UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021 Simona Malušková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Stresová inkontinence u žen a aktuální možnosti její léčby

Bakalářská práce

2021 Simona Malušková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Simona Malušková**
Osobní číslo:	**Z18080**
Studijní program:	**B5349 Porodní asistence**
Studijní obor:	**Porodní asistentka**
Téma práce:	**Stresová inkontinence u žen a aktuální možnosti její léčby**
Zadávající katedra:	**Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0480-0.
2. HIBLBAUER, Jan ml., HIBLBAUER Jan st., 2011, Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi: Přehledové články*. 12 (1), s. 18-28. ISSN 1213-1768.
3. HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4503-2.
4. MARTAN, Alois. *Nové operační postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-233-9.
5. ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sabina Dušková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2021

Prohlašuji:

Práci s názvem Stresová inkontinence u žen a aktuální možnosti její léčby jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 6.5.2021

Simona Malušková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce Mgr. Sabině Duškové za její čas, připomínky a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

ANOTACE

Tématem předložené bakalářské práce je povědomí o možnostech léčby stresová inkontinence. V teoretické části práce je popsána problematika stresové inkontinence, možnosti aktuální léčby, ošetřovatelská péče a diagnostika. V průzkumné části bylo hlavním cílem zjistit informovanost žen o možnostech léčby stresové inkontinence. Dalším cílem bylo zjistit dopad stresové inkontinence na partnerský a rodinný život. Respondentkami byly ženy s diagnostikovanou stresovou inkontinencí.

KLÍČOVÁ SLOVA

stresová inkontinence, konzervativní léčba, chirurgická léčba, páskové operace

TITLE

stress incontinence in women and current treatment options

ANNOTATION

The topic of the presented bachelor thesis is awareness of treatment options for stress incontinence. The theoretical part of the thesis describes the issue of stress incontinence, current treatment options, nursing care and diagnostics. In the exploratory part, the main goal was to find out women 's awareness of treatment options for stress incontinence. Another goal was to determine the impact of stress incontinence on partner and family life. The respondents were women diagnosed with stress incontinence.

KEYWORDS

stress incontinence, conservative treatment, surgical treatment, tape operations

OBSAH

Úvod 12

Cíle práce 13

Teoretická část 14

1. Anatomie pánevního dna a dolních močových cest 14

2. Močová inkontinence 18

3. Stresová inkontinence 20

3.1 Rizikové faktory stresové inkontinence 21

3.2 Diagnostika 22

4. Léčba stresové inkontinence 28

4.1 Konzervativní léčba stresové inkontinence 28

4.2 Chirurgická léčba stresové inkontinence 32

5. Prevence 37

6. Ošetřovatelská péče o ženu s inkontinencí 38

Průzkumná část 42

7. Metodika průzkumu 42

7.1 Cíle a průzkumné otázky 42

7.2 Charakteristika průzkumného souboru 43

7.3 Zpracování dat 43

8. Analýza a interpretace výsledků průzkumu 44

9. Diskuse 63

11. Závěr 67

12. Použitá literatura 68

13. Přílohy 72

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace závěsného aparátu (Martan a kol., 2011, s. 14 - 15).....16

Tabulka 2 Dělení stresové inkontinence dle Ingelmanna-Sundberga (Matoušková a kol., 2013, s. 102).....21

Tabulka 3 Rizikové léky pro vznik inkontinence (Matoušková a kol., 2013, s. 104) 22

Tabulka 4 Zdroje informací o stresové inkontinenci 44

Tabulka 5 Definice stresové inkontinence.....46

Tabulka 6 Dosavadní léčba inkontinence 47

Tabulka 7 Série cviků na posílení pánevního dna 49

Tabulka 8 Stah svalu při posilování.....50

Tabulka 9 Jiné možnosti konzervativní léčby.....52

Tabulka 10 Komplikace chirurgické léčby 55

Tabulka 11 Znalost typu operace.....57

Tabulka 12 Důvod řešení problému s inkontinencí 58

Tabulka 13 Omezení v rodinném životě.....59

Tabulka 14 Omezení v partnerském vztahu 60

Tabulka 15 Omezení v sexuálním životě.....61

Tabulka 16 Omezení v oblastech.....62

Obrázek 1 Informovanost zdravotníkem 45

Obrázek 2 Nabídnutí informací o konzervativní léčbě.....48

Obrázek 3 Informační materiál/instruktáž o cvičení pánevního dna 51

Obrázek 4 Informace o možnostech chirurgické léčby 53

Obrázek 5 Znalost komplikací chirurgické léčby 54

Obrázek 6 Znalost typu chirurgického řešení 56

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
CNS	Centrální nervový systém
HRQL	Health-Related Quality Of Life (kvalita života související se zdravím)
I-QOL	Urinary Incontinence Quality of Life
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form
ICS	International Continence Society (Mezinárodní společnost pro kontinenci)
IIQ-7	Incontinence Impact Questionnaire
IM	Inkontinence moči
IMC	Infekce močových cest
ISD	Intrinsic sphincter deficiency (insuficience sfinkteru uretry)
IUGA	International Urogynecological association (mezinárodní urologynekologická společnost)
LPP	Leak point Pressure (intravezikální tlak, při kterém nastává únik moči z močového měchýře)
MUCP	Rozdíl mezi maximálním uretrálním a intravezikálním tlakem
OAB	Overactive bladder (hyperaktivní močový měchýř)
PISQ-12	Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function
RT-TVT	Tension-free Vaginal Tape Retropubic (Retropubická vaginální páska)
SIS, SIMS	Single Incision Midurethral Sling (Páska zavedena pod uretru z 1řezu)
SUI	Stresová inkontinence moči
TOT	Tension-free Obturator Tape (Transobturátorová páska „outside – in“ = „zvenku – dovnitř“)
TVT	Tension-free Vaginal Tape (Tahuprostá vaginální páska)

TVT-O Tension-free Vaginal Tape Obturator (Transobturátorová vaginální páska „inside – out“ = “zevnitř – ven“)

TVT-S Tension-free Vaginal Tape – Secure (Tahuprostá vaginální páska z 1 řezu)

UDI-6 Urogenital Distress Inventory

UI Urgentní inkontinence

UVJ Uretrovezikální junkce

UZ Ultrazvuk

ÚVOD

Stresová inkontinence je považována za celosvětově rozsáhlý problém, postihující během života až polovinu žen. Jedná se o zdravotní i psychický problém, ovlivňující kvalitu života v oblasti hygienické, sociální a ekonomické. Incidence stresové inkontinence v populaci převyšuje výskyt i některých civilizačních chorob jako například alergie. Mezi vážné nedostatky patří v první řadě nedostatečná informovanost o jejím vzniku, rizikových faktorech, prevenci a možnostech léčby. Dle statistik trpí v ČR močovou inkontinencí přibližně 510 000 žen, ale pouze 20 - 25 % z nich vyhledá odbornou pomoc, a to v průměru až po 5 - 6 letech trvání příznaků močové inkontinence (Horčička, 2019, s. 118; Houfková, 2015, s. 18; Špaček et al., 2018, s. 344). Mnoho žen nechtěný únik moči skrývá. Pravděpodobně je za to zodpovědný stud a obavy z úniku moči ve společnosti. O jejich problému často nevědí ani nejbližší příbuzní či přátelé. Ženy mohou mít strach ze společenského kontaktu, obtížněji navazují partnerské vztahy, nebo se mohou cítit osaměle (Vrublová a Holisová, 2011, s. 198). Mé zkušenosti toto tvrzení opravdu potvrzují, jelikož jsem se v dosavadní praxi setkala s ženami, které jejich stud omezoval do takové míry, že svůj problém nezačaly řešit včas. Ovšem jen díky včasné diagnóze a správně zvolené léčbě se problémy s inkontinencí dají úspěšně řešit. Stresová inkontinence i v dnešní době zůstává mezi tabuizovanými tématy. Má bakalářská práce vznikla za účelem zjištění, jaká je míra informovanosti žen s diagnostikovanou SUI o možnostech léčby stresové inkontinence.

V teoretické části jsou vymezeny základní informace o problematice stresová inkontinence. Kromě léčby se tato práce věnuje také diagnostice, ošetřovatelské péči a informuje o prevenci vzniku onemocnění.

V průzkumné části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření. Výsledky byly zpracovány a následně interpretovány. Mým hlavním průzkumným cílem bylo zjistit míru informovanosti žen o možnostech léčby stresové inkontinence. Dalším cílem pak bylo zjistit dopad inkontinence v základních oblastech lidského života, konkrétně na partnerský a rodinný život.

CÍLE PRÁCE

Teoretické cíle

Cílem teoretické části je přiblížit problematiku stresové inkontinence u žen a poskytnout základní informace o diagnostice, možnostech léčby a ošetřovatelské péči. Dalším cílem je seznámit s jinými typy inkontinence a informovat o prevenci vzniku onemocnění.

Průzkumné cíle

1. Zjistit informovanost žen o možnostech léčby stresové inkontinence.
2. Zjistit dopad stresové inkontinence na partnerský a rodinný život.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA A DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

Močový měchýř

Vesica urinaria neboli močový měchýř je dutý svalový orgán, který se nachází v malé pánvi za symfýzou. Shromažďuje se zde moč před vyprázdněním. Fyziologická náplň močového měchýře je 250 - 300 ml, ovšem jeho kapacita dosahuje až 500 ml. Při překročení fyziologické náplně se podráždí mechanoreceptory, které ve stěně močového měchýře vyvolají pocit nucení na močení a navodí se mikční reflex. Pocit nutkání na močení vzniká při objemu 300 - 400 ml. Centrum mikčního reflexu se nachází v sakrální oblasti míchy a podléhá vlivu mozkové kůry. U dospělých lidí lze tedy pocit nutkání na močení potlačit do určitého objemu moči v močovém měchýři (Martan a kol., 2013, s. 11; Rokyta a kol., 2014, s. 158).

Vnitřní povrch tvoří epitel přechodného typu, který dále nasedá na podslizniční vazivo. Močový měchýř se skládá ze 3 vrstev hladké svaloviny, které lze rozlišit v oblasti trigona močového měchýře – zevní vrstva má longitudinální, střední vrstva šikmé až cirkulární a vnitřní vrstva opět longitudinální uložení vláken. Vlákna zevní a vnitřní vrstvy přecházejí na uretru a tvoří smyčky sobě protilehlé. Střední, cirkulárně uložená vlákna detruzoru končí na úrovni vnitřního ústí uretry, kde ji obkružují. Krček měchýře je část svaloviny detruzoru, která obkružuje proximální část uretry (Horčička a kol., 2017, s. 19).

K měchýři přichází cévní zásobení z a.iliaca interna- jsou to aa. vesicales superiores et inferiores. Vv. vesicales tvoří venózní síť a odvádějí krev do v. iliaca interna (Martan a kol., 2011, s. 11).

Cyklus močového měchýře rozdělujeme na tři fáze: 1. naplnění měchýře močí, 2. uskladnění moči, 3. vyprázdnění močového měchýře (Genadry a Mostwin, 2013, s. 26).

Močová trubice

Ženská uretra má délku zhruba 30 - 40 mm. Je dlouhá, pevně srostlá s přední stěnou pochvy a ústí nad poševním vchodem mezi labia minora pupendi.

Z hlediska průběhu se dělí na několik částí: intramurální – nachází se ve stěně močového měchýře, střední část – uložena mezi močovým měchýřem a perineální membránou (diaphragma urogenitale), další část prochází perineální membránou a konečná část-perineální (Rokyta, Marešová, Turková, 2014, s. 158; Martan a kol., 2011, s.12).

Svaly močové trubice jsou pokračovací svaly stěny močového měchýře. Podélné hladké svaly a cévy udržují uretru v uzavřeném stavu. K dobrému stavu svalstva a cév je potřeba estrogen. Jeho nedostatek po menopauze může vést k potížím s inkontinencí. K omezení pevného sevření a poškození močové trubice mohou přispět i některé chirurgické zákroky, porod nebo radioterapie (Genadry a Mostwin, 2013, s. 22).

Svaly pánevního dna

Svalstvo pánevního dna vystýlá ženskou pánev a poskytuje oporu močové trubici, močovému měchýři, vagině a konečníku. Svaly pánevního dna lze ovládat vůlí, jelikož patří do skupiny příčně pruhovaného svalstva. Jsou ohraničeny rovnoběžnými fasciemi, které se upínají k pánevním kostem a k pojivovým tkáním. Při kontrakci svaly táhnou zezadu směrem dopředu, zvedají tak pánevní orgány ventrálně a přibližují je ke stydké kosti. Vzhledem ke svému umístění jsou svaly pánevního dna náchylné k přetažení během těhotenství a porodu. Při močení je důležité, aby hladké svalstvo močové trubice a močového měchýře pracovalo společně s příčně pruhovanými svaly svěračů uretry a pánevního dna a moč tak odcházela z těla pouze tehdy, kdy ji člověk chce vypustit (Genadry a Mostwin, 2013, s. 24).

Podpůrný aparát

Je tvořen svalovinou a vazivem pánevního dna. Pomáhá udržovat dělohu v centru pánevní dutiny.

Složení:

1. Diaphragma pelvis - směřuje svým vrcholem ke konečníku a tvoří tak tvar nálevky. Za symfýzou je uložen otvor pro konečník, močovou trubici a pochvu (hiatus genitalis). Je tvořena zdvihačem řitním (m. levator ani) a kostrčními svaly (m. coccygeus).

2. Diaphragma urogenitale – tvoří část pánevního dna pod obloukem stydké kosti. Skládá se z hlubokého příčného hrázového svalu (m. transversus perinei profundus), m. bulbocavernosus, dutinkosedacího svalu (m. ischiocavernosus), povrchového příčného hrázového svalu (m. transversus perinei superficialis) a zevního svěrače řitního (m. sphincter ani externus) (Slezáková a kol., 2011, s. 22).

Závěsný aparát

Tabulka 1 Klasifikace závěsného aparátu (Martan a kol., 2011, s. 14 - 15)

První etáž	Přední a zadní stěna pochvy jsou na sebe přiloženy ve své kraniální části. Ukotveny jsou dorzokraniálním směrem proximálního parakolpia, pomocí sakrouterinních a kardinálních ligament. Defekt může způsobit pokles apexu pochvy či sestup dělohy.
Druhá etáž	Pochva má ve střední části motýlový průřez. Přední výběžky jsou fixovány k m. levator ani a zadní se fixují s rektem a krátkými vazy m. levator ani. Defekt fixace předních rohů poševních může způsobit narušení podpory uretry s následnou hypermobilitou uretrovezikální junkce (UVJ). To může mít za následek vznik stresové inkontinence.
Třetí etáž	Pochva je podporována pevným spojením s perineální membránou, která se za ní spojuje v pevné centrum tendineum perinei, kraniálně od hymenálního prstence. K přední stěně pochvy je pevně fixována distální uretra. Defekt centra tendinei může mít za následek rozvíjející se tzv. distální typ rektokély.

Mikční cyklus

Fyziologický mikční cyklus má dvě fáze. První fází je hromadění moči v močovém měchýři. Po nahromadění následuje fáze vypuzení moči. Tento cyklus je výsledkem koordinované funkce močového měchýře (hladké svaloviny), močové trubice (hladká a příčně pruhovaná svalovina) a pánevního dna (příčně pruhovaná svalovina).

Fáze plnění je charakteristická uvolněním svaloviny močového měchýře a stažením svaloviny uretry včetně svaloviny pánevního dna. Močovody pomalu odvádí moč do měchýře (Roztočil a kol., 2011, s. 293).

Dostavuje se první pocit nucení na močení (mikci). Při močení nejprve dochází k vědomému stažení svalů břišní stěny a zvyšování tlaku v dutině břišní. Jakmile dojde k uvolnění svalů pánevního dna, močová trubice se dostává z klidové polohy do postavení, které je pro močení výhodnější. Součástí aktu mikce je potlačení činnosti centra močení lokalizované v křížové oblasti průběhu míchy. Tento děj vyvolá stažení svaloviny detruzoru měchýře. Podstatou vyprázdnění moči z měchýře přes uretru je současný pokles tlaku v močové trubici s nárůstem tlaku v měchýři. Pánevní dno a vnitřní svěrač močové trubice se na konci močení kontrahují a tok moči je tímto přerušen (Roztočil a kol., 2011, s. 293).

2. MOČOVÁ INKONTINENCE

Dle standartu ICS a IUGA je močová inkontinence definována jako jakýkoliv mimovolní (nechtěný) únik moči. V současné době je dle ICS nejužívanější dělení IM na uretrální a extrauretrální. Při exrauretrální IM dochází k úniku moči na podkladě traumatu, vrozené vývojové vady či ozařování. Uretrální IM je doporučováno klasifikovat do jednotlivých skupin – inkontinence stresová, urgentní, smíšená, paradoxní a reflexní. Zastoupení jednotlivých typů močové inkontinence je v praxi velice variabilní. Liší se vzhledem k věku a pohlaví pacienta. Obecně je však známo, že výskyt inkontinence je až téměř dvakrát častější u žen než u mužů. Močová inkontinence se v ČR vyskytuje přibližně u 510 000 žen, ale pouze 20 - 25 % žen vyhledá odbornou pomoc (Wood a Anger, 2014, s. 1 - 2; Špaček a kol., 2018, s. 342 - 344).

Významným rizikovým faktorem pro vznik močové inkontinence je dědičnost. Dle studií je až třikrát vyšší riziko rozvoje inkontinence u žen, jejichž sestra či matka inkontinencí trpí. V běžné populaci trpí inkontinencí až 30 % žen nad 50 let, čímž se onemocnění stává jedním z nejčastějších zdravotních problémů západní civilizace (Matoušková a kol., 2013, s. 102 - 104). Močová inkontinence je pro ženy hygienickým, sociálním a mnohdy také ekonomickým problémem. V současnosti je k dispozici mnoho možností léčby od jednoduchých úprav životního stylu až po invazivní chirurgii. Nejdůležitějším krokem ke správné léčbě je stanovení včasné diagnózy a určení typu močové inkontinence. Onemocnění má negativní dopad na kvalitu života související se zdravím (HRQOL). Přispívá mnohdy k depresím, sociální izolaci a v krajním případě i přijetí do ústavní péče (Wood a Anger, 2014, s. 1 - 2; Špaček a kol., 2018, s. 342 - 344).

Urgentní inkontinence

Jedním z typů močové inkontinence je inkontinence urgentní (UI), která je definována jako spontánní únik moči při prudkém nucení na močení. Patofyziologicky může být urgentní inkontinence způsobena nadměrnými senzorickými impulzy z receptorů ve stěně močového měchýře nebo nedostatečnou zábranou mikčního reflexu (Martan a kol., 2011, s. 25). Hejzlarová (2009, s. 9) popisuje UI jako únik moči po náhlém pocitu nucení (urgence), kterému pacient nedokáže zabránit. Množství moči je značné, k úniku dochází např. cestou na WC, po probuzení či zvuku tekoucí vody.

Příčinou mohou být infekce močových cest, patologické změny v močovém měchýři, či nervová onemocnění (Škorničková a kol., 2015, s. 75). Celková prevalence urgentní močové inkontinence se odhaduje na 7 - 33 % (Wood a Anger, 2014, s. 1).

Ryšánková (2016, s. 72) uvádí, že urgentní inkontinence patří do syndromu takzvaného hyperaktivního močového měchýře (OAB, overactive bladder).

OAB syndrom zahrnuje frekvenci (časté močení), urgenci (náhlé nucení na močení) s/bez urgentní inkontinence a noční močení (nykturie). Jakmile je součástí urgentní inkontinence, mluvíme tedy o mokrém OAB syndromu. Výskyt v populaci je přibližně 16 % (Ryšánková, 2016, s. 72).

Smíšená inkontinence

Škorničková a kol. (2015, s. 75) uvádí definici smíšené inkontinence jako kombinaci stresové a urgentní. Klečka a kol. (2012, s. 75) popisují smíšenou inkontinenci jako nedobrovolný únik moči, který je spojen jak s urgencemi, tak s únikem moči během zvýšení intraabdominálního tlaku, během smíchu nebo během kašle.

Paradoxní ischurie

Jde o samovolný únik moči z přeplněného močového měchýře. Příznakem je zvětšující se objem zbylé moči v močovém měchýři po vymočení a oslabením stažitelnosti močového měchýře s mimovolným odkapáváním moči z přeplněného močového měchýře. Při zablokování uretry dojde k nahromadění moči v močovém měchýři a takto vzniklý interní tlak pak překoná zúžení a moč začne po kapkách spontánně unikat (Škorničková et al., 2015, s. 75).

Neurogenní inkontinence (reflexní)

Jedná se o nechtěný únik moči z močové trubice, zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení. Pacientka při onemocnění či poškození CNS ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu, který pak probíhá nekontrolovatelně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Samotná mikce tedy nastává bez předchozího pocitu nucení na močení (Martan a kol., 2011, s. 27).

3. STRESOVÁ INKONTINENCE

Nejčastější typ nežádoucího úniku moči se nazývá stresová inkontinence (SUI). K nechtěnému úniku moči dochází při fyzické námaze, kdy v tomto případě močový měchýř funguje zcela normálně, až do chvíle, kdy náhle vzroste tlak v břišní dutině. Zvýšení nitrobřišního tlaku vzniká při běžných činnostech, jako je třeba zakašlání, kýchání, smích, skákání či běhání. Každá z těchto činností dokáže narušit těsnost močové trubice a její schopnost udržet moč v měchýři. Rezistence uretry klesá při stresu. Další příčinou snížené pevnosti močové trubice může být oslabená pružnost vaginy a ochablost vnitřních struktur uretry. Zjištění, do jaké míry je únik moči způsoben typem ochablostí je součástí lékařského vyšetření. Stresová inkontinence se nejprve objevuje pouze při namáhavých pohybech. Postupným zhoršováním dochází k úniku moči při smíchu, kašli, ba dokonce i tehdy, kdy žena s plným močovým měchýřem vstává z křesla nebo se jen obrací vleže na posteli. (Genadry a Mostwin, 2013, s. 30 - 32).

Podle společné zprávy Mezinárodní urogynekologické asociace (IUGA) a Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) z roku 2010 je stresová inkontinence moči definována jako nedobrovolná ztráta moči při fyzické námaze, kýchání či kašlání. Prevalence stresové inkontinence v závislosti na věku se pohybuje od 29 % do 75 %, v průměru 48 % (Wood a Anger, 2014, s. 1).

Příčinou vzniku SUI (stresové inkontinence) je inkompetence uretry z anatomického důvodu (hypermobility uretry) nebo kvůli ztrátě či významným snížením sfinkterových schopností uretry – tzv. intrinsic sphincter deficiency – ISD (Hanuš, 2011, s. 51; Hiblbauer a Hiblbauer, 2011, s. 21). Na vzniku ISD se může podílet několik faktorů – změny povrchového napětí sliznice uretry, atypické cévní zásobení uretry, abnormality uretrální pojivové tkáně apod. Ženy, které nerodily mají vyšší MUCP (rozdíl mezi maximálním uretrálním a intravezikálním tlakem) než ženy po vaginálních porodech. Pokles MUCP po vaginálním porodu může být způsoben částečnou ztrátou funkce svalů pánevního dna (Martan a kol., 2011, s. 24 - 25).

Dlouhá léta se mělo za to, že porod je primárním faktorem vyvolávající stresovou inkontinenci. Dle nejnovějších studií to není ovšem tak jednoznačné. Na vzniku inkontinence se podílejí i další faktory, zejména ty, které zvyšují tlak v dutině břišní. Významným faktorem je i kouření. Pokles objemu, síly svalů a pojivové tkáně souvisí také se stárnutím.

Ke vniku stresové inkontinence přispívají také faktory vnějšího prostředí, zejména zvedání předmětů v práci. Každý z faktorů může ke vzniku úniku moči přispět malým dílem, avšak jejich společné působení může zásadně a nepříznivě ovlivnit schopnost těla udržet moč (Genadry a Mostwin, 2013, s. 30 - 32). Určitou roli hraje i samotné těhotenství, kdy se zvětšuje děloha a nastávají hormonální změny, které ovlivňují všechny tělesné tkáně. V klinické praxi máme tři typy stresové inkontinence dle Ingelmanna-Sundberga (Matoušková a kol., 2013, s. 102).

Tabulka 2 Dělení stresové inkontinence dle Ingelmanna-Sundberga (Matoušková a kol., 2013, s. 102)

I. stupeň	Inkontinence při kašli, smíchu, kýchnutí, zvedání těžkých břemen (při zvýšení nitrobřišního tlaku).
II. stupeň	Inkontinence při lehčí fyzické práci, chůzi (mírný vzestup nitrobřišního tlaku).
III. stupeň	Nepřetržitá inkontinence (při minimálním zvýšení nitrobřišního tlaku).

3.1 Rizikové faktory stresové inkontinence

Na vzniku a rozvoje stresové inkontinence u žen se podílí několik rizikových faktorů. Mezi zásadní patří vrozená predispozice, s kterou se později spojí i ostatní rizikové faktory, jako je například obezita či věk (Herle, 2016, s. 115). Matoušková (2013, s. 104) řadí mezi významné rizikové faktory těhotenství a vaginální porod, které ovšem s věkem ztrácejí význam. Mezi další faktory uvádí věk, BMI, rasu, diabetes mellitus, dlouhodobou zácpu, menoupauzální změny či stavy po pánevních operací.

Tabulka 3 Rizikové léky pro vznik inkontinence (Matoušková a kol., 2013, s. 104)

ACE inhibitory, alfalytika, betablokátory, kalciové betablokátory	Mohou zesilovat projevy stresové inkontinence.
Anticholinergika, antidepresiva	Vedou k chronické retenci a paradoxní ischurii.
SSRI antidepresiva, lithium, kličková diuretika, a také kofein či alkohol	Způsobují časté a nutkavé mikce, čímž můžou demaskovat subklinickou urgentní inkotninenci.

Škorničková a kol. (2015, s. 73) uvádějí kromě výše zmíněných také kouření, genetickou predispozici, neurologické onemocnění, astma bronchiale, vrozené vývojové vady, mezi které můžeme zahrnout extrofický močový měchýř či získané defekty v močovém traktu (píštěle).

3.2 Diagnostika

Komplexní vyšetření ženy trpící únikem moči náleží specialistům, proto vyšetření v ambulantní péči praktického lékaře by mělo být základní a pro specialisty pomocí. Mělo by vést k rozdělení pacientek – na skupinu s jasně nastavitelnou diagnózou a na skupinu s ne zcela jednoznačnou symptologií, které je nutné předat k následnému speciálnímu vyšetřit (Matoušková a kol., 2013, s. 106). Cílem vyšetřovacích metod je potvrdit, že žena trpí inkontinencí a určit, zda únik moči nebyl pouze přechodný či způsoben jinou vážnou příčinou (Martan a kol., 2011, s. 36).

Anamnéza

Anamnéza začíná obvykle ***rodinnou*** (výskyt inkontinence či anomálie močových cest v rodině), ***osobní*** (výskyt interních a neurologických chorob nebo farmakoterapie), a ***gynekologicko-porodnickou*** (operační výkony, zánětlivé procesy v malé pánvi, menstruační cyklus, počet gravidit a způsob ukončení, hmotnost porozených dětí), dále máme také anamnézu ***pracovní*** (stupeň pracovní zátěže na břišní stěnu, psychické zátěže a psychotraumatizující momenty) a ***sociální*** (abúzus kouření, kávy a alkoholu) (Špaček a kol., 2018, s. 345; Slezáková a kol., 2013, s. 67; Martan a kol., 2011, s. 36).

Urologynekologická anamnéza nás informuje o možných bolestech či tlaku nad sponou, pocitu sestupu, tíže v rodidlech, o problémech s vymočením, popřípadě s dokončením močení, o močení tzv. na dvakrát, o pocitu nedostatečného vymočení, polakisurii (časté nutkání na moč, doprovázené malým množstvím moče), nykturii (časté noční močení) (Martan a kol., 2011, s. 36). Diagnostikování pacientů s močovou inkontinencí začíná v ambulancích praktických lékařů a ošetřujících gynekologů. Průměrná doba od prvních příznaků k zahájení diagnostiky trvá přibližně 3 roky. Doporučuje se tedy aktivně se dotazovat na kontinenci v rámci každé prohlídky (Horčička a kol., 2017, s. 27). Podrobná anamnéza je základem diagnostiky inkontinence. Lékař s dostatečnými zkušenostmi v oblasti diagnostiky poruch kontinence může na základě anamnézy a cílených dotazů získat představu, o jaký typ inkontinence by se u dané pacientky mohlo jednat. Některé standardizované dotazníky usnadní získávání důležitých informací, ovšem nemohou nahradit dialog mezi pacientem a lékařem. Mezi nejpoužívanější dotazníky při hodnocení inkontinence moči patří International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form (ICIQ-SF), který velmi dobře vystihuje závažnost inkontinence. K dispozici existuje řada dalších dotazníků (Roztočil, Bartoš, 2011, s. 298; Čepický a kol., 2018, s. 30).

Fyzikální vyšetření

Zhodnocení psychického stavu pacienta je velmi důležité z hlediska odhadu možné spolupráce. Od toho se odvíjí i další provedená vyšetření (Vilhelmová, 2011, s. 97). Mezi fyzikální vyšetření patří provedení běžného klinického vyšetření, zhodnocení celkového stavu, pohyblivosti, orientačně i paměti a posouzení kognitivních funkcí. Dále lékař provádí vyšetření břicha, zevního genitálu a vyšetření *per rectum.* Orientačně se provádí neurologické vyšetření, míšní reflexy L2 - S4 (análního, bulbokavernózní a kremasterový reflex, citlivost perinea a tonus řitního svěrače). Důležité je také posoudit přítomnost kožních komplikací močové inkontinence, mezi které můžeme zařadit dermatitidu či dekubity (Horčička a kol., 2017, s. 29).

Laboratorní vyšetření moči

Základní podmínkou pro péči o inkontinentní pacienty je provedení chemického a kultivačního vyšetření moči. K dalším doporučeným postupům patří i biochemické vyšetření moči (kreatin, urea, glykémie, mineralogram) ultrazvukové vyšetření či vycévkování jednorázovou cévkou, kdy v případě rezidua nad 100 ml provedeme následnou kontrolu - do měsíce.

Jakmile patologie přetrvává, svědčí to o obstrukci a snížené kontraktilitě měchýře nebo hyporeaktivnímu detruzoru. Jakákoliv abnormalita v laboratorním vyšetření nebo opakované postmikční reziduum větší než 100 ml jsou k důvodem k vyšetření klinickými testy (Horčička a kol., 2017, s. 30).

Klinické testy

V urogynekologii využíváme různé klinické testy k průkazu úniku moči (Martan a kol., 2011, s. 39).

MARSHALLŮV TEST

Pacientce v gynekologické poloze se naplní močový měchýř sterilní tekutinou. Test je pozitivní, jakmile žena provede stresový manévr (zakašle) a moč spontánně uniká (Martan a kol., 2011, s. 39; Horčička a kol., 2017, s. 31).

BONNEYŮV TEST

Jestliže je Marshallův test pozitivní, provede se i Bonneyho test. Pacientka s naplněným močovým měchýřem leží v gynekologické poloze. Lékař se pomocí dvou prstů zavedených v pochvě snaží fixovat pochvu, aby oblast uretrovezikální junkce byla v normální anatomické poloze. Pacientka zakašle, nebo provede jiný stresový manévr a vyšetřující lékař vizuálně sleduje, zda došlo k úniku moči. Jakmile u tohoto vyšetření moč neunikla, je test pozitivní a případná antiinkontinenční operace by mohla být úspěšná (Horčička a kol., 2017, s. 31).

Q-TIP TEST

Umožňuje nám orientovat se v mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry se zavede pevná cévka či navlhčená vatová štětička (Martan a kol., 2011, s. 39). Pacientka provede stresový manévr (zakašle) a vyšetřující lékař vizuálně sleduje, zda dochází k úniku moči. Jakmile moč unikne, je test inkontinence pozitivní (Horčička a kol., 2017, s. 31).

FROEWISŮV TEST

Pacientka s naplněným močovým měchýřem stojí s mírně pokrčenými a rozkročenými dolními končetinami. Provede stresový manévr a lékař sleduje, zda dochází k úniku moči. Jakmile k úniku dojde, je test pozitivní (Horčička a kol., 2017, s. 31).

Urodynamické vyšetřovací metody

CYSTOMETRIE

Metoda, kterou se měří vztah mezi tlakem a objemem v močovém měchýři. Slouží k určení detruzorové aktivity, pocitů, kapacity močového měchýře a compliance (vztah mezi změnami objemu měchýře a změnami detruzorového tlaku, udáván v ml/cmH_2O). Před samotným plněním měchýře lze změřit objem reziduální moči. Některé cystometrické parametry se mohou měnit dle rychlosti plnění močového měchýře. V praxi se běžně užívá plnění rychlostí 100 ml/min či méně (Martan a kol., 2011, s. 40).

URETRÁLNÍ TLAKOVÝ PROFIL

Znamená klidové měření intraluminálního tlaku po celé délce uretry za současného snímání intravezikálního tlaku a jejich rozdílu. Není až na srovnání hodnot před a po operaci příliš využíván. Častěji se využívá dynamický-stresový profil, kdy během zpětného pohybu katétru pacientka provádí stresový manévr (opakovaně kašle). Jakmile na záznamu tlak v močovém měchýři převýší intrauretrální tlak, je potvrzena diagnóza inkompetence uretry – SUI (Martan a kol., 2011, s. 40).

UROFLOWMETRIE

Měříme sílu proudu moči při mikci, za použití průtokoměru (uroflowmetru). Pacientka močí do speciálně upravené toalety a močový paprsek dopadá na rotující disk, který je proudem moči brzděn, nebo jde o přesné vážící zařízení. Hodnotí se zde mikční objem, maximální a průměrný průtok moči, typ průtoku (souvislý, přerušovaný) a doba močení. Vyhodnocení výsledků uroflowmetrie probíhá podle tvaru křivky a zjištěných hodnot (Horčička a kol., 2017, s. 41).

REZIDUÁLNÍ MOČ

Definováno jako objem tekutiny zůstávající v močovém měchýři bezprostředně po vyprázdnění. Může být výsledkem mnoha příčin, jako např. sníženou aktivitou močového měchýře či obstrukcí pod močovým měchýřem (Martan a kol., 2011, s. 41).

ELEKTROMYOGRAFIE

Za použití povrchových nebo jehlových elektrod studuje elektrické potenciály způsobené depolarizací příčné pruhovaného svalstva dna pánevního.

Tato metoda je nejčastěji používaná k ověření synergie či dyssynergie funkce uretrálního sfinkteru a detruzoru, a dále pak hodnocení funkce pánevního dna při zátěžových testech (Martan a kol., 2011, s. 41).

LEAK POINT PRESURE

LPP měření spočívá ve zjištění hodnoty intraabdominálního nebo intravezikálního tlaku v momentě úniku moči. Horčička (2017, s. 46) popisuje dva typy LPP.

Statický (Bladder LPP nebo Detrusor LPP) hraje velmi důležitou roli především u stanovení neurogenních poruch močového měchýře. Měření provádíme během plnící cystometrie, tzn. zaznamenává se intravezikální tlak, při kterém dochází k prvnímu úniku moči. Hodnoty LPP vyšší něž 40 cm H2O jsou nepříznivým prognostickým faktorem pro rozvoj vezikouretrálního refluxu a následného morfologického a funkčního poškození horních močových cest. Druhým typem je ***Dynamický*** (Abdominal LPP, Valsa LPP či Cough LPP), který je důležitý k diagnostice stresové inkontinence a rozlišení jejich dvou základních typů. Po naplnění močového měchýře je 200 ml vyzveme pacientku k zakašlání či jinému stresovému manévru, přičemž měříme hodnotu intraabdominálního tlaku, při kterém dochází k úniku moči. LPP pod 90 cm H2O svědčí o stresové inkontinenci. LPP nad 60 cm H2O svědčí o insuficienci svěrače.

Zobrazovací metody

Existuje celá řada zobrazovacích metod, které nám umožňují získat informace o morfologii či funkci močového traktu. Mezi endoskopické vyšetřovací metody patří *cystouretroskopie*, která hraje velmi důležitou roli v diagnostice výskytu tumoru měchýře, změn na hrdle po endoskopických zákrocích aj. Tento typ vyšetření provádíme např. u inkontinence, hematurii, urogenitálních píštělí či symptomů urgence. K rentgenologickým metodám můžeme zařadit *intravenózní vylučovací urografii,* užívanou k detekci ureterovaginální píštěle, která nejčastěji vzniká po pánevních chirurgických výkonech. Toto vyšetření a další formy zobrazení horních částí močového systému nejsou rutinně indikovány k určení příčiny vzniku inkontinence moči, ale mohou být pomocné k hodnocení stupně poškození této oblasti. *Videocystourografie* a *videourodynamika* je kombinací uroflow se záznamem a mikční cystografii s cystometrií. Další pomocnou diagnostickou metodou k posouzení typu a příčin inkontinence je *ultrazvukové vyšetření* (Martan a kol., 2011, s. 42).

ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ

V České republice byla provedena standardizace ultrazvukového vyšetření již v roce 1977. UZ vyšetření patří k hlavním zobrazovacím metodám a v posledních letech prakticky vytlačilo radiologické vyšetření. Základní úlohou tohoto vyšetření je popis uložení a mobility hrdla močového měchýř a vyšetření pánevního dna. Při vyšetření můžeme tedy vizualizovat močový měchýř, uretru, stydkou kost, pochvu, konečník, dělohu a svalstvo pánevního dna. V závislosti na typu sondy, její frekvenci a úhlu projekce můžeme zachytit rozdíly mezi jednotlivými obrazy a rozpoznat přítomnost divertiklu uretry, cystu ve stěně pochvy či cizí těleso v močovém měchýři. V praxi se nejčastěji používá transperineální a introitální přístup. Nové zavedení 3D/4D technik umožňuje i vyšetření musculus levator ani (Čepický a kol., 2018, s. 37).

Velmi kvalitní informace o strukturách pánevního dna, jeho funkci a defektech podává ***magnetická rezonance***, která může být vhodná u pacientek před reoperací. Nevýhodou tohoto vyšetření je vysoká finanční a časová náročnost (Martan a kol., 2011, s. 44).

4. LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE

V primární péči o inkontinentní pacientku je nutné klást důraz na konzervativní léčbu a prevenci (Matoušková, 2013, s. 109).

Močová inkontinence postihuje ženy všech věkových skupin. Historie, fyzikální vyšetření a některé testy mohou vést odborníky k diagnostice. V první řadě je důležitá úprava životního stylu a trénink močového měchýře. Jelikož urgentní inkontinence nereaguje na konzervativní léčbu, používá se medikamentózní léčba (Wood a Anger, 2014, s. 1).

4.1 Konzervativní léčba stresové inkontinence

V konzervativní terapii se v první řadě využívají léky, pomůcky a režimová opatření, kdy je doporučováno omezit namáhavé práce (Špaček a kol., 2018 s. 352). Ženě s močovou inkontinencí lze doporučit, aby snížila příjem tekutin, kofeinu a nápojů sycených oxidem uhličitým a upravila tak svůj pitný režim. Další léčbou je časované vyprazdňování, s cílem snížit frekvenci vyprazdňování na každé dvě až tři hodiny. Pacientky, které nejsou schopny tak dlouho vydržet, začínají s vyprazdňováním ve stanoveném intervalu (například hodinu) a poté každý týden prodlužují časový interval o 15 - 30 minut, dokud není dosaženo požadovaného intervalu. K inkontinenci moči přispívá také obstipace a nadváha, proto je důležitá i dietní úprava. Ženám s indexem tělesné hmotnosti vyšším než 25 by mělo být doporučeno, aby zhubly, pokud se u nich objeví nové nebo zhoršující se příznaky, protože úbytek hmotnosti významně snižuje příznaky močové inkontinence (Matoušková, 2013, s. 109). Významné zvýšení nitrobřišního tlaku také způsobuje fyzicky náročná práce, či zvedání těžkých břemen, proto je důležitá reorganizace těchto aktivit či úprava pracovního zatížení. Dalším extrémem je pohybem nekompenzované sedavé zaměstnání (Herle, 2016, s. 117).

Fyzioterapie

Metodou první volby léčby stresové inkontinence moči je podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) cvičení svalů pánevního dna. Podstatou cvičení je opakovaná kontrakce a relaxace svalů pánevního dna. Důležité je trénovat sílu a vytrvalost svalů pánevního dna, ale i relaxaci (Hagovská a kol., 2020, s. 95).

V dnešní době se považuje mnoho cviků, které se využívaly v minulosti, za nevhodné – například stahování hýždí k sobě či přerušování proudu moči. Začátek cvičení by měl pacient absolvovat pod dohledem fyzioterapeuta, a to z důvodu rizika chybného provedení cviků, což může vést ke zhoršení potíží. První výsledky se mohou dostavit po týdnech až měsících poctivého a pravidelného cvičení (Švojgrová, 2017, s. 240 - 241). Cílem cvičení je zvýšit svalové napětí pánevního dna a zvýšit schopnost kontrakce svalstva pánevního dna (Slezáková a kol., 2013, s. 68). Obecněji známá jako Kegelova cvičení, by měla být prováděna pravidelně několikrát denně, aby se dostavil výsledek. Systematický přehled pacientů s urgentní, stresovou a smíšenou inkontinencí zjistil, že trénink svalů pánevního dna je účinnější než placebo či vůbec žádná léčba a měl by být zahrnut jako primární léčba pro inkontinenci moči. Pokyny NICE doporučují nabídnout zkušební trénink svalů pánevního dna po dobu tří měsíců, přičemž osm kontrakcí se provádí třikrát denně, jako primární léčba pro ženy se stresovou i smíšenou inkontinencí moči. Ve studiích se stresovou inkontinencí bylo po třech měsících vyléčeno 32 % z celkového počtu 22 žen (Wood a Anger, 2014, s. 4).

Samotná práce se svaly pánevního dna je velice náročná, vyžaduje soustředění a často se vyskytuje tzv. odcizení svalů pánevního dna. Přestože se v praxi používá slovní spojení „posilování svalů pánevního dna“, není smyslem fyzioterapie svaly „naposilovat“, nýbrž naučit ženy svaly pánevního dna najít a aktivně použít ve chvíli potřeby. Průběh fyzioterapie často komplikuje motorická paměť a motorické schopnosti pacientky (Horčička a kol., 2017, s. 87- 88). Při správném provedení však mohou být tato cvičení efektivnější než farmakologická léčba. K rehabilitaci se používají: ***soustavy cviků*** (Kegelovo cvičení), které ovšem nemůžeme využívat v případě pokročilých stupňů IM a nedostatečnosti pánevního svalstva, ***cvičení vaginálními konusy***, či podobnými předměty umístěnými v pochvě a ***elektrostimulace*** (Hanuš, 2011, s. 51).

Elektrostimulace

Principem této metody je zvýšit tonus svalů dna pánevního a tlumit kontraktilitu detruzoru. Elektrostimulace se využívá nejen k léčbě stresové inkontinence, ale i k léčbě OAB. (Špaček a kol., 2018 s. 353). Speciální sonda je umístěna v pochvě či rektu, kde nepřímo stimuluje nervosvalové struktury pánevního dna, svaly močového měchýře a uretru (Hanuš, 2011, s. 51).

V praxi se používají kapesní programovatelné přístroje určené pro léčbu inkontinence nebo složitější přístroje pro ambulantní elektroléčbu fyzioterapeutem. Úspěšnost elektrostimulační léčby je udávána kolem 50 až 60 % v pětiletém sledování (Horčička a kol., 2017, s. 66).

Vaginální konusy

Posilování pánevního dna pomocí předmětů, které žena nosí zavedené v pochvě. Jakmile je žena po určité době schopna předmět v pochvě udržet, je vyměněn za další o větší hmotnosti (Hanuš, 2011, s. 51).

Pesoterapie

Tato metoda bývala v dřívějších letech hojně využívána, ovšem v současnosti s příchodem moderních operačních technik je spíše opomíjená (Špaček a kol., 2018 s. 353). Pesary jsou gumová zařízení, umístěna transvaginálně. Fungují vyvíjením tlaku na přední vaginální stěnu, čímž podporují močovou trubici nebo ji dokonce pomáhají sevřít. Používají se nejčastěji u žen, které jsou špatnými kandidáty na chirurgický zákrok nebo se rozhodnou nepodstoupit operaci (Wood, Anger, 2014, s. 7 - 8).

Existuje řada pesaru různých velikostí a tvarů. V současné době se nejčastěji používají kruhové a kostkové ze silikonového materiálu. Vhodné je současně používat vaginální krémy s estriolem nebo vaginální tablety s estradiolem. Pravidelná gynekologická vyšetření jsou nutná jednou za dva až tři měsíce, ovšem první kontrola je mezi prvním a druhým týdnem po zavedení pesaru (Horčička a kol., 2017, s. 69).

Medikamentózní léčba stresové inkontinence

Principem farmakologické léčby stresové inkontinence je zvýšit intrauretrální odpor (Špaček a kol., 2018 s. 353).

ALFA-ADRENOMIMETIKA

V oblasti hrdla močového měchýře a proximální uretry se vyskytují α-adrenergní receptory, jejichž stimulace zvyšuje uretrální tlak. Nejznámějšími zástupci této skupiny léků je ***Efedrin***, který má výrazný účinek na převodní systém srdeční, s výrazným vazokonstrikčním a bronchodilatačním účinkem.

Vzhledem k centrálním stimulačním účinkům má vysoké riziko k návyku, a proto k léčbě SUI v dnešní době využíváme lék ***Midodrin (Gutron)*** (Špaček a kol., 2018 s. 354; Krhut, 2006, s. 53).

TRICYKLICKÁ ANTIDEPRESIVA

Používají se ke zvýšení uzavíracího tlaku využitím jejich adrenergní stimulace hladkých svalových vláken v uretře. Dostupný je dnes pouze ***Melipramin*** (***Imipramin*** 25 mg) dávkování: 2x1 tableta denně. V terapii stresové inkontinence se dnes využívá velmi zřídka (Horčička a kol., 2017, s. 65; Krhut, 2006, s. 53).

HORMONÁLNÍ TERAPIE

Hormonální léčbu doporučujeme u žen se známkami nedostatku estrogenů, které ovlivňují morfologii a funkci dolních cest močových u žen. Výsledky hormonální terapie inkontinence jsou hodnoceny velmi kontroverzně.

Versi ve své metaanalýze dospěl k efektivitě 34 - 80 % a Fantl ve své metaanalýze 166 prací z let 1969 – 1992 uvádí, že zaznamenal jednoznačný subjektivní efekt, avšak bez výrazného zlepšení objektivních parametrů (Špaček a kol., 2018 s. 354; Krhut, 2006, s. 53). Hormonální terapie je nejvyužívanější u starších žen, kdy v menopauze dochází k poklesu hladin estrogenu, který má za následek poševní a uretrální atrofii. To vede často k zánětům, které mají vliv na uzávěrový mechanismus močové trubice. Nízký obsah kolagenu vede k destrukci závěsného aparátu močové trubice s následnou stresovou inkontinencí. V hormonální terapii jsou hojně užívané lokální estrogeny (masti, krémy, čípky) (Romžová a kol., 2011, s. 224).

DULOXETIN

Moderní konzervativní léčbu zejména mírné formy stresová inkontinence představuje preparát ***Duloxetin*** (inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) (Herle, 2016, s. 117).

V rozsáhlé evropské studii prokázala farmakoterapie Duloxetinem, v denním režimu 2 × 40 mg, významné subjektivní zlepšení pacientek trpících příznaky SUI a dobrou toleranci účinné látky.

Paradoxně byla prokázána za běžných podmínek i vysoká intolerance k vedlejším účinkům duloxetine ve skupině 222 žen, kdy 66 % žen předčasně ukončilo léčbu pro neefektivitu či významné vedlejší účinky. U 67 % žen, které v léčbě vytrvaly, bylo prokázáno zlepšení dle subjektivních parametrů (Hiblbauer a Hiblbauer, 2011, s. 22).

4.2 Chirurgická léčba stresové inkontinence

Hlavním cílem chirurgické léčby stresové inkontinence moči je obnovení kontinence při užití operačních metod, které minimalizují morbiditu a umožní co nejrychlejší pooperační rekonvalescenci pacientek. Z více než 150 typů operací pro SUI jsou dle vědeckého hodnocení vybírány a doporučovány operační postupy, které mají nejvyšší léčebný efekt a nejmenší procento peroperačních a pooperačních komplikací (Martan a kol., 2011, s. 51).

Existují dva přístupy řešení stresové inkontinence moči: *suprapubický* a *vaginální* přístup. Mezi první operace stresové inkontinence se řadí operace ***Marshallova-Marchettiho-Krantzova,*** pojmenovaná po autorech. Spočívá v elevaci uretrovezikální junkce z retropubického přístupu (Herle, 2016, s. 117). Navzdory vysokému podílu vyléčených pacientek se od této operace ustupuje, kvůli obtížnosti výkonu, časté reoperaci a možnostech vzniku dalších komplikací. Operační léčba je tvořena širokou škálou metod a operačních přístupů.

Doposud nejvyužívanější metodou, považovanou za „zlatý standard“, byla ***kolposuspenze dle Burche*** (Hiblbauer, Hiblbauer, 2011, s. 22). Při tomto výkonu je fixováno hrdlo močového měchýře a proximální uretry pomocí bilaterální sutury přední poševní stěny a endopelvické fascie v úrovni hrdla močového měchýře k lig. iliopectineum pomocí nevstřebatelného materiálu. Dlouhodobé sledování udává 85-90 % úspěšnosti po jednom roce operace a po pěti letech až 70 %. Možnými komplikacemi je krvácení, traumatizace a průnik do močového měchýře, poranění ureterů, poruchy mikce až retence a vznik enterokély (Martan a kol., 2011, s. 52 - 54; Matoušková a kol., 2013, s. 107; Dubová a Zikán, 2019, s. 288).

Vaginální tahuprosté páskové operace

Zlatým standardem dnešní doby jsou tzv. pásky z inertních materiálů umísťované pod střední část uretry.

Páska je udržovaná tzv. „velcro“ efektem ve stálé pozici mezi živou tkání a syntetickým materiálem, dokud se nezahojí. Hlavní výhody jsou miniinvazivita bez nutnosti laparotomie, vyšší bezpečnost či následná rychlejší rekonvalescence. Míra úspěšnosti je uváděna mezi 73 - 95 % a výsledky jsou srovnatelné s kolposuspenzí. Mezi možné komplikace spojené s aplikací těchto závěsných pásek patří perforace měchýře, retropubické krvácení, obstrukční mikce a nemožnost vaginálního porodu bez předchozího protětí pásky (Matoušková, 2013, s. 108; Martan a kol., 2011 s. 62). Nejnovější alternativou páskových operací jsou tzv. „mini pásky“ (one incision operace), kdy se polypropylenová páska uloží pod močovou trubici cestou jedné krátké incize poševní stěny pod uretru. Páska je krátká a neproniká obturatorní membránou, čímž odpadá riziko poranění nervově-cévního svazku v laterální části foramen obturatorium (SUKL, 2016, s. 2).

Tahuprostá vaginální páska TVT (Tension-free Vaginal Tape)

V roce 1990 byla do klinické praxe zavedena zcela nová chirurgická technika k léčbě stresové inkontinence, která vešla ve známost jako TVT. Cílem bylo nahradit poškozené pubouretrální ligamenta pomocí syntetické pásky (Krhovský, 2019, s. 210).

Během operace se v lokální, spinální nebo celkové anestezii incizí na přední poševní stěně pomocí dvou jehlových vodičů zavedou oba konce pásky retropubickým prostorem a vyvedou suprapubicky. Takto zavedená páska se ponechá volně uložená pod uretrou. Několik studií však prokázalo nižší účinnost, než se od tohoto typu pásky očekávalo a byly zveřejněny zprávy o některých závažných komplikacích. Hlavním důvodem neúspěchu tohoto postupu je nepřiměřená délka pásky, která znemožňuje, aby kotevní část dosáhla správné upevňovací struktury. Mezi komplikace TVT patří peroperační perforace stěny močového měchýře nebo silné krvácení v retropubickém prostoru, vzniklé jako následek poranění cévy vodičem (SUKL, 2016, s. 2; Svabik a kol., 2019, s. 2171)

Léčebny efekt TVT operace je 80 - 90 %, přičemž subjektivní hodnocení efektu operace je o něco nižší. Tento typ operace je v současnosti doporučován pacientkám s ISD (intrinsic sphincter deficiency) a menší pohyblivostí uretry (Martan a kol., 2011, s. 63).

Transobturátorová páska TOT, TVT-O (Transobturator Tape)

Vzhledem k velkému množství možných komplikací, které s sebou TVT operace přinášely, přešla většina operatérů k operaci, kdy je páska vedena kolem dolních ramen stydké kosti (TOT, TVT-O). Transobturátorový přístup out-in byl do praxe uveden roku 2001.

O dva roky později byla v zájmu zvýšení bezpečnosti při zachované efektivitě prezentována in-out transobturatorní pásková operace – TOT (transobturator tape). Pásku předurčil k masovému rozšíření aspekt bezpečnosti s vysokou účinností. Pomocí drobné vaginální incize je páska zavedena a uložena horizontálně pod močovou trubici. Kontinence je po operaci dosažena tím, že při zvýšení intraabdominálního tlaku volně uložená páska podepírá uretru, přičemž se o ní močová trubice částečně i ohýbá. Úspěšnost operace v léčbě stresové inkontinence je 92 - 95 %. Mezi komplikace po zavedení TOT pásky patří bolestivost při pohlavním styku či protruze části pásky do pochvy (Martan a kol., 2011, s. 64; SUKL, 2016, s. 2).

Pásky z jedné vaginální incize – SIS, minipásky – SIMS (Single Incision Sling, Mini-sling)

Třetí generace single-insane-mini-sling (SIMS, 2006) představuje poslední významnější etapu ve vývoji páskový operací. Páska je aplikována z jedné vaginální incize. Cílem tohoto výkonu bylo snaha snížit množství implantovaného cizorodého materiálu, redukce množství vpichů, vyhnutí se slepému průniku retropubickým a transobturátorovým prostorem. První z těchto minipásek s úspěšností byla ***TVT Secur (Tension free Vaginal Tape Secure)***. Pásku bylo možné zavádět v U pozici retropubicky nebo v pozici Hammock do m. obturatorius internus (Piškytlová, 2017, s. 244). Úspěšnost se pohybuje od 60 do 85 %, ale léčebné výsledky jsou při srovnání s ostatními páskovými metodami nižší, tudíž se od tohoto typu operace upouští. Příčinou nižšího léčebného efektu může být nižší elasticita, nedostatečná fixaci pásky po jejím zavedení, ostrost okrajů pásky. Dalším příkladem mini pásek je ***MiniArc***, která je zakončena malými plastovými kotvami umožňující fixaci za symfýzu do m. obturatorius internus pomocí speciálního vodiče (Martan a kol., 2011, s. 76).

Nevýhodou je stálá délka pásky, která může vzhledem k variabilitě velikosti pánve být problémem. Tento problém řeší páska ***AJUST,*** u které je možná nastavitelnost délky a tím i určit jaká má být podpora uretry (Martan a kol., 2012, s. 299). Podle poslední analýz je tento léčebny efekt stejný jako u operační metody transobturátorových pásek (Martan a kol., 2011, s. 83).

Retropubické tahuprosté pásky RT-TVT (Tension-free Vaginal Tape Retropubic), TVT-EXACT, TVT-ADVANTAGE)

V současné době jsou používané tahuprosté pásky nové generace RT-TVT pásky, které umožňují lepší prorůstání přirozených tkání. Operační metoda obdobná jako operace TVT se stejným postupem operace. Jediným rozdílem je, že veškeré nástroje jsou na jedno použití (Genadry a Mostwin, 2013, s. 117; Martan a kol., 2012, s. 303). Komplikace budou podobné jako u metody TVT, ale méně časté vzhledem k malé tloušťce vodiče a plastového tubusu, které jsou vedeny za symfýzou (Martan kol., 2011, s. 85).

BULKING AGENTS

Operační postup s použitím „bulging agents“ (periuretrálními implantáty) představuje další možnost řešení stresové inkontinence u žen. Provádí se transuretrální aplikací látek do submukózy uretry v oblasti uretrovezikální junkce (hrdla močového měchýře), pod kontrolou cystoskopu (Horčička a kol., 2017, s. 73).

K dispozici je několik různých druhů, avšak v klinické praxi se nejčastěji používá polyakrylamidový hydrogel zvaný jako ***Bulkamid***. K dosažení efektivity jsou často zapotřebí dvě až tři injekce. I když je tento postup v léčbě inkontinence méně účinný než chirurgický zákrok, jsou tyto látky doporučovány ženám se současným výskytem dalších nemocí, kvůli kterým nemohou být operovány a touží po krátkodobé úlevě od symptomů. Lze jej aplikovat i u žen, které se nezlepšily konzervativní léčbou stresové inkontinence moči. Polyakrylamid gel je velmi dobře snášen tkání uretry. Gel zůstává na místě, není rozložen a nemění svoji konzistenci či objem. Mezi nejběžnější komplikace patří infekce dolního močového traktu, makroskopická hematurie, pooperační bolest, retence moči a přechodně urgence *de novo.*

Výrazné zlepšení či vymizení obtížích je udáváno u 70 - 75 % pacientek, avšak léčebný efekt se mírně zhoršuje s časem od provedeného výkonu (Martan a kol., 2011, s. 89 - 91; Wood a Anger, 2014, s. 8).

5. PREVENCE

Drábková (2015, s. 128) rozděluje prevenci na primární, sekundární, terciální a kvartérní. ***Primární prevence*** se týká žen, u kterých ještě ke vzniku onemocnění nedošlo. Cílem je tedy zabránit vzniku onemocnění. Mezi základní preventivní opatření jsou uvedeny pravidelné návštěvy praktického lékaře a specialistů z oboru gynekologie a urogynekologie. V mnohých případech lze močové inkontinenci zabránit dodržováním patřičných opatření. Mezi zásady primární prevence patří příjem dostatečného množství tekutin, dietní návyky (zvýšit příjem vlákniny), pravidelná fyzická aktivita, vhodné hygienické a toaletní návyky, dodržování zdravého životního stylu a včasná terapie s případnou kompenzací akutních a chronických onemocnění.

Sekundární prevence se zaměřuje na pacientky, u nichž se již onemocnění vyskytlo. Cílem je včasné rozpoznání (odhalení) onemocnění a zamezení rozvoje nemoci. Dodržováním léčby a vhodným opatřením lze zvýšit pravděpodobnost uzdravení jedince. Mezi zásady sekundární prevence patří nácvik močení a trénink močového měchýře, omezení rizikových faktorů úprava prostředí (obytného prostoru nemocného), behaviorální postupy a farmakoterapie ***terciální, kvartérní prevence*** se snaží zabránit progresi onemocnění a vzniku komplikací. Jedná se hlavně o dodržování léčebných postupů, rehabilitační terapii a edukační činnost (Drábková, 2015, s. 128 - 129).

Slezáková (2011, s. 90) řadí mezi prevence i péči o správnou funkci ledvin a močových cest v období těhotenství a po porodu (péče o vyprazdňování moči v graviditě, šetrný porod s následným pečlivým ošetřením všech porodních poranění). Snaha o posílení svalstva pánevního dna a obnova správné mikce v průběhu šestinedělí pomáhá překonat toto náročné období bez pozdějších následků pro kontinenci. Mezi další preventivní opatření řadí včasné nasazení hormonální substituce, jelikož v době klimakteria a postmenopauzy vyhasíná tvorba hormonů, které podporují dobrou funkci závěsného aparátu vnitřních pohlavních orgánů a dolních močových cest.

6. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU S INKONTINENCÍ

Základní péče porodní asistentky o ženu s močovou inkontinencí spočívá v edukační činnosti související se zdravým životním stylem a úpravou některých životních stereotypů mezi které patří případná edukace o redukci hmotnosti a tím odlehčení pánevnímu dnu, snížení příjmu kofeinu, edukace v udržování celkové kondice, dostatečného příjmu tekutin, péče o pravidelné vyprazdňování stolice, omezení nadměrné fyzické aktivity (zvedání těžkých břemen) či předcházení vzniku infekcí močových cest (Škorničková a kol., 2015, s. 76).

Primární péče

Vyhledávání pacientek s močovou inkontinenci začíná v ambulancích praktických lékařů a gynekologů. Základní vyšetření pacientky s močovou inkontinenci by mělo být provedeno na úrovní primární péče. V rámci každé prohlídky se doporučuje klást *aktivní otázky* k vyhledávání problému: „Došlo během posledních měsíců k nechtěnému úniku moči?“ Pokud žena odpoví ano, následuje další dotaz: „Dochází k úniku moči při kašli, kýchnutí, smíchu či poskoku?“ Jestliže odpoví opět ano, jedná se zpravidla o stresovou inkontinenci. Poté následují další dotazy k upřesnění vyvolávajících faktorů a poruch inkontinence: „Jak často dochází k úniku moči?“, „Za jakých okolností?“, „Jaké množství moči unikne?“, „Užíváte absorpční prostředky (jaký typ, množství)?“, „Do jaké míry potíže ovlivňují váš život?“ Aby byl upřesněn původ a příčiny inkontinence k pokládaným dotazům je třeba také položit i dotaz na chronický kašel, obstipaci, neurologické onemocnění, zjištění renálního či kardiálního selhávání, endokrinní onemocnění, farmakologická anamnéza a životospráva (abúzus alkoholu, kofeinismu, nikotinismus). Ve světě existuje spousta dotazníků týkající se močové inkontinence, mikčních obtíží, kvality života a problémy s tím spojené. Účelem těchto dotazníků používaných v klinické praxi je kvalitativní a kvantitativní hodnocení inkontinence s dalšími parametry. Dotazníky se používají k posouzení vývoje onemocnění nebo symptomu a k posouzení účinnosti léčby. V klinické praxi se k diagnostice přítomnosti, typu inkontinence, kvantifikace inkontinence a ovlivnění kvality života inkontinencí používají dva typy dotazníků: ***ICIQ-SF*** (International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form) a ***UDI-6*** (Urogenital Distress Inventory). Ke zjišťování kvality života nám slouží dotazníky: ***I-QOL*** (Urinary Incontinence Quality of Life) a ***IIQ-7*** (Incontinence Impact Questionnaire).

K diagnostice ovlivnění sexuálních funkcí inkontinencí slouží dotazník ***PISQ-12*** (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function) (Horčička a kol., 2017, s. 27 - 32).

Primární péče zahrnuje podrobný sběr anamnézy, základní klinické a laboratorní vyšetření, vyšetření moči (chemické vyšetření, vyšetření močového sedimentu, bakteriologické vyšetření), zhodnocení postmikčního rezidua, jednoduché stresové testy a mikční deník vedený po dobu 24 - 48 hodin. Podle těchto vyšetření dochází k rozhodnutí, zda pacientku poslat na další, specializovaná vyšetření, nebo zahájit konzervativní léčbu. Pomocí deníku močového měchýře dokáže lékař rozpoznat, zda inkontinence souvisí s tělesnou aktivitou, s pocitem nutkání na močení nebo s oběma faktory současně, či zda souvisí s pitím velkého objemu tekutin a následnou produkcí velkého objemu moči (Genadry a Mostwin, 2013, s. 64).

Porodní asistentka by měla zdůraznit ženě rizikové faktory, správnou životosprávu, účinnost cviků na posílení pánevního dna či informovat o užívání inkontinentních pomůckách a speciální kosmetice. Nesmí se zapomínat i na motivaci při rozhodování klientky, jak problém řešit (Slezáková a kol., 2013, s. 71 - 72). V primární péči se může stát, že se pacientka rozhodne nepokračovat v další léčbě. Pokud tak učiní, je důležitá edukace ohledně zvládání úniku moči a nabídnutí případné kontroly, jestliže by přehodnotila své rozhodnutí. Absorpční produkty a protetické pomůcky (vložky, podložky, vložné pleny…) by žena neměla považovat za léčbu močové inkontinence. Používají se jako strategie zvládání onemocnění, než dojde k úplnému vyléčení, nebo jako doplněk k probíhající terapii. Žena je sledována v primární péči jednou ročně, nebo jednou za půl roku, jestliže má přetrvávající problémy či je starší 75 let. Porodní asistentka také konzultuje s ženou, zda je spokojená s dosavadní léčbou. Jestliže došlo ke zlepšení, je optimální ve stejné léčbě pokračovat. (jedná se především o medikamentózní léčbu). Jakmile se ale objevily nepříznivé účinky, či se neprokázalo zlepšení, je nutné pozměnit dávku či samotný lék. Za 3 - 4 týdny by měla žena opět přijít na kontrolu. Jakmile by se žena rozhodla, že nechce pokračovat v medikamentózní léčbě, ale zvažuje léčbu následnou, je dispenzarizovaná do sekundární péče (Smith a kol., 2013, s. 33 - 34).

Sekundární péče

Sekundární péči provádí specialisté na urogynekologickém pracovišti, v ambulantním či lůžkovém zařízení. Péče je prováděna na základě pokynů ošetřujícího gynekologa či praktického lékaře (Horčička a kol., 2017, s. 27 - 46).

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Zahrnuje urogynekology, urology se zaměřením na ženskou urologii, odborné sestry, fyzioterapeuty a další specialisty. Informuje všechny ženy, které chtějí zvážit chirurgickou léčbu močové inkontinence, ohledně výhod a rizik. Poté co je žena přezkoumána multidisciplinárním týmem jí může být nabídnuta invazivní terapie. Při doporučování optimálního postupu se musí vzít v úvahu preference ženy a její předchozí léčba. Všechny multidisciplinární týmy by měly pracovat v rámci zavedené regionální klinické sítě, aby zajistily všem ženám vhodné možnosti léčby a vysoce kvalitní péči (Smith a kol., 2013, s. 33 - 34).

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY V SEKUNDÁRNÍ PÉČI

Při hospitalizaci z důvodu vaginální tahuprosté páskové operace musí porodní asistentka k ženě přistupovat empaticky, jelikož se jedná o intimní téma. Onemocnění močovou inkontinencí nepříznivě ovlivňuje chování, reakce a emoční projevy klientky. Přináší s sebou řadu omezení, mezi které můžeme zařadit redukci společenských aktivit, změny kvality sexuálního života, strach z odhalení spontánního úniku moči, stud, obavy ze zápachu či poruchy spánku. Je třeba pomoci ženě překonávat všechny problémy, posilovat získání sebedůvěry a navrátit ji k plnohodnotnému kvalitnímu životu. Při hospitalizaci žena potřebuje dostatečný čas na přiměřenou adaptaci. Na oddělení konzervativní gynekologie je pacientka přijata většinou jeden den před samotným výkonem. PA uloží pacientku na pokoj, seznámí ji s oddělením, vysvětlí plán péče a sepíše s ní potřebné ošetřovatelské dokumentace. Jestliže má žena otázky, porodní asistentka jí je zodpoví. Pacientka musí mít před operací provedené předoperační vyšetření. Důležitá je informovanost o nutnosti oholení, bandáži dolních končetin v den výkonu, odstranění šperků či protetických pomůcek a aplikace premedikace/prepremedikace. S každou hospitalizací a výkonem musí mít žena podepsané informované souhlasy. Anesteziologická sestra informuje ženu o průběhu operace, seznámí jí s anestezií a vyplní společně anamnestický dotazník včetně souhlasu s anestezií. PA den před výkonem ženě oholí genitál a dbá na lačnění klientky (minimálně 6 hodin před operací nejíst, nepít, případně nekouřit).

V den výkonu se provede ranní hygiena, odstraní se protetické pomůcky a šperky, provede se bandáž dolních končetin, aplikace léků dle ordinace lékaře a podá se pacientce premedikace (cca 30 minut před výkonem). Po výkonu porodní asistentka monitoruje fyziologické funkce a plní ordinaci dle lékaře. Důležitá je také kontrola krvácení a sledování močení. U většiny případů se nezavádí permanentní močový katetr a je důležité vymočení do 6 hodin po operaci. Samotné zahojení ran a potřebné usazení pásky trvá přibližně 4 - 8 týdnů (Škorničková a kol., 2015, s. 76 - 78; Slezáková a kol., 2013, s. 71).

Při propuštění do domácí péče je žena důsledně informována o režimovém opatření a zvedání těžkých břemen (maximálně 3 - 5 kg do každé ruky, a to doživotně po provedené operaci). Délka pracovní neschopnosti po vaginálních tahuprostých páskových operací je doporučována 14 dní. Kontrola specialistou je vhodná nejdříve za 6 - 8 týdnů po operaci (Horčička a kol., 2017, s. 132).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

7. METODIKA PRŮZKUMU

Tato bakalářská práce na téma Stresová inkontinence u žen a aktuální možnosti její léčby, je teoreticko-průzkumná. V průzkumné části práce bylo použito dotazníkové šetření k získání potřebných dat. Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (Příloha B) obsahoval celkem 20 různých typů otázek, kdy na základě odpovědí byl vyhodnocen průzkum.

Do dotazníku bylo zařazeno 6 otázek trichotomických, kdy respondentky volily ze tří možných odpovědí (otázky č. 3, 6, 9, 11, 12, 14) a 10 otázek polytomických, které byly dále rozděleny na výběrové, výčtové a hodnotové vyjádření pomocí Likertovy škály. Výběrové otázky umožňovaly ženám vybrat jednu správnou odpověď z více než tří možností (otázky č. 4, 7, 8, 20), výčtové nabízely respondentkám zvolit více možných odpovědí (otázky č. 2, 5, 16) a Likertova škála nabízela hodnocení na stupnici od 0 - 10. V otevřených otázkách (otázky č. 1, 10, 13, 15) dostaly ženy prostor pro vypsání vlastní odpovědi. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků. Jejich návratnost činila 40 dotazníků tedy 100 %. Těchto 40 dotazníků bylo zpracováno v průzkumné časti bakalářské práce. Průzkumné šetření probíhalo v období od března do dubna 2021 na urogynekologické ambulanci, v nemocnici krajského typu, za souhlasu vedoucí sestry. Anonymní dotazníky byly rozdány ženám s diagnózou stresová inkontinence. Následující kapitola se zabývá prezentací výsledků dotazníkového šetření. Pro lepší přehlednost je u každé položky celé znění otázky, obrázek, nebo tabulka. Na závěr je uvedeno krátké slovní zhodnocení každé položky.

7.1 Cíle a průzkumné otázky

V rámci průzkumné části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

1. Zjistit míru informovanosti žen o možnostech léčby stresové inkontinence.
2. Zhodnotit dopad stresové inkontinence v základních oblastech lidského života, konkrétně na partnerský a rodinný život.

Na základě výše uvedených cílů byly definovány tyto průzkumné otázky:

1. Jaká je míra informovanosti žen o léčbě stresové inkontinence?
2. Jaký je dopad stresové inkontinence na partnerský a rodinný život ženy?

7.2 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumným souborem byly ženy s diagnózou stresová inkontinence. Tyto klientky byly po předchozí domluvě autorky s porodní asistentkou pracující na urogynekologické ambulanci požádány o dobrovolné a anonymní vyplnění dotazníku.

První otázka dotazníku byla zaměřena na věk respondentek, který byl pro větší přehlednost rozdělen do čtyř věkových skupin. Výsledky ukázaly, že nejvíce respondentek uvedlo věk v rozmezí 66 - 80 let, a to přesněji 14 respondentek (35 %) z celkového počtu 40. Druhé nejčastější věkové rozmezí bylo 56 - 65 let, které sdělilo celkově 10 respondentek (25 %). Kategorii v rozmezí 46 - 55 let uvedlo 8 respondentek (20 %). Stejně tak tomu bylo i u věkové skupiny 35 - 45 let, kdy věk v tomto rozmezí uvedlo taktéž 8 respondentek neboli 20 %.

7.3 Zpracování dat

Pro vytvoření teoretické písemné části byl využit počítačový program Microsoft Office Word. K zodpovězení průzkumných otázek byla data z dotazníku analyzována a poté prezentována pomocí tabulek v Microsoft Office Excel. Výsledky v průzkumné části byly zpracovány pomocí absolutní, relativní (uváděna v procentech) a celkové četnosti. Absolutní četnost (n_i) vyjadřuje absolutní hodnotou četnost zastoupených hodnot ve statistickém souboru. Relativní četnost (f_i) vyjadřuje četnost pomocí relativních hodnot. Vzorec relativní četnosti: $f_i = n_i / n \times 100$

f_i = relativní četnost

n_i = absolutní četnost

n = celkový počet jednotek (Kladivo, 2013, s. 11).

U otázek č. 2, 5 a 16 bylo na výběr více odpovědí. Každá z možností je procentuálně vyjádřená z celkového počtu odpovědí.

8. ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Tato část bakalářské práce analyzuje a představuje výsledky z průzkumného šetření. Jednotlivé otázky dotazníku jsou zde uvedeny v celém znění. Otázka č. 1 z dotazníku, dotazující se na věk respondentek, je zpracována v kapitole 7.2 Charakteristika průzkumného souboru.

Otázka č. 2: Z jakých zdrojů získáváte informace ohledně léčby stresové inkontinence? ***(můžete zvolit více možností)***

a) lékař, porodní asistentka, zdravotní sestra
b) přátelé/rodina
c) internet
d) odborná literatura

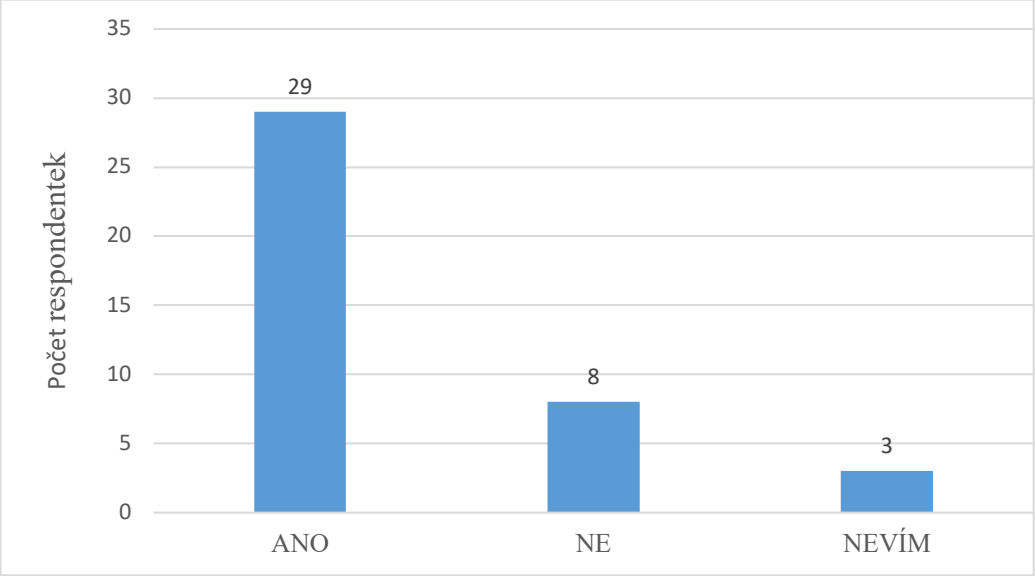
Tabulka 4 Zdroje informací o stresové inkontinenci

Odpověď	n_i	f_i (%)
lékař, porodní asistentka, zdravotní sestra	25	52,1
přátelé, rodina	2	4,2
internet	16	33,3
odborná literatura	5	10,4
∑	**48**	**100**

Pomocí této otázky bylo zjišťováno, kým byly nejčastěji respondentky informovány, co se týče léčby stresové inkontinence. Respondentky měly možnost uvést i více odpovědí. Každá z možností je procentuálně vyjádřena z celkového počtu odpovědí (48). Z uvedených možností vyplývá, že nejvíce žen bylo informováno svým lékařem, porodní asistentkou či zdravotní sestrou (52,1 %). Další velké zastoupení zdroje informací byl uváděn internet, kdy tuto odpověď uvedlo 16 žen (33,3 %). Mezi méně časté odpovědi patřila odborná literatura, kterou jako zdroj informací využívá 5 žen (10,4 %) a přátelé a rodina, kdy tuto možnost uvedly pouze 2 ženy (4,2 %).

Otázka č. 3: Myslíte si, že jste byla dostatečně informovaná zdravotní sestrou, porodní asistentkou či lékařem o možnostech léčby stresové inkontinence?

a) ano
b) ne
c) nevím



Obrázek 1 Informovanost zdravotníkem

Na otázku, zda si respondentky myslí, že byly dostatečně informovány zdravotní sestrou, porodní asistentkou či lékařem o možnostech léčby stresové inkontinence uvedlo 29 žen (72,5 %), že dle jejich názoru byly dostatečně informovány. Naopak 8 žen (20, 0 %) uvedlo, že byly nedostatečně informovány a 3 ženy (7,5 %), že neví.

Otázka č. 4: Vyberte správnou definici stresové inkontinence:

a) Stresová inkontinence moči je časté nucení na močení během dne.
b) Stresová inkontinence je samovolný únik moči po náhlém pocitu nucení (urgence), kterému pacient nedokáže zabránit.
c) Jde o samovolný únik moči z přeplněného močového měchýře.
d) Stresová inkontinence moči je definována jako nedobrovolná ztráta moči při fyzické námaze nebo kýchání či kašlání.

Tabulka 5 Definice stresové inkontinence

Odpověď	n_i	f_i (%)
Stresová inkontinence moči je časté nucení na močení během dne.	5	12,5
Stresová inkontinence je samovolný únik moči po náhlém pocitu nucení (urgence), kterému pacient nedokáže zabránit.	3	7,5
Jde o samovolný únik moči z přeplněného močového měchýře.	4	10,0
Stresová inkontinence je definována jako nedobrovolná ztráta moči při fyzické námaze nebo kýchání či kašli.	28	70,0
∑	**40**	**100**

V této otázce měly respondentky zvolit definici stresové inkontinence. Jediná správná odpověď byla **Stresová inkontinence je definována jako nedobrovolná ztráta moči při fyzické námaze nebo kýchání či kašli**. Tuto odpověď zaznamenalo do dotazníku 28 respondentek (70,0 %). Ostatní uvedly nesprávnou odpověď. Možnost definice Stresová inkontinence moči je časté nucení na močení během dne, uvedlo 5 žen (12,5 %). Některé dotazované uvedly, že Jde o samovolný únik moči z přeplněného močového měchýře a to přesněji 4 ženy (10,0 %) z celkového zastoupení. Poslední možnou definici, kdy je stresová inkontinence popsána jako samovolný únik moči po náhlém pocitu nucení (urgenci), kterému pacient nedokáže zabránit, vybraly 3 ženy (7,5 %).

Otázka č. 5: Jak jste se doposud s inkontinencí léčila? ***(můžete zvolit více možností)***

a) cvičení
b) medikamentózní léčba
c) operační léčba
d) neléčila
e) jiná (uveďte)…….

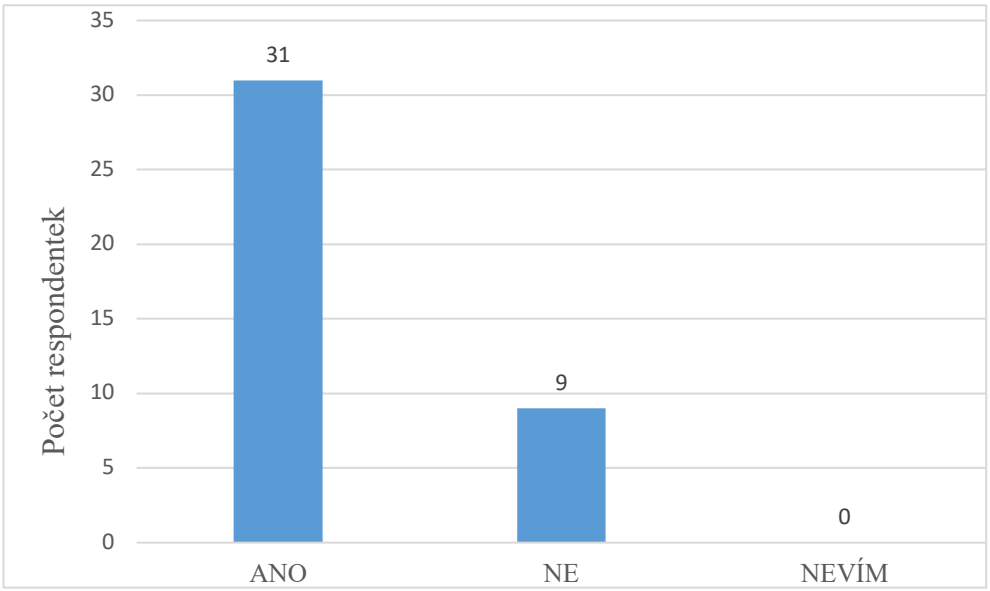
Tabulka 6 Dosavadní léčba inkontinence

Odpověď	n_i	f_i (%)
cvičení	18	35,3
medikamentózní léčba	15	29,4
operační léčba	8	15,7
neléčila	10	19,6
jiná	0	0
∑	**51**	**100**

Pátou otázkou bylo zjišťováno, jak se ženy doposud s inkontinencí léčily. Respondentky měly možnost vybrat více jak jednu odpověď. Každá z možností je procentuálně vyjádřena z celkového počtu 51 odpovědí. Největší zastoupení v léčbě mělo cvičení, které uvedlo 18 žen (35,3 %). Druhou nejčastější odpovědí byla medikamentózní léčba, kterou označilo 15 žen (29,4 %) a následně odpověď operační léčba, kterou zvolilo 8 respondentek (15,7 %). Nejméně byla zastoupena možnost, že se žena s inkontinencí doposud neléčila. Tuto odpověď uvedlo 10 žen (19,6 %). Odpověď Jiné neuvedla žádná z dotazovaných.

Otázka č. 6: Byly Vám nabídnuty informace o možnostech léčby stresové inkontinence bez nutnosti operace (tzv. konzervativní léčby)?

a) ano
b) ne
c) nevím



Obrázek 2 Nabídnutí informací o konzervativní léčbě

Tato otázka zjišťovala, zda byly ženám nabídnuty informace o možnostech konzervativní léčby. Z obrázku č. 2 je patrné, že možnost „ano“ uvedlo 77,5 % respondentek. Odpověď „ne“, uvedlo 9 žen, tedy 22,5 % a možnost „nevím“ neuvedla žádná z respondentek.

Otázka č. 7: Víte, jak často je doporučováno provádět sérii cviků na posílení pánevního dna?

a) 1x denně
b) 2x denně
c) 3x denně
d) 1x týdně
e) nevím

Tabulka 7 Série cviků na posílení pánevního dna

Odpověď	n_i	f_i (%)
1x denně	6	15
2x denně	14	35
3x denně	10	25
1x týdně	2	5
nevím	8	20
∑	**40**	**100**

Sedmá otázka zjišťovala znalost respondentek ohledně provádění sérii cviků na posílení pánevního dna. Správná možnost byla **3x denně.** Překvapilo mě, že až 75 % žen uvedlo nesprávnou odpověď a pouze 10 žen (25 %) zvolilo odpověď správnou. Odpověď 2x denně uvedlo 14 žen (35 %) z celkových dotazovaných a 10 žen (25 %) zvolilo možnost 3x denně. Dalších 6 respondentek (15 %) uvedlo jako odpověď vhodnost provádění sérii cviků na posílení pánevního dna 1x denně a možnost 1x týdně uvedly dvě respondentky (5 %). Odpověď „nevím“ zvolilo 8 respondentek (20 %).

Otázka č. 8: Jak dlouho by měla trvat jednotlivá kontrakce (stah) svalu při posilování?

a) 2-10 vteřin
b) 30 vteřin
c) 1 minutu
d) nevím

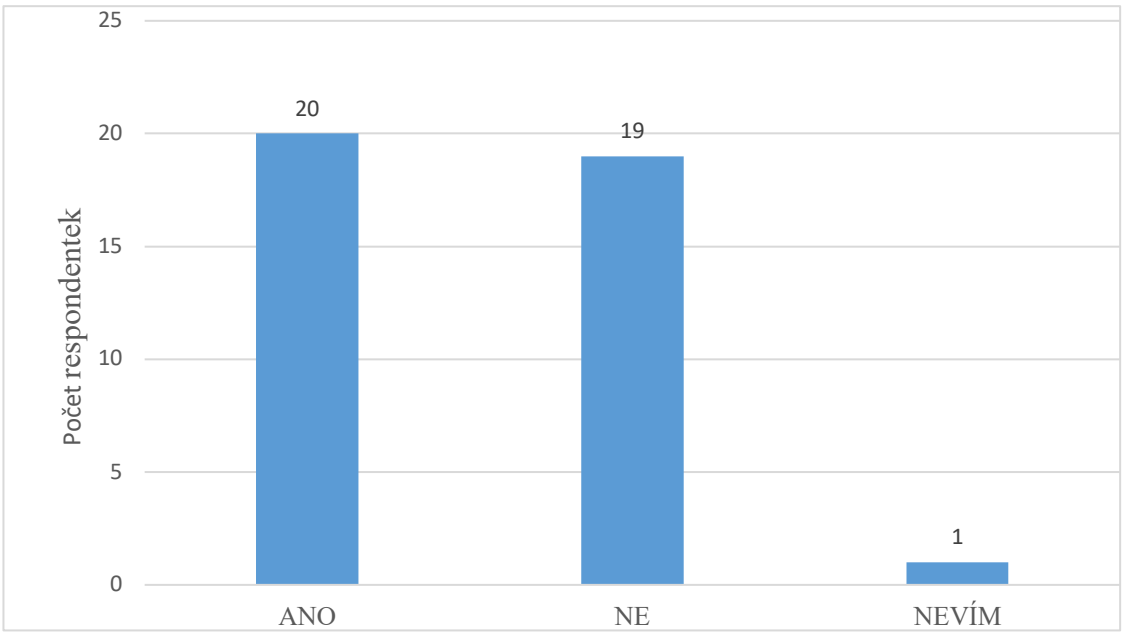
Tabulka 8 Stah svalu při posilování

Odpověď	n_i	f_i (%)
2–10 vteřin	14	35
30 vteřin	12	30
1 minutu	1	2,5
nevím	13	32,5
∑	**40**	**100**

Tato otázka se zaměřuje opět na znalost žen ohledně posilování pánevního dna. Přesněji řečeno se dotazuji na to, jak dlouho by měla trvat jednotlivá kontrakce svalu při posilování. Dle tabulky č. 8 je patrné, že téměř polovina žen odpověděla špatně, či vůbec odpověď nezná. Pouze 14 respondentek (35 %) uvedlo správnou možnost, a to provádět jednotlivé kontrakce **2 - 10 vteřin**. Možnost „nevím“ uvedlo 13 respondentek (32,5 %). Další častou odpovědí bylo 30 vteřin, kterou uvedlo 30 % respondentek. Jedna respondentka uvedla jako možnou odpověď 1 minutu.

Otázka č. 9: Byl Vám poskytnut informační materiál/instruktáž o cvičení pánevního dna?

a) ano
b) ne
c) nevím



Obrázek 3 Informační materiál/instruktáž o cvičení pánevního dna

Otázka číslo 9 měla za cíl zjistit, zda byl ženám poskytnut informační materiál/ instruktáž o cvičení pánevního dna. Jak z grafu vyplývá, polovina žen odpověděla „ano“, což tvoří 50 % z dotazovaných. Téměř stejné zastoupení měla odpověď „ne“, kterou uvedlo 19 respondentek (47,5 %) a možnost „nevím“ zvolila pouze jedna respondentka (2,5 %).

Otázka č. 10: Znáte i jiné možnosti konzervativní léčby, kromě posilování pánevního dna? Pokud ano, uveďte jaké.

Tato otázka byla určena pro respondentky, které znají i jiné možnosti konzervativní léčby, než je posilování pánevního dna. Respondentky měly prostor pro uvedení možností konzervativní léčby, které znají. Jak z tabulky č. 9. vyplývá, z celkového počtu 40 respondentek odpovědělo pouze 8 žen.

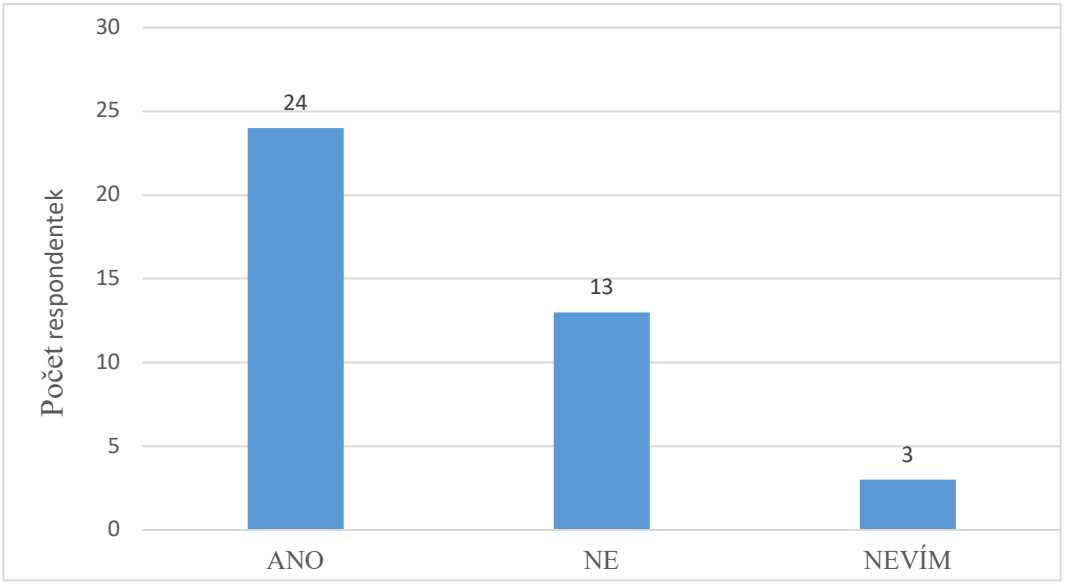
Tabulka 9 Jiné možnosti konzervativní léčby

Odpověď	n_i	f_i (%)
venušiny kuličky pro posílení pánevního dna	2	25
medikamentózní léčba	6	75
∑	**8**	**100**

Z 8 odpovědí byla nejčastěji uváděna medikamentózní léčba, kterou uvedlo 6 respondentek (75 %). Dvě ženy (25 %) zmínily ve svých odpovědí *venušiny kuličky* a *kuličky pro posílení pánevního dna*. Odpovědi žen jsou pro lepší přehled v tabulce lehce upravené, je ovšem zachována jejich původní integrita.

Otázka č. 11: Byly Vám nabídnuty informace o možnostech chirurgické léčby?

a) ano
b) ne
c) nevím

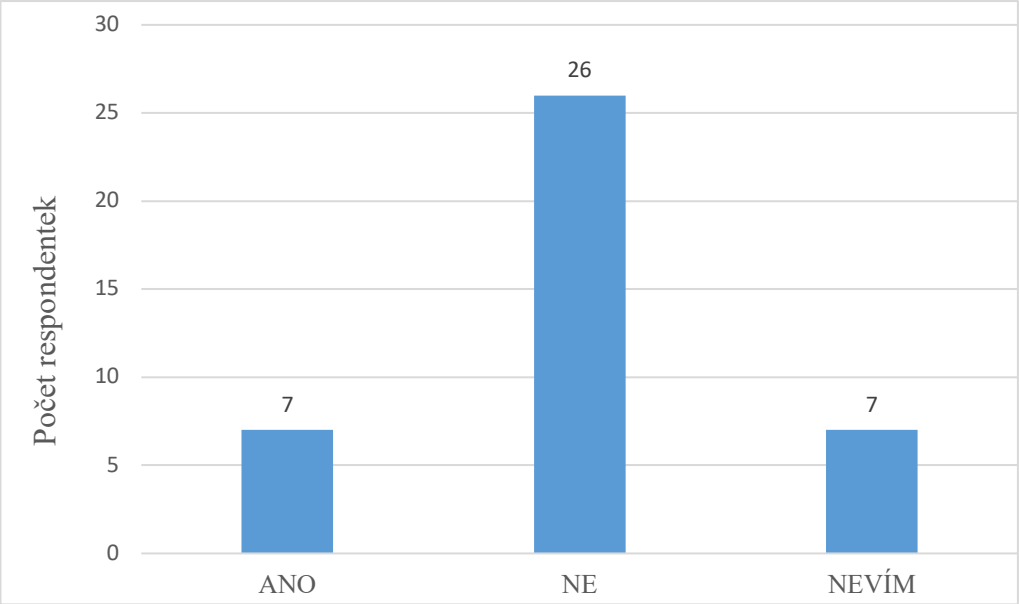


Obrázek 4 Informace o možnostech chirurgické léčby

Na otázku, zda byly respondentkám nabídnuty informace o možnostech chirurgické léčby, odpovědělo 24 respondentek (60 %) „ano“, což činí více než polovinu z dotazovaných. Jak je vidět na obrázku č. 4, 32,5 % respondentek uvedlo možnost „ne“ a nejmenší počet odpovědí byl uváděn u možnosti „nevím“, kterou zvolily 3 respondentky (7,5 %).

Otázka č. 12: Víte o komplikacích, které s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence?

a) ano
b) ne
c) nevím



Obrázek 5 Znalost komplikací chirurgické léčby

Otázka č. 12 měla za úkol zjistit znalost žen ohledně komplikací, které s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence. Z celkového počtu 40 dotazovaných uvedlo 26 žen (65 %) že neznají žádné komplikace chirurgického řešení. Sedm respondentek (17,5 %) zvolilo odpověď, že vědí o možných komplikací, které s sebou přináší chirurgická léčba, stejně tak zbylých 7 respondentek (17,5 %) uvedlo odpověď „nevím“. V případě, kdy respondentky uvedly, že znají některé možné komplikace chirurgického řešení inkontinence, pokračovaly na další otázku, kde měly možnost je podrobněji popsat.

Otázka č. 13: Uveďte, které komplikace s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence. ***(pokud jste na otázku č. 12 odpověděla „ano“)***

Tato otázka byla určena pro respondentky, které v předchozí otázce odpověděly „ano“. V této otázce měly respondentky možnost vypsat komplikace, které s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence.

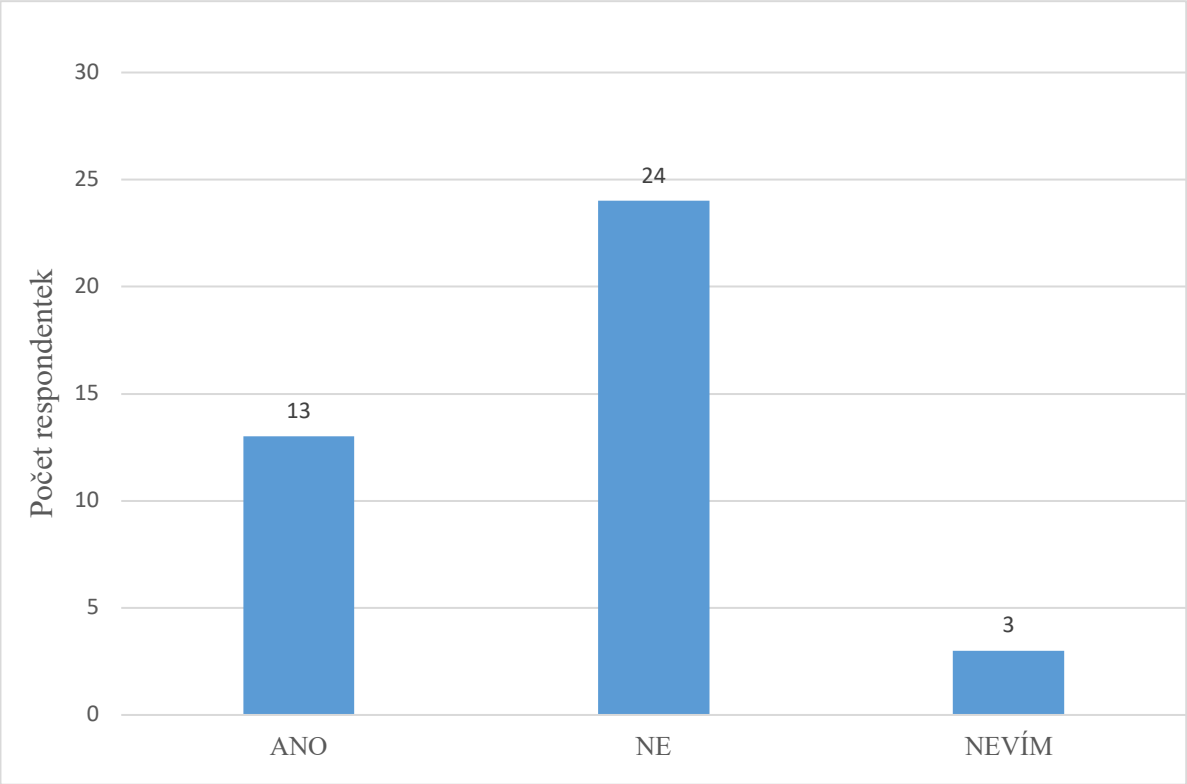
Tabulka 10 Komplikace chirurgické léčby

Odpověď	n_i	f_i (%)
poranění nervů	2	18,2
krvácení	3	27,2
infekce močových cest	1	9,1
retence moči	5	45,5
∑	**11**	**100**

Na otázku číslo 13 odpovědělo 11 respondentek. Z celkových odpovědí byla nejčastěji uváděna jako komplikace retence moči. Tuto odpověď popsalo 5 žen (45,5 %). Další hojně zastoupenou odpovědí bylo krvácení, které uvedly 3 ženy (27,2 %). Dvě ženy (18,2 %) popsaly jako možnou komplikaci poranění nervů a jedna žena (9,1 %) uvedla možnou komplikaci infekci močových cest. Odpovědi žen jsou pro lepší přehled lehce upravené a nacházejí se v tabulce č. 10.

Otázka č. 14: Znáte některý typ chirurgického řešení stresové inkontinence?

a) ano
b) ne
c) nevím



Obrázek 6 Znalost typu chirurgického řešení

Na otázku, zda zná dotazovaná některý typ chirurgického řešení stresové inkontinence, odpovědělo z celkového počtu dotazovaných 60 % respondentek, že neznají žádný typ chirurgického řešení. Dalších 13 (32,5 %) respondentek uvedlo možnost „ano“ a tím pokračovaly na otázku č. 15, kde měly možnost podrobněji popsat, který typ chirurgického řešení znají. Nejméně častá byla zvolená odpověď „nevím“, kterou uvedly 3 ženy (7,5 %).

Otázka č. 15: Uveďte, který typ chirurgického řešení znáte. ***(pokud jste na otázku č. 14 odpověděla „ano“)***

Tabulka 11 Znalost typu operace

Odpověď	n_i	fi (%)
operace pomocí tahuprostých pásek	13	100
∑	**13**	**100**

Tato otázka byla určena pro respondentky, které v předchozí otázce odpověděly „ano“. V této otázce měly respondentky možnost vypsat všechny typy chirurgického řešení, které znají. Třináct žen zmínilo ve svých odpovědí *tahuprosté pásky, tahuprosté vaginální pásky, TVT pásky, TOT a TVT pásky, vaginální páskové operace.* Odpovědi žen jsem pro lepší přehled zahrnula do jedné kategorie operace pomocí tahuprostých pásek.

Otázka č. 16: Co Vás přimělo začít řešit problémy s inkontinencí? *(můžete zvolit více možností)*

a) pocit studu ve společnosti
b) zápach
c) lékařské doporučení
d) rodina/ přátelé
e) jiné (uveďte)…….

Tabulka 12 Důvod řešení problému s inkontinencí

Odpověď	n_i	f_i (%)
pocit studu ve společnosti	23	40,4
zápach	9	15,8
lékařské doporučení	9	15,8
rodina/přátelé	10	17,5
jiné	6	10,5
∑	**57**	**100**

Šestnáctou otázkou bylo zjišťováno, co ženy přimělo k řešení problému s inkontinencí. Respondentky měly možnost vybrat více jak jednu odpověď. Každá z možností je procentuálně vyjádřena z 57 odpovědí. Největší zastoupení měla odpověď pocitu studu ve společnosti, který uvedlo 23 žen (40,4 %). Druhou nejčastější odpovědí byla rodina/přátelé, kterou označilo 10 žen (17,5 %). Dalším velkým zastoupením byly odpovědi zápach a lékařské doporučení, přičemž tuto variantu v obou případech zvolilo 9 žen (15,8 %). Některé ženy uvedly i možnost jiné (10,5 %), kde svými slovy popsaly jako důvod řešení problému s inkontinencí *sport* a *fyzickou aktivitu*.

Otázka č. 17: Omezuje Vás únik moči v rodinném životě?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vůbec ne velmi

Tabulka 13 Omezení v rodinném životě

Odpověď	n_i	fi (%)
1	8	20,0
2	10	25,0
3	6	15,0
4	4	10,0
5	4	10,0
6	2	5,0
7	2	5,0
8	3	7,5
9	1	2,5
10	0	0
∑	**40**	**100**

Otázkou č. 17 bylo zjišťováno, jak ženy omezuje únik moči v reálném životě. Respondentky měly možnost pouze jednu odpověď na hodnotící škále, kdy hodnota 1 znamenala, že je únik moči vůbec neomezuje v rodinném životě a hodnota 10, že je velmi omezuje. Z celkového počtu 40 odpovědí byla nejvíce zastoupena hodnota č. 2, kterou uvedlo 10 respondentek (25 %). Hodnotu č. 1 uvedlo 8 dotazujících (20 %) a dalších 6 (15 %) zaznamenalo hodnotu č. 3. Hodnoty č. 4 a č. 5 zvolilo stejné množství respondentek a tedy 4 respondentky (10 %). U 3 dotazovaných (7,5 %) byla zaznamenána hodnota č. 8. Dvě respondentky (5 %) zvolily na škále hodnotu č. 6 a to stejné i u hodnoty č. 7. Pouze jedna respondentka (2,5 %) uvedla hodnotu č. 9 a hodnota č. 10 nebyla zvolena žádnou dotazující. Pro přehlednost dat byla zvolena tabulka č. 13.

Otázka č. 18: Omezuje únik moči Váš partnerský vztah?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vůbec ne velmi

Tabulka 14 Omezení v partnerském vztahu

Odpověď	n_i	f_i (%)
1	10	25,0
2	8	20,0
3	6	15,0
4	6	15,0
5	0	0
6	3	7,5
7	1	2,5
8	5	12,5
9	1	2,5
10	0	0
∑	**40**	**100**

V této otázce zjišťujeme, jak ženy omezuje únik moči v partnerském životě. Respondentky měly možnost zvolit pouze jednu odpověď na hodnotící škále, kdy hodnota 1 znamenala, že je únik moči neomezuje vůbec v partnerském životě a hodnota 10, že je velmi omezuje. Z celkového počtu 40 odpovědí, byla nejvíce zastoupena hodnota č. 1, která znamená, že je únik moči vůbec neomezuje v partnerském životě. Tuto hodnotu uvedlo 10 respondentek (25 %). Další velmi častou odpovědí byla hodnota č. 2, kterou uvedlo 8 žen (20 %). Stejné množství odpovědí měly hodnoty č. 3 a 4, které byly zaznamenány u 6 žen (15 %). Hodnotu č. 8 uvedlo 5 respondentek (12,5 %). Pouze tři respondentky (7,5 %) zvolilo hodnotu č. 6. Nejméně byla uváděna hodnota č. 7 a hodnota č. 9, kdy ji v každém případě zvolila jedna respondentka (2,5 %), jak můžeme vidět v tabulce č. 13. Hodnota č. 5 a 10 nebyla uvedena žádnou respondentkou.

Otázka č. 19: Omezuje Vás únik moči v sexuálním životě?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vůbec ne velmi

Tabulka 15 Omezení v sexuálním životě

Odpověď	n_i	f_i (%)
1	11	27,5
2	9	22,5
3	7	17,5
4	2	5,0
5	4	10,0
6	2	5,0
7	0	0
8	3	7,5
9	2	5,0
10	0	0
∑	**40**	**100**

V této otázce zjišťujeme, jak ženy omezuje únik moči v sexuálním životě. Respondentky měly možnost pouze jednu odpověď na hodnotící škále, kdy hodnota 1 znamenala, že je únik moči vůbec neomezuje v sexuálním životě a hodnota 10, že je velmi omezuje. Z celkového počtu 40 odpovědí, byla nejvíce zastoupena hodnota č. 1, kterou uvedlo 11 respondentek (27,5 %). Další hojně zvolenou hodnotou, byla hodnota č. 2, kterou uvedlo 9 respondentek (22,5 %). Hodnotu č. 3 uvedlo 7 dotazujících (17,5 %) a další 4 respondentky (10 %) zaznamenaly hodnotu č. 5. Hodnota č. 8 byla uvedena u 3 respondentek (7,5 %). Stejné množství zvolených hodnot měly hodnoty č. 4, 6, 9, kdy je v každém případě zvolily dvě respondentky (5 %). Hodnoty č. 7 a 10 nebyly v odpovědích zastoupeny ani jednou respondentkou, jak můžeme vidět v tabulce č. 15.

Otázka č. 20: Ve které oblasti Vás únik moči omezuje nejvíce?

a) rodinné
b) pracovní
c) sexuální
d) společenské
e) žádné
f) jiné (uveďte)…….

Tabulka 16 Omezení v oblastech

Odpověď	n_i	f_i (%)
rodinné	10	25,0
pracovní	3	7,5
sexuální	8	20,0
společenské	8	20,0
žádné	6	15,0
jiné	5	12,5
∑	**40**	**100**

Poslední otázkou v dotazníku bylo zjišťováno, v jaké oblasti ženu nejvíce omezuje únik moči. Respondentky měly možnost vybrat pouze jednu odpověď. Dle tabulky č. 20 mělo největší zastoupení, ve zvolených možnostech, rodinná oblast, kterou uvedlo 10 respondentek (25 %). Druhou nejčastější oblastí, kterou ženy označily byla oblast sexuální a společenská, kterou označilo stejné množství respondentek a to přesněji 8 (20 %) z celkového počtu 40 (100 %). Odpověď, že únik moči ženu neomezuje v žádné oblasti, byla uvedena u 6 žen (15 %). Možnost „jiné“ zvolilo 5 z dotazovaných (12,5 %), kde měly možnost uvést vlastní odpověď. Tyto respondentky zde uvedly omezení ve fyzických aktivitách.

9. DISKUSE

Tato část se zabývá porovnáním výsledků výzkumu z předem vytvořených výzkumných otázek.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je míra informovanosti žen o léčbě stresové inkontinence?

K průzkumné otázce č. 1 se vztahují dotazníkové otázky č. **2** (*Z jakých zdrojů získáváte informace ohledně léčby stresové inkontinence*?) č. **3** (*Myslíte si, že jste byla dostatečně informována zdravotní sestrou, porodní asistentkou či lékařem o možnostech léčby stresové inkontinence?*), č. **6** (*Byly vám nabídnuty informace o možnostech léčby stresové inkontinence bez nutnosti operace tzv. konzervativní léčby?*), č. **7** (*Víte, jak často je doporučováno provádět sérii cviků na posílení pánevního dna?*), č. **8** (*Jak dlouho by měla trvat jednotlivá kontrakce svalu při posilování?*), č. **9** (*Byl Vám poskytnut informační materiál/ instruktáž o cvičení pánevního dna?*), č. **10** (*Znáte i jiné možnosti konzervativní léčby, kromě posilování pánevního dna? Pokud ano, uveďte jaké?*), č. **11** (*Byly Vám nabídnuty informace o možnostech chirurgické léčby?*), č. **12** (*Víte o komplikacích, které s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence?*), č. **13** (*Uveďte, které komplikace s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence, pokud jste na otázku č. 12 odpověděla „ano“*), č. **14** (*Znáte některý typ chirurgického řešení stresové inkontinence?*) a otázka č. **15** (*Uveďte, který typ chirurgického řešení znáte, pokud jste na otázku č. 14 odpověděla „ano“*).

Otázka č. 2 se respondentek tázala, z jakých zdrojů získávají informace ohledně léčby stresové inkontinence. V této otázce bylo možné zvolit více možností. Jako nejčastější zdroj informací byl uváděn lékař, porodní asistentka či zdravotní sestra. Tuto možnost zvolilo 52,1 % dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí se stalo získávání informací z internetu, což je velice pochopitelné, jelikož se jedná o nejrychlejší způsob sběru dat. Tento zdroj využívá až 33,3 % respondentek. Hrušková (2016) se ve své práci dotazovala 31 žen, zda jim byly poskytnuty informace před operací a kdo jim takové informace poskytl. Z 57 odpovědí byl nejvíce uváděn jako zdroj informací lékař (28), dále také internet (15) a některé respondentky získaly informace od své rodiny či blízkých (8). Mé výsledky jsou téměř totožné s těmi jejími.

Otázka č. 3 zjišťovala, zda si ženy myslí, že byly dostatečně informovány zdravotní sestrou, porodní asistentkou či lékařem o možnostech léčby stresové inkontinence.

Z výsledků můžeme hodnotit, že většina respondentek byla dostatečně informovaná. Přesto se ale mezi nimi objevily i ženy, které byly informovány nedostatečně. Dle mého názoru by bylo nejlepším řešením sestavit brožuru nebo jakýkoli leták ohledně problematiky stresové inkontinence, možnostech léčby a uvést kontakty na odborníky, pro případ dotazů. Takovýto leták by měl být volně dostupný na každé urogynekologické ambulanci a ženy by tak měly možnost získat více informací o svém onemocnění.

Otázka č. 4 a 5 zjišťovala povědomí respondentek o pojmu stresová inkontinence a jak se ženy doposud s inkontinencí léčily. V otázce č. 4, která se dotazovala na správnou definici stresové inkontinence, byla pouze jedna správná odpověď a tu zvolilo 28 žen (70 %) z dotazovaných. Špatné odpovědi uvedlo zbytek respondentek (30 %). Přestože jsem v této otázce čekala větší počet správných odpovědí, jsou výsledky do značné míry ještě přijatelné. V následující otázce jsem zjišťovala, jak se žena s inkontinencí doposud léčila. V této otázce bylo na výběr více odpovědí. Nejvíce respondentek zvolilo jako svoji dosavadní léčbu cvičení a následně medikamentózní léčbu. Překvapilo mě, že až 10 z dotazovaných žen uvedlo, že se s inkontinencí doposud vůbec neléčily (19,6 %). Freeman RF (2006) ve svém výzkumu došel k závěru, že nejvíce žen léčí svoji inkontinenci medikamentózně (57 %) a kombinací léků s posilováním pánevního dna (57 %).

Otázky č. 7, 8 a 9 zjišťovaly znalost respondentek ohledně provádění cviků pánevního dna. Z výsledků je patrné, že znalosti o tomto typu cvičení jsou u žen trpící inkontinencí na špatné úrovni. Mé výsledky jsou podobné jako u Hudákové (2015). Ta se ve svém výzkumu zabývá podobnou problematikou a uvádí, že 62 % ze 104 dotazovaných žen, má nedostatečné znalosti, ohledně provádění cviků na posilování pánevního dna. Mé výsledky tak její názor podpírají. Švojgrová (2017, s. 241) zmiňuje, že začátek cvičení by pacienti měli absolvovat pod dohledem zkušeného fyzioterapeuta a to, aby se předešlo chybnému provedení cvičení, které by mohlo mít za následek zhoršení potíží. Z vyhodnocených výsledků u otázky č. 9 zjišťujeme, zda byl ženám s diagnózou SUI poskytnut informační materiál/instruktáž ohledně cvičení pánevního dna. Polovina žen (50 %) odpověděla, že jim materiál byl poskytnut, ovšem téměř stejné zastoupení tvořila i odpověď, že jim materiál poskytnut nebyl. Tuto možnost zvolilo 47,5 % respontentek.

V tomto případě bych opět navrhovala zmíněnou brožuru volně dostupnou na urogynekologii, ve které by byly rovněž jasně uvedeny a vysvětleny cviky na posilování pánevního dna včetně ilustračních obrázků.

Co se týče znalostí žen o chirurgické léčbě stresové inkontinence, i v tomto případě jsou jejich vědomosti malé. Tuto problematiku zahrnují otázky č. 11, 12, 13. a 14. Dle mého názoru je znalost respondentek na takové úrovni z toho důvodu, že pro některé ženy je dostačující konzervativní léčba, a tudíž jim nejsou nabízeny informace o následné léčbě při zhoršení příznaků. Z mého průzkumného šetření vyplývá, že až 65 % žen nezná komplikace, které s sebou operace SUI přináší. Přestože pouze 7 respondentek z celkového počtu uvedlo, že znají komplikace chirurgického řešení, na navazující otázku odpovědělo dle mého překvapení 11 žen. Otevřená otázka umožnila ženám uvést, které komplikace s sebou chirurgické řešení inkontinence přináší. Mezi nejčastějšími odpověďmi byla pooperační retence moči, kterou uvedlo 5 žen a krvácení. Mezi dalšími odpověďmi bylo také poranění nervů a infekce močových cest. Následující otázka se zabývala znalostí typu chirurgického řešení inkontinence. Zde uvedlo 13 respondentek odpověď operaci pomocí tahuprostých pásek. Jak jsem již zmínila, odpovědi v mém výzkumu mohou být ovlivněny samotným zdravotním stavem ženy, kdy jim nemusí být nabízeno až takové množství informací, jestliže je konzervativní léčba dostačující.

Průzkumná otázka č. 2: Jaký je dopad stresové inkontinence na partnerský a rodinný život ženy?

K této průzkumné otázce se vztahují otázky č. **16** (*Co vás přimělo začít řešit problémy s inkontinencí?*), č. **17** (*Omezuje Vás únik moči v rodinném životě?*) č. **18** (*Omezuje únik moči Váš partnerský vztah?*), č. **19** (*Omezuje Vás únik moči v sexuálním životě?*) a č. **20** (*Ve které oblasti Vás únik moči omezuje nejvíce?*)

Otázka č. 16 zjišťovala, co přimělo ženu řešit problémy s inkontinencí. V této otázce měly respondentky možnost označit více odpovědí. Nejvíce dotazovaných žen uvedlo, že je k řešení inkontinence dohnal pocit studu ve společnosti. Některé ženy uvedly, že je k řešení problému přiměla rodina či přátelé, zápach a lékařské doporučení. Poslední možností byla odpověď jiné, kdy ženy v tomto případě mohly uvést vlastní odpověď. Všech 6 respondentek v tomto případě uvedlo, že je k řešení problému s inkontinencí přiměl až osobní stud.

Věřím, že mnoho žen nevyhledá lékařskou pomoc vůbec. Mezi hlavní příčiny patří právě stud nebo považování příznaků za přirozený důsledek stárnutí. Velkou roli může hrát také neschopnost svěřit se lékaři se svými problémy a možné obavy z chirurgického řešení.

V otázce č. 20 bylo zkoumáno, ve které oblasti omezuje únik moči ženu nejvíce. Nejvíce respondentek odpovědělo, že je únik moči omezuje v rodinné oblasti (25 %). Oblast sexuální a společenská byla uváděna následně. Překvapilo mě, že některé respondentky uvedly, že nejsou únikem moči vůbec omezovány. Ternent a kol. (2009) se ve svém výzkumu dotazovali 188 žen s diagnostikovanou stresovou inkontinencí, ve které oblasti jsou nejvíce omezovány. Celkem zmiňovali 48 různých oblastí života. Mezi nejčastějšími uvedenými odpověďmi byl uváděn vliv na každodenní činnosti jako je nakupování, dále také chození venku, fyzická aktivita a osobní a sexuální vztahy. Jak je patrné, v tomto případě jsem dosáhla podobných výsledků.

11. ZÁVĚR

Tato teoreticko – průzkumná bakalářská práce měla v teoretické části za cíl přiblížit problematiku stresové inkontinence u žen a poskytnout základní informace o diagnostice, možnostech léčby a ošetřovatelské péči. Dále se teoretická část zabývala i jinými typy močové inkontinence a informovala o prevenci vzniku onemocnění.

Prvním cílem průzkumné části bylo zjistit míru informovanosti žen o možnostech léčby stresové inkontinence. Druhým cílem bylo zhodnotit dopad stresové inkontinence v základních oblastech lidského života. Pojem „základní oblasti života“ je velmi široký. Proto jsem se rozhodla zabývat se dopadem stresové inkontinence hlavně na partnerský a rodinný život.

Z výsledků dotazníkového šetření můžeme usoudit, že informovanost žen ohledně léčby stresové inkontinence je na nízké úrovni. Podobné výsledky jsem očekávala, jelikož stresová inkontinence patří mezi tabuizované témata a mnoho žen o svých potížích nedokáže mluvit, či únik moči berou jako součást stárnutí. Doufám, že v následujících letech bude důsledná informovanost a edukace v tomto odvětví dostupnější nejen pro ženy s diagnostikovanou stresovou inkontinencí, ale i pro běžnou populaci. Díky včasné diagnostice a správně zvolené léčbě se totiž problémy spojené s inkontinencí dají úspěšně léčit.

Dalším zjištěním je, jaký dopad má inkontinence na život ženy. Dle průzkumu má toto onemocnění největší dopad na rodinný život, kdy tuto skutečnost uvedlo v poslední otázce 25 % respondentek. Dopady na partnerský a sexuální život, nebyly až tak alarmující, i přesto si ale můžeme všimnout respondentek, které uvedly skutečnost, že inkontinence měla vliv i na tyto oblasti.

Na závěr bych ráda uvedla, že průzkumné cíle, které jsem si stanovila, byly splněny. Tvorba bakalářské práce byla pro mě přínosem a obohacující o nové poznatky. Jak už samotná práce na konkrétním tématu, tak praktická tvorba dotazníku. Očekávala jsem, že respondentek pro své průzkumné šetření zajistím více, ovšem limitovala mě současná epidemiologická opatření. Samotné vyhodnocení dat a práce s textem jsou bezesporu velmi důležité dovednosti, které věřím, že budu moci využít i při dalším studiu.

12. POUŽITÁ LITERATURA

ČEPICKÝ, Pavel. ed. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-5604-2.

DRÁBKOVÁ, Pavla. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi:Pro sestry*. 2015, 16 (3), s. 127-129. ISSN 1213-1768.

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, 2019, 866 s. ISBN 978-80-7345-599-6.

FREEMAN, RM. Initial management of stress urinary incontinence: pelvic floor muscle training and duloxetine. *BJOG* [online]. 2006. vol. 113, s. 10-16. [cit. 2020-18-04]. Dostupné z: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.00878.x

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013, ISBN 978-80-262-0480-0.

HAGOVSKÁ, Magdaléna, Peter URDZÍK a Ján ŠVIHRA. Možnosti objektivizácie cvičenia svalov panvového dna u pacientok s únikom moču po pôrode. *Česká gynekologie*. 2020, 85 (2), s. 94-102. ISSN 1210-7832. [cit. 2020-05-04]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2020-2-12/moznosti-objektivizacie-cvicenia-svalov-panvoveho-dna-u-pacientok-s-unikom-mocu-po-porode-122483

HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. Praha: Triton, 2011, ISBN 978-80-7387-387-5.

HEJZLAROVÁ, Lenka. Pracovní postup, péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči. *Česká asociace sester*. [online]. Praha: Česká asociace sester-prezidium, 2009, s. 1-17, Datum zveřejnění 1.11.2009 [cit. 2020-29-12]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001_revize_2.pdf

HERLE, Petr, ed. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Praha: Raabe, 2016, ISBN 978-80-7496-205-9.

HIBLBAUER, Jan ml. a Hiblbauer Jan st. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi: Přehledové články*. 2011, 12 (1), s. 18-28. ISSN 1213-1768.

HLOUŠKOVÁ, Olga. *Stresová inkontinence moči u žen a její dopad na kvalitu života.* Pardubice, 2020. 137 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Dr. med. Germund Hensel, Ph.D.

HORČIČKA, Lukáš. Estrogeny a inkontinence moči u žen. *Urologie pro praxi: Přehledové články.* 2019. 20 (3), s. 116-118. ISSN 1213-1768

HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4503-2.

HOUFKOVÁ, Lucie. Inkontinence moči u žen a speciální urodynamické vyšetření. *Florence.* 2015, 9/15, s. 18-20. ISSN 1801- 464X

HRUŠKOVÁ, Tereza. *Spokojenost žen po operativním řešení močové inkontinence.* Pardubice, 2016. 59 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorničková.

HUDÁKOVÁ, Zuzana. Identifikácia informovanosti žien so stresovou inkontinenciou *Florence* [online]. 2011, 7-8/15, s. 17-19.[cit. 2020-16-04]. Dostupné z: https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/7/identifikacia-informovanosti-zien-so-stresovou-inkontinenciou/

KLADIVO, P. *Základy statistiky.* Univerzita Palackého, Olomouc, 2013. online [cit. 2021-18-04]. ISBN 978-80-244-3842-9. Dostupné z: https://geography.upol.cz/soubory/studium/e-ucebnice/978-80-244-3842-9.pdf

KLEČKA, Jiří a kol., Vybrané názvosloví urodynamiky a mikčních symptomů dolních cest močových. *Urologie pro praxi: Přehledové články.* 2012, 13 (2), s. 75-78. ISSN 1213-1768

KOLÁŘOVÁ, Tereza. *Informovanost dívek a učitelů základních škol ohledně prevence močové inkontinence.* Pardubice, 2020. 82 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Eva Wege, MSc BSc.

KRHOVSKÝ, Miroslav. Využití implantátů při řešení ženské inkontinence. *Urologie pro praxi: Přehledové články.* 2019, 20 (5), s. 207-213. ISSN 1213-1768.

KRHUT, Jan., Farmakologická léčba stresové inkontinence. *Urologie pro praxi: Přehledné články.* 2006, (2), s. 52-54. ISSN 1213-1768.

MARTAN, Alois a kol., 2012. Vaginální tahuprosté páskové operace řešící stresový typ inkontinence moči u žen. *Česká gynekologie*. 77 (4), s. 299-304. ISSN 1210-7832.

MARTAN, Alois. *Nové operační postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-233-9.

MATOUŠKOVÁ, Michaela. *Praktická urologie v kazuistikách*. Praha: Axonite CZ, 2013. ISBN 978-80-904899-4-3.

PIŠKYTLOVÁ, Pavla. Komplikace vaginálních tahuprostých páskových operací. *Česká gynekologie*. 2017, 82 (3), s. 243–251. ISSN 1210-7832.

ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie: učebnice*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-514-6.

ROMŽOVÁ, Miroslava a kol. Inkontinence moči z pohledu urologa. *Urologie pro praxi: Přehledové články*. 2011, 12 (1), s. 18-28. ISSN 1213-1768

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

RYŠÁNKOVÁ, Miroslava. Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi: Přehledové články.* 2016, 17 (2), s. 72-74. ISSN 1213-1768

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

SMITH, Anthony et al. Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *Practise* [online]. 2013, vol. 347, s. 33-36. [cit. 2020-24-12]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/23495915

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, 2016. *Léčba močové inkontinence u žen, Farmakoterapeutické informace* [online]. Praha: Státní ústav pro kontrolu léčiv, 1. ledna 2016 [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: https://www.sukl.cz/sukl/2016

SVABIK, Kamil, Jaromir MASATA, Karel ZVARA, Petr HUBKA a Alois MARTAN. What is the optimal length for single-incision tape? *International urogynecology journal*. [online]. Prague, 2019, 30(12), s. 2171-2175. [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-019-03926-9

ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.

ŠPAČEK, Jiří a kol., *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018, 676 s. ISBN 978-80-204-4646-6.

ŠVOJGROVÁ, Andrea. Rehabilitace pánevního dna u pacientů s inkontinencí moči. *Urologie pro praxi* [online]. Praha, 2017, 18(5), s. 240-241 [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/05/10.pdf

TERNENT, L et al. Measuring outcomes of importance to women with stress urinary incontinence. *BJOG* [online]. 2009, vol. 116, s. 719-725. [cit. 2020-16-04]. Dostupné z: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2008.02106.x

VILHELMOVÁ, Libuše. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi: Přehledové články.* 2011, 8 (5), s. 97-99. ISSN 1213-1768

VRUBLOVÁ, Y., Holisová A. Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, 2(2), s. 197–201. [cit. 2020-16-04]. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2011/02/04.pdf

WOOD, Lauren N et Jennifer T Anger. Urinary incontinence in women. *State of the art review* [online]. 2014, vol. 349, s. 1-11. [cit. 2020-17-12]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/26517192

13. PŘÍLOHY

Příloha A Doporučené cviky.....73

Příloha B Dotazník.....74

Příloha A Doporučené cviky

(Dostupné z: https://www.mojezdravi.cz/zdravy-zivotni-styl/kegelovy-cviky-zlepsi-sex-odstrani-bolesti-zad-a-posili-zdravi-5180.html)

Příloha B Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Simona Malušková a jsem studentkou III. ročníku oboru Porodní asistentka Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění krátkého, anonymního dotazníku, který mi pomůže při zpracování mé bakalářské práce s názvem **Stresová inkontinence u žen a aktuální možnosti její léčby**. U otázek s výběrem odpovědí zakroužkováním prosím označte jednu variantu (není-li uvedeno jinak). U otázek s možností vyjádření, prosím čitelně vypište Vaši odpověď.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a otevřenost.

Simona Malušková

1. **Kolik Vám je let? ……**

2. **Z jakých zdrojů získáváte informace ohledně léčby stresové inkontinence?**
   (můžete zvolit více možností)

a) lékař, porodní asistentka, zdravotní sestra
b) přátelé/rodina
c) internet
d) odborná literatura

3. **Myslíte si, že jste byla dostatečně informovaná zdravotní sestrou, porodní asistentkou či lékařem o možnostech léčby stresové inkontinence?**

a) ano
b) ne
c) nevím

4. Vyberte správnou definici stresové inkontinence:

a) Stresová inkontinence moči je časté nucení na močení během dne.
b) Stresová inkontinence je samovolný únik moči po náhlém pocitu nucení (urgence), kterému pacient nedokáže zabránit.
c) Jde o samovolný únik moči z přeplněného močového měchýře.
d) Stresová inkontinence moči je definována jako nedobrovolná ztráta moči při fyzické námaze nebo kýchání či kašlání.

5. Jak jste se doposud s inkontinencí léčila?

(můžete zvolit více možností)

a) cvičení
b) medikamentózní léčba
c) operační léčba
d) neléčila
e) jiná (uveďte)…….

6. Byly Vám nabídnuty informace o možnostech léčby stresové inkontinence bez nutnosti operace (tzv. konzervativní léčby)?

a) ano
b) ne
c) nevím

7. Víte, jak často je doporučováno provádět sérii cviků na posílení pánevního dna?

a) 1x denně
b) 2x denně
c) 3x denně
d) 1x týdně
e) nevím

8. Jak dlouho by měla trvat jednotlivá kontrakce (stah) svalu při posilování?

a) 2-10 vteřin
b) 30 vteřin
c) 1 minutu
d) nevím

9. Byl Vám poskytnut informační materiál/instruktáž o cvičení pánevního dna?

a) ano
b) ne
c) nevím

10. Znáte i jiné možnosti konzervativní léčby, kromě posilování pánevního dna? Pokud ano, uveďte jaké.

……..……
……..

11. Byly Vám nabídnuty informace o možnostech chirurgické léčby?

a) ano
b) ne
c) nevím

12. Víte o komplikacích, které s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence?

a) ano
b) ne
c) nevím

13. Uveďte, které komplikace s sebou přináší chirurgické řešení inkontinence. ***(pokud jste na otázku č. 12 odpověděla „ano“)***

……
……..

14. Znáte některý typ chirurgického řešení stresové inkontinence?

a) ano
b) ne
c) nevím

15. Uveďte, který typ chirurgického řešení znáte. (pokud jste na otázku č. 14 odpověděla „ano“)

……

……..

16. Co Vás přimělo začít řešit problémy s inkontinencí? *(můžete zvolit více možností)*

a) pocit studu ve společnosti
b) zápach
c) lékařské doporučení
d) rodina/ přátelé
e) jiné (uveďte)…….

17. Omezuje Vás únik moči v rodinném životě?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vůbec ne velmi

18. Omezuje únik moči Váš partnerský vztah?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vůbec ne velmi

19. Omezuje Vás únik moči v sexuálním životě?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vůbec ne									velmi

20. Ve které oblasti Vás únik moči omezuje nejvíce?

a) rodinné
b) pracovní
c) sexuální
d) společenské
e) žádné
f) jiné (uveďte)…….