

# Sociální dopady ženské inkontinence

Bc. Monika Mlčochová

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Mlčochová**  
Osobní číslo: **H11361**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální dopady ženské inkontinence**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální psychologie a medicíny.**  
**Příprava metodiky výzkumné části.**  
**Realizace kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.**

**MedlinePlus: Urinary Incontinence [online]. Rockville Pike, c2012, cit [2012-10-28].**

**Dostupné z: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/urinaryincontinence.html/>**

**NAFC: Bladder and Bowel Health [online]. Charleston, c2012, cit [2012-10-28]. Dostupné z: <http://www.nafc.org/bladder-bowel-health/>**

**VOKURKA, Martin, HUGO Jan a kolektiv. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.**

**VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. Sociální psychologie 2. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.**

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Mgr. Ivana Marášková**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **26. dubna 2013**

Ve Zlíně dne 14. února 2013

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 15. 4. 2013



.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

V předkládané diplomové práci se zabýváme sociálním a rovněž i psychologickými dopady inkontinence moči u žen. Teoretická část zahrnuje charakteristiku inkontinence moči, její léčbu a seznam odborných společností, které se touto problematikou zabývají. Dále se zmiňujeme o obsahu sociální práce s nemocnými lidmi a pedagogice zdraví.

Praktická část se téměř výhradně věnuje kvantitativnímu způsobu výzkumu, který se uskutečnil v období od začátku prosince 2012 do začátku března 2013. Pomocí dotazníkového šetření jsme se pokusili zmapovat vliv tohoto onemocnění na konkrétní aktivity běžného života inkontinentních žen.

V závěru naší práce dáváme prostor i krátké diskuzi a shrnujeme výsledky našeho šetření.

Klíčová slova: inkontinence moči, zdraví, nemoc, chronický, pocity, věk, sociální dopad, deprese, pacient, psychický dopad.

## **ABSTRACT**

The present diploma thesis is focused on social as well as psychological impact of urinary incontinence in women. The theoretical part includes the characteristics of urinary incontinence, treatment and a list of professional companies that deal with this issue. Furthermore, we refer to the content of social work with sick people and pedagogy of health.

The practical part is devoted almost entirely to quantitative method of research which was held in the period from the beginning of December 2012 to early March 2013. Using a questionnaire survey, we tried to map the impact of the disease on particular activities of daily life of incontinent women.

In conclusion, our study provides space for a short discussion and summarizes the results of our investigation.

Keywords: urinary incontinence, health, disease, chronical, feelings, age, social impact, depression, patient, psychical impact.

Děkuji PhDr. Ivaně Maráškové za vedení, cenné rady, věcné připomínky, doporučení a podněty při zpracování této diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat i prof. PhDr. Miroslavovi Chráskovi za odborné rady. V neposlední řadě bych chtěla vyjádřit svoji vděčnost zdravotnímu personálu Krajské nemocnice T. Bati, a.s. ve Zlíně za umožnění výzkumu a spolupráci při administraci dotazníků.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 INKONTINENCE</b> .....	<b>13</b>
1.1 KLASIFIKACE INKONTINENCE.....	13
1.2 LÉČBA INKONTINENCE.....	15
1.3 UROGYNEKOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI.....	16
1.4 SOCIÁLNÍ DOPADY INKONTINENCE MOČI.....	17
<b>2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM</b> .....	<b>18</b>
2.1.1 Dopady na běžný život a rodinu osoby s chronickým onemocněním .....	19
2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝMI .....	19
2.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI TRPÍCÍ DEPRESÍ.....	22
2.4 PORADENSTVÍ A DEPRESIVNÍ KLIENT .....	24
2.5 VZTAH MEZI PRACOVNÍKEM A KLIENTEM .....	27
<b>3 PEDAGOGIKA ZDRAVÍ V KONTEXTU CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>30</b>
3.1 PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ.....	31
3.1.1 Biopsychosociální faktory udržující, posilující a podporující zdraví.....	31
3.1.2 Biopsychosociální faktory poškozující a ničící zdraví.....	35
3.2 BIOLOGICKÉ A SOCIOKULTURNÍ DETERMINACE PSYCHIKY .....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>38</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>39</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	39
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	39
4.3 DEFINOVÁNÍ PROMĚNNÝCH .....	40
4.4 POJETÍ VÝZKUMU .....	40
4.5 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	41
4.5.1 Faktografické údaje výzkumného vzorku .....	41
4.6 PRŮBĚH VÝZKUMU .....	43
4.7 POPIS METODY SBĚRU DAT .....	44
4.8 ZPŮSOB PRACOVÁNÍ DAT.....	45
<b>5 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>47</b>
5.1 DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA .....	47
5.1.1 Příznaky – ovlivnění.....	47
5.1.2 Pocity.....	74
5.1.3 Informace.....	79



5.2	INDUKTIVNÍ STATISTIKA .....	82
5.2.1	Souvislost věku se sociálními dopady.....	82
5.2.2	Souvislost věku s prožívanými emocemi .....	87
5.2.3	Souvislost věku se získáváním informací .....	91
<b>6</b>	<b>ZÁVĚRY VÝZKUMU .....</b>	<b>93</b>
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>95</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>96</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>98</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>101</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>102</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>104</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>105</b>

## ÚVOD

Každá lidská nemoc je především problémem medicínským, ale zahrnuje i řadu konsekvencí, které jsou anebo mohou být předmětem zájmu jiných oborů. Jednou z chorob, která postiženého jedince neohrožuje bezprostředně na životě, ale poměrně zásadně ovlivňuje psychiku a sociální zvyklosti nemocného, je inkontinence. V širším slova smyslu rozumíme inkontinencí nechtěný únik moči či stolice. V naší práci se však budeme zabývat ženami, které obtěžuje únik moči. Podle našeho soudu se jedná o problém starý jako lidstvo samo. Historické analýzy se však o podobných tématech prakticky nezmiňují. Pravděpodobně je to důsledek povětšinou podřadného postavení žen ve společnosti v jednotlivých historických epochách, nezájmu o jejich problémy a tabuizace témat souvisejících s lidským tělem. Tato situace se však v průběhu doby měnila, a to vesměs k lepšímu. Postupné zlepšování celé řady socioekonomických faktorů vedlo i k postupnému prodlužování průměrné délky lidského života. Jako zákonitý průvodní jev tohoto fenoménu však byl a je nárůst zdravotních komplikací provázejících vyšší věk. Lékařská věda se s touto skutečností, vzato čistě technicky, snaží držet krok a vcelku se jí daří. V poslední době však není jediným poměřováním vhodným parametrem jejího úspěchu jen délka života, ale také jeho kvalita. Inkontinence moči je v tomto kontextu velmi dobrým příkladem, poněvadž je onemocněním, u kterého právě vliv na kvalitu života převažuje nad vlivem zdravotním. A tak zatímco urogynekologie jako obor zaznamenala v posledních několika letech bouřlivý rozvoj na poli diagnostiky, možností konzervativní léčby a zejména pak operačních technik s použitím syntetických materiálů, zůstává otázka psychosociálního dopadu na ženu samotnou spíše okrajovou záležitostí. Zůstává tím, co medicína jako taková vesměs neřeší. Důležitou roli v této disharmonii sehrává fakt, že ve zdejších podmínkách neexistuje koordinovaná následná či ještě lépe souběžná nelékařská péče o ženy s tímto problémem. Dalším faktorem, který ovlivňuje tuto skutečnost je i fakt, že kvalita života obecně je velmi široký a poměrně relativní pojem. Nutno však podotknout, že i v tomto ohledu došlo v několika posledních letech k určitému pozitivnímu posunu, především v souvislosti se snadnější dostupností relevantních informací a detabuizací tohoto tématu. Smyslem této práce jak tak nejen podívat se na problematiku inkontinence moči u žen pohledem jiného, než medicínského oboru, ale i snaha posoudit její vliv na kvalitu života těchto žen v nejběžnějších každodenních situacích. Cílem této práce je v rámci osvěty upozornit laickou veřejnost na tento zdravotní a společensky limitující handicap. Zároveň chceme odhalit

souvislosti mezi inkontinencí moči a jejím dopadem na sociální aktivity a psychickou stránku u postižených žen v souvislosti s věkem a souvislost mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitů, které tyto ženy mohou vnímat. Výsledky našeho výzkumu pomohou více přiblížit problematiku tohoto, ne ojedinělého, onemocnění.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 INKONTINENCE

Na úvod bychom rádi probrali problematiku, s níž úzce souvisí výzkumná část této práce.

*„Inkontinence moči postihuje významnou část žen, zejména v postmenopauzálním období. První zmínky lze nalézt již v dílech antických lékařů, obvykle v souvislosti s prolapsem pánevních orgánů. První popis pak pochází ze začátku 19. století. V průběhu 19. stol. a v první polovině 20. stol. nastal rozvoj chirurgické léčby těchto problémů. Přesto však až do poloviny 20. století nebyla inkontinence moči všeobecně vnímána adekvátně svému psychosociálnímu a postupně i ekonomickému významu.“* (Hugo, 2005, s. 7)

Podle poslední definice ICS (International Continence Society, © 1971-2013) je inkontinence moči definována jako stížnost na jakýkoliv, vůlí neovladatelný únik moči. *„Inkontinence moči u žen není chorobou ve vlastním slova smyslu, nýbrž příznakem, který má různé příčiny“* (Martan, 2011, s. 9). Sociální a psychický dopad poruch funkce dolních močových cest do různých oblastí života je tak závažný, že vyžaduje kvalifikovaný přístup odborné, ale i laické veřejnosti. Jak uvádí Martan (2011, s. 9), tato problematika se týká podle hrubých odhadů 30 – 50 % ženské populace, kdy ženy udávají občasný únik moči a přibližně u 30% z nich jde o urgentní typ inkontinence.

### 1.1 Klasifikace inkontinence

Pro rámcovou představu uvádíme zjednodušenou klasifikaci inkontinence moči podle Halašky (2004, s. 5):

#### 1. Uretrální inkontinence

- a) stresová inkontinence (genuinní stresová inkontinence – GSI; nově užívaný termín urodynamická stresová inkontinence)
- b) urgentní inkontinence
- c) reflexní inkontinence
- d) paradoxní inkotinence

#### 2. Extrauretrální inkotinenece

- a) vrozená
- b) získaná

***Stresová inkontinence:***

Jde o pasivní únik moči uretrou (močovou trubicí) jako následek zvýšení nitrobřišního tlaku, který vzniká při insuficienci uzávěrového mechanismu. Hlavními příčinami tohoto typu inkontinence jsou hypermobilita neboli zvýšená pohyblivost močové trubice a ISD neboli insuficience vnitřního svěrače. Léčba je indikována, když inkontinence moči zasáhne do kvality života pacientky a nemůže být zvládnuta častějším močením nebo snížením fyzické aktivity. Současné možnosti léčby – cvičení svalů pánevního dna s možným použitím různých pomůcek, změna návyků, chirurgická léčba, spočívající v zavedení volné pásky pod močovou trubicí a při selhání těchto metod užívání vložek – jsou základními možnostmi řešení tohoto problému.

***Urgentní inkontinence***

Je definována jako nechtěný únik moči při imperativním nucení na močení. Z pohledu patofyziologie se jedná o nadměrné senzorycké impulsy z receptorů ve stěně močového měchýře anebo nedostatečnou inhibici mikčního reflexu. Tento typ inkontinence se charakteristicky projevuje pollakisurií (častým nucením na močení přes den), nykturií (častým nucením na močení v noci) a urgencemi tj. imperativním nucením na močení. Všechny tři projevy mohou anebo nemusí být provázeny inkontinencí, tzn. únikem moči. Příčiny tohoto onemocnění mohou být neurologické, ztížení odtoku moči a idiopatické (bez známé příčiny). Při vzniku tohoto onemocnění nelze podceňovat spoluúčast psychické dispozice a naopak při močové inkontinenci pacientky často trpí psychickými potížemi. Proto u některých případů může nastat zlepšení po psychiatrické léčbě.

Léčebné postupy u tohoto typu onemocnění můžeme rozdělit do čtyř základních skupin: ovlivnění chování močového měchýře, elektrická stimulace, chirurgická léčba a především léčba medikamentózní.

***Reflexní inkontinence***

Jde o nechtěný únik moči z uretry zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení. Příčinou je onemocnění či

poškození centrálního nervového systému, kdy pacient ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu a tento pak probíhá nekontrolovaně.

### ***Paradoxní inkontinence***

Je nechtěný únik moči, kdy intravezikální tlak (uvnitř močového měchýře) převýší maximální intrauretrální tlak (uvnitř močové trubice), přičemž při tomto úniku chybí detruzorová (vypuzovací) aktivita a únik je způsoben pouze pasivním přepětím stěny močového měchýře.

## **1.2 Léčba inkontinence**

V několika posledních letech došlo k výraznému rozmachu nových vyšetřovacích a léčebných metod. Nové léčebné postupy mají vyšší úspěšnost a nižší procento nežádoucích účinků. Jak uvádí Martan (2011, s. 10), současné operační postupy rovněž lépe řeší problematiku se stresovým typem inkontinence moči nebo rekonstrukci pánevního dna.

Jelikož existují různé příčiny a typy inkontinence, jednotná léčba inkontinence moči neexistuje. Ve velmi zjednodušeném principu lze léčbu rozdělit na konzervativní a invazivní (operační). V mnoha případech je vhodné jednotlivé léčebné postupy kombinovat. Volba léčebné metody by v podstatě měla začínat u co nejméně invazivního přístupu, který ale má v dané situaci reálnou šanci na odstranění potíží. Je samozřejmostí, že každá jednotlivá léčba je nejdříve přesně indikována a individuálně upravena.

### **Konzervativní postupy**

#### **1. Behaviorální terapie**

*„Behaviorální terapie je podle platných doporučení Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) doporučována jako léčba první volby. Je relativně jednoduchá, levná a nemá nežádoucí účinky. Základním předpokladem je motivace a spolupráce pacientů.“* (Krhut, 2007, s. 67)

Mezi tyto řadíme:

- Změna životního stylu

- Trénink močového měchýře

## 2. Perorální farmakoterapie

## 3. Intravezikální (uvnitř močového měchýře) terapie

## 4. Hormonální terapie

## 5. Elektroterapie

## 6. Aplikace botulotoxinu

### Operační postupy

Jak popisuje Krhut (2007, s. 99), chirurgické metody léčby se zvažují v případech, kdy konzervativní či méně invazivní metody nevedou k úspěchu, tzn., že hyperaktivní močový měchýř pacientky invalidizuje fyzicky a společensky diskriminuje.

### 1.3 Urogynekologické společnosti

- **Mezinárodní společnost pro kontinenci ICS (International Continence Society)**

ICS (International Continence Society, © 1971-2013) vznikla ve Velké Británii v roce 1971 jako reakce na potřebu posílení mezinárodní spolupráce mezi specializovanými odborníky a sjednocení terminologie. Na vzniku společnosti se podíleli odborníci z Dánska, Francie a Velké Británie. Od doby svého vzniku se ICS rozrostla a v současné době má více než 2000 členů z 80 různých zemí pokrývajících mnoho disciplín, včetně lékařů, chirurgů, zdravotních sester, fyziků, fyzioterapeutů, bio-inženýrů a vědců. Společně s mezinárodní urogynekologickou společností IUGA řeší zejména nejnovější způsoby diagnostiky a léčby inkontinence moči.

- **Mezinárodní urogynekologická společnost IUGA (International Urogynaecological Assotiation)**

IUGA (IUGA, © 2013) byla založena v roce 1975. Každoročně pořádá vědecká setkání na různých místech světa konané za účelem podpory pro výměnu nových poznatků na poli urogynekologie pro tisíce lékařů a poskytovatelů zdravotní péče.



Mezinárodní Urogynekologická společnost (IUGA) se věnuje globálnímu rozvoji znalostí z oboru urogynekologie a praxe prostřednictvím vzdělávání a pro podporu základního a klinického výzkumu poruch ženského pánevního dna. Kromě pořádání výročních konferencí a publikování mezinárodního časopisu Journal, mezi IUGA aktivity patří rovněž organizování vzdělávacích programů po celém světě s cílem dosáhnout konsenzu a terminologie v této oblasti, připojení profesionálů a výroby vzdělávacích materiálů pro pacienty.

- **Urogynekologická společnost UGS**

V České republice je to urogynekologická společnost UGS, jenž má v programu zlepšení péče o osoby s inkontinencí moči a šíření odborných poznatků v oboru urogynekologie. Pro zdravotnické pracovníky pořádá odborné a vzdělávací akce, čímž se významně podílí na jejich dalším vzdělávání.

#### **1.4 Sociální dopady inkontinence moči**

Syndrom inkontinence moči má podle Martana (2011, s. 9-10) velmi negativní dopad na kvalitu života takto postižených žen a může jej zcela změnit. Má vliv nejen na fyzickou, ale i sociální a emociální pohodu pacientek. Krhut (2007, s. 7) udává, že tomuto aktuálnímu tématu současné urologie a urogynekologie, je věnována mimořádná pozornost s ohledem na výsledky studií, které ukazují vysokou prevalenci v populaci. Přestože se nejedná o stav, který by měl být asociovaný s vysokou mortalitou či morbiditou, má značný vliv na kvalitu života postižených. Navíc lze předpokládat, že se s tímto problémem budeme setkávat stále častěji. A to vzhledem nejen k prodlužující se délce života současné západní populace, kdy pacientky zůstávají déle aktivní a nechtějí tolerovat sníženou kvalitu života, ale také díky tomu, že potíže s funkcí dolních močových cest přestávají být mezi laickou veřejností tabu.

## 2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S CHRONICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Vzhledem ke skutečnosti, že inkontinence moči řadíme mezi chronická onemocnění, v následující kapitole se více přiblížíme význam tohoto pojmu.

**Chronický** je podle Vokurky a Huga (2006, s. 450) záležitost vleklá a trvalá. **Chronické onemocnění** má méně prudký průběh než onemocnění akutní. Příznaky jsou však přítomny více méně trvale, někdy mohou být sotva patrné a naopak jindy mohou být výrazné a mohou se výrazně zhoršit. Jejich trvalé působení může poškozovat organismus a jeho orgány. Některá onemocnění mohou být chronického rázu od samého počátku a naopak, jiná se stávají chronickými po opakovaných anebo neléčených nemocech.

**Práce s chronicky nemocnými** spočívá především v pozitivní motivaci. U závažnějšího onemocnění je nutno přizpůsobit i psychologickou podporu a způsob péče. Lidé s chronickým onemocněním mohou postrádat perspektivu uzdravení. Jsou postaveni do situace, kdy dochází střídavě k časově ohraničeným remisím, tj. období, kdy dojde k přechodnému vymizení příznaku nemoci a následnému znovu upadnutí do další, mnohdy zhoršené fáze nemoci (Vágnerová, 2002, s. 27-32). Je známou skutečností, že u osob s chronickou nemocí může dojít ke snížení potřeby stimulace ve smyslu omezení preference novosti a rozmanitosti podnětů. Pacient může dávat přednost věcem, které zná, a které nevyžadují vynaložení snahy a nevyčerpávají. Podněty, které jsou pro něho nové a neznámé nebo taky příliš intenzivní v něm mohou vyvolat negativní reakci. Ta se může projevit stažením sebe sama do ústraní a odmítání, např. sociálního kontaktu. Anebo také naopak, vykazuje zvýšenou potřebu sociálního kontaktu, který slouží jako obrana před úzkostí a strachem. Více se tímto zabýváme v podkapitole 2.1.

**Compliance** znamená součinnost pacienta spolupracovat při léčbě, ochotu dodržovat předepsaný léčebný a terapeutický režim (Vokurka, Hugo, 2006, s. 174). Dobře spolupracuje pacient, který:

- plně důvěřuje svému lékaři
- mezi ním a lékařem je veden dialog
- cítí se jako rovnocenný partner, není přítomná velká asymetrie mezi ním a lékařem
- je pravdivě informován o svém stavu a prognóze
- je ochoten přijmout spoluzodpovědnost za svůj stav a léčbu

- léčba není v rozporu s jeho životním stylem a názory
- cítí sociální oporu ve svém zázemí (Křivohlavý, 2002, s. 47)

V případě chronického onemocnění je compliance mezi pacientem a lékařem nasnadě. V našem případě, kdy se zabýváme inkontinencí moči, hraje v léčbě pacientky důležitou roli právě compliance. Inkontinence moči nepatří mezi choroby, které postiženého jedince bezprostředně ohrožuje na životě, ale poměrně zásadně ovlivňuje psychiku a sociální zvyklosti nemocného. Aby se pokud možno minimalizovaly negativní prvky z psychologického hlediska nemocné osoby, je nezbytné adekvátní formou podporovat právě její přístup a spoluzodpovědnost za léčbu.

### 2.1.1 Dopady na běžný život a rodinu osoby s chronickým onemocněním

Choroba, a to jak života ohrožující, tak i méně závažná, mění sociální pozici nemocného. U postižené osoby může dojít nejen ke ztrátě profesní role, ale také se mění i jeho role v rodině. U závažnějších onemocnění se stává závislým na péči ostatních. Je rozdíl mezi otcem rodiny, který je ve středním věku a babičkou, která má víc jak osmdesát let. V tomto případě otec ztrácí mnohem víc, jelikož není na takový stav, z pohledu vývojové psychologie, připraven. Vágnerová (2002, s. 32) uvádí, že „sociální reakce jsou obecně nejvíce ovlivněny viditelnými projevy.“ Mezi tyto řadí změnu zevnějšku, např. ve formě oblékání, nebo změnu kompetencí. Plně souhlasíme s tvrzením, že sociální a psychická podpora nemocného může výrazně zlepšit kvalitu jeho života, jelikož nemocný člověk potřebuje větší podporu. Pro blízké osoby je rovněž nesnadné a může být zatěžující chovat se k nemocnému adekvátním způsobem. Navíc pro zdravé lidi může být kontakt s nemocnou osobou náročný hned z několika důvodů. Jednak mu připomíná vlastní zranitelnost, a je pro něj i stresovou záležitostí. V takovém případě se s danou skutečností vyrovnává podobně, jako by byl sám nemocen. Onemocnění se tedy netýká pouze nemocného, ale zasáhne celou rodinu. V případě chronické nemoci se doba strávená v blízkosti pacienta pouze prodlužuje.

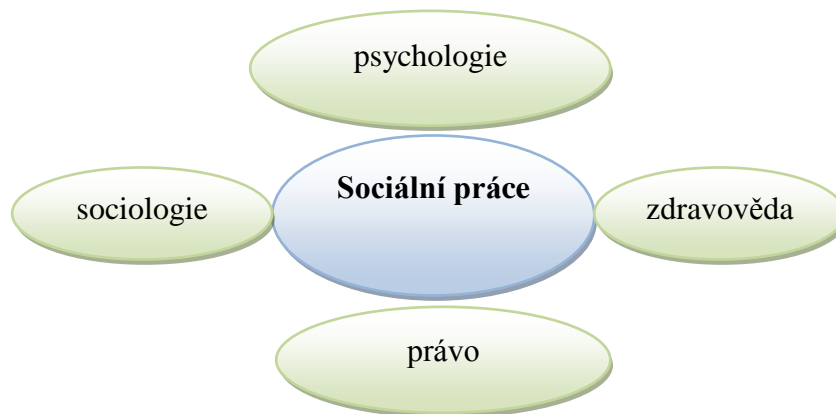
## 2.2 Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými

**Sociální služby** obecně můžeme dělit např. podle následujícího schématu:

- Služby preventivní, terapeutické a rehabilitační, intervenční a pečovatelské.

- Služby poskytované v bytě, v centru (s denním nebo týdenním provozem), v domově (rezidenčně v ústavu).
- Služby poskytnutím informace či potřebných věcí (např. protetických pomůcek), zastupováním či úkonem.
- Péči po určitou dobu nebo trvalou péči v rezidenčním zařízení. (Matoušek, 2001, s. 179)

„Odbornost sociálního pracovníka se vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní péče, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však neposkytuje psychologické, zdravotní právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky.“ (Matoušek, 2001, s. 180)



Obr. 1 Profesionalita sociální práce

„Současnost preferuje jednoznačně zdraví, mládí, úspěch a výkon. Kvalita života se odvíjí právě od těchto hodnot, a proto také jakékoliv odkazy na význam utrpení, bolesti a nemoci pro osobní růst každého jednotlivého člověka jsou považovány za téměř nepatřičné.“ (Jan-kovský, 2003, s. 126)

V souvislosti s tématem naší práce můžeme použít i termín **handicap**, a to ve smyslu určitého znevýhodnění jak sociálního, tak i psychologického charakteru. Podle Matouška (2005, s. 91) lze tento termín rozdělit na tři úrovně:

1. postižení – problémy, které souvisí s tělesnou funkcí a strukturou

2. tyto mohou být důvodem omezení v různých činnostech, jejichž důsledek je popisován z pohledu jednotlivce
3. tyto problémy mohou být rovněž příčinou různého omezení ve společenských aktivitách.

Různé stupně znevýhodnění se mohou stát nepřekročitelnou bariérou mezi handicapovanými a zdravou populací. Aby nedošlo k vyloučení ze sociálního kontaktu s okolím, je důležité zaměřit pozornost na prevenci.

**Sociální rehabilitace** se ve svém nejširším smyslu zaměřena na podporu člověka, aby byl schopen fungování v běžných životních situacích. V našem případě se více zaměříme na sociální rehabilitaci z pohledu inkontinentních žen. Může probíhat formou socioterapie, kdy se snažíme o posílení statusu jedince, rodiny nebo o nápravu vztahů mezi jedincem a určitou komunitou či např. formou případové sociální práce. Komunitou máme v tomto případě na mysli např. určité společenství lidí, kam nemocná žena před vznikem svých potíží, pravidelně docházela. Mohou to být sportovní kluby, zájmové kroužky atd. Rovněž nesmíme opomenout kvalitu života lidí se zdravotním znevýhodněním a jejich prožívání a uspokojení v rodině. Taktéž uspokojení potřeby práce je pro člověka velmi důležité. V případě, že se tato potřeba není uspokojena, může docházet k frustraci či stresové zátěži. Z toho důvodu do sociální rehabilitace řadíme i rehabilitaci pracovní.

Pokud hovoříme o sociální rehabilitaci, ještě bychom zmínili následující. Vzájemné vztahy obou skupin, myšleno ženy trpící inkontinencí moči a určitou komunitou, mohou vykazovat několik stupňů:

- úplná účast v sociálních vztazích
- znevýhodnění normálních sociálních vztahů, nikoliv však znemožnění (nervozita, stud, nízké sebevědomí v důsledku vědomí o svém handicapu)
- omezená účast v sociálních vztazích znamenající rezignování na určité činnosti (např. neúčast na sportovních, kulturních akcích)
- taková neúčast může znamenat omezení vztahů na mikroprostředí (rodina, přátelé), stále je však možnost nápravy
- ochuzené vztahy mohou znamenat rezignaci na širší společenské kontakty a nesou v sobě riziko špatné perspektivy zlepšení stavu

- redukované vztahy (rodič, lékař, partner aj.)
- narušené vztahy, tj. neschopnost udržovat sociální kontakty v důsledku svého onemocnění
- společenská izolace

Při práci se znevýhodněnými je třeba věnovat velkou pozornost několika faktorům: biologickým (zdravotní stav), psychologickým (aktuální psychický stav, sebepojetí a sebehodnocení, osobnostní rysy aj.), sociálním (rodinné zázemí, společenské postoje, schopnost navazovat vztahy aj.), adekvátní dostupnost sociálních služeb, trh práce atd. V neposlední řadě jsou to noetické faktory, které znamenají hodnoty, smyslownost vlastního života, morální, etické přesvědčení a náboženské přesvědčení či schopnost vnímat vlastní zkušenost. V praxi to znamená, že sociální pracovník musí reflektovat individuální, kulturní a fyzické překážky, které brání lidem handicapem v jejich společenském uplatnění. „*Proto je žádoucí sociální služby pro zdravotně znevýhodněné konstruovat na základě jejich práv.*“ (Matoušek, 2005, s. 100)

Jednou z překážek v socializačním procesu u zdravotně znevýhodněných může být pocit osamělosti, který je důsledkem určité disharmonie v osobních vztazích. Jak uvádí Matoušek (2005, s. 101) lze s tímto do jisté míry pracovat. Můžeme využít strategie jako je změna aktuálních sociálních postojů člověka, změna sociálních potřeb či tužeb jedince a přehodnocení významu stávajících sociálních kontaktů. My se však přikláníme k názoru, že takové přehodnocení svých sociálních postojů a vztahů vyžaduje velmi silné odhodlání jedince a nepovažujeme je za příliš reálné, zejména u osob ve středním a seniorském věku.

### 2.3 Sociální práce s lidmi trpící depresí

Předpokládáme, inkontinence moči může vést až depresím, kdy pacientky mohou ztrácet víru v uzdravení se či ve zlepšení svého fyzického stavu. **Deprese** jsou podle Vokurky a Huga (2006, s. 207) popisovány jako duševní stav, který je charakteristický nadměrným smutkem. V obecném pojetí se deprese vyznačují smutnou náladou, poklesem energie, ztrátou zájmů, sníženou sebedůvěrou, výčitkami vůči vlastní osobě, poruchami spánku (především časně ranní probuzení) a příjmu potravy, a to v obou směrech.

Jak uvádí Culley a Bond (2008, s. 67) s depresivním člověkem lze pracovat podle následujícího schématu:

1. Cíle (navázání pracovního vztahu, vyjasnění a definování problémů, provedení vyhodnocení a sestavení smlouvy)
2. Strategie (zkoumání, hledání priorit a na ně zaměřit svoji pozornost, sdělování primárních hodnot a snažit se být konkrétní)
3. Dovednosti (schopnost sledovat, naslouchat, adekvátně reagovat)

Při práci s depresivním člověkem, který plní dohodnutý postup, považujeme za důležité aktivně hledat příležitosti, jak podpořit jeho, v optimálním případě, narůstající pocit úspěchu a sebedůvěry.

Obecně můžeme práci sociálního pracovníka s duševně nemocnými směřovat k cílené pomoci, a to v poskytování informací z oblasti sociálního zabezpečení, pomoc s problémy ve sférách v oblasti občanského, pracovního a rodinného práva, rodinnou intervenci, či poskytování poradenství apod. Systém péče by měl podporovat deinstitucionalizaci, tzn., přesunout péči z uzavřených institucí do přirozeného prostředí. Samozřejmě za využití podpory zdravotních a sociálních systémů. V našich podmínkách existuje pouze malý počet komunitních služeb či zařízení, které duševně nemocným poskytují podporu v bydlení. (Probstová in Matoušek, 2005, s. 146) Naopak v rozvinutých západních zemích deinstitucionalizace probíhá již od šedesátých let minulého století.

Sociální pracovník může s duševně nemocnými lidmi pracovat jak v institucích, tak i léčebných komunitách nebo komunitních zařízeních.

V institucích: psychiatrická léčebna nebo psychiatrické oddělení, ústavy sociální péče pro mentálně postižené, domovy důchodců atd.

Komunitní zařízení: denní sanatoria, krizová centra, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení atd.

Jak uvádí Probstová (in Matoušek, 2005, s. 135-138), v tomto případě, je úkolem sociálního pracovníka:

- vytvoření vztahu, který je založen na respektu a partnerství
- je propojením vztahů mezi komunitou a nemocným, kdy cílem je sociální integrace klienta
- dává do souvislostí duševní problémy a individualitu klienta

- mapuje sociální a zdravotní potřeby duševně nemocného
- chápe a podporuje koncept uzdravení, kdy u dlouhodobě nemocných se tím rozumí readaptace, tj., přijetí sebe sama, adaptaci sebe sama na onemocnění
- podporuje sociální integraci
- připravuje pacienta na přechod z institucionálního, lůžkového zařízení do přirozeného společenství
- může poskytovat systematickou podporu a monitoring v situacích, kdy dochází k větší zátěži klienta v domácím prostředí (sebeobsluha, cestování veřejnou dopravou, atd.)
- podílí se na sestavení krizového plánu, který by posloužil v případě zhoršení obtíží nebo krize klienta
- spolupracuje s rodinou, s klientovým okolím

## 2.4 Poradenství a depresivní klient

„Poradenství není dávání rad stran toho, co někdo má dělat v té nebo oné situaci.“ (Drapela, 1998, s. 162) Není to ani pouhé sdělování informací ani manipulování s myšlením a chováním klienta či jednostranná intervenující činnost poradce. Kopřiva (2006, s. 49-50) dělí způsoby **intervence** do čtyř typů:

- instrukce (direktivní typ; důrazná forma – příkaz, zákaz, méně důrazná forma - rada, doporučení)
- komentář (považováno za nedirektivní intervenci; pracovník staví situaci do nového světla tím, že vyslovuje vlastní stanovisko)
- kladení otázek (je základní formou intervence v systemické terapii; stejně jako komentář má klientovi pomoci k náhledu na problém z jiného úhlu)
- rezonance (pomáhající pouze zrcadlí to, co klient říká)

Gabura a Pružinská (1995, s. 83-84) předkládají zjednodušený přístup **poradenského procesu** u klienta s depresí:



- pozorné a vnímavé vyslechnutí si klientových problémů a historie jeho depresivních stavů
- udělat si přehled symptomů jeho deprese, jejich dobu trvání a intenzitu
- pokusit se klientovi objasnit pojem deprese, podstatu
- shrnout, jaké kroky k nápravě a zlepšení svého stavu klient podnikl, jaké navštívil instituce, zmapovat především všechny doposud pozitivní intervence
- v případě, že nekonzultoval svůj problém s odborníkem z oboru zdravotnictví (psychiatrem), poradce by měl zvážit nutnost takové konzultace
- po dohodnutí poradenské péče by poradce měl klientovi poskytnout informace o podmínkách spolupráce a uzavřít s ním smlouvu s rámcovým časovým vymezením
- poradce by měl klientovi umožnit prožítí smutku, připravit podmínky na přijetí deprese klientem
- redukce symptomů
- instrukce k plnění úkolů, pracovní a časový harmonogram vypracovaný společně s klientem, pozitivní posilování drobných úspěchů a změn, vyhledávání pozitivních zážitků, budování postupů na příjemném prožívání zážitků
- hledání souvislostí mezi depresí a interpersonálními vztahy, podpora v překonávání sociální izolace, udržování kontaktů, budování sociální podpory
- realizace klientova očekávání, podpora emancipace, směřování k samostatnosti a odpovědnosti za svůj život, ukončení poradenské práce

### **Specifické potřeby duševně nemocných:**

#### Bydlení

V České republice žijí dlouhodobě v domácích podmínkách, v léčebnách nebo ústavních zařízeních. Rovněž je můžeme najít jako osoby bez přístřeší, kdy žijí s bezdomovci. V domácích podmínkách je u těchto osob posílen pocit bezpečného zázemí. Platí zde zásady návaznosti péče, individualizace klienta a spolupráce s rodinou. U osob s výrazně ovlivněnou funkční kapacitou, včetně jejich pracovního potenciálu je důležitá podpora, zaměřená na nácvik a obnovení sociálních dovedností.

Další skupinu tvoří lidé, kteří běžné životní situace zvládají, ovšem s menšími problémy. Nejčastěji přitom využívají služeb jednoho specializovaného odborníka. Snížená schopnost jejich adaptace se může projevovat např. jistou mírou závislosti nebo nestálosti. I u těchto osob je důležitá včasná intervence ze strany např. sociálního pracovníka.

### Práce

Práce je v životě člověka důležitým činitelem neboť brání sociální izolaci jedince. „*Pracovní rehabilitace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností.*“ (Probstová in Matoušek, 2005, s. 149) Měla by propojovat individuálně zaměřené postupy se strategiemi, které jsou zacíleny na prostředí. Sociální pracovník by měl být schopen diagnostikovat druh a rozsah překážek, následně potom společně s klientem navrhnout typ intervence. V nauce pracovních dovedností bude spolupracovat s pracovním terapeutem a měl by se zapojit do oblasti sociálního fungování klienta. Jemu pomáhá při překonávání bariér.

Pracovní rehabilitace může probíhat v následujících zařízeních:

- denní centra
- klubová zařízení
- chráněné dílny

Další formou může být tzv. přechodné zaměstnání, kdy hovoříme o krátkodobé pracovní rehabilitaci. Zde je velmi důležitá profesionalita asistenta, který klienta zaučuje a v určitých situacích i supluje.

Ještě můžeme zmínit i nový trend, a to podporované zaměstnání. Jedná se o situaci, kdy klientům, kteří mají obavy odejít z chráněného prostředí, je sice poskytnuta opora v podobě asistenta, nicméně mění se její intenzita.

### Volný čas

K tomu, aby byly uskutečněny volnočasové aktivity, se mohou, a to nejen duševně nemocným lidem, vyskytnout různé překážky. Můžeme je rozdělit na vnější, jako je finanční nedostupnost, nepřijetí duševně nemocných okolím, nemožnost nebo nedostupnost dopravy aj. Mezi vnitřní bezpochyby patří psychologické bariéry nemocného – strach z neznámého, nejistota prostředí, komunikační bariéry, zvnitřněná stigmatizace vlastního onemocnění,

sociální neobratnost, vedlejší účinky léků, nízká sebedůvěra, symptomatické projevy nemoci apod.

V těchto situacích role sociálního pracovníka spočívá ve snaze vybudovat spojení mezi klientem a okolím. Napomáhá mu při vstupu do různých institucí a zařízení, podporuje a napomáhá při organizování dobrovolnických služeb.

## 2.5 Vztah mezi pracovníkem a klientem

Jednou z nejdůležitějších složek ve vztahu pracovníka, jehož zaměření je z oblasti pomáhající profese a klientem je **lidský vztah**. Priority klientů seřadit následovně:

1. náklonnost
2. trpělivost
3. vcítění se (empatie)
4. odbornost

*„Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný.“* (Kopřiva, 2006, s. 15) Pomáhající pracovník může být ve své profesi buď angažovaný, nebo opačně – pojmá svoji práci pouze jako výkon, bez zájmu o klienta. V prvním případě ovšem může nastat paradox, kdy je projevována nadbytečná kontrola nad klientem či naopak, a to přílišný zájem, obětování se pro klienta. V obou případech však dochází k narušení tenké hranice ve vztahu mezi pracovníkem a klientem.

Při pomáhající práci s klientem je jedním z obsahů **rozhovor**. Pro tento je velmi důležité, pokud to situace umožňuje, vytvořit si prostor, vyhradit si čas a také připravit se či jinými slovy naladit se na rozhovor. Aby byl rozhovor pro obě strany přínosný, neměl by být kontakt konfrontační nýbrž vnímavý. Jeho součástí by mělo být:

- naslouchání (pozorně sledovat, co druhá osoba říká, nekritizovat, nevnášet a nevnučovat vlastní myšlenky, je to aktivní proces, který vyžaduje stálou přítomnost u druhé osoby)
- respektující dialog (zahrnuje v sobě počáteční kontakt/vedení, kontakt – objasnění vzájemných očekávání, naslouchání, propracování problému, stanovení vzájemných limitů, sebeotevření, podpora)

- zpětná vazba
- nechat situaci v sobě doznít, krátká reflexe

Jednou z dalších složek při pomáhající práci klientem je **moc**, mocenská pozice pracovníka. „*Čím větší pravomoc pomáhající má, tím větší je tendence jeho protějšku k odstupu a nedůvěře.*“ (Kopřiva, 2006, s. 40) Projevy moci pomáhajícího pracovníka mohou mít následující formu:

- nevlídnost
- neomalenost
- krutost
- laskavost

Protipólem v projevu klienta můžeme pozorovat:

- stáhnutí se z kontaktu
- zaujmutí postoje uctivé pasivity
- uzavření následkem zlosti či pocitu křivdy
- naučí se žadonit o mezilidský kontakt

Pokud chceme dosáhnout při práci s klientem trvalé a kvalitní změny, je žádoucí využít nedirektivní přístup, tj., podporovat klienta. Na tento je ovšem zapotřebí mít nejen čas, ale i sílu a pracovní odhodlání. Opak, tedy direktivní přístup, je vhodné použít v situacích, kdy:

- a) hrozí nebezpečí, že pomoc nepřijde včas
- b) klient je v akutní krizi, neuvažuje racionálně, je zmatený, potřebuje vedení
- c) klient má nízkou inteligenci, tudíž potřebuje vedení
- d) klient potřebuje to, co považuje za správné, ještě slyšet od autority, odborníka

Při vzájemné opakované spolupráci mezi pracovníkem a klientem dochází ke vzniku **systému** „*vzájemně do sebe zapadajících reakcí.*“ (Kopřiva, 2006, s. 40) Pokud bychom chtěli tomuto systému porozumět, není na místě hledat příčiny a následky, ale je třeba se zaměřit na okruhy, kdy do sebe jednotlivé reakce neustále a zpětně zapadají. Touto cestou je možno dospět k řešení klientovi problémové situace. Nehledat viníka, nýbrž zaměřit se na hledání lepšího řešení. Pomáhající pracovník by i v tomto případě měl mít na paměti svoji

neutralitu, objektivní nahléd a nesklouznout k jednoduchému řešení označení viníka. Při důslednějším zamyšlení je zřejmé, že nemáme takovou znalost situace, kdy klient měl dostatečný prostor či možnost volby nebo jaké alternativy měl k dispozici v okamžiku rozhodování.

### 3 PEDAGOGIKA ZDRAVÍ V KONTEXTU CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Jak uvádí Bakošová (2011, s. 30-31) je možno se v pedagogice zdraví orientovat na různé aspekty prostředí. Ať už jsou to aspekty globální, lokální, rodinné, školní, nemocniční či prostředí různých ústavních zařízení. Dále může výchova ke zdraví probíhat na jako součást předmětu všech stupňů školského vzdělávání či jako součást sociální práce. Především v této oblasti souhlasíme, že koncepce, která by byla zaměřena na kvalitu života spojenou s chorobami, léčbou a rehabilitací v medicínském a sociálním kontextu, může být pro velkou část populace velmi přínosná. Další pohled na pedagogiku zdraví je chápání zdraví *„nejen jako jednotu fyzického a psychického, ale spíše pocíťování příjemnosti. Čím jsou intenzivnější a častější pocity příjemnosti, tím je lepší zdravotní stav daného člověka.“* (Kowalski, 2009 cit. podle Bakošová, 2011, s. 31) Rovněž se přikláníme k názoru, že každý člověk by měl mít jistou dávku sebereflexe a být spoluodpovědný za svoje zdraví. V našem pojetí to znamená, že by člověk neměl pouze pasivně přijímat pomoc, ať už v medicínské či sociální oblasti, nýbrž by on sám měl aktivně naslouchat a v rámci svých možností vynaložit snahu o zlepšení své vlastní situace. My bychom chtěli zaměřit svoji pozornost na souvislost problematiky inkontinence moči jako spojitost mezi chronickým onemocněním a přístupem k řešení problematiky chronického onemocnění. Jsme toho názoru, že jakkoliv je léčba zdoluhavá a pro pacienta tím pádem i vyčerpávající, měl by, za podpory ať ze svého blízkého okolí či podpory odborníků (čímž sociální pedagog bezesporu je) aktivně a s jistou dávkou vytrvalosti ke své situaci přistupovat. V tomto bychom spatřovali velký přínos výchovného působení pedagogiky zdraví.

Podpora zdraví je mnohostrannou záležitostí. Můžeme ji však rozdělit do několika základních okruhů:

- a) dostupná péče
- b) behaviorální přístup – zaměřit se na změny chování
- c) vzdělávací přístup – výchova ke zdraví a odpovědnosti
- d) marketingový přístup – zaměření na jednice a jeho specifické vlastnosti
- e) přístup sociální změny.

Rovněž souhlasíme s tvrzením, že podpora zdraví zahrnuje všechny faktory, které zvyšují zdravotní potenciál. Výsledkem je, že vývoj teorie podpory zdraví také přispívají non-

lékařské disciplíny, jako je sociologie, psychologie, vzdělávání, ekonomiky, sociální politiky, marketingu a filozofie. (Chromikuj.pl, © 2012)

### **3.1 Psychologie zdraví**

Zdravím se zabývá i hraniční obor psychologie zdraví. Zdraví subjektivní i objektivní, má několik stupňů. „*Od naprostého subjektivního i objektivního, přes klamně zdraví subjektivní nebo klamný pocit těžké tělesné nemoci, po skutečné nemoci lehké, až po nemoci těžké, ohrožující život a snižující dobu dožití. Jejich léčba (o prevenci nemluvě) může obnovit plně zdraví, subjektivní i objektivní.*“ (Křivohlavý, 2003, s. 11)

#### **3.1.1 Biopsychosociální faktory udržující, posilující a podporující zdraví**

##### **A. Psychoneuroimunologie**

Psychoneuroimunologie je na svém počátku. Pokud budeme schopni odpovědět na otázky typu: „Proč jsem onemocněl či neonemocněl já a ne on? Jak to, že jsem onemocněl já a ne on? Co nám může pomoci, když upadáme do nemoci?“, bude tento obor velmi přínosný nejen pro odborníky z oblasti medicíny, ale rovněž i pro ostatní pomáhající profese.

##### **B. Placebo**

V případě podávání placebo pacientům, kdy pojmem placebo rozumíme látku, která je podávána jako lék a pacient věří, že se jedná o lék. Jedná se o látku, která nejen vypadá, ale může eventuelně i chutnat stejně jako lék, neobsahuje ovšem účinnou složku. Pacient může pocítit úlevu, jestliže placebo věří (Vokurka, Hugo, 2006, s. 797).

V širokém pojetí můžeme hovořit o jakémkoli lékařském postupu, který vedl k úspěšnému uzdravení nemocného, bez použití chemické či fyzické vazby.

##### **C. Nadějně způsoby zvládnání životních těžkostí**

Každé onemocnění představuje pro člověka určitou zátěž, kterou je třeba zvládnout. Podle Vágnerové (2002, s. 85-84) lze toto rozdělit na dvě složky, a to citovou a rozumovou. Rozumovou chápeme, že se u nemocného dojde k pochopení, porozumění svého stavu. Cito-

vou složkou rozumíme přijetí reálné situace. To, že se nemocný musí vyrovnat se svojí novou situací, kdy je postaven do jiné sociální role, u něho vyvolává i různé, neuvědomované obranné reakce. Funkcí takových reakcí je, aby si nemocný udržel přijatelnou psychickou rovnováhu. Tomuto způsobu zvládnání situace se odborně říká **coping**.

Při zvládnání stresových situací jsou jedním z činitelů i osobnostní charakteristiky člověka.

- Nezdolnost v pojetí **resilience** (pružnost, houževnatost, schopnost se rychle vzpamatovávat, ale i schopnost požádat druhé o pomoc).
- Nezdolnost v pojetí **koherence** (smysl pro integritu, jednotu a celistvost původních a pravých vlastností a chování osobnosti).
- Nezdolnost v pojetí **hardiness** (osobnostní tvrdost).
- Vnímaná osobní zdatnost (přesvědčení, že člověk je schopen řízení, kontroly a zvládnutí běhu dění, ve kterém se nachází).
- Optimismus.
- Pesimismus.
- Smysl pro humor, smysluplnost života
- Kladné sebehodnocení.
- Sebedůvěra.
- Svědomitost.
- Negativní efektivita. (Lidé s výrazně negativními náladami a emocemi, častěji se dostávají do stresového stavu, hůře se vyrovnávají a řeší stresové situace.)

Efektivní formy zvládnání životních těžkostí:

- modifikace chování
- kognitivní ovlivňování
- „psychologické očkování“ proti stresu a bolesti
- ventilace emocí.

Techniky umožňující lepší zvládnání stresu:

- relaxace (meditace, imaginace)
- víra (náboženská víra jako jedna z možností a forma pomoci).



#### D. Sociální opora

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísně jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“ (Křivohlavý, 2003, s. 94)

Sociální opora může probíhat na několika úrovních:

- makro-úroveň (celospolečenská forma pomoci)
- mezo-úroveň (pomoc ve formě sociální skupiny)
- mikro-úroveň (pomoc blízké osoby, tzv. dyáda – na úrovni dvou lidí)

Sociální oporu lze rozdělit na následující:

- a) instrumentální (konkrétní, věcná forma pomoci – finanční, materiální, poskytnutí pomoci při jednání na úřadě, ...)
- b) informační (profesionální pomoc, naslouchání, rada od člověka s podobnou zkušeností, ...)
- c) emocionální (emocionální blízkost)
- d) hodnotící (úcta, posilování kladného sebehodnocení, posilování sebevědomí, ...).

#### E. Prevence ztráty nadšení

Howkins a Shohet (2004, s. 33) uvádí vyhoření jako stav emočního a tělesného vyčerpání, kdy postižený vykazuje nedostatek zájmu o práci, nízkou pracovní morálku a deperzonalizaci klientů, nízkou důvěru ve druhé osoby, odsuzuje sebe sama a trpí hlubokým pocitem selhání. V případě chronického onemocnění, kdy hovoříme o sofistech nemoci a např. ztrátě pozice v zaměstnání, vidíme nebezpečí i v tomto směru. Po ztrátě jedné pozice může nastat situace, kdy si postižený hledá jiné zaměstnání. Tam, ve snaze být úspěšný, může ke ztrátě nadšení dojít.

Fáze vyhoření podle Schmidbauera (2008, s. 218-221):

- a) *počáteční fáze* (nadměrná angažovanost - jedním z prvních signálů, nepřipouštění si negativních pocitů, idealizace práce jako cosi dokonalého, odmítání relaxace a regenerace, popření vlastních potřeb)

- b) *propuknutí* (fáze stadia zmatku, kdy postižený nemůže popřít, že je něco špatně, nároky se rozcházejí s prožitky úspěchu; varovné signály – chronická únava, nechť se pouštět do další práce, stupňování agrese vůči kolegům a klientům)
- c) *fáze slábnoucí výkonnosti* (ubývání výkonnosti, špatná koncentrace, chybovost, depresivní vývoj plus tělesné symptomy – bolesti zad, nespavost, náchylnost k infekcím, kardiovaskulární onemocnění, negativní projevy v soukromém životě, upadání do osamělosti)
- d) *kompensované vyhoření* (pracovníci, kteří skrývají, že vnitřně vzdali svoje povolání, slouží podle předpisů a zakrývají svoji neangažovanost výmluvami na jiné povinnosti)

Jak předcházet vyhoření:

- a. metody zaměřené na toho, kdo je ohrožen – interní postupy
- b. aktivity zaměřené na úpravu vnějšího prostředí, které mohou vyhoření napomoci – externí postupy

## F. Pohybová aktivita

*Tělesnou zdatností* rozumíme celou řadu charakteristických znaků týkajících se tělesné pohyblivosti. Podrobněji ji můžeme rozdělit na organickou (fyzické předpoklady dané genetickou výbavou) a dynamickou (to, co bylo na základě cvičení vybudováno).

*Kardiovaskulární zdatnost* souvisí s činností kardiovaskulárního systému. Velmi úzce souvisí s tělesnou zdatností, která je důležitým faktorem pro prevenci negativních srdečních příhod.

*Tělesná aktivita a psychika* jsou taktéž velmi úzce spjata. Jsme toho názoru, že cvičení má pozitivní vliv na zlepšení psychiky, co se týká deprese, na snižování pocitu úzkosti, zvyšuje sebevědomí a nepochybně pomáhá v překonávání stresových situací.

## G. Duševní hygiena

Podle Křivohlavého (2003, s. 143-144) lze duševní hygienu rozdělit na užší a širší pojetí. V užším pojetí je to boj proti výskytu duševních nemocí. V širším pojetí je to snaha o umožnění fungování optimálního stavu duševního rozpoložení, duševně se zdokonalovat a růst. Duševní hygiena se věnuje nejen zdravím lidem, kdy jde o posílení a upevnění dušev-

ního zdraví, ale rovněž se zajímá o jedince, kteří mohou balancovat mezi zdravím a nemocí. Zde jim napomáhá ve znovunalezení duševní rovnováhy. V neposlední řadě se věnuje i lidem nemocným.

Duševní hygiena klade velký význam na sebevýchovu a „zdravé“ stanovení si cíle v běžném životě a zaměstnání. K dosažení optimální duševní rovnováhy tato disciplína klade důraz na sebevýchovu, zrání osobnosti, duševní klid, sociální interakci, životosprávu a úpravu životního a pracovního prostředí.

### **H. Smysluplnost života, důvěra a víra**

Víra člověka, a to nejen ve smyslu náboženském, má vliv na vícero oblastí života. Můžeme ji rozdělit na víru vnitřní, kdy ji má člověk uvnitř sebe, vychází z jeho nitra a podle ní i žije a na víru vnější. Ta je před okolím navenek prezentována, nevychází však z vnitřního přesvědčení. V pozadí je potom možno pozorovat negativní motivy, sociální návyky, životosprávu, ... Víra tedy může mít vliv na zdravý životní styl, zvládnutí stresu, deprese, biologickou imunitu, kvalitu života a životní spokojenost.

#### **3.1.2 Biopsychosociální faktory poškozující a ničící zdraví**

- Stres
- Toxikomanie (kouření, drogy, alkohol)
- Rizikové sexuální chování
- Přejídání
- Nehody a úrazy

U těchto faktorů bychom dbali především na prevenci, které je nutno přikládat velký význam. Ať už hovoříme o prevenci primární, sekundární či terciální.

### **3.2 Biologické a sociokulturní determinace psychiky**

Skutečnost, že člověk je bytost biologická a současně společenská, umožňuje determinaci lidské psychiky jako biologickou a socio-kulturní. U inkontinence moči v podstatě můžeme hovořit o obou. Na nemocného má vliv nejen jeho fyzický stav, ale zároveň vnímá i reakce ze svého okolí. Vše je navzájem svázáno propojenými vztahy, které se vzájemně zpětně

ovlivňují. Mechanismus těchto propojených a zpětně reagujících vazeb jsme popisovali v podkapitole 2.5.

„*Biologická determinace je vázána na vrozenou konstituci člověka. Základní biologické determinanty, jejichž souhrn se označuje jako konstituce, tj., vrozené uspořádání organismu, tvoří především: 1. evolučně preformované formy chování, 2. dědičnost.*“ (Nakonečný, 1998, s. 20)

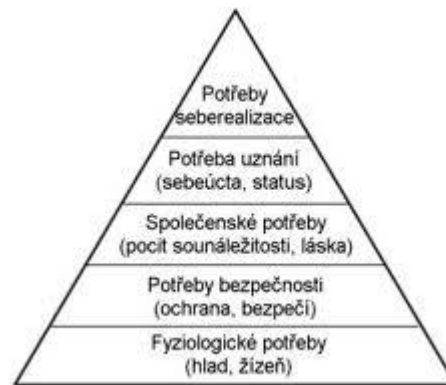
Evolučně preformované formy chování: již ze slova preformované plyne, že se jedná o předem daný systém. Hovoříme o vrozených reflexích a instinktech. Tyto člověku zajišťují schopnost přizpůsobit se základním podmínkám života, resp. uspokojení základních lidských potřeb. Tímto rozumíme potřebu potravy, pudovou, orientační, obrannou či instinktivní tendence, které, jak uvádí Nakonečný (1998, s. 20) mohou být u člověka uchovány pouze v jakýchsi reziduálních formách, obsaženy v různých způsobech sociálního chování (agrese, obrana osobního teritoria, imponování mužů při ucházení se o sexuálního partnera, sexuální reakce atd.).

Dědičnost, jejíž nositeli jsou geny, je přenos určitých vlastností z jedné generace na druhou. Geny jsou součástí pohlavních buněk, v jejichž struktuře je zakódovaná genetická informace. Její funkcí je potom řízení stavby a vývoje orgánů a tkání. Zděděné dispozice však mohou být dále utvářeny, a to vlivy prostředí.

Zdrojem socio-kulturní determinace je společenské prostředí. „*Kulturní prostředí, do něhož se člověk narodí a v němž žije, je kvalitativně něco zcela jiného než prostředí přírodní.*“ (Nakonečný, 1998, s. 27) Hovoříme o uměle přetvořené přírodě, o systému se specifickými životními podmínkami, které vyžadují specifické způsoby adaptace, a který nezbytně vytváří specifický druh determinace lidské psychiky. Primární vliv kultury člověku zprostředkovává rodina, ve které vyrůstá. Od útlého věku dochází k socializaci, tj. k osvojení si vzorců chování platných v dané společnosti. Člověk tak postupem času přijímá kulturní vzorce – normy: obyčej, tradice, zvyklosti, mravy, právo a tabu. Na člověka během života působí nejen rodina, ale i škola, vrstevnické prostředí, masmédiá, hospodářské a politické podmínky. To všechno je zdrojem sociálního učení.

Pro znázornění lidských potřeb uvádíme Maslowovu hierarchii (Drapela, 1998, s. 139), kde seřadil lidské potřeby podle důležitosti od těch nejnaléhavějších až po nejméně naléhavé.

Obr. 2 Maslowova hierarchie lidských potřeb



Biologické a socio-kulturní determinanty lidské psychiky se vzájemně ovlivňují, první vytvářejí podstatné podmínky pro vliv druhých. Psychika ovšem ovlivňuje i fyziologické funkce organismu, zde potom hovoříme o psychosomatických vztazích.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část této diplomové práce vymezuje metodologii vlastního výzkumu, snaží se podat ucelený popis jeho realizace včetně interpretace konkrétních výsledků. Položili jsme si tři výzkumné otázky, na které jsme pomocí vytvořených hypotéz zodpověděli.

### 4.1 Výzkumný problém a cíl výzkumného šetření

**Výzkumný problém:** Může být inkontinence moči jakožto sociální aspekt vnímána v různém věku odlišně?

Hlavním **cílem** výzkumné části je zjistit, jaké sociální a psychologické dopady má inkontinence moči na ženy trpící tímto onemocněním a jak jsou tyto oblasti ovlivněny věkem. Jinými slovy, pokusili jsme se zmapovat vliv tohoto onemocnění na konkrétní aktivity běžného života inkontinentních žen.

### 4.2 Výzkumné otázky a stanovení hypotéz

Na základě cíle jsme si stanovili následující výzkumné otázky a hypotézy.

#### 1. Jaké oblasti života inkontinence moči ovlivňuje a jak jsou ovlivněny věkem?

H: Existuje souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti cestování.

H: Existuje souvislost mezi mírou ovlivnění v oblasti domácího prostředí, způsobenou inkontinencí moči a věkem.

H: Existuje souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění ve společenské oblasti.

H: Existuje souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti vztahů.

H: Existuje souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v psychické oblasti.

#### 2. Jaké pocity a s jakou intenzitou je tyto ženy prožívají a jakou roli zde sehrává věk?

H: Mezi věkem a vnímanou intenzitou nervozity existuje souvislost.

H: Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu strachu existuje souvislost.

H: Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu beznaděje existuje souvislost.

H: Mezi věkem a vnímanou intenzitou studu existuje souvislost.

### 3. Jaká je informovanost žen o nabízené pomoci a jak informovanost souvisí s věkem?

H: Existuje souvislost mezi věkem a znalostí pacientek o tom, kde vyhledat pomoc.

## 4.3 Definování proměnných

- Míra ovlivnění způsobená příznaky postižení (závisle proměnná)

Ověření hypotézy u výzkumné otázky číslo 1; bude vyjádřeno pomocí testu dobré shody. Škálové rozpětí možných odpovědí nikdy – většinou ne – někdy – většinou ano – vždy (nominální proměnná).

- Pocity (závisle proměnná)

Ověření hypotézy u výzkumné otázky číslo 2; bude vyjádřeno pomocí testu dobré shody. Škálové rozpětí možných odpovědí nikdy – většinou ne – někdy – většinou ano – vždy (nominální proměnná).

- Znalosti o tom, kde hledat pomoc (závisle proměnná)

Ověření hypotézy u výzkumné otázky číslo 3; bude vyjádřeno pomocí testu dobré shody. Možnost odpovědi ano/ne (kategorizovaná nominální proměnná).

- Věk (nezávisle proměnná)

Věkové kategorie v rozmezí: méně než 30 let; 31 – 40 let; 41 – 50 let; 51 – 60 let; 61 -70 let a více než 70 let.

## 4.4 Pojetí výzkumu

Na základě stanovených hypotéz jsme zvolili kvantitativně orientovaný výzkum. Pro tento druh výzkumu jsme se rozhodli proto, že pracuje s fakty na základě objektivní skutečnosti a je zde, na rozdíl od kvalitativního druhu výzkumu, eliminována mnohoznačnost slov.

Základním rozdílem mezi kvantitativním a kvalitativním druhem výzkumu je, že výsledkem kvalitativního výzkumu je, resp. by mělo být, porozumění danému problému v celé



jeho šíři. Naproti tomu výzkum kvantitativní by nám měl dát odpovědi na hypotézy, které jsme si definovali na počátku výzkumného šetření.

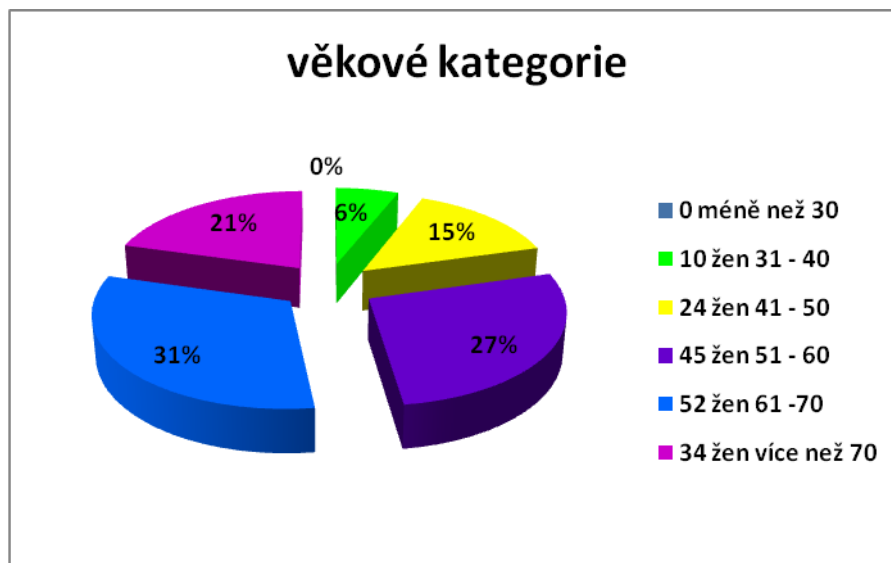
Výhodou kvantitativního výzkumu je, že výzkumníkovi umožňuje zjistit míru těsnosti vazeb mezi proměnnými. V našem případě nám pomůže odhalit i vliv určitých faktorů na změnu sledovaného jevu. Další výhodou spatřujeme v možnosti zobecnění získaných výsledků. Nevýhoda spočívá v tom, že nejde hlouběji, nemůže pronikat do mnoha dalších souvislostí, což je naopak možné u kvalitativního výzkumu.

## 4.5 Výzkumný vzorek

Základní soubor je tvořen ženami s inkontinencí moči, které navštěvují konkrétní zdravotní středisko, a to urogynekologickou ambulanci ve Zlíně. Výběrový soubor, který tvoří výzkumný vzorek a je tvořen 165 ženami trpících tímto onemocněním, jsme získali náhodným (pravděpodobnostním) výběrem mezi těmito pacientkami. Charakteristickým rysem náhodného výběru je, že všechny prvky souboru, v našem případě pacientky navštěvující dané zdravotní středisko, mají stejnou pravděpodobnost, že budou vybrány. V praxi tento výběr probíhal způsobem, že v čekárně před vstupem do ordinace byly umístěny dotazníky. Každá pacientka měla možnost tento dotazník anonymně vyplnit a následovně vhodit do předem připravené uzavřené krabice s otvorem ve víku.

### 4.5.1 Faktografické údaje výzkumného vzorku

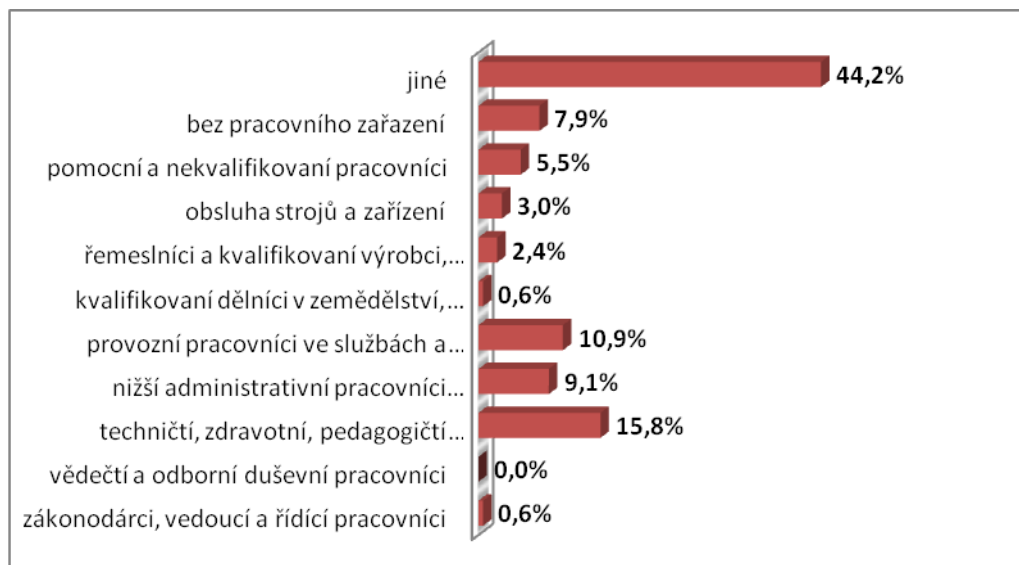
Nejpočetnější věkovou skupinou byly ženy ve věkovém rozmezí 61 – 70 let (31%, 52 žen), druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věkové kategorii 51 – 60 let (27%, 45 žen). Poté následovalo 70 a více let (21%, 34 žen), 41 – 50 let (15%, 24 žen) a 31 – 40 let (6%, 10 žen). Nulové zastoupení je ve věkové skupině méně než 30 let (0%).



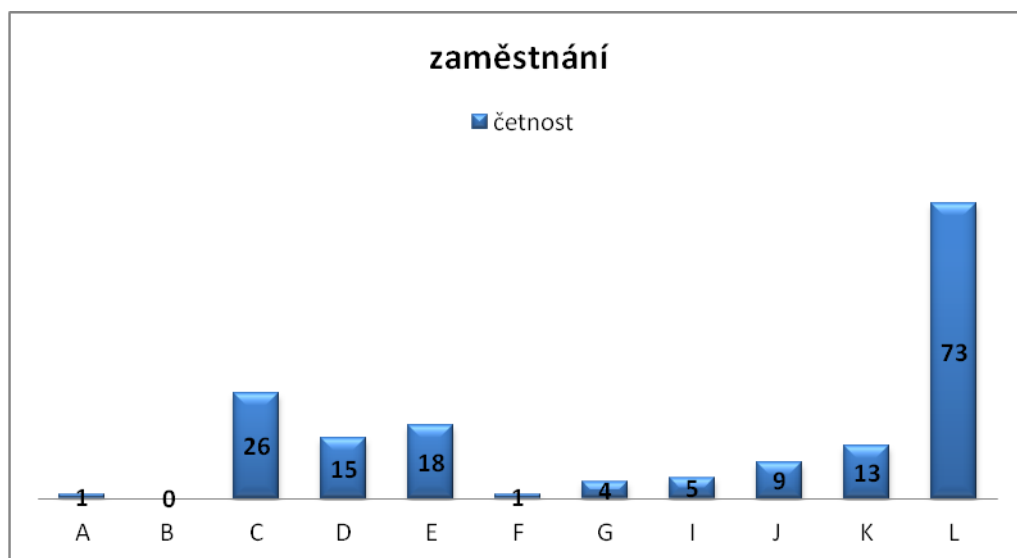
Graf 3 Věkové kategorie (vlastní výzkum)

Otázka, která zjišťovala zaměstnání, byla rozdělena do několika oblastí (A-L):

- A: zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci (1%, 1 respondentka)
- B: vědečtí a odborní duševní pracovníci (0%, 0 respondentek)
- C: techničtí, zdravotní, pedagogičtí pracovníci a pracovníci v příbuzných oborech (16%, 26 respondentek)
- D: nižší administrativní pracovníci (úředníci) (9%, 15 respondentek)
- E: provozní pracovníci ve službách a obchodě (11%, 18 respondentek)
- F: kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a příbuzných oborech (kromě obsluhy strojů a zařízení) (1%, 1 respondentka)
- G: řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři (kromě obsluhy strojů a zařízení) (2,4%, 4 respondentky)
- I: obsluha strojů a zařízení (3%, 5 respondentek)
- J: pomocní a nekvalifikovaní pracovníci (6%, 9 respondentek)
- K: bez pracovního zařazení (8%, 13 respondentek)
- L: jiné (42%, 73 respondentek)



Graf 4 Procentuální zastoupení jednotlivých profesí (vlastní výzkum)



Graf 5 Histogram absolutních četností zaměstnání (vlastní výzkum)

## 4.6 Průběh výzkumu

Pro sběr dat jsme zvolili kvantitativní výzkum realizovaný formou dotazníkového šetření. Ještě před samotným výzkumem jsme provedli předvýzkum na malém vzorku. Tímto jsme si ověřili, že námi vybraný výzkumný nástroj (dotazník) je vhodný. Ověřili jsme se, že je

pro respondenty srozumitelný a že nám dokáže v této podobě dát odpovědi na otázky, které nás zajímají. Cílem tohoto kroku bylo zabránit tomu, abychom zbytečně investovali peníze a čas do výzkumu, s jehož výsledky pak nedokážeme pracovat.

Průměrná doba vyplnění se pohybovala kolem deseti minut. Pro větší návratnost byly respondentky v průvodním dopise, který byl k dotazníkům přiložen, ujistěny o anonymitě dotazníku, což zvýšilo důvěru dotazovaných žen a tím i validitu výsledků. Celková návratnost vyplněných formulářů byla 92% (celkem bylo pacientkám předloženo 180 dotazníků). Samotné výzkumné šetření probíhalo od začátku prosince 2012 do začátku března 2013.

#### 4.7 Popis metody sběru dat

Dotazník byl rozdělen do sedmi základních okruhů otázek. První okruh uzavřených otázek zjišťoval, jak příznaky postižení obvykle ovlivňují určité oblasti života nemocných žen. Tento okruh otázek jsme si pracovní, za účelem dalšího zpracování, rozdělili na několik oblastí: cestování, vztahy, domácí prostředí, společenská rovina a psychická oblast. Ve druhém okruhu, rovněž s uzavřenými otázkami, jsme zjišťovali, zda měly pacientky na základě jejich postižení močového měchýře následující pocity: nervozita, úzkost, strach, zklamání, frustrace, zlost, deprese, stud či beznaděj. Oba dva okruhy otázek měly být zodpovězeny formou škálových odpovědí, a to výběrem mezi nikdy, většinou ne, někdy, většinou ano a vždy. Třetí, polozavřená položka: „Kde jste získala informace o nemoci?“ a stejně tak pátá polozavřená položka: „Kde jste se dozvěděla o možnostech léčby?“ nabízely respondentům odpovědi z více možností. Ve čtvrté, dichotomické otázce, která se ptala, zda po zjištění svých potíží pacientka věděla, kde vyhledat pomoc, byla možnost volby pouze ze dvou odpovědí (ano/ne). Šestá, uzavřená otázka, zjišťovala věkovou kategorii pacientek a poslední sedmá, polozavřená položka, měla za úkol zjistit, jaké je pracovní zařazení jednotlivých žen. Neptali jsme se na konkrétní pracovní činnost, nýbrž jsme opět otázku rozdělili do několika okruhů:

##### *duševní*

zákonodárci, vedoucí a řídicí pracovníci; vědečtí a odborní duševní pracovníci; techničtí, zdravotní, pedagogičtí pracovníci a pracovníci v příbuzných oborech; nižší administrativní pracovníci (úředníci); provozní pracovníci ve službách a obchodě;

##### *manuální*

kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a příbuzných oborech (kromě obsluhy strojů a zařízení); řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé a opraváři (kromě obsluhy strojů a zařízení); obsluha strojů a zařízení; pomocní a nekvalifikovaní pracovníci; bez pracovního zařazení;

*jiné*

v této kategorii bylo uváděno – důchodce.

Dotazník uvádíme v příloze PI.

#### **4.8 Způsob pracování dat**

Všechna získaná data byla zaznamenána do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2007. V rámci třídění prvního stupně byly vytvořeny tabulky četností a procentuální vyjádření. Data byla také prezentována graficky.

Následně byla provedena interpretace výsledků třídění druhého stupně. U nominálního měření byly provedeny testy nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Ověřovali jsme, zda četnosti, které jsme získali, v našem případě pomocí dotazníku, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze. Dále ověřujeme, zda existuje souvislost mezi dvěma jevy, které byly zachyceny pomocí nominálního měření.

O přijetí nebo odmítnutí uvedených hypotéz rozhodneme na základě testování nulové hypotézy. Platí, že u nulové hypotézy, označené jako  $H_0$  je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není vztah/souvislost/rozdíl. U alternativní hypotézy, značené jako  $H_A$  je naopak předpoklad, že mezi sledovanými jevy souvislost/rozdíl existuje. Po výpočtu hodnoty testového kritéria, která je ukazatelem rozdílu mezi očekávanou a pozorovanou četností, ji srovnáme s kritickou hodnotou ze statistických tabulek. Testování významnosti provedeme na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ , přičemž hladina významnosti je pravděpodobnost, že nesprávně přijmeme nulovou hypotézu. Čísla v tabulce - bez závorek - vyjadřují pozorované četnosti zaznamenané v našem dotazníku. Čísla v závorkách uvádějí očekávané četnosti. Očekávané četnosti by odpovídaly nulové hypotéze. Vypočetli jsme testové kritérium  $\chi^2$  (je ukazatel mezi velikostí rozdílu mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou).

Ve výzkumu souvislosti mezi inkontinencí moči a jejím dopadem na sociální aktivity a psychickou stránku nemocných žen byly ověřovány hypotézy, týkající se souvislosti mezi věkem a:

- mírou ovlivnění v oblasti cestování (H0<sub>1</sub>, HA<sub>1</sub>; tab. 6)
- mírou ovlivnění v oblasti domácího prostředí (H0<sub>2</sub>, HA<sub>2</sub>; tab. 7)
- mírou ovlivnění v oblasti společenské roviny (H0<sub>3</sub>, HA<sub>3</sub>; tab. 8)
- mírou ovlivnění v oblasti vztahů (H0<sub>4</sub>, HA<sub>4</sub>; tab. 9)
- mírou ovlivnění v psychické oblasti (H0<sub>5</sub>, HA<sub>5</sub>; tab. 10)
- vnímanou intenzitou pocitu nervozity (H0<sub>6</sub>, HA<sub>6</sub>; tab. 11)
- vnímanou intenzitou pocitu strachu (H0<sub>7</sub>, HA<sub>7</sub>; tab. 12)
- vnímanou intenzitou pocitu deprese (H0<sub>8</sub>, HA<sub>8</sub>; tab. 13)
- vnímanou intenzitou pocitu studu (H0<sub>9</sub>, HA<sub>9</sub>; tab. 14)
- a znalostí, kde vyhledat pomoc (H0<sub>10</sub>, HA<sub>10</sub>; tab. 15)

Výsledky veškerého šetření byly graficky znázorněny a popsány.

## 5 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

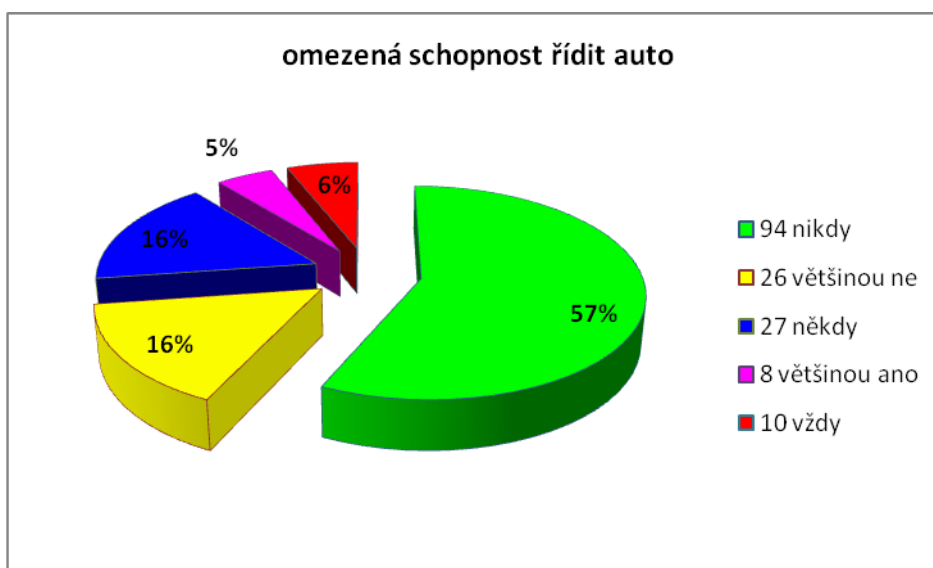
### 5.1 Deskriptivní statistika

#### 5.1.1 Příznaky – ovlivnění

V prvním okruhu otázek jsme se respondentů ptali, jakým způsobem mohou příznaky jejich onemocnění působit na určité stránky jejich života.

- **Dílčí otázky**

V první otázce jsme chtěli najít odpověď, zda příznaky onemocnění obvykle ovlivňují schopnost respondentek řídit auto. Největší zastoupení bylo v odpovědi „*nikdy*“ (57%, v absolutních číslech to bylo 94 žen), stejné množství respondentů odpovědělo „*někdy*“ a „*většinou ne*“ (16%, 27 a 26 žen), následovala odpověď „*vždy*“ (6%, 10 žen) a nejméně bylo odpovědí „*většinou ano*“ (5%, 8 žen).

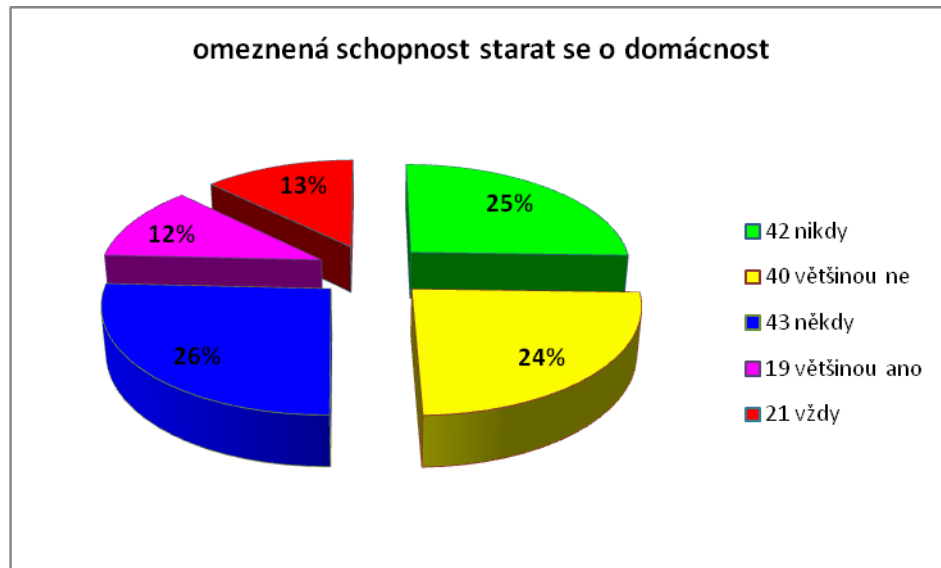


Graf 6 Omezená schopnost řídit auto (vlastní výzkum)

Velký počet „*nikdy*“ odpovědi může být zkreslen skutečností, že nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou jsou ženy ve věku 61-70 let a 51-60 let a tudíž jednoduše neřídí. Odpověď na tuto otázku, bohužel, nemáme.

Ve druhé otázce jsme se ptali, zda příznaky onemocnění ovlivňují schopnost starat se o domácnost. Nejvíce respondentky odpověděly „*někdy*“ (26%, 43 žen), velmi těsně

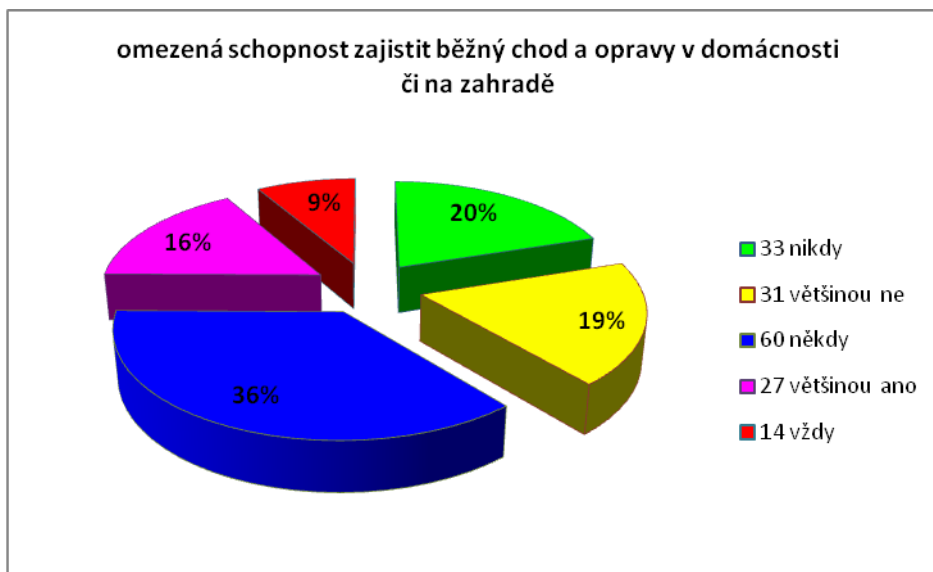
následovala odpověď „*nikdy*“ (25%, 42 žen), dále potom „*většinou ne*“ (24%, 40 žen) a skoro stejný počet byl „*vždy*“ (13%, 21 žen) a „*většinou ano*“ (12%, 19 žen).



Graf 7 Omezená schopnost starat se o domácnost (vlastní výzkum)

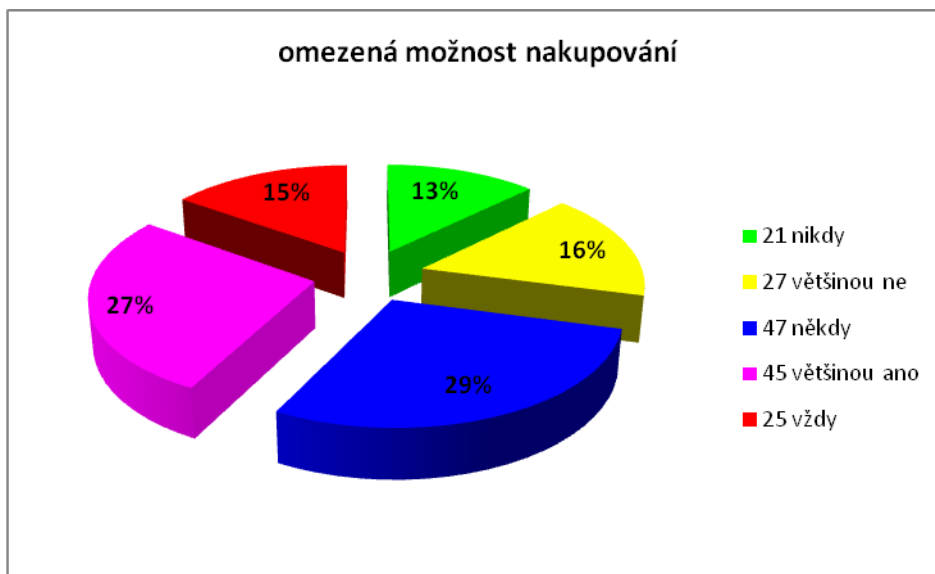
Třetí otázka zjišťovala, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují schopnost dotazovaných zajistit běžný chod a opravy v domácnosti či na zahradě. Nejpočetněji odpověděly „*někdy*“ (36%, v absolutních číslech to bylo 60 žen), následovalo „*nikdy*“ (20%, 33 žen) a těsně za tím „*většinou ne*“ (19%, 31 žen). Dále následovalo „*většinou ano*“ (16%, 27 žen) a nejméně bylo odpovězeno „*vždy*“ (9%, 14 žen).





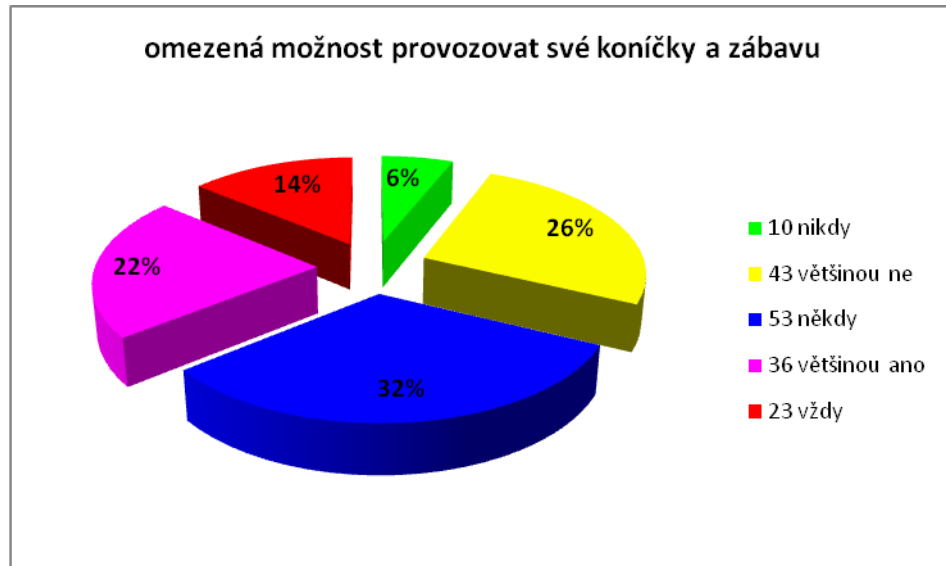
Graf 8 Omezená schopnost zajistit běžný chod a opravy v domácnosti či na zahradě (vlastní výzkum)

Čtvrtý dotaz zněl, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují možnost nakupování. V této oblasti pocítují nemocné ženy omezení nejčastěji „někdy“ (29%, 47 respondentek) a „většinou ano“ (27%, 45 respondentek), následuje „většinou ne“ (16%, 27 respondentek), potom „vždy“ (15%, 25 respondentek) a nejméně bylo odpovědí „nikdy“ (13%, 21 respondentek).



Graf 9 Omezená možnost nakupování (vlastní výzkum)

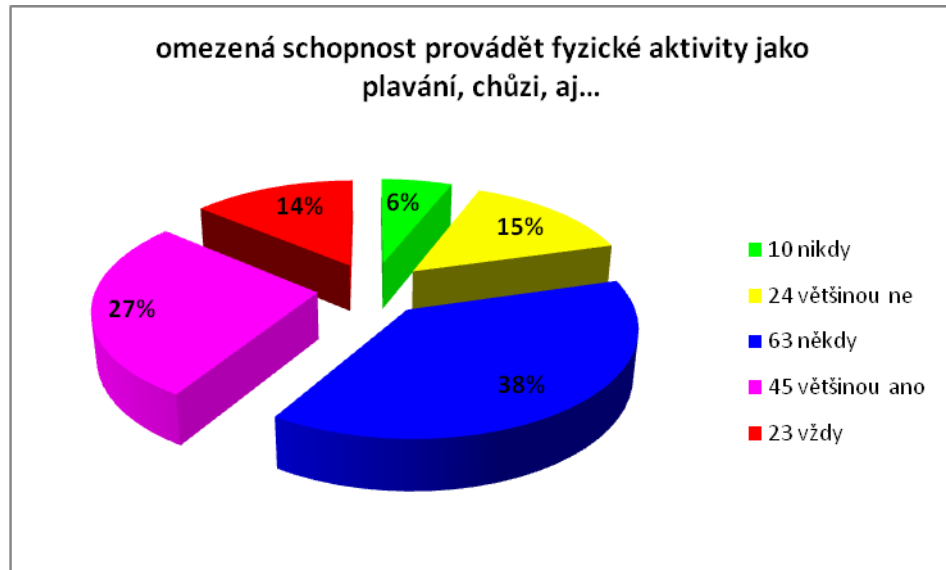
Pátá otázka zněla, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují možnost provozovat své koníčky a zábavu. Nepočteněji byla zastoupena odpověď „*někdy*“ (32%, 53 žen). Druhou nepočtenější skupinou bylo „*většinou ne*“ (26%, 43 žen), potom „*většinou ano*“ (22%, 36 žen), následovalo „*vždy*“ (14%, 23 žen). Nejméně bylo zodpovězeno „*nikdy*“ (6%, 10 žen).



Graf 10 Omezená možnost provozovat své koníčky a zábavu (vlastní výzkum)

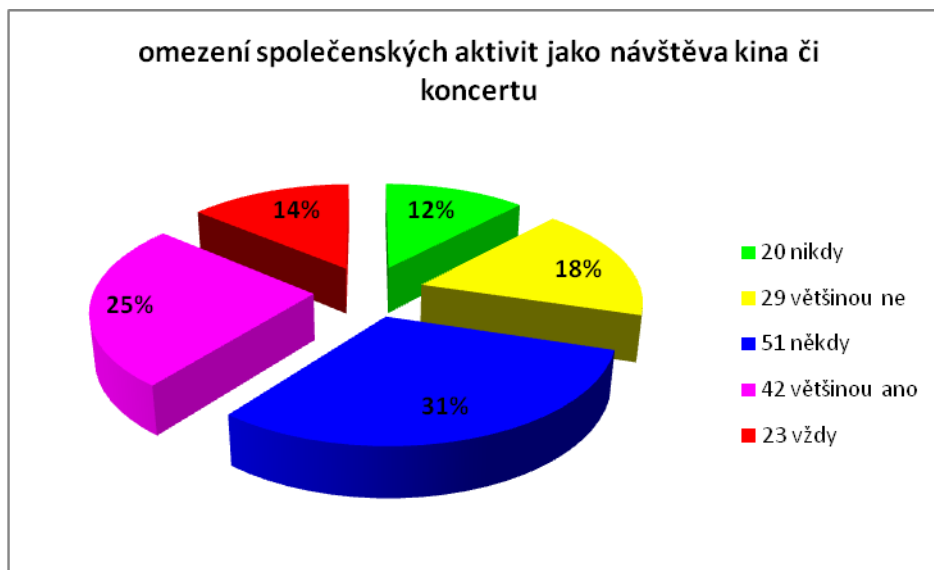
Šestý dotaz zněl, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují schopnost provádět fyzické aktivity jako plavání, chůzi, aj. V tomto případě, cítí nemocné ženy omezení nejčastěji „někdy“ (38%, v absolutních číslech je to 63 respondentek), následuje „většinou ano“ (27%, 45 respondentek) a potom „většinou ne“ (15%, 24 respondentek). Druhou nejméně častou odpovědí bylo „vždy“ (14%, 23 respondentek) a poslední odpovědí bylo „nikdy“ (6%, 10 respondentek).

Z uvedeného vyplývá, že převážná většina žen s inkontinencí moči se potýká s jistým omezením, který může být zdrojem nedostatku sociálního kontaktu.



Graf 11 Omezená schopnost provádět fyzické aktivity jako plavání, chůzi, aj... (vlastní výzkum)

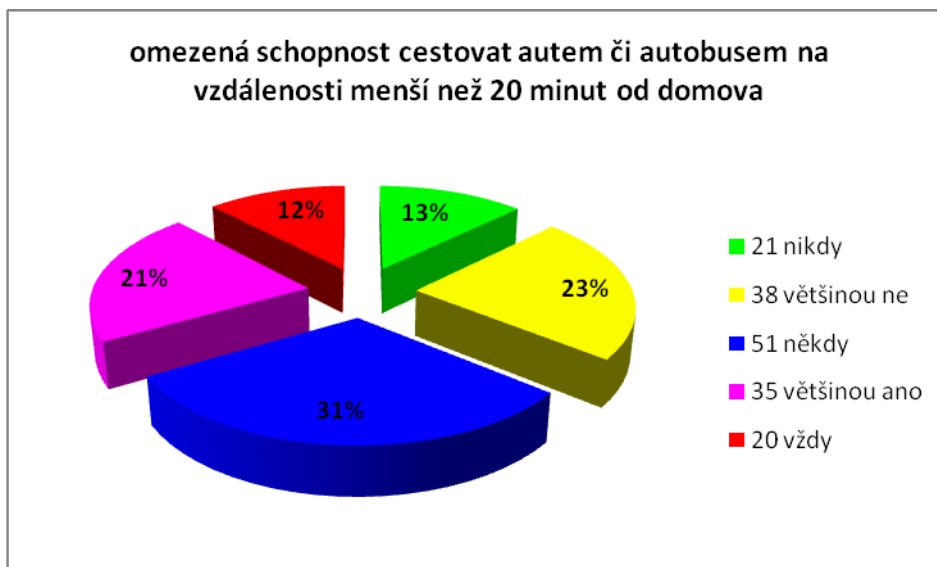
Sedmá otázka se ptala, zda v důsledku svého onemocnění musí pacientky omezit svoje společenské aktivity jako návštěva kina či koncertu. Nepoččetněji bylo zastoupeno „někdy“ (31%, v absolutních číslech 51 žen) „většinou ano“ (25%, 42 žen), následovalo „většinou ne“ (18%, 29 žen) a „vždy“ (14%, 23 žen). Nejméně početnou odpovědí bylo „nikdy“ (12%, 20 žen).



Graf 12 Omezení společenských aktivit jako návštěva kina či koncertu (vlastní výzkum)

Rovněž i z výsledků odpovědí na tuto otázku plyne, že inkontinence moči může být důvodem značného omezení sociálního kontaktu s okolím. Tím i do jisté míry handicapuje ženy postižené tímto onemocněním.

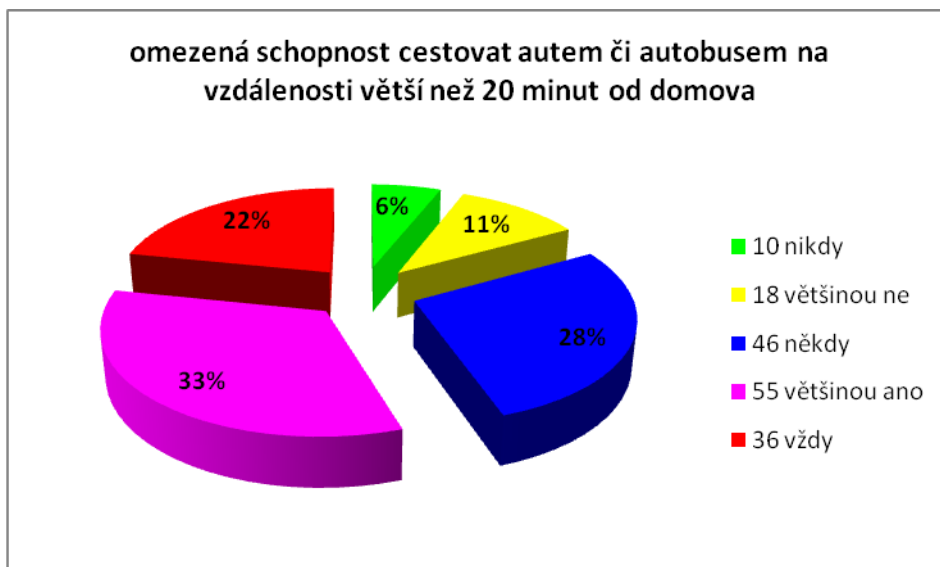
U osmé otázky jsme zjišťovali, jestli je následkem příznaků onemocnění omezená schopnost pacientek cestovat autem či autobusem na vzdálenosti menší než 20 minut od domova. Nejvíce bylo zaznamenáno „někdy“ (31%, 51 žen), následovalo „většinou ne“ (23%, 38 žen), potom „většinou ano“ (21%, 35 žen), dále „nikdy“ (14%, 21 žen) a nejméně bylo „vždy“ (12%, 20 žen).



Graf 13 Omezená schopnost cestovat autem či autobusem na vzdálenosti menší než 20 minut od domova (vlastní výzkum)

Devátá otázka zněla podobně, pouze s rozdílem, a to jestli je následkem příznaků onemocnění omezená schopnost pacientek cestovat autem či autobusem na vzdálenosti větší než 20 minut od domova. V tomto případě bylo nejčastější odpovědí „většinou ano“ (33%, 55 respondentek) a „někdy“ (28%, 46 respondentek). Následuje „vždy“ (22%, 36 respondentek), „většinou ne“ (11%, 18 respondentek) a poslední bylo „nikdy“ (6%, 10 respondentek).

Zde lze pozorovat, že na rozdíl od předchozího dotazu, který se ptal na vzdálenost kratší než 20 minut od domova, odpovídá naprostá většina respondentek v záporném smyslu. Můžeme tedy konstatovat, že v takových situacích je inkontinence moči poměrně handicapujícím činitelem v životě nemocného.



Graf 14 Omezená schopnost cestovat autem či autobusem na vzdálenosti větší než 20 minut od domova (vlastní výzkum)

Desátá otázka zjišťovala, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují možnost návštěvy míst, kde si nemocné ženy nejsou jisty blízkostí toalet. Silné zastoupení bylo v odpovědi „většinou ano“ (40%, 66 žen), následovalo „někdy“ (23%, 38 žen) a v těsném závěsu bylo „vždy“ (21%, 34 žen). Jako předposlední bylo zaznamenáno „většinou ne“ (10%, 15 žen) a jako poslední byly odpovědi „nikdy“ (7%, 12 žen).

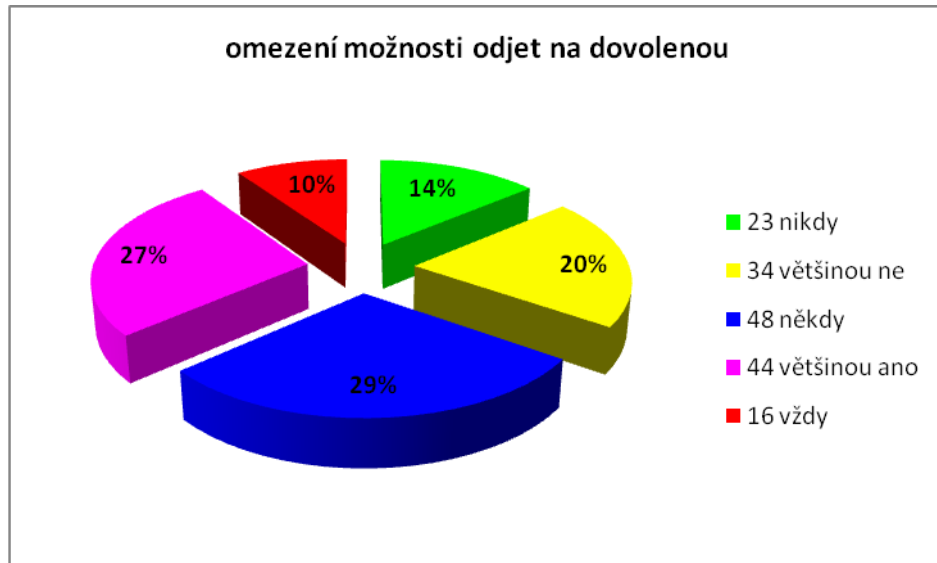


Graf 15 Omezená možnost návštěvy míst, kde není jistota blízkosti toalet (vlastní výzkum)

Rovněž z výsledků odpovědí na tuto otázku můžeme konstatovat, že onemocnění, kterým se v naší práci zabýváme, může být příčinou nejen omezení v oblasti sociálního kontaktu, ale zároveň i důvodem pro pocit určité nejistoty. Výsledkem může být psychická nerovnováha, která ubírá na kvalitě života pacientek.

Jedenáctý dotaz zněl, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují možnost odjet na dovolenou. Jako nejpočetněji odpověděly „někdy“ (29%, 48 žen) a „většinou ano“ (27%, 44 žen). Následovala odpověď „většinou ne“ (20%, 34 žen), potom „nikdy“ (14%, 23 žen) a „vždy“ (10%, 16 žen).

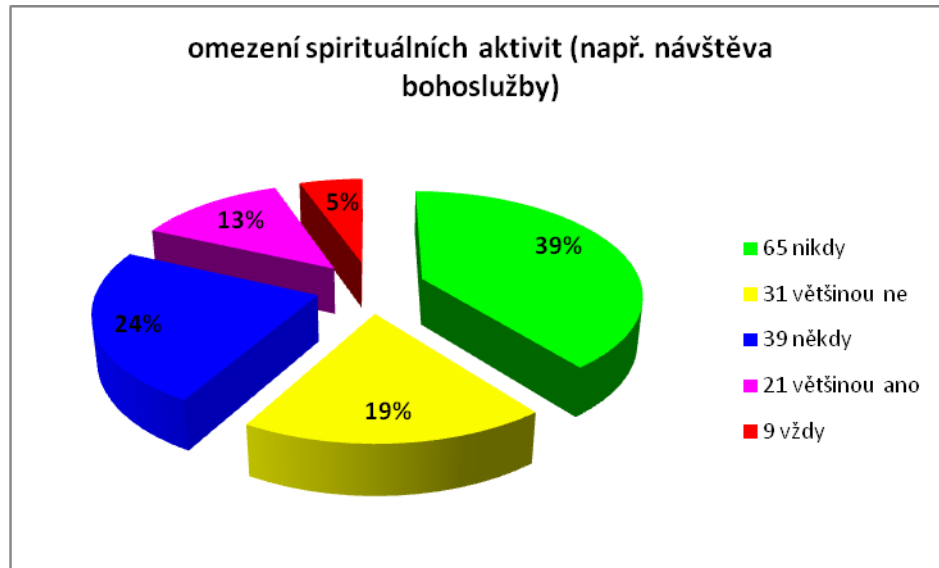




Graf 16 Omezení možnosti odjet na dovolenou (vlastní výzkum)

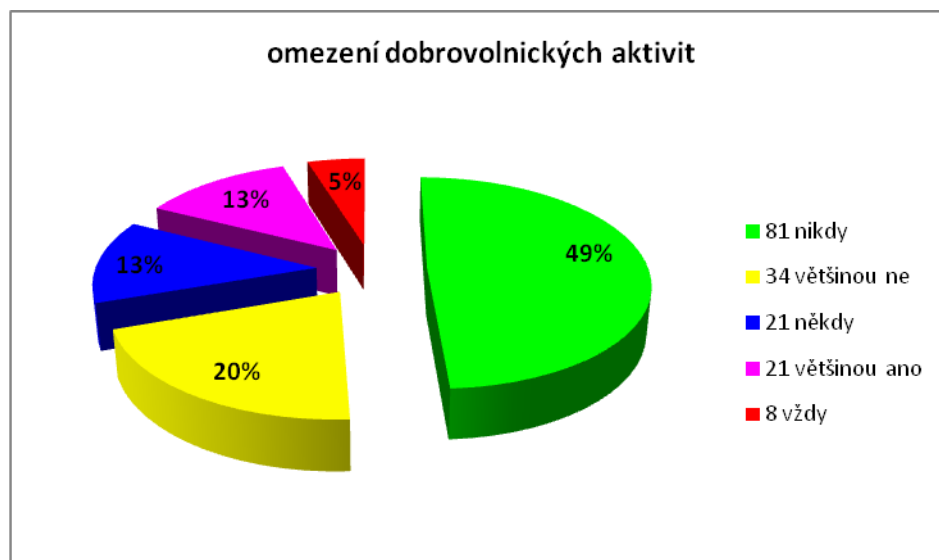
Stejně tak i u této otázky jsme se dozvěděli, že inkontinence moči neusnadňuje pacientům možnost volby u dalších aktivit.

Dvanáctá otázka se ptala, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují možnost spirituální aktivity (např. návštěva bohoslužby) respondentek. Naprostou většinou odpověděly „*nikdy*“ (39%, 65 žen). Následovalo „*někdy*“ (24%, 39 žen) a „*většinou ne*“ (19%, 31 žen). V malém zastoupení byly odpovědi „*většinou ano*“ (13%, 21 žen) a „*vždy*“ (5%, 9 žen).



Graf 17 Omezení spirituálních aktivit (vlastní výzkum)

Třináctá otázka byla, jestli v důsledku svého onemocnění musí pacientky omezit svoje dobrovolnické aktivity. Opět naprostou většinou odpověděly „*nikdy*“ (49%, 81 žen). Následovalo „*většinou ne*“ (20%, 34 žen). Shodně bylo zodpovězeno „*někdy*“ (13%, 21 žen) a „*většinou ano*“ (13%, 21 žen). Nejméně odpovědí bylo „*vždy*“ (5%, 8 žen).



Graf 18 Omezení dobrovolnických aktivit (vlastní výzkum)

Čtrnáctá otázka zjišťovala, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují schopnost vykonávat zaměstnání (mimo domov) pacientek. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno jako

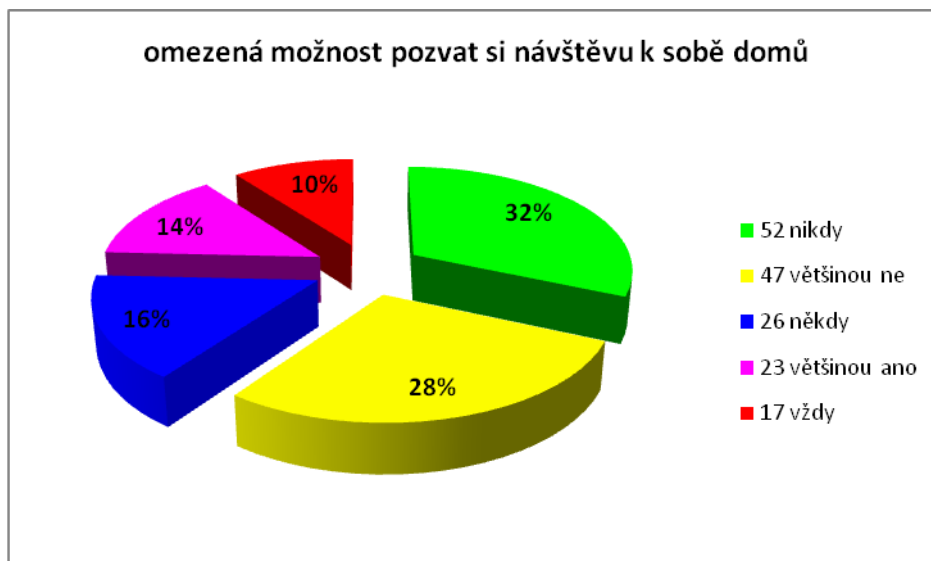
„*nikdy*“ (26%, 43 žen), ale stejný počet byl i „*někdy*“ (26%, 43 žen), dále „*většinou ano*“ (22%, 37 žen), „*většinou ne*“ (18%, 29 žen) a nejméně bylo „*vždy*“ (8%, 13 žen).



Graf 19 Omezená schopnost vykonávat své zaměstnání (mimo domov);  
(vlastní výzkum)

Patnáctá otázka se ptala, jestli v důsledku svého onemocnění pociťují postižení ženy omezené možnosti pozvat si návštěvu k sobě domů. Nejvíce byly zaznamenány odpovědi „*nikdy*“ (32%, v absolutních číslech je to 52 respondentek) a „*většinou ne*“ (32%, 47 respondentek). Následovaly odpovědi typu „*někdy*“ (16%, 26 respondentek), „*většinou ano*“ (14%, 23 respondentek) a jako poslední, nejmenší skupina odpovědí bylo „*vždy*“ (10%, 17 respondentek).

Z výsledků je patrné, že u pacientek převládá pocit jistoty a bezpečí domova. To může být důvod, proč se ve většině odpovědí respondentky shodují, že jim nepůsobí potíže si pozvat návštěvu k sobě domů.



Graf 20 Omezená možnost pozvat si návštěvu k sobě domů (vlastní výzkum)

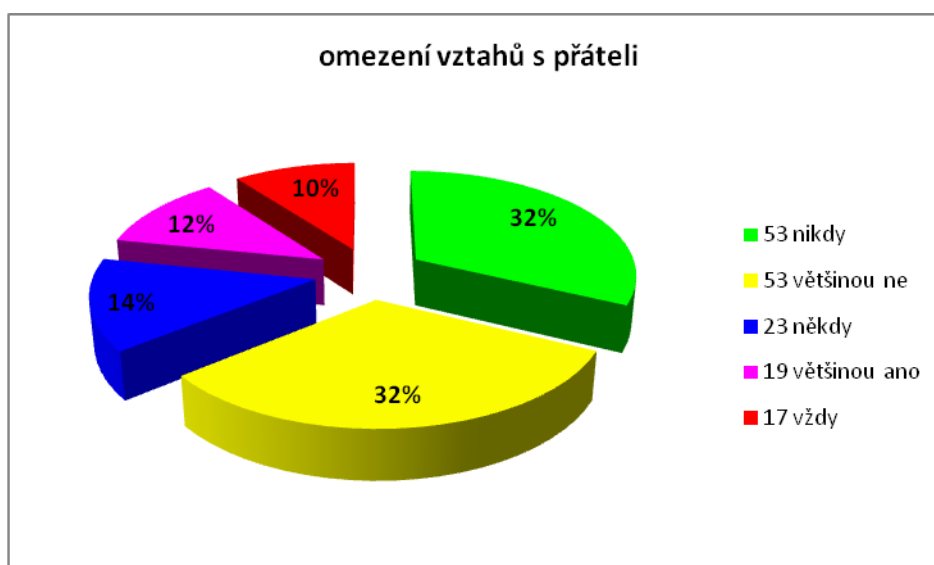
Šestnáctá otázka byla, jestli následkem příznaků onemocnění cítí omezené možnosti účasti na společenských událostech konaných mimo domov. Ve velkém zastoupení byly odpovědi „většinou ano“ (35%, v absolutních číslech to je 57 žen z našeho výzkumného šetření) a „někdy“ (22%, 37 žen). Následovaly odpovědi „většinou ne“ (19%, 31 žen) a „vždy“ (13%, 21 žen). V těsném závěsu bylo „nikdy“ (11%, 19 žen).

Na rozdíl od předchozího dotazu je zřejmé, že mimo domov, tudíž místa, kde nepřevládá jistota známého prostředí, vzniká u pacientů s inkontinencí moči pocit nejistoty. Domníváme se, že můžeme opět závěr, že toto onemocnění může být důvodem sociální izolace pacienta.



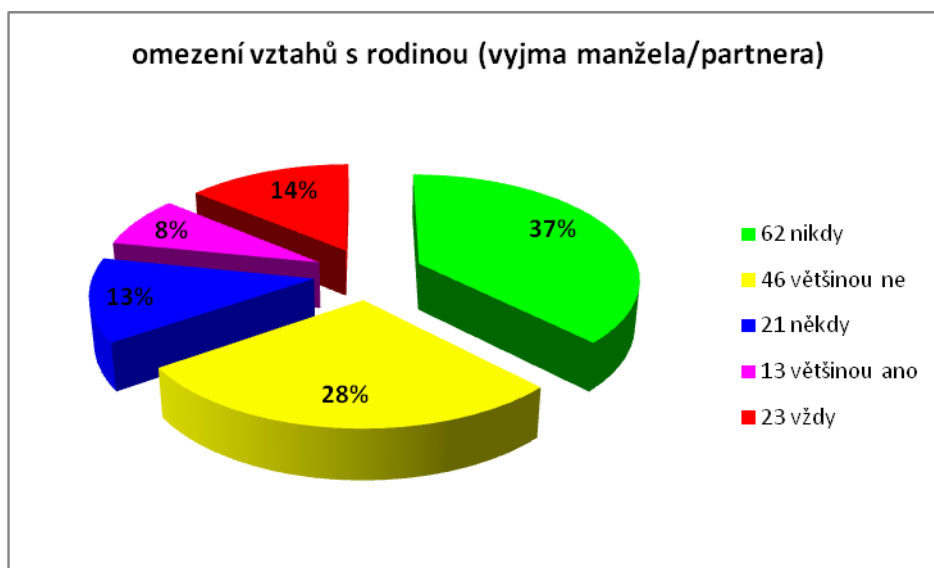
Graf 21 Omezení možnosti účasti na společenských událostech konaných mimo domov (vlastní výzkum)

Sedmnáctá otázka zněla, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují vztahy s přáteli. Nejčastěji a shodným počtem bylo zodpovězeno „*nikdy*“ (32%, 53 žen) a „*většinou ne*“ (32%, 53 žen). Dále potom ve stejném zastoupení byly odpovědi „*někdy*“ (14%, 23 žen) a „*většinou ano*“ (12%, 19 žen). Nejméně odpovědí bylo „*vždy*“ (10%, 17 žen).



Graf 22 Omezení vztahů s přáteli (vlastní výzkum)

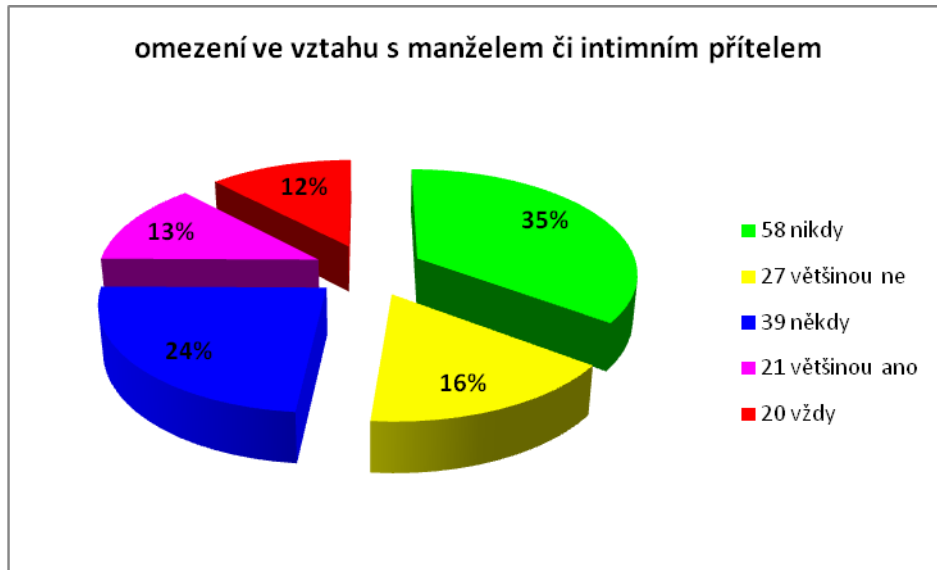
Osmnáctý dotaz zjišťoval, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují vztahy s rodinou (vyjma manžela/partnera). Jak respondentky uvedly nejčastěji, tento pocit nezažívají „nikdy“ (37%, 62 respondentek) a „většinou ne“ (28%, 46 respondentek). Následuje „vždy“ (14%, 23 respondentek), „někdy“ (13%, 21 respondentek), a nakonec „většinou ano“ (8%, 13 respondentek).



Graf 23 Omezení vztahů s rodinou (vyjma manžela/partnera); (vlastní výzkum)

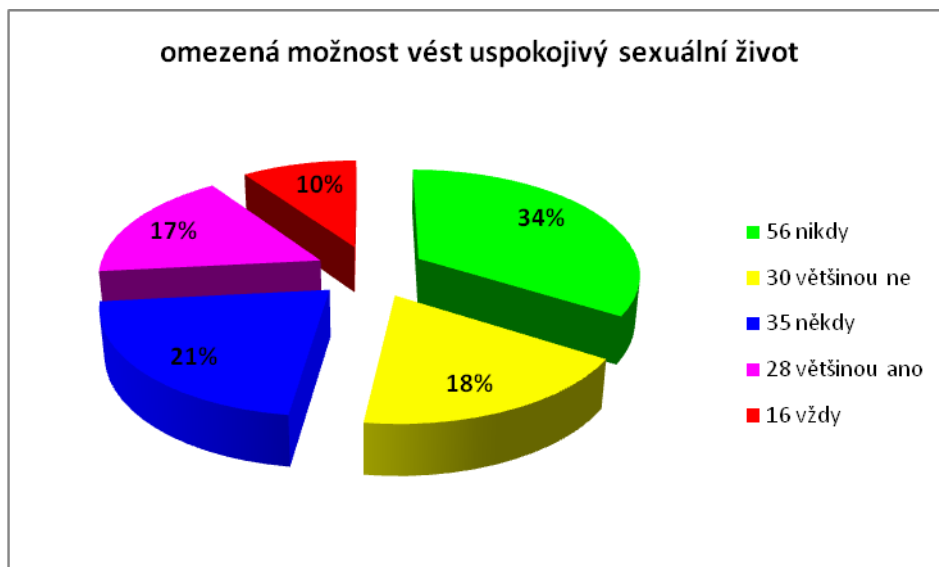
U dobře fungující rodiny, kde jsou členové seznámeni s onemocněním, by nemocní měli cítit podporu a porozumění. Zdá se, že v našem šetření tomuto tvrzení výsledky odpovídají. Nicméně nabízí se i jiný obraz, a to, že ostatní členové rodiny o onemocnění svého příbuzného neví.

Naopak devatenáctý dotaz měl za úkol zjistit, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují vztah s manželem či intimním přítelem. Jak respondentky uvedly, podobně i tento pocit nezažívají „nikdy“ (35%, 58 respondentek) a „někdy“ (24%, 39 respondentek). Následuje „většinou ne“ (16%, 27 respondentek), „většinou ano“ (13%, 21 respondentek) a „vždy“ (12%, 20 respondentek).



Graf 24 Omezení ve vztahu s manželem či intimním přítelem (vlastní výzkum)

Dvacátou otázkou jsme chtěli zjistit, jestli příznaky postižení ovlivňují možnost vést uspokojivý sexuální život. Zde jsme se dozvěděli, že tuto sféru nemají ovlivněnou v největším počtu „*nikdy*“ (34%, 56 žen). Dále následovalo „*někdy*“ (21%, 35 žen). Téměř ve stejném počtu byly zastoupeny odpovědi „*většinou ne*“ (18%, 30 žen) a „*většinou ano*“ (17%, 28 žen). V nejmenším počtu bylo odpovězeno „*vždy*“ (10%, 16 žen).



Graf 25 Omezená možnost vést uspokojivý sexuální život (vlastní výzkum)

Dvacátá první otázka byla, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují způsob oblékání pacientek. Většina jich odpověděla „většinou ano“ (26%, 43 žen). Za ní následovalo „nikdy“ (22%, 36 žen), následovalo, s velmi podobným součtem „někdy“ (21%, 34 žen) a „většinou ne“ (19%, 32 žen). Nakonec, s nejnižším počtem bylo „vždy“ (12%, 20 žen).



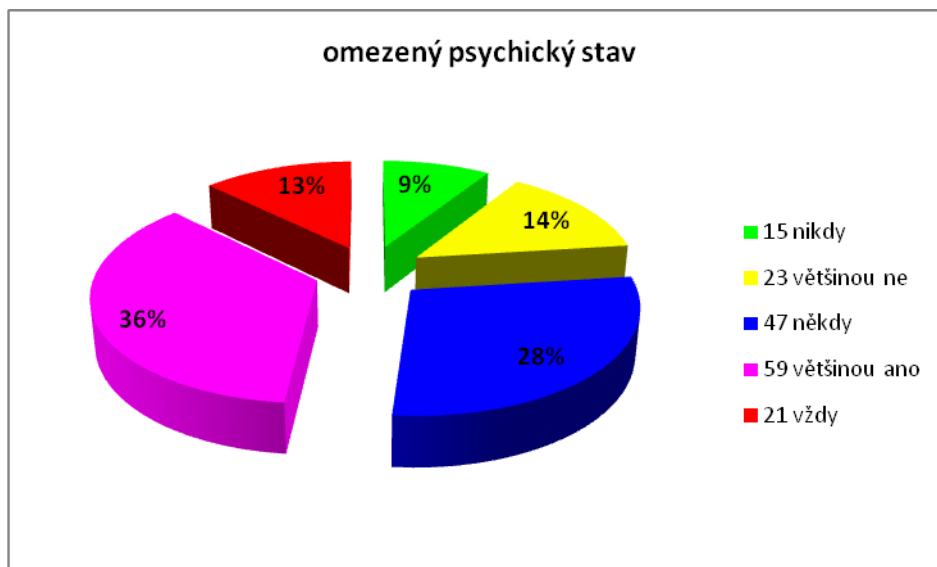


Graf 26 Omezený způsob oblékání (vlastní výzkum)

Z výsledků, kdy převážná většina žen odpověděla, že jim inkontinence moči jistým způsobem omezuje způsob oblékání, usuzujeme, že onemocnění, kterým se zabýváme, může být v jistém rozsahu i socioekonomickou zátěží.

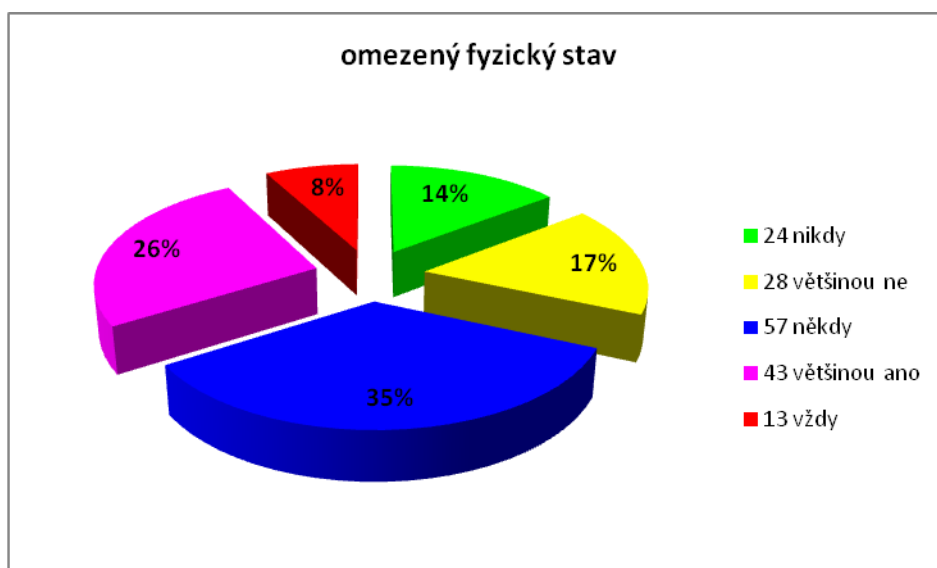
Dvacátý druhý dotaz zněl, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují psychický stav pacientek. V největším zastoupení bylo odpovězeno „většinou ano“ (36%, 59 žen) a „někdy“ (28%, 47 žen). Následovalo „většinou ne“ (14%, 23 žen), „vždy“ (13%, 21 žen) a těsně za tím „nikdy“ (9%, 15 žen).

Z uvedeného vyplývá, že pacientky, v důsledku svého onemocnění, pocítují změnu na svém psychickém prožívání.



Graf 27 Omezený psychický stav (vlastní výzkum)

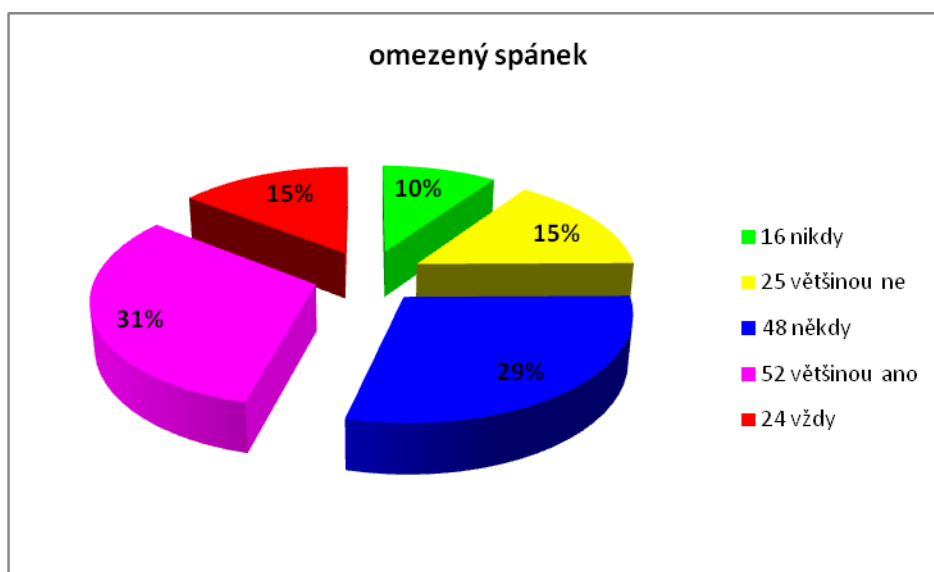
Dvacátý třetí dotaz byl, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují fyzický stav pacientek. Ve velkém zastoupení byly odpovědi „*někdy*“ (35%, 57 respondentek). Následovalo „*většinou ano*“ (26%, 43 respondentek), „*většinou ne*“ (17%, 28 respondentek), „*nikdy*“ (14%, 24 respondentek) a nakonec „*vždy*“ (8%, 13 respondentek).



Graf 28 Omezený fyzický stav (vlastní výzkum)

Rovněž i z těchto výsledků lze usoudit, že v důsledku svého onemocnění mohou pacientky prožívat určitý fyzický diskomfort.

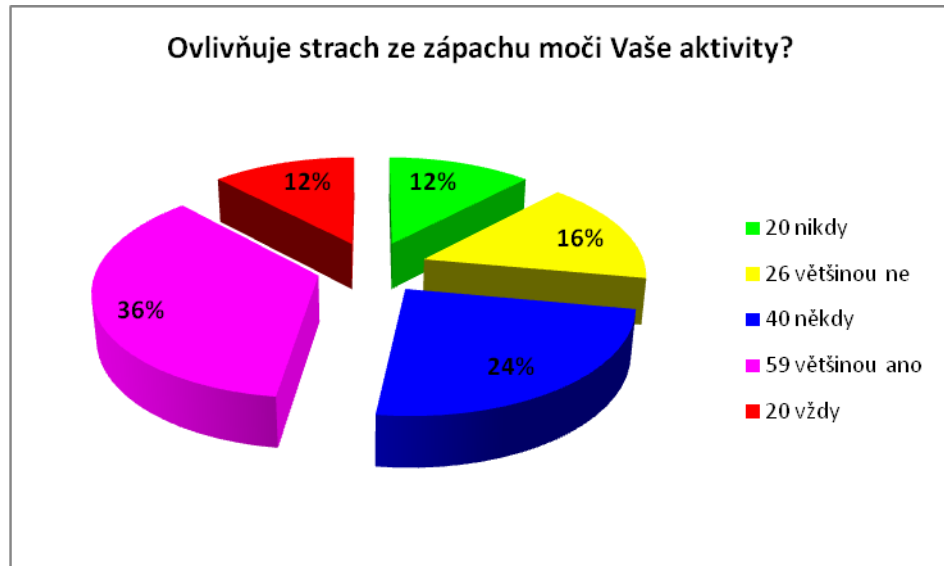
Dvacátá čtvrtá otázka měla za úkol zjistit, jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují spánek pacientek. Nejvíce bylo odpovězeno „většinou ano“ (31%, 52 žen), následováno „někdy“ (29%, 48 žen). Poté, se stejným počtem „většinou ne“ (15%, 25 žen) a „vždy“ (15%, 24 žen). Nakonec „nikdy“ (10%, 16 žen).



Graf 29 Omezený spánek (vlastní výzkum)

Kvalitní spánek je pro naše zdraví velmi důležitý. Bohužel, z výsledků našeho šetření je patrné, že většina respondentek je o tuto skutečnost ve většině případů z jisté části ochuzena. Od toho se může odvíjet psychická disbalance a následně snížit i kvalita života.

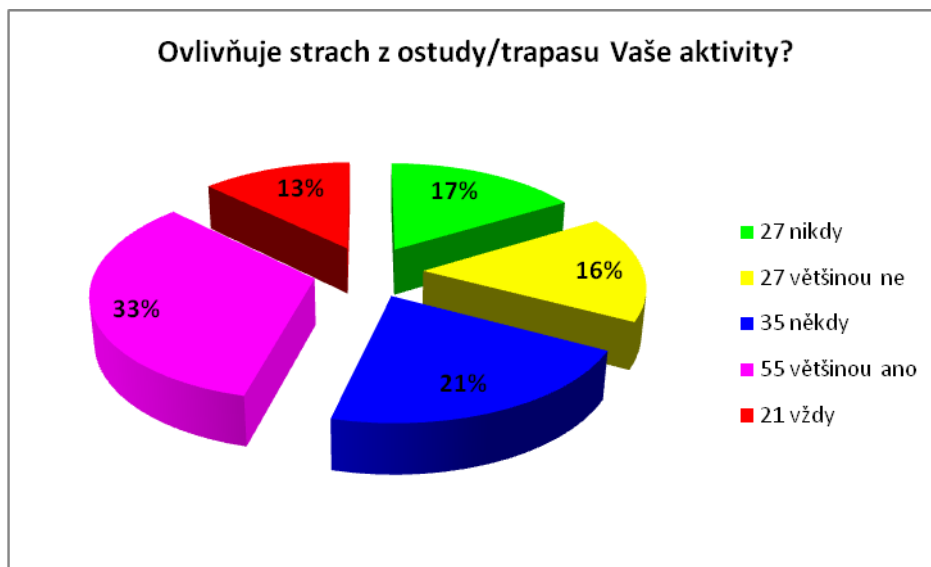
Předposlední, dvacátá pátá otázka z tohoto okruhu, zněla: „Ovlivňuje strach ze zápachu moči Vaše aktivity?“. Nejpočetněji ženy odpověděly „většinou ano“ (36%, 59 žen) a „někdy“ (24%, 40 žen). Následovalo „většinou ne“ (16%, 26 žen). Naprosto shodně bylo zaznamenáno „vždy“ a „nikdy“ (v obou případech 12%, 20 žen).



Graf 30 Ovlivňuje strach ze zápachu moči Vaše aktivity? (vlastní výzkum)

Poslední, dvacátá šestá otázka z tohoto okruhu, zněla: „Ovlivňuje strach z ostudy/trpasu Vaše aktivity?“. Stejně tak, nejpočetněji ženy odpověděly „většinou ano“ (33%, v absolutních číslech to je 55 žen) a „někdy“ (21%, 35 žen). Následovalo „nikdy“ (17%, 27 žen) a „většinou ne“ (16%, 27 žen). Jako poslední bylo zaznamenáno „vždy“ (13%, 21 žen).

Myslíme se, že i z posledních pěti odpovědí je patrné, že inkontinence moči významně zasahuje do psychické stránky pacientek a ovlivňuje jejich prožívání negativním způsobem.

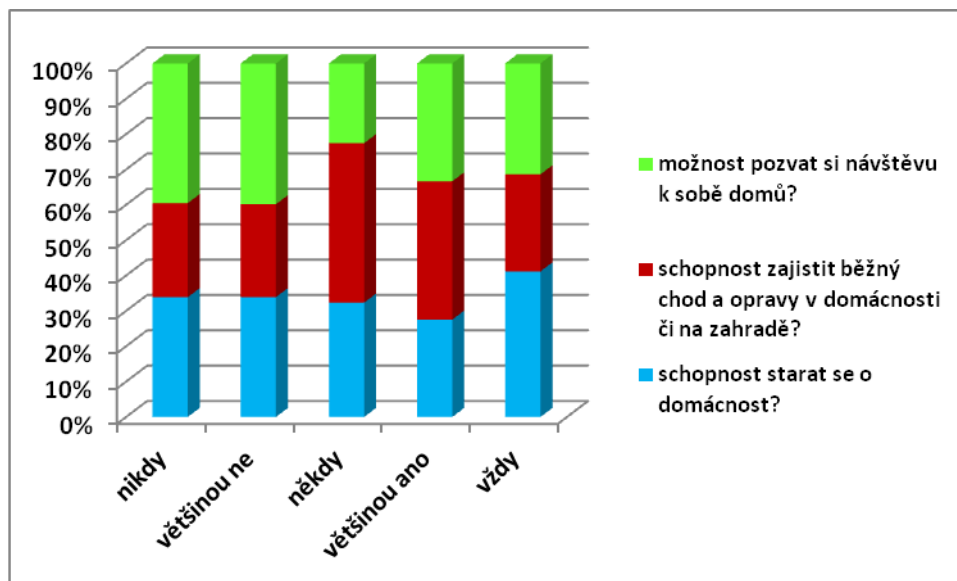


Graf 31 Ovlivňuje strach z ostudy/trapasu Vaše aktivity? (vlastní výzkum)

- **Odpovědi na jednotlivé oblasti - shrnutí**

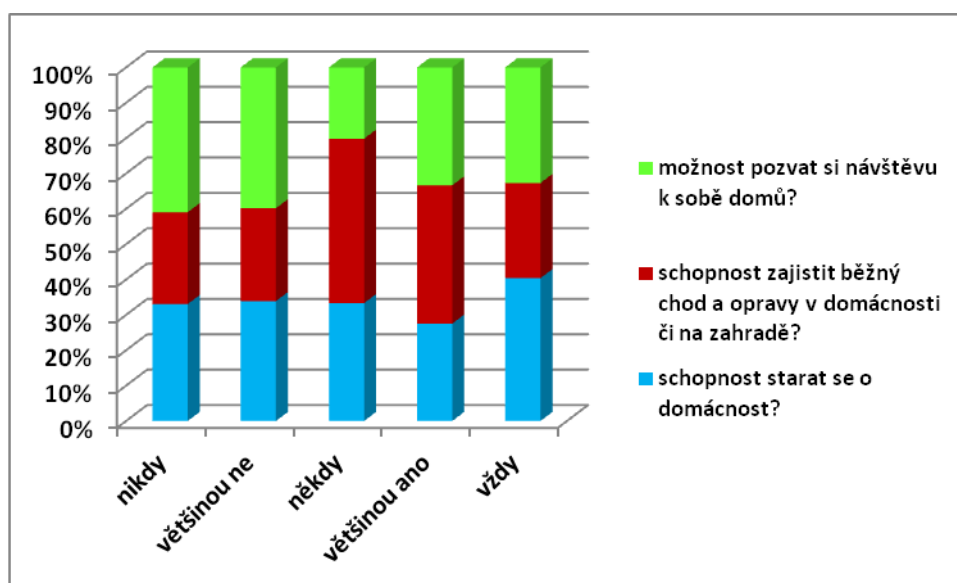
První okruh uzavřených otázek zjišťoval, jak příznaky postižení obvykle ovlivňují určité oblasti života nemocných žen. Pracovně jsme si tuto část rozdělili na několik oblastí: cestování, domácí prostředí, společenská rovina, vztahy a psychická oblast.

První oblast – cestování. Dozvěděli jsme se, že pacientkám v naprosté většině (57%) nikdy nepůsobí potíže řídit auto. Přesto jim většinou (33%) a někdy (28%) působí problémy cestovat na vzdálenost delší než 20 minut od domova. Zároveň jsme zjistili, že někdy (29%) a většinou ano (27%) mají v důsledku příznaků problém odjet na dovolenou. Výsledky jsou graficky prezentovány v grafu 32.



Graf 32 Oblast cestování (vlastní výzkum)

Druhá oblast – domácí prostředí, přinesla následující výsledky: nejvíce žen (36%) někdy pociťuje, v důsledku příznaků svého postižení, omezení schopnosti zajistit běžný chod a opravy v domácnosti či práce na zahradě. Tuto oblast vyvažuje zjištění, že díky domácímu prostředí 30% respondentek nikdy a 28% respondentek většinou nemá problém si pozvat k sobě domů návštěvu. Prezentaci výsledků lze shlédnout v grafu 33.

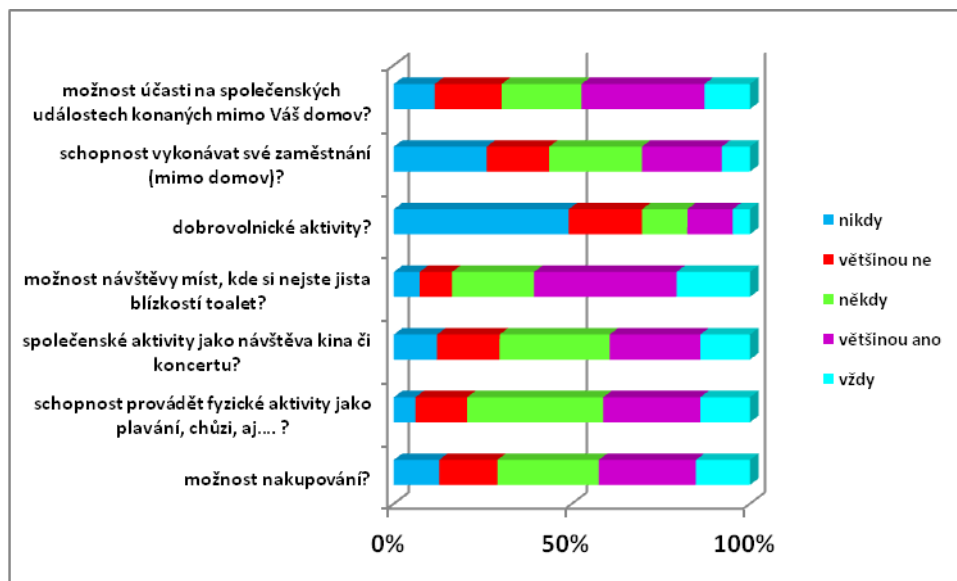


Graf 33 Oblast - domácí prostředí (vlastní výzkum)

Ve třetí, obsáhlejší oblasti - společenská rovina, jsme se dozvěděli následující: 49% dotazovaných žen nikdy nepocítí omezení ve vykonávání svých dobrovolnických aktivit. Zjištění takové skutečnosti ovšem vybízí k položení dalších otázek, které by se tímto hlouběji zabývaly. Nevíme, zda nikdy v tomto případě neznamena, že respondentky nevykonávají žádné dobrovolnické aktivity a tudíž nikdy necítí v této sféře žádné omezení. Podílí se na takových aktivitách, které nevyžadují přímou účast mimo domov nebo dojíždění na delší vzdálenosti? Nebo byla otázka pro všechny dostatečně srozumitelná, chápou všechny dotazované ženy pojem dobrovolnictví stejně?

Další, velkým počtem zastoupenou odpovědí bylo, že 40% žen většinou vnímá omezení v možnostech návštěvy míst, kde si nejsou jisty blízkostí toalet. Toto zjištění považujeme za zásadní, jelikož jasně deklaruje fakt, že ženy s inkontinencí moči mohou na základě příznaků, vnímat svoji problematiku jako překážku ve svých sociálních aktivitách. Rovněž může být spouštěčem duševní nepohody u těchto žen. Stejně tak považujeme za důležité zjištění, že 35% většinou ano a 22% žen někdy cítí omezení možností účasti na společenských událostech konaných mimo domov. 27% žen většinou a 38% dotazovaných žen někdy pocítují omezenou schopnost provádět fyzické aktivity jako plavání, chůzi, aj.... Rovněž toto zjištění hovoří v neprospěch žen s inkontinencí moči.

Dále bychom ještě zmínili, že 31% žen někdy a zároveň 25% žen většinou cítí omezení společenských aktivit jako návštěva kina či koncertu. Výsledky zjištění jsou graficky znázorněny v grafu 34.



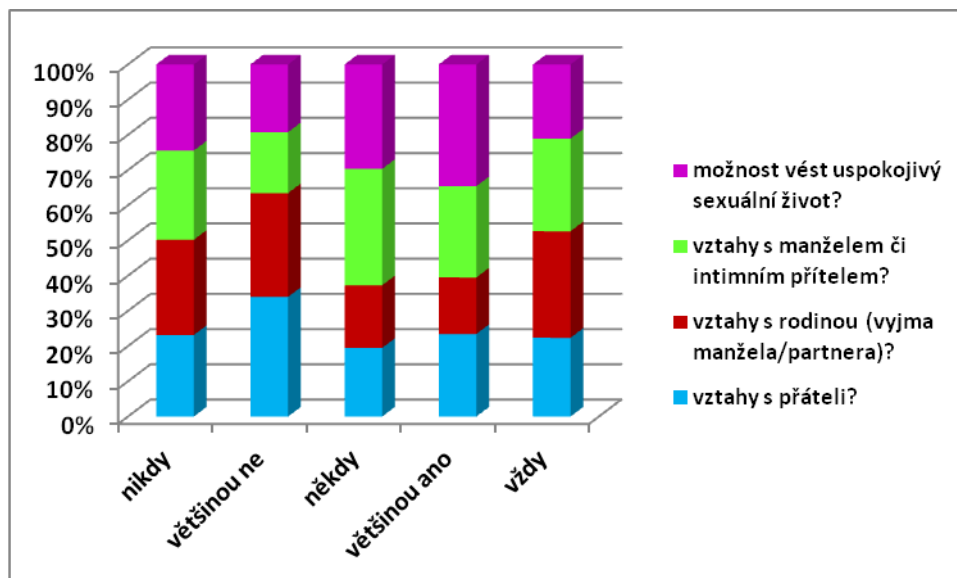
Graf 34 Společenská rovina (vlastní výzkum)

Ve čtvrté oblasti – ve vztazích, jsme zjistili následující: u 32% žen nikdy a rovněž 32% žen většinou nejsou v důsledku příznaků inkontinence moči omezeny jejich vztahy s přáteli. Domníváme se, že při hlubším prozkoumání této oblasti bychom dostali odpovědi na otázky typu: Mají ženy s inkontinencí moči takové přátele, kterým se svěří se svým problémem? Přáteli se tyto ženy převážně s lidmi trpící stejným postižením? Jsou ženy více „otevřenější“ vůči svým přátelům než ke svým blízkým?

Stejně tak je i pozitivní zjištění, že 37% žen nikdy a 28% žen většinou necítí omezení vztahů s rodinou (vyjma manžela/partnera). 24% žen ovšem někdy vnímá omezení ve vztahu s manželem či intimním přítelem.

Přehledné grafické znázornění oblasti vztahů je v grafu 35.

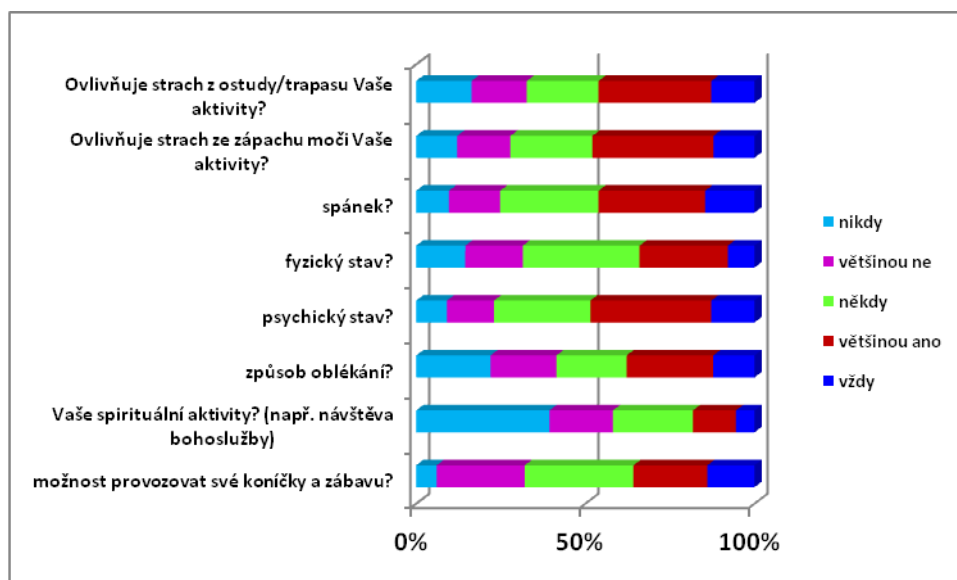




Graf 35 Oblast vztahů (vlastní výzkum)

A v poslední, páté psychické oblasti, jsme zjistili, že 39% žen nikdy necítí omezení ve svých spirituálních aktivitách (např. návštěva bohoslužby). 39% žen někdy cítí ovlivnění svého fyzického stavu. Poměrně nepříjemným zjištěním je, že 31% žen většinou a 29% žen někdy vnímají omezení spánkové činnosti. Na toto navazuje stejně tak negativní výsledek, a to, že 36% žen většinou ano a zároveň i 28% žen někdy udává ovlivnění svého psychického stavu. 35% žen udává, že rovněž někdy vnímá ovlivnění i svého fyzického stavu. U 36% dotazovaných žen jsou většinou ano a u 24% někdy, z důvodu strachu ze zápachu moči, ovlivněny jejich aktivity. Stejně tak je ne nepříjemné zjištění, že u 33% dotazovaných jsou většinou ano a u 21% dotazovaných žen jsou někdy ovlivněny jejich aktivity z důvodu ostudy či trapasu.

Celkový grafický přehled je k dispozici v grafu 36.



Graf 36 Psychická oblast (vlastní výzkum)

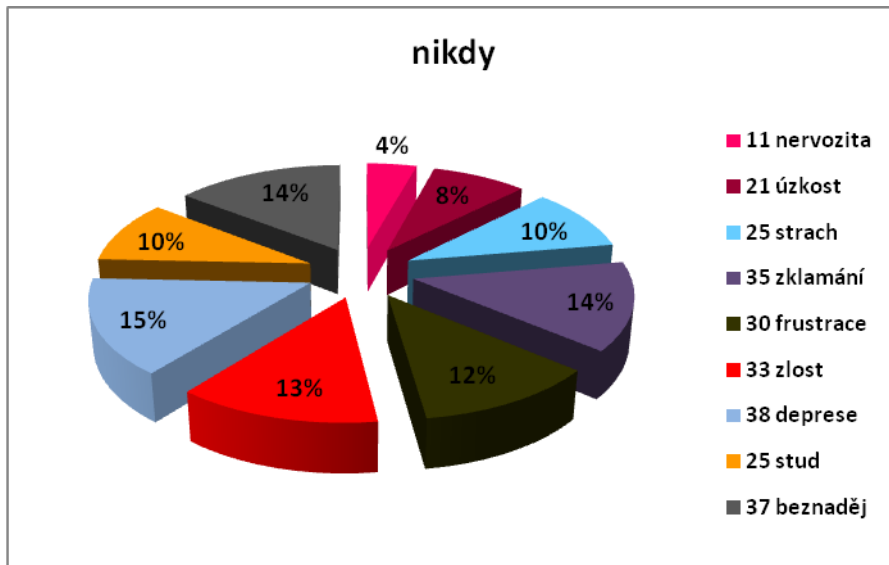
### 5.1.2 Pocity

V druhém okruhu otázek jsme se pacientek ptali, zda někdy měly na základě svého postižení močového měchýře následující pocity: nervozita, úzkost, strach, zklamání, frustrace, zlost, deprese, stud a beznaděj. Otázky byly zodpovězeny výběrem mezi nikdy, většinou ne, někdy, většinou ano a vždy. Výsledky uvádíme v tabulce č. 1.

Tab. 1 Četnosti odpovědí u jednotlivých pocitů (vlastní výzkum)

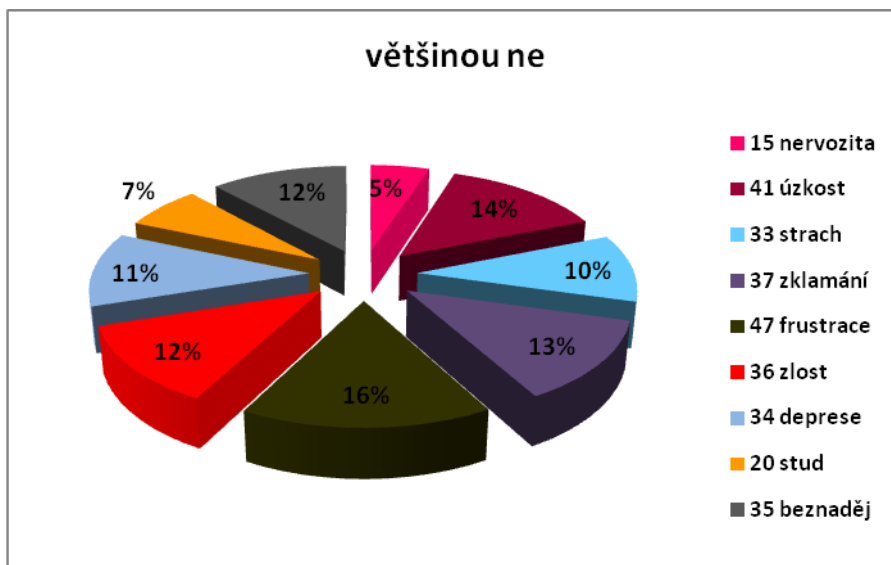
	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy
<b>nervozita</b>	11	15	70	52	17
<b>úzkost</b>	21	41	66	33	4
<b>strach</b>	25	31	51	43	15
<b>zklamání</b>	35	37	55	32	6
<b>frustrace</b>	30	47	36	42	10
<b>zlost</b>	33	36	46	36	14
<b>deprese</b>	38	34	46	32	15
<b>stud</b>	25	20	47	53	20
<b>beznaděj</b>	37	35	51	33	9

Jednotlivé odpovědi „*nikdy*“ byly zaznamenány v tomto pořadí: v největším počtu byla zastoupena deprese (15%, celkem 38 žen). Ve stejném počtu následovala beznaděj (14%, 37 žen) a zklamání (14%, 35 žen). Následovala frustrace (12%, 30 žen), dále zlost (13%, 33 žen), shodně strach a stud (10%, 25 žen), úzkost (8%, 21 žen) a nakonec nervozita (4%, 11 žen).



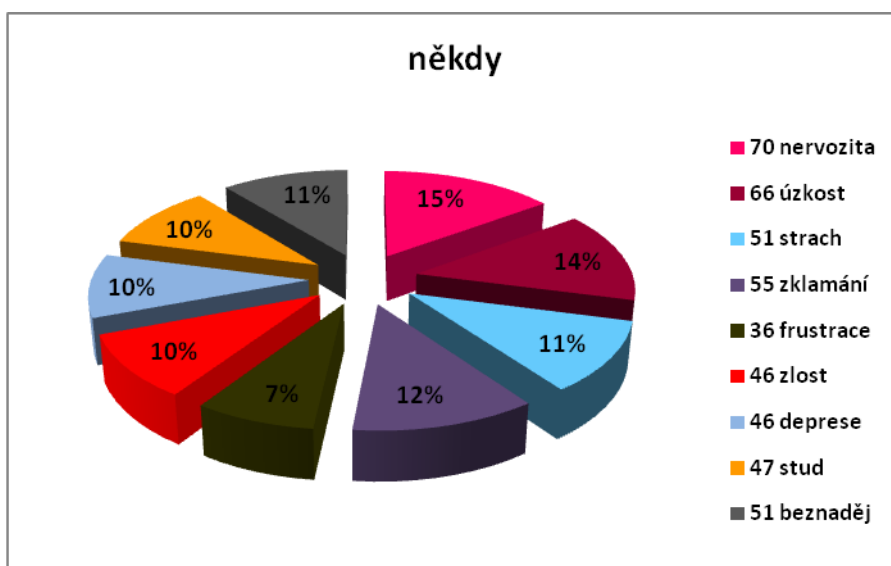
Graf 37 Četnosti odpovědí „*nikdy*“ (vlastní výzkum)

Jednotlivé odpovědi „*většinou ne*“ byly zaznamenány v následujícím pořadí: nejvíce byla zastoupena frustrace (16%, 47 žen) a úzkost (14%, 41 žen). Dále, v absolutních číslech téměř shodně následovalo zklamání (12%, 37 žen), zlost (12%, 36 žen) a beznaděj (12%, 35 žen). Přehled pokračuje výčtem deprese (11%, 34 žen), strach (10%, 31 žen), stud (7%, 20 žen) a nakonec nervozita (5%, 15 žen).



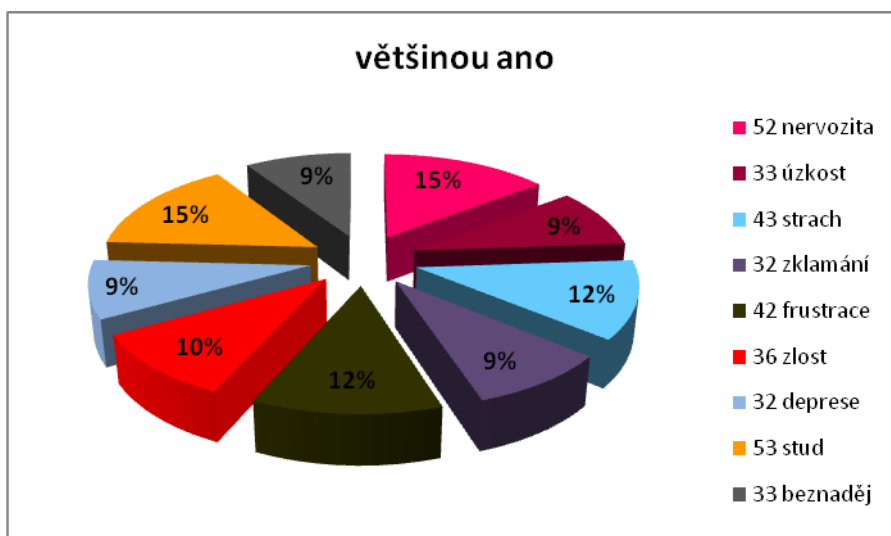
Graf 38 Četnosti odpovědí „většinou ne“ (vlastní výzkum)

Jednotlivé odpovědi „*někdy*“ byly zaznamenány v následujícím pořadí: nejvíce byla zastoupena nervozita (15%, 70 respondentek) a úzkost (14%, 66 respondentek). Dále zklamání (12%, 55 respondentek), ve shodném počtu strach a beznaděj (11%, 51 respondentek). Následoval stud (10%, 47 respondentek), zlost a deprese (10%, 46 respondentek). Jako poslední byla označena frustrace (7%, 36 respondentek).



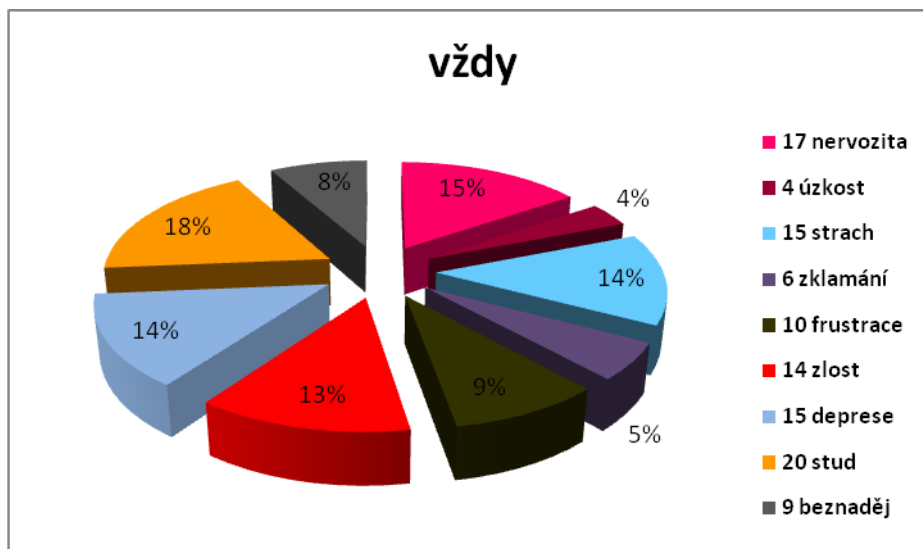
Graf 39 Četnosti odpovědí „někdy“ (vlastní výzkum)

Jednotlivé odpovědi „většinou ano“ byly zaznamenány v tomto sledu: nejvíce a téměř shodně v absolutních číslech byl zastoupen stud (15%, 53 žen) a nervozita (15%, 52 žen). Výčet pokračuje: strach (12%, 43 žen), frustrace (12%, 42 žen), zlost (10%, 36 žen). Následuje, naprosto shodně, úzkost a beznaděj (9%, 33 žen) a nakonec, opět shodně, deprese a zklamání (9%, 32 žen).



Graf 40 Četnosti odpovědí „většinou ano“ (vlastní výzkum)

A jako poslední, jednotlivé odpovědi „vždy“ byly zaznamenány v následujícím pořadí: nejvíce byl zastoupen stud (18%, 20 žen) a nervozita (15%, 17 žen). Ve shodném počtu byly deprese a strach (14%, 15 žen), zlost (13%, 14 žen). Následovala frustrace (9%, 10 žen), beznaděj (8%, 9 žen) a zklamání (5%, 6 žen). Jako poslední byla označena úzkost (4%, 4 ženy).



Graf 41 Četnosti odpovědí „vždy“ (vlastní výzkum)

Z celkového souhrnu, který uvádíme v tabulce č. 2 (procentuální vyjádření) je patrné, že největším úskalím v životě žen s inkontinencí moči je nervozita. Tu, jak uvádí, pocítují *někdy* (42%) a *většinou ano* (32%). Zároveň tak i úzkost, kterou převážná část respondentek *někdy* cítí, konkrétně ve 40% odpovědí. Dalším, *někdy* nejčastěji vnímaným pocitem je zklamání (33%) a také strach (32%). *Většinou ano* se respondentky stydí (31%). Je otázkou hlubšího proniknutí do této oblasti, zda je to stud za svoje onemocnění obecně, stud před okolím, příbuznými či se stydí o svých zdravotních komplikacích hovořit s lékařem.

Velmi silně je zde zastoupen pocit beznaděje, kterou *někdy* pocítí 31% námi dotazovaných žen. Rovněž, poměrně četné zastoupení bylo i u odpovědí na pocit zlosti a deprese. Ty *někdy* cítí 28% žen. Zde jsme došli k zajímavému poznatku, a to, že naopak stejné procento (22%) dotazovaných zlost *většinou nepocítuje* a dalších 20% ji necítilo *nikdy*. Rovněž zajímavé je i zjištění, že frustraci *většinou nepocítuje* 28% dotazovaných žen.

Tab. 2 Procentuální vyjádření (vlastní výzkum)

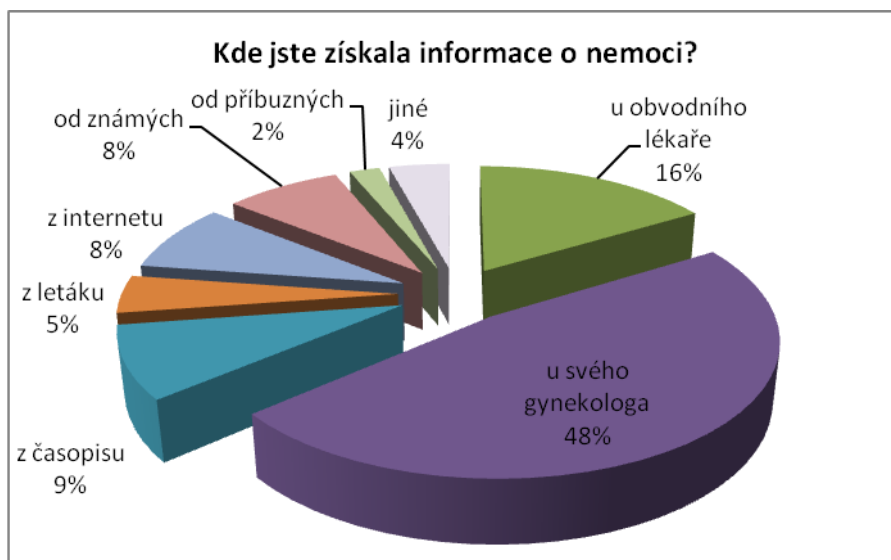
	nervozita	úzkost	strach	zklamání	frustrace	zlost	deprese	stud	beznaděj
nikdy	11 (7%)	21 (13%)	25 (15%)	35 (21%)	30 (18%)	33 (20%)	38 (23%)	25 (15%)	37 (22%)
většinou ne	15 (9%)	41 (25%)	31 (19%)	37 (22%)	47 (28%)	36 (22%)	34 (21%)	20 (12%)	35 (21%)
někdy	70 (42%)	66 (40%)	51 (31%)	55 (33%)	36 (22%)	46 (28%)	46 (28%)	47 (28%)	51 (31%)
většinou ano	52 (32%)	33 (20%)	43 (26%)	32 (19%)	42 (25%)	36 (22%)	32 (22%)	53 (32%)	33 (20%)
vždy	17 (10%)	4 (2%)	15 (9%)	6 (4%)	10 (6%)	14 (8%)	15 (8%)	20 (12%)	9 (5%)

Grafické znázornění celkového přehledu procentuálního vyjádření uvádíme v příloze PI.

### 5.1.3 Informace

#### Informace o nemoci

Ve třetí otázce jsme se ptali, kde pacientky získaly informace o nemoci. Výsledky šetření jsou následující: naprostá většina respondentek byla informována o onemocnění v gynekologické ambulanci (48%). Dále u svého obvodního lékaře (16%). V menším počtu získaly informace z internetu a od svých známých (8%). Následovaly informace z letáku (5%), jiné (4%) a nakonec od příbuzných (2%).



Graf 42 Kde jste získala informace o nemoci? (vlastní výzkum)

Tab. 3 Četnosti odpovědí (informace o nemoci); (vlastní výzkum)

kde	počet	%
u obvodního lékaře	39	16,39%
u svého gynekologa	113	47,48%
z časopisu	21	8,82%
z letáku	11	4,62%
z internetu	20	8,40%
od známých	19	7,98%
od příbuzných	5	2,10%
jiné	10	4,20%

### Informace, kde hledat pomoc

Pomocí čtvrté otázky jsme se snažili zjistit, zda při zjištění svých potíží pacientky věděly, kde vyhledat pomoc. Výsledkem šetření je pozitivní zjištění, že 84% žen vědělo, kde mají pomoc hledat.



Graf 43 Při zjištění svých potíží, věděla jste, kde vyhledat pomoc? (vlastní výzkum)

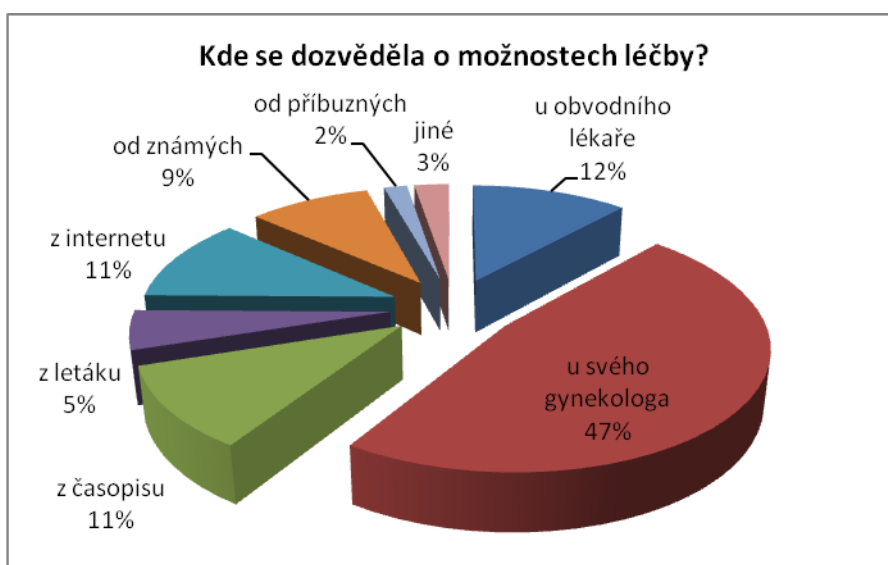


Tab. 4 Četnosti odpovědí (kde hledat pomoc); (vlastní výzkum)

odpověď	počet	%
ano	138	83,64%
ne	27	16,36%

### Informace o možnosti léčby

Ve čtvrté otázce jsme se ptali, kde pacientky získaly informace o možnostech léčby. Výsledky šetření jsou následující: opět naprostá většina respondentek byla informována o možnostech léčby v gynekologické ambulanci (47%). Dále u svého obvodního lékaře (12%) a ve stejném počtu z časopisu a internetu (11%). V menším počtu získaly informace od svých známých (9%) a z letáku (5%). Následovaly jiné (3%) a nakonec od příbuzných (2%).



Graf 44 Kde jste se dozvěděla o možnostech léčby? (vlastní výzkum)

Tab. 5 Četnosti odpovědí (informace o možnosti léčby); (vlastní výzkum)

kde	počet	%
u obvodního lékaře	27	11,74%
u svého gynekologa	109	47,39%
z časopisu	25	10,87%
z letáku	12	5,22%
z internetu	26	11,30%
od známých	21	9,13%
od příbuzných	4	1,74%
jiné	6	2,61%

## 5.2 Induktivní statistika

Kromě osvětového působení na širší laickou veřejnost je dalším cílem této diplomové práce odhalení souvislosti mezi inkontinencí moči a jejím dopadem na sociální aktivity a psychickou stránku u takto nemocných žen. Svoji pozornost jsme zaměřili na jednotlivé oblasti výzkumu (cestování, domácí prostředí, společenská oblast, vztahová rovina a psychická oblast) a souvislost mezi nimi a věkem pacientek. Dále jsme hledali souvislosti mezi věkem a jeho vlivem na intenzitu pocitů u žen s inkontinencí moči.

V níže uvedených podkapitolách uvádíme výsledky jednotlivých šetření.

### 5.2.1 Souvislost věku se sociálními dopady

#### Souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti cestování

$H_{01}$ : Mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti cestování není souvislost.

$H_{A1}$ : Mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti cestování existuje souvislost.

Tab. 6 Kontingenční tabulka (věk / oblast cestování); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	$\Sigma$
<b>31 - 40</b>	13 (8,9833)	10 (7,0409)	12 (10,44)	2 (8,6191)	3 (4,9165)	40
<b>41 - 50</b>	17 (21,7845)	12 (17,0743)	31 (25,3171)	18 (20,9013)	19 (11,9226)	97
<b>51 - 60</b>	28 (40,4249)	38 (31,6844)	50 (46,9802)	48 (38,786)	16 (22,1244)	180
<b>61 - 70</b>	56 (46,4886)	42 (36,437)	45 (54,0273)	48 (44,6039)	16 (25,4431)	207
<b>více než 70</b>	34 (30,3187)	14 (23,0763)	34 (35,2352)	26 (29,0895)	27 (16,5933)	135
$\Sigma$	148	116	172	142	81	659

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 46,189$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05} (16) = 26,296$ .

Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 46,189$  je větší než kritická hodnota  $x^2_{0,05} (16) = 26,296$ , a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti cestování existuje souvislost.

### **Souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti domácího prostředí**

$H_0$ : Mezi mírou ovlivnění v oblasti domácího prostředí, způsobenou inkontinencí moči, a věkem není souvislost.

$H_A$ : Mezi mírou ovlivnění v oblasti domácího prostředí, způsobenou inkontinencí moči, a věkem existuje souvislost.

Tab. 7 Kontingenční tabulka (věk / domácí prostředí); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	$\Sigma$
<b>31 - 40</b>	16 (7,6970)	7 (7,1515)	3 (7,8182)	2 (4,1818)	2 (3,1515)	30
<b>41 - 50</b>	18 (17,4464)	17 (16,2101)	16 (17,7212)	8 (9,4780)	9 (7,1434)	68
<b>51 - 60</b>	29 (35,6626)	37 (33,1353)	44 (36,2242)	13 (19,3760)	16 (14,602)	139
<b>61 - 70</b>	45 (40,0242)	39 (37,1879)	37 (40,6545)	26 (21,7454)	9 (16,3879)	156
<b>více než 70</b>	19 (26,1700)	18 (24,3151)	29 (26,5818)	20 (4,1212)	16 (10,7151)	102
$\Sigma$	127	118	129	69	52	495

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 92,847$$

Uuríme počet stupňů volnosti:  $f=(r-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05} (16) = 26,296$ .

Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 92,847$  je větší než kritická hodnota  $x^2_{0,05} (16) = 26,296$ , a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi mírou ovlivnění v oblasti domácího prostředí, způsobenou inkontinencí moči, a věkem existuje souvislost.

### **Souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti společenské roviny**

$H_{03}$ : Mezi mírou ovlivnění ve společenské oblasti a věkem není souvislost.

$H_{A3}$ : Mezi mírou ovlivnění ve společenské oblasti a věkem existuje souvislost.

Tab. 8 Kontingenční tabulka (věk / společenská rovina); (vlastní výzkum)

	<b>nikdy</b>	<b>většinou ne</b>	<b>někdy</b>	<b>většinou ano</b>	<b>vždy</b>	$\Sigma$
<b>31 - 40</b>	16 (12,4848)	23 (11,4545)	16 (18,1818)	10 (18,97)	5 (8,9091)	70
<b>41 - 50</b>	19 (30,142)	17 (27,6545)	41 (43,8961)	49 (45,7982)	43 (21,5091)	169
<b>51 - 60</b>	42 (56,1818)	62 (51,5454)	86 (81,8482)	88 (85,3636)	37 (40,0901)	315
<b>61 - 70</b>	86 (64,743)	59 (59,4)	81 (94,2857)	110 (98,3714)	27 (46,2)	363
<b>více než 70</b>	43 (42,4485)	28 (38,9454)	76 (61,8181)	56 (64,497)	35 (30,2909)	238
$\Sigma$	206	189	300	313	147	1155

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 81,313$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 81,313$  je větší než kritická hodnota  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ , a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi mírou ovlivnění ve společenské oblasti a věkem existuje statisticky významná souvislost.

#### **Souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v oblasti vztahů**

$H_{04}$ : Mezi mírou ovlivnění v oblasti vztahů a věkem není souvislost.

$H_{A4}$ : Mezi mírou ovlivnění v oblasti vztahů a věkem existuje souvislost.

Tab. 9 Kontingenční tabulka (věk / oblast vztahů); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	Σ
<b>31 - 40</b>	13 (13,8787)	7 (9,4545)	10 (7,1515)	4 (4,909)	6 (4,606)	40
<b>41 - 50</b>	21 (33,309)	30 (22,696)	18 (17,1636)	10 (11,7818)	17 (11,0545)	96
<b>51 - 60</b>	43 (62,4545)	50 (42,5454)	39 (32,1818)	35 (22,0909)	13 (20,7272)	180
<b>61 - 70</b>	93 (72,1696)	53 (49,1636)	25 (37,1878)	22 (25,5272)	15 (23,9515)	208
<b>více než 70</b>	59 (47,1878)	16 (32,1454)	26 (24,3151)	10 (16,6909)	25 (15,6606)	136
Σ	229	156	118	81	76	660

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 65,637$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 65,637$  je větší než kritická hodnota  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ , a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi mírou ovlivnění v oblasti vztahů a věkem existuje souvislost.

### Souvislost mezi věkem a mírou ovlivnění v psychické oblasti

$H_0$ : Mezi mírou ovlivnění v psychické oblasti a věkem není souvislost.

$H_A$ : Mezi mírou ovlivnění v psychické oblasti a věkem existuje souvislost.

Tab. 10 Kontingenční tabulka (věk / psychická oblast); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	$\Sigma$
<b>31 - 40</b>	15 (12,909)	24 (14,2424)	22 (21,3939)	7 (22,303)	12 (9,1515)	80
<b>41 - 50</b>	34 (30,9818)	23 (34,1818)	43 (51,3454)	59 (53,5272)	33 (21,9636)	192
<b>51 - 60</b>	51 (59,3818)	76 (65,5151)	100 (98,4121)	109 (115,697)	32 (42,0969)	368
<b>61 - 70</b>	82 (66,9659)	84 (73,8825)	111 (110,981)	104 (115,697)	34 (47,4734)	415
<b>více než 70</b>	31 (42,7613)	28 (47,178)	77 (70,8674)	89 (73,8788)	40 (30,3143)	265
$\Sigma$	213	235	353	368	151	1320

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 63,062$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 63,062$  je větší než kritická hodnota  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ , a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi mírou ovlivnění v psychické oblasti a věkem existuje souvislost.

### 5.2.2 Souvislost věku s prožívanými emocemi

#### Souvislost mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu nervozity

$H_{06}$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu nervozity není souvislost.

$H_{A6}$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu nervozity existuje souvislost.

Tab. 11 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu nervozity); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	Σ
<b>31 - 40</b>	1 (0,7333)	1 (1)	5 (4,6666)	3 (3,4666)	1 (1,1333)	11
<b>41 - 50</b>	1 (1,6)	2 (2,1818)	9 (10,1818)	5 (7,5656)	7 (2,4727)	24
<b>51 - 60</b>	2 (3)	2 (4,0909)	20 (19,0909)	18 (14,1818)	3 (4,6363)	45
<b>61 - 70</b>	4 (3,4)	6 (4,6363)	24 (21,6363)	15 (16,0727)	2 (5,2545)	51
<b>více než 70</b>	3 (2,2666)	4 (3,0909)	12 (14,4242)	11 (10,7151)	4 (3,5030)	34
Σ	11	15	70	52	17	165 (165,001)

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 16,332$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05} (16) = 26,296$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 16,332$  je menší než kritická hodnota  $x^2_{0,05} (16) = 26,296$ , a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu nervozity není souvislost.

### Souvislost mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu strachu

$H_0$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu strachu není souvislost.

$H_A$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu strachu existuje souvislost.



Tab. 12 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu strachu); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	Σ
<b>31 - 40</b>	4 (1,6666)	2 (0,1212)	2 (3,4)	1 (2,8666)	2 (1)	11
<b>41 - 50</b>	5 (3,3333)	7 (4,1333)	3 (6,8)	5 (5,7333)	2 (2)	22
<b>51 - 60</b>	6 (7,1212)	9 (8,8303)	14 (14,5272)	13 (12,2484)	5 (4,2727)	47
<b>61 - 70</b>	6 (7,8787)	9 (9,7696)	20 (16,0727)	14 (13,5515)	3 (4,7272)	52
<b>více než 70</b>	4 (5)	4 (6,2)	12 (10,2)	10 (8,6)	3 (3)	33
Σ	25	31	51	43	15	165

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 44,291$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 44,291$  je větší než kritická hodnota  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ , a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu strachu existuje souvislost.

### Souvislost mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu deprese

$H_{08}$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu deprese není souvislost.

$H_{A8}$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu deprese existuje souvislost.

Tab. 13 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu deprese); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	Σ
<b>31 - 40</b>	4 (2,3030)	1 (2,0606)	2 (2,7878)	2 (1,9393)	1 (0,909)	10
<b>41 - 50</b>	8 (5,5272)	5 (4,9454)	5 (6,6909)	3 (4,6545)	3 (2,1818)	24
<b>51 - 60</b>	9 (10,3636)	9 (9,2727)	14 (12,5454)	11 (8,7272)	2 (4,0909)	45
<b>61 - 70</b>	12 (11,9757)	11 (10,7151)	14 (14,4969)	10 (10,0848)	5 (4,7272)	52
<b>více než 70</b>	5 (7,8303)	8 (7,0060)	11 (9,4878)	6 (6,5939)	4 (3,0909)	34
Σ	38	34	46	32	15	165

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 8,242$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 8,242$  je menší než kritická hodnota  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ , a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu deprese není souvislost.

### Souvislost mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu studu

$H_0$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu studu není souvislost.

$H_A$ : Mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu studu existuje souvislost.

Tab. 14 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu studu); (vlastní výzkum)

	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy	$\Sigma$
<b>31 - 40</b>	2 (1,5151)	1 (1,2121)	2 (2,8484)	3 (3,2121)	2 (1,2121)	10
<b>41 - 50</b>	3 (3,4848)	3 (2,7878)	5 (6,5515)	4 (7,3878)	8 (2,7878)	23
<b>51 - 60</b>	5 (6,9696)	8 (5,5757)	14 (13,1030)	16 (14,7757)	3 (5,5757)	46
<b>61 - 70</b>	9 (7,8787)	5 (6,3030)	16 (14,8121)	19 (16,7030)	3 (6,3030)	52
<b>více než 70</b>	6 (5,1515)	3 (4,1212)	10 (9,6848)	11 (10,9212)	4 (4,1212)	34
$\Sigma$	25	20	47	53	20	165 (164,998)

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 18,708$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$ .

$$f=4.4$$

$$f= 16$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 18,708$  je menší než kritická hodnota  $x^2_{0,05}(16) = 26,296$ , a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Tzn., že mezi věkem a vnímanou intenzitou pocitu studu není souvislost.

### 5.2.3 Souvislost věku se získáváním informací

#### Souvislost mezi věkem a znalostí, kde hledat pomoc

$H_{010}$ : Mezi věkem pacientky a tím, zda věděla/nevěděla, kde vyhledat pomoc není závislost/souvislost.

$H_{A10}$ : Mezi věkem pacientky a tím, zda věděla/nevěděla, kde vyhledat pomoc existuje závislost/souvislost.

Tab. 15 Kontingenční tabulka (věk / znalost, kde hledat pomoc); (vlastní výzkum)

	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	více než 70	$\Sigma$
	10 (8,303)	17 (19,927)	36 (37,363)	44 (43,175)	30 (28,230)	165
<b>ano</b>						137
<b>ne</b>	0 (1,696)	7 (4,072)	9 (7,636)	8 (8,824)	4 (5,769)	28
$\Sigma$	10	24	45	52	34	165 (164,995)

$$x^2 = (P-O)^2/O$$

$$x^2 = 5,617$$

Určíme počet stupňů volnosti:  $f=(ř-1).(s-1)$

$$f=4$$

Kritická hodnota z tabulek je  $x^2_{0,05}(4) = 9,488$ . Vypočítaná hodnota testového kritéria  $x^2 = 5,617$  je menší než kritická hodnota  $x^2_{0,05}(4) = 9,488$ , a proto přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. Tj. že mezi věkem pacientky a tím, zda věděla/nevěděla, kde vyhledat pomoc neexistuje závislost/souvislost.

## 6 ZÁVĚRY VÝZKUMU

Z výsledků našeho šetření jsme přišli na mnohá a zajímavá zjištění.

U žen s inkontinencí moči je velmi omezena schopnost cestovat autem či autobusem na vzdálenosti větší než 20 minut od domova, kde odpovědělo větší procento nemocných žen v negativním smyslu – omezuje je to. Může být velmi nepříjemná a limitující omezená možnost návštěvy míst, kde není jistota blízkosti toalet. Dále příznaky postižení většinou ovlivňují možnost takto postižených žen odjet na dovolenou a možnost účasti na společenských událostech konaných mimo domov. Převážná většina žen taktéž vnímá omezený psychický, fyzický stav a spánek. Nepříjemné je zjištění, že u nich rovněž převažuje strach z ostudy, trapasu a strach ze zápachu moči. Obě tyto zjištěné skutečnosti mají negativní vliv na jejich aktivity.

Omezení, jak jsme zjistili z odpovědí „někdy“, je také vnímáno i v zajištění běžného chodu a oprav v domácnosti či na zahradě. Většina žen rovněž někdy a většinou vnímá omezenou možnost nakupování. Také jsme zjistili, že převážně někdy jsou omezeny možnosti provozovat své koníčky a zábavu, provádět fyzické aktivity jako plavání, chůzi, aj., účastnit se na společenských aktivitách jako návštěva kina či koncertu.

Naproti tomu, naprostá většina žen odpověděla, že nikdy nevnímá omezení ve schopnosti řídit auto. Velmi malé zastoupení negativních odpovědí bylo zachyceno v otázce, zda příznaky postižení obvykle ovlivňují možnost spirituálních aktivit (např. návštěvu bohoslužby). Rovněž dotaz, jestli v důsledku svého onemocnění musí pacientky omezit svoje dobrovolnické aktivity, byl zodpovězen ve prospěch dotazovaných žen. Opět naprostou většinou odpověděly nikdy.

V teoretické části své práce jsme se zaměřili na deprese, depresivního pacienta a práci s ním. Předpokládali jsme, že tento psychický stav bude u námi dotazovaných žen významně zastoupen. Z výsledků našeho výzkumu však plyne, že tomu tak není. Pokud se zaměříme na vjem konkrétních pocitů, tak nejvíce a nejčastěji je to vnímání nervozity. Tento pocit zasáhl většinu našich respondentek a ty jej vnímají velmi intenzivně. Druhým a třetím, nejintenzivnějším pocitem, jsou stud a strach. Kombinace těchto tří pocitů nám poskytuje jakýsi obrázek o negativních projevech inkontinence moči. Podle našeho názoru a s přihlédnutím k výsledkům našeho výzkumného šetření, je to bezpochyby limitující a do značné míry i handicapující onemocnění. Podle ohodnocení respondentek můžeme zbytek

pozorovaných pocitů seřadit následovně sestupnou řadou: úzkost, zklamání, zlost, beznaděj, deprese a nakonec frustrace.

Při ověřování hypotéz jsme si ověřili, že existuje souvislost věku se sociálními dopady. Konkrétně hovoříme o souvislosti mezi věkem a oblastí cestování, věkem a domácím prostředím, společenskou rovinou, vztahy a psychickou oblastí. Co se týká souvislosti věku a prožívanými emocemi, potvrdila se pouze souvislost s pocitem strachu. Nervozita, deprese a stud s věkem nesouvisí, což nás poměrně překvapilo, jelikož jsme předpokládali opačný výsledek. Rovněž jsme neprokázali souvislost věku se získáváním informací. I v tomto případě je pro nás výsledek překvapující.

## 7 DISKUZE

Je otázkou diskuze, zda některé otázky byly položeny správně. Jeden z prvních otazníků vyvstává u naprosté většiny žen, které nikdy nevnímají omezenou schopnost řídit auto. Je to dáno tím, že tyto ženy nemají řidičský průkaz, nevlastní auto či snad jednoduše neřídí nebo nevyužívají tento způsob dopravy? Nebo důvod spočívá v tom, tyto ženy nejsou zvyklé řídit? Dále např. jestli v důsledku svého onemocnění musí pacientky omezit svoje dobrovolnické aktivity. Byl tento dotaz správně položen a správně pochopen? Rovněž dotaz, který zjišťoval omezení spirituálních aktivit (např. návštěva bohoslužby). Můžeme se ptát, zda byl tento vůbec na místě. V dnešní sekularizované společnosti je možná otázka víry námětem k dalšímu prozkoumání.

Otázka, zda je omezená schopnost vykonávat své zaměstnání (mimo domov) – většina odpověděla „ne“, nicméně většina respondentek je, jak uvedla, v důchodu. Tudíž můžeme předpokládat, že nepracuje. Zároveň je tu i další otazník, a to zda současný trh práce nabízí takové možnosti, kdy lze pracovat z domu a tím pádem i reálně uskutečňovat tuto formu obživy a výdělků. Na tuto otázku taktéž neznáme odpověď. Či jestli příznaky postižení obvykle ovlivňují možnost vést uspokojivý sexuální život? Výsledky mohou být zkráceny v důsledku velkého počtu žen ve věku vyšším než 70 let. Věk, samozřejmě, nemusí být v prožívání partnerské sexuality překážkou, nicméně v našem šetření jsme již nezjišťovali rodinný stav. Tzn., že nevíme, jestli jsou ovdovělé, rozvedené či stále žijící v manželském svazku.

Otázka, která zjišťovala, zda pacientky pocítily omezení vztahů s přáteli, může být více rozvinuta a prozkoumána. Jsou naši přátelé natolik důvěrní, že se jim můžeme svěřit nebo situaci řešíme tak, že si je pozveme k sobě domů, kde máme pocit bezpečí a jistoty?

Otevřeným bodem rovněž zůstává, jestli četnosti odpovědí směřované spíše kladným směrem, tzn. ve prospěch pacientek, nejsou zkráceny skutečností, že určitá část z nich již prošla či prochází léčbou.

## ZÁVĚR

Cílem naší diplomové práce je v rámci osvěty upozornit laickou veřejnost na tento zdravotní a společensky limitující handicap. V první, teoretické části, jsme se snažili přiblížit pojem inkontinence moči u žen, předložili jsme nástin sociální práce s nemocným a zamýšlení nad pedagogikou zdraví z několika pohledů.

Praktickou část naší diplomové práce jsme rozdělili na část popisnou, kde více přibližujeme problematiku inkontinence moči u žen a část induktivní. V oddíle induktivní statistiky jsme se snažili najít souvislosti mezi věkem a jeho vlivem na prožívání sociální a psychologické stránky u žen trpících inkontinencí moči. Při využití statistické metody pro analýzu nominálních dat chí-kvadrát pro kontingenční tabulku jsme došli k následujícím závěrům: věk je ovlivňujícím činitelem v oblasti cestování. Statisticky jsme prokázali, že existuje souvislost mezi věkem a jeho vlivem na oblast cestování. Stejně tak jsme prokázali i souvislost mezi věkem a domácím prostředím, věkem a společenskou rovinou, věkem a mezilidskými vztahy a nakonec věkem a psychologickou oblastí. Z výsledků šetření našeho výzkumu plyne, že inkontinence moči je do značné míry poměrně silným činitelem, který negativně ovlivňuje sociální a psychologické prožívání pacientek.

Pokusili jsme se hlouběji prozkoumat působení věku na některé stránky psychologického prožívání žen, které trpí inkontinencí moči a blíže jsme se zaměřili na prožívání a vnímání některých pocitů. Konkrétně to byly pocit nervozity, strachu, deprese a studu. Z našich výpočtů lze konstatovat, že věk není statisticky významným činitelem ve vnímání pocitu nervozity, deprese a studu. Nicméně intenzita pocitu strachu je věkem výrazně ovlivněna.

Stejně tak jsme i prokázali, že mezi věkem a znalostí, či povědomím o tom, kde vyhledat pomoc, není statisticky významná souvislost.

Z výsledků našeho šetření usuzujeme, že inkontinence moči, stejně tak, jako jiné nemocnění, si zaslouží zvýšenou pozornost. Z pohledu laické veřejnosti bychom především kladli důraz na toleranci vůči osobám, které se nějakým způsobem od běžné populace odlišují. Z hlediska odborné veřejnosti a rovněž i z našeho pohledu, smysl neboli náplň práce sociálního pedagoga v tomto smyslu bychom spatřovali v rozšíření spolupráce např. s komunitními centry sdružující pacienty s různými onemocněními. Inkontinence úzce souvisí s kvalitou života. Můžeme říct, že by ošetřující personál, který s postiženým pracuje, měl brát v úvahu nejen důsledky medicínské, ale i psychologické a především sociální.



A právě zde by mělo dojít k určitému propojení mezi odborníky z oboru medicíny, s psychology, pacientem, rodinou postiženého a v neposlední řadě i s širokou veřejností. Za důležité považujeme především posilování důstojnosti a sociálních aktivit.

Domníváme se, že výsledky výzkumu mohou posloužit jako námět pro další pokračování a hlubšího pochopení problematiky sociálního a psychického dopadu na osoby postižené tímto onemocněním.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ATKINSONOVÁ, Rita L. et al., 1995. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, a.s. ISBN: 80-85605-35-X.
- [2] BAKOŠOVÁ, Zlatica a kol., 2011. *Teórie sociálnej pedagogiky: edukačné, sociálne a komunikačné aspekty*. Bratislava: SAV. ISBN: 978-80-970675-0-2.
- [3] Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2013. Publikace. *Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra\\_brozura\\_02.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_02.pdf)
- [4] CULLEY, Sue a Tim BOND, 2008. *Integrativní přístup v poradenství a psychologii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-452-6.
- [5] DRAPELA, Victor J, 1998. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-251-3.
- [6] FRITSCH, Helga et al., 2007. *Clinical anatomy of the pelvic floor*. Berlin: Springer-Verlag. ISBN: 978-3-540-49993-0.
- [7] GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ, 2006. *Poradenský proces*. Martin: Osveta. ISBN: 80-8083-155-7.
- [8] HALAŠKA, Michael et al., 2004. *Urogynekologie*. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-272-2.
- [9] HOWKINS, Peter a Robin SHOHET, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Přeložila Helena Hartlová. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-715-0.
- [10] HUGO, Jan, ed., 2005. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. Praha: Maxdorf. ISBN: 80-7345-076-3.
- [11] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, ISBN: 978-80-247-1369-4.
- [12] Chromikuj.pl, © 2012. Podglad dokumentu. *Pedagogika-zdrowia* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://docs6.chomikuj.pl/657533806,PL,0,0,Pedagogika-zdrowia.doc>

- [13] International Continence Society, © 1971-2013. About the ICS. *History* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.ics.org/About.aspx?ViewID=History>
- [14] International Continence Society, © 1971-2013. About the ICS. *Mission Statement* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.ics.org/About.aspx?ViewID=History>
- [15] IUGA, © 2013. About us. *About IUGA* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.iuga.org/?about>
- [16] JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN: 80-7254-329-6.
- [17] KOPŘIVA, Karel, 2006. *Lidský vztah jako součást profese: s předmluvou Jiřiny Šiklové*. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-181-6.
- [18] KRHUT, Jan, 2007. *Hyperaktivní močový měchýř: etiopatogeneze, diagnostika, léčba*. Praha: Maxdof. ISBN: 978-80-7345-125-7.
- [19] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-0179-0.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-774-4.
- [21] MARTAN, Alois a kol., 2011. *Nové operační postupy v urogynologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-233-9.
- [22] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-473-7.
- [23] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-002-X.
- [24] NAKONEČNÝ, Milan, 1998. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. ISBN: 80-200-0628-1.
- [25] SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2008. *Syndrom pomocníka: Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-369-7.

- [26] ŠVEC, Vlastimil a Karla HRBÁČKOVÁ, 2007. *Průvodce metodologií pedagogického výzkumu*. Zlín: UTB ve Zlíně, ISBN: 978-80-7318-547-3.
- [27] UGS, © 2002-2013. O společnosti. *Poslání a cíle urogynekologické společnosti* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.urogynekologie.cz/ugs/poslani-cile.php>
- [28] VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-678-0.
- [29] VOKURKA, Martin a Jan HUGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 8. Praha: Maxdorf, ISBN: 978-80-7345-166-0.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
atd.	a tak dále
cit.	citace
č.	číslo
H	hypotéza
HA	alternativní hypotéza
H <sub>0</sub>	nulová hypotéza
ICS	International Continence Society
IUGA	International Urogynaecological Association
např.	například
obr.	obrázek
s.	strana
tab.	tabulka
tj.	to jest
tzn.	to znamená
UGS	Urogynekologická společnost

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1 Profesionalita sociální práce .....	20
Obr. 2 Maslowova hierarchie lidských potřeb .....	37
Graf 3 Věkové kategorie (vlastní výzkum).....	42
Graf 4 Procentuální zastoupení jednotlivých profesí (vlastní výzkum).....	43
Graf 5 Histogram absolutních četností zaměstnání (vlastní výzkum) .....	43
Graf 6 Omezená schopnost řídit auto.....	47
Graf 7 Omezená schopnost starat se o domácnost.....	48
Graf 8 Omezená schopnost zajistit běžný chod a opravy v domácnosti či na zahradě .....	49
Graf 9 Omezená možnost nakupování.....	50
Graf 10 Omezená možnost provozovat své koníčky a zábavu .....	51
Graf 11 Omezená schopnost provádět fyzické aktivity jako plavání, chůzi, aj... ..	52
Graf 12 Omezení společenských aktivit jako návštěva kina či koncertu.....	53
Graf 13 Omezená schopnost cestovat autem či autobusem na vzdálenosti menší než 20 minut od domova.....	54
Graf 14 Omezená schopnost cestovat autem či autobusem na vzdálenosti větší než 20 minut od domova.....	55
Graf 15 Omezená možnost návštěvy míst, kde není jistota blízkosti toalet .....	56
Graf 16 Omezení možnosti odjet na dovolenou .....	57
Graf 17 Omezení spirituálních aktivit .....	58
Graf 18 Omezení dobrovolnických aktivit.....	58
Graf 19 Omezená schopnost vykonávat své zaměstnání (mimo domov) .....	59
Graf 20 Omezená možnost pozvat si návštěvu k sobě domů .....	60
Graf 21 Omezení možnosti účasti na společenských událostech konaných mimo domov .....	61
Graf 22 Omezení vztahů s přáteli .....	61
Graf 23 Omezení vztahů s rodinou (vyjma manžela/partnera).....	62
Graf 24 Omezení ve vztahu s manželem či intimním přítelem .....	63
Graf 25 Omezená možnost vést uspokojivý sexuální život .....	64
Graf 26 Omezený způsob oblékání.....	65
Graf 27 Omezený psychický stav.....	66
Graf 28 Omezený fyzický stav.....	66

---

Graf 29 Omezený spánek.....	67
Graf 30 Ovlivňuje strach ze zápachu moči Vaše aktivity? .....	68
Graf 31 Ovlivňuje strach z ostudy/trapasu Vaše aktivity?.....	69
Graf 32 Oblast cestování.....	70
Graf 33 Oblast - domácí prostředí .....	70
Graf 34 Společenská rovina .....	72
Graf 35 Oblast vztahů .....	73
Graf 36 Psychická oblast.....	74
Graf 37 Četnosti odpovědí „nikdy“ .....	75
Graf 38 Četnosti odpovědí „většinou ne“ .....	76
Graf 39 Četnosti odpovědí „někdy“ .....	76
Graf 40 Četnosti odpovědí „většinou ano“ .....	77
Graf 41 Četnosti odpovědí „vždy“ .....	78
Graf 42 Kde jste získala informace o nemoci? .....	79
Graf 43 Při zjištění svých potíží, věděla jste, kde vyhledat pomoc? .....	80
Graf 44 Kde jste se dozvěděla o možnostech léčby? .....	81

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1 Četnosti odpovědí u jednotlivých pocitů .....	74
Tab. 2 Procentuální vyjádření .....	79
Tab. 3 Četnosti odpovědí (informace o nemoci) .....	80
Tab. 4 Četnosti odpovědí (kde hledat pomoc) .....	81
Tab. 5 Četnosti odpovědí (informace o možnosti léčby) .....	82
Tab. 6 Kontingenční tabulka (věk / oblast cestování).....	83
Tab. 7 Kontingenční tabulka (věk / domácí prostředí) .....	84
Tab. 8 Kontingenční tabulka (věk / společenská rovina).....	85
Tab. 9 Kontingenční tabulka (věk / oblast vztahů).....	86
Tab. 10 Kontingenční tabulka (věk / psychická oblast).....	87
Tab. 11 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu nervozity).....	88
Tab. 12 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu strachu) .....	89
Tab. 13 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu deprese).....	90
Tab. 14 Kontingenční tabulka (věk / vnímaná intenzita pocitu studu).....	91
Tab. 15 Kontingenční tabulka (věk / znalost, kde hledat pomoc) .....	92

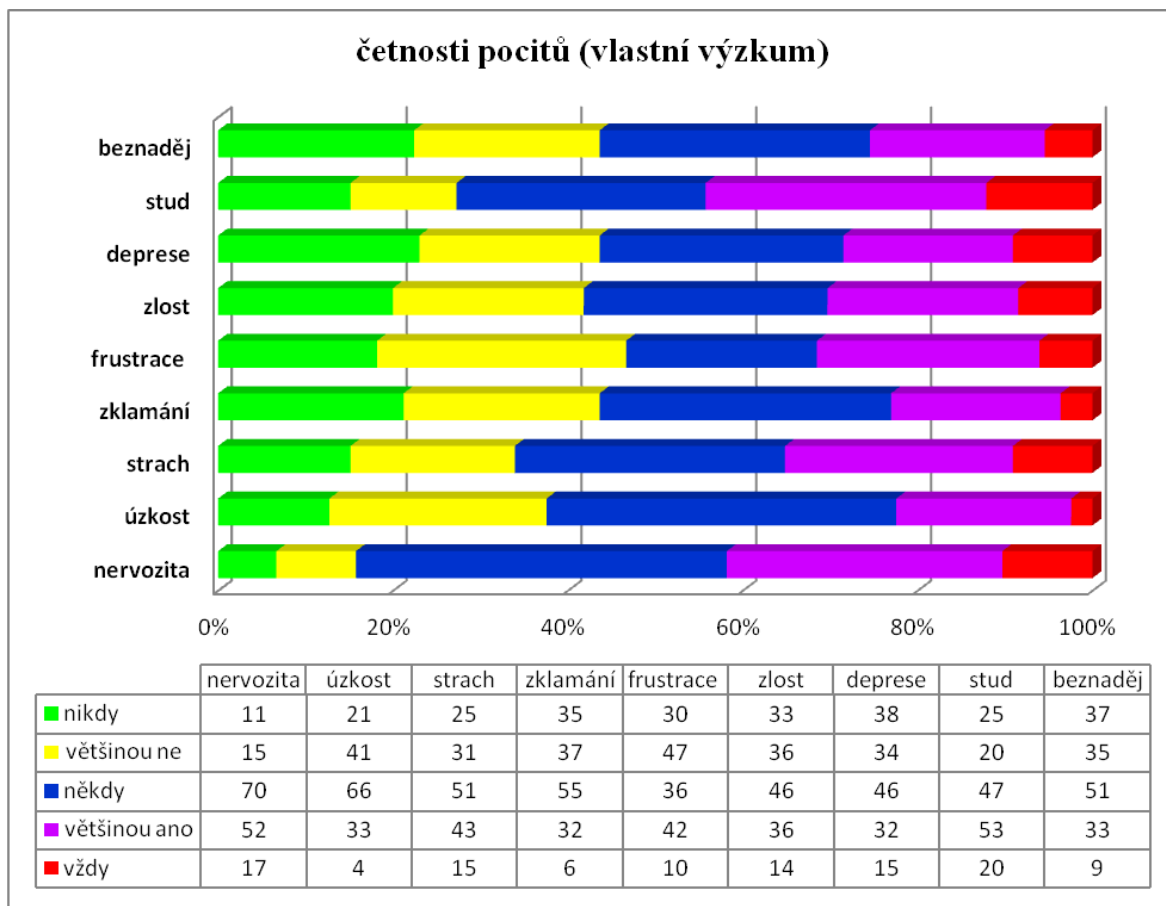


## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI – procentuální vyjádření četnosti pocitů

Příloha PII – dotazník

## PŘÍLOHA P I: PROCENTUÁLNÍ VYJÁDŘENÍ ČETNOSTI POCITŮ



## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

U následujících otázek označte křížkem jednu z možností.

1. Jak příznaky postižení obvykle ovlivňují Vaši:					
	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy
schopnost řídit auto?					
schopnost starat se o domácnost?					
schopnost zajistit běžný chod a opravy v domácnosti či na zahradě?					
možnost nakupování?					
možnost provozovat své koníčky a zábavu?					
schopnost provádět fyzické aktivity jako plavání, chůzi, aj....?					
společenské aktivity jako návštěva kina či koncertu?					
schopnost cestovat autem či autobusem na vzdálenosti menší než 20 minut od domova?					
schopnost cestovat autem či autobusem na vzdálenosti větší než 20 minut od domova?					
možnost návštěvy míst, kde si nejste jista blízkostí toalet?					
možnost odjet na dovolenou?					
Vaše spirituální aktivity? (např. návštěva bohoslužby)					
dobrovolnické aktivity?					
schopnost vykonávat své zaměstnání (mimo domov)?					
možnost pozvat si návštěvu k sobě domů?					
možnost účasti na společenských událostech konaných mimo Váš domov?					
vztahy s přáteli?					
vztahy s rodinou (vyjma manžela/partnera)?					
vztahy s manželem či intimním přítelem?					
možnost vést uspokojivý sexuální život?					
způsob oblékání?					
psychický stav?					
fyzický stav?					
spánek?					
Ovlivňuje strach ze zápachu moči Vaše aktivity?					
Ovlivňuje strach z ostudy/trapasu Vaše aktivity?					

**U následujících otázek označte křížkem jednu z možností.**

2. Měla jste již někdy na základě Vašeho postižení močového měchýře následující pocity:					
	nikdy	většinou ne	někdy	většinou ano	vždy
nervozita					
úzkost					
strach					
zklamání					
frustrace					
zlost					
deprese					
stud					
beznaděj					

**U následující otázky můžete označit křížkem více možností.**

3. Kde jste získala informace o nemoci?	
u obvodního lékaře	
u svého gynekologa	
z časopisu	
z letáku	
z internetu	
od známých	
od příbuzných	
jiné (prosím, uveďte)	

**U následující otázky označte křížkem jednu z možností.**

4. Při zjištění svých potíží, věděla jste, kde vyhledat pomoc?	
ano	
ne	

**U následující otázky můžete označit křížkem více možností.**

<b>5. Kde jste se dozvěděla o možnostech léčby?</b>	
u obvodního lékaře	
u svého gynekologa	
z časopisu	
z letáku	
z internetu	
od známých	
od příbuzných	
jiné (prosím, uveďte)	

<b>6. Uveďte, prosím, Váš věk:</b>	
méně než 30	
31 - 40	
41 - 50	
51 - 60	
61 - 70	
více než 70	