

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta tělesné výchovy a sportu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Eliška Kopecká

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

Katedra zdravotní a tělesné výchovy a tělovýchovného lékařství

**MOČOVÁ INKONTINENCE U SPORTOVKYŇ VE VĚKU  
18-30 LET**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Markéta Křivánková**

Vypracovala:

**Eliška Kopecká**

Praha, 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu, ze kterých jsem čerpala. Stvrzuji, že všechny odevzdané výtisky mé bakalářské práce se shodují s elektronickou verzí v informačním systému FTVS a souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely studia i výzkumu.

V Praze, dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis autora práce

### **Poděkování:**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Markétě Křivánkové za odborné rady, které mi poskytla ke zpracování této práce. Zároveň bych ráda poděkovala všem respondentkám tohoto výzkumu za jejich spolupráci.

## **Abstrakt:**

**Autor:** Eliška Kopecká

**Název:** Močová inkontinence u sportovkyň ve věku 18-30 let

**Cíl:** Cílem práce je kvantitativně analyzovat prevalenci a charakter močové inkontinence u mladých sportovkyň ve věku 18-30 let pomocí online dotazníku vlastní konstrukce.

**Metody:** Výzkum byl proveden kvantitativní metodou v podobě online dotazníku vlastní konstrukce. Distribuován byl na sociálních sítích a rozeslán emailem mezi sportovní kluby a fitness centra. Dotazník obsahoval 24 otázek. Respondentky mohly volit uzavřené i otevřené odpovědi.

**Výsledky:** Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že močová inkontinence je poměrně častým problémem mezi mladými sportovkyněmi ve věku 18-30 let. Vzorek tvořilo 132 žen, z nichž 46,2 % respondentek má zkušenost s močovou inkontinencí během sportovních aktivit. Z analýzy dotazníkových odpovědí lze odvodit, že většina respondentek (98) má částečné nebo žádné znalosti o pánevním dnu. Byla by potřeba lepšího vzdělávání a informovanosti v této oblasti. Postoje k preventivním opatřením a odbornému školení byly vesměs pozitivní, s vysokou ochotou zapojit se do preventivních programů. 94 (71,2 %), projevuje zájem o preventivní zařazení cviků na pánevní dno do tréninků.

**Závěr:** Močová inkontinence je významným problémem mezi mladými sportovkyněmi, což podtrhuje potřebu zvýšení povědomí a implementace preventivních programů zaměřených na zdraví pánevního dna. Další výzkum a vzdělávací aktivity jsou klíčové pro efektivní zvládnutí této problematiky. Tato práce poskytuje cenné poznatky, které mohou přispět ke zlepšení kvality života mladých sportovkyň a jejich sportovní výkonnosti.

**Klíčová slova:** pánevní dno, prevence, hluboký stabilizační systém páteře, ochablost močového měchýře, ženy, kvalita života, metody, sport

## **Abstract**

**Author:** Eliška Kopecká

**Title:** Urinary incontinence in female athletes aged 18-30 yeears

**Objectives:** The aim of this study is to quantitatively analyse the prevalence and nature of urinary incontinence in young female athletes aged 18-30 years using a self-constructed online questionnaire.

**Methods:** The research was conducted using a quantitative method in the form of an online questionnaire of our own design. It was distributed on social media and emailed to sports clubs and fitness centres. The questionnaire contained 24 questions. Respondents could choose closed or open-ended answers.

**Results:** The results of the questionnaire survey show that urinary incontinence is a relatively common problem among young female athletes aged 18-30 years. The sample consisted of 132 women, of which 46.2 % of respondents had experience of urinary incontinence during sporting activities. From the analysis of the questionnaire responses, it can be inferred that most of the respondents (98) have partial or no knowledge about pelvic floor. There would be a need for better education and awareness in this area. Attitudes towards preventive measures and training were mostly positive, with a high willingness to participate in preventive programs. 94 (71.2 %), showed interest in the preventive inclusion of pelvic floor exercises in training.

**Conclusion:** Urinary incontinence is a significant problem among young female athletes, underscoring the need for increased awareness and implementation of prevention programs focused on pelvic floor health. Further research and educational activities are crucial to effectively manage this issue. This work provides valuable insights that can contribute to improving the quality of life of young female athletes and their sport performance.

**Keywords:** pelvic floor, prevention, deep spinal stabilization system, bladder laxity, women, quality of life, methods, sports

# OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
2.1	PÁNEVNÍ DNO .....	10
2.1.1	<i>Skelet</i> .....	10
2.1.2	<i>Svaly pánevního dna</i> .....	12
2.1.3	<i>Primární patologie spojené s poruchami kostrče a pánevního dna</i> .....	13
2.1.4	<i>Sekundární patologie spojené s poruchami kostrče a pánevního dna</i> .....	14
2.2	MOČOVÁ INKONTINENCE .....	15
2.2.1	<i>Příčiny a rizikové faktory</i> .....	15
2.3	DŮSLEDKY MOČOVÉ INKONTINENCE .....	16
2.3.1	<i>Finanční důsledky</i> .....	16
2.3.2	<i>Fyzické důsledky</i> .....	17
2.3.3	<i>Psychosociální důsledky</i> .....	17
2.4	KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE .....	17
2.4.1	<i>Uretrální inkontinence moči</i> .....	17
2.4.2	<i>Extrauretrální inkontinence moči</i> .....	18
2.5	SPORT A MOČOVÁ INKONTINENCE .....	18
2.6	LÉČBA.....	19
2.6.1	<i>Konzervativní léčba</i> .....	19
2.6.2	<i>Chirurgická léčba</i> .....	26
2.7	PREVENCE.....	27
2.7.1	<i>Primární prevence</i> .....	27
2.7.2	<i>Sekundární prevence</i> .....	28
2.7.3	<i>Terciální a kvartérní prevence</i> .....	29
<b>3</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>30</b>
3.1	CÍL VÝZKUMU .....	30
3.2	ÚKOLY .....	30
3.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	30
3.4	METODY PRÁCE .....	30
3.4.1	<i>Charakteristika zkoumaného souboru</i> .....	31
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>32</b>

<b>5</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>59</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>60</b>
	<b>SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ</b> .....	<b>64</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>66</b>



## **Seznam zkratek:**

CNS – centrální nervová soustava

DK – dolní končetina

DNS – dynamická neuromuskulární stabilizace

FTVS – Fakulta tělesné výchovy a sportu

HSSP – hluboký stabilizační systém páteře

ICS – International Continence Society

LUTS – lower urinary tract symptoms (symptomy dolních cest močových)

MI – močová inkontinence

PD – pánevní dno

PIR – Postizometrická relaxace

SI – stresová inkontinence

SI kloub – sakroiliakální kloub

UI – urgentní inkontinence

V – výdech

# 1 ÚVOD

Přestože je dnes odborná znalost pánevního dna solidní a tato problematika se dostává do povědomí i laické veřejnosti, stále se většina lidí domnívá, že poranění či oslabení svalů pánevního dna se týká pouze žen po porodu a populace nad 40 let a více. Avšak roli zde hraje spousta faktorů a příčin v poškození struktur či funkcí pánevního dna.

U mladých žen, a především sportovkyň, může tento fakt vzbuzovat nepříjemné pocity, negativní vztah ke sportu a zhoršení kvality života. Kromě porodu může stát za dysfunkcí PD i špatné držení těla, dlouhodobé stání, nadváha, přetěžování, zvedání těžkých předmětů nebo nevhodné cvičení.

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku vzniku močové inkontinence u mladých sportovkyň. Tím, že je tato oblast multifaktoriální, je potřeba, aby spolupracovali lékařské i nelékařské obory. Existuje mnoho neinvazivních metod, které se preferují před chirurgickým zákrokem. Českých sportujících dívek a žen ubývá, ale za to důraz na výkonnost roste. To přibližuje Evropské výběrové šetření o zdraví, které porovnává data za rok 2014 s referenčním rokem 2019. V porovnání s údaji z roku 2014 se mírně snížil podíl mladších sportujících do 34 let (Český statistický úřad, 2021).

Teoretická část se věnuje přiblížení stavby a funkce pánevního dna, definuje močovou inkontinenci a její druhy, popisuje preventivní opatření vzniku nebo dalšího rozvoje, ale také vztahu močové inkontinence a sportu. Dále představuje možnosti konzervativních metod práce s pánevním dnem a zásady pro zlepšení jeho funkce a chirurgickou léčbu.

Praktická část má charakter dotazníkového šetření, jenž reflektuje četnost a závažnost této problematiky u žen ve věku 18-30 let, které se aktivně věnují sportu na různých sportovních úrovních. Dotazník bude vyvěšen na sociální síti a rozeslán do jednotlivých sportovních klubů, fitness center a mezi studentky sportovních škol.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Pánevní dno

Pánevní dno je důležitá oblast těla, kterou máme všichni. Především ženám se dostává do podvědomí v průběhu dospívání. Hraje roli v intimním pohlavním životě, kdy může působit pozitivně či negativně na kvalitu života. Také v těhotenství, při a po porodu, kdy nás zajímá správná funkce našeho pánevního dna. Většinu žen bude však tato oblast zajímat až kolem 40. roku života (někdy později, ale někdy i dříve), kdy můžou nastat komplikace ve spojení s dysfunkcí pánevního dna (Hurtíková, 2023).

#### 2.1.1 Skelet

##### Pánev

Marek (2005) ve své knize anatomicky popisuje pánev. Ta je tvořena dvěma pánevními kostmi (os coxae), které v přední části spojuje symfýza (symphysis pubica) a v zadní sakroiliakální kloub (articulatio sacroiliaca). Marek (2000) také zdůrazňuje, že celá pánev musí být dostatečně pevná, ale zároveň pohyblivá pro její správnou funkci.

Pánev je dolním zakončením páteře, se kterou dohromady tvoří funkční jednotku. Slouží také jako opora pro DK, jelikož zde dochází k přenosu sil mezi trupem a pohybujícími se DK (Dylevský, 2009b).

Podle Krhovského (2011) se ženská pánev lehce anatomicky liší od mužské. Mužská pánev je strmější, užší a vyšší. Ženská je širší, nižší a plošší, což je dáno potřebou prostoru během těhotenství. Pro místa přichycení vazů, svalů a tkáně slouží četné výstupky a okraje.

##### Pánevní kost

Pánevní kost (os coxae) vzniká srůstem 3 kostí (viz. obrázek 1) – kost kyčelní (os ilium), sedací (os ischii) a stydkou (os pubis). Linie jejich srůstu připomíná tvarem písmeno Y a vede acetabulem (Marek, 2005).

Když se narodíme jsou spojeny pouze chrupavkou. Dospíváním osifikují a vytvářejí jeden celek (Krhovský, 2011).

## Kost kyčelní

Horní část os coxae. Její nejzřetelnější útvar je lopata (ala ossis illi), která má na horním okraji dobře hmatatelný hřeben (crista iliaca), protože zde chybí podkožní vazivo, a tudíž se nemůže ukládat podkožní tuk. Na přední straně hřebene se kostěný hrbolek nazývá spina iliaca anterior superior a na zadní straně spina iliaca posterior superior (Marek, 2005).

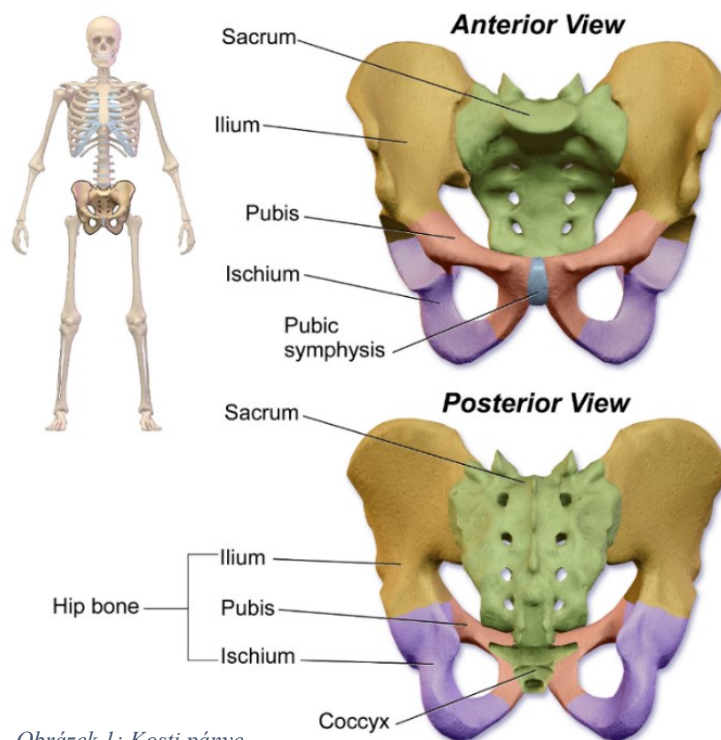
## Kost sedací

Sestává ze dvou ramen, horního a dolního. Horní míří svisle k acetabulu, kde se pojí s kostí kyčelní. Dolní rameno míří směrem dopředu pánve a srůstá s kostí stydkou.

Sedací hrbol (tuber ischiadicum) je nejpodstatnější útvar kosti sedací. Upínají se na něj zadní svaly stehna a je překryt velkým hýžd'ovým svalem (musculus gluteus maximus). Druhým důležitým útvarem je trn sedací kosti (spina ischiadica).

## Kost stydká

Leží v přední části pánevní kosti, rovněž je tvořena dvěma rameny. V acetabulu se s kostí kyčelní pojí horní rameno, kde se nachází hrbolek (tuberculum pubicum). Upínají se na něj přímé břišní svaly a tříselný vaz. Dolní rameno srůstá s dolním ramenem kosti sedací.



Obrázek 1: Kostí pánve

Zdroj: Blausen.com (2014)

## **Kost křížová**

Poslední úsek páteře, který má tvar trojúhelníku a vznikl srůstem 4-5 křížových obratlů a jejich těl s výběžky. Kostrč představuje významné místo ve spojení s křížovou kostí pro pohybový aparát, protože se na ni upínají svaly pánevního dna (Tichý, 2006).

### **2.1.2 Svaly pánevního dna**

Dle Hurtíkové (2023) se svaly pánevního dna nacházejí na dně pánve a mají nálevkovitý tvar, jimž připomínají houpací síť. Pánevní dno je protějšek bránice, podílí se na dýchací funkci a je součástí hlubokého stabilizačního systému.

Pánevní dno je tvořeno dvěma funkčními celky: diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale (Dylevský, 2009).

#### **Pánevní dno (diaphragma pelvis)**

Diaphragma pelvis je tvořena těmito svaly: kostrčový sval (musculus coccygeus), zvedač konečníku (musculus levator ani) a zevní svěrač konečníku (musculus sphincter ani externus).

#### **Kostrčový sval (musculus coccygeus)**

Sval trojúhelníkovitého tvaru, který je bohatý na vazivové snopce a hustou síť nervových větví (Marek, 2005).

#### **Zvedač konečníku (m. levator ani)**

Plochý sval, který má dvě části. První je klička m. puborectalis. Ta hraje klíčovou roli při udržování kontinence stolice. Tento sval se při defekaci uvolňuje, což umožňuje stolici volně procházet análním kanálem a poté se opět stáhne. Druhým svalem je iliokokcygeální část levátoru. Vede od kosti stydké až po trn sedací kosti a ke kostrči. Společně s puborectalis tvoří levátor ani, který stabilizuje orgány břišní a pánevní. Brání jejich vypadnutí z břišní dutiny a stabilizuje dělohu (Marek, 2005; Dylevský 2009).

#### **Zevní svěrač konečníku (musculus sphincter ani externus)**

Sval kruhovitého tvaru, který se neupíná ke skeletu, a tudíž ani ke kostrči. Skládá se z povrchové části (pars subcutanea), střední části (pars superficialis) a hluboké části (pars profunda). Pars subcutanea je svalový prstenec, který se nachází pod kůží okolo análního otvoru. Je fixován pruhy vaziva a hladké svaloviny ke kůži okolo análního otvoru, kterou svým smrštěním vtahuje a zřasuje. Pars superficialis tvoří kruh a pars

profunda vede směrem vpřed do diaphragma urogenitale (Tichý, 1984, citováno dle Marek, 2005).

### **Diaphragma urogenitale**

Podle Dylevského (2009) má ploténka trojúhelníkovitý tvar, která je vymezena krajem spony stydké a sedacími hrboly, mezi kterými se pne. Nachází se zde 2 svaly: m. transversus perinei profundus a m. transversus perinei superficialis. Významnější je m. transversus perinei profundus, který tvoří většinu diaphragma urogenitale a v přední části PD uzavírá a fixuje poševní vchod a močovou trubici.

### **2.1.3 Primární patologie spojené s poruchami kostrče a pánevního dna**

Pánevní dno je vazivově svalový systém. Jedna z nejdůležitějších struktur v lidském těle, která propůjčuje dynamickou podporu močovému měchýři, močové trubici, pochvě a konečníku. Svaly PD se automaticky a synchronně aktivují s břišními svaly, bránicí a hlubokými zádovními svaly okolo páteře. Zapojují se při fyziologickém nádechu, při lokomoci, ale i při statickém zatížení. Dohromady tyto svaly nazýváme jako hluboký stabilizační systém páteře a zajišťují nám stabilitu a oporu trupu a pánve. Spodina ústní spolu s horní hrudní aperturou, bránicí a pánevním dnem vytváří přirozené, horizontálně postavené přepážky. Pro jejich správnou funkci je potřeba vzájemný soulad a spolupráce. Narušení v jednom segmentu znamená patologii v celém systému. Takto vznikají řetězové reakce a možné funkční poruchy pohybového aparátu (Tichý, 2006; Hurtíková, 2023).

### **Pánevní dno a křížokyčelní klouby (SI klouby)**

Kontrakce svalů pánevního dna v rámci syndromu kostrče a pánevního dna často způsobuje blokádu sakroiliakálního kloubu, což zjistíme pomocí vyšetření. Kijáková a Tichý (1998) uvádějí, že syndrom kostrče je spojen s uzavěrem tohoto kloubu. Po protažení svalů pánevního dna obvykle dochází k automatickému uvolnění této blokády.

### **Spazmus svalů pánevního dna a stabilita těla**

PD je důležité místo osového orgánu a má velký vliv na funkci těla jako celku. Je tedy zřejmé, že se podílí a působí na stabilitu těla (Nováková et al., 1998).

Marek (2005) při výzkumu na tenzometrické desce zjistil, že protažení svalů PD má viditelný vliv i na posun těžiště, a to až o celých 7 cm.

## **Pánevní dno a lumbosakrální oblast**

Klinická praxe naznačuje, že u pacientů s diagnózou syndromu kostrče a pánevního dna jsou pozorovány patrné výrazné asymetrie v pánevní a bederní části. Tichý et al. (1990) za využití metody stínového Moiré, s čtyřmi základními bodovými referencemi (S1, L2, C7 a spinae iliacae posteriores superiores), prokázal, že po protažení svalů pánevního dna dochází k charakteristickým reakcím. Ty zahrnují symetrizaci bodů, prodloužení v kraniokaudálním směru a přiblížení jejich svislé osy k ose těla.

## **Pánevní dno a adduktory kyčelního kloubu**

Adduktorový příznak, známý též jako "adductor sign", je projevem křečí adduktorů spojený s přítomností trigger bodů. Tento jev ustupuje po uvolnění napětí svalů pánevního dna. Z anatomického hlediska kostrč a adduktory kyčelního kloubu nesdílí žádné spojení. Nicméně možným vysvětlením může být funkční propojení patologií: kostrč – m. levator ani – adduktory. M. levator ani se upíná v blízkosti symfýzy pubis od zadní plochy stydkých kostí a adduktory začínají na dolním okraji stydké kosti. (Marek, 2005).

### **2.1.4 Sekundární patologie spojené s poruchami kostrče a pánevního dna**

Tento stav je spojen s částečnými projevy kostrčového syndromu, nicméně primární příčina se nenachází v kostrči a pánevním dnu, ale lokalizuje se v jiných částech těla. Silné vazy pánve (ligg. sacrospinale a sacrotuberale) a svaly pánevního dna (m. levator ani a m. coccygeus) představují významnou křížovatku, přes kterou vede spousta důležitých řetězců funkčních poruch.

Například jeden z těchto řetězců může vycházet z plosky nohy, pokračovat přes kotník, lýtkovou kost, a nakonec vést k nadměrnému napětí dvouhlavého svalu stehna v oblasti sedacího hrbolu. Tento stav může následně postihnout i druhou polovinu těla a pokračovat až k rameni. Pro léčbu této funkční poruchy v oblasti pánevního dna není postačující pouze protažení svalů PD, ale musíme cílit na dolní končetinu a odhalit její původ.

Marek (2005) proto doporučuje nejdříve vyloučit všechny možné sekundární příčiny a diagnózu primárního syndromu kostrče a pánevního dna stanovit až po tom, co příznaky přetrvávají navzdory všem terapeutickým opatřením.

## 2.2 Močová inkontinence

Definice inkontinence, dle ICS, je jakýkoliv nedobrovolný a samovolný únik moči. Dříve byl tento stav definován jako nechtěné odtékání moči způsobující medicínsko-psychologické a sociálně-hygienické problémy a je objektivně prokazatelný.

Poruchy v souhře plnicí a vyprazdňovací fáze funkce močového měchýře jsou důsledkem tohoto symptomu, nikoli přímo onemocnění samotného. Onemocnění je diagnostikováno v situaci, kdy se projevují zdravotní či jiné obtíže a má dopad na kvalitu života postižených pacientů (Slezáková, 2011).

Zikmund (2001) uvádí: „*Některá sledování prokazují, že téměř 50 % všech žen trpí občasnou inkontinencí, ale z nich 10-20 % navštíví lékaře. Z nich jen polovinu je třeba operovat.*“ Roztočil (2011) ve své knize udává fakt, že z 230 000 žen, které v průřezové studii sledovali, má jedna ze čtyř symptomy inkontinence.

Také se udává, že celková prevalence močové inkontinence se u netěhotných žen starších 20 let se pohybuje mezi 10 až 17 % (O'Halloran et al., 2012).

### 2.2.1 Příčiny a rizikové faktory

Inkontinence moči má multifaktoriální povahu. K řešení příčin, diagnostice a léčbě je zapotřebí komplexní přístup, veliká škála odborníků a individuální řešení pro každého pacienta (Adamík, 2012).

Z řad odborníků na inkontinenci se můžete v běžném životě setkat s gynekologem, urologem, praktickým lékařem, neurologem, pediatrem, geriatrem, onkologem, fyzioterapeutem a dalšími specialisty.

Faktory, které do značné míry ovlivňují stav a funkčnost pánevního dna jsou věk, pohlaví, porod, kvalita pojivové tkáně dna pánevního, obezita, kouření, nádory, metabolické poruchy, infekce močových cest, gynekologické operace a omezená nebo přehnaná fyzická aktivita.

Základním předpokladem pro zadržení objemu moči v močovém měchýři je stav, kdy tlak v močové trubici převyšuje tlak v močovém měchýři. Musí to takto být i při různých činnostech, kdy narůstá vnitrobřišní tlak jako například běh, skok, kašel, kýchnutí, smích, cvičení a zvedání těžkých předmětů. Správně by měl fungovat mechanismus přenášení intraabdominálního tlaku na oblast močové trubice, jinak by pokaždé moč unikala (Roztočil, 2011).



Bø & Nygaard (2020) ve svém výzkumu předpokládají, že u sportujících mladých žen, které za sebou nemají vaginální porod, může být spouštěčem inkontinence, i mimo jiné, sportovní aktivita. Třeba zmínit, že sportovní aktivita může mít pozitivní dopad na PD. Mírná až střední fyzická aktivita, jako je například chůze, snižuje riziko močové inkontinence. Sportovkyně mají asi třikrát vyšší pravděpodobnost močové inkontinence ve srovnání s osobami v kontrolní skupině. Existují určité důkazy, že namáhavé cvičení může způsobit a zhoršit prolaps pánevních orgánů, ale údaje jsou rozporuplné.

Často se močová inkontinence vyskytuje u sportů s vysokou zátěží, a to především u vrcholových sportovkyň. Může se u nich vyskytovat ochablost PD, sestup hrdla močového měchýře, únava svalů PD, hypermobilita uretry nebo energetický deficit (Laino et al., 2023).

Fyzická aktivita s vysokým dopadem zahrnující opakované a náhlé zvýšení nitrobřišního tlaku je spojena s vyšší mírou inkontinence u žen (Goldstick & Constantini, 2014).

Předpokládá se, že právě onen zvýšený intraabdominální tlak natahuje svaly a vazy pánevního dna, což vede k jejich únavě a poškození tkání (Joseph et al., 2021).

Také se předpokládá, že ochablost pubouretrálního vazů vede k aktivnímu otevření močové trubice (funneling) okolními svalovými silami, což vede ke ztrátě moči (Petros & Kinsky, 1999).

## **2.3 Důsledky močové inkontinence**

### **2.3.1 Finanční důsledky**

Močová inkontinence je globální problém, který zahrnuje ekonomické důsledky týkající se pacientů, pečujících a plátců zdravotního pojištění, kteří za péči o inkontinentní občany hradí formou pojišťovnických fondů. Z těchto celospolečenských fondů se platí prevence, diagnostika, konzervativní i chirurgická léčba a kompenzační pomůcky. Finanční náklady na diagnózu a léčbu jsou přirovnatelné finančním nákladům jako u cukrovky. Očekávaný nárůst stárnoucí populace, jíž se inkontinence může týkat, počítá i s vysokým stoupáním nákladů. Náklady přímé jsou spojeny s léčbou a péčí osobám s močovou inkontinencí jako jsou vyšetřovací úkony, farmakoterapie, operace, fyzioterapeutické a rehabilitační postupy, ošetřovatelé a hospitalizace pacientů. Co se týče nepřímých nákladů, tak sem náleží psychosociální a pracovně-kulturní důsledky

jako jsou pracovní neschopnost, nižší pracovní produktivita a možná invalidizace. Pro pacienta jako takového znamená inkontinence útratu za léky, kompenzační pomůcky a ošetrovatelskou službu.

### **2.3.2 Fyzické důsledky**

Jako přímý fyzický následek inkontinence se počítá podráždění intimních míst, kvůli působení moči na okolní kůži, zvýšení pH a celkovému oslabení ochranné funkce pokožky. S tím souvisí i různé opruzeniny, vysušená pokožka, rozmočená pokožka, vznik dekubitů u imobilních jedinců a jiné. Nepřímým fyzickým důsledkem je alergická reakce, vedlejší účinky léků a komplikace spojené například s léčbou zánětu pomocí antibiotik.

### **2.3.3 Psychosociální důsledky**

Největší dopad má inkontinence na psychosociální potřeby, a to především na sebepojetí a sebeúctu. Ženy pociťují selhání, ztrátu důstojnosti, povědomí o sobě, dotknutí se intimity a autonomie. S tím je spojený stres, strach, nejistota a stud z možného zápachu nebo pomočení. Všechny tyto okolnosti vedou ke změnám v chování jako je uzavírání se do sebe, omezení činností, ztráta kontaktů a může to vést až k depresivním stavům (Sochorová & Vránová, 2008).

## **2.4 Klasifikace močové inkontinence**

Jednotlivé typy močové inkontinence se určují podle symptomů. Existuje několik klasifikací a rozdělení. Hlavní materiál týkající se tohoto problému vypracovala ICS, která uvádí tato dělení:

### **2.4.1 Uretrální inkontinence moči**

Ta se dále dělí na:

- **Urgentní inkontinence moči**

Urgentní inkontinence (dále jen UI) se vyznačuje naléhavým nutkáním k mikci s nechtěným únikem moči. Zapotřebí je odlišit fyziologické nucení na močení při plném močovém měchýři od tohoto abnormálního stavu. Rozlišuje se motorická a senzoričká urgentní inkontinence. Motorická UI je způsobena nestabilním detrusorem vlivem poruchy inhibice z centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Za senzoričkou UI stojí

hypersenzitivní detrusor. Jeho receptory jsou drážděny například při nádoru nebo cystitidě, ale kontrakce mohou vzniknout i spontánně při plnicí fázi močového měchýře.

- **Stresová (SI)**

Stresová inkontinence (dále jen SI) je stížnost na nežádoucí únik moči při zvýšení nitrobršního tlaku bez současné kontrakce detrusoru. V tomto případě je správná funkce vylučovacího systému narušena a tlak v močovém měchýři převyšuje tlak v močové trubici (Hanuš & Macek, 2015).

- **Reflexní únik moči**

Důsledkem detrusorové hyperflexie při neurogení příčině. Tato inkontinence je důsledkem onemocnění CNS nebo úrazu mozku či míchy. Měchýř se chová reflexně, jako je tomu u kojenců (Mareš et al., 2005).

- **Paradoxní ischurie**

Jinak také overflow inkontinence, je odkapávání z přeplněného měchýře v důsledku zánětu, neurologického onemocnění nebo mechanické či funkční překážky apod (Hanuš & Macek, 2015).

#### **2.4.2 Extrauretrální inkontinence moči**

Extrauretrální inkontinenci popisuje Zikmund (2001) jako trvalý únik moče mimo uretru, příčinou mohou být:

- **Vrozené vývojové vady močového traktu**

Příkladem může být rozštěp močové měchýře (extrophia vesicae) nebo ektopické vyústění uretru (Hanuš & Macek, 2015).

- **Získané vady močového traktu**

Zde se jedná o pooperační a pouřazové fistuly (Slezáková et al., 2017).

### **2.5 Sport a močová inkontinence**

Lidé stále více dbají na zdravý životní styl. Intenzivní cvičení může negativně ovlivnit pánevní dno. Močová inkontinence je rozšířeným problémem u žen bez ohledu na jejich sportovní aktivitu. Nejčastěji se projevuje jako stresová MI. Vyskytuje se v mnoha sportech a může vážně ovlivnit běžný život nebo trénink, což může vést k úpravám nebo ohrožení výkonu či riziku zranění (de Mattos Lourenco et al., 2018).

Bø (2004) prezentuje dvě hypotézy u sportovců týkající se dysfunkce pánevního dna související se sportem. První hypotéza naznačuje, že sportovkyně disponují silnými svaly pánevního dna, ale vlivem intenzivní fyzické aktivity se zvyšuje nitrobřišní tlak, což zvyšuje riziko MI. Druhá hypotéza předpokládá, že svaly pánevního dna u sportovkyň jsou přetížené, natažené a oslabené v důsledku zvýšeného nitrobřišního tlaku.

Cílem studie Almousa a Bandin Van Loon (2019) bylo systematicky přezkoumat studie zabývající se prevalencí močové inkontinence u bezdětných sportovkyň. Do tohoto systematického přehledu bylo zahrnuto 23 studií. Prevalence inkontinence moči měřená při sportovní aktivitě se pohybovala od 5,7 % do 80 %. Prevalence močové inkontinence se liší v závislosti na typu sportu. Zjištění naznačují, že močová inkontinence se u sportovkyň vyskytuje často, zejména u těch, které se věnují sportům s velkým dopadem na podložku (např. gymnastika, cheerleading...).

## **2.6 Léčba**

Slezáková a kolektiv (2017) popisuje, že ústředním cílem terapie inkontinence je dosažení úplné kontinence, redukce obtěžujících symptomů, prevence nových komplikací a zlepšení celkové kvality života pacientů. Dělí se na léčbu konzervativní a chirurgickou.

### **2.6.1 Konzervativní léčba**

Pro SI je stanovené nepsané pravidlo, že před provedením chirurgického zákroku, by měly být využity všechny dostupné neinvazivní metody. Terapie musí být odůvodněna a uzpůsobena individuálním potřebám a preferencím pacientky. Je potřeba pacientku informovat, že zdařilost léčby závisí na stupni močové inkontinence. Zároveň pro konzervativní léčbu platí, že žena musí být motivována provádět některá cvičení poctivě doma (Hanuš & Macek, 2015).

Mudr. Pavol Skalka (2002) ve své práci popisuje konzervativní léčbu jako mezioborovou a komplexní terapii, která vyžaduje pro její úspěšnost spolupráci mnoha odborníků.

### **Vaginální konusy**

Stanislav Plevník v roce 1985 přispěl do fyzioterapie pánevního dna tím, že začal používat k posílení svalů PD závaží. Má tvar konusu, který v pochvě stimuluje svaly

tak, aby se reflexně stahovaly a uvolňovaly. Bez těchto volných kontrakcí by nebylo možné závaží udržet na svém místě. Sada konusů obsahuje závaží různé váhy. Začíná se na nejnižších 20 gramových. Po udržení konusu této váhy po dobu patnácti minut denně se přechází zvolna na vyšší. Takto se pacientka může dostat až na váhu 150 gramů. Nejde o cvičení jako takové, protože žena se konus po zavedení snaží pouze udržet uvnitř pochvy za běžných činností. Čím vyšší je hmotnost, tím je kontrakce svalů silnější, a tím posiluje urogenitální sfinkter. Sfinkter je poté schopnější efektivně sevřít lumen močové trubice. Tento typ terapie se doporučuje od týdne až po půl rok a jeho úspěšnost je téměř 50 % (Ryšánková, 2021).

### **Kegelovy cviky**

Ve 40. letech 20. století sestavil kalifornský lékař Arnol Kegel soustavu cviků pro své pacientky. Zaměřovali se především na rehabilitace svalů pánevního dna. Doporučené dávkování cviků je 3x za den po dobu 2 minut. Pozitivní vidinou do budoucna pro ženy cvičící pravidelně Kegelovy cviky je, že až u 75 % pacientek se projevuje zřetelné zlepšení úniku moči, pokud se jedná o mírnější stupeň (Hanus & Macek, 2015).

1. Fáze – vizualizace: Doporučuje se anatomicky poznat vlastní tělo tím, že pomocí zrcátka prohlédnete zevní genitálie při uvolněných a zapojených svalech během cvičení. To zahrnuje stažení pochvy, konečníku a močové trubice;
2. Fáze – relaxace: Postupně se procvičují svaly konečníku, pochvy a močové trubice nezávisle na sobě. Vzhledem k tomu, že nácvik je náročný (obtížné znázornění cviků v praxi), je vhodné provádět cviky vleže na zádech;
3. Fáze – izolace: Nácvik posílení těchto svalů vyžaduje, aby byly stahovány pouze svaly pánevního dna, nikoli svaly břišní a hýžděové. Roztočil ve své knize Moderní gynekologie uvádí, že nácvik je možný také při močení, kdy se žena snaží přerušovat proud moči, nebo vložением dvou prstů do pochvy. Prsty jsou mírně oddálené a při stažení svalů pánevního dna, resp. pochvy, se prsty přiblíží k sobě;
4. Fáze – Stažení svalů je prováděno po dobu jedné až sedmi vteřin, s opakováním 80 až 300 stahů denně. Anatomicky se jedná o svaly, které jsou schopny rychlého stažení s krátkou výdrží, a svaly, které mají pomalý nástup stažení, ale mohou být stažené po delší dobu. Pro procvičení obou skupin svalů je vhodné

provádět série rychlých stahů s krátkou výdrží a pomalých stahů s dlouhou výdrží (Roztočil, 2012, str. 528).

### **Metoda Ludmily Mojžíšové**

Rehabilitační pracovnice Fakulty tělesné výchovy a sportu (neboli FTVS) Ludmila Mojžíšová, která svým objevem metody svalového cvičení dokázala dosud nemožné – odstranit některé druhy funkční sterility žen a uvolnit svalové spazmy v oblasti páteře a pánevního dna, zlepšit držení těla a zmírnit či odstranit potíže s inkontinencí. Dlouhá léta se věnovala sportovcům a pečovala o jejich přetížené a unavené svaly. V roce 1983 byla její metoda představena v Bratislavě na lékařské konferenci. Navrhla, aby její metoda byla metodou první volby, dříve, než bude následovat operativní či jiné medikamentózní léčby. To v roce 1991 uznal ministr zdravotnictví Bojar. Ludmila školila sestřičky po celé republice.

Rehabilitační metoda se skládá z 12 cviků, kdy je 10 určeno ženám a poslední dva cviky jsou speciálně pro muže na zlepšení spermatologického testu. Cviky jsou prováděny postizometricky, kdy se při nich klade velký důraz na správné dýchání, které zde působí facilitačně. Významnou roli při tomto cvičení hraje i relaxační část, která je důležitá k uvolnění pánevního dna. V sestavě cviků jsou také cviky, které mají mobilizační či protahovací účinek (Strusková & Novotná, 2017).

### **Feldenkraisova metoda – pánevní hodiny**

Feldenkraisova metoda představuje mezinárodně uznávaný přístup k porozumění lidskému tělu. Jejím tvůrcem byl Moshe Feldenkrais (1904-1984), fyzik, pedagog a vášnivý sportovec, který čerpal ze svého vědeckého bádání i osobních zkušeností. Zkoumal lidskou motoriku a psychiku. Kvalifikaci k vedení individuálních lekcí „Funkční integrace“ či skupinových lekcí „Pohybem k sebeuvědomění“ získávají lektoři až po absolvování čtyřletého akreditovaného výcviku.

Tato metoda je komplexní psychosomatický přístup, kdy se skrze vědomý pohyb učíme vnímat vlastní tělo. Specifické charakteristiky a zásady, kterými se odlišuje od jiných: uvědomění, pomalé tempo, respekt k hranicím, odpočívání, zapojení představivosti a posloupnost.

Pánevní hodiny (The Pelvic Clock) jsou založeny na konceptu vizualizace hodinového ciferníku v oblasti pánve, při níž jsou vedeny pohyby směrem k jednotlivým číslicím. Tato lekce je vhodná pro všechny věkové kategorie pro její vliv na zdraví člověka.

Prispívá k propojování těla podporuje svalovou harmonii, zvyšuje tělesné povědomí, zlepšuje stabilitu a pozitivně ovlivňuje vzor dýchání. Výuka má 4 fáze. První fáze je „body scan“, kdy na cvičební podložce vleže na zádech, s rukama podél těla a volně napnutýma nohama, vnímáme uvolněné tělo. V druhé fázi si vizualizujeme hodinový ciferník na pánvi, zásadní jsou čísla 3 a 9, 6 a 12. Třetí fáze je precizní práce s ciferníkem např. při pohybu směrem ke 12 podsazujeme pánev, a naopak při pohybu směrem k 6 vysazujeme. V poslední fázi cvičení se přistupuje k plynulému pohybu pánve, zvýšení povědomí o pohybových vzorcích a adaptaci změn, jak v leže, tak i ve stoje a chůzi (Vařeková et al., 2019).

### **Postizometrická relaxace**

Lewit (2003) řadí techniku postizometrické relaxace mezi techniky využívající facilitaci a inhibici. Technika má za účel uvolnit svalové napětí. Základem postizometrické relaxace (dále jen PIR) je vhodná pozice, ve které je sval protažen na maximální délku bez pocitu bolesti. Následuje izometrická kontrakce daného svalu po dobu nejméně 10 sekund, a nakonec samotná relaxace v minimální délce 10 sekund. Pokud relaxace pacienta vede k většímu rozsahu pohybu, můžeme zkrátit izometrickou fázi. Naopak, pokud k většímu rozsahu nedochází, prodlužujeme izometrickou fázi. Tento postup opakujeme tak dlouho, dokud každý cyklus přináší větší rozsah pohybu. Obvykle to znamená 3-5 opakování.

### **Elektrostimulace**

Používají se povrchové elektrody na pokožce pacienta nebo se zavádějí elektrody do pochvy, kde stimulují vybrané svalstvo a nervy. Elektrostimulace přináší analgetický účinek a posiluje svaly malé pánve a sfinkteru a mění statiku pánve. Při této léčbě dochází k uvolňování endorfinu s analgetickými, anxiolytickými a relaxačními účinky. To celé probíhá na míšní úrovni. Léčba je velice individuální, avšak standardní elektrostimulace probíhá 10-20 minut (Urban & Heráček, 2023).

### **Pánevní dno postavené na nohy**

Koncept, který vytvořil Mudr. Petr Skalka na močovou inkontinenci nahlíží více komplexně a v rehabilitaci pracuje s celým tělem. Tělo představuje jeden funkční celek.

V anamnéze pacienta se zaměřuje především na vadné držení těla – plochonoží, hyperlordóza či hyperkyfóza. Objevují se zde operace v části břišní dutiny nebo pánevního dna. Riziková je i obezita, nízká fyzická aktivita, sterilita, porody, sedavé

zaměstnání, astma. Pacienti si stěžují na bolesti hlavy, šíje, v kříži, depresivní náladu nebo poruchy spánku. Vhodné by bylo nechat pacienta se projít ve spodním prádle, kde se dá snadno povšimnout tvrdé chůze bez měkkého došlápnutí chodidla, zevní rotace v kyčlích (svědčí o zkrácení abduktorů) a vybočené špičky ven (oboustranně či jednostranně), halluces valgi a pozitivní S-reflex. Můžeme si všimnout i špatného dechového vzoru, kdy je viditelný horní typ dýchání do podklíčků a ramena se zvedají při nádechu.

Záměr konceptu je správně zapojit pánevní dno v různých posturálních pozicích bez volní korekce. Problémové oblasti vyžadující řešení se dají rozdělit do čtyř hlavních kategorií. Nezbytné je sledovat pokrok ve všech oblastech současně. Korigovat držení a postavení těla, zlepšit stabilitu kloubů a pravidelně se věnovat relaxačním a dechovým cvičením. Důležité je motivovat pacienta ke snížení hmotnosti a zvýšení aerobní výkonnosti. Po dosažení této fáze následuje cílené posílení svalů PD.

Skalka (2002) se cíleně zabývá narušenou aferentací, kdy aferentní informace, které směřují do CNS, odrážejí stav dráždění receptorů v periférii. Klíčová místa pro nastavení polohy těla v prostoru jsou chodidla, oblast pánve, sakroiliakální skloubení a oblast šíje. U chodidla je prokázána spojitost se změnou postavení pánve a aktivace hlubších vrstev svalů PD. Cviky jsou prováděné zprvu na míči v sedě, přes stoj se přejde až na labilní plochy, kde se dá cvičit podle Freemana a Jandy. Co se týče spojitosti šíje a PD, tak pro ně jsou společné znaky zvýšené svalové napětí v klidu, neschopnost uvolnění při zatížení limbického systému jako je emoční nerovnováha.

### **Ostravský koncept**

Metoda tzv. „Ostravského konceptu“ spojuje posturální přístup (metodika či přístup k léčbě, který se zaměřuje na správné držení těla) a procvičování izolovaných kontrakcí jednotlivých funkčních vrstev svalů pánevního dna. Tato metoda je úspěšná v léčbě hyperaktivního měchýře a stresové inkontinence.

V úvodní fázi jsou všechny pacientky krátce seznámeny s anatomickou a fyziologickou strukturou dolního močového traktu a PD, základními aspekty patofyziologie inkontinence a léčebnými metodami a cíli.

Následuje kineziologické vyšetření stavby svalů PD per vaginam. Léčba je sestavena a prováděna podle zjištění z kineziologického vyšetření současně s tréninkem schopností cíleného vědomého stahování svalů pánevního dna. Začíná se postupným



procvičováním jednotlivých funkčních vrstev pánevního dna, následuje izolovaný trénink pánevního dna jako celku, a nakonec začlenění do cvičení na posílení stabilizace trupu.

Účelem terapie není pouze posílení svalů pánevního dna, ale spíše zlepšení jejich funkčnosti s cílem dosáhnout co nejvyšší míry možné kontinence moči podle principu "find and use".

U žen, které nezvládnou provádět žádné nebo dostatečně kvalitní stahy svalů PD, je používána vaginální elektrostimulace s elektromyografickou (EMG) k podpoře a zlepšení aferentace a vnímání v oblasti PD v rámci kombinovaného programu, který zahrnuje biofeedback (Holaňová & Krhut, 2010).

### **Viscerální manipulace**

Viscerální manipulace je forma manuální terapie, která se zaměřuje na vnitřní orgány a jejich okolní struktury v oblasti pánve. Metoda byla vyvinuta v průběhu 20. století osteopatem Jean-Pierre Barral. Zahrnuje jemné, praktické techniky k uvolnění napětí a omezení ve svalech pánevního dna, vazech a pojivových tkáních. Je založena na principu, že orgány v našem těle nejsou zodpovědné pouze za své specifické funkce, ale hrají také roli v celkovém zdraví a pohodě těla. Cílem viscerální manipulace je obnovit správnou polohu a funkci orgánů, zlepšovat průtok krve, lymfy a nervů v dané oblasti. To může mít pozitivní dopad na okolní tkáně a struktury. Terapeut rukama posoudí pohyblivost a napětí orgánů a poté pomocí specifických technik a tlaku, působící na břicho a pánev, uvolní případná omezení nebo srůsty. Tyto techniky mohou zahrnovat protahování, kompresi a mobilizaci orgánů a okolních tkání.

Uvolněním napětí může pomoci zmírnit příznaky, jako je bolest v oblasti pánve, močová inkontinence, zácpa a sexuální dysfunkce. Může také pomoci při rekonvalescenci po porodu a zmírnit příznaky onemocnění. Ovšem pozor na některé kontraindikace jako je těhotenství, rakovina, akutní infekce, záněty atd (De Marco et al., 2022).

### **Dynamická neuromuskulární stabilizace**

Dynamická neuromuskulární stabilizace (dále jen DNS) je terapeutická metoda vytvořená prof. Pavlem Kolářem. Vychází z principů vývojové kineziologie a pracuje s přirozenými pohybovými vzorci lidského těla. Základem DNS je přesvědčení, že každý

člověk má vrozený pohybový potenciál, který byl vytvořen během jeho vývoje od raného dětství.

Metoda se zabývá dysfunkcí svalů a zaměřuje se na znovuaktivaci přirozených pohybových stereotypů, které mohou být narušeny kvůli různým faktorům. Těmi mohou být zranění, špatné držení těla nebo sedavý životní styl. Prostřednictvím specifických cvičení, která stimulují nervový systém, se daří obnovit optimální funkci posturálních svalů a centralizaci kloubů.

Při práci s metodou DNS se klade důraz na správnou polohu těla, správné dýchání a aktivaci hlubokých stabilizačních svalů páteře. Terapeuti dbají na individuální přístup ke každému pacientovi a postupně ho provádějí cvičení, která jsou přizpůsobena jeho potřebám a schopnostem. Po aplikaci DNS dochází ke zlepšení držení těla, stability a flexibility. Je možné využít i jako prevenci proti budoucím obtížím (Bílková, 2011).

## **Jóga**

Jóga je starověká praxe, která se zaměřuje na harmonii mysli a těla. Původem pochází z Indie. Zahrnuje fyzickou aktivitu spojenou s dýcháním a meditací. Podstatou všech druhů jógy je dokonalé poznání sebe sama.

Hathajóga je metoda, jejímž výchozím bodem je tělo a jeho plné vědomé ovládnutí. Vychází z pozitivních a negativních energií, symbolizovaných jako HA (slunce) a THA (měsíc). Udržení těchto energií v rovnováze je klíčem k optimálnímu zdraví. Uvědoměním si svých jednotlivých částí, jsme schopni posilovat a působit aktivně na dno pánevní (Haich, Yesudian, 2014).

Podle Pokorného (2015) je bandha v hathajóze chápána jako svázání energie v těle, která umožňuje stoupání energie a růst páteří až do temene hlavy. Existují čtyři bandhy: múla, uddijana, džalandhára a mahá.

Múla (kořen) bandha je tělesným zámkem pánevního dna. Aktivace svalů PD mezi konečníkem a perineum v oblasti hráze. Pro začátečníky je vhodný nácvik natahování nápoje brčkem.

Uddinája je zámkem břišním. Mírné vtažení a zpevnění spodní oblasti břicha pod pupíkem a vtažení spodních žeber. Zaktivizují se HSSP, což je důležité, aby se zabránilo rozvoji hyperlordózy. Cvičení může vypadat tak, že si představíme, jak si zkoušíme menší velikost kalhot a chceme si zapnout knoflík a zip. Přirozeně zatáhnete spodní část

břicha jako při uddináje. Tímto cvičením lze předejít nebo se zbavit bolesti zad, sexuální dysfunkce, lepší funkce vnitřních orgánů.

Džalandhára je zámkem krčním. Brada se po nadechnutí a následující výdrži dechu zasune do krční jamky. Při pozici svíčky, pluhu a jiných se aktivuje zcela samovolně. Má regulační účinek štítné žlázy a zamezuje překrvení mozku.

Mahá bandha kombinuje všechny předešlé bandhy a má celkový harmonizující účinek.

Hathajóga je účinná při zlepšování funkce pánevního dna a může pomoci s obtížemi s močovou inkontinencí. Nejlépe v kombinaci s dalšími terapeutickými metodami, jako je trénink pánevního dna (Wieland, 2019).

Jak uvádí Najwa (2023) ve své studii, jóga může pozitivně ovlivnit léčbu úniku moči u mladých žen. Výsledkem bylo zlepšení kvality života a posílení svalů pánevního dna.

### **2.6.2 Chirurgická léčba**

Slezáková et al. (2017), vymezuje chirurgickou léčbu jako chirurgické procedury prováděné na močovém měchýři a močové trubici s cílem obnovit anatomické uspořádání těchto struktur. V dnešní době jsou preferovány miniinvazivní chirurgické metody.

Po vyčerpání konzervativních terapeutických metod je nutné zvážit možnost chirurgického zákroku. Výběr vhodné operace se v současné době řídí algoritmem, který bere v úvahu jak funkční, tak anatomické charakteristiky postižené ženy. Cílem chirurgické léčby je zlepšit kontrolu močení a snížit únik moči.

Jedna z běžných operací je slingová plastika. Při této proceduře se vytvoří malý pás nebo „síťka“ z chirurgického materiálu, který se umístí pod močový měchýř a močovou trubici. Tento pás pak pomáhá podporovat močový měchýř a zabraňuje úniku moči.

Další běžnou možností je kolposuspendace. Tato operace spočívá v upevnění močového měchýře a močové trubice k pánevnímu svalu. Tím se zlepšuje kontrola močení.

Při chirurgické léčbě inkontinence se také často používá technika nazývaná bulking agent. Tato procedura zahrnuje injekci speciální látky do tkání kolem močové trubice, což zvýší tlak v močové trubici a zlepší uzavírání (Roztočil, 2011).

## 2.7 Prevence

Díky časným preventivním opatřením lze předejít nejen samotnému vzniku močové inkontinence, ale především zamezit rozvoji obtíží a dopadů spojených s tímto stavem.

### 2.7.1 Primární prevence

Tato prevence se týká jedinců, kteří se s daným onemocněním ještě nesetkali a netýká se jich. To ovšem neznamená, že se do budoucna s MI nebudou potýkat. Cílem této základní prevence je úplně odvrátit vznik onemocnění. Drábková (2015) popisuje několik opatření, jak toho lze dosáhnout např. pravidelné navštěvování praktického lékaře nebo jiných specialistů (urolog, gynekolog).

Dalším prostředkem jsou primární zásady prevence, kam lze zařadit:

- Přiměřené a dostatečné množství tekutin.

Snížené množství přijatých tekutin a tím způsobená dehydratace způsobuje tuhou stolicí s frekvencí méně než 3x za týden. Tím dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku a dráždění močového měchýře. Vhodné je pít vodu a jiné tekutiny po celý den, i bez aktuálního pocitu žízně. Za den by se měly vypít cca 2 litry tekutin. Při vysoké fyzické aktivitě nebo za horkých dnů by se měl také adekvátně zvýšit příjem přijatých tekutin. Omezení se však týká alkoholu a silné kávy. Naopak pozitivní vliv mají ovocné šťávy, slabé kávy, mléka, čaje, nesycené vody a polévky. Když má jedinec kvalitní hydrataci, tak se to pozná při pohledu na moč a podle zápachu. Při nesprávné hydrataci je barva moči tmavě žlutá a se silným zápachem.

- Stravovací návyky – příjem zvýšeného množství vlákniny

Při správném fungování střev, především střevní peristaltiky, je méně problémů s vyprazdňováním moči. To znamená, že je vhodné zařadit do jídelníčku více vlákniny, která je obsažena v celozrnných potravinách, obilovinách, ovoce a zelenina. Ideálně 30-60 gramů denně.

- Aktivní životní styl – fyzická aktivita

Pravidelná fyzická aktivita předchází problémům se zácpou a tím pádem i MI. U žen se stresovou inkontinencí je příhodné zařadit cviky na posílení pánevního dna např. plavání, jóga, procházky. Tyto aktivity by měly být přiměřené a přinášet jedinci dobrý pocit, nikoliv zatěžující.

- Správné hygienické a toaletní opatření (pravidelné vyprazdňování)

Tyto návyky pomáhají předejít močové inkontinenci, ale i dalším onemocněním. Močení by mělo probíhat až tehdy, když je plný močový měchýř. Moč se nechá samovolně a vlastním tempem vyloučit, netlačíme pánevním dnem, upravujeme pravidelnost vyprazdňování, dodržovat dostatečný čas k úplnému vyprázdnění (klid) a mít správné držení těla.

- Zdravý životní styl.

Zdravě žijící člověk je ten, kdo si udržuje přiměřenou hmotnost, vede pestrý a vyvážený jídelníček, pravidelně se hýbe, nebere návykové látky. Například kouření, které vyvolává chronický kašel a tím oslabuje pánevní dno, vede ke vzniku močové inkontinence.

- Rychlá a správná léčba či kompenzace akutních a chronických onemocnění

Infekce močových cest, která dráždí sliznici močových cest, vede bez radikálního zaléčení k MI. Takto chronické choroby (astma bronchiale, diabetes mellitus...), které se neléčí a nekompensují v raném stádiu, mohou vést k MI.

### **2.7.2 Sekundární prevence**

Tato prevence se zabývá osobami, které se s tímto onemocněním už potýkají. Močová inkontinence už se u nich vyskytla a nyní je zásadní, aby byla co nejdříve rozpoznána (odhalena) a zamezilo se jejímu rozvoji. Správně dodržovanými opatřeními a nastavením vhodné léčby, se může jedinec i vyléčit. Do sekundární prevence patří všechna opatření, která jsou součástí terapie močové inkontinence.

Zásady sekundární prevence, které mohou napomoci ke zlepšení stavu:

- Edukace a nácvik správného močení a trénink močového měchýře tzn. nácvik ideální mikce a dostatečným časovým intervalem mezi močením.
- Omezit a vyvarovat se rizikových faktorů (např. obezita, kouření...)
- Změna prostředí – přizpůsobit obytný prostor nemocnému
- Behaviorální postupy
- Terapie pomocí léků

### **2.7.3 Terciální a kvartérní prevence**

V této fázi se využívá psychologický přístup k pacientovi a spolupracuje se s rodinou. Tento soubor opatření je navržen k prevenci komplikací už u diagnostikovaných a léčených osob s močovou inkontinencí. Jeho účelem je zamezit rozvoji nemoci. V první řadě se při močové inkontinenci zaměřuje na dodržování léčebných postupů, rehabilitaci a edukaci pacienta. Terciální a kvartérní prevence je také zaměřena na osoby, které nejsou schopni úplného vyléčení. Vedlejším cílem je i snížit bolest a utrpení spojených s nemocí a zabránit vzniku dalších komplikací. Podporuje zavedenou terapii a minimalizuje projevy invalidity, což jsou omezení fyzických, psychických a sociálních aktivit v důsledku onemocnění (Drábková, 2015).

## **3 METODIKA VÝZKUMU**

### **3.1 Cíl výzkumu**

Cílem práce je kvantitativně analyzovat prevalenci a charakter močové inkontinence u mladých sportovkyň ve věku 18-30 let pomocí online dotazníku vlastní konstrukce.

### **3.2 Úkoly**

V bakalářské práci byly vymezeny tyto úkoly:

- A) Vyhledat odbornou literaturu, která se zabývá pánevním dnem a močovou inkontinencí.
- B) Následně pročíst studie zabývající se močovou inkontinencí u sportující populace žen, jak ovlivňuje jejich sportovní výkon a osobní život.
- C) Sestavit online dotazník s otázkami na téma močové inkontinence.
- D) Prostřednictvím sociálních sítí a oslovujícím emailem požádat sportovce o jeho vyplnění.
- E) Získané výsledky vyhodnotit ve slovní a grafické formě.
- F) Výsledky získané z dotazníku porovnat s vyhledanými studiemi a vyhodnotit.

### **3.3 Výzkumné otázky**

#### **Výzkumná otázka číslo 1:**

Jaká je prevalence močové inkontinence mezi mladými sportovkyněmi ve věku 18-30 let?

#### **Výzkumná otázka číslo 2:**

Jak informované jsou mladé sportovkyně o fungování a zdraví pánevního dna?

#### **Výzkumná otázka číslo 3:**

Jaké jsou postoje a ochota mladých sportovkyň k preventivním opatřením a odbornému školení týkajícímu se zdraví pánevního dna?

### **3.4 Metody práce**

Vzhledem k cílům a tématu bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda. Data pro výzkum byla shromažďována neinvazivní metodou v podobě online dotazníku

vlastní konstrukce. Dotazník byl anonymní a bylo ho možné vyplnit po dobu 2 měsíců (březen-květen 2024). Dotazník byl umístěn na sociální sítě (Facebook, Instagram) a šířen pomocí emailu do fitness center, posiloven a sportovních klubů. Vytvořen byl v platformě Google Forms ([www.google.com/forms](http://www.google.com/forms)) a obsahuje 24 otázek rozdělených do 4 tematických dimenzí. (viz. příloha 3). Uzavřených otázek bylo 18 (respondent musí zvolit jednu z nabízených odpovědí) a otevřených 6. Získaná data budou publikována v anonymní podobě v bakalářské práci. Výzkum byl schválen Etickou komisí FTVS pod číslem 214/2023 (viz. příloha 1). Zjednodušený text informovaného souhlasu je přiložen ve formě úvodu u online dotazníkového šetření (viz. příloha č.2).

### **3.4.1 Charakteristika zkoumaného souboru**

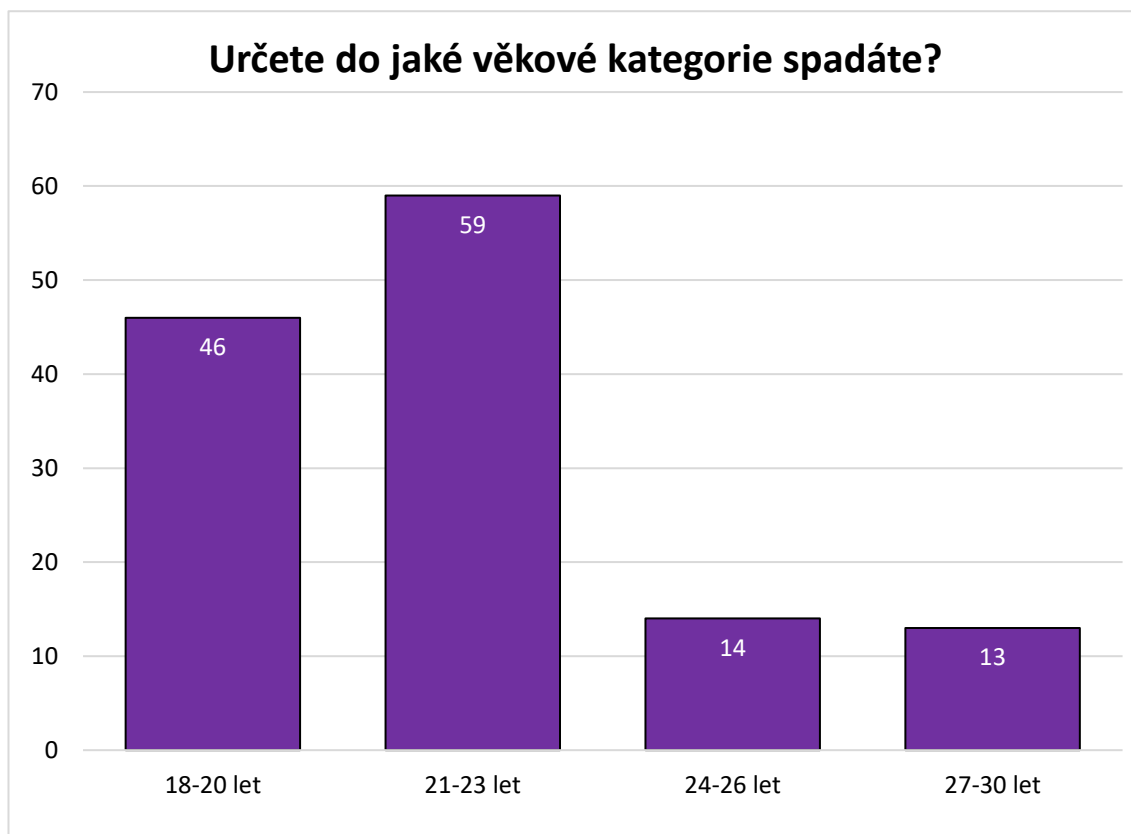
Výzkumný soubor tvořily ženy, které se aktivně věnují sportovní aktivitě v různé podobě. Dotazník byl věkově omezený, a to v rozmezí 18–30 let. Celkem se výzkumu zúčastnilo 132 žen. Nejčetnější odpovědi byly od respondentek ve věku 21-23 let (44,7 %), poté 18-20 let (34,8 %), následovaly 24-26 let (10,6 %), a nejméně početně zastoupeny byly ženy ve věku 27-30 let (9,8 %). Nadpoloviční většina se sportu věnuje rekreačně, část výkonnostně a menšina jsou vrcholové sportovkyně.



## 4 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

V této části jsou graficky a slovně zpracovány výsledky dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 24 otázek a vyplnilo ho celkem 132 respondentek. V některých otázkách byla možnost více odpovědí či otevřená odpověď.

### 1. Určete, do jaké věkové kategorie spadáte?



Graf 1: Určete, do jaké věkové kategorie spadáte? Zdroj: vlastní

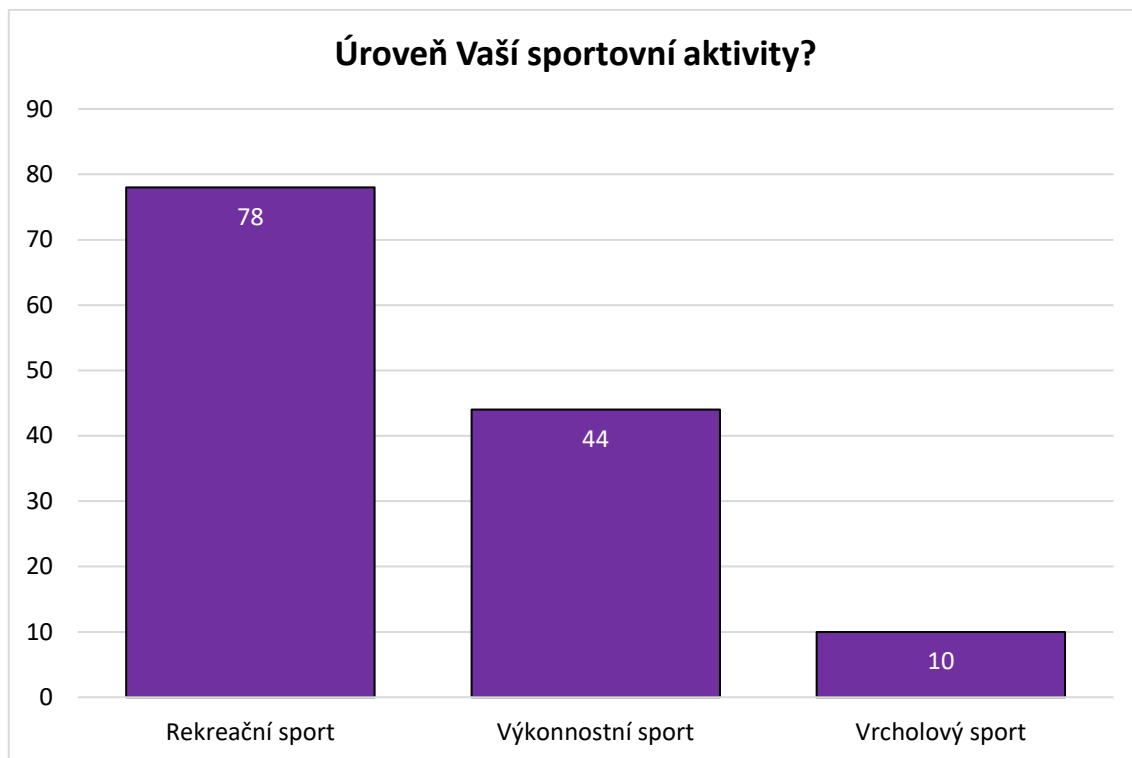
Graf č.1 zobrazuje věkovou strukturu respondentek. Největší skupinu respondentek tvoří lidé ve věku 21-23 let, a to konkrétně 59 respondentek, což představuje 44,7 % z celkového počtu. Druhou největší skupinou jsou respondenti ve věku 18-20 let. Těch je 46, což činí 34,8 % z celkového počtu. Věková kategorie 24-26 let zahrnuje 14 respondentek, což představuje 10,6 %. Věková kategorie 27-30 let zahrnuje 13 respondentek, což představuje 9,8 %.

- **Celková analýza:**

Z grafu č.1 vyplývá, že většina respondentek (79,5 %) spadá do věkových kategorií 18-20 a 21-23 let, což může naznačovat, že vzorek respondentek je tvořen převážně

mladšími dospělými. Věková struktura žen může ovlivňovat jejich odpovědi a je tedy důležité tuto informaci zohlednit při analýze a interpretaci dat v bakalářské práci.

## 2. Úroveň Vaší sportovní aktivity?



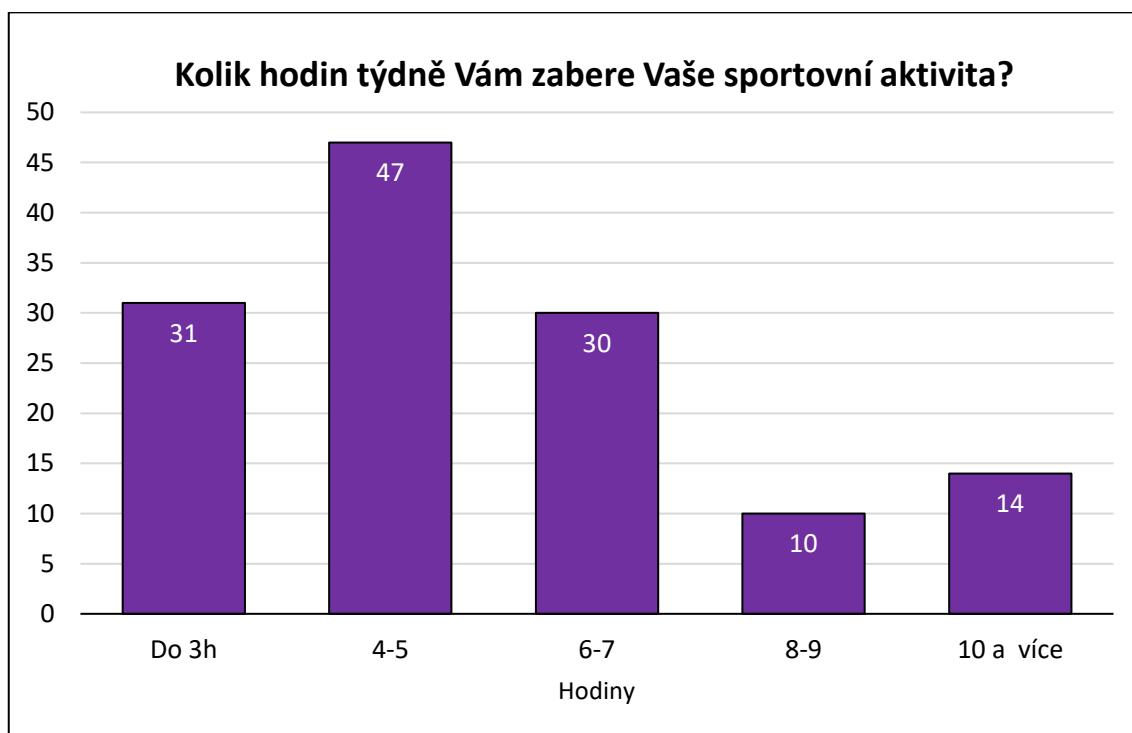
Graf 2: Úroveň Vaší sportovní aktivity? Zdroj: vlastní

Graf č.2 zobrazuje úroveň sportovní aktivity respondentek. Největší zastoupení mají respondenti, kteří se věnují rekreačnímu sportu. Těch je 78 neboli 59,1 %, což je nejvyšší počet mezi všemi kategoriemi. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří respondenti, kteří se věnují výkonnostnímu sportu. Těch je 44, což je 33,3 %. Nejmenší skupinu mají respondenti, kteří se věnují vrcholovému sportu. Těch je pouze 10, což je 7,6 % z celkových 100 %.

### • Celková analýza:

Z těchto údajů lze vyvodit, že převážná část respondentek se zapojuje do sportovních aktivit na rekreační úrovni, což může být indikátorem obecného zájmu o fyzickou aktivitu bez soutěžního nebo profesionálního zaměření. Menší, ale významná skupina respondentek se věnuje výkonnostnímu sportu, zatímco pouze malá část se věnuje sportu na vrcholové úrovni.

### 3. Kolik hodin týdně Vám zabere Vaše sportovní aktivita?



Graf 3: Kolik hodin týdně Vám zabere Vaše sportovní aktivita? Zdroj: vlastní

Graf č.3 znázorňuje rozdělení sportovních aktivit mezi sportovkyně různé úrovně, od rekreační po vrcholovou, v závislosti na počtu hodin týdně věnovaných sportu. 47 (35,6 %) sportovkyň se věnuje sportovním aktivitám 4-5 hodin týdně, což naznačuje, že tento časový rozsah je pro mnohé optimální pro udržení kondice a výkonnosti. Přibližně stejný počet žen sportuje do 3 hodin týdně, přesně 31 (23,5 %). 6-7 hodin týdně se sportu věnuje 30 (22,7 %) žen, což ukazuje na variabilitu ve věnování času sportu mezi rekreačními a výkonnostními sportovkyněmi. Pouze 10 (7,6 %) sportovkyň se věnuje sportu 8-9 hodin týdně. 10 a více hodin týdně sportovní aktivitou tráví 14 (10,6 %) sportovkyň. Tyto skupiny pravděpodobně zahrnují vrcholové sportovkyně nebo ty s větší časovou flexibilitou.

- **Celková analýza:**

Graf č.3 ukazuje, že většina sportovkyň věnuje sportovním aktivitám mezi 4 a 7 hodinami týdně. Menší skupiny věnují sportu buď méně než 3 hodiny, nebo více než 8 hodin týdně, což může odrážet rozdíly v jejich sportovní úrovni, časových možnostech nebo osobních preferencích.

#### 4. Jaký druh/y sportu provozujete?

Sport	Počet
Fitness	35
Běh	30
Tanec	19
Atletika	17
Cheerleading	10
Florbal, Jumping	9
Sportovní gymnastika	8
Cyklistika	7
Softball, Plavání, Volejbal	6
Moderní gymnastika	5
Jóga	5
Basketbal, Tenis	4
Jízda na koni, Brusle, Badminton, Aerobik	3
Pilates, Národní házená, Golf, Lezení, Fotbal, Squash	2
Rychlostní kanoistika, Body combat, Parkour, Akrobatické lyžování, Karate, Turistika, Krav maga, Slowpitch, Canicross, Požární sport, Biatlon, Olympijské vzpírání, Pole-sport, Snowboard, Kalistenika	1

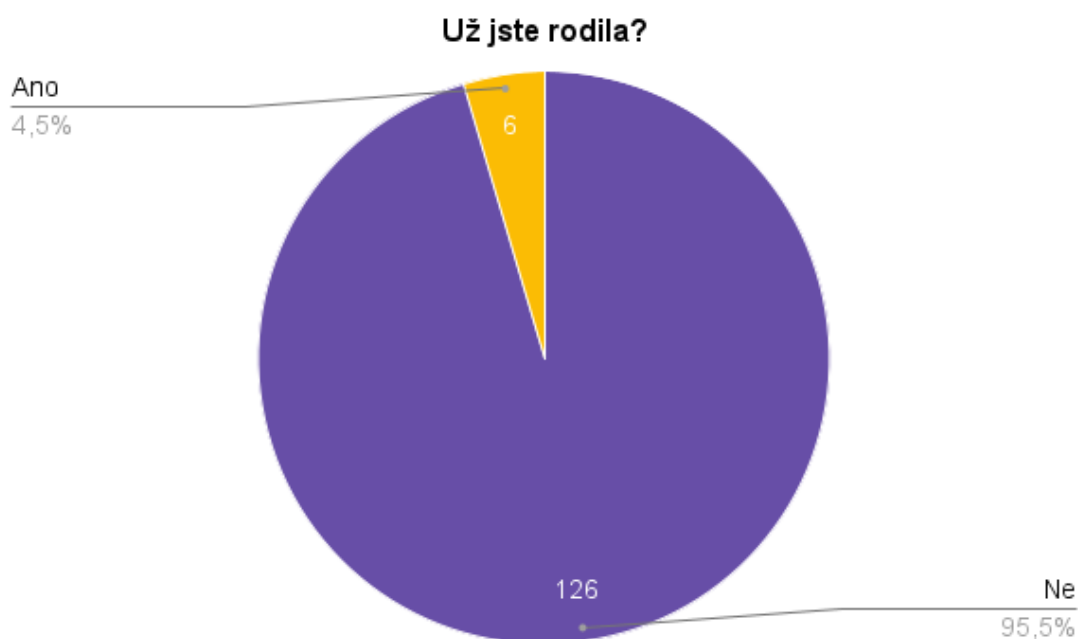
Tabulka 1: Jaký druh/y sportu provozujete? Zdroj: vlastní

Tabulka č.1 shrnuje zastoupení jednotlivých sportů. Nejčastější aktivitou je fitness (35), běh (30), tanec (19), atletika (17). Dále je cheerleading (10), florbal (9), jumping (9), sportovní gymnastika (8), cyklistika (7), softball, plavání, volejbal (každý 6). Méně zastoupené sporty jsou moderní gymnastika, jóga (každý 5), basketbal, tenis (každý 4), jízda na koni, brusle, badminton, aerobik (každý 3), pilates, národní házená, golf, lezení, fotbal, squash (každý 2), ostatní sporty jsou zastoupeny pouze 1 sportovkyní.

- **Celková analýza:**

Tabulka č.1 ukazuje širokou škálu sportovních aktivit, kterým se ženy, vyplňující dotazník, věnují. Největším zastoupením má fitness, běh, tanec a atletika. Tento přehled poskytuje komplexní pohled na rozmanitost sportovních preferencí mezi sportovkyněmi různé úrovně.

### 5. Už jste rodila?



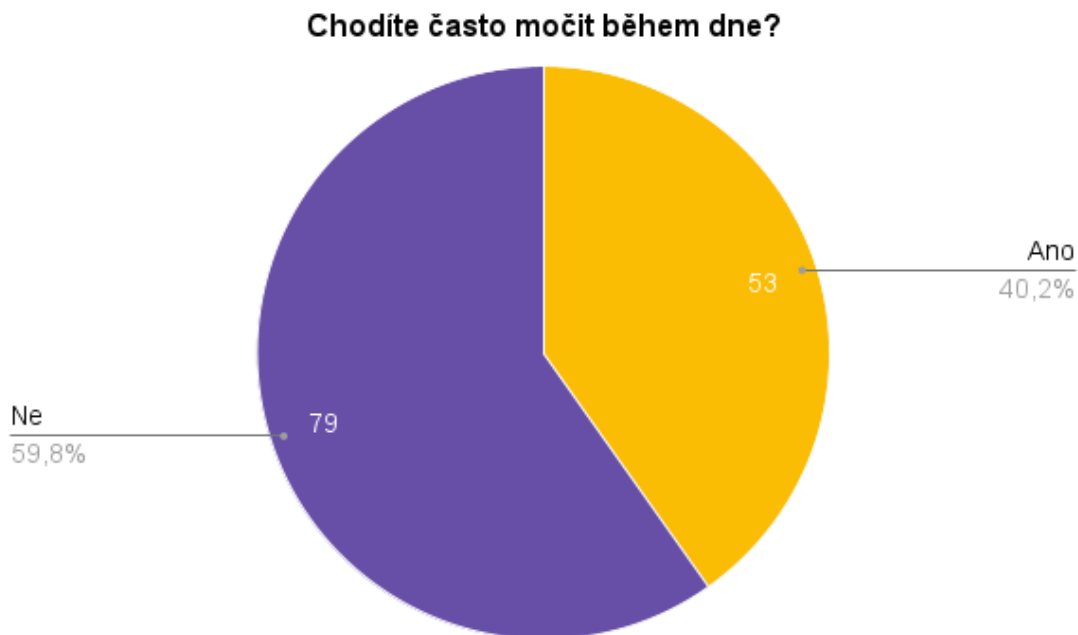
Graf 4: Už jste rodila? Zdroj: vlastní

Z grafu č.4 lze zjistit, že velká většina sportovkyň ve věkové skupině 18-30 let neprošla těhotenstvím a porodem, konkrétně 95,5 % (126 sportovkyň). Pouze 4,5 % (6 sportovkyň) v této věkové kategorii uvedlo, že rodily.

- **Celková analýza:**

Naprostá většina mladých sportovkyň ve věku 18-30 let nemá zkušenost s těhotenstvím a porodem. Toto může naznačovat, že v této věkové kategorii se ženy více zaměřují na své sportovní kariéry nebo osobní rozvoj než na založení rodiny. Ty ženy, které už rodily, mohou mít z tohoto důvodu dysfunkci pánevního dna. Ovšem stále platí, že každý případ je specifický a močová inkontinence má multifaktoriální charakter.

## 6. Chodíte často močit během dne?



Graf 5: Chodíte často močit během dne? Zdroj: vlastní

Graf č.5 zobrazuje odpovědi sportovkyň na otázku "Chodíte často močit během dne?", kde bylo respondentkám vysvětleno, co znamená "časté močení" v závislosti na jejich tělesné hmotnosti a doporučeném příjmu tekutin. 40,2 % (53 sportovkyň) uvedlo, že chodí často močit, což je definováno jako více než 7-11x denně v závislosti na tělesné hmotnosti a příjmu tekutin. 59,8 % (79 sportovkyň) odpovědělo, že nechodí často močit během dne.

- **Celková analýza:**

Graf č.5 naznačuje, že většina sportovkyň ve věkové skupině 18-30 let nemá problém s častým močením, zatímco menší část této populace čelí častějším návštěvám toalety. Tyto údaje mohou být užitečné při posuzování hydratace a zdraví močového traktu sportovkyň.

**7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla Ano, nakolik Vás obtěžovalo časté močení během dne?**

Úroveň obtěžování	Počet
Vůbec ne	12
Trochu	14
Docela	14
Poněkud více	11
Hodně	3
Velmi	4

*Tabulka 2: Nakolik Vás obtěžovalo časté močení během dne? Zdroj: vlastní*

V tabulce č.2 nejvíce sportovkyň uvedlo, že je časté močení obtěžovalo "Trochu" (14 sportovkyň) nebo "Docela" (14 sportovkyň). Poměrně velký počet sportovkyň (12) uvedlo, že je časté močení "Vůbec ne" obtěžovalo. 11 sportovkyň uvedlo, že je časté močení obtěžovalo "Poněkud více". Menší počet sportovkyň odpověděl, že je časté močení obtěžovalo "Hodně" (3 sportovkyně) nebo "Velmi" (4 sportovkyně).

**• Celková analýza:**

Tabulka č.2 naznačuje, že časté močení obtěžuje sportovkyně různou měrou. Zatímco někteří to pociťují jako menší nebo střední nepříjemnost, jiní to vnímají jako významnější problém. Tyto údaje mohou být užitečné při posuzování dopadu častého močení na každodenní život a sportovní výkony sportovkyň.

## 8. Míváte náhlý pocit nucení na močení?

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	69	52,3 %
Ne	63	47,7 %

Tabulka 3: Míváte náhlý pocit nucení na močení? Zdroj: vlastní

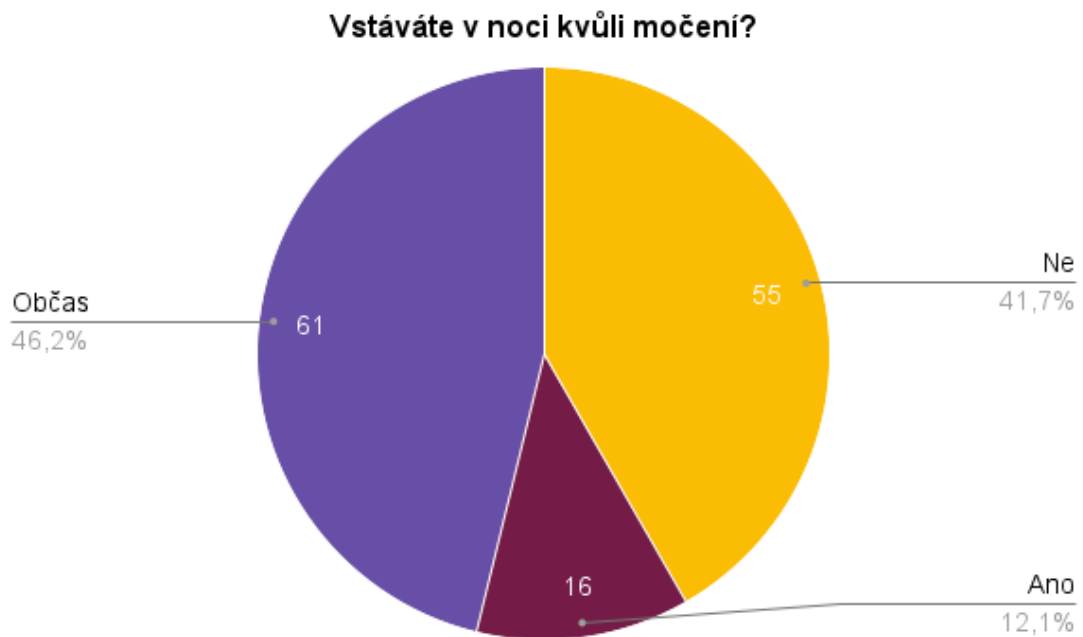
V tabulce č.3 je vidět, že 52,3 % (69 sportovkyň) uvedlo, že mívají náhlý pocit nucení na močení. 47,7 % (63 sportovkyň) odpovědělo, že náhlý pocit nucení na močení nemají.

- **Celková analýza:**

Tabulka č.3 předkládá údaje o tom, že víc jak polovina dotázaných žen náhlý pocit nucení na močení zažívá. Tyto údaje mohou být důležité pro pochopení problémů s močovým traktem mezi sportovkyněmi a mohou pomoci při vývoji strategií pro zlepšení jejich komfortu a výkonu během tréninků a soutěží.



## 9. Vstáváte v noci kvůli močení?



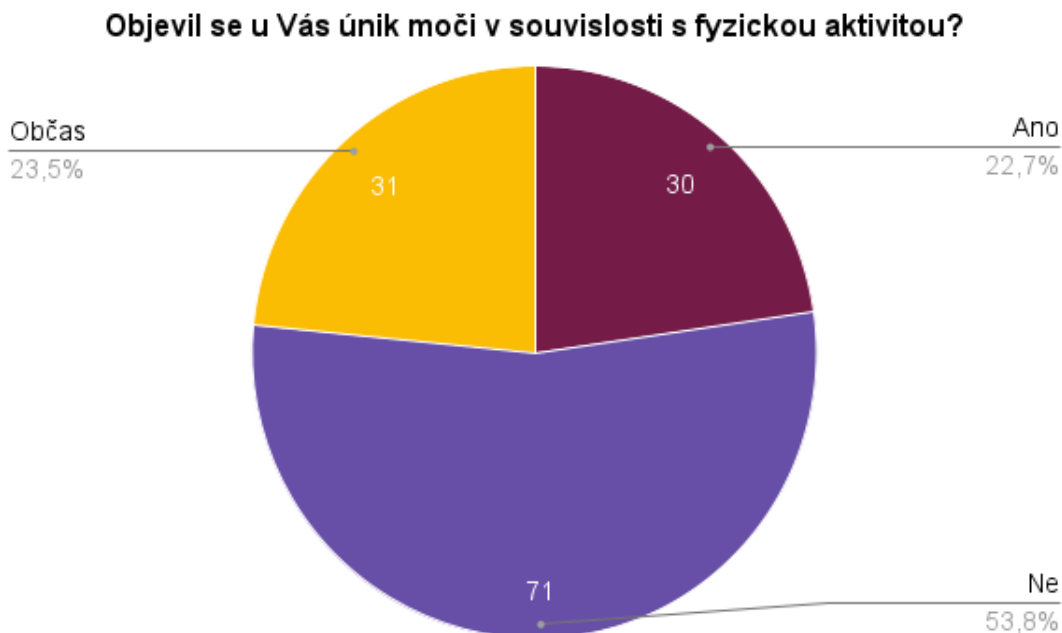
Graf 6: Vstáváte v noci kvůli močení? Zdroj: vlastní

Graf č.6 ukazuje, že největší počet sportovkyň 46,2 % (61 sportovkyň) občas vstává v noci kvůli močení. 41,7 % (55 sportovkyň) uvedlo, že nevstávají v noci kvůli močení. 12,1 % (16 sportovkyň) odpovědělo, že pravidelně vstávají v noci kvůli močení.

- **Celková analýza:**

Z grafu č.6 lze vyčíst, že vstávání v noci kvůli močení není u sportovkyň ve věkové kategorii 18-30 let výrazně rozšířeným problémem, přičemž většina respondentek vstává pouze občas nebo vůbec. Malá skupina sportovkyň, která pravidelně vstává v noci kvůli močení, by mohla mít specifické návyky nebo zdravotní problémy, které by mohly vyžadovat další zkoumání.

**10. Objevil se u Vás únik moči v souvislosti s fyzickou aktivitou (např. při zakašlání, kýchání, při zvedání těžkého břemene, běhu, cvičení, skákání na trampolíně, při pobytu ve vodě, při sexu)?**



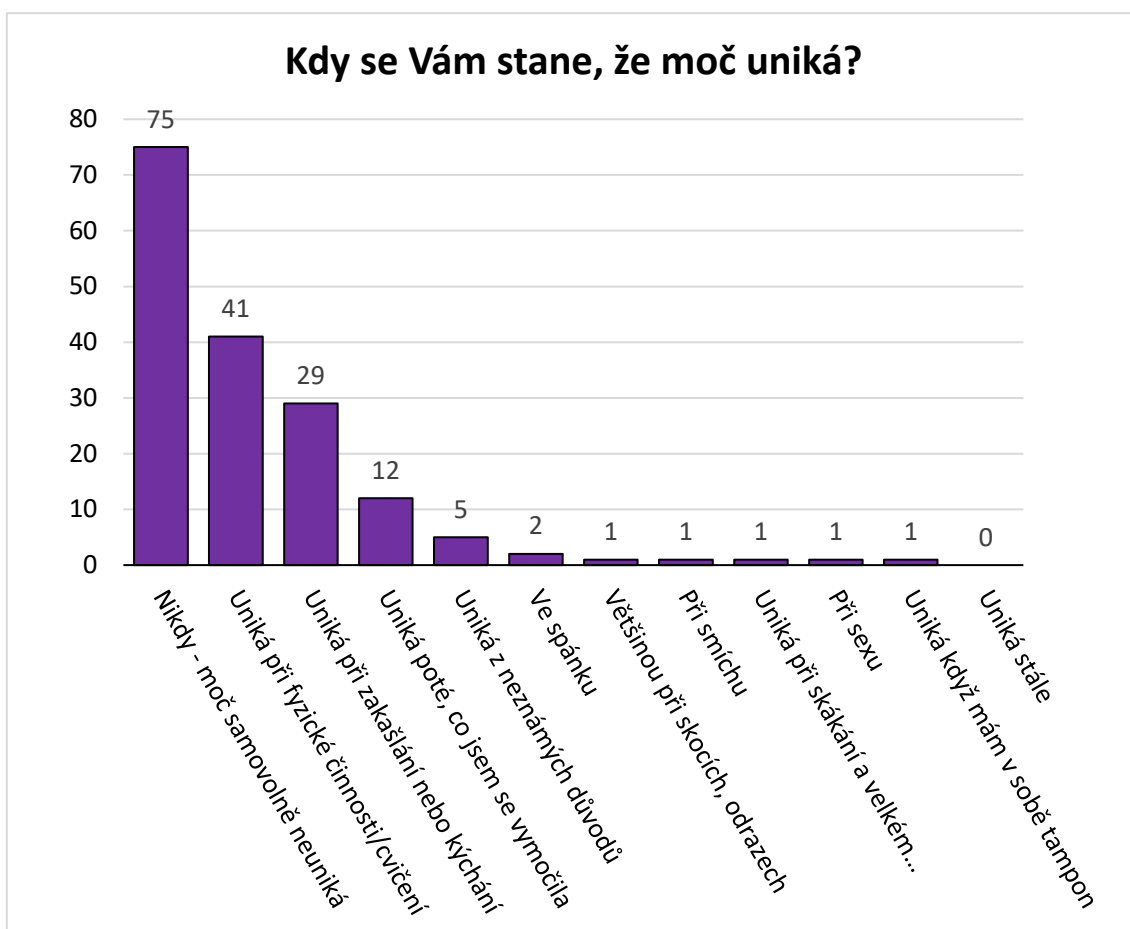
*Graf 7: Objevil se u Vás únik moči v souvislosti s fyzickou aktivitou? Zdroj: vlastní*

Největší počet sportovkyň (53,8 %, 71 sportovkyň) podle grafu č.7 uvedlo, že únik moči v souvislosti s fyzickou aktivitou nezažívají. 23,5 % (31 sportovkyň) odpovědělo, že občas zažívají únik moči při fyzické aktivitě. 22,7 % (30 sportovkyň) uvedlo, že pravidelně zažívají únik moči při fyzické aktivitě.

• **Celková analýza:**

Graf č.7 znázorňuje sportovkyně ve věkové kategorii 18-30 let, kdy 71 sportovkyň nezažívá únik moči v souvislosti s fyzickou aktivitou. Nicméně, téměř polovina respondentek tento problém zažívá buď občasně nebo pravidelně, což může mít dopad na jejich sportovní výkony a kvalitu života.

## 11. Kdy se Vám stane, že moč uniká? Můžete zaškrtnout více možností.



Graf 8: Kdy se Vám stane, že moč uniká? Zdroj: vlastní

Největší počet respondentek (75, což je 56,8 %) podle grafu č.8 uvedlo, že moč jim samovolně neuniká. 41 respondentek (31,1 %) zažívá únik moči při fyzické činnosti nebo cvičení a 29 respondentek (22,0 %) má únik moči při zakašlání nebo kýchnutí. Uniká poté, co se vymočila (12 respondentek, 9,1 %), uniká z neznámých důvodů (5 respondentek, 3,8 %). Malé procento respondentek zažívá únik moči v různých jiných situacích, jako je po vymočení, ve spánku, při smíchu, sexu, nebo při používání tamponu.

- **Celková analýza:**

Graf č.8 poskytuje přehled o různých situacích, kdy sportovkyně zažívají únik moči. Více než polovina respondentek (56,8 %) uvedla, že moč jim samovolně neuniká, což je pozitivní zjištění. Avšak téměř třetina zažívá únik moči při fyzické aktivitě.

## 12. Uniká Vám moč předtím, než máte čas se dostat na toaletu?



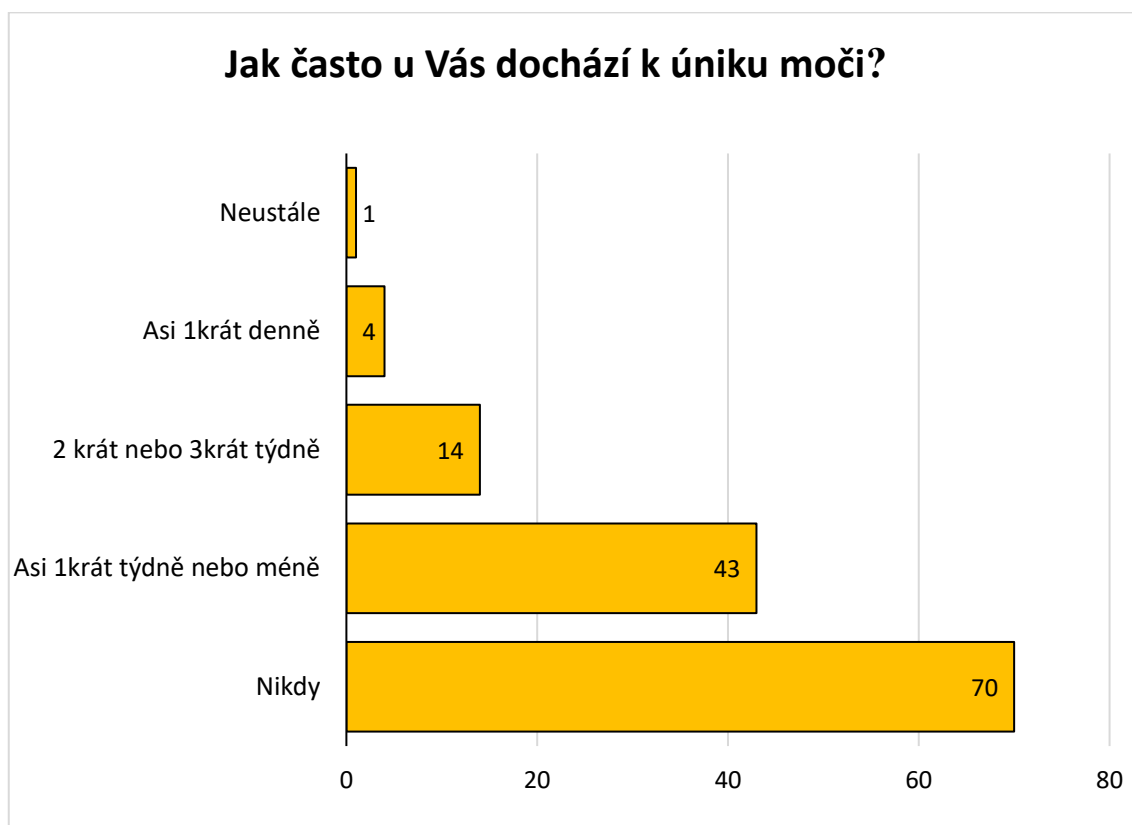
Graf 9: Uniká Vám moč předtím, než máte čas se dostat na toaletu? Zdroj: vlastní

Z grafu č.9 lze poznat, že pouze malá část, 5 respondentek (3,8 %), zažívá pravidelný únik moči před tím, než se dostanou na toaletu. Přibližně čtvrtina, 30 respondentek (22,7 %) má občasný únik moči, což může být ovlivněno náhlým pocitem potřeby nebo jinými faktory. Většina, 97 respondentek (73,5 %), nemá problém s udržení moči, což je pozitivní zjištění a může naznačovat dobrou kontrolu močového měchýře u většiny sportovkyň.

- **Celková analýza:**

Graf č.9 graficky ukazuje, že většina sportovkyň ve věkové kategorii 18-30 let nemá problém s únikem moči před tím, než se dostanou na toaletu. Přibližně čtvrtina respondentek zažívá občasný únik, zatímco malá část respondentek čelí tomuto problému pravidelně.

### 13. Jak často u Vás dochází k úniku moči?



Graf 10: Jak často u Vás dochází k úniku moči? Zdroj: vlastní

Největší počet respondentek v grafu č.10, konkrétně 70, uvedlo, že k úniku moči u nich nedochází nikdy. To představuje dominantní většinu z celkového počtu 132 žen. Další významná skupina, 43 respondentek, uvádí, že k úniku moči dochází asi jednou týdně nebo méně často a 14 respondentek, že k úniku moči dochází 2krát nebo 3krát týdně. Malý počet respondentek, konkrétně 4, zažívá únik moči asi jednou denně. Jen 1 sportovkyně uvedla, že k úniku moči dochází neustále.

- **Celková analýza:**

Tento graf č.10 může být použit k ilustraci prevalence úniku moči v dané populaci a může posloužit jako podklad pro další analýzy a diskuse v bakalářské práci. Z těchto dat lze vyvodit, že zatímco většina respondentek únik moči nezažívá, existuje významná menšina, která tímto problémem trpí v různé míře. To může mít dopady na jejich kvalitu života a může vyžadovat pozornost a intervenci zdravotnických profesionálů.

#### 14. Kolik moči Vám obvykle unikne?

Odpověď	Počet	Procenta
Žádná	68	51,5 %
Malé množství	59	44,7 %
Středně velké	5	3,8 %

Tabulka 4: Kolik moči Vám obvykle unikne? Zdroj: vlastní

Největší počet respondentek (68, což je 51,5 %) uvedlo, že jim žádná moč obvykle neuniká. 44,7 % (59 respondentek) odpovědělo, že jim obvykle unikne malé množství moči. 3,8 % (5 respondentek) uvedlo, že jim uniká středně velké množství moči.

- **Celková analýza:**

Tabulka č.4 přehledně ukazuje, že většina sportovkyň ve věkové kategorii 18-30 let nemá problém s únikem moči, přičemž 51,5 % uvedlo, že jim žádná moč neuniká. Přibližně 44,7 % zažívá únik malého množství moči, což může být běžné při fyzické aktivitě nebo náhlém nutkání. Malé procento respondentek (3,8 %) zažívá únik středně velkého množství moči, což může vyžadovat větší pozornost a případnou intervenci.

#### 15. Vyvolal u Vás tento stav nepříjemné pocity (např. strach, stud, smutek, nedostatek sebedůvěry či sebeúcty, neatraktivitu, frustraci, depresi, hněv)?

Odpověď	Počet	Procenta
Ne	68	51,5 %
Ano	39	29,5 %
Občas	25	18,9 %

Tabulka 5: Vyvolal u Vás tento stav nepříjemné pocity? Zdroj: vlastní

Největší počet respondentek (68, což je 51,5 %) zaškrtl, že tento stav u nich nevyvolal nepříjemné pocity. To může být z důvodu, že močovou inkontinencí netrpí nebo s tím umí pracovat. 29,5 % (39 respondentek) se potýká s nepříjemné pocity kolem MI. 18,9 % (25 respondentek) uvedlo, že tento stav u nich občas vyvolal nepříjemné pocity.

- **Celková analýza:**

Tabulka č. 5 shrnuje, že většina sportovkyň v daném vzorku nepříjemné stavy spojené s tímto onemocněním nepocítuje. Nicméně, přibližně třetina respondentek zažívá nepříjemné pocity pravidelně nebo občas, což může vést k diskomfortu ve sportovním či běžném životě.

**16. Kde jste hledala nebo s kým jste probírala tyto problémy? Můžete zaškrtnout více možností.**

Odpověď	Počet	Procenta
S nikým	75	56,8 %
Moč mi neuniká, nemusela jsem tedy hledat pomoc	26	19,7 %
Hledala jsem sama na internetu	19	14,4 %
S kamarádkami nebo rodiči	15	11,4 %
S lékařem (gynekologem, urologem)	10	7,6 %
Žádné informace jsem nehledala	1	0,8 %

Tabulka 6: Kde jste hledala nebo s kým jste probírala tyto problémy? Zdroj: vlastní

Největší počet respondentek (75, což je 56,8 %) tyto problémy s nikým neprobíralo. 19,7 % (26 respondentek) nemají problémy s únikem moči, takže nemusely hledat pomoc. 14,4 % (19 respondentek) hledají samy na internetu. 11,4 % (15 respondentek) svěří intimní problém svým přátelům či rodičům. 7,6 % (10 respondentek) konzultovalo tyto problémy s lékařem (gynekologem nebo urologem). Pouze 0,8 % (1 respondentka) uvedla, že žádné informace nehledala.

- **Celková analýza:**

Tabulka č. 6 také ukazuje, že většina sportovkyň se o problémech s únikem moči nebaví s nikým, což může naznačovat stud nebo považování tohoto problému za intimní nebo nepodstatný. Menší skupiny hledají informace na internetu, konzultují s blízkými nebo lékaři. Přesto velmi malé procento respondentek (7,6 %) vyhledalo odborníka, přitom to je důležité pro získání kvalifikovaných rad a nasazení možné léčby. Je pozitivní, že většina žen se alespoň nějakým způsobem pokusila situaci řešit. Téměř pětina

respondentek neměla tyto problémy vůbec. Tyto informace mohou být užitečné pro identifikaci preferovaných zdrojů informací a podporu pro sportovkyně a pro návrh vhodných intervencí a informačních kampaní.

**17. Jaké informace jste našla nebo jaké rady Vám byly poskytnuty? Můžete zaškrtnout více možností.**

Jaké informace jste našla nebo jaké rady Vám byly poskytnuty?	Počet	Procento
Nehledala jsem	41	24,1 %
Prohlídka u lékaře	39	22,9 %
Problém s pánevním dnem (oslabené/přetížené)	39	22,9 %
Tento problém se nemůže týkat tebe, jakožto mladé ženy (děti, ženy po porodu a senioři mívají inkontinenci)	23	13,5 %
Vyšetření močového měchýře	19	11,2 %
Léčba pomocí léků	6	3,5 %
Chirurgický zákrok	1	0,6 %
Nijak jsem to neřešila, stává se to pouze při nemoci	1	0,6 %
Nebyly žádné poskytnuty	1	0,6 %

*Tabulka 7: Jaké informace jste našla nebo jaké rady Vám byly poskytnuty? Zdroj: vlastní*

Největší skupina respondentek, celkem 41 (24,1 %), zaškrtnulo možnost, že žádné informace nehledala. Z důvodu absence MI nebo nezájmu řešit daný problém. 22,9 % respondentek bylo na prohlídce u lékaře a stejný podíl 22,9 % zjistil, že jejich problém souvisí s pánevním dnem (oslabené/přetížené). 11,2 % sportovkyň podstoupilo vyšetření močového měchýře, což je důležitý krok pro diagnostiku a léčbu problému. 13,5 % ženám bylo řečeno, že tento problém se nemůže týkat mladých dospělých, ale spíše dětí, žen po porodu a seniorů. To může odrážet nedostatek informovanosti nebo předsudky



týkající se inkontinence. Malé procento respondentek označilo, že jim byla doporučena léčba pomocí léků (3,5 %), chirurgický zákrok (0,6 %), nebo že to neřešily, protože se to stává pouze při nemoci (0,6 %). Stejný podíl respondentek (0,6 %) uvedl, že jim nebyly poskytnuty žádné rady.

- **Celková analýza:**

Data z tabulky č.7 ukazují, že zatímco značná část sportovkyň hledala lékařskou pomoc nebo zjistila, že jejich problémy souvisí s pánevním dnem, tak významný podíl respondentek nevyhledal žádné informace nebo rady. Předsudky týkající se věku a inkontinence také hrají roli v tom, jak jsou tyto problémy vnímány a řešeny. Tyto informace mohou být užitečné pro zlepšení informovanosti a podpory sportovkyň, které se setkávají s problémy s únikem moči.

**18. Co pro své pohodlí a pocit bezpečí děláte? Můžete zaškrtnout více možností.**

Co pro své pohodlí a pocit bezpečí děláte?	Počet
Méně piji	44
Cvičím pánevní dno – sama, ve skupině, pod dohledem fyzioterapeuta	35
Nosím intimní vložky/inkontinenční kompenzační pomůcky	33
Nic nedělám, MI nemám	29
Vyhýbám se aktivitám, při kterých se mi to stává	13
Beru léky	5
Častější chození na WC, i když nepotřebuji	2
Snažím se tomu zabránit držením moči	1

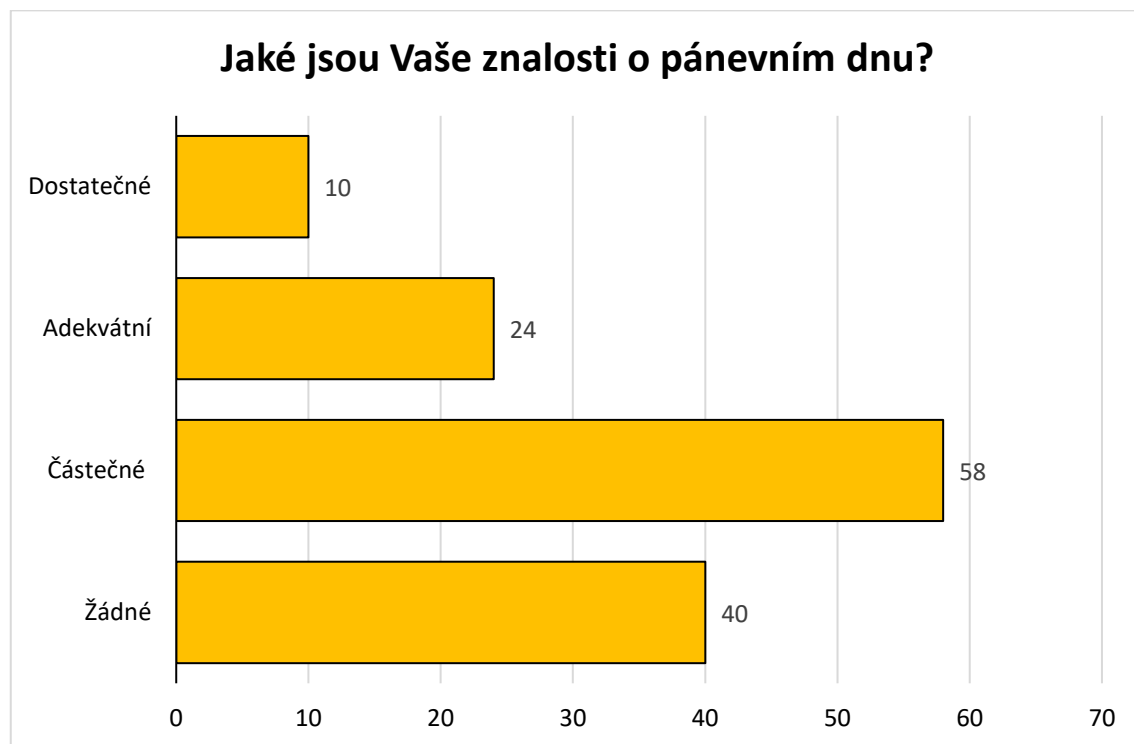
Tabulka 8: Co pro své pohodlí a pocit bezpečí děláte. Zdroj: vlastní

Tabulka č.8 naznačuje, že nejčastěji voleným opatřením pro 44 (27,3 %) žen je omezení příjmu tekutin. Téměř třetina respondentek se snaží minimalizovat riziko močové inkontinence tímto nevhodným způsobem, které může vést k dehydrataci a jiným komplikacím. 35 (21,7 %) žen vykonává cvičení na pánevní dno, 33 (20,5 %) nosí intimní vložky/inkontinenční kompenzační pomůcky. Pouze 29 (18 %) respondentek nic nedělá, jelikož problém s MI nemá. 13 (8,1 %) žen se vyhýbá aktivitám, při kterých se jim to stává, což může negativně ovlivnit jejich kvalitu života a omezit jejich fyzickou aktivitu. 5 (3,1 %) respondentek farmakologicky řeší MI. 2 (1,2 %) respondentky uvedly, že častější navštěvují WC, i když třeba nepotřebují. 1 (0,6 %) žena zmínila, že se snaží úniku moči zabránit držením moči.

- **Celková analýza:**

Z analýzy vyplývá, že nejčastějšími opatřeními pro zvýšení pohodlí a pocitu bezpečí u osob s močovou inkontinencí jsou omezení příjmu tekutin, cvičení pánevního dna a používání inkontinenčních pomůcek. Menší podíl respondentů volí vyhýbání se rizikovým aktivitám nebo užívání léků. Někteří respondenti nepocítují potřebu žádných opatření, protože problémy s inkontinencí nemají. Celkově tato data odrážejí různorodé strategie, které lidé používají k řešení a prevenci inkontinence.

### 19. Jaké jsou Vaše znalosti o pánevním dnu?



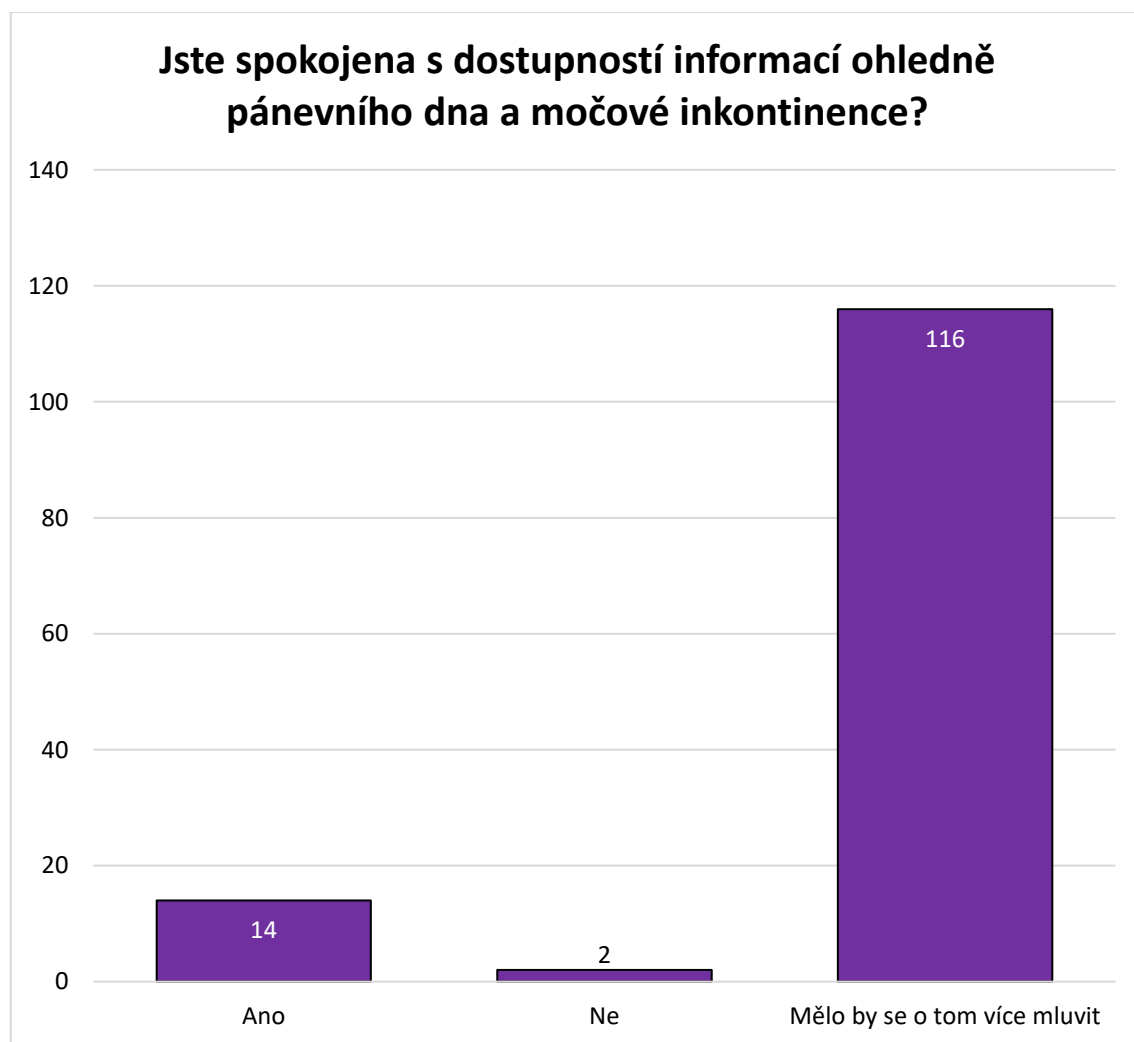
Graf 11: Jaké jsou Vaše znalosti o pánevním dnu? Zdroj: vlastní

Největší část respondentek (58) uvedlo, že mají částečné znalosti o pánevním dnu. 40 respondentek zaškrtnulo, že nemají žádné znalosti o pánevním dnu. 24 respondentek odpovědělo, že mají adekvátní znalosti o pánevním dnu. 10 respondentek si myslí, že mají dostatečné znalosti o pánevním dnu.

- **Celková analýza:**

Graf č.11 upozorňuje, že většina sportovkyň má částečné nebo žádné znalosti o pánevním dnu. Byla by potřeba lepšího vzdělávání a informovanosti v této oblasti. Menší skupiny respondentek mají dostatečné nebo adekvátní znalosti, což je pozitivní, ale stále nedostačující pro zajištění optimálního zdraví a prevence problémů souvisejících s pánevním dnem a močovou inkontinencí.

## 20. Jste spokojena s dostupností informací ohledně pánevního dna a močové inkontinence?



Graf 12: Jste spokojena s dostupností informací ohledně pánevního dna a močové inkontinence? Zdroj: vlastní

Dle grafu č.12 skoro všechny respondentky (116) se shodují, že by se o problematice pánevního dna a močové inkontinence mělo více mluvit ve společnosti a netabuizovat. 14 respondentek uvedlo, že jsou spokojeny s dostupností informací. Pouze 2 respondentky uvedly, že nejsou spokojeny s dostupností informací.

- **Celková analýza:**

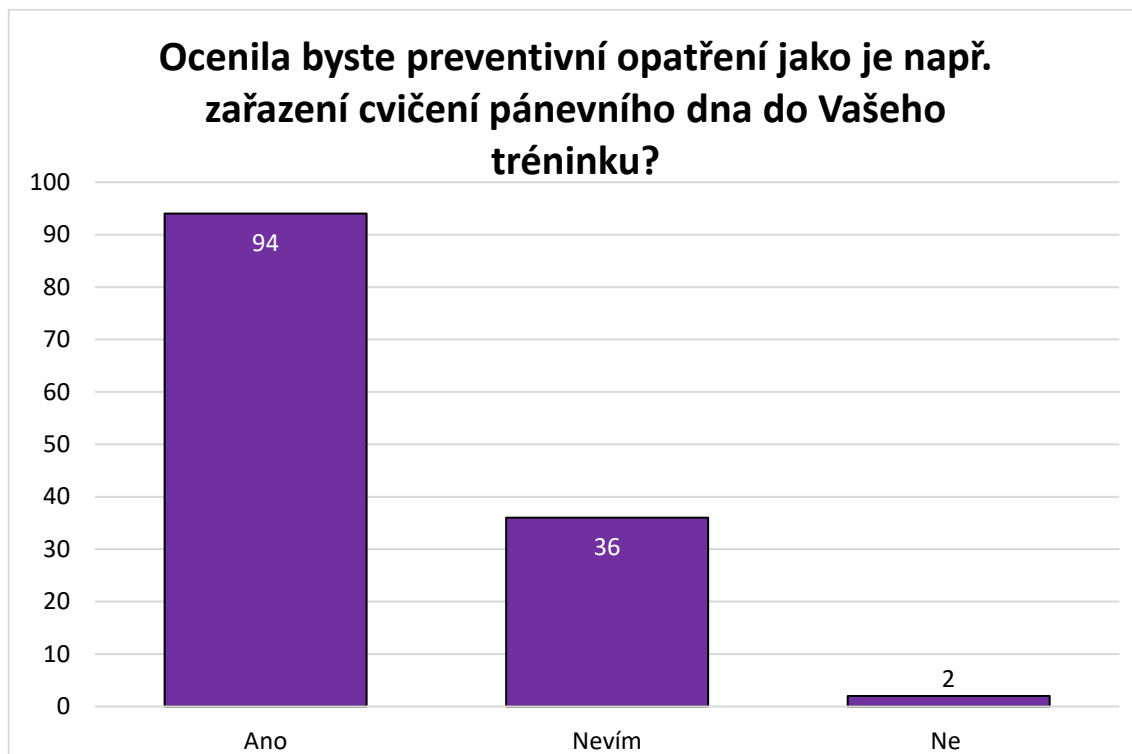
Graf č. 12 jasně ukazuje, že převážná většina cítí potřebu větší osvěty a dostupnosti informací. Drtivá většina respondentek (116) si přeje více informací o problematice pánevního dna a močové inkontinence.

### **21. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla Ne, napište, co byste zlepšila?**

Na tuto otázku byly získány dvě odpovědi, které navazovaly na předchozí otázku č. 20. Odpovědi jsou:

- Výuka ve školách.
- Určitě informovat již na základních školách pomocí například přednášek, články v časopisech a v první řadě šíření prostřednictvím sociálních sítí, kde by se sdílely informace a jednotlivé příběhy, aby dívky a ženy pochopily, že toto téma není tabu, nestává se to pouze jim, měly by to řešit a nemusí se za to stydět.

**22. Ocenila byste preventivní opatření jako je např. zařazení cvičení pánevního dna do Vašeho tréninku?**



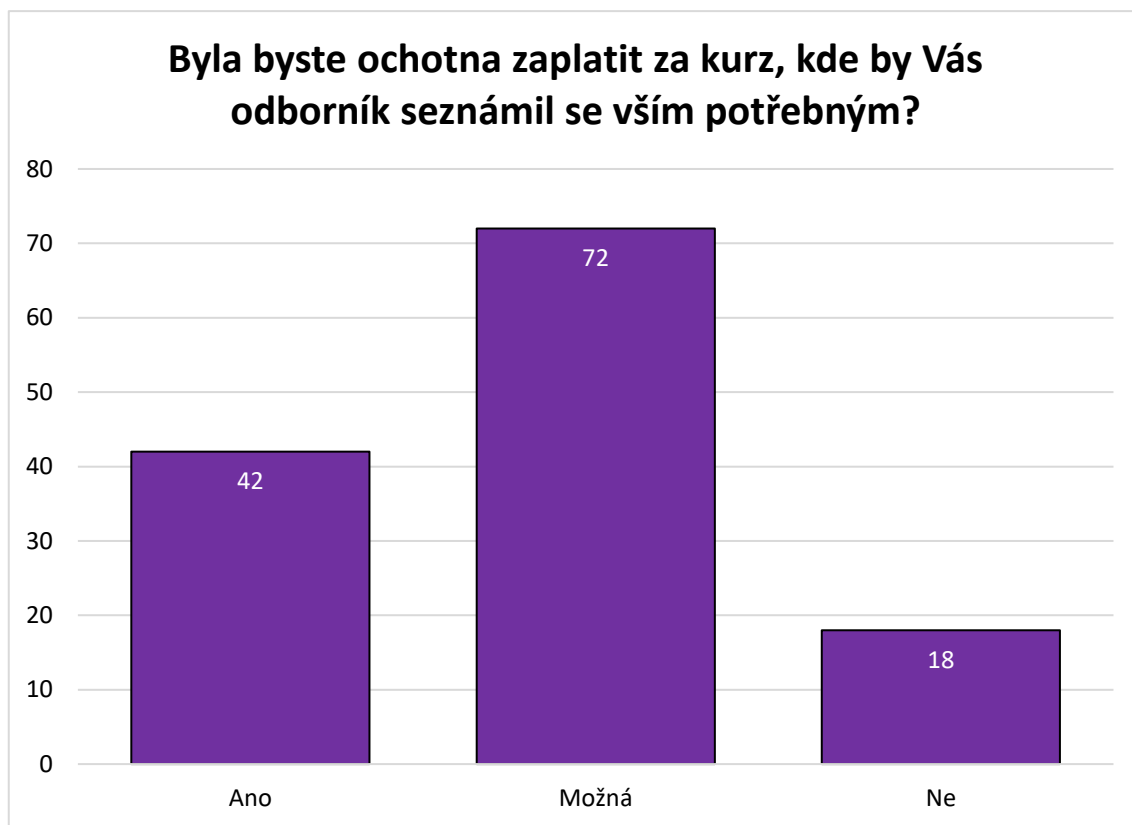
Graf 13: Ocenila byste preventivní opatření do Vašeho tréninku? Zdroj: vlastní

Největší počet žen by podle grafu č.13, přesně 94 (71,2 %), ocenil preventivní opatření jako je zařazení cvičení pánevního dna do tréninku. 36 (27,3 %) respondentek uvedlo, že neví, zda by ocenily tato opatření. Pouze 2 (1,5 %) sportovkyně odpověděly, že by tato opatření neocenily.

- **Celková analýza:**

Graf č.13 znázorňuje, že cvičení pánevního dna je žádané jako preventivní opatření do tréninku. Přibližně čtvrtina respondentek je nejistá, zda by tato opatření ocenila, a pouze velmi malé procento by je nedocenilo. Tyto informace mohou být užitečné pro návrh a implementaci preventivních programů zaměřených na udržení zdraví a výkonu při sportu.

23. Byla byste ochotna zaplatit za kurz, kde by Vás odborník seznámil se vším potřebným (fyziologickou a anatomickou stavbou pánevního dna, hlubokým stabilizačním systémem, ukázal cviky a naučil Vás je efektivně využít)?



Graf 14: Byla byste ochotna zaplatit za kurz, kde by Vás odborník seznámil se vším potřebným? Zdroj: vlastní

Největší část sportovkyň, 72 což je 54,5 %, neví, zda by byly ochotny zaplatit za kurz. 42 (31,8 %) žen by bylo ochotných zaplatit za takový kurz. 18 (13,6 %) respondentek odpovědělo, že by nezaplatilo za kurz o pánevním dnu.

- **Celková analýza:**

Z grafu č.14 je zřejmé, že většina sportovkyň ve věkové kategorii 18-30 let by možná nebo určitě byla ochotna zaplatit za kurz, kde by je odborník seznámil se vším potřebným. Ty ženy, které odpověděli neví, mohou naznačovat nejistotu nebo potřebu dalších informací o přínosech a hodnotě kurzu. Přibližně pětina respondentek by za kurz nezaplatila, což může být způsobeno různými faktory, jako je nedostatek finančních prostředků, časová omezení nebo nedostatek přesvědčení o přínosu kurzu. Tyto informace mohou být užitečné pro plánování a nabídku kurzů zaměřených na zlepšení znalostí a dovedností sportovkyň, s ohledem na jejich potřeby a ochotu investovat do svého vzdělání.

## 24. Kolik byste za víkendový kurz, plný obohacujících vědomostí zaplatila?



Graf 15: Kolik byste za víkendový kurz, plný obohacujících vědomostí zaplatila? Zdroj: vlastní

Nejopakovanější částka byla 1000-1500 Kč za kurz, zvolilo ji 40,2 % (53) respondentek. Druhý největší podíl žen 31,8 % (42) zaškrtnulo, že by zaplatily 1500-2000 Kč. 15,9 % (21) respondentek uvedlo, že by zaplatily méně než 1000 Kč. 10,6 % (14) sportovkyň by bylo ochotno zaplatit 2000-2500 Kč. Pouze 1,5 %, což jsou pouze 2 respondentky, by zaplatily 3000 Kč a více.

- **Celková analýza:**

Graf č.15 graficky znázorňuje, jakou částku sportovkyně preferují. Cenově nejdostupnější se jeví víkendové kurzy v cenovém rozmezí 1000-1500 Kč a 1500-2000 Kč. Menší skupina je ochotna platit méně než 1000 Kč nebo více než 2000 Kč, přičemž velmi malý počet respondentek je ochoten zaplatit 3000 Kč a více. Tyto informace mohou být užitečné pro stanovení cenové strategie a nabídku kurzů, které budou odpovídat finančním možnostem a očekáváním sportovkyň.

## 5 DISKUSE

V bakalářské práci bylo zpracováno téma močové inkontinence u mladých sportovkyň. Výzkum byl realizován pomocí online anonymního dotazníku vlastní konstrukce, který byl vytvořen na platformě Google Forms ([www.google.com/forms](http://www.google.com/forms)). Výzkumu se účastnilo celkem 132 žen ve věku 18-30 let, které se věnují sportu na různých sportovních úrovních. Hlavním záměrem bylo kvantitativně analyzovat prevalenci a charakter močové inkontinence u mladých sportovkyň ve věku 18-30 let. Výsledky ukazují, že určité procento sportovkyň trpí močovou inkontinencí, což má dopad na jejich kvalitu života a sportovní výkon.

**Výzkumná otázka č. 1:** Jaká je prevalence močové inkontinence mezi mladými sportovkyněmi ve věku 18-30 let?

Z výsledků dotazníkového šetření provedeného mezi 132 mladými sportovkyněmi vyplývá, že močová inkontinence je poměrně častým problémem. Konkrétní data ukazují, že 23,5 % (31 sportovkyň) občas zažívá únik moči při fyzické aktivitě. 22,7 % (30 sportovkyň) potvrdilo výskyt MI (graf č.7). Celkem 46,2 % respondentek má zkušenost s MI během sportovních aktivit. Toto zjištění koresponduje s výsledky studií. Například Almousa a Bandin Van Loon (2019), kteří ve své systematické přehledové studii uvádějí prevalenci MI u sportovkyň v rozmezí 5,7 % až 80 %. Naše výsledky tedy potvrzují vysoký výskyt MI mezi sportovkyněmi. To může být způsobeno odlišným vzorkem respondentek či specifickými podmínkami našeho šetření.

**Výzkumná otázka číslo 2:** Jak informované jsou mladé sportovkyně o fungování a zdraví pánevního dna?

Z analýzy dotazníkových odpovědí lze odvodit, že většina respondentek (98) má částečné nebo žádné znalosti o pánevním dnu (graf č.11). Byla by potřeba lepšího vzdělávání a informovanosti v této oblasti. Menší skupina o počtu 34 respondentek má dostatečné nebo adekvátní znalosti, což je pozitivní, ale stále nedostačující pro zajištění optimálního zdraví a prevence problémů souvisejících s pánevním dnem a močovou inkontinencí.

**Výzkumná otázka číslo 3:** Jaké jsou postoje a ochota mladých sportovkyň k preventivním opatřením a odbornému školení týkajícímu se zdraví pánevního dna?



Postoje mladých sportovkyň k preventivním opatřením jsou víceméně pozitivní. Většina sportovkyň, 94 (71,2 %), projevuje zájem o preventivní zařazení cviků na PD do tréninků (graf č. 13). 72 sportovkyň, což je 54,5 %, by možná bylo ochotno zaplatit za kurz o PD. To může být ovlivněno mnoha faktory jako jsou finanční prostředky, časové možnosti nebo nedostatek přesvědčení o přínosu kurzu. 42 (31,8 %) žen projevilo ochotu zapojit se do preventivních programů a odborného školení zaměřeného na zdraví pánevního dna (graf č.14). Tento zájem reflektuje jejich snahu předcházet problémům s MI a zlepšovat své znalosti a dovednosti. Výsledky také ukazují, že existuje prostor pro implementaci dalších vzdělávacích programů, které by mohly dále zvýšit povědomí a prevenci MI mezi mladými sportovkyněmi

Výsledky jsou obecně v souladu s existujícími výzkumy, i když vykazují některé specifické rozdíly. Například ve srovnání s brazilským výzkumem provedeným Reis et al. (2011), který identifikoval MI jako běžný problém zejména u vrcholových sportovkyň (40 % sportovkyň vykazovalo MI), naše data ukazují, že MI je rovněž rozšířená mezi rekreačními sportovkyněmi. Tento rozdíl může být způsoben odlišným sportovním zatížením, výběrem specifického sportu (basketbal, volejbal) do studie nebo jinými faktory specifickými pro český vzorek populace.

Araújo et al., (2015) ve své studii rozdělil ženy do dvou skupin. První skupinou byly brazilské sportovkyně (49) a druhou ženy se sedavým zaměstnáním (44). Sportovkyně v kontrolní skupině se věnovaly běhu na dlouhé tratě, basketbalu a olympijské gymnastice. Ženy se sedavým zaměstnáním vykonávaly méně než 150 minut středně intenzivních aktivit týdně. Jeho zjištění vedla k závěru, že sportovkyně mají vyšší prevalenci MI (76 %) než ženy se sedavým zaměstnáním (16 %). Tyto výsledky jsou v souladu s hypotézou zmíněnou v práci Bø (2004), která naznačuje, že intenzivní fyzická aktivita může zvyšovat riziko rozvoje MI. Zároveň by bylo možné provést obdobnou studii na české populaci žen.

Fozzati et al., (2012) vypracoval podobnou studii, avšak si ženy rozdělil na ty, které chodily do posilovny a cvičily s vysokou zátěží a ty, které do posilovny nechodily ani neprovozovaly náročné sporty. Kontrolní skupina sportujících žen (244) s průměrným věkem 25,68 let, uvádělo ztrátu moči 24,6 %. Zatímco kontrolní skupina necvičících žen (244) uváděla pouze 14,8 %. Ženy ve studii zmiňovaly preventivní opatření, které praktikují, aby se vyhnuly úniku moči při cvičení. Celých 57,4 % žen se před cvičením chodí nuceně vymočit. To poukazuje i na opatření zmiňované v této studii (tabulka č.8).

Byl opět potvrzen vztah mezi močovou inkontinencí a cvičením s vysokou intenzitou nárazů.

Simeone et al. (2010) se ve své studii zabýval symptomy dolních cest močových a močovou inkontinencí. Rozdělil sporty do čtyř kategorií: high impact/resistance, high impact/strength, low impact/resistance, and low impact/strength. Dotazník mu vyplnilo 623 sportovkyň ve věku 18-56 let, které se věnovaly 12 různým sportům. U 54,7 % byly symptomy dolních cest močových a u 30 % se vyskytovala močová inkontinence. Dlouhé tréninkové hodiny a tréninky na soutěže korelovaly s výskytem LUTS. Sporty s vysokým dopadem byly častěji spojeny s inkontinencí, zatímco sporty s nízkým dopadem s LUTS. Sportem s největším počtem inkontinentních osob byl fotbal. Urgentní inkontinence postihovala mnoho sportovců, především cyklisty a fotbalisty. Stresová inkontinence byla častější u hokejistů a volejbalistů. LUTS a MI jsou u sportovkyň časté a v mnoha případech byly tyto poruchy přítomny pouze při sportu.

Patrizzi et al. (2014) rozdělil svůj vzorek na tři různé sporty a porovnával výskyt MI u svalového tréninku, aerobiku a plavání. Svalový trénink měl největší výskyt MI. To se shoduje s výsledky ze studie Fozzati et al., (2012). Zvýšený nitrobřišní tlak při zvedání těžkých břemen vyvíjí přílišný stres na PD, které může být oslabené, a tím dochází i k nechtěnému úniku moči.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že 46,2 procent respondentek se setkalo s močovou inkontinencí. Toto zjištění je v souladu s literaturou, která uvádí, že sportovkyně, zejména ty, které se věnují sportům s vysokým dopadem či nárazem vůči jakékoliv ploše, mají vyšší riziko močové inkontinence. Mnohé respondentky uvedly, že nejsou dostatečně informovány o příčinách a prevenci močové inkontinence. To naznačuje potřebu zlepšit vzdělávání a informovanost mezi sportovkyněmi. Ženy, které se výzkumu zúčastnily, by byly ochotné zapojit se do preventivních opatření a odborného školení, což je pozitivní signál pro budoucí intervence a programy zaměřené na prevenci močové inkontinence.

Mezi hlavní limitace této studie lze zařadit relativně malý vzorek a jeho omezení na specifickou věkovou skupinu. Pro hlubší pochopení problematiky by bylo vhodné provést širší výzkum zahrnující různé věkové kategorie, sportovní disciplíny a porovnat četnost MI sportovkyň vůči nespportující populaci. Zároveň by bylo možné se zaměřit na jednotlivé odpovědi respondentek a udělat podrobnou analýzu. Například zjistit, které

respondentky uvedly MI a zda se to vztahuje ke sportu, který provozují. Další výzkum by měl také zohlednit dlouhodobé sledování efektivity preventivních opatření a intervencí.

Metoda dotazníkového šetření byla vhodná pro získání širokého spektra odpovědí od velkého počtu respondentek. Přestože dotazník poskytl cenné údaje, je třeba zohlednit určitá omezení. Respondentky byly rekrutovány prostřednictvím sociálních sítí a sportovních klubů, což může znamenat, že vzorek není zcela reprezentativní pro celou populaci mladých sportovkyň. Odpovědi jsou založeny na sebehodnocení, což může vést k podhodnocení nebo nadhodnocení skutečné prevalence inkontinence. Vzorek není dostatečně velký, abychom mohli poznatky aplikovat na širokou populaci.

Výsledky studie mohou mít několik praktických aplikací jakou jsou vzdělávací programy. Zvýšená informovanost a vzdělávání sportovkyň o močové inkontinenci může pomoci snížit stigma a zlepšit prevenci a management tohoto problému. Do tréninkových programů se mohou zařadit specifická cvičení na posílení pánevního dna. Výsledky mohou pomoci zdravotnickým profesionálům lépe cílit intervence a podporovat preventivní opatření u sportovkyň.

## 6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo kvantitativně analyzovat prevalenci a charakter močové inkontinence u mladých sportovkyň ve věku 18-30 let pomocí online dotazníku vlastní konstrukce. Výzkum byl distribuován přes sociální sítě (Facebook, Instagram) a posláno emailem do sportovních klubů, posiloven a fitness center.

Na základě výzkumu bakalářské práce, byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Tyto otázky jsou zodpovězeny v diskusi z výsledků dotazníkového šetření.

Na základě zjištěných výsledků lze doporučit následující kroky ke zlepšení situace MI u mladých sportovkyň. Je potřeba pokračovat ve vzdělávání o důležitosti zdraví pánevního dna a prevenci MI. Měly by být organizovány semináře a školení, která by poskytla komplexní informace o prevenci, diagnostice a léčbě MI. Cvičení pánevního dna by se mohlo zařadit do tréninkového plánu.

Doporučením je zavést preventivní programy zaměřené na posílení pánevního dna ve sportovních klubech a fitness centrech. Tyto programy by měly být dostupné všem sportovkyním bez ohledu na jejich výkonnostní úroveň. Důležitá je spolupráce s fyzioterapeuty, gynekology, urology a dalšími odborníky, kteří mohou poskytnout potřebné poradenství a podporu sportovkyním při zvládnutí MI. Je třeba pokračovat v dalším výzkumu této problematiky, aby bylo možné získat podrobnější údaje a vyvinout účinnější metody prevence a léčby.

Téma této bakalářské práce bylo pro mě velmi zajímavé a přínosné. Získané poznatky a výsledky považuji za důležité pro další výzkum a rozvoj v oblasti prevence a léčby močové inkontinence u mladých sportovkyň. V budoucnu bych se ráda více zaměřila na vliv sportu na zdraví pánevního dna a pokračovala v podobném tématu i v rámci diplomové práce.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Adamík, Z. (2012). Inkontinence moči u ženy. *Interní Medicína*, 12(14), 474-477. Dostupné z <https://internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/07.pdf>
2. Alfarrá, N. (2023). The impact of yoga on stress incontinence: A case study of three young women. *Gynecology & Reproductive Health*, 7(3), 1-9. ISSN 2639-9342. Dostupné z: <https://www.scivisionpub.com/pdfs/the-impact-of-yoga-on-stress-incontinence-a-case-study-of-three-young-women-2716.pdf>
3. Almousa, S., & Bandin Van Loon, A. (2019). The prevalence of urinary incontinence in nulliparous female sportswomen: A systematic review. *Journal of Sports Sciences*, 37(14), 1663-1672. <https://doi.org/10.1080/02640414.2019.1585312>
4. Araújo, M. P., Parmigiano, T. R., Negra, L. G. D., Toreli, L., Carvalho, C. G., Wo, L., et al. (2015). Avaliação do assoalho pélvico de atletas: existe relação com a incontinência urinária? *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 21(6), 442-446.
5. Bílková, I. (2011). Dynamická neuromuskulární stabilizace (DNS). In *Fyzioklinika*. <https://fyzioklinika.cz/poradna/clanky-o-zdravi/111-dynamicka-neuromuskularni-stabilizace-dns>
6. Blausen.com staff. (2014). Medical gallery of Blausen Medical 2014. *WikiJournal of Medicine*, 1(2). <https://doi.org/10.15347/wjm/2014.010>
7. Bø, K. (2004). Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Medicine*, 34(7), 451-464. <https://doi.org/10.2165/00007256-200434070-00004>.
8. Bø, K., & Nygaard, I. E. (2020). Is physical activity good or bad for the female pelvic floor? A narrative review. *Sports Medicine*, 50(3), 471-484. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01243-1>
9. Český statistický úřad. (2021). Sportovní participace. *Statistika sportu: Základní ukazatele* 2019, 20-34. <https://www.czso.cz/documents/10180/161287478/09001621.pdf/a3fde7c2-a492-41d5-ab9c-a9ec3e8f045e?version=1.3>

10. De Marco, M., Arbieto, E. R. M., Da Roza, T. H., Resende, A. P. M., & Santos, G. M. (2022). Effects of visceral manipulation associated with pelvic floor muscles training in women with urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 41(1), 399-408. <https://doi.org/10.1002/nau.24836>
11. de Mattos Lourenco et al. (2018). Urinary incontinence in female athletes: A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 29(12), 1757-1763. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3629-z>
12. Drábková, P. (2015). Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi*, 16(3), 127-129. <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>
13. Dylevský, I. (2009). *Speciální kineziologie*. Grada.
14. Fozzati, C., Riccetto, C., Herrmann, V., Brancalion, M. F., Raimondi, M., Nascif, C. H., et al. (2012). Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. *International Urogynecology Journal*, 23(1), 1687-1691.
15. Goldstick, O., & Constantini, N. (2014). Urinary incontinence in physically active women and female athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 48(4), 296.
16. Haich, E., & Yesudian, S. (2014). *Sport a jóga*. Metafora. <https://www.bookport.cz/e-kniha/sport-a-joga-1828531/>
17. Hanuš, T., & Macek, P. (2015). *Urologie pro mediky*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
18. Holaňová, R., & Krhut, J. (2010). Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence. *Urologie pro praxi*, 11(6), 308-309. <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2010/06/04.pdf>
19. Hurtíková, I. (2023). *Pánevní dno a léčba pohybem: aktivní řešení inkontinence a sestupu*. Grada Publishing.
20. Joseph, C., Srivastava, K., Ochuba, O., Ruo, S. W., Alkayyali, T., Sandhu, J. K., (2021). Stress urinary incontinence among young nulliparous female athletes. *Cureus*, 13(9), e17986.

21. Katuščák, D., Drobíková, B., & Papík, R. (c2008). *Jak psát závěrečné a kvalifikační práce: jak psát bakalářské práce, diplomové práce, dizertační práce, specializační práce, habilitační práce, seminární a ročníkové práce, práce studentské vědecké a odborné činnosti, jak vytvořit bibliografické citace a odkazy a citovat tradiční a elektronické dokumenty*. Enigma.
22. Kijáková, K., & Tichý, M. (1998). Vliv některých svalů pánve na funkci křížokyčelních kloubů. *Rehabilitácia*, 31(3), 146-147.
23. Krchovský, M. (2011). Biomechanický pohled na strukturu ženského pánevního dna. *Medicína pro praxi*, 8(9), 379-384. <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/08.pdf>
24. Laino, F. M., de Araújo, M. P., Sartori, M. G. F., de Aquino Castro, R., Santos, J. L. F., & Tamanini, J. T. N. (2023). Urinary incontinence in female athletes with inadequate eating behavior: A case-control study. *International Urogynecology Journal*, 34(2), 431-438. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05349-5>
25. Lewit, K. (2003). *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně* (5. vydání). Grada.
26. Marek, J. (2005). *Syndrom kostrče a pánevního dna* (2.vydání). Triton.
27. Mareš, J., Herzig, R., & Kaňovský, P. (2005). Močová inkontinence z pohledu neurologa. *Interní Medicína Pro Praxi*, 4(7), 187-192. <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/04/07.pdf>
28. Nováková, H., Tichý, M., & Ťupa, F. (1998). Porovnání parametrů stabilometrie a tvarových změn zad v souvislosti s mobilizací kostrče. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 6(4), 155-157.
29. O'Halloran, T., Bell, R. J., Robinson, P. J., & Davis, S. R. (2012). Urinary incontinence in young nulligravid women: A cross-sectional analysis. *Annals of Internal Medicine*, 157(2), 87-93. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00005>
30. Patrizzi, L. J., Viana, D. A., Silva, L. M. A., & Pegorari, M. S. (2014). Incontinência urinária em mulheres jovens praticantes de exercício físico. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 22(3), 105-110.
31. Petros, P. P., & Kinsky, B. V. (1999). Anchoring the midurethra restores bladder-neck anatomy and continence. *The Lancet*, 354(9183), 997-998.
32. Pokorný, L. (2015). Bandhy a praktiční jógy. *Jóga dnes*. <https://www.jogadnes.cz/joga/bandhy-behem-praktikovni-jogy/>

33. Reis, A. O., Câmara, C. N. S., Santos, S. G., & Dias, T. S. (2011). Estudo comparativo da capacidade de contração do assoalho pélvico em atletas de voleibol e basquetebol. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 17(2), 97-101.
34. Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Grada.
35. Ryšánková, M. (2021). Léčba stresové inkontinence žen. *Urologie pro praxi*, 22(2), 59-64. <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2021/02/02.pdf>
36. Skalka, P. (2002). Možnosti léčebné rehabilitace v léčbě močové inkontinence. *Urologie pro praxi*, 2002(3), 94-100. <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2002/03/02.pdf>
37. Slezáková, L. (2011). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Grada.
38. Slezáková, L., Andréssová, M., Kaduchová, P., Roučová, M., & Starošítková, E. (2017). *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví (2., přepracované a doplněné vydání)*. Grada Publishing.
39. Sochorová, N., & Vránová, V. (2008). Inkontinence moči a její dopad na kvalitu života mnoha žen. *Urolog. pro Praxi*, 5(9), 263-266. <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2008/05/13.pdf>
40. Strusková, O., & Novotná, J. (2017). *Metoda Ludmily Mojžíšové od A do Z. XYZ*.
41. Tichý, M. (1990). *Vývoj svalů pánevního dna a přilehlých oblastí u člověka* (Kandidátská disertační práce). 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha.
42. Tichý, M. (2006). *Dysfunkce kloubu* (2. vydání). Miroslav Tichý.
43. Urban, M., & Heráček, J. (2023). *Chronická pánevní bolest*. Grada Publishing. <https://www.bookport.cz/kniha/chronicka-panevni-bolest-11612/>
44. Vařeková, J., Nejdlová, E., & Pehalová, B. (2019). Pánevní hodiny – inspirace z Feldenkraisovy metody. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 85(4), 27-34. [https://pohybproinkluzi.ftvs.cuni.cz/images/soubory/Feldenkraisova\\_metoda\\_clanek.pdf](https://pohybproinkluzi.ftvs.cuni.cz/images/soubory/Feldenkraisova_metoda_clanek.pdf)
45. Wieland, L. S., Shrestha, N., Lassi, Z. S., Panda, S., Chiaramonte, D., & Skoetz, N. (2019). Yoga for treating urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2), CD012668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012668.pub2>
46. Zikmund, J. (2001). *Inkontinence moči u žen*. Karolinum.



# SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

## Seznam grafů

Graf 1: Určete, do jaké věkové kategorie spadáte? Zdroj: vlastní.....	32
Graf 2: Úroveň Vaší sportovní aktivity? Zdroj: vlastní .....	33
Graf 3: Kolik hodin týdně Vám zabere Vaše sportovní aktivita? Zdroj: vlastní.....	34
Graf 4: Už jste rodila? Zdroj: vlastní .....	36
Graf 5: Chodíte často močit během dne? Zdroj: vlastní .....	37
Graf 6: Vstáváte v noci kvůli močení? Zdroj: vlastní.....	40
Graf 7: Objevil se u Vás únik moči v souvislosti s fyzickou aktivitou? Zdroj: vlastní ..	41
Graf 8: Kdy se Vám stane, že moč uniká? Zdroj: vlastní .....	42
Graf 9: Uniká Vám moč předtím, než máte čas se dostat na toaletu? Zdroj: vlastní.....	43
Graf 10: Jak často u Vás dochází k úniku moči? Zdroj: vlastní .....	44
Graf 11: Jaké jsou Vaše znalosti o pánevním dnu? Zdroj: vlastní .....	49
Graf 12: Jste spokojena s dostupností informací ohledně pánevního dna a močové inkontinence? Zdroj: vlastní .....	50
Graf 13: Ocenila byste preventivní opatření do Vašeho tréninku? Zdroj: vlastní.....	52
Graf 14: Byla byste ochotna zaplatit za kurz, kde by Vás odborník seznámil se vším potřebným? Zdroj: vlastní.....	53
Graf 15: Kolik byste za víkendový kurz, plný obohacujících vědomostí zaplatila? Zdroj: vlastní.....	54

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Jaký druh/y sportu provozujete? Zdroj: vlastní .....	35
Tabulka 2: Nakolik Vás obtěžovalo časté močení během dne? Zdroj: vlastní .....	38
Tabulka 3: Míváte náhlý pocit nucení na močení? Zdroj: vlastní.....	39
Tabulka 4: Kolik moči Vám obvykle unikne? Zdroj: vlastní .....	45
Tabulka 5: Vyvolal u Vás tento stav nepříjemné pocity? Zdroj: vlastní .....	45
Tabulka 6: Kde jste hledala nebo s kým jste probírala tyto problémy? Zdroj: vlastní ...	46
Tabulka 7: Jaké informace jste našla nebo jaké rady Vám byly poskytnuty? Zdroj: vlastní.....	47
Tabulka 8: Co pro své pohodlí a pocit bezpečí děláte. Zdroj: vlastní.....	48

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Kostí pánve.....	11
-----------------------------	----

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Žádost o vyjádření etické komise U KFTVS

Příloha 2 – Informovaný souhlas

Příloha 4 – Dotazník

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

## Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

**Název projektu:** Močová inkontinence u mladých sportovkyň

**Forma projektu:** výzkumná práce - bakalářská práce

**Období realizace:** březen 2024 – květen 2024

**Předkladatel:** Eliška Kopecká, UK FTVS, Katedra zdravotní TV a tělovýchovného lékařství

**Hlavní řešitel:** Eliška Kopecká, UK FTVS, Katedra zdravotní TV a tělovýchovného lékařství

**Místo výzkumu (pracoviště):** Dotazník vlastní konstrukce bude respondentům sdílen online formou, rozeslán na email nebo nasdílen na sociálních sítích, místo jeho vyplnění bude čistě na jejich uvážení. Dotazníky budou anonymní.

**Spoluřešitel(é):** žádný

**Vedoucí práce (v případě studentské práce):** Mgr. Markéta Křivánková

**Finanční podpora:** žádná

**Popis projektu:** Cílem práce je zmapovat situaci a šíři této problematiky v České republice. Kolik mladých žen odpoví ANO či NE v celkovém počtu vyplněných dotazníků na otázku, zda se setkaly u sebe s močovou inkontinencí. Vedlejším cílem je poukázat na možný vznik močové inkontinence u mladých sportovkyň a zjistit jakým způsobem, jak moc a jak dobře jsou informované o tomto tématu. Sběr dat bude zajištěn neinvazivní metodou, pomocí on-line, anonymizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník bude obsahovat cca 30 otázek. Odkaz na online dotazník budu rozesílat oslovujícím emailem do různých sportovních klubů a posiloven. Také nasdílím odkaz na dotazník na své, klubové či školní veřejné sociální síte jako je Facebook a Instagram. Kontakty na vybrané kluby a organizace budu získávat z jejich internetových stránek a osobně některé kluby navštívím. V neposlední řadě využiji vlastních kontaktů a oslovím i studentky FTVS.

**Charakteristika účastníků výzkumu:** Předpokládaný počet účastníků je 100-1000 žen ve věku 18-30 let, které aktivně sportují. Respondentky budou jak amatérské, tak i poloprofesionální a profesionální sportovkyně. Respondentky budou různého věku a různého sportovního zaměření. Tyto ženy mohou a nemusí mít osobní zkušenosti s únikem moči při sportovní aktivitě a nepříjemnými pocity spojené s tímto problémem. Výzkumu se nezúčastní osoby s akutním (zejména infekčním) onemocněním.

**Zajištění bezpečnosti:** Výběr otázek bude pečlivě konzultován s vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Markétou Křivánkovou. U výzkumu bude využito neinvazivních metod. Dotazníky budou respondentům distribuovány v online podobě a po vyplnění následně automaticky uloženy na platformě, kde budou po dobu trvání výzkumu. Bezpečnost bude zajištěna standardním způsobem. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu.

**Etické aspekty výzkumu:** Účastníci nebudou vybíráni z vulnerabilních skupin. Přínosem výzkumu je zmonitorování možnosti, znalostí a spokojenosti žen, kterých se močová inkontinence týká a problémy s ní spojené. Etická stránka výzkumu bude zajištěna (mimo jiné) anonymitou dotazníkového šetření.

**Potenciální střet zájmů:** Výzkum není prováděn pro žádnou organizaci či instituci. Nemám žádný soukromý zájem na výsledku šetření a ani výzkum nevede k mému osobnímu prospěchu. Nejsem v pracovně-právním (ani rodinném) vztahu k žádnému účastníkovi výzkumu. Neexistuje žádná skutečnost, která by mohla ovlivnit objektivitu výzkumu. Vedoucí práce bude dohlížet nad korektností a nestranností posuzování výsledků výzkumu mou osobou. Neexistuje žádná skutečnost, která by mohla ohrozit integritu a důvěryhodnost výzkumu.

**Ochrana osobních dat:** Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získány následující osobní údaje: věk, pohlaví, sportovní aktivita, subjektivní popis svého zdravotního stavu, odpovědi na otázky. Ostatními údaji budou pouze výsledky z dotazníkového hodnocení. Ke všem získaným datům budu mít přístup pouze já, jako hlavní řešitel a vedoucí mé práce Mgr. M. Křivánková. Všechna data budou shromážděna v počítači pod heslem v uzamčeném prostoru. Uvědomuji si, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby - budu dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. Osobní data, která by vedla k identifikaci účastníků výzkumu, budou bezprostředně do 1 dne po testování anonymizována.

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v bakalářské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS.

**Požizování fotografií/videí/audio nahrávek účastníků:**

Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie, audionahrávky ani videozáznamy.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

**Text informovaného souhlasu (IS):** přiložen

Povinností všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně. Potvrzují, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 29. 2. 2024

Podpis předkladatele: 

Datum a podpis odpovědného pracovníka z místa výzkumu:

### Vyjádření Etické komise UK FTVS

**Složení komise:** Předsedkyně: doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.

**Členové:** prof. MUDr. Jan Heller, CSc.

prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.  
PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

Mgr. Tomáš Ruda, Ph.D.  
MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: ..... 214/2023 .....

dne: ..... 1. 3. 2024 .....

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a neshledala rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

**Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise UK FTVS.**

UNIVERZITA KARLOVA  
Fakulta tělesné výchovy a sportu  
Josef Martího 31, 162 52, Praha 6  
razítko UK FTVS

- 20 -

  
podpis předsedkyně EK UK FTVS

## **Informovaný souhlas**

### **(Zjednodušený IS ve formě úvodu k dotazníku vlastní formulace)**

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Kopecká, jsem studentkou Aplikované tělesné výchovy osob se specifickými potřebami na UK FTVS. V rámci mé bakalářské práce jsem se rozhodla analyzovat prevalenci a charakter močové inkontinence u mladých sportovkyň ve věku 18-30 let. Kolik mladých žen se u sebe setkalo s močovou inkontinencí. Ráda bych poukázala na možný vznik močové inkontinence u mladých sportovkyň a zjistila jakým způsobem, jak moc a jak dobře jsou informované o tomto tématu

Připravila jsem si pro Vás anonymní dotazník vlastní konstrukce. Jeho vyplnění mi umožní zpracovat výzkumnou část mé bakalářské práce. Časová náročnost vyplnění dotazníku je zhruba 10 minut.

Vyplnění dotazníku je určeno pro všechny ženy ve věku 18-30 let, které aktivně sportují.

Výzkum byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod číslem: 214/23

Získaná data budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě, budou využita pro výzkum na UK FTVS a ochráněna před jiným užitím. S výsledky výzkumu se můžete seznámit na emailové adrese: [elizabet.kopecka@seznam.cz](mailto:elizabet.kopecka@seznam.cz)

Vyplněním a odevzdáním dotazníku potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byla informována. Vzhledem k anonymitě dotazníku není možné v budoucnu zrušit svůj souhlas s účastí na anketovém šetření.

Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

1. Určete, do jaké věkové kategorie spadáte?
  - 18-20 let
  - 21-23 let
  - 24-26 let
  - 27-30 let
2. Úroveň Vaší sportovní aktivity?
  - Rekreační sport
  - Výkonnostní sport
  - Vrcholový sport
3. Kolik hodin týdně Vám zabere Vaše sportovní aktivita?
  - Do 3
  - 4-5
  - 6-7
  - 8-9
  - 10 a více
4. Jaký druh/y sportu provozujete?
  - Doplňte:
5. Už jste rodila?
  - Ano
  - Ne
6. Chodíte často močit během dne?
  - Ano
  - Ne

Doporučený příjem tekutiny je 35–40 ml vody denně na kilogram tělesné hmotnosti, to si vydělíte cca 286 ml a vyjde Vám kolikrát je na Vaši váhu a doporučený příjem tekutin definováno časté močení. Např. žena vážící 90 kg by měla vypít 3,15–3,6 l a časté močení je tedy 11x a více; žena vážící 60 kg by měla vypít 2,1–2,4 litrů vody denně a časté močení je 7x a více.

7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla Ano, nakolik Vás obtěžovalo časté močení během dne?
- Vůbec ne
  - Trochu
  - Docela
  - Poněkud více
  - Hodně
  - Velmi
8. Míváte náhlý pocit nucení na močení?
- Ano
  - Ne
9. Vstáváte v noci kvůli močení?
- Ano
  - Občas
  - Ne
10. Objevil se u Vás únik moči v souvislosti s fyzickou aktivitou (např. při zakašlání, kýchání, při zvedání těžkého břemene, běhu, cvičení, skákání na trampolíně, při pobytu ve vodě, při sexu)?
- Ano
  - Občas
  - Ne
11. Kdy se Vám stane, že moč uniká? Můžete zaškrtnout více možností.
- Nikdy – moč samovolně neuniká
  - Uniká při zakašlání nebo kýchání
  - Ve spánku
  - Uniká při fyzické činnosti/cvičení
  - Uniká poté, co jsem se vymočila a oblékla
  - Uniká z neznámých důvodů
  - Uniká stále
  - Jiná...
12. Uniká Vám moč předtím, než máte čas se dostat na toaletu?
- Ano
  - Občas
  - Ne



13. Jak často u Vás dochází k úniku moči?

- Nikdy
- Asi 1x týdně nebo méně
- 2krát nebo 3krát týdně
- Asi 1krát denně
- Několikrát za den
- Neustále

14. Kolik moči Vám obvykle unikne?

- Žádná
- Malé množství
- Středně velké množství
- Velké množství

15. Vyvolal u Vás tento stav nepříjemné pocity (např. strach, stud, smutek, nedostatek sebedůvěry či sebeúcty, neatraktivitu, frustraci, depresi, hněv)?

- Ano
- Občas
- Ne

16. Kde jste hledala nebo s kým jste probírala tyto problémy? Můžete zaškrtnout více možností.

- Moč mi neuniká, nemusela jsem tedy hledat pomoc
- S nikým
- Hledala jsem sama na internetu
- S kamarádkami nebo rodiči
- S lékařem (gynekologem, urologem)
- Jiná...

17. Jaké informace jste našla nebo jaké rady Vám byly poskytnuty? Můžete zaškrtnout více možností.
- Prohlídka u lékaře
  - Vyšetření močového měchýře
  - Problém s pánevním dnem (oslabené/přetížené)
  - Chirurgický zákrok
  - Léčba pomocí léků
  - Tento problém se nemůže týkat tebe, jakožto mladé ženy (děti, ženy po porodu a senioři mívají inkontinenci)
  - Nehledala jsem
  - Jiná...
18. Co pro své pohodlí a pocit bezpečí děláte? Můžete zaškrtnout více možností.
- Méně piji
  - Vyhýbám se aktivitám, při kterých se mi to stává
  - Nosím intimní vložky/inkontinenční kompenzační pomůcky
  - Beru léky
  - Cvičím pánevní dno – sama, ve skupině, pod dohledem fyzioterapeuta
  - Jiná...
19. Jaké jsou Vaše znalosti o pánevním dnu?
- Dostatečné
  - Adekvátní
  - Částečné
  - Žádné
20. Jste spokojena s dostupností informací ohledně pánevního dna a močové inkontinence?
- Ano
  - Mělo by se o tom více mluvit
  - Ne
21. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla Ne, napište, co byste zlepšila:
- Odpověď:

22. Ocenila byste preventivní opatření jako je např. zařazení cvičení pánevního dna do Vašeho tréninku?
- Ano
  - Nevím
  - Ne
23. Byla byste ochotna zaplatit za kurz, kde by Vás odborník seznámil se vším potřebným (fyziologickou a anatomickou stavbou pánevního dna, hlubokým stabilizačním systémem, ukázal cviky a naučil Vás je efektivně využít)?
- Ano
  - Možná
  - Ne
24. Kolik byste za víkendový kurz, plný obohacujících vědomostí zaplatila?
- Méně
  - 1000-1500 Kč
  - 1500-2000 Kč
  - 2000-2500 Kč
  - 3000 Kč a více