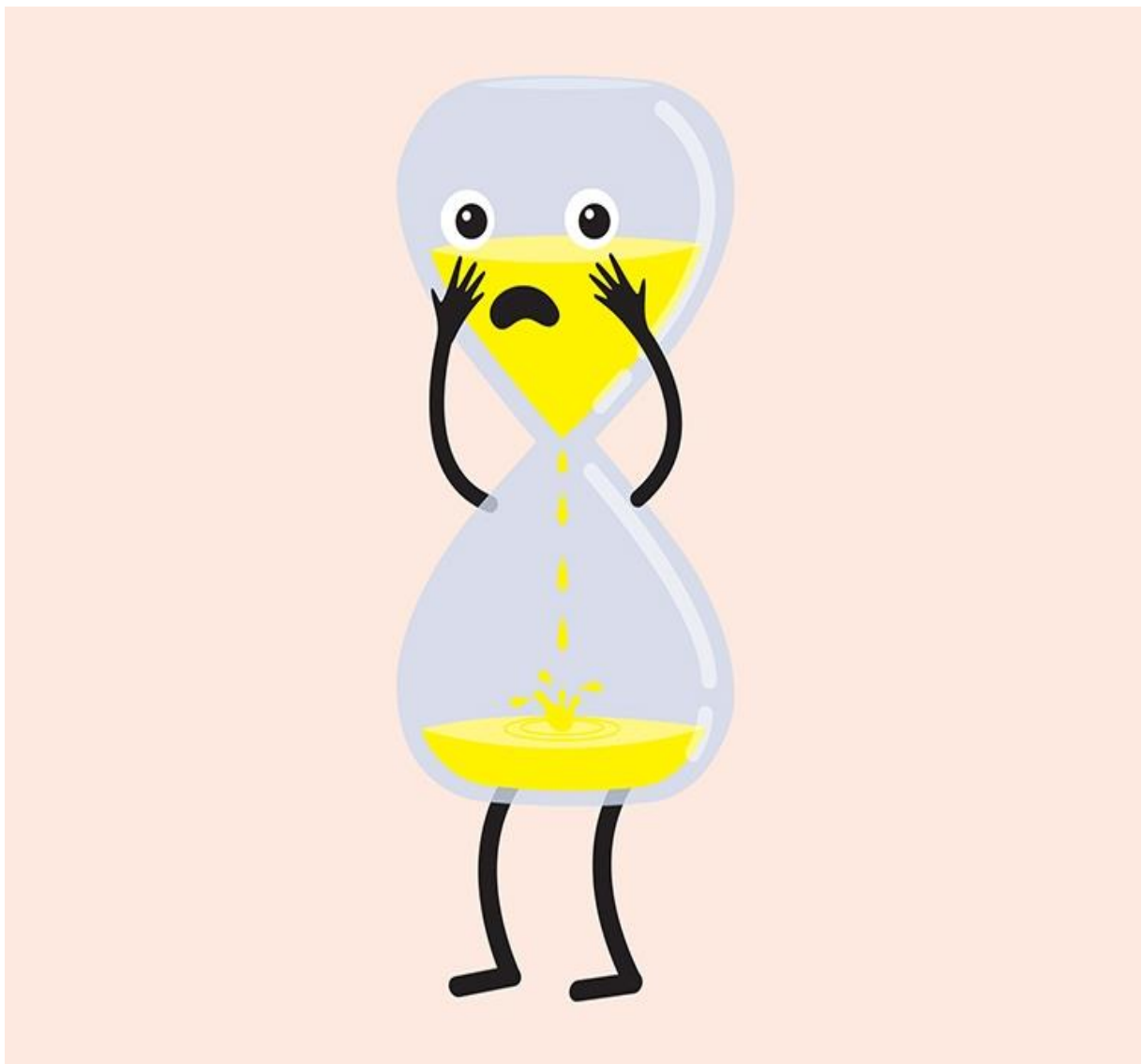


Gulášová Ivica, Babečka Jozef

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV S INKONTINENCIOU MOČU



Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV S INKONTINENCIOU MOČU

Gulášová Ivica

Babečka Jozef

Trnava 2020

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV S INKONTINENCIOU MOČU

Autori

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.

PhDr. Jozef Babečka, PhD.

Recenzenti

Prof. MUDr. Petro Zamiatin, DrSc.

Prof. MUDr. Viktoriia Klymenko, DrSc.

MUDr. Ján Hruška, PhD., MHA., MPH.

PhDr. Mgr. Renáta Knezović, PhD.

PhDr. Nadežda Peterková – Justhová, PhD.

Vydavateľ:

Vydanie: Prvé, 2020

<https://doi.org/10.31262/978-80-568-0215-1/2020>

ISBN: 978-80-568-0215-1

OBSAH

PREDHOVOR.....	6
1 INKONTINENCIA MOČU	7
<i>1.1 Klasifikácia močovej inkontinencie</i>	<i>7</i>
<i>1.2 Incidencia a prevalencia močovej inkontinencie.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3 Rizikové faktory a etiológia močovej inkontinencie</i>	<i>11</i>
<i>1.4 Poruchy mikcie a jednotlivé systémy</i>	<i>15</i>
<i>1.5 Diagnostika močovej inkontinencie</i>	<i>16</i>
<i>1.5.1 Základné vyšetrenie moču</i>	<i>26</i>
<i>1.5.2 Ošetrovateľské diagnózy u seniorov s inkontinenciou moču.....</i>	<i>34</i>
<i>1.6 Prevencia močovej inkontinencie</i>	<i>36</i>
<i>1.7 Terapia močovej inkontinencie.....</i>	<i>45</i>
<i>1.8 Cvičenie pre posilňovanie svalstva panvového dna pri inkontinencii u žien</i>	<i>49</i>
<i>1.8.1 Kegelove cvičenia svalstva</i>	<i>50</i>
<i>Zoznam bibliografických odkazov</i>	<i>53</i>
2 KVALITA ŽIVOTA	57
<i>2.1 Vymedzenie pojmu kvalita života</i>	<i>58</i>
<i>2.2 Definícia základných pojmov kvality života.....</i>	<i>59</i>
<i>2.3 Kvalita života a historické fakty.....</i>	<i>61</i>
<i>2.4 Kvalita života v zdravotníctve.....</i>	<i>63</i>
<i>2.5 Kvalita života a inkontinencia moču u seniorov.....</i>	<i>65</i>
<i>2.6 Rizikové faktory pôsobiace na kvalitu života u seniorov</i>	<i>68</i>
<i>2.7 Meracie a hodnotiace techniky kvality života a inkontinencia moču</i>	<i>69</i>
<i>2.8 Vplyv inkontinencie moču na kvalitu života seniora.....</i>	<i>72</i>
<i>Zoznam bibliografických odkazov</i>	<i>73</i>

3 STARNUTIE POPULÁCIE A SENIOR.....	76
3.1 Demografické údaje o starnutí populácie v SR	76
3.2 Problematika starnutia populácie	78
3.3 Aspekty starnutia.....	82
3.3.1 Biologické aspekty starnutia	83
3.3.2 Psychické aspekty starnutia	86
3.3.3 Sociálne aspekty starnutia.....	87
3. 5 Starnúca spoločnosť a vplyv na zdravotnú starostlivosť	92
3.6 Chápanie vlastnej staroby	94
3.6.1 Stratégia prijatia staroby	95
Zoznam bibliografických odkazov	96
4 ZDRAVOTNÍCKE POMÔCKY PRE SENIOROV S INKONTINENCIOU MOČU..	99
4.1 Všeobecná zdravotná poisťovňa a uhrádzanie zdravotníckych pomôcok.....	109
Zoznam bibliografických odkazov	111
5 CIELE A METODIKA PRÁCE	112
5.1 Hlavný cieľ a otázky výskumu.....	112
5.2 Hypotézy výskumu.....	113
5.3 Súbor a metodika organizácie výskumu.....	113
5.4 Realizácia výskumu.....	114
5.5 Štatistické spracovanie získaných dát.....	116
5.6 Analýza a interpretácia výsledkov výskumu	117
5.9 Odporúčania pre prax	155
Záver	160
Zoznam bibliografických odkazov	161
Zoznam tabuliek.....	162
Zoznam obrázkov	163
Zoznam grafov	163

<i>Zoznam použitých skratiek a symbolov.....</i>	<i>165</i>
<i>Zoznam bibliografických odkazov</i>	<i>166</i>

PREDHOVOR

Pozývame Vás všetkých, ktorí čítate túto vedeckú monografiu, nahliadnuť do kvality života seniorov s inkontinenciou moču. Snahou autorov tejto monografie je poskytnúť skúsenosti, poznatky a vedomosti o inkontinencii moču na rôznych úrovniach u pacientov v seniorskom veku s dopadom na kvalitu ich života. V dôsledku narastajúcej populácie seniorov sa zvyšuje aj incidencia a prevalencia inkontinencie moču u seniorov, ktorá ovplyvňuje kvalitu ich života po stránke telesnej, psychickej, sociálnej, duchovnej a ekonomickej.

Kvalita života a močová inkontinencia patrí v súčasnosti k veľmi výrazným fenoménom a diskutovaným témam, ktoré sú súčasťou medicínskych odborov. Kvalita života sa v posledných dvoch desaťročiach stala jednou z najfrekvencovanejších oblastí záujmu skúmania aj vo vednom odbore Ošetrovateľstvo. Kvalitu možno definovať ako akosť alebo určitú hodnotu, vyjadrenú spokojnosťou alebo nespokojnosťou. Nie je absolútnym ani relatívnym pojmom. Môže byť vyjadrená kvalitatívne (subjektívne, z hodnotového systému posudzujúcej osoby) alebo kvantitatívne (objektívne, merateľne).

Ošetrovateľstvo je výsostne kolektívny odbor ľudskej činnosti a preto je veľmi užitočné zamyslieť sa nad tým, čo vlastne kvalita života je, ako ju možno definovať, merať a hodnotiť z pohľadu sestry a z pohľadu pacienta. Cieľom by však malo byť nájsť medzi týmito hodnotením zhodu, ktorá by viedla i k úspechom v liečbe, prevencii a ošetrovateľskej starostlivosti.

Dôležité je tiež položiť si otázku, či sú samotní seniori, ale aj laická verejnosť dostatočne informovaní o tak závažnej problematike ako je močová inkontinencia a jej dopad na kvalitu života seniora.

prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.

PhDr. Jozef Babečka, PhD.

1 INKONTINENCIA MOČU

Inkontinencia moču bola v minulosti definovaná rozmanitými opismi. Používali sa definície, ktoré určovali únik moču podľa času a miesta vzniku. Pôvodná definícia Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (ICS) uvádza nedobrovoľný únik moču, ktorý možno objektívne dokázať a spôsobuje zdravotný, sociálny alebo hygienický problém. V rozpore s touto definíciou boli epidemiologické štúdie, ktoré vyžadovali presnejšiu definíciu časového ohraničenia a frekvencie úniku moču. V dôsledku rôznych opisov úniku moču vznikali odlišné epidemiologické výsledky (Topinková, 2010). Logická a spoľahlivá definícia inkontinencie moču je významná na porovnávanie epidemiologických, diagnostických a terapeutických postupov.

Aktuálne definuje inkontinenciu moču ako nedobrovoľný únik moču. Takéto ponímanie zaraďuje inkontinenciu moču do skupiny dysfunkcií dolných močových ciest.

Dysfunkcie spôsobujú široké spektrum symptómov dolných močových ciest, a preto ICS uvádza klasifikáciu inkontinencie moču podľa subjektívnych prejavov, objektívnych príznakov a diagnostických stavov (Badlani, Davila, 2009). Podľa Marenčáka, (2011) inkontinencia moču (UI – urinary incontinence) je samovoľný, nedobrovoľný únik moču. UI nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu života a je spojená s výrazným psychosexuálnym a finančným zaťažením.

1.1 Klasifikácia močovej inkontinencie

Podľa príčiny, ktorá spôsobuje neschopnosť riadiť vyprázdňovanie močového mechúra, sa inkontinencia moču rozlišuje na dve základné formy: organicky podmienenú a neorganickú formu.

Organicky podmienené formy inkontinencie

Medzi ne patrí: *stresová, urgentná, reflexná inkontinencia, paradoxná ischúria a extrauretrálna inkontinencia moču* (Bodazcová, Hýzlová, 2009).

Stresová inkontinencia moču je sfinkterová dysfunkcia, ktorá sa spája s oslabeným panvovým dnom. Je spôsobená nedostatočným uzáverovým tlakom pri naplnení močového mechúra. Množstvo uniknutého moču sa pohybuje od niekoľkých kvapiek až po maximálne množstvo, ktoré nepresahuje 50 ml, pri náhlom zvýšení intraabdominálneho tlaku (napríklad

kašeľ, smiech, kýchnutie, fyzická námaha a podobne). Tento typ močovej inkontinencie sa najčastejšie vyskytuje u žien.

V klinickej praxi sa používa klasifikácia podľa Ingelmanna- Sundberga rozdelená do troch stupňov podľa závažnosti:

- 1. stupeň:** únik moču nastane pri náhlom zvýšení vnútro - brušného tlaku. Je charakterizovaný občasným únikom moču väčšinou po kvapkách napríklad pri kašľaní, smiechu, alebo pri zdvihnutí ťažších predmetov.
- 2. stupeň:** k úniku moču dochádza pri miernejšom vzostupe vnútro - brušného tlaku ako je napríklad pri chôdzi, behu, chôdzi po schodoch, alebo pri ľahšej fyzickej práci.
- 3. stupeň:** tento stupeň je najťažší a k úniku moču tu dochádza už pri minimálnom vzostupe vnútro - brušného tlaku. K úniku moču tu dochádza aj v pokoji a vo vzpriamenej polohe (Galajdová, 2000).

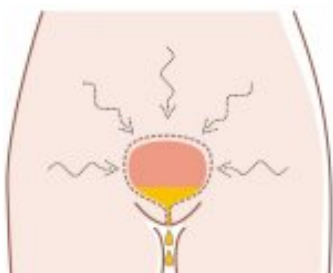
Obr. 1 *Stresová inkontinencia moču*



Zdroj: https://seni-sk.sk/sk_SK/content/druhy-inkontinencie, 2020

Urgentná inkontinencia moču je charakterizovaná náhlou a neodkladnou potrebou močiť a to viac krát za sebou alebo počas dňa. Často krát sa jedná o malé množstvo uniknutého moču. Náhlosť močenia (urgencia) môže mať podklad buď motorický čo je spôsobené hyperaktivitou detruzora, alebo môže mať podklad senzorický a to je spôsobené hypersenzitivitou receptorov detruzora (napríklad nádor, cystitída). Medzi najčastejšie príčiny vzniku urgentnej inkontinencie moču patria hlavne časté alebo neliečené infekcie močových ciest (Vargovčák, 2005).

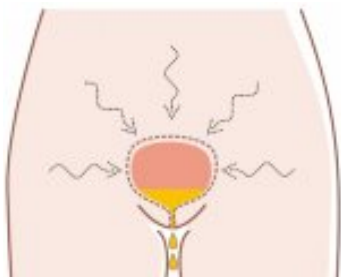
Obr. 2 *Urgentná inkontinencia moču*



Zdroj: https://seni-sk.sk/sk_SK/content/druhy-inkontinencie, 2020

Reflexná inkontinencia moču je charakterizovaná nechceným únikom moču zapríčineným abnormálnou reflexnou aktivitou miechového centra za neprítomnosti pocitu, ktorý je spojený s nútením na močenie. Tento typ inkontinencie vzniká pri poškodení centrálného nervového systému a senior stráca vedomú kontrolu mikčného reflexu, ktorý prebieha nekontrolovane cez periférne mikčné centrum v sakrálnej mieche. To znamená, že senior si pocit naplnenia alebo vyprázdnenia močového mechúra neuvedomuje a nedokáže to ovplyvniť. Vyskytuje sa u pacientov s neurologickými ochoreniami ako je napríklad sclerosis multiplex, ale aj po úrazoch chrbtice.

Obr. 3 Reflexná inkontinencia moču

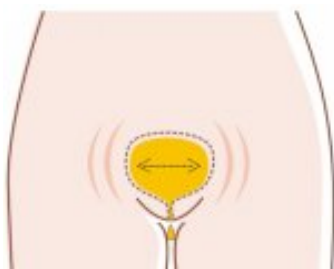


Zdroj: https://seni-sk.sk/sk_SK/content/druhy-inkontinencie, 2020

Paradoxná ischúria – pri tejto forme inkontinencie moču uniká po kvapkách pri maximálne plnom močovom mechúre. Vzniká pri retencii moču a relatívne funkčných sfinkteroch. Príčinou je mechanická obštrukcia čiže prekážka v odtoku moču ako napríklad benígna prostatická hyperplázia, karcinóm prostaty, zúženie močovej rúry.

Z vymenovaných príčin sa preto tento typ inkontinencie vyskytuje prevažne u starších mužov. U žien sa môže vyskytnúť tiež kde najčastejšou príčinou je trauma po operačných zásahoch v oblasti močovej rúry (Martan, 2006). Môže sa vyskytnúť aj po komplikovaných pôrodoch.

Obr. 4 Paradoxná ischúria



Zdroj: https://seni-sk.sk/sk_SK/content/druhy-inkontinencie, 2020

Extrauretrálna inkontinencia moču - táto forma inkontinencie moču vzniká pri vrodených malformáciach pri ktorých dochádza k nekontrolovateľnému odtokaniu moču inými cestami než močovou trubicou. Môže sa vyskytnúť aj pri fistulách, napr. po ožarovaní malej panvy alebo operáciách v malej panve.

Neorganické formy inkontinencie moču

Je možné rozdeliť na: farmakogénnu a funkčnú inkontinenciu moču.

Farmakogénná inkontinencia moču je typom inkontinencie moču, ktorá vzniká následkom užívania niektorých liekov, najčastejšie ide o:

- *psychofarmaká a hypnotiká* – tieto lieky majú sedatívny účinok a vyvolávajú funkčnú inkontinenciu; ďalej anticholinergiká, antipsychotiká, antidepresíva, spazmolytiká, antihistaminiká;
- *α -adrenergné blokátory* – tieto lieky znižujú sfinkterový tlak;
- *blokátory kalciových kanálov* - tieto lieky môžu zvyšovať postmikčné reziduum;
- *diuretiká, kofeín* - tieto lieky majú vplyv na zvýšenú diurézu, zvyšujú diurézu (Zámečník, Macek, 2012).

Funkčná inkontinencia moču vzniká ako následok psycho–sociálnych faktorov, alebo faktorov prostredia a okolia zabraňujúcich pacientovi dostať sa v dohľadnom čase na toaletu. Pri funkčnej inkontinencii moču nie je porušená funkcia dolných močových ciest. Hlavnou príčinou je demencia, imobilita, delirantné stavy, hospitalizácia (Marenčák, 2011). U seniorov môže vyvolať poruchu vyprázdňovania moču aj psychický stres ako napríklad odlúčenie od rodiny, domova, alebo zmena prostredia.

1.2 Incidencia a prevalencia močovej inkontinencie

Incidencia a prevalencia sú základnými ukazovateľmi epidemiologického vývoja inkontinencie moču.

Dá sa predpokladať, že výskyt močovej inkontinencie postupne narastá úmerne tomu, ako sa zvyšuje počet seniorov. Frekvenciu výskytu močovej inkontinencie však nie je možné s presnosťou určiť, pretože mnoho seniorov si daný problém vôbec nepripúšťa.

Oficiálne publikované štatistiky uvádzajú, že prevalencia inkontinencie s vekom stúpa, na Slovensku aj v zahraničí. Literárna zhoda je predovšetkým vo veku nad 65 rokov, kedy sa močová inkontinencia u oboch pohlaví vyskytuje v priemere u 35% pacientov – seniorov, v závislosti na skúmanej populácii. V populácii stredného veku možno nájsť rozdiely v pomeroch, kedy u žien je výskyt inkontinencie moču dvakrát až štyrikrát častejší ako u mužov. V seniorskom veku sa tieto rozdiely postupne stierajú, výskyt stúpa u oboch pohlaví zhodne. V skupine ľudí vo veku nad 80 rokov sa inkontinencia predpokladá u 46% žien a 34% mužov (Mandys, 2009).

Ďalším dôležitým faktom je, že u seniorov v ústavnej forme zdravotnej starostlivosti sa výskyt močovej inkontinencie traja až u 50% seniorov. Iná literatúra uvádza dokonca až 65% výskytu močovej inkontinencie u seniorov žijúcich v sociálnom zariadení (Paulová, 2009). Pri zameraní na typológiu močovej inkontinencie môžeme konštatovať, že s vekom rastie podiel výskytu urgentnej inkontinencie a podiel stresovej inkontinencie stagnuje.

Tab. 1 *Odhadovaný počet v miliónoch jedincov s močovou inkontinenciou (UI)*

Oblasť	rok 2008	rok 2013	rok 2018
Svet	346	383	420
Európa	54	56	57
Severná Amerika	32	34	37
Južná Amerika	20	22	24
Afrika	33	38	43
Ázia	206	231	256

Zdroj: Kopp, 2019

1.3 Rizikové faktory a etiológia močovej inkontinencie

Na vzniku a rozvoji močovej inkontinencie sa podieľa viacero rizikových faktorov, ktoré možno rozdeliť na:

- **Ovplyvňiteľné:** nadváha a obezita, nadmerná fyzická aktivita (napr. gymnastika, kulturistika, basketbal a bojové športy), ťažká fyzická práca (zamestnanie), dehydratácia, obštipácia (zápcha), zloženie tekutín (kofeín, nápoje sýtené oxidom uhličitým), nesprávna životospráva, fajčenie a iné (Dvořáčková, 2012) aj vedenie pôrodu.
- **Neovplyvňiteľné:** genetická predispozícia, vek (nad 80 rokov), pohlavie, poruchy mobility, ochorenia dolných močových ciest, metabolické poruchy, vplyv liekových skupín a iné (Payne, 2005).
- **Multifaktoriálne:** vychádzajú z etiopatogenézy choroby a je možné ich rozdeliť na morfológické príčiny, ktoré sú založené na priamom postihnutí urogenitálneho systému, medzi ktoré patria:
 - involučné zmeny: vo veku nad 65 rokov dochádza k fyziologickému znižovaniu kapacity močového mechúra ako dôsledok involučnej zmeny, kedy postupne klesá napätie steny močového mechúra, čím sa sťažuje jeho vyprázdňovanie (Dragomerická, 1997)
 - ochorenia prostaty,
 - symptómy dolných močových ciest (LUTS –lower urinary tract symptoms),
 - postihnutie syndrómom hyperaktívneho mechúra (OAB – over active bladder): hyperaktívny močový mechúr je definovaný ako urgencia, nutkanie na močenie, ktorá môže byť sprevádzaná urgentnou inkontinenciou,
 - cystolithiasa, obštrukcie uretry, nádorové ochorenia močového traktu a iné (Vadúrová, Muhlpaehr, 2005)

Funkčné príčiny inkontinencie moču(neurogénna, hormonálne, traumatické príčiny a iné ochorenia), ktoré sa najčastejšie týkajú:

- porúch nervovej sústavy: v seniorskom veku môže dochádzať k rôznym zmenám metabolizmu buniek mozgu, mikroinfarktom, k mikrohemoragiám, alebo k senilnej encefalopatii,
- porúch v oblasti endokrinného systému: pokles hladiny estrogénov (Řehulková, Řehulka, Blatný, Mareš, 2008)
- celkovému ochoreniu: u seniorov sa jedná predovšetkým o diabetes mellitus a vyššiu náchylnosť k infekciám. Ďalšími ochoreniami, významne ovplyvňujúcimi rozvoj močovej inkontinencie sú napr. Parkinsonova choroba, hyperkalcémia, cievna mozgová príhoda,

delírium, demencia a psychóza (Heřmanová, 2012), u žien tiež opakované vaginálne pôrody, pôrodné poranenia.

Príčiny močovej inkontinencie iného charakteru, ktoré spočívajú v:

- poruchách mobility a vonkajších vplyvoch: z celkových faktorov pôsobiacich na vznik močovej inkontinencie je porucha mobility v starobe a porucha zručnosti. Seniori postupne strácajú zručnosť a nemusia stihnúť včas dôjsť na toaletu, bez toho aby sa nepomohli.

Tiež vonkajšie vplyvy (priestorové umiestnenie toalety) a vybavenosť WC (nástavce, madlá) obmedzujú seniorov pri manipulácii a vykonaní potreby“ (Křivohlavý, 2002), ďalej sú to:

- aktuálna farmakoterapia,
- porucha statiky panvového dna (Koot, Wallander, 2001).

Všeobecne je známe, že močovou inkontinenciou trpí viac žien ako mužov. Príčiny prečo ženy týmto problémom trpia častejšie sú predovšetkým anatomické rozdiely a väčšie nároky kladené na organizmus hlavne vo fertilnom veku. Po 65. roku je inkontinenciou moču postihnutých až 20 % žien a 2-5 % mužov.

Nad 80. rokov tento problém už trápi približne polovicu žien a 1/3 mužov. Odhady pre Slovenskú republiku sú 80 000 až 100 000 inkontinentných seniorov nad 65. rokov (Švihra, 2012).

Etiológia v starobe je rozmanitá a ovplyvnená rôznymi predisponujúcimi faktormi, ktoré možno rozdeliť z hľadiska ich pôsobenia (na vnútorné- napr. infekcie, zápal, nádory, operácie, dehydratácia, farmakoterapia a pod. a na vonkajšie- nevhodná osobná bielizeň, stres, nedostupnosť WC a pod.), ale tiež z pohľadu postihnutia organizmu a jeho systémov- nervový, urogenitálny, tráviaci a pod. Inkontinencia moču nemá jeden etiologický faktor. Inkontinencia moču znamená poruchu mechanizmov, ktoré kontinenciu zaisťujú.

Jedná sa o dva základné zaisťujúce mechanizmy:

- **Fyzikálne mechanický**, kedy uloženie močovej trubice a hrdla močového mechúra vo vzťahu k štruktúram panvového dna zaisťuje, že tlaky v močovej trubici sú väčšie než v močovom mechúre. Pri defekte panvového dna môže nastať zvýšenie intravezikálneho tlaku oproti uretrálnemu a moč vtedy uniká mechanicky podľa tlakového spádu.
- **Neurologický**, kedy sa jedná o koordináciu činnosti močového mechúra a sfinkteru močovej trubice. Močový mechúr plní funkciu rezervoáru a sfinkter uretry zaisťuje dostatočný tlak k uzáveru uretry. Vzájomná koordinácia je dôležitá pre normálny, fungujúci proces mikcie, pri

jej porušení dochádza k úniku moču. Oba mechanizmy sa kombinujú a ich rôzne poruchy potom vedú k inkontinencii.

Medzi najznámejšie a overené rizikové faktory pre vznik inkontinencie patrí vek a obezita.

S vekom narastá početnosť inkontinencie a jej závažnosť. Stredná obezita s BMI v rozmedzí 30-35 zvyšuje riziko asi 1,7x. Výraznejšia obezita s BMI nad 35 zvyšuje riziko 2,5x. Obezita tiež znižuje úspešnosť antiinkontinenčných operácií u seniorov (Marenčák, 2011).

Medzi rizikové faktory s nejasným vzťahom k vzniku inkontinencie patrí: recidivujúca infekcia močových ciest, obmedzenie pohyblivosti (vozičkári, osoby upútané na lôžko), kognitívne poruchy, gynekologické operácie, fajčenie cigariet, rodinná anamnéza močovej inkontinencie (Švihra, 2012).

Najčastejšie príčiny vzniku inkontinencie u mužov:

- pri dlhodobom tlaku na mechúr, spojeným so sedavým spôsobom života alebo s nadváhou
- pri chorobách rôzneho druhu, napr. zápal močového mechúra alebo močových ciest
- počas užívania močopudných liekov, diuretík
- počas andropauzy
- po chirurgických zákrokoch (Roztočil, Bartoš, 2011).

Najčastejšie príčiny vzniku inkontinencie u žien:

- zmena polohy maternice v dôsledku napr. nádorov alebo oslabenia svalstva panvového dna, ktoré podporuje urogenitálny systém
- zaťaženie svalstva panvy nadváhou, tehotenstvom, viacnásobnými pôrodmi
- menopauza
- zápal močového mechúra
- porucha hormonálneho systému (Marenčák, 2011).

Tab. 2 Najčastejšie rizikové faktory inkontinencie moču (UI)

Najčastejšie rizikové faktory inkontinencie moču (UI)	
Skupina	Rizikové faktory
Všeobecné rizikové faktory	Vek nad 80 rokov, multimorbidita
Rizikové faktory centrálného nervového systému	Náhla cievna mozgová príhoda, Sclerosis multiplex, M. Parkinson

Psychické poruchy	Demencia, depresia, psychóza
Urogenitálne choroby	Benígna hyperplázia prostaty, recidivujúce uroinfekcie, gynekologické príčiny
Metabolické poruchy	diabetes mellitus, poruchy minerálového metabolizmu
Niektoré lieky	Psychofarmaká, diuretiká
Iné príčiny	Polyneuropatia, atrofická cystitída a ďalšie

Zdroj: Marenčák, 2019

1.4 Poruchy mikcie a jednotlivé systémy

Nervová sústava

Jeden z hlavných problémov inkontinencie moču je porucha kontinencie z dôvodov centrálnej nervovej sústavy (CNS). Najvýznamnejšiu úlohu pri správnej mikcii tu zohráva mikčné centrum, ktoré môže byť v staršom veku, teda u seniorov porušené následkom starnúcich buniek, mikrohemoragií a mikroinfarktov CNS (Romžová, et al., 2011).

Ďalej mikciu môžu ovplyvniť: úrazy a poranenia miechy alebo centrálnej nervovej sústavy; Parkinsonová choroba; demencie; sclerosis multiplex; syndróm natiahnutej miechy; infekcie a nádory centrálnej nervovej sústavy; cievne mozgové príhody a pod. (Zámečník, Macek, 2012).

Urogenitálna sústava

Staršia mužská veková kategória je zaťažovaná problémami s prostatou a to buď benígnou hypertrofiou prostaty alebo nádormi, následkom čoho sa môžu objaviť problémy s močením. Stenózy alebo striktúry prostaty vedú k poruche vyprázdňovania pre subvezikulárnu obštrukciu, čo vedie k rozvoju močovej retencie a to vedie k pretekaniu moču z močového mechúra.

U žien sa často krát objavuje porucha uzáverového mechanizmu močovej trubice, ktorá môže vzniknúť pre hormonálny deficit, z dôvodov tehotenstiev alebo z urogynekologických operácií.

Medzi ďalšie príčiny zaradujeme: cystolitiáza; cystitída; extrofia močového mechúra; epispadia uretry; tumor uretry alebo močového mechúra a pod. (Romžová, et al., 2011).

Tráviaca sústava

U seniorskej populácie sa často krát stretávame s deficitom tekutín čo vedie k dehydratácií organizmu. Dehydratácia spôsobuje vyššiu spätnú reabsorbciu vody v organizme, čo má za následok nižšie množstvo moču s vysokým obsahom odpadových látok. Medzi ďalšie dôsledky dehydratácie a jej vplyv na tráviaci systém patrí obstipácia, ktorá spôsobuje poruchy vyprázdňovania a tým aj narúša celkovú pohodu seniorov (Romžová, et al., 2011).

Kardiovaskulárny systém

Ochorenia a liečba kardiovaskulárneho systému sa výrazne podieľajú na rozvoji mikčných problémov. Užívanie liekov síce pozitívne ovplyvňuje kardiovaskulárny systém, ale negatívne vplyva na bilanciu tekutín v organizme. Veľký vplyv majú hlavne diuretiká ktoré ovplyvňujú frekvenciu močenia. Iné príčiny ako celková farmakoterapia a jej nežiaduce účinky; komatózne stavy, diabetes mellitus, thyreopatie, vekom podmienené zmeny funkcie močových ciest, celkový fyzický a psychický stav, zdravotný stav, genetické predispozície, vek a tkanivová atrofia, pohlavie, psycho- sociálne faktory, nadmerná fyzická záťaž, aktivita, manuálne ťažká práca - u seniorov predchádzajúce zamestnanie, počet tehotenstiev, chirurgické operácie, stupeň mobility, príjem/ výdaj tekutín, obezita, sociálne prostredie a dostupnosť toalety (Romžová, et al., 2011).

1.5 Diagnostika močovej inkontinencie

Počas diagnostiky močovej inkontinencie prechádza senior náročným obdobím, vzhľadom k intímnosti problému.

Diagnostika je nevyhnutná pre následnú liečbu, ošetrovateľskú starostlivosť, ktorých spoločným cieľom je udržanie a zvyšovanie kvality života seniora. Diagnostika močovej inkontinencie vychádza z odporúčaných schém a algoritmov.

Primárna diagnostika prebieha v ordinácii praktického lekára. Časové obdobie od prítomnosti prvých príznakov k jej diagnostike trvá v priemere 3 roky. Je to dané tým, že mnohí zo seniorov nie sú schopní sa zveriť svojmu ošetrojúcemu lekárovi.

Ďalším faktorom obmedzujúcim diagnostiku je „vynútená“ sociálna izolácia seniora kôli močovej inkontinencii. V seniorskom veku nemožno mnohé diagnostické postupy uplatniť a je nutné počítať s určitým obmedzením. Preto je dôležité viesť vyšetrenie s ohľadom na

celkový stav seniora a jeho individualitu. Vyšetrenie by malo seniora s močovou inkontinenciou čo najmenej zaťažovať (Roztočil, Bartoš, 2011).

Základom celej diagnostiky inkontinencie moču je podrobná anamnéza.

Anamnéza čiže získavanie, odber informácií z rozprávania seniora s močovou inkontinenciou veľa napovie o konkrétnom probléme s únikom moču pacienta. Nato, aby sme získali plnohodnotné informácie, nám senior musí dôverovať.

Od prvého stretnutia je dôležité nadviazať príjemný, empatický a zároveň vysoko profesionálny prístup, rozhovor a počúvanie seniora s močovou inkontinenciou.

V prvej fáze zisťujeme základné informácie, ktoré nám poskytnú ucelené informácie, resp. ucelený obraz a my tak získame lepší pohľad na problémy seniora. Až po preskúmaní základných informácií a celkového fyzického a psychického zdravia seniora sa pýtame už na konkrétne problémy zamerané na inkontinenciu moču (Zámečník, Macek, 2012).

Základná anamnéza by mala obsahovať súbor informácií z oblasti:

Psycho-sociálna anamnéza:

- vek,
- vzdelanie,
- zamestnanie,
- zisťujeme fyzickú náročnosť zamestnania,
- stres, emotívnosť, psychické problémy,
- sociálne prostredie- bývanie, rodina,
- zázemie, sociálno-hygienické návyky,
- dostupnosť WC,
- používanie absorbčných pomôcok, a pod.,

Všeobecná anamnéza:

- prekonané a pretrvávajúce ochorenia- metabolické, neurologické,
- kardiovaskulárne ochorenia,
- pulmonálne ochorenia,
- operácie (hlavne v oblasti dutiny brušnej),
- úrazy,
- užívanie liekov- niektoré lieky ako napríklad diuretiká alebo psychofarmaká môžu prispievať ku vzniku inkontinencie moču u seniorov,

- užívanie návykových látok- alkohol, nikotín, kofeín a pod.,

U žien gynekologická anamnéza:

- menštruačný cyklus- začiatok, priebeh, pravidelnosť, bolestivosť, počet tehotenstiev/ potratov,
- počet pôrodov- pýtame sa aj na pôrodnú hmotnosť detí,
- menopauza- začiatok, priebeh, komplikácie,
- gynekologické výkony/ operácie,
- užívanie hormonálnej terapie,
- sexuálny život, výskyt inkontinencie pri sexuálnom živote, styku

Urologická anamnéza:

- vrodené vývojové vady na uropoetickom systéme,
- výskyt enurézy v detstve a v dospelosti,
- ochorenia uropoetického systému,
- zápalové ochorenia vývodných močových ciest,
- u mužov problémy s prostatou
- začiatok problémov s močením
- charakter a priebeh močenia,
- počet únikov moču za 24 hodín, mikčný denník
- množstvo uniknutého moču,
- sprevádzajúce príznaky pri močení- bolesť, pálenie, tlak, prímеси,
- kedy (pri akej činnosti) najčastejšie dochádza k úniku moču- smiech, kýchanie, kašľanie, beh, chôdza, fyzická aktivita/ záťaž, a podobne (Topinková, 2010).

Základnú diagnostiku by mal vykonávať praktický lekár, alebo urológ.

Podrobná anamnéza je základom každého vyšetrenia a nie je zameraná výhradne na danú problematiku (rodinná anamnéza, pracovná anamnéza a pod.). V prípade močovej inkontinencie sa zisťujú údaje o dĺžke jej trvania, okolnostiach vzniku, frekvencie epizód, množstvo unikajúceho moču, sprievodných symptómoch (bolesť, dyzúria) apod.

Ďalej sa pátra po faktoroch, ktoré ovplyvňujú vznik močovej inkontinencie a po príznakoch LUTS (lower urinary tract symptoms - symptómy dolných močových ciest).

Môže sa tiež využiť diagnostická schéma DIAPPERS (faktory, ktoré majú priamy vplyv na inkontinenciu v starobe).

Delírium (akútna zmena duševného stavu) a demencia (chronické zmeny duševného stavu), infekcia (infekcie v oblasti močových ciest a systémové infekcie), atrofia (v oblasti močových ciest), psychiatrické ochorenia (psychózy a depresie), farmakoterapia, excesívna strata tekutín (opuchy, endokrinologické ochorenie), redukovaná mobilita, stolica (napr. obstipácia) (Švihra, 2012).

Fyzikálne vyšetrenie

Fyzikálne vyšetrenie je komplexné (celkové) vyšetrenie pacienta, ktoré vykonáva lekár a využíva pri tom aj základné metódy ako sú pohľad, posluš, pohmat a poklep.

Pri tomto klinickom vyšetrení pacienta sa nevynecháva ani vyšetrenie genitálií formou per rectum (u žien per vaginam).

Fyzikálne vyšetrenie je zamerané na celkový stav seniora (posúdenie mobility, zručnosti, orientácia, pamäti a kognitívnych funkcií). Vyšetruje sa oblasť brucha pohľadom a poklepom (zväčšený močový mechúr), vonkajšie genitálie.

Vykonáva sa vyšetrenie per rectum (vyšetrenie konečníka) a u žien je nutné gynekologické vyšetrenie. Súčasťou vyšetrenia je tiež posúdenie neurologického stavu pacienta a prítomnosť kožných komplikácií.

Pri vyšetrení je potrebné všímať si:

- celkový stav pacienta (fyzický, psychický, sociálny),
- stav kože a slizníc v oblasti genitálií,
- pokles panvového dna,
- známky atrofie v oblasti pohlavných orgánov
- uretritídu
- cystokélu, rektokélu,
- malformácie,
- u mužov- fimózu
- zápalové zmeny kože a slizníc.

Pri vyšetrení per rectum posúdi lekár pokojový tonus a kontrakčnú silu análneho zvierača, hľadá známky obstipácie. U mužov ďalej vyhmatať prostatu, ktorej veľkosť nepotvrďuje ani nevylučuje obštrukciu močovej trubice. U žien sa môže previesť aj gynekologické vyšetrenie per vaginam, ktoré nám môže potvrdiť alebo vylúčiť prolaps panvových orgánov (Topinková, Zmrzal, 2007).

Laboratórne vyšetrenie

Vyšetrenie moču:

- Chemicky: sediment, kultivácia a citlivosť- potrebujeme stredný prúd moču. Z laboratórnych testov sa využívajú predovšetkým biochemická analýza moču a močového sedimentu, bakteriologické vyšetrenie moču.
- Biochemické vyšetrenie krvi: urea, kreatinin, glykémia, mineralogram (Na, K, Cl). U mužov sa vyšetruje PSA- prostatický špecifický antigén u hypertrofií prostaty.
- Cytologické vyšetrenie moču: pri podozrení na nádor v uropoetickom systéme
- Urotélie, valce a pod. (Topinková, 2013).

Laboratórne vyšetrenie je zamerané na vyšetrenie moču chemicky (tj. vyšetrenie močového sedimentu) a bakteriologicky (nutný je stredný prúd moču).

Biochemické vyšetrenie krvi slúži predovšetkým k vylúčeniu eventuálnej obličkovej nedostatočnosti, stanovuje sa koncentrácia urey, kreatinínu, hodnota glykémie a mineralogram (K, Na, Cl).

U mužov sa ďalej vyšetruje PSA (prostatický špecifický antigén) na vylúčenie malígneho ochorenia prostaty.

Pitná a mikčná karta (mikčný denník) slúži k diagnostike a určeniu liečebného plánu. Dokáže objektívne doložiť frekvenciu močenia vzhľadom k bilancii tekutín u seniora.

Ďalej možno vďaka nemu posúdiť funkčnú kapacitu močového mechúra, zistiť výskyt inkontinencie a vylúčiť ako príčinu ťažkostí nočnú polyúriu (zvýšený výdaj moču v noci).

U seniorov je najprv **nutné zhodnotiť schopnosti seniora vyplňovať mikčnú kartu** tak, aby **zodpovedala skutočnosti a bola validná (platná)**. Tiež je nutné, aby lekár bol ochotný danú pomôcku uplatniť u pacienta a následne ju využiť k diagnostike. Údaje získané pitnou a mikčnou kartou sú veľmi cenné, hoci je vysvetlenie tohto spôsobu zberu dát pomerne časovo náročné. Z klinických testov sa využíva v rámci základných diagnostických postupov. **Je možné s nimi prispieť k definitívnemu určení typu močovej inkontinencie.**

Medzi tieto metódy patria:

Stres - test

Vykonáva sa pomocou stresového manévru. Senior je v stoji vyzvaný k silnému zakašľaniu. Test je pozitívny v prípade úniku moču.

Pad - weight test (pw test)

Je to test váženia vložiek: princípom je váženie vložiek za určité časové obdobie. Zvýšenie hmotnosti informuje o stupni závažnosti inkontinencie.

Q-tip test

Tento test umožňuje orientačné posúdenie uretry(spojenie v oblasti močového mechúra a močovej trubice)

Marschallov test

Pri tomto teste seniora pri naplnenom močovom mechúre požiadame aby silno a krátko zakašľal v stoji. Sledujeme množstvo uniknutého moču na papierovej podložke.

Mikčňý denník-

Senior si ho sám vedie v pohodlí svojho domova. Je to veľmi praktická a jednoduchá pomôcka, ktorá poskytne dôležité údaje ako sú frekvencia alebo aj množstvo uniknutého moču počas dňa aj noci.

V denníku sa zaznamenávajú aj problémy ktoré močenie sprevádzajú ako napríklad bolesť, pálenie alebo aj neschopnosť vymočiť sa, pomočenie a okolnosti s tým spojené. Ďalší dôležitý údaj, ktorý senior pri dôslednom zaznamenávaní poskytne je nielen výdaj tekutín, ale aj ich príjem, kde môžeme nájsť u seniorov s inkontinenciou moču častú chybu a tou je obmedzovanie tekutín. Aby mohol denník splniť svoj účel je nutné jeho vedenie minimálne 3 až 5 dní (Topinková, 2013).

Dotazník kvality života (I-QoL).

Pomocou vyššie uvedeného dotazníka meriame kvalitu života seniora, ktorý vyplňuje sám senior. Dotazník zahŕňa základné oblasti, ktoré kvalitu života buď vytvárajú alebo ovplyvňujú. Vďaka percentuálnemu výsledku je potom možné posúdiť kvalitu seniora s inkontinenciou moču. Výsledok sa dá ľahko interpretovať a vyšetrujúci lekár, ošetrojúca sestra tak môžu získať predstavu o úrovni kvality života u konkrétného seniora s inkontinenciou moču. Po základnom vyšetrení praktickým lekárom má byť senior s inkontinenciou moču odoslaný s výsledkami všetkých vyšetrení k odbornému lekárovi - špecialistovi urológovi na stanovenie diagnózy. Špecialisti navrhnu najefektívnejšiu terapiu a odovzdajú seniora s inkontinenciou moču späť do starostlivosti praktického lekára (Hanuš, et al., 2011).

Medzi špeciálne vyšetrovacie metódy patria

Tieto diagnostické postupy sa delia na invazívne a neinvazívne. Diagnostické postupy a metódy by mali čo najmenej zaťažovať organizmus seniora a mali by byť vždy individuálne prispôsobené každému seniorovi s inkontinenciou moču.

Ultrasonografia

Jezameraná na hodnotenie postmikčného rezídua. Sonografickým vyšetrením možno posúdiť stav horných močových ciest a postmikčné rezíduum v močovom mechúre (zvyškový moč nachádzajúci sa v močovom mechúre bezprostredne po vymočení). Patrí medzi najpoužívanejšie zobrazovacie metódy. Slúži hlavne na zhodnotenie močového mechúra, močovej rúry a močového ústrojenstva (sleduje sa ich stav, hrúbka stien a možné odchýlky, ako aj vylúčenie možných nádorov v oblasti močového ústrojenstva).

Postmikčné rezíduum

Toto vyšetrenie sa môže odmerať buď vycievkovaním mechúra alebo pomocou ultrasonografie. Sleduje sa objem tekutiny, ktorý ostal v mechúre po vyprázdnení močového mechúra. „Postmikčné rezíduum sa považuje za významné vtedy, ak jeho objem je viac ako 30% celkovej kapacity močového mechúra. Za závažné rezíduum sa obvykle považuje množstvo vyššie ako 100 ml.“ (Topinková, 2009)

Rádiologické vyšetrenia

Rádiologické vyšetrenia močového mechúra sú využívané pri hematúrii, výraznom prolapse a v prípade, keď sa jedná o neurogénne postihnutie, alebo ak je inkontinencia spojená s výrazným postmikčným rezíduom. V súčasnosti sú nahradzované ultrasonografiou (Marenčák, 2011).

MRI magnetická rezonancia

Patrí medzi nové diagnostické postupy a metódy umožňujúce individualizáciu liečebných postupov.

Endoskopické vyšetrenia

Endoskopické vyšetrenia ako (uretrocystoskopia, ureterocystoskopia) slúžia na vylúčenie patologických procesov sliznice močového mechúra (napr. fistuly, divertikly, nádory atď).

Urodynamické vyšetrenia

Tieto vyšetrenia vyžadujú vyššiu mieru spolupráce seniora. Delia sa na viacero typov vyšetrovacích metód. Jedným z urodynamických vyšetrení je **uroflowmetria**, ktorá sa rutinne vykonáva u mužov. Je to základné vyšetrenie žien pred urogynecologickým výkonom. Jedná sa o vyšetrenie, v priebehu ktorého sa vyhodnocuje sila prúdu moču a veľkosť prietoku moču pri mikcii. Je to neinvazívna metóda, ktorá je súčasťou cystometrie, ktorá je najpoužívanejšou mini invazívnou urodynamickou metódou (Urdzík, Ostro, 2006).

Cystometria

Je vyšetrením, ktorým sa zaznamenáva vzťah medzi tlakom a objemom v močovom mechúre počas plnenia tekutinou a to rôznou rýchlosťou. Toto vyšetrenie sa môže prevádzať buď v stoji alebo v ľahu.

Možno ju rozdeliť na **plniacu cystometriu**, hodnotiacu vzťah medzi intravezikálnym (súčet tlaku vyvolaný svalovinou močového mechúra a intra abdominálneho tlaku) tlakom a objemom mechúra v jeho plnacej fáze a **mikčnou cystometriou** (tlakovo prietoková), ktorá meria aktivitu detruzora v priebehu mikcie

Cystometria má pri vyšetrení močovej inkontinencie význam pre určenie maximálnej kapacity močového mechúra, pocitu prvého nútenia na močenie a maximálneho tlaku. Intra lumenálny tlak v uretre pri stresových manévroch (opakované zakašľanie) a v pokoji. V súčasnosti je nahradzovaná technikou „leak point pressure“ - odčítanie tlaku, pri ktorom moč už uniká z uretry (Švihra, 2012)

Urografia

Indikuje sa u seniorov s inkontinenciou moču, ktorým bola zistená pri USG vyšetrení obštrukcia alebo určitá závažnejšia patológia. Táto metóda využíva schopnosť obličiek v krátkom čase vylúčiť jódovú zlúčeninu rozpustnú vo vode. Funkčne nepoškodené obličky jódovú kontrastnú látku podanú do žilového systému vylúčia do moču už o niekoľko minút. Funkčne poškodená oblička vylúči kontrastnú látku oneskorene, alebo ju nevylučuje vôbec. Urografia poskytuje presnú morfológickú informáciu o obličkách a močových cestách začínajúc panvičkou a kalíškami a končiac močovým mechúrom. Poskytuje nám morfológickú informáciu o dutom systéme obličiek, močovodov, močového mechúra aj o tvare obličiek resp. ich veľkosti.

Urocystografia

Patrí medzi najpoužívanejšie a najprepracovanejšie RTG. Diagnostiky pri inkontinencii moču. Táto vyšetrovacia metóda pomáha identifikovať mobilitu alebo fixáciu uretry v pokoji a pri námahe. Medzi nevýhody týchto metód patrí rtg expozícia vyšetrovaného seniora, možnosť zanesenia infekcie. Dnes sa pre uvedené nevýhody nahrádza ultrasonografickým posúdením.

Video urodynamické vyšetrenie

Predstavuje najpresnejšiu metódu, ktorá umožní posúdiť aj morfologické zmeny na močových cestách počas mikčnej fázy.

Bed-side assesment

Je orientačným urodynamickým vyšetrením, ktoré možno vykonať aj pri lôžku seniora s inkontinenciou moču, čo predstavuje veľkú výhodu v zmysle komfortu seniora s inkontinenciou moču.

EMG elektromyografia

Je vyšetrenie na posúdenie stavu zdatnosti svalov panvového dna. Meria sa pri nej elektrická aktivita svalov panvového dna v priebehu močenia. Prístroj sníma zmeny bioelektrických potenciálov, ku ktorým dochádza pri aktivácií svalových vlákien. Jedná sa o invazívnu metódu kde sa ihlové elektródy zavádzajú priamo do svalu a používajú sa k snímaniu potenciálu jednotlivých svalov panvového dna. Táto metóda má veľký význam v diagnostike neurogenne podmienených porúch dolných močových ciest.

Profilometria

Táto metóda meria intraluminálny tlak v uretre počas kľudu, pri zvýšenom abdominálnom tlaku a počas močenia. Pomocou tejto metódy získame profil uretrálneho tlaku (Hanuš, et al., 2011).

Základné hodnotenie inkontinencie moču u žien

Inkontinencia moču u žien sa člení na komplikovanú a nekomplikovanú.

Komplikovaná forma znamená, že inkontinencia moču sa vyskytuje súčasne s jedným alebo s viacerými komplikujúcimi faktormi.

Medzi hlavné komplikujúce faktory patria bolesť, hematúria, recidivujúca infekcia v moči, mikčné symptómy, významný prolaps panvových orgánov, inkontinencia v súvislosti s panvovou aktinoterapiou, radikálna panvová chirurgická liečba, predchádzajúca operácia inkontinencie moču, podozrenie na fistulu. Táto forma inkontinencie moču je indikovaná na špecializované postupy.

Nekomplikovaná forma znamená únik moču pri fyzickej aktivite (stresová inkontinencia moču), pri urgencii (urgentná inkontinencia moču) a pri oboch „dejoch“ spoločne (zmiešaná inkontinencia moču). (Kopp, et al., 2019)

Anamnestické vyšetrenie má byť doplnené o hodnotenie symptómov pomocou dotazníka a o mikčný denník.

Fyzikálne vyšetrenie je zamerané na vyšetrenie vagíny, rekta a panvového dna. Ženy sú požiadané, aby zakašľali a tlačili brušnú stenu, aby vyšetrujúci lekár, gynekológ, ošetrojúca sestra mohli identifikovať únik moču z uretry. V ďalšej časti vyšetrenia ženy s inkontinenciou moču aktívne kontrahujú svalstvo panvového dna. Umožňuje to zhodnotiť kontraktilitu a súčasne aktívne zasiahnuť do rehabilitácie panvového dna (Švihra, 2012)

Špecializované hodnotenie inkontinencie moču u žien

Ženy s komplikovanou formou vyžadujú cytologické vyšetrenie moču, urodynamické vyšetrenie, cystoskopiю a zobrazenie dolných a horných močových ciest. Pri patologickom náleze sa lieči kauzálne podľa stanovenej diagnózy alebo diagnóz. Ak sú testy bez patologického nálezu, pokračuje liečba metódami zobrazenými v špecializovanom hodnotení. Ženy s nekomplikovanou formou po zlyhaní základných postupov vyžadujú urodynamické vyšetrenie a zobrazovacie metódy dolných močových ciest (Švihra, 2012).

Základné hodnotenie inkontinencie moču u mužov

Inkontinencia moču u mužov seniorov sa člení podľa subjektívnych prejavov a anamnestických údajov na komplikovanú a nekomplikovanú.

Komplikovaná forma znamená, že inkontinencia moču sa vyskytuje súčasne s jedným alebo s viacerými komplikujúcimi faktormi. Medzi hlavné komplikujúce faktory patria bolesť, hematúria, recidivujúca infekcia močových ciest, podozrenie na subvezikálnu obštrukciu alebo jej potvrdenie, inkontinencia v dôsledku aktinoterapie alebo prostatektómie a stavy po panvových chirurgických zákrokoch. Komplikovaná forma je indikovaná na špecializované postupy.

Nekomplikovaná forma sa člení na postmikčné odkvapkávanie moču, únik moču počas fyzickej aktivity (stresová inkontinencia moču), únik moču počas urgencie (urgentná inkontinencia moču) a únik moču počas oboch dejov (zmiešaná inkontinencia moču). Anamnestické vyšetrenie hodnotí symptómy pomocou dotazníka a mikčného denníka. Laboratórne vyšetrenie hodnotí moč a u starších mužov, seniorov sa realizuje vyšetrenie prostatického špecifického antigénu (PSA).

Fyzikálne vyšetrenie je zamerané na zhodnotenie panvového dna, rekta a prostaty. Muži sú vyšetrení počas kašľa alebo kontrakcie brušnej steny aby sa identifikoval únik moču z uretry. Hodnotí sa kontraktilita panvového dna v pokoji a pri aktívnej kontrakcii (Švihra, 2012).

Špecializované hodnotenie inkontinencie moču u seniorov

Seniori s komplikovanou formou vyžadujú cytologické vyšetrenie moču, cystoskopiu a zobrazenie dolných a horných močových ciest a urodynamické vyšetrenie. Pri patologickom náleze sa lieči kauzálne podľa stanovenej diagnózy alebo aj iných, pridružených diagnóz.

Ak sú testy bez patologického nálezu, pokračuje liečba metódami zobrazenými v špecializovanom hodnotení.

Seniori s nekomplikovanou formou vyžadujú po zlyhaní základných postupov urodynamické a zobrazovacie vyšetrenia dolných močových ciest.

Vznikajú tak dve skupiny pacientov - seniorov : pacienti – seniori s postprostatektomickou (ISD) a pacienti – seniori s urgentnou inkontinenciou moču.

Urodynamické vyšetrenie odhalí subvezikálnu obštrukciu, intrinzičnú insuficienciu ureterálneho zvierača (ISD) pri stresovej forme a hyperaktivitu detruzora pri urgentnej forme inkontinencie moču (Švihra, 2012).

1.5.1 Základné vyšetrenie moču

V dnešnej dobe moderná laboratórna diagnostika zastáva dôležitú úlohu pri vyšetrovaní moču, či už pri vyšetrovaní močového sedimentu, alebo pri vyšetrovaní moču chemicky, ktoré býva taktiež súčasťou základného vyšetrenia moču. Moč získavame najčastejšie spontánnym močením (stredný prúd ranného moču), prípadne sterilným cievkovaním močového mechúra, menej punkciou močového mechúra.

U žien veľmi často dochádza k znečisteniu moču vaginálnym výtokom. Pri patologickom náleze v močovom sedimente je vhodné vyšetrovať stredný prúd moču, v prípade, že nachádzame sporné výsledky, je vhodné cievkovanie močového mechúra alebo jeho punkcia.

Stabilita vzorky moču

Výsledky vyšetrenia močového sedimentu sú do veľkej miery ovplyvnené správnym spôsobom odberu vzorky. Pri vyšetrovaní močového sedimentu treba **dodržiavať odber „le geartis“ a informovať o tom pred odberom aj pacientov.**

1. Je zaistený *nočný pokoj* pacienta.
2. Pred odberom je potrebná *hygienická očista* močovopohlavných orgánov.
3. Odoberá sa *stredný prúd ranného moču do čistej skúmavky*.
4. *Vzorka moču by mala byť spracovaná čo najskôr, ideálne do 2 hodín, maximálne do 4 hodín.*

Pokiaľ nie je možné spracovanie vzorky do uvedených intervalov, možno moč uchovávať bez podstatných zmien v chladničke pri 4 °C (najdlhšie však 24 hodín), aby nedošlo k rozpadu buniek a valcov a to najmä v hypotonickom a alkalickom moči.

Elementy vo vzorke moču v priebehu času podliehajú zmenám. Erytrocyty a leukocyty sa zničia, kým u epitelových buniek sa rozvinie obnažené bunkové jadro. Erytrocyty dokážu v alkalickom moči hemolyzovať. Pri uskladnení moču pri izbovej teplote sa rozmnožia baktérie a moč sa stane alkalickým. Následkom toho sa častice kryštálov v moči usadia alebo klesnú a podporia rozklad erytrocytov (Matysová, 2019).

V dôsledku zmeny pH moču v priebehu času sa stav elementov v moči môže meniť, preto pri analýze by sa mal použiť čo najčerstvejší moč.

Informačná hodnota vyšetrenia močového sedimentu a moču chemicky

Infekcia močových ciest (vysoké leukocyty a baktérie), mala by byť potvrdená kultiváciou moču a ďalej:

- dôkaz bielkovín v moči
- dôkaz glukózy v moči
- dôkaz krvi v moči
- vyšetrenie pH moču
- stanovenie hustoty moču
- dôkaz ketolátok, žltých farbív bilirubínu a urobilinogénu

- mikroskopické vyšetrenie močového sedimentu by malo byť indikované pri pozitívnom patologickom náleze pomocou diagnostických prúžkov (moč chemicky)
- nález plochých epitelíí pochádzajúcich z okolia ústia močovej trubice nález cystínových kryštálov má význam pre diagnostiku cystinúrie
- záplava kryštálov oxalátu vápenatého u pacienta v bezvedomí a pri ťažkej metabolickej acidóze neznámeho pôvodu poukazujú na možnosť otravy etylénglykolom
- kvasinky sa častejšie vyskytujú u diabetikov, u pacientov s poruchou imunity vrátane osôb liečených imunosupresívami
- pre vážne poškodenie obličiek svedčí nález guľatých epitelíí obličkových tubulov
- hodnotenie valcov (Matysová, 2019).

Sfarbenie moču môže byť ovplyvnené množstvom látok. Do biela sfarbuje moč hnis a fosfátové kryštály. Do ružova až červena sfarbuje moč erytrocyty, hemoglobín, myoglobín, porfyríny, lieky – napr. metronidazol a potraviny – napríklad cvikla. Oranžová až hnedá farba moču môže byť vyvolaná prítomnosťou bilirubínu, urobilínu, rebarbory, liekov – napr. rifampicínu. Modrozelená farba moču môže byť spôsobená prítomnosťou biliverdínu či infekciou moču pseudomonádami.

Medzi základné vyšetrenia moču patrí vyšetrenie moču chemicky (diagnostickými prúžkami) a močového sedimentu.

Moč chemicky

Analýza moču chemicky (kvalitatívne, príp. semikvantitatívne stanovenie) zahŕňa stanovenie pH moču, dôkaz bielkovín, glukózy, ketolátok, žlčových farbív bilirubínu a urobilinogénu a dôkaz krvi v moči. V prípade negatívneho výsledku znižuje použitie diagnostických prúžkov zbytočné požiadavky na mikroskopické hodnotenie. Diagnostické prúžky je vhodné používať aj v prípade, keď sa bunkové elementy rozpadnú vplyvom nízkej osmolality, či vysokého pH moču, pri dlhšom státi vzorky, alebo pri vyššej izbovej teplote.

Indikácia vyšetrenia močového sedimentu, moču chemicky

- prevencia/skríningové vyšetrenia
- pri klinickom podozrení na ochorenie močových ciest a obličiek
- pri pacientoch s nefrologickými a urologickými ochoreniami

Spôsoby realizácie močového sedimentu

Mikroskopia

Určenie priemerného počtu elementov v jednom zornom poli, prípadne počet elementov v 1 ml vzorky pri definovanom zväčšení mikroskopu a zahustení moču centrifugáciou.

Vyhodnotenie mikroskopického obrazu počítačom

Vzorka necentrifugovaného moču je vháňaná do planárnej kyvety. Častice prítomné v moči sú mnohonásobne snímané pomocou digitálnej kamery a ich snímky sú porovnávané na základe ich veľkosti, tvaru a štruktúry s databázou, ktorá je súčasťou softvéru prístroja (Matysová, 2019).

Prietoková cytometria

Prietoková cytometria (Flowcytometry) využíva pri stanovení laserovú analýzu elementov, ktoré sú označené fluorescenčnými farbivami a prietok častíc močového sedimentu stredom detekčnej komory a separáciu elementov – prietok po jednom elemente. Meria sa rozptyl svetla pod malým uhlom, tzv. forward scatter, ktorý je priamo úmerný veľkosti buniek a rozptyl svetla do veľkého uhla, tzv. sidescatter, ktorý poskytuje informácie o vnútornej štruktúre častíc. Za analytické spracovanie močového sedimentu a moču chemicky sú zodpovední v laboratóriách zaškolení laboranti, za klinickú validáciu týchto výsledkov je zodpovedný vysokoškolsky vzdelaný pracovník a v prípade potreby (nejasné výsledky, sporné výsledky, výsledky, ktoré nekorelujú s klinikou...) je vhodná telefonická konzultácia s týmto pracovníkom (Matysová, 2019).

Tab.3 *Interpretácia výsledkov moču chemicky (vyšetrovacie diagnostické príznaky)*

parameter	charakteristika	normálny nález	patológia
pH	• zmena v pH môže byť prejavom kompenzačnej činnosti obličiek pri poruchách ABR • pH môže byť ovplyvnené aj stravou: rastlinná potrava moč alkalizuje, živočíšna (mäso, tuky) acidifikuje	pH = 5 - 6	alkalické (↑) pH moču (infekcie, zápal moč. ciest, obličiek)
špecifická hmotnosť moču	• ide o stanovenie hustoty moču ako indikátora schopnosti obličiek koncentrovať moč	• normálne obličky dokážu koncentrovať moč v hodnotách od 1003 - 1035 kg/m³	↑ dlhé státie moču, dehydratácia, prítomnosť bielkovín, glukózy v moči ↓ ochorenie obličiek, diabetes insipidus, väčší príjem tekutín
glukóza	• pri prekročení glukózového prahu, t. j. 10 - 11 mM v krvi, prechádza glukóza aj do moču	glu = negat.	Diabetes mellitus (DM) • <u>príznaky DM</u>: únava, chudnutie, smäd, časté močenie
bielkoviny	• zdravým glomerulom prechádza do primárneho moču malé množstvo albumínu a mikroproteíny menšie ako albumín, tubulárne bunky albumín a mikroproteíny vylučujú, takže u zdravého človeka nepreukážeme v moči väčšie množstvo bielkovín ako 0,15 g/deň • silne alkalický moč môže dávať falošne pozitívne výsledky	• do 0,15g/deň (do 0,3 g/l)	• poškodenie obličiek, močové infekcie • <u>proteinúria</u>: • ľahká (do 0,5 g/deň) • stredná (0,5 - 4 g/deň) • ťažká (nad 4 g/deň) • <u>mikroalbuminúria</u> • <u>ortostatická proteinúria</u> (pozitívna v stojí) • <u>Bence - Jonesova bielkovina</u> (paraproteín v moči, nádory)
krv (Hgb)	• ide o <u>hemoglobín z erytrocytov</u> (erytrocytúria), alebo o <u>voľný hemoglobín</u> (hemoglobínúria) • hematúria (prítomnosť krvi v moči): • arteficiálna (simulant si pridáva krv do moču), • ponáhľavá (plávanie v studenej vode, veľká fyzická námaha), • prerenálna (intravaskulárna hemolýza, svalová trauma, anémia), • renálna (glomerulonefritída, nádor), • subrenálna (zápal, urolitiáza, nádor).	• Hgb do 10/μl	• Hgb nad 10/μl • zápaly, glomerulonefritída, trauma (úrazy), nádory • ak sú ery > 20/μl: vieme rozlíšiť, či ide o <u>izomorfné Ery</u> (normálny tvar Ery, problémy v dolnom močovom trakte) alebo <u>dysomorfné Ery</u> (deformovaný tvar Ery pri prechode glomerulom, problém v obličke)
ketóny	• tvoria sa v pečeni (acetón, kys. acetocetová)	negat.	• DM, hladovanie, vracanie, patologický metabolizmus tukov
bilirubín	• bilirubín - indikátor pečenej dysfunkcie • konj. bilirubín - indikátor biliárnej obštrukcie	negat., v moči zdravých ľudí sa nevyskytuje	• ochorenia pečene, obštrukcia žlčových ciest
urobilinogén	• vyjadruje množstvo bilirubínu v žlči	3,2 - 16 umol/l	• hepatopatie, hemolytický a hepatocelulárny ikterus, nadmerná hemolýza
nitrity	• väčšina baktérií redukuje nitráty na nitrity	negat.	• infekcia moč. ciest, prítomnosť bakteriúrie

Zdroj: <https://www.alphamedical.sk/casopis-invitro/vysetrenie-mocoveho-sedimentu>, 2019

Močový sediment

Močový sediment rozdeľujeme na orgánový a neorgánový.

Orgánový sediment obsahuje epitélie, leukocyty, erytrocyty, valce, fibrínové vlákna, tkanivové útržky, močové filamenty, sekréty prostaty a pohlavných žliaz, parazity, kvasinky, plesne.

Neorgánový sediment obsahuje hemoglobín, hemosiderín, bilirubín, cholesterol, tuky a mastné kyseliny, cystín, leucín, tyrozín, kryštály, liečivá.

Močové sedimenty dnes stanovujeme od roku 2013 **prietokovou cytometriou** na nových analyzátoroch UF 1000 od firmy Sysmex, ale len v alpha medicali.

V súčasnosti je prietoková cytometria v laboratórnej diagnostike najcitlivejšou dostupnou metódou na stanovenie močových sedimentov, to znamená, že touto metódou sme schopní zachytiť aj to, čo predchádzajúcou metódou nebolo možné.

Prietoková cytometria dokáže vyhodnotiť až 65 000 elementov v močovom sedimente, čo je mikroskopicky okom nemožné. Prietoková cytometria (Flowcytometry) využíva pri stanovení laserovú analýzu elementov, ktoré sú označené fluorescenčnou farbičkou a prietok častíc sedimentu stredom detekčnej komory a separáciu elementov – prietok po jednom elemente.

Najčastejším objektívnym nálezom pri vyšetrowaní močového sedimentu a moču chemicky býva mikroskopická hematúria, ktorú možno zachytiť u 68 – 97 % pacientov s nádorom močového mechúra. V populácii nachádzame mikroskopickú hematúriu u 2,5 – 4,3 % mužov a u 8,1 – 11 % žien. Keďže mikrohematúria sa vyskytuje intermitentne, vyšetrenie treba opakovať viackrát (Matysová, 2019)..

V nasledujúcej Tabuľke 4 je prehľadne zhrnutá interpretácia výsledkov močových sedimentov a informačná hodnota tohto vyšetrenia (Matysová, 2019).

Tab. 4 Interpretácia výsledkov močového sedimentu – prvá časť

parameter	charakteristika	normálny nález	patológia
erythrocyty	• ide o <u>hemoglobín z erythrocytov</u> (erythrocytúria), alebo o <u>voľný hemoglobín</u> (hemoglobinúria) • hematúria (prítomnosť krvi v moči): • arteficiálna (simulant si pridáva krv do moču) • ponáhľavá (plávanie v studenej vode, veľká fyzická námaha) • prerennálna (intravaskulárna hemolýza, svalová trauma, anémia) • renálna (glomerulonefritída, nádor) • subrenálna (zápal, urolitiáza, nádor)	• RH, ženy: do 22,7/μl, muži do 13,6/μl	• Hgb nad 10/μl • zápaly, glomerulonefritída, trauma (úrazy), nádory • ak sú ery > 20/μl: vieme rozlíšiť, či ide o <u>izomorfné Ery</u> (normálny tvar Ery, problémy v dolnom močovom trakte) alebo <u>dysmorfne Ery</u> (deformovaný tvar Ery pri prechode glomerulom, problém v obličke)
leukocyty	• menšie guľaté bunky • najčastejšie sa vyskytujú neutrofilné granulocyty, lymfocyty, makrofágy	• RH, ženy: do 16,9/μl, muži: do 13,2/μl	• pri vysokom počte leukocytov → kalný moč, bakteriálny zápal močových ciest, obličiek • pri opakovaných zápaloch môže ísť o močový kameň
valce	• ide o odliatky tubulov • sú vždy renálneho pôvodu • ich tvorba je dlhodobá	• RH, do 5/μl • Hyalínne valce - treba overiť pitný režim pacienta, nemusí ísť o patológiu, pri nedostatočnom pitnom režime dochádza v glomerule k zahusťovaniu moču, dehydratácia, horúčka	• Epitelové valce, hrubogranulované valce, jemne zrnité valce, voskové valce (patológia) • vyšší počet hyalinných valcov (väčšinou aj vysoké leu) • erythrocytárne valce • leukocytyárne valce • voskové valce • granulované valce (aj v moči otužilcov) • patologické valce: RH do 1,5/μl

Zdroj: <https://www.alphamedical.sk/casopis-invito/vysetrenie-mocoveho-sedimentu>, 2019

Tab. 5 Interpretácia výsledkov močového sedimentu – druhá časť

parameter	charakteristika	normálny nález	patológia
kryštály	- v kyslom až neutrálnom moči: uráty - v zásaditom moči: amorfne fosforečnany - vegetariánska strava: oxalátové kryštály - mäsitá strava: - kryštály kys. močovej	- RH: do 30/μl - nález rôznych kryštálov v močovom sedimente je bežný (okrem kryštálov cystínu, leucínu, cholesterolu a pod.)	Ak je u pacienta záplava kryštálov, odporúča sa nariadiť pravidelný pitný režim, zistiť, či sa pacient nestravuje jednostranne, s časovým odstupom vykonať kontrolný odber. patológia: otrava etylénglykolom (šťavelan vápenatý), infekcie močových ciest (fosforečnan horečnato – amónny), dna (kyselina močová)
baktérie	malé kokovité, alebo tyčinkovité útvary	- RH, ženy: do 26,4/μl, muži: do 26,4/μl - vysoký počet baktérií môže indikovať aj prítomnosť saprofytov (normálnu bakteriálnu flóru, ktorá nepôsobí škodlivo), Leu sú v tomto prípade ok	- často vysoký počet baktérií súvisí s nesprávnym odberom vzorky moču, kde sú baktérie schopné za pomerne krátky čas namnožiť sa do vysokých hodnôt (dlhé státie moču). - väčšinou až pri stovkových hodnotách baktérií stanovených prietokovou cytometriou a súčasne vysokým počtom leukocytov ide o zápalové ochorenie močových ciest.
ploché epitélie	- epitélie sú odlúpnuté bunky z epitelovej výstelky močových ciest - vysoký počet plochých epitelíí stanovených v močovom sedimente je najčastejšie dôsledkom nedostatočnej alebo žiadnej hygieny pred odberom vzorky	- RH: ženy do 39,6/μl, muži do 5,2/μl - prítomnosť plochých epitelíí je fyziologickým nálezom, nemajú diagnostický význam	
malé guľaté epitélie	- označujú sa aj ako bunky prechodného epitelu - môžu mať rôznu veľkosť, centrálné uložené jadro v strede	- RH: do 10/μl - nález 1 – 3 guľatých epitelíí → OK	patológia je, ak máme veľký počet malých guľatých epitelíí alebo záplavu: zápal močových ciest renálne tubulárne epitélie (aj nález jednej takejto epitelie sa považuje za patológiu, závažné poškodenie obličiek, či už toxické, ischemické, alebo zápalové)
hlienové vlákna		- RH: do 5/μl - fyziologický nález	
kvasinky	- kvasinky v močovom sedimente patria k druhu <i>Candida albicans</i> - u mužov môžu kolonizovať močový mechúr a močovú trubicu, u žien môžu pochádzať z oblasti genitálu	- RH: do 1/μl - pri dlhšom státi moču nastáva kyslé kvasenie	rast kvasiniek v močových cestách je väčšinou známkou nedostatočnej slizničnej imunity, napr. pri kortikoidnej liečbe, u imunodeficitov, pri DM, po aplikácii ATB
spermie	charakteristický vzhľad	- RH: do 1/μl - v moči mužov - v ženskom moči po pohlavnom styku	- patológia pri ochoreniach mužských pohlavných orgánov - pozor na prítomnosť spermií pri malých dievčatách (overiť odberovú nádobu)
trichomonády	- majú kruhovitý, alebo oválny tvar s bičikmi - vyznačujú sa nepravidelným pohybom		ich nález je pri súčasne prebiehajúcich zápaloch pošvy

Zdroj: <https://www.alphamedical.sk/casopis-invitro/vysetrenie-mocoveho-sedimentu>, 2019

1.5.2 Ošetrovateľské diagnózy u seniorov s inkontinenciou moču

V súvislosti s kvalitným pozorovaním pri ošetrovaní pacienta v urológii je možné všeobecne identifikovať tieto ošetrovateľské diagnózy s použitím klasifikačného systému NANDA International Taxonomia II 2018 – 2020

2. Doména Výživa

Trieda príjem potravy

00002 Nedostatočná výživa

Trieda hydratácia

00027 Deficit telesných tekutín

00026 Zvýšený objem telesných tekutín

00028 Riziko deficitu telesných tekutín

00025 Riziko nevyváženého objemu telesných tekutín

00160 Snaha zlepšiť bilanciu tekutín

00195 Riziko nerovnováhy elektrolytov

3. Doména Vylučovanie

Trieda Funkcia močového systému

00016 Zhoršené vylučovanie moču

00021 Úplná inkontinencia moču

00023 Retencia moču

00020 Funkčná inkontinencia moču

00017 Stresová inkontinencia moču

00018 Reflexná inkontinencia moču

00019 Urgentná inkontinencia moču

00022 Riziko urgentnej inkontinencie moču

00166 Snaha zlepšiť vyprázdňovanie moču

4. Doména Aktivita / odpočinok

Trieda sebaopatera

00109 Deficit sebaopatery pri obliekaní
00108 Deficit sebaopatery pri kúpaní a hygiene
00110 Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní

Trieda spánok a odpočinok

00198 Narušený vzorec spánku

Trieda rovnováha energie

00093 Únava

6. Doména Seba percepčia

Trieda vnímanie seba samého

00124 Beznádej

00174 Riziko oslabenia ľudskej dôstojnosti

Trieda sebaúcta

00153 Riziko situačne zníženej sebaúcty

00120 Situačne znížená sebaúcta

Trieda obraz tela

00118 Narušený obraz tela

7. Doména Vzťahy medzi rolami

Trieda roly opatrovateľov

00061 Zátťaž v roli opatrovateľa

00062 Riziko zátáže v roli opatrovateľa

Trieda rodinné vzťahy

00058 Riziko narušenia vzťahu

00063 Dysfunkčné procesy v rodine

Trieda plnenie rolí

00223 Neefektívny vzťah

00207 Snaha zlepšiť vzťah

00229 Riziko neefektívneho vzťahu

00055 Neefektívne plnenie rolí

00052 Zhoršenie sociálnej interakcie

8. Doména Sexualita

Trieda sexuálna funkcia

00059 Sexuálna dysfunkcia

00065 Neefektívny vzorec sexuality

9. Doména Zvládanie / tolerancia záťaže

Trieda reakcia na zvládanie záťaže

00146 Úzkosť

0069 Neefektívne zvládanie záťaže

00137 Chronický zármutok

11. Doména Bezpečnosť a ochrana

Trieda infekcia

00004 Riziko infekcie

00035 Riziko poškodenia

00046 Narušená integrita kože

12. Doména Komfort

Trieda telesný komfort

00214 Zhoršený komfort

00183 Snaha zlepšiť komfort

Trieda sociálny komfort

00053 Sociálna izolácia (International NANDA, 2020).

1.6 Prevencia močovej inkontinencie

Tak ako každému ochoreniu a symptómu možno predchádzať, tak aj v prípade močovej inkontinencie tomu nie je inak. Prevencia je neoddeliteľnou súčasťou úlohy sestier v edukačnom procese a výchove pacienta k podpore zdravia, respektíve k prinavráteniu zdravia. Problematika močovej inkontinencie by mala byť povedomá či známa u všetkých seniorov, nielen u tých, ktorí daným problémom trpia.

Včasnými preventívnymi opatreniami sa dá predísť nielen samotnému vzniku močovej inkontinencie u seniorov, ale aj zabráneniu rozvoja komplikácií a ich následkov.

Primárna prevencia. Medzi základné preventívne opatrenia patria pravidelné návštevy praktického lekára a špecialistov z odborov urológie a gynekológie. V mnohých prípadoch možno močovej inkontinencii zabrániť dodržiavaním patričných zásad, tj. príjem dostatočného množstva tekutín, dodržiavanie diétnych návykov, fyzickej aktivity, vhodných hygienických a toaletných návykov (pravidelné vyprázdňovanie), dodržiavanie zdravého životného štýlu, včasná terapia a kompenzácia iných akútnych i chronických ochorení (Drabáková, 2015).

Sekundárna prevencia sa zameriava svojimi opatreniami na seniorov s inkontinenciou moču, u ktorých sa už tento problém vyskytol. Cieľom je včasné rozpoznanie (odhalenie) inkontinencie moču a zamedzenie jej rozvoja (obmedzením rizikových faktorov).

Vhodným opatrením a dodržiavaním liečby je možné zvýšiť pravdepodobnosť uzdravenia seniora. Medzi zásady v oblasti sekundárnej prevencie spadajú všetky opatrenia spomínané v terapii močovej inkontinencie (návrik močenia, obmedzenie rizikových faktorov, úprava prostredia, behaviorálne postupy, farmakoterapia) (Staňková, 2006).

Terciálna a kvartérna prevencia, tu sa najviac uplatňuje psychologický prístup k seniorovi s inkontinenciou moču a jeho rodine. Ide o súhrn opatrení, ktoré sa snažia zabrániť vzniku komplikácií už jasne diagnostikovaného a liečeného ochorenia. Cieľom je zabránenie progresie ochorenia akým je inkontinencia moču. V oblasti močovej inkontinencie sa jedná predovšetkým o dodržiavanie liečebných postupov, rehabilitačnú terapiu a edukačnú činnosť. Ďalej je terciárna a kvartérna prevencia situovaná u seniorov s inkontinenciou moču, ktorí nemôžu byť úplne vyliečení.

Znižuje utrpenie, bolesť a snaží sa zabrániť vzniku ďalších komplikácií spojených s ochorením. Podporuje nastavenú terapiu a zmierňuje prejavy disability (znemožnenie fyzických, psychických a sociálnych činností z dôvodu ochorenia) (Dvořáčková, 2012).

Ošetrovateľská starostlivosť u seniorov s močovou inkontinenciou by mala byť chápaná holisticky a s ohľadom na individuálne rozdiely seniorov. Farmakologická a chirurgická terapia nemusí byť vždy úspešná. Z toho dôvodu je vhodné sa zamerať na to, aké následky môžu byť s močovou inkontinenciou spojené a pomocou správnej ošetrovateľskej starostlivosti týmto následkom predchádzať, alebo aspoň zmierniť ich nepriaznivý vplyv.

Medzi základné ošetrovateľské intervencie u seniora s močovou inkontinenciou patria:

- posúdenie príčin a faktorov, ktoré prispievajú k močovej inkontinencii u seniorov;
- kontrola bilancia tekutín seniorov;
- informovať seniora s močovou inkontinenciou o príjme tekutín v menších dávkach, minimálne však 2000 ml / 24 hodín
- informovať seniora s močovou inkontinenciou, aby 3 hodiny pred spaním vylúčil tekutiny;
- informovať seniora s močovou inkontinenciou o nevhodných tekutinách (alkohol, káva, sýtené nápoje oxidom uhličitým);
- kontrola frekvencia močenia u seniora s močovou inkontinenciou (Pokorná, 2013),
- nacvičiť rytmus pravidelného močenia u seniora s močovou inkontinenciou po 2 hodinách a postupne predlžovať intervaly medzi močením na 3 - 4 hodiny;
- kontrola vzhľadu moču u seniora s močovou inkontinenciou (infekcia močových ciest, hematuria, bakteriúria);
- starostlivosť a úprava prostredia, v ktorom sa senior s močovou inkontinenciou nachádza (dostupnosť WC, dostatočné osvetlenie);
- dodržiavanie lekárom stanoveného liečebného režimu u seniora s močovou inkontinenciou (napr. pravidelné užívanie liekov);
- zabezpečenie vhodných inkontinenčných pomôcok u seniora s močovou inkontinenciou
- zabezpečiť výmenu absorpčných inkontinenčných pomôcok u seniora s močovou inkontinenciou
- starostlivosť o kožu u seniora s močovou inkontinenciou;
- kontrola dostatočnej hygieny u seniora s močovou inkontinenciou (celého tela, po toalete hygiena rúk);
- rehabilitácia a mobilizácia seniora s močovou inkontinenciou (starostlivosť o seba samého, vhodné aktivity);
- naučiť seniora s močovou inkontinenciou cviky na posilnenie panvového dna;
- naučiť seniora s močovou inkontinenciou aktívne používať brušný lis (metóda dvojitého močenie);
- komunikácia so u seniorom s močovou inkontinenciou o problematike;
- dbať na citlivý a empatický prístup k seniorovi s močovou inkontinenciou;
- edukácia seniora s močovou inkontinenciou a jeho rodiny;
- psychická podpora seniora s močovou inkontinenciou;
- zabezpečiť spoluprácu so sociálnou pracovníčkou, fyzioterapeutom, prípadne psychológom;
- naučiť seniora s močovou inkontinenciou uviesť mikčnú denník;

- u hospitalizovaných seniorov s močovou inkontinenciou vypracovať ošetrovateľský proces (anamnéza, ošetrovateľská diagnostika, plánovanie, realizácia a hodnotenie);
- v prípade zavedeného permanentného močového katétra u seniora s močovou inkontinenciou zabezpečiť pravidelnú výmenu a kontrolu močového katétra (infekcia, nepriechodnosť) (Topinková, 2010).

Starostlivosť o kožu inkontinentných seniorov

Inkontinencia moču neobťažuje seniora s močovou inkontinenciou len samotným únikom moču, ale nesie zo sebou ale nepríjemné komplikácie (jednou z komplikácií sú aj kožné problémy).

Zdravá ľudská pokožka plní dôležitú ochrannú funkciu. Tak ako starne naše telo starne aj koža a jej ochranná úloha sa oslabuje, čoho dôsledkom sa stáva sa náchylnou k poškodeniu.

S pribúdajúcim vekom dochádza k mnohým zmenám i v oblasti vlastností kože i k zmenám pri jej regenerácii. Pokožka seniora je preto veľmi náchylná k poškodeniu pri kontakte s močom alebo stolicou, ale aj použitím nevhodných, nevyhovujúcich hygienických pomôcok alebo prostriedkov. Na koži sa môžu preto objaviť rôzne alergické reakcie, zápalové ekzémy, baktériové alebo plesňové infekcie, ktorých následkom môže byť svrbenie a pálenie.

Pri dlhodobom pôsobení vlhkosti má koža sklon k macerácii a k trhlinám, povrchovým defektom, ktorá je následne vstupnou bránou pre infekcie a s ňou spojené komplikácie.

Preto mnohým seniorom inkontinencia narušuje a ovplyvňuje kvalitu ich osobného a spoločenského, každodenného života (v podobe bolestí, nosení inkontinenčných pomôcok, častému chodeniu na toaletu alebo v neposlednom rade pre nepríjemný zápach).

Problémy spojené s inkontinenciou moču tak negatívne ovplyvňujú kvalitu života seniorov s močovou inkontinenciou a tieto problémy sú spojené i s vyššími nárokmi na starostlivosť a ošetrovanie seniora s močovou inkontinenciou.

Ku každému problému, ktorý je spojený s únikom moču musíme pristupovať individuálne a brať ohľad na potreby, názory, postoje a postrehy seniora. Pri starostlivosti o seniora, ktorého trápí inkontinencia moču, musíme si najprv získať jeho dôveru a nadviazať profesionálny vzťah, pretože len tak sa dostaneme k jadrú problému a k skutočným obavám a potrebám seniora.

Pri výbere hygienických pomôcok ako sú rôzne podložky, vložky, plienky, kozmetika a mnoho iných sa snažíme vybrať také aby vyhovovali nárokom seniora s močovou

inkontinenciou.(Sochorová, 2008) Pre seniora s močovou inkontinenciou je najlepšie to ak sú pomôcky jednoduché k obsluhu a manipulácií, aby sme udržali sebestačnosť a nezávislosť seniora s močovou inkontinenciou. Vždy si musíme stanoviť, čo je naším hlavným cieľom. Pri starostlivosti o pokožku seniora je najdôležitejšie zachovať jej integritu a to vyžaduje intenzívnu starostlivosť.

Podráždenia a preležaniny

Stály kontakt kože s močom, zvýšenou teplotou vo vnútri plienky a dlhodobu nezmenenú polohu môžu rýchlo viesť k podráždeniu pokožky seniora s močovou inkontinenciou.

Prejavy podráždenia

U seniorov močovou inkontinenciou a s obmedzenou pohyblivosťou, ležiacich seniorov s močovou inkontinenciou, zvlášť u seniorov s močovou inkontinenciou, ktorí používajú plienky, **by mala byť koža pod stálym pozorovaním**, pretože jej podráždenia môžu viesť k nebezpečným zmenám – **zapareniu a preležaninám**.

Tab. 6 Zaparenina vs. preležanina

Zaparenina	Preležanina
Zaparenia vznikajú, keď sa niečo trie o kožu, alebo ak sa záhyby kože o seba dlhšiu dobu opierajú. k sebe po dlhú dobu, spôsobuje nepríjemný stav pleti. Zvýšená teplota, vlhko (moč, pot) a slabý prístup vzduchu urýchlujú vznik zaparenia.	Je to poškodenie kože, ktorému predchádza začervenanie – je to dôsledok dlhodobého tlaku na kožu. Preležanina môže vzniknúť na všetkých vrstvách kože.

Zdroj: Sochorová, 2008

Na čo treba pamätať?

- **Správna starostlivosť o kožu** a potreba zachovania základných zásad hygieny u seniorov s močovou inkontinenciou.

- **Používanie savých výrobkov**, ktoré sú „priedušné“, prepúšťajú vzduch, dovoľujú koži voľne dýchať, čo znižuje riziko vzniku podráždenia u seniorov s močovou inkontinenciou.
- **Treba nosiť vzdušnú bielizeň** a oblečenie z prírodných materiálov, ktoré umožňuje voľný pohyb vzduchu – obmedzuje potenie kože a redukuje riziko podráždenia u seniorov s močovou inkontinenciou.
- **Netreba ignorovať prejavy akýchkoľvek prejavov podráždenia** – v krátkom čase sa môžu zmeniť na bolestivé kožné zmeny, ktoré sa ťažko liečia u seniorov s močovou inkontinenciou.

Zásady starostlivosti o kožu u seniora s močovou inkontinenciou.

- dbáme aby koža seniora s močovou inkontinenciou nebola vystavená nadmernej a dlhodobej vlhkosti alebo naopak nevysychala;
- oblasť genitálií a jej okolie u seniora s močovou inkontinenciou dôkladne umývať a osušiť do sucha;
- zvoliť správne, nedráždivé ošetrojúce prípravky v starostlivosti o seniora s močovou inkontinenciou;
- hygienické pomôcky prispôbiť nárokom seniora s močovou inkontinenciou.,
- používať vhodnú a vždy suchú, osobnú a posteľnú bielizeň u seniora s močovou inkontinenciou.

Pri výbere hygienických pomôcok dbáme na to aby všetky:

- pomôcky boli neparfumované;
 - mali vyhovujúcu zbernú kapacitu;
 - boli vzdušné a dobre prilievajú;
- a aby eliminovali nepríjemný zápach.

Desatoro pravidiel prevencie inkontinencie

1. Dbajte na správnu životosprávu u seniora.

Jedným z kľúčových rizikových faktorov, ktorý ovplyvňuje vznik inkontinencie, je životospráva. Ľudia s nadváhou či obezitou trpia viac inkontinenciou ako zvyšok populácie.

Podľa vedeckých štúdií sa stresová inkontinencia u obéznych žien vyskytuje 4,2-krát častejšie a urgentná inkontinencia 2,2-krát častejšie ako u žien s normálnou hmotnosťou. Je tiež dokázané, že ak človek s nadváhou dokáže znížiť svoju hmotnosť o 5 až 10 percent, počet inkontinenčných epizód sa zníži minimálne o 70 percent (Roztočil, Bartoš, 2011) .

Dôležitá je aj skladba stravy. Na znižovanie rizika inkontinencie pomáha príjem zvýšeného množstva vlákniny. Tú obsahujú celozrnné potraviny (napr. hnedá ryža, celozrnné cestoviny), strukoviny (napr. šošovica, fazuľa), ovocie a zelenina. Ideálom je príjem 30 až 60 gramov vlákniny denne.

2. Nefajčite

Fajčenie vyvoláva chronický kašeľ. Ten oslabuje panvové dno a prispieva k vzniku močovej inkontinencie. U žien, ktoré fajčia, sa inkontinencia vyskytuje 2,3-krát častejšie ako u žien nefajčiarok. Nórska štúdia na vzorke takmer 28-tisíc žien zistila, že tie ženy, ktoré fajčili viac ako dvadsať cigariet denne, mali štatisticky vysoké riziko močovej inkontinencie. Preto je v rámci prevencie vhodné prestať fajčiť úplne (DH&HS, 2015).

3. Pite dostatok tekutín

Niektorí ľudia majú pocit, že na odstránenie inkontinencie by mali obmedziť pravidelný pitný režim. **Opak je však pravdou.** Jediným výsledkom zníženia príjmu tekutín totiž býva vyššia koncentrácia moču, ktorá iba viac dráždi močový mechúr. Dôležitý je preto príjem dostatočného množstva tekutín a treba si dávať pozor na dehydratáciu. Piť treba aj vtedy, keď človek nepocituje aktívne smäd. Za deň by mal človek vypíť celkovo dva litre tekutín, teda 6 až 8 pohárov vody, a v prípade horúčav ešte viac.

4. Dávajte si pozor na kávu a alkohol

Inkontinenciu ovplyvňuje aj zloženie prijímaných tekutín. Senior by sa mal vyvarovať najmä vysokej konzumácii kofeínu, alkoholu, ale aj sýtených nápojov. Práve tieto typy tekutín totiž spôsobujú podráždenie močového mechúra.

Naopak, tekutiny, ktorých príjem môžete zvyšovať, sú ovocné šťavy, čaje, nesýtené vody, slabé kávy, mlieko a polievky.

5. Pozor na stres a psychické problémy

Je dokázané prepojenie medzi inkontinenciou moču a psychickými poruchami, najmä depresiou a sebaopoškodzovaním. Čím horšia je inkontinencia, tým väčšie je riziko depresie, najmä medzi ženami.

Podľa odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) bude depresia do roku 2020 druhou najčastejšou príčinou invalidity pre všetky vekové kategórie, rovnako pre mužov aj ženy. Predpokladá sa, že následkom tejto situácie bude aj zvýšený počet ľudí s inkontinenciou (Kopp, et al., 2019). Jedným zo spúšťačov močovej inkontinencie je aj stres. Pri akýchkoľvek náznakoch problémov je preto dobré konzultovať v prvom kroku psychológa, prípadne aj psychiatra.

6. Bud'te aktívny, ale s mierou

Pravidelná, ale nie príliš náročná aktivita prispieva k prevencii zápchy, a teda aj močovej inkontinencie. Okrem posilňovania svalstva panvového dna je vhodná aj chôdza, ideálne aspoň 30 minút denne (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda et al., 2004). Vhodné sú aj aktivity ako joga alebo plávanie. Dôležité je, aby aktivity boli primerané a nie príliš zaťažujúce.

7. Cvičte doma, aj kým čakáte na autobus

Pravidelné cvičenie a posilňovanie svalov panvového dna pozostáva z jednoduchých cvikov, ktoré každý zvládne aj doma alebo kdekoľvek sa práve nachádza. Základom je vedieť „zať“ svaly panvového dna. **Ktoré to sú, najlepšie zistíte, keď sa na toalete pokúsíte zastaviť prúd moču.** Svaly, ktoré pritom zapojíte, sú presne tie, na ktoré sa treba zamerať. Najprv svaly zatnite a vydržte tak zhruba dve sekundy. Pri ich stiahnutí by ste mali cítiť mierny pohyb smerom do brucha. Čas postupne predlžujte na desať sekúnd a rovnaký čas vždy oddychujte medzi jednotlivými cvikmi. Cvik opakujte vždy desaťkrát. Popri týchto cvikoch skúšajte zatínať svaly aj vo chvíľach ako je smiech, kašeľ alebo zdvíhanie ťažších vecí (Jahnátková, 2004).

Vďaka takýmto cvičeniam nielen posilníte svaly, ale získate aj ich stabilitu a lepšie držanie tela. Bonusom je tiež zlepšenie kvality sexuálneho života, na ktorý majú tieto cviky dokázaný vplyv.

8. Buďte obozretný osobitne pri nadmernej fyzickej námahe

Kontinuálna námaha, napríklad pri športoch ako gymnastika, kulturistika, basketbal či bojové športy, je tiež považovaná za rizikový faktor pre vznik inkontinencie. Spúšťačom môže byť aj nadmerná fyzická námaha pri práci, napríklad vplyvom zdvíhania ťažkých predmetov. Dokázaný je aj zvýšený výskyt inkontinencie medzi profesiami ako učiteľka alebo vojačka, keďže pri týchto povolaniach nie je často možné dodržiavať pravidelné toaletné návyky.

9. Dbajte na pravidelné vyprázdňovanie

Správne hygienické a toaletné návyky pomáhajú predchádzať nielen močovej inkontinencii, ale aj ďalším ochoreniam. Základným pravidlom je močenie iba vtedy, keď má človek plný močový mechúr. Moč by sa mal nechať prúdiť samovoľne, vlastnou rýchlosťou, teda bez použitia brušného lisu, na vytlačenie moču. Pri návšteve toalety je tiež dôležitá pravidelnosť, aby sa celkovo upravilo vyprázdňovanie vrátane stolice.

Na vyprázdnenie treba udržiavať dostatočný časový horizont, teda pokojový režim, a dohliadať na správne držanie tela: lakte by mali byť opreté o kolená a nohy by ideálne mali byť na stoličke.

10. Ak máte akútne či chronické ochorenie, nehanbite sa začať terapiu včas

Vznik inkontinencie moču aj podnecujú časté a opakované infekcie močových ciest. Ak sa tieto infekcie neliečia včas, dochádza k podráždeniu sliznice močových ciest a následne k vzniku inkontinencie.

Inkontinenciu podnecujú aj ďalšie chronické ochorenia napríklad ako cukrovka či astma. Dôležité je začať tieto ochorenia liečiť včas. Práve neskoro kompenzované ochorenia totiž môžu viesť k vzniku močových infekcií a následnej inkontinencie (DH&HS, 2015).

1.7 Terapia močovej inkontinencie

Tab. 7 *Terapia močovej inkontinencie (UI)*

Terapia močovej inkontinencie(UI)	
KONZERVATÍVNA	CHIRURGICKÁ
Dodržanie režimu	Zvýšenie efektivity uzavieracieho mechanizmu
Behaviorálna liečba	Aplikácia heterológnych materiálov
Rehabilitácia (cvičenie)	Umelé zvierače
Farmakoterapia (lieky)	TVT páska
Elektrostimulácia	
Laser	
Pomôcky (zberné, obštrukčné, savé)	
Pesar	

Zdroj: Marenčák, 2019

Základnou podmienkou pre úspešnú liečbu močovej inkontinencie je nielen presná diagnostika, ale aj vhodne zvolená terapia. Správne stanovená terapia predstavuje veľký vplyv na kvalitu života seniora.

Prvotnou snahou je inkontinenciu moču liečiť konzervatívne a až pri zlyhaní využiť invazívnu terapiu (Plevová, et al., 2012). **Úvodná liečba inkontinencie močovej pozostáva vždy z režimových opatrení.**

To platí u všetkých typov inkontinencie zhodne.

Jednoduché behaviorálne opatrenia v začiatku ochorenia môžu výrazne prispieť k zlepšeniu zdravotného stavu seniora s inkontinenciou.

Liečbu delíme do 3 skupín:

- režimová, čiže behaviorálna
- farmakologická
- chirurgická

Všeobecne prvou voľbou by mala byť taká liečba, ktorá bude najmenej invazívna a bude mať najmenšie vedľajšie účinky.

Režimová, behaviorálna terapia inkontinencie moču zahŕňa režimové techniky, ktoré znižujú frekvenciu inkontinencie moču a nemajú nežiaduce účinky.

Patrí tu napríklad:

- **ovplyvnenie hygienických zvyklostí:** tréning močenia a naplánovanie toaletných zvykov u seniorov s močovou inkontinenciou
- **tréning močového mechúra (bladder drill):** zadržiavanie moču pri častej mikcii vedie k zvýšeniu objemu močového mechúra a inhibícii kontrakcie zvierača.
- **redukcia hmotnosti** u seniorov s močovou inkontinenciou
- **obmedzenie neprimeranej aktivity**, ako napríklad zdvíhanie ťažkých bremien u seniorov s močovou inkontinenciou
- **diétne opatrenia** v zmysle minimalizácie príjmu močopudných tekutín, obmedzenie ostrých a korenistých jedál, absencia alkoholu a tabaku (Hanuš, 2011).
- **Kegelove cviky** sú zamerané na cielené posilňovanie svalov panvového dna. Je určené hlavne ženám pri stresovej inkontinencii moču. *„Cvičenie je založené na individuálnom prístupe primerane vzdelaniu a temperamentu ženy,“* (Jahnátková, 2004).

Cvičenie prebieha v 4 fázach: vizualizácia, relaxácia, izolácia a vlastné posilňovanie.

„Silové cvičenia panvového dna ukázali pri stresovej forme urinárnej inkontinencie veľmi dobré výsledky. Štúdie potvrdili, že cvičenie je efektívnejšie ako žiadne cvičenie, že podiel vyličených sa pohybuje od 44 do 70%,“ (Žiaková, 2006).

- **cvičenie vaginálnymi kónusmi**, či inými predmetmi umiestnenými v pošve
- **elektrostimulácia:** ide o nepriame dráždenie nervosvalových štruktúr panvového dna, svalov močového mechúra a močovej trubice pomocou sondy (Hanuš, et al., 2011).

Ďalším dôležitým krokom diagnostikovanej močovej inkontinencii je **úprava prirodzeného okolia**. Je dôležité zvážiť usporiadanie obytného priestoru seniora s močovou inkontinenciou. Prihliada sa predovšetkým na úsek, ktorý musí senior s močovou inkontinenciou absolvovať pri ceste na toaletu. Je vhodné upraviť dĺžku trasy na kratšiu vzdialenosť, zabezpečiť plné

osvetlenie, odstrániť prebytočné prekážky (kvety, botník, koberčeky a pod.) a vybaviť cestu úchytnými plochami (napr. madlami). Tiež toaleta by mala spĺňať určité podmienky na uľahčenie mikcie, tj. dostatočné rozmery miestnosti s WC, vybavenie opornými madlami a bezbariérový prístup. Senior s močovou inkontinenciou a s poruchou hybnosti by mal mať ľahko dosiahnuteľné pomôcky uľahčujúce mobilitu (palice, chodítko).

Ak senior s močovou inkontinenciou nie je schopný dôjsť na toaletu bez pomoci, je nutné zabezpečiť náhradné riešenie - toaletné kreslo, podložnú misu, močovú fľašu. Senior s močovou inkontinenciou by sa mal obliekať do odevu, ktorý umožňuje rýchle odstrojenie, vyzlečenie. Ak sa nedosiahne eliminácia močovej inkontinencie vyššie uvedenými behaviorálnymi postupmi a úpravou vonkajšieho prostredia, potom je nutné pristúpiť k ďalšej terapii. Táto sa odvíja od konkrétneho typu močovej inkontinencie (O'Connor, 2005).

Liečba sa odvíja od jednotlivých typov močovej inkontinencie a spočíva v dodržiavaní špecifických zásad:

Pri stresovej inkontinencii

Je dôležitá je zmena a úprava pracovného režimu, úprava pohybových aktivít, gymnastika svalov panvového dna podľa odporúčania lekára (Kegelove cviky), užívanie špeciálnych pomôcok - vaginálne konusy, závažia - k posilneniu účinkov fyzioterapia. Ďalej možno využiť biofeedback (kontrakcie či relaxácie svalov pomocou špeciálneho prístroja).

Pri urgentnej inkontinencii

Dôležitá je tiež úprava pitného režimu a dodržiavanie močového režimu pomocou kontroly mikčného denníka. Poučenie a nácvik frekvencie močenia pomocou vôľovej kontroly a kontrakcií svalov panvového dna. Bladderdrill - nácvik zvyšovania kapacity močového mechúra. Tiež je dôležitá dôsledná liečba a prevencia zápalových ochorení dolných močových ciest.

Ostatné typy všeobecnej liečby inkontinencie spočívajú v kombinácii vyššie opísaných zásad a sú zaradené v starostlivosti špecialistov (Pokorná, 2013).

Do cielenej terapie spadá **liečba farmakologická a chirurgická**.

Voľba terapeutickkej metódy sa odvíja od individuality seniora a typu močovej inkontinencie. Farmakoterapia je pri inkontinencii veľmi obsiahla. Pri jej použití dochádza k zmierneniu ťažkostí. Je vhodná u seniorov na začiatku močovej inkontinencie a u seniorov s veľkou

komorbiditou (súčasný výskyt viacerých chorôb). U seniorov sa využíva oveľa častejšie než chirurgická liečba. Tá nastupuje až po definitívnom zlyhaní možných variantov liekovej medikácie.

Podľa autorky Romžovej farmakoterapia zahŕňa viac druhov liečiv, rôzne účinných, s rozličným poľom pôsobenia a inými nežiaducimi účinkami. Najčastejšie užívanými preparátmi sú **anticholinergiká**.

Účinné sú tiež antidepresíva a hormóny.

Celková úspešnosť medikamentózneho terapie sa pohybuje medzi 68 - 80%. Romžová ďalej predstavuje široké spektrum liečiv, s popisom žiadúcich aj nežiadúcich účinkov (Romžová, et al., 2011).

Uvedieme zoznam niektorých základných prípravkov:

Anticholinergiká (napr. Spasmed, Uraplex, Vesicare, Asolfena, Solifenacin, Zabcare, atď.).

Lieky so zmiešaným účinkom (napr. Oxybutynín - Uroxal, propiverin - Mictonorm ®. atď.).

Hormóny (Estrogény) - vo forme masť, globúl, čapíkov a krémov (Kalvach, Zadák, Jiráček, Závazalová, sucharda et al., 2004).

Lieky účinkujúce na membránové kanály (napr. Blokátory kalciových kanálov atď.).

Tricyklické antidepresíva (Imipramín, Amitriptylín a Dosulepín).

Toxíny (Botulinum toxín) - lokálne podávanie, priamo do močového mechúra.

Ďalšie preparáty (Baclofén kombinovaná liečba).

Agonisty adrenergických α -receptorov (napr. Efedrín, Midodrin) (Romžová et al., 2011).

Chirurgická terapia je voľbou len po dôkladnom zvážení celkového stavu seniora s močovou inkontinenciou a operačných rizík v predoperačnom i pooperačnom období.

Mal by byť navrhnutý čo najmenej invazívny výkon, po dobu čo najkratšieho operačného času a s najpriateľnejšou pooperačnou rekonvalescenciou.

Operačných technik je viacero druhov, nie všetky sú však reálne pacientov v pokročilom seniorskom veku. Cieľom chirurgického riešenia inkontinencie u seniorov s močovou inkontinenciou je zvýšenie kapacity močového mechúra a zníženie detruzorového tlaku.

V súčasnosti sú najpoužívanéjšie nasledujúce operačné techniky:

Závesné suprapubická operácie (vezikopexia, kolpopexia)

Vaginálne operácie (ihlové závesy a kolpoplastiky)

Ihlové vaginálne závesné operácie a slučkové operácie ("sling"), TVT (tension – free vaginal tape) (Urdzík, 2010).

Augmentačná cystoplastika - náročný operačný výkon, predovšetkým v období rekonvalescencie, vyžaduje značnú spoluprácu pacienta. Ide o nácvik mikcie, využívanie brušného lisu, manuálnu kompresiu, niekedy aj čistú intermitentnú katetrizáciu (CIK). Je nutné zvážiť individualitu seniora s močovou inkontinenciou a jeho schopnosti.

Autoaugmentácia - tu sa prejavuje menej pooperačných komplikácií, avšak pozorujeme nižšiu účinnosť.

Každý typ močovej inkontinencie u seniora si vyžaduje rozdielny prístup v terapii.

Pri problémoch s inkontinenciou moču ako aj počas priebehu liečby je dôležité správne zaistenie úniku moču, a to najlepšie sacími pomôckami, ktoré nazývame vložky pre ľahkú inkontinenciu (príp. ďalšie pomôcky pre vyššie stupne inkontinencie). Nevhodné sú menštruačné vložky, ktoré majú úplne odlišnú konštrukciu a spôsob rozvodu a spracovania tekutín.

1.8 Cvičenie pre posilňovanie svalstva panvového dna pri inkontinencii moču u žien

Inkontinencia moču - ako nevedomý, nechcený, nežiaduci, nekontrolovaný únik moču - je problémom veľmi akútnym a závažným, postihujúcim prevažne ženskú časť populácie. Aj v prípade tohto symptómu (ochorenia) platí, že najdôležitejšia je prevencia, konkrétne posilňovanie svalstva panvového dna a preto: „Začnite včas a nečakajte na problém!“

Každý človek má svoje charakteristické držanie tela, ktoré je ovplyvnené psychickým stavom a uložením vnútorných orgánov.

Predovšetkým v oblasti malej panvy je možné špeciálnym cvičením (fyzioterapiou) zlepšiť alebo napraviť stav zvieračov, sklon močového mechúra a močovej trubice tak, aby posilnené svaly panvového dna boli ich dostatočnou oporou a pri námahe nedochádzalo k mimovoľnému úniku moču.

Cvičenie je možné vykonávať v každom veku a bez ohľadu na telesný stav, dôležitá je pravidelnosť. Samozrejme cvičiaci musí poznať stupeň a typ inkontinencie, ktorý mu povie jeho lekár (gynekológ, urológ).

Podľa stupňa a typu inkontinencie sa volí druh a početnosť cvičení. Cvičí sa v polohe, ktorá je pre cvičiacich vzhľadom k stavu ostatných svalov najlepšia. Cvičenie by malo byť príjemné a

neponižujúce. U seniorov s močovou inkontinenciou sa rešpektujú ich biologické zmeny a svalová atrofia. Nie je vhodné presahovať rámec ich pohybových možností. Svaly panvového dna ale aj ostatné svalové skupiny, ktoré spôsobujú nesprávny sklon panvy, sa môžu precvičovať - posilňovať v rôznych polohách tela (v ľahu, v sede, v sede na stoličke, v stojí). Pre seniorov sú najvhodnejšie polohy pre cvičenie v sede na stoličke a cviky so stoličkou (Roztočil, Bartoš, 2011).

Zásady, ktoré treba pri cvičení dodržiavať:

- svaly panvového dna sa precvičujú v rovnováhe s brušnými svalmi,
- precvičuje sa predná časť panvového dna (oblasť močovej trubice), zadná časť panvového dna (oblasť konečníka) a celá panvová oblasť. Dôležité je rozpoznať svalstvo panvového dna (predná časť - oblasť močovej trubice, zadná časť - oblasť konečníka) a celej panvovej oblasti. Svalstvo panvového dna je možné vedome sťahovať a pustiť. Je to obdobný postup ako pri zadržaní močenia, respektíve ako pri prerušení močenia a spätnom zatlačení k močeniu,
- po každom posilňovaní je nutné rovnako dlho svaly uvoľňovať,
- pri cvičení je mimoriadne dôležité správne dýchanie (nádych, výdych) a najmä nezadržiavanie dychu pri napínaní svalstva. Jednotlivé sťahy by mali trvať minimálne 5 sekúnd,
- každý cvik sa opakuje 5 krát. Neplatí tu zásada „čím viac, tým lepšie“.,
- cvičí sa 15 až 20 minút, 1- alebo 2-krát denne. Vhodná doba je aspoň hodinu po jedle ,
- pri cvičení za účelom zlepšenia sklonu panvy sa zaraďujú najprv také cviky, ktoré pomáhajú uvoľniť a pretiahnuť skrátené svaly, potom sa posilňujú ochabnuté svalové skupiny, ktoré sa následne aj uvoľňujú (to platí najmä pre brušné svaly). Posilňovanie svalov malej panvy sa strieda s ich uvoľňovaním, aby nedošlo ku presileniu svalov (Ďurišová, 2012).

1.8.1 Kegelove cvičenia svalstva

„Kegelovo svalstvo“ sa nazýva rôzne: panvové svalstvo, lonovo-kostrčové svalstvo, ale stále ide o tú istú **zostavu svalov a tkanív, ktoré udržiavajú orgány brušnej dutiny**. U žien sú rozmiestnené medzi lonovou a kostrčovou kosťou, obklopujú ústie močovej trubice, pošvy a konečníka.

Je dôležité si pamätať, že problém oslabeného „Kegelovho svalstva“, nie je napriek všetkým presvedčeniam problémom len u žien. **Muži majú rovnako dbať o to, aby táto skupina svalov aj u nich fungovala správne.** U mužov sú to svaly uložené okolo lonovej kosti a prostaty.

Keď sú svaly silné, sú dobre napnuté a udržiavajú orgány v správnej polohe. Keď sú ale príliš slabé, bezvládne – vtedy sa začínajú ťažkosti.

V európskej kultúre ako prvý objavil význam aktivity svalov panvového dna americký gynekológ doktor Arnold Kegel. Vypracoval sériu cvičení svalov panvového dna. **Cvičenia tejto skupiny svalov by mali vykonávať všetky ženy a muži bez ohľadu na vek.**

Prečo sa oplatí precvičovať „Kegelovo svalstvo“?

Silné „Kegelovo svalstvo“ znamená lepšie sexuálne zážitky, veľkú šancu na to, že v budúcnosti sa neobjavia také zdravotné problémy ako inkontinencia či vyklenutia (prepadnutia) mechúra, u žien ďalej ľahší a menej bolestivý pôrod a rýchlejší návrat do formy po pôrode a zníženie rizika prepadnutia maternice v budúcnosti (Ďurišová, 2019).

Ako cvičiť?

Počas napínania „Kegelovho svalstva“ by sa nemalo napínať brušné svalstvo. Na začiatku cvičenia vám môže byť ťažko, preto kontrolujte rukou položenou trošku nižšie od pupku, či je vaše brucho napnuté. Ak áno, tak sa uvoľnite a skúste to ešte raz.

Upozornenie: Tak pre ženy ako aj pre mužov, vyzerajú zásady vykonávania cvikov „Kegelovho svalstva“ rovnako.

Lokalizácia „Kegelovho svalstva“

U žien

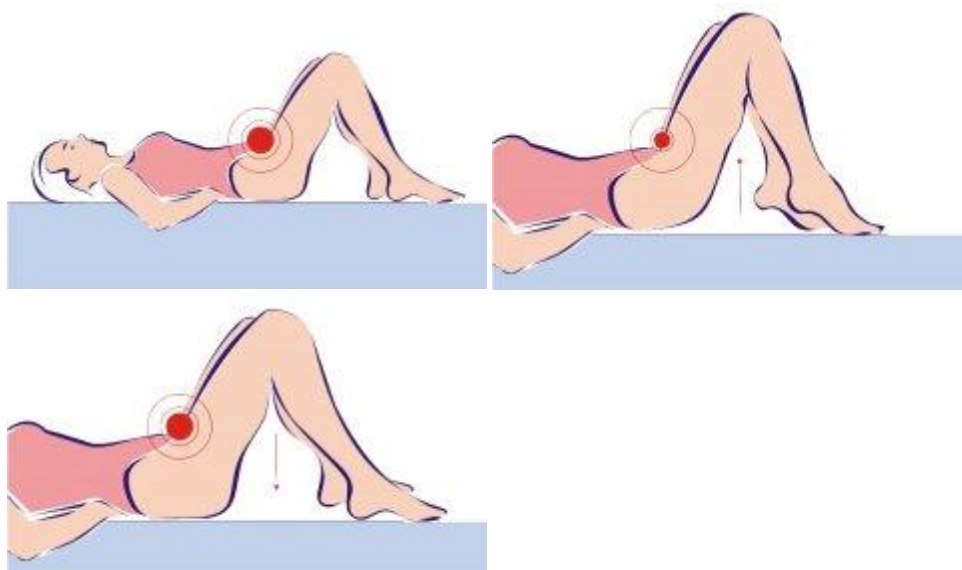
Počas návštevy toalety a počas močenia sa snažte zadržať prúd moču a znovu ho nechať pomaly plynúť. Opakujte túto činnosť niekoľkokrát počas každej návštevy toalety.

U mužov

Aby sme lokalizovali „Kegelovo svalstvo“, môžeme urobiť dve skúšky: počas plnej erekcie skúste pohybovať penisom alebo počas močenia zadržte moč.

Dôležité: Neodporúča sa dlhodobé vykonávanie cvičenia počas močenia. Po niekoľkých týždňoch cvičenia na toalete budete vedieť ovládať napnutie tohto svalstva bez potreby močenia.

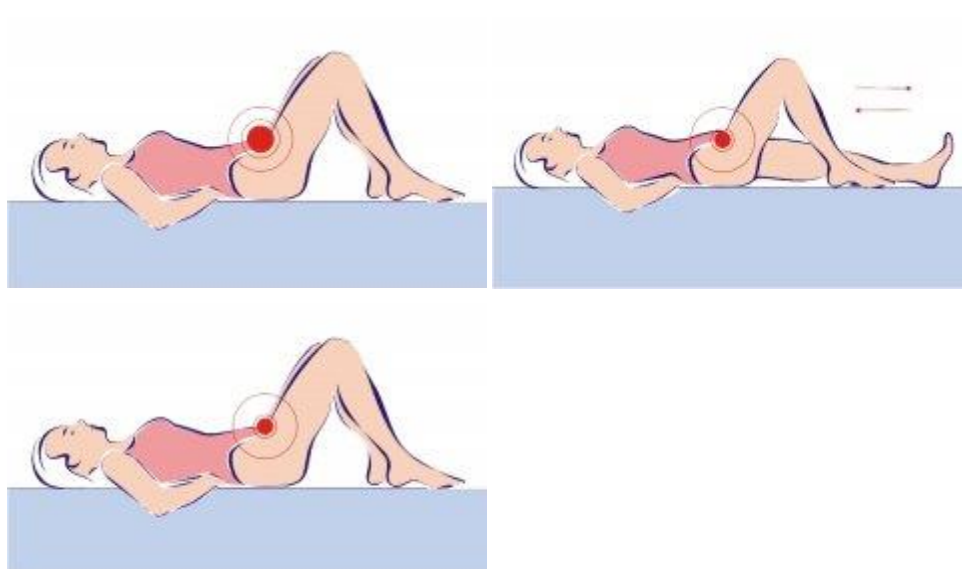
Obr. 5 Cvičenie 1



Zdroj: Ďurišová, 2019

Ľahnite si na chrbát, nohy zohnite a oprite chodidlá o podložku, ruky vložte pod časť drierkovej chrbtice. Pritisnite oblasť drierku do svojich dlaní a zároveň sa snažte zvihnúť bedrá od podložky, pričom zatlačíte na svalstvo „ako na toalete” (Ďurišová, 2019).

Obr. 6 Cvičenie 2

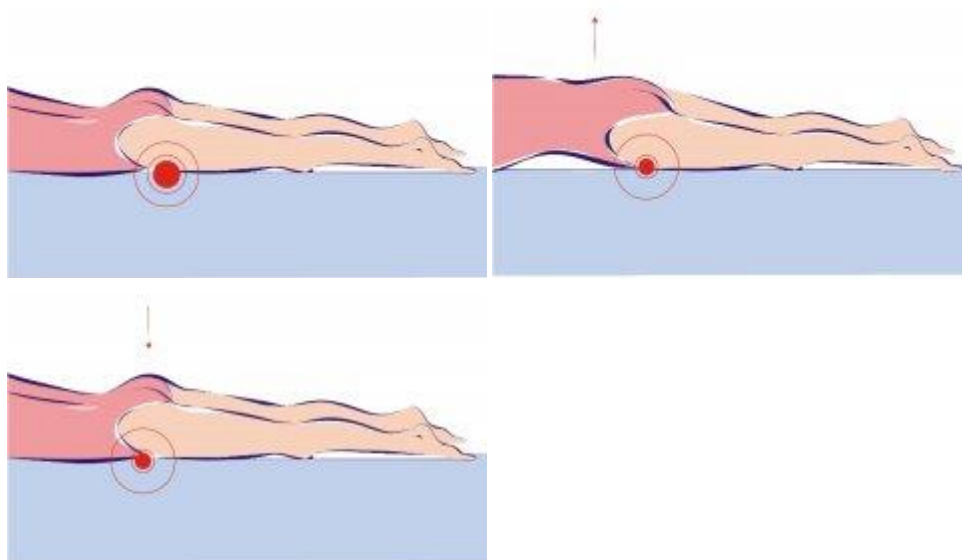


Zdroj: Ďurišová, 2019

Ľahnite si na chrbát, nohy zohnite a oprite chodidlá o podložku, dlane vložte pod časť drierkovej chrbtice. Pritisnite oblasť drierku do svojich dlaní a zároveň sa snažte zdvihnúť bedrá od podložky, pričom zatlačíte na svalstvo „ako na toalete”.

Udržujte napätie, pomaly vystierajte jednu nohu, presúvajúc päť po podložke. Dávajte pozor, aby sa sila tlaku chrbta na dlane a napnutie Kegelových svalov nezmenili. Vráťte nohu do pôvodnej polohy a opakujte cvičenie s druhou nohou (Ďurišová, 2019).

Obr. 7 Cvičenie 3



Zdroj: Ďurišová, 2019

Ľahnite si na brucho, čelo si podložte rukami. Dvihnite panvu – tento cvik robíte správne, ak vaše nohy, hrudník a zvyšok tela zostáva na podložke, iba oblasť žalúdka sa zdvíha zo zeme. Vo chvíli, keď „spoznáte“ svoje Kegelovo svalstvo a budete mať nad ním úplnú kontrolu, môžete vykonávať cvičenia napínania a posilňovania tejto skupiny svalstva v každej polohe: v stoji, v sede, pri ležaní aj v každej situácii každodenného dňa: počas umývania zubov, v autobuse, v kancelárii, atď.

Pamätajte si!

Čím častejšie budete pravidelne vykonávať vyššie uvedené cvičenia, tým rýchlejšie spozorujete výsledky svojej práce a váš organizmus začne rýchlejšie čerpať z tejto výhody (Ďurišová, 2019).

Zoznam bibliografických odkazov

BADLANI, H., DAVILA, G. et al. 2009. *Continence – current concepts and treatment strategies*. Springer – Verlag Limited, London, 2009, 544s. ISBN 978-1-84628- 510-3.

- BODACZOVÁ, M., HÝZLOVÁ, S. 2009. *Inkontinence moči*. [online]. 9.7.2009 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/inkontinence-moci-435473>
- DH&HS. 2015 “*Incontinence – Prevention Tips*.” BetterHealthChannel, Department of Health&HumanServices. [online]
- Dostupné z: www.betterhealth.vic.gov.au/health/ConditionsAndTreatments/incontinence-prevention-tips
- DRAGOMERICKÁ, E. 1997. *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Česká a Slovenská psychiatrie, 1997; s. 102-108. ISBN 80-85121-47-6
- DRÁBKOVÁ, P. 2015. *Prevence močové inkontinence u starších lidí. Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2015, 2015(3), 127 -129. ISSN 1213 – 1768.
- ŽURIŠOVÁ, E. 2019. *Bolesti chrbtice, klbov, kostí*. Vydavatelství: MUDr. Elena Žurišová-AKU-HOME0, 2019, s. 347, EAN: 9788081291074, ISBN: 978-80-8129-107-4.
- Druhy pomôcok. In: inkontinencia.sk [online]. [cit. 2020-09-07]. Dostupné z: <http://inkontinencia.sk/inkontinencia-pomocky.html>
- ŽURIŠOVÁ, E. 2012. *Bolesti chrbtice, klbov, kostí*. VYDAVATELSTVO MUDr. Elena Žurišová-AKU-HOME0, 2012, s. 350, ISBN: 9788089496075.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GALAJDOVÁ, L. 2000. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. Praha: Grada Publishing, 2000. 98 s. ISBN 80-7169- 950-0.
- HANUŠ, T. et al., 2011. *Urologie*. Praha: Nakladatelství Triton, 2011. 207 s. ISBN 80-8068-282-8.
- HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. In: Sociologia, 2012, [cit. 15.3.2016], Vol. 44, No. 4, pp 407-425. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20%20OK%20upravena%20studia.pdf>
- INTERNATIONAL NANDA. 2020. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace*. Vyd. Grada Publishing, Praha. 2018-2020. s. 520. EAN: 9788027107100, ISBN: 978-80-271-0710-0
- JAHNÁTKOVÁ, D. 2004. *Cvičenie pri stresovej inkontinencii moču*. In Sestra. 2004, roč. 5, s. 39 – 41 ISSN 1210-0404
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOPP., D., M. et al. 2019. *Continence, quality of life and depression following surgical repair of obstetric vesicovaginal fistula: a cohort study*. BJOG. 2019 Jun;126 (7): 926-934. doi: 10.1111/1471-0528.15546.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510632/>

KOOT, H. M., WALLANDER, J. L. 2001. *Quality of life in child and adolescent illness; concepts, methods and finding*. 1st ed. East Sussex, Great Britain: Brunner-Routledge; 2001

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing.; 2002, 200 s. ISBN: 80-247-0179-0.

MANDYS, J. 2009. *Dilemata určování kvality života*. In: *Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí Aktuální otázky sociální politiky 2009 – teorie a praxe*, Pardubice 10.11.2009. Pardubice, Czechia: Univerzita Pardubice, 2009: 36–43.

MARENČÁK J. 2011. *Inkontinencia moču*. Elisabeth o.z., Skalica, 2011, 1. vyd., 133 s., ISBN: 978-80-970567-1-1

MARENČÁK J. 2019. *Karcinóm penisu*. Vydavateľstvo: Solen, 2019, 1. vyd. s. 156, ISBN: 978-80-89858-15-6

MARTAN, A. 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Vyd.2. Praha: Maxdorf, 2006. 83 s. ISBN 9788073450946.

MATYSOVÁ, G. 2019. *Vyšetrenie močového sedimentu*. In: Alpha Medical, 2 č., 7. Roč., 2019, ISSN: 1339-5912

O'CONNOR M., ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. české. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing. 2005. ISBN 80-8068-282-8.

PAULOVÁ, I. 2009. *Inkontinence z pohledu geriatric*. Diagnóza. 2009, č. 9, s. 17. ISSN 1801-1349.

PAYNE, J. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha, Czechia: Triton; 2005. 629s., ISBN 80-7254-657-0

PLEVOVÁ, I., et al. 2012. *Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi*. *Pediatric pro praxi*, 2012; s. 193-197., 13(3), ISSN 1213-0494. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>

POKORNÁ, A. 2013. *Ošetrovatelství geriatric*. 1. vyd. Grada Publishing, 2013. 202 s., ISBN 978-80-247-4316-5.

ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J. 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. 1. vyd. Brno, Czechia: MSD; 2008. ISBN 80-902653-0-8.

- ROMŽOVÁ, M. et al. 2010 Inkontinence moči vestáří. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 3, s. 119 – 123. ISSN 1803-5299.
- ROMŽOVÁ, M. et. all. 2011. *Farmakoterapie a její úskalí v léčbě urgentní inkontinence a hyperaktivního močového měchýře*. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2011, 2011(4), 229 - 233. ISSN 1213 – 1768.
- ROZTOČIL, A., BARTOŠ, P. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- SOCHOROVÁ, N. 2008. *Inkontinence moči a jednorázové absorpční pomůcky*. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 9, č. 2, s. 92 – 95. [cit. 2013-20-11]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/02/11.pdf>
- SORTIMENT VÝROBKŮ TENA [online]. [cit. 2014-10-03]. Dostupné z: <http://www.tenac.cz/zeny/vyrobky/sortiment-vyrobku/>
- STAŇKOVÁ, M. 2006. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. – dotisk. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně; 2006, s. 55, ISBN 80-7013-323-6.
- ŠVIHRA, J.: 2012. *Definícia a epidemiológia inkontinencie moču*. In: Švihra, J. a kol. *Inkontinencia moču*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2012, s. 15-28. ISBN 978-80-8063-380-6. 21.
- TOPINKOVÁ, E. 2010. *Inkontinence jako výzva pro kvalitu péče ve stáří*. *Lékařské listy* [online]. 2010, č. 18, s. 7. [cit. 2013-24-11]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/inkontinence-jako-vyzva-prokvalitu-pece-ve-stari-455168> 120
- TOPINKOVÁ, E., b, 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galen Publishing, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
- TOPINKOVÁ, E. 2013. *Inkontinence ve stáří*. Vliv inkontinence na kvalitu života, postoje seniorů, informovanost, inkontinenční pomůcky (přednáška). *Geriatrická klinika, 1. Lékařská fakulta UK Praha*. Incoforum, 2013. Dostupné z: <http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/06/Inkontinence-ve-stari.pdf>
- TOPINKOVÁ, E. 2009. *Úskalí farmakoterapie urgentní inkontinence a hyperaktivního močového měchýře*. *Lékařské listy*. 2009, č. 18, s. 21 – 26. [cit. 2013-02-11]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=447836>
- TOPINKOVÁ, E., ZMRHAL, J. 2007. *Inkontinence moči u žen vyššího věku*. *Lékařské listy* [online]. 2007, č. 12, s.1 – 4. [cit. 2013-11-11]. ISSN 0044-1996. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/inkontinencemoci-u-zen-vyssiho-veku-310103>

URDŽÍK, P., OSTRO, A. 2006. *Inkontinencia moču u žien- prevencia a liečba*. Via practica [online]. 2006, č. 10, s. 471–474 [cit. 2012-12-20]. ISSN 1336-4790. Dostupné z:

http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=10010543.

URDŽÍK, P. 2010. *Operačná liečba inkontinencie*. In: Hospodárske noviny [online]. 2010. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z:

http://www.unlp.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=1015&Itemid=95

VAĎUROVÁ, H., MUHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno, Czechia: Masarykova univerzita; 2005. 145s., ISBN: 80-210-3754-7

VARGOVČÁK, M. 2005. *Inkontinencia moču- diagnostika a liečba*. Viapractica [online]. 2005, č. 10, s. 394–397 [cit. 2012-11-06]. ISSN 1336-4790. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Vargovcak.pdf>

ZÁMEČNÍK, L., MACEK, P. 2012. *Moderní farmakoterapie v urologii: průvodce Ošetřujících lékařů*. Praha: Maxdorf, 2012. 172 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. Jessenius. ISBN 978-80-7345-276-6.

ŽIAKOVÁ, M. 2006. *Liečba inkontinencie moču - lepšia kvalita života veľkej časti populácie*. In: Medical practice. [online]. 2006, roč. 1, [citované 6.1.2015], s. 39-40 a 42-43

https://seni-sk.sk/sk_SK/content/druhy-inkontinencie

<https://www.alphamedical.sk/casopis-invitro/vysetrenie-mocoveho-sedimentu>

2 KVALITA ŽIVOTA

Definovať jednoznačne jednu ustálenú medzinárodnú (štandardizovanú) definíciu pojmu ako je kvalita alebo život ako i samotné spojenie týchto slov nie je jednoduché. Problematickou oblasťou sa stáva pri definovaní jeho **multidimenzionalita** (odlišnosť v pochopení ľudskej existencie, zmyslu života a samotného ľudského bytia, hľadanie seba pochopenia a kľúčových faktorov bytia, skúmaniu materiálnych, psychologických, sociálnych a duchovných podmienok pre zdravý a šťastný život človeka), **komplexnosť** (pohľad na život a jeho kvalitu ovplyvňujú vonkajšie a vnútorné rozmery človeka) i **terminologická nejednotnosť**.

Existuje celá rada súvislých alebo súradných pojmov, ktoré sú veľmi často používané ako synonymá, aj keď jeho presný význam nie je doposiaľ celkom dostatočne definovaný. Možno napríklad uviesť pojmy: „well-being“ (pocit pohody), „standard of living“ (životná úroveň), „human development“ (ľudský rozvoj), „health“ (zdravie), „wealth“ (bohatstvo), „satisfaction“ (spokojnosť) a.i., ktoré tak vedú k neľahkému uchopeniu a kontroverznosti obidvoch fenoménov (Bártlová, Matulay, 2009)

Ďalším faktorom, ktorý sa podieľa a zároveň ovplyvňuje vedecké vymedzenie a chápanie pojmu, je vstup terminológie do odbornej literatúry rôznych vedných odborov, ich ponímanie sa odvíja od konkrétneho zamerania, paradigmy a náplne práce.

Preto definovanie pojmu kvalita života prináša mnoho problémov.

Jedná sa o vysoko individuálny fenomén, ktorý pre individuálneho jedinca predstavuje individuálne hodnoty (Hagovská, Takáč, 2009). Zo sumárneho hľadiska sa na problematiku definovania pojmov podieľa nielen už zmienená odborová rôznorodosť, ktorá spôsobuje ťažko zastrešujúce teoretické vymedzenie, ktoré by súčasne dovoľovalo najrôznejšie praktické aplikácie, ale i pohľad na pojem ako taký (Mareš, 2006).

2.1 Vymedzenie pojmu kvalita života

Ústredným pojmom pri analýze a následnom vymedzení pojmu kvalita života je výraz život. Dvořáčková (2012) hovorí, že život je sám o sebe zložitý. Zahrňuje v sebe javy a činnosti charakteristické pre živý organizmus. Jedná sa o komplexný pojem zahrňujúci prejavy biologickej existencie a oblasti spojené s rodinným, spoločenským, pracovným a citovým životom. V súčasnej dobe sa stáva najčastejšie sledovaným a hodnoteným objektom (Mareš, 2006).

Kvalita života je viacrozmerná veličina, ktorej podstata sa dotýka pochopenia životného zmyslu samotného bytia. Skúma podmienky pre zdravý a šťastný život, tak aj podmienky materiálne, sociálne, psychologické, duchovné, atď. (Payne, 2005).

Kvalitu, ako ďalší nevyhnutný pojem podieľajúci sa na vymedzení aj hodnotení kvality života, je možné zo sémantického pohľadu vyjadriť ako akosť alebo hodnotu. Nejedná sa teda o absolútnu, ale relatívnu kategóriu, pretože môže byť vyjadrená tak ako kvalitatívnymi

(vychádzajúci z hodnotového systému posudzovateľa), tak aj kvantitatívnymi (objektívne merateľnými) indikátormi (Dvořáčková, 2012).

2.2 Definícia základných pojmov kvality života

Aktuálne existuje nespočetné množstvo (individuálnych a kolektívnych) definícií, ktoré predstavujú pohľad na kvalitu života očami rôznych autorov z celej rady vedných odborov. Nie je možné s určitosťou uviesť ustálený počet definícií, lebo s vývojom informačnej bázy aj inklinácie do ďalších vedných odborov sa ich počet aj podstata s určitosťou bude do budúcnosti rozvíjať.

Avšak za pozitívne zistenia aj cez rad deklarovaných definícií je možné pokladať ich takmer spoločné zameranie, ktoré spočíva v subjektívnom poňatí kvality života, či vnímania súvislosti medzi kvalitou života a uspokojovaním individuálnych fyzických potrieb a psychických potrieb a želaní.

Nemožno nespomenúť aj zmienky o závislosti kvality života na zdravotnom stave, na terapeutickom postupe, atď.

Dvořáčková (2012) uvádza, že „pracovná skupina WHO (svetová zdravotnícka organizácia) zaoberajúca sa kvalitou života definovala podstatu kvality života jedinca ako vnímanie jeho pozície v živote v kontexte kultúry a hodnotového systému, v ktorom žije a vo vzťahu k jeho cieľom, očakávaniam, záujmom a požiadavkám. Zahŕňa komplexným spôsobom jedincove somatické zdravie, psychický stav, úroveň nezávislosti od okolia, sociálne vzťahy, a to všetko vo vzťahu k hlavným charakteristikám prostredia.“

Ku konceptu kvality života môžeme pristupovať z dvoch stránok a to subjektívneho a objektívneho. V súčasnosti sa odborníci všetkých odborov prikláňajú skôr ku subjektívnemu hodnoteniu QOL, (Quality of Life) ako zásadne a určujúce pre život človeka. Objektívna kvalita života – zameriava sa na materiálne zabezpečenie, sociálne podmienky života, sociálny status a aj fyzické zdravie. Môžeme ju teda ohraničiť na ekonomické, sociálne, zdravotné a environmentálne podmienky, ktoré ovplyvňujú každého človeka (Kamanová, 2007) .

K odbornej diskusii o kvalite života je najprv nutné objasniť či vymedziť nielen rozsah poňatia, ale následne aj pozorovanú oblasť kvality života.

K tomuto rozlíšeniu z historického pohľadu prispeli J. Bergsma , G. L. Engel (1988). Vďaka nim je možné na problematiku kvality života nazerať zo štyroch hierarchicky odlišných sfér (makro-rovina, mezo-rovina, personálna rovina, rovina fyzickej existencie).

Makro-rovina

Je zameraná na otázku kvality života veľkých spoločenských celkov (ako je napr. kontinent alebo určitý štát). Problematika kvality života (vzťahovaná najmä k absolútnemu zmyslu života) je zakomponovaná do politických úvah a týka sa napr. boja s terorizmom, epidémiami, chudobou, zaoberá sa aj otázkou investícií do zdravotníctva a infraštruktúry, atď.).

Mezo-rovina

Je orientovaná na otázku kvality života v malých sociálnych skupinách (napr. v škole, zamestnaní, nemocnici, alebo v domove pre seniorov). Problematika kvality života je zameraná okrem rešpektu k morálnym hodnotám aj na vzájomné medziľudské vzťahy, uspokojovanie základných potrieb každého člena skupiny a existenciu humánnych hodnôt.

Personálna rovina

Týka sa osobného života človeka. Zacielená je na subjektívne hodnotenie zdravotného stavu, bolesti, spokojnosti, nádeje a pod., ktoré sú ovplyvňované osobnými hodnotami každého človeka, jeho predstavami, očakávaniami a presvedčením.

Rovina fyzickej existencie

Spočíva v pozorovaní, objektívnom meraní a porovnávaní správania sa druhých ľudí (Křivohlavý, 2002). V rámci empirického hodnotenia kvality života je v ošetrovateľskej vede pozornosť venovaná najmä mezo-rovine a rovine personálnej.

Pojem kvalita života je zmieňovaný a využívaný odborníkmi z rôznych oblastí aj množstvom organizácií k poznaniu, či skúmaniu objektívnych a subjektívnych aspektov ľudského života (Mareš, 2006). Uvedené fakty dokladujú definíciu kvality života, podľa ktorej je kvalitou života mienená kombinácia objektívneho a subjektívneho posúdenia pocitu pohody v rôznych oblastiach života, ktorá je považovaná za príznačnú pre danú kultúru i epochu v súlade s univerzálnymi ľudskými právami.

Komplexnosť pohľadu na pojem kvality života je tak odrazom pôsobenia dvoch základných dimenzií na jedinca (objektívne a subjektívne).

Subjektívna kvalita života je vyjadrená prostredníctvom všeobecnej spokojnosti s vlastným životom vychádzajúce z kognitívneho hodnotenia a emočného prežívania.

Objektívna kvalita života vychádza z naplnených základných sociálnych a materiálnych podmienok pre život, sociálny status a fyzické zdravie.

2.3 Kvalita života a historické fakty

Kvalita života našla svoje miesto v mnohých oblastiach ľudskej činnosti a v mnohých vedných disciplínach (Mareš, 2006).

Ako výskumné kritérium sa najprv uplatňovala na poli ekonomickom, politologickom a sociálnom. V posledných desaťročiach si získala svoje stále miesto v sociológii, psychológii, pedagogike, medicíne a ošetrovatelstve, ďalej potom vo filozofii, teológii, biologických disciplínach a ekológii.

Objavuje sa aj v technických odboroch, napr. v architektúre, stavebníctve, doprave a pod. Teda v odboroch, ktoré ovplyvňujú prostredie a život jedinca (Vaňdúrová, Mühlbach, 2005).

Je to celkom pochopiteľné, vychádzajúc z paradigmy ošetrovatelstva, ktorú tvoria – osoba, zdravie, prostredie, ošetrovateľská starostlivosť’.

Záujem o pôvod ľudského blaha, šťastia a kvality života je starý ako ľudstvo samo (výpočet výrazne dôležitých období aj osobností rozvoja hodnotenia kvality života je zhrnutý v tabuľkách č. 8 a 9).

Prvé úvahy o podstate blaha sú skôr prisudzované filozofom a teológom než vedcom.

Tab.8 Historické obdobia a osobnosti zaoberajúci sa kvalitou života

Historické obdobie	Identifikácia podstaty kvality života	Významné osobnosti	Filozofický pohľad na kvalitu života
Antika	Na problematiku kvality života sa pozeralo z pohľadu subjektívneho vnímania pohody ako dôležitého indikátora kvality života.	Aeskulap	Zaoberal sa koncepciou kvality života.
		Platón Aristoteles	Svoj pohľad sústredili na pojem kvalita života.
		Seneca	Zaoberal sa sociálnou a ekonomickou rovinou ľudského života.
Stredovek	Pohľad na kvalitu života a filozofické myslenie je	Tomáš Akvinský Augustinus Aurelius	Považovali za najvyššie poznanie a vrchol šťastia

	ovplyvnený rozvojom kresťanstva.		v živote človeka poznanie Boha.
18. storočie	Zmyslom existence sa stáva život sám a jedinec. Hlavnými hodnotami boli šťastie a sebarealizácia, niekedy služba Bohu, či kráľovi.	Immanuel Kant	Zaoberal sa zmyslom života, pričom k jeho dosiahnutiu je dôležitá sebaúcta.
19. storočie	Filozofia sa zaoberá zmyslom života.	Viktor E. Frankl	

Zdroj: Heřmanová, a ,2012

Novodobá história zaoberajúca sa kvalitou života je skôr spätá s vývojom obsahového chápania vlastného termínu. K výraznému obdobiu patrí 20. a 21. Storočia (Heřmanová, 2012).

Tab.9 Novodobé obdobia a osobnosti zaoberajúce sa kvalitou života

Obdobie	Vymedzenie filozofického pohľadu na problematiku kvality života	Osobnosti
20. r. 20. st.	Datujú prienik aj prvé zmienky o termíne „kvalita života“ v súvislosti s ekonomickým rozvojom a úvahami o vplyve štátnych dotácií na kvalitu života ľudí, kvalitou života sa rozumela len materiálna úroveň určitej spoločnosti	
30. r. 20. st.	Bola dôležitým medzníkom pre spoločenské vedy (kvalita života zavedená do psychológie)	Edward LeeThorndike (1935)
50. r. 20. st.	Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej len SZO) formulovala a rozšírila definíciu „zdravie“, ktorá sa už približovala k dnešnému chápaniu Quality of Life (ďalej len QoL).	
60. r. 20. st.	Sú typické pre implementáciu aj zvýšenú frekvenciu výskytu termínu kvality života v politických kontextoch a programoch. Kvalita života sa začína uplatňovať v ďaleko širšom poňatí a stále častejšie je chápaná ako nemateriálna dimenzia života.	John Kenneth Galbraith(1967) a David Riesman (1968)
70. r. 20. st.	Sú obdobím rozvoja výskumu QoL aj radom diskusií nad operacionalizáciou pojmu. Implementácia termínu do sociálnych vied i vedných odborov. V	

	teóriách o kvalite života je jasná myšlienka „žiť inak“ ako predtým používané „žiť lepšie“.	
80. r. 20. st.	Sú začiatkom zmeny poňatím kvality života. Podstata je založená na subjektívnom vnímaní a hodnotením vlastného života (objektivistické a materiálne poňatie však úplne nevymizlo).	
90. r. 20. st.	Sú prevažne zamerané na subjektívne aspekty a hľadanie metód a indikátorov, ktoré by zmerali pocit šťastia a mieru životnej spokojnosti.	

Zdroj: Vaďurová, Mühlpachr, 2005

K najnovšiemu chápaniu a výraznému rozvoju poznatkov o kvalite života prichádza v posledných 20. rokoch, ktoré sú pritom založené na holistickom prístupe k hodnoteniu a vnímaniu postavenia človeka v oblasti zdravia a choroby (Dvořáčková, 2012).

2.4 Kvalita života v zdravotníctve

V zdravotníctve je kvalita života vzťahovaná k zdraviu a chorobe. Hlavná pozornosť nie je, ako tomu bolo v minulosti, zameriavaná len na zachraňovanie, či predĺženie dĺžky ľudského života, ale aj na kvalitu dĺžky života, ktorá bude mať stúpajúci charakter. Podobný pohľad na fenomén kvality života bol ovplyvnený celým radom prebiehajúcich výskumných zámerov, klinických skúseností mnohých odborníkov obohatený pohľadom z perspektívy pacientov, či ich rodiny.

Vďaka prebiehajúcej zmene sa neustále zvyšuje a bude zvyšovať počet štúdií, praktických aplikácií v oblasti výskumu na tému kvality života. K najčastejšie sledovaným patria napr. jednotlivé kategórie (dimenzie) kvality života u rôznych typov, či štádií ochorení, overenie nových liečebných techník alebo postupov, atď.

Tak ako sa to prezentujeme aj v našej výskumnej štúdii, zameranej na hodnotenie úrovne kvality života u seniorov s inkontinenciou moču.

Svojím obsahom aj zameraním sa stáva kvalita života dôležitým indikátorom výsledku poskytovanej zdravotnej starostlivosti u človeka (Mareš, 2006). Stále častejšie sa tiež výskumy orientujú nielen k určitému ochoreniu, ale k vekovým, či inak sociálne vymedzeným a definovaným skupinám osôb.

Pojem kvalita života v zdravotníctve, všeobecne aj v jednotlivých medicínskych disciplínach má svoje špecifické označenie HRQoL (Health Related Quality of Life). Vo všeobecnej

rovine je toto označenie považované skôr za užší pojem kvality života a jeho implementácia je vhodná len vtedy, ak sa uvažuje o širších kontextoch poskytovanie zdravotnej starostlivosti (Řehulková, 2008).

Kvalitu života si ale nemožno zamieňať s vekom, ako to bolo v minulosti.

Ved' to, že sa niekto dožije 99 rokov, neznamená ešte že je spokojný so svojim životom, môže mať nespočetne veľa zdravotných, sociálnych a iných problémov. Hlavným aspektom posudzovania kvality života je zachovaná schopnosť mobility, resp. neodkázanosti na inú, či iné osoby, teda nezávislosť.

Súčasný pohľad odbornej i laickej verejnosti na kvalitu života je ovplyvnený viacerými faktormi. Je to dané tým, že vnímanie kvality života je subjektívne odlišné (individuálne pre každého jedinca). Preto tiež nemožno s určitosťou popísať presný výpočet i kombináciu vzájomného pôsobenia jednotlivých faktorov, alebo nie je možné presne vymedziť a vytvoriť globálny koncept kvality života, ktorý možno aplikovať na všetky populácie sveta. Vo všeobecnom chápaní je možné na faktory pozeráť ako na skupinu faktorov alebo tzv. oblasti (zdravotné, sociálne, ekonomické, environmentálne atď.), ktoré môžu mať priamy alebo nepriamy vplyv na ľudský a sociálny rozvoj.

Zo špecifického hľadiska sa potom jedná o konkrétne faktory (ako je napr. vek, pohlavie, vzdelanie, hodnotový rebríček, kultúra atď.), ktorých vznik a následné pôsobenie môže tiež ovplyvniť kvalitu života (Dvořáčková, 2012).

Klinická zdravotnícka prax zaznamenala v posledných desaťročiach veľký pokrok na poli technickom, materiálnom, ale aj v pohľade na pacienta. Filozofiou medicínskych vedných disciplín už nie je len záchrana a udržanie života, či pridať životu roky, ale snahou je zlepšiť status zdravia za podpory hľadania optimálnej kvality života /pridať život k rokom/. Preto inklinácia kvality života do medicíny viedla k jej štúdiu a ovplyvnila tak zameranie aj dala vznik rade medicínskych štúdií. V odbornej literatúre sa kvalita života v súvislosti so zdravím uvádza pod termínom HRQoL (Health Related Quality of Life), ktorej snahou je zachytiť jednotlivé stránky kvality života, ktoré boli ovplyvnené chorobou a jej následnou terapiou (Bednářová, Sulková, Dusilová, 2007).

Podobný trend zaznamenávame aj vo vednom odbore Ošetrovateľstvo, kde skúmanie kvality života pacientov patrí k prvoradým zámerom, či cieľom uvedeného vedného odboru.

Hodnotenie kvality života sa v klinickej praxi aktuálne dostalo do popredia najmä u pacientov s chronickými (napr. kardiovaskulárnymi, psychiatrickými atď.), nevyliciteľnými (napr. onkologickými) ochoreniami.

Ide o ochorenia, ktoré sú často spájané s progresiou ochorenia a možným vznikom nežiaducich symptómov, invalidizujúcim, celoživotným dodržiavaním režimových a liečebných opatrení, nejasnou prognózou a pod.

Pretože ich prežívanie je spájané s neustálym napätím, obmedzovaním a úsilím, ktoré musia chorí vynaložiť, aby sa mohli priblížiť ku kvalite života, ktorú automaticky reálne prežívali, predtým ako im choroba vstúpila do ich vlastného života.

K popredným oblastiam dlhodobého záujmu, ktoré vyplynuli z doterajších výskumov aj ako reflexia na nároky spojené s klinickou praxou, pri skúmaní kvality života, patrí: subjektívne vnímanie vplyvu ochorenia, interné a externé determinanty kvality života a hodnotenie efektívnosti konkrétnej terapeutickej intervencie (Gurková, 2011).

2.5 Kvalita života a inkontinencia moču u seniorov

V ošetrovatel'stve sa kvalita života stala jedným z východiskových ukazovateľov ošetrovatel'skej starostlivosti. Bohužiaľ u seniorov v domácom prostredí býva kvalita života často ignorovaná. Je bezodkladne nutné zamerať sa na kvalitu života seniorov v inštitucionálnom domácom prostredí a pomôcť im aktívne a dôstojne prežívať starobu.

Kvalita života je niečím, na čo majú rôzni ľudia odlišné názory.

V poslednej dobe nadobúda stále viac na význame. Stáva sa kľúčovým bodom pre hodnotenie individuálneho i kolektívneho ľudského života. Kvalita života by mala byť skúmaná v rámci holistického prístupu k osobnosti človeka (Lacombe, 2015).

Inkontinencia moču zásadne ovplyvňuje kvalitu života seniorov, zhoršuje celkový zdravotný stav seniorov, vytvára sociálnu izoláciu seniorov v spoločnosti a spôsobuje zmenu spoločenskej role seniora (v zmysle jej straty). Inkontinencia je stresujúci a invalidizujúci stav. Seniori tomuto stavu podriaďujú všetky aktivity. Majú pocity nečistoty a neistoty. Svoj pobyt obmedzujú len na známe prostredie v blízkosti toalety a vyhýbajú sa spoločenskému životu. Postupne sa uzatvárajú sami do seba a strácajú sebadôveru.

Kvôli inkontinencii sa prestávajú stretávať s priateľmi, rodinou a vzdávajú sa všetkých fyzických aktivít. **Vyhýbajú sa partnerovi a hrozí skutočnosť že úplne môže vymiznúť aj**

pred tým /pred problémom s inkontinenciou moču/ich aktívny, naplnený, plne uspokojivý a krásny sexuálny život (Hagovská, Dzvoník, 2011).

Zhoršuje sa tým aj ich psychický stav, čo je z „čisto ľudskej stránky“ pochopiteľné. Preto považujeme aby sa aj tejto oblasti – odborne povedanej doméne kvality života venovala náležitá, prislúchajúca pozornosť. Aj toto je „doména šťastia“, podpisujúca sa pod celkový výsledok hodnotenia kvality života u seniorov s inkontinenciou moču.

Zároveň ochorenie graduje a pridružujú sa aj ďalšie ochorenia (zápaly urogenitálneho traktu, podráždená koža, infekčné ekzémy a pod.).

Väčšina seniorov má psychické zábrany zveriť sa svojmu ošetrojúcemu lekárovi, ošetrojúcej sestre a vyhľadať adekvátnu pomoc (Quinlan-Colwell, 2012).

Topinková (2013) dodáva, že „kvalita života je to, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom.“ Ponúka tiež stručný prehľad vplyvu inkontinencie moču na kvalitu života seniorov, v ktorom uvádza potreby fyzické, psychické, sociálne, sexuálne a potreby v domácnosti, ktoré sú prítomnosťou inkontinencie moču narušené.

Inkontinencia moču nie je problémom iba medicínskym a ošetrovateľským, ale aj sociálnym, ekonomickým a psychologickým, teda multidisciplinárnym problémom.

Premieta sa do všetkých oblastí ľudského života a negatívne ovplyvňuje kvalitu života seniorov.

Z telesnej stránky močová inkontinencia výrazne zhoršuje celkový zdravotný stav seniora s inkontinenciou moču. Spôsobuje vznik defektov na koži, vyrážok, kožných infekcií, podporuje rozvoj infekcií močových ciest a u menej mobilných jedincov tiež podporuje vznik dekubitálneho vredu. Seniori s inkontinenciou moču sa tiež obávajú príjmu tekutín a obmedzujú množstvo prijatých tekutín za deň, čo spôsobuje rozvoj dehydratácie.

Psychologické následky sa prejavujú rozvojom úzkosti a depresie, pocity bezmocnosti sprevádzané fyzickou únavou (Bártlová, Matulay, 2009). Seniori s inkontinenciou moču sa hanbia za svoj problém, uzatvárajú sa, neustále sa kontrolujú, snažia sa problém zatajiť a prestávajú si vážiť samých seba. Ďalej je možné pozorovať zmeny v oblasti medziľudských vzťahov. Prestávajú komunikovať s okolím a začínajú vynechávať doteraz pre nich bežné činnosti. Rozvíjajú sa u nich poruchy spánku, pretože majú strach z nočného pomočovania.

V **sociálnej oblasti** sú následky sociálnej deprivácie (stránenie v spoločenskej oblasti), kde sa jedná predovšetkým o izoláciu seniora s inkontinenciou moču. Seniori s inkontinenciou moču sa bojí odchádzať mimo domova a vzdaľovať sa tak od toalety. Majú obavy z prípadného pomočenia a následného výsmechu okolia a zahanbeniu. Sociálna izolácia úzko súvisí s psychikou seniorov.

Medzi ďalšie sociálne problémy močovej inkontinencie pôsobiace na život seniora s inkontinenciou moču ďalej patria ovplyvnenie životného štýlu, neschopnosť pochôdzok na úrady, obavy z návštevy kultúrnych podujatí, zmeny v osobnom (rodinná situácia, vplyv na partnerský život) a pracovnom živote, a pod.

Ekonomické následky sú spájané s finančnou náročnosťou inkontinenčných pomôcok a prípravkov potrebných na ošetrovanie kože. Seniorom s inkontinenciou moču mnohokrát na adekvátnu terapiu (medikamenty) a pomôcky nezostáva dostatok financií a sú nútení pri starostlivosti o inkontinenciu improvizovať. Vytvárajú si rôzne vložné tkaninové plienky, len aby nemuseli vhodnú pomôcku kupovať. Náhradné pomôcky nemajú dobré vlastnosti a podieľajú sa na vzniku kožných ochorení (Boltz, et al., 2012).

Kontinencia moču (schopnosť udržania a ovládania moču) je zabezpečovaná dokonalou súhrou svalovej, mukózne, väzivovej a nervovej zložky uzáverového aparátu. Urdzík (2010), uvádza, že na zabezpečenie kontinencie všeobecne platí: „Adekvátna anatomická fixácia uretry a močového mechúra, integrita panvového dna, kompetentná funkcia uretry a mechúra po stránke neurogénnej, hormonálnej a cievnej trofiky.“

V starobe dochádza k rôznym zmenám, nielen v oblasti močového aparátu. Je teda zrejmé, že staroba sa v dôsledku polymorbidity, involučným zmenám v oblasti centrálného nervového systému a ďalším príčinám aj rizikovým faktorom podieľa na rozvoji príznakov inkontinencie moču (Urdzík, Ostro, 2006).

V ošetrovateľskej problematike sa kontinencia moču u seniorov stala predmetom záujmu a pozornosti a to nielen na poli ústavnej starostlivosti. Udržanie plnej kontinencie človeka súvisí so zachovaním dostatočnej telesnej aktivity, hygieny a sebaobslužných činností. U seniorov kontinencia spadá do jednej z položiek hodnotenia stupňa závislosti v základných denných činnostiach ADL (Activities of Daily Living) od Barthelovej testu, kde sa posudzuje úroveň kontinencie moču (plne kontinentných, občas inkontinentných a trvalo inkontinentných pacientov).

2.6 Rizikové faktory pôsobiace na kvalitu života seniorov

V starobe dochádza k najrôznejším zmenám, ktoré majú podstatný vplyv na kvalitu života seniorov. Medzi charakteristické znaky, ktoré sú pre toto obdobie typické, patrí napríklad ukončenie profesijnej dráhy, zmena životného štýlu, ubúdanie síl, zníženie finančných prostriedkov, spomalenie psychomotorického tempa, zhoršenie zdravotného stavu a prípadná závislosť na partnerovi alebo inej blízkej osobe (Řehulková., et al. 2008).

Determinanty, ktoré sa dajú rozdeliť na vnútorné (fyzické a psychické zdravie) a vonkajšie (sociálne podmienky) výrazne pôsobia na kvalitu života seniorov od individuálneho stavu seniora k pripravenosti na toto obdobie (adaptácie).

Medzi rizikové faktory v živote seniorov patrí sebestačnosť, najmä v zmysle jej zníženia, čo súvisí s ubúdaním fyzických i duševných síl. Pridružujú sa chronické choroby, vzniká závislosť v oblasti sociálnej sféry (nevhodné bytové podmienky, nízky dôchodok a neochota pomôcť zo strany rodinných príslušníkov). Ďalším rizikovým faktorom je premena sociálnych rolí - penzia, zmena životného štýlu, chýbajúca štruktúra dňa, prebytok voľného a nevyužitého času a strata profesijnej prestíže.

Odchod do dôchodku býva sprevádzaný poklesom životnej úrovne a príčinou vzniku osamelosti seniora. Rizikovým je tiež strata životného partnera, ktorá mnohokrát predstavuje najťažšiu životnú skúšku. Často je sprevádzaná pocitmi osamelosti, opustenosti a vystupňovaním úzkosti vedúce až k depresii. Osamelosť môže tiež nastať pri postupnom umieraní rovesníkov a z dôvodu osamostatnenia vlastných detí.

Ako rizikový možno spomenúť aj odchod do ústavného zariadenia, kde je senior podrobený hľadaniu nových kontaktov a prispôsobeniu sa novým podmienkam v zariadení. Je tu veľké ohrozenie zo strany intimity a adaptačným šokom. Môže sa prejaviť tzv. „syndróm posledného vzdoru“ (Patijn, 2014).

Ondrušová (2009) ďalej uvádza, že „zdravie, sociálne prostredie, medziľudské vzťahy, životný štýl, hmotné zabezpečenie, aktivita a tiež zdravotná starostlivosť a sociálne služby patria k faktorom, ktoré významne ovplyvňujú spokojnosť seniorov a kvalitu ich života.“ Pre človeka v seniorskom veku je dôležitý význam kvality života predovšetkým po stránke spokojnosti so životom.

Človek na konci svojej cesty chápe kvalitu života ako spokojnosť s tým, ako žil. Ak hodnotí prežitý život zmysluplne, potom kvalita jeho súčasného bytia je prežívaná na vysokej úrovni.

2.7 Meracie a hodnotiace techniky kvality života a inkontinencie moču

Dotazníky hodnotiace vplyv určitého symptómu či ochorenia na kvalitu života by mali čo najlepšie a najkomplexnejšie vystihovať ich vplyv na fyzické a psychické zdravie pacientov aj na ich spoločenské aktivity (všeobecné vnímanie zdravia, obťažujúce symptómy, kvalita života).

Tieto dotazníky sú považované za jeden zo základných parametrov vyhodnocovania závažnosti ťažkostí a úspešnosti liečby (Dvořáčková, 2012). Tradične sa inkontinencia moču posudzuje prostredníctvom skórovania symptómov a objektívnym zameraním sa na jej etiológiu, diagnostiku a účinok liečby (Payne, 2005).

K hodnoteniu kvality života pri močovej inkontinencii používame štandardizované dotazníky, ktoré možno rozdeliť do dvoch základných skupín, všeobecné (generické) a špecifické. Niektoré literárne pramene uvádzajú aj tretí typ dotazníkov, tzv. štandardizované behaviorálne testy, zisťujúce fyzické a kognitívne funkcie (Bednářová, Sulková, Dusilová, 2007).

Všeobecné dotazníky sa používajú na hodnotenie kvality života ako takej. Nie sú špecificky zamerané na konkrétne ochorenie, sú široko použiteľné u akejkoľvek skupiny populácie bez ohľadu na pohlavie, vek a pod. (Mandys, 2009. Zahŕňajú všeobecné a špecifické škály, ktoré hodnotia stav, zdravie, vplyv choroby, účinok liečebných intervencií aj ekonomickú situáciu. Slúžia na zisťovanie a porovnávanie kvality života podľa vekových i sociálnych skupín, lokálnych celkov, podľa pohlavia, rás a pod.

Patria sem napríklad:

SF-36 - ShortForm 36,

SIP - SicknessImpact Profile,

HRQoL – Health related quality of life,

VAS – visual Analogue Scale (Vadúrová, Mühlpachr, 2005).

Špecifické dotazníky sa zameriavajú na osobitosti daného symptómu či ochorenia a možno ich použiť na hodnotenie daného stavu.

V porovnaní so všeobecnými špecifické dotazníky majú vyššiu výpovednú hodnotu a sú to klinicky najrelevantnejšie nástroje hodnotenia kvality života (Švihra, et al.,2012).

Na hodnotenie kvality života pri močovej inkontinencii používame dotazníky, ktoré možno rozdeliť do dvoch skupín:

1. dotazníky k zisťovaniu citlivosti pacienta na jednotlivé symptómy močovej inkontinencie:

- **BFLUTS** (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms),
- **UDI** (Urogenital Distress Inventory),
- **SSI** (Symptom Severity Index).

2. dotazníky na vyšetrenie celkového vplyvu močovej inkontinencie na pacienta:

- **QOL** (Urinary Incontinence – Specific Quality of LifeInstrument),
- **ICIQ-UI SF (International Consultationon Urinary Incontinence Questionnaire –Short Form)** hodnotí symptomy inkontinencie moču. Dotazník je zložený z dvoch častí. Prvá časť sa venuje stupni a frekvencii úniku moču a druhá časť diferencuje príznaky močovej inkontinencie.
- **Overactive bladder questionnaire (OAB-q)** – sa skladá z 25 otázok, ktorézahrňujú 4 okruhy vplyvu na kvalitu života (vyrovnávanie sa s problémami, celkový vplyv na kvalitu života, vplyv na spánok a sociálne aktivity). Bol vytvorený špeciálne pre pacientov s hyperaktívnym močovým mechúrom (Boltz, et al. 2012) .
- **Incontinence stress questionnaire for patients (ISQ-P)** pomáha pri hodnotení dlhodobých psychických dôsledkov spojených s inkontinenciou moču (Zachoval, 2006).
- **Urinary incontinence handicap inventory (UIHI)** je určený pre staršie ženy trpiace urgentnou inkontinenciou moču. Hodnotí vplyv inkontinencie na bio-psycho-sociálnu oblasť života.

- **YIPS (York Incontinence Perception Scale)** vyhodnocuje súčasný stav problémov pomocou 8 otázok.
- **UIHI (Urinary Incontinence Handicap Inventory)** je určený pre staršie ženy s urgentnou inkontinenciou a obsahuje 17 otázok.
- **UISS (Urinary Incontinence Severity Score)** obsahuje 10 otázok, z nich 4 zisťujú, pýtajú sa na únik moču a 6 hodnotí vplyv inkontinencie na kvalitu života žien.
- **U-IIQ (Urge Incontinence Impact Questionnaire)** obsahuje 32 otázok hodnotiacich vplyv urgentného úniku moču, nyktúrie a spokojnosti s terapiou za posledné 4 týždne
- **KHQ** (King Health Questionnaire),
- **N-QoL** (Nocturia Quality of Life Questionnaire) (Dvořáčková, 2012)
- **Mudi** (Male Urogenital Distress Inventory),

V súčasnosti existuje veľké množstvo dotazníkov, ktoré hodnotia kvalitu života pacientov s inkontinenciou moču. Pri výbere vhodného dotazníka je nutné starostlivo posúdiť ich štatistické vlastnosti a vhodnosť použitia pre konkrétnu skupinu pacientov (Zachoval, 2006).

Pri každodennej klinickej praxi je dôležité, aby bol dotazník jednoduchý a pre seniora dobre zrozumiteľný. U seniorov je vhodné zvoliť väčšiu veľkosť písma. Otázky by mali byť presne formulované s jednoznačnou možnosťou odpovede. Meranie kvality života je čisto subjektívna metóda hodnotenia stavu samotným seniorom, ktorá navodzuje rad diskusií (Babečka, Gulášová, 2016).

Hodnotenie kvality nemožno podceňovať. Ak je cieľom spokojnosť seniora, potom je hodnotenie jeho stavu veľmi významným meradlom úspechu či neúspechu liečby.

Aj Medzinárodná spoločnosť pre inkontinenciu (ICS) odporučila určovanie kvality života ako súčasť klinických štúdií močovej inkontinencie. Zvyčajne si dokážeme predstaviť, ako sa cítia pacientky -seniorky s močovou inkontinenciou, a môžeme predpokladať, aká je kvalita ich života, avšak je potrebné ju aj hodnotiť, aby sme im mohli cielene a reálne aj pomôcť, nielen hodnotiť. Naopak, nie je vhodné hodnotenie preceňovať a vyvodzovať závery len na základe subjektívneho hodnotenia pacientky s inkontinenciou moču.

Optimálna je kombinácia subjektívneho a objektívneho hodnotenia, čo tvorí účinný komplex na posúdenie stavu v maximálnej možnej miere.

Prínosom je zohľadnenie názoru pacientky -seniorky, jednoduchý prevod na číselné vyjadrenie a ľahké štatistické spracovanie. Zásadným momentom hodnotenia je však voľba správneho dotazníka - zohľadniť je potrebné typ inkontinencie, vek, pohlavie a pod (Bednářová, Sulková, Dusilová, 2007).

Od dotazníkov pre posudzovanie močovej inkontinencie nemožno očakávať, že presne stanovujú diagnózu.

Z hľadiska praktického využitia je najdôležitejšie zhodnotenie dopadu močovej inkontinencie na kvalitu života pacientov (tzv. sebahodnotiace dotazníky).

2.8 Vplyv inkontinencie moču na kvalitu života seniora

Inkontinencia moču (IM) je symptóm akéhokoľvek samovoľného úniku moču. Prevalencia inkontinencie moču u žien sa pohybuje od 10 do 30%, u mužov pod 10%. S vekom prevalencia celkovej inkontinencie moču stúpa (Marenčák, 2010).

Inkontinencia významne znižuje kvalitu života, čo môžeme pomenovať ako kombináciu psychických, fyzických, emocionálnych a sociálnych aspektov života. Zdravie – ako stav nielen bez ochorenia, ale ako stav kompletnej sociálnej, psychickej a fyzickej pohody – sa v prípade samovoľného úniku moču postupne zhoršuje.

Senior s inkontinenciou moču sa necíti pohodlne, musí neustále myslieť na problémy spojené s inkontinenciou. „Mať čo najlepšiu kvalitu života sa spája najmä so zdravím“. Zdravie je to najčastejšie, čo si želáme my sami a želáme ho aj všetkým blízkym ľuďom,“ hovorí Heřmanová, (2012).

„Preto je dobré si uvedomiť, že tento dar si treba premyslene a zodpovedne chrániť. Akékoľvek zdravotné ťažkosti nám signalizujú, že sme niečo zanedbali.. Každého z nás v živote stretávajú rôzne problémy. Uspokojenie z toho, že problémy riešime je uzdravujúce a prináša pocit spokojnosti.“(Dvořáčková, 2012).

Inkontinencia moču je stav, pri ktorom senior nie je schopný vedome a sám regulovať odchod moču, čím dochádza k nedobrovoľnému vyprázdneniu močového mechúra. Medzinárodná

spoločnosť pre inkontinenciu (ICS - The International Continence Society) definuje inkontinenciu moču ako akýkoľvek nechcený, vôľou neovládateľný a objektívne preukázateľný únik moču, ktorý predstavuje sociálny a hygienický problém. Avšak v odbornej literatúre je možné nájsť aj rad iných definícií (Svihra et al., 2012). V seniorskej populácii je inkontinencia moču dlhodobo chápaná ako jeden z najvýznamnejších a najčastejších zdravotných problémov.

Je prioritne ošetrovateľskou záležitosťou, je ukazovateľom v oblasti seniorovej ošetrovateľskej náročnosti, indikátorom dlhodobej dekompenzácie seniora a tiež jedným z prediktorov negatívnej životnej prognózy (Sochorová, Vránová, 2008).

Zoznam bibliografických odkazov

- BABEČKA, J., GULÁŠOVA, I. 2016. *The effect of urinary incontinence on the quality of life of the elderly*. Interdisciplinary Updates on Health and Nursing. Warsaw, Poland, 2016, 171 p. ISBN: 978-83-7520-215-1
- BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin, Osveta. 2009. 141s., SBN 978-80-8063-306-6
- BEDNÁŘOVÁ, V., SULKOVÁ DUSILOVÁ, S. 2007. *Peritoneální dialýza*. 2. vyd. Praha, Czechia: Maxdorf; s. 336, 2007, ISBN 80-8068-282-8.
- BERGSMA, J., ENGEL G L. 1988. *Quality of life: Does measurement help?*. Leuven University: Elsevier – Health Policy, 1988; 10(3): 267-279.
- BOLTZ, M. et al. 2012. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 4th ed. New York, USA: Springer Publishing Company; 2012. ISBN: 9780826171665 EISBN: 9780826171672
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing; 2012, s. 112, ISBN 80-7106-291-X
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovateľský výzkum*. 1. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing; 2011, s. 223, ISBN: 9788024736259
- HAGOVSKÁ M., DZVONÍK, O. 2011. *Osobnostné a psychosociálne aspekty kvality života a komplexná rehabilitačná liečba u žien so stresovou inkontinenciou moču po hysterektómii*. In: Klin. Urol. 2011, roč. 7, s. 22 – 27. ISSN 0009-062X
- HAGOVSKÁ, M., TAKÁČ, P. 2009. Kvalita života žien s inkontinenciou moču (IM) a jej súvislosť s bolesťou v krížovej oblasti - možnosti ich pozitívneho ovplyvnenia komplexnou

rehabilitačnou liečbou In: Fyzioterapie 2009 : sborník abstraktů 1. ročníku mezinárodní konference: 22. a 23. května 2009 v Čelákovících. - Čelákovice : NZZ REHASPRING, 2009. - ISBN 9788025444412. - S. 18-19

HEŘMANOVÁ, E. a 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha, Czechia: Slon; 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. In: Sociologia, 2012, [cit. 15.3.2016], Vol. 44, No. 4, pp 407-425. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20%20OK%20upravena%20studia.pdf>

HEŘMANOVÁ, E. 2014. *Lidské zdroje, celoživotní vzdělávání a vzdělávání seniorů v Česku a EU*. Available at: Accessed July 16. 2014. Dostupné z:

http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FEva_Hemanova%2Fpublication%2F265598831_Lidsk_zdroje_celoivotn_vzdlvn_a_vzdlvn_senior_v_esku_a_EU%2Flinks%2F5414aa270cf2788c4b35a90b.pdf&ei=cfYCVfXhA8fNygPb64KwCQ&usg=AFQjCNFIHTY8wCgpnDjUG3hE4PG4NeGHIA

KAMANOVÁ, I. 2007. *Inštitucionalizované sociálne služby a kvalita života seniorov*. 1. vyd. Ružomberok, 2007. 87 s. ISBN 978-80-8084-275-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing.; 2002, 200 s. ISBN: 80-247-0179-0.

LACOMBE, C. et al. 2015. *Effectiveness of a program of therapeutic exercises on the quality of life and lumbar disability in women with Stress Urinary Incontinence*. J Bodyw Mov Ther. 2015 Jan;19(1):82-8. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.04.002. Epub 2014 Apr 15. PMID: 25603747.

MANDYS J. 2009. *Dilemata určování kvality života*. In *Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí Aktuální otázky sociální politiky 2009 – teorie a praxe*, Pardubice 10.11.2009. Pardubice, Czechia: Univerzita Pardubice, 2009: 36–43. ISBN: 978-80-7395-217-4

MARENČÁK, J., 2010. *Inkontinencia moču – príznak, ktorý sa dá liečiť*. Edukafarm(online), 3, 77-83 (zobrazené 7.9.2012). Dostupné z:

<http://www.edukafarm.sk/pdfs/periodika/medinews/2010/03.pdf>

MAREŠ, J. 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno, Czechia: MSD; 2006. s. 228 ISBN 80-86633-65-9.

ONDRUŠOVÁ, J. 2009. *Měření kvality života u seniorů*. Česká geriatrická revue. 2009; 7(1): 36-39. ISSN 0009-062X.

- PATIJN, J. 2014. *Functional MRI in pain: A valuable and/or reliable diagnostic tool for your pain patient?*. *International Musculoskeletal Medicine*. 2014; 36(2,): 75-78.
- PANYE J. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha, Czechia: Triton; 2005. 629s., ISBN 80-7254-657-0.
- PATIJN, J. 2014. *Functional MRI in pain: A valuable and/or reliable diagnostic tool for your pain patient?*. *International Musculoskeletal Medicine*. 2014; 36(2,): 75-78
- ŘEHULKOVÁ., O. et al. 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. 1. vyd. Brno, Czechia: MSD; 2008, s. 162, ISBN: 978-80-7392-073-9
- SOCHOROVÁ, N. – VRÁNOVÁ, V. 2008. *Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen*. In: *Urolog. pro praxi*. 2008, roč. 9, s. 263 – 266. ISSN 0009-062X.
- ŠVIHRA, J., a kol. 2012. *Inkontinencia moču*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2012. 328s., . ISBN 978-80-8063-380-6.
- TOPINKOVÁ, E. 2013. *Inkontinence ve stáří*. Vliv inkontinence na kvalitu života, postoje seniorů, informovanost, inkontinenční pomůcky (přednáška). Geriatrická klinika, 1.Lékařská fakulta UK Praha. Incoforum, 2013. Dostupné z: <http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/06/Inkontinence-ve-stari.pdf>
- URDZÍK, P., OSTRO, A. 2006. *Inkontinencia moču u žien- prevencia a liečba*. Viapractica [online]. 2006, č. 10, s. 471–474 [cit. 2012-12-20]. ISSN 1336-4790. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=10010543.
- URDZÍK, P. 2010. *Operačná liečba inkontinencie*. In: *Hospodárske noviny* [online]. 2010. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: http://www.unlp.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=1015&Itemid=95
- VAĐUROVÁ, H., MUHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno, Czechia: Masarykova univerzita; 2005, ISBN: 80-210-3754-7, ISBN: 80-210-3754-7
- QUINLAN-COLWELL A. 2012. *Compact Clinical Guide to Geriatric pain management An Evidence-Based Approach for Nurses*. 4st ed. New York, USA: Springer Publishing Company; 2012.
- ZACHOVAL, R. et al., . 2006. *Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientu s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem*. In: *Urolog. pro praxi*. [online]. 2009, roč. 6, [citované 6.1.2015], s. 286 – 296. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1576/toag.13.3.143.27665/pdf>

3 STARNUTIE POPULÁCIE A SENIOR

V odbornej literatúre je starnutie a staroba definovaná množstvom autorov.

Z tých najčastejších zmieňovaných definícií môžeme uviesť: „*Starnutie je nezvratný biologický proces, ktorý sa týka celej prírody. Dĺžka života je geneticky podmienená a pre každý živočíšny druh je špecifická.*“ (Poledníková, et al., 2006). „*Starnutie je možné považovať za prirodzený a biologický zákonitý proces, ktorý sa prejavuje zníženou adaptačnou schopnosťou organizmu a úbytkom funkčných rezerv.*“ (Štilec, 2004)

Tab.10 Starnutie populácie na Slovensku za rok 2018

Prelomový rok 2018, na sto detí má Slovensko 102 seniorov. Demografické procesy sa následne premietajú do štruktúry obyvateľstva. K základným a sledovaným charakteristikám patrí dlhodobý trend intenzívneho starnutia slovenskej populácie. „V praxi sa to prejavuje tak, že rastie počet aj podiel osôb v poproduktívnom veku teda vo veku 65 a viac rokov.

A naopak znižuje sa početnosť a podiel detskej zložky vo veku do 14 rokov v celkovej populácii Slovenska,“ Rok 2018 je v rámci sledovania starnutia populácie prelomový, počet a podiel seniorov historicky prvý krát na Slovensku prevýšil počet a podiel detí. Deti vo veku do 14 rokov tvorili celkovo 15,7 % slovenskej populácie. Seniori vo veku 65 a viac rokov už 16 % obyvateľstva. Na Slovensku uplynulý rok žilo 858-tisíc detí, ale až 874-tisíc seniorov. Vzťah medzi početnosťou detí a seniorov v spoločnosti zachytáva takzvaný index starnutia. V roku 2018 tento index prvý krát prekročil hraničnú hodnotu 100. Na Slovensku tak na 100 detí pripadlo viac, až 102 seniorov, teda ľudí veku nad 65 rokov.

Zdroj: Štatistický úrad SR, 2019

3.1 Demografické údaje o starnutí populácie v SR

Demografia je veda, ktorá sa zaoberá reprodukciou ľudskej populácie, hľadá pravidelnosti, ktorými sa proces riadi a študuje podmienky, ktoré ju ovplyvňujú. Za základné procesy demografickej reprodukcie považujeme natalitu (pôrodnosť) a mortalitu (úmrtnosť). Jedným z ukazovateľov, ktorými sa natalita meria je hrubá miera pôrodnosti, ktorá je definovaná ako „počet živo narodených detí v určitom kalendárnom roku na 1000 obyvateľov stredného

stavu.” Mortalitu môžeme merať hrubou mierou úmrtnosti, čo je “počet zomrelých v kalendárnom roku na 1000 obyvateľov stredného stavu” (Hrozenská, et al., 2008).

Vývoj civilizácie je spojený so zmenami, ktoré sa týkajú najmä pôrodnosti a úmrtnosti. V súčasnosti zažívame fenomén, ktorý demografovia nazývajú starnutie spoločnosti. Je to proces, ktorým sa mení vekové zloženie obyvateľstva určitej geografickej jednotky tak, že rastie počet osôb starších ako 60 alebo 65 rokov a klesá počet osôb mladších ako 15 rokov.

Podľa prognóz Výskumného demografického centra by malo Slovensko v polovici tohto storočia tvoriť jednu z najstarších, ak vôbec nie najstaršiu populáciu v Európskej únii. Slovensko sa za posledné desaťročie presunulo do pozície s celosvetovo najnižšou intenzitou plodnosti.

Úspešnosť aktívneho starnutia je podmienená zdravotným stavom človeka. Zdravotný stav obyvateľstva krajiny je výsledkom súhry genetického vybavenia ekonomickej a psychosociálnej situácie, kvality životného prostredia, výživy a životného štýlu, ako aj všeobecnej dostupnosti a úrovne zdravotnej starostlivosti vrátane preventívnych programov. Zdôrazňuje sa najmä význam sociálneho kapitálu, ktorý v sebe zahŕňa ekonomickú situáciu a sociálne nerovnováhy. Medzi zdravím populácie, kvalitou jej života a jej pozitívnym rozvojom existujú tesné vzťahy. Čím je človek zdravší a vzdelanejší, tým má väčšie predpoklady na dosiahnutie vyššej kvality svojho života a súčasne rast kvality života spôsobený rastom ekonomiky a vzdelanosti je spojený so zlepšovaním zdravotného stavu jedinca a spoločnosti. Zdravie a zdravotný stav obyvateľstva je najvyššou prioritou každej spoločnosti, pretože iba zdravá spoločnosť tvorí jednu z podmienok pre jej nasledujúci trvalo udržateľný rozvoj. Okrem toho zdravie je jeden z najdôležitejších atribútov kvality a udržateľnosti života jednotlivca i spoločnosti. Zodpovedná zdravotná politika dokáže zásadným spôsobom ovplyvniť tri z kľúčových determinantov, t. j. zdravie, kvalitu prostredia a nepriamo aj životný štýl občanov. Zdravotný stav obyvateľstva je výsledkom životného štýlu ale zároveň aj barometrom podmienok, ktoré pôsobia pri utváraní životného štýlu. Determinantmi zdravotného stavu a jeho zmien sú: vonkajšie prostredie: klimatické, fyzikálne, chemické, biologické; sociálnoekonomické podmienky: HDP, sociálne triedy, migrácia, vzdelanosť, vzťahy medzi ľuďmi; osobnostné charakteristiky: genetické faktory, priaznivé a škodlivé návyky a správanie a zdravotná starostlivosť. Demografický vývoj, vývoj úmrtnosti a chorobnosti v Slovenskej republike je nasledovný. Úmrtnosť obyvateľstva sa od roku 1993 naďalej udržiava pod hranicou 10 zomrelých osôb na 1 000 obyvateľov. V roku 2010 zomrelo v Slovenskej republike 53 445 osôb, z toho 27 645 mužov a 25 800 žien. Bolo

to o 532 osôb viac ako v roku 2009. Z celkového počtu zomretých zomrelo v poproduktívnom veku 71,7 %, v produktívnom veku 27,3 % a v predproduktívnom veku necelé 1 %. V roku 2011 zomrelo v Slovenskej republike 51 903 osôb, z toho 25 106 žien a 26 797 mužov, pričom priemerný vek zomrelého muža bol 67,92 roku a priemerný vek zomrelej ženy bol 76,64 roku.

Starnutie populácie môžeme najlepšie sledovať prostredníctvom týchto ukazovateľov:

Index starnutia – počet osôb vo veku 65+ na 100 detí vo veku 0 – 14 rokov,

Priemerný vek obyvateľov – priemer počtu rokov, ktoré prežili príslušníci danej populácie do daného okamihu,

Stredná dĺžka života (nádej na dožitie) – priemerný počet rokov dožitia osoby určitého pohlavia a veku za predpokladu, že sa nebudú meniť úmrtnostné pomery.

Index starnutia sa od roku 2001 postupne zvyšuje a v roku 2012 dosiahol hodnotu 85,5 (takmer 86 obyvateľov vo veku 65+ pripadalo na 100 detí vo veku 0 – 14 rokov); index starnutia mužov v roku 2012 bol 63,2; index starnutia žien v roku 2012 mal hodnotu 109,1.

Stredná dĺžka života (nádej na dožitie), jej zvyšovanie v kombinácii so súčasnou nízkou plodnosťou tiež signalizuje zrýchľovanie procesu starnutia populácie na Slovensku.

V Slovenskej republike sa stredná dĺžka života dlhodobo zvyšuje i keď relatívne pomaly. V rámci EÚ patrí Slovensko medzi štáty s najnižšou strednou dĺžkou života.

V roku 2011 stredná dĺžka života pri narodení presiahla u mužov (prvýkrát) hranicu 72 rokov a u žien 79 rokov. V porovnaní s rokom 2001 sa v roku 2011 zvýšila u mužov o 2,7 roka, u žien o 1,8 roka. V roku 2012 bola stredná dĺžka života u mužov 72,5 a u žien 79,5 roka. Na úroveň hodnoty strednej dĺžky života pôsobia také faktory, akými sú napr. ekonomické podmienky spoločnosti, úroveň lekárskej starostlivosti, kvalita životného prostredia, rodinné prostredie, životný štýl jednotlivcov, vzdelanie atď. (Podmanická, 2015).

3.2 Problematika starnutia populácie

Starnutie je dlhodobý proces, ktorý je charakterizovaný ako súbor nevratných telesných, psychických, morfológických i funkčných zmien ľudského organizmu. Tieto zmeny podmieňujú zvýšenú zraniteľnosť organizmu, pokles jeho schopností a výkonnosti. (Dvořáčková, 2012). Tento proces je od nepamäti predmetom skúmania mnohých vied a

vedných odborov s cieľom jeho zastavenia, alebo aspoň spomalenia. Napriek obrovskému pokroku, ktorý ľudstvo dosiahlo v oblasti medicíny, či iných vied, sa to však nepodarilo a ako vyplýva z nasledovných definícií, proces starnutia je neodvratný. Možno ho však sčasti eliminovať rôznymi intervenciami, medzi ktoré patrí aj pohybová aktivita. Čornaničová (2007) definuje starnutie ako „*prirodzený, zákonný a všeobecný jav, ktorému podliehajú všetky živé bytosti, teda aj človek*“.

Starnutie podľa Hrozenskej a Dvořáčkovej (2013) je „*špecifický biologický proces vyznačujúci sa tým, že je dlhodobo nakódovaný, je nezvratný, neopakuje sa, má rôzny charakter, zanecháva trvalé stopy a rozvoj sa riadi špecifickým časovým zákonom*“. Ide o deštrukčný proces, ktorý vzniká na základe poškodenia organizmu vonkajšími a vnútornými faktormi, ktorých s pribúdajúcim vekom pribúda. Hegyi definuje starnutie ako „*veľmi zložitý multifaktoriálny dej, ktorý je výslednicou vzájomného pôsobenia genetických podmienok (daných druhovo i individuálne) a faktorov vonkajšieho prostredia*“. Pre človeka individuálne je to „proces postupnej involúcie so sprievodnými biologickými, psychickými a sociálnymi zmenami organizmu a osobnosti človeka“ (Hegyi, 2012).

Z hľadiska „zdravého“ starnutia je dôležité povedať, že okrem biologických zmien sú ostatné faktory starnutia ovplyvniteľné aplikovaním rôznych intervenčných programov, napr. aj telesnou aktivitou. Výsledkom starnutia je staroba. Staroba je „*posledné vývojové štádium v živote človeka, ktoré sa objektívne a nevyhnutne končí smrťou*“ (Haškovcová, 2012). Psychológovia definujú starobu ako „*obdobie v ontogenéze človeka, ktoré charakterizuje proces postupnej involúcie so sprievodnými biologickými, psychickými a sociálnymi zmenami v jeho organizme a osobnosti*“ (Határ, 2005).

Pacovský považuje starobu za „*prirodzenú, ale poslednú etapu ontogenetického vývoja, ktorá (rovnako ako iné vývojové štádiá) má svoje špecifické znaky, ktoré ju odlišujú od predchádzajúcich životných etáp. Štrukturálne i funkčné zmeny vzniknuté pri starnutí a starobe majú prevažne regresívny charakter, sú nevratné a neopakujú sa*“. (Pacovský, 1994). Všetky definície staroby sa zhodujú v tom, že ide o určité (posledné) obdobie v živote človeka, ktoré je charakterizované špecifickými znakmi - zmenami v porovnaní s predchádzajúcimi obdobiami. Zmeny spočívajú v rovine biologickej, psychickej i rovine sociálnej. Charakteristiku týchto zmien budem stručne analyzovať v nasledujúcich častiach práce.

Pacovský podľa uvedenej definície upresňuje, že ide o zmeny štrukturálne i zmeny funkčné, ktoré vedú k celkovému zhoršeniu kvality ľudského organizmu a sú nevratné – nedajú sa teda úplne zastaviť ani vrátiť späť.

Starnutie a staroba sú aj významné sociálne pojmy, ktoré súvisia so zmenou postavenia človeka v spoločnosti. Tieto fenomény sú aj dôležitým ukazovateľom demografického vývoja spoločnosti, ktorý sa odvíja od ľudského veku.

Starnutie je vlastnosťou každého živého organizmu a tiež je neoddeliteľnou súčasťou života človeka (Pokorná, 2012). Langmeier, Krejčíková (1998) definujú starnutie ako „*súhrn zmien v štruktúre a funkciách organizmu, ktoré podmieňujú jeho zvýšenú zraniteľnosť a pokles schopnosti a výkonnosti jedinca, ktoré vrcholia v terminálnom štádiu a v smrti.*“

„*Starnutie je obdobie prirodzeného vývoja starnutia organizmu.*“ (Poledníková, et al., 2006). Z toho vychádza, že starnutie (latinsky senilita) je špecifický, nezvratný a neopakovateľný biologický proces, ktorý je univerzálny pre celú prírodu a jeho priebeh je nazývaný životom.“ (Topinková, 2010).

O jednotnej definícii staroby nemôžeme hovoriť, lebo neexistuje. Preto je staroba finálna etapa procesu starnutia a hovoríme o období na konci prirodzeného vývoja každého jedinca. Staroba sa prejavuje involučnými zmenami (morfologickými a funkčnými), ktoré prebiehajú špecifickou rýchlosťou s individuálnou premenou vedúce ku označeniu ako starecký fenotyp. Ten je upravený vplyvom prostredia, zdravotného stavu, životným štýlom, vplyvmi sociálne ekonomickými až psychickými, sebahodnotením, adaptáciou a prijatím určitej role (Kalvach, Zadák, Zavázalová, Sucharda et al., 2004).

Staroba je fyziologický stav človeka, ktorá je prevádzaná viacerými ťažkosťami, príznakmi, ktoré nám pripomínajú chorobu (Benjan, 2010).

Nová paradigma vied vytvorila lepšie predpoklady na pochopenie starnutia, ale aj ich role a potrieb starších ľudí. Je to dané cieľavedomým dôrazom na komplexnosť, individualizáciu, celistvosť, vzájomnú prepojenosť, etiku, interdisciplinárnosť a na hľadanie zmyslu života. Pri týchto zistených skutočnostiach sa vyžaduje sformulovanie nových štruktúr, prístupov, ale aj nového vzdelávania pre oblasť starnutia, ktoré je neoddeliteľnou súčasťou dôsledného tímového pomenovania (Muhlpachr, 2005).

Žijeme v spoločnosti, ktorá starne a ide o celosvetový trend. O Európe sa hovorí ako o šedivejúcom kontinente. Starnutie je kontinuálny proces, ktorý sa u všetkých jedincov

neprejavuje rovnakou rýchlosťou, ale je ovplyvnený množstvom faktorov, ktorými sú prostredie, genetické vlastnosti a pod. (Kociová, Peregrínová, 2003).

Preto vek podľa Kamanovej (2007) delíme na chronologický, biologický, funkčný, psychologický a sociálny

- chronologický vek, alebo tiež kalendárny vek je reálne prežitý vek,
- biologický vek je následkom genetického programu, na ktorý vplýva vonkajšie prostredie a spôsob života,
- funkčný vek zodpovedá funkčnému potenciálu človeka,
- psychologický vek je ovplyvňovaný náladou jedinca,
- sociálny vek charakterizuje prítomnosť alebo neprítomnosť životného programu, alebo ich dlhodobých plánov (Németh, 2009).

Vzhľadom k starnúcej populácii sa limitná hranica staroby neustále posúva. „Z kontextu demografického vývoja a zlepšovania funkčného stavu v starobe navrhla v 60. rokoch B. L. Neugartenová pojmy:

- „mladí seniori“ – 55-74 rokov,
- „starí seniori“ – 75 a viac rokov.

Z tohto pohľadu je odvodené aj súčasné členenie staroby (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Holmerová, Weber et al., 2008). V poslednom období sa stále častejšie uvádza nasledujúce delenie.

Delenie podľa Mühlpachra:

- 65 – 74 rokov mladí seniori (dominuje problematika adaptácie na penzionovanie, voľný čas, aktivity, seberealizáciu),
- 75 – 84 rokov starší seniori (zmena funkčnej zdatnosti, špecifická medicínska problematika, a typický priebeh choroby),
- 85 rokov a veľmi starí seniori (na význame nabera sledovanie sebestačnosti a zabezpečnosti), (Malíková, 2011).

Tab. 11 *Problematika starnutia populácie*

Dnes sa už výskumníci v oblasti gerontológie zhodnú i na tom, že neexistuje jeden „starý vek“, teda jedna homogénna skupina ľudí nad istou vekovou hranicou (napríklad 80+).

Vek dožitia sa zvyšuje, čo implikuje, že vekový rozdiel medzi dvomi ľuďmi nad touto hranicou môže byť aj niekoľko desiatok rokov. Zároveň existuje významná heterogenita medzi ľuďmi rovnakého chronologického veku.

Zjavnejšie sa nám to môže zdať naprieč kultúrami, no aj v rámci jednej kultúry môžu byť životné skúsenosti rovnako starých ľudí veľmi rozdielne.

Tým, že každý človek počas života zažíva rôzne veci, vyrastá v jedinečnej kultúre a je ovplyvnený špecifickými skúsenosťami, vek ako taký stráca ako charakterová črta značné opodstatnenie.

Inak povedané, chronologické chápanie veku nám v kontexte súčasných demografických trendov nepomáha porozumieť rozličným životným situáciám seniorov v ich rozmanitosti.

Zdroj: Baars, 2010

Avšak vo väčšine krajín momentálne slúži periodizácia ľudského veku navrhnutá Svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO, WHO), podľa ktorej život jedinca možno rozčleniť na vekové kategórie trvajúce pätnásť rokov (Poledníková, et al., 2006).

Preto hovoríme o týchto obdobiach:

- 60-74 rokov – včasná staroba (presénium),
- 75-89 rokov – vlastná staroba (sénium),
- 90rokov a viac – dlhovekosť (Poledníková, et al., 2006)

3.3Aspekty starnutia

Človek sa rodí na túto Zem s konkrétnymi dispozíciami. To, ako bude reagovať na situácie vo svojom živote, je ovplyvnené jeho genetickými predpokladmi, životnými skúsenosťami a prostredím, v ktorom žije (Venglářová, 2007).

Vlastný priebeh starnutia a staroby je ovplyvňovaný celou radou okolností (telesné zmeny, psychické a sociálne vplyvy). To rozhoduje o tom, ako sa u určitého jednotlivca starnutie fyzicky odohráva a ako sa s tým jednotliviec vyrovná (Malíková, 2011).

Pacovský (1994) uvádza, že starnutie sa týka samozrejme oblasti biologickej (somatickej), psychologickkej a sociálnej. Tieto oblasti sa zároveň prelínajú a ovplyvňujú, a tým súčasne vytvárajú celkový obraz prirodzeného starnutia človeka a jeho organizmu (Pacovský, 1994).

3.3.1 Biologické aspekty starnutia

Biologické a fyziologické zmeny, ktoré človeku prináša starnutie a staroba sú pre neho i jeho okolie asi najmarkantnejšie a sú viditeľné „na prvý pohľad“. Bez toho, aby sme niekoho bližšie (alebo aj vôbec) poznali, dokážeme usúdiť, že patrí do vekovej kategórie seniorov. Signalizujú nám to vonkajšie biologické a fyziologické znaky a zmeny na jeho organizme; už z väčšej vzdialenosti rozpoznávame jeho zhrbenú postavu, zhoršenú chôdzu a motoriku tela, potom jeho šediny, či zvráskavenú pokožku. To sú však len vonkajšie znaky a prejavy, ktoré sú dôsledkom množstva biologických zmien v jeho organizme. Biologické zmeny, ktoré sú objektívne okolím pozorovateľné však najviac problémov spôsobujú predovšetkým samotnému seniorovi najmä vo forme rôznych zdravotných problémov, ale aj zhoršenej hybnosti. Tieto zmeny sú spôsobené viacerými faktormi. Biologické zmeny organizmu v starobe nastávajú v dôsledku „involúcie štruktúr a funkcií orgánov, zhoršenia perfúzie, zníženia adaptačných a regulačných funkcií, poklesu imunity, zníženia zmyslového vnímania.“ (Topinková, 2010).

„V období staroby dochádza k biologickým zmenám, ktoré pozorujeme vo všetkých tkanivách a bunkách. K najväčším patria zmeny v nervovej sústave a sústave endokrínnej, ktoré zaisťujú reguláciu všetkých telesných aj duševných pochodov. Objavujú sa degeneratívne zmeny a pokles funkcie metabolizmu organizmu. Prejavom týchto zmien je znížená odolnosť voči infekciám, zvýšený sklon k nádorovým ochoreniam, spomalené hojenie rán, strata pružnosti väziva, sklerotizácia ciev, spomalená reakčná a pohybová schopnosť.“ (Erikson, 2011).

Pacovský uvádza, že „staroba má svoju vlastnú anatómiu i fyziológiu. Vyznačuje sa určitými špecifickými morfológickými a funkčnými zmenami organizmu“ (Pacovský, 1994)). Pritom platí, že morfológické (štrukturálne) zmeny majú za následok zmenu funkcie. Rozlišujú sa tri

druhy funkčných zmien: - úbytok funkcií na úrovni molekulárnej, tkanivovej, orgánovej a systémovej; - vyčerpanie bunkových rezerv, ktoré sa prejaví v reakcii organizmu na záťaž; - spomalenie činnosti väčšiny funkcií organizmu. Starobou je postihnutý celý pohybový aparát, čo sa prejavuje obmedzením kĺbovej pohyblivosti, poklesom rýchlosti, sily a vytrvalosti.

Príčinou je najmä zníženie svalovej kontrakcie a úbytok svalovej hmoty. Starnutie má negatívny dopad aj na motorické funkcie a riadenie pohybu. Telesná výška sa s narastajúcim vekom znižuje, ubúda aktívnej telesnej hmoty (svalov) a pribúda tuková a väzivová hmota. Klesá aj hmotnosť kostry a vnútorných orgánov (Chatterji, et al., 2014).

S nástupom staroby sa u seniora mení jeho chôdza – vytrácajú sa pružné pohyby, chôdza sa spomaľuje, rovnováha sa stráca. Hladké svalstvo v porovnaní s priečne pruhovaným dlho plní svoju funkciu aj vo vyššom veku, avšak to neplatí pre cievy – tu sa ukladajú tukové látky a vápnik, ktoré spôsobujú zníženú priechodnosť ciev, nedokrvenosť. V dôsledku toho výkonnosť stráca aj srdce. Vplyvom kostrových zmien sa znižuje objem hrudníka, čo spôsobuje problémy s dýchaním. Klesá výkonnosť vnútorných orgánov – obličiek, močového mechúra, pečene i ciev. Dochádza aj k zhoršenému vnímaniu vonkajších signálov v dôsledku opotrebovania receptorov – zraku, sluchu, čuchu i hmatu. To sa týka i receptorov, ktoré umožňujú vnímať polohu a pohyby tela, sily, tlaku, či vonkajšej teploty. Telesná teplota seniora býva nižšia (cca 35°C), naproti tomu stúpa krvný tlak.

Telesné zmeny, ktoré môžu byť prekážkou pohybových aktivít sa prejavujú najmä: - involučná sarkopénia – strata objemu kostrového svalstva, ktorá sa prejavuje poklesom svalovej sily na podklade degenerácie, atrofie a zániku svalových vlákien, zníženie svalových proteínov a mitochondriálnou dysfunkciou (Chatterji, et al., 2014). Sarkopénia súvisí s vekom, ale môže byť akcelerovaná aj inými činiteľmi. K rozhodujúcim faktorom, ktoré ju môžu pozitívne ovplyvniť, patrí pohybová aktivita (Benjan, 2010). - osteoporóza – rednutie kostnej drene. Okrem veku je spôsobené nesprávnou výživou a nedostatkom pohybu. - osteoartróza – degenerácia chrupaviek kĺbov.

Venglářová (2007) zhrnula telesné zmeny v starobe do týchto bodov: zmena vzhľadu, úbytok svalovej hmoty, zmeny termoregulácie, zmeny činnosti zmyslov, degeneratívne zmeny kĺbov, kardiopulmonárne zmeny, zmeny tráviaceho systému, zmeny vylučovania, zmeny sexuálnej aktivity. Tieto biologické zmeny senior nemusí pociťovať ako patologické (chorobu), ale vníma ich ako dôsledok staroby, ktorým je celkové zníženie jeho komfortu a kvality života v dôsledku zhoršenia zdravotného stavu. Charakteristickým je aj úzky vzťah medzi zdravotným

stavom a sociálnou situáciou seniora (Beard, Bloom, 2014). Každé závažnejšie zhoršenie zdravotného stavu negatívne ovplyvňuje sociálnu situáciu (napr. sebestačnosť) a zhoršenie sociálnej situácie sa následne prejaví v zhoršení jeho zdravotného stavu. Tieto faktory negatívne vplyvajú aj na jeho psychickú pohodu.

Biologické aspekty starnutia znamenajú typický priebeh telesných zmien v starnúcom organizme. Zmeny majú u jednotlivých ľudí odlišný priebeh, rýchlosť, intenzitu a súvisia so vznikom a výskytom ochorení obvyklých v starobe (Malíková, 2011).

Typické prejavy a znaky biologického starnutia sa dajú zahrnúť do nasledujúcich bodov:

- celková zníženosť výkonnosti všetkých funkcií,
- zachytávame celkovú atrofiu, ktorá postihuje všetky orgány a tkanivo (kožu, svaly, pečeň,...),
- zníženú elasticitu orgánov a tkaniva (cievy, pľúca),
- znížená funkcia endokrinných žliaz (nerovnováha),
- zvyšuje sa obsah telesného tuku,
- mení sa distribúcia telesných tekutín,
- mení sa ukladače minerálov v tele(vápnika),
- zmenšuje sa postava, svalová ochablosť,
- znižuje sa elasticita a výkonnosť kostrového svalstva,
- objavujú sa zmeny kože,
- v dôsledku zníženia činnosti vlasovej pokožky a vlasových korienkov padajú a šedivejú vlasy,
- spomalený rast nechtov,
- zachytávame poruchy spánku (insomnia),
- znižuje sa činnosť nervového systému,
- objavujú sa metabolické zmeny,
- vznikajú zmeny v obehovom systéme,
- zmeny v respiračnom systéme,

- zmeny vo vylučovacom systéme,
- tráviacom systéme klesá tvorba slín, motilita, schopnosť strebávania, peristaltika a pod.,
- zhoršenie funkcie zmyslových orgánov (chuť, čuch, hmat, sluch a zrak), (Jarošová, 2006)

3.3.2 Psychické aspekty starnutia

Staroba so sebou prináša aj zmeny niektorých psychických kvalít, ktoré majú väčšinou regresívny charakter. Zmeniť sa môžu aj niektoré osobnostné črty seniora, aj keď podľa Pacovského (1994) štruktúra osobnosti sa kvalitatívne nemení. Spomaľuje sa psychomotorické tempo, zmeny psychiky sa prejavujú v zhoršenom vnímaní, pozornosti, pamäti, v koncentrácii a celkovom myslení.

Dochádza k zníženej adaptačnej schopnosti na nové situácie a podmienky. Klesá inteligencia, schopnosť učiť sa - prijímať nové poznatky, riešiť problémy v časovom strese, pružnosť a flexibilita myslenia. Senior sa ťažko a nerád rozhoduje, preto pôsobí dojemom bezradnosti. Stráca sa tvorivosť a motivácia byť tvorivý (vytvárať nové veci), čo sa prejavuje konzervativizmom - zachovaním a udržiavaním status quo. Ochabuje tiež citové prežívanie, dochádza k zníženiu intenzity emócií. Potreba sebarealizácie v podobe užitočnosti pre iných, ktorú si naplánuje pri odchode do dôchodku sa postupne stráca a prechádza do potreby emočného zakotvenia a prijímania (nie rozdávania) pozornosti a emócií.

Všeobecne prevláda túžba po súkromí a pohodlí, čomu senior podriadiť aj svoj program a celkový spôsob života a tak inkontinencia moču pre seniora predstavuje veľkú prekážku.. Pacovský uvádza, že senior sa „radšej vzdá svojej obľúbenej zábavy, ak je spojená s námahou a nepohodlím“ (Pacovský, 1994). Venglařová opäť zhrnula psychologické zmeny v starobe do týchto bodov: zhoršenie pamäti, obtiažné osvojovanie nového, nedôverčivosť, znížená sebadôvera, sugestibilita, emočná labilita, zmeny vnímania, zhoršenie úsudku, depresie (Venglařová, 2007).

Všetky psychické zmeny však nemusia smerovať k zhoršeniu – naopak. U mnohých seniorov sa zvyšuje vytrvalosť a trpezlivosť v monotónnych nenáročných činnostiach. Zvyšuje sa miera a zmysel pre pochopenie iných – najmä seberovných ľudí (seniorov). Senior je po psychickej stránke s vekom síce pomalší, ale je rozvážnejší, opatrnejší, skúsenejší, múdrejší. Vo svojich názoroch je stálejší a obozretnější. Psychické aspekty nepriaznivo ovplyvňujú kvalitu

života starnúceho a starého človeka. Zmeny v psychickej rovine pri fyziologickom starnutí nastupujú pozvoľna. Niektorí jedinci si udržia mentálne zdravie až do vysokého veku, iní ho stratia ešte predtým ako zostarnú. Schopnosti človeka často závisia od fyzickej a duševnej kvality života dospelosti/minulosti človeka (Poledníková, et al., 2006).

Typické prejavy zmien v psychickej oblasti u seniorov sú zaznamenané:

- zníženie kognitívnych a gnostických funkcií (zapamätateľnosť, koncentrácia, znížená schopnosť pamäť, ...),
- zníženie fatických funkcií (znížená funkcia reči, porozumieť reči),
- zníženie intelektových funkcií,
- zvýšená emočná nestabilita až labilita, prípadne citová oploštenosť,
- celkové povahové zmeny (z pozitívnych vlastností do neutrálnych, alebo až zmena alebo naopak,
- celková či čiastočná strata záujmu,
- zmeny potrieb a ich poradie,
- znížená schopnosť adaptácie na zmeny, nové a náročné situácie (Jarošová, 2006).

3.3.3 Sociálne aspekty starnutia

Postoj spoločnosti k starobe sa neustále vyvíja a mení. S týmto potom súvisí i spoločenská rola seniorov a ich spoločenský status. V momente keď jedinec odchádza na tzv. „zaslúžený odpočinok“, dôchodok, dochádza k zmene spoločenskej role a človek sa môže dostať do situácie závislosti a osobitne v prípade že má problémy s inkontinciou moču (Dvořáčková, 2012).

Sociálna štruktúra každej spoločnosti je neoddeliteľne spojená so sociálnymi vzťahmi. Tieto vzťahy sa vždy premietajú do hodnotenia určitej vekovej skupiny obyvateľov. Sociológia staroby je determinovaná zmenou postavenia človeka v spoločnosti, je vyvolaná zmenou jeho sociálneho statusu. Zmena tohto statusu je daná ukončením jeho aktívnej pracovnej činnosti – odchodom do dôchodku. Tým človek stráca svoj dlhoročný denný program (ktorý trávil na pracovisku), ale aj prevažnú časť spoločenských kontaktov. Môže to v ňom vyvolať pocit neužitočnosti, či menejcennosti.

S odchodom do dôchodku súvisí aj zmena jeho finančného príjmu, ktorý sa u nás pre väčšinu dôchodcov podstatne znížil. **Osobitne to platí ak má senior – dôchodca navýšené finančné náklady v spojitosti s úhradou - kúpou inkontinenčných pomôcok.** Niektoré náklady (napr. poplatky za lieky) sa naopak v dôchodkovom veku zvyšujú. Nedostatočné ekonomické zabezpečenie môže seniorovi znížiť kvalitu jeho doterajšieho života a spôsobiť nielen organizačné a duševné problémy, ale aj problémy existenčné. Staroba so sebou prináša aj zmenu sociálnych rolí človeka.

Definitívne zaniká profesijná rola, oslabuje sa, alebo úplne zaniká rodičovská rola. Objektívne sa stráca rola kolegu, ale často aj priateľa. Ak sa k tomu pridruží smrť partnera, stráca sa i rola manžela/manželky a senior sa v dôsledku orientácie samého na seba ľahko dostane do sociálnej izolácie. „*Stará generácia však nesmie ostať bez role. Cieľom nie je segregácia, ale integrácia seniora do spoločnosti*“ (Pacovský, 1994). Objaviť sa môžu nové spoločenské role, napr. rola starého rodiča, príp. rôzne záujmové role, na ktoré človek počas aktívneho života nemal veľa času – rola domáceho kutila, záhradkára, rybára, šachistu, alebo i aktívneho športovca. Podľa Eriksona prijíma jedinec, ktorý dosiahol integritu osobnosti, starobu pozitívne, chápe ju, ako príležitosť dôstojne dožiť, je schopný brať seba a okolie zo všetkými zmenami a omylmi a neodsudzuje seba a iných (Erikson, 2011).

Najdôležitejšie sociálne aspekty:

- odchod do dôchodku,
- obmedzenie sociálnej integrácie v spoločnosti, kultúrnych aktivitách,
- zmena ekonomickej situácie seniora,
- generačná osamelosť,
- zhoršenie kontaktu s priateľmi a okolím,
- sociálna izolácia,
- strach zo staroby/samoty,
- fyzická závislosť (pohybové a zmyslové obmedzenia).

Človek vždy zápasil s chorobami, so starobou i smrťou, pretože ich pociťuje a prežíva ako niečo neprirodzené, čo bolo násilne včlenené do jeho prirodzenosti.

Vedomie smrteľnosti je spojené s túžbou po nesmrteľnosti a táto túžba je vpísaná do bytostnej štruktúry človeka.

Každý človek starne svojsky, vstupuje do istého typu starnutia, pretože je dôležité zistiť, prečo sa u toho - ktorého človeka v priebehu jeho života taký alebo onaký typ starnutia, vykryštalizoval taký alebo onaký typ starého človeka.

Citlivým empatickým prístupom detí, vnúčat a iných blízkych môžeme uľahčiť adaptáciu starého človeka na prijatie tejto zmeny - staroby.

Diferencujeme tieto typy seniorov – v zmysle prijatia starnutia a staroby:

Konstruktívny typ - bezkonfliktná akceptácia veku a staroby. Takýto starý človek si kladie primerané ciele a robí reálne plány do budúcnosti a dokáže byť aj verejne činný.

Má zmysel pre humor, je vysoko prispôsobivý, tolerantný, otvorený pre nové alebo odlišné názory, ostáva komunikatívny a spoločenský. Charakterizuje ho stabilita citového a intelektuálneho života., ako aj stabilita osobných a rodinných vzťahov.

Dokáže pokojne bilancovať svoj život a predovšetkým sa neustále zaujíma o to, čo ešte môže stihnúť urobiť.

Pre svoje okolie predstavuje harmonický, vyrovnaný a príťažlivý typ obľúbeného starého človeka, ktorý prináša pokoj, optimizmus a slová povzbudenia.

Závislý typ - akceptácia veku a faktu staroby. Nevie sa dočkať odchodu na dôchodok, ktorý si predstavuje ako priestor pre úplnú nečinnosť. Nerád nadväzuje nové kontakty, pretože by mohli ohroziť jeho pohodlie. Prípadné aktivity vykonáva bez radosti, záujmu a uspokojenia (Klevetová, Dlabalová, 2008.) Rád uniká do súkromia, málo však komunikuje aj vo vnútri vlastnej rodiny, kde neustále dáva najavo postoj - „tu som, tu ma máte, a preto sa o mňa poriadne starajte.“

Typ pasívnej obrany - akceptácia veku a staroby je veľmi nízka. Vyskytuje sa najmä u predtým spoločensky úspešných ľudí. Ide o komunikatívne typy s výraznými autoritárskymi postojmi, ktoré ľahko vyúsťia do konfliktov nielen s najbližšími, ale aj s okolím. Konfliktovosť však spôsobuje, že nie sú schopní nadviazať s niekým hlbšie vzťahy, takže sa neraz pohybujú akoby v začarovanom kruhu (Kamanová, a, 2007). V popredí je prehnaná aktivita ako demonštrácia „sebestačnosti“, odmietanie pomoci, snaha byť nezávislým za každú cenu, čo niekedy vyúsťi až do krajných situácií, ohrozujúcich zdravie a život.

Hostilný typ - výstižne ho charakterizuje pomenovanie „*rozhnevaní muži*“. Starnutie a staroba je úplne neakceptovaná, preto odkladajú odchod do dôchodku za každú cenu. Často majú určité psychologické črty, ktoré sa vekom stupňujú. Bývajú konfliktní, závislí od zvykov a zlozvykov, neústupní v názoroch, agresívni, podozrievaví, závistliví a lakomí. Ale aj uprostred svojej rodiny sú zväčša mrzutí, prehnane kritickí, večne nespokojní a preto sa stávajú ešte viac osamelí. Typický je najmä agresívny negativizmus voči deťom, mladým ľuďom a vôbec k ľuďom od nich mladším. Je to prejav neakceptovaného veku a závesti (Kanstrom, et al., 2008). Pre tieto nepríjemné a pre okolie často neznesiteľné vlastnosti sa dostávajú do izolácie a ľahko asocializujú. Taktiež sa u nich môžu prejavovať depresie a samovražedné úmysly.

Autoagresívny typ - je charakterizovaný neakceptovaním veku, ani staroby, ani seba samého. Je u nich prítomný odpor a nenávisť voči sebe, pohrdanie životom, pocit zbytočnosti a únavy zo života (Prince, et al., 2014). Zväčša ide o ľudí neúspešných v manželstve a v rodinnom živote. Pasivita sa prejavuje neraz únikom do choroby, simuláciou neschopnosti vykonávať aj bežné činnosti.

3.4 Riziká seniorskej populácie

Starnutie nie je choroba, i keď je často samými seniormi tak vnímaná, ale u niektorých starých ľudí nachádzame závažné zdravotné a funkčné problémy. Ich dôsledkom sa môže stať, že postupne bude ubúdať samostatnosť a bude narastať závislosť, čo už predstavuje rizikový faktor v starobe (Ondrušová, 2011).

V roku 1975 sa skupina znalcov WHO snažili vymedziť a zdôrazniť najčastejšie riziká súvisiace so starnutím a tým tak definovali pojem rizikový senior. Rizikový senior „je starý človek, ktorý sa nevie rýchlo a účinne prispôbiť náhlym zmenám svojich životných podmienok alebo svojho zdravotného stavu.“ (Hegyi, 2012). Podľa uvedenej definície za rizikovú starú osobu považujeme tieto skupiny:

- „osoby veľmi staré,
- staré ženy v jednočlenných domácnostiach,
- staré ženy osamelé alebo ovdovelé,
- starí ľudia žijúci v ústavoch,
- starí ľudia, žijúci v izolácii,

- bezdetní starí ľudia,
- starí ľudia s postihnutím zdravia,
- staré páry, kde jeden z partnerov je vážne chorý,
- starí ľudia s minimálnym príjmom (Hegyi, 2003).“

Riziko už spočíva v samostatnej existencii nutnosti ústavného pobytu, dekompenzácie fyzických alebo psychických funkcií. Ľudia, ktorý sa stanú obyvateľmi jednotlivých zariadení, majú za sebou pestrý a dlhý život v rôznych rolách. Boli zvyknutí určitým spôsobom fungovať a nemajú skúsenosti s rolou „obyvateľ domova“ a preto sa aj veľakrát mení spôsob chovania, na ktoré oni sami boli zvyknutí (Ondrušová, 2011).

Pri hlbšej analýze sociálnych javov v súvislosti so starnutím populácie, do tejto časti patria aj isté riziká:

- pauperizácia (znižovanie ekonomickej úrovne),
- veková diskriminácia, tzv. ageismus,
- segregácia, vytesňovanie so spoločnosti,
- degeneračná intolerancia v pracovných príležitostiach, bývaní,
- preceňovanie ochorenia a poklesu funkčnej zdatnosti v starobe,
- podceňovanie liečiteľnosti svojich zdravotných ťažkostí,
- maladaptácia spojená s odchodom do dôchodku,
- osamelosť spojená s ovdovením,
- zvýšené riziko straty sebestačnosti,
- pokles schopnosti a vôle signalizovať svoje problémy a potreby,
- zanedbávanie a týranie jedincov,
- manipulovanie a strata schopnosti rozhodovať (Muhlpachr, 2004).

Môžeme skonštatovať, že medzi najzávažnejšie problémy v starobe patrí nesebestačnosť často spojená s osamelosťou až sociálnou izoláciou. Seniori hlavne po strate partnera sa utiahu do seba a často nekomunikujú ani s rodinnými príslušníkmi, prestávajú dbať, či už o hygienu alebo zvonajšok. Preto ako ďalším rizikovým faktorom, ktorý ovplyvňuje ich kvalitu života je inštitucionalizácia (Pokorná, 2013). Táto môže nadobudnúť ďalšie rozmery pri necitlivom zaobchádzaní, či už zo strany personálu alebo rodiny.

3. 5 Starnúca spoločnosť a vplyv na zdravotnú starostlivosť

Starnúca spoločnosť vyvoláva obavy z ekonomickej životaschopnosti zdravotníckych systémov. Zdravotné náklady stúpajú najmä v posledných dvoch rokoch individuálneho života jednotlivca a tesne pred smrťou predstavujú dominantnú proporciu z celoživotných nákladov na zdravotnú starostlivosť. Napr. vo Veľkej Británii ľudia starší ako 65 rokov navštívia lekára v priemere 7x za rok, kým 14 až 44 – roční len 4x. Ľudia 65-roční a starší tvoria 2/3 všeobecných a akútnych nemocničných hospitalizácií, napriek tomu, že tvoria len 16 % populácie. V USA tvoria starší ako 65-roční 13 % populácie, ale si vyžadujú 36 % nákladov na zdravotnú starostlivosť. Priemerné výdavky na túto skupinu sú 3x vyššie ako na skupinu pracujúcich. Odlišná situácia je v chudobnejších krajinách, ktoré sa po mnoho rokov koncentrovali na pomerne málo nákladnú liečbu prenosných ochorení. Obyvatelia sa postupne začali dožívať vyššieho veku s prevahou neprenosných ochorení, čo viedlo k významnému zvýšeniu nákladov na zdravotnú starostlivosť. Mnohé z rozvojových krajín začínajú byť v súčasnosti vystavené dvojitej záťaži z prenosných aj neprenosných ochorení. Preto reformovanie finančného systému zdravotnej starostlivosti je považované za podstatnú úlohu v starostlivosti o starnúcu populáciu. Zdravotnícke systémy sa budú musieť prispôbiť novým požiadavkám a budú musieť presunúť dôraz z liečby akútnych ochorení na starostlivosť o chronické ochorenia, prevenciu aj u starnúcej populácii (Beard, 2014).

Spektrum chronických ochorení u staršej populácie je dobré známe, ale schopnosť staršej populácie dožiť sa v zdraví staršieho veku nie je dostatočne preskúmaná. U zdravých jedincov sa chronické ochorenia manifestujú v staršom veku, ktorý je často vyšší ako je predpokladaná dĺžka života, čo znamená, že ľudia v pokročilom veku sú zdravší a predstavujú menej nákladov pre zdravotnícky systém. Napr. v USA štúdie zistili, že priemerný vek, v ktorom zdraví muži dostávajú prvý infarkt sa zvyšuje rýchlejšie ako priemerná dĺžka života. Vychádza to z toho, že zdraví ľudia dosahujú starší vek a ich nasledujúce roky môžu byť prežité rovnako v zdraví. Na druhej strane štúdie v OECD krajinách ukázali, že v mnohých štátoch sa zvyšuje počet významnej invalidity, čo sa prejavuje aj v zvyšovaní absolútneho počtu ľudí postihnutých ťažkou invaliditou. V poslednom období dochádza k nárastu počtu chronických ochorení, ktoré sa pri veľmi nízkej predpokladanej dĺžke života pred 50 - 100 rokmi nemohli prejaviť. K nim sa radia ochorenia ako napr. Alzheimerová choroba, artritída, depresia, psychiatrické ochorenia, osteoporóza, Parkinsonová choroba a **močová inkontinencia** (Chatterji, 2014).

Je potrebné, aby sa výskum a zdravotnícke systémy sústredili viac na pochopenie potrieb starších jedincov, ktorí trpia spomínanými ochoreniami. Zdravotnícki pracovníci často nie plne chápu potenciálne riziká týchto ochorení u starších pacientov. Podobne je to aj s problémami pri poskytovaní preventívnych liekov starším ľuďom, ktoré ich dostávajú zriedkavejšie ako mladšia populácia. Narastajúcim problémom je aj nedostatok správne kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov v starostlivosti o staršiu populáciu (Kanstrom, et al., 2008).

Ďalším dôležitým krokom bude rozširovanie prípravy špecialistov v oblasti starostlivosti o staršiu populáciu. Posun špecifickej zdravotnej starostlivosti nasmerovanej na starnúcu populáciu si bude vyžadovať významné zmeny v zdravotníckych systémoch. Dôležité bude pripravovať viac poskytovateľov. To bude možné dosiahnuť iba vtedy, keď nadobudne geriatrická starostlivosť v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti patričný význam. Do budúcnosti budú potrebné zmeny v poskytovaní starostlivosti. Starnúca populácia si vyžaduje viac služieb sociálnej starostlivosti a vlády mnohých krajín sa snažia pokryť tieto potreby (Lutz, 2015).

Domáca starostlivosť je veľmi žiadaná, pretože väčšina starších ľudí preferuje domácu starostlivosť a život vo vlastnom domove. Ukazuje sa, že popri nemocniciach a klinikách je domáca starostlivosť druhá najdôležitejšia oblasť pre investície do zdravotníctva. Podľa toho ako je domáca starostlivosť nastavená môže poskytovať významné ekonomické výhody. V USA sa vydá približne 117 dolárov denne na ľudí v ošetrovateľských domovoch oproti 650 dolárom mesačne na domácu starostlivosť. Uvažuje sa o vytvorení novej poisťovacej schémy na pomoc ľuďom, aby mohli zostať v opatrovateľských domoch dlhšie. Vo Veľkej Británii je popri štátnej zdravotnej službe väčšina sesterských a opatrovateľských postelí v privátnom sektore. Podobne liečba bude musieť byť prispôbena staršej populácii (Chaterji, 2014).

Všeobecne pretrváva názor, že zdravotnícki pracovníci venujú v poskytovaní liečby a starostlivosti menšiu pozornosť populácii staršej ako 65 rokov a u 80-ročných zabezpečujú len základnú starostlivosť. Budú potrebné nové farmakologické štúdie, ktoré budú zahŕňať jedincov starších ako 75 rokov, pretože starší organizmus a jeho metabolizmus sa odlišuje od metabolizmu mladých ľudí. Podobne technológie budú hrať významnú aktívnu úlohu v poskytovaní starostlivosti starnúcej populácii. Starnúci organizmus podlieha v priebehu rokov významným zmenám a opotrebovaniu. Degeneratívne ochorenia ako osteoporóza sú veľmi rozšírené. Demencia je tiež významný prvok vo zvyšovaní chorobnosti. Pokiaľ len 2 %

Európanov trpí demenciou vo veku nižšom ako 65 rokov, po dosiahnutí 65 rokov sa riziko každých 5 rokov zdvojnásobuje. Psychologické zdravie je všeobecne považované za najväčší problém starnúcej populácie. Predpokladá sa, že depresia a demencia budú predstavovať v najbližších desaťročiach kľúčové problémy (Lutz, 2015).

Ďalším dôležitým komponentom sú pády, ktoré znamenajú výrazný problém pre staršieho človeka. Sú najčastejšou príčinou poranení, ktoré sú spojené so smrťou u osôb starších ako 65 rokov a sú taktiež vedúcou skupinou nie smrteľných poranení a nemocničných hospitalizácií pre úrazy v tejto vekovej skupine. Ďalšími veľkými výzvami pre starnutie sú poruchy zraku, sluchu a mobility (Kanstrom, et al., 2008).

Rozšírenie telemedicíny a monitorovania na diaľku bude pomáhať zlepšovať kvalitu domácej zdravotnej starostlivosti pričom umožní poskytovať starostlivosť účinnejšie a bezpečnejšie. Tieto technológie umožnia zdravotníckym pracovníkom poskytovať rady na diaľku a monitorovanie pacientových vitálnych funkcií a umožnia sestram koncentrovať sa na omnoho dôležitejšie úlohy. V rozvojových krajinách napr. v Indii je z milióna pracovníkov takmer 1 /4 zamestnaná v telemedicíne. Podobne Európska komisia navrhuje rozšírenie a legalizáciu používania telemedicíny. Bude dôležitá zmena chápania prístupu k staršej populácii. Spoločnosť bude musieť pochopiť, že starí ľudia nebudú zomierať jednoducho preto, že majú na to vek (Prince, et al., 2014).

3.6 Chápanie vlastnej staroby

Staroba môže byť veľmi prínosným a plnohodnotným obdobím života, ak človek dokáže prijať svoju novú situáciu, nebráni sa zmenám a s pokojom dokáže akceptovať starosti i radosti, ktoré pribúdajúce roky prinášajú. Nie každý má silu a predpoklady na to, aby tieto zmeny prijal. Väčšina ľudí si praje dlhý život, ale málokto si želá byť starým. V každom životnom období je veľmi dôležité pestovať si sociálne väzby, ale predovšetkým je dôležitá láska k sebe samému. Rešpektovať samého seba, takého aký som (Malíková, 2001).

V starobe ľudia získavajú schopnosť hodnotiť svoj život s nadhľadom a rozvahou. Starí sú stále súčasťou spoločnosti a môžu byť pre ňu veľkým prínosom. Nadalej môžu zastávať určité role, byť prospešní a užitoční, len je potrebné role spätne prehodnotiť a nelipnúť na činnostiach, na ktoré už nie je viac síl. Na prijatie staroby treba určite veľa odvahy, je potrebný dostatok sebadôvery, aby starší boli ochotní ukázať všetky svoje slabosti, a je treba dostatok síl prijať všetky zmeny. Dôležité je, aby starší ľudia neostali sami a mohli sa na

niekoho obrátiť. Staroba je jedno z najťažších období v živote človeka. Prijat' množstvo veľkých zmien, na ktoré nemusíme byť pripravení, stratiť všetky role, za ktorými sme celý život utekali a nahradiť ich novými, ktoré je treba najprv objaviť a nakoniec prijať samého seba so všetkým nedokonalým (Klevetová, Dlabalová, 2008).

3.6.1 Stratégia prijatia staroby

Každý človek je iný a každý sa so zmenami, ktoré staroba prináša, vyrovnáva inak. Haškovcová uvádza 5 reakcií na príchod staroby podľa D.B. Bromleyho.

a) stratégia konštruktívnosti - je najlepšia forma reakcie na starobu. Človek sa napriek pribúdajúcemu veku dokáže radowať zo života, je optimistický, reálne hodnotí svoj doterajší život, a aj možnosti do budúcnosti. Takýto typ človeka je často krát veľmi milým, starším človekom a je dobre prijímaný spoločnosťou.

b) stratégia závislosti - väčšinou ide o jedinca pasívneho, ktorý sa nespolieha sám na seba, ale vždy na druhých. Nedáva si veľké ciele a aj odchod do dôchodku prijíma ľahko. Počas života nekladol veľký význam kariére, dával prednosť dobrému rodinnému zázemiu. Odpočinok v úzadí privíta veľmi rád.

c) stratégia obranného postoja - takýto druh reakcie na starobu majú väčšinou ľudia, pre ktorých bola práca a kariéra v živote veľmi dôležitá. Sú to ľudia, ktorí boli spoločensky, ale aj pracovne veľmi úspešní. Sú hrdí na to, že boli vždy samostatní a nevedia prijať pomoc, aj keď ju potrebujú. Bránia sa odchodu do dôchodku, nezaraďujú sa k starým a k prijatiu staroby sú väčšinou donutení okolitými udalosťami.

d) stratégia nepriateľstva - túto stratégiu volia ľudia, ktorí boli vždy zvyknutí za svoje neúspechy hádať vinu na druhých. K druhým ľuďom boli často krát agresívni, podozrievaví, neústupčiví. Majú negatívny postoj ku starobe, a na všetko reagujú mrzuto a podráždene. Závidia mladším ľuďom, a preto sú k nim často nepríjemní.

e) stratégia sebanenávidenia - charakteristickou skupinou týchto ľudí je, že sa negatívne obracajú voči sebe samým. Priveľmi samých seba kritizujú a pohrdajú sebou. Počas svojho života sa vyznačovali pasivitou, niekedy až depresívnosťou. Nečakajú od života nič dobré, nemajú žiadne záujmy ani koníčky. Neveria, že by mohli ovplyvniť to, ako ich život vyzerá.

Aj keď sa so starobou zmieria, bývajú často osamotení a nevyhľadávajú spoločenské vzťahy. Mávajú pocit, že zo života už ochutnali dosť (Haškovcová, 2012).

Zoznam bibliografických odkazov

- BAARS, J. 2010. *Time and ageing: Enduring and emerging issues*. Pp. 367–376 in D. Dannefer, and Phillipson, C. (eds.) *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. London: SAGE Publications Inc. 2010, ISBN : 9781412934640
- BEARD, J.R. - BLOOM, D.E. 2014. *Towards a comprehensive public health response to population ageing*. In *The Lancet* [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361461>
- BENJAN, M. B. 2010. *Starnutie a staroba príčiny, príznaky, problémy*. 2. vyd. Zvolen: Bratia Sabovci, 2010. 36 s. ISBN 978-80-89241-37-8.
- ČORNANIČOVÁ, R. 2007. *Edukácia seniorov*. Bratislava: UK, 2007. 163 s. ISBN 978- 80-223-2287-4.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- ERIKSON, E.H. In MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- HATÁR, C. 2005. *Sociálno-výchovná starostlivosť o seniorov v domove dôchodcov*. In: *Kvalita života a rovnosť príležitostí*. Prešov: FF PU. 899 s. ISBN 80-8068-425-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie: Aneb senioři mezi námi*. Praha, Czech Republic: Galen; 2012. ISBN: 978-80-749-2058-5.
- HEGYI, L. 2003. *Niektoré riziká pobytu v domovoch dôchodcov*. *Geriatrics*. Odborný časopis sloven-ských a českých geriatrov. ISSN 1335-1850, 2003, roč. 9, č. 2, s. 51-59.
- HEGYI, L. 2012. *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
- HROZENSKÁ, M. et al., 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHATTERJI, S. et al. 2014. *Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications*. In *The Lancet* [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014>

- JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s., ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KAMANOVA, I. a, 2007. *Inštitucionalizované sociálne služby a kvalita života seniorov*. 1. vyd. Ružomberok, 2007. 87 s. ISBN 978-80-8084-275-8.
- KAMANOVA, I. 2007. *Kvalita života seniorov v DD a DSS pre dospelých*. 1. vyd. Ružomberok, 2007. 71 s. ISBN 978-80-8084-276-5.
- KANSTROM, L. et al.2008. *Healthy ageing profiles guidance for producing local health profiles of older people* [online]. Copenhagen: World Health Organization, Europe, 2008. ISBN 978928904 2833 9289042834
- KLEVETOVÁ, D.- DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. 2003. *Fyzioterapie v geriatrici*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-132-8.
- LANGMEIER, J., KREJČÍKOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- LUTZ, W. et al. 2015. *Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go?* Psychotherapy Research, 25: 6, 625-632, 2015., DOI: [10.1080/10503307.2015.1079661](https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661)
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha:GradaPublishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P. 2005. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s., ISBN 80-210-3838-1.
- NÉMETH, F.,et al., . 2009. *Geriatric a geriatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2011. 168 s., ISBN 978-80-246-1997-2.

PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.

PODMANICKÁ, Z. et al. 2015. *Štatistika v súvislostiach*. Vyd.: Štatistický úrad Slovenskej republiky, sekcia sociálnych štatistík a demografie, Bratislava, 2015, s. 90, ISBN 978-80-8121-432-5. Dostupné na internete:

file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Hlavne_trendy_populacneho_vyvoja_v_regionoch_SR_2014.pdf

POKORNÁ, A. 2012. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Grada Publishing, 2012. 160 s., ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, A. 2013. *Ošetrovatelství v geriatricke*. 1. vyd. Grada Publishing, 2013. 202 s., ISBN 978-80-247-4316-5.

POLEDNÍKOVÁ, L., et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

PRINCE, M.J. et al. 2014. *The burden of disease in older people and implications for health policy and practice*. In The Lancet [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140>

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY 2019. *Obyvateľstvo a migrácia*. Vydavateľ: Ústredie ŠÚ SR, Bratislava 2019. Dostupné na internete:

https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/aboutus/office.activities/officeNews/vsetkyaktuality/a06f192f-646f-4c99-8932-0c12ef7d84af!/ut/p/z1/tVJNU8IwEP0tHHpss-In6i0wDq3SAzgIzcUJpaUR2kAbWvn3BseDOqJ4MId8vn37sm8RQ0vEat6JDVdC1nynzynzn6ZBTIZDTAGS-xHEThxNh3SGXWYjR8QQy2q1VyVK5arlpdluTVEXJt8qA_QkOqFOej3ynd4Y0LW52n684OAXOLQL03f9wnSzMDRJ6NgmZNjOi2BNXF6cs-wzsUbpVejFb7KZfoYLG4KOZ2-Q0ZhGbjABIJOxBzGN5rNw6jhAnXfADxyp1hBc1BBhtOhE3qN5LZtKV_rhj1-MAN0hJlaV1WeVBRYmxCcu-Njz3ACH4J-9s5tklGw0L1fl2RSJl_Kj5ZXZdNc4vlwYFSbLWuVvyi0_Ee3dTparxyipTd5kTd5Yx0b3Y2lUvv2xgAD-r63NIJudrmVycqA70JK2WqZn5FoX1XEOZnbIrl1XJYS5a1OPR0MXgEy6x5s/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh

ŠTILEC, M. 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004., 135 s. ISBN 80-7178-920-8.

TOPINKOVÁ, E. 2010. *Geriatricke pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

4 ZDRAVOTNÍCKE POMÔCKY PRE SENIOROV S INKONTINENCIOU MOČU

Výber správnej pomôcky je veľmi dôležitý. Od neho závisí komfort seniora, ktorý bude mať z neho úžitok. Prvým krokom k stanoveniu, akú pomôcku /výrobok treba používať, je podľa určenia stupňa inkontinencie. Podľa stupňa inkontinencie, opakovania príhod a aktivnosti konkrétneho seniora môžeme vybrať správne vložky alebo plienky. Často sa stáva, že seniori s inkontinenciou moču používajú ochranu neadekvátnu k ich problému, napr. seniori s ľahkou inkontinenciou moču používajú drahšie anatomické vložky ako pri strednej a ťažkej inkontinencii, pretože pomôcka/produkt s vyššou sacou schopnosťou poskytuje väčší pocit bezpečia. Oplatilo by sa však urobiť kalkuláciu, aby bolo vidieť, či je naozaj potrebná pomôcka/ produkt s takou vysokou sacou schopnosťou. Ako sme písali už v úvode, nájsť uspokojujúce lieky alebo vykonať chirurgický zákrok žiaľ nie je pre každého seniora s inkontinenciou moču vhodné alebo možné. Predsa však existujú riešenia, ktoré umožňujú to hlavné - vrátiť seniora do spoločnosti. Na to existujú rôzne pomôcky zabráňujúce úniku moču, prípadne aj stolice, do spodného prádla, posteľe, atď.

Tieto pomôcky rozdeľujeme na:

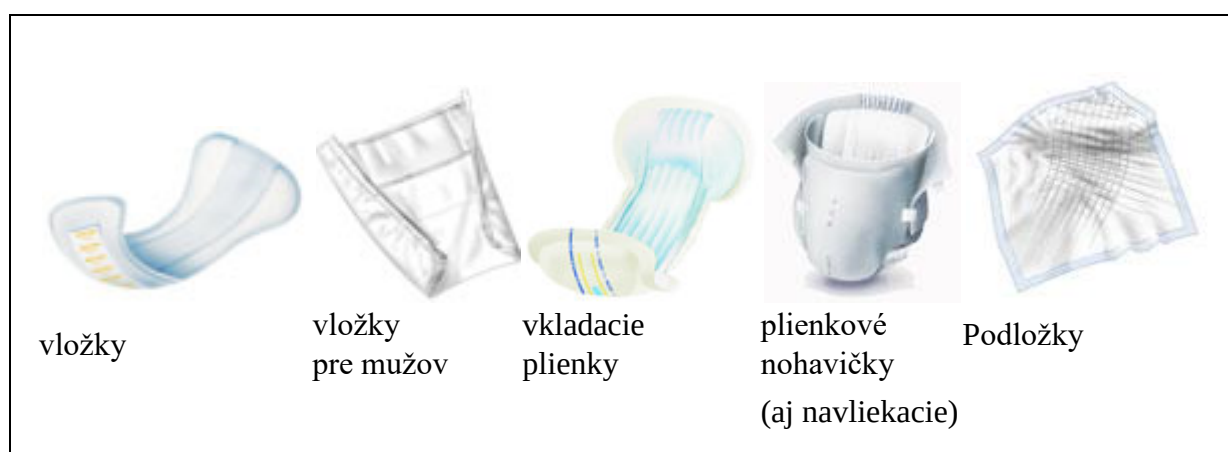
zberné - odvádzajú moč do močového vrečka, nádoby a pod.

obštrukčné - na báze mechanického uzatvorenia (zovrenia) močovej trubice

savé (plienky) - spracujú moč na netekutý gél (Fertál'ová, et al., 2019).

V posledných rokoch sa najviac používajú savé pomôcky pre inkontinentných seniorov, predovšetkým pre svoje jednoduché použitie a komfortné vlastnosti - zaistenie pocitu sucha, neutralizácia pachu. Preto sa práve savým pomôckam budeme venovať podrobnejšie.

Obr.8 Druhy savých/(absorpčných) pomôcok



Zdroj: <http://www.inkontinencia.sk/inkontinencia-pomocky.html>, 2020

Vložky

Používajú sa pri ľahších až stredných formách inkontinencie, najmä u žien. Najmenšie z nich sa tvarom a veľkosťou podobajú menštruačným vložkám, dokážu spracovať /vsat'/ od 70 do 500 ml moču. Väčšie typy vložiek majú anatomický tvar, rozmery do cca 20x40 cm a saciu schopnosť cca 900 ml. Fixujú sa o bielizeň samolepiacim pásikom, príp. fixačnými nohavičkami.

Vložky pre mužov

Majú špeciálny tvar, existujú rôzne typy v sacích schopnostiach od 200 až po 900 ml. Fixujú sa spodnou bielizňou alebo fixačnými nohavičkami.

Vkladacie plienky

Používajú sa pri stredných a ťažších formách inkontinencie žien i mužov, osobitne u seniorskej populácie. Sú určené najmä pre mobilných pacientov. Majú anatomický tvar, pri výbere vhodnej veľkosti sa neorientujeme rozmermi pacienta, ale iba požiadavkami na nasiakavosť. Existuje viacero rôznych veľkostí (od cca 28x54 cm po cca 36x70 cm) v sacích schopnostiach od 1100 až do 4000 ml. Fixujú sa pomocou fixačných nohavičiek.

Frekvencia výmeny plienky by sa mala meniť, keď je to potrebné

za 24 hodín by sa mali vymeniť minimálne 3 plienky /poznámka: ale limity zdravotných poisťovní na toto nestačia/.

plienku je možné ponechať až na 8 hodín počas noci, aby sa neprerušoval spánok

indikátor vlhkosti ukazuje, aká veľká časť kapacity je použitá a kedy treba plienku vymeniť.

ak nie je pri výmene vyčerpaná celá sacia kapacita, je vhodné vybrať plienku s menšou savosťou (Topinková, 2009).

Plienkové nohavičky

Používajú sa pri stredných až najťažších formách inkontinencie. Sú určené najmä pre imobilných pacientov (Lachváč, 2010). Pri výbere sa musíme orientovať podľa obvodu bokov pacienta. Existuje 5 rôznych veľkostí, v rámci najpoužívanejších veľkostí je na výber z viacerých sacích alternatív. Nie je potrebná ďalšia fixácia, zapínanie dvojčinnými samolepkami umožňuje ich opakované nasadenie.

Tab. 12 *Prehľad veľkostí podľa obvodu bokov*

veľkosť	obvod bokov v cm	sacia schopnosť v ml
X-Small	40 - 70	1400 - 1600
Small	50 - 80	1100 - 2200
Medium	70 - 120	1500 - 3600
Large	100 - 150	2000 - 4100
X-Large	110 - 170	2600 - 4100

Zdroj: <http://inkontinencia.sk/inkontinencia-pocty-kusov-porovnanie.html>, 2020

Do skupiny plienkových nohavičiek sa zaraďujú aj **navliekacie plienkové nohavičky**, ktoré sú určené najmä pre mobilných užívateľov. Sú k dispozícii v 5 veľkostiach (s inými obvodmi bokov pre jednotlivé veľkosti) a so sacou schopnosťou 600 až 2000 ml (Slíva, 2011).

Podložky pod seniorov s inkontinenciou moču

Používajú sa ako ochrana na posteľ, kreslo, vozík a pod. Existujú 4 veľkosti so sacou schopnosťou od 300 do 2100 ml (Marenčák, 2010). Novinkou medzi podložkami je špeciálna zastielacia podložka. Na trhu sa nachádzajú savé pomôcky viacerých značiek (výrobcov). V rámci základného rozdelenia na 4 druhy savých pomôcok sme už načrtli aj rozdelenie jednotlivých druhov podľa rozmerov - veľkostí plienok. Keď zoberieme do úvahy aj rôzne sacie alternatívy, zistíme že u nás existuje viac ako 200 savých pomôcok. Väčšina z nich je kvalitná a seniorovi s inkontinenciou moču dokáže zabezpečiť úplný komfort.

Menej kvalitné resp. nekvalitné pomôcky

Ako sa to dá zistiť, keď na prvý pohľad je každá plienka rovnaká?

Jednoducho, najlepším dôkazom je plienka „vytiahnutá“ spod pacienta. Nekvalitná plienka sa už po krátkom použití začne vo vnútri „žmolkovať“, neskôr sa buničina (najmä pri pohybe) úplne rozpadne. Nekvalitná plienka je schopná spracovať iba malé množstvo tekutiny, už po krátkom čase z nej začína moč vytekať. Sprievodným javom je zaparovanie a sčervenanie pokožky (Topinková, et al., 2009).

Naopak, kvalitná plienka musí mať nasledovné vlastnosti: povrch plienky je neustále suchý, moč je opakovane spracovávaný na gél a indikátor vlhkosti Vám signalizuje, kedy je potrebné ju vymeniť. Ak na plienku položíte ruku, nesmiete cítiť vlhkosť, ak rukou na plienku zatlačíte (cca 5 minút po močení), nesmie z nej vytekať tekutina. Kvalitná plienka musí bez problémov „slúžiť“ veľa hodín, a to bez rizika zaparenia resp. alergickej reakcie pokožky alebo vytečenia jej obsahu do okolia (Fader, et al., 2008). Samozrejme, ak sa do plienky dostane stolica, je potrebné ju bez ohľadu na nevyčerpanú saciu kapacitu ihneď vymeniť.

Plienka, ktorá je príliš malá, sa trie o pokožku a vytvára nepríjemné odreniny v páse alebo v slabínach, čo môže viesť k podráždeniu pokožky. Najmä v prípade seniorov pripútaných na lôžko sa môžu takéto podráždenia zmeniť až na rany, ktoré sa ťažko liečia.

Plienka, ktorá je príliš veľká, nezabezpečí dokonalé prilnutie k telu, čo zvyčajne vedie k bočným únikom. To nielen že znižuje pohodlie pri používaní, ale tiež zvyšuje náklady na pranie bielizne (Topinková, 2009b).

Dobre vybraná pomôcka/ produkt zabezpečí seniorovi každodenný komfort, ale zároveň umožňuje aj vyhnúť sa nepotrebným výdavkom.

Ako stanoviť potrebnú úroveň absorpcie?

Aby sme stanovili, aká úroveň absorpcie je potrebná, môžeme si pomôcť *mikčným denníkom*, vďaka ktorému sa dá ľahko určiť stupeň inkontinencie.

Pred realizáciou kalkulácie je dobré obrátiť pozornosť na niekoľko parametrov:

- močový mechúr hromadí v priemere 500 ml moču
- nutkanie na močenie pociťujeme zväčša pri naplnení 1/3 mechúra
- štandardne jednorazovo vymočíme okolo 200ml moču
- dôležité je vedieť, koľko bolo vypitých tekutín
- vylučujeme obvyčajne okolo 80% prijatých tekutín (voda, polievka, čaj, džús, ovocie)
- dôležitý je stupeň mobility osoby s inkontinenciou moču a aj to, ako často sa podarilo prísť na toaletu včas (Xuemin., 2011).

Obr. 9 *Mikčňý denník – prvá časť*

[illegible]

Zdroj: <https://www.inkoforum.sk/sites/default/files/01-content-files/03-pdf/2016/12/00/diagnostika-a-liecba-polyurie-tale-2016.pdf>, 2016

Mikčný denník je **praktický nástroj**, v ktorom sa zaznamenávajú všetky návštevy na toalete, príhody inkontinencie a iné informácie, ktoré pomáhajú lekárovi presne určiť stupeň a druh inkontinencie.

Vďaka mikčnému denníku budú zosystematizované nasledovné informácie:

- denné **množstvo vypitých tekutín** (aj v podobe polievok, atď.),
- denné **množstvo príhod inkontinencie** a kontrolovaného vyprázdnenia,
- **činnosti**, počas ktorých dochádza k inkontinencii,
- používané **absorpčné produkty**.

Vedenie mikčného denníka niekoľko dní pred návštevou lekára **pomáha zachovať sebaistotu počas návštevy**. Vierohodný mikčný denník by mal byť vedený **aspoň 2–3 dni** pred návštevou lekára, avšak pozorovanie je dobré vykonávať aj o niekoľko dní naviac (Martan, 2013).

Nižšie uvádzame príklad výberu správneho produktu na základe vyplneného mikčného denníka z jedného dňa.

Tab. 13 *Výber správnej zdravotníckej pomôcky - kalkuácia*

Množstvo prijatých tekutín	1450 ml
Množstvo vylúčených tekutín (štandardne 80% prijatých tekutín)	80% z 1450 ml = 1160 ml
Vylučovanie moču na toalete (na jeden raz približne 200 ml)	3 x 200 ml = 600 ml
Inkontinencia moču	1160 ml – 600 ml (WC) = 560 ml
Priemer na 4 hodiny	560 ml / 24h = 93 ml na 4 hodiny

Zdroj: https://seni-sk.sk/sk_SK/blog/vyber-spravneho-produktu, 2019

Obr. 11 *Inkontinencia moču (UI) - stupne*

INKONTINENCIA	kvapková	ľahká	stredná	ťažká	veľmi ťažká
					
Množstvo moču v ml nekontrolovane vylúčeného v priebehu 4 hodín	do 50 ml	50–100 ml	100–200 ml	200–300 ml	vyše 300 ml

Zdroj: https://seni-sk.sk/sk_SK/blog/vyber-spravneho-produktu, 2019

Spôsob predpisovania a úhrady pomôcok pre inkontinentných stanovuje Ministerstvo zdravotníctva SR, a to prostredníctvom zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok. Aktuálny zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok je platný od 1.10.2020.

Savé a iné pomôcky pre inkontinentných pacientov predpisujú na poukaz:

- odborní lekári odborov /špecialisti/: **urológia, neurológia, gynekológia, geriatra a pediatria**, v prípade plienkových nohavičiek aj odborov **onkológia a chirurgia**,
- alebo na odporúčanie uvedených odborných lekárov aj **praktickí lekári pre dospelých a praktickí lekári pre deti a dorast**.

Zdravotné poisťovne uhrádzajú pre inkontinentných (od 3 rokov veku) savé a fixačné pomôcky v týchto finančných limitoch:

1. stupeň: (občasný únik moču) - **poisťovne nehradia**

2. stupeň: (častý únik moču) - **finančný limit 14,77€ na mesiac**

Vo finančnom limite 14,77€ sa môžu poskytovať nasledovné druhy pomôcok:

- vložky pre druhý stupeň inkontinencie (savosť nad 120 ml, do 800 ml)
- vkladacie plienky
- fixačné nohavičky

3. stupeň: (trvalý únik moču, príp. aj stolice) - **finančný limit 51,94€ na mesiac**

Vo finančnom limite 51,94€ sa môžu poskytovať nasledovné druhy pomôcok:

- vložky pre tretí stupeň inkontinencie (savosť nad 800ml; maximálne 60 kusov)
- vkladacie plienky

- plienkové nohavičky
- fixačné nohavičky
- podložky pod chorých (maximálne 60 kusov)

Jednotlivé druhy poskytovaných pomôcok je možné kombinovať až do výšky príslušného finančného limitu, na každý druh pomôcky však musí byť vypísaný samostatný poukaz.

Zoznam kategorizovaných zdravotníckych pomôcok platný od 1.10.2020

Tab. 14 Limit skupiny B - Zdravotnícke pomôcky pre inkontinentných pacientov (a)

PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY	INDIKAČNÉ OBMEDZENIA	MNOŽSTVOVÝ LIMIT	FINANČNÝ LIMIT
B1 VLOŽKY B1.1 Vložky pre druhý stupeň inkontinencie B1.2 Vložky pre tretí stupeň inkontinencie	vek od troch rokov druhý stupeň inkontinencie ----- tretí stupeň inkontinencie	----- 60 kusov za mesiac	úhrnná suma 14,77 Eur za mesiac pre druhý stupeň inkontinencie, a to zdravotnícke pomôcky skupiny B1.1 Vložky pre druhý stupeň inkontinencie B2.1 Vkladacie plienky mužské B2.2 Vkladacie plienky ženské B4 Fixačné nohavičky úhrnná suma 51,94 Eur za mesiac pre tretí stupeň inkontinencie a to zdravotnícke pomôcky skupiny B1.2 Vložky pre tretí stupeň inkontinencie B2.1 Vkladacie plienky mužské B2.2 Vkladacie plienky ženské B3.1 Plienkové nohavičky detské B3.2 Plienkové nohavičky B4 Fixačné nohavičky B5 Podložky pod chorých
B2 VKLADACIE PLIENKY B2.1 Vkladacie plienky mužské B2.2 Vkladacie plienky ženské	vek od troch rokov druhý stupeň a tretí stupeň inkontinencie		
B3 PLIENKOVÉ NOHAVIČKY B3.1 Plienkové nohavičky detské B3.2 Plienkové nohavičky	vek od troch rokov tretí stupeň inkontinencie ----- vek od troch rokov tretí stupeň inkontinencie		
B4 FIXAČNÉ NOHAVIČKY	vek od troch rokov druhý stupeň a tretí stupeň inkontinencie		
B5 PODLOŽKY POD CHORÝCH	vek od troch rokov tretí stupeň inkontinencie	60 kusov za mesiac	

Zdroj: <http://inkontinencia.sk/inkontinencia-zkzp-mzsr.html>, 2020

Tab. 15 Limit skupiny B - Zdravotnícke pomôcky pre inkontinentných pacientov (b)

PODSKUPINA NÁZOV DRUHU ZDRAVOTNÍCKEJ POMÔCKY	INDIKAČNÉ OBMEDZENIA	MNOŽSTVOVÝ LIMIT	FINANČNÝ LIMIT
B6 KONDÓMY B6.1 Kondómy nelepiace B6.2 Kondómy samolepiace		30 kusov za mesiac	
B7 URINÁLNE VRECKÁ		20 kusov za mesiac	
B8 DRŽIAK		2 kusy za rok	
B9 PRIPEVNŮVACÍ PÁS		dva kusy za rok	
B10 Pomôckypre AUTOKATETRIZÁCIU B10.1 Pomôcky na autokatetrizáciu bez konektora B10.1.1 Pomôcky na autokatetrizáciu bez konektora s použitím roztoku, lubrikované B10.1.2 Pomôcky pre autokatetrizáciu bez konektora s použitím roztoku, antibakteriálne B10.1.3 Pomôcky pre autokatetrizáciu bez konektora na priame použitie B10.1.4 Pomôcky pre autokatetrizáciu bez konektora na priame použitie teleskopický mužský B10.1.5 Pomôcky pre autokatetrizáciu bez konektora na priame použitie teleskopický ženský B10.2 Pomôcky pre autokatetrizáciu s konektorom B10.2.1 Pomôcky pre autokatetrizáciu jednorazové s konektorom B10.2.2 Pomôcky pre autokatetrizáciu jednorazové s konektorom a zberným vreckom	chronická retencia moču ak počas každoročného urodynamického vyšetrenia presiahne tlak detruzora 40 cm vodného stĺpca pri objeme nižšom ako 400 ml	120 kusov za mesiac 150 ks za mesiac maximálne až 180 ks za mesiac	
B11 PREPLACHOVÉ SYSTÉMY PERMANENTNÝCH MOČOVÝCH KATÉTROV	U chorých s močovým katétrom, pri ktorých dochádza k zvýšenej tvorbe hlienu a k zvýšenému výskytu infekcií po náhradách močového mechúra	Podľa potreby na základe zdravotného stavu	

Zdroj: <http://inkontinencia.sk/inkontinencia-zkzp-mzsr.html>, 2020

Stanovuje sa minimálna savosť nad 120 ml pre vložky absorpčné v podskupine B1.1

Vložky pre druhý stupeň inkontinencie

Stanovuje sa minimálna savosť nad 800 ml pre vložky absorpčné v podskupine B1.2

Vložky pre tretí stupeň inkontinencie

Prvý stupeň inkontinencie moču - občasný únik moču, t.j. únik po kvapkách, alebo únik maximálne dva razy denne,

Druhý stupeň inkontinencie moču - častý únik moču, t.j. únik prúdom niekoľkokrát cez deň objektivizovaný dôslednou anamnézou, zhodnotením mikčného denníka, alebo plienkovým testom

- a) stresová inkontinencia moču – pri normálnej funkcii zvierača,
- b) hyperaktívny mechúr s inkontinenciou moču – príčina nonneurogénna,
- c) zmiešaná inkontinencia moču podľa písmen a) a b).

Tretí stupeň inkontinencie moču – trvalý únik moču, t. j. únik niekoľkokrát denne aj v noci v ľahu, tento stupeň predovšetkým u ležiacich poistencov môže byť spojený aj s inkontinenciou stolice

- a) fistuly,
- b) stresová inkontinencia moču – pri strate funkcie zvierača,
- c) hyperaktívny mechúr s inkontinenciou moču – príčina neurogénna,
- d) zmiešaná inkontinencia moču podľa písmen b) a c),
- e) inkontinencia stolice – izolovaná alebo kombinovaná s inkontinenciou moču.

Určený stupeň močovej inkontinencie sa uvedie na lekársky poukaz spôsobom určeným zdravotnou poisťovňou. Odporúčanie indikujúceho lekára je možno použiť najviac dvanásť mesiacov okrem diagnostikovanej trvalej a nezvratnej inkontinencie tretieho stupňa, kedy nie sú potrebné následné kontroly u indikujúceho odborného lekára (Vyhláška MZ SR, 2020).

4.1 Všeobecná zdravotná poisťovňa a uhrádzanie zdravotníckych pomôcok

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (VšZP) uhrádza zdravotnícke pomôcky (ZP) v ambulantnej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy v súlade s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami ako aj množstvovými a finančnými limitmi, ktoré sú uvedené v aktuálnom Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Limity k preskripcii a úhradám ZP

určili pracovné skupiny Kategorizačnej komisie MZ SR pre jednotlivé podskupiny zdravotníckych pomôcok.

Pracovné skupiny sú poradným orgánom Kategorizačnej komisie MZ SR a sú zložené z odborníkov v dotknutých medicínskych odboroch. Pracovné skupiny na základe objektívneho posúdenia určili štandardy a všeobecné podmienky k úhradám všetkých typov ZP z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pomôcky pre inkontinenciu tvoria z pohľadu nákladov veľmi významnú položku. **Vo finančnom vyjadrení ide o druhú najväčšiu nákladovú položku na lieky a zdravotnícke pomôcky, hneď po cytostatikách.**

Z portfólia 13 skupín zdravotníckych pomôcok, ktoré boli v roku 2012 uhradené na lekárske poukaz, boli najvyššie náklady práve na túto skupinu ZP, a to 40,11% z celkových nákladov. Dlhodobu najvýraznejšiu položku nákladov z celkovej skupiny inkontinenčných pomôcok tvorí podskupina

B3 Plienkové nohavičky a na druhom mieste je podskupina

B1 Vložky. Systém úhrady v skupine inkontinenčných pomôcok je stanovený finančným limitom podľa stupňa inkontinencie.

Pre tretí stupeň inkontinencie je úhrnná suma 55,32 € za mesiac, a to pre zdravotnícke pomôcky podskupín: B1 Vložky (60 ks), B2 Vkladacie plienky, B3 Plienkové nohavičky, B4 Fixačné nohavičky a B5 Podložky pod chorých (60 ks). Pre druhý stupeň inkontinencie je úhrnná suma 16,57 € za mesiac, a to pre zdravotnícke pomôcky: podskupín B1 Vložky, B2 Vkladacie plienky a B4 Fixačné nohavičky.

Ostatné podskupiny majú stanovený množstvový limit. Výhodou finančného limitu by mala byť v praxi jeho variabilita a flexibilita, napr.: v najnákladnejšej podskupine B3 Plienkové nohavičky je v aktuálnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok 222 druhov plienkových nohavičiek rôznej veľkosti, savosti, rôznych materiálov a v cenovom rozpätí od 0,24 – 1,82 € za kus.

Pri efektívnom manažmente pacienta by mala byť znalosť využitia rôznych kombinácií, ktoré sú najvhodnejšie pre konkrétneho pacienta samozrejmosťou – systém túto možnosť ponúka. Jeho väčšie využitie by určite prispelo ku kvalite života inkontinentných pacientov – našich klientov a k väčšej spokojnosti rodinných i profesionálnych ošetrovateľov. Inkontinencia je problém nielen zdravotný, ale i etický a sociálny.

Prevalencia inkontinencie a s tým spojené prirodzené predpoklady rastu spotreby ekonomických nákladov naďalej existujú. Preto je v nasledujúcom období dôležité zamerať sa na regulačné mechanizmy najnákladnejších podskupín ZP, avšak pri plnom rešpektovaní kvality v definovanom finančnom limite.

Budeme klásť väčší dôraz na účelnú a efektívnu preskripciu, zameranú najmä na poskytovanie ZP v sociálnych zariadeniach. **Chceli by sme iniciovať spoluprácu s dotknutými patientskymi organizáciami. Prostredníctvom časopisu Partnerstvo je možné využiť možnosti edukácie nielen seniorov, rodinných príslušníkov, ale aj zdravotníckych pracovníkov, nakoľko kvalitné informácie, nám pomôžu zvládnuť spoločnú problematiku starostlivosti o seniorov s inkontinenciou moču.**

Veľkým problémom v praxi je i poskytovanie ZP pre poistencov v ústavoch sociálnej starostlivosti. Z pohľadu účelu určenia poskytovania ZP sa často vo všeobecnosti zamieňa, či ide o riešenie problému z pohľadu opatrovateľstva alebo ošetrovateľstva. **K riešeniu problémov by pomohli jednoznačnejšie pravidlá, ktoré by prispeli k efektívnejšej alokácii finančných prostriedkov na ZP.** Cieľom je, aby seniori s diagnózou inkontinencia moču mali zabezpečené kvalitné zdravotnícke pomôcky pri rešpektovaní faktu, že kvalita a nákladová efektivita nie sú v protiklade (Vyhláška MZ SR, 2020).

Zoznambibliopgrafickýchodkazov

FERTÁLOVÁ, T., et al. 2019. *Princípy hygienickej starostlivosti*. Vydavateľstvo: Magnanimitas akademické sdruženie, Hradec Králové, 1. vyd., 2019 roč. 9. ISBN:978-80-87952-29-0

FADER, M., A., et al. 2008. *Absorbent products for urinary /faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs*. National Center for Biotechnology Information (online), Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18547500>

LACHVÁČ, Ľ. 2010. *Inkontinencia moču v ambulancii praktického lekára*. Viapract, 7, 2010, č. 2, s. 73-79.

MARTAN, A. 2013. *Nové operačné a liečebné postupy v urogynológii*. 2. dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-348-0.

MARENČÁK, J., 2010. *Inkontinencia moču – príznak, ktorý sa dá liečiť*. Edukafarm(online), 3, 77-83 (zobrazené 7.9.2012). Dostupné z:

<http://www.edukafarm.sk/pdfs/periodika/medinews/2010/03.pdf>

SLÍVA, J. 2011. *Súčasné možnosti v liečbe inkontinencie*. Farminews (online), 3, 38-40 (zobrazené 7.9.2012). Dostupné z:

<http://www.edukafarm.sk/pdfviewer.php?fname=pdfs/periodika/farminews/2011/03.pdf>

TOPINKOVÁ, E. et al. 2009. *Jakou péči poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči ?* Názory a postoje zdravotnických profesionálů. Čes Ger Rev, 7, 2009a, č. 1.

TOPINKOVÁ, E. et al. b.2009. *Jakou péči poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči ?* II. Diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy u inkontinentních pacientů. Čes Ger Rev, 7, 2009b, č. 2.

Vyhláška č. 89/2018Z. z.Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok (v znení č. [176/2020 Z. z.](#))

XUEMIN, W., N.,et al. 2011. *Cutaneous and sensory effects of two types of sanitary pads with different surfaces in the Shanghai, Chinese population*, National Center for Biotechnology Information(online).

Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21241167>

5 CIELE A METODIKA PRÁCE

Inkontinencia moču predstavuje v súčasnosti pre zdravotníctvo závažný problém. Seniorov trpiacich inkontinenciou moču, zasahuje tento syndróm priamo do ich vlastného života, rodiny, priateľov a známych. Akékoľvek chronické ochorenie ovplyvňuje všetky aspekty života seniora.

5.1 Hlavný cieľ a otázky výskumu

Hlavným výskumným cieľom nášho výskumu bolo zmapovať kvalitu života u seniorov s močovou inkontinenciou.

Výskumné otázky:

1. Ako súvisia vybrané demografické ukazovatele (pohlavie, vek, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, bývanie) so subjektívnym hodnotením kvality života seniorov?
- 2.Ako súvisia charakteristiky močovej inkontinencie s ich vplyvom na život seniorov?

3. Aká je intenzita vzťahu skúmaných premenných veličín na samotnú kvalitu života seniorov s inkontinenciou moču?

5.2 Hypotézy výskumu

1H: Predpokladáme, že ženské pohlavie trpiace inkontinenciou moču hodnotí svoju kvalitu života pozitívnejšie než pohlavie mužské s inkontinenciou moču.

2H: Predpokladáme, že mladší seniori s inkontinenciou moču hodnotia svoju kvalitu života z pohľadu demografických faktorov pozitívnejšie ako seniori s inkontinenciou moču nad 75 rokov a viac.

3H: Predpokladáme, že čím má senior s močovou inkontinenciou vyššie dosiahnuté vzdelanie, tým hodnotí kvalitu svojho života pozitívnejšie.

4H: Predpokladáme, že seniori s inkontinenciou moču žijúci v sociálnom zariadení, hodnota kvality svojho života pozitívnejšie než seniori s inkontinenciou moču žijúci v domácom prostredí.

H5: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi typom močovej inkontinencie a mierou vplyvu na život seniorov.

H6: Predpokladáme, že seniori trpiaci III. stupňom močovej inkontinencie budú vnímať najsilnejší vplyv ochorenia na svoj život.

H7: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi dobou, ktorou trpia seniori močovou inkontinenciou a jej vplyvom na ich život.

5.3 Súbor a metodika organizácie výskumu

Pri výskumnom prešetrovaní bolo nutné sa zamerať na presnú identifikáciu výberového súboru respondentov.

Aby mohli byť respondenti – seniori zaradení do výskumu, museli spĺňať nasledujúce kritériá:

- občania Slovenskej republiky žijúci na území severného Slovenska,
- osoby vo veku ≥ 65 rokov,
- jedinci s diagnózou močová inkontinencia,
- rôzna dĺžka trvania močovej inkontinencie,

- seniori ochotní spolupracovať a podieľať sa na výskume a vyplnení dotazníka,
- zachovalá schopnosť kognície.

Na základe preštudovanej literatúry a za účelom získania vyššieho počtu údajov bola zvolená výskumná kvantitatívna metóda. Ako výskumná technika k získaniu jednotlivých údajov bola zvolená forma dotazníka vlastnej konštrukcie a štandardizovaného dotazníka.

Dotazník nazvaný „*Kvalita života seniorov s inkontinenciou moču*“ je rozdelený na tri základné časti. Vyplnenie dotazníka netrvá respondentom dlhšie ako 10 minút. V závere je možnosť vlastného vyjadrenia k uvedenej problematike.

Prehľad štatistických metód spracovania dát, bol vytvorený tak, aby dotazník plynule nadväzoval na jednotlivé témy týkajúce sa určitej problematiky a pritom vytváral dojem uceleného súboru údajov. V závere dotazníka mali respondenti možnosť voľného vyjadrenia k téme (písomnou formou). Ak túto možnosť využili, položka slúžila na zistenie kvalitatívnych údajov charakteristiky vlastného názoru.

- *Tretí oddiel dotazníka* pomenovaný II. časť je zameraný na kvalitu života seniorov s močovou inkontinenciou. Tu bol použitý konkrétne štandardizovaný dotazník s označením KHQ (King Health Questionnaire), ktorý bol vybraný predovšetkým z dôvodu svojej špecifikácie, posudzuje vplyv symptómov dolných močových ciest a močovej inkontinencie na kvalitu života dospelých jedincov oboch pohlaví.

V závere štandardizovaného dotazníka boli vložené aj položky vlastnej konštrukcie, vzťahujúce sa priamo k zhodnoteniu aktuálnej kvality života respondentov. Štandardizovaný dotazník KHQ obsahoval celkom 25 položiek. Položky boli rozdelené na čiastkové oblasti z každodenného života, ktoré mohli byť ovplyvnené ťažkosťami s močením. Na uvedené položky mohli seniori odpovedať vždy jednou odpoveďou z viacerých možností.

5.4 Realizácia výskumu

V úvode výskumného šetrenia prebehla pilotáž slúžiaca na overenie zrozumiteľnosti dotazníkových položiek v dotazníku. Bolo distribuovaných 30 kusov dotazníkov v urologickej ambulancii v Ústrednej vojenskej nemocnici Ružomberok. Vzhľadom na skutočnosť, že už nebolo potrebné výskumné dotazníkové položky upravovať, boli príslušné dotazníky po overení platnosti /požiadavky validity a reliability/ zaradené do výskumu.

Pred začatím samotného zberu dát sme si stanovili počet dotazníkov, ktoré mali byť distribuované. Zo štatistických údajov získaných z databázy SŠÚ (*Slovenský štatistický úrad*) v Žilinskom kraji v okrese Ružomberok žilo ku dňu 31.12.2016, 56 942 obyvateľov. Vo veku 65 rokov a viac uvádza SŠÚ 8770 jedincov. Pri predpokladanom výskyte močovej inkontinencie u 30% seniorov by pri 100% výskumnej vzorky malo byť oslovených 2 631 jedincov s daným ochorením v okrese Ružomberok. Takýto výskum by bol v tomto prípade nereálny, pretože vychádza z matematických predpokladov a nie je predmetom našej výskumnej práce. Z tohto dôvodu sme si stanovili hodnota 30% výskumného súboru, ktorý už spĺňal reálny dosah výsledkov. Vďaka tomu sme distribuovali celkovo 790 dotazníkov.

Výberový súbor respondentov bol získavaný pomocou nepravdepodobnostného typu výberu nabaľovaním. V prvom výberovom kroku boli oslovení jednotlivci so žiadosťou o informácie o ďalších jedincoch, ktoré by bolo možné zaradiť do výskumu. V prípade výskumu našej práce sa jedná o vedúce sestry a sestry poverené riadením kliniky/oddelenia, lekárov a pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb, ktorí oznámili kontakt na respondentov spĺňajúcich stanovené kritériá. Po oslovení respondentov sa ďalej podaril rozšíriť okruh osôb so spoločným problémom a tým aj rozšíriť výberový súbor ešte významnejšie.

Vlastný zber dát bol naplánovaný od 1. novembra 2017 do 30. 05. 2018. Po informatívnom stretnutí s manažermi daných zariadení a získaním súhlasu s výskumom boli oslovení vedúci pracovníci na poskytnutie menného zoznamu osôb/seniorov s močovou inkontinenciou, spĺňajúcich stanovenú charakteristiku súboru respondentov. Následne boli oslovení seniori s močovou inkontinenciou s prosbou o vyplnenie dotazníka a prípadného odkázania na im známu osobu, ktorú by bolo možné ďalej zahrnúť do výskumu.

Na získavaní údajov k výskumu participovala ústredná vojenská nemocnica Ružomberok.

Po priebežnom a reálnom zhodnotení výsledkov v približne polovici výskumu sme prišli na to, že respondenti nemali záujem vyplňať dotazníky v očakávanom množstve tak následne bolo oslovené Centrum sociálnych služieb slniečko Novot' v Žilinskom kraji, ktoré zastrešuje DSS (Domov sociálnych služieb) a domácu starostlivosť, kde bola možnosť distribuovať ďalších 200 kusov dotazníkov. Z celkového počtu 790 kusov distribuovaných dotazníkov sa vrátilo 400, ktoré spĺňali kritériá pre zaradenie do výskumu ($n=400$), čo bolo považované za 100,00% v období od 01.09.2017 do 01.03.2019

5.5 Štatistické spracovanie získaných dát

Na spracovanie získaných dát boli využité programy Microsoft Excel 2016 a Microsoft Word 2016. Zo súboru štatistických programov sa jednalo o NCSS 9, NCSS, LLC a neparametrický test Mann-Whitney U test a Kruskal-Wallis test.

V stĺpcoch boli vložené odpovede na príslušné položky v hlavičke tabuľky.

V priebehu zadávania údajov bola vykonávaná vizuálna kontrola správnosti. Po ukončení zápisu v tabuľke sa začala vytvárať základná štatistická charakteristika (absolútnej a relatívnej početnosti), ktorá sa vzťahovala ku všetkým jednotlivým položkám. Nasledovalo štatistické spracovanie údajov pomocou štatistických metód. Čiže testovanie, ktorého cieľom bolo zhodnotenie stanovených hypotéz a hlbšia analýza dát.

Nakoľko sa nám Kolmogorov-Smirnovým testom nepotvrdilo normálne rozdelenie sledovaného znaku kvalita života ($p=0,001$), vybrali sme neparametrický test Mann-Whitneyov U test.

Čiže k testovaniu hypotéz bol použitý neparametrický test Mann-Whitneyov U test.

Tento test je najcitlivejšou neparametrickou alternatívou t-testu pre nezávislé výbery. Jeho podmienkou je, aby súbor obsahoval kódujúcu - nezávislú premennú (v našom prípade demografické ukazovatele) s minimálne 2 jednoznačne odlišnými kódmi, ktoré jednoznačne identifikujú členstvo v skupine každého prípadu v súbore dát.

Závisle premenná (v našom prípade kvalita života) má byť meraná minimálne na ordinálnej škále. **Tento test nepracuje s priemerami, ale mediánmi dvoch nezávislých vzoriek.**

Test odpovedá na otázku, či je rozdiel mediánov dvoch skupín štatisticky významný, alebo iba náhodný. Tento test sme využili pri nezávisle premenných pohlavie a bývanie.

V prípade premenných vek a najvyššie dosiahnuté vzdelanie použijeme Kruskal-Wallis test, ktorý je rozšírením Mann-Whitneyho testu a využíva sa v prípade, že nezávislá premenná má tri a viac kategórií. Ide o neparametrickú alternatívu k Anove.

Interpretácia oboch testov bola postavená na výsledku hodnoty signifikancie, ktorú nám systém SPSS vypočítal. Hladinu významnosti - teda pravdepodobnosť toho, že hypotéza bola neoprávnene zamietnutá i keď platila (chyba I. druhu), sme stanovili na hodnotu 0,05. Pokiaľ hodnota signifikancie v teste mala hodnotu nižšiu ako zvolená hladina významnosti 0,05, nulovú hypotézu o neexistencii štatisticky významných rozdielov sme zamietli a prijali alternatívnu hypotézu. Naopak, ak bola hodnota signifikancia vyššia ako hodnota 0,05, nulovú hypotézu sme nezamietli, platí, štatisticky významné rozdiely sa nepotvrdili.

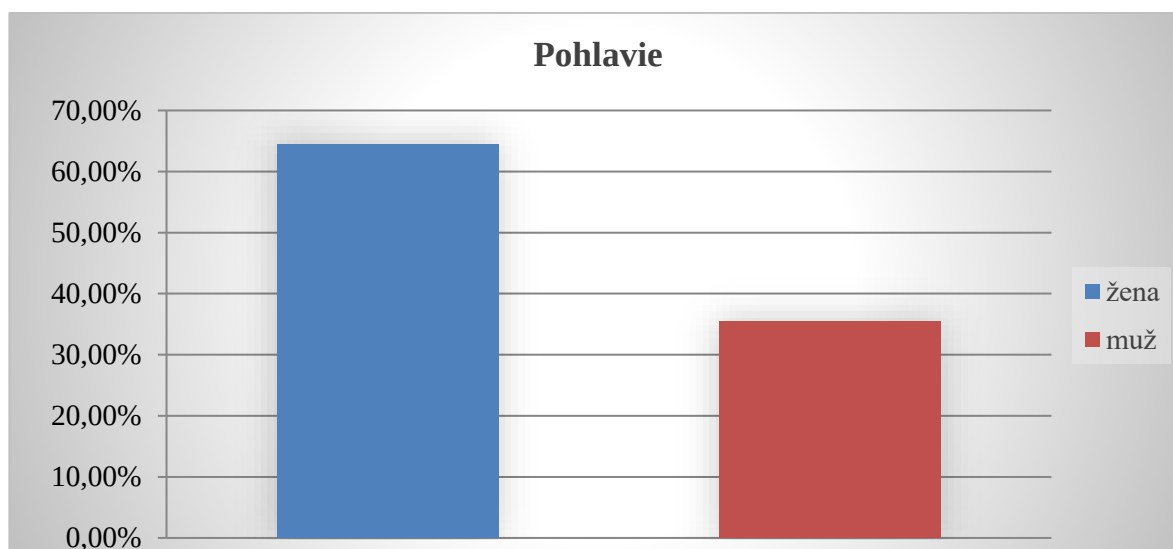
Na záver boli vytvorené grafické spracovania údajov a výsledky prenesené do výsledkov výskumu. Ku každej položke bola vytvorená príslušná interpretácia, ktorá uľahčuje pochopenie získaných údajov. U hypotéz bolo doplnené záverečné zhrnutie, vyhodnotených výsledkov a diskusia k téme výskumnej práce.

5.6 Analýza a interpretácia výsledkov výskumu

Výsledky jednotlivých položiek boli spracované pomocou tabuliek s rozdelením na absolútnu (respondenti / odpovedí) a relatívnu (uvedené v percentách so zaokrúhlením na dve desatinné miesta) početnosť. Zaujímavé údaje boli doplnené koláčovými grafmi v hodnotách relatívnej početnosti. Názvom „položka“ bola vždy označená jednotlivá otázka v dotazníku. Položky boli uvedené s rozdelením na interpretáciu výsledkov v informatívnej časti dotazníka (položky 1 - 16) a štandardizované časti, kde došlo k zmene v číslovaní, kedy boli pôvodné položky bez označenia očíslované (položky 17 - 38).

Rozdelenie seniorov podľa pohlavia

Graf 1 Pohlavie

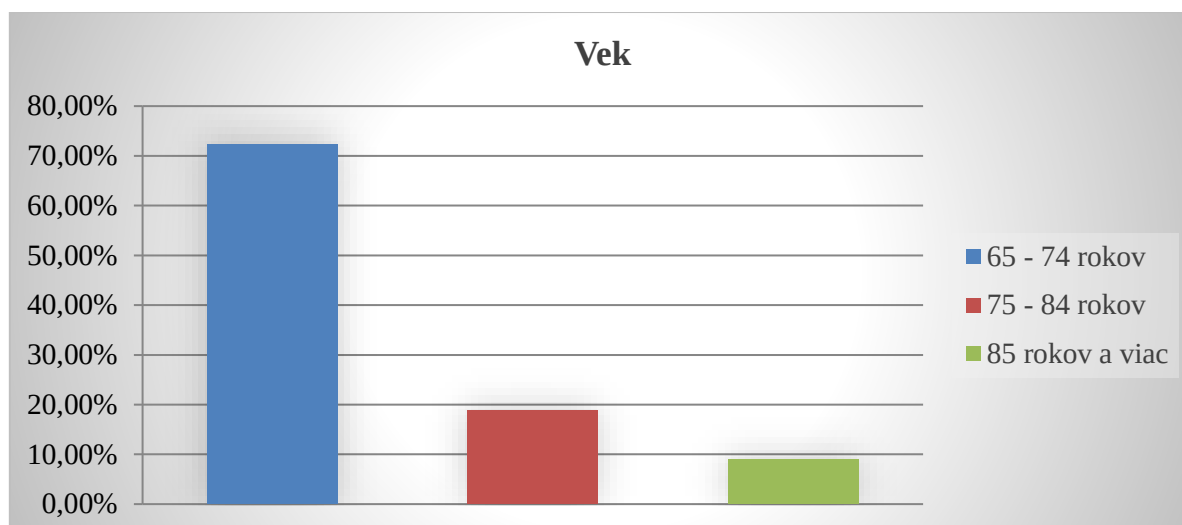


Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Z celkového počtu seniorov (400 = 100%) sa výskumu zúčastnilo viac žien ako mužov. Podiel žien na celkovej vzorke je 64,50%, podiel mužov je nižší - 35,50%.

Rozdelenie seniorov podľa veku

Graf 2 Vek



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

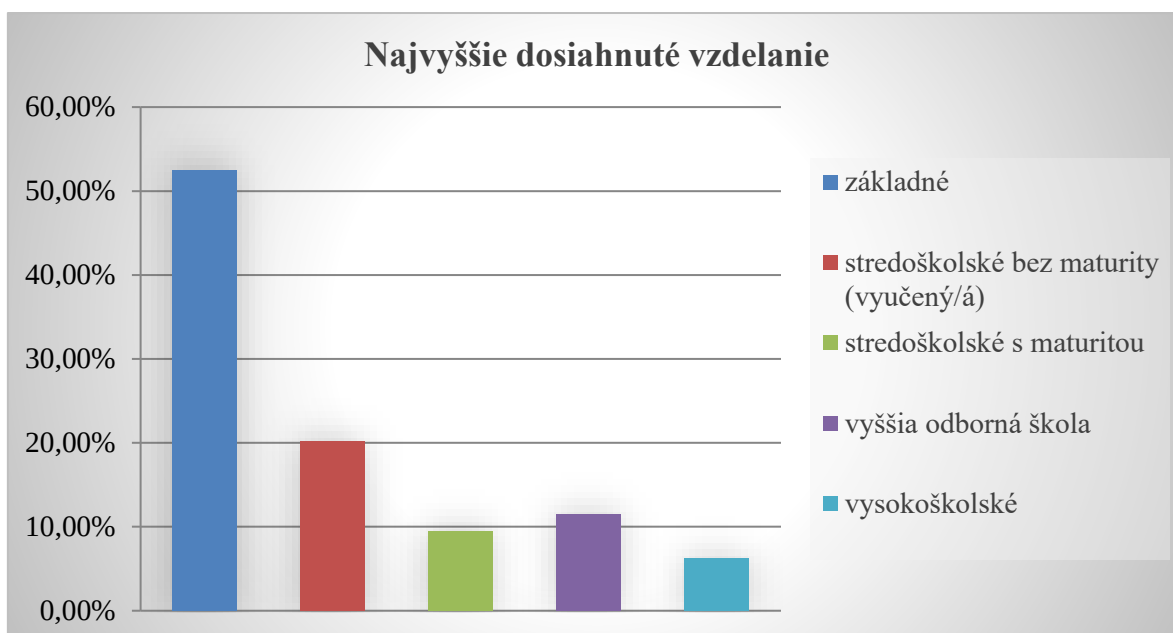
Záver:

Seniori uvádzali svoj vek číslou, zaradenie do troch kategórií sme vykonali až pri spracovaní získaných dát. Vekové kategórie sme určili podľa Kalvacha (2004), (mladí seniori, starí seniori a veľmi starí seniori). Najpočetnejšie zastúpená bola veková kategória mladí seniori, teda veková kategória od 65 do 74 rokov, v zastúpení 289 seniorov /respondentov. V druhej najpočetnejšie zastúpenej vekovej kategórie starí seniori bolo 75 seniorov / respondentov. Naopak, najmenej zastúpená bola tretia veková kategória veľmi starí seniori, /s najvyšším vekom/ - 36 seniorov / respondentov.

Priemerný vek seniorov v našom výskume bol 73 rokov, najnižší vek 65 rokov zaznačilo 15 seniorov, najvyšší vek uviedol 1 senior - 90 rokov.

Rozdelenie seniorov podľa najvyššie dosiahnutého vzdelania

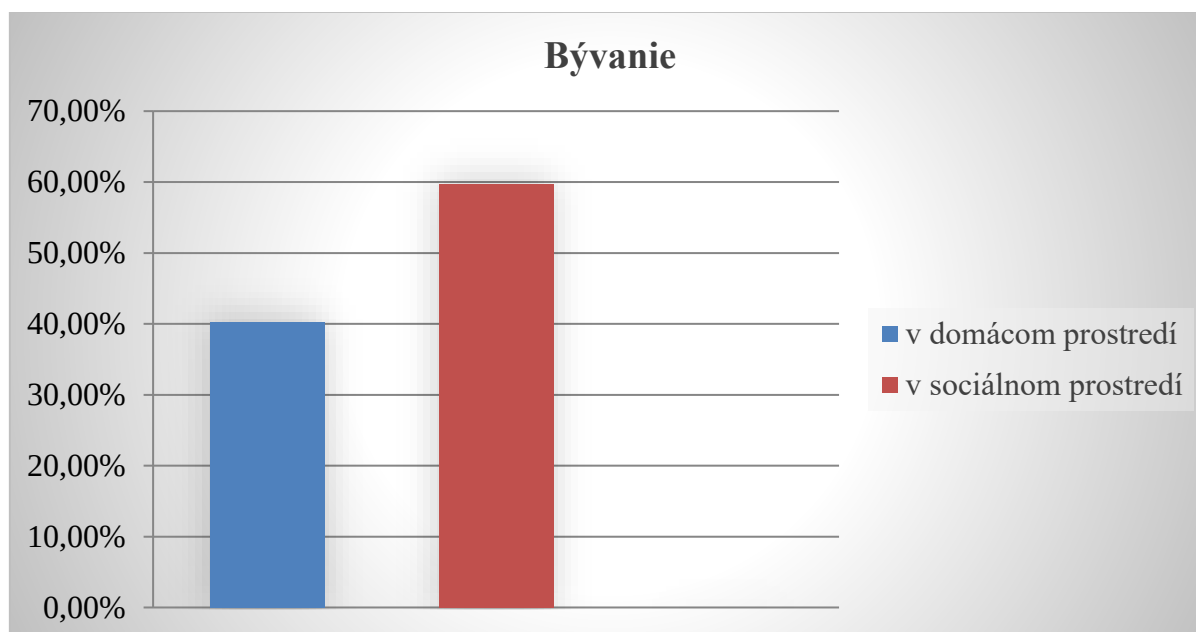
Graf 3 Najvyššie dosiahnuté vzdelanie



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Výskumu sa zúčastnilo z hľadiska najvyššieho dosiahnutého vzdelania najviac seniorov s najnižším - základným stupňom vzdelania (n=210). Nasledovalo stredoškolské vzdelanie bez maturity (n=81), vyššia odborná škola (n=46) a stredoškolské s maturitou (n=38). Najmenej zastúpení boli seniori s vysokoškolským vzdelaním (n=25).

Graf 4 Bývanie

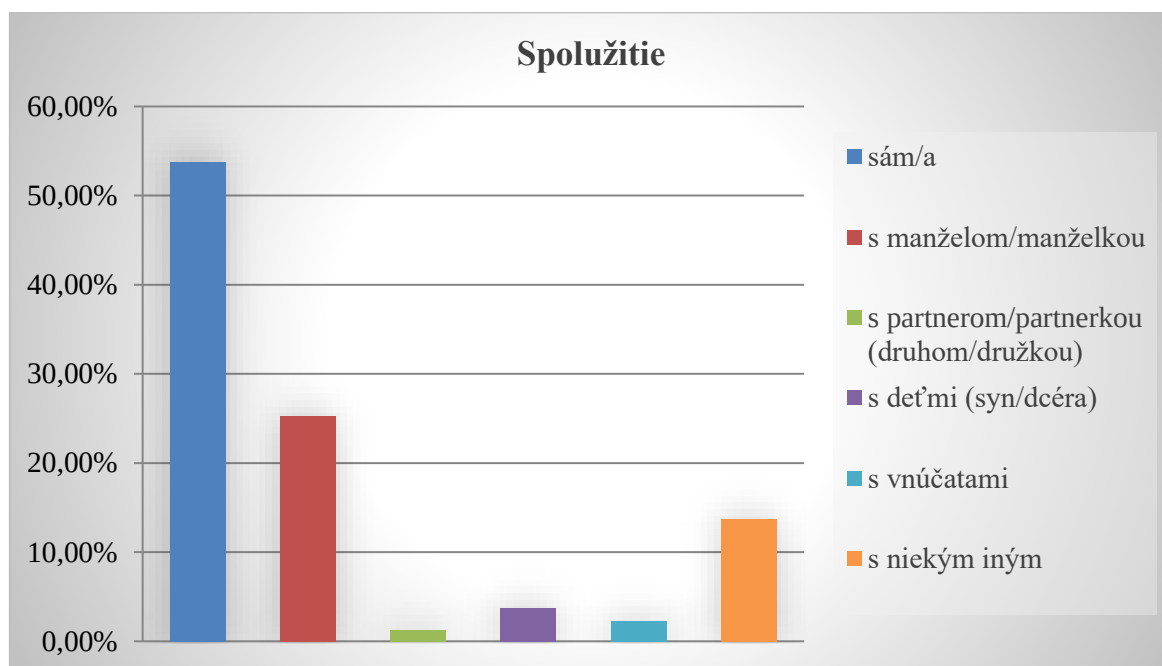


Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Najviac seniorov (n=239) označilo, že momentálne žije v sociálnom zariadení. V domácom prostredí označilo - 40% zo vzorky (n=161). Kategóriu v inom prostredí neoznačil ani jeden senior.

Rozdelenie seniorov podľa formy spolužitia

Graf 5 Spolužitie

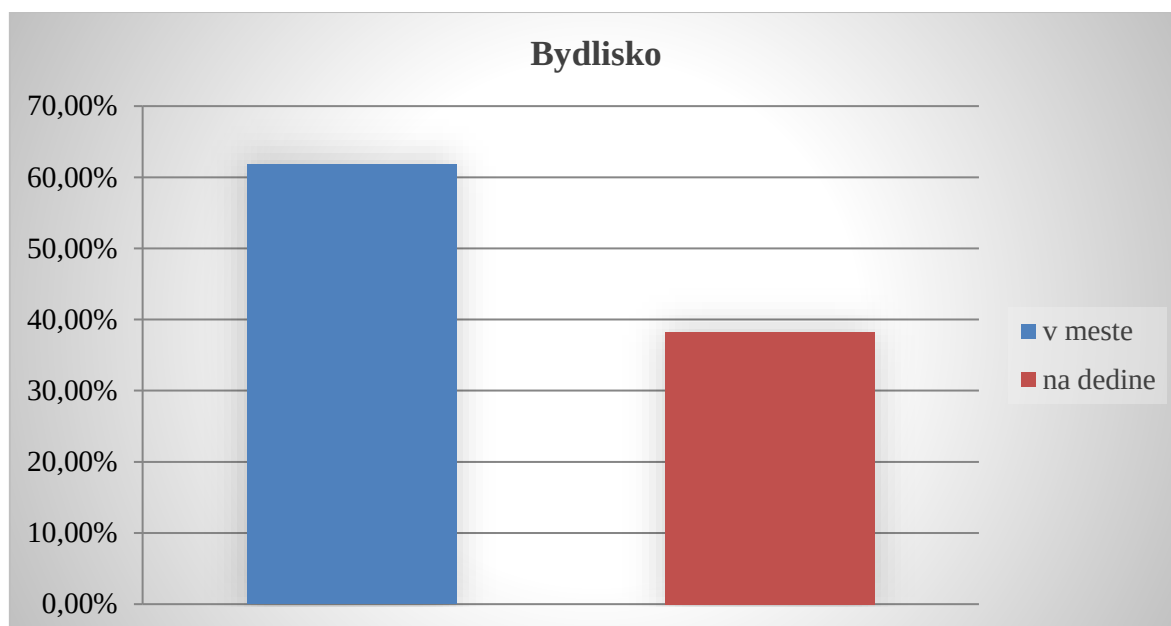


Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Najviac seniorov, vyše polovica celkovej vzorky (53,75%) označila, že žijú sami. Pomerne vysoký počet seniorov (n=101), označilo že žije s manželom alebo manželkou a s inou osobou (n=55). Seniori najčastejšie uvádzali spolubývajúcich v rôznych sociálnych domoch, objavili sa však aj odpovede ako „kamarát/i, či známy/i). Menší počet seniorov uviedlo, že žije s vlastnými deťmi (n=15), vnúčatami (n=9), či s partnermi a druhmi (n=5).

Rozdelenie seniorov podľa formy bydliska

Graf 6 Bydlisko

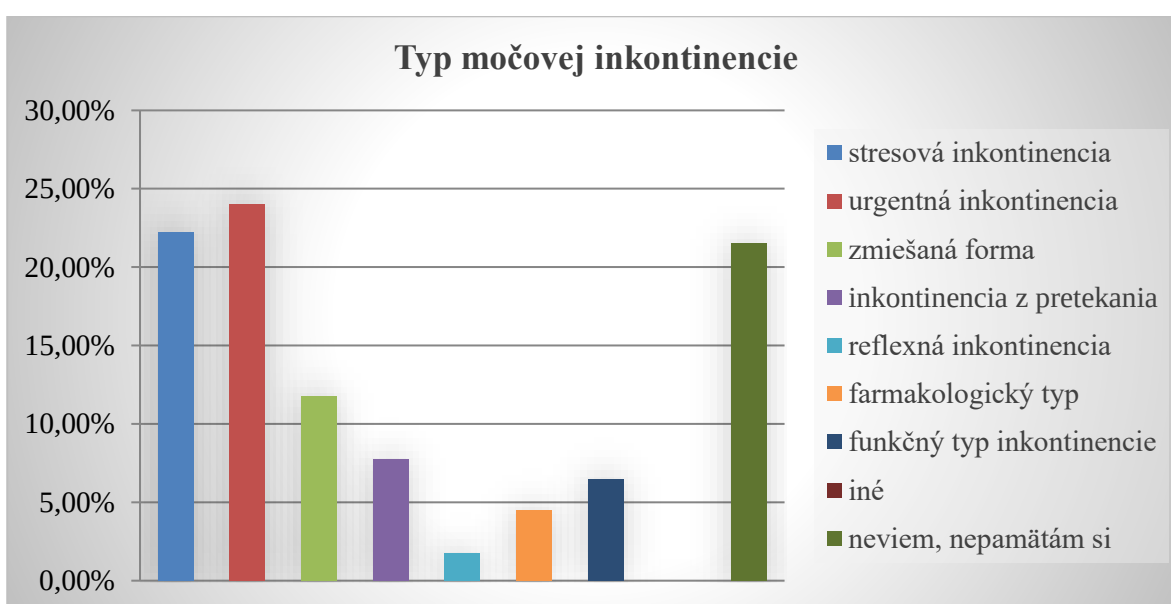


Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Z hľadiska bývania väčšia časť seniorov označila že býva (61,75%) v meste ako na dedine (38,25%). Vyplýva to aj zo skutočnosti, že veľká časť respondentov žije v rôznych sociálnych domoch, ktoré sa častejšie nachádzajú práve v mestách.

Rozdelenie seniorov podľa typu močovej inkontinencie

Graf .7 Typ močovej inkontinencie

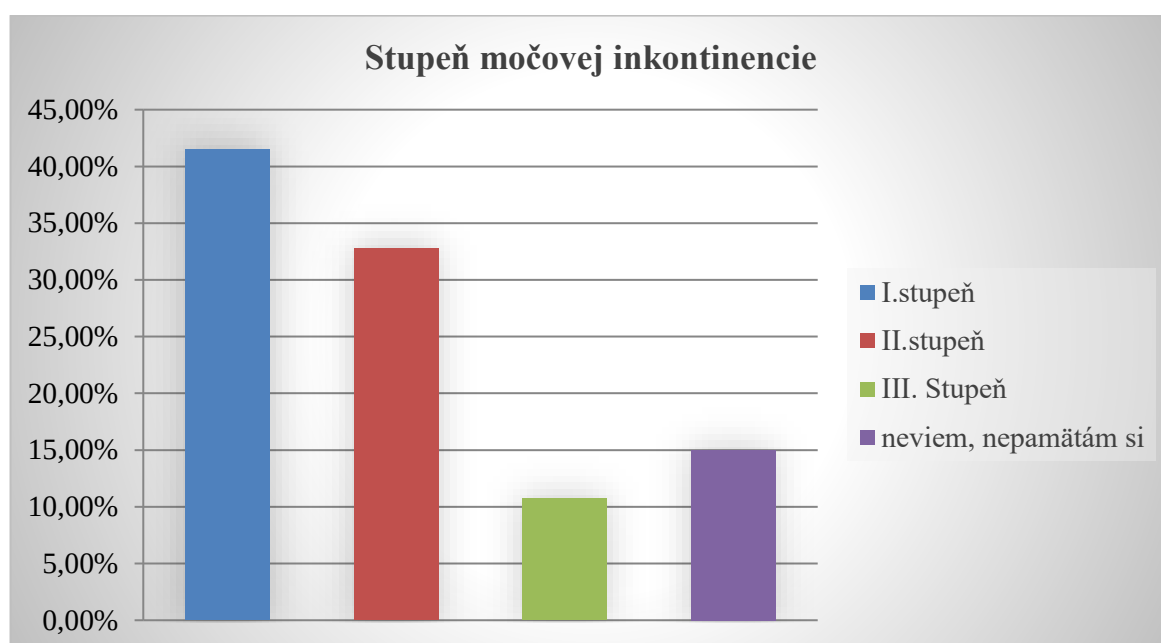


Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Najčastejším typom inkontinencie, ktorý označili seniori, bola stresová inkontinencia (n=96). Nasledovala urgentná inkontinencia (n=89). Až 21,50% seniorov nevedeli určiť presný typ ochorenia, ktorým trpia, resp. si to nepamätajú. Ostatné formy ochorenia boli zastúpené menej. Možnosť určenia iného typu nevyužil ani jeden senior.

Rozdelenie seniorov podľa stupňa močovej inkontinencie

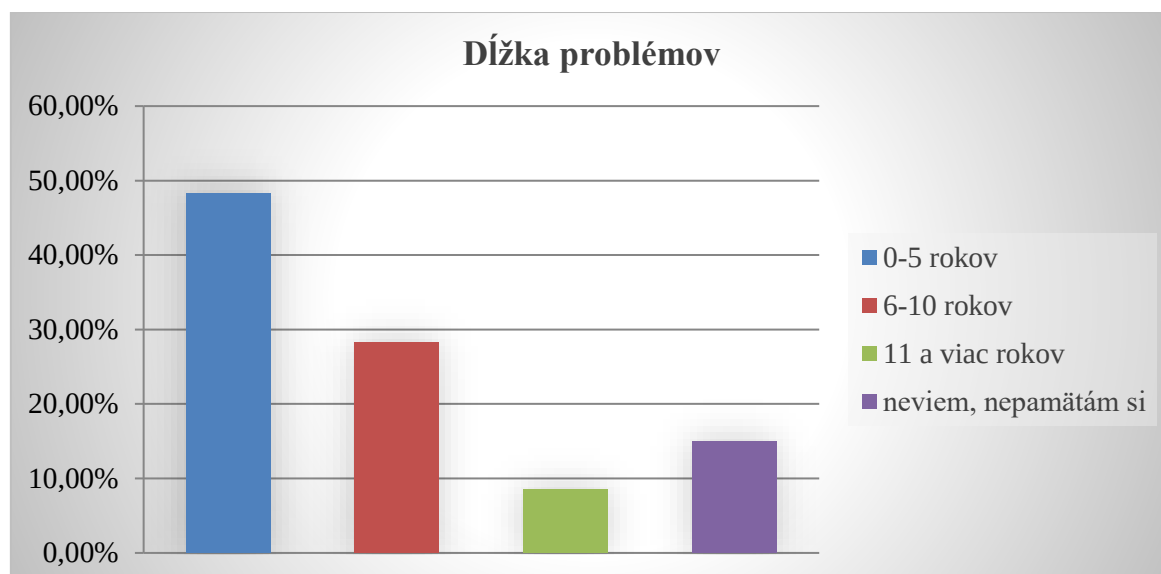
Graf 8 Stupeň močovej inkontinencie



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Okrem typu inkontinencie bolo úlohou seniorov určiť aj stupeň tohto ochorenia, ktorý hovorí o jeho závažnosti. Najviac - 41,50% seniorov sa zaradilo do prvého, teda ľahšieho stupňa ochorenia. Nasledoval druhý stupeň - 32,75 % a najmenej seniorov uviedlo, že trpí tretím stupňom inkontinencie. 15 % seniorov sa nevedelo zaradiť.

Graf 9 Dĺžka problémov

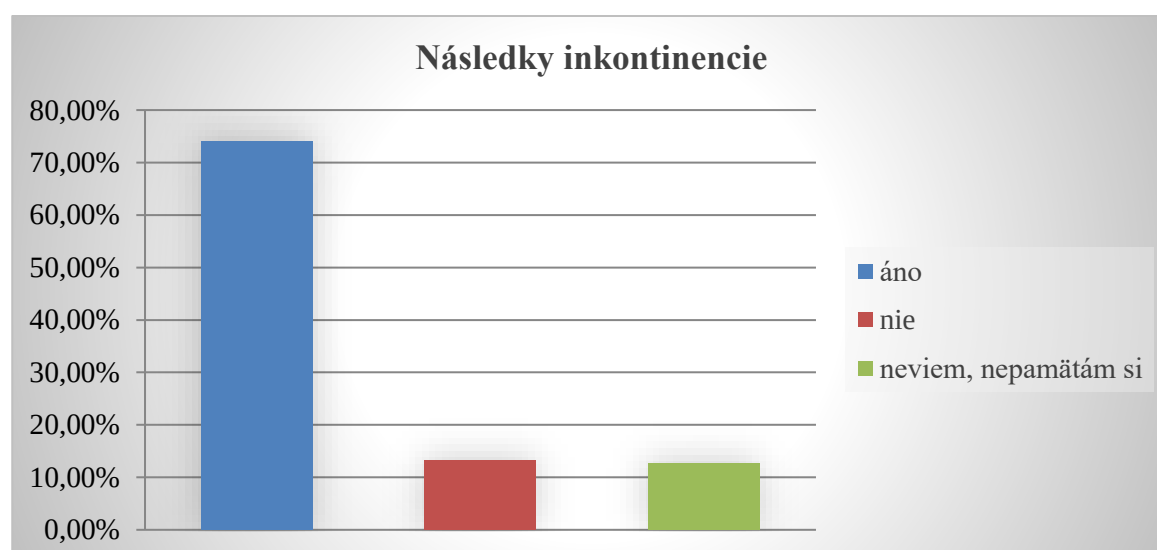


Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Úlohou seniorov bolo číslom určiť, ako dlho majú s inkontinenciou problémy. Pri spracovaní dát sme odpovede kategorizovali do 3 kategórií. Najväčší podiel, takmer polovicu 48,25% respondentov tvorili seniori, ktorí trpeli únikom moču najkratšie - do piatich rokov. 28,25% seniorov trpelo únikom moču od 6-10 rokov. Dlhšie, viac ako 11 rokov trpelo únikom najmenej seniorov - 34. 60 seniorov nevedelo určiť ako dlho majú s únikom moču problémy.

Rozdelenie seniorov podľa následkov inkontinencie

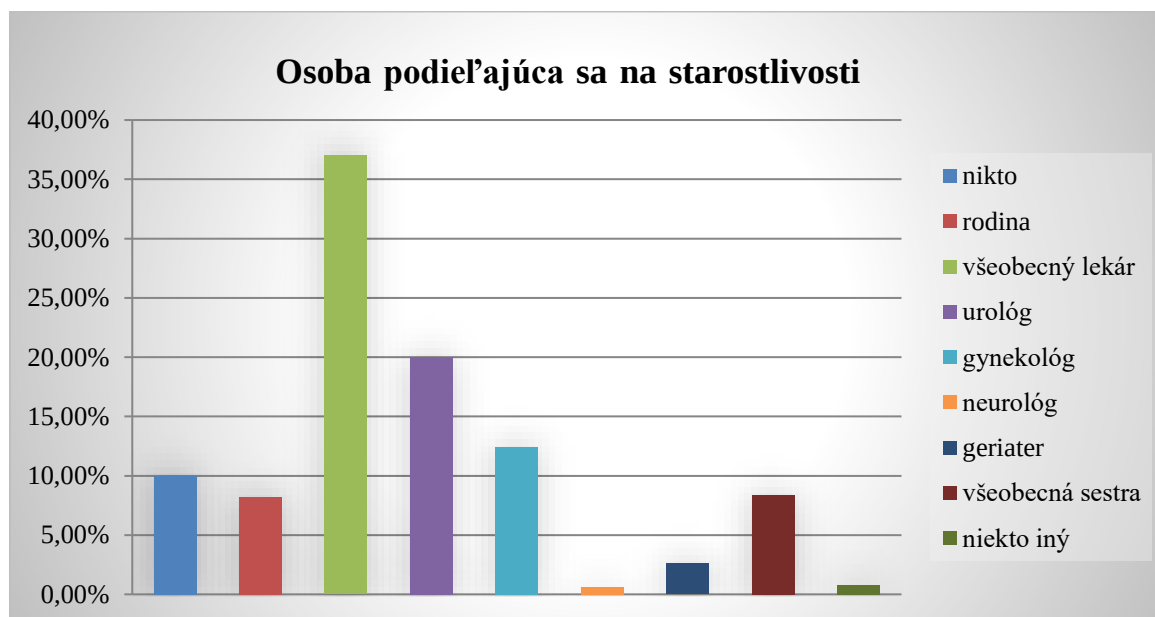
Graf 10 Následky inkontinencie



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Z celkového množstva seniorov až 74% uviedlo, že sa nejaké problémy s únikom moču vyskytli. Najčastejšie seniori uvádzali psychologické a sociálne následky. 53 respondentov, teda 13,25% seniorov zo vzorky nespozorovalo žiadne problémy. 51 seniorov na túto položku odpovedať nevedelo.

Graf 11 Osoba podieľajúca sa na starostlivosti



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver 1:

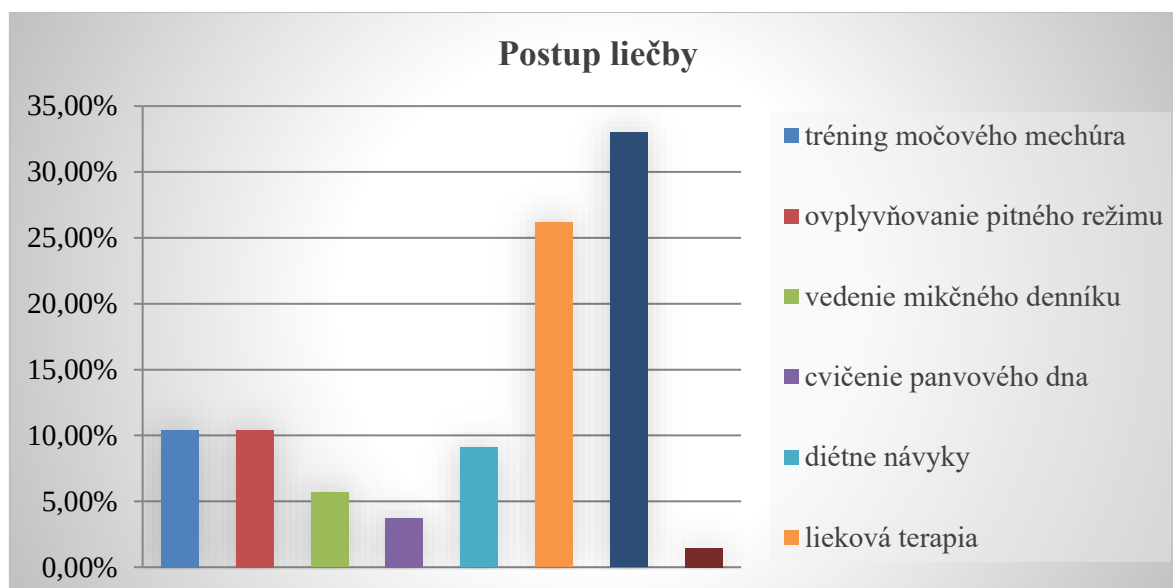
Nakoľko pri tejto otázke mohli seniori označiť viacero odpovedí, odpovedí bolo viac ako seniorov a 100% v tomto prípade predstavuje 500 odpovedí.

Záver 2:

Najčastejšie seniori označovali, že sa na starostlivosti o tento problém podieľa všeobecný lekár (185 odpovedí), nasledoval urológ (100 odpovedí) a 10% odpovedí uviedli, že sa o seniorov v tomto probléme nestará nikto. 4 seniori uviedli, že sa na starostlivosti podieľa niekto iný - vo všetkých prípadoch išlo o pracovníka zo sociálneho zariadenia.

Rozdelenie seniorov podľa postupu liečby

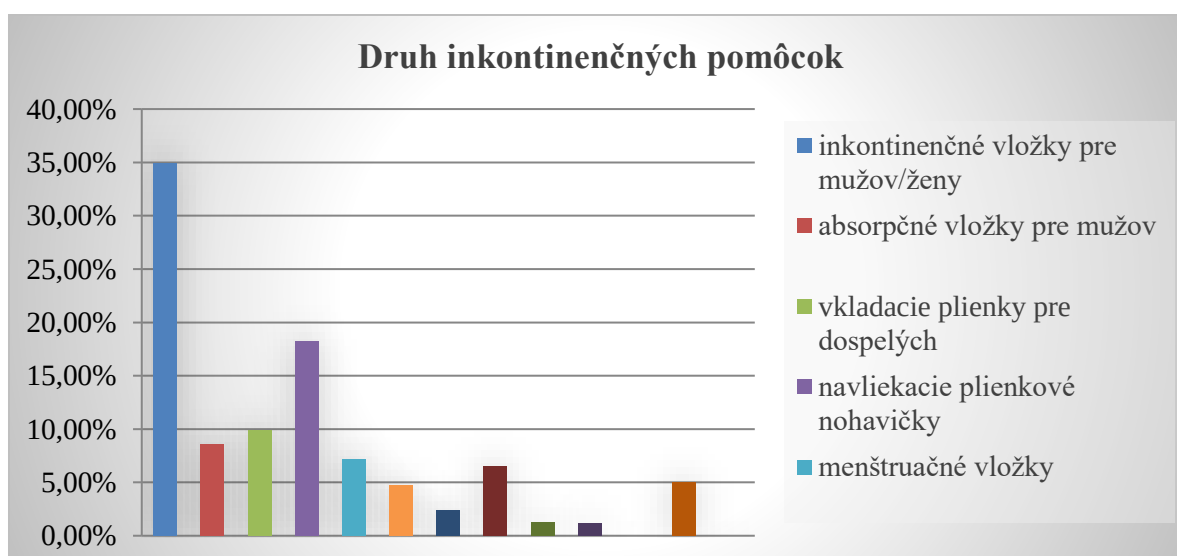
Graf č.12: Postup liečby



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Rovnako ako v predchádzajúcej položke, aj v položke postupu liečby inkontinencie mali seniori možnosť označiť viac odpovedí. Počet všetkých odpovedí bol 615, čo považujeme za 100%. Najčastejšou odpoveďou (n=203) bolo využívanie inkontinenčných pomôcok. Nasledovala lieková terapia (n=161) a rovnaký počet bol odpovedí v trénovaní močového mechúra, v ovplyvňovaní pitného režimu (n=64). Odpoveď iné bola označená 9-krát.

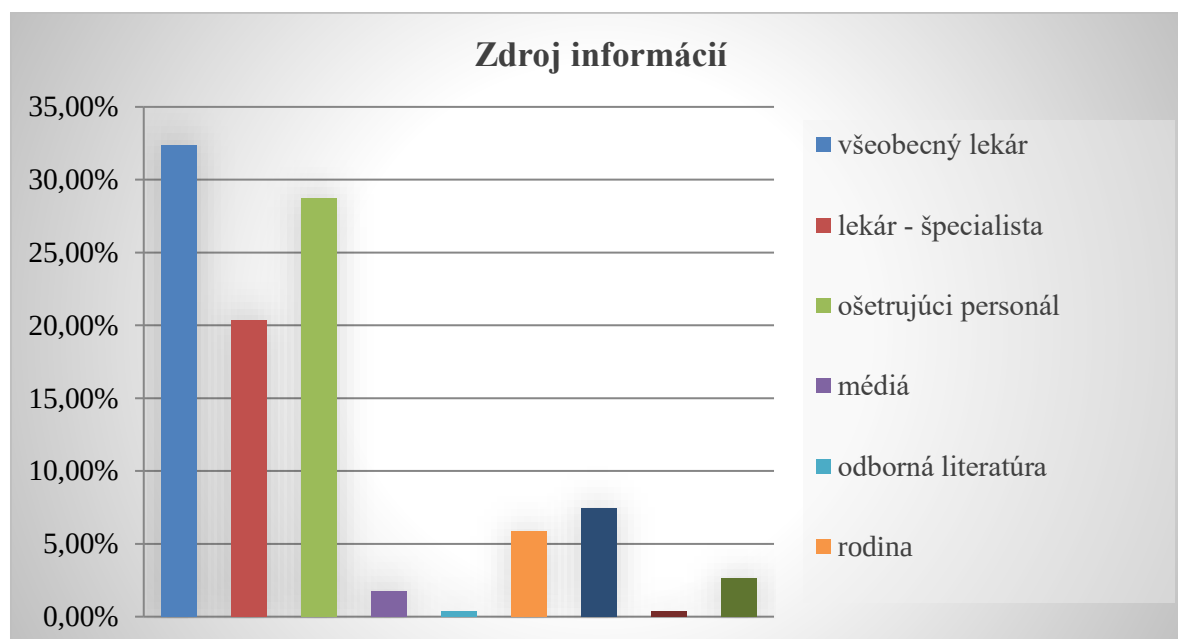
Graf 13 Druh inkontinenčných pomôcok



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Celkový počet odpovedí bol 615 (100%), nakoľko aj pri tejto položke mohli seniori zaznačiť viacero odpovedí. Najčastejšie seniori uviedli, že používajú inkontinenčné vložky pre mužov/ženy (tretina zo všetkých odpovedí) a navliekacie plienkové nohavičky (18,21%). Naopak, najmenej často uviedli, že používajú urinály a improvizované pomôcky. Časť seniorov označila, že žiadne pomôcky nevyužíva (5,04%).

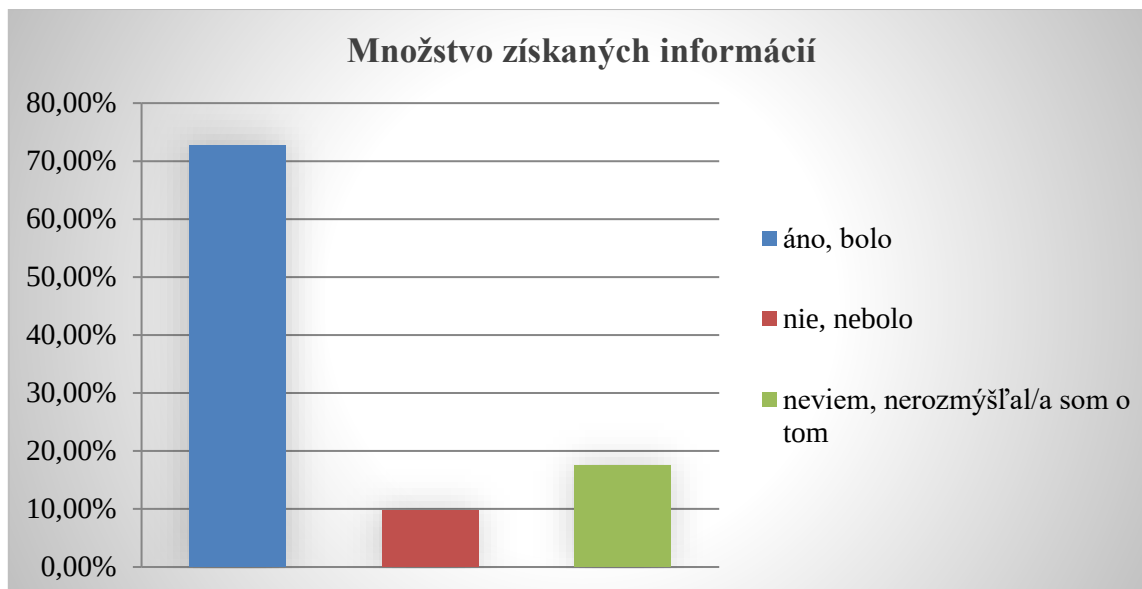
Graf 14 Zdroj informácií



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Aj v prípade tejto položky mohli seniori označiť viacero odpovedí. Celkový počet 564 odpovedí považujeme za 100%. Najčastejšie seniori získavali informácie o inkontinencii od zdravotníkov - či už ide o lekárov (všeobecný lekár - tretina zo všetkých odpovedí, lekár-špecialista - 20,39% odpovedí), alebo od ošetrojúceho personálu – sestier, v sociálnych domoch či nemocniciach - takmer tretina odpovedí. Naopak, najmenej často seniori uviedli, že informácie získavajú z odbornej literatúry, médií a od iných ľudí. 15 seniorov označilo, že nemalo potrebu získavať nejaké informácie.

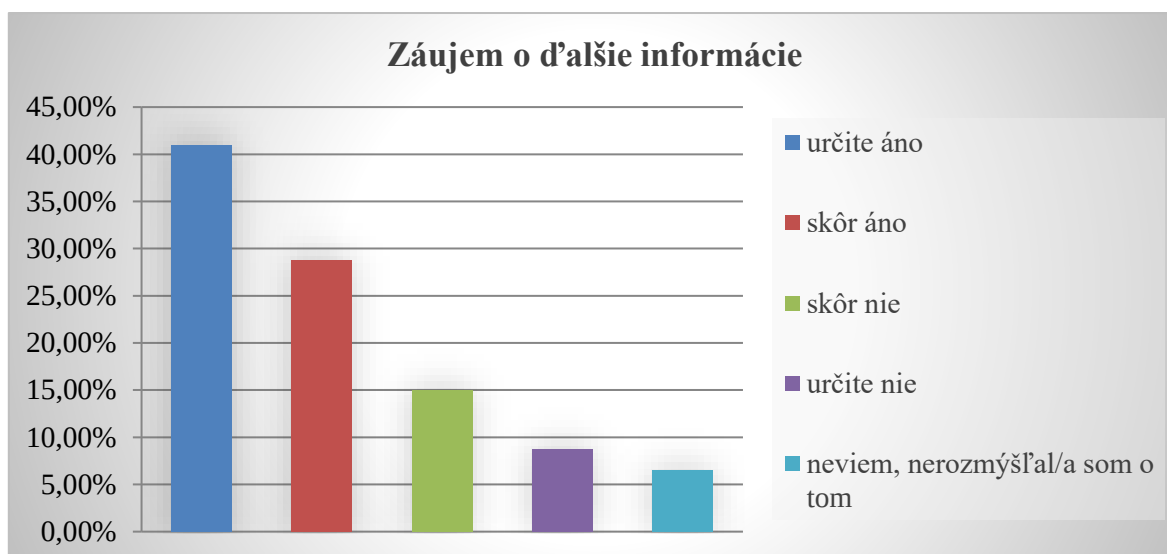
Graf 15 Množstvo získaných informácií



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Úlohou seniorov bolo vyjadriť sa, či majú pocit, že im bolo poskytnuté dostatočné množstvo informácií o inkontinencii. Výrazná väčšina seniorov sa vyjadrila pozitívne - áno, bolo množstvo získaných informácií dostatočné (n=291). Negatívne sa vyjadrilo 39 seniorov, pričom najväčšiu rezervu videli v oblasti informácií o používaní absorpčných pomôcok. Pomerne veľká časť seniorov (takmer 18%) uviedla možnosť neviem, prípadne o tom nerozmýšľali.

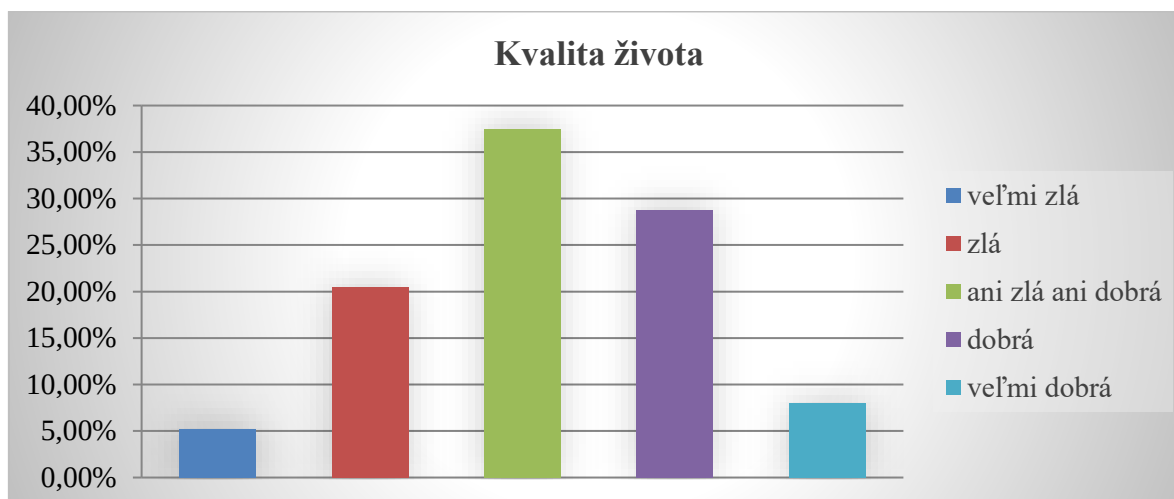
Graf 16 Záujem o ďalšie informácie



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Výrazná väčšina seniorov - takmer 70% by malo záujem získať ďalšie informácie o problematike inkontinencie, naopak len 24% by záujem nemalo. 7% seniorov o tom nerozmýšľalo, nevedelo sa vyjadriť.

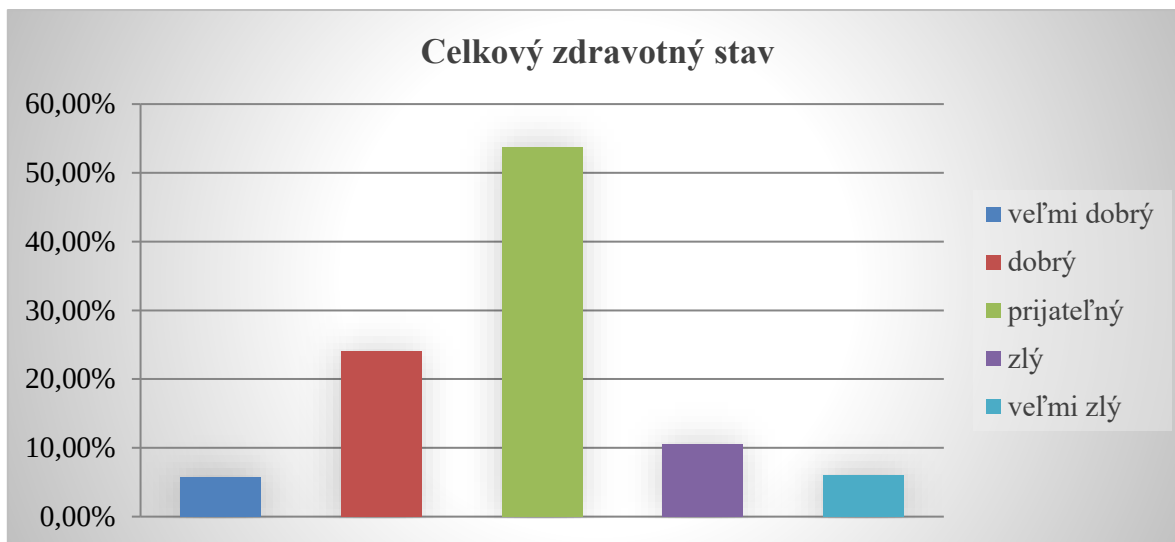
Graf 17 Kvalita života



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Z hľadiska subjektívneho hodnotenia kvality života seniori najčastejšie uvádzali, že kvalita ich života nie je ani dobrá, ani zlá - (37,50%). Dobrú, prípadne veľmi dobrú kvalitu života uviedlo spolu 147 seniorov, zlú, prípadne veľmi zlú uviedlo 103 seniorov. Seniori teda charakterizovali kvalitu svojho života skôr ako dobrú, ale veľké rozdiely nie sú viditeľné.

Graf 18 Celkový zdravotný stav



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Viac ako polovica seniorov považovala svoj zdravotný stav za prijateľný (n=215).

6% seniorov považovalo svoj stav za veľmi dobrý, rovnako aj veľmi zlý. Ako dobrý celkový zdravotný stav uviedlo 96 seniorov, ako zlý naopak 42. Možno teda povedať, že väčšina seniorov / respondentov zhodnotila svoj zdravotný stav za skôr dobrý ako zlý.

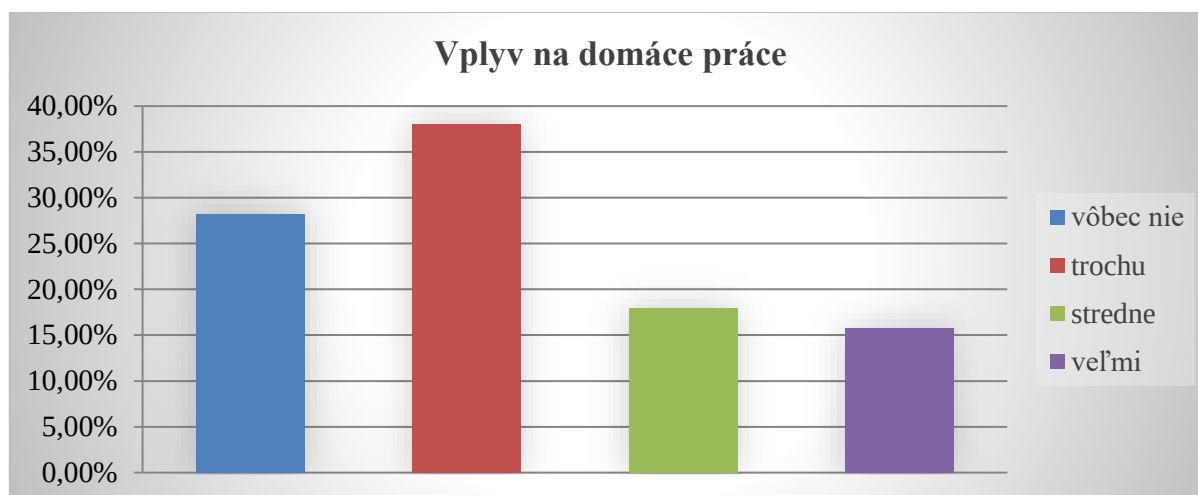
Graf 19 Vplyv na život



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: 89% seniorov bolo presvedčených, že inkontinencia nejakým spôsobom ovplyvňuje ich život. 162 seniorov označilo, že im tieto problémy vplývajú na život stredne, 113 trochu, 84 veľmi. 41 seniorov uviedlo, že problémy s močením ich život vôbec neovplyvňujú.

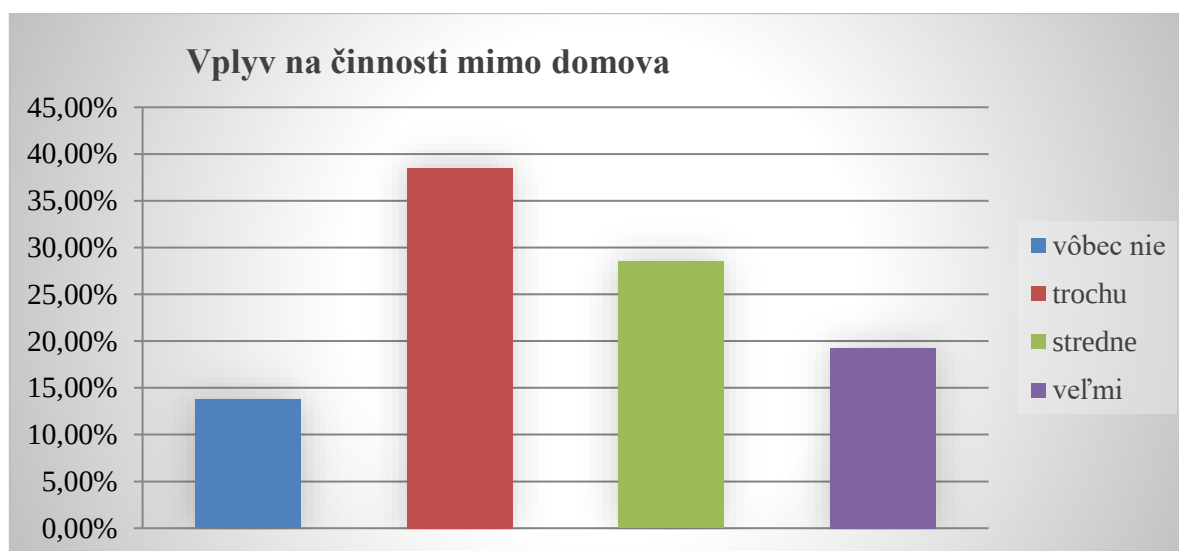
Graf 20 Vplyv na domáce práce



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: V položke ako vplýva inkontinencia na vykonávanie domácich prác vyše polovica seniorov - 71,75% označila, že problémy s močením nejakým spôsobom ovplyvňujú domáce práce, ktoré vykonávajú. Takmer tretina seniorov označila opak –, že žiadny vplyv na domáce práce nespozorovali.

Graf 21 Vplyv na činnosti mimo domova



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Až 86,25% seniorov označilo, že problémy s močením nejakým spôsobom ovplyvňujú činnosti, ktoré vykonávajú mimo svoj domov. Len 55 seniorov uviedlo, že vplyv inkontinencie na ich činnosti mimo domova nie je žiadny.

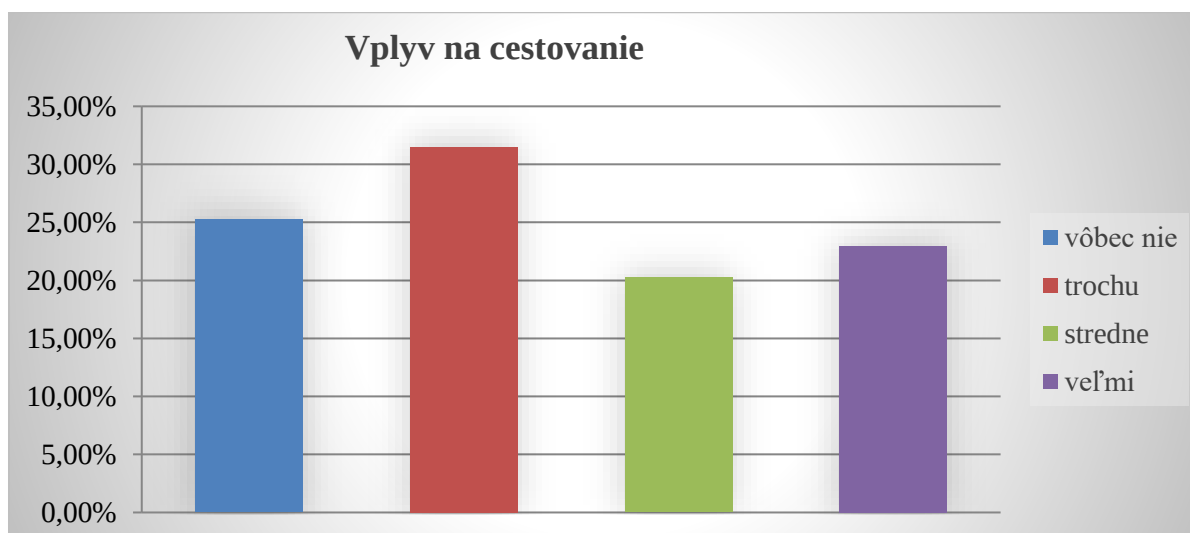
Graf 22 Vplyv na fyzickú aktivitu



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Skutočnosť, že problémy s únikom moču vplývajú v určitej miere na fyzickú aktivitu seniorov, napr. na prechádzky či šport, uviedla väčšia časť výskumnej vzorky - 84,75%. Naopak, 15,25% seniorov uviedlo, že nepociťuje, že by inkontinencia negatívne vplývala na ich fyzické aktivity.

Graf 23 Vplyv na cestovanie



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: 74,75% seniorov označilo, že problém s inkontinenciou negatívne vplýva na rôzne možnosti cestovania seniorov. Naopak, 25,25% seniorov uviedlo, že únik moču negatívne neovplyvňuje na ich cestovanie.

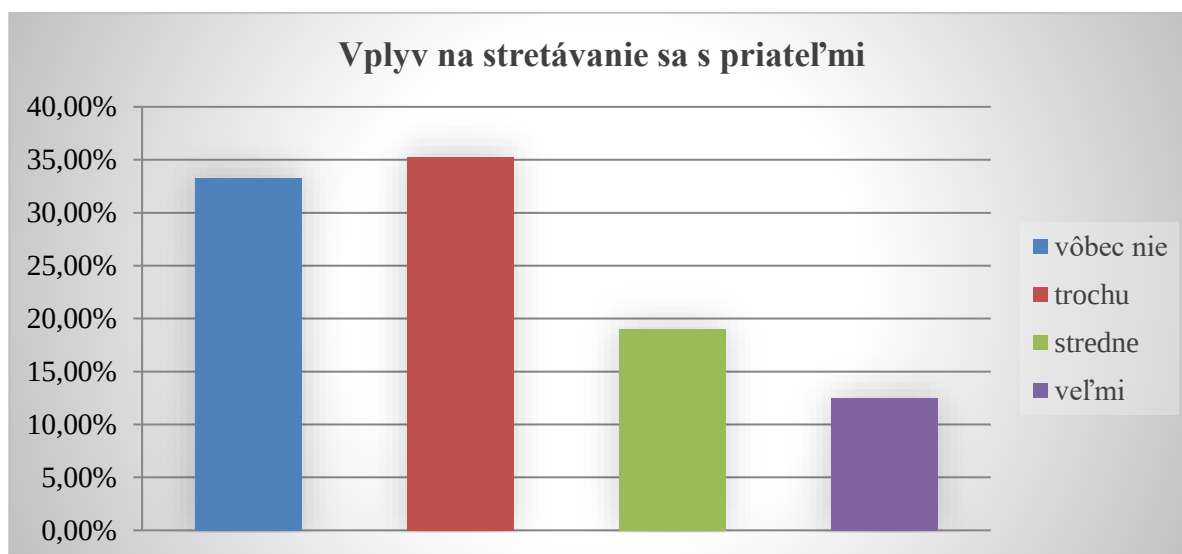
Graf 23 Vplyv na spoločenský život



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Najviac, 178 seniorov uviedlo, že problém s močovou inkontinenciou im trochu ovplyvňuje spoločenský život. Celkovo až 89% seniorov uviedlo, že v nejakej intenzite pociťuje vplyv na spoločenský život.

Graf 25 Vplyv na stretávanie sa s priateľmi



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Určitý vplyv na možnosti stretávania sa s priateľmi v dôsledku močovej inkontinencie uviedlo podľa 66,75% seniorov. Tretina seniorov označila možnosť žiadneho vplyvu.

Graf 26 Vplyv na partnerský vzťah



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: 160 seniorov v položke, či problémy s močením narušovali ich partnerský vzťah, uviedlo odpoveď „nemožno použiť“, 23 seniorov (5,75%) označilo možnosť „vôbec nie“. Ostatní seniori – 54,25%, teda vyše polovica seniorov pociťuje určitý vplyv na svoje partnerské vzťahy.

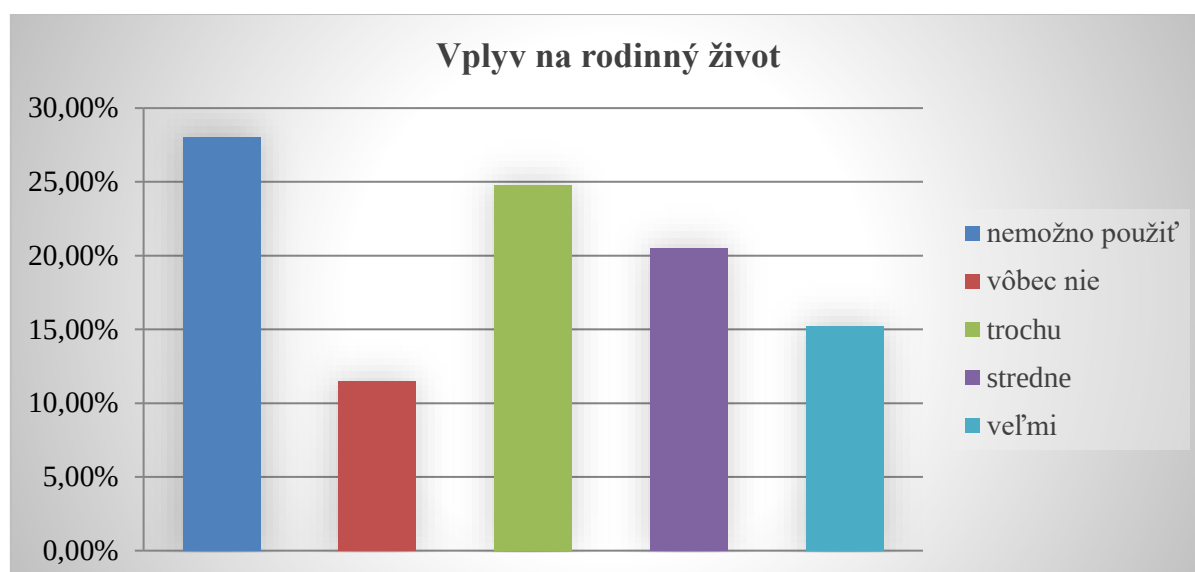
Graf 27 Vplyv na sexuálny život



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Takmer polovica seniorov (46,5%) uviedlo, že sa ich otázka netýka, resp. vybrali si možnosť „nemožno použiť“. 14,5% seniorov neuviedlo žiadny vplyv inkontinencie moču na ich sexuálny život. 38,5% seniorov označilo určitý stupeň vplyvu úniku moču na ich sexuálny život.

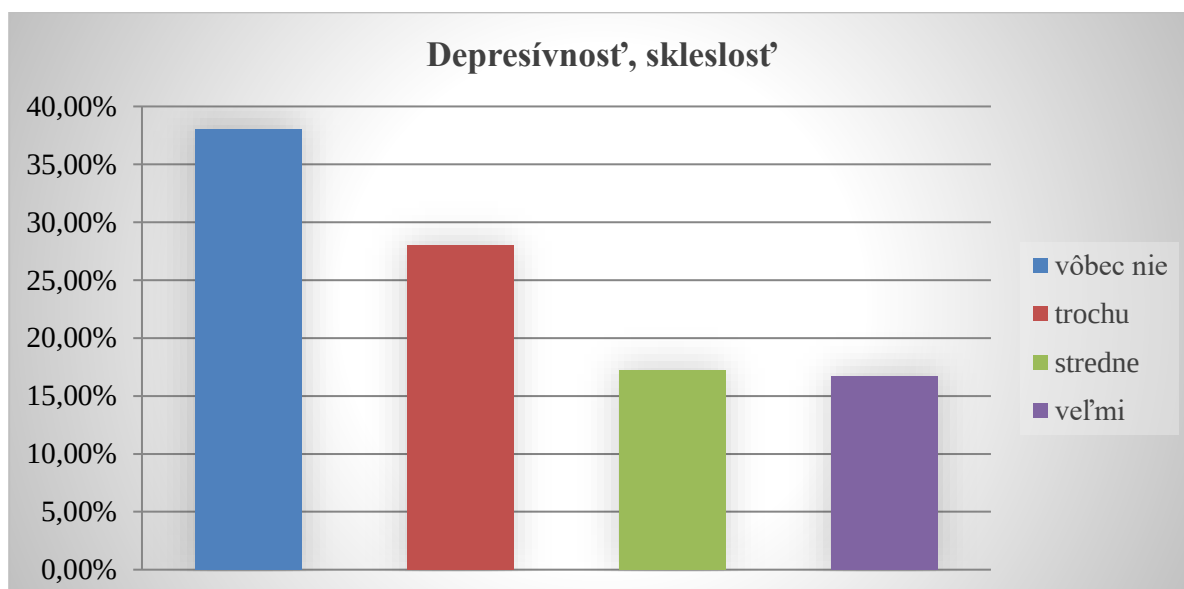
Graf 29 Vplyv na rodinný život



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: 28% seniorov uviedlo, že sa ich otázka netýka, resp. vybrali si možnosť „nemožno použiť“. 11,50% seniorov neuviedlo žiadny vplyv inkontinencie na ich rodinný život. 60,5% seniorov označilo určitý stupeň vplyvu úniku moču na ich rodinný život.

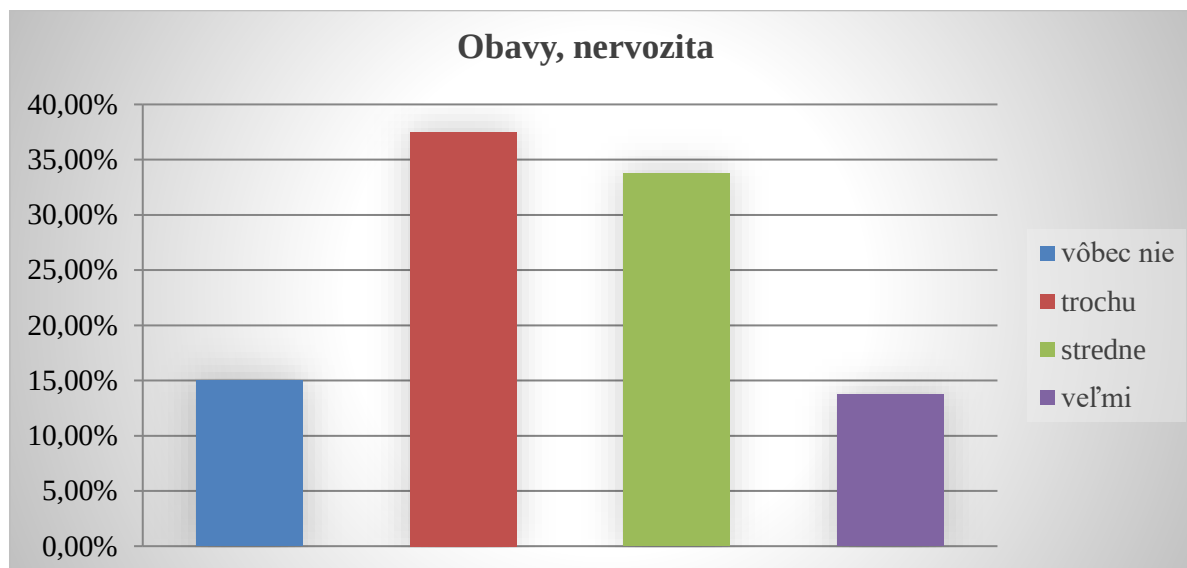
Graf 29 Depresívnosť, skleslosť



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: V položke, či sa seniori cítia kvôli problémom s inkontinenciou depresívne či skleslo, záporne odpovedalo 38% seniorov. 28% seniorov sa cíti trochu depresívne, 17,25% seniorov stredne a 16,75 % seniorov veľmi depresívne alebo skleslo.

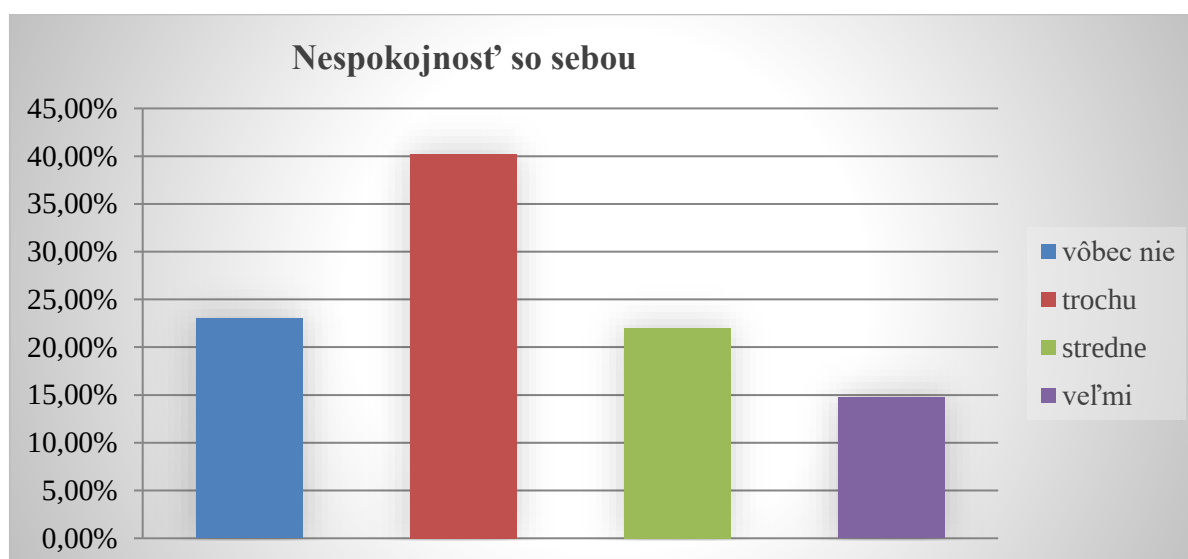
Graf 30 Obavy, nervozita



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Určitý stupeň nervozity a obáv pociťovalo 85% seniorov trpiacich problémami s močením. 15% z nich obavy ani nervozitu prameniacu z tohto problému nepociťovalo. Najviac seniorov uviedlo, že pociťuje obavy a nervozitu trochu (n=150).

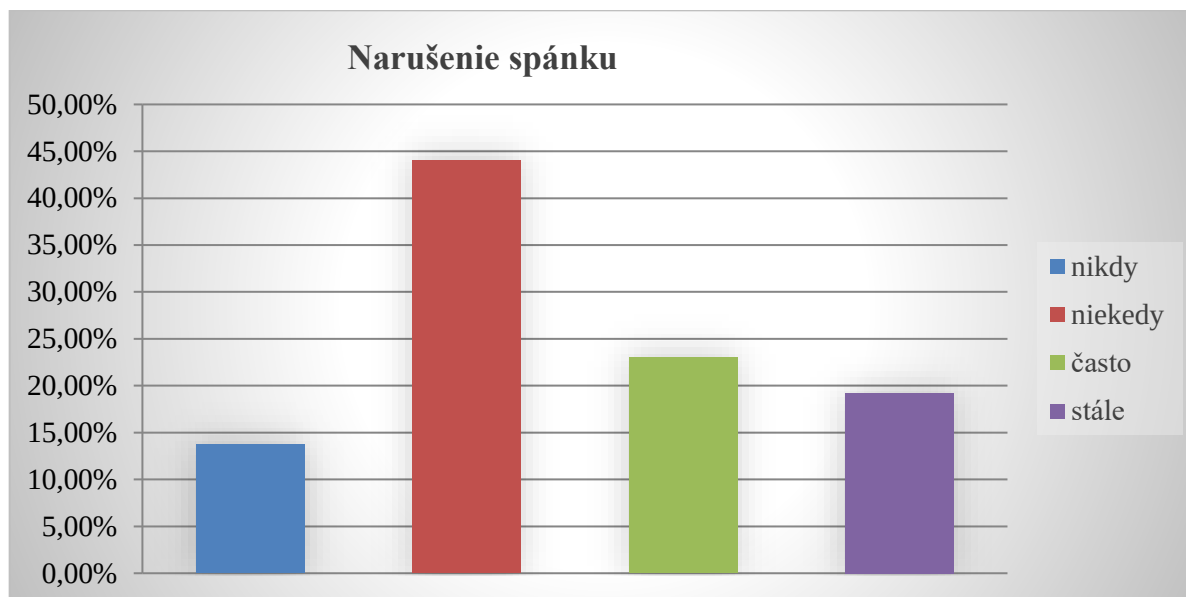
Graf 31 Nespokojnosť so sebou



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Najväčšia časť vzorky - 40,25% seniorov uviedlo, že sa cítia kvôli problémom s močením trochu nespokojní. Určitú mieru nespokojnosti označilo spolu 77% seniorov. 23% seniorov vôbec necítilo nespokojnosť kvôli problémom s močením.

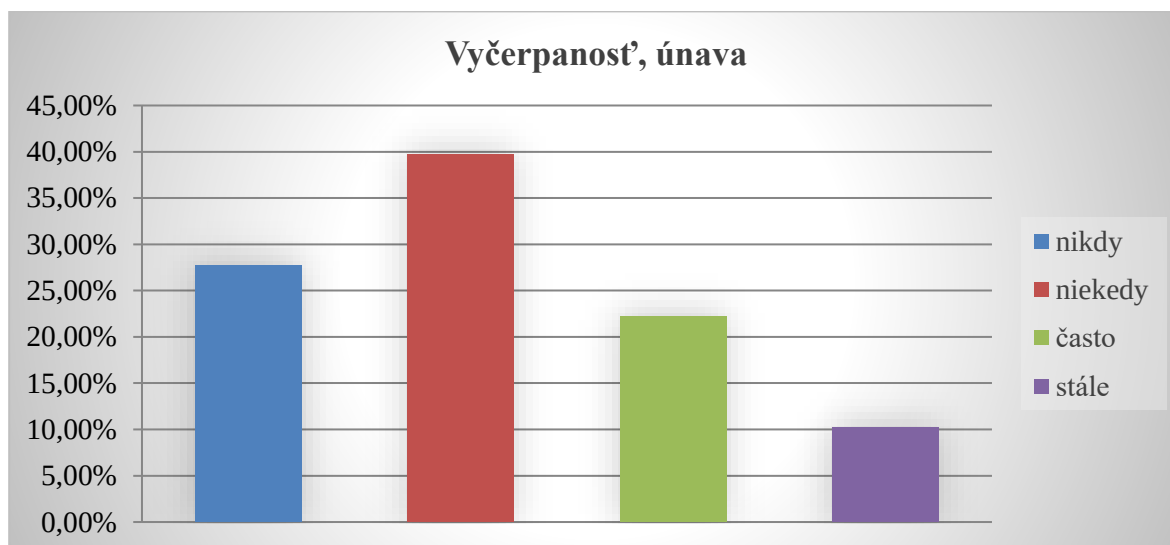
Graf 32 Narušenie spánku



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Narušovanie spánku v rôznych stupňoch uviedlo 86,25% seniorov. 13,75% seniorov netrpelo poruchami spánku v súvislosti s problémami s močením. Najviac seniorov - 44% uviedlo, že problémy s močením niekedy narušujú ich spánok.

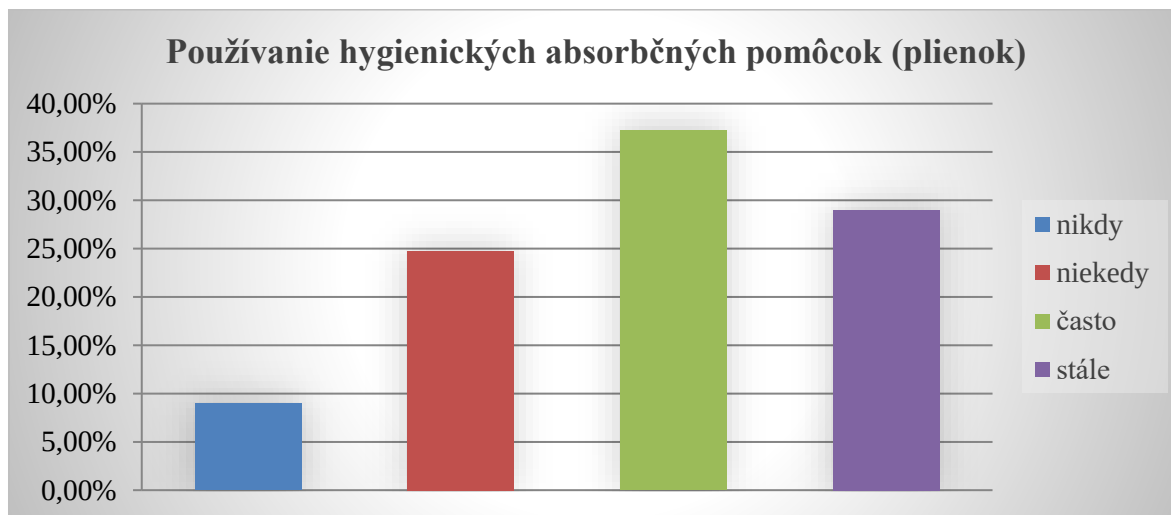
Graf 33 Vyčerpanosť, únava



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Určitú úroveň vyčerpanosti vyplývajúcej z problémov s močením označilo spolu 72,25% seniorov. Takmer 40% seniorov uviedlo, že niekedy sa cítia kvôli problémom s inkontinenciou vyčerpaní, unavení. 27,75% seniorov sa nikdy necítilo vyčerpane, prípadne unavene kvôli problémom s močením.

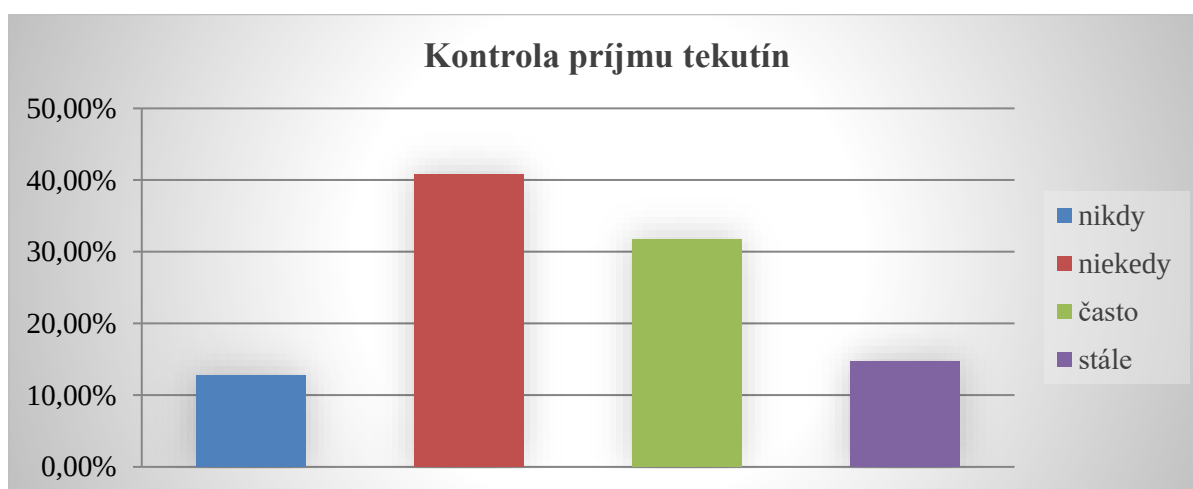
Graf 34 Používanie hygienických absorbčných pomôcok (plienok)



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Hygienické vložky, resp. plienky pri problémoch s močením uviedlo, že využíva spolu 91% seniorov, takže takmer celá výskumná vzorka. Len 9% (n=36) uviedlo, že tieto potreby nepoužíva. Najčastejšia odpoveď seniorov bola, že vložky (plienky) využívajú často (n=149)

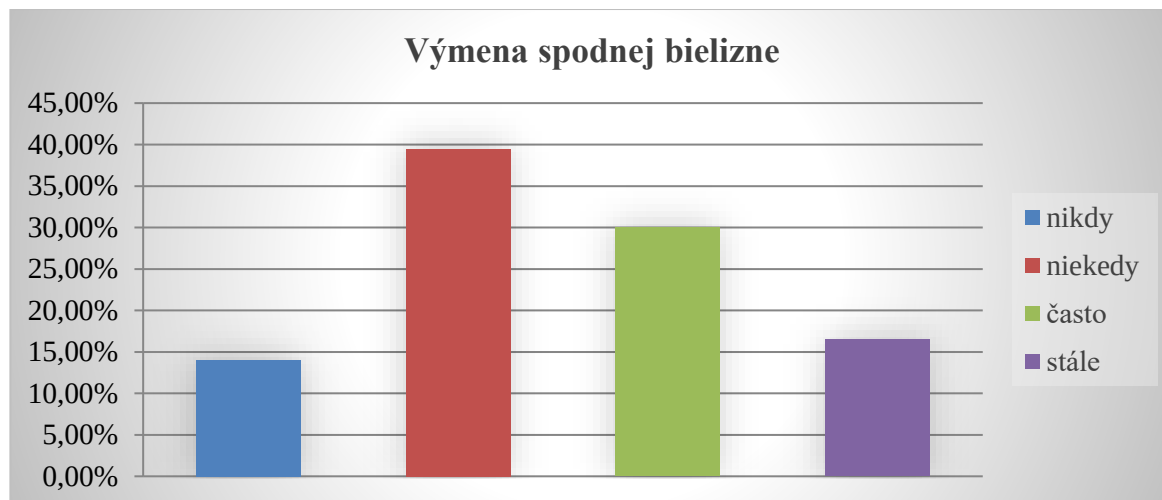
Graf 35 Kontrola príjmu tekutín



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Postup kontroly príjmu tekutín pri problémoch s močením využívalo spolu 87,25% seniorov. 12,75% seniorov uviedlo, že si množstvo tekutín vôbec nekontroluje.

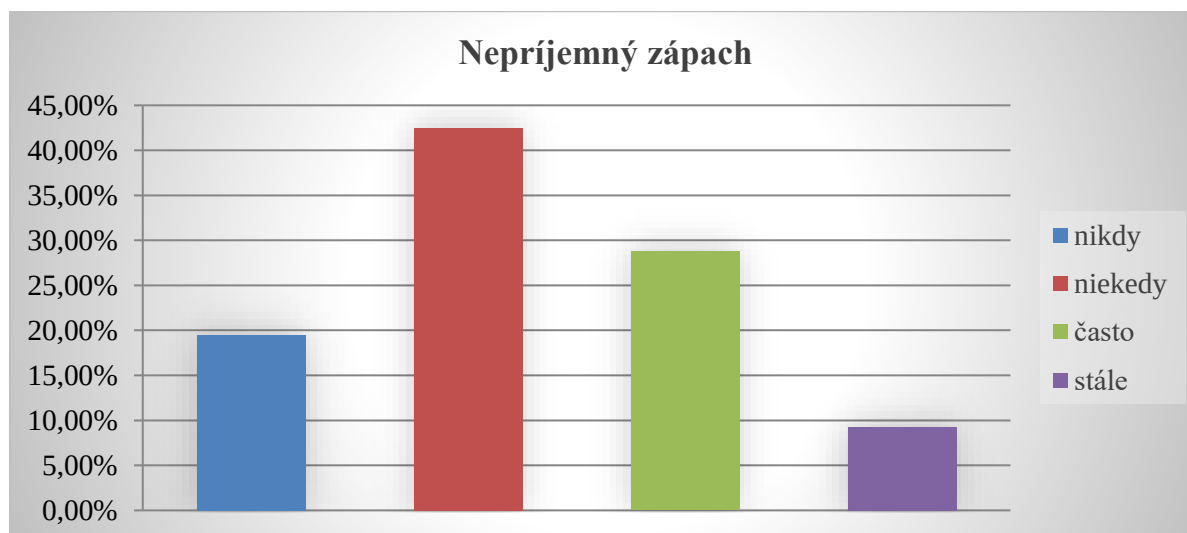
Graf 36 Výmena spodnej bielizne



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Mokrú bielizeň si musí vymieňať 86% seniorov z výskumnej vzorky. Najčastejšou odpoveďou seniorov bolo „niekedy“ (n=158) , nasledovalo „často,, (n=120). 14% uviedlo, že si mokrú spodnú bielizeň nemusí vymieňať.

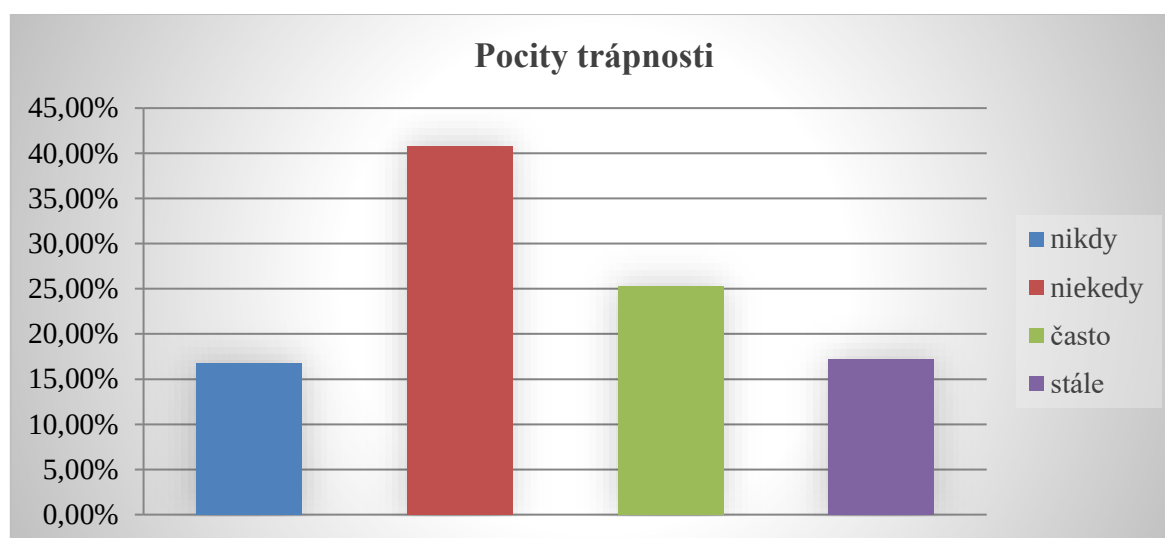
Graf 37 Neprijemný zápach



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: 80,50% seniorov uviedlo, že sa stretáva s obavami, že sa kvôli problémom s inkontinenciou moču neprijemne cítia voči ostatným ľuďom. 78 seniorov tento problém neuviedlo. Najčastejšou odpoveďou bolo „niekedy“ (n=170).

Graf 38 Pocity trápnosti



Zdroj: vlastné spracovanie, 2019

Záver: Pocity trápnosti spojených s problémom úniku moču pociťovalo 83,25% seniorov. Najčastejšou odpoveďou seniorov bolo „niekedy,, (n=163). 16,75% opýtaných uviedlo, že sa nikdy trápne necíti.

5.7 Výskumné otázky a hypotézy

V tejto časti výskumnej práce sme sa zamerali na overenie hypotéz a zodpovedanie našich výskumných otázok. Hlavným cieľom výskumnej práce je zmapovanie kvality života seniorov s močovou inkontinenciou. Tento cieľ dosiahneme zodpovedaním jednotlivých výskumných otázok, ktoré môžeme považovať za čiastkové ciele.

Zamerali sme sa na 2 čiastkové ciele - **subjektívne hodnotenie kvality života seniorov v závislosti od vybraných demografických ukazovateľov a subjektívne hodnotenie vplyvu problémov súvisiacich s inkontinenciou v závislosti od vybraných charakteristík ochorenia**. Prvá výskumná otázka sa viaže k prvému cieľu, druhá výskumná otázka sa viaže k druhému cieľu. Tretia výskumná otázka sa viaže k obom cieľom.

Výskumná otázka 1: *Ako súvisia vybrané demografické ukazovatele (pohlavie, vek, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, bývanie) so subjektívnym hodnotením kvality života seniorov?*

Hypotéza (H1) Predpokladáme, že ženské pohlavie trpiace inkontinenciou moču hodnotí svoju kvalitu života pozitívnejšie než pohlavie mužské s inkontinenciou moču.

Hypotéza(H2) Predpokladáme, že mladší seniori s inkontinenciou moču hodnotia svoju kvalitu života z pohľadu demografických faktorov pozitívnejšie ako seniori s inkontinenciou moču nad 75 rokov a viac.

Hypotéza (H3) Predpokladáme, že čím má senior s močovou inkontinenciou vyššie dosiahnuté vzdelanie, tým hodnotí kvalitu svojho života pozitívnejšie.

Hypotéza (H4) Predpokladáme, že seniori s inkontinenciou moču žijúci v sociálnom zariadení, hodnota kvalitu svojho života pozitívnejšie než seniori s inkontinenciou moču žijúci v domácom prostredí.

Výskumná otázka 2: *Ako súvisia charakteristiky močovej inkontinencie s ich vplyvom na život seniorov?*

Hypotéza (H5) Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi typom močovej inkontinencie a mierou vplyvu na život seniorov.

Hypotéza (H6) Predpokladáme, že seniori trpiaci III. stupňom močovej inkontinencie budú vnímať najsilnejší vplyv ochorenia na svoj život.

Hypotéza (H7) Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi dobou, ktorou trpia seniori močovou inkontinenciou a jej vplyvom na ich život.

Výskumná otázka 3: *Aká je intenzita vzťahu skúmaných premenných veličín?*

5.8 Testovanie hypotéz a riešenie výskumných otázok

Výskumná otázka 1

Ako súvisia vybrané demografické ukazovatele (pohlavie, vek, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, bývanie) so subjektívnym hodnotením kvality života seniorov?

V tejto výskumnej otázke sa zameriame na subjektívne hodnotenie kvality života, teda na Položku č.17, ktorú hodnotili seniori v štandardizovanej časti dotazníka. Respondenti hodnotili kvalitu svojho života na 5-stupňovej škále (veľmi zlá, zlá, ani zlá ani dobrá, dobrá, veľmi dobrá). Pre potreby tejto výskumnej položky budeme s položkou pracovať ako so závisle premennou veličinou. Nezávisle premenné veličiny budú demografické ukazovatele - pohlavie, vek, najvyššie dosiahnuté vzdelanie a bývanie.

Vzájomný vzťah závisle a nezávisle premenných veličín budeme znázorňovať prostredníctvom kontingenčnej tabuľky, kde riadky budú zodpovedať jednotlivým stupňom hodnotenia kvality života a stĺpce hodnotám kategórií demografických znakov.

Nakoľko sa nám Kolmogorov-Smirnovým testom nepotvrdilo normálne rozdelenie sledovaného znaku kvalita života ($p=0,001$), vyberáme neparametrický test Mann-Whitneyov U test.

Závisle premenná (v našom prípade kvalita života) má byť meraná minimálne na ordinálnej škále. Tento test nepracuje s priemermi, ale mediánmi dvoch nezávislých vzoriek. Test odpovedá na otázku, či je rozdiel mediánov dvoch skupín štatisticky významný, alebo iba náhodný.

Tento test využijeme pri nezávisle premenných pohlavie a bývanie. V prípade premenných vek a najvyššie dosiahnuté vzdelanie použijeme Kruskal-Wallis test, ktorý je rozšírením Mann-Whitneyho testu a využíva sa v prípade, že nezávislá premenná má tri a viac kategórií. Ide o neparametrickú alternatívu k Anove.

Hypotéza (H1) Predpokladáme, že ženské pohlavie trpiace inkontinenciou moču hodnotí svoju kvalitu života pozitívnejšie než pohlavie mužské s inkontinenciou moču

Tab.16 Subjektívne hodnotenie kvality života u žien a mužov

Kvalita života	Početnosť	Pohlavie		Celkom
		žena	muž	
veľmi zlá	Absolútna (n)	14	7	21
	Relatívna (%)	5,42%	4,92%	5,25%
Zlá	Absolútna (n)	67	15	82
	Relatívna (%)	25,9%	10,56%	20,50%
ani zlá ani dobrá	Absolútna (n)	105	45	150
	Relatívna (%)	40,69%	31,69%	37,50%
Dobrá	Absolútna (n)	58	57	115
	Relatívna (%)	22,48%	40,1%	28,75%
veľmi dobrá	Absolútna (n)	14	18	32
	Relatívna (%)	5,42%	12,67%	8,00%
Celkom	Absolútna (n)	258	142	400
	Relatívna (%)	100%	100%	100%

Mann-Whitney U test: $p = 0,02$ Zdroj:

Vlastný zdroj, 2019

Tabuľka 16 uvádza jednotlivé hodnotenia kvality života ženami a mužmi. Najčastejšou odpoveďou je „ani zlá ani dobrá,, (37,50% odpovedí). Ako zlú, prípadne veľmi zlú kvalitu života hodnotí 31% žien a 15 % mužov. Ako dobrú, prípadne veľmi dobrú kvalitu života hodnotí 28% žien a 52% mužov. Je teda viditeľné, že muži hodnotia kvalitu svojho života pozitívnejšie ako ženy. Či ide o štatisticky významný rozdiel, zistíme testom.

Nakoľko hodnota signifikancie je v tomto prípade 0,02, zamietame nulovú hypotézu, ktorá hovorí o neexistencii štatisticky významných rozdielov. Môžeme teda povedať, že existujú rozdiely v subjektívnom hodnotení kvality života u žien a u mužov v prospech mužov.

Hypotézu (H1) zamietame.

Hypotéza (H2) Predpokladáme, že mladší seniori s inkontinenciou moču hodnotia svoju kvalitu života pozitívnejšie ako seniori s inkontinenciou moču nad 75 rokov a viac.

Tab. 17 Subjektívne hodnotenie kvality života podľa veku seniora

Kvalita života	Početnosť	Vek			Celkom
		65 - 74 rokov	75 - 84	85 rokov a viac	
veľmi zlá	Absolútna (n)	4	8	9	21
	Relatívna (%)	1,38%	10,6%	25%	5,25%
zlá	Absolútna (n)	34	35	13	82
	Relatívna (%)	11,76%	46,6%	36,11%	20,50%
ani zlá ani dobrá	Absolútna (n)	119	21	10	150
	Relatívna (%)	41,17%	28%	27,77%	37,50%
dobrá	Absolútna (n)	108	5	2	115
	Relatívna (%)	37,37%	6,66%	5,55%	28,75%
veľmi dobrá	Absolútna (n)	24	6	2	32
	Relatívna (%)	8,3%	8%	5,55%	8,00%

Celkom	Absolútna (n)	289	75	36	400
	Relatívna (%)	100%	100%	100%	100%

Kruskal-Wallis test: $p = 0,006$

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Tabuľka 17 uvádza jednotlivé hodnotenia kvality života trocha vekovými kategóriami seniorov. Ako zlú, prípadne veľmi zlú kvalitu života hodnotí 13% mladých seniorov, 57% starých seniorov a 61% veľmi starých seniorov. Ako dobrú, prípadne veľmi dobrú kvalitu života hodnotí 46% mladých seniorov, 14% starých seniorov a 11% veľmi starých seniorov. Pozitívnejšie hodnotia kvalitu svojho života skôr mladší seniori vo veku 65-74 rokov. Možno povedať, že čím vyšší vek je, tým je hodnotenie kvality života horšie.

Či ide o štatisticky významný rozdiel, zistíme testom.

Nakoľko hodnota signifikancie je v tomto prípade 0,006, zamietame nulovú hypotézu, ktorá hovorí o neexistencii štatisticky významných rozdielov. Môžeme teda povedať, že existujú rozdiely v subjektívnom hodnotení kvality života u seniorov podľa veku.

Hypotézu (H2) potvrdzujeme.

Hypotéza (H3) Predpokladáme, že čím má senior vyššie dosiahnuté vzdelanie, tým hodnotí kvalitu svojho života pozitívnejšie.

Tab. 18 Subjektívne hodnotenie kvality života podľa vzdelania seniora

Kvalita života	Početnosť	Najvyššie dosiahnuté vzdelanie					Celkom
		ZŠ	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	VOŠ	VŠ	
veľmi zlá	Absolútna (n)	6	5	4	4	2	21
	Relatívna (%)	2,85%	6,17%	10,52%	8,69%	8%	5,25%
zlá	Absolútna (n)	32	30	9	8	3	82
	Relatívna (%)	15,23%	37,03%	23,68%	17,39%	12%	20,50%
ani zlá ani dobrá	Absolútna (n)	86	35	9	14	6	150
	Relatívna	40,95%	43,2%	23,68%	30,43%	24%	37,50%

	(%)						
dobrá	Absolútna (n)	80	5	9	12	9	115
	Relatívna (%)	38,09%	6,17%	23,68%	26,08%	36%	28,75%
veľmi dobrá	Absolútna (n)	6	6	7	8	5	32
	Relatívna (%)	2,85%	7,4%	18,42%	17,39%	20%	8,00%
Celkom	Absolútna (n)	210	81	38	46	25	400
	Relatívna (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kruskal-Wallis test: $p = 0,689$

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Tabuľka 18 uvádza jednotlivé hodnotenia kvality života u seniorov rôznych úrovní dosiahnutého vzdelania. Zle alebo veľmi zle hodnotí kvalitu života 18% seniorov so základným vzdelaním, 43% so stredoškolským vzdelaním bez maturity, 34% so stredoškolským vzdelaním s maturitou, 26% s vyššou odbornou školou a 20% s vysokoškolským vzdelaním. Naopak, dobre alebo veľmi dobre hodnotí kvalitu života 41% seniorov so základným vzdelaním, 14% so stredoškolským vzdelaním bez maturity, 42% so stredoškolským vzdelaním s maturitou, 43% s vyššou odbornou školou a 56% s vysokoškolským vzdelaním. Na prvý pohľad nevieme presne určiť, či sú rozdiely medzi kategóriami významné. Či ide o štatisticky významný rozdiel, zistíme testom.

Nakoľko hodnota signifikancie je v tomto prípade 0,689, potvrdzujeme nulovú hypotézu, ktorá hovorí o neexistencii štatisticky významných rozdielov. Môžeme teda povedať, že neexistujú rozdiely v subjektívnom hodnotení kvality života u seniorov podľa dosiahnutého vzdelania. **Hypotézu (H3) zamietame.**

Hypotéza (H4) Predpokladáme, že seniori s inkontinenciou moču žijúci v sociálnom zariadení, hodnota kvality svojho života pozitívnejšie než seniori s inkontinenciou moču žijúci v domácom prostredí.

Tab. 19 Subjektívne hodnotenie kvality podľa bývania

Kvalita života	Početnosť	Bývanie		Celkom
		v domácom prostredí	v sociálnom	

			prostredí	
veľmi zlá	Absolútna (n)	5	16	21
	Relatívna (%)	3,1%	6,69%	5,25%
zlá	Absolútna (n)	26	56	82
	Relatívna (%)	16,14%	23,43%	20,50%
ani zlá ani dobrá	Absolútna (n)	38	112	150
	Relatívna (%)	23,6%	46,86%	37,50%
dobrá	Absolútna (n)	71	44	115
	Relatívna (%)	44,09%	18,41%	28,75%
veľmi dobrá	Absolútna (n)	21	11	32
	Relatívna (%)	13,04%	4,6%	8,00%
Celkom	Absolútna (n)	161	239	400
	Relatívna (%)	100%	100%	100%

Mann-Whitney U test: $p = 0,000$

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Tabuľka 19 uvádza jednotlivé hodnotenia kvality života seniormi, ktorí žijú v domácom a sociálnom prostredí, ktorí trpia inkontinenciou moču. Ako zlú, prípadne veľmi zlú kvalitu života hodnotí 19% seniorov žijúcich v domácom prostredí, 30% seniorov žijúcich v sociálnom prostredí. Ako dobrú, prípadne veľmi dobrú kvalitu života hodnotí 57% seniorov žijúcich v domácom prostredí, 23% seniorov žijúcich v sociálnom prostredí. Je teda viditeľné, že seniori žijúci v domácom prostredí hodnotia kvalitu svojho života pozitívnejšie ako tí, ktorí žijú mimo svojho domova, v sociálnom prostredí.

Nakoľko hodnota signifikancie je v tomto prípade 0,000, zamietame nulovú hypotézu, ktorá hovorí o neexistencii štatisticky významných rozdielov.

Môžeme teda povedať, že existujú rozdiely v subjektívnom hodnotení kvality života u seniorov podľa toho, kde žijú. Je možné, že objektívne seniori v domácom prostredí nemusia mať kvalitatívne lepšiu opateru (zdravotný dohľad, pravidelná strava a pod.), avšak psychologický pocit domova bude zohrávať dôležitú úlohu, čo môže byť zaujímavou témou budúcich výskumov.

Hypotézu (H4) potvrdzujeme.

Záver a zhrnutie výskumnej otázky 1:

V rámci prvej výskumnej otázky sme zistili, že premenná veličina subjektívne hodnotenie kvality života štatisticky významne súvisí s demografickými ukazovateľmi pohlavie, vek a

bývanie. Seniori - muži hodnotia kvalitu života pozitívnejšie ako ženy, mladší seniori pozitívnejšie ako starší seniori a seniori žijúci v domácom prostredí ako tí, ktorí žijú mimo domova. Súvislosť s najvyšším dosiahnutým vzdelaním sa nám nepotvrdila.

Výskumná otázka 2

Ako súvisia charakteristiky močovej inkontinencie s vplyvom na vlastný život seniorov?

V tejto výskumnej otázke sa zameriame na subjektívne hodnotenie vplyvu močovej inkontinencie na život seniorov vzhľadom na charakteristiky tohto ochorenia. Zameriavame sa na Položku č. 19, kde respondenti hodnotili vplyv problémov močovej inkontinencie na ich život na 4-stupňovej škále (vôbec nie, trochu, stredne, veľmi). Pre potreby tejto výskumnej otázky budeme s položkou pracovať ako so závisle premennou veličinou. Nezávisle premenné veličiny budú: typ močovej inkontinencie, stupeň močovej inkontinencie a dĺžka problémov.

Tak ako v predchádzajúcej výskumnej otázke, aj tu vzájomný vzťah závisle a nezávisle premenných veličín budeme znázorňovať prostredníctvom kontingenčnej tabuľky, kde riadky budú zodpovedať jednotlivým stupňom hodnotenia vplyvu problémov na život respondentov a stĺpce hodnotám charakteristík močovej inkontinencie.

Nakoľko sa nám Kolmogorov-Smirnovým testom nepotvrdilo normálne rozdelenie sledovaného znaku kvalita života ($p=0,000$), vyberáme Kruskal-Wallis test, ktorú sme využili už aj v predchádzajúcej výskumnej otázke. Mann-Whitneyho U test nepoužívame, nakoľko pracujeme s nezávisle premennými s viacerými ako dvoma kategóriami. Postupujeme však podobne ako v predchádzajúcej výskumnej otázke.

Pozn. V položke typ inkontinencie sme nepracovali s kategóriou iné, nakoľko nebola zastúpená.

Hypotéza (H5) Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi typom močovej inkontinencie a mierou vplyvu na život seniorov.

Tab. 20 *Vplyv problémov na život podľa typu inkontinencie*

Vplyv na život	Početnosť	Typ močovej inkontinencie								Celkom
		Stres-	Ur-	Zmie-	z	Reflx	Farma-	Funkč	neviem,	

		ová	gentn á	šaná	preteka nia	ná	kologic ká	ná	nepamät ám si	
vôbec nie	(n)	16	9	4	2	2	0	1	7	41
	(%)	17,97 %	9,37 %	8,51 %	6,45%	28,57 %	0%	3,84%	8,13%	10,25 %
skôr nie ako áno	(n)	32	12	20	11	0	5	12	21	113
	(%)	35,95 %	12,5 %	42,55 %	35,48%	0%	27,77%	46,15 %	24,41%	28,25 %
50:50	(n)	21	45	13	11	4	9	11	48	162
	(%)	23,59 %	46,87 %	27,65 %	35,48%	57,14 %	50%	42,3%	55,81%	40,50 %
veľmi	(n)	20	30	10	7	1	4	2	10	84
	(%)	22,47 %	31,25 %	21,27 %	22,58%	14,28 %	22,22%	7,69%	11,62%	21,00 %
Celkom	(n)	89	96	47	31	7	18	26	86	400
	(%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kruskal-Wallis test: $p = 0,199$

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Tabuľka 20 uvádza jednotlivé hodnotenia vplyvu problémov vyplývajúcich z močovej inkontinencie u seniorov podľa typov tohto ochorenia. Stredný a veľký vplyv na život uviedlo až 78% seniorov trpiacich urgentnou inkontinenciou, 71% reflexnou inkontinenciou a 72% farmakologickým typom inkontinencie. Výrazné rozdiely medzi jednotlivými typmi inkontinencie však na prvý pohľad nie sú markantné.

Nakoľko hodnota signifikancie je v tomto prípade 0,199, nezamietame nulovú hypotézu, ktorá hovorí o neexistencii štatisticky významných rozdielov. Môžeme teda povedať, že neexistujú rozdiely v hodnotení vplyvu problémov spojených s inkontinenciou na život seniorov podľa typu ochorenia.

Hypotézu (H5) zamietame.

Hypotéza (H6) Predpokladáme, že seniori trpiaci III. stupňom močovej inkontinencie budú vnímať najsilnejší vplyv ochorenia na svoj život.

Tab. 21 Vplyv problémov na život podľa stupňa inkontinencie

Vplyv na život	Početnosť	Stupeň močovej inkontinencie				Celkom
		I.	II.	III.	neviem,	

		stupeň	stupeň	Stupeň	nepamätám si	
vôbec nie	Absolútna (n)	25	9	2	5	41
	Relatívna (%)	15,06	6,87	4,65	8,33	10,25%
skôr nie ako áno	Absolútna (n)	80	21	3	9	113
	Relatívna (%)	48,19	16,03	6,97	15	28,25%
50:50	Absolútna (n)	52	63	15	32	162
	Relatívna (%)	31,32	48,09	34,88	53,33	40,50%
veľmi	Absolútna (n)	9	38	23	14	84
	Relatívna (%)	5,42	29	53,48	23,33	21,00%
Celkom	Absolútna (n)	166	131	43	60	400
	Relatívna (%)	100%	100%	100%	100%	100%

Kruskal-Wallis test: $p = 0,008$

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Tabuľka 21 uvádza jednotlivé hodnotenia vplyvu problémov vyplývajúcich z močovej inkontinencie u seniorov podľa stupňa močovej inkontinencie, ktorou trpia. 63% seniorov trpiacich I. stupňom inkontinencie označilo, že problémy z nej vyplývajúce nemajú vôbec, prípadne majú len minimálny vplyv na ich život. 37% označilo, že problémy vplývajú na ich život stredne a veľmi. 23% seniorov trpiacich II. stupňom inkontinencie označilo, že problémy z nej vyplývajúce nemajú vôbec, prípadne majú len trochu vplyv na ich život. 77% označilo, že problémy vplývajú na ich život stredne a veľmi. 12% seniorov trpiacich III. stupňom inkontinencie označilo, že problémy nemajú vôbec, prípadne majú len trochu vplyv na ich život, naopak až 88% označilo, že problémy vplývajú na ich život strednej miere 50:50 a veľmi. Nakoľko hodnota signifikancie je v tomto prípade 0,008, zamietame nulovú hypotézu, ktorá hovorí o neexistencii štatisticky významných rozdielov. Môžeme teda povedať, že existujú rozdiely v hodnotení vplyvu problémov spojených s inkontinenciou na život seniorov podľa stupňa ochorenia, ktorý hovorí o jeho vážnosti. Ukázalo sa, že čím vážnejším typom inkontinencie respondent trpí, tým viac vplývajú problémy, ktoré sú s ochorením spojené, na ich život.

Hypotézu (H6) potvrdzujeme.

Hypotéza (H7) Predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi dobou, ktorou trpia seniori močovou inkontinenciou a jej vplyvom na ich život.

Tab. 22 *Vplyv problémov na život podľa doby trvania inkontinencie*

Vplyv na život	Početnosť	Dĺžka problémov				Celkom
		0-5 rokov	6-10 rokov	11 a viac rokov	neviem, nepamätám si	
vôbec nie	Absolútna (n)	10	14	15	2	41
	Relatívna (%)	5,18%	12,38%	44,11%	3,33%	10,25%
minimálne	Absolútna (n)	41	38	10	24	113
	Relatívna (%)	21,24%	33,62%	29,41%	40%	28,25%
50:50	Absolútna (n)	86	43	7	26	162
	Relatívna (%)	44,55%	38,05%	20,58%	43,33%	40,50%
veľmi	Absolútna (n)	56	18	2	8	84
	Relatívna (%)	29,01%	15,92%	5,88%	13,33%	21,00%
Celkom	Absolútna (n)	193	113	34	60	400
	Relatívna (%)	100%	100%	100%	100%	100%

Kruskal-Wallis test: $p = 0,01$

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Tabuľka 22 uvádza jednotlivé hodnotenia vplyvu problémov vyplývajúcich z močovej inkontinencie u seniorov podľa počtu rokov trvania ochorenia. 26% seniorov, ktorí trpia inkontinenciou moču do 5 rokov označilo, že problémy vyplývajúce z inkontinencie nemajú vôbec, prípadne majú len minimálny vplyv na ich vlastný život. Až 74% respondentov označilo, že problémy vplývajú na ich život strednej miere, čiže 50:50 alebo veľmi. 46% s trvaním inkontinencie 6-10 rokov označilo, že problémy nemajú vôbec, prípadne majú len trochu vplyv na život, naopak 54% označilo, že problémy vplývajú na ich život stredne a veľmi. Až 74% seniorov, ktorí trpia ochorením dlhodobo - dlhšie ako 11 rokov označilo, že problémy na ich život nevplývajú, prípadne vplývajú minimálne, naopak 26% označilo opak - stredný až vysoký vplyv.

Nakoľko hodnota signifikancie je v tomto prípade 0,01, zamietame nulovú hypotézu, ktorá hovorí o neexistencii štatisticky významných rozdielov. Môžeme teda povedať, že existujú rozdiely v hodnotení vplyvu problémov spojených s inkontinenciou na život seniorov podľa dĺžky trvania ochorenia. Ukázalo sa, že čím kratšie senior trpí ochorením, tým má pocit väčšieho vplyvu problémov spojených s únikom moču na svoj život. Predpokladáme, že

seniori, ktorí trpia ochorením dlhodobo, si mohli na ochorenie zvyknúť a brať ho ako súčasť svojho života a preto vplyv problémov nepovažujú za tak markantný.

Hypotézu (H7) potvrdzujeme.

Záver a zhrnutie výskumnej otázky 2:

V rámci druhej výskumnej otázky sme zistili, že existuje štatisticky významný vzťah medzi stupňom inkontinencie a mierou vplyvu problémov spojených s týmto ochorením na život seniorov. Čím vážnejším typom senior trpí, tým viac vníma vplyv inkontinencie na svoj život. Rovnako štatisticky významný vzťah sme odhalili medzi trvaním ochorenia a mierou vplyvu problémov na život seniorov. Čím kratšie senior trpí ochorením, tým má pocit väčšieho vplyvu. Naopak, štatisticky významný vzťah medzi typom ochorenia a vplyvom na život sa nepotvrdil.

Výskumná otázka 3

Aká je korelácia skúmaných premenných veličín?

V poslednej výskumnej otázke sa budeme venovať zisťovaniu sily vzťahov medzi premennými veličinami, ktoré sme v predchádzajúcich dvoch výskumných otázkach skúmali. Silu vzťahov medzi riadkovou a stĺpcovou premennou budeme zisťovať prostredníctvom kontingenčného koeficientu Cramer's V. Cramer's V predstavuje najvhodnejšiu mieru asociácie medzi dvoma premennými a môže nadobúdať hodnoty z intervalu 0 až 1. 0 predstavuje žiadny vzťah, 1 dokonalý vzťah. Využíva sa v prípade tabuliek väčších ako 2x2, s ktorými aj my pracujeme. Konkrétne hodnoty interpretujeme podľa de Vausovej interpretácie korelačného koeficientu.

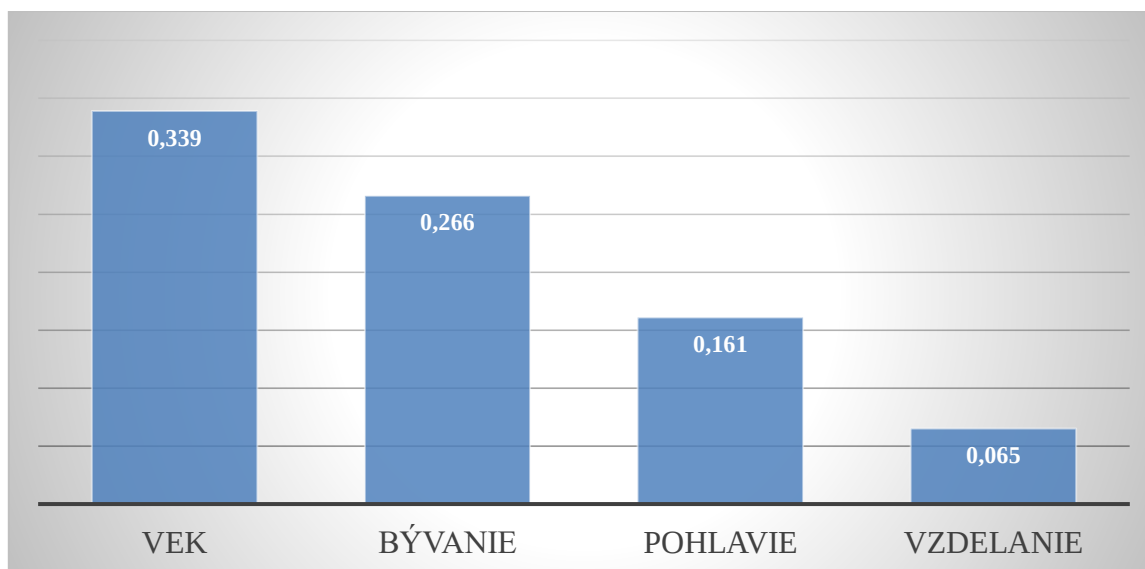
Tab 23 Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (a)

	Kvalita života
Pohlavie	0,161
	nízka až stredná súvislosť
Vek	0,339
	stredná až podstatná súvislosť
Vzdelanie	0,065
	triviálna, žiadna súvislosť

Bývanie	0,266
	nízka až stredná súvislosť

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Graf 39 Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (a)



Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

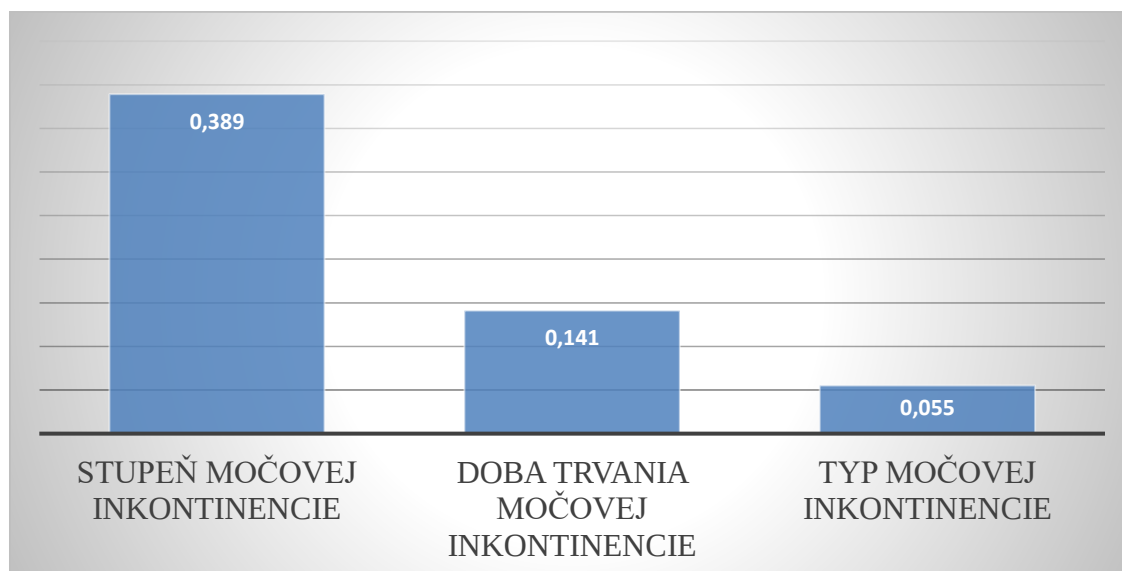
Záver: V tabuľke a grafe vyššie uvedených možno vidieť výsledky kontingenčného koeficientu pre jednotlivé dvojice premenných. Najsilnejší vzťah sa potvrdil v prípade súvislosti premenných vek a kvalita života - stredný až podstatný vzťah. V prípade premennej bývanie a pohlavie sa potvrdil nízky až stredný vzťah. V prípade premennej vzdelanie sa žiadny vzťah nepotvrdil, čo nám potvrdilo výsledok Hypotézy (H3).

Tab. 24 Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (b)

	Vplyv na život
Typ močovej inkontinencie	0,055
	triviálna, žiadna súvislosť
Stupeň močovej inkontinencie	0,389
	stredná až podstatná súvislosť
Doba trvania močovej inkontinencie	0,141
	nízka až stredná súvislosť

Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Graf 40 Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (b)



Zdroj: Vlastný zdroj, 2019

Záver: V tabuľke a grafe vyššie možno vidieť výsledky kontingenčného koeficientu pre jednotlivé dvojice premenných. Najsilnejší vzťah sa potvrdil v prípade súvislosti premenných stupeň močovej inkontinencie a vplyv na život - stredný až podstatný vzťah. V prípade premennej doba trvania močovej inkontinencie sa potvrdil nízky až stredný vzťah.

V prípade premennej typ močovej inkontinencie sa žiadny vzťah nepotvrdil, čo nám potvrdilo výsledok Hypotézy (H5).

Porovnanie našich zistení z výskumu s inými výskumnými štúdiami

Topinková (2013) uvádza, že u seniorov vo veku 65 rokov a viac je postihnutých močovou inkontinenciou až 20% žien a len 2-5% mužov, čo potvrdzuje aj nami deklarovaný údaj o množstve zúčastnených žien oproti mužom vo výskume. Výskumu sa zúčastnili ženy vo vyššom počte 258 žien v porovnaní s mužmi s absolútnym počtom 142 mužov. Pre lepšiu orientáciu vo výsledkoch výskumu bol vek respondentov rozdelený do jednotlivých kategórií podľa autora Hegyi (2012). Najvyšší počet seniorov bol zaznamenaný vo vekovej skupine

spadajúcich do rozmedzia 65 - 74 rokov, presne 289 seniorov (72,25%), nasledovala kategória v rozmedzí 75 - 84 rokov, tj. 75 seniorov (18,75%) a posledná bola kategória s vekom 85 rokov a viac, do ktorej patrilo len 36 osôb (9,00%).

Po 60 roku života seniora je podľa výskumných štúdií nárast problémov s nechceným únikom moču u žien spojený s obdobím menopauzy, ktorá je spojená so znížením tvorby estrogénov. (Chmel', 2010). Najvyššie zastúpenie mala kategória základného vzdelania, celkovo 210 seniorov (52,50%). Túto skutočnosť je možné dať do súvislosti s minulým politickým režimom, kedy možnosti štúdia neboli v takej možnej miere ako sú v súčasnosti. Demografické a klinické charakteristiky pacientov s močovou inkontinenciou (vek, vzdelanie, typ pracovnej záťaže a rodinný stav) ovplyvňujú nielen výskyt močovej inkontinencie, ale premietajú sa aj do hodnotenia kvality života. (Švihra, 2012,a).

Viac ako polovica seniorov zaradených do výskumu šetrenia bývala v sociálnom zariadení, presnejšie 239 osôb (59,75%), zostávajúca časť seniorov žila v domácom prostredí. Tu možno pozorovať limity vo výskume, v tomto prípade konkrétne boli výsledky do istej miery ovplyvnené distribúciou dotazníkov, ktoré boli rozmiestnené z veľkej časti v sociálnych a zdravotníckych zariadeniach. Položka bola zaradená do výskumu predovšetkým z toho dôvodu, aby sme zistili, či prostredie, v ktorom senior žije, ovplyvňuje jeho vnímanie kvality života s inkontinenciou moču.

Najčastejšie bola volená odpoveď stresová inkontinencia, ktorú si vybralo celkovo 96 osôb (24,00%), čo je možné spájať aj s tým, že v pomere viac respondentov bolo ženského pohlavia. Podľa odbornej literatúry profesora Kalvacha možno doložiť, že ženy najčastejšie trpia stresovou inkontinenciou. V poradí druhou najčastejšou voľbou vo výskume bola urgentná inkontinencia v počte 89 osôb (22,25%). Výsledky možno komparovať s viacerými štúdiami, konkrétne zo štúdie Litwina, Stoeckela, Schwartz, (2015), ktorí uviedli v ich výsledkoch 415 (35,2%) seniorov so stresovou inkontinenciou a 260 (29,5%) seniorov s urgentným typom močovej inkontinencie. Z týchto údajov je zrejma zhoda vo výsledkoch oboch výskumov.

Seniori najčastejšie trpia I. stupňom močovej inkontinencie. Tento stupeň inkontinencie uviedlo celkom 166 osôb (41,50%), čo vypovedá o tom, že v realizovanom výskume zdravotný stav ešte nie je natoľko vážny, aby sa vhodnou terapiou nepodarilo docieľiť úspešnosť liečby ochorenia. Porovnania od zahraničného autora Rosenberg (2018) boli rozdielne. V jeho výskume mierne prevládal výskyt II. stupňa močovej inkontinencie a to u

(43,82%) seniorov. Jeho výsledky zisťujú, že I. stupňom močovej inkontinencie trpelo 42,87% seniorov, čo nie je až tak významný rozptyl výsledných dát. Rozdielnosť výsledkov by sa teda dala prisudzovať veľkosťou súboru respondentov nášho výskumu.

Pôvodná domnienka bola taká, že seniori trpia priemerne močovou inkontinenciou v rozsahu 5 - 10 rokov, pretože sa k diagnostike ochorenia odhodlajú až po 3 rokoch trvania choroby. Seniori avšak najčastejšie volili obdobie trvania inkontinencie 0 - 5 rokov, a to v počte 193 odpovedí (48,25%). Do druhej kategórie s rozmedzím 6 - 10 rokov trvania príznakov spadalo 113 (28,25%) respondentov a poslednú kategóriu, tj. rozmedzie 11 a viac rokov si vybralo 34 (8,50%) seniorov. Ako možnosť ostatné, seniori označili odpoveďou „neviem“.

Z výsledkov teda vyplýva, že príznaky močovej inkontinencie sa môžu prejavovať s rôznymi dĺžkami trvania. Otázkou naďalej zostáva, či počiatočný stav úniku moču seniori postrehli a následne ho prisudzovali príznaku močovej inkontinencie. Údaj, ktorý poskytol informáciu o najdlhšom trvaní príznakov močovej inkontinencie, zaznamenal hodnotu 22 rokov. Podľa autora Lachváča (2010), možno pozorovať podobné výsledky, kde udáva problém s inkontinenciou moču a dobo trvania od prvých príznakov 7 rokov 30,42 % seniorov.

183 (32,40%) seniorov uviedlo, že najväčšie množstvo informácií im poskytol praktický lekár. Zistený údaj nás uistil v tom, že praktický lekár zastáva v informovanosti seniorov o močovej inkontinencii veľmi významnú úlohu, čo bolo v zhode aj s výsledkami Cibulkovej (2015), ktorá uviedla, že najvyšší počet odpovedí, teda u 41,25% pacientov poskytoval výber možnosti praktického lekára. Ako druhú z možností vyberali seniori ošetrojúci personál, ktorý bol zvolený celkovo u (21,26%) osôb.

V tom sa však odráža aj skutočnosť, že viac ako polovica opýtaných seniorov sa zdržiava v sociálnom zariadení. 18,17% seniorov si vybralo ako poskytovateľa najväčšieho množstva informácií lekára špecialistu. Až 72,75%, teda 291 seniorov uviedlo kladnú odpoveď „áno“. Odpoveď „nie“ zvolilo 39 (9,75%) seniorov. Možno teda doložiť skutočnosť, že viac ako polovica seniorov bola o problematike spojenej s únikom moču dostatočne informovaná. V prípade, že seniori zvolili zápornú možnosť, potom mohli ďalej uviesť kategóriu, v ktorej pociťujú nedostatok získaných informácií. V tomto výbere sa najčastejšie objavovala kategória nedostatočnej informovanosti v oblasti možností súčasnej liečby inkontinencie moču.

Zistené údaje možno porovnať s výsledkami Žiakovej (2006), ktorá sa pýtala respondentov, či majú dostatok informácií o močovej inkontinencii. V jej výskume odpovedali respondenti nasledovne: 48% respondentov uviedlo odpoveď „áno“, 26% odpovedalo „nie“ a 28% možnosť „neviem“. Z uvedených hodnôt možno vypožorovať, že výsledky sú podobné. Teda môžeme konštatovať, že seniorom je poskytované dostatočné množstvo informácií o tejto problematike.

Celkovo 164 (41,00%) seniorov by ďalšie informácie uvítalo, napriek skutočnosti, že v položke 15 uviedlo 291 (72,75%) osôb, že im bola o danej problematike poskytnuté dostatočné množstvo informácií. Dalo by sa teda konštatovať, že hoci sa seniori cítia byť dostatočne informovaní o problematike, napriek tomu by uvítali i ďalšie informácie spojené s inkontinenciou moču. Tento fakt potvrdzuje aj zistenie, ku ktorému dospela Mosnárová (2005), ktorá položila rovnakú otázku, a odpoveď „skôr áno“ v jej výskume označil taktiež najvyšší počet respondentov, t.j. 34,3%.

150 (37,50%) seniorov hodnotilo svoju kvalitu života slovami „ani zlá, ani dobrá“, čo vypovedalo o tom, že kvalita života seniorov s močovou inkontinenciou je skôr priemerná. Pri porovnaní výsledkami autorky Mosnárovej (2005) je možné nájsť podobnosti za predpokladu, že odpoveď „dobrá“ bola považovaná za strednú hodnotu (ďalšie odpovede - výborná, veľmi dobrá, zlá a veľmi zlá). V jej práci túto možnosť označilo 65,7% seniorov.

Objasnenie vplyvu močovej inkontinencie na život seniorov. S najpočetnejším zastúpením odpoveďou, celkovo u 92 (37,86%) osôb, bola zvolená možnosť ovplyvnenia života „skôr nie ako áno“. Kategóriu „priemerne 50:50“ a kategóriu „veľmi“ však vybrala viac ako polovica opýtaných seniorov, z čoho možno usudzovať, že vplyv močovej inkontinencie na život seniorov je teda dosť významný.

Švihra (2012) realizoval epidemiologickú štúdiu s využitím dotazníka ICIQ UI– SF s cieľom zistiť výskyt inkontinencie a úroveň kvality života na vybratej vzorke respondentov. Z celkového počtu respondentov 214 sa u 72,7 % potvrdil výskyt inkontinencie s výrazne narušenou kvalitou života.

5.9 Odporúčania pre klinickú prax

Výskum potvrdil fakt, že močová inkontinencia značne ovplyvňuje kvalitu života seniorov. Zo získaných výsledkov výskumu a informácií o problematike uvádzame niekoľko

odporúčaní pre klinickú prax, ktoré by mohli byť nápomocné v eliminácii výskytu inkontinencie moču u seniorov, alebo predchádzať jeho vzniku či možným následkom, vzniknutým v dôsledku inkontinencie moču. Návrhy sme rozdelili do troch oblastí:

Odporúčania pre zdravotníckych pracovníkov:

- **zaradiť do praxe sestru špecialistku**, ktorá by poskytovala všetku pomoc a informácie výhradne k danej problematike (nové trendy, návrhy na riešenie, vyššie kompetencie ohľadne komplexnej starostlivosti o seniorov s močovou inkontinenciou),
- **edukovať o inovatívnych riešeniach inkontinencie moču** napr. BTL EMSELLATM, ktorý využíva technológiu vysokovýkonného fokusovaného elektromagnetického pole (HIFEM) ku stimulácii hlbokých svalov panvového dna a obnovenie neuromuskulárnej kontroly,
- **aktívne informovať seniorov o močovej inkontinencii**, zamerať sa predovšetkým na seniorov starších ročníkov (81 rokov a viac), ktorí podľa výskumu vykazujú deficit informácií o tomto ochorení,
- **pri výbere vhodných inkontinenčných pomôcok** zohľadniť tiež finančné možnosti konkrétneho seniora,
- **pravidelne hodnotiť kvalitu života seniorov** s použitím príslušných štandardizovaných dotazníkov,
- **pomáhať seniorom (prípadne rodine seniora) vo výbere vhodných a kombinovateľných inkontinenčných absorpčných pomôcok**, zaistiť seniorom dostatočnú edukáciu o problematike, prípadne odhaliť oblasti, o ktorých nie sú seniori dostatočne informovaní, a toto napraviť opätovnou edukáciou,
- **informovať rodinu o problematike ošetrovateľskej starostlivosti o inkontinentného seniora** formou pravidelných stretnutí s možnosťou vyhodnotenia,
- **vytvoriť vlastné edukačné materiály**, ktoré by nielen informovali o problematike, ale tiež poukazovali na nutnosť včasnej diagnostiky ochorenia,
- **upozorňovať seniorov na skutočnosť**, že inkontinencia moč nie je nutnou súčasťou seniorského veku a motivovať k spoločným stretnutiam seniorov s rovnakým problémom formou klubu.

Odporúčania pre seniorov:

- eliminovať rizikové faktory vzniku inkontinencie (obezita, fajčenie a nevhodná životospráva
- preferovať stredomorskú stravu s dostatočným príjmom tekutín
- snažiť sa aktívne vyhľadávať dostupné informácie o danej problematike a možnosti riešenia ochorení, uvedomiť si, že inkontinencia moču nepredstavuje súčasť staroby každého človeka,
- nebrániť sa spolupráci (compliance) s ošetrovujúcim lekárom prizvedenej terapie a dodržiavať pravidelnosť lekárskeho prehliadok,
- udržiavať dostatočné hygienické a režimové opatrenia,
- „odtabuizovávať“ tému inkontinencie moču, vytiesniť hanbu a zveriť sa so svojim problémom, čo najskôr svojmu ošetrovujúcemu lekárovi alebo sestre.

Odporúčania pre opatrovateľov:

Organizácia priestoru

- ak je to možné, senior by mal mať vlastnú izbu s ľahkým prístupom do kúpeľne alebo na sanitárnu stoličku. Ak sám nemôže použiť toaletu, blízko postele by sa mala nachádzať misa alebo urinál. Osoby, ktoré používajú plienky by mali mať k posteli jednoduchý prístup, aby výmena plienky nebola sťažená,
- je dobré premiestniť nábytok tak, aby v miestnosti bolo čo najviac priestoru a na ceste na toaletu alebo iných miestností nestáli nepotrebné zariadenia,
- podľa možností treba namontovať špeciálne úchytky, ktoré umožnia osobám s obmedzenou pohyblivosťou premiestňovať sa, podopierať sa pri vstávaní, atď. Zvlášť dôležité je namontovať úchytky v kúpeľni,
- pri posteli seniora treba umiestniť stolík na najpotrebnejšie predmety.
- dobrým nápadom je umiestniť v izbe seniora skrinku, v ktorej by boli na jednom mieste zhromaždené všetky predmety potrebné na ošetrovanie, lieky, atď.

Hygiena seniora

- pred prístupom k hygienickej starostlivosti o seniora sa uistite, či máte všetky potrebné veci po ruke,
- počas umývania zabezpečte posteľ špeciálnou podložkou pod chorých,

- toaletu začnite od umývania tváre, krku a uší. Potom prejdite k umývaniu ramien a hrude. Kožu po očistení treba jemne a dôkladne usušiť,
- chrbát seniora umývajte tak, že ho položíte na bok,
- počas umývania chodidel venujte pozornosť v oblasti medzi prstami, nezabudnite na ich dôkladné usušenie,
- po očistení tela môžete aplikovať balzamy na regeneráciu kože,
- časti kože ohrozené zaparením a preležaninami ošetríte špeciálnymi ochrannými krémami,
- zuby/protézu treba umývať po každom jedle, vlasy česať aspoň raz denne,
- posteľnú bielizeň a pyžamo seniora vymieňajte podľa potreby – nedovoľte, aby bol senior vo vlhkej alebo mokrej bielizni,
- nezabudnite, že vo veľkej miere záleží od vás, aký bude stav kože seniora, venujte viac pozornosti každodenným hygienickým zákrokom, vykonávajte ich starostlivo a s použitím správnych ošetrojúcich prostriedkov, ušetríte seniora bolesti a sebe prácu navyše.

Organizácia času a každodenné opatrovanie

- nezabudnite, že opatrovanie nie je len umývanie, ale aj kŕmenie, spoločné trávenie času, navodenie dobrej nálady.
- vyskúšajte nájsť si každý deň chvíľu na spoločný odpočinok, chvíľu zábavy, rozhovor. Nech sa každodennosť neobmedzuje len na prácu so seniorom, ale nech sú v nej aj elementy, ktoré vám i seniorovi dajú určité zadosťučinenie. Podľa toho, v akom stave sa nachádza senior, môžu to byť rôzne aktivity – spoločné pozeranie filmu, čítanie, lúštenie krížoviek, hry, prechádzka. Tieto činnosti vám umožnia vydýchnuť si a zaktivizujú opatrovaného,
- počas jedenia používajte podbradníky, najlepšie jednorazové, ktoré sa môžu po skončení jedenia použiť ako servítky na utretie úst. Podbradníky ochránia oblečenie a ušetria vám prácu pri upratovaní po jedení,
- chorý senior, ktorý musí zostať doma dlhý čas, by mal mať komfort pozornosti, neznamená to však, že musí byť vyradený zo všetkých činností a pomáhame mu uľahčiť vykonávanie činností. Povzbudzujte seniora, aby podľa svojich možností

samostatne vykonával čo najviac činností – motivácia konať je vážnym elementom aktivizácie,

- zabezpečte seniorovi psychickú pohodu – ak má inkontinenciu, používajte správne savé prostriedky, ktoré neutralizujú nepríjemný zápach moču a zabezpečia pocit sucha a bezpečia,
- každodennosť v dlhodobej opatere si vyžaduje určitú rutinu – pravidelnosť,
- plánovanie celého dňa vopred predchádza nervóznemu a rýchlemu konaniu, čo značne zlepšuje atmosféru, ktorá vládne okolo seniora – vhodné konanie pri kŕmení, umývaní, prebaľovaní, atď., prináša viac času na oddych

Komunikácia so seniorom

- to, akým spôsobom komunikovať so seniorom, závisí od jeho stavu, veku, stupňa vedomia, atď. – vždy si však treba vypracovať vlastný model komunikácie.
- predstavivosť chorej osoby je bohatšia než u zdravého človeka, treba preto dávať pozor na výber slov – ľahko sa dajú vzbudiť plané nádeje alebo uraziť seniora slovami.
- senior má svoje práva. Jedným z práv je právo na informácie o stave svojho zdravia. Neobmedzujte prístup seniora k týmto vedomostiam, len v prípade, že by o to prosil. ak nedokážete vysvetliť jeho stav, poproste o to ošetrojúceho lekára alebo sestru. Nezabudnite však, aby ste vždy hovorili jasne a zrozumiteľne,
- je dobré vysvetliť seniorovi, v čom spočíva jeho liečba, aké sú jej možné účinky a ohrozenia. Ak je senior správne motivovaný k činnosti, jeho rehabilitácia môže byť oveľa účinnejšia,
- snažte sa prenášať na seniora pozitívne emócie, aj keď on nerobí to isté. Nezabudnite, že senior môže cítiť strach, nepohodlie a byť vo veľkom strese spojeným s jeho situáciou,
- počúvajte to, čo chce povedať váš senior, pozorujte reč jeho tela – rozhovorom so seniorom môžeme výrazne zlepšiť jeho vnútornú náladu a zabezpečiť mu lepšiu starostlivosť,
- nezabudnite na to, že komunikovať sa dá aj neverbálne – často dotyk znamená viac než slová. Nezabudnite na milé gestá – stisk dlane, pohladenie po vlasoch, líci.

Záver

Inkontinencia moču u seniorskej populácie po 65. roku života je závažným ošetrovateľským, medicínskym, sociálnym a ekonomickým problémom. Zásadne ovplyvňuje kvalitu života seniorov a má vplyv na celkové zhoršenie zdravotného stavu seniora. Jej dôsledkom je často strata spoločenských rolí a vytváranie sociálnej izolácie v spoločnosti. V súčasnosti máme mnoho nových poznatkov o samotnej inkontinencii moču. To nám umožňuje efektívnejšie a účinnejšie zasiahnuť do ošetrovateľskej starostlivosti pri uspokojovaní potrieb u seniora s inkontinenciou moču. Avšak post produktívny vek tejto vekovej kategórie populácie vedie často k bagatelizácii ich problému s únikom moču.

Močová inkontinencia je multidisciplinárny problém. Súhra - spolupráca sestier, všeobecného lekára, urológa, geriatra, fyzioterapeuta, nutričného asistenta, ošetrovateľov a rodiny má významnú úlohu v jej liečbe, v zmysle pozitívneho ovplyvnenia kvality života seniora s inkontinenciou moču.

Výskum v tejto vedeckej monografii sa zameriaval na kvalitu života seniorov s močovou inkontinenciou. Z výsledkov je zrejmé, že premenná veličina subjektívne hodnotenie kvality života štatisticky významne súvisí s demografickými ukazovateľmi pohlavie, vek a bývanie. Seniori - muži hodnotia svoju kvalitu života pozitívnejšie ako ženy, mladší seniori pozitívnejšie ako starší seniori nad 75 rokov a seniori žijúci v domácom prostredí v porovnaní s tými, ktorí žijú mimo domova.

Súvislosť s najvyšším dosiahnutým vzdelaním sa nám nepotvrdila. Zistili sme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi stupňom inkontinencie a mierou vplyvu problémov spojených s týmto ochorením na život seniorov. Čím vyšším stupňom inkontinencie senior trpí, tým viac vníma negatívny vplyv inkontinencie na svoj život.

Rovnako štatisticky významný vzťah sme odhalili medzi trvaním ochorenia / dĺžkou ochorenia/ a mierou vplyvu problémov na život seniorov. Čím kratšie senior trpí ochorením, tým má pocit väčšieho vplyvu problémov na jeho vlastný život. V prípade vzdelania s kvalitou života a v prípade typu inkontinencie s vplyvom na život sa štatisticky významný vzťah ukázal ako najslabší.

Samozrejme je nutné vziať do úvahy aj individualitu konkrétneho seniora a rozdielnu klasifikáciu močovej inkontinencie u jednotlivých prípadov. Negatívnejšie hodnotili kvalitu života seniori s inkontinenciou moču, spadajúci do vyššej vekovej skupiny a seniori s prejavujúcim sa silnejším únikom moču. Medzi významné faktory, ktoré zohrávajú úlohu v oblasti kvality života seniorov s močovou inkontinenciou, patrí vek seniora, konkrétny typ a stupeň močovej inkontinencie.

Z výskumu tiež vyplynulo, že hoci je miera informovanosti seniorov o močovej inkontinencii pomerne dostačujúca, napriek tomu seniori stále vykazujú záujem o nové informácie spojené s touto tematikou. Vnímanie močovej inkontinencie ako súčasti staroby človeka je trendom seniorskej populácie. Narušenie intimity a strach z terapie vyvolávajú negatívne pocity a prispievajú k zatajovaniu problémov a tým aj k oddialeniu diagnostiky inkontinencie. Z toho dôvodu by sa každý z nás mal pokúšať častejšie oslovovať seniorov v súvislosti s touto témou, snažiť sa im pomôcť, poskytnúť rady a získavať ich priazeň. Veď každému z nás sa raz môže stať, že sa ocitneme v úlohe seniora s inkontinenciou moču vo svete, ktorý stále ešte nie je plne pripravený na starnúcu populáciu.

Zoznam bibliografických odkazov

CIBULKOVÁ, M. 2015. *Kvalita života pacientov s ťažkou inkontinenciou*. Revue medicíny v praxi odborný medicínsky časopis. Bratislava: MAURO Slovakia, roč. 13, č. 1 2015, s.47-48, ISSN 1336-202X

HEGYI, L.2012. *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.

CHMEL, R. 2010. *Ženská močová inkontinence*. Praha: Mladá fronta, 1.vyd. 72s., 2010. ISBN 978-80-204-2279-8

LACHVÁČ. Ľ. 2010. *Inkontinencia moču v ambulancii praktického lekára*. In: *Viapractica*. [online]. 2010, roč. 7, [citované 2.1.2015], s. 73–79

Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/2e7d1a0dc2ec6a73c0f563a96f28821a.pdf>

LITWIN, H., STOECKEL, K. J., SCHWARTZ, E. 2015. *Social networks and mental health among older Europeans: are there age effects?*. *European journal of ageing*, 12 (4), 299–309. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0347-y>

MOSNÁROVÁ, A. 2005. *Inkontinencia a kvalita života*. Kompédium medicíny: review z odborných kongresov. Výročná konferencia SUS. Č. 45, s. 16. 2005.ISSN 1336-4871

ROSENBERG., MT., 2018. *New Treatment Options in LUTS*” during the 27th Annual Perspectives in Urology. Point Counterpoint on November 9, 2018 in Scottsdale, Arizona. Dostupné z: <https://grandroundsinurology.com/new-treatment-options-in-luts/>

ŠVIHRA, J. 2012.a. *Definícia a epidemiológia inkontinencie moču*. In: Švihra, J. a kol. *Inkontinencia moču*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2012, s. 15-28. ISBN 978-80-8063-380-6. 21.

ŠVIHRA, J., et. al. 2012. *Inkontinencia moču*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2012, s. 328, ISBN: 978-80-8063-380-6

TOPINKOVÁ, E. 2013. *Inkontinence ve stáří*. Vliv inkontinence na kvalitu života, postoje seniorů, informovanost, inkontinenční pomůcky (přednáška). Geriatrická klinika, 1.Lékařská fakulta UK Praha. Incoforum, 2013. Dostupné z: <http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/06/Inkontinence-ve-stari.pdf>

ŽIAKOVÁ, M. 2006. *Liečba inkontinencie moču - lepšia kvalita života veľkej časti populácie*. In: Medical Practice. [online].2006, roč. 1, [citované 6.1.2015], s. 39-40 a 42-43.

Zoznam tabuliek

- Tabuľka 1** *Odhadovaný počet v miliónoch jedincov s močovou inkontinenciou (UI)*
- Tabuľka 2** *Najčastejšie rizikové faktory inkontinencie moču (UI)*
- Tabuľka 3** *Interpretácia výsledkov moču chemicky (vyšetrovacie diagnostické príznaky)*
- Tabuľka 4** *Interpretácia výsledkov močového sedimentu – prvá časť*
- Tabuľka 5** *Interpretácia výsledkov močového sedimentu – druhá časť*
- Tabuľka 6** *Zaparenin avs. preležanina*
- Tabuľka 7** *Terapia močovej inkontinencie (UI)*
- Tabuľka 8** *Historické obdobia a osobnosti zaoberajúci sa kvalitou života*
- Tabuľka 9** *Novodobé obdobia a osobnosti zaoberajúce sa kvalitou života*
- Tabuľka 10** *Starnutie populácie na Slovensku za rok 2018*
- Tabuľka 11** *Problematika starnutia populácie*
- Tabuľka 12** *Prehľad veľkostí podľa obvodu bokov*
- Tabuľka 13** *Výber správnej zdravotníckej pomôcky – kalkulácia*
- Tabuľka 14** *Limit skupiny B - Zdravotnícke pomôcky pre inkontinentných pacientov (a)*
- Tabuľka 15** *Limit skupiny B - Zdravotnícke pomôcky pre inkontinentných pacientov (b)*
- Tabuľka 16** *Subjektívne hodnotenie kvality života u žien a mužov*
- Tabuľka 17** *Subjektívne hodnotenie kvality života podľa veku seniora*

Tabuľka 18 *Subjektívne hodnotenie kvality života podľa vzdelania seniora*

Tabuľka 19 *Subjektívne hodnotenie kvality podľa bývania*

Tabuľka 20 *Vplyv problémov na život podľa typu inkontinencie*

Tabuľka 21 *Vplyv problémov na život podľa stupňa inkontinencie*

Tabuľka 22 *Vplyv problémov na život podľa doby trvania inkontinencie*

Tabuľka 23 *Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (a)*

Tabuľka 24 *Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (b)*

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 *Stresová inkontinencia moču*

Obrázok 2 *Urgentná inkontinencia moču*

Obrázok 3 *Reflexná inkontinencia moču*

Obrázok 4 *Paradoxná ischúria*

Obrázok 5 *Cvičenie 1*

Obrázok 6 *Cvičenie 2*

Obrázok 7 *Cvičenie 3*

Obrázok 8 *Druhy savých /(absorpčných) pomôcok*

Obrázok 9 *Mikčný denník – prvá časť*

Obrázok 10 *Mikčný denník – druhá časť*

Obrázok 11 *Inkontinencia moču (UI) – stupne*

Zoznam grafov

Graf 1 *Pohlavie*

Graf 2 *Vek*

Graf 3 *Najvyššie dosiahnuté vzdelanie*

Graf 4 *Bývanie*

Graf 5 *Spolužitie*

Graf 6 *Bydlisko*

Graf 7 *Typ močovej inkontinencie*

Graf 8 *Stupeň močovej inkontinencie*

Graf 9 *Dĺžka problémov*

Graf 10 *Následky inkontinencie*

- Graf 11** *Osoba podieľajúca sa na starostlivosti*
- Graf 12** *Inkontinencia moču a postup liečby*
- Graf 13** *Inkontinencia moču a druh inkontinenčných pomôcok*
- Graf 14** *Inkontinencia moču a zdroj získaných informácií*
- Graf 15** *Inkontinencia moču a množstvo informácií*
- Graf 16** *Inkontinencia moču a záujem o ďalšie informácie*
- Graf 17** *Inkontinencia moču a kvalita života*
- Graf 18** *Inkontinencia moču a celkový zdravotný stav*
- Graf 19** *Inkontinencia a vplyv na život*
- Graf 20** *Inkontinencia moču a vplyv na domáce práce*
- Graf 21** *Vplyv na činnosti mimo domova*
- Graf 22** *Inkontinencia moču a vplyv na fyzickú aktivitu*
- Graf 23** *Inkontinencia moču a vplyv na cestovanie*
- Graf 24** *Inkontinencia moču a vplyv na spoločenský život*
- Graf 25** *Inkontinencia moču a vplyv na stretávanie sa s priateľmi*
- Graf 26** *Inkontinencia moču a vplyv na partnerský vzťah*
- Graf 27** *Inkontinencia moču a vplyv na sexuálny život*
- Graf 28** *Inkontinencia moču a vplyv na rodinný život*
- Graf 29** *Depresívnosť, skleslosť a inkontinencia moču*
- Graf 30** *Obavy, nervozita a inkontinencia moču*
- Graf 31** *Nespokojnosť so sebou a inkontinencia moču*
- Graf 32** *Inkontinencia moču a narušenie spánku*
- Graf 33** *Vyčerpanosť, únava*
- Graf 36** *Inkontinencia moču a výmena spodnej bielizne*
- Graf 37** *Inkontinencia moču a nepríjemný zápach*
- Graf 38** *Inkontinencia moču a pocity trápnosti*
- Graf 39** *Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (a)*
- Graf 40** *Hodnoty kontingenčného koeficientu Cramer's V (b)*

Zoznam použitých skratiek a symbolov

atď.	a tak ďalej
ADL	Activity daily living
Cl	chlór
DIAPPERS	nástroj na hodnotenie výskytu močovej inkontinencie u seniorov - delírium, infekcia, atrofia, psychiatrická diagnóza, pharmacotherapy, excesívna strata tekutín, redukovaná mobilita, stolica
et al.	a kolektív, spoluautori
ICS	International Continence Society – Mezinárodná spoločnosť pre kontinenciu
K	draslík
KHQ	King's Health Questionnaire
LUTS	Lower urinary tracts symptoms
MUDI	Male Urogenital Distress Inventory
Na	sodík
N - QoL	Nocturia Quality of Life Questionnaire
I – QoL	Incontinence - Quality of Life questionnaire
OAB	Overactive bladder
	PROQOLID Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database
PSA	prostatický špecifický antigén
RTG	Röntgen
pw test	Pad Weight test (test váženía vložiek, PWT)
TVT	Tensionfree Vaginal Tape
WC	mezinárodná skratka watercloset– splachovacia toaleta
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL – 100	World Health Organization Quality of Life Assessment 100 WHOQOL
– BREF	World Health Organization Quality of Life Assessment
WHOQOL – OLD	World Health Organization Quality of Life Assessment modul pre vyšší vek
YIPS	York Incontinence Perceptions Scale

<=	Matematická značka menší, alebo rovný
≥	Matematická značka väčší, alebo rovný
%	Percento

Zoznam bibliografických odkazov

- BAARS, J. 2010. *Time and ageing: Enduring and emerging issues*. Pp. 367–376 in D. Dannefer, and Phillipson, C. (eds.) *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. London: SAGE Publications Inc. 2010, ISBN : 9781412934640
- BABEČKA, J., GULÁŠOVA, I. 2016. *The effect of urinary incontinence on the quality of life of the elderly*. Interdisciplinary Updates on Health and Nursing. Warsaw, Poland, 2016, 171 p. ISBN: 978-83-7520-215-1
- BADLANI, H., DAVILA, G. et al. 2009. *Continence – current concepts and treatment strategies*. Springer – Verlag Limited, London, 2009, 544s. ISBN 978-1-84628- 510-3.
- BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin, Osveta. 2009. 141s., SBN 978-80-8063-306-6
- BEARD, J.R. - BLOOM, D.E. 2014. *Towards a comprehensive public health response to population ageing*. In The Lancet [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <http://lin-kinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361461>
- BEDNÁŘOVÁ, V., SULKOVÁ DUSILOVÁ, S. 2007. *Peritoneální dialýza*. 2. vyd. Praha, Czechia: Maxdorf; s. 336, 2007, ISBN 80-8068-282-8
- BENJAN, M. B. 2010. *Starutie a staroba príčiny, príznaky, problémy*. 2. vyd. Zvolen: Bratia Sabovci, 2010. 36 s. ISBN 978-80-89241-37-8
- BERGSMA, J., ENGEL G L. 1988. *Quality of life: Does measur ementhelp?*. Leuven University: Elsevier – Health Policy, 1988; 10(3): 267-279
- BODACZOVÁ, M., HÝZLOVÁ, S. 2009. *Inkontinence moči*. [online]. 9.7.2009 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/inkontinence-moci-435473>
- BOLTZ, M. et al. 2012. *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 4th ed. New York, USA: Springer Publishing Company; 2012. ISBN: 9780826171665 EISBN: 9780826171672
- CIBULKOVÁ, M. 2015. *Kvalita života pacientov s ťažkou inkontinenciou*. Revue medicíny v praxi odborný medicínsky časopis. Bratislava: MAURO Slovakia, roč. 13, č. 1 2015, s. 47-48, ISSN 1336-202X

- ČORNANIČOVÁ, R. 2007. *Edukácia seniorov*. Bratislava: UK, 2007. 163 s. ISBN 978- 80-223-2287-4
- DH&HS. 2015 “*Incontinence – Prevention Tips.*” Better Health Channel, Department of Health&Human Services. [online]
- Dostupné z: www.betterhealth.vic.gov.au/health/ConditionsAndTreatments/incontinence-prevention-tips
- DRÁBKOVÁ, P. 2015. *Prevence močové inkontinence u starších lidí*. Urologie pro praxi. Olomouc: Solen, 2015, 2015(3), 127 -129. ISSN 1213 – 1768
- DRAGOMERICKÁ, E. 1997. *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Česká a Slovenská psychiatrie, 1997; s. 102-108. ISBN 80-85121-47-6
- ŽURIŠOVÁ, E. 2019. *Bolesti chrbtice, klbov, kostí*. Vydavatelství: MUDr. Elena Žurišová-AKU-HOME0, 2019, s. 347, EAN: 9788081291074, ISBN: 978-80-8129-107-4.
- Druhy pomôcok. In: inkontinencia.sk [online]. [cit. 2020-09-07]. Dostupné z: <http://inkontinencia.sk/inkontinencia-pomocky.html>
- ŽURIŠOVÁ, E. 2012. *Bolesti chrbtice, klbov, kostí*. VYDAVATELSTVO MUDr. Elena Žurišová-AKU-HOME0, 2012, s. 350, ISBN: 9788089496075.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing; 2012, s. 112, ISBN 80-7106-291-X
- ERIKSON, E.H., MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- FADER, M., A., et al. 2008. *Absorbent products for urinary /faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs*. National Center for Biotechnology Information (online), Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18547500>
- FERTÁLOVÁ, T., et al. 2019. *Princípy hygienickej starostlivosti*. Vydavateľstvo: Magnanimitas akademické sdružení, Hradec Králové, 1. vyd., 2019 roč. 9. ISBN:978-80-87952-29-0
- GALAJDOVÁ, L. 2000. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence*. Praha: Grada Publishing, 2000. 98 s. ISBN 80-7169- 950-0
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing; 2011, s. 223, ISBN: 9788024736259
- HAGOVSKÁ M., DZVONÍK, O. 2011. *Osobnostné a psychosociálne aspekty kvality života a komplexná rehabilitačná liečba u žien so stresovou inkontinenciou moču po hysterektómii*. In: Klin. Urol. 2011, roč. 7, s. 22 – 27. ISSN 0009-062X

- HAGOVSKÁ, M., TAKÁČ, P. 2009. *Kvalita života žien s inkontinenciou moču (IM) a jej súvislosť s bolesťou v krížovej oblasti - možnosti ich pozitívneho ovplyvnenia komplexnou rehabilitačnou liečbou*. In: Fyzioterapie 2009 : zborník abstraktů 1. ročníku mezinárodní konference: 22. a 23. května 2009 v Čelákovících. - Čelákovice : NZZ REHASPRING, 2009. - ISBN 9788025444412. - S. 18-19
- HANUŠ, T. et al., 2011. *Urologie*. Praha: Nakladatelství Triton, 2011. 207 s. ISBN 80-8068-282-8
- HATÁR, C. 2005. *Sociálno-výchovná starostlivosť o seniorov v domove dôchodcov*. In: *Kvalita života a rovnosť príležitostí*. Prešov: FF PU. 899 s. ISBN 80-8068-425-1.
- HEŘMANOVÁ, E. a 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha, Czechia: Slon; 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie: Aneb senioři mezi námi*. Praha, Czech Republic: Galen; 2012. ISBN: 978-80-749-2058-5
- HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. In: *Sociologia*, 2012, [cit. 15.3.2016], Vol. 44, No. 4, pp 407-425. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20%20OK%20upravena%20studia.pdf>
- HEŘMANOVÁ, E. 2014. *Lidské zdroje, celoživotní vzdělávání a vzdělávání seniorů v Česku a EU*. Available at: Accessed July 16. 2014. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FEva_Hemanova%2Fpublication%2F265598831_Lidsk_zdroje_celoivotn_vzdlvn_a_vzdlvn_senior_v_esku_a_EU%2Flinks%2F5414aa270cf2788c4b35a90b.pdf&ei=cfYCVfXhA8fNygPb64KwCQ&usg=AFQjCNFIHTY8wCgpnDjUG3hE4PG4NeGHIA
- HAKL, M., et al. 2011. *Léčba bolesti: Současný přístup k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 1. vyd. Praha, Czechia: Mladá fronta; 2011, Edice Aeskulap-pro lékaře., s. 232, ISBN 978-80-204-2473-0
- HEGYI, L. 2003. *Niektoré riziká pobytu v domovoch dôchodcov*. Geriatria. Odborný časopis sloven-ských a českých geriatrov. 2003, roč. 9, č. 2, s. 51-59, ISSN 1335-1850
- HEGYI, L. 2012. *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6
- HROZENSKÁ, M. et al., 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3
- HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0

- CHATTERJI, S. et al. 2014. *Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications*. In The Lancet [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014>
- CHMEL, R. 2010. *Ženská močová inkontinence*. Praha: Mladá fronta, 1.vyd. 72s., 2010. ISBN 978-80-204-2279-8
- INTERNATIONAL NANDA. 2020. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace*. Vyd. Grada Publishing, Praha. 2018-2020. s. 520. EAN: 9788027107100, ISBN: 978-80-271-0710-0
- JAHNÁTKOVÁ, D. 2004. *Cvičenie pri stresovej inkontinencii moču*. In Sestra. 2004, roč. 5, s. 39 – 41 ISSN 1210-0404
- JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s., ISBN 80-7368-110-2
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., a kol. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
- KAMANOVÁ, I. a, 2007. *Inštitucionalizované sociálne služby a kvalita života seniorov*. 1. vyd. Ružomberok, 2007. 87 s. ISBN 978-80-8084-275-8
- KAMANOVÁ, I. 2007. *Kvalita života seniorov v DD a DSS pre dospelých*. 1. vyd. Ružomberok, 2007. 71 s. ISBN 978-80-8084-276-5
- KANSTROM, L. et al. 2008. *Healthy ageing profiles guidance for producing local health profiles of older people* [online]. Copenhagen: World Health Organization, Europe, 2008. ISBN 978928904 2833 9289042834
- KLEVETOVÁ, D.- DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9
- KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. 2003. *Fyzioterapia v geriatrici*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-132-8
- KOPP., D., M. et al. 2019. *Continence, quality of life and depression following surgical repair of obstetric vesicovaginal fistula: a cohort study*. BJOG. 2019 Jun;126 (7): 926-934. doi: 10.1111/1471-0528.15546
- Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510632/>

- KOOT, H. M., WALLANDER, J. L. 2001. *Quality of life in child and adolescent illness; concepts, methods and finding*. 1st ed. East Sussex, Great Britain: Brunner-Routledge; 2001
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing.; 2002, 200 s. 336, ISBN: 80-247-0179-0
- LACOMBE, C. et al. 2015. *Effectiveness of a program of therapeutic exercises on the quality of life and lumbar disability in women with Stress Urinary Incontinence*. J Bodyw Mov Ther. 2015 Jan;19(1):82-8. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.04.002. Epub 2014 Apr 15. PMID: 25603747.
- LACHVÁČ. Ľ. 2010. *Inkontinencia moču v ambulancii praktického lekára*. In: *ViapRACTICA*. [online]. 2010, roč. 7, [citované 2.1.2015], s. 73–79
- Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/2e7d1a0dc2ec6a73c0f563a96f28821a.pdf>
- LANGMEIER, J., KREJČÍKOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X
- LITWIN, H., STOECKEL, K. J., SCHWARTZ, E. 2015. *Social networks and mental health among older Europeans: are there age effects?*. *European journal of ageing*, 12 (4), 299–309. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0347-y>
- LUTZ, W. et al. 2015. *Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go?* *Psychotherapy Research*, 25: 6, 625-632, 2015., DOI: [10.1080/10503307.2015.1079661](https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661)
- MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MANDYS J. 2009. *Dilemata určování kvality života*. In *Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí Aktuální otázky sociální politiky 2009 – teorie a praxe*, Pardubice 10.11.2009. Pardubice, Czechia: Univerzita Pardubice, 2009: 36–43. ISBN: 978-80-7395-217-4
- MARENČÁK, J., 2010. *Inkontinencia moču – príznak, ktorý sa dá liečiť*. Edukafarm(online), 3, 77-83 (zobrazené 7.9.2012). Dostupné z: <http://www.edukafarm.sk/pdfs/periodika/medinews/2010/03.pdf>
- MARTAN, A. 2013. *Nové operačné a liečebné postupy v urogynekológii*. 2. dopl. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-348-0
- MARENČÁK J. 2011. *Inkontinencia moču*. Elisabeth o.z., Skalica, 2011, 1. vyd., 133 s., ISBN: 978-80-970567-1-1
- MARENČÁK J. 2019. *Karcinóm penisu*. Vydavateľstvo: Solen, 2019, 1. vyd. s. 156, ISBN: 978-80-89858-15-6

- MARTAN, A. 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Vyd.2. Praha: Maxdorf, 2006. 83 s. ISBN 9788073450946
- MAREŠ, J. 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno, Czechia: MSD; 2006. s. 228 ISBN 80-86633-65-9
- MATYSOVÁ, G. 2019. *Výšetrenie močového sedimentu*. In: Alpha Medical, 2 č., 7. Roč., 2019, ISSN: 1339-5912
- MOSNÁROVÁ, A. 2005. *Inkontinencia a kvalita života*. Kompédium medicíny: review z odborných kongresov. Výročná konferencia SUS. Č. 45, s. 16. 2005. ISSN 1336-4871
- MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2
- MÜHLPACHR, P. 2005. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s., ISBN 80-210-3838-1
- NÉMETH, F., et al., . 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 193 s. ISBN 978-80-8063-314-1
- ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2011. 168 s., ISBN 978-80-246-1997-2
- ONDRUŠOVÁ, J. 2009. *Měření kvality života u seniorů*. *Česká geriatrická revue*. 2009; 7(1): 36-39. ISSN 0009-062X
- O'CONNOR M., ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. české. vyd. Praha, Czechia: Grada Publishing. 2005. ISBN 80-8068-282-8
- PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8
- PANYE J. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha, Czechia: Triton; 2005. 629s., ISBN 80-7254-657-0
- PARSONS, G., PREECE, W. 2010. *Principles and Practice of Managing Pain*. 1st ed. Maidenhead. Great Britain: Open University Press; 2010. ISBN-13 : 978-0335235995
- PAULOVÁ, I. 2009. *Inkontinence z pohledu geriatrie*. *Diagnóza*. 2009, č. 9, s. 17. ISSN 1801-1349
- PATIJN, J. 2014. *Functional MRI in pain: A valuable and/or reliable diagnostic tool for your pain patient?*. *International Musculoskeletal Medicine*. 2014; 36(2,): 75-78
- PLEVOVÁ, I., et al. 2012. *Hodnocení bolesti u dětí*. *Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi*. *Pediatric pro praxi*, 2012; s. 193-197, 13(3), ISSN 1213-0494. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>

PODMANICKÁ, Z. et al. 2015. *Štatistika v súvislostiach*. Vyd.: Štatistický úrad Slovenskej republiky, sekcia sociálnych štatistík a demografie, Bratislava, 2015, s. 90, ISBN 978-80-8121-432-5. Dostupné na internete:

file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Hlavne_trendy_populacneho_vyvoja_v_regionoch_SR_2014.pdf

POKORNÁ, A. 2012. *Komunikace seniory*. 1. vyd. Grada Publishing, 2012. 160 s., ISBN 978-80-247-3271-8

POKORNÁ, A. 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. 1. vyd. Grada Publishing, 2013. 202 s., ISBN 978-80-247-4316-5

POLEDNÍKOVÁ, L., a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1

PRINCE, M.J. et al. 2014. *The burden of disease in older people and implications for health policy and practice*. In The Lancet [online]. 2014. [cit. 2015-01-22]. Dostupné na internete:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140>

QUINLAN-COLWELL A. 2012. *Compact Clinical Guide to Geriatric pain management An Evidence-Based Approach for Nurses*. 4st ed. New York, USA: Springer Publishing Company; 2012

ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., BLATNÝ, M., MAREŠ, J. 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. 1. vyd. Brno, Czechia: MSD; 2008. ISBN 80-902653-0-8

ŘEHULKOVÁ, O. et al. 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. 1. vyd. Brno, Czechia: MSD; 2008, s. 162, ISBN: 978-80-7392-073-9

ROMŽOVÁ, M. et al. 2010 *Inkontinence moči ve stáří*. Urologie pro praxi. 2010, roč. 11, č. 3, s. 119 – 123. ISSN 1803-5299

ROMŽOVÁ, M. et. all. 2011. *Farmakoterapie a její úskalí v léčbě urgentní inkontinence a hyperaktivního močového měchýře*. Urologie pro praxi. Olomouc: Solen, 2011, 2011(4), 229 - 233. ISSN 1213 – 1768

ROSENBERG, MT., 2018. *New Treatment Options in LUTS*” during the 27th Annual Perspectives in Urology. Point Counterpoint on November 9, 2018 in Scottsdale, Arizona. Dostupné z: <https://grandroundsinurology.com/new-treatment-options-in-luts/>

ROZTOČIL, A., BARTOŠ, P. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2

SLÍVA, J. 2011. *Súčasná možnosti v liečbe inkontinencie*. Farminews (online), 3, 38-40 (zobrazené 7.9.2012). Dostupné z:

<http://www.edukafarm.sk/pdfviewer.php?fname=pdfs/periodika/farminews/2011/03.pdf>

SOCHOROVÁ, N. – VRÁNOVÁ, V. 2008. *Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen*. In: Urolog. pro praxi. 2008, roč. 9, s. 263 – 266. ISSN 0009-062X.

SORTIMENT VÝROBKŮ TENA [online]. [cit. 2014-10-03]. Dostupné z: <http://www.tenacz.cz/zeny/vyrobky/sortiment-vyrobku/>

STAŇKOVÁ, M. 2006. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. – dotisk. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně; 2006. s. 55, ISBN 80-7013-323-6

ŠTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY 2019. *Obyvateľstvo a migrácia*. Vydavateľ: Ústredie ŠÚ SR, Bratislava 2019. Dostupné na internete:

https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/aboutus/office.activites/officeNews/vsetkyaktuality/a06f192f-646f-4c99-8932-0c12ef7d84af!/ut/p/z1/tVJNU8IwEP0tHHpss-In6i0wDq3SAzgIzcUJpaUR2kAbWvn3BseDOqJ4MId8vn37sm8RQ0vEat6JDVdC1nynzynzn6ZBTIZDTAGS-xHEThxNh3SGXWYjR8QQy2q1VyVK5arlpdluTVEXJt8qA_QkOqFOej3ynd4Y0LW52n684OAXOLQL03f9wnSzMDRJ6NgmZNjOi2BNXF6cs-wzsUbpVejFb7KZfoYLG4KOZ2-Q0ZhGbjABIJOxBzGN5rNw6jhAnXfADxyp1hBc1BBhtOhE3qN5LZtKV_rhj1-MAN0hJlaV1WeVBRYmxCcu-Njz3ACH4J-9s5tklGw0L1fl2RSJl_Kj5ZXZdNc4vlwYFSbLWuVvyi0_Ee3dTparxyipTd5kTd5Yx0b3Y2lUvv2xgAD-r63NIJudrmVycqA70JK2WqZn5FoX1XEOZnbIrl1XJYS5a1OPR0MXgEy6x5s/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh

ŠVIHRA, J. 2012. *Definícia a epidemiológia inkontinencie moču*. In: Švihra, J. et al. *Inkontinencia moču*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2012, s. 15-28. ISBN 978-80-8063-380-6. 21.

ŠTILEC, M. 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004., 135 s. ISBN 80-7178-920-8

ŠVIHRA, J. 2012a. *Definícia a epidemiológia inkontinencie moču*. In: Švihra, J. a kol. *Inkontinencia moču*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2012, s. 15-28. ISBN 978-80-8063-380-6. 21.

ŠVIHRA, J., et. al. 2012. *Inkontinencia moču*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2012, s. 328, ISBN: 978-80-8063-380-6

TOPINKOVÁ, E. 2010. *Inkontinence jako výzva pro kvalitu péče ve stáří*. Lékařské listy [online]. 2010, č. 18, s. 7. [cit. 2013-24-11]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/inkontinence-jako-vyzva-prokvalitu-pece-ve-stari-455168120>

- TOPINKOVÁ, E. 2009. *Úskalí farmakoterapie urgentní inkontinence a hyperaktivního močového měchýře*. Lékařské listy. 2009, č. 18, s. 21 – 26. [cit. 2013-02-11]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/news/check-sub?id=447836>
- TOPINKOVÁ, E., ZMRHAL, J. 2007. *Inkontinence moči u žen vyššího věku*. Lékařské listy [online]. 2007, č. 12, s.1 – 4. [cit. 2013-11-11]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/inkontinencemoci-u-zen-vyssiho-veku-310103>
- TOPINKOVÁ, E., b, 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galen Publishing, 2010. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
- TOPINKOVÁ, E. 2013. *Inkontinence ve stáří*. Vliv inkontinence na kvalitu života, postoje seniorů, informovanost, inkontinenční pomůcky (přednáška). Geriatrická klinika, 1. Lékařská fakulta UK Praha. Incoforum, 2013. Dostupné z: <http://www.cus.cz/wp-content/uploads/2013/06/Inkontinence-ve-stari.pdf>
- TOPINKOVÁ, E. 2010. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
- TOPINKOVÁ, E. et al. a, 2009. *Jakou péči poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči ?* Názory a postoje zdravotnických profesionálů. Čes Ger Rev, 7, 2009a, č. 1.
- TOPINKOVÁ, E. et al. b, 2009. *Jakou péči poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči ?* II. Diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy u inkontinentních pacientů. Čes Ger Rev, 7, 2009b, č. 2.
- URDZÍK, P., OSTRO, A. 2006. *Inkontinencia moču u žien- prevencia a liečba*. Via practica [online]. 2006, č. 10, s. 471–474 [cit. 2012-12-20]. ISSN 1336-4790. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=10010543.
- URDZÍK, P. 2010. *Operačná liečba inkontinencie*. In: Hospodárske noviny [online]. 2010. [cit. 2013-01-15]. Dostupné z: http://www.unlp.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=1015&Itemid=95
- VAĐUROVÁ, H., MUHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno, Czechia: Masarykova univerzita; 2005, s. 145, ISBN: 80-210-3754-7
- VARGOVČÁK, M. 2005. *Inkontinencia moču- diagnostika a liečba*. Viapractica [online]. 2005, č. 10, s. 394–397 [cit. 2012-11-06]. ISSN 1336-4790. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Vargovcak.pdf>

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

Vyhláška č. 89/2018Z. z. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok (v znení č. [176/2020 Z. z.](#))

XUEMIN, W., N., et al. 2011. *Cutaneous and sensory effects of two types of sanitary pads with different surfaces in the Shanghai, Chinese population*, National Center for Biotechnology Information(online)

Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21241167>

ZACHOVAL, R. et al., . 2006. *Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientu s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem*. In: Urolog. pro praxi.[online]. 2009, roč. 6, [citované 6.1.2015], s. 286 – 296. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1576/toag.13.3.143.27665/pdf>

ZÁMEČNÍK, L., MACEK, P. 2012. *Moderní farmakoterapie v urologii: průvodce Ošetřujících lékařů*. Praha: Maxdorf, 2012. 172 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. Jessenius. ISBN 978-80-7345-276-6

ŽIAKOVÁ, M. 2006. *Liečba inkontinencie moču - lepšia kvalita života veľkej časti populácie*. In: Medical practice. [online].2006, roč. 1, [citované 6.1.2015], s. 39-40 a 42-43
https://seni-sk.sk/sk_SK/content/druhy-inkontinencie
<https://www.alphamedical.sk/casopis-invitro/vysetrenie-mocoveho-sedimentu>

