

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Tereza Rykrová

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší
školy

Vybrané aspekty kvality života žen po menopauze s močovou
inkontinencí

Olomouc 2017

vedoucí práce: doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 19. 4. 2017

.....

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. Děkuji za odborné vedení, podnětné rady a cenné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem ženám, které se zúčastnily výzkumu v rámci této diplomové práce. V neposlední řadě patří zvláštní poděkování za trpělivost a podporu mým nejbližším.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 KVALITA ŽIVOTA.....	8
1.1 Vývoj a vymezení pojmu kvality života	8
1.2 Kvalita života související se zdravím.....	10
1.2.1 Dimenze kvality života v ošetrovatelství	11
1.2.2 Měřicí nástroje kvality života ve zdravotnictví.....	12
2 MENOPAUZA.....	14
2.1 Fyziologie menopauzy	15
2.2 Definice a terminologie.....	16
2.3 Potíže a řešení problémů žen v menopauze	17
2.3.1 Akutní klimakterický syndrom.....	18
2.3.2 Chronický klimakterický syndrom.....	21
2.4 Podpora žen v menopauze.....	25
2.4.1 Společnosti zabývající se menopauzou	25
2.4.2 Role porodní asistentky v podpoře žen v menopauze	26
3 INKONTINENCE MOČI U ŽEN	28
3.1 Fyziologie mikce.....	28
3.2 Definice a vymezení pojmu močové inkontinence	29
3.2.1 Skupiny a typy inkontinence	30
3.3 Diagnostika	33
3.3.1 Anamnéza.....	33
3.3.2 Gynekologické vyšetření.....	34
3.3.3 Vyšetření moči	34
3.3.4 Urodynamické vyšetření	35
3.3.5 Ultrazvukové vyšetření	35
3.4 Terapie	36
3.4.1 Nechirurgická léčba	36
3.4.2 Chirurgická léčba stresové inkontinence moči.....	37
4 KVALITA ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUZE S MOČOVOU INKONTINENCÍ	39
4.1 Kvalita života žen po menopauze	39
4.2 Kvalita života s močovou inkontinencí.....	42
4.3 Kvalita života žen po menopauze s močovou inkontinencí	43

5	ZHODNOCENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY....	46
6	CÍLE PRÁCE.....	49
7	METODIKA	50
7.1	Metodika výzkumu.....	50
7.1.1	Dotazník kvality života – The Menopause Rating Scale (MRS)	51
7.1.2	Dotazník kvality života žen při močové inkontinenci I-QOL.....	53
7.2	Zkoumaný soubor	54
7.3	Matematicko-statistická analýza dat	54
7.4	Rozsah platnosti a omezení studie	55
8	VÝSLEDKY	56
8.1	Charakteristika souboru	56
8.2	Testování hypotéz	61
9	DISKUSE.....	70
	ZÁVĚR	76
	SOUHRN	78
	SUMMARY	79
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	80
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	86
	SEZNAM TABULEK.....	88
	SEZNAM GRAFŮ	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

Každý z nás se dříve nebo později setká s důležitou osobní zkušeností, kterou je stárnutí. Stárnou naše děti, rodiče, přátelé, blízcí a stárneme také my. Všichni se musíme naučit umění stárnout. Smysl a kvalitu života můžeme z velké části ovlivnit především naším přístupem a postojem (Ondrušová, 2011, s. 13).

V ženské populaci je menopauza jedním z rozhodujících mezníků stárnutí. V menopauze dochází k jasnému oddělení fertility od období fyziologické neplodnosti. Taková ostrá hranice se u mužů nevyskytuje. Proces stárnutí bývá u mužské populace pozvolnější, mírnější a dá se životním stylem lépe ovlivnit. Tuto možnost ovlivnitelnosti mají ženy výrazně obtížnější než muži, a to díky poměrně rychlé akceleraci stárnutí estrogenně dependentních tkání a funkcím organismu na tomto nedostatku závislým (Weiss, 2010, s. 257).

Změny po menopauze, které jsou spojené se stárnutím, často ženy nutí také k mnoha životním rozhodnutím. Žena po menopauze žije obvykle 30 let, tudíž jsou tato rozhodnutí pro ženy do budoucna velmi závažná. Při přehodnocování cílů a priorit musí ženy počítat se změnami nejen fyzickými, ale také psychickými a sociálními. S tímto faktem koresponduje kvalita života, která je díky vlivům, které na ženu v tomto období působí, značně ovlivněná (Leifer, 2004, s. 318).

Všechny ženy žijící v období menopauzy čelí změnám jejich organismu. Musí se vyrovnávat se změnami, které jsou pro ně nové a mnohdy velmi nepříjemné. Mezi častý problém žen po menopauze patří únik moči. Močová inkontinence patří celosvětově mezi jednu z nejčastějších potíží, které nejen ženy v jejich životě trápí. Statistiky udávají až stamilióny lidí, kteří na světě tímto problémem trpí. Ženy v období menopauzy mají prokazatelně vyšší riziko vzniku a zhoršení problémů s únikem moči. Kvalita života žen je díky tomuto problému značně ovlivněná (Roztočil a kol., 2011).

První část teoretické práce je zaměřena na objasnění problematiky kvality života. V další části práce se zabýváme menopauzou, její etiologií, klinikou, symptomy estrogenního nedostatku a terapií. Třetí část teoretické práce je věnována močové inkontinenci a její problematikou. Poslední část práce shrnuje všechny získané informace v kapitole věnované kvalitě života žen po menopauze s močovou inkontinencí.

Tato diplomová práce má dva hlavní cíle. Prvním cílem je zhodnotit vliv stupně močové inkontinence na hodnoty psychologické, somato-vegetativní a urogenitální oblasti kvality života žen po menopauze. Druhým cílem je zjistit, jaký je vliv vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) na kvalitu života žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí.

Přínos této diplomové práce spočívá v možnosti využití výsledků praktické části v praxi pro lékaře, porodní asistentky, všeobecné sestry i pedagogy. Práce může být použita i jako studijní materiál pro studenty zabývající se touto problematikou.

1 KVALITA ŽIVOTA

V České republice se téma kvality života stalo součástí odborného diskurzu mnoha profesí. Toto téma je stále živé pro psychology, zdravotní sestry, lékaře, ale také sociální pracovníky. Řešení problematiky odborníky z nejrůznějších oblastí přineslo různé pojetí kvality života (Kebza, 2005).

1.1 Vývoj a vymezení pojmu kvality života

V oborech zabývajících se kvalitou života se pojem kvalita života definuje různorodě. Tento pojem dnes můžeme slyšet mezi laiky, vědci i politiky. Právě komplexnost a multidimenzionálnost pojmu kvality života představuje pro odborníky těžce uchopitelný pojem, který značí přímo nepozorovatelnou, latentní proměnnou. Tato proměnná je měřitelná pouze zprostředkovatelně. Vývoj pojmu se však navzdory všem otázkám spojeným s definicí kvality života posunul od medicínského k multidimenzionálnímu psychologickému konstrukt. Přestože se jedná o pojem, který se používá poměrně často, je tento pojem velmi kontroverzní (Gurková, 2011; Kebza a kol., 2011).

Kvalitou života se lidé zabývali již v dávných dobách. Dokazuje to Aristoteles a jeho dílo *Etika Nikomachova*. Tato práce se považuje za první, jež se o tuto problematiku zajímala. Prvotní zájem o kvalitu života tak lze najít již v antické filozofii a psychologii. Kvalitou života jako samostatným pojmem se začali lidé zabývat ve 20. letech 20. století. Vzhledem k postupným proměnám lidské společnosti byly primárně posuzovány ekonomické a politické kvality života. V západní Evropě se o problematiku kvality života zajímal jako první významný anglický ekonom A. C. Pigou (1877–1959). Tento učitel ekonomiky a zakladatel *School of Economics* na *Cambridge University* se ve svých pracích soustředil na kvalitu života tehdejší populace z hlediska potenciálních a reálných důsledků uplatňované podpory sociálně slabším skupinám. Pohled na ekonomiku a kvalitu života A. C. Pigou bezesporu ovlivnilo studium etiky a filozofie. Přestože se zabýval také oblastí veřejných financí, nezaměstnaností a celou řadu dalších souvisejících problémů, nestačil tento zájem k zahájení systematického a celospolečenského zájmu o tento jev (Křivohlavý, 2002; Kebza a kol., 2011).

Kvalita života a její problematika byla po druhé světové válce ovlivněna několika okolnostmi. Mezi důležitou událost patří vznik nové definice zdraví, která byla vypracována,

publikována a následně i akceptována po vzniku Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1948. Dále k řešení problematiky kvality života přispěla potřeba řešit existenciálně založené otázky smyslu života jedinců, kteří žili v náročných podmínkách konkurenčního prostředí. Na jednotlivce byly kladeny vysoké požadavky na výkon a často se také setkávali s nekompromisním tzv. „bojem o přežití“. S tímto problémem úzce souvisí další otázka tzv. „sociálních nerovností“ ve společnosti západoevropských zemí a USA. Na základě těchto popsanych problémů stavělo několik významných politiků své programy. V USA se jednalo např. o J. F. Kennedyho, který se zasazoval o práva žen, snížení výskytu kriminality mladistvých, revitalizaci měst a sídel, ochranu a podporu duševního zdraví a také o nezaměstnanost. Takto volené prezidentské programy přispěly k popularitě pojmu kvality života v sociologické i psychologické oblasti (Kebza a kol., 2011).

Dnes jsou výzkumy zabývající se otázkou kvality života poměrně časté. Zabývají se kvalitou života různých skupin. Vzniká tak pojem, který je spojován s nejrůznějšími přívlastky. Kvalita života je proto důležitým ukazatelem pro hodnocení života jak individuálního, tak i společenského. Teoretické vymezení, metody uchopení a měření kvality života se však stávají v některých případech až zásadně rozdílné. Pravděpodobně také z tohoto důvodu nemá definici, kterou by akceptovaly všechny vědní obory. Bez interdisciplinární shody také dále zůstává metodologie kvality života. I přes tyto překážky a neshody však má koncept kvality života v jednotlivých vědních disciplínách své nezastupitelné místo (Gurková, 2011; Křivohlavý, 2002; Heřmanová, 2012).

Kvalita života však není pojmem, který je diskutován pouze odborníky. V dnešní době se o kvalitě života hovoří i mezi laiky. Pro mnohé se stává důležitou hodnotou, která má funkci motivace. Pokud budeme na kvalitu života pohlížet z tohoto úhlu pohledu, bude pro nás kvalita života subjektivní a svou povahou interdisciplinární pojem. V dnešní době je již na trhu tolik publikací a vzniká takový počet empirických šetření této problematiky, že se prakticky stává i pro laika téměř nepřehlédnutelná (Kebza a kol., 2011).

Jak bylo výše uvedeno, tak kvalitu života nelze vysvětlit jednoznačně. Jedná se o pojem, na který mají různí lidé různý názor. Literatura udává mnoho pojetí kvality života ať už od jedinců, tak i od skupin osob. Naším cílem zde není všechna tato pojetí uvádět. Vzhledem k tématu této práce nás bude dále zajímat především analýza kvality života v souvislosti se zdravím.

Pokud bychom však přesto chtěli vysvětlit kvalitu života obecně významově, tak kvalita značí tzv. „jakost, hodnotu“, kvalitou se tak rozumí charakteristický rys, kterým se určitý jev odlišuje jako celek od ostatních celků (Křivohlavý, 2002).

1.2 Kvalita života související se zdravím

V posledních letech zájem o problematiku kvality života ve zdravotnictví výrazně stoupl. Zejména v rozvinutých zemích přispěl k tomuto zájmu výrazný pokrok v medicíně, nové léčebné postupy i léky. Díky tomu nám stárne populace a mnohdy se prodlužuje délka života i u závažných diagnóz. S tímto vývojem medicíny se také mění hodnocení úspěchu léčby. Nicméně zdravotníci mají často i dnes tendenci posuzovat kvalitu života pacientů dle klinického stavu a laboratorních parametrů. Na kvalitu života pacienta má však vliv více faktorů. K hlavnímu cíli zdravotníků v ošetrovatelském procesu – zlepšení zdravotního stavu, tak v poslední době přibyl cíl další, a to zabezpečit pacientovi co možná nejvyšší kvalitu života. Mezi významné faktory, které kvalitu života pacienta ovlivňují, patří především aktuální stav pacienta a životní styl, který musí pacient často z důvodu nemoci změnit. Problematika kvality života ve zdravotnictví nabízí i další otázky. Ve zdravotnictví se často opomíjí kvalita života příbuzných pacientů, lékařů i zdravotních sester. Právě tato témata se stávají v dnešní době pro výzkumy atraktivní (Gurková, Žiaková, 2009; Křivohlavý, 2002; Kebza a kol., 2011).

Problematika kvality života si i přes vzrůstající popularitu našla své kritiky. Poukazují na nejednoznačnost jejího vymezení a neexistenci obecně přijímané definice, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Na druhou stranu kritizují tendence akademicky rozhodnout, jak by měl tzv. „kvalitní život“ vypadat. Tento obraz „kvalitního života“ je dle kritiků vnucován lidem jako určitá norma. Dále je kritiky negativně hodnocen proces tvorby dotazníků, který je mnohdy ovlivněn subjektivními názory výzkumníků. Validita těchto dotazníků je tak problematická. I přes tyto výhrady, je však studium kvality života považováno za velmi důležité pro lepší pochopení podstaty lidské existence (Hnilicová in Payne a kol., 2005).

1.2.1 Dimenze kvality života v ošetrovatelství

Kvalita života z pohledu ošetrovatelství byla analyzována z více přístupů. Jedná se o přístup **psychologický, aplikační a syntetizující**. Přístup psychologický je zaměřen na diferenciaci mezi pojmy, jako jsou pohoda, spokojenost a kvalita života. Aplikační přístup se zabývá rozdílem mezi zdravím, zdravotním stavem a kvalitou života. Výsledkem syntetizujícího přístupu je integrace komponentů faktorů kvality života do určitého teoretického rámce, který vychází z konceptuálních modelů. Tento přístup může být předmětem pro další výzkum zabývající se vztahy mezi jednotlivými komponenty za přítomnosti určitého onemocnění.

Z analýzy výše zmíněných přístupů byly určeny charakteristické rysy kvality života v ošetrovatelství.

Kvalita života:

- Je individuální a subjektivní – každý jednatel ji definuje dle svého vnímání.
- Je komplexní pojem – odráží prožívání jak osobní pohody a spokojenosti jedince, tak i jeho určité sociální postavení.
- Vyjadřuje rozpor mezi očekáváním a realitou, možnostmi a skutečnostmi – tento rozpor můžou zdravotníci zmírnit vhodně zvolenými ošetrovatelskými intervencemi.
- Má dynamický charakter – obsah pojmu se může lišit dle různých životních situací a různých časových období.
- Odráží hodnocení všech oblastí života – na spokojenost a všeobecnou pohodu jedince mají vliv všechny oblasti života, včetně oblastí, které se nevztahují ke zdraví.
- Je hodnotově orientovaná – souvisí s uspokojováním potřeb, zdůrazňuje důležitost hodnot individua.
- Kvalita života je pojem globálnější než pojem zdraví – nabízí pohled na stránky fyzické, psychické, sociální i spirituální (Gurková, Žiaková, 2009).

Jako ekvivalentní pojmy s kvalitou života jsou používány pojmy jako „sociální pohoda“ (*social well being*), „sociální blahobyt“ (*social welfare*) a „lidský rozvoj“ (*human development*). Z uvedených pojmů je však patrné, že nevyjadřují totéž jako „kvalita života“, která by měla být chápaná jako interakce více faktorů a to např. zdravotních, sociálních a ekonomických.

Posuzování a hodnocení pojmu „kvalita života“ má dvě základní stránky. Jedná se o **stránku subjektivní**, která se orientuje především na stránku lidské emocionality. A naopak lze kvalitu života posuzovat a hodnotit také **dle stránky objektivní**. Toto hodnocení je zaměřeno na fyzické zdraví, sociální a ekonomickou úroveň jedince. Jako dobrý příklad těchto dvou základních stránek posouzení a hodnocení kvality života nám slouží lidé bez domova, kteří objektivně kvalitu života nemají na dobré úrovni, ale sami si na kvalitu života většinou nestěžují. Otázkou tedy zůstává, z které stránky by měla být kvalita života hodnocena (Cichá a kol., 2009).

Kvalita života představuje velmi rozsáhlou oblast činitelů. Tito vnitřní a vnější činitelé umožňují jedinci žít ve společnosti. Všechny aspekty, které ovlivňují rozvoj a integritu osobnosti, patří mezi **vnitřní činitele**. Jedná se o psychické a somatické vybavení, které může a nemusí být ovlivněno onemocněním. Naopak **vnější činitelé** představují podmínky jejich existence. Mezi ty patří ekologické, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické, kulturní a další faktory, které obsahově korespondují s objektivní dimenzí kvality života (Gurková, Žiaková, 2009; Krivohlavý, 2002; Kebza a kol., 2011).

1.2.2 Měřicí nástroje kvality života ve zdravotnictví

Oblast kvality života vztahující se ke zdraví (*HRQOL – health-related quality of life*) se stala samostatnou kategorií v rámci výzkumu kvality života. Vzhledem k rychlému pokroku medicíny se již účinnost léčby nehodnotí jen dle kvantity, ale také dle kvality. Názorným příkladem měření dle kvality jsou pacienti s nevléčitelnými chorobami. Za základní kritérium pro úspěch léčby takto nemocných pacientů považujeme již dnes **subjektivní hodnocení kvality života** samotným pacientem.

Při měření *HRQOL* je nutno mít na zřeteli, že subjektivně prožívaná kvalita života pacienta není vždy závislá na jeho reálném zdravotním stavu. Jeho klinický stav, vnímání a následné hodnocení zdravotního stavu pacientem nemusí být vždy totožné. Pro pochopení *HRQOL* je nutné si tento rozdíl při řešení výzkumu uvědomit.

Vývoj metod, které slouží pro zjišťování úrovně *HRQOL*, začal již v 70. letech minulého století. V praxi se převážně používají dotazníky, sebe-posuzující škály a řízené rozhovory. Na obecnou kvalitu života vztahující se ke zdraví se pak specializují **dotazníky obecné**. Používají se pro jakýkoliv soubor pacientů nebo i pro populaci bez zdravotních problémů. Výhodou těchto dotazníků je možnost vzájemného srovnání různých podmínek a souborů osob. Lze je také použít pro populační šetření. Naopak však nemusí být dost citlivé

na podchycení intervence zaměřené na určité symptomy. Obecné dotazníky pokrývají oblast zdraví, prostředí, životních podmínek, prožívání, mezilidských vztahů a spiritualitu.

Na měření kvality života pacientů s konkrétními chorobami se zaměřují **dotazníky specifické**. Tyto dotazníky jsou vytvořeny tak, aby zachycovaly klinicky významné změny a jejich vliv na život pacienta. Oproti výsledkům z obecných dotazníků lze takto získané výsledky obtížně srovnávat a zobecňovat.

Mezi základní dotazník, který se snaží objektivně změřit jak fyzický stav pacienta, sociální stav, spiritualitu, prostředí, úroveň nezávislosti, tak i jeho spokojenost se zdravím patří dotazník *WHOQOL-100* (Dragomirecká a kol., 2006; Kebza a kol., 2011; Heřmanová, 2012).

Dotazník měřící kvalitu života vyplňuje pacient sám nebo jako součást strukturované konzultace. Dotazníky se liší počtem oblastí a zájmů, většinou jsou však autory vytvořeny dle stejného základního schématu. V těchto oblastech se většina dotazníků shoduje. Jedná se o fyzickou, emoční a sociální oblast. Dále se pak zabývají spánkem, bolestí, prací a specifickými otázkami, které jsou v dotazníku zařazeny dle zkoumané choroby (Horčička, 2006).

Dotazník kvality života se v medicíně často používá k posouzení vhodnosti určitého léčebného postupu. Slouží jako kritérium, hodnotí efektivnost léčby, srovnává léky, způsoby dávkování, různé typy terapií a jejich možnosti. Důležité je ve výzkumu neopomíjet určení časového období, kdy se šetření provádí. Odpovědi respondentů se od sebe v medicíně mohou lišit i v krátkém časovém rozmezí. Za velice cenné se považují výzkumy, které pracují s longitudinálním sledováním. Těchto studií je však z důvodu náročné realizace nejméně. Zajímavé jsou také studie, kdy výzkumníci srovnávají posouzení kvality života ve stejném bodě pacientem a další osobou, kterou je často lékař, jiný zdravotnický pracovník nebo rodinný příslušník nemocného. Mezi dlouhodobě řešené otázky patří výběr vhodného instrumentu pro danou diagnózu a výběr dat, které by mělo hodnocení kvality života v souvislosti se zdravotním stavem a terapií obsahovat. Stále diskutována také zůstává míra obecnosti, specifity, subjektivity a objektivnosti.

Nyní se výzkumnými metodami této problematiky zabývá Mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života. Tento ústav provozuje rozsáhlou databázi *PROQOLID*. Dále se o tuto problematiku zajímá také pracovní skupina pro otázky kvality života vztahující se ke zdraví Světové zdravotnické organizace (*WHOQOL-GROUP*) (Kebza a kol., 2011).

2 MENOPAUZA

Mnoho lékařů, vědců, ale i feministických autorek napsalo o menopauze více knih, než o kterékoliv jiné oblasti ženského zdraví. Několik publikací s touto tematikou se stalo tzv. bestsellerem a přispělo tak k prolomení mlčení. Pro laiky tak konečně menopauza a problémy s ní spojené přestaly být tabu. Naopak se o této problematice čím dál tím více hovoří i mezi lidmi, kteří nejsou odborníky v medicíně. Vzrůstá počet center, která se specializují na ženy v období menopauzy. Pomoc ženám zvládnout období v klimakteriu tak nabízí odborníci jak s pomocí farmaceutických prostředků, tak i díky fyzioterapii nebo alternativní medicíny (Northrupová, 2008).

Zdravím ženy se v období, kdy trpí nedostatkem estrogenů, zabývá klimakterická medicína. K tomuto procesu dochází z důvodu fyziologického vyhasnutí vaječníků či z důvodu předčasného ukončení jejich funkce. Vzhledem k tomu, že se jedná o funkci vaječníků, spadá tato problematika do rukou gynekologů. Nicméně období menopauzy a samotné stárnutí ženy prostupuje všemi obory medicíny. Pravděpodobně z tohoto důvodu jsou v zahraničí ženy v estrogením deficitu v péči praktických a rodinných lékařů. Jelikož se v posledních letech podstatně prodlužuje průměrný věk žen, výrazně se prodlužuje také doba, kterou žena prožije v estrogením deficitu. Tento deficit a proces stárnutí s sebou přináší široké spektrum nežádoucích funkčních a organických změn (Fait, 2013, s. 8).

Za nejčastěji udávanou příčinu klimakterických změn, a z toho vyplývajících obtíží, je považováno vyčerpání folikulů v ovariu a v důsledku toho nedostatek ovariálních steroidů, převážně estrogenů. Ty jsou sice považovány za hlavní příčinu klimakterických změn, ale nejsou jejich jedinou příčinou. Atrezie, tedy proces, který zapříčiňuje redukci počtu folikulů v ovariu, je ovlivňován různými faktory. Existuje řada teorií vysvětlujících příčiny menopauzy u žen, některé z nich si dále uvedeme.

Jedna ze známých evolučních a adaptivních teorií tzv. „hypotéza babiček“ vysvětluje vznik menopauzy jako adaptivní reakci na velkou náročnost výchovy dětí. Vykládá ji jako součást lidské samičí reprodukční strategie. Zvyšování biologické zdatnosti ženy v menopauze vidí tato hypotéza v pomáhání žen s výchovou vnoučat, nikoli v produkci dalších vlastních potomků. Reprodukci starších žen tak chápe jako rizikovou pro zdraví a život. Touto pomocí, ženy mimo jiné, pomáhají zvyšovat reprodukční potenciál. Menopauza je tedy dle „hypotézy babiček“ vysvětlována jako fylogenetická reakce organismu na vysokou úmrtnost starších žen. S tímto vysvětlením také koresponduje nižší

pravděpodobnost postarat se o své děti do jejich dospělosti. Dalším vysvětlením vyčerpání funkční zásoby vajíček, které způsobí zastavení plodnosti ženy až několik desítek let před její smrtí, je dlouhodobá závislost potomků na jejich matce. Žádné jiné mládě není tak dlouho závislé na své matce, jako jsou naše děti závislé na nás. K osamocení potřebuje dítě přibližně 20 let, kdyby žena rodila děti až do smrti, tak by se o její poslední potomky neměl kdo postarat. S vyšším věkem souvisí také vyšší úmrtnost a tím vzniká také riziko ohrožení žijících potomků ztrátou matky.

Další názory jsou promítnuté v neadaptivní teorii, která chápe menopauzu jako produkt prodloužení lidského života. Objasňuje tento názor faktem, že v pleistocénu se ženy kvůli těžkým životním podmínkám menopauzy vůbec nedoživaly (Weiss, 2010; Fait 2013).

2.1 Fyziologie menopauzy

Za základní příčinu rozvoje funkčních a strukturálních změn v organismu ženy, tedy za příčinu menopauzy, je považován pokles hladiny hormonu estrogeneru. Tento hormon je produkován převážně vaječníky. Snížení tvorby estrogeneru zapříčiňuje vyhasnutí vaječnicků, či jejich úplné odstranění. Zásoba vajíček ve vaječnicích se v průběhu let spotřebovává a tím dochází k vyhasnutí funkce vaječnicků. Tento zánik mohou ovlivnit zevní vlivy, jako je menarché, délka menstruačního cyklu, počet dětí, kouření, zeměpisná poloha, etnicita a další socioekonomické faktory. Největší vliv na přechod má ale genetika. Zdrojem estrogenerů v postmenopauze jsou mužské hormony androgeny. Tyto hormony jsou produkovány nadledvinkami i vaječníky a v tukové tkáni se mění na estrogeny. Hlavním postmenopauzálním estrogenem je estron.

Následkem rapidního poklesu tvorby estrogenerů, zejména rok po menopauze, je vzestup hladin folikulostimulačního hormonu (FSH). Prvním hormonálním ukazatelem klesající funkce vaječnicků je pokles koncentrace inhibinu. Pro klinickou praxi však vyšetření této hladiny není běžně dostupné. První laboratorní známkou perimenopauzy, podle které se v praxi řídíme, je tak zvýšení FSH. V této fázi je ještě normální hladina LH a estradiolu. Tuto normální hladinu pravděpodobně zapříčiňuje pokles hladin inhibinu. V důsledku dalšího snižování počtu folikulů dochází k poklesu tvorby estradiolu a progesteronu, menstruační cyklus se často nejprve zkracuje, pak prodlužuje, až úplně ustává. Definitivním laboratorním kritériem klimakteria je hladina FSH > 40 IU/l, 17β-estradiolu < 0,1 nmol/l a inhibinu < 72 IU/l. U žen, u kterých se nemůžeme při zjišťování menopauzy orientovat

podle vymizení menstruace, se právě hladina vyšší než 40 IU/l pokládá za důkaz postmenopauzy. Jedná se o ženy, které nemají dělohu nebo které mají zaveden nitroděložní systém s levonorgestrem. Stejně kritérium platí také pro ženy, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci a stále tzv. „pseudomenstruují“. Hladina FSH a estradiolu se v tomto případě zjišťuje poslední den obvyklé sedmidenní pauzy.

Tento fyziologický proces je v dnešní době často opomíjený ženami, které plánují reprodukci v pozdějších letech. Mnohdy se jedná až o období, které je na hranici klimakteria. Po 35. roku ženy však její reprodukční schopnost strmě klesá (Roztočil a kol., 2011; Fait, 2010; Fait, Šnajderová a kol., 2007).

2.2 Definice a terminologie

Mezi laiky, ale někdy bohužel také mezi zdravotníky, se termíny spojené s menopauzou užívají nesprávně. Vzhledem k tématu této práce je potřeba dbát na správnou terminologii, a právě proto v textu dále uvádíme její definice. Jsme názoru, že správná terminologie usnadní nejen pochopení celé problematiky a výzkumu, ale také odstraní tzv. „komunikační šumy“ v běžné komunikaci.

Menopauza – jedná se o poslední menstruaci v životě ženy. Poslední menstruace je takové krvácení, po kterém již další rok nenastalo menstruační krvácení. Jedná se o poslední krvácení řízené vaječníky. Menopauza většinou nastává kolem 50. roku života ženy. Z výše uvedeného tak vyplývá, že ji lze stanovit až ex post. Někdy je nesprávně chápána jako synonymum klimakteria.

Premenopauza – začíná 12 měsíců před posledním krvácením (menopauzou), v tomto období se již objevují aktuální příznaky klimakterického syndromu, menstruační cyklus je však ještě zachovaný.

Postmenopauza – toto období začíná rok po poslední menstruaci, tedy je to období, které nastupuje po perimenopauze. Je charakteristická trvale zvýšenými hladinami hormonu podvěsku mozkového. Tento folikulostimulační hormon vyvolává ve funkčních vaječnicích vývoj vajíček a současně také tvorbu estrogenů.

Perimenopauza – toto období ženy začíná jeden rok před menopauzou a končí jeden rok po menopauze. Tomuto období se říká „období kolem menopauzy“.

Klimakterium – tento pojem není přesně definovaný. Začíná někdy v době, kdy se objeví první příznaky klesající funkce ovarií a končí s nástupem postmenopauzy.

Arteficiální menopauza – některá literatura uvádí jako menopauzu indukovanou. Jedná se o ztrátu menstruace po chirurgickém odstranění obou ovarií s hysterektomií nebo bez hysterektomie. Ztrátu menstruace může zapříčinit také radioterapie nebo chemoterapie, které vyvolají iatrogenní zničení ovariální funkce. Nejčastější příčinou arteficiální menopauzy u žen, které dosud menstruovaly, je bilaterální ovarektomie. K trvalé amenoree sice vede i hysterektomie bez ovarektomie, ale nejedná se o menopauzu. Ženy po tomto chirurgickém zákroku mohou mít zachovanou normální produkci estrogenů až do doby, kdy nastoupí fyziologická hormonální menopauza.

Předčasné ovariální selhání – zhruba 1 % žen postihuje vyhasnutí funkce vaječníku před 40. rokem věku. Tyto ženy trápí mnohé zdravotní problémy a mají ve srovnání se stejně starými zdravými ženami až dvounásobně vyšší úmrtnost. Ve většině případů neznáme příčinu, může se však jednat o zmatený útok vlastního imunitního systému proti vaječnickům.

Senium – synonymem tohoto pojmu je stáří, kdy v důsledku snížení produkce anabolických steroidů v nadledvinkách po 60. roce věku ženy ustupují sekundární pohlavní znaky (Roztočil a kol., 2011; Fait, 2010, Donát, ©2013).

2.3 Potíže a řešení problémů žen v menopauze

S poslední menstruací ženám často přibývají některé níže uvedené potíže. Tato kapitola se věnuje nejčastějším problémům žen v období klimakteria. Mimo popis daného onemocnění zde uvádíme možné farmaceutické, ale také alternativní řešení problémů. Potíže, které trápí ženy v přechodu lze rozdělit na akutní klimakterický syndrom a chronický klimakterický syndrom. Mezi akutní klimakterický syndrom řadíme vazomotorické změny (vegetativní syndrom, bušení srdce) a psychické potíže (plačtivost, nespavost, úzkost, podrážděnost, ztráta libida, střídání nálady, snížení sebevědomí, rozhodnosti a schopnost koncentrace). Chronický klimakterický syndrom (organicko-metabolický syndrom) se projevuje např. poruchou růstu sliznice pochvy a močových cest, aterosklerózou a osteoporózou a rozvojem neurodegenerativních onemocnění (Fait, 2010, s. 14-15).

2.3.1 Akutní klimakterický syndrom

Vegetativní syndrom

Vegetativní syndrom je charakteristický návaly horka, které trvají sice jen pár minut, ale mnohdy ženu trápí až profuzním pocením. Návaly horka trápí 60 až 85 % žen v menopauze a u více než poloviny přetrvávají déle než 5 let. V případě, že přicházejí v noci, projevují se jako tzv. „noční poty“. Celkový počet návalů za den je různý, udává se od několika až do 20 návalů za 24 hodin (Roztočil a kol., 2011, s. 92).

Návaly horka začínají pocitem horka či pálení v oblasti hlavy ženy a šíří se směrem dolů. Po návalu přichází pocení, někdy také bušení srdce či bolest hlavy. Tyto problémy jsou vysvětlovány chybnou regulací průtoku krve cévami. Potíže žen nebývají úměrné absolutní hladině estrogenů v krvi ani hladině FSH. Z tohoto důvodu je laboratorní vyšetření krve pro stanovení klimakterického syndromu zbytečné a v praxi jej lékaři nevykonávají (Fait, 2010, s. 15-16).

Psychické potíže

Klimakterium subjektivně nebývá prožíváno negativně, naopak ženy zpětně hodnotí toto období pozitivně. Někdy je však s tímto obdobím spojován pocit beznaděje, pocit viny či sebenávisti. Některé ženy také trápí ztráta osobní hodnoty. Hormonální změny v tomto období mohou vést ke zvýšené emoční labilitě a dráždivosti, ale výše popsané problémy mají na svědomí spíše negativní postoje společnosti k tomuto životnímu období (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V psychopatologickém obraze ženy v období klimakteria se objevuje zvýšená podrážděnost a unavitelnost. Ze změněné životní role často vyplývají depresivní projevy ženy. V tomto životním období se zvýrazňují negativní povahové vlastnosti jedince, jako např. vztahovačnost a hysterické rysy. Mezi nejzávažnější poruchy v menopauze patří těžké deprese a paranoidně-depresivní psychózy (Pavlovský a kol., 2012).

Potíže spojené s klimakteriem lze pomocí farmakoterapie léčit hormonální nebo nehormonální léčbou. Pro ženy, které nemají nemoci, které by bránily jejímu podání, je lékem první volby akutního klimakterického syndromu hormonální substituční terapie. Účinnou látkou této léčby je estradiol, který může být ve formě estradiolu, estradiolvalerátu nebo také ve formě konjugovaných estrogenů. Všechny tyto látky mohou být pacientce podány v různých dávkách. Ženám v premenopauzálním období lékaři často doporučují

substituci gestageny, intrauterinní hormonální systém nebo nízkodávkovou monofazickou kontracepci. Gestageně dominantně kombinovanou sekvenční EPT začínají ženy v nízkých dávkách užívat v perimenopauze. Tyto malé dávky se v případě, že léčba není účinná, postupně zvyšují. V postmenopauze ženy přecházejí na kombinovanou kontinuální EPT, jedná se o typ hormonální léčby, jež je vhodný také pro ženy v postmenopauze, které dosud žádnou hormonální terapii neužívaly. Ve výběru hormonální terapie hraje roli také věk ženy, doba podávání substituční terapie a v neposlední řadě přání pacientky. Dle zdravotního stavu ženy lékaři také volí formu aplikace. Ženy, které mají žaludeční problémy, poruchu funkce jater, cukrovku, zvýšenou hladinu tuku v krvi a zvýšenou srážlivost krve budou pravděpodobně užívat hormony jiným způsobem než perorálním. Nabízí se možnost *transdermální* (náplast), *perkutánní* (gely nebo krémy), *subkutánní* (podkožní implantát) a *intranazální* (aplikace léčiva na nosní sliznici). Benefitem těchto možností je ve vynechání tzv. „*first-pass efektu*“, kdy jde účinná látka nejprve do těla a až posléze do jaterních buněk. Hladina účinné látky je tak v organismu dlouhodobě vyrovnaná a zlepšuje se i její biologická dostupnost (Fait 2010; Fait, 2013).

Přestože není podrobně znám mechanismus poruchy termoregulace, cévní reaktivity a mechanismus vzniku psychických problémů, působí na tyto poruchy léčba pomocí HRT neúčinněji. Účinnost na dané problémy závisí na dávce, i když i tzv. „nízkodávkové přípravky“ mají vysokou účinnost. Léčba návalů horka a nočních potů je s pomocí ERT, EPT a tibolonu účinná asi na 90 % (Fait 2010; Fait, 2013).

Jako náhradu nebo také doplněk hormonální léčby symptomu klimakterického syndromu mohou ženy zvolit některou z alternativních léčebných metod. Jedná se o fytoestrogeny a fytohormony, psychofarmaka a fyzikální metody (lázeňská léčba, akupunktura, elektroanalgezie). Dále tyto léčebné metody zahrnují alternativní výživu a diety (minerální doplňky, vitamíny a konkrétní diety). Ženy pro řešení jejich problémů mohou zvolit i některé speciální lékařské systémy, jako je např. homeopatie, naturopatie, tradiční asijské lékařství a ajurvédská medicína. K oblíbenosti alternativních léčebných metod přispívá fakt, že existuje určité procento žen, kterým hormonální léčba nepomáhá. Popularitu těchto metod rovněž podpořilo zveřejnění závěrů některých výzkumů, které uváděly určité zvýšení rizika karcinomu prsu a rizika tromboembolických onemocnění, v souvislosti s hormonální terapií (Donát, ©2013).

Fytoestrogeny jsou látky, které jsou schopné vyvolat estrogenní efekt. Jedná se o nesteroidní rostlinné složky, které se dělí na isoflovanony, lignany a kumestany. Zajímavé

výsledky přinesla epidemiologická studie asijských žen, které mají stravu v průběhu celého života bohatou na fytoestrogeny. Z výsledků výzkumu těchto žen vyplývá nižší výskyt akutního klimakterického syndromu, osteoporózy a civilizačních chorob včetně karcinomu prsu. Je vědecky prokázáno snížení rizika karcinomu prsu v souvislosti se spotřebou sóji bohaté na isoflavony. Závisí však také na věku, kdy byl příjem sóji zahájen. Hlavním zdrojem fytoestrogenů je sója, v době květu a v naklíčených semenech se vyskytuje také v červeném jeteli a vojtěšce. Dále jsou fytoestrogeny obsaženy v obilovinách, ploštičnicku, vinné révě, rýži, jahodách, česneku, lékořici a datlích (Fait, 2013, s. 140-142).

Homeopatická léčba je oproti lékařské medicíně celostní terapií. Tato léčba řeší nejen jednotlivé potíže ženy, ale i její celkový zdravotní stav, duševní rozpoložení, sociální prostředí, klimatické faktory a vlivy životního prostředí. Homeopaté nevidí nemoc jako poruchu jednotlivého orgánu, ale jako onemocnění celého systému. Některé ženy tak pro zlepšení jejich problémů volí konstituční homeopatickou léčbu. Homeopatická léčba ženám určuje dle jejich typologie konstituční prostředek, který aktivováním léčivých sil organismu cíleně posílí konstituci ženy. Výhodou homeopatie je neexistence vedlejších účinků, interakcí s jinými typy léčiv a jejich trvanlivost, kdy jednou zakoupený homeopatický lék vydrží při správném uchování celý život ženy (Stumpf, 2009).

Základem funkčnosti homeopatické léčby je přesná diagnóza, která pacientce zaručuje adekvátní individuální léčbu. Homeopatie může ženám pomoci překonat pomyslný most mezi dvěma stavy. Práh nové životní etapy pacientka s pomocí homeopatie překračuje jako aktivní účastník své léčby. Za základní homeopatický lék v perimenopauze je považován lék *Lachesis mutus*. Účinek tohoto léku může využít každá žena v období klimakteria. *Lachesis mutus* řeší psychické rozklady, migrény, návaly horka a pocení. Pacientky typu *Lachesis* často špatně snáší alkoholické nápoje a jejich stav se zhoršuje teplem. V jejich konstitučním obraze jsou běžné poruchy spánku, které jsou spojené se špatnými sny. Někdy je tato pacientka přehnaně upovídaná, jindy zase nezvykle zamlklá. Dalším homeopatickým lékem, který je vhodný pro řešení návalů horka s překrvením, zčervenáním a výrazným pocením, je lék *Belladonna*. Obtíže žen typu *Belladonna* mají prudký začátek a rychlý konec, jejich pochva bývá suchá a horká a v noci je také trápí problémy se spánkem. Vhodným homeopatickým lékem klimakterického syndromu pro hubené ženy je také *Sepie*. Naopak pro ženy obézní, zimomřivé, plačtivé a zpomalené je vhodný *Graphites*. Výčet uvedených homeopatických léků není zdaleka konečný, jedná se pouze o léky, které jsou u nás používány nejčastěji a jsou také v lékárnách dostupné bez předpisu.

Homeopatická metoda je rozšířená prakticky po celém světě. Oblíbená je především ve Velké Británii, ve Francii, Holandsku a v Belgii. V těchto zemích statistiky uvádějí, že se více než 50 % jejich obyvatel léčí pomocí homeopatie (Slíva, Fait a kol., 2012; Besnard-Charvet, 2014).

Alternativním řešením návalů horka může být také relaxace a meditace. Mnohé ženy trápí zvýšení intenzity problémů s návaly horka v období, kdy prožívají úzkost nebo napětí. Pro tyto ženy může mít řešení pomocí energetické medicíny (relaxace a meditace) až devadesátiprocentní úspěšnost (Northrupová, 2008).

2.3.2 Chronický klimakterický syndrom

Osteoporóza

Osteoporóza je onemocnění, které z pohledu morbidity, mortality, financí a hlavně z pohledu utrpení člověka patří k velmi závažným onemocněním dnešní doby. Projevuje se redukcí normálně mineralizované kostní hmoty na objemovou jednotku s poškozením mikroarchitektoniky kostní tkáně. Tato změna přispívá ke zvýšení kostní fragility a tím také ke zvýšení rizika zlomeniny kosti. Aby byla kost schopna absorbovat sílu, která je na ni vykonávána, musí být pevná, ale i odolná a tudíž ohebná. Její pevnost je dána jejím materiálovým složením a její strukturou. Pakliže je kost křehká, síla na ni vytvoří mikrotrhliny, které následně povedou ke zlomenině. Kost je utvářena z kolagenu typu I, který je vyztužený krystalky kalcia hydroxyapatitu. V případě zvýšení kostního minerálu se zvyšuje její tvrdost, ale na druhou stranu se omezuje její ohebnost. Obsah minerálů tedy ovlivňuje funkci kosti (Marek a kol., 2010).

Ženy v období menopauzy trápí osteoporóza – typ I. – tzv. postmenopauzální osteoporóza. Hlavní výskyt osteoporózy tohoto typu je u žen v období od 55 do 65 let. Díky této chorobě ztrácí až tři čtvrtiny žen v období menopauzy 2 % kostní hmoty ročně, což ve svém důsledku ovlivňuje celkový zdravotní stav a úmrtnost žen ve vyšším věku. Nejčastější zlomeninou v důsledku postmenopauzální osteoporózy jsou zlomeniny obratlů, kdy je hlavní příčinou chybění estrogenů v těle ženy. Tyto zlomeniny jsou většinou tlakové, pozvolné, projevující se snižováním výšky při zvedání těžkého břemene. Můžou být spojené se silnými bolestmi zad. Mezi další typické oblasti zlomenin patří zápěstí a krček kosti stehenní. Osteoporóza je zákeřná tím, že není pro ženu bolestivá až do doby, než dojde ke zlomenině kosti. Právě proto by žena měla být upozorněna na důležitost prevence, která by měla být jak primární, již v období dětství a dospívání, tak i sekundární. Smyslem

sekundární prevence je včas určit osoby, které jsou ohrožené osteoporózou, a u těchto lidí pak zabránit dalším ztrátám kostní hmoty, které vznikají např. v důsledku kouření, alkoholu, nezdravého životního stylu a ztráty sexagenů po menopauze (Marek a kol., 2010; Fait, 2010).

Rizikovým skupinám žen je nutné vždy doporučit dostatečný příjem vitamínu D a vápníku. Vitamín D ovlivňuje metabolismus vápníku, snižuje riziko pádu a zvyšuje svalovou sílu. Pro ženy v menopauze je často opomíjeno také doporučení vyváženého množství bílkovin ve stravě. Důležité je také pravidelné zatěžování skeletu správným pohybem. Všechna tato doporučení pozitivně přispívají k prevenci zlomenin. Pro ženy, které jsou v postmenopauzálním období a mají lékařem stanovenou zvýšenou osteoresorpci z důvodu náhlého poklesu estrogenu, není výše popsané opatření dostatečné. Těmto ženám se často v rámci kauzální léčby uměle dodává chybějící estrogen. *European Menopause and Andropause Society* doporučuje hormonální substituční terapii jako nejlepší možnou preventivní léčbu osteoporózy, a to zejména u žen mladších a u žen s akutním klimakterickým syndromem. Dle této společnosti je vědecky prokázáno, že hormonální terapie snižuje riziko osteoporotických zlomenin (Fait, 2013, s. 68-69).

Z homeopatických léků je pro léčbu osteoporózy vhodný lék *Silicea*. Tento homeopatický lék by se měl užívat dlouhodobě v kombinaci s některou ze solí *Calcarea*. Typologicky se jedná o lék, který je vhodný pro hubené ženy, zimomřivé s výrazně páchnoucím pocením nohou. Tyto ženy trpí chronickými infekcemi a hnisáním, mají sklon ke kazivosti zubů a třepení nehtů (Slíva, Fait a kol., 2012, s. 149).

Přestože je estrogenová substituce pro snížení rizika osteoporózy terapií první volby, je také velmi důležité ženě doporučit upravit stravu a začít správně cvičit. Vhodné je omezit příjem fosfátů, které narušují vstřebávání kalcia. Fosfáty obsahuje např. kola a pivo, proto je nutné i tyto nápoje omezit. Nejvyšší riziko vzniku osteoporózy mají ženy, které kouří a pijí nadměrně alkohol. Těmto ženám se doporučuje přestat kouřit a alkohol užívat jen příležitostně. Odborníci doporučují také omezit kofein, kdy doporučují maximálně 2 šálky kávy denně. Kofein ovlivňuje, kolik kalcia se vyloučí močí. Ve stravě je důležité neopomíjet dostatek vitamínů a minerálů. Jedná se především o již výše zmíněný vitamin D, ale také o vitamin C, beta karoten, hořčík, mangan, kalcium a bór (Northrupová, 2008).

Ateroskleróza

Menopauza představuje pro ženu z hlediska aterogeneze velice rizikové období. V postmenopauzálním období dochází k exponenciálnímu nárůstu kardiovaskulárního

rizika. Přestože jsou příčiny zvýšení tohoto rizika komplexní, hovoří se převážně o úbytku estrogenů, z důvodu vyhasnutí funkce ovarií. Následkem tohoto vyhasnutí je snížení produkce oxidu dusnatého a porucha funkce endotelu. Dále dochází ke komplexní změně spektra lipidů, k abdominální obezitě s inzulinovou rezistencí, prokoagulačním stavům a v neposlední řadě také ke zvýšení krevního tlaku. Ženy v premenopauzálním období mají nízké hladiny LDL, snížené velmi nízké VLDL a zvýšené hladiny HDL denzity v porovnání s muži ve stejném věku. Po menopauze následuje zvýšení hladiny LDL, triglyceridů, plazmatického cholesterolu a pokles HDL (Mandlovec, 2008; Fait, 2013).

Farmakologicky lze zlepšit funkci endotelu, a to např. ACE-inhibitory nebo statiny. U žen ve věku od 50 do 60 let je stále zkoumán efekt hormonální substituční terapie. Na srdeční svalovinu působí estrogeny, a to především aktivací estrogenových receptorů EB β . Estradiol také zpomaluje vznik srdeční fibrózy, stabilizuje aterosklerotické pláty. Jeho aplikace také transdermálně zlepšuje efekt antihypertenzní léčby, a to regresí hypertrofie levé srdeční komory. Hormonální léčba, která je zahájena ve správnou dobu, je považována také za účinnou prevenci aterosklerózy. Zahájení této léčby musí být časný, jen v tuto dobu vykazuje příznivý účinek. Jedná se o období před rozvinutím změn cévní stěny, pozdější zahájení hormonální léčby cévní potíže umocňuje (Fait 2010; Mandlovec, 2008).

Kůže a vazivové tkáně

Nedostatek estrogenů způsobuje ženám rychlejší stárnutí kůže. Stav kůže je ovlivňován hladinou hormonů, kterou zachycují estrogenní receptory v kůži. Pokud je jejich hladina nízká, tak dochází k postupnému ztenčování kůže. V oblastech kůže, které jsou často vystavované slunci, pak dochází k atrofii epidermis. Kůže pak trpí svráštělostí, suchostí, snadnou zranitelností a celkově elastická i kolagenní vlákna degenerují. Znamky sklerózy můžeme pozorovat na cévách. Zvýšený růst pigmentových chloupků u žen v místech, kde bývá typické ochlupení u mužů, se vyskytuje z důvodu klesající hladiny estradiolu. Tento pokles způsobuje snížení globulinu, který váže pohlavní hormony v séru. Následkem tohoto procesu se zvyšuje hladina volného testosteronu a vzniká tak hirsutismus (Fait, 2013, s. 18 - 19).

Za ústřední faktor, který způsobuje stárnutí kůže v menopauze, se považuje pokles estrogenů v těle ženy. Proces stárnutí organismu a druhotně i hormonální stárnutí kůže tak dokáže zpomalit hormonální substituční terapie. Tento typ léčby přívětivě ovlivňuje především tloušťku stárnoucí kůže. K ošetření kůže žen v menopauze jsou používány také

izoflavonoidy. Tyto látky jsou chemickým složením a účinky podobné přirozeně vyskytujícímu se estrogeneru. Korektivní dermatologové ženám nabízejí mnoho přípravků, které pozitivně ovlivňují léčbu i prevenci hormonálního stárnutí kůže (Litvik, 2008, s. 226 - 229).

Onemocnění centrální nervové soustavy

Přestože etiologie depresí je komplexní, hraje estrogenní pokles u depresivních žen v postmenopauzálním období svou roli. Mezi další poruchy, které má pokles estrogenů na svědomí, patří nespavost žen. V tomto případě k insomnii můžou také přispívat noční návaly a pocení. Spojitost vědci vidí také mezi poklesem hladiny estrogenů a zvýšeným rizikem Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Hovoří se také o zvýšeném riziku makulární degenerace sítnice u žen v estrogenním deficitu (Roztočil a kol., 2011, s. 93).

Hormonální terapie má dle některých studií pozitivní vliv na oční nemoci, které jsou spojené se stárnutím organismu. Jedná se především o makulární degeneraci sítnice, kataraktu a glaukom. Přestože jsou některé studie protichůdné a prevence očních onemocnění není indikací k zahájení hormonální léčby, není v této oblasti objevená ani žádná kontraindikace hormonální léčbou (Fait, 2013, s. 90-95).

Vědci byly provedeny také studie, které svými výsledky dokazují pozitivní vliv estrogenů na Parkinsonovu chorobu. Ovlivňují jak její celkové riziko vzniku, tak i samotný nástup, průběh a účinnost běžné medikace. Ženy, které trpí epilepsií a migrénami, můžou rovněž užívat hormonální terapii. Tyto ženy však mají v léčbě speciální kontinuální režimy. Případné změny by mohly fungovat jako spouštěče záchvatu (Fait, 2013, s. 106-107).

K zmírnění deprese, úzkosti a poruch spánku se obecně doporučuje extrakt z třezalky tečkované (*Hypericum perforatum*). Tato bylina zabraňuje zpětnému vychytávání serotoninu, dopaminu a noradrenalinu na úrovni synaptické štěrbin. Doporučené množství třezalky je 150-300 mg před spaním, neměla by se užívat současně s antidepresivy a potravinami s nadbytkem tyraminu. Jako sedativum se při neurózách a bušení srdce rovněž doporučuje kozlík lékařský (*Valeriana officinalis*). Jedná se o slabé hypnotikum, používá se extrakt z oddenku v dávce 150-300 mg 45 minut před spaním (Slíva, Fait a kol., 2012, s. 42).

Urogenitální změny

V trigonu močového měchýře, pochvě, uretře a ve svalstvu pánevního dna jsou estrogenové receptory. Při nedostatku estrogeneru dochází k atrofii kůže, kožním adnexům vulvy a sliznice poševní. Všechny tyto problémy vytváří typický obraz atrofické

vulvovaginitidy, často také spojené s chronickou vaginitidou, dyspareunií a pruritem. Nedostatek estrogenů dále zapříčiňuje morfologické změny pánevního dna, které vedou ke stresové inkontinenci. Této problematice se bude hlouběji věnovat celá třetí kapitola (Fait, Šnajderová a kol., 2007, s. 148-151).

2.4 Podpora žen v menopauze

Počet kvalitních let ženy v období menopauzy by měla zvýšit kvalitní péče. V první řadě se jedná o léčbu akutních potíží a v druhé řadě se jedná o prevenci dlouhodobých degenerativních metabolických změn. Ideální je, když se léčba akutních problémů a prevence prolíná a působí tak na ženu společně v souladu. V podobné symbióze dnes stojí klimakterická medicína s anti-aging medicínou. Tato tzv. „medicína proti stárnutí“ klade velký důraz na životní styl ženy, plastickou chirurgii, ale i správnou kosmetiku. Snahou níže uvedených společností, lékařů a zdravotníků je, aby kvalitně prožité roky byly pro ženy radostné a samotné prodlužování věku tak mělo smysl (Fait, 2010, s. 9-10).

2.4.1 Společnosti zabývající se menopauzou

Zájem československých gynekologů o problematiku menopauzy se datuje již od 70. let minulého století, kdy se v Bratislavě konala konference s názvem „Klimaktérium“. Tehdejší politický systém však nepodporoval vztahy se západními zeměmi a menopauza tak v bývalém Československu zůstala pro mnohé gynekology jen okrajovým problémem. Česká menopauzální společnost byla v Praze založena doc. MUDr. Josefem Donátem, DrSc. až v roce 1995. Od tohoto roku bylo Českou menopauzální společností zorganizováno několik úspěšných konferencí, které byly věnovány problematice menopauzy. Sedm let po jejím založení se Česká menopauzální společnost rozdělila na dvě části. Vznikla tak nezávislá a interdisciplinární Česká menopauzální a andropauzální společnost (ČMAS) pro klimaktérium ženy a muže. Druhá vzniklá společnost je sekci České gynekologické a porodnické společnosti a jedná se o Společnost pro otázky menopausy (SOM) (Donát, ©2013).

Česká menopauzální společnost má několik cílů, mezi které patří dostatečně informovat ženy o jejich zdraví ve starším věku, včetně důležitých informací o preventivních diagnostických metodách. Informace by ženy měly dostávat převážně prostřednictvím médií. Dále chce společnost pomocí medicínských časopisů a konferencí spolupracovat se všemi lékaři, a to včetně všeobecných lékařů. Dalšími cíli je i podpora studia všech

aspektů klimakteria žen i mužů, organizace konferencí a spolupráce se Světovou menopauzální společností (IMS) (Donát, ©2013).

Historie Světové menopauzální společnosti (IMS) sahá do sedmdesátých let minulého století, kdy se ve Francii konala první světová konference, která byla věnována tématu menopauzy. Světová menopauzální společnost si klade za svůj cíl předávat znalosti o menopauze a podporovat výzkumy stárnutí žen ve všech aspektech. Dále se snaží organizovat a účastnit se na přípravách mezinárodních konferencí, které se zabývají klimakteriem. Díky pořádaným konferencím tak podporuje výměnu zkušeností mezi členy společnosti. Společnost má sídlo ve Velké Británii, vydává svůj vlastní časopis s názvem „*Climacteric*“. Světová menopauzální společnost má dva dílčí orgány, a to „*Council of Affiliated Menopause Societies*“ (CAMS) a *The World School for the Study of Menopause* (WSSM). Každá členská země má jednoho zástupce v „CAMS“ a má tak možnost uplatnění jednoho hlasu při hlasování o důležitých věcech v rámci fungování společnosti. Svého zástupce má v této společnosti i Česká republika. Na vzdělávání zdravotníků v oblasti menopauzy se výrazně podílí „WSSM“. Tato nezisková organizace pořádá celou řadu vzdělávacích programů, které jsou určeny jak lékařům, tak i nelékařskému personálu (International menopause society, ©2015).

2.4.2 Role porodní asistentky v podpoře žen v menopauze

Úlohou porodní asistentky je poskytovat ženě specifickou péči o její reprodukční zdraví, a to během všech období jejího života. Podílí se na poskytování primární péče, integrované péče a preventivní péče v ošetrovatelském procesu nejen o ženy, ale i o jejich rodiny a skupiny osob v jejich vlastním sociálním prostředí. Z pohledu reprodukčního zdraví žen porodní asistentka hodnotí rizika skupiny osob a dále se účastní určení priorit jejich řešení. Při řešení všech těchto problémů vychází z epidemiologických a statistických dat. Následně při své práci porodní asistentka také přihlíží k výsledkům výzkumů. Na tomto základě pak vytváří a realizuje projekty pro podporu zdraví ženy (Vrublová, 2013).

Projekty primární prevence jsou ve většině případů zaměřeny na širokou veřejnost a další příslušné skupiny, které vytvářejí příznivé prostředí pro podporu pozitivní změny ve znalostech, postojích a hlavně v chování populace. Jedná se převážně o široce pojaté projekty, které se zabývají výskytem a rozvojem civilizačních chorob v populaci, jako je např. prevence onkologických onemocnění, nekouření, racionální stravovací nebo pohybové návyky. Pro oblast podpory zdraví je charakteristický důraz, který je kladen na posilování

zdraví. Velmi důležitá je zde iniciativa člověka, který díky zdravému životnímu stylu uspokojuje své vlastní potřeby. Motivující proměnné jsou zde výkon, úspěch, příjemné zážitky a pohoda. Podpora zdraví využívá v oblasti primární prevence moderní a efektivní metody, kterými jsou sociální marketing, audiovizuální nebo tištěné edukační materiály a také masová média (Svěráková, 2012, s. 9-19).

Na důležitost zdravého životního stylu odkazuje i Světová menopauzální společnost, která jej uvádí jako základ v péči o ženu v klimakteriu. Porodní asistentka by tak při své práci s ženami v tomto období měla apelovat na zdravé stravování, pitný režim, vhodný pohyb a redukci návykových látek. Součástí práce porodní asistenty v péči o ženu v klimakteriu by také měla být snaha o udržení duševního zdraví. Důležité je také absolvování všech preventivních prohlídek, které náš zdravotní systém ženám nabízí. Jedná se o preventivní vyšetření např. screening karcinomu hrdla děložního, karcinomu prsu, kolorektálního karcinomu nebo screening osteoporózy (Fait, 2013, s. 31-34, 148).

V případě, že již pacientka nějakým onemocněním trpí, vykonává porodní asistentka výchovně vzdělávací činnost, tzv. sekundární prevenci. Jejím cílem je přispět k vyléčení choroby a zamezit dalšímu možnému rozvoji případných komplikací. V této oblasti prevence jsou zdravotníky využívány poznatky z oblasti pedagogiky. Způsob předávání informací a nácvik dovedností při edukaci je řízen stejnými pravidly a zásadami jako jakýkoliv jiný výukový proces. Přesto je však edukace ve zdravotnictví specifickou prací, která se od edukace v ostatních oborech liší právě samotným pacientem. Přístup pacienta k edukaci a případná ochota ke změně, může být do určité míry ovlivněna jeho nemocí. Porodní asistentka se musí zaměřit především na aktivní spoluúčast pacientky na jejím vlastním edukačním programu. Je žádoucí, aby žena pochopila vlastní roli v péči o svou osobu. Ke správnému pochopení žena potřebuje znát všechny informace o svém zdravotním stavu a mít k danému problému odpovídající edukaci. Pro efektivní edukaci porodní asistentka pacientce poskytuje také psychickou podporu. Je nutné, aby porodní asistentka, která edukaci vykonává, měla výborné znalosti nejen z ošetrovatelství, ale také z jiných věd, jako např. pedagogiky, etiky a psychologie. Edukátor musí být vybaven dostatečnými komunikačními schopnostmi a didaktickými znalostmi. Při edukaci musí porodní asistentka respektovat etnicko-kulturní odlišnosti pacientek, intelektuální předpoklady a sociální postavení. Je optimální, pokud na ženu pohlíží holisticky (Svěráková, 2012, s. 23-36).

3 INKONTINENCE MOČI U ŽEN

Močovou inkontinencí je nezávisle na věku ovlivněno asi 15 až 30 % žen z lidské populace. Tyto ženy jsou únikem moči postiženy ve všech oblastech svého života. Zasažená je fyzická, sociální i psychická oblast, kdy je zjevný negativní vliv i na oblast týkající se sexu. Kvůli močové inkontinenci ženy strádají v partnerských i sexuálních vztazích. Tento problém ovlivňuje jejich pohodu doma i v zaměstnání. Ženy často přeorganizovávají svůj život podle nových potřeb, které vznikly v souvislosti s močovou inkontinencí. Vzdávání se svého běžného životního stylu zapříčiňuje pokles celkové spokojenosti žen s jejich životy (Horčíčka, 2006).

3.1 Fyziologie mikce

Dolní močové cesty jsou tvořeny močovým měchýřem a uretrou. Hlavní funkce močového měchýře je přeměnit stálou exkreční činnost ledvin v intermitentní proces evakuace moči. Zajišťuje tak shromažďování a vyprazdňování moči. Uretra pak řídí odvod moči z organismu, spolu s močovým měchýřem představují funkční jednotku. Porucha funkční jednotky může mít více příčin. V případě, že se nejedná o infekci nebo novotvar v močových cestách, může problém vyvolávat porucha nervového kontrolního systému, svalové funkce, strukturální abnormality nebo také změny psychiky pacientky (Martan a kol., 2013, s. 16-17).

Cyklus močového měchýře má tři fáze. Jedná se o naplnění, uskladnění moči v měchýři a vyprázdnění měchýře. Močová trubice je obvykle uzavřená, močový měchýř je většinou v klidovém stavu a pomalu se rozepíná, zatím co do něj po kapkách vtéká moč. Pocit plného močového měchýře má běžně člověk až v případě, kdy je jeho močový měchýř téměř plný. Na velikosti roztažení močového měchýře pak závisí síla signálů, které měchýř posílá do řídicího centra v mozkovém kmeni. Kapacita močového měchýře bývá u zdravého člověka asi 600 ml (Genadry, Mostwin, 2013, s. 26).

Normální mikci zajišťuje souhra celého nervově svalového aparátu. V případě jeho poruchy se jedná o neuromuskulární dysfunkci. Dolní močové cesty jsou inervovány pomocí parasympatické, sympatické a somatické inervace. Spinální mikční centrum se nachází v míšních segmentech S2-S4. Této lokalizaci odpovídá skelet obratlových těl Th12 až L2. Parasympatická vlákna přicházejí cestou *nn. pelvici*, vlákna sympatická *via plexus*

hypogastricus a somatická vlákna pak jdou přes *n. pudendus*. Pokud dochází k normálnímu vyprazdňování měchýře, tak nejprve senzorká vlákna přenášejí informaci o zvýšeném tlaku v močovém měchýři. Tímto procesem je zahájen reflex, který je vědomě ovlivnitelný. Pánevní dno a zevní svěrač na počátku mikce ochabne, následně klesá báze měchýře, proximální část uretry se zkracuje a otevírá se společně s hrdlem měchýře. Tlak měchýře se kontrakcí detruzoru zvyšuje a dochází k zahájení mikce. Ukončení mikce je způsobeno uzávěrem zevního svěrače (Čermák, Pacík, 2006, s. 19-20).

3.2 Definice a vymezení pojmu močové inkontinence

Dle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci (*International Continence Society – ICS*) je inkontinence definována jako stav, při kterém dochází k nechtěnému samovolnému úniku moči. Tento únik je pro pacienta i pro jeho ošetřující osoby hygienickým i sociálním problémem. Jinými slovy je inkontinence moči únik moči na esprávném místě, v nesprávné době. Moč může volně odtékat průběžně po celou dobu anebo s přestávkami (inkontinence-info, ©2010).

Termínem inkontinence moči se označuje příznak (*symptom*), kdy si např. pacientka stěžuje na mimovolný odchod moči. Dále se jedná o projev (*sign*), kdy jde o objektivní průkaz úniku moči. Urodynamicky stanoven průkaz moči se označuje jako stav (*condition*) (Martan a kol., 2013, s. 23).

Příznaky dolního močového traktu (*Lower urinary tract symptoms – LUTS*) jsou subjektivní. Příznak je hodnocen tak, jak jej vnímá pacientka sama nebo také partner či její pečovatel. Tento subjektivně pocíťovaný stav ji vede k vyhledání pomoci. Příznaky jsou obvykle kvalitativní, jsou pacientkou sdělené buď bez předchozího dotazu lékaře nebo až v průběhu pohovoru. Jen pomocí LUTS se definitivně nestanovuje diagnóza, lékař totiž může objevit díky tomuto příznaku i jinou patologii než je dysfunkce dolního močového traktu. Z nejčastějších patologií můžeme uvést infekci močového traktu (Martan a kol., 2013, s. 23).

Projevy dysfunkce dolního močového měchýře (*Lower urinary tract dysfunction – LUTD*) jsou pozorovány lékařem, který používá některé z jednoduchých vyšetřovacích metod. K potvrzení a kvantifikaci moči tak může použít např. mikční deník, kvantifikační deník nebo také dotazníky pro hodnocení kvality života. Lékař také často pozoruje odtok moči při kašli (Martan a kol., 2013, s. 23).

Stav a podmínky (*condition*) jsou určeny přítomností charakteristických příznaků či projevů spolu s urodynamickým pozorováním. Dále jsou rovněž dány projevy nebo přítomnosti neurodynamických důkazů závažných patologických procesů. Může se také jednat o všechny tyto charakteristiky problémů dohromady (Martan a kol., 2013, s. 24).

S inkontinencí úzce souvisí taky další pojmy:

Urgence – je stížnost pacientky na náhle vzniklý pocit silného nucení na močení. Jedná se o vedoucí příznak hyperaktivního močového měchýře. Tento pocit pacientka velmi obtížně potlačuje a subjektivně jej hodnotí jako nejhůře vnímaný symptom hyperaktivního močového měchýře.

Warning time – je to časový interval, který začíná prvním pocitem nástupu nucení na močení a končí nesnesitelným nucením na močení nebo už přímo urgentní inkontinencí moči. Většina pacientek udává *warning time* jako velmi krátký, a to přibližně několik minut.

Frekvence (časté močení) – pacientky si stěžují na časté močení, jedná se o močení častější než 8x v průběhu 24 hodin.

Nuktorie – jedná se o každou epizodu močení, která přerušuje pacientce v noci spánek. O tzv. „noční frekvenci“ hovoříme v případě, kdy je spánek přerušen více než 3x nucením na močení a následným vymočením.

Noční polynurie – je stav, kdy pacientka za noc vymočí 1/3 celkového objemu moči za 24 hodin. Polynurie trápí např. ženy s kardiovaskulárními chorobami, cukrovkou, syndromem spánkové apnoe anebo tento problém bývá také spojený se zvýšeným příjmem tekutin ve večerních hodinách (Krhut, 2011, s. 9-10).

3.2.1 Skupiny a typy inkontinence

Inkontinenci moči můžeme rozdělit do dvou základních skupin. První se nazývá inkontinence uretrální. Při tomto typu močové inkontinence prochází unikající moč močovou trubicí. Uretrální inkontinencí trpí nejvíce pacientek s močovou inkontinencí. Méně početnou skupinu tvoří pacientky, které trápí inkontinence extrauretrální. Moč pacientkám této skupiny uniká jinou cestou, než přirozenou cestou dolního močového traktu. Přestože je pacientek trpících extrauretrální inkontinencí málo, neměla by být v rámci vyšetřování inkontinence opomíjena (Roztočil a kol., 2011, s. 286).

Inkontinence moči se rozděluje do několika typů:

1. Stresová inkontinence – jedná se o typ inkontinence, která se projevuje únikem zpravidla malého množství moči při fyzických aktivitách. Tyto fyzické aktivity jsou spojené s náhlým zvýšením nitrobršního tlaku. Ženy jako „rizikové fyzické aktivity“ tzn. aktivity, při kterých je nejvíce trápí únik moči, uvádějí kašel, smích, kýchnutí, běh, skákání a zvedání těžkých břemen. Tato forma inkontinence vzniká jako následek zvýšení pohyblivosti hrdla měchýře a močové trubice. Další příčinou může být nedostatečná funkce vnitřního svěrače močové trubice. Stresová inkontinence je nejčastějším typem inkontinence moči, postihuje jak mladé ženy, které mají v porodnické anamnéze ve většině případů už několik porodů, tak i ženy po přechodu. Základním stavebním kamenem tohoto typu inkontinence je vrozená dispozice, na kterou následně působí také řada dalších rizikových faktorů. Velmi často se stresová inkontinence projeví až působením rizikových faktorů. Za rizikové faktory se považuje obezita, vyšší počet porodů, spontánní porod dítěte, které váží více než 4000 gramů, stav po hysterektomii a období po menopauze (Horčíčka, ©2010).

2. Urgentní inkontinence a hyperaktivní močový měchýř – je typ močové inkontinence, který je charakteristický v silné a často neovladatelné potřebě močit. Ženy trápí nepotlačitelná potřeba začít okamžitě močit, některé pacientky náhle ztrácejí nad močením veškerou kontrolu. Urgentní inkontinence se nejčastěji projevuje v průběhu dne, ale některým ženám komplikuje silné nutkání močit i jejich spánek. Nepříjemné je, že mnoho žen s tímto typem inkontinence nepocítí od svého těla žádné varovné signály, které by je upozornily, že se zanedlouho dostaví močení. Místo toho pošle nervová soustava signál vyvolávající kontrakci hladkého svalstva močového měchýře. Tato kontrakce bývá silnější než stah svěrače močového měchýře, někdy také vyvolá uvolnění svěrače a následný únik moči. Je těžké určit, co vše se ve vylučovací soustavě děje a co tak urgentní inkontinenci moči zapříčiňuje. Odborníci dávají tento typ do souvislosti s rakovinou močového měchýře, dále se objevuje také u žen trpících záněty močového měchýře, močové soustavy nebo močovými kameny. Urgentní inkontinence je také problém, který trápí osoby s chorobami nebo zraněními nervové soustavy, mozku a páteře. Vědci již dnes vědí, že urgentní inkontinence může často souviset s inkontinencí stresovou. Ženu tak trápí smíšená forma inkontinence, kdy je moč zvýšením tlaku v dutině břišní vytlačována do močové trubice, následně je spuštěná reflexivní kontrakce močového měchýře a skrz ochablý a unavený svěrač močového měchýře začne moč nekontrolovatelně unikat. Může se tak tedy stát, že zaměření se na stresovou inkontinenci a cílené posilování močové trubice pomůže

ženě také s příznaky urgentní inkontinence (Genadry, Mostwin, 2013, s. 32-34). Hyperaktivní močový měchýř („overactive bladder – OAB“) – je definován jako soubor symptomů, které ukazují na možnou dysfunkci dolních močových cest. Mezi charakteristické symptomy řadíme závažnou urgenci, která je často doprovázená častým močením, nykturií a někdy také urgentní inkontinencí. Dříve všeobecně používaný pojem „urgentní inkontinence“ nepostihoval dostatečně šíři problému, a tak v roce 1997 zavedli Abrams a Wein do klinické praxe nový pojem tzv. „overactive bladder – OAB“. Urgentní inkontinencí trpí pouze jedna třetina z pacientů s hyperaktivním močovým měchýřem, a tak bylo zavedení obecnějšího pojmu velmi přínosné. Z výše uvedeného vyplývá, že pro diagnózu OAB není močová inkontinence nutná (Krhut, 2011; Martan a kol., 2013).

3. Reflexní inkontinence – ve většině případů ji zapříčiňuje porucha horního motorického neuronu. Jedná se o typ inkontinence moči, který je způsoben abnormální reflexní aktivitou. Pacientka trpící reflexní inkontinencí nepocítuje nutkání na močení a dochází k nechtěnému úniku zapříčeným reflexním aktem na úrovni sakrální míchy (Zikmund, 2011, s. 9).

4. Paradoxní – přebytková inkontinence – tento typ úniku moči je zapříčiněn přeplněním močového měchýře, kdy intravezikální tlak převýší maximální intrauretrální tlak. K inkontinenci dochází v důsledku extrémního pasivního přepětí stěny močového měchýře bez detruzorové aktivity. Ženy s paradoxní inkontinencí trápí časté úniky malého množství moči, které následují i po několika minutách. Na ultrazvuku jde v tomto případě vidět přeplněný močový měchýř, kdy jeho objem přesahuje až jeden litr moči (Martan a kol., 2013; Čermák, Pacík, 2006).

5. Tranzitorní inkontinence moči – přechodná inkontinence může dočasně trápit např. pacientky v bezvědomí, při těžkých uroinfekcích, při atrofické uretritidě, při defekačních problémech a při užívání některých typů farmak. Příčiny přechodné inkontinence však mohou mít i psychický základ, může se jednat o těžké deprese nebo také demence. Mikční režim může také nabolovat omezená mobilita pacientky (Čermák, Pacík, 2006, s. 25).

3.3 Diagnostika

Pro zvolení nejvhodnější léčby pacientky s močovou inkontinencí je velmi důležité stanovení správné diagnózy. Invazivní nebo nezvratná léčba by neměla být zahájena u žádného pacienta bez objektivního průkazu inkontinence a bez zjištění její příčiny. V diagnosticko-terapeutickém procesu má své nezastupitelné místo jak praktický, tak i odborný lékař. Návaznost a správná koordinace péče na všech úrovních vede k dosažení společného cíle, kterým je správná diagnostika, důkladné poučení pacienta, vhodná terapie a následně precizní provedení léčebné metody (Čermák, Pacík, 2006, s. 35-37).

V problematice močové inkontinence je nedůležitější zjistit příčinu samovolného odtoku moče. Správná diagnostika lékařům zaručuje správné určení terapie. Mezi nejdůležitější vyšetřovací metody patří pečlivě odebraná anamnéza, gynekologické vyšetření, chemické a kultivační vyšetření moči, vyšetření močového sedimentu, kompletní urodynamické vyšetření, vyšetření rentgenové nebo sonografické, nejrůznější klinické testy nebo cystoskopie (Zikmund, 2011, s. 53).

3.3.1 Anamnéza

Pacientky svůj problém s inkontinencí moči často tají. Zejména starší pacientky mají pocit, že se jedná o jev, který je v jejich věku zcela normální. Na problém s únikem moči si tedy pacientky jen zřídka kdy samy stěžují. Velmi důležité je proto i při běžných lékařských prohlídkách pečlivě odebírat anamnézu, která musí obsahovat také otázky lékaře na oblast inkontinence moči (Zikmund, 2011, s. 53-55).

Lékař by měl od pacientky odebírat anamnézu rodinnou, osobní, gynekologicko-porodnickou, sociální, pracovní a speciální urogynologickou. Anamnéza rodinná bývá zaměřená především na rodinnou zátěž, která se u inkontinentních pacientek může projevat v mnoha směrech. Často se jedná o vrozené rozštěpové vady, anomálie uropoetického traktu nebo také anomálie v oblasti sakrální míchy. Při zjišťování rodinné anamnézy mnohdy narážíme na rodinný výskyt močové inkontinence, který se objevuje jak u matky a dcery, tak i u sester. Příčinou může být např. insuficience závěsného a podpůrného aparátu, která je způsobena geneticky podmíněnou změnou pojivové tkáně. Osobní anamnéza slouží pro zjištění všech onemocnění, kterými pacientka trpí. Důležitá je také znalost léků, které žena s močovou inkontinencí užívá. Některá farmaka vyvolávají nebo také podstatně zhoršují úniky moči. Gynekologicko-porodnická anamnéza musí obsahovat údaje o menstruačním cyklu, menarché, počtu a způsobu ukončení gestací. Důležitý je také

údaj o hmotnosti porozených dětí, který je potřeba dát do kontextu s celkovým habitem a vzrůstem pacientky. Lékař se také dotazuje na abdominální operace, záněty pohlavních orgánů a průběhy všech porodů. Sociální a pracovní anamnéza má svou roli při stanovení diagnózy a v pooperačním období při navracení ženy do práce. Některé typy inkontinence jsou častější pro určitá povolání nebo také ženy s určitým sociálním statutem (Zikmund, 2011, s. 54-55). Správně sestavená urogynekologická anamnéza informuje lékaře o možných bolestech či tlacích nad sponou, o pocitu tíže v rodidlech a o všech problémech s močením. Pro zjištění těchto problémů se můžou využít některé dotazníky, které mohou obtíže s únikem moči částečně objektivizovat. Důležitou pomůckou pro diagnostiku inkontinence moči je mikční deník. Jedná se o deník, který si pacientka vyplňuje sama mezi návštěvami v urogynekologické ambulanci (Martan a kol., 2013, s. 38-39).

3.3.2 Gynekologické vyšetření

Gynekologické vyšetření začíná lékař aspekci, kdy si všimá introitu poševního, stavu hráze, jizev po epiziotomiích a zevního ústí uretry. Sleduje také sestup poševních stěn, který klasifikuje. Gynekolog pacientku vyšetřuje jak v klidu, tak i při zatlačení. Příčinou dysurických obtíží mohou být striktura či stenóza uretry, kterou lékař může vyšetřit pomocí kalibrační sondy. Jako důsledek neúplného vyprázdnění močového měchýře vznikají *urgence*, *polakisurie* a *nykturie*, které souvisí se sestupem přední poševní stěny. K vyhodnocení a určení svalů pánevního dna se v praxi používá palpce těchto svalů a tzv. „*Oxfordská klasifikace*“, která hodnotí klidovou a kontrakční schopnost svalů pánevního dna. Pro účinné cvičení pánevního dna je schopnost kontrahovat svaly pánevního dna velmi důležitá. Dále se v průběhu gynekologického vyšetření kontroluje perineální a perianální cití, anální reflex a bulbokavernózní reflex (Martan a kol., 2013, s. 40).

3.3.3 Vyšetření moči

Součástí diagnostiky močové inkontinence je také laboratorní rozbor moči. Moč se vyšetřuje chemicky, mikrobiologicky a důležité je také neopomíjet vyšetření močového sedimentu. Standardní vyšetření moči je nutné především k vyloučení močové infekce nebo také jiných onemocnění. V případě nálezu erytrocytů a leukocytů v moči nebo také při recidivujících infekcích dolních cest močových, by měla být pacientka vyšetřena urologem. U žen, u kterých je předpoklad operačního řešení inkontinence, se doporučuje také biochemické vyšetření renálních funkcí (Čermák, Pacík, 2006, s. 40).

3.3.4 Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetření (urodynamika) je klíčovým vyšetřením močové inkontinence, které zajišťuje nejlepší třídění typů úniku moči. Jedná se o soubor metod, které pomocí jednoduchých fyzikálních principů měří tlak, objem i průtok a hodnotí tak transport moče a jeho případné poruchy. Součástí urodynamického vyšetření je cystometrie, která zaznamenává vztah tlaku/objemu v močovém měchýři během plnění tekutinou, různou rychlostí, vsedě nebo vleže. Odečteme-li od tlaku nitroměchýřového tlak nitrobřišní, dostaneme vlastní tlak vyvíjený stěnou močového měchýře. Tento tzv. „detrusorový tlak“ by měl za normálních podmínek stoupat velmi pomalu, jelikož objem močového měchýře je cca 500 ml a jeho stěna je za normálních podmínek poddajná a dobře roztažitelná. Druhým speciálním vyšetřením urodynamiky je uretrální tlakový profil (profilometrie). Jedná se o záznam tlaků v průběhu močové trubice během pomalého vysouvání zavedené tenké močové cévky, tento proces je řízen počítačem. Důležitým údajem je tzv. „funkční délka uretry“, což je úsek, po který tlak v močové trubici převyšuje tlak v močovém měchýři. V případě, kdy převýší tlak v močovém měchýři tlak v močové trubici, dochází k úniku moči. Měření hodnot močového proudu se nazývá uroflowmetrie. Měří se jeho rychlost a ozložení v čase celého procesu močení. Běžná délka močení je cca 20 sekund. Průtok moči nejprve prudce narůstá, poté se udržuje nějakou dobu stálý, a nakonec opět pozvolna klesá. V případě nějaké překážky se celková doba močení prodlouží a na grafu se objeví odchylky od normálního tvaru křivky. U zvláštních a neodpovídajících forem močové inkontinence se provádí elektromyografie příčně pruhovaných svalů dna pánevního. Toto speciální vyšetření pomáhá odhalit nesoulad činností svalů měchýře a pánevního dna (Galajdová, 2000, s. 51- 53).

3.3.5 Ultrazvukové vyšetření

Jedním z diagnostických metod k posouzení typu močové inkontinence je ultrazvukové vyšetření pozice a mobility hrdla močového měchýře. Hrdlo močového měchýře i uretra jsou velmi dobře zobrazovány ultrasonografickým vyšetřením. Provádí se také hodnocení velikosti uretrálního sfinkteru pacientek trpících močovou inkontinencí. Vyšetření ultrazvukem se provádí jak zevní (abdominální, perineální a introitální), tak i intrakavitální (vaginální a rektální). Sledují se konkrétní úhly, vzdálenosti a další lékařem stanovené parametry. Ultrazvukem je možná vizualizace struktur močového měchýře, uretry, stydké kosti, pochvy, rekta, dělohy a mm. levatores ani (Čermák, Pacík, 2006, s. 41).

3.4 Terapie

Možnosti léčby močové inkontinence jsou tak pestré jako její příčiny a příznaky. Léčba může být jak pomocí neinvazivních prostředků, tak i pomocí vysoce invazivních chirurgických zákroků. Odborníci doporučují začít s neinvazivními nebo minimálně invazivními způsoby terapie a až v případě neúčinnosti tohoto typu terapie pokračovat v léčbě invazivního typu. Některé typy inkontinence však vyžadují pouze určité léčebné způsoby. Nepísaným pravidlem je, že se těžší případy stresové inkontinence řeší operací a naopak urgentní inkontinence lze vyřešit pomocí konzervativní léčby (Genadry, Mostwin, 2013; Galajdová, 2000).

3.4.1 Nechirurgická léčba

K léčbě močové infekce máme v dnešní době k dispozici více možností. Jedná se o různé léčebné režimy, které jsou zaměřené na snížení tělesné hmotnosti, kontrolu příjmu tekutin, přestání kouření apod. Neinvazivní léčbu představují i rehabilitační metody, které jsou zaměřené na posilování svalů pánevního dna. Odborníci radí zahájit každou léčbu mírných stupňů močové inkontinence právě rehabilitací svalů pánevního dna. Spoustě pacientek tato léčebná metoda výrazně pomohla. K účinnosti je však nutná trpělivost pacientky, pravidelnost a správná technika cvičení (Zikmund 2001; Čermák, Pacík, 2006).

V rehabilitaci pánevního dna má nezastupitelnou roli fyzioterapeut, který aktivně spolupracuje s lékařem (urologem, gynekologem i všeobecným lékařem). Úkolem fyzioterapeuta je správně vyhodnotit stupeň dysfunkce svalů pánevního dna a následně pro pacientku sestavit cíle a individuální plán fyzioterapie. Mezi všeobecně známé a odborníky uznávané patří cvičení dle Dr. Kegela, který pro muže i ženy trpící jakýmkoliv typem inkontinence vypracoval komplexní program (Švihra a kol., 2012, s. 154, 156).

Ke zlepšení funkce pánevního dna je z počátku léčby vhodné kombinovat gymnastiku svalů pánevního dna s biofeedbackem. Jedná se o přístroj, který pomocí zvukových nebo světelných signálů informuje při cvičení pacientku o správnosti a síle kontrakce požadovaných svalů. Zvýšenou kontrakční schopnost svalů při cvičení zaznamenává také tzv. perineometr. Tyto přístroje nejen určují správnost provedení cviků, ale také pacientky motivují k dalšímu cvičení. Mezi další konzervativní metody léčby patří elektrostimulace, která pomocí frekvence 50 Hz stimuluje svalstvo pánevního dna, vaginální konusy, které nutí svalstvo pánevního dna ke kontrakcím a pesary, které mají za úkol změnit svou přítomností v pochvě anatomické poměry nebo zvýší odpor močové trubice.

V komplexní léčbě močové inkontinence má u pacientek s psychickými problémy své nezastupitelné místo také psychoterapie. Jako účinná forma terapie může na pacientku působit už samotný pohovor s lékařem, kladně na ženy působí i skupinová terapie, kdy jsou využity pozitivní zkušenosti již vyléčených pacientek (Čermák, Pacík, 2006; Halaška a kol. 2004).

Jednou z možností léčby močové inkontinence je i farmakoterapie. Správnou skupinu léčiv určuje lékař, dle typu inkontinence a dle individuálních projevů. Lékaři využívají účinků estrogenů, a to v upravené nekonjugované formě v tabletách a krémech (Zikmund, 2001). Při zahájení medikamentózní léčby se vždy začíná s menšími dávkami, které se postupně za bedlivého sledování příznaků, včetně případných nežádoucích, zvyšují až do doby, než dosáhnou požadovaného efektu. V případě neefektivní léčby nebo vážných vedlejších účinků zvoleného léčiva se pacientce změní preparát a znovu se pozoruje jeho léčebná efektivita (Martan a kol., 2013, s. 192).

3.4.2 Chirurgická léčba stresové inkontinence moči

Pokud pacientka trpící stresovou nebo smíšenou močovou inkontinencí podstoupila všechny dostupné neinvazivní možnosti léčby a terapie neměla požadovaný léčebný efekt, přistupují lékaři k radikálnějšímu řešení problému a to k doporučení operace. Velmi důležité je správně určit indikaci k operaci a rovněž vybrat nejvhodnější typ operace. Chirurgická terapie si klade za cíl vyřešit příčiny stresové inkontinence moči, které se také můžou různě kombinovat (Roztočil, 2011, s. 312).

Stresovou močovou inkontinencí řeší asi 150 typů operací. Na základě vědeckých výzkumů však byly pro praxi vybrány ty operace, které mají nejnižší výskyt peroperačních a pooperačních komplikací a naopak dosahují nejvyššího léčebného efektu (Martan a kol., 2013, s. 54).

Mezi nejčastější používané typy operací stresové močové inkontinence patří *Kolpopexis sec. Burch*, *Marshallova-marchettiho-krantzova operace*, závěs močového měchýře páskou, závěs uretry podle *pereyry-stameyho-ratze* a vaginální tahuprosté páskové operace – „*tension-free operace*“.

Operativní léčebné metody inkontinence jsou považovány za nejúčinnější možnosti léčby stresové inkontinence moči. V případě hypermobility močového měchýře se dnes již s úspěchem využívají operace s použitím pásky (*TVT, TVT-O*) (Čermák, Pacík, 2006, s. 67-68).

Vzhledem k širokému rozsahu problematiky typů operací inkontinenci moči, nejsou v této práci popsány jednotlivé možnosti operací močové inkontinence. Toto vysoce odborné téma přenecháváme lékařům, kteří mají velmi těžký úkol, najít při volbě typu terapie rovnováhu mezi užitekem a riziky, které s sebou každá operace přináší. Pokud se na operace podíváme pouze povrchově, tak cílem většiny operací je změnit strukturu určité části organismu a následně touto změnou napravit její funkci. Většina operací řeší stresovou inkontinenci poměrně s úspěchem, přesto však může pacientce efektivně pomoci pouze v určitých situacích. Důležité je respektovat fakt, že ne každý problém s funkcí určité části těla, může být vyřešen změnou její struktury (Genadry, Mostwin, 2013, s. 101).

4 KVALITA ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUIZE S MOČOVOU INKONTINENCÍ

4.1 Kvalita života žen po menopauze

Dříve se menopauza označovala jako kritická životní fáze ženy, která je charakteristická závažnými tělesnými obtížemi a depresemi. Nejen feministky však poukazují na to, že tuto charakteristiku mají na vině dřívější společenské stereotypy a předsudky. Negativní zastaralé hodnocení tohoto životního období, kdy si ženy připadaly zbytečné a bezcenné, protože již splnily svou životní úlohu – porodit a vychovat děti, jsou dnes již výzkumy popírány. Nové výsledky studií dokazují, že se ženy po krátkém období rozpolcenosti, opět pozitivně naladěny, energicky a činorodě vrhají do nových výzev (Karsten, 2006, s. 162).

Přechod u ženy představuje viditelnou a výraznou životní hranici, a tak je přirozené, že má své psychologické i sociální důsledky. Je vědecky podloženo, že psychofyzické příznaky, které má na svědomí klimakterium, jsou od sebe odlišné dle společnosti, v které žena žije. Je pravděpodobné, že psychofyzické příznaky menopauzy jsou tím menší, čím větší je sociální status ženy prožívající toto období (Roztočil a kol., 2011, s. 91).

Nicméně výrazně rozdílné je také vnímání stáří v jednotlivých zemích a kulturách současného světa. V některých částech Indie, Tibetu a Číny je považováno za zcela normální, když jsou staří muži zcela odloučení od společnosti a žijí úplně osamoceni v jeskyni. Mladší potomci a přátelé jim pouze nosí jídlo. Starci už pouze v ústraní o samotě rozjímají. Odloučení od veškerého ruchu, jim prý přináší klid a snad i úlevu do jejich duše. O samotě nechávají starého člověka i Eskymáci v severských arktických lesích, pokud mu na výpravě za rybolovem dojdou síly. Jejich zvykem a projevením úcty tomuto starému člověku je postavit mu iglú z ledu a nechat jej v soukromí, připravit se na odchod. V islámských zemích si zaslouží žena úctu jen v případě, že porodila syna. Žena si zde získává vážnost až po klimakteriu, kdy není považována za tzv. „sexuálně nebezpečnou“. Po padesátých narozeninách tak žena může vstoupit do světa mužů i se svým názorem, aniž by byla společensky hlídána. Společenské postavení po menopauze roste také u žen v některých indiánských kmenech. Ženy v tomto období začnou nosit i jiné šaty, než nosily v období, kdy ještě pravidelně menstruovaly (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 87-88).

V České republice vnímání období menopauzy značně ovlivňují média. O popularizaci zdraví a zdravého životního stylu není v tisku a ostatních sdělovacích prostředcích nouze. Ženy i muži si tak o menopauze mohou i v běžných časopisech přečíst mnoho informací. Pro laiky je ale mnohdy obtížné, rozeznat informace, které mají základ podložený vědeckými výzkumy a jsou tak pro čtenáře zasvěcené, od informací, které jsou svým charakterem spíše diletantské. Kusé a mylné informace, které žena přijala za své, pak mohou ztížit komunikaci a spolupráci zbytečně vystrašené a úzkostné ženy s lékaři. Informace, které společnost získává díky médiím, tak mají, dle jejich charakteru, na ženy pozitivní i negativní dopad. Přesto situace, kdy již není téma přechodu ženy pro společnost tabu, pracovníky Centra klimakterické medicíny velmi těší. V jejich praxi se však i dnes střetávají s ženami, bez jakýchkoliv znalostí o období, kterým v životě právě procházejí. Na druhou stranu ale potkávají také pacientky, které jsou o problematice správně informované a aktivně se zajímají o možnosti léčby a spolupráci s centrem. Tyto pacientky chápou, že se období menopauzy nevyhnou, ale můžou ji ve spolupráci s odborníky značně ovlivnit a úspěšně ji tak plnohodnotně prožít. Informace v médiích, by měly sloužit především k uklidnění ženy a povzbuzení v hledání její osobní cesty klimakteriem tak, aby byla zachována kvalita života ženy v období před menopauzou, nebo se od ní alespoň výrazně nelišila (Jeníček, 2004, s. 13).

Klimakterický syndrom tvoří velká řada příznaků s individuální rozdílností, které však spolu zdánlivě nesouvisí. Problémy spojené s klimakterickým syndromem trápí 15 % žen až do jejich 70 let. Po menopauze, a tedy vyhasnutí funkce vaječnicků se estrogenní nedostatek považuje za normální a fyziologický. Za fyziologické a normální se však již nepovažují problémy, které klimakterium často doprovází. Pro lékaře není lehce rozeznatelné, zda jsou obtíže žen v období menopauzy důsledkem pouze estrogenního deficitu nebo zda se jedná o obecný proces stárnutí organismu. I když ke kvalitě života ženy v menopauze léčba akutních problémů výrazně přispívá, neměla by se opomíjet prevence dlouhodobých generativních metabolických změn. I tato péče má svůj podíl na kvalitě života žen a ideální by bylo, kdyby se tyto dva typy léčby navzájem prolínaly (Donát, 2003; Fait, 2013).

Odborníci se shodují na společném mínění, kdy menopauzu nevnímají jako nemoc. Dle jejich názorů se jedná o přirozený projev stárnutí. Za nemoc však považují projevy akutního klimakterického syndromu. K léčbě a zároveň ke zvýšení kvality života žen s těmito problémy, si mohou ženy výrazně pomoci samy. Lékaři ženám v klimakteriu

doporučují zvýšení pohybové aktivity, užívání potravinových doplňků, pravidelný pitný režim, zdravou výživu a omezení kávy a alkoholu. Zároveň však připomínají, že žádná léčba není všemohoucí, přestože všechny typy léčby, včetně preventivní a výše zmíněného režimového opatření, zapadají do konceptu zdravého životního stylu, který ženě umožňuje prožít toto období kvalitně s co nejméně problémy (Fait, 2010, s. 25).

Na kvalitu života žen po menopauze mají, mimo všechny léčebné typy, vliv také sociodemografické proměnné (Wieder-Huszla a kol., 2014). Dle některých studií např. (Ozkan a kol., 2005) jsou ženami příznaky menopauzy pocíťovány různě, a mimo sociodemografické faktory, ovlivňuje ženiny pocity také její životní styl. Na prožívání menopauzy mají dle výzkumu (Wieder-Huszla a kol., 2014) vliv také osobnostní vlastnosti, které jsou relativně stabilní po celý život ženy.

Z individuálního hlediska, rozlišujeme čtyři typy reakce žen na menopauzu. Jedná se o adekvátní reakci s normálním přizpůsobením, reakci pasivní, reakci hyperaktivní a reakci neurotickou. Reakce pasivní jsou typické pro těžce fyzicky pracující ženy s menší mentální kapacitou. Psychofyzické příznaky jsou nejintenzivnější u žen s reakcí neurotickou. Ženy tohoto typu investovaly do svého mládí, krásy a ženskosti veškeré síly a nyní mají pocit, že vše bez adekvátní náhrady ztrácejí. V období menopauzy mnohdy nastává pro ženu také mnoho změn, které nesouvisí s jejím přechodem. Jedná se o odchod dospělých dětí z domova, nemoc partnera a také zhodnocení dosavadního života. Tyto změny velmi komplikují možnost správného posouzení psychosociálních dopadů menopauzy (Roztočil a kol., 2011, s. 91).

Mezi hlavní úkoly vědců v oboru klimakterické medicíny patří najít způsob, jak účinně předpovídat závažnost a délku trvání příznaků. V případě předpovědi těchto problémů, by bylo možné začít s účinnou léčbou, která by potlačila symptomy menopauzy. Dnes již některé studie zjistily, že u žen, které nežádoucími problémy ve spojení s menopauzou trpěly v období začátku klimakteria pouze velmi málo, existuje vysoká pravděpodobnost, že nedojde k výraznému zhoršení symptomů během dalšího období menopauzy. U těchto žen také často problémy okolo čtvrtého roku po ztrátě menstruace vymizí. Naopak ženy, které trpí již v začátcích přechodu velmi intenzivními problémy, mají větší riziko, že trvání problému bude trvat mnohem delší dobu. Pokud by lékaři při určování vhodné terapie zohlednili i tento fakt, podíleli by se jistě také na zvýšení kvality života žen v tomto životním období (Lékařské listy, 2012).

K porozumění podstaty lidského života výrazně přispívají výzkumy, které se zabývají kvalitou života nejrůznějších skupin populace. Každá žena (nejen v menopauze) je osobností, která na změny zdravotní, psychologické, ale i sociální reaguje svým vlastním osobitým způsobem. Přístup ke klientce v menopauze by právě proto měl být nejen komplexní, ale také individuální. Na kvalitu života ženy v tomto období má tak velký vliv adekvátní a cílená léčba (Moravcová, 2011).

4.2 Kvalita života s močovou inkontinencí

Močovou inkontinencí trpí v celosvětovém měřítku stamiliony lidí, příznaky močové inkontinence přiznává jedna žena ze čtyř. Jedná se proto o jeden z nejčastějších zdravotních problémů, který má výrazný vliv na kvalitu života pacienta. Zásadním přelomem v problematice močové inkontinence bylo koncem osmdesátých a v průběhu devadesátých let zjištění příčiny vzniku a rozvoje močové inkontinence. Tyto nové informace pomohly objasnit etiopatogenezi stresové inkontinence moči. Od této doby je na močovou inkontinenci pohlíženo jako na funkční celek, který si zaslouží multidisciplinární přístup (Roztočil, 2011, s. 286).

Vzhledem k tomu, že populace stárne, můžeme v budoucnu očekávat také nárůst pacientek s močovou inkontinencí. Pravděpodobně se změní i poměrové zastoupení pacientů mezi jednotlivými typy močové inkontinence. V dnešní době většinu těch, kteří trpí močovou inkontinencí, zastupují ženy. Každá žena, která trpí močovou inkontinencí, prožívá, zneklidňují pocit, že ztratila kontrolu nad částí vlastního těla, která v minulosti fungovala. Tento pocit, který mnohdy vede až k osobní krizi postižené ženy, má velký vliv na její kvalitu života. Pro takto trpící ženu je důležité mít dostatek pravdivých informací o možnosti řešení jejích problémů, které dokáží ženě navrátit její původní životní styl a především kontrolu nad svým životem (Genadry, Mostwin, 2013; Švihra, 2012).

Velkou překážkou v léčbě močové inkontinence je stud pacientky, která často považuje močovou inkontinencí za projev stárnutí, a tedy normální jev. Strach z léčby a neznalost možností terapie tak spoustě žen ovlivňuje kvalitu života na mnoho let. Mnohdy lékař na inkontinenční problémy přichází až při rozhovoru s příbuznými pacientek, které o ženy pečují. Stává se, že tento problém, s kterým si ošetřující neví rady, vede až k umístění pacientky do zdravotnického nebo sociálního zařízení (Čermák, Pacík, 2006, s. 11-12).

Dle Zikmunda (2001) je močová inkontinence nejen problém zdravotním, ale také sociálním, ekonomickým a hygienickým problémem. Udává, že skoro 50 % všech žen trpí občasnou močovou inkontinencí. Z těchto žen se se svým problémem lékaři svěří jen 10 až 20 % žen, jen polovinu z nich je nutné operovat. V minulosti odborníky vyhledávaly pouze ženy s těžkými stupni močové inkontinence, tyto pacientky byly převážně z měst. Dnes však pomoc vyhledávají i ženy s mírným stupněm inkontinence, které i v souvislosti se zvyšujícím se společenským uplatněním, považují únik moči za společenský handicap. Zikmund (2011, s. 7) považuje hodnocení kvality života za vysoce subjektivní. Vliv na hodnocení kvality života mají dle jeho názoru kulturní a osobní požadavky, přání jedince, cíle a také životní očekávání. V každém případě vzrůstá počet žen, které vnímají močovou inkontinenci jako vážný stav, který omezuje jejich život.

Přestože je hodnocení kvality života složitý proces, tak v sobě kvalita života bezesporu zahrnuje pocit pohody, který pramení nejen z tělesného, ale i duševního a sociálního rozpoložení každé ženy (Šamánková a kol., 2011, s. 31). Jinou postiženou stránku, než tělesnou uvádějí také autoři Slezáková a kol. (2011), kteří v rámci ošetrovatelského procesu u klientky s močovou inkontinencí uvádějí i komplikace psychické, projevující se frustrací, depresí, strachem, úzkostí a ztrátou sebeúcty. Poukazují také na sociální izolaci, omezení volnočasových aktivit a narušení intimity partnerských vztahů. V neposlední řadě vzniká pro pacientky ekonomicky náročná situace související s nákupem inkontinenčních pomůcek.

4.3 Kvalita života žen po menopauze s močovou inkontinencí

Souhru žláz s vnitřní sekrecí se soustavou vegetativního nervstva a tzv. cykličnost – genitálního cyklu střídá přechodné období tzv. klimakterium. Jedná se o časové rozmezí, které je typické pro ženy v období zralosti a plodnosti mezi 40. a 50. rokem ženy. V tomto období se organismus ženy postupně připravuje na funkční klid v genitální oblasti. Hormonální změny zapříčiňují některé morfologické proměny ženy a s nimi spojené příznaky klimakterického syndromu (Fait, Šnajderová a kol., 2007, s. 27).

„S inkontinencí nejvíce souvisí změna hladiny hormonů v těle, zejména estrogenu“ (Genadry, Mostwin, 2013, s. 46). Je velmi pravděpodobné, že po klimakteriu trpí každá čtvrtá až pátá žena únikem moči. Málokterá žena dává tento problém do souvislosti s nedostatkem estrogenu v jejím těle. Naopak často ženy tento problém tají a zamlčují jej i zdravotníkům.

Výzkumy tak mají i nadále o těchto problémech nepřesná čísla. Všeobecně však platí, že až u dvou třetin žen, které trpí samovolným únikem moči se jejich problém po aplikaci estrogenů zlepšil nebo úplně vymizel, vliv estrogenů na močovou inkontinenci je tak značný (Eiselová, 1999, s. 154-156).

S přibývajícím věkem klesá v těle žen poměr svalových vláken k pojivové tkáni, tento pokles je zřejmý v příčně pruhovaném svalstvu pánevního dna, vnitřním análním svěračem i v uretrálním sfinkteru. K poškození funkce pánevního dna sice dochází v souvislosti poranění jeho struktur, které mohou být zapříčiněny těžkou fyzickou prací a porodem, nicméně důležitým faktorem v období menopauzy je pokles množství kolagenu a změna jeho struktury. V tomto období je typická degenerativní denervace svalů. U žen, které trpí stresovou inkontinencí, bylo v kolagenních vláknech prokázáno až 40% snížení obsahu hydroxyprolinu. Estrogenové receptory byly postupně nalezeny v dlaždicovém epitelu uretry, pochvy a trigonu močového měchýře, ve svalstvu pánevního dna, v buňkách vazivové tkáně, v cytosolu musculus pobyoccygeus a v musculus levator ani v ligamentu teres uteri. Až u 40 % pacientek se výsledky urodynamického měření a symptomatologie dolních močových cest mění dle menstruačního cyklu, vliv estrogenu je tak i z tohoto pohledu zřetelný. Dalším místem v těle, kde byly nalezeny estrogenové receptory je oblast mozku, která řídí mikci (Fait, Šnajderová a kol., 2007, s. 150-151).

Mezi hlavní rizikové faktory, které způsobují močovou inkontinenci patří těhotenství, porody, gynekologické operace, obezita, genetické predispozice, a především změny složení kolagenu v periuretrálních tkáních, které vznikají v průběhu stárnutí ženy. Mezi období, kdy je výskyt močové inkontinence největší patří 5. životní dekáda, ve které jsou ženy mnohdy v menopauze, a dále osmá životní dekáda (Švihra a kol., 2012, s. 55).

Období menopauzy je charakteristické problémy, které se netýkají jen tělesných změn, ale i mnohých psychických proměn. Žena se v tomto období loučí s jednou etapou života, která byla bezesporu vrcholem jejího žití a směřuje se s novou dosud nepoznanou životní etapou. Strach ze změn vyvolává mnohdy až deprese a tělesné potíže. Některé ženy se cítí přetěžovány, jejich pocity nejspíše pramení z velkého očekávání jejího okolí. K nejistotě žen přispívá také odchod jejich dětí z domova, zjištění prázdnoty v partnerském vztahu, nedostatku vlastních zájmů a přátel a někdy také očekávání ukončení pracovní kariéry. V pozdní dospělosti však ženy čekají i mnohé radosti, bezesporu mezi ně patří vnoučata. Radost, ale také i starosti v klimakteriu přináší také sexuální život. Od žen se v tomto období očekává více aktivity než od mužů, tento proces však může narušit stud,

který ženy mívají z podoby vlastního těla nebo také díky zdravotním problémům, mezi které patří únik moči. Nejdůležitější složkou života v každém životním období jak pro ženy, tak i pro muže, jsou a také vždy budou blízké rodinné a přátelské vztahy. Všechny tyto psychické a fyzické problémy v období po menopauze velmi výrazně působí na kvalitu života ženy, ale také na její osobní proměnu, kdy žena mnohdy hledá tzv. „sama sebe“ (Eiselová, 1999, s. 95-98; Farková, 2009, s. 114-115).

Zásadní význam v péči o ženu v období klimakteria, postmenopauzy i senia má prevence. Pro zachování kvality života ženy v těchto životních obdobích je velmi důležitá kvalifikovaná péče a patřičná spolupráce s ostatními klinickými obory. Zejména v období přechodu a postmenopauzy je nutné řešit problémy, které negativně ovlivňují život ženy. V klimakteriu dnes žije třetina žen české populace, a tak se jistě v dnešní době nejedná o věk, kdy by se žena měla vzdát kvalitního, aktivního života (Fait, Šnajderová a kol., 2007, s. 28; Galajdová, 2000).

5 ZHODNOCENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

Problematikou této diplomové práce je kvalita života žen po menopauze s močovou inkontinencí. Stejnou problematikou se zabývá mnoho vědeckých výzkumů, disertačních, diplomových i bakalářských prací. Tato práce je omezena zkoumaným obdobím, kdy se zajímá o močovou inkontinenci u žen, které jsou již po menopauze. Nicméně pro studium problematiky i pro srovnání s ostatními studii jsou pro nás zajímavé i výzkumy, které toto omezení nemají.

Vědci zkoumající kvalitu života žen, které trpí močovou inkontinencí, se zatím společně neshodují v použití jednotného dotazníku, rozdílné jsou také metodologie i kritéria výzkumu. Níže tak budou uváděny studie, které jsou pro naši práci důležité nebo jejichž výsledky tuto práci určitým způsobem ovlivnily.

Zájem o kvalitu života pacientek s močovou inkontinencí v posledních letech vzrostl jak mezi odborníky, tak i mezi laiky. I přes vytýkání subjektivnosti hodnocení kvality života ze strany klientek je v posledních letech těmto výsledkům přiznávána určitá důležitost. Zdravotníci uznali za důležitější samotný pohled pacientky na nemoc, kterou trpí, a její osobní hodnocení kvality života nežli objektivní stupeň závažnosti problému. Všechny výzkumy, které se zabývají kvalitou života žen s inkontinenčními problémy, tak napomáhají odborníkům i celé společnosti k lepšímu porozumění této problematice (Horčíčka, 2006).

Měřením kvality života žen po menopauze se kromě jiných zabývá Moravcová, která působí na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Autorka společně se svým týmem vytvořila a ověřila české standardizované verze dvou specifických dotazníků pro hodnocení kvality života související se zdravím (*HRQL*) u žen v postmenopauze: *Menopause Rating Scale (MRS)* a *Utian Quality of Life Scale (UQOL)*. Využitelnost těchto dotazníků byla následně ověřena na 204 respondentkách ve věku od 49 do 63 let. Oba dotazníky se ukázaly jako vhodné screeningové metody kvality života pro použití v klinické praxi. Moravcová vedla řadu závěrečných prací, které se problematikou týkající se kvality života žen po menopauze zabývaly. Pro výzkumné šetření byl ve většině případů použit dotazník *Menopause Rating Scale (MRS)* (Moravcová a kol., 2014).

Výše uvedený dotazník použili autoři (Krajewska-Ferishah et al., 2010) i ve studii, která probíhala v Polsku, Bělorusku, Řecku a Belgii. Výzkumu se zúčastnilo celkem 539

respondentek, které byly starší 40 let. Mezi jednotlivými státy byly zjištěny rozdílné problémy žen ovlivňující kvalitu jejich života. Signifikantní rozdíly pak byly zjištěny u výskytu problémů spojených s menopauzou. Ženy z Belgie vnímaly urogenitální a sexuální problémy výrazně hůře nežli ženy z Běloruska.

Mezinárodní šetření s použitím *Menopause rating scale* dotazníku bylo uskutečněno také v letech 2001-2002 v 9 zemích 4 kontinentů. Výsledky tohoto šetření poukázaly na možnost srovnání populace Evropy a Severní Ameriky, a naopak nedoporučují srovnání s populací v Indonésii a Latinské Americe. Kvalitu života mají dle tohoto výzkumu na nejvyšší úrovni ženy pocházející z Asie (Heineman a kol., 2004). Dotazník *Menopause rating scale* byl použit i pro sběr dat v této práci.

Močovou inkontinencí u žen se zabývá Martan a kol. (2013). Uvádí prevalenci močové inkontinence u žen kolem 25-40 %. Stresovou inkontinencí trpí asi 50 % inkontinentních žen, hyperaktivní močový měchýř trápí v populaci nad 40 let průměrně 18 % žen a s věkem se toto číslo zvyšuje. U žen nad 75 let dosahuje prevalence až 42 %. Tyto údaje jsou dle autorů získány z velkých epidemiologických studií. Zikmund (2001) ve své publikaci píše o prodlužujícím se věku žen a zvyšující se tak prevalenci močové inkontinence. Žen ve věku nad 65 let, které je nutno léčit, je až 6x více než žen středního věku, které trpí močovou inkontinencí. Požadavky na kvalitu života se dle věku žen liší. Starší ženy se domnívají, že problémy s únikem moči jsou v jejich věku normální a terapii tak nevyžadují. Autor uvádí nejen sociální problémy spojené s močovou inkontinencí, ale také ekonomické problémy, které v mnohých zemích dosahují velké části z celkových nákladů na zdravotní péči.

K významným výsledkům pro naši práci dospěli také díky dotazníkovému šetření autoři Švihra a kol. (2001), kteří na Slovensku vybrali 100 lékařů, jenž oslovili každou 200. ženu, starší 18 let. Tento výzkum potvrdil pokles kvality života ženy v závislosti na stupni močové inkontinence, kterou dotazovaná žena trpěla.

V České republice v rámci dizertační práce dlouhodobě sledovali kvalitu života a komplikace žen s močovou inkontinencí Drahodárová a kol. (2011). Zkoumané pacientky podstoupily různé typy operací s použitím tahuprosté pásky. Do studie, která proběhla v období od roku 2002 do roku 2005 bylo zařazeno 215 žen. Výsledky ukázaly na zvýšení kvality života žen po všech operacích, výskyt komplikací pak dle výsledků studie nezávisel na typu operace.

V roce 2006 byla provedena studie kvality života žen také na Tchajwanu. Výzkumu se zúčastnilo 371 žen, které trpěly různými typy močové inkontinence. Závěr výzkumu poukazuje na fakt, že močovou inkontinencí trpí pravděpodobně mnohem více žen, než se obecně udává. Jejich studie rovněž potvrdila větší výskyt močové inkontinence u žen, které trpí také osteoporózou, vředy a problémy se srdcem. Jako významný faktor pro vznik úniku moči se ukázalo také období menopauzy (Tsai a Liu, 2009).

Z námi uvedených výzkumů je patrné, že aktuální stav zkoumání problematiky kvality života žen s močovou inkontinencí je velmi rozmanitý. Výzkumy se od sebe liší výběrem zkoumaného souboru, zvolenými měřícími nástroji a samotným průběhem celého šetření. Společně se však shodují na jednotném stanovisku, podle něhož únik moči významně ovlivňuje kvalitu života (Zachoval a kol. 2006).

6 CÍLE PRÁCE

V rámci této diplomové práce byly plněny 2 hlavní cíle. Pro každý cíl byly dále stanoveny níže uvedené hypotézy:

1. Cíl: Zhodnotit vliv stupně močové inkontinence na hodnoty psychologické, somato-vegetativní a urogenitální oblasti kvality života žen po menopauze.

H1: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje celkovou kvalitu jejich života.

H2: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v psychologické oblasti.

H3: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v somato-vegetativní oblasti.

H4: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v urogenitální oblasti.

2. Cíl: Zjistit, jaký je vliv vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) na kvalitu života žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí.

H1: Věk žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, má vliv na jejich hodnocení kvality života.

H2: Stupeň vzdělání žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, má vliv na jejich hodnocení kvality života.

H3: Počet dětí žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, ovlivňuje jejich hodnocení kvality života v psychické doméně.

H4: Pravidelné sportování žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, ovlivňuje jejich hodnocení kvality života ve fyzické doméně.

H5: Délka období od poslední menstruace ženy ovlivňuje hodnocení kvality života žen trpících močovou inkontinencí v sociální doméně.

7 METODIKA

Metodická část práce popisuje metodiku výzkumu, konkretizuje zkoumaný soubor a použité analýzy dat. Tato diplomová práce měla dva cíle. Prvním cílem bylo zhodnotit vliv stupně močové inkontinence na hodnoty psychologické, somato-vegetativní a urogenitální oblasti kvality života žen po menopauze. Druhým cílem bylo zjistit, jaký je vliv vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) na kvalitu života žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí.

7.1 Metodika výzkumu

Pro naplnění cílů této diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Jako technika sběru dat byla použita dotazníková metoda. Na začátku výzkumu byla provedena důkladná rešerše dostupných relevantních zdrojů, která byla potřebná pro teoretickou část práce a dále pro správnost organizace výzkumu. Před samotným výzkumným šetřením byl v srpnu roku 2016 proveden předvýzkum. Standardizované dotazníky se sociodemografickými údaji byly rozdány 15 ženám, které dotazníky dle přiložených instrukcí vyplnily. Sledována byla srozumitelnost jednotlivých položek a mimo to byl předvýzkum zaměřen také na správnost pochopení přiložených instrukcí k vyplnění dotazníků. Vhodnost dotazníků byla dále konzultována s lékaři a porodními asistentkami na gynekologickém oddělení v Nemocnici ve Frýdku-Místku p. o. Na základě provedeného předvýzkumu a názorů zdravotníků byla k sociodemografickým údajům přidána otázka č. 7 „Vykonáváte pravidelně nějaký sport?“.

Potřebná data byla pro výzkum získána pomocí empirické metody sběru dat, a to za použití dvou standardizovaných dotazníků. Ženy, které trpěly močovou inkontinencí (intenzita obtíží 2 – středně, 3 – výrazně, 4 – nesnesitelně), vyplňovaly sociodemografické a doplňující údaje (příloha č. 1), standardizovaný Dotazník kvality života při močové inkontinenci *I-QoL – Urinary Incontinence Quality-of-life questionnaire* (příloha č. 2) a standardizovaný Dotazník kvality života – *The Menopause Rating Scale* (příloha č. 3). Ženy po menopauze, které močová inkontinence netrápí (intenzita obtíží 0 - žádné nebo 1 – mírné – inkontinence nebyla prokázána), vyplňovaly pouze standardizovaný Dotazník kvality života – *The Menopause Rating Scale* (příloha č. 3) a sociodemografické a doplňující údaje (příloha č. 1).

Samotné výzkumné šetření probíhalo se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče (příloha č. 4), primáře a vrchní sestry na gynekologickém oddělení v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p. o. v období od 17. října roku 2016 do konce února roku 2017. Dále výzkum probíhal se souhlasem vedoucího lékaře také v gynekologické ambulanci na Poliklinice ve Frýdku-Místku. Dotazníky ženy dostaly v tištěné formě, spolu s instrukcemi, jak dotazník vyplnit. Odpovědi byly anonymní a účast ve výzkumu dobrovolná. V případě potřeby vysvětlení instrukcí k vyplnění dotazníků byl ženám vždy k dispozici proškolený zdravotnický pracovník. Rozdáno bylo celkem 163 dotazníků, z tohoto počtu bylo pro statistické zpracování použito 149 dotazníků, zbylých 14 dotazníků bylo z výzkumného šetření vyloučeno během jejich zpracování, a to z důvodů jejich neúplnosti nebo nesprávnosti vyplnění.

7.1.1 Dotazník kvality života – *The Menopause Rating Scale (MRS)*

K měření kvality života žen po menopauze existuje velké množství nástrojů měření. Každý dotazník se však zaměřuje na rozdílné aspekty kvality života, což často vede k určitým nejasnostem interpretace této problematiky. Studie se od sebe navzájem mnohdy liší zkoumaným souborem, jak z pohledu demografického, tak i kulturního (Zöllner a kol., 2005).

Jako reakce na nedostatek standardizovaných dotazníků, které by měřily kvalitu života žen po menopauze, byl v roce 1990 vytvořen dotazník, jenž v této době zjišťoval závažnost příznaků stárnutí žen a jejich dopad na celkovou kvalitu života. Tento dotazník nebyl určen ženám, ale ošetřujícím lékařům, kteří tyto příznaky měli hodnotit. Zvolená metodika však nebyla příliš úspěšná, a tak byl dotazník rozdán přímo ženám. Po vyplnění 689 dotazníků německými ženami ve věku od 40 do 60 let byl dotazník upraven na konečnou verzi *The Menopause Rating Scale* a tento dotazník byl později také v Německu standardizován (Heinemann a kol., ©2004).

Na vytvoření a ověření dotazníku *The Menopause Rating Scale (MRS)* spolupracovalo mnoho světových institucí, jako je např. Organon v Německu, Infratest v Mnichově, Univerzita v Berlíně a také v tomtéž městě se nacházející centrum epidemiologie a zdravotního výzkumu. Po faktorové analýze a zjištění psychometrických vlastností dotazníku byl dotazník autory rozdělen na tři hlavní domény. Dotazník je nyní tvořen 11 otázkami, které se zaměřují na 11 konkrétních symptomů, 3 otázky jsou zaměřeny

na urogenitální doménu, 4 otázky na somato-vegetativní doménu a 4 otázky na doménu psychologickou (Heinemann a kol., ©2004, Moravcová a kol., ©2014).

Respondentka hodnotí intenzitu svých obtíží tak, jak je osobně vnímá na Likertově škále, kdy každý symptom může bodově ohodnotit od 0 až do 4 bodů. Žena hodnotí přítomnost a míru intenzity symptomů, které ji trápí „za poslední měsíc“. Pokud respondentka nemá žádné obtíže, zvolí hodnotu - 0, pokud jsou její obtíže mírné, pak škála nabízí hodnocení - 1, střední obtíže se hodnotí - 2, výrazná intenzita obtíží - 3 a nesnesitelné projevy potíží žena hodnotí - 4 body. Po sečtení všech odpovědí se celkové skóre může pohybovat od 0 (žádné problémy) až do 44 bodů (nejvyšší možné skóre problémů). Skóre se však počítá i pro každou doménu zvlášť, hodnota domény se vypočítá sečtením bodového ohodnocení intenzity níže uvedených symptomů. Mezi symptomy, které tvoří urogenitální doménu, patří sexuální potíže, močové obtíže a suchost pochvy. Tato doména tak může být hodnocena 0 body (žádné problémy) až 12 body (nejvyšší míra intenzity problémů). Mezi symptomy somato-vegetativní patří návaly horka/pocení, srdeční potíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Tato doména tak může být hodnocena 0 body (žádné problémy) až 16 body (nejvyšší míra intenzity problémů). Poslední psychologická doména je složena ze 4 symptomů, a to deprese, podrážděnosti, úzkosti a vyčerpání. Doména psychologická tak může být hodnocena stejně jako somato-vegetativní doména 0 body (žádné problémy) až 16 body (nejvyšší míra intenzity problémů). Z výše uvedeného vyplývá, že vyhodnocení je velmi jednoduché. Čím vyšší skóre respondentka uvedla, tím vnímá vyšší intenzitu působení daných problémů na její kvalitu života 0 (Heinemann a kol., ©2004).

Aktuálně je pro ženy v období menopauzy dotazník *The Menopause Rating Scale* jedním z nejčastěji užívaných standardizovaných nástrojů k hodnocení kvality jejich života. Německá verze dotazníku byla přeložena do anglického jazyka a tato verze slouží jako vzor pro vznik standardizovaných verzí dotazníků v jiných jazycích. V současné době je tento dotazník používán ve 25 standardizovaných jazykových verzích. Vytvoření českého znění specifického dotazníku *The Menopause Rating Scale* se intenzivně věnovala Moravcová. Cílem této autorky a jejího týmu bylo také ověřit psychometrické vlastnosti dotazníku, jeho validitu a reliabilitu. Nyní pracuje na začlenění tohoto dotazníku do každodenní praxe zdravotníků působících v menopauzální medicíně (Heinemann a kol., ©2004; Moravcová a kol., ©2014).

7.1.2 Dotazník kvality života žen při močové inkontinenci I-QOL

Pro splnění druhého cíle jsme si jako měřicí nástroj zvolili standardizovaný Dotazník kvality života při močové inkontinenci (*Quality of Life in persons with urinary incontinence I-QoL*). Tento dotazník byl publikován v roce 1996 v urologickém časopise Washingtonským urologickým pracovištěm. Do praxe v České republice byl po jeho úpravě a přeložení zaveden primářem gynekologicko – porodnického oddělení nemocnice Milosrdných bratří v Brně MUDr. Ivanem Huvarem, CSc. Sám pan primář apeluje na nutnost nalezení vhodných mechanismů pro měření kvality života. Zastává názor, že jen tak můžeme ovlivňovat kvalitu života naší stárnoucí populace. Důležité je také nepodceňovat subjektivitu hodnocení kvality života samotným pacientem, ale na druhou stranu je nutné tyto výsledky nepřeceňovat. Jako optimální uvádí kombinaci subjektivních a objektivních metod měření.

Dotazník kvality života žen při močové inkontinenci (I-QOL) tvoří 22 otázek, které ženy hodnotí dle míry intenzity jejich problémů. Ženy mají na výběr z 5 stupňů odpovědí, 1 – velmi, silně, vždy, 2 – poměrně dosti, značně, často, 3 – občas, mírně, někdy, poněkud, 4 – výjimečně, málokdy, jen málo 5 – ne, nikdy. Pro respondentky je tento dotazník dobře srozumitelný a vyplnění jim zabere pouze pár minut. Pro výzkumníky je výhodou lehce zjistitelný výsledek, který se vypočítá tak, že zjištěné výsledky se dosadí do jednoduchého vzorce: celkový součet bodů-22/88x100=X %. Výsledné číslo je procentuální vyjádření kvality života dotazované ženy. Tento výsledek je přesný a dává výzkumníkům jasnou představu o míře jejich problémů. Další výhodou je i možnost použití dotazníku před provedenou chirurgickou nebo fyzioterapeutickou léčbou a následné použití stejného dotazníku i po léčbě. Lze si tak lehce a rychle ověřit účinnosti léčby z pohledu pacientky.

I tento dotazník se dělí na tři domény, a to fyzickou, sociální a psychickou. Fyzická část dotazníku zahrnuje otázky č. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, 20, sociální část otázky č. 8, 12, 14, 18, 19 a část psychická obsahuje otázky č. 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22. Lze tak vypočítat i intenzitu problémů, které postihují určitou část (fyzickou, sociální a psychickou) kvality života (Huvár, 2003).

7.2 Zkoumaný soubor

Námi zkoumaný soubor tvořilo 149 žen, které anonymně a dobrovolně vyplnily dotazníky v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p. o. nebo v ambulanci obvodního gynekologa na Poliklinice ve Frýdku-Místku. Ženy, které se účastnily výzkumu, musely splňovat několik vstupních kritérií:

- souhlas s účastí na výzkumu (respondentky označily křížkem v dotazníku tuto možnost),
- věk žen od 40 do 70 let,
- ženy byly v období po menopauze (poslední menstruace min. před 1 rokem).

Samotný průběh a organizace výzkumu je již popsána výše, v kapitole metodika výzkumu.

7.3 Matematicko-statistická analýza dat

Statistická analýza byla provedena ve 30denní zkušební verzi programu *Statgraphics Centurion XVII*. Při statistickém testování byla uvažována standardní hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (5% nejistota). Pro ověření hypotéz diplomové práce byly použity níže uvedené statistické metody.

Analýza rozptylu

Analýza rozptylu (*Analysis of Variance – ANOVA*) je statistická metoda, která umožňuje ověřit, zda na hodnotu náhodné veličiny pro určitého jedince má vliv hodnota některého znaku, který se u jedince dá pozorovat. Standardní ANOVA je založena na předpokladu, že každý z výběrů pochází z populace s normálním rozdělením se stejnou směrodatnou odchylkou. Zajímá nás, zda střední hodnoty (průměry) skupin jsou všechny shodné, nebo zda se vzájemně liší (Hendl, 2014).

Párová regresní analýza

Jednoduchá lineární regrese je statistická metoda, která slouží k tomu, abychom získali předpis, pomocí kterého budeme schopni předpovědět hodnotu jedné proměnné ze znalosti hodnoty jiné proměnné, pokud mezi těmito dvěma proměnnými existuje příčinná souvislost (Hendl, 2014).

7.4 Rozsah platnosti a omezení studie

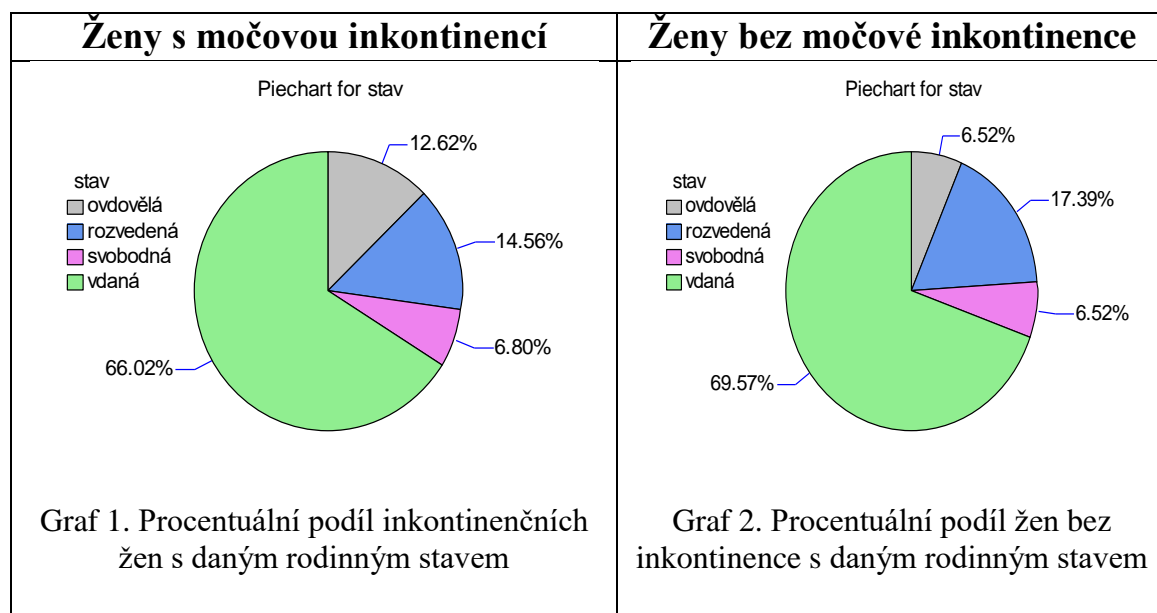
Vzhledem k počtu respondentů nelze výsledky tohoto výzkumného šetření zobecňovat na celou populaci. Získané výsledky tak můžeme vztahovat pouze na námi sledovaný soubor žen.

Dále bereme v potaz určitou subjektivnost hodnocení kvality života každé ženy. Objektivnost hodnocení kvality života ženy může být ovlivněna mnohými vnějšími i vnitřními faktory, jež na ženu působí. V nemocničním a ambulantním prostředí, ve kterém ženy dotazníky vyplňovaly, mohly ženy pociťovat určitou nepohodu, obavy a strach. Právě tyto uvedené problémy mohly aktuální hodnocení kvality jejich života ovlivnit.

8 VÝSLEDKY

8.1 Charakteristika souboru

U dotazovaných žen byl sledován jejich věk, rodinný stav, počet dětí, vzdělání a doba po menopauze. Výsledky jsou postupně uváděny v četnostních tabulkách a grafech zvlášť pro ženy trpící močovou inkontinencí a ženy netrpící močovou inkontinencí. Dotazováno bylo celkem 103 žen s močovou inkontinencí a 46 žen bez inkontinence. V následujících tabulkách a grafech jsou výsledky obou skupin zobrazeny vždy vedle sebe, pro možnost názorného srovnání.



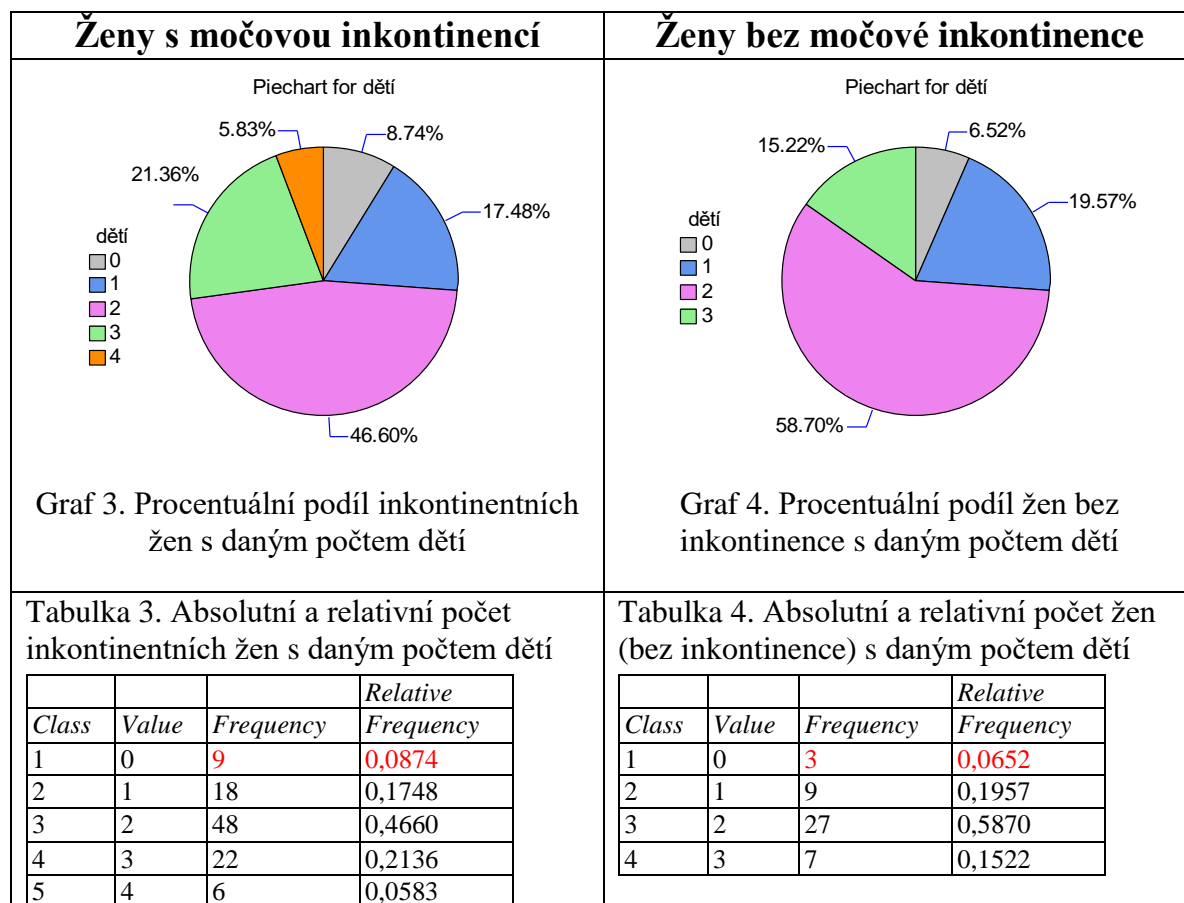
Tabulka 1. Absolutní a relativní počet žen s daným rodinným stavem – ženy s močovou inkontinencí

			Relative
Class	Value	Frequency	Frequency
1	Ovdovělá	13	0,1262
2	Rozvedená	15	0,1456
3	Svobodná	7	0,0680
4	Vdaná	68	0,6602

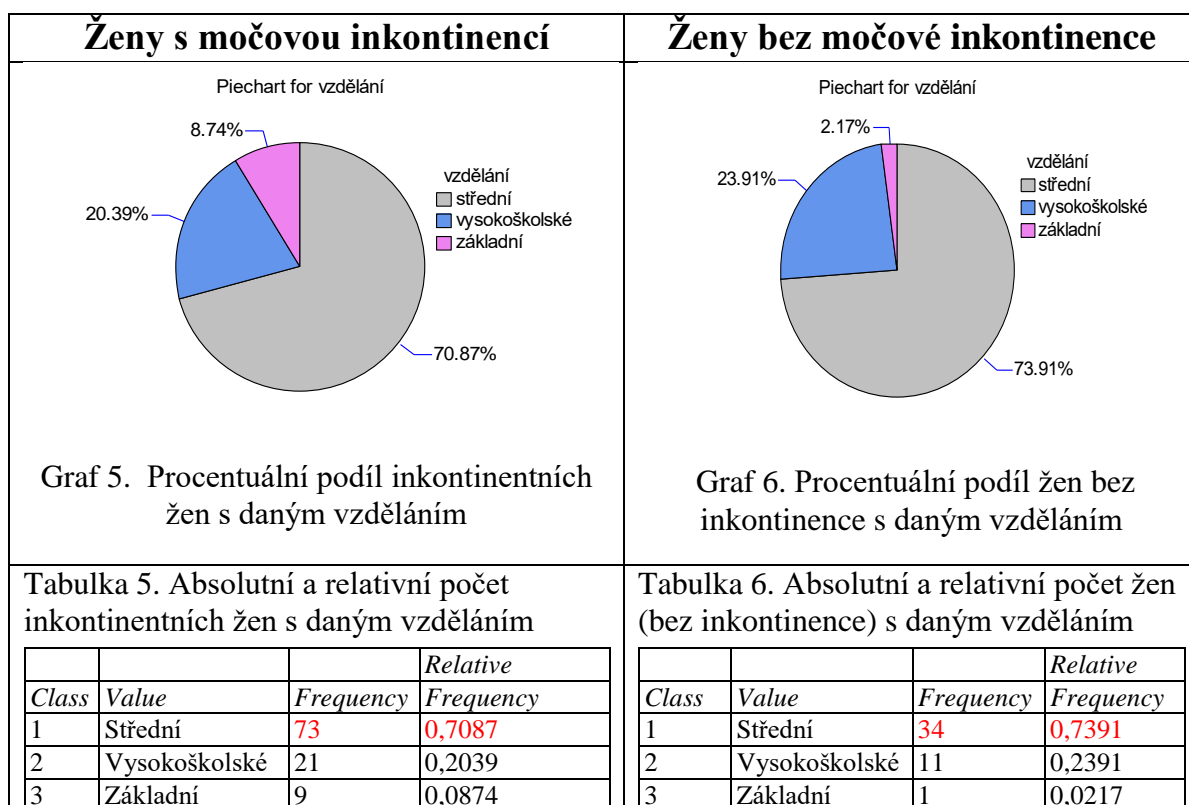
Tabulka 2. Absolutní a relativní počet žen s daným rodinným stavem – ženy bez močové inkontinence

			Relative
Class	Value	Frequency	Frequency
1	Ovdovělá	3	0,0652
2	Rozvedená	8	0,1739
3	Svobodná	3	0,0652
4	Vdaná	32	0,6957

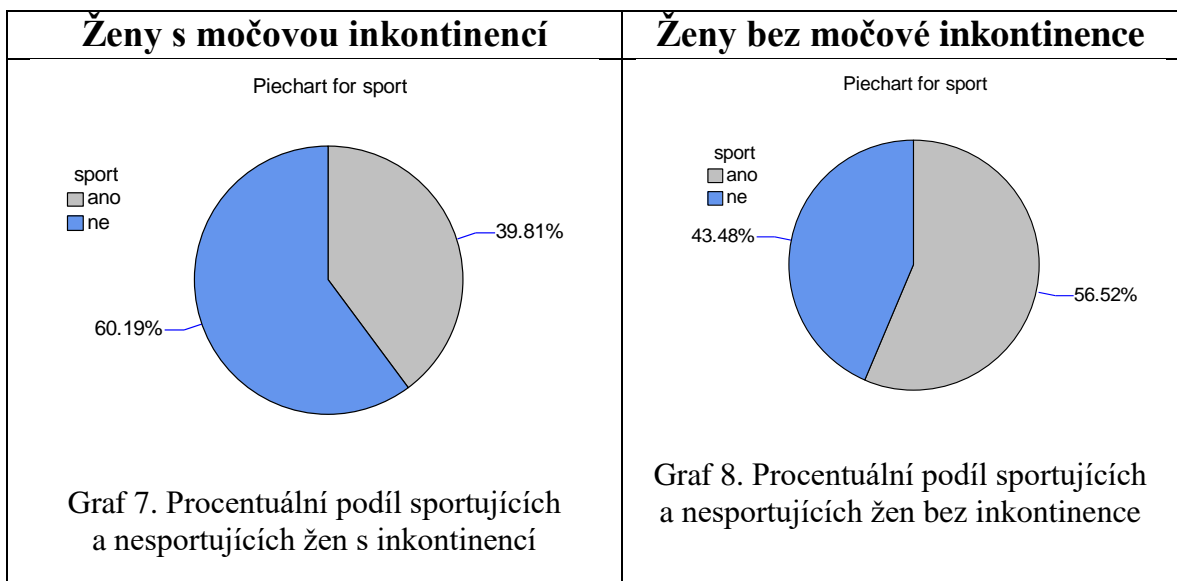
Z výše uvedených grafů a tabulek vyplývá, že v obou skupinách převažovaly vdané ženy (66 % u žen s inkontinencí a 69,6 % u žen bez inkontinence), rozvedené ženy byly zastoupeny (14,6 % a 17,4 %), svobodné (6,8 % a 6,5 %) a ovdovělé (12,6 % a 6,5 %).



Z výše uvedených grafů a tabulek vyplývá, že v obou skupinách převažovaly ženy se dvěma dětmi (46,6 % u žen s inkontinencí a 58,7 % u žen bez inkontinence), ženy s třemi dětmi zastoupeny (21,4 % a 15,2 %), ženy bez dětí (8,7 % a 6,5 %) a pouze v první skupině byly ženy se 4 dětmi (5,8 %).



Z výše uvedených grafů a tabulek vyplývá, že v obou skupinách jasně převažovaly ženy se středoškolským vzděláním (70,9 % u žen s inkontinencí a 73,9 % u žen bez inkontinence), dále ženy s vysokoškolským vzděláním zastoupeny (20,4 % a 23,9 %) a se základním vzděláním (8,7 % a 2,2 %).



Tabulka 7. Absolutní a relativní počet sportujících a nespportujících inkontinentních žen				Tabulka 8. Absolutní a relativní počet sportujících a nespportujících žen bez inkontinence			
			<i>Relative</i>				<i>Relative</i>
<i>Class</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>	<i>Class</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Frequency</i>
1	Ano	41	0,3981	1	Ano	26	0,5652
2	Ne	62	0,6019	2	Ne	20	0,4348

Z výše uvedených grafů a tabulek vyplývá, že zatímco u žen bez inkontinence převažovaly sportující ženy (56,5 %), u žen s inkontinencí mírně převažovaly nespportující ženy (60,2 %).

Ženy s močovou inkontinencí	Ženy bez močové inkontinence																								
<p>Tabulka 9. Základní statistiky – věk žen s inkontinencí</p> <table border="1"> <tr><td>Count</td><td>103</td></tr> <tr><td>Average</td><td>56,1165</td></tr> <tr><td>Median</td><td>55,0</td></tr> <tr><td>Standard deviation</td><td>7,06039</td></tr> <tr><td>Minimum</td><td>43,0</td></tr> <tr><td>Maximum</td><td>70,0</td></tr> </table>	Count	103	Average	56,1165	Median	55,0	Standard deviation	7,06039	Minimum	43,0	Maximum	70,0	<p>Tabulka 10. Základní statistiky – věk žen bez inkontinence</p> <table border="1"> <tr><td>Count</td><td>46</td></tr> <tr><td>Average</td><td>51,7391</td></tr> <tr><td>Median</td><td>52,0</td></tr> <tr><td>Standard deviation</td><td>3,61131</td></tr> <tr><td>Minimum</td><td>45,0</td></tr> <tr><td>Maximum</td><td>59,0</td></tr> </table>	Count	46	Average	51,7391	Median	52,0	Standard deviation	3,61131	Minimum	45,0	Maximum	59,0
Count	103																								
Average	56,1165																								
Median	55,0																								
Standard deviation	7,06039																								
Minimum	43,0																								
Maximum	70,0																								
Count	46																								
Average	51,7391																								
Median	52,0																								
Standard deviation	3,61131																								
Minimum	45,0																								
Maximum	59,0																								

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že průměrný věk u žen s inkontinencí je mírně vyšší (56,1 let) než u žen bez inkontinence (51,7 let).

Ženy s močovou inkontinencí		Ženy bez močové inkontinence	
Tabulka 11. Základní statistiky – menopauza žen s inkontinencí		Tabulka 12. Základní statistiky – menopauza žen bez inkontinence	
Count	103	Count	46
Average	64,1456	Average	31,5435
Median	48,0	Median	27,0
Standard deviation	43,9178	Standard deviation	16,9518
Minimum	6,0	Minimum	12,0
Maximum	216,0	Maximum	60,0

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že průměrný počet měsíců po menopauze je u žen s inkontinencí cca 2x vyšší (64,1 měsíců) než u žen bez inkontinence (31,5 měsíců).

8.2 Testování hypotéz

Testování hypotéz cíle č. 1

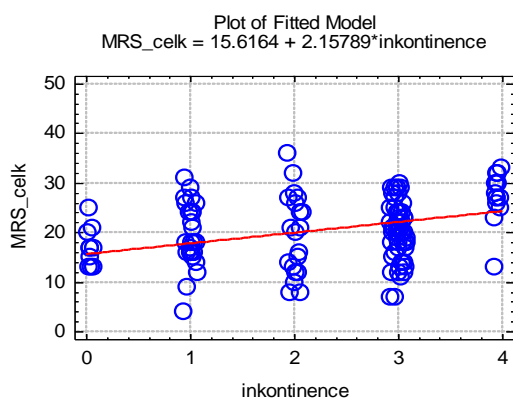
Hlavním úkolem v rámci prvního cíle bylo zhodnotit vliv stupně močové inkontinence na hodnoty psychologické, somato-vegetativní a urogenitální oblasti kvality života žen po menopauze. Pro naplnění prvního cíle byly stanoveny 4 hypotézy. Při ověřování hypotéz prvního cíle jsme vycházeli z dat získaných pomocí Dotazníku kvality života – *The Menopause Rating Scale (MRS)*.

Testování hypotézy č. 1

Byla testována následující hypotéza:

H1: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje celkovou kvalitu jejich života.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí párové regrese s výsledky uvedenými na Graf 9 a v Tabulka 13:



Graf 9. Párová regrese (inkontinence – MRS_celk)

Tabulka 13. Základní charakteristiky regrese (inkontinence – MRS_celk)

P-Value = 0,0000

R-Squared = 16,0375 percent

Výsledná p-hodnota provedené párové regrese (0,00) je menší než uvažovaná hladina významnosti (0,05), hypotéza č. 1 se potvrzuje, existuje (přibližně lineární) závislost mezi stupněm močové inkontinence a kvalitou života (vyjádřenou indexem MRS_celk).

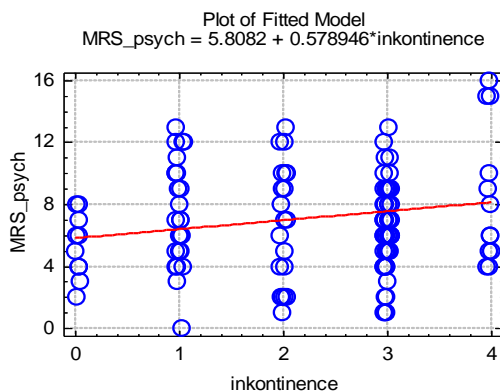
Závěr testování: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze **snižuje** celkovou kvalitu jejich života.

Testování hypotézy č. 2

Byla testována následující hypotéza:

H2: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v psychologické oblasti.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí párové regrese s výsledky uvedenými v Tabulka 14 a na Graf 10:



Tabulka 14. Základní charakteristiky regrese (inkontinence – MRS_psych)

P-Value = 0,0049

R-Squared = 5,25132

Graf 10. Párová regrese (inkontinence – MRS_psych)

Výsledná p-hodnota provedené párové regrese (0,0049) je menší než uvažovaná hladina významnosti (0,05), hypotéza č. 2 se potvrzuje, existuje (přibližně lineární) závislost mezi stupněm močové inkontinence a kvalitou života v psychologické oblasti (vyjádřenou indexem MRS_psych).

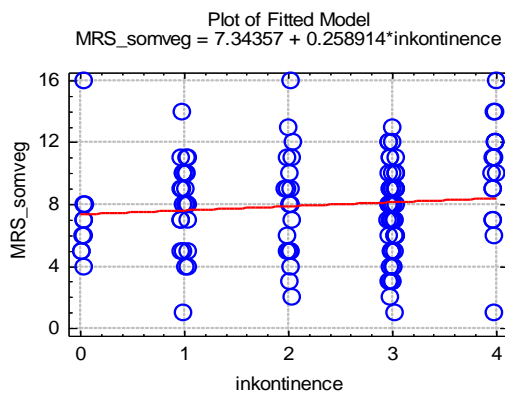
Závěr testování: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze **snižuje** kvalitu jejich života v psychologické oblasti.

Testování hypotézy č. 3

Byla testována následující hypotéza:

H3: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v somato-vegetativní oblasti.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí párové regrese s výsledky uvedenými v Tabulka 15 a na grafu 11:



Tabulka 15. Základní charakteristiky regrese (inkontinence – somveg)

P-Value = 0,1784
R-Squared = 1,22835 percent

Graf 11. Párová regrese (inkontinence – MRS_somveg)

Výsledná p-hodnota provedené párové regrese (0,1784) je větší než uvažovaná hladina významnosti (0,05), hypotéza č. 3 se zamítá, neexistuje závislost mezi stupněm močové inkontinence a kvalitou života v somato-vegetativní oblasti (vyjádřenou indexem MRS_somveg).

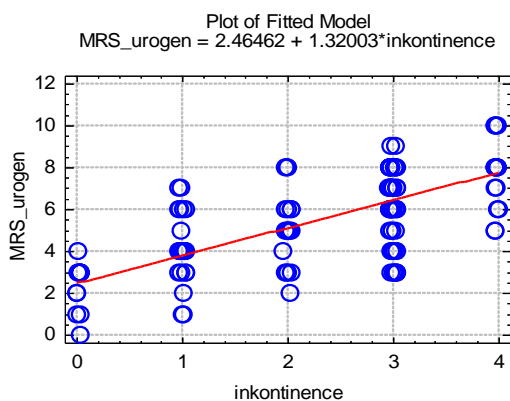
Závěr testování: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze **nemá** vliv na kvalitu jejich života v somato-vegetativní oblasti.

Testování hypotézy č. 4

Byla testována následující hypotéza:

H4: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v urogenitální oblasti.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí párové regrese s výsledky uvedenými v níže uvedeném grafu 12 a tabulce 16:



Tabulka 16. Základní charakteristiky regrese (inkontinence – MRS_urogen)

P-Value = 0,0000
R-Squared = 54,2013

Graf 12. Párová regrese (inkontinence – MRS_urogen)

Výsledná p-hodnota provedené párové regrese (0,0000) je menší než uvažovaná hladina významnosti (0,05), hypotéza č. 4 se potvrzuje, existuje (celkem evidentní) závislost mezi stupněm močové inkontinence a kvalitou života v urogenitální oblasti (vyjádřenou indexem MRS_urogen).

Závěr testování: Stupeň močové inkontinence u žen po menopauze **snižuje** kvalitu jejich života v urogenitální oblasti.

Testování hypotéz cíle č. 2

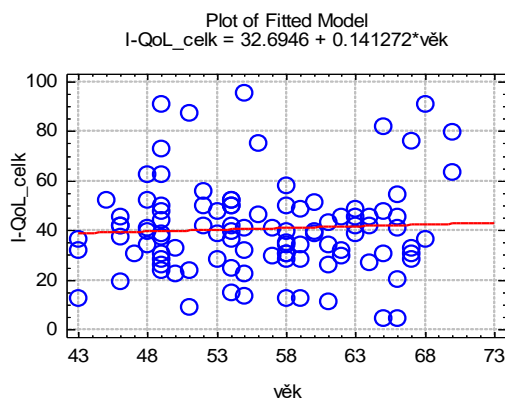
Hlavním úkolem v rámci druhého cíle bylo zjistit, jaký je vliv vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) na kvalitu života žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí. Při ověřování hypotéz prvního cíle jsme vycházeli z dat získaných pomocí Dotazníku kvality života při močové inkontinenci (I-QoL).

Testování hypotézy č. 1

Byla testována následující hypotéza:

H1: Věk žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, má vliv na jejich hodnocení kvality života.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí párové regrese s výsledky uvedenými v níže uvedeném grafu a tabulce:



Graf 13. Párová regrese (věk – I-QoL_celk)

Tabulka 17. Základní charakteristiky regrese (věk – I-QoL_celk)

P-Value = 0,5840
R-Squared = 0,297809 percent

Výsledná p-hodnota provedené párové regrese (0,5840) je větší než uvažovaná hladina významnosti (0,05). Hypotéza č. 1 se zamítá, neexistuje závislost mezi věkem žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí a jejich hodnocením kvality života.

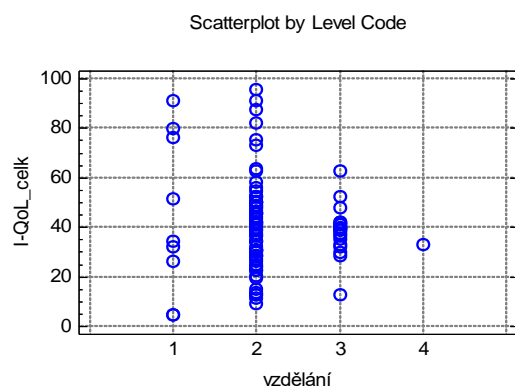
Závěr testování: Věk žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, **nemá** vliv na jejich hodnocení kvality života.

Testování hypotézy č. 2

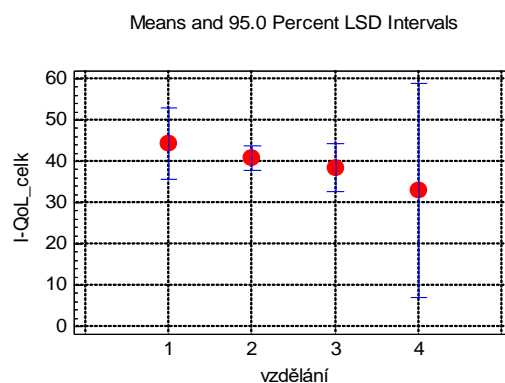
Byla testována následující hypotéza:

H2: Stupeň vzdělání žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, má vliv na jejich hodnocení kvality života.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí analýzy rozptylu s výsledky uvedenými v níže uvedeném grafu a tabulce:



Graf 14. Bodový graf (I-QoL_celk – vzdělání)



Graf 15. Průměry (I-QoL_celk – vzdělání)

Tabulka 18. Základní statistiky (I-QoL_celk – vzdělání)

Vzdělání	Count	Average	Median	Standard deviation	Minimum	Maximum
1	9	44,3211	34,09	32,0654	4,55	90,91
2	73	40,8621	40,91	18,1536	9,09	95,45
3	20	38,4665	39,205	9,84643	12,5	62,5
4	1	32,95	32,95		32,95	32,95
Total	103	40,6223	39,77	18,2775	4,55	95,45

p-value: 0,8450

Výsledná p-hodnota provedené analýzy rozptylu (0,8450) je větší než uvažovaná hladina významnosti (0,05). Hypotéza č. 2 se zamítá, neexistuje souvislost mezi vzděláním žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí a jejich hodnocením kvality života.

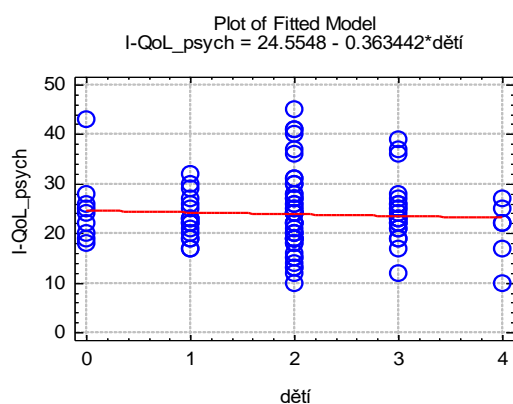
Závěr testování: Stupeň vzdělání žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, **nemá** vliv na jejich hodnocení kvality života.

Testování hypotézy č. 3

Byla testována následující hypotéza:

H3: Počet dětí žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, ovlivňuje jejich hodnocení kvality života v psychické doméně.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí párové regrese s výsledky uvedenými v níže uvedeném grafu a tabulce:



Graf 16. Párová regrese (inkontinence – I-QoL_psych)

Tabulka 19. Základní charakteristiky regrese ((inkontinence – I-QoL_psych)

P-Value = 0,6027
R-Squared = 0,269237 percent

Výsledná p-hodnota provedené párové regrese (0,6027) je větší než uvažovaná hladina významnosti (0,05). Hypotéza č. 3 se zamítá, neexistuje závislost mezi počtem dětí u žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí a jejich hodnocením kvality života v psychické doméně.

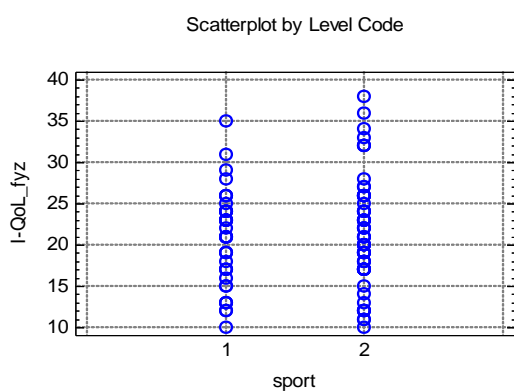
Závěr testování: Počet dětí žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, **neovlivňuje** jejich hodnocení kvality života v psychické doméně.

Testování hypotézy č. 4

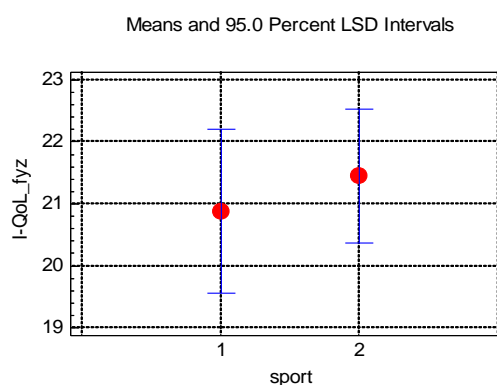
Byla testována následující hypotéza:

H4: Pravidelné sportování žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, ovlivňuje jejich hodnocení kvality života ve fyzické doméně.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí analýzy rozptylu s výsledky uvedenými v níže uvedených grafech a tabulce:



Graf 17. Bodový graf (I-QoL_fyz – sport)



Graf 18. Průměry (I-QoL_fyz – sport)

Tabulka 20. Základní statistiky (I-QoL_fyz – sport)

Sport	Count	Average	Median	Standard deviation	Minimum	Maximum
1	41	20,878	21,0	5,50089	10,0	35,0
2	62	21,4516	21,0	6,37793	10,0	38,0
Total	103	21,2233	21,0	6,02272	10,0	38,0

p-value: 0,6384

Výsledná p-hodnota provedené analýzy rozptylu (0,6384) je větší než uvažovaná hladina významnosti (0,05). Hypotéza č. 4 se zamítá, neexistuje souvislost mezi pravidelným sportováním u žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí a jejich hodnocením kvality života ve fyzické doméně.

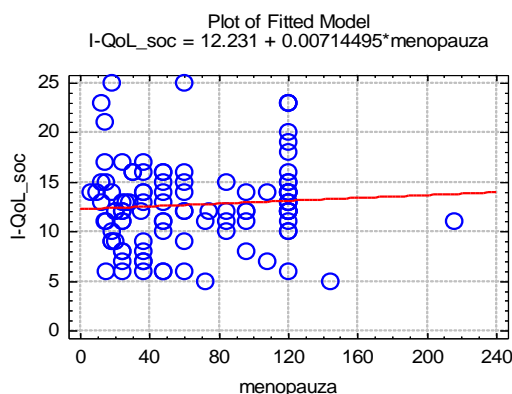
Závěr testování: Pravidelné sportování žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, **neovlivňuje** jejich hodnocení kvality života ve fyzické doméně.

Testování hypotézy č. 5

Byla testována následující hypotéza:

H5: Délka období od poslední menstruace ženy ovlivňuje hodnocení kvality života žen trpících močovou inkontinencí v sociální doméně.

Platnost této hypotézy byla ověřena pomocí párové regrese s výsledky uvedenými v níže uvedeném grafu a tabulce:



Tabulka 21. Základní charakteristiky regrese (menopauza – I-QoL_soc)

P-Value = 0,4660
R-Squared = 0,527472 percent

Graf 19. Párová regrese (menopauza – I-QoL_soc)

Výsledná p-hodnota provedené párové regrese (0,4660) je větší než uvažovaná hladina významnosti (0,05). Hypotéza č. 5 se zamítá, neexistuje závislost mezi délkou období od poslední menstruace ženy a hodnocením kvality života v sociální doméně u žen trpících močovou inkontinencí.

Závěr testování: Délka období od poslední menstruace ženy **neovlivňuje** hodnocení kvality života žen trpících močovou inkontinencí v sociální doméně.

9 DISKUSE

Inkontinence moči u žen je problematikou velice složitou a závažnou. Jedná se o problém, který je spojený s celou řadou jak funkčních, tak i strukturálních změn. Výhodou pro ženy, které trpí močovou inkontinencí je, že se již v dnešní době dá tento problém léčit. Bezpochyby je však močová inkontinence úzce spojená s kvalitou života, kdy dlouhodobé neřešení tohoto problému může vést až k duševní a tělesné invalidizaci (Sochorová, Vránová, 2008).

V empirické části této diplomové práce byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zhodnotit vliv stupně močové inkontinence na hodnoty psychologické, somato – vegetativní a urogenitální oblasti kvality života žen po menopauze. Druhým cílem bylo zjistit, jaký je vliv vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) na kvalitu života žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí. Výzkumné šetření s pomocí dvou standardizovaných dotazníků, a to standardizovaného Dotazníku kvality života – *The Menopause Rating Scale (MRS)* a standardizovaného Dotazníku kvality života při močové inkontinenci (*I-QOL*) probíhalo v Nemocnici ve Frýdku-Místku p. o. a na Poliklinice ve Frýdku-Místku. Výzkumného šetření se zúčastnilo 149 žen. Výsledky tohoto výzkumu byly porovnány s vybranými výsledky ostatních výzkumů souvisejících s daným tématem, včetně zahraničních studií.

První formulovanou hypotézou v rámci prvního cíle jsme ověřovali, zda stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje celkovou kvalitu jejich života. Tato hypotéza byla testováním přijata a bylo tak potvrzeno, že **stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje celkovou kvalitu jejich života**. Konkrétní studii, která měřila vliv stupně močové inkontinence na kvalitu života provedl Švihra a kol. (2001). Tento výzkum potvrdil pokles kvality života ženy v závislosti na stupni močové inkontinence, kterou dotazovaná žena trpěla. Vliv stupně inkontinence je rovněž patrný z výzkumů, které měřily kvalitu života před chirurgickým zákrokem, kdy žena trpěla močovou inkontinencí, a následně po operaci, kdy byla žena úniku moči úplně zbavená nebo se její stav, a tedy i stupeň inkontinence, výrazně zlepšil. V naší práci jsme data pro ověření této hypotézy získávali pomocí standardizovaného dotazníku Dotazníku kvality života – *The Menopause Rating Scale (MRS)*. Vrublová a Holisová (2011) v jejich studii s použitím Dotazníku kvality života žen při močové inkontinenci *I-QOL* zjistily, že průměrná kvalita života žen před operací močové inkontinence činí 49 % a po operaci se

tato hodnota zvyšuje na průměrných 77,5 %. Faktem však je, že ani v této studii nebyl zjišťován výchozí stupeň močové inkontinence; výsledky však ukazují, že vztah zlepšení stavu úniku moči koresponduje se zlepšením kvality života. Zvýšení kvality života žen zaznamenala také Drahodárová a kol. (2011) ve výzkumu, kterého se účastnilo 215 žen. Respondentky podstoupily různé typy operací úniku moči a po všech operacích bylo zřejmé zvýšení kvality jejich života.

Druhou formulovanou hypotézou v rámci prvního cíle jsme ověřovali, zda stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v psychologické oblasti. Tato hypotéza byla testováním ověřena a bylo potvrzeno, že **stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v psychologické oblasti**. Nejintenzivněji ovlivnění kvality života v psychologické oblasti vnímají respondentky z výzkumu, který prováděly Hudáková a Kamenišťáková (2010). Tento výzkum zjišťoval vliv stresové močové inkontinence na kvalitu života žen, a právě psychologickou oblast ženy vnímaly jako nejvíce zasaženou. Z 62 dotazovaných žen se jich 43 % těší méně ze života, 57 % se cítilo depresivně, 58 % se cítilo méněcenně.

Třetí stanovenou hypotézou v rámci prvního cíle jsme ověřovali, zda stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v somato-vegetativní oblasti. Tato hypotéza byla testováním zamítnuta a bylo zjištěno, že **stupeň močové inkontinence u žen po menopauze nemá vliv na kvalitu jejich života v somato-vegetativní oblasti**. Tento závěr nám potvrdil, že močová inkontinence je problematikou složitou a mnohdy nemá žádnou souvislost s ostatními zdravotními problémy žen nebo je tato souvislost velmi těžce zjištělná. Inkontinence moči však způsobuje ženám fyzické, psychosociální a ekonomické následky, které dle Sochorové a Vránové (2008) mohou různou mírou ovlivnit kvalitu života žen. Autorky zařadily do jejich výzkumů 93 žen ve věku od 20 let. Z jejich výzkumů vyplynulo, že přímým fyzickým následkem úniku moči mohou být podráždění intimních míst, opruzeniny až dekubity. Ženy i z těchto důvodů často omezují své tělesné aktivity. Nepřímými fyzickými následky mohou být alergické reakce a nežádoucí účinky medikamentózní léčby. Studie Tsai a Liu (2009) potvrdila vyšší výskyt močové inkontinence u žen, které trpí také osteoporózou, vředy a problémy se srdcem. Jako významný rizikový faktor pro vznik inkontinence moči se ukázalo také období menopauzy.

Čtvrtou formulovanou hypotézou v rámci prvního cíle jsme ověřovali, zda stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v urogenitální oblasti. Tato hypotéza byla testováním ověřena a bylo potvrzeno, že **stupeň močové inkontinence**

u žen po menopauze snižuje kvalitu jejich života v urogenitální oblasti. Tento výsledek nás nepřekvapil a pouze nám potvrdil, že ženy vnímají únik moči jako negativní faktor působící na kvalitu života. Z výsledku je patrné, že čím vyšším stupněm inkontinence žena trpí, tím nižší je kvalita života v urogenitální oblasti.

První stanovenou hypotézou v rámci druhého cíle jsme ověřovali, zda věk žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, má vliv na jejich hodnocení kvality života. Tato hypotéza byla zamítnuta a bylo tak zjištěno, že **věk žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, nemá vliv na jejich hodnocení kvality života.** Dle Horčíčka (2009) je o vlivu věku na vnímání závažnosti močové inkontinence obecně malé povědomí. Roli v hodnocení kvality života může hrát informovanost o řešení močové inkontinence, která je u mladších žen na výrazně lepší úrovni než u žen starších. Gjorp a kol. (1987) ve svém výzkumu, kterého se zúčastnilo 79 žen, zjistili, že starší ženy považují močovou inkontinenci za normální projev stáří a o svých problémech tak často mlčí a neřeší je. Dle Vrublové a Holisové (2011) je problematika močové inkontinence složitá, protože tento problém neohrožuje život, ale výrazně snižuje kvalitu života ženy. V dnešní době zbytečně trpící pacientky umí svůj problém často velmi dobře skrývat nebo se rovnou vyhýbají společenským akcím. O problému, kterým trpí, tak nemusí vědět ani jejich nejbližší příbuzní.

Druhou stanovenou hypotézou v rámci druhého cíle jsme ověřovali, zda stupeň vzdělání žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, má vliv na jejich hodnocení kvality života. Tato hypotéza byla zamítnuta a bylo tak zjištěno, že **stupeň vzdělání žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, nemá vliv na jejich hodnocení kvality života.** Tento výsledek nás překvapil, jelikož jsme očekávali, že ženy trpící močovou inkontinencí s vyšším vzděláním budou mít dostatek informací o možnosti řešení tohoto problému a informovanost, a tedy i naděje ke zlepšení jejich stavu, tak bude mít pozitivní vliv na jejich hodnocení kvality života. Hodnocení kvality života žen s močovou inkontinencí však pravděpodobně více ovlivňují sociální tlak a kulturní předpoklady. Ve vyspělých zemích je zájem o řešení problematiky močové inkontinence na mnohem vyšší úrovni než v zemích rozvojových, kde se tento problém téměř neřeší a ženy žijících v těchto místech předpokládají, že únik moči ve stáří je zcela normální a nepovažují tak močovou inkontinenci za problém, který by ovlivňoval jejich hodnocení kvality života. Pokud bychom výzkum prováděli v různých zemích světa, tak bychom pravděpodobně došli k výsledku, že kvalitu života žen z vyspělých států, které mají vyšší vzdělání, ovlivňuje inkontinence více než ženy z rozvojových zemí, které mají nižší vzdělání a úniku moči nevěnují tak velkou

pozornost. Vzhledem ke všem odlišnostem těchto skupin však toto srovnání odborníci nedoporučují (Horčíčka, 2009; Heineman a kol., 2004). Vliv vzdělání žen v období po menopauze na celkovou spokojenost a kvalitu života obecně řešili ve své studii Jandásková a kol. (2009). Studie se účastnilo 186 žen ve věku od 50 do 75 let. Pomocí dotazníku kvality života SQUALA však neprokázali ani u této skupiny vliv vzdělání na celkovou spokojenost a kvalitu života žen po menopauze.

Třetí stanovenou hypotézou v rámci druhého cíle jsme ověřovali, zda počet dětí žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, ovlivňuje jejich hodnocení kvality života v psychické doméně. Tato hypotéza byla zamítnuta a bylo tak zjištěno, že **počet dětí žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, neovlivňuje jejich hodnocení kvality života v psychické doméně**. Autoři jiných studií se zabývají v této souvislosti otázkou vlivu těhotenství, typu porodu a také nástřihu na močovou inkontinenci. Zkoumají vliv těchto faktorů na únik moči nejen v období po porodu, ale také ve stáří. Autoři Foldspang a kol. (2004) zjistili, že přítomnost inkontinence moči u žen v průběhu těhotenství zvyšuje riziko výskytu inkontinence u těchto žen v budoucnosti. Na vlivu ostatních faktorů (hmotnost plodu, obvod hlavičky plodu nebo délka trvání druhé doby porodní) na močovou inkontinenci ve stáří se zatím autoři neshodli.

Čtvrtou formulovanou hypotézou v rámci druhého cíle jsme ověřovali, zda pravidelné sportování žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, ovlivňuje jejich hodnocení kvality života ve fyzické doméně. Tato hypotéza byla zamítnuta a bylo tak zjištěno, že **pravidelné sportování žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí, neovlivňuje jejich hodnocení kvality života ve fyzické doméně**. Z odpovědí žen na otázku týkající se pravidelného sportování nemůžeme zjistit, o jaký typ sportu se jednalo. Některé sporty jsou při úniku moči nevhodné, mohou být i rizikovým faktorem pro vznik úniku moči, a to za předpokladu, že při něm dochází k vzestupu intraabdominálního tlaku. Tento rizikový faktor uvádí Romančík (2009), který se věnuje diagnostice a léčbě inkontinence na Slovensku. Vrublová a Holisová (2011) ve svém výzkumu, který probíhal v urogynekologických ambulancích v Ostravě, zjistily, že u žen s pocitem dobrého zdraví se úměrně snižuje péče o jejich zdraví. V tomto výzkumu se jednalo především o posilování svalů pánevního dna. Z 58 žen ve věku od 48 do 66 let posilovalo před chirurgickým řešením úniku moči 42,9 % žen, po operaci se už však jednalo jen o 26,1 % žen. Autorky výzkumu apelují na roli zdravotníků, především porodních asistentek, které mají kompetence k tomu, aby ženám doporučovaly preventivní posilování svalů pánevního dna. Pozice porodních

asistentek je velmi přívětivá pro možnost motivace žen ke cvičení a zdravému životnímu stylu. Výhodou porodních asistentek je jejich příležitost edukovat ženy o této problematice již v těhotenství. Výrazně tak ovlivňují informovanost mladých žen v oblasti úniku moči. Na vysokou účinnost posilování a cílenou relaxaci svalů pánevního dna upozorňuje i Otčenášek (2006), který uvádí snížení incidence úniku moče díky správnému cvičení až o 80 %.

Pátou námi stanovenou hypotézou v rámci druhého cíle jsme ověřovali, zda délka období od poslední menstruace ženy ovlivňuje hodnocení kvality života žen trpících močovou inkontinencí v sociální doméně. Tato hypotéza byla zamítnuta a bylo tak zjištěno, že **délka období od poslední menstruace ženy neovlivňuje hodnocení kvality života žen trpících močovou inkontinencí v sociální doméně**. Romžová a kol. (2010) však upozorňují na přímý důsledek močové inkontinence u žen, kdy tento problém zásadně ovlivňuje život pacientky a negativně působí na její hodnocení kvality života. Často dochází také ke ztrátě společenské role ženy, která může vyústit až k vytváření její izolace ve společnosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že v rámci druhého cíle nebyla žádná námi formulovaná hypotéza přijata. Mezi námi vybranými faktory a hodnocením kvality života žen trpících močovou inkontinencí tak není statisticky významná závislost. Tento výsledek výzkumného šetření poměrně jasně akcentuje složitost problematiky močové inkontinence.

S ohledem na výsledky našeho výzkumného šetření lze formulovat některá doporučení pro praxi. Z námi zjištěných výsledků vyplývá, že je nutné zohledňovat individualitu každé ženy trpící únikem moči. Zdravotničtí pracovníci by měli ke každé pacientce přistupovat s vědomím její vlastní originality a respektovat všechna její rozhodnutí.

Ženy je vhodné informovat o problematice úniku moči v jejich nejranějším věku. Edukaci o této problematice je žádoucí zařadit již v předporodních kurzech a následně též po porodu na oddělení šestinedělí, kde by se žena měla s pomocí zdravotníků naučit aktivovat a také uvolňovat svaly pánevního dna. Technika porodu by měla být vždy co nejšetrnější k tělu rodičky, rutinní nástřih hráze je dnes již v porodnictví tabu. Dostatečné a správné informace by měli umět poskytnout nejen pracovníci gynekologických pracovišť, ale také všeobecní lékaři. Velký význam v praxi má, když jsou o problematice úniku moči vzdělaní i ošetřovatelé, kteří mají často možnost upozornit na tento problém pacienta jeho ošetřujícího lékaře. Ošetřovatel tak může pomoci v případě, kdy únik moči žena před lékařem tají.

Jistý význam má i zařazení problematiky močové inkontinence do vyučovacího procesu na středních školách. Jako vhodnou vyučovací metodu může učitel využít práci s kazuistikami, kdy může žáky motivovat příběh jiné ženy k vlastnímu zdravému životnímu stylu. Cílem této metody také je, aby žák na své okolí působil v této oblasti preventivně. Význam má i zařazení přednášky týkající se úniku moči do programů klubů důchodců a také na univerzitách 3. věku.

Ženy by měly být profesionály podporovány vždy nenásilnou formou, jejich názory musí být respektovány, ale nutné je zároveň také ženy motivovat k prevenci a případnému řešení problémů s únikem moči. Všechny ženy by měly mít dostatek informací a kontaktů na pracoviště, kde můžou vyhledat pomoc.

Souhlasíme s názorem Horčičky (2009), který v závěru svého výzkumu uvádí, že nejvyšší zlepšení v léčbě pravděpodobně může přinést zaměření se v praxi na inkontinentní ženy se špatnou kvalitou života a odstranění problémů v organizaci péči o ženy trpící močovou inkontinencí.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou kvality života žen po menopauze s močovou inkontinencí. V praktické části naší práce jsme v rámci prvního cíle hodnotili vliv stupně močové inkontinence na hodnoty psychologické, somato-vegetativní a urogenitální oblasti kvality života žen po menopauze. Naším druhým stanoveným cílem bylo zjistit, jaký je vliv vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) na kvalitu života žen po menopauze, které trpí močovou inkontinencí.

Z průzkumného šetření na gynekologickém oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku p. o. a v gynekologických ambulancích na Poliklinice ve Frýdku-Místku vyplynulo, že stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje celkovou kvalitu jejich života. Negativní vliv mezi stupněm močové inkontinence u žen po menopauze a hodnocením kvality jejich života byl prokázán v psychologické a urogenitální oblasti kvality života. Naopak vliv stupně močové inkontinence u žen po menopauze na kvalitu života v oblasti somato-vegetativní nebyl prokázán. Z vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) nemá žádný faktor vliv na kvalitu života žen, které trpí močovou inkontinencí. Z výsledků je patrné, že první i druhý cíl diplomové práce byl splněn.

Výsledky našeho výzkumu mohou být užitečné pro lékaře, porodní asistentky a ostatní zdravotnické pracovníky, kteří v praxi pečují o ženy. Právě tyto osoby by měly věnovat problematice úniku moči žen zvýšenou pozornost a snažit se ženám zajistit dostatek informací a kvalitní péče. Teoretická i praktická část této práce může být dobrou inspirací pro vyučování pedagogům. Studentům zdravotnických oborů doporučujeme tuto práci jako vhodnou doplňkovou studijní oporu.

K hodnocení kvality života žen menopauze s močovou inkontinencí doporučujeme standardizovaný Dotazník kvality života při močové inkontinenci (*I-QoL*) doplněný o sociodemografické faktory. Tento dotazník jsme použili i my pro náš výzkum a oceňujeme především jednoduchost a rychlost zjištění výsledků.

Závěrem lze konstatovat, že v českých nemocnicích a ambulancích neexistuje jednotný měřicí nástroj, který by se běžně používal k hodnocení kvality života žen, které trpí únikem moči. Ze vzrůstajícího počtu literatury, odborných, ale i laických článků zabývajících se močovou inkontinencí, je patrné, že se jedná o aktuální problém, který si žádá multidisciplinární přístup. Vzhledem ke stárnutí populace můžeme v nadcházejících letech v ambulancích očekávat nárůst pacientek po menopauze, jenž trpí močovou

inkontinencí. Zvýšení počtu pacientek se očekává i z důvodu zlepšení informovanosti žen v oblasti řešení úniku moči.

Snahou celé společnosti je zvyšovat kvalitu života populace a naším přáním je, aby tato diplomová práce alespoň malým dílem přispěla ke komplexnějšímu pochopení problémů žen po menopauze a rovněž k větší toleranci všech žen nacházejících se v tomto nelehkém životním období.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života žen po menopauze, jenž trpí močovou inkontinencí. První kapitola teoretické části pojednává o problematice kvality života, popisuje její vývoj, dimenze kvality života v ošetrovatelství a měřící nástroje. Druhá kapitola teoretické části se zabývá obdobím menopauzy, vysvětluje její fyziologii, ale také problémy spojené s tímto obdobím. Část práce, která se zabývá terapií, nabízí jak klasické, tak i alternativní řešení potíží. Třetí kapitola teoretické části práce se věnuje úniku moči a její definici, diagnostice a terapii. Závěr teoretické práce shrnuje všechny poznatky z předešlých kapitol a vysvětluje tak vztah kvality života a močové inkontinence v období menopauzy.

Pro vlastní výzkumné šetření byla použita metoda dotazníku. Vyšetřovaný soubor tvořilo celkem 149 žen, které standardizované dotazníky vyplnily v Nemocnici ve Frýdku – Místku p. o. nebo na Poliklinice ve Frýdku-Místku.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že stupeň močové inkontinence u žen po menopauze snižuje celkovou kvalitu jejich života. Negativní vliv mezi stupněm močové inkontinence u žen po menopauze a hodnocením kvality jejich života byl prokázán v psychologické a urogenitální oblasti kvality života. Naopak vliv stupně močové inkontinence u žen po menopauze na kvalitu života v oblasti somato-vegetativní nebyl prokázán. Z vybraných faktorů (věk, vzdělání, počet dětí a sport) nemá žádný faktor vliv na kvalitu života žen, které trpí močovou inkontinencí. Výsledky výzkumného šetření jsou v praktické části práce prezentovány prostřednictvím tabulek a grafů. Z výsledků je tak patrné, že problematika kvality života žen po menopauze s močovou inkontinencí není zdaleka jednoduchá a jistě si zaslouží další pozornost.

Klíčová slova: Menopauza, močová inkontinence, kvalita života, ženy, zdraví

SUMMARY

The diploma thesis is focused on life quality of postmenopausal women who suffer from urinary incontinence. The first chapter of the theoretical part describes the development of the life quality issue, its dimension in the nursing and the measuring instruments. The second chapter deals with menopause period, explains its physiology and also problems associated with this part of the life. The chapter also offers both classical and alternative therapy solutions. The third theoretical chapter is devoted to urine leakage, its definition, diagnosis and therapy. The conclusion summarizes all theoretical knowledge from the previous chapters and also explains the relation between the quality of life and the urinary incontinence and menopause.

The questionnaire was used as the best fitting exploratory method. The examined group consisted of 149 women who completed the standardized questionnaires in the Hospital Frydek-Mistek and in the Polyclinic Frydek-Mistek.

The survey revealed that the grade of the urinary incontinence reduces the quality of postmenopausal women lives. The negative influence of the grade of urinary incontinence on the women's life has been demonstrated in a psychological and urogenital areas. Contrariwise the influence of the grade of the urinary incontinence was not established in somatic-vegetative area. Any of the selected factors as age, education, number of children and sport's activity do not affect the women's life quality. Results of the research are presented through tables and graphs in the practical part. The research results shows that the issue of the quality of life of postmenopausal women with urinary incontinence is very complicated and certainly deserves further attention.

Key words: Menopause, Urinary incontinence, Quality of life, Women, Health

REFERENČNÍ SEZNAM

- [1] BESNARD-CHARVET, Christelle. 2014. *Homeopatie & perimenopauza*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5191-7.
- [2] CICHÁ, Martina a kol. 2009. *Kvalita života jako klíč ke zdraví jedince, rodiny, společnosti. In Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii*. Bratislava: Matej Pliešovský. 752 s. ISBN 978-80-88866-61-9.
- [3] ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.
- [4] DONÁT, Josef. 2003. *Postmenopauza: estrogenní deficit v klinické praxi*. Praha: DoMeNa, 184 s. ISBN 80-238-2036-7.
- [5] DONÁT, Josef. ©2013. Česká menopauzální a andropauzální společnost [online], [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.meno-andro.cz/cz/>
- [6] DRAGOMIRECKÁ, Eva a kol. 2006. *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života SQUALA*. Praha: PCP. 68 s. ISBN 80-85121-47-6.
- [7] DRAHORÁDOVÁ, Petra. 2011. *Kvalita života po urogynekologických operacích: dizertační práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. 71 s. Školitel dizertační práce Jaromír Mašata.
- [8] EISELOVÁ, Helga. 1999. *Žena po 40*. Praha: Jan Vašut. 167 s. ISBN 80-7236-058-2.
- [9] FAIT, Tomáš a Marta ŠNAJDEROVÁ. 2007. *Estrogenní deficit*. Praha: Maxdorf. 276 s. ISBN 978-80-7345-128-8.
- [10] FAIT, Tomáš. 2010. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf. 88 s. ISBN 978-80-7345-219-3.
- [11] FAIT, Tomáš. 2013. *Klimakterická medicína. 2., přeprac. vyd.* Praha: Maxdorf. 189 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
- [12] FARKOVÁ, Marie. 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5.
- [13] FOLDSPANG, Anders a kol. 2004. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83(10) 923–927.
- [14] GALAJDOVÁ, Lenka. 2000. *O nemocech močového měchýře aneb Léčba inkontinence*. Praha: Grada. 98 s. ISBN 80-7169-950-0.

- [15] GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, Rádci pro zdraví. 168 s. ISBN 978-80-262-0480-0.
- [16] GJORP, Thomas a kol. 1987. Is growing old a disease? A study of the attitudes of elderly people to physical symptoms. In: *Journal of Chronic Disease*, 40, s. 1095-1098.
- [17] GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [18] GURKOVÁ, Elena. a Katarína. ŽIAKOVÁ. 2009. Konceptualizácia kvality života v ošetrovatel'stve. *Profese on-line* [online]. roč. 2, č. 2 [cit. 2016-08-31]. ISSN: 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2009/2/POL_CZ_2009-2-3_Gurkova.pdf
- [19] HALAŠKA, Michael. 2004. *Urogynekologie*. Praha: Galén. 256 s. ISBN 80-7262-272-2.
- [20] HEINEMANN, Klass a kol. 2004. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. *Health and quality of live outcomes* [online] 2(45) [cit. 2017-02-03]. ISSN: 1477-7525. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/2/1/45>. Doi: 10.1186/1477-75252-45.
- [21] HEINEMANN, Klass a kol. 2014. MRS – The Menopause Rating Scale developed by the Berlin Center for Epidemiology and Health Research. ZEG Berlin [online]. [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.menopause-rating-scale.info/about.htm>.
- [22] HENDL, Jan. 2014. *Statistika v aplikacích*. Praha: Portál. 455 s. ISBN 978-80-262-0700-9.
- [23] HEŘMANOVÁ, Eva. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství. 238 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
- [24] HNILICOVÁ, Helena. In PAYNE, Jan a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254657-0.
- [25] HORČIČKA, Lukáš. 2006. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. *Moderní babičtví* [online]. roč. 4, č. 9 [cit. 2016-09-9]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=62>
- [26] HORČIČKA. Lukáš. 2009. Kvalita života s močovou inkontinencí. *Geriatrická revue* [online]. roč. 7 č. 1 [cit. 2017-03-3]. 22-25 s. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_04.pdf

- [27] HORČIČKA, Lukáš. ©2010. Močová inkontinence. *Močová inkontinence GONA* [online], [cit. 2013-01-02]. Dostupné z: <http://mocova-inkontinence.cz/mocova-inkontinence/>
- [28] HUDÁKOVÁ, Zuzana a Jana KAMENIŠŤÁKOVÁ. 2010. Kvalita života žien so stresovou inkontinenciou moču. [online]. [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <http://www.unipo.sk/public/media/12634/Hud%C3%A1kov%C3%A1%20Z.,%20750Kameni%C5%A1%C5%A5%C3%A1kov%C3%A1%20J.,-Kvalita%20%C5%BEivota%20%C5%BEien%20so%20stresovou%20inkontinenciou%20mo%C4%8Du.pdf>
- [29] HUVAR, Ivan. 2003. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie*. roč.6, č. 1, 18-22 s.
- [30] *International menopause society*, ©2015. About us. *History of IMS* [online]. [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: http://www.imsociety.org/history_of_ims.php
- [31] JANDÁSKOVÁ, Zdeňka. 2009. *Kvalita života po menopauze: Osteoporóza, osteopenie a low back pain: dizertační práce*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, Psychologický ústav. 280 s. Školitel dizertační práce Mojmir Svoboda.
- [32] JENÍČEK, Jaroslav. 2004. *Žena v přechodu*. 2. vyd. Praha: Grada, 104 s. ISBN 80-247-0679-2.
- [33] KARSTEN, Hartmut. 2006. *Ženy – muži: genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál. 183 s. ISBN 80-7367-145.
- [34] KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [35] KEBZA Vladimír, a kol. 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.
- [36] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. 2008 *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [37] KRAJEWSKA-FERISHAH, Katarzyna a kol. 2010. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. A multicenter study. *Advances in Medical Sciences*. 55(2): 191-195.
- [38] KRHUT, Jan. 2011. *Hyperaktivní močový měchýř*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.
- [39] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

- [40] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, Psyché. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- [41] LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
- [42] *Lékařské listy*. 2012. Možnost předvídání délky trvání symptomů menopauzy. 2012. 61(4), 4. Dostupné také z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/covers>
- [43] LITVIK, Radek. 2008. Hormonální stárnutí kůže. *Dermatologie pro praxi*, roč. 2, č. 5-6, s. 226-229. ISSN: 1802-2960.
- [44] MANDOVEC, Antonín. 2008. *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-2807-0.
- [45] MAREK, Josef a kol. 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. vyd. Praha: Grada, 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.
- [46] MARTAN, Alois a kol. 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynéologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 230 s. ISBN 978-80-7345-348-0.
- [47] MORAVCOVÁ, Markéta. 2011. Menopauza a kvalita života. *Profese online* [online]. 2011, roč. 4, č. 2. [cit. 2016-12-02]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_02/51-moravcova.pdf
- [48] MORAVCOVÁ, Markéta a kol. 2014. Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire – Preliminary notice. *Kontakt* 16(2): 94–101. ISSN 1212-4117.
- [49] NORTHRUPOVÁ, Christiane. 2008. *Zdravá žena: od prvního početí po stáří*. Praha: Columbus. 493 s. ISBN 978-80-7249-250-3.
- [50] ONDRUŠOVÁ, Jiřina. 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
- [51] OTČENÁŠEK, Michal. 2006. Nefarmakologická léčba syndromu hyperaktivního měchýře. *Gynekologie po promoci*. roč. 6, č. 3, s. 60.
- [52] ÖZKAN, Sevgi a kol. 2005. Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research*, 14(8), 1795-1801 s. ISSN 1795-801.
- [53] PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5.
- [54] ROMANČÍK, Martin. 2009. *Inkontinencia moču u žien-jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti*. Bratislava: Herba, 149 s. ISBN 978-80-89171-61-3.

- [55] ROMŽOVÁ, Miroslava a kol. 2010. Inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi*. 11(3), [cit.2017-03-02]. 119-123 s. Dostupné z:
<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2010/03/02.pdf>
- [56] ROZTOČIL, Aleš a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- [57] SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- [58] SLÍVA, Jiří a Tomáš FAIT a kol. 2012. *Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem*. Praha: Maxdorf. 181 s. ISBN 978-80-7345-282-7.
- [59] SOCHOROVÁ, Nataša a Věra VRÁNOVÁ. 2008. Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urologie pro praxi*, roč. 9, č. 5, 263–266 s. ISSN 123-1768.
- [60] STUMPF, Werner. 2009. *Homeopatie*. Praha: Jan Vašut. 320 s. ISBN 978-80-7236-691-0.
- [61] SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- [62] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [63] ŠVIHRA, Ján. 2012. *Inkontinencia moču*. Martin: Osveta. 328 s. ISBN 978-80-8063-380-6.
- [64] ŠVIHRA, Ján a kol. 2001. Prevalencia ženskej močovej inkontinencie v Slovenskej republike. *Urologia*, 7. s. 29-34.
- [65] TSAI, Yueh-Chi and Chieh-Hsing LIU. 2009. Urinary incontinence among Taiwanese women: an outpatient study of prevalence, comorbidity, risk factors, and quality of life. *Urol Nephrol*. ISSN: 0301-1623.
- [66] VRUBLOVÁ, Yveta. 2013. *Komunitní ošetřovatelská péče v gynekologii: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 70 s. ISBN 978-80-7464-303-3.
- [67] VRUBLOVÁ, Yveta a Anna HOLISOVÁ. 2011. Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. roč. 2, č. 2. 197-201 s. ISSN 1804-2740.
- [68] WIEDRER-HUSZLA, Sylwia a kol. 2014. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7), 6692–6708 s. ISSN 6692-708.

- [69] WEISS, Petr a kol. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [70] ZACHOVAL, Roman a kol. 2006. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urolog pro praxi*. 6. s. 286-296. ISSN 1213-1768.
- [71] ZIKMUND, Jiří. 2011. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum. 132 s. ISBN 80-246-0164-8.
- [72] ZÖLLNER, York Francis a kol. 2005. Literature Review of Instruments to assess Health-Related Quality of Life during and after Menopause. *Quality of Life Research*. 14(2) s. 309–327. ISSN 1573-2649.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACE	Angiotensin-converting-enzyme – Inhibitory enzymu angiotenzin - konvertázy
ANOVA	Analysis of Variance – Analýza rozptylu
CAMS	Council of Affiliated Menopause Societies
ČMAS	Česká menopauzální a andropauzální společnost
FSH	Folikulostimulační hormon
EPT	Estrogenně-progestagenní terapie
ERT	Estrogenní substituční terapie
HDL	High density lipoprotein – Vysoce denzitní lipoprotein
HRQOL/HRQL	Health-related quality of life – Oblast kvality života vztahující se ke zdraví
HRT	Hormone replacement therapy – Substituční hormonální léčba
ICS	International Incontinence Society – Mezinárodní společnost pro inkontinenci
I-QoL	Quality-of-life in person with urinary incontinence – questionnaire – Dotazník kvality života při močové inkontinenci
IMS	International Menopause Society – Světová menopauzální společnost
LDL	Low density lipoprotein – Nízkodenzitní lipoprotein
LH	Luteinizační hormon
LUTD	Lower urinary tract dysfunction – Dysfunkce dolního močového traktu
LUTS	Lower urinary tract symptoms – Příznaky dolního močového traktu
MRS	Menopause Rating Scale
OAB	Overactive bladder – Hyperaktivní močový měchýř
PROQOLID	Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database

SOM	Společnost pro otázky menopauzy
SQUALA	Subjektive Quality of Life Analysis
TVT	Tension-free vaginal Tape – Tahuprostá vaginální páska
TVT-O	Tension-free vaginal tape-obturator – Trans-obturatorní páska
UQOL	Utian Quality of Life Scale
VLDL	Very low-density lipoprotein – Velmi nízké denzitní lipoprotein
WHO	World health organisation – Světová zdravotnická organizace
WHQOL	World Health Organisation Quality of Life
WSSM	The World School for the Study of Menopause

V seznamu nejsou uvedeny zkratky, které jsou všeobecně známé nebo jsou v práci používané jen ojediněle, a to s vysvětlením v textu.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Absolutní a relativní počet žen s daným rodinným stavem – ženy s močovou inkontinencí.....	56
Tabulka 2. Absolutní a relativní počet žen s daným rodinným stavem – ženy bez močové inkontinence.....	56
Tabulka 3. Absolutní a relativní počet inkontinentních žen s daným počtem dětí.....	57
Tabulka 4. Absolutní a relativní počet žen (bez inkontinence) s daným počtem dětí.....	57
Tabulka 5. Absolutní a relativní počet inkontinentních žen s daným vzděláním.....	58
Tabulka 6. Absolutní a relativní počet žen (bez inkontinence) s daným počtem dětí.....	58
Tabulka 7. Absolutní a relativní počet sportujících a nespportujících, inkontinentních žen...	59
Tabulka 8. Absolutní a relativní počet sportujících a nespportujících žen bez inkontinence...	59
Tabulka 9. Základní statistiky – věk žen s inkontinencí.....	59
Tabulka 10. Základní statistiky – věk žen bez inkontinence.....	59
Tabulka 11. Základní statistiky – menopauza žen s inkontinencí.....	60
Tabulka 12. Základní statistiky – menopauza žen bez inkontinence.....	60
Tabulka 13. Základní charakteristiky regrese (inkontinence-MRS_celk).....	61
Tabulka 14. Základní charakteristiky regrese (inkontinence-MRS_psych).....	62
Tabulka 15. Základní charakteristiky regrese (inkontinence-somveg).....	63
Tabulka 16. Základní charakteristiky regrese (inkontinence-MRS_urogen).....	64
Tabulka 17. Základní charakteristiky regrese (věk-I-QoL_celk).....	65
Tabulka 18. Základní statistiky (I-QoL_celk – vzdělání).....	66
Tabulka 19. Základní charakteristiky regrese (inkontinence-I-QoL_psych).....	67
Tabulka 20. Základní statistiky (I-QoL_fyz – sport).....	68
Tabulka 21. Základní charakteristiky regrese (menopauza - I-QoL_soc).....	69

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Procentuální podíl inkontinenčních žen s daným rodinným stavem.....	56
Graf 2. Procentuální podíl žen bez inkontinence s daným rodinným stavem	56
Graf 3. Procentuální podíl inkontinentních žen s daným počtem dětí	57
Graf 4. Procentuální podíl žen bez inkontinence s daným počtem dětí.....	57
Graf 5. Procentuální podíl inkontinentních žen s daným vzděláním.....	58
Graf 6. Procentuální podíl žen bez inkontinence s daným vzděláním.....	58
Graf 7. Procentuální podíl sportujících a nesportujících žen s inkontinencí.....	59
Graf 8. Procentuální podíl sportujících a nesportujících žen bez inkontinence.....	59
Graf 9. Párová regrese (inkontinence – MRS_celk).....	61
Graf 10. Párová regrese (inkontinence – MRS_psych).....	62
Graf 11. Párová regrese (inkontinence – MRS_somveg).....	63
Graf 12. Párová regrese (inkontinence – MRS_urogen).....	64
Graf 13. Párová regrese (věk – I-QoL_celk).....	65
Graf 14. Bodový graf (I-QoL_celk – vzdělání).....	66
Graf 15. Průměry (I-QoL_celk – vzdělání).....	66
Graf 16. Párová regrese (inkontinence – I-QoL_psych).....	67
Graf 17. Bodový graf (I-QoL_fyz - sport).....	68
Graf 18. Průměry (I-QoL_fyz - sport).....	68
Graf 19. Párové regrese (menopauza – I-QoL_soc).....	69

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: Sociodemografické a doplňující údaje

PŘÍLOHA 2: Dotazník kvality života při močové inkontinenci

PŘÍLOHA 3: Dotazník kvality života – *The Menopause Rating Scale*

PŘÍLOHA 4: Žádost o povolení výzkumného šetření

PŘÍLOHA 1: Sociodemografické a doplňující údaje

Vybrané aspekty kvality života žen po menopauze s močovou inkontinencí

Vážená paní,

dovolujeme si Vás požádat o účast v našem výzkumu v rámci diplomové práce. Náš výzkum je zaměřený na vybrané aspekty kvality života žen po menopauze s močovou inkontinencí.

Konkrétně tento výzkum obsahuje formulář se sociodemografickými údaji, českou verzi standardizovaného dotazníku *The Menopause Rating Scale* a dotazník kvality života při močové inkontinenci -I-QoL. Účast v této studii je dobrovolná. Všechny odpovědi budou kódovány a dotazníky hromadně anonymně zpracovány. Informace budou použity jen pro statistická vyhodnocení k naší diplomové práci a nebudou poskytnuty třetí straně.

Dotazník se zaměřuje na intenzitu obtíží, které Vás trápí. Je velice důležité, abyste odpověděla na všechny otázky a žádnou nevynechala.

Označte, prosím, křížkem (X) toto pole, pokud souhlasíte s níže uvedeným:

„Na základě mého vlastního rozhodnutí prohlašuji, že jsem byla srozuměna a chápu záměry tohoto šetření. Dávám tak souhlas se zpracováním mých odpovědí a souhlasím s účastí na tomto výzkumu.“

Mnohokrát Vám děkujeme za Vaši spolupráci.

Bc. Tereza Rykrová,

studentka magisterského studia oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SOŠ a VOŠ, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kontaktní email: Tereza.Rykrova01@upol.cz

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

vedoucí diplomové práce, vedoucí Katedry antropologie a zdravotní vědy, Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

SOCIODEMOGRAFICKÉ A DOPŇUJÍCÍ ÚDAJE

1. Datum, kdy jste vyplnila dotazník: _____
2. Váš věk: _____
3. Váš rodinný stav: a) svobodná – žiji sama b) vdaná/žiji s partnerem
c) rozvedená d) ovdovělá – žiji sama
4. Uvedte, kolik měsíců jste již po menopauze: _____
5. Uvedte, kolik máte dětí: _____
6. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: a) základní b) střední c) vysokoškolské
7. Vykonáváte pravidelně nějaký sport? a) ano b) ne
8. Užíváte na nežádoucí projevy menopauzy nějakou léčbu?
a) hormonální b) bylinky c) volně prodejné doplňky stravy
d) homeopatika e) fyzioterapii f) jiné

PŘÍLOHA 2: Dotazník kvality života při močové inkontinenci

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA PŘI MOČOVÉ INKONTINENCI – I-QoL

Prosím zakroužkujte u každé otázky vždy nejmístnější 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 dojet 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

PŘÍLOHA 3: Dotazník kvality života – *The Menopause Rating Scale*

Dotazník kvality života - The Menopause Rating Scale (MRS)

©Heinemann, K., Center of epidemiology & Health Research Berlin, Germany, 2004

©Translation: Moravcová, M., Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, 2014

*Které z následujících příznaků (obtíží) se Vás **za poslední měsíc** týkají? **Zakroužkujte**, prosím, u každého typu obtíží míru intenzity, která odpovídá Vaší reálné situaci za poslední měsíc.*

*Zhodnoťte, prosím, **VŠECHNY** níže napsané obtíže (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže Vás některý z příznaků v tuto chvíli netrápí, zakroužkujte u něj 0 (žádné obtíže). Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.*

Intenzita obtíží:

0 ŽÁDNÉ 1 MÍRNÉ 2 STŘEDNÍ 3 VÝRAZNÉ 4. NESNESITELNÉ

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

Děkujeme. Vážíme si Vašeho času, který jste věnovala vyplnění tohoto dotazníku.

PŘÍLOHA 4: Žádost o povolení výzkumného šetření

Bc. Tereza Rykrová
Charvátská 13
Ostrava - Výškovice
700 30

Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace
El. Krásnohorské 321, Frýdek
Frýdek-Místek
738 01

Ostrava 10. října 2016

Žádost o povolení výzkumu v souvislosti s diplomovou prací

Vážená paní náměstkyně ošetřovatelské péče,

obracíme se na Vás s žádostí o povolení spolupráce s Pedagogickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, za účelem získání dat potřebných pro diplomovou práci studentky Bc. Terezy Rykové, posluchačky 2. ročníku magisterského studijního oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SOŠ a VOŠ.

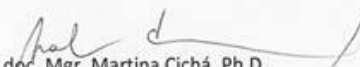
Se získanými daty budeme zacházet dle platných etických norem. Souběžně také zachováme anonymitu respondentů.


Jmenovaná studentka zpracuje pod vedením doc. Mgr. Marty Ciché, Ph.D. diplomovou práci s názvem „Vybrané aspekty kvality života žen po menopauze s močovou inkontinencí“. Pro sběr dat budou použity standardizované dotazníky, týkající se kvality života.

Prosíme o povolení sběru dat na gynekologicko-porodním oddělení v období od 17. října 2016 do 28. února 2017.


Děkujeme za kladné vyřízení naší žádosti.

S přátelským pozdravem


doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
vedoucí Katedry antropologie a zdravotní
Pedagogické fakulty
Univerzity Palackého v Olomouci


Bc. Tereza Ryková
studentka PdF UP v Olomouci
porodní asistentka
Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o.

Vyjádření instituce:

10. 10. 2016

Mgr. Jarmila Dostálová



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Tereza Rykrová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Vybrané aspekty kvality života žen po menopauze s močovou inkontinencí
Název v angličtině:	Selected aspects of quality of life in postmenopausal women with urinary incontinence
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života žen po menopauze s močovou inkontinencí. Cílovou skupinou výzkumu jsou ženy, které jsou po menopauze a trpí únikem moči. Praktická část práce se věnuje zhodnocení vlivu stupně močové inkontinence a vybraných faktorů na určité oblasti kvality života žen, které jsou v období po menopauze. Výsledky výzkumného šetření jsou v praktické části práce prezentovány prostřednictvím tabulek a grafů.
Klíčová slova:	Menopauza, močová inkontinence, kvalita života, ženy, zdraví
Anotace v angličtině:	This diploma thesis deals with life quality of postmenopausal women who suffer urinary incontinence. The target group of the research are postmenopausal women with bladder weakness. The practical part is devoted to

	<p>evaluate influence of the urinary incontinence grade and other selected factors on the quality of the women lives. Results of the research are then presented through tables and graphs.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Menopause, Urinary incontinence, Quality of life, Women, Health</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Sociodemografické a doplňující údaje Dotazník kvality života při močové inkontinenci Dotazník kvality života – <i>The Menopause Rating Scale</i> Žádost o povolení výzkumného šetření</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>90 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>čeština</p>