

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**  
**Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Navazující magisterské studium**  
**Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Kvalita života inkontinentních žen před a po operaci**

**Life Quality of Women with Urinary Incontinence Before and After Surgery**

**2007/2008**

**Tamara Blažejová**

**Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová**

**Vedoucí práce:** PhDr. Helena Chloubová

**Oponent:**

**Obhajoba diplomové práce dne:**

**Hodnocení:**

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci pouze těch pramenů, které jsem uvedla v pramenech a literatuře.

V Praze dne 29.4. 2008

.....

### **Poděkování:**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Heleně Chloubové za pomoc a veškerý čas, který mi věnovala při svých konzultacích. Děkuji jí rovněž za poskytování cenných rad, informací a materiálních podkladů k práci. Za její ochotu a porozumění.

Mé poděkování patří i všem klientkám, které byly ochotny podílet se na mém šetření a taktéž sestřám a lékařům, jež mě podpořili a umožnili pracovat na jejich oddělení.

## ABSTRAKT

<i>Titul a jméno autora:</i>	Bc. Tamara Blažejová
<i>Instituce:</i>	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetřovatelství Václavská 800, 140 59 Praha 4 – Krč
<i>Obor:</i>	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
<i>Název práce:</i>	<i>Kvalita života inkontinentních žen před a po operaci</i>
<i>Vedoucí práce:</i>	PhDr. Helena Chloubová
<i>Počet stran:</i>	155 + přílohy
<i>Počet příloh:</i>	4
<i>Rok obhajoby:</i>	2008
<i>Klíčová slova:</i>	močová inkontinence stresová, močová inkontinence smíšená, kvalita života, psychosociální problematika inkontinence, ošetřovatelská péče, dotazník I-QoL

### *Resumé:*

Předložená diplomová práce se zabývá kvalitou života inkontinentních žen před a po operaci pro stresovou inkontinenci.

Teoretická část se zaměřuje na: charakteristiku kvality života a močové inkontinence, psychosociální problematiku inkontinence, ekonomickou zátěž, péči o inkontinentní ženu – terapii a dlouhodobou pooperační péči.

Ve výzkumné části bylo zjištěno, že před operací byla kvalita života žen výrazně snížena ve všech životních oblastech. Inkontinence moči způsobovala ženám řadu psychických a sociálních problémů a v menší míře problémů tělesných. Po operaci, jak vyplynulo z dotazníku I-QoL, kvalita a komfort života byl významně zlepšen.

Překvapujícím zjištěním je, že přestože pomůcky pro inkontinentní finančně zatěžovaly starší ženy nad 45 let, většina z nich si je kupovala sama a nebo je nahrazovala menstruačními vložkami – pouze malé procento žen si je nechávalo předepsat lékařem.

Z hlediska informovanosti žen o močové inkontinenci a zdravotnických pomůčkách vyplývá, že starší ženy byly méně informované, než ženy z nejmladší věkové skupiny.

## **ABSTRACT**

*Author's name:* Bc. Tamara Blažejová  
*School:* Charles University, Prague  
1<sup>st</sup> Faculty of Medicine  
Institut of Theory and Practice of Nursing  
Václavská 800, 140 59 Prague 4 – Krč  
*Program:* Health Care Administration

*Title:* *Life Quality of Women with Urinary Incontinence  
Before and After Surgery*

*Consultant:* PhDr. Helena Chloubová  
*Number of pages:* 155 + attachments  
*Number of attachments:* 4  
*Year:* 2008  
*Key words:* stress urinary incontinence, mixed urinary  
incontinence, life quality, psychosocial issue of  
incontinence, nursing care, I-QoL questionnaire

### *Résumé:*

The submitted diploma thesis deals with life quality of women with stress urinary incontinence before and after surgery. Theoretical part of thesis is concerned with women urinary incontinence and characteristics of their life quality, also psychosocial issue of incontinence, economical load and problematic issue of nursing care – therapy and long-term postoperative care.

The research part points out, that the life quality of women before surgery is reduced in the whole life areas. In addition to psychical and social troubles, the incontinence caused less physical problems. The quality and comfort of life according to results of I-QoL questionnaire was significantly improved after surgery. Surprising result is a fact, that the majority of women older than 45 years bought the helpful tools for incontinence by themselves in spite that the tools are too expensive for them. Just a small percentage of women asked a doctor for prescription for those tools.

It is following from women awareness of the urinary incontinence, that older women were less informed than women at younger age.

## OBSAH

Úvod.....	9
1. Kvalita života.....	10
1.1. Obecná kvalita života.....	10
1.1.1. Rozsah pojetí kvality života.....	12
1.1.2. Přístupy k měření kvality života.....	13
1.2. Kvalita života žen s močovou inkontinencí.....	16
1.2.1. Faktory ovlivňující kvalitu života ženy.....	19
1.2.2. Pozitivní emoce a jejich vliv na kvalitu života.....	19
2. Problematika inkontinence moči u žen.....	21
2.1. Potřeby sebepojetí a sebeúcty a jejich frustrace při inkontinenci.....	21
2.1.1. Důsledky inkontinence moči.....	31
2.2. Well – being a zdraví – ve vztahu tělesné potřeby - pohodlí.....	34
2.3. Ošetrovatelská problematika.....	37
2.3.1. Ošetrovatelská zátěž.....	37
2.3.2. Kompenzační pomůcky.....	40
2.4. Ekonomické dopady inkontinence.....	43
2.4.1. Management inkontinence.....	45
2.5. Společenská problematika inkontinence moči.....	46
2.5.1. Informovanost o inkontinenci moči.....	46
2.6. Zdravotně sociální rizika inkontinence.....	46
3. Charakteristika inkontinence moči u žen.....	48
3.1. Vymezení pojmu inkontinence moči a pojmu kontinence.....	48
3.2. Výskyt inkontinence.....	48
3.3. Etiopatogeneze inkontinence moči.....	49
3.3.1. Hlavní příčiny inkontinence.....	49
3.4. Klasifikace inkontinence moči.....	50
3.4.1. Uretrální inkontinence.....	50
3.5. Diagnostika inkontinence moči.....	52
3.5.1. Vyšetřovací metody.....	53
3.6. Prevence inkontinence.....	54
3.6.1. Inkontinence z chybné výživy.....	56
4. Péče o inkontinentní ženy - terapie.....	57

4.1.	Konzervativní terapie urgentní inkontinence .....	57
4.2.	Konzervativní terapie stresové inkontinence .....	60
4.3.	Operační léčba urgentní inkontinence .....	62
4.4.	Operační léčba stresové inkontinence .....	63
4.4.1.	Peroperační a pooperační komplikace .....	65
4.4.2.	Pooperační režim u žen .....	66
5.	Dlouhodobá pooperační péče .....	68
5.1.	Reoperace.....	68
5.2.	Nejčastější program v pooperační péči.....	69
6.	Empirický výzkum.....	70
6.1.	Cíle a úkoly výzkumu.....	70
6.2.	Hypotézy.....	71
6.3.	Metoda výzkumu.....	72
6.3.1.	Dotazník, řízený rozhovor a studium zdravotnické dokumentace .....	72
6.3.2.	Předvýzkum.....	74
6.3.3.	Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření.....	74
6.3.4.	Charakteristika výzkumného vzorku .....	74
6.3.5.	Organizace výzkumu – lokace a sběr dat.....	76
6.3.6.	Časový harmonogram výzkumu.....	77
7.	Výsledky výzkumu a jejich interpretace .....	78
7.1.	Získané výsledky k hypotéze č. 2.....	78
7.2.	Získané výsledky k hypotéze č. 3.....	81
7.3.	Získané výsledky k hypotéze č. 4.....	93
7.4.	Získané výsledky k hypotéze č. 5 a č. 6 .....	102
7.5.	Získané výsledky k hypotéze č. 1 a č. 7 .....	127
8.	Diskuse .....	132
8.1.	Ověření hypotéz .....	133
9.	Navrhovaná opatření .....	143
10.	Závěr.....	146
11.	Seznam pramenů a literatury .....	147
	Seznam tabulek.....	151
	Seznam grafů .....	153
	Seznam příloh.....	155



## ÚVOD

*Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma kvalita života inkontinentních žen před a po operaci s hlavním cílem prokázat změnu kvality života žen operovaných pro stresovou inkontinenci moči na základě subjektivního hodnocení.* Každý člověk si přeje být i ve vysokém věku fyzicky nezávislý, mobilní, kontinentní, psychicky komponovaný, sociálně zařazený. Zájem o inkontinenci moči stoupá v souvislosti se zvyšujícím se průměrným věkem populace, kde je reálný předpoklad neustále se zvyšujícího počtu inkontinentních žen. Neschopnost udržet moč se znatelně podílí na *snížení kvality života*, která zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví, ale z globálního pohledu také psychickou kondici, funkční zdatnost, společenské uplatnění, nenarušené rodinné vztahy apod. Domnívám se, že deprese a stres hraje u inkontinentních žen nezanedbatelnou roli.

*Předpokladem pro úspěšný operační terapeutický zásah v léčbě inkontinence moči je správná indikace a načasování operace, přiměřený pooperační průběh, rekonvalescence pacientky a její návrat do běžného života.*

Také ekonomický dopad v péči o kontinenci je nemalý, ale jen obtížně kvantifikovatelný. Uvádí se, že finanční náklady na léčbu a diagnostiku se pohybují ve stejném rozmezí jako například náklady spojené s léčbou cukrovky [26]. Zejména u starších žen, kde je zvýšený výskyt komplikací, budou finanční náklady vysoké.

Důležitá je *široká osvěta a popularizace* tohoto nepříjemného a často *tabuizovaného problému*, která by vedla ke zkvalitnění života takto postižených žen. Ještě dnes velké procento inkontinentních žen nevyhledá odbornou pomoc a spoléhá se při zvládnání inkontinence na vlastní metody.

Ve své práci se soustředím především na prokázání změny kvality života inkontinentních žen po operaci se zaměřením na *fyzickou a zejména psychosociální oblast* a na způsoby, jakými tyto ženy řešily inkontinenci před operací.

Měření kvality života je založeno na *subjektivním hodnocení stavu* samotnou pacientkou. Vnitřní pocity těchto žen by se neměly podceňovat, pokud je naším cílem jejich spokojenost. Současně bychom ale neměli vyvozovat validní závěry pouze na základě subjektivního hodnocení, které by mohlo být na základě své proměnlivosti značně ošidné. Za optimální se považuje kombinace subjektivní a objektivní metody hodnocení.

# 1. KVALITA ŽIVOTA

## 1.1. Obecná kvalita života

Neexistuje žádná shodná definice kvality života, při definování je především míněna kombinace pacientem hodnocených aspektů zdraví, včetně fyzických, sociálních funkcí, duševního a emočního stavu, zatížení symptomy nemoci a pocit celkové pohody. Světová zdravotnická společnost (WHO) definovala zdraví jako „nejen absenci nemoci, ale jako stav kompletní tělesné, duševní a sociální pohody.“ [19].

Otázkou kvality života se lidé zabývali odedávna. Jedna z prvních monografií, která se zabývala kvalitou života (A. L. Strauss, 1975) byla věnována problematice *hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí*. Co bylo podnětem? Hlubší pohled do situace těchto lidí ukázal, že starých lidí neustále přibývá a je třeba zabývat se jejich kvalitou života. Zároveň se ukázalo, že úspěšnost léčby chronicky nemocných pacientů zvyšuje jejich počet, a tím i množství problémů, které lze zařadit pod pojem kvality jejich života. Vedle klasických medicínských problémů vstupovaly do hry i otázky sociálně – psychologické, psychologické a otázky sociální péče o tyto lidi [34].

Ryze medicínská kritéria stavu chronicky nemocných pacientů bylo třeba doplňovat i jiným druhem kritérií a tato kritéria bylo zapotřebí čerpat z širšího (např. humanitního) pojetí lidské existence. Stále zřetelněji se ukazovalo, že změny ve zdravotním stavu pacienta – jak při jeho zhoršení, tak při jeho zlepšení (např. v důsledku léčebného zákroku, rehabilitace apod.) je třeba vyjadřovat v širším zorném úhlu, nežli jsou jen údaje o změnách jeho fyzického stavu. Právě těmito otázkami se zabývá problematika kvality života [34].

***Studium kvality života svůj „boom“ prodělává zejména v posledních deseti letech.*** Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejíce z různých koncepčních rámců, pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto důležité a zajímavé téma. ***Obecně řečeno, studium kvality života znamená v současné době hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.*** Badatelé se také zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory [47].

Kvalita života je obvykle posuzována na základě údajů získaných od daného nemocného, přičemž jsou ještě některé parametry určovány ve vztahu ke kvalitě života. Patří sem např. „*ekvivalent počtu let plného zdraví*“ (*HYE, healthy years equivalent*) neboli hypotetický počet let prožitých v perfektním zdravotním stavu. Dále sem patří „*kvalita života ve vztahu ke zdraví*“ (*HRQoL, health-related quality of life*), která je chápána jako ta část života, která je prvotně určována zdravím jedince a zdravotní péčí, která může být ovlivněna klinickými intervencemi. Využívána je zejména v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. HRQoL charakterizuje a měří to, co jedinec zažívá (jaká je zkušenost jedince) jako následek poskytování zdravotní péče – tedy, o kvalitě života v závislosti na zdravotním stavu rozhodují především faktory ovlivňované zdravotnickými intervencemi. V neposlední řadě sem řadíme „*rok života standardizované kvality*“ (*QALY, quality-adjusted life-year*), který vyjadřuje výsledek určitého léčebného postupu v podobě počtu let, o která se díky tomuto postupu prodloužil život a která jsou standardizována vzhledem k jeho kvalitě. Tento parametr je využíván převážně při analýze účelnosti nákladů na léčbu [50].

***Lze shrnout, že všechna pojetí kvality života (psychologické, sociologické, medicínské) velmi dobře korespondují s všeobecně známou a obecně přijímanou definicí zdraví Světové zdravotnické společnosti.*** To potom znamená, že ve zdravotnictví a v medicíně se sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života. Přitom jak známo, každou z těchto domén můžeme také uvažovat relativně samostatně, kdy stupeň uspokojení či naopak frustrace v jednotlivých doménách může být velmi různý. Strádání v jedné oblasti nemusí vždy nutně znamenat nedostatek v oblastech jiných [47].

Závěrem je třeba se zmínit, že přes nespornou popularitu pojmu „***kvalita života***“ se ozývají i kritické hlasy, které poukazují na nejednoznačnost jeho vymezení a neexistenci jasné a obecně přijímané definice, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Tuto výhradu umocňuje také fakt, že i v oblasti měření kvality života je celá řada problémů. Je kritizován proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází často ze subjektivních názorů jejich autorů a jejichž validita je problematická. I přes tyto oprávněné výhrady se však ukazuje, že studium kvality života je v současné vědě užitečným a nosným směrem [47].

### 1.1.1. Rozsah pojetí kvality života

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivce (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. **Bergsma a Engel** (1988) „mapují“ celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině [34].

*V makro-rovině* jde o otázky kvality života velkých společenských celků (např. kontinentu, dané země apod.). V tomto pojetí je život chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah (např. problematika boje s hladomorem, genocidou, chudobou, terorismem, ale i otázku investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy apod.).

*V mezo-rovině* jde podle Engela a Bergsmy (1988) o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách (např. škole, domově důchodců, nemocnici, pečovatelském domově, podniku apod.). Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (např. v týmu pečovatelek, lékařů), otázky uspokojování a neuspokojování (satiace a frustrace) základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory (social support systém), sdílených hodnot (existenci humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii) apod. [34].

*Osobní (personální) rovina* je definována nejjednoznačněji – je jí *život jednotlivce*, individua (lékaře, pacienta či jiného), týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti, nadějí apod. Každý z nás v této dimenzi hodnotí sám kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, naděje, pojetí, přesvědčení, očekávání [34].

*Fyzická (tělesná) existence* je čtvrtou rovinou, ve které by bylo možné hovořit o kvalitě života. Zde jde o *pozorovatelné chování druhých lidí*, které je možné objektivně měřit a porovnávat (např. jak kdo chodí před a po ortopedickém léčení). V této rovině je možné kritéria operacionalizovat (objektivně definovat za účelem jejich měření). I přesto, že jsou tyto údaje objektivně měřitelné, přece jen postrádají něco, co je pro hlubší pojetí kvality života podstatné. Proto Engel a Bergsma (1988) *nedoporučují* používat údajů z této roviny při definování kvality života [34].

Začneme-li hovořit o kvalitě života, je třeba si vždy předem ujasnit, o kterou rovinu nám jde. Otázky kvality života vystupují např. při hodnocení efektivity určitých lékařských zásahů (tam, kde se pokoušíme hodnotit kvalitu pacientova života po určitém druhu léčení). Otázka definování kvality života zde opět vystupuje do popředí [34].

### 1.1.2. Přístupy k měření kvality života

Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě subjektivních a objektivních přístupů, přičemž nejpodstatnějším je subjektivní hodnocení nemocného, tak jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v rodinném, pracovním i sociálním prostředí [20, 50]. *Subjektivní kvalita života* se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem, *objektivní kvalita života* znamená splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Stále otevřenou otázkou je, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí, a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena [47].

#### Existují v zásadě tři přístupy ke zkoumání kvality života:

1. *Psychologické pojetí* kvality života a relevantní výzkumy – vztahují se ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V psychologii můžeme vysledovat tři podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem „kvalita života“ skrývá.

Jedná se o:

- Spokojenost se životem – tj. o zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.
- Prožívanou subjektivní pohodu – *subjective well-being*, štěstí – *happiness*, *flow* – důraz je kladen na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.

Doposud se nejvíce pracovalo a pracuje s termínem „*subjektivní pohoda*“, jenž má dimenzi kognitivní a dimenzi emocionální. Kognitivní dimenze zastupuje víceméně racionální hodnocení vlastního života, tj. jak celkově vlastní život hodnotíme, a jak jsme s ním tudíž spokojeni či nespokojeni. Emocionální rozměr postihuje prožívání citové a převažující typ emocí. Zjišťuje se, jaké je celkové

emoční naladění dané osoby, zda u ní mají převahu negativní nebo pozitivní citové reakce [47].

Existuje celá řada metod, které se k měření kognitivních aspektů subjektivní pohody používají. I u nás je často používaná *SWLS (Satisfaction With Life Scale)* neboli Škála spokojenosti se životem ve Smékalově překladu, dále můžeme například uvést *PGWS (Psychological General Well-Being Scale)*, která má dobré psychometrické vlastnosti, a je proto často doporučována. K zjišťování emocionálního prožívání života jsou v psychologii k dispozici standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, jako příklad můžeme uvést *PANAS* [47].

V poslední době se však setkáváme s pokusy postihnout kvalitu života více globálně a definovat, co to jsou tzv. „pilíře štěstí“. Podle některých autorů jsou těmito pilíři následující fenomény: **autonomie** – rozhoduji o svém vlastním životě, mám ho pod kontrolou; **kompetence** – cítím, že umím, jsem s to dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní; **nalomenost** – cítím se být svázan s jinými lidmi a toto všechno vyúsťuje v sebeúctu, to znamená, že si sám sebe vážím.

**2. V sociologickém pojetí** kvality života jsou naopak zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, vybavení domácnosti, majetek, rodinný stav, vzdělání. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je ovšem taktéž definována jako subjektivní životní pocit. Sociologický charakter mají i studie, kdy se sleduje dopad jednotlivých sociálních či sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti [47].

**3. Medicínské pojetí** kvality života – od 70 let je pojem kvalita života užíván i v medicíně, v průběhu 80 let se začíná stále častěji používat v klinických studiích, ale i přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále poměrně novou, i když zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou. Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi, nebo jaký je dopad konkrétní zvolené léčby na kvalitu jejich života. V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se pak operuje s pojmem „*health related quality of life*“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem je možné specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s úrazem či nemocí, léčbou

a jejími vedlejšími účinky“. Měření kvality života navíc přináší lékařům mnoho dalších důležitých informací, které se v běžné klinické praxi u pacientů vůbec nezjišťují. Často se jedná o skutečnosti pro pacienty ze subjektivního hlediska a z hlediska zvládnání života s nemocí rozhodující (emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy apod.) [47].

**K měření kvality života ovlivněné zdravím byla vyvinuta celá řada instrumentů, většinou dotazníkového typu.**

K hodnocení kvality života u nemocných jsou používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného standardizovaným a formalizovaným postupem. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků k zjišťování kvality života, přičemž jejich spolehlivost a psychometrická výpovědní hodnota byly testovány podle současných standardů „měření zdraví“. Ty, které vyhovely těmto požadavkům, byly posléze doporučeny k praktickému použití [20, 47, 50].

**Veškeré dotazníky k zjišťování kvality života lze rozdělit do dvou velkých skupin:**

1. **Obecné (generické)** – hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou široce použitelné u jakýchkoliv skupin populace, bez ohledu na věk, pohlaví apod. Slouží ke zjišťování a srovnávání kvality života věkových či sociálních skupin, lokálních celků, ras, pohlaví apod. Mezi nejznámější patří *Nottingham Health Profile*, *Sickness Impact Profile*, *UK Short Form 36 health status questionnaire*.
2. **Specifické** – tyto dotazníky jsou vytvořeny již pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější. Často je jejich součástí právě obecný dotazník [20, 50].

**Vyšetřované okruhy v dotaznících kvality života**

1. Fyzikální funkce – mobilita, zrak, sluch, soběstačnost, kontinence
2. Emocionalita – lítostivost, deprese, pocit strachu apod.
3. Sociální funkce – náplň volného času, vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí
4. Práce, nakupování, domácí práce apod.
5. Bolest

6. Spánek a jeho kvalita
7. Symptomy, které jsou specifické pro dané onemocnění [50].

### **K měření kvality života lze využít i metodu rozhovoru a pozorování.**

**Rozhovor** může probíhat jako *individuální rozhovor* (tazatel – respondent) nebo *skupinový rozhovor* (tazatel/é – skupina respondentů). Použití metody rozhovoru, ať už skupinového, či individuálního, je časově i finančně náročné. Vyžaduje pečlivý výběr tazatelů a také jejich cílenou přípravu, která zaručí splnění podmínek pro získání hodnověrných a nezkreslených údajů. Z etických důvodů je nutné s pacienty předem dohodnout způsob zaznamenávání rozhovoru a zajistit jejich souhlas. Metoda **pozorování** se za účelem zjišťování spokojenosti pacientů využívá poměrně málo, a to i přesto, že nabízí možnost unikátního porozumění autentickým prožitkům pacientů v průběhu léčby [47].

## **1.2. Kvalita života žen s močovou inkontinencí**

Inkontinence moči je jedním z faktorů, které mohou ovlivnit kvalitu života velmi výrazně. Zasahuje prakticky do všech oblastí života. Léčba s sebou nese různé následky, a to **fyzické, psychosociální** a v neposlední řadě **ekonomické**.

Mezi **fyzické** lze uvést např. dekubity, iritaci kůže, infekci, nežádoucí účinky léčiv, alergizující vlivy pomůcek apod., mezi **psychosociální** např. sociální izolaci, ztrátu sebedůvěry, sníženou kvalitu života, přetížení a pocity viny na straně rodiny pečující o inkontinentní ženu, zátěž placeného pečovatele - dostáváme se tak k **ekonomickým důsledkům**, kde můžeme uvést zvýšené náklady za kompenzační pomůcky inkontinentních žen apod. [10, 54].

Život inkontinentní ženy (zejména se závažným stupněm inkontinence) je prakticky plně podřízen jejím obtížím. Jak již bylo zmíněno, je limitována v oblasti fyzické aktivity – musí zanechat cvičení, delší chůze, aerobiku, sportu, tance. Je limitována pracovní – fyzickou práci je schopna vykonávat pouze za cenu nemalých psychických útrap, což většinou vede dříve či později ke ztrátě zaměstnání. Je hendikepovaná společensky – ze strachu před společenskou diskvalifikací omezuje styk s okolím na hrstku svých nejbližších a uzavírá se doma. Její obtíže nebývají vždy přijímány s pochopením ani doma, u životních partnerů [20, 54].



*Podle cílených studií [9, 51] je při pohlavním styku inkontinence mnohem častější, než je obvykle uváděno, což samozřejmě ústí v závažné sexuální dysfunkce.* Současně může dojít k výraznému poklesu spánku při výraznější nykturii. Soubor všech těchto příznaků vede k těžké neurotizaci ženy, frustraci, k pocitu nenaplněného života, k méněcennosti. Můžeme říci, že kvalita těchto žen je snížena [20].

O inkontinenci moči se obávají hovořit pacientky a nezřídka se tomuto tématu vyhýbají i lékaři. Proto se o těchto problémech hovoří obvykle jen velmi málo. Inkontinence moči stále patří mezi více méně tabuizovaná témata, a to nejen mezi laiky, ale i v ordinacích odborných či praktických lékařů. Takový přístup se spolupodílí na tom, že *ekonomickým důsledkům*, které přináší péče o osoby trpící inkontinencí moči pro veřejné zdravotnictví i pro inkontinencí postižené jedince a jejich rodiny, není věnována odpovídající pozornost.

Uvádí se, že ve většině západních zemí jsou náklady na diagnostiku a léčbu inkontinence moči srovnatelné s náklady vynaložené na léčbu diabetu mellitu. Všeobecně se očekává, že prevalence inkontinence různé etiologie bude mít v budoucnu stoupající tendenci a bude představovat vedle medicínského a sociálního problému také velký nárok finanční [10].

*Ztráta schopnosti ovládat vylučování moči patří mezi nejvíce diskriminující postižení lidského jedince, kontinentní člověk jen těžko pochopí rozsáhlost negativního dopadu inkontinence na lidskou psychiku.* Kromě poklesu pracovního výkonu vnímají inkontinentní pacienti více bolest, častěji je trápí poruchy spánku, emoční poruchy a osamělost ve větším rozsahu než u běžné populace [6, 26].

I když je inkontinence moči značně velikým zdrojem nemocnosti, více jak 50 % inkontinentních žen nikdy nevyhledá pomoc a nebo tak učiní až po mnoha letech strádání.[10, 19, 26]. Z části k této nepříjemné skutečnosti přispívá i to, že mnoho žen, které se odhodlají vyhledat odbornou pomoc, je odbýváno s konstatováním normálnosti stavu ve vztahu ke stáří, mnohdy dochází pouze k letnému poučení o gymnastice svalů dna pánevního, eventuálně k přechodné preskripci anticholinergik, zjevně bez bližšího vyšetření pacientky a bez následných kontrol. Přitom mnoho příčin nechtěného úniku moči lze úspěšně odstranit a tím pacienta buď kompletně vyléčit nebo alespoň minimalizovat dalekosáhlé negativní následky močové inkontinence. Dochází tak k vytvoření skupiny žen, které svoji

nespokojenost s neúspěchem léčby přenášejí na své okolí, a vytvářejí tak negativní mínění o řešitelnosti problému. Paradoxně se setkáváme s tím, že neaktivnější přístup mají ti, kteří se o inkontinentní pacienty starají, tedy často příbuzní pacientů (děti, manžel apod.), na kterých leží největší tíha tohoto nelehkého úkolu. Významnou roli při řešení inkontinence i v jinak vysoce civilizovaných zemích hrají též psychosociální vlivy. To, zda pacient vyhledá nebo nevyhledá odbornou pomoc, souvisí s různou úrovní zdravotní výchovy obyvatel v dané zemi, se vzděláním, kulturní tradicí a zvláště u žen s jejich postavením ve společnosti [10, 19, 26].

Diagnostika je podmíněná důvěrou, která je podmínkou kvalitní a otevřené komunikace o inkontinenci, kterou je nutné detabuizovat. Pouze široká osvěta a popularizace tohoto často tabuizovaného a zároveň extrémně častého symptomu může vést ke zkvalitnění života takto postižených žen. [6, 26].

Výzkum se donedávna soustředil na prevalenci, etiologii, diagnostiku a léčbu inkontinence moči a relativně málo se hovořilo o tom, jaký má vliv inkontinence na kvalitu života a psychosociální funkce postižených žen. V posledních letech se zájem o začlenění měření kvality do hodnocení medicínské péče zvýšil. Řada studií ukázala, že hodnocení kvality života ošetřujícím lékařem a pacientkou se může podstatně lišit zejména v náhledu na provedenou léčbu a její efekt právě na kvalitu života. Jisté je, že objektivní stupeň závažnosti symptomu je méně důležitý než celkový náhled pacientky. Proto také vzrostl zájem zdravotníků na zjišťování pacientova pohledu na vážnost nemoci a jeho hodnocení zdravotní péče. Stále se nacházejí nové možnosti hodnocení kvality života (QoL), ale bohužel, přestože zdravotníci vidí závěry těchto hodnocení jako užitečné a důležité, zkušenosti ukazují, že jen málokdy ovlivňují zažitá rozhodovací schémata. Mnozí se domnívají, že data, vyhodnocovaná samotným pacientem či jiným laikem, jsou natolik subjektivní a nepřesná, že postrádají jakoukoliv klinickou vážnost. Navíc jsou často tato data prezentována v nevhodné podobě, bez vztahu ke klinickým souvislostem. Přes tuto skepsi je však jisté, že subjektivní hodnocení je nutné. Pomáhá nám kvantifikovat míru poškození, hodnotit úspěšnost terapie a také napomáhá lépe rozumět změnám v životě inkontinentní ženy [19].

***Měření kvality života je jednoduchou a účinnou pomůckou ke stanovování závažnosti stavu jedince či souboru při inkontinenci moči.*** Jde o ryze subjektivní metodu hodnocení stavu samotným pacientem, neměli bychom ji podceňovat, ale ani

přeceňovat. V kombinaci s objektivními metodami (např. kvantifikace úniku moči *pad* testem v jeho různých variantách) tvoří účinný komplex, který postihuje celkový stav pacienta v maximální možné míře. Jeho přínosem je zohlednění názoru pacienta, jednoduchý převod na číselné vyjádření, a tím i snadná statistická zpracovatelnost. Je proto vhodnou a doporučenou součástí klinických studií o této problematice [20].

### **1.2.1. Faktory ovlivňující kvalitu života ženy**

***Fyzická kondice*** – do značné míry je určována výskytem různých symptomů onemocnění, eventuálně i nežádoucími účinky aplikované terapie.

***Funkční zdatnost*** – zahrnuje především stav tělesné aktivity (performace status) a jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karnofskym. Dále se jedná o úrovni jeho soběstačnosti, schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v rodinném životě, v zaměstnání apod.

***Psychický stav*** – hodnocen zejména podle převládající nálady – emočního stavu, způsoby vyrovnání se s nemocí, léčbou a životně náročnými situacemi, postoje k životu – žebříček životních hodnot a postoje k nemoci, dále pak osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod.

***Spokojenost s léčbou*** – jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, sdílnost personálu, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.

***Sociální stav*** – hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, dále pak o jeho roli ve společenských skupinách, o jeho způsobech komunikace s lidmi apod.

#### ***Úroveň zdravotní a sociální péče – prostředí.***

Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří pohlaví, věk, polymorbidita, ekonomická situace, rodinná situace, preferované hodnoty, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí apod. [50].

### **1.2.2. Pozitivní emoce a jejich vliv na kvalitu života**

O přesný význam toho, co je emoce se psychologové a filozofové přou už více než sto let. *Daniel Goleman*, autor knihy „Emoční inteligence“, uvádí: „*Slovo emoce*

*můžeme používat k označení pocitů a s nimi spojených myšlenek, psychických a fyzických stavů a také řady pohnutek k určitému jednání.*“ Můžeme hovořit o existenci celých stovek emocí, pokud uvážíme všechny možnosti jejich variací, nuancí a intuitivně dokážeme rozlišit ještě mnohem více jemných citových odstínů, než kolik jich dokážeme vyjádřit slovy (Goleman, 1997, s. 18).

Naše emoce nám pomáhají zvládat situace, jež jsou pro nás příliš důležité na to, aby bylo jejich řešení ponecháno pouze intelektu: nebezpečí, bolestnou ztrátu, vytváření partnerského vztahu, vytrvalé směřování k cíli navzdory potížím, budování rodiny. Z vlastní zkušenosti víme, že když dojde ke skutečnému rozhodování, city mají úplně stejnou váhu jako myšlenky, a často i větší [32].

Jak již bylo zmíněno, kvalita života má dvě dimenze – subjektivní a objektivní. **Subjektivní kvalita** se týká spokojenosti se životem a toto subjektivní hodnocení v podstatné míře závisí právě na emocionálních prožitcích. Pozitivní nebo negativní (destruktivní) emoce pak udávají ráz tomu, zda a jak moc se cítíme šťastnými a nebo nešťastnými. Obecně můžeme konstatovat, že kladné pocity vůči něčemu nebo někomu nás k danému objektu přitahují, zatímco záporné pocity nás nutí se mu vyhnout. Záporné pocity (např. strach, zlost, smutek apod.) jsou naší první obrannou linií proti vnějším hrozbám a přimějí nás zaujmout bojovou pozici. Naopak pozitivní pocity (radost, nadšení, láska, soucit apod.) mají úplně jiný vliv na naše myšlení a na náš život [32].

Výsledky různě orientovaných výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka a také k pochopení podstaty jeho lidské existence [32].

Podstatnou úlohu na spokojenost v našem životě a tím i na kvalitu života, mají naše emoce. Prožívání kladných pocitů je důležité, nejen proto, že je to samo od sebe příjemné, ale také proto, že jsou příčinou mnohem lepšího místa ve světě.

Příjemný život je charakterizován úspěšným vyhledáváním kladných pocitů a doplněný o dovednosti, jak tyto emoce zmnožit. Naproti tomu dobrý život není o maximalizaci pozitivních emocí, ale o úspěšném uplatnění našich silných stránek, abychom dosáhli hojných a autentických prožitků [32].

## 2. PROBLEMATIKA INKONTINENCE MOČI U ŽEN

### 2.1. Potřeby sebepojetí a sebeúcty a jejich frustrace při inkontinenci

*A. H. Maslow* tyto vyšší potřeby charakterizuje jako: „*potřebu dosahovat úspěšného výkonu a potřebu prestiže, potřebu být druhými vážen, ceněn – a sám sebou kladně ohodnocen.*“ [42].

Rozlišuje dva základní typy:

- *úctu k sobě samému* (ohled na vlastní důstojnost, která zahrnuje přání způsobilosti, důvěry, úspěch, nezávislosti a svobody),
- *úctu (váženost) od druhých* (týkající se renomé – prestiže, uznání, postavení, reputace, ocenění a přijetí).

*C. Rogers* ve své teorii popisuje sebepojetí – self ve dvou rovinách:

- *reálné self* (zahrnující vědomí „co jsem“ a „co dokáži“),
- *ideální self* (představa o tom, jaký by jedinec chtěl být).

Podle *C. Rogerse* – čím blíže je ideální self k reálnému self, tím je jedinec spokojenější a šťastnější. Při velkém nesouladu mezi ideálním a reálným self dochází k tomu, že jedinec je nešťastný a nespokojený [41, 49].

*PhDr. H. Chloubová* ve svém „*Domu životních potřeb*“ nazývá potřeby vlastního „Já“ – self: „jako potřeby vnitřního obrazu vnímání sebe sama – sebepojetí“. Do sebepojetí (self) zahrnuje: „všechny myšlenky, vjemy, hodnoty, které charakterizují „Já“, zahrnují vědomí – Kdo jsem a co dokáži? Toto vnímané já ovlivňuje, jak se člověk chová a jak vnímá svět. Každá zkušenost je hodnocena ve vztahu k sebepojetí. Jedinec se poté chová v souladu se svým sebeobrazem, chce mít úspěch, dosáhnout uznání druhých, neudělat ostudu, být dobrý a první, pochopit sebe i postavení sebe ve společnosti a světě, chce si zachovat autonomii – svobodu, důstojnost, uchovat si intimitu, mít svou vlastní – identitu, jedinečnost.“ [25].

#### Projevy frustrace těchto potřeb

„*Být zdravým*“ charakterizuje významnou životní hodnotu. Jsme-li zdraví, sneseme většinou snadno i větší fyzickou zátěž a nepohodu, dokážeme vydržet určitou dobu bez jídla, spánku a odpočinku, a nejsme omezováni ani v nejrozmanitějších aktivitách, které nám přinášejí uspokojení a radost. Můžeme

cestovat bez nároků na pohodlí a nehledět příliš na únavu, případně i hygienu, můžeme podnikat náročné horské túry, potápět se do hlubin, slézat skály, můžeme se milovat, jíst a pít to, na co máme chuť. Pokud je „*kvalita našeho života*“ něčím omezována, nemusí to být proto, že by to nevydrželo naše tělo [28].

***Nemoc, která svým průběhem nebo ve svých důsledcích významněji snižuje kvalitu našeho života, je bezpochyby náročnou, jinak řečeno, svízelnou životní situací.*** Takovou situací může být např. chronické onemocnění, které nemocného omezuje v jeho aktivitách, případně ho ohrožuje nepříznivou prognózou, stejně jako taková onemocnění, která postihují intimní části těla apod.

Duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání vlastní nemoci choroby a psychické reakce na nemoc, jsou důležitým článkem při ošetřování a léčbě nemocných, protože zpětně ovlivňuje průběh onemocnění. Tzv. psychogenní faktory jsou nezanedbatelným činitelem při vzniku, v průběhu onemocnění a její léčbě [28].

Inkontinence moči je spojena s *tělesnou, psychosociální a ekonomickou zátěží*. ***Ženy s močovou inkontinencí se velmi často stydí a propadají pocitům nejistoty, strachu, méněcennosti, rozpaků, ztráty sebeúcty nebo zlosti či hněvu na sebe, což má za následek narušení kvality života ve stáří.*** Ženy, které strádají v důsledku nekontrolovatelného úniku moči, jsou vážně handicapovány v manželském a sexuálním životě, společenském styku a pracovním procesu. ***Narušená sebeúcta je vzhledem k inkontinenci moči intimní záležitostí každé ženy, a proto hovořit o tomto problému se často ženy zdráhají, nebo sdělují své negativní pocity jen těm nejdůvěryhodnějším osobám*** [33, 45].

Téměř na každou nemoc se dá nahlédnout také z hlediska její společenské hodnoty a možnosti sekundárního zisku. Veškeré *projevy inkontinence* jsou jedny z mála nemocí, u nichž se projevy sekundárního zisku či společenské hodnoty nedají najít. Jde o *projevy* vesměs *dehonestující*, doprovázené pocity viny a společenské izolace. Snad jen inkontinence, která doprovází antefinální stav je omlouvaná a přirozeně tolerována [33].

Ztráta společenské prestiže a hrozba izolace je důvodem, proč se řada žen, zvláště z počátku, pokouší projevy inkontinence tajit. Výsledkem pak může být léčebný neúspěch. Například *stresová inkontinence* – únik moči při zvýšení nitrobršního tlaku. Vyskytuje se převážně u žen v období klimakteria. Na vzniku se podílí oslabení pánevního dna, pokles hladiny estrogenů, descensus dělohy.

K tomu přistupuje pocit, že končí sexuální aktivita, jde o pocit samozřejmě subjektivní, žádný skutečný důvod omezení sexuálního života v této době není, nicméně stresová inkontinence a strach, že se objeví právě zvýšením nitrobršního tlaku při souloži, má nepochybně svůj význam [33].

K frustraci přispívá také odchod dětí z rodiny, objevuje se stresující stav, označovaný jako „*syndrom prázdného hnízda*“. Jako by končilo „ženství“ i „mateřství“, přičemž návrat k „partnerství“ je nezdá se problematický. Následuje depresivní a úzkostná symptomatika. Deprese izoluje a tento pocit zvyšuje hrozba společenské izolace vlivem stresové inkontinence [33, 45].

**Frustraci** můžeme chápat jednak jako *situaci* (ve smyslu určité překážky), která nám brání dosáhnout cíle našeho snažení a současně jako *vnitřní stav*, který v důsledku takové situace vzniká.

Frustrační situace jsou doprovodem každodenního života, prožíváme je vesměs jako nelibé stavy duševního napětí, zklamání, zátěže a nebo křivdy. Pokud míra frustrace neúnosně narůstá a nelze ji už zvládat běžným způsobem, přechází do stavu tísně, „*stresu*“. Úroveň frustrace, která pro jedince ještě není stresem, závisí na vlastní frustrační situaci a na osobnostní odolnosti jedince vůči frustraci. Obecně hovoříme o tzv. **frustrační toleranci** [30, 58].

**E. Fromm** se domnívá, že frustrační chování (zejména agresivita) „*je pokusem, i když často marným, dosáhnout zmařeného cíle*“ [15, s. 20].

### **Poruchy sebepojetí, sebeúcty, self (já) potřeb podle PhDr. H. Chloubové, doplněné o poznatky Prof. PhDr. O. Mikšíka**

K poruchám těchto potřeb může dojít ve všech etapách života, nejčastěji k nim ale dochází v dětství, dospívání a v aktuální poruše zdraví:

#### **1) Poruchy vzniklé v dětství:**

Za podmínky, že primární socializace jedince neprobíhá tak, jak by měla, mohou se objevit různé druhy komplexů jako obrazy frustrovaného ega. Nejčastěji jde o komplex méněcennosti, komplex viny a o řadu konkrétních komplexů týkajících se různých, nejčastěji však tělesných nedostatků [41].

## 2) Poruchy vzniklé v dospívání:

- opakovaná citová zklamání (rozvody, rozchody etc.),
- nápadný tělesný defekt či pohlavní znak (tvar uší, nosu, prsů etc.),
- nesprávně generalizované neúspěchy ve výkonu (neobratnost etc.),
- přesvědčení o adekvátním stupni inteligence (chytrý, hloupý etc.),
- sexuální zneužívání či identifikace s opačným pohlavím,
- problematická osobní identifikace (se sociální rolí, s autoritou etc.),
- srovnání se s druhými v materiální oblasti (bohatý, chudý etc.),
- neuspokojivá rodina (vztahy rodičů a dětí etc),
- problematická morální identifikace (poruchy svědomí etc.).

## 3) Poruchy vzniklé aktuálně – vznikají u nemocných, kde příčina je v aktuální poruše zdraví, následkem terapie či neprofesionálního přístupu k nemocnému:

- vznik tělesného handicapu (amputace končetiny, prsu etc.),
- život ohrožující nemoci a úrazy (šok, akutní IM etc.),
- vznik chronického onemocnění a jeho projevů (alergie, DM etc.),
- porucha kognitivních funkcí (úrazy, CMP etc.),
- nepřipravenost na stáří (ztráta vlasů, zubů etc.),
- ztráta soběstačnosti (strach z pádů, poranění etc.) [25].

### Projevy poruch sebepojetí, sebeúcty, self (já) potřeb

Pro projevy porušení těchto potřeb jsou typické určité způsoby myšlení a chování. Které mohou být nelogické nebo jinak narušené. **PhDr. H. Chloubová** je charakterizuje jako maladaptivní formy (obránné mechanismy člověka):

- **negativismus** (nemocný se negativně – otevřeně nebo skrytě, vyjadřuje o sobě samém, nepřijímá pozitivní zpětné vazby a podceňuje se),
- **racionalizace** (nemocný upravuje význam nepřijatelné situace tak, aby mohla být přijata v souladu s jeho onemocněním a to vše prostřednictvím myšlenkových operací),
- **represe** (popření, odmítnutí),
- **projekce** (své nedostatky a negativní pocity přenáší na jiné lidi),
- **přenesení** (nemocný svou agresivitu odreažovává na něčem nebo někom jiném),



- **kompenzace** (odčinění – tito nemocní si zpravidla uvědomí svou nedostatečnost nebo nepříjemnou zkušenost a odčiní ji jinou schopností či výkonem, aby byli v souladu se svým sebepojetím),
- **resignace** (odřeknutí – vzdání se vlastních cílů) [25].

**Mgr. E. Trachtová** charakterizuje projevy u nemocných jako:

- **katastrofizace** (tendence myslet na nejhorší),
- **minimalizace a maximalizace** (tendence přehlížet dosažené úspěchy a zdůrazňovat chyby),
- **černobílé myšlení** (tendence přiřazovat věci k jednomu či druhému extrému),
- **generalizace** (znamená, že daný problém je aplikovaný na všechny situace),
- **vztahovačnost** (sklon k názoru, že to, o čem hovoří a co dělají jiní lidé, se vztahuje na nás) [49, 57].

#### **Složky sebekoncepce:**

- obraz těla, sebeúcta, osobní identita, výkon role.

**Mgr. Trachtová** zde zahrnuje:

Obraz těla. Vnímání fyzického, tělesného „já“ znamená vědomí fyzické odlišnosti od vnějšího světa, je vnímáním rozměrů, vzhledu a funkčnosti těla i jeho částí. Obraz těla je ovlivněn také kulturními a sociálními hodnotami. Především obraz těla bývá zvláště u některých onemocnění vážně narušen.

Výkon role. Postavení jedince ve společnosti je určitým způsobem organizováno. Společnost každému jedinci z hlediska jeho věku, pohlaví, zaměstnání, socioekonomickému postavení, ale i z hlediska určitých situací předepisuje určité sociální role. Rolím se jedinec učí, stávají se součástí jeho osobnosti.

Osobní identita. Identita vlastního „já“ vystupuje v psychologii pod pojmem ego a vytváří trvalý pocit jedinečnosti a individuality, který se utváří postupně během života.

Sebeúcta je způsob, jak jedinec strukturuje a vnímá sebekoncepci. Může vyústit do pozitivního či negativního sebehodnocení. Existují dva typy sebeúcty – specifická a celková [57].

Specifická sebeúcta je to, do jaké míry je jedinec schopen akceptovat určitou část sama sebe. Celková sebeúcta je to, do jaké míry se jedinci líbí obraz sama sebe [57].

***Hodnocení a posuzování sebeúcty a sebekoncepce*** nemocného je aktuální vždy v situaci, kdy verbální a neverbální projevy nemocného, popř. nejbližší okolí (přátelé, rodina) naznačují problém. Dále v situaci, kdy se jedná o závažné onemocnění, které svým charakterem může iniciovat poruchy v oblasti sebeúcty a sebekoncepce nemocného (např. ablace prsu u žen).

Problémy se sebekoncepcí se často manifestují úzkostí, hněvem, strachem, bezmocností, nepřátelstvím, pocity viny. Na efektivní posouzení sebekoncepce je nezbytný důvěryhodný vztah mezi sestrou a nemocným. Empatický přístup sestry je nutným předpokladem ke zjištění problémů v této oblasti a dále pak k následné pomoci [57].

Při hodnocení sebeúcty a sebekoncepce sestra posuzuje, jak nemocný vnímá sám sebe. Při určování pacientova vnímání *fyzického ega* nebo obrazu vlastního těla sestra poslouchá slovní vyjádření nemocného a klade mu vhodné otázky.

Při posuzování *neverbálních projevů nemocného* hodnotíme výraz obličeje (mimiku), gestikulaci, pohyby, tělesný postoj, oční kontakt, celkový vzhled, dále akustickou stránku řeči – rychlost, hlasitost, tón apod. Zanedbaný zevnějšek, vyhýbání se očnímu kontaktu, schoulená postava, pomalá řeč svědčí o poruchách sebekoncepce a sebeúcty. Neverbální projevy doplňují pacientovo slovní vyjádření a mohou přispět k celkovému posouzení pacienta [57].

Sestra dále posuzuje vztahy v rolích, např. satisfakci, která je spojená s plněním rolí nebo její opak. Role v rodině jsou pro nemocného zvláště významné, protože vztahy v rodině jsou velice blízké a pro většinu lidí prioritní.

***Nemoc je sama o sobě náročnou životní situací, stresorem, at' už se jedná o závažné či méně závažné onemocnění.*** Sestra musí odhalit stresory narušující sebehodnocení nemocného. Většina lidí čelí často více náročným situacím současně. Pozitivní vnímání stresových situací podporuje sebehodnocení, negativní a bezmocné vnímání stresů vede často ke snížení sebeúcty [57].

### Potřeby jako motivy

Uspokojování potřeb jedince je jednou ze základních podmínek jeho existence a rozvoje. Člověk musí jíst, pít, spát, stýkat se s druhými lidmi, chránit se před nepříznivými podmínkami, osvojovat si společenskou zkušenost apod.

Podle **A. H. Maslowa** lze rozlišit dvě základní kategorie potřeb:

- a) potřeby spojené s nedostatkem,
- b) potřeby spojené s rozvojem osobnosti a vyjadřující vztah jedince k sociálnímu bytí.

Mezi oběma druhy potřeb existují podstatné rozdíly – *subjektivním* doprovodným prožitkem fyziologických potřeb spojených s nedostatkem (žízeň, hlad) bývají obvykle nepříjemné stavy nespokojenosti, nelibosti, tísně a napětí, zatímco pocitování potřeb rozvoje je příjemné, jejich uspokojování nenavozuje redukci napětí, ale určité příjemné vzrušení (pochvala, uznání, uspokojení ze zdárného dokončení nějaké činnosti).

Pokud nejsou naše potřeby dlouhodobě a v dostatečné míře uspokojovány, označujeme tento stav jako strádání, tj. **deprivaci**. Deprivace je tedy objektivní nedostatek něčeho, co je k uspokojení potřeby nezbytné (např. možností pohybové aktivity, spánku, citových kontaktů, vazeb apod.) [28].

Ležící imobilní pacienti mohou, a to i často nevědomě, omezovat příjem tekutin a jídla, někdy až pod únosnou mez, aby snížili na minimum potřebu vyprazdňování a nevystavovali se tak pro ně nepříjemným situacím, zvláště jsou-li umístěni na vícelůžkovém pokoji. V případě inkontinence moči mohou pacienti záměrně omezovat příjem tekutin s cílem co nejvíce snížit diurézu, a tím i riziko pomočení [28, 56].

### Emoce

Emoce představují subjektivní zážitkové kvality nejrůznějšího druhu, prožíváme je jako *libé* či *nelibé*, jako stavy *napětí* a *vzrušení* nebo naopak *uvolnění* a *uklidnění*. Emoce mají rozmanité vnější a vnitřní projevy. Intenzivní city se významně odrážejí v mimice tváře a gestikulaci, v intonaci a zabarvení hlasu, také ve způsobu mluvy.

Z vlastního prožívání víme, že některé city nás tzv. *stenizují*, aktivizují (např. radost, vzrušení nebo nadšení), jiné vedou naopak k naší pasivitě a ty označujeme jako city *astenické* (např. zármutek, rezignace, prožitek beznaděje apod.) [28].

Narušená *sebekoncepce* a *sebeúcta* je spojena s pocity beznaděje, strachu, úzkosti, méněcennosti, beznaděje a studu. Dochází k poruše přizpůsobení změnou v myšlenkovém procesu, poruchou společenské interakce vedoucí k sociální izolaci [45, 57].

**Strach** je pocit děsu, hrůzy, vztahující se k určitému definovatelnému zdroji, nebezpečí, před kterým varuje potřeba jistoty. Strach a úzkost jsou emoce, které signalizují nejen stav možného nebezpečí a ohrožení, ale mohou se objevovat i jako poplachové reakce běžící na prázdno, v situacích, v nichž jedinci žádné reálné nebezpečí nehrozí. Když se zdroj strachu odstraní, mizí také pocit děsu, hrůzy. Strach může existovat bez úzkosti a stejně tak i úzkost může existovat bez strachu. Oba pocity mohou klinicky existovat současně v tom, jak daný jedinec reaguje na situaci. Charakteristické znaky: vždy jsou přítomny pocity strachu, starostí, obav, jedinec se soustřeďuje na nebezpečí, projevuje nedostatek pozornosti, snižuje se jeho výkon a kontrola. Charakteristiky se projevují symptomy tří kategorií – emocionální, fyziologické, kognitivní. Tyto symptomy se mění v závislosti na hladině strachu a úzkosti [28, 45, 57].

*Emocionální charakteristiky*: jedinec připouští strach, obavy, nejistotu, pocit bezmoci, nedostatek sebedůvěry, ztrátu kontroly, pocit neštěstí, podrážděnost, stahování se do sebe apod.

*Fyziologické charakteristiky*: pocit horka nebo chladu, zvýšená respirace, sucho v ústech, nucení na močení, únava, neklid, spavost, bušení srdce, zvýšený krevní tlak.

*Kognitivní charakteristiky*: přemítání, neschopnost koncentrace, verbální projevy – slovní vyjádření paniky, nadměrné dotazování [45, 57].

**Úzkost** je neurčitý, tíživý pocit, který je vyvoláván ohrožením hodnotového systému nebo jistoty pacienta. Jedinec je schopen určit zdroj úzkosti. Znaky charakteristické pro úzkost se projevují symptomy jako u diagnózy strachu. Úzkost má nepříznivý vliv i na gastrointestinální systém, může být zdrojem poruch příjmu potravy a poruch zažívání [28, 45, 57].

**Bezmocnost** je stav, kdy jedinec pocítuje nedostatek osobního zvládnání určitých událostí nebo situací. Může nastat v situacích nedostatku znalostí, sociální izolace, ztráty intimity, změny prostředí, nedostatku financí, změny sociálního postavení. Ve stáří se jedná o smyslový, kognitivní deficit, deficit hybnosti, ztráta soběstačnosti.

**Beznaděj** (zoufalství) je subjektivní emocionální stav, kdy jedinec nevidí žádné alternativy či schůdné možnosti volby řešení problému nebo dosažení toho, po čem touží a není schopen ve vlastním zájmu mobilizovat energii. Beznadějný jedinec nevidí žádné řešení problému, nenachází způsob, jak dosáhnout toho, po čem touží, i přes to, že má kontrolu nad svým životem.

**Smutek** je reakcí na ztrátu nějaké hodnoty, v mírnější podobě je to pouze zarmoucení, ve výraznější podobě jde o žal. Smutek může být doprovázený atakami vzpoury a hněvu, ale i strachu a studu [45, 57].

**Hněv** je obvyklou reakcí na frustraci, je proto spojen s agresí vůči zdroji frustrace.

Tyto reakce a pocity mohou nastat jako doprovodné psychické projevy inkontinence moči [45, 57].

### **Psychologická problematika nemoci a léčby**

Rozdílnost přizpůsobení se chorobě u jednotlivých nemocných je dána jak závažností onemocnění, jeho prognózou a náročností léčby, tak i osobností jedince a jeho sociální situací.

Aktivní spolupráce jedince se zdravotníky je vázána na pochopení jeho individuálních problémů a zvláštností. Totéž onemocnění může pro různé pacienty představovat zásadně odlišnou životní situaci. Jak už bylo uvedeno, rozdíly jsou dány sociálně psychologickými faktory, sekundárními důsledky onemocnění, premorbidní osobností, věkovými zvláštnostmi [28].

- Sociálně psychologické faktory jsou odrazem míry, v jaké jedinec prožívá závažnost svojí situace v nemoci. Onemocnění může přinášet pocit „*snížení vlastní hodnoty*.“
- Sekundární důsledky onemocnění vyplývají z délky nemoci, z jejího průběhu, z možných následných komplikací i změny kvality života. Do popředí

se dostává emocionální složka hodnocení nemoci a změny v hierarchii životních hodnot.

- **Premorbidní osobnosti** rozumíme vlastnosti jedince, které ji charakterizovaly před onemocněním, její vlastnosti intelektu, temperament a charakter.
- Věk sehrává významnou roli v prožívání nemoci, což souvisí již s výše zmíněnými situačně psychologickými faktory, s mírou osobní zralosti, životní zkušenosti. V dospělém a starším věku vystupuje do popředí významně často strach z možné osamělosti, vlastní bezmocnosti a smrti [28].

Role dobré zdravotní sestry v případech onemocnění, které výrazně omezují kvalitu života jedince je obtížná. Zároveň je i nesnadné vyrovnat se s touto svízelnou situací pro většinu nemocných i jejich rodinných příslušníků. *Zdravotní sestra* se často stává důvěrníkem nemocného v situacích, v nichž mu nemůže pomoci přímo, ale stává se mu podporou a pomáhá mu přenést se přes tíživá období, nenechává ho osamoceného s jeho úzkostí a strachem, depresivním laděním nebo rezignací [28].

U nemocných, zvláště pak v jednotlivých zhoršujících se fázích nemoci, je zapotřebí brát v úvahu motivační změny, ke kterým u nich dochází a tomu přizpůsobit způsob psychologické podpory a péče.

- U nemocných často dochází ke snížení potřeby stimulace ve smyslu omezení preference rozmanitosti a novosti podnětů, nemocný dává přednost těm věcem, které zná a které jej příliš nezahlcují a nevyčerpávají. Podněty nové, neznámé nebo příliš intenzivní vyvolávají negativní reakci, stažení do ústraní a odmítání, bez ohledu na to, o jaký typ podnětů jde.
- Selhávání některých somatických funkcí (např. vyprazdňování, poruchy trávení) vede k regresi na úroveň infantilizované *potřeby citového vztahu, závislosti a bezpečí*. Jedinec má zvýšenou touhu po emocionální odezvě a pozornosti ze strany personálu a rodinných účastníků. *Potřeba sociálního kontaktu* sloužící jako obrana před úzkostí a strachem je vyjádřená přáním, aby na ně někdo smysluplně mluvil a nezaobíral se jimi pouze profesionálně.
- Nemocný potřebuje najít smysl toho, čím žije, učí se hledat životní styl vyhovující jeho současným podmínkám, který by akceptoval alespoň jako přijatelný a který by také zvládl. *Frustrace* pozitivní budoucnosti

je zpracovávána nejrůznějšími obrannými mechanismy, které má jedinec k dispozici užívaje je již v minulosti v situaci ohrožení [28].

*Jedinec v nemoci ztrácí většinu rolí, které měl, potřebuje proto pomoc při konstituování své změněné identity v nemoci, což nebývá vždy snadné, protože svou nemocí člověk mnoho pozitivního ztrácí a velmi málo získává.* Důležité je proto respektování intimity a vyslechnutí názoru pacienta. **Potřeba identity** zahrnuje i potřebu neztratit lidskou důstojnost, důležité je i podporovat snahy jedince o získání co největší nezávislosti, soběstačnosti, případně napomáhat rozvoji nově pojatých aktivit, které dávají jedinci možnost nového sebepojetí a smyslu života [28].

Průzkumy zaměřené na inkontinenci moči opakovaně potvrzují, že inkontinence je problém, který mnohé ženy dosud úzkostlivě – a ke své škodě – tají i před lékaři. Sestry by s tím měly počítat a měly by umět získat důvěru svých pacientek do té míry, aby se neostýchaly a svěřily se se svým problémem. Mnohdy totiž ani nevědí, že dnes již existuje mnoho způsobů, jak inkontinenci léčit [3].

### **2.1.1. Důsledky inkontinence moči**

Důsledky inkontinence moči pro pacienta jsou:

- psychické,
- zdravotní,
- sociální,
- ekonomické,
- důsledky pro rodinu, partnera a ošetřující.

Sociální důsledky inkontinence:

- omezení v domácích činnostech a sebeobsluze,
- omezení ve společenských vztazích,
- omezení v pracovních aktivitách, snížená produktivita,
- omezení v běžných činnostech (příjmu tekutin, řízení vozu, návštěvy míst, kde není WC, sportování),
- sociální izolace, osamělost,
- sociální stigmatizace,
- inkontinence jako chronický stresor pro pečovatele,
- nutnost trvalé ústavní péče.

### Psychologické důsledky inkontinence:

- nízké sebehodnocení,
- vystavění posměchu,
- frustrace sebeúcty s pocity vzteku, studu, zahanbení, selhání, nejistoty,
- depresivní symptomatologie,
- porucha sexuálních funkcí,
- horší životní spokojenost, úzkost, insomnie.

### Nezávislé zdravotně sociální rizikové faktory vzniku inkontinence ve stáří:

- kognitivní porucha
- demence, imobilita, poruchy chůze, pády a úrazy,
- deprese, nesoběstačnost, zdravotní postižení,
- vyšší věk, ženské pohlaví, dekubity [55].

#### **2.1.1.1. Sociální důsledky inkontinence**

Každá nemoc má určité sociální důsledky, které zahrnují několik aspektů. První spočívá v tom, že *nemoc často způsobuje postiženému nemožnost v plné míře vykonávat dosavadní činnosti ve své profesi* – snížení tělesné schopnosti v důsledku nemoci může vést až ke změně zaměstnání. *Sociální důsledky se mohou projevit také v rodině.* Nemoc někdy narušuje vztahy mezi partnery. Nemocná žena se nemůže účastnit na domácích pracích tak, jak by si představovala a jak by rodina potřebovala. Mění se vztahy vůči dětem a někdy dochází k nesouladu v sexuálním životě partnerů. Je nutno dodat, že změny v rodinných vztazích působí v obou směrech. Mohou vést ke zlepšování vztahů, anebo k jejich zhoršování. Druhý případ se vyskytuje častěji a je sociologicky závažnější. Často pacientka velmi těžce nese *změny v oblasti trávení volného času.* Omezení nebo nemožnost další činnosti v různých společenských, sportovních, kulturních a jiných organizacích vede někdy jedince k psychickým depresím [5].

Nepříznivé sociální důsledky inkontinence nejsou přítomny u všech inkontinentních žen. Nejméně jsou těmito důsledky postiženi mladší nemocní s lehkou formou inkontinence a bez jiných průvodních onemocnění. Se zvyšujícím se věkem, narůstající nemocností i závažností inkontinence se stávají spíše pravidlem. Žena, která se ocitne v této nepříznivé situaci, se jí snaží obvykle řešit nejprve vlastními silami: snižuje příjem tekutin a potravin s větším obsahem vody



tak, aby zmenšila množství moči a tím i předešla inkontinentním epizodám (u starších nemocných hrozí riziko dehydratace). Únik moči znamená i nutnost zvýšené hygienické péče, častou výměnu spodního prádla a nákup jednorázových pomůcek, a to představuje mnohem větší ekonomickou zátěž. Také se snaží omezit aktivity, při kterých by únik moči mohl být společensky nepřijatelný. Pro ženu s urgentní inkontinencí i s 20 mikcemi denně a několika nočními epizodami se návštěva divadla nebo jiné společenské akce může stát zdrojem společenské blamáže, obava z nedostupnosti toalety zabraňuje ženě účastnit se aktivit v neznámém prostředí nebo se vydávat na delší cestu. Výjimkou není ani to, že se problémy promítají do osobního života, ovlivňují negativně partnerské i rodinné vztahy, společenské nebo pracovní uplatnění. Inkontinentní žena se straní okolí, uzavírá se doma a omezuje své styky s přáteli. Především staří nemocní omezují vycházení z bytu a jsou ohroženi osamělostí, v extrémním případě sociální izolací [55, 56].

#### **2.1.1.2. Psychické důsledky inkontinence**

Inkontinence moči, podobně jako u jiných dlouhodobých zdravotních potíží, představuje *chronický stresor*. Dlouhodobé napětí, pocity z frustrace - zahanbení, studu, strach ze zápachu nebo z nečištění, strach z odhalení této „společensky nepřijatelné“ komplikace, obava z posměchu okolí způsobují změnu v sebehodnocení ženy a zvyšují výskyt neurotických symptomů. Prakticky všechny klinicko-epidemiologické studie prokázaly zvýšený výskyt depresivního ladění, smutku, poruch spánku a v některých případech i vyšší úzkost žen s inkontinencí. U mladších žen může inkontinence nepříznivě ovlivňovat sexuální funkce a spokojenost s partnerem. Psychologický profil patientek s inkontinencí a psychosomatické příznaky u nás sledoval **Jiří Kepák**. Již v roce 1970 publikoval gynekologicko-urologický dotazník zahrnující kromě somatických otázek také část psychosociální, který sledoval příznaky neurovegetativní a emoční lability, poruchy sociálního chování a psychosexuální vztahy. Upozornil tak, jako jeden z prvních, na složité a komplexní vztahy mezi somatickými a psychickými faktory u inkontinentních a rozpoznal význam jejich hodnocení pro komplexní management inkontinence [55, 56].

## 2.2. Well – being a zdraví – ve vztahu tělesné potřeby - pohodlí

*Prožitek osobní pohody (well – being)* je nesporně jednou z významných složek zdraví, také je jedním z pojmů i jevů, jejichž primární založení je spíše psychologické, avšak zasahují do řady dalších společenských i přírodovědních oborů (filozofie, medicína, sociologie apod.) a jsou užívány též v obecném jazyce. Velké popularity se tomuto problému dostalo v souvislosti s přípravou definice zdraví, kterou vydala v roce 1948 WHO (Světová zdravotnická organizace). *Well – being* je zde zakotven jako důležitá charakteristika zdraví, přičemž se rozlišují tělesné, sociální a duševní dimenze tohoto prožitku osobní pohody [30].

Z psychologického hlediska spadá osobní pohoda na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy, protože však v rámci utváření osobní pohody jde současně také o průběžně se odehrávající hodnotící vztahy, obsahuje i důležitou komponentu postoje.

Osobní pohoda bývá obvykle charakterizována jako prožitek, který trvá řádově spíše týdny či dny, než okamžiky – to by ji řadilo spíše k náladám – obsahuje však i některé proměnlivější charakteristiky, související jednak s aktuálním psychickým stavem, jednak s určitou proměnlivostí a dynamikou nálad [30].

V řadě studií je osobní pohoda chápána „*jako součást kvality života*“ (Levin, Chatters, 1998). Uvedení autoři předpokládají, že kvalita života má dvě základní dimenze – subjektivní a objektivní osobní pohodu.

*Objektivní osobní pohodu tvoří* – funkční kapacita organismu, zdravotní stav, socioekonomický status).

*Subjektivní pocit osobní pohody tvoří čtyři komponenty* – psychická osobní pohoda, sebeuplatnění (self-efficacy), sebeúcta (self-esteem), osobní zvládnutí (personal control, mastery). Psychická osobní pohoda je tvořena různými emočními a kognitivními dimenzemi, jako např. pozitivní a negativní afektivita, životní spokojenost, štěstí, shoda mezi očekávanými a dosaženými životními cíli, psychosomatické symptomy, nálada [30].

U inkontinentních žen je zvýšený výskyt smutku, depresivního ladění, úzkostného ladění a poruch spánku [56].

### Dimenze osobní pohody

Podle **C. L. Keyesové** a **C. D. Ryffové** (1995) má struktura osobní pohody šest základních dimenzí:

**Sebepřijetí (self-acceptance)** – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, srozumění s vlastní minulostí.

**Pozitivní vztahy s druhými** – schopnost empatie, vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých.

**Autonomie** – nezávislost, sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.

**Zvládání životního prostředí (environmental mastery)** – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí.

**Smysl života (purpose in life)** – směřování k dosažení cílů, cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl.

**Osobní rozvoj (personal growth)** – pocit trvalého vývoje, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, otevřenost novému, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování [30].

Souvislost mezi sebehodnocením a spokojeností se životem (life satisfaction) je přinejmenším hypoteticky předpokládána řadou dalších autorů a byla též potvrzena v četných výzkumech [30].

Především ke dvěma posledním dimenzím struktury osobní pohody v pojetí **C. L. Keyesové** a **C. D. Ryffové** se velmi úzce váže též schopnost prožitku *naděje (hope)*, dalšího významného předmětu zájmu psychologie zdraví. Zkušenosti ukazují, že lidská bytost je schopna snášet četná příkoří, značnou úroveň psychické i fyzické bolesti, poškození zdraví, sociálního úpadku i ponížení, ovšem jen tehdy, uchová-li si naději, tj. je-li schopna věřit, že bude lépe [30].

Z opačného pohledu, tj. z hlediska absence prožitku naděje, byl její význam sledován v rámci výzkumu *naučené bezmocnosti (learned helplessness)* a také *syndromu beznaděje a bezmoci (hopelessness-helplessness syndrome)*. Koncepce naučené bezmocnosti (Saligman, 1975, 1991 b) uvedla do výzkumu psychosociálních determinant zdraví nový pohled na vysvětlení ztráty motivace a aktivity vůči nepříjemným podnětům, působícím za málo ovlivnitelných nebo

dokonce neovlivitelných okolností. Výzkumy uskutečněné původně na animálních modelech prokázaly, že zvířata, u kterých vznikla dřívější zkušenost, z níž vyplývalo, že nepříjemným stimulům se nelze žádným způsobem vyhnout, ztratila zájem hledat možnost, jak se těmto stimulům vyhnout dokonce i v nové situaci, v níž by hledání možností úniku mohlo být úspěšné. Tato koncepce byla dále rozvíjena a ověřována četnými autory i u lidí, mj. též v souvislosti s výzkumem prožívání a chování depresivních jedinců, u nichž se zjišťovalo očekávání úspěchu a životních pozitiv v budoucnosti (Garber, Seligman, 1980) [30]. Původní předpoklad, že naučená bezmocnost se ve stejné či podobné podobě jako u zvířat (apatie, ztráta motivace, trpné podřízení se situaci na základě pocitu ztráty kontroly nad jejím vývojem) projeví také u lidí, se však zcela nenaplnil. V obecných rysech se sice potvrdilo, že také u lidí se za situací, v nichž vzniká pocit ztráty vlivu na vývoj událostí, objevují příznaky **naučené bezmocnosti**, že je však třeba počítat s vlivem některých dalších proměnných. Ukázalo se, že při utváření naučené bezmocnosti sehrává významnou roli též individuálně odlišné přisuzování (atribuování) příčin významným situacím a událostem. Potvrdilo se, že signifikantně častěji se objevují příznaky naučené bezmocnosti tehdy, pokud jsou doprovázeny spíše vnitřními okolnostmi (nevhodné osobnostní předpoklady), jež mají relativně stálý či alespoň dlouhodobý ráz (zdá se, že to nemá konce) a jsou spíše univerzální či globální povahy (fakticky či zdánlivě ovlivňují více oblastí života) [30].

Významnou dimenzí komplexu well-being je také **tělesná zdatnost (wellness či fitness)**. Zpracován je zejména vliv pohybové aktivity na osobní pohodu nebo její komponenty: pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi a percepci stresu. Platí to u zdravých i nemocných osob, u adolescentní i dospělé populace, tak, jak to prokázali četní autoři [30, 42, 58].

V přehledové studii **A. Hunta** (2003) jsou sumarizovány hlavní přínosy tělesné zdatnosti pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu. Jde především o významnou celkovou **nezávislost, samostatnost a sebeobslužnost**, zvláště u *starších osob*, jejichž úroveň se s vyšší úrovní tělesné zdatnosti prodlužuje v čase a zvyšuje z hlediska kvality. Tělesná zdatnost také příznivě ovlivňuje metabolismus a schopnost uchovat si optimální tělesnou hmotnost, ovlivňuje tak výskyt a částečně i prevenci řady poruch a onemocnění [30].

**Inkontinence moči** přináší ženě mnoho potíží a problémů v oblasti psychosociální, zdravotní a ekonomické. **Zdravotní důsledky inkontinence** zahrnují přímé zdravotní komplikace způsobené inkontinencí moči, jako např. podráždění kůže, její macerace, intertriginózní mykóza a u imobilních nemocných vznik dekubitů. Dochází k častějšímu výskytu močové infekce. Všem ženám, které trpí inkontinencí, je potřeba zajistit kvalitní péči zejména v oblasti osobní hygieny [56]. **Potřeba čistoty, hygieny** patří mezi základní biologické potřeby. Pro většinu jedinců je čistota výchozím, základním předpokladem pro pocit osobní pohody, a tím zasahuje do oblasti potřeb psychogenních [57]. **PhDr. H. Chloubová** ve své charakteristice **tělesných potřeb** uvádí, že v nemoci, traumatu, či vysokém věku jsou jedna či více potřeb porušeny a čím více tělesných potřeb není saturováno, tím je zdravotní stav nemocného vážněji ohrožen [23].

**Inkontinentní ženy** netrápí pouze porušená kůže, ale celkový dyskomfort spojený s únikem moči, jako např. nepříjemné svědění v oblasti genitálu, zápach, nutnost časté výměny spodního prádla při úniku moči, pocit dyskomfortu při používání absorpčních pomůcek (nevhodných menstruačních či vložek pro inkontinentní), omezení výběru oděvu apod.

Vyprazdňování zasahuje intimní sféru ženy, ty pak mají zábranu o problémech mluvit. Stud inkontinentní ženy může vést k zahanbení, až k pocitům méněcennosti [53].

## 2.3. Ošetřovatelská problematika

### 2.3.1. Ošetřovatelská zátěž

Péče o pacienty trpící *inkontinencí moči* představuje ve všech státech OECD závažný, většinou však opomíjený **zdravotní a psychosociální problém**. Nezbytnost komplexní a dostupné péče o osoby s inkontinencí moči se stává naléhavou zejména v zemích s rychle stárnoucím obyvatelstvem. Současně je často obtížně diagnostikovatelná a účinně léčitelná, navíc významně ovlivňuje kvalitu života žen s inkontinencí moči i jejich rodin, protože má stále citelnější **ekonomické důsledky** [7].

Významnou roli při nejistotě žen s inkontinencí moči o povaze potíží a jejich řešení hraje porada s rodinou a přáteli, následuje odborný lékař a pak [www stránky](#).

Otevřená komunikace o všech aspektech inkontinence moči, jejíž prevalence rychle stoupá, je podmínkou *dobré spolupráce* osob trpících inkontinencí s lékaři a zdravotními sestrami, jejichž účast v péči o osoby s inkontinencí moči je velmi přínosná. *Zdravotní sestra*, která je vyškolená v péči o tyto pacienty provádí sběr a třídění anamnestických dat, mírní komunikační bariéry, napomáhá kvalitní komunikaci s pacienty s inkontinencí moči. V průběhu léčby zajišťuje instruktáž zaměřenou na režimová opatření, využití léků a kompenzačních pomůcek [7].

*Úkol sestry* není lehký. Pracuje v průsečíku nejrůznějších lidských potřeb a přání, zlostí a úzkostí, shody i vážných nedorozumění. Málokdo má bohatší zkušenosti na poli mezilidských vztahů než právě ona [52].

Ženy, které mají problémy s inkontinencí, jsou ohrožené různými druhy poškození kůže, vznikem vředů nebo infekcí. Některé z nich jsou navíc k takovým problémům zvláště náchylné – například ženy, které podstupují ozařování perinea (oblasti mezi vnějšími pohlavními orgány a konečníkem), nebo lidé upoutaní na lůžko či kolečkové křeslo. Používání vložek nebo jiných podobných pomůcek sice chrání oděv či ložní prádlo před znečištěním, nese s sebou ale riziko – moč totiž může zůstat v trvalém kontaktu s pokožkou. I po krátkodobém působení moči začíná být kůže provlhlá, odřená a opruzená. Proto je potřeba věnovat jí zvláštní péči – především udržovat ji čistou a suchou [2].

Pokožka a okolí perinea by měly být vždy co nejdříve pečlivě umyty - vhodné je jemné mýdlo, po jeho použití je potřeba kůži pečlivě opláchnout a vysušit. Časté mytí může způsobit vysušení a podráždění pokožky, je proto vhodné použít zvlhčující krémy. Je ovšem třeba vyhýbat se krémům, které obsahují alkohol – mohl by pokožku dále dráždit. Pokud žena podstupuje ozařování kůže nebo oblasti perinea, je nutné se před použitím jakéhokoli krému či tělového mléka poradit s lékařem [2].

*K očištění pokožky* je také možné používat některé speciální přípravky, které čistí a zároveň působí jako deodoranty, aniž by ji dále vysušovaly. Může jít o spreje, pěny nebo čistící ubrousky. Při jejich použití je nutné dodržovat pokyny výrobce, jelikož některé z nich nevyžadují další mytí vodou. Je také třeba mít na paměti, že některé vonné složky těchto pomůcek mohou způsobovat alergické reakce. Pokud je pokožka v trvalém kontaktu s močí, je vhodné zvážit použití látek ochraňujících pokožku. Existují některé druhy krémů nebo mastí, které obsahují *lanolin*

nebo *petrolatum* – po nanesení vytvoří ochrannou vrstvu. Další výrobky, například ubrousky nebo spreje, tvoří na pokožce průhledný film, který také slouží k ochraně před kontaktem moči s podrážděnou pokožkou. Použití těchto přípravků ovšem nenahrazuje nutnost pravidelného mytí po každém nežádoucím úniku moči, přičemž je třeba po každém umytí přípravek znovu nanést [2].

Osoby trpící často inkontinencí, jsou také často ohroženy plísňovým onemocněním, jež se projevuje jako vyrážka, která může způsobovat svědění pokožky. I proti tomuto onemocnění existuje několik druhů léčiv. Pokud je pokožka ženy trvale mokrá, je vhodné používat pudr obsahující protiplísňové složky a přes něj ochranný krém izolující moč od pokožky. Na suchou pokožku jsou vhodnější krémy se složkou, která působí proti plísním [2].

### **Podpora kontinence**

Při léčbě a péči o inkontinentní ženu je třeba volit pozitivní přístup a začít s podporou kontinence. Nejdůležitější je motivace a stimulace a její zapojení do tvorby a provádění ošetrovatelského plánu. Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že inkontinencí spíše začnou trpět lidé, kteří nemají celý den co dělat. Instituce, které nabízejí svým klientům a pacientům celkově aktivizující programy a pozitivní přístup k životu, mají inkontinentních pacientů méně [44].

Začít s programem podpory kontinence může být někdy obtížné, jelikož jeho úspěšnost závisí také na postoji, motivaci a mentálním přístupu celého ošetrovatelského týmu. ***Podpora kontinence*** by měla být součástí holistické ošetrovatelské péče. Je důležité, aby se ošetrovatelský tým dokázal kriticky podívat na běžnou praxi při péči o vyprazdňování pacientů. ***Intimita, soběstačnost a důstojnost ženy jsou často obětovány kvůli urychlení práce.*** Mnohdy nelze měnit architektonické řešení oddělení, ale lze provést i malá opatření, která mají zásadní význam, např. umístění madel na toaletách a chodbách, závěsy kolem lůžka, toaletní sedátka. Při podpoře kontinence je velmi důležité, aby sestra získala důvěru pacientky a proti inkontinenci bojovali spolu. Pro většinu žen je totiž zahanbující a snaží se ji maskovat. Celý proces je dlouhodobý, je třeba tyto ženy povzbuzovat a chválit [44].

***Role sestry jako edukátorky*** je nezastupitelná při nácviu léčebných technik – *cvičení svalů dna pánevního a reedukace*. Sestra by měla být také schopna poradit a dohlédnout na *pitný režim* inkontinentní ženy. Mnoho žen si mylně myslí,

že s inkontinencí lze bojovat snížením příjmu tekutin. Při inkontinenci by měly pacientky omezit nápoje obsahující kofein. Pro podporu kontinence je potřeba i *podpora pohybové aktivity a soběstačnosti*. V neposledním případě musí sestra poučit rodinu inkontinentní ženy a pozitivně je motivovat [44].

*Inkontinence moči* je široce rozšířený příznak nejrůznějších orgánových změn, k nimž dochází častěji hlavně v pokročilém věku, jak již bylo uvedeno a *je tíživým problémem pro postiženého i pečovatele. Nekvalifikovaná či nedostatečně prováděná péče o inkontinentní ženu může vést ke komplikacím*, jako jsou dekubity, někdy až vředy, celková dehydratace organismu nebo zánět močového měchýře se všemi z toho vyplývajícími negativními následky [43].

*Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka, ženy mají zábrany o problémech mluvit*. Toto téma vyžaduje vysokou profesionální úroveň, dostatečné komunikační dovednosti, znalost psychiky žen. Na prvním místě je vždy získat si jejich důvěru. S potřebou vyprazdňování souvisí potřeba respektování potřeby soukromí a intimity. Stud člověka není trapný, může ale vést k zahanbení, až k pocitům méněcennosti. *Opakované nerespektování soukromí a intimity může u ženy vést k poruchám v oblasti sebekoncepce a ke snížení sebeúcty*. Empatický přístup k pacientce je samozřejmostí. Správně vedená ošetrovatelská péče může přinést úlevu a zároveň zlepšit obtíže. Nezbytným předpokladem je úzká týmová spolupráce specialistů z oboru gynekologie, urologie, neurologie, interní medicíny, psychiatrie, gerontologie a praktických lékařů [53].

### 2.3.2. Kompenzační pomůcky

Důsledkem nezadržitelného úniku moči se inkontinentní ženy začínají často obávat chodit do společnosti, cítí se vyřazený z běžného života a kvůli neustálému strachu ze ztrapnění se izolují doma. Aby se mohly opět zapojit do společenského života, potřebují spolehlivý protekční prostředek, který jim poskytne především pocit stoprocentní bezpečnosti, ochrany proti prosáknutí moči a šíření nepříjemného zápachu [46].

Nejběžnější a nejrozšířenější pomůckou užívanou jedinci trpícími jak urgentní, tak i stresovou inkontinencí moči jsou inkontinenční absorpční vložky nebo inkontinenční plenkové kalhotky, dále pak pesary, které se užívají v kombinaci s lokálně aplikovanými hormonálními krémy, jejichž využití vyžaduje vyšetření



u urogynekologa a následné sledování. V některých zemích se užívají i okluzní pomůcky, které u nás nejsou registrovány [7].

V současné době je na našem trhu široký výběr speciálně vyvinutých pomůcek zmírňující jak psychosociální, tak i potenciálně závažné zdravotní důsledky inkontinence moči. Savé prostředky mají být využívány u žen trpících inkontinencí moči v průběhu diagnostického procesu, čekání na operaci a jsou přípravkem volby u žen, které odmítají operační řešení či farmakoterapii inkontinence moči [7].

Zdravotní pojišťovny přispívají na zakoupení inkontinentních pomůcek do výše měsíční limitace objemu prostředků, které podle sazebníků zdravotních pojišťoven osobě trpící lékařsky doloženou klinicky závažnou formou inkontinence moči – podle množství unikající moči – lze v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb. na náklad všeobecného zdravotního pojištění předepsat [7].

V případě těchto pomůcek se počítá i se spoluúčastí pacientek. Náklady na individuální i institucionální péči o osoby trpící inkontinencí moči nejsou v ČR přesně vyčísleny. Jedná se však o významnou zátěž jak pro zdravotní pojišťovny, tak i státní zdravotní správu, také při spoluúčasti i pro jednotlivé pacienty s inkontinencí moči – soudě podle údajů z USA a Austrálie. Tam představuje inkontinence moči významné břemeno ohrožující financování zdravotního systému, jež se zvyšuje vzhledem k stárnutí populace [7].

Vedle inkontinentních savých pomůcek prožívají opětnou renesanci pomůcky, které mírní projevy stresové inkontinence. Fungují na principu zátky močové trubice na jedno použití, nyní vyráběné ze silikonových materiálů [7].

### **Pomůcky dělíme:**

- pomůcky zachycující a odvádějící moč od těla pryč,
- pomůcky absorbující moč (udržují pokožku co nejsušší).

U absorbujících pomůcek se výběr řídí podle skutečně vyloučeného množství moči a návykových měnících rytmů [53].

Ošetrovatelský personál zajistí hospodárnou a kvalitní péči tehdy, je-li u každé pacientky zvolen individuální výrobek.

### **Sestra určí stupeň inkontinence moči od 1. do 3. stupně.**

1. stupeň = lehká inkontinence moči (vločky, vložné pleny, kalhotky – označené žlutou barvou).

2. stupeň = střední inkontinence moči (vložky, vložné pleny, kalhotky – označené zelenou barvou).
3. stupeň = těžká inkontinence moči (vložky, vložné pleny, kalhotky – označené modrou barvou).

Na noc jsou určeny výrobky s vysokou sací schopností zajišťující nerušený spánek, označené fialovou barvou [53].

### **Pomůcky, které můžeme použít:**

#### ***Inko-vložky***

Vložky jsou nejběžněji používané inko-pomůcky lišící se velikostí, která se pohybuje od velikosti menstruační vložky až po velikost pleny, některé jsou anatomicky tvarované. Menší velikosti vložek jsou někdy vybaveny lepícími proužky, kterými je možné jejich připevnění na spodní prádlo. Inko-vložky jsou skutečně vhodné jen pro nechtěný odchod menšího množství moči, často jsou ale užívány a doporučovány i pro těžkou inkontinenci – s neuspokojivým efektem. Inko-vložky se liší absorpcí, jejich reálná absorpční schopnost se pohybuje podle typu od 150 do 550 ml.

#### ***Kalhotky***

Je možné používat vložku v kombinaci s kalhotkami držící je na místě. U nás se setkáváme s *kalhotkami s kapsou pro inko-vložku*, která se liší v designu pro muže a pro ženy. Jsou prací, pohodlné a v celku diskrétní. Jejich zevní vrstva nepropouští vlhkost a chrání tak oblečení, pokožku chrání vnitřní vrstva. Používají se pro lehkou a středně těžkou inkontinenci moči. Nejčastěji jsou používané zejména *sítové kalhotky*. Hodí se pro všechny druhy inko-vložek, pro ženy mobilní i upoutané na lůžko. Jejich výhodou je, že se dají lehce vyprat, jsou tedy vhodné zejména pro ženy, které jsou v domácnosti, jelikož v nemocničních zařízeních je problém s jejich praním.

#### ***Plenkové inko-kalhotky***

Na trh přicházejí různé druhy lišící se tvarem, způsobem upevnění, poskytnutým pohodlím a absorpční schopností. Absorpční schopnost se podle druhu výrobku pohybuje od 350 do 2 200 ml. Používají se při těžké inkontinenci moči nebo stolice. Nevýhodou je zejména jejich objemnost a nediskrétnost. Učinit tuto pomůcku diskrétnější pomohou volné, nepřiléhavé šaty [8, 44, 45].

### ***Inko-podložky***

Jsou nejčastěji používanou pomůckou k ochraně křesla a lůžka. Užívá se těch nejjednodušších, jako je klasická podložka podložená gumou, až po velice sofistikované jednorázové podložky s velkou absorpcí a také vrstvou chránící pokožku. Při používání podložek se také setkáváme s tím, že se pacientky i sestry spokojí s nevyhovujícími podložkami, které nezabezpečují příliš pohodlí a zároveň zvyšují riziko dekubitů [8, 44, 45].

## **2.4. Ekonomické dopady inkontinence**

Při posuzování ekonomických důsledků inkontinence moči je nezbytné rozlišovat *přímé* a *nepřímé* náklady.

***Přímé náklady*** zahrnují náklady na léčbu a péči, která je poskytována jedincům trpícím inkontinencí moči. Obecně jsou lépe stanovitelné, bývá jim věnována větší pozornost. Patří k nim finanční prostředky vynaložené na vyšetřovací a diagnostické výkony, operační zákroky mající vztah k inkontinenci moči, farmakoterapii. Dále je nutno zahrnout úhradu rehabilitačních a fyzioterapeutických procedur, které jsou indikovány v počátečních stádiích inkontinence, jež představují velmi účinnou a méně nákladnou součást léčby. Do celkových přímých nákladů zahrnujeme i náklady spojené s léčením možných komplikací, nastoupivších při konzervativní či operativní léčbě inkontinence moči. Významnou nákladovou položku představuje úhrada ošetrovatelské péče a hospitalizačních nákladů spojených s inkontinencí moče [7].

Nelze pominout ***nepřímé náklady***, jež zahrnují obtížně stanovitelné finanční náklady, které jsou podmíněny pracovním-spoločenskými a psychosociálními důsledky inkontinence moči a s ní spojeným handicapem. Do nepřímých nákladů je nutno zahrnout i vyčíslení hodnoty představující „*ztracené roky*“, kdy pro inkontinenci moči nemohla osoba s inkontinencí vykonávat soustavné povolání. Je nutno kalkulovat a s nižší pracovní produktivitou, která je běžná u osob trpících inkontinencí moči. V neposlední řadě se musí započítat i hrozící invalidizace nebo invalidizace již přiznaná. Významné jsou i *náklady na sociální služby*, které souvisí s inkontinencí moči. Při kalkulaci nepřímých nákladů inkontinence je třeba pamatovat na finanční ztráty, které osoby postižené inkontinencí moči mohou utrpět v důsledku horšího profesního i společenského uplatnění. Při vyčíslování nepřímých nákladů má být ohodnocena také újma, kterou představuje pro jedince s inkontinencí

moči zhoršená kvalita života. Nelze opomenout ani ohodnocení strádání a utrpení, případně bolest, které mohou inkontinenci moči provázet. ***Významná je skutečnost, že inkontinence moči je závažným pečovatelským i ekonomickým problémem u osob, žijících v ošetrovatelských a pečovatelských institucích pro seniory*** [7, 54].

Při zvažování ekonomických důsledků inkontinence moči zatím neexistuje jiná možnost, než vycházet z údajů získaných farmakoekonomickými studii, dále pak studii hodnotícími přímé i nepřímé náklady spojené s péčí o osoby s inkontinencí moči, které byly provedeny v zahraničí.

***Při hodnocení komplexních nákladů*** je nutno uvážit současný stav i střednědobé a dlouhodobé demografické, epidemiologické a socioekonomické odhady vývoje rychle stárnoucí české společnosti. Navíc je vhodné upozornit i na významnou okolnost, že v České republice i v jiných zemích – bez vztahu k rozdílné úrovni ekonomiky posuzované výší HNP a k výši individuálních příjmů osob trpících inkontinencí moči – celospolečenské náklady na management inkontinence moči významně zvyšuje jak neochota, tak částečně i neschopnost osob trpících inkontinencí podílet se na úhradě nákladů na inkontinentní pomůcky.

Je důležité, aby se do povědomí laické i odborné veřejnosti a zejména pak osob trpících inkontinencí moči, především stresovou, též však urgentní, dostaly informace o přínosu a širokém uplatnění fyzioterapie a pohybové léčby u inkontinence moči [7, 54].

Odlíšný, a přitom velmi zajímavý metodický přístup k ekonomickým otázkám přináší metoda, která je označována v anglosaské literatuře jako ***willingness to pay (WTP)***, tedy ***ochota platit***. WTP přístup zohledňuje vliv onemocnění na kvalitu života a funkční stav pacienta a sleduje „ochotu“ pacienta platit za zlepšení projevů nemoci – v případě inkontinence snížení počtu epizod úniku moči [54].

Inkontinence moči představuje pro postižené ženy ***závažný psychosociální problém***, který má významné ekonomické konsekvence. Ve vyspělých zemích dosahují náklady na inkontinenci dvou procent z celkových nákladů na zdravotnictví a postižení znamená pro pacienta i další přímé i nepřímé náklady. Výsledky zahraničních studií přinášejí nejen zajímavé údaje pro organizátory zdravotnictví, lékaře, plátce pojištění, ale mohou být inspirací také pro české výzkumníky [54].

### 2.4.1. Management inkontinence

**Inkontinence moči** má řadu příčin – nadměrně nebo naopak příliš málo dráždivý močový měchýř, infekce, překážka v odtoku moči, vedlejší účinek užívání léků apod. Přes veškeré možnosti moderního zdravotnictví není u některých žen inkontinence léčitelná. Je důležité, aby si tento fakt dokázala pacientka i sestra připustit a místo nácviku kontinence se pak začali soustředit na náhradní řešení. V případě přetrvávající inkontinence nastává čas na vytvoření plánu, který umožní inkontinentní ženě zachování společenských aktivit, důstojnosti a pocitu pohodlí [4, 44].

Je-li diagnostikována inkontinence, je nutný výběr správné absorpční pomůcky, která musí zajistit komfort a bezpečí pro uživatele a která zároveň poskytne i optimální ekonomické řešení. V domácím prostředí klademe důraz zejména na důslednou edukaci žen užívajících inkontinentních pomůcek a příbuzných formou návštěvy specialisty pro inkontinenci. V ústavním zařízení soustředíme vlastní Management inkontinence do různých etap [4].

**Základem pro správné zavedení a fungování Managementu inkontinence je vždy řádné proškolení ošetřujícího personálu.** Pokud má ošetřující personál nedostatek informací, dopouští se často nevědomě celé řady chyb.

#### **Mezi nejčastější chyby a omyly při aplikaci pomůcek patří:**

- **Volba nevhodné velikosti pomůcky** – pomůcka uživatele tísní nebo naopak nedoléhá, důsledkem je snížená funkčnost a protékání i při pečlivé fixaci – u malých pomůcek pak hrozí riziko poškození kůže.
- **Zaměňování velikosti a účelu použití** – pomůcka stejného stupně ochrany velikost Large není lepší pomůckou než pomůcka se shodným stupněm ochrany velikosti Small, je pouze větší.
- **Ledabylá fixace** – špatnou aplikací se výrazně snižuje účinnost pomůcky, důsledkem je protékání, uživatel je v mokru.
- **Ignorování indikátorů vlhkosti** – důsledkem je zbytečné časté rozlepování a kontrola uživatele pomůcky, narušování jeho intimity a zbytečné časté výměny plně funkční pomůcky se všemi ekonomickými dopady.
- **Chybné používání jen omezeného typu pomůcek** – omezený sortiment pomůcek neřeší specifika jejich uživatelů, není cestou k optimalizaci nákladů.

- **Chybné souběžné kombinování pomůcek** – např. vložná plena vkládaná do plenkových kalhotek [4].

Výsledkem správného zavedení Managementu inkontinence je:

- spokojenost uživatelů s pomůckou (uživatel používá optimální pomůcku plně vyhovující jeho potřebám),
- spokojenost ošetřujícího personálu (rychlá a snadná orientace, jaká pomůcka je určena pro daného uživatele),
- úspora inkontinentních pomůcek (kombinace různých typů – např. vložné pleny/plenkové kalhotky),
- úspora nákladů na případné léčení defektů pokožky (správně zvolená pomůcka, která zajišťuje suchou pokožku a chrání ji před poškozením),
- úspora nákladů na ložní prádlo a nákladů na odpady [4].

## 2.5. Společenská problematika inkontinence moči

### 2.5.1. Informovanost o inkontinenci moči

Pro starší inkontinentní ženy je stále typická menší a nedostatečná informovanost o příčinách a možnostech léčby. ***Inkontinentní ženy vyššího věku méně často vyhledávají pomoc zdravotníků, protože inkontinenci mylně považují za „normální“ příznak stáří.*** Podle našich zkušeností se více než polovina starších žen nesevěřila s problémem inkontinence lékaři [56].

V současnosti tak ženy se svým lékařem o inkontinenci hovoří spíše výjimečně, a proto značná část pacientek není vyšetřena ani léčena. Problémy nejsou jen na straně pacienta, ale i na straně zdravotníků. ***Překážkou správné diagnózy a léčby jsou nedostatečné znalosti lékařů o inkontinenci, zároveň i neochota se na toto citlivé téma podrobně dotazovat.*** Obvyklým argumentem zdravotníků jsou stížnosti na nedostatek času, ve skutečnosti se nikoli vzácně setkáváme s bagatelizací potíží, nezájmem lékaře a diskriminujícím postojem ke starým pacientům [56].

## 2.6. Zdravotně sociální rizika inkontinence

Řada epidemiologických a klinických studií posuzovaly rizikové faktory inkontinence. Kromě jednoznačně klinických/medicínských faktorů bylo nalezeno zvýšené riziko přítomnosti inkontinence moči u stavů mající významnou sociální

komponentu a lze je označit jako zdravotně sociální či sociálně zdravotní. Patří sem zejména vyšší věk. ***Průřezové studie v jednoznačné shodě prokazují zvyšující se prevalenci všech typů inkontinence moči s věkem*** [16, 35, 55].

Dalším rizikovým faktorem je zdravotní postižení a ztráta soběstačnosti při psychiatrických nebo somatických onemocněních. Omezení v samostatné hygieně zvyšuje riziko komplikací inkontinence (infekce, macerace kůže), porucha chůze a neschopnost dostat se včas na toaletu může vést k inkontinenci i u osob, které by jinak mohly být kontinentní. Hovoříme o funkční inkontinenci [55].

### 3. CHARAKTERISTIKA INKONTINENCE MOČI U ŽEN

#### 3.1. Vymezení pojmu inkontinence moči a pojmu kontinence

*Inkontinence moči* není u žen chorobou ve vlastním smyslu, nýbrž příznakem, který zahrnuje různé příčiny. Dle poslední definice ICS (International Continence Society, Mezinárodní společnost pro inkontinenci) je symptom inkontinence moči definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči, představujícího medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém [39].

*Kontinenci* rozumíme schopnost shromažďovat moč a její zadržování v močovém měchýři. Rozlišujeme kontinenci pasivní, kdy se moč zadržuje při normálně relaxovaném detruzoru a aktivní, kdy je potřeba k zadržování moče volního úsilí [59].

#### *K mechanismům zajišťujícím kontinenci patří:*

- správná koordinace svaloviny měchýře a močové trubice,
- správná poloha přechodu hrdla měchýře v močovou trubici (U-V junkce),
- funkční zdatnost svalstva pánevního dna,
- normální tlakové poměry v měchýři a močové trubici,
- neporušená volní kontrola mikce,
- nepřítomnost onemocnění (zánětlivého, nádorového apod.) močového systému,
- dostatečná estrogenizace urogenitálního traktu (dostatek ženských pohlavních hormonů ovlivňujících kvalitu sliznice a prokrvení pohlavních a močových orgánů) [16].

#### 3.2. Výskyt inkontinence

Odhaduje se, že 30 – 50 % žen udává občasný únik moči a přibližně u 30 % z nich jde o inkontinenci urgentního typu. Ten je charakterizován mimovolným únikem moči spojeným s urgentním nucením na močení a pacientky trpí nykturií a polakisurií [39]. Prevalence stresové inkontinence je podle posledních statistik 50 %. Tyto dva typy se také nejčastěji vyskytují v ambulanci urologa a gynekologa, popřípadě jejich smíšená forma [17].

Velká shoda panuje v nálezech zvyšujícího se výskytu IM s věkem. V běžné populaci ve věku 25 – 60 let je inkontinencí moči postiženo 2 – 10 % žen. Prevalence



ve věku nad 65 let se zvyšuje na 15 – 25 % a v případě osmdesátiletých na 30 – 50 % [56]. Nejvyšší nárůst je zaznamenán v souvislosti s hormonálními změnami a to v období klimakteria kolem 45. – 50. roku věku [35].

Někteří autoři při studiu statistických dat uvádí [10], že prevalence inkontinence a zvláště stresové inkontinence je vyšší u žen. „*U žen nad 60 let je výskyt inkontinence 1,5 – 2 krát vyšší oproti mužům* [10].“ To byl také důvod, proč jsem se rozhodla můj průzkum zaměřit pouze na ženy.

**Psychosociální dopad** poruch funkce dolních cest močových do různých oblastí života pacientky je závažný a netýká se jen pacientek samotných. Mohou u nich nastat změny v sociálních vazbách s následným prohloubením psychopatologických stavů spojených s únikem moči [40].

Statistiky nám ukazují, že gynekologa s problémem neudržení moči vyhledá 20 – 25 % klientely, ale ani to nemusí být konečné číslo, protože svěřit se s tímto mučivým a pro ženu intimním problémem, vede spíše k disimulaci nebo až vědomému zamlžení obtíží. Při běžném gynekologickém vyšetření by se proto správně každý lékař nebo sestra měli cíleně na tuto problematiku tázati [17].

### 3.3. Etiopatogeneze inkontinence moči

#### 3.3.1. Hlavní příčiny inkontinence

##### 1) Ochabnutí svalů pánevního dna

Příčinou může být nedostatečná funkce uzávěrového mechanismu močové trubice (močová trubice přestane řídit odvod moči). Při ochabnutí těchto podpůrných struktur se trubice močová uvolní ze své původní polohy. Druhou možností může být *ochabnutí svěrače* trubice močové.

##### **Rizikové faktory vzniku dysfunkce dna pánevního:**

- predispozice (rasa, pohlaví, svalové, neurologické, anatomické, rodinné, kolagen),
- vyvolávající (*porod*, vaginální chirurgie, traumata, hysterektomie, radikální pánevní operace, aktinoterapie),
- podporující (*obezita*, menopauza, kouření, povolání, zácpa, medikace, infekce, rekreační aktivity, plicní onemocnění),
- intervence (farmakologická, chirurgická, behaviorální, zdrav. pomůcky,

- dekompenzující (*stárnutí*, medikace, nemoc, prostředí, demence, celková slabost) [10].

## 2) Náhlé stahy močového měchýře

Druhou příčinou může být náhlý vznik křečovitých stahů svaloviny močového měchýře s následným nevyhnutelným odtokem moči. V situacích, kdy by měl být měchýř uvolněn a shromažďovat moč, může zvýšená aktivita jeho svalstva vyvolávat nutkání na močení. Rozvinutí tohoto stavu může být v důsledku poranění nervového zásobení močového měchýře, zánětlivým procesem v malé pánvi nebo jako důsledek psychosomatického onemocnění, například při úzkosti [10].

Každá z uvedených hlavních příčin charakterizuje jednu z nejčastějších forem inkontinence. V prvním případě se jednalo o tzv. *stresovou* inkontinenci, druhou označujeme jako *inkontinenci urgentní* [10].

### 3.4. Klasifikace inkontinence moči

Podle ICS (International Continence Society) rozlišujeme inkontinenci moči takto:

#### 3.4.1. Uretrální inkontinence

Při uretrální inkontinenci dochází k úniku moči uretrou.

Patří zde:

##### a) Urgentní inkontinence:

Podle definice ICS se považuje za urgentní inkontinenci každý nechtěný únik moče, který je spojený s imperativním nucením na močení. Patofyziologicky může urgentní inkontinenci způsobit buď nedostatečnost motorické inhibice mikčního reflexu nebo velmi silný podnět z receptorů registrujících tenzi stěny močového měchýře. Pacient nejprve pocítí náhlé, silné nucení na močení provázené únikem většího množství moči, která vytéká snadno a bez jakéhokoliv napětí. I když je urgentní inkontinence převážně idiopatická, může být způsobená též kortikálním poškozením po mrtvici, vyskytovat se při demenci, Parkinsonově chorobě, karcinomu dolního močového ústrojí nebo při obstrukci. Některé inkontinentní ženy močí každých 15 – 20 minut.

### Motorická forma:

U této formy urgentní inkontinence je únik moči následkem netlumených vypuzovacích kontrakcí detruzoru. Uzávěrový mechanismus je tu plně funkční. Motorická forma je způsobena primární nedostatečností mozkové kontroly mikčního reflexu. Žena reflex mikční nemůže potlačit. Postižení CNS na všech stupních bývá nejčastější **příčinou**, které vede ke ztrátě inhibičního působení.

### Senzorická forma:

U senzorické formy urgentní inkontinence je reflex mikční vyvolán zesílenými aferentními impulzy z receptorů registrujících napětí měchýře přes zcela normální centrální inhibici. **Vyskytuje se** u nádorové nebo zánětlivé infiltrace stěny močového měchýře. V těchto případech jsou stimulovány propioceptivní receptory ve stěně, takže reflex mikční je vyvolán minimálními podněty i při malém plnicím objemu [22, 36, 60].

### **b) Stresová inkontinence:**

Je to nechtěný únik moči způsobený náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku (kašel, kýchnutí, chůze, smích, zvednutí břemene apod.). Tento tlak se přenáší na močový měchýř a zvýšený tlak intravezikální překoná odpor uretry. Nárůst intravezikálního tlaku není spojen, na rozdíl od urgentní inkontinence, s kontrakcí detruzoru (stresová inkontinence genuinní). Žena obvykle dokáže zastavit proud moči stahem svalů dna pánevního. Stresová inkontinence postihuje častěji ženy, obvykle ve věku do 70 let. Významné riziko představuje nadváha, estrogenová deficience, radiační terapie, povšechně chabé svalstvo, dysbalance svalů břišní stěny, hernie, varixy dolních končetin a hemorhoidy. Přechodně se vyskytuje u žen po komplikovaném porodu dítěte s hmotností přes 4000g. U starších žen vzniká typicky špatným uzavřením svěrače močového měchýře [22, 36, 37, 60].

### **c) Reflexní inkontinence:**

Příčinu má v míšní lézi, např. horního motorického neuronu, která nastává při myelodyspláziích, frakturách obratlů, různých neuropatiích zánětlivého nebo degenerativního původu apod. V důsledku ztráty volní kontroly nad mikčním centrem v sakrální míše se močový měchýř vyprazdňuje reflexně jako u kojence, bez nutkání [13, 60].

#### **d) Inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie):**

Je způsobená získanou slabostí svaloviny močového měchýře, projevující se zpočátku neúplným vyprazdňováním se zvětšujícím se močovým reziduem. Toto postupně narůstající reziduum vede k nadměrnému rozšíření svaloviny následované oslabením kontraktility měchýře. Postupné zhoršování stavu vede k velmi obtížnému vymočení, potřebou zapojení břišního lisu do mikčního aktu a končí spontánním odkapáváním moči z extrémně roztaženého měchýře (únik moči po kapkách). Příčinou bývá anatomická nebo funkční stenóza uretry (následkem poklesu dělohy, pozánětlivá apod.) [36, 60].

#### **e) Smíšená inkontinence:**

Znamená kombinaci stresové a urgentní inkontinence. U inkontinentní ženy se vyskytují symptomy obou typů, i když obvykle převládají symptomy jednoho typu [36].

Můžeme se setkat např. i s pooperační či poporodní inkontinencí moči. **MUDr. A. Čermák a prof. MUDr. D. Pacík, CSc.** ve své knize, zaměřenou na inkontinenci moči uvádějí, že těhotenství má prokázanou souvislost s vyšším výskytem stresové inkontinence. Při studiu statistických dat věnovaných inkontinenci se potvrzují jejich závěry – prevalence stresové inkontinence je v průběhu těhotenství 8 – 85 %. Po porodu dochází u velké části žen k úpravě stavu kontinence. Je ale také prokázáno, že u řady žen, které porodily v pozdějším věku, se inkontinence moči vyskytuje [10].

Existuje také **extrauretrální inkontinence** – bývá méně častá a jeví se jako tzv. *zdanlivá inkontinence*. Veškeré funkce měchýře a systému svěračů jsou zachovány, moč odchází jinými cestami obcházející měchýř, močovou trubici nebo systém svěračů [13, 37, 48, 60].

### **3.5. Diagnostika inkontinence moči**

Diagnostika je zjišťovací, vyšetřovací, postup s cílem nemoc nebo potíže správně pojmenovat a zařadit. Zásadou diagnostiky a léčby je týmová spolupráce gynekologa, urologa, nefrologa, internisty a geriatra [16].

### 3.5.1. Vyšetřovací metody

#### Anamnéza

Začíná obvykle *rodinnou* anamnézou. Rodinná zátěž se může projevit v různých směrech: anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady a anomálie v oblasti míchy. Pokračuje se anamnézou *osobní* a *gynekologicko-porodnickou*. Důležitá je i *sociální* a *pracovní* anamnéza. *Urologická* anamnéza informuje o eventuální bolesti či tlaku nad sponou, nykturii, polakisurii, imperativním nucením na moč, eventuálně hematurii. Pomocí různých dotazníků se mohou obtíže částečně objektivizovat (např. Gaudenzův). Pro hodnocení kvality života se užívá dotazník QOL (quality of life). Důležité je, aby lékař při vstupním pohovoru navázal kontakt s pacientkou a posoudil i možnost budoucí *psychosomatické léčby*. Pro registraci mikčních návyků, epizod inkontinence a sledování příjmu tekutin je *mikční deník* důležitou pomůckou, pacientka jej vyplňuje doma v průběhu návštěv v urogynekologické ambulanci [16, 60].

#### Fyzikální vyšetření a klinické testy

##### **Fyzikální vyšetření**

Při fyzikálním vyšetření posuzuje lékař nejdříve celkový stav organismu – poměr hmotnost / výška, hybnost, neurologický stav. *Při zevním gynekologickém vyšetření* v gynekologické poloze na gynekologickém stole hodnotí lékař vzhled zevních rodidel (vše pohledem a pohmatem). *Při vyšetření pochvy v gynekologických zrcadlech* lékař posuzuje stav děložního čípku, kvalitu sliznice a tažnost stěn pochvy, zvláště jejich pokles. *Dále se odebírají vzorky hlenu na tzv. kultivační vyšetření* pomocí speciální štětičky a provede se MOP – mikrobiální obraz poševní. *Palpačním vyšetřením* lékař zjišťuje velikost, pohyblivost, uložení a případný pokles dělohy, stav tzv. děložních adnex – vejcovodů a vaječníků, přítomnost případných nádorů a jiných neobvyklých útvarů. Posuzuje uložení hrdla močového měchýře, jeho pohyblivost, napětí a schopnost volního stahu svalstva pánevního [60].

##### **Klinické testy**

##### Patří sem:

*Při Marschallově testu* je pacientka požádána, aby krátce a silně zakašlala ve stoji mírně rozkročném, při naplněném močovém měchýři nejméně na 200 ml. Na podložce z papíru se sleduje množství uniklé moče.

*Bonneyho test* spočívá ve vyzvednutí přední stěny poševní dvěma široce rozevřenými prsty vyšetřujícího proti stydké kosti ve výši hrdla močového měchýře, při kašli a ve stoje. Test slouží k posouzení účinku případné operace. Operace má smysl, pokud moč neovladatelně neodtéká.

*Q tip test* umožňuje orientaci o pohyblivosti močové trubice, která za normálních okolností není příliš velká. Zvýšená pohyblivost nám svědčí pro uvolnění vazivového aparátu uretry. Projeví se velkým úhlem sevřeným mezi osou močové trubice v klidové poloze a při silném zakašlání nebo zatlačení jako na stoličce. Do močové trubice se zasune sterilní skleněná tyčinka nebo rovná tenká cévka se zasunutou vatovou štětičkou a úhel se změří úhломěrem.

*Pad – weight test* se používá k objektivizaci a kvantifikaci úniku moče. Pacientka vypije 500 ml tekutiny v průběhu 15 minut, pak 45 minut sedí. Dalších 30 minut chodí a současně vystoupí do 1. patra. Během dalších 30 min 10 x vstane ze sedu, 10 x silně zakašle, pak na místě běží 1 minutu ve studené vodě. Test považujeme za pozitivní, zvětší-li se hmotnost vložek více jak o 2g [60].

### **Urodynamická vyšetření**

Soubor metod, které na jednoduchých fyzikálních principech – měření tlaku, objemu a průtoku, hodnotí transport moče a jeho poruchy (*cystometrie, profilometrie uroflowmetrie, elektromyografie příčně pruhovaných svalů dna pánevního, kolpocystouretrografie, řetízková mikční cystografie*) [60].

### **Vyšetření ultrazvukem**

Rychlé a neinvazivní vyšetření, kterým se dají zobrazit vztahy mezi jednotlivými orgány malé pánve a zjistit jejich stav, změřit potřebné úhly a vzdálenosti jak v klidu, tak při stresových manévrech (též zvaných Valsalvovy) [60].

### **Endoskopické metody**

*Cystoskopie* se provádí pouze při podezření na zánět, cizí těleso, nádorové onemocnění apod. Patří mezi tzv. invazivní metody, proto se obvykle provádí za místního znecitlivění. U žen pro jejich krátkou rovnou močovou trubici nepředstavují velkou zátěž [16].

## **3.6. Prevence inkontinence**

Veřejné zdravotní programy by měly mnohem více informovat o mnoha známých rizikových faktorech podílejících se na rozvoji močové inkontinence a měly by se více soustřeďovat na zdůrazňování prevence tohoto stavu.

### **Důležité je:**

- v nejranějším dětství navození správných mikčních návyků – hrozí vypěstování si návyku odskočit na toaletu „jen pro případ“ – žena by měla počkat, až skutečně bude cítit, že musí jít,
- udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost,
- vyhýbání se fyzicky příliš náročné stereotypní práci,
- péče o pravidelnou stolici – předcházení zácpě (strava s vysokým obsahem vláknin, věnovat dostatek pozornosti péči o ústa a zuby), dostatek pohybu – pokud má žena s pohybem problémy, měla by požádat o pomoc a radu lékaře,
- předcházení infekcím močopohlavního ústrojí a jejich důkladná a správná léčba zejména v mládí,
- péče o správnou funkci močových cest a ledvin v těhotenství, šetrný porod s následným pečlivým ošetřením všech porodních poranění a vědomá snaha o posílení pánevního dna a obnovu mikce v šestinedělí,
- důležitým obdobím je přechod a postmenopauza s vyhasínáním tvorby ženských pohlavních hormonů, které podporují dobrou funkci závěšného aparátu dolního močového traktu a vnitřních pohlavních orgánů (hormonální substituce),
- dodržování zdravého životního stylu, nekouření, omezení pití kávy a černého čaje (a dalších nápojů omezujících kofein), poctivý přístup k léčbě akutních i chronických chorob (astma bronchiale apod.).
- o problémech s inkontinencí by žena měla promluvit s lékařem a nebo sestrou [8, 16].

**MUDr. L. Galajdová** stanovila „*Pět základních zlatých pravidel*“, která mohou vyřešit významnou část poruch mikce, kontinence a především těmto poruchám předejít:

1. cílené a důsledné odléčení všech zánětů dolních cest močových,
2. dodržování správného pitného režimu (alespoň 2 litry/den),
3. dodržování pravidelného intervalu močení (min. každých 4-5 hodin, plus před spaním se vymočit,
4. péče o pravidelnou stolici (dostatek tekutin, pohybu a vlákniny v potravě),
5. dodržování hygieny sexuálního života [16].

### 3.6.1. Inkontinence z chybné výživy

Mezi inkontinencí a množstvím tekutiny v organismu, stejně tak i mezi inkontinencí a množstvím odpadních látek v těle vždy existuje přímá souvislost.

Obsah vody a elektrolytů v organismu jedince patří k životně důležitým funkcím. Zejména u *starších lidí* je zapotřebí na to myslet, neboť v důsledku involučních změn jsou výkonový rozsah a adaptační schopnost vodního režimu lidského organismu omezeny. ***Ve stáří se navíc snižuje přirozený pocit žízně, a tak už i při malém narušení vodního režimu může dojít k závažným chybám.***

Pro inkontinenci moči je rozhodující, že se při dostatečném přísunu tekutin v častých případech infekcí močových cest močový měchýř dobře propláchne – přitom není důležité pouze množství moči, ale také její pH. To platí především u žen s dlouhodobě zavedenými katetry. Pro ženy, které trpí inkontinencí moči, je rovněž důležité, aby se pro ně vytvořil „pitný plán“ na celý den. Určitý objem moči má právě při léčbě tohoto problému svůj význam, jelikož redukce přísunu tekutin vede ke zvýšené koncentraci moči a symptomatika nucení na močení se tak ještě zhorší [1].



## 4. PÉČE O INKONTINENTNÍ ŽENY - TERAPIE

Mezi léčebné možnosti inkontinence moči patří různé metody, jako např. cvičení pánevního dna, elektrostimulace, farmakoterapie, chirurgické metody, používání protetických pomůcek, intermitentní katetrizace apod.

V klinické praxi je nejdůležitější rozlišit dva nejčastěji se vyskytující typy inkontinence moči – *stresovou* a *urgentní*, případně *smíšenou*.

Pro lepší přehlednost a orientaci uvádím u těchto dvou nejčastěji se vyskytujících typů inkontinence individuální medikamentózní a chirurgickou léčbu.

### 4.1. Konzervativní terapie urgentní inkontinence

V případě, že je možné zjistit příčinu urgentní inkontinence, zaměřujeme se na její léčbu nebo odstranění. Pokud se nám příčina nepodaří zjistit, je cílem léčby obnovit centrální kontrolu mikce nebo modifikovat inervaci. U tohoto typu inkontinence je léčba převážně konzervativní [10, 39].

Do konzervativní terapie jsem zařadila a stručně nastínila:

- a) behaviorální léčbu urgentní inkontinence,
- b) farmakologickou léčbu,
- c) biostimulační laser.

a) **Behaviorální léčba** urgentní inkontinence – trénink močového měchýře.

Touto léčbou se snažíme o znovuzískání kortikální (CNS) kontroly nad funkcí močového měchýře.

Zahrnuje:

- *Trénink pravidelného močení* – tj. přesný rozvrh močení, edukace a ubezpečení pacientky o snaze jí pomoci. Tato metoda je založena na předpokladu o psychosomatické etiologii obtíží. Podstatou tréninku je znovunavození této inhybice prodlužováním pravidelných intervalů mezi mikcemi.
- *Psychoterapii* – při vzniku inkontinence urgentního typu se spolupodílejí stresové psychogenní faktory a naopak pacientky, které trpí inkontinencí jsou častěji anxiózní nebo depresivní.

- *Hypnóza* – výsledky nejsou příliš přesvědčivé, doporučuje se až po selhání klasické léčby.
- *Biofeedback* – cestou zrakových, sluchových či taktilních vjemů je pacientkám podávána zpětná informace o jejich vlastních a normálně nevnímaných funkcích.
- *Akupunktura* – výsledky nejsou zatím dobře známe, použití až po selhání klasické léčby [10, 39].

b) **Farmakologická léčba.** Současné možnosti medikamentózního ovlivnění funkce močového měchýře jsou poměrně široké, dávají nám na výběr relativně bohatou a zároveň značně různorodou paletu léků. Sestra by měla být seznámena s hlavními nežádoucími účinky jednotlivých léků a poučit o nich pacientky, které je užívají. Mohou se užít:

- ***Parasympatolytika*** (*atropin* a podobně působící látky – účinkuje na postgangliových receptorech. Popisuje se též rezistence na atropin. Dříve se s oblibou používal *oxyfenon*, v současnosti se používá řada podobně působících preparátů s anticholinergním a spazmolytickým účinkem (např. *oxybutinin* – Ditropan, *trospium* – Spasmex nebo *propiverin* – Mictonorm. Výbornou, ale cenově málo dostupnou variantou v dnešní době představuje *tolterodin* - Detrusitol, který má redukované celkové nežádoucí účinky a pomáhá léčit skupinu pacientek s „nesnášenlivostí“ běžně používaných léků. Mezi nežádoucí účinky patří: suchost sliznic (spojivky, ústa, pochva), poruchy vidění, zácpa. Kontraindikací léčby je glaukom, některé žaludeční a střevní choroby, poruchy srdečního rytmu apod. I přes uvedená omezení je léčba parasympatolytiky účinným a významným pomocníkem v komplexním terapeutickém přístupu.
- ***Antidepresiva tricyklická*** – účinek je výsledkem kombinace relaxačního efektu na detruzor a dále pak na posílení činnosti vnitřního sfinkteru uretry. *Imipramin* – spazmolytický, parasympatolytický, alfa mimetický a antidepresivní efekt (vedlejším účinkem je nespavost).
- ***Blokátory kalciového kanálu*** – zabráněním přístupu Ca iontů do buňky hladké svaloviny detruzoru je tlumena jeho kontrakce (např. *Izoptin*, *Verapamil*).

- **Beta 2 – sympatomimetika** – v oblasti těla močového měchýře se nachází většina beta 2 receptorů, jejichž stimulace vyvolává relaxaci detruzoru. V současné době tyto preparáty nemají širší uplatnění v urogynekologii (např. *Terbutalin, Clenbuteron*).
- **Inhibitory syntézy prostaglandinů** – mají také vliv na hladké svalstvo v dolních cestách močových (stimulující a relaxační – např. *Diclofenak, Ibuprofen*).
- **Léky působící kladně na léčbu detruzor – sfinkterické dyssynergie** (např. *Prazosin – Deprazolin*) [10, 17, 39, 60].

### Hormonální terapie

Ženské sexuální steroidy hrají důležitou roli ve funkci dolních cest močových. Uretra, trigonum močového měchýře a pochva obsahují estrogenové receptory, a tudíž odpovídají na estrogenní podněty. Estrogeny jsou charakteristické všeobecně svým trofickým efektem.

*Subjektivní zlepšení inkontinence při léčbě estrogeny se dává do souvislosti se zlepšením symptomů a s tím, že ženy lépe zvládají inkontinenci přes hormonálně indukovaný vystavěný epitel než u atrofického epitelu.* Případný efekt je možno očekávat až po delší terapii – při léčbě urgentní symptomatologie lze efekt očekávat již po 4 – 6týdenní léčbě. Léčebný efekt estrogenů v léčbě sensorické urgency se vysvětluje snížením dráždivosti estrogenních receptorů v těle močového měchýře [10, 16, 27].

Pacientkám krátce po přechodu se standardně nabízí celková substituční hormonální léčba (náplasti, tablety, gely apod.) a starším postmenopauzálním ženám se doporučuje dobře přijímané a velmi příznivě působící místní vaginální působení krému anebo čípku s estrogenem. Přirozený estrogen – **Estriol** působí příznivě na trofiku dolního močového traktu a pochvy, přičemž nepůsobí stimulačně na endometrium a nezpůsobuje nežádoucí děložní krvácení. Při léčbě nastává rychlá úleva od suchosti, svědění a pálení pochvy, zlepšuje se kvalita poševní sliznice, zvětšuje se množství produkované poševní tekutiny a snižuje se poševní pH, které se podílí na redukci frekvence uroinfekcí u žen v postmenopauze. Samotná estrogenní léčba jednoznačně prokazatelný efekt na zmírnění symptomů

inkontinence moči nemá, ale v kombinaci s dalšími terapeutickými možnostmi celkový efekt terapie posiluje [16, 27].

- c) **Biostimulační laser**. V případě sensorické urgency se tato metoda ukázala jako účinná – efekt byl dobrý a dlouhodobý. Vysvětlení účinku laseru na tkáň a vlastní mechanismus zlepšení urgency nejsou však dosud spolehlivě objasněny. Pokusy o ovlivnění urgentní symptomatologie prokázaly pouze nevelký a přechodný efekt u motorické formy urgency [10].

## 4.2. Konzervativní terapie stresové inkontinence

V konzervativní terapii stresové inkontinence se zaměřuji okrajově na farmakologii, dále pak na rehabilitační terapii (gymnastika svalů pánevního dna, biofeedback, vaginální kónusy), elektrostimulaci, pesaroterapii a okluzní pomůcky.

- a) **Farmakologická léčba**. V současné době neexistuje žádná celosvětově schválená medikace pro léčbu žen se stresovou inkontinencí moči (GSI). Cílem farmakoterapie GSI je zvýšit intrauretrální uzavírací síly zvýšením tonu hladkých svalů uretry či ovlivněním tonu příčně pruhovaných svalů uretry. Ke zmírnění příznaků se v minulosti podávaly a stále ještě podávají nejrůznější přípravky, jejichž užívání pro tuto indikaci není schváleno. Zahrnují hormonální substituční léčbu, agonisty adrenergních alfa i beta receptorů, antagonisty adrenergních beta-receptorů, tricyklická antidepresiva a antagonisty acetylcholinových receptorů [10, 39].

### Hormonální substituční léčba

Receptory pro estrogen a progesteron se nacházejí ve vagíně, v močovém měchýři, v uretře a v pánevním dnu. Vzhledem k příznivému trofickému vlivu estrogenů na uretrální epitel, subepiteliární vaskularizaci, uretrální a periuretrální kolagenní pojivovou tkáň a prokázanému vlivu na zvýšení koncentrace alfa-adrenergních receptorů v hladké svalovině uretry a jejich citlivosti k adrenergní stimulaci se předpokládá jejich pozitivní efekt v léčbě stresové inkontinence moči u postmenopauzálních žen. Přestože se dříve usuzovalo, že existují teoretické předpoklady pro pozitivní efekt estrogenů v léčbě stresové inkontinence moči, v současné době bylo prokázáno, že estrogeny léčebný efekt nemají.

U postmenopauzálních žen trpících opakovanými močovými infekcemi, mohou mít estrogeny preventivní účinek [10].

**b) Rehabilitační terapie.**

- ***Gymnastika svalů pánevního dna.*** Příčinou ochablosti svalů pánevního dna, která je důležitým faktorem při vzniku stresové inkontinence moči, mohou být porodní poranění, chronická obstipace či těžká fyzická práce. Soustavy cviků posilující svaly pánevního dna, slouží ke zvýšení jeho kontrakčních schopností a bazálního tonu. Kegelovo cvičení představuje nejznámější, desetiletými praxe ověřený rehabilitační systém. Pravidelné cvičení pomáhá, ať je příčinou oslabení a disbalance pánevních a břišních svalů, nadváha, nezdravý životní styl, nedostatek pohybu nebo pooperačně či neurogeně podmíněné poruchy kontinence moči. V léčbě je nutno pokračovat i při vymizení obtíží a pro zachování efektu léčby je třeba celoživotní cvičení [10, 16, 27, 60].
- ***Biofeedback.*** Jde opět o cvičení svalů pánevního dna pomocí Kegelových cviků, avšak tato metoda navíc používá snímání biopotenciálů svalů pánevního dna pomocí EMG. Pacientka je pak o síle kontrakce informována zvukovými nebo světelnými signály. K dispozici je i celá řada jednoduchých přístrojů pro domácí použití [10, 60].
- ***Vaginální kónusy.*** Jedná se o sadu několika závaží většinou kónického tvaru vyrobených z inertních plastů, které mají uložena uvnitř kovová závaží o vzrůstající hmotnosti. Pacientka si kónus s nejlehčím závažím zavede do pochvy a chvíli s ním chodí. Protože závaží má tendenci vyklouznout, musí žena stahovat svaly pánevního dna a tím je posiluje [10].

**c) Elektrostimulace.** Tato léčebná metoda se využívá u všech typů močové inkontinence, zejména těch, kde svalové pánevní dno na cvičení nereaguje a nestahuje se. Podle potřeby se stimulují vybrané svaly a nervy pomocí nebolestivých slabých elektrických impulzů o frekvenci 10 Hz (u urgentní) – 50 Hz (u stresové inkontinence). Na rozdíl od prvních *Caldwellových* pokusů, který implantoval elektrody přímo do stěny uretry (což mělo svá rizika a ne zcela odpovídající výsledky), v nynější době se většinou užívají metody *zevní*

*stimulace*. Na vaginální nosiče jsou připojeny elektrody, které jsou napojeny na pulzní generátory. Užívají se nosiče nafukovací nebo ve tvaru kolíků. Přístroj vysílá impulsy buď trvale po celý den po několik měsíců, nebo pouze v noční době, nebo pracuje v režimu dvacetiminutových sérií. Efekt stimulace způsoben kontrakcí příčně pruhovaného svalu zevního svěrače a dna pánevního. Léčebné úspěchy se udávají na úrovni léčby operativní (nebo o něco horší). Užití je vhodné hlavně u žen, které z nějakých důvodů nemohou být operovány [16, 60].

**d) *Pesaroterapie.*** Podpurné pesary jsou alternativou operační léčby v určitých případech u žen s poklesem či výhřezem rodidel. Jde o ženy, které z různých důvodů nemohou podstoupit operační řešení a také o pacientky, u kterých i po opakovaných operacích nebylo docíleno předpokládaného efektu anebo byl pouze přechodný [10].

**e) *Okluzní pomůcky.*** Okluzní pomůcky jsou předměty zavedené do pochvy či uretry k zabránění nechtěného úniku moči mechanickým uzávěrem uretry. Výběr pomůcek je velmi omezený a v naší zemi nejsou registrovány. Z důvodu rozvoje a prudkého nárůstu jednoduchých operačních páskových metod jejich užití ustupuje [10].

### **4.3. Operační léčba urgentní inkontinence**

Urgentní inkontinence se zpravidla léčí konzervativně. Chirurgické řešení se provádí absolutně výjimečně v situaci, kdy jsou potíže ženy extrémní a efekt předchozí léčby nulový.

**V případě urgentní inkontinence jsou k léčbě indikovány tyto operační postupy:**

- *augmentační enterocyystoplastiky,*
- *náhrada močového měchýře – ortotopická (na uretru) nebo heterotopická (cévkovatelný ventil do pupku), tzv. kontinentní derivace moči,*
- *supravezikální derivace moče (ileální konduit, ureterosigmoideostomie, sigma-rectum pouch) [10, 27].*

#### 4.4. Operační léčba stresové inkontinence

Chirurgická léčba je považována za nejúčinnější léčbu stresové inkontinence.

##### Operační léčbu stresové inkontinence moči u žen lze rozdělit do skupin na:

- a) závěsné suprapubické operace (vezikopexe),
- b) vaginální operace (kolpoplastiky, jehlové závěsy),
- c) „sling“ operace (smyčkou z prolenu dakronu, vaginální stěny, lyodury, fascie),
- d) transuretrální aplikace teflonu, kolagenu, silikonu, tuku apod.,
- e) umělý svěrač uretry.

V této kapitole se zaměřuji na první tři body – závěsné suprapubické operace, vaginální operace a „sling“ operace, které se u stresové inkontinence provádějí nejčastěji a týkají se i mé diplomové práce.

##### Ad a) Závěsné suprapubické operace (vezikopexe)

###### *Burchova retropubická kolpopexe*

Tento typ operace se indikuje u žen s hypermobilní uretrou a malým descensem. Pokud se závěsné stehy fixují pod přílišným tahem, hrozí hyperelevace uretry a rozvoj *de novo* urgentní inkontinence. Celosvětově nejrozšířenější operací tohoto typu je otevřená kolposuspenze dle Burcha (tento výkon se provádí v celkové anestezii, hospitalizace trvá cca 7 dní, pracovní neschopnost 4 – 6 týdnů, úspěšnost se pohybuje mezi 84 – 91 %), je považována za „zlatý standard“. Poprvé byla použita v roce 1958, u nás se používá od 80. let [10, 16, 27].

##### Ad b) Vaginální operace (kolpoplastiky)

Do vaginálních operací ředíme *přední kolpoplastiku, zadní poševní plastiku* – oba zákroky se obvykle provádějí v celkové nebo svodné anestezii, dále pak *jehlové vaginální závěsné operace* – ty se dnes již nepoužívají, jsou nahrazeny metodou TVT [10].

##### Ad c) Slingové operace

Technika operace smyčkou „sling“ využívá **autologní** (homologní) lyodury, fascie a vaginální stěny a **heterologní** (syntetická) z prolenu, dakronu apod. Princip

operačního zákroku spočívá v závěsu ureterovezikálního spojení do smyčky a jeho elevace. Dnes jsou již nahrazeny metodou TVT [10].

### **TVT, TVT - O**

- TVT – „Tension-free Vaginal Tape“ - beznapěťová podpora při inkontinenci,
- TVT-O – Obturatorní systém – určen pro zavedení pásky přes foramen obturatum.

Nová operační metoda TVT je založena na použití speciálně vyvinuté pásky (speciální síťovitá struktura), která vytvoří podporu pro močovou trubici. Patří mezi smyčkové operace, ale smyčku nenakládáme pod hrdlo močového měchýře jako u klasických operací, nýbrž pod distální uretru. Dochází tak ke kompresi distální uretry páskou a ta přenáší změny intraabdominálního tlaku. Výhodou je spolupráce pacientky při operaci [10, 16].

Po operaci zavedení pásky může pacientka odejít domů již za několik hodin po provedeném výkonu (anebo zůstává hospitalizovaná přes noc) a podle rozhodnutí lékaře se může vrátit k poměrně normálnímu činnosti následující den. Pacientka musí být poučena, aby po operaci nezvedala těžká břemena po dobu 4 – 6 týdnů a po stejnou dobu vynechala pohlavní styk.

**Rekonvalescence** – obvykle trvá 2 týdny, v případě, že žena vykonává těžší práci, může být rekonvalescence prodloužena na 3 týdny [10].

**Komplikace TVT** – jako možná komplikace TVT (4,8 %) se uvádí např. perforace měchýře při zavedení jehly. Odloučení pásky se týkalo jen dříve používaného materiálu. Řešit inkontinenci metodou TVT je doporučováno až po posledním porodu – nikoli z důvodu možného zásahu do fertility či ovlivnění průběhu porodu, ale proto, že vaginální porod by mohl výsledek operace znehodnotit a opětovně přispět k inkontinenci [10].

Tato metoda byla zavedena jako minimálně invazivní ambulantní chirurgická léčba, to ale nemusí nutně zaručovat minimální riziko. Je důležité, aby byla žena před operací dostatečně komplexně informována o větších i menších rizicích.

**Kontraindikace TVT** – tento zákrok by se neměl provádět u těhotných žen, u žen, u nichž se dá očekávat ještě další růst, ani u žen, které plánují další těhotenství – polypropylenová síťka nemá možnost se významně roztáhnout. Výkon se nesmí



provádět u žen, které užívají antikoagulancie (warfarin, lamarin apod.) či antiagregancia (anopyrin, acylpyrin apod.) a u žen, které mají infekci močových cest [10].

Metoda TVT-O - rozdíl oproti klasické TVT je ten, že páska prochází skrze foramen obturatum a vyhýbá se bezpečně močové trubici a močovému měchýři. Tato metoda je také jednodušší a bezpečnější než metoda TVT. Operační zákrok lze provést v lokální anestezii s možností okamžité kontroly výsledného efektu [10].

#### **4.4.1. Peroperační a pooperační komplikace**

Komplikace spojené s metodou TVT byly již zmíněny v rámci charakteristiky této metody, nyní se zaměřuji na peroperační a pooperační komplikace všeobecně.

**Peroperační komplikace** se častěji vyskytují při přístupu přes břišní stěnu než poševní cestou, ale je-li na ně operatér připraven, nepředstavují závažný problém a mohou být ihned vyřešeny.

K nejzávažnějším komplikacím patří ***poranění pochvy*** – snadno vyřešitelné jedním nebo několika stehy, ***poranění močového měchýře*** – zde je třeba místo i rozsah proděravění ověřit náplní metylenovou modří nebo lépe sterilním mlékem, a pak otvor uzavřít vodotěsným sešitím jemným vláknem ve dvou vrstvách. Větší krvácení se řeší obvyklými postupy stavění krvácení, trvá jen o něco déle, musí být proto tyto postupy pečlivější a následované důkladnou drenáží (odvodem případné prosakující krve) [16].

**Pooperační komplikace** nejsou vzácné – je třeba jim předcházet. K velmi důležitým krokům patří *různé režimy obnovy spontánního močení*. ***Retence moče*** je důsledkem celkové anestezie a analgezie (podání léků proti bolesti, které tlumí i některé reflexy), dále křeče pohmožděných svalů a otoku operační rány. Většina těchto vlivů je dočasných – pominou bez zásahu [16]. Naprostá většina žen odchází po výkonu bez katétru, není-li schopna vyprázdnit močový měchýř, je možno ponechat katétr na tři dny. V případě opakované močové retence se zavede epicystostomický drén (suprapubická drenáž – sterilní napíchnutí močového měchýře přes břišní stěnu) na dobu 2 – 3 týdnů. Pokud by močová retence pokračovala i po této době, následuje další léčba podle určení lékaře specialisty. Epicystostomický drén je pro ženu pohodlnější oproti klasické cévce (ta zvyšuje bolestivost v podbřišku drážděním operované oblasti při pohybu), může dříve vstát z lůžka a lépe se jí chodí. Dalšími opatřeními k podpoře obnovy spontánního močení

jsou: časná mobilizace ženy (časné vstávání z lůžka a chůze), prevence infekce močového traktu podáváním antibiotik a také podpora kontinence pomocí léků ovlivňujících tento proces. Nadměrné vytažení – elevace hrdla, tj. *hyperkorekce*, které pak brání řádnému vymočení se jako obstrukce, je jako příčina dlouhotrvajících mikčních potíží naštěstí vzácná [10, 16].

Řada autorů se zabývá sledováním komplikací způsobených *erozí pásky do vagíny* nebo *močových cest*. Perioperační a časné pooperační komplikace (významné krvácení, poranění střevní kličky, retropubický hematom) jsou velmi vzácné, ale závažné, a možnost jejich výskytu by měla být zmíněna před provedením samotného výkonu.

Mezi pozdní komplikace patří *mikční poruchy*, *infekční komplikace*, *recidivující stresová inkontinence* a *de novo výskyt urgentní inkontinence* [10].

#### **4.4.2. Pooperační režim u žen**

Léčení inkontinence operačním výkonem nekončí, jak si bohužel některé ženy myslí a zdaleka ne všechny recidivy jsou chybou operátora. K mnoha přispějí ženy samy, když nedodrží doporučený pooperační režim nebo (což by se ale nemělo stávat) nejsou dostatečně poučeny [16].

Poševní plastiky se šíjí pevnými vlákny, která postupně (obvykle během 6 měsíců) ztrácejí pevnost a vstřebávají se. Chirurgické vlákno je rozkládáno tělem a postupně dochází k jeho náhradě pevnou vazivovou tkání a k tomu tělo potřebuje 3-4 měsíce, aby byla náhrada dostatečně kvalitní – pevná a odolná tlaku a tahu. Zvedání a nošení břemen, naklánění se, ohýbání, zejména při takových domácích pracích, jako je žehlení, mytí vany, nakupování, představuje pro toto novotvořené vazivo zátěž, kterou nemusí vydržet. Nemusí prasknout úplně, stačí malá trhlinka, která se zhojí opět další jizvou, ale ta zároveň o něco sníží polohu hrdla měchýře. Každé sebenepatrné snížení vrací hrdlo o něco blíže k původnímu inkontinentnímu postavení [10, 16].

U smyčkových operací a kolposuspenzí se sice používá nevstřebatelný materiál, ale i tady jsou nejslabším článkem řetězu vlastní tkáň organismu. Jsou-li přemáhány dříve, než vše „zaroste do pevného krunýře vaziva“, nevstřebatelné stehy se proříznou a efekt závěsu je pryč [16].

**V bezprostředním pooperačním období:**

- sledujeme úplnost vyprazdňování močového měchýře, případně pomáháme obnově jeho funkce léky,
- snažíme se předejít vzniku infekce podáváním antibiotik, protože každá infekce tělo zbytečně zatěžuje a odebírá mu sílu k hojení,
- dbáme na dobrou psychickou pohodu ženy, protože pozitivní přístup k životu výrazně urychluje hojení a snižuje vnímání bolesti,
- včas zahajujeme rehabilitaci – nejprve vstávání z lůžka a chůzi, poté gymnastické cviky k posílení pánevního dna a zvýšení efektu operace – pohyb také zvyšuje prokrvení oblasti a tím opět urychluje reparační procesy [16].

## 5. DLOUHODOBÁ POOPERAČNÍ PÉČE

### 5.1. Reoperace

Na selhání léčby se významně podílí *zkušenost operátora (learning curve)*, *kumulace individuálních rizikových faktorů* a také *ukázněnost pacientky* v období po operaci. Operovaná žena by měla být vždy poučena, že správně indikovaný a kvalitně provedený chirurgický výkon představuje sice výborné a obvykle trvalé vyléčení stresové inkontinence moči, ale *pooperační úprava životosprávy (omezení fyzické námahy, úprava hmotnosti apod.) je nezbytnou podmínkou dlouhodobého zachování kontinence*. Riziko selhání úspěšně provedené operace je u nespolupracujících pacientek vždy značné [16, 27].

Předoperační vyšetření žen již pro inkontinenci operovaných je důkladnější a zahrnuje také boční uretrocystogram (znázornění močové trubice a měchýře na rtg snímku) a v případě dostupnosti i videocystouretrografií. Před operací je nutné pokusit se o léčbu recidivy gymnastikou, hormonálně, použitím poševních konusů, kolpexinu a elektrostimulací. Zvláštní pozornost je věnována posouzení stavu a zjizvení, míry jejího závěsu, na kvalitu poševní stěny a další. Z výsledků urodynamického vyšetření se pečlivě vyhodnotí tlakový profil, funkční délka močové trubice, porovná se s předchozími nálezy a vyloučí se nestabilita měchýře, která je po předchozích manipulacích na močové trubici a měchýři častější než u neoperovaných [16].

Na základě rozboru všech hodnot je žena poučena o nižší úspěšnosti druhého výkonu. *Důležité je, aby se již po první, nikoli až několikáté, neúspěšné operaci dostala do specializovaného centra*. Technické obtíže s opakovanou operací v prostoru kolem močového měchýře má i velmi zkušený operátor – struktury jsou zjizvené, mají změněnou plochu a operační rána více krvácí. Jako typ druhé operace se většinou volí kolposuspenze podle Burche – tam, kde má poševní stěna dobrou kvalitu, pohyblivost a není příliš zjizvena. Smyčková operace se volí při zkrácené zjizvené přední stěně poševní. Podtlaková drenáž a antibiotika jsou u všech reoperací nutné. Při zachování těchto zásad je možné obnovení kontinence až u 86 % žen [16].

## 5.2. Nejčastější program v pooperační péči

*Z dlouhodobého hlediska je nutné, aby se ženy po operaci nejméně po dobu 2-3 měsíců vystříhaly veškeré námahy a chránily se před nachlazením* (kýchání a kašel zvyšují nadměrně nitrobřišní tlak a spolu se zánětem – infekcí močových cest hrozí recidiva). Tento režim by bylo vhodné zachovat po dobu 6 měsíců. Po dobu 6 týdnů mají ženy zakázán i sexuální styk a vanovou koupel.

*Již nikdy by neměly ženy operované pro inkontinenci moči vykonávat těžší fyzicky náročnou práci a dlouhodobou práci v sedě v předklonu.* Některé ženy raději změní povolání i styl života, který jim po operaci otevírá daleko více možností, jen aby si výsledek operace udržely. Jsou ale i ženy, které pooperační režim nedodržují tak jak by měly a neuvědomují si rizika svého počínání (zvedají těžká břemena – jedna klientka z výzkumného vzorku nosila krátce po operaci těžkou konev s vodou, nedokážou si odpočinout od domácích prací – předklánějí se při čištění vany, umývání oken apod.). V průběhu mého šetření jsem se setkala s oběma typy žen, naštěstí převažovaly ty, které režim dodržovaly, i když to pro ně nebylo a není jednoduché.

Hodnocení výsledků je možné za jeden, lépe za dva roky po operaci ženy. Pouze žena postižená inkontinencí moči, její okolí (někdy ani to ne) a její lékař vědí, jak závažným problémem je tento příznak. Znovu obnovená kontinence je úspěchem a štěstím pro všechny zúčastněné, je proto třeba si jí považovat a chránit a nepokoušet osud. Druhý pokus již nemusí být úspěšný a třetí opravný má šanci na úspěch ještě menší [16].

## **6. EMPIRICKÝ VÝZKUM**

### **6.1. Cíle a úkoly výzkumu**

#### **Cíle výzkumu**

1. Zjistit, jaká byla kvalita života inkontinentních sledovaných žen – v tělesné a zejména v psychosociální oblasti.
2. Zjistit, které hlavní důvody vedly ženy k utajování inkontinence, jak ji řešily, kdy a proč se rozhodly pro léčbu a operační zákrok.
3. Zjistit, jakým způsobem sledované ženy řešily únik moči před operací.
4. Prokázat změnu kvality života sledovaných žen po operaci pro inkontinenci moči na základě subjektivního hodnocení.

#### **Úkoly výzkumu**

1. Seznámit se se základními problémy zejména stresové inkontinence moči a současnou literaturou vztahující se k tomuto tématu.
2. Stanovit hlavní a doplňující metody sledování na podkladě předvýzkumu k stanoveným cílům a hypotézám diplomové práce.
3. Vybrat nejvhodnější metody sledování – dotazník, řízený rozhovor, studium zdravotnické dokumentace.
4. Provedení náhodného výběru žen před operací pro stresovou inkontinenci moči.
5. Sběr dat u jednoho vzorku respondentek před a po operaci pomocí předem stanovených metod sledování - dotazník, řízený rozhovor, studium zdravotnické dokumentace.
6. Vyhodnocení informací získaných z dotazníku, řízeného rozhovoru a zdravotnické dokumentace.
7. Diskuse a kritická analýza k získaným výsledkům a problémům práce.
8. Návrhy na řešení problémů.

## 6.2. Hypotézy

1. Předpokládám, že inkontinence moči u žen ovlivňuje všechny oblasti jejich života – tělesnou, zejména psychickou, sociální a tím výrazně snižuje kvalitu života.
2. Domnívám se, že časový interval mezi začátkem příznaků úniku moči do vyhledání odborné pomoci a řešení inkontinence je dlouhý i několik let.
3. Domnívám se, že důvodem utajování inkontinence je zejména frustrace potřeb sebeúcty a sebepojetí s pocity studu a ztráty důstojnosti. Hlavním momentem k rozhodnutí léčby a řešení inkontinence u většiny žen bylo zhoršení sebeúcty z důvodu zápachu moči a ztráta kontroly nad jejich tělem. K radikálnímu řešení – k operaci, se většina inkontinentních žen rozhodla na základě získání informací o možnostech léčby samostudiem, nezanedbatelným důvodem bylo i ekonomické hledisko (velké náklady za kompenzační pomůcky).
4. Předpokládám, že ženy se nejdříve o svém problému s únikem moči svěřily přítelkyni a pak lékaři, u kterého následně hledaly odbornou pomoc. Domnívám se, že některé ženy – převážně vyššího věku, používaly k záchytu moče nevhodné absorpční pomůcky (papírové kapesníky, menstruační vložky...) a to vedlo k častému vzniku opruzenin a podráždění kůže. Většina inkontinentních žen řešila únik moči záměrným omezením příjmu tekutin s cílem co nejvíce snížit diurézu a snížili tělesné aktivity.
5. Předpokládám, že inkontinentní ženy organizují svůj život tak, aby se vyhly možným nepříjemným situacím (pomočení), pohybují se v blízkosti toalet, mění svůj způsob oblékání a omezují sociální kontakt a sexuální aktivity.
6. Předpokládám, že u většiny inkontinentních žen se po operaci výrazně zvýší jejich subjektivní kvalita života ve všech oblastech – tělesné (chování žen, stav kůže) a psychosociální (zlepší se jejich osobní vztahy, sebeúcta a zmírní se nebezpečí sociální izolace).
7. Domnívám se, že při celkovém vyhodnocení dotazníků I – QoL bude patrný významný posun v kvalitě života, kvalita a komfort života po operaci bude významně zlepšen.

## 6.3. Metoda výzkumu

### 6.3.1. Dotazník, řízený rozhovor a studium zdravotnické dokumentace

K zjištění sledovaných informací jsme zvolili jako hlavní metody *dotazníkové šetření, řízený rozhovor* a jako doplňující metodu – *studium zdravotnické dokumentace*.

Výše jmenované metody byly schváleny a doporučeny k výzkumu **PhDr. Helenou Chloubovou** z Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

#### Dotazník

Pro výzkum jsem si zvolila *standardizovaný dotazník Donaldda L. Patricka – Index kvality života* (Quality of Life in persons with urinary incontinence – I-QoL). Tento dotazník byl publikovaný v časopise Urology v roce 1996 Washingtonským urologickým pracovištěm – přeložen a s mírnou úpravou byl zaveden do praxe **primářem Ivanem Huvarem**, působící na gynekologicko – porodnickém oddělení nemocnice Milosrdných bratří v Brně.

Na úvodní straně dotazníku jsem seznámila pacientky s cílem výzkumného šetření, kdo tento dotazník zadává a za jakým účelem. Současně jsem ženám objasnila, jakým způsobem dotazník vyplňovat, a zdůraznila jsem, že veškeré získané údaje jsou zpracovány s ohledem na jejich **anonymitu a dobrovolnost** podílet se na výzkumu.

Dotazník obsahuje **22 uzavřených otázek**, které se snaží postihnout charakteristické obtíže inkontinentních žen. Otázky jsou jasné a srozumitelné, tudíž jeho vyplnění pacientka zvládne a zabere jí to jen velmi málo času. Intenzita potíží je vyjádřena pomocí 5 stupňové škály odpovědí. Stupeň 1 znamená odpověď ano, vždy – stupeň 5 ne nikdy. Svou výpovědní hodnotou si jsou všechny otázky rovny. Dotazník se vyhodnocuje pomocí jednoduchého vzorce:

$$\text{celkový součet bodů}-22/88 \times 100 = X \%,$$

kterým se dobereme výsledku udávající procentuální vyjádření kvality života ženy. Je-li pacientka jakýmkoliv příznaky inkontinence zcela nezasazena, výsledek její I-QoL bude 100% (její život je „stoprocentní“), sužuje-li ji její inkontinence



v maximální možné míře, výsledek její I-QoL bude 0% (kvalita života je nulová). Většina pacientek se pohybuje mezi těmito hodnotami. Výsledek je snadno interpretovatelný a dává vyšetřujícímu jasnou představu o míře handicapu ženy.

Dotazník I-QoL Donalda L. Patricka se skládá ze tří okruhů otázek týkajících se různých aspektů zdraví: část fyzickou zahrnují příznaky inkontinence omezující chování (otázky č. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, 20), část sociální (otázky č. 8, 12, 14, 18, 19) a část psychickou (otázky č. 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22) vyjadřující postih inkontinentní ženy v běžném životě a ve společnosti.

### **Řízený rozhovor**

Ve spolupráci s **PhDr. Helenou Chloubovou** jsme vytvořili ke standardizovanému dotazníku I-QoL ještě jeden dotazník určený k získání doplňujících informací od inkontinentních žen vzhledem k cílům a hypotézám mé diplomové práce, který byl pacientkami vyplňován formou **řízeného rozhovoru**.

Vlastní dotazník obsahuje **45 otázek**: je rozdělen na část zjištění identifikačních údajů (tzn. věk, váha a výška pro výpočet BMI, vzdělání, stav) a část vztahující se k vymezeným cílům a hypotézám.

Některé z otázek v dotazníku byly *otevřeného charakteru* (tyto otázky sloužily k zjištění váhy a výšky) – otázky č. 2, 3; některé byly *charakteru uzavřeného* (vyžadující přímou odpověď) – otázky č. 1, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 16, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 33 – 45; užity byly i otázky *polouzavřeného charakteru* (pacientky volily z nabízených alternativ, ale mohly připojit i vlastní odpovědi) – otázky č. 6, 7, 8, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27. Dotazník měl i svoji výstupní část – otázky č. 33 – 45. S každou ženou jsem při vyplňování dotazníku strávila cca čtyřicet minut (některým ženám jsem věnovala více času, pokud jsem na jejich projevu poznala, že je má přítomnost nezatěžuje, ba naopak byly rády, že o svém problému mohou otevřeně hovořit). **Vstupní dotazníky byly vyplňovány při příjmu inkontinentních žen na oddělení, výstupní při prvním kontrolním vyšetření – za 6, max. 8 týdnů po operaci pro stresovou inkontinenci.** Při sběru dat bylo zajištěno potřebné soukromí, aby nedošlo k úniku informací.

## **Studium zdravotnické dokumentace**

Ze zdravotnické dokumentace jsem čerpala převážně ty informace, na které pacientky nedokázaly odpovědět (nevěděly) a v dotazníku volily variantu odpovědi „nevím“ (typ inkontinence moči, plánovaný operační zákrok, výšku, váhu...).

### **6.3.2. Předvýzkum**

V předvýzkumu bylo na gynekologicko – porodnickém oddělení osloveno šest inkontinentních žen před operací, ale pro rozsáhlejší úpravu dotazníku (přidány otázky č. 2, 3, 9, 10, 28, 29), nabyly tyto ženy zařazeny do vlastního výzkumu.

### **6.3.3. Zpracování získaných informací z dotazníkového šetření**

Po ukončení sběru dat, jejich písemné zpracování a uložení do počítače, jsem provedla třídění a statistické zpracování dat. Data jsem zpracovávala pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel 2000 a Microsoft Word 2000.

### **6.3.4. Charakteristika výzkumného vzorku**

*Výzkum byl proveden v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně.* Celkem jsem oslovila **64** inkontinentních žen před operací pro **stresovou inkontinenci**, které jsem seznámila s průběhem výzkumu (zejména byly upozorněny na skutečnost, že v rámci výzkumu je nutné vyplnit i výstupní dotazník při prvním pooperačním kontrolním vyšetření po 6 – 8 týdnech) a získala od všech těchto žen jejich souhlas k provedení výzkumu. Přibližně týden před plánovanou kontrolou jsem kontaktovala oslovené klientky, požádala je o další spolupráci a domluvila se s nimi na termínu a místě, kde byl proveden sběr výstupních dat. Díky vstřícnosti těchto žen se při sběru dat nevyskytly žádné problémy. Pouze **9** žen z celkového vzorku se nedostavilo ke kontrolnímu vyšetření po operaci a nevyplnilo tudíž výstupní dotazník I-QoL, další **3** ženy byly pozvány ke kontrolnímu vyšetření až po 8 týdnech, nespádaly tedy do časového rámce mého šetření - tyto ženy také nevyplnily výstupní dotazník z důvodu nesplněných předem stanovených kritérií. Závěrečné vyhodnocení dotazníku a kontrolní vyšetření absolvovalo **52** kompletně vyšetřených žen s druhým či třetím stupněm inkontinence. Před menopauzou bylo 29 % těchto žen, v menopauze a v postmenopauze – 71 %. Ženy v menopauze či postmenopauze ve většině uvedly, že se jejich potíže s únikem moči v tomto období zhoršily (68 %).

Všechny sledované ženy (až na dvě výjimky se smíšenou inkontinencí) měly diagnostikovanou stresovou inkontinenci. Provedené operace u těchto žen byly pouze vaginálního typu – *metoda TVT, poševní plastiky, dilatace uretry či hysterektomie*. Všechny tyto zmíněné zákroky byly provedeny v kombinaci s páskovou metodou.

Prvním kritériem byl věk žen. Věkové rozpětí pacientek se pohybovalo od 30 – 75 let. Průměrný věk všech pacientek činil 57,38 let. Průměrný věk u žen v rozmezí od 30 – 45 let byl 41 let, u žen v rozmezí od 46 – 60 let byl 55 let a u žen od 61 – 75 let byl průměrný věk 64 let, viz tab. č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: věk žen.

Tabulka č. 1. Charakteristika výzkumného vzorku: věk žen.

Věk	Všechny respondentky	
	ni	fi [%]
30 – 45	8	15,38 %
46 – 60	19	36,54 %
61 – 75	25	48,08 %
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100 %</b>

Druhým kritériem byl zvolen BMI. Většina respondentek měla normální váhu (42,31 %), ale varujícím signálem je velký počet žen s nadváhou (40,38 %) a obezitou (17,31 %); viz tab. č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: BMI – body mass index. Průměrný BMI celého výzkumného vzorku žen je 25,7.

Tabulka č. 2. Charakteristika výzkumného vzorku: BMI – body mass index.

BMI	Všechny respondentky	
	ni	fi [%]
18,5 – 24,9	22	42,31 %
25,0 – 29,9	21	40,38 %
Nad 30	9	17,31 %
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100 %</b>

Třetím kritériem bylo vzdělání. Nejvíce respondentek (38,46 %) absolvovalo učňovské vzdělání. Středoškolsky vzdělaných bylo také poměrně hodně (28,85 %), následovaly respondentky se základním vzděláním (19,23 %). Nejmenší zastoupení

bylo u respondentek, které absolvovaly vysokoškolské (9,61 %) a vyšší (3,85 %) vzdělání; viz tab. č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: vzdělání.

Tabulka č. 3. Charakteristika výzkumného vzorku: vzdělání.

Vzdělání	Všechny respondentky	
	ni	fi [%]
Základní	10	19,23 %
Učňovské	20	38,46 %
Středoškolské	15	28,85 %
Vyšší	2	3,85 %
Vysokoškolské	5	9,61 %
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100 %</b>

Čtvrtým kritériem byl zvolen rodinný stav respondentek. Nejvíce žen žilo v manželském svazku (61,54 %), následovaly rozvedené ženy (23,08 %), vdovy (13,46 %) a svobodné (1,92 %); viz tab. č. 4. Charakteristika výzkumného vzorku: rodinný stav pacientek.

Tabulka č. 4. Charakteristika výzkumného vzorku: rodinný stav pacientek.

Stav	Všechny respondentky	
	ni	fi [%]
Vdaná	32	61,54 %
Svobodná	1	1,92 %
Rozvedená	12	23,08 %
Vdova	7	13,46 %
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100 %</b>

### 6.3.5. Organizace výzkumu – lokace a sběr dat

*Výzkum proběhl na gynekologicko – porodnickém oddělení Nemocnice Milosrdných bratří v Brně.* Tuto nemocnici jsem si zvolila z hlediska jejího zaměření na řešení problému ženské močové inkontinence. Poskytuje kompletní spektrum gynekologických operací od malých zákroků až po rozsáhlé operace a stalo se školicím střediskem nových operačních metod řešení tohoto problému.

Mé žádosti bylo vyhověno a výzkum byl oficiálně povolen primářem oddělení (prim. MUDr. Ivanem Huvarem). Na oddělení gynekologicko – porodnické jsem průběžně docházela v období od dubna do listopadu 2007.

### 6.3.6. Časový harmonogram výzkumu

Téma diplomové práce mi bylo oficiálně zadáno v květnu 2006; ke zvolení tématu přispěl fakt, že problematikou potřeb inkontinentních žen jsem se již zabývala ve své bakalářské práci *Inkontinence moči – vliv na kvalitu života*, Brno 2005.

#### Časový plán práce:

##### Rok 2006:

- *květen* – zadání tématu diplomové práce
- *červen až říjen* – studium pramenů
- *listopad – prosinec* - zpracování teoretické části diplomové práce a dalších zdrojů.

##### Rok 2007:

- *leden – únor* – přerušení psaní diplomové práce z rodinných důvodů
- *březen* – pokračování v psaní teoretické části
- *duben* – sestavení dotazníku a řízeného rozhovoru, předvýzkum a začátek šetření u inkontinentních žen.

##### Rok 2008

- *říjen* – odevzdání konečné verze teoretické části diplomové práce
- *listopad* – vlastní výzkum, zpracování dat a výsledků šetření
- *únor – březen* – konečné zpracování dat a jejich interpretace
- *březen – duben* – diskuse, navrhovaná opatření, závěr, odevzdání definitivní verze diplomové práce

## 7. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

### 7.1. Získané výsledky k hypotéze č. 2

*Domnívám se, že časový interval mezi začátkem příznaků úniku moči do vyhledání odborné pomoci a řešení inkontinence je dlouhý i několik let.*

#### K hypotéze č. 2 se vztahují otázky dotazníku č. 8, č. 15 a 16.

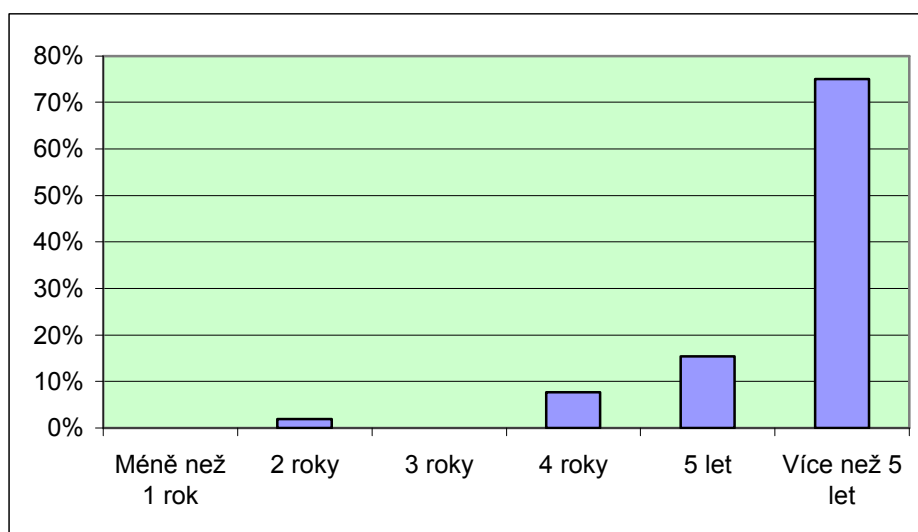
#### **Otázka č. 8: Jak dlouho máte potíže s únikem moči?**

Na otázku č. 8 odpověděly všechny tázané ženy beze zbytku. Jednalo se o otázku polouzavřeného charakteru – pacientky volily z šesti položek: **méně než jeden rok, 2 roky, 3 roky, 4 roky, 5 let, více než 5 let.** Pokud ženy zvolily poslední položku – více než pět let, doplnily počet let vlastní odpovědí. **Byly vytvořeny tři věkové skupiny: 30-45; 46-60; 61-75;** viz tab. č. 5. Doba trvání potíží u ženy s únikem moči (z hlediska věku). Ve všech třech věkových skupinách udávala většina žen potíže s únikem moči více než 5 let. Ve věkové skupině 61-75 let se jednalo o 84 % žen, ve skupině 46-60 trpělo únikem moči více než pět let 78,95 % respondentek a u žen mladších 45 let tento podíl klesá až na 37,5 %. V průměru ženy do 45 let měly potíže s únikem moči 5 let, od 46 do 60 let – 8,94 let, dominovaly ženy ve věkové skupině 61-75 let u kterých činil průměr doby trvání potíží 14,16 let. Mezi těmito ženami byly i takové, které trpěly inkontinencí 30 let. **Celkový průměr délky trvání potíží byl 10,84 let.**

Tabulka č. 5. Doba trvání potíží u ženy s únikem moči (z hlediska věku).

Doba trvání potíží	30 - 45		46-60		61-75	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Méně než 1 rok	0	0 %	0	0 %	0	0 %
2 roky	1	12,5 %	0	0 %	0	0 %
3 roky	0	0 %	0	0 %	0	0 %
4 roky	2	25,00 %	1	5,26 %	1	4,00 %
5 let	2	25,00 %	3	15,79 %	3	12,00 %
Více než 5 let, uved'te...	3	37,50 %	15	78,95 %	21	84,00 %
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100 %</b>	<b>19</b>	<b>100 %</b>	<b>25</b>	<b>100 %</b>

Graf. č. 1. Doba trvání potíží u ženy s únikem moči (celkový graf).



**Otázka č. 15: Kdy jste poprvé navštívila lékaře? (Uved'te časové hledisko – dny, měsíce, roky).**

V otázce číslo 15 jsme se tázali žen, kdy poprvé navštívily lékaře. Na výběr měly dvě odpovědi – ihned po objevení se prvních obtíží či po zhoršení obtíží. I u této otázky respondentky doplnily časové hledisko.

Při zohlednění **věkových skupin** (rozdělení věku bude zachováno z tabulky č. 5 i nadále); viz tab. č. 6a. Doba rozhodnutí navštívit lékaře u inkontinentní ženy (z hlediska věku) jsme zjistili skutečnost, že většina žen z věkové skupiny 61-75 let (80 %) a 40-60 let (68,42 %) vyhledala odbornou pomoc až po zhoršení obtíží. Vyrovnané hodnoty byly u žen z nejmladší věkové skupiny 30-45 let. V této skupině 50 % žen vyhledalo lékaře ihned (maximálně do 2 let), dalších 50 % inkontinentních žen až po zhoršení obtíží. **Celkový průměr doby vyhledání lékaře inkontinentními ženami po zhoršení obtíží byl u všech věkových skupin 6,29 let.** Pokud započítáme i ženy, které vyhledaly lékaře ihned, vyjde nám hodnota 4,96 let.

Tabulka č. 6a. Doba rozhodnutí navštívit lékaře u inkontinentní ženy (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Doba rozhodnutí	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ihned po objevení se prvních obtíží	4	50,00	6	31,58	5	20,00	15	28,85
Po zhoršení obtíží	4	50,00	13	68,42	20	80,00	37	71,15
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Druhým hlediskem bylo *vzdělání* inkontinentních žen; viz tab. č. 6b. Doba rozhodnutí navštívit lékaře u inkontinentní ženy (z hlediska vzdělání). Zjistili jsme, že všechny ženy se základním vzděláním navštívily poprvé lékaře až po zhoršení obtíží (100 %), překvapivě následovaly ženy s vysokoškolským vzděláním (80 %), kterého dosáhlo celkem 5 žen, z nichž 4 navštívily lékaře po čtyřech letech, jedna až po 20 letech. Jednalo se o lékařku, která měla informace o problematice inkontinenci moči, ale důvodem, proč nevyhledala lékaře dříve byl pocit studu a strach z možných nežádoucích účinků radikální léčby (operace).

Po vypočítání průměru let v jednotlivých věkových skupinách (kdy ženy poprvé navštívily lékaře) jsme zjistili tyto skutečnosti: **ženy se základním vzděláním vyhledaly odbornou pomoc po 8 letech, s učňovským vzděláním po 4,1 letech, středoškolsky vzdělané ženy po 3,86 letech, u vyššího vzdělání nám vyšla průměrná hodnota 2,5 roku a ženy s vysokoškolským vzděláním vyhledaly lékaře po 6,6 letech.**

Tabulka č. 6b. Doba rozhodnutí navštívit lékaře u inkontinentní ženy (z hlediska vzdělání).

	Základní vzdělání		Učňovské vzdělání		Středoškol. vzdělání		Vyšší vzdělání		Vysokoškol. vzdělání		CELKEM	
Doba rozhodnutí	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ihned po objevení se prvních obtíží	0	0	8	40,00	5	33,33	1	50,00	1	50,00	15	28,85
Po zhoršení obtíží	10	100,00	12	60,00	10	66,67	1	50,00	4	50,00	37	71,15
<b>CELKEM</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>



**Otázka č. 16: Cítala jste ze strany tohoto lékaře a personálu snahu pomoci Vám?**

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký byl přístup lékaře a personálu k inkontinentní ženě, která se poprvé svěřila se svým problémem (únikem moči) odborníkovi. Zvoleným kritériem byl **věk žen**; viz tab. č. 7. Snaha pomoci lékaře a zdravotnického personálu při první návštěvě inkontinentní ženy (z hlediska věku). Zjistili jsme, že většina žen ve věku 61-75 let cítila ze strany prvního vyhledaného lékaře a personálu snahu pomoci jim (28 %), stejný počet žen ale odpovědělo, že snahu pomoci spíše necítily (28 %). Stejně tak tomu bylo i u žen ve věku 46-60 let - zde odpovědělo „ano“ 36,84 % žen, laxní přístup z této skupiny udává 10,53 % žen, nejstarší respondentky 12 %. Nejvíce žen cítilo snahu pomoci z nejmladší věkové skupiny, kde až 62,5 % žen odpovědělo „ano“ na danou otázku.

Tabulka č. 7. Snaha pomoci lékaře a zdravotnického personálu při první návštěvě inkontinentní ženy (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Odpovědi	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ano	5	62,50	7	36,84	7	28,00	19	36,54
Spíše ano	2	25,00	4	21,05	5	20,00	11	21,15
Ne	0	0	2	10,53	3	12,00	5	9,62
Spíše ne	1	12,50	4	21,05	7	28,00	12	23,08
Přístupovali k mému problému laxně	0	0	2	10,53	3	12,00	5	9,62
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

## 7.2. Získané výsledky k hypotéze č. 3

*Domnívám se, že důvodem utajování inkontinence je zejména frustrace potřeb sebeúcty a sebepojetí s pocity studu a ztráty důstojnosti. Hlavním momentem k rozhodnutí léčby a řešení inkontinence u většiny žen bylo zhoršení sebeúcty z důvodu zápachu moči a ztráta kontroly nad jejich tělem. K radikálnímu řešení – operaci, se většina inkontinentních žen rozhodla na základě získání informací o možnostech léčby samostudiem, nezanedbatelným důvodem bylo i ekonomické hledisko (velké náklady za kompenzační pomůcky).*

**K hypotéze č. 3 se vztahují otázky dotazníku č. 17, 18,19, 20, 21, 22, 23, 24,**

**25.**

**Otázka č. 18: Důvodem utajování úniku moči byl:**

V této otázce jsme se snažili dozvědět, jaký byl hlavní důvod utajování úniku moči u inkontinentních žen. *Respondentky mohli volit odpovědi z nabízených možných alternativ (také možnost zaškrtnutí více odpovědí) či se vyjádřit vlastními slovy.*

Jak se ukázalo, nejčastějším důvodem utajování úniku moči byl u žen ve věkové skupině 61-75 a 46-60 (31,11 % respektive 36,67 %) pocit studu; viz tab. č. 8a. Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (z hlediska věku). Ženy z nejmladší věkové skupiny (30-45 let) uváděly jako nejčastější důvod ztrátu důstojnosti (44,44 %), následoval pocit studu (33,34 %) a žádná z těchto oslovených žen neuváděla jako důvod nedostatek informací. Tato odpověď dominovala u žen ve věkové skupině 61-75 let (26,67 %). Otevřenou položku, kde se mohly ženy vyjádřit vlastními slovy využily pouze dvě ženy z nejstarší věkové skupiny a jako důvod utajování úniku moči uvedly stud před gynekologem mužem (4,44 %). Jedna z těchto žen využila dočasného zaskoku za svého gynekologa a svěřila se se svým problémem zastupující lékařce – ženě, druhá vyměnila svého lékaře za lékařku.

Tabulka č. 8a. Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (z hlediska věku).

Důvody utajování	30-45 let		46-60 let		61-75 let	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Pocit studu	3	33,34	11	36,67	14	31,11
Ztráta důstojnosti	4	44,44	4	13,33	7	15,55
Pocit selhání	2	22,22	3	10,00	4	8,89
Pocit bezmoci	0	0	3	10,00	3	6,67
Občasný únik jsem považovala za normální	0	0	4	13,33	3	6,67
Nedostatek informací	0	0	5	16,67	12	26,67
Stud před gynekologem mužem	0	0	0	0	2	4,44

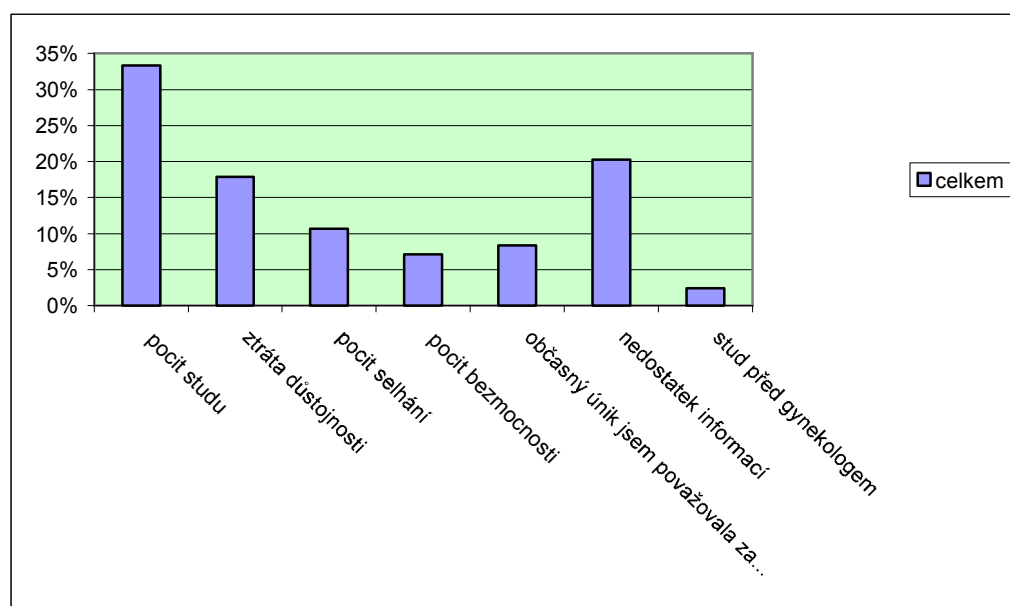
*Z hlediska vzdělání* inkontinentních žen jsme zjistili, že nedostatek informací byl hlavní příčinou utajování inkontinence u žen se základním vzděláním (38,88 %);

viz tab. č. 8b. Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (z hlediska vzdělání). Tyto ženy také často považovaly únik moči za normální (33,33 %). U žen s učňovským vzděláním výrazně převažoval pocit studu (44,12 %), stejně tak i u žen se středoškolským vzděláním (32 %). U vysokoškolsky vzdělaných žen byla nejčastější příčinou utajování inkontinence ztráta důstojnosti (60 %).

Tab. č. 8b. Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (z hlediska vzdělání).

Důvody utajování	Základní vzdělání		Učňovské vzdělání		Středoškolské vzdělání		Vyšší vzdělání		Vysokoškolské vzdělání	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Pocit studu	3	16,67	15	44,12	8	32,00	1	50,00	1	20,00
Ztráta důstojnosti	1	5,56	6	17,65	5	20,00	0	0	3	60,00
Pocit selhání	1	5,56	3	8,82	3	12,00	1	50,00	1	20,00
Pocit bezmoci	0	0	3	8,82	3	12,00	0	0	0	0
Občasný únik jsem považovala za normální	6	33,33	1	2,94	0	0	0	0	0	0
Nedostatek informací	7	38,88	5	14,71	5	20,00	0	0	0	0
Stud před gynekologem mužem	0	0	1	2,94	1	4,00	0	0	0	0

Graf. č. 2. Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (celkový graf).



**Otázka č. 17: Jaký hlavní moment Vás přiměl k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc s následnou léčbou?**

V této otázce jsme se snažili zjistit, jaký hlavní moment přiměl ženy vyhledat lékaře. Jednalo se opět o otázku polouzavřeného charakteru, kdy ženy volily z nabízených alternativ, ale zároveň mohli připsat vlastní odpověď.

Kriteriem byl opět **věk žen**; viz tab. č. 9. Hlavní motivy rozhodnutí vyhledání odborné pomoci s následnou léčbou (z hlediska věku). **Většina žen v zastoupení všech sledovaných věkových skupin uvedla jako hlavní motiv, který byl rozhodující k vyhledání odborné pomoci, zhoršení sebeúcty z důvodu úniku moči.** Téměř vyrovnané hodnoty byly nejvyšší ve věkové skupině 61 – 75 let (48,00 %), následovala skupina žen ve věku 46 – 60 let (47,37 %).

Druhým nejčastěji uváděným důvodem byla ztráta kontroly nad svým tělem, kdy ženy trpěli neovladatelností močového systému. Nejvíce tato skutečnost vadila ženám ve věkové skupině 46 – 60 let (26,32 %), ale i zde byly hodnoty u všech věkových skupin prakticky vyrovnané. Pouze dvě ženy využily možnosti vyjádřit se vlastní odpovědí. Tím prvním momentem u 38leté ženy byla zvýšená hmotnost z důvodu omezení aktivit, který špatně snášela (12,50 %). Tato žena měla diagnostikovanou stresovou inkontinenci, každý zátěžový pohyb byl doprovázen únikem moči. V druhém případě ženy byla rozhodujícím momentem alergická nemoc, zde docházelo k úniku moči při každém zakašlání či kýchnutí (4,00 %).

Tabulka č. 9. Hlavní motivy rozhodnutí vyhledání odborné pomoci s následnou léčbou (z hlediska věku).

Hlavní moment rozhodnutí	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Zhoršení sebeúcty z důvodu úniku moči	3	37,50	9	47,37	12	48,00	24	46,16
Ztráta kontroly nad svým tělem	2	25,00	5	26,32	5	20,00	12	23,08
Nepříjemný zážitek spojený s únikem moči na veřejnosti	1	12,50	1	5,27	4	16,00	6	11,54
Vzdálení se citově od partnera	0	0	2	10,52	0	0	2	3,84
Na radu blízké osoby	1	12,50	2	10,52	3	12,00	6	11,54
Ztráta aktivity	1	12,50	0	0	0	0	1	1,92
Alergická nemoc	0	0	0	0	1	4,00	1	1,92
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 19: Co jste aktivně s inkontinencí moči dělala po návštěvě lékaře?**

V devatenácté otázce jsme se snažili dozvědět, co ženy aktivně s inkontinencí moči dělaly po návštěvě lékaře. Kriteriem byl zvolen *věk žen*; viz tab. č.10. Provádění doporučených aktivit lékařem u sledovaných inkontinentních žen (z hlediska věku). V této otázce mohly ženy zaškrtnout více odpovědí, nebo se vyjádřit vlastními slovy. Zjistili jsme, že nejčastěji inkontinentním ženám lékař doporučil gymnastiku svalového dna pánevního (52,08 %), v méně případech ženám předepsal pomocné či protetické pomůcky pro inkontinenci (26,04 %). Dvě ženy ve věku 46-60 let uvedly, že s nimi lékař po jeho vyhledání nic nedělal (5,25 %), nebyly poučeny ani o gymnastice svalového dna pánevního.

Tabulka č. 10. Provádění doporučených aktivit lékařem u sledovaných inkontinentních žen (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Doporučení lékaře	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Gymnastika svalového dna pánevního	8	80,00	17	44,74	25	52,08	50	52,08
Farmakoterapie	0	0	4	10,53	5	10,42	9	9,38
Lokální aplikace estrogenů	0	0	5	13,16	5	10,42	10	10,42
Psychoterapie	0	0	0	0	0	0	0	0
Pomocné pomůcky pro inkontinenci	2	20,00	10	26,32	13	27,08	25	26,04
Žádné doporučení	0	0	2	5,25	0	0	2	2,08
<b>CELKEM</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100,00</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 20: Jak dlouho jste řešila inkontinenci moči aktivně, než jste se rozhodla k radikálnímu řešení (k operaci).**

Otázka č. 20 měla za úkol zjistit, jak dlouho ženy řešily inkontinenci moči aktivně, než se rozhodli pro operaci. Prvním kritériem byl zvolen **věk**; viz tab. č. 11a. Doba aktivního řešení inkontinence před operací (z hlediska věku). **Většina žen z nejstarší věkové skupiny 61-75 let, řešily inkontinenci aktivně více než pět let (52 %), v průměru 10,92 let.** Nejvíce žen ve věku 46-60 let řešilo inkontinenci aktivně 4 roky (31,58 %) a ženy ve věku 30-45 let tři roky (37,5 %). **Průměr doby řešení inkontinence aktivně více než pět let u žen ve věku 46-60 let byl 8,6 let.** Žádná žena z nejmladší zastoupené věkové skupiny neřešila inkontinenci aktivně déle než 5 let.

Tabulka č. 11a. Doba aktivního řešení inkontinence před operací (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Doba řešení inkontinence aktivně	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Méně než rok	1	12,50	0	0	1	4,00	2	3,85
2 roky	2	25,00	3	15,79	1	4,00	6	11,54
3 roky	3	37,50	2	10,53	2	8,00	7	13,46
4 roky	2	25,00	6	31,58	4	16,00	12	23,08
5 let	0	0	3	15,79	4	16,00	7	13,46
Více než 5 let, uveďte	0	0	5	26,31	13	52,00	18	34,61
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Z hlediska vzdělání;** viz tab. č. 11b. Doba aktivního řešení inkontinence před operací (z hlediska vzdělání) jsme zjistili, že většina žen se základním vzděláním řešila inkontinenci aktivně déle než 5 let až v 70ti procentech (v průměru 9,57 let). Dvě ženy s učňovským vzděláním se rozhodly pro operaci do roka od vyhledání lékaře. Jednalo se o ženy z věkových skupin 30-45 let a 61-75 let. V obou případech jim byla navržena operace jejich gynekologem.

Tabulka č. 11b. Doba aktivního řešení inkontinence před operací (z hlediska vzdělání).

Doba řešení inkontinence aktivně	Základní vzdělání		Učňovské vzdělání		Středoškol. vzdělání		Vyšší vzdělání		Vysokoškol. vzdělání		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Méně než rok	0	0	2	10,00	0	0	0	0	0	0	2	3,85
2 roky	2	20,00	0	0	2	13,33	2	100,00	0	0	6	11,54
3 roky	0	0	2	10,00	5	33,34	0	0	0	0	7	13,46
4 roky	1	10,00	7	35,00	3	20,00	0	0	1	20,00	12	23,08
5 let	0	0	4	20,00	2	13,33	0	0	1	20,00	7	13,46
Více než 5 let, uveďte	7	70,00	5	25,00	3	20,00	0	0	3	60,00	18	34,61
<b>CELKEM</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 21: Jaký hlavní moment Vás přiměl k tomuto radikálnímu řešení?**

V této otázce jsme se snažili dozvědět, co bylo rozhodujícím momentem k radikálnímu řešení (k operaci). I zde ženy volily z několika možných variant odpovědí či se mohly vyjádřit vlastními slovy. Pokud za rozhodnutím k operaci stálo více momentů, měly tyto ženy možnost je napsat, nebo zakroužkovat libovolný počet nabízených variant. V prvních dvou tabulkách jsou uvedeny motivy, které ženy označily jako rozhodující.

Prvním kritériem byl opět **věk žen**; viz tab. č. 12a. Hlavní faktor rozhodnutí jít na operaci (z hlediska věku). Ve věkové skupině 61-75 let se většina inkontinentních žen rozhodla k operaci po získání informací o možnostech léčby samostudiem (36 %). Stejně tak tomu bylo i u žen ve věku 46-60 let (36,85 %). Jinak tomu bylo u žen z nejmladší věkové skupiny - zde se ženy nejčastěji rozhodly k radikálnímu řešení po navržnutí operace svým gynekologem (37,5 %). Nezanedbatelné množství žen uvedlo i jiné motivy svého rozhodnutí (23,07 %). U žen mezi 61-75 lety v pěti případech rozhodla dobrá zkušenost známé (přítelkyně) operované pro inkontinenci

moči (20 %), ve zbývajících dvou případech se ženy rozhodly k operaci po přečtení referencí na primáře Ivana Huvara z Nemocnice Milosrdných bratří, který se problematikou inkontinence moči zabývá a po získání kontaktu na něj (8 %). Pro ženy ve věku 46-60 let byl tím jiným rozhodujícím momentem v prvním případě nový vztah po rozvodu, kdy žena chtěla začít znova a bez inkontinence (5,26 %). V druhém případě žena špatně snášela omezení svých aktivit (5,26 %). Ve třetím respondentka trpěla nesnesitelným svěděním v okolí genitálu a opruzeninami (5,26 %), poslední z těchto žen se rozhodla na základě dobré zkušenosti své známé s operací pro inkontinenci moči (5,26 %). Ve věkové skupině 30-45 let se vlastními slovy vyjádřila pouze jedna žena, která se pro operaci rozhodla z důvodu zvýšení hmotnosti, kterou nemohla ovlivnit v důsledku omezení aktivit na minimum při inkontinenci (12,5 %).

Tabulka č. 12a. Hlavní faktor rozhodnutí jít na operaci (z hlediska věku).

Hlavní moment rozhodnutí	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Navrhnutí operace zdravotnickým pracovníkem	3	37,50	5	26,32	3	12,00	11	21,15
Strach ze zhoršení příznaků	2	25,00	3	15,79	3	12,00	8	15,38
Získání informací o možnostech léčby samostudiem	2	25,00	7	36,85	9	36,00	18	34,62
Ekonomické hledisko	0	0	0	0	3	12,00	3	5,77
Patologické příznaky	0	0	1	5,26	0	0	1	1,92
Omezení aktivit	1	12,50	1	5,26	0	0	2	3,85
Nový partnerský vztah	0	0	1	5,26	0	0	1	1,92
Dobrá zkušenost přítelkyně	0	0	1	5,26	5	20,00	6	11,54
Dobré reference na lékaře	0	0	0	0	2	8,00	2	3,85
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Druhým doplňujícím kritériem bylo *vzdělání žen*; viz tab. 12b. Hlavní faktor rozhodnutí jít na operaci (z hlediska vzdělání). Ženám s vysokoškolským, středoškolským, učňovským a základním vzděláním pomohlo nejvíce k rozhodnutí



podstoupit operaci získání informací o možnostech léčby samostudiem – zejména o metodě TVT.

Tabulka č. 12b. Hlavní faktor rozhodnutí jít na operaci (z hlediska vzdělání).

Hlavní moment rozhodnutí	Základní vzdělání		Učňovské vzdělání		Středoškol. Vzdělání		Vyšší vzdělání		Vysokoškol. Vzdělání		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Navrhnutí operace zdravotnickým pracovníkem	2	20,00	4	20,00	2	13,33	2	100,00	1	20,00	11	21,15
Strach ze zhoršení příznaků	1	10,00	2	10,00	4	26,67	0	0	1	20,00	8	15,38
Získání informací o možnostech léčby samostudiem	3	30,00	8	40,00	5	33,33	0	0	2	40,00	18	34,62
Ekonomické hledisko	0	0	3	15,00	0	0	0	0	0	0	3	5,77
Patologické příznaky	1	10,00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,92
Omezení aktivit	0	0	1	5,00	1	6,67	0	0	0	0	2	3,85
Nový partnerský vztah	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20,00	1	1,92
Dobrá zkušenost přítelkyně	2	20,00	2	10,00	2	13,33	0	0	0	0	6	11,54
Dobré reference na lékaře	1	10,00	0	0	1	6,67	0	0	0	0	2	3,85
<b>CELKEM</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

#### Otázka č. 22: Z jakých zdrojů jste získala informace o možnostech léčby?

Otázka č. 22 byla doplňující a kladla si za cíl zmapovat, z jakých zdrojů získaly ženy informace o možnostech léčby. Nejvíce žen z věkové skupiny 30-45 let zvolilo odpověď „internet“ (36,37 %). Položku jiné zdroje uvedlo 27,27 % žen, všechny tyto ženy získaly informace přímo od svého gynekologa. Ženy ve věku 46-60 let čerpaly informace převážně z časopisů a novin (35,48 %), často jmenovaný byl časopis Vlasta a Květy, podobně na tom byly i ženy z nejstarší věkové skupiny (36,11 %). Ženy využily i možnosti doplnit vlastní zdroj informací mimo nabízené varianty. Ženy ve věku 46-60 let v šesti případech uvedly jako zdroj informací svého gynekologa, ve dvou případech se jednalo o přítelkyni, pouze jedenkrát byla zmíněna

příbuzná (švagrová) a informace získané z odborné literatury. U žen ve věku 61-75 let byly odpovědi podobné – v šesti případech ženy informovala jejich přítelkyně, ve čtyřech případech jejich současný gynekolog a jedenkrát dcera inkontinentní ženy; viz tab. č. 13. Zdroje informací o možnosti léčby inkontinence (z hlediska věku).

Tabulka č. 13. Zdroje informací o možnosti léčby inkontinence (z hlediska věku).

Zdroje informací	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Televize	1	9,09	1	3,23	7	19,44	9	11,54
Rozhlas	0	0	1	3,23	2	5,56	3	3,85
Internet	4	36,37	5	16,12	1	2,78	10	12,82
Časopisy, noviny	2	18,18	11	35,48	13	36,10	26	33,33
Reklamní letáky	0	0	0	0	0	0	0	0
V lékárně	1	9,09	3	9,68	2	5,56	6	7,69
Gynekolog	3	27,27	6	19,35	4	11,11	13	16,67
Přítelkyně	0	0	2	6,45	6	16,67	8	10,26
Příbuzná	0	0	1	3,23	1	2,78	2	2,56
Odborná literatura	0	0	1	3,23	0	0	1	1,28
<b>CELKEM</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 23: Je pro Vás nákup pomůcek pro inkontinentní pacienty (vložky, plenkové kalhotky) finančně zatěžující?**

V této otázce jsme se zaměřili na ekonomické hledisko – zda je pro ženy nákup pomůcek pro inkontinentní pacienty finančně zatěžující či nikoliv. Z hlediska věku jsme zjistili, že **největší ekonomickou zátěž pociťovaly ženy ve věku 46-60 let (42,11 %)**, následovaly ženy z nejstarší věkové skupiny, které odpověděli kladně ve 32 % a stejný počet žen z této věkové skupiny uvedlo také odpověď spíše ano (32 %); viz tab. č. 14a. Ekonomická zátěž u sledovaných žen při nákupu pomůcek pro inkontinentní pacienty (z hlediska věku). Nejmenší ekonomickou zátěž uvádějí ženy ve věku 30-45 let, které odpověděly v 50 % spíše ne a ve 25 % ne.

Z hlediska vzdělání pociťují největší ekonomickou zátěž ženy se základním vzděláním (60 %) a nejmenší zátěž ženy se středoškolským (40 %) a vysokoškolským (40 %) vzděláním, které zvolily odpověď ne; viz tab. č. 14b.

Ekonomická zátěž u sledovaných žen při nákupu pomůcek pro inkontinentní pacienty (z hlediska vzdělání).

Tabulka č. 14a. Ekonomická zátěž u sledovaných žen při nákupu pomůcek pro inkontinentní pacienty (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Finanční zátěž	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ano	1	12,50	8	42,11	8	32,00	17	32,69
Spíše ano	1	12,50	5	26,32	8	32,00	14	26,92
Ne	2	25,00	4	21,05	6	24,00	12	23,08
Spíše ne	4	50,00	2	10,52	3	12,00	9	17,31
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 14b. Ekonomická zátěž u sledovaných žen při nákupu pomůcek pro inkontinentní pacienty (z hlediska vzdělání).

	Základní vzdělání		Učňovské vzdělání		Středoškolské vzdělání		Vyšší vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		CELKEM	
Finanční zátěž	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ano	6	60,00	7	35,00	2	13,30	0	0	2	40,00	17	32,69
Spíše ano	3	30,00	7	35,00	3	20,00	0	0	1	20,00	14	26,92
Ne	1	10,00	3	15,00	6	40,00	0	0	2	40,00	12	23,08
Spíše ne	0	0	3	15,00	4	26,70	2	100,00	0	0	9	17,31
<b>CELKEM</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

#### Otázka č. 24: Jakým způsobem získáváte inkontinentní pomůcky?

Cílem této otázky bylo zjistit, jakým způsobem získávají ženy inkontinentní pomůcky. Prvním zvoleným kritériem byl věk žen. Zjistili jsme, že většina žen z nejmladší věkové skupiny nahrazuje inkontinentní pomůcky menstruačními vložkami (62,5 %); viz tab. č. 15a. Způsob získávání inkontinentních pomůcek (z hlediska věku), pouze 25 % žen z této skupiny si nechávalo předepisovat inkontinentní pomůcky od lékaře. U věkové skupiny 61-75 let také převažovaly ženy, které nahrazovaly inkontinentní pomůcky menstruačními vložkami (32 %), následovaly ženy, které získávaly inkontinentní pomůcky na předpis a ještě si je dokupovaly (24 %).

Z hlediska vzdělání nahrazovaly inkontinentní pomůcky menstruačními vložkami ve většině ženy s učňovským vzděláním (40 %), také obě ženy s vyšším vzděláním (100 %). Zajímavým zjištěním bylo, že ženy se základním vzděláním

si nejčastěji kupovaly inkontinentní pomůcky sami (50 %); viz tab. č. 15b. Způsob získávání inkontinentních pomůcek (z hlediska vzdělání).

Tabulka č. 15a. Způsob získávání inkontinentních pomůcek (z hlediska věku).

Způsob získávání inkontinentních pomůcek	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Na předpis lékaře	2	25,00	5	26,32	5	20,00	12	23,08
Kupuje si je sama	1	12,50	6	31,58	5	20,00	12	23,08
Na předpis lékaře a dokupování	0	0	4	21,05	6	24,00	10	19,23
Náhrada menstruačními vložkami	5	62,50	4	21,05	8	32,00	17	32,69
Potřebuje je, ale nepoužívá	0	0	0	0	1	4,00	1	1,92
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 15b. Způsob získávání inkontinentních pomůcek (z hlediska vzdělání).

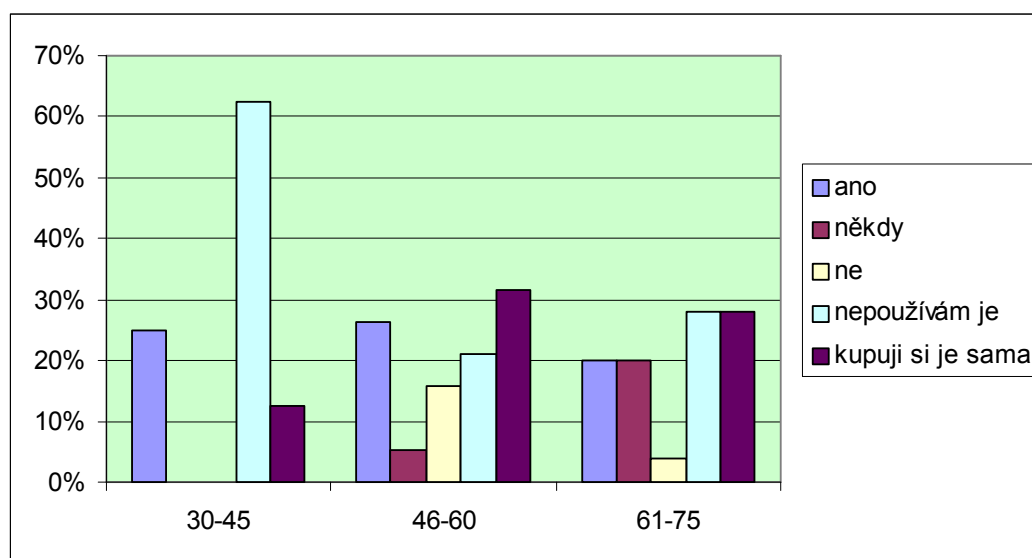
Způsob získávání inkontinentních pomůcek	Základní vzdělání		Učňovské vzdělání		Středoškolské vzdělání		Vyšší vzdělání		Vysokoškolské vzdělání		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Na předpis lékaře	1	10,00	3	15,00	6	40,00	0	0	2	40,00	12	23,08
Kupuje si je sama	5	50,00	4	20,00	2	13,33	0	0	1	20,00	12	23,08
Na předpis lékaře a dokupování	0	0	5	25,00	4	26,67	0	0	1	20,00	10	19,23
Náhrada menstruačními vložkami	4	40,00	8	40,00	2	13,33	2	100,00	1	20,00	17	32,69
Potřebuje je, ale nepoužívá	0	0	0	0	1	6,67	0	0	0	0	1	1,92
<b>CELKEM</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

### Otázka č. 25: Stačí Vám množství inkontinentních pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou?

Tato otázka si kladla za cíl dozvědět se, zda ženám stačilo množství inkontinentních pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou. V případě *kritéria věku* 62,5 % žen do 45 let nepoužívalo pomůcky pro inkontinentní pacienty, dalších 25 % žen v tomto věku uvedlo, že jim množství inkontinentních pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou stačilo; viz graf č. 3. Vyjádření sledovaných žen, zda

množství inkontinentních pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou pro ně bylo dostačující (z hlediska věku). Pouze 4 % žen z nejstarší věkové skupiny uvedlo, že jim množství inkontinentních pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou nestačí, odpověď „někdy“ zvolilo 20 % těchto žen. Většina žen z této věkové skupiny se přiznala, že inkontinentní pomůcky nepoužívá (28 %) a nebo si je kupuje sama (28 %). Podobné odpovědi byly i u žen ve věku 46-60 let, kde 15,79 % žen uvedlo, že jim množství pomůcek nestačí, ano – stačí uvedlo 26,32 %, odpověď „někdy“ zvolila pouze jedna žena z této skupiny (5,26 %).

Graf č. 3. Vyjádření sledovaných žen, zda množství inkontinentních pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou bylo pro ně dostačující (z hlediska věku).



### 7.3. Získané výsledky k hypotéze č. 4

*Domnívám se, že ženy se nejdříve o svém problému s únikem moči svěřily přítelkyni a pak lékaři, u kterého následně hledaly odbornou pomoc. Některé ženy – převážně vyššího věku, používaly k záchytu moče nevhodné absorpční pomůcky (papírové kapesníky, menstruační vložky...) a to vedlo k častému vzniku opruzenin a podráždění kůže. Většina inkontinentních žen řešila únik moči záměrným omezením příjmu tekutin s cílem co nejvíce snížit diurézu a snížily tělesné aktivity.*

**K hypotéze č. 4 se vztahují otázky dotazníku č. 11, 12, 13, 14, 26, 27, 28, 29 a položka č. 20 ze standardizovaného dotazníku I-QoL.**

**Otázka č. 14: Poprvé jste se svěřila se svým únikem moči ženě či muži – a komu?**

Cílem této otázky bylo zjistit, komu se ženy poprvé svěřily se svým únikem moči a zda se jednalo o muže či ženu. V první tabulce jsou uvedeny osoby, kterým se inkontinentní ženy poprvé se svým problémem svěřily, zvoleným kritériem byl věk žen; viz tab. 16a. Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči (z hlediska věku). Většina žen ve věku 30-45 let se svěřila poprvé své lékařce – gynekoložce (62,50 %), pouze jedna žena hledala porozumění u matky (12,5 %). Ženy ve věku 46-60 let se většinou se svým problémem obracely na svou přítelkyni (36,84 %), dalších 21,05 % žen z této skupiny se s důvěrou obracelo na jiné osoby, než byly uvedeny v dotazníku, jako možné varianty. Ve všech těchto případech se jednalo o příbuznou (sestru, dceru, švagrovou). U žen z nejstarší věkové skupiny nám vyšly podobné výsledky – i zde se ženy nejčastěji svěřily přítelkyni (40 %), pouze 16 % žen hledalo porozumění v příbuzenstvu – ve třech případech u dcery, jednou u švagrové.

V druhé tabulce uvádím výsledky, které ukazují, komu se ženy svěřily poprvé se svým problémem z hlediska věku (ženě či muži); viz tab. č. 16b. Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči – ženě či muži (z hlediska věku). Zjistili jsme, že většina žen od 30 do 75 let se poprvé se svým problémem svěřila ženě (80,77%), pouze 19,23 % všech respondentek se poprvé svěřila muži (19,23 %). Výsledky byly podobné u všech věkových skupin, nejpatrnější rozdíl byl u žen ve věku 46-60 let, kde se 84,21 % respondentek svěřilo poprvé ženě.

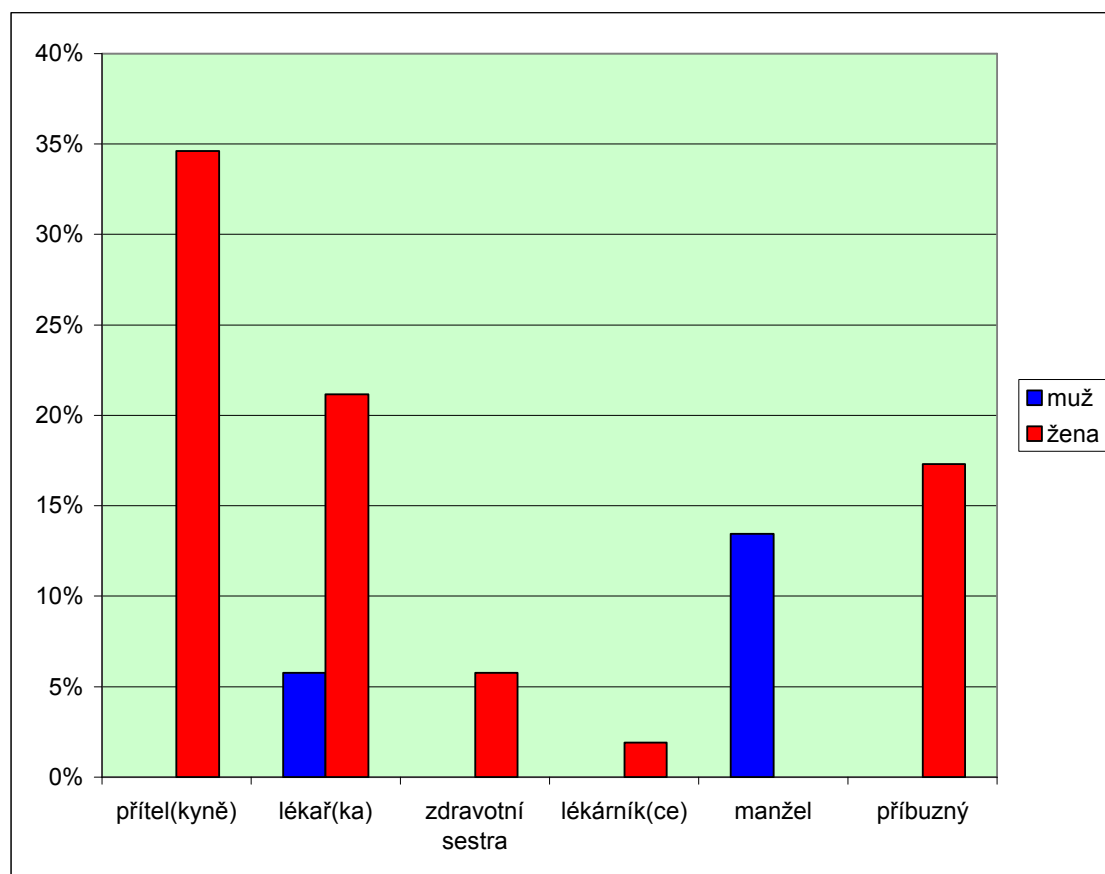
Tabulka č. 16a. Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Svěření/osoba	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Přítel(kyně)	1	12,50	7	36,84	10	40,00	18	34,62
Lékař(ka)	5	62,50	4	21,05	5	20,00	14	26,92
Zdravotní sestra	0	0	2	10,54	1	4,00	3	5,77
Lékárník(ce)	0	0	1	5,26	0	0	1	1,92
Manžel	1	12,50	1	5,26	5	20,00	7	13,46
Příbuzný	1	12,50	4	21,05	4	16,00	9	17,31
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Tabulka č. 16b. Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči – ženě či muži (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Svěření/pohlaví	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
<b>Žena</b>	6	75,00	16	84,21	20	80,00	42	80,77
<b>Muž</b>	2	25,00	3	15,79	5	20,00	10	19,23
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf č. 4. Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči (celkový graf).



**Otázka č. 11: Jak jste únik moči řešila před operací? (V případě řešení více jak jednoho, uveďte pořadí).**

Cílem otázky č. 11 bylo zjistit, jak řešily inkontinentní ženy únik moči před operací. Pokud některá z žen řešila únik moči více způsoby, uvedla pořadí řešení v závislosti na čase, které jsou uvedeny v tabulce; viz tab. č. 17. Řešení úniku moči před operací (z hlediska času – pořadí řešení).

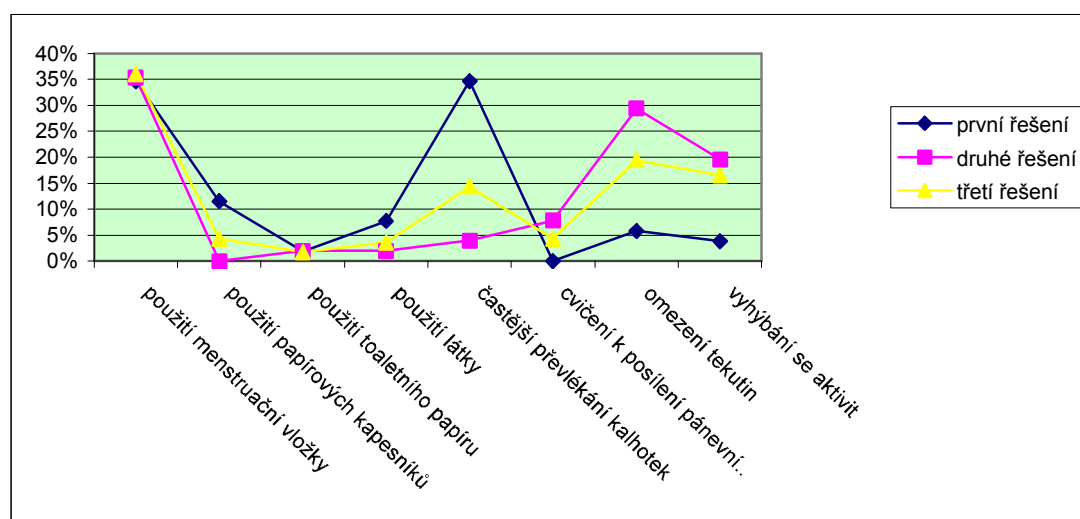
Zjistili jsme, že nejvíce žen řešilo únik moči *nejdříve* častějším převlékáním kalhotek (34,62 %) a použitím menstruační vložky (34,62 %). Jako *druhé v pořadí* většina žen (z počtu 51 žen) opět uvedla menstruační vložku, jako způsob řešení

úniku moči (35,29 %), následovaly ženy, které omezily tekutiny (29,41 %). Jako **třetí v pořadí** ženy (z počtu 36 žen) ve většině uvedly (30,56), že se vyhýbaly aktivitám (nejčastěji uváděnými aktivitami bylo plavání, běhání, turistika a aerobik).

Tabulka č. 17. Řešení úniku moči před operací (z hlediska času – pořadí řešení).

Způsoby řešení úniku moči	První řešení		Druhé řešení		Třetí řešení		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Použití menstruační vložky	18	34,62	18	35,29	14	38,89	50	35,97
Použití papírových kapesníků	6	11,54	0	0	0	0	6	4,32
Použití toaletního papíru	1	1,92	1	1,96	0	0	2	1,44
Použití látky	4	7,69	1	1,96	0	0	5	3,59
Častější převlékání kalhotek	18	34,62	2	3,92	0	0	20	14,39
Cvičení k posílení pánevního dna	0	0	4	7,84	2	5,55	6	4,32
Omezení tekutin	3	5,77	15	29,41	9	25,00	27	19,43
Vyhýbání se aktivit	2	3,84	10	19,62	11	30,56	23	16,54
<b>CELKEM</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>

Graf. č. 5. Řešení úniku moči před operací (celkový graf – pořadí řešení).





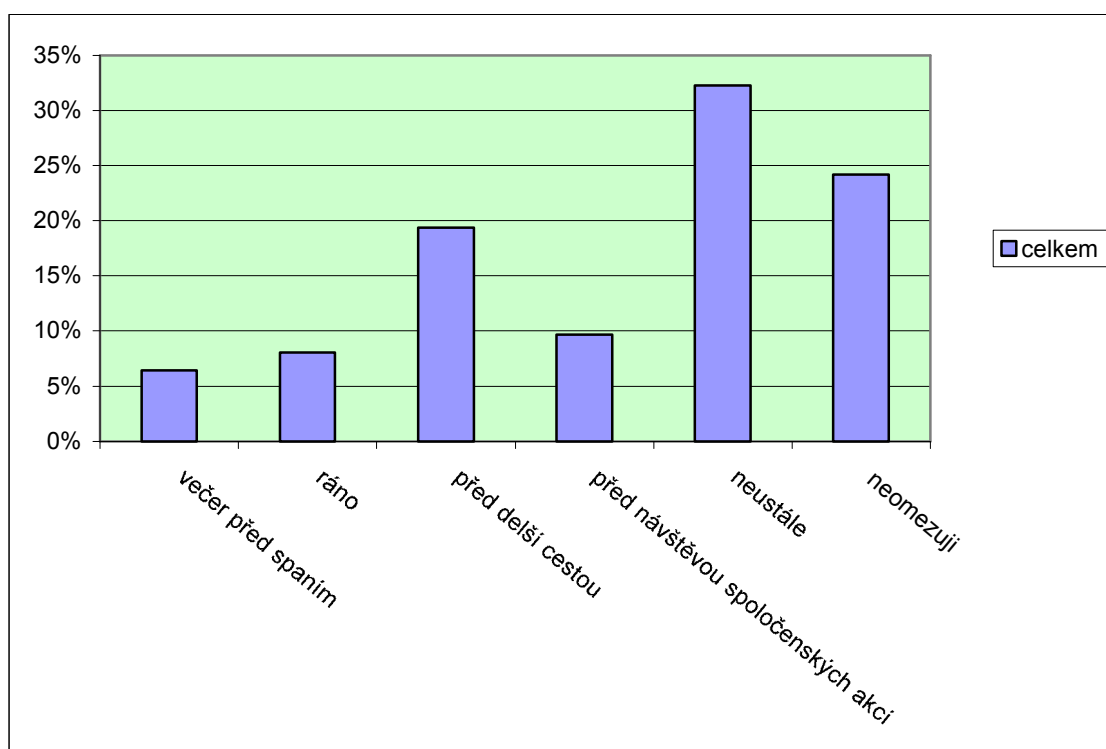
### Otázka č. 12: Pokud omezujete příjem tekutin – kdy?

Otázka č. 12 byla doplňující a kladla si za cíl zjistit, kdy ženy omezují tekutiny – pokud je omezují. Ženy mohly zvolit více odpovědí z nabízených variant. V tabulce je uveden počet zvolených odpovědí v jednotlivých věkových skupinách; viz tab. č.18. Pokud omezujete příjem tekutin – kdy? (z hlediska věku). Shodný počet žen ve věkové skupině 30-45 let uvedlo, že tekutiny omezuje neustále či naopak neomezuje (37,5 %), dalších 12,5 % těchto žen omezuje tekutiny před delší cestou, stejně tak i před návštěvou společenských akcí (12,5 %). Většina žen ve věku 46-60 let omezovala tekutiny neustále (36 %). Příjem tekutin před delší cestou omezovalo 20 % žen z této věkové skupiny, stejně tak i před návštěvou společenských akcí (20 %). Respondentky z nejstarší věkové skupiny ve většině uvedly, že tekutiny neomezují 31,03 %, druhou nejčastější odpovědí bylo, že tekutiny omezují neustále (27,6 %).

Tabulka č. 18. Pokud omezujete příjem tekutin – kdy? (z hlediska věku).

Omezování tekutin	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
<b>Večer před spaním</b>	0	0	1	4,00	3	10,34	4	6,45
<b>Ráno</b>	0	0	2	8,00	3	10,34	5	8,06
<b>Před delší cestou</b>	1	12,50	5	20,00	6	20,69	12	19,35
<b>Před návštěvou společenských akcí</b>	1	12,50	5	20,00	0	0	6	9,68
<b>Neustále</b>	3	37,50	9	36,00	8	27,60	20	32,26
<b>Neomezují</b>	3	37,50	3	12,00	9	31,03	15	24,20
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Graf č. 6. Pokud omezujete příjem tekutin – kdy? (celkový graf).



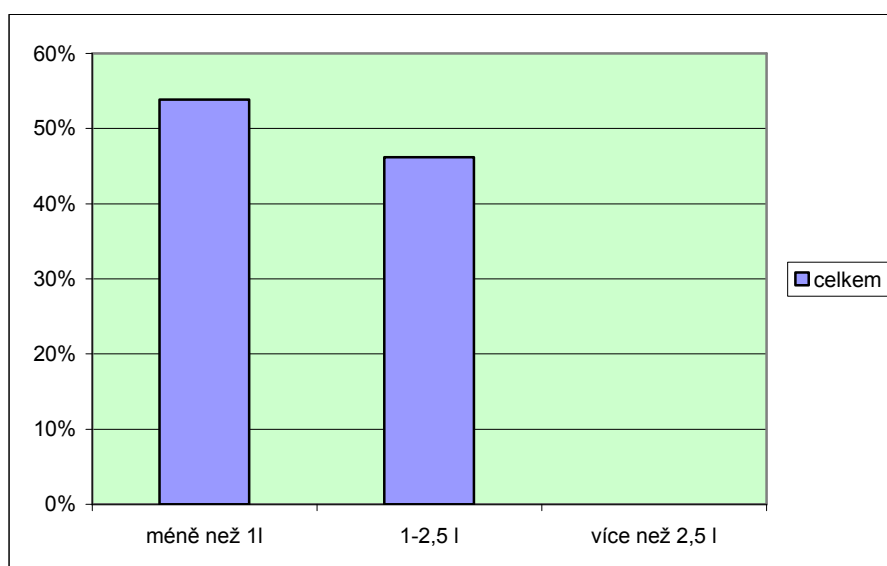
### Otázka č. 13: Jaké množství tekutin za den vypijete?

Otázka třináct navazuje na předcházející otázku (č. 12), zvoleným kritériem byl i v tomto případě věk žen a cíleně jsme zjišťovali, kolik tekutin za den vypije inkontinentní žena; viz tab. č. 19. Množství tekutin vypitých za den inkontinentními ženami (z hlediska věku). Ukázalo se, že převážná většina žen vypije méně než jeden litr tekutin za den – nejvíce ženy z věkové skupiny 46-60 let (63,16 %), pak následovaly ženy z nejstarší věkové skupiny (56 %). Výsledky se lišily u žen ve věku 30-45 let, většina z těchto žen vypila 1-2,5 litru tekutin za den (75 %). Žádná z oslovených inkontinentních žen nevpila více než 2,5 litru za den. Jako varující příklad uvádím jednu ženu ve věku 63 let, která omezila tekutiny pouze na jeden šálek kávy denně.

Tabulka č. 19. Množství tekutin vypitých za den inkontinentními ženami (z hlediska věku).

Tekutiny/den	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Méně než 1 l	2	25,00	12	63,16	14	56,00	28	53,85
1 – 2,5 l	6	75,00	7	36,84	11	44,00	24	46,15
Více než 2,5 l	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf. č. 7. Množství tekutin vypitých za den inkontinentními ženami (celkový graf).



### **Položka č. 20 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít.**

Položka číslo 20 ze standardizovaného dotazníku I-QoL byla kontrolní k ověření odpovědí žen z dříve vyplněného dotazníku formou řízeného rozhovoru. Ukázalo se, že některé ženy, které negovaly omezení příjmu tekutin v průběhu dne přeci jen tekutiny v určitém množství omezovaly, jak bylo patrné na škále odpovědí ze zmíněného standardizovaného dotazníku I-QoL; viz tab. 20. Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít (z hlediska věku – I-QoL).

Tabulka č. 20. Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít (z hlediska věku – I-QoL).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
<b>Velmi, silně, vždy</b>	1	12,50	4	21,05	4	16,00	9	17,31
<b>Poměrně dosti, značně, často</b>	3	37,50	5	26,32	7	28,00	15	28,85
<b>Občas, mírně, někdy, poněkud</b>	4	50,00	5	26,32	4	16,00	13	25,00
<b>Výjimečně, málokdy, jen málo</b>	0	0	4	21,05	6	24,00	10	19,23
<b>Ne, nikdy</b>	0	0	1	5,26	4	16,00	5	9,61
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 26: Máte problémy s opruzeninami nebo podrážděním kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče?**

Otázka č. 26 měla vstupní charakter s cílem zjistit, zda mají ženy vlivem úniku moči problémy s opruzeninami či podrážděním kůže a byla totožná s otázkou č. 33, která sloužila k ověření části hypotézy č. 6, kde jsme předpokládali, že u většiny inkontinentních žen se po operaci výrazně zvýší jejich subjektivní kvalita života ve všech oblastech – tedy i tělesné (stav kůže). Zjistili jsme, že většina žen z nejstarší věkové skupiny měla často problémy s opruzeninami či podrážděním kůže (48 %), stejně tak i ženy ve věku 46-60 let (47,37 %). Ženy ve věku 30-45 let ve většině problémů s kůží neměly (62,5 %); viz tab. č. 21. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (z hlediska věku a předoperačně).

Tabulka č. 21. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (z hlediska věku a předoperačně).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
<b>Opruzeniny/ před operací</b>								
<b>Nemám</b>	5	62,50	4	21,05	7	28,00	16	30,77
<b>Občas</b>	3	37,50	6	31,58	6	24,00	15	28,85
<b>Často</b>	0	0	9	47,37	12	48,00	21	40,38
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 27: Používáte kosmetické přípravky pro ošetření takto porušené pokožky?**

Tato otázka byla doplňující a odpovídaly na ni pouze ženy, které měly problémy s opruzeninami nebo podrážděním kůže v okolí genitálu. Z hlediska věku jsme zjistili, že většina žen ze všech věkových skupin používá kosmetické přípravky pro ošetření porušené pokožky; viz tab. 22. Používání kosmetických přípravků k ošetření porušené pokožky (z hlediska věku). Pouze 16,67 % žen z nejstarší věkové skupiny uvedlo, že žádné kosmetické přípravky nepoužívá, u žen ve věku 46-60 let tak odpovědělo 6,67 % inkontinentních žen. Nejčastěji uváděnými kosmetickými přípravky byly následující: Bepanten mast, Deumavan, Aviril olej, Jírovcová mast a Měsíčková mast.

Tabulka č. 22. Používání kosmetických přípravků k ošetření porušené pokožky (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Kosmetické přípravky/použití	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ne	0	0	1	6,67	3	16,67	4	11,11
Ano	3	100,00	14	93,33	15	83,33	32	88,89
<b>CELKEM</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 28: Používáte parfémované vložky (menstruační, větší vložky pro inkontinentní)?**

Z hlediska věku jsme zjistili, že většina žen ve věku 61-75 let parfémované vložky nepoužívaly (80 %), stejně tak i ženy ve věku 46-60 let (47,37 %); viz tab. č. 23. Používání parfémovaných vložek (z hlediska věku). V průběhu řízeného rozhovoru se mi některé ženy (převážně z nejstarší věkové skupiny) svěřily, že o parfémovaných vložkách nikdy neslyšely. Naopak ženy z nejmladší věkové skupiny používaly parfémované vložky ve většině (62,5 %).

Tabulka č. 23. Používání parfémovaných vložek (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Parfémované vložky/použití	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ano	5	62,50	8	42,11	4	16,00	17	32,69
Ne	2	25,00	9	47,37	20	80,00	31	59,62
Občas	1	12,50	2	10,52	1	4,00	4	7,69
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Otázka č. 29: Jsou Vaše obavy, že by lidé mohli rozpoznat únik moči čichem při používání parfémovaných vložek menší?**

Otázka č. 29 měla za úkol doplnit získané informace z odpovědí na otázku předešlou. Cílem bylo zjistit, zda jsou obavy inkontinentních žen, že by lidé z jejich okolí mohli rozpoznat únik moči čichem, menší při používání parfémovaných vložek. Z hlediska pohlaví ženy z nejmladší věkové skupiny odpověděly nejčastěji „ano“ na danou otázku (50 %), „občas ano“ 25 % žen - ostatní respondentky z této skupiny nepoužívaly parfémované vložky (25 %); viz tab. č. 24. Jsou Vaše obavy, že by lidé mohli rozpoznat únik moči čichem při používání parfémovaných vložek menší (z hlediska věku). Ženy ve věku 46-60 let ve většině parfémované vložky nepoužívaly (47,37 %) – jak jsme se dozvěděli již při

vyhodnocení otázky předešlé, ale i přes to 31,58 % žen v tomto věku odpovědělo kladně v případě menších obav při používání parfémovaných vložek.

Tabulka č. 24. Jsou Vaše obavy, že by lidé mohli rozpoznat únik moči čichem při používání parfémovaných vložek menší (z hlediska věku).

Obavy v závislosti na parfémovaných vložkách	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Ano	4	50,00	6	31,58	2	8,00	12	23,08
Spíše ano	2	25,00	4	21,05	2	8,00	8	15,38
Ne	0	0	0	0	0	0	0	0
Spíše ne	0	0	0	0	1	4,00	1	1,92
Nepoužívám parfémované vložky	2	25,00	9	47,37	20	80,00	31	59,62
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

#### 7.4. Získané výsledky k hypotéze č. 5 a č. 6

*Předpokládám, že inkontinentní ženy organizují svůj život tak, aby se vyhly možným nepříjemným situacím (pomocení), pohybují se v blízkosti toalet, mění svůj způsob oblékání a omezují sociální kontakt a sexuální aktivity.*

*Předpokládám, že u většiny inkontinentních žen se po operaci výrazně zvýší jejich subjektivní kvalita života ve všech oblastech – tělesné (chování žen, stav kůže) a psychosociální (zlepší se jejich osobní vztahy, sebeúcta a zmírní se nebezpečí sociální izolace).*

**K hypotéze č. 5 a 6 se vztahují otázky dotazníku č. 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37-45 a položky č. 1-22 ze standardizovaného dotazníku I-QoL.**

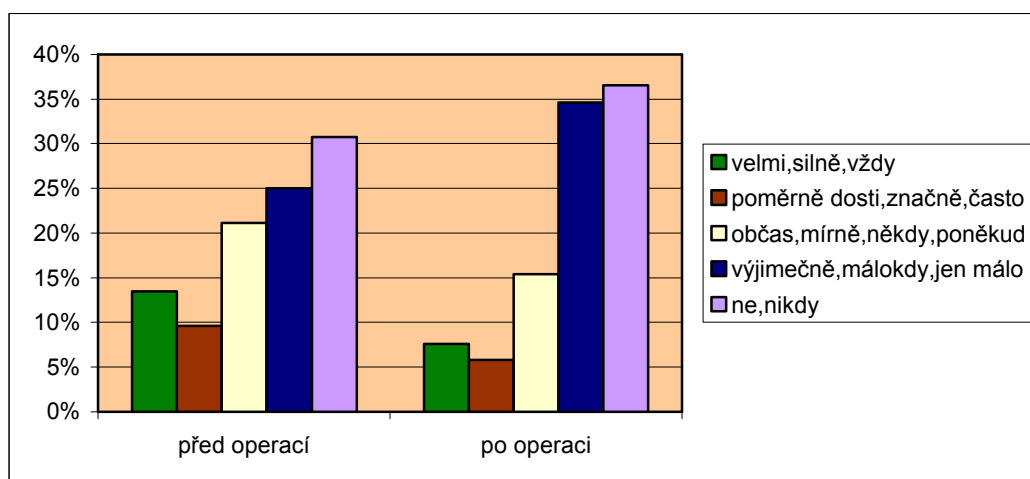
##### **Položka č. 1 – standardizovaný dotazník I-QoL**

**Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC.**

Tato položka byla součástí standardizovaného dotazníku I-QoL a měla za úkol zjistit, v jaké míře se žena obávala, že nebude schopna dojít včas na WC. V grafu uvádím ke každé položce z tohoto dotazníku i výsledky z výstupní části (po operaci žen za 6-8 týdnů) pro srovnání.

Zjistili jsme, že většina žen se před operací nikdy neobávala, že nebudou schopny dojít včas na WC (30,77 %), výjimečně se obávalo 25 % žen, občas 21,15 % a velmi se obávalo 13,46 % žen. Pouze 9,62 % žen se obávalo poměrně dosti; viz graf č. 8. Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC (před a po operaci – I-QoL). Výsledky po operaci se výrazně nelišily, jak je patrné z grafu - u některých žen obavy v různé intenzitě stále přetrvávaly.

Graf č. 8. Obávám se, že nebudu schopná dojít včas na WC (před a po operaci – I-QoL).

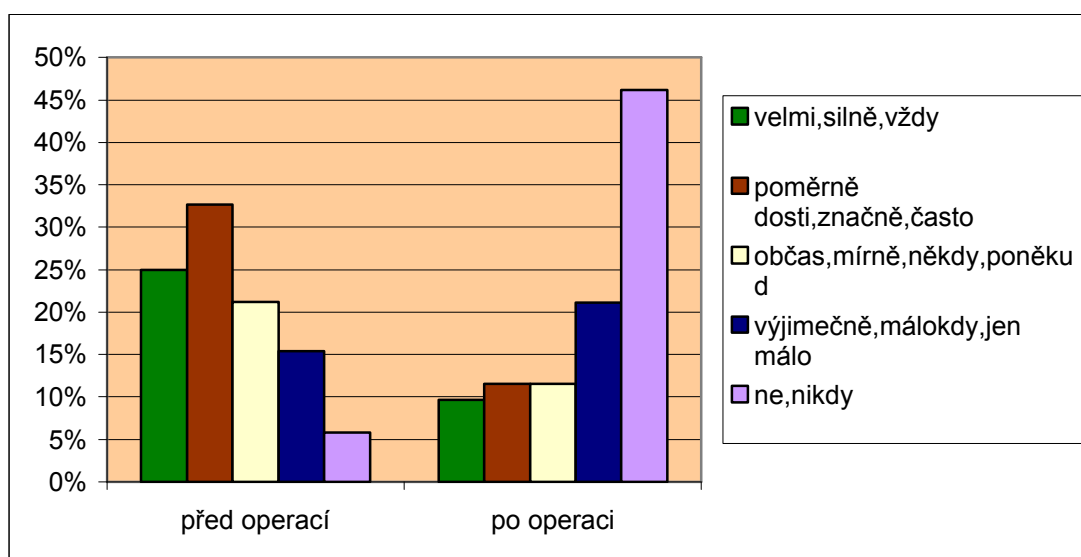


#### **Položka č. 4. – standardizovaný dotazník I-QoL**

##### **V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC.**

Cílem bylo zjistit, do jaké míry inkontinentní ženy v novém prostředí obtěžovala myšlenka, že neví, kde je WC. Před operací se většina žen obávala poměrně dosti (32,69 %), velmi se obávalo 25 % žen. Po operaci se obavy u většiny žen zmírnily – 46,15 % žen uvedlo, že už je v novém prostředí neobtěžuje myšlenka z nevědomosti, kde je WC a 21,15 % žen tato myšlenka obtěžovala jen výjimečně; viz graf č. 9. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC (před a po operaci – I-QoL). U některých žen obavy přetrvávaly – tato odpověď je charakteristická pro urgentní symptomatiku komplikující pooperační průběh (stejně tak i pokud ženě vadilo, že se musí kontrolovat kolik a co musí vypít a nykturie – viz položka č. 20 a 13 z dotazníku I-QoL).

Graf č. 9. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC (před a po operaci-I-QoL).

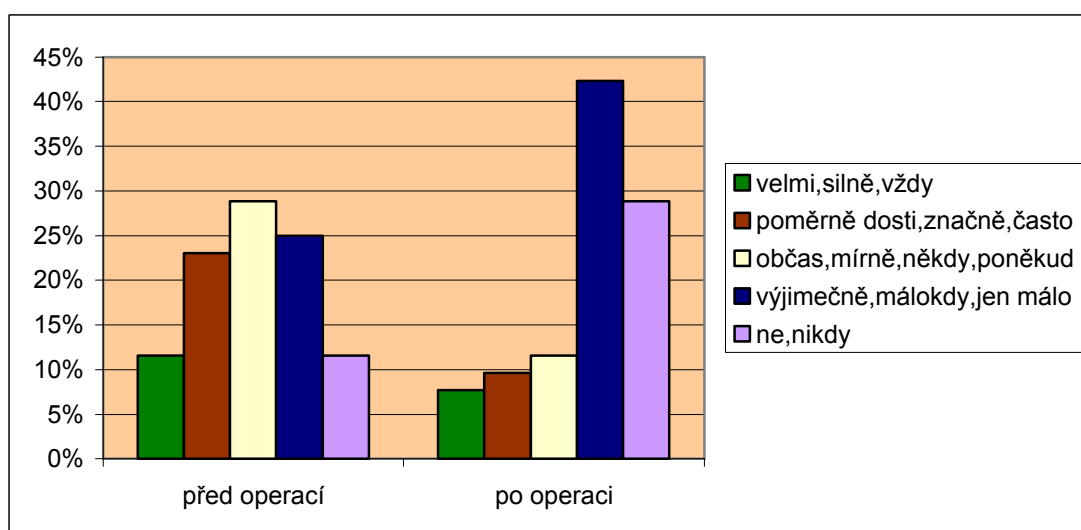


### **Položka č. 10 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Chodím „pro jistotu“ na WC i když nemusím.**

Většina žen před operací občas chodila „pro jistotu“ na záchod i když nemusela (28,85 %), výjimečně tak činilo 25 % žen; viz graf č. 10. Chodím „pro jistotu“ na WC i když nemusím (před a po operaci – I-QoL). Odpověď často zvolilo 23,07 % a odpověď vždy – 11,54 % žen. Stejný počet žen popřelo tuto skutečnost (11,54 %). Po operaci se chování některých žen změnilo – většina z nich chodila na toaletu i když nemusela jen výjimečně (42,31 %) a nikdy 28,85 %.

Graf č. 10. Chodím „pro jistotu“ na WC i když nemusím (před a po operaci – I-QoL).



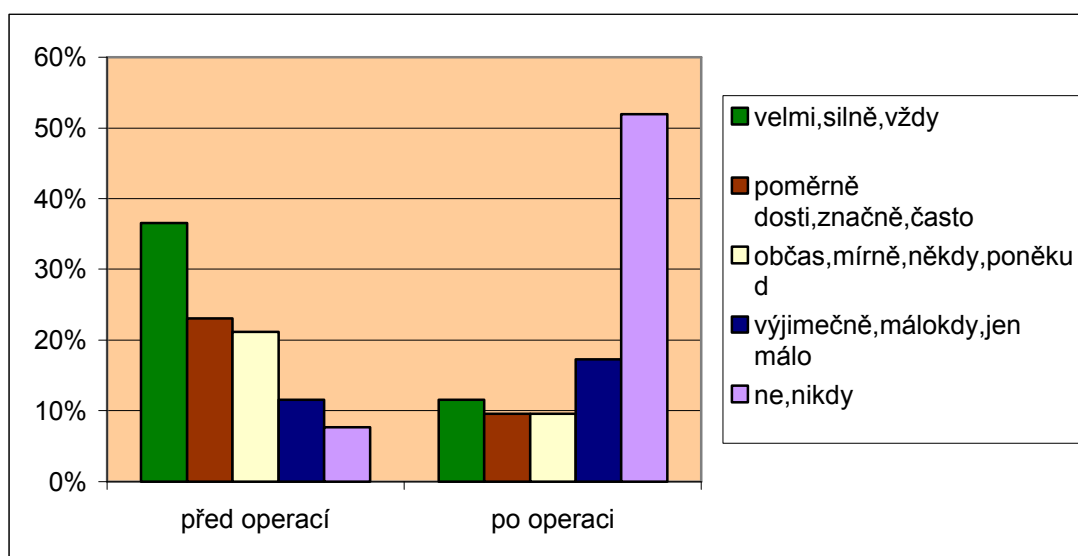


### **Položka č. 11 – standardizovaný dotazník I-QoL**

**Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC.**

Nejvíce žen před operací odpovědělo, že s ohledem na únik moči musely každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použití toalet „velmi“ (36,54 %), nejméně žen naopak „nikdy“ předem svoji činnost vzhledem k možnosti použití WC neplánovala (7,69 %); viz graf č. 11. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC (před a po operaci – I-QoL). Z grafu je patrná výrazná změna v subjektivním pocitu žen po operaci – většina žen odpověděla na danou otázku „nikdy“ (51,92 %), pouze 9,62 % těchto žen uvedlo, že „občas“ či „výjimečně“ (9,62 %) jim zmíněná skutečnost vadí.

Graf č. 11. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC (před a po operaci – I-QoL).



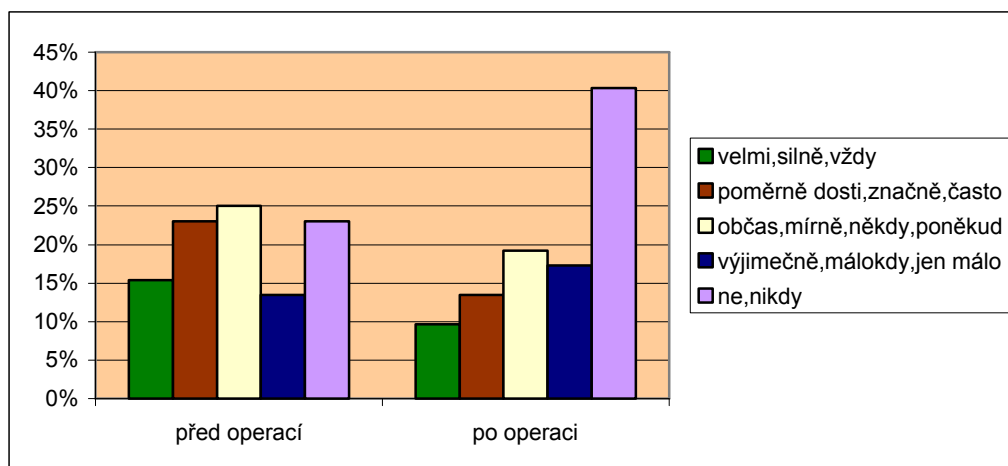
### **Položka č. 13 – standardizovaný dotazník I-QoL**

**Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC.**

Nejvíce žen před operací uvedlo, že jim „občas“ vadilo, že musely v noci vstávat na WC, následovaly ženy, které odpověděly, že jim tato skutečnost „nikdy“ nevadila (23,08 %) - tyto ženy v průběhu rozhovoru nykturii nepřiznaly. Po operaci se výsledky změnily – u některých žen se vyskytovala nykturie v menším procentu, většina z nich ale nykturii negovala (40,38 %); viz graf č. 12. Vadí mi, že musím

v noci vstávat na WC (před a po operaci – I-QoL). I když je nykturie považována za jednu z možných pozdních komplikací operace na močovém systému, nemůžeme z tohoto subjektivního pohledu žen vyvodit validní závěr, jelikož nykturie doprovází i řadu jiných onemocnění (např. kardiovaskulární onemocnění), navíc nykturii uváděly některé ženy již před operací.

Graf č. 12. Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC (před a po operaci – I-QoL).

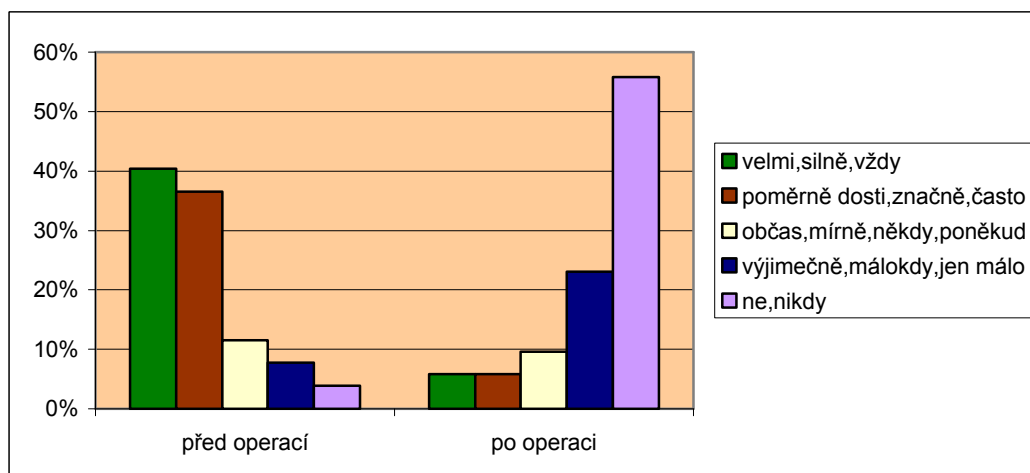


### **Položka č. 2 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Obávám se kašlat nebo kýchat.**

Před operací se většina žen „velmi“ obávala kašlat nebo kýchat (40,38 %), po operaci převažovaly odpovědi, které vylučovaly obavy – odpověď „ne, nikdy“ zvolilo 55,77 % žen; viz graf č.13. Obávám se kašlat nebo kýchat (před a po operaci – I-QoL). Operace zbavila ženy typického úniku moči při stresovém typu inkontinence.

Graf č. 13. Obávám se kašlat nebo kýchat (před a po operaci – I-QoL).

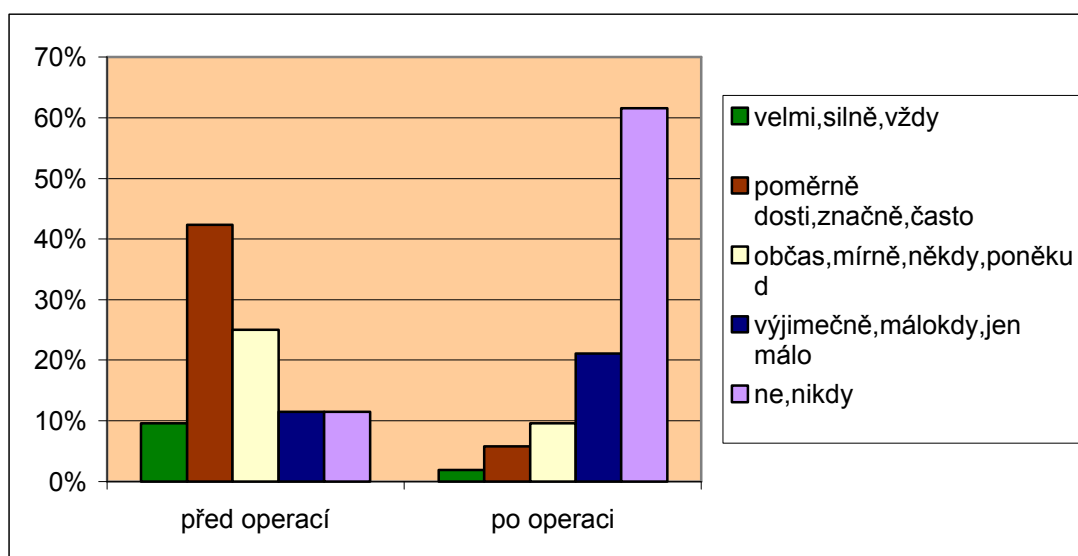


### **Položka č. 3 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Mám strach se po delším sezení postavit.**

Nejvíce žen před operací mělo „často“ strach se po delším sezení postavit (42,30 %), po operaci se situace změnila – většina žen odpověděla na danou otázku „ne, nikdy“ (61,54 %); viz graf č. 14. Mám strach se po delším sezení postavit (před a po operaci – I-QoL)

Graf č. 14. Mám strach se po delším sezení postavit (před a po operaci – I-QoL).

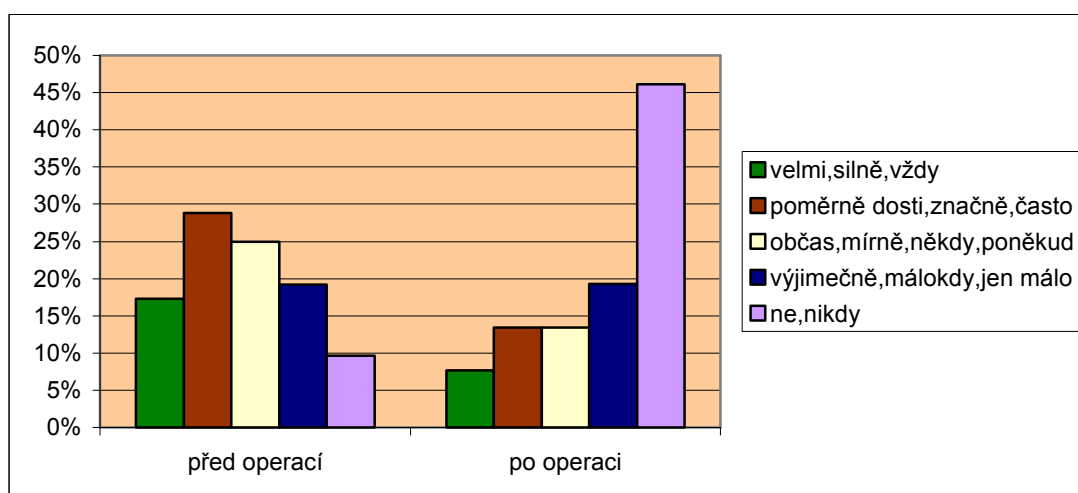


### **Položka č. 20 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít.**

Položku č. 20 jsme z hlediska věku zpracovali k hypotéze č. 4; viz tab. č. 20. Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít (z hlediska věku – I-QoL). Nyní v grafu uvádím odpovědi žen před a po operaci k doplnění hypotézy č. 6; viz graf č. 15. Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít (před a po operaci – I-QoL). Zjistili jsme, že nejvíce žen před operací se „často“ kontrolovalo v příjmu tekutin (28,85 %), „vždy“ odpovědělo 17,31 % žen. Po operaci převažovaly odpovědi vylučující omezování příjmu tekutin – odpověď „ne nikdy“ zvolilo až 46,15 % žen. Některé ženy i po operaci se kontrolovaly, kolik a co mohou vypít – odpověď „často“ zvolilo 13,46 % žen, stejně tak i odpověď „občas“ (13,46 %), nejméně žen se kontrolovalo v příjmu tekutin po operaci „vždy“ (7,69 %).

Graf č. 15. Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít (před a po operaci – I-QoL).

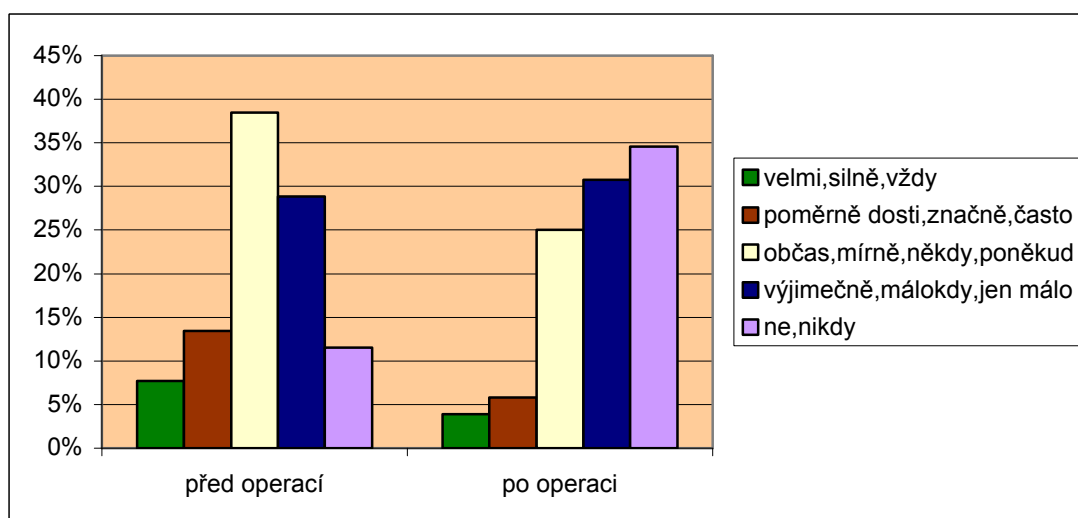


**Položka č. 18 – standardizovaný dotazník I-QoL**

**Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení.**

Většina žen před operací se „občas“ obávala, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na jejich oblečení (38,46 %), výjimečně se obávalo 28,85 % inkontinentních žen. Pouze 7,69 % žen se obávalo „velmi“ a 13,46 % „poměrně dosti“. Po operaci nejčastěji na danou otázku odpovídaly ženy „ne, nikdy“ (34,61 %), následovala odpověď „výjimečně“ (30,77 %) – obavy se tedy po operaci zmenšily; viz graf č. 16. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 16. Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení (před a po operaci – I-QoL)

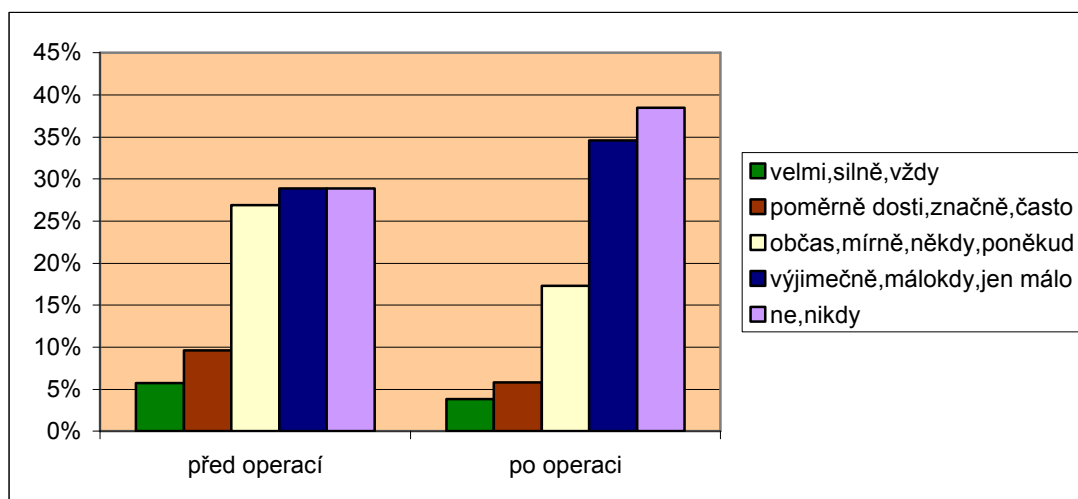


### **Položka č. 21 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení.**

Zjistili jsme, že většinu žen před operací únik moči „výjimečně“ omezoval ve výběru oblečení (28,85 %), stejný počet žen tuto skutečnost negovalo (28,85 %). Odpověď „občas“ zvolilo 26,92 % žen, následovala odpověď „často“ (9,62 %), nejméně únik moči omezoval ženy ve výběru oblečení „vždy“ (5,76 %); viz graf č. 17. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení (před a po operaci – I-QoL). Odpovědi po operaci se příliš nelišily – většinu žen únik moči neomezoval ve výběru oblečení (38,46 %), „často“ odpovědělo pouze 3,85 % žen.

Graf č. 17. Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení (před a po operaci – I-QoL).



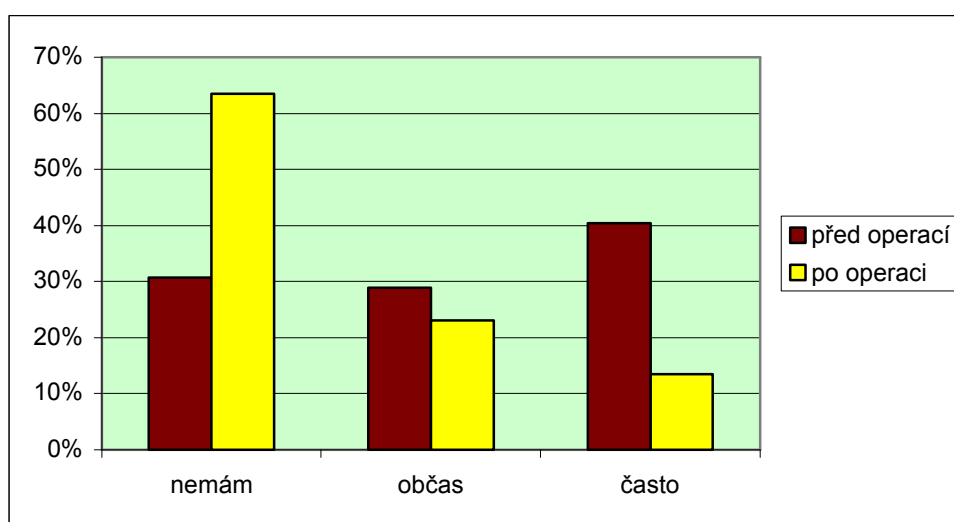
#### **Otázka č. 33: Máte problémy s opruzeninami nebo podrážděním kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče?**

Tato otázka měla výstupní charakter vzhledem k otázce č. 26 zpracované k hypotéze č. 4 z hlediska věku a předoperačně; viz tab. č. 21. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (z hlediska věku a předoperačně). Z hlediska věku většina žen z nejstarší věkové skupiny po operaci neměla problémy s opruzeninami či podrážděním kůže v okolí genitálu (60 %), stejně tak i ženy ve věku 46-60 let (57,89 %) a nejmladší ženy (87,5 %); viz tab. č. 25. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (z hlediska věku a pooperačně). V grafu uvádím výsledky před a po operaci pro názornost; viz graf č. 18. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (před a po operaci).

Tabulka č. 25. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (z hlediska věku a pooperačně).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Opruzeniny/ po operaci	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Nemám	7	87,50	11	57,89	15	60,00	33	63,46
Občas	1	12,50	5	26,32	6	24,00	12	23,08
Často	0	0	3	15,79	4	16,00	7	13,46
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Graf č. 18. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (před a po operaci).



### Otázka č. 30: Ovlivnil Váš problém vztah s partnerem?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda inkontinence u žen ovlivnila jejich vztah s partnerem. **Z hlediska věku** většina žen z nejmladší věkové skupiny odpověděla, že inkontinence ovlivnila jejich vztah s partnerem jen výjimečně (50 %); viz tab. č. 26. Vyjádření intenzity ovlivnění vztahu s partnerem kvůli úniku moči (z hlediska věku). U žen ve věku 46-60 let převažovala odpověď „nikdy“ (52,63 %), stejně tak i u žen z nejstarší věkové skupiny (36 %).

Tabulka č. 26. Vyjádření intenzity ovlivnění vztahu s partnerem z kvůli úniku moči (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Odpovědi	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Nikdy	3	37,50	10	52,63	9	36,00	22	42,31
Výjimečně	4	50,00	3	15,79	4	16,00	11	21,15
Někdy	0	0	5	26,32	5	20,00	10	19,23
Hodně	1	12,50	0	0	5	20,00	6	11,54
Neodpovězeno	0	0	1	5,26	2	8,00	3	5,77
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Z hlediska *rodinného stavu* jsme zjistili, že u většiny vdaných žen inkontinence vztah s partnerem nikdy neovlivnila (37,5 %); viz tab. č. 27. Vyjádření intenzity ovlivnění vztahu s partnerem kvůli úniku moči (z hlediska rodinného stavu), stejně tak i u žen ve věku 46-60 let (50 %). Pouze jedna z oslovených žen byla svobodná a ta odpověděla, že problém s únikem moči její vztah s partnerem ovlivnil pouze výjimečně (100 %).

Tabulka č. 27. Vyjádření intenzity ovlivnění vztahu s partnerem kvůli úniku moči (z hlediska rodinného vztahu).

	Vdaná		Svobodná		Rozvedená		Vdova		CELKEM	
Odpovědi	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Nikdy	12	37,50	0	0	6	50,00	4	57,13	22	42,31
Výjimečně	9	28,13	1	100,00	0	0	1	14,29	11	21,15
Někdy	6	18,75	0	0	4	33,34	0	0	10	19,23
Hodně	4	12,50	0	0	1	8,33	1	14,29	6	11,54
Neodpovězeno	1	3,12	0	0	1	8,33	1	14,29	3	5,77
<b>CELKEM</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

### Otázka č. 31: Ovlivnil Váš problém sexuální život?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda inkontinence moči zasáhla jakýmkoliv způsobem do sexuálního života ženy. Nejčastější odpovědi všech žen bylo, že jim inkontinence moči nikdy neovlivnila jejich sexuální život (36,54 %). **Z hlediska věku** většina žen ze všech věkových skupin negovala, že by problém s únikem moči ovlivnil jejich sexuální život; viz tab. č. 28. Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně ovlivnil jejich problém sexuální život (z hlediska věku). U žen ve věku 61-75 let bylo druhou nejčastější odpovědí, že jim únik moči ovlivnil sexuální život hodně (24 %), u ostatních věkových skupin se výsledky lišily.

Tabulka č. 28. Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně ovlivnil jejich problém sexuální život (z hlediska věku).

	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
Odpovědi	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Nikdy	3	37,50	7	36,85	9	36,00	19	36,54
Výjimečně	2	25,00	4	21,05	4	16,00	10	19,23
Někdy	2	25,00	4	21,05	4	16,00	10	19,23
Hodně	1	12,50	3	15,79	6	24,00	10	19,23
Neodpovězeno	0	0	1	5,26	2	8,00	3	5,77
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Z hlediska *rodinného stavu* byly výsledky podobné; viz tab. č. 29. Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně ovlivnil jejich problém sexuální život (z hlediska rodinného stavu). Sexuální život byl ovlivněn hodně u vdancých žen z 18,75 %, u rozvedených byl výsledek 25 % a pouze 14,29 % u vdov.

Tabulka č. 29. Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně ovlivnil jejich problém sexuální život (z hlediska rodinného stavu).

	Vdaná		Svobodná		Rozvedená		Vdova		CELKEM	
Odpovědi	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Nikdy	9	28,13	1	100,00	4	33,33	5	71,42	19	36,54
Výjimečně	8	25,00	0	0	2	16,67	0	0	10	19,23
Někdy	8	25,00	0	0	2	16,67	0	0	10	19,23
Hodně	6	18,75	0	0	3	25,00	1	14,29	10	19,23
Neodpovězeno	1	3,12	0	0	1	8,33	1	14,29	3	5,77
<b>CELKEM</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

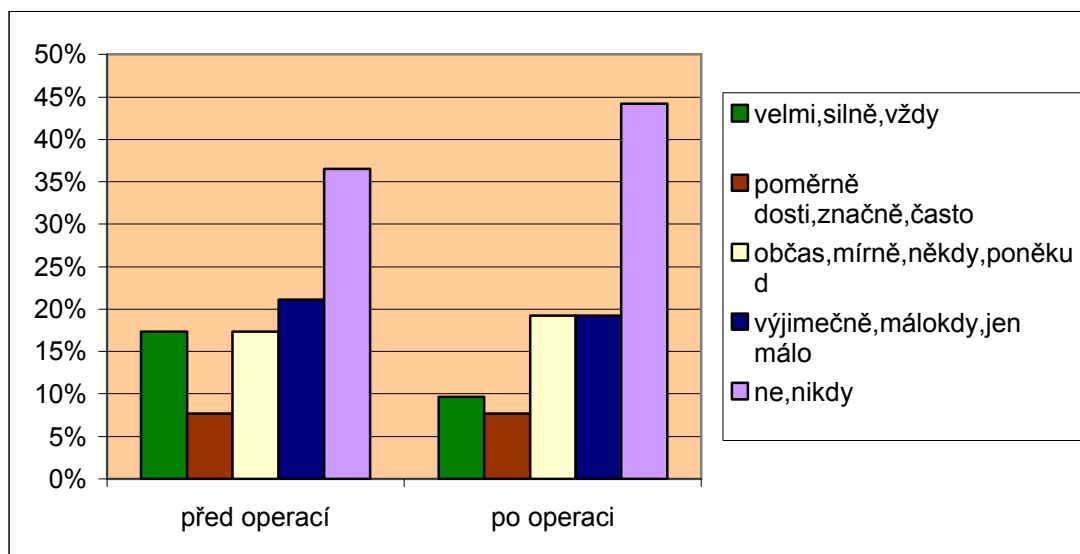
### **Položka č. 22 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života.**

Součástí standardizovaného dotazníku I – QoL byla položka, která měla za cíl zjistit, jak intenzivně zasáhl únik moči do sexuálního života inkontinentní ženy. Tato otázka měla i kontrolní charakter vzhledem k otázce předcházející. Výstupní část – tedy odpovědi po operaci (po 6-8 týdnech) uvádím jen pro zajímavost, když připustíme fakt, že ženy měly po dobu šesti týdnů od operace zákaz sexuálního styku. Odpovědi se nijak výrazně nelišily od odpovědí z předcházející otázky – většina žen před operací uvedla, že únik moči „nikdy“ nepříjemně nezasáhl do jejich sexuálního života (36,54 %), výjimečně zasáhl u 21,15 % žen; viz graf č. 19. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života (před a po operaci – I-QoL).



Graf č. 19. Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života (před a po operaci – I-QoL).



### Otázka č. 32: Ovlivnil Váš problém rodinný život?

U této otázky jsme opět zvolili *kritérium věku*; viz tab. č. 30. Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry ovlivnil jejich problém rodinný život (z hlediska věku). Nejčastější odpovědi u nejstarších žen bylo, že jim jejich problém ovlivnil rodinný život někdy (36 %), stejně tak odpovídaly i ženy ve věku 46-60 let (47,38 %). Nejmladším ženám problém s únikem moči rodinný život nikdy neovlivnil (50 %) či ovlivnil výjimečně (50 %).

Tabulka č. 30. Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry ovlivnil jejich problém rodinný život (z hlediska věku).

Odpovědi	30-45 let		46-60 let		61-75 let		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
<b>Nikdy</b>	4	50	4	21,05	6	24,00	14	26,92
<b>Výjimečně</b>	4	50	4	21,05	8	32,00	16	30,77
<b>Někdy</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>47,38</b>	<b>9</b>	<b>36,00</b>	<b>18</b>	<b>34,61</b>
<b>Hodně</b>	0	0	1	5,26	1	4,00	2	3,85
<b>Neodpovězeno</b>	0	0	1	5,26	1	4,00	2	3,85
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Druhým hlediskem, které jsme se rozhodli zohlednit byl *rodinný stav* u inkontinentních žen; viz tab. č. 31. Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry ovlivnil jejich problém rodinný život (z hlediska rodinného stavu). Většina vdaných žen negovala, že by problém s únikem moči ovlivnil nějakým způsobem jejich rodinný život (37,5 %). U rozvedených žen se výsledky lišily – nejčastější odpovědi

těchto žen bylo, že jim jejich problém do rodinného života *někdy* zasáhl (50 %), stejně tak i u vdov (57,14 %).

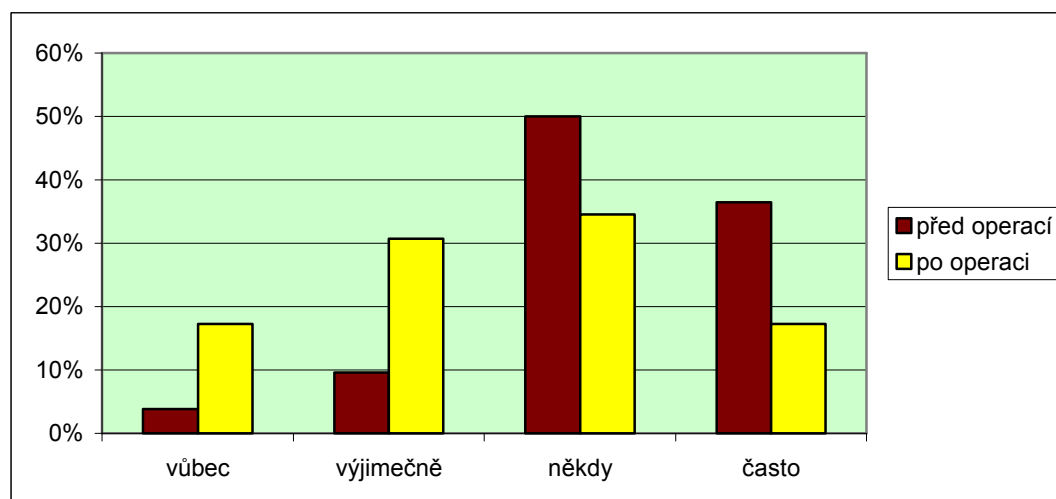
Tabulka č. 31. Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry ovlivnil jejich problém rodinný život (z hlediska rodinného stavu).

Odpovědi	Vdaná		Svobodná		Rozvedená		Vdova		CELKEM	
	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]	ni	fi [%]
Nikdy	12	37,50	0	0	2	16,67	0	0	14	26,92
Výjimečně	10	31,24	1	100,00	3	25,00	2	28,57	16	30,77
Někdy	8	25,00	0	0	6	50,00	4	57,14	18	34,61
Hodně	1	3,13	0	0	0	0	1	14,29	2	3,85
Neodpovězeno	1	3,13	0	0	1	8,33	0	0	2	3,85
<b>CELKEM</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

### Otázka č. 36: Omezujete Váš společenský život?

Tato otázka měla vstupní i výstupní charakter, tzn. ženy na ni odpovídaly před operací i po operaci. Cílem bylo zjistit, zda ženy omezovaly před operací společenský život a jestli nastala po operaci změna. Nejvíce žen před operací uvedlo, že „někdy“ omezovaly společenský život (50 %), druhou nejčastější odpovědí žen bylo „často“ (36,53 %), následovala odpověď „výjimečně“ (9,62 %) a pouze 3,85 % žen „vůbec“ neomezovalo společenský život. Po operaci většina žen „někdy“ společenský život omezovala (34,61 %), „výjimečně“ 30,77 % žen a „často“ jen 17,31 %. Stejný počet žen „vůbec“ neomezoval společenský život (17,31 %); viz graf č. 20. Intenzita omezování společenského života inkontinentními ženami (před a po operaci).

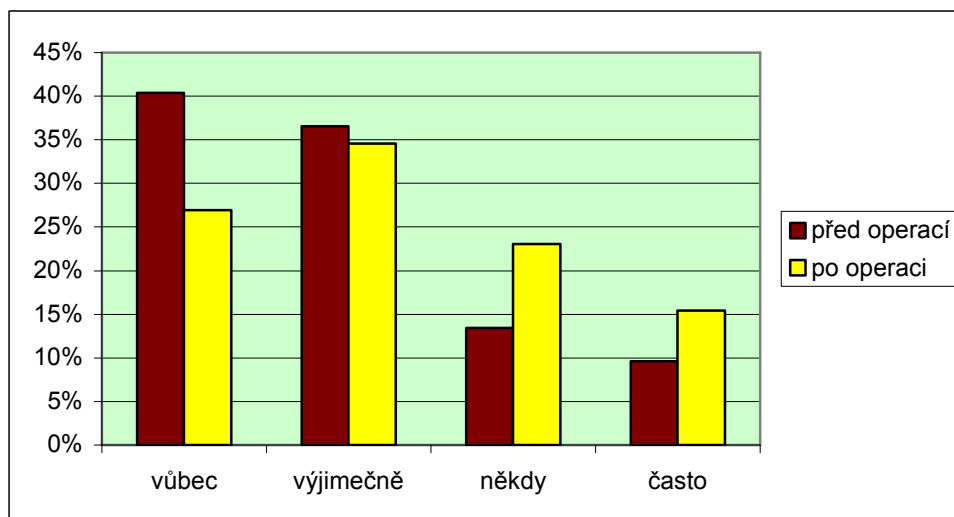
Graf č. 20. Intenzita omezování společenského života inkontinentními ženami (před a po operaci).



### Otázka č. 37: Omezujete navštěvování přátel a příbuzných?

Stejně jako v předcházející otázce, cílem bylo zjistit, zda ženy před operací omezovaly navštěvování svých přátel a příbuzných a jaké změny nastaly po operaci. Většina žen před operací uvedla, že omezovala návštěvy „výjimečně“ (34,62 %), pouze 15,38 % žen omezovalo kontakt se svými přáteli a příbuznými „často“; viz graf č. 21. Intenzita omezování návštěv přátel a příbuzných (před a po operaci). Po operaci ženy nejčastěji „vůbec“ neomezovaly návštěvy (40,38 %), některé z nich ale stále návštěvy svých přátel a příbuzných omezovaly „často“ (9,62 %). Jednalo se zejména o ženy, u kterých se vyskytovala pooperační urgence.

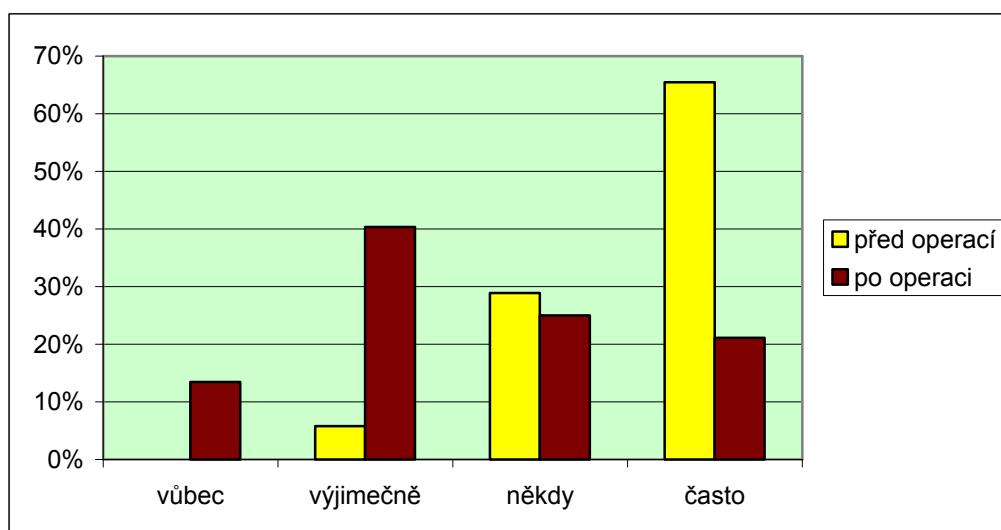
Graf č. 21. Intenzita omezování návštěv přátel a příbuzných (před a po operaci).



### Otázka č. 34: Omezujete Vaši tělesnou aktivitu (procházky, běhání, sport, cvičení)?

Před operací nejvíce žen „často“ omezovalo tělesnou aktivitu (65,38 %), po operaci pouze 21,16 % žen; viz graf č. 22. Intenzita omezování tělesných aktivit inkontinentními ženami (před a po operaci). Většina žen po operaci výjimečně tělesnou aktivitu omezovala vzhledem k dlouhodobému pooperačnímu režimu (40,38 %).

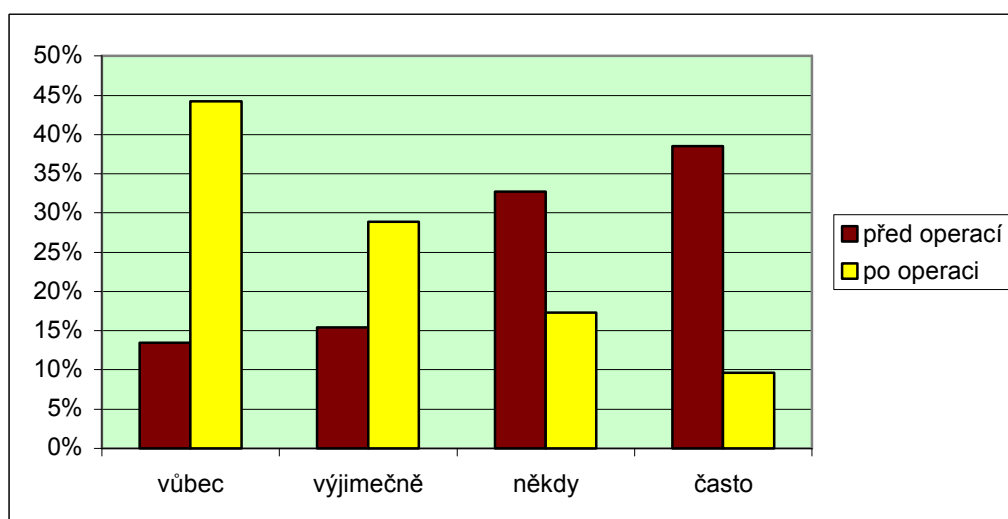
Graf č. 22. Intenzita omezování tělesných aktivit inkontinentními ženami (před a po operaci).



### Otázka č. 35: Omezujete se v cestování?

Nejvíce žen před operací se „často“ omezovala v cestování (38,47 %), po operaci se počet těchto žen snížil na 9,62 %; viz graf č. 23. Intenzita omezování se v cestování (před a po operaci).

Graf č. 23. Intenzita omezování se v cestování (před a po operaci).



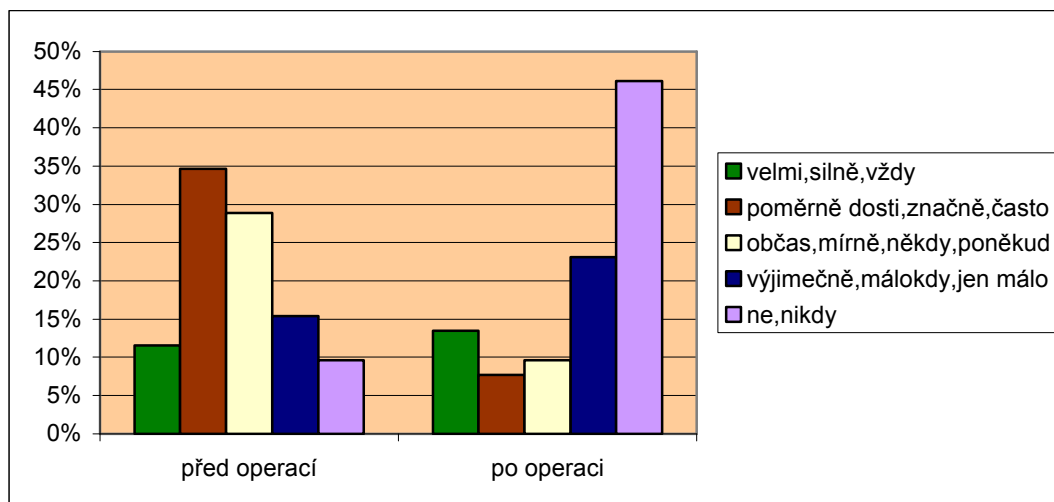
### Položka č. 6 – standardizovaný dotazník I-OoL

#### **Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (dovolená apod.).**

Většina žen před operací se necítila jistá „vždy“, když měly na delší dobu opustit domov (34,62 %), po operaci se obavy snížily – převažovaly ženy s odpovědí

„ne, nikdy“ (46,15 %); viz graf č. 24. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 24. Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (před a po operaci – I-QoL).

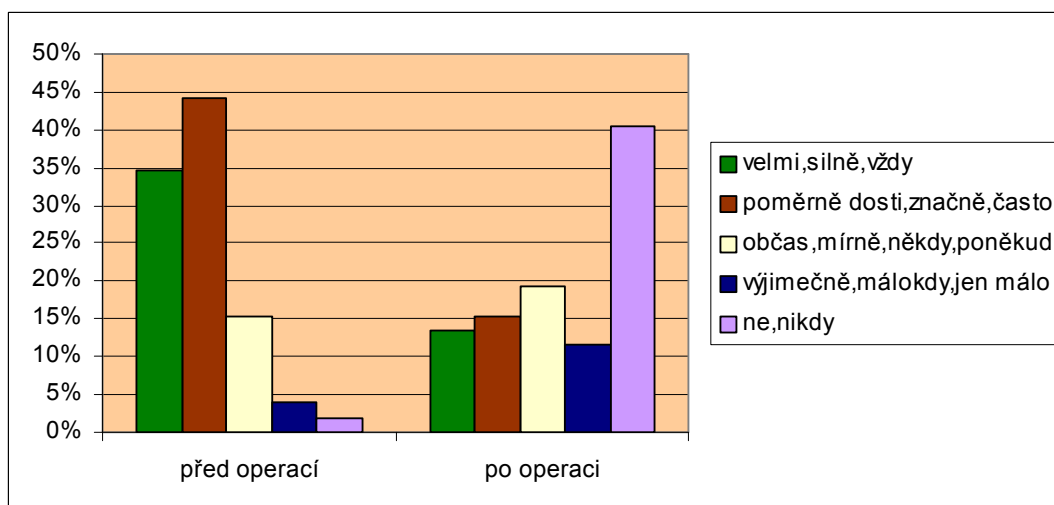


### **Položka č. 7 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči.**

Před operací nejvíce žen „často“ špatně snášelo omezení svých zájmů a aktivit únikem moči (44,23 %), po operaci se zlepšilo subjektivní vnímání žen – většina z nich tuto skutečnost negovala (40,38 %); viz graf č. 25. Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 25. Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči (před a po operaci – I-QoL).

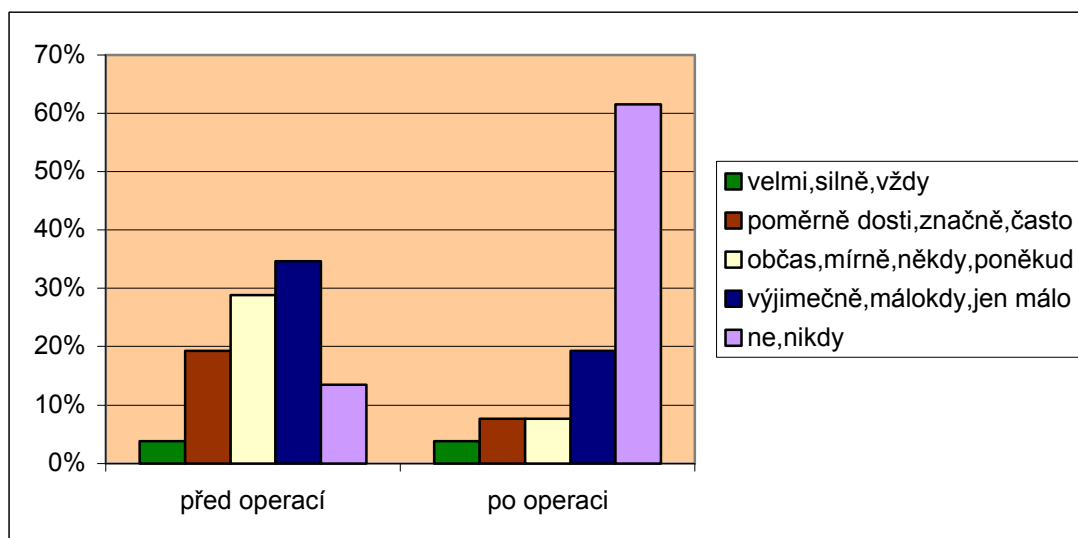


### **Položka č. 8 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem.**

Před operací se většina žen „výjimečně“ obávala, že by lidé mohli rozpoznat čichem jejich únik moči (34,61 %), po operaci obavy u většiny žen zmizely (61,54 %); viz graf č. 26. Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 26. Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem (před a po operaci – I-QoL).

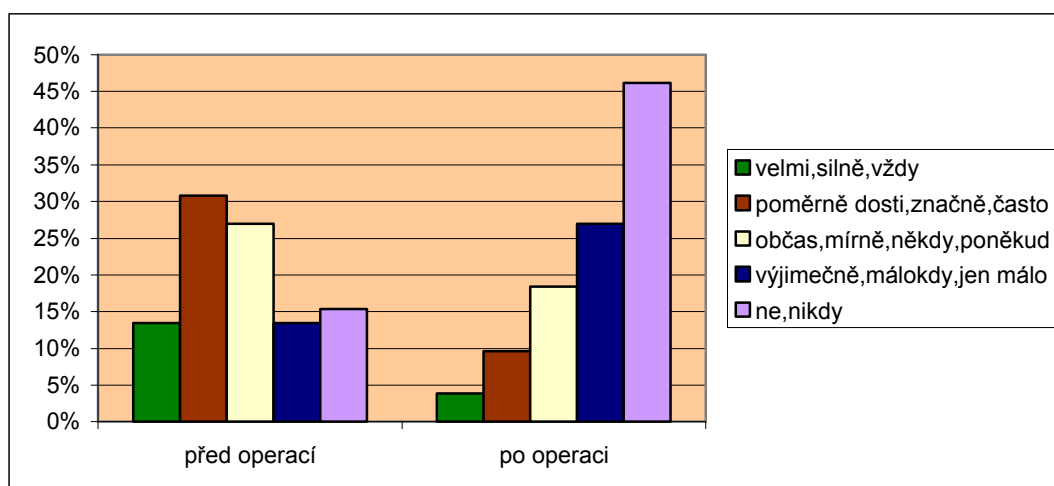


### **Položka č. 5 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Kvůli úniku moči se cítím depresivně.**

Nejvíce žen před operací se „často“ cítilo depresivně (30,77 %), po operaci se počet těchto žen snížil na 9,62 %; viz graf č. 27. Kvůli úniku moči se cítím depresivně (před a po operaci – I-QoL). Většina žen po operaci se necítila depresivně (46,15 %) – operace zbavila ženy depresivních pocitů.

Graf č. 27. Kvůli úniku moči se cítím depresivně (před a po operaci – I-QoL)

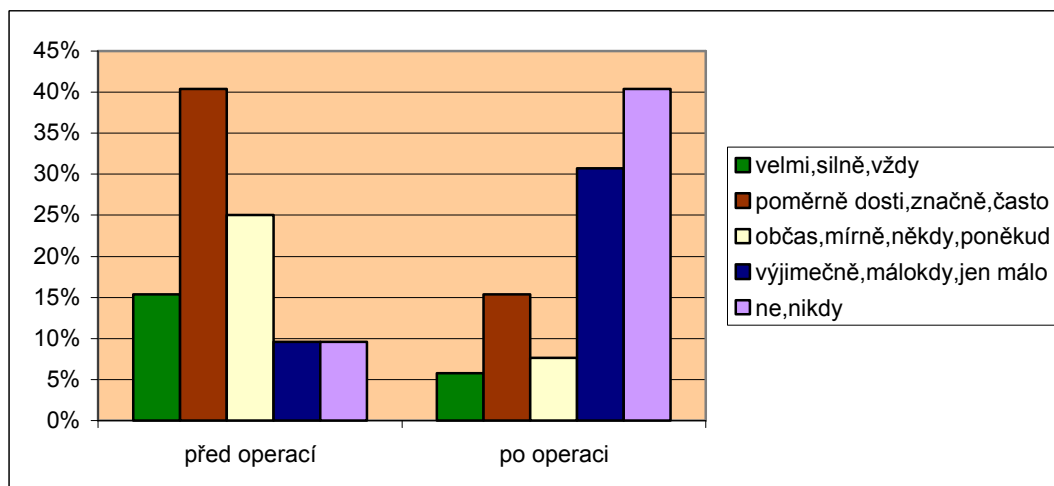


### **Položka č. 9 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Na problém s únikem moči musím pořád myslet.**

Na problém s únikem moči musela většina žen před operací „často“ myslet (40,38 %), po operaci již ne (40,38 %); viz graf č. 28. Na problém s únikem moči musím pořád myslet (před a po operaci – I-QoL). Operace zbavila ženy obtěžující inkontinence (stresu), nemusí na svůj problém již myslet.

Graf č. 28. Na problém s únikem moči musím pořád myslet (před a po operaci – I-QoL).



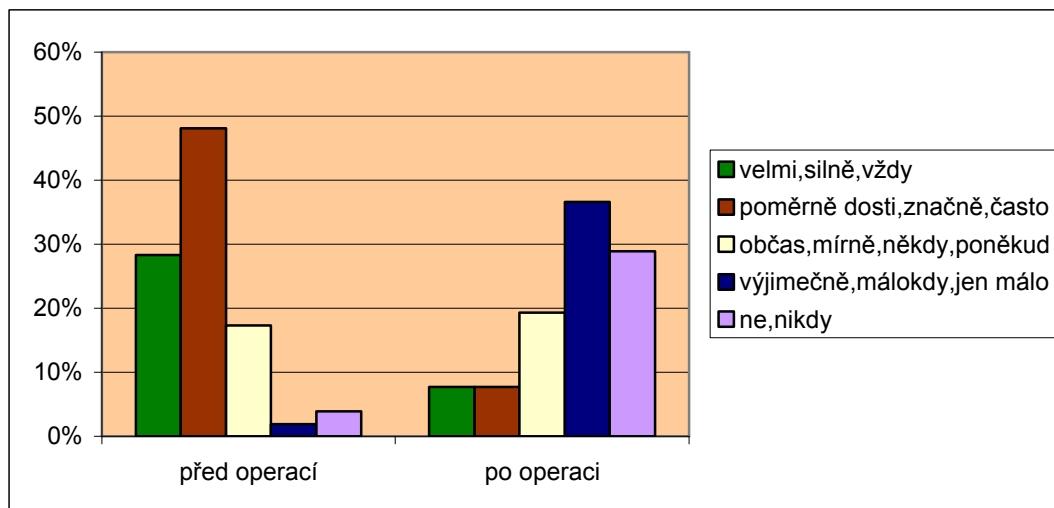
### **Položka č. 12 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší.**

Většina žen před operací se „poměrně dosti“ bála, že se jejich problém zhorší (48,07 %), po operaci tak odpovědělo pouze 7,69 % žen a nejvíce se jich obávalo

pouze „výjimečně (36,54 %); viz graf č. 29. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší (před a po operaci – I-QoL). V grafu vidíme, že obavy žen po operaci ustoupily, avšak zcela nevymizely.

Graf č. 29. Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší (před a po operaci – I-QoL).

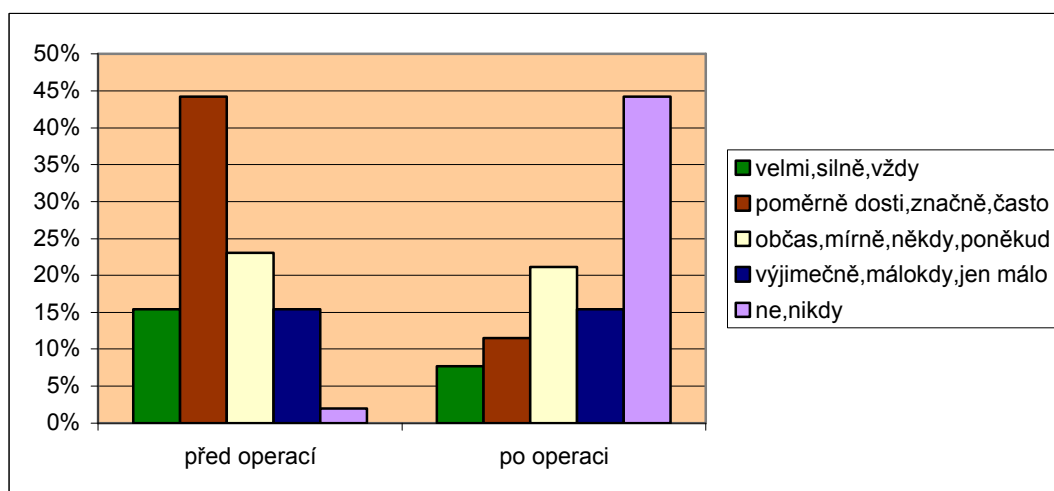


#### **Položka č. 14 – standardizovaný dotazník I-QoL**

##### **Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu.**

Kvůli úniku moči zažívala většina žen před operací „často“ pocity trapnosti a studu (44,23 %), po operaci se počet těchto žen snížil na 11,55 % a většina žen se těchto pocitů zbavila (44,23 %); viz graf č. 30. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 30. Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu (před a po operaci – I-QoL).



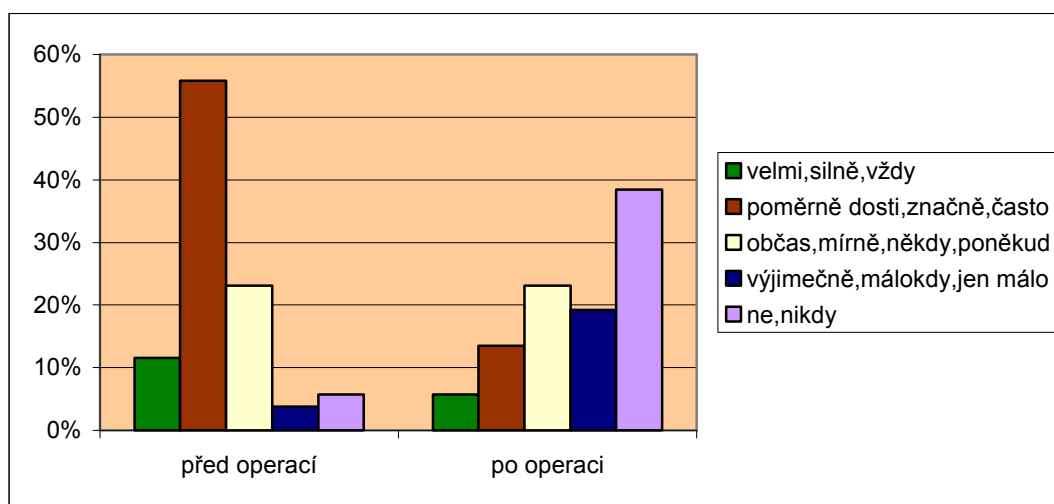


### **Položka č. 15 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví.**

Nejčastěji před operací únik moči vyvolával v ženách pocit nedokonalého zdraví „často“ (55,77 %), po operaci se počet takto subjektivně vnímajících žen snížil na 13,46 %; viz graf č. 31. Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 31. Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví (před a po operaci – I-QoL).

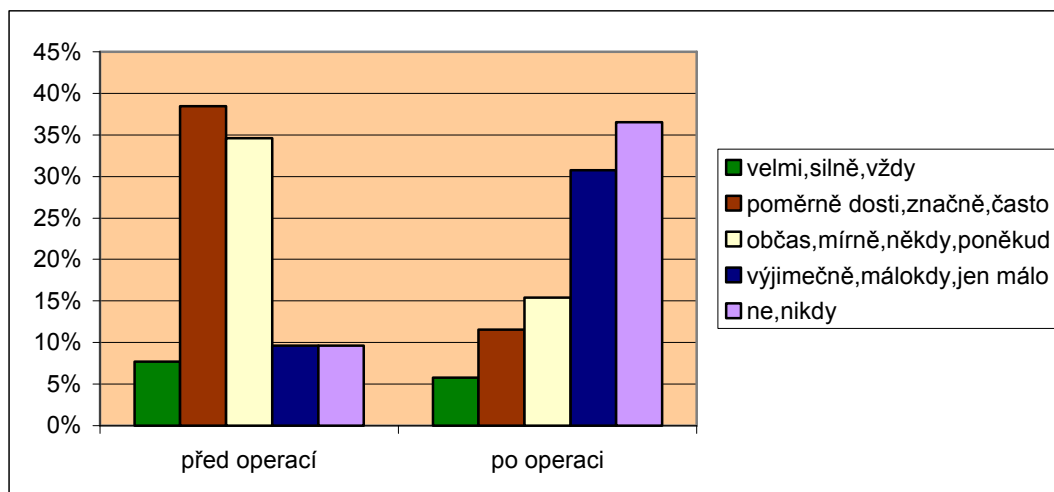


### **Položka č. 17 – standardizovaný dotazník I-QoL**

#### **Únik moči mi ubírá radost ze života.**

Většině žen před operací ubíral únik moči „často“ radost ze života (38,46 %), po operaci se ženy subjektivně cítily lépe – počet takto odpovídajících žen se snížil na 11,54 %, dalších 36,55 % žen na danou otázku odpovědělo „ne, nikdy“; viz graf č. 32. Únik moči mi ubírá radost ze života (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 32. Únik moči mi ubírá radost ze života (před a po operaci – I-QoL).

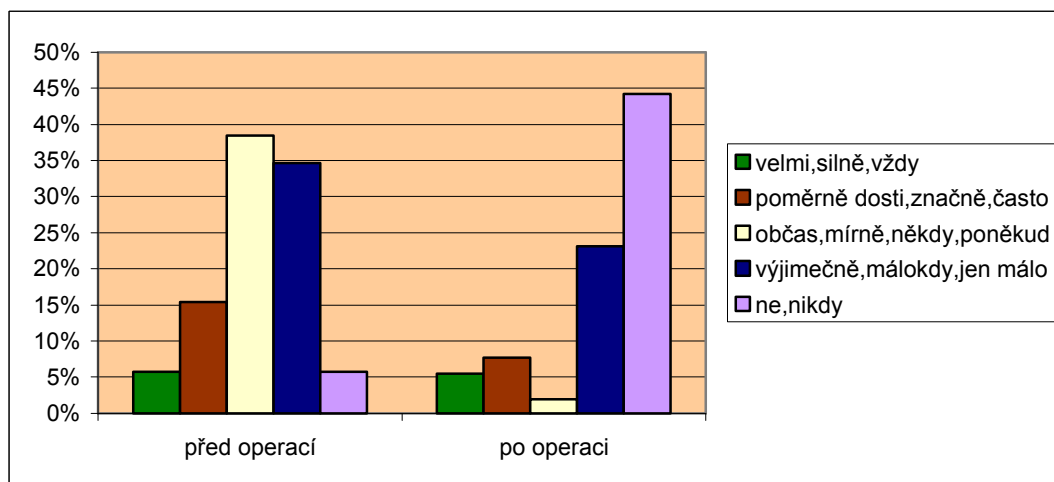


**Položka č. 19 – standardizovaný dotazník I-QoL**

**Trpím úzkostí, protože své močení nemůžu ovládat tak, jak bych chtěla.**

Před operací většina žen „občas“ trpěla úzkostí (38,46 %), po operaci většina žen úzkost neprožívala (44,23 %), viz graf č. 33. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 33. Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla (před a po operaci – I-QoL).

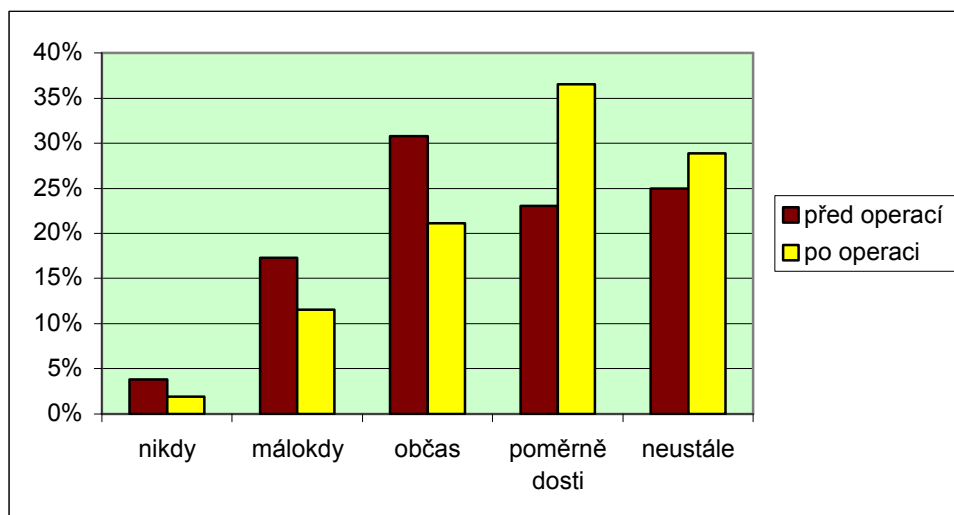


**Otázka č. 38: Důvěřujete své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy?**

Většina oslovených žen před operací „občas“ důvěřovala své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy ve svém okolí (30,77 %), po operaci si většina žen

důvěřovala již „poměrně dosti“ (36,54 %); viz graf č. 34. Důvěřujete své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy (před a po operaci).

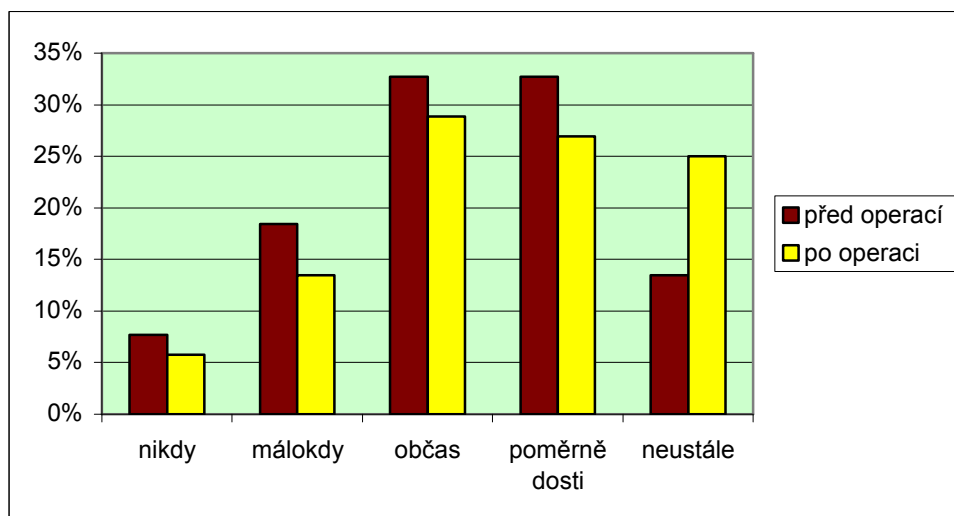
Graf č. 34. Důvěřujete své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy (před a po operaci).



**Otázka č. 39: Dovedete zvládat konflikty, které máte s jinými lidmi?**

Před operací většina žen dovedla „občas“ a „poměrně dosti“ zvládat konflikty s jinými lidmi (32,69 % a 32,69 %), po operaci se odpovědi příliš nelišily – nejvíce žen odpovědělo „občas“ na danou otázku (28,85 %), zvýšil se ale počet žen, které dovedly po operaci zvládat konflikty neustále (25,00 %); viz graf č. 35. Dovedete zvládat konflikty, které máte s jinými lidmi (před a po operaci).

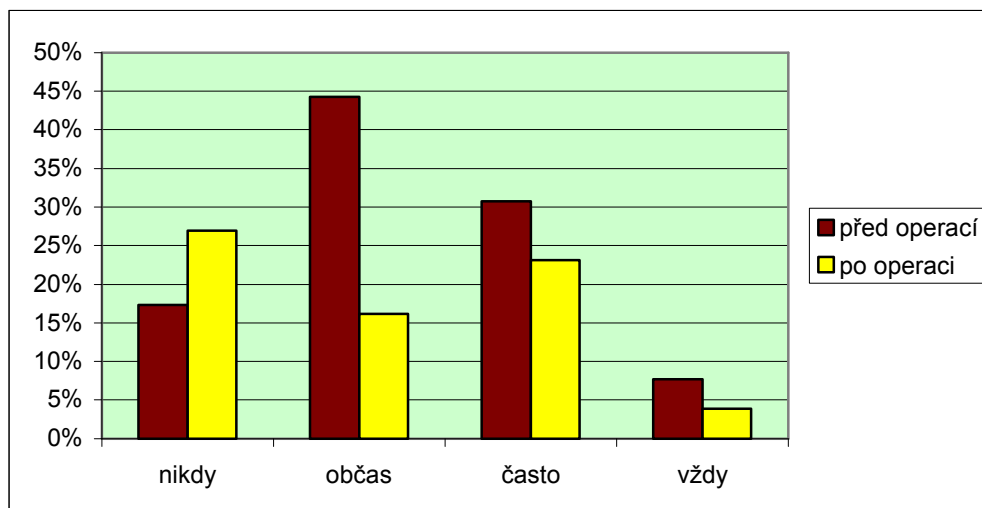
Graf č. 35. Dovedete zvládat konflikty, které máte s jinými lidmi (před a po operaci).



#### Otázka č. 40: Cítíte se unaveně?

Unaveně se před operací „občas“ cítilo 44,23 % žen a „často“ 30,77 % žen; viz graf č. 36. Vyjádření intenzity únavy u inkontinentních žen (před a po operaci). Subjektivně se po operaci opět většina žen „občas“ cítila unavená (46,15 %), ale odpověď „často“ zvolilo pouze 23,08 % žen a odpověď „nikdy“ 26,92 %.

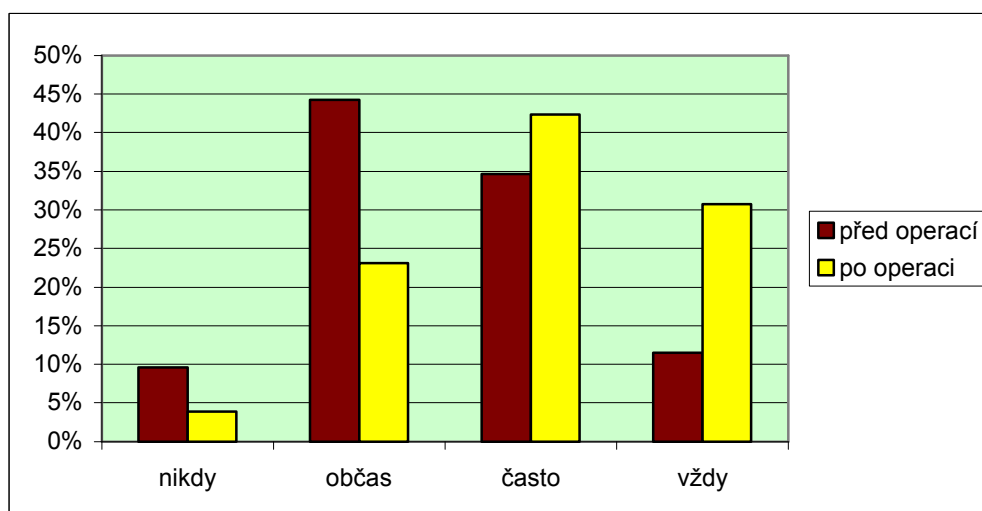
Graf 36. Vyjádření intenzity únavy u inkontinentních žen (před a po operaci).



#### Otázka č. 41: Dovedete si užít legraci?

Před operací si většina žen „občas“ dovedla užít legraci (44,23 %) a „často“ téměř 34,62 % žen; viz graf č. 37. Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně si dovedly užít legraci (před a po operaci). Po operaci si „často“ dovedlo užít legraci více žen než před operací (42,31 %) a „vždy“ 30,76 % žen.

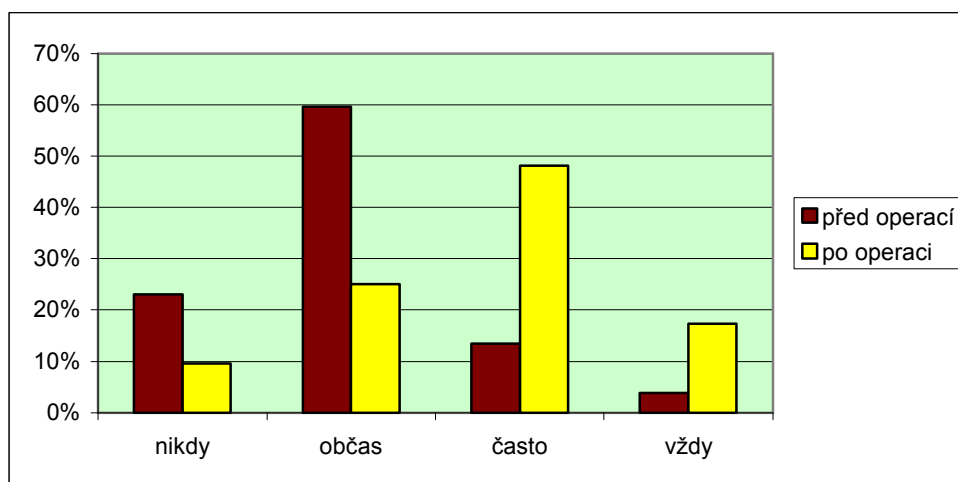
Graf č. 37. Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně si dovedly užít legraci (před a po operaci).



### Otázka č. 42: Probíhá Váš život podle Vašeho očekávání?

Nejvíce žen před operací odpovědělo, že „občas“ probíhá jejich život podle očekávání (59,62 %), následovaly ženy s odpovědí „ne, nikdy“ (23,08 %). Po operaci převažovala odpověď „často“ (48,08 %) a „občas“ (25,00 %); viz graf č. 38. Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry probíhal život podle jejich očekávání (před a po operaci).

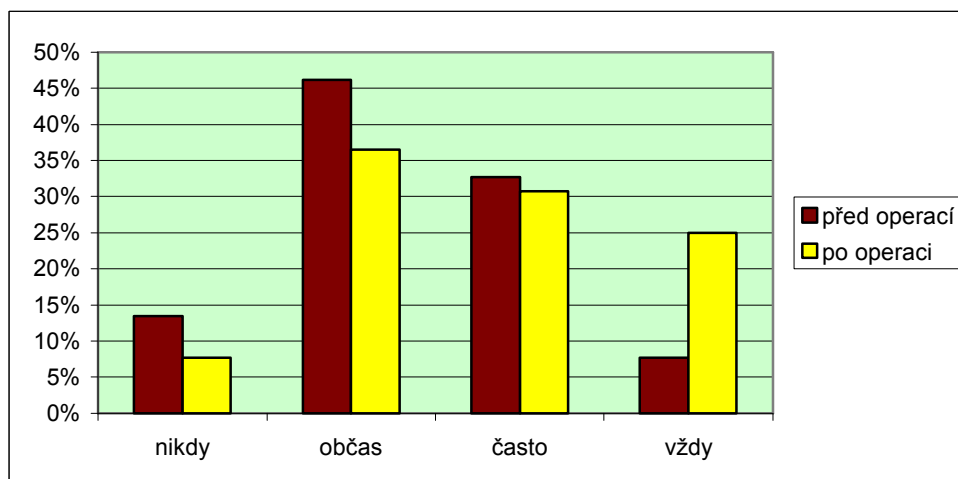
Graf č. 38. Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry probíhal život podle jejich očekávání (před a po operaci).



### Otázka č. 43: Dovedete si odpustit svá vlastní selhání?

Před operací si nejvíce žen „občas“ dokázalo odpustit svá vlastní selhání (46,15 %), po operaci většina žen odpověděla stejně (36,54 %); viz graf č. 39. Dovedete si odpustit svá vlastní selhání (před a po operaci).

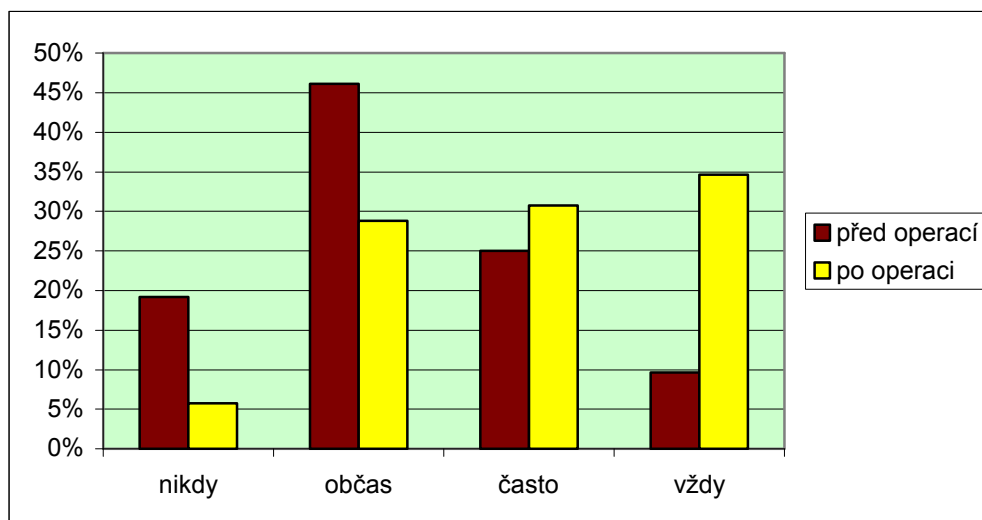
Graf č. 39. Dovedete si odpustit svá vlastní selhání (před a po operaci).



#### Otázka č. 44: Máte klid v duši?

Většina žen před operací měla „občas“ klid v duši (46,15 %), po operaci se ženy subjektivně cítily lépe – většina z nich uvedla, že mají klid v duši „vždy“ (34,61 %); viz graf 40. Máte klid v duši (před a po operaci).

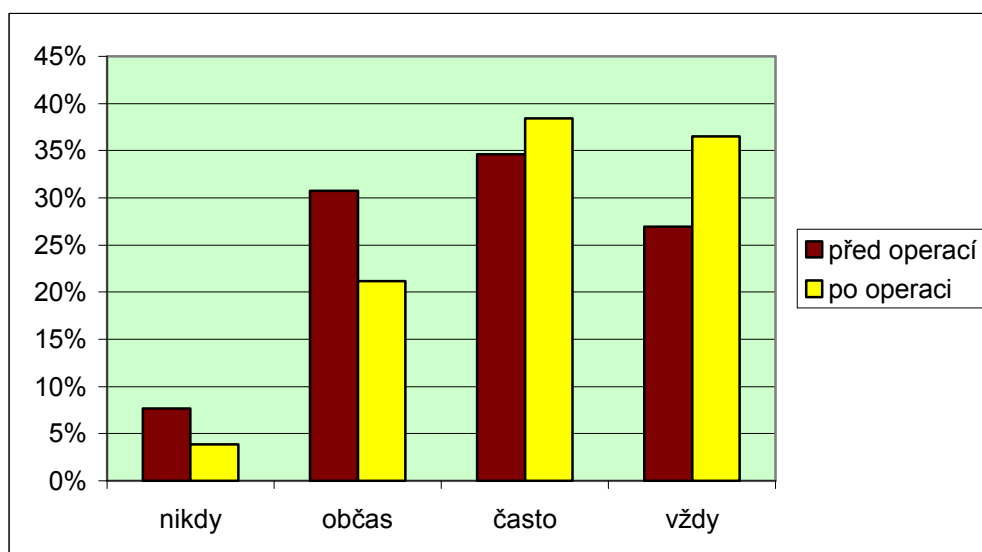
Graf č. 40. Máte klid v duši (před a po operaci).



#### Otázka č. 45: Díváte se do budoucnosti s optimismem?

Ženy před operací se nejvíce „často“ dívaly do budoucnosti s optimismem (34,62 %), stejně tak tomu bylo i po operaci (38,46 %); viz graf č. 41. Dívání se do budoucnosti s optimismem u inkontinentních žen-intenzita (před a po operaci).

Graf č. 41. Dívání se do budoucnosti s optimismem u inkontinentních žen - intenzita (před a po operaci).

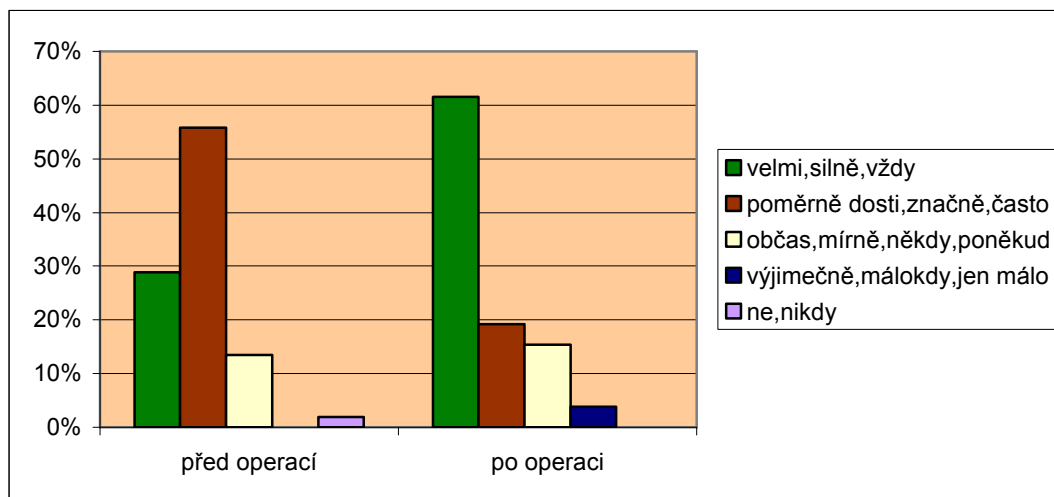


### Položka č. 16 – standardizovaný dotazník I-QoL

#### **Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže.**

Většina žen před operací „poměrně dosti“ věřila, že jim léčba pomůže (55,77 %), po operaci o tom bylo přesvědčeno „velmi“ až 61,54 % žen; viz graf č. 42. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže (před a po operaci – I-QoL).

Graf č. 42. Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže (před a po operaci – I-QoL).



### **7.5. Získané výsledky k hypotéze č. 1 a č. 7**

*Předpokládám, že inkontinence moči u žen ovlivňuje všechny oblasti jejich života – tělesnou, zejména psychickou, sociální a tím výrazně snižuje kvalitu života.*

*Domnívám se, že při celkovém vyhodnocení dotazníků I-QoL bude patrný významný posun v kvalitě života, kvalita a komfort života po operaci bude významně zlepšen.*

**K hypotéze č. 1 a č. 7 se vztahují otázky dotazníku č. 1-45 a položky č. 1-22 ze standardizovaného dotazníku I-QoL.**

Všechny otázky vztahující se k hypotéze č. 1 a č. 7 byly již zpracovány k předcházejícím hypotézám. Výše dvě jmenované hypotézy (č. 1 a č. 7) zahrnují velmi široký hypotetický závěr, proto jsme se rozhodli zpracovat je společně a vybrat pouze ty výsledky, které poukazují na rozsah kvality života inkontinentní ženy před a po operaci.

Pokud se zaměříme na položky ze standardizovaného dotazníku I-QoL č. 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 a 20 – zjistíme, že **únik moči omezoval ženu více či méně v jejím chování**. Nejvíce je v novém prostředí obtěžovala myšlenka, že nevěděli, kde je toaleta; viz graf č. 9. V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC (před a po operaci), dále jim vadilo, že s ohledem na únik moči museli každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použití WC; viz graf č. 11. Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC (před a po operaci). Ženy měly také značný strach kašlat a kýchat, aby nedocházelo k úniku moči; viz graf č. 13. Obávám se kašlat nebo kýchat (před a po operaci). Do tělesné oblasti spadala i otázka z nestandardizovaného dotazníku; viz graf č. 18. Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (před a po operaci), která měla za cíl zjistit, do jaké míry byla narušená kůže inkontinentních žen před a po operaci. Zjistili jsme, že kůže u většiny inkontinentních žen byla před operací únikem moči narušená, po operaci se stav kůže zlepšil, stejně tak i ostatní skutečnosti spadající do tělesné (fyzické) oblasti.

Položky č. 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22 ze standardizovaného dotazníku I-QoL zahrnujeme do psychické části, která vyjadřuje postih inkontinentní ženy v běžném životě a ve společnosti, stejně tak i položky č. 8, 12, 14, 18, 19 spadající do sociální oblasti. Zda se hypotézy potvrdily či nikoliv bude podrobněji probráno v diskusi.

### **Celkové vyhodnocení standardizovaného dotazníku I – QoL**

Tabulka č. 32a znázorňuje průměrné zhodnocení standardizovaného dotazníku I-QoL před operací, tabulka č. 32b stav po operaci. Odpovědi všech položek se sečetly a výsledek byl dosazen do vzorce (viz metodika) pro výpočet procentuálního indexu kvality života. Z hodnocení dotazníku byly vyloučeny ženy, které nevyplnily kontrolní (výstupní) dotazník.

**Průměrná hodnota I-QoL před operací** ve věkové skupině žen 30-45 let byla **39,21 %**, u žen ve věku 46-60 let – **40,85 %** a u nejstarších žen **46,09 %**. **Celková průměrná hodnota I-QoL** dosahovala před operací **43,12 %**. Výsledek dosaženého minima z celkového počtu respondentek byl **14,77 %**, dosaženého maxima **73,86 %**.

**Průměrná hodnota I-QoL se po operaci** zvýšila u nejmladších žen na **79,41 %**, u žen ve věku 46-60 let na **71,17 %** a u nejstarších žen na **67,04 %**. Výsledek



dosaženého minima z celkového počtu žen po operaci byl **32,95 %**, maxima **94,32 %**.

Na rozdíl mezi průměrnými hodnotami před a po operaci, který činí **27,33 %** je patrný významný posun v kvalitě života inkontinentních žen. ***Kvalita a komfort života po operaci byl významně zlepšen.*** Z tabulek je patrný velký rozdíl v subjektivním vnímání inkontinence z rozdílu mezi dosaženým minimem a maximem v době před operací. Nesmíme tento fakt opomenout při hodnocení některých horších výsledků I-QoL. Posun výsledku I-QoL o více než 13 % znamená výrazně zlepšenou kvalitu, posun výsledku I-QoL mezi 5-13 % znamená zlepšení, posun o méně než 5 % znamená, že kvalita života je bez změny vzhledem k předoperačnímu stavu, záporné hodnoty lze označit jako zhoršení kvality života; viz tab. č. 33. Výsledky I-QoL (celkové zhodnocení).

Po shrnutí výsledků lze říci, že po operaci se zlepšila výrazně kvalita života u **44** žen (84,62 %), u **7** žen (13,46 %) došlo ke zlepšení a pouze **u jedné** ženy (1,92 %) se kvalita života nezměnila nebo zhoršila; viz graf č. 43. Celkové zhodnocení I-QoL.

Tabulka č. 32a. Průměrné zhodnocení I-QoL (před operací)

Věk	30-45 let	46-60 let	61-75 let	CELKEM
Průměrná hodnota (v %)	39,21	40,85	46,09	43,12
Dosažené minimum (v %)	25,00	26,14	14,77	14,77
Dosažené maximum (v %)	45,45	71,59	73,86	73,86
Počet respondentů	8	19	25	52

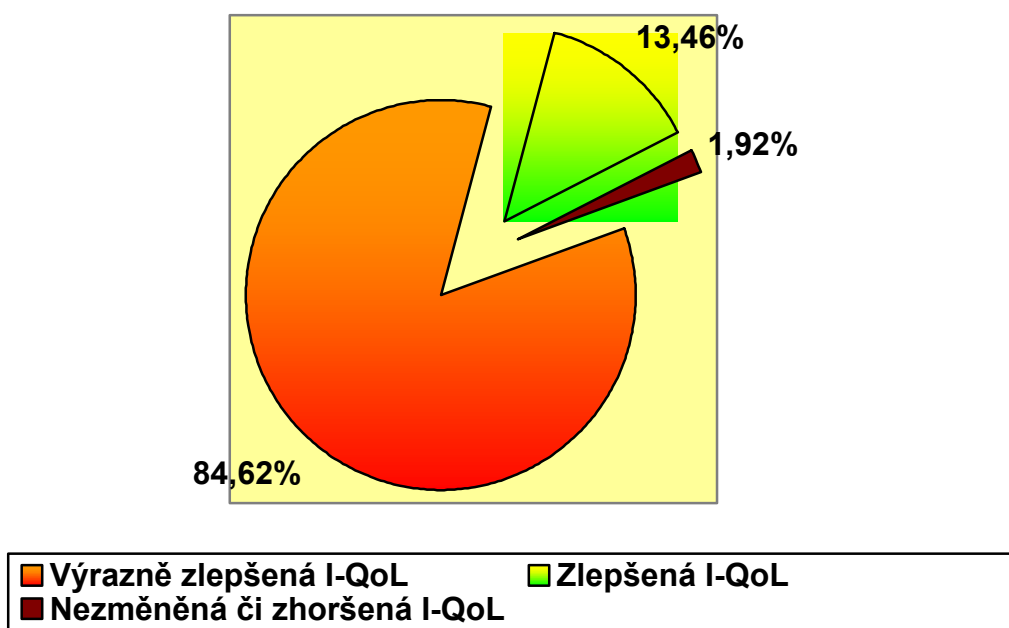
Tabulka č. 32b. Průměrné zhodnocení I-QoL (po operaci).

Věk	30-45 let	46-60 let	61-75 let	CELKEM
Průměrná hodnota (v %)	79,41	71,17	67,04	70,45
Dosažené minimum (v %)	53,41	35,23	32,95	32,95
Dosažené maximum (v %)	94,32	92,05	86,36	94,32
Počet respondentů	8	19	25	52

Tabulka č. 33. Výsledky I-QoL (celkové zhodnocení).

Výsledek I-QoL	Méně než 5%	5-13 %	Více než 13 %
Počet žen	1	7	44

Graf č. 43. Celkové zhodnocení I-QoL.



#### Analýza dotazníků I-QoL do 13 % výsledné hodnoty

Žena, která neudala změnu kvality života (výsledek jejího I-QoL do 5 %) měla předoperačně nadprůměrnou hodnotu I-QoL (73,86 %). Tuto ženu „velmi“ před operací obtěžovalo, že v novém prostředí nevěděla, kde je WC a také ta skutečnost, že s ohledem na únik moči musela každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použití toalety. Po operaci na stejné položky žena odpověděla, že jí zmíněné skutečnosti vadí pouze „výjimečně“. Předoperačně nadprůměrnou hodnotu měly i dvě ženy s výsledkem I-QoL 5-13 % (71,59 % respektive 73,86 %). Obě zmíněné ženy se „velmi“ obávaly kašlat nebo kýchat, po operaci obavy zmizely. I tyto ženy před operací „občas“ obtěžovala v novém prostředí myšlenka, že nevěděly, kde je WC, po operaci již ne. U zbývajících pěti případů nastal posun v kvalitě života o méně než 13 % bez nadprůměrné předoperační hodnoty. Průměrná předoperační hodnota I-QoL těchto pěti žen byla **36,36 %**, **pooperační 41,14 %**. Položky, u kterých se odpovědi výše jmenovaných žen ve většině zhoršily či zůstaly stejné byly následující: obávám se, že nebudu schopná dojít včas na WC (3 ženy); kvůli úniku moči se cítím depresivně (4 ženy); chodím „pro jistotu“ na WC i když nemusím (3 ženy); špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči (3 ženy); v novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC (5 žen);

necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (4 ženy); musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít (3 ženy); únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života (4 ženy). Na poslední zmíněnou položku odpovídaly ženy před operací i po operaci kladně ve smyslu, že je tato skutečnost „nikdy“ neobtěžovala. I přesto, že výsledky pěti jmenovaných žen se zlepšily pouze o méně než 13 %, můžeme říci, že kvalita těchto žen se zlepšila.

## 8. DISKUSE

Téma diplomové práce mi bylo oficiálně zadáno v květnu 2006. Ke zvolení tématu přispěl fakt, že problematikou potřeb inkontinentních žen jsem se již zabývala ve své bakalářské práci *Inkontinence moči u žen – vliv na kvalitu života*. Domnívala jsem se, že mám dostatek materiálu a zkušeností s tímto tématem. Práci jsem zpočátku pojala převážně medicínsky bez hlubšího záběru do psychosociální problematiky inkontinentních žen, která je v této práci stěžejní, proto jsem po domluvě s PhDr. Chloubovou provedla úpravu práce, která posunula plánovaný termín zahájení vlastního výzkumu.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká byla *kvalita života inkontinentních sledovaných žen v tělesné a zejména v psychosociální oblasti před operací* a prokázat její *změnu po operaci na základě subjektivního hodnocení*. Zajímalo nás také postoj žen k inkontinenci, důvody utajování, způsoby jejího řešení a proč se rozhodly pro léčbu.

*V teoretické části* mé diplomové práce jsem se pokusila charakterizovat obecnou kvalitu života, zaměřila jsem se především na rozsah a pojetí, také na přístupy jejího měření.

Zabývala jsem se inkontinencí moči u žen, potřebami sebepojetí a sebeúcty a jejich frustrací při inkontinenci.

Dále jsem nastínila důsledky inkontinence, ošetrovatelskou problematiku a charakterizovala inkontinenci moči u žen z medicínského pohledu (typy inkontinence, operační techniky apod.).

Závěr teoretické části je zaměřen na péči o inkontinentní ženy a na dlouhodobou pooperační péči.

*Empirická část* diplomové práce byla zaměřena na získání informací a potvrzení či vyvrácení mých hypotéz, které dále uvádím.

Výzkumný vzorek 52 žen tvořící stresový typ inkontinence (s výjimkou dvou žen se smíšenou inkontinencí) bylo obtížné získat vzhledem k vstupnímu a výstupnímu charakteru otázek (před operací a 6-8 týdnů po operaci) a také vzhledem k osobním až intimním informacím. Byl vybrán s ohledem na získání co možná nejširšího pohledu na celou problematiku daného tématu.

## 8.1. Ověření hypotéz

*Hypotéza č. 1. Předpokládám, že inkontinence moči u žen ovlivňuje všechny oblasti jejich života – tělesnou, zejména psychickou, sociální a tím výrazně snižuje kvalitu života.*

*Hypotéza č. 6. Předpokládám, že u většiny inkontinentních žen se po operaci výrazně zvýší jejich subjektivní kvalita života ve všech oblastech – tělesné (chování žen, stav kůže) a psychosociální (zlepší se jejich osobní vztahy, sebeúcta a zmírní se nebezpečí sociální izolace).*

**Hypotéza č. 1 a č. 6 byla potvrzená bezesbytky.** Zjistili jsme, že inkontinence moči zasáhla do všech oblastí života ženy. Tuto hypotézu nám potvrdily odpovědi žen získané z řízeného rozhovoru a ze standardizovaného dotazníku I-QoL Donalda L. Patricka, který se skládal ze tří okruhů otázek týkajících se různých aspektů zdraví. Pokud se zaměříme na část fyzickou zahrnující symptomy inkontinence omezující chování, zjistíme, že **ženám nejvíce vadila „závislost“ na WC.** Podrobněji se k této problematice vyjádřím u hypotézy č. 5, jelikož se k ní vztahuje. **Většina inkontinentních žen se před operací také „velmi“ obávala kašlat nebo kýchat (40,38 %).** Obavy vyplývají z úniku moče, který je typický pro stresovou inkontinenci. **Po operaci se obavy u většiny žen ztratily (55,77 %).** **Důležitým faktem je, že žádná z žen neudávala stresový únik moči po operaci.** Tomu odpovídá největší úspěch léčby v hodnocení I-QoL před operací a po operaci. **Pooperační obavy** u některých žen; viz graf č. 13. **Obávám se kašlat nebo kýchat (před a po operaci – I-QoL) neplynuly ze stresového úniku,** ale byly psychického charakteru. Tyto ženy třeba i několik let měly obavy vyvolat si zvýšení nitrobřišního tlaku kašláním či kýcháním, aby nedošlo k pomočení, je tedy pochopitelné, že tyto obavy přetrvávaly v různé intenzitě i po operaci. Mezi ženami, které ztratily obavy kašlat nebo kýchat byly i takové, které v průběhu rekonvalescence prodělaly nachlazení a i přesto nedošlo k žádnému úniku moče. Mnoho těchto žen také litovalo, že se neodhodlaly k operaci dříve.

**Většina žen před operací měla „často“ strach se po delším sezení postavit (42,30 %), po operaci převažovaly ženy, které se již nebály (61,54 %).** Malé procento žen, u kterých strach v různé intenzitě přetrvával byl většinou způsoben **pooperační urgencí,** kterou řadíme mezi **pozdní komplikace.** Dvě ženy z celkového

počtu měly dokonce předoperačně diagnostikovanou smíšenou inkontinenci, zde přetrvávala urgence i pooperačně (neřadíme ji do pozdních komplikací).

Všechny doposud zmíněné otázky zahrnovaly symptomy omezující chování. Patří sem i otázka týkající se pitného režimu inkontinentních žen, kterou se podrobněji budu zabývat u hypotézy č. 4.

**Snížení kvality života v tělesné oblasti** nám potvrzují i odpovědi na otázku týkající se opruzenin v oblasti genitálu. **Ženy měly před operací často problémy s opruzeninami či podrážděním kůže z důvodu úniku moče (40,38 %)**. Pro jednu respondentku ve věku **46-60 let** bylo nesnesitelné svědění v oblasti genitálu a opruzeniny tím **hlavním faktorem**, pro který se rozhodla jít na operaci. **Některé ženy se svěřily, že pokud byly doma, nenosily vložky – chtěly předejít opruzeninám a raději si častěji měnily prádlo.** Jedna respondentka uvedla, že si dávala vložku jen když měla přijet vnučka, protože věděla, že ji bude muset zvedat a dojde k úniku moči, také ji používala před delší cestou. Na ošetření podrážděné kůže používaly ženy nejčastěji kosmetické přípravky – Bepanten mast, Deumavan, Aviril olej, Jírovcovou mast a Měsíčkovou mast. **Po operaci se většina žen zbavila patologických příznaků spojených s únikem moči (63,46 %).**

V rámci šetření jsme také chtěli zjistit mimo jiné, kolik inkontinentních žen používalo parfémované vložky a zda jejich obavy při používání těchto vložek byly menší. Zajímavým zjištěním bylo, že nejvíce žen ve věku 61-75 let parfémované vložky nepoužívalo (80 %), naopak ženy z nejmladší věkové skupiny používaly parfémované vložky ve většině (62,5 %). **V průběhu řízeného rozhovoru se mi některé ženy (převážně z nejstarší věkové skupiny) svěřily, že o parfémovaných vložkách nikdy neslyšely.** Ukázalo se, že mladé ženy jsou lépe informovány než ženy ze starších věkových skupin. **Respondentky, které používaly parfémované vložky ve většině odpověděly, že jsou jejich obavy, že by lidé mohli rozpoznat jejich únik moči čichem menší (23,08 %).** S touto otázkou souvisí i položka č. 8 ze standardizovaného dotazníku I-QoL zaměřená na obavy ze zápachu. I přes to, že **většina žen před operací uvedla obavy jen výjimečně, že by lidé mohli rozpoznat jejich únik moči čichem (34,61 %), byly zde i ženy, které se obávaly poměrně dosti (19,23).** V průběhu řízeného rozhovoru se mi inkontinentní ženy svěřily, že jim pomáhá obavy snížit právě parfémovaná vložka. Ženy, které se zápachu obávaly poměrně dosti, ve většině nevěděly o existenci parfémovaných vložek. **Po operaci obavy ze zápachu u většiny žen zmizely (61,54 %).**

Inkontinence moči postihla řadu žen převážně v běžném životě a ve společnosti, dostáváme se tak **do psychosociální oblasti**. Inkontinence moči je chronický stresor, který ji sužuje. **Většina žen před operací se často cítila depresivně (30,77 %), po operaci již ne – ženy deprese negovaly (46,15 %)**. Jelikož se jedná o subjektivní pocity žen, není snadné je blíže specifikovat. Je ale zřejmé, že značný podíl na tomto stavu neslo dlouhodobé napětí, pocity frustrace, studu, zahanbení, strach z posměchu okolí, obavy ze znečištění oděvu, zápachu apod. **Nejvíce žen před operací často myslelo na svůj problém s únikem moči (40,38 %), po operaci již ne (40,38 %). Z toho usuzují, že inkontinence moči představovala pro ženy značnou zátěž.** Některé ženy po operaci od inkontinence dokázaly odpoutat své myšlenky, jiným se to prozatím nepodařilo a na svůj problém myslí s větší či menší intenzitou. Jednalo se převážně o ženy s přetrvávající urgencí. Z průzkumu dále vyplývá, že **před operací únik moči u žen často vyvolával pocit nedokonalého zdraví (55,77 %), po operaci se počet takto subjektivně vnímajících žen snížil na 13,46 %**. Před operací z celkového počtu tuto skutečnost negovaly pouze 3 ženy z nejstarší věkové skupiny, domnívám se, že únik moči mohly mylně považovat za „normální“ příznak stáří nebo je inkontinence moči nijak zvlášť neobtěžovala.

**Před operací ženy často omezovaly tělesnou aktivitu (65,38 %), po operaci se počet těchto žen snížil na 21,16 %**. Nesmíme opomenout fakt, že se ženy musely tělesně šetřit v rámci pooperačního režimu, proto některé z nich uvedly, že stále aktivity v různé intenzitě omezují. Uvádím výpověď jedné ženy před operací: *„Vyhýbám se bazénům. Děti mají bazén na dvoře, ale běžte tam, když vědí o vašem problému. Čurejte jim tam, když se tam koupou děti.“* **Nejvíce žen před operací uvádělo časté omezování se v cestování (38,47 %), po operaci se tento počet snížil na 9,62 %**. Výsledky nám korelovaly i ze standardizovaného dotazníku I-QoL, kde se většina žen před operací necítila „vždy“ jistá, když měly na delší dobu opustit domov (34,62 %), po operaci převažovaly ženy, které se již nebály (46,15 %).

**Společenský život před operací někdy omezovalo 50 % žen, po operaci pouze 34,61 %**. Menší procento žen (23,08 %) před operací také někdy omezovalo navštěvování přátel a příbuzných, po operaci se počet těchto žen snížil na 13,46 %.

**Většina žen před operací poměrně dosti věřila, že jim léčba pomůže (55,77 %)**. Z toho vyplývá, že velká většina žen přistupovala k léčbě pozitivně a s důvěrou, která byla v tomto případě velmi důležitá. Zejména psychická podpora ze strany partnera a rodiny je významným faktorem pro úspěšnost léčby. Tuto

domněnku nám z části potvrdily i odpovědi na otázku, zda se ženy dívají do budoucnosti s optimismem. **Většina žen se před operací dívala často do budoucnosti s optimismem (34,62 %), stejně tak tomu bylo i po operaci (38,46 %).**

Podrobněji se k jednotlivým zasáhnutým životním oblastem v životě inkontinentní ženy vyjadřují v následujících zpracovaných hypotézách.

*Hypotéza č. 2. Domnívám se, že časový interval mezi začátkem příznaků úniku moči do vyhledání odborné pomoci a řešení inkontinence je dlouhý i několik let.*

**Hypotéza č. 2 se potvrdila. Převážná většina žen ze všech věkových skupin udávala potíže s únikem moči více než 5 let (75 %).** Nejstarší ženy se umístily na první pozici – více než 5 let trpělo inkontinencí až 84 % těchto žen. **V průměru ženy do 45 let měly potíže s únikem moči 5 let, od 46 do 60 let – 8,94 let, dominovaly ženy z nejstarší věkové skupiny, u kterých činil průměr doby trvání potíží 14,16 let.** Minimální a maximální hodnoty se pohybovaly od 6 let do 30 let. **Celkový průměr délky trvání potíží byl 10,84 let.**

**Inkontinentní ženy vyhledaly lékaře nejčastěji až po zhoršení obtíží (71,15 %).** Nejvyrovnanější hodnoty byly u nejmladších žen – 50 % z nich vyhledalo lékaře ihned (maximálně do dvou let), dalších 50 % až po zhoršení stavu. **Celkový průměr doby vyhledání lékaře inkontinentními ženami po zhoršení obtíží byl u všech věkových skupin 6,29 let.** Z výsledků nám vyplívá, že ženy skutečně čekaly několik let, než se rozhodly vyhledat odbornou pomoc. Smutné je ovšem také zjištění, že spousta žen, které se odvážily svěřit se svým problémem odborníkovi, necítily ze strany tohoto lékaře a personálu snahu pomoci jim. **Negativní zkušenosti v různé intenzitě uvedlo až 42,32 % inkontinentních žen.** Mezi těmito nespokojenými ženami byly i ty, kterým bylo sděleno jejich ošetřujícím lékařem, že se jedná o normálnost stavu vzhledem k jejich věku, byly jim doporučeny cviky na posílení pánevního dna a dále se tímto problémem nikdo nezabýval. Nemůžeme se pak divit, že po takové zkušenosti některé ženy přestaly chodit k lékaři a řešily inkontinenci po svém i několik let.

*Hypotéza č. 3. Domnívám se, že důvodem utajování inkontinence je zejména frustrace potřeb sebeúcty a sebepojetí s pocity studu a ztráty důstojnosti. Hlavním momentem k rozhodnutí léčby a řešení inkontinence u většiny žen bylo zhoršení*



*sebeúcty z důvodu zápachu moči a ztráta kontroly nad jejich tělem. K radikálnímu řešení – k operaci, se většina inkontinentních žen rozhodla na základě získání informací o možnostech léčby samostudiem, nezanedbatelným důvodem bylo i ekonomické hledisko (velké náklady za kompenzační pomůcky).*

**Hypotéza č. 3 se částečně potvrdila.** Nejčastějším důvodem utajování inkontinence u žen byl pocit studu (53,85). Nejmladší ženy udávaly vedle pocitů studu jako důvod utajování i ztrátu důstojnosti, starší ženy (nad 45 let) tajily únik moči převážně z nedostatku informací. Některé z těchto žen dokonce považovaly občasný únik moči za normální. **Z hlediska vzdělání** mělo nejvíce žen nedostatek informací se základním vzděláním, následovaly ženy s učňovským a středoškolským vzděláním. Ani jedna z žen s vyšším či vysokoškolským vzděláním neudala jako důvod nedostatek informací.

I přes to, že některé inkontinentní ženy získaly v průběhu období svých problémů informace o inkontinenci, nebyl to hlavní důvod, pro který se rozhodly vyhledat lékaře. **Tím hlavním motivem u všech žen byla zhoršená sebeúcta z důvodu úniku moči (46,16 %), tak, jak jsme předpokládali.** V průběhu řízeného rozhovoru se mi některé inkontinentní ženy svěřily, že získání informací o inkontinenci z různých zdrojů, ke kterým se později vrátím, nebyl tím hlavním momentem, pro který se rozhodly vyhledat lékaře, ale byl to moment, který je nastartoval k tomu, aby se více začaly o tento problém zajímat. **Na radu blízké osoby se rozhodlo vyhledat lékaře 11,54 % žen.** Byly mezi nimi i ty ženy, které zpočátku neměly informace o inkontinenci - po jejich získání se odvážili svůj problém řešit se svými blízkými, kteří je dokázali přesvědčit, aby se nebály vyhledat odbornou pomoc. **Nejčastější doporučené aktivity lékařem u sledovaných inkontinentních žen byla gymnastika svalového dna pánevního (52,08 %).** Ne všechny ženy se těmito radami řídily, část z nich se dokonce svěřila, že přestaly lékaře vyhledávat a řešily únik moči po svém. **Nejvíce žen řešilo únik moči aktivně do rozhodnutí k radikálnímu řešení (k operaci) více než 5 let (34,61 %).** Jednalo se o ženy až nad 45 let, mladší ženy se rozhodly pro operaci dříve. **Ženy se základním vzděláním řešily inkontinenci aktivně více než 5 let nejčastěji (70 %), v průměru 9,57 let.**

Nejčastěji uváděným hlavním faktorem, pro který se ženy rozhodly podstoupit operaci, bylo získání informací o možnostech léčby samostudiem, zejména o metodě TVT při léčbě stresové inkontinence (34,62 %). Odpovídaly

tak převážně ženy nad 45 let, mladší ženy se rozhodly ve většině po navrhnutí operace jejich lékařem. Zajímavým poznatkem je, že některé ženy se rozhodly na základě dobré zkušenosti přítelkyně (11,54 %). S tím by koreloval i uváděný zdroj informací u některých žen – přítelkyně (10,26 %). **Ekonomické hledisko bylo rozhodujícím faktorem k operaci pouze u 5,77 % žen.**

Nejčastěji jmenovaným zdrojem informací byl u žen časopis a noviny (Vlasta, Květy), kde se více dozvěděly o problematice inkontinence a jejího řešení (33,33 %), druhým nejčastěji uváděným zdrojem byl gynekolog (16,67 %). **Zatímco nejmladší ženy (do 45 let) hledaly převážně informace na internetu, starší ženy dávaly přednost tištěným médiím.**

I přes to, že ekonomické hledisko (velké náklady za kompenzační pomůcky) nebylo tím hlavním důvodem pro většinu žen podstoupit operaci, nemůžeme tento problém opomenout. **Ekonomickou zátěž pocítovaly zejména starší sledované ženy – nad 45 let, pro které byl nákup pomůcek pro inkontinentní pacienty (i menstruační vložky) finančně zatěžující.** Největší zátěž udávaly ženy ve věku 46-60 let, kde „ano“ odpovědělo 42,11 % žen a „spíše ano“ 26,32 %. Zarážející je, že **většina žen v tomto věku si kupovala inkontinentní pomůcky sama (31,58 %) a nebo je nahrazovala menstruačními vložkami (21,05 %).** Předpokládala bych, že ženy pocítoující finanční zátěž si budou předepisovat vložky pro inkontinentní u lékaře. Zdá se, že pocity studu převážily u inkontinentních žen nad ekonomickou zátěží. **Nejmladší ženy (do 45 let) nahrazovaly inkontinentní pomůcky menstruačními vložkami nejčastěji (62,50 %),** rozhodly se ale nejdříve k radikálnímu řešení inkontinence (k operaci) na rozdíl od většiny starších žen. Stejně tak i většina žen z nejstarší věkové skupiny se přiznala, že inkontinentní pomůcky nepoužívala (28 %) a nebo si je kupovala sama (28 %). Z hlediska vzdělání pocítovaly největší finanční zátěž ženy se základním vzděláním (60 %).

*Hypotéza č. 4. Předpokládám, že ženy se nejdříve o svém problému s únikem moči svěřily přítelkyni a pak lékaři, u kterého následně hledaly odbornou pomoc. Domnívám se, že některé ženy – převážně vyššího věku, používaly k záchytu moče nevhodné absorpční pomůcky (papírové kapesníky, menstruační vložky...) a to vedlo k častému vzniku opruzenin a podráždění kůže. Většina inkontinentních žen řešila únik moči záměrným omezením příjmu tekutin s cílem co nejvíce snížit diurézu a snížily tělesné aktivity.*

**Hypotéza č. 4 se potvrdila. Většina žen se opravdu nejdříve se svým únikem moči svěřila přítelkyni, pak lékaři (34,62 %), i když rozdíl v odpovědích mezi těmito osobami, na které se ženy obrátily s důvěrou, nebyl velký (lékaři se poprvé se svým problémem svěřilo 26,92 % žen). Z hlediska věku – ženy do 45 let se ve většině poprvé svěřily lékaři (62,50 %), starší ženy (nad 45 let) důvěřovaly více bližší osobě, nejčastěji přítelkyni. Všechny ženy do 45 let, které uvedly jako první osobu svěřením lékaře, během našeho rozhovoru také prozradily, že jejich partner (manžel) doposud o jejich problému nic neví a pro některé z nich představa, že by se to dozvěděl byla frustrující. Dále jsme zjistily, že ženy měly více důvěru v ženské pohlaví – 80,77 % respondentek se nejdříve se svým únikem moči svěřilo ženě, pouze 19,23 % muži.**

Co se týče způsobu řešení inkontinence před operací, potvrdila se naše domněnka. **Ženy zpočátku řešily únik moči tím, co měly po ruce (použitím papírových kapesníků, látky, toaletního papíru) v různém procentuálním zastoupení, postupem času byl patrný přechod do vložek a řešení problému omezením příjmu tekutin či aktivit.** Vzhledem k nejčastějším odpovědím – většina žen si nejdříve častěji převlékala kalhotky (34,62 %) či používala menstruační vložky (34,62 %), postupem času ženy začaly omezovat tekutiny a nakonec omezily i aktivity.

Všechna tato nevhodná řešení inkontinence většinou vedla k nežádoucím účinkům. **Většina žen před operací udávala často výskyt opruzenin či podráždění kůže (40,38 %), jak jsem již uvedla v rámci rozboru hypotézy č. 1.** Nejčastěji tyto problémy měly ženy nad 60 let, naopak ženy do 45 let ve většině patologické příznaky vlivem úniku moči negovaly (62,50 %).

Pitný režim žen, jak vyplynulo z řízeného rozhovoru i ze standardizovaného dotazníku I-QoL byl vlivem inkontinence také změněn. **Nejvíce žen se v průběhu rozhovoru svěřilo, že omezovaly před operací tekutiny neustále (32,26 %), zatímco 24,20 % žen tuto skutečnost negovala.** Pokud toto tvrzení porovnáme i s položkou týkající se pitného režimu ze standardizovaného dotazníku I-QoL, zjistíme, že některé ženy, které negovaly omezení příjmu tekutin v průběhu řízeného rozhovoru, tekutiny do určité míry přece jen omezovaly - na otázku, zda se kontrolují kolik a co mohou vypít odpovědělo pouze 9,61 % žen „ne, nikdy“. Z hlediska věku **tekutiny omezovaly nejčastěji ženy z nejstarší věkové skupiny.** Zjištěné výsledky nám korelují s množstvím tekutin, které ženy před operací vypily

v průběhu dne. **Nejvíce žen z celkového počtu vypilo méně než 1 litr tekutin (53,85 %) a 1 až 2,5 litru 46,15 % žen. Žádná z oslovených inkontinentních žen nevypila více než 2,5 litru.** Některé ženy uvedly, že tekutiny neomezovaly, přesto nevypily více než 1 litr tekutin. Zdůvodnily to tím, že za celý svůj život nebyly zvyklé přijímat více tekutin. **Inkontinentní ženy se nesprávně domnívaly**, že pokud omezí příjem tekutin, vyvarují se tak příhodám pomočení a tím se problém vyřeší. Jedna žena vypověděla: „*Dcera mi koupila zájezd do Itálie autobusem, bylo to pro mě utrpení. Před cestou jsem od rána už nic nepila, až na místě. Byla jsem jako sahara. Autobus zastavoval až po 4 hodinách, byla jsem nervózní a necítila jsem se dobře*“. Z této výpovědi vyplývá, jak některé inkontinentní ženy trpí v důsledku inkontinence a jejím nesprávným řešením.

*Hypotéza č. 5. Předpokládám, že inkontinentní ženy organizují svůj život tak, aby se vyhly možným nepříjemným situacím (pomočení), pohybují se v blízkosti toalet, mění svůj způsob oblékání a omezují sociální kontakt a sexuální aktivity.*

**Hypotéza č. 5 se částečně potvrdila.** První část hypotézy se potvrdila – ženy organizovaly svůj život v závislosti na WC a omezovaly sociální kontakt. Část hypotézy týkající se sexuální aktivity se nepotvrdila zcela – **většina žen uvedla, že inkontinence moči nikdy nezasáhla do jejich sexuálního života (36,54 %).** Otázkou je, na kolik jsou tyto odpovědi důvěryhodné. Jedna z těchto žen na začátku rozhovoru popřela, že by inkontinence jakýmkoliv způsobem zasáhla do jejího sexuálního života, později ale prozradila, že inkontinence měla podíl na jejím rozvodu. Další žena uvedla, že při sexuálním styku docházelo k občasnému úniku moči a vždy měla připravenou výmluvu pro partnera, aby nemusela prozradit skutečnou příčinu. Domnívám se, že vymyšlení si různých příběhů také tuto ženu částečně zatěžovalo. Jak už jsem zmínila, mezi těmito ženami byly také vdovy a ženy rozvedené. **Ženy také negovaly, že by jejich problém ovlivnil vztah s partnerem (42,31 %), malé procento žen nechtělo na otázku odpovědět (5,77 %).**

**Nejvíce žen uvedlo, že inkontinence někdy ovlivnila jejich rodinný život (34,61 %).** Ženám, které měly vnoučata nejvíce vadilo, že při každém jejich zvednutí docházelo k úniku moči. Jiným ženám vadilo, že si musely hledat výmluvy, když je jejich děti zvaly na procházku.

Inkontinentní ženy skutečně svůj život plánovaly podle rozmístění toalet, aby se vyhly možným nepříjemným situacím. **Většina žen před operací chodila občas**

**„pro jistotu“ na WC, i když nemusela (28,85 %), po operaci bylo patrné zlepšení – většina z nich tak činila jen výjimečně (42,31 %).** Jednají tak převážně ženy u urgentního typu inkontinence, aby předešly příhodě pomočení. Jelikož ve vzorku sledovaných žen byly ženy pouze se stresovou inkontinencí se dvěmi výjimkami (smíšenou inkontinencí), není uvedena skutečnost pravidlem.

**Nejvíce ženám před operací vadilo, že s ohledem na únik moči musely každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použití WC (36,54 %). Po operaci nastala výrazná změna – většina žen se zbavila starostí (51,92 %).**

**Z průzkumu dále vyplynulo, že před operací občas inkontinentním ženám vadilo, že musely v noci vstávat na WC (25 %), po operaci většina respondentek nykturii negovala (40,38 %).** I když je nykturie považována za jednu z možných pozdních komplikací operace na močovém systému, nemůžeme z těchto výsledků vyvodit validní závěr, jelikož nykturie doprovází i řadu jiných onemocnění, jak jsem již zmínila při zpracování této položky výše, navíc nykturii uváděly některé ženy již před operací. Domnívám se ale, že při výraznější nykturii klesá kvalita spánku, což negativně působí na psychiku ženy.

**Většina žen před operací i po operaci se nikdy neobávala, že nebudou schopny dojít včas na WC (30,77 % respektive 36,54 %).** Kladné odpovědi by převažovaly spíše u urgentního typu inkontinence. Ženy, u kterých přetrvávaly obavy i pooperačně mohly být způsobeny přetrvávající pooperační urgencí, jelikož doba 6-8 týdnů po operaci není ještě dostatečně dlouhá k celkové rekonvalescenci.

**Před operací ženám poměrně dosti v novém prostředí vadilo, že nevěděly, kde je WC (32,69 %), po operaci se tyto obavy u většiny respondentek ztratily (46,15 %).** Domnívám se, že obava z nedostupnosti toalety bránila inkontinentní ženě účastnit se aktivit v neznámém prostředí. Zjistili jsme, že **nejvíce žen před operací někdy omezovaly společenský život (50 %), často 36,53 % žen. Po operaci se situace výrazně zlepšila.** Zejména pro pacientky se smíšenou inkontinencí, kde docházelo k velkému počtu mikcí za den se návštěva kina či jiných společenských akcí, mohla stát zdrojem nepříjemných situací. Uvádím výpověď jedné sledované ženy: *„Vždy, když někam jdu, ptám se, jestli ví, kde tam mají záchod.“*

**Únik moči omezoval ženu ve výběru oblečení před operací jen výjimečně (28,85 %), po operaci většina žen tuto skutečnost negovala – nebyly omezovány**

ve výběru oblečení (38,46 %). Domnívala jsem se, že u této položky bude více kladných odpovědí. Zajímavé ale je, že většina žen před operací se občas obávala, že by lidé mohly zpozorovat mokré skvrny na jejich oblečení (38,46 %). Předpokládala bych tedy, že více žen změní i způsob svého oblékání. Po operaci ze obavy u většiny žen ztratily (34,61 %).

*Hypotéza č. 7. Domnívám se, že při celkovém vyhodnocení dotazníků I-QoL bude patrný významný posun v kvalitě života, kvalita a komfort života po operaci bude významně zlepšen.*

**Hypotéza č. 7 se potvrdila.** Výsledky ukázaly významný posun v kvalitě života ženy. Celková průměrná hodnota I-QoL dosahovala před operací 43,12 %, po operaci (za 6-8 týdnů) 70,45 %. Výsledek dosaženého minima z celkového počtu žen před operací byl 14,77 %, dosaženého maxima 73,86 %. Na rozdílu mezi průměrnými hodnotami před a po operaci, který činí 27,33 % je patrný významný posun v kvalitě života inkontinentních žen.

Inkontinenci moči jsem se věnovala i ve své bakalářské práci z roku 2005 pod vedením PhDr. Natálie Beharkové s názvem „*Inkontinence moči u žen – vliv na kvalitu života*“. I zde jsem použila standardizovaný dotazník I-QoL. Jelikož jsem nezjišťovala kvalitu života po operaci, uvádím pro srovnání pouze předoperační výsledky. Celková průměrná hodnota I-QoL dosahovala hodnoty 44 %, výsledek dosaženého minima byl 7 %, dosaženého maxima 81 %. Vidíme, že výsledky I-QoL byly před operací téměř shodné, pouze hodnota dosaženého minima byla při prvním šetření nižší, zatímco hodnota dosaženého maxima byla téměř o 7,14 % vyšší.

Celkové vyhodnocení dotazníku I-QoL je ovlivněno malým souborem. Kvalita života ženy zcela nekoreluje s klinickým vyšetřením, je založená převážně na subjektivním vnímání ženy. Otázkou je, zda se subjektivní hodnocení potíží jednou vyrovná objektivnímu měření nebo zůstane pouhým vodítkem pro ošetřující lékaře.

## 9. NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Z průzkumu vyplývá, že kvalita života inkontinentních žen se stresovou inkontinencí před operací byla výrazně snížena. Inkontinentní žena byla limitována ve všech oblastech života – *tělesné* a *zejména psychosociální* a prakticky byla plně podřízená svým obtížím. Každý ze zdravotníků by se měl snažit svým způsobem práce a přístupem k inkontinentním ženám tyto negativně působící faktory, které inkontinence moči přináší, minimalizovat a využít tak ve své práci faktory pozitivní. Subjektivní hodnocení kvality života se odráží od osobní stránky ženy, její individuality, proto ji nelze zobecnit pro všechny nemocné.

### Dovolují si navrhnout následující opatření:

- 1) *Poskytovat ženám dostatek informací* o zdravotním stavu, průběhu léčby, prognóze onemocnění a eliminovat tak nežádoucí emoce, jako jsou stud, pocity méněcennosti, nejistota, strach ze zápachu, jež vyvolávají stav bezmoci a zhoršení sebeúcty.
- 2) *Prohloubit edukační činnost u inkontinentních žen*. Důležité je ženám neustále zdůrazňovat, že inkontinence moči se dá vyléčit či alespoň podstatně zmírnit. Vhodné je informovat ženy o inkontinenci (diagnostice, její léčbě, hygienických pomůckách...) s přihlédnutím na nejčastěji využívané zdroje informací z hlediska věku. Zatímco mladší ženy hledají převážně informace na internetu, starší ženy dávají přednost tištěným médiím. Seznámit inkontinentní ženy s nabídkou hygienických pomůcek a možnostmi jejich předepsání lékařem, soustředit se na prevenci tělesných změn na kůži. Důležitým aspektem při výběru vhodné pomůcky pro inkontinentní je informovanost a edukace ošetřujícího personálu. Ten by měl znát nejen firmy vyrábějící absorpční pomůcky, ale hlavně vlastnosti těchto pomůcek. Je také nutnost vysvětlit ženě vhodnost používání absorpční pomůcky – zdůraznit, že jejich používáním, pravidelnou výměnou a dodržováním hygienických zásad předejde uživatelka hlavně infekcím močových cest, opruzeninám a zápachu, zároveň ji informovat o vhodných hygienických přípravcích k ošetření kůže chránící intimní oblast před působením moči. Důležité je upozornit

ženy na existenci svépomocných skupin pro inkontinentní pacienty, jejichž posláním je vzájemná podpora lidí prožívajících podobné problémy. Člověk v tomto prostředí pomoc či podporu nejen přijímá, ale současně i poskytuje, což jej zbavuje pocitů bezmoci. Důležité je nebát se otevřeně o problému hovořit, zapojit rodinu, přátele a celou problematiku zpopularizovat, aby se informace o léčbě a diagnostice inkontinence moči dostaly až k veřejnosti.

- 3) ***Zvýšit úsilí ve výchovně preventivním působení, které může zmírnit některé projevy inkontinence.*** Důležité je udržovat priměřenou tělesnou hmotnost a vyhýbat se příliš fyzicky náročné stereotypní práci, zejména zvedání těžkých břemen, práce v předklonu, sedavému zaměstnání a ve sportech se vyhýbat poskakování bez zpevněného pánevního dna. Velkým rizikem pro vznik stresové inkontinence je období těhotenství a šestinedělí u žen s velkými plody, či u mnohočetných těhotenství. Je velmi důležité pečovat o pravidelnou stolici a správné močení s omezením kofeinu, alkoholu a dráždivé stravy, předcházet infekcím močopohlavního ústrojí zejména v mládí. Pobízet ke vhodným tělesným aktivitám v každém věku, zejména v období klimakteria. Důležité jsou pravidelné gynekologické kontroly a při prvních projevech inkontinence návštěva lékaře, důkladná a správná léčba a seznámení s cviky na posílení pánevního dna při projevech močové inkontinence. Dále je nutné poučit ženy o používání výhradně absorpčních pomůcek pro inkontinentní jako prevenci komplikací zdravotních, psychických a sociálních.
- 4) ***Dodržovat pooperační režim (rekonvalescence 6-8 týdnů).*** Operovaná žena by měla být vždy poučena, že pooperační úprava životosprávy (omezení fyzické námahy, úprava hmotnosti apod.) je nezbytnou podmínkou dlouhodobého zachování kontinence. Po dobu 6 týdnů mají operované ženy zakázán i sexuální styk a vanovou koupel. Z dlouhodobého hlediska je nutné informovat tyto ženy, aby se nejméně 2-3 měsíce šetřily tělesně – vystříhaly se veškeré námahy (čištění oken, umývání vany, skákání, zvedání těžkých břemen – i dětí apod.) a chránily se před nachlazením. Již



nikdy by neměly ženy operované pro stresovou inkontinenci moči vykonávat těžší fyzicky náročnou práci a dlouhodobou práci v sedě v předklonu.

- 5) ***Změnit přístup některých lékařů i sester ke starším inkontinentním ženám.*** Domnívám se, že starším ženám není věnována taková pozornost, jakou by si zasloužily. Je zapotřebí změnit přístup lékařů k těmto ženám a nepovažovat inkontinenci za přirozený a nezměnitelný projev stárnutí či nevyhnutelný doprovod některých onemocnění, které není třeba léčit.
- 6) ***Seznámit inkontinentní ženy s možnými komplikacemi, pokud se nebudou držet doporučených postupů. Důležitý je vyrovnaný pitný režim závislý na denních aktivitách.*** Ženy při větší fyzické námaze by měly přijímat také více tekutin. U starších pacientek se pitný režim optimalizuje. Doporučíme jim, aby se vyvarovaly větších vodních nárazů, při častějších nykturiích by měly omezit příjem tekutin na noc. Zároveň je musíme upozornit o nevhodnosti omezovat celkový příjem tekutin.
- 7) ***Odstraňovat či alespoň minimalizovat rušivé faktory*** při vyšetřeních, které prohlubují stud a psychické napětí mezi inkontinentními ženami a zdravotnickým personálem.
- 8) ***Zvýšit míru informovanosti o inkontinenci moči v časopisech,*** které čtou převážně starší lidé a ***zařadit informace o této problematice do televizních a rozhlasových programů*** (např. seriály z nemocničního prostředí).
- 9) ***Zajistit trvale odbornou přípravu sester formou seminárních školení.*** Aktualizovat teoretické informace, zajistit možnost stáží ve školicích centrech, zkvalitňovat realizaci ošetřovatelského procesu.
- 10) ***Vytvořit standardy pro sestry v péči o inkontinentní nemocné u jednotlivých typů inkontinence. V těch by měly být zahrnuty všechny nové a dostupné informace, které se týkají prevence, dg. metod, péče, pomoci a možnosti nových pomůcek k snížení zátěže a zlepšení kvality života inkontinentních žen.***

## 10. ZÁVĚR

V rámci této diplomové práce *Kvalita života inkontinentních žen před a po operaci* jsem se zabývala problematikou inkontinence moči - zjišťovala jsem, jaký měla inkontinence dopad na kvalitu života ženy před operací a po operaci. Kvalita života je převážně zaměřená na subjektivním vnímání ženy, pomáhá nám určit míru poškození, také hodnotit úspěšnost léčby a lépe porozumět změnám v životě inkontinentní ženy.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaká byla kvalita života inkontinentních sledovaných žen – v tělesné, zejména v psychosociální oblasti před operací a zároveň prokázat změnu kvality života těchto žen po operaci pro inkontinenci na základě subjektivního hodnocení .

*V teoretické části* jsem se pokusila charakterizovat obecně kvalitu života – zaměřila jsem se především na rozsah a pojetí, také na přístupy jejího měření. V neposlední řadě jsem se zabývala inkontinencí moči u žen, potřebami sebepojetí, sebeúcty a jejich frustrací při inkontinenci a celkovými důsledky inkontinence. *V empirické části* jsem se zaměřila na získání informací týkající se kvality života 52 inkontinentních žen se stresovou inkontinencí (pouze dvě ženy z tohoto vzorku měly diagnostikovanou smíšenou inkontinencí) před operací a po operaci. Výzkumnou metodou byl řízený rozhovor sestavený ve spolupráci s *PhDr. Helenou Chloubovou*, standardizovaný dotazník I-QoL a doplňující metodou – zdravotnická dokumentace.

**Stanovené cíle a hypotézy se díky kvalitnímu prostudování pramenné literatury a empirickému výzkumu z velké části potvrdily, jak jsem shrnula v diskusi této diplomové práce. Samotný výzkum tedy považuji za úspěšný.**

Průzkum prokázal, že kvalita života inkontinentních žen byla před operací výrazně snižena, jak jsme zjistili při průměrném zhodnocení I-QoL dotazníků všech respondentek (dosáhnutá hodnota - 43,12 %). **Po operaci (za 6-8 týdnů) u většiny žen nastala změna - kvalita života a komfort byl významně zlepšen - průměrná hodnota I-QoL nabyla hodnoty 70,45 %.** Po operaci se zlepšila výrazně kvalita života u 44 žen (85 %), u 7 žen (13 %) došlo ke zlepšení.

**Kvalita života je založena hlavně na subjektivním vnímání ženy.** Vyjadřuje tzv. well-beeing (prožitek osobní pohody) a je součástí hodnocení léčby pacientky. **Získání důvěry inkontinentní ženy, seznámení s průběhem procesu léčby, očekávaným efektem operace – to vše hraje roli v dobrém výsledku I-QoL.**

## 11. SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

1. Anonym. *Inkontinence z chybné výživy*. Sestra XI., 2001, č. 9, 18 s.
2. Anonym. *Novinky v problematice inkontinence*. Sestra XI., 2001, č. 11, 22 s.
3. Anonym. *Úzkostlivě tajená inkontinence*. Sestra X., 2000, č. 1, 5 s.
4. Bardová, M. *Co přináší management inkontinence?*. Sestra XV., 2005, č. 7-8, 15 s.
5. Bártlová, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. Bojar, M. *Inkontinence je stále tabu*. Zdrav. Nov. ČR, 2003, 50, Lék. Listy, 25 s. ISSN 0044-1996.
7. Bojar, M., Kučera, Z., Svěráková, M. *Diagnostika a léčba inkontinence moči v ordinaci praktického lékaře z pohledu neurologa*. Practicus, 3, 2004, 5, s. 147-153. ISSN 1213-8711.
8. Brown, C., Nováková, M. *Péče o lidi trpící inkontinencí*. Sestra VIII., 1998, č. 3, 1-9 s.
9. Cardozo, L. D. *Quality of life and urinary incontinence*. Textbook of Female Urology and Urogynaecology, 2001, s. 48-58
10. Čermák, A., Pacík, D. *Inkontinence moči*. Praha/Kroměříž: TRITON, 2006. 117 s. ISBN 80-7254-875-1.
11. Drahorádová, P. a kol. *Kvalita života žen po urogynekologických operacích*. Čes. Gynek., 68, 2003, 4, s. 243-249
12. Drapela, V., J. *Přehled teorií osobností*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-134-7.
13. Eichenauer, R. H., Vanherpe, H. *Urologie*. Praha: Scientia medica, 1996. 616 s.
14. Florian, J. *Nejdůležitější aspekty péče o inkontinentního pacienta*. Sestra XII., 2002, č. 5, 22 s.
15. Fromm, E. *Lidské srdce*. Český Klub, 1996. 177 s. ISBN 80-85637-28-6.
16. Galajdová, L. *O nemocech močového měchýře: aneb léčba inkontinence*. Praha: Grada Publishing, 2000. 97 s. ISBN 80-7169-950-0.
17. Havel, R. *Léčba inkontinence moči u žen středního a vyššího věku*. Sestra VII., 1997, č. 4, 18-20 s.

18. Holaňová, R. *Fyzioterapie inkontinence*. Sestra XV, 2005, č. 7-8, s. 13-14.
19. Horčíčka, L. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí*. Zdrav. Nov. ČR, 51, 2002, 38, Léč. Listy, s. 22-24
20. Huvar, I. *Kvalita života při močové inkontinenci*. Prakt. Gynec. ČR, 6, 2003, 1, s. 18-22
21. Chloubová, H. *Člověk ve zdraví a nemoci*. in: Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry, Praha, 2003, č. 4, 4/15.2.1, ISSN 1214-0074.
22. Chloubová, H. *Potřeba vyprazdňování moče*. Praha: Přednáška, 1. LF UK, 1999.
23. Chloubová, H. *Psychosociální potřeby nemocných*. in: Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry, Praha, 2004, č. 1, 4/15.2.2, ISSN 1214-0074.
24. Chloubová, H. *Uspokojování potřeb ve stáří v současném pojetí ošetrovatelské péče*. Sestra V., 1995, č. 2
25. Chloubová, H. *Vyšší psychosociální potřeby nemocných self (já) – sebezpojetí a sebeúcty*. in: Základní potřeby člověka: Osobní rádce zdravotní sestry. Praha, 2004, č. 6, 4/15.2.4, ISSN 1214-0074.
26. Chmel, R. *Močová inkontinence u žen*. Praha: Vašut, 2001. s. 32. ISBN 80-7236-021-3.
27. Chmel, R. *Současné možnosti léčby ženské močové inkontinence*. Zdrav. Nov. ČR, 51, 2002, 38, Léč. Listy, s. 19-21.
28. Jobánková, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
29. Karalová, L. *Sebezpojetí u žen před plastickou estetickou operací*. Praha: Diplomová práce, 1 LF UK, 2005/2006.
30. Kebza, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: ACADEMIA, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
31. Knebertová, J. *Fyzioterapie u inkontinence*. Sestra X, 2000, č. 3, 12 s.
32. Kolektiv autorů. *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 298 s. ISBN 80-244-1424-4.
33. Krombholz, J. *Pohled psychiatra na problémy inkontinentního pacienta*. Sestra X., 2000, č. 1, 4s.

34. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
35. Langerová, E. *Ošetrovatelská péče a kvalita života s urostomií*. Sestra VIII., 1998, č. 3, 9 s.
36. Loughrey, L. *Uplatnění citlivého přístupu při inkontinenci moči*. Sestra X., 2000, č. 7, 10 s.
37. Macků, F. a kol. *Kompendium gynekologických operací*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-154-2.
38. Maršálek, P. *Pánevní dno a stresová močová inkontinence*. Sestra XI, 2001, č. 7-8, 42 s.
39. Martan, A. a kol. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. 71 s. ISBN 80-7345-076-3.
40. Martan, A. *Novinky v léčbě inkontinence moči u žen*. Sestra XV., 2005, č. 7-8, s. 8-9.
41. Mikšík, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: UK, Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-926-X.
42. Nekonečný, M. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: MANAGEMENT PRESS, 1993. 232 s. ISBN 80-85603-34-9.
43. Neurwith, J. *Inkontinence a dekubity*. Sestra XIII., 2003, č. 3, 28 s.
44. Nováková, M. *Ošetrovatelská péče o nemocné s inkontinencí*. Sestra XII., 2002, č. 4, 42-45 s.
45. Paprštejnová, M. *Psychosociální problémy inkontinentních starých žen*. Praha: Diplomová práce, LF UK, 2003/2004
46. Pavlíková, A. *Inkontinentní pacienti nemusí být vyřazeni za společnosti*. Practicus, 5, 2006, 4, s. 168-170. ISSN 1213-8711.
47. Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
48. Pejznochová, I. *Inkontinentní pacient – víme o něm už úplně vše?*. Sestra XIII., 2003, č. 3, 22 s.
49. Seifertová, D. *Saturace vyšších psychosociálních potřeb u hemodialyzovaných pacientů (potřeby sounáležitosti, lásky a sebepojetí)*. Praha: Diplomová práce, 1. LF UK, 2004/2005.

50. Slováček, L. a kol. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Vojenské zdravotnické listy, LXXIII, 2004, 1, s. 6-9
51. Sutherst JR. *Sexual dysfunction and urinary incontinence*. Br J Obstet Gynaecol, 86, s. 387-388.
52. Šimek, J. *Poruchy vylučování, inkontinence*. Diagnóza v ošetrovatelství, 2, 2006, 2, 54 s. ISSN 1801-1349.
53. Šustrová, I. *Péče o inkontinentního pacienta*. Sestra XII., 2002, č. 7-8, 60-62 s.
54. Topinková, E. *Ekonomické souvislosti inkontinence moči*. Zdrav. Nov. ČR, 51, 2002, 7, Zdrav. soc. péče. s XI-XIII.
55. Topinková, E. *Inkontinentní pacient se může cítit vyřazen ze společnosti*. Zdrav. Nov. ČR, 51, 2002, 7, Zdrav. soc. péče, s VIII-X
56. Topinková, E. *Sociální a ekonomické dopady močové inkontinence*. Zdrav. Nov. ČR, 51, 2002, 14, Lék. Nov., s. 18-22
57. Trachtová, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-586-X.
58. Vasiljuk, F. J. *Psychologie prožívání*. Praha: Panorama, 1988. 232 s.
59. Vokurka, M., Hugo, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1995. XIII, 477 s. ISBN 80-85800-28-4.
60. Zikmund, J. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum, 2001. 132 s. ISBN 80-246-0164-8.

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka č. 1.</b> Charakteristika výzkumného vzorku: věk žen.	75
<b>Tabulka č. 2.</b> Charakteristika výzkumného vzorku: BMI – body mass index	75
<b>Tabulka č. 3.</b> Charakteristika výzkumného vzorku: vzdělání.	76
<b>Tabulka č. 4.</b> Charakteristika výzkumného vzorku: rodinný stav pacientek.	76
<b>Tabulka č. 5.</b> Doba trvání potíží u ženy s únikem moči (z hlediska věku).	78
<b>Tabulka č. 6a.</b> Doba rozhodnutí navštívit lékaře u inkontinentní ženy (z hlediska věku).	80
<b>Tabulka č. 6b.</b> Doba rozhodnutí navštívit lékaře u inkontinentní ženy (z hlediska vzdělání)	80
<b>Tabulka č. 7.</b> Snaha pomoci lékaře a zdravotnického personálu při první návštěvě Inkontinentní ženy (z hlediska věku).	81
<b>Tabulka č. 8a.</b> Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (z hlediska věku).	82
<b>Tabulka č. 8b.</b> Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (z hlediska vzdělání).	83
<b>Tabulka č. 9.</b> Hlavní rozhodnutí vyhledání odborné pomoci s následnou léčbou (z hlediska věku).	85
<b>Tabulka č. 10.</b> Provádění doporučených aktivit lékařem u sledovaných Inkontinentních žen (z hlediska věku).	86
<b>Tabulka č. 11a.</b> Doba aktivního řešení inkontinence před operací (z hlediska věku).	86
<b>Tabulka č. 11b.</b> Doba aktivního řešení inkontinence před operací (z hlediska vzdělání).	87
<b>Tabulka č. 12a.</b> Hlavní faktor rozhodnutí jít na operaci (z hlediska věku).	88
<b>Tabulka č. 12b.</b> Hlavní faktor rozhodnutí jít na operaci (z hlediska vzdělání).	89
<b>Tabulka č. 13.</b> Zdroje informací o možnosti léčby inkontinence (z hlediska věku).	90
<b>Tabulka č. 14a.</b> Ekonomická zátěž u sledovaných žen při nákupu pomůcek pro Inkontinentní pacienty (z hlediska věku).	91
<b>Tabulka č. 14b.</b> Ekonomická zátěž u sledovaných žen při nákupu pomůcek pro Inkontinentní pacienty (z hlediska vzdělání).	91
<b>Tabulka č. 15a.</b> Způsob získávání inkontinentních pomůcek (z hlediska věku).	92
<b>Tabulka č. 15b.</b> Způsob získávání inkontinentních pomůcek (z hlediska vzdělání).	92
<b>Tabulka č. 16a.</b> Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči (z hlediska věku).	94
<b>Tabulka č. 16b.</b> Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči – ženě či muži (z hlediska věku).	95
<b>Tabulka č. 17.</b> Řešení úniku moči před operací (z hlediska času – pořadí řešení).	96
<b>Tabulka č. 18.</b> Pokud omezujete příjem tekutin – kdy? (z hlediska věku).	97
<b>Tabulka č. 19.</b> Množství tekutin vypitých za den inkontinentními ženami (z hlediska věku).	98
<b>Tabulka č. 20.</b> Musím se kontrolovat, kolik a co mohu vypít (z hlediska věku – I-QoL).	99
<b>Tabulka č. 21.</b> Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (z hlediska věku a předoperačně).	99
<b>Tabulka č. 22.</b> Používání kosmetických přípravků k ošetření porušené pokožky (z hlediska věku).	101

<b>Tabulka č. 23.</b> Používání parfémovaných vložek (z hlediska věku).	102
<b>Tabulka č. 24.</b> Jsou Vaše obavy, že by lidé mohli rozpoznat únik moči čichem při používání parfémovaných vložek menší? (z hlediska věku).	102
<b>Tabulka č. 25.</b> Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (z hlediska věku a pooperačně).	110
<b>Tabulka č. 26.</b> Vyjádření intenzity ovlivnění vztahu s partnerem kvůli úniku moči (z hlediska věku).	111
<b>Tabulka č. 27.</b> Vyjádření intenzity ovlivnění vztahu s partnerem kvůli úniku moči (z hlediska rodinného vztahu).	111
<b>Tabulka č. 28.</b> Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně ovlivnil jejich problém sexuální život (z hlediska věku).	112
<b>Tabulka č. 29.</b> Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně ovlivnil jejich problém Sexuální život (z hlediska rodinného stavu).	112
<b>Tabulka č. 30.</b> Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry ovlivnil jejich problém rodinný život (z hlediska věku).	113
<b>Tabulka č. 31.</b> Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry ovlivnil jejich problém rodinný život (z hlediska rodinného stavu).	114
<b>Tabulka č. 32a.</b> Průměrné zhodnocení I-QoL (před operací).	129
<b>Tabulka č. 32b.</b> Průměrné zhodnocení I-QoL (po operaci).	129
<b>Tabulka č. 33.</b> Výsledky I-QoL (celkové zhodnocení).	129



## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf č. 1.</b> Doba trvání potíží u ženy s únikem moči (celkový graf).	79
<b>Graf č. 2.</b> Nejčastější důvody a motivy utajování inkontinence (celkový graf).	83
<b>Graf č. 3.</b> Vyjádření sledovaných žen, zda množství inkontinentních pomůcek hrazených zdravotní pojišťovnou bylo pro ně dostačující (z hlediska věku).	93
<b>Graf č. 4.</b> Komu se poprvé ženy svěřily se svým únikem moči (celkový graf).	95
<b>Graf č. 5.</b> Řešení úniku moči před operací (celkový graf – pořadí řešení).	96
<b>Graf č. 6.</b> Pokud omezujete příjem tekutin – kdy? (celkový graf).	98
<b>Graf č. 7.</b> Množství tekutin vypitých za den inkontinentními ženami (celkový graf).	99
<b>Graf č. 8.</b> Obávám se, že nebudu schopná dojít včas na WC (před a po operaci – I-QoL).	103
<b>Graf č. 9.</b> V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC (před a po operaci – I-QoL).	104
<b>Graf č. 10.</b> Chodím „pro jistotu“ na WC, i když nemusím (před a po operaci – I-QoL).	104
<b>Graf č. 11.</b> Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC (před a po operaci – I-QoL).	105
<b>Graf č. 12.</b> Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC (před a po operaci – I-QoL).	106
<b>Graf č. 13.</b> Obávám se kašlat nebo kýchat (před a po operaci – I-QoL).	106
<b>Graf č. 14.</b> Mám strach se po delším sezení postavit (před a po operaci – I-QoL).	107
<b>Graf č. 15.</b> Musím se kontrolovat kolik a co mohu vypít (před a po operaci – I-QoL).	108
<b>Graf č. 16.</b> Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení (před a po operaci – I-QoL).	108
<b>Graf č. 17.</b> Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení (před a po operaci – I-QoL).	109
<b>Graf č. 18.</b> Výskyt opruzenin či podráždění kůže v okolí genitálu z důvodu úniku moče (před a po operaci).	110
<b>Graf č. 19.</b> Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života (před a po operaci – I-QoL).	113
<b>Graf č. 20.</b> Intenzita omezování společenského života inkontinentními ženami (před a po operaci).	114
<b>Graf č. 21.</b> Intenzita omezování návštěv přátel a příbuzných (před a po operaci).	115
<b>Graf č. 22.</b> Intenzita omezování tělesných aktivit inkontinentními ženami (před a po operaci).	116
<b>Graf č. 23.</b> Intenzita omezování se v cestování (před a po operaci).	116
<b>Graf č. 24.</b> Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov (před a po operaci – I-QoL).	117
<b>Graf č. 25.</b> Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči (před a po operaci – I-QoL).	117
<b>Graf č. 26.</b> Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem (před a po operaci – I-QoL).	118
<b>Graf č. 27.</b> Kvůli úniku moči se cítím depresivně (před a po operaci – I-QoL).	119
<b>Graf č. 28.</b> Na problém s únikem moči musím pořád myslet (před a po operaci – I-QoL).	119
<b>Graf č. 29.</b> Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší (před a po operaci – I-QoL).	120

<b>Graf č. 30.</b> Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu (před a po operaci – I-QoL).	120
<b>Graf č. 31.</b> Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví (před a po operaci – I-QoL).	121
<b>Graf č. 32.</b> Únik moči mi ubírá radost ze života (před a po operaci – I-QoL).	122
<b>Graf č. 33.</b> Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla (před a po operaci – I-QoL).	122
<b>Graf č. 34.</b> Důvěřujete své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy (před a po operaci).	123
<b>Graf č. 35.</b> Dovedete zvládat konflikty, které máte s jinými lidmi (před a po operaci).	123
<b>Graf č. 36.</b> Vyjádření intenzity únavy inkontinentních žen (před a po operaci).	124
<b>Graf č. 37.</b> Vyjádření inkontinentních žen, jak intenzivně si dovedly užít legraci (před a po operaci).	124
<b>Graf č. 38.</b> Vyjádření inkontinentních žen, do jaké míry probíhal život podle jejich očekávání (před a po operaci).	125
<b>Graf č. 39.</b> Dovedete si odpustit svá vlastní selhání (před a po operaci).	125
<b>Graf č. 40.</b> Máte klid v duši (před a po operaci).	126
<b>Graf č. 41.</b> Díváte se do budoucnosti s optimismem u inkontinentních žen – intenzita (před a po operaci).	126
<b>Graf č. 42.</b> Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže (před a po operaci – I-QoL).	127
<b>Graf č. 43.</b> Celkové zhodnocení I-QoL	130

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Standardizovaný dotazník I-QoL

**Příloha č. 2** – Řízený rozhovor s inkontinentní ženou

**Příloha č. 3** – Cvičení při neudržení moči

**Příloha č. 4** – Seznam cizích slov a zkratk