

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Kateřina Sitková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen s inkontinencí moči

Kateřina Sitková

2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Sitková**
Osobní číslo: **Z19315**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Kvalita života žen s inkontinencí moče**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013. 168 s. ISBN 978-80-262-0480-0.
HERLE, Petr a kol. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Praha: Raabe, 2016. 128 s. ISBN 978-80-7496-205-9.
KOZÁKOVÁ, Radka. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 106 s. ISBN 978-80-244-4259-4.
KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř: 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Maxdorf jessenius, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.
ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

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

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Kvalita života žen s inkontinencí moči*

jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15.07.2021

Bc. Kateřina Sitková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracování diplomové práce. Děkuji za podporu mé rodině, a hlavně mému manželovi za trpělivost a podporu během celého studia.

ANOTACE

Teoreticko – průzkumná práce se zabývá problematikou močové inkontinence žen ve věku 60–75 let. V teoretické části je popsána problematika inkontinence, její diagnostiky a léčby. Dále je rozebrána i problematika sebekoncepcce, se kterou úzce souvisí sebeúcta, sebepojetí, sebehodnocení i interpersonální vztahy jedince. Přiblížena je i oblast kvality života a období periodického stáří. Kromě již zmíněných oblastí se v práci nachází i kapitola určená práci zdravotní sestry a její pomoci inkontinentním klientům.

V průzkumné části je pracováno se standardizovaným dotazníkem I-QoL (Urinary Incontinence Quality-of-life questionnaire) a doplňujícími otázkami vlastní tvorby. Průzkumná část pracuje s 84 respondentkami ve věku 60–75 let, které mají močovou inkontinenci. Stresovou inkontinencí trpělo 40 žen a smíšenou inkontinencí 44 žen. Výsledky průzkumné části práce poukázaly na rozdíly mezi jednotlivými typy inkontinence, kdy ženy se smíšenou inkontinencí vykazovaly horší kvalitu života, než ženy s inkontinencí stresovou.

KLÍČOVÁ SLOVA

Inkontinence, léčba, vyšetřovací metody, kvalita života, stáří, dotazník I-QoL

TITLE

Quality of life of women with urinary incontinence.

ANNOTATION

Theoretical – exploratory work deals with the issue of urinary incontinence women aged 60-75 years. The theoretical part describes the issues of incontinence, its diagnosis and treatment. The problem also discusses the issue of self-concept, which is closely related to self-esteem, self-concept and interpersonal relationships of the individual. The area of quality of life and the period of periodic old age is also approached. In addition to the areas already mentioned, the work also includes a chapter about the work of a nurse and how she can specifically help incontinent clients.

The analytical part works with a standardized I-QoL questionnaire (Urinary Incontinence Quality-of-life questionnaire) and additional questions of one's own work. The analytical part works with 84 respondents aged 60–75 years who have urinary incontinence. 40 women suffered from stress incontinence and 44 women from mixed incontinence. The results of the analytical part of the work pointed to the differences between individual types of incontinence, where women with mixed incontinence showed a worse quality of life than women with stress incontinence.

KEYWORDS

Incontinence, treatment, examination methods, quality of life, old age, I-QoL questionnaire

Obsah

Úvod	14
1 Cíle práce.....	16
I. Teoretická část.....	17
2 Inkontinence moči	17
2.1 Klasifikace močové inkontinence	17
2.1.1 Stresová inkontinence.....	17
2.1.2 Urgentní inkontinence	18
2.1.3 Smíšená inkontinence	19
2.1.4 Hyperaktivní močový měchýř	19
2.1.5 Inkontinence z přetečení	20
2.1.6 Ostatní formy inkontinence	20
2.2 Rizikové faktory inkontinence	21
2.3 Prevence inkontinence	21
2.4 Diagnostika	22
2.4.1 Anamnéza	23
2.4.2 Gynekologické vyšetření	23
2.4.3 Vyšetření moče	24
2.4.4 Mikční karty	24
2.4.5 Funkční testy	24
2.4.6 Urodynamická vyšetření.....	25
2.4.7 Zobrazovací metody	26
2.4.8 Cystoskopie	27
2.5 Léčba inkontinence	27
2.5.1 Gymnastika pánevního dna	27
2.5.2 Urgentní inkontinence a OAB	28
2.5.3 Stresová inkontinence.....	29
2.6 Inkontinenční pomůcky	30
2.7 Péče o kůži	30

2.8	Role sestry.....	31
3	Kvalita života	32
4	Sebekoncepce	33
4.1	Interpersonální vztahy.....	34
4.2	Sebepojetí klienta.....	35
5	Stáří	36
5.1	Změny ve stáří	36
II.	Průzkumná část	38
6	Průzkumné otázky	38
7	Metodika průzkumu	39
7.1	Interpretace výsledků	41
8	Diskuze.....	62
9	Závěr.....	67
10	Doporučení pro praxi	69
11	Seznam použité literatury	70
12	Přílohy	75

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 1 Věk respondentek.....	55
Tabulka 1 Obava z časného nevyhledání WC	41
Tabulka 2 Obava z kašle.....	42
Tabulka 3 Strach z postavení.....	42
Tabulka 4 Myšlenka o nevědomí prostorového uspořádání WC	43
Tabulka 5 Deprese z úniku moči	44
Tabulka 6 Obava opustit domov.....	44
Tabulka 7 Snášení omezení zájmů a aktivit	45
Tabulka 8 Obava z rozpoznání moči čichem.....	45
Tabulka 9 Přemýšlení nad inkontinencí	46
Tabulka 10 Návštěva WC pro posílení jistoty.....	47
Tabulka 11 Plánování činnosti s ohledem na dostupnost WC	47
Tabulka 12 Obava o zhoršení stavu věkem	48
Tabulka 13 Noční vstávání na WC.....	49
Tabulka 14 Pocity trapnosti a studu kvůli inkontinenci	49
Tabulka 15 Pocit nedokonalého zdraví kvůli inkontinenci	50
Tabulka 16 Přesvědčení o zlepšení stavu po léčbě.....	51
Tabulka 17 Úbytek radosti ze života	51
Tabulka 18 Obava ze skvrn na oblečení.....	52
Tabulka 19 Úzkost z inkontinence	53
Tabulka 20 Kontrola příjmu tekutin	53
Tabulka 21 Omezení výběru oblečení kvůli inkontinenci.....	54
Tabulka 22 Ovlivnění sexuálního života inkontinencí	55
Tabulka 24 Pracovní aktivita.....	56
Tabulka 25 Aktivní prožití volného času	56
Tabulka 26 Trvání inkontinence.....	57
Tabulka 27 Trvání inkontinence v delším časovém horizontu.....	57
Tabulka 28 Typ inkontinence	58
Tabulka 29 Vyhledání odborné pomoci	58
Tabulka 30 Vyhledání odborné pomoci v delším časovém horizontu	59
Tabulka 31 Druh léčby inkontinence	59

Tabulka 32 Svěření se s potížemi	60
Tabulka 33 Vnímaní kvality života z pohledu inkontinence.....	61

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Apod. a podobně

Atd. a tak dále

Č. číslo

Např. například

Tj. to je

Tzv. tak zvaně

Kol. kolektiv

I-QoL Urinary Incontinence Quality-of-life questionnaire

Úvod

Diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života žen s inkontinencí moči, a to u skupiny jedinců v období raného stáří (60–75 let). Stárnutí bývá v ohledu psychiky náročnější pro ženy než pro muže. Mohou se u nich objevit pocity ztráty a zbytečnosti. Dále se může projevit i obsesivní zabývání se mladistvým vzhledem, čemuž inkontinence moči nepříspěvá (Thorová, 2015). Pojem kvalita života zahrnuje hodnocení vlivu všech oblastí života na všeobecnou pohodu a spokojenost jedince, a ne pouze oblastí, které se vztahují ke zdraví (Hudáková a Majerníková, 2013).

Inkontinence moči je jedna z nejčastějších zdravotních obtíží. Inkontinencí trpí stamiliony lidí po celém světě. Příznaky úniku moče udává jedna žena ze čtyř, přičemž u žen starších 60 let je výskyt inkontinence moče 17–46 %. U mladší generace žen se vyskytuje spíše stresová forma inkontinence, s věkem následně přibývá podíl hyperaktivního měchýře a smíšené formy inkontinence. Ženy, které již prošly menopauzou, mají vyšší riziko vzniku obtíží a zhoršení již vzniklých obtíží (Roztočil a kol., 2011). V literatuře lze naléznout, že výskyt inkontinence moči u žen, které žijí v pečovatelských domovech se může vyskytovat až u 38–83 % jedinců. V případě urgentní inkontinence, která má u seniorů početné zastoupení, se uvádí výskyt ve 30–40 % starších žen a u mladší generace žen je to 10–15 % (Pilka, 2017). Stresová inkontinence má 20 % zastoupení u žen ve věku kolem 45 let (Rokyta, 2015). Dle autorky Slezákové (2011) trpí občasnou inkontinencí dokonce 50 % všech žen, ale pouze 10–20 % z nich vyhledá lékaře, přičemž pouze u poloviny z nich je nutné inkontinenci řešit operací (Slezáková a kol., 2011).

S inkontinencí moči velmi úzce souvisí kvalita života, pro mnoho lidí je inkontinence zneklidňující i nepříjemná. V některých případech může dokonce vyvolat i osobní krizi, přičemž je důležité poskytnout jedinci správné informace a zdroje, aby ji mohl překonat. Avšak inkontinence se dá v mnoha případech zcela vyléčit nebo alespoň zmírnit její příznaky a jedinec se může vrátit ke stejnému životnímu stylu jako před onemocněním (Genadry a Mostwin, 2013). Jedinci trpící inkontinencí moči často popírají své onemocnění, dokonce se mohou v důsledku onemocnění i izolovat. Tyto věci často vedou k fyzickému i psychosociálnímu omezení života a vyplývají z nich důsledky jako je výskyt deprese, úzkosti, zhoršení sexuálního života, ztráta sebevědomí, sociální izolace nebo snížení tělesné aktivity. Tyto negativní projevy močové inkontinence jsou spojeny se zhoršenou kvalitou života (Pizzol a kol., 2021).

Inkontinence moči je úzce spojená se sebekoncepcí jedince. Každý jedinec si v průběhu svého života vytváří o sobě určitou představu, která vychází ze sebehodnocení, hrdosti, sebepoznání a sebeocení. Vysoká sebeúcta a kladná sebekoncepce jsou výsledkem biopsychosociálního vývoje jedince a také jsou důležité v náročných životních situacích, kterou může být např. i nemoc. Neschopnost jedince kladně vnímat sám sebe je velkou překážkou v situacích, kdy jedinec onemocní méně či více závažnou chorobou. Z narušené sebekoncepce plynou pocity bezmocnosti a bezcennosti (Gulášová a Breza, 2013). Dlouhodobá nemoc zásadním způsobem narušuje životní cestu jedince, ovlivňuje jeho možnosti a kvalitu života, či délku trvání života. Narušení života se týká běžné denní rutiny, zvládnutí rodinných a pracovních povinností, forem seberealizace v různých rolích a rozmanitých aktivitách. S narušením života souvisí i proces adaptace a někdy je nutné dočasně nebo trvale přehodnotit dosavadní způsob života, životní cíle a možnosti (Skorunka, 2015).

Toto téma bylo zvoleno z důvodu toho, že se jedná o problematiku, která je v populaci stále tabuizována, i když tímto problémem trpí stamiliony lidí po celém světě. Věkové rozpětí bylo zvoleno s ohledem na početné zastoupení seniorů na odděleních interního typu, kde průzkumné šetření probíhalo. Toto téma úzce souvisí i s povoláním zdravotní sestry, pro kterou by byla tato práce jistě přínosem.

1 Cíle práce

Hlavní cíl:

- zjistit rozdíly v úrovni kvality života mezi skupinami žen trpícími smíšenou inkontinencí a skupinami žen trpící stresovou inkontinencí ve věku 60–75 let
- zjistit, zda inkontinence moči ovlivňuje ženu v oblastech psychické a sociální úrovně

Dílčí cíle:

- zjistit, zda inkontinence moči ovlivňuje sebekoncepci ženy
- zjistit, zda inkontinence moči ovlivňuje interpersonální vztahy
- zjistit, zda ženy trpící inkontinencí moči žijí aktivním životem
- zjistit, zda ženy s močovou inkontinencí absolvují léčbu inkontinence

I. Teoretická část

2 Inkontinence moči

„Mezinárodní společnost pro inkontinenci (ICS – The International Continence Society) definuje inkontinenci moči jako jakýkoliv nechtěný, vůlí neovladatelný a objektivně prokazatelný únik moči, který představuje sociální a hygienický problém“ (Drábková, 2015, s. 127).

Z dlouhodobého hlediska je inkontinence moče u seniorů chápána jako jeden z nejčastějších a nejvýznamnějších zdravotních problémů. Je jednou z hlavních ošetrovatelských záležitostí, a také se jedná o ukazatel klientovi ošetrovatelské náročnosti a indikátor dlouhodobé dekompenzace křehkého seniora (Drábková, 2015).

Mechanismus kontinence neboli udržení moči je zajištěn tím, že během plnění močového měchýře je tlak v močovém měchýři nižší než uretrální tlak. Schopnost močového měchýře pojmout tekutinu je navíc usnadněna zvýšenou aktivitou sympatiku, který relaxuje svalovinu detruzoru a dostává do kontrakce vnitřní svěrač. Kromě vnitřního svěrače je zapojen i svěrač zevní, který podporuje schopnost močového měchýře pojmout tekutinu (Rokyta a kol., 2015). V případě močové inkontinence je důležité si uvědomit, že určité uvolnění svěrače močového měchýře odpovídá i běžnému a s věkem přibývajícimu poškození (Hehlmann, 2010).

2.1 Klasifikace močové inkontinence

2.1.1 Stresová inkontinence

Tento druh inkontinence nesouvisí s psychickým stresem. V případě stresové inkontinence se jedná o nechtěný únik moči močovou trubicí na základě zvýšení nitrobřišního tlaku. Stresová inkontinence představuje jednu z nejčastějších funkčních poruch postihující ženy (Roztočil a kol., 2011). Tento typ inkontinence může vzniknout během porodu či krátce po něm, nebo také po prodělání menopauzy. Nejdříve se objevuje pouze při namáhavých pohybech, v další fázi při smíchu, kašlání nebo kýčání. V poslední fázi nastává samovolný únik moče dokonce i tehdy, když žena s plným močovým měchýřem vstává ze židle nebo naopak když se ohne, aby si např. zavázala tkaničku, když zvedá břemeno či se pouze obrací vleže na posteli (Genadry a Mostwin, 2013).

Jsou popsány dva základní typy stresové inkontinence. V případě prvního typu se jedná o abnormální polohu a postavení uretry v klidu, a zvláště pak při zátěži. Druhý typ se vyznačuje poruchou funkce nervosvalové jednotky musculus sphincter urethrae internus. Tato porucha funkce způsobí trvalé otevření vnitřního uretrálního ústí. Při rozlišení jednotlivých typů se používá urodynamické vyšetření a ultrasonografie, při které se posuzují dolní močové cesty (Roztočil a kol., 2011).

Mezi rizikové faktory stresové inkontinence se řadí porody (porod velkého plodu, protahovaný porod a operační vaginální porod), nevhodná práce ženy (trvale v sedě, v předklonu), nedostatek pohybu, nebo naopak nadměrná fyzická námaha způsobující jednostranné přetížení, chronický kašel (kuřáci, astmatici), užívání některých léků (např. antihypertonika) či obezita. Obezita je významný faktor, který přispívá k poklesu pánevních orgánů a zeslabení svalů pánevního dna. Důležitá je proto redukce váhy, která dokáže mnohdy odstranit příznaky stresové inkontinence. U 80 % klientek se stresovou inkontinencí přesahuje BMI 26 (Slezáková a kol., 2011).

2.1.2 Urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence je řazena do skupiny obtíží s udržením moči, kde je příčinou porucha řízení funkce měchýře. Močový měchýř nepodléhá činnosti regulačních center a objevuje se autonomní aktivita. Na rozdíl od stresové inkontinence nejsou lékaři často schopni určit příčinu obtíží (Roztočil a kol., 2011). Urgentní inkontinence je součástí hyperaktivního měchýře, spolu s frekvencemi (časté močení), urgencemi (silný pocit na močení) a s výskytem nebo bez výskytu nykturie, což je noční močení (Ryšánková, 2018).

Urgentní inkontinence spočívá v silné a často nečekané potřebě močit. Jedná se o nepotlačitelnou potřebu začít okamžitě močit. Součástí tohoto typu inkontinence je ve většině případů také náhlá ztráta kontroly nad močením. S urgentní inkontinencí se ženy nejčastěji setkávají během dne, ale některé ženy se kvůli silnému nutkání močit budí i v noci. V některých případech se stává, že žena nepocítí signály, které tělo vysílá v případě potřeby se vymočit, a není tedy varována, že se dostaví potřeba močit. Místo toho nervová soustava vydává signál, který způsobí stažení svalstva močového měchýře. Tato reakce je někdy silnější než kontrakce svěrače močové trubice, nebo vyvolá normální uvolnění svěrače, doprovázené odchodem moči z měchýře (Genadry a Mostwin, 2013).

Příčiny urgentní inkontinence je někdy těžké přesně určit. Urgentní inkontinence se často objevuje, pokud žena trpí zánětem močového měchýře, zánětem močové soustavy nebo močovými kameny. Dále se objevuje v souvislosti s rakovinou močového měchýře. Tento typ inkontinence se vyskytuje u žen trpících nemocemi nebo zraněními, které ovlivňují nervovou soustavu (Parkinsonova choroba atd.), mozek (cévní mozková příhoda atd.) nebo páteř (roztroušená skleróza atd.) (Genadry a Mostwin, 2013).

2.1.3 Smíšená inkontinence

U smíšené inkontinence trpí klientka jak stresovou inkontinencí, tak i urgentní inkontinencí. Objevuje se často po ozáření pánevních orgánů či po některých gynekologických operacích apod. (Louda, 2014). Smíšená inkontinence se vyskytuje většinou u žen staršího věku. Jelikož žena trpí známkami jak stresové, tak i urgentní inkontinence, tak i diagnostika a léčba odpovídá diagnostice a léčbě stresové a urgentní inkontinenci (Pilka a kol., 2017).

2.1.4 Hyperaktivní močový měchýř

Hyperaktivní močový měchýř (OAB) je poměrně časté onemocnění (postihuje více než 10% světové populace), které může mít negativní dopad na kvalitu života. „*Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS) definuje OAB jako urgenci s nebo bez urgentní inkontinence, obvykle se zvýšenou denní frekvencí a nykturií*“ (Holub a kol., 2018, s. 107). Tato definice platí pouze za předpokladu, že není u jedince zjištěna infekce nebo jiná patrná patologie (Holub a kol., 2018).

Na problematiku hyperaktivního močového měchýře by se mělo pohlížet v širších souvislostech jako na součást komplexů symptomů dolních močových cest. Symptomy dolních močových cest lze rozdělit na skupiny symptomů jímacích, mikčních a postmikčních. Mezi symptomy mikční se řadí nutnost tlačení při močení, retardace startu močení, přerušovaný proud moči, slabý proud moči a přerušované močení v konečné fázi mikce. Mezi postmikční symptomy lze zařadit pocit neúplného vyprázdnění a únik moči po ukončení mikce. Symptomy jímací se označují v současné době jako příznaky hyperaktivního měchýře, což jsou urgencye, frekvence, nykturie, urgentní inkontinence či jiná inkontinence (Krhut, 2011).

Literatura uvádí dva typy hyperaktivního měchýře – primární a sekundární. Sekundární typ nejčastěji vzniká na podkladě nádorových onemocnění dolních močových cest, přítomnosti cizího tělesa v dolních močových cestách, infekcí, na podkladě pooperačních či postradiačních změn, na podkladě zjevné poruchy neurálního řízení dolních močových cest atd.

Vznik primárního typu se vysvětluje buď neodpovídající aktivací mikčního reflexu (neurogenní teorie) nebo pomocí myogenní teorie (výsledkem patologická reakce samotných svalových buněk). Mezi rizikové faktory pro vznik hyperaktivního měchýře se řadí obezita a věk. Možnými rizikovými faktory jsou také deprese, stresová inkontinence, špatné dietní návyky, alkohol nebo kofein (Krhut, 2011).

2.1.5 Inkontinence z přetečení

Tento typ inkontinence vzniká, když je přeplněný močový měchýř a poté moč unikne. Ačkoli nejčastěji postihuje muže s benigní hyperplazií prostaty, zúženou močovou trubicí, nebo v pozdních fázích karcinomu prostaty, který utlačuje uretru, nacházíme ji i u žen (Ryšánková, 2018). K inkontinenci dochází, když se močový měchýř dokonale nevyprázdí. Příčinou může být narušený urinační reflex nebo ochablé svaly močového měchýře. Následně při postupném naplňování močí je rychle vyčerpána celá kapacita močového měchýře a přebytečná moč odtéká. Jestliže se močový měchýř zcela naplní, existuje také jisté nebezpečí, že moč bude vytlačena močovody zpátky do ledvin, ačkoli u dospělých žen je to vzácné. Inkontinenci může přivodit např. zranění v oblasti pánve, vrozené anomálie dolní části páteře nebo ochablá močová trubice s nedostatečnými podněty z oblasti močového měchýře (Genadry a Mostwin, 2013).

2.1.6 Ostatní formy inkontinence

Reflexní inkontinence – jedná se o únik moči, který je způsobený abnormální reflexní aktivitou. Chybí pocit nucení na močení, je postižený mikční reflex a vyprazdňování moči se stává nekontrolovatelným (Slezáková a kol., 2011).

Extrauretrální inkontinence – jedná se o únik moči jinými cestami než uretrou. Vyskytují se dva typy této inkontinence. Prvním typem je vrozená extrauretrální inkontinence, která je způsobena např. rozštěpem močového měchýře nebo neobvyklým vyústěním močovodu. Druhým typem je extrauretrální inkontinence získaná, která může být způsobena pooperační nebo poúrazovou píštělí (Slezáková a kol., 2011).

Inkontinence způsobená infekcemi močového měchýře – jedná se o jakékoli podráždění močového měchýře (např. způsobené infekcí, močovými kameny nebo onkologickým onemocněním). Objevují se při ní příznaky časté a naléhavé potřeby močit, přičemž podrážděný močový měchýř občas způsobí silné stahy hladkého svalstva, které překonají obvyklé mechanismy zadržování moči. Objevuje se tedy inkontinence, která je převážně urgentního typu (Genadry a Mostwin, 2013).

Bezpcitová inkontinence – tento typ inkontinence spočívá v úniku moči bez zjištění důvodu a beztoho aniž by o tom jedinec primárně věděl. Důležité je důkladné urologické vyšetření a léčba je složitá (Ryšánková, 2018).

Koitální inkontinence – jedná se o únik moče při sexuální aktivitě. Významně se na ní podílí pánevní svalstvo a uvolnění jedince při sexuální aktivitě. Řešením je důkladné vyprázdnění močového měchýře před danou aktivitou (Ryšánková, 2018).

2.2 Rizikové faktory inkontinence

V případě rizikových faktorů močové inkontinence nelze určit jedinou a zásadní příčinu, která způsobuje poruchy udržení moče. Jelikož se u inkontinence nevyskytuje pouze jeden rizikový faktor, jedná se o tzv. multifaktoriální příčinu. Velmi důležitý rizikový faktor je pohlaví. Literatura uvádí, že ženy mají podstatně vyšší pravděpodobnost projevení inkontinence v průběhu života. Muži mají tedy třikrát nižší pravděpodobnost vzniku obtíží než ženy, ačkoli se rozdíl v pozdním věku snižuje vlivem operačních zákroků prostaty u mužů (Roztočil a kol., 2011).

Rizikové faktory lze dělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné lze zařadit nadměrnou fyzickou aktivitu, nadváhu, obezitu, těžkou fyzickou práci, dehydrataci, zácpu, špatnou životosprávu, kouření a složení požívaných tekutin (nápoje sycené oxidem uhličitým, kofein). Mezi neovlivnitelné faktory se řadí věk (nad 80 let), genetická predispozice, onemocnění dolních močových cest, poruchy hybnosti, polymorbidita, metabolické poruchy a vliv některých lékových skupin (Drábková, 2015).

V další literatuře autor uvádí rozdělení rizikových faktorů žen na gynekologicko– porodnické (porod, gravidita, operace malé pánve), predispozice (rodinné predispozice, rasa, anatomické a neurologické odchylky). Poslední skupinu tvoří faktory enviromentální, mezi které patří věk, nemoci, obezita, infekce, léky a nitrobřišní tlak (Pokorná a Krajčíková, 2017).

2.3 Prevence inkontinence

Prevence inkontinence začíná již v ordinaci praktického lékaře, který by měl v první řadě informovat klienta o daném onemocnění. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, který by se měl pohybovat v rozmezí 1500–2500 ml tekutin denně, dle tělesné konstituce. Pokud klient nepřijme dostatečné množství tekutin, může to vést až k rozvoji dráždivého močového měchýře a k urgentní inkontinenci. Dále je vhodné informovat klienta o prospěšné fyzické aktivitě

(posilování pánevního dna). Neméně důležitá je prevence nachlazení, jelikož infekce močových cest zhoršuje inkontinenci. Problémem jsou opakované infekce, které mohou vést opět k rozvoji dráždivého měchýře a urgentní inkontinenci. Lékař může klienta také poučit o vhodném oblečení. Klient trpící inkontinencí má často v chladném období na sobě mnoho vrstev oblečení, které v případě nutkání na močení nestihne dát včas dolu, proto je vhodné mít méně vrstev ale s větší hřejivostí materiálu (Ryšánková, 2018).

Sekundární prevence se zaměřuje na klienty, kteří již daným onemocněním trpí. Cílem je odhalení onemocnění a zamezení jeho dalšího rozvoje omezením rizikových faktorů. V rámci sekundární prevence se provádí nácvik močení a trénink močového měchýře. Dále se omezují rizikové faktory, provádí se úprava prostředí klienta (obytné prostředí) a farmakoterapie. Následuje terciální a kvartérní prevence, která se orientuje spíše na psychologický přístup ke klientovi a jeho rodině. Souhrn opatření, které se zde využívají, mají zabránit komplikacím již jasně diagnostikovaného onemocnění a jeho následnému progresu. V případě močové inkontinence se jedná o edukační a rehabilitační činnost nebo dohled nad dodržováním léčebných režimů. U seniorů, kteří již nemohou být vyléčeni se podporuje snížení utrpení, bolesti a zabraňuje se komplikacím spojených s nemocí (Drábková, 2015).

2.4 Diagnostika

Diagnostické vyšetření se používají v první řadě k objektivizaci a zařazení typu inkontinence. Podle výsledků podrobného diagnostického vyšetření lékař stanoví doporučený postup, který se aplikuje v případě chirurgické či konzervativní léčby. Příznaky inkontinence moči u žen jsou velmi časté, proto je nereálné podrobit všechny ženy rozsáhlému a komplexnímu urogynekologickému vyšetření. Provádí se tedy minimální diagnostický program, který zahrnuje anamnézu, gynekologické vyšetření, jednoduché funkční testy, kontrolu postmikčního rezidua, vyšetření moči a vyhodnocení mikčního deníku. Tento program není vázaný na speciální a nákladné vyšetření. Pomocí tohoto programu jsou lékaři schopni ve většině případů diagnostikovat ženy se stresovou inkontinencí, u kterých lze zahájit konzervativní způsob léčby, avšak u žen s protichůdnými nálezy v rámci základní diagnostiky, znovuobjevením inkontinence, neúspěšnou konzervativní léčbou nebo u žen před plánovaným chirurgickým výkonem, je nutné provést specializovaný diagnostický program (Roztočil a kol., 2011).

2.4.1 Anamnéza

Anamnéza klienta by měla mít určitou strukturu. Začíná se anamnézou rodinnou následuje osobní, gynekologická, urologická a pracovní (Slezáková a kol., 2011). V rámci anamnézy se lékař dotazuje na charakter potíží (např. jestli moč uniká jen při provokačních manévrech typu kašel nebo poskočení; zda může jedinec močení oddálit nebo musí vykonat potřebu hned). Dále se zajímá o délku trvání obtíží a množství uniklé moče (kapky nebo větší objemy), informacích o operacích v oblasti malé pánve (císařské řezy, gynekologické operace). Další důležitou složkou jsou informace o stavu pohybového ústrojí, a to z toho důvodu, že většina klientů s bolestmi zad či změnami na páteři, zejména v bederní oblasti, má potíže s močením. Neméně důležité informace se týkají neurologického onemocnění, jelikož mají vliv na uropoetický systém (např. stav po iktu, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, neuroinfekce či neurodegenerativní onemocnění). Důležitým dotazem spojeným s inkontinencí jsou metabolická onemocnění zejména poté diabetes mellitus (správná hladina cukru je důležitá pro normální fungování močového měchýře a močové trubice). Nezbytný dotaz se týká medikace, která může ovlivnit samotné močení. U žen se řeší počet porodů, jejich průběh a porodní hmotnost dítěte. V neposlední řadě se lékař dotazuje na alergii, která se projevuje kašlem, a který může zhoršovat příznaky především stresové inkontinence (Ryšánková, 2018).

2.4.2 Gynekologické vyšetření

Gynekologické vyšetření by mělo navazovat na podrobnou anamnézu. Před gynekologickým vyšetřením by měl lékař pozorovat klientku, jak stojí a jak se pohybuje, a pátrat po případných neurologických odchylkách. Při vyšetření se nejdříve provádí inspekce neboli pohled a následuje palpace, tedy pohmat (Roztočil a kol., 2011).

V rámci inspekce lékař sleduje výskyt strií na břišní stěně, vrozených vývojových vad, jizev po epiziotomiích a stav hráze. V gynekologických zrcadlech lékař vyšetřuje pokles poševních stěn a dělohy, stav poševní sliznice a všímá si přítomnosti píštělí (Slezáková a kol., 2011). Úlohou palpačního vyšetření je posoudit stav závěsného a podpůrného systému. U klientek, které podstoupily nějaký typ urogynekologické či gynekologické operace, lékař pátrá po případných jizevnatých změnách. Pokud klientka podstoupila v minulosti poševní plastiku, lze vyhmatat jizevnaté pruhy. Tyto jizvy mohou mít za následek odchylku či abnormální upevnění průběhu uretry. Tyto nálezy mohou ovlivnit léčebný postup klientky s recidivou inkontinence. Dále se vyšetřuje pohmatem sklon stydké spony či možná rezistence tekutiny.

V rámci vyšetření lékař vybízí klientku k provedení stahu pánevního dna, přičemž pouze 60 % inkontinentních žen je schopno tento úkon provést (Roztočil a kol., 2011).

2.4.3 Vyšetření moče

Jakmile se lékař seznámí se zdravotní stavem a s výsledkem tělesného vyšetření klientky, navrhne vyšetření či další testy, které pomohou upřesnit diagnózu a navrhnout nejvhodnější léčbu. Cílem jednotlivých vyšetření je zjistit, jakou roli v inkontinenci hrají funkce močového měchýře, opora vagíny a pevnost močové trubice (Genadry a Mostwin, 2013).

U inkontinentních klientek je důležitá analýza moči při zjišťování případných infekcí či krvácení. Dále slouží také jako jednoduché vyšetření na záchyt ostatních onemocnění. Moč lze odebírat i sterilně. V tomto případě se do močového měchýře sterilně zavede cévka, která moč odvede ven a zachytí se do zkumavky. V případě druhé možnosti se klientka požádá o vzorek moči, na který dostane malou nádobu. Důležité je klientku poučit o nutnosti důkladné hygieny před močením a o nutnosti zachytit střední proud moče. Po odevzdání vzorku moči, může lékař vyšetřit vzorek ve své ordinaci nebo ho odeslat do klinické laboratoře. Pomocí výsledků vyšetření, lékař předepíše klientce vhodný typ antibiotik pro léčbu infekcí močové soustavy (Genadry a Mostwin, 2013).

2.4.4 Mikční karty

Mikční karty patří mezi základní diagnostické nástroje klientů s postižením dolních močových cest. „*Pacient si zapisuje čas a množství přijímaných tekutin, čas a množství vymočené moči, zaznamenává urgence i epizody inkontinence*“ (Krhut, 2011, s. 61). Pomocí mikční karty lze rychle získat přehled o četnosti močení, počet nucení na močení nebo vyloučit chyby v příjmu tekutin atd. Při vyhodnocení mikční karty je důležitá funkční kapacita močového měchýře neboli průměrná velikost mikční porce. Mikční karta slouží k posouzení efektivity léčby inkontinence. Může odhalit míru spolupráce klienta na diagnostice a léčbě. V praxi se používá 2–3denní mikční karta, ale v případě nejasných a atypických případů či klinických studií se doporučuje 7denní karta (Krhut, 2011).

2.4.5 Funkční testy

Levátorový test – slouží k funkčnímu posouzení dna pánve. Lékař zavede zadní lžící zrcadla a žena provede volní kontrakci pánevního dna. Pokud je svalstvo v dobré kondici je zrcadlo se zatížením 500 g bez obtíží vyzvednuto. Následně pomocí palpačního vyšetření lékař zkoumá

příslušné části levátoru. Při vyšetření je možné odhalit přítomné hrubé anatomické odchylky pánevního dna (Roztočil a kol., 2011).

Q– Tip test – jedná se o zkoušku, která hodnotí mobilitu uretry. Lékař zavede vatový tampon na špejli přímo do uretry a následně vyzve pacientku, aby zatlačila. Hodnotí při tom změnu úhlu. V případě změny úhlu větší než 30 stupňů se jedná o hypermobilitu uretry, která se vyskytuje ve většině případů stresové inkontinence (Pilka a kol., 2017).

Marshall–Bonney test – při tomto testu se provádí přímé pozorování úniku moči při stresu (kašlání). Při vyšetření musí být plný močový měchýř a klientka při něm leží v gynekologické poloze nebo stojí. Následně se naplní močový měchýř 200 ml tekutiny, klientka se vyzve, aby zakašlala. V případě pozitivního výsledku při zakašlání klientce moč odtéká a lze tedy diagnostikovat stresovou inkontinenci (Hudáková a Novysedláková, 2013).

Zkrácený PAD test – jedná se o vložkový test, při kterém odpadá fáze příjmu tekutin a vlastní mikce. Klientka s náplní močového měchýře o objemu asi 250 ml se 30 minut prochází, přičemž nevynechává ani schody. V průběhu této půl hodiny nesmí dojít k úniku moči, jinak je nutné test opakovat. Poté se klientka požádá o provedení následujících úkonů: desetkrát se zvednout ze sedu a zakašlat, běh na místě podobu jedné minuty, pětkrát zvednout předmět ze země, mytí rukou pod tekoucí vodou po dobu jedné minuty. Po dokončení těchto úkonů zvážíme vložku a změříme objem vymočené náplně měchýře. Stupeň inkontinence se stanovuje podle váhového přírůstku vložky (Roztočil a kol., 2011).

2.4.6 Urodynamická vyšetření

Jedná se o funkční vyšetření dolního močového traktu, které slouží ke stanovení typů inkontinence. Vyšetření se provádí pomocí přístroje se zabudovaným počítačem, který využívá obvykle ultrasonografických metod. Například se vyšetřuje únik moči při kašli, rychlost proudu moči, postmikční reziduum, objem a tlak v močovém měchýři a lakové poměry v močové trubici (Slezáková a kol., 2011).

Stanovení postmikčního rezidua – postmikční reziduum je charakterizováno jako zůstatek moči v močovém měchýři po ukončení mikce, který by neměl být větší než 50– 100 ml. K měření se obvykle používá vaginální nebo abdominální přístup. Toto měření se provádí bezprostředně po vymočení, přičemž průměrná produkce moči je 1–14 ml/min, proto opožděné měření výsledky zkresluje. Moderní sonografické přístroje umožňují transabdominální přístup, výhodou je tedy neinvazivní vyšetření (Pilka a kol., 2017).

Uroflowmetrie – jedná se o neinvazivní vyšetřovací metodu. Měří se velikost průtoku moči uretrou v průběhu samotného močení, avšak musí se dodržet určité předpoklady. Močový měchýř by měl mít před vyšetřením fyziologickou náplň (150–400 ml). Dále je nutné, aby měření proběhlo až tehdy, kdy klientka pocítuje nucení na močení sama od sebe, nikoli když je k tomu vyzvána lékařem. Pomocí uroflowmetrie se diagnostikuje subvezikální obstrukce, která bývá u žen často podceňována (Krhut, 2011).

Plnicí cystometrie – jedná se o techniku, která hodnotí plnicí fázi močového měchýře. Lékař pomocí cystometrie dokáže diagnostikovat nestabilitu močového měchýře, urgentní příznaky a sníženou kapacitu močového měchýře. Rozlišuje se jednobáňová a vícebáňová cystometrie. Výhodnější je vícebáňová metoda, která umožňuje pomocí katétru umístěného v močovém měchýři, v rektu nebo pochvě, měřit intravezikální a intraabdominální tlak. Hodnotí se první nucení na močení, které klientka pocítuje (tekutina v močovém měchýři mezi 50– 150 ml). Následuje druhé nucení na močení, které je popsáno jako pocit plného močového měchýře, při kterém by se šla pacientka za normálních podmínek vymočít (náplň 200 – 400 ml). Při poslední fázi již klientka popisuje bolesti a není možné tedy pokračovat v plnění (rozmezí 400– 600 ml). Jakákoliv kontrakce během plnění je považována za nenormální. Při vyšetření je možné používat i provokační manévry jako je zvuk a pohled na tekoucí vodu nebo vyzvání klientky, aby zakašlala (Pilka a kol., 2017).

Profilometrie – spočívá v měření hodnot tlaku v průběhu celé délky močové trubice a zároveň se měří tlak v močovém měchýři. Mezi faktory, které se zjišťují během vyšetření patří maximální intrauretrální tlak, tlak v močovém měchýři a jejich rozdíl – uzavírací tlak (Slezáková a kol., 2011).

2.4.7 Zobrazovací metody

Při diagnostice inkontinence se používají i zobrazovací metody, mezi které patří rentgen, ultrazvuk nebo magnetická rezonance. Tyto metody poskytují lékaři informace o tvaru, vzhledu a poloze močového měchýře a močové trubice. Lékař odesílá klientku na vyšetření v případě, kdy nasazená léčba nepřináší očekávané výsledky, když se původní příznaky objeví i po skončení léčby nebo když se projeví jiný specifický problém a lékař potřebuje kvůli nasazení vhodné léčby, znát anatomické poměry (Genadry a Mostwin, 2013).

2.4.8 Cystoskopie

Jedná se o vyšetření, při kterém lékař posuzuje sliznice močového měchýře. Cystoskopií lze vyloučit malignity, přítomnost cizích těles či intersticiální cystitidu (Krhut, 2011). Toto vyšetření lze provést v běžné ordinaci za požití lokální anestezie pomocí znečitlivujícího gelu nanášeného skrze močovou trubici z malé tuby. Je vhodné zároveň s cystoskopií provést vyšetření močového měchýře. Cystoskopie se provádí pomocí pevné ocelové trubičky, neboli cystoskopu o průměru 7 až 8 milimetrů. Samotný čas vyšetření trvá málokdy přes 30 minut, přičemž by klientka neměla pociťovat bolest (Genadry a Mostwin, 2013).

2.5 Léčba inkontinence

Možnosti léčby inkontinence se odvíjí od typu a stupně poškození. Nejdříve jsou voleny metody, které klientku co nejméně zatěžují. Pokud tyto metody nestačí postupuje se k invazivnějším metodám (Sochorová, 2011). Při léčbě inkontinence může sestra nabídnout pomoc klientce hlavně v oblasti vyjádření podpory klientky za její odvalu a ochotu daný problém řešit (Janotová, 2014).

2.5.1 Gymnastika pánevního dna

Ve 40. letech 20. století publikoval výsledky svého fyzioterapeutického programu Arnold Kegel. Z výsledku měření vyplývalo, že 84 % žen s různými typy inkontinencí se vyléčilo pouze díky posilování svalů pánevního dna, avšak chyběly potřebné parametry statistického měření, proto bylo nutné objektivizovat výsledky (Hudáková a Novysedláková, 2013).

Rehabilitace pánevního dna spočívá ve zvýšení intrauretrálního tlaku a v omezení hypermobility uretry. Konkrétně Kegelovo cvičení je zaměřeno na povolování a stahování vnitřního svěrače uretry a levatoru ani. Cvičí se zhruba 50–60x za den, přičemž jsou ženy naučeny stahovat levator ani a nikoli břišní stěnu, což bývá častá chyba. Při tomto cvičení se vkládají dva prsty do pochvy, aby se zjistilo, zda klientka správně používá stažení levatoru ani. Novodobá gymnastika se však zaměřuje nejen na posílení pánevního svalstva, ale také na správný pohyb bránice při dýchání a správné držení těla (Pilka a kol., 2017).

Mezi techniky ke zvýšení svalové síly patří dva základní mechanismy. Prvním je změna v inervaci svalů. Jde o vyšší frekvenci stimulace a zapojení nových motorických jednotek do stahu. Tento proces trvá okolo 6–8 týdnů cvičení a může způsobit nárůst síly stahu až o 100 % avšak v průměru to je 30 %. V druhé technice se jedná o svalovou hypertrofii.

Proti inervaci svalů je tento proces pomalejší, avšak může být zodpovědný za postupný nárůst síly na mnoho let. Důležité je cvičit s adekvátní zátěží, protože jinak se stahu účastní pouze svalová vlákna, která jsou zodpovědná především za vytrvalost svalu. Je potřeba aby se mimo těchto vláken zapojovaly i vlákna zodpovědná za rychlé stažení a svalovou sílu. Důležitá je tedy spolupráce s fyzioterapeutem, který pomáhá správně pochopit techniku cvičení (Hudáková a Novysedláková, 2013).

2.5.2 Urgentní inkontinence a OAB

V tomto případě se zahajuje nejdříve konzervativní léčba, která spočívá v důkladné edukaci. Například v případě obézní klientky by měla proběhnout edukace o redukci tělesné hmotnosti. U klientů je také doporučováno omezení močopudných látek a dráždivých potravin, v případě nadměrného příjmu tekutin se přistupuje k jejich restrikci. Dle Evropské urologické asociace je indikován trénink močového měchýře s časovanou mikcí, která normalizuje frekvenci močení, zlepšuje kontrolu nad močovým měchýřem se zvýšením jeho kapacity a vede ke snížení epizod inkontinence. Klientka při tréninku postupně prodlužuje močení nejdříve o desítky minut, než se dostane na frekvenci močení každé 3–4 hodiny (Herle a kol., 2016). Jestliže nepomůžou režimová opatření přistupuje se k farmakologické terapii, a to konkrétně k antimuskarinikám. Léčba OAB má však u seniorů více úskalí než u klientů ve středním věku, a to jak při výběru vhodných léků, lékové formy, volbě vhodné dávky a dávkovacímu schématu. U seniorů je třeba zvažovat oblast současných přidružených chorob s ohledem na možný vliv na kontinenci a relativní kontraindikace léčby antimuskariniky, současně užívanou medikaci z důvodu možných lékových interakcí, celkovou fyzickou zdatnost klienta a kognitivní schopnosti, popřípadě přítomnost kognitivního deficitu nebo demence. Antimuskarinika mohou zhoršovat kognitivní funkce, způsobit progresi demence nebo vyvolat delirium (Topinková, 2017).

Tento typ inkontinence lze léčit i botulinum toxinem. Jedná se o látku, která blokuje presynaptické uvolnění acetylcholinu, a tedy při aplikaci do svaloviny močového měchýře dochází k jeho ochromení. Tato léčba se využívá až po selhání konzervativní léčby, přičemž efekt této terapie je 6–9 měsíců. Až u 80 % klientů je kontinence moči obnovena. Důležité je, že terapii je možné opakovat se stejnou efektivitou. Je prokázáno, že po terapii dochází k poklesu urgencí až o 38 %, poklesu epizod urgentní inkontinence až o 59 % a o 29 % poklesu frekventního močení (Šámal a Mečl, 2016).

2.5.3 Stresová inkontinence

V případě stresové inkontinence má zásadní roli zejména chirurgická léčba, avšak jako první volba by měly být nabídnuty metody konzervativní léčby. Podobně jako u urgentní inkontinence se doporučují režimová opatření (redukce hmotnosti, omezení kofeinu apod.) Důležité zastoupení má také rehabilitace svalů pánevního dna, využití vaginálních konusů nebo elektrostimulační léčba (Herle a kol., 2016). Farmakologická léčba stresové inkontinence má za cíl zvýšit průtokovou rezistenci, ve které má vysokou účinnost nepřímé sympatomimetikum duloxetin, které zvyšuje kontrakci svěrače močového měchýře (Martínková, 2018)

Zastoupení v léčbě tohoto druhu inkontinence mají i estrogény. Terapie je indikována u klientek, které jsou v období menopauzy nebo po ní, protože postupná ztráta funkce vaječníků způsobuje pokles hladiny estrogenů. Nedostatek estrogenů poté způsobuje atrofii tkání urogenitálního traktu a tím pádem má za následek i zhoršení močové inkontinence. Lokální doplnění estrogenů prokazatelně zlepšuje obtíže a tím pádem má i pozitivní vliv na kvalitu života klientek. Estrogeny lze kombinovat i s ostatními možnostmi léčby (Horčíčka, 2019).

„Operační postupy pro léčbu stresové inkontinence mají společný cíl: stabilizovat hrdlo močového měchýře a proximální uretru při zvýšeném intraabdominálním tlaku“ (Drlík a kol., 2015, s. 29). Je popsáno více než 250 operačních technik, avšak v současné době se používá pouze několik postupů, které mají dlouhodobě dobré výsledky a jsou podloženy vědeckými studiemi. Úspěšnost operace přímo souvisí s individuálním výběrem postupu, který je pro klientku nejvýhodnější. Nutné je tedy znát správnou diagnózu a patofyziologii, aby lékař správně naplánoval chirurgický zákrok. Mezi chirurgické operace se řadí otevřené retropubické výkony, které se dříve považovaly za standartní v léčbě stresové inkontinence, avšak vyskytovaly se časté komplikace jako vznik hyperaktivního močového měchýře nebo močová retence. Další zastoupení má paravaginální repair, která upravuje postranní podporu přední poševní stěny. Dále je popisována laparoskopická případně robotická retropubická utertropexie a nalézáme také jehlovou uretropexi, kde se využívá speciální steh přes přední poševní stěnu a zavěšuje se do různých úrovní. Bohužel je dlouhodobý účinek léčby úspěšný pouze v 50–60 %. Slingové metody využívají proužky z facie přímého svalu břišního nebo ze společné fascie, která pokrývá stehenní svaly. Proužky se zavádějí pod hrdlo močového měchýře retropubickým prostorem. V případě, že klientka trpí píštělí, lékař provede úpravu dané píštěle. Používají se i periuretrální injekce látek zužující uretru, avšak účinnost těchto injekcí u komplikovaných případů je zhruba 60 % (Pilka et al., 2017). Možné je také využít

subretrálních pásek, které se dělí na retropubické a transobturatorní. U retropubických pásek jsou klientky po 6 měsících od operace ve 100 % a po 36 měsících v 91 % kontinentní. Transobturatorní pásky dokonce po 36 měsících zajišťují plnou kontinenci v 94 % (Drlík a kol., 2015).

2.6 Inkontinenční pomůcky

Mezi pomůcky pro inkontinentní klienty lze zařadit vložky a plenkové kalhotky, které kromě uniku moče zabraňují i zápachu. Je nutné zvolit správný druh pomůcky pro daný typ inkontinence a neméně důležitá je i správná velikost. Savé pomůcky by neměly být na těle klienta z hygienických důvodů déle než 8 hodin. Na místě je i edukace klienta, které je nutno věnovat čas, aby úspěšnost metody nebyla narušena volbou nesprávné pomůcky a jejím neadekvátním použitím (Sochorová, 2011).

Ačkoli inkontinence není indikací pro zavedení permanentního močového katetru, může být spojena s nehojícími se dekubity, při kterých se katetr zavede. Ve výjimečných případech se respektuje i přání klienta o dočasném zavedení katetru (Ivanová a Ondřiová, 2013). V případě permanentního močového katetru se jedná o invazivní metodu a je nutné mít i řádně proškolený personál, který se zúčastňuje certifikovaných kurzů katetrizace močového měchýře, včetně kurzů katetrizace muže. Proškolit staniční sestry standartních oddělení, dbát na získané znalosti sester specialistek, které mohou zajistit noční a víkendové směny. Dále je důležité vzdělávání nelékařských pracovníků v oblasti edukace klientů (Podrazilová, 2016).

2.7 Péče o kůži

Počet inkontinentních pacientů se v České republice neustále zvyšuje a z toho přibližně 50 % klientů trpí kontaktně iritační dermatitidou. Je důležité tedy přistupovat k preventivním opatřením u těchto klientů. Mezi zásady prevence patří zamezení dlouhodobého kontaktu kůže s močí, důsledná hygiena, hydratace kůže, ochrana kůže a péče o kožní bariéru v postižené oblasti (Zimová a Zimová, 2015).

V následujících odstavcích popisují tři základní preventivní kroky v péči o kůži inkontinentních klientů. Prvním krokem je důkladné omývání kůže po každém znečištění u inkontinentních klientů, a to kvůli zamezení dlouhodobého působení moči na pokožku. Nevhodné je použití vody a mýdla, protože voda má pH 10–11 a stává se pro pokožku toxickou v kombinaci s běžným mýdlem jehož pH je 9,5–11. Dochází k alkalizaci pokožky a tím se poškozují bariérové funkce. Pokožka se tak stává ideální pro množení bakterií, plísní a dalších kožních infekcí.

Důležité je tedy aby byl přípravek hypoalergenní, pH neutrální, lehce odstraňoval nečistoty, snadno se aplikoval, nereagoval s ostatními přípravky a byl i cenově dostupný. Při hygieně nejsou vhodné k odstraňování nečistot jednorázové žínky, ale spíše by se měly používat jednorázové čistící ubrousky, které mají jemnější strukturu. K vysoušení kůže je vhodné použít ručník z jemné tkaniny nebo lze využít vysoušení pomocí horkého vzduchu ale musí se věnovat pozornost riziku vzniku popálenin (Pokorná a Krajčíková, 2017).

Druhým krokem je důsledná hydratace pokožky, která napomáhá k udržení normální hladiny epidermálních lipidů, snižuje ztrátu vody a obnovuje tak přirozenou funkci kožní bariéry. Hydratační prostředky by neměly obsahovat parfém, alkohol, barviva, mýdla nebo jiné látky které by mohly dráždit pokožku klienta. Není vhodné otírat zbytky přípravků do absorpčních pomůcek z důvodu snížení jejich absorpce a následnému vzlínání tekutin na pokožku. Mezi nejznámější zástupce se řadí vazelína, která ale není vhodná u přesušené pokožky. Dále se dají použít i silikonové, minerální nebo rostlinné oleje. Posledním krokem je ochrana pokožky, která je dosažena nanesením ochranných přípravků v podobě mastí, past, krémů a olejových suspenzí, které vytvářejí na pokožce ochrannou vrstvu. Měly by se upřednostňovat přípravky, které umožňují monitoraci kůže. V případě nanesení nadbytečné vrstvy přípravku je vhodné odstranit nadbytky pomocí olejové emulze, nikdy ne však hrubými pohyby nebo dráždivým materiálem, přičemž se doporučuje neodstraňovat celou vrstvu ale ponechat tenkou vrstvičku a na ni nanést novou (Pokorná a Krajčíková, 2017).

2.8 Role sestry

V případě močové inkontinence může klientce pomoci i zdravotní sestra. Zdravotní sestra se dostává do přímého kontaktu s klientkou, a tím pádem ji může být nápomocná v otázkách spojených s inkontinencí moči. Sestra si musí zejména získat důvěru klientky a zjistit stav jejích potřeb. Další nutnou věcí je zajistit vysokou míru diskrétnosti. Důležité jsou i otázky vedoucí ke zjištění o způsobu a kvalitě života. V případě souhlasu klientky se spoluprací se zdravotní sestrou má důležité místo edukace (Klosová a Webrová, 2011)

Jedním z rizikových faktorů inkontinence je i obezita, a tudíž je vhodná i edukace o správné výživě a pitném režimu. Je vhodné klientku upozornit i na další rizikové faktory např. kouření. Sestra může být nápomocná i s úpravou pracovního režimu. Další věcí, kterou lze klientku naučit jsou cviky na posilování pánevního dna. Nutné je také podat klientce informace o zákazu zvedání těžkých břemen. Role sestry může spočívat i v pomáhání řešení partnerských problémů klientky (stud před partnerem, narušení intimních partnerských vztahů, pocit menší přitažlivosti).

Kromě partnerských vztahů se mohou vyskytovat i nepříjemné pocity, deprese, stavy úzkosti, stres i strach ze zápachu. I v těchto oblastech může být sestra nápomocna. Role sestry spočívá i v doporučení o vhodných pomůckách a kosmetice pro klientky s inkontinencí (Klosová a Webrová, 2011).

Pro zdravotní sestru je důležité zjistit, o jaký typ inkontinence se jedná. Podle typu inkontinence poté sestra volí postupy v ošetrovatelské péči (Malíková, 2011). V případě hospitalizace klientky na oddělení může sestra stanovit i přesné cíle, které by měl i ostatní zdravotnický personál akceptovat.

- pomáhat udržovat normální návyky močení
- zjistit vylučovací návyky nemocného a nabádání klientky k jejich dodržování
- zajistit soukromí a dostatečný čas na močení
- zajistit časový rozvrh močení a respektovat potřebu klientky se vymočit
- regulace příjmu tekutin před spaním
- podávání diuretik ráno či v dopoledních hodinách
- věnovat pozornost stavu kůže klientky s ohledem na výskyt erytémů a kožních lézí.
- zdůraznit nutnost zvýšené hygienické péče po každém vymočení
- poskytnutí psychické opory
- u ležících klientek úprava polohy lůžka při mikci
- při problematickém močení použít stimuly, které mohou klientce pomoci k samovolnému vymočení (Trachtová a kol., 2013)

3 Kvalita života

Zájem o oblast kvality života má tendenci se zvyšovat. Databáze MEDLINE udává, že v roce 1975 bylo registrovaných pouze 40 referencí týkajících se kvality života, v roce 1999 jich bylo více než 12 000, v roce 2004 jich nacházíme 40 000 a v roce 2009 dokonce 138 415. V ošetrovatelství lze najít mnoho přístupů a definic, které se snaží zachytit zkušenosti lidí vyjádřené tímto konceptem. U mnohých ošetrovatelských prací, které se týkají definování pojmu kvality života, se vyskytuje konstatování, že kvalita života představuje těžko uchopitelný pojem z důvodu jeho komplexnosti a multidimenziálnosti (Gurková, 2011).

Kvalita života ukazuje rozpor mezi realitou a očekáváním, skutečností a možnostmi. Tento rozpor lze snižovat přiměřenou ošetrovatelskou činností. *„Je subjektivní a individuální – definována je tak, jak ji vnímá jednatel, to znamená, že je prezentována různými komponenty*

u různých lidí a v různém čase a její obsah se nedá arbitrálně vymezit“ (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 39). Kvalita života má dynamický charakter tedy v různých životních obdobích a situacích se může obsah pojmu kvality života velmi lišit, hovoří se tedy o specifických aspektech kvality života člověka z hlediska jeho životní situace nebo etapy. Je hodnotově zaměřená, spojuje spokojenost s hodnocením významu a klade důraz na význam individuálních preferencí a hodnot, tím pádem souvisí s uspokojováním potřeb. Odráží hodnocení vlivu všech oblastí života na všeobecnou spokojenost a pohodu dané osoby, a nejen těch oblastí, které se vztahují ke zdraví. Kvalitu života tedy lze chápat jako komplexní pojem, který se objevuje jako samostatně používaný bez vztahu k určitému onemocnění a vyjadřuje tak kombinaci prožívání osobní pohody, spokojenosti a často též určitého postavení v sociálním rozčlenění (Hudáková a Majerníková, 2013).

Inkontinence moče velmi značně ovlivňuje kvalitu života žen. Je to velmi svazující a invalidizující stav. Ženy trpící daným onemocněním podřizují tomuto stavu veškeré své aktivity. Objevují se u nich pocity nejistoty a nečistoty, také svůj pobyt omezují pouze na prostředí, kde to dobře znají a vědí, že v blízkosti jsou toalety. Často se vyhýbají společnosti, ztrácí sebedůvěru a uzavírají se do sebe. V některých případech dokonce opustí zaměstnání, vzdávají se fyzických aktivit a sportu, přestávají se setkávat s přáteli a výjimkou není ani vyhýbaní se pohlavnímu styku. Kromě ovlivnění psychického stavu, trpí i rovina profesní, sociální nebo partnerská. Inkontinence ovlivňuje i roviny tělesného zdraví (záněty urogenitálního traktu, svědění v oblasti rodidel, podráždění kůže, ekzémy) Bohužel průzkumy potvrdily, že většina žen s inkontinencí moče má velké psychické zábrany o svém onemocnění mluvit a čekají v průměru 3 roky, než vyhledají pomoc (Horčíčka, 2019).

4 Sebekoncepce

Pro lepší porozumění a pochopení problému klientky s močovou inkontinencí je důležité se zaměřit na její vrozenou formu duševní i tělesné sebekoncepce, která se projevuje v chování a prožívání klientky po celou dobu jejího života. Sebekoncepce každého člověka je individuální a její formování začíná již v raném dětství. V literatuře se uvádí, že v obecné rovině jádro sebekoncepce (sebepojetí, sebeobrazu) tvoří sebehodnocení (sebeoceňování). Sebehodnocení následně směřuje k sebeúctě a sebeúcta vede k sebeakceptaci (důležitou roli má sebereflexe atd.). Na sebeakceptaci navazuje sebedůvěra, která je nezbytnou podmínkou seberealizačního procesu (Vašina, 2011).

Celková sebekoncepce vyjadřuje dojmy a názory, které si člověk vztahuje sám na sebe a jedná se tedy o komplexní popis vymezující pohledy a názory člověka na svět. Každý osobní názor či dojem na sebe sama se stává opěrným bodem sebekoncepce, přičemž ale sebekoncepce pouhým součtem jednotlivých hodnocení, a to z důvodu toho, že náhledy různých lidí na sebe sama nemají stejný význam ani stejnou váhu. Ve vztahu se sebekoncepcí se nachází mnoho pojmů (sebehodnocení, sebeuvědomění, sebeúcta, sebecit či respektování sebe sama), které se často vzájemně zaměňují. Sebekoncepce (afektivní složka) a sebeúcta (emotivní složka) jsou od sebe neoddělitelné a mnoho autorů uvádí, že se jedná o totožné pojmy. Pojmy sebekoncepce a sebeúcta lze vyjádřit i pojmem sebevědomí (Trachtová a kol., 2013).

Sebeúcta vychází z citového vztahu jedince k sobě samému, tedy z hrdosti na sebe sama a z míry sebelásky jedince a jedná se tedy o reagování na sebe samotného. Avšak samotná sebeúcta se liší od vnímané vlastní zdatnosti, protože vlastní zdatnost se staví na rozumovém hodnocení a kognitivním posouzením něco vykonat. Jak sebeúcta, tak i jedincova vnímaná vlastní zdatnost se může odvíjet od globálního sebepojetí. Tyto pojmy jsou také ovlivňovány komunitou a společností. Člověk porovnává své charakteristiky s tím, co daná společnost oceňuje u jedinců a co naopak odsuzuje. To vše poté mění pohled na sebe samého (Mareš, 2013).

V oblasti sociální psychologie je kladen velký důraz na sebepoznání, tedy na to, kdo jsem „Já“ a v oblasti odborné psychologie se vyskytuje termín sebepojetí, který bývá označován jako soubor hodnotících soudů a představ, které k sobě jedinec chová. Sebepojetí se netýká pouze uvědomování si rysů své osobnosti, ale skládá se z různých složek. Mezi tyto složky se řadí vědomí „Já“ (sebevědomí), volní regulace vlastního chování, stálost v jednání a chování, svědomí a systém hodnot a ideálů (Kelnarová a Matějková, 2014).

V pojmu sebehodnocení se nachází dva póly, a to spokojenost a nespokojenost. Při sebehodnocení je velmi důležitá sebereflexe, která spočívá v uvědomování si vlastního myšlení, jednání, chování v návaznosti na morální normy a svědomí (vnitřní normy pro prožívání, jednání a chování jedince) (Kelnarová a Matějková, 2014).

4.1 Interpersonální vztahy

Jedinec je chápán jako sociální bytost, která je vysoce závislá na interpersonálních vztazích. Interpersonální vztahy mají předpoklad a jsou charakterizovány tím, že dva lidé se alespoň občas ocitají v interakci. Tyto interakce zanechávají v člověku určité následky v podobě např. nepochopení či porozumění druhému jedinci. Častějšími interakcemi se může zvyšovat

vzájemné ovlivňování. Interpersonálním vztahem se vyjadřuje již ustanovená vazba mezi dvěma lidmi, která má svou historii a specifické vlastnosti. Interakce je časově omezená sociální událost, která může proběhnout i v rámci vztahu mezi náhodně setkávajícími se jedinci. Do určitých interakcí vstupuje jedinec s radostí a některým se zase nelze vyhnout i když nepřináší žádné potěšení (Slaměník, 2011). Harry Stack Sullivan (1892–1949) sestavil koncepci, která klade důraz zejména na interpersonální chování. Poruchy chování jsou přímo úměrné vztahu mezi jedinci. Tato koncepce se opírá o základní lidské potřeby. Druhá potřeba je spjata s interpersonálními vztahy a směřuje k vyhnutí se nejistotě a úzkosti. Úzkost má důležitý význam v životě i ve vzniku poruch chování (Kratochvíl, 2017).

S interpersonálními vztahy jsou velmi úzce spojené i emoce. Emoce jsou vztahovými procesy, které utváří a jsou utvářeny vztahy s ostatními jedinci, přičemž se emoce podílejí na navazování, udržení i rozpadu interpersonálních vztahů. Emoce jsou v různé míře obsaženy v jakémkoli vztahu mezi dvěma lidmi. Jedinec nemůže ignorovat emoční stavy jiných, jelikož o nich něco vypovídají a vyžadují tedy nějakou interpersonální odpověď. Množství prožívaných a vyjadřovaných emocí závisí na podstatě vztahu a je ukazatelem jejich funkce v interpersonálním vztahu. V těchto vztazích se emoce vyskytují minimálně ve dvojí podobě, a to jako jednoduché emoce v průběhu interakce nebo jako složitější emoce, které vyjadřují vztah mezi lidmi. Jedinci trpící problémy, starostmi či obavami, které se v případě močové inkontinence vyskytují, často své negativní emoce plynoucí z těchto pocitů skrývají, avšak na druhou stranu vyhledávají současně příležitost o nich mluvit. Vyjádření negativních emocí zmírňuje distres a je prokázáno, že možnost vyjádření pocitů vede objektivně ke zlepšení psychického i fyzického vztahu. Toto zlepšení se projeví až s určitým odstupem času, přičemž bezprostředně po projevení emocí se jedinec cítí hůře a zvyšuje se úroveň fyziologické aktivace (Slaměník, 2011).

4.2 Sebepojetí klienta

Porucha sebekoncepce (změny v sebepojetí) klienta představuje širokou oblast, do které patří zastoupení několika specifických kategorií. Pro vyhodnocení specifické diagnózy (např. narušení sebeúcty) musí mít zdravotní sestra dostatečné množství klinických údajů. Diagnózy pro klienty s poruchami sebekoncepce se stanovují ve třech oblastech – narušený obraz těla, narušená osobní identita a sebeúcta, změny v plnění rolí (Trachtová a kol., 2013).

Při hodnocení sebeúcty a sebekoncepce klientů sestra posuzuje, jak pacient vnímá sám sebe. Zdravotní sestra při určování klientova vnímání fyzického těla nebo obrazu těla poslouchá

slovní vyjádření klienta a případně klade vhodné doplňující otázky. Jestliže pacient odpovídá větami typu „nemůžu nic dělat či vypadám hrozně“, tak to naznačuje, že sebeúcta pacienta je nízká. Kromě hodnocení odpovědí si sestra všímá i neverbálních projevů klienta. Hodnotí se výraz tváře, tělesný postoj, pohyby, gestikulace, celkový vzhled a oční kontakt klienta, tyto projevy doplňují klientovo slovní vyjádření a mohou přispět k celkovému posouzení stavu. Dále zdravotní sestra posuzuje klientovi vztahy v rolích. Obzvláště významné jsou i role v rodině, protože rodinné vztahy jsou pro většinu klientů prioritní. Vztahy mohou být povzbuzující, pozitivní, ale vyskytují se i případy vztahů, které jsou pro klienta stresující (Gulášová a Breza, 2013).

5 Stáří

Stáří je poslední etapou v lidském životě a bývá označována za postvývojovou fázi, protože již byly realizovány všechny možné schopnosti rozvoje. Samotné stáří přináší jedinci moudrost a nadhled, pocit naplnění ale i úbytek energie a nezbytnou změnu osobnosti směřující k jejímu konci. Jedná se o období relativní svobody, ale i doby, kdy se hromadí nevyhnutelné ztráty ve všech oblastech. M. Vágnerová ve své knize rozděluje stáří do dvou etap, a to na období raného stáří (60–75 let) a období pravého stáří (75 let a více). V období raného stáří sice dochází k evidentním změnám, které jsou dané stárnutím, ale nemusí být ještě tak velké, aby jedinci znemožnily aktivní a nezávislý život (Vágnerová, 2008).

Pojem stáří je pevně spjato s kalendářním věkem, i když názor od kolika let je jedinec starý se historicky mění a souvisí s průměrným věkem celé populace. V současné době rozvinuté země považují hranici 65 let za počátek stáří, celosvětově je spíše považována věková hranice 60 let. V méně rozvinutých zemích je věková hranice pouze 50 let. Celosvětová populace má tendenci stárnout, dle WHO se od roku 1980 počet lidí starších 60 let zdvojnásobil a předpokládá se, že v roce 2050 se čtyřnásobně zvýší počet jedinců, kteří se dožijí 80–90 let. Zároveň také věková skupina jedinců do 65 let překoná počtem dětí mladší 14 let (Thorová, 2015).

5.1 Změny ve stáří

Biologické změny – stárnutí je charakteristické sníženou odolností vůči infekcím, zpomaluje se hojení ran, sklerotizují cévy a zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním. Znamky stárnutí lze pozorovat i ve všech buňkách a tkáních, avšak nejvíce změn se odehrává v endokrinní a nervové soustavě. Současně bývá popisován i celkový pokles základního metabolismu. U žen se projevuje zvýšená lomivost kostí v souvislosti s hormonálními změnami v klimakteriu.

Všechny uvedené změny negativně ovlivňuje nesprávná výživa, konzumace alkoholu, kouření nebo nepřiměřená zátěž (Kozáková, 2014).

Kognitivní změny – důsledkem fyziologického stárnutí jedince je i zhoršení smyslového vnímání (až u 90 % jedinců je zhoršen zrak a v 30 % se zhoršuje i sluch), které má za následek pokles výkonu činností pracovních i odpočinkových. Dále se ztěžuje schopnost komunikovat s druhými lidmi, což je doprovázeno nejistotou, podezíravostí a hněvivostí. Zhoršení vnímání znamená i zvýšené ohrožení jedince úrazy. Zasažena je bohužel i paměť, a to spíše pro nové vzpomínky, staré vzpomínky ve většině případů zůstávají zachovány (Kozáková, 2014).

V souvislosti se stářím se probírá téma demence, i když je patologickým úkazem a netýká se všech starých osob, často stáří doprovází. Se stárnutím populace se zvyšuje i počet jedinců s demencí a tím pádem roste i počet jedinců, kteří nejsou schopni se postarat sami o sebe a stávají se závislími na pomoci rodiny nebo společnosti. Udává se, že významným úbytkem kognitivních schopností trpí 25–30 % jedinců starších 85 let. Zhruba v 10 % se objevuje i deprese, přičemž je dokázáno, že deprese u osob, kteří žijí v kolektivních zařízeních pro seniory, je několikanásobně frekventovanější (Thorová, 2015).

II. Průzkumná část

6 Průzkumné otázky

Průzkumná otázka č. 1: Jaký je vliv inkontinence moči na výskyt depresí u zkoumaného vzorku respondentek?

Průzkumná otázka č. 2: Jaký je vliv inkontinence moči na výskyt pocitů frustrace či úzkosti u zkoumaného vzorku respondentek?

Průzkumná otázka č. 3: Jaký je vliv inkontinence moči na výskyt pocitů trapnosti či studu u zkoumaného vzorku respondentek?

Průzkumná otázka č. 4: Dochází v souvislosti s inkontinencí moči k omezení zájmů či aktivit u zkoumaného vzorku respondentek?

Průzkumná otázka č. 5: Jaký má vliv inkontinence moči na výskyt pocitů obav u zkoumaného vzorku respondentek?

Průzkumná otázka č. 7: Komu se svěřují ženy trpící inkontinencí moči se svými problémy a vyhledají tyto ženy i odbornou pomoc?

7 Metodika průzkumu

Diplomová práce je teoreticko – průzkumného charakteru. Jedná se o kvantitativní průzkum. Pro sběr dat do průzkumné části byl použit standardizovaný dotazník I-QoL (Urinary Incontinence Quality-of-life questionnaire), který je možno najít v seznamu příloh. Tento dotazník byl použit se souhlasem jeho překladatele do českého jazyka MUDr. Ivanem Huvarem CSc. Standardizovaný dotazník byl poprvé publikován v časopise *Urology* (1996). Do českého jazyka ho přeložil MUDr. Ivan Huvar CSc. a roce 2003 ho publikoval v časopise *Praktická gynekologie* (Huvar, 2003). Z tohoto článku byl dotazník společně s metodikou pro vyhodnocení převzat a použit do diplomové práce. Standardizovaný dotazník I-QoL se skládá z 22 tvrzení, u kterých je uvedena hodnotící číselná škála. Respondentky na hodnotící škále vždy označí číslo, které se co nejvíce shoduje s daným tvrzením. Hodnotící škála se skládá z číslic 1–5, přičemž hodnota 1 značí tvrzení velmi, silně, vždy, 2 – poměrně dosti, značně, často, 3 – občas, mírně, někdy, poněkud, 4 – výjimečně, málokdy, jen málo, 5 – ne, nikdy. Dotazník I-QoL se zaměřuje zejména na psychickou stránku respondentek. Dále se objevují i otázky na sociální oblast. Dotazník byl poté vyhodnocen pomocí daného vzorce (součet bodů–22/88*100=x%) (Huvar, 2003). Pro lepší pochopení výsledků je u interpretací jednotlivých otázek udáván modus a medián. Modus značí nejčastější vyskytující se hodnotu a medián udává střední hodnotu (Kopeček a Novák, 2010). Po standardizovaném dotazníku následuje 9 doplňujících otázek vlastní tvorby. Jedná se o 1 otázku otevřenou, 6 otázek polouzavřených a 2 otázky uzavřené. Tyto otázky jsou do dotazníku zařazeny pro komplexnější pochopení respondentek.

Před rozdáním samotných dotazníků, které byly zařazeny do průzkumu, byla provedena pilotní studie mezi ženami ve věku 60–75 let. Tyto ženy byly vybrány z okolí autorky diplomové práce. Pilotní studie probíhala z důvodu ověření, zda jsou pro respondentky srozumitelné doplňující otázky vlastní tvorby. Z výsledků pilotní studie vyplynulo, že samotné otázky jsou srozumitelné, avšak musela být upravena velikost písma. Samotné průzkumné šetření probíhalo na odděleních interního typu v nejmenované nemocnici Královehradeckého kraje. K průzkumnému šetření ve vybrané nemocnici byl požadován písemný souhlas vedoucího práce a hlavní sestry vybrané nemocnice. Sběr dat probíhal od 1.2.2021 do 31.5.2021. Dotazník byl určen pro ženy trpící stresovou či smíšenou inkontinencí moči ve věku 60–75 let. Jednalo se o dotazník, který byl anonymní. Anonymita byla zaručena odevzdáváním dotazníků do předem připravených boxů. Výběr respondentek byl záměrný. Před oslovením jednotlivých respondentek bylo nahlédnuto

autorkou práce do zdravotních dokumentací respondentek, a to z důvodu lékařského potvrzení močové inkontinence a správného zařazení dle typu inkontinence na podkladě lékařských zpráv. Po rozhodnutí autorky zařadit danou respondentku do průzkumného šetření byl požadován i slovní souhlas respondentky s provedením průzkumu. Po souhlasu respondentky bylo vyhledáno místo na vyplnění dotazníku, které zajišťovalo soukromí. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné. Vyplněné dotazníky pacientky vhazovaly do sběrného boxu. Po celou dobu vyplňování dotazníku byla přítomna autorka práce, která byla nápomocna při případných otázkách týkajících se průzkumného šetření.

Celkově bylo osloveno 92 žen z nichž 6 žen odmítlo spolupráci. Těchto 6 respondentek nechtělo svůj problém s inkontinencí dále rozebírat. Bylo tedy pracováno s daty od 84 respondentek, přičemž 40 respondentek trpělo stresovou inkontinencí a 44 respondentek trpělo smíšenou inkontinencí.

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft office Excel 2016. Pro data byly vytvořeny tabulky, které udávají absolutní četnost (n_i) a relativní četnost (f_i), která uvádí počet respondentek v procentech, přičemž celkový počet je vždy 100 %. Pomocí získaných dat byly zodpovězeny průzkumné otázky a cíle práce.

7.1 Interpretace výsledků

V této kapitole jsou vyhodnoceny jednotlivé otázky dotazníkového šetření. Data jsou znázorněna pomocí tabulek nebo grafů. Nejdříve jsou analyzovány otázky ze standardizovaného dotazníku a poté následují otázky vlastní tvorby.

Standardizovaný dotazník I-QoL

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

Tabulka 1 Obava z časného nevyhledání WC

„Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	2	5%	13	30%
Poměrně dosti, značně, často	10	25%	11	25%
Občas, mírně, někdy, poněkud	25	63%	15	34%
Výjimečně, málokdy, jen málo	2	5%	5	11%
Ne, nikdy	1	3%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Nejvyšší zastoupení počtu respondentek u stresové inkontinence bylo ve skupině tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kde se nachází 25 respondentek, což činí 63 % a naopak nejnižší počet byl ve skupině tvrzení „Ne, nikdy“, kde odpověď označila pouze jedna respondentka (3 %). U respondentek se smíšenou inkontinencí byly počty u prvních třech tvrzení téměř shodné, ale nejvíce se vyskytovalo označení u skupiny tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kterou označilo 15 respondentek (34 %). Žádná z respondentek se smíšenou inkontinencí neoznačila tvrzení „Ne, nikdy“.

Ze získaných dat tedy vyplývá, že u stresové i smíšené inkontinence se vyskytuje shodně modus ve skupině tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, avšak medián se u stresové inkontinence liší od smíšené inkontinence. U stresové inkontinence nalézáme medián ve skupině „Občas, mírně, někdy, poněkud“, ale u druhého typu inkontinence se vyskytuje již ve skupině tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. Lze tedy usoudit, že v této otázce mají respondentky se smíšenou inkontinencí horší kvalitu života než druhá skupina respondentek.

Otázka č. 2: Obávám se kašlat nebo kýchat

Tabulka 2 Obava z kašle

„Obávám se kašlat nebo kýchat“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	19	48%	23	52%
Poměrně dosti, značně, často	16	40%	12	27%
Občas, mírně, někdy, poněkud	4	10%	5	11%
Výjimečně, málokdy, jen málo	1	3%	4	9%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Z posbíraných dat vyplývá, že nejvyšší zastoupení bylo u obou skupin respondentek v tvrzení „Velmi, silně, vždy“. U stresové inkontinence toto tvrzení označilo 19 respondentek (48 %) a u smíšené inkontinence jich bylo 23 což činí 52 %. Modus se tedy vyskytuje ve stejné skupině tvrzení u obou skupin respondentek. Početné zastoupení bylo i u druhého tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kde toto tvrzení označilo 16 (40 %) respondentek trpících stresovou inkontinencí a 12 (27 %) respondentek trpících smíšenou inkontinencí. Žádná z respondentek neoznačila tvrzení „Ne, nikdy“. Výskyt mediánu se liší v jednotlivých skupinách. U respondentek se stresovou inkontinencí se nalézá u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, avšak u druhého typu inkontinence se vyskytuje již u tvrzení „Velmi, silně, vždy“. Lze u této otázky tvrdit, že respondentky se smíšeným typem inkontinence mají horší kvalitu života.

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

Tabulka 3 Strach z postavení

„Mám strach se po delším sezení postavit“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	6	15%	14	32%
Poměrně dosti, značně, často	11	28%	16	36%
Občas, mírně, někdy, poněkud	15	38%	7	16%
Výjimečně, málokdy, jen málo	6	15%	6	14%
Ne, nikdy	2	5%	1	2%
Celkem	40	100%	44	100%

U respondentek se stresovou inkontinencí se nachází nejvyšší zastoupení u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kde tuto možnost označilo 15 (38 %) respondentek. Následuje tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“ s 11 (28 %) respondentkami. Nejméně respondentek (5 %) označilo poslední možnost. Naopak u smíšené inkontinence bylo nejvyšší zastoupení ve skupině tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, kde tuto možnost označilo 16 respondentek, což činí 36 %. Téměř shodné množství respondentek označilo první tvrzení (14 respondentek což je 32 %). Pouze jedna respondentka označila možnost „Ne, nikdy“. Z těchto dat vyplývá, že modus i medián nacházíme u obou skupin respondentek v jiné skupině tvrzení. Medián se vyskytuje u respondentek se stresovou inkontinencí u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ ale u druhé skupiny respondentek je to u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, což značí, že ženy trpící smíšenou inkontinencí mají horší kvalitu života.

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

Tabulka 4 Myšlenka o nevědomí prostorového uspořádání WC

„V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	5	13%	5	11%
Poměrně dosti, značně, často	9	23%	14	32%
Občas, mírně, někdy, poněkud	18	45%	11	25%
Výjimečně, málokdy, jen málo	7	18%	12	27%
Ne, nikdy	1	3%	2	5%
Celkem	40	100%	44	100%

Ve skupině respondentek trpících stresovou inkontinencí se modus nachází u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kde tuto možnost označilo 18 respondentek (45 %). Značné množství respondentek označilo tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“ (23 %) a tvrzení „Výjimečně, málokdy, jen málo“ označilo 7 respondentek (18 %). Pouze jedna respondentka označila poslední tvrzení. U respondentek trpících smíšenou inkontinencí se modus nachází u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, kde tuto možnost označilo 14 (32 %) dotázaných žen. Poměrně značné zastoupení respondentek (25 % a 27 %) je i u třetího a čtvrtého tvrzení. Medián se u této otázky vyskytuje shodně u obou skupin respondentek u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“.

Otázka č. 5: Kvůli úniku moči se cítím depresivně

Tabulka 5 Deprese z úniku moči

„Kvůli úniku moči se cítím depresivně“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	11	28%	9	20%
Poměrně dosti, značně, často	16	40%	21	48%
Občas, mírně, někdy, poněkud	12	30%	11	25%
Výjimečně, málokdy, jen málo	1	3%	3	7%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U respondentek se stresovou inkontinencí se nachází modus u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, kde tuto možnost označilo 16 respondentek (40 %). Téměř shodné počty respondentek se vyskytovaly u tvrzení „Velmi, silně, vždy“ (28 %) a „Občas, mírně, někdy, poněkud“ (30 %). U smíšené inkontinence se modus nachází ve stejném tvrzení jako u stresové inkontinence. Označilo ji 21 respondentek což činí 48 %. Následovalo tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ (25 %). Nezanedbatelnou část tvoří i první položka s 9 respondentkami (20 %). U obou skupin žádná z respondentek neoznačila poslední možnost. Medián se nachází u obou skupin a to u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“.

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

Tabulka 6 Obava opustit domov

„Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	3	8%	6	14%
Poměrně dosti, značně, často	5	13%	20	45%
Občas, mírně, někdy, poněkud	28	70%	11	25%
Výjimečně, málokdy, jen málo	4	10%	7	16%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U žen se stresovou inkontinencí se nachází nadpoloviční většina odpovědí (70 %) u položky „Občas, mírně, někdy, poněkud“. Nachází se zde tedy i medián. Naopak u druhé skupiny je medián již u odpovědi „Poměrně dosti, značně, často“ a lze tedy tvrdit, že u této otázky měly

respondentky se smíšenou inkontinencí horší kvalitu života. Celých 25 % žen se smíšenou inkontinencí označilo odpověď „Občas, mírně, někdy, poněkud“ a 14 % respondentek se nachází ve skupině „Velmi, silně, vždy“. Žádná z respondentek neoznačila poslední možnost.

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

Tabulka 7 Snášení omezení zájmů a aktivit

„Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	6	15%	5	11%
Poměrně dosti, značně, často	11	28%	19	43%
Občas, mírně, někdy, poněkud	19	48%	17	39%
Výjimečně, málokdy, jen málo	4	10%	3	7%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

V otázce č. 7 byly poměrně vyrovnané odpovědi obou skupin žen. Významný rozdíl se nachází u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, kde převážil počet odpovědí žen se smíšenou inkontinencí, počet žen trpících inkontinencí stresovou, a to v poměru 19 respondentek (43 %) a 11 respondentek (28 %). Druhým nejvíce označovaným tvrzením u obou skupin bylo tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ a to v poměru 17 respondentek (39 %) trpících smíšenou inkontinencí a 19 respondentek (48 %) trpících inkontinencí stresovou. Medián se u stresové inkontinence nachází v tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, ale u druhé skupiny je již u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. Lze tedy usoudit, že ženy trpící smíšenou inkontinencí mají u této položky horší kvalitu života, než druhá skupina respondentek.

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

Tabulka 8 Obava z rozpoznání moči čichem

„Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	3	8%	7	16%
Poměrně dosti, značně, často	4	10%	12	27%
Občas, mírně, někdy, poněkud	29	73%	20	45%
Výjimečně, málokdy, jen málo	4	10%	5	11%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Téměř třičtvrtě dotázaných žen trpících stresovou inkontinencí označilo tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ a nachází se zde tedy i modus této skupiny. Shodný počet respondentek (10 %) označilo tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“ a „Výjimečně, málokdy, jen málo“. U druhé skupiny respondentek se nachází nejvíce označení u prvních třech tvrzeních, přičemž nejvíce žen označilo tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ (20 respondentek což činí 45 %), poté následovaly označení tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“ se 12 respondentkami (27 %) a první možnost označilo 7 respondentek (16 %). U obou skupin žádná z žen neoznačila tvrzení „Ne, nikdy“. Medián se nachází shodně u obou skupin ve třetím tvrzení.

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

Tabulka 9 Přemýšlení nad inkontinencí

„Na problém s únikem moči musím pořád myslet“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	1	3%	4	9%
Poměrně dosti, značně, často	5	14%	17	39%
Občas, mírně, někdy, poněkud	27	75%	18	41%
Výjimečně, málokdy, jen málo	3	8%	5	11%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	36	100%	44	100%

Z tabulky vyplívá, že ve skupině žen trpících stresovou inkontinencí převažuje tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“. Z dotázaných žen označilo toto tvrzení 27 žen, což odpovídá 75 % a tedy se v tomto tvrzení nachází modus. Druhým nejpočetnějším tvrzením bylo „Poměrně dosti, značně, často“ u 14 % respondentek. U žen trpících smíšenou inkontinencí byly počty dvou nejčastěji označených tvrzení téměř shodné na rozdíl od první skupiny žen. Nejvíce zastoupené tvrzení bylo „Občas, mírně, někdy, poněkud“ u 18 respondentek (41 %), kdy pouze o jednu respondentku méně (17 respondentek) označilo tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. U obou skupin žádná z žen neoznačila odpověď „Ne, nikdy“.

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

Tabulka 10 Návštěva WC pro posílení jistoty

„Chodím pro jistotu na WC, i když nemusím“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	0	0%	5	11%
Poměrně dosti, značně, často	2	5%	26	59%
Občas, mírně, někdy, poněkud	29	73%	10	23%
Výjimečně, málokdy, jen málo	7	18%	3	7%
Ne, nikdy	2	5%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U této otázky označily respondentky trpící stresovou inkontinencí v 73 % (29 respondentek) tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ a současně lze tvrdit, že se zde nachází modus i medián této skupiny žen. V 18 % (7 respondentek) následuje tvrzení „Výjimečně, málokdy, jen málo“. Žádné označení se nenachází u prvního tvrzení, ale naopak u skupiny žen trpících smíšenou inkontinencí se u daného tvrzení nachází 5 respondentek (11 %). U druhého tvrzení se nachází označení od 26 respondentek (59 %) a současně se zde vyskytuje modus i medián skupiny. Nezanedbatelnou část tvoří i třetí tvrzení, kde se nachází 10 označení (23 %). Při porovnání mediánů obou skupin lze tvrdit, že skupina žen se smíšenou inkontinencí má horší kvalitu života, než ženy se stresovou inkontinencí.

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

Tabulka 11 Plánování činnosti s ohledem na dostupnost WC

„Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	0	0%	8	18%
Poměrně dosti, značně, často	7	18%	24	55%
Občas, mírně, někdy, poněkud	22	55%	11	25%
Výjimečně, málokdy, jen málo	10	25%	1	2%
Ne, nikdy	1	3%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U této otázky více než polovina respondentek (22 respondentek, 55 %) trpících stresovou inkontinencí označila tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ a tím pádem lze tvrdit, že se zde nachází modus skupiny. Kromě modu se i v tomto tvrzení nachází medián skupiny. Druhým nejpočetnějším tvrzením bylo s 10 respondentkami (25 %) „Výjimečně, málokdy, jen málo“. Žádná z respondentek neoznačila první tvrzení. Oproti tomu ve skupině respondentek trpících smíšenou inkontinencí se nachází u tohoto tvrzení 8 označení (18 %). Následuje tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“ s 24 označeními (55 %) se v tomto tvrzení se nachází modus i medián skupiny. Nezanedbatelnou část tvoří i tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kde tuto možnost zvolilo 25 % respondentek. Při porovnání mediánů obou skupin lze tvrdit, že respondentky se smíšenou inkontinencí mají i více zhoršenou kvalitu života z pohledu močové inkontinence.

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

Tabulka 12 Obava o zhoršení stavu věkem

„Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	9	23%	5	11%
Poměrně dosti, značně, často	11	28%	29	66%
Občas, mírně, někdy, poněkud	15	38%	9	20%
Výjimečně, málokdy, jen málo	5	13%	1	2%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Z tabulky vyplývá, že respondentky se stresovou inkontinencí nejčastěji označily tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ (15 respondentek, 38 %). Následuje tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, kde tuto možnost označilo 11 respondentek, což činí 28 %. První tvrzení si zvolilo 23 % dotázaných žen. Ve skupině žen trpících smíšenou inkontinencí bylo nečetnější zastoupení odpovědí u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. Tuto možnost označilo 29 respondentek (66 %). Se třetím tvrzením se ztotožnilo 9 respondentek (20 %). Žádná z obou skupin žen se neztotožnila s posledním tvrzením.

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

Tabulka 13 Noční vstávání na WC

„Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	0	0%	6	14%
Poměrně dosti, značně, často	2	5%	26	59%
Občas, mírně, někdy, poněkud	31	78%	11	25%
Výjimečně, málokdy, jen málo	5	13%	1	2%
Ne, nikdy	2	5%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U této otázky více než třičtvrtě dotázaných žen trpících stresovou inkontinencí označilo tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“. Vyskytovalo se zde 31 označení (78 %) a tedy se zde nachází modus i medián celé skupiny. Žádná z respondentek neoznačila první tvrzení, ale je zajímavé, že dvě respondentky se tímto problémem vůbec netrápí. U smíšené inkontinence se modus i medián nachází u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, kde si tuto možnost zvolilo 26 dotázaných žen, což je více než polovina vzorku respondentek. S tvrzením „Občas, mírně, někdy, poněkud“ souhlasilo 11 respondentek (25 %). Žádná z dotázaných žen neoznačila poslední tvrzení. Při porovnání obou mediánů lze tvrdit, že respondentky se smíšenou inkontinencí mají kvalitu života na horší úrovni než druhá skupina žen.

Otázka č 14: Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu

Tabulka 14 Pocity trapnosti a studu kvůli inkontinenci

„Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	3	8%	10	23%
Poměrně dosti, značně, často	22	55%	20	45%
Občas, mírně, někdy, poněkud	10	25%	11	25%
Výjimečně, málokdy, jen málo	4	10%	3	7%
Ne, nikdy	1	3%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U žen trpících stresovou inkontinencí se modus i medián nachází u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. Je zde 22 označení což odpovídá 55 % skupiny respondentek. Následuje tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“ s 10 respondentkami (25 %). Ve skupině respondentek trpících smíšenou inkontinencí označilo první tvrzení 10 respondentek (23 %) a s druhým tvrzením souhlasí 20 respondentek (45 %). U druhého tvrzení se tedy nachází modus i medián skupiny. Poměrně početnou skupinu lze najít i u třetího tvrzení, kde se nachází 11 označení (25 %). U obou skupin respondentek se medián nachází u druhého tvrzení.

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

Tabulka 15 Pocit nedokonalého zdraví kvůli inkontinenci

„Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	3	8%	8	18%
Poměrně dosti, značně, často	11	28%	27	61%
Občas, mírně, někdy, poněkud	20	50%	7	16%
Výjimečně, málokdy, jen málo	5	13%	2	5%
Ne, nikdy	1	3%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Z tabulky lze vyčíst, že respondentky trpící stresovou inkontinencí označily tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“ v zastoupení 11 označení (28 %) a tím pádem je to druhá nejpočetnější skupina odpovědí. Modus i medián se nachází u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“. Toto tvrzení označilo 20 dotázaných žen, což činí 50 %. U respondentek trpících smíšenou inkontinencí se nachází modus i medián již u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. Tvrzení označilo 27 respondentek (61 %). Téměř shodný počet označení byl u prvního (8 respondentek, 18 %) a třetího (7 respondentek, 16 %) tvrzení. Žádná respondentka neoznačila poslední tvrzení. Při porovnání obou mediánů lze tvrdit, že respondentky se smíšenou inkontinencí mají kvalitu života na horší úrovni, než druhá skupina žen.

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

Tabulka 16 Přesvědčení o zlepšení stavu po léčbě

„Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	6	15%	16	36%
Poměrně dosti, značně, často	18	45%	17	39%
Občas, mírně, někdy, poněkud	14	35%	8	18%
Výjimečně, málokdy, jen málo	2	5%	3	7%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Ženy se stresovou inkontinencí jsou přesvědčeny v 15 %, že léčba inkontinence jim velmi pomůže. S druhým tvrzením se ztotožnilo 18 respondentek (45 %). Poměrně velké zastoupení respondentek se vyskytuje i u třetího tvrzení. Označilo ho 14 respondentek (35 %). U žen se smíšenou inkontinencí byly počty u prvních dvou tvrzení téměř shodné. První tvrzení označilo 16 respondentek (36 %) a s druhým tvrzením se ztotožnilo 17 respondentek (39 %). U třetího tvrzení se nachází 18 % dotázaných žen. Žádná z obou skupin žen se neztotožnila s posledním tvrzením. Modus i medián se nachází u obou skupin žen shodně u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“.

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

Tabulka 17 Úbytek radosti ze života

„Únik moči mi ubírá radost ze života“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	2	5%	7	16%
Poměrně dosti, značně, často	7	18%	11	25%
Občas, mírně, někdy, poněkud	19	48%	20	45%
Výjimečně, málokdy, jen málo	9	23%	5	11%
Ne, nikdy	3	8%	1	2%
Celkem	40	100%	44	100%

Největší zastoupení žen trpících stresovou inkontinencí se nachází u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“. Tuto možnost označilo 19 respondentek (48 %). Následovalo tvrzení „Výjimečně, málokdy, jen málo“ se zastoupením 9 respondentek (23 %). Tvrzení „Poměrně

dosti, značně, často“ označilo 7 respondentek (18 %). U respondentek se smíšenou inkontinencí se nachází největší zastoupení odpovědí shodně jako u žen se stresovou inkontinencí u třetího tvrzení (20 respondentek, 45 %). Druhým nejpočetnějším tvrzením bylo „Poměrně dosti, značně, často“ s 11 označeními (25 %). První tvrzení označilo 7 respondentek (16 %). Medián se u obou skupin žen nachází shodně u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“.

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

Tabulka 18 Obava ze skvrn na oblečení

„Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	9	23%	17	39%
Poměrně dosti, značně, často	16	40%	16	36%
Občas, mírně, někdy, poněkud	10	25%	9	20%
Výjimečně, málokdy, jen málo	5	13%	2	5%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Z tabulky vyplývá, že 40 % dotázaných žen trpících stresovou inkontinencí se často obává, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na oblečení. V prvním a třetím tvrzením bylo rozložení respondentek téměř shodné. První možnost označilo 9 respondentek (23 %) a druhé tvrzení označilo 10 respondentek (25 %). U žen trpících smíšenou inkontinencí se modus nachází u tvrzení „Velmi, silně, vždy“. Tuto možnost si zvolilo 17 respondentek (39 %). O jednu méně žen se ztotožnilo s druhým tvrzením. Početné zastoupení se nachází i u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kde se nachází 20 % respondentek. Žádná z obou skupin žen neoznačila poslední tvrzení. U obou skupin respondentek se medián nachází u druhého tvrzení.

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

Tabulka 19 Úzkost z inkontinence

„Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	7	18%	14	32%
Poměrně dosti, značně, často	25	63%	22	50%
Občas, mírně, někdy, poněkud	6	15%	8	18%
Výjimečně, málokdy, jen málo	2	5%	0	0%
Ne, nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Nadpoloviční většina respondentek se stresovou inkontinencí označila tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. Zastoupení je zde 25 respondentek, což odpovídá 63 % dotázaných žen. První tvrzení označilo 7 respondentek (18 %) a o jednu méně respondentek označilo třetí tvrzení. U žen trpících smíšenou inkontinencí se modus nachází u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“. Toto tvrzení označilo 22 respondentek (50 %). Druhou nejpočetnější skupinou je tvrzení „Velmi, silně, vždy“ se 14 respondentkami (32 %). Třetí možnost si vybralo 8 respondentek (18 %). U čtvrté a poslední možnosti se nevyskytuje žádné označení. U obou skupin respondentek se medián nachází u druhého tvrzení.

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

Tabulka 20 Kontrola příjmu tekutin

„Musím se kontrolovat kolik, a co mohu vypít“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	3	8%	15	34%
Poměrně dosti, značně, často	14	35%	22	50%
Občas, mírně, někdy, poněkud	17	43%	6	14%
Výjimečně, málokdy, jen málo	4	10%	1	2%
Ne, nikdy	2	5%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U žen se stresovou inkontinencí se nachází modus i medián skupiny ve třetím tvrzení, kde toto tvrzení označilo 17 respondentek (43 %). Početné zastoupení žen se nachází i u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, kde si tuto možnost zvolilo 17 respondentek (35 %).

Oproti ženám se stresovou inkontinencí se modus a medián skupiny žen se smíšenou inkontinencí nachází již u druhého tvrzení. Tuto možnost označilo 50 % dotázaných žen. Tvrzení „Velmi, silně, vždy“ si zvolilo 15 respondentek (34 %). Žádná respondentka neoznačila poslední tvrzení. Při porovnání obou mediánů lze tvrdit, že respondentky se smíšenou inkontinencí mají kvalitu života na horší úrovni než druhá skupina žen.

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

Tabulka 21 Omezení výběru oblečení kvůli inkontinenci

„Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	0	0%	8	18%
Poměrně dosti, značně, často	9	23%	18	41%
Občas, mírně, někdy, poněkud	20	50%	14	32%
Výjimečně, málokdy, jen málo	6	15%	4	9%
Ne, nikdy	5	13%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

Z tabulky vyplývá, že respondentky trpící stresovou inkontinencí nejčastěji označily tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“. Zde se vyskytuje 20 respondentek, což odpovídá polovině respondentek skupiny. Druhým nejpočetnějším tvrzením bylo „Poměrně dosti, značně, často“ s 9 označeními (23 %). U čtvrtého a posledního tvrzení byly počty respondentek téměř shodné. Žádná respondentka skupiny neoznačila první možnost, ale u žen trpících smíšenou inkontinencí se u prvního tvrzení nachází 8 respondentek (18 %). Ve 41 % si respondentky volily tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“, což činí toto tvrzení modem skupiny. Početné zastoupení označení je i u třetího tvrzení, které si vybralo 14 respondentek (32 %). U žen se smíšenou inkontinencí nikdo neoznačil poslední možnost. U žen se smíšenou inkontinencí se medián nachází u třetího tvrzení, ale u druhé skupiny se nachází již u tvrzení „Poměrně dosti, značně, často“ a lze tedy tvrdit, že ženy se smíšenou inkontinencí mají kvalitu života na horší úrovni, než ženy se stresovou inkontinencí.

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

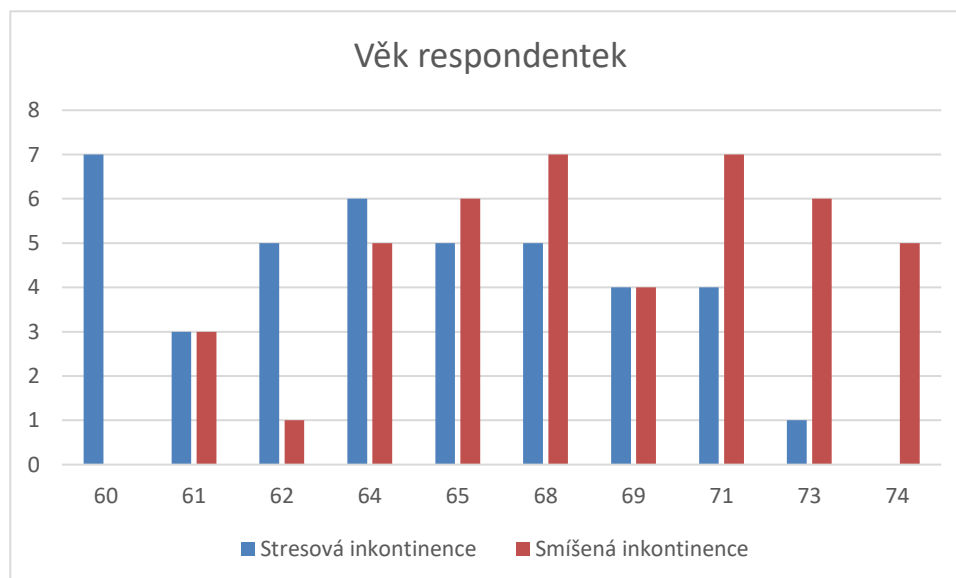
Tabulka 22 Ovlivnění sexuálního života inkontinencí

„Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Velmi, silně, vždy	0	0%	0	0%
Poměrně dosti, značně, často	0	0%	1	2%
Občas, mírně, někdy, poněkud	6	15%	10	23%
Výjimečně, málokdy, jen málo	9	23%	3	7%
Ne, nikdy	25	63%	30	68%
Celkem	40	100%	44	100%

Nejčetnější zastoupení žen trpících stresovou inkontinencí se nachází u posledního tvrzení, kde si tuto možnost zvolilo 25 respondentek (63 %). Druhým nejpočetnějším tvrzením bylo tvrzení „Výjimečně, málokdy, jen málo“ s 9 označeními (23 %). Pouze 6 respondentek (15 %) označilo třetí tvrzení. U prvního a druhého tvrzení se nevyskytovalo žádné označení. U žen trpících smíšenou inkontinencí je největší kumulace odpovědí u posledního tvrzení, kde tuto možnost zvolilo 30 respondentek (68 %). Poměrně početné zastoupení respondentek se nachází u tvrzení „Občas, mírně, někdy, poněkud“, kde se vyskytuje 10 respondentek (23 %). Žádná respondentka skupiny si ne zvolila první možnost. Medián obou skupin se vyskytuje shodně u posledního tvrzení.

Následuje vyhodnocení doplňujících otázek vlastní tvorby.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?



Obrázek 1 Věk respondentek

Následující a graf znázorňuje věkové zastoupení respondentek. Posbíraná data ukazují, že respondentky trpící stresovou inkontinencí jsou v průměru mladší, než ženy trpící smíšenou inkontinencí.

Otázka č. 2: Jste stále pracovně aktivní?

Tabulka 23 Pracovní aktivita

„Jste stále pracovně aktivní?“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Jsem v důchodu	29	73%	35	80%
Jsem zaměstnaná na plný úvazek	1	3%	0	0%
Jsem zaměstnaná na zkrácený úvazek	6	15%	2	5%
Vykonávám pouze brigády	4	10%	7	16%
Jiné	0	0%	0	0%
Celkem	40	100%	44	100%

U žen trpících stresovou inkontinencí je nejvíce respondentek již v důchodu (29 respondentek, 73 %). Na zkrácený úvazek je zaměstnáno 6 respondentek (15 %) a 4 respondentky (10 %) vykonávají pouze brigádní činnost. Pouze jedna respondentka vykonává pracovní činnost na celý úvazek. U skupiny žen se smíšenou inkontinencí 80 % dotázaných žen je již v důchodu. Brigádní činnost vykonává 7 respondentek (16 %) a dvě respondentky jsou zaměstnány na zkrácený úvazek. Lze tvrdit, že respondentky se stresovou inkontinencí jsou více pracovně aktivní než ženy se smíšenou inkontinencí.

Otázka č. 3: Myslíte si, že trávíte svůj volný čas aktivně?

Tabulka 24 Aktivní prožití volného času

„Myslíte si, že trávíte svůj volný čas aktivně?“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	31	78%	27	61%
Ne	4	10%	9	20%
Nemohu posoudit	5	13%	8	18%
Celkem	40	100%	44	100%

Více než třičtvrtě respondentek trpících stresovou inkontinencí udává, že tráví svůj čas aktivně. Tuto odpověď označilo 31 respondentek. Oproti tomu 4 respondentky (10 %) udávají, že svůj čas aktivně netráví a 5 respondentek (13 %) nedokázalo svůj volný čas posoudit.

Ženy se smíšenou inkontinencí udávají v 61 % (27 respondentek) prožití volného času aktivním způsobem. Devět respondentek (20 %) svůj volný čas aktivně netráví a 8 respondentek (18 %) nemohlo svůj volný čas posoudit.

Otázka č. 4: Jak dlouho pocítujete potíže spojené s únikem moči?

Tabulka 25 Trvání inkontinence

„Jak dlouho pocítujete potíže spojené s únikem moči?“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Méně než 1 rok	3	8%	0	0%
2 roky	2	5%	2	5%
3 roky	9	23%	6	14%
4 roky a více	26	65%	36	82%
Celkem	40	100%	44	100%

Tři respondentky (8 %) se stresovou inkontinencí trpí tímto onemocněním méně než rok a dvě respondentky 2 roky. Poměrně velké zastoupení žen trpí inkontinencí 3 roky (9 respondentek, 23 %). Čtyřmi a více lety trpí 26 respondentek (65 %). U žen se smíšenou inkontinencí trpí dvě respondentky inkontinencí 2 roky a 6 respondentek (14 %) udalo, že je inkontinence trápí již 3 roky. Velké zastoupení žen (36 respondentek, 82 %) trpí inkontinencí 4 roky a více. Jestliže u této otázky zvolily respondentky možnost „4 roky a více“ musely uvést konkrétní dobu trvání inkontinence. Tyto odpovědi jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 26 Trvání inkontinence v delším časovém horizontu

Doba trvání inkontinence	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
4	1	4%	8	22%
5	9	35%	10	28%
8	1	4%	0	0%
9	2	8%	2	6%
10	8	31%	9	25%
11	0	0%	1	3%
15	1	4%	5	14%
18	1	4%	0	0%
20	3	12%	1	3%
Celkem	26	100%	36	100%

U žen trpících stresovou inkontinencí poměrně velké množství respondentek (9 respondentek, 35 %) trpí inkontinencí 5 let. Velké množství respondentek (8 respondentek, 31 %) udalo, že inkontinencí trpí již 10 let. U žen se smíšenou inkontinencí nejvíce respondentek (10 respondentek, 28 %) trpí inkontinencí již 5 let. Devět respondentek (25 %) trpí inkontinencí 10 let a 8 respondentek (22 %) obtěžuje inkontinence 4 roky. Z obou tabulek a grafů lze usoudit, že ženy se smíšenou inkontinencí trpí únikem moči delší dobu než ženy se stresovou inkontinencí.

Otázka č. 5: Jakým typem inkontinence moči trpíte?

Tabulka 27 Typ inkontinence

„Jakým typem inkontinence moči trpíte?“	Respondentky	
	n _i	f _i
Stresová inkontinence	40	48%
Smíšená inkontinence	44	52%
Celkem	84	100%

Z tabulky vyplývá, že 40 respondentek (48 %) trpí stresovou inkontinencí a 44 respondentek (52 %) trpí inkontinencí smíšenou.

Otázka č. 6: Za jak dlouho jste vyhledala odbornou pomoc od projevení prvních potíží spojených s inkontinencí moči?

Tabulka 28 Vyhledání odborné pomoci

„Za jak dlouho jste vyhledala odbornou pomoc od projevení prvních potíží spojených s inkontinencí moči?“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Lékař o mém problému neví	0	0%	0	0%
Ihned po projevení obtíží	4	10%	3	7%
Do 6 měsíců	12	30%	9	20%
Do 1 roku	13	33%	19	43%
Nepamatuji se	0	0%	0	0%
Jiné	11	28%	13	30%
Celkem	40	100%	44	100%

Všechny respondentky o svém problému s únikem moči informovaly lékaře. Nejvíce žen trpících stresovou inkontinencí odpovědělo, že vyhledaly lékaře do 1 roku. Takto odpovědělo 13 respondentek (33 %), o jednu méně respondentku vyhledalo lékaře do 6 měsíců. Ihned po projevení potíží vyhledaly lékaře pouze 4 respondentky (10 %). Jedenáct respondentek skupiny označilo odpověď „Jiné“. Ženy trpící inkontinencí smíšenou nejčastěji vyhledaly lékaře do 1 roku od projevení potíží. U odpovědi se nachází 19 respondentek (43 %). Devět respondentek (20 %) vyhledalo pomoc do 6 měsíců a 13 respondentek (30 %) označilo možnost „Jiné“. Při označení možnosti „Jiné“ musely respondentky uvést dobu za kterou lékaře vyhledaly. Odpovědi jsou zpracovány v následující tabulce a grafu.

Tabulka 29 Vyhledání odborné pomoci v delším časovém horizontu

Doba vyhledání odborné pomoci	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Do 2 let	5	45%	9	69%
Do 3 let	3	27%	1	8%
Do 4 let	1	9%	2	15%
Do 5 let	2	18%	1	8%
Celkem	11	100%	13	100%

Z tabulky vyplývá, že všechny respondentky vyhledaly odbornou pomoc do 5 let od projevení inkontinence. U žen se stresovou inkontinencí 45 % respondentek vyhledalo pomoc do 2 let. Do tří let vyhledalo lékaře 27 % a do 5 let 18 % respondentek. Ženy se smíšenou inkontinencí vyhledaly lékaře v 69 % do dvou let. Dvě respondentky sdělily svůj problém do 4 let.

Otázka č. 7: Jakou absolvujete léčbu inkontinence?

Tabulka 30 Druh léčby inkontinence

„Jakou absolvujete léčbu inkontinence?“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
S inkontinencí se neléčím	3	5%	1	1%
Rehabilitace pánevního dna	36	58%	39	57%
Farmakologická léčba	8	13%	18	26%
Chirurgická léčba	15	24%	10	15%
Jiné	0	0%	0	0%
Celkem	62	100%	68	100%

U této otázky měly respondentky možnost označit více odpovědí a z toho důvodu se počet respondentek liší od počtu odpovědí. Nejvíce žen se stresovou inkontinencí provádí rehabilitaci pánevního dna (36 respondentek, 58 %). Chirurgickou léčbu udává 15 respondentek (24 %) a farmakologickou léčbu využívá 8 respondentek (13 %). Pouze 5 % dotázaných žen se s inkontinencí neléčí. Ženy se smíšenou inkontinencí také využívají v nejvíce rehabilitaci pánevního dna (39 respondentek, 57 %). Farmakologickou léčbu udává 18 respondentek (26 %) a chirurgickou léčbu označilo 10 respondentek (15 %). Žádná z obou skupin žen nevyužívá jiný typ léčby.

Otázka č. 8: Komu jste se svěřila se svými potížemi?

Tabulka 31 Svěření se s potížemi

„Komu jste se svěřila se svými potížemi?“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Rodina	26	21%	19	16%
Lékař specialista	34	28%	26	22%
Praktický lékař	40	33%	41	35%
Zdravotní sestra	22	18%	30	26%
Jiné	0	0%	0	0%
Celkem	122	100%	116	100%

U této otázky měly respondentky možnost označit více odpovědí a z toho důvodu se počet respondentek liší od počtu odpovědí. Všechny respondentky se stresovou inkontinencí se svěřily svému praktickému lékaři, přičemž 34 z nich se se svými potížemi svěřilo i lékaři specialistovi. Rodině se svěřilo 26 respondentek a zdravotní sestře 22 respondentek. U smíšené inkontinence se 41 respondentek svěřilo praktickému lékaři a tím pádem se zde nachází nejvyšší kumulace odpovědí. Druhý nejvyšší počet respondentek (30) se se svými potíží svěřilo zdravotní sestře. Lékaři specialistovi se svěřilo 26 respondentek a rodině 19 respondentek. Žádná respondentka z obou skupin žen nezvolila možnost „Jiné“.

Otázka č. 9: Jak vnímáte svou současnou kvalitu života z pohledu inkontinence moči?

Tabulka 32 Vnímání kvality života z pohledu inkontinence

„Jak vnímáte svou současnou kvalitu života z pohledu inkontinence moči?“	Stresová inkontinence		Smíšená inkontinence	
	n _i	f _i	n _i	f _i
Výborná	0	0%	0	0%
Normální	12	30%	7	16%
Ne moc dobrá	26	65%	22	50%
Špatná	2	5%	15	34%
Celkem	40	100%	44	100%

Z tabulky vyplývá, že žádná z respondentek nehodnotí svou kvalitu života jako výbornou. Nejvíce respondentek (26 respondentek, 65 %) se stresovou inkontinencí hodnotí svou kvalitu života jako ne moc dobrou. Dvanáct respondentek (30 %) kvalitu života hodnotí jako normální a dvě respondentky si myslí, že jejich kvalita života je na špatné úrovni. U žen se smíšenou inkontinencí označilo svou kvalitu života jako ne moc dobrou 22 respondentek (50 %) a tím pádem se jedná o nejpočetnější skupinu odpovědí. Patnáct respondentek (34 %) vnímá svou kvalitu života jako špatnou a 7 respondentek (16 %) míní, že je jejich kvalita života na normální úrovni.

8 Diskuze

S rychlým stárnutím populace představuje močová inkontinence celosvětový problém. V několika proběhlých studiích u žen ve věku 50 let a více uvedla inkontinenci jedna třetina až dvě třetiny žen. Ve Velké Británii se pohybuje zastoupení žen trpících inkontinencí mezi 30–40 %. Inkontinence má velký dopad na kvalitu života, ovlivňuje emoční pohodu, sociální oblast a celkové zdraví starší osoby. Inkontinence je spojena se zhoršeným duševním zdravím, depresí, zhoršením sebeúcty, s úzkostí (Lee a kol., 2021), což se i v průzkumu této diplomové práce potvrdilo.

Z posbíraných dat vyplývá, že inkontinence moči ovlivňuje ženu v mnoha ohledech. Žádná z respondentek neohodnotila svou kvalitu života na výbornou úroveň, přičemž ani polovina respondentek si nemyslí, že by jejich kvalita života byla na úrovni normální roviny. Celých 48 dotázaných žen hodnotilo svou kvalitu života jako ne moc dobrou a 17 respondentek dokonce jako špatnou.

Hlavním cílem práce bylo zjistit rozdíly v úrovni kvality života mezi skupinou žen trpících smíšenou inkontinencí a žen trpících stresovou inkontinencí ve věku 60–75 let. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí standardizovaného dotazníku I-QoL (Urinary Incontinence Quality-of-life questionnaire) a doplňujících položek dotazníku vlastní tvorby. Po vyhodnocení dat standardizovaného dotazníku pomocí daného vzorce lze tvrdit, že ženy se smíšenou inkontinencí moči mají kvalitu života na horší úrovni než ženy se stresovou inkontinencí, což potvrzují i mediány u jednotlivých otázek. Tyto výsledky byly podpořeny i doplňující otázkou (viz. Tabulka 33) dotazníku, kdy byly respondentky přímo dotazovány na subjektivní vnímání kvality života. U stresové inkontinence hodnotilo 26 respondentek svou kvalitu života jako ne moc dobrou a dvě respondentky jako špatnou. Oproti tomu u smíšené inkontinence 22 udalo kvalitu života jako ne moc dobrou a dokonce 15 respondentek si myslí, že je jejich kvalita života na špatné úrovni.

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, zda inkontinence moči ovlivňuje ženu v oblastech psychické i sociální úrovně. Cíle bylo dosaženo a zjištěno, že inkontinence negativně ovlivňuje všechny uvedené roviny osoby. Po bližším rozčlenění otázek do jednotlivých domén (omezení rolí, sociálního omezení, osobních vztahů, emocí, spánku/energie, závažnosti stavu) bylo zjištěno, že stejně jako v diplomové práci autorky Hlouškové (2020), ženy nejhůře hodnotily doménu č. 5,

kteřá se tývá emoci. Další prací, se kterou bylo možné výsledky porovnat, byla práce Frydrychové (2013), která shodně uvádí nejvyšší dopad inkontinence na doménu emoci.

Autorka Hloušková (2020) uvádí ve své práci, která je zaměřena na stresovou inkontinenci, že nejméně ovlivněnou doménou je doména č. 6 neboli poruchy spánku. V diplomové práci v případě respondentek trpících stresovou inkontinencí lze s autorkou Hlouškovou (2020) souhlasit, avšak v případě respondentek se smíšenou inkontinencí se toto tvrzení nepotvrzuje. U smíšené inkontinence se tato doména vyrovnává ostatním položkám domén.

V diplomové práci se všechny respondentky obávaly zhoršení stavu inkontinence spolu s věkem, přičemž více než polovina respondentek se tohoto problému obává často. Výsledky lze srovnat se studií (Lee a kol., 2021), ve které se zjistilo, že téměř polovina žen (48 %) se tohoto problému obává. Další výsledek, který lze s touto studií srovnat je obava z rozpoznání moči čichem. V diplomové práci autorka došla k závěru, že více než polovina respondentek se tohoto problému někdy obává, ale ve zmíněné studii se uvádí, že každý třetí jedinec (32 %) se dostává do rozpaků kvůli zápachu moči. Rozdílné výsledky mohou být zapříčiněny odlišnou kulturou, použitou metodikou či typem inkontinence (Lee a kol., 2021).

Prvním dílčím cílem práce bylo zjistit, zda inkontinence moči ovlivňuje sebekoncepci ženy. Tento cíl velmi úzce souvisí s doménou č. 1. I u toho cíle lze tvrdit, že inkontinence negativně ovlivňuje sebekoncepci ženy. Například u otázky č. 11 standardizovaného dotazníku, měly respondentky označit, jak moc musí své činnosti plánovat s ohledem na použití WC. Z výsledků otázky je patrné, že se liší odpovědi dle typu inkontinence. U smíšené inkontinence dokonce více než polovina musela svou činnost pečlivě plánovat.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda inkontinence moči ovlivňuje interpersonální vztahy. Dle výsledků lze tvrdit, že inkontinence moči má poměrně velké negativní dopady na společenský i osobní život. U otázky č. 8 standardizovaného dotazníku respondentky hodnotí, zda se obávají rozpoznání moči čichem od ostatních lidí. Z výsledků této otázky je patrné, všechny respondentky trpí určitou obavou. Některé respondentky udávají, že inkontinence moči ovlivnila i jejich sexuální život, avšak je otázkou, zda respondentky, které odpověděly, že jejich sexuální život není ovlivněn, jsou stále sexuálně aktivní. Tuto otázku je možné porovnat s výsledky autorky Vavrušové (2014), která uvádí taktéž negativní dopad inkontinence na sexuální život některých respondentek.

K třetímu dílčímu cíli, který se týkal aktivního života ženy trpící inkontinencí moči se vázaly dvě otázky z části dotazníku vlastní tvorby (otázka č. 2 a 3). Z výsledků vyplynulo, že pouze 13 respondentek si nemyslí, že žijí aktivně a 13 respondentek nedokázalo svůj život ohodnotit. Zbylé respondentky udaly, že svůj čas tráví aktivním způsobem. Z celkového počtu 84 respondentek, je stále zaměstnáno 20 žen. Poslední dílčí cíl se zabývá tím, zda respondentky absolvují léčbu močové inkontinence. Velmi pozitivním zjištěním bylo, že téměř všechny dotázané ženy se léčí se svým problémem s močovou inkontinencí. Nejvíce žen provádí gymnastiku pánevního dna, 26 žen uvedlo, léčbu inkontinence pomocí farmakologické léčby a 25 žen absolvuje chirurgickou léčbu.

Průzkumná otázka č. 1: Jaký je vliv inkontinence moči na výskyt depresí u zkoumaného vzorku respondentek? Na tuto výzkumnou otázku se nachází odpověď ve standardizovaném dotazníku (viz. tabulka 5). Dle výsledků lze tvrdit, že výskyt depresí v souvislosti s inkontinencí je velmi vysoký. Všechny respondentky trpěly určitým stupněm depresí. Více než polovina respondentek trpí depesemi často. Výsledky lze porovnat s výsledky autorky Vrublové a Holisové (2011) v recenzovaném článku. Autorky vyhodnocovaly kvalitu života pomocí totožného standardizovaného dotazníku, avšak výsledky se této otázky liší. Dle jejich výsledků 28,2 % žen netrpí žádnou formou deprese a častými depesemi trpí pouze čtvrtina respondentek. Určité odchýlení výsledků může být dáno tím, že autorky zkoumaly pouze respondentky se stresovou inkontinencí, ale v průzkumu autorky jsou zařazeny i respondentky se smíšenou inkontinencí, které mají dle výsledků silnější prožívání depresí. V odborné publikaci lze najít, že spojitost močové inkontinence a depresí se vyskytuje u 10,6 % jedinců, přičemž respondentky trpěly urgentní a smíšenou inkontinencí (Hansson Vikström a kol., 2021). Odchyly mezi průzkumy mohou být způsobeny věkovým rozhraním jedinců či typem inkontinence u zkoumaného vzorku. Odchyly mohou být ovšem i způsobeny samotným sběrem dat ve spojení inkontinence a deprese. Autor zařazoval do studie pouze respondentky, které udávaly na hodnotící škále depresí 8 a více bodů. Ostatní respondentky do procenta 10,6 % zahrnuté nebyly. Samotný věk má v otázce depresí velkou roli. Průzkumy v Norsku ukázaly, že ženy trpící inkontinencí moče mají větší sklon ke vzniku depresí než ženy bez věkového rozhraní (Hansson Vikström a kol., 2021). Autor Felde a kol. (2011) uvádí v publikovaném článku, že výskyt depresí spojených s močovou inkontinencí se liší v různých studiích. Udává se rozpětí mezi 6 až 38 %, přičemž stresová inkontinence je vázaná s depesemi ve 3–14 % případů. U urgentní a smíšené inkontinence je to 21–42 %. Autor uvádí, že kvůli velkému rozhraní by bylo vhodné provést další studie pro přesvědčivější výsledky (Felde a kol., 2011).

Porovnání výsledku studií v publikovaných článcích s průzkumem autorky diplomové práce se může lišit i kvůli použití jiného typu dotazníku.

Průzkumná otázka č. 2: Jaký je vliv inkontinence moči na výskyt pocitů frustrace či úzkosti u zkoumaného vzorku respondentek? Výsledky zkoumaného vzorku respondentek ukazují, že spojitost močové inkontinence a výskytu frustrace či úzkosti je vysoká. Pocity frustrace neboli pocity plynoucí z omezení či zabránění aktivity lze pozorovat například u otázky č. 21 (viz. tabulka 21) standardizovaného dotazníku. V této otázce hodnotily respondentky omezení výběru oblečení kvůli úniku moči. Výsledky se opět lišily dle typu inkontinence. Vyšší frustraci v tomto ohledu pociťovaly ženy se smíšenou inkontinencí, ale i přesto lze tvrdit, že téměř u všech respondentek se pocit frustrace vyskytuje. V zahraniční studii, která probíhala od října 2019 do ledna 2020 se zjistilo, že 13,8 % žen s urgentní či smíšenou inkontinencí trpí výskytem úzkostí (Hansson Vikström a kol., 2021). Odchytky mezi průzkumy mohou být způsobeny věkovým rozhraním jedinců či typem inkontinence u zkoumaného vzorku. Odchytky mohou být ovšem i způsobeny samotným sběrem dat a kritérií pro zařazení respondentek ve spojení inkontinence a úzkosti. Další proběhlá studie ukazuje, že úzkost spojená s inkontinencí se projevuje u 11–18 % (Felde a kol., 2011).

Průzkumná otázka č. 3: Jaký je vliv inkontinence moči na výskyt pocitů trapnosti či studu u zkoumaného vzorku respondentek? Otázky trapnosti či studu se přímo týká tvrzení č. 14 (viz. tabulka 14) standardizovaného dotazníku. Dle zpracovaných výsledků lze usoudit, že nadpoloviční většina respondentek pocity trapnosti či studu zažívá často. Pouze jediná respondentka tyto pocity nezažívá. Při porovnání s výsledky autorky Frydrychové (2013) vyplývá, že respondentky v její práci netrpěly v takové míře a síle těmito pocity. Tyto odchytky mohou být dané nezkoumáním závažnosti inkontinence.

Průzkumná otázka č. 4: Dochází v souvislosti s inkontinencí moči k omezení zájmů či aktivit u zkoumaného vzorku respondentek? Podklady k této otázce se nachází u tvrzení č. 7 (viz. tabulka 7) standardizovaného dotazníku. Při nahlédnutí do tabulky č. 7 lze vidět, že inkontinence omezuje ve velké míře aktivity či zájmy respondentek. Při porovnání výsledků této položky s autorkou Frydrychovou (2013) lze tvrdit, že i ona došla k téměř shodnému závěru, ale další autorka Vavrušová (2014) uvádí ve své práci, že 27 % dotázaných žen inkontinence zájmy neovlivňuje. Odchytka ovšem může být způsobena tím, že většinu respondentek u autorky Vavrušové (2014) tvořily respondentky se stresovou inkontinencí.

Průzkumná otázka č. 5: Jaký má vliv inkontinence moči na výskyt pocitů obav u zkoumaného vzorku respondentek? U respondentek byl výskyt obav v nezanedbatelné míře. Respondentky často udávaly značnou spojitost výskytu obav v souvislosti s inkontinencí moče. Tyto obavy se u respondentek vyskytují s vysokou frekvencí. Autorka Hloušková (2020) uvádí, že inkontinence nejvíce ovlivňuje doménu 5 (emoce). Toto tvrzení potvrzují i výsledky této práce, a tudíž nezbyvá než souhlasit s autorkou práce.

Průzkumná otázka č. 6: Komu se svěřují ženy trpící inkontinencí moči se svými problémy a vyhledají tyto ženy i odbornou pomoc? K této průzkumné otázce se vážaly dvě otázky z dotazníku vlastní tvorby. Nejvíce žen se se svými problémy spojenými s močovou inkontinencí svěřilo praktickému lékaři. Ženy ve velké míře sdělily své problémy i své rodině. Překvapivým zjištěním bylo, že 52 respondentek se svěřilo se svými problémy spojenými s inkontinencí moči zdravotní sestře. Z výsledků průzkumného šetření vyplynulo, že všechny ženy vyhledaly odbornou pomoc lékaře, což se lišilo od závěru v publikovaném článku, který udává, že pouze 30,6 % žen vyhledalo pomoc lékaře (Biswas a kol., 2017).

9 Závěr

Močová inkontinence ovlivňuje ženy ve všech oblastech života – sociální, psychické, fyzické. Inkontinence ženu ovlivňuje jak v domácím prostředí, tak i v prostředí zaměstnání. Tyto ženy se poté vzdávají mnohého ze svého běžného životního stylu, a tím pádem dochází i ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Inkontinence moči částečně ovlivňuje i odpočinek, starosti o domácnost, zájmy i aktivity. Ženy trpící inkontinencí se musí naučit nově uspořádat svůj život podle rozmístění toalet a vyhnout se případným nepříjemným situacím. Inkontinence má fyzické, psychosociální i ekonomické následky (Sochorová a Vránová, 2008).

Inkontinencí moči trpí 1 ze 4 žen, přičemž nevyšší zastoupení má inkontinence stresová. Obecně se uvádí, že výskyt inkontinence u žen mladšího věku je 20–30 %. S věkem zastoupení močové inkontinence v populaci stoupá a u starších žen je zastoupení 30–50 % (Vikström a kol., 2021). V odborných publikacích se uvádí, že močová inkontinence se vyskytuje u 1 z 5 přijímaných pacientů do nemocnice, přičemž 38,6 % jsou jedinci staršího věku (Martín-Losada a kol., 2021).

Diplomová práce je teoreticko – průzkumného charakteru. Teoretická část práce rozebírá jednotlivé typy inkontinence, jejich diagnostiku, léčbu a rizikové faktory. Dále je v práci popsána problematika kvality života a periodické období stáří. Praktická část byla realizována pomocí standardizovaného dotazníku I-QoL (Urinary Incontinence Quality-of-life questionnaire) a doplňujících otázek vlastní tvorby. Celkově bylo do průzkumu zařazeno 84 respondentek – 40 respondentek trpících stresovou inkontinencí a 44 respondentek se smíšenou inkontinencí.

Všechny stanovené cíle i průzkumné otázky práce byly úspěšně dosaženy. Všechny ženy trpící inkontinencí moči nemají stejnou kvalitu života. Kvalita života je ovlivněna různými faktory. Mezi zásadní faktor patří typ inkontinence, což potvrdily i výsledky dotazníkového šetření, kdy ženy trpící smíšenou inkontinencí měly horší kvalitu života než ženy se stresovou inkontinencí. Při porovnání výsledků dotazníkového šetření s pracemi od jiných autorů bylo zjištěno, že odhad o ovlivnění kvality života podle typu inkontinence je správný.

Velmi překvapivým zjištěním bylo, do jaké míry ovlivňuje inkontinence moči emoce respondentek. Z dotazníkového šetření bylo patrné, že oblast emocí byla nejvíce narušena močovou inkontinencí. Z výsledků průzkumného šetření vyplynulo, že všechny ženy vyhledaly

odbornou pomoc lékaře, což se lišilo od závěru v publikovaném článku, který udává, že pouze 30,6 % žen vyhledalo pomoc lékaře (Biswas a kol., 2017).

Tato práce by mohla by mohla sloužit jako podklad ke komplexnějšímu pochopení žen trpících inkontinencí moči. Je důležité šíření informací, ať už mezi nemocnými ženami, zdravotníky či laickou veřejností. Zdravotnický personál může ženě poskytnout různá zdravotní doporučení, poskytnout pochopení či poskytnout kontakt na psychologa, který s ženou její problémy rozebere a tím ji dovede i k možnému řešení. Když dostane laická veřejnost informace o této problematice, nebudou již nemocné ženy možná zažívat takové obavy. Informace pro nemocné ženy znamenají lepší pochopení jejich nemoci a snížení obav ohledně léčby. Správné informace o léčbě jsou pro klientky zásadní. V odborných publikacích lze dohledat, že konzervativní léčba pomáhá ke snížení frekvence epizod pomočování a celkové závažnosti inkontinence u 50 % inkontinentních žen. Zlepšení kontinence se uvádí v 30–40 % inkontinentních žen (Martín-Losada a kol., 2021).

10 Doporučení pro praxi

- Zaměřit se na pacientku jako na komplexní bytost a neopomíjet žádnou stránku Bio-psycho-sociální.
- V případě potřeby předat ženě kontakt na psychologa.
- V čekárnách jsou k dispozici informační letáky (např. cviky na zpevnění svalstva pánevního) a zdravotnický personál by je měl aktivně nabízet pacientkám.
- Snaha o správnou komunikaci mezi klientkou a lékařem, která je základem důvěry. Součástí toho je zajištění příjemného a přátelského prostředí. Důležité je zajistit i intimitu při důvěrném rozhovoru. Při komunikaci je důležité být empatický.
- Poskytnout pacientce informace o možnostech léčby. Podat veškeré informace o konkrétních druzích léčby, které jsou pro pacientku vhodné.
- Edukovat ženu o nutnosti správné intimní hygieny.
- Předepsání pacientce pomůcky pro inkontinentní a vysvětlit možnosti žádosti proplacení pomůcek pojišťovnou.
- Edukovat ženu o správné péči o kůži a doporučit možné přípravky k prevenci vzniku opruzenin.
- V čekárnách či na odděleních by měla být dostatečně označena toaleta. V případě hospitalizace umístit pacientku co nejbližší k toaletě.
- Při hospitalizaci pacienta zajistit intimitu při vyprazdňování.
- U imobilního pacienta v případě potřeby vyprázdnění zajistit intimitu např. plentou.
- U pacienta s močovou inkontinencí dbát na pravidelnou výměru plen a provádět péči o kůži.
- Pomáhat udržovat normální návyky močení.
- Zjistit vylučovací návyky nemocného a nabádat pacienta k jejich dodržování.
- Regulovat u pacienta příjem tekutin před spaním.
- Při problematickém močení pacienta použít stimuly, které mohou pacientovi pomoci k samovolnému vymočení.

11 Seznam požitých literatury

Knihy

FRYDRYCHOVÁ, Klára. *Kvalita života žen s inkontinencí moči*. Pardubice, 2013. 121 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Eva Beňová.

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013. 168 s. ISBN 978-80-262-0480-0.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, 2010. 450 s. ISBN 978-80-247-2612-0.

HERLE, Petr a kol. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Praha: Raabe, 2016. 128 s. ISBN 978-80-7496-205-9.

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

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů 2*. Praha: Grada, 2014. 120 s. ISBN 978-80-247-3600-6.

KLOSOVÁ, Gabriela a Adéla WEBROVÁ. *Vybraná onemocnění se sociálním dopadem studijní opora pro kombinovanou formu studia*. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální Ostrava-Mariánské Hory, 2011. 148 s. SBN 978-80-87540-45-9.

KOZÁKOVÁ, Radka. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 106 s. ISBN 978-80-244-4259-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2017. 403 s. ISBN 978-80-262-1227-0.

- KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř: 2. rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Maxdorf jessenius, 2011. 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAREŠ, Jiří. *Pedagogická psychologie*. Praha: Portál, 2013. 702 s. ISBN 978-80-262-0174-8.
- MARTÍNKOVÁ, Jiřina a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, 2018. 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
- PILKA, Radovan a kol. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf jessenius, 2017. 332 s. ISBN 978-80-7345-530-9.
- ROKYTA, Richard a kol. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 2015. 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3311-1.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VAŠINA, Lubomír. *Vademecum psychologie clinicae*. Brno: Institut mezioborových studií, 2011. 256 s. ISBN 978-80-87182-18-5.
- VAVRUŠOVÁ, Kateřina. *Močová inkontinence u žen v kontextu kvality života*. Zlín, 2014. 85 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Andrea Filová.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Periodikum

BISWAS, Bijit a kol. Urinary Incontinence, Its Risk Factors, and Quality of Life: A Study among Women Aged 50 Years and above in a Rural Health Facility of West Bengal. *J Midlife Health*. 2017, roč. 8, č. 3, s. 130–136. DOI: 10.4103/jmh.JMH_62_17.

DRÁBKOVÁ, Pavla. Prevence močové inkontinence je stáří. *Urologie pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 3, s. 127-129. ISSN 1213-1768.

DRLÍK, Pavel, Jan ZMRHAL a Jiří KOČÁREK. Subretrální pásy pro stresovou inkontinenci – 10 let zkušeností. *Urologie pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 1, s. 29-32. ISSN 1213-1768.

FELDE, Gunhild a kol. Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study. *International Urogynecology Journal*. 2012, roč. 23, č. 3, s. 299–306. DOI 10.1007/s00192-011-1564-3.

GULÁŠOVÁ, Ivica a Ján BREZA. Sebepojetí pacientů. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 4, s. 22–23. ISSN 1210-0404.

HANSSON VIKSTRÖM, Nils a kol. Anxiety and depression in women with urinary incontinence using E-health. *International Urogynecology Journal*. 2021, roč. 32, s. 103–109. DOI: 10.1007/s00192-020-04227-2.

HOLUB, Lukáš a kol. Dopady změny antimuskarinika na kvalitu života u pacientů s hyperaktivním měchýřem – výsledky studie VEST. *Urologie pro praxi*. 2018, roč. 22, č. 2, s. 106-114. ISSN 1213-1768.

HORČIČKA, Lukáš. Estrogeny a inkontinence moči u žen. *Urologie pro praxi*. 2019, roč. 20, č. 3, s. 116-118. ISSN 1213-1768.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária NOVYSEDLÁKOVÁ. Gymnastika svalů pánevního dna při inkontinenci moči. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 2, s. 57–59. ISSN 1210-0404.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária NOVYSEDLÁKOVÁ. Stresová inkontinence moči jako ošetřovatelský problém. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 2, s. 55–57. ISSN 1210-0404.

HUVAR, Ivan. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. 2003, roč. 7, č. 1, s. 18–22. ISSN 1211-6645.

IVANOVÁ, Ivana a Iveta ONDRIOVÁ. Inkontinence moči ve stáří. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 2, s. 54–55. ISSN 1210-0404.

JANOTOVÁ, Petra. Urogynekologická ambulance. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 3, s. 44–45. ISSN 1210-0404.

LEE, Hoo-yeon a kol. Urinary incontinence and the association with depression, stress, and self-esteem in older Korean Women. *Sci Rep*. 2021, roč. 11, č. 9054. DOI: 10.1038/s41598-021-88740-4.

KOPEČEK, Miloslav a Tomáš NOVÁK. Nebojte se statistiky aneb Jak interpretovat výsledky studií. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 2, s. 83–84. ISSN 1213-0508.

LOUDA, Miroslav. Inkontinence moči – možnosti léčby. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 3, s. 42–43. ISSN 1210-0404.

MARTÍN-LOSADA, Laura a kol. Efficacy of prompted voiding for reversing urinary incontinence in older adults hospitalized in a functional recovery unit: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2021, roč. 00, s. 1–11. DOI: 10.1111/14918.

PIZZOL, Damiano a kol. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2021, roč. 33, č. 1, s. 25–35. DOI: 10.1007/s40520-020-01712-y.

PODRAZILOVÁ, Petra. Minimalizace rizika vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí u permanentního močového katétru pomocí rozhodovacího procesu. *Urologie pro praxi*. 2016, roč. 17, č. 1, s. 40-44. ISSN 1213-1768.

POKORNÁ, Andrea a Nela KRAJČÍKOVÁ. Prevence dekubitů při používání inkontinenčních pomůcek. *Urologie pro praxi*. 2017, roč. 18, č. 5, s. 242-246. ISSN 1213-1768.

SKORUNKA, David. Porucha nebo něco jiného? Psychosomatický přístup v ambulantní psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 3, s. 96–100. ISSN 1213-0508.

SOCHOROVÁ, Nataša a Věra VRÁNOVÁ. Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5, s. 263–266. ISSN 1213-1768.

SOCHOROVÁ, Nataša. Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 11, s. 488-490. ISSN 1214-8687.

RYŠÁNKOVÁ, Miroslava. Inkontinence – novinky a možnosti řešení v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2018, roč. 15, č. 5, s. 276-280. ISSN 1214-8687.

ŠÁMAL, Vladimír a Jan MEČL. Využití botulinum toxinu při léčbě inkontinence. *Urologie pro praxi*. 2016, roč. 17, č. 4, s. 172-176. ISSN 1213-1768.

TOPINKOVÁ, Eva. Farmakoterapie urgentní inkontinence a hyperaktivního měchýře u seniorů. *Urologie pro praxi*. 2017, roč. 18, č. 4, s. 148-153. ISSN 1213-1768.

VRUBLOVÁ, Yveta a Anna HOLISOVÁ. Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2011, roč. 2, č. 2, s. 197-201. ISSN 1804-2740.

ZÍMOVÁ, Jana a Pavlína ZÍMOVÁ. Péče o kůži při inkontinenci moči a stolice. *Urologie pro praxi*. 2015, roč. 16, č. 1, s. 16-20. ISSN 1213-1768.

WEB

Cviky v lehu na zádech [obrázek]. In: Gynekologie MAXIMA [online]. [29.6.2021]. Dostupné z: <https://gynekologiemaxima.cz/informace-pro-pacientky/cviky-na-zpevneni-panevniho-dna/>.

Cviky v lehu na břicho [obrázek]. In: Gynekologie MAXIMA [online]. [29.6.2021]. Dostupné z: <https://gynekologiemaxima.cz/informace-pro-pacientky/cviky-na-zpevneni-panevniho-dna/>.

12 Přílohy

Příloha A: Cviky v lehu na zádech.....	76
Příloha B: Cviky v lehu na boku a na bříše.....	77
Příloha C: Dotazník	78

Cviky v lehu na zádech

Lehněte si na záda, pokrčte nohy, chodidla opřete o zem na šířku pánve. Pevně sevřete hýždě a s výdechem je pomalu odlepujte od podlahy. V průběhu vydechovací fáze se zvedá bránice. Tento pohyb působí společně s břišním a zádočným svalstvem na svalstvo pánevního dna, pánev je podsa-zena.

S nádechem pokládejte hýždě zpět na podlahu a uvolněte pánev.



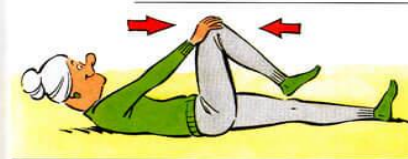
Opět leh na zádech, chodidla na zemi, vzdálené na šířku pánve. Zvedněte a podsaďte pánev jako u předchozího cviku. V této poloze střídavě zvedejte pokrčenou pravou a levou nohu několik centimetrů od podlahy. Dbejte na vodorovné držení pánve a pravidelné dýchání.



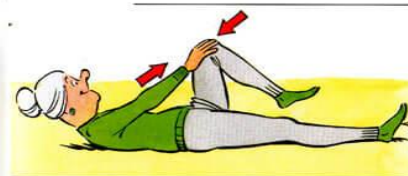
Leh na zádech. Pokrčte nohy v kolenu, špičky směřují ke stropu, paty zůstávají na zemi. S výdechem přitlačte oblast kříže k podlaze, zároveň zpevníte svalstvo pánevního dna, vypnete hrud' a protáhněte šíji. S nádechem uvolněte celé tělo.



Natáhněte obě nohy, podsaďte pánev. Pokrčte pravé koleno a zvedněte ho. Pravou rukou uchopte koleno a s výdechem tlačte rukou proti kolenu. Po celou dobu dbejte na podsazení pánve. S nádechem se vraťte do výchozí polohy a celý cvik opakujte levou nohou.



Natáhněte obě nohy. Pokrčte levé koleno a zvedněte ho. S výdechem zatlačte pravou rukou proti vnitřní straně kolena. Svalstvo pánevního dna je zpevněné, posilujete příčné břišní svaly. S nádechem uvolníte napjaté svaly a vraćíte se do výchozí polohy. Celý cvik opakujte i pravou nohou.



Cviky v lehu na boku

Lehněte si na bok, nohy jsou lehce pokrčené. Hlava je položená na spodní paži. Horní paži opřete před hrudníkem. Pánev je lehce sklopena.



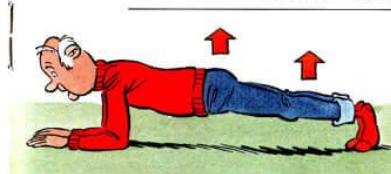
S výdechem tlačte paty pevně k sobě, špičky a kolena od sebe. Pánev je podsazená a stažená, svaly pánevního dna stažené, hrud' vypnutá, záda rovná,



šije prodloužená. S nádechem uvolňujete svaly a vracíte se do výchozí polohy.

Cviky v lehu na břiše

Leh na břichu, opřete se o předloktí a špičky nohou. S výdechem se nadzvedněte. Váha těla spočívá na předloktí a špičkách nohou – svalstvo pánevního dna je zpevněné. Pokuste se v této poloze chvíli vydržet.



Příloha C: *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se **Kateřina Sitková** a studuji na Univerzitě Pardubice magisterský obor Ošetrovatelská péče v interních oborech. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který bude použit do mé závěrečné práce na téma **Kvalita života žen s inkontinencí moči**. Dotazník je zaměřen na skupinu **žen trpící inkontinencí moči** ve věku **60–75 let**. Jedná se o **anonymní** dotazník. Pokud není uvedeno jinak zakroužkujte pouze jednu odpověď. V případě nejasností mě kontaktujte na emailové adrese, která je uvedena níže.

Děkuji za spolupráci

Bc. Kateřina Sitková

katerina.sitkova@student.upce.cz

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

Prosím zakroužkujte u každé věty vždy nejvýstižnější odpověď:

1 – Velmi, silně, vždy

2 – Poměrně dosti, značně, často

3 – Občas, mírně, někdy, poněkud

4 – Výjimečně, málokdy, jen málo

5 – Ne, nikdy

- | | |
|--|-----------|
| 1) Obávám se, že nebudu schopna dojít včas na WC | 1 2 3 4 5 |
| 2) Obávám se kašlat nebo kýchat | 1 2 3 4 5 |
| 3) Mám strach se po delším sezení postavit | 1 2 3 4 5 |
| 4) V novém prostředí mě obtěžuje myšlenka, že nevím, kde je WC | 1 2 3 4 5 |
| 5) Kvůli úniku moči se cítím depresivně | 1 2 3 4 5 |
| 6) Necítím se jistá, když mám na delší dobu opustit domov | 1 2 3 4 5 |

7) Špatně snáším omezení mých zájmů a aktivit únikem moči	1 2 3 4 5
8) Obávám se, že by lidé mohli můj únik moči rozpoznat čichem	1 2 3 4 5
9) Na problém s únikem moči musím pořád myslet	1 2 3 4 5
10) Chodím pro jistotu na WC, i když nemusím	1 2 3 4 5
11) Vadí mi, že s ohledem na únik moči musím každou svou činnost předem pečlivě plánovat dle možnosti použít WC	1 2 3 4 5
12) Bojím se, že postupem věku se můj problém zhorší	1 2 3 4 5
13) Vadí mi, že musím v noci vstávat na WC	1 2 3 4 5
14) Kvůli úniku moči zažívám pocity trapnosti a studu	1 2 3 4 5
15) Únik moči ve mně vyvolává pocit nedokonalého zdraví	1 2 3 4 5
16) Jsem přesvědčená, že mi léčba pomůže	1 2 3 4 5
17) Únik moči mi ubírá radost ze života	1 2 3 4 5
18) Obávám se, že by lidé mohli zpozorovat mokré skvrny na mém oblečení	1 2 3 4 5
19) Trpím úzkostí, protože své močení nemohu ovládat tak, jak bych chtěla	1 2 3 4 5
20) Musím se kontrolovat kolik, a co mohu vypít	1 2 3 4 5
21) Únik moči mě omezuje ve výběru oblečení	1 2 3 4 5
22) Únik moči nepříjemně zasahuje do mého sexuálního života	1 2 3 4 5

Doplňující otázky mimo standardizovaný dotazník

1. Kolik je Vám let?

.....

2. Jste stále pracovně aktivní?

- a) jsem v důchodu
- b) jsem zaměstnaná na plný úvazek
- c) jsem zaměstnaná na zkrácený úvazek
- d) vykonávám pouze brigády
- e) jiné, prosím uveďte.....

3. Myslíte si, že trávíte svůj volný čas aktivně?

- a) ano
- b) ne
- c) nemohu posoudit

4. Jak dlouho pocítujete potíže spojené s únikem moči?
- a) méně než 1 rok
 - b) 2 roky
 - c) 3 roky
 - d) více než 4 roky
- prosím, uveďte dobu.....
5. Jakým typem inkontinence moči trpíte?
- a) stresová
 - b) smíšená (urgentní i stresová)
6. Za jak dlouho jste vyhledala odbornou pomoc od projevení prvních potíží spojených s inkontinencí moči?
- a) lékař o mém problému neví
 - b) ihned po projevení obtíží
 - c) do 6 měsíců
 - d) do 1 roku
 - e) nepamatuji se
 - f) jiná, prosím uveďte.....
7. Jakou absolvujete léčbu inkontinence? (Možno označit více odpovědí)
- a) s inkontinencí se neléčím
 - b) rehabilitace pánevního dna
 - c) farmakologická léčba
 - d) chirurgická léčba
 - e) jiná, prosím uveďte.....
8. Komu jste se svěřila se svými potížemi? (možno označit více odpovědí)
- a) rodina
 - b) lékař specialista (gynekolog apod.)
 - c) praktický lékař
 - d) zdravotní sestra
 - e) jiný, prosím uveďte
9. Jak vnímáte svou současnou kvalitu života z pohledu inkontinence moči?
- a) výborná
 - b) normální
 - c) ne moc dobrá
 - d) špatná