

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen s inkontinencí moči

Bc. Klára Frydrychová

Diplomová práce

2013

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Evě Beňové, své vedoucí práce, za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi při tvorbě práce poskytovala, a také za čas, který nad mou diplomovou prací strávila. Poděkování patří také Mgr. Haně Růžové, která mi poskytla odbornou asistenci při zpracování statistických dat.

Ráda bych poděkovala mé rodině za podporu v průběhu celého mého studia, a také všem dobrovolným účastníkům dotazníkového šetření.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Byla jsem seznámena s okolností, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon. Univerzita Pardubice, má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona a také, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek k úhradě nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své diplomové práce v Univerzitní knihovně.

V Děčíně, dne 21.4.2013

.....

Bc. Klára Frydrychová

Anotace

Diplomová práce se zabývá kvalitou života žen s inkontinencí moči. Teoretická část práce definuje pojem kvality života, popisuje obecně to, co kvalita života znamená, a jakým způsobem se dá ovlivnit. Dále obsahuje základní specifické hodnotící škály kvality života u žen s inkontinencí moči, včetně dotazníku I-QoL Incontinence quality of life questionnaire, který byl společně s doplňujícími otázkami použit ke sběru dat. V další kapitole se nachází popis anatomie a fyziologie močového systému ženy, včetně procesu mikce. Teoretická část práce obsahuje také informace o tom, co je to inkontinence moči, jaké jsou její druhy, příčiny vzniku, jaké jsou formy vyšetřovacích metod při diagnostice močové inkontinence, dále popisuje způsob léčby podle typu inkontinence moči, a udává informace o jednorázových absorpčních pomůckách pro ženy. Závěrečná kapitola teoretické části popisuje roli všeobecné sestry, včetně edukačního procesu zaměřeného na péči o ženy s inkontinencí moči.

Praktická část diplomové práce se zabývá vyhodnocením výsledků sběru dat. Výsledky dotazníkového šetření jasně poukazují na skutečnost, že inkontinence moči velice ovlivňuje veškeré psycho-sociální oblasti života žen. Zpracované výsledky, uvedené v praktické části jsou podrobněji popsány v diskuzi práce, kde jsou porovnány s výsledky již provedených výzkumů jiných autorů.

Klíčová slova

Kvalita života, inkontinence moči, škály, edukace, absorpční pomůcky

Annotation

Diploma thesis deals with quality of life of women with urinal incontinence. Theoretical part defines quality of life and in general describes what quality of life means and what options we have to influence it. Further there are described basic and specific scales to rate quality of life of women with urinal incontinence. These include I-QoL Incontinence quality of life questionnaire which together with complementary questions was used to collect data in research. In next chapter there is described anatomy and physiology of the women's urinal system including micturition process. Theoretical part contains information about urinal incontinence, its types, causes, diagnostic methods, treatment methods and its differences and gives information about single use absorption tools for women. The final chapter of theoretical part describes role of nurses including educational process for women with urinal incontinence.

The empirical part is focused at evaluation of established data. Results of research clearly indicate that urinal incontinence has a great influence at all psycho-social domains of women life. Processed results mentioned in empirical part are in great detail described and compared with data from other authors and their researches in discussion.

Keywords

Quality of life, urinal incontinence, scales, education, absorption tools

Obsah

I. Teoretická část.....	12
1. Definice kvality života a její vývoj v současnosti	12
1.1 Měření kvality života	14
1.1.1 Specifické hodnotící škály kvality života u žen s inkontinencí moči.....	14
2 Anatomie a fyziologie.....	18
2.1 Anatomie a fyziologie uropoetického traktu.....	18
2.2 Fyziologie a patofyziologie mikce	19
3 Inkontinence moči u žen	20
3.1 Typy močové inkontinence	20
3.1.1 Urgentní inkontinence moči	21
3.1.2 Stresová inkontinence moči.....	21
3.1.3 Reflexní inkontinence moči.....	22
3.1.4 Inkontinence z přetékání.....	22
3.1.6 Farmakogenní inkontinence	23
3.2 Příčiny a rizikové faktory.....	23
3.3 Prevalence mikčních obtíží v populaci	24
3.4 Diagnostika a vyšetřovací metody	25
3.4.1 Anamnéza	25
3.4.2 Fyzikální vyšetření	26
3.4.3 Klinické testy.....	27
3.4.4 Urodynamické vyšetřovací metody	28
3.4.5 Zobrazovací metody	29
3.5 Léčba inkontinence moči	30
3.5.1 Stresová inkontinence.....	30
3.5.2 Hyperaktivní močový měchýř	32

3.5.3 Reflexní inkontinence.....	34
3.6 Jednorázové absorpční pomůcky pro ženy	34
4 Role sestry v záchytu inkontinence moči	37
4.1 Edukační proces u pacientky s inkontinencí moči	37
4.2 Znalosti sestry edukátorky	39
II. Praktická část	41
5 Výzkumné otázky a hypotézy	41
6 Metodika a organizace výzkumu	43
7 Prezentace výsledků.....	45
8 Diskuze	91
Závěr	99
Doporučení pro praxi.....	101
Seznam příloh	107
Seznam tabulek.....	119
Seznam obrázků.....	123

Úvod

Myslím si, že se jedná o téma, které v posledních letech stále nabírá na důležitosti. Největším problémem u žen s inkontinencí moči bývá stud. Stydí se za své problémy a odmítají se svěřovat a řešit je. Kvalita života těchto žen tak bývá velice špatná (Bojar, Mazanec, Kučera, 2006).

Přínos této práce vidím v tom, že může sloužit k lepšímu porozumění pacientek, které trpí inkontinencí moči. Práce může sloužit k zamyšlení se nad danou problematikou, například proč se lékaři neptají na potíže pacientky, či proč v případě zjištění inkontinence pacientce vnucují názor, že je to stav normální vzhledem k věku a dále to neřeší. V ošetrovatelství je podle mého názoru nutné více se věnovat psychické stránce těchto žen, komunikovat s nimi a podporovat je. V případě potřeby také doporučit návštěvu psychoterapeuta. Inkontinence moči ovlivňuje každodenní život pacientek. Jejím důsledkem je negativní ovlivnění kvality života. V případě dlouhodobé inkontinence může dojít k psychosociální smrti (Dvořáčková, 2009).

Inkontinence moči u žen, je zdrojem mnoha problémů, které se následně promítají do oblasti psychosociální, hygienické a ekonomické. Tento hendikep klade vysoké nároky na veškerá zdravotnická a pečovatelská zařízení. Nutno podotknout, celkem 60 % osob v těchto zařízeních trpí inkontinencí moči (Bojar, Mazanec, Kučera, 2006).

U pacientek, které jsou hospitalizované, je důležité zaměřit se na optimalizaci pitného režimu. Pacientky se obávají pomočení, a proto pitný režim striktně omezují. Je důležité poskytnout jim psychickou podporu, dostatek informací a vysvětlit jim důležitost dodržování pitného režimu (Löffnerová, 2007).

Autoři Bojar, Mazanec a Kučera (2006) konstatují, že v ordinacích praktických lékařů a odborných lékařů se s pacienty o inkontinenci moči minimálně, a častěji vůbec nehovoří.

Ve vzdělávání sester a studentů medicíny se nevěnuje veliká pozornost výuce inkontinence moči a psychosociálním důsledkům tohoto hendikepu. Zdravotníci často ani nevědí, jakým způsobem se mají na potíže pacientek zeptat (Bojar, Mazanec, Kučera, 2006).

Předpokladem úspěšné péče o tyto pacientky spočívá v interdisciplinární spolupráci. A to konkrétně lékařů, fyzioterapeutů, středního zdravotnického personálu, ale i rodinných příslušníků. Důležitá je kvalitní komunikace mezi zdravotníky a pacientkou, ale také edukace, a psychosociální péče (Dvořáčková, 2009).

Cíle práce

Hlavní cíl: Zjistit, jakým způsobem inkontinence moči ovlivňuje kvalitu života žen

Dílčí cíle:

Zjistit vliv inkontinence moči na psycho-sociální oblasti života

Zjistit, jak vnímají kvalitu svého života ženy s inkontinencí moči

Zjistit v jaké věkové kategorii se problematika úniku moči vyskytuje nejčastěji

I. Teoretická část

1. Definice kvality života a její vývoj v současnosti

Autorka Hnilicová (2003) uvádí, že v medicíně a obecně ve zdravotnictví, se termín „kvalita života“ začal užívat zhruba v 80. letech. Docházelo k čím dál častějšímu užívání v klinických studiích.

V současné době je studium kvality života zaměřeno na identifikaci a hledání faktorů, které přispívají ke smysluplnému životu a pocitu štěstí. Důvodem pro studium kvality života a současně také nejdůležitějším cílem je rozvíjet a podporovat takové životní podmínky a takové životní prostředí, které by lidem umožňovaly žít takovým způsobem života, který je pro ně smysluplný, nejlepší a dokážou si ho užít (Hnilicová, 2003).

Kvalita života ve zdravotnictví je problematikou stále poměrně novou, nicméně v posledních letech velmi zdůrazňovanou. Lékaře zajímá, jakou kvalitu života mají pacienti trpící určitými chorobami, a také jaký je dopad terapie na kvalitu života pacientů. Kvalita života ve zdravotnictví je tedy zaměřena na zkoumání v oblasti psychosomatického a fyzického zdraví tzv. „kvalita života ovlivněna zdravím“ (Hnilicová, 2003).

Autor Slováček a kol. (2004, s. 6) uvádějí myšlenku: *„Pokud hovoříme o kvalitě života, obvykle tedy sledujeme, jaký má dopad onemocnění jedince na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti.“* Kvalita života vychází z Maslowovy teorie potřeb, konkrétně z potřeby nasycení, spánku. Uspokojení těchto potřeb je předpokladem k uspokojení potřeb nižších, mezi které patří potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných a potřeba sebeúcty (Slováček a kol., 2004).

Jedná se o velice široký pojem, který se velmi špatně definuje. Můžeme jí však rozdělit do dvou rovin a to do roviny subjektivní a objektivní. Subjektivní část vypovídá o tom, zda se člověk nachází v psychické pohodě a je všeobecně spokojený se životem. Objektivní složka se orientuje na oblast sociální, dále na fyzické zdraví a materiální podmínky života (Ondrušová, 2009).

Autor Vymětal (2010) uvádí, že psychologické hledisko kvality života vychází ze subjektivity člověka, z lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem, poukazuje na skutečnost, že se musíme zaměřit na to, jak se konkrétní člověk cítí, co prožívá a jak svůj aktuální zdravotní stav on sám hodnotí.

Podle autorky Hnilicové (2003), je kvalita života velice frekventovaný pojem, nejen v odborných publikacích, ale také v metodologických otázkách, kde se ovšem nenachází názorová shoda. Autorka dále uvádí, že o kvalitě života se hovoří v mnoha vědních

disciplínách, jako jsou především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, medicína a ekologie. Například v sociologii dochází ke sledování kvality života u různých sociálních skupin, dále k jejich srovnávání i mezi kulturně, a hledají se faktory, které kvalitu života nejvíce ovlivňují. V psychologii se zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivce, kterou se snaží měřit pomocí různých metod. V neposlední řadě kvalita života ve zdravotnictví se hodnotí prostřednictvím poskytované péče pacientům. Okolo pojmu „kvalita života“ se nachází mnoho negativních a kritických ohlasů, které poukazují na nejednoznačnost vymezení tohoto pojmu a neexistenci jasné definice, která by se opírala o teorii.

Kvalitu života lze také definovat jako kombinaci pacientky hodnocených aspektů zdraví, a to společně s fyzickým, sociálním, emocionálním, duševním stavem, zatížením symptomy nemoci a pocitem celkové pohody (Horčíčka, 2006).

Autorka Hnilicová (2003) se dále zmiňuje o dvou dimenzích kvality života, konkrétně o subjektivní a objektivní kvalitě života. Subjektivní kvalita života se týká všeobecné spokojenosti člověka se životem a lidské emocionality. Naproti tomu objektivní kvalita života znamená splnění určitých požadavků, které se týkají sociálního statusu, fyzického zdraví, sociálních a materiálních podmínek života.

Kvalita života je pojmem, který patří mezi nejčastěji užívané pojmy v současné medicíně. Vyjadřuje určitý názor, že zdravotní péče má smysl pouze do určité míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientek. Tento termín poukazuje také na to, že při rozhodování v medicíně, je potřeba brát ohled na skutečnost, zda léčba pacientce způsobí nějaké strádání a nakolik jí pomůže zachovat si nezávislost a možnost vykonávat běžné role v životě (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Pro medicínu a zdravotnictví je důležitá definice, která se opírá o pojetí zdraví dle WHO, kdy zdraví neznamena pouze nepřítomnost nemoci, ale stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě ve spojitosti s kulturou a hodnotovými systémy, ve kterých žije a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. V medicíně a ve zdravotnictví se tedy sleduje dopad nemoci a jejího léčení na určité životní domény, které určují kvalitu života člověka (Hnilicová, 2003).

Podle autorky Janečkové a kol. (2007), je kvalita života hodnocena jako významnější a vhodnější indikátor zdravotního stavu na rozdíl od morbidit a mortality a pomáhá zhodnotit poskytnuté psychosociální a zdravotní intervence.

Z hlediska zdravotnictví má šetření v oblasti kvality života pacientů svůj praktický dopad v podpoře a rozvíjení zdraví a také v určitém přístupu k nemocným (Hnilicová, 2003).

1.1 Měření kvality života

Podle Rybárové (2010), je měření kvality života čistě subjektivní metodou hodnocení vlastního stavu pacientkou. Podle autorky nelze hodnocení kvality života podceňovat. Mezinárodní společnost pro inkontinenci (ICS) doporučila hodnocení kvality života jako součást klinických studií močové inkontinence. Obvykle si můžeme představit, jak se pacientky s inkontinencí moči cítí, a můžeme také předpokládat, jaká je jejich kvalita života, ale je potřeba jí hodnotit, aby se pacientkám dostalo účinné a potřebné pomoci. Není vůbec vhodné hodnocení přeceňovat a vyvozovat z něj určité závěry, jen na základě subjektivního hodnocení pacientky. Je potřeba kombinovat subjektivní a objektivní hodnocení. Nejdůležitějším momentem hodnocení je však výběr správného dotazníku. Musí se zohlednit například typ inkontinence, věk a podobně.

Podle Horčičky (2006), dotazníky pacientka vyplňuje sama, či prostřednictvím strukturované konzultace. Autor dále uvádí, že každý dotazník má společnou strukturu, nebo li stejné základní schéma. Obsahují různý počet oblastí zájmů, které se poté vyhodnocují. Obvykle jich je kolem jedné až sedmi. Tyto oblasti třídí informace o částečných aspektech zdraví a kvality života. Horčička (2006) dále uvádí, že ve středu zájmu se nachází následující oblasti. První oblast zahrnují fyzické funkce, konkrétně pohyblivost, péče o sebe a cvičení. Druhou oblastí jsou emoční funkce, jako je například deprese, strach a obavy. Dále autor zmiňuje sociální oblast, do které spadají sociální kontakty, sexuální činnost a činnosti zájmové. Následuje oblast čtvrtá, což je práce, zařazení v pracovním procesu, nákupy a péče o domácnost. V neposlední řadě jsou také přítomny otázky týkající se bolesti, spánku a také otázky vztažené k symptomu, který je zkoumán.

Podle autorky Dragomirecké a Bartoňové (2006, s. 10), bývá kvalita života měřena ze tří perspektiv: *„Za první, jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možnosti, bariér a zdrojů okolí. Za druhé jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem, a za třetí jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.“*

1.1.1 Specifické hodnotící škály kvality života u žen s inkontinencí moči

Podle autora Zachovala a kol. (2006), se na některých pracovištích v České republice stále užívají symptomové dotazníky, například Gaudenzův dotazník, které již nejsou k užívání doporučovány, jelikož mají nízkou výpovědní hodnotu. Autor podotýká, že by naproti tomu, měly být užívány dotazníky, zaměřené na kvalitu života, a to zejména ty, jejichž výpovědní

hodnota byla ověřena statisticky. Dotazníky, které hodnotí vliv příznaku či onemocnění na kvalitu života by měly vystihovat co nejlépe jejich dopad na duševní a fyzický stav pacientek i na jejich sociální aktivity. Tyto dotazníky jsou považovány za základ pro vyhodnocení závažnosti problémů a úspěšností léčby, zejména u onemocnění, které mají podobný charakter jako je hyperaktivní močový měchýř a inkontinence moči, kdy nejsou k dispozici jiná spolehlivá kritéria aktivity onemocnění.

Dotazníky na kvalitu života pacientek rozdělujeme na specifické a nespecifické. Nespecifické dotazníky můžeme využít k vyhodnocení jakéhokoliv příznaku či onemocnění. Specifické dotazníky se zaměřují na zvláštnosti daného příznaku či choroby a můžeme je použít pouze k hodnocení těchto stavů. Pokud porovnáme nespecifické dotazníky se specifickými, tak specifické mají vyšší výpovědní hodnotu, a vzhledem k tomu také statistickou významnost a jsou tak lepšími nástroji k hodnocení kvality života (Zachoval a kol., 2006).

Dragomirecká a Bartoňová (2006), uvádí výhodu nespecifických dotazníků v tom, že umožňují vzájemné srovnání různých souborů osob či různých podmínek, a lze je využít pro populační šetření. Jako nevýhodu autorka zmiňuje tu skutečnost, že nemusí být dost citlivé na správné zachycení intervence, zaměřené na symptomy. U dotazníků specifických konstatuje výhodu v tom, že jsou schopny odhalit a zachytit klinicky významné změny, ale na druhou stranu jejich výsledky se špatně a obtížněji srovnávají či zobecňují.

V současné době je kladen důraz na dodržování zásad medicíny založené na důkazech, tedy na tzv. „evidence based medicine“ tak, aby klinický význam a statistická významnost byly co nejvyšší (Zachoval a kol., 2006).

Autoři Zachoval a kol. (2006), ve svém článku uvádí všechny typy specifických dotazníků hodnotící kvalitu života žen s inkontinencí moči, které vyhledali prostřednictvím databáze MEDLINE. Výpovědní hodnota všech dotazníků byla ověřena statistickými studii.

Autoři Zachoval a kol. (2006), uvádí jako první specifický dotazník **Contilife**. Dotazník Contilife je určen pro ženy se stresovou inkontinencí moči. Skládá se z dvaceti osmi otázek, které hodnotí stav pacientky v předchozích čtyřech týdnech. Zaměřuje se na aktivity spojené s námahou a běžné denní aktivity, vliv na pohlavní život, emoční důsledky, sebehodnocení a celkový pocit spokojenosti. Tento dotazník je vhodný také k hodnocení efektu operační léčby stresové inkontinence pomocí polypropylenové TVT pásky.

Jako druhý dotazník autoři popisují **King's health questionnaire**. Tento dotazník je vhodný pro ženy i muže se stresovou a urgentní inkontinencí moči. Obsahuje dvacet jedna

otázek, které hodnotí současný stav obtíží. Zaměřuje se především na hodnocení v oblasti fyzické aktivity, sociální aktivity, mezilidských vztahů, vliv na spánek a únavu, emocionální problémy a vliv na celkový zdravotní stav. Tento dotazník je také vhodný pro hodnocení kvality života jak krátkodobé tak i dlouhodobé, v klinických studiích preparátů, které se užívají pro léčbu hyperaktivního močového měchýře (Zachoval a kol., 2006).

Třetí dotazník má název **Overactive bladder questionnaire**. Skládá se z dvaceti pěti otázek, ty zahrnují čtyři okruhy vlivu na kvalitu života, jako jsou stupeň závažnosti opatření vyvíjených k vyrovnání se s obtížemi, celkový vliv na kvalitu života, vliv na spánek a v neposlední řadě také vliv na sociální aktivity. Hodnotí obtíže pacientů za poslední čtyři týdny. Tento dotazník je vhodný zejména u pacientů a pacientek s diagnózou hyperaktivní močový měchýř (Zachoval a kol., 2006).

Následujícím dotazníkem je **Incontinence impact questionnaire**. Dotazník obsahuje třicet otázek, vyhodnocuje vliv inkontinence moči na fyzickou aktivitu a emocionální stránku, omezení v cestování a vliv na sociální aktivity. Hodnotí stav obtíží, které jsou aktuální. Dotazník byl několikrát přepracován, a byly vydány jeho zkrácené verze. V roce 2005, vytvořila Česká urologická společnost novou verzi dotazníku, zvanou OAB V8 (Zachoval a kol., 2006).

Další dotazník se nazývá **Incontinence quality of life questionnaire** (dále jen: „I-QoL“). Tento dotazník, přeložený do českého jazyka prim. MUDr. Ivanem Huvarem jsem použila ke sběru statistických dat, které vyhodnotím v praktické části diplomové práce. Dotazník se skládá z dvaceti dvou otázek, je vhodný pro hodnocení kvality života u pacientek s inkontinencí moči. Hodnotí vliv močové inkontinence na obvyklé denní činnosti. Klade důraz na sociální a psychosociální dopad. Využívá se především u inkontinence moči u žen (Zachoval a kol., 2006).

Jako šestý v pořadí uvádí autoři dotazník **Incontinence stress questionnaire for patients**. Obsahuje dvacet otázek, které se týkají období posledního týdne. Hodnotí vliv inkontinence moči na vznik deprese, estetické a somatické postižení pacientů a sociální dopad (Zachoval a kol., 2006).

Dalším dotazníkem je dotazník s názvem **Quality of life questionnaire for urinary urge incontinence**. Tento dotazník se užívá k hodnocení kvality života při urgentní inkontinenci moči. Zaměřuje se na hodnocení běžných denních aktivit a emocí, stav sebehodnocení, celkový psychický stav a vliv na spánek (Zachoval a kol., 2006).

Následuje dotazník **Symptom impact index for stress incontinence in women**. Obsahuje tři otázky, které se týkají nutnosti omezení v běžných denních aktivitách u žen. Zaměřuje se na stresovou inkontinenci moči, a hodnotí obtíže za období posledního roku.

Urinary incontinence severity score je dalším ze specifických dotazníků, které autoři uvádí. Jedná se o dotazník, obsahující deset otázek. Čtyři otázky se zaměřují na únik moči, a šest otázek hodnotí vliv inkontinence na běžné denní aktivity u žen (Zachoval a kol., 2006).

Desátým dotazníkem je **Urge impact scale**. Je určený pro hodnocení vlivu urgentní inkontinence na kvalitu života u starších pacientů. Obsahuje dvacet čtyři otázek, které hodnotí vliv na psychiku, pocit sebejistoty a zvládání běžných situací, během posledního měsíce (Zachoval a kol., 2006).

Urge-incontinence impact questionnaire je další dotazník, o kterém se autoři zmiňují. Obsahuje třicet otázek, zaměřuje se na vliv urgentní inkontinence moči na kvalitu života pacientů a pacientek. Hodnotí obtíže za období čtyř týdnů (Zachoval a kol., 2006).

Posledním dotazníkem, který autoři uvádí, je **Urinary incontinence handicap inventory**. Obsahuje sedmnáct otázek, které hodnotí období posledních čtyř týdnů. Je určený pro starší ženy, které trpí urgentní inkontinencí moči. Hodnotí vliv inkontinence na fyzickou námahu, běžné denní aktivity, emoce a sociální důsledky obtíží (Zachoval a kol., 2006).

Z uvedeného vyplývá, že k hodnocení kvality života u inkontinence moči existuje celá řada dotazníků. Zásadním momentem hodnocení je volba správného dotazníku, pro hodnocení vybrané studie. Dotazníky se liší druhem otázek i svými statistickými vlastnostmi. Dalším důležitým faktorem pro výběr dotazníku je cílová populace. Dotazník, který je vhodný pro hodnocení jedné skupiny pacientů, nemusí být vhodný k hodnocení pacientů jiné skupiny, která se liší buď klinickými parametry, nebo parametry demografickými. Jiným faktorem výběru je také skutečnost, že mezi různými symptomy dolních močových cest existuje určitý rozdíl v tom, jakým způsobem a jakou měrou ovlivňují kvalitu života (Zachoval a kol., 2006).

2 Anatomie a fyziologie

V následující kapitole se zaměřím na popis anatomie a především fyziologie uropoetického traktu. Samostatnou podkapitolu věnuji popisu fyziologie a patofyziologie procesu mikce.

2.1 Anatomie a fyziologie uropoetického traktu

Autorka Mikšová a kol. (2006), definuje úkol **ledvin** (ren, nefros), jako filtraci látek z krve, které tělo již nemůže využívat. Filtrace těchto látek probíhá v glomerulu, který je součástí základní a funkční jednotky ledvin nefronu. Vzniklý filtrát je velice podobný plazmě svým složením. V nefronu dále filtrát pokračuje tubulárním systémem nefronu, kde se celkem 99 % vstřebává zpátky do krve a 1 % tvoří moč. Každou minutu prochází zhruba 1200 ml krve ledvinami. Veškerá krev prochází ledvinami asi dvanáctkrát za hodinu. Z ledviny vystupují **močovody** (uretery), vystupují v podobě pánvičky ledvinné a v zadních rozích spodiny močového měchýře do něj vstupují (Mikšová a kol., 2006).

Co se týká **močového měchýře** (vesica urinaria), jedná se o dutý, svalový orgán, který je uložen za stydkou kostí, a jeho funkcí je shromažďování moči před vyprázdněním. Množství moči, které měchýř pojme je individuální (Mikšová a kol., 2006). Podle toho, jaké množství moči se v močovém měchýři nachází, má různý tvar a velikost. Močový měchýř může obsahovat až 700 ml moči, někdy i více (Petrovický a kol., 1995). Pocit na močení však nastává při naplnění močového měchýře 250 - 450 ml moči (Mikšová a kol., 2006).

Močová trubice (uretra), je u žen zhruba čtyři centimetry dlouhá, lehce zahnutá a nachází se pod dolním okrajem symfýzy, což je pod okrajem chrupavčitého spojení stydkých kostí (Krhut, 2011). Podle Mikšové a kol., (2006) začíná v předním dolním rohu močového měchýře a končí močovým vývodem u zevních pohlavních orgánů. Močová trubice má dva druhy svěračů. Tedy vnitřní svalový svěrač, který se nachází na bázi močového měchýře, je vůlí neovladatelný, a zevní svěrač, který je kontrolovatelný vůlí se nachází ve střední části močové trubice (Mikšová a kol., 2006).

Důležitou součástí, která se podílí na procesu mikce, je i **svalstvo pánevního dna**, které definuje autorka Lang-Reeves (2008). Uvádí, že pánevní dno se skládá ze tří svalových vrstev. Tyto svaly pružně uzavírají celý pánevní vchod. V průběhu těhotenství, či ve starším věku, dochází často u žen k ochabování tohoto svalstva a tím také k riziku vzniku stresové inkontinence moči (Lang-Reeves, 2008).

2.2 Fyziologie a patofyziologie mikce

Podle Mikšové a kol., (2006) je proces mikce, procesem vyprazdňování močového měchýře. Krhut (2011) popisuje, že základní úlohou dolních močových cest, je jímat a vypuzovat moč. Autor Martan (2005), se zmiňuje, že hlavní funkcí močového měchýře je přeměna exkreční činnosti ledvin v proces evakuace moči.

Podle Dylevského (1998) je mikce, nebo li vyprazdňování močového měchýře velice složitý děj, kterého se účastní různé svaly a svalové skupiny. Uvádí, že je řízen autonomními nervy a míchou. Po naplnění močového měchýře dochází ke zvýšení tlaku a tím pádem také ke stimulaci nervových zakončení, které se nacházejí v jeho stěně. V sakrální míše se nachází reflexní centrum pro mikci, do kterého jsou vedeny impulzy nervovými zakončeními ze stěny močového měchýře. Reflexní centrum leží v segmentech S2-S4, to odpovídá výši druhého až čtvrtého lumbálního obratle (Mikšová a kol., 2006).

Impulzy dále pokračují do mozkové kůry, kde se nachází centrum kontroly močení. V případě potřeby močení, vyšle mozek impulzy do motorických neuronů, které se nacházejí v křížové oblasti, a jsou stimulovány parasympatickými nervy. Co se týče moči, může se uvolnit z močového měchýře, ale brání ji v tom zevní svěrače. Mozek ovlivňuje zevní svěrač, člověk může ovlivnit, zda se vyprázdní, či zda dojde k potlačení mikce. Při uvolnění zevního svěrače, moč odtéká z těla ven, pokud se močení přeruší, dochází k dalšímu plnění měchýře, a reflex je vyvoláván znovu (Mikšová a kol., 2006). Podle Dylevského (1998), se vnitřní svěrač na vyprázdnění moči vůbec nepodílí, nemá tak větší význam.

Mikce začíná smrštěním svěrače močového měchýře, zkrácením svaloviny močové trubice a rozšířením jejího vnitřního ústí. Za normálních okolností dochází k tomu, že je moč z měchýře vyprázdňována beze zbytku. Kontrola močení je reálná pouze v případě, že nervy, které zásobují močový měchýř, močovou trubici a všechny nervové dráhy včetně mozkových center jsou v pořádku a neporušené. Pokud dojde k poranění kterékoliv části nervového systému, má to za následek močovou inkontinenci, tedy nekontrolovatelný odtok moči (Mikšová a kol., 2006). Příčinou poruchy mikčního mechanismu nejčastěji bývá porucha uzávěrového aparátu močového měchýře, zevního svěrače, ochabnutí svalstva pánevního dna či močové trubice (Slezáková a kol., 2011).

3 Inkontinence moči u žen

Autorka Sochorová (2011), ve svém článku udává definici močové inkontinence podle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci (ICS), která zní, že se jedná o jakýkoliv nedobrovolný únik moči, který se vyskytuje nejen u žen, ale i u mužů a dětí.

Porucha udržení moči patří mezi jednu ze zdravotních potíží, která se vyskytuje nejčastěji, a kterou trpí v celosvětovém měřítku až stamiliony lidí. Inkontinenci lze definovat jako nechtěný únik moči. Tato zdravotní komplikace není v pravém slova smyslu chorobou, ale jde o příznak nejrůznějších patologických stavů, který má poté obrovský vliv na kvalitu života těchto pacientek (Roztočil, Bartoš, 2011). Jinou definici pro inkontinenci má autorka Sochorová (2011), která tvrdí, že se jedná o symptom určité anatomické či funkční poruchy pánevního dna a dolního urogenitálního traktu (Sochorová, 2011).

V České republice trpí tímto problémem kolem 700 000 osob, a z toho 510 000 je ženského pohlaví, což je skoro tři čtvrtina postižených. Více, než polovina žen, přesto, že mají potíže, nevyhledají pomoc lékaře (Kalvach s kol., 2008).

Autoři Chan a Tse (2012) udávají skutečnost, že se jedná o velice častý, globální zdravotní problém. Postihuje obě pohlaví, avšak dvakrát častější je výskyt inkontinence moči u žen, a její prevalence stoupá společně s věkem. Uvádí také, že léčba inkontinence nepatří mezi léčby nejlevnější.

Podle autorů Rosdahl Bunkera a Kowalského (2008), se jedná o nedobrovolné nucení na močení či nedobrovolný únik moči. Zmiňují se o tom, že za normálních okolností dochází ke shromažďování moči v močovém měchýři, a následně tak ke stimulaci jeho nervových zakončení, což vyvolá pocit na močení. Uvádají, že pokud člověk ztratí nad touto funkcí kontrolu, dochází k již zmiňovaným nedobrovolným únikům moči.

3.1 Typy močové inkontinence

Podle příznaků, lze klasifikovat močovou inkontinenci do několika různých typů. Konkrétně rozeznáváme inkontinenci urgentní, stresovou, inkontinenci smíšeného typu, reflexní, inkontinenci z přetékání a také inkontinenci funkční (Čermák, Pacík, 2006).

V dalších odstavcích podrobněji rozvedu informace o jednotlivých typech inkontinence včetně jejich příznaků.

3.1.1 Urgentní inkontinence moči

Podle autorky Sochorové (2011), se tento typ inkontinence projevuje jako únik moči, který je spojený s náhlým a naléhavým nucením na močení. Autorka udává, že se v dnešní době více používá pojem „hyperaktivní močový měchýř“. Topinková (2005) podotýká, že se tento typ projevuje naléhavou potřebou k močení vícekrát během dne, které pacientka musí opakovaně vyhovět. Tato naléhavá potřeba k močení je způsobena stahy svalstva svěrače močového měchýře, a také pocitem nepříjemného tlaku v podbřišku. Intenzita inkontinence kolísá od několika pár kapek až po několik stovek mililitrů (Topinková, 2005).

Budayová a Soukupová (2010), definují za příčinu vzniku urgentní inkontinence zvýšenou pohyblivost hrdla močového měchýře a močové trubice, nebo také nedostatečnou činnost vnitřního svěrače, které způsobují nekontrolovatelný únik moči, kdy žena pociťuje neovladatelné nutkání na močení a často je tím buzena i v noci.

Podle autora Čermáka a Pacíka (2006), jsou příčiny nepříjemných pocitů, které nutí na močení většinou neznámého původu. O symptomatické urgentní inkontinenci hovoříme v případech, pokud je přítomen zánět, či kámen v močovém měchýři nebo močových cestách. Symptomatická urgentní inkontinence samozřejmě zmizí po odstranění vyvolávající příčiny.

3.1.2 Stresová inkontinence moči

Projevuje se jako mimovolný únik moči, který je spojený s určitými fyzickými aktivitami, jako je běhání, skákání, kýchání, zvedání těžkých břemen. K úniku moči tedy dochází při zvýšení nitrobřišního tlaku, bez kontrakce svaloviny svěrače močového měchýře. (Čermák, Pacík, 2006).

Autorka Topinková (2005) uvádí, že rozeznáváme tři stupně stresové inkontinence. První stupeň se projevuje jako únik několika kapek moči při zvýšeném nitrobřišním tlaku, například při kašli a smíchu. Pro druhý stupeň je charakteristický únik většího množství moči při pohybu, bez zvýšení nitrobřišního tlaku. A třetí stupeň stresové inkontinence moči se projeví únikem moči v klidovém stavu. Oproti autorce Topinkové (2005), rozlišuje autorka Sochorová (2011), stresovou inkontinenci moči ne podle stupňů, ale podle závažnosti na lehkou, střední a těžkou formu. Podle Topinkové (2005) kombinací obou předchozích typů inkontinence vzniká inkontinence smíšená.

Čermák a Pacík (2006), udávají, že nejlepším postupem v terapii je vyléčit urgentní inkontinenci moči a poté zahájit léčbu inkontinence stresové.

3.1.3 Reflexní inkontinence moči

Je příznakem neurologického onemocnění. Nejčastěji vzniká při poranění mozku nebo míchy (Sochorová, 2011), kdy nemocná žena vůbec nepocítuje nucení na močení (Čermák, Pacík, 2006). Autorka Topinková (2005) se zmiňuje o skutečnosti, že dochází k reflexnímu vyprázdnění močového měchýře ihned po jeho naplnění. U tohoto typu inkontinence je častý výskyt postmikčního rezidua, to znamená, že v močovém měchýři vždy nalezneme několik mililitrů moči, nevyprázdní se tedy úplně celý. Tento typ močové inkontinence se vyskytuje například u pacientek s onemocněním sclerosis multiplex, nebo li roztroušené sklerózy, či u transverzální léze míšni. Reflexní inkontinence moči je často nazývána jako neurogení močový měchýř (Topinková, 2005).

3.1.4 Inkontinence z přetékání

Nebo li paradoxní ischúrie znamená mimovolní únik moči při přeplněném močovém měchýři. Vznikne, když tlak uvnitř močového měchýře převyší tlak v močové trubici. Při tomto úniku moči chybí aktivita svalstva svěrače močového měchýře. Charakteristické pro tento typ inkontinence jsou úniky malého množství moči i po několika minutách (Čermák, Pacík, 2006). Autorka Sochorová (2011, s. 488), definuje tento typ inkontinence jako: „*Únik moči při přeplněném močovém měchýři*“. Podle Topinkové (2005), dochází k tomu, že moč pouze odkapává. Příčinou odkapávání je většinou mechanická obstrukce, kterou může být například nádor v oblasti hrdla, zúžení močové trubice, porucha kontraktility močového měchýře či ucpání permanentního močového katétru (Topinková, 2005).

3.1.5 Funkční inkontinence

Tento typ inkontinence vzniká z důvodu různých psychických či sociálních příčin, současně při neporušené funkci dolních močových cest. Například při omezené pohyblivosti a delirantním stavu (Topinková, 2005).

3.1.6 Farmakogenní inkontinence

Jedná se o inkontinenci moči, na jejímž vzniku se podílejí různé léky. Tento typ inkontinence může mít charakter všech výše uvedených typů. Nejčastěji se podílejí na vzniku farmakogenní inkontinence léky jako jsou **anticholinegrika** (spasmolytika, antidepresiva, antihistaminika, antipsychotika, antiparkinsonika), jelikož oslabují kontraktilitu svalstva svěrače močového měchýře, a mohou vést k retenci moči. Dále **psychofarmaka a hypnotika** díky sedativnímu účinku zhoršují pohyblivost pacientů a způsobují poruchy koordinace, tím pádem vyvolávají funkční inkontinenci. Negativně působí i α – **adrenergní blokátory**, které snižují tlak detruzoru, což je sval ve stěně močového měchýře (dále jen: „detruzor“) a zhoršují stresovou inkontinenci moči. V neposlední řadě zmíním také **blokátory kalciových kanálů**, tyto léčiva mají za negativní účinek to, že snižují kontraktilitu močového měchýře a mohou zvyšovat reziduum po mikci. Na závěr léky, jako jsou **diuretika a kofein**, vyvolávají zvýšenou tvorbu moči a tím pádem zvyšují diurézu (Topinková, 2005).

3.2 Příčiny a rizikové faktory

Neexistuje jediná zásadní příčina vzniku inkontinence moči, ale existuje celá řada rizikových faktorů. Můžeme tedy hovořit o multifaktoriální příčině vzniku. Jednoznačným rizikovým faktorem je **pohlaví**. Ženy mají mnohem vyšší pravděpodobnost vzniku močové inkontinence než muži. Dále můžeme uvést **věk**. U nižší věkové kategorie byl zaznamenán zvýšený výskyt stresové inkontinence moči, zatímco u vyšší věkové kategorie byl zaznamenán vyšší výskyt urgentní inkontinence moči, nebo li hyperaktivního močového měchýře (Roztočil, Bartoš, 2011).

Další z významných rizikových faktorů vzniku inkontinence moči je **vaginální porod**. Vlastní mechanismus, jakým se podílí porod na vzniku inkontinence moči, není známý. Existují ale dva významné faktory, které svým vzájemným působením mohou vést ke vzniku močové inkontinence. Jsou to tedy především přímé poškození svalů a fascie pánevního dna, a poškození nervů. Nejen porod, ale i samotné **těhotenství** je rizikovým faktorem (Roztočil, Bartoš, 2011).

Obezita patří také mezi významné rizikové faktory. Výrazná nadváha zvyšuje riziko vzniku inkontinence moči až 2,5 krát. Dalšími rizikovými faktory mohou být

recidivující infekce močových cest, gynekologické operace a omezená fyzická aktivita (Roztočil, Bartoš, 2011).

Autor Čermák a Pacík (2006) se zmiňují o dalších rizikových faktorech. Uvádí, že **neurologická onemocnění, mentální poruchy**, jako jsou demence a debilita, dále **vliv některých léčiv, abnormality pánevního svalstva** a také **kouření** zvyšují riziko vzniku inkontinence moči (Čermák, Pacík, 2006).

Mezi významný rizikový faktor můžeme zařadit také menopauzu. Ženské pohlavní hormony ovlivňují stavbu a funkci dolních močových cest. Pochva ztrácí díky nedostatku estrogenů svou pružnost. Dochází k atrofii epitelové výstelky i submukózy. Stejným změnám pak podléhá i epitel a podslizniční vazivo uretry a močového měchýře, což způsobuje časté záněty močového měchýře a močových cest. Nedostatek estrogenů se projevuje i na hladké svalovině uretry. Ztráta elasticity se projevuje dysúrií až urgentní inkontinencí moči (Krhut, 2011).

Můžeme tedy shrnout, že změny hormonálního prostředí u ženy ve fyziologické menopauze, postihují celou řadu kontinentních mechanismů a následkem toho, může vzniknout stresová či urgentní inkontinence moči (Krhut, 2003).

3.3 Prevalence mikčních obtíží v populaci

Podle autora Roztočila a Bartoše (2011), příznaky inkontinence moči udává jedna žena ze čtyř. Ve věkové skupině žen, mezi 15. až 64. rokem, se výskyt inkontinence objevuje kolem 10 - 25 %. Ve věkové skupině 30 – 59 let občasným únikem moči trpí 26 % žen a pro 14 % žen se tento příznak stal závažným zdravotním problémem. U žen starších 60 let je výskyt inkontinence 17 – 46 %. U mladších žen se častěji vyskytuje stresová inkontinence moči. S věkem se dále zvyšuje výskyt hyperaktivního močového měchýře a smíšeného typu inkontinence (Roztočil, Bartoš, 2011).

Autoři Roztočil a Bartoš (2011) dále uvádí výsledky telefonického průzkumu, který byl realizován v Evropě u 16 776 dospělých, starších 40 let. Z výsledků průzkumu je patrné, že až 17 % žen potvrdilo, že se potýkají s příznaky hyperaktivního močového měchýře. Prevalence byla ve výši 9 % mezi ženami ve věkové kategorii 40 – 44 let a 31 % u žen starších 75 let.

Inkontinencí moči trpí zhruba 510 000 žen v České republice. U žen nad 65 let se inkontinence moči objevuje v 15-35 %. S věkem dále výskyt stoupá (Dvořáčková, 2009).

Obecně nejvíce se u žen vyskytuje urgentní společně se smíšenou inkontinencí moči. Výskyt stresové inkontinence v populaci postupně klesá. Ženy, které trpí smíšenou a urgentní inkontinencí, udávají horší kvalitu života, než ženy s inkontinencí stresovou (Novyzedláková, Hudáková, 2012).

Podle autorky Rybářové (2010) studie, které byly realizované v USA a Evropě, prokázaly, že prevalence močové inkontinence u žen se pohybuje v průměru 27 % a u poloviny z těchto žen byla diagnostikována stresová inkontinence moči.

Ženy po menopauze mají vyšší riziko vzniku inkontinence a zhoršení potíží. Ženy v tomto období mají také vyšší riziko pádu a vzniku zlomenin (Roztočil, Bartoš, 2011).

Velice zarážející je také skutečnost, že velmi málo žen konzultuje své potíže s odborníkem. Podle literárních dat, konzultuje s lékařem své problémy pouze 31 – 45 % pacientek (Roztočil, Bartoš, 2011). Naproti této skutečnosti uváděné autorem Roztočilem a Bartošem, autorky Holaňová a Glassnerová (2012) uvádí podobnou myšlenku, že se jedná o 30 % žen, které svou inkontinencí hodnotí jako těžký stav a konzultují tak své problémy s odborníkem.

3.4 Diagnostika a vyšetřovací metody

V této kapitole se zaměřím na diagnostický postup lékaře včetně vyšetřovacích metod, u žen s podezřením na inkontinenci moči.

Stanovení správné diagnózy má veliký význam pro zvolení nejvhodnějšího způsobu léčby. Žádná pacientka by neměla podstoupit invazivní léčbu, pokud inkontinence nebyla objektivně prokázána a dostatečně zjištěna její příčina (Čermák, Pacík, 2006).

3.4.1 Anamnéza

Prvním krokem v diagnostice bývá především **odběr anamnézy**. Lékař se ptá pacientky na rodinnou anamnézu, osobní, gynekologicko-porodnickou, sociální, pracovní a farmakologickou. Posoudí eventuálně možnost psychosomatické léčby. Podrobněji s pacientkou rozebírá charakter močové inkontinence. Konkrétně kdy začala, jak dlouho potíže trvají, jaká je frekvence výskytu potíží, v jakém množství odchází moč, a jaké jsou doprovodné symptomy (Martan, 2005).

Autor Čermák a Pacík (2006), rozebírají ve své monografii odběr lékařské anamnézy více důkladněji. Uvádí, že lékaře zajímá **stav a doba inkontinence**. Tato anamnéza zahrnuje tedy popis úniku moči, včetně frekvence, psychické a fyzické aktivity během úniku, pocity nucení na močení, přibližný objem úniku moči, stavy při kterých u pacientky dochází ke zlepšení stavu nebo vymizení inkontinence. Je třeba také zjistit, jaké příznaky jsou pro pacientku nejvíce obtěžující. Dále se lékař ptá na předchozí **chirurgické výkony**, zvláště v oblasti urogenitálního systému, jako jsou výkony břišní, pánevní chirurgie a také výkony s možností poškození nervového systému, například spinální operace. Následuje otázka na **prostředí**, ve kterém se pacientka nachází. Konkrétně prostředí sociální a kulturní včetně návyků a zájmů (Čermák, Pacík, 2006).

Posouzení **psychického stavu** je dalším krokem v odběru anamnézy. Zahrnuje úsudek lékaře, zda je pacientka schopná plně porozumět navrhované terapii včetně zkoušky, zda je pacientka schopná zapojit se do diskuze o různých alternativách léčby. **Přidružená onemocnění**, mohou mít vliv na prohloubení již vzniklé inkontinence, či způsobit její vznik. Dále je důležitou otázkou **farmakoterapie** pacientky. Lékař se zaměřuje na detekci léků, které mohou zhoršit či vyvolat inkontinenci moči. **Gynekologická anamnéza** zahrnuje otázky na celkový počet těhotenství, porodů, přerušeni gravidity a potratů. Posuzuje se také **celkový stav** pacientky v případě nutnosti operačního zákroku. Lékař zjišťuje také **stav pohyblivosti, sexuální obtíže, zažívací obtíže** a současně se ptá na **očekávání pacientky a na představy o léčbě** (Čermák, Pacík, 2006).

Lékař také pacientku poučí o nutnosti vést mikční deník. Do mikčního deníku pacientka zaznamenává dobu močení, pomočení, nucení na močení, popřípadě i s množstvím vymočené moči a současně zde píše i příjem tekutin (Topinková, 2005).

Psaní tohoto deníku je zcela jednoduché, lékaři může významně pomoci v odhalení příčiny i volbě vhodného léčebného postupu. Tento diář může ukázat i míru léčebného efektu. Přijímané tekutiny by neměly obsahovat kofein nebo alkohol, jelikož jsou to látky, které dráždí močový měchýř a mohou inkontinenci zhoršovat (Čermák, Pacík, 2006).

3.4.2 Fyzikální vyšetření

Dalším krokem je **fyzikální vyšetření**. Radíme sem vyšetření celkového stavu pacientky, dále vyšetření břicha. Tam si všímáme například rozpětí močového měchýře. Součástí vyšetření je také vyšetření zevního genitálu. Lékař si všímá, zda je přítomna

cystokéla, rektokéla, prolaps dělohy, atrofická vaginitida či uretritida. Po vyšetření zevního genitálu následuje vyšetření per rektum. Zde se hodnotí především atonie svěrače. Orientačně se také provádí neurologické vyšetření a vyšetření míšních reflexů L3 – L4. Dále si lékař všímá kožních komplikací inkontinence moči, jako je dermatitida, přítomnost dekubitů či mykózy (Topinková, 2005).

3.4.3 Klinické testy

Co se týče klinických testů, podle autora Martana (2005), existuje několik testů, které odhalí patologii v močovém systému pacientky. Prvním testem je **Marshallův test**. Podstatou tohoto testu je naplnění močového měchýře pomocí 200 ml sterilní tekutiny. Pacientce s podezřením na stresovou inkontinenci moči při zakašlání moč odtéká. Jestliže lékař dvěma prsty vyzdvihne tkáň v místě krčku močového měchýře, potom při kašli moč neodtéká (Martan, 2005).

Dalším testem je takzvaný **Q-tip test**. Tato metoda umožňuje orientaci o mobilitě spojení močovodu s močovým měchýřem. Do uretry lékař zavede pevnou cévku, pacientka zatlačí a při uvolněném ureterovezikálním spojení cévka bude opisovat polokruh směrem vzhůru. Otočení cévky o více než 30 stupňů je patologická (Martan, 2005).

Posledním testem uváděným autory je **Pad - weight test**. Jde o test, prostřednictvím kterého se váží vložky pacientky. Určuje se ztráta moči před standardními aktivitami a po nich. Test trvá jednu hodinu. Začíná zvážením vložek či plen, poté následuje vložení převážených vložek či plen do nepropustných spodních kalhotek, následně pacientka vypije 500 ml tekutiny v krátkém časovém intervalu maximálně patnácti minut. Číní tak v sedě, a v klidu. Následuje třicet minut chůze včetně vystupování na schody. Poté během patnácti minut musí pacientka provést 10x stoj ze sedu, 10x zakašlat, 1 minutu běžet na místě, 5x se ohnout a zvednout malý předmět z podlahy a 1 minutu si mýt ruce v proudící teplé vodě. Po ukončení testu jsou vložky či pleny vyjmuty a zváženy. Z nárůstu váhy je poté provedeno vyhodnocení testu. Pokud je ztráta moči méně než 2 g za hodinu, nejedná se o inkontinenci. Ztráta moči 2-10 g za hodinu, značí, že jde o mírnou ztrátu moči a lehkou až střední inkontinenci. Ztráta moči více než 50 g za hodinu je jasnou známkou velmi hojné ztráty moči a tedy těžkou inkontinenci. Tento jednohodinový test je doporučen ICS, nebo li Mezinárodní radou pro inkontinenci (Martan, 2005).

Dalším krokem je **laboratorní vyšetření**. To zahrnuje stěr z pochvy k vyhodnocení mikrobiálního obrazu poševního (MOP), například k detekci přítomnosti kvasinek, či jiných

mikroorganismů (Martan, 2005). Následuje rozbor moči k vyšetření moči chemicky, vyšetření močového sedimentu a mikrobiologické vyšetření moči. V těchto vyšetřeních zjišťujeme přítomnost přemnožených erytrocytů, leukocytů, bílkovin, hnisu, hlenu či bakterií, které by značily infekci močových cest či jiné části uropoetického traktu. Vyšetření moči se však doporučuje nejen k vyloučení močové infekce, ale i jiných onemocnění, které mohou vyvolávat obdobné příznaky, jako je například diabetes mellitus, nádorové onemocnění či přítomnost konkrementu v močovém měchýři nebo v močových cestách. Standardní biochemické vyšetření renálních funkcí, konkrétně urey a kreatininu je indikováno u pacientek s potencionální možností operačního zákroku (Čermák, Pacík, 2006).

3.4.4 Urodynamické vyšetřovací metody

Tyto testy nám dávají informaci o transportu moči a jeho poruchách. Provádí se na specializovaném urologickém pracovišti prostřednictvím přístroje zvaného urodynamická jednotka. Patří sem vyšetření zvané **cystometrie**. Při cystometrii dochází k měření intravesikálního, detruzorového tlaku a objemu močového měchýře v plnicí fázi. Podává informaci o neurologické kontrole detruzoru močového měchýře. Dochází k plnění močového měchýře pomocí fyziologického roztoku rychlostí 25 až 100 ml za minutu. Hodnotí se, zda při postupném plnění roztokem nedojde ke zvýšení tlaku uvnitř močového měchýře. U zdravé ženy se močový měchýř postupnému plnění přizpůsobí, aniž by se výrazně zvýšil intravezikální tlak (Martan, 2005).

Dalším vyšetřením spadající do této skupiny urodynamických vyšetřovacích metod patří **uroflowmetrie**. Jedná se o vyšetření neinvazivní, pomocí kterého lze měřit velikost průtoku moči močovou trubicí v průběhu mikce. Prostřednictvím uroflowmetrie se zjišťuje přítomnost obstrukce močového měchýře. Snížené hodnoty vyšetření mohou být také ovlivněny sníženou kontraktilitou močového měchýře (Roztočil, Bartoš, 2011). Podle autora Martana (2005), je objem tekutiny v močovém měchýři, po ukončení mikce označen jako reziduum.

Profilometrie je vyšetření uretrálních tlakových profilů. Využívá se k měření funkce svěračů. Jedná se o měření tlaku prostřednictvím katétru zavedeného do močové trubice, který po vysunutí způsobí zápis naměřených hodnot v grafické podobě, čímž se získá přesný obraz prostorového rozložení tlaku v močové trubicí (Roztočil, Bartoš, 2011).

Autor Martan (2005, s. 42), definuje toto vyšetření jako: „*Měření intraluminálního tlaku po celé délce uretry v klidovém stavu, za současného snímání intravezikálního tlaku a jejich rozdílu, tzn. uretrálního tlaku.*“ V praxi se tato metoda již moc nepoužívá.

Mezi endoskopické vyšetřovací metody řadíme **cystoskopii**, nebo li endoskopické vyšetření močového měchýře pomocí zavedené optiky. Toto vyšetření neřadíme na první místa v diagnostice při podezření na inkontinenci moči. Indikací k cystoskopii je vždy přítomnost krve v moči. Cílem tohoto vyšetření je vyloučit nádor močového měchýře. Dále je toto vyšetření indikováno u pacientů, kteří nereagují na farmakologickou léčbu (Roztočil, Bartoš, 2011).

3.4.5 Zobrazovací metody

Mezi další techniky v diagnostice patří **zobrazovací metody**. Nejčastějším vyšetřením je **sonografie**, nebo li ultrazvukové vyšetření dolních močových cest. Vyšetření ultrazvukem nahradilo dřívější hojně užívané rentgenové vyšetření močového měchýře (Roztočil, Bartoš, 2011). Při tomto vyšetření se posuzuje pozice a mobilita hrdla močového měchýře, která následně vede ke stanovení typu inkontinence moči. Uplatňuje se také k hodnocení velikosti svěrače inkontinentních žen. Lékař může posoudit také velikost post mikčního residua. Při ultrazvukovém vyšetření je možná vizualizace struktur, jako je močový měchýř, močová trubice, stydká kost, rektum, a pochva (Čermák, Pacík, 2006).

Méně užívanou metodou je **cystoureterografie**, nebo li rentgenové vyšetření močového měchýře a močové trubice. Prostřednictvím tohoto vyšetření hodnotíme pokles hrdla močového měchýře a velikost zadního ureterovezikálního úhlu. Za normálního stavu je hodnota tohoto úhlu 90-100 stupňů a u kontinentních žen se ani při silném kašli nemění. Mezi typické známky stresové inkontinence, patří zvětšení úhlu až na 180 stupňů, někdy i více. Nevýhodou tohoto vyšetření je radiační zátěž pacientky, proto je v dnešní době nahrazováno ultrazvukovým vyšetřením (Čermák, Pacík, 2006).

Jako neinvazivní zobrazovací metodu je také považována **magnetická rezonance**, avšak ta se provádí u podezření na inkontinenci moči také zřídka, a to hlavně pro svou ekonomickou náročnost, což je limitujícím faktorem (Čermák, Pacík, 2006).

3.5 Léčba inkontinence moči

Léčbu lékař určuje podle typu a stupně postižení. Pro pacientku se vždy volí nejprve metody co nejméně zatěžující. Pokud nemají prokázaný efekt, přiklání se k invazivnějším metodám terapie (Sochorová, 2011).

Neexistuje jednotná léčba inkontinence moči, jelikož existuje více typů a příčin vzniku močové inkontinence. Léčbu můžeme rozdělit na konzervativní a invazivní. Někdy je vhodné léčebné metody kombinovat. Každá léčba je u každé pacientky individuální a přesně indikovaná (Dvořáčková, 2009).

3.5.1 Stresová inkontinence

Farmakologická léčba je u tohoto typu inkontinence dosti omezená. Užívají se například kombinace **estrogenů a progesteronu**. Bylo prokázáno, že subjektivně zlepšují stav pacientky, ale významnější efekt nebyl ve studiích zjištěn. Dále se podávají **alfa-adrenergní antagonisté**, které stimulují kontrakce hladké svaloviny močové trubice. **Tricyklická antidepresiva** zvyšují schopnost kontrakce hladké svaloviny močové trubice a také příznivě působí na psychiku pacientky. Mezi další lékovou skupinu spadající do léčby stresové inkontinence moči, řadíme **beta-adrenergní agonisty**. Jejich účinek spočívá ve zvýšení kontraktility příčně pruhovaného svalstva močové trubice. **Beta-adrenergní antagonisté** naopak zvyšují schopnost kontrakce hladké svaloviny močové trubice. Poslední lékovou skupinou jsou **inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu**. Způsobují inhibici zpětného vychytávání a zvýšení hladin serotoninu a noradrenalinu v sakrální míše. Díky tomu dochází ke zvýšení kapacity močového měchýře (Čermák, Pacík, 2006).

Mezi **konzervativní metody léčby** řadíme rehabilitaci svalů pánevního dna. Používají se cviky podle Arnolda Kegela. Tento muž již před 50. lety publikoval **efektivní program cvičení svalů pánevního dna**, který se užívá dodnes (Horčíčka, 2008). Při tomto cvičení se posilují svaly diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Při pohybové terapii hrají významnou roli také musculus levator ani a musculus coccygeus. **Kegelovo cvičení** má čtyři části. Po instruktáži se provádí vlastní nácvik v domácím prostředí. První částí je **vizualizace**. Ta slouží ke zjištění anatomických poměrů pomocí zrcátka. Druhou fází je **relaxace**. Žena si lehne na záda, nohy pod kolena vypoďolí pro snížení napětí břišních svalů, a snaží se

soustředit na oblast pánevního dna. Třetí částí je **izolace**, kdy pacientka nacvičuje izolovaný stah konečníku a pochvy. Nesmí zaměnit stah pánevního dna za stahy břišních a hýžděových svalů. Pro nácvik je vhodné zadržovat proud moči při močení. Poslední částí je **vlastní posilování**. Tedy snaha o udržení stahu od jedné do sedmi sekund. Počet opakování je nejprve od osmdesáti na začátku ke konečným tři sta stahům za den. Po zvládnutí cvičení vleže, lze zvolit i jiné polohy (Čermák, Pacík, 2006). Doporučuje se cvičit 3x denně po dobu dvaceti minut. Zlepšení příznaků inkontinence je u správného dodržování cviků viditelné až u 75 % pacientek (Horčíčka, 2008). Zásady, které je nutné při cvičení dodržovat, jsou uvedené na konci závěrečné práce, Viz **Příloha A**, včetně příkladů cviků, ke zpevnění svalstva pánevního dna Viz **Příloha B** závěrečné práce.

Biofeedback je metoda, která pacientce umožňuje lépe regulovat své tělesné schopnosti a funkce, na základě zvýšení množství informací o nich (Holaňová, Glassnerová, 2012). Dále se k léčbě uplatňuje snímání biopotenciálů svalů pánevního dna pomocí EMG, čili elektromyografie. Pacientka je informována o síle kontrakce světelnými nebo zvukovými signály. Existují jednoduché přístroje i pro domácí použití (Čermák, Pacík, 2006).

Další konzervativní metodou je léčba **vaginálními kónusy**. Jde o cvičení svalstva pánevního dna prostřednictvím kónusu se závažím, zavedeného do pochvy, se kterými se pacientka klasicky pohybuje. Později se mění lehké závaží za těžší. Nosí se denně po dobu dvaceti minut. Příznivé účinky jsou potvrzené až u 50 % žen (Horčíčka, 2008).

Elektrostimulace je léčba prostřednictvím nepřímé elektrostimulace struktur pánevního dna, uretry a detruzoru pomocí sondy, zavedené vaginálně nebo rektálně. Sonda snímá elektrické impulzy z kapesního přístroje. Používá se frekvence 50 Hz, která stimuluje svalstvo pánevního dna. Efekt stimulací je způsobený kontrakcí příčně pruhovaného svalstva. Stimulace se provádí třicet minut denně po dobu v průběhu dvaceti až třiceti dnů. Efekt této léčebné metody byl zaznamenán až u 60 % pacientek (Horčíčka, 2008).

Poslední možností konzervativní léčby je **pesaroterapie**. Pesary jsou pomůcky vkládané do pochvy u žen s poklesem či výhřezem rodidel, které nemohou podstoupit operační zákrok, ale i u žen po opakovaných operacích bez efektu, nebo u kterých byl efekt pouze přechodný. Pesary redukuje nebo odstraní příznaky stresové inkontinence tím, že změní anatomické poměry, nebo zvýší odpor močové trubice. Pesary jsou vyráběné z různých materiálů, například ze silikonu, pryže, plastu a mají různý tvar, buď kruhu, nebo krychle. Pesar se zavádí ráno, a večer před spaním se extrahuje, aby nedošlo ke vzniku dekubitů. Vždy se omyje mýdlovou vodou, a před zavedením se potřeba estriolovou masťou (Čermák, Pacík, 2006).

Co se týče **chirurgické léčby**, tak nejčastějším operačním výkonem je **TVT (Tension free vaginal tape)**. Výkon se provádí v celkové nebo místní anestezii. Páska je umístěna pod močovou trubici z malého řezu skrze poševní stěnu. Nadzvedne krček močového měchýře a močovou trubici do přirozené polohy, a poté již nedochází k nekontrolovatelnému úniku moči. Páska do tkáně časem vrostle. Výkon trvá zhruba 20-30 minut. Je vyžadována pouze jednodenní hospitalizace a zkrácená je i doba pracovní neschopnosti. Po dobu tří měsíců se však pacientka musí vyvarovat zvýšené fyzické námaze (Budayová, Soukupová, 2010).

3.5.2 Hyperaktivní močový měchýř

Léčba urgentní inkontinence moči, nebo li hyperaktivního močového měchýře spočívá ve zmírnění, nebo úplném odstranění potíží pacientky, snížení počtu epizod urgencí, prodloužení intervalu mezi jednotlivými mikcemi, zvětšení kapacity močového měchýře, zesílení proudu moči a zlepšení kvality života (Poršová a kol., 2008).

Nejčastější metodou v terapii je farmakoterapie, většinou v kombinaci s dalšími konzervativními metodami léčby (Dvořáčková, 2009).

Co se týče **farmakoterapie**, při léčbě hrají důležitou úlohu léky, které způsobují relaxaci detruzoru (Šottner, Horčíčka, 2011). Užívají se různé lékové skupiny, jako jsou **anticholinergika a parasymptolytika**, která mají za účinek spasmolytický efekt. Tlumí kontrakce detruzoru, a snižují tedy počet urgencí. Dále sem řadíme léčiva s **antimuskarínovým účinkem**, která blokují působení acetylcholinu na muskarinových receptorech nervosvalové ploténky. Tyto látky jsou kontraindikovány u pacientek s glaukomem. **Tricyklická antidepresiva** nemají pouze efekt na psychiku ženy, ale také působí na jímací funkci močového měchýře. Monoterapie antidepresivy nemá významný efekt na močový měchýř, avšak v kombinaci s **anticholinergiky** dochází k efektu výbornému. Poslední metodou medikamentózní léčby je **hormonální terapie estrogenu**. Využívají se hlavně u žen v postmenopauze, které mají estrogenů nedostatek, a dochází u nich k urogenitální atrofii s následkem vzniku hyperaktivního močového měchýře (Chmel a kol., 2012).

Konzervativní terapie hyperaktivního močového měchýře spočívá v modifikaci životního stylu pacientky. To znamená, že je třeba poučit o nutnosti dodržování příjmu adekvátního množství tekutin, ale přitom celodenně rozvrženém. Pitný režim má vliv nejen na efektivitu terapie, ale také na prevenci vzniku infekcí močových cest. V rámci úpravy

životního stylu je třeba omezit příjem alkoholu, kofeinu a podílet se na prevenci vzniku zácpy (Chmel a kol., 2012). Další součástí léčby je trénink močového měchýře. Pacientka si vede mikční kalendář, do kterého zaznamenává každou mikci. Poté lékař pacientku poučí, jak často má močový měchýř vyprazdňovat. Například po hodině, po dvou hodinách a podobně. Po týdnu, kdy se detruzor „vychová“ k pravidelnosti močení, intervaly se prodlužují. Nevýhodou však je, že vytrénované návyky po určité době zmizí (Čermák, Pacík, 2006).

Podobně jako u stresové inkontinence moči se užívá **elektroterapie**. Konkrétně nepřímá intravaginální, s nižší frekvencí mezi 10 a 20 Hz po dobu třiceti dnů (Horčíčka, Chmel, Nováčková, 2005).

Chirurgické metody se v léčbě urgentní inkontinence moči užívají velice zřídka. Nicméně patří mezi ně enterocystoplastika a supravezikální derivace moči prostřednictvím urostomií (Čermák, Pacík, 2006).

Cílem **enterocystoplastiky** je zvětšení kapacity močového měchýře, zvýšení poddajnosti a snížení tlaku uvnitř močového měchýře pomocí implantované tkáně z gastrointestinálního traktu. K odběru části tkáně slouží například ileum, ileocékum nebo žaludek (Čermák, Pacík, 2006).

Derivace moči je označení pro stav, kdy je moč odváděna jinými, než přirozenými cestami močového traktu. Konkrétně dochází k odtoku moči z jednotlivých částí močových cest prostřednictvím katétrů, stentů či stomií (Záchová a kol., 2010).

Supravezikální derivace moči se provádí nejčastěji při odstranění močového měchýře s nutností vyústění močového systému před stěnu břišní. Urostomii rozlišujeme na ureterostomii, ureteroileostomii a KOCK rezervoár. Co se týká ureterostomie, jedná se o vyvedení močovodu přímo před stěnu břišní. Moč permanentně odtéká do stomického sáčku. Je zde ale vysoké riziko vniknutí infekce, při manipulaci se stomií platí přísné podmínky asepse. V případě **KOCK rezervoáru**, dochází k vytvoření náhrady močového měchýře prostřednictvím části tenkého střeva, do kterého jsou zavedeny močovody. Střevo je současně stomií a vytváří ventil na břišní stěně v oblasti pupku, ze kterého se moč pravidelně vypouští. Obsah rezervoáru se odstraňuje po 4 až 6 hodinách prostřednictvím katétru. V případě **ureteroileostomie**, dochází k vyoperování močového měchýře, a následnému spojení močovodu s částí z tenkého střeva, které slouží jako rezervoár moči a stomie v jednom. Moč permanentně vytéká do stomického sáčku (Stomici, 2010).

3.5.3 Reflexní inkontinence

Zahrnuje užší spektrum možností léčby na rozdíl od ostatních druhů inkontinence moči. V případě **farmakologické léčby** se podávají pacientkám myorelaxancia s cílem navození relaxace detruzoru, stejně tak oblasti hrdla močového měchýře a příčně pruhovaného svěrače uretry. Další možností je **intermitentní katetrizace**, což je prosté vyprázdnění močového měchýře pomocí katétru. Jako u předchozích typů inkontinence se osvědčila **biologická zpětná vazba**, takzvaná „biofeedback“. **Neuromodulace** je metoda, kdy dochází ke stimulaci hyperaktivního detruzoru pomocí stimulatoru přiloženého na stěnu břišní nad přijímač implantovaný pod fascii podbřišku. Přijímač je spojen s elektrodami operačně implantovanými na periferní nervovou pletěň. U pacientů s kompletní traumatickou míšní lézí se používá **míšní stimulace**. Operace má tři fáze. První fází je přerušení zadních kořenů míšních. Druhá fáze spočívá v implantaci elektrod na přední kořeny míšní. Poslední fází je implantace přijímače pod kůži na boku. Navíc lze přerušit větev nervus pudendus, čímž se docílí souvislejšího mikčního průtoku (Čermák, Pacík, 2006).

3.6 Jednorázové absorpční pomůcky pro ženy

Pokud diagnostické a terapeutické možnosti selhávají, přicházejí v úvahu jednorázové absorpční pomůcky pro pacientky, které jim pomohou uspokojivě řešit inkontinenci a způsobit částečný návrat k předchozím aktivitám (Sochorová, 2008).

Cílem těchto pomůcek je plnit co nejvíce své funkce. To znamená spolehlivost, nenápadnost, prodyšnost, zabránění vzniku zápachu a zlepšení kvality života pacientek (Sochorová, 2011).

Podle Pejznochové a kol. (2011) tyto pomůcky nejen absorbují všechnu tekutinu, ale hlavně pohlcují zápach, který je nepříjemným, doprovodným znakem inkontinence. Většina pomůcek je vysoce prodyšná a chrání pokožku před zapárkami a vznikem dermatitidy. Na každý stupeň inkontinence jsou vhodné jiné inkontinenční pomůcky.

Autorka Sochorová (2011) konstatuje, že na trhu existuje velké množství těchto pomůcek od různých firem. Důležité je vybrat správný druh pomůcky, dle stupně inkontinence, včetně správné velikosti. Savé pomůcky by měl pacient z hygienických důvodů měnit každých osm hodin.

Pomůcky pro inkontinenci může předepsat lékař s následující odborností: Praktické lékařství, Urologie, Gynekologie, Neurologie a Geriatrie na předepsaný tiskopis Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku (Sochorová, 2008). V případě, že pomůcky předepíše odborný lékař, u kterého je pacientka v péči, je povinen písemně informovat praktického lékaře o vyšetření, a předepsání dané pomůcky. Nárok na předpis má každý, starší tří let věku, u kterého byla stanovena diagnóza patologické inkontinence. Pomůcky mohou být předepsány na dobu maximálně tří měsíců. Pomůcky pojišťencům v odborných léčebnách a ústavní péči pojišťovna nehradí (Lenochová, 2010).

V případě, že pacientka trpí inkontinencí I. stupně, tedy lehké inkontinence, pojišťovna zaplatí vložky pro inkontinenci v maximálním množství 150 ks na měsíc do hodnoty 550 Kč, a fixační kalhotky s omezením na maximum 24 ks na rok, do výše 190 Kč. Pacientka s inkontinencí moči II. stupně, tedy střední inkontinencí moči, má nárok na maximálně 150 ks vložných plen či vložek na měsíc do výše 900 Kč, a 24 ks fixačních kalhotek na rok do výše 190 Kč. Pokud má pacientka inkontinenci III. stupně, tedy těžkou inkontinencí moči, pojišťovna zaplatí plenkové kalhotky v maximální výši 150 ks na měsíc s úhradou do 1 400 Kč (Shrnutí proplacení pojišťovnou Viz **Příloha C**). Pokud by pacientky překročily množství pomůcek pro inkontinenci hrazených pojišťovnou, musí si doplatit další pomůcky ze svých vlastních finančních prostředků (Sochorová, 2008; Lenochová, 2010).

Další možností jsou absorpční podložky, u kterých je možný lékařský předpis pouze v indikovaných případech, kdy je nutné pro regeneraci pokožky kombinovat vložky či pleny s podložkami. Úhrada však musí být součástí limitu pro I. nebo II. stupeň inkontinence. V případě inkontinence III. stupně, lze uhradit podložky nad limit kalhotek, s úhradou 75 % a omezením 60 ks na měsíc (Sochorová, 2008).

Autorka Sochorová (2011), uvádí nové podmínky pro předpisy zdravotnických pomůcek, platné od 1.7.2011. Obsahují tyto změny:

- Na jeden poukaz může lékař předepsat pouze jeden druh zdravotnické pomůcky s možností předepsání více poukazů.
- Poukazy předepisují na poukaz jen lékaři smluvní pojišťovny s odborností: Praktické lékařství, Urologie, Gynekologie, Neurologie a Geriatrie.
- Lékař, který poukaz předepisuje, musí určit skupinu postižení a dřívější stupeň.
- Z úhrad pojišťovnou, byly vyřazeny pomůcky se savostí pod 120 ml.

- Při předpisu nesmí dojít k překročení limitu, ať už množstevního či finančního, stanovených pro jednotlivce zdravotní pojišťovnou.

Používání již zmiňovaných pomůcek pro inkontinenci je velkým ulehčením v životě ženy, avšak i přes kvalitní výrobu se nelze vyhnout kožním problémům, které vznikají hlavně v oblasti hýždí, boků a genitálií. V případě dodržování preventivních opatření, lze výskyt kožních problémů minimalizovat (Sochorová, 2011).

Jde především o častou výměnu pomůcek, konkrétně každých osm hodin, k hygieně používat speciální vlhčené ubrousky či pěnu k omytí oblasti genitálu, používat prostředky, které kůži nevysuší, nedráždí, nenaruší a vytvoří ochranný kožní film. Například výrobky z řady Menalind jsou vhodné pro každodenní péči o takto namáhanou kůži (Sochorová, 2011).

4 Role sestry v záchytu inkontinence moči

Zdravotní sestra je většinou první osobou, se kterou se pacientka v ambulanci setká. Pacientka k sestře vzhlíží, jako ke zdroji informací. Role sestry je velice důležitá, ale velice záleží na jejím osobním přístupu k pacientce. Podle toho, jak sestra s pacientkou hovoří, jak vystupuje a jak se jeví, si buď vzájemnou důvěru vybuduje, anebo dojde k tomu, že díky svému nevhodnému chování zamezí jakémukoliv svěřeni se s problémem (Petrášová, 2012).

Cílem edukace je rozvíjet u pacientek jejich schopnosti, poznatky, behaviorální, citové a postojevé kvality, které jsou potřebné pro jejich seberealizaci. Význam seberealizace je důležitý hlavně pro kvalitu zdravotního stavu (Staňková, Kovaříková, 2012).

Pacientka s inkontinencí moči mnohem lépe spolupracuje, pokud je dobře informována o příčině a projevech svých obtíží. Je velice důležité a také vhodné objasnit pacientce alespoň z části fyziologii hromadění moči v močovém měchýři a také seznámit ji stručně se základy anatomie svalstva pánevního dna (Holaňová, Glassnerová, 2012).

Důležité je edukovat nejen samotnou pacientku, ale také její rodinu a blízké. Při výuce se neklade důraz na potřeby pouze pacientky, ale také na potřeby její rodiny. Edukátor se snaží pacientce pomoci v péči o sebe samotnou, pomáhá redukovat strach, pocity úzkosti a nejistoty. A také je jeho cílem, aby pacientka vnímala zodpovědnost za své vlastní zdraví (Staňková, Kovaříková, 2012).

Sestra musí být schopna posoudit, jaké má pacientka nedostatky ve vědomostech, zručnostech a postojích a podle toho poté sestaví edukační plán (Staňková, Kovaříková, 2012).

4.1 Edukační proces u pacientky s inkontinencí moči

Podle Staňkové a Kovaříkové (2012), existuje pět fází edukačního procesu. Petrášová (2012) uvádí fáze edukačního procesu následujícím způsobem:

První fáze zahrnuje posouzení pacientky. V této fázi edukátor posuzuje věk, životní styl, motivaci k učení, charakteristiku potíží s únikem moči, vědomosti pacientky o možnostech léčby inkontinence moči, a informuje se o způsobech řešení úniku moči v minulosti až do dnes. Po sběru těchto informací edukátor přistoupí ke stanovení edukačních témat, doplní vědomosti pacientky a dále jí motivuje (Petrášová, 2012).

Druhá fáze se zaměřuje na stanovení edukačních diagnóz. Diagnózy edukátor stanovuje z důvodu nedostatečných vědomostí pacientky o dané problematice. Edukátor musí zjistit, s čím nedostatek vědomostí souvisí. V souvislosti s inkontinencí vzniká i řada různých ošetrovatelských diagnóz. Například sociální izolace, porucha spánkového rytmu, úzkost a jiné (Petrašová, 2012).

Třetí fáze zahrnuje přípravu edukačního plánu. V této fázi si edukátor stanoví priority edukace a cíl edukace, tedy čeho chce společně s pacientkou dosáhnout. Cíle edukace se dělí na kognitivní, afektivní a psychomotorické. Kognitivní cíl zahrnuje to, co má pacientka vědět a pochopit o inkontinenci moči. Afektivní cíl se zaměřuje na to, co má pacientka přijmout a na co se má v dané problematice zaměřit. Tento cíl je zaměřen na emoce, zájmy, postoje a hodnoty. Psychomotorický cíl zahrnuje motorickou zručnost. Konkrétně se věnuje tomu, jak a co má pacientka správně vykonávat, aby docílila buď odstranění problému, nebo alespoň jeho zmírnění (Petrašová, 2012).

Čtvrtá fáze je zaměřena na samotnou realizaci edukačního plánu. V expoziční fázi sestra používá edukační metody formou přednášek, pohovorů, projekci na DVD či předcvičování a mnohé další metody. V motivační fázi se edukace pacientky sestrou zaměřuje především na tyto oblasti, které popisuje autorka Petrašová (2012) následujícím způsobem:

- Poučení pacientky o příčinách a způsobech, jak může dojít ke zmírnění či úplnému odstranění inkontinence.
- Posouzení různých příčin a dalších faktorů, které mohou přispívat k úniku moči.
- Provedení nácviku pravidelného močení po dvou hodinách, s postupným prodlužováním intervalů na tři až čtyři hodiny.
- Poučení pacientky o nutnosti vedení mikčnického deníku.
- Doporučení přijímat tekutiny během dne v menších dávkách, minimálně vypít dva litry za dvacet čtyři hodin a tři hodiny před spaním již nepít.
- Informování o nevhodných tekutinách, jako je alkohol, černý čaj a káva.
- Předvedení a osvojení cviků na posílení svalstva pánevního dna.
- Poučení pacientky sestrou, jak zapojovat břišní lis formou tlaku na oblast močového měchýře a po vymočení se snažit ještě „domočít“ zbytek moči, který v měchýři zůstal.
- Zajištění vhodných pomůcek pro inkontinenci moči sestrou.
- Poučení o nezbytnosti dodržování zvýšené hygieny a ošetřování pokožky.

Pátá fáze obsahuje vyhodnocení efektivity edukace. V této fázi dochází ke zhodnocení dosažených edukačních cílů pacientkou a sestrou. Sestra posoudí, zda není potřeba edukaci opakovat. Zhodnocení může vypadat následujícím způsobem: Pacientka ovládá techniku cvičení, cvičí třikrát denně po dobu dvaceti minut a je si vědoma, že cvičení je nutné provádět minimálně půl roku. Nebo například pacientka upravila svůj pitný režim a jiné (Petrášová, 2012).

4.2 Znalosti sestry edukátorky

V případě konzervativní léčby urgentní inkontinence, tedy hyperaktivního močového měchýře je potřeba, aby měla sestra patřičné znalosti o nežádoucích účincích léků, které se k léčbě tohoto typu inkontinence užívají. Jedná se především o anticholinergika, jako příklad můžeme uvést preparáty Vesicare, Toviaz, Uroflow. Jejich nežádoucí účinky mohou negativně ovlivnit život pacientek. Mezi nejčastější nežádoucí účinky léků patří rozostřené vidění, obstrukce a suchost v ústech. V případě nežádoucích účinků není nutností vždy léčbu vysadit, ale sníží se dávky léků, či se druh léčiva změní například na Mictonorm či Spasmed. Je nutné, aby sestra měla tyto znalosti a pacientky důkladně informovala o možnostech výskytu nežádoucích účinků (Petrášová, 2012).

Co se týče konzervativní léčby stresové inkontinence moči, většinou lékař naordinuje cviky ke zpevnění svaloviny pánevního dna, takzvané cvičení podle Kegela. Cílem tohoto cvičení je navrátit podporu ochablých svalů. Sestra pacientce buď poskytne informační brožuru s obrázky, jak má cviky vykonávat, včetně informací o opakování atd., či prakticky pacientce sama cviky ukáže. Praktická ukázka je lepším řešením, jelikož některé brožury jsou těžko pochopitelné a teoretické a praktické vysvětlení sestrou zabere většinou stejný čas jako předání brožury. Pacientka by měla cvičit minimálně 3-6 měsíců. Sestra může pacientce nabídnout možnost členství v Pelvis klubu, ve kterém jsou členky informovány o inkontinenci moči, možnostech léčby a o cvicích na zpevnění svalstva pánevního dna (Petrášová, 2012).

Sestra by měla mít také patřičné znalosti o edukaci pacientky po chirurgickém zákroku a rekonvalescenci. Pacientka by neměla zvedat břemena těžší pěti kilogramů, sexuální život může provozovat až po třech týdnech, kdy dojde ke zhojení vaginální incize. Návrat do zaměstnání, které je více fyzicky náročné, je možné také až po třech týdnech, ale pacientka by měla v případě takto náročného zaměstnání uvažovat o jeho změně. Po aplikaci TVT pásky je nutné provádět cviky ke zpevnění svalstva pánevního dna (Petrášová, 2012).

V pooperačním období může pacientka pociťovat při močení malý proud moči, který je přerušovaný. Je nutné, aby sestra pacientku poučila, že k normalizaci stavu dochází pozvolna, většinou v řádu měsíců. Zároveň poučí pacientku o kontrolách v ambulanci. V ambulantní péči lékař hodnotí především množství reziduální, takzvané zbytkové moči. Po spontánním vymočení by neměla přesáhnout množství 50 ml (Petrášová, 2012).

Délka pracovní neschopnosti se pohybuje kolem 3-6 týdnů, záleží na tom, jak náročný operační zákrok pacientka podstoupila a také na tom, jaké má zaměstnání (Petrášová, 2012).

II. Praktická část

5 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumná otázka č. 1: Liší se výskyt inkontinence moči u žen v závislosti na věkové kategorii?

H₁₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkovou kategorií a inkontinencí moči.

H_{1A}: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkovou kategorií a inkontinencí moči.

Výzkumná otázka č. 2: Liší se výskyt inkontinence moči u žen v závislosti na dosaženém vzdělání?

Výzkumná otázka č. 3: Liší se výskyt deprese u žen v závislosti na přítomnosti inkontinence moči?

H₃₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem deprese a inkontinencí moči.

H_{3A}: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem deprese a inkontinencí moči.

Výzkumná otázka č. 4: Dochází u žen ke špatnému prožívání v důsledku omezení zájmů a aktivit v závislosti na inkontinenci moči?

Výzkumná otázka č. 5: Liší se výskyt úzkosti kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ v závislosti na inkontinenci moči?

H₅₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem úzkosti a inkontinencí moči.

H_{5A}: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem úzkosti a inkontinencí moči.

Výzkumná otázka č. 6: Objevuje se omezení v sexuální oblasti u žen s inkontinencí moči?

Výzkumná otázka č. 7: Jak vnímají ženy s inkontinencí moči subjektivně kvalitu svého života?

6 Metodika a organizace výzkumu

Výzkum byl realizován prostřednictvím standardizovaného dotazníku I-QoL, který přeložil do českého jazyka MUDr. Huvar Ivan CSc. Dotazník byl ke sběru dat použit s jeho souhlasem. Ke standardizovanému dotazníku jsem sestavila doplňující otázky, které bylo potřeba do výzkumu aplikovat, abych zjistila všechny potřebné informace (Viz **Příloha D**).

Jako první, uvádím v dotazníku dvě demografické otázky, prostřednictvím kterých zjišťuji osobní údaje respondentek, jako je věková kategorie a úroveň dosaženého vzdělání.

Následuje již zmiňovaný standardizovaný dotazník, který se zabývá zjišťováním sociálního a psychického stavu žen s inkontinencí moči. Obsahuje celkem 22 tvrzení, kdy žena zakroužkuje u každého z nich vždy nejvýstižnější odpověď. Je zde možnost zakroužkovat odpověď na škále od 1 do 5, podle toho jak žena s daným tvrzením souhlasí, jaké ona sama má subjektivní potíže v souvislosti s daným problémem. Hodnota 1 znamená, že žena s tvrzením souhlasí velmi silně, vždy se potýká s problémem, pokud zakroužkuje 2, problém má dosti často, hodnota 3 znamená problém vyskytující se občas a mírně, hodnota 4 výjimečně, málokdy, a poslední možností je hodnota 5, která naopak všech znamená, že se s daným problémem žena nikdy nesetkala.

Po standardizovaném dotazníku následují další otázky mé vlastní tvorby, kterých je celkem šest. Prostřednictvím těchto otázek zjišťuji vyvolávající příčinu úniku moči, subjektivní vnímání úrovně kvality života, dále se tážu, od koho mají respondentky nejvíce informací o dané problematice, jak ony samotné vnímají úroveň své informovanosti, jakým způsobem si zajišťují pomůcky pro inkontinenci a jak jsou s pomůckami spokojené. Dotazník byl zkontrolován s vyučujícím českého jazyka, který přednáší na Pedagogické fakultě nejmenované univerzity. Po drobných úpravách byl doporučen k realizaci výzkumu.

Před uskutečněním výzkumu jsem kontaktovala hlavní sestru nemocnice, která mi poskytla souhlas s jeho realizací na gynekologicko-porodnickém oddělení. Samotnému výzkumu předcházela pilotní studie, kdy jsem zjišťovala, zda je obsah dotazníku pro pacientky s diagnózou inkontinence moči srozumitelný. Pilotní studie se zúčastnilo deset pacientek. Studie proběhla od 31.8.2012 do 31.9.2012. Pacientkám jsem rozdala dotazníky, následně měly 30 minut pro jejich vyplnění. Požádala jsem je, aby mě v případě nesrozumitelnosti otázek, či jiných problémů s porozuměním informovaly. Po vyplnění jsem společně s pacientkami dotazník zkontrolovala, a zeptala jsem se, zda se setkaly během vyplňování s něčím, s čím si nevěděly rady pro nesrozumitelnost, či zda měly k dotazníku jiné

připomínky. Žádná z pacientek neverbalizovala žádný problém. Pilotní studií jsem tedy nezjistila žádné problémy, které by ohrožovaly realizaci samotného výzkumu. Poté jsem část dotazníků rozdala na gynekologickém oddělení a část na gynekologické ambulanci, kde je za výborné spolupráce zdravotních sester respondentky vyplňovaly.

Jako výzkumný soubor jsem si vybrala ženy s diagnózou inkontinence moči, které byly starší 40 let. Jednalo se tedy o záměrný výběr výzkumného souboru. Potřebné informace o věku pacientek, kvůli možnosti zařazení, či vyřazení z výzkumného souboru, byly zjištěny z jejich dokumentace. Pacientky ve věku 40 let a výše, dostaly dotazníky k vyplnění. Naopak ženy mladšího věku, byly z výběru vyřazeny. Informace o typu inkontinence moči, byly zjištěny také prostřednictvím dokumentace, konkrétně za spolupráce sester, které po vyzvednutí dotazníku od pacientek připsaly zkratku U, ST nebo SM. Přičemž zkratka U znamenala, že pacientka trpí inkontinencí moči urgentní. SM smíšenou, a ST stresovou inkontinencí moči.

Otázku týkající se typu inkontinence jsem do dotazníku nezařadila, považovala jsem to za nevhodné, jelikož většina žen neví, jakým typem inkontinence trpí, a mohlo by tak dojít ke zkreslení celkových výsledků výzkumu. Zvolila jsem proto možnost spolupráce se zdravotními sestrami, které byly ochotné a z dokumentace tuto skutečnost doplnily. Celkem jsem rozdala 63 dotazníků, a jejich návratnost činila 100 %. Samotný výzkum probíhal od 31.9.2012 – 31.1.2013.

Při testování hypotéz v praktické části diplomové práce, se zaměřím na porovnávání závislosti mezi určitými proměnnými, společně s typy močové inkontinence.

Zjištěná data z dotazníku byly vyhodnoceny a znázorněny pro přehlednost v tabulkách zpracovaných prostřednictvím programu **MS EXCEL 2007** a programu **STATISTICA®** (www.statsoft.cz). Program **MS EXCEL** sloužil především ke zpracování kontingenčních tabulek, znázorňujících pozorované a očekávané četnosti proměnných, a prostřednictvím programu **STATISTICA®** byly zpracovány tabulky základní popisné statistiky s přehledem obecných četností výskytu proměnných. Uvedené hypotézy o nezávislosti proměnných byly testovány pomocí chí-kvadrátu, funkcí **CHITEST** v programu **MS EXCEL 2007**, na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

7 Presentace výsledků

Tabulka č. 1: Přehled četností výskytu určitého typu inkontinence moči

Typ inkontinence	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
Urgentní	22	22	35	35
Smišená	21	43	33	68
Stresová	20	63	32	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 1*, je viditelné, že nejčastěji se u žen vyskytuje **urgentní inkontinence moči** (celkem $n = 22$, tedy **35%**), druhou nejčastější je **inkontinence moči smíšeného typu** (celkem $n = 21$, tedy **33%**) a nejméně se vyskytuje **inkontinence moči stresová** (celkem $n = 20$, tedy **32%**).

Analýza zjištěných skutečností prostřednictvím dotazníku

Otázka č. 1: Uveďte prosím Váš věk

Tabulka č. 2: Přehled četností věkových kategorií

Věková kategorie	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) 40-50 let	30	30	48	48
b) 51-60 let	22	52	35	83
c) 61-70 let	11	63	17	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 2*, je patrné, že nejvíce respondentek se nachází ve věkové kategorii **40-50 let** (celkem $n = 30$, tedy **48%**). Druhou nejpočetnější věkovou kategorií je kategorie **51-60 let** (celkem $n = 22$, tedy **35%**). Nejméně respondentek je ve věkové kategorii **61-70 let** (celkem $n = 11$, tedy **17%**). V dotazníku byla dále možnost označit **d) Více než 70 let**, ale žádná z žen do této věkové kategorie nespádala, tudíž ji ani nezvolila.

Tabulka č. 3: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k věkové kategorii

Inkontinence moči				
Věková kategorie	Smišená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) 40-50 let	10	13	7	30
b) 51-60 let	7	6	9	22
c) 61-70 let	4	1	6	11
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 3*, mohu konstatovat, že z celkového počtu **63 dotazovaných žen** ve věkové kategorii **40-50 let** trpí inkontinencí **smíšenou** deset z nich. **Stresovou inkontinencí** ve stejné věkové kategorii udalo třináct žen z celkového počtu respondentek. Jako poslední typ inkontinence, tedy **urgentní**, označilo sedm žen. Ve věkové kategorii **51-60 let** se vyskytuje inkontinence **smíšeného typu** u sedmi žen, dále **stresová** u šesti, a **urgentní** u devíti žen. V poslední věkové kategorii, tedy **61-70 let**, je patrný nejčastější výskyt inkontinence moči **urgentní** a to u šesti žen, dále **smíšené** u čtyř žen, a nejméně vyskytující se **stresovou** inkontinencí moči označila v této věkové kategorii jen jedna žena.

V následujících krocích budu zkoumat, zda je přítomna statisticky významná závislost mezi věkovou kategorií a inkontinencí moči. Výpočet provedu prostřednictvím CHITEST v programu Microsoft Excel 2007.

Pro další postup je nutné spočítat očekávané četnosti. Očekávané četnosti lze pro každé políčko kontingenční tabulky spočítat podle obecného vztahu:

$$\text{očekávaná četnost} = \frac{\text{součet v řádku} * \text{součet ve sloupci}}{\text{celkový počet pozorování}}$$

Obrázek č. 1: Vzorec k výpočtu očekávaných četností (Zvárová, 2004).

Tabulka č. 4: Očekávané četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k věkové kategorii

Inkontinence moči				
Věková kategorie	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) 40-50 let	10	10	10	30
b) 51-60 let	7	7	8	22
c) 61-70 let	4	3	4	11
Celkový součet	21	20	22	63

Po vypočtení očekávaných četností, mohu porovnat výsledky s četnostmi pozorovanými. Jsou zde viditelné drobné rozdíly, avšak vzájemně se blíží a nepatrné odchylky mohou být způsobeny pouze náhodou. Prostřednictvím programu Microsoft Excel 2007 jsem spočítala funkcí CHITEST takzvanou signifikaci chí-kvadrát testu, pravděpodobnost $p = 0,354$ při stanovené hladině významnosti $\alpha = 5 \%$. Nevýhodou programu Microsoft Excel je ta skutečnost, že nezobrazí hodnotu testového kritéria χ^2 , ale pouze již zmiňovanou statistickou **p-hodnotu**. Na základě tohoto výsledku mohu konstatovat, že spočítaná pravděpodobnost p je větší než **stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05 (5 \%)$** , tedy konkrétně $p > \alpha$. To znamená, že **H_0 nezamítám na stanovené hladině významnosti**.

Pro zjištění detailnějších rozdílů mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi výskytu spočítám **chí-kvadrát hodnotu χ^2** podle obecného vzorce (Viz Obrázek č. 2), kde budu sčítat jednotlivá čísla přes všechna políčka v tabulce.

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

Obrázek č. 2: Vzorec chí-kvadrátu (Zvářová, 2004).

Prostřednictvím vzorce jsem došla k výsledku, že **chí-kvadrát hodnota $\chi^2 = 4,367$** . Dále jsem si vypočítala **počet stupňů volnosti (df)**. Učinila jsem tak podle vzorce $df = (\text{počet řádků} - 1) (\text{počet sloupců} - 1)$. Konkrétně jsem došla k výsledku, že se jedná o **4 stupně volnosti**. Vypočtenou **testovou statistiku $\chi^2 = 4,367$** jsem porovнала s **kritickou tabulkovou hodnotou**, která při testování na 5 % hladině významnosti pro 4 stupně volnosti je **9,483**.

Podle výše zmiňovaných výpočtů jsem došla k závěru, že výsledek testové statistiky je menší, než kritická tabulková hodnota, dále podle předchozího výpočtu, že pravděpodobnost p je větší, než stanovená hladina významnosti. Konkrétně tedy výsledek testování můžeme shrnout: $t\text{-stat} < t\text{-krit}$, $p > \alpha$

Závěrem: Spočtená hodnota **testovaného kritéria** $\chi^2 = 4,367$ nepřekračuje mez vymezející **kritický obor**, takzvaný **t-krit** = 9,483. Nachází se v oboru, a na zvolené hladině významnosti $\alpha = 5\%$ **H_0 tedy nezamítám**. Mohu konstatovat, že **neexistuje statisticky významná závislost mezi věkovou kategorií a inkontinencí moči**.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 5: Přehled četností nejvyššího dosaženého vzdělání u žen s inkontinencí moči

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) Základní vzdělání	1	1	2	2
b) Vyučena v oboru bez maturity	26	27	41	43
c) Vyučena v oboru s maturitou	20	47	32	75
d) Úplné středoškolské vzdělání s maturitou	14	61	22	97
e) Vysokoškolské vzdělání	2	63	3	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 5*, je jasně viditelné, že nejvíce respondentek (celkem $n = 26$, tedy **41%**) je **vyučeno v oboru bez maturity**, druhou nejpočetnější skupinu tvořily respondentky s **vyučením v oboru s maturitou** (celkem $n = 20$, tedy **32%**), ve zkoumaném vzorku bylo také několik respondentek s **úplným středoškolským vzděláním s maturitou** (celkem $n = 14$, tedy **22%**), pouze malá část žen vystudovala **vysokou školu** (celkem $n = 2$, tedy **3%**). Jedna jediná žena v dotazníku uvedla, že nejvyšším dosaženým vzděláním je **základní škola** (celkem $n = 1$, tedy **2%**).

Tabulka č. 6: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k dosaženému vzdělání

Inkontinence moči				
Dosažené vzdělání	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) Základní vzdělání	0	0	1	1
b) Vyučena v oboru bez maturity	9	7	10	26
c) Vyučena v oboru s maturitou	7	5	8	20
d) Úplné středoškolské vzdělání s maturitou	4	8	2	14
e) Vysokoškolské vzdělání	1	0	1	2
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 6*, jen jediná žena z výběrového vzorku se **základním vzděláním** trpí **urgentní** inkontinencí moči. Deset žen, **vyučených v oboru bez maturity** nejčastěji trápí **urgentní typ** inkontinence moči, dále se u devíti žen často vyskytuje inkontinence **smíšená**, a sedm žen trápí inkontinence moči **stresová**. Osm žen, **vyučených v oboru s maturitou** má nejčastěji **urgentní** inkontinenci moči, dále sedm respondentek trpí inkontinencí **smíšenou**, a pět žen inkontinencí **stresovou**. Osm respondentek s **úplným středoškolským vzděláním s maturitou** trpí **stresovou** inkontinencí moči, čtyři **smíšeným typem** inkontinence, a dvě ženy inkontinencí **urgentní**. Stejně tak dvě ženy z výběrového vzorku jsou **vysokoškolsky vzdělané**, přičemž jedna z nich trpí inkontinencí moči **smíšenou**, a druhá inkontinencí moči **urgentní**.

Vyhodnocení otázek ze standardizovaného dotazníku I-QoL

Tvrzení č. 1: Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC

- 1- Velmi, silně, vždy
- 2- Poměrně dosti, značně, často
- 3- Občas, mírně, někdy, poněkud
- 4- Výjimečně, málokdy, jen málo
- 5- Ne, nikdy

Tabulka č. 7: Přehled četností obav žen kvůli neschopnosti dojít včas na WC

Obavy z neschopnosti dojít včas na WC	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	18	19	29	31
3 - Občas ano	18	37	29	60
4 - Výjimečně	19	56	30	90
5 - Nikdy ne	7	63	10	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 7* je patrná skutečnost, že **obavy z neschopnosti dojít včas na WC** mají ženy nejčastěji **výjimečně** (celkem **n = 19**, tedy **30 %**), dále **poměrně často** (celkem **n = 18**, tedy **29 %**), a ve stejném počtu respondentky uvedly obavy **občas** (celkem **n = 18**, tedy **29 %**). Jen málo žen uvedlo, že **nikdy nemají obavy** (celkem **n = 7**, tedy **10 %**) a jen jedna žena uvedla, že obavy má vždy a silně (celkem **n = 1**, tedy **2 %**).

Tabulka č. 8: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem k obavám z neschopnosti dojít včas na WC

Inkontinence moči				
Obavy z neschopnosti dojít včas na WC	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	0	1	1
2 - Poměrně často	5	6	7	18
3 - Občas ano	8	6	4	18
4 - Výjimečně	8	7	4	19
5 - Nikdy ne	0	1	6	7
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 8*, jen jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči má **obavy z neschopnosti dojít včas na WC vždy a velmi silně**, obavy **poměrně často** má pět žen s inkontinencí moči **smíšenou**, šest žen se **stresovou** inkontinencí moči, a nejvíce respondentek, celkem sedm, má tyto **obavy** z důvodu **urgentní** inkontinence moči. **Obavy vyskytující se občas** konstatovalo osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále šest respondentek se **stresovou** inkontinencí, a čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí. **Výjimečně** má

obavy osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále sedm respondentek s inkontinencí moči **stresovou**, a čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí moči. **Obavy z neschopnosti dojít včas na WC nemá vůbec** šest žen, které trpí **urgentní** inkontinencí moči, a stejně tak jedna žena s inkontinencí moči **stresovou**.

Tvrzení č. 2: Obávám se kašlat nebo kýchat

Tabulka č. 9: Přehled četností obav žen z důvodu kašle či kýchání

Obavy z kašle či kýchání	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	2	2	3	3
2 - Poměrně často	18	20	29	32
3 - Občas ano	17	37	27	59
4 - Výjimečně	8	45	12	71
5 - Nikdy ne	18	63	29	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 9* je patrné, že **obavy z kašle či kýchání** pociťují ženy **poměrně často** (celkem **n = 18**, tedy **29 %**). Se stejným celkovým počtem **nemají ženy nikdy tyto obavy** (celkem **n = 18**, tedy **29 %**). Obavy z kašle či kýchání **občas** udalo v dotazníku (celkem **n = 17**, tedy **27 %** žen). Ženy konstatovaly tyto obavy také **výjimečně** (celkem **n = 8**, tedy **12 %**). Nejméně respondentek zastoupilo tvrzení obav **vždy a velmi silně** (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 10: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem k obavám z kašle či kýchání

Inkontinence moči				
Obavy z kašle či kýchání	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	2	0	2
2 - Poměrně často	4	14	0	18
3 - Občas ano	13	3	1	17
4 - Výjimečně	3	1	4	8
5 - Nikdy ne	1	0	17	18
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 10*, obavy z kašle či kýčání pociťují **vždy a velmi silně** dvě ženy se **stresovou** inkontinencí moči. Obavy **poměrně často** v dotazníku udalo čtrnáct žen se **stresovou** inkontinencí moči, a čtyři ženy s inkontinencí moči **smíšenou**. Tvrzení **občas ano**, konstatovaly ženy se **všemi typy inkontinence moči**. Konkrétně jedna žena s inkontinencí moči **urgentní**, tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a třináct žen se **smíšeným** typem inkontinence. **Výjimečně** mají obavy čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí moči, tři se **smíšenou** inkontinencí, a pouze jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči. Tyto obavy **nemá nikdy** sedmnáct žen s **urgentní** inkontinencí moči, a pouze jedna žena s inkontinencí moči **smíšenou**.

Tvrzení č. 3: Mám strach se po delším sezení postavit

Tabulka č. 11: Přehled pocitů strachu z postavení se po delší době

Strach z postavení se po delší době	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	11	12	17	19
3 - Občas ano	28	40	44	63
4 - Výjimečně	16	56	26	89
5 - Nikdy ne	7	63	11	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 11* je jasně viditelné, že nejčastěji **strach z postavení se po delší době** ženy pociťují pouze **občas** (celkem **n = 28**, tedy **44 %**). Dále **výjimečně** (celkem **n = 16**, tedy **26 %**). Tento typ strachu pociťují ženy také **poměrně často** (celkem **n = 11**, tedy **17 %**). Malé množství z respondentek konstatovalo, že nemají tento typ strachu **nikdy** (celkem **n = 7**, tedy **11 %**). **Vždy a velmi silně** označila pouze jedna žena (celkem **n = 1**, tedy **2 %**).

Tabulka č. 12: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem ke strachu z postavení se po delší době

Inkontinence moči				
Strach z postavení se po delší době	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	0	1	1
2 - Poměrně často	1	6	4	11
3 - Občas ano	12	9	7	28
4 - Výjimečně	7	3	6	16
5 - Nikdy ne	1	2	4	7
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 12*, strach z postavení se po delší době pociťuje **vždy a velmi silně** jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči. **Poměrně často** udalo strach celkem šest žen se **stresovou** inkontinencí moči, dále čtyři ženy s **inkontinencí moči urgentní** a pouze jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči. **Občas ano** konstatovalo v dotazníku dvanáct žen se **smíšenou** inkontinencí, dále devět žen se **stresovou** inkontinencí moči, a sedm žen s **urgentní** inkontinencí moči. **Výjimečně** má strach z postavení se po delší době sedm respondentek se **smíšenou** inkontinencí moči, dále šest žen s **urgentní** inkontinencí moči, a pouze tři ženy se **stresovou** inkontinencí. **Nikdy nepociťují strach** čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí moči, dále dvě se **stresovou** inkontinencí, a pouze jedna žena se **smíšeným** typem inkontinence.

Tvrzení č. 4: V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC

Tabulka č. 13: Přehled četností obav z nevědomosti, kde je v novém prostředí umístěno WC

Obavy z nevědomosti, kde je v novém prostředí umístěno WC	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	3	3	5	5
2 - Poměrně často	10	13	16	21
3 - Občas ano	30	43	48	69
4 - Výjimečně	16	59	25	94
5 - Nikdy ne	4	63	6	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 13* vyplývá, že nejvíce žen obtěžuje v novém prostředí myšlenka, že **nevědí kde je umístěno WC pouze občas** (celkem **n = 30**, tedy **48 %**). Další respondentky uvedly, že tato myšlenka je obtěžuje **výjimečně** (celkem **n = 16**, tedy **25 %**). **Poměrně často** tuto myšlenku konstatovalo (celkem **n = 10**, tedy **16 %** žen). Menší část respondentek uvedla, že tyto myšlenky je v novém prostředí **nikdy neobtěžují** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). **Vždy a velmi silně** udalo tyto myšlenky nejméně žen z celého výběrového vzorku (celkem **n = 3**, tedy **5 %**).

Tabulka č. 14: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem k obavám z nevědomosti, kde je v novém prostředí umístěno WC

Inkontinence moči				
Obavy z nevědomosti, kde je v novém prostředí umístěno WC	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	2	1	3
2 - Poměrně často	1	7	2	10
3 - Občas ano	12	7	11	30
4 – Výjimečně	7	3	6	16
5 - Nikdy ne	1	1	2	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 14*, v novém prostředí **obtěžuje ženy s inkontinencí moči myšlenka, že nevědí, kde je umístěno WC vždy a velmi silně**, konkrétně u dvou žen s **inkontinencí moči stresovou**, s inkontinencí moči **urgentní** má tyto myšlenky pouze jedna žena. **Poměrně často** se s touto myšlenkou potýká sedm žen se **stresovou** inkontinencí moči, pouze dvě ženy s **urgentní** inkontinencí, a jedna žena s **inkontinencí smíšeného** typu. Nejvíce žen, označilo možnost **občas ano**. Konkrétně dvanáct žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále jedenáct respondentek s **urgentní** inkontinencí, a v neposlední řadě vybralo tuto možnost sedm žen s inkontinencí moči **stresovou**. **Výjimečně** se s touto myšlenkou setkává sedm žen se **smíšeným** typem inkontinence, dále šest žen s **urgentní** inkontinencí moči, a také tři ženy s inkontinencí moči **stresovou**. Jen malá část žen z výběrového souboru v dotazníku označila možnost, že se s touto myšlenkou **nikdy nesečkala**. Konkrétně tedy dvě ženy s **urgentní** inkontinencí, jedna žena s inkontinencí moči **smíšeného typu**, a stejně tak jedna žena s inkontinencí moči **stresovou**.

Tvrzení č. 5: Kvůli úniku moči se cítím depresivně

Tabulka č. 15: Přehled četností výskytu deprese

Přítomnost deprese kvůli úniku moči	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	4	4	6	6
2 - Poměrně často	21	25	34	40
3 - Občas ano	11	36	17	57
4 - Výjimečně	24	60	38	95
5 - Nikdy ne	3	63	5	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 15* je patrné, že nejvíce žen z výběrového vzorku má deprese kvůli úniku moči **výjimečně** (celkem **n = 24**, tedy **38 %**). O něco méně žen v dotazníku označilo možnost, že s depresí se setkávají **poměrně často** (celkem **n = 21**, tedy **34 %**). U některých respondentek se deprese vyskytuje **občas** (celkem **n = 11**, tedy **17 %**). Pouze u čtyř žen z celkového počtu respondentek je přítomna deprese **vždy a velmi silně** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). Pouze tři ženy se s depresí kvůli úniku moči **nikdy** nesekaly (celkem **n = 3**, celkem **5 %**).

Tabulka č. 16: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k výskytu deprese

Inkontinence moči				
Přítomnost deprese kvůli úniku moči	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	0	4	4
2 - Poměrně často	6	9	6	21
3 - Občas ano	2	5	4	11
4 - Výjimečně	12	5	7	24
5 - Nikdy ne	1	1	1	3
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 16*, se **vždy a velmi silně** objevuje **deprese** u čtyř žen s **urgentní** inkontinencí moči. **Poměrně často** udalo výskyt deprese celkem devět žen s inkontinencí moči **stresovou**, dále šest žen s inkontinencí moči **smíšenou** a stejně tak šest žen s inkontinencí moči **urgentní**. **Občas** je deprese přítomna u dvou žen s inkontinencí moči **smíšenou**, dále u pěti žen s inkontinencí moči **stresovou**, a u čtyř respondentek s **urgentní** inkontinencí moči. **Výjimečně** se deprese vyskytuje u dvanácti žen se **smíšeným typem** inkontinence, u sedmi žen s **urgentní** inkontinencí moči a u pěti žen s inkontinencí moči **stresovou**. **Nikdy** se s depresí nesetkaly celkem tři ženy a to po jedné ženě z jedné kategorie.

V následujících krocích budu zkoumat, zda je přítomna statisticky významná závislost mezi výskytem deprese a inkontinencí moči. Výpočet provedu stejným způsobem jako u *Otázky č. 1 - Uveďte prosím Váš věk*. Nejprve spočítám očekávané četnosti podle již zmiňovaného vzorce (Viz Obrázek č. 1).

Tabulka č. 17: Očekávané četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k výskytu deprese

Inkontinence moči				
Přítomnost deprese kvůli úniku moči	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	2	1	1	4
2 - Poměrně často	7	7	7	21
3 - Občas ano	4	3	4	11
4 - Výjimečně	8	8	8	24
5 - Nikdy ne	1	1	1	3
Celkový součet	21	20	22	63

Výsledky testování:

- 1) Testování na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (5%)
- 2) **CHITEST** (Signifikace chí-kvadrát testu), pravděpodobnost $p = 0,018$
- 3) $p < \alpha$
 - Podle tohoto vztahu můžeme usoudit, že existuje statisticky významná závislost mezi výskytem deprese a inkontinencí moči.
 - Tento výsledek je však nedostačující, proto dále testujeme, počítáme χ^2 **hodnotu** (Viz Obrázek č. 2).
- 4) $\chi^2 = 18,440$ (T_{zv} . hodnota testové statistiky)
- 5) Počet stupňů volnosti $df = 8$

6) Kritická tabulková hodnota pro 8 stupňů volnosti na stanovené $\alpha = 5\%$ hladině významnosti = **15,507**.

7) Shrnutí výsledku: **t-stat > t-krit, p < α**

Závěrem: Spočtená hodnota **testovaného kritéria $\chi^2 = 18,440$** překračuje mez vymezející **kritický obor**, takzvaný **t-krit = 15,507**. Nenachází se v oboru, a na **zvolené hladině významnosti $\alpha = 5\%$** **H_0 zamítám a přijímám H_A** . Mohu konstatovat, že **existuje statisticky významná závislost mezi výskytem deprese a inkontinencí moči**.

Tvrzení č. 6: Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov

Tabulka č. 18: Přehled četností nejistoty při opuštění domova na delší dobu

Nejistota při opuštění domova na delší dobu	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	14	15	21	23
3 - Občas ano	23	38	37	60
4 - Výjimečně	23	61	37	97
5 - Nikdy ne	2	63	3	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 18*, je patrná ta skutečnost, že **obavy z opuštění domova na delší dobu** mají ženy nejčastěji **výjimečně** (celkem **n = 23**, tedy **37 %**), a respondentky ve stejném počtu uvedly obavy **občas ano** (celkem **n = 23**, tedy **31 %**), dále obavy **poměrně často** (celkem **n = 14**, tedy **21 %**). Jen dvě ženy uvedly, že **nikdy ne** (celkem **n = 2**, tedy **3 %**) a jen jedna žena uvedla, že obavy má **vždy a silně** (celkem **n = 1**, tedy **2 %**).

Tabulka č. 19: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám při opuštění domova na delší dobu

Inkontinence moči				
Nejistota při opuštění domova na delší dobu	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	0	1
2 - Poměrně často	5	4	5	14
3 - Občas ano	7	6	10	23
4 - Výjimečně	8	9	6	23
5 - Nikdy ne	1	0	1	2
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 19*, jen jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči má **obavy z opuštění domova na delší dobu vždy a velmi silně**, obavy **poměrně často** má pět žen s inkontinencí moči **smíšenou**, ve stejném počtu mají tyto ženy **obavy** z důvodu **urgentní** inkontinence moči, a čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí moči. **Obavy vyskytující se občas** konstatovalo deset žen s **urgentní** inkontinencí, dále sedm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a šest žen se **stresovou** inkontinencí. **Výjimečně** má **obavy** devět žen s inkontinencí **stresovou**, osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a u žen s **urgentní** inkontinencí se nejistota objevuje u celkem šesti respondentek. **Obavy z opuštění domova na delší dobu nikdy nepocítila** jen jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči, a jedna s **urgentní** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 7: Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči

Tabulka č. 20: Přehled četností špatné snášenlivosti omezení zájmů a aktivit

Špatné snášení omezení zájmů a aktivit	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	9	10	14	16
3 - Občas ano	33	43	52	68
4 - Výjimečně	17	60	27	95
5 - Nikdy ne	3	63	5	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 20* vyplývá, že nejvíce žen **špatně snáší omezení zájmů a aktivit občas** (celkem **n = 33**, tedy **52 %**). Další respondentky uvedly, že tato myšlenka je obtěžuje **výjimečně** (celkem **n = 17**, tedy **27 %**). **Poměrně často** tuto myšlenku konstatovalo (celkem **n = 9**, tedy **14 %** žen). Menší část respondentek uvedla, že tyto myšlenky je v novém prostředí **nikdy neobtěžují** (celkem **n = 3**, tedy **5 %**). **Vždy a velmi silně** udala tuhle myšlenku jen jedna žena z celého výběrového vzorku (celkem **n = 1**, tedy **2%**).

Tabulka č. 21: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu ke špatné snášenlivosti omezení zájmů a aktivit

Inkontinence moči				
Špatné snášení omezení zájmů a aktivit	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	1	0	0	1
2 - Poměrně často	1	4	4	9
3 - Občas ano	10	11	12	33
4 - Výjimečně	8	4	5	17
5 - Nikdy ne	1	1	1	3
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 21*, **špatné snášení omezení zájmů** pociťuje **vždy a velmi silně** jen jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči. **Poměrně často**, udaly celkem čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, dále čtyři s inkontinencí moči **urgentní**, a pouze jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči. **Občas ano**, konstatovalo v dotazníku dvanáct žen s **urgentní** inkontinencí, dále jedenáct žen se **stresovou** inkontinencí moči, a deset žen se **smíšeným typem** inkontinence. **Pouze výjimečně, snáší špatně omezení zájmů** osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále pět žen s **urgentní** inkontinencí moči a pouze čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí. **Špatné snášení omezení zájmů** se vůbec neobjevuje u jedné ženy s **urgentní** inkontinencí moči, dále u jedné ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a u jedné respondentky se **smíšeným typem** inkontinence.

Tvrzení č. 8: Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem

Tabulka č. 22: Přehled četností obav ženy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem

Obavy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	2	2	3	3
2 - Poměrně často	14	16	22	25
3 - Občas ano	21	37	34	59
4 - Výjimečně	22	59	35	94
5 - Nikdy ne	4	63	6	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 22*, je patrná ta skutečnost, že **obavy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem** mají ženy nejčastěji **výjimečně** (celkem **n = 22**, tedy **35 %**). O jednu respondentku méně, uvedly ženy obavy **občas** (celkem **n = 21**, tedy **34 %**), dále obavy **poměrně často** uvedlo čtrnáct žen (celkem **n = 14**, tedy **21 %**). Čtyři ženy uvedly, že **obavy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem nikdy nemají** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). Jen dvě ženy uvedly, že **vždy a velmi silně** mají tyto obavy (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 23: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám z rozpoznání úniku moči ostatními čichem

Inkontinence moči				
Obavy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	1	2
2 - Poměrně často	7	4	3	14
3 - Občas ano	4	5	12	21
4 - Výjimečně	8	9	5	22
5 - Nikdy ne	2	1	1	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 23*, jedna žena se **stresovou** inkontinencí, a jedna s **urgentní** inkontinencí moči mají **obavy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem vždy a velmi silně**, obavy **poměrně často** má sedm žen s inkontinencí moči **smíšenou**, a čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a tři respondentky s **urgentní** inkontinencí moči. **Obavy vyskytující se občas**, konstatovalo dvanáct žen s **urgentní** inkontinencí, dále pět žen se **stresovou** inkontinencí moči, a čtyři respondentky se **smíšeným** typem inkontinence. **Výjimečně** má **obavy** devět žen s inkontinencí moči **stresovou**, osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a pět žen s **urgentní** inkontinencí. **Obavy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem nikdy nepocítila** jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči, a jedna s **urgentní** inkontinencí moči. Dvě respondentky se **smíšenou** inkontinencí moči udaly, že **nemají vůbec žádné obavy** v tomto směru.

Tvrzení č. 9: Na problém s únikem moči musím pořád myslet

Tabulka č. 24: Přehled četností myšlenek týkající se problému s únikem moči

Neustálé myšlenky na problém s únikem moči	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	17	18	27	29
3 - Občas ano	25	43	40	69
4 - Výjimečně	16	59	25	94
5 - Nikdy ne	4	63	6	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 24* vyplývá, že nejvíce žen má **neustálé myšlenky na problém s únikem moči občas** (celkem **n = 25**, tedy **40 %**). Další respondentky uvedly, že tato myšlenka je obtěžuje **poměrně často** (celkem **n = 17**, tedy **27 %**). **Výjimečně** tuto myšlenku konstatovalo o jednu ženu méně (celkem **n = 16**, tedy **25 %** žen). Menší část respondentek uvedla, že tyto myšlenky je **nikdy neobtěžují** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). **Vždy a velmi silně** udala tuhle myšlenku jen jedna žena z celého výběrového vzorku (celkem **n = 1**, tedy **2 %**).

Tabulka č. 25: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k myšlenkám na problém s jejím únikem

Inkontinence moči				
Neustálé myšlenky na problém s únikem moči	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	0	1
2 - Poměrně často	7	2	8	17
3 - Občas ano	8	10	7	25
4 - Výjimečně	4	6	6	16
5 - Nikdy ne	2	1	1	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 25*, neustále myšlenky na problém s únikem moči pociťuje **vždy a velmi silně** jen jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči. **Poměrně často**, udalo osm žen s **urgentní** inkontinencí moči, dále sedm žen s inkontinencí moči **smíšenou**, a pouze dvě ženy se **stresovou** inkontinencí moči. **Občas ano** konstatovalo v dotazníku deset žen se **stresovou** inkontinencí, dále osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a sedm žen s **urgentní** inkontinencí moči. **Výjimečně** konstatovalo **myšlenky na problém s únikem moči** šest žen se **stresovou** inkontinencí moči, dále šest žen s **urgentní** inkontinencí moči a pouze čtyři ženy se **smíšenou** inkontinencí. **Neustále myšlenky na problém s únikem moči** nikdy nepociťuje jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči, dále jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči, a dvě ženy se **smíšeným typem** inkontinence.

Tvrzení č. 10: Chodím pro jistotu na WC, i když nemusím

Tabulka č. 26: Přehled četností návštěv WC, bez nutnosti, pro jistotu

Pravidelná návštěva WC pro jistotu, bez nutnosti	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	11	12	17	19
3 - Občas ano	30	42	48	67
4 - Výjimečně	18	60	28	95
5 - Nikdy ne	3	63	5	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 27*, je patrná ta skutečnost, že **pravidelnou návštěvu WC pro jistotu, bez nutnosti** vykonávají ženy nejčastěji **občas** (celkem **n = 30**, tedy **48 %**). Osmnáct žen vykonává potřebu **výjimečně** (celkem **n = 18**, tedy **28 %**), dále obavy **poměrně často** uvedlo jedenáct žen (celkem **n = 11**, tedy **17 %**). Tři ženy uvedly, že **pravidelnou návštěvu WC pro jistotu nikdy** nevykonaly (celkem **n = 3**, tedy **5%**). Jen jedna žena uvedla, že **vždy a velmi silně** (celkem **n = 1**, tedy **2 %**).

Tabulka č. 28: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k návštěvám WC, bez nutnosti, pro jistotu

Inkontinence moči				
Pravidelná návštěva WC pro jistotu, bez nutnosti	Směšaná	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	0	1	1
2 - Poměrně často	5	3	3	11
3 - Občas ano	7	13	10	30
4 - Výjimečně	8	4	6	18
5 - Nikdy ne	1	0	2	3
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 28*, jen jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči konstatovala **pravidelnou návštěvu WC pro jistotu, bez nutnosti vždy a velmi silně**, obavy **poměrně často** má pět žen s inkontinencí moči **smíšenou**, dále tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a ve stejném počtu tři ženy s **urgentní** inkontinencí moči. **Potřebu občas**, konstatovalo třináct žen se **stresovou** inkontinencí moči, dále deset s **urgentní** inkontinencí moči, a sedm žen se **smíšenou** inkontinencí moči. **Výjimečně** má **potřebu osm** žen s inkontinencí smíšenou, a šest žen s **urgentní** inkontinencí moči. U žen se **stresovou** inkontinencí se tato **potřeba** objevuje u celkem čtyř respondentek. **Potřebu pravidelné návštěvy WC pro jistotu, bez nutnosti nikdy neměla** jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči, a dvě ženy s **urgentní** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 11: Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC

Tabulka č. 29: Přehled četností nelibosti žen, v plánování veškerých činností podle možnosti použití WC

Nelibost v plánování veškerých činností dle možnosti použití WC	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	11	12	17	19
3 - Občas ano	24	36	38	57
4 – Výjimečně	23	59	37	94
5 - Nikdy ne	4	63	6	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 29* je patrné, že nejvíce žen z výběrového vzorku pociťuje **nelibost v plánování veškerých činností podle možnosti použití WC občas** (celkem **n = 24**, tedy **38 %**). O něco méně žen v dotazníku označilo možnost, že mají tyto pocity **výjimečně** (celkem **n = 23**, tedy **37 %**). U některých respondentek se nelibost vyskytuje **poměrně často** (celkem **n = 11**, tedy **17 %**). Pouze u čtyř žen z celkového počtu respondentek se nelibost **nikdy nevyskytuje** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). Pouze jedné ženě vadí plánování činností **vždy a velmi silně** (celkem **n = 1**, celkem **2 %**).

Tabulka č. 30: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nelibosti v plánování veškerých činností podle možnosti použití WC

Inkontinence moči				
Nelibost v plánování veškerých činností	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	0	1
2 - Poměrně často	1	5	5	11
3 - Občas ano	10	4	10	24
4 - Výjimečně	9	9	5	23
5 - Nikdy ne	1	1	2	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 30*, jen jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči pociťuje nelibost v nutnosti plánování veškerých činností podle možnosti použití WC **vždy a velmi silně**, obavy **poměrně často** má pět žen s inkontinencí moči **urgentní**, dále pět žen se **stresovou** inkontinencí moči, a jedna žena má tyto **obavy** z důvodu **smíšené** inkontinence moči. **Nelibost vyskytující se občas** konstatovalo deset žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále deset žen s **urgentní** inkontinencí, a v neposlední řadě čtyři ženy s inkontinencí **stresovou**. **Výjimečně** pociťuje **nelibost v plánování** devět žen se **smíšenou** inkontinencí moči, stejně tak devět žen s inkontinencí **stresovou**, a pět respondentek s **urgentní** inkontinencí moči. **Tyto pocity nikdy nemají** dvě ženy, které trpí **urgentní** inkontinencí moči, dále pouze jedna respondentka se **stresovou** inkontinencí moči, a jedna žena s inkontinencí moči **smíšenou**.

Tvrzení č. 12: Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší

Tabulka č. 31: Přehled četností obav ze zhoršení potíží s postupem věku

Obavy ze zhoršení potíží s postupem věku	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	6	6	10	10
2 - Poměrně často	22	28	35	45
3 - Občas ano	26	54	40	85
4 - Výjimečně	8	62	13	98
5 - Nikdy ne	1	63	2	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 31* vyplývá, že nejvíce žen **má obavy ze zhoršení potíží s postupem věku občas** (celkem **n = 26**, tedy **40 %**). Další respondentky uvedly, že obavy je obtěžují **poměrně často** (celkem **n = 22**, tedy **35 %**). **Výjimečně strach** konstatovalo (celkem **n = 8**, tedy **13 %** žen). Menší část respondentek uvedla, že tyto obavy je obtěžují vždy a velmi silně (celkem **n = 6**, tedy **10 %**). **Nikdy nemá tyto obavy** pouze jedna žena z celého výběrového vzorku (celkem **n = 1**, tedy **2%**).

Tabulka č. 32: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám ze zhoršení potíží s postupem věku

Inkontinence moči				
Obavy ze zhoršení potíží s postupem věku	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	5	6
2 - Poměrně často	7	8	7	22
3 - Občas ano	11	8	7	26
4 - Výjimečně	3	2	3	8
5 - Nikdy ne	0	1	0	1
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 32*, obavy ze zhoršení potíží s postupem věku pociťuje **vždy a velmi silně** jen jediná žena se **stresovou** inkontinencí moči, a celkem pět žen s inkontinencí moči **urgentní**. Obavy **poměrně často** v dotazníku udalo osm žen se **stresovou** inkontinencí moči, dále sedm žen s inkontinencí moči **smíšenou**, a stejně tak sedm žen s inkontinencí moči **urgentní**. Tvrzení **občas ano**, konstatovaly ženy se **všemi typy inkontinence moči**. Konkrétně jedenáct žen s inkontinencí moči **smíšenou**, osm žen se **stresovou** inkontinencí moči, a celkem sedm žen s inkontinencí **urgentní**. **Výjimečně** mají obavy tři ženy s **urgentní** inkontinencí moči, tři se **smíšenou** inkontinencí, a pouze dvě ženy se **stresovou** inkontinencí moči. Tyto obavy **nemá nikdy pouze** jedna žena z celého výběrového vzorku, a to žena se **stresovou** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 13: Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC

Tabulka č. 33: Přehled četností nelibosti vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC

Nelibost vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní v %
1 - Vždy a velmi silně	5	5	8	8
2 - Poměrně často	18	23	28	36
3 - Občas ano	20	43	32	68
4 – Výjimečně	15	58	24	92
5 - Nikdy ne	5	63	8	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 33* vyplývá, že nejvíce žen pociťuje **nelibost vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC občas** (celkem **n = 20**, tedy **32 %**). Další respondentky uvedly, že tato myšlenka je obtěžuje **poměrně často** (celkem **n = 18**, tedy **28 %**). **Výjimečně** tuto myšlenku konstatovalo patnáct žen (celkem **n = 15**, tedy **24 %** žen). Pět respondentek uvedlo, že tyto myšlenky je **nikdy neobtěžují** (celkem **n = 5**, tedy **8 %**), a stejný počet uvedlo myšlenky **vždy a velmi silně** (celkem **n = 5**, tedy **8 %**).

Tabulka č. 34: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nelibosti vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC

Inkontinence moči				
Nelibost vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC	Smišená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	0	5	5
2 - Poměrně často	7	4	7	18
3 - Občas ano	7	9	4	20
4 – Výjimečně	7	3	5	15
5 - Nikdy ne	0	4	1	5
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 34*, nelibost vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC pociťuje **vždy a velmi silně** pět žen s **urgentní** inkontinencí moči. **Poměrně často** udalo nelibost celkem sedm žen s **urgentní** inkontinencí moči, dále sedm žen s inkontinencí moči **smíšenou**, a čtyři ženy se stresovou inkontinencí **moči**. **Občas ano** konstatovalo v dotazníku devět žen se **stresovou** inkontinencí, dále sedm žen se **smíšeným typem** inkontinence, a čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí moči. **Výjimečně** udalo v dotazníku **nelibost vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC** sedm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále pět žen s **urgentní** inkontinencí moči, a pouze tři ženy se **stresovou** inkontinencí. **Nelibost nikdy** nepocítila pouze jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči, a čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí.

Tvrzení č. 14: Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu

Tabulka č. 35: Přehled četností výskytu pocitu trapnosti a studu kvůli úniku moči

Pocity trapnosti a studu kvůli úniku moči	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	2	2	3	3
2 - Poměrně často	14	16	22	25
3 - Občas ano	25	41	40	65
4 - Výjimečně	18	59	29	94
5 - Nikdy ne	4	63	6	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 35* je patrná ta skutečnost, že **pocity trapnosti a studu kvůli úniku moči** mají ženy nejčastěji **občas** (celkem **n = 25**, tedy **40 %**). Osmnáct žen má pocit trapnosti a studu **výjimečně** (celkem **n = 18**, tedy **29 %**), dále tyto pocity uvedlo **poměrně často** čtrnáct žen (celkem **n = 14**, tedy **22 %**). Čtyři ženy uvedly, že **pocity trapnosti a studu kvůli úniku moči nikdy** neměly (celkem **n = 4**, tedy **6%**). Jen dvě ženy uvedly, že tyto pocity mají **vždy a velmi silně** (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 36: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k výskytu pocitu trapnosti a studu kvůli úniku moči

Inkontinence moči				
Pocity trapnosti kvůli úniku moči	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	1	1	0	2
2 - Poměrně často	2	8	4	14
3 - Občas ano	7	5	13	25
4 – Výjimečně	10	4	4	18
5 - Nikdy ne	1	2	1	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 36*, jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči a jedna se **stresovou** inkontinencí moči má **pocit trapnosti kvůli úniku vždy a velmi silně**. Tyto pocity má **poměrně často** osm žen s inkontinencí moči **stresovou**. Čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí moči, a dvě ženy se **smíšenou** inkontinencí moči. **Pocit trapnosti kvůli úniku moči občas** konstatovalo třináct žen s **urgentní** inkontinencí moči, dále sedm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a pět žen se **stresovou** inkontinencí. **Výjimečně** má **pocit trapnosti kvůli úniku moči** deset žen s inkontinencí **smíšenou**, dále čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí moči a čtyři se **stresovou** inkontinencí moči. **Pocit trapnosti kvůli úniku moči nikdy neměla** pouze jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči, a také jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči. V neposlední řadě pocity trapnosti nikdy neměly dvě ženy se **stresovou** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 15: Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví

Tabulka č. 37: Přehled četností výskytu pocitu nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči

Pocit nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	2	2	3	3
2 - Poměrně často	17	19	27	30
3 - Občas ano	34	53	54	84
4 – Výjimečně	7	60	11	95
5 - Nikdy ne	3	63	5	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 37*, je jasně viditelné, že **pocit nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči** uvedly ženy nejčastěji **občas** (celkem **n = 34**, tedy **54 %**). Další respondentky uvedly, že mají tento **pocit poměrně často** (celkem **n = 17**, tedy **27 %**). Některé z žen také uvedly, že **pocit** mají pouze **výjimečně** (celkem **n = 7**, tedy **11 %**). Jen tři ženy uvedly, že **nikdy neměly pocit nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči** (celkem **n = 3**, tedy **5 %**) a pouze dvě ženy uvedly, že **pocit** mají **vždy a velmi silně** (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 38: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k pocitu nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči

Inkontinence moči				
Pocit nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	0	2	2
2 - Poměrně často	4	8	5	17
3 - Občas ano	12	11	11	34
4 - Výjimečně	4	0	3	7
5 - Nikdy ne	1	1	1	3
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 38*, jen dvě ženy s **urgentní inkontinencí moči** mají **pocit nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči vždy a velmi silně**. **Pocit poměrně často** má osm žen s inkontinencí moči **stresovou**, dále pět žen s **urgentní inkontinencí moči**, a v neposlední řadě čtyři ženy se **stresovou inkontinencí moči**. **Pocit občas**, konstatovalo dvanáct žen se **smíšenou inkontinencí moči**, dále jedenáct žen se **stresovou inkontinencí moči**, a stejně tak jedenáct žen s **urgentní inkontinencí moči**. **Výjimečně** mají tento pocit čtyři ženy se **smíšenou inkontinencí moči**, dále tři ženy s **urgentní inkontinencí moči**. **Pocit nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči nikdy nepocítla** jen jedna žena se **smíšenou inkontinencí**, stejně tak jedna žena se **stresovou inkontinencí moči** a jedna žena s **urgentní inkontinencí moči**.

Tvrzení č. 16: Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže

Tabulka č. 39: Přehled četností výskytu přesvědčení žen, že léčba pomůže

Přesvědčení, že léčba pomůže	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	11	11	17	17
2 - Poměrně často	15	26	25	42
3 - Občas ano	31	57	49	91
4 - Výjimečně	4	61	6	97
5 - Nikdy ne	2	63	3	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 39*, je patrná skutečnost, že **přesvědčení, že léčba pomůže**, mají ženy nejčastěji **občas** (celkem **n = 31**, tedy **49 %**). Patnáct žen je přesvědčeno **poměrně často** (celkem **n = 15**, tedy **25 %**). **Vždy a velmi silně** věří léčbě jedenáct žen (celkem **n = 11**, tedy **17 %**). Čtyři ženy uvedly přesvědčení **výjimečně** (celkem **n = 4**, tedy **6%**). Jen dvě ženy uvedly, že tuto víru **nikdy neměly** (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 40: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k přesvědčení, že léčba pomůže

Přesvědčení, že léčba pomůže	Inkontinence moči			
	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	7	4	11
2 - Poměrně často	6	2	7	15
3 - Občas ano	12	10	9	31
4 - Výjimečně	2	1	1	4
5 - Nikdy ne	1	0	1	2
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 40*, sedm žen se **stresovou** inkontinencí moči uvedlo, že **přesvědčení, že léčba pomůže**, mají **vždy a velmi silně**. Dále toto přesvědčení uvedly čtyři respondentky s **urgentní** inkontinencí moči. **Poměrně často** má tento pocit šest žen s inkontinencí moči **smíšenou**, dále sedm žen s **urgentní** inkontinencí moči, a dvě ženy se **smíšenou** inkontinencí. **Přesvědčení občas** konstatovalo dvanáct žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále deset žen se **stresovou** inkontinencí moči, a devět žen s **urgentní**

inkontinencí moči. **Výjimečně** mají toto **přesvědčení** dvě ženy s inkontinencí moči **smíšenou**, jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči, a jedna se **stresovou** inkontinencí. Přesvědčení, že léčba pomůže, nikdy nepocítila jedna respondentka se **smíšenou** inkontinencí moči, a stejně tak jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 17: Únik moči mi ubírá radost ze života

Tabulka č. 41: Přehled četností výskytu ubírání radosti ze života kvůli úniku moči

Ubírání radosti ze života kvůli úniku moči	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	3	3	5	5
2 - Občas ano	31	34	49	54
3 - Poměrně často	13	47	21	75
4 - Výjimečně	12	59	19	94
5 - Nikdy ne	4	63	6	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 41* vyplývá, že nejvíce ženám **ubírá radost ze života únik moči občas** (celkem **n = 31**, tedy **49 %**). Další respondentky uvedly, že mají méně radosti **poměrně často** (celkem **n = 13**, tedy **21 %**). **Výjimečně** tento nedostatek radosti konstatovalo (celkem **n = 12**, tedy **19 %** žen). Menší část respondentek uvedla, že **nikdy** nepocítily, že by jim inkontinence moči ubírala radosti ze života (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). **Vždy a velmi silně** pociťují úbytek radosti ze života tři ženy z celého výběrového vzorku (celkem **n = 3**, tedy **5%**).

Tabulka č. 42: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k ubírání radosti ze života kvůli úniku moči

Inkontinence moči				
Ubírání radosti ze života kvůli úniku moči	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	2	3
2 - Poměrně často	5	3	5	13
3 - Občas ano	12	13	6	31
4 - Výjimečně	3	1	8	12
5 - Nikdy ne	1	2	1	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 42*, ubírání radosti ze života kvůli úniku moči pociťuje **vždy a velmi silně** jen jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči, a dvě ženy s **urgentní** inkontinencí moči. **Poměrně často**, udalo ubírání radosti pět žen se **smíšenou** inkontinencí moči, stejně tak pět žen s inkontinencí moči **urgentní**, a tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči. **Občas ano**, konstatovalo v dotazníku třináct žen se **stresovou** inkontinencí, dále dvanáct žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a šest žen s **urgentní** inkontinencí moči. **Výjimečně** pociťuje **ubírání radosti ze života kvůli úniku moči** osm žen s **urgentní** inkontinencí moči, dále tři ženy se **smíšenou** inkontinencí moči, a pouze jedna žena se **stresovou** inkontinencí. **Nikdy** nepociťuje úbytek radosti ze života jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči, jedna žena se **smíšeným typem** inkontinence, a dvě ženy se **stresovou** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 18: Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení

Tabulka č. 43: Přehled četností výskytu obav ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení lidmi

Obavy ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	2	2	3	3
2 - Poměrně často	14	16	22	25
3 - Občas ano	14	63	22	47
4 - Výjimečně	25	41	40	87
5 - Nikdy ne	8	49	13	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 43*, je jasně viditelné, že **obavy ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení** mají ženy nejčastěji **výjimečně** (celkem **n = 25**, tedy **40 %**). O jedenáct respondentek méně, uvedlo obavy **občas** (celkem **n = 14**, tedy **22 %**). Stejný počet žen uvedlo, že má obavy **poměrně často** (celkem **n = 14**, tedy **22 %**). Osm žen uvedlo, že **obavy ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení nikdy neměly** (celkem **n = 8**, tedy **13%**). Jen dvě ženy uvedly, že tyto obavy mají **vždy a velmi silně** (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 44: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení lidmi

Inkontinence moči				
Obavy ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	1	2
2 - Poměrně často	8	3	3	14
3 - Občas ano	4	7	3	14
4 – Výjimečně	8	4	13	25
5 - Nikdy ne	1	5	2	8
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 44*, jedna žena se **stresovou** inkontinencí, a jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči má **obavy ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení vždy a velmi silně**. Obavy **poměrně často** konstatovalo osm žen s inkontinencí moči **smíšenou**, dále tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a stejně tak tři respondentky s **urgentní** inkontinencí moči. **Obavy vyskytující se občas** konstatovaly tři ženy s **urgentní** inkontinencí moči, dále sedm žen se **stresovou** inkontinencí moči, a čtyři se **smíšeným typem** inkontinence. **Výjimečně** má **obavy** třináct žen s **urgentní** inkontinencí moči, osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí. **Obavy ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení nikdy neměla** jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči, dále pět žen se **stresovou** inkontinencí, a dvě respondentky s **urgentní** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 19: Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla

Tabulka č. 45: Přehled četností výskytu úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ

Úzkost kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	3	3	5	5
2 - Poměrně často	14	17	22	27
3 - Občas ano	22	39	35	62
4 - Výjimečně	20	59	32	94
5 - Nikdy ne	4	63	6	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 45*, je patrná skutečnost, že **úzkost kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ** mají ženy nejčastěji **občas** (celkem **n = 22**, tedy **35 %**), dále respondentky, které uvedly výskyt úzkosti pouze **výjimečně** (celkem **n = 20**, tedy **32 %**). Obavy **poměrně často** uvedlo čtrnáct žen (celkem **n = 14**, tedy **22 %**). Jen čtyři ženy uvedly, že **nikdy nepocítily úzkost** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). Tři ženy uvedly, že úzkost mají **vždy a velmi silně** (celkem **n = 3**, tedy **5 %**).

Tabulka č. 46: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ

Inkontinence moči				
Úzkost kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	3	0	3
2 - Poměrně často	5	3	6	14
3 - Občas ano	7	6	9	22
4 - Výjimečně	7	7	6	20
5 - Nikdy ne	2	1	1	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle **Tabulky č. 46**, úzkost kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ pociťují **vždy a velmi silně** jen tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči. **Poměrně často** se objevuje úzkost u tří žen se **stresovou** inkontinencí moči, dále u šesti žen s inkontinencí moči **urgentní**, a u pěti žen se **smíšenou** inkontinencí moči. **Občas ano**, konstatovalo v dotazníku devět žen s **urgentní** inkontinencí moči, dále sedm žen se **smíšeným** typem inkontinence, a šest žen se **stresovou** inkontinencí moči. **Výjimečně** pociťují **úzkost kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ** sedm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dále ve stejném počtu, sedm žen se **stresovou** inkontinencí moči, a šest žen s **urgentní** inkontinencí moči. **Úzkost nikdy** nepocítla jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči, dále jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči, a dvě respondentky se **smíšeným** typem inkontinence.

V následujících krocích budu zkoumat, zda je přítomna statisticky významná závislost mezi výskytem úzkosti a inkontinencí moči. Testování provedu stejným způsobem jako v předchozích příkladech. Nejprve je potřeba spočítat očekávané četnosti (*Viz Tabulka č. 47*), podle již zmiňovaného vzorce (*Viz Obrázek č. 1*).

Tabulka č. 47: Očekávané četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ

Inkontinence moči				
Úzkost kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	1	1	1	3
2 - Poměrně často	5	4	5	14
3 - Občas ano	7	7	8	22
4 – Výjimečně	7	6	7	20
5 - Nikdy ne	1	1	2	4
Celkový součet	21	20	22	63

Výsledky testování:

- 1) Testování na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (5%)
- 2) **CHITEST** (signifikace chí-kvadrát testu), pravděpodobnost **p = 0,384**
- 3) **p > α**
 - Podle tohoto vztahu můžeme usoudit, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem úzkosti kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ a inkontinencí moči.
 - Tento výsledek je nedostačující, proto dále testujeme, počítáme **χ^2 hodnotu** (Viz **Obrázek č. 2**).
- 4) **$\chi^2 = 8,420$** (T_{zv} . hodnota testové statistiky)
- 5) Počet stupňů volnosti **df = 8**
- 6) Kritická tabulková hodnota pro 8 stupňů volnosti na stanovené $\alpha = 5\%$ hladině významnosti = **15,507**.
- 7) Shrnutí výsledku: **t-stat < t-krit, p > α**

Závěrem: Spočtená hodnota **testovaného kritéria** $\chi^2 = 8,402$ nepřekračuje mez vymežující **kritický obor**, takzvaný **t-krit = 15,507**. Nachází se v oboru, a na **zvolené hladině významnosti** $\alpha = 5\%$ **H_0 nezamítám**. Mohu konstatovat, že **neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ a inkontinencí moči**.

Tvrzení č. 20: Musím se kontrolovat kolik, a co mohu vypít

Tabulka č. 48: Přehled četností výskytu nutnosti kontroly vypitého množství a druhu tekutin

Nutnost kontroly vypitého množství a druhu tekutin	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	2	2	3	3
2 - Poměrně často	6	8	10	13
3 - Občas ano	33	41	52	65
4 - Výjimečně	17	58	27	92
5 - Nikdy ne	5	63	8	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 48*, je viditelné, že **nejčastěji se ženy kontrolují občas** (celkem **n = 33**, tedy **52 %**). Sedmnáct respondentek uvedlo tuto nutnost kontroly **výjimečně** (celkem **n = 17**, tedy **27 %**). **Poměrně často** uvedlo v dotazníku šest žen (celkem **n = 6**, tedy **10 %**), pět žen se **nikdy nekontrolovalo** (celkem **n = 5**, tedy **8%**). Jen dvě ženy uvedly tuto nutnost **vždy a velmi silně** (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 49: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nutnosti kontroly vypitého množství a druhu tekutin

Inkontinence moči				
Nutnost kontroly vypitého množství a druhu tekutin	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	1	2
2 - Poměrně často	2	1	3	6
3 - Občas ano	10	12	11	33
4 – Výjimečně	8	3	6	17
5 - Nikdy ne	1	3	1	5
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 49*, **nutnost kontroly vypitého množství a druhu tekutin** pociťuje **vždy a velmi silně** jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči, a jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči. **Poměrně často**, konstatovaly v dotazníku nutnost kontroly tři ženy s **urgentní** inkontinencí moči, dále dvě ženy s inkontinencí moči **smíšenou**, a pouze jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči. **Občas ano**, udalo dvanáct žen se **stresovou** inkontinencí moči, dále jedenáct žen s **urgentní** inkontinencí moči, a deset žen se **smíšeným typem** inkontinence. **Výjimečně pociťuje nutnost kontroly vypitého množství a druhu tekutin** osm žen se **smíšenou** inkontinencí moči, šest žen s **urgentní** inkontinencí moči, a pouze tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči. **Nutnost kontroly** nikdy nepociťuje pouze jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči, dále jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči, a tři respondentky se **stresovou** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 21: Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení

Tabulka č. 50: Přehled četností omezení ve výběru oblečení kvůli úniku moči

Únik moči omezuje výběr oblečení	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	1	1	2	2
2 - Poměrně často	8	9	13	15
3 - Občas ano	21	30	33	48
4 - Výjimečně	20	50	32	80
5 - Nikdy ne	13	63	20	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 50* vyplývá, že **únik moči omezuje výběr oblečení** u žen nejčastěji **občas** (celkem $n = 21$, tedy **33 %**). Dále u žen dochází k omezení výběru **výjimečně** (celkem $n = 20$, tedy **32 %**). Třináct respondentek uvedlo, že se s tímto problémem nikdy nesetkaly (celkem $n = 13$, tedy **20 %**). **Poměrně často** tuto myšlenku konstatovalo osm žen (celkem $n = 8$, tedy **13 %** žen). **Vždy a velmi silně** omezuje únik moči pouze jednu ženu z celého výběrového vzorku (celkem $n = 1$, tedy **2%**).

Tabulka č. 51: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k omezení ve výběru oblečení kvůli úniku moči

Inkontinence moči				
Únik moči omezuje výběr oblečení	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	1	0	0	1
2 - Poměrně často	2	3	3	8
3 - Občas ano	7	6	8	21
4 - Výjimečně	9	5	6	20
5 - Nikdy ne	2	6	5	13
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 51*, problém s **únikem moči, který omezuje výběr oblečení** má **vždy a velmi silně** jen jedna žena se **smíšenou** inkontinencí moči. **Poměrně často** udaly omezení celkem tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, stejný počet respondentek s inkontinencí moči **urgentní**, a pouze dvě ženy se **smíšenou** inkontinencí moči. Problém s omezením **občas** konstatovalo v dotazníku osm žen s **urgentní** inkontinencí moči, dále sedm

žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a šest žen se **stresovou** inkontinencí moči. **Výjimečně, omezuje únik moči výběr oblečení** devět žen se **smíšeným** typem inkontinence, dále šest žen s **urgentní** inkontinencí moči, a pět žen se **stresovou** inkontinencí. Omezení **nikdy** nepocítují dvě ženy se **smíšenou** inkontinencí moči, dále pět žen s **urgentní** inkontinencí, a šest respondentek se **stresovou** inkontinencí moči.

Tvrzení č. 22: Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života

Tabulka č. 52: Přehled četností zásahu inkontinence moči do sexuálního života ženy

Únik moči nepříjemně zasahuje do sexuálního života	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
1 - Vždy a velmi silně	3	3	5	5
2 - Poměrně často	12	15	19	24
3 - Občas ano	26	41	41	65
4 – Výjimečně	16	57	25	90
5 - Nikdy ne	6	63	10	100
Celkem	63		100	

V *Tabulce č. 52* je patrná skutečnost, že **únik moči nepříjemně zasahuje do sexuálního života respondentek občas** (celkem **n = 26**, tedy **41 %**). Šestnáct žen uvedlo omezení **výjimečně** (celkem **n = 16**, tedy **25 %**). Celkem dvanáct žen, uvedlo problém **poměrně často** (celkem **n = 12**, tedy **19 %**). Šest žen uvedlo, že **nikdy nezažily omezení kvůli úniku moči, které by zasahovalo do jejich sexuálního života** (celkem **n = 6**, tedy **10%**). Jen tři ženy uvedly, že **vždy a velmi silně** cítí omezení v dané oblasti (celkem **n = 2**, tedy **3 %**).

Tabulka č. 53: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k omezení sexuálního života

Inkontinence moči				
Únik moči nepříjemně zasahuje do sexuálního života	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
1 - Vždy a velmi silně	0	1	2	3
2 - Poměrně často	2	5	5	12
3 - Občas ano	7	10	9	26
4 - Výjimečně	11	0	5	16
5 - Nikdy ne	1	4	1	6
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 53*, jen jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči konstatovala **omezení v sexuální oblasti života vždy a velmi silně**, stejně tak problém udaly dvě ženy s **urgentní** inkontinencí moči. Omezení **poměrně často** pociťuje pět žen s inkontinencí moči **stresovou**, ve stejném počtu ženy s **urgentní** inkontinencí moči, a dvě ženy s inkontinencí smíšenou. Omezení vyskytující se **občas**, konstatovalo deset žen se **stresovou** inkontinencí moči, dále devět žen s **urgentní** inkontinencí moči, a sedm respondentek s inkontinencí **smíšenou**. **Výjimečně** vnímá toto **omezení** jedenáct žen se **smíšenou** inkontinencí moči, a pět respondentek s **urgentní** inkontinencí moči. Zásah do sexuálního života **nikdy nepocítily** čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí, dále jedna žena s **urgentní** inkontinencí moči, a jedna respondentka s inkontinencí **smíšenou**.

Vyhodnocení doplňujících otázek vlastní tvorby

Otázka č. 3: Kdy nejčastěji u Vás dochází k úniku moči?

Tabulka č. 54: Přehled četností činností, při kterých nejčastěji dochází k úniku moči

Nejčastěji dochází k úniku moči	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) Při smíchu, kašli	23	23	37	37
b) Při chůzi, běžné námaze	15	38	24	61
d) Při silném pocitu na močení	25	63	39	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 54* vyplývá, že nejčastěji dochází u žen k úniku moči při silném pocitu na močení (celkem **n = 25**, tedy **39 %**). Dále při smíchu a kašli (celkem **n = 23**, tedy **37 %**). A v neposlední řadě při chůzi a běžné námaze (celkem **n = 15**, tedy **24 %**).

Tabulka č. 55: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k činnostem, při kterých dochází u žen nejčastěji k úniku moči

Inkontinence moči				
Nejčastěji dochází k úniku moči	Směšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) Při smíchu, kašli	3	20	0	23
b) Při chůzi, běžné námaze	15	0	0	15
d) Při silném pocitu na močení	3	0	22	25
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 55*, u třech žen se **smíšenou** inkontinencí moči, dochází k úniku **při smíchu nebo kašli**. Nejčastěji však u dvaceti žen se **stresovou** inkontinencí moči. Při **chůzi či běžné námaze** dochází k úniku moči u patnácti žen se **smíšeným** typem inkontinence. **Silný pocit na močení**, jako příčina úniku moči, konstatovalo dvacet dva žen s **urgentní** inkontinencí, a dále tři ženy se **smíšenou** inkontinencí moči.

Otázka č. 4: Jak vnímáte subjektivně svou kvalitu života?

Tabulka č. 56: Přehled četností subjektivního vnímání kvality života

Subjektivní vnímání kvality života	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) Je na dobré úrovni, únik moči mě v ničem neomezuje, nebo jsem se s tímto problémem vyrovnala	2	2	3	3
b) Není na dobré úrovni, ale není ani špatná, některé činnosti jsem omezila a únik moči vidím stále jako problém	57	59	91	94
c) Je špatná, izoluji se od společnosti, většinu obvyklých činností mezi lidmi jsem zamítla a nemohu se s únikem moči vyrovnat	2	61	3	97
d) Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela	2	63	3	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 56* je patrná skutečnost, že nejvíce žen konstatuje **kvalitu života na nedobré úrovni** (celkem $n = 57$, tedy **91 %**). Dále dvě respondentky uvedly **kvalitu života na dobré úrovni, bez omezení v běžných činnostech** (celkem $n = 2$, tedy **3 %**), ve stejném počtu, označily ženy **kvalitu života na špatné úrovni spojenou s izolací od společnosti** (celkem $n = 2$, tedy **3 %**), a stejně tak dvě ženy **nad problematikou kvality života nikdy nepřemýšlely** (celkem $n = 2$, tedy **3 %**).

Tabulka č. 57: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k subjektivnímu vnímání kvality života

Inkontinence moči				
Subjektivní vnímání kvality života	Smišená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) Je na dobré úrovni, únik moči mě v ničem neomezuje, nebo jsem se s tímto problémem vyrovnala	1	0	1	2
b) Není na dobré úrovni, ale není ani špatná, některé činnosti jsem omezila a únik moči vidím stále jako problém	19	18	20	57
c) Je špatná, izoluji se od společnosti, většinu obvyklých činností mezi lidmi jsem zamítla a nemohu se s únikem moči vyrovnat	0	1	1	2
d) Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela	1	1	0	2
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 57*, kvalitu života na dobré úrovni, bez omezení v činnostech vnímá jedna žena se smíšenou inkontinencí moči, a stejně tak jedna žena s urgentní inkontinencí moči. Kvalitu života na nedobré úrovni, s nutností omezit některé činnosti vnímá dvacet žen s urgentní inkontinencí moči, devatenáct žen se smíšeným typem inkontinence, a osmnáct respondentek se stresovou inkontinencí. Špatnou kvalitu života spojenou s izolací od společnosti vnímá jedna žena se stresovou inkontinencí moči, a jedna žena s urgentní inkontinencí moči. Nikdy nad touto problematikou nepřemýšlela jedna respondentka se smíšenou inkontinencí, a stejně tak jedna žena se stresovou inkontinencí moči.

Otázka č. 5: Uved'te prosím, od koho máte nejvíce informací o problematice močové inkontinence

Tabulka č. 58: Přehled četností osob a prostředků poskytujících informace o problematice močové inkontinence

Kdo poskytuje nejvíce informací o inkontinenci moči	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) Lékař specialista (urolog, gynekolog)	39	39	62	62
b) Praktický lékař	7	46	11	73
c) Zdravotní sestra	3	49	5	78
d) Sdělovací prostředky (internet, rádio, televize, noviny, časopisy)	13	62	20	98
e) Nikdo, nemám žádné informace	1	63	2	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 58* je viditelné, že nejvíce informací získávají pacientky od **lékařů se specializací** (celkem **n = 39**, tedy **62 %**). Následují **sdělovací prostředky** (celkem **n = 13**, tedy **20 %**). Další nejčastější osobou poskytující informace je **praktický lékař** (celkem **n = 7**, tedy **11 %**). Zdrojem informací je také **zdravotní sestra** (celkem **n = 3**, tedy **5 %**). Pouze jedna žena uvedla, že informace jí **neposkytuje nikdo** (celkem **n = 1**, tedy **2 %**).

Tabulka č. 59: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k osobám a prostředkům poskytujících informace o problematice močové inkontinence

Inkontinence moči				
Kdo poskytuje nejvíce informací o inkontinenci moči	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) Lékař specialista (urolog, gynekolog)	11	10	18	39
b) Praktický lékař	3	2	2	7
c) Zdravotní sestra	2	0	1	3
d) Sdělovací prostředky (internet, rádio, televize, noviny, časopisy)	5	7	1	13
e) Nikdo, nemám žádné informace	0	1	0	1
Celkový součet	21	20	22	63

Podle **Tabulky č. 59, lékař specialista** poskytuje nejčastěji informace osmnácti ženám s **urgentní inkontinencí moči**, jedenácti ženám se **smíšeným typem inkontinence**, a deseti respondentkám se **stresovou inkontinencí moči**. **Sdělovací prostředky** jako zdroj informací využívá sedm žen se **stresovou inkontinencí moči**, pět žen se **smíšenou inkontinencí**, a jedna respondentka s **urgentní inkontinencí moči**. **Praktický lékař** poskytuje nejčastěji informace třem respondentkám se **smíšeným typem inkontinence**, dvěma ženám se **stresovou inkontinencí**, a stejně tak dvěma respondentkám s **urgentní inkontinencí moči**. **Zdravotní sestra** jako zdroj informací slouží pro dvě ženy se **smíšeným typem inkontinence**, a pro jednu ženu s **urgentní inkontinencí moči**. Pouze jedna žena se **stresovou inkontinencí moči** uvedla, že jí **nikdo neposkytl žádné informace**, tudíž **nic o dané problematice neví**.

Otázka č. 6: Domníváte se, že jste o problematice močové inkontinence dostatečně informována?

Tabulka č. 60: Přehled četností informovanosti o problematice močové inkontinence

Informovanost o problematice močové inkontinence	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) Jsem dostatečně informována	11	11	17	17
b) Jsem zcela informována, ale ne podle svých představ	44	55	70	87
c) Jsem informována minimálně	8	63	13	100
Celkem	63		100	

Z **Tabulky č. 60** vyplývá, že ženy jsou **zcela informovány, ale ne podle jejich představ** (celkem **n = 44**, tedy **70 %**). Následující respondentky uvedly **dostatečnou informovanost** (celkem **n = 11**, tedy **17 %**). Nejméně respondentek označilo **minimální informovanost** (celkem **n = 8**, tedy **13 %**). Respondentky měly možnost označit také **d) Nejsem vůbec informována**, ale tuto odpověď nevybrala žádná z nich, proto není uvedena v tabulce.

Tabulka č. 61: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k informovanosti o problematice inkontinence moči

Inkontinence moči				
Informovanost o problematice močové inkontinence	Smišená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) Jsem dostatečně informována	5	4	2	11
b) Jsem zcela informována, ale ne podle svých představ	15	13	16	44
c) Jsem informována minimálně	1	3	4	8
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 61*, mezi respondentky **zcela informovány, ale ne podle jejich představ**, patří šestnáct žen s **urgentní** inkontinencí moči, patnáct žen se **smíšeným** typem inkontinence, a třináct žen se **stresovou** inkontinencí moči. Mezi respondentky **dostatečně informované**, patří pět žen se **smíšenou** inkontinencí moči, čtyři ženy se **stresovou** inkontinencí, a dvě ženy s **urgentní** inkontinencí. **Minimální informovanost**, udaly čtyři respondentky s **urgentní** inkontinencí moči, tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a jedna žena se **smíšeným** typem inkontinence.

Otázka č. 7: Jakým způsobem si zajišťujete či kupujete speciální pomůcky pro inkontinenci?

Tabulka č. 62: Přehled četností způsobu zprostředkování pomůcek pro inkontinenci

Zajištění pomůcek pro inkontinenci	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) Přes odborného lékaře (urolog, gynekolog)	44	44	70	70
b) Přes praktického lékaře	11	55	18	88
c) Pomůcky si kupuji sama	4	59	6	94
d) Nepoužívám žádné pomůcky, tudíž žádné nekupuji	4	63	6	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 62* je jasně viditelné, že nejčastěji si ženy zajišťují pomůcky prostřednictvím **odborného lékaře** (celkem **n = 44**, tedy **70 %**). Dále přes **praktického lékaře** (celkem **n = 11**, tedy **18 %**). Menší část respondentek si **pomůcky kupuje sama** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). Stejný počet respondentek **nepoužívá žádné pomůcky, tudíž si ani žádné nekupují** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**).

Tabulka č. 63: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu ke způsobu zprostředkování si pomůcek pro inkontinenci

Inkontinence moči				
Zajištění pomůcek pro inkontinenci	Smíšená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) Přes odborného lékaře (urolog, gynekolog)	14	12	18	44
b) Pomůcky si kupuji sama	0	3	1	4
c) Přes praktického lékaře	6	2	3	11
d) Nepoužívám žádné pomůcky, tudíž žádné nekupuji	1	3	0	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 63*, mezi ženy, které si zprostředkovávají pomůcky **přes odborného lékaře**, patří osmnáct respondentek s **urgentní** inkontinencí moči, čtrnáct žen s inkontinencí moči **smíšenou**, a dvanáct žen s inkontinencí **stresovou**. Následují respondentky, které získávají pomůcky přes **praktického lékaře**, konkrétně je to šest žen se **smíšeným typem** inkontinence, tři s **urgentní** inkontinencí moči, a dvě ženy se **stresovou** inkontinencí. Pomůcky si **kupují samy** tři ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a jedna žena s inkontinencí moči **urgentní**. Tři ženy s inkontinencí moči **stresovou**, a jedna žena s inkontinencí **smíšeného typu, nepoužívají žádné pomůcky, tudíž si žádné nekupují**.

Otázka č. 8: Jaká je podle Vás nevýhoda pomůcek pro inkontinenci?

Tabulka č. 64: Přehled četností subjektivního hodnocení pomůcek pro inkontinenci

Nevýhody pomůcek pro inkontinenci	Absolutní četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost v %	Kumulativní četnost v %
a) Cenová nedostupnost	3	3	5	5
b) Nedostatečný výběr pomůcek	3	6	5	10
c) Nutnost časté výměny	5	11	8	18
d) Pocit dyskomfortu	7	18	11	29
e) Nepocítuji žádné nedostatky	41	59	65	94
f) Nemohu posoudit	4	63	6	100
Celkem	63		100	

Z *Tabulky č. 64* vyplývá, že nejvíce respondentek nepocítuje **žádné nedostatky** (celkem **n = 41**, tedy **65 %**). Následuje **pocit dyskomfortu** (celkem **n = 7**, tedy **11 %**). Další nevýhodu označily jako **nutnost časté výměny** (celkem **n = 5**, tedy **8 %**). Menší počet respondentek **nemůže nevýhodu posoudit** (celkem **n = 4**, tedy **6 %**). Stejný počet respondentek uvedlo jako nevýhodu **nedostatečný výběr pomůcek a cenovou nedostupnost** (celkem **n = 3**, tedy **5 %**).

Tabulka č. 65: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nevýhodám pomůcek pro inkontinenci

Inkontinence moči				
Nevýhody pomůcek pro inkontinenci	Smišená	Stresová	Urgentní	Celkový součet
a) Cenová nedostupnost	1	2	0	3
b) Nedostatečný výběr pomůcek	1	1	1	3
c) Nutnost časté výměny	3	1	1	5
d) Pocit dyskomfortu	0	3	4	7
e) Nepocítuji žádné nedostatky	16	10	15	41
f) Nemohu posoudit	0	3	1	4
Celkový součet	21	20	22	63

Podle *Tabulky č. 65*, žádné nedostatky nepocítuje šestnáct žen se **smíšenou** inkontinencí moči, deset žen se **stresovou** inkontinencí moči, a patnáct žen s **urgentní** inkontinencí. **Pocit dyskomfortu** konstatovaly čtyři ženy s **urgentní** inkontinencí moči, a tři ženy s inkontinencí moči **stresovou**. **Nutnost časté výměny** označily tři ženy se **smíšeným typem** inkontinence, jedna žena se **stresovou** inkontinencí moči, a stejně tak jedna respondentka s inkontinencí **urgentní**. **Nevýhody nemohou posoudit** tři ženy se **stresovou** inkontinencí, a jedna žena s inkontinencí moči **urgentní**. **Nedostatečný výběr pomůcek** vybrala vždy jedna žena z **každé kategorie inkontinence moči**. **Nevýhodu v cenové nedostupnosti** vidí dvě ženy se **stresovou** inkontinencí moči, a jedna žena s inkontinencí **smíšenou**.

8 Diskuze

Podle zjištěných výsledků, je nejčastěji vyskytující se inkontinencí moči inkontinence urgentní, kterou trpí 35 % žen z výběrového vzorku. Následuje smíšená inkontinence moči, a nejméně se u žen z výzkumného souboru vyskytuje inkontinence moči stresová. Tímto zjištěním, jsem došla ke stejnému závěru jako autorka Novyzedlaková (2012), která udává, že nejvíce ženy postihuje urgentní inkontinence moči, společně s inkontinencí smíšeného typu. Dále konstatuje fakt, že výskyt stresové inkontinence v populaci postupně klesá.

K úniku moči při kašli či smíchu, dochází u dvaceti žen se stresovou inkontinencí moči, a u třech žen se smíšeným typem inkontinence. Při chůzi, či běžné námaze konstatovalo únik moči patnáct žen se smíšeným typem inkontinence. Únik moči při silném pocitu na močení, udalo celkem dvacet dva žen. Tyto údaje získané z dotazníkového šetření jsou téměř totožné s údaji v literatuře. Autorka Topinková (2005), konstatuje, že u žen se stresovou inkontinencí moči, dochází k jejímu úniku při zvýšeném nitrobřišním tlaku, například při kašli a smíchu, a naopak u žen s urgentní inkontinencí moči, udává jako příznak naléhavou potřebu k močení s pocitem tlaku v podbřišku. Smíšený typ inkontinence autorka popisuje jako kombinaci stresové a urgentní inkontinence, tudíž k úniku moči může dojít při různých činnostech a aktivitách ženy.

Nejvíce respondentek se nachází ve věkové kategorii 40-50 let, celkem tedy 48 % žen. V této věkové kategorii uvedly ženy nejčastěji výskyt inkontinence moči stresové. Vzhledem k výběrovému vzorku žen, které jsou v péči odborníků z oblasti gynekologie, si myslím, že se jedná o ženy, u kterých došlo buď v průběhu těhotenství, či zanedlouho po něm k ochabnutí svalstva pánevního dna, a tím pádem jsou stále v ambulantní lékařské péči. Individuálně u nich probíhá konzervativní terapie, nejčastěji formou pravidelného cvičení ke zpevnění ochablého svalstva, nebo v indikovaném případě může lékař zvážit chirurgický zákrok, konkrétně aplikaci TVT-pásky. Ženy ve věkové kategorii 51-60 let udaly nejčastější výskyt inkontinence moči urgentní. Zde se může jednat o ženy, u kterých začala menopauza. Podle autora Krhuta (2011), dochází v průběhu menopauzy ke ztrátě pružnosti svalstva a sliznic pochvy, uretry, močového měchýře a močových cest, která vede až k atrofii orgánů. Dále ženy ve věkové kategorii 61-70 let, konstatovaly stejnou skutečnost, tedy nejčastější výskyt inkontinence moči urgentní. Zde se může jednat o stejnou příčinu vzniku inkontinence. Avšak je možná také multifaktoriální příčina vzniku. Nutno dodat, že u všech zmíněných věkových kategorií, se jako druhá nejčastější vyskytuje inkontinence moči smíšená. Výsledky mého

výzkumu se však nepatrně liší od výsledků výzkumu autorky Kůrkové (2007), která zjistila, že ve věkové kategorii 60-70 let, se nejčastěji u žen vyskytuje inkontinence moči stresová, dále inkontinence moči smíšeného typu, a nejméně inkontinence urgentní. Lze uvažovat o tom, že od roku 2007, došlo tedy k úbytku stresové inkontinence moči u žen v dané věkové kategorii, a nyní se u nich nejčastěji vyskytuje inkontinence moči urgentní. V porovnání s myšlenkami autora Roztočila a Bartoše (2011), kteří konstatují, že u mladších žen se častěji vyskytuje inkontinence moči stresová, dále uvádí, že společně s věkem roste výskyt urgentní inkontinence moči a inkontinence smíšeného typu, musím podotknout, že ve výsledcích mého výzkumu došlo ke shodě s myšlenkami autorů.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 1: Při testování hypotéz jsem došla k závěru, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkovou kategorií a inkontinencí moči. To znamená, že věk ženy nezávisí na výskytu inkontinence moči. Inkontinence moči může vzniknout bez ohledu na to, ve které věkové kategorii se žena právě nachází.

Respondentky udaly jako nejčastější nejvyšší vzdělání vyučení v oboru bez maturity, celkem tedy 41 % žen. Následovalo vyučení v oboru s maturitou, celkem 32 % žen. Úplné středoškolské vzdělání s maturitou uvedlo 22 %. Minimum žen vystudovalo vysokou školu, a pouze jedna žena uvedla jako nejvyšší vzdělání základní. Podle výsledků výzkumu je tedy nejméně žen s inkontinencí moči, které vystudovaly základní a vysokou školu. Výsledky u ostatních vzdělání, jsou téměř totožné. Myslím si, že vzdělání žen nemá žádný vliv na výskyt inkontinence moči. Inkontinence může vzniknout jak u ženy se základním vzděláním, tak i u ženy s vysokoškolským vzděláním. Je možné, že čím vyšší by byla vzdělanost žen, tím vyšší by mohla být informovanost o problematice močové inkontinence. Konkrétně si myslím, že ženy s vyšším stupněm vzdělání, mají vyšší stupeň inteligence, umí kvalitně pracovat s literaturou a také jí lépe rozumí. Proto by mohla být u těchto žen celkově lepší informovanost o problematice močové inkontinence. Informovanost však není stanovena mým výzkumným problémem, avšak mohlo by být přínosem tuto problematiku prozkoumat v dalších studiích.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 2: Existuje menší rozdíl, ve výskytu inkontinence moči u žen s různým stupněm vzdělání ve vybraném výzkumném souboru, avšak rozdíl je pouze nepatrný, a jak už jsem se zmínila, výskyt inkontinence, se sice v závislosti na dosaženém vzdělání liší, ale myslím si, že vzdělání globálně neovlivňuje výskyt inkontinence moči u žen.

Ženy mají obavy z neschopnosti dojít včas na WC pouze výjimečně, udalo tak 30 % respondentek, avšak skoro stejný počet žen, konkrétně 29 %, uvedlo obavy občas. Dále obavy

poměrně často označilo 29 % žen ze zkoumaného souboru. Tento problém se týká především návštěvy cizích prostředí, kde ženy ani nevědí, kam mají na toaletu jít. Nejen, že nevědí, kde je toaleta umístěna, což konstatovalo 48 % žen s obavami občas, ale především mají strach z toho, že by nebyly schopné na toaletu včas dojít. Proto většina žen odmítá návštěvy společenských akcí, a dává přednost „jistotě“ v domácím prostředí. Tímto způsobem se prohlubuje sociální izolace, a následně vzniká deprivace z nedostatku sociálních kontaktů. Jak udává autorka Dvořáčková (2009), důsledkem dlouhodobé inkontinence může být až psychosociální smrt ženy.

Obavy z kašle či kýchání mají ženy poměrně často, celkem 29 % udalo tuto skutečnost. Obavy občas konstatovalo 27 % respondentek, z nichž nejvíce žen trpí stresovou inkontinencí moči, a inkontinencí smíšenou. Stejného závěru dosáhla ve své práci již zmiňovaná autorka Kůrková (2007). Podle autorů Čermáka a Pacíka (2006), dochází při stresové inkontinenci moči k jejímu úniku při zvýšení nitrobřišního tlaku, například při kašli, bez kontrakce svaloviny svěrače močového měchýře. Dále smíšená inkontinence, je podle autorky Topinkové (2005), kombinací inkontinence stresové a urgentní. Proto při inkontinenci smíšené, dochází mimo jiné k úniku moči při kašli či kýchání.

Ženy mají často strach se po delším sezení znovu postavit, kvůli obavám, z možnosti úniku moči. Nejčastěji respondentky označily strach občas, celkem tedy 44 % žen z výběrového souboru. Zjistila jsem, že obavy z postavení se, mají hlavně ženy se smíšeným typem inkontinence a inkontinencí moči stresovou. S únikem moči u respondentek vznikají pocity trapnosti a studu, jejichž přítomnost konstatovalo občas 40 % žen, a výskyt poměrně často udalo 22 %. Co se týče strachu z mokrých skvrn na oblečení, konstatovalo nejvíce respondentek obavy výjimečně, celkem 40 % z nich. Dále 22 % udalo obavy poměrně často. Podle mého názoru, ženy, které konstatovaly obavy výjimečně, používají vhodné ochranné pomůcky buď ve formě vložek, či plenek, které jsou v dnešní době vyráběny různými firmami ve velice vysoké kvalitě. Musí se však maximálně po osmi hodinách pravidelně vyměňovat.

Výskyt deprese udalo 38 % žen výjimečně, a 34 % poměrně často. Poměrně často se objevuje deprese u žen s inkontinencí moči stresovou. Podle literatury se mnohé ženy stydí o svém problému hovořit, jiné se domnívají, že se jejich zdravotní potíže ani řešit nedají. Proto tato přesvědčení vedou ke vzniku deprese či jejímu zhoršení (Oborný, Gartner, 2009). S výskytem deprese úzce souvisí ubírání radosti ze života, kdy ženy přestávají vidět jeho smysl. V důsledku omezení zájmů, sociální izolací, a mnoha dalších faktorech dochází až k existenciální frustraci. Ve výsledcích výzkumu konstatovalo ubírání radosti ze života občas 49 % žen a 21 % poměrně často. Myslím si, že u těchto pacientek by byla potřeba

psychologická péče, avšak ne všechny ženy psychologa navštíví, jelikož se za svůj problém s únikem moči stydí.

Odpořď na výzkumnou otázku ř. 3: Při testování hypotézy jsem dořla k závěru, ře existuje statisticky významná závislost mezi výskytem deprese a inkontinencí moči u řen. To znamená, ře mezi inkontinencí moči a depresí je přítomen vztah. Deprese je tedy řastým psychickým faktorem, který se u řen s inkontinencí moči vyskytuje.

Nejistota při opuřtění domova na delří dobu úzce souvisí s již zmiňovanými skutečnostmi. Nejistotu konstatovalo občas 37 % řen, poměrně řasto 21 %, a výjimečně 37 % řen. Řeny se cítí řpatně v cizím prostředí, mají strach, ře nebudou vědět, kde je umístěno WC, nebo ře na něj vůbec nestihnou dojít. Stejně tak je tento fakt spojen s obavami ze společenského ztrapnění při úniku moči, spojený se strachem, ře ostatní únik moči rozpoznají řichem. V dotazníku udalo strach z rozpoznání úniku moči řichem, vyskytujícím se občas 34 % řen. Strach poměrně řasto udalo 22 %, a výjimečně 35 % respondentek.

Více jak polovina respondentek konstatovala řpatné snášení omezení zájmů a aktivit. Naproti tomu 27 % řen, udalo řpatné snášení pouze výjimečně. Omezení zájmů a aktivit je podle mého názoru přítomno hlavně u řen, které svůj problém s únikem moči nijak neřeší, ři řeší, ale léčba je bezúspěřná. Prohlubuje se tak u nich deprese a sociální izolace. Podle výzkumu, který uvádí autorky Holaňová a Glassnerová (2012), je patrná skutečnost, ře řeny oddalují návštěvu lékaře, a celkově lékaře navřtěvují mnohem méně než v předchozích letech. Autorky uvádí výsledky výzkumu z roku 2003, které poukazují na to, ře pouze 23 % řen s únikem moči nenavřtívilo lékaře, ostatních 77 % problém s únikem moči řeřilo společně s odborníkem. Výsledky porovnalý společně s výsledky výzkumu z roku 2009, kde se počet řen, které nenavřtívily lékaře, zvýřil na 55 % a pouhých 45 % řen se svým problémem svěřilo odborníkům. Řeny, které svůj problém řeří, ři je jejich léčba úspěřná, se řasto vrací ke svým oblíbeným koníčkům, jsou psychicky v pořádku, a nebojí se navřtěvovat společenské akce, jelikož mají nad svým únikem „kontrolu“ (Dvořáčková, 2009).

Odpořď na výzkumnou otázku ř. 4: Existuje závislost mezi výskytem inkontinence moči a řpatným proříváním v důsledku omezení zájmů a aktivit u řen z výběrového souboru. Jelikož více jak polovina z respondentek konstatovala řpatné prořívání.

Na problém s únikem moči musí občas myslet 40 % řen. Následujících 27 % řen udalo myřlenky poměrně řasto, a 25 % výjimečně. V porovnání s výsledky výzkumu Kůrkové (2007), musím konstatovat podobný výsledek. Celkem 32 % respondentek v řetření autorky, udalo myřlenky na únik moči občas. Poměrně řasto na problém myslelo 26 % řen. Domnívám se, ře velice zde záleží na osobnosti pacientky, jejím způsobu chování a prořívání.

Toto tvrzení je velice variabilní, a záleží zde na mnoha jiných okolnostech. Například zda se léčí, jaký je průběh léčby, dále na již zmiňovaných charakterových vlastnostech, také na přidružených onemocněních a psycho-sociální podpoře, ať už od kamarádů, rodiny či psychologa.

Celkem 48 % žen v dotazníku uvedlo, že mají problém s častou návštěvou WC pro jistotu, i když potřebu na močení nepocítují. Tuto skutečnost uvedlo třináct žen se stresovou inkontinencí moči, a deset žen s inkontinencí moči urgentní. Tato potřeba časté návštěvy toalety dle mého názoru souvisí společně se strachem z pomočení.

Celkem vysoké procento žen má strach z toho, že se postupem věku jejich problém s inkontinencí zhorší. Strach občas konstatovalo 40 % žen, 35 % poměrně často a 10 % vždy a velmi silně. Podobných výsledků dosáhla ve svém výzkumu Kůrková (2007), kde 35 % respondentek konstatovalo strach občas, 19 % poměrně často, a 35 % vždy a velmi silně. Myslím si, že strach ze zhoršení inkontinence mají hlavně ženy, kterým byla nastavena neúspěšná léčba, či zkusily metody, které se jim neosvědčily.

Ženy z výběrového souboru konstatovaly v dotazníku přesvědčení, že léčba jim pomůže. Konkrétně 49 % udalo přesvědčení občas, 25 % poměrně často, a 17 % vždy a velmi silně. Autorka Kůrková (2007), uvedla ve výsledcích výzkumu 29 % žen, s přesvědčením vždy a velmi silně. Výsledek se o několik procent liší, avšak pouze malé procento respondentek z výzkumu autorky, léčbě nevěří. Mohu konstatovat, že jsem ve své práci dosáhla stejného výsledku. Dovolím si podotknout, že ženy léčbě důvěřují, a snaží se udělat pro své uzdravení maximum. Jedná se totiž o ženy, které již lékaře navštívily, buď na gynekologické ambulanci, či na standardním gynekologickém oddělení.

Co se týče úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ, tak nejvíce žen označilo výskyt úzkosti občas, konkrétně tedy 35 %, následovalo 32 % respondentek s úzkostí výjimečně, a 22 % s úzkostí poměrně často.

Odpoď na výzkumnou otázku č. 5: Při testování hypotézy, jsem došla k závěru, že neexistuje statisticky významná závislost mezi výskytem úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ, a inkontinencí moči. Výskyt úzkosti tedy nezávisí na inkontinenci moči.

Nutnost kontroly vypitého množství, a druhu tekutin, konstatovalo občas 52 % respondentek, dále 27 % žen výjimečně, a 10 % poměrně často. Stejného výsledku dosáhla také autorka Kůrková (2007). Konstatovala, že více jak polovina respondentek uvedla, že se musí kontrolovat, jaké množství, a co za den vypijí. Podle autorky Holoňové a Glassnerové (2012), ženy získávají kontrolu nad únikem moči tím, že omezí přísun tekutin. Tuto

skutečnost potvrdilo v jejich výzkumu celkem 39 % žen. Je nutné ale podotknout, že omezením přísunu tekutin ohrožují celkový zdravotní stav organismu. Dehydratací dochází k poškození důležitých orgánových soustav, což si některé ženy možná uvědomují, ale stejně dávají přednost „kontrolé“ nad únikem moči prostřednictvím omezení příjmu tekutin.

Únik moči zasahuje do sexuálního života u 41 % žen občas, u 25 % výjimečně, a 19 % konstatovalo zásah poměrně často. Je tedy jasné, že určité omezení v sexuálním životě žen, se vyskytuje. Sice některé respondentky uvedly, že se u nich omezení v sexuálním životě objevuje pouze výjimečně, ale podle mého názoru se jedná o ženy, které sexuálním životem již nežijí, či o ženy, u kterých došlo díky léčbě ke zlepšení inkontinence.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 6: Téměř u poloviny respondentek, je omezení v sexuální oblasti přítomno. Únik moči nepříjemně zasahuje do sexuálního života žen.

Nejvíce respondentek, hodnotí kvalitu svého života na nepříliš dobré úrovni, spojené s omezením některých činností a únik moči vidí stále jako problém. Tento fakt v dotazníku udalo celkem 91 % žen. Výsledky mohu porovnat s výsledky výzkumu autorky Kůrkové (2007), která v závěrečné práci uvádí, že pocit střední kvality života, udalo 60 % žen. Je tedy viditelné, že subjektivní hodnocení kvality života se u žen postupně zvyšuje.

Odpověď na výzkumnou otázku č. 7: Ženy vidí v úniku moči stále problém, kvalitu života nekonstatují na příliš dobré úrovni, a některé činnosti musely kvůli úniku moči omezit. Myslím si, že problémem, jak už jsem se zmínila, je především neúspěšná léčba, či špatné zkušenosti s pomůckami pro inkontinentní.

Nejvíce informací o problematice močové inkontinence mají ženy od lékaře specialisty. Celkem 62 % žen udalo tuto skutečnost. Následovaly sdělovací prostředky, jako nejčastější zdroj informací. Tuto možnost označilo 20 % žen. Pouhých 5 % respondentek, označilo jako zdroj informací zdravotní sestru. Tento výsledek považuji za velice zarážející. Tato myšlenka vede k hlubokému zamyšlení, jelikož zdravotní sestra má více času na pacientky než lékař a mnohdy podle mého názoru vysvětlí problematiku srozumitelněji. Při srovnání výsledků s autorkou Kůrkovou (2007), je zde značný rozdíl. Autorka uvádí, že celkem 48 % žen označilo jako nejčastější zdroj informací zdravotní sestru, ale také konstatuje, že před zahájením dotazníkového šetření, byly ženy edukovány o problematice močové inkontinence, tudíž výsledek může být zkreslený. Nicméně, myslím si, že zdravotní sestra by měla být hlavním zdrojem informací pro pacientky. Může edukovat pacientky například o cvicích ke zpevnění pánevního dna, vedení mikčnického deníku atd. Ještě ke sdělovacím prostředkům bych ráda podotkla, že celkem vysoké procento žen je označilo jako nejčastější zdroj získávání informací. Je možné, že si ženy kupují odborné časopisy a čerpají

například informace na internetu. Myslím si ale, že veškeré poznatky, které získají, by měly konzultovat se svým lékařem, jelikož ne všechny informace udávané hlavně na internetu, jsou pravdivé a mohou vést ke zkresleným představám ženy.

Celkem 70 % žen v dotazníku označilo možnost, že jsou informovány o problematice dostatečně, avšak ne podle jejich představ. Domnívám se, že lékaři ženám poskytnou jen základní informace, avšak více času na konzultace s nimi nemají, jelikož musí ošetřit také další pacientky jak na oddělení, tak i na ambulanci. Pracují často v časové tísní. Ženy následně dohledávají informace prostřednictvím sdělovacích prostředků. Proto většina žen z výběrového souboru označila tuto možnost v dotazníku. Musím podotknout, že dostatečná informovanost má velice kladné působení na psychiku ženy a snižuje se tím i riziko vzniku deprese.

Nejvíce respondentek si zajišťuje pomůcky pro inkontinenci přes odborného lékaře gynekologa, či urologa. Celkem tak označilo 70 % žen. Dále 18 % žen si pomůcky zajišťuje přes praktického lékaře. Minimum žen si kupuje pomůcky samo, či je nepoužívají vůbec. Autorka Kůrková (2007), uvádí, že celkem 10 % žen si pomůcky obstarává samo. V mém výzkumu tuto skutečnost označilo pouze 6 % žen. Je možné, že v roce 2007, byly pomůcky pro inkontinentní levnější, než je tomu v dnešní době. Jelikož se postupně snižují platy, a neustále narůstá daň z přidané hodnoty, ne všechny pacientky mají na pomůcky finance. Myslím si, že ženy, které si kupují pomůcky samy, se stydí lékaře požádat o jejich předpis, či ani nevědí, že je lékař předepsat může. Avšak v porovnání s výsledky autorky Kůrkové (2007), je viditelné, že se procentuálně množství žen kupujících si pomůcky z vlastních peněz, snížilo.

Celkem 65 % žen, nevidí v pomůckách pro inkontinentní žádný nedostatek. Následujících 11 % respondentek uvedlo jako nevýhodu pocit dyskomfortu, a 8 % žen konstatovalo nedostatek v nutnosti časté výměny. Myslím si, že pocit dyskomfortu označily ženy, které s pomůckami teprve začínají, a zatím si na ně nezvykly. Většina pomůcek je vyráběna ze speciálních materiálů, které zabraňují vzniku zapárek, opruzenin, podráždění kůže, či její maceraci. Doporučuje se ale užívání pomůcek, společně s ochrannou kosmetikou. Několik žen konstatovalo jako nedostatek nutnost časté výměny. Zde si myslím, že nastala chyba při předpisu pomůcek lékařem. Je možné, že lékař předepsal ženě pouze vložky, avšak vzhledem k jejímu stupni inkontinence, by bylo vhodnější předepsat rovnou plenkové kalhotky. Nebo je také možné, využít jiného výrobce pomůcek, jehož své schopnosti, budou lepší, než u pomůcek dosavadních.

Na závěr diskuze musím podotknout, že veškerá tvrzení a otázky z dotazníku, které zahrnovaly hodnocení různých faktorů z psycho-sociální oblasti žen s inkontinencí moči, výrazně ovlivňují kvalitu jejich života. Do jaké míry dochází k ovlivnění jejich kvality života, to záleží na uspořádání hodnotového žebříčku každé ženy.

Závěr

V diplomové práci jsem se zaměřila na výzkum kvality života žen s inkontinencí moči. Prostřednictvím studia odborné literatury, a poznatků z ní získaných, jsem vytvořila teoretickou část, na kterou následně navazuje část praktická, nebo-li výzkumná. V praktické části jsem sestavila cíle závěrečné práce. Konkrétně jeden hlavní cíl, a tři dílčí cíle.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem inkontinence moči ovlivňuje kvalitu života žen. Musím podotknout, že kvalita života žen je díky inkontinenci moči velice ovlivněna, jelikož dochází k omezení v jednak psychické, ale i sociální oblasti života ženy. Do jaké míry dochází u ženy k ovlivnění, záleží na uspořádání hodnotového žebříčku, tudíž je to individuální u každé z nich.

S hlavním cílem práce souvisí dílčí cíle, které jsem v návaznosti na cíl hlavní stanovila. Obsahem prvního podcíle, bylo zjistit vliv inkontinence moči na psycho-sociální oblasti života žen. Veškeré potřebné informace ke splnění tohoto cíle jsem zjistila prostřednictvím standardizované verze dotazníku I-QoL.

Mezi nejdůležitější zjištění, výrazně ovlivňující psychickou oblast respondentek, patří skutečnost, že celkem třetina žen, konstatovala výskyt deprese z důvodu močové inkontinence. Domnívám se, že vzhledem k výběrovému souboru, se jedná o vysoký počet respondentek, jelikož většina žen, již odborníky navštěvuje, a jejich potíže se řeší. Je možné, že problém tkví v nedostatečné informovanosti žen o dané problematice, či neefektivní léčbě. Při statistickém testování hypotéz, jsem došla k závěru, že mezi depresí, a inkontinencí moči existuje významná závislost.

Dalším důležitým zjištěním je skutečnost, že u více než poloviny respondentek dochází ke špatnému prožívání, kvůli inkontinenci moči, kdy ženy jsou nucené omezit své oblíbené zájmy a aktivity. Důsledkem toho vzniká situace, kdy přestávají mít radost ze života. Dále se obávají, že se jejich potíže s inkontinencí moči postupem věku zhorší, nehledě na to, že téměř polovina z nich musí na problém s únikem moči neustále myslet.

Následující problémy ovlivňující psycho-sociální oblast, jsou spojené s nejistotou a obavami. Ženy mají strach opustit domov, ať už z důvodu obav ze zesměšnění ve společnosti, například kvůli tomu, že se pomočí a ostatní ucítí zápach, což je dále spojeno s pocity trapnosti a studu. V důsledku toho, se prohlubuje sociální izolace, spojená s následnou deprivací, díky nedostatečnému kontaktu s lidmi. Dalším důvodem, proč se ženy bojí opustit domov je skutečnost, že nevědí, kde je v novém prostředí umístěna toaleta, či mají strach, že

na toaletu ani nestihnou dojít. Veliký problém nastává, když ženy striktně omezují příjem tekutin, a to jen kvůli tomu, aby zabránily úniku moči. Nutnost kontroly příjmu tekutin, konstatovala v dotazníku více než polovina respondentek. Zřejmě se jedná o ženy, které si nevedou mikční deník a nebyla jim lékařem vysvětlena nutnost dodržování pitného režimu. Inkontinence moči také nepříjemně zasahuje do sexuálního života žen. Tuto skutečnost uvedla téměř polovina respondentek.

Dalším dílčím cílem, bylo zjistit, jak vnímají kvalitu svého života ženy s inkontinencí moči. V dotazníku nejčastěji ženy uvedly, že jejich kvalita života není na příliš dobré úrovni, ale není ani špatná. Konstatovaly, že některé činnosti musely kvůli úniku moči omezit, a únik moči stále vidí jako problém. Musím ale podotknout, že subjektivní vnímání kvality života u žen s inkontinencí moči se postupně zvyšuje. Avšak pro zjištění validnějších informací by bylo vhodné provést studii s náhodným výběrem respondentů.

Posledním cílem mé diplomové práce, bylo zjistit, v jaké věkové kategorii se únik moči vyskytuje nejčastěji. Nejvíce žen s inkontinencí moči, se nacházelo ve věkové kategorii 40-50 let. V této věkové kategorii jsem zjistila, že nejvíce ženy postihuje stresová inkontinence moči. S postupem věku je však u respondentek patrný výskyt nejčastěji urgentní inkontinence moči.

Cíle práce byly splněny. Prostřednictvím standardizovaného dotazníku a doplňujících otázek vlastní tvorby jsem zjistila všechny potřebné informace ke zpracování a následné interpretaci výsledků v mé závěrečné práci.

Přínos této práce vidím v tom, že může sloužit k lepšímu porozumění pacientek, které trpí inkontinencí moči. V ošetrovatelství je podle mého názoru nutné více se věnovat psychické stránce těchto žen, komunikovat s nimi a podporovat je. V případě potřeby také doporučit návštěvu psychoterapeuta, který je vzhledem k tomu, že dochází k silnému ovlivnění psycho-sociální stránky života ženy většinou nezbytnou součástí léčby. Avšak je vždy na každé ženě, zda odborníka navštíví či ne.

Doporučení pro praxi

- Zlepšení komunikace mezi pacientkou a lékařem, a také pacientkou a všeobecnou sestrou. Aktivně se pacientky tázat na současné potíže, být empatičtí, vytvořit příjemné, přátelské prostředí ať už v ambulanci či na klasickém oddělení.
- Vždy poskytovat informace podle toho, v jaké fázi léčby se žena nachází, pokud se žena nachází na počátku léčby, zaměřit se hlavně na podrobné vysvětlení problematiky močové inkontinence. V případě, že se žena léčí déle, poskytnout informace o nových trendech v léčbě, či o změnách v dané problematice.
- Vždy pacientce nabídnout možnost předepsání pomůcek pro inkontinentní a vysvětlit možnosti proplácení pojišťovnou.
- Vysvětlit, za jak dlouhou dobu maximálně je nutné pomůcky vyměňovat, doporučit případně přípravky k prevenci vzniku opruzenin, například MENALIND.
- Zdůraznit nutnost dodržování intimní hygieny. Popřípadě doporučit šetrné, sliznice nedráždící přípravky.
- V ambulanci i na oddělení mít k dispozici informační letáky, či brožury, a aktivně je nabízet podle typu a stupně močové inkontinence.
- Na oddělení či ambulanci mít připravené edukační materiály, týkající se cviků ke zpevnění svalstva pánevního, či úpravy životosprávy pacientky.
- Nabídnout možnost členství v Pelvis klubu, sponzorované Českou společností podpory zdraví, či jiného sdružení pro inkontinentní. Vysvětlit náplň práce, a poskytnout kontakt na daný klub či sdružení.
- V případě potřeby nabídnout péči psychologa, či fyzioterapeuta pro naučení se cviků ke zpevnění svalstva pánevního dna.
- V ambulanci mít k dispozici dostatečně blízko toaletu. V případě hospitalizace umožnit buď pokoj s vlastním sociálním zařízením, či umístit ženu na pokoj, který má k toaletě nejbližší.

Seznam použité literatury

BABIČKOVÁ, Marie. Cvičení pánevního dna. *Lehké cviky proti nekontrolovatelnému úniku moči neboli inkontinenci* [online]. Praha: TENA, 2012 [cit. 2013-04-09]. Dostupné z: http://www.tenacz.cz/Documents/6_Region_East/Czech%20republic/Documents/Cviceni%20panevního%20dna.pdf

BABJUK, Marek. Inkontinence v ČR 2012. *Způsob úhrady inkontinenčních pomůcek z veřejného zdravotního pojištění* [online]. Praha: TENA, 2012 [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2012/10/inkontinence-2012.pdf>

BOJAR, Martin; MAZANEC, Radim; KUČERA, Zdeněk. Role neurologa v diagnostice, léčbě a rehabilitaci osob trpících inkontinencí moči. *Neurologie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 4, s. 210-215. ISSN 1213-1814

BUDAYOVÁ, Karla; SOUKUPOVÁ, Dagmar. Inkontinence a možnosti její léčby. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 41-42. ISSN 1210-0404

ČERMÁK, Aleš; PACÍK, Dalibor. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. 119 s. ISBN 80-7254-875-1

DRAGOMIRECKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Močová inkontinence- medicínsko - psychologický a sociálně - hygienický problém. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 56-58. ISSN 1210-0404

DYLEVSKÝ, Ivan. *Anatomie a fyziologie člověka: Učebnice pro zdravotnické školy*. Olomouc: Epava. 1998. 428 s.

HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. 2003, roč. 52, č. 5, s. 27-29. ISSN 1805-2355

HOLAŇOVÁ, Romana; GLASSNEROVÁ, Petra. *Klinický standard fyzioterapie stresové inkontinence moči u žen*. Brno: Národní referenční centrum. 2012. 36 s.

HORČIČKA, Lukáš. Cvičení svalů pánevního dna – možnosti konzervativní léčby inkontinence moči. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 1, s. 40-41. ISSN 1210-0404

HORČIČKA, Lukáš. Kvalita života žen s inkontinencí moči. *Moderní babičtví*. 2006, roč. 5, č. 9, s. 6-12. ISSN 1214-5572

HORČIČKA, Lukáš; CHMEL, Roman; NOVÁČKOVÁ, Marta. Konzervativní terapie ženské močové inkontinence. *Časopis lékařů českých*. 2005, roč. 144, č. 3, s. 152-154. ISSN 0008-7335

CHAN, Lewis; TSE, Vincent. *Multidisciplinary care of urinary incontinence: A handbook for health professionals*. London: Springer, 2012. 95 p. ISBN 978-1-4471-2771-0

CHMEL, Roman; NOVÁČKOVÁ, Marta; BRTNICKÝ, Tomáš a kol., Hyperaktivní měchýř u žen. *Postgraduální medicína*. 2012, roč. 14, č. 3, s. 326-330. ISSN 1212-4184

JANEČKOVÁ, Hana a kol. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů – využití kvantitativních a kvalitativních metod. *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č. 3, s. 149-155. ISSN 1214-0732

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-46

KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7

KRHUT, Jan. Inkontinence moči u geriatrických pacientů. *Česká geriatrická revue*. 2003, roč. 1, č. 3, strana 40-47, ISSN 1214 - 0732

KŮRKOVÁ, Daniela. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí v seniorském věku*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková.

LANG-REEVES, Irene. *Pánevní dno: jak využít běžný den jako trénink*. Praha: Jan Vašut, 2008. 126 s. ISBN 978-80-7236-590-6

LENOCHOVÁ, Eva. Inkontinence moči u pacientů v domácí péči. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 48-50. ISSN 1210-0404

LÖFFNEROVÁ, Ivana. Inkontinentní pacient v domácí péči. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 38-40. ISSN 1210-0404

MARTAN, Alois. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. 79 s. ISBN 80-7345-076-3

MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6

NOVYSEDLÁKOVÁ, Maria; HUDÁKOVÁ, Zuzana. Konzervativní metody léčby inkontinence. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 5, s. 53-54. ISSN 1210-0404

OBORNÝ, Tomáš; GÄRTNER, Marcel. Inkontinence není neřešitelný problém. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 10, s. 66. ISSN 1210-0404

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39. ISSN 1214-0732

PEJZNOCHOVEJ, Irene; SEDLAKOVEJ, Martine; HAJSMANOVEJ, Bohumile a kol. *Rady a tipy pre starostlivosť a ošetrovanie v domácnosti*. 2. vyd. Bratislava: HARTMANN – RICO, 2011. 66 s.

PETRÁŠOVÁ, Romana. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 5, s. 51-53. ISSN 1210-0404

- PETROVICKÝ, Pavel a kol. *Systematická, topografická a klinická anatomie VI.: Močopohlavní ústrojí*. Praha: Karolinum, 1995. 100 s. ISBN 80-7184-114-5
- PORŠOVÁ, Martina a kol., Urgentní mikce a inkontinence a možnosti jejich farmakologické léčby. *Urologie pro praxi*. Solen. 2008, roč. 9, č. 6, s. 302-306. ISSN 1213-1768
- ROSDAHL BUNKER, Caroline; KOWALSKI, Mary. *Textbook of basic nursing*. 9 edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 1741 p. ISBN 978-0-7817-6521-3
- ROZTOČIL, Aleš, BARTOŠ, Pavel. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2
- RYBÁROVA, Lubica. Posouzení kvality života žen s inkontinencí moči. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 38-40. ISSN 1210-0404
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. 296 s. ISBN 978-80-247-3373-9
- SLOVÁČEK, Ladislav; SLOVÁČKOVÁ, Brigita; JEBAVÝ, Ladislav a kol. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, roč. 73, č. 1, s. 6-9. ISSN 0372-7025
- SOCHOROVÁ, Nataša. Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 2, s. 92-95. ISSN 1213-1768
- SOCHOROVÁ, Nataša. Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 11, s. 488-490. ISSN 1214-8687
- STAŇKOVÁ, Gabriela; KOVAŘÍKOVÁ, Alena. Edukace žen při stresové inkontinenci moči. *Sestra*. 2012, roč. 19, č. 2, s. 72-73. ISSN 1210-0404
- STOMICI. O životě se stomií. *Urostomie* [online]. 2010, [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.stomici.cz/urostomie>

ŠOTTNER, Oldřich; HORČIČKA, Lukáš. Inkontinence moči u žen – možnosti léčby. *Practicus*. 2011, roč. 10, č. 10, s. 25-26. ISSN 1213-8711

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6

VLKOVÁ, Jana; BABKOVÁ, Alžběta; DROBILOVÁ, Bohumila. *Pohybová léčba pri ľahkom stupni úniku moču*. Bratislava: HARTMANN – RICO, 2012. 41 s.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0

ZÁCHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5

ZACHOVAL, Roman a kol. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 6, s. 286-296. ISSN 1213-1768

ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. Praha: Karolinum, 2004. 220 s. ISBN 80-7184-786-0

Seznam příloh

Příloha A: Zásady při posilování svalstva pánevního dna

Příloha B: Příklady cviků ke zpevnění svalstva pánevního dna

Příloha C: Způsob úhrady inkontinenčních pomůcek z veřejného zdravotního pojištění

Příloha D: Dotazník

Příloha E: Vyhodnocení šetření – přehled

Příloha A: Zásady při posilování svalstva pánevního dna

- 1) Zajistíme si klidné prostředí, které nám umožní plně se soustředit na cvičení. K dosažení lepší relaxace je možné zavřít oči a pustit si příjemnou hudbu.
- 2) Cvičíme ve vyvětrané místnosti, na vhodné podložce ve vhodném, nejlépe volném oblečení.
- 3) Alespoň hodinu před cvičením nejíme.
- 4) Před cvičením vyprázdníme močový měchýř.
- 5) Cvičíme pravidelně denně, anebo alespoň každý druhý den.
- 6) Cvičení začínáme a končíme vždy dechovou gymnastikou.
- 7) Cvičíme koordinovaně s dechem, vdechujeme nosem a vydechujeme ústy.
- 8) Každý cvik opakujeme nejprve tři až pětkrát, poté pět až desetkrát.
- 9) Cvičíme 10, 15 až 20 minut, 2 – 3 krát denně po dobu 3 měsíců, dále dle rady lékaře či fyzioterapeuta.
- 10) Cvičení nesmí vyvolávat pocit bolesti, dbáme na správné vykonávání cviků, rozhodující není jejich počet, ale kvalita vykonání, kterou je vhodné konzultovat s fyzioterapeutem.
- 11) Velmi účinné je cvičení v polohách, ve kterých je pánev výše, než hlava. Můžeme jí podložit míčem, pánev je tak zbavená zátěže.
- 12) Věnujeme pozornost pravidelnému dýchání, svaly pánevního dna posilujeme více ve fázi výdechu. Pokud máte problém sladit dýchání s cvičením, dýchejte volně a pravidelně.
- 13) Kontrolujeme svaly pánevního dna a správné podsazení pánve.
- 14) Případné problémy a nejistoty při cvičení konzultujte s fyzioterapeutem.
- 15) Při cvičení můžeme, ale nemusíme používat malý míč (overball), anebo můžeme používat velký míč, místo stoličky či pohovky.
- 16) Míče a další pomůcky ke cvičení si můžete koupit v prodejnách zdravotnických potřeb.
- 17) Při cvičení dodržujeme předepsaný individuální léčebný plán a jeho provedení.
- 18) Zásadně dodržujeme pokyny lékaře, fyzioterapeuta a zdravotní změny včas hlásíme.

Zdroj literatury: (Babičková, 2012; Vlková, Babková, Drobilová, 2012)

Příloha B: Příklady cviků ke zpevnění svalstva pánevního dna

Cvik č. 1



Základní poloha: Leh na zádech s pokrčenými dolními končetinami, s oporou o plošky nohou. S nádechem sepněte svěrač močové trubice, vtáhněte pochvu a zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem uvolněte. **Kontrola správnosti provedení cviku:** Jedna dlaň spočívá na stěně břišní, druhá na hýždí – tyto svaly se během cviku neaktivují, nezatínají se – nejedná se o svaly pánevního dna).

Cvik č. 2



Základní poloha: Leh na boku, dolní končetiny mírně pokrčené v kolenou, jedna ruka složená pod hlavou a druhá je v oporu o dlaně před prsty. S nádechem přitáhněte špičky nohou, sepněte vnitřní kotníky a kolena, zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte špičky, kotníky a kolena od sebe.

Zdroj literatury a obrázků: (Babičková, 2012)

Cvik č. 3



Základní poloha: Leh na zádech, dolní končetiny překřížené v kotnících, paže volně podél těla. S nádechem přitáhněte špičky nohou, propněte kolena a protlačte paže včetně dlaní do podložky, zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte špičky, kolena, paže.

Cvik č. 4



Základní poloha: Vzpor klečmo s oporem o předloktí, kolena a kotníky volně vedle sebe. S nádechem sepněte vnitřní kotníky a kolena, zadržte postupně na 3, 5 a 7 sekund. S výdechem rozepněte část dolních končetin od sebe do stran.

Zdroj literatury a obrázků: (Babičková, 2012)

Cvik č. 5



Základní poloha: Vzpor klečmo s oporem o dlaně, kolena asi 20 cm od sebe – „pravoúhlá kočka“. S výdechem suňte pravé koleno k levému lokti s dopnutím hlavy. S nádechem vraťte koleno zpět do oporu, cvik opakujte druhým kolenem.

Cvik č. 6



Základní poloha: Stoj v mírném předklonu, pokrčené dolní končetiny v kolenou, v ruce držíme krabici nebo velký míč. S nádechem paže předpažte do úrovně očí, současně automaticky zapněte svaly pánevního dna. Postupně zadržte na 3, 5 a 7 sekund. S výdechem se vraťte zpět do mírně předkloněného stoje.

Zdroj literatury a obrázků: (Babičková, 2012)

Cvik č. 7



Základní poloha: Vzpřímený stoj, chodidla si 5 cm od sebe, paže složené v loktech. S nádechem sepněte paty, lýtka, hýžděové svaly, břišní svaly a zároveň zatlačte lopatky dozadu a k sobě. Zadržte postupně na 3, 5 až 7 sekund. S výdechem postupně uvolněte lopatky, hýžděové svaly, lýtka a paty do rozponu, to znamená od sebe.

Zdroj literatury a obrázků: (Babičková, 2012)

Příloha C: Způsob úhrady inkontinenčních pomůcek z veřejného zdravotního pojištění

Absorpční pomůcky pro inkontinentní jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění při poskytování zdravotních služeb dle **zákona č. 369/2011 Sb., O veřejném zdravotním pojištění**. Absorpční pomůcky jsou při poskytování ambulantních služeb hrazeny Viz **Tabulka č. 66** (Babjuk, 2012).

Tabulka č. 66: Shrnutí způsobu úhrady inkontinenčních pomůcek z veřejného zdravotního pojištění

Název druhu (typu) zdravotnického prostředku	Omezení	Limitace výše úhrady
Absorpční prostředky pro inkontinentní – vložky pro lehkou inkontinenci	Maximálně 150 ks za měsíc	100 %, maximálně 450 Kč za 150 ks, A
Absorpční prostředky pro střední inkontinenci – vložné pleny	Maximálně 150 ks za měsíc	100 %, maximálně 900 Kč za 150 ks, A
Absorpční prostředky pro těžkou inkontinenci – plenkové kalhotky	Maximálně 150 ks za měsíc	100 %, maximálně 1 700 Kč za 150 ks, A
Fixace absorpčních prostředků pro vložné pleny	Maximálně 24 ks za rok	100 %, maximálně 190 Kč za 24 ks, A

Zdroj literatury a tabulky: (Babjuk, 2012).

Příloha D: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Klára Frydrychová, jsem studentkou magisterského studia oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech na Univerzitě Pardubice, Fakultě zdravotnických studií. V současné době pracuji na tvorbě závěrečné diplomové práce, která je nezbytnou součástí pro úspěšné absolvování studia. Diplomová práce se nazývá: „**Kvalita života žen s inkontinencí moči.**“ Ráda bych Vás požádala o spolupráci. Pěkně Vás prosím o zakroužkování následujících odpovědí v dotazníku, který je součástí pro vyhodnocení praktické části diplomové práce. Zakroužkujte vždy to, co konkrétně vystihuje Vás a Vaše pocity. Vždy prosím zakroužkujte, pouze jednu odpověď. Získané údaje mohou poté sloužit ke zlepšení kvality života žen s inkontinencí moči. Předem ještě upozorňuji, že dotazník je anonymní. V případě dotazů mě kdykoliv kontaktujte na emailové adrese, kterou uvádím o pár řádků níže.

Děkuji Vám za spolupráci,

Bc. Klára Frydrychová

Kontakt: klara.frydrychova@gmail.com

1. Uved'te prosím Váš věk:

- a) 40-50 let
- b) 51-60 let
- c) 61-70 let
- d) Více než 70 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučena v oboru bez maturity
- c) Vyučena v oboru s maturitou
- d) Úplné středoškolské vzdělání s maturitou
- e) Vysokoškolské vzdělání

Standardizovaný dotazník I-QoL (Dotazník kvality života žen s inkontinencí moči)

Prosím zakroužkujte u každé věty, vždy nejvýstižnější odpověď:

- 6- Velmi, silně, vždy**
- 7- Poměrně dosti, značně, často**
- 8- Občas, mírně, někdy, poněkud**
- 9- Výjimečně, málokdy, jen málo**
- 10- Ne, nikdy**

Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC	1	2	3	4	5
Obávám se kašlat nebo kýchat	1	2	3	4	5

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

Doplňující otázky mimo standardizovaný dotazník

3. Kdy nejčastěji u Vás dochází k úniku moči?

- a) Při smíchu, kašli
- b) Při chůzi, běžné námaze
- c) V klidu
- d) Při silném pocitu na močení

4. Jak vnímáte subjektivně svou kvalitu života?

- a) Kvalita mého života je na dobré úrovni, únik moči mě v ničem neomezuje, nebo jsem se s tímto problémem vyrovnala
- b) Kvalita mého života není na dobré úrovni, ale není ani špatná, některé činnosti jsem omezila, ale únik moče stále vidím jako problém
- c) Kvalita mého života je špatná, izoluji se od společnosti. Většinu mých obvyklých činností mezi lidmi jsem zamítla a nemohu se s únikem moči vyrovnat
- d) Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela

5. Uved'te prosím, od koho máte nejvíce informací o problematice močové inkontinence:

- a) Lékař specialista (urolog, gynekolog)
- b) Praktický lékař
- c) Zdravotní sestra
- d) Sdělovací prostředky (internet, rádio, televize, noviny, časopisy)
- e) Nemám žádné informace

6. Domníváte se, že jste o problematice močové inkontinence dostatečně informována?

- a) Jsem dostatečně informována
- b) Jsem zcela informována, ale ne podle svých představ
- c) Jsem informována minimálně
- d) Nejsem vůbec informována

7. Jakým způsobem si zajišťujete či kupujete speciální pomůcky pro inkontinenci?

- a) Přes odborného lékaře (urolog, gynekolog)
- b) Přes praktického lékaře
- c) Pomůcky si kupuji sama
- d) Nepoužívám žádné pomůcky, tudíž žádné nekupuji

8. Jaká je podle Vás nevýhoda pomůcek pro inkontinenci?

- a) Cenová nedostupnost
- b) Nedostatečný výběr pomůcek
- c) Nutnost časté výměny
- d) Pocit dyskomfortu
- e) Nepocit'uji žádné nedostatky
- f) Nemohu posoudit

Příloha E: Vyhodnocení šetření – přehled

Výzkumného šetření se zúčastnilo 63 respondentek. V tabulkách níže uvádím pro přehlednost obecné výsledky výzkumu. Tabulky jsem rozdělila na tři části, přičemž v jedné tabulce uvádím výsledky vyhodnoceného šetření prostřednictvím otázek vlastní tvorby, v další tabulce lze vidět absolutní četnosti respondentek, podle typu inkontinence moči, a v tabulce poslední je zobrazeno vyhodnocení standardizovaného dotazníku I-QoL.

Tabulka č. 67: Přehled absolutních četností odpovědí respondentek získaných prostřednictvím otázek z dotazníku vlastní tvorby

Název otázky	Absolutní četnost odpovědí respondentek						Celkem
	A	B	C	D	E	F	
1. Uveďte prosím Váš věk	30	22	11	X	X	X	63
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	1	26	20	14	2	X	63
3. Kdy nejčastěji u Vás dochází k úniku moči?	23	15	X	25	X	X	63
4. Jak vnímáte subjektivně svou kvalitu života?	2	57	2	2	X	X	63
5. Uveďte prosím, od koho máte nejvíce informací o problematice močové inkontinence	39	7	3	13	1	X	63
6. Domníváte se, že jste o problematice močové inkontinence dostatečně informována?	11	44	8	X	X	X	63
7. Jakým způsobem si zajišťujete či kupujete speciální pomůcky pro inkontinenci?	44	11	4	4	X	X	63
8. Jaká je podle Vás nevýhoda pomůcek pro inkontinenci?	3	3	5	7	41	4	63

Vysvětlení: Znak **X** zobrazený v tabulce znamená, že tyto možnosti nebyly v dotazníku vůbec součástí, či je respondentky vůbec neoznačily.

Tabulka č. 68: Absolutní četnost odpovědí respondentek na každou otázku z dotazníku, podle typu inkontinence moči

	Smišená	Stresová	Urgentní	Celkem
Otázky vlastní tvorby, včetně tvrzení ze standardizovaného dotazníku I-QoL	21	20	22	63

Tabulka č. 69: Přehled absolutních četností odpovědí respondentek získaných prostřednictvím tvrzení ze standardizovaného dotazníku I-Qol

Název tvrzení	Absolutní četnost odpovědí respondentek					Celkem
	1 - Velmi silně, vždy	2 - Poměrně často	3 - Občas ano	4 - Výjimečně	5 - Nikdy ne	
Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC	1	18	18	19	7	63
Obávám se kašlat nebo kýchat	2	18	17	8	18	63
Mám strach se po delším sezení postavit	1	11	28	16	7	63
V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC	3	10	30	16	4	63
Kvůli úniku moči se cítím depresivně	4	21	11	24	3	63
Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov	1	14	23	23	2	63
Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči	1	9	33	17	3	63
Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem	2	14	21	22	4	63
Na problém s únikem moči musím pořád myslet	1	17	25	16	4	63
Chodím pro jistotu na WC, i když nemusím	1	11	30	18	3	63
Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC	1	11	24	23	4	63
Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší	6	22	26	8	1	63
Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC	5	18	20	15	5	63
Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu	2	14	25	18	4	63
Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví	2	17	34	7	3	63
Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže	11	15	31	4	2	63
Únik moči mi ubírá radost ze života	3	31	13	12	4	63
Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení	2	14	14	25	8	63
Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla	3	14	22	20	4	63
Musím se kontrolovat kolik, a co mohu vypít	2	6	33	17	5	63
Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení	1	8	21	20	13	63
Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života	3	12	26	16	6	63

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Přehled četností výskytu určitého typu inkontinence moči.....	45
Tabulka č. 2: Přehled četností věkových kategorií	45
Tabulka č. 3: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k věkové kategorii	46
Tabulka č. 4: Očekávané četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k věkové kategorii	46
Tabulka č. 5: Přehled četností nejvyššího dosaženého vzdělání u žen s inkontinencí moči...48	
Tabulka č. 6: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k dosaženému vzdělání.....	49
Tabulka č. 7: Přehled četností obav žen kvůli neschopnosti dojít včas na WC	50
Tabulka č. 8: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem k obavám z neschopnosti dojít včas na WC	50
Tabulka č. 9: Přehled četností obav žen z důvodu kašle či kýchání	51
Tabulka č. 10: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem k obavám z kašle či kýchání.....	51
Tabulka č. 11: Přehled pocitů strachu z postavení se po delší době	52
Tabulka č. 12: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem ke strachu z postavení se po delší době.....	53
Tabulka č. 13: Přehled četností obav z nevědomosti, kde je v novém prostředí umístěno WC	53
Tabulka č. 14: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči vzhledem k obavám z nevědomosti, kde je v novém prostředí umístěno WC	54
Tabulka č. 15: Přehled četností výskytu deprese	55
Tabulka č. 16: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k výskytu deprese	55
Tabulka č. 17: Očekávané četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k výskytu deprese	56
Tabulka č. 18: Přehled četností nejistoty při opuštění domova na delší dobu	57
Tabulka č. 19: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám při opuštění domova na delší dobu.....	58
Tabulka č. 20: Přehled četností špatné snášenlivosti omezení zájmů a aktivit.....	58

Tabulka č. 21: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu ke špatné snášenlivosti omezení zájmů a aktivit	59
Tabulka č. 22: Přehled četností obav ženy z rozpoznání úniku moči ostatními čichem.....	60
Tabulka č. 23: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám z rozpoznání úniku moči ostatními čichem	60
Tabulka č. 24: Přehled četností myšlenek týkající se problému s únikem moči.....	61
Tabulka č. 25: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k myšlenkám na problém s jejím únikem	62
Tabulka č. 26: Přehled četností návštěv WC, bez nutnosti, pro jistotu.....	63
Tabulka č. 28: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k návštěvám WC, bez nutnosti, pro jistotu.....	63
Tabulka č. 29: Přehled četností nelibosti žen, v plánování veškerých činností podle možnosti použití WC.....	64
Tabulka č. 30: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nelibosti v plánování veškerých činností podle možnosti použití WC.....	65
Tabulka č. 31: Přehled četností obav ze zhoršení potíží s postupem věku	65
Tabulka č. 32: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám ze zhoršení potíží s postupem věku	66
Tabulka č. 33: Přehled četností nelibosti vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC	67
Tabulka č. 34: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nelibosti vůči vstávání v noci s potřebou jít na WC	67
Tabulka č. 35: Přehled četností výskytu pocitu trapnosti a studu kvůli úniku moči.....	68
Tabulka č. 36: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k výskytu pocitu trapnosti a studu kvůli úniku moči.....	69
Tabulka č. 37: Přehled četností výskytu pocitu nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči.....	69
Tabulka č. 38: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k pocitu nedokonalého zdraví v souvislosti s inkontinencí moči	70
Tabulka č. 39: Přehled četností výskytu přesvědčení žen, že léčba pomůže	71
Tabulka č. 40: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k přesvědčení, že léčba pomůže	71
Tabulka č. 41: Přehled četností výskytu ubírání radosti ze života kvůli úniku moči.....	72
Tabulka č. 42: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k ubírání radosti ze života kvůli úniku moči	72

Tabulka č. 43: Přehled četností výskytu obav ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení lidmi	73
Tabulka č. 44: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k obavám ze zpozorování mokrých skvrn na oblečení lidmi	74
Tabulka č. 45: Přehled četností výskytu úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ	75
Tabulka č. 46: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ	75
Tabulka č. 47: Očekávané četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k úzkosti, kvůli nemožnosti ovládat močení podle svých představ	76
Tabulka č. 48: Přehled četností výskytu nutnosti kontroly vypitého množství a druhu tekutin	77
Tabulka č. 49: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nutnosti kontroly vypitého množství a druhu tekutin	78
Tabulka č. 50: Přehled četností omezení ve výběru oblečení kvůli úniku moči	79
Tabulka č. 51: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k omezení ve výběru oblečení kvůli úniku moči	79
Tabulka č. 52: Přehled četností zásahu inkontinence moči do sexuálního života ženy	80
Tabulka č. 53: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k omezení sexuálního života	81
Tabulka č. 54: Přehled četností činností, při kterých nejčastěji dochází k úniku moči	82
Tabulka č. 55: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k činnostem, při kterých dochází u žen nejčastěji k úniku moči	82
Tabulka č. 56: Přehled četností subjektivního vnímání kvality života	83
Tabulka č. 57: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k subjektivnímu vnímání kvality života	84
Tabulka č. 58: Přehled četností osob a prostředků poskytujících informace o problematice močové inkontinence	85
Tabulka č. 59: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k osobám a prostředkům poskytujících informace o problematice močové inkontinence	85
Tabulka č. 60: Přehled četností informovanosti o problematice močové inkontinence	86
Tabulka č. 61: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k informovanosti o problematice inkontinence moči	87
Tabulka č. 62: Přehled četností způsobu zprostředkování pomůcek pro inkontinenci	87

Tabulka č. 63: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu ke způsobu zprostředkování si pomůcek pro inkontinenci	88
Tabulka č. 64: Přehled četností subjektivního hodnocení pomůcek pro inkontinenci.....	89
Tabulka č. 65: Pozorované četnosti výskytu inkontinence moči ve vztahu k nevýhodám pomůcek pro inkontinenci	89
Tabulka č. 66: Shrnutí způsobu úhrady inkontinenčních pomůcek z veřejného zdravotního pojištění.....	113
Tabulka č. 67: Přehled absolutních četností odpovědí respondentek získaných prostřednictvím otázek z dotazníku vlastní tvorby.....	117
Tabulka č. 68: Absolutní četnost odpovědí respondentek na každou otázku z dotazníku, podle typu inkontinence moči.....	117
Tabulka č. 69: Přehled absolutních četností odpovědí respondentek získaných prostřednictvím tvrzení ze standardizovaného dotazníku I-Qol.....	118

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Vzorec k výpočtu očekávaných četností	46
Obrázek č. 2: Vzorec chí-kvadrátu	47