

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Aneta Valášková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vnímání urgentní močové inkontinence seniory

Diplomová práce

2023

Bc. Aneta Valášková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Aneta Valášková
Osobní číslo:	Z21358
Studijní program:	N5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Ošetrovatelská péče v interních oborech
Téma práce:	Vnímání urgentní močové inkontinence seniory
Téma práce anglicky:	Perception of urgent urinary incontinence by the elderly
Zadávací katedra:	Katedra ošetrovatelství

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

1. ABRAMS, P, et. al. *Incontinence*. Tokyo: ICUD, 2016. ISBN 978-0-9569607-3-3.
2. HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK. *Urologie pro mediky*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3.
3. HANUŠ, Tomáš, Vladimír KUBÍČEK, Petr MACEK a Roman SOBOTKA, HERLE, Petr, ed. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Bratislava: RAABE, 2016. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-8140-447-4.
4. HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2.
5. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Hana Ochtinská, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

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

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Vnímání urgentní močové inkontinence seniory 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 17. 4. 2023

Aneta Valášková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při tvorbě této práce, stejně tak za její trpělivost, ochotu a čas, který mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala.

Dále děkuji vrchní sestře a personálu urologické ambulance a respondentům, kteří se na průzkumu podíleli.

V neposlední řadě děkuji mým nejbližším za podporu.

ANOTACE

Diplomová práce poukazuje na vnímání urgentní močové inkontinence seniory.

Teoretická část se věnuje problematice inkontinence moči se zaměřením na urgentní inkontinenci, dále stárnutí, stáří a kvalitě života.

V průzkumné části jsou v grafech a tabulkách prezentována data, která byla získána v dotazníkovém šetření, v němž byl použit standardizovaný dotazník KHQ. Dotazník byl distribuován na urologické ambulanci, počet získaných dotazníků byl 62. Data ukazují kvalitu života seniorů s urgentní močovou inkontinencí v různých doménách a v závislosti na proměnných. Bylo shledáno, že urgentní inkontinence moči negativně ovlivňuje život seniorů ve všech směrech.

KLÍČOVÁ SLOVA

dotazník KHQ, kvalita života, senioři, urgentní inkontinence moči

TITLE

Perception of urgent urinary incontinence by the elderly

ANNOTATION

The master's thesis points to the perception of urgent urinary incontinence by the elderly.

The theoretical part deals with the issue of urinary incontinence with a focus on urgent incontinence, aging, age and quality of life.

The research part contains graphs and tables of data obtained from a questionnaire survey using a standardized questionnaire KHQ. The questionnaires were distributed in the urology clinic, the amount of obtained questionnaires was 62. The data show elder patients's life with urgent urinary incontinence in different domains depending on the variables. Urgent urinary incontinence has been found to negatively affect the lives of seniors in every aspects.

KEYWORDS

elder, KHQ questionnaire, quality of life, urgent urinary incontinence

OBSAH

ÚVOD.....	14
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	15
1.1 Cíle práce	15
1.2 Metody k dosažení cíle.....	15
I TEORETICKÁ ČÁST	16
2 INKONTINENCE MOČI.....	16
2.1 Incidence a prevalence močové inkontinence.....	16
2.2 Etiologie močové inkontinence.....	17
2.3 Rizikové faktory vzniku močové inkontinence.....	18
2.4 Klasifikace močové inkontinence	19
2.4.1 Urgentní močová inkontinence	20
2.5 Diagnostika močové inkontinence	21
2.6 Terapie močové inkontinence	22
2.7 Inkontinenční pomůcky.....	23
2.8 Komplikace močové inkontinence u seniorů	24
2.9 Prevence močové inkontinence ve stáří	25
2.10 Role sestry v péči o inkontinentní geriatrické pacienty.....	26
3 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	28
3.1 Koncept pro úspěšné stáří a stárnutí.....	30
4 KVALITA ŽIVOTA.....	31
4.1 Kvalita života u seniorů s močovou inkontinencí	31
4.2 Hodnocení kvality života	32
II PRŮZKUMNÁ ČÁST	36
5 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	36
6 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	37

6.1	Metoda průzkumu a zpracování dat	37
6.2	Organizace průzkumného šetření	38
6.3	Charakteristika průzkumného souboru	38
7	VÝSLEDKY	40
7.1	Demografické údaje	40
7.2	Údaje z dotazníku KHQ	42
7.3	Testování hypotéz	68
8	DISKUZE	76
8.1	Diskuze k výsledkům dotazníku KHQ	76
8.2	Limitace průzkumu	81
8.3	Doporučení pro praxi	81
9	ZÁVĚR	83

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rozdělení respondentů dle věkových kategorií.....	40
Obrázek 2: Hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na pohlaví.....	43
Obrázek 3: Hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na věku.....	44
Obrázek 4: Hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na rodinném stavu.....	45
Obrázek 5: Hodnocení ovlivnění života potížemi s močením v závislosti na věku.....	46
Obrázek 6: Ovlivnění života potížemi s močením v závislosti na pohlaví.....	47
Obrázek 7: Ovlivnění života potížemi s močením v závislosti na rodinném stavu.....	48
Obrázek 8: Hodnocení každodenních činností v závislosti na věku.....	49
Obrázek 9: Hodnocení každodenních činností v závislosti na pohlaví.....	50
Obrázek 10: Hodnocení každodenních činností v závislosti na rodinném stavu.....	51
Obrázek 11: Hodnocení fyzické činnosti a sociálních aktivit v závislosti na věku.....	52
Obrázek 12: Hodnocení fyzické činnosti a sociálních aktivit v závislosti na pohlaví.....	53
Obrázek 13: Hodnocení fyzické činnosti a sociálních aktivit v závislosti na rodinném stavu.....	54
Obrázek 14: Hodnocení osobních vztahů v závislosti na věku.....	56
Obrázek 15: Hodnocení osobních vztahů v závislosti na pohlaví.....	57
Obrázek 16: Hodnocení osobních vztahů v závislosti na rodinném stavu.....	58
Obrázek 17: Hodnocení emocí v závislosti na věku.....	59
Obrázek 18: Hodnocení emocí v závislosti na pohlaví.....	60
Obrázek 19: Hodnocení emocí v závislosti na rodinném stavu.....	61
Obrázek 20: Hodnocení spánku a energie v závislosti na věku.....	62
Obrázek 21: Hodnocení spánku a energie v závislosti na pohlaví.....	63
Obrázek 22: Hodnocení spánku a energie v závislosti na rodinném stavu.....	64
Obrázek 23: Hodnocení činností a situací spojených s inkontinencí moči v závislosti na věku.....	66
Obrázek 24: Hodnocení činností a situací spojených s močovou inkontinencí v závislosti na pohlaví.....	67
Obrázek 25: Hodnocení činností a situací spojených s inkontinencí moči v závislosti na rodinném stavu.....	68
Obrázek 26: Histogram mladší respondenti.....	70
Obrázek 27: Histogram starší respondenti.....	71
Obrázek 28: Histogram muži.....	73
Obrázek 29: Histogram ženy.....	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	40
Tabulka 2: Rodinný stav respondentů	41
Tabulka 3: Doplatek za inkontinenční pomůcky za jeden měsíc	41
Tabulka 4: Jak byste popsal/a v současnosti Váš celkový zdravotní stav?	42
Tabulka 5: Jak moc podle Vašeho názoru ovlivňují potíže s močením Váš život?	45
Tabulka 6: Každodenní činnosti	48
Tabulka 7: Fyzická činnost a sociální aktivity	52
Tabulka 8: Osobní vztahy	55
Tabulka 9: Emoce	59
Tabulka 10: Spánek a energie	61
Tabulka 11: Provádění nebo prožívání činností	65
Tabulka 12: Výsledky popisné statistiky první testované hypotézy	69
Tabulka 13: Test normálního rozdělení souboru mladších a starších respondentů	71
Tabulka 14: První testovaná hypotéza	72
Tabulka 15: Výsledky popisné statistiky druhé testované hypotézy	72
Tabulka 16: Test normálního rozdělení souboru mladších a starších respondentů	74
Tabulka 17: Druhá testovaná hypotéza	75

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

atd	a tak dále
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
ICS	International Continence Society
TOT	vaginální transobturatorová pásková operace
TVT	vaginální tahuprostá pásková operace
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
v.r.	vlastní rukou
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Stárnutí a stáří je nevyhnutelnou součástí života. Demografické stárnutí je nezvratné, prodlužuje se střední i maximální délka života, zlepšuje se funkční stav seniorské populace a seniorů přibývá. Tato skutečnost vede k úvahám, nakolik bude ovlivněna kvalita života (Křešťanová, 2019).

Právě kvalita života je ve vyspělých zemích velmi diskutované téma, je neodmyslitelnou součástí lidského bytí a podstatná je v každém věku. Vychází z mnoha faktorů ovlivněných velkým množstvím subjektivních i objektivních proměnných (Dvořáčková, 2012).

Jednou z nich je inkontinence moči, jejíž prevalence se zvyšuje v seniorské populaci. Představuje závažný zdravotní, společenský, a přesto stále tabuizovaný problém. Senioři jsou málo informovaní, mají strach navštívit lékaře, a tak se jim často nedostane adekvátní terapie. Mimo to se senioři vlivem inkontinence cítí méněcenní, je narušeno jejich sebepojetí a jejich každodenní život. Kombinace všech faktorů a stresorů může vést až k rozvoji maladaptčního syndromu (Římovská, 2018).

Byť si je společnost tohoto problému vědoma a existuje mnoho standardizovaných dotazníků objektivizujících kvalitu života s močovou inkontinencí, je mezi českými výzkumy jen málo studií zaměřených na vnímání urgentní močové inkontinence jako takové, natož u seniorské populace. Tento fakt byl klíčový při vybírání tématu práce.

Teoretická část práce je věnována charakteristice inkontinence moči, její incidenci a prevalenci, etiologii, rizikovým faktorům a klasifikaci. Se zaměřením na urgentní inkontinenci je popsána diagnostika a léčba. Zmíněny jsou i komplikace močové inkontinence u seniorů a možná prevence, v neposlední řadě pak role sestry v péči o inkontinentní geriatrické pacienty. Část je věnována i stárnutí a stáří a kvalitě života s ohledem na močovou inkontinenci.

V průzkumné části je provedeno dotazníkové šetření za pomoci standardizovaného dotazníku King's Health Questionnaire (KHQ) zjišťujícího kvalitu života s močovou inkontinencí.

Cílem práce je zjistit vnímání urgentní močové inkontinence seniory a posoudit, zda je hodnocení vnímání urgentní močové inkontinence rozdílné v závislosti na vybraných proměnných, kterými jsou pohlaví a věk.

Z ošetrovatelského hlediska je přínosem ke zlepšení ošetrovatelské péče v nejvíce zasažených oblastech života inkontinentního seniora.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

V teoretické části:

- Shrnout informace o močové inkontinenci se zaměřením na močovou inkontinenci urgentní, shrnout informace o kvalitě života v seniu se zaměřením na močovou inkontinenci.

V průzkumné části:

- Zjistit vnímání urgentní močové inkontinence seniory.
- Zjistit, zda hodnocení vnímání urgentní močové inkontinence bude rozdílné v závislosti na vybraných proměnných.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část práce se opírá o literární řešerši aktuálních poznatků, využívá zejména odbornou literaturu a články v odborném tisku.

Průzkumná část diplomové práce je založena na metodách kvantitativního výzkumu, zpracována je metodou založené na dotazníkovém šetření a jeho statistické analýze provedené na souboru pacientů urologické ambulance starších 65 let.

Použitý dotazník je popsán v jednotlivých kapitolách teoretické a průzkumné části této diplomové práce.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 INKONTINENCE MOČI

Močová inkontinence je dle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci (The International Continence Society) definována jako jakýkoliv nechtěný, vůlí neovladatelný a objektivně prokazatelný únik moči, který představuje především psychosociální, ale i ekonomický problém. Není považována za onemocnění nýbrž jako symptom určité poruchy (Abrams, et al, 2017). Vyskytuje se u žen i mužů, u dětí, dospělých i ve stáří, a přestože jen v České republice je odhadovaný počet osob trpících močovou inkontinencí asi třičtvrtě milionu, je to stále záležitost velmi tabuizovaná. Je známo, že až 50-70 % pacientů kvůli studu či obavám nevyhledá lékařskou pomoc a jen pouhých 5-10 % dosáhne správné diagnózy a léčby (Hanuš, et al, 2020).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) představuje močová inkontinence celosvětový problém, a to nejen pro své následky, ale také tím, že se jedná o záležitost velmi nákladnou. Abrams et al (2017) ve své publikaci uvádí, že co se západních zemí týče, jsou náklady spojené s diagnostikou a léčbou močové inkontinence srovnatelné s léčbou diabetu mellitu.

2.1 Incidence a prevalence močové inkontinence

Prevalence močové inkontinence, byť je její přesné číslo jen velice obtížně stanovitelné, narůstá. Je tomu zejména kvůli zvyšující se délce dožití a narůstajícímu počtu seniorů. Odhaduje se, že celosvětově se může jednat až o 200 milionů osob. Udává se, že inkontinencí trpí asi 7 % dětí starších pěti let, 10–35 % dospělých a 50–80 % pacientů staršího věku (Hanuš, et al, 2020).

Napříč celým světem bylo provedeno nespočetně výzkumů zaměřených nejen na prevalenci močové inkontinence. Ukázalo se však, že i mezi státy jsou výsledky jednotlivých studií rozdílné i o dvě desítky procent. Zatímco státy jako USA, Velká Británie nebo Švédsko udávalo prevalenci močové inkontinence v populaci až 29,5 %, v Itálii či Španělsku se jednalo o necelých 10 %. Ve státech jako Senegal, Mauritánie a Čad byly signifikantní rozdíly v prevalenci dokonce i napříč zemí. Abrams et al (2017) rozdílnost ve výsledcích vysvětluje rozdíly v metodice odběru vzorků a různé míře odezvy. Dále dodává, že tedy není možné posoudit rozsah skutečné odchylky mezi zeměmi. V čem se naopak studie shodují je vyšší prevalence v závislosti na vyšším věku. I přes nesrovnalosti mezi studii je patrné, že nejčastějším typem močové inkontinence u žen je močová inkontinence stresová,

a to 10-39 %, na druhém místě pak smíšená močová inkontinence s prevalencí 7,5 – 25 %. Poněkud starší data Hanuše et al (2006) uvádí výsledek obdobný, a to prevalenci stresové močové inkontinence a močové inkontinence smíšeného typu u žen asi 43 %. U mužů se nejčastěji jedná o postmikční únik moči (30,5 %). Dále bylo prokázáno, že urgentní inkontinencí trpí častěji Afroameričanky (51,6 %), zatímco stresovou inkontinencí jsou postiženy méně.

V České republice trpí únikem moči na 750 000 lidí. Bezmála třetina trpí stresovou inkontinencí, čtvrtina inkontinencí urgentní a další čtvrtina inkontinencí smíšenou. Mezi ženami ve věku 15-64 let se o močové inkontinenci hovoří přibližně u 15-30 %, u stejně starých mužů je to asi 3-5 %. Ve vyšších věkových skupinách výskyt tohoto problému stoupá, pohlavní rozdíly se stírají a je udáváno, že u osob nad 80 let je postiženo až na 46 % žen a 34 % mužů (Hanuš, 2011).

2.2 Etiologie močové inkontinence

Příčiny močové inkontinence jsou velmi různorodé. Vycházejí z etiopatogeneze a lze je dělit následovně:

Morfologické příčiny – přímo souvisí s postižením urogenitálního systému, patří sem involuční změny, dále extrofie močového měchýře, ektopie uretru, epispadie uretry, různé obstrukce jako striktury uretry, nádory, cystolithiáza a cystitidy (Hanuš, et al, 2020). U starších mužů je na vině především prostata, respektive její onemocnění, například benigní hyperplazie prostaty či karcinom prostaty. U žen starší věkové kategorie bývá mikce často porušena poškozením močové trubice, a to například v souvislosti s urogynekologickou operací nebo hormonálním deficitem (Romžová, 2010).

Naopak **funkční příčiny** zahrnují vrozené vady osového skeletu, dále sem patří získané traumatické změny, jako jsou míšní traumata, herniace disku, různá traumata CNS, ale i poškození inervace měchýře a svěrače při velkých operacích v malé pánvi. Velkou měrou se na inkontinenci podílí i nádory a infekce CNS, Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza a endokrinopatie jako diabetes mellitus nebo tyreopatie (Hanuš, et al, 2020). Data American Parkinson Disease Association ukazují, že u osob trpících Parkinsonovou nemocí byla zaznamenána močová inkontinence či jiná dysfunkce močového měchýře až v 80 % případů. Na vině je jednak špatný přenos mezi nervovými buňkami, dále pak farmakoterapie (Gilbert, 2019).

Lze sem zařadit i mentální deficit při demencích, které mohou vést k úniku moči v souvislosti se ztrátou sociálních návyků. Souhrnně hovoříme o příčinách získaných netraumatických (Hanuš, et al, 2020).

U starších pacientů a pacientů dlouhodobě hospitalizovaných je pozorována inkontinence přechodná. Jedná se většinou o přechodný stav způsobený deliriem, infekcí, uretritidami, farmakologickou medikací, psychiatrickým onemocněním, nadměrným příjmem tekutin, obstipací, metabolickými výkyvy jako je hyperglykemie a hyperkalcemie, nebo například restrikcí hybnosti po úraze nebo v pooperačním období (Hanuš, et al, 2020).

2.3 Rizikové faktory vzniku močové inkontinence

Na vzniku močové inkontinence se podílí i řada rizikových faktorů. Jde zejména o faktory:

Predisponující, kdy nejvíce prozkoumaným predisponujícím faktorem je pohlaví. U mladších žen je prevalence močové inkontinence oproti mužům 3–7 x vyšší, v seniui 1,5-2 x. Dále genetické faktory a dědičnost, které hrají prokazatelně roli při vzniku močové inkontinence, a to především té stresové. Dále je uváděna jako predisponující faktor bělošská rasa. Ovšem nutno zmínit fakt, že etnické rozdíly v jakékoliv nemoci poskytují pouze omezený důkaz jakékoliv základní genetické dispozice, a srovnání na základě rasy a etnického původu lze provést pouze v rámci jedné studie. Především v USA existuje dostatek studií, na něž se autoři Abrams et al (2017) odkazují, které dokazují větší výskyt stresové močové inkontinence u bělošských žen, a to až dvojnásobně.

Vyvolávající, které zahrnují těhotenství, jež má přímou souvislost s vyšším výskytem stresové inkontinence. Je udáváno, že prevalence stresové inkontinence v těhotenství je až 85 %. U velké části žen dochází po porodu k úpravě stavu kontinence. Je také prokázáno, že u řady žen, které rodily, se v pozdějším věku inkontinence spíše vyskytuje, nejvýznamnější vliv má průběh prvního těhotenství. Dále může těhotenství a porod způsobit poškození struktur pánevního dna a inervace svěrače. Stejně tak epiziotomie a porod pomocí nástrojů je rizikový. Ženy, které rodily císařským řezem, mají též vyšší výskyt inkontinence (Abrams, et al, 2017).

Stejně tak chirurgické výkony, jako jsou hysterektomie, chirurgie rekta nebo rozsáhlé pánevní operace, dále ozařování v oblasti pánve způsobují nervová a svalová poškození a velkou měrou tak přispívají ke vzniku inkontinence (Abrams, et al, 2017).

Podporující, kde dominuje obezita, která zvyšuje intraabdominální tlak, především u žen se svaly, nervy a pojivové tkáně pánevního dna napínají, protahují a ochabují, čímž dochází

k inkontinenci. Dle Abramse et al (2017) obézní ženy trpí stresovou inkontinencí až 4 x více a urgentní inkontinencí až 2 x více než ženy s normální hmotností, a to napříč všemi věkovými skupinami. Dále uvádí, že břišní obezita je více predisponující ke stresové inkontinenci, zatímco je-li přítomen i metabolický syndrom, jsou predispozice spíše pro inkontinenci urgentní (Abrams, et al, 2017).

Nezanedbatelnou roli hraje obstipace, při níž dochází k namáhání struktur pánevního dna a opakované dlouhé úsilí o vyprázdnění může způsobit neuropatii a inkontinenci (Romžová, 2010). Dále kouření a plicní nemoci, přičemž mechanismus vlivu na močovou inkontinenci není příliš objasněn, předpokládá se zde opět zvýšený nitrobřišní tlak především při kašli. Postižené jsou více ženy a je prokázáno, že ženy kuřačky trpí inkontinencí až 3 x častěji. Výzkum provedený v Japonsku v roce 2020, kdy respondenty bylo 10 000 japonských žen ve věku 20–59 let, dokazuje, že současné kuřačky a bývalé kuřačky vykazují významně vyšší výskyt urgentní močové inkontinence, a to především ženy mladší - ve věku 20-39 let (Takashi et al, 2020).

Dekompenzující, což zahrnuje věk, mentální poruchy, kognitivní poruchy a vlivy prostředí. Čermák a Pacík (2006) se ve své publikaci odkazují na studie, které byly provedeny v pečovatelských domech a léčebnách dlouhodobě nemocných. Ty ukazují, že poruchy kognitivních funkcí a demence jsou spojeny s vyšším výskytem močové inkontinence. Je to dáno poruchou schopnosti vědomě kontinenci kontrolovat.

U inkontinentních pacientů se také často vyskytují komorbidity jako diabetes mellitus, a to především u seniorů, kdy prevalence močové inkontinence u osob ve věku nad 60 let dosahuje až 65 % (Vu, 2018).

2.4 Klasifikace močové inkontinence

International Continence Society (ICS) dělí močovou inkontinenci následovně:

Uretrální inkontinence moči:

- **Urgentní**
- **Stresová**, charakterizovaná jako nechtěný únik moči spojený s fyzickou aktivitou a manévry, jako je kýchání, kašel nebo smích. Častěji jsou postiženy ženy, může k ní docházet i u mužů vlivem iatrogenního poškození (Hanuš et al, 2020).

- **Reflexní**, vznikající bez pocitu nucení na močení, objevuje se při onemocnění centrální nervové soustavy a močový měchýř se vyprazdňuje samovolně (Abrams et al, 2017).
- **Paradoxní ischurie** (inkontinence z přetékání) je únik moči při přeplněném močovém měchýři, často při benigní hyperplazii prostaty, při neurologických onemocněních a přechodně po výkonech ve spinální anestezii (Abrams et al, 2017).
- **Kontinuální**
- **Noční enuréza**
- **Postmikční odkapávání**

Extrauretrální inkontinence moči:

- **Vrozená** – exstrofie, ektopie uretru
- **Příštěle** – ureterální, vezikální, uretrální

Může však docházet i ke kombinaci nálezů, a v takovém případě hovoříme o smíšené formě močové inkontinence. U seniorů se z výše uvedeného výčtu močových inkontinencí vyskytují především uretrální močové inkontinence (Hanuš, Macek a kol., 2015). Vzhledem k tomu, že průzkumná část práce je zaměřena na urgentní močovou inkontinenci, bude tato forma níže podrobněji popsána.

2.4.1 Urgentní močová inkontinence

Urgentní močová inkontinence, dnes také označovaná jako hyperaktivní močový měchýř, označuje únik moči spojený s náhlým, silným a vůlí neovladatelným pocitem nucení na močení při absenci významné urologické patologie (Abrams et al, 2017).

Mezinárodní společnost pro inkontinenci (ICS) pak pro přehlednost definovala čtyři symptomy typické pro urgentní močovou inkontinenci. Jsou jimi:

- Urgence, kdy dochází k neodkladnému a náhlému nutkání k močení.
- Frekvence, respektive častější močení než osmkrát za den.
- Urgentní únik, kterému předcházelo silné nucení.
- Nykturie přerušující spánek, a to nejméně 1–2 x za noc (Topinková, 2017).

Vzniká na podkladě spontánní nebo vyprovokované kontrakce svaloviny močového měchýře během plnicí fáze, a to bez závislosti na skutečné náplni močového měchýře (Abrams et al, 2017). Podílí se na ní nejčastěji vlastní hyperaktivita detruzoru nebo onemocnění ovlivňující

regulační mechanismy mikčního cyklu a inervaci močového měchýře (Hanuš, et al, 2020). U mužů, trpících urgentní močovou inkontinencí, se také často vyskytuje hyperplazie prostaty nebo striktura uretry. Dále jsou častou příčinou urgentní močové inkontinence infekce dolních cest močových, tumory močového měchýře a močové trubice nebo konkrementy v močovém měchýři (Hanuš, et al, 2020).

Co se seniorů týče, postihuje 15–20 % osob starších 65 let, ve skupině osob starších sedmdesáti let je to dokonce až 20–30 % a v populaci 80–90letých je postižena již polovina žen a více než třetina mužů (Topinková, 2017). U žen se pak prevalence urgentní močové inkontinence zvyšuje také s vyšším BMI (Hanuš, et al, 2020).

Kromě negativního vlivu na kvalitu života s sebou urgentní močová inkontinence nese i řadu komplikací. Jsou jimi urogenitální infekce, které krom příčiny bývají i přímým důsledkem, který nadále negativně ovlivňuje závažnost inkontinence. Dále je urgentní inkontinence spojena s častějším výskytem poruch spánku, depresiemi a v konečném důsledku zvyšuje riziko pádu (Topinková, 2017). Výzkumy Chiarelli a kol. (2009) a Noguchi a kol. (2016), které ve své publikaci z roku 2018 uvádí skupina Kanadských a Amerických autorů, dokazují 1,54–1,67 x zvýšené riziko pádu u osob starších 65 let, kteří trpí jakoukoliv močovou inkontinencí. Pro porovnání přímo s urgentní močovou inkontinencí provedli analýzu 15 studií, přičemž podíl pacientů trpících touto močovou inkontinencí, u kterých došlo k alespoň jednomu pádu za rok, se pohyboval od 18,9 % do 50,0 %, a podíl pacientů, u kterých došlo k opakovaným nebo závažným pádům, se pohyboval od 10,2 do 56,0 %. Riziko pádu spojené přímo s urgentní močovou inkontinencí bylo nakonec až 2,3 x vyšší (Szabo, Gooch, Walker, Johnston, Wagg, 2018).

2.5 Diagnostika močové inkontinence

Mezi základní diagnostické metody všech typů močové inkontinence patří anamnéza a fyzikální vyšetření, které probíhají primárně v ordinaci praktického lékaře a je při nich nutné brát v potaz všechny okolnosti, které mohly vést ke vzniku močové inkontinence. Jedná se zejména o obecné anamnestické údaje se zaměřením na stav a dobu inkontinence, předchozí chirurgické výkony, prostředí, pohyblivost pacienta, psychický stav, další onemocnění, farmakologickou anamnézu, sexuální anamnézu, funkci gastrointestinálního traktu, gynekologickou anamnézu a celkový stav. Už praktický lékař by měl být schopen určit typ močové inkontinence a dále pacienta doporučit ke specialistovi – urologovi či gynekologovi (Hanuš, Macek a kol., 2015).

Praktický lékař může dále doporučit vedení pitného a mikčního deníku, jež představuje jednu z možností, jak přesně určit počet a průběh úniků moči. Spočívá v pravidelném zapisování denního příjmu tekutin, frekvenci močení a je-li to možné, tak i vymočený objem, případně situace, kdy k nechtěnému úniku došlo (Hanuš, Macek a kol., 2015).

Ke stanovení úniku a jeho množství lze využít i vložkový test, kdy se během stanoveného období měří objem moči v použitých vložkách (Hanuš, et al, 2020).

Specialista pak ve své ambulanci využívá zobrazovacích metod a urodynamického vyšetření. Ze zobrazovacích metod dominuje ultrasonografie, její výhodou jsou pak nízké náklady, snadná dostupnost a absence expozice ionizujícímu záření (Abrams et al, 2017). Využít lze i rentgenové vyšetření zvané cystografie, případně magnetickou rezonanci. (Abrams et al, 2017).

Urodynamická vyšetření sledují transport moči a jeho poruchy. Základem je uroflowmetrie, která měří vymočený objem moči za určitý čas, dále plnicí cystometrie, která umožňuje měřit intravezikální tlak, a měření uretrálního tlakového profilu, kdy je měřen tlak v močovém měchýři a močové trubici (Hanuš, et al, 2020).

Správná diagnostika typu močové inkontinence je důležitá s ohledem na kvalitu života k zahájení časné adekvátní terapie (Hanuš et. al, 2020).

2.6 Terapie močové inkontinence

Terapie močové inkontinence závisí na typu inkontinence a preferencích pacienta. Především terapie u geriatrických pacientů má svá specifika, u kterých je s ohledem na polymorbiditu a rizikovost operační léčby volena nejčastěji terapie konzervativní. (Horčíčka, 2017)

Terapii lze rozdělit na konzervativní a chirurgickou, kdy konzervativní zahrnuje v první řadě režimová opatření, která samotná mnohdy vedou k tak markantnímu zlepšení stavu, že již není potřeba další, nebo jen minimální léčby. Jedná se v zásadě o úpravu pitného režimu, redukci hmotnosti a dodržování zdravé a vyvážené výživy, dále prevenci obstipace a flatulence. Je doporučeno omezit fyzickou aktivitu, která zvyšuje intraabdominální tlak, především se nedoporučuje zvedat těžká břemena. Namísto toho je vhodné zvolit jinou, nenáročnou pohybovou aktivitu. Vhodná je dále úprava prostředí postiženého, zejména se jedná o usnadnění přístupu na toaletu, ať už dobrým osvětlením, krátkou vzdáleností toalety, anebo vhodnými kompenzačními pomůckami. (Horčíčka, 2017)

Nejsou-li režimová opatření dostatečná, přistupuje se k dalším možnostem konzervativní terapie. Odvíjí se od typu močové inkontinence, obecně je však lepších výsledků dosahováno u lehčích forem inkontinence. Přesto i u těžších forem může přinést zmírnění symptomů a zlepšení kvality života (Horčíčka, 2017). U stresové inkontinence se jedná zejména o posilování svalů pánevního dna, které vede ke zlepšení stresové močové inkontinence od 48 % do 80,7 % (Kim, Cho, 2021), dále vkládání vaginálních konusů či vaginálních pesarů (Hanuš, Macek, 2015).

U urgentní močové inkontinence je hojně využíván trénink močového měchýře. Pacient se snaží obnovit kontrolu nad aktivitou svěrače pomocí nácviku pravidelných mikčních návyků. Prvním krokem je mikční kalendář, kam si v průběhu jednoho týdne zaznamenává každé vymočení. K tréninku je pak vybrán nejkratší interval mezi mikcemi a pacient je instruován, aby vyprazdňoval močový měchýř vždy právě po uplynutí tohoto intervalu. Časem se intervaly prodlužují (Horčíčka, 2017).

Z farmakoterapie se pak využívají léky, jež způsobují inhibici kontraktility svalových buněk svěrače. Děje se tak na základě několika mechanismů, nejčastěji jsou využívány antimuskarinika, která tlumí vnímání náplně močového měchýře a zlepšují jímací příznaky. Tyto léky zároveň neovlivňují normální mikční fázi mikčního cyklu. Vlivem působení na muskarinové receptory však mohou způsobovat zácpu, poruchy akomodace nebo sucho v ústech a nejsou všemi pacienty dobře tolerovány. Zároveň je vzhledem k vedlejším účinkům kontraindikací např. glaukom. (Hanuš, Macek a kol., 2015).

Chirurgické léčby je využíváno zejména v terapii stresové inkontinence, nejčastěji volenou je pak vaginální tahuprostá pásková operace (TVT) či vaginální transobturátorová pásková operace (TOT). Alternativou k páskové operaci je tzv. „bulking agents“ operace, kdy se pod sliznici uretry aplikují bobtnavé látky (Hanuš, et al, 2020).

Chirurgická léčba urgentní močové inkontinence se využívá jen zřídka. Spočívá v cystoplastikách v případě malokapacitního močového měchýře. (Hanuš, Macek a kol., 2015)

2.7 Inkontinenční pomůcky

Inkontinenční pomůcky představují důležitý prostředek v péči o inkontinentní pacienty. Základem jsou absorpční inkontinenční prostředky, které jsou nejčastěji tvořeny z velmi savých materiálů na bázi polymerů. Takové pomůcky může pro inkontinentní pacienty předepsat všeobecný praktický lékař, urolog, gynekolog, neurolog, geriatr, pediatr, nefrolog a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Nově od 1. 1. 2022 je inkontinenční pomůcky

oprávněna předepsat i sestra v domácí péči a sestra v lékařských oborech. Aby došlo k úhradě, musí lékař rozlišit stupeň inkontinence. Pro tyto účely se inkontinence dělí na 3 stupně (Horčíčka, 2013).

I. stupeň – mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml v průběhu 4 hodin (skupina postižení SKP=1)

II. stupeň – mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml v průběhu 4 hodin (SKP=2)

III. stupeň – mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 4 hodin (SKP=3)

Dnes je na trhu nepřeberné množství různých inkontinenčních pomůcek, z nichž je si dle svých preferencí schopen vybrat téměř každý. Navíc dnes řada výrobců poskytuje vzorky absorpčních pomůcek, aby bylo možno vybrat tu nejvhodnější pomůcku. Centrum pro pečující Třeboň ve svém průvodci (2021) uvádí, že je při výběru důležité zvážit celkový zdravotní stav, soběstačnost, mobilitu a závažnost močové inkontinence, případně i to, zda je přítomna i inkontinence stolice. Důležitá je i skutečnost, zda dotyčný dokáže potřebu signalizovat.

Jak již bylo zmíněno, základ tvoří savé inkontinenční pomůcky. Řadí se sem inkontinenční vložky, které lze doplnit o speciální fixační prádlo. Dále vkládací pleny do spodního prádla a navlékací plenkové kalhotky s gumou v pase nebo rozlepovacími páskami. Lze využít i absorpčních podložek, a to jednorázových či prateľných (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021). Jednotlivé druhy absorpčních pomůcek znázorňuje příloha 1.

Sortiment zdravotnických prostředků zahrnuje také sběrné a další neabsorpční pomůcky, které s oblibou využívají především lidé s aktivnějším stylem života. Pro muže s močovou inkontinencí jsou nabízeny urinální kondomy (příloha 2). Pro ženy je na českém trhu dostupná, a částečně z veřejného zdravotního pojištění hrazená, zatím ne příliš známá vaginální pomůcka Diveen (příloha 3). Jedná se o pružný kroužek s pevnou částí, který je navržen tak, aby kopíroval kapkovitý tvar pochvy, a tím podpořil její stěnu v oblasti pod hrdlem močového měchýře, čímž podepře močovou trubici, což výrazně sníží únik moči (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021).

2.8 Komplikace močové inkontinence u seniorů

Především u pacientů vyššího věku může močová inkontinence způsobit řadu komplikací. Jsou jimi výše zmiňované psychické a sociální problémy, ve zdravotnických zařízeních, ale i v domácím prostředí pak péči komplikují problémy fyzické, které zhoršují celkový zdravotní stav pacienta (Zimová, Zimová, 2015).

Jedná se zejména o plenkové dermatitidy, které jsou velmi častou diagnózou především u imobilních inkontinentních pacientů. Ti jsou dále ohroženi i vznikem intertrigiózní mykózy. Za vznik dermatitid je zodpovědná dlouhodobě vlhká pokožka, kterou způsobuje moč v neprodyšné pleně. Pleny dále vedou ke zvyšování teploty, a tím k vazodilataci cév v kůži, což podporuje rozvoj zánětu, dále dochází k pocení. Zapařená pokožka je pak daleko více náchylná k poškození třením a otěrem a k množení bakterií a kvasinek. Poškození pokožky pak vede ke snazší prostupnosti dráždivých látek obsažených v nevhodných kosmetických přípravcích (Konrád, 2018).

Komplikací samotné plenkové dermatitidy je pak druhotná infekce kvasinkovým mikroorganismem, označovaná jako kandidóza. Dále pak přenesení infekce z kůže nohou a nehtů. Pokožka zasažená plenkovou dermatitidou v kombinaci s tlakem imobilního pacienta na lůžko a nevhodným manipulováním vede velmi často ke vzniku dekubitů (Konrád, 2018).

Prevenčí vzniku iritativní reakce je především důsledná hygiena, hydratace a ochrana kůže, dále péče o kožní bariéru v ohrožené oblasti. Oblečení a spodní prádlo dotýcného by mělo být z kvalitní bavlny, práno v kvalitních a nedráždivých pracích prostředcích. Nedoporučuje se postižené koupat v horkých koupelích, vhodnější je krátké sprchování vlažnou vodou a důkladné osušení. K mytí jsou vhodná speciální mýdla, plně dostačující jsou i mýdla dětská, antibakteriální mýdla, anebo přípravky s obsahem stříbra. K ochraně kůže jsou dále po omytí vhodné látky hydrofobní povahy, jež hydratují kůži a doplňují kožní lipidní film. Pro pokožku dermatitidou již zasaženou je vhodné použít přípravky s obsahem zinku nebo dimethiconu (Zimová, Zimová, 2015).

2.9 Prevence močové inkontinence ve stáří

Vzniku močové inkontinence se dá do jisté míry předejít včasnými preventivními opatřeními. Prevenci lze rozdělit na primární, sekundární a terciální (Drábková, 2015).

Primární se týká seniorů, kteří močovou inkontinencí netrpí. Jedná se především o pravidelné kontroly u praktického lékaře, u mužů u urologa a u žen u gynekologa. Dodržování zásad jako je dostatečný přísun tekutin, a to alespoň 2000 ml vyjma alkoholických a sycených nápojů, je někdy pacienty ze strachu z úniku moči opomíjeno. Naopak restrikce příjmu tekutin v konečném důsledku nevede ke zmírnění obtíží, protože koncentrovaná moč více dráždí močový měchýř (Romžová, 2014). Důležitý je dále příjem zvýšeného množství vlákniny, a to alespoň 30-60 g vlákniny denně. Přiměřená fyzická aktivita, dodržování hygienických návyků a pravidelné vyprazdňování může v mnohých případech močové inkontinenci zabránit.

Doporučuje se také dodržovat zásady zdravého životního stylu, zejména udržovat optimální tělesnou hmotnost a vynechat návykové látky. Pokud senior trpí častými opakovanými infekcemi močových cest, pak je dobré navštívit praktického lékaře, případně urologa a pátrat po příčině infekcí. Dále je důležité kompenzovat již stávající chronická onemocnění, zejména diabetes mellitus, neboť právě špatně kompenzovaný diabetes mellitus podněcuje vznik močových infekcí, které později vedou ke vzniku močové inkontinence (Drábková, 2015).

Sekundární prevence je zaměřena na ty jedince, u nichž už se močová inkontinence vyskytla. Cílem je včasná diagnostika a zamezení rozvoje pomocí správně cílené léčby či režimových opatření. Lze sem zařadit správný nácvik močení a trénink močového měchýře, omezení rizikových faktorů, úpravu prostředí, v němž se nemocný nachází, behaviorální postupy a farmakoterapii (Drábková, 2015).

V terciální prevenci je nejvíce uplatněn psychologický přístup k pacientovi a jeho nejbližším. Jde zejména o souhrn opatření, jimiž se snažíme zabránit vzniku komplikací již léčené močové inkontinence. Dále je terciální prevence uplatněna u těch nemocných, kteří nemohou být zcela vyléčeni. Zde je cílem co nejvíce snížit negativní dopad inkontinence (Drábková, 2015).

2.10 Role sestry v péči o inkontinentní geriatrické pacienty

Byť močovou inkontinencí trpí značná část seniorů, jedná se o téma tabuizované a pacienti o něm neradi mluví i v nemocničním prostředí. Sestra bývá zpravidla prvním kontaktem pacienta v nemocnici, po dobu hospitalizace je mu nejbliže a je velmi důležitá, neboť by svým přístupem a komunikací měla získat pacientovu důvěru a být mu oporou (Horčíčka, 2009). Nicméně není to pouze sestra, kdo pečuje o inkontinentního pacienta. Poledníková (2007) zdůrazňuje, že se na péči dále podílí fyzioterapeuti, sestry domácí péče, sociální pracovníci a nezřídka kdy i psychologové.

Dále lze správnou ošetrovatelskou péčí předejít, nebo alespoň značně omezit, dopadu močové inkontinence na kvalitu života. Základem je stanovení ošetrovatelského procesu, který se odvíjí od soběstačnosti pacienta, od typu inkontinence a přidružených onemocnění. Sestra nadále posoudí příčiny močové inkontinence a faktory související se vznikem. Zjistí, zda si je pacient vědom své inkontinence a jak ho ovlivňuje v rámci jeho společenských rolí. Následně zhodnotí prostředí, kde se nemocný pohybuje, vhodné je uložit pacienta na lůžko co nejbliže toaletě, anebo její náhradě. Důležité je také dostatečné osvětlení a co největší soukromí pacienta při vyprazdňování. Instruuje pacienta o pravidelném vymočení, sleduje frekvenci a dobu močení, množství moči, případně projevy inkontinence. Při používání inkontinenčních pomůcek dbá

na jejich správné užívání a pravidelnou výměnu, pečuje o pokožku pacienta. U imobilních pacientů sestra dbá na dostupnost vhodných pomůcek k vyprazdňování (močová láhev, podložní mísa) a dopomáhá pacientům při jejich užívání. Zejména zde dbá na hygienu pacientů a čisté a suché osobní a ložní prádlo (Poledníková, 2007).

Role sestry je zastoupena i co se edukace týče. Měla by pacienta informovat o dostatečném příjmu tekutin a jeho vhodném rozložení během dne. Důraz by měl být kladen na edukaci ohledně správných hygienických návyků a vhodných inkontinenčních pomůcek. Má-li pacient v domácím prostředí permanentní močový katetr, je nutná edukace o správné péči o katetr, vhodná je i edukace nejbližší rodiny (Poledníková, 2007).

3 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

„Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Malíková (2020) dodává, že *„stárnutí je proces vyznačující se svou individualitou“*.

Jedná se o přirozený a dynamický proces, je nezvratný, přesto každý jedinec stárne trochu jinak.

Malíková (2020) hovoří o třech typech stárnutí:

Fyziologické stárnutí = takové stárnutí, které je obvyklé, míra obtíží odpovídá normě mezi vrstevníky.

Patologické stárnutí = stárnutí předčasně rychlé až extrémní, zdravotní stav je horší než u vrstevníků, jedinec je často odkázán již velmi brzy na pomoc druhých.

Úspěšné stárnutí = stav seniora je nadprůměrný, jedinec je soběstačný, ale i fyzicky, psychicky a sociálně aktivní.

Stárnutí je závislé na řadě faktorů, jedná se o pohlaví, somatické zvláštnosti, etnický původ, vrozené dispozice k onemocnění. Dále životní styl a návyky jako je kouření, alkoholismus, nesprávná výživa, stres nebo nedostatek pohybu ovlivňují proces stárnutí (Příbyl, 2015).

Závěrečnou kapitolou stárnutí je stáří, je to přirozené období lidského života, fáze životního cyklu po skončení aktivní ekonomické činnosti, která je doprovázena fyzickými i psychickými změnami. Často je spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních obtíží. Snižuje se adaptabilita a soběstačnost jedince (Mühlpachr, 2009).

Světová zdravotnická organizace WHO klasifikuje vyšší věk následujícím způsobem:

45-59 let – střední věk

60-74 let – senescence (rané stáří nebo stárnutí)

75-89 let – kmetství (senium či vlastní stáří)

90 a více let – dlouhověkost (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Stáří je rozlišováno na stáří biologické, sociální a chronologické. Biologické odráží involuční změny, jež jsou pro každého jedince velmi individuální. Míra involučních změn souvisí s vnějšími projevy stárnutí, jako je změna vzhledu – úbytek a šedivění vlasů, ochabování a úbytek svaloviny, svrašťování kůže, úbytek kostní hmoty, změny postavy, zhoršení zraku

a sluchu. Dále dochází ke změnám spánkového rytmu, zhoršují se kognitivní funkce jako je paměť, pozornost atd. (Příbyl, 2015).

Sociální stáří souvisí především s odchodem do starobního důchodu, neboť je to jedna ze zásadních změn v životě člověka. Stáří je ovlivněno změnou sociální role a způsobu života, může dojít až k izolaci jedince. Mění se nejen sociální vztahy, ale také ekonomické poměry. Ve spojitosti se stářím je uváděna tzv. sociální periodizace lidského života, která dělí život na čtyři kapitoly:

První věk = předproduktivní období, období dětství a časného mládí.

Druhý věk = období produktivní, etapa dospělosti, etapa největších sil.

Třetí věk = období postproduktivní, stáří.

Čtvrtý věk = období závislosti (Příbyl, 2015).

Chronologické, nebo také kalendářní stáří, nastává po dosažení určitého věku. Autoři se napříč literaturou neshodují, Muhlpachr (2009) stanovuje hranici dosažením věku 60 let, Kalvach et al (2004) 65 let, Sak a Kolesářová (2012) pak pro českou populaci vymezují seniorský věk od 60-70 let, Vévoda (2013) za seniora považuje jedince staršího 65 let. Autorka Sýkorová (2007) pak kritizuje skutečnost, že je stáří posuzováno podle věku, navíc dle ní určení věku podle data narození také není přesné a člověku je společností připisován status, jež ho může diskriminovat. Také Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí důvody, proč neurčovat stáří podle věku. Důvody jsou:

1. Výkonnostní pokles, který ne vždy souvisí s věkem.
2. Genetické a psychické předpoklady, které mají v určení stáří svůj vliv.
3. Rozvoj ve zdravotnictví a rozvoj společnosti, které přináší jak pozitivní, tak negativní účinky.

Nalézt jednotnou věkovou hranici pro určení stáří je velmi obtížné, koneckonců i každý jedinec vnímá stáří odlišně. Byť je průměrnou věkovou hranicí v literatuře 65 let, někteří autoři vnímají věkové vymezení jako diskriminační a jsou přesvědčeni, že určit stáří je mnohem složitější a má individuálnější charakter.

3.1 Koncept pro úspěšné stáří a stárnutí

Reakcí na neustálé prodlužování délky života se stal americký koncept pro úspěšné stáří a stárnutí. Tento koncept dělí stárnutí následovně (Muhlpachr, 2009):

1. Normální, kdy nejsou přítomny žádné odchylky od daných norem, jedinec stárne shodně se svými vrstevníky.
2. Úspěšné, kdy jedinec vykazuje nadprůměrné výsledky, je soběstačný, s dobrou tělesnou, psychickou a sociální aktivitou, navyšuje se střední délka života, aniž by přibývaly roky závislého života.
3. Neúspěšné, které je charakterizováno podprůměrnými výsledky s patologickými znaky, brzy nastupuje závislost, dříve se vyskytují nemoci, rychlý průběh stárnutí, lidé oproti svým vrstevníkům a skutečnému věku vypadají starší.

Koncept také vymezuje hlavní faktory, dle kterých se určuje míra úspěšného stárnutí. Patří sem: Zákonitá biologická omezení, chorobné procesy, životní aktivita nebo pasivita, životní podmínky a subjektivní vnímání života (Muhlpachr, 2009).

Koukolík (2014) uvádí, že úspěšně stárnoucí člověk je ten, který je tělesně i duševně zdatný, má kvalitní sociální vztahy a je dobře naladěný a zdravý.

4 KVALITA ŽIVOTA

„Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními (vycházejícími z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory.“ (Gurková, 2011)

Existují různorodé přístupy k definování kvality života, které se snaží zohlednit i zkušenost jedince se stárnutím. Kvalita života má interdisciplinární, multidimenzionální rozměr zahrnující jak materiální (biologický, neurofyziologický, ekonomický), duchovní (etický, estetický), tak

i společenský a individuální aspekt (Dvořáčková, 2012).

WHO definuje kvalitu života jako subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem. Dle WHO je kvalita života ovlivněna těmito faktory:

1. Fyzická stránka a úroveň samostatnosti (poměr negativního a pozitivního prožívání, funkce myšlení, osobní víra, spiritualita).
2. Psychické zdraví a duchovní oblast (poměr negativního a pozitivního prožívání, funkce myšlení, osobní víra a spiritualita).
3. Sociální pojetí.
4. Životní podmínky (finanční příjem, dostupnost služeb, podmínky domácího prostředí).
5. Vnější fyzikální prostředí (míra hluku a znečištění, klima) (WHOQOL, 2012).

Kvalita života je dále ovlivněna životními zkušenostmi, životními podmínkami, pohled na ni se může měnit s věkem, sociálním postavením, zdravotním stavem a dalšími faktory. V seniorském věku se pak do popředí dostává právě otázka zdraví (Dvořáčková, 2012).

4.1 Kvalita života u seniorů s močovou inkontinencí

U seniorské populace je močová inkontinence vnímána jako jeden z nejvýznamnějších a nejčastějších zdravotních problémů. Závažnost tohoto problému ovlivňuje jak biologické aspekty (tzn. močové infekce, dermatitidy, změny urogenitálního systému), tak psychologické aspekty a rovněž i aspekty sociální ve smyslu prohloubení sociální izolace (Horčíčka, 2009).

Inkontinence nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, způsobuje psychické problémy, vynucuje si změnu životního stylu, narušuje fungování v rodinném a společenském životě, snižuje

postiženému sebeúctu a omezuje sociální kontakty. Seniori se vlivem inkontinence cítí méněcenní, je narušeno jejich sebepojetí, mají obavy, že zapáchají a straní se kontaktu s jinými lidmi. Ze strachu z pomočení postižení vědomě snižují příjem tekutin, což často vede v přidružené komplikace. Neméně velké potíže způsobuje inkontinence v noci, kdy narušuje spánek jedince. Kombinace všech faktorů a stresorů může vést až k rozvoji maladaptivního syndromu. Zatížena je i rodina a okolí, respektive ti, kteří o postižené pečují (Římovská, 2018).

Velmi tabuizovaným tématem je sexuální život seniorů. Huvar (2003) upozorňuje na fakt, že inkontinence moče se mnohem častěji vyskytuje při pohlavním styku, což vede k sexuální dysfunkci.

4.2 Hodnocení kvality života

Lze konstatovat, že se věda snaží nalézt exaktní vyjádření pojmu kvalita života. Potřeba vymezení tohoto termínu je velmi aktuální tématem z důvodu stárnutí populace a nárůstu podílu seniorů v celkové populaci. V České republice činil roku 2001 podíl seniorů 13,9 %, roku 2017 již činil 19,2 %, čili nárůst více než 5 % za pouhých 16 let. Předpokládá se, že v roce 2050 by zastoupení seniorů v ČR mohlo představovat až 28,6 %. V roce 2018 pak také celosvětově počet seniorů přesáhl počet dětí mladších pěti let. Tento posun ve věkovém rozložení obyvatelstva vyvolává celou řadu problémů, ať už v oblasti sociální či ekonomické (Křešťanová, 2019).

Existuje celá řada metod, jimiž lze kvalitu života měřit. Obecně je lze rozdělit do tří základních kategorií:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba.
2. Metody měření kvality života, kde je hodnotitelem sama daná osoba.
3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II. (Ondrušová, 2009)

Nejčastěji je využíváno standardizovaných strukturovaných rozhovorů a dotazníků. Ty lze dělit na obecné a specifické.

Obecné se zaměřením na obecnou kvalitu života bez vázání na specifickou populaci zahrnují dotazníky vyvinuté World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) a dotazník SF-36:

SF-36 (Short-Form Health Subject Questionnaire) je jedním z nejpoužívanějších dotazníků hodnotících kvalitu života. První verze obsahovala 149 položek, současná verze obsahuje položek 36, které jsou rozděleny do 8 škál: fyzické fungování, omezení rolí z důvodu fyzických

a emočních obtíží, tělesná bolest, celkové zdraví jedince, vitalita, sociální fungování a duševní zdraví (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

WHOQOL-100 – dotazník, který obsahuje celkem 100 otázek členěných do 24 oblastí. Pacient zde v závislosti na tom, jak se za poslední dva týdny cítil, při odpovědích na otázky kroužkuje číslo od 1 do 5, přičemž 1 znamená vůbec ne a 5 znamená maximálně. Dotazník je vzhledem ke svému členění poněkud dlouhý a jeho vyplnění pacientovi zabere poměrně hodně času, průměrně 20-30 minut. Má však díky své rozsáhlosti vysokou výpovědní hodnotu, navíc rozlišuje mezi soubory osob s různou úrovní zdravotních potíží a také rozdíly mezi muži a ženami (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Zkrácenou verzí dotazníku je **WHOQOL-BREF**, obsahující 24 položek dělených do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a dále dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav – celkem tedy 26 položek. Výběr položek z původního dotazníku byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Zároveň je však méně náročný na vyplnění, zabere průměrně 5-10 minut a v praxi je účelnější, navíc je ho respondent schopen vyplnit sám. Za český překlad obou dotazníků se zasloužily Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová (2006). Oba dotazníky jsou pak určeny pro populaci od 65 let, pro zkoumání kvality života ve vyšším věku je doporučováno navíc využití doplňkového modulu WHOQOL-OLD (Bartoňová, Dragomirecká, 2006).

WHOQOL-OLD – dotazník kvality života seniorů rozdělený do šesti oblastí, které jsou pro seniory důležité, a to: fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální pojetí, myšlenky, láska a přátelství a postoj k smrti. Slouží jako doplněk dotazníků WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF.

Mezi specifickými jsou vzhledem ke zaměření práce uvedeny dotazníky na močovou inkontinenci. Databáze Medline obsahuje celkem 16 statisticky ověřených dotazníků, všechny v anglické verzi. Některé byly ověřeny i v jazycích jiných.

Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) - je cílený na ženy a hodnotí aktuální stav obtíží. Původní verze však nevykazovala dobrou validitu, a tak byl v roce 2000 přepracován na verzi IIQ-R. Rovněž existuje i zkrácená, sedmi otázková verze, která se dobře uplatňuje tam, kde není možné pacienta podrobit dlouhému dotazování. V roce 2002 byla přidáním dvou nových otázek vytvořena i varianta pro muže (Zachoval, et al, 2006).

Incontinence-quality of Life Questionnaire (I-QOL) - dotazník I-QOL z roku 1996 je složen ze 22 otázek, které hodnotí kvalitu života pacientů s inkontinencí moči především s ohledem na nutnost omezování se v obvyklých denních činnostech. Důraz je kladen i na psychosociální a sociální dopad. Ačkoliv byl původně dotazník vytvořen pro obě pohlaví, je využíván především při hodnocení inkontinence u žen. Hojně se využívá jako základní nástroj pro hodnocení účinnosti léčby stresové inkontinence (Zachoval, et al, 2006).

Incontinence Stress Questionnaire for Patients (ISQ-P) - dotazník ISQ-P z roku 1989 slouží k hodnocení dlouhodobých psychologických důsledků spojených s inkontinencí moči. Podkladem k vytvoření dvaceti otázek bylo vyšetřování pacientů s poruchami kognitivních funkcí. Je hodnocen vliv inkontinence na vznik depresí, sociální dopad a estetické či somatické postižení pacientů (Zachoval, et al, 2006).

Contlife - dotazník Contlife z roku 2003 je určen pro ženy se stresovou inkontinencí. Obsahuje 28 otázek hodnotících stav v posledních 4 týdnech. Hodnocen je vliv na běžné denní aktivity, aktivity spojené s námahou, emoční vliv, vliv na sexuální život a celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení. Dotazník je rovněž využíván k hodnocení efektu operační léčby pomocí polypropylenové TVT pásky, která je u stresové inkontinence hodně využívána. (Zachoval, et al, 2006)

King's Health Questionnaire (KHQ) - dotazník KHQ vytvořený britským lékařem Con J. Kelleherem a jeho kolegy v roce 1997 původně po šesti různých pilotních studiích sloužil pro ženy s močovou inkontinencí. Po letech se však ukázalo, že je svým rozsahem a statistickými vlastnostmi vhodný pro pacienty obou pohlaví se stresovou a urgentní inkontinencí. Je tvořen 21 otázkami, které hodnotí současný stav obtíží. Hodnotí omezení v oblasti fyzické aktivity, sociální aktivity a mezilidských vztahů, oblast emocí, vliv na spánek a únavu, vliv na celkový zdravotní stav a stupeň závažnosti opatření vyvíjených při vypořádávání se s následky močové inkontinence (Zachoval, et al, 2006). Dotazník KHQ je dále využíván i pro hodnocení kvality života lidí s hyperaktivním močovým měchýřem. Pro tyto účely byl validován v roce 2002 ve 12týdenní randomizované dvojité zaslepené studii (Kelleher, 2002). V současné době je k dispozici ve více než 45 jazykových verzích, do českého jazyka jej přeložil pan profesor MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., MBA. Na rozdíl od originálního znění dotazníku byla v české verzi vynechána 3., závěrečná část, zaměřující se na symptomy. Dotazník byl panem profesorem upraven tak, aby byl přesto hodnotitelný dle originálního klíče a jeho výpovědní hodnota byla verifikována statistickými studiemi

(Zachoval, et al, 2006). Mezi jeho výhody patří krátká doba potřebná k administraci a vyplnění dotazníku, přiměřenost věku a pohlaví a pokrytí různých typů močové inkontinence. Dle pokynů pro klinickou praxi je v Evropě doporučeným nástrojem pro hodnocení močové inkontinence. (Hebbar, Pandey, Chawla, 2015)

Overactive Bladder Questionnaire (OAB-q) - dotazník OAB-q z roku 2002 byl speciálně vytvořen pro hodnocení kontinentních i inkontinentních pacientů s hyperaktivním močovým měchýřem. (Zachoval, et al, 2006)

II PRŮZKUMNÁ ČÁST

Cílem průzkumné části diplomové práce je zjistit vnímání urgentní močové inkontinence seniory a následně zjistit, zda je hodnocení vnímání urgentní močové inkontinence rozdílné v závislosti na vybraných proměnných.

5 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

PO1: Existuje rozdíl v hodnocení celkového zdravotního stavu dotazníkem KHQ v závislosti na věku respondenta s urgentní močovou inkontinencí?

PO2: Ovlivňují obtíže s močením více respondenty mužského pohlaví než respondenty ženského pohlaví?

PO3: Je oblast osobních vztahů v dotazníku KHQ více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví?

PO4: Je oblast spánku a energie v dotazníku KHQ více ovlivněna u starších respondentů?

PO5: Je četnost prováděných činností a prožívaných situací souvisejících s močovou inkontinencí vyšší u mladších respondentů než u respondentů starších?

H01: Je oblast fyzických činností a sociálních aktivit v dotazníku KHQ více ovlivněna u mladších pacientů?

H02: Je oblast emocí v dotazníku KHQ více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví?

6 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

V této kapitole je popsána charakteristika zkoumaného souboru respondentů, metoda a provedení vlastního průzkumného šetření a současně i způsob zpracování získaných dat.

6.1 Metoda průzkumu a zpracování dat

Pro průzkumnou část byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu. Technikou průzkumného šetření byl zvolen standardizovaný dotazník King's Health Questionnaire (KHQ) (příloha 4) doplněný o test kognitivních funkcí a demografické a identifikační údaje zahrnující věk, pohlaví, rodinný stav a výši doplatku za inkontinenční pomůcky.

Standardizovaný specifický dotazník KHQ, jež je v Evropě doporučeným nástrojem pro hodnocení močové inkontinence a je svými statistickými vlastnostmi vhodný pro pacienty s urgentní močovou inkontinencí, byl do českého jazyka přeložen panem profesorem MUDr. Romanem Zachovalem, Ph.D., MBA, přičemž oproti původnímu dotazníku v něm vypustil poslední část týkající se symptomů. Do průzkumu byl použit s jeho písemným souhlasem. Pro potřeby průzkumu zaměřeného na seniory byl dotazník zvětšen, aby byl dobře čitelný i seniorům s případnými zrakovými vadami.

Dotazník je tvořen 21 otázkami, první dvě (Q1 a Q2) jsou samostatným hodnocením zdravotního stavu a vlivu močové inkontinence na něj. Ostatní položky jsou rozděleny do následujících domén:

- Každodenní činnosti (Q3A, Q3B)
- Fyzická činnost a sociální aktivity (Q4A, Q4B, Q4C, Q4D)
- Osobní vztahy (Q5A, Q5B, Q5C)
- Emoce (Q6A, Q6B, Q6C)
- Spánek a energie (Q7A, Q7B)
- Prožívání uvedených činností nebo situací (Q8A, Q8B, Q8C, Q8D, Q8E)

Respondenti na každou otázku odpovídají právě jednou uzavřenou odpovědí dle toho, do jaké míry jsou s odpovědí ztotožnění.

Test pětičárové obrazcové produkce (ČAPR) sloužil ke zjištění kognitivních funkcí respondentů. Respondenti v něm mají během dvou minut nakreslit co nejvíce obrazců pomocí pěti rovných čar. Taktéž tento test byl pro potřeby průzkumu zvětšen.

Data, která byla dotazníkovým šetřením získána, byla vložena do programu Microsoft Office Excel. Následně byla analyzována a graficky zpracována pomocí grafů a tabulek.

K vyhodnocení jednotlivých oblastí byl využit manuál vytvořený British Society of Urogynaecology (příloha 6). Vzhledem k absenci třetí části v českém překladu nemohla být tato část hodnocena. Skóre bylo vypočteno převedením slovního hodnocení na odpovídající hodnocení numerické. Obsahovala-li doména více otázek, pak k vypočtení průměrného skóre sloužil aritmetický průměr. Na statistické zpracování dat byl použit program TIBCO Statistica 14. Pro ověření normality dat byl použit Kolmogorov-Smirnov test. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %, použit byl parametrický t-test pro nezávislé vzorky.

6.2 Organizace průzkumného šetření

Dotazníkové šetření probíhalo v urologické ambulanci v období od 1. prosince 2022 do 28. února 2023 a probíhalo za souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve vybrané nemocnici a vrchní sestry urologické ambulance (příloha 5).

Dotazník byl určený pro pacienty urologické ambulance starší 65 let, kteří trpí urgentní močovou inkontinencí. Díky objednávacímu systému a diáři objednaných pacientů byli vybráni právě pacienti trpící urgentní močovou inkontinencí a následně jim byla nabídnuta účast v průzkumném šetření. Byli poučeni o anonymitě dotazníku a o dobrovolné účasti v průzkumném šetření. Při zájmu o vyplnění dotazníku byl respondent zadavatelem nebo pověřeným lékařem poučen o správném vyplnění dotazníku, měl prostor klást otázky. Následně bylo přistoupeno k testu ČAPR, který vzhledem k nutnosti měřit určený čas, vyžadoval asistenci právě druhé osoby. Poté respondent přešel k vyplnění samotného dotazníku, pokud potřeboval pomoc, byla mu poskytnuta. Jednotky respondentů potřebovaly v průběhu vyplňování dovysvětlit některé otázky. Vyplněný dotazník respondent odevzdal v zalepené obálce, průměrná doba vyplnění včetně dvouminutového testu ČAPR činila 10 minut. Předpokládaný počet respondentů byl 60.

Před zahájením průzkumu byla provedena pilotní studie, která měla za úkol zjistit, zda je dotazník srozumitelný a čitelný. Dotazník za podmínek uvedených v předešlém odstavci obdrželo pět pacientů urologické ambulance trpících urgentní močovou inkontinencí. Těchto pět pacientů dotazník vyplnilo a označilo ho za srozumitelný a v jeho formulování neshledali problém. Vzhledem k tomu, že všech pět respondentů prošlo testem ČAPR a dotazníky navrátili kompletně vyplněné, byly tyto dotazníky zařazeny do průzkumu.

6.3 Charakteristika průzkumného souboru

Celkem během tří měsíců se zařazením do průzkumu souhlasilo 76 respondentů, včetně pěti z pilotní studie, návratnost byla díky organizaci 100 % (76 respondentů). Z toho 14 dotazníků

(18,4 %) bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění, anebo nesplnění kritérií v testu ČAPR. Pro zpracování dat bylo tedy použito 62 dotazníků (81,6 %), což odpovídá předpokládanému počtu respondentů.

Za cílovou skupinu byli záměrně vybráni senioři ve věku od 65 let trpící urgentní močovou inkontinencí.

Z celkového počtu 62 respondentů bylo 34 žen (54,8 %) a 28 mužů. (45,2 %).

Nejzastoupenější věkovou skupinou byla v počtu 15 (24,2 %) shodně skupina 70-75 a 75-80 let.

Respondenti byli 34 x vdani/ženatí (54,8 %), ovdovělých bylo 20 respondentů (12,4 %). Ostatní byli rozvedení, anebo svobodní.

Nejčastěji za inkontinentní pomůcky na jeden měsíc respondenti nedopláceli – 40 respondentů (64,5 %), anebo dopláceli do 150 Kč měsíčně (21 %). Více dopláceli jen v jednotkách případů.

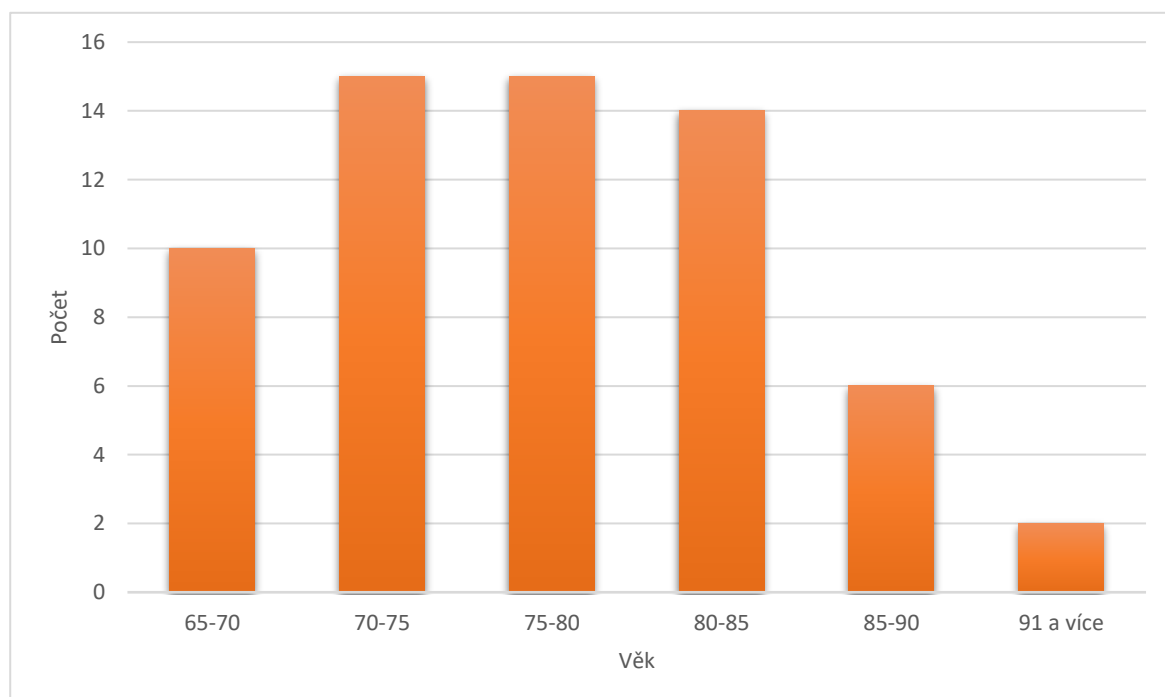
Pro lepší přehlednost je soubor respondentů graficky znázorněn v kapitole výsledky.

7 VÝSLEDKY

Vzhledem k rozdělení dotazníku na části budou i výsledky interpretovány v jednotlivých částech.

7.1 Demografické údaje

Otázka č. 1: Věk:



Obrázek 1: Rozdělení respondentů dle věkových kategorií

Otázka č. 1 se dotazovala na věk respondentů. Na výběr bylo celkem 6 intervalů po pěti letech, věkem 65 let počínaje. Nejčastěji byly zastoupeny věkové kategorie 70-75 let (24,2 %) a 75-80 let (24,2 %). Dále 80-85 (22,6 %), 65-70 (16,1 %) a 85-90 (9,7 %). Respondenti, kterým bylo 91 a více let, byli pouze dva (3,2 %).

Otázka č. 2: Pohlaví:

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	34	54,8
Muž	28	45,2
Celkem	62	100

Druhá otázka zjišťovala pohlaví respondentů. Ve vzorku bylo 34 žen (54,8 %) a 28 mužů (45,2 %).

Otázka č. 3: Stav:

Tabulka 2: Rodinný stav respondentů

Stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vdaná/ženatý	34	54,8
Rozvedená/ý	7	11,3
Vdova/vdovec	20	32,3
Svobodná/ý	1	1,6
Celkem	62	100

Otázka č. 3 se dotazovala na rodinný stav respondenta. Celkem 54,8 % respondentů bylo vdaných/ženatých, 32,3 % ovdovělých. Rozvedených bylo 11,3 %, svobodná byla jedna respondentka (1,6 %).

Otázka č. 4: Doplatek za inkontinenční pomůcky na jeden měsíc:

Tabulka 3: Doplatek za inkontinenční pomůcky za jeden měsíc

Výše doplatku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez doplatku	40	64,5
Do 150 Kč	13	21,0
Do 300 Kč	6	9,7
Do 500 Kč	2	3,2
Nad 500 Kč	1	1,6
Celkem	62	100

V otázce č. 4 bylo zjišťováno, jakou částkou respondenti měsíčně doplácí inkontinenční pomůcky. Nadpoloviční většina za inkontinenční pomůcky neplatí nic (64,5 %), anebo maximálně do 150 Kč (21,0 %). Mezi respondenty ale byli i tací, jenž dopláceli do 300 Kč (9,7 %), výjimečně do 500 Kč (3,2 %) a jeden respondent (1,6 %) doplácel víc než 500 Kč měsíčně.

7.2 Údaje z dotazníku KHQ

Následující otázky již byly součástí standardizovaného dotazníku KHQ, v tabulkách uvedených níže jsou pak výsledky pro celý průzkumný vzorek. Každá tabulka obsahuje absolutní četnost (n), průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku, směrodatnou odchylku (SD), nejnížší (min.) a nejvyšší (max.) uvedené hodnoty. Jednotlivé položky jsou zde rozčleněny do dvou samostatných položek (Q1 a Q2) a šesti domén (každodenní činnosti, fyzická činnost a sociální aktivity, osobní vztahy, emoce, spánek a energie a prožívání uvedených činností nebo situací). Rozpětí je u jednotlivých položek 1-4 nebo 1-5. Platí, že čím nižší skóre, tím lepší hodnocení kvality života. Pokud na otázku respondent nemohl odpovědět, pak bylo skóre 0. Krabicové grafy znázorňují hodnocení domén v závislosti na vybraných proměnných – věk, pohlaví a rodinný stav.

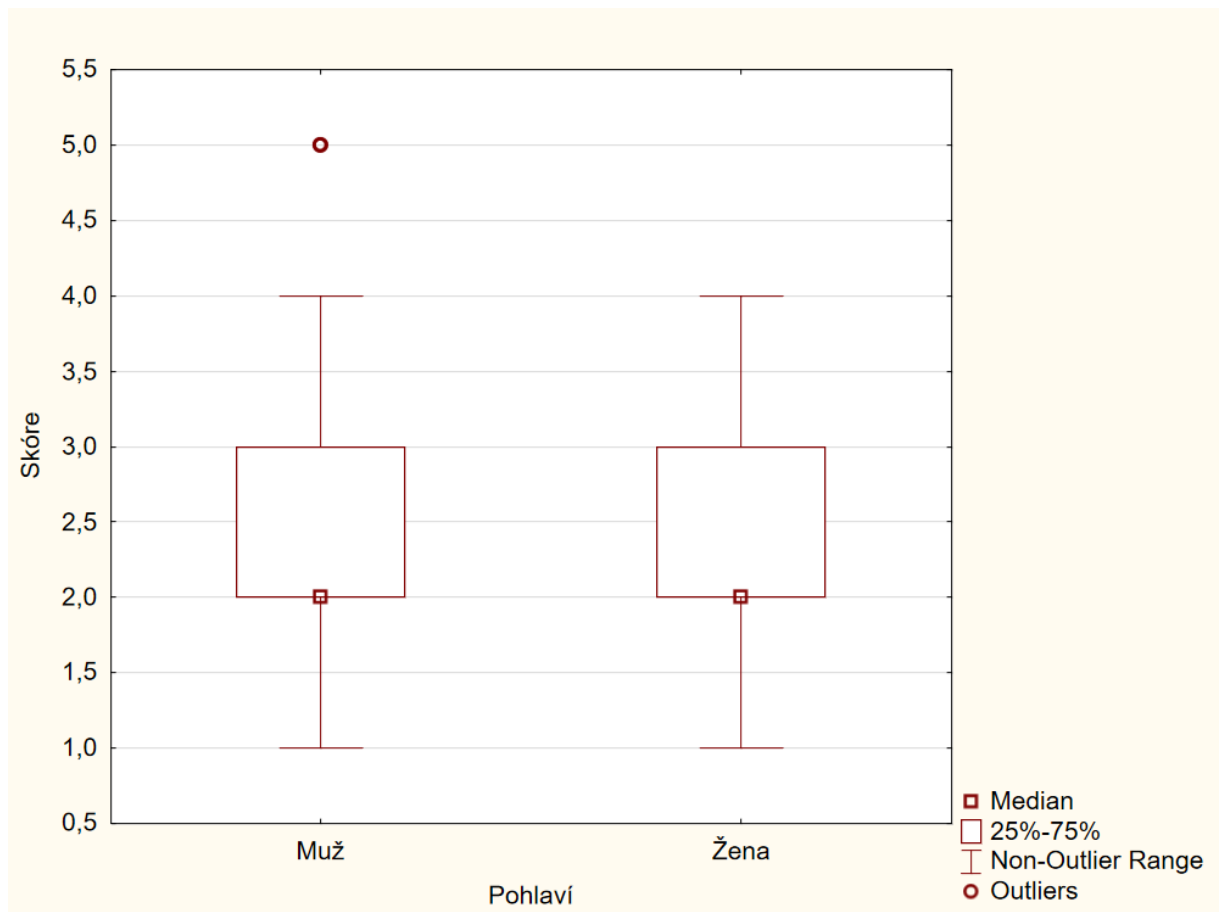
Q1: Jak byste popsal/a v současnosti Váš celkový zdravotní stav?

Tabulka 4: Jak byste popsal/a v současnosti Váš celkový zdravotní stav?

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q1	62	2,58	0,98	1	5

V první otázce dotazníku KHQ měli respondenti označit, jak by v současné době popsali svůj celkový zdravotní stav. Na otázku odpovídali na slovní škále, kde měli na výběr z odpovědí: velmi dobrý, dobrý, přijatelný, špatný a velmi špatný, přičemž platí: Velmi dobrý = 1, dobrý = 2, přijatelný = 3, špatný = 4, velmi špatný = 5.

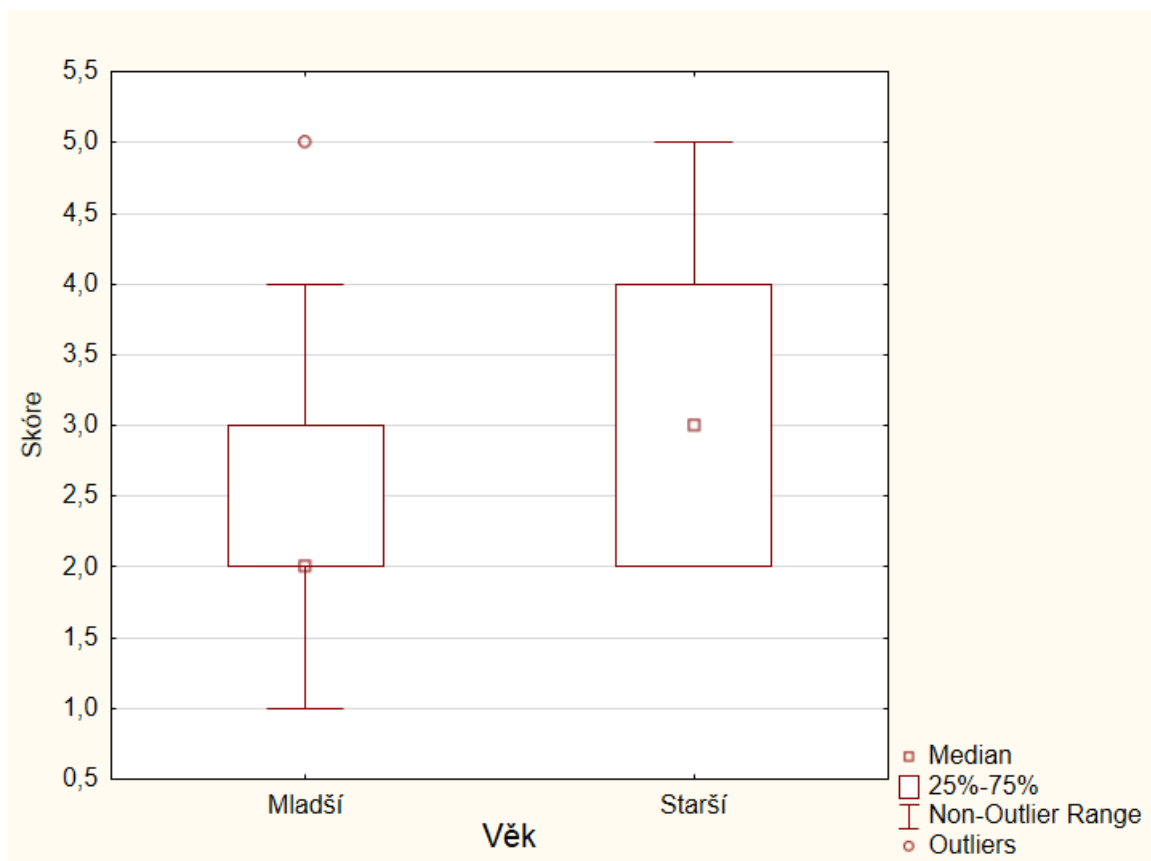
Z tabulky 4 je pak patrné, že průměrná hodnota u této otázky byla 2,58, což na slovní škále odpovídá hodnocení „dobrý“ na rozhraní s odpovědí „přijatelný“.



Obrázek 2: Hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na pohlaví

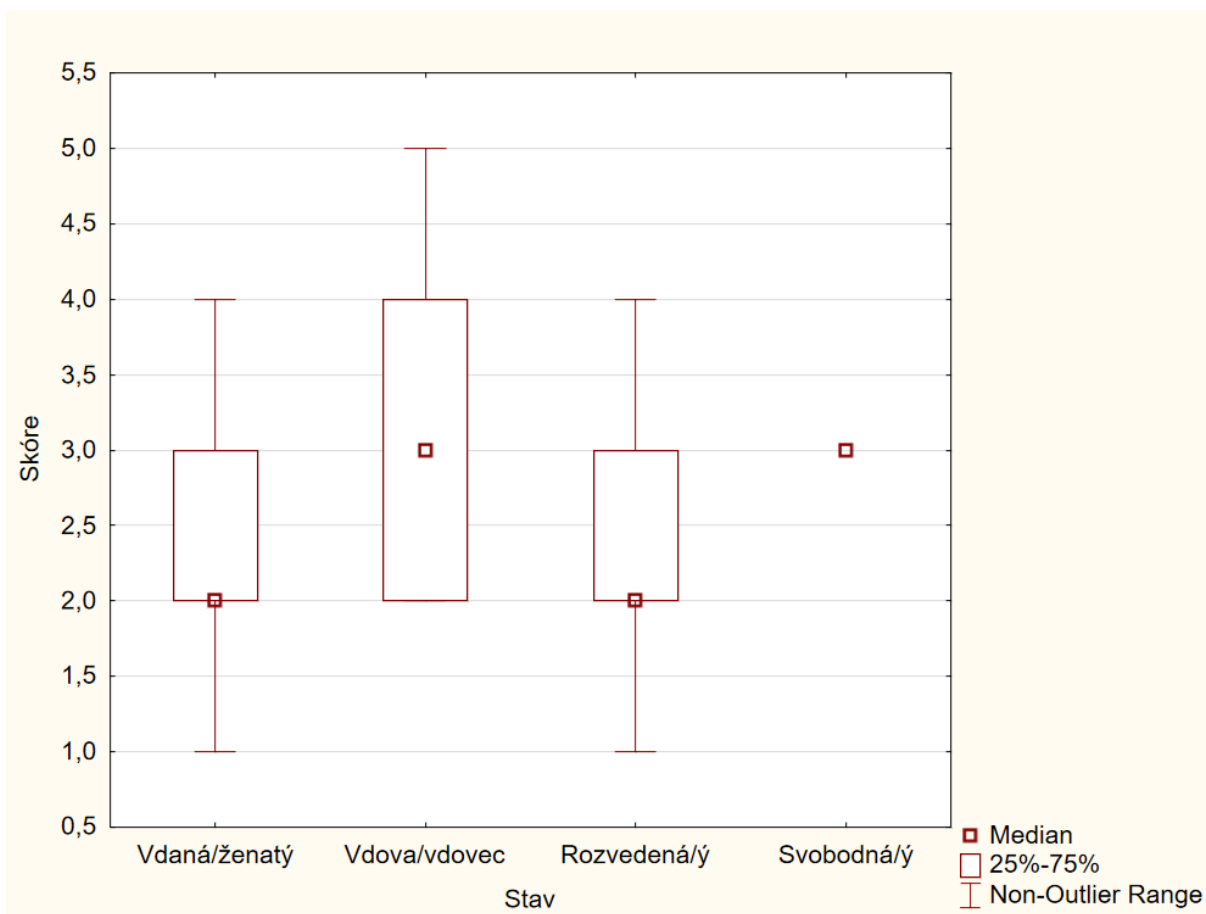
Obrázek 2 ukazuje, jak respondenti hodnotili tuto otázku v závislosti na pohlaví. Jak je vidět na krabicovém grafu muži i ženy hodnotili svůj zdravotní stav téměř shodně. Průměr skóre hodnocení muži byl 2,54, medián pak 2. Z obrázku také vyplývá, že jeden z mužských respondentů hodnotil svůj zdravotní stav jako velmi špatný (odlehlá hodnota). Ženy pak měly průměr skóre 2,62 a medián taktéž 2.

Co se hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na věku týče, pro větší přehlednost byli respondenti rozřazeni dle věku do dvou skupin – mladší a starší, přičemž mladší byli respondenti ve věkovém rozpětí 65-80 let, a starší ve věku 80 let a více. Toto rozdělení vycházelo jednak z rozložení respondentů do věkových kategorií, dále pak z rozdělení respondentů jinými autory (Drábková, 2014; Ilkhan a Celikhisar, 2020).



Obrázek 3: Hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na věku

Z obrázku 2 je patrné, že první otázku lépe hodnotili mladší respondenti, tj. respondenti ve věku 65-80 let. Průměr zde dosáhl hodnoty 2,38 a medián 2. Jeden mladší respondent označil, že ho potíže s močením ovlivňují hodně (odlehlá hodnota). Oproti tomu starší respondenti, tj. ve věku 80 a více let, hodnotili úroveň svého zdraví o něco hůře, průměr zde byl 2,95 a medián 3.



Obrázek 4: Hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na rodinném stavu

Při porovnání výsledků z obrázku 4 bylo zjištěno, že tuto otázku hodnotili nejlépe vdaní/ženatí respondenti a rozvedení. Vdané ženy a ženatí muži označili skóre v průměru 2,32 s mediánem 2, rozvedení respondenti označili skóre s průměrem 2,29, medián byl taktéž 2. Oproti tomu vdovčelí respondenti hodnotili svůj zdravotní stav s průměrným skóre 3,1 a mediánem 3. Svobodný byl pouze jediný respondent a označil svůj zdravotní stav jako „přijatelný“.

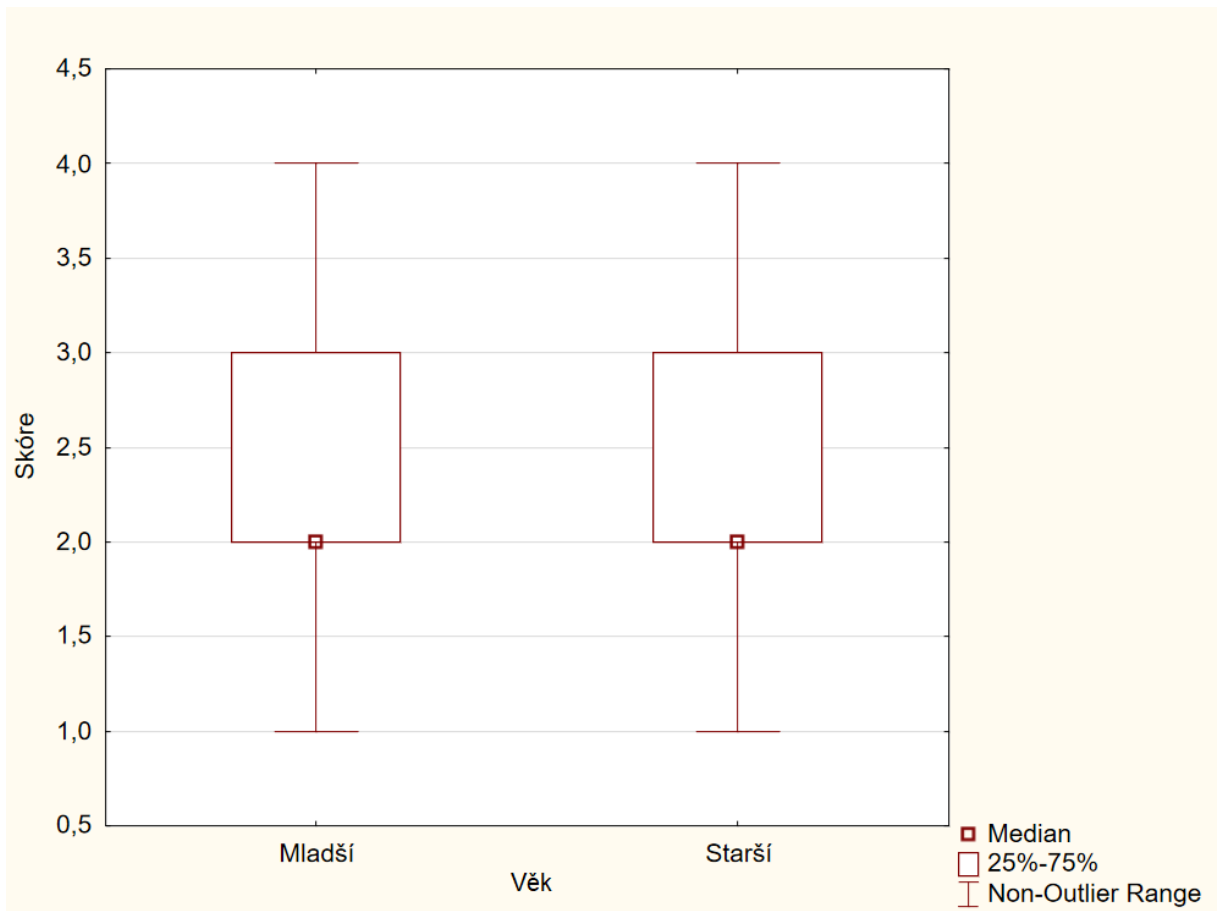
Q2: Jak moc podle Vašeho názoru ovlivňují potíže s močením Váš život?

Tabulka 5: Jak moc podle Vašeho názoru ovlivňují potíže s močením Váš život?

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q2	62	2,34	0,86	1	4

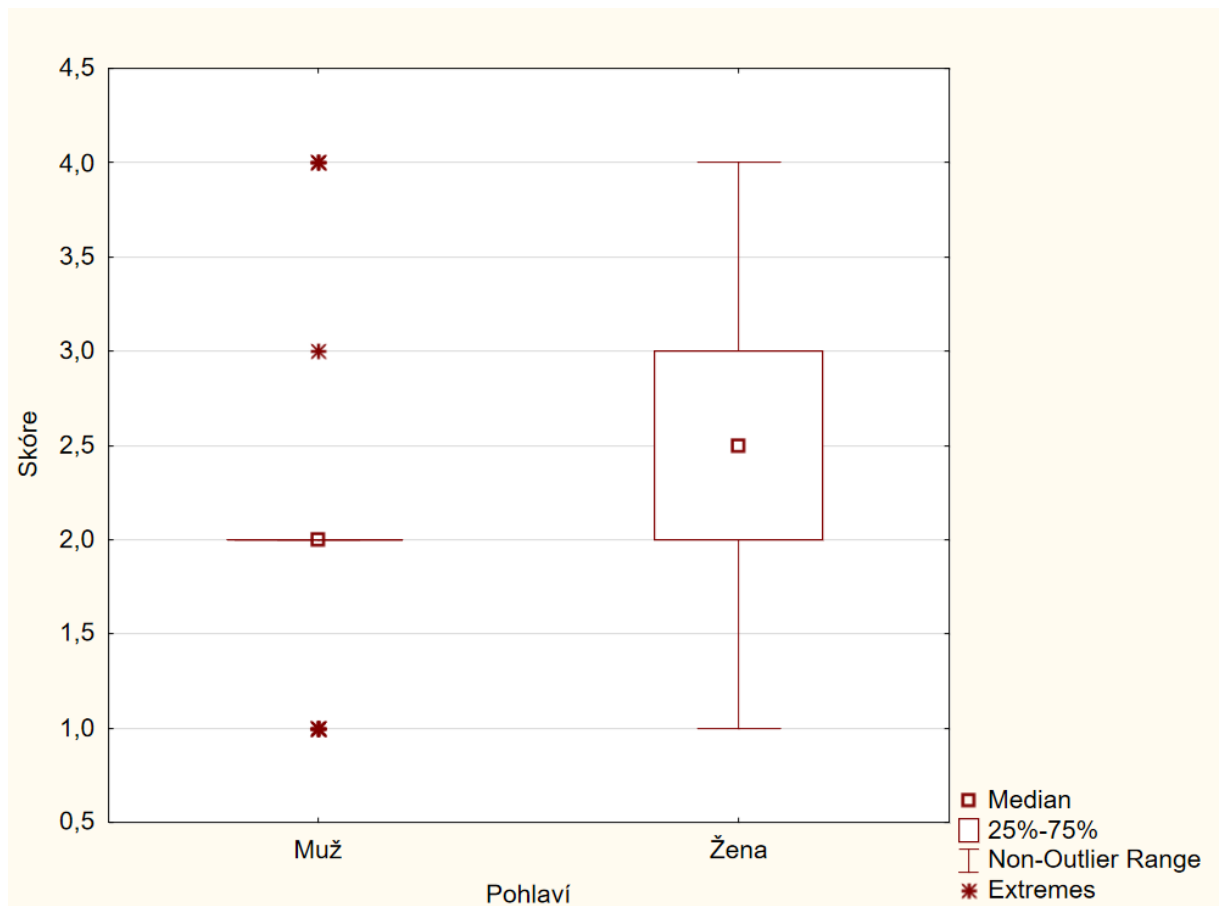
Ve druhé otázce bylo cílem zjistit, jak moc potíže s močením ovlivňují respondentům život. V této otázce měli respondenti na výběr z odpovědí vůbec ne, trochu, středně a hodně, přičemž vůbec ne = 1, trochu = 2, středně = 3, hodně = 4.

Z dat je patrné, že průměrná hodnota byla 2,34, což znamená, že respondenti vnímají vliv močové inkontinence na kvalitu života mezi „trochu“ a „středně“.



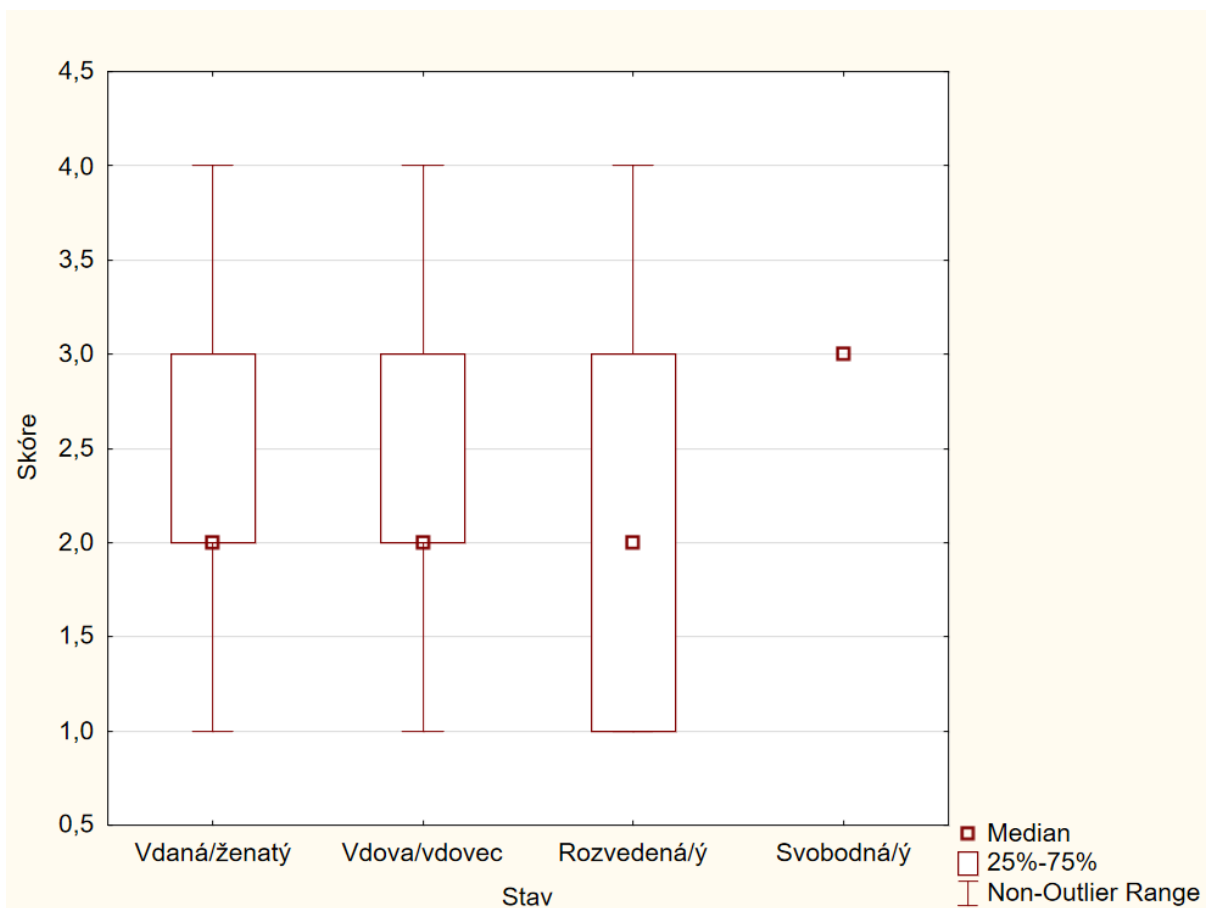
Obrázek 5: Hodnocení ovlivnění života potížemi s močením v závislosti na věku

Obrázek 5 znázorňuje ovlivnění života potížemi s močením v závislosti na věku. Respondenti opět rozdělení dle věku na mladší a starší dosahovali téměř shodných výsledků. Mladší respondenti měli život ovlivněný močovou inkontinencí s průměrným skóre 2,35 a mediánem 2. Starší pak s průměrem 2,32 a mediánem rovněž 2.



Obrázek 6: Ovlivnění života potížemi s močením v závislosti na pohlaví

Ovlivnění života potížemi s močením zaznamenali méně muži, a to s průměrným skóre 2,07 a mediánem 2. Jak znázorňují extrémní hodnoty, někteří respondenti mužského pohlaví se průměru vzorku vymykali. Ženy označily ovlivnění života potížemi s močením jako větší, s průměrným skóre 2,56 a mediánem 2,5.



Obrázek 7: Ovlivnění života potížemi s močením v závislosti na rodinném stavu

Vdaným/ženatým respondentům ovlivňují život potíže s močením s průměrným skóre 2,24, medián 2. Podobně rozvedeným, a to 2,29, medián taktéž 2. Ovdovělým ovlivňují potíže s močením život jen o něco málo více – průměrné skóre 2,5, medián 2. Největší ovlivnění označil svobodný respondent a sice 3, tedy „středně“.

Doména 1: Každodenní činnosti:

Q3A: Do jaké míry Vás problémy s močením omezují při provádění domácích prací (např. úklid, nakupování, drobné opravy atd.)?

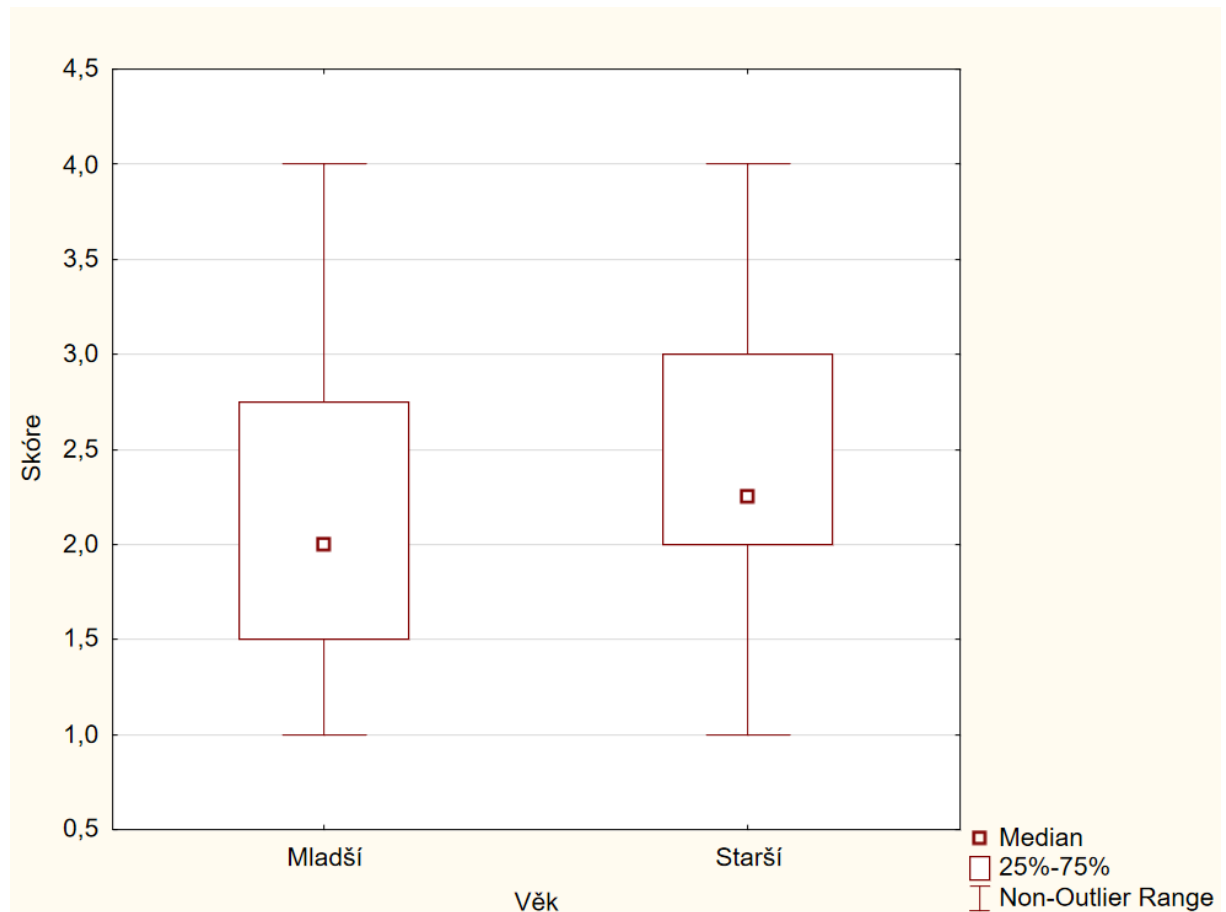
Q3B: Omezují Vás problémy s močením při práci nebo běžných každodenních činnostech prováděných mimo domov?

Tabulka 6: Každodenní činnosti

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q3A	62	2,0	0,80	1	4
Q3B	62	2,52	0,88	1	4

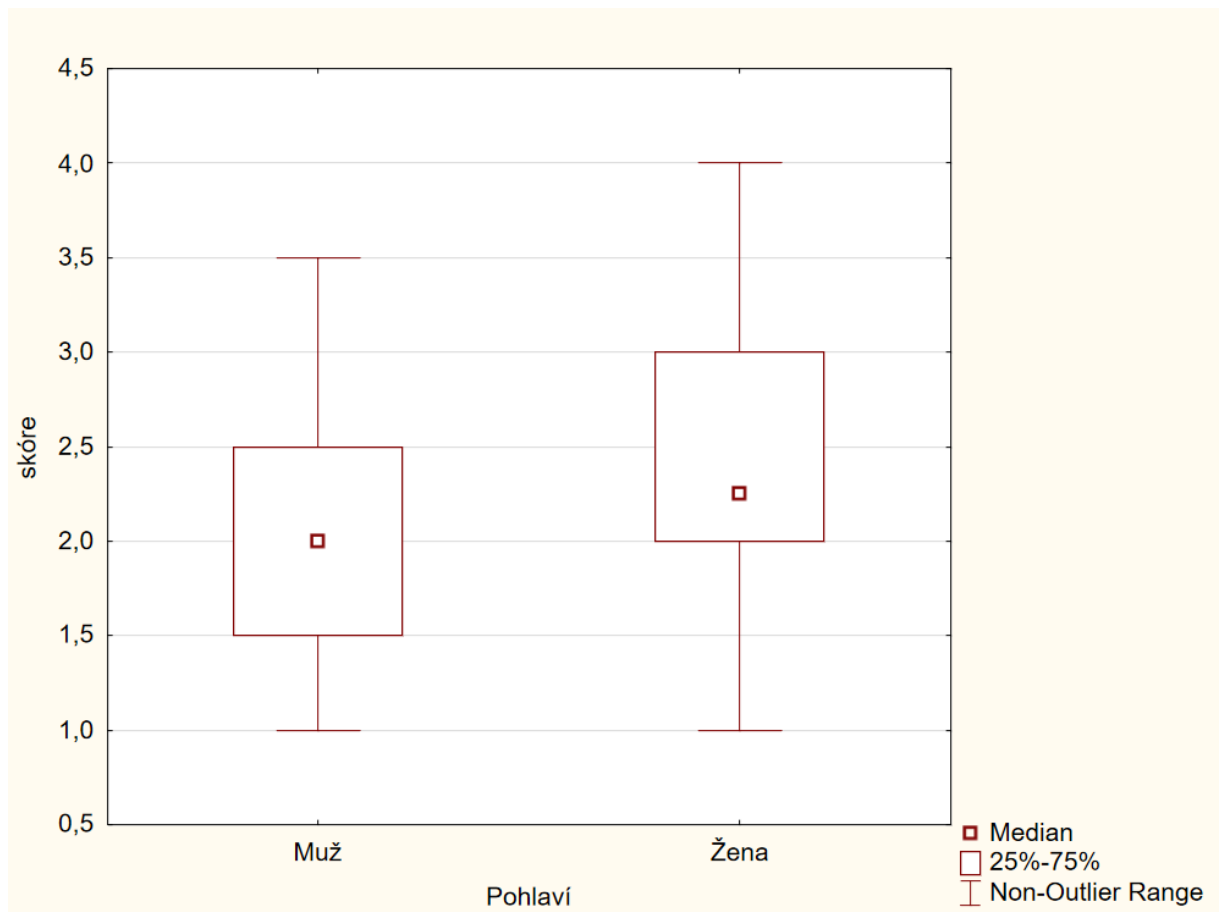
V první doméně byli respondenti tázáni, do jaké míry je problémy s močením omezuji při provádění domácích prací a při práci nebo běžných každodenních činnostech mimo domov. Na výběr měli mezi odpověďmi: vůbec ne = 1, trochu = 2, středně = 3, hodně = 4.

Tabulka č. 6 uvádí výsledky první domény, kdy z výsledků je patrné, že respondenti jsou močovou inkontinencí při provádění domácích prací omezeni „trochu“ (průměr 2,0), a při práci či každodenních činnostech mimo domov o něco více (průměr 2,52).



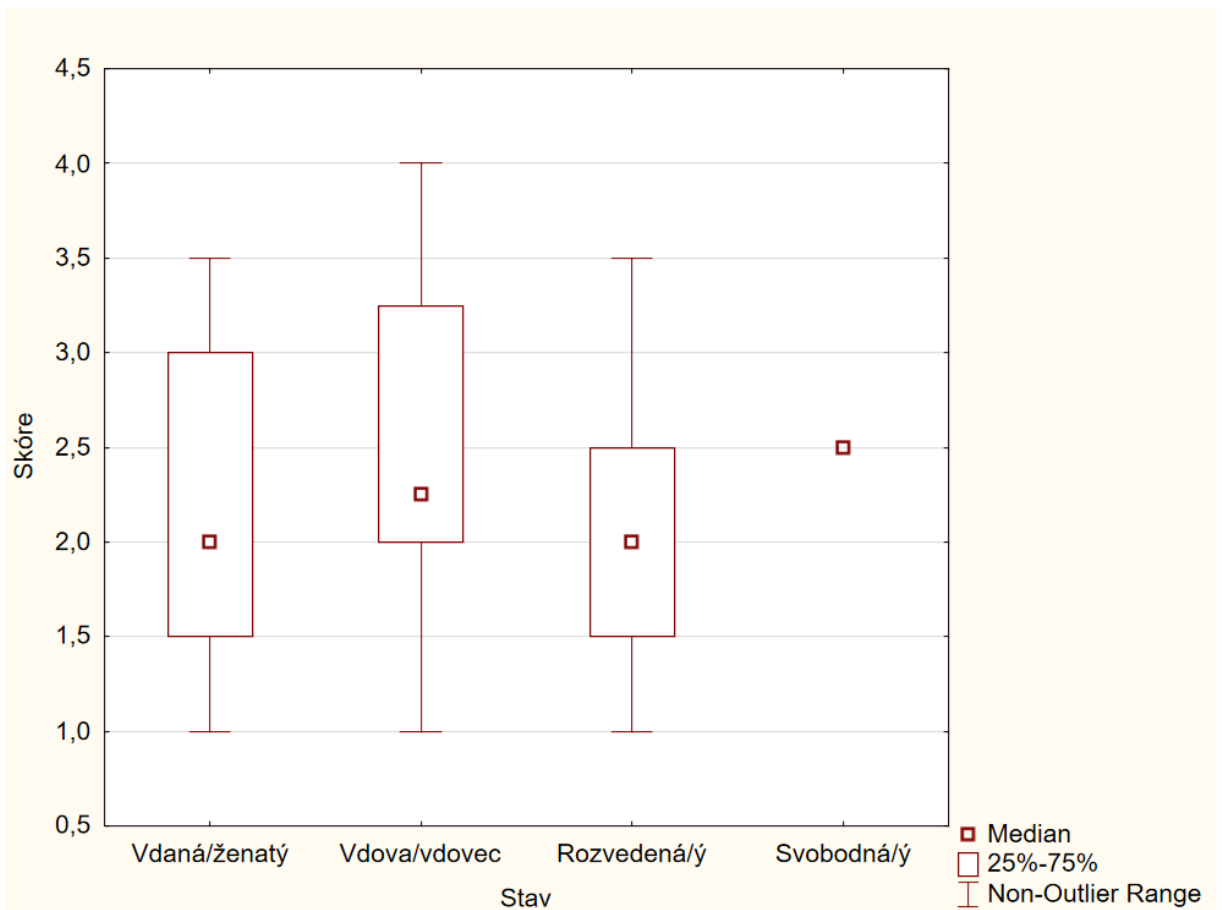
Obrázek 8: Hodnocení každodenních činností v závislosti na věku

Doména ovlivnění každodenních činností byla lépe hodnocena mladšími respondenty. Močová inkontinence ovlivňovala jejich každodenní život s průměrným skóre 2,2 a mediánem 2. Starší respondenti hodnotí ovlivnění každodenních činností močovou inkontinencí jako větší, s průměrným skóre 2,36 a mediánem 2,25.



Obrázek 9: Hodnocení každodenních činností v závislosti na pohlaví

V závislosti na pohlaví doménu každodenních činností lépe hodnotili mužští respondenti, a to s průměrným skóre 2,10 a mediánem 2. Respondentky hodnotily doménu s průměrným skóre 2,38 a mediánem 2,25.



Obrázek 10: Hodnocení každodenních činností v závislosti na rodinném stavu

Respondenti, kteří byli doposud vdaní/ženatí, měli průměrné skóre ovlivnění každodenních činností potížemi s močením 2,10 s mediánem 2, obdobně rozvedení respondenti – průměrné skóre 2,14. Ovdovělí respondenti hodnotili doménu o něco hůře – s průměrným skóre 2,47 a mediánem 2,25. Jeden svobodný respondent měl průměrné ovlivnění 2,5, tedy mezi trochu a středně.

Doména 2: Fyzická činnost a sociální aktivity:

Q4A: Omezují Vás problémy s močením při provádění fyzických aktivit (např. procházky, běh, sport, cvičení, atd.)?

Q4B: Omezují Vás problémy s močením v možnosti jezdit autobusem, autem, vlakem, letadlem?

Q4C: Omezují Vás problémy s močením ve společenském životě?

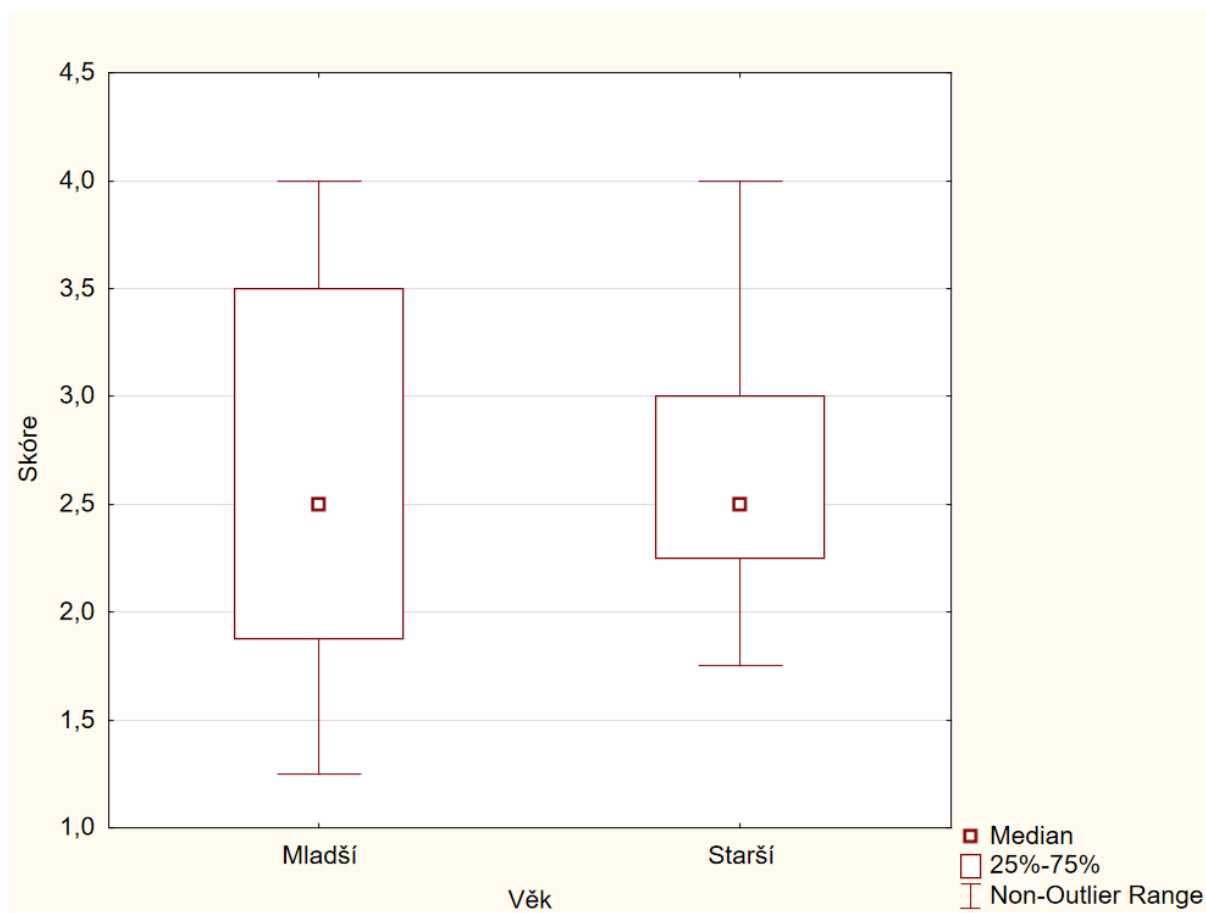
Q4D: Omezují Vás problémy s močením v možnosti navštěvovat přátele nebo se s nimi setkávat?

Tabulka 7: Fyzická činnost a sociální aktivity

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q4A	62	2,55	0,73	1	4
Q4B	62	2,85	0,84	1	4
Q4C	62	2,60	0,97	1	4
Q4D	62	2,43	0,98	1	4

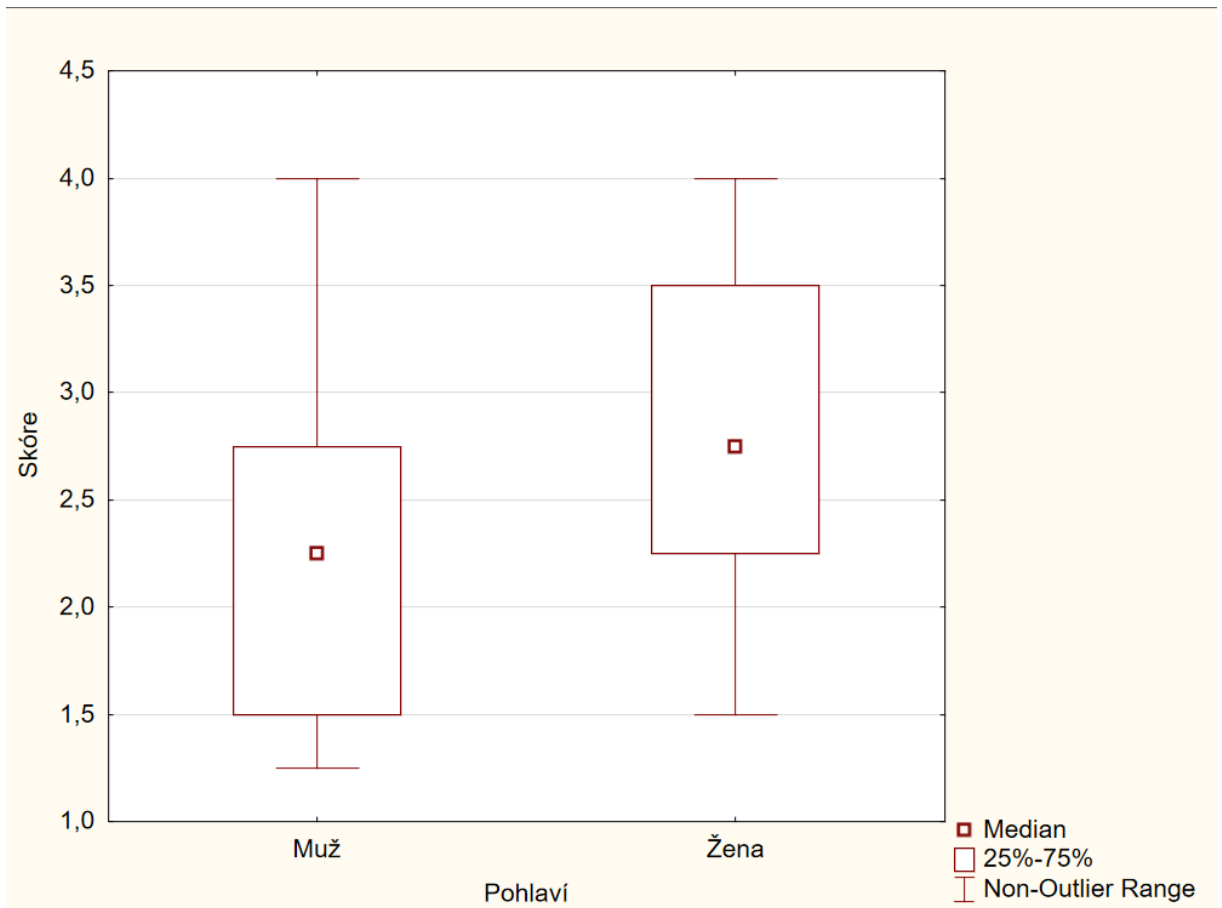
Ve druhé doméně byli respondenti tázáni na omezení při fyzické činnosti a sociálních aktivitách.

Na výběr byly stejné odpovědi, tedy: vůbec ne = 1, trochu = 2, středně = 3, hodně = 4. Jak znázorňuje tabulka č. 7, nejvíce jsou respondenti omezeni v možnosti jezdit dopravními prostředky (průměr 2,85), a to téměř „středně“. Další z nejvíc ovlivněných je společenský život (průměr 2,6) a fyzické aktivity (průměr 2,55). Nejméně z této domény je ovlivněno setkávání s přáteli, a to s průměrem 2,43. Lze konstatovat, že jsou respondenti v oblasti fyzické činnosti a sociálních aktivit omezení močovou inkontinencí „trochu“ až „středně“.



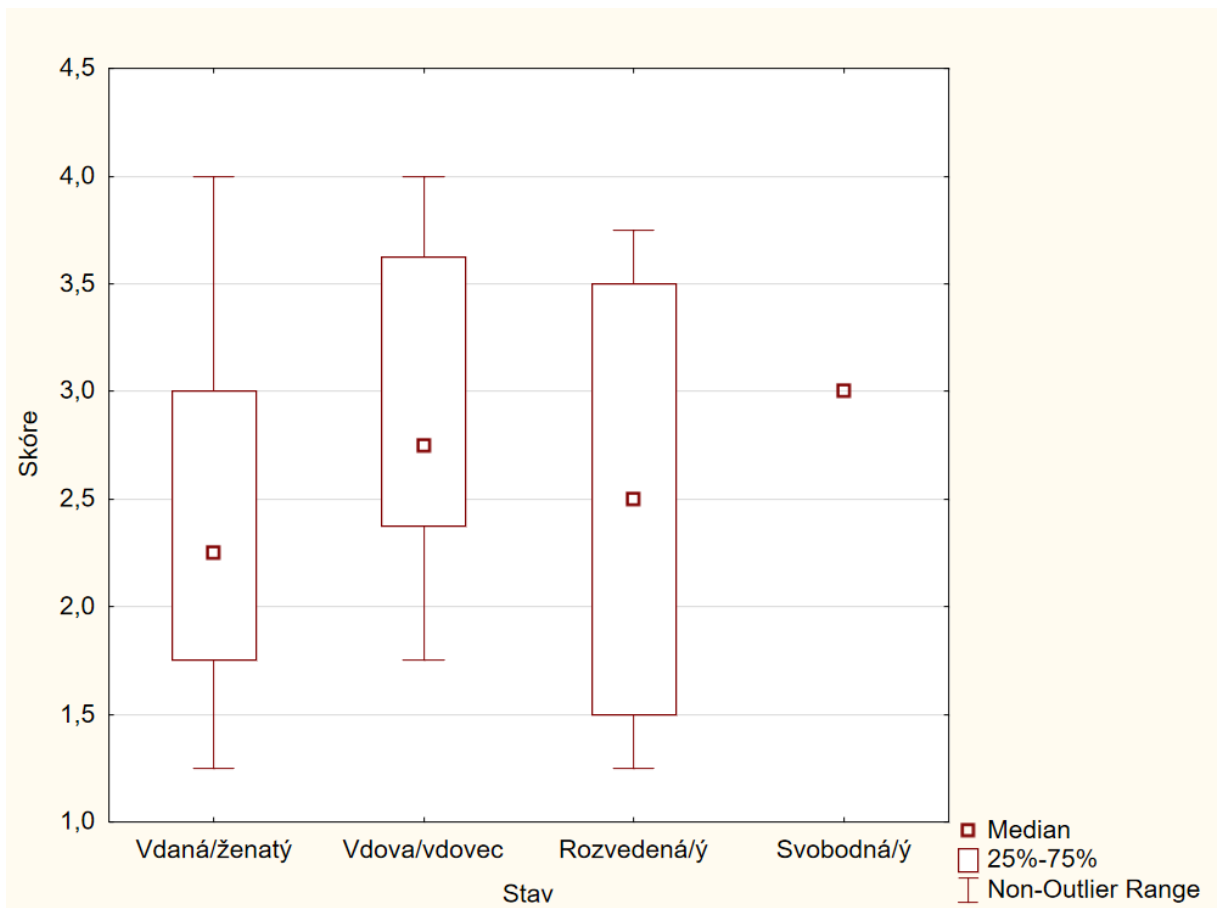
Obrázek 11: Hodnocení fyzické činnosti a sociálních aktivit v závislosti na věku

Z obrázku 11 vyplývá, že mladší i starší respondenti hodnotili omezení fyzické činnosti a sociálních aktivit obdobně. Mladší s průměrným skóre 2,58 a mediánem 2,5, přičemž se ale objevoval širší rozptyl odpovědí. Starší pak s průměrným skóre 2,66 a mediánem taktéž 2,5. U nich se však odpovědi více shodovaly.



Obrázek 12: Hodnocení fyzické činnosti a sociálních aktivit v závislosti na pohlaví

Obrázek 12 znázorňuje ovlivnění fyzické činnosti a sociální aktivit v závislosti na pohlaví respondentů. Muži tuto doménu hodnotili lépe, a to s průměrným skóre 2,36 a mediánem 2,25, oproti tomu ženy hodnotily ovlivnění těchto oblastí průměrným skóre 2,82 s mediánem 2,75.



Obrázek 13: Hodnocení fyzické činnosti a sociálních aktivit v závislosti na rodinném stavu

Z posledního srovnání této domény je patrné, že nejméně ovlivněné fyzické činnosti a sociální aktivity potížemi s močením mají vdaní/ženatí respondenti a rozvedení, a to s průměrným skóre 2,45 a mediánem 2,25 pro vdané/ženaté a průměrným skóre 2,46 a mediánem 2,5 pro rozvedené. Tuto doménu měli potížemi s močením více ovlivněni ovdovělí respondenti, a to s průměrným skóre 2,91 a mediánem 2,75. Jeden svobodný respondent označil ovlivnění skóre 3.

Doména 3: Osobní vztahy:

Q5A: Ovlivňují problémy s močením Váš partnerský vztah?

Q5B: Ovlivňují problémy s močením Váš sexuální život?

Q5C: Ovlivňují problémy s močením Váš rodinný život?

Tabulka 8: Osobní vztahy

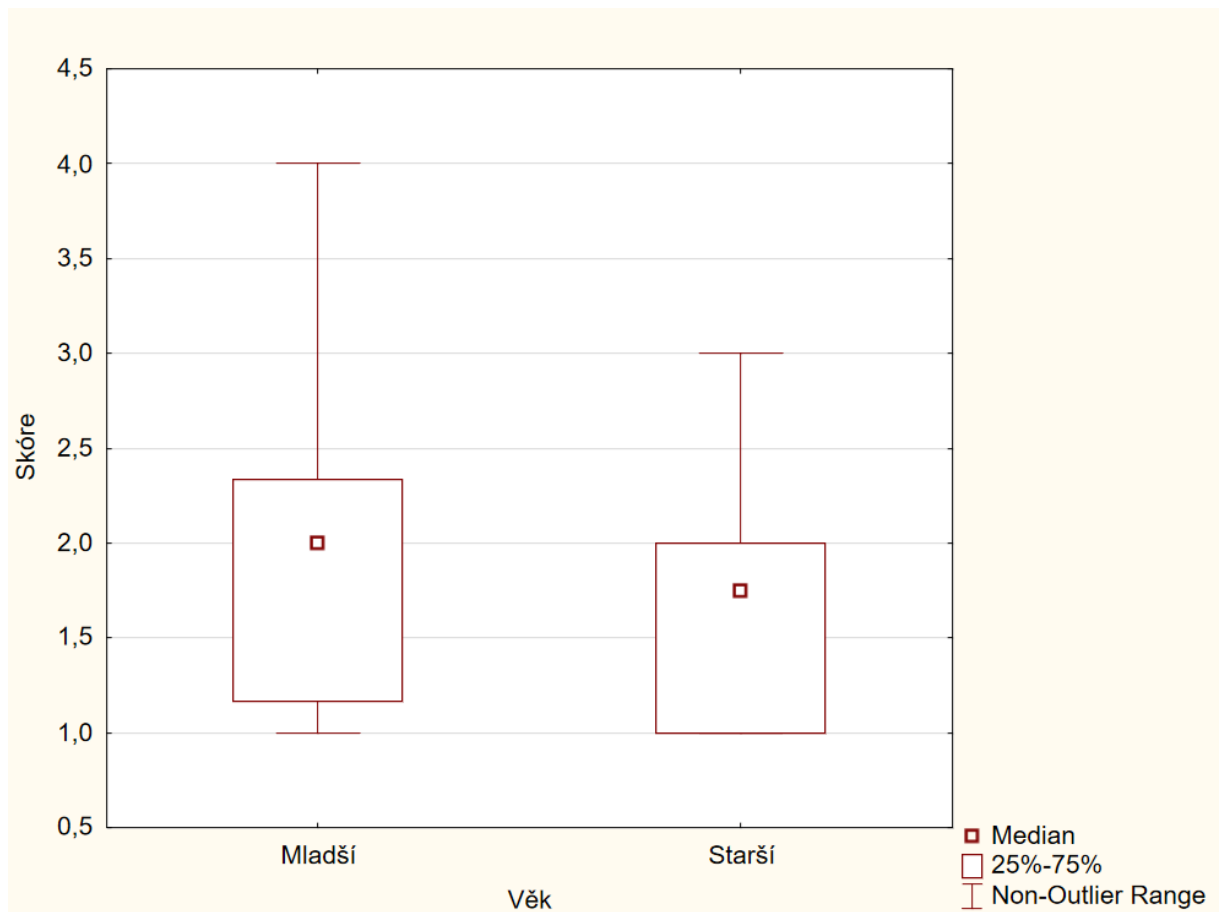
Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q5A	35	1,66	0,86	1	4
Q5B	31	2,16	1,02	1	4
Q5C	62	1,85	0,90	1	4

Třetí doména se dotazovala na osobní vztahy respondentů, zda a do jaké míry močová inkontinence ovlivňuje jejich partnerský vztah, sexuální a rodinný život. Kromě odpovědí vůbec ne = 1, trochu = 2, středně = 3 a hodně = 4 měli respondenti možnost označit odpověď „nelze použít“ = 0.

Vzhledem k tomu, že většina rozvedených, anebo ovdovělých respondentů označilo u otázek Q5A a Q5B první možnost, tedy „nelze použít“, byly v tabulce 8 u prvních dvou otázek zhodnoceny pouze odpovědi těch respondentů, kteří mohli ovlivnění kvality života ohodnotit, jak ostatně nabízí i manuál pro zpracování výsledků. Průměrné ovlivnění respondentů v oblasti partnerského vztahu bylo 1,66, tedy na rozmezí odpovědí „vůbec ne“ a „trochu“. Průměrné ovlivnění sexuálního života respondentů bylo o něco vyšší, a to 2,16, tedy „trochu“.

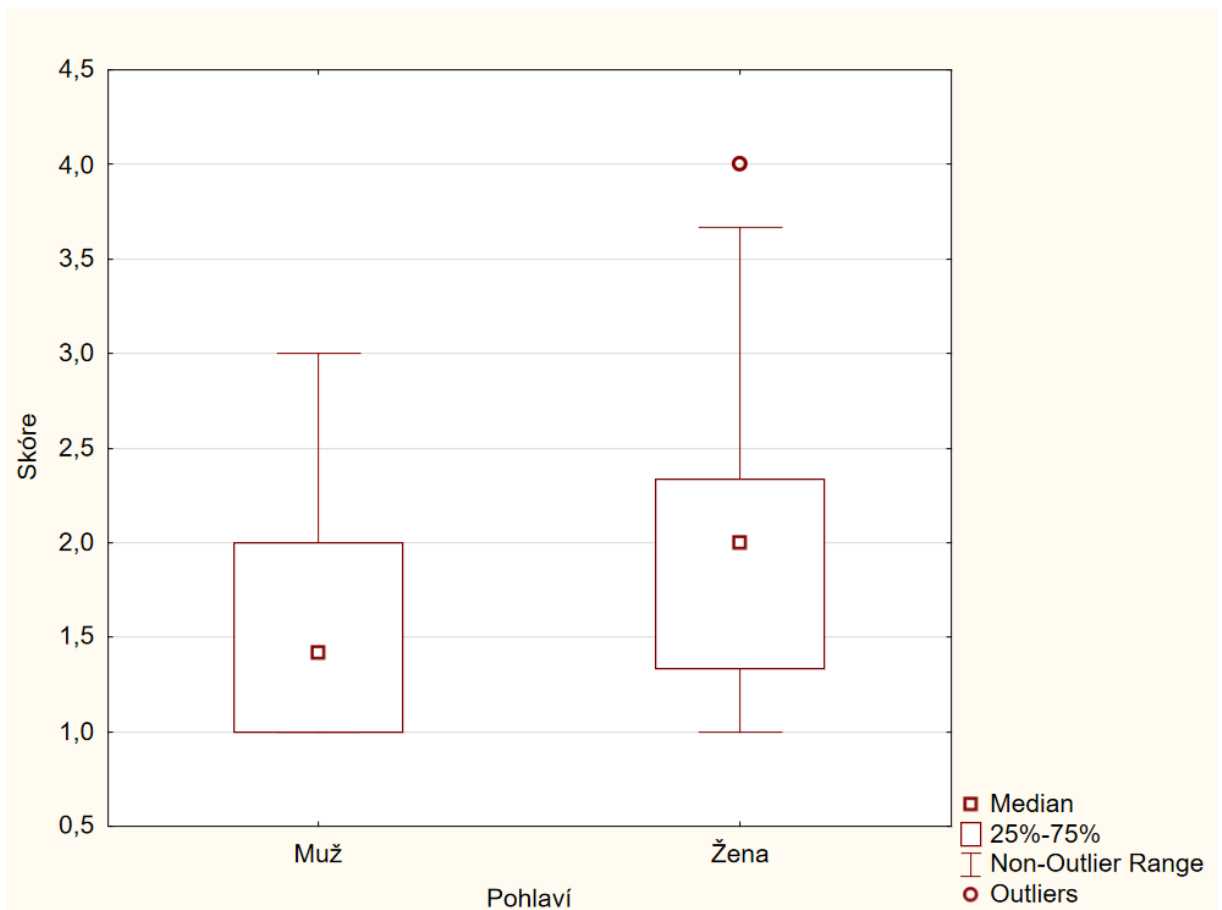
Na otázku ovlivnění rodinného života odpověděli všichni respondenti a průměrné ovlivnění bylo 1,85.

Pro souhrnné vyhodnocení domény bylo již použito průměrné skóre odpovědí všech respondentů, neboť se mezi respondenty nevyskytoval nikdo, kdo by v oné doméně nedokázal ohodnotit alespoň jednu otázku.



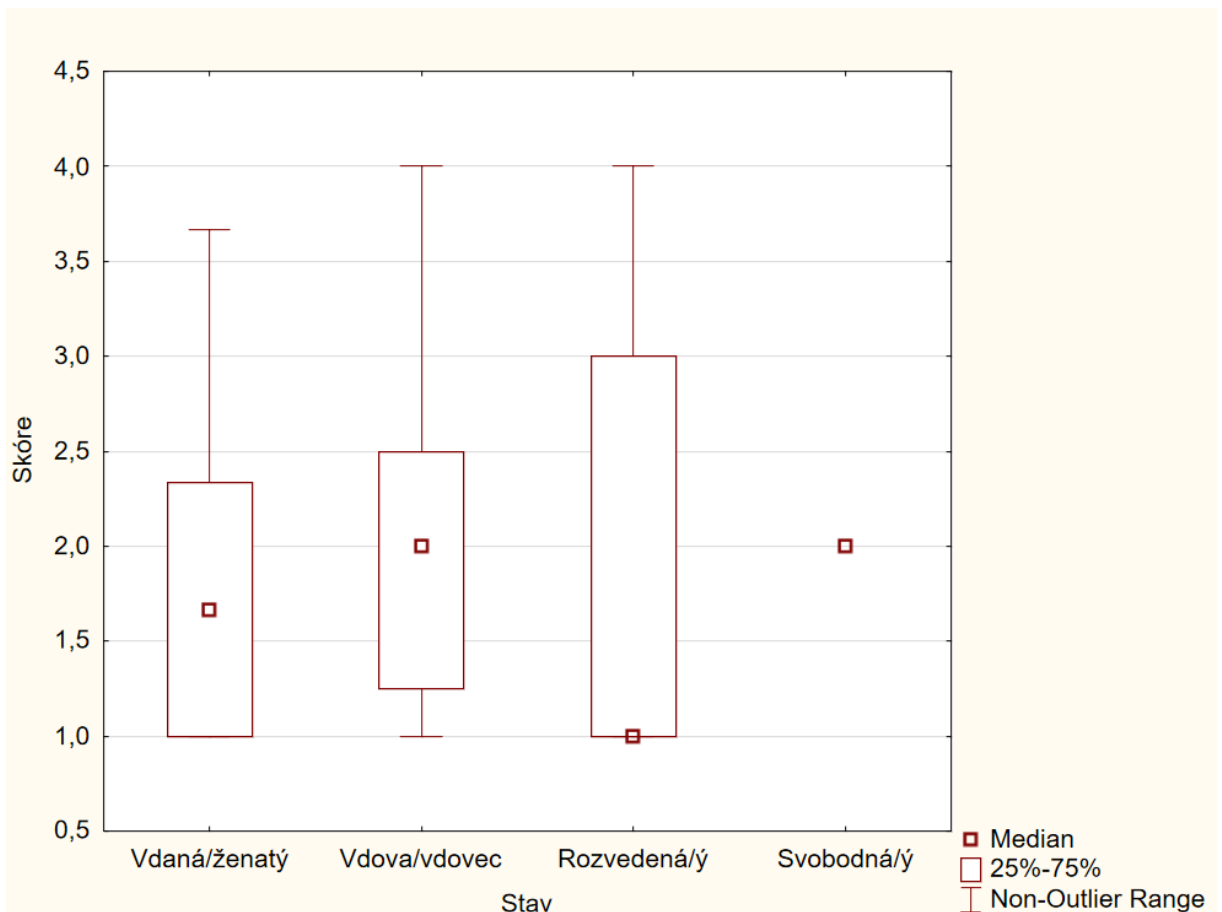
Obrázek 14: Hodnocení osobních vztahů v závislosti na věku

Mladší pacienti označili ovlivnění osobních vztahů potížemi s močením jako o něco málo větší – průměrné skóre 1,98, medián 2. Starší pacienti označili ovlivnění s průměrným skóre 1,76 s mediánem 1,75.



Obrázek 15: Hodnocení osobních vztahů v závislosti na pohlaví

Znatelnější rozdíl byl v hodnocení osobních vztahů v závislosti na pohlaví. Zatímco muži hodnotili oblast s průměrným skóre 1,61 a mediánem 1,42, tedy je potíže s močením na rovině osobních vztahů ovlivňují mezi „vůbec ne“ a „trochu“, ženy hodnotily oblast s průměrným skóre 2,14 a mediánem 2, respektive jsou potížemi s močením ovlivněny alespoň trochu. Jedna respondentka označila ovlivnění jako „hodně“ (odlehlá hodnota).



Obrázek 16: Hodnocení osobních vztahů v závislosti na rodinném stavu

Obrázek 16 znázorňuje hodnocení osobních vztahů z pohledu rodinného stavu. Lépe hodnotili ovlivnění potížemi s močením vdaní/ženatí respondenti a rozvedení. Vdaní/ženatí ohodnotili doménu s průměrným skóre 1,85 a mediánem 1,66. Rozvedení označili průměrné skóre 1,86, medián byl 1. Ovdovělí hodnotili ovlivnění jako o něco málo větší, a to s průměrným skóre 2 a mediánem taktéž 2. Jeden svobodný respondent označil ovlivnění jako „trochu“ (2).

Doména 4: Emoce

Q6A: Cítíte se kvůli problémům s močením depresivní nebo skleslý/á?

Q6B: Pociťujete kvůli problémům s močením obavy nebo nervozitu?

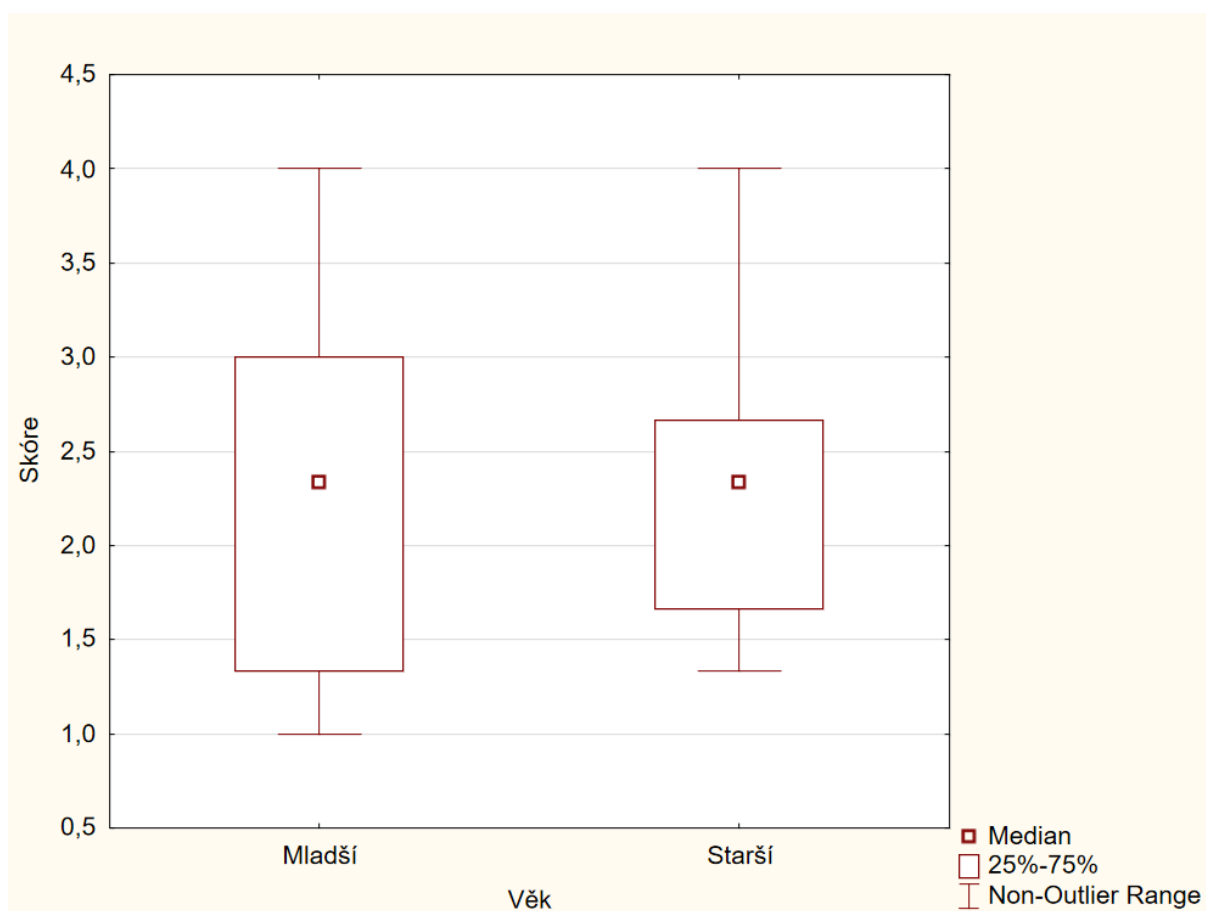
Q6C: Cítíte se kvůli problémům s močením nespokojený/á sám/a se sebou?

Tabulka 9: Emoce

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q6A	62	1,74	0,86	1	4
Q6B	62	2,58	0,83	1	4
Q6C	62	2,58	1,02	1	4

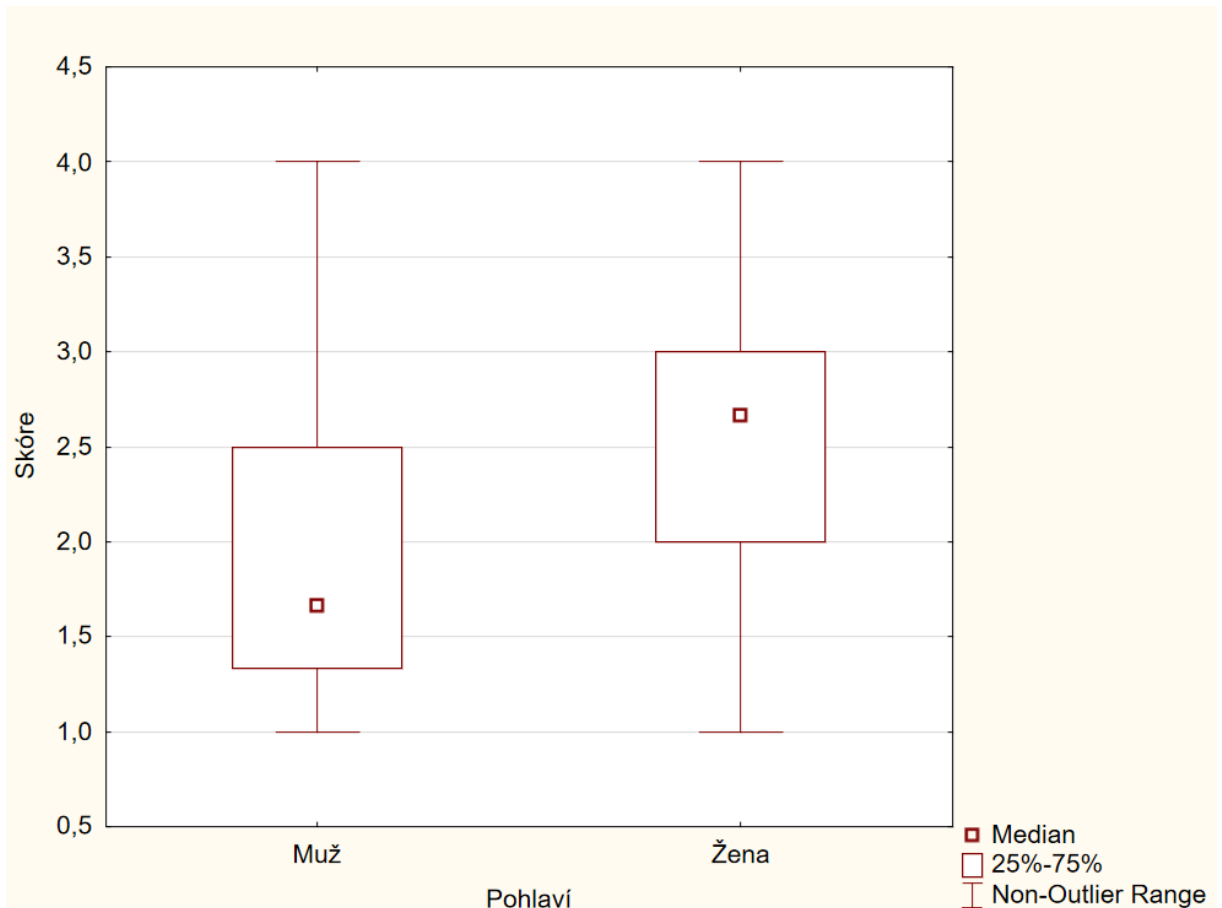
Ve čtvrté doméně byli respondenti dotazováni na oblast emocí, respektive zda v souvislosti s močovou inkontinencí pociťují skleslost či deprese, obavy, nervozitu, anebo jsou sami se sebou nespokojeni. Zde bez možnosti „nelze použít“ mohli respondenti opět označit: vůbec ne = 1, trochu = 2, středně = 3, hodně = 4.

Průměrné skóre ovlivnění kvality života ve smyslu depresí nebo pocitu skleslosti bylo 1,74, tedy na pomezí „vůbec ne“ a „skoro“. Respondenti více pociťovali kvůli problémům s močením obavy nebo nervozitu, průměr byl 2,58, a tedy mezi „trochu“ a „středně“. Průměr nespokojenosti sama se sebou byl stejný – 2,58.



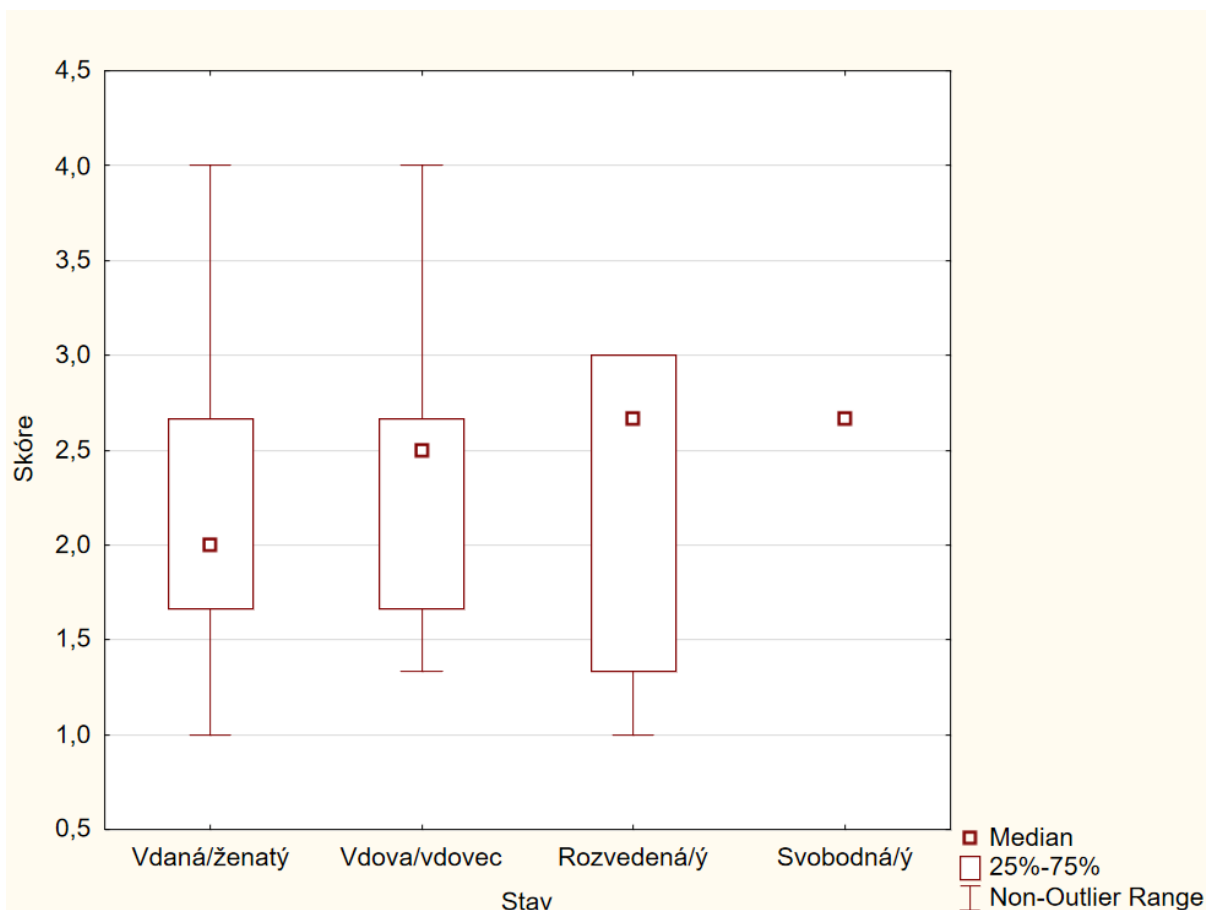
Obrázek 17: Hodnocení emocí v závislosti na věku

Oblast emocí byla v závislosti na věku hodnocena následovně: Mladší respondenti hodnotili ovlivnění potížemi s močením s průměrným skóre 2,26 a mediánem 2,33. Starší respondenti hodnotili obdobně, průměrné skóre zde bylo 2,36 a medián taktéž 2,33.



Obrázek 18: Hodnocení emocí v závislosti na pohlaví

Co se hodnocení emocí týče, v závislosti na pohlaví byl rozdíl ztelnější. Oblast emocí měly vlivem potíží s močením narušenou ženy, a to s průměrným skóre 2,58 a mediánem 2,66. Muži oproti tomu vyjádřili ovlivnění s průměrným skóre 1,99 s mediánem 1,66.



Obrázek 19: Hodnocení emocí v závislosti na rodinném stavu

Z obrázku 19 je patrné, jak respondenti vnímají oblast emocí v závislosti na rodinném stavu. Vdaní/ženatí respondenti označili odpovědi s průměrným skóre 2,19 a mediánem 2. Rozvedení respondenti označili odpovědi s průměrným skóre 2,33 s mediánem 2,66. U ovdovělých respondentů pak průměrné skóre činilo 2,47 a medián 2,5. Svobodný respondent měl průměrné skóre 2,66.

Doména 5: Spánek a energie:

Q7A: Narušují Vám problémy s močením spánek?

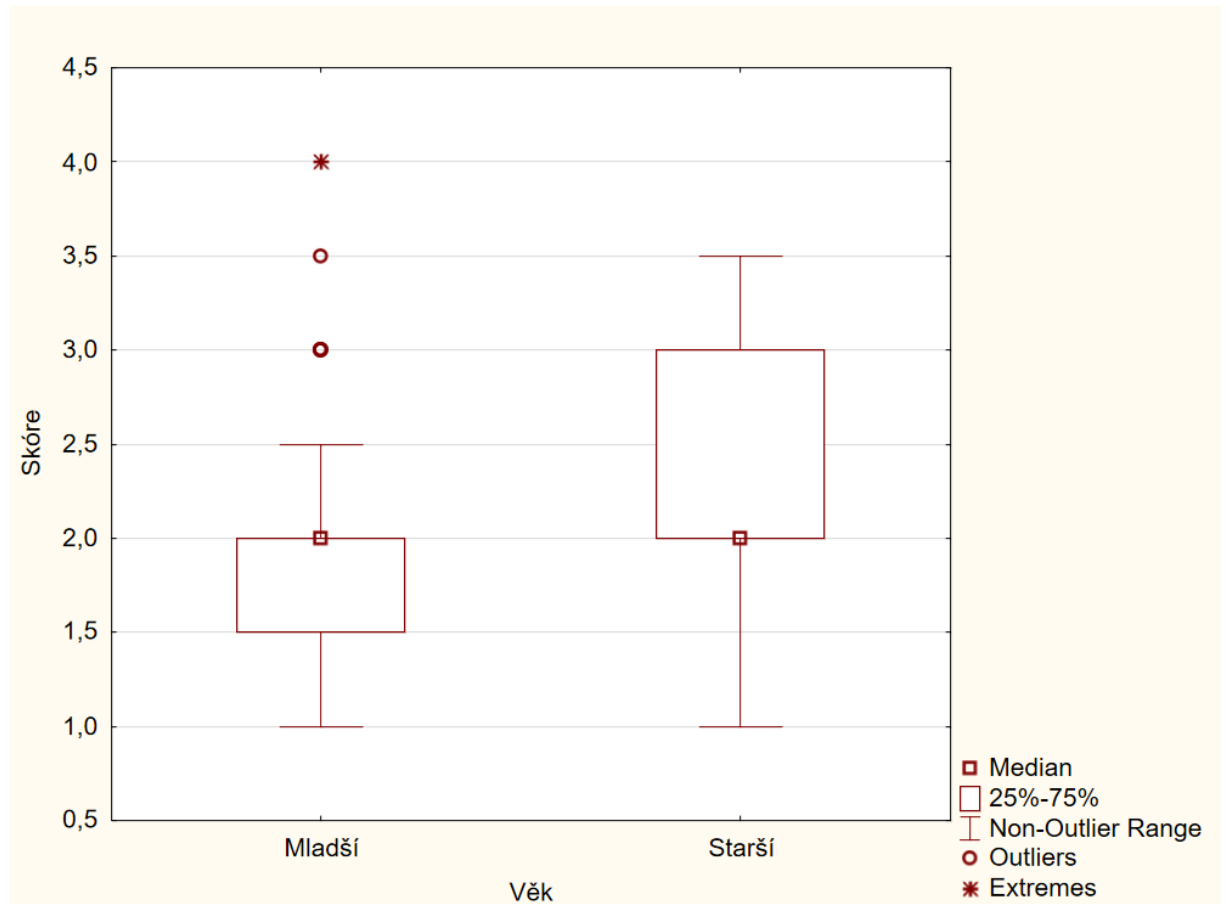
Q7B: Cítíte se kvůli problémům s močením vyčerpaný nebo unavený?

Tabulka 10: Spánek a energie

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q7A	62	2,14	0,80	1	4
Q7B	62	2,0	0,71	1	4

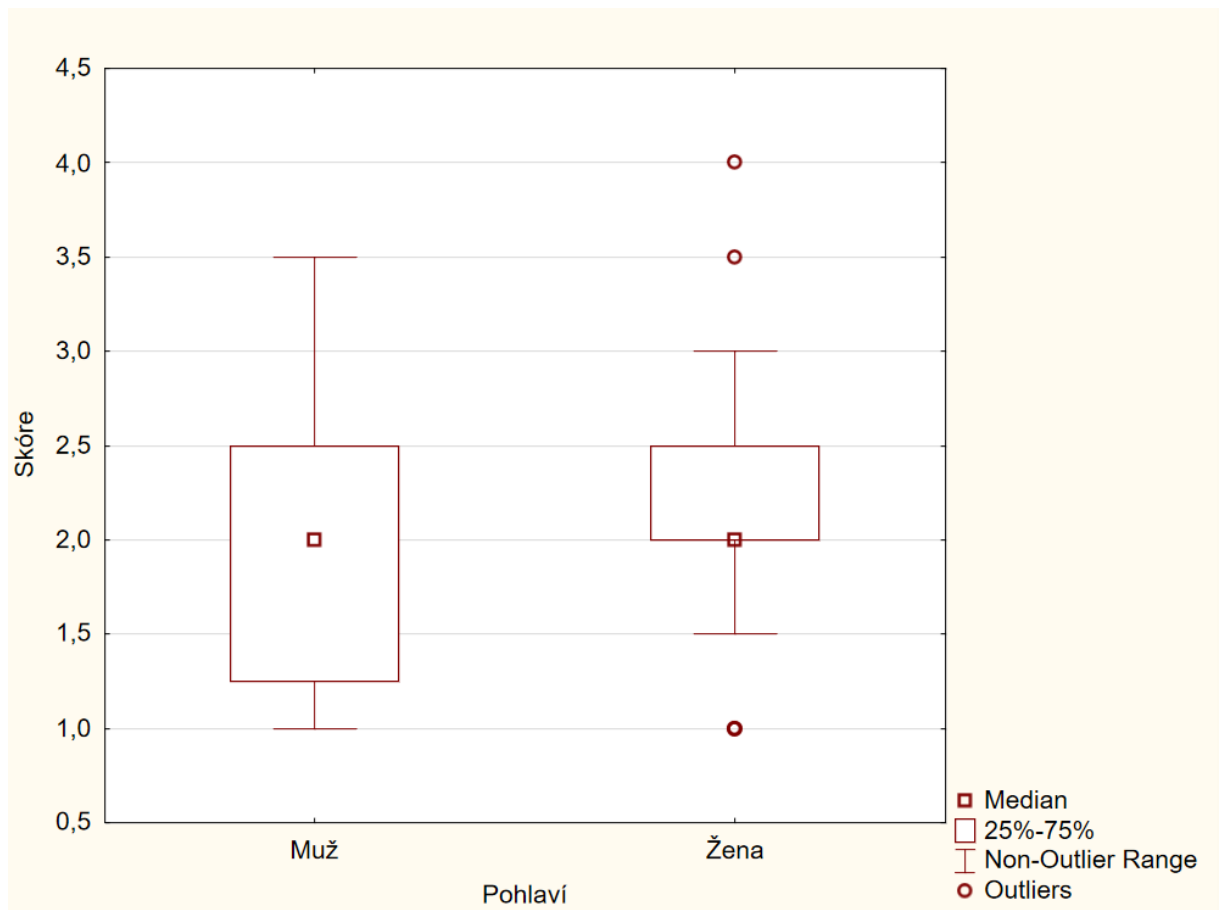
Pátá doména se zabývala ovlivnění spánku a energie. Respondenti ve dvou otázkách odpovídali pomocí odpovědí nikdy = 1, někdy = 2, často = 3 a stále = 4, zda mají kvůli močové inkontinenci narušený spánek a zda se cítí vyčerpaní či unavení.

Z tabulky č. 10 je patrné, že respondenti jsou vlivem močové inkontinence ovlivnění „někdy“ (průměr 2,14) a taktéž se „někdy“ cítí unavení či vyčerpaní (průměr 2,0).



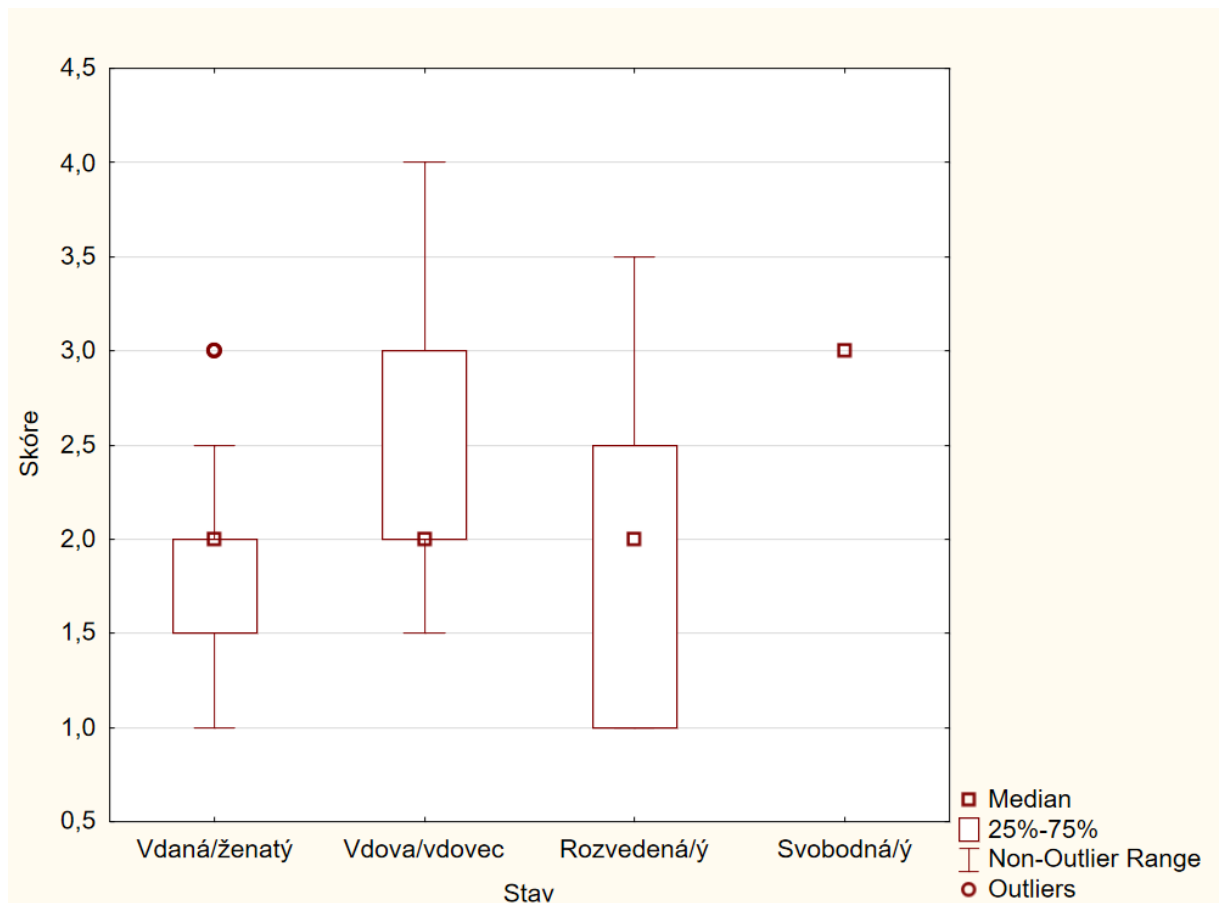
Obrázek 20: Hodnocení spánku a energie v závislosti na věku

Při porovnání výsledků z obrázku 20 bylo zjištěno, že tuto doménu lépe hodnotili mladší respondenti, a to průměrným skóre 1,98 a mediánem 2. Jak znázorňují odlehlé a extrémní hodnoty, tak i mladší respondenti udávali velké ovlivnění potížemi s močením. Starší respondenty potíže s močením ovlivňují v doméně spánku a energie více, a to na průměrném skóre 2,25 s mediánem rovněž 2.



Obrázek 21: Hodnocení spánku a energie v závislosti na pohlaví

Obrázek 21 znázorňuje, jak hodnotí spánek a energii muži a ženy. Ženy vnímají ovlivnění o něco málo hůře – průměrné skóre 2,19, medián 2. Ve vzorku se vyskytly i respondentky, které hodnotily spánek a energii na nižší i vyšší úrovni (odlehle hodnoty). Muži vnímají ovlivnění spánku a energie močovou inkontinencí s průměrným skóre 1,92.



Obrázek 22: Hodnocení spánku a energie v závislosti na rodinném stavu

Co se rozdělení v závislosti na rodinném stavu týče, vdaní/ženatí respondenti hodnotili doménu spánku a energie průměrným skóre 1,90 (medián 2), jeden doposud sezdaný respondent označil i skóre 3 (odlehlá hodnota). Obdobně hodnotili a rozvedení respondenti (průměrné skóre 1,86, medián 2). Větší ovlivnění spánku a energie zaznamenali ovdovělí respondenti, a to s průměrným skóre 2,4. Jeden svobodný respondent označil, že ho problémy s močením v oblasti spánku a energie ovlivňují často (skóre 3).

Doména 6: Jak často provádíte nebo prožíváte dále uvedené činnosti?

Q8A: Nosíte hygienické vložky (pleny), abyste se udržel/a v suchu?

Q8B: Dáváte si pozor, kolik tekutin vypijete?

Q8C: Vyměňujete si spodní prádlo, protože je mokré?

Q8D: Obáváte se, že jste nepříjemně cítit?

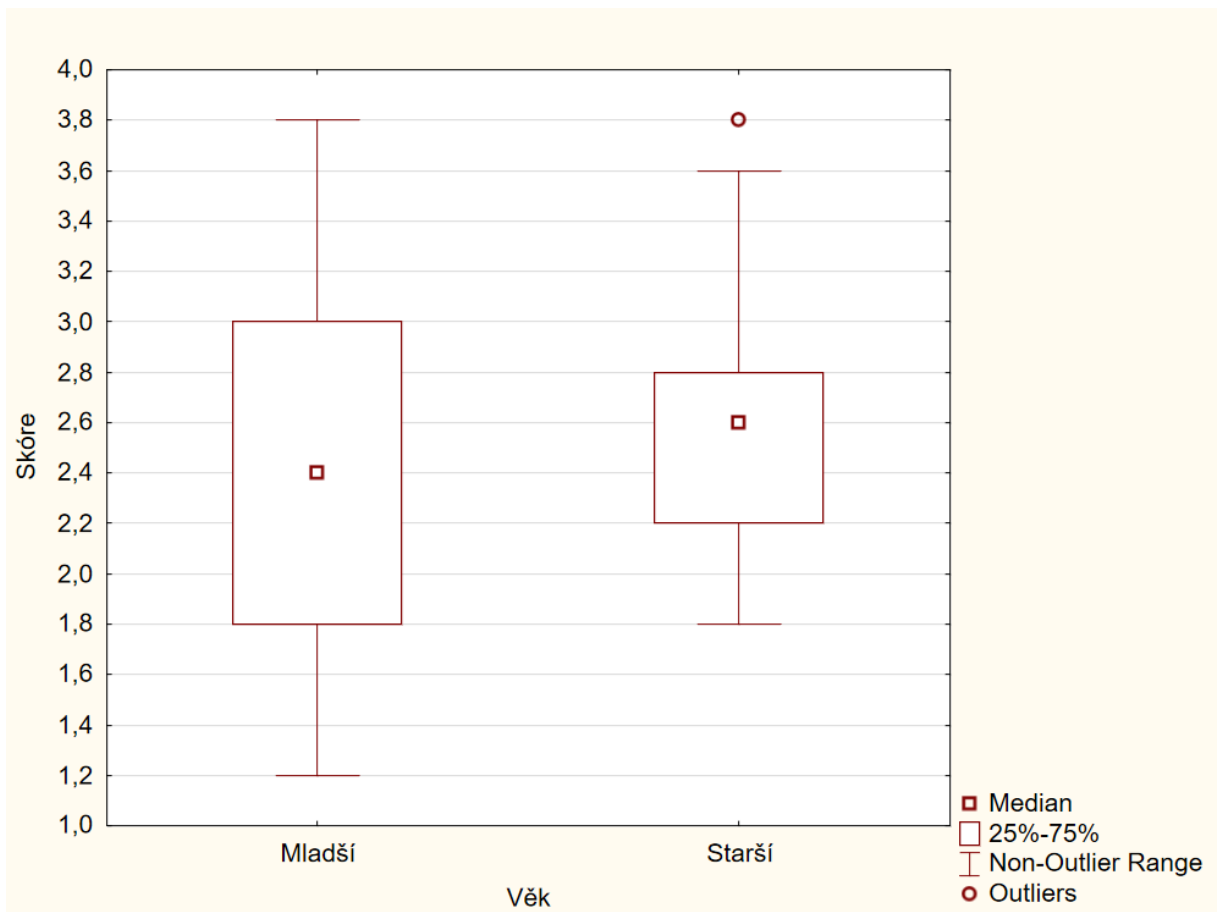
Q8E: Cítíte se kvůli svým problémům s močovým měchýřem trapně?

Tabulka 11: Provádění nebo prožívání činností

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q8A	62	3,24	0,76	1	4
Q8B	62	2,08	0,86	1	4
Q8C	62	1,95	0,61	1	3
Q8D	62	2,72	0,81	1	4
Q8E	62	2,71	0,94	1	4

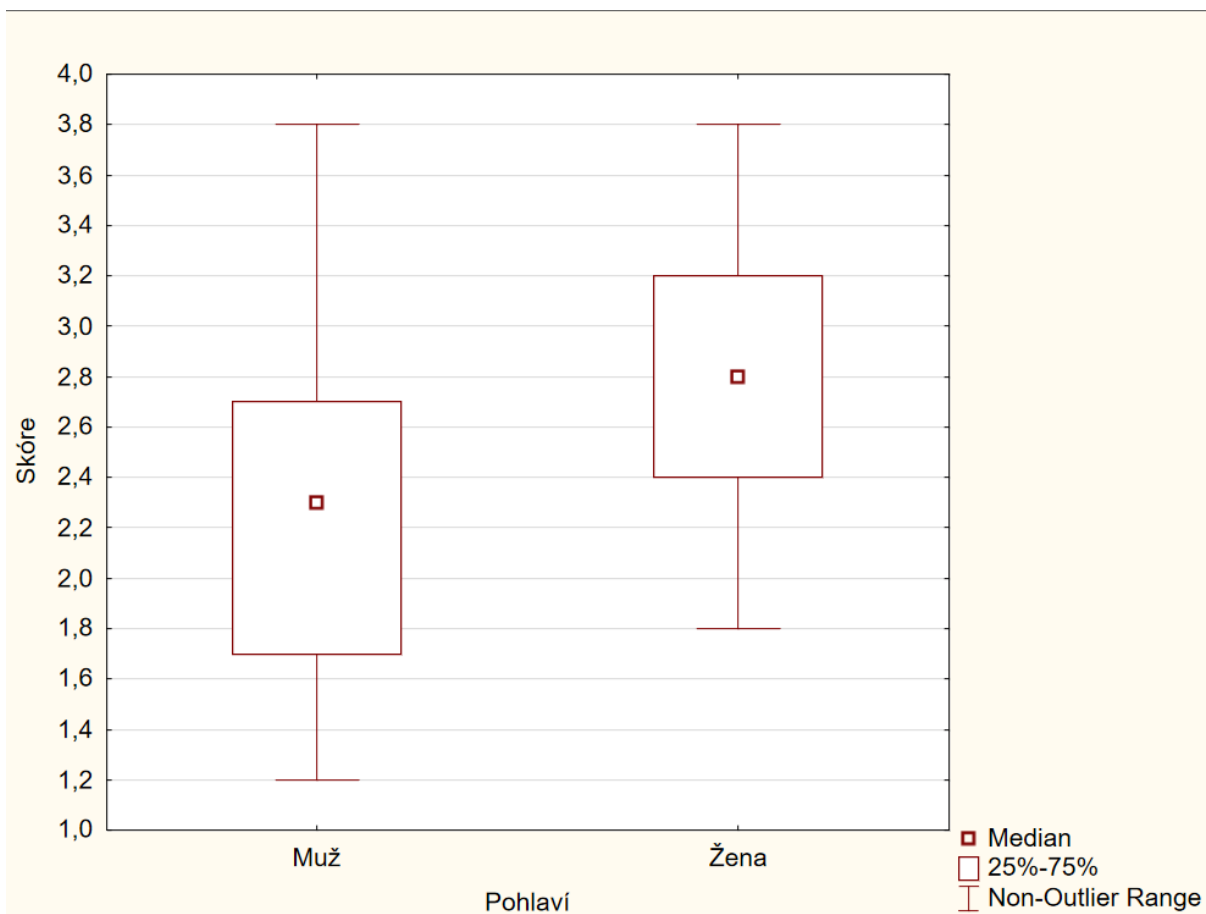
V poslední doméně respondenti uváděli, do jaké míry prožívají nebo provádějí uvedené činnosti, jako je nošení hygienických pomůcek, omezení příjmu tekutin, výměna spodního prádla kvůli úniku moči, či zda se obávají nepříjemného zápachu nebo se cítí kvůli inkontinenci trapně. Na výběr měli z odpovědí: nikdy = 1, někdy = 2, často = 3 a stále = 4.

Tabulka č. 11 znázorňuje, že respondenti nosí hygienické vložky nebo pleny „často“ (průměr 3,24), méně si dávají pozor, kolik tekutin vypijí (někdy, průměr 2,08). „Někdy“ si také mění spodní prádlo, protože je mokré (průměr 1,95). Skoro „často“ mají obavu, že jsou nepříjemně cítit (průměr 2,72) a téměř stejnou měrou se cítí kvůli potížím s močením trapně (průměr 2,71).



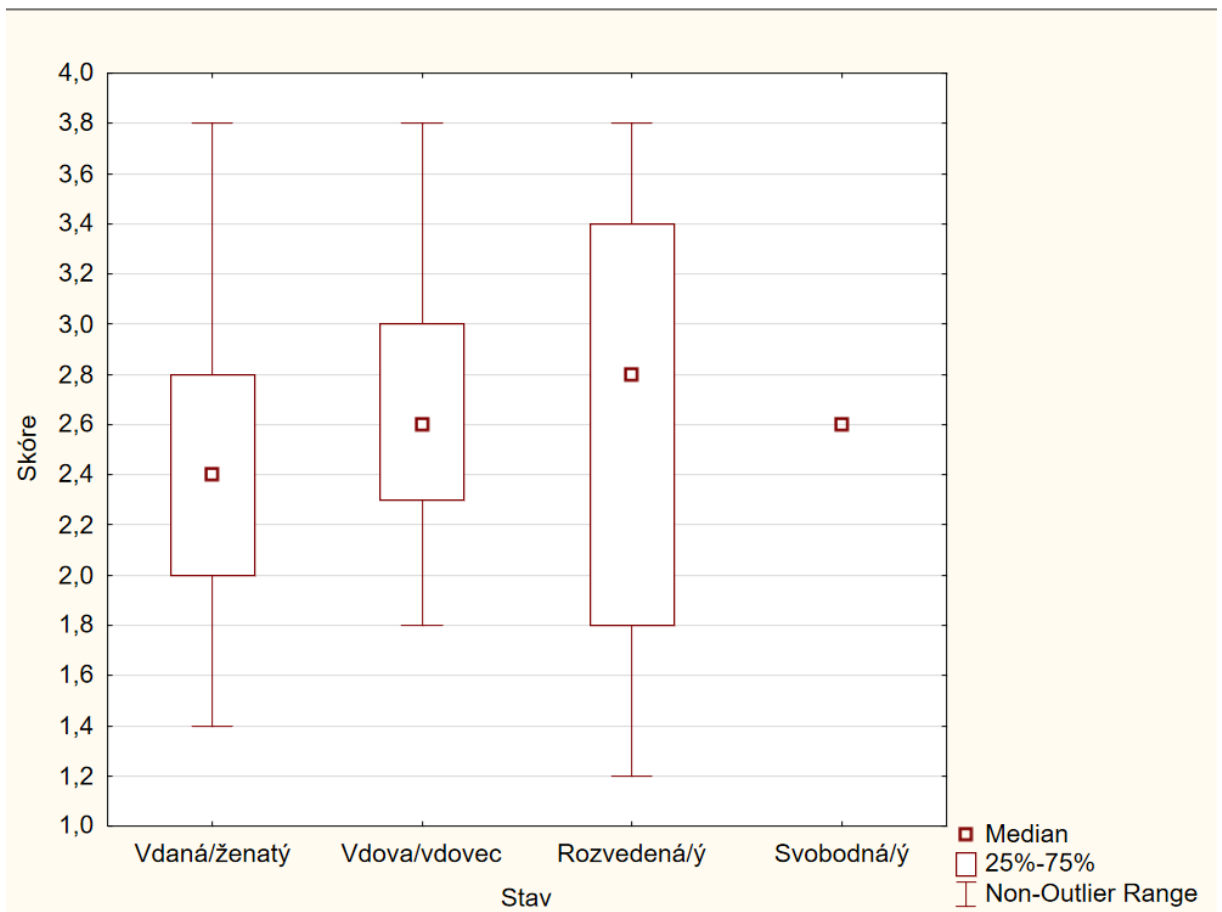
Obrázek 23: Hodnocení činností a situací spojených s inkontinencí moči v závislosti na věku

Obrázek 23 ukazuje, jak tuto doménu hodnotili respondenti v závislosti na věku. Lépe ji hodnotili mladší respondenti, a to s průměrným skóre 2,5 a mediánem 2,4. Starší respondenti hodnotili doménu jen o něco málo hůř – průměrné skóre 2,62 a medián 2,6. Jeden respondent ze skupiny starších respondentů hodnotil ovlivnění jako odpovídající skóre 3,8, tedy podstatně hůř než respondenti téže skupiny.



Obrázek 24: Hodnocení činností a situací spojených s močovou inkontinencí v závislosti na pohlaví

Obrázek 24 znázorňuje, jak rozdílně hodnotí doménu činností a situací spojených s močovou inkontinencí muži a ženy. Muži hodnotí doménu podstatně lépe, průměrným skóre 2,31, medián 2,3. Oproti tomu průměrné skóre hodnocení žen bylo 2,74, medián 2,8.



Obrázek 25: Hodnocení činností a situací spojených s inkontinencí moči v závislosti na rodinném stavu

Jak je patrné z obrázku 25, v závislosti na rodinném stavu doménu nejlépe hodnotily vdané respondentky a ženatí respondenti – průměrné skóre 2,44 a medián 2,4. Průměrné skóre rozvedených respondentů bylo 2,6, medián 2,6 a průměrné skóre ovdovělých bylo 2,69 s mediánem 2,8. Svobodný respondent dosáhl průměrného skóre 2,6.

7.3 Testování hypotéz

Vzhledem k normálnímu rozdělení dat, které bylo ověřeno pomocí Kolmogorov-Smirnov testu, byl k testování hypotéz použit parametrický test. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %. Platnost hypotéz byla ověřena pomocí parametrického t-testu pro nezávislé vzorky.

První testovaná hypotéza:

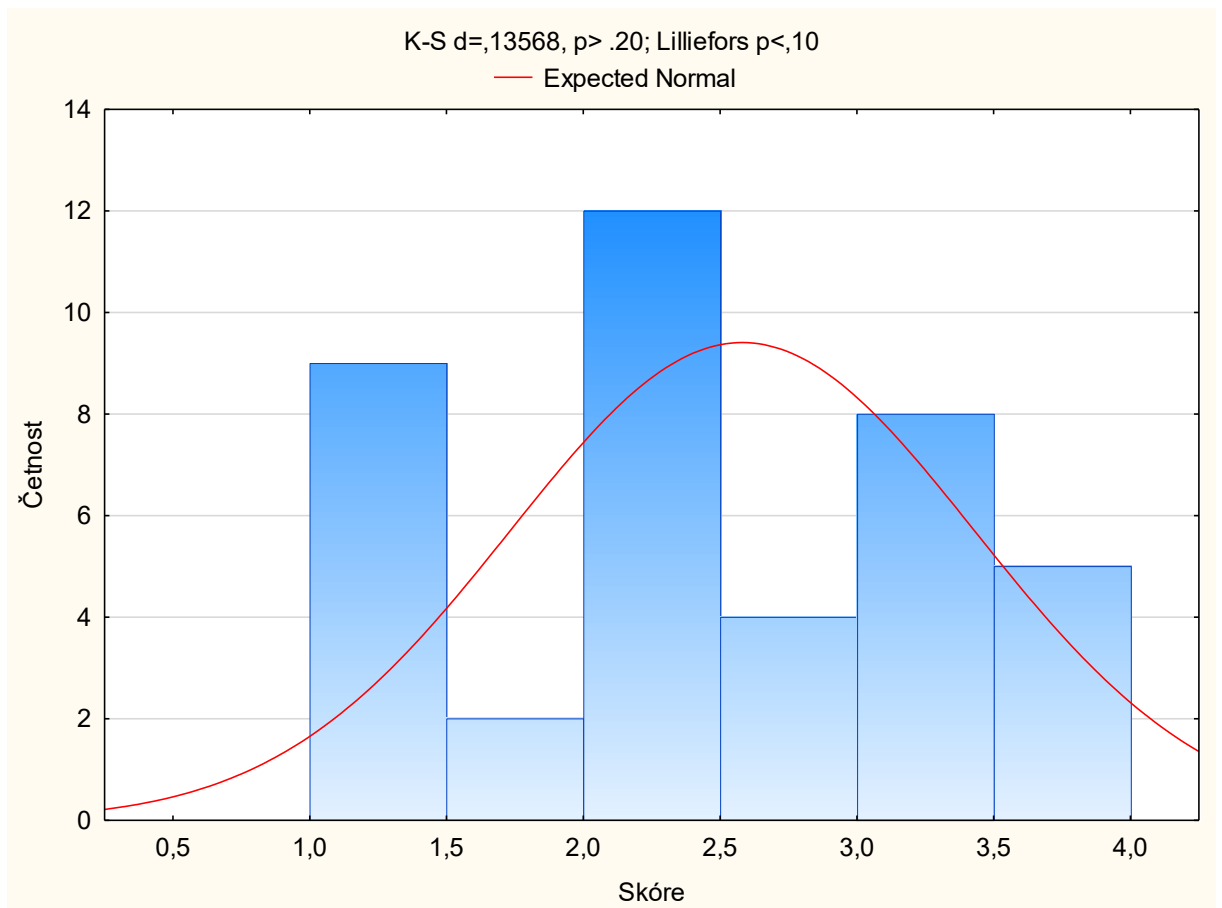
H_0 : Oblast fyzických činností a sociální aktivit v dotazníku KHQ nebude ovlivněna u mladších pacientů.

H_A: Oblast fyzických činností a sociální aktivit v dotazníku KHQ bude ovlivněna u mladších pacientů.

Tabulka 12: Výsledky popisné statistiky první testované hypotézy

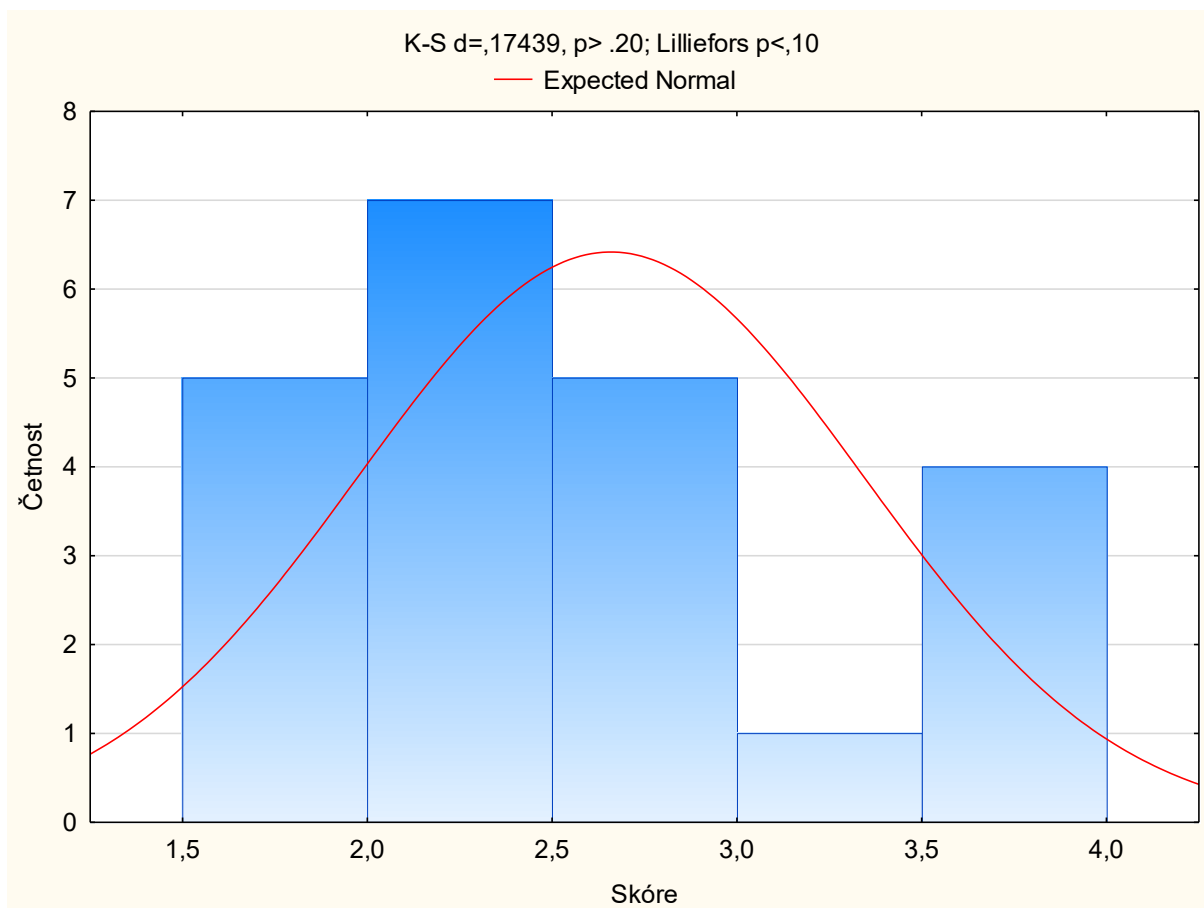
	Mladší respondenti	Starší respondenti
n	40	22
Průměr	2,58	2,66
Medián	2,5	2,5
Modus	Vícenásobný	Vícenásobný
Četnost modu	7	4
Minimum	1,25	1,75
Maximum	4	4
Dolní kvartil	2	2,25
Horní kvartil	3,5	3,25
Směrodatná odchylka	0,85	0,68

Testováním této hypotézy bylo zjišťováno, zda je statistická souvislost mezi doménou fyzické činnosti a sociálních aktivit a věkem respondentů. Pro hodnocení byli respondenti opět rozděleni do dvou věkových kategorií – mladší (65-80 let) a starší (80 let a více), přičemž bylo hodnoceno skóre každého respondenta pro danou doménu dle manuálu pro vyhodnocení.



Obrázek 26: Histogram mladší respondentů

Z histogramu na obrázku 26, který byl použit k vizualizaci rozložení, lze usoudit, že se jedná o rozložení normální.



Obrázek 27: Histogram starší respondentů

Při porovnání s histogramem na obrázku 27 bylo dle blízkosti hodnot průměrů a mediánů i vizualizace grafů v obou směrech možné usuzovat normální rozložení. Normalitu dat pak potvrdil test normálního rozdělení, konkrétně Kolmogorov-Smirnov test, který testuje nulovou hypotézu na zvolené hladině významnosti $\alpha=0,05$. V tomto případě H_0 : Data patří do normálního rozložení.

Tabulka 13: Test normálního rozdělení souboru mladších a starších respondentů

	Kolmogorov-Smirnov test normality p -hodnota
Mladší respondenti	0,416
Starší respondenti	0,463

Dosažené p u testované H_0 souboru respondentů mladších je $> \alpha$ ($0,416 > 0,05$). Nulovou hypotézu, že data patří do normálního rozložení, tedy nezamítáme. Stejná situace je i u druhé skupiny respondentů ($0,463 > 0,05$).

Pro testování hypotéz byl použit parametrický t-test pro nezávislé vzorky. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ čili 5 %.

Tabulka 14: První testovaná hypotéza

Hypotéza 1	<i>p</i> -hodnota
Fyzické činnosti a sociální aktivity	0,713

Na základě t-testu pro nezávislé vzorky, jehož výsledek je zobrazen v tabulce 14, H_0 přijímáme, neboť $p > \alpha$ ($0,713 > 0,05$). Alternativní hypotézu H_A zamítáme, můžeme tvrdit, že neexistuje statisticky významný vztah mezi oblastí fyzických činností a sociálních aktivit a věkem respondentů.

Druhá testovaná hypotéza:

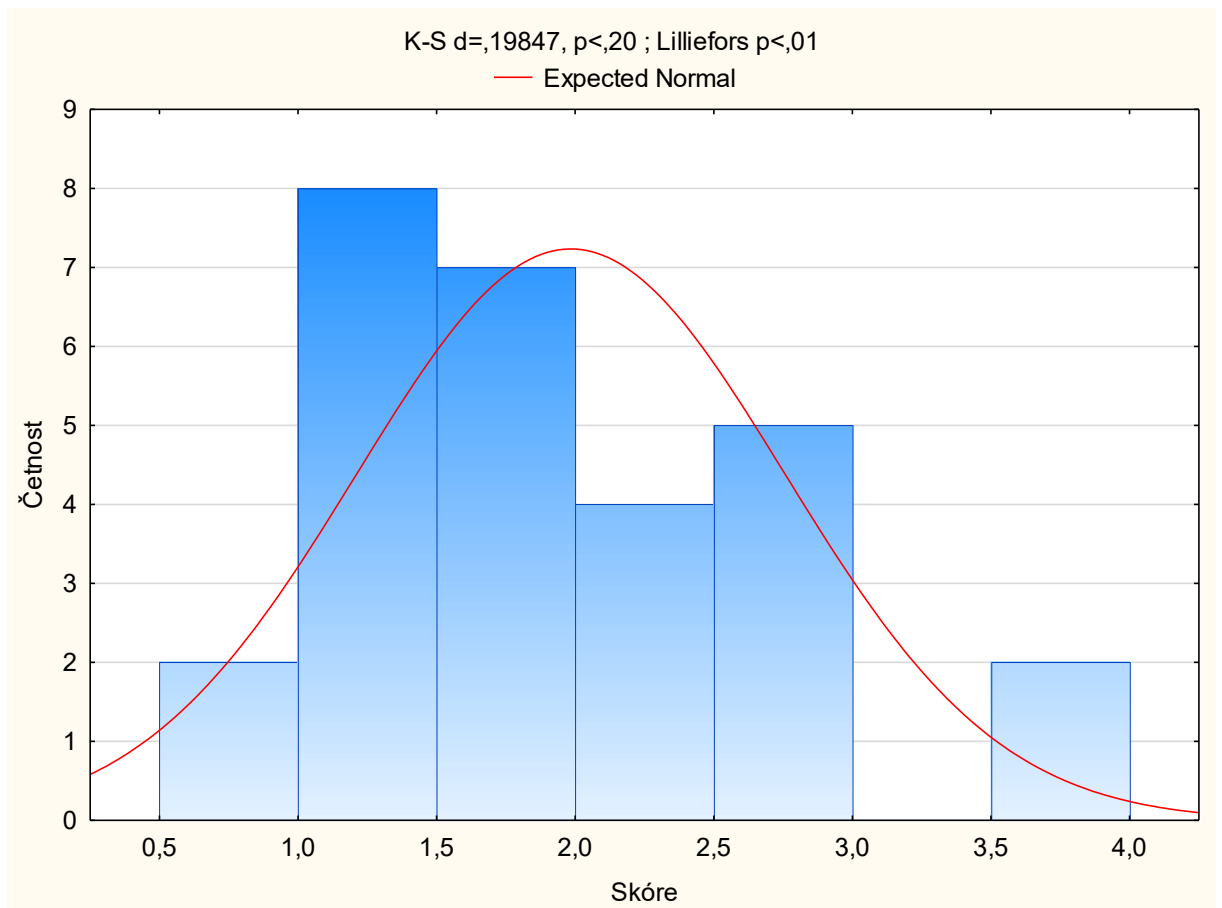
H_0 : Oblast emocí v dotazníku KHQ nebude více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví.

H_A : Oblast emocí v dotazníku KHQ bude více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví.

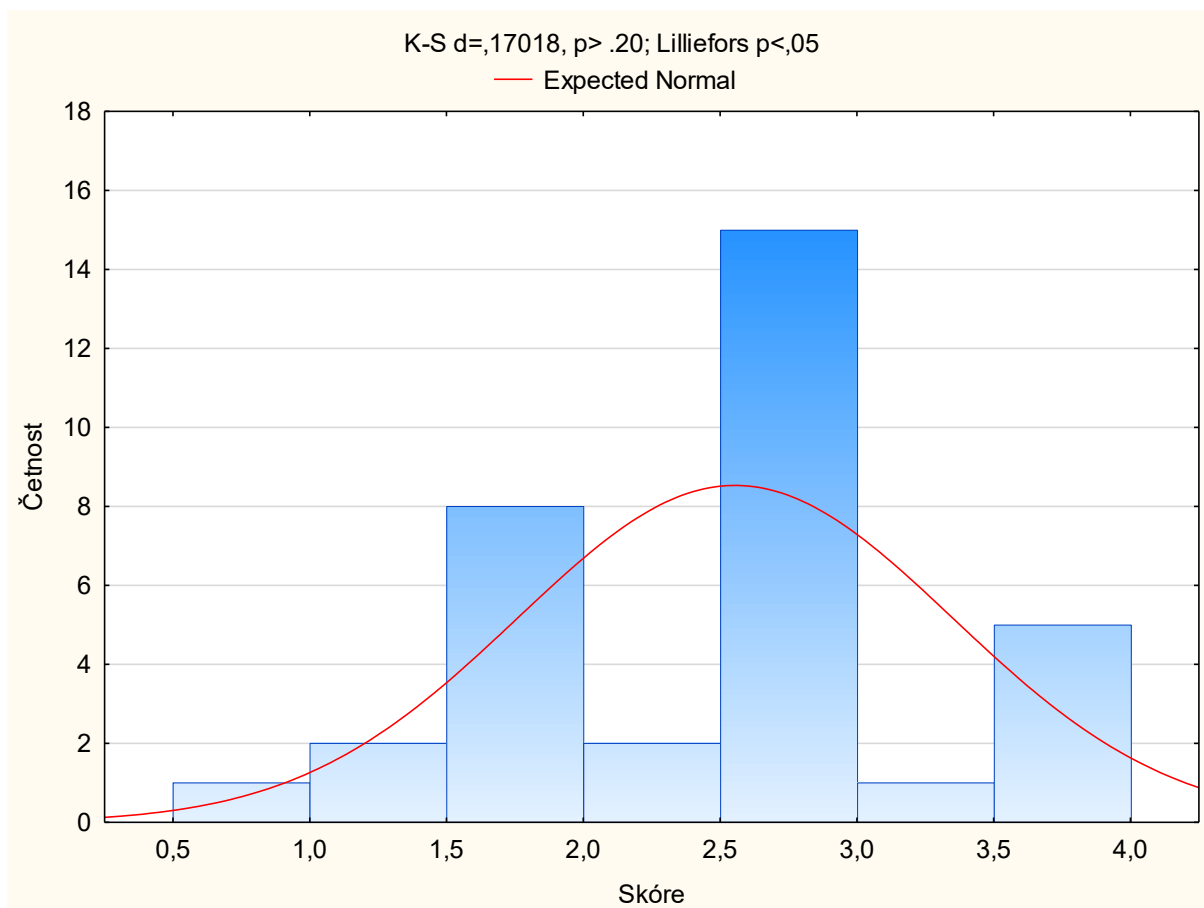
Tabulka 15: Výsledky popisné statistiky druhé testované hypotézy

	Muži	Ženy
n	28	34
Průměr	1,98	2,55
Medián	1,66	2,66
Modus	1,33	2,66
Četnost modu	8	10
Minimum	1	1
Maximum	4	4
Dolní kvartil	1,33	2,0
Horní kvartil	2,5	3,0
Směrodatná odchylka	0,77	0,8

Testováním této hypotézy bylo zjišťováno, zda je statistická souvislost mezi doménou emocí a pohlavím respondentů. Hodnoceno bylo skóre každého respondenta pro celou danou doménu.



Obrázek 28: Histogram muži



Obrázek 29: Histogram ženy

I u druhé hypotézy byly pro vizualizaci použity histogramy. Pro potvrzení normality dat byl rovněž použit Kolmogorov-Smirnov test, který testuje nulovou hypotézu na zvolené hladině významnosti $\alpha=0,05$. V tomto případě opět H_0 : Data patří do normálního rozložení.

Tabulka 16: Test normálního rozdělení souboru mladších a starších respondentů

	Kolmogorov-Smirnov test normality p - hodnota
Muži	0,192
Ženy	0,249

Dosažené p u testované H_0 souboru respondentů mužů je $> \alpha$ ($0,192 > 0,05$). Nulovou hypotézu, že data patří do normálního rozložení, tedy nezamítáme. Stejná situace je i u druhé skupiny respondentů - žen ($0,249 > 0,05$).

Pro testování hypotéz byl použit parametrický t-test pro nezávislé vzorky. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ čili 5 %.

Tabulka 17: Druhá testovaná hypotéza

Hypotéza 2	p -hodnota
Emoce	0,006

Na základě t-testu pro nezávislé vzorky, jehož výsledek je zobrazen v tabulce 17, H_0 zamítáme, neboť $p < \alpha$ ($0,006 < 0,05$). Alternativní hypotézu H_A přijímáme, můžeme tvrdit, že existuje statisticky významný vztah mezi oblastí emocí a pohlavím respondentů.

8 DISKUZE

Urgentní inkontinence moči je stav, který na celém světě omezuje miliony lidí napříč věkovými kategoriemi v každodenní činnosti a v různé míře znepríjemňuje jejich život. Stále vysoké procento z nich bagatelizuje svůj problém a nevyhledá lékařskou pomoc. Především senioři často mylně svoje obtíže považují za něco běžného a s věkem samozřejmého.

V současné době u seniorů stále více narůstá význam subjektivního hodnocení zdraví. Kvalita života je dokonce považována za nejvýznamnější ukazatel zdraví, je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek lidského života.

Hlavním cílem průzkumné části diplomové práce bylo zjistit vnímání urgentní močové inkontinence seniory, dílčí cíle představovaly zhodnocení vnímání urgentní močové inkontinence v závislosti na vybraných proměnných.

8.1 Diskuze k výsledkům dotazníku KHQ

Respondenti byli na vnímání urgentní močové inkontinence tázáni celkem 21 otázkami řazených do dvou samostatných otázek a šesti domén v dotazníku KHQ, přičemž označovali vždy jednu z odpovědí, která nejvíce korespondovala s jejich tvrzením. Odpovědi byly dle manuálu k vyhodnocení převedeny na číselné skóre od 1 do 4, případně od 1 do 5, kdy platí, že čím nižší skóre, tím méně je močová inkontinence ovlivňuje.

Průměrné skóre vnímání celkového zdravotního stavu bylo 2,58, což znamená, že respondenti svůj zdravotní stav vnímají na rozhraní „dobrý“ a „přijatelný“. Na otázku, jak jejich život ovlivňují potíže s močením, odpověděli průměrným skóre 2,34, tedy mezi „trochu“ a „středně“.

V doméně každodenních činností byli respondenti problémy s močením omezení s průměrným skóre 2,26, tedy „trochu“.

V doméně fyzické činnosti a sociálních aktivit byli respondenti potížemi s močením ovlivněni s průměrným skóre 2,60, tedy na rozmezí „trochu“ a „středně“.

V doméně osobních vztahů byli respondenti ovlivněni s průměrným skóre 1,89, tedy téměř „trochu“.

V doméně emocí cítili respondenti ovlivnění při průměrném skóre 2,30, tedy také „trochu“.

Doména spánku a odpočinku byla ovlivněna s průměrným skóre 2,07, tedy rovněž „trochu“.

V poslední doméně, která se zabývala činnostmi a situacemi typickými pro potíže s močením, bylo průměrné skóre 2,54.

Z výsledků tedy vyplývá, že nejvíce ovlivněnou doménou močovou inkontinencí je doména fyzické činnosti a sociálních aktivit (průměrné skóre 2,60). Respondenti se nejvíce cítí omezení v možnosti jezdit autobusem, vlakem, autem nebo letadlem, a to s průměrným skóre 2,85.

PO1: Existuje rozdíl v hodnocení celkového zdravotního stavu dotazníkem KHQ v závislosti na věku respondenta s urgentní močovou inkontinencí?

Z vyhodnocených výsledků lze konstatovat, že existuje rozdíl v hodnocení celkového zdravotního stavu dotazníkem KHQ v závislosti na věku respondenta s urgentní močovou inkontinencí. Svůj celkový zdravotní stav hodnotili lépe mladší respondenti, tzn. respondenti ve věku 65-80 let, a to s průměrným skóre 2,38. Starší respondenti vnímají svůj celkový zdravotní stav o něco hůře, a to s průměrným skóre 2,95. Rozdíl je tedy téměř šest desetin bodu. Respondenti označení jako mladší označili svůj celkový zdravotní stav jako „velmi špatný“ nebo „špatný“ ve 12,50 %, oproti tomu starší respondenti ve 27,27%.

Rovněž Autorka Drábková (2014) se ve své diplomové práci zaměřené na kvalitu života seniorů s močovou inkontinencí taktéž zabývala vztahem mezi věkem a vnímáním zdravotního stavu. Ve výzkumné části své práce prokázala statisticky významný vztah mezi vnímáním zdravotního stavu a věkem respondentů. Použila stejné rozdělení respondentů do věkových kategorií, tedy do 80 a nad 80 let. Z dat, které nasbírala, vyplývá, že mezi seniory, kteří se jejího výzkumu účastnili, ve věkové kategorii nad 80 let vyhodnotila téměř polovina respondentů (43,64 %) svůj zdravotní stav jako „velmi špatný“ anebo „špatný“. Oproti tomu respondenti ve věkové skupině 65-80 let označili tyto možnosti jen v 15,87 %. Je tím prokázala, že existuje rozdíl hodnocení celkového zdravotního stavu v závislosti na věku.

PO2: Ovlivňují obtíže s močením více respondenty mužského pohlaví než respondenty ženského pohlaví?

Po vyhodnocení otázky Q2 zaměřené na ovlivnění života potížemi s močením nelze potvrdit, že by byli ovlivněni více muži než ženy. Naopak muži ovlivnění života potížemi s močením zaznamenali méně, a to s průměrným skóre 2,07, oproti tomu ženy označily ovlivnění života jako větší, a to s průměrným skóre 2,56.

Ramage-Morin (2013) a Tang et al (2014) ve svých studiích dokonce popisují téměř shodné vnímání ovlivnění života močovou inkontinencí v závislosti na pohlaví, rozdíly lze pozorovat jen při srovnání v rámci jednotlivých domén.

Autorce Habramové (2018) se ovšem v její diplomové práci zaměřené na kvalitu života seniorů s močovou inkontinencí podařilo prokázat statisticky významný rozdíl a rovněž dokázala, že ovlivnění močovou inkontinencí více pocítují muži.

Nutno podotknout, že výše zmíněné výzkumy jsou zaměřeny na všechny typy močové inkontinence, nikoliv na srovnání vlivu pohlaví na vnímání urgentní močové inkontinence. Nicméně i Lloyd et al (2017), kteří se ve svém výzkumu zaměřili na pacienty s hyperaktivním močovým měchýřem a urgentní inkontinencí, prostřednictvím dotazníku KHQ prokázali, že potíže s močením více ovlivňují ženy než muže.

PO3: Je oblast osobních vztahů v dotazníku KHQ více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví?

Porovnání hodnocení oblasti osobních vztahů respondenty v závislosti na pohlaví skutečně potvrdilo, že je tato oblast více ovlivněna u žen. Zatímco muži hodnotili oblast s průměrným skóre 1,61, tedy že je potíže s močením na rovině osobních vztahů ovlivňují na rozmezí „vůbec ne“ a „trochu“, ženy hodnotily oblast průměrným skóre 2,14.

Průzkum navíc ukázal, že v oblasti osobních vztahů je ženami za nejvíce zasažený považován sexuální život, a to s průměrným skóre 2,56. Z respondentek, které vzhledem ke svému rodinnému stavu mohly na otázku odpovědět, jich 23,81 % uvedlo, že je jejich sexuální život ovlivněn problémy s močením „hodně“. Mezi mužskými respondenty tuto možnost neoznačil ani jediný z nich. Byť je sexuální život seniorů stále velmi opomíjené téma, již před dvaceti lety Huvar (2003) upozornil na fakt, že právě tato sféra je močovou inkontinencí velmi ovlivněna.

Lee, Tetley a Pendleton (2018) zkoumali vliv močové inkontinence na sexuální život na vzorku téměř čtyř tisíc starších lidí – ve věku od 50 do 90+ let. Ve svém výzkumu poukazují na souvislost mezi močovou inkontinencí a horším sexuálním životem, a to u obou pohlaví shodně. Nejčastěji respondenti uváděli jako největší ovlivnění sexuálního života obavy ze zhoršené funkce vlivem močové inkontinence. Rozdílnost v hodnocení v závislosti na pohlaví však neprokázali.

PO4: Je oblast spánku a energie v dotazníku KHQ více ovlivněna respondenty starších 80 let?

V doméně spánku a energie byli respondenti celkově ovlivněni s průměrným skóre 2,07, tedy „někdy“. Při srovnání odpovědí respondentů dle věkových skupin lze konstatovat, že jsou starší respondenti skutečně na úrovni spánku a energie více ovlivněni, a to s průměrným skóre 2,25. Průměrné skóre u mladších respondentů bylo 1,98, bylo tomu ale díky odlehlym a extrémním hodnotám, v zásadě mladší respondenti tuto doménu hodnotili lépe.

Illkhan a Celikhisar (2020) ve svém výzkumu na vzorku 1150 respondentů starších 65 let rovněž prokázali, že čím starší respondenti byli, tím více byl jejich spánek močovou inkontinencí narušen. Dokonce až 83,5 % respondentů označilo svůj spánek za špatný, a to právě vlivem močové inkontinence, 87,0 % respondentů se v noci alespoň jednou kvůli potřebě na močení nebo kvůli pomočení probudilo.

PO5: Je četnost prováděných činností a prožívaných situací souvisejících s močovou inkontinencí vyšší u mladších respondentů než u respondentů starších?

Na otázku, jak často respondenti nosí hygienické vložky (pleny), aby se udrželi v suchu, odpovídali mladší respondenti s průměrným skóre 3,08, tedy „často“, průměrné skóre starších respondentů bylo 3,55, tedy na rozmezí „často“ a „stále“. U této otázky tedy četnost prováděných činností a prožívaných situací vyšší u mladších respondentů nebyla.

Na otázku, jak často respondenti dávají pozor, kolik tekutin vypijí, mladší respondenti odpovídali s průměrným skóre 2,10, tedy „někdy“, starší pak s průměrným skóre 2,05. Zde byl rozdíl jen pět setin, vyšší četnost prováděných činností nebo prožívaných situací tedy byla jen minimální.

U otázky, jak často si respondenti vyměňují spodní prádlo, protože je mokré, odpovídali mladší respondenti s průměrným skóre 1,85, tedy téměř „někdy“, oproti tomu starší respondenti si spodní prádlo vyměňují častěji, s průměrným skóre 2,14. U této otázky tedy vyšší četnost prováděných činností a prožívaných situací u mladších pacientů také nebyla.

Otázka, jak často se respondenti obávají, že jsou nepříjemně cítit, byla mladšími respondenty hodnocena s průměrným skóre 2,70, tedy na rozmezí „někdy“ a „často“, staršími byla hodnocena téměř shodně, průměrným skóre 2,77. U této otázky byla tedy četnost prováděných činností a prožívaných situací vyšší jen minimálně.

Poslední otázka dotazující se jak často se respondenti cítí kvůli svým problémům s močovým měchýřem trapně byla mladšími respondenty hodnocena průměrným skóre 2,78, tedy taktéž na rozmezí „někdy“ a „často“. Průměrné skóre u starších respondentů bylo 2,59. U této otázky lze konstatovat, že byla vyšší četnost prováděných činností a prožívaných situací vyšší u mladších pacientů.

V celkovém součtu se domněnku prokázat nepodařilo, mladší respondenti doménu hodnotili o něco málo lépe – průměrné skóre 2,5, oproti průměrnému skóre 2,62, jímž doménu hodnotili starší respondenti.

Autorka Stašová (2016) ve své diplomové práci rovněž hodnotila vliv věku na hodnocení jednotlivých domén dotazníkem KHQ. Rovněž hodnotila i doménu prováděných činností a prožívaných situací. Byť některé otázky byly mladšími respondenty hodnoceny ve prospěch domněnky, v celkovém součtu se jí rovněž nepodařilo domněnku, že je četnost prováděných výkonů a prožívaných situací u mladších respondentů vyšší, prokázat.

První testovaná hypotéza:

H_0 : Oblast fyzických činností a sociálních aktivit v dotazníku KHQ nebude ovlivněna u mladších pacientů.

H_A : Oblast fyzických činností a sociálních aktivit v dotazníku KHQ bude ovlivněna u mladších pacientů.

Testováním této hypotézy bylo zjišťováno, zda je statisticky významný vztah mezi doménou fyzické činnosti a sociálních aktivit a věkem respondentů. Pro hodnocení byli respondenti opět rozděleni do dvou věkových kategorií – mladší (65-80 let) a starší (80 let a více), přičemž bylo hodnoceno skóre každého respondenta pro danou doménu dle manuálu pro vyhodnocení.

Z testování vyplynulo, že neexistuje statisticky významný vztah v hodnocení domény fyzických činností a sociálních aktivit v závislosti na věku (p -hodnota $> 0,05$).

Při porovnání s výzkumem autorky Habramové (2018) lze tvrdit, že oblast fyzických činností a sociálních aktivit skutečně není více ovlivněna u mladších pacientů, naopak ve svém výzkumu prokázala, že mladší senioři vnímají v tomto ohledu svou kvalitu života jako lepší.

Druhá testovaná hypotéza:

H_0 : Oblast emocí v dotazníku KHQ nebude více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví.

H_A: Oblast emocí v dotazníku KHQ bude více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví.

Testováním této hypotézy bylo zjišťováno, zda je statisticky významný vztah mezi doménou emocí a pohlavím respondentů. Hodnoceno bylo skóre každého respondenta pro celou danou doménu.

Z testování vyplývá, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení domény emocí v závislosti na pohlaví (p -hodnota < 0,05).

Výzkum Kaura et al (2017) taktéž prokázal, že je doména emocí ze všech domén u žen ovlivněna nejvíce. Až 51 % z nich se cítilo kvůli močové inkontinenci sklesle nebo depresivně a 49 % se cítilo nespokojených sama se sebou. Ani jedna z respondentek neoznačila možnost, že by s ohledem na močovou inkontinenci sama se sebou byla spokojená.

8.2 Limitace průzkumu

Při realizaci průzkumného šetření a následného zpracování dat byly shledány následující limity:

Prvním limitem je počet respondentů, kteří se průzkumu účastnili. Byť byl vzorek tvořen předpokládaným počtem respondentů, jsme si vědomi toho, že tento počet respondentů nemůže odrážet vnímání urgentní inkontinence celé populace.

Limitující je dále skutečnost, že byli pro sběr dat vybráni pacienti urologické ambulance. Tato skutečnost byla klíčová pro organizaci sběru dat, jednalo se však výhradně o pacienty, kterým byla urgentní močová inkontinence již diagnostikována a ve většině případů měli tito pacienti i nastavenou léčbu. Tím mohly být ovlivněny výsledky šetření, neboť stále spousta lidí trpících močovou inkontinencí lékaře nevyhledá a jejich vnímání problému může být jiné.

8.3 Doporučení pro praxi

Průzkum ukazuje, že problematika močové inkontinence je stále aktuální téma a i lidé, kteří svůj problém řeší prostřednictvím urologické ambulance, jsou různou měrou močovou inkontinencí ovlivněni. Doporučení jsou směřována seniorům s močovou inkontinencí a dále zdravotníkům, kteří s inkontinentními pacienty přichází v rámci ambulantních a nemocničních zařízení nebo jiných institucí do kontaktu a mohou být často právě těmi, kdo vhodnými postupy podnítí v postiženém snahu problém řešit.

Doporučení pro seniory s močovou inkontinencí:

- Nebrat močovou inkontinenci jako přirozenou součást stárnutí a stáří, nebát se o ní otevřeně mluvit.
- Svěřit se svému praktickému lékaři nebo urologovi, gynekologovi.
- Aktivně vyhledávat informace o problematice.
- Dodržovat doporučená režimová a terapeutická opatření.
- Dodržovat základní hygienická opatření.

Doporučení pro zdravotníky:

- Aktivně vyhledávat seniory s problémy s močením.
- V rámci kompetencí zajistit dostatečnou edukaci seniorů o dané problematice.
- Pomáhat vybírat vhodné inkontinenční pomůcky, edukovat o správném užívání a hygieně.
- Edukovat rodinné příslušníky o problematice ošetrovatelské péče o inkontinentního pacienta v domácím prostředí.
- Motivovat seniory a podporovat je ve snaze řešit daný problém.

9 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem vnímání urgentní močové inkontinence seniory. Práce je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části práce, je popsán symptom močová inkontinence, jeho incidence a prevalence, etiologie, rizikové faktory vzniku a klasifikace se zaměřením na urgentní močovou inkontinenci. Je zde uvedena i diagnostika a terapie včetně inkontinenčních pomůcek, dále komplikace a prevence. Nechybí ani role sestry v péči o geriatrické pacienty. Samostatná kapitola stárnutí a stáří a kvalita života se snaží shrnout problematiku močové inkontinence v seniu a hodnocení kvality života. V úvodu byl stanoven hlavní cíl a sice zjistit vnímání močové inkontinence seniory, který byl splněn.

Druhá, průzkumná část, se věnovala seniorům a jejich vnímání života s urgentní močovou inkontinencí. Pro průzkum byl použit dotazník KHQ doplněný o demografické údaje, za pomoci kterých probíhalo kategorické hodnocení vnímání urgentní močové inkontinence seniory.

V průzkumné části bylo prostřednictvím průzkumných otázek a hypotéz zjištěno:

První průzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda existuje rozdíl v hodnocení celkového zdravotního stavu dotazníkem KHQ v závislosti na věku respondenta s urgentní močovou inkontinencí. Bylo prokázáno, že lépe svůj celkový zdravotní stav hodnotí mladší pacienti.

Druhou průzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda obtíže s močením ovlivňují více respondenty mužského pohlaví než respondenty ženského pohlaví. Nebylo shledáno větší ovlivnění respondentů mužského pohlaví oproti respondentům pohlaví ženského. Naopak respondentky hodnotily ovlivnění obtížemi s močením jako větší.

Třetí průzkumná otázka se zaměřovala na oblast osobních vztahů v dotazníku KHQ a zda je tato oblast více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví. Bylo prokázáno, že je tato oblast skutečně více ovlivněna u žen.

Čtvrtou průzkumnou otázkou bylo zjišťováno, zda je oblast spánku a energie v dotazníku KHQ více ovlivněna u starších respondentů. Bylo shledáno větší ovlivnění starších respondentů v této oblasti.

Pátá průzkumná otázka se zaměřovala na to, zda je četnost prováděných činností a prožívaných situací vyšší u mladších respondentů oproti těm starším. Nepodařila se prokázat větší četnost provedených činností a prožívaných situací u mladších pacientů, naopak vyšší četnost byla zaznamenána u pacientů starších.

První testovaná hypotéza zjišťovala, zda je oblast fyzických činností a sociálních aktivit v dotazníku KHQ více ovlivněna u mladších pacientů. Statisticky významný vztah mezi touto doménou a věkem nebyl shledán.

Druhá testovaná hypotéza zjišťovala, zda je oblast emocí v dotazníku KHQ více ovlivněna u respondentů ženského pohlaví. Bylo prokázáno, že existuje statisticky významný vztah mezi touto doménou a pohlavím respondentů.

Z průzkumu vyplynulo, že močová inkontinence je v dnešní době stále aktuálním tématem a negativně působí na každodenní život seniorů. Strach z narušení intimity a mylná představa, že močová inkontinence je přirozený projev stárnutí, přispívají k zatajování problémů, oddálení diagnostiky a řešení inkontinence.

Zdroje použité literatury

ABRAMS, P, et. al. 2016. *Incontinence*. Tokyo: ICUD, ISBN: 978-0-9569607-3-3

CHO, Sung Tae a Khae Hawn KIM. 2021. Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. *Journal of Exercise Rehabilitation*. Roč. 17, č. 6, str. 379-387 [cit. 2023-02-13]. ISSN 2288-176X. Dostupné z: doi:10.12965/jer.2142666.333

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

DRÁBKOVÁ, Pavla. 2015. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi* [online]. roč. 16, č. 3, s. 127-129. [cit. 2022-11-26]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, ISBN 80-85121-82-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3

GILBERT, Rebecca. 2019. Understanding Bladder symptoms in Parkinson's Disease – What you need to know. *American Parkinson disease association*. [online]. Roč. 2019. [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: <https://d2icp22po6iej.cloudfront.net/wp-content/uploads/2019/12/Bladder-Symptoms-Final.pdf>

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. Havlíčkův Brod: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

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

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

HANUŠ, Tomáš, Vladimír KUBÍČEK, Petr MACEK a Roman SOBOTKA, HERLE, Petr, ed. 2016. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Bratislava: RAABE, Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-8140-447-4.

HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK. 2015. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-3008-3.

- HEBBAR, Shripad, Harshita PANDEY a Arun CHAWLA. 2015. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *International Journal of Research in Medical Sciences*. Roč. 3, č. 3. [cit. 2023-02-13]. ISSN 2320-6071. Dostupné z: doi:10.5455/2320-6012.ijrms20150301
- HORČIČKA, Lukáš. 2013. Inkontinenční – absorpční prostředky. *Interní medicína pro praxi*. [online]. Roč. 15, č. 1, s. 31-33. [cit. 2022-11-26]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2013/01/09.pdf>
- HORČIČKA, Lukáš. 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HUVAR, I. 2003 Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie*. Roč. 1, č. 5, s. 18-22. ISSN: 1211-6645
- ILLKHAN, G., CELIKHISAR, H. 2020. The effect of incontinence on sleep quality in the lederly. *International Journal of Clinical Practice*. Roč. 2020. č. 5. [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13965>
- Jednoduchý průvodce inkontinenčními pomůckami, *Centrum pro pečující Třeboň*. 2021, Copyright © [cit. 13.02.2023]. Dostupné z: <http://www.resident2000.cz/wp-content/uploads/2021/08/inko-final.pdf>
- KALVACH, Zdeněk. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- KAUR, Gurvinder. Et al. 2017. Urinary incontinence and its impact on quality of life of women. *Nursing and Midwifery Research Journal*. Roč. 13, č. 3, str. 127-134. [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.33698/NRF0219>
- KONRÁD, Pavel. 2018. Plenková dermatitida v pediatrii a geriatrii. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. [online]. Roč. 60, č. 1, s. [cit. 2022-11-26]. Dostupné z: <http://referatovyvyber.cz/dermatovenerologie>
- KELLEHER, Con J., KREDER, Karl J., PLEIL, Andreas M., BURGESS, Somali Misra and REESE, Pat Ray, 2002. Long-term Health-related quality of life of patients receiving extended-release tolterodine for overactive bladder, *The American Journal of Managed Care*. [online]. Roč. 2002, č.8, s. 616-630. [cit. 2023-01-12]. Dostupné z: https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/02b7d6b243b6ce4ee79bb19704cb1aba80fa1c96.pdf/A43_02decKelleher2S616_30.pdf

- KOUKOLÍK, František. 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2464-8.
- KRHUT, Jan, ZVARA, Peter, ZACHOVAL, Roman. 2021. Role vložkových testů v diagnostice inkontinence moči. *Ces Urol*. [online]. Roč. 16, č. 3, s. 141-145 [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: <https://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2012/03/02.pdf>
- KŘEŠŤANOVÁ, Jana. 2019. Věková struktura populace se výrazně mění. *Český statistický úřad* [online]. Copyright © 2023 ČSÚ [cit. 2023-02-10].
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- LEE, D., TETLEY, J., PENDLETON N., 2018, Urinary incontinence and sexual health in a population sample of older people. *BJU International*. Roč. 2018, č. 122, s. 300-308. [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/bju.14177>
- LLOYD, S. et al. 2017 .The impact of age, gender and severity of overactive bladder wet on quality of life, productivity, treatment patterns and satisfaction. *Journal of Clinical Urology*, Roč, 10, č.. 6, s. 513-522 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://www.deepdyve.com/lp/sage/the-impact-of-age-gender-and-severity-of-overactive-bladder-wet-on-DksJoSuVmg?>
- MALÍKOVÁ, Eva. 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. roč.7, č. 1. ISSN: 1801-8661.
- POLEDNÍKOVÁ, L. 2007 Ošetrovatelský proces u seniorů s močovou inkontinencí. *Sestra* [online]. Roč. 2007, [cit. 2023-1-26]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelsky-proces-u-senioru-s-mocovou-inkontinenci-285321>
- PŘIBYL, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RAMAGE-MORIN, L. P.,GILMOUR, H. 2013. Urinary incontinence and loneliness in Canadian seniors. *Statistics Canada*. Roč. 24, č. 10, s. 3-10.

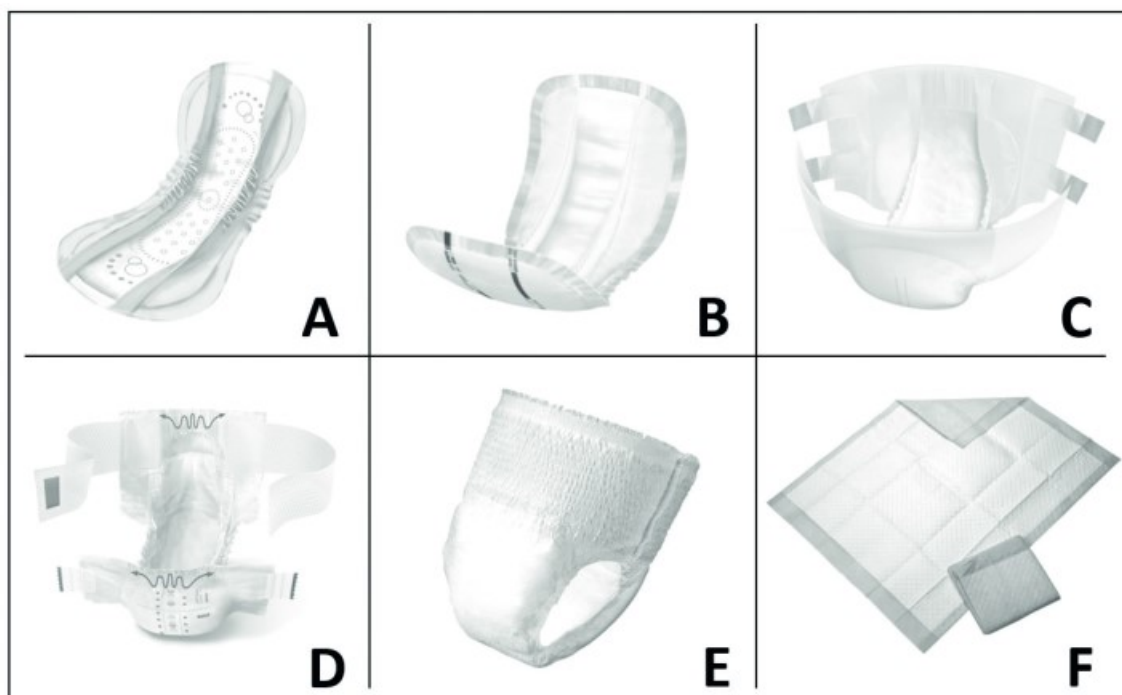
- ROMŽOVÁ, Miroslava, 2014. Prevence onemocnění močového traktu. *Praktické lékárenství*. [online]. Roč. 10, č. 4, s. 142-145. [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/04/06.pdf>
- ŘÍMOVSKÁ, Zdeňka. 2018 Inkontinence seniorů v domovech pro seniory jako sociální problém. *Ošetrovatelské perspektivy*. [online] Roč. 1, č. 2, s. 47-53. [cit. 2022-12-6]. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/pdfs/osp/2018/02/04.pdf>
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- STAŠOVÁ, Štěpánka. 2016. Močová inkontinence u seniorů [online]. Diplomová práce. Ostrava. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gxmmum/>
- SÝKOROVÁ, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
- SZABO, Shelagh M., Katherine L. GOOCH, David R. WALKER, Karissa M. JOHNSTON a Adrian S. WAGG. 2018. The Association Between Overactive Bladder and Falls and Fractures: A Systematic Review. *Advances in Therapy* [online]. Roč. 35, č. 11, s. 1831-1841 [cit. 2023-02-13]. ISSN 0741-238X. Dostupné z: doi:10.1007/s12325-018-0796-8
- TAKASHI, Kawahara, HIROKI, Ito, MASAHIRO, Yao and HIROJI, Uemura. 2020. Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women, *Internal Journal of Urology*. [online]. Roč. 20. [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/iju.14357>
- TOPINKOVÁ, Eva. 2017. Farmakoterapie urgentní inkontinence a hyperaktivního měchýře u seniorů, *Urologie pro praxi*. [online]. Roč: 18, č. 4, s:148-153. [cit. 2023-01-08]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/04/02.pdf>
- VÉVODA, Jiří. 2013. *Výzkum ve zdravotnictví - příklady metodiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 978-80-244-3905-1.
- VRANÍKOVÁ, Barbora, KOVÁČIK, Andrej, SVAČINOVÁ, Petra. 2014. Zdravotnické prostředky pro inkontinentní pacienty I: Absorpční pomůcky, *Praktické lékárenství*. [online]. Roč. 17, č. 1, s. 49-54. [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2021/01/08.pdf>

- VRANÍKOVÁ, Barbora, KOVÁČIK, Andrej, SVAČINOVÁ, Petra. 2014. Zdravotnické prostředky pro inkontinentní pacienty I: Absorpční pomůcky, *Praktické lékárenství*. [online]. Roč. 17, č. 2, s. 121-128. [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2021/02/08.pdf>
- VU, HUYEN T. 2018. Association between Diabetes Mellitus and Urinary Incontinence in Elderly Patients. *Diabetes* [online]. Roč. 2018, s. 67, s.1481-P [cit. 2023-02-13]. ISSN 0012-1797. Dostupné z: doi:10.2337/db18-1481-P
- WHOQOL. 2012. Measuring Quality of Life: introducing the WHOQOL instruments. *World Health organization* [online]. Roč. 2012, č. 3. [cit. 2022-12-21]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
- ZACHOVAL, Roman, KRHUT, Jan, ZÁMEČNÍK, Libor, HANUŠ, Tomáš, ČELKO, Alexander Martin. 2006. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*. [online]. Roč. 2006, č. 6, s. 286-296. [cit. 2022-12-11] Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>
- ZÍMOVÁ, Jana, ZÍMOVÁ, Pavlína. 2015. Péče o kůži při inkontinenci moči a stolice, *Urologie pro praxi*. [online]. Roč. 16, č. 1, s. 16-20. [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/01/04.pdf>

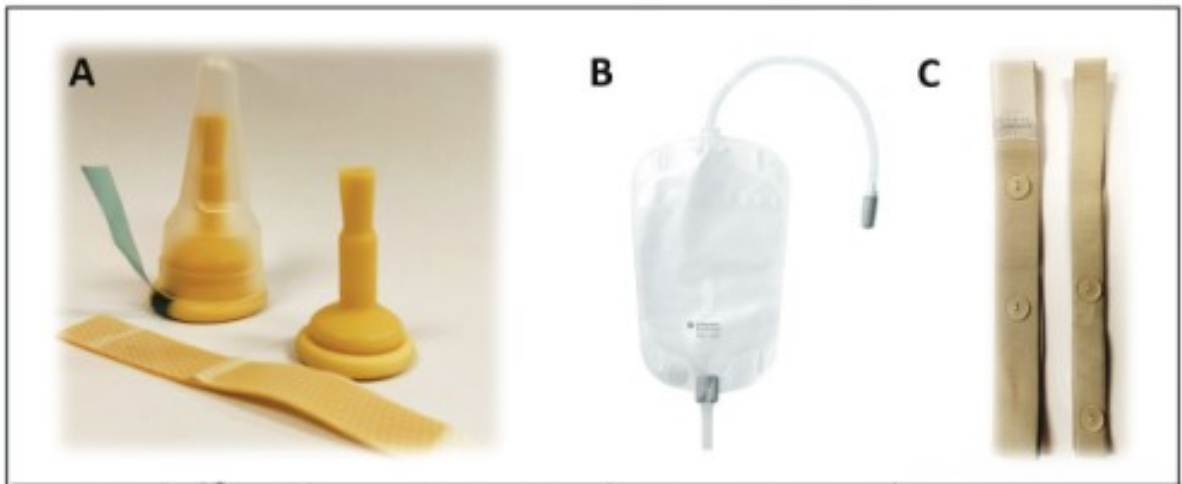
Přílohy

Příloha 1: Inkontinenční vložka (A), vložná plena (B), absorpční kalhotky (C, D, E), absorpční podložka (F) (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021).	91
Příloha 2: Urinální kondomy (A), sběrný sáček (B) a připevňovací pásy (C) (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021).....	92
Příloha 3: Intravaginální pomůcka Diveen, aplikátor a způsob zavedení (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021).	93
Příloha 4: Dotazník	94
Příloha 5: Žádost o provedení průzkumu - anonymizovaná.....	100
Příloha 6: Manuál pro vyhodnocení dotazníku KHQ, British Society of Urogynaecology, 2015	101

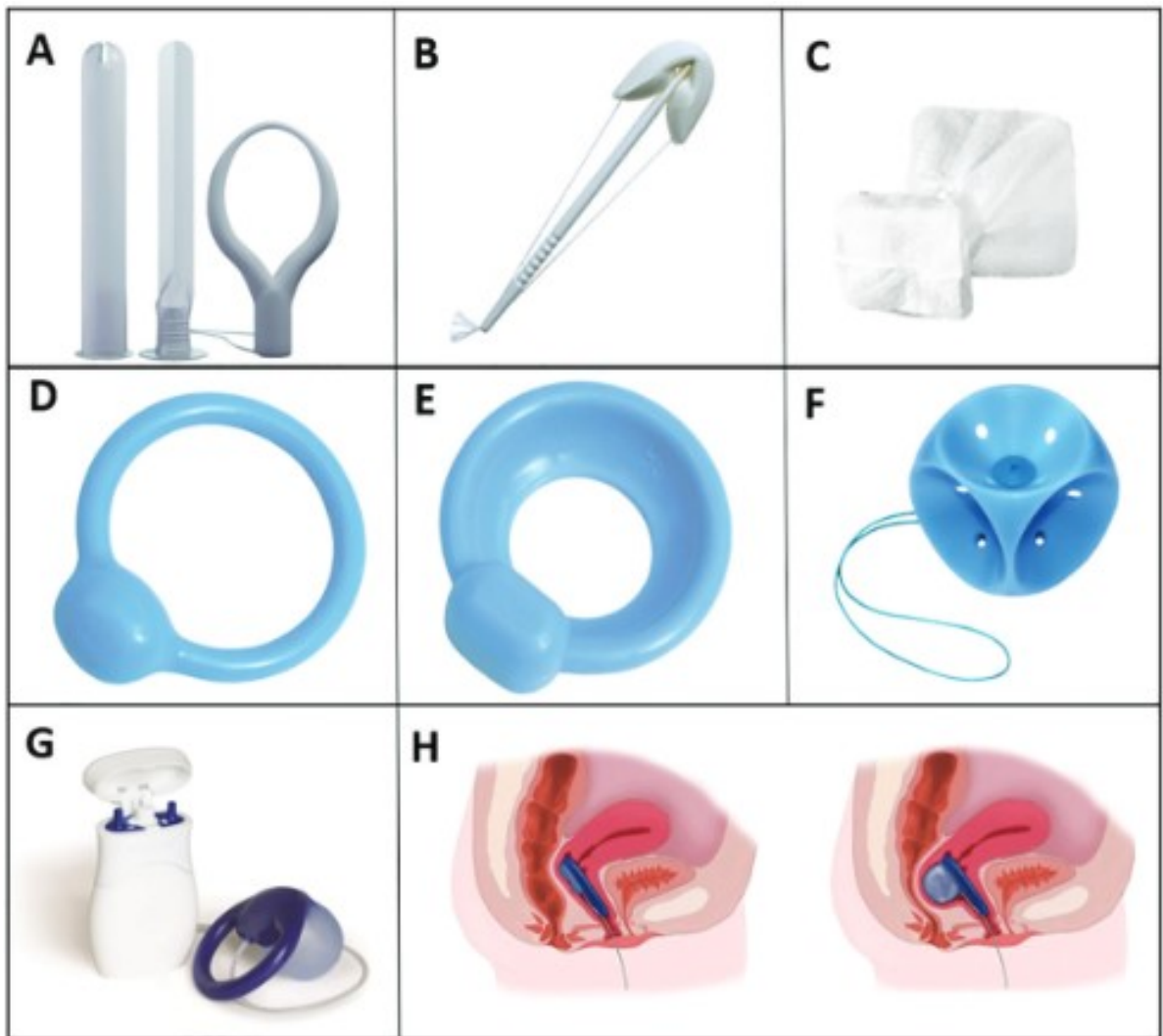
Příloha 1: Inkontinenční vložka (A), vložná plena (B), absorpční kalhotky (C, D, E), absorpční podložka (F) (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021).



Příloha 2: Urinální kondomy (A), sběrný sáček (B) a připevňovací pásy (C) (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021).



Příloha 3: Intravaginální pomůcka Diveen, aplikátor a způsob zavedení (Vraníková, Kováčik, Svačinová, 2021).



Příloha 4: Dotazník

Vážený pane/ Vážená paní,

Jmenuji se Aneta Valášková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského oboru ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při vyplnění anonymního dotazníku zaměřujícího se na vnímání urgentní močové inkontinence seniory. Podklady získané z tohoto šetření použiji pro zpracování své diplomové práce.

Děkuji za Vaši ochotu a čas!

Dotazník je rozdělen do tří částí. Správné odpovědi, prosím, označte křížkem.

Věk:

- 65 – 70 let
- 70 – 75 let
- 75 – 80 let
- 80 – 85 let
- 85 – 90 let
- 91 a více

Pohlaví:

- Žena
- Muž

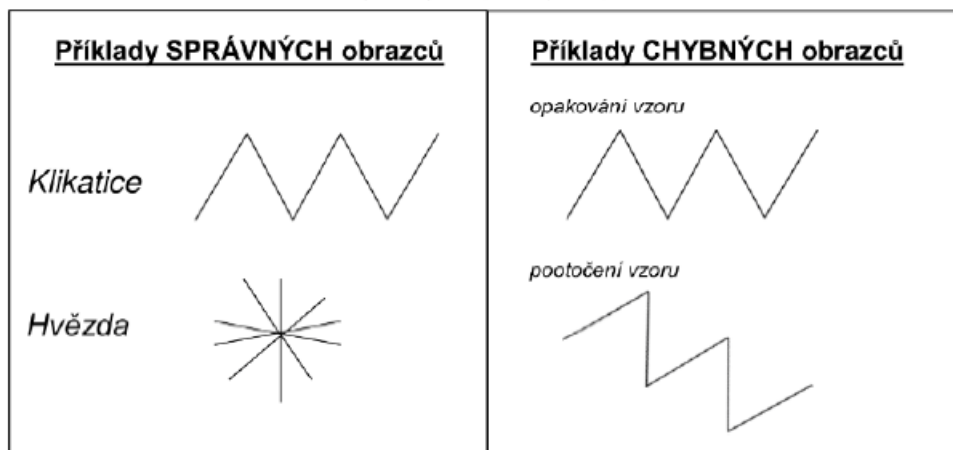
Stav:

- Vdaná/ženatý
- Rozvedená/ý
- Vdova/vdovec
- Svobodná/ný

Doplatek za inkontinenční pomůcky na jeden měsíc:

- Bez doplatku
- Do 150 Kč
- Do 300 Kč
- Do 500 Kč
- Nad 500 Kč

TEST PĚTIČÁROVÉ OBRAZCOVÉ PRODUKCE (ČAPR)



INSTRUKCE: V tomto testu bude Vaším úkolem vytvořit co NEJRYCHLEJI co NEJVÍCE OBRAZCŮ pomocí **PĚTI ROVNÝCH ČAR**, které jsou nakresleny **ZDE**. Záleží pouze na Vás, jaké obrazce nakreslíte. Mohou nebo nemusí cokoliv znamenat. Čáry mohou být různě dlouhé a mohou, ale nemusí se dotýkat. Jako příklad slouží dva obrazce: **hvězda** a **klikatice**.

Při kreslení obrazců si pamatujte několik pravidel: 1. Každý obrazec musí být vytvořen **PŘESNĚ Z PĚTI ČAR**. Obrazce vytvořené z jiného počtu čar nebudou počítány jako správné. 2. Každý obrazec musí být jiný a **NESMÍ SE OPAKOVAT. NESKRESLETE** tedy obrazce pouze jinak **OTOČENÉ**. 3. **OBRAZCE**, které jste viděl/a v ukázce (hvězda a klikatice) již **NEKRESLETE**. Zkouška je na čas, buďte tedy co nejrychlejší.

Nakreslete co NEJRYCHLEJI co NEJVÍCE různých OBRAZCŮ z PĚTI rovných ČAR během 2 MINUT.

Kreslete zde:

Odpovídejte na otázky podle toho, jak jste se cítil/a během posledních 2 týdnů.

Jak byste popsal/a v současnosti Váš celkový zdravotní stav?	Vyberte, prosím, jednu odpověď.
velmi dobrý	<input type="radio"/>
dobrý	<input type="radio"/>
příjemný	<input type="radio"/>
špatný	<input type="radio"/>
velmi špatný	<input type="radio"/>

Jak moc podle Vašeho názoru ovlivňují potíže s močením Váš život?	Vyberte, prosím, jednu odpověď.
vůbec ne	<input type="radio"/>
trochu	<input type="radio"/>
středně	<input type="radio"/>
hodně	<input type="radio"/>

Dále jsou uvedeny některé každodenní činnosti, které mohou být problémy s močením ovlivněny. Jak moc ovlivňují problémy s močením Vás? Byli bychom rádi, kdybyste odpověděl/a na všechny otázky. Odpovídejte podle toho, jak jste se cítil/a poslední 2 týdny. Vyberte odpověď, která se pro Vás hodí nejvíce.

KAŽDODENNÍ ČINNOSTI	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Do jaké míry Vás problémy s močením omezují při provádění domácích prací (např. úklid, nakupování, drobné opravy atd.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omezují Vás problémy s močením při práci nebo při běžných každodenních činnostech prováděných mimo domov?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FYZICKÁ ČINNOST A SOCIÁLNÍ AKTIVITY	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Omezují Vás problémy s močením při provádění fyzických aktivit (např. procházky, běh, sport, cvičení, atd.)?	0	0	0	0
Omezují Vás problémy s močením v možnosti jezdit autobusem, autem, vlakem, letadlem?	0	0	0	0
Omezují Vás problémy s močením ve společenském životě?	0	0	0	0
Omezují Vás problémy s močením v možnosti navštěvovat přátele nebo se s nimi setkávat?	0	0	0	0

OSOBNÍ VZTAHY	Nelze použít	Vůbec ne	trochu	středně	hodně
Ovlivňují problémy s močením Váš partnerský vztah?	0	0	0	0	0
Ovlivňují problémy s močením Váš sexuální život?	0	0	0	0	0
Ovlivňují problémy s močením Váš rodinný život?	0	0	0	0	0

EMOCE	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Cítíte se kvůli problémům s močením depresivní nebo skleslý/á?	0	0	0	0
Pocitujete kvůli problémům s močením obavy nebo nervozitu?	0	0	0	0
Cítíte se kvůli problémům s močením nespokojený/á sám/a se sebou?	0	0	0	0

SPÁNEK A ENERGIE	nikdy	někdy	často	stále
Narušují Vám problémy s močením spánek?	0	0	0	0
Cítíte se kvůli problémům s močením vyčerpaný nebo unavený?	0	0	0	0

JAK ČASTO PROVÁDÍTE NEBO PROŽÍVÁTE DÁLE UVEDENÉ ČINNOSTI NEBO SITUACE?	nikdy	někdy	často	stále
Nosíte hygienické vložky (pleny), abyste se udržel/a v suchu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dáváte si pozor, kolik tekutin vypijete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyměňujete si spodní prádlo, protože je mokré?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obáváte se, že jste nepříjemně cítit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítíte se kvůli svým problémům s močovým měchýřem trapně?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha 5: Žádost o provedení průzkumu - anonymizovaná

VÁŠ DOPIS ZN:
ZE DNE:

NAŠE ZN:

VYŘIZUJE: Mgr. M~~XXXXXXXXXX~~

TEL: 49~~XXXX~~

FAX:

E-MAIL: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX@XXXXXX.cz~~

DATUM: 17. 01. 2023

~~XXXX~~

Věc: Průzkumné – výzkumná práce

Dobrý den,

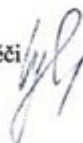
souhlasím s provedením dotazníkového šetření na urologické ambulanci v ~~XXXXXXXXXXXX~~
~~XXXXXX~~ na téma „Vnímání urgentní močové inkontinence seniory“ s tím, že tento výzkum
bude anonymní a bude použit pouze pro Vaše studijní účely

S pozdravem

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ s.



Aneta Valášková
valaskova.aneta@~~XXXXXXXXXXXX~~

ANNEXURE 1

BRITISH SOCIETY OF UROGYNAECOLOGY					
King's Health Questionnaires (KHQ)					
Q1. GENERAL HEALTH PERCEPTION: How would you describe your health at present?	<input type="radio"/> Very good	<input type="radio"/> Good	<input type="radio"/> Fair	<input type="radio"/> Poor	<input type="radio"/> Very poor
Q2. INCONTINENCE IMPACT: How much do you think your bladder problem affects your life?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
Q3. ROLE LIMITATIONS: Does your bladder problem affect					
A. your house hold tasks e.g. cleaning, shopping etc?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
B. your job or normal daily activities outside the home?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
Q4. PHYSICAL LIMITATIONS: Does your bladder problem affect					
A. your physical activities (e.g., going for walk, run, sports, gym, etc.)?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
B. your affect travel?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
Q5. SOCIAL LIMITATIONS: Does your bladder problem limit					
A. your social life	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
B. your limit your ability to see / visit friends?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
Q6. PERSONAL RELATIONSHIPS: Does your bladder problem affect					
A. your relationship with your partner?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	<input type="radio"/> Not applicable
B. your sex life?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	<input type="radio"/> Not applicable
C. your family life?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	<input type="radio"/> Not applicable
Q7. EMOTIONS: Does your bladder problem make					
A. you feel depressed?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> Very much	
B. you feel anxious and nervous?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> Very much	
C. you feel bad about yourself?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> Very much	
Q8. SLEEP / ENERGY : Does your bladder problem					
A. affect your sleep?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
B. make you feel worn out and tired?	<input type="radio"/> Not at all	<input type="radio"/> A little	<input type="radio"/> Moderately	<input type="radio"/> A lot	
Q9. SEVERITY MEASURES:					
A: Wear pads to keep dry?	<input type="radio"/> Never	<input type="radio"/> Sometimes	<input type="radio"/> Often	<input type="radio"/> All the time	
B: Be careful how much fluid you drink?	<input type="radio"/> Never	<input type="radio"/> Sometimes	<input type="radio"/> Often	<input type="radio"/> All the time	
C: Change your underclothes because they get wet	<input type="radio"/> Never	<input type="radio"/> Sometimes	<input type="radio"/> Often	<input type="radio"/> All the time	
D: Worry in case you smell	<input type="radio"/> Never	<input type="radio"/> Sometimes	<input type="radio"/> Often	<input type="radio"/> All the time	
Q10. SYMPTOM SEVERITY SCALE					
A. Frequency of urination	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
B. Nocturia	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
C. Urgency	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
D. Urge Incontinence	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
E. Stress Incontinence	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
F. Nocturnal Enuresis	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
G. Intercourse Incontinence	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
H. Waterworks infection	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
I. Bladder pain	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
J. Postvoid dribble	<input type="radio"/> None	<input type="radio"/> Mild	<input type="radio"/> Moderate	<input type="radio"/> Severe	
Calculation of Scores					
Q1. Very good=1, Good=2, Fair=3, Poor=4, Very poor=5					Q1 Overall Score= ((Actual Score - 1) / 4) x 100
Q2. Not at all=1, A little=2, Moderately=3, A lot=4					Q2 Overall Score= ((Actual Score - 1) / 3) x 100
Q3. Not at all=1, A little=2, Moderately=3, A lot=4					Q3 Overall Score= ((Actual Total Score - 2) / 6) x 100
Q4. Not at all=1, A little=2, Moderately=3, A lot=4					Q4 Overall Score= ((Actual Total Score - 2) / 6) x 100
Q5. Not at all=1, A little=2, Moderately=3, A lot=4					Q5 Overall Score depends upon Q6C Score
If Q6 C response is "Not Applicable"					Q5 Overall Score= ((Actual Total Score - 2) / 6) x 100
If Q6 C response is other than "Not Applicable"					Q5 Overall Score= (Sum of scores to 5A, 5B, 6C) / 9 X 100
Q6. Not at all=1, A little=2, Moderately=3, A lot=4, Not applicable=0					Q6 Overall score is (Sum of scores to 6A, 6B)-2 / 6 X 100
If (6A+6B) ≥ 2					Q6 Overall score is (Sum of scores to 6A, 6B)-1 / 3 X 100
If (6A+6B) =1					Q6 Score should be treated as missing value
If (6A+6B) =0					Q7 Overall Score= (Sum of scores to 7A, 7B, 7C)-3 / 9 X 100
Q7. Not at all=1, A little=2, Moderately=3, Very much=4					Q8 Overall Score= ((Actual Total Score - 2) / 6) x 100
Q8. Not at all=1, A little=2, Moderately=3, A lot=4					Q9 Overall Score: (Actual Total Score -4) / 12 X 100
Q9. Never=1, Sometimes=2, Often=3, All the time=4					Q10 Overall Score is the total of responses to ten questions.
Q10. None=0, Mild=1, Moderate=2, Severe=3 (for Responses A to J)					
PART 1 SCORE = (Q1. OVERALL SCORE) + (Q2. OVERALL SCORE)					
PART 2 SCORE = OVERALL SCORE OF Q3 to Q9					
PART 3 SCORE = OVERALL SCORE OF Q10					