

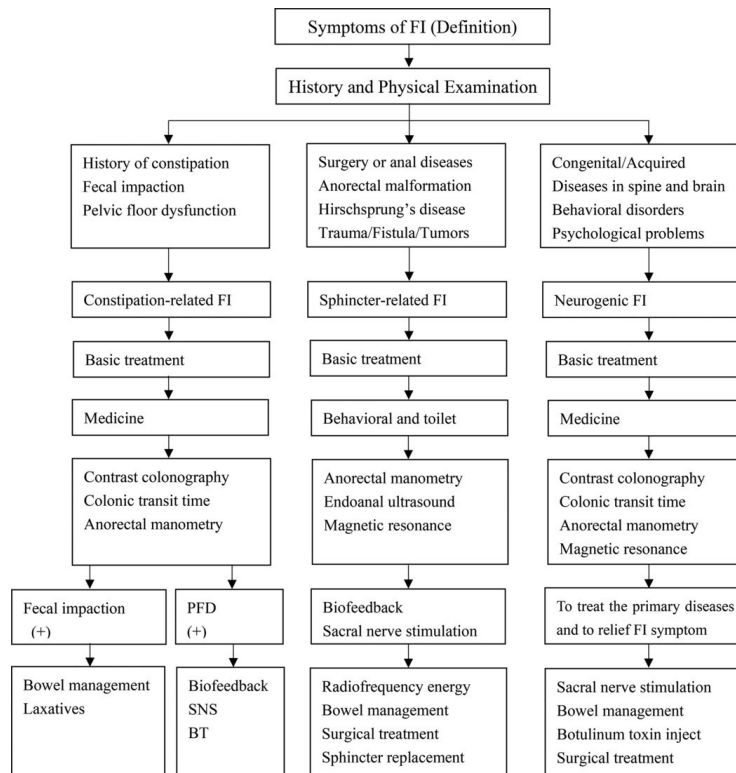
PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Inkontinenční deník pacientky (fotografie)

DATUM	KLYZMA	STOLICE	POZNÁMKA
	22. 8.		
24. 8.	X	● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
25. 8.	X	● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
26. 8.	X	● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
27. 8.	X	● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
28. 8.	X	- 1x	V ZABÍČKY
29. 8.	X	HODNĚ KVALITA	V ZABÍČKY
30. 8.	X	- 1x	V ZABÍČKY
31. 8.	KLYZMA 20:00	● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	VELKÉ HEONTAŽY
1. 9.	X		
2. 9.		● 14:00	HODNĚ JEDNOU
3. 9.	KLYZMA 14:00	● 14:00	HODNĚ JEDNOU
4. 9.	KLYZMA 19:00		
5. 9.			
6. 9.	KLYZMA 20:00	● 09:00 ● 21:00 ● 24:00	
7. 9.			
8. 9.	KLYZMA 20:00	● 11:00 ● 20:00	
9. 9.			
10. 9.		● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
11. 9.	KLYZMA 19:00	● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
12. 9.			
13. 9.	KLYZMA 20:00		
14. 9.			
15. 9.	KLYZMA 17:30	● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
16. 9.		● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
17. 9.		● 06:00 ● 06:45 ● 07:35 ● 08:00 ● 08:30 ● 09:00 ● 09:30 ● 10:00 ● 10:30 ● 11:00 ● 11:30 ● 12:00 ● 12:30 ● 13:00 ● 13:30 ● 14:00 ● 14:30 ● 15:00 ● 15:30 ● 16:00 ● 16:30 ● 17:00 ● 17:30 ● 18:00 ● 18:30 ● 19:00 ● 19:30 ● 20:00 ● 20:30 ● 21:00 ● 21:30 ● 22:00 ● 22:30 ● 23:00 ● 23:30	
		● - STOLICE NA ZACHOZE / ● - STOLICE DO CALHOTRE	

Zdroj: archiv autora

Příloha č. 2: Potenciální proces diagnostiky a léčby FI u dětí a dospívajících (tabulka)



Zdroj: Shen et al. (2022, s.3)

Příloha č. 3: JSGA continence score (dotazník)

Urge to defecate	
Always	2
Anything else	1
None	0
Incontinence	
Absent	4
Incontinent only when there is diarrhea	3
Other than the above	2
At least twice a week	1
Daily	0
Constipation	
Absent	4
Other than the above	3
Daily enema and suppositories required	2
Enema washout and stool extraction required	1
Soiling	
Absent	2
Other than the above	1
Daily	0

Zdroj: Bischoff et al. (2016, s. 739)

Příloha č. 4: Fecal Incontinence Quality of Life Scale (dotazník)

Appendix

Q 1: In general, would you say your health is:

- 1 Excellent
- 2 Very Good
- 3 Good
- 4 Fair
- 5 Poor

Q 2: For each of the items, please indicate how much of the time the issue is a concern for you due to accidental bowel leakage. (If it is a concern for you for reasons other than accidental bowel leakage then check the box under Not Apply, (N/A).)

Q2. Due to accidental bowel leakage:	Most of the Time	Some of The Time	A Little of the Time	None of the Time	N/A
a. I am afraid to go out	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. I avoid visiting friends	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. I avoid staying overnight away from home	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. It is difficult for me to get out and do things like going to a movie or to church	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. I cut down on how much I eat before I go out	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
f. Whenever I am away from home, I try to stay near a restroom as much as possible	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
g. It is important to plan my schedule (daily activities) around my bowel pattern	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
h. I avoid traveling	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
i. I worry about not being able to get to the toilet in time	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
j. I feel I have no control over my bowels	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
k. I can't hold my bowel movement long enough to get to the bathroom	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
l. I leak stool without even knowing it	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
m. I try to prevent bowel accidents by staying very near a bathroom	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

Q 3: Due to accidental bowel leakage, indicate the extent to which you AGREE or DISAGREE with each of the following items. (If it is a concern for you for reasons other than accidental bowel leakage then check the box under Not Apply, N/A).

Q3. Due to accidental bowel leakage:	Strongly Agree	Somewhat Agree	Somewhat Disagree	Strongly Disagree	N/A
a. I feel ashamed	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
b. I can not do many of things I want to do	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
c. I worry about bowel accidents	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
d. I feel depressed	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
e. I worry about others smelling stool on me	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
f. I feel like I am not a healthy person	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
g. I enjoy life less	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
h. I have sex less often than I would like to	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
i. I feel different from other people	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
j. The possibility of bowel accidents is always on my mind	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
k. I am afraid to have sex	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
l. I avoid traveling by plane or train	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
m. I avoid going out to eat	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
n. Whenever I go someplace new, I specifically locate where the bathrooms are	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

Q 4: During the past month, have you felt so sad, discouraged, hopeless, or had so many problems that you wondered if anything was worthwhile?

- 1 Extremely So - To the point that I have just about given up
- 2 Very Much So
- 3 Quite a Bit
- 4 Some - Enough to bother me
- 5 A Little Bit
- 6 Not At All

Zdroj: Todd et al. (2000, s. 14)

Příloha č. 5: Baylor continence score (dotazník)

1. Does your child have any leakage of stool at night only?

0.	1.	2.	3.	4.
None	Once this week	Twice this week	Every other night	Every night

2. Does your child have any leakage of stool during the day only?

0.	1.	2.	3.	4.
None	Once this week	Twice this week	Every other day	Every day

3. Does your child have any leakage of urine during the day only?

0.	1.	2.	3.	4.
None	Once this week	Twice this week	Every other day	Every day

4. Does your child complain of pain when he/she has a stool?

Never-0	Seldom-1	Sometimes-2	Frequently-3	Always-4
---------	----------	-------------	--------------	----------

5. Do you think that your child sometimes needs to pass stool but actively tries to hold it in?

Never-0	Seldom-1	Sometimes-2	Frequently-3	Always-4
---------	----------	-------------	--------------	----------

6. Does your child leak stool when he/she passes gas?

0.	1.	2.	3.	4.
None	Once a week	Twice a week	Every other day	Every day

Zdroj: Zdroj: Bischoff et al. (2016, s. 739)

Příloha č. 6: Holschneider continence score (dotazník)

Frequency of defecation	
Normal (1–2/day)	2
Often (3–5/day)	1
Very often	0
Fecal consistency	
Normal	2
Loose	1
Liquid	0
Soiling	
None	2
When stressed or if there is diarrhea	1
Always	0
Sensation of rectal fullness	
Normal	2
Uncertain	1
Absent	0
Ability to control the urge to defecate	
Normal (min)	2
Short (s)	1
None	0
Ability to discriminate between formed, loose, or gaseous motions	
Normal	2
Poor	1
Absent	0
Need for enemas, drugs, pads	
Never	2
Occasionally	1
Always	0

Zdroj: Bischoff et al. (2016, s. 738)

Příloha č. 7: Krickenbeck continence score (dotazník)

1. Voluntary bowel movements	Yes/no
Feeling of urge, capacity to verbalize, hold the bowel movement	
2. Soiling	Yes/no
Grade 1	Occasionally (once or twice per week)
Grade 2	Every day, no social problem
Grade 3	Constant, social problem
3. Constipation	Yes/no
Grade 1	Manageable by changes in diet
Grade 2	Requires laxative
Grade 3	Resistant to laxatives and diet

Zdroj: Bischoff et al. (2016, s.739)

Příloha č. 8: Jorge - Wexner Scoring System (dotazník)

Severity of fecal incontinence: Jorge-Wexner Scoring System, 1993

Incontinence episode	Frequency				
	Never	Rarely	Sometimes	Usually	Always
Solid	0	1	2	3	4
Liquid	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Wear a pad	0	1	2	3	4
Lifestyle alteration	0	1	2	3	4

0 points = perfect continence; 20 points = complete incontinence
 Never = 0; rarely = <1/month;
 sometimes = <1/week; usually = <1/day to >1/week; always = >1/day

Zdroj: Probst et al., (2010, s. 598)

Příloha č. 9: St Mark's incontinence score (dotazník)

Table 1. St. Mark's incontinence score⁶

	Never	Rarely	Sometimes	Weekly	Daily
Incontinence for solid stool	0	1	2	3	4
Incontinence for liquid stool	0	1	2	3	4
Incontinence for gas	0	1	2	3	4
Alteration in lifestyle	0	1	2	3	4
Need to wear a pad or plug				No 0	Yes 2
Taking constipation medicines				0	2
Lack of ability to defer defecation for 15 minutes				0	4

Never = no episodes in the past four weeks; Rarely = 1 episode in the past four weeks; Sometimes = >1 episode in the past four weeks but <1 per week; Weekly = 1 or more episodes a week but <1 per day; Daily = 1 or more episodes a day. • Add one score from each row; minimum score = 0 perfect continence; maximum score 24 = totally incontinent.

Zdroj: Maeda et al., (2008, s. 437)

Příloha č. 10: Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire (dotazník)

TABLE 3. Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire

Questionnaire on "urinary and defecation problems in children ages 5 to 12 years"

For each question, please select the answer that best applies to your child *in the past month*.

If you do not know the answer, please ask your child (or complete the questionnaire together with your child).

Note that not all questions have the same answer options.

MY CHILD....

1	Passes urine >8 times during the day.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
2	Wets underwear and/or outer clothing during the day (a few drops are considered wet).	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
3	Loses some drops of urine immediately after urinating has finished.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
4	Loses urine within the hour after urinating has finished.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
5	Seems to ignore the urge to urinate.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
6	Uses tricks to stay dry, like wriggling or forcefully crossing the legs.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
7	Experiences a sudden uncontrollable urge to urinate.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
8	Postpones first urination in the morning.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
9	Wets the bed or diaper during sleeping periods.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Less than once a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> 1 to 2 times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> 3 to 5 times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
10	Wakes up at night to urinate.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Less than once a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> 1 to 2 times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> 3 to 5 times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
11	Has 2 or fewer bowel movements per week.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> 1 to 2 times a <u>month</u> , at the most	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Very often
12	Stains or soils the underwear with stools.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
13	Has hard stools or painful bowel movements.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
14	Has large amount of stool (<i>that may obstruct the toilet</i>).	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
15	Postpones bowel movements.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
16	Experiences a sudden uncontrollable urge to defecate.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
17	Has abdominal pain.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily
18	Has a bloated belly.	<input type="checkbox"/> Never	<input type="checkbox"/> Once a <u>month</u> or less	<input type="checkbox"/> Several times a <u>month</u>	<input type="checkbox"/> Once or several times a <u>week</u>	<input type="checkbox"/> Almost daily or daily

Zdroj: Lonkhuyzen et al. (2017, s. 915)

Příloha č. 11: Přeložené dotazníky určené pro zhodnocení terapie (dokument)

Dotazník přeložen z originální verze Childhood bladder and bowel dysfunction Questionnaire (příloha č. 10).

Dysfunkce střev a močového měchýře v dětství – dotazník pro rodiče

Jméno pacienta: _____

Věk pacienta: _____

Datum vyplnění: _____

Dotazník týkající se problémů s močením a vyprazdňováním ve věku od 5 do 12 let. U každé otázky prosím vyberte odpověď, která se nejvíce týká Vašeho dítěte v průběhu uplynulého měsíce. Pokud odpověď neznáte, zeptejte se svého dítěte, případně dotazník vyplňte společně.

Na všechny otázky mají stejná možností odpovědi.

MOJE DÍTĚ....

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má únik moči více než osmkrát během dne.					
Během dne pomoci spodní prádlo nebo svrchní oblečení (několik kapek moči je považováno za mokré prádlo).					
Má drobný únik moči ihned potom, co dokončí močení.					
Má únik moči v průběhu následující hodiny po ukončení močení.					
Ignoruje pocit nutkání na močení.					

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Používá způsoby, jak zabránit úniku moči, jako je schoulení nebo silné překřížení nohou.					
Má náhlé nekontrolovatelné nutkání na močení.					
Odkládá první ranní močení.					
Během spánku pomocí postel nebo plienku.					
Vstává v průběhu noci kvůli močení.					
Má dvě nebo méně stolic za týden.					
Zašpiní spodní prádlo stolicí.					

strana č. 2

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má velmi tuhou stolicí nebo bolestivé vyprazdňování.					
Má velmi objemnou stolicí (může ucpat toaletu).					
Odkládá vyprazdňování (stolice).					
Má náhlé nekontrolovatelné nutkání na stolicí.					
Má bolesti břicha.					
Má nafouknuté břicho.					

strana č. 3

Dotazník přeložen z originální verze Krickenbeck continence score (příloha č. 7).

Krickenbeck – mezinárodní klasifikace

Jméno pacienta:

Věk pacienta:

Datum vyplnění:

1. Vědomá stolice (pohyb střev) Ano/Ne
Pocit nutkání na stolici
Zadržování stolice (pohybu střev)

2. Špinění Ano/Ne
stupeň 1 - příležitostně (jednou či dvakrát týdně)
stupeň 2 - každý den, ale nepůsobí to sociální problém
stupeň 3 - neustále, působí to sociální problém

3. Zácpa Ano/Ne
stupeň 1 - lze jí ovlivnit dietními změnami
stupeň 2 - vyžadující užívání projímadla
stupeň 3 - rezistentní vůči užití projímadla a dietním změnám

Zdroj: archiv autora

Dysfunkce střev a močového měchýře v dětství – dotazník pro rodiče

Jméno pacienta: [REDAKCE]

Věk pacienta: 9 LET

Datum vyplnění: 10. 9. 2022

Dotazník týkající se problémů s močením a vyprazdňováním ve věku od 5 do 12 let. U každé otázky prosím vyberte odpověď, která se nejvíce týká Vašeho dítěte v průběhu uplynulého měsíce. Pokud odpověď neznáte, zeptejte se svého dítěte, případně dotazník vyplňte společně.

Ne všechny otázky mají stejné možnosti odpovědí.

MOJE DÍTĚ....

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má únik moči více než osmkrát během dne.	X				
Během dne pomoci spodní prádlo nebo svrchní oblečení (několik kapek moči je považováno za mokré prádlo).	X				
Má drobný únik moči ihned potom, co dokončí močení.	X				
Má únik moči v průběhu následující hodiny po ukončení močení.	X				
Ignoruje pocit nutkání na močení.	X				

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Používá způsoby, jak zabránit úniku moči, jako je schoulení nebo silné překřížení nohou.	X				
Má náhlé nekontrolovatelné nutkání na močení.	X				
Odkládá první ranní močení.	X				
Během spánku pomocí postel nebo plenku.	X				
Vstává v průběhu noci kvůli močení.	X				
Má dvě nebo méně stolic za týden.					X
Zašpiní spodní prádlo stolicí.					X

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má velmi tuhou stolici nebo bolestivé vyprazdňování.	X				
Má velmi objemnou stolici (může ucpat toaletu).	X				
Odkládá vyprazdňování (stolice).	X				
Má náhlé nekontrolovatelné nutkání na stolici.					X
Má bolesti břicha.	X				
Má nafouknuté břicho.	X				

Zdroj: archiv autora

Kontrolní vyplnění dotazníků ze dne 29.3. a 4.4.2023.

Krackenbeck – mezinárodní klasifikace

Jméno pacienta: XXXXXXXXXX

Věk pacienta: 10 LET

Datum vyplnění: 29.3.2023

1. Vědomá stolice (pohyb střev) Ano Ne
Pocit nutkání na stoličce PROVAŠÍME KLYSTYR
Zadržování stolice (pohybu střev)

2. Špinění Ano Ne
stupeň 1 - příležitostně (jednou či dvakrát týdně)
stupeň 2 - každý den, ale nepůsobí to sociální problém
stupeň 3 - neustále, působí to sociální problém

3. Zácpa Ano Ne
stupeň 1 - lze jí ovlivnit dietními změnami
stupeň 2 - vyžadující užívání projímadla
stupeň 3 - rezistentní vůči užití projímadla a dietním změnám

Citace: BISCHOFF, Andrea, J BEALER a A PEÑA. Critical analysis of fecal incontinence scores. *Pediatric surgery international* [online]. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2016, 32(8), 737-741 [cit. 2022-08-30]. ISSN 0179-0358. Dostupné z: doi:10.1007/s00383-016-3909-y

Dysfunkce střev a močového měchýře v dětství – dotazník pro rodiče

Jméno pacienta: [REDAKCE]

Věk pacienta: 10 LET

Datum vyplnění: 4.4.2023

Dotazník týkající se problémů s močením a vyprazdňováním ve věku od 5 do 12 let. U každé otázky prosím vyberte odpověď, která se nejvíce týká Vašeho dítěte v průběhu uplynulého měsíce. Pokud odpověď neznáte, zeptejte se svého dítěte, případně dotazník vyplňte společně. Ne všechny otázky mají stejné možnosti odpovědi.

MOJE DÍTĚ.... OB DEN DĚLÁME KYSTYČE

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má únik moči více než osmkrát během dne.	X				
Během dne pomocí spodní prádlo nebo svrchní oblečení (několik kapek moči je považováno za mokré prádlo).	X				
Má drobný únik moči ihned potom, co dokončí močení.	X				
Má únik moči v průběhu následující hodiny po ukončení močení.	X				
Ignoruje pocit nutkání na močení.	X				

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Používá způsoby, jak zabránit úniku moči, jako je scholení nebo silné překřížení nohou.	✓				
Má náhle nekontrolovatelné nutkání na močení.	✓				
Odkládá první ranní močení.	✓				
Během spánku pomocí postel nebo plenku.	✓				
Vstává v průběhu noci kvůli močení.	✓				
Má dvě nebo méně stolic za týden.					✓
Zašpiní spodní prádlo stolicí.					✓

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má velmi tuhou stolicí nebo bolestivé vyprazdňování.	X				
Má velmi objemnou stolicí (může ucpat toaletu).	X				
Odkládá vyprazdňování (stolice).	X				
Má náhlé nekontrolovatelné nutkání na stolicí.					X
Má bolesti břicha.	X				
Má nafouknuté břicho.	X				

Zdroj: archiv autora

Příloha č. 13: Vyplněné dotazníky určené pro zhodnocení terapie – pacientka 2 (dokument)

Úvodní vyplnění dotazníků ze dne 15.12.2022.

Krackenbeck – mezinárodní klasifikace

Jméno pacienta: [redacted]
Věk pacienta: 12
Datum vyplnění: 15.12.2022

1. Vědomá stolice (pohyb střev) Ano/Ne
Pocit nutkání na stolicí
Zadržování stolice (pohybu střev)

2. Špinění Ano/Ne
stupeň 1 - příležitostně (jednou či dvakrát týdně) *Ano - především při kašli*
stupeň 2 - každý den, ale nepůsobí to sociální problém
stupeň 3 - neustále, působí to sociální problém

3. Zácpa Ano/Ne
stupeň 1 - lze jí ovlivnit dietními změnami *Velmi zřídka, někdy typ hadřmáním, max 1 za měsíc*
stupeň 2 - vyžadující užívání projímadla
stupeň 3 - rezistentní vůči užití projímadla a dietním změnám

Dysfunkce střev a močového měchýře v dětství – dotazník pro rodiče

Jméno pacienta: [redacted]

Věk pacienta: 12

Datum vyplnění: 15. 12. 2022

Dotazník týkající se problémů s močením a vyprazdňováním ve věku od 5 do 12 let. U každé otázky prosím vyberte odpověď, která se nejvíce týká Vašeho dítěte v průběhu uplynulého měsíce. Pokud odpověď neznáte, zeptejte se svého dítěte, případně dotazník vyplňte společně.

Ne všechny otázky mají stejné možnosti odpovědí.

MOJE DÍTĚ...

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má únik moči více než osmkrát během dne.	X				
Během dne pomoci spodní prádlo nebo svrchní oblečení (několik kapek moči je považováno za mokré prádlo).			X		
Má drobný únik moči ihned potom, co dokončí močení.	X				
Má únik moči v průběhu následující hodiny po ukončení močení.		X			
Ignoruje pocit nutkání na močení.	X				

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Používá způsoby, jak zabránit úniku moči, jako je schoulení nebo silné překřížení nohou.		X			
Má náhle nekontrolovatelné nutkání na močení.					
Odkládá první ranní močení.	X				
Během spánku pomocí postel nebo plenku.				X	
Vstává v průběhu noci kvůli močení.		X			
Má dvě nebo méně stolic za týden.	X				
Zašpiní spodní prádlo stolicí.		X			

	nikdy	jednou za měsíc nebo méně	párkrát za měsíc	jednou za týden nebo méně	téměř denně nebo denně
Má velmi tuhou stolicí nebo bolestivé vyprazdňování.		X			
Má velmi objemnou stolicí (může ucpat toaletu).	X				
Odkládá vyprazdňování (stolice).	X				
Má náhlé nekontrolovatelné nutkání na stolicí.	X				
Má bolesti břicha.		X			
Má nafouknuté břicho.		X			

Zdroj: archiv autora

Příloha č. 14: Informovaný souhlas (dokument)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní/ vážený pane,

Žádám Vás tímto o spolupráci s praktickou částí k mé bakalářské práci prováděné na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze v rámci ukončení bakalářského studijního programu fyzioterapie pod vedením Mgr. Magdalény Lepšíkové.

Pro účely této bakalářské práce je potřeba vyplnit dotazníky vztahující se k inkontinenci stolice, které slouží pro objektivní zhodnocení závažnosti inkontinence stolice a případného efektu terapie.

Veškerá získaná data jsou anonymizována. Všechny veřejně přístupné výstupy budou anonymně citovány a bude s nimi nakládáno bez vazby na osobu Vašeho dítěte. Vaše rozhodnutí je pro mě závazné.

Informace o osobě Vašeho dítěte budou shromažďovány a zpracovány výhradně v souvislosti s bakalářskou prací a pro její potřeby jsou považovány za přísně důvěrné. Zajištění ochrany dat vyšetřované osoby je v souladu se zákonem.

Prosím Vás tímto o souhlas s použitím dat dle výše stanovených podmínek.

Souhlasím s pořízením fotografie z průběhu vyšetření a terapie pro účely prezentace k obhajobě bakalářské práce:

ANO NE

Vaše účast je dobrovolná a můžete ji kdykoliv přerušit.

Děkuji.

Adéla ~~Damková~~

PROHLÁŠENÍ

Souhlasím s poskytnutím informací Adéle ~~Damkové~~ a Mgr. Magdaléně Lepšíkové pro účely výše popsaného projektu. Souhlasím s použitím získaných údajů pro účely bakalářské práce a s jejich anonymním publikováním. Jsem informován/a, mám možnost spolupráci kdykoliv ukončit.

V Dne

Jméno

Podpis