

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ
Fakulta veřejných politik v Opavě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Opava 2021

Eva Obludníková

SLEZSKÁ UNIVARZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

Ústav nelékařských zdravotnických studií

Eva Obludníková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: Kombinovaná

Močová inkontinence očima veřejnosti
Urinary Incontinence through the eyes of the public

bakalářská práce

Opava 2021

doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.
vedoucí BP

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou močové inkontinence. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce seznamuje s problematikou močové inkontinence. Popisuje příčiny jejího vzniku, klasifikaci, diagnostiku a léčbu močové inkontinence. Je zde také nastíněno období pozdní dospělosti, stárnutí a stáří, role sestry v edukaci při diagnostice močové inkontinence.

Praktická část je zaměřena na znalosti dospělé populace o problematice močové inkontinence a její prevence. Jednalo se o kvantitativní šetření s využitím dotazníkové techniky.

Klíčová slova

Močová inkontinence, příznaky, léčba, prevence.

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of urinary incontinence. The work is divided into two parts – theoretical and practical.

The theoretical part introduces the issue of urinary incontinence. Describes the causes of its origin, classification, diagnosis and treatment of urinary incontinence. It also adumbrates the period of late adulthood, senescence and old age, the role of the nurse in education in the diagnosis of urinary incontinence.

The practical part is focused on the knowledge of the adult population on the issue of urinary incontinence and its prevention. It was a quantitative survey using a questionnaire technique.

Keywords

Urinary incontinence, symptoms, therapy, prevention.

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2020/2021

Zadávací ústav:	Ústav nelékařských zdravotnických studií
Studentka:	Eva Obludníková
UČO:	47875
Program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Téma práce:	Močová inkontinence očima veřejnosti
Téma práce anglicky:	Urinary Incontinence through the eyes of the public
Zadání:	Cílem teoretické části práce je přiblížit problematiku močové inkontinence, její příčiny vzniku, klasifikaci, diagnostiku a léčbu. Cílem praktické části práce bylo zjistit znalosti dospělé populace v problematice močové inkontinence a její prevence.
Literatura:	<p>DRÁBKOVÁ, P. Prevence močové inkontinence ve stáří. Urologie pro praxi. [online]. 2015, roč. 16, č. 3, s. 127-129 [cit. 31.3.2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201503-0010_Prevence_mocove_inkontinence_ve_stari.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%26sfrom%3D0%26spage%3D30.</p> <p>GENADRY, R. a MOSTWIN, J. L. Inkontinence moči u ženy. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0480-0.</p> <p>HORČIČKA, L. et al. Inkontinence moči v každodenní praxi. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4503-2.</p> <p>CHMEL, R. Ženská močová inkontinence: nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.</p> <p>MICHALSKÝ, R. a MÍKA, D. Urologie pro studující ošetrovatelství. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2011. ISBN 978-80-7248-676-2.</p> <p>ROMŽOVÁ, M. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. Urologie pro praxi. [online]. 2014, roč. 5, č. 5, s. 221-126 [cit. 31.3.2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201405-0005_Mozne_priciny_vzniku_inkontinence_a_jejich_reseni.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%26sfrom%3D0%26spage%3D30.</p> <p>SLEZÁKOVÁ, L. et al. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.</p> <p>ŠAFRÁNKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M. Interní ošetrovatelství II. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.</p>

TERNENT, L. et al. Measuring outcomes of importance to women with stress urinary incontinence. BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [online]. 2009, roč. 16, č. 5, s. 719-725 [cit. 8.3.2020]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298440>.

ZIKMUND, J. Inkontinence moči u žen. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.

Datum zadání práce: 30. 3. 2020

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

.....
doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
vedoucí ústavu

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Ústřední knihovně Slezské univerzity v Opavě.

Eva Obludníková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D. za cenné rady, ochotu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří byli ochotní zúčastnit se dotazníkového šetření. A v neposlední řadě zaslouží poděkování má rodina, která mi vytvořila potřebné podmínky pro vypracování bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	1
1 Definování základních pojmů a jejich operacionalizace	2
Inkontinence	2
2 Studie týkající se močové inkontinence	3
3 Definice močové inkontinence	6
3.1 Příčiny a rizikové faktory močové inkontinence	7
3.2 Klasifikace močové inkontinence	8
3.2.1 Extrauterální inkontinence	8
3.2.2 Stresová inkontinence	8
3.2.3 Urgentní inkontinence	9
3.2.4 Reflexní inkontinence	9
3.2.5 Paradoxní inkontinence	10
3.2.6 Smíšená inkontinence	10
3.3 Rizikové faktory močové inkontinence z pohledu pohlaví a ontogenetického vývoje	10
3.3.1 Pohlaví	10
3.3.2 Pozdní dospělost	11
3.3.3 Vliv menopauzy na močovou inkontinenci	12
3.3.4 Prostatitida neboli prostatický syndrom	12
4 Diagnostika močové inkontinence	14
4.1 Anamnéza	14
4.2 Fyzikální vyšetření	15
4.3 Jednoduché funkční testy	15
4.4 Laboratorní vyšetření	16
4.5 Zobrazovací metody	16
4.6 Urodynamické metody	16
4.7 Endoskopické metody	17
4.8 Edukace sester při diagnostice močové inkontinence	17
5 Léčba vybraných druhů močové inkontinence	19
5.1 Léčba stresové inkontinence	19
5.1.1 Konzervativní léčba	19
5.1.2 Chirurgická léčba	21
5.2 Léčba urgentní inkontinence	22
5.2.1 Konzervativní léčba	22

5.2.2	Chirurgická léčba	23
5.3	Léčba smíšené inkontinence	24
5.4	Prevence močové inkontinence a úloha sestry	24
6	Průzkumné šetření	27
6.1	Hlavní cíl výzkumu	27
6.2	Dílčí cíle výzkumu	27
6.3	Volba metody výzkumného šetření.....	27
6.4	Předvýzkum	27
6.5	Definování vzorků respondentů.....	27
6.6	Plán výzkumného šetření.....	27
7	Výsledky průzkumného šetření	29
8	Diskuze.....	45
9	Návrh nápravných opatření	48
	ZÁVĚR	49
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
	SEZNAM ZKRATEK	55
	SEZNAM GRAFŮ	56
	SEZNAM TABULEK	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Problematika močové inkontinence je v současnosti velice aktuálním tématem, protože tímto onemocněním trpí poměrně velká část lidské populace. Dá se považovat za jeden z nejčastějších zdravotních problémů, který postihuje především osoby v pokročilejším věku. Z tohoto důvodu jsem se ve své bakalářské práci zaměřila na močovou inkontinenci mužů a žen nacházejících se v pozdní dospělosti. Jde navíc o vážný socioekonomický problém, který člověka ovlivňuje v různých oblastech života (osobní, pracovní, fyzické, sociální, psychické a sexuální). Spousta lidí se dokonce bojí vyhledat lékařskou pomoc, protože se stydí o močové inkontinenci mluvit. Proto mě zajímaly znalosti a postoj veřejnosti k problematice močové inkontinenci.

Samotná močová inkontinence není onemocněním v pravém slova smyslu, ale symptomem, který vyjadřuje poruchy souhry plnicí a vyprazdňovací fáze funkce močového měchýře. Onemocněním se stává až tehdy, pokud svému držiteli způsobuje zdravotní či jiné obtíže. Močová inkontinence postihuje muže i ženy bez rozdílu věku nebo rasy. Rozdíly se dají najít pouze v zastoupení jednotlivých typů močové inkontinence. Rozlišujeme extrauterální, stresovou, urgentní, paradoxní, reflexní a smíšenou močovou inkontinenci.

Kromě léčby močové inkontinence má obrovský význam i samotná prevence, díky které lze minimalizovat riziko vzniku močové inkontinence. Díky včasným preventivním opatřením se také může jedinec vyhnout následným komplikacím a rozvoji doprovodných onemocnění.

Formálně je bakalářská práce rozdělená na dvě části – část teoretickou a část praktickou. Teoretická část bakalářské práce seznamuje s problematikou močové inkontinence. Zaměřuje se na příčiny jejího vzniku, klasifikaci, diagnostiku a léčbu močové inkontinence. Dále je zde také popsáno období pozdního věku člověka, úloha a edukace všeobecnou sestrou při diagnostice močové inkontinence a samozřejmě nechybí ani charakteristika druhů léčby a prevence močové inkontinence.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na znalosti dospělé populace v problematice močové inkontinence a její prevenci. Hlavní cíl je rozdělen do tří dílčích cílů, které zjišťovaly znalosti o močové inkontinenci, prevenci močové inkontinence a postoje veřejnosti k močové inkontinenci. Průzkum probíhal pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce.

1 Definování základních pojmů a jejich operacionalizace

Inkontinence

Jedna z mnoha definic praví, že inkontinence je podle ICS – International Continence Society (Mezinárodní společnost pro inkontinenci) definována jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. V současnosti tvoří vážný socioekonomický problém a omezuje postižené pacienty. (Ryšánková, 2016)

Zikmund uvedl, že močová inkontinence je problém nejen sociální, ale také ekonomický, a bude stále závažnější podle toho, jak se bude prodlužovat délka života narůstajícího počtu inkontinentních jedinců. (Zikmund, 2001)

Inkontinence moči patří k nejčastějším zdravotním problémům zejména ženské populace, kterým trpí v celosvětovém měřítku stamiliony lidí. Nejčastěji je udávána prevalence 10 – 45 procent ženské dospělé populace. Není sice spojená s vysokou morbiditou či mortalitou, má však zásadní vliv na kvalitu života postižených pacientů. (Krhut a kol., 2015, s. 132)

Horčička definuje močovou inkontinenci jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. Jedná se o symptom a může být projevem mnoha nemocí. (Horčička, 2017)

Močová inkontinence je stav, kdy dojde u jedince k jakémukoliv nedobrovolnému úniku moči. Inkontinence postihuje muže i ženy bez rozdílu věku nebo rasy. Rozdíl je jen v zastoupení jednotlivých typů inkontinence. (Romžová, 2014)

Únik moči je stavem (symptomem) nedobrovolného úniku moči a představuje medicínsko – psychologický a sociálně – hygienický problém. Vyskytuje se i řada vrozených i získaných onemocnění, z nichž některá jsou systémová nebo vůbec nemusejí souviset s močovým ústrojím. Frekvence a důvody výskytu úniku moči se mění s věkem a liší se u obou pohlaví. (Hanuš, 2015)

Operacionalizace: V bakalářské práci se zabýváme především močovou inkontinencí.

2 Studie týkající se močové inkontinence

Vyhledané studie mapují život s močovou inkontinencí v zahraničí i v České republice. Některé studie zdůrazňují význam rozvoje vzdělávacích programů na téma močová inkontinence.

První zahraniční studie

Autor/ři: JOHANNESSEN, H. et al.

Název: Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum-Follow up of a randomized controlled trial (Pravidelné předporodní cvičení včetně tréninku svalů pánevního dna snižuje močovou inkontinenci 3 měsíce po porodu - sledování randomizované kontrolované studie).

Rok vydání: 2021

Země původu: Norsko

Zdroj: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32996139/>

Stručný obsah studie: Cílem této studie bylo vyhodnotit účinek prenatálního cvičebního programu včetně tréninku svalstva pánevního dna na poporodní močovou inkontinenci a prozkoumat faktory spojené s močovou inkontinencí tři měsíce po porodu. Studie byla provedena ve dvou norských univerzitních nemocnicích, přičemž ženy ve cvičební skupině absolvovaly dvanáctitýdenní standardizovaný cvičební program zahrnující trénink svalů pánevního dna. Cvičební program přitom snížil prevalenci inkontinence moči tři měsíce po porodu u žen, které byly na počátku inkontinentní.

Druhá zahraniční studie

Autor/ři: PINTOS-DÍAZ, M. et al.

Název: Living with Urinary Incontinence: Potential Risks of Women's Health? A Qualitative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a Specialized Center (Život s močovou inkontinencí: Potenciální rizika zdraví žen? Kvalitativní studie o perspektivách pacientek hledajících péči poprvé ve specializovaném centru).

Rok vydání: 2019

Země původu: Španělsko.

Zdroj: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31597365/>

Stručný obsah studie: Močová inkontinence představuje složitý problém, který běžně postihuje ženy a ovlivňuje jejich fyzickou, duševní a sociální pohodu. Cílem této studie bylo prozkoumat zkušenosti skupiny žen s močovou inkontinencí. Bylo zjištěno, že močová

inkontinence vyvolává u žen mnoho změn. U některých žen se může objevit odmítavý postoj k vlastnímu tělu. V těchto chvílích je důležitá podpora rodiny a především sexuálního partnera. Tato studie zdůrazňuje význam rozvoje vzdělávacích programů na téma močové inkontinence.

Třetí zahraniční studie

Autor/ři: LÚCIO, A. et al.

Název: Risk factors for postpartum urinary incontinence (Rizikové faktory pro močovou inkontinenci po porodu).

Rok vydání: 2016.

Země původu: Brazílie.

Zdroj: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384198/>

Stručný obsah studie: Cílem této studie bylo zkoumat rizikové faktory poporodní močové inkontinence a jejich charakteristiky. Jednalo se o případovou kontrolní studii, které se zúčastnily ženy nacházející se v šestinedělí. Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím dotazníků, v nichž respondentky odpovídaly na otázky týkající se úniku moči, a za jakých okolností k němu dochází. Bralo se přitom období až po dobu 90 dnů po porodu. Bylo zjištěno, že u většiny žen se močová inkontinence objevila již během těhotenství a často přetrvávala až do šestinedělí.

Čtvrtá česká studie

Autor/ři: HOLUB, L. et al.

Název: Dopady změny antimuskarinika na kvalitu života u pacientů s hyperaktivním měchýřem - výsledky studie VEST.

Rok vydání: 2018

Země původu: Česká republika.

Zdroj: https://www.czechurolog.cz/artkey/cur-201802-0004_dopady_zmeny_antimuskarinika_na_kvalitu_zivota_u_pacientu_s_hyperaktivnim_mec_hyrem_-_vysledky_studie_vest.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dhyperaktivn%25ED%2Bmo%25E8ov%25FD%2Bm%25ECch%25FD%25F8%2Bin%253Aauth%2Bname%2Bkey%2Babstr%26sfrom%3D0%26spage%3D30

Stručný obsah studie: Cílem této studie bylo vyhodnotit účinek solifenacinu na kvalitu života (QoL) pacientů léčených předem jiným antimuskarinikem pro hyperaktivní měchýř (OAB) a porovnat účinky solifenacinu podle předchozí léčby antimuskariniky. Metodou k

ověření byly dotazníky spokojenosti s léčbou. Studie ukázala statisticky významné zlepšení téměř všech hodnocených parametrů. Podle výsledků je solifenacin vhodným léčivem pro pacienty, kteří selhávají při léčbě jiným antimuskarinikem.

3 Definice močové inkontinence

Inkontinence je podle ICS – International Continence Society (Mezinárodní společnost pro inkontinenci) definována jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. V minulosti se v souvislosti s inkontinencí hovořilo o nechtěném odtékání moči, které mohlo způsobovat sociální, hygienické, zdravotní či psychické obtíže, což platí i pro současnost. Močová inkontinence není nemocí v pravém slova smyslu, je však symptomem, který vyjadřuje poruchy souhry plnění a vyprazdňování močového měchýře. (Drábková, 2015; Abrams, 2016).

Inkontinence postihuje obě pohlaví, jak muže, tak ženy, a vztahuje se na všechny věkové kategorie s určitými prevalencemi. Hanuš a Macek (2015) definují močovou inkontinenci jako stav pomočování, který se může objevit u řady vrozených stavů a nemocí. Některé však nemusejí souviset s močovým ústrojím. (Hanuš, Macek, 2015)

Močová inkontinence je oříškem nejen sociálním, ale také ekonomickým a bude stále závažnějším podle toho, jak se bude prodlužovat délka života narůstajícího počtu inkontinentních jedinců. Únikem moči trpí stamiliony lidí na celém světě a většina z nich jsou ženy. Mnoho lidí se také o inkontinenci, která je zneklidňující i nepříjemná, vyjadřuje jako o otázce související s „kvalitou života“. (Ryšánková, 2016)

Genadry a Mostwin (2013) jsou ve své knize přesvědčeni, že ve hře je mnohem více. Trpět inkontinencí znamená, že člověk ztratil volní kontrolu nad částí vlastního těla, která kdysi bezchybně fungovala. Ať už je inkontinence jakkoliv závažná, může vyvolat osobní krizi. Neschopnost ovládat držení moči zcela jistě patří mezi jedny z nejvíce ponižujících stavů v životě každého jedince. Následky inkontinence se promítají do všech oblastí osobního i společenského života. S využitím některé z mnoha dostupných možností léčby se jistě dokážete vrátit ke stejnému životnímu stylu, který jste vedli před inkontinencí. (Genadry, Mostwin, 2013)

Inkontinence není choroba, ale spíše projev určitého tělesného stavu. Má řadu různých příčin. Jednou z nich je nepochybně věk, ale jeho vliv bývá často nesprávně přeceňován. (Krhut, 2014)

Horčíčka (2019) uvádí, že potíže s udržení moči jsou buď přechodné, anebo trvalé. Jde o neschopnost udržení moči nebo o samovolný únik moči a patří mezi jednu ze zdravotních obtíží ženy. Incidence inkontinence je nejvyšší u žen s rizikovými faktory, a to

např. šestinedělí, klimakterium, hernie nebo obezita. Pro ženu je tato překážka velmi zásadní, jak při povolání, tak v osobním či intimním životě. (Horčíčka, 2019)

3.1 Příčiny a rizikové faktory močové inkontinence

Příčiny močové inkontinence jsou komplikované a mnohdy rozmanité. V deseti procentech případů pak nelze původ inkontinence prokázat. Soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku onemocnění lze rozdělit na morfologické příčiny a funkční příčiny. Za morfologickou příčinu se považuje přímé postižení urogenitálního systému. Konkrétně máme na mysli involuční změny, kdy dochází k přirozenému snížení kapacity a také k postupnému snížení napětí stěny močového měchýře. Dále jde o onemocnění prostaty, kdy se porucha dolních cest močových projevuje temným stahem močového měchýře (neboli dráždivý měchýř), cystolithiázu - kameny v močovém měchýři, obstrukci uretry a nádorová onemocnění močového traktu. Funkční příčiny mohou být neurogenní, hormonální nebo traumatické. Nejvíce se vztahují k poruchám nervové soustavy, konkrétně k různým změnám metabolismu buněk mozku, k mikrohemoragiím, mikroinfarktům nebo senilní encefalopatii. V endokrinním systému dochází ke snížení estrogenů či onemocnění diabetes mellitus. Traumaticky může být ovlivněn rozvoj močové inkontinence při rozštěpu páteře nebo poranění míchy. Za další onemocnění považujeme Parkinsonovou chorobu, cévní mozkovou příhodu, aterosklerózu, roztroušenou sklerózu, operace močového měchýře, deliria a psychózy. (Drábková, 2015; Čepický, et al., 2018; Rob, et al, 2019)

Vznik a rozvoj močové inkontinence má na svědomí celá řada rizikových faktorů. Tyto faktory lze dělit na ovlivnitelné, mezi které lze začlenit třeba nadváhu a obezitu, dále nadměrnou fyzickou aktivitu - zvedání těžkých břemen, gymnastika, kulturistika a bojové umění, případně dehydrataci, zácpu, špatnou životosprávu anebo kouření. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme genetickou predispozici, věk, pohlaví, metabolické poruchy, polymorbiditu, onemocnění dolních močových cest a vliv některých léčiv. (Drábková, 2015; Abrams, 2016; Čepický, et al., 2018)

S přibývajícím věkem se postupně zpomalují i reflexy. Sevření svěrače močové trubice je reflex, jehož posláním je předcházet stahům močového měchýře nebo jim zabránit. Jestliže starší člověk pocítí běžnou nebo silnou potřebu močit, nemá někdy dostatečně rychlou reakci a nedokáže zastavit stahy močového měchýře, které bezprostředně následují. Velmi staří lidé někdy mívají problémy, jejichž příčinou je demence nebo snížené uvědomování si vlastních tělesných funkcí a okolního světa. Za těchto okolností přestává člověk vnímat činnost

močového měchýře a výsledkem bývá inkontinence z přeplnění nebo nadměrná činnost močového měchýře. (Ryšánková, 2016)

3.2 Klasifikace močové inkontinence

Rozlišujeme několik typů močové inkontinence:

3.2.1 Extrauterální inkontinence

Jedná se o trvalý odtok moči jinými cestami než uretrou, který může být vrožený (rozštěp močového měchýře, ektopické vyústění močové trubice) nebo získaný (pooperační nebo pourazové píštěle). Někteří znalci nepovažují tuto inkontinenci za pravou. Ryšánková (2016) uvádí, že příčinou této inkontinence bývá píštěl, která obchází svěračový systém uretry. Mezi nejčastější píštěle se řadí vezikovaginální píštěl a mezi méně častou píštěl ureterovaginální, která vzniká po gynekologické operaci nebo radioterapii. Vzácné jsou píštěle po porodním traumatu. (Ryšánková, 2016).

3.2.2 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je nejčastěji se vyskytujícím typem úniku moči. Jedná se o malé množství nechtěného odtoku moči při náhlém zvýšení intraabdominálního, tedy nitrobřišního tlaku při kašli, kýchnutí, smíchu, běhu, skákání, zvedání břemen a další. Typická je při tom absence nucení na močení. Únik moči je úzce spojen s pohybem, tedy určitou fyzickou aktivitou či zátěží. Stresová inkontinence se dělí podle závažnosti na:

1. stupeň - lehká forma. Jde o nechtěný únik moči při náhlém zatížení nitrobřišního tlaku, tzn. kašli či kýchnutí.
2. stupeň – střední forma. Únik moči nastává během denních pohybových aktivit - při rychlejší chůzi, lehčí fyzické práci, tedy hlavně při nižším vzestupu nitrobřišního tlaku.
3. stupeň - těžká forma. Únik moči je nepřetržitý, a to i při minimální fyzické námaze.

Inkontinence stresového typu postihuje mladší ženy, často i mladší třiceti let, po dvou či více porodech, dále ženy kolem menopauzy a po ní. Příčinou stresové inkontinence je řada rizikových faktorů. Obecně platí, čím více porodů, tím vyšší riziko vzniku samovolného stresového úniku moči. Dále to mohou být genetické vlohy, obezita, hysterektomie, nedostatek estrogenu, kouření a chronický kašel u astmatiků. Režimová opatření u tohoto typu inkontinence jsou velmi důležitá především u nízkého stupně stresové inkontinence, kdy mohou značně vymizet. Mezi režimová opatření patří redukce hmotnosti, vyloučení příčin

chronického kašle (hlavně kouření) a záměrné, pravidelné cvičení svalstva pánevního dna, kde lze využít i elektrostimulaci, jakou je například Stollerova metoda. (Chmel, 2010; Vilhelmová, 2011; Ryšánková, 2016)

3.2.3 Urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence se považuje za druhou nejčastější formu nechtěného úniku moči. Projevuje se náhle, a to častým a nekontrolovatelným nucením na močení s únikem většího množství moči. Větší množství moči může přesahovat až 100 mililitrů. Doprovází ji kontrakce svalstva močového měchýře, vnitřní dráždění močového měchýře - cystolithiáza, cizí těleso v močovém měchýři nebo nádor měchýře. Termín urgentní inkontinence se v současnosti přestává používat a je spíše součástí syndromu zvaného hyperaktivní močový měchýř, kterým se myslí více než osm močení za 24 hodin. Kawaciuk (2009) ve své knize Urologie definuje urgentní inkontinenci jako sekundární a má podle něj obvykle nějaký patologický podklad. Nejčastěji se objevuje u nemocných se zánětem dolních cest močových. Je velmi důležité rozlišit urgentní inkontinenci od stresové inkontinence, léčebný záměr je u obou inkontinencí různý. Například operační léčba je velmi nevyhovující u urgentní inkontinence, zatímco u nemocných se stresovým únikem moči se operační řešení doporučuje. První volbou terapií urgentní inkontinence je úprava režimových návyků pacientů, tedy změny v příjmu tekutin - jde především o omezení kávy, čaje, nápojů obsahující kofein. Důležitou součástí léčby jsou behaviorální techniky, jako je trénink močového měchýře, Kegelovo cvičení, biofeedback. Farmaka se současným spazmolytickým efektem řadíme do základní léčby. U starších pacientů pak klademe důraz na úpravu domácího prostředí. (Kawaciuk, 2009; Krhut, 2014; Marešová, Fiala, 2018)

3.2.4 Reflexní inkontinence

Chmel (2010) uvádí, že reflexní inkontinence vzniká následkem neurologického onemocnění nebo poranění mozku a míchy, což vede k vyprazdňování močového měchýře bez nucení, jen reflexně jako u kojence. Neurologické onemocnění způsobuje zvýšenou dráždivost na močení, v tomto případě jde tedy o získanou nebo vrozenou formu inkontinence. Problematika tohoto typu močové inkontinence je složitá a především rozsáhlá. Měla by být probírána v rámci léčby ve spojitosti s neurologickým onemocněním. Především jde o poruchu horního motorického neuronu. Rizikovým faktorem mohou být míšní léze nebo záněty. Tento typ inkontinence se vyskytuje u pacientů se stařeckou demencí. Špaček (2018) uvedl, že v populaci se vyskytuje zhruba 5 – 10 % pacientů s poruchou CNS, která je

typickou poruchou reflexů močení. Jednou z možností vzniku tohoto typu inkontinence je také zlomenina obratlů nebo onemocnění nervů zánětlivého nebo degenerativního původu. (Chmel, 2010; Špaček, et al., 2018)

3.2.5 Paradoxní inkontinence

Jedná se o inkontinenci z přetékání, které může být způsobeno získanou slabostí svaloviny močového měchýře. A to zejména špatným odtokem moči močovou trubicí, která může být zúžená zánětem či tumorem. Paradoxní inkontinence se zprvu projevuje neúplným vyprazdňováním měchýře s narůstajícím zůstatkem moči v měchýři po vymočení. Postupně se zvětšující zůstatek míří k nadměrnému rozšíření jeho svaloviny, velkému zvětšení kapacity měchýře a k následnému oslabení jeho stažitelnosti. Inkontinence z přetékání, neboli overflow incontinence, je způsobena selháním sfinkterového mechanismu a dochází k ní u pacientů s močovou retencí (zadržením moči). Postihuje častěji muže, u žen se s ní setkáváme jen výjimečně, a to např. u dekompenzací neurologického onemocnění nebo nově vzniklé neurologické etiologie (Horčíčka, 2019; Ryšánková, 2016)

3.2.6 Smíšená inkontinence

Smíšenou močovou inkontinencí rozumíme, že jde o současný výskyt jak inkontinence stresové, tak urgentní močové inkontinence. Jednotlivé složky se můžou kombinovat v různém poměru. Léčba této inkontinence spočívá v kombinaci terapie obou těchto močových inkontinencí. Nejčastěji se jedná o kombinovanou terapii anticholinergní s behaviorální terapií nebo s páskovými metodami. Převažovat může také některý ze symptomů, který nemocného více sužuje a léčba je pak na něj více zaměřená. (Romžová, 2014; Ryšánková, 2016; Horčíčka, 2019)

3.3 Rizikové faktory močové inkontinence z pohledu pohlaví a ontogenetického vývoje

3.3.1 Pohlaví

Pohlaví je nejvíce zkoumaný predisponující faktor. Prevalence stresového úniku moči je vyšší u žen. U žen nad 60 let je výskyt inkontinence až dvakrát vyšší než u mužů a v mladší věkové skupině se výskyt zvyšuje dokonce sedmkrát. Samovolný únik moči postihuje v průběhu života až 50 procent žen a nejrizikovější skupinou jsou ženy v období kolem menopauzy a po ní. V České republice se dále s únikem moči potýká každý čtvrtý muž nad 40 let věku a ovlivňuje ho natolik, že se dobrovolně vzdává svých oblíbených činností, jako je

například sport. U mužů se ze všech typů nejvíce objevuje urgentní inkontinence, a to s podílem až 80 procent. U inkontinentních žen se zvyšuje výskyt smutku, depresivního, úzkostného ladění a poruchy spánku. Rozdíl se ztrácí v pozdním věku, kdy u mužů mohou být objeveny potíže s inkontinencí v důsledku onemocnění prostaty, nebo příčinou může být hyperaktivní močový měchýř. (Špaček, et al., 2018; Horčíčka, 2019)

3.3.2 Pozdní dospělost

Co se týče věkového vymezení tohoto období, tak začátek bývá od 40 - 45 let a pozdní dospělost trvá až do zhruba 65 let. Toto hodnocení však bývá různými autory odlišné. 50 let života je považováno za jakýsi mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Člověk si v tomto věku nedělá iluze a nestojí o změny. Musí se smířit s postupným úbytkem svých kompetencí a naučit se posoudit své aktuální možnosti. Stárnutí je proces, který je součástí postupného úpadku všech tělesných funkcí a začíná se projevovat různými drobnými potížemi, kdy tělesné změny nejsou ještě příliš velké. Člověk si jich nejprve ani nevšimne, ale vlastní proměnu na svém těle si uvědomí a pochopí až ve chvíli, kdy je tato změna nezvratná a nelze ji ignorovat či odmítat. Zhoršují se základní smyslové funkce (zrak a sluch), klesá tělesná síla, koordinace pohybu a člověk přechází do pomalého životního tempa. Mezi další prvotní známky pozdní dospělosti řadíme změny vnějšího vzhledu člověka, tzn. ztrátu pružnosti kůže, vrásky, šedivější vlasy a zejména u mužů řídnoucí vlasy. Jak u muže, tak u ženy bývá s reprodukčním obdobím spojen pocit beznaděje, ztráty osobní hodnoty, prožitku viny či pocit méněcennosti. (Langmeier, Krejčířová, 2006; Thorová, 2015)

Co se týče močové inkontinence, tak s přibývajícím věkem nastávají změny v těle, které ovlivňují všechny aspekty močového měchýře. U žen se mění hladina estrogenu, slábnou pojivové tkáně a svaly. S věkem se například mění i funkce ledvin, které obvykle pracují v noci lépe než ve dne. Častou příčinou lepší noční funkčnosti ledvin bývá skutečnost, že s přibývajícím věkem začnou cévy méně účinně vracet krev do srdce a v důsledku toho se krev během dne častěji hromadí v nohou. Nahromaděná kapalina se v noci v klidovém stavu může lépe přesouvat, ledviny ji zpracovávají a výsledkem je zvýšená produkce moči. Právě proto starší ženy v noci častěji vstávají kvůli vyprázdnění močového měchýře a tento stav se označuje významem nokturie. Změny znamenají další zátěž pro močový měchýř a podílejí se na oslabení svěrače močové trubice. (Genadry, Mostwin, 2013, Rob, et al., 2019)

U mužů je testosteron velmi důležitým pohlavním hormonem, který má klíčovou funkci v celém těle. S přibývajícím věkem jeho hladina klesá o 1,2 procenta ročně. Stárnutí mužského pohlaví jde ruku v ruce s pozvolným úbytkem hormonální produkce. U muže neexistuje žádný mezník, jako je menopauza u žen, ale mohou být více ohroženi některými

chorobami, které negativně ovlivňují jejich tělesné funkce i jejich vzhled. (Fillo, Levčíková, 2019; Thorová, 2015)

3.3.3 Vliv menopauzy na močovou inkontinenci

Menopauzou je myšleno úplné vyhasnutí funkce vaječníku, které je důsledkem poklesu hladiny estrogenů a rozvíjející se tzv. urogenitální atrofie. To znamená chřadnutí, křehkost a ztenčování tkání. Subjektivní příznaky se objevují převážně u obézních pacientek a u diabetiček. Především se jedná o gynekologické orgány a dolní močové cesty. Jednotným embryologickým základem genitálního a uropoetického traktu je přítomnost ženských steroidních receptorů pro estrogeny v oblasti močového měchýře a uretry. V oblasti pánevního dna dochází k poškození inervace svalů, ubývání příčně pruhovaného svalstva a degeneraci pojivové tkáně. V okolí měchýře a uretry vzniká méně receptorů a zhoršuje se jejich sensitivita. Menopauzou se zastavuje menstruační cyklus a žena ztrácí schopnost otěhotnět. Tohle období nastává mezi 49. až 51. rokem života ženy. Třeba Roztočil (2011) ve své knize hovoří o 46. až 55. roku ženy. Může samozřejmě nastat i dříve z důvodu chirurgického vynětí vaječníku nebo jejich zničení chemoterapií. Pro nekontrolovatelný únik moči jsou ženy v období menopauzy nejrizikovější skupinou. Ženám, které v menopauze trpí některými ze symptomů urogenitální atrofie, jsou určeny estrogenové preparáty k lokální (vaginální) aplikaci. Léčba močové inkontinence v období kolem menopauzy má svá specifika a může být individuální. Především ženy s tímto postižením trpí psychickými a sociálními problémy, kdy se zbavují společnosti, jsou uzavřené do sebe, opouští i některá zaměstnání a vyhýbají se setkávání s přáteli. Přestávají vykonávat různé sportovní aktivity a vyhýbají se sexuálnímu životu. Ženě vyhasíná sociální, profesní a partnerský život. U některých žen se může objevit odmítavý postoj k vlastnímu tělu. V těchto chvílích je důležitá podpora rodiny a především sexuálního partnera. (Roztočil et al., 2011; Trněná, Horčíčka, 2011; Horčíčka, 2019; Pintos - Diaz, et al, 2019)

3.3.4 Prostatitida neboli prostatický syndrom

Prostatidou označujeme zánětlivé onemocnění prostaty, které spadá k nejčastější urologické diagnóze u mužů pod 50 let. Ve vyšším věku je řadíme na třetí místo mezi těmito diagnózami. Záněty mohou být akutní nebo chronické. Akutní zánět je poměrně vzácný na rozdíl od zánětu chronického, který se u mužů vyskytuje častěji. V dnešní době se spíše používá termín prostatický syndrom, který zahrnuje více onemocnění najednou a nemusí se jednat jen o onemocnění týkající se prostaty. Může jít o syndrom pánevní bolesti, bakteriální

záněty, které postihují i dolní močové cesty nebo ostatní mužské pohlavní orgány. Bakteriální prostatitida je spojená s febrilním stavem a zimnicemi nebo třesavkou. Doprovází ji bolesti v podbřišku, hráze či konečníku. Někteří pacienti trpí retencí moči neboli zadržáním moči v močovém měchýři. Diagnózu prokážeme nejen klinickými projevy, ale také vyšetřením per rectum, které je značně bolestivé z důvodu oteklé prostaty. Nález v moči může být negativní, ale laboratorní výsledky zánětlivých markerů mohou být v elevaci. Základem léčby jsou antibiotika. (Macek, 2011; Vránová, 2019).

4 Diagnostika močové inkontinence

Za komplexní diagnostickou sestavu močové inkontinence považujeme anamnézu, laboratorní, zobrazovací a instrumentální vyšetření. Žádný z pacientů by se neměl podrobit invazivní nebo nezvratné léčbě inkontinence, pakliže u něj ještě nebyla objektivně zjištěna její příčina. Je důležité, aby pacienti byli dostatečně reálně informováni nejen o možnostech, ale také o rizicích jednotlivých typů léčby. Při diagnostice učiní praktický lékař běžná vyšetření a dle zjištění zahájí léčbu sám nebo odešle pacienta k dalším odborným vyšetřením. Diagnostika močové inkontinence a řešení poruch pánevního dna se staly samostatnou urogynekologickou subspecializací v rámci oboru gynekologie a porodnictví, která je zařazená mezi čtyři základní subspecializace uznávané Evropskou unií. (Pilka, et al., 2017; Čepický, et al., 2018)

4.1 Anamnéza

V současnosti není anamnéza natolik spolehlivá a neposkytuje dostatečné informace, aby byla zahájena správná léčba, ale je důležitou součástí lékařské diagnostiky. Anamnéza jako taková je spuštěna anamnézou rodinnou, při které se lékař ptá na genetické vrozené rozštěpové vady a anomálie v oblasti sakrální míchy nebo urogenitálního traktu. Také rodinná zátěž hraje významnou roli a může se projevit v mnoha směrech. (Ryšánková, 2018; Pilka, et al., 2017; Hiblbauer 2011)

Osobní anamnézou lékař zjišťuje, jaké onemocnění pacient prodělal, a zda může mít vliv na vznik močové inkontinence. Lékař se ptá na prodělaná neurologická onemocnění a na úrazy. Dobré je znát užívané léky, protože mnohé z nich jsou spouštěčem právě močové inkontinence. (Ryšánková, 2018; Pilka, et al., 2017)

Důležitá u žen je gynekologická a porodnická anamnéza. Gynekolog se zpravidla ptá na menarché (první menstruaci), menstruační cyklus či menopauzu, počet a způsob porodů a hlavně porodní váhu dítěte. Dále zjišťuje předešlé břišní operace především v malé pánvi a také údaje o prodělaném zánětu dělohy a děložního hrdla, který může být spouštěčem zánětu měchýře a uretry. (Ryšánková, 2018; Pilka, et al., 2017; Hiblbauer 2011)

Pracovní anamnéza má svou nepostradatelnost při stanovení diagnózy. Důležitou otázkou je stupeň pracovní zátěže břišní stěny, tedy zda má nemocný fyzicky náročné povolání na břišní stěnu. Důležitá je psychická zátěž a psychotraumatizující momenty. (Ryšánková, 2018; Pilka, et al., 2017)

Speciální urologická anamnéza je založena na dotazu, kdy a v jaké souvislosti se objevily první potíže. Jaká je denní a noční mikce zaznamenaná do mikčnického deníku, dále možnosti přerušování močového proudu, jeho síla, naléhavost a provokační momenty, jako je kašel, kýchnutí, smích, běh apod. (Ryšánková, 2018; Pilka et al., 2017; Hiblbauer 2011)

4.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je zahájeno zjištěním výšky, hmotnosti, krevního tlaku a pulsu. Obezita výrazně přispívá k rozvíjející se stresové inkontinenci a ovlivňuje léčbu. Dále se opírá o vyšetření stavu břišní stěny a zevního genitálu a jeho citlivost, jak pohledem (aspekci), tak pohmatem (palpací). U žen se jedná o palpační vyšetření děložního hrdla, kterým je zjištěn pokles pochvy nebo dělohy. U mužů se vyšetřuje prostata per rectum, tedy přes konečník, a provádí se komplexní urologické vyšetření. U obou pohlaví probíhá orientační neurologické vyšetření, kdy se určuje senzitivita a výbavnost reflexu. Sleduje se přítomnost kožních komplikací močové inkontinence (dermatitida nebo dekubity) a komplikace spojené s psychosociálním dopadem na nemocného, jako je úzkost, nespavost, sociální izolace. Je nutné si všimnout pohybu a chůze, např. poruchy CNS, míchy, periferního nervového systému. (Pilka, 2012; Ryšánková, 2018; Horčíčka, 2017)

4.3 Jednoduché funkční testy

Dříve se před příchodem moderní diagnostiky funkční testy používaly běžně. Sledoval se tím stav mobility pánevního dna a uretrovezikální junkce. Dnes slouží k vyšetření žen, které nejsou schopné zvládnout náročnější vyšetření nebo můžou posloužit jako rychlá orientace vyšetření mužů. (Horčíčka, 2017; Roztočil, et al., 2011; Zikmund, 2001)

Marshallův test – močový měchýř se naplní 200 ml. tekutinou, a žena, které je test prováděn, bude vyzvána, aby zakašlala. U ženy, která trpí stresovou inkontinencí, pak tekutina při odkašlání odteče a test je pozitivní. (Horčíčka, 2017)

Bonneyův test – tento test navazuje na test Marshallův, kdy je močový měchýř naplněn a vyšetřující lékař se snaží prsty držet pochvu tak, aby uretrovezikální junkce byla v normální anatomické poloze. Pacientka zakašle a lékař sleduje, zda nedochází k úniku moči. (Horčíčka, 2017)

Pad-weight test – test je založen na vážení vložek. Obvyklá doba testu je jedna až dvě hodiny. Za tuto dobu pacientka vypije určité množství tekutin a bude provádět běžnou aktivitu, která vyprovokuje únik moči. (Horčíčka, 2017)

Q-tip test – tímto testem posuzujeme mobilitu uretry. Vatová štětka se zavede do močové trubice a pacientka zatlačí jako na stoličce. Pokud se poloha štětky nemění, tak se jedná o fyziologický stav. Pokud je úhel štětky nakloněn směrem vzhůru, jde o uvolnění uretrovezikálního spojení. (Horčíčka, 2017; Roztočil, et al., 2011; Zikmund, 2001)

4.4 Laboratorní vyšetření

Laboratorně lze vyšetřit chemicky moč + sediment a kultivaci moči, čímž se zjistí infekce močových cest, která může být součástí vzniku inkontinence. U žen se provádí bakteriologické vyšetření stěru z rodidel. Mezi další vhodná laboratorní vyšetření patří biochemické vyšetření, jako je urea, kreatinin a mineralogram, eventuálně ještě test dle Hamburgera při hematurii. Lze také zvážit vyšetření na diabetes mellitus, a to dle toho, zda nemocného provází příznaky, jako jsou polyurie, polydypsie nebo jsou přítomné rizikové faktory. (Čepický, et al., 2018; Pilka, et al., 2017; Horčíčka, 2017)

4.5 Zobrazovací metody

Ultrazvuk (UZ) - patří mezi běžná rutinní, nebolestivá vyšetření, která lze provést v každé urologické ambulanci. Je to neinvazivní vyšetření, nepoužívá ionizující záření a je poměrně levné. Ultrazvukem lze vyšetřit jak horní cesty močové, tak dolní cesty močové a provádí se sondou přiloženou na podbříšek nebo u žen přes rodidla. Kromě nevyprázdněného měchýře nevyžaduje toto vyšetření speciální přípravu. Ultrazvukové vyšetření v dnešní době zcela nahradilo rentgenové vyšetření, které bylo značně využíváno. Především se používalo v případech, kdy bylo podezření na kontement (kámen) nebo závažnější onemocnění v močovém měchýři. (Vilhelmová, 2011; Pilka, 2012; Ryšánková, 2018)

Magnetická rezonance (MR) - je velmi spolehlivá diagnostická metoda a velmi dobře znázorní defekty pánevního dna s jedinečným rozlišením měkkých tkání. Tato metoda je však ekonomicky náročná. (Ryšánková, 2018; Pilka, 2012)

Cystoureografie - je vhodným doplňujícím vyšetřením při podezření na vesikovaginální píštěle a divertikly močové trubice. (Pilka, Procházka, et al., 2012)

4.6 Urodynamické metody

Uroflowmetrie - je metodou měřící tempo protékající moči při mikci za daný čas a také posuzuje poměr tlaku v močovém měchýři a uretrální odpor. Je to neinvazivní metoda a je schopna informovat obě pohlaví o případné obstrukci (adenom prostaty, striktury uretry). Moderní uroflowmetry mají vysokou přesnost měření, i přesto je u nich důležitá pravidelná

kalibrace. Optimálně se provádí v místnosti se zajištěním soukromí pro pacienta. (Staněk, 2012; Čepický, et al., 2018)

Cystometrie - touto metodou sledujeme plnění močového měchýře. Je schopná určit nestabilitu močového měchýře, urgentní příznaky, neuropatii a sníženou kapacitu močového měchýře. K určení hodnot tlaku lze využít dva měřící katetry, a to buď jednobáňový, nebo vícebáňový katetr. (Horčíčka, 2017)

Mikční cystometrie - jde o technicky náročné vyšetření a vyžaduje velmi dobrou spolupráci pacienta. Touto metodou se sleduje aktivita svalu močového měchýře během mikce. (Horčíčka, 2017)

Profilometrie - neboli vyhodnocování maximálního uretrálního tlaku, čímž jeho hodnota poslouží k určení dvou základních druhů stresové inkontinence u žen. (Horčíčka, 2017)

Leak point pressure (LPP) – touto metodou se dají zjistit hodnoty intravezikálního nebo intraabdominálního tlaku při úniku moči. Rozlišujeme dva druhy. Statický LPP a dynamický LPP. (Horčíčka, 2017)

Elektromyografie - je vždy v kombinaci s jiným urodynamickým vyšetřením. Nejčastěji s Uroflowmetri a cystometrií. Vyšetřuje se činnost příčně pruhovaného svěrače uretry. (Horčíčka, 2017)

4.7 Endoskopické metody

Uretroskopie - tato metoda se indikuje především ve chvíli, kdy dochází k podezření na patologický nález v oblasti uretry. Může jít o nádor, píštěl nebo divertikl. Vyšetření je prováděno optickým přístrojem a může být technicky náročné pro malou délku ženské močové trubice. (Horčíčka, 2017)

Cystoskopie - močový měchýř je plněn fyziologickým roztokem a provede se přístrojem se šikmou optikou. Je indikována u pacientů, kterým močový měchýř nereaguje na léčbu. (Horčíčka, 2017)

4.8 Edukace sestrou při diagnostice močové inkontinence

Všeobecná sestra je členkou týmů urologické ambulance či oddělení. Její role je velmi důležitá a je první, s kým se nemocný na ambulanci setkává. Při stanovení diagnózy sestra získává informace posouzením dat získaných od pacienta. Informace zjišťuje rozhovorem, kdy se dotazuje pacienta na způsob vylučování moče, na frekvenci močení, pálení, řezání, barvu, zápach či příměs moči. Sestra se snaží zjistit problémy s močením i v minulosti.

Důležité je pro sestru zjistit, jaký má pacient příjem tekutin, stravovací návyky, jestli užívá rizikové léky, jestli má fyzicky náročnější práci, a také jestli má nějakou chorobu, která by mohla být signálem pro vznik močové inkontinence. (Mikšová, et al, 2011; Šafránková, Nejedlá, 2006)

Sestry v praxi používají různé cílené dotazníky, které pomáhají k upřesnění diagnózy. Mezi nejznámější patří Gudenzův, Hodginsův a Robertsonův dotazník, který mohou pacienti vyplňovat z domova. Každý má svůj specifický účel. Jednou z možností pro upřesnění diagnózy nebo míry léčebného efektu jsou mikční deníky, kde se zapisuje pravidelný příjem a výdej tekutin za 48 hodin, frekvence močení, popřípadě aktivita, kdy došlo k nechtěnému úniku moči. (Mikšová, et al., 2011; Zámečník, Soukup, 2009; Slezáková, et al., 2011; Čepický, et al., 2018)

Každý pacient má právo na edukaci a je důležité vzdělávat i jeho blízké. Lékař a sestra mají za úkol pomoci lidem, kteří trpí močovou inkontinencí a často si neumí poradit sami nebo se stydí pomoc vyhledat. Edukující sestra se snaží pacientovi pomoci pochopit jeho vlastní roli a jeho zodpovědnost za vlastní zdraví. Prostě pacienta motivovat pro určitý terapeutický postup, což většinou vede k úspěchu. Sestra vysvětlí příčiny vzniku úniku moči, popř. způsob konzervativní a operační léčby. Důležitou informací je doporučený příjem tekutin v menších dávkách, je třeba vypít alespoň 2 litry za 24 hodin a 3 hodiny před spánkem již nepít. Nevhodnou tekutinou je káva, černý čaj, alkohol a kolové nápoje. Sestra edukuje o správném nácviku močení po 2 hodinách s následným prodlužováním intervalů mezi močením na 3-4 hodiny a o správném vedení mikčního deníku. Sestra předvede cviky na posílení svalstva pánevního dna, dále poučí, jak zapojovat břišní lis (tlak rukou na oblast močového měchýře) a poradí, jak se pokoušet po vymočení znovu domočit. Zaměří se na vhodné pomůcky pro močovou inkontinenci (plnkové kalhotky, vložky) a jejich dostupnost pro pacienta. Edukuje o dostatečné hygieně po vyprázdnění a ošetření pokožky. (Šafránková, Nejedlá, 2006; Petrášová, 2012)

5 Léčba vybraných druhů močové inkontinence

Léčba močové inkontinence může být stejně různorodá jako její příznaky a příčiny. Lze ji rozdělit na režimovou, farmakoterapii a operační. Nejvhodnější je začít s neinvazivními nebo minimálně invazivními způsoby léčby a teprve pak, jestliže se stav nelepší, volíme jiné možnosti léčby. Typ léčby se odvíjí od typu močové inkontinence. V některých případech není vhodné chirurgické řešení nebo jiný způsob léčby a v jiných situacích je lepší nesnažit se únik moči léčit, ale jen zvládnout příznaky inkontinence. Gynekolog léčí především stresovou inkontinenci u žen, zatímco urolog kromě stresové inkontinence léčí všechny formy, a to u obou pohlaví v dospělém i dětském věku. Mužská stresová inkontinence je nejčastěji spojována s léčbou lokalizovaného karcinomu prostaty, ale může se objevit také po operaci, např. operaci benigní obstrukce. Pokud nebude možné operační řešení provést u vyvolávající příčiny inkontinence muže, tak nezbyde než využít svorky na penis, kondomový urinál a v neposlední řadě nasákové pleny. (Ryšánková, 2018; Čepický, et al., 2018; Zámečník, 2019)

5.1 Léčba stresové inkontinence

5.1.1 Konzervativní léčba

Ze spektra léčebných možností stresové inkontinence je třeba vybrat si takový postup, který je nejefektivnější, nejbezpečnější a pro pacienta minimálně zatěžující. U stresového úniku moči platí zásada, že by měly být před operačním řešením vyčerpány všechny tzv. konzervativní metody. Každá léčba musí být indikovaná a přizpůsobená možnostem a požadavkům pacienta. Režimová opatření jsou velmi důležitá a u nízkého stupně stresové inkontinence mohou dokonce zcela odstranit potíže. Kámen úrazu však spočívá v přesvědčení pacienta, aby spolupracoval a dodržoval léčebný postup. Především se jedná o redukci hmotnosti, vyloučení příčin chronického kašle (hlavně kouření), popř. cílené a pravidelné posílení pánevního dna, neboť ochablost pánevního svalstva hraje důležitou roli ve vzniku stresové inkontinence. (Ryšánková, 2018; Čepický, et al., 2018)

Rehabilitace svalů pánevního dna

Jak již bylo zmiňováno, ochablé pánevní svalstvo hraje důležitou roli při vzniku stresové inkontinence. Existuje mnoho sestav cviků, které slouží k posílení a rehabilitaci svalů pánevního dna. Je však nutné nemocného upozornit, že úspěšnost léčby záleží na stupni úniku moči. ((Liesner, 2020; Krhut, et al., 2015; Čepický, et al., 2018)

Kegelovy cviky - jsou pojmenovány podle amerického gynekologa A. H. Kegela a řazeny mezi úspěšné fyzioterapeutické metody, které jsou zaměřené právě na posílení svalů dna

pánevního. V léčbě je nutné pokračovat i při vymizení potíží. Cviky se provádějí pravidelně několikrát denně minimálně 10 minut. Cílem cvičení je zvýšení základního svalového napětí pánevního dna a zvýšení schopností kontrakce svalstva pánevního dna. Typické jsou především stahy a uvolňování svěračů, přerušování proudu moči. (Liesner, 2020; Krhut, et al., 2015)

Biofeedback – jde o cvičení svalů pánevního dna pomocí Kegellových cviků. Od předešlé metody se však liší a navíc se využívá snímání biopotenciálů svalů pánevního dna pomocí EMG. Dnes je již k dispozici celá řada jednoduchých přístrojů pro domácí využití. (Krhut, et al., 2015; Špaček, et al., 2018)

Vaginální konusy - jedná se o další možnost rehabilitace svalů pánve především u žen. Pacientky využívají vaginální konusy, které si vkládají do pochvy a musí je silnou pánevními svaly udržet. Postupně se zvyšuje jejich váha. (Ryšánková, 2018)

Elektrostimulace - jde o rehabilitaci pánve, kterou lze výhodně využít jako nepřímou stimulaci struktur svalstva pánve pomocí vaginální či rektální sondy. Elektrody stimulují vybrané svaly a nervy. (Marešová, Fiala, 2018)

Medikamentózní léčba

Možnosti medikamentózní léčby stresové inkontinence moči jsou velice omezené. Donedávna neexistovala žádná ve více zemích registrovaná a přijatelná farmakologická léčba pro tento typ inkontinence. Medikamentózní terapie tedy zahrnuje léky, které zvyšují tlak v močové trubici. Může se jednat i o hormonální substituční léčbu, sympatomimetika, tricyklická antidepresiva, estrogeny aj. (Zámečník, 2019)

Estrogeny - terapie estrogeny může mít pozitivní účinky převážně u žen, které mají málo estrogenů. Estrogen zvyšuje krevní průtok uretrou a ukládání kolagenu. Nejvíce se estrogeny využívají ve formě mastí dvakrát do týdne. (Horčíčka, 2019)

Pomocné prostředky

Slouží jako předoperační zkouška, výjimečně jako finální léčba.

Poševní pesary – odstraňují úniky moči tím, že upravují porušené anatomické poměry nebo zvyšují tlak v močové trubici. Provádí se převážně na gynekologickém pracovišti a k výběru je řada pesarů různé velikosti z různých materiálů. Napodobují chirurgické řešení stresové močové inkontinence, a proto jsou alternativou k operaci. (Ryšánková, 2018)

5.1.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je považovaná za neúčinnější léčbu stresové inkontinence moči a obvykle k ní přistupujeme až ve chvíli, když selžou všechny pokusy o konzervativní léčbu. Před operací je důležité vzít do úvahy věk a celkový zdravotní stav pacienta. U mladších žen je důležité vědět, zda chce ještě rodit, jestli má pohlavní styk, a jestli byla v minulosti pro inkontinenci operovaná. Operační léčba je tvořena širokou škálou operačních metod. (Ryšánková, 2018)

Závěsné suprapubické operace (vezikopexe)

Burchová retropubická kolpopexe – tento typ operace se provádí u pacientek s hypermobilní utetrou. Celosvětově nejrozšířenější a nejstarší operací tohoto typu je otevřená kolposuspenze dle Burcha, která měla původní verzi v roce 1949 a byla několikrát obměňovaná. Princip operace spočívá v elevaci a závěsu hrdla měchýře a proximální uretry pomocí 2-3 párů nevstřebatelných stehů. Je prováděná v celkové anestezii, přičemž hospitalizace trvá sedm dní.

Marshall – Marchetti - Krantz – další technika retropubické vezikopexe sblížuje parauretrální tkáň oblasti hrdla měchýře s periostem stydké spony. (Juráková, et al., 2017)

Vaginální operace (kolpoplastiky)

Přední kolpoplastiky – jde o otevřenou operaci. Princip spočívá ve zřazení paraureterálního vaziva a pubovezikální fascie s elevací hrdla močového měchýře.

Zadní poševní plastika – obvykle se spojuje s přední kolpoplastikou. Oba druhy se provádějí v celkové nebo svodné anestezii.

Jehlové vaginální závěsné operace – tato metoda spočívá v zavedení jehly a vlákna retropubickým prostorem až do vaginální oblasti, přičemž dotažením stehů se elevuje celá oblast pochvy a uretry. Tento typ operací se dnes již nevyužívá. Jsou nahrazovány TVT.

Slingové operace – princip operace spočívá v závěsu ureterovezikálního spojení do smyčky a jeho elevace. Slings prošly pestrým vývojem a dnes jsou také nahrazovány metodou TVT. (Juráková, et al., 2017; Ženíšek, 2014)

TVT (tension free vaginal tape - tuhá prostá poševní páska) - vytváří se trvalá opora močové trubice volnou vaginální páskou. Pásku zavádí lékař jehlou minimálně invazivním způsobem z krátké vaginální incize pod močovou trubicí a vyvede ji v podbříšku. Implantace pásky se provádí v lokální nebo epidurální anestezii. TVT patří mezi nejmodernější a nejčastější operační léčbu. (Juráková, et al., 2017; Pilka, et al., 2017; Rob, et al., 2019)

TOT (tension free vaginal transobturator tape) - jde o podobnou metodu jako je TVT, jen se konec pásky přes ucpaný otvor mezi stydkou kostí vyvede v oblasti genitofemorální rýhy

(přechod mezi stehnem a velkými stydkými pysky). Výhodou TOT oproti TVT je maximální omezení možností poranění močového měchýře. Metodu TOT často lékaři kombinují s operační korekcí sestupu poševních stěn z vaginálního přístupu.

TVT-S (tension free vaginal tape secure) – jde o novou operační metodu, při které se používají oproti stávajícím metodám pouze velmi krátké pásky ke stabilizaci močové trubice. Pásky jsou na konci pokryty vstřebatelným materiálem, a proto je celý operační výkon pro pacientky minimálně zatěžující. (Juráková, et al., 2017; Pilka, et al., 2017)

MiniArc - jedná se od další příklad minipásek. Páska je zakončená malými plastovými kotvami umožňujícími jejich fixaci za pomoci speciálního vodiče. K této skupině miniinvazivních páskových operací byla zařazena i metoda AJUST s vylepšeným kotvicím systémem, který zajišťuje nejen trvalou a bezpečnou fixaci pásky, ale také pohodlnou aplikaci operaterem. Výhodou je rychlejší rekonvalescence a klidnější pooperační období. (Juráková, et al., 2017)

5.2 Léčba urgentní inkontinence

5.2.1 Konzervativní léčba

Základním předpokladem úspěšné léčby je správná diagnóza a eliminace případné vyvolávající příčiny (kámen, nádor, překážka - častější u mužů). Cílem léčby urgentní inkontinence je zajištění kontinence, zachování nebo zlepšení funkce ledvin, minimalizace komplikací. Mezi konzervativní léčby a zároveň léčby první volby patří behaviorální léčba a farmakoterapie. (Marešová, Fiala, 2018; Romžová, 2014)

Behaviorální léčba

Modifikace životního stylu – jde o metodu první volby v terapii urgentního úniku moči. Přesněji řečeno se jedná o příjem adekvátního množství tekutin a přirozené rozložení přijatých tekutin v průběhu dne, dále dostatečný interval jednotlivých epizod mikce, vynechání preventivního vyprazdňování před odchodem z domova a v neposlední řadě spánkový režim.

Trénink močového měchýře - je to metoda přesného stanovení mikčního intervalu spolu s jeho postupným prodlužováním. Jedinou existující pomůckou pro tuto terapii je mikční kalendář, do kterého se v průběhu jednoho týdne zaznamenává každá mikce a je tedy přehledem o denních a nočních frekvencích močení. Za základ tréninku je vybrán nejkratší anamnesticky udávaný interval mezi mikcemi. Pacientku poučíme, aby vyprazdňovala měchýř pravidelně, např. každou hodinu a po týdnu, kdy se detruzor vytrénuje k pravidelnosti, pak intervaly postupně prodlužujeme. Nevýhodou této metody je, že takto vytrénované návyky po určité

době vyhasínají. Opakování této metody nic nebrání. (Marešová, Fiala, 2018; Romžová, 2014; Krhut, 2014)

Farmakologická léčba

V případě, že efekt behaviorální terapie není uspokojivý, přichází na řadu zlatý střed, tedy farmakoterapie. Celková úspěšnost medikamentózní terapie se pohybuje mezi 60 – 80 procenty. V současné době máme na výběr relativně bohatou a zároveň značně různorodou paletu léků, které ovlivňují funkce močového měchýře.

Anticholinergika – jsou to látky s parasymptolyckým účinkem, také bývají nazývány antimuskarinika, a mezi ty nejznámější patří Trosipium chlorid, Solifenacin, Tolterodin, Darifenacin, Tolterodin. Mezi léky se sníženým anticholinergním účinkem řadíme Oxybutinin, který je nejstarším preparátem užívaným v léčbě hyperaktivního měchýře. Často vyvolává xerostomii a není vhodný u jedinců s prokázanou obstrukcí močových cest, jelikož může vést k rozvoji močové retence. (Zámečník, 2019)

Sympatomimetika – *Mirabegron* - je nejnovějším preparátem v léčbě urgentního hyperaktivního močového měchýře. Je to lék účinný a bezpečný.

Estrogeny – mají tlumivý účinek na kontraktilitu detruzoru, ale také vedou ke zvýšení senzorického prahu urotelu. Užívají se v peri a v postmenopauze. Jde o lokální léčbu.

Tricyklická antidepressiva - působí současně centrálně, takže podporují inhibiční vliv CNS na míšní centrum mikce, a zároveň působí na periférii, kde zvyšují intrauretrální tonus a podporují pokles intravezikálního tlaku. Dávky lze zvyšovat v intervalu tří dnů až do dosažení efektu, nebo do vyjádření nežádoucích účinků.

V případě, že farmakoterapie také selže, pak nastupují na řadu chirurgické metody léčby - endoskopické nebo otevřené operace. (Marešová, Fiala, 2018; Romžová, 2014; Zámečník, 2019; Krhut, 2014)

5.2.2 Chirurgická léčba

Při selhání medikamentózní léčby je další alternativou chirurgická léčba. Ta může probíhat endoskopickou nebo otevřenou cestou.

Endoskopie – tato endoskopická léčba zahrnuje aplikaci botulinumtoxinu do detruzoru močového měchýře nebo subslizničně. Botulinum toxin je neurotoxin produkovaný anaerobní bakterií *Clostridium botulinum*. Blokuje neuromuskulární přenos tím, že brání uvolňování acetylcholinu presynapticky. Výsledkem je paralýza svalstva močového měchýře. Doporučuje se lokální aplikace přímo do detruzoru močového měchýře.

Neuromodulace – jde o sakrální nervovou stimulaci, která probíhá implantací elektrody k sakrálnímu nervu. V první fázi přichází na řadu testování, a pokud dojde u pacienta k redukcím inkontinenčních epizod o 50 procent, pak dochází k plné implantaci včetně generátoru pulzů. V České republice zatím tato implantace probíhá jen ve specializovaných centrech v rámci klinických studií. (Ryšánková, 2019; Romžová, 2014)

Hydrodistenze – je to další endoskopická metoda, kdy jde o pokus zvětšení kapacity močového měchýře za pomoci hydrostatického tlaku plnícího média. Nezaručuje se dlouhodobý efekt a má závažná rizika, jako je vezikouretrální reflux nebo ruptura močového měchýře. (Ryšánková, 2019; Romžová, 2014)

Za nejkrajnější metodu se dají považovat otevřené operační techniky. Ty jsou však doporučovány až po selhání všech předchozích metod léčby nebo při kontraindikacích některých z nich.

Augmentační cystoplastika – je nejinvazivnějším výkonem v léčbě urgentní inkontinence. Její princip spočívá ve zvětšení kapacity močového měchýře a snížení intravezikálních tlaků, čímž dochází k eliminaci symptomů urgencí a urgentní inkontinence. Může se jednat o augmentaci močového měchýře vlastní, tzn. o detruzorovou myektomii, nebo augmentaci s použitím záplat ze střeva. (Ryšánková, 2019)

Diverzní operace – ureteroileostomie – je vyhrazena zejména pro pacienty po opakovaných pánevních operacích, po radioterapii, popřípadě u pacientů s patologií pánve nebo recidivujících píštěl. (Ryšánková, 2019; Krhut, 2014)

5.3 Léčba smíšené inkontinence

Tento smíšený únik moči se léčí dle kombinace obtíží. Nejčastěji se jedná o kombinaci stresové a urgentní inkontinence, tudíž léčba spočívá v terapii obou těchto typů. Nejpoužívanější kombinovaná metoda je anticholinergní a behaviorální terapie nebo s páskovými metodami. (Romžová, 2014)

5.4 Prevence močové inkontinence a úloha sestry

Kromě léčby močové inkontinence má obrovský význam i samotná prevence, díky které lze minimalizovat riziko vzniku močové inkontinence. Díky včasným preventivním opatřením se také můžeme vyhnout následným komplikacím a rozvoji doprovodných onemocnění. Osobnost sestry je určena nejen všeobecnými, odbornými, pedagogickými, charakterovými vlastnostmi, ale také způsobem řeči nebo chůze. Sestra potřebuje navázat s pacientem kontakt, získat si jeho důvěru a vytvořit u něj pozitivní postoj k léčbě a pokynům

zdravotníků. Neméně důležité je pacienta motivovat pro určitý terapeutický postup, což většinou vede k úspěchu. V rámci primární péče se v dnešní době využívá zejména konzervativní léčba urgentní inkontinence, resp. syndromu hyperaktivního močového měchýře. Sestra pracující v ambulantní péči by měla mít přehled především o negativních a nežádoucích účincích léků, které se při léčbě používají a mohou výrazně ovlivnit život pacienta. U většiny případů není nutno léčbu hned vysazovat, stačí pouze upravit dávkování nebo zvolit jiný preparát. Je ovšem nezbytně nutné, aby sestra pacienta uklidnila a poučila o těchto potížích. U stresové inkontinence volí lékař konzervativní léčbu pomocí gymnastiky svalů pánevního dna, takže potřebuje, aby sestra pacienta v tomto směru edukovala. Sestra může odkazovat na různé brožury o cvičení, knížky a videa. Doporučuje se, aby si sestra cviky předem sama vyzkoušela, protože pochopení výkladu podle brožury je mnohdy složitější a pro nemocného docela nesrozumitelné. Je mnohem lepší, když se mu cvik přímo názorně předvede. U pacienta se vyžaduje chuť a ochota cvičit a vydržet to alespoň 3 – 6 měsíců. Je dobré, pokud sestra zná nejbližšího fyzioterapeuta, který se tímto cvičením zabývá, takže ho může s pacientem praktikovat. (Petrášová, 2012; Krhut, et al., 2015; Horčíčka, 2017)

Sestra by dále měla být schopná sofistikovaně zodpovědět dotazy pacienta související s chirurgickou léčbou inkontinence a s následnou rekonvalescencí po operačním zákroku. Většinou sestra pacienta poučí o tom, že by neměl zvedat břemena těžší než 5 kilogramů. Dále mu řekne, ať se 3 týdny vyhýbá fyzické zátěži. U žen je sexuální život možný za 3 týdny po zahojení vaginální incize, u mužů lze biofeedback cvičit až po vytažení permanentního katetru. Po aplikaci pásky není nutné, aby pacient cvičil svalstvo pánevního dna. Posilovna a fitness centra se dokonce doporučují až za 3 měsíce. Pokud nemocný vykonává fyzicky náročné povolání, tak by se měl poohlédnout po jiné práci. V pooperačním režimu může dojít i k některým potížím, jako je např. malý nebo přerušovaný proud moči. V tomto případě je třeba pacienta uklidnit a vysvětlit mu, že se zdravotní stav zlepšuje pozvolna, takže stoprocentně fit může být klidně až několik měsíců. Dále je nutné pacienta poučit o nezbytnosti kontrol v ambulanci. Lékař samozřejmě kontroluje reziduum, které by po spontánní mikci nemělo přesáhnout 50 ml. Nejproblematictější období přichází ve chvíli, kdy pacient nemůže být operován, anebo všechny typy konzervativní léčby selhaly, případně nemá samotná operace očekávaný efekt. Sestra v těchto případech pacienta poučí o možnosti využití absorpčních pomůcek, kterých lze v současnosti nalézt nepřeberné množství. Lékař může tyto pomůcky předepisovat na 1 – 3 měsíce. (Petrášová, 2012; Krhut, et al., 2015; Horčíčka, 2017)

Příjem dostatečného množství tekutin – pokud pravidelně pijeme dostatečné množství tekutin, tak snižujeme riziko onemocnění močovou inkontinencí. Pokud tohle podceníme, tak hrozí dehydratace organismu, která může způsobit obstipaci. V tomto případě se zvyšuje tlak v pánevní oblasti a dochází k podráždění močového měchýře. Obecně se doporučuje vypít za den celkem dva litry tekutin, i když lékař samozřejmě může určit jiné množství. Zvýšit příjem tekutin je nezbytně nutné také při horku nebo větší fyzické zátěži. Tekutiny by se měly popíjet rovnoměrně v průběhu celého dne. Dále se doporučuje omezit syčené nápoje, silnou kávu a alkohol. Člověk by měl naopak pít více čajů, ovocných šťáv, nesycených vod, slabé kávy, mléka a polévek. Ukazatelem dostatečného příjmu tekutin je barva moči. V případě správné hydratace těla má moč světle žlutou barvu. Pokud pijeme málo, tak je moč tmavě žlutá. (Ryšánková, 2018; Drábková, 2015)

Dietní návyky - příjem zvýšeného množství vlákniny – při správné funkci střevní peristaltiky nastává méně problémů s vyprazdňováním moči, tím pádem je do jídelníčku vhodné začlenit více vlákniny. Vlákninu nalezneme v ovoci, zelenině, celozrnných potravinách a celozrnných obilovinách. Člověk by měl zkonsumovat 30-60 gramů vlákniny denně. (Ryšánková, 2018; Drábková, 2015)

Neustálá fyzická aktivita – pravidelný pohyb minimalizuje vznik zácpy, potažmo močové inkontinence. Vhodnou aktivitou je posílení a cvičení pánevního dna, chůze, plavání, jóga apod. Samozřejmě v přiměřeném rozsahu, aby nebyl člověk nadměrně zatěžován. (Ryšánková, 2018; Drábková, 2015)

Vhodné hygienické a toaletní návyky (pravidelné vyprazdňování) – díky těmto návykům se můžeme vyhnout nejen močové inkontinenci, ale i jiným onemocněním. Aby se člověku upravilo vyprazdňování, tak by měl pravidelně chodit na toaletu. Je třeba dodržovat dostatečný časový horizont mezi vyprazdňováním, aby nedocházelo k přetěžování těla. Nesmíme zapomenout ani na správné držení těla při vyprazdňování, konkrétně je třeba lokty opřít o kolena a nohy si dát na stoličku. (Ryšánková, 2018; Drábková, 2015)

Dodržování zdravého životního stylu - za zdravý životní styl se považuje správná volba potravin, udržování optimální tělesné hmotnosti, cvičení a vyhýbání se návykovým látkám (kouření a alkohol). Kouření totiž vyvolává chronický kašel, který oslabuje pánevní dno a přispívá ke vzniku močové inkontinence. (Ryšánková, 2018; Drábková, 2015)

Pokud dodržujeme zásady primární prevence, tak můžeme zcela zabránit vzniku onemocnění, anebo alespoň oddálit jeho projevy. (Drábková, 2015; Roztočil, et al., 2011; Zámečník, Soukup, 2009)

6 Průzkumné šetření

6.1 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním praktickým cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti dospělé populace v problematice močové inkontinence a její prevence.

6.2 Dílčí cíle výzkumu

Dílčí cíl 1: Zjistit znalosti o močové inkontinenci, jaké jsou typy a rizikové faktory.

Dílčí cíl 2: Zjistit znalosti ohledně prevence močové inkontinence.

Dílčí cíl 3: Zjistit znalosti ohledně léčby močové inkontinence, postoj veřejnosti k močové inkontinenci a její prevenci

6.3 Volba metody výzkumného šetření

Pro zpracování výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní technika formou nestandardizovaného dotazníku, který byl vlastní konstrukce. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval 16 otázek.

První otázky byly identifikační (číslo 1, 2, 3, 4). Další otázky se týkaly jednotlivých cílů a byly uzavřené (číslo 8, 13, 14, 15, 16), polouzavřené (číslo 7) nebo s možností více odpovědí (číslo 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12).

6.4 Předvýzkum

Předvýzkum se uskutečnil v prosinci roku 2020 a zúčastnilo se ho několik respondentů ve věkovém rozmezí 55 – 60 let. Cílem tohoto předvýzkumu bylo zjistit, zda je dotazník dostatečně srozumitelný. Po provedeném předvýzkumu došlo k úpravě výzkumného nástroje.

6.5 Definování vzorků respondentů

Výběr respondentů byl záměrný. Cílovou skupinu tvořila dospělá populace žen i mužů nacházející se v pozdním věku. Tito respondenti byli ochotni spolupracovat a dotazník bez jakýchkoliv problémů vyplnili.

6.6 Plán výzkumného šetření

Průzkumné šetření proběhlo prostřednictvím dotazníků, které byly rozdány během ledna a února 2021. Výzkumné šetření bylo realizováno v obci Slavkov u Opavy.

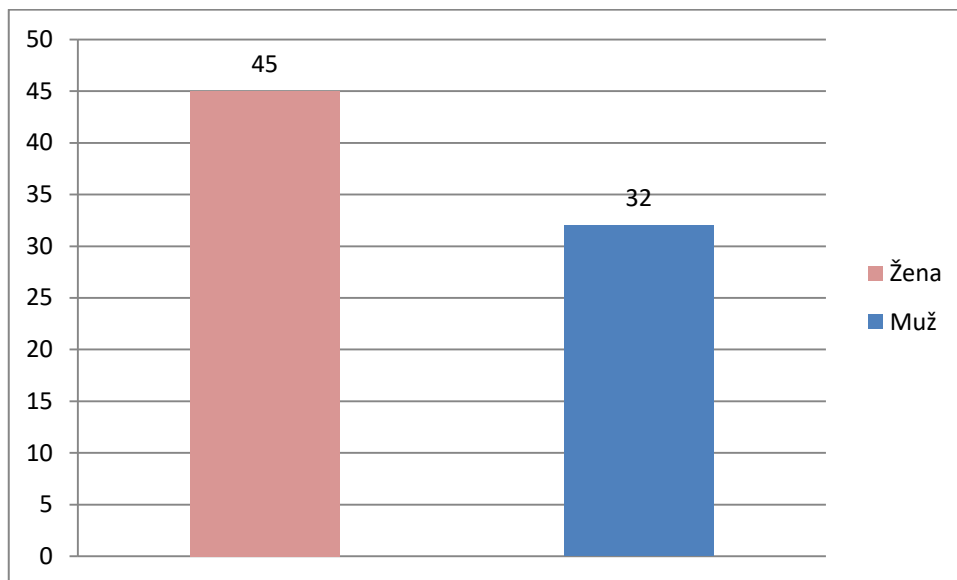
V rámci kvantitativního šetření bylo plánováno více než 100 dotazníků, ale bohužel vzhledem k epidemiologické situaci s Covid 19 bylo rozdáno pouze 90 dotazníků,

z nichž se vrátilo zpátky 83 dotazníků, tzn. přibližně 92 % z celkového počtu dotazníků. Po shromáždění všech dat došlo ke kontrole dotazníků, po které bylo nutné vyřadit dalších 6 dotazníků, protože respondenti nezodpověděli všechny otázky. K následné analýze tak bylo použito pouze 77 dotazníků z původního počtu 90 dotazníků (zhruba 86 %).

Ke zpracování a vyhodnocení získaných dat posloužily sloupcové grafy a tabulky, v nichž je uvedena nejen absolutní četnost, znázorňující počet odpovídajících respondentů, ale také relativní četnost vyjádřená v procentech za použití programů Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel.

7 Výsledky průzkumného šetření

Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?



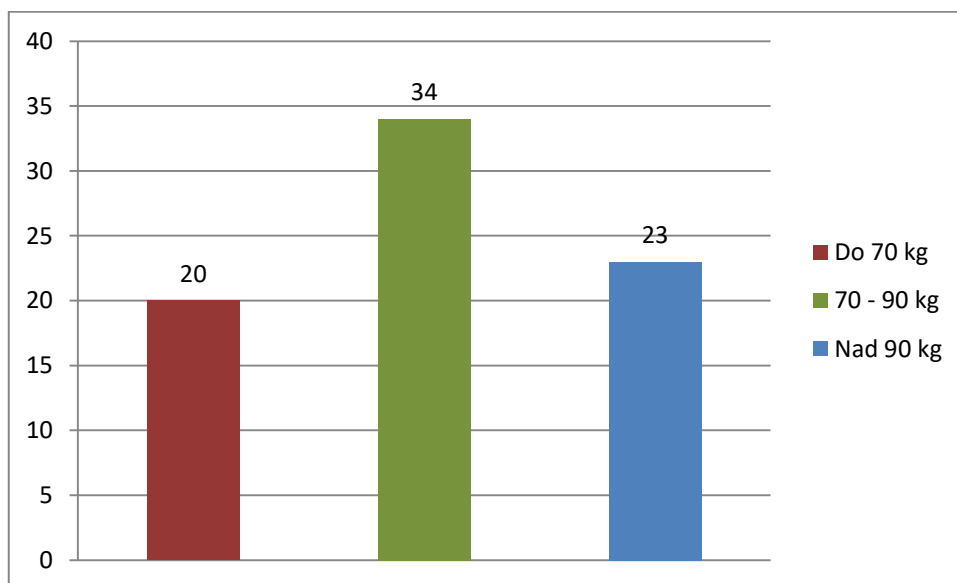
Graf 1 Pohlaví respondentů

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	45	58%
Muž	32	42%
Celkem	77	100%

Do průzkumného šetření se zapojilo dohromady 77 respondentů (100 %). Z celkového počtu odpovídalo 45 žen (58 %) a 32 mužů (42 %).

Otázka č. 2: Vaše tělesná hmotnost je? Doplňte.



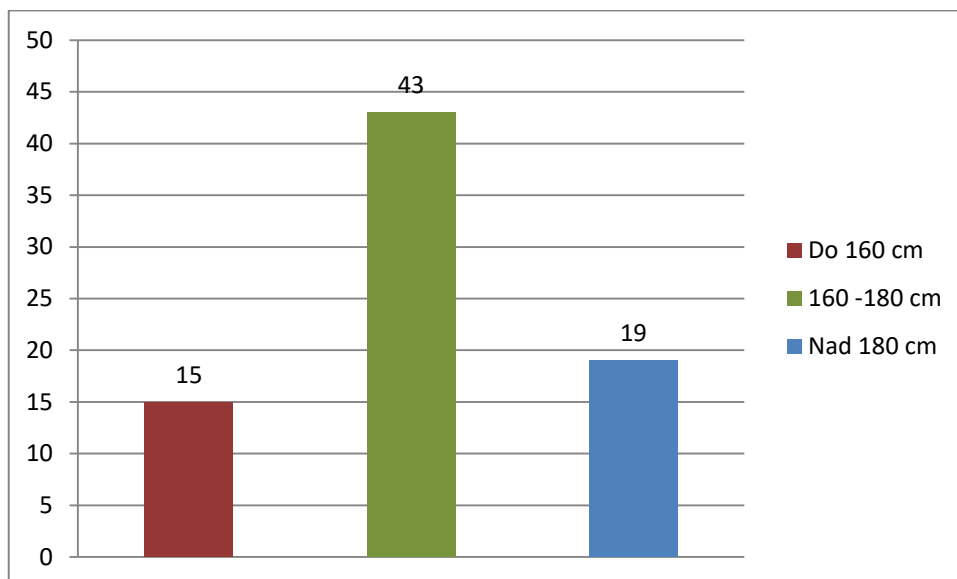
Graf 2 Tělesná hmotnost respondentů

Tabulka 2 Tělesná hmotnost respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 70 kg	20	26%
70 – 90 kg	34	44%
Nad 90 kg	23	30%
Celkem	77	100%

Z hlediska hmotnosti se 20 respondentů nacházelo v kategorii do 70 kilogramů (26 % z celkového počtu), 34 respondentů v kategorii 70 - 90 kilogramů (44 %) a 23 respondentů v kategorii nad 90 kilogramů (30 %).

Otázka č. 3: Vaše tělesná výška je? Doplňte.



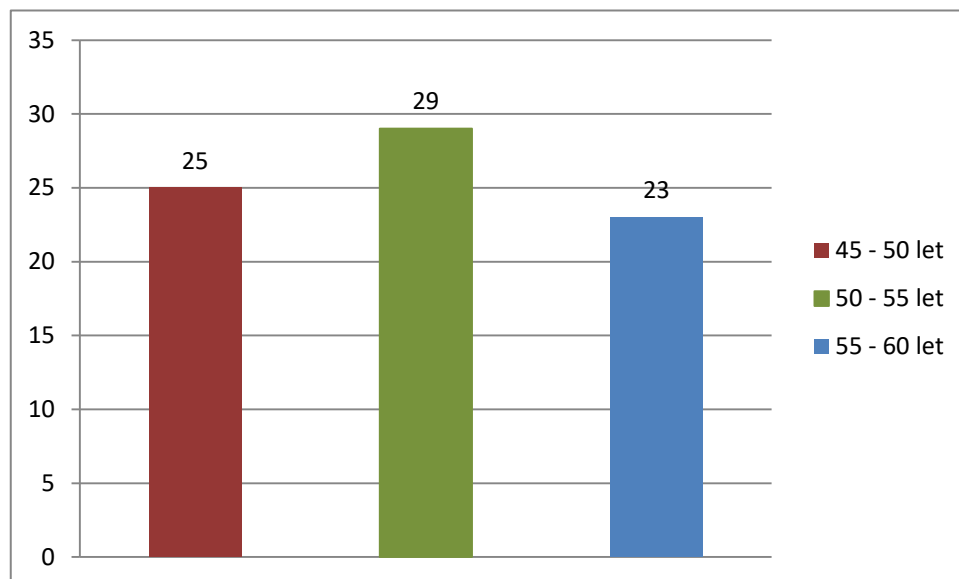
Graf 3 Tělesná výška respondentů

Tabulka 3 Tělesná výška respondentů

Vaše tělesná výška je?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 160 cm	15	19%
160 -180 cm	43	56%
Nad 180 cm	19	25%
Celkem	77	100%

Průzkumného šetření se zúčastnilo pouze 15 osob měřících do 160 centimetrů (19 % z celkového počtu), dále 43 osob o výšce 160 - 180 centimetrů (56 %) a 19 lidí napsalo do dotazníku výšku více než 180 centimetrů (25 %).

Otázka č. 4: V jakém věkovém rozmezí se nacházíte?



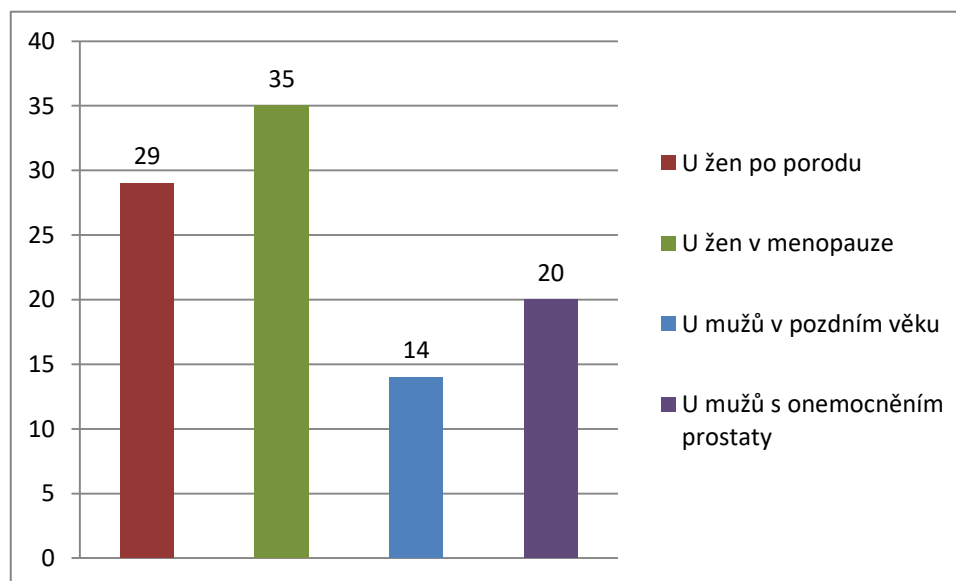
Graf 4 Věk respondentů

Tabulka 4 Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
45 - 50 let	25	32%
50 - 55 let	29	38%
55 - 60 let	23	30%
Celkem	77	100%

V rámci průzkumného šetření byly dotazníky určeny osobám ve věkovém rozmezí 45 - 60 let. Ty jsme ještě zvlášť dělili na další tři kategorie. Nejpočetnější skupinu tvořilo 29 respondentů (38 %) věkové kategorie 50 - 55 let. Celkem 25 osob (32 %) bylo ve věkovém rozmezí 45 – 50 let a 23 lidí (30 %) se nacházelo ve věkovém rozmezí 55 – 60 let.

Otázka č. 5: U koho se může nejčastěji vyskytovat močová inkontinence? (možnost více odpovědí)



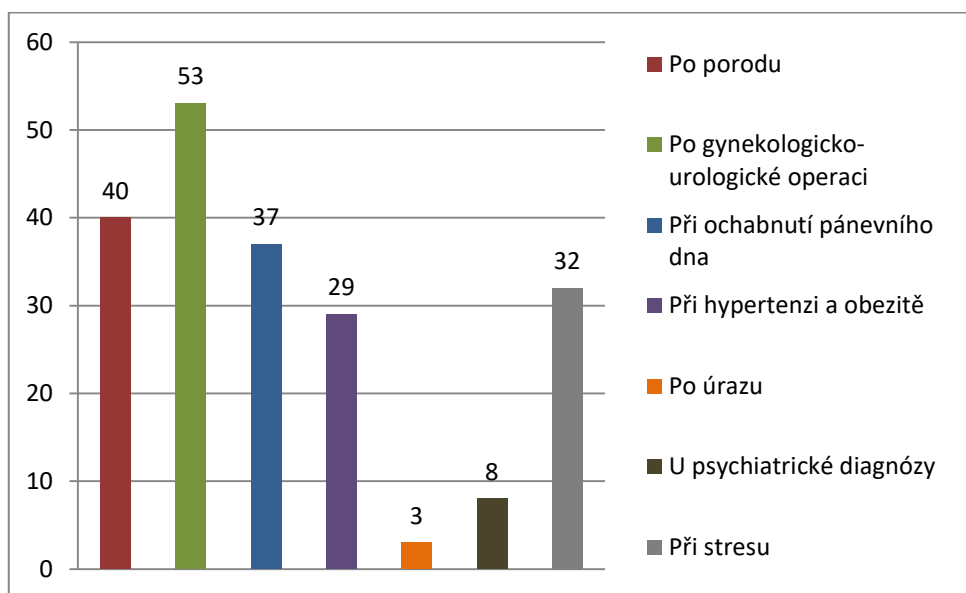
Graf 5 U koho je nejčastější výskyt močové inkontinence

Tabulka 5 U koho je nejčastější výskyt močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
U žen po porodu	29	30%
U žen v menopauze	35	36%
U mužů v pozdním věku	14	14%
U mužů s onemocněním prostaty	20	20%
Celkem	98	100%

Respondenti (77) mohli označit více odpovědí, proto je absolutní četnost vyšší než počet dotazníků. Z celkového množství 98 zakroužkovaných odpovědí (100 %) uvedlo 35 respondentů (36 %), že se močová inkontinence vyskytuje nejčastěji u žen v menopauze. Ženy po porodu vybralo jako odpověď 29 respondentů (30 %). Třetí nejčastější odpovědi byli muži s onemocněním prostaty, které zvolilo 20 respondentů (20 %) a pouze 14 respondentů (14%) vybralo muže v pozdním věku.

Otázka č. 6: Kdy se může vyskytnout močová inkontinence? (možnost více odpovědí)



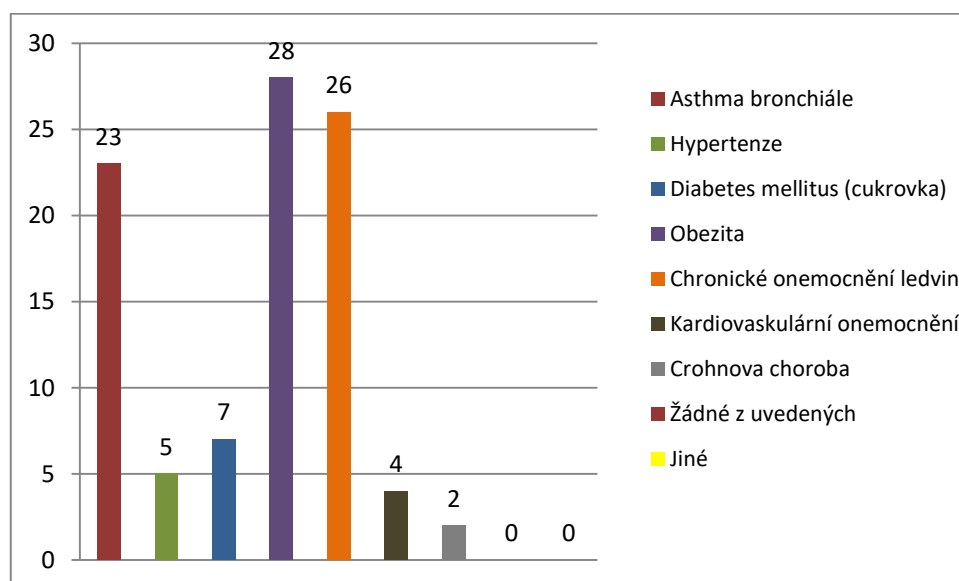
Graf 6 Kdy se vyskytuje močová inkontinence

Tabulka 6 Kdy se vyskytuje močová inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po porodu	40	20%
Po gynekologicko-urologické operaci	53	26%
Při ochabnutí pánevního dna	37	18%
Při hypertenzi a obezitě	29	14%
Po úrazu	3	1%
U psychiatrické diagnózy	8	4%
Při stresu	32	16%
Celkem	202	100%

Respondenti měli znovu možnost využít více odpovědí, jichž se celkově sešlo 202. Nejčastěji se podle 53 respondentů (26 %) vyskytuje močová inkontinence po gynekologicko-urologické operaci. Výskyt močové inkontinence po porodu označilo 40 respondentů (20 %), při ochabnutí pánevního dna 37 respondentů (18 %), při stresu 32 respondentů (16 %), při hypertenzi a obezitě 29 respondentů (14 %), u psychiatrické diagnózy 8 respondentů (4 %) a po úrazu 3 respondenti (1 %).

Otázka č. 7: Která onemocnění jsou riziková pro vznik močové inkontinence? (možnost více odpovědí)



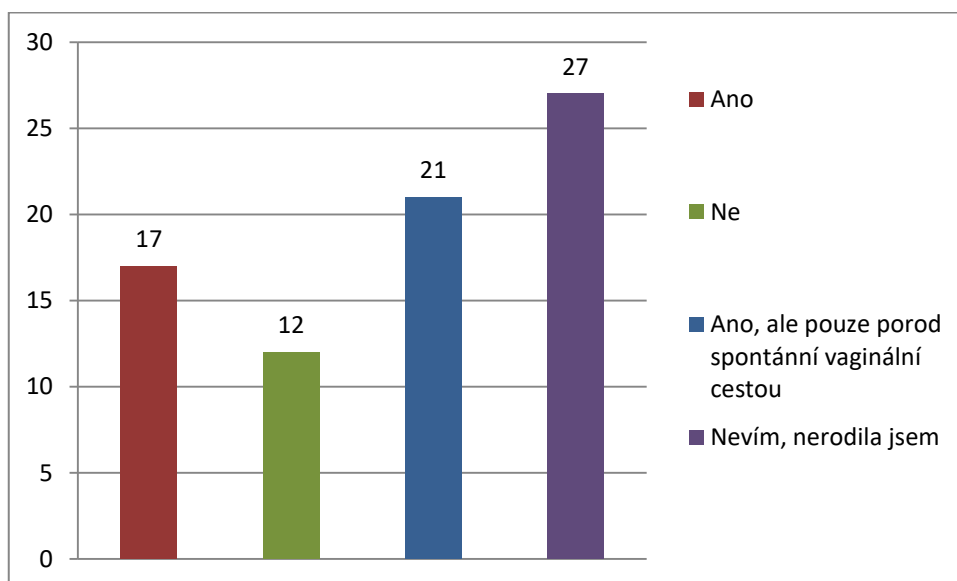
Graf 7 Riziková onemocnění močové inkontinence

Tabulka 7 Riziková onemocnění močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Asthma bronchiální	23	24,2%
Hypertenze	5	5,3%
Diabetes mellitus (cukrovka)	7	7,4%
Obezita	28	29,5%
Chronické onemocnění ledvin	26	27,4%
Kardiovaskulární onemocnění	4	4,2%
Crohnova choroba	2	2,1%
Žádné z uvedených	0	0,0%
Jiné	0	0,0%
Celkem	95	100,0%

Respondenti tentokrát možnost označit více odpovědí moc často nevyužívali, takže celkově bylo 95 odpovědí. Nejvíce 28 osob (29,5 %) zvolilo za odpověď obezitu. V těsném závěsu zůstává chronické onemocnění ledvin, které vybralo 26 respondentů (27,4 %). Trošku méně, tzn. 23 respondentů (24,2 %), uvedlo Asthma bronchiále. Pouze 7 respondentů (7,4 %) se přiklonilo k diabetes mellitus, 5 respondentů (5,3 %) k hypertenzi, 4 respondenti ke kardiovaskulárním onemocněním (4,2 %) a 2 respondenti ke Crohnově chorobě (2,1 %). Odpověď žádnou z uvedených a jiné neoznačil nikdo z účastníků průzkumného šetření

Otázka č. 8: Patří porod k rizikovým faktorům pro vznik močové inkontinence?



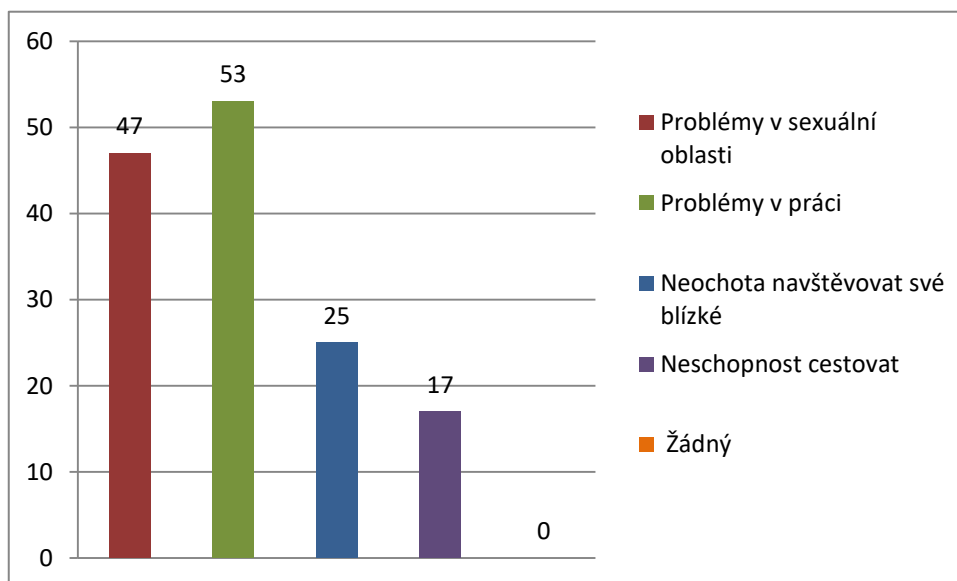
Graf 8 Porod a rizikový faktor

Tabulka 8 Porod a rizikový faktor

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	22%
Ne	12	16%
Ano, ale pouze porod spontánní vaginální cestou	21	27%
Nevím, nerodila jsem	27	35%
Celkem	77	100%

Respondenti v tomto průzkumném šetření nejčastěji označili odpověď neví, což lze zřejmě vysvětlit tím, že se vyjadřovalo hodně mužů, kteří samozřejmě nikdy nerodili. Tuto odpověď zvolilo 27 respondentů (35 %). Druhou nejvíce zvolenou odpovědí bylo ano, ale pouze porod vaginální cestou, kterou vybralo 21 respondentů (27 %). Třetí v pořadí byla odpověď ano, když se pro ni vyslovilo 17 respondentů (22 %). Nejmenší počet 12 respondentů (16 %) vybralo odpověď ne.

Otázka č. 9: Jaký negativní dopad může mít močová inkontinence pro jedince? (možnost více odpovědí)



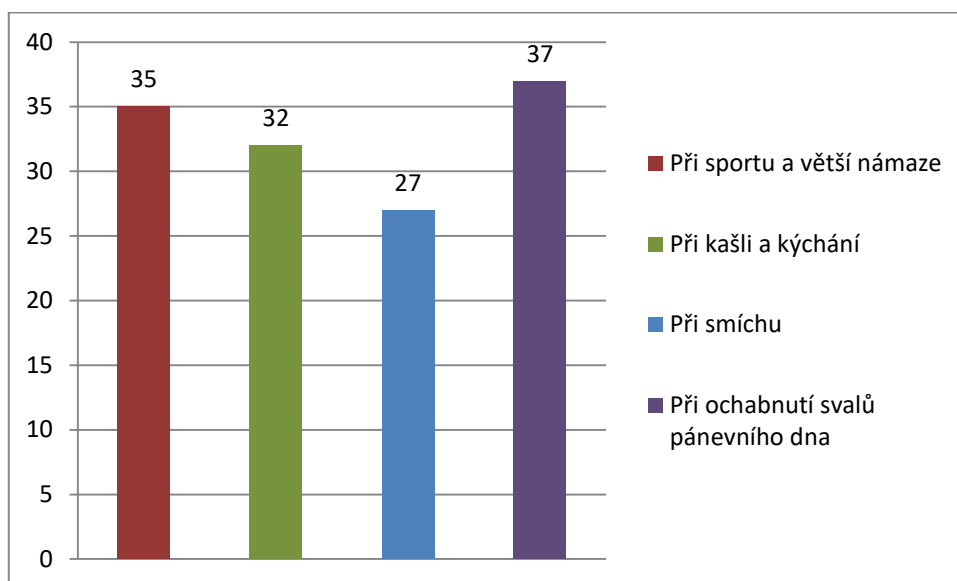
Graf 9 Negativní dopad močové inkontinence

Tabulka 9 Negativní dopad močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Problémy v sexuální oblasti	47	33%
Problémy v práci	53	37%
Neochota navštěvovat své blízké	25	18%
Neschopnost cestovat	17	12%
Žádný	0	0%
Celkem	142	100%

Respondenti (77) v dotazníku poměrně často zvýraznili více odpovědí, kterých tak dohromady bylo 142. Největší skupina 53 respondentů (37 %) se přiklonila k tomu, že močová inkontinence může způsobit problémy v práci. Odpověď problémy v sexuální oblasti vybralo 47 respondentů (33 %), neochotu navštěvovat své blízké 25 respondentů (18 %) a neschopnost cestovat 17 respondentů (12 %). Možnost žádný neoznačil nikdo z příjemců dotazníku.

Otázka č. 10: Kdy se projevuje stresová močová inkontinence?



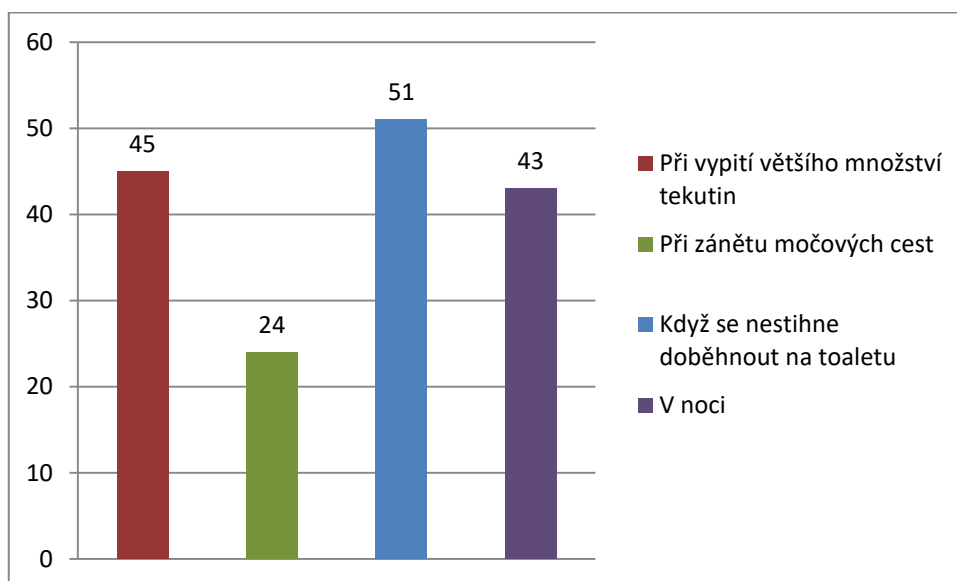
Graf 10 Projev stresové močové inkontinence

Tabulka 10 Projev stresové močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Při sportu a větší námaze	35	27%
Při kašli a kýčání	32	24%
Při smíchu	27	21%
Při ochabnutí svalů pánevního dna	37	28%
Celkem	131	100%

Respondenti (77) opět velice často kroužkovali, takže se analyzovalo celkem 131 odpovědí. Tentokrát se nedaly najít velké rozdíly. Dohromady 37 osob (28 %) zvolilo možnost při ochabnutí svalů pánevního dna, odpověď při sportu a větší námaze vybralo 35 respondentů (27 %), 32 osob (24 %) se přiklonilo k odpovědi při kašli a kýčání a 27 respondentů (21 %) dalo možnost při smíchu.

Otázka č. 11: Kdy se projevuje urgentní močová inkontinence?



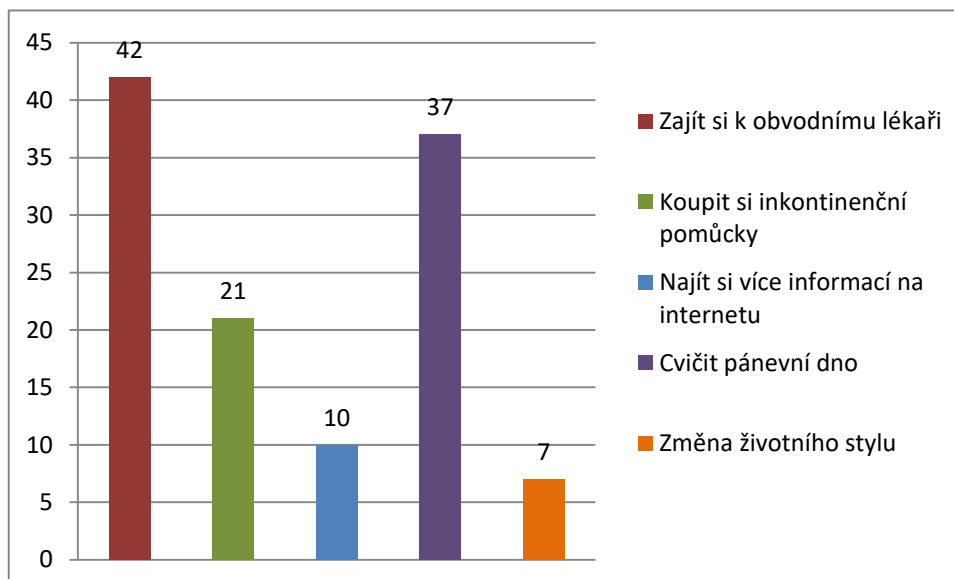
Graf 11 Projev urgentní močové inkontinence

Tabulka 11 Projev urgentní močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Při vypití většího množství tekutin	45	28%
Při zánětu močových cest	24	15%
Když se nestihne doběhnout na toaletu	51	31%
V noci	43	26%
Celkem	163	100%

Ze 77 respondentů využila podstatná část možnost označit více odpovědí, kterých se nakonec sešel rekordní počet 163. Odpověď když se nestihne doběhnout na toaletu, zvolilo jako projev urgentní močové inkontinence celkem 51 osob (31 %). Možnost při vypití většího množství tekutin zvýraznilo 45 respondentů (28 %), odpověď v noci zakroužkovalo 43 respondentů (26 %) a možnost při zánětu močových cest vybralo 24 (15 %) respondentů.

Otázka č. 12: Při častějším úniku moči se doporučuje?



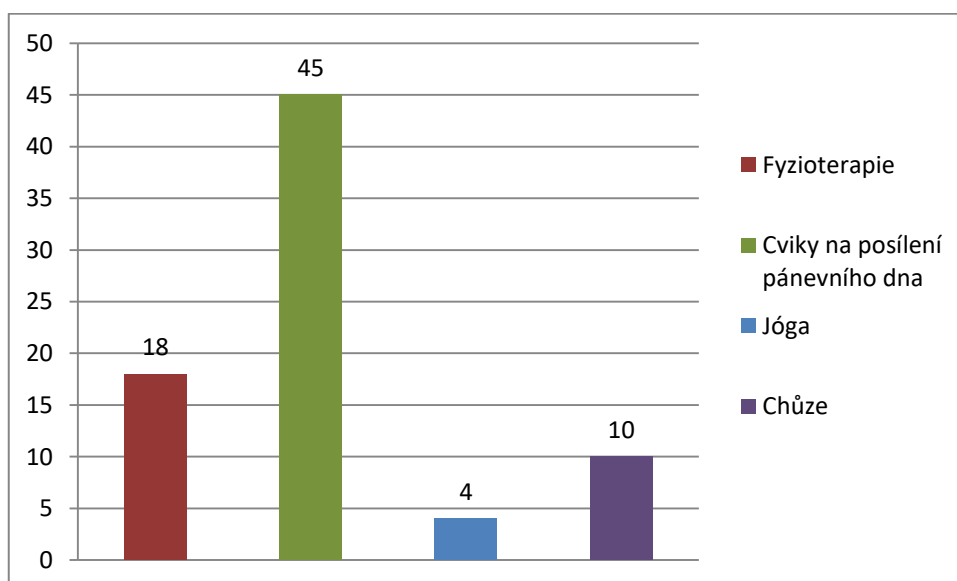
Graf 12 Doporučení pro únik moči

Tabulka 12 Doporučení pro únik moči

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zajít si k obvodnímu lékaři	42	36%
Koupit si inkontinenční pomůcky	21	18%
Najít si více informací na internetu	10	9%
Cvičit pánevní dno	37	32%
Změna životního stylu	7	6%
Celkem	117	100%

Také u této otázky mohli respondenti (77) vybrat více odpovědí, kterých dohromady označili 117. Největší skupinu tvořili lidé, kteří by při častějším úniku moči zašli k obvodnímu lékaři. Těch bylo celkem 42 (36 %). Cvičit pánevní dno by doporučilo 37 respondentů (32 %), koupit si inkontinenční pomůcky 21 respondentů (18 %), najít si více informací na internetu 10 respondentů (9 %) a změnu životního stylu 7 respondentů (6 %).

Otázka č. 13: Která z pohybových aktivit se doporučuje v rámci prevence močové inkontinence?



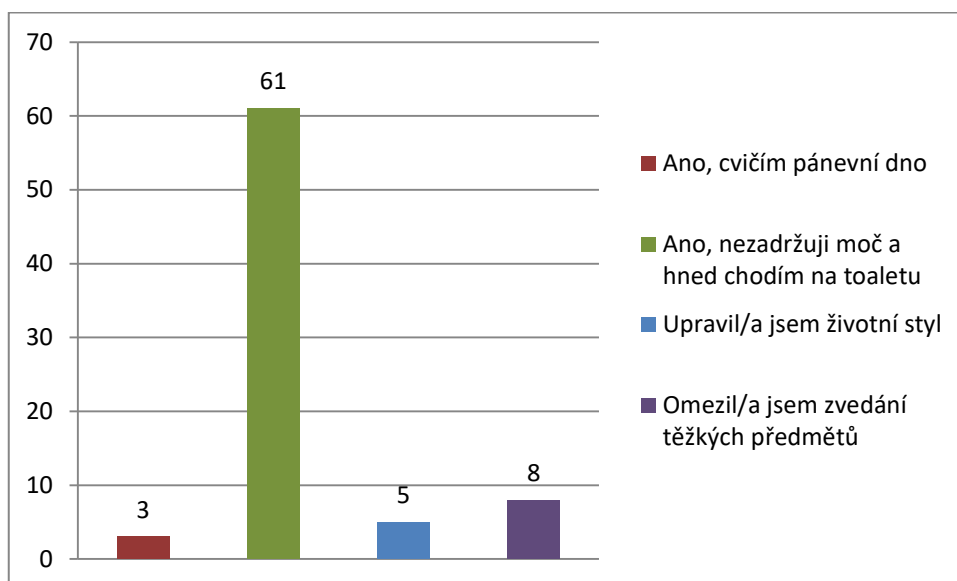
Graf 13 Pohybová aktivita v rámci prevence močové inkontinence

Tabulka 13 Pohybová aktivita v rámci prevence močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzioterapie	18	23%
Cviky na posílení pánevního dna	45	58%
Jóga	4	5%
Chůze	10	13%
Celkem	77	100%

V rámci prevence močové inkontinence respondenti (77) vybírali ze čtyř rozdílných pohybových aktivit. Jednoznačně nejčastěji označili cviky na posílení pánevního dna, které zakroužkovalo celkem 45 respondentů (58 %). Druhou v pořadí byla fyzioterapie, kterou zvolilo 18 osob (23 %), třetí pozice patřila chůzi s 10 respondenty (13 %) a na posledním místě se objevila jóga s pouhými 4 respondenty (5 %).

Otázka č. 14: Dbáte sami na prevenci močové inkontinence?



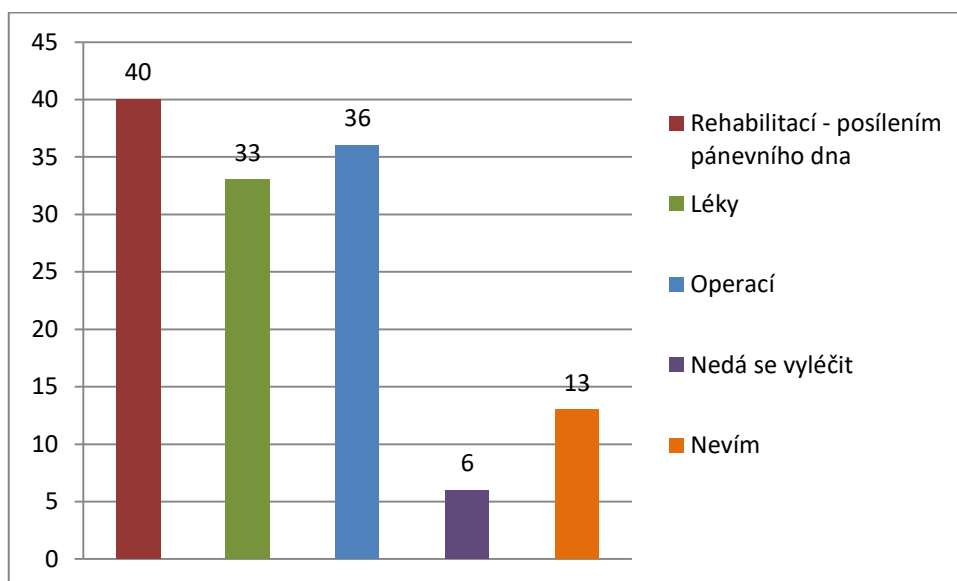
Graf 14 Prevence močové inkontinence

Tabulka 14 Prevence močové inkontinence

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, cvičím pánevní dno	3	4%
Ano, nezadržuji moč a hned chodím na toaletu	61	79%
Upravil/a jsem životní styl	5	6%
Omezil/a jsem zvedání těžkých předmětů	8	10%
Celkem	77	100%

Na otázku dbáte sami na prevenci močové inkontinence, odpověděla drtivá většina ano, nezadržuji moč a hned chodím na toaletu. Z celkového počtu 77 respondentů to bylo 61 osob (79 %). Mnohem méně lidí, konkrétně 8 (10 %), volilo odpověď omezil/a jsem zvedání těžkých předmětů. Pro úpravu životního stylu se vyslovilo 5 respondentů (6 %) a pro cvičení pánevního dna pouze 3 respondenti (4 %).

Otázka č. 15: Jak se léčí únik moči?



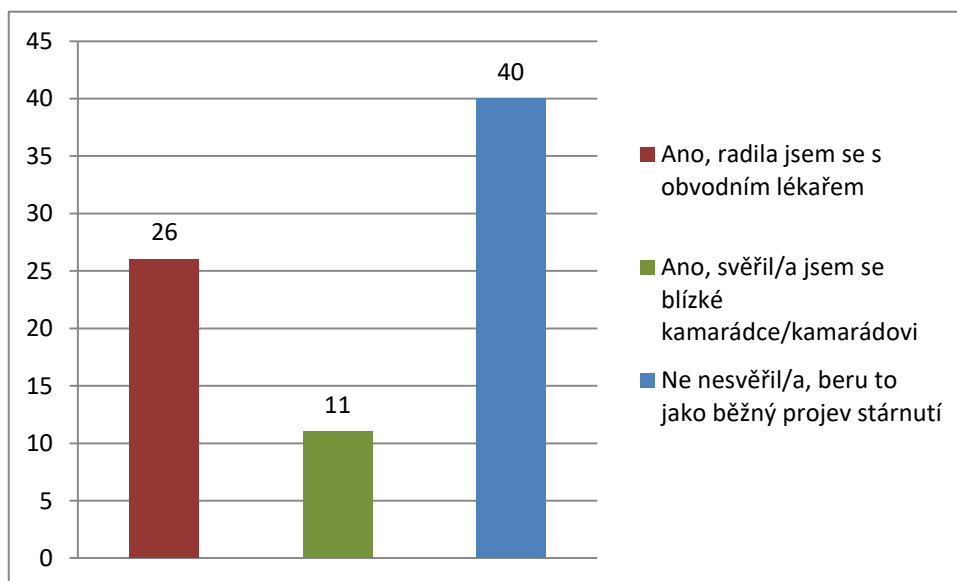
Graf 15 Léčba úniku moči

Tabulka 15 Léčba úniku moči

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rehabilitací - posílením pánevního dna	40	31%
Léky	33	26%
Operací	36	28%
Nedá se vyléčit	6	5%
Nevím	13	10%
Celkem	128	100%

V tomto případě se mohli respondenti (77) rozhodnout pro více odpovědí a tuto možnost celkem hojně využívali, protože zvýraznili 128 odpovědí. Možnost rehabilitace - posílení pánevního dna zvolilo 40 respondentů (31 %), operativní léčbu vybralo 36 lidí (28 %) a pro léky se vyslovilo 33 respondentů (26 %). Odpověď nevíím zakroužkovalo 13 osob (10 %) a možnost nedá se vyléčit, označilo 6 respondentů (5 %).

Otázka č. 16: Pokud se vám stalo, že vám někdy unikla moč, sdělil/a jste někomu své problémy?



Graf 16 Sdělení svých problémů

Tabulka 16 Sdělení svých problémů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, radil/a jsem se s obvodním lékařem	26	34%
Ano, svěřil/a jsem se blízké kamarádce/kamarádovi	11	14%
Ne nesevřil/a, beru to jako běžný projev stárnutí	40	52%
Celkem	77	100%

Na tuto otázku odpovídalo celkem 77 respondentů. Hned 40 respondentů (52 %) přiznalo, že se s únikem moči nikomu nesevěřilo. Dalších 26 respondentů (34 %) tento problém konzultovalo se svým obvodním lékařem a zbývajících 11 respondentů (14 %) si o úniku moči promluvilo s kamarádem anebo kamarádkou.

8 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá problematikou močové inkontinence. Jejím cílem bylo zjistit znalosti dospělé populace o močové inkontinenci a prevenci tohoto onemocnění. Na samotném začátku výzkumu byly stanoveny cíle, zaměřené na znalosti o močové inkontinenci (jaké jsou typy a rizikové faktory), dále na znalosti ohledně prevence močové inkontinence a v neposlední řadě na znalosti ohledně léčby močové inkontinence, postoje veřejnosti k močové inkontinenci a její prevenci.

K analýze průzkumného šetření bylo použito 77 dotazníků z původního počtu 90 dotazníků (takže zhruba 86 %). Dohromady se zapojilo 77 respondentů (100 %). Z celkového počtu odpovídalo 45 žen (58 %) a 32 mužů (42 %). V rámci průzkumného šetření byly dotazníky určeny osobám ve věkovém rozmezí 45 - 60 let. Ty jsme ještě zvláště dělili na další tři kategorie. Nejpočetnější skupinu tvořilo 29 respondentů (38 %) věkové kategorie 50 - 55 let. Celkem 25 osob (32 %) bylo ve věkovém rozmezí 45 – 50 let a 23 lidí (30 %) se nacházelo ve věkovém rozmezí 55 – 60 let. Výzkumné šetření bylo realizováno v obci Slavkov u Opavy.

Hlavním praktickým cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti dospělé populace v problematice močové inkontinence a její prevence.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit znalosti o močové inkontinenci, jaké jsou její typy a rizikové faktory. K danému cíli dotazníkového šetření se vztahovaly otázky číslo 5 – 11 a odpovědi nás informovaly o vědomostech respondentů o močové inkontinenci. Když jsem se ptala, u koho se může močová inkontinence nejčastěji vyskytovat, tak podle 36 % respondentů se močová inkontinence objevuje u žen v menopauze. Trošku méně, konkrétně 30 % respondentů si myslí, že močovou inkontinencí nejvíce trpí ženy po porodu. Třetí nejčastější odpovědi byli muži s onemocněním prostaty, protože ji v dotazníku označilo 20 % respondentů. Pouze 14 % respondentů se domnívá, že nejvíce s močovou inkontinencí bojují muži v pozdním věku. U dotazovaných jsem dále zjišťovala, kdy se může močová inkontinence vyskytnout. Gynekologicko-urologickou operaci označilo jako příčinu močové inkontinence 26 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědi byl porod (20 % respondentů) a třetí ochabnutí pánevního dna (18 % respondentů). Respondenti se dále vyjadřovali k otázce, která onemocnění jsou riziková pro vznik močové inkontinence. Obezitu v dotazníku zakroužkovalo 29,5 % respondentů. Na druhém místě se objevilo chronické onemocnění ledvin (27, 4 % respondentů) a třetí nejčastější odpovědi bylo Asthma bronchiále (24,2 % respondentů). Další otázka se zaměřovala na porod jako rizikový faktor pro vznik močové inkontinence. Téměř polovina všech dotázaných (49 % respondentů) si myslí, že porod

skutečně může vést k močové inkontinenci. Z celkového počtu respondentů se přitom 27 % domnívá, že pouze porod vaginální cestou. Tohle číslo by bylo jistě mnohem vyšší, kdyby dotazníky nevyplňovali muži, kteří většinou volili odpověď nevím, protože nikdy nerodili (35 % respondentů). V další otázce jsem se dotazovala na negativní dopady močové inkontinence. Největší skupina, tzn. 37 % respondentů, se přiklonila k tomu, že močová inkontinence může způsobit problémy v práci. Méně lidí se domnívá, že močová inkontinence vede k problémům v sexuální oblasti (33 % respondentů), k neochotě navštěvovat blízké (18 % respondentů) a neschopnosti cestovat (12 % respondentů). Zbývající dvě otázky pátraly po tom, kdy se projevuje stresová močová inkontinence a urgentní močová inkontinence. V případě stresové močové inkontinence zvolilo 28 % oslovených možnost při ochabnutí svalů pánevního dna. Stresová močová inkontinence se podle respondentů dále projevuje při sportu a větší námaze (27 %), při kašli a kýchání (24 %) a při smíchu (21 %). U urgentní močové inkontinence si 31 % respondentů myslí, že se projeví ve chvíli, kdy člověk nestihne doběhnout na toaletu. Možnost při vypití většího množství tekutin zvýraznilo 28 % respondentů, odpověď v noci zakroužkovalo 26 % respondentů a možnost při zánětu močových cest vybralo 15 % respondentů.

Jak již bylo řečeno, tak v naší studii považuje téměř polovina respondentů (49 %) porod za rizikový faktor pro vznik močové inkontinence. Skoro třetina všech oslovených (30 %) se navíc domnívá, že močovou inkontinencí nejčastěji trpí právě ženy po porodu. Jejich názor podporuje i brazilská studie z roku 2016, v němž Lúcio, et al. (2016) zkoumá rizikové faktory poporodní močové inkontinence. Podle této případové kontrolní studie byla stresová močová inkontinence přítomna u 45,5 % sledovaných žen. K opakovanému úniku moči docházelo u 44,2 % žen – z toho 71,4 % bylo v malém množství a 57,1 % při kašli nebo kýchání. V 70,1 % případů začala stresová močová inkontinence již během porodu a přetrvávala i po porodu. Tato zahraniční studie tedy jasně potvrzuje, že je porod rizikovým faktorem pro vznik močové inkontinence.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit znalosti ohledně prevence močové inkontinence. K tomuto cíli se vztahovaly otázky číslo 12 – 13. Jedna z hlavních otázek nás informuje o tom, co by oslovení respondenti doporučili při častějším úniku moči. Největší skupinu tvořili lidé, kteří by při častějším úniku moči zašli k obvodnímu lékaři. Tuto odpověď zvolilo celkem 36 % respondentů. Trošku menší množství osob, konkrétně 32 % respondentů, by poradilo cvičit pánevní dno. Koupit si inkontinenční pomůcky doporučuje 18 % respondentů, najít si více informací na internetu 9 % respondentů a změnu životního stylu 6 % respondentů. Druhá otázka hledala odpověď na to, která z pohybových aktivit se doporučuje v rámci prevence močové inkontinence. Zde se většina respondentů (58 %) vyslovila pro cviky na posílení

pánevního dna. Druhou v pořadí byla fyzioterapie, kterou v dotazníku označilo 23 % respondentů. Za třetí nejčastější odpověď lze považovat chůzi (13 % respondentů) a pouhých 5 % respondentů vybralo jako vhodnou pohybovou aktivitu jógu.

Důležitost cviků na posílení pánevního dna vyzdvihuje i zahraniční studie z roku 2021, ve které Johannessen, et al. (2021) vyhodnocují účinek prenatálního cvičebního programu včetně tréninku svalstva pánevního dna na poporodní močovou inkontinenci a zkoumají faktory spojené s močovou inkontinencí tři měsíce po porodu. Tato studie prokázala, že cvičební program skutečně snížil prevalenci inkontinence moči tři měsíce po porodu u žen, které byly na počátku výzkumu inkontinentní. Zatímco ve skupině, která před porodem posilovala pánevní dno, zůstalo inkontinentních 44 % žen, ve skupině procházející standardní prenatální péčí trpělo močovou inkontinencí i tři měsíce po porodu 59 % analyzovaných žen.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit znalosti ohledně léčby močové inkontinence, postoj veřejnosti k močové inkontinenci a její prevenci. K tomuto cíli se vztahovaly poslední tři otázky číslo 14 – 16. Samozřejmě mě zajímalo, zda lidé sami dbají na prevenci močové inkontinence. Drtivá většina oslovených respondentů (79 %) odpověděla kladně s tím, že nezadržují moč a hned chodí na toaletu. Mnohem méně lidí, konkrétně 10 % respondentů, volilo odpověď omezil/a jsem zvedání těžkých předmětů. Pro úpravu životního stylu se vyslovilo 6 % respondentů a pro cvičení pánevního dna pouze 4 % respondentů. V další otázce jsem se ptala na to, jak se léčí únik moči. Rehabilitaci (posílení pánevního dna) v dotazníku označilo 31 % respondentů. Operativní léčbu vybralo 28 % respondentů a léčbu pomocí léků zvolilo 26 % respondentů. Odpověď nevím zakroužkovalo 10 % respondentů a 5 % procent se domnívá, že se únik moči nedá vyléčit. Úplně na závěr pak oslovení lidé odpovídali na otázku, jestli by se při úniku moči někomu svěřili s tímto problémem. Nadpoloviční většina respondentů (52 %) přiznala, že se s únikem moči nikomu nesvěřila a bere ho jako běžný projev stárnutí. Konzultaci s obvodním lékařem preferuje 34 % respondentů a zbývajících 14 % respondentů by si o úniku moči promluvilo s kamarádem anebo kamarádkou.

Přestože v našem průzkumném šetření se k medikamentózní léčbě úniku moči přiklonilo pouze 26 % respondentů, tak léky hrají při léčbě močové inkontinenci velice důležitou roli. O tom pojednává například studie Holub, et al. (2018). Konkrétně zde šlo o vyhodnocení účinku solifenacinu na kvalitu života pacientů léčených předem jiným antimuskarinikem pro hyperaktivní měchýř a porovnání účinků solifenacinu podle předchozí léčby antimuskariniky. Podle výsledků této studie je solifenacin vhodným léčivem pro pacienty, kteří selhávají při léčbě jiným antimuskarinikem.

9 Návrh nápravných opatření

Močová inkontinence se v České republice stává stále aktuálnějším tématem, takže tuhle problematiku není možné opomíjet. Na základě analyzovaných dat lze prohlásit, že respondenti dotazníku mají celkem solidní znalosti o příčinách, druzích, prevenci a léčbě močové inkontinence. Je však trošku zarážející, že se o této problematice lidé stydí mluvit a považují ji za běžný projev stárnutí. Močovou inkontinenci by osoby ve vyšším věku určitě neměly podceňovat, takže byl vytvořen edukační leták, který se vyvěsí na nástěнку v čekárně praktického lékaře ve Slavkově u Opavy. Lidé tímto způsobem získají všechny podrobné informace o dané problematice, což jistě zvýší jejich povědomí o močové inkontinenci. Součástí edukace laické veřejnosti bude také přednáška, která nabídne prostor k diskusi a zodpovězení případných otázek. Samozřejmě lze provádět i individuální konzultace.

Z dotazníku zároveň vyplývá, že jen nepatrné procento respondentů v rámci prevence močové inkontinence cvičí pánevní dno. Proto bude možné připojit se ke kruhovému tréninku, který probíhá v tělocvičně základní školy ve Slavkově u Opavy. Profesionální trenér po předběžné domluvě zahrne do programu i cvičení na posílení pánevního dna. Pozvánka ke kruhovému tréninku se stala součástí jednoduchého letáku, který je přiložen k bakalářské práci.

ZÁVĚR

Močová inkontinence aktuálně představuje vážný socioekonomický problém, který člověka ovlivňuje v různých oblastech života. Únik moči přitom postihuje obě pohlaví, jak muže, tak ženy, a vztahuje se na všechny věkové kategorie s určitými prevalencemi. Není to však nemoc v pravém slova smyslu, ale spíše symptom, který vyjadřuje poruchy souhry plnění a vyprazdňování močového měchýře.

Teoretická část bakalářské práce seznamovala s problematikou močové inkontinence. Zaměřovala se na příčiny jejího vzniku, klasifikaci, diagnostiku a léčbu močové inkontinence. V teoretické části bylo zároveň popsáno období pozdního věku člověka, úloha a edukace všeobecnou sestrou při diagnostice močové inkontinence a samozřejmě tam nechybí ani charakteristika druhů léčby a prevence močové inkontinence. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zaměřit se na znalosti dospělé populace v problematice močové inkontinence a její prevence. Tento hlavní cíl ještě doplňovaly tři dílčí cíle, kterými se zjišťovaly znalosti respondentů o problematice močové inkontinence (jaké jsou typy a rizikové faktory močové inkontinence), dále znalosti ohledně prevence močové inkontinence a v neposlední řadě znalosti týkající se léčby močové inkontinence, postoje veřejnosti k močové inkontinenci a její prevenci.

Zjištěné výsledky bakalářské práce poukazyvaly na velmi dobrou znalost jedinců v pozdním věku o problematice močové inkontinence. Nadpoloviční většina respondentů správně označila, že se močová inkontinence nejčastěji vyskytuje u žen v menopauze a po porodu. Právě porod také označili za rizikový faktor pro vznik močové inkontinence. Ještě vyšší procento oslovených osob se vyjádřilo v tom smyslu, že se močová inkontinence může vyskytnout při ochabnutí svalů pánevního dna. Cviky na posílení pánevního dna zároveň respondenti považují za nejvhodnější pohybovou aktivitu pro předcházení močové inkontinence a rovněž způsob léčby. Přestože jsou si toho vědomi, tak pouze minimum respondentů v rámci prevence močové inkontinence cvičí pánevní dno, což je docela zarážející. Vypovídá to o tom, že sice populace v pozdním věku má slušné povědomí o problematice močové inkontinence, ale tyto znalosti příliš neaplikuje v praxi. Dalším důvodem může být lenivost dospělé populace, která se v současné době nechce příliš hýbat. Jako nejrizikovější onemocnění pro vznik močové inkontinence přitom respondenti správně vybrali obezitu. Jasný názor naopak neměli na dotaz, kdy se projevuje stresová a urgentní močová inkontinence. Z dalších zajímavých poznatků lze zmínit, že převážná většina respondentů tvrdí, že močová inkontinence může vést k problémům v sexuální oblasti a práci. Přestože při častějším úniku moči doporučují návštěvu obvodního lékaře, sami se tím příliš

neřídí. Většina respondentů by se totiž s tímto problémem nikomu nesvěřila a chápou ho jako běžný projev stárnutí. Zřejmě se i trošku stydí, takže lze prohlásit, že problematika močové inkontinence stále u značné části české populace zůstává tabu. Třeba i tato bakalářská práce přispěje k celkové osvětě a některým lidem pomůže o tomto problému otevřeně mluvit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy a monografické publikace

- ČEPICKÝ, P. et al. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Publishing, 2018. ISBN: 978-80-247-5604-2.
- ČERMÁK, A., PACÍK, D. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
- GENADRY, R., MOSTWIN, J. L. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0480-0.
- HANUŠ, T., MACEK, P. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN: 978-80-246-3008-3.
- HORČIČKA, L. et al. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. Vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN: 978-80-204-4503-2.
- CHMEL, R. *Ženská močová inkontinence: nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2279-8.
- KAWACIUK, I. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-627-7.
- KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN: 978-80-7345-240-7.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Příbram: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LIESNER, F. *Pánevní dno*. Poznání, 2020. ISBN: 978-80-87419-93-9.
- MAREŠOVÁ, P., FIALA, L. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4852-1.
- MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 80-247-1442-6.
- PILKA, R. et al. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-530-9.
- PILKA, R., PROCHÁZKA, M., a KOLEKTIV. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3019-5.
- ROB, L. et al. *Gynekologie*. Galén, 2019. ISBN: 978-80-7492-426-2.
- ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-2832-2.
- SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.

ŠPAČEK, J. et al. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.

THOROVÁ, K. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

ZÁMEČNÍK, L., SOUKUP, V. *Prevence a léčba onemocnění močových cest*. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-1941-5.

ZÁMEČNÍK, L. *Moderní farmakoterapie v urologii*. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN: 978-80-7345-609-2.

ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.

Online kniha

ABRAMS, P. et al. *Incontinence* [online]. Tokyo: ICUD, 2016 [cit. 30.11. 2020]. ISBN 978-0-9569607-3-3. Dostupné z:

<https://www.ics.org/education/icspublications/icibooks/6thicbook>

Příspěvky v online časopisech

DRÁBKOVÁ, P. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi*. [online]. 2015, roč. 16, č. 3, s. 127-129 [cit. 31. 3. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z:

<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>

FILLO, J., LEVČÍKOVÁ, M. Suplementácia testosterónom – novinky, indikácie a bezpečnosť. *Urologie pro praxi*. [online]. 2019, roč. 20, č. 5, s. 230-235 [cit. 31. 10. 2020].

ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2019/05/06.pdf>

HIBLBAUER, J. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi*. [online]. 2011, roč. 12, č. 1, s. 18-28 [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1803-5299.

Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/04.pdf>

HORČIČKA, L. Estrogeny a inkontinence moči u žen. *Urologie pro praxi*. [online]. 2019, roč. 20, č. 3, s. 116-118 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z:

<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2019/03/05.pdf>

JURÁKOVÁ, M. et al. Chirurgická léčba stresové inkontinence moči u žen - od jehel až k (mini)pásce. *Česká gynekologie*. [online]. 2017, roč. 82, č. 1, s. 65 - 71 [cit. 30. 11. 2020].

ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-1/chirurgicka-lecba-stresove-inkontinence-moci-u-zen-od-jehel-az-k-mini-pasce-60469>

KRHUT, J. et al. Fyzioterapie v léčbě inkontinence moči u žen. *Česká urologie*. [online]. 2015. roč. 19, č. 2, s. 131-136 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 2336-5692. Dostupné z : <https://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2015/02/05.pdf>

MACEK, P. Infekce močových cest – a co muži? *Urologie pro praxi*. [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 164-168 [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1803-5299 Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/03/05.pdf>

PETRÁŠOVÁ, R. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra*. [online]. 2012, roč. 22, č. 5, s. 51 – 53 [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/role-sestry-v-zachytu-inkontinence-464799>

PINTOS-DIAZ, M. et al. *Living with Urinary Incontinence: Potential Risks of Women's Health? A Qualitative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a Specialized Center*. *Int J Environ Res Public Health*. [online]. 2019, roč. 16, č. 19, s. 3781 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 16193781. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31597365/>

ROMŽOVÁ, M. Možné příčiny vzniku inkontinence a její řešení. *Urologie pro praxi*. [online]. 2014, roč. 15, č. 5, s. 221-226 [cit. 31. 3. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/05/05.pdf>

RYŠÁNKOVÁ, M. Inkontinence – novinky a možnosti řešení v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. [online]. 2018, roč. 15, č. 5, s. 276-280 [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/05/08.pdf>

RYŠÁNKOVÁ, M. Klasifikace moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi*. [online]. 2016, roč. 17, č. 2, s. 72-74 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z : <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/02/05.pdf>

RYŠÁNKOVÁ, M. Perspektivy léčby syndromu hyperaktivního močového měchýře. *Urologie pro praxi*. [online]. 2019, roč. 20, č. 3, s. 102-107 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2019/03/02.pdf>

STANĚK, R. Inkontinence moči v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. [online]. 2012, roč. 9, č. 8,9, s. 347–353 [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/08.pdf>

TRNĚNÁ, Z., HORČIČKA, L. Inkontinence a menopauza. *Urologie pro praxi*. [online]. 2011, roč. 12, č. 1, s. 29-32 [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/05.pdf>

VILHELMOVÁ, L. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. [online]. 2011, roč. 12, č. 2, s. 97-92 [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z:

<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/02/04.pdf>

VRÁNOVÁ, V. Význam fytofarmak v léčbě chronické prostatitidy. *Urologie pro praxi*. [online]. 2019, roč. 20, č. 2, s. 58-61. [cit. 31. 10. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z:

<https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2019/02/03.pdf>

ŽENÍŠEK, J. Novinky v léčbě stresové inkontinence u mužů. *Urologie pro praxi*. [online]. 2014, roč. 15, č. 2, s. 68-71. [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 1803-5299. Dostupné z:

<https://www.solen.cz/pdfs/uro/2014/02/04.pdf>

Studie

JOHANNESSEN, H. et al. *Regular antenatal exercise including pelvic floor muscle training reduces urinary incontinence 3 months postpartum-Follow up of a randomized controlled trial*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [online]. 2021, roč. 100, č. 2, s. 294 – 301 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 14010. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32996139/>

LÚCIO, A. et al. *Risk factors for postpartum urinary incontinence..* *Rev Esc Enferm USP*. [online]. 2016, roč. 50, č. 2, s. 200 – 7 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 27384198. Dostupné z : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27384198/>

HOLUB, L. et al. *Dopady změny antimuskarinika na kvalitu života u pacientů s hyperaktivním měchýřem - výsledky studie VEST*. *Czech Urology*. [online]. 2018, roč. 22, č. 2, s. 106 – 114 [cit. 30. 11. 2020]. ISSN 1211-8729. Dostupné z: https://www.czechurol.cz/artkey/cur-201802-0004_dopady_zmeny_antimuskarinika_na_kvalitu_zivota_u_pacientu_s_hyperaktivnim_mechyrem_-_vysledky_studie_vest.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dhyperaktivn%25ED%2Bmo%25E8ov%25FD%2Bm%25ECch%25FD%25F8%2Bin%253Aauth%2Bname%2Bkey%2Babstr%26sfrom%3D0%26spage%3D30

•

SEZNAM ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
č.	číslo
CNS	centrální nervová soustava
et al.	a další
např.	například
RTG	rentgen
TVT	tension free vaginál tape - tuhá prostá poševní páska
TOT	tension free vaginal transobturator tape – vaginální transobturatorová páska bez napětí
TVT-S	tension free vaginal tape secu – vaginální páska bez napětí

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	29
Graf 2 Tělesná hmotnost respondentů	30
Graf 3 Tělesná výška respondentů	31
Graf 4 Věk respondentů	32
Graf 5 U koho je nejčastější výskyt močové inkontinence	33
Graf 6 Kdy se vyskytuje močová inkontinence	34
Graf 7 Riziková onemocnění močové inkontinence	35
Graf 8 Porod a rizikový faktor	36
Graf 9 Negativní dopad močové inkontinence	37
Graf 10 Projev stresové močové inkontinence	38
Graf 11 Projev urgentní močové inkontinence	39
Graf 12 Doporučení pro únik moči	40
Graf 13 Pohybová aktivita v rámci prevence močové inkontinence	41
Graf 14 Prevence močové inkontinence	42
Graf 15 Léčba úniku moči	43
Graf 16 Sdělení svých problémů	44

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů	29
Tabulka 2 Tělesná hmotnost respondentů	30
Tabulka 3 Tělesná výška respondentů	31
Tabulka 4 Věk respondentů	32
Tabulka 5 U koho je nejčastější výskyt močové inkontinence	33
Tabulka 6 Kdy se vyskytuje močová inkontinence	34
Tabulka 7 Riziková onemocnění močové inkontinence	35
Tabulka 8 Porod a rizikový faktor	36
Tabulka 9 Negativní dopad močové inkontinence	37
Tabulka 10 Projev stresové močové inkontinence	38
Tabulka 11 Projev urgentní močové inkontinence	39
Tabulka 12 Doporučení pro únik moči	40
Tabulka 13 Pohybová aktivita v rámci prevence močové inkontinence	41
Tabulka 14 Prevence močové inkontinence	42
Tabulka 15 Léčba úniku moči	43
Tabulka 16 Sdělení svých problémů	44

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Edukační letáček – pozvánka

Příloha 1 Dotazník

Vážená paní, pane,

dovolte mi se na Vás obrátit v souvislosti s prosbou o vyplnění dotazníku. Jmenuji se Eva Obludníková a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Slezské univerzitě v Opavě. Pro bakalářskou práci jsem si zvolila téma - „Močová inkontinence očima veřejnosti.“ Tento dotazník je zcela anonymní a údaje budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Prosím zakroužkujte nebo doplňte odpovědi na tyto otázky:

1. Jste muž nebo žena? Žena – muž

2. Vaše tělesná hmotnost je? Doplňte

3. Vaše tělesná výška je? Doplňte

4. V jakém věkovém rozmezí se nacházíte?

- a) 45 – 50 let
- b) 50 – 55 let
- c) 55 – 60 let

5. U koho se může nejčastěji vyskytovat močová inkontinence? (možnost více odpovědí)

- a) U žen po porodu
- b) U žen v menopauze
- c) U mužů v pozdním věku
- d) U mužů s onemocněním prostaty

6. Kdy se může vyskytnout močová inkontinence? (možnost více odpovědí)

- a) Po porodu
- b) Po gynekologicko-urologické operaci
- c) Při ochabnutí pánevního dna
- d) Při hypertenzi a obezitě

- e) Po úrazu
- f) U psychiatrické diagnózy
- g) Při stresu

7. Která onemocnění jsou riziková pro vznik močové inkontinence? (možnost více odpovědí)

- a) Asthma bronchiále
- b) Hypertenze
- c) Diabetes mellitus (cukrovka)
- d) Obezita
- e) Chronické onemocnění ledvin
- f) Kardiovaskulární onemocnění
- g) Crohnova choroba
- h) Žádné z uvedených
- i) jiné doplňte.....

8. Patří porod k rizikovým faktorům pro vznik močové inkontinence?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ano, ale pouze porod spontánní vaginální cestou
- d) Nevím, nerodila jsem

9. Jaký negativní dopad může mít močová inkontinence pro jedince? (Možnost více odpovědí)

- a) Problémy v sexuální oblasti
- b) Problémy v práci
- c) Neochota navštěvovat své blízké
- d) Neschopnost cestovat
- e) Žádný

10. Kdy se projevuje stresová močová inkontinence? (Možnost více odpovědí)

- a) Při sportu a větší námaze
- b) Při kašli a kýčání
- c) Při smíchů
- d) Při ochabnutí svalů pánevního dna

11. Kdy se projevuje urgentní močová inkontinence? (Možnost více odpovědí)

- a) Při vypití většího množství tekutin
- b) Při zánětu močových cest
- c) Když se nestihne doběhnout na toaletu
- d) V noci

12. Při častějším úniku moči se doporučuje? (Možnost více odpovědí)

- a) Zajít si k obvodnímu lékaři
- b) Koupit si inkontinenční pomůcky
- c) Najít si více informací na internetu
- d) Cvičit pánevní dno
- e) Změna životního stylu

13. Která z pohybových aktivit se doporučuje v rámci prevence močové inkontinence?

- a) Fyzioterapie
- b) Cviky na posílení pánevního dna
- c) Jóga
- d) Chůze

14. Dbáte sami na prevenci močové inkontinence?

- a) Ano, cvičím pánevní dno
- b) Ano, nezadržuji moč a hned chodím na toaletu
- c) Upravil/a jsem životní styl
- d) Omezil/a jsem zvedání těžkých předmětů

15. Jak se léčí únik moči? (Možnost více odpovědí)

- a) Rehabilitací - posílením pánevního dna
- b) Léky
- c) Operací
- d) Nedá se vyléčit
- e) Nevím

16. Pokud se vám stalo, že vám někdy unikla moč, sdělil/a jste někomu své problémy?

- a) Ano, radila jsem se s obvodním lékařem
- b) Ano, svěřil/a jsem se blízké kamarádce/kamarádovi
- c) Ne nesevěřil/a, beru to jako běžný projev stárnutí

STOP MOČOVÉ INKONTINENCI



**TRÁPÍ VÁS NECHTĚNÝ ÚNIK MOČI?
CHCETE SE SMÁT V SUCHU??
UŽ VÍME, JAK S MOČOVOU
INKONTINENCÍ SKONCOVAT!**

**Nestyďte se a poraďte se se svým praktickým lékařem
o vhodné léčbě či inkontinentních pomůckách
ušitých přímo Vám na míru.**

**Anebo se zapojte do kruhového tréninku,
kde společně s profesionálním trenérem posílíme
nejen svaly, ale i pánevní dno.**

Každé úterý a čtvrtek od 18:00 v místní tělocvičně ZŠ Slavkov.

Močová inkontinence je stav, kdy dojde u jedince k jakémukoliv nedobrovolnému úniku moči. Inkontinence postihuje muže i ženy bez rozdílu věku, pohlaví nebo rasy. Rozlišujeme extrauterální, stresovou, urgentní, reflexní, paradoxní a smíšenou inkontinenci. Mezi rizikové faktory vzniku močové inkontinence patří nadváha a obezita, nadměrná fyzická aktivita, případně dehydratace, zácpa, špatná životospráva anebo kouření. Močová inkontinence se může vyskytnout po porodu, po gynekologicko-urologické operaci, při ochabnutí pánevního dna, při hypertenzi a obezitě, po úrazu, u psychiatrické diagnózy a při stresu. Únik moči léčíme rehabilitací (posílením pánevního dna), léky anebo operativně.