

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Informovanost mužů o problematice močové inkontinence

Bakalářská práce

Mgr. Klára Heřmanová

2007

Marie Zahrádková

Abstrakt

My bachelor work is about the men's knowledge about the problem of the urinary incontinence. Many people suffer from this urinary incontinence. It's especially the health problem of older people. But this incontinence is the diagnosis concerning both women and men, also children and this disease negatively influences their life. It's condition whereat a man can't alone regulate his urinating.

The urinary incontinence is jointed with considerable physical, psychic, social and economic stress. The incontinence patients often lose their self-respect, first-quality life and social- intercourse. They often give up their common life. The social structure, the relationship of husband and wife, the vocational integration and the satisfaction are injured. The urinary incontinence is the intimate problem and we can't or we don't want to speak about it. My work includes the classification, diagnostic, the cure of incontinence and the special incontinence instruments for men.

It was taken up the quantitative research. The adopted method was the question-form. The collection of information took place in 3 ambulances of the general practitioners in the town České Budějovice. The men age of more than 30 years old were as the research team in this boron, who visited these chosen ambulances in the days of 17.1.-28.2. 2007. The question-forms were given accidentally.

This research should be certify or confute this hypothesis: the men haven't information about the problem of the urinary incontinence. The hypothesis was certified. The project was fulfilled.

Fact is that were questioned men embraced were information about the urinare incontinence and they also think, that the information about this problem is very insufficient. The both of abonents had never available the information materials the urinary incontinence.

We must improve the quality of information and it will be better to produce and to distribute were and were brochures about this disease. Then the general public can read them in the waiting rooms, in the geriatrics ambulances. The nurses should supply the relevant information and to help people. I also believe, that my work will help for the general public, too.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost mužů o problematice močové inkontinence vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích.....

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Kláře Heřmanové za ochotu, poskytnutí informací a cenné rady, které mi pomohly při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	7
1.SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1. FUNKCE VYLUČOVÁNÍ.....	8
1.1.1. Anatomie a fyziologie ledvin.....	8
1.1.2. Anatomie a fyziologie dolních cest močových.....	9
1.1.3. Anatomie a fyziologie muž. pohlavního ústrojí.....	10
1.1.4. Inervace dolních cest močových.....	11
1.2. DEFINICE INKONTINENCE.....	11
1.2.1. Stupně inkontinence.....	11
1.3. KLASIFIKACE INKONTINENCE.....	12
1.3.1. Uretrální inkontinence.....	12
1.3.1.1. Urgentní inkontinence.....	12
1.3.1.2. Reflexní inkontinence.....	14
1.3.1.3. Stresová inkontinence.....	14
1.3.1.4. Paradoxní inkontinence.....	14
1.3.1.5. Ostatní formy inkontinence.....	15
1.4. PROSTATICKÝ SYNDROM.....	15
1.4.1. Klasifikace prostatitidy.....	15
1.4.2. Etiologie.....	16
1.4.3. Klinický obraz.....	16
1.4.4. Diagnostika.....	17
1.4.5. Léčba.....	17
1.5. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	18
1.5.1. Teorie stárnutí.....	18
1.5.2. Fyziologické změny ve stáří.....	19
1.5.3. Benigní hyperplazie prostaty.....	21
1.6. VYŠETŘOVACÍ METODY.....	23
1.6.1. Anamnéza.....	23

1.6.2. Fyzikální vyšetření.....	24
1.6.3. Laboratorní vyšetření.....	24
1.6.4. Zobrazovací metody.....	24
1.6.5. Urodynamické vyšetření.....	26
1.6.6. Endoskopické metody.....	26
1.6.7. Bioptické vyšetření.....	27
1.7. LÉČBA INKONTINENCE.....	27
1.7.1. Léčba urgentní inkontinence.....	28
1.7.1.1. Rehabilitace pánevního dna.....	28
1.7.1.2. Biofeedback.....	29
1.7.1.3. Farmakologická léčba.....	29
1.7.1.4. Chirurgická léčba.....	30
1.7.2. Léčba reflexní inkontinence.....	30
1.7.3. Léčba stresové inkontinence.....	30
1.7.4. Léčba inkontinence ve stáří.....	31
1.8. KOMPENZAČNÍ POMŮCKY.....	32
1.9. EDUKACE.....	34
1.10. OŠE. PROCES U MUŽŮ S MOČ. INKONTINENCÍ.....	35
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	39
2.1. CÍL PRÁCE.....	39
2.2. HYPOTÉZY.....	39
3. METODIKA.....	40
3.1. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	40
4. VÝSLEDKY.....	41
5. DISKUZE.....	68
6. ZÁVĚR.....	74
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	78
9. PŘÍLOHY.....	79

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma zabývající se informovaností mužů o problematice močové inkontinence. Močovou inkontinencí trpí poměrně velké procento osob. Je chápána především jako zdravotní problém, spojený s vyšším věkem člověka. Inkontinence je však diagnózou, která postihuje jak ženy, muže tak i děti a negativně ovlivňuje jejich život. Je označována jako stav, při němž člověk není schopen sám vědomě regulovat odchod moči. Může být důsledkem řady poruch, úrazů páteře, demence, stavu po CMP, ale dochází k ní i při poškození tkáně močového měchýře následkem cystitidy, nebo následkem chirurgického výkonu v oblasti malé pánve, dále ve spojitosti s vysokým nitrobřišním tlakem způsobeným například obezitou, kýčáním, kašlem apod.

Močová inkontinence je spojena se značnou tělesnou, psychickou, sociální a ekonomickou zátěží. U inkontinentních pacientů dochází často ke ztrátě sebeúcty, k rozpakům, k narušení kvality života a společenského styku. Lidé se často vzdávají svého běžného životního stylu. Dochází tak ke zřejmému poškození sociálních vazeb, partnerských vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Únik moči je problém intimního rázu a ne všichni jsme schopni a ochotni o něm otevřeně hovořit.

I když musíme podotknout, že se situace přece jenom trochu zlepšila díky reklamním akcím firem, které se zabývají výrobou a prodejem inkontinentních pomůcek. A to proto, že vkládají do novin a časopisů informační letáky s nabídkou širokého sortimentu tohoto zboží. Dnes se již běžně setkáme i s upoutávkou na inkontinentní pomůcky v televizi. Existuje také spousta klubů, sdružující lidi se stejným onemocněním.

Ve své práci se zabývám klasifikací, diagnostikou, léčbou inkontinence a inkontinentními pomůckami určenými speciálně pro muže. Dále se snažím zpřístupnit mužům informace o problematice močové inkontinence. Proto doufám, že tato práce bude sloužit nejen jako návod pro muže v případě, že je někdy postihne toto onemocnění, ale i jako informační materiál pro širokou veřejnost.

1. Současný stav

1.1 Funkce vylučování

Vylučování je jednou ze základních homeostatických funkcí. Úkolem vylučování (exkrece) je odstranit z organismu nepotřebné nebo škodlivé látky. Základním orgánem vylučování jsou ledviny. Účastní se nejen odstraňování nepotřebných a škodlivých látek, ale podílí se i na řízení objemu, tlaku a pH mimobuněčné tekutiny a mají též endokrinní funkce (19).

1.1.1. Anatomie a fyziologie ledvin

Ledviny jsou párové žlázy typického fazolovitého tvaru, uloženy po obou stranách bederní páteře v retroperitoneálním prostoru. Ledviny jsou obaleny tukovým polštářem a jsou připojeny mohutnými renálními tepnami na břišní aortu a renálními žilami na dolní dutou žílu. Na řezu ledvinou můžeme rozlišit světlejší kůru ledviny a tmavší dřeň ledviny.

Korová vrstva ledviny obsahuje asi jeden milión mikroskopických jednotek-nefronů. Tvorba moči závisí na třech základních funkcích ledvin. A to na filtraci, resorpci a sekreci (3).

Nefron je základní stavební funkční jednotkou ledvin. Skládá se z přívodné a odvodné cévy, klubička kapilár, Bowmanova váčku a systému ledvinných kanálků. Renální tepny se po vstupu do ledviny postupně větví na stále drobnější větve jdoucí do kůry ledvin a stáčí se do složitých klubiček, glomerulů.

Filtrace v glomerulech je závislá na filtračním tlaku, který můžeme definovat jako tlak, kterým je tekutina (plasma) filtrována přes stěnu kapilár a vnitřní list Bowmanova váčku do štěrbin váčku. Čím větší je rozdíl mezi tlakem v krevních kapilárách klubička a tlakem ve štěrbině váčku, tím větší je filtrace v glomerulech a tím větší je i množství profiltrované primární moči. Množství této tekutiny je obrovské. Každý den se vytvoří asi 180 litrů tekutiny. Profiltrovaná krevní plasma – primární moč, odtéká ze štěrbin

Bowmanova pouzdra do kanálků, kde je upravována na definitivní moč. Za běžných životních podmínek dosahuje množství moči asi 1,5 litru za 24 hodin. Při průtoku proximálním kanálkem, Henleovou kličkou a distálním kanálkem se primární moč postupně zbavuje vody, glukosy, aminokyselin a částí minerálních látek. Tyto látky se vstřebávají zpět do krve, která protéká sítěmi kapilár opřádajícími ledvinové kanálky (3).

1.1.2 Anatomie a fyziologie dolních cest močových

Ze sběrných kanálků do pánviček ledvin je moč přesouvána kontrakcí hladké svaloviny a svěračů na vrcholcích papil.

Močovody, uretry jsou trubice průměrně 30 cm dlouhé, probíhající retroperitoneálním prostorem do pánve. Močovody proudí tekutina, která má dostatečný tlak pro překonání tlaku fyziologicky naplněného močového měchýře. Množství vyloučené moči závisí na příjmu a extrarenálních ztrátách vody (průjmy, zvracení, pocení) (19).

V močovém měchýři se moč shromažďuje. Močový měchýř je dutý svalový orgán, mění svůj tvar podle náplně moči, která se zde před vyprázdněním hromadí. Močový měchýř je u obou pohlaví uložen v pánvi za stydkou sponou. Náplň močového měchýře obvykle nepřesahuje 400-450 ml. Vyprazdňování močového měchýře, mikce, je složitý děj, kterého se účastní různé svaly a svalové skupiny, a který je řízen souhrou autonomních nervů. Část svaloviny dna měchýře přechází i na močovou trubici a vytváří tzv. vnitřní svěrač.

Močovou trubicí vytéká moč díky kontrakci močového měchýře. U mužů se na konci močení uplatňuje také stah svalů obklopujících proximální část močové trubice (3).

1.1.3 Anatomie a fyziologie mužského pohlavního ústrojí

Mužskými pohlavními žlázami jsou varlata. Varlata produkují pohlavní buňky spermií a pohlavní hormony (testosteron).

Vývodné pohlavní cesty tvoří chámovod a močová trubice. K vývodným cestám jsou připojeny měchýřkovité žlázy a prostata.

Chámovod, ductus deferens je trubice dlouhá asi 40 cm. Probíhá od nadvarlete šourkem do zevního ústí tříselního kanálu a prochází kanálem do břišní dutiny, kde se zatáčí do pánve a vyúsťuje pod močovým měchýřem do močové trubice, která zde prochází prostatou (3).

Semenné vajíčky jsou uloženy na zadní a spodní straně močového měchýře. Krátké vývody semenných vajíčků se spojují s koncovým úsekem chámovodu a společně ústí do močové trubice.

Předstojná žláza, prostata leží pod dnem močového měchýře na svalovém dnu pánve. Má velikost kaštanu. Středem prostaty prochází močová trubice do které zde ústí chámovody a semenné vajíčky. Prostata je svalový a žláznatý orgán. Prostatické žlázy produkují řídký a mléčně zakalený sekret. Obsah prostaty a semenných vajíčků je vyprazdňován do močové trubice, kde se smíchá se spermiemi a s hlenovým sekretem nadvarlete. Vzniklá tekutina se nazývá ejakulát.

Mužská močová trubice, uretra vystupuje ze dna močového měchýře. Probíhá prostatou a po průchodu svalovým pánevním dnem vstupuje do pohlavního údu. V úseku od prostaty k zevnímu ústí trubice na konci pohlavního údu, je močová trubice společnou vývodnou cestou močových i pohlavních orgánů (3).

Na močové trubici jsou dva kruhové svěrače, kterými je ovládána mikce a vyprazdňování vývodných pohlavních cest. Vnitřní svěrač není ovládán vůlí a se vzrůstajícím tlakem v měchýři se při mikci první uvolňuje. Zevním svěračem je vůlí řízeno vyprazdňování močového měchýře.

Zevní pohlavní orgány jsou pyj a šourek. V šourku jsou uložena varlata. Pyj se skládá z jednoho nepárového a jednoho párového topořivého tělesa. Kolem zevního ústí močové trubice je žalud, částečně překrytý předkožkou (3).

1.1.4 Inervace dolních cest močových

Základní úlohou centrálního nervového systému je regulace vztahu organismu vůči okolí, ale i ve směru organismu samotného. K řízení dějů v organismu využívá CNS jak nervového vedení (změny rychlé krátkodobé), tak působení hormonů (změny pomalé dlouhodobé).

- ❖ Mozková kůra zajišťuje volní kontrolu močení (schopnost oddálit pocit nucení na močení, schopnost vědomě započít močení).
- ❖ Mozkový kmen, kde se nachází tzv. mikční centrum, které je zodpovědné zejména za koordinaci činnosti močového měchýře a svěrače močové trubice.
- ❖ Páteřní mícha zajišťuje prostřednictvím nervových drah spojení periferie s centrem. Nachází se v ní tzv. sakrální mikční centrum, které zajišťuje schopnost kontrakce močového měchýře a tím vypuzování moči.
- ❖ Periferní nervy spojují centrální nervový systém s výkonnými orgány (močový měchýř, svěrače močové trubice) (19).

1.2 Definice inkontinence

Inkontinence moči je definována podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci ICS (International Continence Society) jako stav nedobrovolného úniku moči, který je objektivně prokazatelný a představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém. Na návrh Standardizační komise ICS rozlišujeme následující formy: uretrální inkontinenci moči (stresová, urgentní, reflexní, paradoxní) a extrauretrální inkontinenci: kongenitální a získaná (píštěle) (17).

1.2.1 Stupně inkontinence

Stupeň I. - únik při náhlém zvýšení abdominálního (břišního) tlaku

Stupeň II. - únik při mírném zvýšení abdominálního tlaku

Stupeň III. - únik při minimálním zvýšení abdominálního tlaku (17).

1.3 Klasifikace močové inkontinence

a) Uretrální inkontinence má mnoho typů:

- Urgentní inkontinencí se označuje únik moče spojený s naléhavým nucením na močení. Dále se dělí na motorickou a senzorickou inkontinenci.
- Reflexní inkontinence vzniká následkem hyperreflexie (zvýšení reflexů při výpadku jejich přirozeného tlumení) detruzoru (sval v močovém měchýři podílející se na jeho vyprazdňování) nebo mimovolní relaxací sfinkterů (svěračů). Objevuje se u pacientů s patologickým neurologickým nálezem. Mají pocit nucení na močení.
- Stresová inkontinence je mimovolní únik moče při zvýšení nitrobřišního tlaku bez současné kontrakce detruzoru.
- Inkontinence z přetékání (paradoxní ischurie) je mimovolná ztráta moči při přeplněném měchýři.
- Ostatní formy inkontinence mohou být smíšená inkontinence (stav, kdy je současně přítomna stresová a urgentní složka), noční enuréza (pomočování), enuresis risoria (inkontinence moči při smíchu) a funkční (psychogenní) inkontinence (neschopnost ovládat močový měchýř, někdy doprovázen neustálým odchodem moči) (17).

b) Extrauretrální inkontinencí rozumíme ztrátu moči jinou cestou než uretrou.

- Kongenitální (vrozená)
- Získaná (příštěle)

1.3.1 Uretrální inkontinence

1.3.1.1 Urgentní inkontinence

Podle definice ICS se považuje za urgentní inkontinenci každý nechtěný únik moče spojený s imperativním (silně nutícím) nucením na močení. Patofyziologicky

může urgentní inkontinenci způsobit buď velmi silný podnět z receptorů registrující tenzi (napětí) stěny močového měchýře, nebo nedostatečnost motorické inhibice (potlačení) mikčního reflexu. K tomuto stavu mohou vést různé chorobné stavy: např. parkinsonismus, roztroušená skleróza, rozštěpy páteře, míšní poškození, infekce dolních močových cest, zánět, nádor, kámen v močovém měchýři. U muže bývá častou příčinou urgentní inkontinence intravezikální (uvnitř močového měchýře) obstrukce. K urgenci mohou vést i různé psychické stavy (vědomí, že v blízkosti je WC, zvuk tekoucí vody) (18).

Charakteristické je náhle, bez varování vzniklé imperativní nucení na moč, kterému nemocný musí téměř okamžitě vyhovět, jinak dojde ke křečovitě bolesti v měchýři a spontánnímu úniku moče v množství několika kapek až do stovek mililitrů. Jestliže začnou močit, nedokáží proud moči vůlí zastavit. K této situaci může dojít v kteroukoli denní i noční dobu, v jakékoliv poloze (21).

A. Motorická urgentní inkontinence

U motorické formy urgentní inkontinence je únik moče následkem netlumených vypuzovacích kontrakcí detruzoru. Motorická forma je tedy způsobena primární nedostatečností mozkové kontroly mikčního reflexu. Tato dysfunkce detruzoru může být provázena zmenšenou kapacitou měchýře. Urgentní motorická inkontinence zahrnuje tři vedoucí symptomy: polakisurii (časté nucení na moč, provázené vymočením malého množství moči), nykturii (časté močení v noci) a imperativní nucení na močení (10).

B. Senzorická urgentní inkontinence

U senzorické formy urgentní inkontinence je mikční reflex vyvolán zesílenými impulzy z receptorů registrujících napětí měchýře, přes zcela normální centrální inhibici. Vyskytuje se u zánětlivé nebo nádorové infiltrace stěny močového měchýře, u litiázy (tvorba kamenů) nebo funkční obstrukci krčku měchýře (18).

1.3.1.2 Reflexní inkontinence

Jedná se o nechtěný únik moči z uretry (močové trubice) zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení. Při onemocnění či poškození centrálního nervového systému pacient ztrácí kontrolu mikčného reflexu. Reflex tak probíhá nekontrolovaně přes periferní mikčné centrum v sakrální míše.

Příčinu má v míšní lézi (poškození), která nastává při frakturách obratlů, myelodyspláziích, různých neuropatiích zánětlivého nebo degenerativního původu (10).

1.3.1.3 Stresová inkontinence

Je to nechtěný únik moče způsobený náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku (kašel, kýchnutí, smích, ale i chůze, zvednutí břemene), který vzniká při selhávání uzávěrového mechanismu. Tento tlak se přenáší na močový měchýř a zvýšený intravezikální tlak překoná odpor uretry. Žena obvykle dokáže proud moči zastavit stahem svalů dna pánevního (18).

Příčinou stresové inkontinence je nejčastěji nedostatečná podpora močové trubice svalstvem pánevního dna a okolní pojivovou tkání. Při ochabnutí těchto struktur se močová trubice uvolní ze své původní polohy. Další příčiny mohou spočívat ve snížené elasticitě tkáně v závislosti na věku (10).

1.3.1.4 Paradoxní inkontinence

Je nechtěný únik moči, kdy intravezikální tlak převyší maximální intrauretrální tlak. Při tomto úniku chybí detruzorová aktivita a únik je způsoben pasivním přepětím stěny močového měchýře (10).

Nastává tehdy, jestliže se močový měchýř nedokáže zcela vyprázdnit. Může k ní vést poškození dolního i horního motorického neuronu (např. po traumatu, amputaci

rekta pro karcinom nebo při diabetické neuropatii). Příčinou může být též mechanická nebo funkční obstrukce, stenózy uretry nebo velké tumory malé pánve (18).

1.3.1.5 Ostatní formy inkontinence

A. Smíšená inkontinence

Tento typ inkontinence má příznaky jak urgentní, tak stresové inkontinence. Vyskytuje se téměř u 40% všech osob postižených močovou inkontinencí (22).

B. Noční pomočování (enuresis nocturna)

Tímto termínem je označováno pomočování u dětí (vzácně u dospělých), kteří dosud nikdy neměli tzv. suchý interval (období bez pomočování) (22).

C. Psychogenní inkontinence

Osoba s tímto typem má potíže dostat se včas na toaletu, i když ovládá močový měchýř normálně. Může se objevit u lidí při fyzické námaze (30).

1.4. Prostatický syndrom

Prostatitida je jedním z nejčastějších zánětlivých onemocnění. Ročně tvoří pacienti s prostatitidou okolo 25% mužů. Prostatický syndrom je diagnostikován na základě příznaků, mikroskopického a kulturačního vyšetření prostatického exprimátu (hmota získaná vytlačáním) a moče (13).

1.4.1 Klasifikace prostatitidy

Prostatitidu dělíme na akutní a chronickou podle délky trvání příznaků. U chronické prostatitidy přetrvávají klinické příznaky déle než tři měsíce. Klasifikace prostatitid podle NIDDK/NIH (National Institute of Diabetes/ National Institute of Health).

I. *Akutní bakteriální prostatitida (ABP)* – její diagnózu stanovíme na základě klinického obrazu a fyzikálního vyšetření. Charakteristický je nález leukocytů a bakterií v moči i prostatickém exprimátu. Onemocnění dobře reaguje na antimikrobiální léčbu.

II. *Chronická bakteriální prostatitida (CBP)*- i v tomto případě prokazujeme v prostatickém exprimátu a moči leukocyty i bakterie.

III. *Syndrom chronické pánevní bolesti (CPPS)* – v moči a prostatickém exprimátu neprokazujeme bakterie. Existují dva typy tohoto syndromu:

- Zánětlivý typ – charakterizuje přítomnost leukocytů ve spermatu, prostatickém sekretu nebo vzorku moče po masáži prostaty.
- Nezánnětlivý typ - bez nálezů leukocytů ve spermatu, prostatickém exprimátu nebo vzorku moče po masáži prostaty.

IV. *Asymptomatická prostatitida (AP)* – tento termín se užívá pro náhodný nález známek zánětu ve spermatu, prostatickém exprimátu či vzorcích prostaty u pacientů bez klinických příznaků. Nejčastěji ji diagnostikujeme při vyšetření biotických vzorků prostaty nebo ejakulátu (13).

1.4.2 Etiologie

Bakteriální prostatitida, akutní i chronická se vyskytuje vzácně. Bakteriální zánět má pouze 5% pacientů se syndromem prostaty. Vyvolávají je běžné uropatogeny – *Escherichia Coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, stafylokoky. Bakteriální prostatitida vzniká vzestupným šířením infekce z uretry, sestupným šířením infekce z močového měchýře u pacientů s chronickým reziduem při subvezikální obstrukci (13).

1.4.3 Klinický obraz

Bakteriální prostatitida je náhlé hořčnaté onemocnění s poškozením celkového stavu. Převládá bolest v suprapubické (v oblasti nad sponou stydkou) a perineální (oblast mezi zevními pohlavními orgány a řitním otvorem) oblasti a dysurické potíže

(polakisurie, obtížné močení, oslabení proudu až retence moče). Onemocnění provází celkové příznaky jako horečka, zimnice, třesavka, slabost, nauzea a zvracení. Pacient může být schvácený, mít tachykardii, tachypnoi eventuálně hypotenzi (13).

1.4.4 Diagnostika

V krevním obraze je leukocytóza, renální a jaterní funkce jsou beze změn. Základní laboratorní vyšetření je mikroskopické a kulturační vyšetření prostatického exprimátu a moče. Dále se provádí vyšetření per rektum, ultrazvuk nebo biopsie prostaty (13).

1.4.5 Léčba

Antimikrobiální léčba

Antibiotika jsou doporučována k léčbě chronické i akutní bakteriální prostatitidy. Pokud dojde ke zhoršení celkového stavu je doporučována hospitalizace pacienta a parenterální aplikace vysokých dávek baktericidních antibiotik (13).

Masáž prostaty

Při masáži se zajišťuje drenáž uzavřených duktů a zvyšuje se prokrvení a tedy průnik antibiotik do tkáně.

Chirurgická léčba

Nemocní s akutní prostatitidou a obrazem kompletní retence vyžadují založení epicystostomie (vyústění močového měchýře břišní stěnou). Uretrální katétr vede ke zvýšení lokálního dráždění a udržuje infekci. U abscesů prostaty je nezbytná chirurgická drenáž. U chronické prostatitidy se provádí resekce prostaty (13).

1.5 Stáří a stárnutí

Pokusů o definování stárnutí a stáří už bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní. V encyklopedickém slovníku je stárnutí definováno jako přirozená degradace (snížení hodnoty) organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti). Individuální involuční nevratný proces (u člověka obvykle po 30ti letech života) je zřejmě v buňkách geneticky zakódován, ale je ovlivněn i životním prostředím. Proces stárnutí je zákonitý, je přirozeným jevem pro každého jedince, rodinu, komunitu a společnost. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemocí, ale přirozeným fyziologickým procesem. Nemoci a poruchy funkcí pouze stáří doprovází (4).

1.5.1 Teorie stárnutí

Teorie stárnutí vysvětlují a objasňují příčiny stárnutí. Různé teorie vysvětlují stárnutí z různých aspektů, převládá však pohled biologický. Teorie stárnutí lze rozdělit na biologické, psychologické a sociální (4).

1) Biologické teorie se zaměřují na studium změn probíhajících v buňkách, v mezibuněčných prostorách nebo ve specifických částech lidského těla.

➤ **Exhaustní teorie** je založena na domněnce, že živý organismus obsahuje strategicky uloženou zásobu energie, která je postupně uvolňována. Dojde-li k vyčerpání zásoby, lidský život končí.

➤ **Teorie o rychlosti života**, podle které délka života závisí na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii (4).

➤ **Koloidní teorie** říká, že ke stárnutí dochází ztrátou štěpitelnosti organických bílkovin a stárnutím makromolekul. Dochází k poklesu tvorby nových bílkovin, ke zmenšené propustnosti tkání a poruše energetické rovnováhy organismu.

➤ **Teorie působení zevních vlivů** poukazuje na to, že zevní vlivy ovlivňují pozitivně nebo negativně proces stárnutí. Patří sem různé chemické látky, složení a způsob příjmu

potravy, působení virů a bakterií a také četné psychosociální faktory. Obvykle se na procesu stárnutí podílí více zevních činitelů současně (4).

2) Sociální teorie jsou ovlivňovány strukturou společnosti a sociální změnou. Ve společnosti s nízkým procentem seniorů v populaci bývá jejich sociální status vyšší. Mezi nejčastěji uváděné sociální teorie patří:

- **Teorie aktivity**, která považuje pokračování aktivit za významný základ pro získání a udržování uspokojení, sebepojetí a zdraví ve stáří.
- **Teorie neangažovanosti**, jež je podle Kalische cílená v minulém údobí, přičemž míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů.
- **Teorie kontinuity a diskontinuity**, která vychází z předpokladu, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynější životní situace se situací, v níž žil ve středních letech. Čím více změn, tím je diskontinuita větší (4).

1.5.2 Fyziologické změny ve stáří

Přirozené stárnutí a stáří je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí, které na jedince působí v průběhu celého jeho života. Stárnutí se týká sféry biologické, psychologické i sociální. Jevy ze všech těchto oblastí se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka (12).

I. Biologické aspekty stárnutí:

- **Atrofie** – typická je atrofie mozku, kdy je vysoce specializovaná tkáň nahrazována tkání pojivovou. Dále je to atrofie kůže, která je svráštělá, ztenčuje se a ztrácí pružnost a atrofie dalších orgánů např. svalstva, jater, sleziny, ledvin.
- **Snížení elasticity orgánů a tkání**- dochází k ní v důsledku změny struktury kolagenu. Výrazně jsou postiženy plíce a cévní systém.
- **Snížená funkce endokrinních žláz** - sekrece jednotlivých hormonů se nerovnoměrně snižuje, což vede k hormonální nerovnováze.

- Tělesné tekutiny- klesá podíl intracelulární tekutiny, celkové množství vody v těle se však nemění (4).
- Zmenšení postavy- ve stáří je způsobeno atrofií meziobratlových plotének a shrbeným držením těla v důsledku ochabování svalů. Mění se chemická stavba kostí, ubývá vápníku, kosti mají sklon k lomivosti. Zubní sklovina hrubne, zuby žloutnou a dochází k jejich ztrátě.
- Kosterní svaly- klesá jejich pružnost, rychlost a síla svalových kontrakcí. Fyzická výkonnost se mění během celého života. Do dvaceti let věku se zvyšuje, do čtyřiceti let zůstává přibližně stejná a pak klesá.
- Kůže- vznikají vrásky, kůže je suchá, tenká, svraštělá. Kožní turgor je snížen. Objevují se pigmentace hlavně na nekrytých částech těla. Vlasy šedivý, řídnou a vypadávají. Nehty ve stáří rostou pomaleji, objevují se na nich podélné rýhy a dráhy.
- Nervový systém- dochází k postupnému nestejnomyernému snižování počtu neuronů. Typické jsou pomalejší pohyby i chůze, flekční držení těla a zhoršená schopnost udržet rovnováhu.
- Poruchy spánku- patří sem obtížné usínání, časté noční buzení, pocit nedostatečné hloubky spánku a probouzení v časných ranních hodinách provázené pocitem nevyspání a únavy. Mezi závažné poruchy spánku patří spánková inverze.
- Vylučovací systém- zde ubývá ledvinných glomerulů s následným snížením glomerulární filtrace. V průběhu stárnutí se snižuje elasticita uretry, močový měchýř má nižší kapacitu, snižuje se síla obou svěračů, stoupá postmikční reziduum. U osob starších šedesáti let se objevuje močová inkontinence.
- Trávicí systém- dochází k opotřebování a ztrátě zubů, zmenšuje se množství vylučovaných slin a snižuje se acidita žaludeční šťávy. Motilita trávicí trubice se zpomaluje, zhoršuje se vyprazdňování žaludku (4).

II. Psychické aspekty stárnutí:

Do psychologického stárnutí zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji. Na kvalitě psychiky ve stáří se nejvíce podílí *osobnost* člověka a její úroveň, která má pro starší větší význam, než vlastní kalendářní věk. Integrita osobnosti zůstává zachována. Zhoršené vnímání spolu se sníženou pohybovou koordinací omezuje jedince v sociálním začlenění, reakce na podněty jsou zpomalené a často neadekvátní v dané situaci. Stoupá nebezpečí úrazů, úbytek vnímání může mít dopad i na duševní zdraví seniora. Menší příjem zevních informací vede k postupnému odtažení od reality, omezení činnosti může vyvolat stavy nudy až deprese. Často se vyskytují pocity úzkosti, nejistoty a strachu (4).

Typickým projevem stáří je emoční labilita, která bývá vysvětlována funkčními změnami nervové soustavy, jejíž stárnutí pak vede ke snižování odolnosti vůči zátěžím a krizím (4).

III. Sociální aspekty stárnutí:

Sociální stárnutí provází několik změn. Jednak je to odchod z aktivního pracovního života do starobního *důchodu*. Odchodem do důchodu se mění sociální role seniora. Důchodce bývá společností akceptován jako méněhodnotný, méněcenný a zbytečný. S postupujícím věkem a poklesem fyzických a psychických funkcí narůstá *závislost* starého člověka. Závislost může být fyzická (závislost na pomoci druhé osoby) a citová (na životním partnerovi, na dětech).

U seniora se snižuje jeho manuální zručnost, nastávají problémy s orientací a začíná trpět tzv. *handicapem sociální integrace*, kterým se míní znemožnění účasti na obvyklých sociálních vztazích. Starý člověk by měl být proto aktivní až do vysokého věku, měl by se účastnit různých společenských činností, aby si co nejdéle udržel sociální, psychickou i fyzickou rovnováhu (4).

1.5.3 Benigní hyperplazie prostaty

Za nejčastější příčinu mužské močové inkontinence ve stáří se považuje benigní hyperplazie prostaty.

Definice

Benigní hyperplazie prostaty je nezhoubné onemocnění předstojné žlázy, kdy dojde k jejímu zbytnění. Můžeme ji histologicky prokázat asi u 50% šedesátiletých mužů a téměř u 90% osmdesátiletých. Přibližně 1/3 mužů s benigní hyperplazií prostaty má zvětšenou prostatu a asi u 1/3 z nich tvoří zvětšená prostata překážku v dolních močových cestách. Jeho výskyt výrazně závisí na hladině mužských hormonů, tzv. androgenů (8).

Etiopatogeneze

Hormonálně ovlivněné buňky především v přechodné zóně prostaty se zmnožují a rostou. Prostata má však relativně pevné pouzdro. Díky tomu se postupně narůstající prostatická tkáň tlačí směrem k močové trubici, jejíž průsvit pomalu zužuje. Narůstajícím tlakem na pouzdro prostaty se reflexně stahují hladká svalová vlákna v obalech a tím dále zvyšují tlak uvnitř pouzdra prostaty. Čím blíže hrdlu močového měchýře proces probíhá, tím větší je pravděpodobnost prostatických potíží (31).

Dlouhodobě probíhající proces začne ovlivňovat i močový měchýř. Svalová složka stěny měchýře začne hypertrofovat, aby úspěšně odolávala přetlaku způsobenému průchodem moči přes prostatu. Stěna měchýře se rozšíří, elasticita tkáně se zhorší a celý proces nakonec končí postupnou neschopností zcela měchýř vyprázdnit (31).

Klinický obraz

Klinicky se projevuje zvětšená prostata symptomy dolních močových cest. Jsou to slabý proud moči, přerušovaný proud, pocit neúplného vyprázdnění, časté nutkání na močení, zvýšená frekvence močení, nykturie, urgence. Hyperplazie může způsobovat močovou retenci, nestabilitu detruzoru, infekce močových cest, hematurii či hydronefrózu a renální insuficienci (selhávání) (8).

Léčba

Klasická operační léčba je stále častěji nahrazována medikamentózní terapií, i když vývoj zaznamenávají i minimálně invazivní techniky. Cílem léčby je zmírnění symptomů dolních močových cest, zlepšení kvality života nemocného a předcházení vzniku komplikací (8).

Chirurgická léčba prostaty přichází v momentě, kdy všechny předešlé konzervativní postupy (úprava životního stylu, různé druhy medikamentózní terapie) již nestačí. V chirurgii prostaty se používají dva důležité přístupy. Původní a dodnes užívaný přístup je tzv. otevřený nebo otevřené vynětí prostaty (otevřená prostatektomie-PE), kdy operátor při operaci postupuje přes břišní stěnu a močový měchýř. Modernější je metoda, kdy se prostata vyjímá přes močovou trubici (transuretrální resekce prostaty – TURP) (31).

1.6 Vyšetřovací metody

1.6.1 Anamnéza

Anamnéza začíná obvykle rodinnou anamnézou. Rodinná zátěž se může projevit v mnoha směrech. Zvláště časté bývají anomálie uropoetického traktu, vrozené rozštěpové vady a anomálie v oblasti sakrální míchy. Pak se pokračuje s anamnézou osobní. V ní musíme získat přehled o všech onemocněních, o lécích, které pacient užívá. Mnohé léky mohou inkontinenci moči způsobit, nebo ji podstatně zhoršit.

Sociální a pracovní anamnéza má též svou důležitost jak při stanovení diagnózy tak v pooperačním období. Dále následuje speciální urologická anamnéza, ve které necháme pacienta vylíčit své obtíže vlastními slovy. Teprve pak cílenými dotazy její údaje zpřesníme. Urologická anamnéza nás informuje o možné bolesti či tlaku nad sponou, polakisurii, nykturii, imperativním nucení na močení a eventuálně o hematurii. Lékař při vstupním pohovoru navazuje důležitý kontakt s pacientem a posoudí i možnost budoucí psychosomatické léčby (10).

1.6.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření spočívá ve vyšetření pohledem (aspekce), pohmatem (palpace) a poklepem (perkuse). Pohledem vyšetřujeme celé tělo a zvláště se zaměřujeme na břišní stěnu, podbříšek, lumbální krajinu a zevní genitálie. Vyšetření provádíme v různých polohách, nejlépe na vyšetřovacím lůžku. Nikdy nesmíme opomenout vyšetření per rektum. Prostata, semenné vajíčky a membranózní část močové trubice vyšetřujeme ukazovákem zavedeným do konečníku. Vyšetření je delikátní a někteří pacienti jej špatně tolerují. Proto postupujeme velmi šetrně, zvláště u pacientů s nějakým postižením v oblasti konečníku. Rukavici potřeme vazelínou. Pacient klečí na kolenou a opírá se lokty nebo stojí ohnutý čelem k vyšetřovacímu stolu. Prostatu můžeme vyšetřovat i v poloze na zádech. Rektální vyšetření se provádí s vyprázdněným močovým měchýřem (11).

1.6.3 Laboratorní vyšetření

Podle toho, jaké vyšetření moči provádíme, se liší způsob sběru moče. Moč odebíráme na:

- a) Kvalitativní vyšetření – důkaz přítomnosti některých látek v moči.
- b) Kvantitativní vyšetření – na zjištění množství vyloučených látek nejčastěji za 24 hodin.
- c) Bakteriologické vyšetření

Dále posuzujeme: barvu moči, zákal moči, reakce moči pomocí indikátorových papírků, hustotu moče atd. (11).

1.6.4 Zobrazovací metody

A) Rentgenové vyšetřovací metody

Prostý snímek ledvin a vývodných cest močových, zachycuje oblast ledvin a celou pánev včetně stydké kosti (11).

Vylučovací urografie je nejdůležitější a nejužívanější rentgenologickou vyšetřovací metodou v urologii. Kontrastní látka podaná do žíly se již za několik minut vylučuje ledvinami a je odváděna močovody do močového měchýře.

Uretrografií se zobrazuje močová trubice vzestupně a sestupně. Do zevního ústí mužské močové trubice zavedeme tenký katétr. Katétrelem instalujeme infúzi s kontrastní látkou za rentgenové kontroly. Jakmile je měchýř naplněn, pacient se vymočí a celý proces sledujeme pod rentgenem (11).

Angiografie je metoda, kdy se provádí zobrazení cévního řečiště ledvin a tím i zobrazení ledvinného parenchymu pomocí vstříknutí kontrastní látky do aorty, nebo izolovaně do jedné ledvinné tepny. Před vyšetřením je nutné, aby pacient měl oholené obě tříselné krajiny. Po výkonu může dojít ke krvácení z místa vpichu, proto má třísko být stlačeno kompresivním tamponem a přelepeno několika pruhu náplasti. Pacient musí ležet několik hodin v posteli, neměl by chodit ani na záchod. Sestra musí pravidelně kontrolovat obvaz (11).

B) Počítačové metody

Počítačová tomografie je vyšetření, pracující s pohybujícím se zdrojem rentgenového záření. Před vyšetřením musí být pacient alespoň čtyři hodiny lačný.

Nukleární magnetická rezonance je založena na počítačovém zpracování tomografického obrazu, kdy na jádra atomů vodíku v lidském těle působíme ultrakrátkými vlnami. Absolutní kontraindikací užití rezonance jsou pacienti s cévními svorkami, kovovými předměty a stimulátory (11).

C) Ultrasonografie

Ultrasonografie je neinvazivní vyšetření, kdy se na obrazovce elektronicky vytváří průřezový obraz vyšetřovaného orgánu. Přístroj využívá ultrazvukového vlnění, které vysílá do tkání. Ultrasonografie je vyšetření bezbolestné, nezatěžuje pacienta zářením a nevyžaduje žádnou přípravu před vyšetřením. Ultrazvukem můžeme diagnostikovat ledvinné cysty, hydronefrózu, nádory ledvin, močového měchýře, prostaty a varlete (10).

Transrektální sonografické vyšetření znamená, že speciální rektální sondou můžeme zavedením do konečníku vyšetřovat prostatu, semenné vajíčky a močový měchýř. Před vyšetřením vyprázdníme střevo mírným laxanciem nebo šetrným nálevem (10).

1.6.5 Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetření (urodynamika) patří k základním vyšetřením při stavech nechtěných úniků moči a při častém močení.

Skládá se ze tří částí:

A. *Cystometrie* zkoumá chování močového měchýře a močové trubice při postupném plnění sterilním fyziologickým roztokem. Sledujeme, při jakém objemu začíná pacient náplň vnímat, kdy by normálně vyhledal toaletu a jaká je maximální kapacita močového měchýře.

B. *Uretrální profil* – při postupném vytahování cévky jsou snímány tlaky v močovém měchýři a v močové trubici. Výsledkem jsou informace o funkci stěny močové trubice.

C. *Uroflowmetrie* (průtoková studie), kdy v závěru vyšetření pacient vymočí objem měchýře do speciální toalety, která umožňuje změřit močený objem v závislosti na čase, tedy maximální a průměrná rychlost průtoku. Vyšetření je nebolestivé, určitá nepohoda vychází z nutnosti zavést cévku do močového měchýře a snímač tlaku do konečníku. V obou případech se užívají sterilní tenké cévky (20).

1.6.6 Endoskopické metody

Cystoskopie je vyšetřovací metoda, která lékaři umožní prohlédnout vnitřní povrch dutiny močového měchýře a močové trubice včetně úseku, který prochází prostatou. K vyšetření se používá přístroj zvaný cystoskop.

Laparoskopie je metoda, kterou je možno vyšetřit dutinu břišní a zároveň v ní provádět různé operační zákroky. Operace se provádí pomocí speciálních nástrojů, pod kontrolou televize. Laparoskopie se stala v posledních letech běžnou diagnostickou i léčebnou metodou. Důvodem je výrazně lepší výsledný kosmetický efekt. Narozdíl od

klasické operace se rány rychle hojí a nezůstávají prakticky žádné jizvy. Důležitější ale pro operovaného je, že se pro něj zkrátí pobyt v nemocnici a sníží se i riziko možných komplikací (25).

1.6.7 Bioptické vyšetřovací metody

Biopsie prostaty je vyšetřovací metoda, kterou se získává tkáň prostaty k histologickému vyšetření. To má význam zejména při diagnostice zhoubného nádoru prostaty. Vyšetření se vzhledem k anatomické lokalizaci prostaty provádí vpichem (punkcí) speciální bioptickou jehlou přes konečník (26).

Před výkonem se střevo připraví mírným laxanciem, nebo šetrným nálevem. Pacienta zklidníme podáním analgetika a mírného sedativa. Jako prevence vzniku zánětlivých komplikací je vhodné podat jednorázovou dávku profylaxe. Biopsie se provádí u pacienta buď v poloze v leže na boku, nebo v poloze v pokleku „na všech čtyřech.“(11).

Biopsie ledvin patří k základním vyšetřovacím metodám u onemocnění ledvin. Je to výkon, který umožňuje získat malý vzorek tkáně ledviny k vyšetření pod mikroskopem. Provádí se v situaci, kdy ostatní vyšetřovací metody neumožňují bezpečně určit typ onemocnění. Nejčastěji to je při podezření na různé typy zánětů ve vlastních ledvinách. Podle výsledku biopsie se obvykle určuje, zda je možné onemocnění léčit a které léky jsou k tomu nejvhodnější (26).

1.7 Léčba močové inkontinence

Léčebné metody lze rozdělit na konzervativní a operační. Platí zásada, že je třeba vždy před indikací k operační léčbě nejdříve vyčerpat konzervativní metody.

1.7.1 Léčba urgentní inkontinence

U urgentní inkontinence je možno indikovat behaviorální terapii, farmakoterapii, rehabilitaci pánevního dna nebo biofeedback. Pokud selže konzervativní terapie následují jiné metody jako miniinvazivní chirurgie, elektrostimulace, náhrady močového měchýře a derivace (16).

1.7.1.1 Rehabilitace pánevního dna

Metodika cvičení zahrnuje nejen vysvětlení jednotlivých cviků a jejich působení, ale také doporučuje počet cviků pro každý den. Kvalita provedení cviků je důležitější než množství. Cílem je, aby pacient dokázal zapojit svaly bez souhybů s jinými svaly, nezávisle na dýchání a to jak ve funkci tonické (tedy jako opora břišních orgánů, „držet“), tak i ve funkci fázické (tj. stahovat je a povolovat je podle potřeby vylučování).

Kegelovo cvičení (viz. příloha č.4) je zaměřeno na posilování svalů pánevního dna. Kegelovy cviky pomáhají posilovat skupinu svalů okolo vyústění močového měchýře. Cvičením se potíže mohou výrazně zmírnit. Cviky se musí provádět správně. Důležité je uvědomit si, které svaly posilujete. To je možné např. při přerušovaném močení. Zadržením moči si svaly sice uvědomíte, ale provádět cviky v průběhu močení se nedoporučuje. Kegelovy cviky spočívají ve stahování a povolování svalů. Cvičení se může provádět pomalu nebo rychle. U pomalého cvičení by se svaly měly držet stažené zhruba 5 až 10 sekund a pak je na stejně dlouhou dobu povolit (27).

Další často používanou metodou je cvičení podle Mojžíšové. Při cvičení dle Mojžíšové posilujeme svaly břišní a hýžd'ové, tedy svaly, které spolu se svaly dna pánevního zajišťují správné postavení pánve. Posilování je usnadněno dechem. Důležitá je i část relaxační, protože právě uvolnění pánevního dna je cílem cvičení (21).

1.7.1.2 Biofeedback

Napomáhá identifikovat svalové skupiny, které je nutno trénovat a přináší pacientovi zpětnou kontrolu, zda cviky provádí správně. Výsledkem je pak vytvoření podmíněného reflexu vedoucího k zautomatizování nacvičených úkonů a posléze k terapeutickému výsledku. V současnosti lze s úspěchem používat u mužů rektální senzory či perianální nalepovací elektrody.

Cílem konzervativní terapie je vytvoření určité rovnováhy kompenzací hyperaktivity detruzoru a zároveň posílení zdvihačů pánevního dna. Je třeba si uvědomit, že jde o metody časově náročné, vyžadující dokonalou spolupráci mezi pacientem a lékařem. Je nutné před zahájením léčby pacienta informovat o těchto věcech, a pokud nelze předpokládat pravidelnost a poctivost cvičení i doma, nemá smysl s těmito metodami začínat. Výhodné je kombinovat tyto metody navzájem, včetně farmakoterapie (16).

1.7.1.3 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba vychází ze znalostí zastoupení cholinergních receptorů (receptory citlivé k acetylcholinu, tvoří postsynaptickou složku přenosu) v močovém měchýři. Nejčastěji užívanými léky jsou:

Anticholinergika: Atropin blokuje účinek anticholinergika na receptory, a tím výrazně snižuje kontrakci detruzoru a zvyšuje kapacitu močového měchýře.

Muskulotropní relaxancia působí distálně od cholinergního receptoru přímo na buňky hladké svaloviny. Vedou k relaxaci a lokálnímu anestetickému efektu. Zástupci jsou oxybutinin hydrochlorid, tropsium chloridum, který má větší účinek na hladkou svalovinu než atropin. Capsaicin je lék používaný u sensorické urgencye. Je schopen inhibovat hyperreflexii u neurogenních měchýřů (16).

1.7.1.4 Chirurgická léčba

Po vyčerpání konzervativních léčebných postupů je na místě pečlivé zvážení operační indikace. Výběr vhodné operace se řídí nejen konkrétním typem onemocnění, ale také funkčními a anatomickými poměry u postiženého muže.

Miniinvazivní metodou, vysoce efektivní je *Stollerova elektrostimulace aferentních nervů*. Metoda je založena na aferentní (přívodné) stimulaci sakrálního (křížového) nervstva ovlivňujícího činnost močového měchýře cestou stimulace nervu tibialis (holeního). Jde o jednoduchý léčebný program, který je zatížen minimálním rizikem. Další léčebnou metodou je *chirurgické řešení hyperaktivního močového měchýře*. Cílem je zvětšení kapacity močového měchýře, pokles detruzorového tlaku a samozřejmě vyřešení inkontinence. Jde o velký chirurgický výkon s dlouhou rekonvalescencí. Po výkonu je třeba pacienta připravit na nácvik mikce pomocí břišního lisu či manuální kompresí. Metoda je spojena s menším množstvím pooperačních komplikací a nižší morbiditou. Obvykle dochází ke zvětšení kapacity močového měchýře od 40 do 320 ml (16).

1.7.2 Léčba reflexní inkontinence

Léčba reflexní a neurogení inkontinence patří do rukou neurologů a urologů (22).

1.7.3 Léčba stresová inkontinence

U mužů se stresová inkontinence vzhledem k anatomické stavbě uretry, vyskytuje méně často: např. po úrazu pánve nebo operacích prostaty.

Důležitá je změna životosprávy. Obezita se považuje za rizikový faktor pro vznik inkontinence a její redukce je nezbytným požadavkem ihned na počátku léčení a má předcházet operačnímu řešení. Dalším požadavkem je omezení kouření, nebo úplná abstinence.

Nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence se nazývá *Argus sling*. Řeší močovou inkontinenci po operacích na prostatě. U každého pacienta se provádí kompletní fyzikální, laboratorní a urodynamické vyšetření. Podmínkou operace je podepsaný informovaný souhlas. Operace se provádí v celkové nebo spinální anestézii na spodině trupu mezi zevními pohlavními orgány a řitním otvorem. Nový způsob spočívá v nastavení komprese polštářku na část uretry. Pacienta je možno většinou propustit do domácího ošetření během tří dnů (15).

1.7.4 Léčba inkontinence ve stáří

Inkontinence moči patří spolu s polymorbiditou (přítomnost více chorob současně), snížením mobility k nejčastějším problémům ve skupině geriatrických pacientů. Zásadně ovlivňuje každodenní život pacienta, zhoršuje celkový zdravotní stav a snižuje kvalitu života. Ztrácejí stávající společenské kontakty, nové nenavazují, a to vede k dalšímu omezování jejich duševní a fyzické aktivity. Obrovským problémem je inkontinence z hlediska ekonomického. Je totiž známo, že patří k nejdražším onemocněním vůbec (7).

Léčba inkontinence ve stáří má svá specifika a úskalí. Vzhledem k polymorbiditě nemocných volíme v převážné většině případů konzervativní terapii. Pokud má mít léčba naději na úspěch, musí být individualizována a musí respektovat celkový stav a přání nemocného. Je velmi praktické seznámit s jejím průběhem a cílem i rodinu či ošetřovatelský personál.

Jednoduchá a na první pohled samozřejmá opatření mohou v mnoha případech výraznou měrou přispět ke zlepšení kontinence. Zaměřují se na adekvátní uspořádání obydlí nemocného. Zvolit co možná nejkratší cestu na toaletu, odstranit překážky a zajistit přiměřené osvětlení. Připravit pacientovi k lůžku všechny pomůcky, které usnadňují jeho mobilitu (hole, chodítka). V případě velmi omezené mobility je dobré zvolit náhradní řešení jako jsou toaletní křeslo či močová láhev. Je vhodné, aby pacient před spaním omezil příjem tekutin. Skutečnost, že se při užití adekvátních

terapeutických postupů podaří zlepšit kontinenci, by měla být dostatečným argumentem, proč bychom se měli inkontinencí ve stáří zabývat (7).

1.8 Kompenzační pomůcky

Jedná se o pomůcky, které kompenzují, tedy dorovnávají či nahrazují. Pomáhají při nedostatečnosti různých funkcí lidského těla, které jsou změněny v důsledku onemocnění. Pomůcky předepisuje odborný či praktický lékař. Pomůcky, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění upravuje zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (příloha č.5).

Pro získání informací o kompenzačních pomůckách lze doporučit nejprve návštěvu prodejny zdravotnických potřeb. Dnes je výběr na trhu se zdravotnickými potřebami opravdu široký. V těchto odborných prodejnách pracují lidé, kteří se kompenzačními pomůckami zabývají a jsou schopni kompetentně poradit (29).

Pomůcky pro zvládání močové inkontinence můžeme rozdělit do tří kategorií na:

1. Externí pomůcky: podložní mísy, mužské a ženské urinály.
2. Na těle nošené externí pomůcky: urinální kondomy, pubické sáčky, pubické tlakové pomůcky, vložky pro inkontinenci.
3. Na těle nošené interní pomůcky: permanentní a intermitentní moč. katétry (1).

Nejčastěji používanými pomůckami jsou **vložky** pro muže. Vložka je anatomicky tvarována a může být používána v přiléhavém prádle s absolutní diskrétností. Jsou rozděleny podle savosti moče, velikosti a barevného rozlišení. Pomůcka je na místě celý den. Vložky jsou jednotlivě balené, takže mohou být i diskrétně přenášeny. Používají vysoce absorpčního prášku, který chrání před vlhkostí způsobenou únikem moče a mají jedinečný systém kontroly zápachu. Dále můžeme používat **plenkové kalhotky**. Jsou savé, nenápadné, se zesílenou ultrasavou vrstvou v oblasti rozkroku. Jsou stejně pohodlné a snadné k použití a dají se snadno svlékat i oblékat jako spodní prádlo. Díky jednoduché manipulaci jsou obzvláště vhodné pro používání při nácviu toalety (28).

Další používanou inkontinentní pomůckou určenou speciálně pro muže jsou **urinální kondomy**. Jsou vyrobeny z měkké a ohebné latexové nebo silikonové trubičky, která se nasadí na penis, a umožní tak odvádění moči do sběrného sáčku. Pokud urinální kondom dokonale padne, nedostává se kůže do styku s močí. Oboustranná lepicí páska je nepropustná pro moč i zápach, je poddajná bez rizika zaškrcení a to i v případě erekce. Urinální kondomy se obvykle dodávají v pěti velikostech. Nasazují se jednoduše, hygienicky, drží spolehlivě a dají se snadno odstranit. Spojka umožňuje připojení kondomu ke všem existujícím sběrným systémům moči a brání jejímu průseku.

Jako další pomůcka se používají **močové sáčky**. Představují ideální doplněk k urinálním kondomům. Jsou měkké, poddajné a přitom pevné. Poskytují naprostou bezpečnost. K dispozici jsou modifikace s obsahem 500 ml a 2 litry. Existují dva typy močových sáčků. Sáčky pro denní použití, které se jednoduchým způsobem připevní k lýtku a spojí se se zabudovanou spojovací hadičkou. Denní sáček se dobře ukryje pod nohavici kalhot a jeho nošení je zcela nenápadné. Sáčky pro noční použití mají větší obsah a úchytku, za kterou je možno je přichytit k okraji lůžka. Sada suchých zipů slouží k připevnění sběrných sáčků na končetinu (32).

Dále se může používat **svorka na penis**. Je to mechanická zevní pomůcka přijatelného vzhledu, určená k zábraně samovolného úniku moče. Je vyrobena z nerezavějícího pružného kovu, do dvou třetin potažena semišovou gumovkou. Z vnitřní strany je svorka pokryta pěnovou hubkou, která snižuje tlak pružného kovu na penis. Patentní uzávěr se třemi polohami, umožňuje bez traumatizace penisu dostatečný uzávěr močové trubice (32).

V důsledku inkontinence se může provádět **katetrizace** močového měchýře. Zavádí se katétr přes močovou trubici do močového měchýře. S tímto výkonem souvisí nebezpečí zavlečení infekce do močového měchýře, která může dále postupovat do ledvin. Existuje několik typů močových katétrů. Dnes je nejpoužívanější Foleyův katétr, který se dá napojit na sběrný močový sáček (5).

1.9 Edukace

Problematika močové inkontinence je v ČR velmi aktuální, protože těchto případů stále přibývá. Přestože močovou inkontinencí trpí velké množství mužů, mluví se o ní velmi málo. Zde je několik doporučení, jak předcházet možnému vzniku močové inkontinence:

- Vyhýbejte se nápojům, jídlům nebo lékům, které obsahují kofein (např. káva, čaj, Coca-Cola a čokoláda) nebo je omezte na minimum.
- Omezte nápoje s bublinkami (nasyčené kyslíčným uhlíkem), alkohol, citrusové šťávy a džusy.
- Vypijte v průběhu dne 1 až 2 litry vody. Snažte se o pravidelné a dostatečné pití vhodných tekutin, avšak rovnoměrně během celého dne. Zamezte nárazovému pití většího množství tekutin a pití většího množství tekutin na noc. Dobré je uvařit některé čaje obsahující heřmánek, mátu.
- Dietní opatření- snažte se vyloučit ostrá, mastná a silně kořeněná jídla a potraviny, které obsahují umělá sladidla. Mohou dráždit močový měchýř.
- Podporujte zdravý pohyb, velmi vhodná je pěší turistika.
- Redukce hmotnosti (27).
- Omezit kouření, v ideálním případě nekouřit.
- Chodte často na toaletu, i když necítíte nucení. Při močení vyprázdněte měchýř co nejvíce. Po té se na jednu nebo dvě minuty uvolněte, a pak to zkuste znovu.
- Vymočte se před odchodem z domu, před tím, než si zdímnete nebo jdete spát.
- Udržujte cestu na toaletu volnou, bez zbytečných věcí a dobře osvětlenou.
- Noste oděv, který je při použití WC možno rychle a snadno svléci. Příkladem takového oblečení jsou části oděvu s elastickým pasem a oděvy se suchým zipem místo knoflíků.
- Ke zmírnění obtíží přispívá i pravidelné denní cvičení. Problémy nelze léčit pouhým sdílením cvičebního programu, důležité je lékařské vedení spolu s pokyny a připomínkami fyzioterapeuta (30).

1.10 Ošetrovatelský proces u mužů s močovou inkontinencí

Proces je série plánovaných činností či operací zaměřených na určitý výsledek. Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné či potenciální problémy v péči o zdraví, vytyčit plány na zhodnocení potřeb a poskytnout specifické ošetrovatelské zásahy na uspokojení těchto potřeb. Ošetrovatelský proces je tvořen pěti fázemi. Jsou to: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (5).

Posuzování je první fází ošetrovatelského procesu. Zahrnuje sběr, ověření a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu. Informace o tělesných, emocionálních, společenských, kulturních, intelektových a duchovních aspektech pacienta, které můžeme získat z různých pramenů (5).

Anamnéza bývá prvním zdrojem informací. Základem je komunikace a interakce mezi sestrou a klientem. Zde by se mohly vyskytnout problémy, protože únik moči je problém intimního rázu a ne všichni muži jsou schopni a ochotně o něm otevřeně mluvit. Záleží na komunikačních schopnostech a dovednostech sestry. Především jak dokáže naslouchat, vcítit se do klienta a jak uplatňuje své odborné znalosti a dovednosti. Sestra zjišťuje frekvenci močení, kdy moč odtéká (při zvýšení tlaku v břiše, v noci, kdykoli), kolik jí uniká, jaké léky pacient užívá, kolik a jaké tekutiny za den vypije, jestli cítí bolest při močení nebo zda prodělal v poslední době klient onemocnění močového systému.

Diagnostika je proces, který vyústí do diagnostického závěru či sesterské diagnózy. Sesterská diagnóza je závěr o potenciálním či skutečném narušení zdravotního stavu pacienta (5).

Sesterské diagnózy související s problémy s vylučováním moči jsou:

Stresová inkontinence moči (00017) související s oslabeným svalstvem pánevního dna, oslabením svěrače močového měchýře.

Reflexní inkontinence moči (00018) související s neurologickým poškozením, chirurgickým výkonem v oblasti malé pánve.

Urgentní inkontinence moči (00019) související s alkoholem, kofeinem, nadměrným množstvím tekutin, sníženou kapacitou měchýře.

Funkční inkontinence moči (00020) související se změnou, se smyslovými a kognitivními poruchami, se zvýšenou tvorbou moči vlivem léků nebo s metabolickými poruchami.

Úplná inkontinence moči (00021) související s úrazem nebo nemocí postihující míšň nervové dráhy, s neurologickou dysfunkcí způsobující spuštění mikce v době, kterou nelze odhadnout.

Deficit sebezpečí při vyprazdňování (00110) v souvislosti s neuromuskulárním postižením, poruchou mobility.

Situačně snížená sebeúcta (00120) v souvislosti se ztrátou schopnosti vědomého močení.

Riziko infekce (0004) v souvislosti se zavedeným permanentním katétrem.

Riziko porušení kožní integrity (00047) v souvislosti s únikem moči a vlhkem.

Sociální izolace (00053) v souvislosti s nízkým sebehodnocením.

Deficit vědomostí (00126) o rehabilitačních technikách, absorpčních pomůckách.

Riziko deficitu tělesných tekutin (00028) v souvislosti s odmítáním tekutin.

Porušený spánek (00095) v souvislosti s urgentním nucením na močení (9).

Plánování zahrnuje sérii kroků, ve kterých si sestra a pacient vytyčí priority, zaznamenají cíle a očekávané výsledky, stanoví písemný plán péče na odstranění či zmenšení zjištěných problémů pacienta a koordinují péči poskytovanou všemi členy zdravotnického týmu. Sestra se v ošetrovatelské péči o inkontinentního pacienta zaměřuje na potlačení nebo eliminaci rizikových faktorů (5).

- Cíle jsou:**
- obnova normálního vylučování moči
 - zlepšení vylučování moči
 - předcházení infekcím močového systému
 - zachování neporušené kožní integrity
 - zachování adekvátního příjmu tekutin
 - zlepšení sebehodnocení
 - zlepšení sebeobsluhy při vyprazdňování
 - zachování adekvátního příjmu tekutin
 - zvýšení společenské interakce
 - osvojení si vědomostí, zručnosti na posílení svalstva pánevního dna, při úpravě životního režimu, používání absorpčních pomůcek nebo odvodních systémů
 - obnovení kvalitního spánku

Po stanovení cílů následují **výsledná kritéria:**

- pacient vyjmenuje příčiny inkontinence a možnosti prevence
- pacient se aktivně účastní terapie
- pacient má pojízdňé WC u postele na dosah ruky
- pacient nemá porušenou kůži v perineální oblasti
- dodržuje režim ovládní močového měchýře
- má výdej moči v rovnováze s příjmem tekutin
- cvičí cviky na posílení svalstva pánevního dna minimálně 5krát denně
- vyjadřuje spokojenost při hygieně nebo vyprazdňování
- hovoří o psychické a fyzické pohodě, je spokojený
- pacient umí používat absorpční pomůcky
- má zabezpečenou výměnu absorpčních pomůcek (2).

Realizace znamená vykonání ošetrovatelského plánu. Po dobu této fáze sestra nepřestává shromažďovat údaje, vykonává předepsané ošetrovatelské činnosti a nakonec schvaluje plán péče (5).

Intervence: - navaž s pacientem profesionální vztah

- získej si jeho důvěru
- zabezpeč dostatek soukromí pro výkon hygieny
- posuď příčiny a faktory přispívající k inkontinenci moči
- zabezpeč dostupnost toalety, včetně fungující signalizace
- nacvič rytmus pravidelného močení po 2 hodinách a intervaly prodlužuj
- zabezpeč noční osvětlení toalety
- mobilizuj pacienta pravidelným cvičením
- ved' pacienta k tělesným aktivitám v péči o sebe
- informuj o přiměřeném příjmu tekutin v menších dávkách
- informuj o nevhodných tekutinách
- vysvětlí a nauč cviky na posílení pánevního dna
- zabezpeč vhodné kompenzační pomůcky při inkontinenci
- nauč pacienta pomůcky používat
- pečuj o pokožku v perineální oblasti, používej zásypy a krémy
- pečuj o permanentní katétr
- sleduj příznaky močového měchýře
- komunikuj s pacientem o problému, zjisti vliv inkontinence na sebehodnocení
- podávej léky podle ordinace lékaře (2).

Vyhodnocení je poslední fází ošetrovatelského procesu. Vyhodnocení je posouzení pacientovi reakce na ošetrovatelské intervence a jejich porovnání se stanovenými normami. Sestra v určitém časovém rámci zjišťuje, jestli se splnili cíle stanovené v plánu ošetrovatelské péče, porovnává odpovědi pacienta s výslednými kritérii a přesně vyjadřuje, jak byl cíl splněný: a) cíl se splnil

b) cíl se částečně splnil

c) cíl se nesplnil

Na závěr sestra hodnotí zdravotní stav pacienta po dobu celého období realizace ošetrovatelského procesu (5).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Zjistit informovanost mužů o problematice močové inkontinence.

2.2 Hypotézy

Muži nemají informace o problematice močové inkontinence.

3. Metodika

Pro práci byl zvolen kvantitativní výzkum. Byla použita výzkumná metoda formou dotazníku. Na začátku byly dány přesné instrukce pro vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje 27 otázek, z toho jsou 3 polootevřené, 2 otevřené a 22 uzavřených. Sběr informací probíhal ve třech ambulancích praktických lékařů v Českých Budějovicích v době od 17.1. do 28.2. 2007. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost 86, z toho 6 vyřazeno pro jejich neúplnost. Celkový počet bezchybně vyplněných dotazníků, které byly použity pro výzkum je 80. Celkový soubor byl 80 respondentů.

Dotazník byl zaměřen na získávání informací od mužů o znalostech o problematice močové inkontinence.

3.1. Charakteristika výzkumného souboru

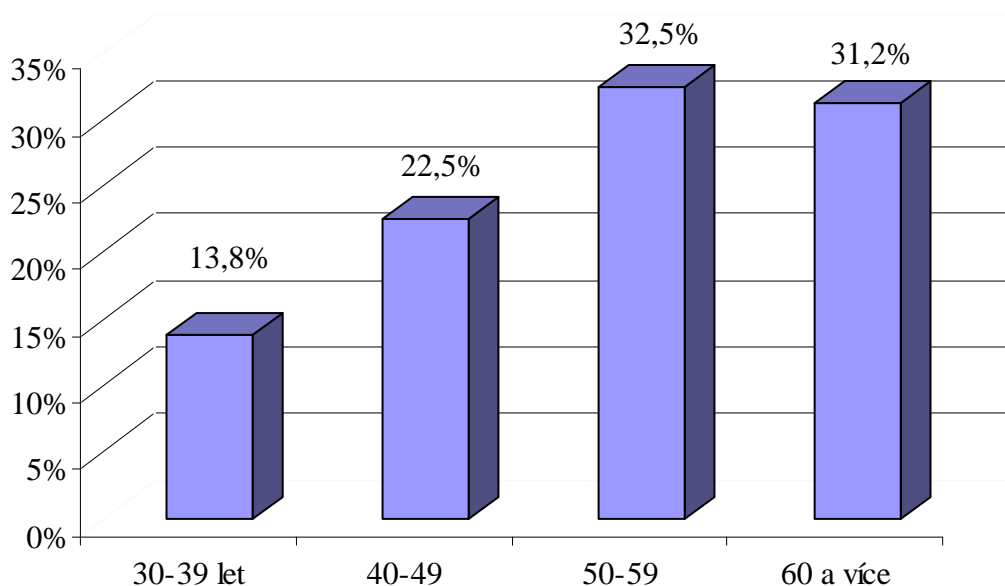
Výzkumným souborem jsou muži z Českých Budějovic starších 30ti let, kteří ve dnech 17.1.- 28.2. 2007 navštívili vybrané ambulance praktického lékaře v Českých Budějovicích. Dotazníky byly podávány náhodně.

4.Výsledky

Tabulka 1 Věk respondentů.

Věk	%
30-39 let	13,8%
40-49	22,5%
50-59	32,5%
60 a více	31,2%

Graf 1 Věk respondentů.



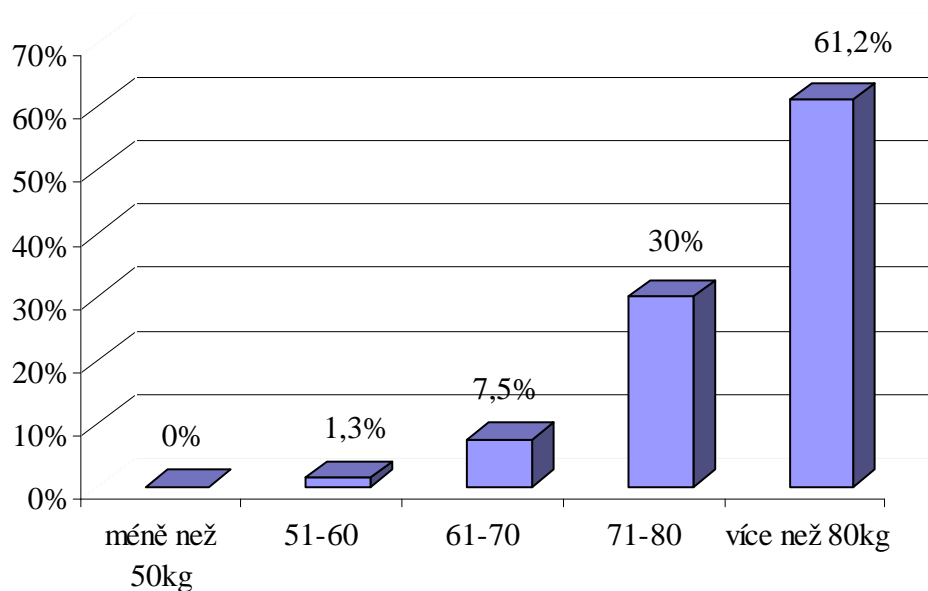
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 80 respondentů bylo 13,8 % ve věku 30-39 let, 22,5 % ve věku 40-49 let, 32,5 % ve věku 50-59 let a 31,2 % ve věku 60 let a více.

Tabulka 2 Váha respondentů.

Hmotnost	%
méně než 50kg	0%
51-60kg	1,3%
61-70kg	7,5%
71-80kg	30%
více než 80kg	61,2%

Graf 2 Váha respondentů.



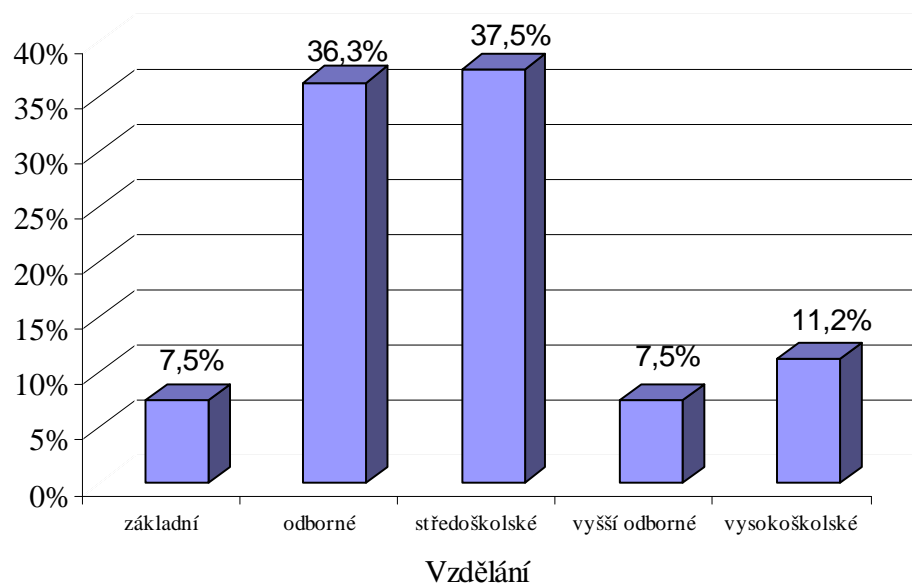
Zdroj: Vlastní výzkum

Žádný z dotazovaných respondentů neváží méně než 50 kg, 1,3 % respondentů váží 51-60 kg, 7,5 % respondentů 61-70 kg, 30 % respondentů 71-80 kg a 61,2 % respondentů váží 80 kg a více.

Tabulka 3 Dosažené vzdělání.

Vzdělání	%
základní	7,5%
odborné	36,3%
středoškolské	37,5%
vyšší odborné	7,5%
vysokoškolské	11,2%

Graf 3 Dosažené vzdělání.



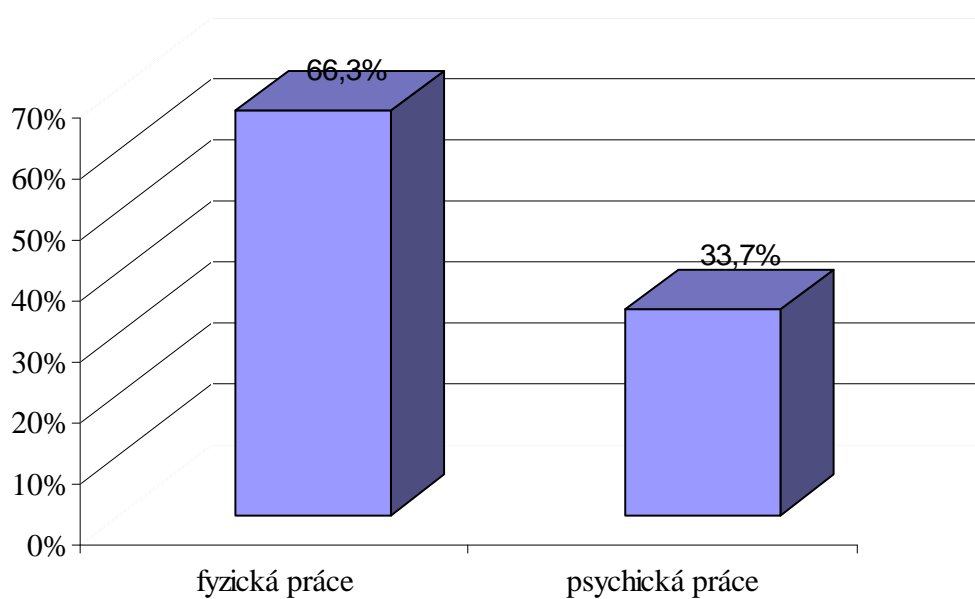
Zdroj: Vlastní výzkum

7,5 % respondentů získalo základní vzdělání, 36,3 % odborné, 37,5 % středoškolské, 7,5 % vyšší odborné a 11,2 % vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 4 Činnosti převládající v povolání respondentů.

Práce	%
fyzická práce	66,3%
psychická práce	33,7%

Graf 4 Činnosti převládající v povolání respondentů.



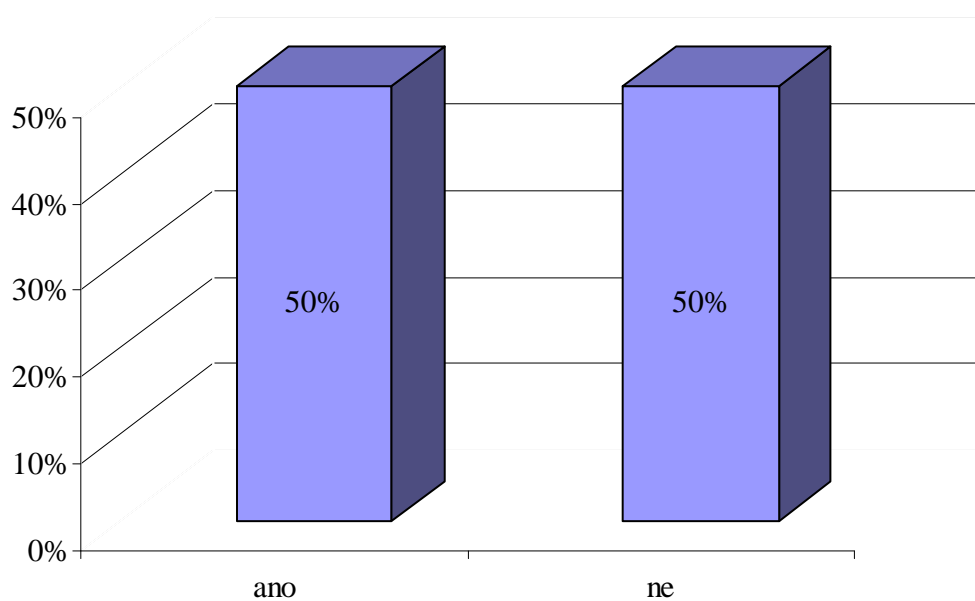
Zdroj: Vlastní výzkum

33,7 % respondentů vykonává spíše psychickou práci a 66,3 % respondentů vykonává spíše fyzickou práci.

Tabulka 5 Znalost pojmu močová inkontinence.

Pojem inkontinence	%
ano	50%
ne	50%

Graf 5 Znalost pojmu močová inkontinence.



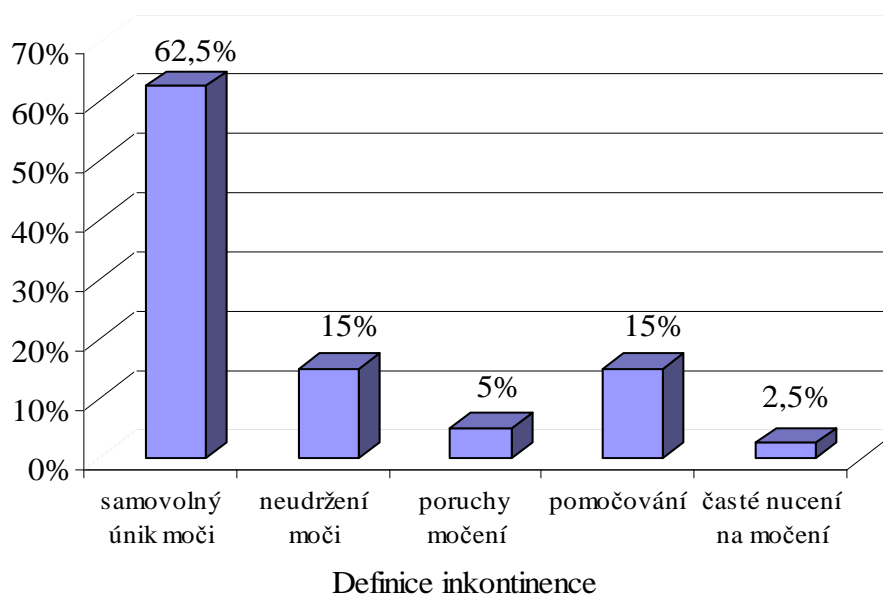
Zdroj: Vlastní výzkum

50 % respondentů odpovědělo, že se s pojmem močová inkontinence někdy setkali a 50 % respondentů odpovědělo, že nikoli.

Tabulka 6 Definice inkontinence podle respondentů.

Definice	%
samovolný únik moči	62,5%
neudržení moči	15%
poruchy močení	5%
pomočování	15%
časté nucení na močení	2,5%

Graf 6 Definice inkontinence podle respondentů.



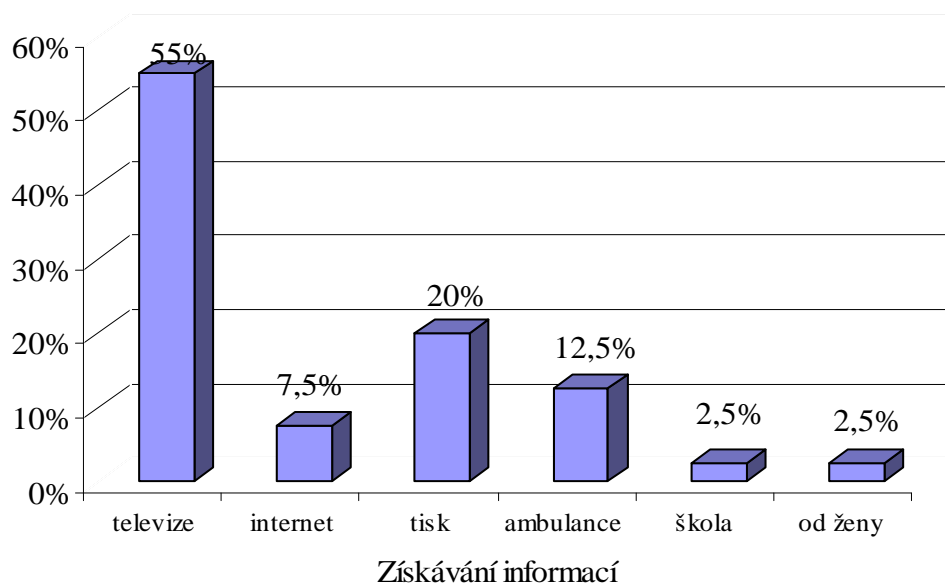
Zdroj: Vlastní výzkum

62,5 % respondentů definovalo močovou inkontinenci jako samovolný únik moči, 15 % neudržení moči, 5 % poruchy močení, 15 % pomočování a 2,5 % časté nucení na močení.

Tabulka 7 Získávání informací respondentů o močové inkontinenci.

Získávání informací	%
televize	55%
internet	7,5%
tisk	20%
ambulance	12,5%
škola	2,5%
od ženy	2,5%

Graf 7 Získávání informací respondentů o močové inkontinenci.



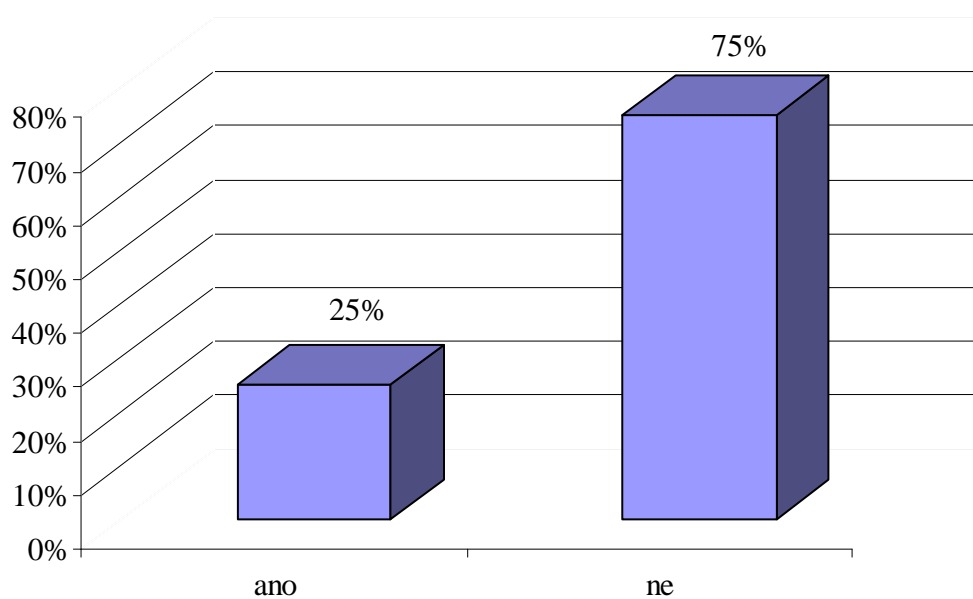
Zdroj: Vlastní výzkum

55 % respondentů uvedlo, že se o pojmu močová inkontinence dozvěděli z televize, 7,5 % z internetu, 20 % z tisku, 12,5 % z ambulance praktického lékaře, 2,5 % ze školy a 2,5 % od manželky.

Tabulka 8 Znalost příčiny močové inkontinence.

ano	25%
ne	75%

Graf 8 Znalost příčiny močové inkontinence.



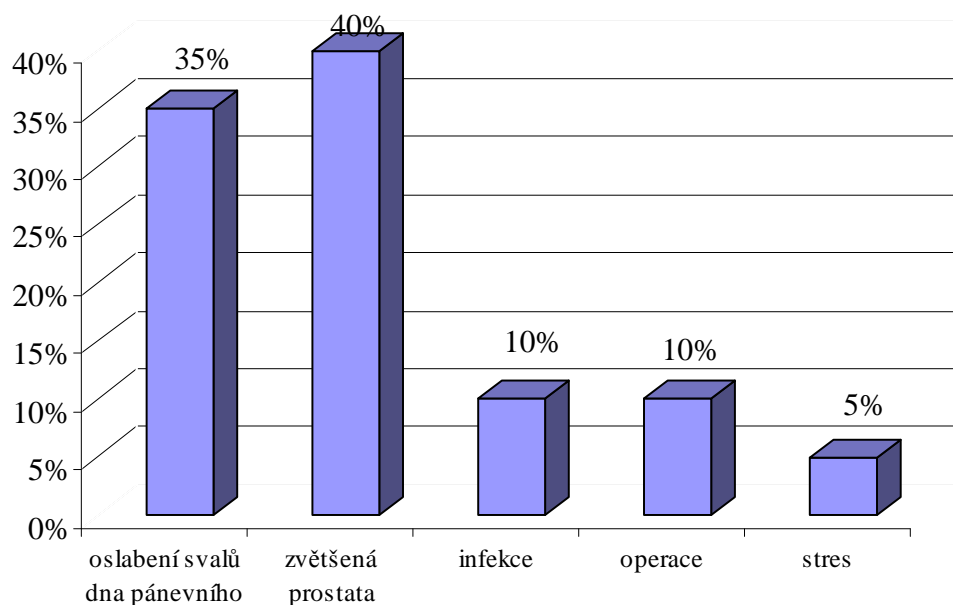
Zdroj: Vlastní výzkum

75 % respondentů odpovědělo na otázku čím může být způsobena močová inkontinence, že neví a 25 % respondentů zná možnou příčinu.

Tabulka 9 Příčina močové inkontinence podle respondentů.

Příčina	%
oslabení svalů dna pánevního	35%
zvětšená prostata	40%
infekce	10%
operace	10%
stres	5%

Graf 9 Příčina močové inkontinence podle respondentů.



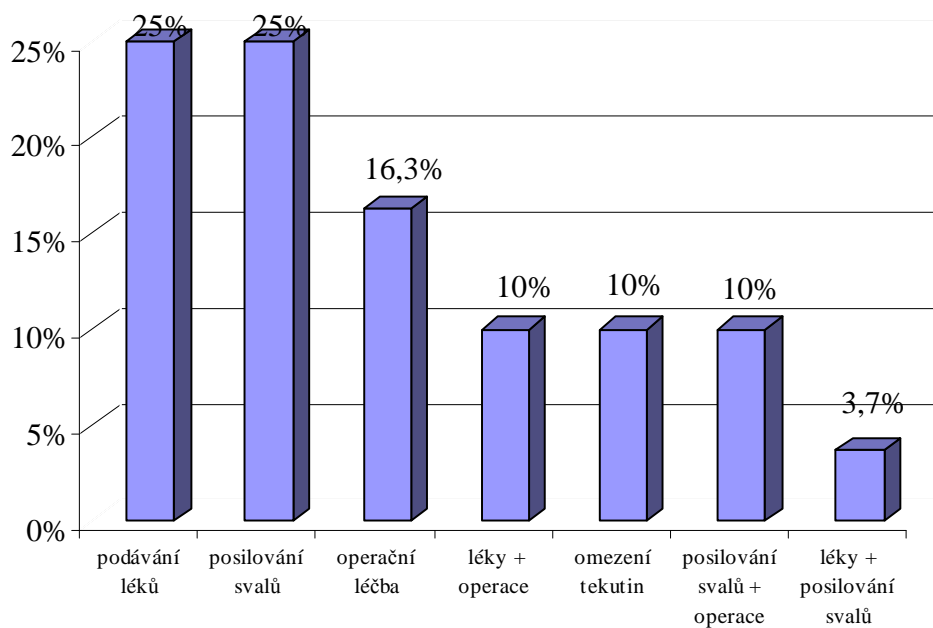
Zdroj: Vlastní výzkum

35 % respondentů si myslí, že močová inkontinence může být způsobena oslabením svalů dna pánevního, 40 % zvětšenou prostatou, 10 % infekcí, 10 % operací a 5 % si myslí, že může být způsobena stresem.

Tabulka 10 Názory na způsoby léčby močové inkontinence.

Léčba	%
podávání léků	25, %
posilování svalů	25%
operační léčba	16%
léky + operace	10, %
omezení tekutin	10%
posilování svalů + operace	10%
léky + posilování svalů	3,7%

Graf 10 Názory na způsoby léčby močové inkontinence.



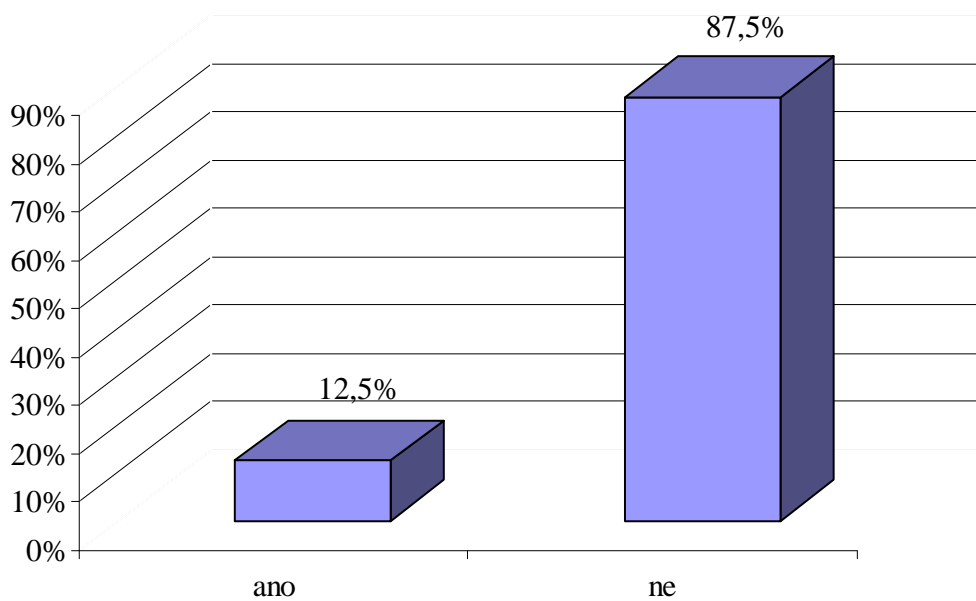
Zdroj: Vlastní výzkum

25 % respondentů odpovědělo, že močová inkontinence se léčí podáváním léků, 25 % uvedlo, že posilováním svalů dna pánevního, 16,3 % respondentů operační léčbou. Kombinaci léků a operace zvolilo 10 % respondentů, omezením tekutin 10 %, posilováním svalů a operací 10 % a odpověď posilování svalů a podávání léků zvolilo 3,7 % respondentů.

Tabulka 11 Prodělání samovolného úniku moči.

	%
ano	12,5%
ne	87,5%

Graf 11 Prodělání samovolného úniku moči.



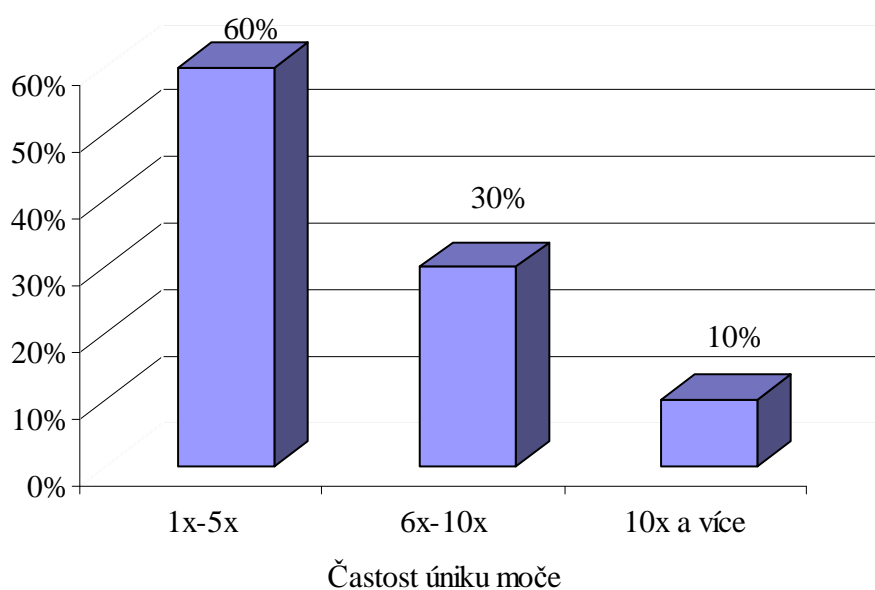
Zdroj: Vlastní výzkum

87,5 % respondentů uvedlo, že u nich nikdy nedošlo k mimovolnímu úniku moči, zatímco 12,5 % respondentů již zažilo únik moči.

Tabulka 12 Častost samovolného úniku moči.

	%
1x-5x	60%
6x-10x	30%
10x a více	10%

Graf 12 Častost samovolného úniku moči.



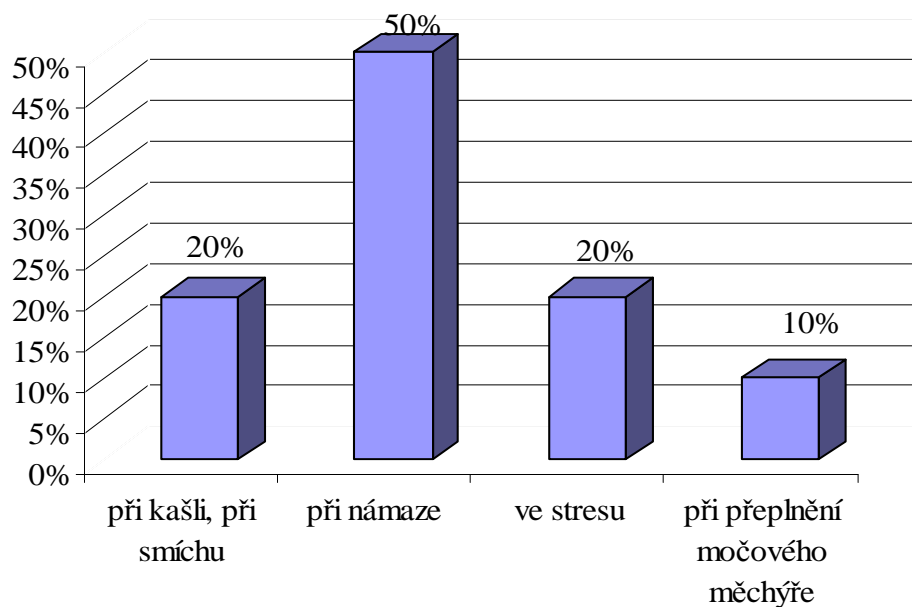
Zdroj: Vlastní výzkum

Z počtu 80 respondentů odpovědělo 10 respondentů, že u nich došlo k samovolnému úniku moči. Z celkového počtu 10 respondentů u 60 % došlo k samovolnému úniku moči 1x-5x, u 30 % 6x-10x a u 10 % respondentů více jak 10x.

Tabulka 13 Situace, ve kterých došlo k úniku moči.

Situace	%
při kašli, při smíchu	20%
při námaze	50%
ve stresu	20%
při přeplnění močového měchýře	10%

Graf č.13 Situace, ve kterých došlo k úniku moči.



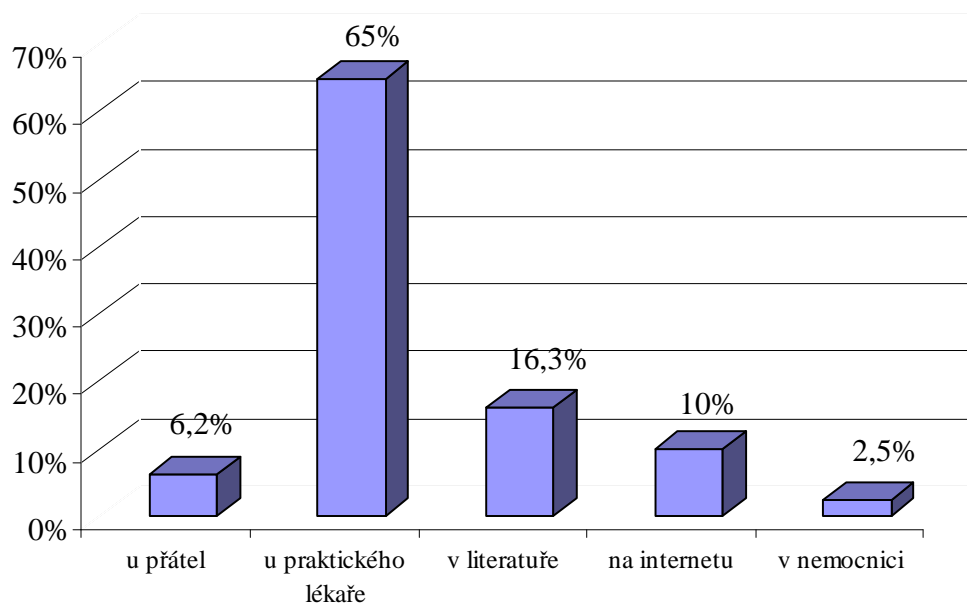
Zdroj: Vlastní výzkum

20 % respondentů uvedlo, že u nich k samovolnému úniku moči došlo při kašli nebo při smíchu, u 50 % při námaze, u 20 % ve stresu a u 10 % při přeplnění močového měchýře.

Tabulka 14 Kde by respondenti hledali radu v případě úniku moče.

	%
u přátel	6,2%
u praktického lékaře	65%
v odborné literatuře	16,3%
na internetu	10%
v nemocnici	2,5%

Graf 14 Kde by respondenti hledali radu v případě úniku moče.



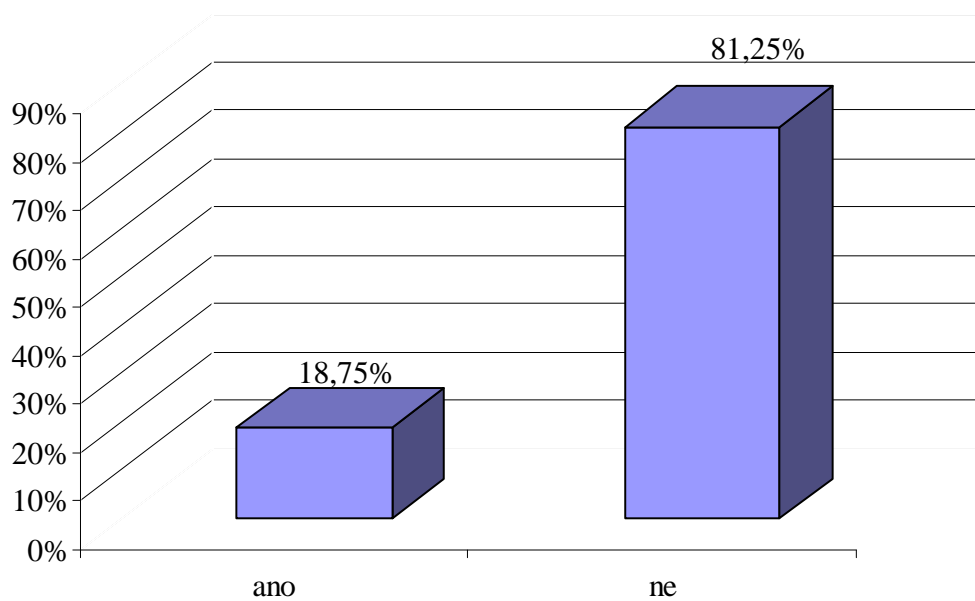
Zdroj: Vlastní výzkum

6,2 % respondentů uvedlo, že kdyby se u nich objevili známky inkontinence, hledali by radu u přátel, 65 % u praktického lékaře, 16,3 % v odborné literatuře, 10 % na internetu a 2,5 % v nemocnici.

Tabulka 15 Poskytnutí informací praktickým lékařem.

	%
ano	18,75%
ne	81,25%

Graf 15 Poskytnutí informací praktickým lékařem.



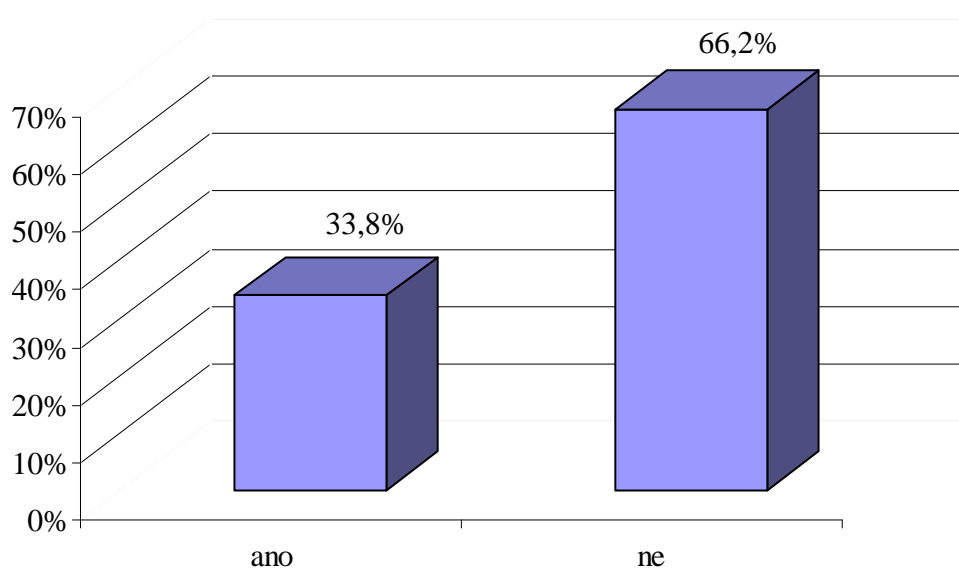
Zdroj: Vlastní výzkum

18,8 % respondentů odpovědělo, že s nimi praktický lékař o problematice močové inkontinence hovořil a 81,2 % respondentů uvedlo, že nikoli.

Tabulka 16 Vyšetření prostaty lékařem.

Vyš. prostaty	%
ano	33,8%
ne	66,2%

Graf 16 Vyšetření prostaty lékařem.



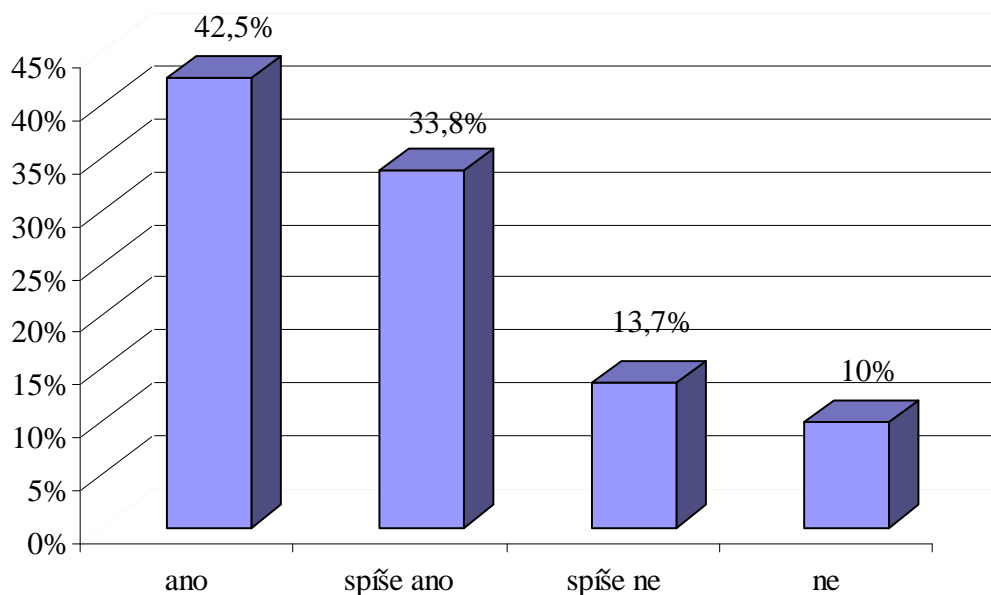
Zdroj: Vlastní výzkum

33,8 % respondentů uvedlo, že již podstoupili vyšetření prostaty a 66,2 % respondentů odpovědělo, že ještě nikoli.

Tabulka 17 Vliv prostaty na vznik močové inkontinence.

Vliv prostaty	%
ano	42,5%
spíše ano	33,8%
spíše ne	13,7%
ne	10%

Graf 17 Vliv prostaty na vznik močové inkontinence.



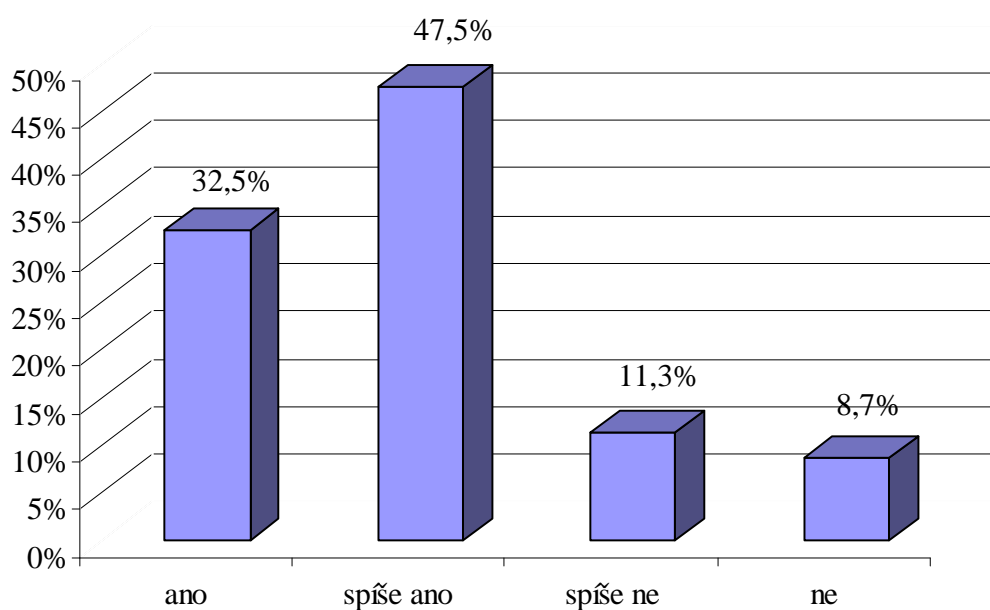
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf vyjadřuje názor respondentů, zda si myslí, že onemocnění prostaty může mít vliv na vznik močové inkontinence. 42,5 % odpověděli ano, 33,8 % respondentů spíše ano, 13,7 % spíše ne a odpověď ne zvolilo 10 % respondentů.

Tabulka 18 Vliv obezity na vznik močové inkontinence.

Vliv obezity	%
ano	32,5%
spíše ano	47,5%
spíše ne	11,3%
ne	8,7%

Graf 18 Vliv obezity na vznik močové inkontinence.



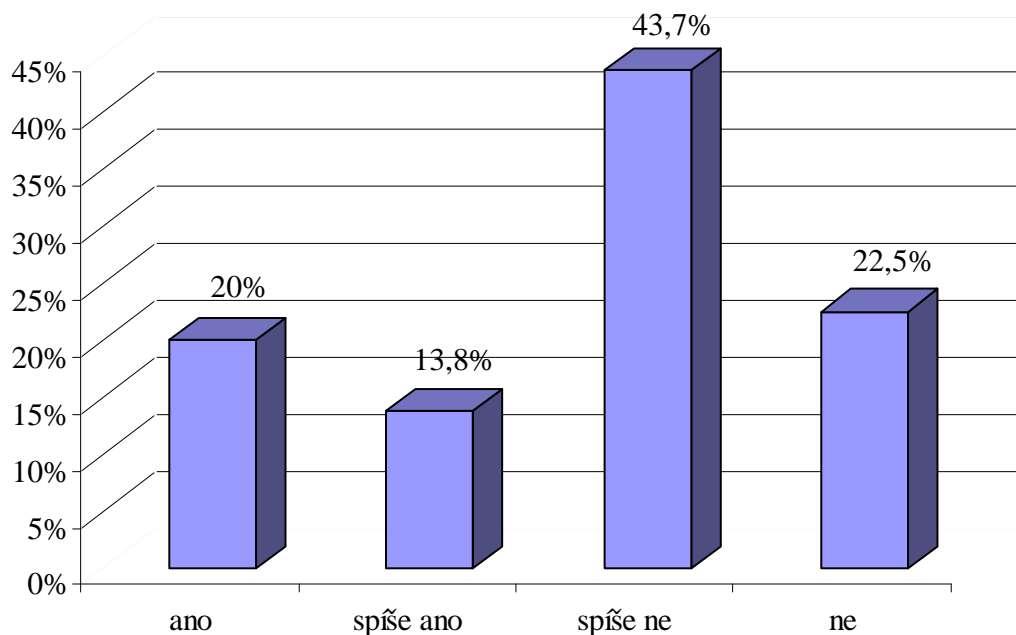
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf vyjadřuje názor respondentů, zda si myslí, že obezita může mít vliv na vznik močové inkontinence. 32,5 % respondentů odpovědělo ano, 47,5 % respondentů odpovědělo spíše ano, 11,3 % respondentů odpovědělo spíše ne a odpověď ne zvolilo 8,7 % respondentů.

Tabulka 19 Vliv kouření na vznik močové inkontinence.

Vliv kouření	%
ano	20%
spíše ano	13,8%
spíše ne	43,7%
ne	22,5%

Graf 19 Vliv kouření na vznik močové inkontinence.



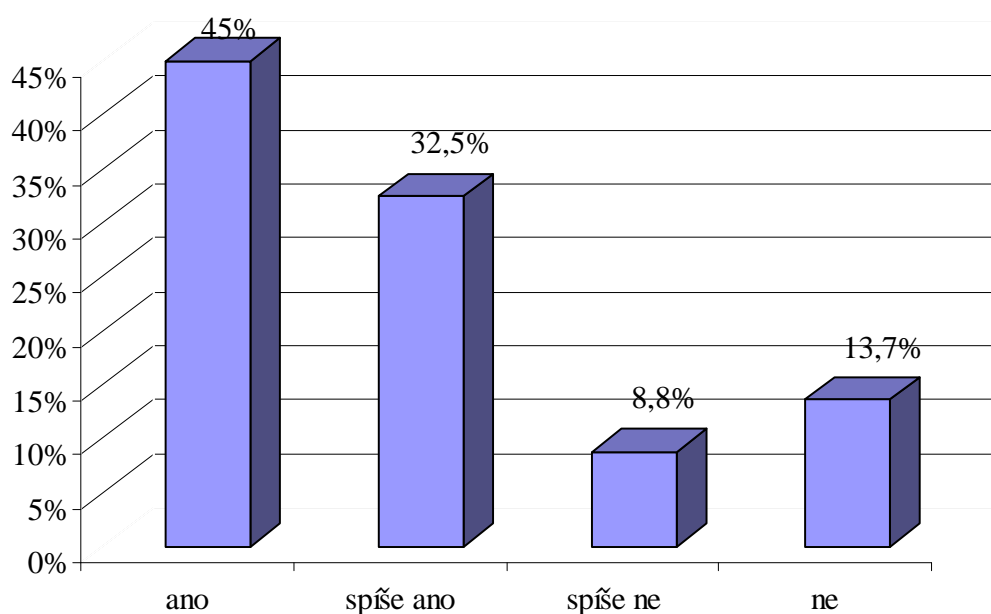
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf vyjadřuje názor respondentů, zda si myslí, že kouření může ovlivnit vznik močové inkontinence. 20 % respondentů odpovědělo ano, 13,8 % respondentů odpovědělo spíše ano, 43,7 % respondentů odpovědělo spíše ne a odpověď ne zvolilo 22,5 % respondentů.

Tabulka 20 Posilování svalů dna pánevního.

Posilování	%
ano	45%
spíše ano	32,5%
spíše ne	8,8%
ne	13,7%

Graf 20 Posilování svalů dna pánevního.



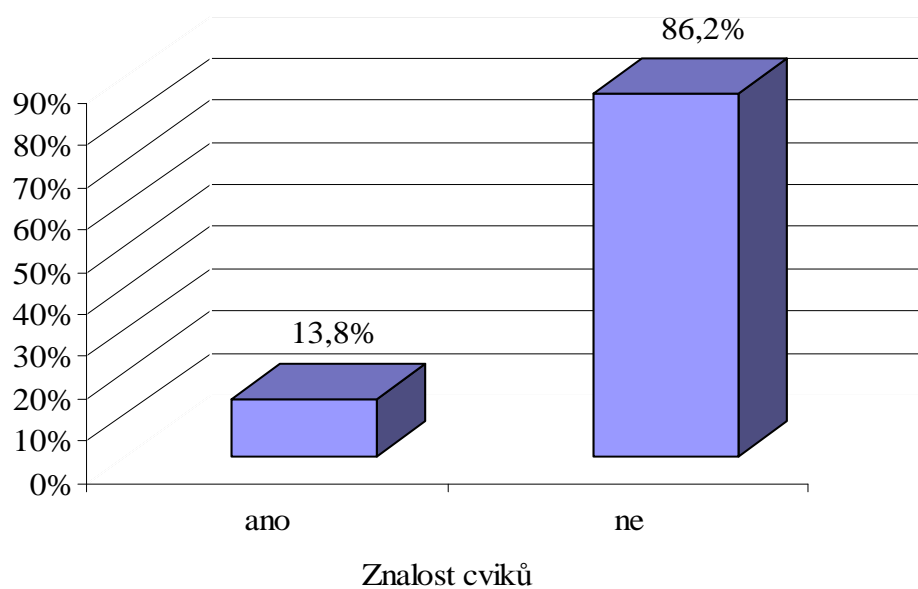
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, zda si respondenti myslí, že posilováním svalů dna pánevního mohou přispět ke zmírnění obtíží s močovou inkontinencí. 45 % respondentů odpovědělo ano, 32,5 % respondentů odpovědělo spíše ano, 8,8 % odpovědělo spíše ne a odpověď ne zvolilo 13,7 % respondentů.

Tabulka 21 Znalost cviků na posílení svalů dna pánevního.

	%
ano	13,8%
ne	86,2%

Graf 21 Znalost cviků na posílení svalů dna pánevního.



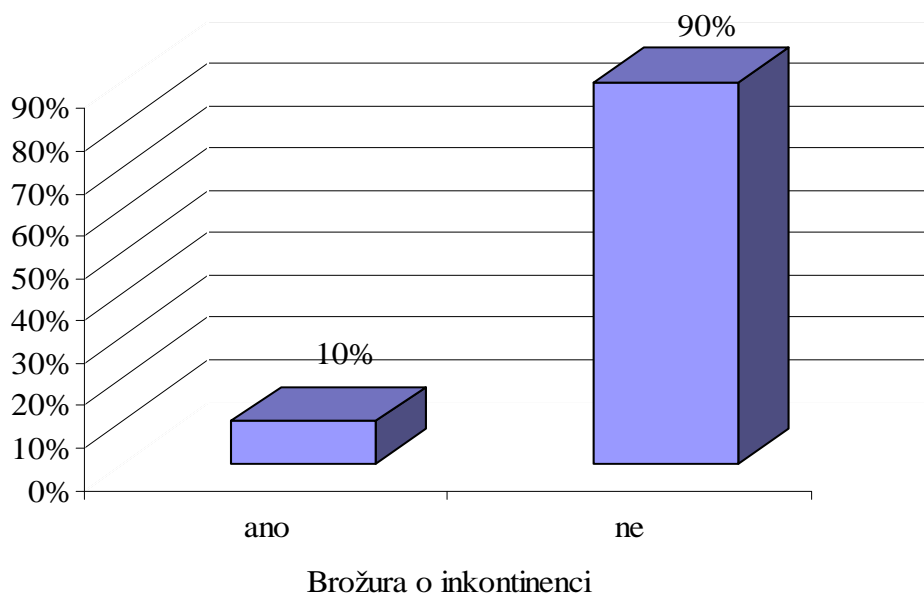
Zdroj: Vlastní výzkum

13,8 % respondentů uvedlo, že znají cviky na posílení svalů dna pánevního a 86,2 % respondentů odpovědělo, že žádné cviky neznají.

Tabulka 22 Poskytnutí informačního materiálu o inkontinenci.

Brožura	%
ano	10%
ne	90%

Graf 22 Poskytnutí informačního materiálu o inkontinenci.



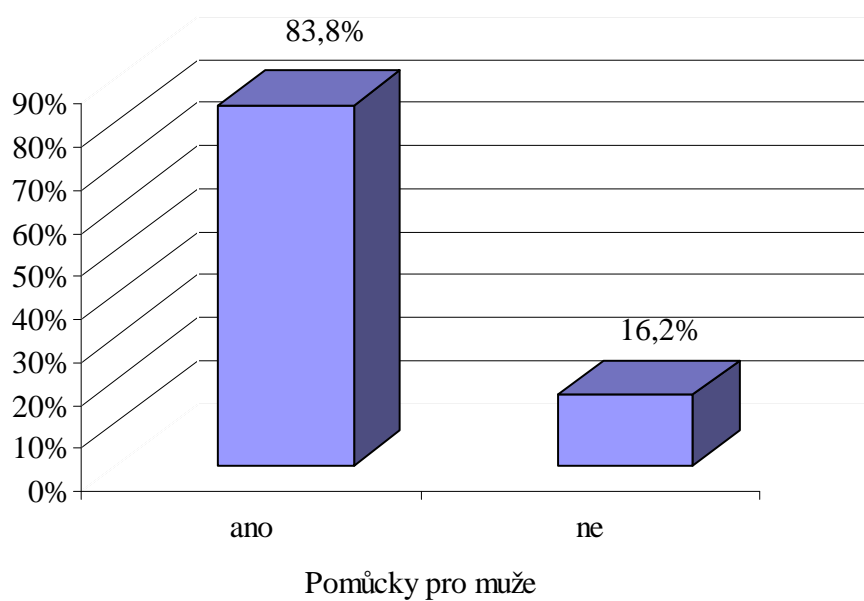
Zdroj: Vlastní výzkum

90 % respondentů na otázku, zda někdy dostali brožuru o inkontinenci odpověděli ne a 10 % respondentů odpovědělo ano.

Tabulka 23 Inkontinentní pomůcky pro muže.

	%
ano	83,8%
ne	16,2%

Graf 23 Inkontinentní pomůcky pro muže.



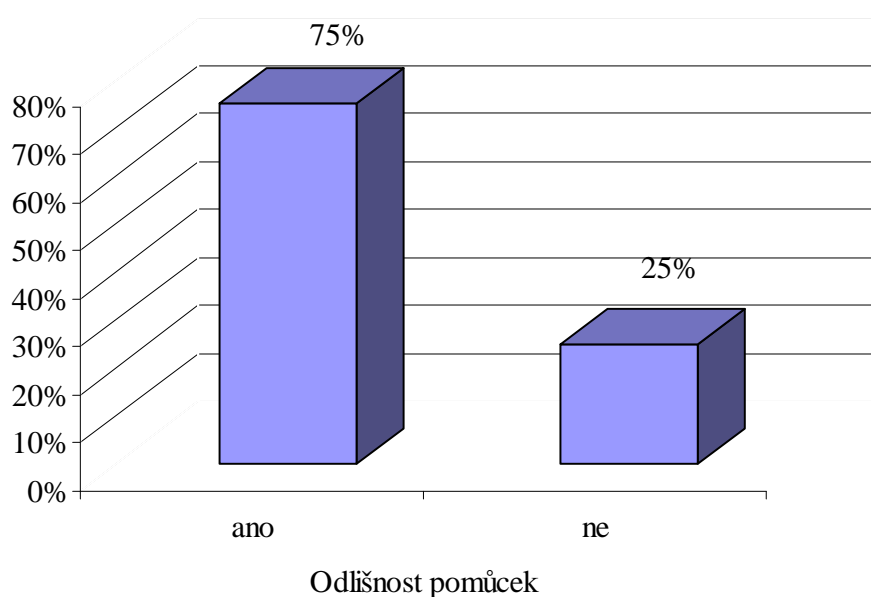
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, zda si respondenti myslí, že existují pomůcky pro inkontinentní muže. 83,8 % respondentů odpovědělo ano a 16,2 % respondentů odpovědělo ne.

Tabulka 24 Názor respondentů na rozdíl mezi inkontinentními pomůckami pro ženy a pro muže.

	%
ano	75%
ne	25%

Graf 24 Názor respondentů na rozdíl mezi inkontinentními pomůckami pro ženy a pro muže.



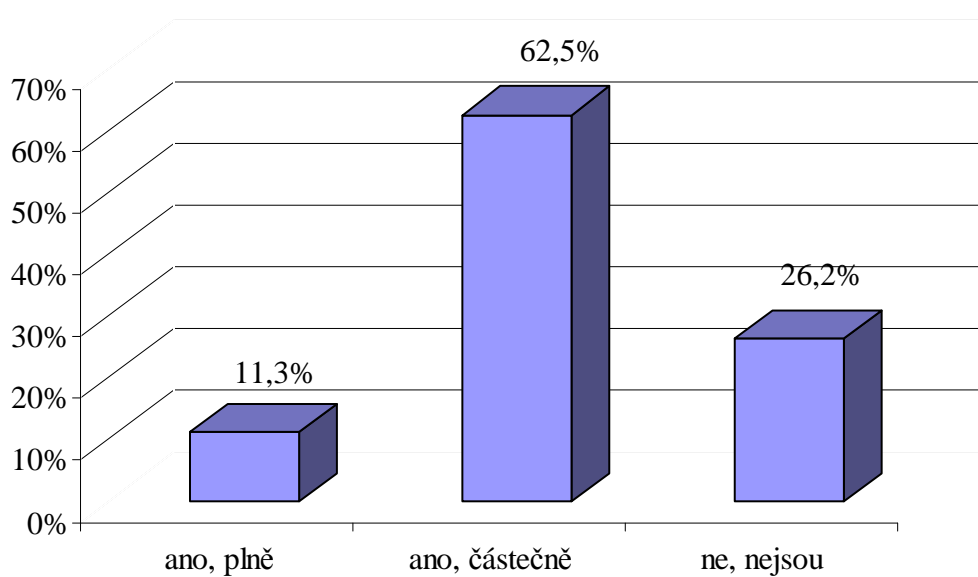
Zdroj: Vlastní výzkum

25 % respondentů si myslí, že není žádný rozdíl mezi inkontinentními pomůckami pro ženy a pro muže a 75 % respondentů si myslí, že existuje rozdíl mezi těmito pomůckami.

Tabulka 25 Proplácení inkontinentních pomůcek pojišťovnou.

	%
ano, plně	11,3%
ano, částečně	62,5%
ne, nejsou	26,2%

Graf 25 Proplácení inkontinentních pomůcek pojišťovnou.



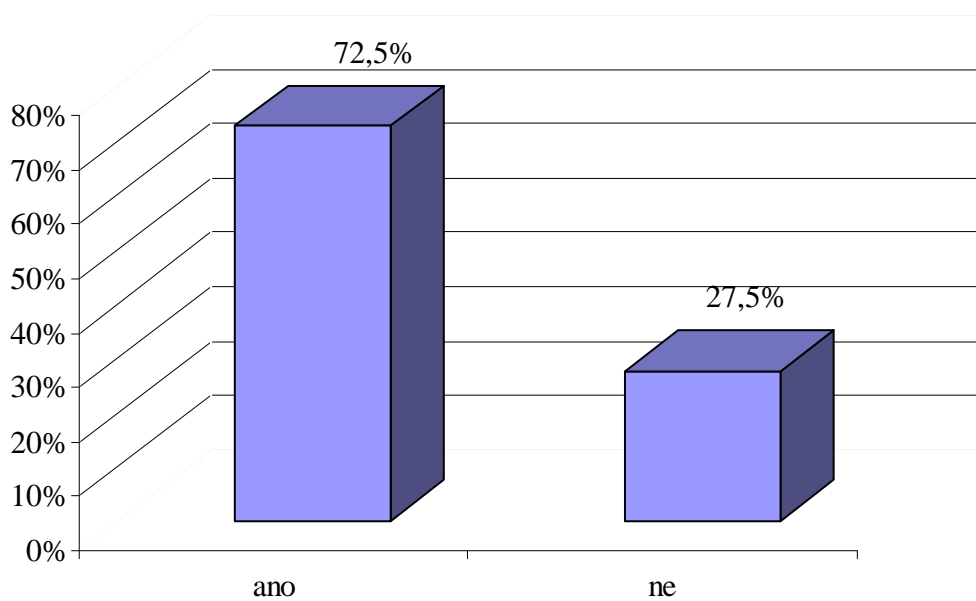
Zdroj: Vlastní výzkum

11,3 % respondentů si myslí, že pomůcky pro inkontinentní jsou plně hrazeny pojišťovnou, 62,5 % si myslí, že jsou hrazeny částečně a 26,2 % si myslí, že pomůcky pro inkontinentní pojišťovna nehradí.

Tabulka 26 Informace od praktického lékaře.

Informace	%
ano	72,5%
ne	27,5%

Graf 26 Informace od praktického lékaře.



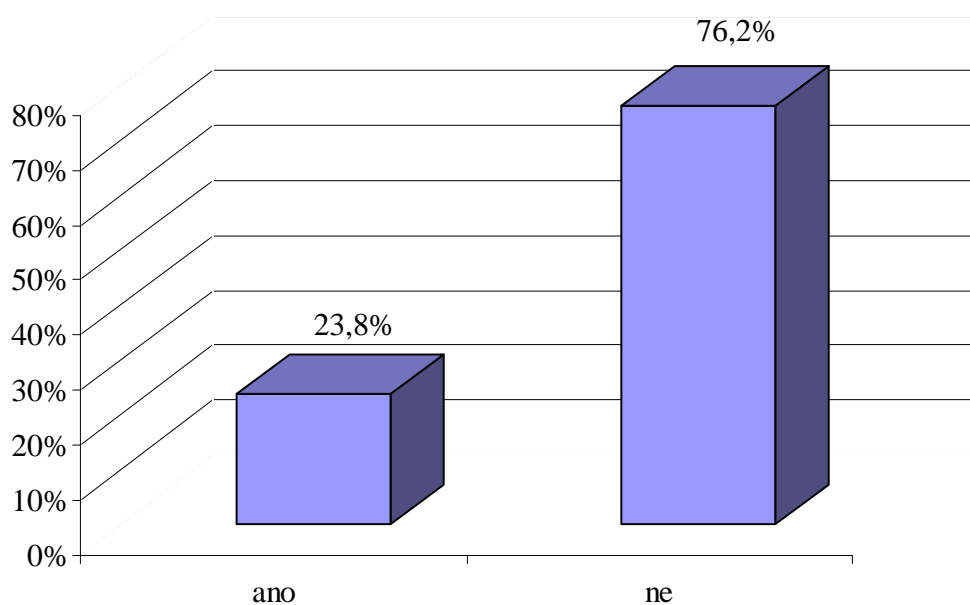
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf vyjadřuje názor respondentů, zda by uvítali od svého praktického lékaře více informací o močové inkontinenci. 72,5 % respondentů by se chtěli dozvědět o této problematice více informací a 27,5 % respondentů odpovědělo, že ne.

Tabulka 27 Uvítání zlepšení informovanosti respondentů od lékařů.

Více informací	%
ano	23,8%
ne	76,2%

Graf 27 Uvítání zlepšení informovanosti respondentů od lékařů.



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 23,8 % respondentů si myslí, že informovanost mužů o problematice močové inkontinence je dostatečná a 76,2 % respondentů si myslí, že je nedostatečná.

5. Diskuse

Na úvod musím bohužel konstatovat, že k tématu týkající se informovanosti mužů o močové inkontinenci není žádná literatura. Proto v této kapitole pracuji se svými vlastními názory a zkušenostmi.

Soubor respondentů tvořili muži, kteří navštívili vybrané ambulance praktického lékaře v Českých Budějovicích. Celkový počet dotazovaných respondentů byl 80.

Na grafu 1 byla znázorněna věková hranice respondentů. Ze vzorku 80-ti respondentů bylo 13,8 % ve věku 30-39 let, 22,5 % ve věku 40-49 let, 32,5 % ve věku 50-59 let a 31,2 % dotazovaných ve věku 60 a více let.

Společnost Inco Forum uvádí, že na vzniku močové inkontinence má svůj podíl nadváha (23). Při mém výzkumu se ukázalo, že převážná část dotazovaných respondentů 61,2 % váží 80 kg a více. 30 % respondentů uvedlo váhu 71-80 kg, 7,5 % respondentů vážilo 61-70 kg a méně než 50 kg nevážil nikdo (viz.graf 2). Zajímavé také je, že na otázku zda si respondenti myslí, že obezita může mít vliv na vznik močové inkontinence, odpovědělo 80 % tázaných kladně a 20 % se domnívá, že spíše ne (viz.graf 18). Nadváha je rizikovým faktorem a podílí se na vzniku mnoha dalších onemocnění. Vyšší tělesnou hmotností jsou také více zatěžovány svaly pánevního dna. Každý z nás by se měl alespoň trochu snažit dodržovat zdravý životní styl. Z výsledků vyplývá, že muži si vliv obezity na vznik inkontinence uvědomují, ale i přesto váží větší polovina respondentů více jak 80 kg. Proto je dobré doporučit, aby si hmotnost kontrolovali.

Na internetových stránkách společnosti se také dočteme, že na vzniku močové inkontinence se může podílet fyzická námaha (23). Z mého výzkumu vyplynulo, že 66,3 % respondentům převažuje v zaměstnání spíše práce fyzická a 33,7 % se věnuje zaměstnání, kde vykonávají spíše psychickou práci (viz.graf 4).

Podle mezinárodní komise pro kontinenci, je močová inkontinence definována jako stav nedobrovolného úniku moči, který je objektivně prokazatelný a představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém. Při mém výzkumu se ukázalo, že převážná většina 62,5 % respondentů si myslí, že močová inkontinence

znamená samovolný únik moči, 15 % se domnívá že se jedná o neudržení moči, 5 % o poruchy močení, pro 15 % respondentů inkontinence znamená pomočování a pro 2,5 % časté nucení na močení (viz.graf 6). Tři čtvrtiny respondentů na tuto otázku odpovědělo správně. Z toho vyplývá, že už se s názvem močová inkontinence museli někde setkat.

Jak jsem uvedla již v první části své práce, za velmi pozitivní můžeme považovat, že se tento problém medializoval. Z výsledků mého výzkumu vyplývá skutečnost, že respondentů, kteří se již někdy setkali s pojmem močová inkontinence a respondentů, kteří o něm ještě neslyšeli je vyrovnaný (viz.graf 5). Televizní reklamy, tištěné reklamy na inkontinentní pomůcky na stránkách časopisů a reklamy v rádiích způsobily, že toto téma přestává být tabuizováno. Lidé postižení tímto onemocněním vědí, že nejsou sami a že je dostatek prostředků jak ho zvládnout. Při mém výzkumu se ukázalo, že doopravdy nejvíce informací o inkontinenci se respondenti dozvídají z televize a to 55 % dotazovaných. Na druhém místě byl tisk a tak odpovědělo 20 % respondentů. 12,5 % respondentů získalo informaci od praktického lékaře. 7,5 % respondentů z internetu (viz.graf 7). Vysvětluji si to tím, že starší lidé hledají prioritně informace o tomto onemocnění v televizi. S internetem neumějí zacházet a nemají k němu takovou dostupnost jako mladí lidé. Dále to svědčí o tom, že se inkontinence vyskytuje převážně ve vyšším věku. Naopak mladší generace hledá raději informace na internetu, ale protože inkontinencí netrpí, zabývají se spíše svými zájmy a koníčky.

Podstatný vliv na vznik močové inkontinence u mužů má podle stránek společnosti Inco Forum zvětšená prostata a operace, které jsou při jejím léčení provedeny. Nejčastěji se s inkontinencí setkávají muži, kteří podstoupili radikální zákrok, tedy celé odstranění prostaty, což se provádí především v případě rakovinného onemocnění (23). Při mém výzkumu se ukázalo, že na otázku čím může být způsobena močová inkontinence, pouhých 25 % respondentů znalo možnou příčinu vzniku. Převážná část, tedy 75 % odpovědělo že neví (viz.graf 8). Tuto skutečnost rozvíjí i další otázka mého výzkumu. Respondenti na otevřenou otázku, ať napíší alespoň jednu příčinu způsobující vznik močové inkontinence odpověděli následovně: 40 % respondentů si myslí, že močová inkontinence může být způsobena zvětšenou prostatou, 35 % oslabením svalů dna pánevního, 10 % infekcí močového systému, 10 % operací a

5 % se domnívá, že ji může způsobit stres (viz.graf 9). Stres ale močovou inkontinenci nezpůsobuje. Je ale možné, že respondenti zaslechli někdy název stresová inkontinence a tuto příčinu si s ní spojují. S problematikou prostaty souvisí i má další výzkumná otázka. Respondenti zde měli vyjádřit svůj názor, zda si myslí, že onemocnění prostaty může mít vliv na vznik močové inkontinence. Je vidět, že muži si uvědomují souvislost mezi těmito onemocněními, jelikož převážná většina 76,3 % respondentů odpověděla kladně. Pouhých 23,7 % se domnívá, že onemocnění prostaty nemůže ovlivnit vznik močové inkontinence (viz.graf 17).

Současná medicína má dostatečné poznatky o příčinách onemocnění, jeho diagnostice a metodách léčení při inkontinenci moči. Vývoj léčebných metod pak ukazuje, že se stále více prosazují neinvazivní postupy, jejichž hlavní předností je minimální zatížení organismu. Při mém výzkumu se ukázalo, že 25 % respondentů by inkontinenci léčilo podáváním léků a stejné procento dotazovaných by jako první volilo posilování svalů dna pánevního. Operační metodu by použilo 16,3 % respondentů. 10 % by doporučilo podávat léky společně s operačním řešením, dalších 10 % by bylo pro omezení příjmu tekutin a posledních 10 % respondentů by kombinovalo operační léčbu s posilováním svalů dna pánevního. Nejmenší zastoupení mělo podávání léků v kombinaci s posilováním svalů dna pánevního a to 3,7 % (viz.graf 10).

Na internetových stránkách společnosti Inco Forum jsou zveřejněny poznatky z výzkumné studie, jejíž autoři konstatují, že u lidí, kteří kouří více jak 20 cigaret denně, je větší předpoklad vzniku močové inkontinence (23). Výsledky mého výzkumu ukazují, že 66,2 % respondentů si myslí, že kouření se nemůže podílet a vzniku inkontinence. Pouze 33,8 % věří, že kouření ovlivňuje vznik inkontinence (viz.graf 19). Obecně lze říci, že muži význam kouření výrazně podceňují.

Cviky posilující svaly dna pánevního jsou velmi často doporučovány hlavně ženám. Vědci ale upozorňují na to, že obdobné posilování pomáhá i mužům, kteří měli problémy po operaci prostaty. Článek dále říká, že muži, kteří cvičili, se cítili celkově spokojenější (23). Při mém výzkumu se ukázalo, že převážná většina, tedy 77,5 % dotazovaných respondentů ví, že existují cviky na posílení svalů dna pánevního a tedy přispívají ke zmírnění příznaků inkontinence. Zároveň se domnívají, že posilováním

svalů dna pánevního mohou ovlivnit vznik močové inkontinence. Pouze 22,5 % respondentů si myslí, že posilování nemá žádný vliv na vznik inkontinence (viz.graf 20). Na doplňující otázku, zda znají nějaké cviky, odpovědělo pouze 13,8 % kladně. Převážná většina 86,2 % vědí, že existují, ale žádný konkrétní cvik neznají (viz.graf 21). V příloze č 4. jsou podrobně popsány cviky na posilování svalů dna pánevního. Tato nabídka je jen malou ukázkou cviků. Cviky jsou stejné jak pro pacienty tak pro pacientky.

Z vlastní zkušenosti vím, že nalézt brožuru či informační leták o močové inkontinenci je záležitostí nelehkou, či dokonce těžkou. Potřebujete k tomu pevné nervy a dostatek prostoru a času pro hledání. Na urologickém oddělení v Českých Budějovicích mají zdravotníci k dispozici pro své pacienty takovou jednu brožuru. Jsou zde podrobně popsány cviky na zpevnění svalstva pánevního dna, ale o močové inkontinenci zde nenajdete nic. Na další informační brožuru o inkontinenci jsem náhodně narazila na internetových stránkách společnosti Hartmann. Je bezplatně ke stažení, ale je určena spíše lidem s trvalou inkontinencí, kteří jsou ošetřováni v domácím prostředí a pro lidi, kteří o ně pečují. Má ovšem jednu nevýhodu. Je napsána ve slovenském jazyce. Z mého výzkumu tedy vyplývá pravdivá skutečnost, že pouze 10 % respondentů obdrželo někdy informační materiál o močové inkontinenci a 90 % dotazovaných se s něčím takovým zatím nesešlo (viz.graf 22).

Jak už jsem jednou uvedla, za velmi pozitivní můžeme považovat skutečnost, že se tento problém medializoval. A to hlavně díky reklamním akcím firem, které se zabývají výrobou a prodejem inkontinentních pomůcek a poskytují reklamy svých výrobků do televize, tisku a do jiných médií. Z mého výzkumu vyplývají také zajímavé výsledky z této oblasti. 83,8 % respondentů si myslí, že existují speciálně vyráběné inkontinentní pomůcky pro muže. 16,2 respondentů se domnívá, že se pomůcky pro inkontinentní muže nevyrábějí (viz.graf 23). Názor respondentů na rozdíl inkontinentních pomůcek pro muže a pro ženy dopadl takto: 75 % dotazovaných si myslí, že existuje rozdíl a 25 % zastává názor, že není rozdíl mezi pomůckami pro muže a ženy (viz.graf 24). Jak uvádí Klevetová v časopise Diagnóza, má s tímto problémem opačnou zkušenost. Je zde popsána výpověď inkontinentního muže. Uvádí zde, že muž

nevěděl nic o existenci pomůcek ani léků, měl obavy navštěvovat své známé a trápil ho nezájem lékařů (6). Tento článek si můžete přečíst v příloze č.2.

Doc.Mudr. Tomáš Hanuš ze své zkušenosti říká, že si myslí, že pacienti s inkontinencí jsou u lékaře otevřenější a informovanější. Dále ale dodává, že stále ještě informovanost není dokonalá (23). Domnívám se, že pacienti s inkontinencí jsou již od svých lékařů informováni, ale co ti, co inkontinencí netrpí? Při mém výzkumu se ukázalo, že 72,5 % respondentů by od svého praktického lékaře uvítalo více informací (viz.graf 26). A další převážná většina respondentů, tedy 76,2 % respondentů by ocenili více informací nejen od praktického lékaře, ale i z jiných zdrojů (viz.graf 27).

Pro potvrzení hypotézy jsem si stanovila hranici neinformovanosti respondentů 70 %. Především na základě otázek č.15, 22, 26, 27, čemuž odpovídají grafy č. 15, 22, 26 a 27, lze konstatovat, že hypotéza muži nemají informace o problematice močové inkontinence, byla potvrzena.

Dále ale musím říci, že respondenti mají dílčí vědomosti týkající se faktorů, které ovlivňují vznik močové inkontinence. Těmito faktory jsou onemocnění prostaty (viz.graf 17), vliv obezity (viz.graf 18) a posilování svalů dna pánevního (viz.graf 20) na vznik močové inkontinence a také v oblasti inkontinentních pomůcek pro muže (viz.graf 23). Díky tomu, že se firmy zabývají výrobou a distribucí inkontinentních pomůcek se situace a informovanost o inkontinenci zlepšila. Respondenti vědí, že existují inkontinentní pomůcky nejen pro ženy, ale i pro muže a že posilováním svalstva dna pánevního mohou pozitivně ovlivnit vznik močové inkontinence.

Musím se ale zmínit i o faktorech, ve kterých respondenti nemají potřebné znalosti. Jedním takovým faktorem je znalost příčiny močové inkontinence (viz.graf 8). Z výsledků vyplývá, že muži ve více než 70 % neznají její příčinu. Další oblastí je názor respondentů na léčbu inkontinence (viz.graf 10). Stejně procento respondentů odpovědělo, že močová inkontinence se léčí podáváním léků a nebo posilováním svalstva dna pánevního. Přitom u mužů se inkontinence řeší nejvíce operační metodou. Dalším faktorem o kterém bych se chtěla zmínit je vliv kouření na vznik močové inkontinence (viz.graf 19). Jak už jsem uvedla výše, respondenti kouření výrazně podceňují, přestože kouření se může podílet na vzniku močové inkontinence. Výsledky

z poslední oblasti informují o tom, že muži v převážné většině neznají žádné cviky na posilování dna pánevního (viz.graf 21). Jak jsem už psala, muži vědí, že posilování má pozitivní vliv v prevenci vzniku močové inkontinence. Jak ale posilovat svaly dna pánevního v převážné většině nevědí.

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou močové inkontinence. Cílem mé práce bylo zjistit všeobecný přehled a míru informovanosti mužů o problematice močové inkontinence. Cíl práce byl splněn. Prostřednictvím dotazníků byla zjišťována informovanost mužů a především dostupnost těchto informací o močové inkontinenci. Výzkum byl prováděn u třech praktických lékařů v Českých Budějovicích. Provedeným výzkumem se měla potvrdit či vyvrátit stanovená hypotéza, která zní: Muži nemají informace o problematice močové inkontinence. Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena.

Z výzkumu vyplývá poučení pro praktické lékaře a zdravotní sestry. Typický pacient o inkontinenci velmi nerad mluví. Proto by měl lékař sám projevit aktivitu a zajímat se, zda klient tímto problémem netrpí, nebo mu alespoň poskytnout potřebné informace, jak se v případě jejího vzniku zachovat a kam se obrátit. Při mém výzkumu se ukázalo, že respondenti by se s únikem moči svěřili v 65 % svému praktickému lékaři. Tuto informaci můžeme považovat za pozitivní, protože klienti mají stále k lékaři důvěru.

Role sestry v práci s klientem či inkontinentním pacientem je nezastupitelná. Pacient se často svěří dříve sestře než lékaři. O svém problému většinou nezačne mluvit sám. Sestra by měla vnímat, že pacient ještě něco potřebuje a neví, jak začít. U lidí s rizikovými faktory podílející se na vzniku inkontinence může mluvit nezávazně, obecně, že tímto problémem trpí hodně lidí, a kdyby náhodou nastaly tyto problémy i u něj, že se může kdykoli svěřit, protože problém jde velmi úspěšně a bezbolestně léčit.

Komunikace sestry s pacientem je klíčem k překonání tohoto citlivého problému. Když bude sestra informovaná, určitě může toto téma otevřít a nabídnout pomoc a informace. Kam se ale může obrátit sestra o radu ohledně inkontinence? Základem jsou jistě zdravotnické časopisy. Přirozeným zdrojem informací jsou samozřejmě kolegyně a kolegové- sestry či lékaři. Existují také vzdělávací semináře a odborné konference pro sestry. Dále jsou k dispozici různé telefonní linky. Např. Hartmann-Rico má bezplatnou

telefonní linku, na kterou se mohou sestry či lékaři obrátit s dotazem na vzorky inkontinentních pomůcek nebo informace ohledně inkontinence.

Sestra by měla mít určité vědomosti i z oblasti prevence. V primární prevenci by měla ovládat znalosti týkající se správné životosprávy, znalosti potravin a nápojů, které je dobré omezit, protože způsobují dráždění močového měchýře a podporovat zdravý pohyb. V rámci sekundární prevence by měla klientovi vysvětlit, jak důležité je odborné vyšetření a stanovení typu inkontinence od které se odvíjí i její léčba. Dále by měla být schopná pomoci klientovi při výběru inkontinentních pomůcek. V terciární prevenci by se měla soustředit na integraci klienta do společnosti.

S problematikou močové inkontinence se ve své práci setkávají i sestry z agentur domácí péče. Pečují o klienta v jeho domácím prostředí. Proto mohou zpozorovat, že u klienta dochází k úniku moči. Sestra by měla být schopna se o klienta postarat a poskytnout mu nezbytné informace a poučit rodinu, jak ho správně ošetřovat.

V praxi bychom se měli zaměřit na zkvalitnění informovanosti, která by se určitě zlepšila, kdyby se zvýšila výroba a distribuce brožur o inkontinenci a široká veřejnost k nim měla přístup. Letáky by měly být volně k odebrání v čekárnách jak u praktického lékaře tak i v geriatrických ambulancích. Dále by se měly zajistit edukační programy pro klienty a prohloubit poznatky sester, aby byly schopné poskytnout důležité informace a pomoci lidem s močovou inkontinencí. Zároveň věřím, že i má práce bude sloužit jako informační materiál o močové inkontinenci pro širokou veřejnost.

7. Seznam použité literatury

1. DOBROVODSKÁ, L. Výběr vhodných pomůcek pro muže k zachycení moči při inkontinenci. *Florence*, 2007, roč.3, č.1, s. 35-36. ISSN 1801-464x.
2. DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. DYLEVSKÝ, I. *Anatomie a fyziologie člověka*. 1.vyd. Olomouc: Epava, 1998. 429 s. ISBN 80-901667-0-9.
4. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
5. KOZIÉROVÁ A KOL. *Ošetrovatelstvo 1,2*. 1 vyd. Slovenská republika: Osveta, 1995. 1472 s. ISBN 80-217-0528-0.
6. KLEVETOVÁ, D. Co vše může způsobit inkontinence. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 86. ISSN 1801-1349.
7. KRHUT, J. Inkontinence ve stáří- zvláštnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi*, 2002, roč. 2, č. 2, s. 56-61. ISSN 1213-1768.
8. LUKEŠ, M. Nové trendy v konzervativní léčbě benigní hyperplazie prostaty. *Urologie pro praxi*, 2006, roč. 6, č. 1, s. 12-14. ISSN 1213-1768.
9. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
10. MARTAN, A. *Inkontinence moči u žen a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen*. 1.vyd. Praha: PanMed, 2001. 190 s. ISBN 80-903049-0-7.
11. PACÍK, D. *Urologie pro sestry*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1996. 175 s. ISBN 80-7013-235-3.
12. PACOVSKÝ, V. *Geriatricie*. 1.vyd. Praha: Scientia Medica s.r.o, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
13. PORŠOVÁ, M. Prostatický syndrom. *Urologie pro praxi*, 2006, roč. 6, č. 1, s.24-26. ISSN 1213-1768.
14. PROCHÁZKOVÁ, D. *Cviky na zpevnění svalstva pánevního dna*. Apogepha- rady pacientům, 1998. 13 s. ISBN neuvedeno.

15. URBAN, M. Nová chirurgická metoda léčby mužské inkontinence pomocí „Argus adjustable male sling“. *Urologie pro praxi*, 2006, roč. 6, č.1, s.20-23. ISSN 1213-1768.
16. VRTAL, R. Diagnostika a léčba urgentní inkontinence. *Urologie pro praxi*, 2001, roč. 1, č. 2, s. 51-55. ISSN 1213-1768.
17. ZACHOVAL, R. Inkontinence moči. *Urologie pro praxi*, 2003, roč.3, č.1, s. 25-27. ISSN 1213-1768.
18. ZIKMUND, J. *Inkontinence moči u žen*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 132 s. ISBN 80-246-0164-8.
19. ZVONÍČKOVÁ, M. Trochu opakování neuškodí. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 2, s. 55-56. ISSN 1801-1349.
20. <<http://www.andrologie.cz/page/3178.pro-muze>>
21. <<http://www.cvicime.cz/cviceni-praha-2005/cviky/mojzisova/cviky.html>>
22. <<http://www.geta.cz/inkontinence.htm>>
23. <<http://www.incoforum.cz.htm>>
24. <<http://www.ledviny.cz/infopac/biopsie.html>>
25. <<http://www.mineralfit.cz/clanek/2275--lecba-inkontinence.html>>
26. <<http://www.onhb.cz/article.asp>>
27. <<http://www.poise.cz/script/default.asp>>
28. <<http://www.tena.com/cz/>>
29. <<http://www.umirani.cz/index.php>>
30. <<http://zdravi.medicentrum.com>>
31. <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/57_1688.html>
32. <<http://www.zpeliska.cz>>
33. VÝŇATEK ZE ZÁKONA č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

8. Klíčová slova

močová inkontinence

inkontinentní pacient

inkontinentní pomůcky

komunikace

informovanost

sestra

9. Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Kazuistika

Příloha č. 3 Inkontinentní pomůcky pro muže

Příloha č. 4 Cviky na posílení svalstva dna pánevního

Příloha č. 5 Pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Příloha č.1

Dotazník

Vážený pane,

jmenuji se Marie Zahradková a jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se zabývám informovaností mužů o močové inkontinenci. Touto cestou bych vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník obsahuje 27 položek. U části otázek, prosím, označte tu odpověď, která nejlépe vyjadřuje Vaše stanovisko, u některých otázek napište svůj vlastní názor nebo zkušenost. Tento dotazník je zcela anonymní a bude použit pro výzkum k mé bakalářské práci. Předem děkuji za váš čas a pravdivé vyplnění.

1. Kolik je vám let?

- a) 30 – 39 let
- b) 40 – 49 let
- c) 50 – 59 let
- d) více jak 60 let

2. Kolik vážíte?

- a) méně než 50 kg
- b) 51-60 kg
- c) 61-70 kg
- d) 71-80 kg
- e) více než 80 kg

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) odborné
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Jakou práci spíše vykonáváte?

- a) fyzickou práci
- b) psychickou práci

5. Setkal jste se někdy s pojmem močová inkontinence?

- a) ano
- b) ne

6. Pokud ano, pokuste se tento pojem stručně vysvětlit

.....

7. Kde jste se pojmem močová inkontinence setkal?

- a) televize
- b) internet
- c) tisk
- d) ambulance praktického lékaře
- e) jiné, napište

8. Víte, čím může být způsobena močová inkontinence?

- a) ano
- b) ne

9. Pokud ano, napište alespoň jednu možnou příčinu

.....

10. Označte křížkem podle Vás možné způsoby léčby močové inkontinence.

- o podávání léků
- o operativní léčba
- o omezení příjmu tekutin
- o posilování svalů dna pánevního

11. Zažil jste někdy mimovolný únik moči?

- a) ano
- b) ne

Na otázku číslo 12 a 13 odpovídejte v případě, že jste na otázku číslo 12 odpověděl ano.

12. Kolikrát jste zažil samovolný únik moči?

- a) 1x – 5x
- b) 6x – 10x
- c) více jak 10x

13. V jaké situaci došlo k samovolnému úniku moči?

- a) při kašli, při smíchu
- b) při námaze
- c) ve stresu
- d) jiné, napište

14. Kde by jste hledal radu v případě, že by se u Vás objevily známky močové inkontinence?

- a) u přátel
- b) u praktického lékaře
- c) v odborné literatuře
- d) na internetu
- e) jinde, napište kde.....

15. Hovořil s Vámi Váš praktický lékař o problematice močové inkontinence?

- a) ano
- b) ne

16. Podstoupil jste někdy vyšetření prostaty?

- a) ano
- b) ne

17. Myslíte si, že onemocnění prostaty může mít vliv na vznik močové inkontinence?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

18. Myslíte si, že obezita může mít vliv na vznik močové inkontinence?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

19. Myslíte si, že kouření může mít vliv na vznik močové inkontinence?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

20. Myslíte si, že posilování svalů dna pánevního může přispět ke zmírnění obtíží s močovou inkontinencí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

21. Znáte nějaké cviky na posílení svalů dna pánevního?

- a) ano
- b) ne

22. Dostal jste někdy brožuru o inkontinenci?

- a) ano
- b) ne

23. Myslíte si, že existují pomůcky pro inkontinentní muže?

- a) ano
- b) ne

24. Myslíte si, že je nějaký rozdíl mezi inkontinentními pomůckami pro ženy a pro muže?

- a) ano
- b) ne

25. Myslíte si, že pomůcky pro inkontinentní jsou hrazeny pojišťovnou?

- a) ano, plně
- b) ano, částečně
- c) ne, nejsou

26. Uvítal by jste od Vašeho praktického lékaře více informací o močové inkontinenci?

- a) ano
- b) ne

27. Myslíte si, že muži v ČR jsou dostatečně informováni o problematice močové inkontinence?

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 2

Kazuistika

Co vše může způsobit inkontinence

Mgr. Dana Klevetová, Geriatrická klinika, 1. LF UK a VFN, Praha

Jsem přesvědčena, že jsme to především my zdravotní sestry, které máme k nemocným blíže, a také oni nás přijímají jako rádce v jednotlivých zdravotních problémech. Konec konců je to součást naší profese- získat informace od nemocných, stanovit priority potřeb a nalézat spolu s nemocným a ve spolupráci s lékaři přijatelná řešení. Zdravotní sestra musí chtít dokázat vytvořit vztah založený na vzájemné důvěře, kde nemá místo strach hovořit o tom, co nemocného trápí, co mu jde hlavou, co ho stále provází a nedá mu spát.

Často se píše o problematice ženské inkontinence, jakoby ta mužská snad ani neexistovala. Ráda bych seznámila s problémem inkontinence u muže ve věku 91 let. Požádala jsem ho, aby své potíže uvedl a seznámil tak širokou veřejnost o tom, jak je mužská inkontinence stále podceňována.

V roce 2001 byl operován pro zbytnění prostaty. Potíže přetrvávaly, a tak podstoupil operační zákrok ještě 2x. Po poslední operaci nastaly problémy s neudržením moče. Sděloval tuto skutečnost svému urologovi, ale bylo mu řečeno, že stav se upraví. V jeho správě pro praktického lékaře je v závěru text: *Stěžuje si na časté močení, asi v důsledku zvýšeného příjmu kávy.* Tečka. Žádná edukace, doporučení, pouze při zhoršení stavu kontrola. Pacient se snažil problém řešit s praktickou lékařkou, ale dostal tuto odpověď: *Kdybych já se dožila tak vysokého věku.* Byl opět na urologickém vyšetření, kde bylo provedeno vyšetření moče a vyšetření sonografické. Lékař mu toho příliš neřekl, neuvedl žádné možnosti léčby. Medikamentózně inkontinence nebyla řešena vzhledem věku pacienta a onemocnění srdce.

V anamnéze

Stav po CMP, IM, operace prostaty, katarakty. Soběstačný, chodící, aktivně cvičí, rád maluje, čte, sleduje novinky ve světě, žije s manželkou, má dva syny, kteří pomáhají s udržováním jejich domácnosti.

Muž uvádí potíže, které trvají již rok:

- v noci urgentní časté nucení na moč (6-12x za noc),
- potíže udržet moč při vyřizování na úřadech,
- nemůže stát frontu na nákup či v lékárně (přihodila se mu trapná situace- zůstala po něm loužička u pultu v čekárně, nevezl si peníze nazpět, a tak ještě dostal vyhubováno od manželky),
- musel vyloučit tekutiny a potraviny, které zvyšují močení,
- má obavy navštěvovat své známé,
- nejezdí se synem autem, aby něco „ neprovedl“,
- má neshody s manželkou ohledně hygieny,
- domnívá se, že to manželce dokázal tajit,
- trápí ho nezájem lékařů,
- sužují ho manželské neshody,
- neví nic o existenci pomůcek ani léků.

Jaké bylo mé překvapení, když mi sdělil, že inkontinence byla hlavním důvodem, proč neopustil svůj byt v Karlíně v zátopové oblasti při povodních v roce 2002. Měl obavy, že jeho problém bude prozrazen a on bude zesměšněn před celou rodinou. Jeho strach byl tak velký, že až na nátlak policie byl evakuován na člunu i s manželkou (ta chtěla byt opustit ihned).

Uvádím jednotlivé kroky rozhovoru na citlivé téma.

1. návštěva

- Nejprve jsem sdělila, že tento problém má mnoho mužů, jen se o tom moc nehovoří.
- Je mýtus, že inkontinence patří ke stáří a nejde s tím nic dělat.
- Vysvětlila jsem, v čem spočívá problém.

- Objasnila jsem možnosti pomůcek (nazýval pleny pojistkou).
- Starému člověku je třeba nechat čas na vstřebání získaných informací a dostatečný čas k přijetí rozhodnutí s návrhem řešení. Jde o to, zachovat jeho autonomii a schopnost rozhodování sám za sebe- roste jeho sebeúcta a důvěra v mé schopnosti empatie.

2. návštěva

- Přinesla jsem několik vzorků plen a ukázala prakticky, jak se přikládají na slipy.
- Doporučila jsem je vyzkoušet (sám jít na WC a potvrdit úspěch správného přiložení).
- Zeptala jsem se, zda mohu pohovořit o jeho problému s manželkou. Souhlasil.

3. návštěva (společná s oběma manželi)

- Informace jak objednávat pleny, likvidovat možná rizika, ošetření kůže.
- Objednala jsem pacienta do geriatrické ambulance k posouzení závažnosti a typu inkontinence a možnostem řešení v souvislosti s celkovým stavem.
- Jedná se o smíšený typ inkontinence, byla nasazena terapie.

Pacient v současné době užívá 2x denně Mictonorm 5 mg, přes den nosí plenu střední velikosti a na noc má plenu větší. Uvádí, že v noci močí maximálně 3x a plena je suchá. Občas se stane, že „nedoběhne“, ale jak říká- mám pojistku. Nebojí se jezdit autem se synem, chodit nakupovat a je šťastný. Sama jsem byla překvapena, jak se dokázal proměnit v sebevědomého muže, který má zájem o dění kolem sebe. Praktická lékařka předepisuje lék i pleny, snižuje jejich spotřebu. Problémy se mnou řeší telefonicky nebo jsem ochotná přijít za ním. Toto téma je vhodnější prodiskutovat v jeho vlastní domácnosti než v ordinaci lékaře.

Zase ho baví svět a chce ještě dlouho žít-„.....tu stovku bych rád“, říká a ostatním mužům vzkazuje:„ Je třeba bojovat za lepší budoucnost nás starých a přestárých!“

Poučení

- ❖ Nepodceňujte inkontinenci ve vysokém věku.
- ❖ Uvědomte si, že tento problém snižuje sebehodnocení a brzdí chuť žít.
- ❖ Uvědomte si, že inkontinence narušuje rodinné vztahy.
- ❖ Neřeší problém, snižuje důvěru ve zdravotníky a celý zdravotně sociální systém v ČR.

...a přitom stačí tak málo!

Příloha č. 3
Inkontinentní pomůcky pro muže

Vložky pro muže



Urínální kondomy



Močový katétr



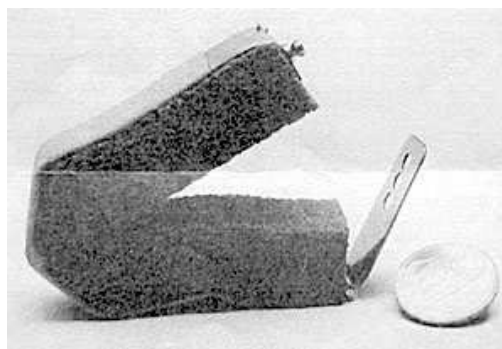
Močový sáček



Láhev na moč



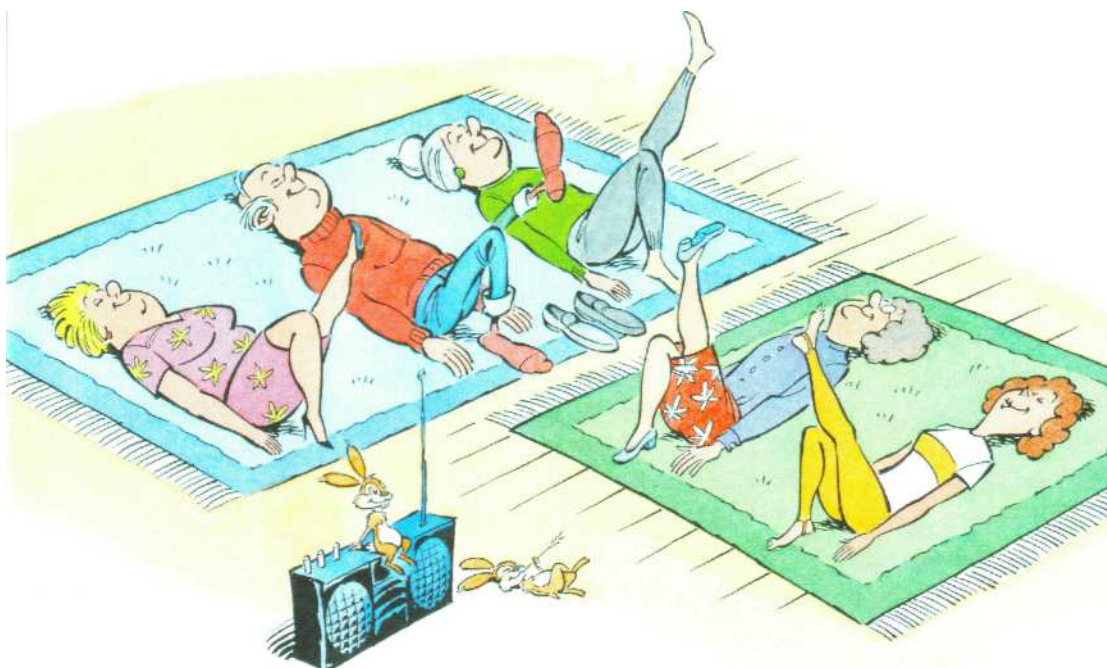
Svorka inkontinentní pro muže



Příloha č. 4

Cviky na posílení svalstva dna pánevního

APOGEPHA - rady pacientům



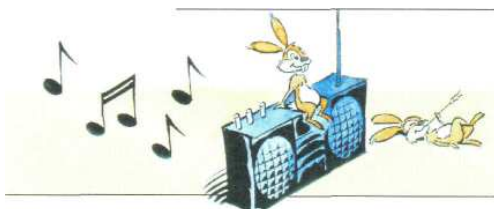
**Cviky
na zpevnění svalstva
pánevního dna**

Příprava

V klidu se připravte na cvičení.

Před začátkem vyprázdněte močový měchýř.

Lehněte si pohodlně na záda na podlahu. V případě potřeby rozložte deku. V této poloze zavřete na chvíli oči a uvolněte se. K tomu Vám napomůže Vaše oblíbená hudba.



Vnímejte podlahu a jak se Vaše tělo dotýká podložky. Soustřeďte se na oblast pánve, hýždí, kříže a bederní pánve, především na svalstvo pánevního dna, nacházející se mezi kostí, oběma hrboly sedací kosti a stydkou kostí.

Zhluboka se nadechněte. Ruce ležící na břicho mohou doprovázet dýchací cviky. Během výdechu pánev jde vstříc a s nádechem se opět vzdaluje. Rukama můžete zkontrolovat napětí v oblasti pánevního dna.

Uvolnění věnujte dostatek času.

Natáhněte nohy a uvolněte svalstvo pánevního dna.
Toho dosáhnete tím, že pánev několikrát za sebou střídavě podsadíte [silou přitlačíte k podlaze tak, aby mezi zády a podlahou nebyla škvírka] a opět uvolníte. Nakonec nechtě pánev podsazenou a
-střídavě nadzvedávejte pravou a levou kyčel, pozor - noha zůstává na zemi
-lehce pokrčte nohy a střídavě je pokládejte na obě strany.

Dbejte na dobré překrvení orgánů dolní části těla.
Střídavě zvedejte ruce i nohy a malujte jimi ve vzduchu malé kroužky.

Dopřejte svým nohám odpočinek v následující poloze:
- Vleže na zádech vyložte nohy do výšky [např. na židli] a střídavě stahujte a uvolňujte svalstvo nohou, potom zatínejte a uvolňujte prsty u nohou.
- Střídavě zvedejte nataženou pravou a levou nohu kolmo vzhůru, protahujete přitom svalstvo zadní strany nohou.



Při cvičení věnujte pozornost také pravidelnému dýchání.

Po této uvolňovací sérii cviků můžete začít s posilováním samotného svalstva pánevního dna.

Cviky v lehu na zádech

Lehněte si na záda, pokrčte nohy, chodidla opřete o zem na šířku pánve.

Pevně sevřete hýždě a s výdechem je pomalu odlepujte od podlahy. V průběhu vydechovací fáze se zvedá bránice. Tento pohyb působí společně s břišním a zádočným svalstvem na svalstvo pánevního dna, pánev je podsazena.

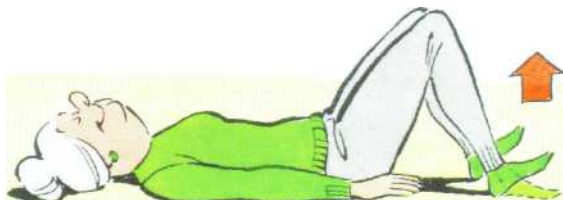


S nádechem pokládejte hýždě zpět na podlahu a uvolněte pánev.



Opět leh na zádech, chodidla na zemi, vzdálené na šířku pánve. Zvedněte a podsad'te pánev jako u předchozího cviku. V této poloze střídavě zvedejte pokrčenou pravou a levou nohu několik centimetrů od podlahy. Dbejte na vodorovné držení pánve a pravidelné dýchání.

Leh na zádech. Pokrčte nohy v kolenou, špičky směřují ke stropu, paty zůstávají na zemi. S výdechem přitlačte oblast kříže k podlaze, zároveň zpevněte svalstvo pánevního dna, vypněte hrud' a protáhněte šíji. S nádechem uvolněte celé tělo.

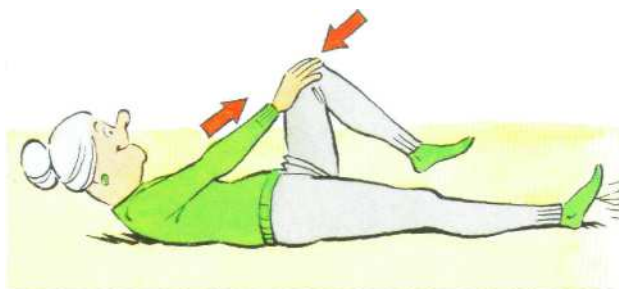


Natáhněte obě nohy, podsad'te pánev. Pokrčte pravé koleno a zvedněte ho. Pravou rukou uchopte koleno a s výdechem tlačte rukou proti kolenu. Po



celou dobu dbejte na podsazenou pánev. S nádechem se vraťte do výchozí polohy a celý cvik opakujte levou nohou.

Natáhněte obě nohy. Pokrčte levé koleno a zvedněte ho. S výdechem zatlačte pravou rukou proti vnitřní straně kolena. Svalstvo pánevního dna je zpevněné, posilujete příčné břišní svaly. S nádechem



uvolníte napjaté svaly a vrátíte se do výchozí polohy. Celý cvik opakujte i pravou nohou.

Cviky v lehu na boku

Lehněte si na bok, nohy jsou lehce pokrčené. Hlava je položena na spodní paži. Horní paži opřete před hrudníkem. Pánev je lehce sklopena.



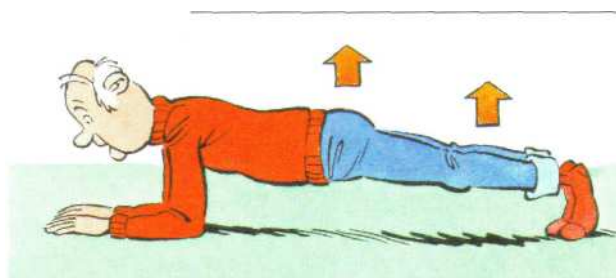
S výdechem tlačte paty pevně k sobě, špičky a kolena od sebe. Pánev je podsazená-stažená, svaly pánevního dna stažené, hrud' vypnutá, záda rovná,

šije prodloužená. S nádechem uvolňujete svaly a vracíte se do výchozí polohy.



Cviky v lehu na břichu

Leh na břichu, opřete se o předloktí a špičky nohou. S výdechem se nadzvedněte. Váha těla spočívá na předloktí a špičkách nohou – svalstvo pánevního dna je zpevněné. Pokuste se v této poloze chvíli vydržet.



Cvičení v kleku

Klekněte si, kolena od sebe na šíři kyčlí. Váha těla spočívá na obou kolenou. Podsaďte pánev, srovnejte záda, protáhněte šiji, ruce v týl.

S výdechem zpevněte celou oblast pánve a zakloňte se dozadu. Vydržte pár sekund v této poloze a potom se vraťte do výchozí polohy. Cvik několikrát opakujte.



Cvičení na čtyřech

Klekněte si. Paže a nohy tvoří s tělem pravý uhel. Hlava je prodloužením těla, dívejte se na podlahu. Uvolňujte pánev střídavým vyhrbováním a srovnáním [tzv. kočičí hřbet). Potom pohybujte pánví do stran. Ze stejné výchozí pozice provádíte i následující cvik. S výdechem odlepujte kolena od podložky, svalstvo pánevního dna je pořád stažené. Neprohýbejte se v bedrech.



Zůstaňte na kolenou, opřete se předloktí. S výdechem tlačte lokty směrem ke kolenům a kolena směrem k loktům - stáhněte svalstvo pánevního dna, záda jsou rovná, neprohýbejte se v bedrech



Cvičení v sedě

Posaďte se na okraj židle, chodidla jsou na zemi, vzdálená asi na šíři kyčlí, špičky vytočené směrem ven. Uvolněte napětí pánve střídavým podsazováním a klopením pánve.



Přenesete váhu na nohy tak, že se s výdechem pomocí rukou vzepřete. Stáhněte pánev, nadechněte se a s výdechem se vraťte zpátky na židli. Tento cvik můžete provádět také v jezdecké pozici na stočené přikrývce. Krátce vydechněte - stáhněte krátce a pevně svalstvo pánevního dna přitom se můžete na chvíli pustit židle.

Cvičení ve stoji



Mírný stoj rozkročný, asi na šířku kyčlí, špičky lehce směřují ven. Mírně pokrčte kolena. Podsaďte pánev, srovnejte záda, vypněte hrud', protáhněte šíji. S každým výdechem se zpevněte v této poloze - zpevněte břišní svaly, pánevní dno je pevně staženo. Nyní pochodujte na místě. Posilujte svalstvo pánevního dna tím, že ho vědomě budete stahovat.

Tipy pro každý den

Posilujte svalstvo pánevního dna cílevědomě a to i při takových všedních činnostech jako je čištění zubů, mytí nádobí, atd. Dbejte na správné a uvolněné držení těla při nošení a zvedání břemen.



Využijte tuto nabídku cviků a sestavte si svůj individuální program. Jednotlivá cvičení si můžete seřadit a opakovat podle Vašeho přání a možností.

Příloha č. 5

Pomůcky hrazené z veřejného zdravotního pojištění

Výňatek ze zákona č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

SEZNAM PROSTŘEDKŮ ZDRAVOTNICKÉ TECHNIKY

ODDÍL C

Seznam prostředků zdravotnické techniky hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče

č.s.	č.p.	Název	Omezení a způsob úhrad	Výše úhrad
11	2	absorpční prostředky pro inkontinentní - kalhotky plenkové	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 1.400 Kč
12	2	absorpční prostředky pro inkontinentní- vložky pro lehkou inkontinenci	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 550 Kč
13	2	absorpční prostředky pro inkontinentní- vložné pleny	maximálně 150 ks měsíčně, nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 900 Kč
14	2	fixace absorpčních prostředků pro inkontinenci	maximálně 24 ks ročně nehrazeno pacientům v ústavní péči a v odborných léčebnách	nejvýše do 190 Kč
15	2	kondomy urinální	maximálně 30 ks měsíčně	100 % nejvýše do 900 Kč
16	2	sáčky sběrné urinální	maximálně 10 ks měsíčně	100 % nejvýše do 600 Kč
17	2	svorka inkontinenční pro muže	maximálně 2 ks ročně	100 %

Absorpční podložky jsou zahrnuty v § 15 a ze zdravotního pojištění se hradí ve výši 75 % jejich ceny pro konečného spotřebitele.