo prokázáno, že po chirurgické léčbě mají pacientky statisticky významně vyšší průměrnou hodnotu skóre dotazníku SF 36 hodnotící kvalitu života (průměr = 80,41) než před chirurgickou léčbou (průměr = 67,98).

Ozdemir et al. (2018, s. 105) provedli na klinice v Sakaya v Turecku mezi roky 2011–2012 výzkumné šetření zaměřené na kvalitu života vdaných žen s močovou inkontinencí ve věku 20–49 let. Stresovou močovou inkontinencí trpělo 48 žen (5,8 %) z 1161 respondentek. K výzkumu byl použit dotazník 36 Health-Related Quality of Life (SF-36) hodnotící celkovou kvalitu života zúčastněných žen. Výzkumníci v dané studii naměřili u žen průměrné skóre v doménách dotazníku SF-36 tyto hodnoty: Fyziologické funkce 85,0; Limity psychického zdraví 100,0; Tělesná bolest 56,8; Obecné zdraví 66,7; Vitalita 58,3; Sociální funkce 71,4; Limity emočního zdraví 100,0 a Mentální zdraví 59,4. Tabulka 17 přináší porovnání námi získaných hodnot u českých žen v České republice a hodnot získaných u tureckých žen v roce 2018. Při porovnání mediánu naměřených hodnot turecké studie s naším výzkumem před operační léčbou, zjistíme výraznou podobnost ve všech doménách, mimo doménu Limity psychického zdraví a Tělesnou bolest. V tabulce 17 vidíme, že turecké ženy trpící stresovou močovou inkontinencí mají vyšší průměrné skóre v doméně Fyziologické funkce, Limity psychického zdraví a Mentální zdraví. Naopak české ženy mají nižší průměrné skóre v doméně Bolest.

Tabulka 17. Porovnání průměrného skóre domén dotazníku SF-36 mezi českými a tureckými ženami před chirurgickou léčbou

Domény dotazníku SF-36	ČR (2022)	Ozdemir et al. (2018)
Fyziologické funkce	75,0	85,0
Limity psychického zdraví	75,0	100,0
Limity emočního zdraví	100,0	100,0
Vitalita	50,0	58,3
Mentální zdraví	60,0	100,0
Sociální funkce	75,0	71,4
Bolest	87,5	56,8
Obecné zdraví	60,0	66,7

Limity výzkumného šetření

K limitům předkládaného výzkumného šetření bychom měli zařadit fakt, že výzkumného šetření se účastnily pouze ženy, které podstoupily následnou chirurgickou léčbu pomocí zavedení tahuprosté pásky metodou TVT nebo TOT, metody jsou popsány v kapitole 1.2.6.4 Chirurgická léčba stresové močové inkontinence.

Dalším limitem je poměrně krátká, 3měsíční lhůta na vyplnění dotazníků respondenkami po provedené chirurgické léčbě.

Výsledky předložené práce mohly být ovlivněny i sledovaným souborem žen, jelikož výzkumné šetření probíhalo ve třech vybraných zdravotnických zařízeních v městě Olomouci (Porodnicko-gynekologická klinika FN v Olomouci, Gynekologické centrum Neumed a G-Centrum), tudíž se výzkumného šetření účastnily spádově ženy převážně z moravského regionu. V ideálním případě by bylo vhodné zastoupení žen napříč celou Českou republikou.

I přes uvedené limity práce se domnívám, že předkládaná výzkumná část práce bude přínosná pro odbornou část veřejnosti, která se tématem kvality života a močovou inkontinencí taktéž zabývá a přispěje ke zlepšení péče o inkontinentní ženy.

DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKOU PRAXI

Močová inkontinence je dnes již dobře léčitelným problémem, který však i v dnešní moderní době velmi omezuje kvalitu života jedince. Jde o problém, za který se (nejen) ženy stydí (Vrublová et al., 2011, s. 1).

Jelikož lidská populace přirozeně stárne a již nyní zaujímá více jak jednu třetinu populace osoby nad 60 let a současně se díky progresu v medicíně více zvyrazňují potíže spojené s močovou inkontinencí, je zásadní, věnovat se celosvětové osvětě široké veřejnosti v této oblasti (Kolombo et al., 2008, s. 292).

Výzkumy ukazují, že nejisté ženy, které zatím nevyhledaly odbornou zdravotnickou pomoc k potvrzení a následnému adekvátnímu léčení močové inkontinence, hledají oporu ve své blízké rodině, poté se svěří ošetřujícímu lékaři a potřebné informace dohledávají často v internetových zdrojích (Bojar et al., 2006, s. 262). Nedílnou součástí zdravotnické praxe by měla být kvalitní edukace žen již v rámci prevence vzniku močové inkontinence v mladém, produktivním věku. Již při prvním těhotenství a porodu, kdy je vysoké riziko rozvinutí močové inkontinence, by mělo být ženám představeno a nabídnuto zkušeným odborníkem cvičení na posílení pánevních svalů k podpoře pánevního dna (Dass et al., 2013, s. 50).

Klientkám s močovou inkontinencí by měl být nápomocen široký multidisciplinární tým složený z vysoce odborně edukovaných (Kolombo et al., 2008, s. 292) urologů, gynekologů, geriatrů, sester specialistek, porodních asistentek, všeobecných sester, fyzioterapeutů apod. (Aoki et al., 2017, s. 11). Tito všichni by měli být ženám nápomocni k osvětě daného onemocnění, jak močová inkontinence vzniká, jaké jsou její rizikové faktory, jak nemoci předcházet. Dále by jim měli umět vysvětlit možnosti diagnostiky i léčby, to vše pomocí vlídné a empatické komunikace (Vrublová et al., 2011, s. 4, 5).

Otevřená komunikace je bezpodmínečně nutná. Součástí správné komunikace by měla být zachována důvěrná atmosféra mezi ženou a zdravotníkem a měla by být zachována důstojnost ženy. Zdravotnický personál by se měl vyvarovat příliš odborné mluvě, mluvit jasně, srozumitelně a dát ženě prostor vše si v klidu rozmyslet, utřídit si přijaté informace, mít možnost se doptat na informace, které ji zajímají či trápí. K základním pravidlům komunikačních dovedností patří propojení verbální i neverbální části komunikace tak, aby rozhovor v pacientce vzbuzoval důvěru a profesionalitu zdravotníka, který rozhovor vede (Herman et al., 2007, s. 19).

Odborní lékaři by se měli více snažit do komunikace se ženami zapojit všeobecné sestry a porodní asistentky, které o ženy s močovou inkontinencí taktéž pečují. Zkušená všeobecná sestra či porodní asistentka dokáže ženu tzv. „rozmluvit“, což je velmi přínosné z hlediska získání dalších anamnestických údajů, klientka mnohdy sdělí i v jejích očích „banální“ potíže, které úzce souvisí s močovou inkontinencí a celkovou kvalitou jejího života. Dobře edukovaná všeobecná sestra či porodní asistentka po překonání těchto komunikačních bariér může lépe edukovat ženu v dané oblasti, o použití vhodných inkontinenčních pomůcek, diagnostice i léčbě (Bojar et al., 2006, 262).

Proto se domnívám, že je velmi důležité, aby již v rámci vysokoškolské výuky studentky všeobecného ošetrovatelství či porodní asistence v rámci komunikačních dovedností se naučily s ženami, které trpí tímto nepříjemným onemocněním otevřeně a empaticky komunikovat.

Vysokoškolsky vzdělaný zdravotník, který má nejen dostatek vědomostí v dané oblasti, ale i komunikační schopnosti, dokáže efektivně šířit osvětu, která ženám s močovou inkontinencí pomůže zlepšit celkovou kvalitu jejich života v rovině biologické, psychologické i sociální (Vrublová et al., 2011, s. 1).

ZÁVĚR

Močová inkontinence je v současné době velmi diskutované téma ve spojitosti s celkovou kvalitou života ženy. Pokud není zahájena adekvátní léčba, může vést tento stav postupně až k záměrné sociální izolaci, ztrátě přátel, depresivním náladám či pocitům méněcennosti v životě dané ženy.

Na močovou inkontinenci je dnes již nahlíženo jako na soubor příznaků, které sami o sobě neohrožují jedince na životě, ale mohou mu život závažně ovlivnit ve smyslu kvality života (Avery et al., 2004, s. 322). Ženy se potýkají s vysokými finančními, duševními a sociálními náklady (Deutchman et al., 2005, s. 62).

Stresová močová inkontinence je nejčastější onemocnění, se kterým se můžeme setkat v ordinaci urogynekologa, zároveň je nejčastějším typem ženské močové inkontinence (Kolombo et al., 2009, s. 11).

Dle International Continence Society je stresová močová inkontinence v současnosti běžným stavem, který nepříznivě ovlivňuje kvalitu života. Bohužel mnoho žen, ale i mužů stále považuje močovou inkontinenci za nevyhnutelný důsledek stárnutí. Avšak současná dobrá dostupnost účinných neinvazivních intervencí, minimálních invazivních postupů a chirurgických přístupů znamená, že všichni pacienti se stresovou močovou inkontinencí mohou být úspěšně léčeni (ICS, Fact Sheets, 2015, s. 15).

Téma disertační práce zabývající se stresovou močovou inkontinencí u žen a jejím dopadem na kvalitu života žen, jsem si vybrala, jelikož močová inkontinence je celosvětově stále se zvyšující problematikou, se kterou se potýká populace napříč kontinenty.

V předkládaném výzkumném šetření bylo zjišťováno, jak stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen před chirurgickým zákrokem a po chirurgickém zákroku. Byly porovnávány tytéž ženy v rozmezí 3 měsíců, za pomoci vyplnění dvou dotazníků. A to pomocí specifického standardizovaného dotazníku The Incontinence Quality of Life Questionnaire (IQOL) hodnotící kvalitu života u močové inkontinence a pomocí generického standardizovaného dotazníku 36-Item Health Survey Questionnaire (SF-36) hodnotící celkovou kvalitu života. Stanovili jsme si hlavní cíl a čtyři dílčí cíle. K jednotlivým dílčím cílům jsme si v začátku výzkumného šetření stanovili statistické hypotézy, které jsme potvrdili či vyvrátili.

Prvním cílem disertační práce bylo pomocí specifického dotazníku IQOL srovnat kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po chirurgickém zákroku. K prvnímu cíli se pojí hypotéza č. 1 a 2.

První hypotéza, která zkoumá, zda není mezi ženami před a po chirurgickém zákroku rozdíl v celkovém indexu kvality života při močové inkontinenci naměřené dotazníkem IQOL. Vyhodnocením specifického dotazníku IQOL bylo zjištěno, že kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí měřená dotazníkem IQOL se 3 měsíce po absolvovaném chirurgickém zákroku statisticky zvýšila. Průměrné celkové skóre kvality života měřené dotazníkem IQOL (Total IQOL) před operační léčbou činilo 39,8, zatímco průměrné celkové skóre 3 měsíce po operační léčbě bylo 59,8. Statisticky významné zvýšení bylo prokázáno i u všech subškál dotazníku IQOL (Vybýbavé chování, Psychosociální dopad a Sociální rozpaky).

Nulovou hypotézu H_01 zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy H_{A1} , jelikož můžeme říci, že mezi ženami před a po chirurgickém zákroku je rozdíl v celkovém indexu kvality života při močové inkontinenci hodnocené specifickým dotazníkem IQOL. Operační léčba má tedy výrazný vliv na kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Hypotéza č. 2, která zkoumá, zda není závislost mezi kvalitou života při močové inkontinenci a celkovou kvalitou života. Výzkumným šetřením byly zjištěny před operační léčbou silné korelace mezi doménami dotazníku SF-36 Fyziologické funkce, Mentální zdraví a Sociální funkce s celkovým skóre dotazníku IQOL a se všemi jeho subškálami. Pacientky, které lépe hodnotí kvalitu života při stresové močové inkontinenci, pak lépe hodnotí i celkovou kvalitu jejich života. Zjistili jsme, že mezi kvalitou života při močové inkontinenci a celkovou kvalitou života je závislost. Nulovou hypotézu H_02 můžeme zamítnout pro označené korelace. Cíl 1 jsme splnili.

Druhým cílem disertační práce bylo zjistit pomocí generického dotazníku SF-36 kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí před a po provedeném chirurgickém zákroku. K druhému cíli se pojí **hypotéza č. 3**, která zkoumá, zda v celkovém indexu kvality života naměřeném dotazníkem SF-36 mezi ženami před a po chirurgickém zákroku není rozdíl.

V předkládaném výzkumném šetření bylo zjištěno, že kvalita života žen měřená dotazníkem SF-36 se statisticky významně zvýšila ve všech oblastech života kromě domény Mentální zdraví ($p = 0,234$). U všech ostatních domén je zvýšení signifikantní. Nulovou

hypotézu H_03 zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy H_{A3} pro všechny domény s výjimkou domény Mentální zdraví, v ostatních doménách došlo ke zvýšení kvality života žen po prodělané chirurgické léčbě stresové močové inkontinence.

Výpočtem průměrných hodnot všech jednotlivých položek dotazníku SF-36 a jejich porovnáním, bylo prokázáno, že po chirurgické léčbě mají pacientky statisticky významně vyšší průměrnou hodnotu skóre dotazníku SF 36 hodnotící kvalitu života (80,41) než před chirurgickou léčbou (67,98). Cíl 2 jsme splnili.

Třetím cílem bylo zjistit vztah mezi vybranými parametry ovlivňující kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí. K třetímu cíli se pojí hypotéza č. 4, 5, 6 a 7.

Hypotéza č. 4 zkoumá, zda věk neovlivňuje kvalitu života měřenou dotazníky IQOL a SF-36. Ve výzkumném šetření byly zjištěny pouze slabé negativní korelace mezi věkem a doménou Fyziologické funkce před operační léčbou a doménou Mentální zdraví po operační léčbě. U starších pacientek bylo zjištěno, že mají nižší hodnoty skóre kvality života ve zmiňovaných doménách. Bylo zjištěno, že starší ženy hodnotí bolest lépe. Zřejmě bolest předpokládají více jako skupina mladších žen a jsou s ní smířené.

Dále byla zjištěna slabá pozitivní korelace mezi věkem a bolestí po operační léčbě, což značí, že čím jsou ženy starší, tím jsou naměřené hodnoty nižší. Jiné statisticky významné korelace zjištěny nebyly. Nulovou hypotézu H_04 můžeme zamítnout jen pro výše zmíněné korelace, jelikož věk žen ovlivňuje kvalitu života naměřenou dotazníky IQOL i SF-36.

Pátá hypotéza se zabývá změnou v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, zda není kvalita života závislá na věku pacientek. Byl posuzován vztah mezi škálami specifického dotazníku IQOL a obecného dotazníku SF-36 a věkem respondentek. Výzkumným šetřením byla zjištěna slabá pozitivní korelace mezi věkem a změnou škály v doméně Vyhýbavé chování (ALB) z dotazníku IQOL ($r = 0,169$, $p = 0,044$). U starších pacientek byly změny ve smyslu zlepšení v této oblasti větší. Nulovou hypotézu H_05 zamítáme, přijímáme hypotézu alternativní H_{A5} na základě zjištěných výpočtů. Můžeme říci, že změna v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života žen po prodělaném chirurgickém zákroku je závislá na věku žen.

Šestá hypotéza se zabývala změnou v kvalitě života při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, zda nezávisí na vzdělání pacientek. Slabá pozitivní korelace byla prokázána pouze mezi vzděláním změnou škály v doméně

Sociální funkce ($r = 0,172$, $p = 0,041$) a doméně Zdravotní změny ($r = 0,174$, $p = 0,039$). U vysokoškolsky vzdělaných pacientek byly větší změny ve smyslu zlepšení celkové kvality života, zatímco rodinný stav neovlivnil kvalitu života při močové inkontinenci. Nulovou hypotézu H_06 zamítáme, přijímáme hypotézu alternativní H_{A6} na základě zjištěných výpočtů. Můžeme konstatovat, že změna v kvalitě života žen při močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, je závislá na ukončeném vzdělání zkoumaných žen, jelikož jsme naměřili větší zlepšení kvality života u vzdělanějších klientek.

Poslední, **sedmá hypotéza** zjišťovala, zda změna v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, nezávisí na rodinném stavu pacientek. Nebyla prokázána závislost velikosti změn v kvalitě života při stresové močové inkontinenci i celkové kvalitě života, která nastala vlivem operace, na rodinném stavu pacientek, $p > 0,05$ u všech proměnných. Rodinný stav neovlivnil kvalitu života při močové inkontinenci. Nulovou hypotézu H_07 nelze zamítnout. Můžeme říci, že kvalita života žen při močové inkontinenci i celkové kvalitě života po operaci nezávisí na rodinném stavu žen. Cíl 3 byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo využití výsledků výzkumného šetření ve zdravotnické praxi a ve výuce ošetrovatelských oborů, které bylo popsáno v kapitole Doporučení pro zdravotnickou praxi. Cíl 4 jsme splnili.

Závěrem bych chtěla podotknout, že tvorba disertační práce mi poskytla nemalý osobní přínos. Díky této nové zkušenosti jsem se naučila pracovat v rámci kvantitativního výzkumu a se statistickým zpracováním získaných dat. Osvojila jsem si tvorbu teoretických východisek na základě literární rešerše. Věřím, že takto nabyté vědomosti uplatním ve výuce studentů i v dalším budoucím vědeckém působení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Abrams, P., Smith, A. P., & Cotterill, N. (2015). Impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45–60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU International*, *115*(1), 143–152. <https://doi.org/10.1111/bju.12852>

Aggleton, P., & Chalmers, H. (2000). *Nursing Models and Nursing Practise*, Second edition. London: Macmilian Press LTD.

Akkus, Y., & Pinar, G. (2016). Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *International Urogynecology Journal*, *27*, 887–893. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2904-5>

Amaral, M. O. P., Coutinho, E. C., Nelas, P. A. B., Chaves, C. M. B., & Duarte, J. C. (2015). Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the quality of life of affected women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *131*, 82–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.041>

Amarenco, G., Arnould B., Carita, P. Haab, F., Labat, J., & Richard, F. (2003). European Psychometric Validation of the CONTILIFE: A Quality of Life Questionnaire for Urinary Incontinence. *European Urology*, *43*, 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., Brubakerová, L., Cornu, J. N., Daly, O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, *3*(17042), 1–19. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.42>

Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, Ch., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *23*(4), 322–330. <https://doi.org/10.1002/nau.20041>

Balestroni, G., & Bertolotti, G. (2012). EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Archives Chest Disease*, 78(3), 155–159. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.121>.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care*, 19(8), 787–805.

Blaives, J. G., & Olsson, C. A. (1988). Stress incontinence: Classification and Surgical approach. *The Journal of Urology*, 136(4), 727–731. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(17\)42611-5](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(17)42611-5)

Bo, K., & Frawley, H. C. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 28, 191–213. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3123-4>

Bojar, M., Mazanec, R., & Kučera, Z. (2006). Role neurologa v diagnostice, léčbě a rehabilitaci osob trpících inkontinencí moči (část II.). *Neurologie pro praxi*, 5, 262–265.

Brod'ák, M., Navrátil, P., Pacovský, J., Louda, M., Košina, J., & Holub, L. (2007). Smyčkové operace stresové inkontinence moči u žen. *Urologie pro praxi*, 8(6), 268–271.

Brooks, R., & The EuroQol Group. (1996). EuroQoL: The current state of play. *Health policy*, 37(1), 53–72. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00822-6](https://doi.org/10.1016/0168-8510(96)00822-6)

Bulut, T. Y., & Altay, B. (2020). Sleep Quality and Quality of Life in Older Women With Urinary Incontinence Residing in Turkey. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 4(2), 166–171. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000615>

Bushnell, D. M., Martin, M. L., Summers, K. H., Svihra, J., Lionis, Ch., & Patrick, D. L. (2005). Quality of life of women with urinary incontinence: Cross-cultural performance

of 15 language version of the I-QOL. *Quality of Life Research Journal*, 14, 1901–1913. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-5266-5>

Buyuk, A., Cetin, S. Y., & Sakinci, M. (2021). The Effects of Pelvic Floor Muscle Training and Behavioral Training on Sexual Dysfunction, Incontinence, Physical Activity Level and Quality of Life in the Elderly. *Sexuality and Disability*, 39(3), 555–568. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09684-1>

Callahan, T. L., & Caughey, A. B. (2013). *Obstetrics & Gynecology*. Sixth Edition, Blueprints.

Caruso, S., Brescia, R., Matarazzo, M. G., Giunta, G., Rapisarda, A. M. C., & Cianci, A. (2017). Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Womens Sexual Funcion and Quality of Life. *Urology*, 108, 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.06.025>

Chen, G., Tan, J. T., NG, K., Lezzi, A., & Richardson, J. (2014). Mapping of Incontinence Quality of Life (I-QOL) scores to Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D) utilities in patients with idiopathic overactive bladder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(133). <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0133-0>

Cooper, J., Annappa, M., Quigley, A., Dracocardos, D., & Bondili, A. (2014). Prevalence of female urinary incontinence and its impact on quality of life in a cluster population in the United Kingdom (UK): a community survey. *Cambridge University Press: Primary Health Care Research & Development*. 16(4), 377–382. <https://doi.org/10.1017/S1463423614000371>

Cuervo, J., Castejon, N., Khalaf, K. M., Waweru, C., Globe, D., & Patrick, D. (2014). Development of the Incontinence Utility Index: estimating population-based utilities associated with urinary problems from the Incontinence Quality of Life Questionnaire and Neurogenic Module. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(147), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0147-7>

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

Dantas, T. H., Castaneda, L. C., Magalhaes, A. G., & Dantas, D. (2019). Linking of assessment scales for women with urinary incontinence and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, *41*(12), 1443–1449. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1431695>

Dass, A. K., Lo, T., Khanuengkitkong, S., & Tan, Y. (2013). Diagnosis and conservative management of female stress urinary incontinence. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, *2*, 48–51. <https://doi.org/10.1616/j.gmit.2013.02.005>

Delorme, E. (2001). Transobturator urethral suspension: mini-invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urology*, *11*(6), 1306–13. PMID: 11859672

De Leval, J. (2003). Novel Surgical Technique for the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: Transobturator Vaginal Tape Inside-Out. *European Urology*, *44*, 724–730. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2003.09.003>

Deutchman, M., & Ulster–Radcliffe, M. (2005). Stress Urinary Incontinence in Women: Diagnosis and Medical Management. *Medscape General Medicine*, *7*(4), 62. PMID: 16614684

Djehnia, L. M., Araujo, M. P., Takano, C. C., Del–Roy, C. A., Sartori, M. G. F., Girao, M. J. B. C., & Castro, R. A. (2014). Transobturator Sling Compared With Single-Incision Mini–Sling for the Treatment of Stress Urinary Incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, *123*(3), 553–561. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000148>

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL–BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*, *10*(3), 144–149.

Dzvinčuk, P., Müller, O., & Látalová, E. (2008). Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Interní medicína pro praxi*, 10(2), 90–95.

Emerson, E. B. (1985). Evaluating the impact of deinstitutionalization on the lives of mentally retarded people. *American Journal of Mental Deficiency*, 90(3), 277–288.

Erenel, A. S., & Ozdemir, S. C. (2022). Evaluation of features associated with urinary incontinence in women. *International Journal of Urological Nursing*, 16(1), 32–39. <https://doi.org/10.1111/ijun.12298>

Fatton, B., Tayrac, R., & Costa, P. (2014). Stress urinary incontinence and LUTS in women—effects on sexual function. *Nature Reviews Urology*, 11, 565–578.

Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of Life: The assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes*, 3rd edition, Chichester, UK: Wiley Blackwell.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)

Feng, S., Luo, F., Liu, Q., Yang, T., Du, C., Li, H., Wang, K., & Shen, H. (2018). Three- and twelve-month follow-up outcomes of TVT-EXACT and TVT-ABBREVO for treatment of female stress urinary incontinence: a randomized clinical trial. *World Journal of Urology*, 36, 459–465. <https://doi.org/10.1007/s00345-017-2165-7>

Ferrans C. E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 10(3), 293–304. PMID: 900982

Gleason, J. L., Richter, H. E., Redden, D. T., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2013). Caffeine and urinary incontinence in US women. *International Urogynecology Journal*, 24, 295–302. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1829-5>

Goforth, J., & Langaker, M. (2016). Urinary Incontinence in Women. *North Carolina Medical Journal*, 77(6), 423–425. <https://doi.org/10.18043/nmc.77.6.423>

Gomelsky, A., Steckenrider, H., & Dmochowski, R. (2022). Urgency and urgency incontinence following stress urinary incontinence surgery: A review of evaluation and management. *Indian Journal of Urology*, 38(4), 268–275. https://doi.org/10.4103/iju.iju_147_22

Gomes Da Silveira, G. G., Gomes Da Silveira, G. P., & Pessini, S. A. (2018). *Minimally Invasive Gynecology. An Evidence Based Approach*. Springer.

Gotoh, M., Homma, Y., Funahashi, Y., Matsukawa, Y., & Kato, M. (2009). Psychometric validation of the Japanese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. *International Journal of Urology*, 16, 303–306. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2008.02237.x>

Gümüşsoy, S., Kavlak, O., & Donmez, S. (2019). Investigation of body image, self-esteem, and quality of life in women with urinary incontinence. *International Journal of Nursing Practise*, 25(5), e12767. <https://doi.org/10.1111/ijn.12762>

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing a.s.

Güvenc, G., Kocaoz, S., & Kök, G. (2016). Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *International Journal of Nursing Practise*, 22, 649–659. <https://doi.org/10.1111/ijn.12495>

Hagovska, M., Švihra, J., Buková, A., Horbacz, A., Dračková, D., Švihrová, V., & Kraus, L. (2017). Prevalence of Urinary Incontinence in Females Performing High-Impact Exercises. *International Journal of Sports Medicine Journal*, 38, 210–216. <https://doi.org/10.1055/s-0042-123045>

Harley, M., Kristjansson, B., Griffith, D., & Versi, E. (2001). The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory: A revisit of their validity in women without a urodynamic diagnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185, 25–30. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.11636>

Haylen, B. T., Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29, 4–20. <https://doi.org/10.1002/nau>

Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.

Herman, E. Praško, J., & Seifertová, D. (2007). *Konziliární psychiatrie*. Praha: Galén.

Hnilicová, H., & Bencko, V. (2005). Kvalita života–vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 85(11), 656–660.

Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, Jan et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton.

Holaňová, R., & Krhut, J. (2010). Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence. *Urologie pro praxi*, 11(6), 308–309.

Hongliang, Y., Pengfei, L., Cuiping, J., Jieqian, H., Ling, P., & Yumin, S. (2021). Pelvic floor function and morphological abnormalities in primiparas with postpartum symptomatic stress urinary incontinence based on the type of delivery: *International Urogynecology Journal*, 33(2), 245–251. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04816-9>

Horčíčka L., et al. (2017). *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá Fronta, s.r.o.

Hunt, S. M., Mc Kenna, S. P., & Willians, J. (1981). Reliability of a population survey tool for measuring perceived health problems: a study of patients with osteoarthritis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 35, 297–300. <https://doi.org/10.1136/jech.35.4.297>

Huvar, I. (2008). Kolposuspenze dle Burche–zlatý standard v operacích ženské močové inkontinence. Současná urogynekologická operativa I. *Urologické listy*, 6(1), 44–47.

Incoforum. [online]. [cit. 29.10. 2022]. Dostupné na: www.icoforum.cz.

International Continence Society. [online]. [cit. 26.11.2022]. Dostupné na: www.ics.org.

International Continence Society. Fact Sheets. A Background to Urinary and Faecal Incontinence. (2015). 39. Dostupné na: www.ics.org.

International urogynecological association. [online]. [cit. 20.4.2023]. Dostupné na: www.iuga.org.

Juma, S., & Brito, G. C. (2007). Transobturator Tape (TOT): Two years follow-up. *Neurourology and Urodynamics*, 26, 37–41. <https://doi.org/10.1002/nau.20353>

Khandelwal, Ch., & Kistler, Ch. (2013). Diagnosis of Urinary Incontinence. *American Family Physician*, 87(8), 543–550.

Kaplan, R. M., & Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1(1), 61–80. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.1.1.61>

Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 1374–1379. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x>

Kolařík, D., Halaška, M., & Feyereisl, J. (2011). *Repetitorium gynekologie*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf.

Kolombo, I., Kolombová, J., Porš, J., Poršová, M., & et al. (2008). Stresová inkontinence u žen–1. část. *Urologie pro praxi*, 9(6), 292–300.

Kolombo, I., Kolombová, J., Porš, J., Poršová, M., & et al. (2009). Stresová inkontinence u žen–2. část, *Urologie pro praxi*, 10(1), 11–20.

Krhut, J., Gärtner, M., Mokris, J., Horcicka, J., Svabik, K., Zachoval, R., Martan, A., & Zvara, P. (2018). Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourology and Urodynamics*, 37, 1925–1930. <https://doi.org/10.1002/nau.23568>

Krhut, J., Holaňová, R., Gartner, M., & Míka, D. (2015). Fyzioterapie v léčbě inkontinence moči u žen. *Česká urologie*, 19(2), 131–136.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Lee, H. N., Lee, S., Lee, Y., Lee, Y. S., & Lee, K. (2015). Tension-Free Vaginal Tape-SECUR Procedure for the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: 3-Year Follow-Up Results. *Lower Urinary Tract Symptoms*, 7(1), 9–16. <https://doi.org/10.1111/luts.12040>

Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results. *American Journal of Economics and Sociology*, 34(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1536-7150.1975.tb01151.x>

Luo, R., Dai, W., Tay, L. H., NG, F. Ch., & Koh, L. (2018). Urinary incontinence in female outpatients in Singapore. *International Urogynecology Journal*, 29, 579–584. <https://doi/10.1007/s00192-017-3488-z>

Luo, D, Wang, K., Zhang, H, Dai, Y., Yang, T., & Shen, H. (2014). Different sling procedures for stress urinary incontinence: a lesson from 453 patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 30(3), 139–145. <https://doi.org/1016/j.kjms.2013.09.004>

Macků, F., & et al. (1995). *Kompendium gynekologických operací*. Praha: Grada Publishing a. s.

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.

Martan, A. (2013). *Nové operační a léčebné postupy v urogynéologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2. vydání, Maxdorf Jessenius.

Martan, A., & et al. (2006). *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. vydání. Maxdorf Jesenius.

Masata, J., Svabik, K., Zvara, K., Hubka, P., Toman, A., & Martan, A. (2016). Comparison of the efficacy of tension-free vaginal tape obturator (TVT-O) and single-incision tension-free vaginal tape (Ajust™) in the treatment of female stress urinary incontinence: a 1-year follow-up randomized trial. *International Urogynecology Journal*, 27(10), 1497–1505. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3012-x>

Maturana, A., Palos, C., Ghersel, F., Fernandes, C., & Oliveira, E. (2019). Randomized controlled trial comparing mini-sling with transobturator sling for the treatment of stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1925–1931. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04145-y>

Milson, I., & Gyhagen, M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22 (3), 217–222. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>

Minassian, V. A., Hagan, K. A., Erekson, E., Austin, A. M., & et al. (2020). The natural history of urinary incontinence subtypes in the Nurses' Health Studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222, 161.e1–163.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.023>

Mota, R. L. (2017). Female urinary incontinence and sexuality. *International Brazilian Journal of Urology*, 43(1), 20–28. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2016.0102>

Murukesu, R. R., Singh, D. K. A., & Shahar, S. (2019). Urinary incontinence among urban and rural community dwelling older women: prevalence, risk factors and quality of life. *BMC Public Health*, *19*, 529. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6870-6>

Osborn, D. J., Kaufman, M., & Dmochowski, R. (2013). Complication of female stress incontinence surgery. *Urological Journal*, *11*(4), 39–44.

Ozdemir, K., Sahin, S., Ozerdogan, N., & Unsal, A. (2018). Evaluation of urinary incontinence and quality of life in married women aged between 20 and 49 years (Sakarya, Turkey). *Turkish Journal of Medical Sciences*, *45*, 100–109. <https://doi.org/10.3906/sag-1605-73>

Palos, C. C., Maturana, A. P., Ghersel, F. R., Fernandes, C. E., & Oliveira, E. (2018). Prospective and randomized clinical trial comparing transobturator versus retropubic sling in terms of efficacy and safety. *International Urogynecology Journal*, *29*, 29–35. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3495-0>

Patrick, D. L., Martin, M. L., Bushnell, D. M., Yalcin, I., Wagner, t. H., & Buesching, D. P. (1999). Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*, *47*(1), 71–76. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(98\)00454-3](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(98)00454-3)

Patrick, D. L., Martin, M. L., Bushnell, D. M., Marquis, P., Andrejasich, C. M., & Buesching, D. P. (1999). Cultural Adaptation of a Quality of Life Measure for Urinary Incontinence. *European Urology*, *36*, 427–435.

Payne, J., et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.

Pérez-Tomás, C., Gómez-Pérez, L., Romero-Maroto, J., Palazón-Bru, A., Navarro-Cremades, F., & Cortés-Castell, E. (2018). Sexual Quality of Life after Treatment of Stress Urinary Incontinence with Adjustable Tension-Free Mesh System in Women Who Were Sexually Active Prior to Surgery. *Urology*, 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.02.031>

Phé, V., Zimmern, P., & Chartier–Katler, E. (2015). Outcomemeasures for stress urinary incontinence treatment: Can we minimally agree? *World Journal of Urology*, 33(9), 1221–1234. <https://doi.org/10.1007/s00345-015-1524-5>

Pilka, R., & et al. (2017). *Gynekologie*. Praha: Maxdorf.

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

Pizzol, D., Demurtas, J., & et al. (2021). Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical Experimental Research*, 33, 25–35. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01712-y>

Poršová, M., Porš, J., & Kolombo, I. (2011). Miniinvazivní slingové operační techniky v léčbě stresové inkontinence moči. *Endoskopie*, 20(2), 66–69.

Practise Bulletin No. 155. (2015). Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologist. Urinary incontinence in Women. *Obstetrics & Gynecology*, 126, 5, se66–e81. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001148>

Procházka, M., & et al. (2020). *Porodní asistence. Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Maxdorf Jesenius.

Rapley, M. (2008). *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. London: Sage publication.

Richardson, J., Sinha, K., Iezzi, A., & Khan, M. (2011). The utility of health states with the Assessment of Quality of Life (AQoL) 8D instrument: overview and utility scoring algorithm. *Research Paper 63*, Center for Health Economics. Victoria, Australia: Monash University.

Ruta, D. A., Garratt, A. M., Leng, M., Russell, I. T., & Macdonald, L. M. (1994). A new Approach to the Measurement of Quality of life: The Patient-Generated Index. *Medical Care*, 32(11), 1109–1126. <https://doi.org/10.1097/00005650-199411000-00004>

Romero–Maroto, J., Pérez–Seoane, H., Gómez–Perez, L., Pérez–Toás, C., Pacheco–Bru, J., & López–López, A. (2017). Is the adjustable TVA mesh effective for the long-term treatment of female stress incontinence? *ACTAS Urológicas Españolas*, 41(1), 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2016.06.005>

Romžová, M. (2014). Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi*, 15(5), 221–226.

Romžová, M., Hurtová, M., Pacovský, J., & Brod'ák, M. (2010). Inkontinence moči ve stáří. *Urologie pro praxi*, 11(3), 119–123.

Rosevear, K. S. (2002). *Handbook of Gynaecology Management*. Blackwell Science Ltd.

Roztočil, A. & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing a. s.

Roztočil, A., & et al. (1998). *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. MIKADA.

Ryšánková, M. (2016). Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi*, 17(2), 72–74.

Saboia, D. M., Firmiano, M. L. V., De Castro Bezerra, K., Neto, J. A. V., 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 Journal of school of nursing*, 51(e03266). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X20160326032603266>

Senra, C., & Pereira, M. G. (2015). Quality of life in women with urinary incontinence. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61, 178–183. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.02.178>

Shaban, A., Drake, M. J., & Hashin, H. (2010). The medical management of urinary incontinence. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 152, 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.autneu.2009.09.022>

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, 309–317. <https://doi.org/1742-7924>, DOI:10.1111/jjns.12200

Shumaker, S. A., Wyman, J. F., Uebersax, J. S., & et al. (1994). Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Quality of Life Research*, 3, 291–306. <https://doi.org/10.1007/BF00451721>

Simsek, A., Ozgor, F., Yuksel, B., Kucuktopcu, O., Levent Kirecci, S., Toptas, M., & et al. (2014). Female sexual function after transobturator tape in women with urodynamic stress urinary incontinence. *Springer Plus*, 3(570), 1–5. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-570>

Slezáková, L., & et al. (2017). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Grada Publishing a. s.

Smažinka, M., Švabík, K., Hubka, P., Haddad, R. E., & Mašata, J. (2015). Comparison of quality of life of patients treated for SUI by surgical approaches AJUST and TVT–O a 3–month results from randomized trial. *Ceska Gynecologie*, 80(3), 196–203, PMID: 26087214

Skorupska, K., Miotla, P., Kubik–Komar, A., Skorupski, P., & Rechberger, T. (2017). Development and validation of the Polish version of the Urogenital Distress Inventory short form and the Incontinence Impact Questionnaire short form. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 171–174. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.024>

Skorupska, K., Grzybowska, M. E., Kubik-Komar, A., Rechberger, T., & Miotla, P. (2021). Identification of the Urogenital Distress Inventory-6 and the Incontinence Impact Questionnaire-7 cutoff scores in urinary incontinent women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(87), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01721-z>

Slovník spisovného jazyka českého. (2011). [online]. Ústav pro jazyk český. [cit. 20.6.2022]. Dostupné na: <https://ssjc.ujc.cas.cz>.

Švihra, J. (2012). *Inkontinencia moču*. 1. vydání, Vydavateľstvo Osveta spol. s. r. o.

Tang, X., Zhu, L., Zhong, W., Li, B., & Lang, J. (2013). Short-term effect of TVT-SECUR procedure on quality of life and sexual function in women with stress urinary incontinence. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 20(4), 455–459. <https://doi.org/10.1016/j.mig.2013.01.006>

Texl, T., Huser, M., Belkov, A. I., Juráková, M., Hudeček, R., Janků, P., Rejdová, I., & Vetruba, P. (2015). Výsledky operační léčby stresové inkontinence moči mini-invazivní transobtruratorní páskou z jedné incize. *Česká gynekologie*, 80(5), 345–350.

Tomaselli, G., Dafiero, A., Di Carlo, F., Formisano, C., Fabozzi, A., & Nappi, C. (2015). Tension-free vaginal tape-obturator and tension-free vaginal tape-Secur for the treatment of stress urinary incontinence: a 5-year follow-up randomized study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 185, 151–155. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.12.012>

Tharpe, N., Farley, C. L., & Jordan, R. G. (2013). *Clinical practice guidelines for midwifery & women's health*. 4th ed. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett Learning.

The WHOQOL-GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, 4(10), 1403–1409.

Ulmsten, U., Henriksson, L., Johnson, P., & et al. (1996). An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 7, 81–86. <https://doi.org/10.1007/BF01902378>

Ulmsten, U., Johnson, P., & Repazapour, M. (1999). A three-year follow up of tension free vaginal tape for surgical treatment of female stress urinary incontinence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(4), 345–350. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08272.x>

Uebersax, J. S., Wyman, J. F., Shumaker, S. A., & Mccllich, D. K. (1995). Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. *Neurourology and Urodynamics*, 14(2), 131–139. <https://doi.org/10.1002/nau.1930140206>

Urinary incontinence in women. (2015). *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery. Practice Bulletin* [online]. 21(6) [cit. 7. 1. 2022]. Dostupné z: https://journals.lww.com/fpmrs/Abstract/2015/11000/Urinary_Incontinence_in_Women.3.aspx

Yagmur, Y., & Gül, S. (2021). Urinary incontinence in women aged 40 and older: Its prevalence, risk factors, and effect on quality of life. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(2), 186–192. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_626_18

Vašek, P., Gärtner, M., & Juráková, M. (2019). Močová inkontinence v těhotenství. *Česká gynekologie*. 84(1), 73–76.

Vilhelmová, L. (2011). Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 12(2), 97–99.

Vrtal, J. (2005). Současné možnosti operační léčby ženské stresové inkontinence. *Urologie pro praxi*, 3, 95–98.

Vrublová, Y., & Holišová, A. (2011). Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2, 1–5.

Wagner, T. H., Patrick, D. L., Bavendan, T. G., Martin, M. L., & Buesching, D. P. (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)

Wan, X., Wang, C., Xu, D., Guan, X., Sun, T., & Wang, K. (2014). Disease stigma and its mediating effect on the relationship between symptom severity and quality of life among community-dwelling women with stress urinary incontinence: a study from a Chinese city. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15–16), 2170–2179. <https://doi.org/10.1111/jocn.12482>

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts.

Wesnes, S. L., & Lose, G. (2013). Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International Urogynecology Journal*, 24(6), 889–899. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-2017-3>

Willis–Gray, M. G., Sandoval, J. S., Maynor, J., Bosworth, H. B., & Siddiqui, N. Y. (2015). Barriers to urinary incontinence care seeking in White, Black, and Latina women. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*, 21(2), 83–86. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000100>

World Health Organization. (1948). [online], [cit. 20.6.2022]. Dostupné na: <https://www.who.int/>

Wolpe, R. E., Toriy, A. M., Silveira, G. F., & Cardoso, F. L. (2014). Assessing the impact of urinary incontinence on quality of life: systematic review of instruments in Portuguese. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, 12, 273–280. <https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal>

Wu, Y. M., & Welk, B. (2019). Revisiting current treatment options for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a contemporary literature review. *Research and Reports in Urology, 11*, 179–188. <https://doi.org/10.2147/RRU.S191555>

PUBLIKAČNÍ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST

Publikační činnost vztahující se k tématu disertační práce

Pičmanová, P., & Procházka, M. (2021). Kvalita života a sexualita u žen s močovou inkontinencí. *Česká gynekologie*, 86(2), 129–131. <https://doi.org/10.48095/cccg20211>

Pičmanová, P., & Procházka, M. (2020). Močová inkontinence: Spontánní vaginální porod versus operační vaginální porod. *Česká gynekologie*, 85(4), 271–274.

Pičmanová, P., & Procházka, M. (2020). Kvalita života u žen s močovou inkontinencí. *Gynekologie a porodnictví*, 4, 232–235.

Pičmanová, P., & Procházka, M. The effect of urinary incontinence on the quality of life of a woman. Abstract. *International Scientific Conference „Health care of today and tomorrow: research aspects“*, LU RFMC, Latvia, 2023, s. 13, ISBN 978-9934-9169-5

Pičmanová, P., & Procházka, M. (2021). Quality of life of women with stress urinary incontinence. Abstrakt ve sborníku. *2nd International Conference of PhD Students of the Study Program Nursing*, České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 43.

Pičmanová, P., & Procházka, M. (2021). Quality of life of women with stress urinary incontinence. Abstract. *International Council of Nurses 2021 Congress, Nursing Around the World*, International Council.

Pičmanová, P., & Procházka, M. (2020). Kvalita života a sexualita u žen s močovou inkontinencí. Sborník referátů. 28. *Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice*, 82–85.

Přednášková činnost vztahující se k tématu disertační práce

2nd International Conference of PhD Students of the Study Program Nursing. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 9.–10.9.2021

Přednáška: Pičmanová, P. (2021). Quality of life of women with stress urinary incontinence.

Nursing Around the World. International Council of Nurses 2021 Congress. The virtual meeting place of the world's nurses. 2.–4.11.2021.

Přednáška: Pičmanová, P. (2021). Quality of life of women with stress urinary incontinence.

28. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. 15.–16.10.2020

Přednáška: Pičmanová, P. (2020). Kvalita života a sexualita u žen s močovou inkontinencí.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1. Hodnotící nástroj IQOL
- Příloha 2. Hodnotící nástroj SF-36
- Příloha 3. Informovaný souhlas k výzkumu
- Příloha 4. Vyjádření etické komise FZV UP v Olomouci
- Příloha 5. Souhlas Odboru kvality FN v Olomouci s výzkumným šetřením
- Příloha 6. Souhlas G-Centrum v Olomouci s výzkumným šetřením
- Příloha 7. Souhlas Neumed v Olomouci s výzkumným šetřením
- Příloha 8. Souhlas Porodnicko-gynekologické kliniky FN v Olomouci s výzkumným šetřením

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PŘI MOČOVÉ INKONTINENCI – I-QoL

Prosím zakroužkujte u každé otázky vždy nejvýstižnější odpověď:

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

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

SF-36

Dotazník kvality života Short Form - 36 (SF-36)

Identifikace respondenta	
Datum vyplnění	

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

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

Zakroužkujte jednu odpověď u každé otázky

1.	Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:	
a.	Výtečné	1
b.	Velmi dobré	2
c.	Dobré	3
d.	Docela dobré	4
e.	Špatné	5

2.	Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?	
a.	Mnohem lepší než před rokem	1
b.	Poněkud lepší než před rokem	2
c.	Přibližně stejné jako před rokem	3
d.	Poněkud horší než před rokem	4
e.	Mnohem horší než před rokem	5

SF-36

Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Činnosti	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
3.	Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
4.	Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
5.	Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
6.	Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
7.	Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
8.	Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
9.	Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
10.	Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
11.	Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
12.	Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?			
		Ano	Ne
13.	Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
14.	Udělal(a) jste méně , než jste chtěl(a)?	1	2
15.	Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
16.	Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

SF-36

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?			
		Ano	Ne
17.	Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
18.	Udělal(a) jste méně , než jste chtěl(a)?	1	2
19.	Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

20. Uvedte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?		
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

21. Jak velké <u>bolesti</u> jste měl(a) <u>v posledních 4 týdnech</u>?		
a.	Žádné	1
b.	Velmi mírné	2
c.	Mírné	3
d.	Střední	4
e.	Silné	5
f.	Velmi silné	6

SF-36

22.	Do jaké míry Vám <u>bolesti</u> bránily v práci (v zaměstnání i doma) <u>v posledních 4 týdnech</u>?	
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v posledních 4 týdnech:		Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
23.	Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
24.	Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
25.	Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
26.	Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
27.	Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
28.	Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
29.	Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
30.	Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
31.	Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

SF-36

32.	Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?	
a.	Pořád	1
b.	Většinou	2
c.	Občas	3
d.	Málokdy	4
e.	Nikdy	5

Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?						
		Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
33.	Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
34.	Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
35.	Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
36.	Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Tento překlad je založen na 36-Item Short Form Survey Instrument dotazníku vyvinutém a vlastněném společností RAND Corporation, copyright © RAND. Přestože RAND uděluje povolení k překladu, samotný překlad nebyl společností RAND schválen nebo přezkoumán. Povolení společnosti RAND reprodukovat dotazník se nevztahuje ke schválení produktů, služeb nebo jiných způsobů využití, v nichž se dotazník objevuje nebo uplatňuje. Při překladu byly dodrženy specifikace poskytnuté společností RAND Health.

Autoři: Ware, J. E. et al. (Medical Outcome Study (MOS), Health Assessment Laboratories (HAL), Quality Metric Incorporated)

Autoři českého překladu: MUDr. Zdeněk Sobotík, CSc., doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Grafická úprava: MUDr. Miroslav Zvolský, Ing. Dana Krejčová, Ústav zdravotnických informací a statistiky, ÚZIS ČR 2018

Dotazník byl oficiálně publikován například v publikaci Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody, doc. MUDr. Eva Vaňásková, Ph. D.

Aktuální verze dokumentu z 19. 10. 2018.

Další informace naleznete na webové stránce: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/klasifikace>.

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Období realizace: 1/2021-12/2021

Řešitelé projektu: Mgr. Petra Pičmanová, prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Vážená paní,

obracíme se na Vás se žádostí o laskavou spolupráci na výzkumném šetření v rámci mé disertační práce, jejímž cílem je zjistit jakým způsobem stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života ženy před plánovaným chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po něm. Po vyplnění informovaného souhlasu Vám budou poskytnuty dva dotazníky, které se zaměřují na kvalitu života při močové inkontinenci u žen. Specifický dotazník IQOL pro močovou inkontinenci obsahuje 22 položek a obecný dotazník SF-36 obsahuje 36 položek k zodpovězení. Vždy se vyplňuje pouze vyznačením na bodové stupnici, proto Vám vyplnění obou dotazníků nezabere více jak cca 30 minut. Soubor dotazníků vyplníte před chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po něm znovu, abychom mohli statisticky vyhodnotit a porovnat, zda došlo ke zlepšení celkové kvality života v různých oblastech či nikoliv. Po vyplnění prosím o vhození souboru dotazníků do sběrného boxu pro zachování Vaší anonymity.

Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: Zapojení se do výzkumného šetření, jehož výsledky budou dále prezentovány v odborném lékařském periodiku. Při zachování anonymity osobních údajů neplynou z vyplnění dotazníků žádná rizika.

Prohlášení

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

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mě podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

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

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

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha 4. Vyjádření etické komise FZV UP v Olomouci.



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-16582/1030S-2021

**Vážená paní
Mgr. Petra Pičmanová**

2021-01-13


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

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

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

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


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

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha 5. Souhlas Odboru kvality FN v Olomouci s výzkumným šetřením

Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Mgr. Petra Pičmanová
Datum narození: 13.2.1986 Telefon: 723006500 E-mail: petra.picmanova@upol.cz
Kontaktní adresa: Družební 1, Olomouc, 779 00
Přesný název školy/fakulty: Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Obor studia: doktorský studijní program Ošetřovatelství
Forma studia: prezenční kombinovaná distanční

Téma závěrečné práce:

Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí

Žadatel ve FNOL koná odbornou praxí:

ANO na pracovišti: _____ v termínu od: _____ do: _____
 NE

Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: _____
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: Porodnicko-gynekologická klinika

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte): pro zpracování disertační práce

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FNOL pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 150-200

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 15.1.2021 do: 31.12.2021

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: _____

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: _____ do: _____

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: _____

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: _____

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: _____ povolání: _____

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: 2021

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 15.1.2021 do: 31.12.2021

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: Zjistit jakým způsobem stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen před chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po chirurgickém zákroku.

Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce: sepsání a obhájení disertační práce

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): Mgr. Petra Pičmanová 9.12.2020

Schválil (datum podpis):

Mgr. Jiřina Čahlíková, MBA
členkou Účebního výboru kvality
Fakulty nemocnice Olomouc

Poznámky:

Příloha 6. Souhlas G-Centrum v Olomouci s výzkumným šetřením.



Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o vyjádření G-CENTRUM Olomouc s.r.o.

Horní nám. 285/8 772 00 Olomouc k výzkumné části disertační práce

Název disertační práce: Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Student/autor: Jméno a příjmení: Mgr. Petra Pičmanová
E-mail studenta: petra.picmanova@upol.cz
Obor studenta: doktorský studijní program Ošetřovatelství,
Fakulta zdravotnických věd, UP v Olomouci

Školitel: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Výzkumná část disertační práce:

Hlavní cíl: Zjistit jakým způsobem stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen před chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po chirurgickém zákroku.

Dílní cíl: Zjistit, které parametry ovlivňují kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Metodika: Kvantitativní výzkum, strukturovaný sběr dat pomocí standardizovaného dotazníku. Specifický dotazník s 22 položkami IQOL (Incontinence quality of life) a generický dotazník SF-36 (Item Short Form Health Survey).

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru: Ženy ve věku 18-65 let, ženy s močovou inkontinencí, ženy navštěvující dané zdravotnické zařízení.

Popis sběru, zpracování, uchování a prezentace, způsob zajištění anonymity dat: Ženy, které splňují požadavky výběru souboru budou osloveny s prosbou o

vyplnění dvou dotazníků (IQOL a SF-36). Po přečtení informovaného souhlasu vyplní respondentky dotazníky v době před plánovaným chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po něm. Statisticky zhodnotíme, zda došlo ke zlepšení kvality života jednotlivých respondentek. Respondentka vyplněné dotazníky vhodí do uzavřeného sběrného boxu. Soubor dotazníků bude obsahovat orientační pořadové číslo, které bude sloužit ke spárování s druhým souborem dotazníků za 3 měsíce, aby mohlo dojít k porovnání a vyhodnocení dat. Statistické zpracování bude zajištěno biostatistikem Mgr. Kateřinou Langovou, Ph.D. z LF UP.

Možná rizika či zátěž pro účastníky výzkumného šetření, uvedení délky zátěže (testování): Délka zátěže při prvním i druhém vyplňování je cca 30 minut při vyplňování souboru dotazníků před a po chirurgické léčbě.

Etické aspekty studie (respektování osobní svobody, rasové, etnické tolerance, zařazení do studie osob neschopných udělit souhlas apod): Vyplňování dotazníků bude zcela dobrovolné, s respektováním osobní svobody a bude mu předcházet seznámení se s informovaným souhlasem.

Vyjádření G-CENTRUM Olomouc s.r.o. Horní nám. 285/8, 772 00 Olomouc.:

Souhlasím s výzkumným šetřením viz. výše.

Datum: 4. 1. 2021

Podpis:



MUDr. Aleš Skřivánek, Ph.D.



Příloha 7. Souhlas Neumed v Olomouci s výzkumným šetřením



Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o vyjádření NEUMED gynekologická ambulance s.r.o.

Horní Lán 1310/10A, 779 00 Olomouc k výzkumné části disertační práce

Název disertační práce: Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Student/autor: Jméno a příjmení: Mgr. Petra Pičmanová
E-mail studenta: petra.pichmanova@upol.cz
Obor studenta: doktorský studijní program Ošetřovatelství,
Fakulta zdravotnických věd, UP v Olomouci

Školitel: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Výzkumná část disertační práce:

Hlavní cíl: Zjistit jakým způsobem stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen před chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po chirurgickém zákroku.

Dílčí cíl: Zjistit, které parametry ovlivňují kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Metodika: Kvantitativní výzkum, strukturovaný sběr dat pomocí standardizovaného dotazníku. Specifický dotazník s 22 položkami IQOL (Incontinence quality of life) a generický dotazník SF-36 (Item Short Form Health Survey).

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru: Ženy ve věku 18-65 let, ženy s močovou inkontinencí, ženy navštěvující dané zdravotnické zařízení (FNOL).

Popis sběru, zpracování, uchování a prezentace, způsob zajištění anonymity dat: Ženy, které splňují požadavky výběru souboru budou osloveny s prosbou o vyplnění dvou dotazníků (IQOL a SF-36). Po přečtení informovaného souhlasu

vyplní respondentky dotazníky v době před plánovaným chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po něm. Statisticky zhodnotíme, zda došlo ke zlepšení kvality života jednotlivých respondentek. Respondentka vyplněné dotazníky vhodí do uzavřeného sběrného boxu. Soubor dotazníků bude obsahovat orientační pořadové číslo, které bude sloužit ke spárování s druhým souborem dotazníků za 3 měsíce, aby mohlo dojít k porovnání a vyhodnocení dat. Statistické zpracování bude zajištěno biostatistikem Mgr. Kateřinou Langovou, Ph.D. z LF UP.

Možná rizika či zátěž pro účastníky výzkumného šetření, uvedení délky zátěže (testování): Délka zátěže při prvním i druhém vyplňování je cca 30 minut při vyplňování souboru dotazníků před a po chirurgické léčbě.

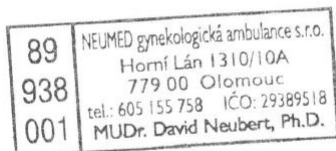
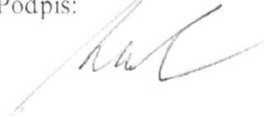
Etické aspekty studie (respektování osobní svobody, rasové, etnické tolerance, zařazení do studie osob neschopných udělit souhlas apod): Vyplňování dotazníků bude zcela dobrovolné, s respektováním osobní svobody a bude mu předcházet seznámení se s informovaným souhlasem.

Vyjádření NEUMED gynekologická ambulance s.r.o.:

Souhlasím s výzkumným šetřením viz. výše.

Datum: 11.12.2020

Podpis:



Příloha 8. Souhlas Porodnicko-gynekologické kliniky FN v Olomouci s výzkumným
šetřením



Fakulta
zdravotnických věd

**Žádost o vyjádření vedení Porodnicko - gynekologické kliniky FNOL,
I.P.Pavlova 6 Olomouc 779 00 k výzkumné části disertační práce**

Název disertační práce: Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Student/autor: Jméno a příjmení: Mgr. Petra Pičmanová
E-mail studenta: petra.picmanova@upol.cz
Obor studenta: doktorský studijní program Ošetřovatelství,
Fakulta zdravotnických věd, UP v Olomouci

Školitel: prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Výzkumná část disertační práce:

Hlavní cíl: Zjistit jakým způsobem stresová močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života žen před chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po chirurgickém zákroku.

Dílčí cíl: Zjistit, které parametry ovlivňují kvalitu života žen se stresovou močovou inkontinencí.

Metodika: Kvantitativní výzkum, strukturovaný sběr dat pomocí standardizovaného dotazníku. Specifický dotazník s 22 položkami IQOL (Incontinence quality of life) a generický dotazník SF-36 (Item Short Form Health Survey).

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru: Ženy ve věku 18-65 let, ženy s močovou inkontinencí, ženy navštěvující dané zdravotnické zařízení (FNOL).

Popis sběru, zpracování, uchování a prezentace, způsob zajištění anonymity dat: Ženy, které splňují požadavky výběru souboru budou osloveny s prosbou o

vyplnění dvou dotazníků (IQOL a SF-36). Po přečtení informovaného souhlasu vyplní respondentky dotazníky v době před plánovaným chirurgickým zákrokem a 3 měsíce po něm. Statisticky zhodnotíme, zda došlo ke zlepšení kvality života jednotlivých respondentek. Respondentka vyplněné dotazníky vhodí do uzavřeného sběrného boxu. Soubor dotazníků bude obsahovat orientační pořadové číslo, které bude sloužit ke spárování s druhým souborem dotazníků za 3 měsíce, aby mohlo dojít k porovnání a vyhodnocení dat. Statistické zpracování bude zajištěno biostatistikem Mgr. Kateřinou Langovou, Ph.D. z LF UP.

Možná rizika či zátěž pro účastníky výzkumného šetření, uvedení délky zátěže (testování): Délka zátěže při prvním i druhém vyplňování je cca 30 minut při vyplňování souboru dotazníků před a po chirurgické léčbě.

Etické aspekty studie (respektování osobní svobody, rasové, etnické tolerance, zařazení do studie osob neschopných udělit souhlas apod): Vyplňování dotazníků bude zcela dobrovolné, s respektováním osobní svobody a bude mu předcházet seznámení se s informovaným souhlasem.

Vyjádření vedení Porodnicko-gynekologické kliniky FNOL,

přednosta: prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D., vrchní sestra: Mgr. Vladislava Marciánová, Ph.D.:

Souhlasím s výzkumným šetřením viz. výše.

Datum: 15. 12. 2020

Podpis:

