

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**KVALITA ŽIVOTA ŽIEN SO STRESOVOU  
MOČOVOU INKONTINENCIOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**RADKA LUŽÁKOVÁ**

**Praha 2019**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S., PRAHA 5**

**KVALITA ŽIVOTA ŽIEN SO STRESOVOU  
MOČOVOU INKONTINENCIOU**

Bakalářská práce

RADKA LUŽÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

LUŽÁKOVÁ Radka

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

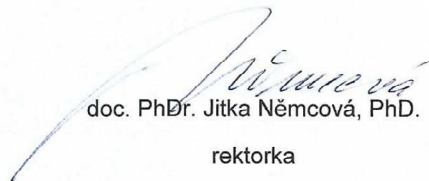
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalita života žien so stresovou močovou inkontinenciou

*Life Quality of Women with Stressed Urinary Incontinence*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **POĎAKOVANIE**

Touto cestou vyslovujem poďakovanie vedúcej bakalárskej práce PhDr. Ivane Jahodovej, PhD. za jej metodické vedenie, podnetné rady, trpezlivosť a podporu, ktorú mi poskytla pri vypracovaní práce.

## ABSTRAKT

LUŽÁKOVÁ, Radka. *Kvalita života žien so stresovou močovou inkontinenciou*. Vysoká škola zdravotnícká, o. p. s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2019. 51 s.

Bakalárska práca sa zaoberá kvalitou života žien so stresovou močovou inkontinenciou. Je rozdelená do štyroch kapitol. Popisuje inkontinenciu moču, stresovú inkontinenciu moču, možnosti liečby tohto ochorenia, ako aj kvalitu života žien trpiacich stresovou inkontinenciou moču a rolu sestry v ošetrovateľskom procese u ženy s týmto ochorením. Empirická časť práce prezentuje výsledky prieskumu metódou dotazníka kvality života pre inkontinentné ženy CONTLIFE. Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť kvalitu života žien s týmto ochorením. Výsledky poukazujú na viaceré skutočnosti. Ukázalo sa, že stresová močová inkontinencia má významný vplyv na denné aktivity, fyzickú aktivitu, vlastnú osobnosť, citovú oblasť, sexualitu a kvalitu života žien s daným ochorením. Medzi liečbou stresovej močovej inkontinencie a kvalitou života žien bola nezávislosť. Práca vyúsťuje do odporúčaní pre prax.

Klíčová slova

Kvalita života. Liečba. Močová inkontinencia. Sestra. Stresová močová inkontinencia.

## ABSTRACT

LUŽÁKOVÁ, Radka. *Life Quality of Women with Stressed Urinary Incontinence*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague. 2019. 51 p.

The bachelor thesis deals with the life quality of women with stressed urinary incontinence. It is divided into four chapters. It describes urinary incontinence, stressed urinary incontinence, treatment options for this disease, as well as the life quality of women suffering from stressed urinary incontinence and the role of nurse in the nursing process for women with this disease. Empirical part of this work presents the results of a survey using the CONTLIFE quality of life questionnaire for incontinent women. The main aim of the survey was to determine the life quality of women with this disease. The results point to several facts. Stress urinary incontinence has been shown to have a significant impact on daily activities, physical activity, self personality, emotional area, sexuality, as well as life quality of women with this disease. There was found independence between the treatment for stressed urinary incontinence and the life quality of women. The work results in recommendations for practice.

Keywords

Life Quality. Nurse. Treatment. Stressed urinary incontinence. Urinary incontinence.

## OBSAH

<b>ZOZNAM SKRATIEK A SYMBOLOV .....</b>	<b>9</b>
<b>ZOZNAM OBRÁZKOV, TABULIEK A GRAFOV .....</b>	<b>10</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>12</b>
<b>1 INKONTINENCIA MOČU .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 EPIDEMIOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 KLASIFIKÁCIA .....</b>	<b>16</b>
<b>2 STRESOVÁ INKONTINENCIA MOČU .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 PRÍČINY VZNIKU A RIZIKOVÉ FAKTORY .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 DIAGNOSTIKA .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 LIEČEBNÉ POSTUPY.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.1 CHIRURGICKÁ LIEČBA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.2 FARMAKOLOGICKÁ LIEČBA .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.3 KONZERVATÍVNA LIEČBA .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4 KVALITA ŽIVOTA ŽIEN TRPIACICH STRESOVOU         INKONTINENCIOU MOČU.....</b>	<b>27</b>
<b>3 ROLA SESTRY V OŠETROVATEĽSKOM PROCESE     U ŽENY SO STRESOVOU INKONTINENCIOU MOČU</b>	<b>30</b>



<b>3.1 KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTKU.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 EDUKÁCIA PACIENTKY SESTROU .....</b>	<b>33</b>
<b>4 PRIESKUM O KVALITE ŽIVOTA ŽIEN SO STRESOVOU MOČOVOU INKONTINENCIOU .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 CIELE, PRIESKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 METÓDA PRIESKUMU.....</b>	<b>38</b>
<b>4.3 PRIESKUMNÁ VZORKA .....</b>	<b>38</b>
<b>4.4 SPÔSOB VYHODNOTENIA A INTERPRETÁCIE VÝSLEDKOV PRIESKUMU .....</b>	<b>40</b>
<b>4.5 VÝSLEDKY PRIESKUMU .....</b>	<b>40</b>
<b>4.6 VYHODNOTENIE VÝSLEDKOV PRIESKUMU .....</b>	<b>55</b>
<b>4.7 DISKUSIA A ODPORÚČANIA PRE PRAX .....</b>	<b>58</b>
<b>ZÁVER.....</b>	<b>62</b>
<b>ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....</b>	<b>63</b>
<b>PRILOHY</b>	

## ZOZNAM SKRATIEK A SYMBOLOV

<b>CNS</b> .....	centrálna nervová sústava
<b>ICS</b> .....	International Continence Society (Medzinárodná spoločnosť pre inkontinenciu)
<b>IUGA</b> .....	International Urogynecological Association (Medzinárodná urogynekologická asociácia)
<b>lieč.</b> .....	liečené
<b>nelieč.</b> .....	neliečené
<b>p</b> .....	hladina štatistickej významnosti
<b>RTG</b> .....	röntgen
<b>SMI</b> .....	stresová močová inkontinencia
<b>TOT</b> .....	Transobturator Tape (transobturatórna páska)
<b>TVT</b> .....	Tension free Vaginal Tape (beznapäťová vaginálna páska)
<b>TVT-O</b> .....	Tension Free Vaginal Tape Obturator (beznapäťová obturatórna páska)
<b>WHO</b> .....	World Health Association (Svetová zdravotnícka organizácia)

## ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Tabuľka 1	Problémy s močením mimo domova .....	40
Tabuľka 2	Problémy s močením pri cestovaní .....	41
Tabuľka 3	Problémy s močením pri chodení po schodoch .....	41
Tabuľka 4	Problémy s močením pri nakupovaní .....	42
Tabuľka 5	Problémy s močením pri státi a čakaní .....	42
Tabuľka 6	Časté prestávky v denných aktivitách či v práci kvôli problémom s močením .....	43
Tabuľka 7	Prebudenie v pomočenom stave kvôli problémom s močením .....	43
Tabuľka 8	Problémy s močením pri zdvíhaní či nesení ťažkých bremien .....	44
Tabuľka 9	Problémy s močením pri športovaní .....	44
Tabuľka 10	Problémy s močením pri smrkaní, kýchaní, kašľaní .....	45
Tabuľka 11	Problémy s močením pri záchvate smiechu .....	45
Tabuľka 12	Pocit menšej atraktívnosti kvôli problémom s močením .....	46
Tabuľka 13	Pocit znepokojenia kvôli nepríjemnému zápachu moču .....	46
Tabuľka 14	Pocit znepokojenia kvôli tomu, že si iní uvedomujú daný problém .....	47
Tabuľka 15	Pocit znepokojenia kvôli škvŕnám moču v práci či na verejných miestach .....	47
Tabuľka 16	Nutnosť prezliecť sa kvôli problémom s močením .....	48
Tabuľka 17	Dobrý pocit napriek problémom s močením .....	48
Tabuľka 18	Trápenie kvôli nutnosti nosiť vložky v dôsledku problémov s močením ..	49

Tabuľka 19	Pocit znechutenia kvôli problémom s močením.....	49
Tabuľka 20	Netrpezlivosť kvôli problémom s močením.....	50
Tabuľka 21	Zlý pocit v dôsledku možnej „nehody“ s únikom moču.....	50
Tabuľka 22	Pocit nemožnosti kontrolovať svoje emócie kvôli problémom s močením.....	51
Tabuľka 23	Pocit posadnutosti vlastnými problémami s únikom moču.....	51
Tabuľka 24	Nutnosť myslieť na možnosť vziať si vložku pred odchodom z domova.....	52
Tabuľka 25	Pocit strachu pri myšlienke na sexuálny styk.....	52
Tabuľka 26	Nutnosť meniť sexuálne praktiky v dôsledku problémov s močením.....	53
Tabuľka 27	Znepokojenie možnosťou úniku moču pri sexuálnom styku.....	53
Tabuľka 28	Hodnotenie súčasnej kvality života pri súčasných problémoch s močením.....	54
Tabuľka 29	Dosiahnuté skóre jednotlivých parametrov dotazníka CONTLIFE.....	54
Tabuľka 30	Skutočné a očakávané početnosti.....	57
Graf 1	Podstúpenie liečby SMI u respondentiek.....	39
Graf 2	Vek respondentiek trpiacich SMI.....	39
Graf 3	Relatívna početnosť odpovedí žien v otázke kvality života podľa toho, či podstúpili alebo nepodstúpili liečbu stresovej močovej inkontinencie.....	57

# ÚVOD

Mnohí ľudia sa vo svojom živote stretávajú s problémom močovej inkontinencie. Toto ochorenie postihuje obe pohlavia a všetky vekové skupiny v našej spoločnosti. Je to problém, ktorý je pre postihnutých jedincov veľmi háklivý a nepríjemný. Obzvlášť to platí pre stresový typ inkontinencie, pretože je podmienený konkrétnymi aktivitami z bežného života a objavuje sa v konkrétnych situáciách.

Hoci samovoľný únik moču pri močovej inkontinencii je pre postihnuté osoby nepríjemný, je to problém, ktorý je riešiteľný. Trpiace ženy by mali vedieť, že v tom nie sú samé. Celosvetovo trpia týmto problémom stovky miliónov ľudí, často však ide iba o odhady, pretože mnohí postihnutí tento problém z rôznych dôvodov riešiť odmietajú.

Problém v podobe stresovej močovej inkontinencie sa prejavuje najmä závažným vplyvom na kvalitu života pacientok. Kvalita života žien trpiacich týmto ochorením sa významne znižuje v rôznych oblastiach a každodenných činnostiach.

Aby sme na túto skutočnosť bližšie poukázali a upozornili na ňu, rozhodli sme sa zistiť kvalitu života žien s daným ochorením a vyzdvihnúť oblasti, v ktorých sa tento problém prejavuje. Motiváciou k výberu tejto témy bola aj skutočnosť, že ide o aktuálnu a rozšírenú problematiku, ktorou je vzhľadom na jej rozšírenie potrebné sa zaoberať.

Hlavným cieľom práce je na báze vlastného prieskumu zistiť kvalitu života žien so stresovou močovou inkontinenciou. V teoretickej časti práce je cieľom poukázať na stresovú močovú inkontinenciu, jej liečbu, kvalitu života žien s touto diagnózou a rolu sestry v ošetrovateľskej starostlivosti o pacientku s danou diagnózou. V praktickej časti je cieľom zistiť vplyv stresovej močovej inkontinencie na denné aktivity, fyzické aktivity, vlastnú osobnosť, citovú oblasť, sexualitu a kvalitu života žien s týmto ochorením; a zistiť, či liečba stresovej močovej inkontinencie vplýva na kvalitu života žien s týmto ochorením.

Práca je rozdelená do štyroch hlavných kapitol. Úvodná kapitola popisuje inkontinenciu moču, jej epidemiológiu a klasifikáciu. Druhá kapitola sa venuje stresovej močovej inkontinencii, poukazuje na príčiny jej vzniku, možnosti diagnostiky

a liečebné postupy v podobe chirurgickej, farmakologickej a konzervatívnej liečby. Tretia kapitola sa zaoberá rolou sestry v ošetrovateľskom procese u ženy so stresovou močovou inkontinenciou. Štvrtá kapitola prezentuje výsledky prieskumu uskutočneného metódou dotazníka CONTLIFE.

Pri písaní teoretickej časti práce sme použili nasledovnú vstupnú literatúru:

- BALCIERAKOVÁ, L., 2014. Poradenstvo pri úniku moču. *Praktické lekárnictvo*. 4(1), 12-14. ISSN 1338-3132.
- MARTAN, A., 2008. Urogynekologie. In: ROB, L. a kol. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, s. 223-241. ISBN 978-80-7262-501-7.
- MARTAN, A. a kol., 2011. *Nové operační postupy v urogynologii (řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen)*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-233-9.
- PETRÁŠOVÁ, R., 2012. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra*. 22(5), 51-53. ISSN 1210-0404.

Ďalšiu literatúru sme dopĺňali na základe uskutočnených odborných rešerší, ktoré sme zadali v Národní lékařské knihovně v Prahe. Vyhľadávanie odborných publikácií a článkov z odborných časopisov a zborníkov vedeckých príspevkov prebiehalo v júni až auguste 2018. K vyhľadávaniu sme využívali elektronické databázy Bibliographia medica Českoslovaca, EBSCO, PubMed. Sústredili sme sa na vyhľadávanie odborných článkov a zdrojov nie starších ako 10 rokov.

Práca je určená predovšetkým študentom študijného odboru všeobecná sestra, ale aj ženám, ktoré trpia stresovou močovou inkontinenciou.

# 1 INKONTINENCIA MOČU

Inkontinencia moču je podľa štandardov ICS a IUGA popisovaná ako akýkoľvek mimovoľný, nechcený únik moču (Haylen et al., 2010), prípadne stav nedobrovoľného úniku moču (Vilhelmová, 2011).

Balcieraková (2014, s. 12) uvádza, že „samovoľný únik moču je stav, keď je náročné udržať kontrolu nad močovým mechúrom, výsledkom čoho môže byť nečakaný únik moču.“

Močová inkontinencia je stresujúcim a invalidizujúcim stavom, ktorý sa podieľa na zvyšovaní chorobnosti v našej spoločnosti. Postihuje najmä ženy, a to vo všetkých oblastiach ich života – od osobnej a pracovnej cez fyzickú a sociálnu až po psychickú a v neposlednom rade aj sexuálnu oblasť (Horčíčka, 2013).

## 1.1 EPIDEMIOLOGIA

Knorst et al. (2012, s. 102), uvádzajú, že „močová inkontinencia je prevládajúci stav, ktorý postihuje ženy všetkých vekových kategórií.“ Podobný názor vyjadruje aj Horčíčka (2013), podľa ktorého močová inkontinencia postihuje 15 až 30 % žien bez ohľadu na ich vek.

Stresová inkontinencia moču ako klinický problém postihuje veľkú časť ženskej populácie, pričom jej incidencia postupne narastá s vekom žien (Juráková a kol., 2017).

Vo všeobecnosti platí, že inkontinencia moču môže postihnúť každého človeka, mladého i staršieho. Ľahké formy úniku moču postihujú hlavne ženy, no nevyhýbajú sa ani mužom. Vážnejšie formy úniku moču postihujú 15 % žien a 8 % mužov vo veku nad 65 rokov. Celosvetovo trpí vážnou formou inkontinencie viac než 200 miliónov ľudí; počty sa však líšia podľa stupňa inkontinencie. Ťažká inkontinencia je najťažší a najvážnejší stupeň, ktorý predstavuje záťaž nielen pre postihnutého človeka, ale aj pre jeho okolie (Balcieraková, 2014). Na výskyt tohto ochorenia u asi 200 miliónov ľudí po celom svete poukazuje aj Knorst et al. (2013).

Názory na mieru výskytu inkontinencie moču a na podiel pacientok a pacientov sa v odbornej literatúre líšia.

Podľa Konšackého (2010) je prevalencia inkontinencie moču vysoká. Odhaduje sa, že každá druhá žena má počas života problémy udržať moč. Skoro 50 % pacientov trpí stresovým typom inkontinencie, 11 % pacientov má urgentnú inkontinenciu, 36 % zmiešanú a 5 až 10 % má iný typ inkontinencie.

Inkontinencia sa vyskytuje v rôznej frekvencii, pričom je závislá od toho, o aký konkrétny typ ide. Napríklad ako ďalej uvádza Konšacký (2010) na báze stresovej inkontinencie, výskyt tohto typu inkontinencie je vyšší s počtom vaginálnych pôrodov.

Fan et al. (2013) vysvetľuje, že močová inkontinencia je bežne rozšírený stav, pričom jej výskyt sa podľa daného autora pohybuje na hranici 25 – 45 %. Napriek tomu, že toto ochorenie iba výnimočne vedie k úmrtiu, príznaky majú často negatívny vplyv na každodenné činnosti a kvalitu života žien, takže inkontinenciu možno podľa daného autora dokonca porovnávať s chronickými ochoreniami.

Iný názor na prevalenciu stresovej inkontinencie uvádza Martan a kol. (2013), podľa ktorého sa u žien pohybuje na úrovni okolo 25 až 40 %, pričom stresovou inkontinenciou moču trpí skoro 50 % inkontinentných žien. Hudáková, Novyzedláková (2011) odhadujú, že problémami s udržaním moču trpí každá druhá žena.

Častý sprievodný jav u močovej inkontinencie je prolaps panvových orgánov, čo podľa odhadov postihuje 41 – 65 % žien. Inkontinencia moču by sa však nemala interpretovať ako prirodzená súčasť starnutia človeka (Knorst et al., 2012).

Vysoká prevalencia močovej inkontinencie u žien dnes predstavuje celosvetový problém. Častejší výskyt problémov s únikom moču je zaznamenávaný po pôrode. Niektoré štúdie zistili súvislosť medzi močovou inkontinenciou a pôrodným poranením (Kramná, Vrublová, 2016). Fan et al. (2013) konštatuje, že prevalencia ochorenia sa významne líši aj medzi rozličnými etnickými skupinami.

Problémom u tohto ochorenia je už len skutočnosť, že viac ako 50 % žien, ktoré trpia inkontinenciou moču, nikdy nevyhľadá odbornú pomoc, a ak to aj urobia, tak až po mnohých rokoch utrpenia (Horčíčka, 2013). Niektoré výskumy zasa dokazujú, že iba 10



až 20 % žien s močovou inkontinenciou navštívi lekára (Slezáková a kol., 2017), resp. má záujem vyhľadať lekársku pomoc, čo je zarážajúce (Dzvinčuk a kol., 2008).

## 1.2 KLASIFIKÁCIA

Ako už bolo naznačené, u inkontinencie moču sa rozlišuje niekoľko konkrétnych typov tohto ochorenia.

Delenie inkontinencie sa v priebehu rokov vyvíjalo a menilo, takže dodnes nie je celkom jednotné. Mnohí lekári dodnes používajú rôzne staršie klasifikácie, aj napriek odporúčaniam odborných spoločností (Ryšánková, 2016).

Inkontinencia moču je zo strany pacientov vysvetľovaná ako nedobrovoľný únik moču, v klinickej praxi sa však musí bližšie špecifikovať podľa rozličných faktorov, pretože je niekedy dôležité odlišovať inkontinenciu moču a jej konkrétny typ napríklad od vaginálneho výtoku alebo zvýšenej potivosti (Klečka a kol., 2012).

Podľa ICS existuje extrauretrálna a uretrálna inkontinencia, ktorá sa ďalej člení na urgentnú, stresovú, zmiešanú, paradoxnú a reflexnú močovú inkontinenciu (Ježková, Kolář, 2009). Keďže inkontinencia moču postihuje predovšetkým ženy, ICS v roku 2010 vytvorila túto klasifikáciu špeciálne pre ženskú populáciu:

- stresová inkontinencia – inkontinencia závislá od aktivít,
- urgentná inkontinencia – naliehavé nutkanie močiť,
- zmiešaná inkontinencia – kombinovaná inkontinencia, najčastejšia sa jedná o kombináciu stresovej a urgentnej inkontinencie,
- posturálna inkontinencia – inkontinencia závislá od zmeny polohy tela,
- trvalá inkontinencia – kontinuálna, pokračujúca, totálna inkontinencia, stály únik moču,
- nočná inkontinencia – enuréza, nočná enuréza, nočné pomočovanie pretrvávajúce po piatom roku života,

- bezpocitová inkontinencia – nevedomá inkontinencia, pri ktorej si pacientka nie je vedomá toho, aký moment vyvolal únik moču,
- koitálna inkontinencia – inkontinencia vznikajúca pri pohlavnom styku,
- inkontinencia z pretekania – vzniká pri preplnenom močovom mechúre pacientky (Haylen et al., 2010).

Okrem týchto typov močovej inkontinencie existujú aj rôzne ďalšie typy tohto ochorenia. Existuje napríklad aj prechodná inkontinencia (Hruška, 2013), vyskytujúca sa v stave bezvedomia, pri ťažkej uroinfekcii, pri užívaní liekov v podobe spazmolitik alebo diuretik atď.

Močová inkontinencia sa rozdeľuje nielen podľa typov, ale aj podľa hodnotenia jej závažnosti. Ako uvádza Balcieraková (2014), z tohto pohľadu je uznávané členenie podľa Ingelmanna-Sundberga. Táto klasifikácia rozdeľuje močovú inkontinenciu podľa troch stupňov závažnosti, príslušných najmä pre stresovú inkontinenciu:

- **Stupeň č. 1** – k unikaniu moču dochádza len v situáciách s náhlym zvýšením vnútrobrušného tlaku, ako napr. pri kašľaní, kýchaní či smiechu.
- **Stupeň č. 2** – k úniku moču dochádza v situáciách s miernejším vzostupom vnútrobrušného tlaku ako pri stupni č. 1. Moč v tomto prípade uniká pri behu, športe, chôdzi po schodoch, príp. pri ľahšej fyzickej práci.
- **Stupeň č. 3** – k unikaniu moču dochádza pri normálnom vzostupe vnútrobrušného tlaku. Deje sa tak napr. pri pomalej chôdzi, ale aj vo vzpriamenej polohe v pokoji.

## 2 STRESOVÁ INKONTINENCIA MOČU

Stresová inkontinencia podľa ICS je mimovoľným únikom moču pri zvýšení vnútrobrušného tlaku, ktorý vzniká pri insuficiencii uzáverového mechanizmu bez súčasnej kontrakcie detruzora (Juráková a kol., 2017). Pre udržanie moču je nevyhnutný neporušený uzáverový mechanizmus uretry, dobrá anatomická podpora uretrovezikálnej junkcie, báza močového mechúra a proximálnej uretry (Martan a kol., 2013).

Stresová močová inkontinencia sa prejavuje ako mimovoľný únik moču spojený s rôznymi fyzickými aktivitami, ako napr. beh, skok či kýchnutie (Balcieraková, 2014). K nedobrovoľnému úniku moču môže u pacientov trpiacich týmto typom inkontinencie dochádzať aj počas smiechu a kašľa (Klečka a kol., 2012), prípadne pri dvíhaní bremien (Hruška, 2013). Ide o záťažový a najčastejší druh močovej inkontinencie, keďže môže predstavovať až 55 % všetkých prípadov (Knorst et al., 2012).

Stresová inkontinencia môže často prerásť do zmiešanej inkontinencie, ktorá sa prejavuje príznakmi stresovej aj urgentnej inkontinencie (Balcieraková, 2014).

### 2.1 PRÍČINY VZNIKU A RIZIKOVÉ FAKTORY

Stresová inkontinencia predstavuje takmer vždy multifaktoriálny problém najmä u starších osôb (Marenčák, 2009).

Na vzniku a rozvoji stresovej močovej inkontinencie sa podieľa veľa rizikových faktorov (Drábková, 2015). Rizikové faktory možno rozdeliť na predisponujúce, lokálne a podporujúce, pridružené a situačne sa uplatňujúce faktory. Medzi predisponujúce faktory patrí napr. rasová a rodinná predispozícia a anatomické a neurologické abnormality. K lokálne sa uplatňujúcim faktorom sa zaraďuje napr. tehotenstvo, pôrod, parita, operácia panvy, ožiarenie panvy a prolaps panvových orgánov. Medzi podporujúce, pridružené a situačne sa uplatňujúce faktory patrí vek, komorbidita, obezita, neprimeraná fyzická záťaž, močové infekcie, kognitívne deficity, invalidita, fajčenie, medikamenty, menopauza a pod. (Vrublová, 2017).

Uvedené faktory sú v odbornej literatúre niekedy uvádzané pod inými názvami. Napríklad Romančík (2009) zjednodušene píše o predispozičných faktoroch, pôrodných a gynekologických faktoroch a promočných faktoroch.

Príčina stresovej inkontinencie je buď vrodenou, alebo získanou nedostatočnosťou zvierača močovej rúry. K ďalším rizikovým faktorom vzniku a vývoja tohto typu patria aj komplikovaný pôrod, pokles hladiny estrogénov, úrazy (Marenčák, 2009), predná pošvová plastika, užívanie drog (Romančík, 2009), infekčné ochorenie močových ciest, neurologické ochorenie, zostúpenie orgánovej malej panvy (Martan a kol., 2011).

Podľa tvrdení Marenčáka (2009) sú doposiaľ najlepšie preskúmanými rizikovými faktormi stresovej močovej inkontinencie vek, pôrody a obezita.

## **2.2 DIAGNOSTIKA**

Základom pre liečbu pacientky s inkontinenciou moču je dôkladné vyšetrenie, na základe ktorého možno stanoviť presnú diagnózu (Ryšánková, 2016).

Problematika inkontinencie moču sa stala v posledných rokoch veľmi aktuálnou. Spôsobila to nielen samotná závažnosť a relatívna početnosťou tohto problematického javu, ale aj nové možnosti diagnostiky a následnej liečby (Hiblbauer, Hiblbauer, 2011).

Diagnostika pacientok s inkontinenciou moču zahŕňa zhodnotenie anamnézy a ich celkového stavu, ako aj rôzne laboratórne, fyzikálne, endoskopické a zobrazovacie vyšetrovacie metódy. Každý typ inkontinencie moču musí byť vymedzovaný podľa konkrétnych dôkazov, príznakov a príčin. K hlavným cieľom diagnostiky ochorenia patrí objektívne potvrdenie močovej inkontinencie, objavenie jej príčiny, diferenciálna diagnostika a indikácia na špecializované vyšetrenie, ako aj určenie konečnej diagnózy močovej inkontinencie (Švihra, 2012).

Pri prvom kontakte so ženou trpiacou inkontinenciou moču je nutné vykonať základné diagnostické testy. Ide nielen o anamnézu, ale aj zhodnotenie príznakov, močový denník v kombinácii s dotazníkmi, fyzikálne vyšetrenie vrátane digitálneho rektálneho/vaginálneho vyšetrenia, vyšetrenie moču a krvi, stanovenie reziduálneho moču, uroflowmetriu a pod. Ďalšie vyšetrenia, ako sú napr. RTG, cystouretroskopia, urodynamické testy a pod. sa indikujú najmä vtedy, keď presná diagnóza stresovej

inkontinencie moču nebola stanovená, ako napr. pri neurogénom močovom mechúre, alebo v prípade, že efektivita liečby nie je dostačujúca (Marenčák, 2009).

Kolombo a kol. (2009) uvádza, že pri diagnostike je rovnako dôležité odhaliť prípadné iné závažné ochorenia. Diagnostika je teda otázkou komplexného prístupu k pacientke s využitím pestrej škály dostupných metód – od jednoduchých klinických testov až po náročnejšie prístrojové merania a zobrazovacie metódy. K aspoň čiastočnej objektivizácii závažnosti inkontinencie moču sa môže použiť tzv. test váženia vložiek. Najpresnejšie funkčné vyšetrenie pre objektivizáciu dysfunkcie dolných močových ciest je urodynamické vyšetrenie. Zobrazovacie metódy, ako sú napr. ultrazvuk, vylučovacia urografia či uretrocystografie, majú skôr význam k vylúčeniu inej orgánovej patológie a pri voľbe konkrétneho operačného postupu.

Vyšetrovacie metódy umožňujú zistiť, či žena trpí inkontinenciou moču, o aký konkrétny typ ide, či je inkontinencia prechodná alebo trvalá, prípadne aj dôvody jej vzniku (Martan a kol., 2011).

Presná diagnostika ťažkostí pacientky trpiacej stresovou inkontinenciou moču potom vedie k voľbe správneho typu liečby (Slezáková a kol., 2017).

### **2.3 LIEČEBNÉ POSTUPY**

Cieľom liečby stresovej inkontinencie moču ženy je dosiahnuť plnú kontinenciu, zmierniť obťažujúce symptómy tohto ochorenia, obmedziť vznik komplikácií a celkovo zlepšiť kvalitu života ženy (Slezáková a kol., 2017).

Liečba močovej inkontinencie je závislá od stupňa postihnutia (Gajdoš, 2012). Zvolený typ liečby priamo závisí aj od typu močovej inkontinencie.

Liečba stresovej inkontinencie moču sa vo všeobecnosti rozdeľuje na chirurgickú (operačnú) liečbu, farmakologickú liečbu a konzervatívnu liečbu (Vilhelmová, 2011). K možnostiam liečby patrí aj elektrická stimulácia, posilňovanie svalstva panvového dna, zmena zvykov či používanie vložiek a plienkových nohavičiek (Martan, 2008).

Niekedy je vhodné jednotlivé liečebné postupy pre stresovú inkontinenciu moču kombinovať. Zásadou každej liečby je však tímová spolupráca urológa, gynekológa,

neurológa a samozrejme aj rehabilitačného lekára, fyzioterapeuta či prípadne internistu (Kolombo a kol., 2009).

### **2.3.1 CHIRURGICKÁ LIEČBA**

Chirurgická liečba bola v minulosti realizovaná otvorenými operáciami, dnes ju však môžu nahradiť aj menej invazívne metódy. Operácie tohto ochorenia sa rozdeľujú na vaginálne, retropubické a intrauretrálne, suspenzné, slučkové a suburetrálne, pričom sa využívajú stabilizačné a augmentačné postupy (Švihra, 2012).

Balcieraková (2014) uvádza, že chirurgická liečba je najvhodnejšia, ak sa zistí ťažší stupeň močovej inkontinencie. Gajdoš (2012) konštatuje, že chirurgická liečba sa častejšie využíva práve pri stresovej močovej inkontinencii. Hiblbauer, Hiblbauer (2011) uvádzajú, že úspešnosť operačnej liečby stresovej močovej inkontinencie vedie k väčšiemu povedomiu a záujmu žien o riešenie problému.

Švihra (2012) uvádza, že cieľ chirurgickej liečby stresovej močovej inkontinencie spočíva v obnovení kontinencie pri využití chirurgických metód, ktoré minimalizujú morbiditu a umožňujú čo najrýchlejšie zotavenie pacientky. K operačnému riešeniu sa využíva viac ako 150 typov zákrokov. Podľa vedeckého hodnotenia týchto výsledkov alebo možných komplikácií pri liečbe sa volia a odporúčajú zákroky s najvyšším liečebným efektom a najnižším percentom komplikácií pred i po operácii. Martan a kol. (2013) však pripomína, že operácií, ktoré možno využiť pri liečbe stresovej močovej inkontinencie, môže byť aj viac ako 200.

Každú operáciu – bez ohľadu na to, o aký konkrétny typ operácie ide – je nutné prispôbiť individuálnym potrebám pacientky a tiež skúsenostiam pracoviska, ktoré operáciu realizuje. Iba správne zvolený a kvalitne realizovaný liečebný operačný postup dodá žene vysokú mieru istoty v tom, že sa môže z ochorenia vyliečiť, a významne zvýši kvalitu jej života po operácii (Juráková a kol., 2017).

Marenčák (2009) tvrdí, že v rámci chirurgickej liečby stresovej inkontinencie moču sú vysoko odporúčané Burchova operácia otvorenou cestou, pubovaginálny sling (autológna fascia), suburetrálne slingy (pásky TVT). Vhodné, aj keď nie vždy vysoko odporúčané môžu byť aj Burchova operácia laparoskopicky alebo uretrálne instilácie špeciálnych substancií.

V súčasnosti sa osvedčuje miniinvazívny zákrok pomocou tzv. beznapäťových pásovk TVT, TOT/TVT-O. Vaginálna páska TVT bola určená ako ďalšia metóda liečby tohto ochorenia v roku 1995. Pri aplikovaní pásky vzniká podpora močovej trubice touto páskou podopierajúcou uretru pri zvýšenom intraabdominálnom tlaku. Páska je pletená, je vyrobená z polypropylénu. Pacientka je v priebehu operácie s TVT páskou pri vedomí, keďže operácia sa realizuje v epidurálnej anestézii. Úspešnosť chirurgickej liečby je pomerne vysoká – odhaduje sa na 80 až 90 % (Martan, 2008).

Szabová a kol. (2017) uvádza, že chirurgická liečba stresovej inkontinencie moču inzerciou vaginálnej pásky je v súčasnej dobe považovaná za „zlatý štandard“ v liečbe tohto ochorenia. Podobný názor vyjadruje aj Martan a kol. (2015), podľa ktorého je chirurgická liečba s umiestnením polypropylénovej pásky pod uretru vôbec najčastejším typom liečby tohto ochorenia. V priebehu operácie alebo v pooperačnom období sa však môžu vyskytnúť rôzne komplikácie. Ako uvádza Piškytlová (2017), komplikácie sa rozdeľujú do troch skupín podľa obdobia ich vzniku s ohľadom na vykonanú operáciu. Vo všeobecnosti ide o intraoperačné, perioperačné a pooperačné komplikácie.

Intraoperačné komplikácie sa rozdeľujú na skupinu závažných komplikácií, kde sa jedná napr. o poranenie nervov, ciev, a čriev, a menej závažných, pri ktorých došlo k poraneniu močového mechúra či poraneniu pošvy. Medzi perioperačné komplikácie patrí retropubický hematóm, krvná strata (viac ako 200 ml krvi) a infekcie močového ústrojenstva. Pooperačné komplikácie sú skoré a neskoré. Do tejto skupiny patrí napr. trvalá močová retencia, prechodná močová retencia, erózia uretry, vaginálna erózia, de novo urgencia, abscesy, erózia močového mechúra, aktinomykóza, obštrukcie uretry a pod. (Piškytlová, 2017). Martan a kol. (2015) sem zaraďuje aj ťažké močenie, ktoré je spôsobené nadmerným dotiahnutím pásky, prípadne zápal v okolí pásky a pretrvávajúca stresová močová inkontinencia (Martan a kol., 2015).

### **2.3.2 FARMAKOLOGICKÁ LIEČBA**

Ďalšou možnosťou liečby stresovej inkontinencie moču je farmakologická liečba, predstavujúca liečbu pomocou liekov a preparátov, ktoré slúžia na utlmenie nadmernej činnosti močového mechúra pri inkontinencii. Farmakologická liečba býva niekedy zaraďovaná pod konzervatívnu liečbu, v tejto práci ju však vymedzujeme samostatne.

Cieľom farmakologickej liečby (medikamentózne liečby/farmakoterapie) je zvýšenie intrauretrálneho tlaku zvýšením tonusu hladkých svalov uretry a panvového dna. K dosiahnutiu týchto zmien sa využívajú rôzne prípravky, výsledky liečby však väčšinou nie sú uspokojivé, a to najmä pre výskyt závažných nežiaducich účinkov. Pri liečbe stresovej močovej inkontinencie boli použité preparáty fenylpropanolamín, efedrín, metoxamín a midorin zo skupiny alfa-adrenergických agonistov. Ako účinné sa ukázali aj alfa-sympatomimetiká. Aj keď bolo známe, že tieto látky môžu vyvolať rôzne nežiaduce účinky, ako napr. triašku, bolesti hlavy, poruchy spánku či búšenie srdca, boli podávané ešte donedávna. V roku 2000 boli publikované prípady, pri ktorých podávanie týchto preparátov priamo pôsobilo na kardiovaskulárny systém a CNS, z toho dôvodu bolo odporúčané tieto liečivá nepodávať (Martan a kol., 2013).

Limitovaná účinnosť farmakoterapie, rovnako ako nižšia miera výskytu rôznych vedľajších účinkov tohto spôsobu liečby sa začala vytrácať po tom, ako sa pri liečbe osvedčil preparát duloxetín. Duloxetín ako jeden z mála liekov je odporúčaný pre liečbu stresovej inkontinencie moču u žien. Je to ojedinelý liek podporujúci aktivitu prične pruhozaného zvierača uretry, čím sa zvyšuje uzatvárací tlak v močovej rúre počas fázy uskladňovania moču v močovom mechúre (Marenčák, 2009). Podľa Petrášovej (2012) sa stále používajú aj anticholinergiká ako Vesicare, Toviaz a Uroflow, ktoré ale svojimi nežiaducimi vedľajšími účinkami môžu ovplyvňovať život pacientky.

Pretože inkontinencia moču predstavuje celosvetový a čoraz závažnejší problém po zdravotnej, ale aj ekonomickej a spoločenskej stránke, je nutné doplniť túto formu liečby o nové lieky s prijateľným pomerom medzi účinnosťou a cenou. Liečba pomocou liekov nie je v súčasnosti u stresového typu inkontinencie preferovaná, prednosť je kladená rehabilitácii svalov panvového dna či operačnej liečbe (Martan a kol., 2013).

### **2.3.3 KONZERVATÍVNA LIEČBA**

Konzervatívna liečba močovej inkontinencie zahŕňa napr. úpravu každodenných návykov, fyzioterapiu, znižovanie hmotnosti ženy, farmakoterapiu, príp. používanie inkontinenčných pomôcok (Hiblbauer, Hiblbauer, 2011).

Medzi bežne využívané konzervatívne liečebné postupy patrí hlavne zmena životostprávy (napr. úbytok na váhe diétou alebo cvičením, koniec fajčenia a pitia kávy,



obmedzenie ťažkej fyzickej činnosti), rehabilitácia a fyzikálna liečba (napr. tréning močového zvierča, gymnastika svalov panvového dna, elektrostimulácia a vaginálna elektrická stimulácia svalov panvového dna, prekonávanie netlmených kontrakcií, nácvik chodenia na toaletu, biofeedback, terapia pomocou biostimulačného lasera, neuromodulačné a neurostimulačné techniky a pod.), vaginálne kónusy, odvod moču pomocou močovej cievky alebo suprapubickej založenej cievky, protetické pomôcky, (Kolombo a kol., 2009), pesaroterapia a ďalšie (Martan, 2008).

Významným prvkom konzervatívnej liečby stresovej močovej inkontinencie u žien je cvičenie, obzvlášť vo forme **špeciálnej liečebnej gymnastiky**.

Balcieraková (2014) uvádza, že špeciálna liečebná gymnastika je dôležitá súčasť liečby stresovej močovej inkontinencie, pretože pomáha upraviť celkový stav pacientky a zlepšiť funkčný stav jej brušného svalstva, ako aj svalstva panvového dna. Oslabenie vnútorných svalov v uvedených oblastiach môže vyvolať bolesti chrbta a spôsobovať nesprávne držanie tela či samovoľný únik moču, preto je nutné tieto svaly posilňovať. Dôležitou súčasťou boja proti úniku moču je zdravý životný štýl s fyzickou aktivitou. Pravidelné cvičenie pôsobí kladne na nervovo-svalovú koordináciu svalov panvového dna a ich posilnenie. Fan et al. (2013) si myslí, že cvičenie je uznávaným a efektívnym spôsobom konzervatívnej liečby u žien trpiacich inkontinenciou moču.

K posilňovaniu svalov panvového dna existujú špeciálne cviky, vďaka ktorým môže žena lepšie ovládať vyprázdňovanie. Sú to **Kegelove cviky** (cvičenia), zamerané k posilňovaniu svalov panvového dna či už vo forme prevencie, alebo vo forme nápravy drobných anatomických odchýlok, vznikajúcich najmä po pôrode. Cieľom cvičení je posilniť zdvíhač konečníka do takej miery, aby nedochádzalo k unikaniu moču. Cvičia sa v štyroch fázach (vizualizácia, relaxácia, izolácia a vlastné posilňovanie), pričom len zvládnutie prvých dvoch fáz trvá štyri až šesť týždňov. Posledná fáza, t.j. vlastné posilňovanie, úzko súvisí s liečbou stresovej inkontinencie moču, keďže v tejto fáze sa pacientka dostáva do bodu, kedy by bez straty moču mala vydržať 6 až 10 silných kýchnutí, čo sú typické prejavy tohto typu inkontinencie. Tieto cviky umožňujú ženám intenzívnejší tréning, pokiaľ však močová inkontinencia pretrváva aj po intenzívnom tréningu, je potrebné spojiť sa s lekárom (Balcieraková, 2014).

Pri liečbe močovej inkontinencie možno využívať rôzne metódy kinezioterapie. Známe sú napr. cviky na posturálnu stabilizáciu trupu, Ostravský koncept, aktivácia hlbokého stabilizačného systému, úprava narušenej aferentácie a pod. Medzi známe terapeutické techniky patria mobilizačné a mäkké techniky, nácvik aktivácie a relaxácie, mobilizácia kostrče a sakroiliakálneho kĺbu, izolovaná kontrakcia svalov panvového dna a jedna z najznámejších techník – **behaviorálna terapia**.

Behaviorálna terapia sa zakladá na výchove pacientky k zmene svojich návykov, správania a životného štýlu. Mnohé z týchto návykov môže byť pre pacientku náročné získať, z toho dôvodu je tu potrebná jej intenzívna spolupráca. Pri behaviorálnej terapii je nutné nadviazať blízky kontakt s pacientkou a získať jej dôveru. Terapia má niekoľko oblastí. Sú zamerané na zníženie telesnej hmotnosti pri nadváhe, príjem tekutín, domáci cvičebný program, pravidelnú stolicu, športové aktivity, močový denník, odbremenenie stresu, vytváranie správnych pohybových stereotypov a pod. (Ježková, Kolář, 2009). Ako je známe, všetky tieto aspekty patria medzi rizikové faktory stresovej močovej inkontinencie.

Novosedláková, Hudáková (2011) uvádzajú, že behaviorálna terapia (liečba) sa prakticky orientuje do dvoch rovín. Je buď závislá na samotnej pacientke (patrí tu cvičenie svalov panvového dna, pravidelná edukácia, aktívne ovplyvňovanie urgencye, elektrická stimulácia), alebo je závislá na opatrovateľovi (patrí tu napr. močenie podľa rozvrhu, dodržanie pravidelných intervalov močenia, močenie na upozornenie a pod).

Vybraný typ techniky a jej postup v terapii by mal nadviazať na kineziologický rozbor pacientky. Dlhodobý cieľ terapie pri stresovej močovej inkontinencii spočíva v mimovoľnej aktivácii svalov panvového dna v bežných denných aktivitách a následne ich správnom zapojení v stresových činnostiach. Kratšie a strednodobejšie ciele každej zvolenej techniky sú závislé od aktuálneho zdravotného stavu pacientky a výsledkov jej kineziologického rozboru (Ježková, Kolář, 2009).

S konzervatívnou liečbou stresovej inkontinencie moču úzko súvisí aj používanie **inkontinentných, absorpčných pomôcok**.

Balcieraková (2014) konštatuje, že v prípade neuskutočnenia liečby močovej inkontinencie sa využívajú absorpčné pomôcky, ktoré pacientke ponúkajú ochranu pred

únikom moču. Vilhelmová (2011) uvádza, že inkontinenčné pomôcky sa používajú aj pri zlyhaní liečby alebo v kombinácii s ďalšími liečebnými postupmi.

Všeobecne platí, že zdravotník by mal pre pacientku nielen nájsť adekvátny druh liečby, ale zároveň by jej mal pomôcť aj s výberom vhodných hygienických pomôcok. Správne zvolený výrobok môže výrazne zlepšiť kvalitu života pacientky už len tým, že odstraňuje nepríjemný zápach, a môže tiež zabrániť zdravotným problémom, ktoré inkontinenciu moču sprevádzajú, ako napr. začervenaniu a svrbeniu pokožky, infekcii či dekubitom (Kolombo a kol., 2009).

Dnes je dostupný už veľký počet absorpčných pomôcok, ktoré sa líšia veľkosťou, tvarom, ako aj kvalitou protizápalového absorbenta (Hudáková, Novysedláková, 2013). Napriek tomu je nutné, aby zdravotníci na túto tému s pacientkami hovorili, aby im ju pripomínali a presvedčili ich, že inkontinencia nie je nejaké „neslušné“ slovo a možno ju prijateľne liečiť (Petrášová, 2012).

U inkontinenčných pomôcok sa hodnotia viaceré vlastnosti. Ide predovšetkým o ľahkú manipuláciu, dobrú schopnosť absorpcie (pohlčujú pachy, bránia množeniu mikroorganizmov a neutralizujú metabolity moču) a dobrú priedušnosť. Moderné pomôcky pre inkontinenciu majú vonkajšiu priedušnú vrstvu tvorenú mikroskopickými prieduchmi, ktoré umožňujú prienik vzduchu k pokožke, čím sa okrem iného zabraňuje úniku nepríjemných pachov a vlhkosti (Kolombo a kol., 2009).

Pri samotnom výbere pomôcky je nutné zohľadniť stupeň a priebeh močovej inkontinencie, ako aj fyzickú a psychickú schopnosť ženy (Hudáková, Novysedláková, 2013). Na trhu je dostupných mnoho absorpčných pomôcok, ktoré môžu byť pacientke trpiacej inkontinenciou moču poskytnuté. Balcieraková (2012) ich delí podľa množstva úniku moču na:

- inkontinenčné vložky – napr. slipové vložky, vložky pre zvýšenú či maximálnu bezpečnosť, prípadne vložky pre mužov,
- plienkové nohavičky,
- vkladacie plienky,

- fixačné nohavičky,
- podložky k ochrane postele, stoličky, kresla či invalidného vozíka.

## **2.4 KVALITA ŽIVOTA ŽIEN TRPIACICH STRESOVOU INKONTINENCIOU MOČU**

Inkontinencia moču je bežným problémom, postihujúcim ľudí všetkých vekových kategórií a zo všetkých spoločenských vrstiev. Hoci fyzické účinky nemusia byť život ohrozujúce, príznaky môžu mať zničujúci vplyv na kvalitu života jednotlivcov, ako aj ich rodín a priateľov (Billington, 2010).

Kvalitu života možno definovať veľmi širokým, no nejednoznačným pojmom, pričom možno o nej hovoriť iba zo sociálneho uhlu pohľadu. Koncept kvality života má dve zložky: subjektívnu a objektívnu. Subjektívne pomenovaná kvalita života je spojená so spokojnosťou a psychickou pohodou ženy so svojím životom. Objektívna kvalita života zahŕňa napĺňanie požiadaviek súvisiacich so sociálno-materiálnymi podmienkami života a fyzického zdravia ženy (Ondrušová, 2011). Objektívna kvalita života odráža aj dobrý životný pocit, na ktorom sa už odráža subjektívna kvalita života. Jedným z najdôležitejších determinantov kvality života je zdravie, či už vnímané subjektívne, alebo posúdené objektívne (Grondžák Pechová, 2014).

Močová inkontinencia významnou mierou prehovára do zdravotnej, ale i sociálnej a hygienickej stránky života ženy. Tento nepríjemný jav vplyva na zhoršenie kvality života ženy a vôbec jej celkového psychického stavu.

Ako je známe, mnohé ženy trpiace stresovou inkontinenciou moču nevyhľadávajú lekára. Dôvody sú rôzne. Ide napr. o hanbu, považovanie symptómov inkontinencie za prirodzenú súčasť starnutia, nedôveru v liečbu, obavy z nepríjemných vyšetrení alebo z liečby chirurgickou cestou. Rolu môže zohrávať aj neschopnosť inkontinentnej ženy zveriť sa so svojím problémom lekárom (Vilhelmová, 2011).

Inkontinencia moču má výrazne negatívny vplyv na kvalitu života žien s týmto ochorením. O inkontinencii moču sa im hovorí veľmi ťažko. Hanbia sa za ňu, strácajú sebavedomie, izolujú sa a uzatvárajú sa do seba. Niekedy ani samé nevedia, ako tento problém majú vyriešiť a na koho sa majú obracať. Najmä staršie ženy majú problém

túto situáciu riešiť. Mnohé prežívajú pocit straty spoločenskej úlohy, strácajú sociálne kontakty a obmedzujú svoju telesnú aj duševnú aktivitu. Tento problém často skrývajú (Hudáková, Novysedláková, 2011). Ženy sa vinou toho často vzdávajú mnohého vo svojom živote a životnom štýle, čím dochádza k poškodeniu ich spoločenských väzieb, poškodzujú sa ich partnerské a sexuálne vzťahy, ich profesionálne zaradenie či celková spokojnosť so životom. Starostlivosť o domácnosť, záujmy a odpočinok sú ovplyvnené čiastočne; inkontinentné ženy často organizujú svoj život podľa rozmiestnenia toaliet a bedlivo sa vyhýbajú nepríjemným situáciám. Ak problém s unikaním moču pretrváva dlhšie, spôsobuje u nich stratu sebaúcty a privádza ich k depresiám. Ženy vnímajú toto ochorenie ako prejav svojho zlyhania, stratu dôstojnosti, inak sa ponímajú. Vnímajú ho ako zásah do svojej telesnej i duševnej intimity (Hudáková, Zacharová, 2011).

Okrem zdravotného, psychického či sociálneho aspektu kvality života má toto ochorenie vplyv aj na ekonomickú situáciu pacientky. Ako zistil Song et al. (2014), močová inkontinencia nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu života a vedie aj k zvýšenému finančnému zaťaženiu pacientov. Za ekonomicky náročný problém považuje tento jav z pohľadu pacientok aj Marenčák (2009).

Často sa dokonca stáva, že úspech liečby demonštrovaný klinickým vyšetrením môže byť odlišný od subjektívneho vnímania samotnou pacientkou. Termín kvality života je v hodnotení liečby stresovej inkontinencie moču používaný veľmi často a veľmi široko, no veľakrát bez akéhokoľvek vymedzenia tohto pojmu. Kvalita života je neraz spájaná iba so zdravím ako stavom fyzickej, psychickej a sociálnej spokojnosti (Horčíčka, 2013). Ako však ukazuje realita, inkontinencia moču ovplyvňuje ženy aj v ďalších oblastiach.

Je zrejmé, že kvalita života žien trpiacich močovou inkontinenciou je zmenená. Ak aj hľadajú riešenia, často ich hľadajú vo využívaní bežných menštruačných vložiek alebo obmedzením pitného režimu, čo však nie sú skutočné riešenia tohto problému. Neraz sa zrieknu návštevy či spoločenskej udalosti, len aby neboli svojím problémom obmedzované (Hudáková, Novysedláková, 2011).

Z týchto dôvodov je nutné, aby ženy trpiace stresovou inkontinenciou moču svoj problém riešili, resp. boli odhodlané ho riešiť. Marenčák (2009) uvádza, že vyliečenie,

prípadne zlepšenie tohto stavu znamená pre pacientky podstatné zlepšenie kvality ich života a väčšinou aj ich návrat do spoločnosti.

K zisťovaniu kvality života pacientok so stresovou inkontinenciou moču slúži špecializovaný dotazník CONTLIFE, ktorý vytvoril Amarenco et al. (2003). Dotazník bol vytvorený vo Francúzsku a preložený do holandčiny, nemčiny, angličtiny, dánčiny a postupne do iných jazykov, vrátane českého a slovenského jazyka. Zahŕňa 28 otázok v šiestich doménach, ktoré hodnotia stav žien v posledných štyroch týždňoch. Hodnotí sa vplyv daného ochorenia na bežné denné aktivity, činnosti zamerané na úsilie (fyzická aktivita), vplyv na pohlavný život (sexualita), emočné (citové) dôsledky, ďalej vlastná osobnosť – sebahodnotenie, a celkový pocit spokojnosti (kvalita života). Tento dotazník sa často využíva pri hodnotení efektu chirurgickej liečby stresovej inkontinencie; je voľne dostupný na internete.

Okrem dotazníka CONTLIFE patria k dotazníkom hodnotiacim kvalitu života žien s inkontinenciou moču dotazník Kings's Health, Urge Impact Scale, Incontinence-Quality of Life, Incontinence Stress Questionnaire for Patients, Symptom Impact Index for Stress Incontinence, Urinary Incontinence Severity Score, Urge-Incontinence Impact Questionnaire, Urinary Incontinence Handicap Inventory, York Incontinence Perception Scale. K hodnoteniu kvality života sa používa aj dotazník WHO (Rybárová, 2010).

### **3 ROLA SESTRY V OŠETROVATEĽSKOM PROCESE U ŽENY SO STRESOVOU INKONTINENCIOU MOČU**

V starostlivosti o ženy trpiace stresovou inkontinenciou moču zohrávajú dôležitú úlohu sestry alebo pôrodné asistentky. Ide o špecifickú starostlivosť o ženy s týmto ochorením, začínajúcu už ich príchodom na oddelenie a pokračujúcu hospitalizáciou, ktorá môže trvať niekoľko dní v závislosti od stavu pacientky.

Sestra je obvykle prvou osobou, s ktorou sa pacientka po príchode na ambulanciu stretáva. Pacientka k sestre vzhliada ako k zdroju informácií. Úloha sestry v zachytení inkontinencie moču je veľmi dôležitá a často záleží len na jej prístupe. Vďaka vhodnej komunikácii a správaniu môže pacientke „otvoriť dvere“, alebo naopak nevhodným správaním zamedziť tomu, že sa pacientka zdravotníckemu tímu so svojím problémom zverí (Petrášová, 2012).

„Sestra pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti sa podieľa na realizácii opatrení. Metódou ošetrovateľského procesu získava pacientku na spoluprácu a realizuje jednotlivé intervencie“ (Novyzedláková, Hudáková, 2011, s. 82).

Keďže rizikovým faktorom súvisiacim so vznikom a rozvojom stresovej močovej inkontinencie sú okrem iného aj pôrody, mimo sestry môžu poskytovať pacientkam ošetrovateľskú starostlivosť aj pôrodné asistentky. Podobne ako v prípade sestier, aj rola pôrodných asistentiek je okrem toho do významnej miery výchovná a edukatívna, ako pripomínajú Čeledová, Čevela (2010).

#### **3.1 KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTKU**

Pri komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientku s inkontinenciou moču zastáva sestra dôležitú úlohu v každej fáze ošetrovateľského procesu. S dôrazom na úlohy sestry ich popisujú Novyzedláková, Hudáková (2011) nasledovne:

- **Posudzovanie pacientky s inkontinenciou moču** – v tomto smere má sestra veľmi dôležitú úlohu, pretože pri chorobách ako je inkontinencia je dôležité zistiť

údaje o pacientke, vyšetriť ju, zistiť jej denné aktivity a psychologické údaje, ktoré by mohli pomôcť pri liečení alebo aspoň zmiernení zlého zdravotného stavu pacientky. V tomto smere sestra realizuje anamnézu, fyzikálne vyšetrenie, zisťuje aktivity denného života a psychologické a sociálne údaje o pacientke.

- **Ošetrovateľské diagnózy** – pri stresovej inkontinencii moču možno stanoviť viaceré ošetrovateľské diagnózy. Diagnózami sú napr. retencia moču, narušené vylučovanie moču, stresová inkontinencia moču či riziko urgentnej inkontinencie moču. Z hľadiska prispievajúcich faktorov ide napr. o oslabené svalstvo panvového dna, vysoký vnútrobrušný tlak pri obezite alebo oslabenie zvieračov močového mechúra. Určujúcimi znakmi sú samovoľné odkvapkávanie moču pri zvýšenom brušnom tlaku, časté močenie (uskutočňuje sa častejšie ako každé dve hodiny) a opakovaná potreba vymočiť sa. Súvisiacimi znakmi sú predovšetkým degeneratívne zmeny panvových svalov a štrukturálnej opory v súvislosti so starnutím, nefunkčný vývod močového mechúra a príliš veľká náplň močového mechúra medzi močením.
- **Plánovanie** – sestra zohráva dôležitú úlohu aj v procese plánovania. Úsilie lekára, zamerané na zvládnutie stresovej močovej inkontinencie pacientky, dopĺňa sestra plánovanou ošetrovateľskou starostlivosťou, v ktorej sa zameriava na potlačenie alebo elimináciu faktorov, ktoré prispievajú k tomuto ochoreniu.
- **Realizácia** – úlohu zohrávajú režimové opatrenia, t.j. jednoduché a nenáročné spôsoby na podporu kontinencie pacientky. Tieto opatrenia sú dôležité najmä u starších pacientok pri zistení zmiešaného typu inkontinencie. Cieľom je upraviť liečbou urgentnú zložku problému a operáciou korigovať stresovú inkontinenciu. Režimovými opatreniami v roli sestry sú pitný režim, podpora celkovej pohybovej aktivity, dostupnosť toalety, hygienická starostlivosť, tréningy močenia a pod.
- **Hodnotenie** – posledná fáza komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientku s močovou inkontinenciou.

Cieľom komplexnej starostlivosti o pacientku je vypracovaný ošetrovateľský plán. Má sa zameriavať na potenciálne alebo už vzniknuté problémy s vylučovaním moču u pacientky, na zachovanie alebo obnovenie normálneho vylučovania moču pacientky



a prevenciu príslušných rizík, akými sú infekcia, narušená celistvosť kože, tekutinová a elektrolytová nerovnováha či narušená sebaúcta. Súčasťou plánu má byť aj edukácia pacientky (Novysedláková, Hudáková, 2011).

Z pohľadu sestry je dôležité získať si pacientku pre spoluprácu a motivovať ju pre konkrétny terapeutický postup. Keďže v súčasnosti je doménou primárnej starostlivosti o pacientku so stresovou inkontinenciou moču najmä konzervatívna liečba, je to veľmi dôležité. Je taktiež nevyhnutné, aby sa sestra orientovala v negatívnych a nežiaducich účinkoch liekov používaných na farmakologickú liečbu ochorenia (Horčíčka, 2009).

Ak má sestra pacientku poučiť o cvičení a nie ju len odkázať na brožúru, je vhodné, aby si cviky najskôr sama vyskúšala. Často zistí, že pochopenie výkladu podľa brožúry môže byť zložitejšie, pričom vysvetlenie svojimi vlastnými slovami jej zaberie rovnaký čas ako odovzdanie brožúry pacientke. Veľmi dôležitá je vôľa pacientky cvičiť a vydržať pri tom aspoň 3 až 6 mesiacov. Je vítané, ak sestra vie pacientku odkázať na najbližšie fyzioterapeutické pracovisko, zaoberajúce sa cvičením (Petrášová, 2012).

Pokiaľ je pacientka indikovaná k operačnému zákroku stresovej močovej inkontinencie, mala by byť poučená v urogynekologickom zariadení, no napriek tomu je dôležitá, aby sa sestra orientovala v typoch operácií a mohla tak náležite odpovedať na prípadné otázky (Horčíčka, 2009). Sestra by mala vedieť pacientke odpovedať aj na otázky v súvislosti s rekonvalescenciou po uskutočnenom operačnom zákroku. Sestra by mala pacientku informovať najmä o tom, že by sa mala vyhýbať dvíhaniu bremien s hmotnosťou nad 5 kg, že minimálne tri a viac týždňov by sa mala zdržať sexuálneho života (do zahojenia vaginálnej incízie), že ťažšej fyzickej záťaži sa bude môcť venovať najskôr tri týždne po zákroku a pod. Pri aplikácii pásky môže pacientka cvičiť najskôr tri mesiace po zákroku, čo by mala sestra pripomenúť (Petrášová, 2012).

Ako ďalej uvádza Petrášová (2012), v pooperačnom období môžu u pacientky vzniknúť problémy typu malého či prerušovaného prúdu moču. V takomto prípade by ju sestra mala upokojiť a informovať ju o tom, že tento stav sa bude zlepšovať pozvoľna, rádovo až niekoľko mesiacov. Tiež by ju mala upozorniť na to, že musí dochádzať na kontroly do ambulancie.

Najkomplikovanejšia situácia nastáva v prípade, keď inkontinentná pacientka z nejakého objektívneho dôvodu nemôže byť operovaná a zároveň všetky metódy konzervatívnej liečby zlyhali, prípadne zlyhala samotná operácia alebo jej efekt bol menší, ako pacientka očakávala. V tom prípade môže zlepšiť kvalitu života a zložitú psychosociálnu situáciu pacientky len citlivý prístup ošetrojúceho personálu vrátane sestry a používanie absorpčných pomôcok, o ktorých ju musí sestra taktiež informovať (Horčíčka, 2009; Petrášová, 2012). Pri starostlivosti o pacientky s inkontinenciou moču je okrem toho uvádzanie aj ďalších, doplnujúcich informácií. Ide najmä o kontakty na odborníkov, ktorí sa zaoberajú liečbou močovej inkontinencie (Horčíčka, 2009).

### **3.2 EDUKÁCIA PACIENTKY SESTROU**

Petrášová (2012) uvádza, že je predovšetkým na zdravotníckom personáli, či bude problém inkontinentnej pacientky včas odhalený a liečený. Sestra je mnohokrát prvým či jediným človekom, ktorému sa pacientka zverí, musí mať preto dostatočné vedomosti a vedieť, ako ich využiť v prospech pacientky.

Stresová inkontinencia moču síce neohrozuje život ženy, ale výrazne znižuje jej kvalitu života. Pre efektivitu liečby a starostlivosti je nutná najmä multidisciplinárna spolupráca a empatická komunikácia, ktorá prebieha v edukačnom procese, ktorý je v rukách lekárov, sestier, pôrodných asistentiek a fyzioterapeutov. Edukácia o rôznych možnostiach liečby je zásadná pre všetky ženy, ktoré nechcú tolerovať subjektívne zníženú kvalitu svojho života. Sestry a pôrodné asistentky v tomto smere zohrávajú rolu najmä v oblasti informovanosti, cielenej základnej edukácie a podpory pacientky pri dlhotrvajúcej liečbe (Vrublová, Holisová, 2011).

Sestra ako edukátor má možnosť edukovať pacientku v primárnej starostlivosti (v ordinácii gynekológa či praktického lekára), kde môže ženám preventívne odporučiť posilňovanie svalov panvového dna a poskytnúť im informačné brožúry. V rámci pôrodnej asistencie je priestor na edukáciu najmä v prenatálnej starostlivosti a pri gynekologickej prehliadke (Dobrovodská, 2008). Pôrodná asistentka sa okrem toho snaží posilniť sebauvedomenie inkontinentných žien a zvýšiť ich sebadôveru. Učí ich zdravému životnému štýlu a zodpovednosti, motivuje ich. Je samozrejmé, že by mala pôsobiť optimisticky (Čeledová, Čevela, 2010). Kompetencie sestier a pôrodných asistentiek tieto aktivity zahŕňajú, takže by bolo žiaduce ich vo väčšej miere rozvíjať.

V praxi majú vhodnú pozíciu pre to, aby u pacientky identifikovali možné problémy s močením/únikom moču a poskytli im rady, ktoré sa týkajú ich životného štýlu, príp. rady, ktoré sa týkajú cvičení svalov panvového dna (Dobrovodská, 2008).

Hudáková, Zacharová (2011) uvádzajú, že aj keď sú inkontinentné ženy v značnej miere obmedzované po somatickej, sociálnej i psychickej stránke, z pohľadu sestry niekedy stačí vzdelávať pacientky o možnosti, ako posilňovať panvové dno za pomoci cvičení, prípadne o využívaní inkontinentných pomôcok. Inkontinencia je totiž sústavne aktuálny problém, ktorý možno riešiť aj takto. Edukácia môže pomôcť pri riešení tohto problému vo veľkej miere či dokonca najviac, ako uvádzajú dané autorky.

Samozrejme, aj pri edukácii existujú riziká, ktoré si sestry musia uvedomiť nielen pri počúvaní a komunikácii s pacientkami, ale aj smerom do budúcnosti, pre ich lepšiu informovanosť. Keďže inkontinencia so sebou prináša vysokú mieru rozpakov, ženy sa môžu zdráhať hľadať pomoc. Keď pacientka svoj problém prezentuje, sestra musí byť schopná poskytnúť jej presné informácie o všetkých dostupných liečebných postupoch a urobiť to pritom mimoriadne empaticky a citlivo (Billington, 2010).

V edukácii žien trpiacich stresovou inkontinenciou moču zohráva veľmi dôležitú úlohu cieleň vyhládávanie, teda depistáž. Depistáž je základný predpoklad pre zistenie toho, či je pacientka inkontinentná. Edukácia v tomto smere pomáha pacientke, aby sa zapojila do liečby a zvýšila kvalitu svojho života. Cieľom edukácie je rozvíjať poznatky a schopnosti, ako aj postoje, hodnotové, citové a behaviorálne kvality pacientky. Platí pritom, že každá pacientka má právo na edukáciu, pričom edukovaná by nemala byť iba ona sama, ale aj jej blízki. Edukujúca sestra sa má snažiť pacientke pomôcť pochopiť jej úlohy v starostlivosti o vlastnú osobu, má jej pomáhať pochopiť jej zodpovednosť za vlastné zdravie a redukovať pocity neistoty a úzkosti (Petrášová, 2012).

Podobne ako samotný ošetrovateľský proces v starostlivosti o pacientku trpiacu stresovou močovou inkontinenciou, aj edukačný proces pre túto pacientku má svoje fázy. Petrášová (2012) ich vymedzila nasledovne:

- **Posúdenie pacientky** – sestra posudzuje životný štýl pacientky, jej vek, motiváciu k učeniu, charakter ťažkostí s unikaním moču, súčasné vedomosti o možnostiach liečby močovej inkontinencie, doterajšie spôsoby riešenia unikania

moču, atď. Na základe týchto informácií sestra stanoví edukačné témy, doplní príp. chýbajúce vedomosti pacientky a motivuje ju.

- **Stanovenie edukačných diagnóz** – súvisí s nedostatkom vedomostí pacientky. Pri neznalosti musí sestra pacientku poučiť o dôvodoch vzniku tohto ochorenia, ako aj o možnostiach jeho liečby. Sestra musí určiť, s čím súvisí nedostatok vedomostí u pacientky – či ide o nepochopenie, alebo napr. o neochotu daný problém riešiť. Diagnózami sú napr. porucha spánkového rytmu, zmena sexuálneho správania, nedostatok vedomostí, úzkosť, sociálna izolácia a pod.
- **Príprava edukačného plánu** – v tejto fáze sestra stanoví priority edukácie a edukačný cieľ. Ciele edukácie môžu byť kognitívne, afektívne, psychomotorické a behaviorálne. Kognitívne edukačné ciele zahŕňajú intelektové schopnosti, t.j. to, čo má pacientka vedieť a pochopiť o problematike močovej inkontinencie. Afektívne ciele edukácie zahŕňajú emócie, zážitky, postoje, záujmy a hodnoty, teda to, čo má pacientka prijať a v čom sa má angažovať. Psychomotorické a behaviorálne edukačné ciele zahŕňajú motorickú zručnosť – teda to, čo a ako má pacientka správne vykonať pre zmiernenie či odstránenie problémov. Dôležité sú pritom výsledné kritériá, vymedzujúce očakávané výsledky v postojoch, ako aj vo vedomostiach pacientky a jej očakávaniach.
- **Realizácia edukačného plánu** – v tejto fáze edukačného procesu prichádza k samotnej realizácii edukačného plánu. V motivačnej fáze sa edukácia pacientky sestrou zameriava na poučenie o príčinách a spôsoboch, ako zmierniť alebo odstraňovať inkontinenciu, posúdenie príčin a faktorov, ktoré prispievajú k úniku moču, na predvedenie nácviku rytmu pravidelného močenia po dvoch hodinách s následným predĺžením intervalov medzi močením na tri až štyri hodiny, ďalej na poučenie o vedení močového denníka, informovanie o odporúčanom prijímaní tekutín v menších dávkach (minimálne 2 l za 24 hodín, 3 hodiny pred spánkom viac nepiť), informovanie o tekutinách, ktoré sú nevhodné (napr. čierny čaj, káva, kolové nápoje, alkohol), na osvojenie cvičení na posilnenie svalov panvového dna, na poučenie o tom, ako zapájať brušný lis (tlak rukou na oblasť mechúra) a pokúšať sa po vymočení „domočiť“ rezíduum, na zabezpečenie inkontinentných pomôcok, ako aj na poučenie o nutnosti vyššej hygieny a starostlivosti o pokožku.

V expozičnej časti sestra využíva napr. prednášky, pohovory, precvičovanie, DVD a pod.

- **Vyhodnotenie efektívnosti edukácie** – v záverečnej fáze edukačného procesu musí sestra tento proces vyhodnotiť. Sestra robí hodnotenie dosiahnutých cieľov edukácie spolu s pacientom. Miera splnenia edukačných cieľov zároveň slúži ako kritérium k hodnoteniu plánu edukácie.

Správna edukácia inkontinentnej pacientky sestrou môže pomôcť preventívne – dokáže pomôcť aj mnohým ďalším potenciálnym pacientkam, ktoré by sa tak dozvedeli o problémoch s inkontinenciou niečo viac, napr. to, ako ju liečiť alebo ako ňou netrpieť (Petrášová, 2012). Prevencia je dôležitá a mala by sa robiť nielen na ambulanciách pomocou brožúr či reklám, ale aj inými formami medzi širokou verejnosťou. Koniec koncov, do práce sestry patrí aj aktívne vyhľadávanie žien trpiacich únikom moču, resp. príznakmi stresovej inkontinencie (Hudáková, Novysedláková, 2011).

V dnešnej spoločnosti predstavuje stresová inkontinencia moču stále častejší problém, s ktorým sú zdravotníci vrátane sestier konfrontovaní. Je žiaduce, že najmä v posledných rokoch je naša spoločnosť svedkom rastúceho záujmu o túto problematiku nielen zo strany odbornej, ale aj laickej verejnosti. Ide o správnu snahu, do ktorej je naďalej nutné zapájať čo najširšiu odbornú i laickú verejnosť. Iba za tohto predpokladu budú môcť profitovať z posledných poznatkov medicíny v čo najširšej miere nielen samotné pacientky, ktoré trpia stresovou alebo inými typmi inkontinencie moču, ale i celá spoločnosť (Kolombo a kol., 2009).

Stresovej močovej inkontinencii a kvalite života žien s touto diagnózou sa ďalej venuje štvrtá kapitola, ktorá prezentuje výsledky prieskumu pomocou dotazníka kvality života pre inkontinentné ženy CONTLIFE.

## 4 PRIESKUM O KVALITE ŽIVOTA ŽIEN SO STRESOVOU MOČOVOU INKONTINENCIOU

Kvalitu života žien so stresovou močovou inkontinenciou sme sa rozhodli popísať aj na báze výsledkov vlastného prieskumu. V nadväznosti na tému záverečnej práce sme stanovili prieskumný problém: **Aká je kvalita života žien trpiacich stresovou močovou inkontinenciou?**

### 4.1 CIELE, PRIESKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť kvalitu života žien so stresovou močovou inkontinenciou. Čiastkovými cieľmi bolo:

- **Cieľ č. 1:** Zistiť vplyv stresovej močovej inkontinencie na denné aktivity, fyzické aktivity, vlastnú osobnosť, citovú oblasť, sexualitu a kvalitu života žien s týmto ochorením.
- **Cieľ č. 2:** Zistiť, či liečba stresovej močovej inkontinencie vplýva na kvalitu života žien s týmto ochorením.

V nadväznosti na čiastkové ciele sme vymedzili prieskumné otázky:

- **Prieskumná otázka č. 1:** Vplýva stresová močová inkontinencia na denné aktivity, fyzické aktivity, vlastnú osobnosť, citovú oblasť, sexualitu a kvalitu života žien s týmto ochorením?
- **Prieskumná otázka č. 2:** Majú ženy trpiace stresovou močovou inkontinenciou vyššiu kvalitu života vďaka liečbe tohto ochorenia?

V nadväznosti na druhý cieľ a druhú prieskumnú otázku sme overovali, ktorá zo stanovených hypotéz je platná:

- **Nulová hypotéza:** Medzi liečbou stresovej močovej inkontinencie a kvalitou života žien je nezávislosť.

- **Alternatívna hypotéza:** Liečba stresovej močovej inkontinencie a kvalita života žien sú na sebe závislé.

## 4.2 METÓDA PRIESKUMU

Pre zisťovanie dát bol použitý kvantitatívny prieskum pomocou dotazníkového šetrenia. Zvolili sme dotazník kvality života pre inkontinentné ženy CONTLIFE.

Dotazník CONTLIFE obsahoval 28 otázok rozdelených do šiestich domén, ktorými boli denné aktivity, fyzická aktivita, vlastná osobnosť, citové dôsledky, sexualita a kvalita života. Dotazník hodnotil stav žien trpiacich SMI v posledných štyroch týždňoch. Dotazník bol použitý v neupravenej forme. Oslovené respondentky vyberali v každej položke jednu odpoveď na škále 1 až 5. Niektoré položky obsahovali aj škálu 0 pre aktivity, ktoré respondentky vo svojom živote nevykonávali. Na koniec dotazníka sme zaradili dve kategorizačné položky, prostredníctvom ktorých sme zisťovali vek respondentiek a to, či podstúpili alebo nepodstúpili liečbu ochorenia. V úvodnej časti dotazníka sme sa respondentkám predstavili, vysvetlili sme im účel prieskumu a spôsob, akým majú dotazník vyplňať, a poďakovali sme im za ich ochotu a spoluprácu. Dotazník je prílohou A tejto práce.

## 4.3 PRIESKUMNÁ VZORKA

Prieskumný súbor tvorili ženy trpiace stresovou močovou inkontinenciou.

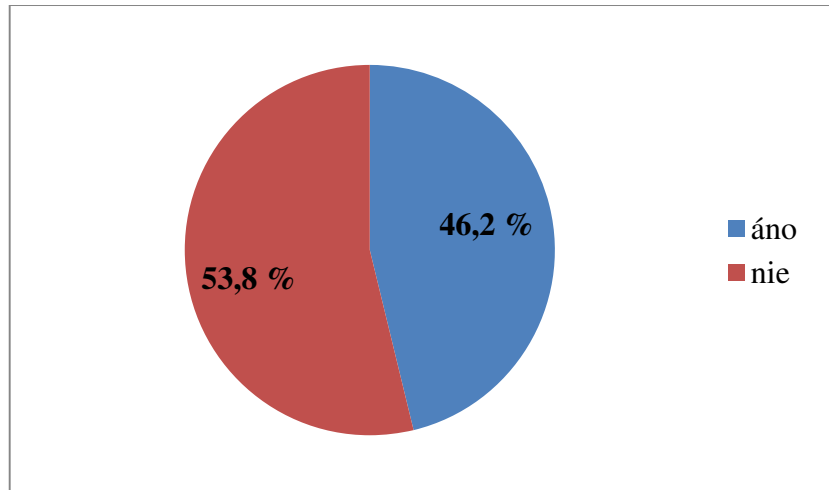
Respondentky boli do prieskumu zaradené na základe týchto kritérií: pohlavie (ženy), ochorenie (stresová močová inkontinencia), dĺžka trvania ochorenia (minimálne štyri týždne) a vek (18 a viac rokov.)

Kritériá na vyradenie z prieskumu boli nasledovné: pohlavie (muži), neexistujúca stresová močová inkontinencia, stresová močová inkontinencia trvajúca menej ako štyri týždne a vek (17 rokov a menej).

Do prieskumu sa zapojilo 65 respondentiek, ktoré v určenom období zberu dát vyplnili dotazník CONTLIFE.

Na základe identifikačných (kategorizačných) položiek v dotazníku sme zistili, že 35 respondentiek (53,8 %) podstúpilo liečbu stresovej močovej inkontinencie, zatiaľ čo 30 respondentiek (46,2 %) liečbu ochorenia nepodstúpilo, ako ukazuje graf 1.

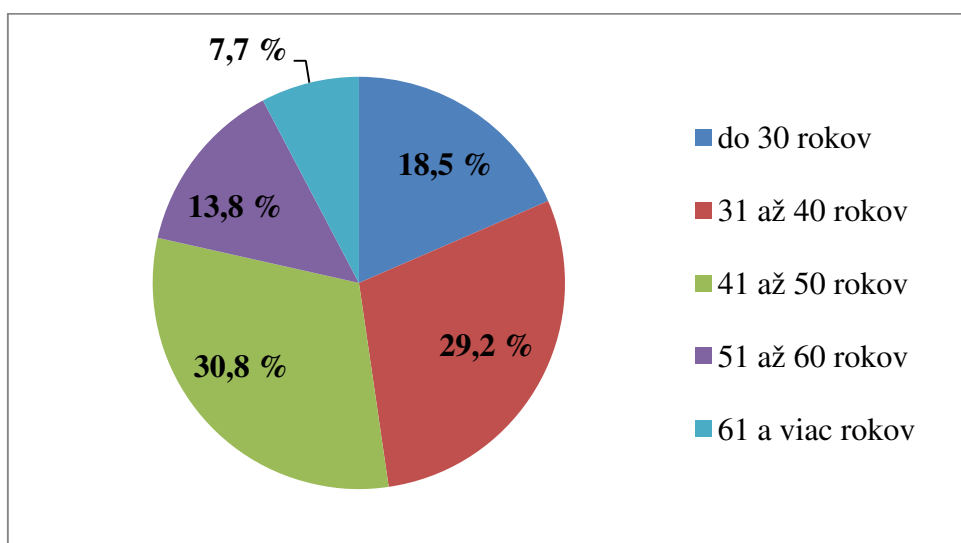
Graf 1 Podstúpenie liečby SMI u respondentiek



zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Z hľadiska vekových skupín (graf 2) tvorili najpočetnejšiu skupinu respondentky vo veku 41 až 50 rokov (30,8 %). Respondentiek vo veku 31 až 40 rokov bolo 29,2 %, vo veku do 30 rokov 18,5 % a vo veku 51 až 60 rokov 13,8 %. Nemenšie zastúpenie mali respondentky vo veku 61 a viac rokov (7,7 %).

Graf 2 Vek respondentiek trpiacich SMI



zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu



## 4.4 SPÔSOB VYHODNOTENIA A INTERPRETÁCIE VÝSLEDKOV PRIESKUMU

Dotazník sme vytvorili cez službu Survio na stránke [www.survio.com](http://www.survio.com) a rozdávali elektronickou formou. Zber dát prebiehal od 25. februára do 7. marca 2019.

Po získaní príslušných dát sme tieto preniesli do programu Microsoft Office Excel, kde sme zrealizovali potrebné výpočty, stanovili absolútne a relatívne početnosti získaných odpovedí a vytvorili tabuľky, prostredníctvom ktorých výsledky prieskumu interpretujeme v takej postupnosti, v akej boli usporiadané položky dotazníka. Výsledné zistenia v práci komentujeme, vyhodnocujeme a generalizujeme.

Záverom sme vyhodnotili dotazník CONTLIFE aj na báze celkového skóre a skóre pre každú zo šiestich domén. Skóre sme vypočítali na základe bodovania škál 1 – 5 u jednotlivých otázok podľa pravidiel vyhodnocovania intervalových škál. Po získaní príslušného počtu bodov za každú odpoveď sme spočítali všetky body za dané skóre a vypočítali sme ich podiel z maximálneho možného skóre u každej položky. Pri týchto výpočtoch sme sa pridržali metodiky, ktorú odporúča Amarengo et al. (2003), autor dotazníka CONTLIFE. Rozsah skóre pre každý parameter a celkového skóre za všetky položky bol v rozmedzí 0 (vysoká kvalita života) až 100 (nízka kvalita života).

Platnosť prieskumných hypotéz sme overovali prostredníctvom chí kvadrát testu nezávislosti s využitím premennej liečba.

## 4.5 VÝSLEDKY PRIESKUMU

Tabuľka 1 Problémy s močením mimo domova

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	9	13,9 %
málo	14	21,5 %
stredne	24	36,9 %
veľa	16	24,6 %
veľmi veľa	2	3,1 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Ako ukazuje tabuľka 1, najväčší podiel žien v prieskume (36,9 %) obťažovali problémy s močením pri aktivitách mimo domova v strednej miere. Takmer každú štvrtú ženu v prieskume obťažovali tieto problémy vo veľkej miere (24,6 %) a približne každú piatu (21,5 %) v malej miere. Veľmi veľké problémy uviedlo 3,1 % žien, naopak žiadne problémy pri aktivitách mimo domova uviedlo 13,9 % žien.

Tabuľka 2 Problémy s močením pri cestovaní

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	13	20 %
málo	21	32,3 %
stredne	21	32,3 %
veľa	10	15,4 %
veľmi veľa	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Druhou položkou dotazníka (tabuľka 2) sme zisťovali, ako respondentky v našom prieskume obťažovali problémy s močením v prípade, že viedli vozidlo alebo cestovali ako pasažierky. Keďže nie každá žena jazdí alebo cestuje ako pasažier, respondentky mali u tejto položky možnosť označiť aj škálu 0 („nehodnotí sa“), čoho však nevyužila ani jedna z nich. Z výsledkov vyplýva, že po 32,3 % žien obťažovali tieto problémy v malej miere a v strednej miere. Každá piata žena v prieskume (20 %) uviedla, že pri cestovaní nemá žiadne problémy s močením. Naopak 15,4 % žien poukázalo na veľké problémy. Žiadna žena neoznačila škálu 5 („veľmi veľa“).

Tabuľka 3 Problémy s močením pri chodení po schodoch

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	8	12,3 %
málo	20	30,8 %
stredne	27	41,5 %
veľa	9	13,9 %
veľmi veľa	1	1,5 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Problémy s močením pri chôdzi po schodoch (tabuľka 3) obťažovali najväčší podiel žien v prieskume v strednej miere (41,5 %). Ďalších 30,8 % žien uviedlo, že ich

tieto problémy obťažujú málo, 13,9 % žien uviedlo, že ich obťažujú veľa, a 12,3 % žien uviedlo, že ich vôbec neobťažujú. Iba jedna respondentka v prieskume (1,5 %) uviedla, že problémy s močením ju v posledných štyroch týždňoch pri chôdzi po schodoch obťažovali vo veľmi veľkej miere.

Tabuľka 4 Problémy s močením pri nakupovaní

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	10	15,4 %
málo	21	32,3 %
stredne	23	35,4 %
veľa	11	16,9 %
veľmi veľa	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Problémy s močením pri nakupovaní (tabuľka 4) ovplyvňovali najväčší podiel žien v prieskume v strednej miere (35,4 %). Početná bola aj skupina žien, ktoré uviedli, že mali tieto problémy málo (32,3 %). Ďalších 16,9 % žien označilo možnosť „veľa“ a 15,4 % možnosť „vôbec nie“. Žiadna respondentka neuviedla, že by ju problémy s močením obťažovali pri nakupovaní vo veľmi veľkej miere.

Tabuľka 5 Problémy s močením pri státí a čakaní

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	7	10,8 %
málo	20	30,8 %
stredne	23	35,4 %
veľa	15	23 %
veľmi veľa	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Problémy s močením môžu ženy obťažovať aj pri státí a čakaní napr. na zástavke či na úrade. Z tabuľky 5 vyplýva, že najväčší podiel respondentiek v našom prieskume obťažovali tieto problémy v strednej miere (35,4 %). Ďalších 30,8 % opýtaných uviedlo, že tieto problémy ich obťažujú málo, 23 % uviedlo odpoveď „veľa“ a 10,8 % uviedlo, že ich vôbec neobťažujú. Ani jedna respondentka v prieskume neuviedla, že problémy s močením pri státí a čakaní ju obťažovali „veľmi veľa“.

Tabuľka 6 Časté prestávky v denných aktivitách či v práci kvôli problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	9	13,9 %
málo	15	23 %
stredne	25	38,5 %
veľa	14	21,5 %
veľmi veľa	2	3,1 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Z tabuľky 6 vyplýva, že najväčší podiel respondentiek v prieskume (38,5 %) mal časté prestávky v denných aktivitách alebo v práci v dôsledku problémov s močením v strednej miere. Ďalších 23 % žien uviedlo, že tieto problémy mali málo a 21,5 % uviedlo, že ich mali veľa. Deväť respondentiek (13,9 %) uviedlo, že problémy tohto druhu ich vôbec neobťažovali. Naopak dve ženy (3,1 %) uviedli, že mali veľmi veľa problémov s močením, vyúsťujúcich do častých prestávok počas dňa.

Tabuľka 7 Prebudenie v pomočenom stave kvôli problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	23	35,4 %
zriedka	19	29,2 %
niekedy	15	23,1 %
často	8	12,3 %
vždy	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Dotazník CONTLIFE zisťuje aj to, ako často sa ženy počas posledných štyroch týždňov kvôli problémom s močením prebudili pomočené (tabuľka 7). Výsledky nášho prieskumu poukazujú, že najväčší podiel žien (35,4 %) túto skúsenosť nemal. Ďalších 29,2 % uviedlo zriedkavý výskyt prebudenia v pomočenom stave a 23,1 % žien uviedlo, že s týmto problémom sa stretli niekedy. Osem žien (12,3 %) uviedlo, že sa prebúdzali v pomočenom stave často. Ani jedna z respondentiek, ktoré sa zapojili do prieskumu, neuviedla, že by sa vždy prebúdzala v pomočenom stave v dôsledku problémov s močením. Prebudenie v pomočenom stave patrilo medzi menej významné problémy v doméne denné aktivity v našom prieskume.

Tabuľka 8 Problémy s močením pri zdvíhaní či nesení ťažkých bremien

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	10	15,4 %
málo	12	18,5 %
stredne	24	36,9 %
veľa	17	26,1 %
veľmi veľa	2	3,1 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

V doméne fyzická aktivita sme najskôr zisťovali problémy s močením pri dvíhaní alebo nesení ťažkých bremien (tabuľka 8). Najväčší podiel žien v prieskume (36,9 %) uviedol, že problémy s močením pri tejto fyzickej aktivite ich obťažovali stredne. Odpoveď „veľa“ bola druhou najčastejšie uvádzanou odpoveďou s podielom 26,1 %. Ďalších 18,5 % opýtaných uviedlo, že tieto problémy ich obťažovali málo, a 15,4 % uviedlo, že ich neobťažovali vôbec. Najmenej často bola uvádzaná odpoveď „veľmi veľa“ – uviedli ju dve ženy (3,1 %).

Tabuľka 9 Problémy s močením pri športovaní

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	6	12,5 %
málo	17	35,4 %
stredne	20	41,7 %
veľa	4	8,3 %
veľmi veľa	1	2,1 %
spolu	48	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Ďalšou položkou (tabuľka 9) sme zisťovali, ako ženy obťažovali problémy s močením pri športovaní, napr. pri behu alebo tanci. Keďže nie každá žena športuje (behá, tancuje), respondentky mali možnosť označiť aj škálu 0 („nehodnotí sa“), čoho využilo 17 z nich. Tabuľka preto prezentuje výsledky z odpovedí 48 žien, ktoré sa do športových aktivít zapájali. Z výsledkov vyplýva, že najväčší podiel športujúcich žien (41,7 %) obťažovali problémy s močením pri športových aktivitách v strednej miere. Ďalších 35,4 % uviedlo, že ich obťažovalo málo a 12,5 % uviedlo, že ich neobťažovali vôbec. Štyri ženy (8,3 %) uviedli, že mali pri športovaní v súvislosti s močením veľké problémy, jedna žena (2,1 %) uviedla veľmi veľké problémy.

Tabuľka 10 Problémy s močením pri smrkaní, kýchaní, kašľaní

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	11	16,9 %
málo	12	18,5 %
stredne	21	32,3 %
veľa	21	32,3 %
veľmi veľa	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Problémy so stresovou inkontinenciou moču sa vyskytujú aj pri smrkaní, kýchaní a kašľaní. Výsledky prieskumu v tejto oblasti (tabuľka 10) to potvrdili, keďže 32,3 % žien uviedlo, že problémy s močením pri smrkaní, kýchaní a kašľaní ich obťažovali veľa a ďalších 32,3 % uviedlo, že ich obťažovali stredne. Respondentiek, ktoré uviedli malé problémy, bolo 18,5 %, pričom ďalších 16,9 % uviedlo, že problémy s močením pri smrkaní, kýchaní a kašľaní nemali vôbec. Žiadna respondentka neuviedla, že by mala pri smrkaní, kýchaní a kašľaní veľmi veľa problémov.

Tabuľka 11 Problémy s močením pri záchvate smiechu

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	7	10,8 %
málo	13	20 %
stredne	21	32,3 %
veľa	19	29,2 %
veľmi veľa	5	7,7 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Inkontinencia moču a problémy s močením sa môžu prejavovať aj pri záchvatoch smiechu. Z tabuľky 11 vyplýva, že najväčší podiel žien v našom prieskume mal tieto problémy v strednej miere (32,3 %). Respondentiek, ktoré uviedli veľa problémov pri záchvate smiechu, bolo 29,2 %. Každá piata respondentka prieskumu (20 %) uviedla, že problémy s močením pri záchvate smiechu ju obťažovali málo, a približne každá desiatka žena prieskume (10,8 %) uviedla, že ju neobťažovali vôbec. V prieskume bolo päť žien (7,7 %), ktoré uviedli, že počas posledných štyroch týždňov ich obťažovali problémy s močením pri záchvatoch smiechu vo veľmi veľkej miere.

Tabuľka 12 Pocit menšej atraktívnosti kvôli problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	8	12,3 %
zriedka	10	15,4 %
niekedy	19	29,2 %
často	25	38,5 %
vždy	3	4,6 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

V prvej z piatich otázok patriacich pod doménu vlastná osobnosť sme zisťovali, ako často respondentky počas posledných štyroch týždňov pociťovali vinou problémov s močením menšiu atraktívnosť (tabuľka 12). Z výsledkov vyplýva, že najväčší podiel žien (38,5 %) sa cítil menej atraktívne často, ďalších 29,2 % žien sa takto cítilo niekedy, 15,4 % zriedka a 12,3 % nikdy. V prieskume boli tri ženy (4,6 %), ktoré uviedli, že v dôsledku problémov s močením sa cítili menej atraktívne vždy.

Tabuľka 13 Pocit znepokojenia kvôli nepríjemnému zápachu moču

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	10	15,4 %
zriedka	6	9,2 %
niekedy	21	32,3 %
často	25	38,5 %
vždy	3	4,6 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Pri skúmaní pocitu znepokojenia kvôli nepríjemnému zápachu moču v dôsledku problémov s močením (tabuľka 13) sme zistili, že najväčší podiel respondentiek nášho prieskumu (38,5 %) mal takýto pocit znepokojenia vždy. Takmer každá tretia žena v prieskume (32,3 %) uviedla, že bola znepokojená kvôli nepríjemnému zápachu moču niekedy. Ďalších 15,4 % respondentiek uviedlo, že tento pocit v posledných štyroch týždňoch nemali. Šesť žien uviedlo, že s týmto pocitom sa stretávali zriedka (9,2 %). Tri respondentky (4,6 %) uviedli, že pocit znepokojenia kvôli nepríjemnému zápachu moču mali v posledných štyroch týždňoch vždy.

Tabuľka 14 Pocit znepokojenia kvôli tomu, že si iní uvedomujú daný problém

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	11	16,9 %
zriedka	8	12,3 %
niekedy	21	32,3 %
často	24	36,9 %
vždy	1	1,6 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Štrnástou položkou dotazníka CONTLIFE sme zisťovali pocit znepokojenia kvôli tomu, že si iní uvedomovali problém žien trpiacich stresovou močovou inkontinenciou (tabuľka 14). Výsledky ukazujú, že 36,9 % žien malo tento pocit často, 32,3 % niekedy, 16,9 % ho nemalo nikdy a 12,3 % ho malo výnimočne. Iba jedna respondentka nášho prieskumu (1,6 %) uviedla, že posledné štyri týždne mala vždy pocit znepokojenia z toho, že si iní ľudia v jej okolí uvedomovali jej problém.

Tabuľka 15 Pocit znepokojenia kvôli škvrnám moču v práci či na verejných miestach

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	14	21,5 %
zriedka	10	15,4 %
niekedy	20	30,8 %
často	21	32,3 %
vždy	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Sprievodným javom inkontinencie moču, vrátane stresového typu inkontinencie môžu byť škvrny moču zanechané v práci alebo na verejných miestach. Pri zisťovaní pocitu znepokojenia z tejto potenciálnej situácie (tabuľka 15) sa ukázalo, že najväčší podiel respondentiek v prieskume pocíťoval znepokojenie v dôsledku týchto problémov často (32,3 %). Ďalších 30,8 % žien uviedlo, že pocit znepokojenia kvôli zanechávaným škvrnám moču mali niekedy, 21,5 % žien nemalo tento pocit za posledné štyri týždne ani raz a 15,4 % žien ho malo zriedka. Ani jedna respondentka v prieskume neuviedla, že by posledné štyri týždne zakaždým trpela pocitom znepokojenia kvôli škvrnám moču zanechávaným v práci alebo na verejných miestach.



Tabuľka 16 Nutnosť prezliecť sa kvôli problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	19	29,2 %
zriedka	21	32,3 %
niekedy	21	32,3 %
často	3	4,6 %
vždy	1	1,6 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Stresová inkontinencia moču môže ženy trpiace týmto ochorením privádzať aj do situácie, kedy sa musia v dôsledku problémov s močením prezliecť. V našom prieskume (tabuľka 16) sa to však významne nepotvrdilo. Najväčší podiel respondentiek uviedol, že kvôli problémom s močením sa museli prezliecť iba zriedka alebo iba niekedy. Obe možnosti uviedlo po 32,3 % opýtaných. Ďalších 29,2 % respondentiek uviedlo, že sa v dôsledku týchto problémov nikdy nemuseli prezliecť. Tri ženy (4,6 %) uviedli, že sa museli v posledných štyroch týždňoch prezliecť často. Iba jedna respondentka (1,6 %) uviedla, že vinou problémov s močením sa musela prezliekať vždy.

Tabuľka 17 Dobrý pocit napriek problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	14	21,5 %
zriedka	8	12,3 %
niekedy	25	38,5 %
často	18	27,7 %
vždy	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Stresová inkontinencia moču môže mať veľké citové dôsledky. V prvej položke pod doménou citové dôsledky dotazníka CONTLIFE sme zisťovali, ako často sa ženy počas posledných štyroch týždňov cítili popri problémoch s močením dobre. Ako je vidieť v tabuľke 17, najväčší podiel respondentiek (38,5 %) sa cítil dobre iba niekedy. Ďalších 27,7 % respondentiek uviedlo, že sa cítili dobre často, 21,5 % sa necítilo dobre nikdy a 12,3 % sa cítilo dobre iba zriedka. V prieskume nebola ani jedna respondentka, ktorá by uviedla, že popri problémoch s močením sa cítila dobre vždy.

Tabuľka 18 Trápenie kvôli nutnosti nosiť vložky v dôsledku problémov s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	4	7,3 %
málo	7	12,7 %
stredne	23	41,8 %
veľa	16	29,1 %
veľmi veľa	5	9,1 %
spolu	55	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Ďalšou položkou dotazníka CONTLIFE sme zisťovali, ako často v posledných štyroch týždňoch sa ženy trápili kvôli nutnosti nosiť vložky v dôsledku problémov s močením (tabuľka 18). Keďže nie každá žena používa vložky, respondentky mali u tejto položky možnosť označiť škálu 0 („nemala som“), čo využilo 10 žien. Tabuľka preto prezentuje výsledky z odpovedí 55 žien, ktoré nosili vložky. Výsledky ukazujú, že najväčší podiel respondentiek (41,8 %) sa trápil kvôli nutnosti nosiť vložky v strednej miere. Ďalších 29,1 % žien uviedlo, že sa trápili veľa, 12,7 % sa trápilo málo, 9,1 % veľmi veľa a štyri ženy (7,3 %) sa netrápili vôbec.

Tabuľka 19 Pocit znechutenia kvôli problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	9	13,8 %
zriedka	12	18,5 %
niekedy	17	26,2 %
často	24	36,9 %
vždy	3	4,6 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Ako vyplýva z tabuľky 19, najväčší podiel respondentiek v prieskume (36,9 %) sa počas posledných štyroch týždňov kvôli problémom s močením cítil znechutene stredne a ďalších 26,2 % sa cítilo znechutene niekedy. Žien, ktoré uviedli, že v dôsledku daných problémov sa cítili znechutene zriedka, bolo 18,5 %, a žien, ktoré uviedli, že sa počas daného ochorenia nikdy necítili znechutene, bolo 13,8 %. Najmenší podiel v prieskume mali ženy, ktoré uviedli, že v dôsledku problémov s močením sa cítili znechutene vždy. Túto možnosť označili tri ženy (4,6 %).

Tabuľka 20 Netrpezlivosť kvôli problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	9	13,8 %
zriedka	14	21,5 %
niekedy	22	33,9 %
často	17	26,2 %
vždy	3	4,6 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Ďalšou položkou dotazníka CONTLIFE pod doménou citové dôsledky sme sa snažili zistiť, ako často boli ženy v posledných štyroch týždňoch kvôli problémom s močením netrpezlivé (tabuľka 20). Zistili sme, že najväčší podiel opýtaných (33,9 %) bol netrpezlivý niekedy, 26,2 % žien bolo netrpezlivých často, 21,5 % zriedka a 13,8 % netrpezlivosť nepocitovalo. Tri ženy (4,6 %) uviedli, že posledné štyri týždne boli netrpezlivé v dôsledku problémov s močením vždy.

Tabuľka 21 Zlý pocit v dôsledku možnej „nehody“ s únikom moču

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	9	13,8 %
zriedka	12	18,5 %
niekedy	16	24,6 %
často	25	38,5 %
vždy	3	4,6 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Stresová inkontinencia moču môže byť sprevádzaná aj strachom z nečakaného úniku moču. Zisťovali sme preto aj to, ako často počas posledných štyroch týždňov sa respondentky kvôli problémom s močením cítili zle kvôli možnej „nehode“ s únikom moču (tabuľka 21). Zistili sme, že najväčší podiel respondentiek (38,5 %) v dôsledku tejto potenciálnej situácie sa cítil zle často. Takmer každá štvrtá žena nášho prieskumu (24,6 %) uviedla, že v dôsledku možnej „nehody“ s únikom moču sa cítila zle niekedy. Ďalších 18,5 % respondentiek uviedlo, že v dôsledku tejto hrozby sa cítili zle zriedka a 13,8 % žien uviedlo, že sa v súvislosti s touto eventualitou necítili zle nikdy. Tri ženy (4,6 %) uviedli, že posledné štyri týždne sa vždy cítili zle kvôli možnej „nehode“ s únikom moču v dôsledku problémov s močením.

Tabuľka 22 Pocit nemožnosti kontrolovať svoje emócie kvôli problémom s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	17	26,2 %
zriedka	17	26,2 %
niekedy	21	32,3 %
často	10	15,3 %
vždy	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Citovým dôsledkom v súvislosti s inkontinenciou moču môže byť aj pocit, že žena nekontroluje svoje emócie. Ďalšou položkou sme zisťovali, ako často ženy tento pocit posledné štyri týždne zažili (tabuľka 22). Zo získaných dát vyplýva, že takmer každá tretia žena v prieskume (32,3 %) uviedla, že predmetný pocit zažila iba niekedy. Táto odpoveď bola najčastejšie uvádzanou odpoveďou v tejto položke. Odpovede „nikdy“ a „zriedka“ uviedlo po 26,2 % žien. Najmenej uvádzanou odpoveďou bola odpoveď „často“ s podielom 15,3 %. Žiadna respondentka v prieskume neuviedla, že by sa počas posledných štyroch týždňov zakaždým cítila neschopná kontrolovať svoje emócie.

Tabuľka 23 Pocit posadnutosti vlastnými problémami s únikom moču

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	17	26,2 %
zriedka	16	24,6 %
niekedy	19	29,2 %
často	13	20 %
vždy	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Do domény citové dôsledky v rámci dotazníka CONTLIFE patrí aj otázka pocitu posadnutosti svojimi problémami s únikom moču (tabuľka 23). V tomto smere sme zistili, že najväčší podiel oslovených žien (29,2 %) pociťoval posadnutosť problémami s močením niekedy. Ďalších 26,2 % žien uviedlo, že posledné štyri týždne sa necítili posadnuté týmito problémami, a 24,6 % žien uviedlo, že túto posadnutosť pociťovali iba zriedka. Každá piata respondentka (20 %) uviedla, že posadnutosť pociťovala často. Naopak ani jedna žena neuviedla, že by v dôsledku vlastných problémov s močením pociťovala posadnutosť v posledných štyroch týždňoch vždy.

Tabuľka 24 Nutnosť myslieť na možnosť vziať si vložku pred odchodom z domova

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
nikdy	10	15,4 %
zriedka	8	12,3 %
niekedy	12	18,5 %
často	16	24,6 %
vždy	19	29,2 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Z tabuľky 24 vyplýva, že najväčší podiel žien v našom prieskume (29,2 %) sa za posledné štyri týždne vždy nútil myslieť na to, aby si vzali pred odchodom z domova vložku. Takmer každá štvrtá opýtaná (24,6 %) uviedla, že toto nutkanie mala často. Ďalších 18,5 % žien uviedlo, že nutnosť myslieť na možnosť vziať si vložku predtým, ako opustia domov, mali niekedy, a ďalších 15,4 % žien tento pocit za posledné štyri týždne nemalo ani raz. Najmenej často uvádzanou odpoveďou bola odpoveď „zriedka“ – uviedlo ju 12,3 % respondentiek.

Tabuľka 25 Pocit strachu pri myšlienke na sexuálny styk

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	12	18,5 %
málo	8	12,3 %
stredne	26	40 %
veľa	19	29,2 %
veľmi veľa	0	0 %
spolu	65	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Problémy s močovou inkontinenciou môžu ovplyvňovať aj sexuálny život žien, v prvej z troch otázok pod doménou sexualita v dotazníku CONTLIFE sme preto chceli zistiť, ako často počas posledných štyroch týždňov mali oslovené respondentky vinou problémov s močením pocit strachu pri myšlienke na sexuálny styk (tabuľka 25). Ako je vidieť, najväčší podiel žien (40 %) uviedol strach v strednej miere. Ďalších 29,2 % žien uviedlo, že mali veľký pocit strachu, 18,5 % žien nemalo strach a 12,3 % malo strach v malej miere. Žiadna respondentka neuviedla, že by kvôli problémom s močením mala pocit strachu pri myšlienke na sexuálny styk vo veľkej miere.

Tabuľka 26 Nutnosť meniť sexuálne praktiky v dôsledku problémov s močením

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	13	21,7 %
málo	13	21,7 %
stredne	24	40 %
veľa	10	16,6 %
veľmi veľa	0	0 %
spolu	60	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Ďalšou položkou sme zisťovali, ako často v posledných štyroch týždňoch museli ženy v dôsledku svojich problémov s močením meniť sexuálne praktiky (tabuľka 26). Keďže však nie každá žena je nútená meniť sexuálne praktiky, respondentky mali v tejto položke možnosť označiť aj škálu 0 („nehodnotí sa“), čo využilo 5 opýtaných. Tabuľka 26 preto prezentuje výsledky z odpovedí 60 žien. Ako je vidieť, najviac z nich (40 %) uviedlo, že sexuálne praktiky v dôsledku problémov s močením museli meniť v strednej miere. Po 21,7 % opýtaných uviedlo, že sexuálne praktiky vôbec nemenili a že ich menili málo. Odpoveď „veľa“ uviedlo 16,6 % žien, odpoveď „veľmi veľa“ neoznačila žiadna žena.

Tabuľka 27 Znepokojenie možnosťou úniku moču pri sexuálnom styku

odpovede	absolútna početnosť	relatívna početnosť
vôbec nie	11	18 %
málo	11	18 %
stredne	19	31,2 %
veľa	20	32,8 %
veľmi veľa	0	0 %
spolu	61	100 %

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Podobne ako pri predchádzajúcej položke, aj v tejto položke mali ženy možnosť zvoliť škálu 0 („nehodnotí sa“), čoho využili štyri ženy. Tabuľka 27 preto prezentuje výsledky z odpovedí 61 žien v prieskume. Najväčší podiel z nich (32,8 %) uviedol, že boli znepokojené možnosťou úniku moču pri sexuálnom styku vo veľkej miere. Ďalších 31,2 % respondentiek uviedlo, že boli znepokojené stredne, a po 18 % respondentiek uviedlo, že boli znepokojené málo a že neboli znepokojené vôbec. Žiadna respondentka neuviedla znepokojenie v danej situácii vo veľmi veľkej miere.

Tabuľka 28 Hodnotenie súčasnej kvality života pri súčasných problémoch s močením

škála	absolútna početnosť	relatívna početnosť
1	5	7,7 %
2	14	21,5 %
3	21	32,3 %
4	16	24,6 %
5	9	13,9 %
spolu	65	100 %

(vysvetlivky škál kvality života: 1 – zlá, 2 – horšia, 3 – priemerná, 4 – dobrá, 5 – výborná)

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Posledná položka dotazníka CONTLIFE vyzývala respondentky, aby pri svojich súčasných problémoch s močením ohodnotili svoju súčasnú kvalitu života na škále 1 až 5, kde 1 predstavovala zlé hodnotenie a 5 výborné hodnotenie. Z výsledkov zhrnutých v tabuľke 28 vyplýva, že respondentky najčastejšie označovali škálu 3, t.j. priemernú kvalitu života. Túto škálu označilo 32,3 % opýtaných. Ďalších 24,6 % respondentiek označilo škálu 4, čo možno vnímať ako dobrú – nadpriemernú kvalitu života. Treťou najčastejšie označovanou škálou bola s podielom 21,5 % odpovedí škála 2, čo možno vnímať ako horšiu – podpriemernú kvalitu života. Výbornú kvalitu života (škálu 5) označilo 13,9 % žien, naopak zlú kvalitu života (škálu 1) označilo 7,7 % žien.

Dotazník kvality života pre inkontinentné ženy CONTLIFE sme vyhodnocovali aj podľa skórovania jednotlivých parametrov (domén) dotazníka. Pri skórovaní domén v dotazníku CONTLIFE je rozsah skóre 0 (vysoká kvalita života) až 100 (nízka kvalita života). To znamená, že čím nižšie je dosiahnuté skóre, tým vyššia je kvalita života v tom ktorom parametre. Výsledky skórovania sú uvedené v tabuľke 29.

Tabuľka 29 Dosiahnuté skóre jednotlivých parametrov dotazníka CONTLIFE

parameter	skóre
denné aktivity	51
fyzická aktivita	56
vlastná osobnosť	56
citové dôsledky	57
sexualita	54
kvalita života	63
<b>celkové skóre</b>	<b>56</b>

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Z tabuľky 29 vyplýva, že najnižšie skóre dosiahla doména denné aktivity (51). K tomuto skóre sme sa dopracovali výpočtom priemeru skóre jednotlivých otázok, ktoré spadajú pod túto doménu, a sice: pobyt mimo domov (dosiahnuté skóre 56), cestovanie (49), chôdza po schodoch (52), nakupovanie (51), státie a čakanie (54), časté prestávky v denných aktivitách či pri práci (55) a prebudenie v pomočenom stave (42).

Druhé najnižšie skóre dosiahla doména sexualita (54). Počítali sa parametre: pocit strachu pri myšlienke na sexuálny styk (56), nutnosť meniť sexuálne praktiky (50) a znepokojenie možnosťou úniku moču pri sexuálnom styku (56).

V parametroch fyzická aktivita a vlastná osobnosť bolo dosiahnuté skóre 56. V doméne fyzická aktivita sa počítali parametre: dvíhanie alebo nosenie ťažkého bremena (57), športovanie (50), smrkanie, kýchanie a kašľanie (56) a záchvat smiechu (61). V doméne vlastná osobnosť sa počítali parametre: pocit menšej atraktívnosti (62), pocit znepokojenia kvôli nepríjemnému zápachu moču (62), pocit znepokojenia kvôli tomu, že si iní uvedomujú problém (59), pocit znepokojenia kvôli škvrnám moču zanechaným v práci či na verejných miestach (55) a nutnosť prezliecť sa (43).

Druhé najvyššie skóre dosiahla doména citové dôsledky (57). Počítali sa parametre: dobrý pocit napriek problémom s močením (54), trápenie kvôli nutnosti nosiť vložky (64), pocit znechutenia (60), netrpezlivosť (57), zlý pocit kvôli novej „nehode“ s únikom moču (60), pocit nemožnosti kontrolovať svoje emócie (47), pocit posadnutosti svojimi problémami s únikom moču (49) a nutnosť myslieť na možnosť vziať si vložku pred odchodom z domova (68).

V doméne kvalita života (spokojnosť) v dotazníku CONTLIFE, skúmanej iba v položke č. 28, bolo dosiahnuté najvyššie skóre 63.

Celkové priemerné skóre za všetkých šesť domén dotazníka CONTLIFE bolo 56.

## **4.6 VYHODNOTENIE VÝSLEDKOV PRIESKUMU**

Hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť kvalitu života žien so stresovou močovou inkontinenciou. Pre splnenie hlavného cieľa sme si stanovili dva čiastkové ciele a k nim príslušné prieskumné otázky, ako aj jednu prieskumnú hypotézu.



Prvým cieľom bolo zistiť vplyv stresovej močovej inkontinencie na denné aktivity, fyzické aktivity, vlastnú osobnosť, citovú oblasť, sexualitu a kvalitu života žien s týmto ochorením. Prieskumná otázka príslušná k tomuto cieľu znela: **Vplýva stresová močová inkontinencia na denné aktivity, fyzické aktivity, vlastnú osobnosť, citovú oblasť, sexualitu a kvalitu života žien s týmto ochorením?**

Zistili sme, že stresová močová inkontinencia významne vplýva na dané oblasti života u žien trpiacich týmto ochorením. Zo skórovania jednotlivých domén dotazníka CONTLIFE vyplynulo, že ani jedna doména nedosiahla skóre nižšie ako 50, čo by znamenalo nadpriemernú kvalitu života. Naopak, každá doména dosiahla skóre 51 a viac, čo naznačovalo podpriemernú kvalitu života.

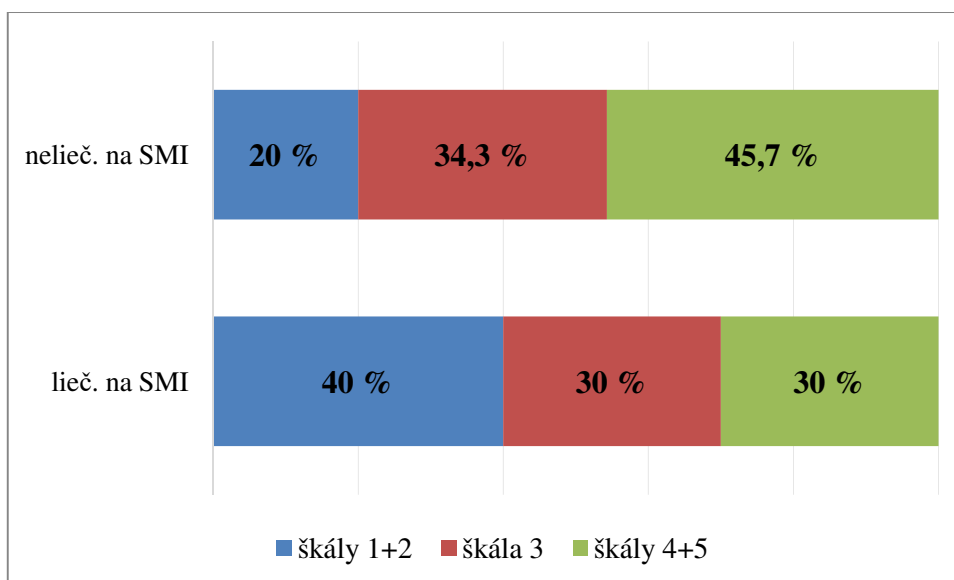
Najhoršie skóre dosiahla doména kvalita života – spokojnosť (63), najlepšie skóre dosiahla doména denné aktivity (51). Zo skórovania jednotlivých otázok patriacich pod domény dotazníka CONTLIFE vyplynulo, že kvalitu života žien v najväčšej miere zhoršovala nutnosť myslieť na možnosť vziať si vložku pred odchodom z domova (68). Kvalitu života žien významne znižovali aj ďalšie parametre: trápenie kvôli nutnosti nosiť vložky (64), pocit menšej atraktívnosti (62), pocit znepokojenia kvôli nepríjemnému zápachu moču (62), záchvaty smiechu (61) a pocit znechutenia (60). Naopak najmenší vplyv na kvalitu života žien s daným ochorením malo prebudenie v pomočenom stave (42). Kvalitu života významne neovplyvňovali ani tieto parametre: nutnosť prezliecť sa (43), pocit nemožnosti kontrolovať svoje emócie (47), cestovanie (49) a pocit posadnutosti svojimi problémami s únikom moču (49).

Druhým cieľom bolo zistiť, či liečba stresovej močovej inkontinencie vplýva na kvalitu života žien s týmto ochorením. Prieskumná otázka príslušná k tomuto cieľu znela: **Majú ženy trpiace stresovou močovou inkontinenciou vyššiu kvalitu života vďaka liečbe tohto ochorenia?**

V nadväznosti na druhý cieľ a príslušnú prieskumnú otázku sme overovali, ktorá z hypotéz bude platná. Nulová hypotéza znela nasledovne: Medzi liečbou stresovej močovej inkontinencie a kvalitou života žien je nezávislosť. Alternatívna hypotéza znela nasledovne. Liečba stresovej močovej inkontinencie a kvalita života žien sú na sebe závislé. K testovaniu sme využili otázku č. 28 dotazníka o kvalite života žien so stresovou močovou inkontinenciou a premennú: liečbu.

Relatívnu početnosť odpovedí žien na otázku kvality ich života podľa toho, či podstúpili alebo nepodstúpili liečbu daného ochorenia, zobrazuje graf 3.

Graf 3 Relatívna početnosť odpovedí žien v otázke kvality života podľa toho, či podstúpili alebo nepodstúpili liečbu stresovej močovej inkontinencie



(vysvetlivky škál kvality života: 1 + 2 – podpriemerná, 3 – priemerná, 4 + 5 – nadpriemerná)

zdroj: vlastné spracovanie podľa výsledkov prieskumu

Ako vidieť na grafe 3, ženy neliečené na dané ochorenie uvádzali nadpriemernú kvalitu života (45,7 %) vo vyššej miere ako ženy, ktoré sa na ochorenie liečili (30 %). Naopak ženy liečené na dané ochorenie uvádzali podpriemernú kvalitu života (40 %) vo vyššej miere ako ženy, ktoré sa na ochorenie neliečili (20 %). Testovanie malo ukázať, či medzi kvalitou života a liečbou tohto ochorenia existuje závislosť.

Tabuľka 30 Skutočné a očakávané početnosti

škály	ženy liečené na SMI		ženy neliečené na SMI	
	skutočná početnosť	očakávaná početnosť	skutočná početnosť	očakávaná početnosť
1+2	12	8,77	7	10,23
3	9	9,69	12	11,31
4+5	9	11,54	16	13,46
spolu	30	–	35	–

(vysvetlivky škál kvality života: 1 + 2 – podpriemerná, 3 – priemerná, 4 + 5 – nadpriemerná)

zdroj: vlastné spracovanie

K realizácii testu sme zostavili tabuľku skutočných a očakávaných početností. Z tabuľky 30 vyplýva, že podmienky pre použitie testu boli splnené a mohli sme teda použiť chí kvadrát test nezávislosti.

Hodnota testového kritéria bola 3,339. Počet stupňov voľnosti bol 2. Kritická hodnota pre stanovenú hladinu významnosti 0,05 a počet stupňov voľnosti 2 je 5,991.

Vzhľadom na to, že kritická hodnota je väčšia ako vypočítaná hodnota testového kritéria, nezamietame nulovú hypotézu a na danej hladine významnosti platí, že znaky (kvalita života žien s daným ochorením a liečba ochorenia) sú nezávislé. Tzn., že **medzi liečbou stresovej močovej inkontinencie a kvalitou života žien je nezávislosť**.

Výsledky nasvedčujú, že liečba daného ochorenia nevlýva na kvalitu života žien. Nemožno preto konštatovať, že ženy trpiace stresovou močovou inkontinenciou majú vyššiu kvalitu života vďaka liečbe tohto ochorenia.

#### **4.7 DISKUSIA A ODPORÚČANIA PRE PRAX**

V prieskumnej časti práce sme zisťovali kvalitu života žien so stresovou močovou inkontinenciou.

V prvej časti prieskumu sme zisťovali, aký vplyv má dané ochorenie na rôzne oblasti života inkontinentných žien. Zamerali sme sa na oblasti denné aktivity, fyzická aktivita, vlastná osobnosť, citová oblasť, sexualita, kvalita života (spokojnosť so svojím životom). Tieto oblasti odrážali domény dotazníka kvality života pre inkontinentné ženy CONTLIFE. Zistili sme, že stresová močová inkontinencia ovplyvňuje kvalitu života respondentiek vo všetkých uvedených oblastiach.

Zo skórovania jednotlivých otázok dotazníka vyplynulo, že kvalitu života žien v najväčšej miere zhoršila nutnosť myslieť na možnosť vziať si vložku pred odchodom z domova s výsledným skóre 68. Ukázalo sa, že najväčší podiel žien v prieskume uvažoval o možnosti vziať si vložku pred odchodom vždy, druhý najväčší podiel o tejto možnosti uvažoval často a iba 15,4 % o tejto možnosti neuvažovalo nikdy.

Martan (2008) uvádza, že používanie vložiek, plienkových nohavičiek a iných absorpčných pomôcok patrí k základom liečby tohto ochorenia. Balcieraková (2014)

zdôrazňuje dôležitosť týchto pomôcok ako nevyhnutnej ochrany pred únikom moču. S názormi oboch autorov súhlasíme a konštatujeme, že výsledky nás v tomto smere neprekvapili. Ukázalo sa, že uvažovanie o používaní týchto pomôcok pred odchodom z domova, čo prakticky naznačuje strach z možnej „nehody“ pri úniku moču, je nielen najpálčivejším citovým dôsledkom, ale zároveň aj faktorom, ktorý v najväčšej miere ovplyvňoval kvalitu života žien v prieskume.

Z jednotlivých šiestich domén dotazníka CONTLIFE dosiahla najhoršie skóre doména kvalita života (spokojnosť) s hodnotou 63. Naše výsledky korešpondujú so zisteniami Songa et al. (2014), ktorý konštatoval, že močová inkontinencia nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu života žien. Súhlasíme tiež s Fanom et al. (2013), podľa ktorého má toto ochorenie negatívny vplyv na každodenné činnosti a celkovú kvalitu života.

Hudáková, Novysedláková (2011) uvádzajú, že je zjavné, že kvalita života žien trpiacich močovou inkontinenciou je zmenená a tieto ženy trpia vo všetkých oblastiach. Preukázalo sa to aj v našom prieskume, keďže sme zistili, že oslovené ženy nedosiahli ani v jednom parametri dotazníka CONTLIFE celkové skóre, ktoré by nasvedčovalo nadpriemernej či aspoň priemernej kvalite života. Súhlasíme tiež s názorom Vrublevej, Holisovej (2011), ktoré uvádzajú, že stresová močová inkontinencia výrazne znižuje kvalitu života žien. Keď uvážime, že pri skórovaní jednotlivých domén bola výborná kvalita života hodnotená skóre 0 a najlepšie skóre, ktoré sme dosiahli, bolo skóre 51, je zrejmé, že kvalita života žien v prieskume bola významne znížená.

V druhej časti prieskumu sme zisťovali, či liečba stresovej močovej inkontinencie vplýva na kvalitu života žien s týmto ochorením. K testovaniu sme použili chí kvadrát test nezávislosti. Test ukázal, že platí nulová hypotéza v tomto znení: medzi liečbou stresovej močovej inkontinencie a kvalitou života žien je nezávislosť. V praktickej rovine a v nadväznosti na stanovený cieľ a prieskumnú otázku to znamenalo, že liečba stresovej močovej inkontinencie nevplývala na kvalitu života žien s týmto ochorením a nebolo možné tvrdiť, že ženy trpiace stresovou močovou inkontinenciou majú vyššiu kvalitu života vďaka liečbe tohto ochorenia. Nepotvrdilo sa teda naše očakávanie o tom, že ženy trpiace týmto ochorením by mohli mať vyššiu kvalitu života práve vďaka tomu, že podstúpili alebo v súčasnosti podstupujú liečbu.

Slezáková a kol. (2017) uvádza, že jedným zo základných cieľov liečby stresovej močovej inkontinencie je práve celkové zlepšenie kvality života žien. Náš prieskum ale paradoxne ukázal, že vyššiu kvalitu života vykazovali ženy, ktoré sa na toto ochorenie neliečili. Myslíme si, že sa v tomto smere prejavili výrazné psychické dôsledky, ktoré ochorenie so sebou prináša, predovšetkým v podobe hanby. Súhlasíme s Hudákovou, Novyzedlákovou (2011), ktoré uvádzajú, že mnohé ženy trpiace týmto ochorením majú problém riešiť svoj problém aj s lekármi. Túto skutočnosť potvrdzuje aj Vilhelmová (2011), ktorá okrem hanby poukazuje aj na to, že mnohé ženy liečbe nedôverujú a sú často neschopné zveriť sa so svojím problémom zdravotníckym pracovníkom.

Zaujal nás aj pohľad Hudákovej, Zacharovej (2011), ktoré uvádzajú, že ženy trpiace týmto ochorením si zvyknú prispôbiť svoj život tak, aby ich aktivity neboli ovplyvnené, takže napr. pri starostlivosti o domácnosť, odpočinku alebo pri záujmovej činnosti „za zatvorenými dverami“ o ich problémoch prakticky nikto nevie a môžu sa tým subjektívne cítiť lepšie. Tým podľa nás možno vysvetliť výsledky, ktoré sme v našom prieskume dosiahli. Konštatujeme, že liečba tohto ochorenia môže byť pre ženy zo sociálneho i psychického uhla pohľadu veľmi nepríjemná, pretože so svojím ochorením vystupujú navonok a odhaľujú ho, takže kvalitu svojho života môžu paradoxne považovať za nižšiu ako tie ženy, ktoré sa na toto ochorenie neliečili a „ukrývajú“ ho pred okolím v prispôbených podmienkach. Sme si však vedomí toho, že toto tvrdenie by vyžadovalo ďalší, podrobnejší výskum.

Sme si tiež vedomí toho, že ženy, ktoré sa rozhodli podstúpiť liečbu, mohli mať horšie príznaky ochorenia alebo vážnejší stupeň inkontinencie ako ženy, ktoré liečbu nepodstúpili, preto mohli vnímať kvalitu svojho života horšie. Aj v tomto ohľade by však bol potrebný ďalší výskum.

Na základe výsledkov nášho prieskumu, ako aj poznania súčasného stavu danej problematiky navrhujeme tieto **odporúčania pre ženy trpiace stresovou močovou inkontinenciou:**

- vyhľadávať odbornú pomoc pre liečbu stresovej inkontinencie moču. Nečakať a neprehľbovať vzniknuté utrpenie, ale aktívne pristupovať k riešeniu problému a usilovať sa o opätovné zvýšenie kvality života;

- nevnímať liečbu stresovej inkontinencie moču ako zásah do súkromia a dôvod, prečo považovať subjektívnu kvalitu svojho života za zníženú. Ženy, ktoré trpia týmto ochorením, musia vedieť, že liečba kvalitu ich života zvýši. Mali by sa zbaviť presvedčenia, že neriešením a ukryvaním tohto problému pred okolím si udržia vysokú kvalitu života s prispôbením sa zmeneným podmienkam. Ženy trpiace týmto ochorením by nemali byť jeho „otrokyňami“, ale mali by sa snažiť ho porázať a robiť všetko pre to, aby si prinavrátili pôvodnú kvalitu života;
- nebrániť sa používaniu absorpčných pomôcok a iných dostupných pomôcok, ktoré predstavujú ochranu pred unikaním moču. Ženy by mali používanie týchto pomôcok prijať a považovať ho za prirodzenú súčasť svojho života v boji proti tomuto ochoreniu, až kým nad ním nezvíťazia. Prieskum ukázal, že uvažovanie nad možnosťou vziať si vložku pred odchodom z domu bol aspekt, ktorý mal vôbec najväčší vplyv na znižovanie kvality života žien;
- pri liečbe ochorenia aktívne pristupovať k rehabilitácii, cvičiť a posilňovať svaly panvového dna, naslúchať edukácii a dodržiavať rady lekárov a sestier;
- nevnímať stresovú močovú inkontinenciu ako prirodzenú súčasť starnutia a neignorovať toto ochorenie s pribúdajúcim vekom;
- pestovať zdravý životný štýl s dostatkem pohybu a inej fyzickej aktivity.

## ZÁVER

V bakalárskej práci sme sa venovali kvalite života žien so stresovou močovou inkontinenciou. Vlastný prieskum bol zameraný na zistenie kvality života žien s touto diagnózou z rôznych uhlov pohľadu. Zaoberali sme sa tým, či a ako stresová močová inkontinencia vplýva na denné aktivity, fyzickú aktivitu, vlastnú osobnosť, citovú oblasť, sexualitu a kvalitu života žien. Zisťovali sme tiež, či existuje závislosť medzi kvalitou života žien s týmto ochorením a liečbou.

Uskutočnený prieskum odhalil, že stresová močová inkontinencia významne vplývava na každú zo šiestich sledovaných oblastí života žien, ktoré trpeli týmto ochorením. Vo všetkých šiestich oblastiach bola preukázaná podpriemerná kvalita života. Kvalita života bola v najväčšej miere znížená v celkovej spokojnosti so svojim životom, v najmenšej miere v oblasti denných aktivít, ktoré majú významný vplyv na stresovú inkontinenciu moču, keďže sa jedná o ochorenie, ktoré je závislé od aktivít a prejavuje sa v konkrétnych situáciách. Kvalitu života žien v najväčšej miere znižovala potreba žien myslieť na to, aby si pred odchodom z domova vzali vložku.

Prieskum okrem toho ukázal, že medzi liečbou stresovej močovej inkontinencie a kvalitou života žien je nezávislosť. Tieto znaky neboli na sebe závislé, čo nasvedčuje tomu, že liečba stresovej močovej inkontinencie nevplývala na kvalitu života žien s daným ochorením. Prieskum okrem toho odhalil rozdiel v kvalite života žien, ktoré podstúpili a naopak nepodstúpili liečbu stresovej močovej inkontinencie. Kvalita života bola mierne vyššia u tých žien, ktoré sa na dané ochorenie neliečili. Ženy neliečené na toto ochorenie uvádzali nadpriemernú kvalitu svojho života častejšie ako ženy, ktoré sa na ochorenie liečili. Nebolo teda možné usudzovať, že ženy trpiace stresovou močovou inkontinenciou majú vyššiu kvalitu života vďaka liečbe tohto ochorenia

Vzhľadom na obsah práce a formu spracovania prieskumu konštatujeme, že sa nám podarilo splniť všetky stanovené ciele. Uvedomujeme si však, že problematika močovej inkontinencie je problém, ktorý je neustále aktuálny, pretože ho treba neustále riešiť, a preto potrebuje ďalšie a ďalšie prieskumy a štúdie.

## ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- AMARENCO, G. et al., 2003. European psychometric validation of the CONTLIFE: a Quality of Life questionnaire for urinary incontinence. *European Urology*. **43**(4), 391-404. ISSN 0302-2838.
- BALCIERAKOVÁ, L., 2012. Zdravotnícke pomôcky na inkontinenciu. *Praktické lekárnictvo*. **2**(2), 75-77. ISSN 1338-3132.
- BALCIERAKOVÁ, L., 2014. Poradenstvo pri úniku moču. *Praktické lekárnictvo*. **4**(1), 12-14. ISSN 1338-3132.
- BILLINGTON, A., 2010. The management of stress urinary incontinence. *British Journal of Nursing*. **19**(18), 20-25. ISSN 0966-0461.
- ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví (vybrané kapitoly)*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3213-8.
- DOBROVODSKÁ, L., 2008. Terapie stresové inkontinence moči. *Florence*. **4**(10), 385-388. ISSN 1801-464X.
- DRÁBKOVÁ, P., 2015. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi*. **16**(3), 127-129. ISSN 1803-5299.
- DZVINČUK, P. a kol., 2008. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Interní medicína pro praxi*. **10**(2), 90-95. ISSN 1212-7299.
- FAN, H.L. et al., 2013. Pelvic floor muscle training improves quality of life of women with urinary incontinence: a prospective study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. **53**(10), 298-304. ISSN 1479-828X.
- GAJDOŠ, M., 2012. Stresová inkontinencia moču u žien. *Lekárnik*. **15**(3), 34. ISSN 1335-924X.
- GRONDŽÁK PECHOVÁ, A., 2014. Kvalita života občana je výsledkom rozvoja spoločnosti. In: *Sociálny rozvoj s akcentom na zvyšovanie kvality sociálneho života*



v Slovenskej republike: zborník z odbornej konferencie. Ed. HETTEŠ, M. a kol. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, s. 10-13. ISBN 978-80-8132-129-0.

HAYLEN, B.T. et al., 2010. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurology and Urodynamics*. **29**(1), 4-20. ISSN 0733-2467.

HIBLBAUER, J. a J. HIBLBAUER, 2011. Inkontinence moči u žien – zásady a možnosti diagnostiky a liečby. *Urologie pro praxi*. **12**(1), 18-28. ISSN 1213-1768.

HORČIČKA, L., 2009. Sestra v primárnej linii a jej role v péči o inkontinentnú pacientku. *Sestra*. **19**(2), 67-68. ISSN 1210-0404.

HORČIČKA, L., 2013. Inkontinence moči u žien a kvalita života. *Practicus*. **13**(9-10), 624. ISSN 1213-8711.

HRUŠKA, F., 2013. Inkontinenční pomůcky. *Urologie pro praxi*. **14**(3), 123-125. ISSN 1213-1768.

HUDÁKOVÁ, Z. a M. NOVYSEDLÁKOVÁ, 2011. Vplyv inkontinencie na kvalitu života žien. In: *Ošetrovatel'stvo medzi teóriou a praxou: zborník*. Ed. KOBER, L. a kol. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, s. 91-97. ISBN 978-80-89542-06-2.

HUDÁKOVÁ, Z. a M. NOVYSEDLÁKOVÁ, 2013. Stresová inkontinence moči jako ošetrovatelský problém. *Sestra*. **23**(2), 67-68. ISSN 1210-0404.

HUDÁKOVÁ, Z. a E. ZACHAROVÁ, 2011. Cviky na posilnenie svalov panvového dna pri inkontinencii žien. In: *Ošetrovatel'stvo medzi teóriou a praxou: zborník*. Ed. KOBER, L. a kol. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, s. 246-251. ISBN 978-80-89542-06-2.

JEŽKOVÁ, M. a P. KOLÁŘ, 2009. Léčebná rehabilitace v gynekologii a porodnictví. In: KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 623-628. ISBN 978-80-7262-657-1.

- JURÁKOVÁ, M. a kol., 2017. Surgical treatment of the female stress urinary incontinence – from needles to mini-slings. *Česká gynekologie*. **82**(1), 65-71. ISSN 1210-7832.
- KLEČKA, J. a kol., 2012. Vybrané názvosloví uroodynamiky a mikčních symptomů dolních cest močových. *Urologie pro praxi*. **13**(2), 75-78. ISSN 1213-1768.
- KNORST, M.R. et al., 2012. Physical therapy intervention in women with urinary incontinence associated with pelvic organ prolapse. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. **16**(2), 102-107. ISSN 1413-3555.
- KNORST, M.R. et al., 2013. The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. **17**(5), 442-449. ISSN 1413-3555.
- KOLOMBO, I. a kol., 2009. Stresová inkontinence u žen – 2. část. *Urologie pro praxi*. **10**(1), 11-19. ISSN 1213-1768.
- KONŠTACKÝ, S., 2010. Stresová inkontinence moči u žen. *Practicus*. **9**(5), 6-8. ISSN 1213-8711.
- KRAMNÁ, P. a Z. VRUBLOVÁ, 2016. Porodní poranění hráze a jeho vliv na pánevní dno a močovou inkontinenci u žen. *Profese online*. **9**(2), 24-32. ISSN 1803-4330.
- MARENČÁK, J., 2009. Stresová inkontinencia moču u postmenopauzálnych žien. *Via Practica*. **6**(9), 358-363. ISSN 1336-4790.
- MARTAN, A., 2008. Urogynekologie. In: ROB, L. a kol. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, s. 223-241. ISBN 978-80-7262-501-7.
- MARTAN, A. a kol., 2011. *Nové operační postupy v urogynekologii (řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen)*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-233-9.
- MARTAN, A. a kol., 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii (řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen)*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-348-0.

- MARTAN, A. a kol., 2015. Užití transuretrální aplikace polyacrylamid hydrogelu (Bulkamidu ®) k léčbě recidivující stresové incontinance moči po selhání efektu páskových operací. *Česká gynekologie*. **80**(1), 25-29. ISSN 1210-7832.
- NOVYSEDLÁKOVÁ, M. a Z. HUDÁKOVÁ, 2011. Starostlivosť o pacientku s inkontinenciou moču. In: *Ošetrovatelstvo medzi teóriou a praxou: zborník*. Ed. KOBER, L. a kol. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, s. 82-90. ISBN 978-80-89542-06-2.
- ONDRUŠOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PETRÁŠOVÁ, R., 2012. Role sestry v záchyty inkontinence. *Sestra*. **22**(5), 51-53. ISSN 1210-0404.
- PIŠKYTLOVÁ, P., 2017. Komplikace vaginálních tahuprostých páskových operací. *Česká gynekologie*. **82**(3), 243-251. ISSN 1210-7832.
- ROMANČÍK, M., 2009. *Inkontinencia moču u žien*. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-61-3.
- RYBÁROVÁ, L., 2010. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra*. **20**(4), 38-40. ISSN 1210-0404.
- RYŠÁNKOVÁ, M., 2016. Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi*. **17**(2), 72-74. ISSN 1213-1768.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0214-3.
- SONG, Q.X., et al., 2014. Brain-derived neurotrophic factor in urinary continence and incontinence. *Nature Reviews – Urology*. **11**(10), 579-588. ISSN 1759-4812.
- SZABOVÁ, O. a kol., 2017. Rozsáhlý hematom – časná komplikace po antiinkontinentní operaci transobturátorovým přístupem. *Česká gynekologie*. **82**(4), 318-321. ISSN 1210-7832.
- ŠVIHRA, J., 2012. *Inkontinencia moču*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-380-6.

- VILHELMOVÁ, L., 2011. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. **12**(2), 97-99. ISSN 1213-1768.
- VRUBLOVÁ, Y., 2017. Močová inkontinence u žen. In: *Pacient je naší prioritou: sborník vědecké a odborné konference s mezinárodní účastí*. Ed. ADAMCZYK, R. a kol. Opava: Slezská univerzita, s. 168-170. ISBN 978-80-7510-226-3.
- VRUBLOVÁ, Y. a HOLISOVÁ, A., 2011. Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. **2**(2), 197-201. ISSN 1804-2740.

# **PRÍLOHY**

Príloha A – Dotazník kvality života pre inkontinentné ženy CONTLIFE

## DOTAZNÍK O KVALITĚ ŽIVOTA ŽEN SE STRESOVOU MOČOVOU INKONTINENCÍ

Vážená respondentka,

jsem studentkou na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. v Praze. Touto cestou Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí“. Dotazník je dobrovolný, anonymní a bude sloužit pouze k účelům průzkumu k bakalářské práci. U každé otázky označte pravdivě jednu odpověď. Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Radka Lužáková

### Denní aktivity

Jak moc Vás, během posledních 4 týdnů, obtěžovaly problémy s močením:

	nehodnotí se	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
1. pokud jste byla mimo domov	–	1	2	3	4	5
2. pokud jste řídila nebo jste jela jako pasažér	0	1	2	3	4	5
3. pokud jste chodila po schodech	–	1	2	3	4	5
4. pokud jste nakupovala	–	1	2	3	4	5
5. pokud jste stála a čekala (zastávka, úřad)	–	1	2	3	4	5

Během posledních 4 týdnů jste kvůli problémům s močením:

	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
6. měla časté přestávky v denních aktivitách či práci	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	vůbec ne	zřídka	někdy	často	vždy
7. probudila pomočena	1	2	3	4	5

## Fyzická aktivita

Jak často, během posledních 4 týdnů, Vás obtíže s močením obtěžovaly:

	nehodnotí se	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
8. pokud jste zvedala či nesla těžké břemeno	–	1	2	3	4	5
9. pokud jste sportovala (běh, tanec)	0	1	2	3	4	5
10. pokud jste smrkala, kýchala, kašlala	–	1	2	3	4	5
11. pokud jste měla záchvat smíchu	–	1	2	3	4	5

## Vlastní osobnost

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
12. cítila méně atraktivně	1	2	3	4	5
13. cítila znepokojená kvůli nepříjemnému zápachu moči	1	2	3	4	5
14. cítila znepokojená kvůli tomu, že si jiní uvědomují váš problém	1	2	3	4	5
15. cítila znepokojená kvůli skvrnám moči zanechaných v práci či na veřejných místech	1	2	3	4	5
16. musela převléknout	1	2	3	4	5

## Citové důsledky

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
17. cítila dobře	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	neměla jsem je	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
18. trápila kvůli nutnosti nosit vložky	0	1	2	3	4	5

**Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:**

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
19. cítila znechuceně	1	2	3	4	5
20. byla netrpělivá	1	2	3	4	5
21. cítila špatně kvůli možné „nehodě“ s únikem moče	1	2	3	4	5
22. cítila jako nekontrolující své emoce	1	2	3	4	5
23. cítila jako posedlá svými problémy s únikem moče	1	2	3	4	5
24. nutila myslet na to, vzít si vložku před odchodem z domova	1	2	3	4	5

## Sexualita

**Jak často, během posledních 4 týdnů, jste kvůli problémům s močením:**

	nehodnotí se	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
25. měla pocit strachu při myšlence na sexuální styk	–	1	2	3	4	5
26. musela měnit sexuální praktiky	0	1	2	3	4	5
27. jste byla znepokojená možností úniku moče při sexuálním styku	0	1	2	3	4	5

## Kvalita života

**28. Při současných obtížích s močením, jak byste hodnotila nyní SOUČASNOU kvalitu Vašeho života:**

1	2	3	4	5
špatně				výborně

**Podstoupili jste léčbu stresové močové inkontinence?**

- a) ano                      b) ne

**Uveďte Váš věk:**

- a) do 30 let      b) 31 až 40 let      c) 41 až 50 let      d) 51 až 60 let      e) 61 a více let

*zdroj: Amarenco et al. (2003, s. 399-404), vlastné spracovanie (2019)*