

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Kamila Horáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vliv inkontinence moči na psychiku člověka

Bc. Kamila Horáková

Diplomová práce

2022

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kamila Horáková**
Osobní číslo: **Z17181**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Vliv inkontinence moči na psychiku člověka**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

1. AYERS, S., R. DE VISSER, H. HARTLOVÁ. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2015. 552s. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. HORČIČKA, L. et al. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2017. 181s. ISBN 978-80-204-4503-2.
3. KOTT, O. et al. *Problematika dysfunkce pánevního dna pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. 77s. ISBN 978-80-261-0757-6.
4. MARTAN, A., J. MAŠATA, K. ŠVABÍK. *Nové operační a léčebné postupy v urogynélogii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 230s. ISBN 978-80-7345-348-0.
5. PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 630s. ISBN 80-7254-657-0.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **7. června 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

L.S.

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

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

PROHLÁŠENÍ AUTORKY

Prohlašuji:

Práci s názvem *Vliv inkontinence moči na psychiku člověka* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28. 4. 2022

Bc. Kamila Horáková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě chci poděkovat vedoucímu práce PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D., za cenné rady a připomínky k této diplomové práci. Dále bych ráda poděkovala své rodině za psychickou podporu v době, kdy tato práce vznikala.

ANOTACE

Předmětem diplomové práce bylo zjistit vliv inkontinence moči na psychiku člověka. Obsahem teoretické části je souhrn informací týkajících se močové inkontinence (definice, klasifikace, příčiny, rizikové faktory, diagnostika a léčba), úzkosti, deprese a kvality života. Praktická část je realizována kvantitativním výzkumem formou standardizovaného dotazníku KHQ a Zungovy sebehodnotící stupnice úzkosti (SAS) a deprese (SDS).

KLÍČOVÁ SLOVA

inkontinence moči, úzkost, deprese, kvalita života

TITLE

Influence of Urinary Incontinence on the Human Psyche

ANNOTATION

The subject of the diploma thesis was to determine the influence of urinary incontinence on the human psyche. The content of the theoretical part represents a summary of information related to urinary incontinence (definition, classification, causes, risk factors, diagnosis and treatment), anxiety, depression and quality of life. The practical part is realized by quantitative research in the form of a standardized questionnaire KHQ and Zung's self-assessment scale of anxiety (SAS) and depression (SDS).

KEYWORDS

urinary incontinence, anxiety, depression, quality of life

OBSAH

Úvod.....	14
1 Inkontinence moči.....	15
1.1 Základní terminologie	15
1.2 Klasifikace inkontinence	16
1.3 Příčiny a rizikové faktory inkontinence	17
1.4 Diagnostika močové inkontinence	17
1.4.1 Anamnéza	17
1.4.2 Vyšetření při močové inkontinenci.....	18
1.5 Léčba inkontinence moči	21
1.5.1 Léčba stresové inkontinence	21
1.5.2 Léčba urgentní inkontinence.....	25
1.5.3 Absorpční pomůcky	28
1.5.4 Péče o klienta s inkontinencí moči	28
2 Kvalita života.....	30
2.1 Pojem kvality života z hlediska historie.....	30
2.2 Domény kvality života	31
2.3 Měření kvality života	32
3 Psychika a močová inkontinence	35
3.1 Úzkost	35
3.1.1 Dynamika vzniku úzkosti, příznaky úzkosti.....	36
3.1.2 Nejčastější úzkostná onemocnění	36
3.1.3 Diagnostika úzkosti.....	37
3.2 Deprese.....	38
3.2.1 Příčiny a rizikové faktory deprese	38
3.2.2 Klasifikace deprese	39
3.2.3 Diagnostika deprese	40

4	Cíle výzkumu a stanovení hypotéz	41
5	Metodika výzkumu	42
5.1	Charakteristika anonymního dotazníku.....	42
5.2	Předvýzkum.....	43
5.3	Metodika zpracování dat	43
6	Realizace výzkumu a analýza dat	45
6.1	Výzkumný soubor	45
6.2	Vyhodnocení dotazníku KHQ.....	49
6.3	Vyhodnocení Zungovy sebehodnotící stupnice úzkosti (SAS).....	67
6.4	Vyhodnocení Zungovy sebehodnotící stupnice deprese (SDS).....	67
6.5	Analýza vlivu doby trvání potíží na psychiku člověka	69
7	Diskuse.....	73
	Závěr	77
	Použitá literatura	79
	Přílohy.....	87

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Četnosti respondentů podle pohlaví.....	45
Tabulka 2 – Četnosti respondentů podle věkové kategorie	46
Tabulka 3 – Četnosti respondentů podle vzdělání	46
Tabulka 4 – Četnosti respondentů podle rodinného stavu.....	47
Tabulka 5 – Četnosti respondentů podle doby trvání potíží	47
Tabulka 6 – Četnosti pohlaví ve věkových kategoriích.....	48
Tabulka 7 – Četnosti doby trvání potíží ve věkových kategoriích	48
Tabulka 8 – Celkový zdravotní stav podle pohlaví	49
Tabulka 9 – Vliv obtíží s močením podle pohlaví.....	50
Tabulka 10 – Omezení při provádění domácích prací	50
Tabulka 11 – Omezení činností mimo domov.....	51
Tabulka 12 – Vliv na každodenní činnosti podle pohlaví	52
Tabulka 13 – Omezení při fyzických aktivitách	52
Tabulka 14 – Omezení možnosti cestování dopravními prostředky.....	53
Tabulka 15 – Omezení ve společenském životě.....	53
Tabulka 16 – Omezení v možnosti navštěvovat se s přáteli	54
Tabulka 17 – Vliv na fyzickou činnost a sociální aktivity podle pohlaví.....	55
Tabulka 18 – Vliv problémů s močením na partnerský vztah	55
Tabulka 19 – Vliv problémů s močením na sexuální život	56
Tabulka 20 – Vliv problémů s močením na rodinný život	57
Tabulka 21 – Vliv na osobní vztahy podle pohlaví	57
Tabulka 22 – Pocity deprese a skleslosti	58
Tabulka 23 – Pocity obav nebo nervozity	58
Tabulka 24 – Pocity nespokojenosti se sebou sama	59
Tabulka 25 – Vliv na emoce podle pohlaví	59
Tabulka 26 – Vliv potíží na spánek	60
Tabulka 27 – Vliv potíží na pocit vyčerpání nebo únavy	61
Tabulka 28 – Vliv na spánek a energii podle pohlaví.....	61
Tabulka 29 – Používání hygienických pomůcek	62
Tabulka 30 – Kontrola pitného režimu	62
Tabulka 31 – Potřeba výměny spodního prádla za suché.....	63
Tabulka 32 – Obavy z nepříjemného zápachu.....	63

Tabulka 33 – Trapný pocit z důvodu problémů s močovým měchýřem	64
Tabulka 34 – Ostatní činnosti a situace podle pohlaví	64
Tabulka 35 – Celkové hodnocení KHQ podle pohlaví.....	65
Tabulka 36 – Výsledky testování hypotézy prvního dílčího cíle.....	66
Tabulka 37 – Úroveň příznaků úzkosti podle SAS.....	67
Tabulka 38 – Úroveň příznaků deprese podle SDS	68
Tabulka 39 – Vliv délky trvání potíží na vnímání kvality života	69
Tabulka 40 – Vliv délky trvání potíží na vznik úzkosti.....	70
Tabulka 41 – Vliv délky trvání potíží na vznik deprese	71

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AUS	Arteficiální umělý svěrač
BAI	Beck Anxiety Inventory
BFLUTS	Bristol Femle Lower Urinary Tract Symptoms
BHP	Benigní hyperplazie prostaty
BMI	Body Mass Index
CMG	Cystometrogram
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
CRP	C-reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie
DAN-PSS	Danish Prostatic Symptom Score
DM	Diabetes mellitus
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
EMG	Elektromyografie
FVC	Frequency – Volume Charts
GAD	Generalizovaná úzkostná porucha
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety
HAMD	Hamilton Anxiety Rating Scale
HARS	Hamilton Anxiety Rating Scale
HRQoL	Health-Related Quality of Life
ICS	International Continence Society
I-QOL	Incontinence – Quality of Life Questionnaire
KHQ	King's Health Questionnaire
LUTD	Lower Urinary Tract Dysfunction
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms
MM	Močový měchýř
MR	Magnetická rezonance
OAB	Overactive Bladder

OAB-q	Overactive Bladder Questionnaire
P	Puls
PD	Pánevní dno
PSA	Prostatický specifický antigen
PWT	Pad – Weight Test
QoL	Quality of Life
RAPE	Radikální prostatektomie
SAS	Self-rating Anxiety Scale
SDS	Self-rating Depression Scale
SII-SI	Symptom Impact Index for Stress Incontinence in Women
STAI	State Trait Anxiety Inventory
SUI	Stresová urinární inkontinence
TK	Tlak krevní
TOT	Transobturator Tape
TSH	Tyreotropin
TVT	Tension-free Vaginal Tape
UDI	Urogenital Distress Inventory
UIHI	Urinary Incontinence Handicap Inventory
U-IIQ	Urge-Incontinence Impact Questionnaire
URIS	Urge Impact Scale
UUI	Urgentní urinární inkontinence
UZV	Ultrazvukové vyšetření
VCU	Videocystoureografie
VVV	Vrozené vývojové vady
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization

ÚVOD

„Inkontinence nezabíjí člověka, ale zabíjí jeho život.“

Helmut Madersbacher

Nemoc vždy ovlivňuje psychiku člověka, ať už jde o akutní či chronickou formu. Inkontinence moči sama o sobě nemocí není, jedná se o symptom. Problematiku inkontinence moči nelze bagatelizovat. Představuje častý a závažný nejen medicínský problém, ale i hygienický, ekonomický, sociální a hlavně psychologický. Vyskytuje se u žen, mužů i dětí, dospělých i seniorů po celém světě. (Kratochvíl, 2012, str. 88) Močovou inkontinenci lze považovat za celosvětově rozsáhlý problém. Incidence v populaci převyšuje i výskyt alergií či Alzheimerovy choroby. (Trněná, Horčíčka, 2011, str. 32) Potížemi s udržení moči trpí na celém světě až 260 miliónů lidí, přičemž trend zvyšujícího se počtu má mnoho příčin. Na prevalenci se podílí mimo jiné i prodlužování průměrného lidského věku, i když u starší populace není výše věku jediným faktorem. Česká republika je v otázce močové inkontinence srovnatelná s vyspělými zeměmi světa. (Vyhnánková, 2020)

V ČR je inkontinencí moči dle odhadů postiženo asi 1,2 milionu osob, část z nich cca 250 tis. tvoří senioři. Občasný únik moči udává 30–50 % žen. Výskyt se zvyšuje se stoupajícím věkem, 40 % žen nad 60 let trpí inkontinencí moči. (Horčíčka et al., 2017a, str. 16)

Přesné statistiky o výskytu močové inkontinence nejsou ale zcela objektivní. Mnozí lidé se o problému bojí hovořit, mají obavy, strach, stydí se, cítí se trapně. Většina z nich se nesvěří rodině ani praktickému či odbornému lékaři. Jedná se však o velice závažnou problematiku úzce související s otázkou kvality života a duševního zdraví člověka. Začnou-li obtíže spojené s únikem moči zasahovat do jeho běžných aktivit, každodenních činností, osobních vztahů, sociálních aktivit, zásadně ovlivňují kvalitu života jeho i života jeho rodiny. Následkem toho mohou vznikat úzkosti a deprese. (Tichá, 2018)

Z výzkumů zaměřených na kvalitu života lidí trpících močovou inkontinencí vyplývá, že se u nich častěji objevují příznaky úzkosti a deprese. Cíl této diplomové práce je proto zaměřen především na tyto dvě oblasti lidské psychiky, rešeršní část zahrnuje vysvětlení pojmů spojených s problematikou diagnostiky a léčby močové inkontinence, dále pak kvality života, úzkosti a deprese. Výzkumná část mapuje možnost vzniku úzkosti a deprese v souvislosti s inkontinencí moči.

1 INKONTINENCE MOČI

Podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) je inkontinence definována jako stav, při kterém dochází k jakémukoliv vůlí neovladatelnému úniku moči. Je symptomem, kterým se může projevovat mnoho nemocí. (Horčíčka et al., 2017a, str. 15) Termínem inkontinence moči se označuje příznak (symptom), projev (sign) a stav (condition). Příznak dolního močového traktu – LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) znamená, že člověk konstatuje mimovolnou ztrátu moči buď sám, nebo na dotaz lékaře. Takto ale nelze stanovit definitivní diagnózu. Projevy dysfunkce dolního močového traktu – LUTD (Lower Urinary Tract Dysfunction) jsou pozorovány lékařem využitím vyšetřovacích metod za účelem potvrzení úniku moči. Stav, podmínky jsou určeny urodynamickým pozorováním společně s charakteristickými příznaky, projevy či důkazy o závažných patologických procesech. (Martan et al., 2013, str. 23)

1.1 Základní terminologie

Uropoetický trakt je tvořen ledvinami, močovody, močovým měchýřem a močovou trubicí (viz příloha A). Dolní močové cesty jsou složeny z **močového měchýře** (vesica urinaria) dutého elastického orgánu, uloženého v pánvi za sponou stydkou. Hladká svalovina má tři vrstvy, střední vytváří vnitřní svěrač kolem odstupu močové trubice ze dna měchýře. Směrem dolů je umístěn zevní svěrač. Ten je tvořen příčně pruhovanou svalovinou pánevního dna. Močový měchýř má dvě funkce – shromažďovat a vyprazdňovat moč. (Merkunová, Orel, 2009, str. 172-173) Fyziologická kapacita močového měchýře čítá 250-300 ml. Při překročení objemu v něm stoupá tlak, dojde k prvním kontrakcím musculus detrusoru a následuje pocit nucení na močení. Nevyprázdní-li se měchýř, kontrakce se ve zkrácených intervalech opakují. Dojde-li ke kritickému intravezikálnímu tlaku, vzniká pocit imperativního nucení, které nelze vůlí potlačit. (Kittnar a kol., 2011, str. 442-443) **Močová trubice** (uretra) se u žen nachází za sponou stydkou, je dlouhá asi 4 cm. U mužů prochází prostatou, její délka je asi 20 cm a skládá se ze čtyř částí (spongiózní, membranózní, prostatické, intramurální). Řídí odvod moči z organismu tak, že je během plnicí fáze uzavřena kontrakcí příčně pruhovaných a hladkých vláken. Při mikci se uvolní, otevře a močový měchýř vyprázdní. (Špaček et al., 2018, str. 341) Schéma mikčního reflexu znázorňuje příloha B. **Pánevní dno** je složeno z urogenitálního diafragmatu a z pánevních svalů. Ty se rozdělují na m. pubococcygeus, m. levator ani a m. iliococcygeus. Perineální membrána se nachází mezi dolními rameny kosti stydké. Při sestupu pánevních orgánů dochází ke změně jejich fyziologického místa z důvodu poškození nebo

uvolnění kotevních struktur či rozšíření urogenitálního hiátu, což zapříčiní dysfunkci pánevního dna. Tento stav může vést k močové inkontinenci. (Horčíčka et al., 2017a, str. 20)

1.2 Klasifikace inkontinence

Klasifikace inkontinence moči se neustále mění, ani v současné době není zcela jednotná. Dle ICS (International Continence Society) se dělí na extrauretrální, při níž moč uniká jinou cestou uropoetického traktu, příčina může být vrozená (ektopie ureteru, extrofie) nebo získaná (píštěle-uretrální, vezikální a ureterální) a uretrální (Roztočil a Bartoš, 2011, str. 286; Ryšánková, 2018, str. 276):

- **Stresová inkontinence** („activity related“), která vzniká na podkladě insuficience uzávěrového mechanismu uretry. Projevuje se jako mimovolní únik moči při zvýšení nitrobřišního tlaku při fyzické aktivitě, kašli, kýchnutí apod.
- **Urgentní inkontinence**, hyperaktivní močový měchýř (OAB - Overactive Bladder), což je syndrom definovaný urgencí – neodkladného nucení na močení, který může být provázen únikem moči. Mezi další příznaky patří časté močení (polakisurie) a noční močení (nykturie). Jedná se o poruchu funkce močového měchýře. Objevuje se většinou u mužů.
- **Smíšená inkontinence** představující kombinaci urgentní a stresové inkontinence.
- **Neurogenní** (dříve reflexní) **inkontinence**, která je následkem hyperreflexie detruzoru u nemocných s patologickým neurologickým nálezem.
- **Posturální inkontinence** vznikající na podkladě změny polohy těla např. vstávání z lehu do sedu.
- **Trvalá inkontinence** značící neustálý únik moči.
- **Paradoxní ischurie** (inkontinenci z přetékání), jejíž příčinou bývá funkční nebo mechanická překážka v odtoku moči.
- **Postprostatektomická inkontinence** moči projevující se po radikální prostatektomii, může být buď časná (objevující se do dvanácti měsíců po operaci) nebo pozdní (objevující se po dvanácti měsících po operaci).
- **Noční enuréza**, což je pojem pro únik moči během spánku.
- **Bezpcitová inkontinence**, kdy si člověk není vědom, jak k úniku moči došlo.
- **Postkoitální inkontinence** představující únik moči při sexuální aktivitě, nejčastěji při orgasmu.

Jednotlivé druhy inkontinence jsou v populaci v závislosti na pohlaví zastoupeny různě (viz příloha C)

1.3 Příčiny a rizikové faktory inkontinence

Příčiny a rizikové faktory vedoucí k inkontinenci moči mají multifaktoriální charakter. Mezi morfologické příčiny patří epispadie uretry, cystitida, cystolitiáza, subvezikální obstrukce např. karcinomem uretry či strikturou uretry, tumor močového měchýře, descensus dna pánevního. Funkční příčiny způsobuje trauma CNS, míšní trauma, infekce a nádory CNS, Parkinsonova choroba či z endokrinopatie tyreopatie a DM. Jiné příčiny (většinou přechodné) jsou komatózní stavy, CMP, obstipace, vliv léků (diuretika, spazmolytika, anticholinergika, hypnotika, aj.), imobilizace pacienta a prostředí. (Zámečnick, 2011, str. 66) Rizikovými faktory jsou genetické sklony, věk a s ním související atrofie tkání, pohlaví, kdy se častěji vyskytuje u žen v souvislosti s estrogenním deficitem a počty porodů, operace v malé pánvi, ozáření v oblasti malé pánve, psychika a s ní související výskyt demence, životní styl, obezita, kouření. (Hanáková, 2012, str. 12) Dalším rizikovým faktorem je nadměrná fyzická aktivita nebo naopak nedostatek pohybu či jednostranné přetížení a zejména práce vsedě. (Slezáková et al., 2017, str. 87)

1.4 Diagnostika močové inkontinence

Pro stanovení správného léčebného postupu je nutné zjistit typ a příčinu inkontinence. Mezi vyšetřovací metody řadíme odebrání anamnézy, fyzikální vyšetření, klinické testy, laboratorní vyšetření, urodynamické vyšetření a zobrazovací metody.

1.4.1 Anamnéza

Často i samotná anamnéza nám může pomoci ve stanovení druhu inkontinence. Při získávání klinické anamnézy lékař pokládá cílené dotazy zaměřené na oblast sociální a psychosociální (náročnost zaměstnání ve smyslu zvedání těžkých břemen, stresující faktory, fyzická a psychická zátěž doma i v zaměstnání), odebírání anamnézu rodinnou (výskyt inkontinence moči u rodičů), všeobecnou (osobní) zaměřenou na úrazy CNS, metabolická onemocnění (DM), operace, psychiatrické potíže, užívání léků (diuretika), návykové látky. U žen odebírání gynekologicko-porodnickou (počet těhotenství a porodů zejména velkých plodů nad 4000 g, operace v oblasti malé pánve, menopauza). Důležitá je urologická anamnéza, při níž získává informace o infekcích močových cest, VVV, lithiáze, operacích uropoetického traktu. (Roztočil, 2011, str. 298) Cílené otázky jsou zaměřeny na charakter obtíží, mikce 8x/den a vyšší, nykturie, urgence, množství uniklé moči a při jakých činnostech, bolest, výskyt

hematurie a v neposlední řadě, do jaké míry ovlivňují tyto potíže život pacienta a jeho kvalitu. (Špaček et al., 2018, str. 345)

Ke zjištění frekvence močení můžeme využít mikční kartu (FVC – Frequency-Volume Charts), do níž klient zaznamenává (2-3 dny) vymočený objem a čas každé mikce. Ze získaných údajů lze zjistit denní frekvenci močení, 24 h frekvenci a produkci moči, polyurii, nykturii. Do mikčního deníku klient zaznamenává čas, příjem tekutin, epizody a stupeň inkontinence, epizody urgencye v průběhu různých činností a výměnu vložek. (Čepický, 2018, str. 30-31)

Existuje řada dotazníků, které zlepšují objektivitu obtíží. Výběr správného dotazníku závisí na délce sledovaných potíží, cílové populaci, typu inkontinence a vlivu obtíží na určitou činnost. Účelem používání dotazníků je kvantitativní a kvalitativní hodnocení inkontinence v klinické praxi. Kvantitativní znamená, v jakém stupni a míře se vyskytuje, kvalitativní, zda jsou tyto parametry přítomny. (Horčíčka et al., 2017a, str. 32)

1.4.2 Vyšetření při močové inkontinenci

Cílem vyšetřovacích metod je potvrdit inkontinenci moči, určit, není-li únik pouze přechodný, zapříčiněný medikací nebo cystitidou. Vážnou příčinou úniku může být neurologické onemocnění, tumor, či operace v malé pánvi. (Martan, 2013, str. 38)

Fyzikální vyšetření

Algoritmus je stejný jako u vyšetření pro jiné potíže nebo u jiných onemocnění. Měří se TK, P, váha, výška, BMI, zaměřeno je na celkový stav, pohyblivost, orientačně kognitivní funkce a paměť. Dále se jedná o vyšetření břišní stěny, rekta, vaginy, zevního genitálu (poruchy pojiva, jizvy po operacích, prolaps dělohy, atonie svěrače apod.) Aspekci lze mimo jiné zjistit přítomnost kožních komplikací (dekubitů, dermatitid). Provádí se orientační neurologické vyšetření. Objevit se může i nespavost, úzkost a sociální izolace. (Horčíčka et al., 2017b, str. 5)

Laboratorní vyšetření

Součástí laboratorního vyšetření je kultivace moči a moč + sediment, základní biochemické vyšetření krve, vyšetření PSA u mužů. Pokud jsou přítomny polydipsie a polyurie, pak vyšetření na DM. Provádí se v rámci předoperačního vyšetření, slouží k odhalení infekce močových cest či nádorového onemocnění. (Pilka, 2017, str. 287)

Klinické testy

V praxi lze využít testy objektivizující únik moči. **Pad-Weight Test (PWT)**, neboli test vážení vložek, poměrně přesně objektivizuje únik moči nárůstem hmotnosti vložky zvážené před testem, po vypití 500 ml tekutiny během 15 minut a po standardizovaných aktivitách (chůze 30 minut, 15 minut chůze po schodech, 10x ze sedu stoj, 10x kašel, běh na místě 1 minutu, 5x zvednout míček ze země, mýt si ruce v tekoucí vodě po dobu 1 minuty). Při ztrátě moči větší než 2 g je test pozitivní. (Horčíčka et al., 2017b, str. 5) **Stress test** se provádí tak, že s plným močovým měchýřem nemocný provede stresový manévr, např. zakašle. Při pozitivitě testu se únik moči objeví. Cílem **Marshall-Bonney testu** je předpovědět úspěšnost plánovaných operací. U žen se stresovou inkontinencí se testuje v gynekologické poloze při naplněném moč. měchýři, kdy pacientka provede stresový manévr (zakašle) a lékař vizuálně sleduje únik moči. Poté se vyšetřující lékař snaží prsty fixovat pochvu, pacientka opět zakašle a lékař sleduje pozitivitu testu v podobě úniku moči. (Špaček et al., 2018, str. 346) Provedení **Froewisova testu** spočívá v tom, že pacientka stojí s mírně rozkročenými a pokrčenými dolními končetinami a při naplněném moč. měchýři provede stres. manévr. Lékař vizuálně sleduje únik moči. (Horčíčka et al., 2017a, str. 31)

Zobrazovací metody

V dnešní době je již standardem využívání moderních zobrazovacích metod. Pro svoji bezpečnost, jednoduchost a neinvazivnost je hlavní metodou **ultrazvukové vyšetření**. Pomocí této metody lze vyšetřit močový měchýř, uretru, pochvu, rektum, dělohu apod. Dle přístupu rozdělujeme UZV vyšetření na zevní a intrakavitální. Mezi zevní řadíme transabdominální vyšetření (ledvin, močovodů, močového měchýře a postmikčního rezidua). Může odhalit morfologické změny, dilataci horních cest močových, zvětšenou prostatu, aj. Transperineální vyšetření (močové trubice, spony stydké, análního kanálu a levátorů). Provádí se při poruchách pánevního dna. Intrakavitální zahrnuje vaginální vyšetření (uretry, uretrovezikálního spojení a dolní části spony stydké). Indikuje se při poruchách pánevního dna. Rektální vyšetření se provádí při poruchách análního svěrače. (Špaček et al., 2018, str. 349)

Mezi zobrazovací metody dále patří **radiologické vyšetření** videocystoureografie (VCU) spočívající ve vyšetření moč. měchýře, kdy se současně měří abdominální a intravezikální tlak při plnění a mikční cystometrii. Je indikována u složitých případů. **Magnetická rezonance (MR)** umožňuje vyšetření struktur měkkých tkání pánevního dna. Jedná se o neinvazivní metodu používanou již od 70. let. (Čepický, 2018, str. 36) **Výpočetní tomografie**

(CT) neinvazivně zobrazuje tkáně a vnitřní orgány ve 3D projekci, nativně (bez podání kontrastní látky) se využívá při ureterolitiáze, s kontrastem při diagnostice malignit či jiných anomáliích. (Ryšánková, 2018, str. 277)

Endoskopická vyšetření

Endoskopická vyšetření dolních cest močových zahrnují **kalibraci uretry**, kdy se měří průměr močové trubice. Metoda slouží k vyloučení subvezikální obstrukce. Dále zahrnuje **uretroskopii** zobrazující uretru pomocí přístroje s přímou optikou. Touto metodou lze vyloučit či zachytit patologický nález. **Cystoskopii** se vyšetřuje močový měchýř přístrojem se šikmou optikou. Vizualizuje stav sliznice, svaloviny detruzoru, kapacitu močového měchýře, aj. Provádí se za účelem vyloučení patologie, např. nádoru, cystitidy, urolithiázy apod. (Horčíčka et al., 2017a, str. 39-40)

Urodynamická vyšetření

Jedná se o metody popisující transport moči. Dle symptomatologie určíme vhodnou metodu. K vyšetřením jsou používány přístroje, jež zpracovávají výsledky a prezentují je pomocí grafů a matematických hodnot. (Horčíčka et al., 2017a, str. 40) Indikací k urodynamickému vyšetření jsou smíšené inkontinenční symptomy, nedostatečná anamnéza, defekty dna pánevního, mikční problémy, neurogení mikční postižení, selhání konzervativní terapie nebo před operační léčbou. (Zámečník, 2011, 67) Nejčastěji se provádí **uroflowmetrie** měřící sílu proudu moči při mikci kvantitativně (střední a maximální hodnota rychlosti proudu moči, mikční objem a doba mikce) a kvalitativně (hodnocení tvaru křivky-přerušovaná, plynulá). Na závěr se změří postmikční reziduum. Interpretace měření se zaznamenává graficky nomogramem. Může odhalit sníženou kontraktilitu detruzoru např. při obstrukci dolních močových cest, aj. (Špaček et al., 2018, str. 347) **Cystometrie** měří vztah mezi objemem a intravezikálním tlakem MM během jeho plnění nebo tlakem během mikce. Graficky se znázorňuje cystometrogramem (CMG). Výsledky odhalí poruchy kontraktility detruzoru a přítomnost obstrukce dolních cest močových. (Čepický, 2018, str. 32) **Profilometrie** je měření intrauretrálního tlaku v průběhu délky uretry, za současného měření tlaku v měchýři. Používá se při vyšetření stresové inkontinence. (Horčíčka et al., 2017a, str. 45)

Elektromyografie

EMG je metoda sloužící k měření elektrických potenciálů svěrače uretry a pánevního dna. Zaznamenávají se změny bioelektrických potenciálů svalových vláken. Používá se při podezření na neurogení poruchu dolních cest močových. (Špaček et al., 2018, str. 349)

1.5 Léčba inkontinence moči

Aby léčba byla úspěšná, je důležitá správná klasifikace inkontinence moči před zahájením léčby. Po stanovení diagnózy by měl následovat pohovor s pacientem pro vysvětlení potíží, terapeutických možností, získání spolupráce a motivace k terapeutickému postupu. Volba léčebné metody by měla začínat od méně invazivní, ale takové, jež má v dané situaci šanci na odstranění potíží. (Genadry et al., 2013, str. 83) Rozhodování je individuální, záleží na cílech klienta, a co od vyléčení čeká. Ideálně pravděpodobně návrat k původnímu stavu s dokonalým ovládním močového měchýře. (Genadry et al., 2013, str. 121) Hlavním klinickým problémem v urogynekologii zůstávají především dva typy inkontinence, stresová a urgentní (OAB). (Hiblbauer, 2011, str. 19)

1.5.1 Léčba stresové inkontinence

Stresovou inkontinenci diagnostikujeme většinou u žen, u mužů se s ní setkáváme spíše v návaznosti na provedenou radikální prostatektomii. (Horčíčka et al., 2017a, str. 83)

Klasifikace stresové inkontinence moči podle Ingelmann-Sundberga:

I. stupeň – únik moči po kapkách při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku (při kýchnutí, kašlání, zvedání těžkých břemen apod.)

II. stupeň – únik moči při podstatně mírnějším vzestupu intraabdominálního tlaku (při chůzi, běhu, lehčí fyzické námaze apod.)

III. stupeň – únik moči při minimálním vzestupu intraabdominálního tlaku (při pomalé chůzi, hlubším dýchání apod., moč může odtékat permanentně)

(Zámečník, 2011, str. 67)

Konzervativní léčba

Konzervativně lze upravit až 70 % případů stresové inkontinence. (Trněná, 2011, str. 30) Nedílnou součástí konzervativní léčby je behaviorální terapie. Jde o psychoterapeutický směr, který se zabývá studiem procesů učení a jeho využití při léčbě. Snaží se pacienta edukovat, motivovat a získat pro spolupráci. (Horčíčka et al., 2017a, str. 78)

Změna životního stylu

Pojem životní styl má řady asociací, představ a souvislostí, které se váží na zdraví, pohyb, módu, bydlení, odlišnosti minority od majority apod. Můžeme ho označit jako multidisciplinární případně interdisciplinární. (Duffková et al., 2008, str. 12)

V urogynekologii spočívá změna životního stylu v redukci tělesné hmotnosti, úpravě pitného režimu, úprava stravy (prevence obstipace), dietní opatření, omezení pití kávy, kouření, úprava pohybových aktivit, úprava pracovního režimu apod. (Horčíčka et al., 2017b, str. 6)

Psychoterapie

Součástí komplexního terapeutického přístupu by měla být i psychoterapie. Inkontinentní pacienti mívají sexuální dysfunkce, bývají více úzkostliví až depresivní. Zde je možno uplatnit multioborový přístup a zařadit spolupráci se sexuologem, psychologem či psychiatrem. (Roztočil, Bartoš, 2011, str. 311)

Rehabilitace

Cílem rehabilitace je znovuobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností člověka, které byly omezeny následkem onemocnění či úrazu. Plně aktivovat svalstvo pánevního dna, aniž by byly patrné poruchy inervace či atrofie svalstva, nedokáže přibližně 30-40 % pacientek. Pomocí metod jako je cvičení, biofeedback a elektrostimulace, provádíme nácvik kontrakcí svalů pánevního dna za účelem mimovolní aktivace pánevního dna. (Kolář et al., 2009, str. 634) Počátky využití fyzioterapie v léčbě inkontinence moči sahají do roku 1948 v souvislosti s americkým gynekologem A. H. Kegelem. Cvičení svalů pánevního dna spočívá v opakované kontrakci a relaxaci jeho svalstva. Důležité je rovněž zaměření tréninku na zvýšení celkové síly a vytrvalosti svalů pánevního dna. Svaly dna pánevního zahrnují souhru celého osového orgánu s dýchacími pohyby. Spojení těchto součástí je dáno mechanickým tlakem, který vyvíjí bránice na PD. (Véle, 2012, str. 121) Základní posilování svalů PD by mělo být komplexně vedeno odborníkem. (Čepický, 2018, str. 43) WHO doporučuje fyzioterapii jako první volbu v léčbě mírného a středního stupně inkontinence. (Holaňová et al., 2015, str. 22) Gymnastika svalů pánevního dna, viz příloha D.

Biofeedback

Biofeedback (zpětná vazba) je metoda spočívající v získávání povědomí o činnosti svalových skupin nácvikem kontrakce a relaxace svalů pánevního dna za pomoci EMG. Používá se vaginální sonda měřící změnu tlaků při kontrakci musculus levator ani. Sílu kontrakce signalizuje audiovizuální nebo taktilní signál. (Pilka, 2017, str. 293)

Elektrostimulace

Pomocí vaginálních sond se aplikují elektrické impulzy, tím se stimulují svaly pánevního dna. Používá se frekvence 50 Hz. Metodu lze kombinovat s farmakoterapií, chirurgickou léčbou, je

zde možnost i terapii opakovat. Má minimum nežádoucích účinků, je neinvazivní. (Horčíčka et al., 2017a, str. 66)

Vaginální kónusy

Jedná se o závaží o hmotnosti od 5 g do 75 g. Princip této metody spočívá v tom, že si žena zavede do pochvy závaží na 30 minut, pohybuje se s ním, ono má tendenci vyklouznout, žena tomu musí zabránit stahem svalů pánevního dna a tím je posiluje. Postupně závaží mění za těžší. Takto činí 2x denně. (Horčíčka et al., 2017b, str. 8)

Pesaroterapie

Využívá se většinou k přechodnému řešení před plánovanou operací nebo k alternativnímu řešení u inoperabilních nemocných. Pesary jsou různých tvarů a velikostí, nejčastěji silikonové. Pesar se vkládá do pochvy, je-li správně použit, žena ho necítí. Změnou anatomických poměrů mohou redukovat či odstranit stresovou inkontinenci. (Roztočil, Bartoš, 2011, str. 310)

Farmakologická léčba

Indikuje se, když problémy s inkontinencí moči přetrvávají po konzervativní léčbě nebo když je léčba nedostatečná a zasahuje do kvality života člověka. Cílem farmakologie je podpora zvýšení uretrální uzavírací síly. Mezi nejčastěji předepisované preparáty se řadí:

Alfasympatomimetika

Stimulují se jimi alfaadrenergní receptory v hrdle močového měchýře a uretry, kde dochází ke stahům hladkého svalstva a zvýší se uzavírací tlak uretry. Zástupcem této skupiny je midodrin hydrochlorid, přípravek Gutron v dávkování 2,5 - 5mg/den. Mezi nežádoucí účinky patří bolesti hlavy, hypertenze, třes, palpitace, srdeční arytmie). (Adamík, 2012, str. 476)

Tricyklická antidepresiva

Snižují kontraktilitu močového měchýře, adrenergně stimulují hladké svalstvo uretry a to vede ke zvýšení uzavíracího tlaku. Zástupcem této skupiny je imipramin (Melipramin) 25mg 2x 1 tbl. Mezi nežádoucí účinky patří zvýšení tělesné hmotnosti, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie. Dalším zástupcem je dosulepin (Prothiaden) 25mg 1 tbl. na noc. (Horčíčka et al., 2017b, str. 8)

Estrogeny

Hormonální substituční léčbou se zlepšuje prokrvení uretry a pojiva, následkem toho se zvyšuje intrauretrální tlak. Zástupcem této skupiny je Ovestin, vaginální globule v dávkování

0,5 mg/den po dobu několika měsíců. Estrogeny lze aplikovat i ve formě mastí 2x týdně. (Špaček et al., 2018, str. 354)

Další možnosti v medikamentózní léčbě SUI: Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu vedou ke zvýšení trvalého tonu svěrače i k jeho silnějším kontrakcím při zadržování moči. Zástupcem je Duloxetin v dávkování 40mg 2x denně. Noradrenergní neurotransmitery se užívají dlouhodobě u mužů s benigní hyperplazií prostaty ke zmenšení obstrukce uretry. (Martan et al., 2013, str. 174)

Chirurgická léčba

Indikuje se až po vyčerpání všech možností konzervativní léčby. Výběr operačního postupu záleží na cíli operace. Je-li příčinou stresové inkontinence větší pohyblivost uretry, cílem je ji stabilizovat. Při posunu uretry proximálně je cílem ji relokovat zpět. Mezi hlavní cíle patří vymizení symptomů, repozice pánevních struktur, zlepšení funkce močových cest, preference miniinvazivního přístupu a dosažení trvalého výsledku. (Zámečník, 2011, str. 68)

Typy operačních výkonů:

- **Závěsné suprapubické operace** – nejrozšířenější je kolpopexie dle Burcha. Indikuje se u pacientek s hypermobilní uretrou a malým descensem. Princip spočívá v zachycení přední poševní stěny pomocí stehů laterálně od vezikouretrální junkce. Výskyt komplikací je nižší a úspěšnost se pohybuje okolo 80 %. (Špaček et al., 2018, str. 357) Retropubická vezikopexie dle Marshall-Marchetti-Krantze úspěšnost byla cca 96 %, nicméně se od ní ustupuje pro obtížnost operačního výkonu a vyššího procenta reoperací. (Martan et al., 2013, str. 59)
- **Vaginální operace** – do této oblasti spadají kolpoplastiky, jejichž principem je elevace hrdla močového měchýře, zřasení parauretrálního vaziva a pubovezikální fascie. Indikovány jsou u závažných typů sestupu rodidel. Aplikují se různé druhy síťových implantátů. (Belkov, 2015, str. 31) Dále se jedná o jehlové vaginální závěsné operace, kdy se jehlami fixuje přední stěna poševní do tkáně přední břišní stěny. Úspěšnost této operace pouze cca 60 %, což je důvod pro ustoupení od těchto operací. (Špaček et al., 2018, str. 358)
- **Smyčkové („sling“) operace** – podstatou těchto operací je zavěšení uretrovezikální junkce a proximální uretry na smyčku. Indikuje se u pacientek s hypermobilní uretrou

nebo s insuficiencí vnitřního svěrače. Páska může být buď z dura mater, břišních svalů nebo ze syntetických materiálů. (Martan et al., 2013, str. 61) V roce 2001 započala operativa typem TOT (*Transobturator Tape, transobturatorní páska*), při níž je páska vedena kolem dolního ramene stydké kosti a prochází obturátorovým otvorem. Úspěšnost je cca 80-94 %. (Martan, 2012, str. 7) TVT (*Tension-Free Vaginal Tape, tahuprostá vaginální páska*) se zavádí pod střední uretru retropubicky. Indikace je stejná jako u TOT. Léčebný efekt této operace je dle časového odstupu 80-90 %. (Martan et al., 2013, str. 62) Smyčkové operace představují miniinvazivní operační techniky a zejména TVT a její transobturatorová modifikace je vhodná i pro obézní ženy. Obezitu je třeba při léčbě inkontinence zohlednit. (Krčmář, 2013, str. 32) Pro vysokou úspěšnost páskových operací v léčbě stresové inkontinence u žen se z nich stal léčebný standard. (Piškytlová, 2017, str. 244)

- **Injekční aplikace transuretrálních implantátů**, tzv. bulking agents, se indikuje při hypoaktivitě uretry a princip spočívá v aplikaci látek pod sliznici uretry. Používá se polyakrylamid hydrogel, kopolymer kyseliny hyaluronové a dextranu nebo glutaraldehyd kolagen. Úspěšnost tohoto operačního postupu klesá s časem od operace, proto je vhodné informovat pacienta o tom, že může nastat nutnost opakování výkonu. (Čepický, 2018, str. 43)
- **Umělý svěrač uretry** je indikován při kongenitálních anomáliích či traumatických lézích svěrače např. po prostatektomii. Operace se provádějí na vysoce specializovaných pracovištích. (Belkov, 2015, str. 31)

Zvláštní kapitolu tvoří chirurgická léčba stresové inkontinence u mužů. Prevalence stoupá s množstvím radikálních prostatektomií (RAPE) pro malignity, kdy dochází ke ztrátě fixace uretry k pánevnímu dnu. Mezi operační postupy se řadí slingy, periuretrální injekce nebo implantace umělého svěrače. (Vilhelmová, 2011, str. 99) Aplikace AUS – arteficiálního umělého svěrače je sice velmi efektivní, ale také nákladná. Ročně proplácí VZP operaci cca 10 mužům. (Staněk, 2012, str. 352)

1.5.2 Léčba urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence a hyperaktivní močový měchýř, jsou druhým nejčastějším typem inkontinence. Setkáváme se s ní převážně u mužů. Aby léčba byla úspěšná, musíme určit příčinu potíží. Patří mezi ně zánětlivá onemocnění dolních močových cest, konkrementy, benigní hyperplazie prostaty (BHP), nádorová onemocnění, aj. (Horčíčka et al., 2017a, str. 49)

Konzervativní léčba

Cílem léčby je odstranění příčiny nebo potlačení příznaků. Podle mezinárodních doporučení je na prvním místě behaviorální terapie a rehabilitace svalů pánevního dna. (Zámečník, 2011, str. 69)

Behaviorální terapie

Výchova ke změně životního stylu a návyků vyžaduje intenzivní spolupráci nemocného. Důležitá je redukce nadváhy, prevence obstipace a s ní související dostatečný přísun ovoce a zeleniny, přiměřená sportovní aktivita, správné pohybové stereotypy, dostatečný pitný režim a vedení mikčního deníku. (Kolář, 2020, str. 633) Do něho pacient zaznamenává frekvenci, pravidelné mikce v časovém intervalu, v rámci reedukace (tréninku) močového měchýře (bladder retraining drill) spočívající v obnovení volní kontroly CNS nad aktivitou detruzoru močového měchýře. Součástí behaviorální terapie je i prevence zánětů močových cest (hygiena intimních partií – volba vhodného kosmetického přípravku i spodního prádla, neprochladnutí apod.). (Horčíčka et al., 2017b, str. 6) Psychogenní faktory se spolupodílejí na vzniku urgentní inkontinence a působí i v opačném případě, kdy inkontinentní pacienti bývají více úzkostliví až depresivní. Někteří autoři udávají výrazný efekt psychoterapie při léčbě UI. (Martan et al., 2013, str. 179) Své opodstatnění má cvičení se zaměřením na posílení svalů pánevního dna viz příloha D. V rámci fyzioterapie se používá ještě elektrostimulace o frekvenci 10-20 Hz způsobující kontrakci příčně pruhovaných svalů PD a biologická zpětná vazba (biofeedback). Rehabilitace nabízí řešení mnoha problémů souvisejících s močovou inkontinencí, proto by měla být součástí léčby pod vedením kvalifikovaného terapeuta. (Kolář, 2020, str. 635)

Farmakologická léčba

Farmakoterapie je nejrozšířenější léčbou syndromu OAB. Efekt se pohybuje okolo 60-80 %. Cílem je ovlivnit inhibici kontraktility svalových buněk detruzoru močového měchýře. (Martan et al., 2013, str. 181) Mezi nejčastěji předepisované preparáty se řadí:

Anticholinergika

Mají účinky parasymptolytické a částečně blokující vliv na N-receptory ve vegetativních gangliích. Tím se zvyšuje spazmolytický účinek močového měchýře. Zástupcem této skupiny je trospium, přípravek Spasmed tbl. v dávkování 15 mg / 1-3x denně. Darifenacin je selektivním inhibítozem M3 receptoru působící výrazně na močový měchýř, dávkování 7,5-15 mg/den. Mezi nežádoucí účinky patří obstipace a sucho v ústech. Tolterodin se používá

k léčbě hyperaktivity detruzoru, přípravek Detrusitol tbl. v dávkování 2 mg/1x denně. Je dobře tolerován. Solifenacin se užívá k léčbě OAB, přípravek Vesicare tbl. v dávkování 5-10 mg/den. (Belkov, 2015, str. 31)

Léky s parasymptolytickým a spazmolytickým účinkem

Oxybutin, přípravek Ditropan tbl., Uroxal tbl. v dávkování 5 mg 1 tbl. / 2-3x denně. Mezi nežádoucí účinky patří obstipace, sucho v ústech, únava a poruchy vidění. Propiverin, přípravek Mictonorm drg., Mictonetten drg. v dávkování 15 mg / 2x denně. Nežádoucím účinkem je sucho v ústech. (Martan et al., 2013, str. 185)

β_3 - Sympatomimetika

Nová třída léčiv pro OAB. Mirabegron přípravek Betmiga v dávkování 50 mg / 1x denně. Nežádoucím účinkem je bolest hlavy, nauzea, palpitace a tachykardie. (Špaček et al., 2018, str. 356)

Tricyklická antidepresiva

Snižují kontraktilitu močového měchýře, adrenergně stimulují hladké svalstvo uretry a to vede ke zvýšení uzavíracího tlaku. Zástupcem této skupiny je imipramin (Melipramin) 25mg 2x 1 tbl. Mezi nežádoucí účinky patří zvýšení tělesné hmotnosti, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie. Dalším zástupcem je dosulepin (Prothiaden) 25mg 1 tbl. na noc. Používají se hlavně při léčbě smíšené inkontinence. (Horčíčka et al., 2017b, str. 8)

Antidiuretika

Desmopresin je nazální preparát používán i k léčbě močové inkontinence. Neovlivňuje krevní tlak a má silný diuretický účinek. U starších pacientů může vzniknout riziko hyponatremie. (Martan et al., 2013, str. 187)

Estrogeny

Jsou podávány lokálně, cílem je ústup příznaků urgencye, frekvence, nykturie a urgentní inkontinence. Přípravek Vagifen vag. tbl. 1x týdně, v délce trvání 6 až 8 týdnů. (Belkov, 2015, str. 31)

Aplikace botulotoxinu A

Po neúspěšné medikamentózní léčbě je další možností injekční aplikace botulotoxinu do stěny MM za pomoci cystoskopu. Výkon se provádí v celkové anestezii tak, že se do detruzoru aplikuje cca 10 vpichů v celkové dávce 100-200 IU botulotoxinu. Cílem je snížení frekvence mikce, urgencí, inkontinence, zvýšení kapacity močového měchýře, snížení detruzorového

tlaku během jímací fáze a snížení tonu hladkého svalstva močového měchýře. Komplikací může být retence. V ČR se provádí pouze na několika pracovištích. Úspěšnost je 88 %. (Špaček et al., 2018, str. 356)

Chirurgická léčba

K operační léčbě UUI se přistupuje v případě, že nelze zmírnit obtíže medikamentózně nebo pro malou kapacitu močového měchýře. Cílem je snížení detruzorového tlaku, zvětšení kapacity MM a vyřešení inkontinence. Provádí se parciální myomektomie, což je snesení části m. detruzor a neporušená sliznice močového měchýře se ponechá, vznikne rezervoár moči. Další možností je augmentační cystoplastika, kdy se zvětší jeho kapacita pomocí střevní kličky z ilea. Jedná se o velký chirurgický výkon, rekonvalescence je zdlouhavá, pacient se učí mikci pomocí břišního lisu. (Hiblbauer, 2011, str. 23)

1.5.3 Absorpční pomůcky

V ČR je dostatečný sortiment inkontinenčních pomůcek. Výběr se řídí podle mobility a velikosti klienta a podle stupně inkontinence. Předepisovat je může praktický lékař, geriatr, neurolog, gynekolog nebo urolog a jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. (Hanáková, 2012, str. 14) Jelikož jsou důležitým prostředkem v péči o inkontinentní pacienty, měly by na ně být kladeny určité nároky. První z nich je snadná manipulace (pro ošetrovatelský personál, pacienta či pro pečující rodinu), pak také dobrá prodyšnost a minimální riziko kožní reakce a v neposlední řadě dobrá schopnost absorpce (minimalizace rizika infekce močových cest a pohlcení pachu). Pro lehký a střední únik moči se používají tenké a silnější vložky, plenkové kalhotky jsou vhodné pro náhlý a víceobjemný únik moči. Volbou správného výrobku se může jednak zabránit zdravotním problémům souvisejícím s močovou inkontinencí (infekce, opruzeniny, dekubity), ale hlavně zkvalitnit život pacienta. (Zámečník, 2011, str. 70)

1.5.4 Péče o klienta s inkontinencí moči

Ošetrovatelská péče je nedílnou součástí komplexní zdravotní péče. Důraz je kladen na holistický přístup a individualitu. Základem ošetrovatelské péče je plánování a poskytování ošetrovatelských činností. (Jarošová, 2012) Zásady pro ošetrování v domácím prostředí a při hospitalizaci či ústavní péči by neměly být až tak rozdílné. Sestra by si v rámci ošetrovatelské péče o klienta s močovou inkontinencí měla získat jeho důvěru. Měla by zjistit vylučovací návyky dotyčného, zajistit soukromí, poskytnout dostatečný čas na mikci, u imobilních klientů upravit polohu při močení, regulovat příjem tekutin před spaním, zajistit hygienu po vymočení, sledovat stav kůže a poskytnout psychickou oporu. (Trachtová a kol., 2013)

Důležitá je též podpora sebepečce, používání speciálních prostředků pro ochranu pokožky (vlhčené ubrousky, šetrné mycí prostředky, ochranné krémy), zajištění dostatečného vybavení pokojů a WC (madla, nástavce, protiskluzné povrchy atd.), umístění toaletních potřeb, ručníku na dosažitelné místo apod. Edukace nemocných a jejich rodin spočívá v nácviku a podpoře mikce, vyloučení nevhodných pokrmů, dostatečném pitném režimu, v prevenci zácpy konzumací zeleniny a ovoce, udržování přiměřené fyzické aktivity dle možností klienta, posilování svalů PD, ve výběru vhodné absorpční pomůcky, podpoře soběstačnosti při vyprazdňování apod. (Kott et al., 2017, str. 74) Jelikož inkontinence moči zasahuje do mnoha oblastí lidského života, ovlivňuje tím jeho kvalitu.

2 KVALITA ŽIVOTA

O pojmu kvalita života (Quality of Life – QoL) se hovoří v mnoha souvislostech a mnoha vědních oborech jako jsou například psychologie, sociologie, medicína, ošetrovatelství, ekologie apod. Na kvalitu života je v dnešní době zaměřena celá řada výzkumů. Jedná se o pojem multidimenzionální.

2.1 Pojem kvality života z hlediska historie

První zmínka o termínu kvalita života se objevuje již ve 20. letech minulého století, kdy ve světě probíhaly diskuse o vlivu ekonomiky na kvalitu života nižších společenských vrstev. V 60. letech 20. století prohlásil tehdejší prezident USA Johnson, že ukazatelem kvality života není jen kvantita spotřebovaného zboží, ale jak se v různých podmínkách lidem žije. V 70. letech 20. století se kvalitou života a jejím zlepšením pro obyvatele Německa zabýval politik W. Brandt. Nejprve byl tento termín využíván v sociologii pro odlišení podmínek života, jako je výše příjmů člověka, vybavení domácnosti, počet automobilů na jednu domácnost apod. Až později byl využíván k vědeckým účelům. (Payne et al., 2005, str. 205-206) Ve stejné době v USA proběhla studie kvality života lidí, jenž subjektivně hodnotili svůj život v určitých životních podmínkách. Výsledkem bylo, že subjektivní vnímání kvality života nemusí vždy přímo souviset socioekonomickým statutem. V dnešní době se studiem kvality života v různých odvětví zabývají výzkumné týmy identifikující faktory ke spokojenosti a štěstí občanů. (Gillernová, 2011, str. 21-24)

V 70. letech 20. století byl proveden první výzkum kvality péče i ve zdravotnickém systému. Podnět k němu dal farmakoeconomický faktor pro zhodnocení efektivity léčby a finanční nákladnosti. Dalším faktorem byl dopad léčby na zdravotní stav pacienta. Koncept kvality života související se zdravím (HRQoL) jako první použili Kaplan a Bush v 80. letech 20. století. (Gurková, 2011, str. 41)

Definice

V literatuře se setkáváme s mnoha výklady pojmu kvalita života. Jednoznačná definice ale stanovena není. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako to, jakým způsobem vnímá člověk svoji pozici v životě v souvislosti svého hodnotového systému a kultury, přihlíží k jeho očekáváním a cílům. (Slezáčková, 2012, str. 23) Relevantní definice pro zdravotnictví se opírá o pojetí zdraví, které je podle WHO definováno nejen jako absence nemoci, ale i jako stav úplné duševní, fyzické a sociální pohody. (Payne et al., 2005, str. 208)

Kombinaci aspektů hodnotících kvalitu života lze tedy přirovnat k hierarchii potřeb člověka. Přístup ke kvalitě života by měl být komplexní (holistický). Mezi tři hlavní životní domény patří *být* (being), jež zahrnuje fyzické bytí (pohyb, výživa, hygiena, zdraví, odívání, celkový vzhled), psychologické bytí (cítění, vnímání, psychologické zdraví, sebekontrola, sebeúcta) a spirituální bytí (víra, hodnoty, přesvědčení). Druhou doménou je *náležet* (belonging) zahrnující fyzickou náležitost (domov, pracoviště, škola), sociální náležitost (rodina, spolupracovníci, přátelé) a skupinová náležitost (vzdělávací možnosti, pracovní příležitosti, zdravotní a sociální služby, finanční příjmy, společenské aktivity). Poslední doménou je *realizovat se* (becoming), jež zahrnuje praktickou realizaci (péče o zdraví, sociální začleňování, domácí aktivity, školní aktivity, placenou práci), volnočasovou realizaci (prevenci stresu, relaxační aktivity) a růstovou realizaci (aktivity pro zachování znalostí a dovedností, pro jejich rozvoj, adaptace na změny). Pro posouzení kvality potřeb lze využít různých měřících škál. (Šamánková a kol., 2011, str. 31-32)

2.2 Domény kvality života

Podle modelu WHO je kvalita života rozdělena na šest domén a v nich jsou vymezené určité indikátory:

- Psychická kvalita života – indikátor sebehodnocení, prožívání pozitivních a negativních emocí, vztahu k vlastnímu tělu, schopnosti učit se, schopnosti koncentrace a spirituálního prožívání.
- Fyzická kvalita života – indikátor prožívání bolesti, schopnosti uvolnit se, subjektivního hodnocení vytrvalosti a energie, schopnosti uvolnit se.
- Nezávislost – indikátor omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na léky či pomůcky.
- Sociální vztahy – indikátor subjektivního hodnocení osobních vztahů, sociální opory a sexuálního života.
- Prostředí – indikátor sociálních aspektů bydlení, financí apod.
- Spiritualita, náboženství – indikátor názoru na svět a náboženského přesvědčení.

(Gurková, 2011, str. 71)

Domény kvality života vymezené v ošetrovatelských modelech kladou důraz na spirituální rozměr kvality života. (Gurková, 2011, str. 73) V literatuře věnující se ošetrovatelství (King et al., 2002) se kvalita života dělí do pěti domén. Jsou jimi: psychická pohoda, tělesná pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty, které souvisí s onemocněním i s léčbou, a spiritualita.

V medicíně tedy sledujeme, do jaké míry ovlivňuje nemoc a její léčba jednotlivé domény určující kvalitu života jako celku.

Kvalitu života můžeme rozdělit na dvě složky:

- Objektivní – zahrnuje životní podmínky člověka, jeho sociální zázemí, sociální postavení, zdravotní stav, materiální složku apod.
- Subjektivní – zahrnuje životní spokojenost člověka, to, jak jeho život probíhá, hodnotový systém, osobní pohodu apod.

Kvalitu života sledujeme i na úrovni několika rovin. Tzv. *makrorovina* se zaměřuje na kvalitu života velkých společenských celků – např. určité země. *Mezorovina* se zaměřuje na kvalitu života malých sociálních skupin – např. žáků ve škole a *mikrorovina* je zaměřena na kvalitu života člověka – např. jeho potřeby, přání, sebehodnocení, způsob myšlení a prožívání apod. (Slezáčková, 2012, str. 23)

2.3 Měření kvality života

Kvalitu života můžeme hodnotit pomocí dvou typů dotazníků. Jedním z nich jsou **generické**, určené k hodnocení kvality života jako takové, nezaměřují se na konkrétní onemocnění a druhým **specifické**, zaměřující se na daný symptom či onemocnění. (Rybářova, 2010, str. 38) Mapují a třídí informace o aspektech zdraví a kvality života z oblasti fyzické a psychické funkce, sociální oblasti, práce, spánku, bolesti a dále specifické otázky vztahující se ke zkoumanému symptomu. V urogynéologii lze využít dotazníky ke screeningu a monitorování psychosociálních problémů pacienta. Velký význam má toho měření v počátečním hodnocení inkontinence moči a následné zlepšení danou léčbou. (Horčíčka et al., 2017a, str. 32)

Dotazníky k měření kvality života v souvislosti s močovou inkontinencí můžeme rozdělit do dvou skupin:

- Dotazníky ke zjištění citlivosti pacienta na jednotlivé symptomy močové inkontinence.
- Dotazníky k vyšetření celkového dopadu močové inkontinence na pacienta.

Dotazníky ke zjištění citlivosti pacienta na jednotlivé symptomy močové inkontinence

Do této skupiny řadíme např.:

- BFLUTS (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms) – jedná se o dotazník zabývající se mírou zátěže inkontinence moči a dalších symptomů dolních cest močových. Vyhodnocuje počty nykturií. Je určený pro ženy. (Jackson et al.)
- DAN-PSS (Danish Prostatic Symptom Score) – byl vytvořen v Dánsku, určený je pro muže. Zakládá se na intenzitě dvanácti symptomů, vztahujících se k jímací a mikční fázi močového měchýře. Tři otázky se týkají sexuální stránky. Zahrnuje i hodnocení vlivu obtíží na denní činnosti. (Hald et al., 1991)
- UDI (Urogenital Distress Inventory) – vznikl v USA, hodnotí 19 symptomů dolních cest močových. (Lemack GE, 1999)

Dotazníky k vyšetření celkového dopadu močové inkontinence na pacienta

Přehled výběru dotazníků (Zachoval a kol., 2006, str. 286-295):

- CONTILIFE – jedná se o dotazník určený pro ženy se stresovou inkontinencí. Je složen z 28 otázek zaměřených na stav za poslední 4 týdny. Vyhodnocuje vliv na běžné denní aktivity, námahové aktivity, vliv na emoce, sexuální život, pocit spokojenosti včetně sebehodnocení. (Amarenco et al., 2003)
- SII-SI (Symptom Impact Index for Stress Incontinence in Women) – dotazník pro ženy se stresovou inkontinencí, hodnotící nutnost omezení běžných aktivit za poslední rok. Vykazuje dobrou validitu, musí korelovat s indexem tělesné hmotnosti a obsahuje 3 otázky. (Black et al., 1996)
- URIS (Urge Impact Scale) – dotazník je určený pro starší pacienty s urgentní inkontinencí. Hodnotí vliv inkontinence na kvalitu jejich života za poslední měsíc. Skládá se z 24 otázek hodnotících zvládnutí běžných situací, vliv na psychiku člověka a pocit sebejistoty. (DuBeau et al., 1999)
- U-IIQ (Urge-Incontinence Impact Questionnaire) – dotazník hodnotící kvalitu života při urgentní inkontinenci, nykturii a léčbu za poslední 4 týdny. Obsahuje 32 otázek. (Lubeck et al., 1999)
- OAB-q (Overactive Bladder Questionnaire) – tento dotazník je speciálně vytvořený pro kontinentní i inkontinentní pacienty s hyperaktivním močovým měchýřem. Je složen z 25 otázek zahrnujících 4 oblasti, které ovlivňují kvalitu života. (Coyne et al., 2002)
- KHQ (King's Health Questionnaire) – dotazník lze použít u obou pohlaví se stresovou i urgentní inkontinencí. Skládá se z 21 otázek hodnotících stav současných obtíží z oblasti fyzické aktivity, emocionálních problémů, sociální aktivity a mezilidských

vztahů, vliv na celkový zdravotní stav, únavu, spánek a v neposlední řadě hodnotí stupeň závažnosti vyvíjených opatření k vyrovnání se s obtížemi. Lze ho využít ke krátkodobému i dlouhodobému hodnocení kvality života. (Kelleher et al., 1997)

- I-QOL (Incontinence – Quality of Life Questionnaire) – dotazník je využíván především k hodnocení inkontinence žen, obsahuje 22 otázek týkajících se kvality života ve smyslu do jaké míry je nutné omezení v oblasti obvyklých činností a dopad psychosociální a sociální. (Wagner et al., 1996)
- UIHI (Urinary Incontinence Handicap Inventory) – dotazník určený pro starší ženy s urgentní inkontinencí. Je složen ze 17 otázek, hodnotí období posledních 4 týdnů a vliv obtíží na denní aktivity, emoce, fyzickou námahu a jejich sociální důsledky. (Rai et al., 1994)

Inkontinenci moči nemocní často vnímají jako ponižující stav, stydí se o problému hovořit, většinou žijí delší dobu s určitými omezeními v mnoha oblastech jejich života. Mezi tyto oblasti můžeme zařadit běžné domácí práce, nakupování, fyzické aktivity a sportování, oblast osobních vztahů, partnerský vztah, sexuální život, setkávání s přáteli, potíže se spánkem, emocionální oblast apod. Trpí tak pocity méněcennosti, obávají se zápachu, raději pijí méně tekutin, aby nepotřebovali močit, cítí se trapně. Následky vedou ke zhoršení psychosociálního fungování jedince.

3 PSYCHIKA A MOČOVÁ INKONTINENCE

Nemoc vždy ovlivňuje psychiku člověka, ať už jde o akutní či chronické onemocnění. Na prožívání nemoci se podílí věk, pohlaví, výchova, prostředí, psychické vlastnosti osobnosti, temperament, inteligence, předchozí zkušenost s chorobou, léčbou, zdravotnickým zařízením apod. (Kelnerová, Matějková, 2014, str. 69) Psychika nemocného člověka je ovlivňována jeho aktuálním zdravotním stavem. Subjektivní prožívání nemoci a tím i hodnocení kvality života vychází z jeho myšlení a uvědomování si, co chce a čeho se mu nedostává. Člověk považuje svůj život za kvalitní, je-li ve shodě realita s jeho očekáváním. Pocit uspokojení se dostaví, když pocítujeme citovou odezvu ze svého nejbližšího okolí. (Janáčková, 2008, str. 57)

Mezi faktory, které ovlivňují prožívání nemoci v čase, podle Kelnerové a Matějkové (2014) patří **somatická odolnost** – schopnost vyrovnat se se somatickými potížemi (zvládání bolesti), **psychická odolnost** – schopnost zvládat situace související s onemocněním (ovlivněno psychickými vlastnostmi osobnosti), **víra a spiritualita** – ovlivňuje zvládání nemoci, víra může být náboženská či nenáboženská, spiritualita je vnímána jako přirozená, skládající se z představy nadpřirozených jevů, a **sociální opora** – pomáhá nemocnému v těžké životní situaci, má vliv na zvládání nemoci a na kvalitu jeho života. V případě nedostatečné sociální podpory může být průběh onemocnění negativně ovlivněn. Sociální podpora často i výrazně snižuje dopady stresu. Ten se objevuje ve chvíli, kdy člověk usoudí, že zvyšující se nároky jsou převládající nad zdroji k jejich zvládnutí (Ayers et al., 2015, str. 50).

Problémy s únikem moči závažně ovlivňují psychiku člověka. Nejistota, obava a strach jsou stresující. Představa, že k úniku dojde někde ve společnosti, že si okolí něčeho všimne, ať už skvrny či zápachu, je pro člověka trpícího inkontinencí téměř zničující. Výzkumy potvrzují, že inkontinence moči, zvláště u žen, souvisí s vysokým výskytem vzniku úzkosti a deprese (Tichá, 2018).

3.1 Úzkost

Úzkost a strach provázejí člověka celý život. Dispozice jsou vrozené, mohou být dědičné a modifikují se vlivem prostředí. Jsou přirozené a plní obrannou funkci. Věkem a okolnostmi se jejich intenzita mění. (Vymětal, 2003)

Definice

Podle Cakirpalogla (2012, str. 195) je úzkost (anxieta) „*specifický strach zbavený konkrétního obsahu či objektu.*“ Praško (2012, str. 11) definuje úzkost jako stav organismu reagující na

určité nebezpečí či stres. Člověku způsobí problémy při nepřiměřeně silné reakci vzhledem k vyvolávající příčině, nebo když reakce trvá příliš dlouho. Podle Wolfa (2018, str. 21) je úzkost nepříjemný stav, jehož vyvolávajícím faktorem je vágní nebo nejasné ohrožení, které je doprovázeno tělesnými reakcemi nastupujícími ve chvíli, kdy se strach probudí.

3.1.1 Dynamika vzniku úzkosti, příznaky úzkosti

Podle Vymětala (2003) se na vzniku úzkosti podílejí *vnitřní či vnější podněty*, což jsou stimuly psychické (určitá myšlenka, vzpomínka), fyzikální a sociální, dále pak *osobnost člověka*, jeho tzv. aktuální vyladěnost (stav aktivace čili nabuzenosti, psychofyzický stav organismu a zdravotní stav), biologické dispoziční proměnné (jedinečná kvalita CNS, genetická výbava), psychosociální dispoziční proměnné (sebepojetí, dřívější zkušenosti z dětství, převažující psychické obranné mechanismy apod.), vývojové období a věk (malé dítě je citlivější na zúzkostňující vlivy apod.). Poslední proměnnou podílející se na vzniku úzkosti je *situace*, která zahrnuje například známé či neznámé prostředí apod. Důležité je zjistit, co úzkost u člověka vyvolává. Může jít o konkrétní situaci, určitého člověka, užívání některých léků, onemocnění apod. Úzkostné poruchy ovlivňují kvalitu života jedince. (Praško, 2012, str. 12)

Mezi příznaky úzkosti řadíme tělesné pocity – pocení, bušení srdce, ztížené dýchání, třes, napětí, mravenčení v žaludku, bolesti hlavy apod., změny chování, to je ovlivněno situací, která v nás úzkost vyvolá. Naříkání si, vyhýbání se náročnějším úkolům, zmatkování v tíživé situaci apod. a myšlenky – jedná se o naše myšlenky, které se vztahují k obávané situaci: „Co když...“; to, co si říkáme sami pro sebe jako představy, přesvědčení apod. (Praško, 2012, str. 12).

3.1.2 Nejčastější úzkostná onemocnění

Úzkostné stavy dělíme podle časového průběhu na panické záchvaty a stálou generalizovanou úzkost, dále dle spojitosti s očekáváním situace nebo již stávající situací na fobii či anticipační úzkost a v návaznosti na konkrétní situaci na fobii či volně plynoucí úzkost. U člověka, který se snaží své úzkostné emoce dlouhodobě skrýt, a jsou pro něho nezvladatelné, může nastat chronické stádium. Pak mluvíme o úzkostném onemocnění.

Jedním takovým je *Generalizovaná úzkostná porucha* (GAD). Jedná se o chronickou psychickou poruchu. V literatuře se uvádí, že postihuje až 8 % obyvatel čili každého dvanáctého člověka, ženy 2x častěji než muže. Přiměřeně léčena je asi jenom 1/3 postižených. Je to dáno pravděpodobně tím, že převládají příznaky tělesné a člověk si nepřipouští, že by

mohl mít psychické onemocnění. Tato porucha je pátou nejčastější v žebříčku psychických poruch. (Praško, 2012, str. 45) Příznaky GAD se objevují pozvolna, nenápadně. Vyskytne-li se nějaká ohrožující událost, krize nebo stres, pak dochází k rychlému vzniku potíží. Člověk pociťuje vegetativní obtíže (nespavost, chladné ruce, pocení, palpitace, pocity závratí, červenání nebo naopak blednutí, dyspeptické potíže, třes, neklid apod.) nebo má obavy (nepřiměřené strachy, obavy o zdraví až hypochondrie, pesimistické prognózy apod.). Zmíněné postoje výrazně omezují a zhoršují aktivity člověka a zužují jeho možnosti. Značně tak zasahují do jeho kvality života. (Honzák et al., 2020, str. 86-87)

Hlavní oblasti, ve kterých se objevují starosti a obavy člověka vedoucí k nadměrné úzkosti (Praško, 2012, str. 49):

- Ohrožující situace je velmi pravděpodobná.
- Když k obávané situaci dojde, následky budou závažné.
- Sebedůvěra k zvládnutí hrozící situace je výrazně snižena. Nedokáže se bránit, je bezmocný.
- Snižena důvěra k okolí ve smyslu, že by mohlo situaci zmírnit (např. lékaři budou bezradní apod.)

Další poruchou je *Smíšená úzkostně depresivní porucha*, diagnostikována je u lidí se symptomatologií úzkostnou i depresivní. Má většinou chronický průběh a je při ní vysoké procento sebevražedných pokusů. Lidé si stěžují především na tělesné příznaky, bývají odesíláni na vyšetření ke specialistům (gastroenterologům, kardiologům apod.). Postihuje častěji ženy a více osamělé matky. (Pešek, 2018, str. 28)

3.1.3 Diagnostika úzkosti

Úzkost má složku psychickou i somatickou. Z toho vyplývá, že ke stanovení diagnózy je potřeba anamnéza onemocnění tělesných, laboratorní vyšetření krve a moči, EEG, EKG a psychiatrické vyšetření. (Honzák, 2020, str. 27) Úzkost lze hodnotit pomocí stupnic a dotazníků:

- Zungova sebehodnotící stupnice úzkosti (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) – obsahuje 20 otázek, z nichž 5 je formulováno ve smyslu snížené hladiny úzkosti a 15 v opačném smyslu. (Zung, 1971)

- Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory, BAI) – jedná se o sebeposuzovací metodu o 21 otázkách obsahujících příznaky jako je nervozita, pocity horka, palpitace apod. (Beck et al., 1988)
- Hamiltonova posuzovací stupnice úzkosti (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA, HARS) – objektivní posuzovací stupnici se čtrnácti položkami. Hodnotí se od 0 do 4. (Hamilton, 1959)
- Dotazník měření úzkosti a úzkostlivosti (State Trait Anxiety Inventory, STAI) – sebehodnotící dotazník, který tvoří dvě dvacetipoložkové škály. První hodnotí aktuální stav úzkosti, druhá mapuje, jak se dotyčný obvykle cítí. (Spielberger et al., 1970)

3.2 Deprese

Deprese je vážné onemocnění vyskytující se u obou pohlaví, v každé věkové kategorii. Postihuje tělo i duši, narušuje mezilidské vztahy, negativně ovlivňuje kvalitu života a může člověka dovést až k sebevraždě. Světová zdravotnická organizace (WHO) upozorňuje na rostoucí počet depresivních onemocnění. Odhaduje se, že deprese postihují 5–19 % lidí po celém světě. (Röhr, 2012, str. 158) U každého pátého člověka se minimálně jednou za život klinicky významná deprese objeví. Každý rok onemocní přibližně 5% obyvatelstva, ženy 2x častěji než muži. Objeví-li se u člověka deprese a není léčena, má sklony k recidivě. Deprese se nejčastěji objevuje mezi 25. – 35. rokem života. Celoživotní prevalence je zhruba 25 % u žen a 12 % u mužů. Odhadem 15 % lidí ukončí život sebevraždou. (Pešek, 2018, str. 25)

Definice

Depresí (z lat. depressus, tj. stlačený, nízký) se rozumí různá intenzita prožitků smutku od pocitu sklíčenosti až po zoufalství. Lidmi je chápána jako „*poměrně trvalý pocit velkého smutku.*“ (Faleide et al., 2010, str. 194)

3.2.1 Příčiny a rizikové faktory deprese

Na vzniku deprese mají svůj podíl stresující a negativní životní události. Roli zde také hraje to, že se určité typy objevují v rodinách generačně. Některé psychologické faktory jako je nízké sebevědomí nebo pesimistická vidina budoucnosti jsou též náchylné k depresi. A v neposlední řadě se deprese může objevit při somatickém, chronickém či neléčeném onemocnění. (Laňková, Siblíková, 2004, str. 2) Jedním ze spouštěčů deprese tedy může být nekontrolovatelná stresová reakce. V takovýchto situacích se ocitáme i několikrát za den. Mozek tak čelí náporu pro zvládnutí obtížné situace. Pro dnešní dobu je charakteristický chronický stres, který nám škodí. Co je to stres? „*Stres je nespecifická (tj. nastávající po*

nejrůznějších zátěžích stereotypně) fyziologická reakce organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený” (Ulrichová, 2012 s. 14). Jsme-li ve stresu, naše tělo vylučuje do krve hormony kortizol a adrenalin, které následně spouští další reakce v organismu. Při událostech s větším dopadem, čímž nemoc bezesporu je, může u lidí náchylnějším k depresi způsobit dlouhodobé přepětí mozku. Zatím není zcela jasné, jakým způsobem se podílí stresová reakce na vzniku depresivního syndromu. (Ayers, 2015, str. 51)

Někteří lidé jsou ke vzniku deprese náchylnější. Přispívají k tomu geny určující, do jaké míry je předpoklad jedince k tomu, být ohrožen depresí. Genetici jsou schopni na základě studií odhadnout riziko vzniku deprese. Podíl genů je přibližně 40 %. Dalším faktorem je těžké trauma z dětství. Větší riziko vzniku deprese, jež se může projevit až v dospělosti, je u dětí, které zažily sexuální či fyzické zneužívání. Před depresí nás mohou ochránit i lidé z našeho blízkého okolí. Ať už jde o člena rodiny či blízkého přítele, kterému se můžeme svěřit se svým trápením. Hovoříme tak o společenské podpoře emocionálně blízkého člověka. Vznik deprese se může snížit až o polovinu. Je-li ale v našem blízkém okolí příliš kritický či citově chladný jedinec, riziko se naopak zvyšuje. Je známo a zatím se stále neví, z jakého důvodu jsou ženy náchylnější ke vzniku deprese než muži. Pravděpodobně je zde podíl hormonů estrogeneru a progesteronu, jež mají vliv na náladu a ostatní příznaky deprese. Dalším faktorem jsou naše myšlenky. Způsob, jak reagujeme na určité situace, jak o věcech přemýšlíme apod. Zde se setkáváme s pojmem ruminace, což znamená, setrvávání v negativních myšlenkách. Tito lidé mají velký předpoklad k depresi. A v neposlední řadě se na vzniku deprese podílí životní styl. Lidé, kteří kvalitně spí, mají dostatek slunečního svitu, jedí hodně ryb a pravidelně cvičí, jsou méně ohroženi depresí. (Ilardi, 2018, str. 55-60)

3.2.2 Klasifikace deprese

Podle příznaků dělíme depresi na *normální* (unipolární), vyznačující se negativními myšlenkami (negativní představy o sobě i druhých, o budoucnosti, o materiálním i sociálním světě), negativními náladami (člověk je smutný, bez chuti do života, skleslý, nešťastný, často pláče a je úzkostný apod.), negativním chováním (člověk je pasivní, nerozhodný, malátný, objevují se u něho i myšlenky na sebevraždu), negativními fyzickými projevy (nejčastěji se to projeví na zautomatizovaných, naučených projevech. To, co dříve zvládal, nyní nezvládá) a na hlubší diagnózu deprese. Ta je určována kritérii a hledisky danými mezinárodní normou. Zda-li jde či nejde o depresi určí přítomnost pěti nebo více z daných kritérií: depresivní nálada, ztráta zájmu o běžně prováděné činnosti, zpomalení psychomotoriky, poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, zhoršená koncentrace, ztráta vitality, sebeobviňování a suicidium.

(Křivohlavý, 2012, str. 88-89) **Hlubší diagnóza deprese** neboli depresivní epizoda se dále dělí na 4 formy. *Lehká* depresivní epizoda se vyznačuje lehkými obtížemi při běžných aktivitách a činnostech, *středně těžkou* depresivní epizodu charakterizují značné obtíže při běžných činnostech a aktivitách, u *těžké depresivní epizody bez psychotických příznaků* je vždy přítomen somatický syndrom a u *těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky* jsou přítomny halucinace a bludy. Dalším typem deprese je **dystýmie**. Jedná se o chronicky depresivní náladu, příznaky přetrvávají někdy i roky, je méně závažná, omezuje prožívání příjemných aktivit a fungování jedince. Somatický syndrom je charakterizován významnými příznaky deprese, jako je ztráta hmotnosti, nechutenství, nekvalitní spánek, výrazné snížení libida apod. **Larvovaná (maskovaná) deprese** se vyznačuje tělesnými příznaky překrývající podstatu psychické poruchy a projevuje se palpitacemi, gastrointestinálními obtížemi, bolestmi hlavy apod. (Laňková, Siblíková, 2004, str. 3)

3.2.3 Diagnostika deprese

Diagnostika deprese je poměrně snadná. Pacient ale obtíže většinou přisuzuje somatickému onemocnění. Základem je odebrání anamnézy, při níž se ptáme na dobu trvání obtíží, jejich charakter, na poruchy spánku, chuť k jídlu, změny hmotnosti. Pozorujeme míru soustředění, psychomotorické tempo a schopnost komunikace. Důležitá je farmakologická anamnéza. Z laboratorního vyšetření odebíráme základní biochemii, CRP, krevní obraz a TSH. Při stanovení diagnózy se posuzuje závažnost, přítomnost somatického syndromu a psychotických příznaků a riziko suicidia. (Laňková, Siblíková, 2004, str. 3) K posouzení závažnosti deprese se v praxi využívají různé stupnice nebo dotazníky:

- Zungova sebehodnotící stupnice deprese (Self-Rating Depression Scale, SDS). Obsahuje 20 otázek, z nichž deset je formulováno ve smyslu snížené hladiny deprese a deset ve smyslu zvýšené hladiny deprese. (Zung, 1965)
- Hamiltonova škála deprese (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMD) je nástroj složený z 22 otázek seskupených do šesti hlavních faktorů týkajících se kognitivních poruch, somatické úzkosti, poruchy spánku apod. Hodnotí se na stupnici 0-4 body. Používá se u již diagnostikované deprese například pro sledování účinků léčby. (Hamilton, 1960)

Prevence deprese

V prevenci deprese je důležité mít dostatek informací o tomto onemocnění, rozpoznání faktorů a sledování příznaků u rizikových pacientů a v neposlední řadě spolupráce s jejich rodinou. Důležitý je zdravý životní styl.

4 CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ

Hlavním cílem práce bylo *zjistit, do jaké míry ovlivňuje močová inkontinence psychiku člověka*. V souvislosti s hlavním cílem byly stanoveny **dva dílčí cíle**: 1) *Zjistit rozdíl vnímání problematiky močové inkontinence v souvislosti s pohlavím*; 2) *Zjistit, do jaké míry ovlivňuje doba trvání potíží s močením psychiku člověka*. Na základě rešerší odborné literatury, již provedených studií a výzkumů a několikaleté praxe na urologickém oddělení, byly stanoveny tyto pracovní hypotézy:

Hypotéza dílčího cíle č. 1:

H₀1: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi pohlavím a subjektivním vnímáním problematiky močové inkontinence.

H_A1: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi pohlavím a subjektivním vnímáním problematiky močové inkontinence.

Hypotézy dílčího cíle č. 2:

H₀2 Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a kvalitou života jedince.

H_A2: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a kvalitou života jedince.

H₀3: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem úzkosti.

H_A3: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem úzkosti.

H₀4: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem deprese.

H_A4: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem deprese.

5 METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl realizován pomocí kvantitativní metody získávání dat od respondentů pomocí dotazníků. Kvantitativní výzkum má za úkol statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, míru intenzity závislosti apod. Zahrnuje shromažďování a analýzu dat za předpokladu kontroly podmínek. (Kutnohorská, 2009, str. 21-22)

5.1 Charakteristika anonymního dotazníku

K získání dat byl použit anonymní dotazník, který se skládal z několika částí. V úvodu byl respondent seznámen s účelem využití dotazníku. Následovaly úvodní otázky zaměřené na identifikační znaky respondenta (pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav a délku trvání potíží s inkontinencí moči).

Část A1 a A2 tvořil standardizovaný dotazník *KHQ* (*King s Health Questionnaire*), který se skládá z 21 otázek hodnotících kvalitu života člověka a omezení v každodenních činnostech, fyzické a sociální aktivitě, omezení v oblasti osobních vztahů, emocionální problémy, vliv na spánek a na celkový zdravotní stav. Tento dotazník byl vybrán, protože lze použít nezávisle na pohlaví a u lidí trpících jak urgentní, tak i stresovou inkontinencí. Respondenti odpovídali na otázky podle toho, jak se cítili v průběhu posledních 14-ti dnů. Dotazník byl použit se souhlasem prof. MUDr. Romana Zchovala, Ph.D. MBA, který českou verzi dotazníku publikoval. (Zchoval a kol., 2006, str. 291)

V části A1 u první otázky zaměřené na celkový zdravotní stav vybírali respondenti z pěti možných odpovědí (velmi dobrý, dobrý, přijatelný, špatný, velmi špatný), následujících sedm otázek nabízelo čtyři možné odpovědi (vůbec ne, trochu, středně, hodně). Část A1 uzavírají tři otázky zaměřené na osobní vztahy obsahující pět možných odpovědí (nelze použít, vůbec ne, trochu, středně, hodně). V části A2 je deset otázek se čtyřmi možnými odpověďmi (vůbec ne, trochu, středně, hodně).

Data z části A (dotazník KHQ) byla použita k hodnocení subjektivního vnímání problematiky močové inkontinence.

Část B tvořila *Zungova sebehodnotící stupnice úzkosti* (*Self-Rating Anxiety Scale, SAS*). Obsahuje 20 otázek, z nichž pět (č. 5, 9, 13, 17, 19) je formulováno ve smyslu snížené hladiny úzkosti a patnáct (č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20) ve smyslu opačném čili zvýšené hladiny úzkosti (Zung, 1971). Respondenti měli možnost označit jednu ze čtyř možných odpovědí (nikdy nebo zřídka, někdy, dosti často, velmi často nebo stále). Česká

verze dotazníku byla převzata z úspěšně obhájených diplomových prací na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity Brno a Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice (Kvapilík, 2013 a Kopecká, 2020).

Část C tvořila *Zungova sebehodnotící stupnice deprese (Self-Rating Depression Scale, SDS)*. Obsahuje 20 otázek, z nichž deset (č. 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) je formulováno ve smyslu snížené hladiny deprese a deset (č. 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19) ve smyslu zvýšené hladiny deprese (Zung, 1965). Respondenti stejně jako u SAS měli možnost označit jednu ze čtyř možných odpovědí (nikdy nebo zřídka, někdy, dosti často, velmi často nebo stále). Česká verze dotazníku byla převzata z recenzované publikace (Laňková, Siblíková, 2004, str. 12).

Obě stupnice byly navrženy Williamem W. K. Zungem, M.D. (1929–1992), americkým psychiatrem působícím na Duke University, ke kvantifikaci úrovně deprese (SDS v roce 1965) a úzkosti (SAS v roce 1971) pacientů. (Wikia.org, William W. K. Zung)

Celý dotazník je uveden jako příloha E včetně vyhodnocovacího klíče (příloha F).

5.2 Předvýzkum

Před realizací samotného výzkumu byl proveden předvýzkum. Jeho cílem bylo zjistit časový interval, po který budou respondenti kompletní dotazník vyplňovat. Předvýzkum probíhal v říjnu 2018 na vybrané urologické ambulanci. Bylo postupně osloveno 10 respondentů různých věkových kategorií, žen i mužů, s diagnózou močové inkontinence. Respondenti byli požádáni, aby na dotazník napsali, jak dlouho se vyplňování věnovali. Výsledek ukázal, že mladší generaci zabralo vyplňování dotazníku v průměru 20–30 minut, starší generaci zhruba o 10 minut déle. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly vyplněny kompletně, byly i ony zařazeny do průzkumného šetření.

5.3 Metodika zpracování dat

Data byla z dotazníků přenesena do programu Excel ve formě tabulky. Nad takto získanou zdrojovou tabulkou byly postupně vytvořeny kontingenční tabulky pro sledované údaje a kvantifikovány jednotlivé charakteristiky na základě klíčů k příslušným částem dotazníku. Kontingenční tabulky byly dále použity pro grafické znázornění jednotlivých vztahů.

Relevantní otázky v dotazníku KHQ byly vyhodnoceny samostatně formou absolutních a relativních četností jednotlivých odpovědí. Pro možnost orientačního vyhodnocení otázek po tematických skupinách byl použit klíč (příloha F) vyjadřující jednotlivé odpovědi v počtu bodů.

Pro stupnice SAS a SDS je dle Zunga (1965, 1971) stanoveno bodové ohodnocení odpovědí od jednoho do čtyř bodů u otázek formulovaných ve smyslu zvýšení hladiny úzkosti / deprese a v opačném pořadí počtu bodů u otázek formulovaných ve smyslu snížení dané hladiny. Součet bodového hodnocení je tedy v rozsahu 20 až 80. Tato hodnota je přepočítána na výsledný index přepočtem na počet procent z maximálního možného součtu, tj. vydělení 80 a vynásobení 100. Výsledný index je pak v rozsahu 25 až 100. Při hodnotě indexu do 40, resp. 50 nejeví respondent známky úzkosti, resp. deprese. Hodnoty v dalším intervalu do 60 ukazují na možnost známek minimální nebo lehké úzkosti / deprese, hodnoty do 70 představují středně těžkou až těžkou úroveň úzkosti / deprese a hodnoty nad 70 jsou chápány jako známka těžké až extrémně těžké úzkosti / deprese (Honzák, 1999).

Ke zpracování dat z dotazníků byl použit program MS Excel, v němž byly následně vytvořeny kontingenční tabulky a z nich tabulky uvedené v textu práce. Pro testování hypotéz byla použita implementace Testu dobré shody pomocí vestavěných funkcí programu MS Excel (funkce CHISQ.TEST) a doplňujících vzorců s podporou nápovědy k programu. Test dobré shody testuje shodu skutečných četností s předpokládaným rozložením (očekávanými četnostmi). K provedení je třeba stanovit očekávané četnosti a s pomocí funkce χ^2 vypočítat testové kritérium a hladinu testu p (pomocí funkce v MS Excel). Následně se zjistí, zda je vypočítaná hodnota hladiny testu p menší než hladina významnosti α , v takovém případě je statistická závislost pod hladinou významnosti a Test dobré shody je vyhodnocen jako negativní. Tímto způsobem byly vyhodnoceny hypotézy dílčích cílů s použitím hladiny významnosti $\alpha = 0,05$. Pro hodnoty pod hladinou významnosti byly nulové hypotézy zamítnuty a přijaty hypotézy alternativní. V případě hodnoty nad hladinou významnosti byly přijaty nulové hypotézy.

6 REALIZACE VÝZKUMU A ANALÝZA DAT

Před distribucí dotazníků byli osloveni a následně i osobně navštíveni lékaři soukromých gynekologických a urologických ambulancí v pěti městech Královéhradeckého kraje, dále byl osloven ředitel jedné z městských nemocnic a byly získány písemné souhlasy s provedením výzkumu v uvedených zařízeních. Celkem bylo distribuováno 100 kusů dotazníků. Návratnost činila 84 dotazníků, z nichž bylo 12 pro neúplnost vyplnění vyřazeno. Kompletně vyplněných a k výzkumu použitých bylo 72 dotazníků. Tento počet byl k následné analýze a zpracování dat považován za 100 %.

6.1 Výzkumný soubor

Respondenty výzkumu byli pacienti obou pohlaví, různých věkových kategorií s diagnózou močové inkontinence, kteří navštívili urologickou nebo gynekologickou ambulanci v časovém rozmezí od října 2018 do ledna 2019 a byli ochotni anonymně vyplnit dotazník.

Jednotlivé charakteristiky výzkumného souboru jsou zpracovány v následujících tabulkách a grafech.

Identifikační údaje

Mezi identifikační údaje k posouzení dostatečné variability vzorku byly zvoleny pohlaví, věková kategorie, vzdělání, rodinný stav a doba potíží s inkontinencí moči.

Pohlaví

Četnosti respondentů podle pohlaví uvádí tabulka 1. Z celkového počtu 72 respondentů (100 %) bylo 23 mužů (32 %) a 49 žen (68 %). To je dáno pravděpodobně především tím, že inkontinencí moči trpí převážně ženy.

Tabulka 1 – Četnosti respondentů podle pohlaví

Pohlaví	Abs. četnost	Rel. četnost
muž	23	32%
žena	49	68%
Celkem	72	100%

Zdroj: Autorka

Věková kategorie

Pro větší přehlednost byly zvoleny věkové kategorie po deseti letech od 21 let, četnosti v nich znázorňuje tabulka 2.

Z celkového počtu dotazovaných byla nejvíce zastoupena věková kategorie 61-70 let, 16 respondentů (22 %) a nejméně věková kategorie 81 a více let, 3 respondenti (4 %).

Tabulka 2 – Četnosti respondentů podle věkové kategorie

Věková kategorie	Abs. četnost	Rel. četnost
21-30	4	6%
31-40	13	18%
41-50	10	14%
51-60	14	19%
61-70	16	22%
71-80	12	17%
81 a víc	3	4%
Celkem	72	100%

Zdroj: Autorka

Nejmladší respondent muž byl ve věku 52 let, nejstarší ve věku 83 let. Nejmladší žena byla ve věku 26 let, nejstarší ve věku 82 let.

Vzdělání

Četnosti respondentů uvádí tabulka 3.

Tabulka 3 – Četnosti respondentů podle vzdělání

Vzdělání	Abs. četnost	Rel. četnost
základní	4	6%
vyučen	21	29%
střední	27	38%
vyšší	9	13%
vysokoškolské	11	15%
Celkem	72	100%

Zdroj: Autorka

Největší počet respondentů 27 mělo střední vzdělání (38 %), vyučených respondentů se zúčastnilo 21 (29 %), následovali vysokoškoláci – 11 respondentů (15 %), poté respondenti s vyšším vzděláním – 9 respondentů (13 %). Nejmenší počet respondentů, celkem 4, mělo základní vzdělání (6 %).

Rodinný stav

Četnosti respondentů podle uvedeného rodinného stavu prezentuje tabulka 4.

Tabulka 4 – Četnosti respondentů podle rodinného stavu

Rodinný stav	Abs. četnost	Rel. četnost
svobodný(á)	5	7%
žentý / vdaná	36	50%
rozvedený(á)	15	21%
vdovec / vdova	16	22%
Celkem	72	100%

Zdroj: Autorka

Nejvíce respondentů (přesně polovina) byla ve svazku manželském, následovali respondenti ovdovělí 16 (22 %), rozvedení 15 (21 %) a nejméně bylo svobodných 5 (7 %).

Trvání potíží

Dalším sledovaným údajem byla doba trvání potíží respondenta. Dobu trvání inkontinence moči respondenti uváděli v měsících nebo letech. Pro větší přehlednost byly údaje zařazeny do pěti skupin, jak uvádí tabulka 5.

Tabulka 5 – Četnosti respondentů podle doby trvání potíží

Trvání potíží	Abs. četnost	Rel. četnost
do 3 měs.	18	25%
4 - 6 měs.	19	26%
7 - 12 měs.	7	10%
1 - 3 roky	13	18%
nad 3 roky	15	21%
Celkem	72	100%

Zdroj: Autorka

První tři skupiny byly rozděleny v rámci měsíců na základě předpokladu, že vnímání potíží se nejvíce vyvíjí v prvních měsících po jejich vzniku. Nejvíce respondentů 19 trpělo inkontinencí moči čtyři až šest měsíců (26 %), následovala skupina do třech měsíců – 18 respondentů (25 %), dále potom respondenti s inkontinencí nad tři roky – celkem 15 osob (21 %), skupina jeden až tři roky byla zastoupena 13 dotazovanými (18 %). Nejméně respondentů (7 osob) uvedlo potíže trvající sedm měsíců až jeden rok (10 %).

Vybrané charakteristiky vzorku

Následující tabulky ukazují vybrané kombinace četností jednotlivých charakteristik, zejména četnosti ostatních charakteristik v jednotlivých věkových kategoriích a jako poslední jsou uvedeny četnosti trvání potíží podle pohlaví.

Pohlaví a věková kategorie

V následující tabulce (tabulka 6) je uvedeno zastoupení mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích. Nejvíce respondentek je z věkové kategorie 31–40 let, nejméně z kategorie 81 a více let. Muži jsou zastoupeny pouze ve čtyřech věkových kategoriích, přičemž v kategorii 51–60 let a 61–70 let jsou ve stejném počtu osmi respondentů a pouze jeden v kategorii 81 a více let.

Tabulka 6 – Četnosti pohlaví ve věkových kategoriích

Pohlaví	Věková kategorie							Celkem
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 a víc	
muž	0	0	0	8	8	6	1	23
žena	4	13	10	6	8	6	2	49
Celkem	4	13	10	14	16	12	3	72

Zdroj: Autorka

Trvání potíží a věková kategorie

Nejvíce respondentů (viz tabulka 7) trpících močovou inkontinencí v rozmezí do třech měsíců bylo ve věkové kategorii 31–40 let a stejná délka trvání potíží se jako jediná objevila ve věkové kategorii 21–30 let. Naopak všech pět skupin, do kterých byla délka trvání inkontinence moči rozdělena, je ve věkových kategoriích 51–60 let a 61–70 let. Z tabulky vyplývá, že prevalence inkontinence moči stoupá s věkem a doba trvání potíží se zvyšuje.

Tabulka 7 – Četnosti doby trvání potíží ve věkových kategoriích

Trvání potíží	Věková kategorie							Celkem
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 a víc	
do 3 měs.	4	8	2	3	1	0	0	18
4 - 6 měs.	0	5	5	5	4	0	0	19
7 - 12 měs.	0	0	0	1	3	3	0	7
1 - 3 roky	0	0	2	3	3	4	1	13
nad 3 roky	0	0	1	2	5	5	2	15
Celkem	4	13	10	14	16	12	3	72

Zdroj: Autorka

Shrnutí k popisu vzorku

Z celkového počtu respondentů je patrné, že inkontinence moči postihuje více ženy než muže napříč věkovými kategoriemi. U žen se může objevit již v mladém věku, např. po porodu, zatímco muži jí trpí většinou v pozdějším věku. Prevalence stoupá s věkem, doba trvání potíží s močením se s věkem zvyšuje.

6.2 Vyhodnocení dotazníku KHQ

Na základě prvního dílčího cíle výzkumu byla provedena analýza vnímání močové inkontinence v souvislosti s pohlavím. K tomu byla využita část A1 a A2 anonymního dotazníku (viz příloha E), tedy odpovědi na otázky představující KHQ dotazník. Úvodní dvě souhrnné otázky byly zpracovány samostatně, další otázky v jednotlivých skupinách byly vyhodnocovány vždy za skupinu jako celek s použitím bodování a průměrování podle hodnotících klíčů (viz příloha F), jak je již uvedeno v metodice zpracování.

Přehledové otázky

Otázky č. 1 a č. 2 hodnotí, jak se respondenti cítili během posledních 2 týdnů.

Jak byste popsal(a) v současnosti Váš celkový zdravotní stav?

Na otázku subjektivního vnímání celkového zdravotního stavu odpovídali respondenti následovně (viz tabulka 8):

Tabulka 8 – Celkový zdravotní stav podle pohlaví

Celkový zdr. stav	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
velmi dobrý	0	7	7	0,0%	14,3%	9,7%
dobrý	1	8	9	4,3%	16,3%	12,5%
příjemný	18	14	32	78,3%	28,6%	44,4%
špatný	4	17	21	17,4%	34,7%	29,2%
velmi špatný	0	3	3	0,0%	6,1%	4,2%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Otázka číslo 1 je jednou z otázek dotazníku, ve kterých je možnost výběru z pěti odpovědí. Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „příjemný“ 18 (78,3 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „špatný“ 17 (34,7 %). Muži označili pouze 3 možné odpovědi, položku „velmi dobrý“ a „velmi špatný“ neoznačili. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je modus v položce „příjemný“ a u žen v položce „špatný“. Můžeme tvrdit, že současný zdravotní stav ženy hodnotily spíše negativně.

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

Na otázku vlivu obtíží s močením na život respondentů odpověděli respondenti následovně (viz tabulka 9):

Tabulka 9 – Vliv obtíží s močením podle pohlaví

Vliv obtíží s močením	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	0	2	2	0,0%	4,1%	2,8%
trochu	6	13	19	26,1%	26,5%	26,4%
středně	15	22	37	65,2%	44,9%	51,4%
hodně	2	12	14	8,7%	24,5%	19,4%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) i respondentek (žen) bylo v položce „středně“, mužů 15 (65,2 %) a žen 22 (44,9 %). Žádný z respondentů (mužů) neoznačil položku „vůbec ne“. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů i žen je modus shodný v položce „středně“, ale rozložení do více kategorií je patrnější u žen. Nelze tedy přímo usuzovat, že vliv potíží s močením není závislý na pohlaví.

Skupiny podrobných otázek

Následující otázky KHQ dotazníku byly zpracovány po jednotlivých tematických skupinách jednotlivě a orientačně v souhrnu.

Skupina „Každodenní činnosti“

Na otázky vlivu obtíží s močením na každodenní činnosti odpověděli respondenti následovně (viz tabulka 10 a tabulka 11):

Do jaké míry Vás problémy s močením omezují při provádění domácích prací?

Tabulka 10 – Omezení při provádění domácích prací

Domácí práce	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	1	6	7	4,3%	12,2%	9,7%
trochu	15	18	33	65,2%	36,7%	45,8%
středně	5	23	28	21,7%	46,9%	38,9%
hodně	2	2	4	8,7%	4,1%	5,6%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „trochu“ 15 (65,2 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „středně“ 23 (46,9 %). Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je modus v položce „trochu“ a u žen v položce „středně“. Můžeme usoudit, že problémy s močením omezují při provádění domácích prací více ženy než muže.

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

Tabulka 11 – Omezení činností mimo domov

Činnosti mimo domov	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	0	4	4	0,0%	8,2%	5,6%
trochu	16	21	37	69,6%	42,9%	51,4%
středně	4	18	22	17,4%	36,7%	30,6%
hodně	3	6	9	13,0%	12,2%	12,5%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) i respondentek (žen) bylo v položce „trochu“, mužů 16 (69,6 %) a žen 21 (42,9 %). Žádný z respondentů (mužů) neoznačil položku „vůbec ne“. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů i žen je modus shodný v položce „trochu“, nicméně u žen se jeho relativní četnosti blíží i odpověď „středně“. Nelze tedy usuzovat, že vnímání omezení nezávisí na pohlaví.

Celkově za skupinu otázek

Každodenní činnosti respondentů ovlivňují obtíže s močením následovně (viz tabulka 12):

Tabulka 12 – Vliv na každodenní činnosti podle pohlaví

Každodenní činnosti	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	0	4	4	0,0%	8,2%	5,6%
trochu	16	19	35	69,6%	38,8%	48,6%
středně	4	21	25	17,4%	42,9%	34,7%
hodně	3	5	8	13,0%	10,2%	11,1%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Z orientačního vyhodnocení skupiny otázek je patrné, že modus odpovědí mužů je v odpovědi „trochu“. U žen je v odpovědi „středně“, ale relativní četností se blíží i odpovědi „trochu“. Vnímání dle pohlaví je tedy možno chápat jako rozdílné, a tedy na pohlaví závislé.

Skupina „Fyzická činnost a sociální aktivity“

Na otázky vlivu obtíží s močením na fyzickou činnost a sociální aktivity odpověděli respondenti následovně (viz tabulka 13 až tabulka 16):

Omezují Vás problémy s močením při provádění fyzických aktivit?

Tabulka 13 – Omezení při fyzických aktivitách

Fyzické aktivity	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	1	4	5	4,3%	8,2%	6,9%
trochu	14	22	36	60,9%	44,9%	50,0%
středně	6	14	20	26,1%	28,6%	27,8%
hodně	2	9	11	8,7%	18,4%	15,3%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) i respondentek (žen) bylo v položce „trochu“, mužů 14 (60,9 %) a žen 22 (44,9 %). Hodnoty relativních četností obou pohlaví jsou téměř srovnatelné, lze proto předpokládat, že omezení fyzických aktivit vnímají obě pohlaví podobně.

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

Tabulka 14 – Omezení možnosti cestování dopravními prostředky

Cestování	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	0	11	11	0,0%	22,4%	15,3%
trochu	12	13	25	52,2%	26,5%	34,7%
středně	11	21	32	47,8%	42,9%	44,4%
hodně	0	4	4	0,0%	8,2%	5,6%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „trochu“ 12 (52,2 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „středně“ 21 (42,9 %). Muži označili pouze 2 možné odpovědi, položku „vůbec ne“ a „hodně“ neoznačil žádný muž. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je modus v položce „trochu“ a u žen v položce „středně“. Můžeme předpokládat, že problémy s močením v souvislosti s cestováním omezují většinu mužů, téměř čtvrtinu žen neomezují vůbec.

Omezují Vás problémy s močením ve společenském životě?

Tabulka 15 – Omezení ve společenském životě

Společenský život	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	0	6	6	0,0%	12,2%	8,3%
trochu	11	13	24	47,8%	26,5%	33,3%
středně	11	19	30	47,8%	38,8%	41,7%
hodně	1	11	12	4,3%	22,4%	16,7%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

V této otázce odpověděli respondenti (muži) shodně ve dvou položkách „trochu“ 11 (47,8 %) a „středně“ 11 (47,8 %) a respondentky (ženy) v položce „středně“ 19 (38,8 %). Žádný z mužů neoznačil položku „vůbec ne“. Celkově je zřejmé, že problémy s močením omezují ve společenském životě muže i ženy, u žen spíše více.

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

Tabulka 16 – Omezení v možnosti navštěvovat se s přáteli

Návštěvy u přátel	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	1	10	11	4,3%	20,4%	15,3%
trochu	11	15	26	47,8%	30,6%	36,1%
středně	11	18	29	47,8%	36,7%	40,3%
hodně	0	6	6	0,0%	12,2%	8,3%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

V této otázce odpověděli respondenti (muži) shodně ve dvou položkách „trochu“ 11 (47,8 %) a „středně“ 11 (47,8 %) a respondentky (ženy) v položce „středně“ 18 (36,7 %). Žádný z mužů neoznačil položku „hodně“. Omezení vnímají jedinci obou pohlaví, pětina žen však omezení nepocítuje.

Celkově za skupinu otázek

Fyzickou činnost a sociální aktivity respondentů ovlivňují obtíže s močením následovně (viz tabulka 17):

Tabulka 17 – Vliv na fyzickou činnost a sociální aktivity podle pohlaví

Fyz. činnost a soc. aktivity	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	0	6	6	0,0%	12,2%	8,3%
trochu	11	12	23	47,8%	24,5%	31,9%
středně	11	22	33	47,8%	44,9%	45,8%
hodně	1	9	10	4,3%	18,4%	13,9%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Z orientačního vyhodnocení skupiny otázek je patrné, že modus odpovědí mužů je v odpovědi „trochu“ a „středně“. U žen je v odpovědi „středně“. Vliv na fyzickou činnost a sociální aktivity dle pohlaví je tedy možno odhadovat jako rozdílné, a tedy na pohlaví závislé.

Skupina „Osobní vztahy“

Ve všech třech otázkách týkajících se osobních vztahů, je možnost výběru z pěti odpovědí. Na otázky vlivu obtíží s močením na osobní vztahy odpověděli respondenti následovně (viz tabulka 18 až tabulka 20):

Ovlivňují problémy s močením Váš partnerský vztah?

Tabulka 18 – Vliv problémů s močením na partnerský vztah

Partnerský vztah	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nelze použít	1	3	4	4,3%	6,1%	5,6%
vůbec ne	7	14	21	30,4%	28,6%	29,2%
trochu	10	12	22	43,5%	24,5%	30,6%
středně	5	15	20	21,7%	30,6%	27,8%
hodně	0	5	5	0,0%	10,2%	6,9%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „trochu“ 10 (43,5 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „středně“ 15 (30,6 %). Muži položku „hodně“ neoznačili, 1 respondent (muž) označil položku „nelze použít“. Z respondentek (žen) položku „nelze použít“ označily 3. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je modus v položce „trochu“ a u žen v položce „středně“. Můžeme odhadovat, že problémy s močením ovlivňují trochu více partnerské vztahy žen.

Ovlivňují problémy s močením Váš sexuální život?

Tabulka 19 – Vliv problémů s močením na sexuální život

Sexuální život	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nelze použít	3	3	6	13,0%	6,1%	8,3%
vůbec ne	4	13	17	17,4%	26,5%	23,6%
trochu	10	14	24	43,5%	28,6%	33,3%
středně	6	14	20	26,1%	28,6%	27,8%
hodně	0	5	5	0,0%	10,2%	6,9%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „trochu“ 10 (43,5 %) a respondentky (ženy) označily shodně dvě položky „trochu“ 14 (28,6 %) a „středně“ 14 (28,6 %). Shodně označili respondenti obou pohlaví (po třech) položku „nelze použít“. Položku „hodně“ neoznačil žádný z mužů. Můžeme odhadovat, že problémy s močením ovlivňují trochu více sexuální život žen.

Ovlivňují problémy s močením Váš rodinný život?

Tabulka 20 – Vliv problémů s močením na rodinný život

Rodinný život	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nelze použít	1	0	1	4,3%	0,0%	1,4%
vůbec ne	5	15	20	21,7%	30,6%	27,8%
trochu	14	18	32	60,9%	36,7%	44,4%
středně	3	13	16	13,0%	26,5%	22,2%
hodně	0	3	3	0,0%	6,1%	4,2%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) i respondentek (žen) bylo v položce „trochu“, mužů 14 (60,9 %) a žen 18 (36,7 %). Jeden muž označil položku „nelze použít“ a žádný neoznačil položku „hodně“. Ani jedna žena neoznačila položku „nelze použít“. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů i žen je modus shodný v položce „středně“, rozložení relativních četností u jednotlivých pohlaví je však viditelně odlišné, lze tedy očekávat, že vliv problémů na rodinný život na pohlaví závisí.

Celkově za skupinu otázek

Osobní vztahy respondentů ovlivňují obtíže s močením následovně (viz tabulka 21):

Tabulka 21 – Vliv na osobní vztahy podle pohlaví

Osobní vztahy	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nelze použít	1	3	4	4,3%	6,1%	5,6%
vůbec ne	7	14	21	30,4%	28,6%	29,2%
trochu	10	13	23	43,5%	26,5%	31,9%
středně	5	14	19	21,7%	28,6%	26,4%
hodně	0	5	5	0,0%	10,2%	6,9%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Z orientačního vyhodnocení skupiny otázek je patrné, že modus odpovědí mužů je v odpovědi „trochu“. U žen je v odpovědi „vůbec ne“ a „středně“, přičemž hodnota relativní četnosti pro

odpověď „trochu“ je podobná. Rozložení je tedy u mužů a žen odlišné a lze odhadovat, že vliv na osobní vztahy je u jednotlivých pohlaví pocíťován různě.

Skupina „Emoce“

Na otázky vlivu obtíží s močením na emoce odpověděli respondenti následovně (viz tabulka 22 až tabulka 24):

Cítíte se kvůli problémům s močením depresivní nebo skleslý(á)?

Tabulka 22 – Pocity deprese a skleslosti

Depresivní pocity	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	1	7	8	4,3%	14,3%	11,1%
trochu	12	12	24	52,2%	24,5%	33,3%
středně	9	12	21	39,1%	24,5%	29,2%
hodně	1	18	19	4,3%	36,7%	26,4%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „trochu“ 12 (52,2 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „hodně“ 18 (36,7 %). Můžeme předpokládat, že kvůli problémům s močením se ženy cítí více depresivní než muži.

Pocítujete kvůli problémům s močením obavy nebo nervozitu?

Tabulka 23 – Pocity obav nebo nervozity

Obavy nebo nervozita	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	1	6	7	4,3%	12,2%	9,7%
trochu	6	10	16	26,1%	20,4%	22,2%
středně	15	11	26	65,2%	22,4%	36,1%
hodně	1	22	23	4,3%	44,9%	31,9%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „středně“ 15 (65,2 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „hodně“ 22 (44,9 %). Ze získaných dat tedy vyplývá, že u mužů je modus v položce „středně“, ale u žen v položce „hodně“. Lze usoudit, že kvůli problémům s močením pociťují větší obavy či nervozitu ženy.

Cítíte se kvůli problémům s močením nespokojený(á) sám(sama) se sebou?

Tabulka 24 – Pocity nespokojenosti se sebou sama

Nespokojenost se sebou	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	2	5	7	8,7%	10,2%	9,7%
trochu	12	13	25	52,2%	26,5%	34,7%
středně	9	20	29	39,1%	40,8%	40,3%
hodně	0	11	11	0,0%	22,4%	15,3%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „trochu“ 12 (52,2 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „středně“ 20 (40,8 %). Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je modus v položce „trochu“ a u žen v položce „středně“, lze proto usoudit, že více se kvůli problémům s močením cítí samy se sebou nespokojeny ženy.

Celkově za skupinu otázek

Vliv obtíží s močením na emoce respondenta se projevil následovně (viz tabulka 25):

Tabulka 25 – Vliv na emoce podle pohlaví

Emoce	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	1	6	7	4,3%	12,2%	9,7%
trochu	11	12	23	47,8%	24,5%	31,9%
středně	10	12	22	43,5%	24,5%	30,6%
hodně	1	19	20	4,3%	38,8%	27,8%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Z orientačního vyhodnocení skupiny otázek vlivu na emoce podle pohlaví je patrné, že modus odpovědí mužů je v odpovědi „trochu“, blízká relativní četnost je však i u odpovědi „středně“. U žen je modus v odpovědi „hodně“. Rozložení je tedy u mužů a žen výrazně odlišné a lze předpokládat, že vliv na emoce je u jednotlivých pohlaví pocíťován různě.

Skupina „Spánek a energie“

V této skupině bylo možné vybrat jednu z odpovědí „nikdy“, „někdy“, „často“ nebo „stále“. Na otázky vlivu obtíží s močením na spánek a energii odpověděli respondenti následovně (viz tabulka 26 a tabulka 27):

Narušují Vám problémy s močením spánek?

Tabulka 26 – Vliv potíží na spánek

Spánek	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	0	3	3	0,0%	6,1%	4,2%
někdy	3	13	16	13,0%	26,5%	22,2%
často	18	17	35	78,3%	34,7%	48,6%
stále	2	16	18	8,7%	32,7%	25,0%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) i respondentek (žen) bylo v položce „často“, u mužů 18 (78,3 %) a u žen 17 (34,7 %). Žádný z mužů neoznačil možnost odpovědi „nikdy“. U žen se k hodnotě modu blíží i relativní četnost odpovědi „stále“, lze tedy odhadovat, že ženy mají spíše časté až stálé problémy se spánkem v důsledku problémů s močením.

Cítíte se kvůli problémům s močením vyčerpaný(á) nebo unavený(á)?

Tabulka 27 – Vliv potíží na pocit vyčerpání nebo únavy

Únava	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	1	10	11	4,3%	20,4%	15,3%
někdy	8	14	22	34,8%	28,6%	30,6%
často	13	18	31	56,5%	36,7%	43,1%
stále	1	7	8	4,3%	14,3%	11,1%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) i respondentek (žen) bylo v položce „často“, u mužů 13 (56,5 %) a u žen 18 (36,7 %). Pětina žen však vliv potíží na únavu nepocítuje vůbec, vnímání tohoto vlivu lze posoudit jako na pohlaví závislé.

Celkově za skupinu otázek

Spánek a energii respondentů ovlivňují obtíže s močením následovně (viz tabulka 28):

Tabulka 28 – Vliv na spánek a energii podle pohlaví

Spánek a energie	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	0	3	3	0,0%	6,1%	4,2%
někdy	3	15	18	13,0%	30,6%	25,0%
často	18	16	34	78,3%	32,7%	47,2%
stále	2	15	17	8,7%	30,6%	23,6%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Z orientačního vyhodnocení skupiny otázek vlivu na spánek a energii podle pohlaví je patrné, že modus odpovědí mužů je v odpovědi „často“. U žen je modus též v odpovědi „často“, modu blízké hodnoty jsou ale též u odpovědí „někdy“ a „stále“. Rozložení je tedy u mužů a žen výrazně odlišné a lze předpokládat, že vliv na spánek a energii je u jednotlivých pohlaví pocíťován různě.

Skupina „Jak často provádíte nebo prožíváte dále uvedené činnosti nebo situace“

Ostatní činnosti a situace respondentů ovlivňují obtíže s močením následovně (viz tabulka 29 až tabulka 33):

Nosíte hygienické vložky (pleny), abyste se udržel(a) v „suchu“?

Tabulka 29 – Používání hygienických pomůcek

Hygienické pomůcky	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	4	8	12	17,4%	16,3%	16,7%
někdy	13	9	22	56,5%	18,4%	30,6%
často	3	11	14	13,0%	22,4%	19,4%
stále	3	21	24	13,0%	42,9%	33,3%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „někdy“ 13 (56,5 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „stále“ 21 (42,9 %). Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je modus v položce „někdy“ a u žen v položce „stále“. Můžeme říci, že ženy na rozdíl od mužů používají při močové inkontinenci absorpční hygienické pomůcky výrazně častěji.

Dáváte si pozor, kolik tekutin vypijete?

Tabulka 30 – Kontrola pitného režimu

Pitný režim	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	4	5	9	17,4%	10,2%	12,5%
někdy	14	16	30	60,9%	32,7%	41,7%
často	2	11	13	8,7%	22,4%	18,1%
stále	3	17	20	13,0%	34,7%	27,8%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „někdy“ 14 (60,9 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „stále“ 17 (34,7 %). Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je výrazný modus v položce „někdy“ a u žen v položce „stále“, hodnota relativní četnosti v položce „někdy“ je však k modu u žen poměrně blízká. Můžeme předpokládat, že ženy si více hlídají příjem tekutin než muži.

Vyměňujete si spodní prádlo, protože je mokré?

Tabulka 31 – Potřeba výměny spodního prádla za suché

Výměna prádla	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	9	11	20	39,1%	22,4%	27,8%
někdy	10	34	44	43,5%	69,4%	61,1%
často	3	4	7	13,0%	8,2%	9,7%
stále	1	0	1	4,3%	0,0%	1,4%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) i respondentek (žen) bylo v položce „někdy“, mužů 10 (43,5 %) a žen 34 (69,4 %). Žádná žena neoznačila položku „stále“, jeden muž položku označil. Rozdíly v relativních četnostech jednotlivých odpovědí u obou pohlaví jsou řádově malé, lze tedy předpokládat, že frekvence potřeby výměny spodního prádla z důvodu jeho znečištění na pohlaví nezávisí.

Obáváte se, že jste nepříjemně cítit?

Tabulka 32 – Obavy z nepříjemného zápachu

Obavy ze zápachu	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	1	9	10	4,3%	18,4%	13,9%
někdy	15	13	28	65,2%	26,5%	38,9%
často	4	12	16	17,4%	24,5%	22,2%
stále	3	15	18	13,0%	30,6%	25,0%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „někdy“ 15 (65,2 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „stále“ 15 (30,6 %). Jeden muž označil odpověď „nikdy“. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je modus v položce „někdy“ a u žen v položce „stále“. Můžeme říci, že ženy se více obávají z možného nepříjemného zápachu častěji.

Cítíte se kvůli svým problémům s močovým měchýřem trapně?

Tabulka 33 – Trapný pocit z důvodu problémů s močovým měchýřem

Trapný pocit	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	1	7	8	4,3%	14,3%	11,1%
někdy	13	13	26	56,5%	26,5%	36,1%
často	8	12	20	34,8%	24,5%	27,8%
stále	1	17	18	4,3%	34,7%	25,0%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Nejvyšší zastoupení počtu respondentů (mužů) bylo v položce „někdy“ 13 (56,5 %) a nejvyšší zastoupení počtu respondentek (žen) v položce „stále“ 17 (34,7 %). Jeden muž označil odpověď „nikdy“ a jeden odpověď „stále“. Ze získaných dat vyplývá, že u mužů je výrazný modus v položce „někdy“, u žen je méně výrazný modus v položce „stále“. Můžeme říci, že trapně se v souvislosti s močovou inkontinencí cítí častěji ženy.

Celkově za skupinu otázek

Orientační přehled za ostatní činnosti a situace obsahuje tabulka 34:

Tabulka 34 – Ostatní činnosti a situace podle pohlaví

Ostatní činnosti a situace	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
nikdy	1	7	8	4,3%	14,3%	11,1%
někdy	18	13	31	78,3%	26,5%	43,1%
často	2	16	18	8,7%	32,7%	25,0%
stále	2	13	15	8,7%	26,5%	20,8%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Z orientačního vyhodnocení skupiny otázek k ostatním činnostem a situacím podle pohlaví je patrné, že modus odpovědí mužů je v odpovědi „někdy“. U žen je modus v odpovědi „často“, modu blízké hodnoty jsou ale též u odpovědí „někdy“ a „stále“. Rozložení je tedy u mužů a žen výrazně odlišné a lze předpokládat, že vliv na ostatní činnosti a situace je u jednotlivých pohlaví pocíťován různě, stejně jako u téměř všech dílčích otázek v této skupině.

Celkové hodnocení skupinových otázek

Celkový vliv obtíží s močením na kvalitu života respondentů podle KHQ je následující (viz tabulka 35):

Tabulka 35 – Celkové hodnocení KHQ podle pohlaví

KHQ celkově	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
vůbec ne	0	7	7	0,0%	14,3%	9,7%
trochu	15	12	27	65,2%	24,5%	37,5%
středně	8	28	36	34,8%	57,1%	50,0%
hodně	0	2	2	0,0%	4,1%	2,8%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Orientační hodnocení dotazníku podle pohlaví ukazuje, že kvalitu života mužů ovlivňují obtíže s močením „trochu“ v 65,2 % (15 respondentů), „středně“ ve 34,8 % (8 respondentů). Kvalitu života žen ovlivňují obtíže s močením „středně“ v 57,1 % (28 osob), „trochu“ ve 24,5 % (12 osob), „vůbec ne“ ve 14,3 % (7 osob) a „hodně“ ve 4,1 % (2 osoby). Celkově za obě pohlaví ovlivňují obtíže s močením kvalitu života „středně“ 50,0 % respondentů. Rozložení relativních četností je u mužů a žen výrazně odlišné, lze tedy předpokládat, že hodnocení kvality života závisí na pohlaví.

Použití výsledků pro testování hypotézy prvního dílčího cíle

Pro první dílčí cíl byla stanovena následující nulová a alternativní hypotéza:

H_{01} : Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi pohlavím a subjektivním vnímáním problematiky močové inkontinence.

H_{A1} : Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi pohlavím a subjektivním vnímáním problematiky močové inkontinence.

K testu hypotézy byl použit Test dobré shody, jehož výsledné charakteristiky a závěry uvádí tabulka 36 (Z je hodnota testového kritéria, DF je počet stupňů volnosti, P je vypočtená hladina testu). V první části jsou výsledky testu pro úvodní souhrnné otázky, následují výsledky testů pro jednotlivé skupiny podrobných otázek a pro KHQ celkově.

Tabulka 36 – Výsledky testování hypotézy prvního dílčího cíle

	Z	DF	P	Závěr
Souhrnné otázky				
Celkový zdr. stav	16,793	4	0,0021	Zamítáme H_0 a přijímáme H_A.
Vliv obtíží s močením	4,206	3	0,2401	Přijímáme H_0.
Skupiny podrobných otázek				
Každodenní činnosti	7,967	3	0,0467	Zamítáme H_0 a přijímáme H_A.
Fyz. činnost a soc. aktivity	7,729	3	0,0520	Přijímáme H_0.
Osobní vztahy	4,139	4	0,3876	Přijímáme H_0.
Emoce	12,199	3	0,0067	Zamítáme H_0 a přijímáme H_A.
Spánek a energie	13,420	3	0,0038	Zamítáme H_0 a přijímáme H_A.
Ostatní činnosti a situace	17,103	3	0,0007	Zamítáme H_0 a přijímáme H_A.
KHQ celkově	12,713	3	0,0053	Zamítáme H_0 a přijímáme H_A.

Zdroj: Autorka

Pro hodnoty vypočteného testového kritéria $P < 0,05$ testovanou nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní. Z výsledků lze usoudit, že existuje statisticky významný vztah mezi vnímáním celkového zdravotního stavu a pohlavím respondenta. Naopak v případě vlivu obtíží s močením se statisticky významný vztah k pohlaví nepotvrdil.

V případě skupin podrobných otázek se u většiny skupin vztah k pohlaví projevil, s výjimkou fyzických a sociálních aktivit a osobních vztahů – tam vliv potíží na pohlaví nezávisí. Vzhledem k převažujícím výsledkům u jednotlivých skupin podrobných otázek není překvapující, že i u celkového hodnocení KHQ, tedy subjektivní vnímání problematiky

močové inkontinence, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní – *existuje statisticky významný vztah mezi pohlavím a subjektivním vnímáním problematiky močové inkontinence*.

Výsledky získané pomocí Testu dobré shody odpovídají očekáváním dle interpretací dílčích výsledků jednotlivých skupin otázek.

6.3 Vyhodnocení Zungovy sebehodnotící stupnice úzkosti (SAS)

Zpracování části B dotazníku uvádí tabulka 37. Úroveň příznaků je pro zkrácení uvedena jako „žádná“ pro respondenta nejevícího známky úzkosti, „mírná“ pro možnost známek minimální nebo lehké úzkosti, „střední“ pro střední až těžkou úroveň a „vysoká“ pro případ příznaků těžké až extrémně těžké úzkosti.

Tabulka 37 – Úroveň příznaků úzkosti podle SAS

Úroveň SAS	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
žádná	0	5	5	0,0%	10,2%	6,9%
mírná	21	27	48	91,3%	55,1%	66,7%
střední	2	16	18	8,7%	32,7%	25,0%
vysoká	0	1	1	0,0%	2,0%	1,4%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

U respondentů (mužů) se po bodovém hodnocení a vypočítání SAS indexu objevila u 21 (91,3 %) z nich „mírná“ úzkost a u dvou „střední“ úroveň úzkosti. „Vysoká“ úroveň úzkosti se u žádného z mužů neprokázala. Žádný muž nebyl zcela bez známek úzkosti. U respondentek (žen) se po vypočítání SAS indexu objevila u 27 (55,1 %) „mírná“ úzkost, u 16 (32,7 %) „střední“ úroveň úzkosti. U jedné ženy se objevila „vysoká“ úroveň úzkosti a u pěti žen se příznaky úzkosti neprokázaly. Modus pro obě pohlaví je v úrovni „mírná“, u mužů je však výrazně vyšší relativní četnost.

6.4 Vyhodnocení Zungovy sebehodnotící stupnice deprese (SDS)

Zpracování části C dotazníku uvádí tabulka 38. Úroveň příznaků je pro zkrácení uvedena jako „žádná“ pro respondenta nejevícího známky deprese, „mírná“ pro možnost známek minimální nebo lehké deprese, „střední“ pro střední až těžkou úroveň a „vysoká“ pro případ příznaků těžké až extrémně těžké deprese.

Tabulka 38 – Úroveň příznaků deprese podle SDS

Úroveň SDS	Pohlaví (abs.)			Pohlaví (rel.)		
	muž	žena	celkem	muž	žena	celkem
žádná	2	14	16	8,7%	28,6%	22,2%
mírná	14	6	20	60,9%	12,2%	27,8%
střední	7	24	31	30,4%	49,0%	43,1%
vysoká	0	5	5	0,0%	10,2%	6,9%
Celkem	23	49	72	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: Autorka

Interpretace:

Po vypočítání SDS indexu byly u respondentů (mužů) přítomny známky „mírné“ deprese u 14 (60,9 %), u 7 (30,4 %) byla vyhodnocena „střední“ úroveň příznaků deprese, dva muži nejevili známky deprese a u žádného respondenta se neobjevila „vysoká“ úroveň příznaků deprese. Po vypočítání SDS indexu byla u respondentek (žen) přítomna „střední“ úroveň deprese u 24 (49 %) osob, známky „mírné“ deprese se projevíly u 6 (12,2 %) žen, „vysoká“ úroveň příznaků deprese se objevila u 5 (10,2 %) respondentek. Celkem 14 žen (28,6 %) nejevilo žádné známky deprese. Modus je tedy u mužů v úrovni „mírná“, u žen v úrovni „střední“.

6.5 Analýza vlivu doby trvání potíží na psychiku člověka

Na základě druhého dílčího cíle byla provedena analýza vlivu doby trvání potíží s inkontinencí moči na psychiku člověka. Pro hodnocení vlivu na kvalitu života byl podobně jako v předchozí analýze použit souhrnný výstup z KHQ dotazníku (část A1 a A2), pro hodnocení vzniku úzkosti výstup z dotazníku SAS (část B) a pro hodnocení vzniku deprese výstup z dotazníku SDS (část C).

Vnímání kvality života podle délky trvání potíží

Pro testování hypotézy H₀₂ byla zpracována tabulka 39 vyhodnocující vliv délky trvání potíží s inkontinencí moči na vnímání kvality života:

Tabulka 39 – Vliv délky trvání potíží na vnímání kvality života

Délka trvání potíží	vůbec ne	trochu	středně	hodně	celkem
	KHQ celkem (abs.)				
do 3 měs.	2	3	13	0	18
4 - 6 měs.	2	7	9	1	19
7 - 12 měs.	0	3	4	0	7
1 - 3 roky	1	8	4	0	13
nad 3 roky	2	6	6	1	15
celkem	7	27	36	2	72
	KHQ celkem (rel.)				
do 3 měs.	11,1%	16,7%	72,2%	0,0%	100,0%
4 - 6 měs.	10,5%	36,8%	47,4%	5,3%	100,0%
7 - 12 měs.	0,0%	42,9%	57,1%	0,0%	100,0%
1 - 3 roky	7,7%	61,5%	30,8%	0,0%	100,0%
nad 3 roky	13,3%	40,0%	40,0%	6,7%	100,0%
celkem	9,7%	37,5%	50,0%	2,8%	100,0%

Zdroj: Autorka

Hodnoty v tabulce byly dále zpracovány pomocí Testu dobré shody; s hodnotou testového kritéria **Z = 10,5843** byla vypočtena hladina testu **P = 0,5648**.

Vznik úzkosti podle délky trvání potíží

Pro testování hypotézy H₀₃ byla zpracována tabulka 40 vyhodnocující vliv délky trvání potíží s inkontinencí moči na vznik úzkosti:

Tabulka 40 – Vliv délky trvání potíží na vznik úzkosti

Délka trvání potíží	žádná	mírná	střední	vysoká	celkem
	SAS (abs.)				
do 3 měs.	1	8	9	0	18
4 - 6 měs.	1	15	3	0	19
7 - 12 měs.	0	6	1	0	7
1 - 3 roky	3	9	1	0	13
nad 3 roky	0	10	4	1	15
celkem	5	48	18	1	72
	SAS (rel.)				
do 3 měs.	5,6%	44,4%	50,0%	0,0%	100,0%
4 - 6 měs.	5,3%	78,9%	15,8%	0,0%	100,0%
7 - 12 měs.	0,0%	85,7%	14,3%	0,0%	100,0%
1 - 3 roky	23,1%	69,2%	7,7%	0,0%	100,0%
nad 3 roky	0,0%	66,7%	26,7%	6,7%	100,0%
celkem	6,9%	66,7%	25,0%	1,4%	100,0%

Zdroj: Autorka

Hodnoty v tabulce byly dále zpracovány pomocí Testu dobré shody; s hodnotou testového kritéria **Z = 19,5246** byla vypočtena hladina testu **P = 0,0766**.

Vznik deprese podle délky trvání potíží

Pro testování hypotézy H₀₄ byla zpracována tabulka 41 vyhodnocující vliv délky trvání potíží s inkontinencí moči na vznik úzkosti:

Tabulka 41 – Vliv délky trvání potíží na vznik deprese

Délka trvání potíží	žádná	mírná	střední	vysoká	celkem
	SDS (abs.)				
do 3 měs.	4	10	1	3	18
4 - 6 měs.	5	7	1	6	19
7 - 12 měs.	4	2	1	0	7
1 - 3 roky	4	4	1	4	13
nad 3 roky	3	8	1	3	15
celkem	20	31	5	16	72
SDS (rel.)					
do 3 měs.	22,2%	55,6%	5,6%	16,7%	100,0%
4 - 6 měs.	26,3%	36,8%	5,3%	31,6%	100,0%
7 - 12 měs.	57,1%	28,6%	14,3%	0,0%	100,0%
1 - 3 roky	30,8%	30,8%	7,7%	30,8%	100,0%
nad 3 roky	20,0%	53,3%	6,7%	20,0%	100,0%
celkem	27,8%	43,1%	6,9%	22,2%	100,0%

Zdroj: Autorka

Hodnoty v tabulce byly dále zpracovány pomocí Testu dobré shody; s hodnotou testového kritéria $Z = 8,4422$ byla vypočtena hladina testu $P = 0,7497$.

Použití výsledků pro testování hypotéz druhého dílčího cíle

Pro druhý dílčí cíl byly stanoveny následující nulové a alternativní hypotézy:

H₀₂ Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a kvalitou života jedince.

H_{A2}: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a kvalitou života jedince.

H₀₃: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem úzkosti.

H_{A3}: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem úzkosti.

H₀4: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem deprese.

H_A4: Předpokládáme, že existuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem deprese.

Výsledné charakteristiky a závěry pro jednotlivé hypotézy jsou následující:

H₀2: Hodnota testového kritéria **Z = 10,5843** a vypočtená hladina testu **P = 0,5648**. Protože je hodnota **P > 0,05**, přijímá se nulová hypotéza, že *neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a kvalitou života jedince*.

H₀3: Hodnota testového kritéria **Z = 19,5246** a vypočtená hladina testu **P = 0,0766**. Protože je hodnota **P > 0,05**, přijímá se nulová hypotéza, že *neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem úzkosti*.

H₀4: Hodnota testového kritéria **Z = 8,4422** a vypočtená hladina testu **P = 0,7497**. Protože je hodnota **P > 0,05**, přijímá se nulová hypotéza, že *neexistuje statisticky významný vztah mezi délkou trvání inkontinence moči a vznikem deprese*.

7 DISKUSE

Data získaná z dotazníků jsou cenným zdrojem informací. Umožňují zkoumat závislosti vnímání problémů spojených s inkontinencí moči a možnosti vzniku úzkosti a deprese na mnoha sledovaných faktorech. Pro tuto práci bylo vybráno několik možných závislostí, které byly formulovány do následně testovaných hypotéz.

První testovaná hypotéza ukázala, že subjektivní vnímání problematiky močové inkontinence je různé u mužů a žen. Nicméně v případě testování jednotlivých skupin podrobných otázek KHQ dotazníku existují oblasti, kde tento rozdíl patrný není (fyzická činnost a sociální aktivity, osobní vztahy).

Drábková (2015, str. 28-29) se ve svém výzkumném šetření zabývala kvalitou života seniorů s močovou inkontinencí. Zanalyzovala data získaná pomocí standardizovaného dotazníku KHQ. Zjistila, že inkontinence moči je stále aktuální symptom, který je negativně vnímán a značnou měrou ovlivňuje kvalitu života seniorů. Z jejího výzkumu vyplynulo, že by měli lékaři v ambulantním sektoru intenzivněji informovat seniory o močové inkontinenci a provádět vyhodnocování kvality jejich života. Publikaci článku předcházela diplomová práce na téma *Kvalita života seniorů s močovou inkontinencí* (Drábková, 2014), kde autorka pracuje se skupinou 243 respondentů (156 žen a 87 mužů), i v jejím výzkumu se ukázalo, že inkontinencí moči trpí více žen než mužů. Obdobný závěr byl uveden v otázce „*Jak byste popsal/a v současnosti Váš celkový zdravotní stav?*“, kde je shoda v odpovědi „přijatelný“ (cit. 39,09 %, zde 44,4 %), dále v otázce „*Do jaké míry Vás problémy s močením omezují při provádění domácích prací?*“, kde je shodný modus v odpovědi „trochu“ (cit. 32,51 %, zde 45,8 %). V další otázce „*Omezují Vás problémy s močením při práci nebo při běžných každodenních činnostech prováděných mimo domov?*“ je shodný modus v odpovědi „trochu“ (cit. 36,62 %, zde 51,4 %), v otázce „*Omezují Vás problémy s močením při provádění fyzických aktivit?*“ je shodný modus „trochu“ (cit. 34,98 %, zde 50,0 %), v otázce „*Omezují Vás problémy s močením v možnosti navštěvovat přátele nebo se s nimi setkávat?*“ je modus „středně“ (cit. 31,69 %, zde 40,3 %), v otázce „*Ovlivňují problémy s močením Váš rodinný život?*“ je modus „trochu“ (cit. 29,63 %, zde 44,4 %) a v otázce „*Cítíte se kvůli problémům s močením depresivní nebo skleslý/á?*“ je modus shodný s citovanou prací též na úrovni „trochu“ (cit. 40,74 %, zde 33,3 %). Ve skupině otázek „*Jak často provádíte nebo prožíváte dále uvedené činnosti nebo situace?*“ se ve všech otázkách modus u citované práce shoduje s výsledky zde.

V porovnání s bakalářskou prací *Kvalita života žen s močovou inkontinencí* (Pěnicová, 2019), která mimo jiné zkoumala vliv potíží s močením na kvalitu spánku u žen, lze konstatovat shodný závěr, že inkontinence moči ovlivňuje kvalitu spánku „často“. Jiné srovnatelné otázky v uvedené práci nebyly zkoumány.

Z celkového zpracování dotazníku KHQ vyplynulo, že močová inkontinence ovlivňuje kvalitu života. Průzkum Abramse, et al. (2015) se zabýval vztahem mezi závažností močové inkontinence související se zdravím, kvalitou života a duševní pohodou u vybraných respondentů ve Francii, Německu, Spojeném království a USA. Autoři došli k závěru, že ve sledovaném vzorku je ovlivněna kvalita života, ta následně negativně ovlivňuje duševní pohodu, což odpovídá zjištěným výsledkům.

Z průřezové studie, kterou provedli Al-Mehaisen, et al., (2017), vyplývá, že inkontinence moči postihuje velké množství žen a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života. Únik moči může mít velký vliv na duševní pohodu ženy, pocit odcizení, izolaci, může nepříznivě ovlivnit osobní a pracovní vztahy a může vést ke vzniku deprese. Tento závěr též odpovídá zjištěným výsledkům.

Zamboriová a Simočková (2011, str. 438-443) dospěly ve svém výzkumu inkontinence a kvality života seniorů k zajímavému zjištění, že pacienti, kteří bydlí se svým životním partnerem, jsou kontinentní více než ti, kteří bydlí se svými dětmi nebo s někým jiným. Z toho soudí, že schopnost udržet moč, ovlivňuje psychická pohoda jedince.

Dopad inkontinence moči na kvalitu života žen z komplexního pohledu zkoumaly Sochorová a Vránová (2008, str. 263-266). Fyzickými následky jsou podrážděná pokožka v intimních partiích, riziko vzniku dekubitů u imobilních pacientů. Psychosociální následky ukazují na dopad na potřeby sebepojetí a sebeúcty. Ekonomické následky vznikají ve spojitosti s péčí a léčbou pacientů trpících močovou inkontinencí.

Ve výsledcích výzkumů a v literatuře, např. (Horčíčka et al., 2017a, str. 16), se uvádí, že občasný únik moči postihuje 30–50 % žen. Výskyt se zvyšuje se stoupajícím věkem, 40 % žen nad 60 let trpí inkontinencí moči. Test hypotézy týkající se vztahu mezi vnímáním kvality života a dobou trvání potíží však neprokázal významnou statistickou závislost těchto dvou faktorů. Tento rozdíl je patrně způsoben tím, že délka trvání potíží nutně nemusí souviset s věkem pacienta.

Podobně testy hypotéz týkajících se vztahů mezi vznikem úzkosti nebo deprese a dobou trvání potíží neprokázaly významné statistické závislosti, přestože očekávání na základě zkušenosti z praxe bylo opačné. Tento rozpor může být ovlivněn zkresleným subjektivním vnímáním zkušenosti z praxe. Výsledné úrovně indexů SAS a SDS však naznačují, že obtíže způsobené močovou inkontinencí v řadě případů ke vzniku úzkosti nebo deprese vedou, nemusí ale nutně souviset s dobou trvání potíží, jak uvádějí i některé studie.

Dílčím cílem studie provedené na Washington University School of Medicine (Lai et al., 2016) bylo zjistit vztah mezi příznaky úzkosti a OAB-hyperaktivního močového měchýře. Symptomy úzkosti byly hodnoceny pomocí nemocniční stupnice úzkosti a deprese (HADS-A). Byly také posouzeny další psychosociální faktory. Výsledkem bylo zjištění, že přibližně polovina respondentů OAB (48 %) měla příznaky úzkosti a čtvrtina respondentů OAB (24 %) měla střední až těžkou úzkost. Lidé s OAB, příznaky inkontinence a úzkosti pocítovali větší dopad na kvalitu jejich života a více trpěli psychosociálními obtížemi jako například depresí a vyšší mírou stresu než respondenti s OAB bez úzkosti.

Z výzkumu University of Adelaide (Avery et al., 2013) vyplývá, že u mladších žen trpících močovou inkontinencí, se častěji objevovaly problémy s psychikou, kdežto starší ženy měly tendenci být odolnější. Klíčovými oblastmi u mladších žen byly volnočasové aktivity, sport, rodina a sexuální vztahy. U 20 % respondentek trpících inkontinencí moči se objevila deprese. O rok dříve proběhla studie v Norsku (Felde et al., 2012). Výsledkem bylo, že inkontinence moči u žen ve věkové kategorii 40-44 let je úzce spjata s vysokým výskytem úzkosti a deprese.

Cílem italské studie (Melotti et al., 2017) bylo zjistit prevalenci a závažnost deprese a úzkosti u žen s hyperaktivním močovým měchýřem (OAB). Studie probíhala u 274 žen v letech 2012-2015. Výsledkem bylo zjištění, že středně těžká nebo těžká úzkost se objevila u 62,4 % žen a středně těžká nebo těžká deprese u 59,8 % žen. Výsledky našeho výzkumu deprese u žen vykazují modus ve stejné kategorii, v případě úzkosti se liší, modus je v kategorii o stupeň nižší.

Uvedené studie většinou prokazují, že ženy s těžkou a střední inkontinencí jsou více depresivní než běžná populace žen kontinentních. U pacientek, které udávaly příznaky inkontinence moči, narušení kvality života a funkčního stavu se podle Praška (2010, str. 391) častěji vyskytovaly depresivní epizody.

Vyhodnocení hlavního cíle

Na základě výsledků dílčích cílů je možné říci, že močová inkontinence psychiku člověka zcela jistě ovlivňuje. Vliv je však odlišný podle různých sledovaných kritérií. Zatímco první dílčí cíl v podstatě potvrdil závislost subjektivního vnímání problematiky inkontinence moči na pohlaví, druhý dílčí cíl nepotvrdil významný vztah mezi dobou trvání potíží a kvalitou života jedince, vznikem úzkosti ani vznikem deprese.

Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplývá, že močová inkontinence má vliv na psychiku člověka a kvalitu jeho života. Jedná se o komplexní problém, proto je nutno k němu i takto přistupovat.

Mnoho lidí se bojí nebo stydí o problému hovořit, ať už s partnerem, rodinou, lékařem nebo sestrou. Měli by proto odhodit stud a se svým problémem se svěřit, protože vždy se dá najít řešení, ať už konzervativní, chirurgické nebo formou vhodného výběru inkontinenčních pomůcek, kterých je na trhu dostatek.

Jedinci by měli být proto dostatečně a včas informováni o prevenci, léčbě, inkontinenčních pomůckách apod. formou edukačních letáků či pořádání edukačních přednášek pro lidi z rizikových skupin (těhotné, ženy po vaginálních operacích, po aktinoterapii, pro seniory apod.).

Pomocí dotazníků je možné pravidelně hodnotit kvalitu života lidí trpících tímto symptomem, aby bylo možno předejít vzniku úzkosti nebo deprese a případně pomoci zlepšit kvalitu jejich života.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje močová inkontinence psychiku člověka. Samovolný únik moči je složitý problém, který zasahuje do všech oblastí života jedince. Problém je třeba chápat komplexně, neboť se dotýká nejen jedince samotného, ale i rodiny a okolí, čímž významně ovlivňuje kvalitu života jedince.

V souvislosti s hlavním cílem byly stanoveny dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo ověřit souvislost mezi pohlavím a subjektivním vnímáním problematiky močové inkontinence. K tomu byl využit standardizovaný dotazník KHQ a z výsledků jeho zpracování vyplynul závěr, že statisticky významný vztah mezi těmito veličinami existuje. Porovnáním s několika studii v diskusi byl tento výsledek ověřen. Podrobnější analýzou výsledků šetření bylo zjištěno, že v rámci dílčích skupin otázek dotazníku existují takové skupiny, kde tato závislost jednoznačně prokázána nebyla (otázky v oblasti fyzické činnosti a sociálních aktivit respondenta, nebo otázky v oblasti osobních vztahů).

Dalším dílčím cílem bylo ověřit vztah mezi délkou trvání potíží a kvalitou života jedince. Test hypotézy však neprokázal významnou statistickou závislost těchto dvou faktorů. Pravděpodobným důvodem může být poznatek, že délka trvání potíží nutně nemusí souviset s věkem pacienta.

Třetí cíl měl prokázat vztah mezi délkou trvání inkontinence a vznikem úzkosti. K tomuto účelu byla použita část B dotazníku obsahující otázky Zungovy stupnice úzkosti (SAS). Významný statistický vztah mezi uvedenými faktory se neprokázal, ze zpracování indexu SAS však vyplývá, že potíže s inkontinencí moči ke vzniku úzkosti v mnoha případech vedou.

Čtvrtým cílem bylo prokázat vztah mezi délkou trvání inkontinence a vznikem deprese. Zde byla použita část C dotazníku, která obsahovala otázky Zungovy stupnice deprese (SDS). Ani u těchto faktorů se významný statistický vztah neprokázal a stejně jako v případě úzkosti, tak i v případě deprese výsledky indexu SDS naznačují, že potíže s močením mohou vést i ke vzniku deprese.

Na základě výsledků dílčích cílů, které byly splněny, lze konstatovat, že potíže s inkontinencí moči psychiku člověka ovlivňují v mnoha faktorech. Tím je splněn i hlavní cíl práce tuto závislost ověřit.

Přínos práce je možné vidět nejen v samotném vyhodnocení závislostí, ale především k hlubšímu porozumění problémům, které pacientům s inkontinencí moči vznikají. Je zřejmé,

že kromě léčby fyzických obtíží je třeba brát v úvahu i vznik psychických následků a chápat péči o takového klienta komplexně, např. doporučit návštěvu psychologa nebo psychoterapeuta, poskytnout dostatek relevantních informací a upozornit na možnost vzniku psychických obtíží již např. v urologické ambulanci.

Součástí péče poskytované erudovanou všeobecnou sestrou by měla být schopnost se podílet na odhalení hrozících příznaků psychických dopadů onemocnění, na jejich prevenci a případné léčbě. Důraz by měl být zároveň kladen na individuální přístup ke klientovi.

Data získaná z dotazníku umožňují sledování závislosti vnímání kvality života i možnosti vzniku úzkosti a deprese na dalších faktorech. Podrobnější zpracování by však bylo svým rozsahem nad obvyklý rámec diplomové práce. Uvedená problematika je pro jedince se zmiňovanými potížemi stále velmi zásadní a zaslouží proto hlubší zkoumání rozdílů vnímání jedinci různého typu osobnosti a osobního zázemí. Výstupy z takových výzkumů mohou vést k predikci negativních dopadů na psychiku jedince a umožnit tak včasnou psychologickou pomoc.

POUŽITÁ LITERATURA

ABRAMS, P. et al., The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU International* [online]. 2015, vol. 115, issue 1, p. 143-152 [cit. 19. 11. 2021]. ISSN 146-4096.

ADAMÍK, Z. Inkontinence moči u ženy. In: *Interní medicína pro praxi*. 2012, roč. 14, č. 12, s. 474-477. ISSN 1212-7299.

AL-MEHAISEN, L. et al. Quality of Life in Patients with Urinary Incontinence: A Cross Sectional Study. *Jordan Medical Journal* [online]. 2017, vol. 51, issue 4, p. 199-207 [cit. 19. 11. 2021]. ISSN 0446-9283.

AMARENCO, G., ARNOULD, B., CARITA, P. et al. European psychometric validation of CONTLIFE: a quality-of-life questionnaire for urinary incontinence. In: *Eur Urol* 2003; 43: 391-404.

EVERY, J. et al. Identifying the quality of life effects of urinary incontinence with depression in an Australian population. In: *BMC Urology*. 2013. 13(1):11. DOI: 10.1186/1471-2490-13-11.

AYERS, S., R. DE VISSER a H. HARTLOVÁ. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015, 552 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BECK, AT., EPSTEIN, N., BROWN, G., STEER, RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56 (6): 893-889.

BELKOV, I., et al. Inkontinence moči u žen – palčivý, ale řešitelný problém. In: *Medicína pro praxi*. 2015, roč. 12, č. 1, s. 30-33. ISSN 1214-8687.

BLACK, N., GRIFFITHS, I., POPE, C. Development of a symptom severity index and a symptom impact index for stress incontinence in women. In: *Neurourol Urodyn* 1996; 15: 630-640.

COYNE, K., REVICKY, D., HUNT, T. et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OAB-q. In: *Qual Life Res* 2002; 11: 563-574).

ČEPICKÝ, P. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2018, 205 s. ISBN 978-80-247-5604-2.

- DRÁBKOVÁ, P. *Kvalita života seniorů s močovou inkontinencí*. Brno, 2014. 171 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová
- DRÁBKOVÁ, P. Kvalita života seniorů s močovou inkontinencí. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2015, č. 4, s. 28-29. ISSN 2336-2987.
- DUBEAU, CE., KIELY, DK., RESNICK, NM. Quality-of-life of urge incontinence in older persons: a new measure and conceptual structure. In: *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 989-994.
- DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
- FALEIDE A.O. et al. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing a. s. 2010. 1. vyd. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
- FELDE, G., BJELLAND, I., HUNSKAAR, S. Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study. In: *International Urogynecology Journal*. 2012; 23 (3): 299-306.
- GENADRY, R., J. L MOSTWIN a H. ANTONÍNOVÁ. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013, 166 s. ISBN 978-80-262-0480-0.
- GILLERNOVÁ, I. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 256 s. ISBN 978-80-7492-475-0.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HALD, T., NORDLING, J., ANDERSEN, JT., BILDE, T., MEYHOF, HH., WALTER, S. A patient weighted symptom score system in the evaluation of uncomplicated benign prostatic hyperplasia. In: *Scandinavian journal of urology and nephrology. Supplementum*. 1991, 138: 59-62.
- HAMILTON, M. A. The assessment of anxiety states by rating. In: *Br J Med Psychol* 1959. 32: 50-55.
- HAMILTON, M. A. A rating scale for depression In: *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1960. 23: 56-62.
- HANÁKOVÁ, T. Středně těžká a těžká forma inkontinence. In: *Ošetrovatelská péče*. 2012, roč. 2, s. 12-14. ISSN 2336-1603.

- HIBLBAUER, J. a J. HIBLBAUER. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. In: *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, s. 18-20. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/04.pdf>>
- HOLAŇOVÁ, R. et al., Srovnání efektu individuální a skupinové fyzioterapie u pacientek s močovou inkontinencí. In: *Rehabilitation*. 2015. 22 (1), s. 22-25. ISSN 1211-2658.
- HONZÁK, R. *Deprese, depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-85824-95-7.
- HONZÁK, R. et al. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2020. 236 s. ISBN 978-80-7492-475-0.
- HORČIČKA, L. et al. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2017a. 181 s. ISBN 978-80-204-4503-2.
- HORČIČKA, L. et al. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2017b, 13 s. ISBN 978-80-86998-91-6.
- ILARDI, S. S. *Jak vyléčit depresi aneb Šest kroků k zdravému životnímu stylu*. 2. vyd. Voznice: Leda s.r.o., 2018. 304 s. ISBN 978-80-7335-547-0.
- Incoforum. *Cvičení*. 2022. Dostupné z WWW: <<https://www.incoforum.cz/cviceni/>>
- Informační leták Astellas*, 2019.
- JACKSON, S., DONOVAN, J., BROOKES, S. et al. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. In: *British Journal of Urology*. 77: 805-812.
- JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
- JAROŠOVÁ, D. *Základy ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012, 80 s. ISBN 978-80-7464-207-4.
- KELLEHER, CJ., CARDOZO, LD., KHULLAR, V., SALVATORE, S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. In: *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1374-1379.
- KELNEROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.

- KING, C. R., HINDS, P., HASSEY-DOW, K., SCHUM, L., LEE, K. The Nurse's Relationship-Based Perceptions of Patient Quality of Life. In: *Oncology Nursing Forum*, 2002, Vol. 29, No. 10, p. 118-126.
- KITTNAR, O. a kol. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
- KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2020, 713 s. ISBN 978-80-7492-500-9.
- KOPECKÁ, M. *Úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob*. Pardubice 2020. 91 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.
- KOTT, O. et al. *Problematika dysfunkce pánevního dna pro nelékaře*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017, 77 s. ISBN 978-80-261-0757-6.
- KRATOCHVÍL, P. *Vaginální porod a inkontinence moči*. *Gynekolog*. 2012, roč. 21, č.(2), s. 86-88. ISSN 1210-1133.
- KRČMÁŘ, M. Inkontinence moči v populaci obézních žen. In: *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 31-32. ISSN 1212-4184.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. 144 s. ISBN 978-80-247-4007-2.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 176 s. ISBN 978-80-247-6654-6.
- KVAPILÍK, T. *Projevy anxiety v příbězích TAT*. Brno 2013. 63 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita Brno, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.
- LAI, H., et al. The relationship between anxiety and overactive bladder / urinary incontinence symptoms in the clinical population. In: *Urology*. Vol. 98, 2016. s. 50–57.
- LAŇKOVÁ, J., SIBLÍKOVÁ, J. *Deprese: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: CDP-PL Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře 2004., 16 s. ISBN 80-903573-1-8.

- LUBECK, DP., PREBIL, LA., PEEPLES, p., BROWN, JS. A health-related quality-of-life measure for use in patients with urge urinary incontinence: a validation study. In: *Qual Life Res* 1999; 8: 337-344.
- MARTAN, A. Žádostí o léčbu inkontinence moči u žen značně přibýlo. In: *Acta medicae. Gynecologiae*. 2012, č. 1 (Spec. 2012), s. 6-7. ISSN 1805-398X.
- MARTAN, A., J. MAŠATA a K. ŠVABÍK. *Nové operační a léčebné postupy v urogynologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 230 s. ISBN 978-80-7345-348-0.
- MELOTTI, I. G. R., JULIATO, C. R. T., TANAKA, M., RICCETTO, C. L. Z. Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. In: *Neurourology and Urodynamics*. 2018; 37: s. 223–228. DOI: 10.1002/nau.23277.
- MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2009. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
- Mikční reflex In: *Wikiskripta*, 2016. Dostupné z WWW: <https://www.wikiskripta.eu/w/Mikce#/media/File:Mikce_schéma.png>.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- PĚNICOVÁ, K. *Kvalita života žen s močovou inkontinencí*. Zlín. 2019. 64 s. Bakalářská práce. UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.
- PEŠEK, R. *Sám sobě psychoterapeutem aneb Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese*. 1. vyd. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2018. 105 s. ISBN 978-80-88163-85-5.
- PILKA, R. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017, 332 s. ISBN 978-80-7345-530-9.
- PIŠKYTLOVÁ, P. Komplikace vaginálních tahuprostých páskových operací. In: *Česká gynekologie*. 2017. 82 (3), s. 243-251. ISSN 1210-7832.
- PRAŠKO, J. a kol. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 430 s. ISBN 978-80-244-2365-4.
- PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, J., VYSKOČILOVÁ, J. *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 232 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
- RAI, GS., KINIORS, M., WIENTJES, H. Urinary Incontinence handicap inventory. In: *Arch Gerontol Geriatr* 1994; 19: 7-10.

- RÖHR, H.-P., *Cesty z úzkosti a deprese: o štěstí lásky k sobě samému*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2012. 168 s. ISBN 978-80-262-0073-4.
- ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- RYBÁROVA, L. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 38-40. ISSN 1210-0404.
- RYŠÁNKOVÁ, M. Inkontinence-novinky a možnosti řešení v ordinaci praktického lékaře. In: *Medicina pro praxi*. 2018, roč. 15, č.5, s.276-280. ISSN 1214-8687. Dostupné z: doi: 10.36290/med.2018.050.
- SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. rozš. a přepr. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2017. 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- SOCHOROVÁ, N., VRÁNOVÁ, V. Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5, s. 263-266. ISSN 1213-1768. Dostupné také z WWW: <<https://urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/05/13.pdf>>.
- SPIELBERGER, CD., GORSUH, RL., LUSHENE, RE. *Manual for the state - trait anxiety inventory (self-Evaluaton questionnaire)*; 1970.
- STANĚK, R. Inkontinence moči v ordinaci praktického lékaře. In: *Medicina pro praxi*. 2012, roč. 9, č. 8-9, s. 347-353. ISSN 1214-8687.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPAČEK, J., I. KALOUSEK a P. JÍLEK. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018, 676 s. ISBN 978-80-204-4646-6.
- TICHÁ H. *Inkontinence a deprese- která přichází první?* 2018. Dostupné z WWW: <<https://www.u lekare.cz/clanek/inkontinence-a-deprese-ktera-prichazi-prvni-363352>> [cit. 21.2.2022]
- TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Národní centrum ošetřovatelství v Brně (NCO NZO), 2013, 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

- TRNĚNÁ, Z., HORČIČKA, L. Inkontinence a menopauza. In: *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, s. 29-32. ISSN 1213-1768. Dostupné také z WWW: <<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/05.pdf>>
- ULRICHOVÁ, M. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012, 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.
- VÉLE, F. *Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyzologie*. Vyd. 1., Praha: Triton, 2012. s. 222. ISBN 978-80-7387-608-1.
- VILHELMOVÁ, L. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. In: *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12(2) s. 97-99. ISSN 1213-1768.
- VYHNÁNKOVÁ, V., *Inkontinence trápí každou druhou ženu. Světový týden kontinence vybízí k návštěvě lékaře a vyvrací mýty*. Braunoviny 2020. Dostupné z WWW: <<https://www.braunoviny.cz/inkontinence-trapi-kazdou-druhou-zenu-svetovy-tyden-kontinence-vybizi-k-navsteve-lekare-vyvraci-myty>> [cit. 17.6.2020]
- VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- WAGNER, TH., PATRICK, DI., BAVENDAM, TG et al. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*. 1996; 47: 67-71.
- WASFY, I.S., SOLTAN, E.M., ABDELWAHAB, H.A. et al. Predictors of urogenital distress and impaired quality of life in adult Egyptians with lower urinary tract symptoms. In: *Afr J Urol* **27**, 19 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12301-021-00124-2>
- Wikia.org. William W.K. Zung. In: *Psychology Wiki*. Dostupné z WWW: <https://psychology.wikia.org/wiki/William_W.K._Zung>
- WOLF, D., *Jak překonat strach, úzkost, paniku a fobie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2018. 208 s. ISBN 978-80-271-0618-9.
- ZACHOVAL, R., et al. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 6, s 286-296. ISSN 1213-1768. Dostupné také z WWW: <<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>>.
- ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. Inkontinencia a kvalita života seniorov. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve* [online]. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011, s. 438-443 [cit. 2018-11-13]. ISBN 978-80-89544-

00-4. Dostupné z WWW:

<<https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-osetrovatelstva/Konferencia-zbornik-program/2011-konferencia-fulltext-web.pdf>>.

ZÁMEČNÍK, L. Inkontinence moči u žen. In: *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, č. 1, s. 65-71. ISSN 1212-4184.

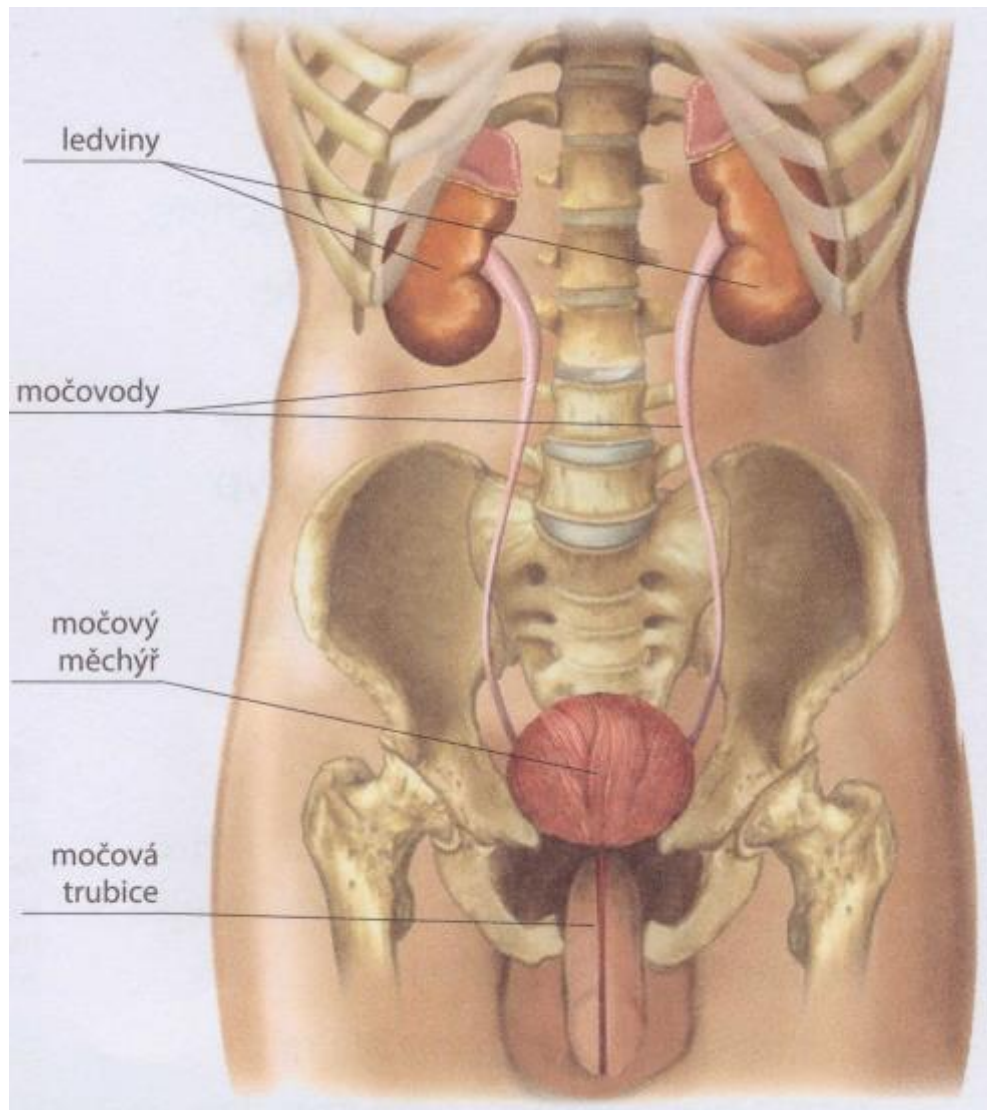
ZUNG, W. W. K. A self-rating depression scale. In: *Arch Gen Psychiatry*. 1965, roč. 12, s. 63-70.

ZUNG, W. W. K. A rating instrument for anxiety disorders. In: *Psychosomatics*. 1971, roč. 12, s. 371-379.

PŘÍLOHY

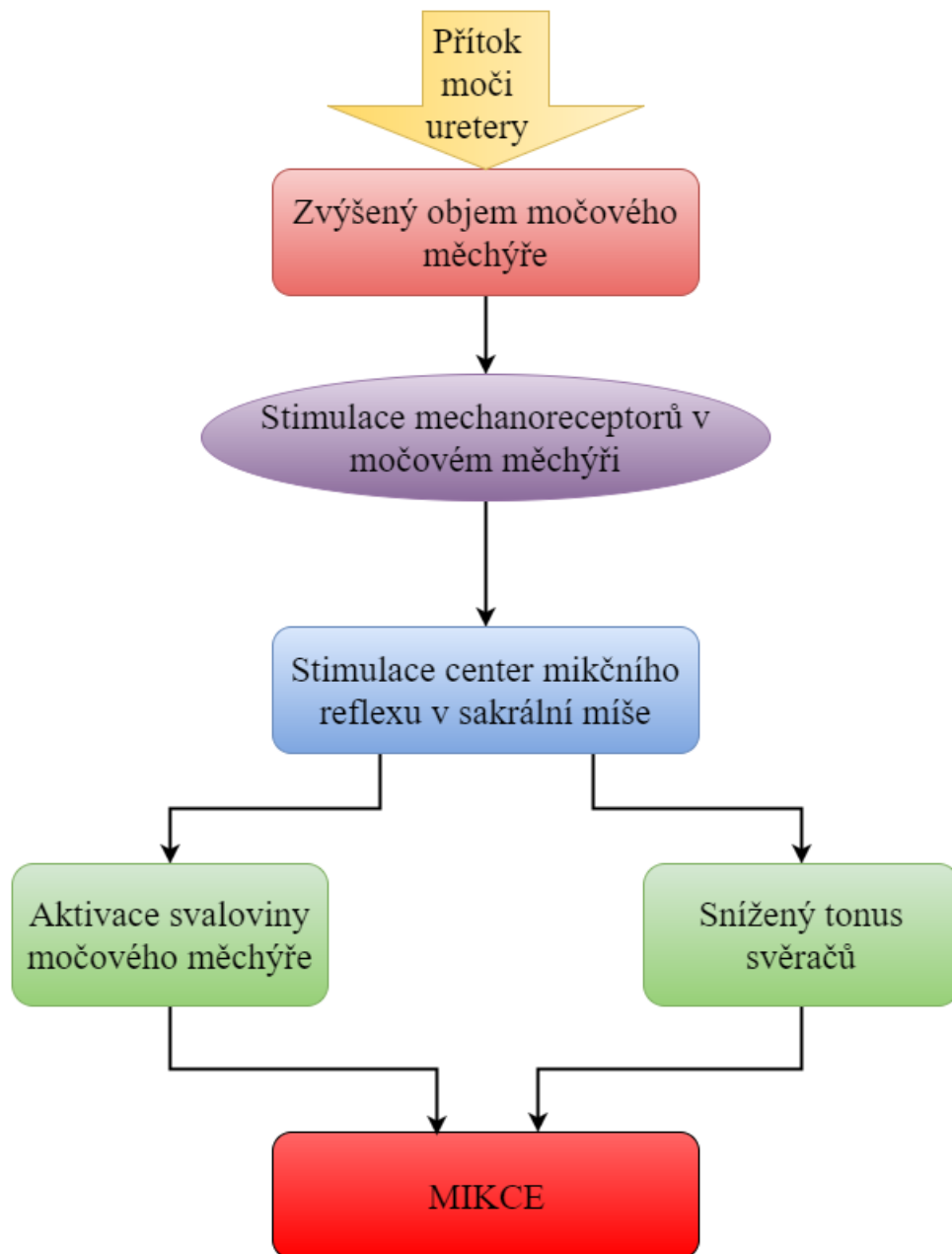
Příloha A – Ledviny a močový systém	88
Příloha B – Schéma mikce	89
Příloha C – Druhy inkontinence v mužské a ženské populaci.....	90
Příloha D – Gymnastika svalů pánevního dna.....	91
Příloha E – Anonymní dotazník pro sběr dat.....	93
Příloha F – Vyhodnocovací klíč k anonymnímu dotazníku	98

Příloha A – Ledviny a močový systém



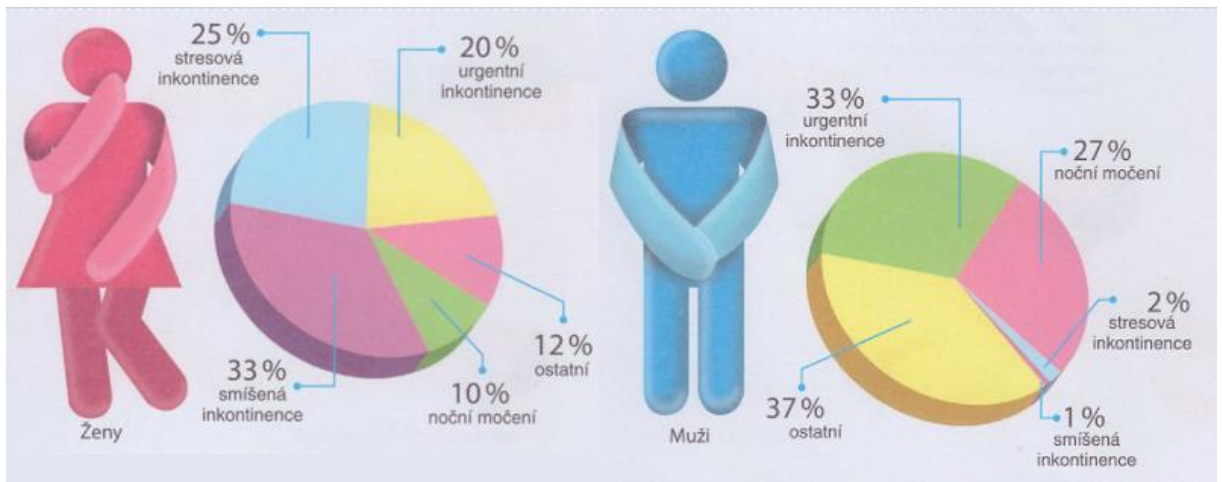
Zdroj: Informační leták Astellas, 2019

Příloha B – Schéma mikce




Zdroj: Mikční reflex, 2016

Příloha C – Druhy inkontinence v mužské a ženské populaci



Zdroj: Informační leták Astellas, 2019

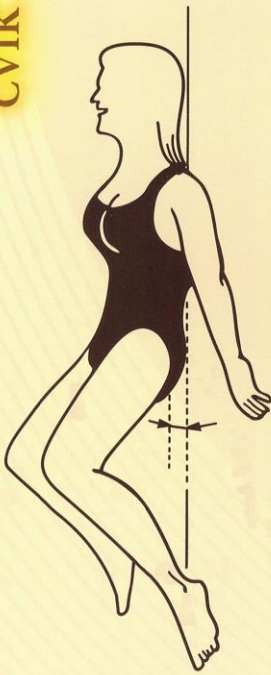
CVIK 1



Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny

S nádechem zapneme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu, doporučujeme dechovou výdrž 3, 5 až 7 vteřin, s výdechem v opačném pořadí, než jsme zapínali, postupně uvolňujeme.


CVIK 2



Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny


V nádechu zapneme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu, podsadíme pánev - bez spínání hýžďových svalů! - doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, 7 vteřin, s výdechem uvolníme pánev a postupně svaly pánevního dna (pochvu a svěrač močové trubice).

CVIK 3



Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, paže rozpažené

V nádechu zvedneme pánev, postupně zapínáme svalovinu celého pánevního dna (svěrač močové trubice, pochvu a konečník), stlačíme vnitřní kolena k sobě a protlačíme ramena a paže do podložky. Dle zdatnosti doporučujeme dechovou výdrž 3, 5, 7 vteřin, s výdechem povolíme kolena a v opačném pořadí, než jak jsme zapínali pánevní dno, postupně uvolníme a pánev pokládáme zpět na podložku.





Leh na boku, dolní končetiny pokrčené, trup a lýtka se stehny svírají pravý úhel

S nádechem zapneme svěrač močové trubice a vtáhneme pochvu a pravidelně zhluboka dýcháme. S nádechem přitáhneme špičky nohou ve směru k břichu, protlačíme paty a mírně zvedneme obě paty ve spoji nad podložkou. Doporučujeme dechovou výdrž 3, 5 až 7 vteřin. S výdechem vracíme dolní končetiny na podložku a špičky uvolníme.



Vzpor klečmo

S nádechem zapneme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu, mírně stáhneme konečník a pravidelně zhluboka dýcháme. S výdechem suneme pravé koleno k levému loktu, doporučujeme dechovou výdrž 3, 5 až 7 vteřin. S nádechem jdeme zpět kolennem na podložku do oporu. Cvik opakujeme i opačným kolennem.

Příloha E – Anonymní dotazník pro sběr dat

ANONYMNÍ DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Kamila Horáková, jsem studentkou navazujícího magisterského studia Ošetřovatelství v interních oborech na FZS Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem *Vliv inkontinence moči na psychiku člověka*.

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování.

Úvodní otázky

Pohlaví						<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena
Věk	<input type="checkbox"/> 21–30	<input type="checkbox"/> 31–40	<input type="checkbox"/> 41–50	<input type="checkbox"/> 51–60	<input type="checkbox"/> 61–70	<input type="checkbox"/> 71–80	<input type="checkbox"/> 81 a víc
Vzdělání	<input type="checkbox"/> základní	<input type="checkbox"/> vyučen	<input type="checkbox"/> střední	<input type="checkbox"/> vyšší	<input type="checkbox"/> vysokoškolské		
Rodinný stav	<input type="checkbox"/> svobodný(á)	<input type="checkbox"/> ženatý / vdaná	<input type="checkbox"/> rozvedený(á)	<input type="checkbox"/> vdovec / vdova			
Jak dlouho trpíte inkontinencí? (uveďte v měsících nebo letech)							

Část A1

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

Jak byste popsal(a) v současnosti Váš celkový zdravotní stav?	Vyberte, prosím, jednu odpověď	Jak moc podle Vašeho názoru ovlivňují obtíže s močením Váš život?	Vyberte, prosím, jednu odpověď
velmi dobrý	<input type="checkbox"/>	vůbec ne	<input type="checkbox"/>
dobrý	<input type="checkbox"/>	trochu	<input type="checkbox"/>
příjemný	<input type="checkbox"/>	středně	<input type="checkbox"/>
špatný	<input type="checkbox"/>	hodně	<input type="checkbox"/>
velmi špatný	<input type="checkbox"/>		

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

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

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

OSOBNÍ VZTAHY	nelze použít	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Ovlivňují problémy s močením Váš partnerský vztah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovlivňují problémy s močením Váš sexuální život?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovlivňují problémy s močením Váš rodinný život?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Část A2

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

EMOCE	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Cítíte se kvůli problémům s močením depresivní nebo skleslý(á)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocitujete kvůli problémům s močením obavy nebo nervozitu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítíte se kvůli problémům s močením nespokojený(á) sám(sama) se sebou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPÁNEK A ENERGIE	nikdy	někdy	často	stále
Narušují Vám problémy s močením spánek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítíte se kvůli problémům s močením vyčerpaný(á) nebo unavený(á)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Zdroj: Zachoval a kol., 2006

Část B

		Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dosti často	Velmi často nebo stále
1.	Cítím se více úzkostný(á) a nervózní než je obvyklé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Mám strach a vlastně nevím z čeho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Snadno se rozruším nebo zpanikařím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Mám pocit, že jsem rozvrácený(á), rozpadlý(á) na kusy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Je se mnou všechno v pořádku, neobávám se ničeho nepříjemného.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Cítím chvění a rozklepanost v rukou a nohou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Obtěžují mne bolesti hlavy, šije a v kříži.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Cítím se slabý(á) a snadno se unavím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Jsem klidný(á) a mohu pokojně sedět.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Cítím, že mi srdce tlučte rychleji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Obtěžují mne závratě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Někdy mi je na omdlení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Volně se mi dýchá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Mám otupělost nebo brnění v prstech rukou či nohou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Trpím bolestmi žaludku nebo poruchami trávení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Mám časté nutkání močit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ruce mám obvykle suché a teplé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Mám pocit, že rudnu v obličeji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Snadno usínám a dobře se vyspím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Mám noční děsy (nepříjemné sny).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: Kvapilík, 2013

Část C

Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyl(a).

	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dosti často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ráno se cítím nejlépe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. V noci mám potíže se spaním.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jím stejné množství jídla jako dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mám potíže se zácpou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Unavím se a i bez příčiny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Snadno zvládnou totéž co dřív.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jsem plný(á) naděje do budoucna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Snadno se rozhoduji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Žiji plným životem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych umřel(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Těší mne stejné věci co dříve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: Laňková, Siblíková, 2004

Příloha F – Vyhodnocovací klíč k anonymnímu dotazníku

KHQ

Vyhodnocovací klíč pro skupiny otázek

Každodenní činnosti
Fyzická činnost a sociální aktivity

Odpověď	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Body	1	2	3	4

Osobní vztahy

Odpověď	nelze použít	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Body	0	1	2	3	4

Emoce

Odpověď	vůbec ne	trochu	středně	hodně
Body	1	2	3	4

Spánek a energie
Ostatní činnosti a situace

Odpověď	nikdy	někdy	často	stále
Body	1	2	3	4

Celkový vliv podle KHQ

Body	0 - 1,4	1,5 - 2,4	2,5 - 3,4	nad 3,4
Hodnocení	vůbec ne	trochu	středně	hodně

Zdroj: Autorka