

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Klára Kašparová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života pacientů se stresovou inkontinencí moči

Diplomová práce

2025

Klára Kašparová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Klára Kašparová**
Osobní číslo: **Z23213**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Kvalita života pacientů se stresovou inkontinencí moči**
Téma práce anglicky: **Quality of life of patients with stress urinary incontinence**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

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:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

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

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

V Pardubicích dne 16. 04. 2025

Bc. Klára Kašparová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych vyjádřila upřímné poděkování Mgr. Haně Ochtinské, Ph.D. za cenné rady, připomínky, trpělivost a vstřícný přístup při vedení mé diplomové práce. Velké díky patří také hlavní sestře za umožnění sběru dat na urologických ambulancích a všem respondentům, kteří se do výzkumu zapojili.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou stresové inkontinence moči a dopadem na kvalitu života u žen nad 40 let.

Teoretická část se věnuje pojmu kvalita života z obecného a ošetrovatelského pohledu a dále pak charakteristice měřících nástrojů. Rovněž se zabývá problematikou stresové inkontinence moči.

Ve výzkumné části jsou prezentována data získaná z dotazníku CONTILIFE, který byl vytvořen k hodnocení kvality života u žen se stresovou inkontinencí moči. Cílem bylo zjistit, jak stresová inkontinence moči ovlivňuje hodnocení kvality života žen se stresovou inkontinencí moči v jednotlivých doménách standardizovaného dotazníku i v závislosti na jednotlivých proměnných. Na základě výsledků výzkumu můžeme odhalit rozdíly ve vnímání a hodnocení kvality života žen se stresovou inkontinencí v různých dimenzích jejich života.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, stresová inkontinence moči, CONTILIFE

TITLE

Quality of life of patients with stress urinary incontinence

ANNOTATION

The thesis examines stress urinary incontinence and its impact on the quality of life of women over 40 years old.

The theoretical part explores the concept of quality of life from both a general and nursing perspective, as well as the characteristics of measurement tools. It also addresses the issue of stress urinary incontinence.

The research part presents data collected using the CONTILIFE questionnaire, which was designed to assess the quality of life of women with stress urinary incontinence. The aim was to determine how stress urinary incontinence affects their quality of life across different domains of the standardized questionnaire and in relation to various individual variables. Based on the research findings, differences in how women with stress urinary incontinence perceive and evaluate their quality of life across various dimensions of life can be identified.

KEYWORDS

Quality of life, stress urinary incontinence, CONTILIFE

OBSAH

Úvod	11
1 Cíle a metody práce	14
1.1 Cíl práce.....	14
I Teoretické východisko k řešenému problému	15
2 Kvalita života.....	15
2.1 Dimenze kvality života.....	17
2.2 Činitelé kvality života.....	18
2.3 Historie zkoumání kvality života s ohledem na zdravotnictví a ošetřovatelství	19
2.4 Hodnocení kvality života.....	22
2.5 Dotazník CONTILIFE	23
2.6 Dotazník POBAV	24
2.7 Močová inkontinence a kvalita života	24
3 Stresová inkontinence moči.....	28
3.1 Diagnostika.....	29
3.1.1 Základní vyšetření	29
3.1.2 Speciální testy.....	29
3.1.3 Přístrojové specializované vyšetření	29
3.2 Léčba	30
3.2.1 Konzervativní léčba.....	30
3.2.2 Medikamentózní léčba.....	31
3.2.3 Chirurgická léčba.....	31
3.3 Prevalence stresové inkontinence.....	31
II. Výzkumná část.....	36
4 Výzkumné otázky a hypotézy	36
5 Metodika výzkumné části.....	38
5.1 Organizace výzkumného šetření.....	38

5.2	Charakteristika výzkumných nástrojů	39
5.2.1	Dotazník POBAV	39
5.2.2	Dotazník CONTILIFE	40
5.3	Sběr dat	41
5.4	Výzkumný soubor	41
5.5	Vyřazovací kritéria	42
5.6	Charakteristika výzkumného souboru	42
5.7	Způsob zpracování dat	45
6	Interpretace výsledků	48
6.1	Běžné denní aktivity	48
6.2	Fyzická aktivita	52
6.3	Vlastní osobnost	55
6.4	Citové důsledky	57
6.5	Sexualita	62
6.6	Kvalita života	64
6.7	Vyhodnocení standardizovaného dotazníku	66
7	Ověřování hypotéz	68
8	Diskuse	78
9	Závěr	87
9.1	Doporučení pro praxi	88
9.2	Limity výzkumu	88
10	Použitá literatura	89
10.1	Odborné články	90
10.2	Internetové zdroje	97
10.3	Ostatní	97
11	přílohy	98

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Věkové rozložení souboru (n = 74)	42
Obrázek 2 - Rozložení souboru dle počtu porodů (n = 74)	44
Obrázek 3 - Rozložení souboru dle dosaženého vzdělání (n = 74)	45
Obrázek 4 - Hodnocení problémů s močením u vybraných denních aktivit (n = 74)	49
Obrázek 5 - Četnost přestávek v denních či pracovních aktivitách (n = 74).....	51
Obrázek 6 - Četnost nočního pomočování v posledním měsíci (n = 74)	52
Obrázek 7 - Hodnocení problémů s močením u vybraných fyzických aktivit (n = 74)	53
Obrázek 8 - Hodnocení problémů s močením v oblasti sebehodnocení (n = 74).....	55
Obrázek 9 - Četnost dobrých pocitů navzdory inkontinenci v posledním měsíci (n = 74)	58
Obrázek 10 - Četnost pocitů trápení kvůli nošení hygienických vložek (n = 74)	59
Obrázek 11 - Hodnocení problémů s močením v oblasti pocitů (n = 74)	60
Obrázek 12 - Hodnocení problémů s močením v oblasti sexuality (n = 74).....	63
Obrázek 13 - Hodnocení kvality života u jednotlivých kategorií BMI (n = 74)	68
Obrázek 14 - Hodnocení kvality života u jednotlivých kategorií porodu (n = 74)	70
Obrázek 15 - Hodnocení kvality života u žen dle počtu porodů (n = 74)	72
Obrázek 16 - Hodnocení kvality života u žen dle věku (n = 74).....	74
Obrázek 17 - Hodnocení kvality života u žen dle vzdělání (n = 74).....	76

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Výška, váha a BMI respondentek	43
Tabulka 2 - Rozložení hodnot BMI v souboru (n = 74)	44
Tabulka 3 - Denní aktivity ztěžované problémy s močením	50
Tabulka 4 - Fyzické aktivity ztěžované problémy s močením	54
Tabulka 5 - Problémy s močením v oblasti vlastní osobnosti	56
Tabulka 6 - Hodnocení vybraných pocitů v souvislosti s problémy s močením.....	61
Tabulka 7 - Hodnocení problémů s močením v oblasti sexuality	63
Tabulka 8 - Sebehodnocení kvality života	65
Tabulka 9 - Vztah mezi hodnocením kvality života a BMI	69
Tabulka 10 - Vztah mezi hodnocením kvality života a typem porodu.....	71
Tabulka 11 - Vztah mezi hodnocením kvality života a počtem porodů.....	73
Tabulka 12 - Vztah mezi hodnocením kvality života a věkem	75
Tabulka 13 - Vztah mezi hodnocením kvality života a vzděláním	77

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BMI	Body Mass Index
HRQoL	health-related quality of life
OSN	Organizace spojených národů
POBAV	Pojmenování obrázků a jejich vybavení
PWT	Pad-weight test
TOT	Transobturator tape
TVT	Tension-free vaginal tape
TVT-O	Tension-free vaginal tape – obturator
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

ÚVOD

V oblasti ženského zdraví je možné stresovou inkontinenci moči vnímat jako onemocnění či syndrom, jenž se u žen objevuje obvykle v období okolo klimakteria. Lze se ale setkat i s mnohem mladšími ženami trpícími tímto syndromem (například po vícečetných porodech). Toto onemocnění bývá velmi často podceňované s ohledem na jeho dopad na kvalitu života člověka. V období klimakteria se ženy setkávají s mnohými výzvami, přičemž jednou z nich je právě stresová inkontinence, jež narušuje fyzickou i psychickou pohodu ženy (Horčíčka, 2017, s. 15–17).

Inkontinence je definována jako samovolný únik moči (Horčíčka, 2017, s. 15–17). Vlivem zvýšeného nitrobrříšního tlaku dojde ke zvýšení zátěže pro pánevní dno, kdy je tato zátěž způsobena například kýchnutím, kašlem, smíchem, zvednutím těžkých předmětů, některými sporty apod. (Minassian et. al., 2020, s. 161–163). Pro takto postiženého jedince jde nejen o hygienický problém, ale velmi často tako o socioekonomický problém, který tvoří nemalou část jeho života. Přitom inkontinence nepředstavuje nemoc jako takovou, ale jde spíše o symptom vznikající vlivem poruchy jímací nebo vyprazdňovací funkce močového měchýře. V případě žen se jedná o problematiku, kterou se zabývají urogynekologové (Ryšánková, 2018, s. 276–280).

Tento zdravotní problém patří mezi nejčastější na světě a postihuje přibližně 4–8 % populace. V České republice se s ním potýká téměř půl milionu lidí, avšak lékařskou pomoc vyhledá méně než 40 % z nich. Únik moči nepředstavuje jen zdravotní a hygienickou komplikaci, ale výrazně ovlivňuje i společenský život pacientů. Strach z nepříjemných situací vede mnohé k tomu, že se vyhýbají společnosti a uzavírají se do sebe. Přitom není důvod trpět v tichosti – stačí překonat ostych a co nejdříve se obrátit na lékaře, který pomůže najít vhodné řešení. Inkontinence je v řadě případů zcela léčitelná nebo lze její projevy výrazně zmírnit (INKO-GNITO, © 2020).

Inkontinence se vyskytuje u značné části populace, přičemž její příznaky se objevují u 12–57 % žen. U žen starších 60 let se s ní potýká až 40 % a ve věkové skupině nad 80 let dokonce 55,6 %. Mezi jednotlivými typy převažuje stresová inkontinence, která tvoří polovinu případů, následovaná urgentní inkontinencí s 30 % a smíšenou formou s 20 %. Navzdory jejímu častému výskytu zůstává povědomí o tomto problému nízké a mnoho žen odbornou pomoc nevyhledá. Sociální dopady onemocnění často vedou k pocitům studu a snaze problém bagatelizovat, přestože může výrazně ovlivnit kvalitu života. Každá druhá až třetí pacientka

v ordinaci všeobecného praktického lékaře může mít problém s inkontinencí moči (Horčíčka et. al., 2021, s. 3).

Pokud jde konkrétně o stresovou inkontinenci moči, tak ta představuje okolo poloviny všech případů. Tyto informace jsou bohužel nepřesné, neboť řada žen se i v dnešní době stydí o této problematice hovořit a lékařskou pomoc nevyhledá (Drábková, 2015, s. 127–129). Data vztahující se k České republice jsou shodná se zahraničními statistikami, které hovoří o stejném procentu žen s močovou inkontinencí ve věku nad 60 let (Horčíčka et. al., 2021, s. 3).

Každý zdravotní problém pochopitelně dopadá na psychiku člověka. Přestože není stresová inkontinence přímo nemocí, není možné jí nevěnovat pozornost, neboť takto trpícího jedince tento syndrom ovlivňuje na psychice a pak následně na kvalitě jeho života. Tento problém není totiž pouze zdravotní a medicínský, ale dotýká se rovněž interpersonálních vztahů, hygienické pohody žen, intimity ženy, jejího sociálního života a dalších oblastí. K tomuto je však třeba říci, že byť je inkontinence připisována spíše ženám, jedná se o problém, který se týká i mužů, dětí a seniorů. Proto je nutné se touto problematikou blíže zabývat (Romžová, 2014, s. 221–226).

Tématem této práce je kvalita života pacientů se stresovou inkontinencí moči. Toto téma je velmi důležité z několika důvodů. Čím dál více žen se potýká s touto problematikou, která významně ovlivňuje kvalitu jejich života, ale stydí se problém řešit nebo neví, že je vůbec možné ho řešit. Toto téma je aktuální kromě globálního dopadu této problematiky také kvůli všeobecnému stárnutí populace, pro které je charakteristický zvyšující se počet žen trpících stresovou inkontinencí moči. Nedostatek osvěty a určitá míra tabuizace způsobují, že stresová inkontinence moči se stává každodenním problémem života řady žen, které následně bojují se sníženou či jinak ovlivněnou kvalitou svého života. Z tohoto důvodu je potřeba věnovat se této problematice a zabývat se nejen osvětou žen v této problematice, ale také kvalitou jejich života a možnostmi, jak je možné kvalitu jejich života zlepšit. Cílem práce je zjistit, do jaké míry ovlivňuje stresová inkontinence moči kvalitu života žen.

V teoretické části práce bude zpracována literární rešerše zabývající se kvalitou života a stresovou inkontinencí moči. Tato část práce bude tvořit podklad pro zpracování navazující výzkumné části, jejíž součástí bude kvantitativní výzkum realizovaný za využití specifických dotazníků POBAV, CONTILIFE. Odborníci v této oblasti se standardně zabývají spíše problematikou vlivu hormonálních změn, integritou pánevního dna, životním stylem a možnostmi léčby stresové inkontinence. Otázka kvality života žen trpících tímto syndromem však nebývá předmětem zájmu těchto odborníků. Tato práce se proto chce zabývat právě

kvalitou života a přinést tak nejen vhled do méně zpracovaného tématu, ale také navrhnout ženám trpícím tímto syndromem možnosti, díky kterým by mohlo dojít ke zlepšení kvality jejich života.

Práce by měla v závěru přinést shrnutí, že stresová inkontinence moči je dobře léčitelným syndromem, který zcela zbytečně snižuje kvalitu života žen. Dále by mohla osvěta a detabuizace tohoto problému značným způsobem přispět ke zlepšení života žen v bio-psycho-sociální oblasti.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

V teoretické části této závěrečné práce je cílem přiblížit čtenáři pojem „kvalita života“ a blíže ho seznámit s jeho historií v rámci oboru ošetrovatelství. Rovněž zde bude podrobněji představen dotazník na měření kvality života. Dalším cílem práce je poukázat na souvislost mezi kvalitou života a močovou inkontinencí.

Ve výzkumné části je cílem zjistit, jakým způsobem a do jaké míry ovlivňuje stresová inkontinence moči kvalitu života.

Výzkumné cíle:

- Analyzovat kvalitu života u žen s diagnostikovanou stresovou inkontinencí moči, a to pomocí standardizovaného dotazníku CONTILIFE.
 1. Zjistit, zda inkontinence snižuje kvalitu života v denních aktivitách.
 2. Zjistit, zda inkontinence snižuje kvalitu života ve fyzických aktivitách.
 3. Zjistit, zda inkontinence ovlivňuje vlastní osobnost.
 4. Zjistit emocionální a citové dopady inkontinence.
 5. Zjistit, zda má inkontinence vliv na sexualitu.
- Zjistit, zda se s rostoucím BMI zhoršuje hodnocení kvality života.
- Zjistit, zda se mění hodnocení kvality života žen se stresovou inkontinencí a typem porodu.
- Zjistit, zda se mění hodnocení kvality života žen se stresovou inkontinencí a počtem porodů.
- Zjistit, zda se mění hodnocení kvality života v závislosti na věku respondentek.
- Zjistit, zda se mění hodnocení kvality v závislosti na stupněm vzdělání respondentek.

I TEORETICKÉ VÝCHODISKO K ŘEŠENÉMU PROBLÉMU

V rámci teoretických východisek této práce bude pozornost zaměřena na dva zásadní pojmy, kterými jsou „kvalita života“ a „inkontinence“. Nejprve bude definován pojem „kvalita života“ a následně bude tento relativně nový ukazatel v rámci ošetrovatelského oboru zasazen do historického kontextu. Jedna z teoretických podkapitol se bude věnovat také nástrojům a modelům pro hodnocení kvality života, které budou dále použity v této práci.

Dalším teoretickým východiskem této práce bude problematika inkontinence, včetně definice tohoto pojmu a jeho dopadu na kvalitu života. Část práce se bude věnovat diagnostice a terapii a prevalenci stresové močové inkontinence.

2 KVALITA ŽIVOTA

Výzkum kvality života představuje vědní disciplínu, která se stále vyvíjí, a stejně tak jsou stále zkoumány faktory, které se na kvalitě života lidí podepisují. I přesto, že se jedná o relativně novou proměnnou, vědecká komunita stále více zdůrazňuje, že kvalita života představuje jeden z nejvýznamnějších ukazatelů, na který by měl být kladen důraz při hodnocení efektivnosti jakékoli terapie nebo intervence, jež je spojena se zdravím lidí (Karimi & Brazier, 2016, s. 646–648).

Kvalita života jako ukazatel je považována za přesnější a citlivější než všechny běžně používané metody měření. Tento indikátor poskytuje lepší přehled o vhodnosti zvolené léčby, terapie či jiného zásahu a zároveň představuje vhodnější způsob pro hodnocení spokojenosti jednotlivce (Jenkinson, 2023).

Pojem „kvalita života“ je ze své podstaty nejednoznačný, neboť může zahrnovat jak individuální prožívání vlastního života, tak i životní podmínky, ve kterých se jednotlivec nachází. Kvalita života tedy představuje vysoce subjektivní ukazatel (Haraldstad et al., 2019, s. 2641–2642).

Zatímco někdo může definovat kvalitu podle bohatství nebo spokojenosti se životem, jiný ji může hodnotit z hlediska svých schopností (např. schopnosti žít dobrý život z hlediska emocionální a fyzické pohody). Osoba se zdravotním postižením může vykazovat vysokou kvalitu života, zatímco zdravý jedinec, který nedávno ztratil zaměstnání, může uvádět nízkou kvalitu života. V oblasti zdravotní péče je kvalita života vnímána jako multidimenzionální, zahrnující emocionální, fyzickou, materiální a sociální pohodu (Gillernová et al., 2011, s. 24–25).

Přes tyto rozdílnosti tak neexistuje žádná všeobecně přijímaná definice kvality života, což vede k neustálým debatám mezi výzkumníky po celém světě. Diskutuje se o tom, zda by kvalita života měla být posuzována subjektivně, nebo objektivně, zda je kvalita života jednorozměrný, nebo vícerozměrný konstrukt, jakou roli hrají hodnoty a zda je kvalita života absolutní, nebo relativní koncept (Khoi, 2020, s. 164). Význam kvality života přitom roste z pohledu zdravotnictví a ošetrovatelství. Nejen v České republice je také legislativně zakotvena jako jeden z hlavních cílů ošetrovatelské péče (Mandincová, 2011, s. 125). Důvodem je skutečnost, že kvalita života a její zlepšování je jedním z hlavních cílů strategie lidského rozvoje a sociálně-ekonomických strategií většiny zemí světa. Mnoho států a mezinárodních organizací se zabývalo výzkumem a vývojem metod pro měření kvality života, s cílem sledovat její změny v čase a porovnávat ji mezi jednotlivými zeměmi, regiony či komunitami (Khoi, 2020, s. 166–167). Kvalita života tak do značné míry určuje stav konkrétní společnosti, a současně by měla představovat hlavní cíl veřejné politiky (Jenkinson, 2023).

První rozsáhlý výzkum zaměřený na kvalitu života byl realizován ve Spojených státech amerických v 70. letech 20. století. Jeho výsledky naznačily, že kvalitního života lze dosáhnout, pokud jsou uspokojeny základní lidské potřeby, přičemž tato hranice je určována úrovní chudoby. Způsob, jakým je jednotlivci kognitivně a emocionálně vnímána spokojenost s vlastním životem, je však značně individuální a nemusí souviset se skutečností nebo biologickými fakty (Payne et al., 2005, s. 206).

Sociologové nahlíží na kvalitu života prizmatem socioekonomických ukazatelů úspěšnosti, jako jsou ekonomické podmínky či společenský status. Kvalita života je zde také vnímána jako životní úroveň specifických skupin populace, například různých věkových kategorií nebo příslušníků etnických menšin. Sociologické studie se zabývají faktory, které nejvýznamněji ovlivňují kvalitu života v populaci, zejména u konkrétních skupin obyvatelstva (Gurková, 2011, s. 28–30).

„Kvalita života je subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem. Jinými slovy lze jako kvalitu života chápat míru, do jaké je člověk podle vlastního mínění schopen ‚fungovat‘ nejen tělesně, ale i emočně, duševně a společensky.“ (NZIP, 2020).

Každý člověk má určitou představu o tom, co znamená „kvalitní život“. Je však důležité si znovu uvědomit, že každý jedinec může považovat za důležitý aspekt něco jiného. Pro jednoho

se může jednat především o zdraví, pro jiného o práci, vztahy v rodině, přírodu anebo pocit bezpečí (Jenkinson, 2023).

Kvalita života je předmětem diskusí napříč různými obory, jako je psychologie, mezinárodního rozvoje, ekonomie a zdravotnictví. Význam pojmu se může lišit v závislosti na konkrétním kontextu, ve kterém je používán. Proto může být poněkud znepokojující, že doposud neexistuje jednotná mezinárodně uznávaná definice termínu „kvalita života“ (Gurková, 2011, s. 22–23).

Nicméně Světová zdravotnická organizace (WHO) nabízí svoji vlastní definici kvality života, kterou popisuje jako „*individuální vnímání pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých jednatlivec žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (WHO, 2024). Díky mezinárodnímu vlivu WHO má tato definice velký význam, zejména proto, že se používá v mnoha veřejných i globálních výzkumech v oblasti zdraví. Zásadním poznatkem vyplývajícím z této definice je, že kvalita života představuje subjektivní měřítko pohody člověka. Samozřejmě se diskutuje i o tomto klíčovém bodě, přičemž někteří výzkumníci trvají na tom, že kvalita života musí zahrnovat objektivní i subjektivní měřítka (Karimi & Brazier, 2016, s. 646).

Z tohoto důvodu se vědecké týmy po celém světě snaží nalézt nejvhodnější způsob, jakým by bylo možné „kvalitu života“ měřit a hodnotit jako ukazatel na všeobecné úrovni (Karimi & Brazier, 2016, s. 647–648).

2.1 Dimenze kvality života

Kvalitu života lze rozdělit do různých oblastí (dimenzí), které společně ovlivňují celkovou situaci jedince. Hlavní kategorie zahrnují psychickou kvalitu života (psychická dimenze), do níž spadá duševní zdraví, míra stresu, celková psychická pohoda, emoční stav jedince a jeho schopnost zvládat problémy. Další kategorií je fyzická kvalita života (fyzická dimenze), která zahrnuje fyzické zdraví a fyzickou pohodu – přítomnost nebo nepřítomnost nemocí, fyzické schopnosti a zdatnost, míra energie a vitality jedince. Sociální kvalita života (sociální dimenze) se zaměřuje na mezilidské vztahy, rodinnou a sociální podporu, kvalitu interakcí s ostatními lidmi, přítomnost či nepřítomnost přátel a podpůrných sítí. Ekonomická kvalita života (ekonomická dimenze) zahrnuje materiální zajištění jedince, jeho finanční stabilitu, nabídku pracovních příležitostí a zajištění základních potřeb. Environmentální kvalita života (environmentální dimenze) zahrnuje fyzické prostředí, jako je bydlení, bezpečnost, blízkost přírody a kvalitní životní podmínky (čistý vzduch, klid, kvalitní infrastruktura atd.). Jak

upozorňují Suasnabar et al (2024), vznikají širší měřítka kvality života, která přesahují kvalitu života související se zdravím (HRQoL) a zachycují vícerozměrné aspekty kvality života. Ve své studii definovali 12 dimenzí kvality života: psychologické symptomy, sociální vztahy, fyzické fungování, emoční odolnost, bolest, kognice, finanční potřeby, diskriminace, budoucí život/růst, přístup k veřejným službám, životní prostředí a kontrola nad životem. Všechny dimenze přitom pozitivně korelují se zdravím a pohodou (Suasnabar et al., 2024, s. 1–2).

2.2 Činitelé kvality života

Činitelé kvality života jsou faktory, které ovlivňují to, jak jednotlivci hodnotí svůj život. Zahrnují fyzické zdraví (absence onemocnění, schopnost vykonávat každodenní aktivity), duševní pohodu (absence stresu, úzkosti, deprese, spokojenost se životem, radost ze života), sociální podporu (rodina, přátelé, sociální vztahy a zázemí), osobní rozvoj (příležitosti pro vzdělávání, kreativitu a osobní růst), ekonomickou situaci (příjem, zaměstnání, přístup k materiálním prostředkům), fyzické prostředí (kvalitní bydlení, bezpečnost, čistota, přístup k veřejným službám). Lze rozlišit vnitřní a vnější činitele kvality života, které ovlivňují pohodu a spokojenost jedince. Tyto faktory mohou mít různou důležitost v závislosti na konkrétní osobě a jejím životním stylu. Kvalitu života ovlivňuje především fyzické a duševní zdraví jedince, jeho míra nezávislosti, sociální vztahy s okolím a další faktory. Hodnocení kvality života závisí na hodnotovém systému jedince. Každý z těchto činitelů má na jedince různý dopad v závislosti na jeho prioritách a hodnotách, všechny dohromady však přispívají k celkovému hodnocení kvality života. Kvalita života se odvíjí „od určité komplexnosti a určité složitosti života lidí jako takového. To znamená, že se do pociťované kvality života vpisují jak vnitřní tak vnější faktory, každodenní interakce a činnosti, které se uskutečňují v různých zájmových či sociálních skupinách. Rovněž ale může být život jedince tvořen řadou náhod“ (Tumpachová, 2023, s. 4).

Fyzické zdraví hraje klíčovou roli v kvalitě života, protože zdravý organismus umožňuje člověku plně se zapojit do aktivit a vychutnávat si život. Psychické zdraví, stabilita a vyrovnanost jsou zásadní pro dlouhodobou spokojenost jedince. Psychické zdraví zahrnuje i duševní pohodu a smysl života. Důležitá je také sebehodnota a seberealizace, tedy míra spokojenosti jednotlivce s jeho schopnostmi, dosaženými úspěchy a osobním rozvojem. Pokud jedinec cítí, že je schopen dosáhnout svých cílů, jeho kvalita života je vyšší. Pokud jde o vnější činitele kvality života, finanční situace hraje významnou roli. Zejména nedostatečné příjmy mohou představovat výrazný zdroj stresu. Vnější činitelé tedy zahrnují ekonomickou stabilitu, kdy jedinec má dostatek finančních prostředků na pokrytí základních potřeb. Velmi důležité je

kvalitní životní prostředí, neboť jedinec žijící v příjemném, čistém, bezpečném a politicky a sociálně stabilním prostředí je spokojenější a má vyšší kvalitu života. Vnitřní a vnější činitele kvality života jsou vzájemně propojeny a ovlivňují se navzájem (špatné fyzické zdraví či sociální izolace negativně ovlivňují psychiku apod.). Důležitý je proto holistický přístup, který zohledňuje jak vnitřní pohodu, tak i vnější podmínky pro dosažení optimální kvality života. Petrovič a Murgaš (2020) nahlíží na kvalitu života z holistického hlediska a vnímají ji jako propojení osobní (subjektivní) dimenze s geografickou dimenzí, již vyjadřuje kvalita daného místa. Navrhují do konceptu holistické kvality života začlenit koncept udržitelnosti. Podle nich lze udržitelnost začlenit do holisticky chápané kvality života, udržitelný je však pouze eudaimonický životní styl, a nikoliv současný hédonistický životní styl. Důležité je tedy vést smysluplný život ve vztahu ke společenským hodnotám – naopak hlavním cílem života by nemělo být získávat potěšení (Petrovič a Murgaš, 2020, s. 89).

2.3 Historie zkoumání kvality života s ohledem na zdravotnictví a ošetřovatelství

Koncept kvality života je možné zasadit již do dob Platóna a Aristotela. Tito myslitelé se zabývali tím, co utváří dobrý a šťastný život a jak by měl člověk žít, aby dosáhl blaženosti a naplnění. Platón se ve svých dílech věnoval idejím dobra a ctnosti, které vedou k harmonickému a spokojenému životu. Aristotelés přitom hovořil o eudaimonii, kterou chápal jako stav nejvyššího lidského dobra a rozkvětu. Oba filozofové tak položili základy pro pozdější úvahy o kvalitě života, které se zaměřují na to, co činí život hodnotným, naplňujícím a stojícím za to jej žít. Jejich myšlenky inspirovaly mnoho dalších myslitelů a přispěly k formování současného pojetí kvality života, které zahrnuje různé aspekty lidské existence, jako je zdraví, spokojenost, smysluplnost a osobní rozvoj (Dvořáčková, 2012, s. 59–60; Payne et al., 2005, s. 16).

Důležitým Aristotelovým dílem z hlediska kvality života je *Etika Nikomachova*. V tomto spisu představuje svou teorii eudaimonie, pojmu, jenž lze přeložit jako „blaho“ nebo „štěstí“. Podle Aristotela je eudaimonie nejvyšším cílem lidského života – stavem, v němž člověk naplňuje svůj potenciál a žije ctnostně. Nejde přitom o pouhý pocit štěstí, ale o trvalý stav, jenž vyrůstá z aktivního života v souladu s rozumem a ctností. Aby jí člověk dosáhl, musí rozvíjet své schopnosti a řídit se etickými principy. Aristotelés tak zdůrazňuje, že eudaimonie nevychází z hromadění materiálních statků či prchavých požitků, ale z dlouhodobého a uvědomělého úsilí (Payne et al., 2005, s. 149–152).

Pojem „kvalita života“ poprvé použil Arthur Pigou ve své knize o ekonomii a blahobytu (*The Economics of Welfare*) v roce 1920. Autor se v knize zabývá kvalitou života a faktory, které ji ovlivňují. Pigou zdůrazňuje, že blahobyt společnosti není určen pouze materiálním bohatstvím a ekonomickým růstem, ale také dalšími aspekty, jako jsou zdraví, vzdělání, sociální vztahy a životní prostředí. Podle Pigoua by se ekonomické politiky měly zaměřovat nejen na zvyšování produkce a příjmů, ale také na zlepšování celkové kvality života u lidí. Pigou se zaměřuje na pestrou škálu oblastí ovlivňujících kvalitu života, zahrnujících rozdělení příjmů, pracovní podmínky či dostupnost základních služeb a veřejných statků. Zdůrazňuje, že vláda by měla aktivně zasahovat do řešení tržních selhání a podporovat aktivity zvyšující společenský blahobyt, i když nejsou nutně ekonomicky výnosné. Pigouova práce celkově zdůrazňuje holistický přístup k ekonomii a potřebu zohlednit širší společenské a lidské aspekty při hodnocení kvality života a formulování politik (Wood-Dauphinee, 1999, s. 355; Gillernová et al., 2011, s. 21–22).

Další rozvoj této problematiky byl druhou světovou válkou výrazně zbrzděn a k jejímu znovuoobjevení došlo až po jejím skončení. Ve vztahu ke zdravotnictví se začal termín „kvalita života“ používat až na počátku 60. let 20. století, a to v souvislosti s významnými změnami v oblasti zdravotnictví a demografických profilů u pozdně moderních společností. Tradičně se veřejné zdravotnictví zabývalo především problematikou úmrtnosti. Rámce veřejného zdraví v první polovině 20. století byly vyvinuty a formulovány tak, aby pomáhaly vyrovnat se s komplexními vzorci „předčasné“ úmrtnosti, a v menší míře se zabývaly kvalitou života. Jinými slovy, medicína v té době zaměřila svou pozornost především na kvantitu života, tedy prodlužování délky života, spíše než na kvalitu života. S postupným zlepšováním zdravotní péče a prodlužováním průměrné délky života se však začal klást větší důraz i na kvalitu života. Termín „kvalita života“ tak refletoval posun od pouhého zaměření na délku života k většímu důrazu na prožívání života, spokojenost a celkovou pohodu jedince. V lékařské filozofii se o kvalitě života zmínil Elkington v roce 1966, a to v úvodníku nazvaném *Medicína a kvalita života* (Medicine and Quality of Life). Elkington v tomto článku poukázal na důležitost nejen prodlužování života, ale také zlepšování jeho kvality. Zdůraznil, že cílem medicíny by nemělo být pouze léčit nemoci a prodlužovat délku života, ale také zajistit, aby byl život pacienta naplněný a smysluplný. Tento koncept kvality života se od té doby stal důležitým tématem v lékařské etice a filozofii a ovlivnil následný přístup k péči o pacienty (Pennacchini et al., 2011, s. e99–e100).

V 60. letech se také prezidenti John F. Kennedy a Lyndon B. Johnson během svých funkčních období snažili zlepšit kvalitu života občanů Spojených států amerických prostřednictvím svých politických programů. Kennedy představil program „The New Frontier“, který se zaměřoval na podporu ekonomického růstu, snížení chudoby a zlepšení vzdělávání a zdravotní péče. Johnson navázal na Kennedyho odkaz prostřednictvím svého programu „The Great Society“, jehož cílem bylo vybudovat spravedlivější a rovnoprávnější společnost. Johnsonův program se zaměřil na boj proti chudobě, rasové diskriminaci a nerovnosti ve vzdělání. Byly přijaty zákony jako Civil Rights Act a Voting Rights Act, které měly zajistit rovná práva pro všechny občany bez ohledu na rasu. Dále byly zavedeny programy jako Medicare a Medicaid, které zlepšily přístup ke zdravotní péči pro seniory a nízkopříjmové skupiny obyvatel. Johnsonova administrativa také investovala do vzdělání, bydlení a rozvoje měst. Oba prezidenti se snažili vytvořit „krásnou Ameriku“, kde by měl každý rovné příležitosti a mohl žít důstojný život. I když se nepodařilo všechny cíle naplnit, jejich programy přispěly k významným společenským změnám a zlepšení životních podmínek mnoha Američanů (Gillernová et al., 2011, s. 21–24; Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7).

V 60. letech se touto problematikou začala zabývat také Světová zdravotnická organizace (WHO). V roce 1961 pak Organizace spojených národů (OSN) zveřejnila dvanáct podmínek ovlivňujících kvalitu života. Mezi tyto podmínky patřily zdraví, vzdělání, strava, rekreace a zábava, jistota sociálního zabezpečení, oděv, bydlení, pracovní podmínky, doprava, komunikace, svoboda a lidská práva. OSN tak uznala, že kvalita života není určena pouze materiálními statky, ale i dalšími faktory, které přispívají k celkové spokojenosti a blahobytu jednotlivce i společnosti. Tento komplexní pohled na kvalitu života se stal základem pro další výzkum a politická opatření v této oblasti (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7–8). V následných letech však OSN zredukovala tyto podmínky na osm bodů. Tato změna odrážela vývoj v chápání kvality života a snahu o zjednodušení a zpřehlednění hodnotících kritérií. Upravených osm podmínek se zaměřovalo na nejdůležitější oblasti života, které měly největší vliv na celkovou kvalitu života jedince. I přes tuto redukci zůstaly zachovány základní pilíře, jako jsou zdraví, vzdělání, materiální podmínky a sociální aspekty života (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 25–26).

V 70. letech 20. století byl koncept použit v hodnocení zdravotního stavu pacientů. Tento koncept byl poprvé představen autorkou Sharon Wood-Dauphinee, která zdůraznila, že při posuzování zdraví nestačí brát v úvahu pouze fyzické aspekty, ale je třeba zohlednit i psychologické a sociální faktory ovlivňující celkovou pohodu jedince. Kvalita života se tak

stala multidimenzionálním pojmem (Wood-Dauphinee, 1999). V roce 1971 se v Americe uskutečnil první celostátní výzkum zaměřený na kvalitu života s názvem *The Quality of American Life*. Tento průzkum byl významným milníkem, protože se jednalo o první studii svého druhu, která se zabývala kvalitou života v celonárodním měřítku. Výzkum se snažil postihnout různé aspekty života Američanů a získat tak ucelený pohled na jejich spokojenost a životní podmínky. Tento počín otevřel cestu dalším podobným studiím a přispěl k rozvoji zkoumání kvality života jako důležitého společenského tématu. Tohoto celostátního výzkumu se zúčastnilo 2164 dospělých osob starších 18 let, s nimiž byly vedeny osobní rozhovory. Výzkum se nezaměřoval na ekonomické ukazatele životní spokojenosti, ale spíše na subjektivní vnímání naplněnosti sociálně-psychologických aspektů života, jako jsou rodinné vztahy, společenské uznání či sociální vazby. Tento výzkum odhalil zajímavý poznatek – uspokojení základních životních potřeb a zlepšení společenských a ekonomických podmínek mají význam pouze do určité míry, která se obvykle definuje jako hranice chudoby. Nad touto hranicí již další zlepšování těchto faktorů nepřináší výrazný nárůst životní spokojenosti (Hnilicová, 2005, s. 205–206, Wood-Dauphinee, 1999, s. 355–356).

Světová zdravotnická organizace (WHO) se od 90. let 20. století intenzivně věnuje zkoumání kvality života v souvislosti se zdravím prostřednictvím projektu WHOQOL. Tento projekt využívá speciálně vytvořený dotazník, který se zaměřuje na šest klíčových oblastí ovlivňujících kvalitu života jedince. Mezi tyto domény patří tělesné zdraví, duševní pohoda, míra nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a v neposlední řadě také spiritualita a osobní přesvědčení. Díky tomuto komplexnímu přístupu lze získat ucelený obraz o faktorech, které mají významný dopad na kvalitu života ve vztahu ke zdraví. Výsledky tak přispívají ke zlepšování zdraví a well-beingu populace (Dvořáčková, 2013, s. 25–27).

2.4 Hodnocení kvality života

Pro účely monitorování a hodnocení kvality života byly vyvinuty specifické konceptuální modely a teorie, které se zaměřují na tuto problematiku. Kvalita života je předmětem zkoumání a měření v mnoha oborech, mimo jiné v psychologii, sociologii, medicíně i ošetrovatelství. Nejčastějším způsobem hodnocení kvality života je použití dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 10).

Obecné dotazníky lze použít u jakékoli skupiny pacientů či zdravé populace, což umožňuje srovnávání různých podmínek a skupin a usnadňuje populační průzkumy. Jejich nevýhodou je však nižší citlivost při zachycení účinků intervencí zaměřených na konkrétní symptomy.

Naproti tomu specifické dotazníky jsou určeny pro pacienty s konkrétními obtížemi a obsahují položky zkoumající dopad těchto obtíží na život pacienta. Tyto dotazníky dokážou zachytit klinicky významné změny, ale jejich výsledky je obtížnější srovnávat nebo zobecňovat (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 10–11). Informace o nástrojích pro měření kvality života lze nalézt v databázi ProQolid (2024), kterou spravuje Mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života.

Kvalita života je obvykle posuzována ze tří hledisek: objektivního měření sociálních ukazatelů, subjektivního hodnocení celkové životní spokojenosti a subjektivního hodnocení spokojenosti s jednotlivými oblastmi života. Objektivní ukazatele, jako jsou bezpečí, vzdělání či stabilita rodinného zázemí, jsou vhodnější pro měření kolektivní kvality života a meziskupinová či mezikulturní srovnání. Celková spokojenost je vnímána jako odraz osobních hodnot a životního stylu a bývá více spojena s uspokojováním v oblastech, které jedinec považuje za důležité, než se samotným počtem spokojených oblastí. Výčty těchto oblastí často zahrnují fyzickou kondici, každodenní aktivity, prožívání, mezilidské vztahy, prostředí a volný čas. Hodnocení kvality života doplňuje objektivní zdravotní ukazatele tím, že popisuje vliv nemoci a léčby na každodenní život z pohledu pacienta. Lze jej sledovat na individuální úrovni pro sestavení a vyhodnocení terapeutického plánu, na úrovni skupin pacientů pro hodnocení efektu léčby nebo na úrovni populačních šetření pro identifikaci rizikových skupin a plánování zdravotní a sociální péče (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 10). V této práci budou použity dva typy dotazníků, a to CONTILIFE a POBAV.

2.5 Dotazník CONTILIFE

CONTILIFE je dotazník určený pro ženy trpící stresovou inkontinencí, proto je užit i ve výzkumné části této práce. Byl vytvořen profesorem Gérardem Amarencem a jeho spolupracovníky v roce 2003 s cílem posoudit kvalitu života žen s tímto onemocněním. Dotazník se zaměřuje na různé aspekty života, které mohou být ovlivněny stresovou inkontinencí, jako jsou každodenní aktivity, společenský život, emocionální pohoda a sexuální život. Pomocí série otázek se snaží zjistit, do jaké míry inkontinence zasahuje do života pacientek a jak ji vnímají. Výsledky dotazníku mohou pomoci lékařům lépe porozumět dopadu onemocnění na kvalitu života pacientek a přizpůsobit léčbu jejich individuálním potřebám (Zachoval, 2006). Výzkum CONTILIFE byl poprvé popsán ve studii výše zmíněného Amarencem a jeho spolupracovníků v roce 2003 ve Francii. Autoři aplikovali dotazník na skupinu žen z Belgie, Dánska, Anglie, Francie, Německa a Nizozemí, které trpěly stresovou

inkontinencí. Studie se účastnilo 505 žen. V této mezinárodní evropské studii bylo zjištěno, že se jedná o validní, spolehlivé a citlivé měřítko analýzy kvality života pacientek. Mezi nejvalidnější dimenze pro účely srovnání patří: denní aktivity, aktivity vyžadující úsilí, sebeobraz a emocionální důsledky (Amarenco et al., 2003).

2.6 Dotazník POBAV

S rostoucím počtem starších osob v populaci narůstá i výskyt poruch paměti, které jsou časté ve vyšším věku. Tyto poruchy mohou signalizovat začátek Alzheimerovy choroby, ale také mnoha dalších onemocnění. V České republice byl vytvořen inovativní test POBAV, jehož plný název je „Pojmenování obrázků a jejich vybavení“ (Bartoš, 2022, s. 50). POBAV je jednoduchá a rychlá metoda, která slouží k včasnému odhalení různých typů kognitivních poruch. V roce 2017 byla uznána Ministerstvem zdravotnictví ČR jako certifikovaná metodika (Bartoš, 2019, s. 41–51). Existují tři verze testu POBAV, které se označují podle prvního obrázku – dveřní, ježková a opičí. Nejobtížnější obrázky k pojmenování obsahuje dveřní POBAV, zatímco ježková a opičí verze jsou srovnatelně náročné. K administraci a vyhodnocení dveřního POBAV jsou zapotřebí záznamové formuláře a instrukce k použití (Bartoš, 2022, s. 54). V této práci je použit dveřní test POBAV, který je volně přístupný s pokyny k použití na webových stránkách Metodického, vzdělávacího a informačního centra pro Alzheimerovu nemoc a další kognitivní poruchy a demence (Bartoš, ABADECO, b.r.).

2.7 Močová inkontinence a kvalita života

Jedním z nepříjemných zdravotních problémů, který může výrazně zhoršit kvalitu života, je močová inkontinence. Tento stav u jedince nastává v případě, kdy není schopen ovlivnit udržení vlastní moči v močovém měchýři, načež dochází k jejímu úniku. Močová inkontinence může vzniknout z mnoha důvodů. Například se může jednat o nedostatečnou sílu močového měchýře, pooperační obtíže či následek porodu u žen. Inkontinence může být krátkodobého či dlouhodobého charakteru. V některých případech jde pouze o drobnou nepříjemnost, zatímco v jiných situacích může močová inkontinence závažně narušit zdravotní stav jedince. Nicméně močová inkontinence téměř vždy negativně ovlivní kvalitu života (Horčíčka et al., 2021, s. 3).

Stresová inkontinence je častá u žen starších 40 let a negativně ovlivňuje jejich psychosociální pohodu, fyzické i duševní zdraví, stejně jako kvalitu života související se zdravím (HRQoL), a to jak v pracovním, tak v soukromém životě. Ženám způsobuje úzkosti a deprese a problémy v soukromém i pracovním životě, kde mimo jiné snižuje jejich výkonnost a produktivitu práce.

Výzkum Chow et al. (2022) zjistil, že stresová inkontinence moči je příčinou úzkostí a deprese u žen s tímto postižením. Čím závažnější byly příznaky stresové inkontinence moči, tím výraznější byl negativní dopad na fyzické i duševní aspekty kvality života spojené se zdravím. Stresová inkontinence ovlivňuje kvalitu života z různých hledisek a pacientům způsobuje fyzické, psychické, emoční i ekonomické problémy. Navzdory těmto nepříznivým dopadům řada žen se stresovou inkontinencí nevyhledá odbornou lékařskou pomoc, která by mohla jejich stav zlepšit (Chow, 2022, s. 1878–1879).

Inkontinence se často vyskytuje u žen, přičemž v jejich případě obvykle souvisí s poporodními komplikacemi a bývá řešena na odděleních urogynekologie. Podle odborníků se jedná o stav, který není ovlivnitelný vlastní vůlí. Inkontinenci nelze podle mnoha lékařů považovat za typickou nemoc, nýbrž spíše za příznak, který naznačuje problémy močového ústrojí. Inkontinenci lze označit za onemocnění teprve tehdy, pokud postižená osoba trpí zdravotními problémy, které z ní vyplývají (Slezáková et al., 2017, s. 81–82).

Nejprve je nutné konstatovat, že močová inkontinence není nikterak závažnou zdravotní indispozicí, která by ohrožovala lidský život. Močová inkontinence zneprjemňuje život a omezuje člověka v mnoha běžných činnostech. V případě úniku moči se jedná především o velmi nepříjemný stav, při němž se postižená osoba velmi často cítí ponížena. Tento stav má logicky dopady na osobní a společenský život této osoby, což má samozřejmě vliv na subjektivní vnímání kvality vlastního života. V případě žen se velmi často stává, že se z důvodu inkontinence neúčastní společenských aktivit, stahují se do ústraní a nemají požitky z vlastních volnočasových aktivit. Mohou být také unavenější, jelikož musí velmi často chodit na toaletu a prakticky neustále hlídat únik moči. To má dopady i na jejich partnerský a sexuální život. Kvalita života musí být vždy posuzována s ohledem na celkovou psychickou i fyzickou pohodu, přičemž tyto oblasti jsou v případě inkontinence ovlivněny velmi negativním způsobem. V ošetrovatelství a zdravotnictví lze kvalitu života zlepšit léčbou nebo alespoň zmírněním projevů příznaků. Bez ohledu na možnosti léčby lze určitými lékařskými zákroky alespoň částečně obnovit kvalitu života a přiblížit ji stavu před vznikem inkontinence. Na kvalitu života má vliv rovněž ekonomická situace, která je při inkontinenci také zhoršena, jelikož je nutné prakticky neustále nakupovat různé pomůcky, jež napomáhají s řešením nebo zmírněním inkontinenčních potíží (Horčíčka et al., 2017, s. 37).

Jak zjistili Alqaiz et al., stresová inkontinence je spojena se zhoršenou kvalitou života. U žen trpících stresovou, případně smíšenou inkontinencí je dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou

mít středně těžké psychické potíže a nižší sebevědomí. Inkontinence ovlivňuje fyzické, psychické, sociální a sexuální zdraví žen. Poskytovatelé zdravotní péče by proto měli být informováni o nepříznivých dopadech inkontinence na osobní a společenský život žen a nabízet jim poradenství i vhodnou léčbu – holistický přístup (Alquaiz et al., 2023, s. 1). Pacienti se mohou cítit nepříjemně, když o inkontinenci diskutují se svým lékařem. Pokud však inkontinence ovlivňuje kvalitu jejich života, pouze důkladné lékařské vyšetření může určit příčinu inkontinence a přispět ke zlepšení kvality života. Lékaři by si měli více všimnout toho, jak inkontinence ovlivňuje kvalitu života ženy, a poskytovat jí emocionální podporu. V případě potřeby by měl lékař ženě doporučit vhodnou terapii, která jí pomůže lépe se přizpůsobit situaci a využívat efektivní strategie pro zvládnutí inkontinence a jejího dopadu na intimní život. Jak upozorňují Brubaker a Dooley (b.r.), řada žen řeší inkontinenci vlastní cestou, tj. bez odborné diagnostiky a léčby. Mezi běžné nástroje samoléčby patří změna v množství přijímaných tekutin, změna typu přijímaných tekutin (například omezení kofeinu), používání ochranných absorpčních pomůcek a zvýšená hygiena. Ženy se vyhýbají aktivitám, které jim způsobují únik moči. Omezují také sociální interakce a společenské akce, například nenavštěvují sportovní a kulturní akce s omezeným přístupem na toalety apod. (Brubaker a Dooley, b.r.). Toto řešení nicméně snižuje jejich kvalitu života.

Močová inkontinence představuje závažnou komplikaci, která negativně ovlivňuje kvalitu života. Zahrnuje celkové zdravotní obtíže, psychické problémy, ekonomické dopady a omezení v oblasti fyzické aktivity i sociální interakce. Tyto faktory výrazně přispívají k negativnímu vnímání vlastní kvality života.

Ženy trpící stresovou inkontinencí mají často tendenci volit nevhodné způsoby zvládnutí tohoto problému, například vyhýbání se situacím nebo rezignaci. Yu et al. (2016) zkoumali způsoby zvládnutí stresu a související faktory u starších žen se stresovou inkontinencí, s cílem zlepšit kvalitu života u těchto pacientek. Starší ženy se stresovou inkontinencí vykazovaly vyšší skóre v přístupech, jako je vyhýbání se problému a přijetí spojené s rezignací, ve srovnání s běžnou populací. Věk, rodinný stav a úroveň vzdělání byly hlavními faktory, které ovlivnily léčbu těchto pacientek. U starších pacientek se stresovou inkontinencí se liší faktory, které ovlivňují jejich způsoby zvládnutí stresu. Zdravotnický personál by proto měl provést komplexní analýzu, která zohlední všechny relevantní faktory při práci s pacientkami se stresovou inkontinencí, a pomoci jim osvojit si pozitivní strategie pro zvládnutí jejich problému (Yu, 2016, s. 153–154).

Subjektivní posuzování kvality života je úzce spjato s věkem těchto žen. Ženy vyššího věku mnohdy inkontinenci neřeší a nevnímají ji jako závažný problém, jelikož ji považují za běžnou součást života. Mívají pocit, že v jejich věku je takový stav zcela běžný a normální. Z tohoto důvodu také své problémy neřeší, což je významný problém nejen v případě prevence, ale i u následné léčby, která by mohla inkontinenci buď úplně odstranit, nebo alespoň zmírnit její negativní projevy (Špaček et al., 2018, s. 344). Obecně platí, že pocit méněcennosti neumožní mnoha ženám tento zdravotní problém řešit veřejně. V současné době probíhá mnoho osvětových akcí, díky nimž osoby s tímto zdravotním problémem ztrácí ostych a svůj problém řeší s lékaři a odborníky (Ryšánková, 2021, s. 59). Naopak mladší ženy subjektivně vnímají inkontinenci jako výrazný problém, a kvalitu života tudíž vnímají negativněji. Na druhou stranu, mladší ženy více dbají na prevenci a v případě obtíží vyhledávají pomoc odborníků (Špaček et al., 2018, s. 344).

Cílem studie Aboalheija et al., (2024) bylo zjistit prevalenci symptomů stresové inkontinence moči, jejich dopad na kvalitu života a identifikovat rizikové faktory spojené se symptomy stresové inkontinence u palestinských žen. Pro potřeby této studie byla získána data od 386 palestinských žen, jejichž průměrný věk byl $37,1 \pm 14,7$ let. V této studii 104 žen (26,9 %) uvedlo příznaky stresové inkontinence moči, z toho 102 žen (26,4 %) uvedlo únik moči při kašli, 100 žen (25,9 %) při kýčání a 94 žen (24,4 %) při smíchu. Ženy, které měly v rodinné anamnéze stresovou inkontinenci, měly 2,5x vyšší pravděpodobnost výskytu symptomů stresové inkontinence ve srovnání s ženami, které v rodinné anamnéze stresovou inkontinenci neměly. Podobně ženy s nadváhou a obezitou měly 2,0x vyšší pravděpodobnost výskytu symptomů stresové inkontinence ve srovnání s ženami, které měly podváhu nebo normální hmotnost. Studie zjistila vysokou prevalenci stresové inkontinence moči a identifikovala rizikové faktory, které byly spojeny se symptomy stresové inkontinence u palestinských žen. Zjištění ukázala, že intenzita symptomů stresové inkontinence byla spojena se zhoršenou kvalitou života postižených žen. Tato zjištění by mohli využít urologové, gynekologové, porodníci a další poskytovatelé zdravotní péče, kteří pečují o ženy, k vytvoření strategií zaměřených na snížení zátěže způsobené stresovou inkontinencí moči u palestinských žen a na zlepšení kvality jejich života (AboAlheija et al., 2024, s. 2–10).

3 STRESOVÁ INKONTINENCE MOČI

Stresová inkontinence je definována jako únik moči v důsledku zvýšeného intraabdominálního tlaku bez aktivace detruzoru. „*Jedná se o únik moči, kdy intraabdominální tlak převyší tlak intrauretrální. Nově se také označuje jako ‚inkontinence souvisící s aktivitou pacienta nebo fyzickou námahou‘ (activity-related)*“ (Ryšánková, 2016, s. 72). Podle AlQuaize et al. (2023) přibližně 47,5 % žen trpí inkontinencí, přičemž převládá inkontinence stresová (79 %), dále urgentní (72 %) a nakonec smíšená (51 %), jak uvádí (Alquaiz et al., 2023).

Podle Yu et al. (2016) je stresová inkontinence moči časté, chronické a progresivní onemocnění časté u žen, přičemž jde o nejčastější formu inkontinence u starších žen, jejíž výskyt roste s věkem. I když stresová inkontinence není život ohrožující onemocnění, výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života, duševní zdraví a celkovou pohodu starších žen. Provedené studie naznačují, že pro pacientky ve vyšším věku jsou typické nevhodné strategie a styly zvládání inkontinence z důvodu nedostatečného porozumění vlastnímu onemocnění a pocitů studu, což snižuje pravděpodobnost, že vyhledají lékařskou pomoc. Copingový styl je přitom jedním z důležitých faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů se stresovou inkontinencí. Ze studie Yu et al. (2016) vyplynulo, že více než 90 % žen považuje stresovou inkontinenci za nevyhnutelnou a běžnou součást stárnutí. Právě nedostatečné porozumění problému přitom může být hlavním důvodem, proč tolik žen nevyhledá odbornou pomoc, což potvrzují výsledky studie, která zjistila, že méně než polovina žen s inkontinencí diskutuje o tomto problému se svým lékařem (Yu et al., 2016).

Ke stresové inkontinenci dochází tlakem na močový měchýř při kýchání, kašlání, cvičení, smíchu nebo zvedání těžkého předmětu. Jedinec má intenzivní nutkání močit, následované nedobrovolným únikem moči. K rizikovým faktorům patří věk, vaginální porod, tělesná hmotnost a hysterektomie. Podle závažnosti lze stresovou inkontinenci rozlišit na první stupeň, kdy k úniku moči dochází příležitostně a problém lze vyřešit výměnou prádla. Ve druhém stupni dochází k úniku moči často, a to i při nižším intraabdominálním tlaku (při běžných činnostech, lehčí fyzické práci, rychlejší chůzi apod.). Pacient musí omezit příjem tekutin a používat speciální vložky. Problém snižuje jeho kvalitu života, výkon zaměstnání, sociální interakce a volnočasové aktivity. Ve třetím stupni dochází k úniku moči při velmi nízkém intraabdominálním tlaku. „*Moč uniká téměř neustále, v klidovém stavu, při pomalé chůzi i vleže na lůžku. Při třetím stupni inkontinence se každodenní režim zcela podřizuje inkontinenci. Je potřeba používat objemnější inkontinenční pomůcky, myslet na jejich dostupnost a pravidelnou výměnu a pečovat o pokožku zatíženou inkontinencí.*“ (BRAUN, 2019).

3.1 Diagnostika

Základem diagnostiky stresové močové inkontinence je aktivní vyhledávání pacientů na úrovni primární péče. Nezbytností u diagnostiky je kladení otázek k vyhledání problému. Např: „*Došlo v posledních měsících k nechtěnému úniku moči?*“, „*dochází k úniku při kašli, kýchnutí, poskoku?*“. Při pozitivní odpovědi následují podrobnější vyšetření pacienta (Horčíčka et al., 2017, s. 27).

3.1.1 Základní vyšetření

Zahrnuje získání podrobné anamnézy, která zahrnuje pracovní anamnézu, druhy sportu, kterým se pacient věnuje, způsob vedení porodu, operace v malé pánvi. dále se pokládají speciální otázky týkající se poruch udržení moči, fyzikální vyšetření, základní klinické a laboratorní vyšetření, vyšetření moči: chemické, vyšetření močového sedimentu, bakteriologické vyšetření, transabdominální ultrazvuk k posouzení postmikčního rezidua, jednoduché stresové testy a mikční deník, který si pacient vede 48 hodin, kde důsledně zaznamenává frekvenci mikce, mikční intervaly, příjem a výdej tekutin, frekvence úniku moči, urgenci včetně množství použitých absorpčních pomůcek (Horčíčka et al., 2021, s. 4–5).

3.1.2 Speciální testy

Pad-weight test (PWT) je metoda spočívající ve vážení vložek. „*Ke zjednodušení lze použít i 24hodinový test, kdy si pacientka sama váží vložky v běžném životě. Jeho výsledek lze užít při klasifikaci stupně inkontinence pro účel preskripce absorpčních pomůcek.*“ Stress test, kdy je močový měchýř naplněn 200 ml sterilního fyziologického roztoku, pacientka stojí a je vyzvána k zakašlání. Při pozitivním testu dochází k úniku moči. (Horčíčka et al., 2021, s. 5).

Marshallův test při naplněném močovém měchýři, pacientka je požádána, aby zakašlala, pokud dojde k úniku moči je test pozitivní a většinou na něj navazuje Bonneyho test, který spočívá, že lékař pomocí prstů fixuje pochvu, aby oblast uretrovezikální junkce byla v normální poloze. Pokud nedojde k úniku je test pozitivní to znamená, že antiinkontinenční operace by mohla být úspěšná (Horčíčka et al., 2017, s. 30-31).

3.1.3 Přístrojové specializované vyšetření

Základním přístrojem v diagnostice je ultrazvuk, pacientky se vyšetřují introitálně (transperineálně), tento typ je suverénní zobrazovací metoda pro vyšetření poruch pánevního dna. Další vyšetření je za pomoci endoskopu, což jsou uretroskopie a cystoskopie. Uretroskopie je endoskopické vyšetření močovodu (VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, © Maxdorf 1998-

2025) a cystoskopie je endoskopické vyšetření, které umožní pozorovat vzhled vnitřku močových cest močového měchýře, močovodů. Cystoskop se zavádí močovou trubicí do močového měchýře (VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, © Maxdorf 1998-2025). Další velkou skupinou vyšetření jsou urodynamická. Urodynamika je nauka o transportu moči. Tato vyšetření představují relativně širokou škálu vyšetření od jednoduchého záznamu mikce až po složité videourodynamické vyšetření na sofistikovaných urodynamických přístrojích a výsledky jednotlivých metod jsou zpracovány jak graficky (křivky), tak matematicky (hodnoty jednotlivých urodynamických veličin) (Horčíčka et al., 2017, s. 40).

3.2 Léčba

Léčba inkontinence se rozlišuje na konzervativní, medikamentózní, chirurgickou léčbu a behaviorální opatření. Častěji je preferována chirurgická léčba na úkor konzervativní, a to nejen na základě rozhodnutí lékaře, ale také kvůli netrpělivosti žen, které často přichází až po několika letech neúspěšné samoléčby (Ryšánková, 2021, s. 60).

3.2.1 Konzervativní léčba

Zahrnuje fyzioterapii, která je jednoduchou a široce dostupnou standardní léčebnou metodou. Mezinárodní organizace pro kontinenci ji doporučuje jako metodu první volby. Je doporučována i jako prevence inkontinence. Behaviorální neboli režimová opatření jsou nedílnou součástí fyzioterapie stresové inkontinence. Zahrnují mimo jiné snížení hmotnosti u žen s nadváhou či obezitou, dostatečný příjem tekutin, péči o pravidelnou a měkkou stolicí a instruktáž o správných pohybových stereotypch. Ženy se mají vyhýbat dlouhodobému jednostrannému namáhání pánevního dna, na druhou stranu ani nečinnost není žádoucí (Ryšánková, 2021, s. 60–62).

Další možností konzervativní léčby je nepřímá elektrostimulace nervosvalových struktur pánevního dna, uretry a detrusoru. Za pomoci sondy, která je umístěna vaginálně, rektálně nebo na dolních končetinách, přijímající elektrické impulsy z kapesního přístroje (Horčíčka et al., 2021, s. 8). Účinnost této léčby je udávána bez ohledu na metodu kolem 50–60 % v pětiletém sledování (Horčíčka et al., 2017, s. 66). Dále jsou to intravaginálně umístěné předměty (závaží), které žena nosí zavedené v pochvě zvané vaginální konusy. Které aktivují svalstvo pánevního dna. Po určité době, kdy je bez problému v pochvě udrží, jsou vyměněny za další závaží o větší hmotnosti. Denně je pacientka musí nosit 20 minut. Zlepšení je udáváno kolem 50 % (Horčíčka et al., 2021, s. 8). Další možnou terapií je pesaroterapie. Vaginální pesary redukují či odstraňují stresovou inkontinenci moči tím, že upravují narušené anatomické poměry nebo mají za cíl

zvýšit výtokový odpor uretry (nebo kombinací obou variant). Mechanismus účinku je velmi podobný principům chirurgické terapie stresové močové inkontinence. Z tohoto důvodu bývá pesaroterapie alternativou k operaci u inoperabilních pacientek (Horčíčka, 2017, s. 69).

3.2.2 Medikamentózní léčba

V rámci medikamentózní léčby je používán Duloxetin, který však může zhoršit kvalitu života pacienta. Desmopresin snižuje tvorbu definitivní moče, a tím i její výdej (především u starších žen však existuje riziko rozvoje hyponatremie). Další možností je estrogenová transdermální, vaginální či systémová léčba (Ryšánková, 2021, s. 60–62). Jedna studie varuje, že mnoho nových produktů určených k léčbě inkontinence je uváděno na trh bez dlouhodobého hodnocení jejich bezpečnosti a účinnosti (Norton a Brubaker, 2006, s. 57).

3.2.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je zlatým standardem, ale zároveň je třeba brát v úvahu možné nežádoucí účinky a komplikace (Ryšánková, 2021, s. 60–62). Operační léčbu provádí specialista urogynekolog nebo urolog za hospitalizace v lůžkovém zařízení. V současné době převažují v léčbě stresové inkontinence moči tzv. páskové metody TVT (Tension-free vaginal tape) – TOT, TVT-O (Horčíčka et al., 2021, s. 8).

3.3 Prevalence stresové inkontinence

Prevalence stresové inkontinence roste s věkem a její výskyt je častější u žen. Je to nejběžnější typ inkontinence u žen mladšího a středního věku. Může se objevit i během menopauzy. Stresovou inkontinencí trpí v 40–63 % ženy, přibližně 60 % těhotných žen, s poporodním přetrváváním u 32 % žen (Ryšánková, 2021, s. 60–62). Jak upozorňuje ve své studii Hooper (2019), ačkoliv inkontinence a stárnutí jsou často propojeny, není inkontinence běžnou součástí stárnutí. V důsledku stárnutí populace však bude problém inkontinence zvyšovat nároky na systémy zdravotní péče. Ačkoliv se inkontinence vyskytuje častěji ve vyšším věku, není nevyhnutelným důsledkem stárnutí. Pokud inkontinence moči ovlivňuje každodenní aktivity pacienta, měl by vyhledat lékařskou pomoc. U většiny pacientů lze inkontinenci léčit změnou životního stylu a stravy nebo pomocí léků. Například některé nápoje, potraviny a léky mohou dráždit močový měchýř, vyvolávat nutkání na močení a působit jako diuretika, což znamená, že stimulují močový měchýř a zvyšují objem moči. Mezi tyto látky patří kofein, alkohol, sycené nápoje a perlivá voda, chilli, čokoláda, umělá sladidla, potraviny s vysokým obsahem koření, cukru nebo kyselin, citrusové plody, vysoké dávky vitamínu C, léky na srdce a krevní tlak, sedativa apod. Dietní anamnéza může být podle Hooper použita jako výchozí bod pro edukaci

pacientů a při odhalování a eliminaci potravin, které u nich způsobují citlivost močového měchýře. Analyzovat příjem tekutin v průběhu 24 hodin, včetně jejich typu, umožňuje zjistit například nadměrnou spotřebu tekutin. Na druhou stranu, snížený příjem tekutin může vést k bolesti hlavy, zácpě, dehydrataci a dalším problémům (Hooper, 2019, s. 21–23).

Prevalence inkontinence závisí na tom, jak často a v jaké populaci se vyskytuje. Prevalence inkontinence u žen se pohybuje v rozmezí 10–40 %, přičemž vyšší výskyt je u starších žen. Ve studiích, které odlišují jakoukoli inkontinenci moči od závažného onemocnění nebo každodenního problému, byla zjištěna prevalence 29 % oproti 7 %. Přibližně čtvrtina případů inkontinence je považována za závažnou. U dospělých osob žijících v ústavech je prevalence inkontinence 50 % i více. Navzdory tomu ženy s touto poruchou často podceňují nebo odkládají léčbu i několik let. Vliv inkontinence na kvalitu života je značný, nicméně poskytovatelé zdravotní péče tento problém často podceňují (Norton a Brubaker, 2006, s. 59). Prevalence stresové inkontinence u dospělých žen a související rizikové faktory nebyly podle některých autorů dosud dostatečně prozkoumány. Cílem studie Zhang et al. bylo prozkoumat možnosti prevence a léčby stresové inkontinence u dospělých žen v Číně. Studie zjistila vysokou prevalenci stresové inkontinence, která činila 33,5 %. Jako rizikové faktory byly identifikovány místo bydliště, kouření, index tělesné hmotnosti, strava, počet a způsob porodů, menopauza, užívání antikoncepce a prodělání infekce močových cest (Zhang et al., 2021, s. 1–9).

Další rizikové faktory, jakou jsou rasa nebo etnicita, nejsou podle Norton a Brubaker dostatečně prozkoumány. Většina studií uvádí, že ženy bělošky mají vyšší prevalenci inkontinence, některé studie však zjistily podobnou míru výskytu inkontinence mezi bílými a černými ženami. Ačkoli se jen málo studií zabývalo typově specifickou inkontinencí, zdá se, že prevalence stresové inkontinence je u bílých žen vyšší. Vaginální porod byl u žen identifikován jako nejdůležitější rizikový faktor inkontinence. Před těhotenstvím trpěla inkontinencí jen zanedbatelná část žen. Až 30 % prvorodiček po vaginálním porodu trpí inkontinencí. Některé studie přitom zjistily, že porod císařským řezem má částečně ochranný efekt. Ve většině studií byl vyšší věk spojen s vyšší prevalencí inkontinence. Nicméně inkontinence by neměla být považována za nevyhnutelný důsledek stárnutí u žen. Spíše platí, že faktory přispívající k inkontinenci se s věkem kumulují. Dalším významným rizikovým faktorem je obezita, pravděpodobně proto, že zvýšený nitrobřišní tlak spojený s obezitou zhoršuje projevy stresové inkontinence. Souvisejícím problémem je hyperaktivní močový měchýř u obézních žen. Nejasný je vliv hormonální substituční terapie. Ačkoliv estrogen byl dříve doporučován k léčbě inkontinence, studie Norton a Brubaker zjistila, že léčba kombinací estrogeneru a progesteronu

zvyšuje riziko inkontinence. Estrogen by proto neměl být používán jako primární léčba (Norton a Brubaker, 2006, s. 57–67).

Jak upozorňují Hjorth et al. (2023), obezita je ovlivnitelný rizikový faktor při inkontinenci, přesto jen málo studií zkoumalo, jak obvod pasu ve srovnání s indexem tělesné hmotnosti (BMI) ovlivňuje riziko inkontinence. Hjorth et al. zkoumali, jak BMI a obvod pasu souvisí s rizikem inkontinence u žen ve středním věku, a snažili se určit, který z faktorů je nejsilnějším prediktorem inkontinence. Ze studie zahrnující 27 254 žen s průměrným věkem 44,2 let vyplynulo, že inkontinence jakéhokoliv typu byla hlášena u 32,1 % žen, stresová inkontinence u 20,9 %, urgentní inkontinence u 2,4 % a smíšená inkontinence u 8,6 %. U všech typů inkontinence bylo pozorováno zvýšení rizika s vyšším BMI a obvodem pasu, přičemž nejvýraznější bylo u smíšené inkontinence. Zatímco u ostatních typů inkontinence riziko rostlo v celém rozsahu BMI a obvodu pasu, u stresové inkontinence riziko stoupalo až do hodnoty BMI 28 kg/m² (obvod pasu 95 cm) a poté mírně klesalo. Příznaky inkontinence a prevalence jakéhokoli typu inkontinence, stresové inkontinence, urgentní inkontinence a smíšené inkontinence se tedy zvyšovaly s vyšším BMI a obvodem pasu (Hjorth et al., 2023, s. 1111–1119).

Inkontinence má vysokou celosvětovou prevalenci a významný dopad na kvalitu života. Navzdory existujícím možnostem léčby močové inkontinence pacienti nadále trápí symptomy nebo vedlejší účinky stávající léčby (Mohamed-Ahmed et al., 2023, s. 193). Odhaduje se, že v ČR je inkontinencí moči postiženo 1,2 milionu osob, z nichž je přibližně 250 000 seniorů. Inkontinencí trpí až 40 % žen, přičemž u žen starších 60 let se močová inkontinence vyskytuje 1,5x až 2x četněji než u mužů. Výskyt tohoto problému roste se stoupajícím věkem (Horčíčka et al., 2017, s. 15–16).

Další studie, provedená na vzorku 311 palestinských žen, zjistila stresovou inkontinenci moči u 152 respondentek (48,9 %). Z celkového počtu 311 žen bylo 162 (52,1 %) starších 42 let. V Saudské Arábii se prevalence inkontinence moči podle různých studií pohybuje v rozmezí 41,1 až 56,6 %. U palestinských žen je prevalence relativně vysoká (Abushamma et al., 2024).

Další studie se zaměřila na prevalenci inkontinence moči u profesionálních atletek Galských her Irska, které zahrnují galský fotbal a camogii. Této studii se zúčastnilo 185 hráček, kde věková hranice byla 25 ± 5 let. Obtíže s únikem moči uvedlo celkem 98 (61,6 %) respondentek, z nichž 51 (52 %) zažilo stresovou inkontinenci moči (Culleton-Quinn et al., 2004).

I další studie pracovala s daty respondentek ze sportovního prostředí. Konkrétně zkoumala odpovědi 189 žen, které se věnovaly crossfitu, neboli tréninkům ve vysoké intenzitě, a funkčním cvikům. Z celého vzorku mělo 38,6 % dotazovaných problém s močovou inkontinencí, přičemž nejčastějším typem byla stresová inkontinence (69,9 % respondentek). Celkem 72,6 % dotazovaných žen uvedlo, že má zkušenost s únikem moči během crossfit tréninku (Pereira et al., 2022).

Prevalence ženské močové inkontinence je vysoká především u žen ve středním věku a u starších žen, a velmi často se objevuje i během těhotenství (postihuje až polovinu těhotných žen). Rizikové faktory zahrnují věk, těhotenství a porod, operace, životní styl a další. Rajalaxmi et al. zkoumali prevalenci močové inkontinence u žen po vaginálním porodu, císařském řezu, s diabetem a s hypotyreózou, a její dopady na kvalitu života. Zjistili, že prevalence močové inkontinence byla nejvyšší u žen s diabetem, následují ženy po vaginálním porodu, císařském řezu a s hypotyreózou. Nejrozšířenějším typem inkontinence byla urgentní inkontinence, která měla větší vliv na kvalitu života než stresová inkontinence. Studie ukázala, že močová inkontinence významně ovlivňuje kvalitu života žen, a doporučuje preventivní a terapeutická opatření, jako je posilování pánevního dna a úprava životního stylu, aby se snížil výskyt i negativní dopady inkontinence (Rajalaxmi et al., 2018.).

Chang et al. zkoumali faktory ovlivňující prevalenci stresové močové inkontinence u žen 12 měsíců po vaginálním porodu. Data byla shromážděna prostřednictvím rozhovorů a dotazníků. Prevalence stresové inkontinence ve 12. měsíci po porodu byla 16,5 %. Studie zahrnovala 303 žen a identifikovala tři hlavní rizikové faktory pro přetrvávající stresovou inkontinenci: věk matky nad 35 let, gestační věk při porodu 40 týdnů a více, a závažné perineální poranění. Tyto faktory přispívají k dlouhodobým problémům s inkontinencí. Jako prostředek ke zmírnění přetrvávající stresové inkontinence po vaginálním porodu autoři doporučují, aby personál věnoval zvýšenou pozornost průběhu porodu tak, aby probíhal pokud možno šetrně a aby byla zkrácena druhá doba porodní. Stejně jako autoři předchozí studie doporučují procvičování svalů pánevního dna, které by mělo snížit riziko dlouhodobé stresové inkontinence (Chang et al., 2023.).

Studie provedená ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska na vzorku 1415 žen zjistila prevalenci močové inkontinence ve výši 39,9 %. Z toho 24 % bylo klasifikováno jako stresová inkontinence ve věkové kategorii 35–44 let. Celkem 84 % respondentek uvedlo, že k úniku moči došlo při kašli, kýchání, cvičení nebo smíchu (Cooper et al., 2015, s. 377–379).

Populační studie z mnoha zemí uvádějí, že prevalence močové inkontinence se pohybuje od 5 do 70 %, přičemž většina studií uvádí prevalenci jakékoli močové inkontinence v rozmezí 25–45 %. Údaje ukazují, že prevalence inkontinence se zvyšuje s rostoucím věkem, přičemž u žen starších 70 let postihuje více než 40 % populace (Milsom, Gyhagen, 2019).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem výzkumné části diplomové práce je analyzovat kvalitu života žen s diagnostikovanou stresovou inkontinencí moči a identifikovat aspekty, které tuto kvalitu ovlivňují. Výzkum se zaměřuje na posouzení dopadů inkontinence na každodenní život, fyzické aktivity, emocionalitu, sexualitu a celkové vnímání osobnosti žen. Dále se výzkumná část práce věnuje zkoumání souvislostí mezi hodnocením kvality života a faktory, jako je BMI, věk, počet a typ porodů a stupeň dosaženého vzdělání.

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

- VO₁: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a BMI?

H₀₁: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a BMI.

H_{A1}: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a BMI.

- VO₂: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a typem porodu?

H₀₂: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a typem porodu.

H_{A2}: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a typem porodu.

- VO₃: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a počtem porodů?

H₀₃: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a počtem porodů.

H_{A3}: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a počtem porodů.

- VO₄: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem?

H₀₄: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem.

H_A4: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem.

- VO₅: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním?

H₀5: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním.

H_A5: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním.

5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Pro výzkum byl zvolen kvantitativní výzkumný design. Kvantitativní výzkum (*quantitative research*) umožňuje shromáždění a analýzu většího množství dat, která je následně možné statisticky testovat (Hendl, 2005, s. 57). Díky značné objektivitě takového výzkumu (výzkumník si udržuje od subjektu výzkumu odstup) je možné výsledky zobecnit na širší populaci. Kučera (2013, s. 177) konstatuje, že kvalitativní výzkum je „*zaměřený na využívání kvantifikujících postupů pro získání obecného přehledu o určitém jevu v dané populaci*“. Tento typ výzkumu používá hypoteticko-deduktivní strategie, aby potvrdil nebo vyvrátil hypotézy vytvořené dle konkrétní teorie. Standardními metodami sběru dat jsou techniky, jež umožňují měření nebo převod kvalitativních údajů do číselného vyjádření (škály), které je možné dále statisticky zpracovat.

5.1 Organizace výzkumného šetření

Před samotnou realizací sběru dat byla oslovena vrchní sestra nemocnice městského typu, která zřizuje tři urologické ambulance. Po kladné reakci a zájmu o výzkumné šetření došlo k osobní schůzce a představení výzkumu. Po finálním souhlasu byl personál urologických ambulančí seznámen se základním průběhem výzkumného šetření. Vyplněnou žádost o provedení průzkumu musela schválit vedoucí práce a vedoucí katedry.

Dalším mezikrokem bylo vytipování pacientek s diagnózou stresové inkontinence moči, a to pomocí počítačového systému, objednávacího diáře, personálu a místní kartotéky. Následoval tisk 100 kusů dotazníku, zajištění obálek, které zaručovaly anonymitu respondentek, a distribuce dotazníků do zařízení. Všechny pacientky byly dopředu požádány o účast ve výzkumném šetření. Respondentkám, které byly ochotné se zúčastnit výzkumu, vysvětlil zdravotník (většinou autor této práce) postup dotazníkového šetření.

Za účelem ověření srozumitelnosti, jasnosti a čitelnosti otázek proběhla před hlavním sběrem dat pilotní studie. Připravené dotazníky vyplnilo pět pacientek s diagnózou stresové inkontinence moči. Žádná z uvedených respondentek neměla k dotazníku připomínky, tudíž nebyla potřeba jeho dodatečná úprava. Těchto pět respondentek splnilo test kognitivních funkcí POBAV. Vyplněné dotazníky byly zařazeny do celkového počtu dotazníků. Součástí výzkumu bylo rovněž statistické zpracování získaných údajů.

5.2 Charakteristika výzkumných nástrojů

Ve výzkumné části byly použity dva dotazníky. Prvním použitým dotazníkem v této diplomové práci byl krátký kognitivní test POBAV (Příloha A). O schválení použití dotazníku byl elektronickou formou požádán prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D., který v rámci této práce souhlasil s jeho využitím. Druhým použitým dotazníkem je CONTILIFE (Příloha B), který je určen pro ženy se stresovou inkontinencí moči a ve kterém se nachází i demografické otázky. O schválení použití dotazníku byl taktéž elektronickou cestou požádán prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D., MBA, který s použitím v této práci souhlasil.

5.2.1 Dotazník POBAV

Dotazník POBAV (Pojmenování obrázků a jejich vybavení) se skládá ze dvou částí. V první části má vyšetřovaná osoba za úkol pojmenovat jedním psaným slovem každý z 20 obrázků a zároveň si jejich názvy zapamatovat, a to bez časového omezení. Bezprostředně poté je požádána, aby během jedné minuty napsala z paměti co nejvíce názvů obrázků. Test POBAV prověřuje psaný jazyk, dlouhodobou sémantickou a krátkodobou paměť vyšetřované osoby. K hlavním přednostem testu patří jeho krátké trvání (4–6 minut), snadná administrativa a diskrétní realizace, která nevyžaduje mnoho slovních instrukcí. Většinu činností provádí vyšetřovaná osoba samostatně, což snižuje zátěž a šetří čas administrátora (Bartoš, 2019, s. 41–51).

Při vyhodnocení testu POBAV je důležité postupovat jednotným způsobem podle stanovených pravidel. Ve druhé části testu se hodnotí počet správně vybavených názvů obrázků. Pokud vyšetřovaná osoba obrázek pojmenuje nesprávně, ale při vybavování použije stejný výraz, je tento název považován za správně vybavený. Stejně se postupuje i při zkomolení názvu obrázku. Za správně vybavený se považuje také název obrázku, který nebyl původně pojmenován, ale během vybavování si jej vyšetřovaná osoba dokázala správně vybavit. Chyby v části vybavování testu POBAV se rozdělují do dvou kategorií: konfabulace, což je vymyšlený název neexistujícího obrázku, a opakování názvu, který byl již jednou napsán. Tyto chyby se odečtou od celkového počtu vybavených názvů, čímž se zjistí počet správně vybavených názvů obrázků (Bartoš, 2022, s. 6–9).

České normy testu POBAV byly zjišťovány na rozsáhlém vzorku starších osob. Celkově se zúčastnilo 1082 osob ve věku 68–80 let. Výsledek pojmenování obrázků vykazuje mírnou korelaci s věkem, avšak není ovlivněn délkou vzdělání ani pohlavím. Naproti tomu výsledek vybavení názvů obrázků mírně koreluje jak s věkem, tak s délkou vzdělání. Ženy si v průměru

vybaví o jeden název více než muži. Většina starších osob by měla udělat chybu v pojmenování nejvýše jednoho obrázku, a to bez ohledu na vzdělání. Při vybavení obrázků by si většina starších osob měla vzpomenout na 6 a více správných názvů za jednu minutu, přičemž u vzdělanějších osob se tato hranice posouvá na sedm obrázků (Bartoš, 2022, s. 54–55).

5.2.2 Dotazník CONTILIFE

Sběr dat probíhal prostřednictvím standardizovaného dotazníku CONTILIFE, určeného pro ženy se stresovou inkontinencí. Tento dotazník byl vytvořen Amarencem et al. (2003). Dotazník CONTILIFE, který v roce 2006 přeložil prof. MUDr. Roman Zachoval, Ph.D. spolu s týmem odborníků, je možné dohledat v odborném časopisu *Urologie pro praxi*. Dotazníky zaměřené na kvalitu života pacientů by měly mít statisticky ověřenou výpovědní hodnotu. Tyto dotazníky jsou považovány za základní měřítko při vyhodnocení závažnosti potíží a úspěšnosti terapie zejména u onemocnění, která mají obdobný charakter jako inkontinence moči a kde nejsou k dispozici jiná spolehlivá kritéria hodnocení aktivity nemoci. Dotazník CONTILIFE byl verifikován statistickými studiemi (Zachoval, 2006).

Tvoří jej 28 položek hodnotících stav respondentky v předcházejících čtyřech týdnech. Dotazník umožňuje měřit vliv stresové inkontinence na tyto domény života respondentky:

- denní aktivity;
- fyzická aktivita;
- citové důsledky;
- sexualita;
- kvalita života;
- vlastní osobnost.

Jednotlivé položky jsou hodnoceny formou pětibodové a šestibodové Likertovy škály, která umožňuje převod odpovědí do číselné podoby. Dotazník je validní i reliabilní. Testování ukázalo, že většina položek byla dobře přiřazena k příslušným dimenzím. V oblasti klinické validity se ukázalo, že dotazník zvládl dobře odlišit pacientky dle závažnosti příznaků, přičemž čím horší byla zdravotní situace, tím horší bylo i hodnocení kvality života. Hodnoty vnitřní konzistence byly uspokojivé, což svědčí o dobré reliabilitě nástroje (Amarence et al., 2003, s. 392–394).

Dotazník CONTILIFE se vyhodnocuje jak pro jednotlivé dimenze, tak pro dotazník jako celek (globální skóre). Odpovědi jednotlivých respondentů je třeba převést na skóre, které se počítá součtem jak pro celý dotazník, tak pro jednotlivé dimenze. Skóre může nabývat hodnot

od 0 (vysoká kvalita života) do 100 (nízká kvalita života), přičemž čím je skóre nižší, tím je kvalita života větší. Vyhodnocení celého dotazníku probíhá tak, že se sečtou všechny body za dané skóre a vypočítá se jejich podíl z maximálního možného skóre (Amarenco et al., 2003, s. 392). Před vypočítáním skóre je třeba „převrátit“ reverzní položky, které jsou v dotazníku dvě – položka č. 17 a 28.

Dotazník dále využili Orhan et al. v roce 2018. Cílem této studie bylo adaptovat dotazník kvality života do turečtiny a odhalit jeho psychometrické vlastnosti u žen trpících stresovou inkontinencí moči. Studie se zúčastnilo 98 pacientek, které vyplnily tureckou verzi CONTILIFE. Z výsledků vyplynulo, že dotazník je platným a spolehlivým nástrojem pro stanovení vlivu stresové inkontinence moči na kvalitu života související se zdravím u tureckých žen (Orhan et al., 2018).

5.3 Sběr dat

Ve vybraných urologických ambulancích bylo rozdáno 100 dotazníků. Výzkumné šetření probíhalo v období červen až říjen 2024. Každý z respondentů vždy vyplnil oba testy. Zdravotník nejprve s respondentkami vyplnil kognitivní test POBAV, předem jim vysvětlil postup testování a za pomoci stopek nebo mobilního telefonu ověřil časový limit 1 minuty, poté byl test pevně připevněn k následujícímu testu, aby nedošlo k pomíchání a neznehodnotily se výsledky. Po vyplnění prvního testu byly respondentky požádány, aby dotazník CONTILIFE a doplňující otázky v něm doplnily v čekárně. V první části dotazníku se zjišťují demografické údaje jako věk, dosažené vzdělání, v dalších otázkách respondentky vyplňovaly svoji váhu, výšku, počet porodů a ukončení porodu. Dotazník v úvodu informuje o autorce a tématu diplomové práce, dále se zmiňuje o dobrovolném a anonymním vyplnění. V případě vyplnění dotazníku dávají respondentky souhlas, že poskytnutá data budou sloužit jen pro účely diplomové práce. Aby byla zaručena anonymita respondentek, vyplněný formulář umístí do přiložené obálky, kterou posléze odevzdají personálu. Vyplnění dotazníku trvalo maximálně 20 minut.

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily ženy s diagnostikovanou stresovou inkontinencí moči ve věku od 40 let a výše, které ochotně souhlasily se zapojením do výzkumného šetření. Celkem bylo připraveno 100 dotazníků. Po dobu trvání výzkumu souhlasilo s vyplněním dotazníku 86 žen včetně 5 z pilotáže. Návratnost dotazníku byla 86 respondentů (100 %). Celkem 12 dotazníků

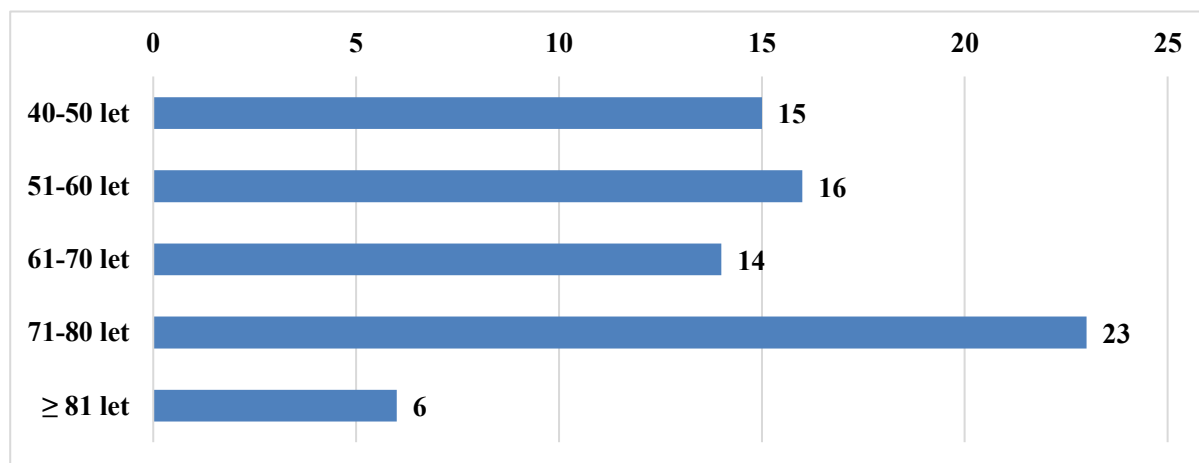
(13,9 %) bylo vyřazeno z důvodu nesplnění normy v testu POBAV anebo chybného či neúplného vyhotovení testu. Pro práci s daty bude použito 74 dotazníků (86,0 %).

5.5 Vyřazovací kritéria

Vyřazovacím kritériem bylo nevyplnění krátkého kognitivního testu Pojmenování obrázků a jejich vybavení (dále jen POBAV), který se skládá ze dvou částí. Respondentky mají v rámci testu za úkol jedním slovem písemně pojmenovat každý z 20 předložených obrázků a zároveň si písemné pojmenování zapamatovat. Vzápětí je respondentka bez distrakce požádána, aby napsala z paměti co nejvíce názvů obrázků během jedné minuty. Norma v chybném pojmenování obrázku je maximálně jedna chyba. Norma ve správně vybavených obrázcích je 6 a více správně pojmenovaných obrázků (Bartoš, 2019). Při nesplnění normy bude respondentka z výzkumu vyřazena. Dalším kritériem bylo neúplné či nesprávné vyplnění dotazníku.

5.6 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkovým šetřením byly shromážděny kompletně vyplněné dotazníky od 74 respondentek. První část dotazníku zjišťovala charakteristiky souboru, konkrétně věkovou kategorii, váhu a výšku (z těchto dvou hodnot bylo vypočítáno BMI), počet porodů, způsob ukončení porodu a dosažené vzdělání.



Obrázek 1 - Věkové rozložení souboru (n = 74)

Všechny respondentky byly starší 40 let – absolutní četnosti u jednotlivých věkových kategoriích jsou prezentovány v Obrázku 1. Nejčetnější kategorií byla ta pro ženy ve věku 71–80 let, konkrétně se jednalo o 31,1 % respondentů. Následovaly kategorie pro respondentky ve věku 51–60 let (21,6 %), 40–50 let (20,3 %) a 61–70 let (18,9 %). Nejméně oslovených žen (8,1 %) uvedlo, že se nachází ve věku 81 let a více.

Tabulka 1 - Výška, váha a BMI respondentek

Statistický ukazatel	Váha (kg)	Výška (cm)	BMI
Minimální hodnota	48,0	151,0	18,9
Maximální hodnota	98,0	175,0	35,0
Průměr	73,3	163,5	27,4
Medián	73,5	163,0	27,8
Směrodatná odchylka	12,67	4,64	4,25

Další charakteristikou souboru, která byla zjišťována, bylo **BMI respondentek** – pro tyto účely byly oslovené ženy tázány na svou výšku a váhu, načež bylo z těchto získaných hodnot BMI dopočítáno a kategorizováno. Základní statistické ukazatele pro výšku, váhu a BMI jsou uvedeny v Tabulce 1.

Minimální hodnota tělesné **váhy**, která byla u souboru zaznamenána, byla 48 kg, maximum bylo 98 kg. Průměrná váha byla 73,3 kg, medián 73,5 kg. Směrodatná odchylka byla dopočítána v hodnotě 12,67 kg – to značí, že váha většiny respondentek se pohybuje blízko průměrné hodnoty. Medián blízký průměru znamená, že rozdělení hodnot váhy je zhruba symetrické, bez výraznějšího zkreslení.

Minimální hodnota tělesné **výšky** byla 151 cm, maximální 175 cm. Průměrná výška respondentek byla 163,5 cm, medián byl 163 cm. Směrodatná odchylka byla vypočítána v hodnotě 4,64 cm, což ukazuje na menší rozptýlení dat ve srovnání s váhou – jinak řečeno, výšky respondentek jsou si vzájemně podobnější.

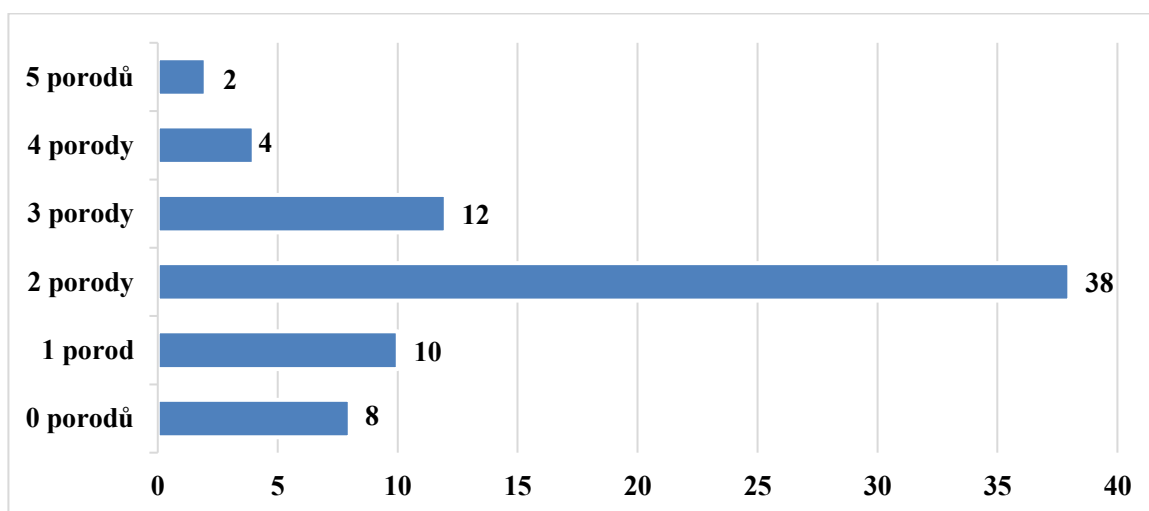
Po dopočítání **hodnot BMI** lze konstatovat, že minimální zaznamenané BMI bylo 18,9 a maximální 35. Průměrná hodnota BMI byla 27,4, medián byl 27,8 – z blízkosti průměru a mediánu lze usuzovat, že rozdělení BMI je téměř symetrické. Směrodatná odchylka byla dopočítána v hodnotě 4,25 – to značí, že většina respondentek má hodnoty BMI blízko průměru.

Tabulka 2 - Rozložení hodnot BMI v souboru (n = 74)

Kategorie		BMI	Výzkumný soubor	
			N	%
Podvýživa		< 18,5	0	0,0
Normální hmotnost		18,5–24,9	21	28,4
Nadváha		25–29,9	33	44,6
Obezita	I. stupeň (mírná)	30–34,9	19	25,7
	II. stupeň (střední)	35–39,9	1	1,4
	III. stupeň (morbidní)	≥ 40	0	0,0
Celkem			74	100,0

Zdroj: vlastní zpracování dle Kapounové (2020, s. 53)

Jak je z Tabulky 2 patrné, nejvíce oslovených žen (33, tj. 44,6 %) se nacházelo v pásmu nadváhy. Druhou nejčetnější skupinu tvořily ženy, které měly normální hmotnost (21, tj. 28,4 %). Obezitu I. stupně má dle BMI 25,7 % výzkumného souboru (19 žen). Pouze jedna respondentka (1,4 %) měla obezitu II. stupně. Zbývající kategorie, jmenovitě podvýživa a obezita III. stupně, nebyly v souboru zastoupeny.

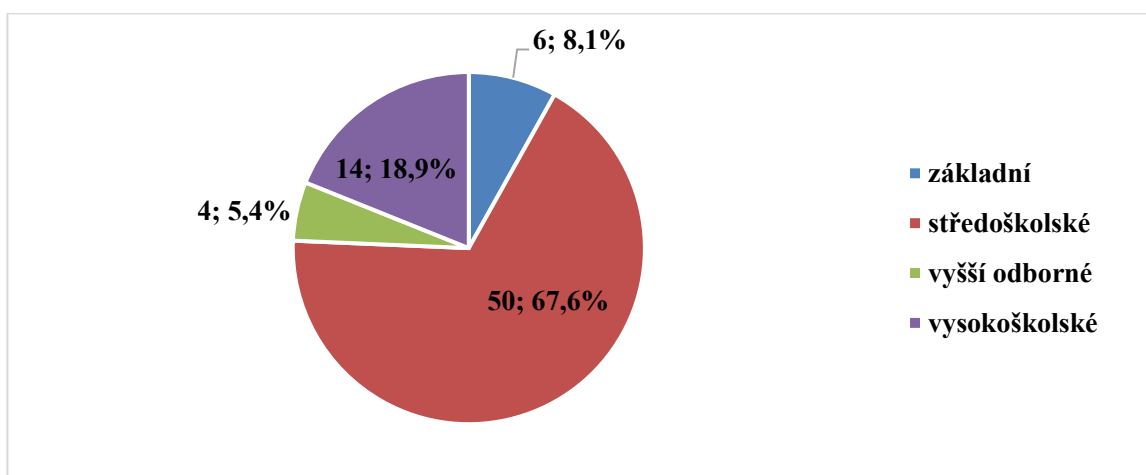


Obrázek 2 - Rozložení souboru dle počtu porodů (n = 74)

Další vlastností souboru, která byla dotazníkem zjišťována, byl **počet a způsob porodů**. Počty porodů v souboru se pohybovaly od 0 do 5, průměrem i mediánem byly 2 porody. Směrodatná odchylka v hodnotě 1,09 značí relativně malou variabilitu v počtu porodů v souboru. 8 respondentek (10,8 %) nikdy nerodilo, 53 žen (71,6 %) rodilo vaginálně, 3 ženy (4,1 %)

císařským řezem a 10 žen (13,5 %) uvedlo vaginální porod i císařský řez. Celkem respondentky uvedly 148 porodů, 132 z nich bylo vaginálních (89,2 %) a 16 bylo vedeno císařským řezem (10,8 %).

V Obrázku 2 (str. 44) je uvedeno rozložení výzkumného souboru dle počtu porodů. Nadpoloviční většina souboru má zkušenost se 2 porody (51,4 %), v četnosti následují ženy se 3 porody (16,2 %), 1 porodem (13,5 %), 4 porody (5,4 %) a 5 porody (2,7 %).



Obrázek 3 - Rozložení souboru dle dosaženého vzdělání (n = 74)

Poslední charakteristikou souboru zjišťovanou dotazníkem bylo nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejvíce oslovených žen (67,6 %) 50 uvedlo, že disponuje středoškolským vzděláním, následovaly respondentky s vysokoškolským (18,9 %) 14, základním (8,1 %) 6 a vyšším odborným (5,4 %) 4 vzděláním (Obrázek 3).

5.7 Způsob zpracování dat

Shromážděná data byla analyzována metodami statistického třídění prvního i druhého stupně. V rámci statistického třídění prvního stupně byly zjišťovány zejména absolutní i relativní četnosti u jednotlivých položek dotazníku, které byly následně vizualizovány formou grafů a tabulek. Dále byly využity aritmetické průměry, mediány a směrodatné odchylky u jednotlivých položek dotazníku. Směrodatná odchylka ukazuje, jak se jednotlivé hodnoty v datovém souboru liší od jeho aritmetického průměru – znázorňuje tedy variabilitu dat (nízká směrodatná odchylka značí menší rozptyl a naopak) a jejich homogenitu, přičemž pokud je její hodnota nízká, lze předpokládat, že většina respondentů odpovídala podobně (Neubauer, Sedlačík, Kříž, 2016, s. 51).

Statistické třídění druhého stupně spočívalo v hlubší analýze vztahů jednotlivých proměnných prostřednictvím relevantních statistických testů. Testování probíhalo na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Příslušné datové řady byly nejprve testovány na normalitu rozdělení dat **Kolmogorov-Smirnov testem**. Kolmogorov-Smirnovův test je neparametrický statistický test, který se používá k porovnání rozdělení dat. Slouží zejména k ověřování normality dat nebo ke srovnání dvou datových souborů s cílem zjistit, zda pocházejí ze stejného rozdělení. Princip testu spočívá v porovnání empirické distribuční funkce vzorku s teoretickou distribuční funkcí nebo s distribuční funkcí druhého vzorku. Výsledkem testu je D-statistika, která vyjadřuje maximální rozdíl mezi těmito distribučními funkcemi. Čím vyšší je hodnota D, tím větší je rozdíl mezi rozděleními. Důležitým výstupem je také p-hodnota, která udává pravděpodobnost, že pozorované rozdíly jsou způsobeny náhodou. Pokud je p-hodnota menší než zvolená hladina významnosti (obvykle 0,05), zamítáme nulovou hypotézu a můžeme tvrdit, že data neodpovídají testovanému rozdělení. Pokud je p-hodnota vyšší než 0,05, nemáme dostatek důkazů k zamítnutí nulové hypotézy, což znamená, že data mohou odpovídat předpokládanému rozdělení (Neubauer, Sedlačík, Kříž, 2016, s. 229).

V případě normálního rozdělení dat byl využit Pearsonův korelační koeficient, v případě nenormálního rozdělení dat Spearmanův korelační koeficient.

Spearmanův korelační koeficient je neparametrická statistická metoda, která měří sílu a směr monotónního vztahu mezi dvěma proměnnými. Tento test je vhodný zejména tehdy, když nejsou splněny předpoklady pro použití Pearsonova korelačního koeficientu, tedy když data nejsou normálně rozdělená nebo vztah mezi proměnnými není lineární. Výpočet Spearmanova korelačního koeficientu probíhá na základě pořadí hodnot. Každé hodnotě v obou proměnných je přiřazeno pořadí a následně se z těchto pořadí počítá korelace. Spearmanův koeficient nabývá hodnot v rozmezí -1 až 1 :

- Hodnota $r = 1$ znamená, že mezi proměnnými existuje dokonalý pozitivní monotónní vztah, tedy že s rostoucí hodnotou jedné proměnné vždy roste i druhá.
- Hodnota $r = -1$ značí dokonalý negativní monotónní vztah, což znamená, že s rostoucí hodnotou jedné proměnné druhá vždy klesá.
- Pokud $r = 0$, mezi proměnnými neexistuje žádný monotónní vztah.

Při interpretaci výsledků je důležité brát v úvahu p-hodnotu, která určuje, zda je zjištěná korelace statisticky významná. Pokud je p-hodnota nižší než zvolená hladina významnosti

(například 0,05), můžeme tvrdit, že zjištěná korelace není výsledkem náhody (Hendl, 2006, s. 257–258).

Pearsonův korelační koeficient je jednou z nejčastěji používaných metod pro měření síly a směru vztahu mezi dvěma spojitými proměnnými. Tento test je vhodný zejména tehdy, pokud jsou data normálně rozdělená a mezi proměnnými existuje lineární vztah. Pearsonův korelační koeficient měří stupeň lineární závislosti mezi dvěma proměnnými. Matematicky je definován jako poměr kovariance mezi dvěma proměnnými k součinu jejich směrodatných odchylek. Jeho hodnota se pohybuje v rozmezí -1 až 1 :

- Hodnota $r = 1$ znamená dokonalou pozitivní korelaci, tedy že pokud jedna proměnná roste, druhá roste vždy stejným tempem.
- Hodnota $r = -1$ značí dokonalou negativní korelaci, tedy pokud jedna proměnná roste, druhá vždy klesá.
- Hodnota $r = 0$ indikuje nulovou lineární korelaci, tedy že mezi proměnnými neexistuje přímý lineární vztah.

Při interpretaci výsledků je důležité vzít v úvahu p-hodnotu, která určuje, zda je zjištěná korelace statisticky významná. Pokud je p-hodnota nižší než 0,05, můžeme korelaci považovat za statisticky významnou, pokud je však p-hodnota vyšší, znamená to, že zjištěná korelace může být způsobena náhodou. Pro správné použití Pearsonova koeficientu je důležité, aby data splňovala několik předpokladů, zejména normalitu dat (obě proměnné by měly být přibližně normálně rozdělené), linearitu (vztah mezi proměnnými by měl být přímkový) a homoskedasticitu (rozptyl hodnot by měl být přibližně konstantní napříč všemi hodnotami nezávisle proměnné). Pokud nejsou splněny tyto předpoklady, je vhodnější použít neparametrické alternativy, například Spearmanův korelační koeficient (Hendl, 2006, s. 243–245).

K zápisu získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel 2019. Naměřená data byla zpracována v programu STATISTICA.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

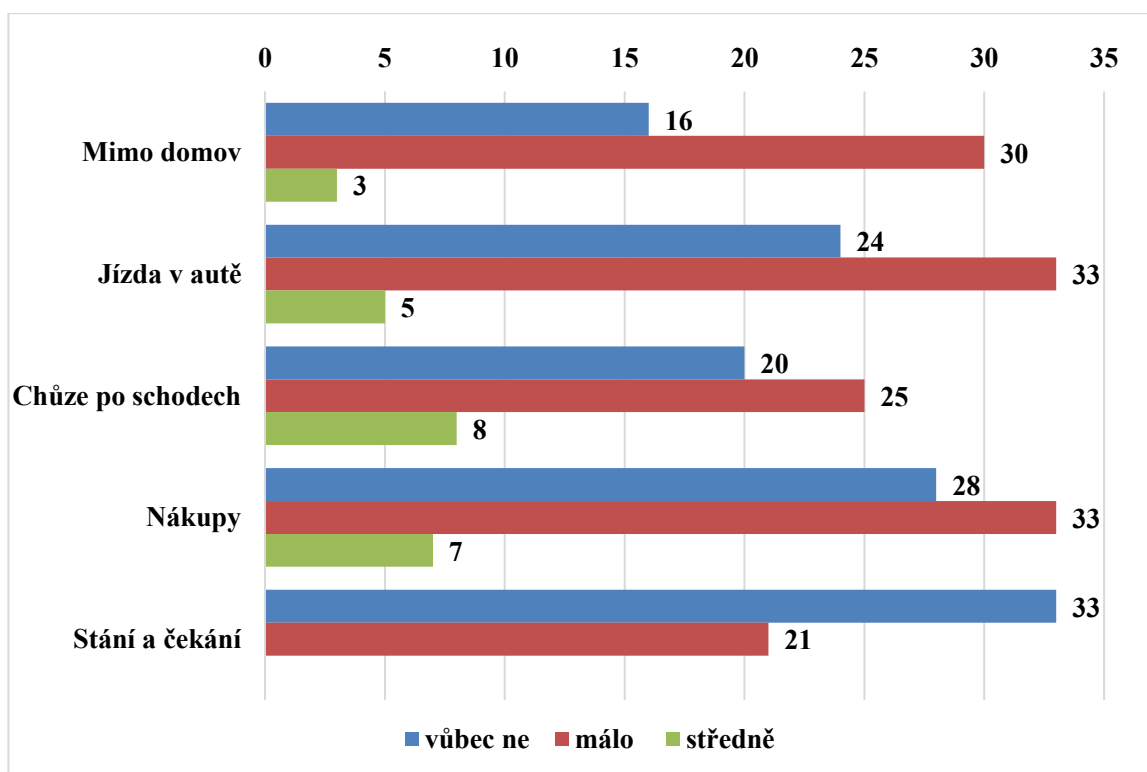
Pro lepší přehlednost jsou výsledky dotazníkového šetření rozčleněny dle domén standardizovaného nástroje, samostatně je pak realizováno vyhodnocení dotazníku jako celku. Hodnocení respondentek bylo zjišťováno prostřednictvím Likertovy škály – odpověď 0 značila „nehodnotí se“, odpověď 1 „vůbec ne“ („nikdy“) a odpověď 5 „velmi hodně“ („vždy“). V případě zprůměrování odpovědí (po vyloučení odpovědí „nehodnotí se“) tedy platí, že čím vyšší hodnota, tím horší dopady stresová inkontinence na respondenty má.

6.1 Běžné denní aktivity

Tato doména zjišťovala, do jaké míry zasahuje stresová inkontinence sféru běžných denních aktivit respondentek – konkrétně byla zjišťována míra problémů u aktivit, jako je chůze po schodech, pohyb mimo domov, práce či spánek. Téma běžných denních aktivit je podstatné, protože stresová inkontinence může významně ovlivnit kvalitu života postižených žen. Tyto obtíže neomezují pouze fyzickou aktivitu, ale mohou vést i k psychické nepohodě, sociální izolaci, snížení pracovní výkonnosti a snížení sebevědomí. Pro mnoho žen znamená inkontinence nejen fyzickou překážku při vykonávání běžných úkolů, ale také obavy z možných nehod, což může vést k omezení společenského života a aktivit mimo domov. Tato skutečnost může mít negativní dopady na kvalitu života žen (Zachoval, 2006).

Položky č. 1–5: Problémy s močením v oblasti vybraných denních aktivit

V rámci prvních pěti položek měly respondentky hodnotit, jak moc je během posledních čtyř týdnů obtěžovaly problémy s močením při určitých denních aktivitách – konkrétně při pohybu mimo domov, jízdě v autě, chůzi po schodech, nakupování a čekání (např. na zastávce, úřadu). Hodnocení probíhalo na Likertově škále od 1 (vůbec ne) do 5 (velmi hodně) – pokud se respondentky daná aktivita netýkala, uvedla hodnotu 0.



Obrázek 4 - Hodnocení problémů s močením u vybraných denních aktivit (n = 74)

Obrázek 4 prezentuje absolutní četnosti zjištěné u jednotlivých položek. Do grafu jsou zahrnuty pouze odpovědi, u nichž byla zaznamenána nějaká četnost (nejsou zde tedy přítomny možnosti „hodně“ a „velmi hodně“, které si žádná z oslovených žen ne zvolila), a z vyhodnocení byly vyloučeny ženy, jichž se dané položky netýkaly. V případě pohybu mimo domov nemá žádné problémy 16 žen (21,6 % souboru), pouze malé problémy má 30 žen (40,5 %) a střední problémy uvedly 3 ženy (4,1 %). Při jízdě v autě pocívalo absenci problémů 24 (32,4 %), malé problémy 33 (44,6 %) a střední problémy 5 (6,8 %) respondentek. Chůze po schodech je aktivitou, při níž nemá žádné problémy 20 (27,0 %) oslovených žen, malé problémy má pak 25 (33,8 %) žen a střední problémy 8 (10,8 %) žen. Nákupy jsou pro respondentky bezproblémovou záležitostí ve 28 případech (37,8 %), menší problémy představují u 33 žen (44,6 %) a střední potíže u 7 žen (9,5 %). Nejméně problematickou běžnou denní aktivitou je stání a čekání, u kterého nemá 33 (44,6 %) respondentek žádný problém a 21 (28,4 %) má pouze malý problém.

Tabulka 3 - Denní aktivity ztěžované problémy s močením

Jak moc Vás během posledních 4 týdnů obtěžovaly problémy s močením:	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka
1. pokud jste byla mimo domov	2,0	2	0,73
2. pokud jste řídila nebo jste jela jako pasažér	1,7	2	0,61
3. pokud jste chodila po schodech	1,8	2	0,69
4. pokud jste nakupovala	1,7	2	0,65
5. pokud jste stála a čekala (zastávka, úřad)	1,4	1	0,49
Hodnoty pro celou otázku	1,7	2	0,68

Jak je patrné z Tabulky 3, shrnující vybrané statistické ukazatele, průměrné hodnoty se pohybují mezi 1,4 a 2,0 – to ukazuje, že problémy s močením obecně nebyly respondentkami pocíťovány jako výrazně obtěžující. Nejintenzivněji respondentky v průběhu posledního měsíce obtěžovala stresová inkontinence při pohybu mimo domov (průměr 2,0), což by mohlo naznačovat, že tato situace je pro oslovené ženy nejvíce stresující ve spojitosti s jejich potížemi. Druhý nejvyšší průměr byl zaznamenán u chůze po schodech (1,8), následovaly položky jízda v autě (1,7), nákupy (1,7) a stání a čekání (1,4).

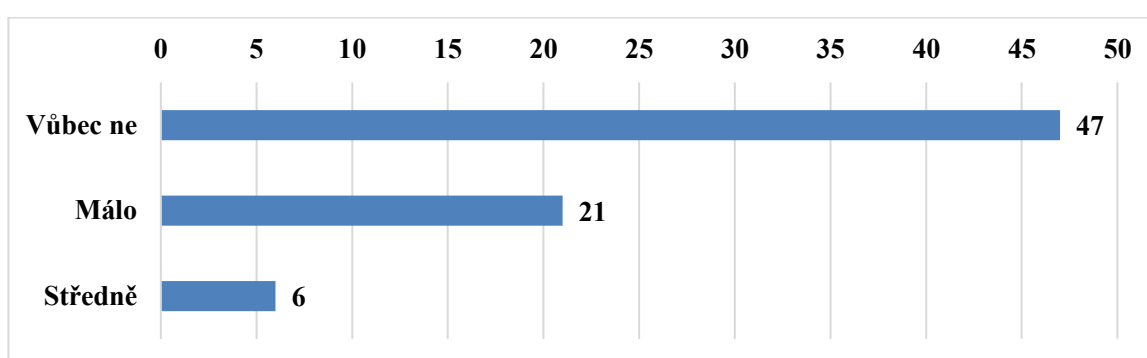
Medián odpovědí je u většiny položek 2, alespoň polovina respondentek tedy označila své obtíže s močením ve spojitosti s konkrétními situacemi jako mírně obtěžující. Pouze u situace spočívající v čekání (například na úřadě nebo na zastávce autobusu) byl medián odpovědí 1, což značí, že většina respondentek v takové situaci nepocíťuje žádné obtíže. O pouze mírných obtížích respondentek v této oblasti svědčí i minimální a maximální hodnoty u jednotlivých položek – minimální hodnota byla u všech pěti položek 1, maximální byla u položek č. 1 až 4 hodnota 3 a u položky č. 5 hodnota 2.

Směrodatná odchylka se pohybuje od 0,49 do 0,73, odpovědi tedy měly relativně nízkou variabilitu. Nejmenší variabilita (0,49) byla zaznamenána u situace „pokud jste stála a čekala“ – to potvrzuje, že respondentky měly v této oblasti poměrně jednotné názory. Naopak největší variabilita odpovědí (0,73) byla zaznamenána u situace „pokud jste byla mimo domov“, v souboru tedy byly větší rozdíly v tom, jak jednotlivé ženy vnímaly obtíže při pohybu mimo svůj domov. Druhá nejvyšší směrodatná odchylka byla zaznamenána u chůze po schodech (0,69), dále u nakupování (0,65) a jízdy v autě (0,61).

Hodnoty pro celou analyzovanou otázku, tedy pro položky č. 1 až 5 (průměr 1,7; medián 2; směrodatná odchylka 0,68), ukazují, že obtěžování problémy s močením nebylo respondentkami vnímáno jako významné a spíše se pohybovalo na dolním konci škály. Medián 2 potvrzuje, že většina respondentek vnímala v daných situacích své problémy se stresovou inkontinencí jako mírné nebo žádné.

- **Položka č. 6: Četnost přestávek v denních aktivitách či práci kvůli močení**

Další položka příslušná k doméně běžných denních aktivit se zaměřovala na to, zda měly respondentky v průběhu posledních čtyř týdnů kvůli problémům s močením časté přestávky v denních aktivitách nebo v práci.

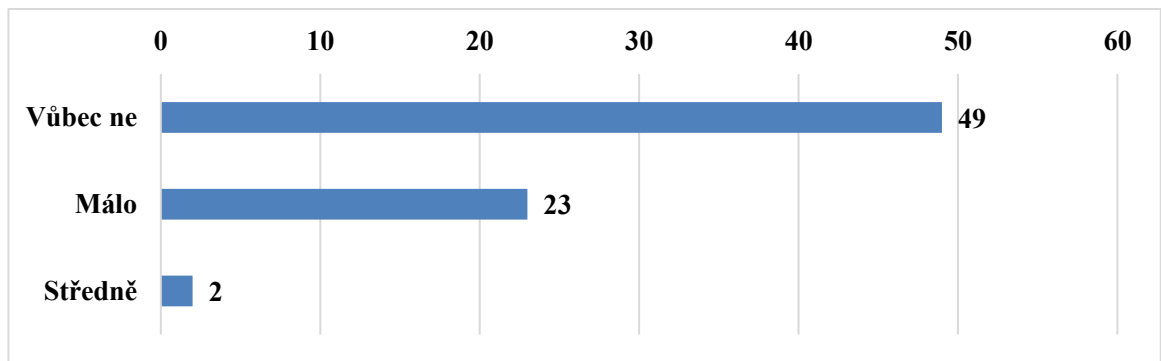


Obrázek 5 - Četnost přestávek v denních či pracovních aktivitách (n = 74)

Jak je patrné z Obrázku 5, ve kterém jsou uvedeny zjištěné absolutní četnosti, přestávky v denních či pracovních aktivitách si z důvodu problémů s močením nemusí vůbec dělat 47 respondentek (63,5 %), dalších 21 (28,4 %) jich potřebuje pouze málo a zbývajících 6 (8,1 %) si dělá přestávky středně často. Tyto odpovědi implikují, že respondentkám nezpůsobuje stresová inkontinence příliš vážné problémy v jejich denních či pracovních aktivitách.

Dále byly vypočítány základní statistické ukazatele. Minimální zjištěná hodnota byla 1, maximální 3 (žádná z oslovených žen tedy nevyužila odpovědi „hodně“ a „velmi hodně“) – to značí, že problémy s močením neovlivňovaly denní aktivity zásadně. Průměr odpovědí byl 1,5 a medián 1, což potvrzuje závěr, že většina žen pocívala minimální nutnost přestávek v denních aktivitách z důvodu problémů s močením. Směrodatná odchylka byla vypočítána v hodnotě 0,64, pozorujeme tedy relativně malou variabilitu v odpovědích. Hodnoty se pohybovaly blízko průměru a mediánu, většina žen tedy vnímala problémy obdobně.

- **Položka č. 7: Četnost problémů s nočním pomočováním**



Obrázek 6 - Četnost nočního pomočování v posledním měsíci (n = 74)

V poslední položce z této domény respondentky odpovídaly na otázku, jak často se v posledních čtyřech týdnech probudily pomočené v souvislosti se svými problémy. Nejčastěji oslovené ženy uváděly, že s nočním pomočováním nemají problém vůbec – jak je patrné z Obrázku 6, konkrétně se jednalo o 49 respondentek (66,2 %). Dalších 23 (31,1 %) má tyto problémy pouze málo. Pouze 2 (2,7 %) ženy konstatovaly, že se probouzí pomočené středně často.

Minimální zjištěná hodnota byla 1 a maximální 3, žádná z oslovených žen tedy nevyužila odpovědi „často“ a „vždy“. Průměr odpovědí byl 1,4 a medián 1, většina žen tedy nepocítovala výraznější problémy v souvislosti s problémy s močením. Směrodatná odchylka v hodnotě 0,54 ukazuje, že odpovědi byly poměrně homogenní.

- **Doména denních aktivit**

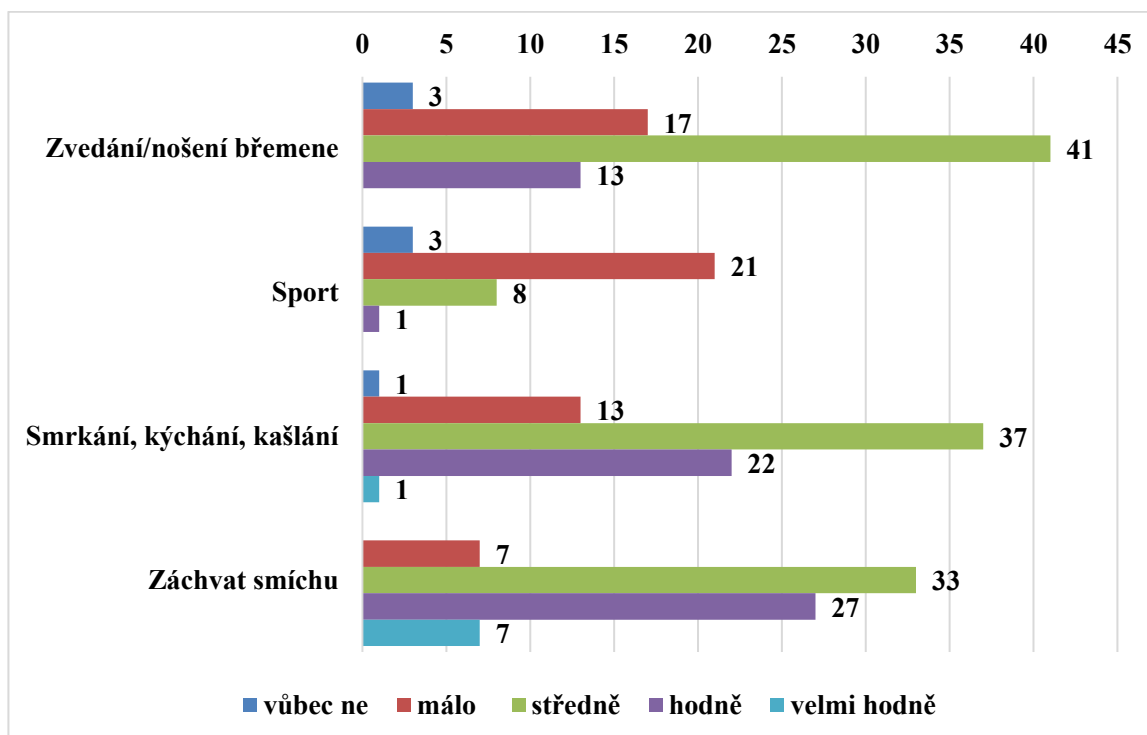
Minimální hodnotou u všech položek z této domény byla 1, maximální hodnotou byla 3. Průměr pro celou doménu běžných denních aktivit je 1,6, medián 2 – to lze interpretovat tak, že oslovené ženy jsou ve svých denních aktivitách ovlivněny problémy s močením spíše málo. Směrodatná odchylka v hodnotě 0,66 značí poměrně malou variabilitu v odpovědích, jinak řečeno, respondentky se ve svých odpovědích významněji neodchylovaly od průměru a mediánu.

6.2 Fyzická aktivita

V rámci této domény standardizovaného dotazníku bylo zjišťováno, jak často byly respondentky v období posledního měsíce obtěžovány problémy s močením v případě, kdy realizovaly nějakou fyzickou aktivitu (zvedání a nošení břemen, sport, kýčání, smrkání a kašláním a záchvaty smíchu). Respondentky mohly své potíže hodnotit na Likertově škále

hodnotami od 1 (vůbec ne) do 5 (velmi hodně), pokud se jich daná fyzická aktivita netýkala, uváděly hodnotu 0.

- **Položky č. 8.–11.: Problémy s močením v oblasti vybraných fyzických aktivit**



Obrázek 7 - Hodnocení problémů s močením u vybraných fyzických aktivit (n = 74)

Obrázek 7 prezentuje absolutní četnosti zjištěné u jednotlivých položek. Zvedání či nošení břemene nečiní žádné problémy 3 (4,1 %) respondentkám, dalších 17 (23,0 %) se s problémy setkávalo málo, 41 (55,4 %) středně a 13 (17,6 %) hodně. Při sportu neměly žádné problémy celkem 3 (4,1 %) ženy, málo problémů mělo 21 (28,4 %) žen, středně 8 (10,8 %) a hodně pouze 1 (1,4 %) žena. Při smrkání, kýčání a kašláání neměla problémy jen 1 (1,4 %) žena, málo problémů mělo 13 respondentek (17,6 %), středně 37 (50,0 %), hodně 22 (29,7 %) a velmi hodně 1 (1,4 %) žena. Nejproblematictější se ukázaly být záchvaty smíchu – 7 (9,5 %) žen pocíťovalo málo, 33 (44,6 %) středně, 27 (36,5 %) hodně a 7 (9,5 %) velmi hodně potíží.

Tabulka 4 - Fyzické aktivity ztěžované problémy s močením

Jak často, vás během posledních 4 týdnů obtíže s močením obtěžovaly:	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka
8. pokud jste zvedala či nesla těžké břemeno	2,9	3	0,74
9. pokud jste sportovala (běh, tanec)	2,2	2	0,64
10. pokud jste smrkala, kýchala, kašlala	3,1	3	0,75
11. pokud jste měla záchvat smíchu	3,5	3	0,79
Hodnoty pro celou otázku	3,0	3	0,84

Údaje prezentované Obrázkem 7 (str. 53) doplňují základní statistické ukazatele sumarizované v Tabulce 4. Jak je z ní patrné, hodnocení obtíží s močením v kontextu fyzických aktivit bylo negativnější než v případě běžných denních aktivit. Z výsledků je evidentní, že problémy s močením měly na respondentky odlišný vliv v závislosti na typu aktivity.

Nejčastěji uváděly oslovené ženy obtíže v situacích, kdy mohlo dojít ke zvýšenému tlaku na břišní svaly, například při záchvatech smíchu (průměr 3,5; medián 3) a při smrkání, kýchání nebo kašlání (průměr 3,1; medián 3). Tyto situace pro respondentky představovaly středně vážné zdroje obtíží. Variabilita odpovědí byla v těchto položkách mírně vyšší (směrodatná odchylka 0,79 u smíchu a 0,75 u smrkání, kýchání a kašlání), jednotlivé respondentky tedy mohly mít rozdílné zkušenosti.

Dalším častým zdrojem středních obtíží bylo zvedání či nesení těžkých břemen (průměr 2,9; medián 3), které vyžaduje fyzickou sílu a zapojení hlubokých svalů. Variabilita odpovědí byla v tomto případě mírně vyšší (směrodatná odchylka 0,74), oslovené ženy tedy mohly mít v souvislosti s touto fyzickou aktivitou rozdílné zkušenosti. Nejmenší vliv na respondentky měly problémy s močením při sportovních aktivitách, jako je například běh nebo tanec (průměr 2,2; medián 2). Tyto obtíže byly hodnoceny jako méně časté a rovněž variabilita odpovědí u nich byla nejnižší (směrodatná odchylka 0,64), což naznačuje shodu mezi respondenty.

- **Doména fyzické aktivity**

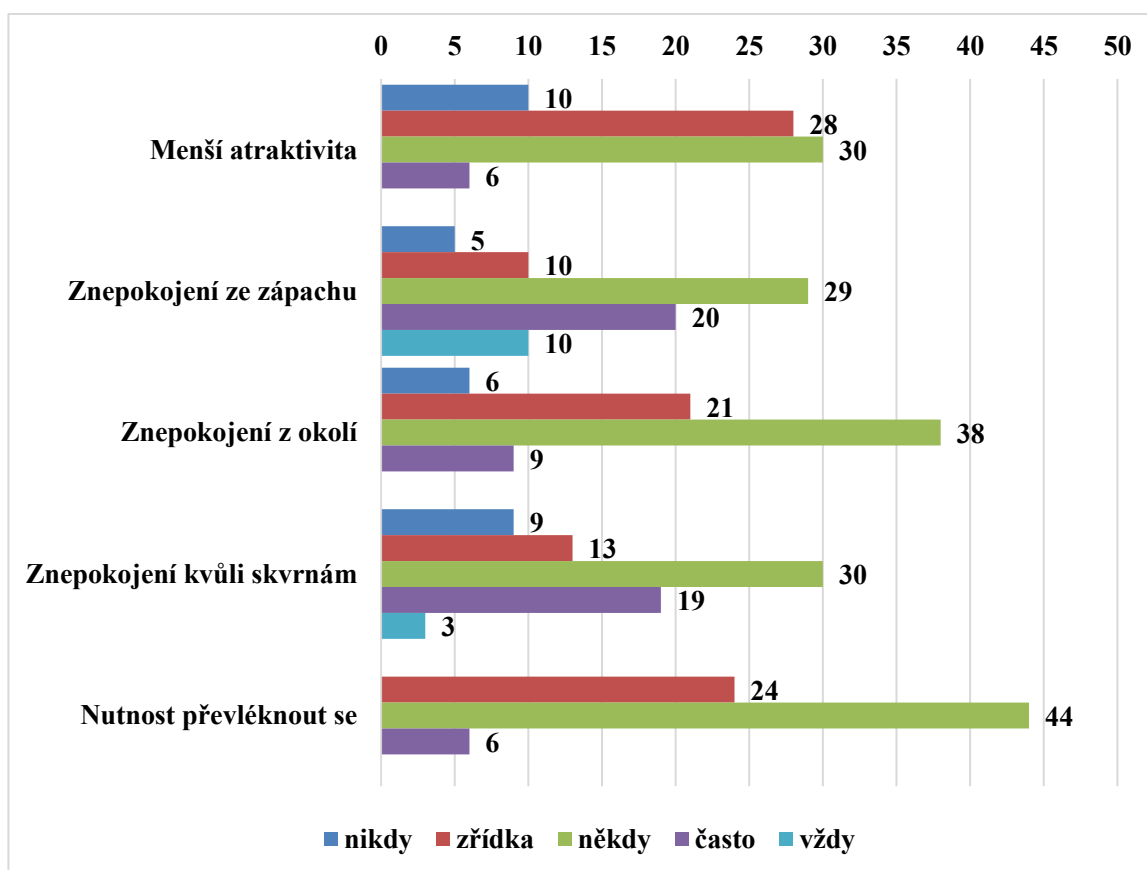
Souhrnné výsledky pro tuto doménu ukázaly průměrnou hodnotu 3,0 a medián 3 – to vede k závěru, že problémy s močením ovlivňovaly fyzické aktivity respondentek středně často. Směrodatná odchylka 0,84 poukazuje na střední variabilitu odpovědí, intenzita problémů při různých fyzických aktivitách tedy byla v rámci souboru různá.

Z analýzy dále vyplývá, že problémy s močením měly nejvýraznější dopad při situacích, kdy docházelo k náhlému tlaku na břišní svaly (např. smích, kašel, kýčání, smrkání) a při zvedání těžkých břemen. Nejmenší obtíže byly respondentkami hlášeny při sportování, je tedy pravděpodobné, že tato forma pohybu není pro oslovené ženy tak náročná z hlediska obtíží s močením.

6.3 Vlastní osobnost

Tato doména se zaměřila na to, jak stresová inkontinence postihuje vlastní osobnost či také sebedůvěru respondentek. Výsledky ukazují, že problémy s močením ovlivňovaly respondentky různou měrou v závislosti na konkrétních situacích. Závažnost svých problémů s močením v oblasti vlastní osobnosti mohly respondentky hodnotit na Likertově škále od 1 (nikdy) do 5 (vždy).

- **Položky č. 12–16: Problémy s močením v oblasti vlastní osobnosti**



Obrázek 8 - Hodnocení problémů s močením v oblasti sebehodnocení (n = 74)

Obrázek 8 (str. 55) prezentuje absolutní hodnoty zjištěné u jednotlivých položek souvisejících s oblastí vlastní osobnosti.

Méně atraktivní se v souvislosti s problémy s močením necítilo být 10 (13,5 %) oslovených žen, dalších 28 (37,8 %) se cítilo být méně atraktivní zřídka, 30 (40,5 %) někdy a 6 (8,1 %) často. Znepokojení z nepříjemného zápachu moči nezažívá 5 (6,8 %) žen, dalších 10 (13,5 %) jej pociťuje zřídka, 29 (39,2 %) někdy, 20 (27,0 %) často a 10 (13,5 %) vždy. Znepokojení z reakce okolí na problémy nemá 6 (8,1 %) respondentek, zřídka ho má 21 (28,4 %), někdy 38 (51,4 %) a často 9 (12,2 %) žen. Kvůli skvrnám od moči zanechaným v práci či na jiných veřejných místech nemá obavy 9 (12,2 %) žen, zřídka je má 13 (17,6 %), někdy 30 (40,5 %), často 19 (25,7 %) a vždy 3 (4,1 %) respondentky. Nutnost převléknout se v souvislosti s problémy s močením má zřídka 24 (32,4 %) žen, někdy 44 (59,5 %) a často 6 (8,1 %) respondentek.

Tabulka 5 - Problémy s močením v oblasti vlastní osobnosti

Jak často jste se během posledních 4 týdnů kvůli problémům s močením:	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka
12. cítila méně atraktivně	2,4	2	0,82
13. cítila znepokojená kvůli nepříjemnému zápachu moči	3,3	3	1,07
14. cítila znepokojená kvůli tomu, že si jiní uvědomují váš problém	2,7	3	0,79
15. cítila znepokojená kvůli skvrnám od moči zanechaným v práci či na veřejných místech	2,9	3	1,04
16. musela převléknout	2,8	3	0,59
Hodnoty pro celou otázku	2,8	3	0,92

Absolutní hodnoty z Obrázku 8 (str. 55) byly v rámci Tabulky 5 doplněny o základní statistické ukazatele. Nejvýraznějším zdrojem obav bylo podle nich znepokojení kvůli nepříjemnému zápachu moči, které respondentky hodnotily jako častý problém (průměr 3,3; medián 3). Tento aspekt vykazoval také vyšší variabilitu odpovědí (směrodatná odchylka 1,07), některé respondentky tedy tento problém pociťovaly velmi intenzivně, zatímco jiné méně. Další častou obavou bylo znepokojení z toho, že si okolí problém s inkontinencí u konkrétní respondentky

uvědomuje (průměr 2,7; medián 3; směrodatná odchylka 0,79), a dále starost o skvrny od moči, které mohly oslovené ženy zanechat v práci nebo na veřejných místech (průměr 2,9; medián 3; směrodatná odchylka 1,04). Tyto situace byly pro respondentky psychicky zatěžující a vykazovaly střední až vyšší variabilitu odpovědí – v rámci souboru se tedy nacházely respondentky vykazující v souvislosti s těmito problémy různou míru obav.

Pocit snížené atraktivity kvůli problémům s močením byl respondentkami hodnocen spíše jako občasný problém (průměr 2,4; medián 2), což naznačuje, že tento aspekt neměl na respondentky tak silný dopad jako jiné obavy. Směrodatná odchylka (0,82) nicméně ukazuje, že odpovědi vykazovaly vyšší rozdíly mezi jednotlivými oslovenými ženami. Nutnost převlékat se kvůli problémům s močením byla hodnocena jako relativně častý jev (průměr 2,8; medián 3), přičemž nízká směrodatná odchylka (0,59) ukazuje na shodu v odpovědích mezi respondentkami.

- **Doména vlastní osobnosti**

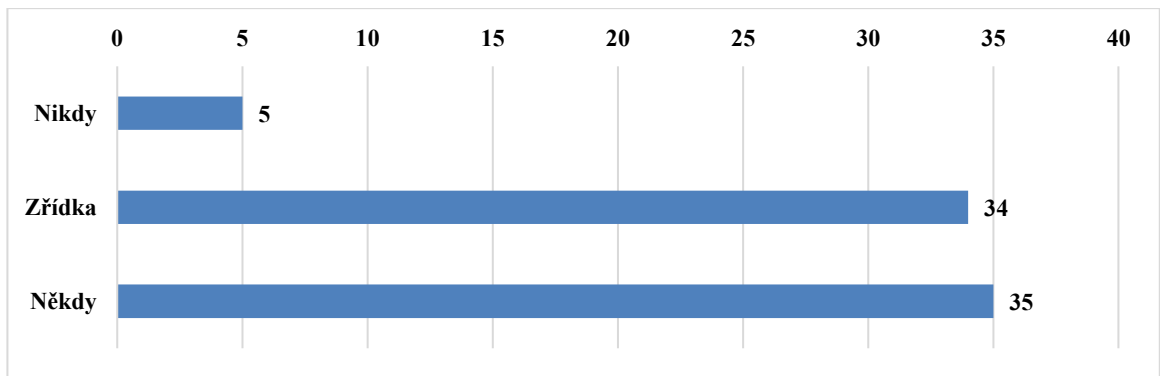
Celkově byly problémy s močením v oblasti vlastní osobnosti hodnoceny průměrnou hodnotou 2,8 a mediánem 3, lze tedy konstatovat, že tyto obtíže ovlivňovaly respondentky spíše častěji. Směrodatná odchylka 0,92 naznačuje střední variabilitu odpovědí napříč jednotlivými položkami, což svědčí o rozdílných zkušenostech mezi oslovenými ženami. Z výsledků vyplývá, že problémy s močením měly nejvýraznější dopad na psychickou pohodu respondentek zejména v souvislosti se znepokojením kvůli nepříjemnému zápachu moči a strachem z odhalení problému okolím. Tyto situace mohou výrazně ovlivňovat sebedůvěru a pocit osobní pohody.

6.4 Citové důsledky

Tato doména se orientovala na to, jakým způsobem stresová inkontinence postihuje emoce respondentek.

- **Položka č. 17: Četnost dobrých pocitů za poslední měsíc**

V rámci této položky bylo zjišťováno, jak často se respondentky se stresovou inkontinencí v období posledních čtyř týdnů cítily dobře. Hodnocení probíhalo na Likertově škále obsahující hodnoty od 1 (nikdy) do 5 (vždy).

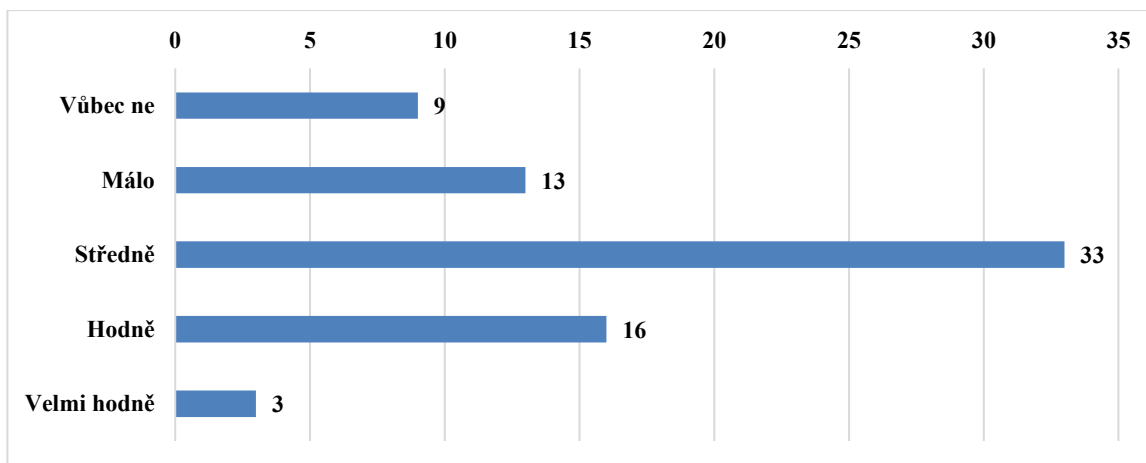


Obrázek 9 - Četnost dobrých pocitů navzdory inkontinenci v posledním měsíci (n = 74)

Jak je patrné z Obrázku 9, respondentky využívaly pouze hodnocení „nikdy“, „zřídka“ a „někdy“. Nejčastěji konstatovaly, že v posledním měsíci se navzdory problémům s močením cítily dobře někdy (35 oslovených žen, tj. 47,3 %), dalších 34 (45,9 %) respondentek uvedlo, že se tak cítilo zřídka. Nikdy se za poslední čtyři týdny necítilo dobře 5 (6,8 %) oslovených žen (viz Obrázek 9). Kromě absolutních a relativních četností byly dopočítány základní statistické ukazatele. Minimální zjištěnou hodnotou byla 1 a maximální 3 (odpověď „někdy“), průměr odpovědí byl 2,4 a medián 2. Oslovené ženy tedy v průběhu posledního měsíce zažívaly pozitivní pocity v dané souvislosti spíše zřídka. Tato skutečnost by mohla implikovat významný dopad stresové inkontinence na psychickou pohodu respondentek. Směrodatná odchylka 0,61 vede k závěru, že oslovené ženy se na hodnocení svých pocitů shodly – jejich odpovědi se výrazněji neodchylovaly od průměru a mediánu odpovědí.

- **Položka č. 18: Negativní pocity kvůli nutnosti nosit vložky**

Dále byly respondentky tázány na četnost negativních pocitů, které se u nich objevují v souvislosti s nutností nosit hygienické vložky. Hodnocení probíhalo na Likertově škále, kde 1 značila odpověď „vůbec ne“ a 5 „velmi hodně“. V případě, že by se oslovené ženy nutnost nosit vložky netýkala, mohla vybrat hodnotu 0 – tuto možnost však žádná z respondentek nevyužila.



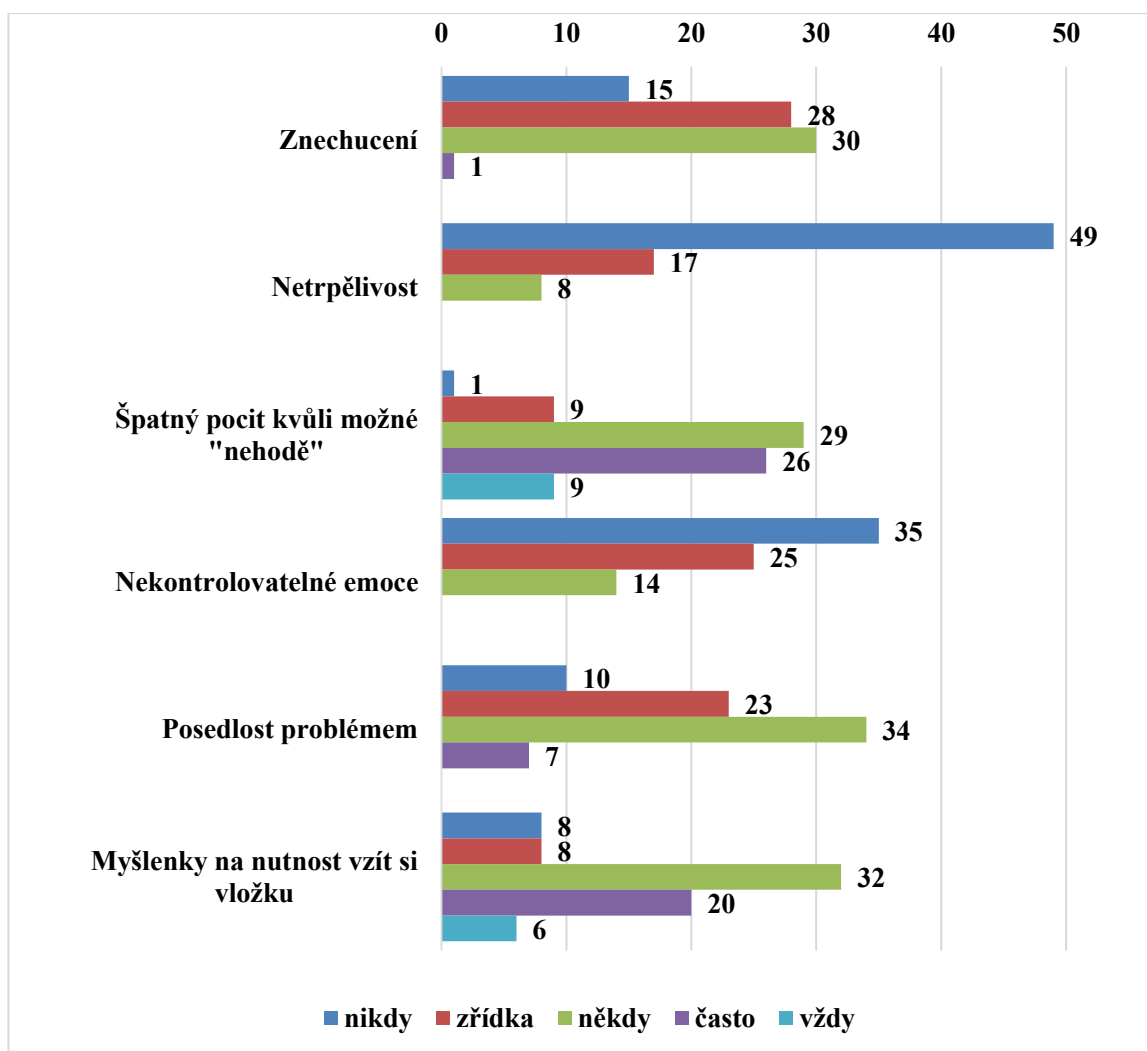
Obrázek 10 - Četnost pocitů trápení kvůli nošení hygienických vložek (n = 74)

V Obrázku 10 jsou vizualizovány zjištěné absolutní četnosti u jednotlivých stupňů Likertovy škály. Nejčastěji respondenty konstatovaly, že se s pocity trápení se kvůli nutnosti nosit hygienické vložky potýkaly středně často – tuto možnost zvolilo 33 (44,6 %) z nich. Dalších 16 (21,6 %) oslovených žen se trápilo hodně. V malé míře se s takovými pocity potýkalo 13 (17,6 %) do výzkumu zapojených žen a 9 (12,2 %) respondentek uvedlo, že se kvůli nutnosti nosit vložky netrápilo v posledních čtyřech týdnech vůbec. Zbývající 3 (4,1 %) ženy uvedly, že se trápí velmi hodně.

Absolutní a relativní četnosti byly opět doplněny o základní statistické ukazatele. Minimální zaznamenanou odpovědí byla 1 a maximální 5, průměrem byla hodnota 2,88 a mediánem hodnota 3. Tyto hodnoty ukazují, že většina respondentek měla negativní pocity kvůli nutnosti nosit vložky středně často. Nicméně směrodatná odchylka 1,01 poukazuje na poměrně značnou variabilitu v odpovědích – výzkumný soubor tedy nebyl ve svých pocitech v souvislosti s nošením hygienických vložek homogenní.

- **Položky č. 19–24: Hodnocení vybraných pocitů v souvislosti s problémy s močením**

Respondentky mohly hodnotit své pocity spojené se stresovou inkontinencí na Likertově škále od 1 (nikdy) do 5 (vždy).



Obrázek 11 - Hodnocení problémů s močením v oblasti pocitů (n = 74)

Jak je z Obrázku 11 evidentní, pocity znechucení v posledních čtyřech týdnech netrpělo 15 (20,3 %) respondentek. Zřídka pociťovalo znechucení 28 (37,8 %) oslovených žen, někdy 30 (40,5 %) žen a pouze 1 (1,4 %) respondentka uvedla, že jej pociťuje vždy. Nejméně často měly oslovené ženy problémy s netrpělivostí – 49 (66,2 %) z nich tyto pocity nezaznamenávalo v posledních čtyřech týdnech vůbec, 17 (23,0 %) zřídka a 8 (10,8 %) někdy. Špatný pocit kvůli možné „nehodě“ s únikem moči v daném období neměla pouze 1 (1,4 %) oslovená žena, 9 (12,2 %) žen mělo tento pocit zřídka, 29 (39,2 %) někdy, 26 (35,1 %) často a 9 (12,2 %) vždy.

Dalším sledovaným pocitem byly nekontrolovatelné emoce týkající se problémů s močením. Celkem 35 (47,3 %) respondentek je nepociťuje vůbec, dalších 25 (33,8 %) zřídka a 14 (18,9 %) někdy. Posedlost svými problémy s únikem moči nepociťuje 10 (13,5 %) oslovených žen, dalších 23 (31,1 %) ji cítí zřídka, 34 (45,9 %) někdy a 7 (9,5 %) často. Nutkavé myšlenky na to, že si musí před odchodem z domova vzít hygienickou vložku, v posledním

měsíci nikdy nemělo 8 (10,8 %) respondentek, dalších 8 (10,8 %) je mělo zřídka, 32 (43,2 %) někdy, 20 (27,0 %) často a 6 (8,1 %) vždy.

Tabulka 6 - Hodnocení vybraných pocitů v souvislosti s problémy s močením

Jak často jste se během posledních 4 týdnů kvůli problémům s močením:	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka
19. cítila znechuceně	2,2	2	0,78
20. byla netrpělivá	1,5	1	0,68
21. cítila špatně kvůli možné nehodě s únikem moči	3,5	3	0,90
22. cítila jako nekontrolující své emoce	1,7	2	0,76
23. cítila jako posedlá svými problémy s únikem moči	2,5	3	0,84
24. měla nutkavé myšlenky vzít si vložku před odchodem z domova	3,1	3	1,06
Hodnoty pro celou otázku	2,4	2	1,10

Absolutní a relativní četnosti byly doplněné základními statistickými ukazateli (Tabulka 6), které poskytly rozšířený pohled na charakteristiku dat.

Nejméně intenzivně cítily respondentky v souvislosti s problémy s močením netrpělivost – průměr 1,5 a medián 1 naznačují, že oslovené ženy se s takovými pocity nepotýkaly téměř nikdy. Směrodatná odchylka v hodnotě 0,68 značí, že odpovědi byly v rámci souboru poměrně konzistentní. Výraznější problémy necítily respondentky ani v oblasti kontroly svých emocí (průměr 1,7; medián 2; směrodatná odchylka 0,76) a znechucení (průměr 2,2; medián 2; směrodatná odchylka 0,78) – takové pocity zaznamenávaly většinou pouze zřídka.

S vyšší intenzitou problémů (konkrétně se jednalo o hodnocení „někdy“) se respondentky potýkaly v oblasti pocitů posedlosti svými problémy s únikem moči (průměr 2,5; medián 3; směrodatná odchylka 0,84), nutkavých myšlenek vzít si vložku před odchodem z domova (průměr 3,1; medián 3; směrodatná odchylka 1,06) a špatných pocitů kvůli možné nehodě s únikem moči (průměr 3,5; medián 3; směrodatná odchylka 0,90). Směrodatné odchylky u těchto položek však značí poměrně vysokou variabilitu v odpovědích.

Průměrnou hodnotou pro celou otázku je 2,4 a mediánem 2, což značí, že celkově se respondentky potýkaly s negativními pocity v souvislosti se svými problémy s močením spíše zřídka. Poměrně vysoká hodnota směrodatné odchylky (1,10) však zároveň vede k závěru o variabilitě odpovědí v rámci souboru.

- **Doména citových důsledků**

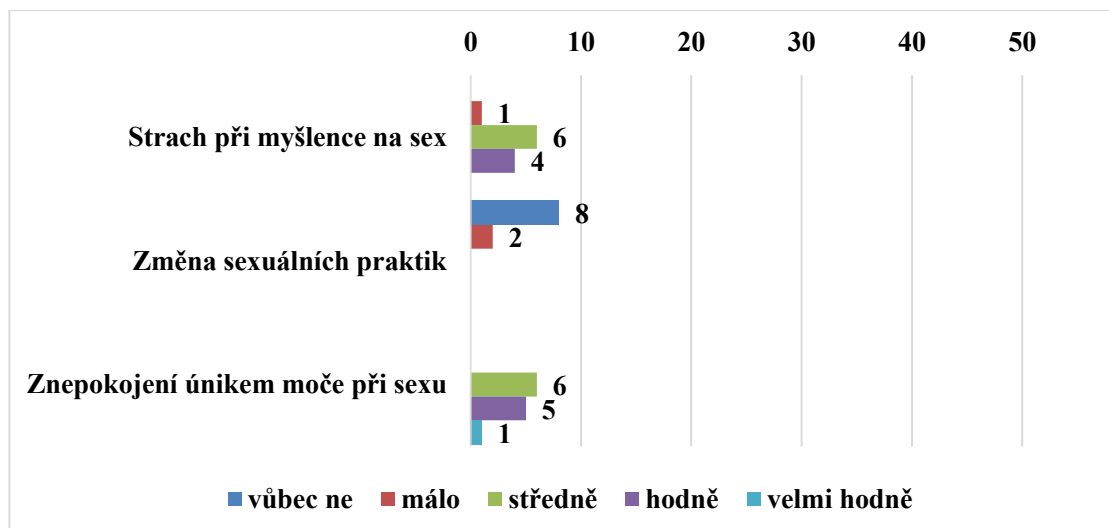
Položka č. 17 v této doméně je reverzní – odpovědi respondentů tedy musely být před analýzou domény jako celku obráceny, aby odpovídaly měřítku kladných položek (tedy aby pro celou doménu platilo, že čím vyšší průměr odpovědí, tím horší jsou citové důsledky stresové inkontinence). Průměr vypočítaný pro celou doménu citových důsledků po reverzním kódování je 2,6 a medián 3 – lze tedy konstatovat, že respondentky byly v oblasti citových důsledků stresové inkontinence ovlivněny středně často. Poměrně vysoká směrodatná odchylka v hodnotě 1,12 ukazuje na relativně značnou variabilitu odpovědí.

6.5 Sexualita

Další doména standardizovaného dotazníku se zabývala vlivem stresové inkontinence na oblast sexuality respondentek. Oslovené ženy hodnotily výroky formou Likertovy škály, kde hodnota 1 znamenala „vůbec ne“ a hodnota 5 „velmi hodně“. Pokud se položka respondentky netýkala, označila ji hodnotou 0.

- **Položky č. 25–27: Problémy s močením v oblasti sexuality**

Respondentky mohly hodnotit své pocity spojené se stresovou inkontinencí v oblasti sexuality na Likertově škále od 1 (vůbec ne) do 5 (velmi hodně). Pokud se jich položka netýkala, označily nulu – v případě této domény je třeba před samotným vyhodnocením jednotlivých položek uvést, že u každé položky naprostá většina respondentek uvedla právě to, že se jich netýká.



Obrázek 12 - Hodnocení problémů s močením v oblasti sexuality (n = 74)

Absolutní četnosti zjištěné v rámci jednotlivých položek jsou uvedeny v Obrázku 12. Pocit strachu při myšlence na sexuální styk ovlivněný problémy s močením zažívaly respondentky nejčastěji ve střední intenzitě (6 žen, tj. 8,1 % souboru). Další 4 oslovené ženy (5,4 %) konstatovaly, že je tyto pocity postihují hodně. Pouze 1 respondentka uvedla, že má takové pocity málo. Z vyhodnocení další položky vyplývá, že respondentky téměř nemusely měnit v souvislosti se stresovou inkontinencí sexuální praktiky – 8 oslovených žen (10,8 %) konstatovalo, že je nemuselo měnit vůbec, další 2 respondentky (2,7 %) uvedly, že je musely měnit málo. Naopak znepokojení z možnosti úniku moči při sexuálním styku zažívaly respondentky poměrně často – 6 žen (8,1 %) mělo tyto obavy ve střední intenzitě, 5 žen (6,8 %) je zažívalo hodně a 1 žena (1,4 %) velmi hodně.

Absolutní a relativní četnosti byly doplněné základními statistickými ukazateli (Tabulka 7), které pomohly podrobněji charakterizovat povahu dat.

Tabulka 7 - Hodnocení problémů s močením v oblasti sexuality

Jak často během posledních 4 týdnů jste kvůli problémům s močením:	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka
25. měla pocit strachu při myšlence na sexuální styk	3,2	3,0	0,62
26. musela měnit sexuální praktiky	1,1	1,0	0,31
27. jste byla znepokojená možností úniku moči při sexuálním styku	3,6	3,5	0,64
Hodnoty pro celou otázku	2,8	3,0	1,19

Výsledky ukazují, že některé aspekty sexuálního života jsou tímto problémem výrazně ovlivněny, zatímco jiné oblasti zůstávají téměř nedotčeny.

Jedním z hlavních zjištění je fakt, že mnoho žen stížených stresovou inkontinencí pociťuje strach při myšlence na sexuální styk, což je reflektováno v průměrné hodnotě 3,2 a mediánu 3,0. Směrodatná odchylka 0,62 naznačuje, že odpovědi respondentek byly poměrně homogenní a většina žen vnímala tento strach obdobně. Tyto hodnoty naznačují, že obavy jsou přítomné u značné části respondentek a mohou negativně ovlivnit jejich intimní život.

Ještě intenzivněji se projevovalo znepokojení spojené s možností úniku moči během sexuálního styku, které dosáhlo nejvyššího průměru 3,6 a mediánu 3,5. Směrodatná odchylka 0,64 ukazuje na relativně malou variabilitu odpovědí, což znamená, že většina žen tento aspekt vnímala podobně silně. Tento faktor může být pro ženy velmi stresující a vést ke snížení spontánnosti a sebedůvěry v intimních situacích.

Na druhou stranu výsledky ukazují, že stresová inkontinence nevedla k výrazné nutnosti měnit sexuální praktiky. Tato položka dosáhla nejnižšího průměru (1,1) a mediánu 1, přičemž směrodatná odchylka 0,31 naznačuje velmi nízkou variabilitu odpovědí – většina žen se v tomto aspektu shodovala na minimálním dopadu. To lze interpretovat tak, že většina respondentek nevedla žádnou potřebu přizpůsobovat své sexuální chování kvůli inkontinenci.

- **Doména sexuality**

Celkově dosahovaly hodnoty této domény průměrně 2,8 s mediánem 3,0, což naznačuje střední až vyšší dopad stresové inkontinence na sexualitu respondentek. Vyšší hodnota směrodatné odchylky (1,19) naznačuje větší rozptyl odpovědí napříč respondentkami, což znamená, že některé ženy pociťují výraznější dopad stresové inkontinence na svou sexualitu, zatímco jiné ho vnímají méně intenzivně. Nejvíce se projevovaly psychologické aspekty, tedy obavy a nejistota spojené s možným únikem moči, zatímco praktické změny v sexuálním chování nebyly u respondentek tak časté. Výsledky ukazují, že zvládání stresové inkontinence v kontextu sexuality by se mělo zaměřit především na psychologickou podporu žen a posilování jejich sebedůvěry.

6.6 Kvalita života

Poslední doména standardizovaného dotazníku se týkala sebehodnocení současné kvality života respondentek ve spojení s jejich obtížemi s močením. Tato doména obsahovala jen jednu

otázku, hodnocenou formou Likertovy škály, ve které hodnota 1 značí odpověď „špatně“ a odpověď 5 značí „výborně“.

Tabulka 8 - Sebehodnocení kvality života

Statistický ukazatel	Hodnota
Průměr	3,0
Medián	3
Směrodatná odchylka	0,53
Minimální hodnota	2
Maximální hodnota	4

Základní statistické ukazatele této položky jsou sumarizovány v Tabulce 8. Minimální zjištěnou hodnotou byla 2, maximální pak 4. Z těchto výsledků vyplývá, že žádná z respondentek nehodnotila svou kvalitu života jako extrémně špatnou (1) ani jako výbornou (5). Nejnižší zjištěná hodnota byla 2, což znamená, že žádná z žen nehodnotila svou situaci jako zcela negativní, avšak minimálně některé respondentky vnímaly svůj stav jako podprůměrný. Průměrná hodnota 3,0 ukazuje na celkovou střední úroveň hodnocení kvality života, což odpovídá neutrálnímu postoji respondentek. Medián 3 potvrzuje, že většina odpovědí se nacházela právě v této střední kategorii. Směrodatná odchylka 0,53 naznačuje relativně nízkou variabilitu odpovědí, což znamená, že většina respondentek vnímala svou kvalitu života podobně a nedocházelo k výrazným rozdílům mezi odpověďmi. Nízká směrodatná odchylka potvrzuje, že odpovědi se držely kolem průměrné hodnoty 3,0 a v souboru nebyly přítomny žádné výrazné extrém.

Výsledky naznačují, že stresová inkontinence negativně ovlivňuje kvalitu života respondentek, avšak dopad není extrémní – žádná z žen nehodnotila svůj život jako vyloženě „špatný“. Zároveň se však v souboru neobjevila žádná odpověď „výborně“, což znamená, že žádná z respondentek nepocituje svou kvalitu života jako zcela uspokojivou navzdory svým obtížím.

6.7 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku

Vyhodnocení standardizovaného dotazníku CONTILIFE probíhalo dle metodiky popsané Amarencem et al. (2003, s. 392). Vyhodnoceno bylo celkové skóre a skóre pro každou dimenzi (denní aktivity, fyzická aktivita, vlastní osobnost, citové důsledky, sexualita a kvalita života). Nejprve byly sečteny všechny body za dané skóre, následně byl vypočítán jejich podíl z maximálního možného skóre. Rozsah skóre je 0 (vysoká kvalita života) až 100 (nízká kvalita života).

- **Dimenze denních aktivit** zahrnuje každodenní činnosti, jako je pohyb mimo domov, řízení, chůze po schodech nebo nakupování. Průměrné skóre v této dimenzi bylo **28,1** – to ukazuje, že respondentky vnímají mírné omezení v těchto aktivitách, ale v zásadě nejsou většinou omezeny.
- **Dimenze fyzické aktivity** hodnotila dopad inkontinence při náročnějších fyzických činnostech, jako je zvedání těžkých předmětů nebo sportovní aktivity. Průměrné skóre bylo vypočítáno v hodnotě **52,2** – toto skóre naznačuje, že fyzická aktivita je jednou z citelně ovlivněných oblastí.
- **Dimenze sebevnímání** (vlastní osobnosti) reflektuje psychologický dopad inkontinence – například pocity studu nebo frustrace. Zjištěné průměrné skóre bylo **56,2**, což ukazuje, že inkontinence má výrazný negativní vliv na sebevědomí respondentů.
- **Dimenze citových důsledků** hodnotila emocionální reakce, jako je úzkost nebo strach z „nehody“ na veřejnosti. Průměrné skóre **52,3**, které bylo v rámci souboru vysoké, naznačuje, že emoční stránka života je výrazně ovlivněna.
- **Dimenze sexuality** hodnotila dopad stresové inkontinence na sexuální život respondentek. Vyšší průměrné skóre v hodnotě **49,4** ukazuje, že tato oblast byla značně ovlivněna stresovou inkontinencí, je však třeba zohlednit, že k této dimenzi se vyjádřilo minimum respondentek.
- **Dimenze kvality života** zjišťovala celkové subjektivní vnímání životní pohody v souvislosti s inkontinencí. Průměrné skóre **60,8** naznačuje, že respondenti vnímají inkontinenci jako významný faktor, který ovlivňuje jejich celkovou kvalitu života.

Na základě vyhodnocení jednotlivých dimenzí lze konstatovat, že denní aktivity nejsou inkontinencí výrazně omezeny, přičemž fyzická aktivita je omezena více. Hodnoty u sebehodnocení a citových důsledků ukazují, že inkontinence má významný psychický dopad. Sexualita se sice ukázala být výrazně zasaženou oblastí, je však třeba dodat, že se týkala pouze velmi malé části respondentek.

Průměrné **globální skóre** bylo vypočítáno v hodnotě **42,5**. Středně vysoká hodnota ukazuje, že inkontinence má na život respondentů znatelný dopad, ačkoli není zcela limitující.

Na základě vyhodnocení jednotlivých dimenzí lze konstatovat, že inkontinence ovlivňuje různé aspekty života respondentek v různé míře. Nejvyšší negativní dopad byl zaznamenán v oblasti fyzické aktivity, sebevnímání a citových důsledků, zatímco denní aktivity byly ovlivněny nejméně. Celkové průměrné skóre naznačuje, že inkontinence sice představuje významný faktor v životě respondentek, avšak její dopad není ve všech případech natolik závažný, aby zcela omezoval jejich každodenní fungování. Při srovnání jednotlivých dimenzí je patrné, že inkontinence má nejen fyzické důsledky, ale významně se promítá také do psychického prožívání respondentek. Relativně vysoké skóre v dimenzích sebevnímání a citových důsledků ukazuje, že ženy trpící inkontinencí často pociťují stud, frustraci nebo úzkost v důsledku svého zdravotního stavu. Tyto faktory mohou ovlivnit jejich celkovou kvalitu života a vést k omezení sociálních kontaktů či změně životního stylu. Vysoká míra zasažení v oblasti sexuality potvrzuje, že inkontinence negativně ovlivňuje intimní život respondentek. Tato oblast se však ukázala jako méně vypovídající vzhledem k nízkému počtu odpovědí v této dimenzi, což naznačuje možné zkreslení výsledků. Globální skóre 42,5 pak potvrzuje, že inkontinence má středně silný dopad na život respondentek. To znamená, že většina žen ji vnímá jako obtíž, která ovlivňuje jejich každodenní fungování, avšak ve většině případů není natolik závažná, aby zcela limitovala jejich kvalitu života.

Celkové výsledky ukazují, že inkontinence má komplexní dopady, které přesahují fyzické symptomy a významně ovlivňují psychické prožívání a sociální fungování respondentek. Na základě těchto zjištění je zřejmé, že je důležité věnovat pozornost nejen léčbě samotné inkontinence, ale i podpoře psychického zdraví a celkové pohody žen, které se s tímto problémem potýkají.

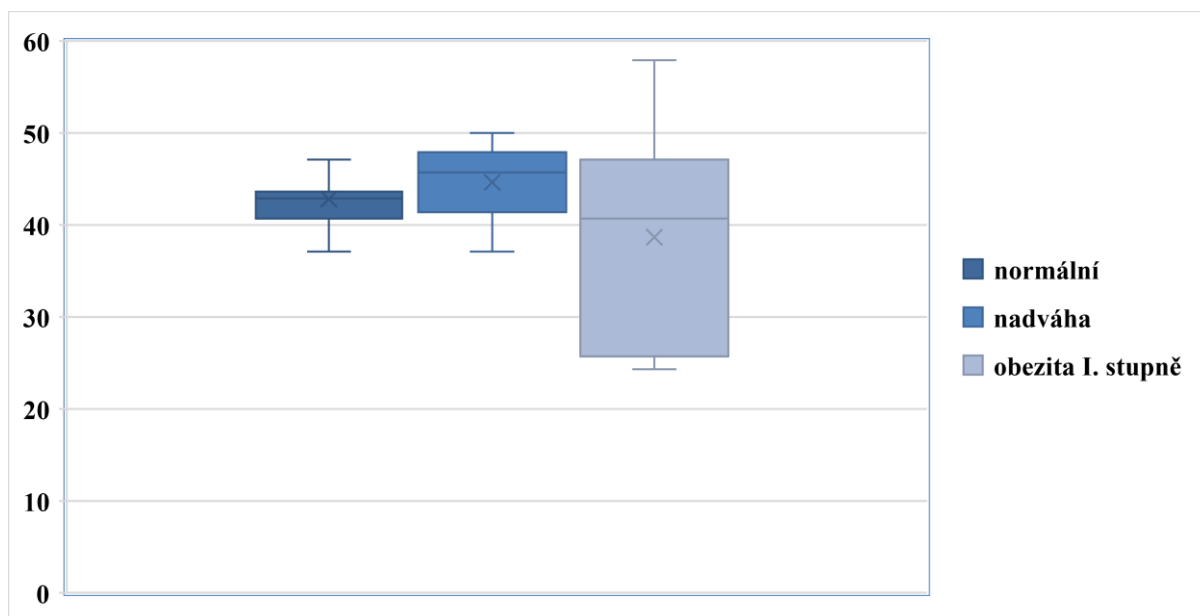
7 OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ

V následující kapitole budou ověřeny stanovené hypotézy. Datová řada pro kvalitu života respondentek (tedy globální skóre) byla otestována Kolmogorov-Smirnovým testem. Výsledné hodnoty $D = 0,113$, $p = 0,0206$ ukazují, že data pro závisle proměnnou nemají normální rozložení. Pro účely ověření hypotéz tedy bude využit neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

První hypotéza předpokládala, že:

H_{10} : Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a BMI.

H_{1A} : Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a BMI.



Obrázek 13 - Hodnocení kvality života u jednotlivých kategorií BMI (n = 74)

Data pro hodnocení kvality života byla nejprve rozčleněna dle kategorií BMI, na základě kterých byl vytvořen následující krabicový graf (Obrázek 13). Boxplot zobrazuje rozložení skóre kvality života u žen se stresovou inkontinencí moči ve třech kategoriích BMI: normální váha, nadváha a obezita I. stupně. Vzhledem k tomu, že obezitu II. stupně vykazovala pouze jedna respondentka, do boxplotu nebyla tato kategorie zahrnuta. Skóre kvality života je zobrazeno na svislé ose, přičemž vyšší hodnota znamená horší kvalitu života. Ženy s normální hmotností vykazují medián skóre kvality života 42,9 bodu (průměr 42,8). Interkvartilové rozpětí je poměrně úzké, hodnocení kvality života v této skupině je tedy poměrně konzistentní

a mezi jednotlivými respondentkami nevykazuje výrazné extrémy. Rozsah hodnot se pohybuje v relativně stabilním rozmezí bez významných odlehlých hodnot. U žen s nadváhou je medián skóre mírně vyšší než u žen s normální váhou, na 45,7 bodech (průměr 44,6), mají tedy mírně horší vnímání kvality života. Variabilita výsledků je podobná jako u předchozí skupiny, avšak rozdíl není natolik výrazný, aby naznačoval jednoznačný vztah mezi vyšším BMI a horší kvalitou života. Největší variabilitu v hodnocení kvality života vykazují ženy s obezitou I. stupně. Medián této skupiny se nachází na hodnotě 40,7 bodu (průměr 38,7), avšak interkvartilové rozpětí je zde nejširší, což znamená, že některé ženy hodnotí svou kvalitu života podobně jako ženy s normální hmotností, zatímco jiné uvádějí výrazně vyšší skóre, což naznačuje horší kvalitu života. Dlouhá horní linie poukazuje na přítomnost žen s výrazně horším hodnocením, ale současně existují i respondentky s poměrně nízkým skóre, které svůj stav hodnotí relativně pozitivně.

Data z datové řady globálního skóre dotazníku CONTILIFE a z datové řady pro BMI byla otestována Spearmanovým korelačním koeficientem. Z hodnot $r = -0,0991$, $p = 0,4009$ lze vyvodit, že mezi proměnnými existuje velmi slabá negativní korelace (vyšší BMI velmi mírně souvisí s lepším hodnocením kvality života), která však není statisticky významná. **H1₀ potvrzujeme.** Mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a BMI neexistuje závislost. Níže jsou výsledky shrnuty v Tabulce 9, ve které jsou k jednotlivým kategoriím přiřazeny průměrné hodnoty kvality života.

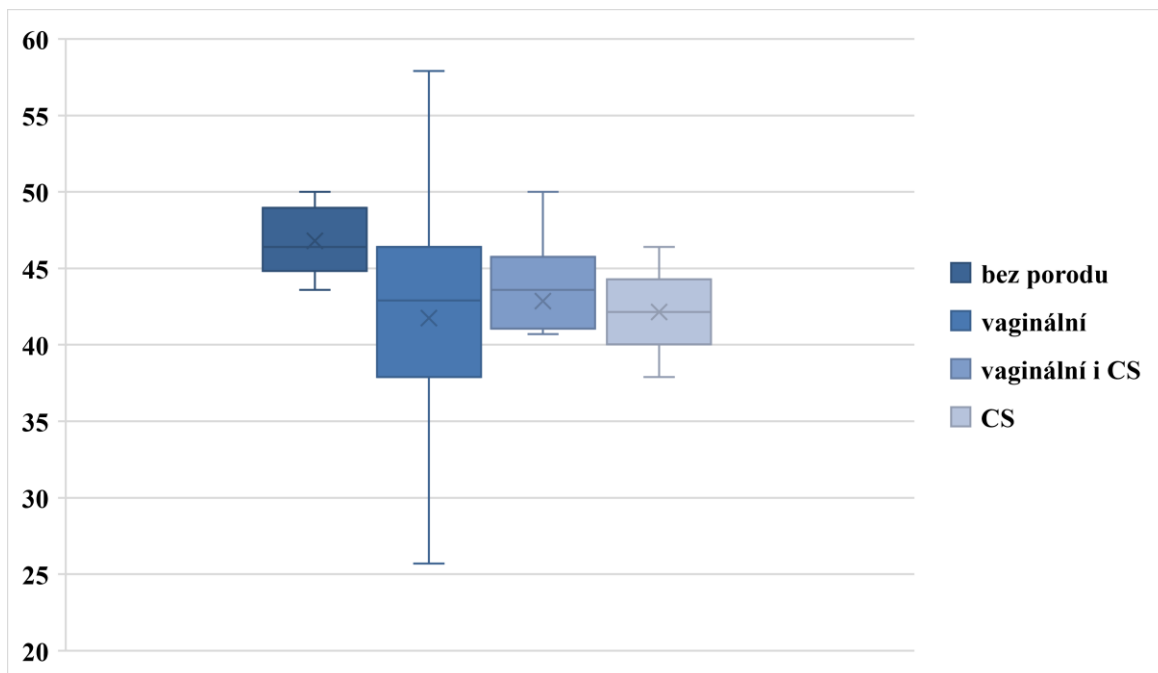
Tabulka 9 - Vztah mezi hodnocením kvality života a BMI

BMI	N	%	Kvalita života	Spearman r
Normální váha	21	28,4	42,8	$r = -0,0991$ $p = 0,4009$
Nadváha	33	44,6	44,6	
Obezita I. Stupně	19	25,7	38,7	
Obezita II. Stupně	1	1,4	31,1	
Celkem	74	100,0	42,5	

Druhá hypotéza předpokládala, že:

H2₀: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a typem porodu.

H2_A: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a typem porodu.



Obrázek 14 - Hodnocení kvality života u jednotlivých kategorií porodu (n = 74)

Data pro hodnocení kvality života byla nejprve rozčleněna dle kategorií pro typ porodu, na základě kterých byl vytvořen následující krabicový graf (Obrázek 14). Svislá osa představuje skóre kvality života, přičemž vyšší hodnota znamená horší kvalitu života. Ženy, které nikdy nerodily, vykazují v průměru nejvyšší skóre kvality života, vnímají tedy svůj stav jako horší než ženy, které porodily. Jejich medián je na 46,4 bodech (průměr 46,8) a interkvartilové rozpětí je poměrně úzké, je zde tedy relativně konzistentní hodnocení kvality života napříč touto skupinou. U žen po vaginálním porodu je medián skóre kvality života nižší, pohybuje se na hodnotě 42,9 bodu (průměr 41,8). Tato skupina však vykazuje největší variabilitu v odpovědích, je zde tedy široké spektrum vnímání dopadu stresové inkontinence na životní pohodu. Některé ženy po vaginálním porodu vykazují poměrně nízké skóre (lepší kvalitu života), zatímco jiné uvádějí výrazně vyšší hodnoty, což naznačuje horší kvalitu života. Ženy, které prodělaly jak vaginální porod, tak císařský řez, mají medián na úrovni 43,6 bodu (průměr 42,9), tedy mírně vyšší než ženy po vaginálním porodu. Variabilita v této skupině je však menší než u žen s výhradně vaginálním porodem. Ženy po císařském řezu mají medián na hodnotě 42,2 bodu (průměr 42,2), přičemž jejich interkvartilové rozpětí je nejmenší ze všech skupin. To znamená, že ženy po císařském řezu hodnotí svůj život relativně konzistentně a jejich vnímání kvality života se příliš neliší mezi jednotlivými respondentkami.

Aby bylo možné tuto hypotézu ověřit, bylo možné převést odpovědi respondentek do kategoriální proměnné. Každé respondentce byla přidělena jedna hodnota dle jejího typu porodu – „pouze vaginálně“, „pouze císařský řez“, „oba typy porodu“ a „bez porodu“. Vzhledem k faktu, že data neměla normální rozložení, byl využit Spearmanův korelační koeficient. Zjištěná hodnota $r = -0,1542$, $p = 0,1894$ naznačuje, že případný vztah mezi typem porodu a kvalitou života žen se stresovou inkontinencí je velmi slabý a neexistuje zde statisticky významná souvislost. **H₂₀ potvrzujeme.** Mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a typem porodu neexistuje závislost. Níže jsou výsledky shrnuty v Tabulce 10, ve které jsou k jednotlivým kategoriím přiřazeny průměrné hodnoty kvality života.

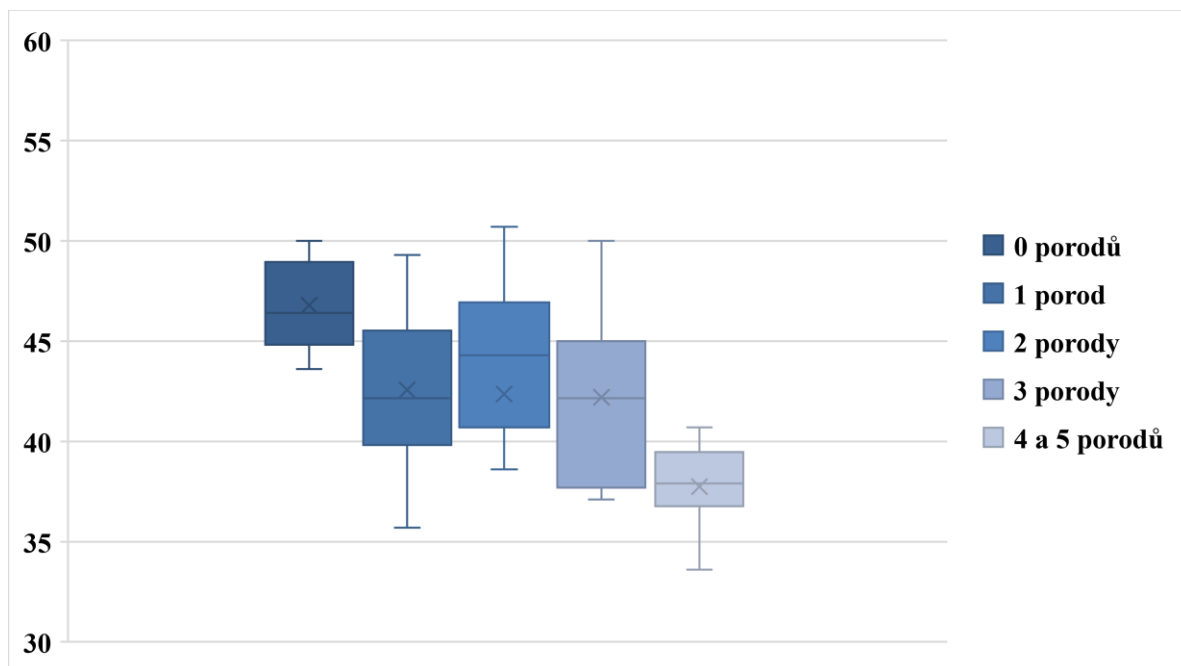
Tabulka 10 - Vztah mezi hodnocením kvality života a typem porodu

Typ porodu	N	%	Kvalita života	Spearman r
Bez porodu	8	10,8	46,8	$r = -0,1542$ $p = 0,1894$
Vaginální porod	53	71,6	41,8	
Vaginální porod i CS	11	14,9	42,9	
Císařský řez	2	2,7	42,2	
Celkem	74	100,0	42,5	

Třetí hypotéza předpokládala, že:

H₃₀: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a počtem porodů.

H_{3A}: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a počtem porodů.



Obrázek 15 - Hodnocení kvality života u žen dle počtu porodů (n = 74)

Data pro hodnocení kvality života byla nejprve rozčleněna dle kategorií pro počet porodů (ženy se 4 a 5 porody byly kvůli nízkému počtu sdruženy do jedné kategorie), na základě, kterých byl vytvořen následující krabicový graf (Obrázek 15).

Boxplot vizualizuje rozložení skóre kvality života u žen se stresovou inkontinencí moči v závislosti na počtu porodů. Na svislé ose je zobrazena hodnota skóre kvality života, kde vyšší hodnota znamená horší kvalitu života. Ženy, které nikdy nerodily, vykazují nejvyšší medián skóre kvality života, pohybující se na hodnotě 46,4 bodu (průměr 46,8), svou kvalitu života tedy hodnotí hůře než ženy s více porody. Rozsah hodnot je poměrně úzký, což svědčí o relativně homogenním vnímání kvality života v této skupině. Ženy s jedním porodem vykazují mírně nižší medián skóre, konkrétně 42,2 bodu (průměr 42,6), ale jejich odpovědi jsou rozptýlenější, mají tedy větší variabilitu v subjektivním hodnocení kvality života. U žen se dvěma porody je medián vyšší, na hodnotě 44,3 bodu (průměr 42,4), přičemž interkvartilové rozpětí je širší než u žen s jedním porodem. Ženy se třemi porody vykazují medián 42,2 bodu (průměr 42,2) a mají širší rozptyl v odpovědích, vnímání kvality života v této skupině se tak výrazně liší mezi jednotlivými respondentkami. Nejnižší medián je u žen se čtyřmi a pěti porody, a to na hodnotě 37,9 bodu (průměr 37,8). Interkvartilové rozpětí této skupiny je nejmenší, jejich odpovědi jsou tak více konzistentní a hodnocení kvality života je v této skupině stabilnější.

Vzhledem k tomu, že data nemají normální rozdělení, byl pro ověření hypotézy využit Spearmanův korelační koeficient. Zjištěná hodnota $r = -0,3017$, $p = 0,009$ naznačuje, že mezi testovanými proměnnými je negativní korelace (se zvyšujícím se počtem porodů klesá kvalita života), která je statisticky významná. **H₃₀ zamítáme.** Mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a počtem porodů existuje závislost. Níže jsou výsledky shrnuty v Tabulce 11, ve které jsou k jednotlivým kategoriím přiřazeny průměrné hodnoty kvality života.

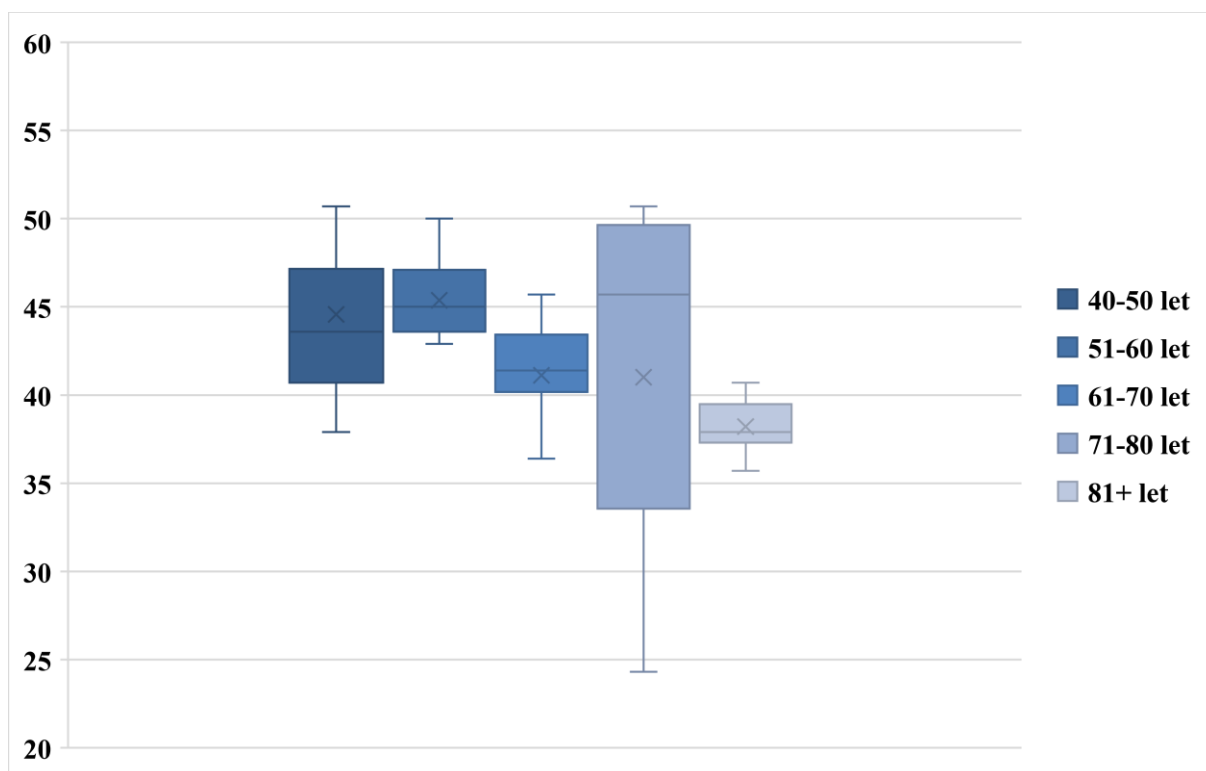
Tabulka 11 - Vztah mezi hodnocením kvality života a počtem porodů

Počet porodů	N	%	Kvalita života	Spearman r
Bez porodu	8	10,8	46,8	$r = -0,3017$ $p = 0,009$
1 porod	10	13,5	42,6	
2 porody	38	51,4	42,4	
3 porody	12	16,2	42,2	
4 a 5 porodů	6	8,1	37,8	
Celkem	74	100,0	42,5	

Čtvrtá hypotéza předpokládala, že:

H₄₀: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem.

H_{4A}: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem.



Obrázek 16 - Hodnocení kvality života u žen dle věku (n = 74)

Data pro hodnocení kvality života byla nejprve rozčleněna dle kategorií podle věku, na základě kterých byl vytvořen následující krabicový graf (Obrázek 16). Na svislé ose je uvedeno skóre kvality života, kde vyšší hodnota znamená horší kvalitu života. Ženy ve věkové kategorii 40–50let vykazují medián 43,6 bodu (průměr 44,6) s relativně širokým rozptylem hodnot, vnímání kvality života je v této skupině tedy variabilní. Skupina žen ve věku 51–60 let vykazuje velmi podobný medián i variabilitu jako předchozí věková kategorie, s mediánem 45,0 bodu (průměr 45,4). To naznačuje, že ve středním věku se kvalita života u žen se stresovou inkontinencí zásadně neliší a je konzistentní s mladší skupinou. Věková skupina 61–70 let vykazuje lehce nižší medián 41,4 bodu (průměr 41,1). Interkvartilové rozpětí je užší než u mladších skupin, variabilita odpovědí byla tedy menší. Tento výsledek by mohl naznačovat určitou adaptaci na symptomy inkontinence nebo nižší subjektivní vnímání jejího dopadu na život v této věkové kategorii. Ženy ve věkové skupině 71–80 let vykazují největší variabilitu v hodnocení kvality života. Medián se nachází na 45,7 bodech (průměr 41,0), avšak rozsah odpovědí je velmi široký. Tato skupina tedy obsahuje ženy, které hodnotí svou kvalitu života velmi rozdílně. Nejstarší věková kategorie 81+ let má medián skóre 37,9 bodu (průměr 38,2), naznačující lepší hodnocení kvality života než u mladších žen. Variabilita v této skupině je nejnižší, odpovědi jsou tedy více konzistentní. Tento výsledek může odrážet vyšší míru

adaptace na zdravotní stav nebo rozdílná očekávání týkající se kvality života ve vyšším věku. Celkově tyto výsledky ukazují, že mezi jednotlivými věkovými skupinami neexistují významné rozdíly v hodnocení kvality života. Překrývající se interkvartilová rozpětí napříč věkovými kategoriemi naznačují, že mezi nimi neexistují statisticky významné rozdíly.

Vzhledem k tomu, že data v souboru nemají normální rozdělení, byl pro ověření hypotézy využit Spearmanův korelační koeficient. Zjištěná hodnota $r = -0,2286$, $p = 0,0502$ naznačuje, že mezi testovanými proměnnými není statisticky signifikantní korelace (slabá negativní korelace naznačuje, že se zvyšujícím se věkem porodů klesá kvalita života). **H₀ potvrzujeme.** Mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem neexistuje statisticky významná souvislost. Níže jsou výsledky shrnuty v Tabulce 12, ve které jsou k jednotlivým kategoriím přiřazeny průměrné hodnoty kvality života.

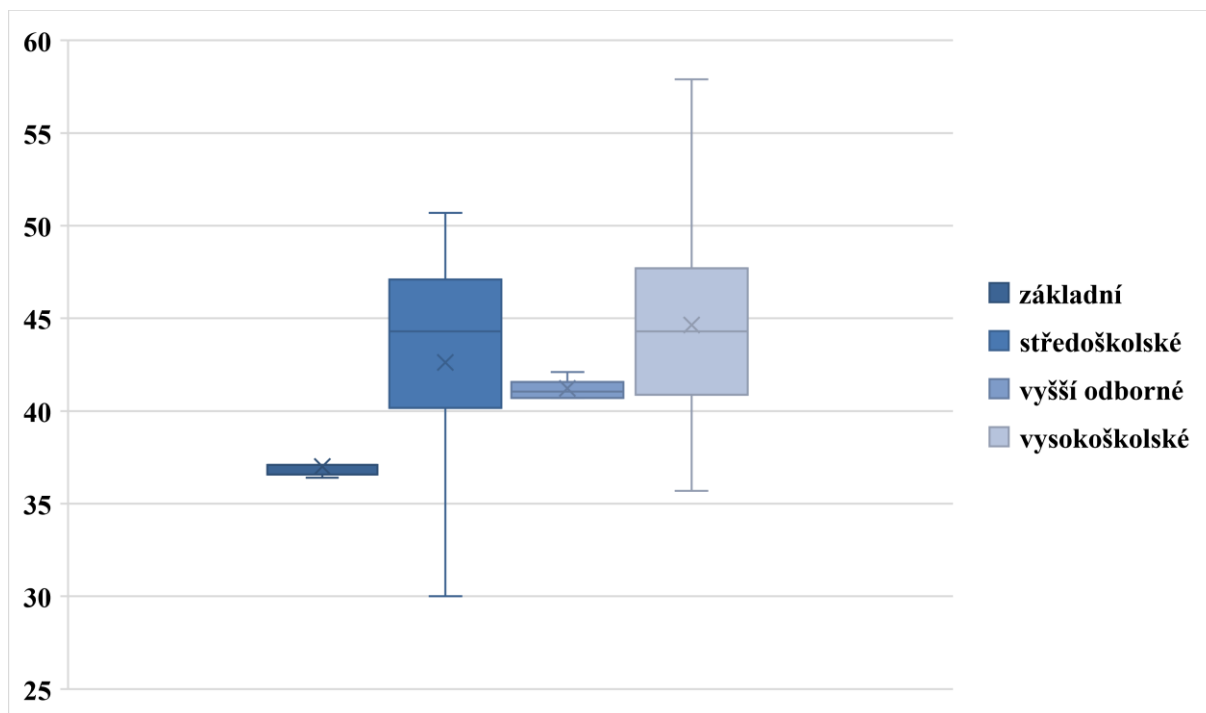
Tabulka 12 - Vztah mezi hodnocením kvality života a věkem

Věková kategorie	N	%	Kvalita života	Spearman r
40 až 50 let	15	20,3	44,6	$r = -0,2286$ $p = 0,0502$
51 až 60 let	16	21,6	45,4	
61 až 70 let	14	18,9	41,1	
71 až 80 let	23	31,1	41,0	
81 a více let	6	8,1	38,2	
Celkem	74	100,0	42,5	

Pátá hypotéza předpokládá, že:

H₅₀: Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním.

H_{5A}: Existuje závislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním.



Obrázek 17 - Hodnocení kvality života u žen dle vzdělání (n = 74)

Data pro hodnocení kvality života byla nejprve rozčleněna dle kategorií podle vzdělání, na základě kterých byl vytvořen následující krabicový graf (Obrázek 17). Na svislé ose je uvedeno skóre kvality života, kde vyšší hodnota znamená horší kvalitu života. Ženy se základním vzděláním vykazují medián skóre na úrovni 37,1 bodu (průměr 37,0), přičemž jejich interkvartilové rozpětí je velmi úzké. Tento výsledek ukazuje vysokou konzistenci odpovědí v této skupině. Rozsah hodnot je relativně malý, hodnocení kvality života je mezi těmito respondentkami poměrně homogenní. Ženy se středoškolským vzděláním vykazují vyšší medián skóre kvality života, 44,3 bodu (průměr 42,6), s širším interkvartilovým rozpětím. Variabilita odpovědí je v této skupině vyšší, vnímání kvality života je zde méně jednotné a zahrnuje jak ženy s velmi negativním, tak i s relativně příznivým hodnocením. Skupina žen s vyšším odborným vzděláním vykazuje medián na úrovni 41,1 bodu (průměr 41,2). Variabilita odpovědí je v této skupině velmi malá, je zde tedy konzistentnější vnímání kvality života mezi respondenty. Ženy s vysokoškolským vzděláním vykazují medián 44,3 bodu (průměr 44,6), přičemž variabilita odpovědí je výrazně vyšší než u ostatních skupin. Široké interkvartilové rozpětí naznačuje, že v této skupině existují značné rozdíly v tom, jak ženy vnímají svůj zdravotní stav a jeho dopad na kvalitu života. Tyto výsledky ukazují, že mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami neexistují významné rozdíly v hodnocení kvality života. Překrývající se interkvartilová rozpětí napříč skupinami naznačují, že mezi nimi nejsou statisticky významné rozdíly.

Vzhledem k nenormálnímu rozdělení dat byl pro ověření korelace využit Spearmanův korelační koeficient. Zjištěná hodnota $r = 0,1926$, $p = 0,1002$ naznačuje, že mezi testovanými proměnnými není významná korelace. **H5₀ potvrzujeme.** Mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním neexistuje statisticky významná souvislost. Níže jsou výsledky shrnuty v Tabulce 13, ve které jsou k jednotlivým kategoriím přiřazeny průměrné hodnoty kvality života.

Tabulka 13 - Vztah mezi hodnocením kvality života a vzděláním

Vzdělání	N	%	Kvalita života	Spearman r
Základní	6	8,1	37,0	$r = 0,1926$ $p = 0,1002$
Středoškolské	50	67,6	42,6	
Vyšší odborné	4	5,4	41,2	
Vysokoškolské	14	18,9	44,6	
Celkem	74	100,0	42,5	

8 DISKUSE

V následující kapitole budou zodpovězeny výzkumné otázky, přičemž výsledky budou diskutovány s relevantními zdroji, jako jsou odborné publikace, časopisecké články a podobně.

První výzkumná otázka zněla takto:

VO₁: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a BMI?

Statistickým testováním bylo ověřeno, že mezi hodnocením kvality života respondentek se stresovou inkontinencí moči a jejich hodnotou BMI není statisticky významný rozdíl. Tento výsledek může naznačovat, že ačkoli může BMI mírně ovlivňovat kvalitu života žen se stresovou inkontinencí (na základě výsledků testování se ukázalo, že vyšší BMI mírně souvisí s lepším hodnocením kvality života, ačkoli tento vztah nebyl signifikantní), na kvalitu života mohou působit i jiné faktory, jako jsou například svalová síla pánevního dna, hormonální změny, genetické predispozice a podobně. Výsledek by mohl také naznačovat, že ženy s vyšším BMI mohou být na inkontinenci lépe adaptované, případně ji mohou méně intenzivně vnímat jako zásadní problém ve svém životě. Do vyhodnocení mohly rovněž zasáhnout další intervenující proměnné jako věk (starší respondentky mohou vnímat inkontinenci odlišně než mladší a zároveň mít odlišnou distribuci BMI), fyzická kondice (dvě ženy se stejným BMI mohou mít odlišnou úroveň fyzické zdatnosti, což může ovlivnit jejich vnímání kvality života) a psychosociální faktory (ženy s vyšším BMI mohou mít odlišné strategie zvládání stresu nebo jiný přístup k vlastnímu tělu).

Khullar et al. (2014, s. 392) na rozdíl od našeho výzkumu zjistili, že BMI výrazně koreluje s inkontinencí moči u žen, zejména pak se stresovou inkontinencí moči – konkrétně ženy s BMI 25–29,9 (nadváha) měly vyšší pravděpodobnost inkontinence obecně a specificky pak stresové inkontinence, která měla dopady i na kvalitu jejich života. Od našich výsledků se odchylují i Doumouchtsis, Loganathan a Pergialiotis (2022, s. 162), kteří zjistili, že vyšší BMI (konkrétně obezita) je spojeno s vyšším rizikem inkontinence moči a snížením kvality života. Stejně tak Lamerton, Mielke a Brown (2021) se shodují na tom, že mezi BMI a inkontinencí moči u žen existuje výrazná souvislost, zároveň však dodávají, že významným intervenujícím faktorem je zde fyzická aktivita, která může mít na tento vztah zmírňující efekt. Marcelissen et al. (2019, s. 18) pak vysvětlují, že obezita je silně spojena se zvýšenou prevalencí stresové i urgentní inkontinence, postihující kvalitu života. Naopak se s naším výzkumem shodují výsledky Pazzianotto-Forti

et al. (2019), kteří nenalezli statisticky významný vztah mezi BMI a kvalitou života u žen s inkontinencí moči.

Rozdíly mezi výsledky našeho výzkumu a závěry uvedenými v předchozích studiích mohou být způsobeny několika faktory. Může se jednat o odlišné charakteristiky výzkumného vzorku, které spočívají v rozdílném průměrném věku respondentek (v naší studii byly přítomny respondentky vyššího věku, přičemž ženy nižšího věku mohou vnímat stresovou inkontinenci jako více omezující) a odlišném rozložení BMI ve vzorku (v našem výzkumu převažovaly ženy s nižším nebo středním BMI, což mohlo ovlivnit možnost detekce korelace mezi vyšším BMI a kvalitou života v souvislosti se stresovou inkontinencí).

Dále by mohly být rozdíly způsobeny různými výzkumnými nástroji – zmíněné studie využívají různé standardizované dotazníky, případně se mohou opírat o odlišnou definici inkontinence (naš výzkum pracoval se subjektivním hodnocením respondentek), což může rovněž ovlivnit závěry výzkumů. V neposlední řadě je třeba zmínit možné působení intervenujících faktorů. Jak naznačují závěry Lamertona, Mielkeho a Browna (2021), fyzická aktivita může mít zmírňující efekt na vztah mezi BMI a inkontinencí moči – pokud byly například v našem výzkumu zastoupeny ženy s vyšší úrovní fyzické aktivity, mohlo by to vysvětlovat, proč se neprojevila silná korelace mezi BMI a kvalitou života.

Dalším možným vysvětlením rozdílů může být statistická síla analýzy. Vzorek v našem výzkumu byl relativně malý, což mohlo vést k nižší statistické síle a tím i k vyšší pravděpodobnosti nezjištění skutečné souvislosti (tzv. chyba typu II). Ve zmiňovaných studiích mohl být vzorek větší a více heterogenní, což mohlo umožnit přesnější detekci souvislostí mezi BMI a kvalitou života. Výzkum Pazzianotto-Forti et al. (2019), který dosáhl podobných výsledků jako náš výzkum, disponoval rovněž menším výzkumným souborem – tento výzkum se tedy mohl potýkat s podobnými problémy v oblasti statistické síly analýzy jako náš výzkum.

Na základě této komparace lze konstatovat, že výsledky našeho výzkumu se v oblasti vlivu BMI na hodnocení kvality života žen se stresovou inkontinencí spíše odlišují od odborných zdrojů.

VO₂: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a typem porodu?

Statistickým testováním bylo zjištěno, že mezi hodnocením kvality života respondentek a typem jejich porodu neexistuje statisticky významný vztah. Tento výsledek naznačuje, že

způsob porodu (vaginální porod, císařský řez nebo kombinace obou) nemá přímý vliv na hodnocení kvality života žen se stresovou inkontinencí. Tento závěr je v rozporu s některými dřívějšími studii, které uvádějí, že vaginální porod může být rizikovým faktorem pro rozvoj stresové inkontinence v důsledku oslabení svalů pánevního dna. Tyto studie předpokládají, že při průchodu dítěte porodními cestami dochází k natažení a oslabení svalů pánevního dna, které jsou klíčové pro udržení moči. Dlouhý nebo komplikovaný porod navíc může způsobit poškození nervů, což snižuje kontrolu nad močovým měchýřem (Dietz et al., 2018, s. 1517). Gyhagen et al. (2019) rovněž uvádí, že vaginální porod je spojen s výrazným nárůstem rizika vzniku stresové inkontinence – ve srovnání s císařským řezem je toto riziko vyšší o 30,0 %. MacArthur et al. (2016, s. 1022) se rovněž shodují na tom, že císařský řez představuje ve vztahu ke stresové inkontinenci protektivní faktor, nicméně tato ochrana se ztrácí, pokud žena rodila kromě císařského řezu i vaginálním způsobem. To by mohlo naznačovat, že vaginální porod je se stresovou inkontinencí přímo spojený.

Avšak některé recentní výzkumy naznačují, že i ženy po císařském řezu mohou být postiženy stresovou inkontinencí, což může být důsledkem jiných faktorů, například hormonálních změn (klíčovým faktorem by potenciálně mohl být progesteron), dramatického nárůstu břišního tlaku anebo hmotnosti v průběhu těhotenství nebo genetické predispozice. Jinými slovy samotné těhotenství může být rizikovým faktorem pro rozvoj stresové inkontinence bez ohledu na způsob porodu (např. Horng, Chen a Wang, 2017, s. 465). Nicméně tyto studie jsou spíše ojedinělé –obecně lze konstatovat, že většina studií, které byly pro účely této práce analyzovány, se shoduje na tom, že značným rizikovým faktorem ve vztahu ke stresové inkontinenci je vaginální porod.

Rozdíl mezi výsledky této studie a některými předchozími výzkumy může být způsoben metodologickými odlišnostmi, zejména různým složením vzorku. Pokud v předchozích studiích převažovaly ženy s opakovanými vaginálními porody nebo s komplikacemi během porodu, mohlo to ovlivnit jejich výsledky. Dalším faktorem může být skutečnost, že v této studii byly zahrnuty ženy s již diagnostikovanou stresovou inkontinencí, zatímco jiné studie zkoumaly spíše rizikové faktory jejího vzniku.

Dalším možným vysvětlením je míra povědomí respondentek o prevenci inkontinence. Ženy, které se věnovaly cílenému posilování pánevního dna nebo měly po porodu přístup k rehabilitačním programům, mohly negativní dopady inkontinence vnímat méně intenzivně.

Tento faktor by mohl vysvětlovat, proč v této studii nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi typem porodu a kvalitou života.

Je také možné, že vliv porodu na inkontinenci je zprostředkován jinými faktory, například věkem, genetickou predispozicí nebo hormonálními změnami, které se v průběhu života ženy mění (například ženy mladšího věku a lepší fyzické kondice mohou po porodu pociťovat menší problémy v souvislosti se stresovou inkontinencí než ženy starší nebo v horší fyzické kondici). Proto by bylo vhodné budoucí výzkumy zaměřit na kombinaci více proměnných a jejich interakce, namísto izolovaného zkoumání samotného typu porodu.

VO₃: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a počtem porodů?

Výsledky statistických testů ukázaly, že mezi počtem porodů a hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí existuje statisticky významná souvislost. Tento výsledek je v souladu se závěry výzkumů, které naznačují, že vícečetné porody mohou vést k vyššímu riziku oslabení svalů pánevního dna, což se může projevit v těžších případech inkontinence (Tähtinen et al., 2019). Nicméně některé výzkumy přinášejí odlišné výsledky a naznačují, že počet porodů nemusí být hlavním prediktorem rozvoje stresové inkontinence, ale může působit v souladu s dalšími rizikovými faktory (např. MacArthur et al., 2016, s. 1022).

Například Chen et al. (2020, s. 824) zjistili, že vícečetné vaginální porody jsou spojeny se zvýšeným výskytem stresové inkontinence, přičemž každé další těhotenství zvyšuje pravděpodobnost oslabení pánevního dna a rozvoje močové inkontinence. Podobně Wuytack et al. (2022, s. 54) ve své metaanalýze došli k závěru, že ženy s více než dvěma porody vykazují výrazně vyšší riziko přetrvávající inkontinence ve srovnání s ženami s jedním porodem nebo bez dětí. Dopady vícečetných porodů na kvalitu života žen s inkontinencí potvrdili i Zhou et al. (2018), kteří identifikovali, že ženy s vyšším počtem porodů nejenže častěji trpí inkontinencí, ale také uvádějí větší omezení v běžném životě, zejména v oblasti fyzických aktivit a sociálních interakcí.

Rovněž Dai, Chen a Luo (2023) zjistili, že více než dva porody jsou rizikovým faktorem ve vztahu se stresovou inkontinencí. Jako ochranný faktor se naopak ukázal být císařský řez. Tato studie rovněž uvádí, že dalšími rizikovými faktory jsou vyšší věk rodičky, vaginální typ porodu a novorozenecká hmotnost vyšší než čtyři kila. MacArthur et al. (2016, s. 1022) pak doplňují, že pokud ženy rodily vaginálně i císařským řezem, protektivní vliv císařského řezu se ztrácí. I tato studie dospěla ke zjištění, že vícečetné porody vedou k vyššímu riziku stresové

inkontinence a ke snížení kvality života v této souvislosti. Kromě toho bylo riziko stresové inkontinence vyšší u žen, které měly vyšší hmotnost a dále u prvorodiček vyššího věku.

Na základě dostupných studií lze konstatovat, že počet porodů je jedním z rizikových faktorů pro rozvoj stresové inkontinence, avšak jeho vliv nemusí být vždy jednoznačný. Zatímco některé studie potvrzují významný vztah mezi vícečetnými porody a vyšší pravděpodobností inkontinence, jiné naznačují, že hlavní roli hrají další faktory, jako je věk, fyzická aktivita a genetická predispozice. Budoucí výzkum by se měl zaměřit na detailnější analýzu těchto souvislostí a zohlednění intervenčních strategií, které by mohly minimalizovat negativní dopady vícečetných porodů na kontinenci u žen.

VO4: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem?

Analýza dat ukázala, že mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a věkem neexistuje statisticky významná souvislost. Tento výsledek je v rozporu s některými předchozími studii, které naznačují, že věk může být klíčovým faktorem ovlivňujícím jak výskyt, tak i vnímání symptomů stresové inkontinence (Amarenco et al., 2003, s. 391; Tähtinen et al., 2019). Tento nesoulad může být způsoben několika faktory, včetně metodologických rozdílů mezi studii, rozdílného složení vzorku respondentek a vlivu dalších intervenujících proměnných.

Amarenco et al. (2003, s. 391) v psychometrické validaci dotazníku CONTILIFE uvedli, že věk ovlivňuje vnímání dopadu inkontinence na kvalitu života, přičemž starší ženy vykazovaly vyšší míru adaptace na své symptomy. Podobné závěry byly prezentovány i ve studii Tähtinen et al. (2019), kteří zjistili, že prevalence stresové inkontinence se s věkem zvyšuje, což ovlivňuje i subjektivní hodnocení kvality života. Výzkum Gyhagen et al. (2019) rovněž naznačil, že ženy ve věkové kategorii 40–64 let uvádějí vyšší dopad inkontinence na jejich každodenní fungování ve srovnání s mladšími ženami. Dai et al. (2023) ve své metaanalýze zaměřené na faktory ovlivňující inkontinenci v poporodním období zjistili, že věk matky je jedním z prediktorů vyšší prevalence inkontinence, což by mohlo vysvětlovat, proč v některých studiích starší ženy hlásí horší kvalitu života. Významnou roli hraje také kumulativní poškození pánevního dna způsobené opakovanými porody, které mohou v kombinaci s věkem přispívat k progresi symptomů (Dietz et al., 2018, s. 1517).

Naopak Doumouchtsis et al. (2022, s. 162) zpochybňují jednoznačnou souvislost mezi věkem a vnímáním kvality života u žen se stresovou inkontinencí. Autoři tvrdí, že faktory jako BMI,

fyzická aktivita a psychosociální adaptace mohou hrát významnější roli než samotný věk. Rovněž Lamerton et al. (2021) naznačují, že fyzická aktivita může být klíčovým faktorem, který u starších žen zmírňuje dopady stresové inkontinence na kvalitu života, čímž by mohl být maskován vliv věku jako samostatné proměnné. Dalším možným vysvětlením nepřímé souvislosti mezi věkem a hodnocením kvality života je skutečnost, že starší ženy mohou mít nižší očekávání v oblasti fyzických aktivit a sociálních interakcí.

Nenalezení korelace mezi věkem a hodnocením kvality života žen v našem výzkumu může být ovlivněno několika faktory. Prvním možným vysvětlením je složení výzkumného vzorku. Pokud byl vzorek tvořen ženami s relativně homogenním věkovým rozložením (v souboru se nacházely spíše starší ženy), nemusely se věkové rozdíly v kvalitě života dostatečně projevit. Dalším faktorem může být výběrové zkreslení – pokud byly ve vzorku převážně ženy, které jsou aktivní a mají přístup k léčbě inkontinence, mohlo dojít k podhodnocení negativního dopadu stresové inkontinence na jejich kvalitu života. Studie Lamertona et al. (2021) a Marcelissena et al. (2019, s. 18) ukazují, že ženy, které pravidelně cvičí a mají vyšší zdravotní gramotnost, mohou inkontinenci lépe zvládat bez výrazného poklesu kvality života.

Další důležitou proměnnou může být psychosociální adaptace. Pokud starší ženy ve vzorku již delší dobu žijí s inkontinencí, mohly si vyvinout účinné strategie zvládnání, což by mohlo snižovat jejich subjektivně vnímaný dopad tohoto onemocnění. Tento jev byl popsán v práci Pazzianotto-Forti et al. (2019), kteří zjistili, že ženy, které dlouhodobě trpí inkontinencí, mají nižší skóre dopadu na kvalitu života než ženy, u kterých se symptomy objevily nově.

Na základě porovnání s dostupnými studiemi lze konstatovat, že zatímco některé výzkumy potvrzují významnou souvislost mezi věkem a kvalitou života žen se stresovou inkontinencí, jiné naznačují, že tento vztah může být ovlivněn dalšími faktory, jako je fyzická aktivita, BMI a psychosociální adaptace. Výsledek této studie, který neprokázal signifikantní korelaci mezi věkem a kvalitou života, může být důsledkem výběrového zkreslení, homogenního věkového vzorku či vyšší úrovně adaptace na onemocnění u starších respondentek. Další výzkum by se měl zaměřit na detailnější analýzu těchto faktorů a využití longitudinálních studií k posouzení změn v hodnocení kvality života v průběhu času.

VOs: Jaká je souvislost mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním?

Statistickým testováním bylo prokázáno, že mezi hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči a vzděláním neexistuje statisticky významná souvislost. Tento výsledek

může být překvapivý, neboť vyšší vzdělání bývá často spojováno s lepším přístupem ke zdravotní péči, vyšší zdravotní gramotností a širšími možnostmi prevence a léčby. Zahraniční studie, které se zabývají otázkou stresové inkontinence a jejího vlivu na kvalitu života žen, obvykle nezahrnují do svého statistického testování nejvyšší dosažené vzdělání respondentek, nicméně řada studií se zabývá tím, zda nemůže vzdělávání žen o stresové inkontinenci působit pozitivně na její závažnost a na kvalitu života respondentek. Výzkum Mohammeda et al. (2021, s. 26) v tomto kontextu zjistil, že závažnost stresové inkontinence moči se po provedení edukační intervence snížila na 8 % oproti původním 24 %, přičemž tento rozdíl se ukázal být statisticky významným. Tento výzkum poukázal i na to, že vzdělanější ženy mohou trpět následky stresové inkontinence v menší míře – důvodem může být skutečnost, že tyto ženy si umí efektivněji vyhledat informace o svém problému a o tom, jak k němu mohou přistupovat. Ostaszkiwicz, Tomlinson a Hunter (2020, s. 365) se zaměřili nikoli na vzdělání pacientek trpících stresovou inkontinencí, ale na vzdělání ošetřujícího personálu a všeobecných sester ohledně problematiky inkontinence. Autoři zjistili, že edukace těchto cílových skupin má pozitivní vliv na kvalitu života pacientů se stresovou inkontinencí.

Absence statisticky významného vztahu mezi vzděláním a kvalitou života může být ovlivněna několika faktory, včetně povahy samotného onemocnění, přístupu žen k léčbě a jejich individuálních strategií zvládání. Stresová inkontinence moči je stav, který postihuje ženy bez ohledu na jejich vzdělání, sociální postavení či životní styl. Samotné vnímání dopadu inkontinence na kvalitu života nemusí být přímo závislé na vzdělanostní úrovni, ale spíše na osobní zkušenosti, závažnosti symptomů a možnostech přizpůsobení se situaci. Ženy s různým vzděláním mohou mít obdobné strategie zvládání symptomů, a proto se jejich hodnocení kvality života nemusí významně lišit. Dalším faktorem, který mohl přispět k tomuto výsledku, je míra stigmatizace inkontinence. Ve společnosti stále převládá tendence vnímat inkontinenci jako citlivé téma, což může vést k tomu, že ženy bez ohledu na dosažené vzdělání tuto problematiku neřeší aktivně nebo ji považují za nevyhnutelnou součást stárnutí či mateřství. Pokud se ženy s inkontinencí nesvěřují lékařům nebo aktivně nevyhledávají informace o léčbě, pak ani vyšší úroveň vzdělání nemusí přinášet zásadní výhody v oblasti kvality života.

Jedním z možných vysvětlení chybějící korelace mezi vzděláním a kvalitou života může být fakt, že přístup k léčbě stresové inkontinence není v moderních zdravotnických systémech striktně omezen vzděláním. Diagnostika a léčba inkontinence jsou dnes relativně dostupné a hrazené ze zdravotního pojištění, což znamená, že ženy s různou úrovní vzdělání mohou mít podobné možnosti konzultace se specialisty, rehabilitace či farmakologické léčby. Dalším

aspektem je skutečnost, že úroveň informovanosti o možnostech léčby může být do určité míry nezávislá na formálním vzdělání. Ženy s nižším vzděláním mohou získávat informace od praktických lékařů, gynekologů nebo prostřednictvím sociálních sítí a komunitních zdrojů, což snižuje potenciální rozdíly mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami. Naopak ženy s vyšším vzděláním mohou mít sice lepší přístup k odborným zdrojům, avšak pokud nepovažují inkontinenci za významně narušující jejich život, nemusí tato informovanost znamenat lepší kvalitu života.

Dalším vysvětlením může být role individuálních copingových mechanismů. Vzdělání sice může přispět k vyšší zdravotní gramotnosti, avšak schopnost zvládat stresové situace, včetně symptomů inkontinence, je často ovlivněna spíše osobnostními rysy, podporou rodiny a sociálního okolí či životními zkušenostmi. Ženy s nižším vzděláním mohou mít stejně efektivní strategie zvládnání symptomů jako ženy s vyšším vzděláním, a proto se jejich hodnocení kvality života nemusí významně lišit. Kromě toho může hrát roli i subjektivní adaptace na zdravotní stav. Některé ženy s vyšším vzděláním mohou mít vyšší očekávání ohledně svého zdraví a kvality života, což může vést k většímu vnímání negativního dopadu inkontinence, zatímco ženy s nižším vzděláním mohou být vůči těmto změnám odolnější a více ochotné přijmout inkontinenci jako běžnou součást života.

Jedním z důvodů absence signifikantního vztahu mezi vzděláním a kvalitou života může být také charakter samotného vzorku respondentek. Pokud byla analyzovaná skupina relativně homogenní z hlediska vzdělání, nemusel se vztah dostatečně projevit. Podobně mohl výsledek ovlivnit i počet respondentek s extrémně vysokým či nízkým vzděláním – například respondentek se základním vzděláním bylo ve vzorku málo, což potenciálně mohlo snížit šanci na nalezení významného vztahu. Dalším metodologickým omezením může být způsob měření kvality života. Dotazníkové metody mohou být citlivé na individuální interpretaci otázek a na ochotu respondentek sdílet své obtíže. Některé ženy, bez ohledu na vzdělání, mohou bagatelizovat svůj stav nebo mít tendenci podávat sociálně žádoucí odpovědi.

Absence signifikantního vztahu mezi vzděláním a hodnocením kvality života žen se stresovou inkontinencí moči může být tedy důsledkem více faktorů, včetně dostupnosti zdravotní péče, subjektivních strategií zvládnání, sociální podpory a vlivu pracovního prostředí. Zatímco vzdělání obecně souvisí s lepším zdravotním povědomím, v případě stresové inkontinence se zdá, že rozdíly ve vnímání kvality života jsou spíše ovlivněny individuálními zkušenostmi a osobnostními faktory než úrovní formálního vzdělání.

Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na podrobnější analýzu socioekonomických a psychologických faktorů, které mohou hrát roli v subjektivním hodnocení dopadu inkontinence na každodenní život.

9 ZÁVĚR

Smyslem této diplomové práce bylo analyzovat kvalitu života žen se stresovou inkontinencí moči s důrazem na faktory, které ji mohou ovlivňovat. Za tímto účelem byl využit standardizovaný dotazník CONTILIFE, jehož dimenze reflektují vliv stresové inkontinence na různé aspekty života respondentek. Výzkum se zaměřil nejen na globální hodnocení kvality života, ale také na jednotlivé dimenze dotazníku, mezi něž patří denní aktivity, fyzická aktivita, citové důsledky, sexualita a vědomí vlastní osobnosti. Zároveň byly ověřovány vztahy mezi kvalitou života a vybranými sociodemografickými proměnnými, konkrétně se jednalo o BMI, věk, počet porodů, typ porodu a dosažené vzdělání.

Z výsledků vyplývá, že stresová inkontinence moči má negativní dopad na různé aspekty života žen, přičemž největší vliv byl zaznamenán v oblasti fyzické aktivity, sebevědomí a sexuality. Respondentky uvedly, že inkontinence omezuje jejich možnosti sportovního vyžití a způsobuje psychické obtíže, jako jsou stud, strach z „nehody“ nebo ztráta atraktivity. Naopak nejmenší dopad byl zaznamenán v oblasti běžných denních aktivit.

Statistické testování ukázalo, že mezi hodnocením kvality života a věkem, BMI, vzděláním a typem porodu neexistuje statisticky významná souvislost. Tyto výsledky mohou naznačovat, že stresovou inkontinencí v oblasti kvality života ovlivňují spíše individuální faktory, například adaptační strategie, psychické nastavení nebo celkový zdravotní stav. Naproti tomu byla prokázána statisticky významná souvislost mezi kvalitou života a počtem porodů, což potvrzuje hypotézu, že větší počet porodů může vést k většímu oslabení pánevního dna a většímu dopadu inkontinence na život žen.

Důležitým aspektem výsledků analýzy dat z dotazníkového šetření je také skutečnost, že se míra vlivu inkontinence na kvalitu života liší mezi jednotlivými ženami. Zatímco některé respondentky pociťovaly inkontinenci jako značně limitující faktor, jiné ji evidentně dokázaly lépe zvládat. To by mohlo vést k předpokladu, že pro zlepšení kvality života je klíčové nejen zlepšení zdravotní péče a prevence, ale také psychologická podpora a vzdělávání žen v oblasti zvládání tohoto onemocnění.

V závěru lze tedy konstatovat, že stresová inkontinence má významný dopad na kvalitu života žen, přičemž nejvýraznější dopady byly zaznamenány v oblasti fyzické aktivity, psychiky a sexuality. Výsledky potvrzují důležitost multidisciplinárního přístupu k řešení tohoto problému. Multidisciplinární přístup by měl zahrnovat nejen zdravotní péči, ale i psychologickou podporu a osvětu. Budoucí výzkumy by se v tomto kontextu mohly zaměřit

na podrobnější analýzu psychosociálních faktorů ovlivňujících vědomí a přístup žen ke stresové inkontinenci, stejně jako na možnosti intervenčních programů, které by mohly zmírnit její negativní dopady na život žen.

9.1 Doporučení pro praxi

Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem by měla být srozumitelná, aktivní a adekvátní konkrétní fázi onemocnění.

Přístup zdravotníka k pacientovi by měl být vstřícný, empatický, neuspěchaný a probíhající v klidném a přátelském prostředí.

Je rovněž třeba zvýšit povědomí o klubech sdružujících pacienty s močovou inkontinencí. Mezi ty nejznámější patří například sdružení Incoforum nebo organizace INKO-GNITO, na jejichž webových stránkách zájemci najdou mnoho článků, rozhovorů, doporučení a také možnosti, kam mohou anonymně a diskrétně směřovat svůj dotaz ohledně močové inkontinence. Personál zdravotnického zařízení by na tyto kluby měl dát pacientce kontakt.

Je pravda, že v posledních letech se zlepšila informovanost veřejnosti o problematice inkontinence, a bylo by tedy vhodné poskytnout potenciálním pacientům více informací prostřednictvím letáků a časopisů například v čekárnách. Zde by měly také být k dispozici informační brožury se cviky k posílení pánevního dna, udržování tělesné kondice či snížení nadváhy.

Je také třeba informovat pacienty o způsobu použití vhodných pomůcek při inkontinenci. Dále je vhodné poučení ohledně péče o pokožku, a to konkrétně jak ji udržovat v suchu a čistotě a jak dodržovat hygienu rukou po vymočení a při výměně inkontinenčních pomůcek.

Testování kvality života nám pomáhá objektivně měřit dopad onemocnění na život pacientů. Hodnocení kvality jejich života by mělo být součástí hodnocení každé léčby.

9.2 Limity výzkumu

Výsledky výzkumného šetření by mohly být ovlivněny sledováním výzkumného vzorku pouze ve třech spádových urologických ambulancích v jednom kraji. Pro účely výzkumu by bylo nejvhodnější, kdyby ženy ze zkoumaného vzorku pocházely z celé ČR. Dalším limitem může být fakt, že každá žena ve zkoumaném vzorku může mít různá přidružená onemocnění ovlivňující její zdravotní stav.

10 POUŽITÁ LITERATURA

BARTOŠ, Aleš a Miloslava RAISOVÁ. 2019. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 152 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5490-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 88 s. ISBN 80-85121-82-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 256 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2798-1.

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

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, Jan. 2006. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 2., opr. Praha: Portál, ISBN 80-7367-123-9.

HNILICOVÁ, Helena. 2005. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. Triton, ISBN 80-7254-657-0. In Payne, J. et al. *Kvalita života a zdraví*.

HORČIČKA, Lukáš et al. 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-80-204-4503-2.

HORČIČKA, Lukáš, Roman ZACHOVAL, Jana VLKOVÁ, Dana MORAVČÍKOVÁ a Eva TOPINKOVÁ. 2021. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2021*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, ISBN 978-80-88280-23-1.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0130-6.

KUČERA, Dalibor. 2013. *Moderní psychologie*. Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4621-0.

MANDINCOVÁ, Petra. 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.

NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČÍK a Oldřich KŘÍŽ. 2016. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5786-5.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 2005. V Praze: Triton, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: GRADA Publishing, Sestra. ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK a Petr JÍLEK. 2018. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, ISBN 978-80-204-4646-6.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

10.1 Odborné články

ABOALHEIJA, Mohamad, Eleen MASARWEH, Yara QASEM, Hatim HIJAZ, Riad AMER a Ramzi SHAWAHNA. 2024. Prevalence of stress urinary incontinence symptoms and their impact on the quality of life of Palestinian women: the first large cross-sectional study among the general population. *BMC Women's Health* [online]. **24**, 1-12 [cit. 2024-12-28]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12905-024-03360-0>.

ABUSHAMMA, Faris et al. 2024. Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life Due to Urinary Incontinence Among Palestinian Women: A Cross-Sectional Study. *CUREUS* [online]. SPRINGER NATURE, **16**(4) [cit. 2024-09-18]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: doi:[10.7759/cureus.57813](https://doi.org/10.7759/cureus.57813).

ALQUAIZ M., AlJohara, et al. 2023. Urinary Incontinence Affects the Quality of Life and Increases Psychological Distress and Low Self-Esteem. *Healthcare* [online]. **11**(1772), 1-17 [cit. 2024-12-07]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare11121772>.

AMARENCO, Gérard, Benoit ARNOULD, Paulo CARITA, Francois HAAB, Jean-Jacques LABAT a Francois RICHARD. 2003. European Psychometric Validation of the CONTILIFE: A Quality of Life Questionnaire for Urinary Incontinence. *European Urology* [online]. Elsevier, **43**(4), 391-404 [cit. 2024-02-23]. ISSN 0302-2838. Dostupné z: doi:10.1016/S0302-2838(03)00054.

BARTOŠ, Aleš. 2022. Inovativní a původní české kognitivní testy Amnesia Light and Brief Assessment a Pojmenování obrázků a jejich vybavení. *Medicína pro praxi* [online]. (19), 50-57 [cit. 2024-07-30]. Dostupné z: doi:DOI: 10.36290/med.2022.007.

BRUBAKER, Linda a Yashika T. DOOLEY. b. r. Urinary Incontinence and Quality of Life. *Global Women's Medicine* [online]. [cit. 2024-12-12]. Dostupné z: https://www.glowm.com/section_view/%20heading/Urinary%20Incontinence%20and%20Quality%20of%20Life/item/424#.

COOPER, Jason et al. 2015. Prevalence of female urinary incontinence and its impact on quality of life in a cluster population in the United Kingdom (UK): a community survey. *Journal Citation Reports TM* [online]. AMBRIDGE UNIV PRESS, **16**(4), 377–382 [cit. 2024-09-18]. ISSN 1463-4236. Dostupné z: doi:10.1017/S1463423614000371.

CULLETON-QUINN, Elizabeth et al. 2024. Prevalence and Experience of Urinary Incontinence Among Elite Female Gaelic Sports Athletes. *INTERNATIONAL UROGYNECOLOGY* [online]. [cit. 2024-09-18]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-024-05893-2 Early Access AUG 2024.

DAI, Sidi, Huating CHEN a Taizhen LUO. 2023. Prevalence and factors of urinary incontinence among postpartum: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **23**(1), 1-12 [cit. 2025-02-04]. Dostupné z: doi:DOI10.1186/s12884-023-06059-6.

DIETZ, Hans Peter, Francesco SCOTI, Nishamini SUBRAMANIAM, Talia FRIEDMAN a Ka Lai SHEK. 2018. *Impact of subsequent pregnancies on pelvic floor functional anatomy* [online]. **29**(10), 1517-1522 [cit. 2025-02-03]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1007/s00192-018-3567-9>.

DOUMOCHTSIS, Stergios K., Jemina LOGANATHAN a Vasilios PERGIALIOTIS. 2022. The role of obesity on urinary incontinence and anal incontinence in women: a review. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [online]. 129(1), 162-170 [cit. 2025-02-05]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16848>.

DRÁBKOVÁ, Pavla. 2015. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi* [online]. 16(3), 127-129 [cit. 2024-12-22]. Dostupné z: https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201503-0010_Prevence_mocove_inkontinence_ve_stari.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Ddr%25E1bkov%25E1%26sfrom%3D0%26spage%3D30.

GYHAGEN, Maria, Sigvard AKERVALL, Mattias MOLIN a Ian MILSOM. 2019. The effect of childbirth on urinary incontinence: a matched cohort study in women aged 40-64 years. *AJOG, AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY* [online]. 221(4), 322.e1-e17 [cit. 2025-02-08]. Dostupné z: doi:[DOI10.1016/j.ajog.2019.05.022](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.05.022).

HARALDSTAD, K., A. WAHL a R. ANDENÆS. 2019. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *QUALITY OF LIFE RESEARCH* [online]. Springer International Publishing, 28(10), 2641-2650 [cit. 2024-07-19]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>.

HJORTH, Sarah, Susanne M. AXELSEN, Ditte GOMMESEN, Anne C. M. KJELDTSEN, Katja A. TAASTRØM a Ellen A. NOHR. 2023. Body mass index, waist circumference, and urinary incontinence in midlife: A follow-up of mothers in the Danish National Birth Cohort. *NEUROUROLOGY AND URODYNAMICS* [online]. 42(5), 1111-1121 [cit. 2024-12-28]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1002/nau.25175>.

HORNG, Huann-Cheng, Yi-Jen CHEN a Peng-Hui WANG. 2017. Urinary incontinence: Is vaginal delivery a cause? *Urinary incontinence: Is vaginal delivery a cause?* [online]. 80(8), 465-466 [cit. 2025-02-09]. Dostupné z: doi:[DOI: 10.1016/j.jcma.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.09.004).

CHANG, Shuenn-Dhy, Wu-Chiao HSIEH, Sherry Yueh-Hsia CHIU, Kai-Lyn NG a Ching-Chung LIANG. 2023. Factors determining the persistence of prenatal stress urinary incontinence 12 months postpartum. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. 62(1), 40-44 [cit. 2025-01-08]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.10.003>.

CHEN, Ling, Dan LUO, Mei JIN, Xiajuan YU a Wenzhi CAI. 2020. Development of Predictive Risk Models of Postpartum Stress Urinary Incontinence for Primiparous and Multiparous Women. *Urologia Internationalis* [online]. **104**(9-10), 824-832 [cit. 2025-02-04]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1159/000508416>.

KARIMI, Milad a John BRAZIER. 2016. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics* [online]. Switzerland: Springer International Publishing, **34**(7), 645-649 [cit. 2024-07-19]. ISSN 1170-7690. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>.

KHULLAR, Vik, Chris C. SEXTON, Christine L. THOMPSON, Ian MILSOM, Caty Ebel BITOUN a Karin S. COYNE. 2014. The relationship between BMI and urinary incontinence subgroups: Results from EpiLUTS. *Neurology and Urodynamics* [online]. **33**(4), 392-399 [cit. 2025-02-09]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1002/nau.22428>.

KHOI, Bui Huy a Nguyen Thi NGAN. 2020. 9-Quality of Life. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* [online]. **24**, 163-171 [cit. 2024-07-19]. ISSN 1475-7192. Dostupné z: doi:DOI: [10.37200/IJPR/V24I2/PR200319](https://doi.org/10.37200/IJPR/V24I2/PR200319).

LAMERTON, Tayla J., Gregore, I. MIELKE a Wendy J. BROWN. 2021. Urinary incontinence, body mass index, and physical activity in young women. *AJOG, AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY* [online]. **225**(2), 164.e1-e13 [cit. 2025-02-12]. Dostupné z: doi:DOI10.1016/j.ajog.2021.02.029.

MACARTHUR, C. et al. 2016. Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG, AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY* [online]. **123**(6), 1022-1029 [cit. 2025-02-12]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13395>.

MARCELISSSEN, Tom, Ralf ANDING, Marcio AVERBECK, Ann HANNA-MITCHELL, Sajjad RAHNAMA'I a Linda CARDOZO. 2019. Exploring the relation between obesity and urinary incontinence: Pathophysiology, clinical implications, and the effect of weight reduction, ICI-RS 2018. *Neurourology and Urodynamics* [online]. **38**(5), s18-s24 [cit. 2025-02-02]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1002/nau.24072>.

MILSOM, Ian a Maria GYHAGEN. 2019. The prevalence of urinary incontinence. *CLIMACTERIC* [online]. **22**(3), 217-222 [cit. 2024-09-18]. ISSN 1369-7137. Dostupné z: doi:DOI10.1080/13697137.2018.1543263.

MINASSIAN, Vatche A., Kaitlin A. HAGAN, Elisabeth EREKSON, Andrea M. AUSTIN, Donald CARMICHAEL, Julie P. W. BYNUM a Francine GRODSTEIN. 2020. The natural history of urinary incontinence subtypes in the Nurses' Health Studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. **222**(2), 163.e1-163e.8 [cit. 2024-12-22]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.023>.

MOHAMMED, Asmaa Emad, Salah Eldeen Mohamed MOHAMMED, Taha SAHAR HAMZA a Rakaia Fathi MOHAMMED. 2021. Educational Interventions on Reducing Stress Urinary Incontinence Episodes among elderly Women. *Minia Scientific Nursing Journal* [online]. **009**(1), 26-32 [cit. 2025-02-02]. Dostupné z: doi:[10.21608/msnj.2021.188064](https://doi.org/10.21608/msnj.2021.188064).

MOHAMED-AHMED, Rayan. 2023. Treating and Managing Urinary Incontinence: Evolving and Potential Multicomponent Medical and Lifestyle Interventions. *Research and Reports in Urology* [online]. **15**, 193-203 [cit. 2024-09-18]. ISSN 2253-2447. Dostupné z: doi:[DOI: 10.2147/RRU.S387205](https://doi.org/10.2147/RRU.S387205).

NORTON, Peggy a Linda BRUBAKER. 2006. Urinary incontinence in women. *The Lancet* [online]. London, **367**(9504), 57-67 [cit. 2024-12-28]. Dostupné z: doi:[DOI:10.1016/S0140-6736\(06\)67925-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)67925-7).

ORHAN, Ceren, Serap ÖZGÜL a ES ÜZELPASACI. 2019. Cultural adaptation and validation of the Turkish CONTILIFE: a quality of life questionnaire for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* [online]. SPRINGER LONDON, **30**(1), 139-147 [cit. 2024-09-30]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1007/s00192-018-3823-z>.

OSTASZKIEWICZ, Joan, Emily TOMLINSON a Kathleen HUNTER. 2020. The Effects of Education About Urinary Incontinence on Nurses' and Nursing Assistants' Knowledge, Attitudes, Continence Care Practices, and Patient Outcomes A Systematic Review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* [online]. **47**(4), 365-380 [cit. 2025-02-02]. Dostupné z: doi:[10.1097/WON.0000000000000651](https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000651).

PAZZIANOTTO-FORTI, Eli Maria et al. 2019. Quality of life in obese women with symptoms of urinary incontinence. *Fisioterapia em Movimento* [online]. **32**(e003211), 1-9 [cit. 2025-02-04]. ISSN 0103-5150. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1590/1980-5918.032.AO11>.

PENNACCHINI, Maddalena, Marta M ELVIRA, Marta BERTOLASO a Maria Grazia DE MARINIS. 2011. A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *CLINICA TERAPEUTICA* [online]. **162**(3), e99-e103 [cit. 2024-07-19]. ISSN 0009-9074. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21717042/>.

PEREIRA, Elizabete de Souza et al. 2022. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in female crossfitters: A cross-sectional study. *Journal Citation Reports* [online]. WILEY, **14**(4), 281-288 [cit. 2024-09-18]. ISSN 1757-5664. Dostupné z: doi:DOI10.1111/luts.12437.

PETROVIČ, František a František MURGAŠ. 2020 HOLISTIC AND SUSTAINABLE QUALITY OF LIFE Conceptualization and Application. *FOLIA GEOGRAPHICA* [online]. **62**(1), 77-94 [cit. 2024-11-25]. ISSN 2454-1001. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/343189169_HOLISTIC_AND_SUSTAINABLE_QUALITY_OF_LIFE_Conceptualization_and_Application?enrichId=rgreq-63e753ff4cd0f8895f7e79ea5c326246-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzM0MzE4OTE2OTtBUzo5NDIyMzQyNTgxMjA3MDRAMTYwMTY1NzU2MTI4OA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf.

RAJALAXMI, V., P. SUTHARSIKA, C.V. SENTHILNATHAN, G. YUVARANI a SS. SUBRAMANIAN. 2018. Prevalence of Urinary Incontinence among Females with Vaginal Delivery, Lower Segmental Cesarean Section, Diabetic and Hypothyroidism and Its Impact on Quality of Life. *Obstetrics and Gynaecology Section* [online]. **12**(7), 5-8 [cit. 2025-01-08]. Dostupné z: doi:DOI:10.7860/JCDR/2018/34081.11743.

ROMŽOVÁ, Miroslava. 2014. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi* [online]. **15**(5), 221-226 [cit. 2024-12-21]. Dostupné z: https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201405-0005_Mozne_priciny_vzniku_inkontinence_a_jejich_reseni.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Drom%25BEov%25E1%26sfrom%3D0%26spage%3D30.

RYŠÁNKOVÁ, Miroslava. 2018. Inkontinence – novinky a možnosti řešení v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi* [online]. **15**(5), 276-280 [cit. 2024-12-22]. Dostupné z: doi:DOI: 10.36290/med.2018.050.

- RYŠÁNKOVÁ, Miroslava. 2016. Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi* [online]. **17**(2), 72-74 [cit. 2024-12-11]. Dostupné z: doi:DOI: 10.36290/uro.2016.019.
- RYŠÁNKOVÁ, Miroslava. 2021. Léčba stresové inkontinence žen. *Urologie pro praxi* [online]. **22**(2), 59-64 [cit. 2024-09-30]. Dostupné z: doi:DOI: 10.36290/uro.2021.002.
- SUASNABAR, Jan M. Heijdra, Aureliano Paolo FINCH, Brendan MULHERN a M. Elske VAN DEN AKKER-VAN MARLE. 2024. Exploring the measurement of health related quality of life and broader instruments: A dimensionality analysis. *Social Science & Medicine* [online]. **346**, 1-11 [cit. 2025-01-16]. Dostupné z: doi:DOI10.1016/j.socscimed.2024.116720.
- TÄHTINEN, Riikka M. et al. 2019. Long-term risks of stress and urgency urinary incontinence after different vaginal delivery modes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. **220**(2), 181.e1-e8 [cit. 2025-02-02]. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajog.2018.10.034.
- WOOD-DAUPHINEE, Sharon. 1999. Assessing Quality of Life in Clinical Research: From Where Have We Come and Where Are We Going? *Journal of Clinical Epidemiology* [online]. **52**(4), 355-363 [cit. 2024-07-19]. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00179-6.
- WUYTACK, Francesca, Patrick MORAN, Deirdre DALY a Cecily BEGLEY. 2022. Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. *NEUROUROLOGY AND URODYNAMICS* [online]. **41**(1), 54-90 [cit. 2025-02-04]. Dostupné z: doi:10.1002/nau.24785.
- YU, Binbin, Hongmei XU a Li LIU. 2016. Analysis of coping styles of elderly women patients with stress urinary incontinence. *International Journal of Nursing Sciences* [online]. **3**(2), 153-157 [cit. 2024-12-28]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.10.009.
- ZACHOVAL, Roman. 2006. *Urologie pro praxi* [online]. SOLEN MEDICAL EDUCATION, 286-296 [cit. 2024-02-23]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-200606-0008_Dotazniky_hodnotici_kvalitu_zivota_u_pacientu_s_inkontinenci_moci_a_hyperaktivnim_mechyrem.php.
- ZHOU, Hai-Hong et al. 2018. Association between parity and the risk for urinary incontinence in women: A meta-analysis of case-control and cohort studies. *Medicine* [online]. **97**(28), 1-9 [cit. 2025-02-02]. Dostupné z: doi:10.1097/MD.00000000000011443.

10.2 Internetové zdroje

BARTOŠ, Aleš. 2018. Pamatujte na POBAV – krátký test pojmenování obrázků a jejich vybavení sloužící ke včasnému záchytu kognitivních poruch. *Neurologie pro praxi* [online]. (1), 5-10 [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201888-0002_Pamatujte_na_POBAV_8211_kratky_test_pojmenovani_obrazku_a_jejich_vybaveni_slouzici_ke_vcasnemu_zachytu_kogni.php.

BARTOŠ, Aleš. b.r. *Jak se naučit testy ALBA a POBAV?* [online]. [cit. 2024-04-27]. Dostupné z: <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/testy/ucenialbavu>.

INKO-GNITO. *INKO-GNITO* [online]. ©2020 [cit. 2025-01-02]. Dostupné z: <https://www.inko-gnito.cz/v%C5%A1e-o-inkontinenci>.

JENKINSON, Crispin. b.r. *Quality of life* [online]. [cit. 2024-07-19]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life>.

Trápení s názvem stresová inkontinence [online]. 2019. BRAUN SHARING EXPERTISE, [cit. 2024-12-22]. Dostupné z: <https://www.lepsipece.cz/urologie-cevkovani/trapeni-s-nazvem-stresova-inkontinence>.

NZIP. *Kvalita života* [online]. b.r. [cit. 2024-07-19]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>.

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, ©1998-2025. Online. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem>. [cit. 2025-01-02].

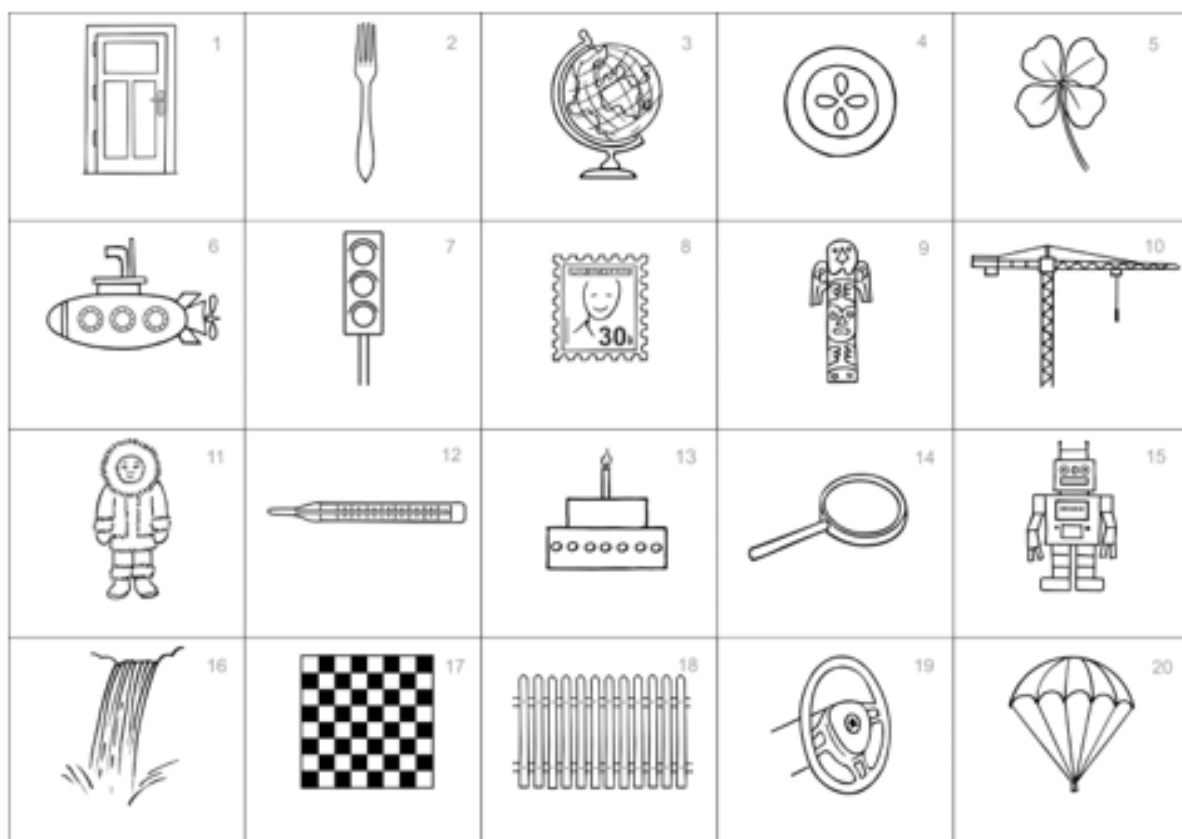
10.3 Ostatní

TUMPACHOVÁ, Kateřina. 2023. *Socioekonomické rozdíly v kvalitě života*. plzeň, Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta filozofická, Katedra sociologie.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – Kognitivní test POBAV (Bartoš, ABEDECO, b.r.)	99
Příloha B – CONTILIFE dotazník (Zachoval, 2006)	100

Příloha A – Kognitivní test POBAV



Zde přeložte na polovinu -----

Pořadí	Název obrázku ↓	Číslo obr.	Pořadí	Název obrázku ↓	Číslo obr.
1			9		
2			10		
3			11		
4			12		
5			13		
6			14		
7			15		
8			16		

Příjmení a jméno:

Ročník: Dnešní datum:

Maturita: ...ano...ne

Pokud používá brýle na čtení, ať si je nasadí.

Vyšetření zraku – Přečte správně?: **C** 5 H 3
1-ano, 0-ne

Postup pojmenování: 1-systematický, 2-chaotický

1. Pojmenované (zapište počet obrázků):

A) mezi chyby počítáme: špatný, zkomolený nebo víceslovný název bez očekávaného slova (např. okno, zeměkoule, klob, světelná signalizace, smažr, jerab, teplmēr, zvětšovací sklo)

B) jako správně počítáme: pokud obsahuje očekávané slovo (např. dort se svíčkou)

Další pravidla hodnocení jsou v návodu.

• chybně: • vůbec:

počet CHYB v pojmenování celkem:

norma: 0 – 1 chyba

2. Vybavené celkem:

A) ponechává se:

- pojmenovaný špatně a vybavený stejně nebo správně (např. stožár – stožár nebo stožár – jeřáb)
- nepojmenovaný a přesto vybavený (př. 0 – jeřáb)
- slovo s chybnými písmeny (vydlíčka, vodopát, volan)

B) odečítá se:

- neexistující (konfabulace): -.....
- opakující se (počítá se jako jeden): -.....

počet SPRÁVNĚ vybavených obrázků (po odečtu názvů navíc):

norma: 6-7 a více obrázků

Rozdíl SPRÁVNĚ vybavené – CHYBY

v pojmenování =skór Vypoř=

Příloha B – CONTILIFE dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Klára Kašparová a jsem studentkou Univerzity Pardubice obor Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče.

Obracím se na Vás o laskavé vyplnění dotazníku, který slouží pro výzkumné šetření k diplomové práci na téma Kvalita života žen se stresovou inkontinencí moči.

Chtěla bych Vás poprosit o pár minut času k vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a dobrovolný. Zjištěná data budou použita pouze ke zpracování diplomové práce.

.....

Za vyplnění dotazníku předem moc děkuji.

Kolik je Vám let? (zakroužkujte)

- A) 40-50
- B) 51-60
- C) 61-70
- D) 71-80
- E) 81+

Kolik vážíte? (prosím dopište)

Kolik měříte? (prosím dopište)

Počet porodů? (prosím dopište)

Ukončení porodu? (zakroužkujte)

1.porod	2.porod	3.porod	4.porod	5.porod
vaginálně	vaginálně	vaginálně	vaginálně	vaginálně
(přirozeně)	(přirozeně)	(přirozeně)	(přirozeně)	(přirozeně)
císařský řez	císařský řez	císařský řez	císařský řez	císařský řez

Dosažené vzdělání? (zakroužkujte)

- A) základní
- B) středoškolské
- C) vyšší odborné
- D) vysokoškolské

DENNÍ AKTIVITY (zakroužkujte)

Jak moc Vás, během posledních 4 týdnů, obtěžovali problémy s močením:

	nehodnotí se	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
1. pokud jste byl/a mimo domov	0	1	2	3	4	5
2. pokud jste řídil/anebo jste jel/a jako pasažér	0	1	2	3	4	5
3. pokud jste chodil/a po schodech	0	1	2	3	4	5
4. pokud jste nakupoval/a	0	1	2	3	4	5
5. pokud jste stál/a a čekal/a na (zastávka, úřad)	0	1	2	3	4	5

Během posledních 4 týdnů jste kvůli problémům s močením: (zakroužkujte)

	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
6. měl/a časté přestávky v denních aktivitách či práci	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením: (zakroužkujte)

	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
7. probudil/a pomočen/a	1	2	3	4	5

FYZICKÁ AKTIVITA (zakroužkujte)

Jak často, během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	nehodnotí se	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
8. pokud jste zvedal/a či nesl/a těžké břemeno	0	1	2	3	4	5
9. pokud jste sportoval/a (běh, tanec)	0	1	2	3	4	5
10. pokud jste smrkal/a, kýchl/a, kašlal/a	0	1	2	3	4	5
11. pokud jste měl/a záchvat smíchu	0	1	2	3	4	5

VLASTNÍ OSOBNOST (zakroužkujte)

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	zřídka	někdy	Často	vždy
12. cítil/a méně atraktivně	1	2	3	4	5
13. cítil/a znepokojen/á kvůli nepříjemnému zápachu moči	1	2	3	4	5
14. cítil/a znepokojen/á kvůli tomu, že si jiní uvědomují Váš problém	1	2	3	4	5

15. cítil/a znepokojen/a kvůli, skvrnám moči zanechaným v práci či na veřejných místech	1	2	3	4	5
16. musel/a převléknout	1	2	3	4	5

CITOVÉ DŮSLEDKY (zakroužkujte)

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
17. cítil/a dobře	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením: (zakroužkujte)

	neměl/a jsem je	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
18. trápil/a kvůli nutnosti nosit vložky	0	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením: (zakroužkujte)

nikdy zřídka někdy často vždy

19. cítil/a znechuceně	1	2	3	4	5
20. byl/a netrpělivý/á	1	2	3	4	5
21. cítil/a špatně kvůli možné „nehodě“ s únikem moči	1	2	3	4	5
22. cítil/a jako nekontrolující své emoce	1	2	3	4	5

23. cítil/a jako posedlý/á svými problémy s únikem moči	1	2	3	4	5
24. nutil/a myslet na to, vzít si vložku před odchodem z domova	1	2	3	4	5

SEXUALITA (zakroužkujte)

Jak často, během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	nehodnotí se	vůbec ne	málo	středně	hodně	velmi hodně
25. měl/a pocit strachu při myšlence na sexuální styk	0	1	2	3	4	5
26. musel/a měnit sexuální praktiky	0	1	2	3	4	5
27. jste byl/a znepokojen/a možností úniku moče při sexuálním styku	0	1	2	3	4	5

KVALITA ŽIVOTA (zakroužkujte)

28. při současných obtížích s močením, jak byste hodnotil/a nyní SOUČASNOU kvalitu Vašeho života

1	2	3	4	5
špatně			výborně	