

Prevenција inkontinencije u starijih osoba

Goran Perko, dr. med.,¹ Diana Mihok, dr. med.,¹ Ana Puljak, dr. med.,¹ Hrvoje Radašević, prof.,¹ prim. mr. sc. Spomenka Tomek-Roksandić,¹ prim. dr. sc. Josip Čulig,¹ Dragica Sužnjević, dipl. oec.²

¹Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba – Referentni centar Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi

²Sim Bex d.o.o., Zagreb

Međunarodno društvo za inkontinenciju definiralo je urinarnu inkontinenciju kao objektivno utvrđeno nevoljno otjecanje urina koje predstavlja značajan psihosocijalni i higijenski problem kako za pogođenu osobu tako i za njezinu obitelj. Inkontinencija se uglavnom pojavljuje u starijih od 50 godina, obično češće pogađa žene nego muškarce. Kako se u populaciji najrazvijenijih zemalja svijeta, pa tako i u Hrvatskoj, ubrzano povećava broj starijih ljudi, značajno raste broj osoba s inkontinencijom. Rano prepoznavanje problema inkontinencije važno je za dobar učinak liječenja, pri čemu glavnu ulogu u ranom prepoznavanju ima doktor u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Rezultati gerontoloških istraživanja u SAD-u ukazuju da 8 do 34% starijih osoba koje žive u svojem domu i više od 50% starijih bolesnika u gerijatrijskim bolnicama i domovima za njegu imaju neki oblik inkontinencije. U Njemačkoj oko 7% muškaraca i 15% žena iznad 65 godina te 20 do 25% starijih od 85 godina koji žive izvan institucije pate od nekog oblika nevoljnog gubitka urina, dok je u domovima za njegu oko 40 do 50% starijih korisnika inkontinentno. Istraživanje provedeno u Austriji (Vienna Study, Maggi i sur.) pokazalo je da 24,8% žena i 12,3% muškaraca u dobi od 75 do 79 godina pati od inkontinencije. U Australiji je, procjenjuje se, inkontinencijom pogođeno oko 2 milijuna ljudi.

Prema podacima Gerontološkog zdravstveno-statističkog ljetopisa za Hrvatsku 2001/2002. godina (drugo, dopunjeno izdanje) 50 do 90% korisnika stacionara domova za starije i nemoćne je inkontinentno.

Iz rezultata analize zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih korisnika u zagrebačkim domovima za starije i nemoćne osobe vidljivo je kako postoji velika razlika u udjelu inkontinentnih bolesnika, odnosno onih koji nemaju smetnje, u Domu za starije i nemoćne – ME1 i ostala dva doma (GRAFIKONI 1,2,3). S obzirom na ovako značajnu razliku, odnosno na primjeru relativno zadovoljavajuće distribucije smetnje mokrenja u dva doma, jasno je da se adekvatnom njegom korisnika, kao i primjenom Programa preventivnih zdravstvenih mjera za inkontinentne starije osiguravane (vježbe protiv inkontinencije, korištenje pelena, izbjegavanje uvođenja urinarnog katetera ukoliko nije nužno) udio osoba s inkontinencijom može značajno smanjiti.

Rizični faktori za pojavu inkontinencije

Urinarna inkontinencija se češće javlja u starijih osoba, a može se pojaviti kod mladih ljudi, često kao posljedica moždanog udara, ili kod žena koje su rađale više puta.

Najznačajniji rizični čimbenici za pojavu inkontinencije su:

- starija životna dob
- ograničena pokretljivost
- infekcije mokraćnih putova
- kronične upale mokraćnog trakta
- određene neurološke bolesti
- oštećenja mentalnih funkcija
- psihološki uzroci

- uzimanje određenih lijekova
- višestruki morbiditet
- pretjerano uzimanje tekućine.

Mogućnost zadržavanja urina u normalnim uvjetima rezultat je funkcije kompleksnih mehanizama koji ovise o normalnoj anatomiji i funkciji središnjeg i perifernog živčanog sustava te normalnoj strukturi i funkciji mokraćnog mjehura i uretre. Osim toga, normalno mokrenje ovisi o mentalnim sposobnostima i fizičkoj pokretljivosti starije osobe.

Proces pražnjenja mokraćnog mjehura nastaje kada su istodobno voljno suprimirani inhibitorni krak refleksnog luka iz kore mozga, relaksirani mišići dijafragme zdjelice i vanjski sfinkter, zatvorena ureteralna ušća i konačno kontrahirani detruzor mjehura. Zdrava osoba može zadržati u prosjeku 350-550 ml urina ovisno o urednoj funkciji vanjskog sfinktera i detruzora mjehura.

Povisivanjem životne dobi događaju se brojne promjene organa i organskih sustava, što dovodi do progresivnog slabljenja njihove funkcije. Tijekom procesa starenja kapacitet mokraćnog mjehura i brzina protoka urina se smanjuju, a nevoljne kontrakcije detruzora mjehura postaju učestalije. Isto tako povećava se rezidualni volumen mjehura koji varira od 50 do 100 ml, a maksimalni tlak sfinktera uretre se smanjuje. Nadalje, kod žena se smanjuje dužina uretre, a kod muškaraca se povećava volumen prostate.

Prethodno opisane promjene koje se javljaju kod starijih ljudi mogu pogodovati nastanku inkontinencije, ali one same nisu uzrok njezine pojave.

Nehotično bježanje urina obično počinje ispuštanjem svega nekoliko kapi mokraće, a nastavlja se tako da osoba zbog toga što je stalno mokra odustaje od bavljenja sportskim aktivnostima te počinje izbjegavati izlaske i društvo, uz moguću pojavu depresije, koja dodatno pogoršava inkontinenciju.

Najčešći oblici urinarne inkontinencije

Urinarna inkontinencija može se klasificirati s obzirom na količinu ispuštenog urina na:

- sporadičnu (manje od 10 ml/h)
- pojačanu (10-25 ml/h)
- tešku (25-50 ml/h)
- potpunu (više od 50 ml/h).

Nadalje, urinarna inkontinencija može biti akutna (prolazna) ili kronična (perzistirajuća).

Akutna inkontinencija često se pojavljuje u osoba starije životne dobi kao posljedica naglih promjena u sposobnosti mokrenja, a mogu je uzrokovati:

- delirij
- infekcije mokraćnih putova
- atrofični uretritis i vaginitis
- određena psihijatrijska oboljenja
- uzimanje alkohola i određenih lijekova
- pretjerano uzimanje tekućine
- metaboličke abnormalnosti (hiperglikemija, hiperkalcemija)
- impakcija stolice.

Ukoliko se i nakon prepoznavanja i uklanjanja uzroka akutne inkontinencije nastavi nevoljno otjecanje urina, treba pomisliti na perzistirajuću inkontinenciju. Ona je posljedica kroničnih promjena, a prema uzroku se može podijeliti na sljedeće najčešće oblike:

- stres-inkontinencija
- nagoniska (urgentna) inkontinencija
- preljevnna inkontinencija
- neurogena (neuropatska) inkontinencija.

Stres-inkontinencija je vjerojatno najčešći tip urinarne inkontinencije, a nastaje kao posljedica slabljenja funkcije mišića dna zdjelice, odnosno sfinktera uretre. Uslijed toga kod kratkotrajnog povišenja intraabdominalnog tlaka, pri tjelesnim naporima kao što su kihanje, kašljanje, smijanje ili dizanje tereta, dolazi do otjecanja malih količina urina.

Prema prof. Ingelman-Sundbergu, u ovisnosti o težini simptoma, stres-inkontinencija se može podijeliti u tri stupnja. U prvom stupnju inkontinencija se javlja pri kašljanju, kihanju ili smijehu. U drugom stupnju javlja se pri dizanju sa stolca, hodanju ili penjanju uz stube. Bolesnik s trećim stupnjem inkontinencije je mokar i pri stajanju, pa čak i pri ležanju ili okretanju u krevetu.

Slabljenje muskulature zdjeličnog dna može biti posljedica teških ili brojnih poroda, dugotrajnog kašlja (npr. kronični bronhitis), debljine, uzimanja nekih lijekova i dr. Stres-inkontinencija uglavnom pogađa žene, prvenstveno zbog njihove tjelesne građe i prirodne funkcije, i za njih je od velikog značenja jer često predstavlja podlogu za nastanak recidivirajućih infekcija urinarnog trakta. Daljnji uzrok stres-inkontinencije kod žena može biti i manjak estrogena tijekom i nakon menopauze. Kod muškaraca stres-inkontinencija je najčešće posljedica oštećenja sfinktera mokraćnog mjehura nakon operacije prostate.

Urgentna (nagoniska) inkontinencija posljedica je nestabilnosti detruzora mjehura, koja se javlja uslijed neadekvatne inhibicije mokrenja od središnjeg živčanog sustava, a uz urednu strukturu. U odnosu na druge oblike inkontinencije, nagoniska inkontinencija se često javlja u starijih ljudi, podjednako u oba spola. Kod ovog tipa inkontinencije, kao posljedica preosjetljivog mokraćnog mjehura dolazi do iznenadnog podražaja za mokrenjem koji se ne može potisnuti. Pogodene osobe idu često mokriti, ali u malim količinama i s jakim mlazom.

Brojni uzroci mogu dovesti do razvoja urgentne inkontinencije: upala mokraćnog mjehura, prolaps uterusa, hipertrofija prostate, manjak estrogena, kamenci mokraćnog mjehura, moždana kap, neurološke bolesti kao što su Parkinsonova bolest, multipla skleroza, depresija, psihički uzroci i dr.

Kako pogodene osobe ne mogu potisnuti nagon za mokrenjem, ona često naginje paničnim napadajima straha, pogotovo ako se u njihovoj blizini ne nalazi toalet.

Preljevnna (overflow) inkontinenciju karakterizira smanjeni nagon za mokrenjem zbog čega do ispuštanja urina dolazi tek kod već prepunjenog mjehura. Kod tog tipa inkontinencije urin istječe gotovo neprekidno, u malim količinama i uz slabi mlaz.

Kod muškaraca ovaj oblik nehotičnog otjecanja mokraće se najčešće javlja kao posljedica hipertrofije prostate i posljedične opstrukcije vrata mokraćnog mjehura. Preljevna inkontinencija kod žena obično je idiopatska, a može se javiti uslijed dugotrajnog potiskivanja nagona za mokrenjem s posljedičnim slabljenjem muskulature mokraćnog mjehura.

Smanjena aktivnost detruzora mjehura uz retenciju urina može biti posljedica oštećenja perifernog živčanog sustava, na primjer kompresija diskom ili tumorskim tkivom, ili se može javiti uslijed periferne autonomne neuropatije kod dijabetičara te bolesnika s pernicioznom anemijom, Parkinsonovom bolesti, tabes dorsalisom i kod alkoholičara. Razlog nastanka preljevne inkontinencije može biti i uzimanje određenih lijekova kao što su sedativi, triciklički antidepressivi, narkoanalgetici i dr.

Kako se mokraćni mjehur u pogođenih osoba nikada ne isprazni do kraja, često dolazi do cistitisa.

Neurogena (neuropatska) inkontinencija nastaje uslijed određenih neuroloških oboljenja, zbog čega dolazi do pojačanog refleksnog odgovora muskulature mokraćnog mjehura i/ili smanjenja tonusa sfinktera uretre.

Često se u gerijatrijskoj praksi vide miješani oblici urinarne inkontinencije kao što je npr. kombinacija urgentne i stres inkontinencije. Određeni oblici urinarne inkontinencije, između ostalog, mogu biti manifestacija neurogenog mjehura.

Neurogeni mjehur može se javiti kao posljedica kongenitalnih abnormalnosti, ozljeda ili bolesti središnjeg živčanog sustava, ili dijela perifernog živčanog sustava koji inervira mokraćni mjehur i sfinkter uretre. Razlikujemo hipotonični i spastični oblik neurogenog mjehura.

Hipotonični neurogeni mjehur općenito je posljedica oštećenja periferne inervacije mokraćnog mjehura u razini sakralnog dijela ledne moždine, a često se javlja uslijed kongenitalnih abnormalnosti kao što su mijelomeningokela, sindrom *Caudae equine* i dr.

Karakteristično je za taj oblik neurogenog mjehura da je bezbolan, distendiran, uz stalno otjecanje (prelivanje) malih količina urina. Hipotono stanje koje je posljedica ozljede ledne moždine može potrajati danima, tjednima ili mjesecima prije nastanka trajne hipotonije ili spasticiteta, ili vidljivog poboljšanja funkcije mokraćnog mjehura. U slučaju kroničnog hipotonog neurogenog mjehura česte su infekcije urinarnog trakta.

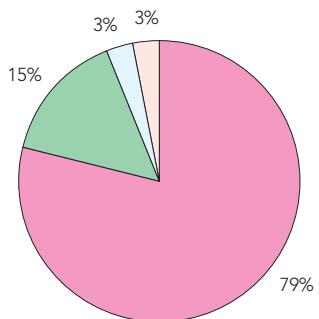
Spastični oblik neurogenog mjehura najčešće je posljedica oštećenja mozga ili suprasakralnog dijela ledne moždine. Najčešći stečeni uzroci koji dovode do oštećenja tog dijela ledne moždine su transverzalni mijelitis i traumatska transekcija s posljedičnom paraplegijom ili tetraplegijom. Ovaj oblik neurogenog mjehura najčešće će se prezentirati urgentnom inkontinencijom.

Kombinirani oblik hipotonog i spastičnog neurogenog mjehura može se javiti uz određene bolesti kao što su sifilis, dijabetes *mellitus*, tumori mozga i ledne moždine, moždana kap te uslijed prolapsa intervertebralnog diska, demijelinizirajućih i degenerativnih oboljenja ledne moždine kao što su multipla skleroza, amiotrofična lateralna skleroza i dr.

Dijagnostičke pretrage važne u ranom prepoznavanju problema inkontinencije

Rano prepoznavanje problema inkontinencije važno je za dobar učinak liječenja. Glavnu ulogu u ranom prepoznavanju problema inkontinencije ima doktor u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (doktor obiteljske medicine ili ginekolog): 85% starijih osoba s inkontinencijom otkrije se u općoj/obiteljskoj praksi.

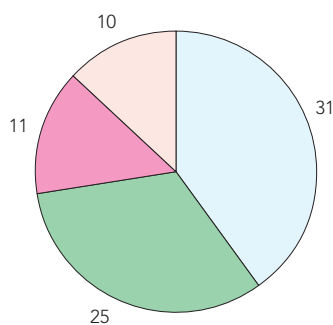
Osnovni dijagnostički pregled morao bi uključiti anamnezu, fizikalni pregled, biokemijsku analizu urina i urinokulturu, procjenu rezidualnog urina i ono što je najbitnije – dnevnik mokrenja. Dobro uzeta ciljana anamneza i fizikalni pregled od iznimne su važnosti kod utvrđivanja uzroka inkontinencije, tj. stanja koji su u podlozi akutne inkontinencije te razlučivanja akutne od perzistirajuće inkontinencije. Osim toga oni imaju važnu ulogu u utvrđivanju



- 0 - Nema smetnje
- 1 - Smetnje prisutne
- 2 - Učestalo noćno mokrenje
- 3 - Inkontinencija

Grafikon 1. Smetnje mokrenja korisnika stacionara u domu za starije i nemoćne osobe – Dom ME1 (2003. god.; N=118)

Izvor: Evidencijska lista br.1 PZP-a starijih osiguranih osoba specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe te drugim ustanovama socijalne skrbi CZGZZJZGZ



- 0 - Nema smetnje
- 1 - Smetnje prisutne
- 2 - Učestalo noćno mokrenje
- 3 - Inkontinencija

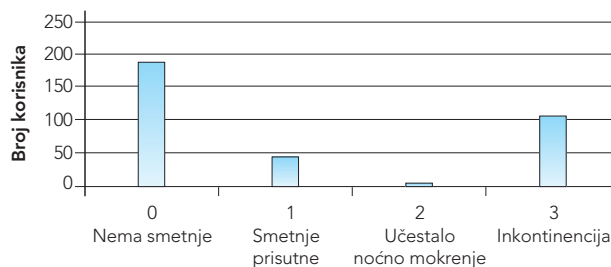
Grafikon 2. Smetnje mokrenja korisnika stacionara u domu za starije i nemoćne osobe – Dom MA1 (2003. god.; N=77)

Izvor: Evidencijska lista br.1 PZP-a starijih osiguranih osoba specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe te drugim ustanovama socijalne skrbi CZGZZJZGZ

komorbiditeta osobe pogođene inkontinencijom kao i u procjeni njezine funkcionalne sposobnosti.

Dnevnik mokrenja može voditi inkontinentna osoba ili osoblje za njegu minimalno 72 sata, a od iznimne je važnosti za pravilno utvrđivanje dijagnoze, praćenje “treninga” mjehura, propisivanje terapije i pružanje povratne informacije bolesniku (TABLICA 1).

U daljnjem dijagnosticiranju inkontinencije treba učiniti detaljnu specijalističku obradu koja, između ostalog, uključuje cistoskopiju, endoskopski pregled, urodinamski i videourodinamski pregled, ehografiju gornjeg i donjeg dijela mokraćnog sustava i testove mjerenja brzine protoka urina kroz uretru (*uroflow*), a za procjenu funkcije zdjeljične muskulature provodi se Bonney test (stres-test) te mjerenje angulacije uretre.



Grafikon 3. Smetnje mokrenja kod korisnika u domu za starije i nemoćne osobe – Dom TRN1 (2003. god.; N=380)

Izvor: Evidencijska lista br.1 PZP-a starijih osiguranih osoba specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe te drugim ustanovama socijalne skrbi CZGZZJZGZ

Preventivna zdravstvena mjera (po definiranoj struč.-med. uputi)	Dobne skupine			
	45-64*	65-74	75-84	85+
Mjerenje krvnog tlaka	45.	65.	75.	85.
Palpacija perifernog cirkulacije				
Određivanje indeksa tjelesne mase				
Ocjena negativnog zdravstvenog ponašanja:				
manjak osobne i okolišne higijene,				
fizička i psihička neaktivnost,				
neppravilna prehrana,				
debljina				
alkoholizam, pušenje				
nepridržavanje uputa liječnika				
pijenje crne kave >2 šalice kave/d				
neizlaganje umjerenom sunčevoj svjetlosti				
PROCJENA FUNKCIONALNE SPOSOBNOSTI				
fizički status (pokretnost)				
psihički status (samostalnost)				
GUK				
Procjena vitaminsko-mineralnog statusa				
Test okultnog krvarenja				
Određivanje ukupnog kolesterola u serumu				
Procjena vidne i slušne funkcije				
Digitorektalni pregled	M	M	M	M
Smetnje mokrenja				
Sanacija zubi i zubala				
RTG pluća				
Mamografija, UZV doppl.dijagn.	Ž	Ž		
Denzitometrija kosti	Ž	Ž		
Cijepljenje protiv gripe		✗	✗	✗
Cijepljenje protiv pneumokokne pneumonije		✗	✗	✗

Preventivne mjere koje se provode jednom u godini dana u definiranoj starosnoj dobi

Preventivne mjere koje se provode jednom u godini dana

Shema 1. Primjena osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera za starije ljude

Izvor: Centar za gerontologiju ZZJZGZ

* Dobna skupina od interesa.

** Po indikaciji liječnika opće/obiteljske medicine, a za korisnike stacionara domova za starije i nemoćne i bolesnike u gerijatrijskim bolnicama je obvezno: cijepljenje protiv tetanusa s navršениh 60 godina, cijepljenje pneumokoknim cjepivom jednom u pet godina, cijepljenje protiv gripe svake godine.

Suvremena strategija liječenja inkontinentnog bolesnika

Suvremena strategija liječenja inkontinentnog bolesnika temelji se na aktivnom i multidisciplinarnom pristupu, a u nju su uključeni liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, radni terapeut, psiholog, farmaceut, njegovatelj, inkontinentna osoba i njezina obitelj. Postoje razni načini liječenja, ovisno o tipu i stupnju inkontinencije.

Urgentna inkontinencija najčešće se liječi medikamentima u kombinaciji s bihevioralnom terapijom. U sklopu tog oblika terapije provodi se “trening mjehura” koji se sastoji u tome da inkontinentna osoba nauči isprazniti mjehur u određenim vremenskim razmacima. Farmakoterapija predstavlja samo nadopunu bihevioralne terapije i ne može je zamijeniti jer njome nije u potpunosti moguće inhibirati hiperaktivnost detruzora mjehura. Tako se profilaktički, ukoliko se vrijeme u koje dolazi do nevoljnog otjecanja urina može pred-

Tablica 1. Primjer dnevnika mokrenja inkontinentne osobe

Ime i prezime				
Vrijeme u satima	Količina uzete tekućine (dcl)	Količina ispuštenog urina (dcl)	Stupanj mokrine +/++/+++	Napomena (lijekovi i dr.)
7 h				
8 h				
9 h				
itd. (24-72 h)				

vidjeti, preporučuje uzimanje lijekova s brzim djelovanjem kao što je oxybutynin. Nadalje, kombiniranjem dva komplementarna lijeka u malim dozama (npr. oxybutynin i imipramin) može se uz najmanje nuspojava postići maksimalni učinak. Neki od tih lijekova, ukoliko se bolesnik sam u stanju kateterizirati, mogu se primijeniti i intravezikalno. Važno je napomenuti da svi lijekovi koji služe za relaksaciju miškulature mokraćnog mjehura mogu izazvati retenciju urina.

Kod stres-inkontinencije postoje specifične vježbe za jačanje miškulature urogenitalne dijafragme i zdjelice (Kegelove vježbe). Medikamentozna terapija alfa adrenergičkim agonistima, posebice kad se daju u kombinaciji s estrogenima, može uspješno pomoći u uspostavljanju kontinentnosti. Dodatne terapijske mjere uključuju redovito pražnjenje mjehura, smanjenje prekomjerne tjelesne težine, liječenje kroničnog bronhitisa, prestanak pušenja i dr.

Osim prethodno navedenih oblika terapije, urinarna inkontinencija liječi se i elektrostimulacijom te kirurškim putem. Tako se operativnim putem u slučaju preljevne inkontinencije kod žena rješavaju deformiteti vrata mokraćnog mjehura i uretre, a kod muškaraca hipertrofična prostata. Kod stres-inkontinencije kontrola nad mokrenjem može se postići kirurški tako da se oko vrata mokraćnog mjehura postave silikonski sfinkteri koji omogućuju kontinenciju

pomoću dvosmjerne valvule. Kod nekih bolesnika koje ne žele ići na kirurški zahvat ili je on u njih kontraindiciran kontinentnost se može uspostaviti mehanički uz pomoć pesara postavljenog u rodnicu.

Zdravstvene mjere uspješne prevencije inkontinencije

U cilju uspješnog sprječavanja, pravovremenog liječenja i ublažavanja posljedica inkontinencije potrebno je provoditi ciljane preventivne zdravstvene mjere.

Redovita tjelesna aktivnost. Danas je dokazano kako redovita tjelesna aktivnost može pridonijeti mnogim pozitivnim promjenama i boljoj funkcionalnoj sposobnosti u starijih kao i u mlađih ljudi u svrhu očuvanja njihove fizičke pokretljivosti u srednjoj, ali i u dubokoj starosti. Kako ciljnu rizičnu skupinu s učestalijom pojavom urinarne inkontinencije u ranijoj starosti čine žene višerotkinje, nužno je podučavanje o pravilnoj prevenciji inkontinencije na razini primarne zdravstvene zaštite.

Svaka osoba je, bez obzira na kronološku dob, sposobna za određenu vrstu tjelesne aktivnosti. Starost nikako ne predstavlja ograničavajući faktor za vježbanje. Vježbe mišića zdjeličnog dna zauzimaju važno mjesto u prevenciji i liječenju inkontinencije. Redovitom primjenom tih vježbi, koje se vrlo brzo i lako nauče, može se u relativno kratkom vremenu ojačati mišiće zdjeličnog dna i time spriječiti nevoljno mokrenje. Tako je u Sveučilišnoj klinici u Innsbrucku u posljednjih deset godina uporaba urinarnih katetera smanjena s 30 na 6%, što je postignuto preventivnim zdravstvenim mjerama, prvenstveno odabranim vježbama za jačanje mišića zdjelice.

Provođenje kontinuirane edukacije. U cilju pružanja što prikladnije zdravstvene skrbi za inkontinentne osobe osobitu pažnju treba posvetiti provođenju kontinuirane edukacije stručnjaka i opće populacije na tom području, a to je i jedna od djelatnosti Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba.

Orientacijski upitnik za pacijente namijenjen ranom otkrivanju problema inkontinencije

Kraj svakog pitanja odgovorite s DA ili NE, a rješenje potražite u tekstu ispod upitnika.

- 1. Patite li od učestalih upala mokraćnog mjehura (osjećaj pečenja, učestalo mokrenje)? DA NE
- 2. Bježi li Vam ponekad mokraćna nehotice:
 - kod smijanja, kihanja ili kašljanja? DA NE
 - prilikom naprezanja? DA NE
 - prilikom ležanja? DA NE
 - uvijek? DA NE
 - ponekad, npr. tijekom prehlade? DA NE
- 3. Budite li se noću zbog potrebe za mokrenjem? DA NE
- 4. Upotrebljavate li zaštitu za intimno rublje zbog nehotičnog bježanja mokraće? DA NE
- 5. Idete li češće od pet puta dnevno na zahod? DA NE
- 6. Osjećate li često nesnosan nagon na mokrenje, iako ste neposredno prije mokrili? DA NE
- 7. Je li Vam teško zaustaviti mlaz mokraće kad čujete da voda teče iz slavine? DA NE
- 8. Kaplje li Vam mokraćna kratko vrijeme nakon što je voda prestala teći iz slavine? DA NE
- 9. Jeste li prošli klimakterij? DA NE
- 10. Jeste li imali terapijske zahvate na mokraćnom mjehuru ili imate bolesti prostate? DA NE
- 11. Bolujete li od sljedećih bolesti:
 - šećerna bolest DA NE

- multipla skleroza DA NE
- moždana kap DA NE
- bolesti kralježnice DA NE
- Alzheimerova bolest DA NE
- Parkinsonova bolest DA NE

Ako ste pozitivno odgovorili na manje od 3 pitanja, bilo bi dobro da pri sljedećem posjetu Vašem liječniku porazgovarate s njim o problemu inkontinencije. Najbolje je da mu pokažete ovaj upitnik. Vrlo je važno da se što prije razjasne uzroci Vaših poteškoća.

Ako ste DA zaokružili na 3 do 5 pitanja, trebali biste što je prije moguće porazgovarati sa svojim liječnikom. Najbolje je da mu pokažete ovaj upitnik. Liječnik će poduzeti odgovarajuće mjere da se otkrije uzrok Vaših poteškoća, kao i provesti odgovarajuće liječenje.

Ako ste na više od 5 pitanja pozitivno odgovorili, trebali biste se odmah posavjetovati sa svojim liječnikom (najbolje je da mu pokažete ovaj upitnik), kako bi se što prije otkrio uzrok Vaših problema i počelo odgovarajuće liječenje.

Ovaj test je samo orientacijski i nije zamjena za liječnički pregled!

Izvor: Centar za gerontologiju, Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba

Nadalje, Zaklada SimBex izdala je brošuru "Vježbe pri prevenciji i liječenju inkontinencije", koja sadrži detaljno opisane i slikovno prikazane vježbe za jačanje muskulature dna zdjelice. Ovaj program vježbi zauzima važno mjesto u rehabilitaciji mišića i vezivnog tkiva zdjelice dna, što učinkovito pomaže u liječenju stres-inkontinencije.

Upotreba određenih pomagala (ulošci, pelene) umjesto urinarnog katetera. Urinarni kateter ne predstavlja instrument za tretiranje inkontinencije već za to postoje pomagala. Ona su oblikovana prema stupnju inkontinencije i proporcionalno tjelesnoj veličini. Isto tako treba naglasiti da inkontinentne osobe osobito pažnju moraju posvetiti higijeni pri pranju, koje je katkada nužno ponavljati i nekoliko puta dnevno, uz posebnu zaštitu kože.

Redovito obavljanje ciljanih sistematskih pregleda u sklopu obvezatnog preventivnog minimuma za starije ljude po Programu osnovnih preventivnih zdravstvenih mjera za starije ljude s ocjenom zdravstvenog stanja i procjenom funkcionalne sposobnosti (SHEMA I).

Upute i odgovori o najučestalijim i najvažnijim problemima koji nastaju tijekom starenja kao i primijenjeno znanje o rizičnim čimbenicima nastanka bolesnog starenja mogu se naći u gerontološko-edukativnoj knjižici "Živjeti zdravo aktivno starenje", koju je izradio Centar za gerontologiju ZZJZGZ, u Plivinoj ediciji. Knjižica ima izuzetnu vrijednost u promicanju i provedbi akcijskog plana unapređivanja zdravlja i očuvanja funkcionalne sposobnosti rastućeg hrvatskog starijeg pučanstva.

Zaključak

Inkontinencija predstavlja izbježiv ali i značajnim dijelom izlječiv zdravstveni problem.

Unatoč tome inkontinencija još uvijek ostaje tabu tema i vrlo je često neprepoznata jer je bolesnici rijetko prijavljuju svom doktoru obiteljske medicine. Međutim, problem inkontinencije osobito je važno prepoznati i liječiti u ranijoj dobi zbog njenih negativnih učinaka na opće zdravlje i svakodnevni život starije osobe s inkontinencijom i njezine obitelji.

Potrebno je istaknuti važnost što ranijeg javljanja osobe s problemom inkontinencije svom liječniku jer se pravovremenim i pravilnim liječenjem taj problem u mnogim slučajevima može spriječiti ili umanjiti. **M**

LITERATURA

- American Academy of Family Physicians. Urinary Incontinence: Embarrassing but Treatable. <http://familydoctor.org/189.xml>; 2004.
- Beers MH, Berkow R. Genitourinary disorders. U: Beers MH, Berkow R, ur. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17. izd. West Point: Merck Research Laboratories.
- Beers MH, Berkow R. Kynedey and urinary tract disorders. U: Beers MH, Berkow R, ur. The Merck Manual of Geriatrics. 3. izd. West Point: Merck Research Laboratories, 2000; 951-80.
- Beers MH, Berkow R. Myoneurogenic disorders. U: Beers MH, Berkow R, ur. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17. izd. West Point: Merck Research Laboratories
- Beers MH, Berkow R. Prevention of disease and disability. U: Beers MH, Berkow R, ur. The Merck Manual of Geriatrics. West Point: Merck Research Laboratories, 2000; 3-75.
- Gabrić V. Urološke bolesti. U: Duraković Z. et al., ur. Medicina starije dobi. Zagreb: Naprijed, 1990; 169-79.
- Miličić D, Šprem M. Uroginekologija. U: Ciglar S, Suchanek E, ur. Ginekologija. Zagreb: Naklada Ljevak, 2001; 269-80.
- National Institute on Aging. Urinary Incontinence. <http://www.niapublications.org/engagepages/urinary.asp>; 2004.
- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. Cystoscopy and Ureterscopy. <http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/cystoscopy/index.htm>
- Pavlič Z. Ginekološke bolesti. U: Duraković Z. et al., ur. Medicina starije dobi. Zagreb: Naprijed, 1990; 179-86.
- The National Continence Management Strategy. Urinary Incontinence. What is it. A Commonwealth Government Initiative. <http://www.continence.health.gov.au/ncms.htm>
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Lamer V, Radašević H, Fućkan N, Škes M, Kurtović Lj. Gerontološki zdravstveno-statistički pokazatelji o zdravstvenim potrebama starijih ljudi. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Gerontološki zdravstveno-statistički ljetopis za Hrvatsku 2001./2002. godina. (II. dopunjeno izdanje) Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba-Centar za gerontologiju, 2003; 5-516.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Škes M, Kurtović Lj, Tomić B. Gerontološki centri 2004. Zagrebački model uspješne prakse za starije ljude. U:

- Tomek-Roksandić S, Fortuna V, ur. Zagreb: Centar za gerontologiju. Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, 2004.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Radašević H, Čulig J. Risikofaktoren des ungesunden Alters. Acta Medica Austriaca 2003; 30 (Suppl.1):8-9.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Radašević H, Puljak A, Čulig J, Budak A. Primarna zdravstvena zaštita za starije ljude prioritet unapređenja (reforme) hrvatskog zdravstva. U: Mazzi B, ur. Zbornik – O učincima reforme zdravstva i novog Zakona o z. z. na organizaciju P.Z.Z. i statusa obiteljskog doktora. Treći Kongres H.D.O.D.-H.L.Z. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 2003;125-44.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Radašević H, Škes M, Vorko-Jović A. Živjeti zdravo aktivno starenje-3. knjižica uputa za očuvanje funkcionalne sposobnosti u dubokoj starosti. U: Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Zagreb: CZG ZJZGZ et al.; 2003; 3-31.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Puljak A, Mihok D, Radašević H, Tomić B, Višnja F, Čulig J, Budak A. Zdravstvene potrebe i funkcionalna sposobnost hrvatskog starijeg pučanstva. U: Petric D, Rumboldt M, ur. Zbornik-XI kongres obiteljske medicine. Split: Hrvatska udružba obiteljske medicine, 2004; 117-35.
- Tomek-Roksandić S, Perko G, Radašević H, Mihok D, Čulig J. The Program of preventive health measures for the elderly in Primary, secondary and tertiary health care. 44. Österreichischer Geriatriekongress mit internationaler Beteiligung. BadHofgastein, 20-24. Marz. 2004. Wien. Wiener Medizinische Wochenschrift 2004; 154:54.
- Tomek-Roksandić S. Javno-zdravstveni pristup u zaštiti zdravlja starijih ljudi. U: Tomek-Roksandić S, Budak A, ur. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske et al., 1999:1-19.
- United Nations: World Population Ageing 1950-2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations Publication, 2002.
- Vrhovac B. Mokraćni sustav. U: Vrhovac B. et al., ur. Interna medicina I. Zagreb: Naprijed, 1991; 175-7.
- Wettstein A, Conzelmann M, Heiß HW. Urologische Probleme. U: Wettstein A, Conzelmann M, Heiß HW, ur. Checkliste Geriatrie. 2. izd. Stuttgart: Thieme, 2002; 388-98.