

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Pavlína Bartoňová

**KVALITA ŽIVOTA ŽEN S INKONTINENCÍ PO
VAGINÁLNÍM PORODU DO 35 LET**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 22. června 2020

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji mé vedoucí diplomové práce Mgr. Štěpánce Bubeníkové, Ph.D. za vstřícnost, cenné rady a připomínky a za odborné vedení diplomové práce. Dále Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování. V neposlední řadě děkuji mé rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia.

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma diplomové práce: Poporodní inkontinence

Název práce: Kvalita života žen s inkontinencí po vaginálním porodu do 35 let

Název práce v AJ: A quality of life of women with incontinence after vaginal delivery up to 35 years

Datum zadání: 31. 1. 2019

Datum odevzdání: 22. 6. 2020

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor: Bc. Pavlína Bartoňová

Vedoucí: Mgr. Štěpánka Bubeníková, ph.D.

Oponent:

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá problematikou poporodní inkontinence a jejím vlivem na kvalitu života u mladých žen do 35 let. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na mikční fyziologii, samotnou močovou inkontinenci, její rozdělení, diagnostiku, klinické projevy, konzervativní, farmakologickou, chirurgickou terapii a prevenci. Dále je zde zahrnuta kvalita života a metody jejího hodnocení. V praktické části byly zpracovány a vyhodnoceny informace získané pomocí dotazníků, které byly distribuovány v ambulancích v Olomouckém a Libereckém kraji. K výzkumu byla použita metoda standardizovaného dotazníku Contilife. Dotazník byl doplněn o otázky zaměřující se na věk, vzdělání, paritu, graviditu, porodní hmotnost novorozence, cvičení v těhotenství a po porodu.

Abstrakt v AJ: The diploma thesis deals with the issue of postpartum incontinence and possible effects on the quality of life of young women under 35 years. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part focuses on micturic physiology, urinary incontinence itself, its distribution, diagnostics, clinical manifestations, conservative, pharmacological, surgical therapy and prevention. Quality of life and assessment methods are also included. In the practical part, information was processed and evaluated using questionnaires, which were distributed in outpatient clinics in the Olomouc and Liberec regions. The method of the standardized questionnaire Contilife was used for the research. The questionnaire was supplemented with questions focusing on age, education, parity, pregnancy, birth weight, exercise during pregnancy and after delivery.

Klíčová slova v ČJ: Močová inkontinence, stresová inkontinence, těhotenství, vaginální porod, šestinedělí, poporodní období, kvalita života, dotazník, Contilife

Klíčová slova v AJ: Urinary incontinence, stress incontinence, pregnancy, vaginal birth, puerperium, postpartum period, quality of life, questionnaire, Contilife

Rozsah práce: 102 stran/5 příloh

OBSAH

1	ÚVOD.....	8
2	VYMEZENÍ PROBLÉMŮ A CÍLŮ PRÁCE	9
3	TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	10
3.1	Anatomie močového ústrojí žen.....	12
	Fyziologie kontinence	13
	Fyziologie a patologie mikce	14
3.2	Inkontinence moči.....	14
	Klasifikace inkontinence	15
	Stresová inkontinence	16
	Příčiny stresové inkontinence.....	17
	Rizikové faktory stresové inkontinence	19
	Diagnostika stresové inkontinence.....	21
	Léčba a prevence stresové inkontinence	24
3.3	Kvalita života	32
	Hodnocení kvality života	33
3.4	Role porodní asistentky při diagnostice, prevenci a léčbě poporodní stresové inkontinence	34
4	METODIKA VÝZKUMU	37
4.1	Cíle výzkumu	37
4.2	Metodika a realizace výzkumu.....	37
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
5.1	Vyhodnocení demografických dat.....	39
5.2	Vyhodnocení dotazníků.....	50
	Denní aktivity.....	50
	Fyzická aktivita	52
	Vlastní osobnost.....	54
	Citové důsledky.....	56
	Sexualita.....	58
	Kvalita života	60
5.3	Vyhodnocení dílčích cílů	64
5.4	Vyhodnocení hlavního cíle.....	68
6	DISKUZE	71

7	ZÁVĚR	77
8	REFERENČNÍ ZDROJE	79
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	86
10	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	88
11	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

1 ÚVOD

S inkontinencí moči se během života potýká až 50% žen. Močová inkontinence je podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (International Continence Society – ICS) stav, popisovaný jako *„každý samovolný únik moči, který představuje sociální nebo hygienický problém a dá se objektivně dokázat“* (dostupné na <https://www.ics.org/search?q=definition>).

Inkontinence moči zasahovala do života žen odjakživa, v dnešní době se však setkáváme se stoupající incidencí. Ta je dána postupným stárnutím populace, ale také novějšími a modernějšími metodami léčby, které ženy aktivně vyhledávají. Dříve se jednalo o velmi tabuizovaný zdravotní problém, který dnes ženy často řeší už při počátečních obtížích. Může za to pravděpodobně fakt, že inkontinence není v dnešní populaci tolik zatracována a je daleko více způsobů a metod, jak lze s tímto problémem bojovat. Inkontinence může nabývat nejrůznějších podob a konkrétní tip je dán kombinací několika příčin vedoucích k poruše mikce. Mezi základní typy inkontinence řadíme stresovou, která je nejčastějším typem a vyskytuje se až v 49% ze všech druhů. Dalším typem je urgentní inkontinence, ta je zastoupena v 21 %. Kombinací je smíšená inkontinence, která je zastoupena v 28 %. Mezi nejméně se vyskytující řadíme reflexní a paradoxní inkontinenci (Hiblbauer, 2011) Mezi nejčastější příčiny vzniku řadíme věk, ženské pohlaví, vaginální a operační porody, episiotomie, hormonální disbalanci, hormonální antikoncepci a v neposlední řadě také obezitu. Je všeobecně známo, že ženy, které rodily jedno či více dětí, mívají častěji problémy s udržení moči než ženy, které nerodily. Proto se s inkontinencí setkáváme i u žen v mladém věku. (Pilka 2016)

2 VYMEZENÍ PROBLÉMŮ A CÍLŮ PRÁCE

Hlavním zkoumaným problémem diplomové práce je narušení kvality života inkontinencí po vaginálním porodu. Hlavním cílem je zjistit kvalitu života žen před a po vaginálním porodu u žen do 35 let.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit, zda ženy uvádějí subjektivně hůře vnímanou kvalitu života po vaginálním porodu ve spojení s přibývajícím věkem
- 2) Zjistit, zda má porodní hmotnost dítěte vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života žen po vaginálním porodu
- 3) Zjistit, zda ženy, které využívaly před porodem jednu z forem prevence inkontinence, uváděly lepší kvalitu života po vaginálním porodu než ženy, které prevenci nezařadily
- 4) Zjistit, zda má dosažená úroveň vzdělání vliv na subjektivní hodnocení kvality života u žen po vaginálním porodu

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Podrobně zpracovaná základní anatomie, fyziologie kontinence a mikce, definice inkontinence, problematika stresové inkontinence, kvalita života a její hodnocení.

Použitá vstupní literatura

GENADRY, René a I JACEK. Inkontinence moči u ženy. Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0480-0.

KRHOVSKÝ, Miroslav. Biomechanický pohled na struktury ženského pánevního dna. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, 379-384 [cit. 2020-02-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/08.pdf>

URDZÍK, Peter a Alexander OSTRÓ. INKONTINENCIA MOČU U ŽIEN – PREVENCIA A LIEČBA. *Via practica* [online]. 2006, 3(10), 471-474 [cit. 2020-02-19]. ISSN 1339-424X. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=100

HOŘČÍČKA, Lukáš, Eva TOPINKOVÁ, Roman ZACHOVAL a Zlatko PASTOR, 2015. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3741-9.

HIBLBAUER, Jan. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, ss. 18-28. ISSN 1213-1768.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie. 2*. Praha: Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.

Rešeršní činnost

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: Močová inkontinence, stresová inkontinence, těhotenství, vaginální porod, šestinedělí, poporodní období, kvalita života, dotazník, Contilife

Klíčová slova v AJ: Urinary incontinence, stress incontinence, pregnancy, vaginal birth, puerperium, postpartum period, quality of life, questionnaire, Contilife

Jazyk: český, slovenský, anglický

Období: 2000 – 2020

Databáze: EBSCO, PubMed, GOOGLE Scholar, MEDLINE, MEDVIK, česká a zahraniční periodika, lékařské knihovny

Nalezeno: 102 záznamů

Vyřazovací kritéria: Kvalifikační práce, duplicitní články, články nesplňující kritéria

Pro tvorbu teoretických východisko bylo celkem použito 70 dohledaných záznamů, z toho 30 cizojazyčných a 14 knih.

Sumarizace dohledaných článků

Causa Subita – 1

Česká Gynekologie – 6

Florence – 1

Forum diabetologicum – 1

International Urogynecol journal – 1

Journal of clinical epidemiology – 1

Medical Tribune - 1

Obstetrics and Gynecology – 4

Praktická gynekologie – 2

Praktický lékař – 1

Rehabilitace a fyzikální vyšetření – 1

Sestra – 1

Umění fyzioterapie – 2

Urologické listy – 3

Urologie pro praxi – 6

Vnitřní lékařství – 1

PUBMED - 18, MEDLINE - 3, GOOGLE Schollar- 2

3.1 Anatomie močového ústrojí žen

Močový měchýř

Močový měchýř se nachází v malé pánvi za sponou stydkou a jeho kapacita je přibližně 500 mililitrů (ml). Při náplni více jak 150 ml pocítujeme nutkání na močení. Uvnitř dutého orgánu se nachází epitel přechodného typu, který plynule nasedá na podslizniční vazivo. Musculus (m.) detrusor vesicae je latinský název pro stěnu měchýře, která je tvořena třemi vrstvami hladké svaloviny. Zevní a vnitřní vrstva svaloviny plynule přechází v uretru různými směry, tím tak tvoří detruzorovou smyčku. Ta tvoří musculus sphincter vesicae neboli vnitřní svěrač. Tento svěrač je vůlí neovladatelný a zajišťuje kontinenci mezi jednotlivým močením. Horní část zadní plochy měchýře je kryta peritoneem, které přechází z břišní stěny. Dělohu a močový měchýř odděluje peritoneální záhyb, excavatio vesico uterina. (Martan a kol. 2015)

Močová trubice

Uretra, která odstupuje z vesica uterina, je u žen dlouhá 3 – 4 centimetry (cm). Je vyvedena ve vestibulum vaginae, nad ústím pochvy. Prostupuje pánevním dnem společně s pochvou přes hiatus urogenitalis. (Rob a kol. 2008) Po výstupu z močového měchýře je uretra obklopena m. sphincter urethrae externus. Tzv. (takzvaný) zevní svěrač, který se nachází v okolí močové trubice v oblasti urogenitální membrány. Lze ho ovládat vůlí, je tvořen příčně pruhovanou svalovinou, která je spojena s diaphragma urogenitale. (Pacík 2006)

Pánevní dno

Pánevní dno je tvořeno dvěma velkými svalovými celky. Diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Společně tvoří spodinu malé pánve a podpůrný aparát pro orgány v ní uložené. Diaphragma pelvis je tvořena spojením dvou svalů. Musculus levator ani a m. coccygeus. Jejich spojení tvoří centrum perineale, uložené mezi pochvou a rektum. Hiatus urogenitalis je štěrbina, kterou prochází pochva a uretra. Součástí diafragma pelvis je také musculus pubovaginalis. Jeho vlákna na středu vrůstají do endopelvicke fascie a zvedají přední poševní stěnu. Tento sval má rozhodující funkci při kontrole mikce. Diaphragma urogenitale, jinak také perineální vazivová membrána, nasedá zesponu na hiatus urogenitalis a obsahuje hladkou svalovinu. Tvoří přepážku mezi rozestupujícími se rameny stydké kosti. Na spodní straně diaphragma urogenitale leží topořivá tělesa a velká vestibulární žláza. Svaly hráze, musculi perinei, obkružují ústí pochvy a uretry. (Rob a kol. 2008)

Závěsný aparát pochvy

Závěsný aparát pochvy je dělen na tři části. První etáž má rozsah 3 cm, přední a zadní stěna poševní jsou k sobě přiloženy a ukotveny pomocí sakrouterinních a kardinálních ligament směrem k proximálnímu paracolpiu. Defekty v této části způsobují sestup dělohy či pokles apexu. Druhá etáž se nachází ve střední části pochvy, kde nacházíme motýlovitý průřez. Zadní poševní stěna je přichycena k oblasti m. levator ani a k rektu, přední stěna pak k musculus levator ani. Při porušení fixace předních výběžků je narušena podpora uretry, což může vést ke vzniku stresové inkontinence. Třetí etáž je charakterizována centrem tendineum perinei, které vzniká spojením pochvy s perineální membránou. K přední stěně poševní je přichycena distální uretra, pochva má na průřezu tvar U. Při defektech třetí etáže vzniká distální typ rektokély. Tímto vzniká porucha statiky pánevního dna. (Martan a kol. 2015)

Fyziologie kontinence

Je popisována obecně uznávanou teorií nazývanou integrální teorie. Oblast pánevního dna je pomyslně rozdělena na 3 funkční zóny a 3 anatomické úrovně. Důraz je kladen na význam pojivového a podpůrného aparátu pochvy. Jednotlivé roviny a vrstvy jsou přirovnávány k mostu a trampolíně. Teorie poskytuje názorný popis funkce pánevních struktur. Analogie visutého mostu názorně vysvětluje, jaký je tvar fascií pánve a upevnění jednotlivých orgánů v pánevní dutině. Fascie jsou napínány proti pevným bodům – kostem. Analogie s trampolínou znázorňuje vztah mezi ligamenty (pružiny), vaginou (membrána/blána) a svaly pánevního dna (zajišťují dynamické napnutí struktur). Pokud dojde k uvolnění pružiny (ligamenta), sníží se napětí membrány (vaginy). Tím dojde k poklesu a uvolnění vazů, které mohou neefektivně otevírat a zavírat uretru. Kontinence a fyziologická koordinace plnicí a mikční fáze je ovlivňována inervační osou dolního močového traktu. Osu tvoří šedá kůra mozková, kde je zajišťována volní kontrola nad mikčním cyklem. Díky tomu je umožněno úmyslně oddálit mikci na společensky vhodnou dobu a prostředí. Dalším kontrolním místem je mikční centrum, kde je koordinována součinnost detruzoru a svěrače při plnění a vyprazdňování močového měchýře. Nejnižší etáží inervace dolního močového segmentu jsou vegetativní a somatická nervová vlákna. Z míšních segmentů Th10 – L2 cestou nervus hypogastricus vstupují sympatická vlákna do plexus pelvici a inervují přednostně trigonum a hrdlo močového měchýře s proximální částí močové trubice. Dochází k zvýšení tonu sympatických vláken v jímací fázi mikčního cyklu, což má za následek uvolnění detruzoru a stažení hladké svaloviny hrdla měchýře a uretry. Ze sakrální míchy v segmentech S2 - S4 vycházejí parasympatická vlákna, která inervují cestou plexus pelvici převážně

fundus měchýře. To je obohaceno o receptory, které kontrahují na základě působení acetylcholinu. Parasympatické receptory, nacházející se ve vnitřním svěrači močové trubice, nazýváme nikotinové. Při jejich stimulaci dochází k uvolnění svěrače. Stimulací parasympatiku je iniciována mikční fáze dolních cest močových. Somatická inervace, která vychází z Onufova jádra bederní míchy (S2 – S4), podněcuje pánevní svalstvo cestou nervus (n.) pudendus. (Hiblbauer, 2011)

Fyziologie a patologie mikce

Močový měchýř slouží jako rezervoár moče a k jeho vyprázdnění dochází při náplni zhruba 300 – 400 ml. Mikce je ovládána součinností míchy a autonomních nervů. Je to složitý děj, začíná podrážděním stěny močového měchýře a končí jeho vyprázdněním. Relaxace pánevního dna a příčně pruhovaného svalstva uretry nastává 5 -12 vteřin před mikcí. Uretra se zkrátí a tím zvětší svůj průsvit. Základem pro udržení moči je větší tlak v močové trubici, než v močovém měchýři. Mikce se účastní několik svalových skupin. Svaly pánevního dna se uvolňují, zvláště zevní svěrač trubice, který lze ovládat vůlí. Stěna močového měchýře se smršťuje a dochází k vypuzení moči do uretry. Centrum pro řízení mikce je uloženo v oblasti bederní míchy. (Martan a kol. 2015)

Poruchy mikce vznikají jako důsledek neadekvátní jímací nebo vyprazdňující fáze nebo jejich kombinací. Pokud dojde k narušení jímací fáze, obvykle se porucha projeví jako nykturie, polakysurie, urgence nebo inkontinence. Poruchy vyprazdňující fáze se projevují jako obtížný začátek močení, slabý, přerušovaný proud moči, nutností tlačení při močení a pocitem nedokonalého vyprázdnění. K anomáliím na úrovni jímací fáze dochází zejména v oblasti detrusoru a svěračového mechanismu, kde zaznamenáváme nejčastěji nadměrnou pohyblivost uretry a nedostatečnou práci svěrače. V mikční fázi se vyskytují patologie ve smyslu areflexie detrusoru a dysfunkční mikce. (Hořčíčka, 2017)

3.2 Inkontinence moči

Hořčíčka (2013) potvrzuje, že s inkontinencí se v gynekologických ambulancích lékaři setkávají v každodenní praxi. Močová inkontinence ovlivňuje v osobní, fyzické, pracovní, sociální, psychické a sexuální oblasti 15–30 % žen. Zasahuje do běžného životního stylu a dochází tak ke značnému narušení jejich sociálních, partnerských a sexuálních vztahů, sebevědomí, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Díky rapidnímu rozvoji medicíny vznikl nový podobor urogynekologie, který se zabývá speciálně močovými obtížemi u žen. V posledních letech se zlepšila informovanost pacientek o této problematice. Inkontinence je

více medializována a ženy vyhledávají odbornou pomoc daleko dříve. Gynekolog na základě symptomů a závažnosti stavu rozhoduje, zda terapii zahájí sám nebo ve spolupráci se specializovaným pracovištěm. Ženy, přicházející s močovými obtížemi, mají neodmyslitelně narušený běžný, osobní i pracovní život. (Fait, Dvořák, 2016)

Klasifikace inkontinence

Inkontinence je „stav, kdy dochází k nechtěnému úniku moči a ten způsobuje sociální nebo hygienický problém a je objektivně prokazatelný.“ (Pilka 2016) Inkontinenci nechápeme jako nemoc, nýbrž jako soubor nežádoucích faktorů, které mají za následek nedostatečnou funkci dolního močového traktu. Na základě jednotlivých projevů můžeme inkontinenci dělit na stresovou, urgentní, reflexní a paradoxní. (Martan a kol. 2015)

Stresová inkontinence se vyskytuje nejčastěji. Vzniká postupně a je výsledkem několika negativně působících faktorů. K úniku moči dochází při zvýšení intraabdominálního tlaku. Ženy pocítují únik moči při zvedání těžkých břemen, při kýchání, kašli. Rozlišujeme tři stupně závažnosti a mnohdy již drobné změny během každodenních aktivit způsobí zlepšení stavu.

Urgentní inkontinence je charakterizována únikem moči, který je doprovázený silnou urgencí na močení. Mnohdy označována také pojmem „hyperaktivní měchýř“. Pacientky nejčastěji pocítují náhlou a urgentní potřebu močit, kterou nejsou schopny ovládnout vůlí. Velmi často dochází k pomočení. Tento typ inkontinence může být způsoben extrémními senzoricými impulsy z receptorů stěny měchýře nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu. O smíšenou inkontinenci se jedná v případě, kdy dochází ke kombinaci urgentní a stresové inkontinence. (Martan a kol. 2015)

Reflexní inkontinence je naopak oproti urgentní charakteristická tím, že dochází k úniku moči z uretry bez doprovodu běžných nutkavých pocitů, které močení předcházejí. Jedná se o abnormální reflexní aktivitu míšního centra. Při onemocnění či poškození centrální nervové soustavy (CNS) probíhá mikce nekontrolovatelně. (Martan a kol. 2015)

Častou příčinou neuropatie močového měchýře bývá diabetes mellitus či roztroušená skleróza. Ta má za následek inkontinenci z přeplnění, jinak také nazývanou **paradoxní**. Ta se vyskytuje při neschopnosti svaloviny detrusoru vytvořit dostatečnou kontrakci. Následkem je chronické přeplnění močového měchýře.

Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je stav, kdy dochází k pasivní evakuaci močového měchýře a k odtoku moči při zvýšení nitrobrišního tlaku. Vzniká přetlak v močovém měchýři nad tlakem v močové trubici a moč volně odtéká. Jedná se o typ inkontinence s největším zastoupením a vyskytuje se i u mladých žen. Mezi nejčastější příčiny vzniku řadíme porody, ochablé svaly pánevního dna a hlubokého stabilizačního systému (HSS), fyzicky namáhavé zaměstnání, obezitu. (Pilka 2016)

Sochorová (2008 s. 263) ve svém článku uvádí, že lze stresovou inkontinenci rozdělit na tři stupně dle závažnosti:

- *I. stupeň (lehká forma) – únik moči při náhlém, velkém zvýšení nitrobrišního tlaku (kašel, kýchnutí)*
- *II. stupeň (střední forma) – únik moči při mírnějším zvýšení nitrobrišního tlaku (chůze po schodech, lehčí fyzická práce)*
- *III. stupeň (těžká forma) – moč uniká při minimální fyzické námaze*

Těhotenství a pánevní dno

Pevné a posílené svaly pánevního dna zajišťují fyziologickou funkci reprodukčního aparátu ženy. Podporují klidný a aktivní průběh těhotenství, snižují výskyt potratů a komplikací během gestace. Těhotenství jako takové však působí negativně na závěsný aparát pánevního dna a může tak přispívat ke vzniku inkontinence. (Causa Subita, 2015) V období gestace se mění hladiny hormonů v krvi ženy, svaly a vazy se přirozeně stávají elasticitější a poddajnější. Vlivem rostoucího plodu v děložní dutině a působení gravitace tak vzniká neustálý tlak na závěsný aparát a pánevní dno. Se zvětšující se dělohou dochází k vychýlení okolních orgánů z jejich fyziologického místa uložení, zejména močový měchýř je často utlačován a dochází tak k častějšímu dráždění a nutkání na močení. Pokud měla žena problémy s udržení moči již před těhotenstvím, můžeme zaznamenat zhoršování stavu během gestace, obzvláště pak po porodu. (Causa Subita, 2015)

Další negativní dopad při oslabení svalů pánevního dna pozorujeme v oblasti zad, v celkové stabilitě trupu a postoji. Vlivem nedostatečné svalové podpory ve spodní části těla dochází k postupnému přenášení tlaku a váhy na okolní partie, zejména do oblasti křížové, kostrční a do okolí stydké kosti. Následkem dlouhodobého působení jsou bolesti zad, pánve a kyčlí

při chůzi i ve stoje. V neposlední řadě lze zaznamenat také bolesti hlavy, obtíže s dýcháním a narušení nožní klenby. (Causa Subita, 2015)

Příčiny stresové inkontinence

Těhotenství a následný porod jsou jednou z hlavních příčin vzniku stresové inkontinence. Během porodu per vaginam dochází k útlaku nervus pudendalis, který je tlačěn ve svém průběhu pudendálním kanálem proti hrbolu kosti sedací. Pomocí neurofyziologických metod lze u 42–80 % žen po vaginálně vedeném porodu prokázat denervaci jednotlivých částí levatoru ani a zevního análního svěrače. Dochází k deformitám měkkých tkání v okolí porodního kanálu, včetně hráze a k traumatu nervových spojení pánevního dna v průběhu porodu. (Vaverková, 2017) **Hmotnost a velikost plodu** jsou jedním z rozhodujících faktorů, na jejichž základě je mnohdy přistoupeno spíše k instrumentálnímu vedení porodu (vakuum extrakce, klešťový porod). Doc. MUDr. Zbyněk Straňák a kol. (2014) uvádějí základní klasifikaci novorozence podle porodní hmotnosti, která je dělena do pěti kategorií. První dvě kategorie popisují extrémně nízkou pod 1000 gramů (g) a velmi nízkou (1500 g a méně) porodní hmotnost, se kterou se setkáváme spíše při předčasných porodech. Nízká porodní hmotnost je charakterizována rozmezím 1500 – 2500 g. Za normální porodní hmotnost je považováno 2500 – 4500 g. Vašek (2019) v odborném časopise Česká Gynekologie uvádí, že významný podíl na rozvoj inkontinence byl zaznamenán u plodů s váhou nad 4000 gramů. Poslední váhovou kategorií jsou novorozenci s velkou porodní hmotností neboli makrosomií. Zde jsou zařazeny děti s váhou nad 4500 g. Vašek (2019) dále uvádí, že ženy podstupující vaginální porod mají 2,8krát větší riziko rozvoje stresové inkontinence. Oproti ženám, které absolvovaly porod císařským řezem, mají 5,5krát vyšší pravděpodobnost prolapsu pánevních orgánů. Riziko ještě více stoupá u rodiček, u kterých je proveden operační vaginální porod. Pravděpodobnost vzniku inkontinence moči je 4,4krát vyšší a prolaps pánevních orgánů je 7,5krát vyšší. Poškození pánevního dna stoupá s rostoucím počtem vaginálních porodů, které žena podstoupí. Přímě úměrně s tím stoupá riziko vzniku stresové inkontinence v pozdějším věku.

Operační vaginální porody jsou důležitou součástí moderního porodnictví. Metody využívané k snadnějšímu porodu hlavičky známe jako vakuumextrakci (VEX) a forceps (F). Obě techniky jsou spojeny s možnými riziky, mezi které patří vznik stresové inkontinence z důvodu velkého poranění hráze a pánevního svalstva. Proto je velmi důležité pečlivě zvážit jejich použití. Operačních technik v České Republice bylo použito v roce 2014 do 3 % ze všech vaginálních porodů. Ve světě je využití vakuumextrakce a forcepsu častější

(10–15 %). (Šimetka, 2016) V roce 2015 byla provedena průřezová studie, z jejichž výsledků vyplývá, že klešťový porod byl spojen s vyšší incidencí poškození pánevního dna, než u vakuumextrakce a normálního vaginálního porodu. Mezi vakuumextrakcí a normálním porodem nebyly žádné větší odchylky. Císařský řez byl spojen s výrazně nižším výskytem disfunkcí svalů pánevního dna, přesto nesmíme císařský řez považovat za způsob prevence stresové inkontinence. (Volløyhaug, 2015) Výsledky rozsáhlé švédské studie (hodnoceno 20 let po narození prvního dítěte) ukazují, že prevalence močové inkontinence je mnohem vyšší u žen po porodu per vaginam, a to 40,3 %, ve srovnání s ženami, které rodily císařským řezem, jen 28,8 %. (Gyhagen a kol. 2013).

Walfisch (2002) shromáždil anglickou literaturu týkající se problematiky **epiziotomie**, která byla poprvé provedena v 18. století. Od té doby výrazně vzrostla její popularita a mnohdy dochází až k rutinnímu provádění. Dříve byla jako výhoda epiziotomie udávána prevence poškození perinea, prevence rozvolnění pánevního dna a dalších následků, ochrana novorozence před intrakraniálním krvácením nebo intrapartální asfyxií. Epiziotomie sice zabraňuje předním perineálním laceracím, ale nepřináší žádné další výhody pro matku ani plod. Naopak, nástřih podstatně zvyšuje krevní ztráty matky během porodu, zvyšuje délku a hloubku zadního perineálního poranění a riziko poranění análního svěrače. Dále je zmiňováno zvýšené riziko nesprávného hojení sutury, riziko vzniku infekce v místě epiziotomie a následná bolestivost. Walfisch (2002) uvádí, že rutinní využívání epiziotomie není doporučováno a její výskyt by měl být postupně snižován.

Druhá doba porodní začíná zánikem porodní branky a končí vypuzením plodu. Situaci, kdy vlastní porod plodu trvá déle jak 60 minut, označujeme jako **protrahovanou druhou dobu porodní**. Zikmund (2001) ve své publikaci několikrát zmiňuje její negativní vliv na pánevní dno. Denervace svalů pánevního dna je způsobena dlouhodobým napětím. Usilovným tlačáním a zvyšováním antraabdominálního tlaku rodička ještě více umocňuje působení tlaku naléhajícího plodu. Z místa plexus pelvicus vycházejí sympatická a parasympatická vlákna k m. sfínter vesicae. Při poranění sympatiku dochází ke snížení tlaku v proximální části močové trubice a tím nastává trvalé pootevření vnitřního ústí uretry. Nervus pudendalis, který inervuje příčně pruhovaný sfinkter, může být prodloužen ve své délce díky opakovanému napínání. Bylo zjištěno pomalejší vedení nervových vzruchů v pudendální oblasti u inkontinentních žen, u kterých došlo k dlouhodobému napnutí perinea během porodu. Pánevní dno je vlivem porodu oslabené, ochablé a ztrácí schopnost dokonalé kontrakce. Zikmund (2001) uvádí, že ani po dvou měsících od porodu nedosahuje původní svalové síly.

Vašek (2019) v odborném časopise Česká Gynekologie popisuje **hormonální změny** způsobené zvýšenou hladinou progesteronu, který má svalově relaxační účinek. Dochází také ke snížení proliferaci epitelu při snížení relaxinu ve druhé polovině těhotenství a k snížení obsahu kolagenu ve tkáních. Martan a kol. (2013) neopomíjí relaxin, který má v období gestace značný vliv na močový trakt. Je produkován corpus luteum a placentou. Relaxin způsobuje remodelaci pojiva hrdla děložního a pánevního dna, dochází ke zvýšení objemu vody ve tkáních a stoupá jejich elasticita. Nedostatečná podpora hrdla močového měchýře při zvýšení nitrobřišního tlaku je následkem přílišné poddajnosti tkání. Postupně dochází k snížení uretrálního tlaku s následným rozvojem stresové inkontinence.

V případě nutnosti **provedení operačního výkonu** v pánevní oblasti stoupá riziko poškození statiky pánevního dna dle rozsahu operace. Pánevní orgány svou přítomností fyziologicky ovlivňují okolní orgány a struktury a zajišťují si tak navzájem polohovou stabilitu. Při nádorovém onemocnění, kdy je nutno provést radikální odstranění části nebo celého orgánu v pánevní oblasti, se riziko vzniku dysfunkce pánevního dna markantně zvyšuje. Mezi velké operační výkony řadíme například hysterektomii, ovariectomii nebo nízkou resekci či amputaci rekta. Komplikací po výkonu je denervace močového měchýře různého rozsahu. Markantní rozvoj zaznamenává robotická chirurgie, díky které došlo v posledních letech k výraznému snížení pooperačních komplikací. Přesto malé procento postižení může i dlouhodobě přetrvávat. S těmito chirurgickými výkony se setkáváme převážně u starších žen, u žen v reprodukčním věku naštěstí nejsou tak časté. Přejídný výskyt inkontinence mohou ženy zaznamenávat při opakovaném výskytu močových infekcí. Chronické nebo často se opakující záněty močového traktu mohou být dalším faktorem, který negativně působí na funkce dolních močových cest. V obráceném pojetí mohou časté úniky moči zapříčinit maceraci sliznic a kůže a mohou vést k následnému rozvoji infekce. (Kolombo, 2008)

Rizikové faktory stresové inkontinence

Geneticky podmíněný výskyt stresové inkontinence byl prokázán ve studii EPICONT. Byla provedena v Norsku v letech 1995 – 1997. Do průzkumu bylo zařazeno 27 936 žen starších dvaceti let. Studie znázorňuje vliv hereditárních faktorů na rozvoj inkontinence. Ve výsledcích je uváděno riziko vzniku až 3krát zvýšené u žen, jejichž matka nebo sestra trpěla inkontinencí. Riziko výskytu je ještě vyšší, pokud je inkontinence v anamnéze matky a babičky. (Hannestadt, 2000)

Některé studie naznačují, že výskyt poruch pánevního dna je spojen s **rasou**. Například Whitcomb a kol. (2009) zjistili, že latinské a bílé ženy měly čtyřikrát až pětkrát vyšší riziko výskytu poruch pánevního dna než afroamerické ženy. Ve stejné studii byl výskyt obtíží významně odlišný mezi hispánskými (36%), bílými (30%), afroamerickými (25%) a asijsko-americkými (19%) ženami. Jiné studie však nezjistily významné rasové rozdíly v problematice inkontinence. Je třeba poznamenat, že studie založené na symptomech hlášených ženami různých ras mohou být zkreslené kulturními rozdíly ve vnímání symptomů.

Obezita je multifaktoriální onemocnění, které je charakterizované zvýšeným hromaděním tuku v organismu v důsledku nerovnováhy mezi energetickým příjmem a výdejem. Jedná se o celosvětový problém, který se vyskytuje napříč celou populací, bez ohledu na pohlaví, věk a etnikum. (Fábryová, 2019) Klasifikace obezity dle Queteletova hmotnostního indexu, také nazývaný jako body mass index (BMI), rozděluje obezitu do 3 stupňů. BMI jedince je vypočteno jako podíl tělesné hmotnosti (kg) a čtverce tělesné výšky (m²) a obecně vypovídá o míře rizika zdravotních komplikací. Normální hmotnost je uváděna v rozmezí BMI 18,5–25,0. Při hodnotách BMI od 30,0 do 34,9 hovoříme o I. stupni obezity, dále BMI 35,0 až 39,9 označujeme jako 2. stupeň obezity a BMI nad 40,0 hodnotíme jako 3. stupeň obezity. (Zeman, 2005) Existuje stále více důkazů o tom, že obezita je silným rizikovým faktorem pro výskyt a progresi močové inkontinence. Handa a kol. (2015) provedli longitudinální studii rodiček, kdy se u obézních žen v průběhu času vyskytlo výrazné zvýšení projevů inkontinence než u neobézních žen. Prevalence alespoň jedné poruchy pánevního dna byla u obézní skupiny 75% ve srovnání se 44% u neobézních. Studie dospěla k výsledku, že pět let od prvního porodu byly příznaky související s inkontinencí častější a závažnější po vaginálním než císařském porodu. Rozdíly mezi těmito dvěma skupinami se však snižují s rostoucím časem po porodu. Kontrola obezity by měla být primárním cílem pro snížení inkontinence a závažnosti inkontinence u žen po porodu. (Handa a kol, 2015)

Zácpa patří k dalším, i když méně závažným rizikovým faktorům. Bazi a kol. (2016) popisují negativní vliv dlouhodobé obstipace na pánevní dno. Intraabdominální tlak během obtížné defekace není tak velký jako při kašli, působí však mnohem déle na svaly pánevního dna. Uvádějí, že opakovaná námaha během defekace zvyšuje riziko inkontinence a močové urgency. Ženy by proto měly dbát na dostatek vlákniny ve stravě, bohatý pitný režim a dbát na pravidelné vyprazdňování.

Věk ženy je dalším faktorem, který zásadně ovlivňuje kontinenci. Je prokázáno, že stavba pánevního dna se s přibývajícím věkem mění a to v důsledku hormonálních změn. Ženy prvorodičky, starší třiceti let, mají dvakrát větší pravděpodobnost, že jejich zdravotní stav bude v budoucnu vyžadovat chirurgický výkon pro stresovou inkontinenci nebo prolaps pánevních orgánů než ženy, které jsou v době prvního porodu mladší třiceti let. Pro ženy rodící poprvé po 30. roce života stoupá každý rok riziko o 3 %, že budou v budoucnu trpět močovou inkontinencí. (Bazi a kol., 2016)

Nadměrné zvyšování nitrobřišního tlaku je spojeno s výskytem řady stavů a nemocí. Chronické onemocnění plic, jako je chronická bronchitida a plicní emfyzém, vedou k opakovanému zvyšování intraabdominálního tlaku a k častější inkontinenci. Negativní vliv má i kuřáctví. Potíže s kontinencí se vyskytují 2 – 3krát častěji u žen kuřáček. (Kolombo, 2008) Obdobně negativní vliv na udržení moči mohou mít extrémní a opakované sportovní výkony a náročné fyzické aktivity. V roce 2002 byla zveřejněna studie, do které bylo zapojeno 291 žen s věkovým průměrem 22,8 let. Cílem průzkumu bylo zjistit frekvenci úniku moči u žen během sportovních aktivit. 51,9 % žen ze všech dotazovaných zažívalo únik moči při sportu a 42 % i během každodenních činností. Mezi nejvíce problematické sportovní aktivity patřila gymnastika (56 %), balet (43 %) a aerobik (40 %). Aktivita, která pravděpodobně vyvolávala častý únik moči, bylo skákání. 60 % ze všech dotazovaných občas používalo inkontinenční pomůcky a vložky. (Thyssen, 2002)

Diagnostika stresové inkontinence

Stanovení diagnózy inkontinence by mělo nastat co nejdříve od projevení prvotních příznaků. Pacientky mnohdy nerady začínají mluvit o intimních problémech nebo je stále považují za zvládnutelné. Porodní asistentka (PA) nebo obvodní gynekolog by měli nabádat ženy k včasnému řešení inkontinence a aktivně se ptát na aktuální obtíže. Mezi diagnostické postupy radíme podrobnou anamnézu, klinické testy, fyzikální a gynekologické vyšetření, zobrazovací metody, mikčnický deník a dotazníky, urodynamické vyšetření.

Anamnéza je považována za jednu z nejdůležitějších částí diagnostiky, z informací přijatých od klientky se odvíjí další postup a léčba. Dotazy by se měly týkat aktivit, při kterých k úniku dochází. Počet epizod, inkontinenční pomůcky a frekvence jejich výměn je neméně důležitá. Informace o předchozích těhotenstvích, porodech či urogenitálních infekcích a zákrocích jsou

samozřejmostí. Dále nás zajímá dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, běžná fyzická aktivita, náročnost zaměstnání a způsob životního stylu. (Hiblbauer, 2011)

Laboratorní vyšetření by mělo být již standardní součástí prvotní diagnostiky inkontinence. Analýza moči, biochemické vyšetření močového sedimentu a kultivace moči k vyloučení přítomné infekce je základem pro další postupy. Rozšířit jej lze o vyšetření renálních funkcí a zánětlivých parametrů, mineralogramu, glykémie a bílkovin. Při nálezů abnormalit v laboratorním vyšetření a postmikčního rezidua nad 100 ml přistupujeme ke specializovanému vyšetření. (Hořčíčka, 2012)

Klinické testy se provádějí na speciálních urogynekologických pracovištích. Základním testem je Pad – wieght – test, kdy vážíme inkontinenční vložku před a po provedení běžných aktivit. Hodnotí se váha a množství evakuované tekutiny. Existuje kratší a delší varianta testování. Kratší trvá obvykle 40 – 60 minut, delší 24–72 hodin. ICS ve svých doporučeních uvádí jednodinovou metodu. Test je zahájen zvážením nové a čisté vložky, kterou si žena vkládá do spodního prádla. Poté zaujme klidovou polohu vsedě a vypije 500 ml tekutiny během 15 minut. Následuje provedení běžných fyzických a denních aktivit. Test obsahuje 30 minut obvyčejné chůze či chůze do schodů, 10x postavení z pozice sedu, 10x zakašláání, 1 minutu běh na místě, 5x ohnutí pro předmět na podlaze a 1 minutu mytí rukou v tekoucí vodě. Po dokončení testu následuje zvážení vložky. Rozdíl oproti počáteční hmotnosti udává únik moči. Test je považován za pozitivní při ztrátě moči > 2 g, kdy 1 g odpovídá 1 ml moči. (Hořčíčka, 2012)

Dalším testem je Marshalův test. Objektívni projevy inkontinence je někdy možné posoudit již při pouhém pohledu na ústí močové trubice u klientek s naplněným močovým měchýřem v klidu nebo v stresové situaci. Během testu dochází k naplnění močového měchýře přibližně 200 ml sterilní tekutiny a ženy jsou poté vyzvány ke kašli nebo použití břišního lisu. Pokud je přítomen únik moči, test je považován za pozitivní. Bonneyho test navazuje na Marshalův, kdy dvěma prsty utlačíme parauretrální tkáň v oblasti krčku měchýře. Při tomto manévru moč neodtéká. Q – tip test spočívá v zavedení cévky do uretry. Její pohyb při zvýšení intraabdominálního tlaku opisuje polokruh a směřuje směrem vzhůru. To nám udává orientaci o mobilitě uretry. Pozitivita testu je stanovena při pohybu katetru o více jak 30 stupňů. (Martan, 2008)

Fyzikální vyšetření zahrnuje stanovení hodnot BMI, neboť výskyt inkontinence je úzce spojen s nadváhou a obezitou. Palpační vyšetření v oblasti podbřišku a třísel dává informace

o možných srůstech, například po laparoskopii. Je vhodné diagnostiku doplnit o gynekologické vyšetření v zrcadlech, které umožňuje posoudit stav sliznic, uložení pánevních orgánů a patologie uretry. (Vilhelmová, 2011)

Mezi **zobrazovací metody** řadíme ultrasonografii, která rychle objasňuje výskyt primárně postmikčního rezidua. Transabdominální ultrazvukové vyšetření je nenáročné, bezbolestné a provádí se velmi často. Lze díky němu zjistit dilataci při prolapsu pánevních orgánů, vyloučit morfologické změny v oblasti močového měchýře a změřit velikost postmikčního rezidua. Pro podezření na poruchu pánevního dna je využíván transperineální přístup. Transabdominální sonda je přiložena do introitu mezi stydké pysky a spodní hranou se dotýká hráze. Tímto náhledem lze získat lepší zobrazení močové trubice, měchýře, část spony stydké a svalové levátory. Hodnotí se pohyblivost uretry v klidu a při zvýšení nitrobřišního tlaku. Dále je posuzován uretrovesicalní úhel, který ukazuje vztah baze měchýře a močové trubice. Při tomto vyšetření je vyžadována náplň močového měchýře zhruba 200 ml. (Hořčíčka, 2017) Rentgenové metody jsou využívány zcela ojediněle. V roce 2017 se uskutečnila mezinárodní konference ve spolupráci s international continence society. ICS definuje tři typy grafů k popisu močového měchýře a deníky, které lze použít ke sběru dat. **Micturition time chart**, který zahrnuje časy vyprazdňování a epizody inkontinence. **Frequency volume chart** zaznamenává časy vyprázdnění s měřenými vyprázdňovacími objemy, epizody inkontinence a počet použitých inkontinenčních pomůcek nebo oblečení. Dále ICS stanovuje všeobecné doporučení pro použití **bladder diaries** neboli mikční deníky. (Abrams, 2017) Dostupné na:[https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10055485/1/Cottenden_Wagg_%20Supplementary_23551%20ASW%20edited%20again%20\(1\).pdf](https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10055485/1/Cottenden_Wagg_%20Supplementary_23551%20ASW%20edited%20again%20(1).pdf)

Jedná se o ideální způsob, jak získat komplexní informace o potížích klientek. Do předem rozepsaného formuláře ženy vyplňují informace spojené s inkontinencí po dobu alespoň dvou dní. Důležitá je evidence pitného režimu a výdeje tekutin, počet epizod, kdy a za jaké situace k nim došlo, počet použitých inkontinenčních pomůcek. Neméně důležité jsou doprovázející pocity, bolest, urgence. Dotazníky týkající se inkontinence by měly být jednoduché a pro pacienty srozumitelné. Neslouží k určení diagnózy, ale k doplnění informačního schématu o obtížích klientů, popřípadě ke zhodnocení efektivity léčby. Pro výzkumná šetření a možnost srovnávání jednotlivých výsledků jsou používány validované dotazníky, jako jsou the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) nebo the Incontinence Severity Index (ISI). (Vilhelmová, 2011)

Mezi **urodynamické vyšetření** lze zařadit uroflowmetrii a cystometrii. Uroflowmetrie měří rychlost moči, která protéká uretrou v průběhu mikce. K měření je využíván speciální mikční klozet, který pomocí senzorů snímá a měří hmotnost vymočené tekutiny za daný časový úsek. Data jsou následně počítačem zpracována v urodynamické jednotky. Slouží k hodnocení poměru tlaku v močovém měchýři a v močové trubici. Cystometrie je metoda, která je zaměřena na plnicí fáze močového měchýře. Sleduje vzájemné působení zvětšujícího se objemu měchýře a tlaku v dutině břišní. Pomocí močového katetru je do měchýře postupně aplikována tekutina. Sledujeme nucení na močení, které udává obraz o maximální kapacitě a o běžné kapacitě potřebné k nucení k mikci. (Pilka, 2016)

Léčba a prevence stresové inkontinence

Léčba stresové inkontinence je dlouhodobý proces a v prvních fázích se zaměřujeme na konzervativní přístupy. Teprve po vyčerpání všech neinvazivních metod přistupujeme k farmakologické či chirurgické léčbě. Ani jedna z těchto variant však není v době těhotenství vhodná. V období gravidity je jedinou možnou terapií aktivní posilování pánevního dna a úprava životního stylu. Je doporučováno věnovat se cvičení i v poporodním období. Pokud obtíže s kontinencí neustoupí po ukončení šestinedělí, lze přistoupit k radikálnějším léčebným metodám. Preventivní posilování pánevního dna v těhotenství může snížit výskyt inkontinence moči v těhotenství až o 62 %. (Vašek, 2019)

Konzervativní léčba je zaměřena na okolnosti, které přispívají ke vzniku nebo progresi inkontinence. Při nízkém stupni lze zařadit jednotlivá režimová opatření, která mohou vést ke kompletnímu odstranění obtíží. Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) nebo chronický kašel z důvodu kouření, který dlouhodobě zvyšuje intraabdominální tlak, může mít negativní dopad na pánevní dno. Chronické selhávání ledvin, diabetes melitus či poruchy spánku. Toto jsou přidružená onemocnění, jejichž korekce příznivě ovlivňuje projevy inkontinence. Ženy by měly být nabádány k úpravě životního stylu při chronické zácpě. Měly by dbát na adekvátní pitný režim, správnou životosprávu a dostatek pohybové aktivity. (Vilhelmová, 2011) S tím jde ruku v ruce problematika nadváhy a obezity, která je s inkontinencí úzce spojována. Juráková (2017) uvádí, že stresová inkontinence se vyskytuje až pětkrát častěji u klientek s morbidní obezitou (BMI dosahujících hodnot 40 a více). Efekt operačních výkonů pomocí tahuprosté vaginální pásky zde klesá oproti ženám s normálním BMI až k 50 %. U této skupiny klientek je také zaznamenáno vyšší riziko časných pooperačních komplikací. Pouhé snížení hmotnosti o 10 % může v kombinaci s aktivní rehabilitací svalů

pánevního dna zapříčinit markantní zlepšení obtíží s poruchami mikce i bez operačního zásahu.

Elektrostimulace byla prvně použita Cadwellem v roce 1963, který aplikoval stimulační elektrody do stěny močové trubice. V dnešní době se využívají metody vaginální nebo anální stimulace, způsoby se dělí dle délky aplikace a frekvence elektrických impulsů. Elektrody jsou připojeny na vaginální nosiče, které se aplikují dle potřeb klientky buď po celý den, na noc nebo na dvacetiminutové časové intervaly. Pro léčbu stresové inkontinence se využívá elektrické rozhraní okolo 50 Hz (hertz). Elektrické podněty a dráždění způsobují kontrakce příčně pruhovaného svalstva a zevního svěrače. Využívá se nepřímého dráždění nervus pudendalis, který stimuluje a inervuje pánevní dno. Efekt léčby se udává přibližně 50 %. Tato metoda je indikována převážně u žen, které nemohou podstoupit operační výkon. (Zikmund, 2001)

Pesary jsou pomůcky, které jsou umísťovány do pochvy. Cílem klientek je udržet jejich stěny uvnitř vagíny. Jsou vyráběny z gumového či silikonového materiálu a rozeznáváme dva druhy. Kroužkový pesar je měkký, poddajný, velikostně od 50 do 90 milimetrů. Okraje pesaru se po zavedení opírají o m. levator ani v horizontální poloze, tím je bráněno poklesu poševních stěn. Druhým typem je kostkový pesar ze silikonových materiálů. Využívá podtlaku, který po zavedení vznikne mezi stěnami pesaru a stěnou pochvy. Za nevýhodu je považována nutnost vyjmutí pomůcky na noc, z důvodu hrozícího vzniku dekubitů v pochvě. Kostkový pesar je finančně náročnější pomůcka, pořizovací cena začíná na 2000 Korun českých (kč). Používá se nejčastěji u mírného stupně inkontinence při sportovních aktivitách. Zajišťuje kvalitnější kontinenci během sportu vlivem mírného útlaku močové trubice. (Otčenášek, 2017)

Z důvodu dlouhodobé deprivace celkové kvality života žen trpících močovou inkontinencí dochází k narušení běžných fyzických i denních aktivit. Pacientky jsou omezovány v každodenním sociálním, intimním i sexuálním životě. Zde přichází na řadu možnost využití inkontinenčních pomůcek, které jsou na trhu zastoupeny v širokém spektru. Zajišťují zlepšení komfortu během dne a umožňují alespoň částečný návrat k běžným činnostem. Pomůcky jsou vyráběny v několika variantách, pro různé stupně inkontinence. Poskytují ochranu před nepříjemným zápachem, jsou nenápadné a umožňují pacientkám přebírat ženské role v jejich životě. Výrobní materiál je prodyšný, pro pokožku nedráždivý a udržuje ji v suchu. Přesto je nutná edukace klientek o zvýšené hygienické péči o pokožku, jako prevence proti jejímu

narušení a poškození. Na základě stanovení diagnózy a stupně inkontinence může pomůcky předepisovat praktický lékař, geriatr, urolog, gynekolog či neurolog. Poukaz na pomůcky lze vystavit na období maximálně tří měsíců. (Sochorová, 2008)

Hořčíčka a kol. (2015) uvádí, že „Absorpční pomůcky jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění dle zákona č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb. V oddíle C je uveden seznam zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantní péče.“ Od 1. 12. 2019 je platná změna sedmé části přílohy č. 3, která upravuje podmínky hrazení zdravotnických pomůcek, na kterém se nově podílí pojišťovny i pacienti. Nejčastěji ženy využívají inkontinenční vložky, pleny, ale i speciální kalhotky. Z důvodu čerpání pomůcek na základě pojištění je inkontinence dělena na tři stupně. První stupeň značí lehkou inkontinenci, zde je možné čerpat vložky v maximální (max.) dotaci 150 kusů (ks) na měsíc v hodnotě do 450 Kč. Druhý stupeň je střední inkontinence, kdy mají ženy nárok na vložné pleny max. 150 ks/měsíc do 900 Kč nebo fixační kalhotky max. 24 ks/rok v hodnotě 190 Kč za 24 kusů ročně. Třetí stupeň je charakteristický pro těžkou inkontinenci, ženy mohou od pojišťovny získat plenkové kalhotky max. 150 ks/měsíc v hodnotě 1700 Kč. (Dostupné na: https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/inkontinencnipomuckyjakjespravnepredepsat?fbclid=IwAR3A8WHyQLXK80LD5N3z6xP0OPd_nmishLopSfkvq69qJuNogzVT08TSyWY)

Z rehabilitačního hlediska je terapie rozdělována na aktivní a pasivní. Do pasivní léčby řadíme základní vyšetření terapeutem, ošetření a uvolnění svalových ztuhlostí a kloubních spojení. V souvislosti s pánevním dnem je prováděno palpační ošetření per rektum nebo per vaginam. Pozornost je směřována přednostně na tlakové body, relaxaci svaloviny a mobilizaci kostrče. Za aktivní terapii je považována přímá účast klientky. Ovládání svalů pánevního dna patří mezi náročnější úkony, tudíž vyžaduje trpělivost a pravidelný trénink. Mnohdy ženy zaujímají patologické pohybové vzorce, proto je doporučováno začít cvičit pod dohledem terapeuta. Z počátku se ženy učí pouze správnou aktivaci a relaxaci pánevního svalstva. Po osvojení znalostí a technik lze přejít k složitějším úkonům. Aktivní terapie vyžaduje aktivní přístup klientek, které si osvojují techniky Vojtovy reflexní lokomoce, cviků dle Mojžíšové, z novějších pak dynamické neuromuskulární stabilizace či akrální koaktivační terapie. Všeobecně platí, že čím dříve žena s rehabilitací začne, tím lépe. Je prokázáno, že aktivní a pravidelné posilování svalů pánve může zásadně ovlivnit stav inkontinence a tím i odvrátit chirurgickou terapii. (Švojgrová, 2017)

Fyzioterapie po vaginálním porodu má nezastupitelné místo v léčbě poporodní inkontinence. Vaginálně může fyzioterapeut nahmatat ruptury či trhliny na m. levator ani. Může docházet i k jeho vazivové přestavbě. Dále lze palpovat patologickou polohu uretry a přítomnost pánevních bolestí. Základem pro následující cvičení je vyhodnocení PERFECT schématu, které lze provádět per vaginam i per rektum. Schéma je zaměřeno na zkoumání síly stisku, výdrž kontrakce a schopnost provedení více opakování. Při nesprávném fungování pánevního dna lze zaznamenat asymetrické postavení pánve a kosti křížové. Mezi nejčastější patologické nálezy patří poruchy vnímání, izolované relaxace, strukturální poruchy. Ty se projevují jako descensus pánevních orgánů, inkontinence, bolestivý pohlavní styk, přerušovaná mikce, obstipace. Důležitý počáteční faktor při zahájení terapie je uvolnění hlubokých fascií, vazivových struktur a viscerální terapie. Pro správné pochopení, aktivaci a procítění konkrétních svalů je důležitá detailní edukace o jejich anatomii, funkci a kineziologii. Pro kontrolu provedení cviků lze využít biofeedback. Pánevní dno je mnohdy procvičováno v supinační pozici. Ta však nezajišťuje správné postavení a zatížení pánve, proto v rámci terapie raději volíme pozici vertikální. Při cvičení fyzioterapeut pracuje s celým tělem klientky, využívá funkční spojitost v horizontálních předělech (ústní dno, bránice, pánevní dno, chodidlo). Spolupráce těchto oddílů zajišťuje adekvátní hydrostatický tlak uvnitř břišní stěny, tím je podpořena kontinence. Fyzioterapie nedokáže ovlivnit rozsáhlé defekty a těžké stupně inkontinence. Zde je na místě využít primárně chirurgickou terapii. V opačném směru ale ani ta nejlépe provedená operace nedokáže nahradit správný svalový tonus. Proto je nejvýhodnější komplexní péče a mezioborová spolupráce. (Havličková, 2017)

Bio-feedback je pojem využívaný pro léčebnou metodu, která umožňuje klientkám lépe rozpoznat a regulovat své tělesné schopnosti a funkce na podkladě zvýšeného množství objektivních informací o nich. V tomto případě se jedná o kontrakce svalů pánevního dna. Díky neustálému technologickému rozvoji dnes dokážeme informace o biologických dějích v organismu získávat, filtrovat a přenášet do srozumitelné podoby. Tím je tvořen vizuální, akustický nebo taktilní základ pro hodnocení svalové práce a ženy jsou schopny jej sami vyhodnotit. Preferován je biofeedback pomocí vaginální elektro – magnetické (EMG) elektrody, ale postačí i vaginální pomůcky či vatový tampón. (Hagovská, 2008)

Farmakologická léčba močové inkontinence nepatří mezi nejvyužívanější metody při potížích s kontinencí. Nejčastější léčbou je kombinace rehabilitace a chirurgické léčby. Na vině je pravděpodobně fakt, že efekty farmakologické léčby nejsou adekvátní a převažují spíše nežádoucí účinky v návaznosti na použitá léčiva. Přesto se setkáváme s případy, kdy je

snaha farmakologicky podpořit konzervativní nebo operační léčbu. V České Republice jsou mnohdy předepisovány neschválené přípravky pro tuto indikaci. Klenbuterol, beta – adrenální agonista je oficiálně schválen a povolen v Japonsku pro léčbu stresové inkontinence. V Portugalsku a ve Finsku je povoleno užívání midodrinu a fenypropolanolaminu. Hladká svalovina uretry a hrdlo močového měchýře obsahují senzitivní receptory, které dobře reagují na stimulaci pomocí alfa – sympatomimetik. Tím jsou provokovány stahy hladké svaloviny jak během plnění, tak při mikci. Výsledným účinkem je zvýšení uzávěrového tlaku uretry a zábrana úniku moči. (Hanuš, 2005)

Tricyklická antidepresiva (TCA). Nejčastěji používaným zástupcem této lékové skupiny je Imipramin. Podává se v dávkách, které se zvyšují. Nejčastěji je léčba zahájena dávkou 25 mg na noc a postupně se zvyšuje až do dosažení cíleného efektu. Nejčastější dávkování je 25 mg 2x až 3x denně. Mezi nežádoucí účinky řadíme únavu, slabost, výskyt ortostatických kolapsů, arytmie a další. TCA jsou využívány pro své anti - cholinergní a α – adrenergní účinky, které způsobují relaxaci močového měchýře a stahy uretrálního svěrače. Nejčastěji je tato léčba využívána při léčbě smíšené močové inkontinenci. (Rob, 2008)

Za zmínku stojí také farmakologická substituce estrogenů, která je využívána převážně v období klimakteria, z důvodu jejich fyziologického nedostatku. Hormonální dysbalance u mladých žen jsou méně časté, mohou vznikat při dlouhodobé hormonální terapii či užívání hormonální antikoncepce (HAK). Jak již bylo dříve zmíněno, během hormonálních změn v těhotenství dochází ke zvýšené relaxaci svalstva pánevního dna. V období gestace je fyziologicky hladina estrogenu nižší a stoupá hladina progesteronu. Estrogeny pozitivně ovlivňují vznik α -adrenergních receptorů v buňkách hladké svaloviny močové trubice. Tento efekt se využívá v terapii stresového typu inkontinence, při níž se kombinují preparáty α -mimetika s estrogeny. Terapie močové inkontinence estrogeny je využívána v urogynekologii již 30 let a hned několik studií prokázalo její účinnost. Při léčbě stresového typu na podkladě oslabeného svěrače uretry byly dosaženy lepší výsledky léčby v kombinaci estrogenů s α -mimetiky. Estrogenová dávka v tabletách, potřebná k dosažení žádoucího efektu na močový trakt, je 2 - 4 mg konjugovaných estrogenů za den. Předpokládaný efekt účinku estrogenové substituce v léčbě inkontinence lze očekávat nejdříve za 3 - 6 měsíců od zahájení aplikace. Estriol má díky své nízké aktivitě na estrogenových receptorech minimální efekt na proliferaci buněk endometria. V prsní tkáni byl dokonce zaznamenán protektivní účinek. Proto je estriol vhodný k lokální aplikaci estrogenů v léčbě inkontinence. (Gärtner, 2006)

Duloxetin (*Yentreve*TM), byl v roce 2004 schválen centrálním registrem léčiv ve všech členských zemích Evropské Unie (včetně České republiky). Jedná se o nový přípravek speciálně vyvinutý pro medikamentózní léčbu stresové inkontinence moči u žen. Řadí se mezi selektivní duální inhibitory, vychytávající serotonin a noradrenalin. Duloxetin a jeho účinek spočívá v inhibici zpětného vychytávání těchto látek, tím dochází k zvýšení jejich hladin v organismu. Hromadí se v párovém Onufově jádře, které se nachází v oblasti sakrální míchy. Napětí příčně pruhovaného svalstva svěrače močové trubice je Dulotexinem zesíleno pouze v průběhu plnění močového měchýře a jeho účinek nijak neovlivňuje normální průběh mikce. Retence ani jiné poruchy vyprazdňování moči nevznikají. Mezi nejčastější nežádoucí účinky řadíme nauzeu (23,2 %), sucho v ústech (13,4 %), únavu (12,7 %) insomnii (12,6 %) a obstipaci (11 %). Jedná se však o nežádoucí účinky s mírným až středně závažným průběhem a mají charakter přechodného trvání. (Hanuš, 2005)

Chirurgická léčba má za cíl obnovit kontinenci, zmírnit projevy poruchy mikce a tím tak zlepšit celkovou kvalitu života žen. Základním cílem výkonů je navrácení patologicky uloženého a hypermobilního uterovezikálního spojení do fyziologické polohy. Operačních metod a přístupů je známo více než 150 druhů, konkrétní typ je vždy zvolen individuálně dle stavu klientky. Při výběru operačního výkonu lékař zohledňuje nejlepší léčebný efekt, riziko pooperačních komplikací a rychlost rekonvalescence.

Fixaci hrdla močového měchýře a proximální uretry zajišťuje výkon nazývaný Kolposuspenze dle Burche. Lékař sešívá přední poševní stěnu a endopelvickou fascii pomocí bilaterální sutury. Je využíván nevstřebatelný materiál a uchycení je umístěno k ligamentum iliopectineum v úrovni hrdla močového měchýře. Obvykle lékař aplikuje 2 – 3 uzlovité stehy vzdálené 1 cm na každé straně. Jako operační přístup je využíván řez dle Pfannenstiela. V současné době je možné zákrok provádět i laparoskopicky. Mezi nejčastější komplikace řadíme krvácení do Retzinova prostoru, proto se zavádí během výkonu podtlaková drenáž. Další komplikace mohou být traumatizace močového měchýře nebo retence moči, z důvodu příliš utažených vnitřních stehů. Jediným řešením této komplikace je reoperace. Efektivita operace je vysoká, dle Martana a kol. (2015) se pohybuje mezi 84 – 91 %, u reoperací 76 – 86 %. Obdobnou metodou je Marshallova – Marchettiho – Krantzova operace. Řez je opět veden do Retzinova prostoru, fixační stehy jsou na rozdíl od Burcheho metody uchyceny do periostu či chrupavky stydké kosti. Vzhledem k nutné několikadenní hospitalizaci a častému výskytu pooperačních komplikací se od těchto technik spíše ustupuje a jsou nahrazovány modernějšími metodami. (Martan a kol. 2015)

TVT, neboli tension free – vaginal tape, je v současnosti jedna z nejvyužívanějších a nejspolehlivějších metod při léčbě inkontinence. Do běžné praxe byla zavedena již roku 1996. Mechanismus účinku spočívá ve volném vložení pásky do retropubického prostoru. Je ze syntetického materiálu a je vyvedena v podbřišku, těsně za symfýzou. Je implantována lékařem přes trokar (zavaděč) při krátkodobé anestezii. Spolehlivost této metody je vysoká, po prvních dvou letech bylo zcela vyléčeno až 84 % klientek. Dalších 8 % zaznamenalo výrazné zmírnění obtíží a celkové zlepšení kvality života. Jelikož je vyvedení směřováno v těsné blízkosti močové měchýře, setkávali se lékaři s komplikacemi, jako je perforace močového měchýře, retence či rekurentní močové infekce. Proto byla zavedena novější metoda tension free – vaginal tape obturator (TVT – O). Ta je dnes označována jako „zlatý standard“ léčby. Vpich zavaděče je veden přes tříslu a obturatorní membránu. Výsledky úspěšnosti a spolehlivosti jsou u TVT i TVT – O srovnatelné, uváděno je 81 – 96 %. TVT – O páska však disponuje nižším výskytem pooperačních komplikací, díky nulovému kontaktu s močovým měchýřem. (Piškytlová, 2017)

Poměrně novou metodou je aplikace pásky z jediné vaginální incize (single-incision sling – SIS nebo mini-sling). Nejdříve byly na trh uvedeny pásky TVT – secur (TVT – S) a MiniArc s předem definovanou délkou, což znemožňovalo využití léčby u velké části žen. Proto byly z trhu staženy a nyní je nabízena již třetí generace pásek s nastavitelnou délkou. Zástupci této vysoce účinné metody jsou např. pásky Ajust (Bard) a Ophira (Promedon). Trvalá a bezpečná fixace pásky je umožněna díky vylepšenému kotvicímu systému. Výhodami SIS jsou menší bolestivost po operaci a rychlejší návrat pacientky k běžnému životu. Míra úspěšnosti SIS je udávána v rozmezí 81,3–93,5 %. (Lucas, 2015)

Prevence

Aniball™ je český výrobek a je na trhu od roku 2014 (RR Medical, Troubsko, ČR). Princip produktu není novou myšlenkou. Byl převzat z afrického porodnictví, kdy tamní ženy údajně připravují své porodní cesty na příchod dítěte pomocí tykve – kalabasy. Webové stránky www.aniball.cz nabízí popis a instrukce k výrobku. Pomůcka slouží v předporodním období primárně jako prevence porodního poranění a inkontinence. Doporučují cvičení s balónkem od 37. Týdne gestace až do porodu, cca 15 - 30 minut denně. Po porodu lze balónek využít k rehabilitaci a opětovnému posílení svalů pánevního dna. Aniball je složen ze silikonového balónku tvaru osmičky a ruční pumpy s nebo bez ukazatele tlaku. Při cvičení je zavedena zaoblená část balónku do pochvy a nejprve je posilováno pánevní dno stahováním

a uvolňováním po dobu asi 10 minut. Poté žena balónek co nejvíce nafoukne a nechá balónek nafouknutý v pochvě dalších 10 minut. Může cítit tlak, ale pocit bolesti je nežádoucí. V poslední fázi žena uvolní svalstvo pánevního dna a pomocí břišního lisu se snaží balonek vypudit z pochvy. Cílová hodnota dosaženého průměru Aniballu je udáván obvod 28 – 30 cm (www.aniball.cz)

Autorkou metody 3x3 a zakladatelkou Školy pánevního dna je Renata Sahani Skálová. Ve svých kurzech, které pořádá po celé české i slovenské republice, nahlíží a přistupuje k ženám ve třech rovinách. Jedná se o oblasti fyzioterapie, psychosomatiky a jógy. Zastává názor, že tyto tři roviny spolu neodmyslitelně souvisí a spolupracují. Dle Skálové, pro správnou funkci pánevního dna jako celku, je důležité pečovat o všechny tři roviny. Druhá oblast metody je zaměřena na tři patra, která se skládají z krku, pánve a chodidla. Metoda spojuje fyzickou, psychickou a duševní stránku žen. Čerpá ze základů anatomie, fyziologie, ale také z méně častých postupů a technik, které Renata Sahani poznala a posbírala na cestách po celém světě. Zakomponovala zde techniky jako je jóga, tantra, poznání vnitřních čakr, tao techniky, kundalini jógy a další. Ženy se na kurzech učí pracovat nejen s vlastním tělem a pánevním dnem, ale také s myslí, stresem a vnitřní energií. Kurzy využívající principu metody 3x3 už navštívilo více jak 4000 žen a těší se většinové úspěšnosti a stoupající popularitě. (www.skolapanevnihodna.cz)

Horčíčka a kol. (2005) v Časopise lékařů českých uvádí pozitivní výsledky až u 50 % žen, které využívaly pro posílení svalů pánve vaginální konusy neboli Venušiny kuličky. Při této konzervativní metodě se intravaginálně umísťují předměty, které pacientka nosí uvnitř pochvy. Lze s nimi provádět veškeré denní činnosti, jako jsou domácí práce, chůze, u zkušenějších žen i běh. Tlak vzniklý uvnitř pochvy díky pohybu a gravitaci nutí ženu reflexně stahovat svaly pánevního dna. Při pravidelném používání a postupném posílení pánevního dna je možné a žádoucí zaměnit kuličky za těžší varianty. Doporučená doba nošení je alespoň 20 minut denně.

Kegelovy cviky, nazývané dle Arnolda Kegela, který uvedl efektivní program cvičení svalů pánevního dna, jsou známy již více než 50 let. Cviky jsou jednoduché, bez užití pomůcek a mají za úkol naučit ženu zapojovat a správně procítit kontrakce pánevního dna v různých polohách. Spočívají v identifikaci pubokokygeálního svalu pomocí prstu. Cílem je stažení svalů v okolí močové trubice, podobně jako při přerušení proudu moče. Žena by během cvičení měla střídát kontrakci trvající 3 -5 vteřin s následnou relaxací. K měření síly

kontrakce a ke kontrole výsledků cvičení lze využít perineometr, který objektivně změří sílu jednotlivých stahů svalstva pánevního dna. Je doporučeno cvičit 3x denně 3 – 4 série po deseti opakováních. V poslední době se užívá těchto cviků jako základu pro biofeedback. Zlepšení příznaků inkontinence je patrné asi u 75 % pacientek (Stanton, 2000). Od Kegellových cviků se léčba v posledních letech přesunula spíše k aktivnímu cvičení s fyzioterapeutem, přesto však zůstávají v podvědomí ženské populace.

V roce 1999 v Kanadě byla zrealizována studie, jejímž cílem bylo prozkoumat pozitivní vliv perianální masáže v předporodním období. Zapojeno bylo pět spádových nemocnic. Do studie bylo zařazeno 1034 prvorodiček a 493 druhorodiček. Ženy prováděly desetiminutové masáže hráze denně od 34. týdne gestace až do porodu. Výsledky průzkumu jasně dokazují, že výskyt poranění hráze po předchozí aplikaci perianálních masáží se výrazně snížil. Z výsledků lze vyvodit, že masáže hráze v období před porodem mají velmi pozitivní a protektivní vliv na poranění perinea. (Labrecque, 1999)

3.3 Kvalita života

V literatuře nenalezneme pouze jednu přijatelnou definici pojmu „kvalita života“. Setkáváme se také s pojmy, jako jsou „lidský rozvoj“, „sociální blahobyt“ a „sociální pohoda“. World health organization (WHO, 1994) definuje kvalitu života takto: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá svoje postavení v životě v kontextu svojí kultury, v které žije, a ve vztahu k svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ Jedná se o komplexní pojem, který je ovlivnitelný psychickým stavem, fyzickým zdravím a osobním vyznáním jednotlivce. (Vaďurová, 2005)

V psychologii je na kvalitu života nahlíženo z mnoha pohledů. Je chápána jako soulad fyzického zdraví s všeobecnou životní spokojeností a pohodou. Je charakterizována větší dominancí pozitivních emocí. Psychologická pohoda je ovlivněna naplněním životních cílů jedince. Ze sociologického pohledu je kvalita života brána jako produkt vnitřního vtahu kondice sociální, zdravotní, ekonomické a kondice prostředí ovlivňující lidský vývoj. (Mareš a kol. 2006)

Kvalita života je ovlivnitelná hned několika faktory. Mezi nejčastější determinanty řadíme fyzické i psychické zdraví, životní styl, sociální prostředí a zabezpečení, pracovní aktivitu, vzdělání, dostupnost zdravotní péče, etické principy dané společností apod. (Kopáčiková a kol. 2018) Kvalita života je složitý a komplexní pojem, který nabývá velmi individuálního

významu u každého jednotlivce. To je dáno jeho potřebami, jejichž uspokojování právě udává kvalitu života.

V dnešní moderní medicíně je uplatňován tzv. holistický přístup ke klientům. Tento název vznikl z řeckého slova holos neboli celek. Jeho hlavní myšlenkou je zdůraznit, že všechny vlastnosti systému, tedy člověka, nelze určit nebo vysvětlit pouze zkoumáním jeho částí. Holismus jako směr vznikl ve 20. století a ve zdravotních oborech se zabývá celým člověkem a jeho potřebami. V holistickém pohledu je nemoc nerovnováha, odchylka od harmonického fungování celého těla i psychiky. Člověk je chápán a respektován jako bio-psycho-socio-spirituální jedinec. (Danzer a Gerhard 2010)

Hodnocení kvality života

Při posuzování kvality života je zohledňována tělesná, duševní i společenská stránka osobnosti a proto je její hodnocení kvality velmi obtížné. Ve zdravotnictví je nejčastěji využíváno standardizovaných dotazníků, které mají buď všeobecný, nebo specifický charakter. Dotazníky obsahují otázky týkající se všech oblastí života, ať už ve všeobecné rovině či ve spojitosti s určitým onemocněním. Lékařské obory mají za cíl zlepšit celkovou kvalitu života, ať už pomocí změny okolního prostředí, životního stylu, farmakoterapie, operačního zákroku či psychoterapie. Dotazníky slouží k objektivnímu zhodnocení potřeb a efektů léčby na podkladě subjektivního vnímání pacienta. Jsou validovány a určeny pro univerzální používání, musí být tedy přeloženy do mateřského jazyka s přihlédnutím na etnické zvyklosti. Výsledky dotazníkových šetření jsou následně využívány pro výzkumné účely, ke stanovení adekvátní terapie a vyhodnocení jejího efektu. K usnadnění výběru dotazníku byla založena nezisková organizace ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement). Tato organizace vytváří mezinárodní expertní týmy, které definují standardní sety dotazníků určených k hodnocení konkrétního onemocnění. Mezinárodní urogynekologická asociace IUGA zajistila překlad dotazníku PISQ-IR hodnotícího sexuální funkce u žen s prolapsem pánevních orgánů a inkontinencí. (Rušavý, Nečesalová, 2017)

Zachoval a kol. (2006) společně vyhledali v databázi Medline dotazníky, které jsou určeny pro hodnocení kvality života se stresovou inkontinencí. Mezi nejčastěji používané patří Incontinence-quality of life questionnaire (I-QOL), King's Health Questionnaire (KHQ), Urge impact scale (URIS) a v neposlední řadě dotazník ContiLife, který byl využit pro sběr dat této diplomové práce.

3.4 Role porodní asistentky při diagnostice, prevenci a léčbě poporodní stresové inkontinence

ICM (International Confederation of Midwives) v roce 2011 stanovila definici porodní asistentky znící: „*Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky, uznávaného v dané zemi; která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.*“ Dostupné na: <https://www.ckpa.cz/rodice/pece-porodni-asistentky/kdo-je-porodni-asistentka.html>

Z výše uvedené definice vyplývá, že porodní asistentka (PA) zaujímá velice důležitou a nepostradatelnou roli v průběhu celého života žen. Nejedná se pouze o období týkající se porodu, ale také o dospívání, klimakterium a stáří. Řadu úkonů v oblasti gynekologie a porodnictví mohou PA provádět samy, bez odborného dohledu lékaře. V současné době je kladen důraz na sebevzdělávání a posouvání znalostí. Tím dochází k zvyšování jejich kompetencí a ke zkvalitnění poskytované péče. V České Republice existuje hned několik skupin a organizací, které mají za cíl shromažďovat osoby se stejným posláním. Podílí se na modernizaci vzdělávání, prosazují zájmy v rámci rozšiřování kompetencí a udávají směr poskytované péče. Mezi české organizace patří Česká komora porodních asistentek (ČKPA), Unie porodních asistentek (UNIPA), Česká společnost porodních asistentek a Gynekologicko-porodnická sekce České asociace sester (GPSČA).

Důležitým faktorem, který zásadně ovlivňuje zdraví žen, je zdravotní gramotnost, která by měla být stěžejním cílem primární prevence v prenatální péči. Porodní asistentka zde má nezastupitelnou roli a značný vliv. Je spojnicí mezi pacientkou a lékařem. Neodmyslitelnou součástí péče o reprodukční zdraví je výchova, vzdělávání a poradenství, při níž by klientky měly získávat informace o zdravém způsobu života a faktorech, které mohou mít negativní dopad na jejich zdraví. Součástí poskytované péče jsou prenatální kurzy. PA zajišťuje informace, připravující ženy na porodní a poporodní zátěž, kojení a rodičovství. Edukuje v oblasti prevence obstipace, v případě vysokého BMI o benefitech snížení hmotnosti. Odkazuje na fyzioterapeuty, specializující se na problematiku pánevního dna, poskytuje informační letáky a brožury, týkající se stresové inkontinence a prevence. (Wilhemová, 2011)

Porodní asistentky/všeobecné sestry (VS) jsou samozřejmě také ženy, které mohou být problematikou inkontinence zasaženy. Jako nelékařské zdravotnické profesionálky mají mnohem blíže ke zdroji informací a své obtíže a problémy řeší daleko dříve. Mohou proto

klientkám poskytnout cenné rady a vlastní zkušenosti. Díky tomu často dochází k prohloubení důvěry a ke zlepšení komunikace mezi PA/VS a klientkou. Ženy se obecně snadněji svěřjí někomu, kdo zažil podobné obtíže. Bývá pro komunikaci výhodnější, když PA/VS má potřebné znalosti, zkušenosti a komunikační předpoklady. V této fázi může i sebemenší chyba ženu odradit při získávání důvěry a oddálit řešení jejího problému, což je nežádoucí a zcela zbytečné. (Kubečková, 2015)

V posledních letech byla zaznamenána častější návštěvnost mladých dívek ve specializovaných urogynekologických ambulancích, přestože zatím nerodily. Z drtivé většiny se jedná o slečny s velmi aktivním životním stylem a sportovní fyzickou námahou. (aerobik, bojové sporty, trampolíny, jízda na koni). Již jako šestnáctileté až dvacetileté dospívající ženy mívají problémy s kontinencí vlivem náročných sportovních aktivit. V těchto situacích by měla informace opět poskytnout PA/VS. Je známo, že je velká pravděpodobnost výskytu inkontinence jakožto familiární zátěže. Není to však pravidlem. Dívkám s inkontinenčními obtížemi by mělo být doporučeno omezit těžké fyzické a sportovní aktivity. Dále by se měly zaměřit na gymnastiku pánevního dna a HSS. Vysvětlení rizik, problematiky a poučení by mělo opět spadat spíše do role PA/VS, s využitím velké dávky taktu a porozumění. Vzdělaná a empatická PA/VS, která se orientuje v problematice inkontinence, dokáže podat informace mnohem citlivěji a lépe, než lékař. Důležité je poskytnout prostor pro dotazy, dodržovat soukromí a intimní prostředí při komunikaci s klientkami. (Kubečková, 2015)

Jak bylo již dříve zmíněno, těhotenství a porod jsou jedny z možných příčin vzniku stresové inkontinence. Porodní asistentka by měla dbát na bezpečný průběh a edukaci žen během gestace v péči o závěsný aparát dělohy, ligamenta a svaly pánevního dna. Měla by co nejšetrněji a nejpřirozeněji odvést vaginální porod, pokud možno bez poranění a dalších následků vedoucích k rozvoji inkontinence. Do této oblasti patří aktivní komunikace se ženou během celého porodu, nácvik adekvátního tlačení v druhé době porodní, masáž hráze, chránění perinea a v případě nutnosti správné provedení episiotomie. V kompetenci PA je i následná sutura nástřihu, to však není umožněno na všech pracovištích a mnohdy je právě k suturám porodního poranění volán lékař.

Důležitá je návaznost péče také v době puerperia. PA by měla volit individuální přístup ke každé ženě a dávat dostatečný prostor pro rozhodnutí a výběr služeb. Jelikož je PA v blízkém kontaktu s ženou po porodu a v šestinedělí, aktivně zjišťuje projevy inkontinence. Na základě znalostí by měla vyvodit, zda není zapotřebí únikům moči věnovat zvýšenou pozornost.

Anamnéza a data získaná rozhovorem PA a klientky po porodu slouží k určení diagnózy poporodní stresové inkontinence. (Sikorová, 2012) Pro získání kompletního přehledu o obtížích klientky lze provést různá vyšetření, jako jsou klinické testy, mikční deník a dotazníky, fyzikální či urodynamické metody. PA po absolvování vzdělávacího kurzu v oblasti diagnostiky v urogynekologii může provádět vyšetření sama nebo asistuje lékaři. Při mírném stupni obtíží a konzervativním přístupu léčby je nutné myslet na fakt, že se jedná o dlouhodobý proces. Sestra v ambulanci poskytuje klientce kontakt na fyzioterapeuta pro nácvik posilování svalů dna pánevního. Doporučuje nejrůznější cvičební pomůcky, které lze volně zakoupit k domácímu užívání. Apeluje na zdravý a aktivní životní styl, redukci hmotnosti po porodu a zajišťuje potřebné inkontinenční pomůcky. Při závažnějším stupni inkontinence se PA setká se ženou i ve zdravotnickém zařízení, kde klientka podstoupí chirurgickou léčbu. Rolí porodní asistentky je pečovat o operační rány vzniklé zákrokem, sledovat pooperační stav a funkce močového traktu. Sleduje příjem a výdej tekutin, vyhledává možné pooperační komplikace a vše zaznamenává do dokumentace. S odstupem po operačním výkonu sleduje léčebný efekt pomocí rozhovoru a dotazníku. Plánuje pravidelné návštěvy lékaře a informuje ženu o nutnosti cvičení, fyzické aktivitě a udržení normální hmotnosti, přestože obtíže s únikem moči po zákroku vymizely.

Inkontinence často zapříčiní ztrátu společenské role, tělesné i duševní omezení, které často vyústí v izolaci od společnosti, přátel i rodiny. Úkolem porodní asistentky je poskytnout ženám co nejvhodnější informace, zajistit alespoň částečný komfort a umožnit jim cítit se více sami sebou, i ve společnosti. PA by měla být vždy vstřícná, chápající, diskrétní a ochotně nabízet pomoc a oporu všem ženám, které ji potřebují.

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit kvalitu života žen před a po vaginálním porodu u žen do 35 let.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit, zda ženy uvádějí subjektivně hůře vnímanou kvalitu života po vaginálním porodu ve spojení s přibývajícím věkem
- 2) Zjistit, zda má porodní hmotnost dítěte vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života žen po vaginálním porodu
- 3) Zjistit, zda ženy, které využívaly před porodem jednu z forem prevence inkontinence, uváděly lepší kvalitu života po vaginálním porodu než ženy, které prevenci nezařadily
- 4) Zjistit, zda má dosažená úroveň vzdělání vliv na subjektivní hodnocení kvality života u žen po vaginálním porodu

4.2 Metodika a realizace výzkumu

V diplomové práci byla využita metoda kvantitativního průzkumu za použití standardizovaného dotazníku Contilife. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak se mění kvalita života žen do 35 let před a po vaginálním porodu.

Dotazník je volně dostupný pro výzkumné účely. Byl převzat z časopisu Urologie pro praxi, kde Zachoval a kol. (2006) uvádějí souhrn specifických dotazníků, určených k hodnocení kvality života u žen s močovou inkontinencí. Distribuce dotazníků byla zajištěna přes porodní asistentky/všeobecné sestry v jednotlivých ambulancích. Autorka práce osobně vysvětlila cíle práce a potřebný postup při distribuci. Dotazníky byly pouze očíslovány a uchovávány v oddělené složce na pracovně sester. Pacientky měly možnost vyplněné dotazníky vkládat do sběrného, uzavřeného boxu opět na pracovně sester jednotlivých ambulancí.

Dotazník Contilife je rozdělen do šesti oblastí, složen z 28 otázek a hodnotí stav v posledních čtyřech týdnech. Oblasti jsou zaměřeny na fyzické a denní aktivity, vlastní osobnost, citové důsledky, sexualitu a celkovou kvalitu života. Dotazník byl rozšířen o doplňující otázky týkající se věku, parity a gravidity, hmotnosti novorozence a cvičení během těhotenství a po porodu. Jednotlivé otázky byly hodnoceny na stupnici od 0 do 5, a to: 0 – nehodnotí se, 1 – vůbec ne, 2 – málo/zřídka, 3 – středně/někdy, 4 – hodně/často, 5 – velmi hodně/vždy.

Vyhodnoceno bylo celkové skóre a skóre pro každý parametr (denní aktivity, fyzická aktivita, vlastní osobnost, citové důsledky, sexualita a kvalita života). Vyhodnocení probíhalo na základě předem určeného klíče. Byly sečteny všechny body za dané skóre a vypočteny jejich podíly z maximálního možného skóre. Rozsah skóre je 0 (vysoká kvalita života) až 100 (nízká kvalita života). Zjištěné hodnoty byly zadány do tabulek v programu Microsoft Excel a na jejich základě byly zhotoveny hodnotící grafy.

Výzkum byl realizován v Olomouckém a Libereckém kraji, předcházelo mu souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd. V každém kraji byla oslovena dvě gynekologická pracoviště. Každá ambulance před zahájením dotazníkového šetření vyplnila souhlas s výzkumem. V Olomouci se jednalo o ambulance NEUMED gynekologická ambulance s.r.o. a Gynekologická ordinace - Horní lán s.r.o. V Jablonci nad Nisou byly osloveny MUDr. Jörgová s.r.o, Gynekologie a porodnictví a VIVEGYN s.r.o., Gynekologie a porodnictví. Výběr respondentů byl stratifikován. Kritéria pro zařazení do průzkumu zahrnovala: věk rodičky do 35 let, ženské pohlaví, vaginální způsob porodu a ochotu opakovaně vyplnit dotazníky. Dotazníky byly rozdávány v období od 01. 11. 2019 – 30. 3. 2020. Do každé ordinace bylo poskytnuto 50 dotazníků, celkem tedy 200 kusů. Ženy navštěvující gynekologické ambulance dostávaly jeden dotazník při prohlídce ve 38. týdnu gravidity, druhý při standardní kontrole po ukončení šestinedělí. Z 200 dotazníků bylo navraceno 150 vzorků, z nichž bylo 15 dotazníků vyřazeno pro jejich neúplnost. Správně vyplněné dotazníky byly následně vyhodnoceny a porovnány. Celkem jich bylo do průzkumu zařazeno 135.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

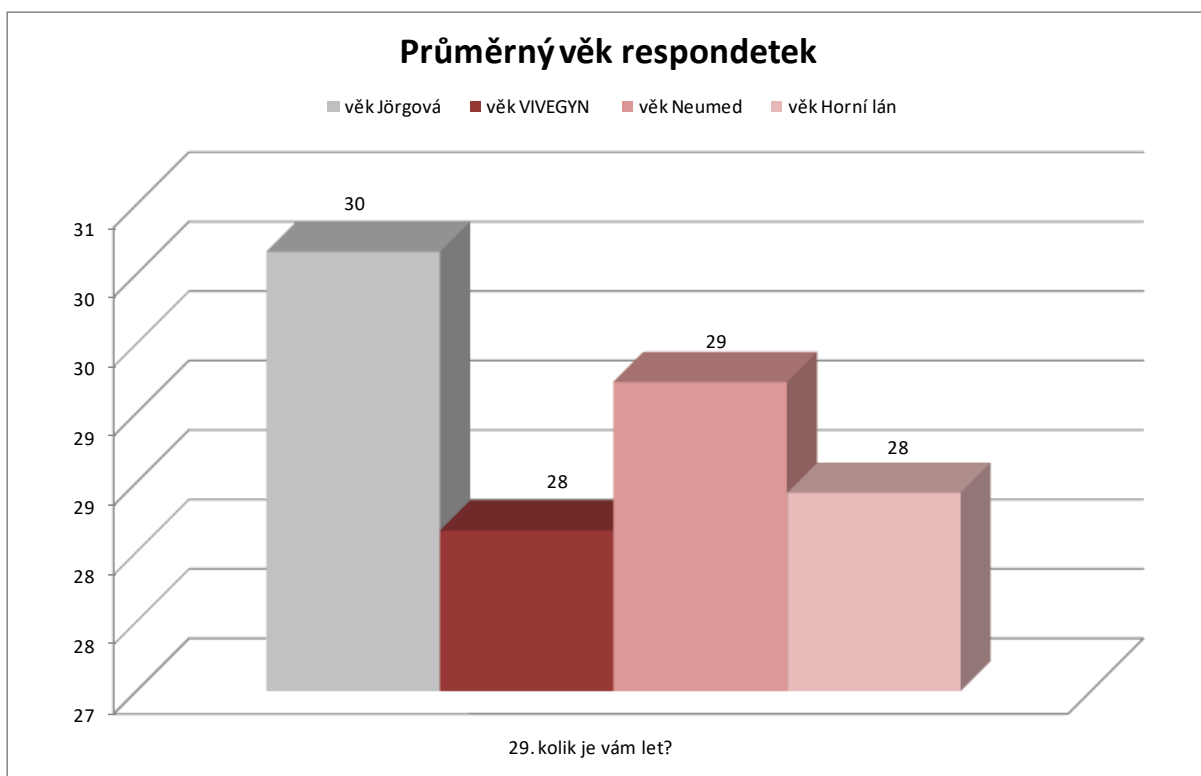
Výsledky průzkumu byly zpracovány a vyhodnoceny v programu Excel. Data byla získána pomocí dotazníku Contilife, který se skládá z 28 otázek a je členěn do 6 oblastí. Jednotlivé oblasti byly vyhodnoceny a porovnány s výsledky před (dále značeno PŘED) a po (dále značeno PO) porodu.

5.1 Vyhodnocení demografických dat

Pomocí doplňujících otázek v dotazníku byl zjišťován věk těhotných žen, gravidita, parita, zařazení posilování svalů pánevního dna před a po porodu. Dále byla zjišťována forma procvičování svalů dna pánve, způsob získávání informací o metodě a dosažená úroveň vzdělání respondentek.

Graf 1 – Věk

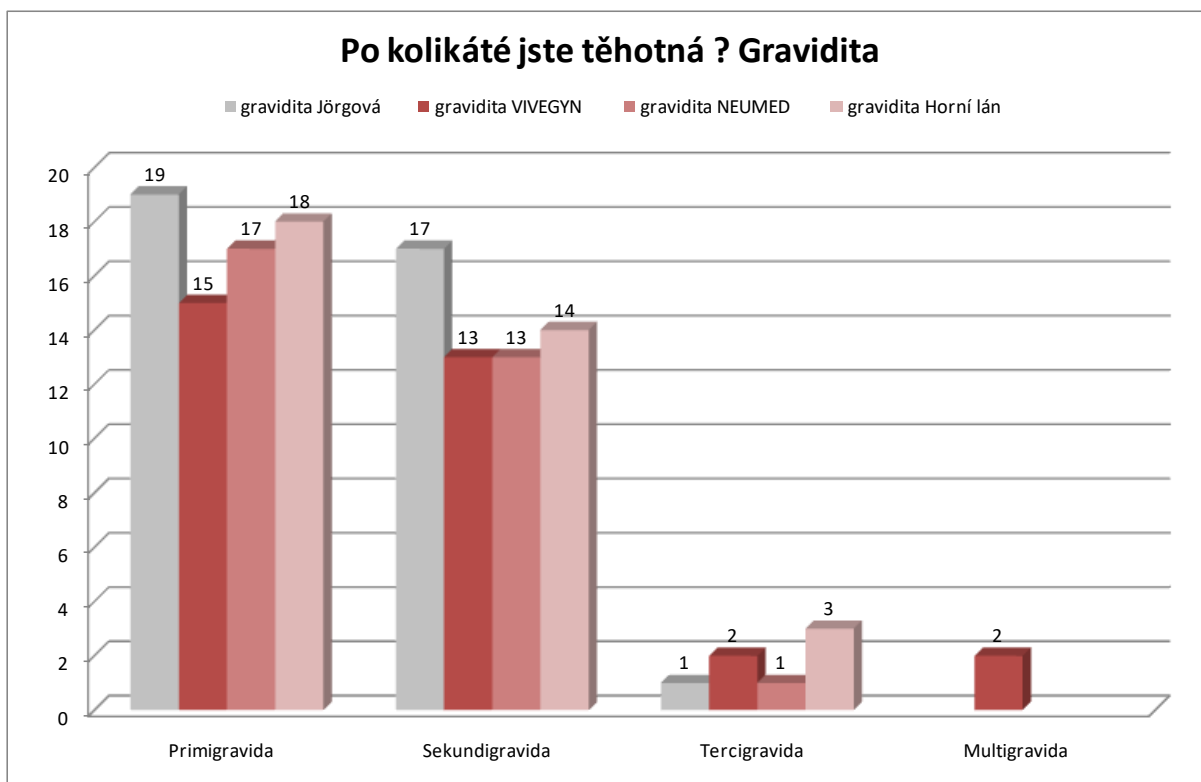
Kolik je Vám let?



Graf 1 uvádí průměrný věk těhotných žen v jednotlivých ambulancích. Nejvyšší průměrný věk, 30 let, byl zaznamenán u žen v ordinaci MUDr. Jörgové. Nejnižší průměrný věk, 28 let, vykazují ženy v ordinacích VIVEGYN a Horní lán. Celkový průměrný věk všech dotazovaných žen byl stanoven na 29 let.

Graf 2 – Gravidita

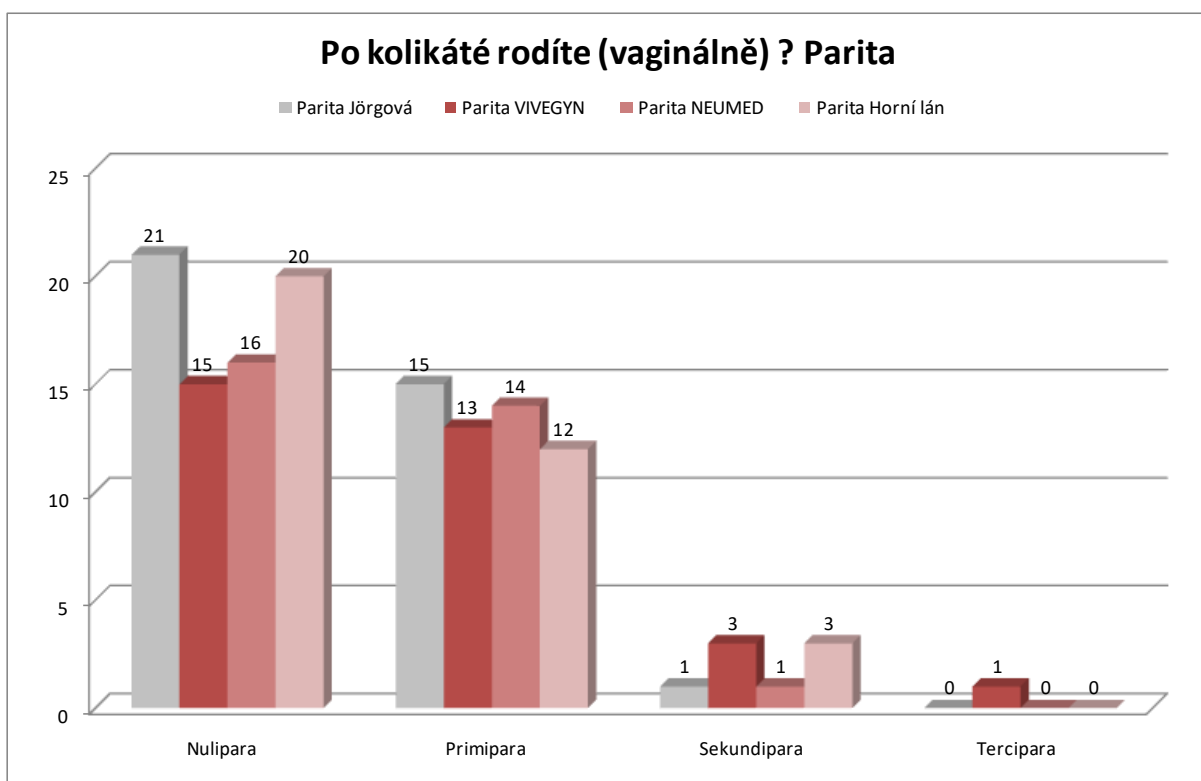
Po kolikáté jste těhotná?



V grafu 2 je znázorněna gravidita klientek. Nejvíce byly dotazovány ženy, které byly těhotné poprvé. Nejméně pak ženy, které uváděly tři a více těhotenství v anamnéze. Celkem bylo osloveno 69 prvorodiček, 57 druhorodiček, 7 žen těhotných po třetí a 2 multigravidy. První víceroďička byla těhotná po čtvrté, druhá po páté.

Graf 3 – Parita

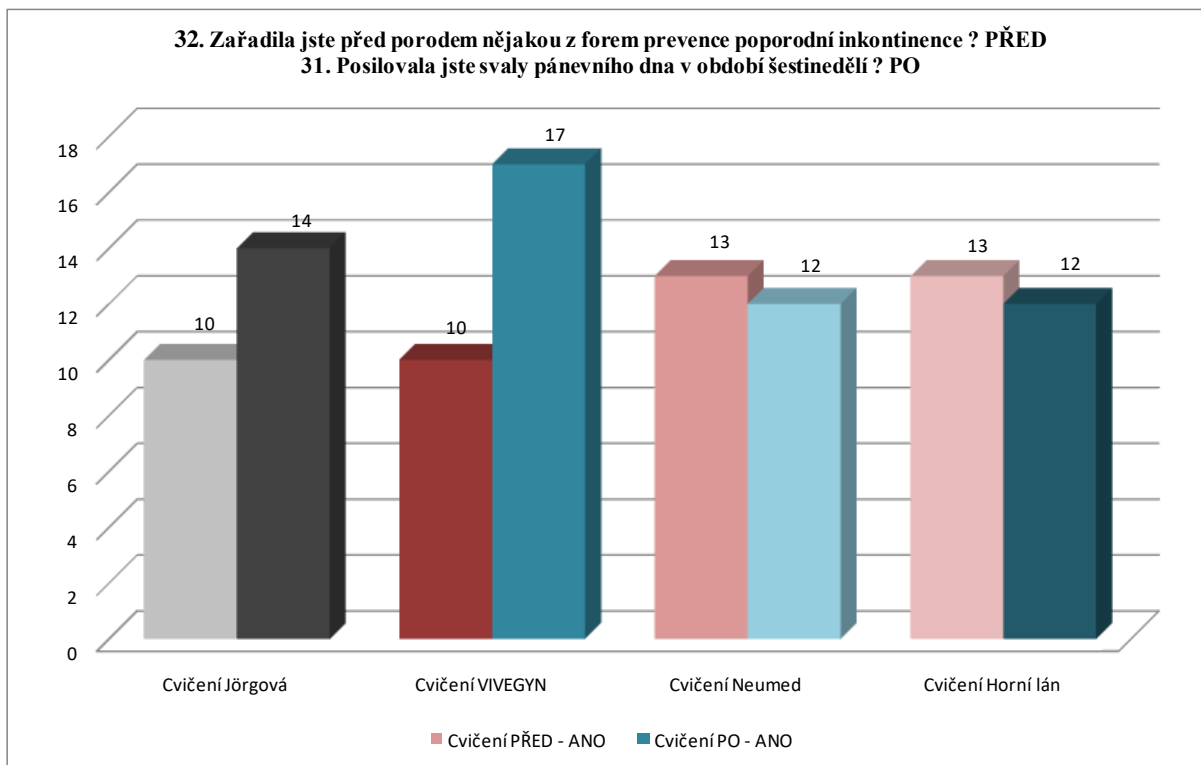
Po kolikáté rodíte (vaginálně)?



V grafu 3 je znázorněna parita klientek a jejich zastoupení v jednotlivých ambulancích. Z grafického vyobrazení je zřejmé, že ve všech ambulancích byly nejvíce zastoupeny klientky (72x) které zatím nerodily. 54 žen ze všech dotazovaných mělo v anamnéze jeden vaginální porod. Dva předchozí vaginální porody uvedlo celkem 8 žen, pouze 1 klientka porodila 3 a více dětí vaginální cestou.

Graf 4 – Prevence poporodní inkontinence

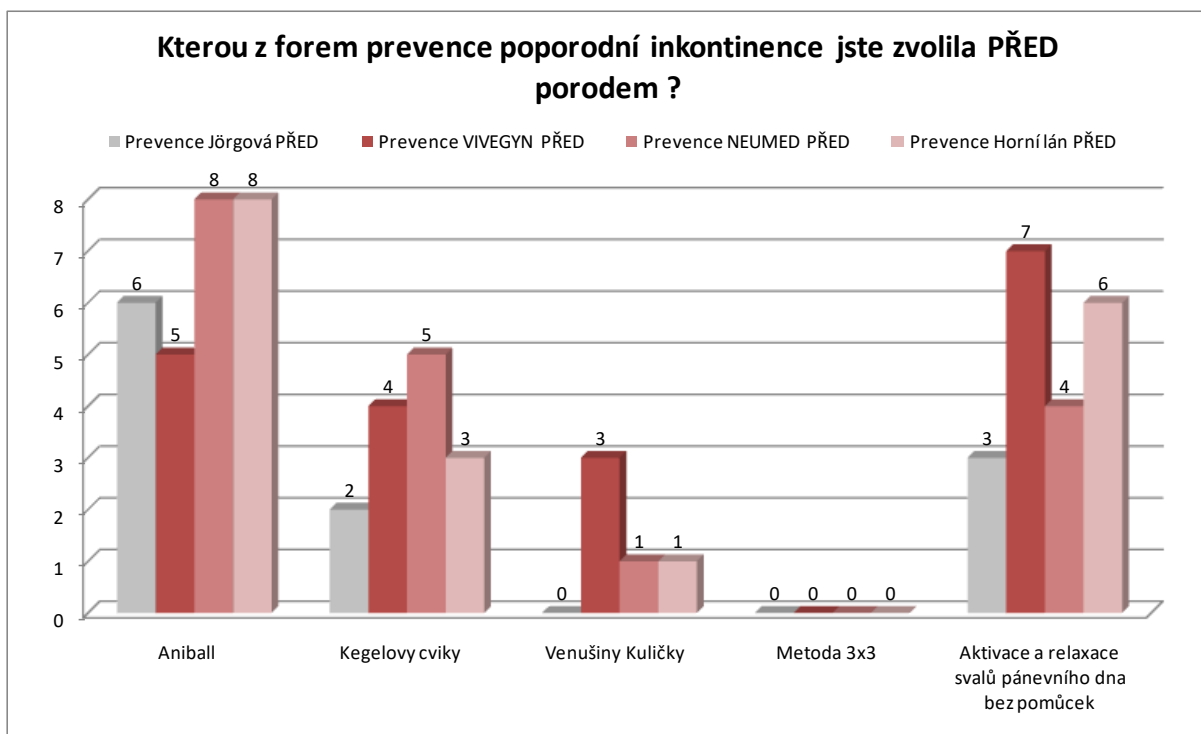
Zařadila jste před porodem nějakou z forem prevence poporodní inkontinence?
Posilovala jste svaly pánevního dna v období šestinedělí?



Graf 4 ukazuje součet žen v jednotlivých ambulancích, které cvičily svaly pánevního dna před a po vaginálním porodu. Pouze 10 respondentek cvičilo již před porodem v ordinacích MUDr. Jörgové a VYVEGIN. V gynekologické ambulanci NEUMED a Horní lán cvičilo před porodem 13 klientek. Po porodu se zvýšila aktivita ve cvičení u MUDr. Jörgové z 10 na 14 klientek, v VYVEGIN z 10 na 17. V ordinacích NEUMED a Horní lán naopak aktivita v posilování svalů pánevního dna klesla z 13 žen na 12. Z dotazníkového šetření bylo vysledováno, že pouze 32 klientek z celkového počtu 135 dotazovaných, cvičilo a posilovalo pánevní dno před i po vaginálním porodu.

Graf 5 – Forma prevence poporodní inkontinence PŘED porodem

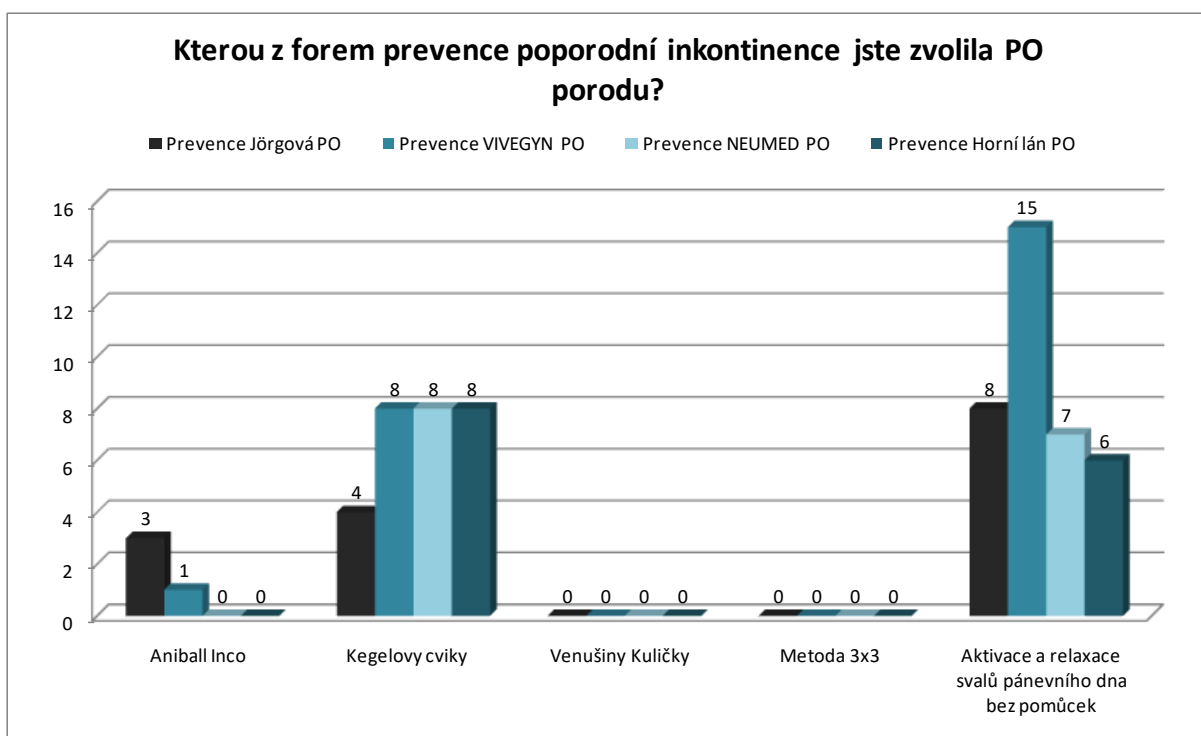
Pokud jste u otázky číslo 32 odpověděla ANO, kterou z forem jsem zvolila?



V grafu 5 je znázorněna forma prevence inkontinence, kterou ženy volily před vaginálním porodem napříč všemi ambulancemi. Nejvíce klientky před porodem využívaly aniball, druhou volbou byla aktivace a relaxace svalů pánevního dna bez pomůcek. Kegelovy cviky stále zůstávají v podvědomí žen, celkem 14 klientek se rozhodlo pro jejich zařazení do cvičení před porodem. Venušiny kuličky využilo 5 rodiček, metodu 3x3 ne zvolila žádná z dotazovaných.

Graf 6 – Forma prevence poporodní inkontinence PO porodu

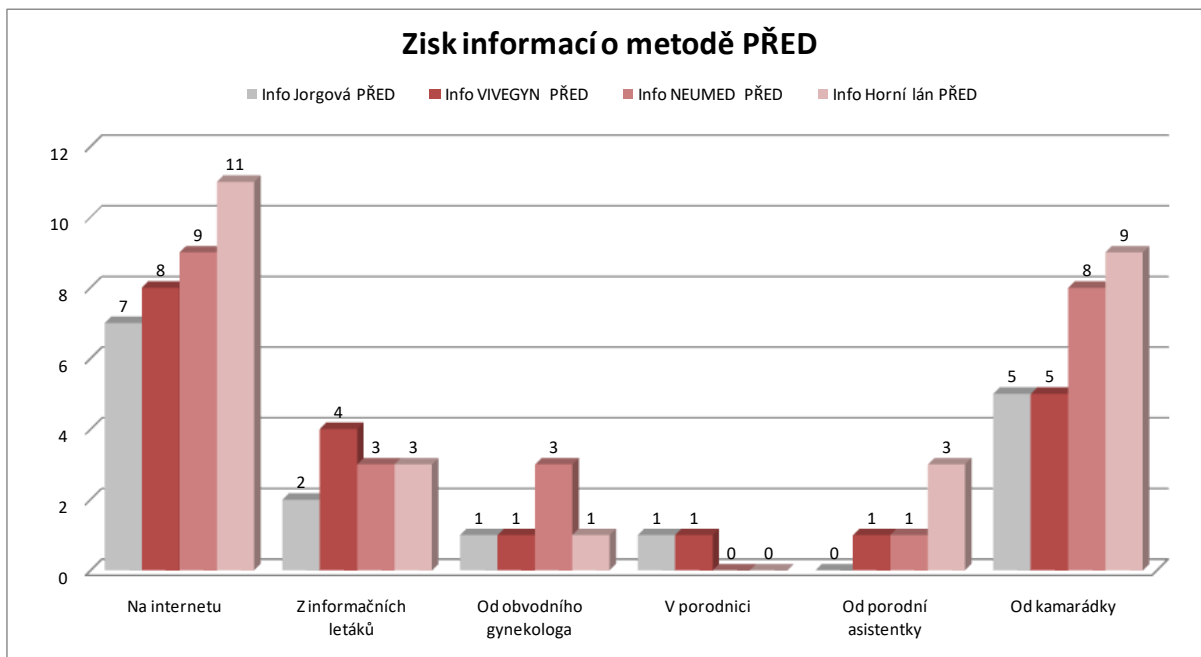
Pokud jste u otázky číslo 31 odpověděla ANO, kterou z forem jsem zvolila?



Graf 6 znázorňuje využití jednotlivých forem prevence po vlastním vaginálním porodu. Nejvíce se ženy uchýlovaly pouze k aktivaci a relaxaci svalů pánevního dna bez pomůcek. Jako druhou nejčastější využívanou metodou bylo provádění Kegelových cviků. Aniball Inco po porodu použily pouze 4 ženy. Venušiny kuličky a metoda 3x3 nenašly mezi ženami po vaginálním porodu žádné využití.

Graf 7 – Způsob získávání informací o preventivní metodě cvičení PŘED porodem

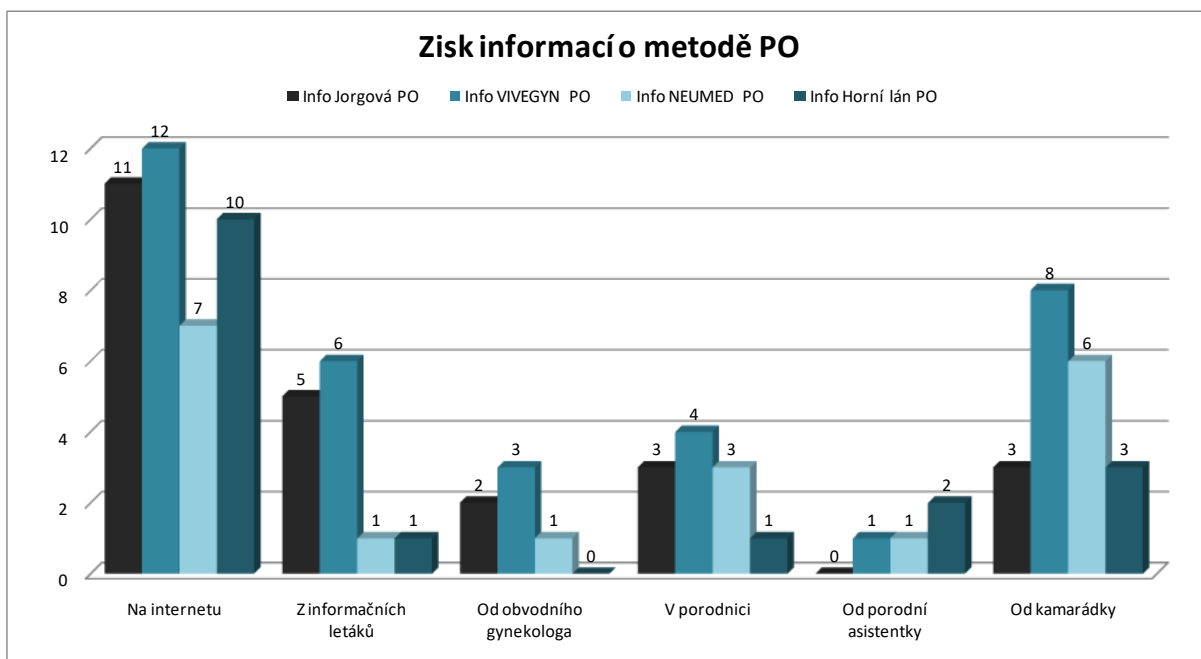
Pokud jste u otázky číslo 33. vybrala některou z možností, jakým způsobem jste získala potřebné informace o metodě?



Graf 7 obsahuje informace, které znázorňují způsob získávání informací o jednotlivých preventivních metodách před vaginálním porodem. Nejvíce ženy informace získávaly vyhledáváním na internetu, v zápětí od kamarádky. Nejméně informací bylo klientkám poskytováno v porodnicích.

Graf 8 – Způsob získávání informací o preventivní metodě cvičení PO porodu

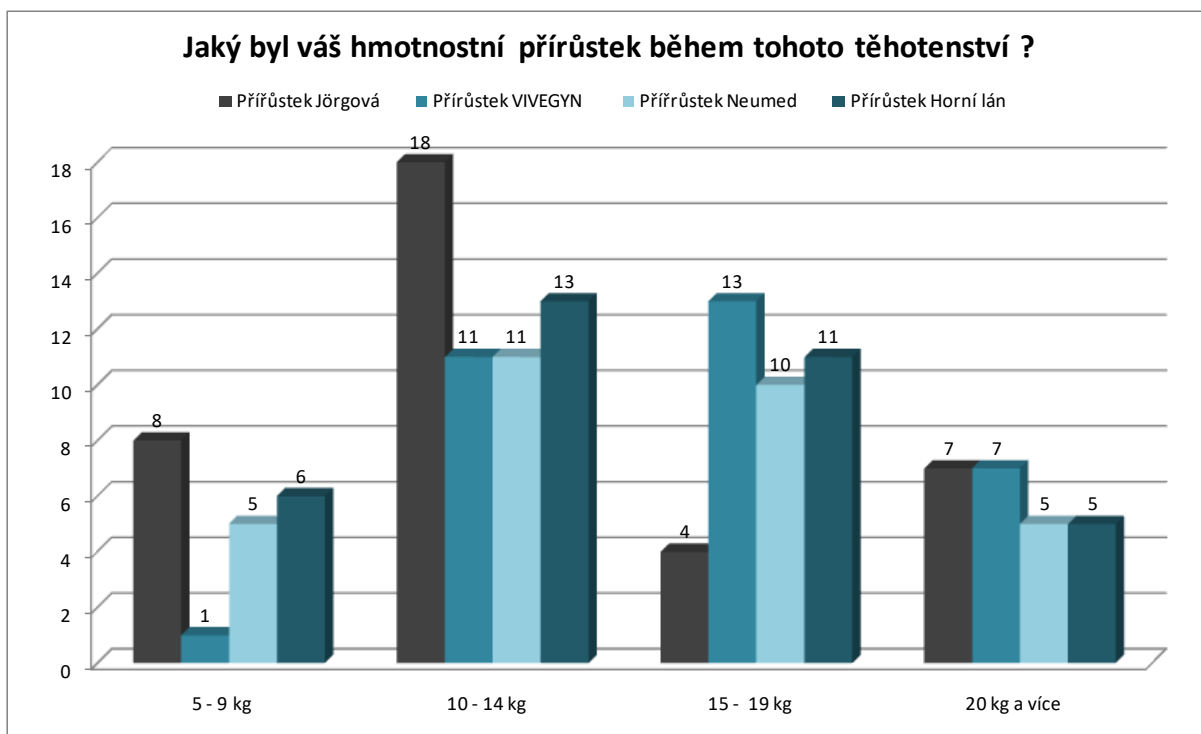
Pokud jste u otázky číslo 32. vybrala některou z možností, jakým způsobem jste získala potřebné informace o metodě?



V grafu 8 je znázorněno, jakým způsobem klientky získávaly informace o metodách a prevenci poporodní inkontinence po vaginálním porodu. Nejvíce ženy nacházely informace na internetu, podobně jako před porodem. Na druhém místě uváděly zisk cenných informací od kamarádky. V porodnici se zvýšil přísun informací oproti předporodnímu období. Nejméně informací se k ženám dostávalo od porodních asistentek.

Graf 9 – Hmotnostní přírůstek

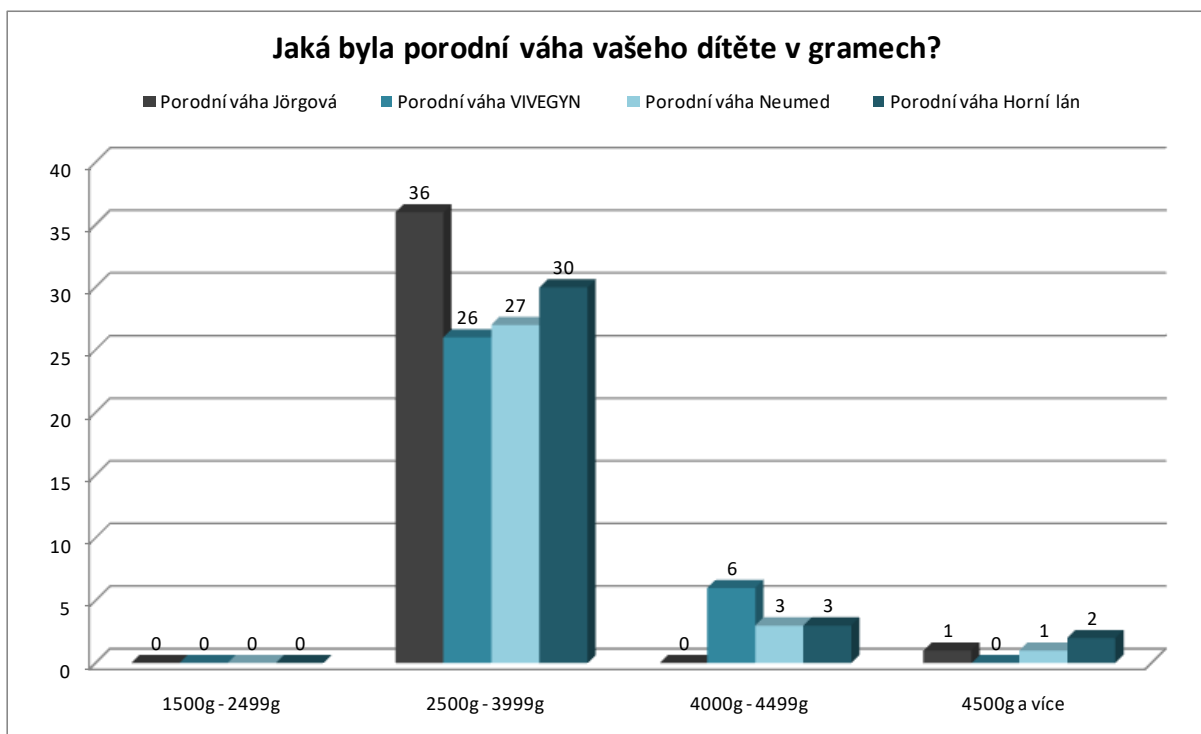
Jaký byl váš hmotnostní přírůstek během tohoto těhotenství?



Graf 9 znázorňuje hmotnostní přírůstky respondentek během těhotenství v jednotlivých ambulancích. Nejméně žen, celkem 20, uvádělo přírůstek do 9kg. Nejvíce klientek, celkem 53, bylo v oblasti s hmotnostním přírůstkem 10 – 14 kg. 15 – 19 kg bylo zaznamenáno celkem u 38 žen. Hmotnostní přírůstek 20 kg a více byl zaznamenán celkem u 24 žen ze všech dotazovaných.

Graf 10 – Porodní váha dítěte

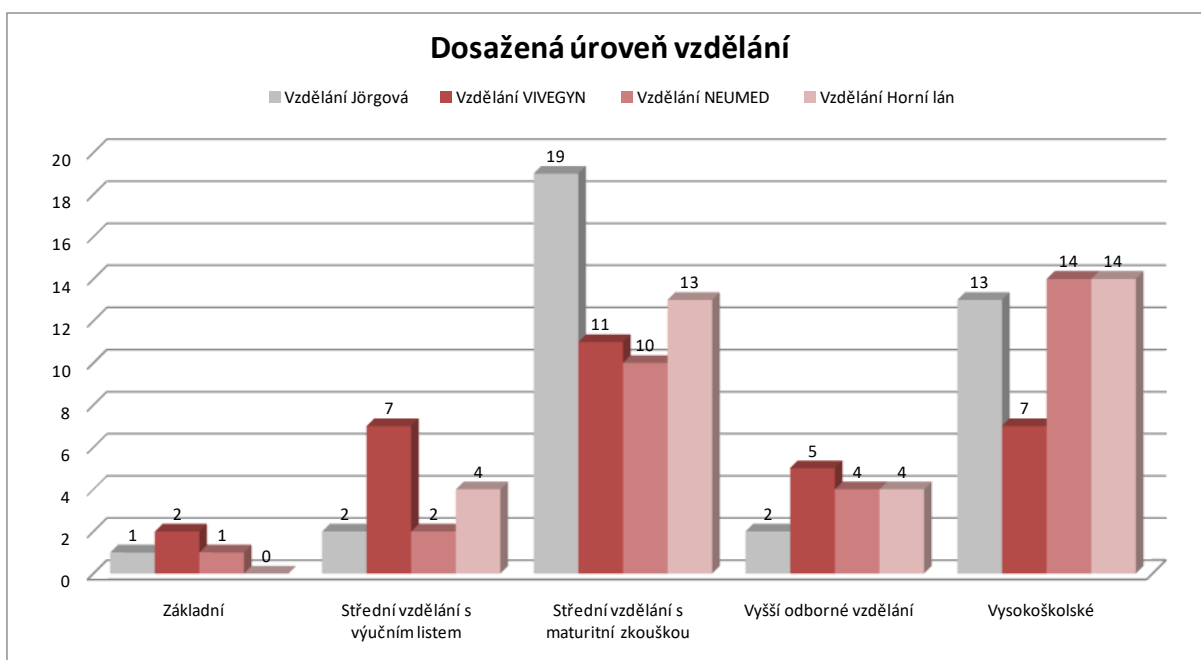
Jaká byla porodní váha vašeho dítěte? Uveďte v gramech



Graf 10 uvádí porodní hmotnosti dětí u žen po vaginálním porodu do 35 let. V kategorii nízké porodní hmotnosti nebylo zaznamenáno žádné z dětí dotazovaných rodiček. Nejvíce dětí, celkem 119, se pohybovalo ve váhovém rozmezí 2500g – 3999g. Celkem 16 dětí mělo porodní váhu nad 4000g, z toho 4 narozené děti nad 4500g.

Graf 11 – Dosažená úroveň vzdělání

Jaká je vaše dosažená úroveň vzdělání?



V grafu 11 je znázorněna dosažená úroveň vzdělání u všech respondentek napříč ambulancemi. Nejvíce dotazovaných těhotných žen, celkem 53, mělo ukončené střední vzdělání s maturitní zkouškou. Na druhém místě byly nejčastěji osloveny klientky s vysokoškolským vzděláním. Nejmenší zastoupení bylo zaznamenáno v kategorii základního vzdělání, celkem u 4 respondentek.

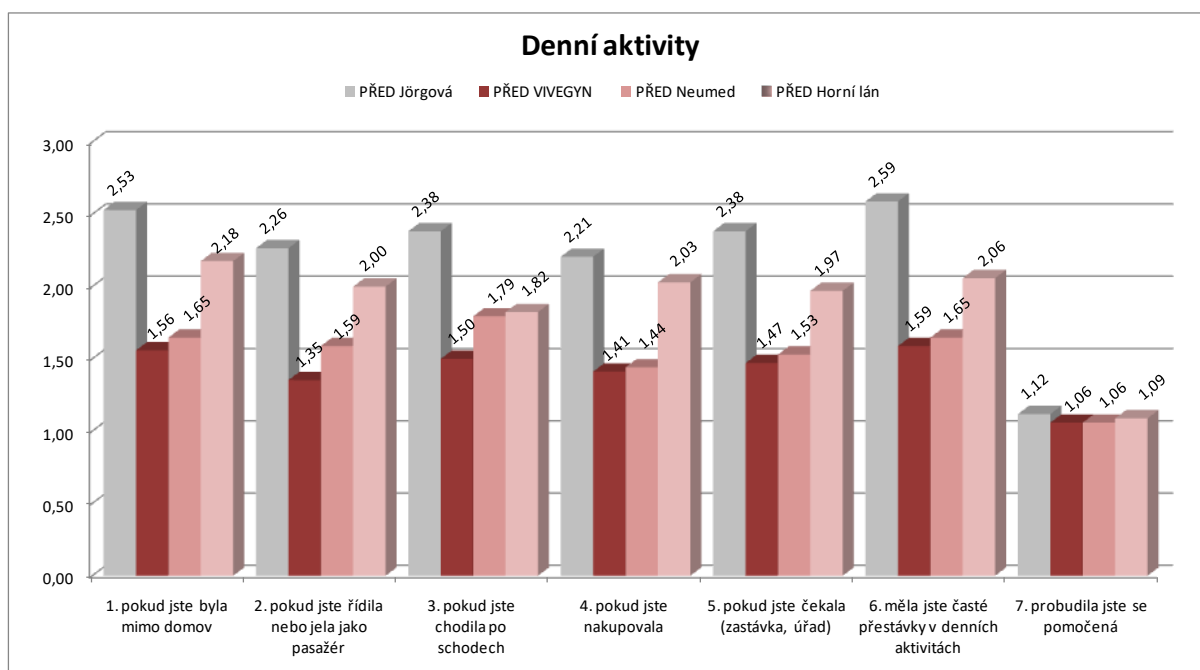
5.2 Vyhodnocení dotazníků

Následující kapitola znázorňuje výsledky průzkumu pomocí grafů. Jsou zde uváděny výsledky za jednotlivé oblasti dotazníku Contilife, který byl ženám poskytnut PŘED a PO vaginálním porodu.

Denní aktivity

Graf 12 – Denní aktivity PŘED

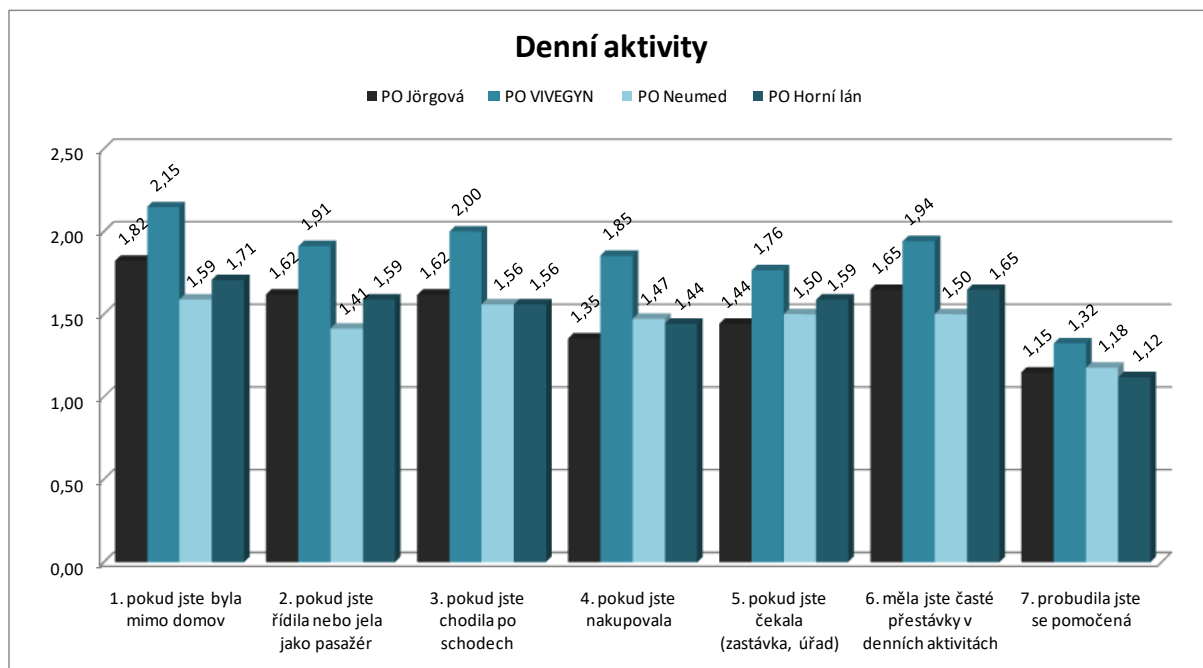
Jak moc Vás, během posledních 4 týdnů, obtěžovaly problémy s močením:



V grafu 12 je znázorněna první z oblastí dotazníku – oblast denních aktivit. Obsahuje 7 otázek, na které ženy odpovídaly v rozmezí 0 až 5 bodů. V grafu jsou hodnoty znázorněny před vaginálním porodem pomocí průměrných hodnot. Po dosažení hodnot z grafu vyplývá, že před vaginálním porodem nejvíce ženy uváděly obtíže s močením u otázky číslo 6. Ta je zaměřena na časté přestávky během denních aktivit. V ordinaci MUDr. Jörgové byla průměrná hodnota odpovědí 2,59. V ambulancích VIVEGYN 1,59 a Horní lán 2,06. V ordinaci Neumed ženy nejvíce obtíže s močením obtěžovaly při chůzi po schodech. Zde byla hodnota odpovědí 1,79. Nejméně obtíží všechny dotazované ženy napříč ambulancemi uváděly u otázky číslo 7. Ta zkoumá, zda se ženy probudily pomočené. Průměrné hodnoty odpovědí se pohybovaly v rozmezí 1,06 -1,12.

Graf 13 – Denní aktivity PO

Jak moc Vás, během posledních 4 týdnů, obtěžovaly problémy s močením:

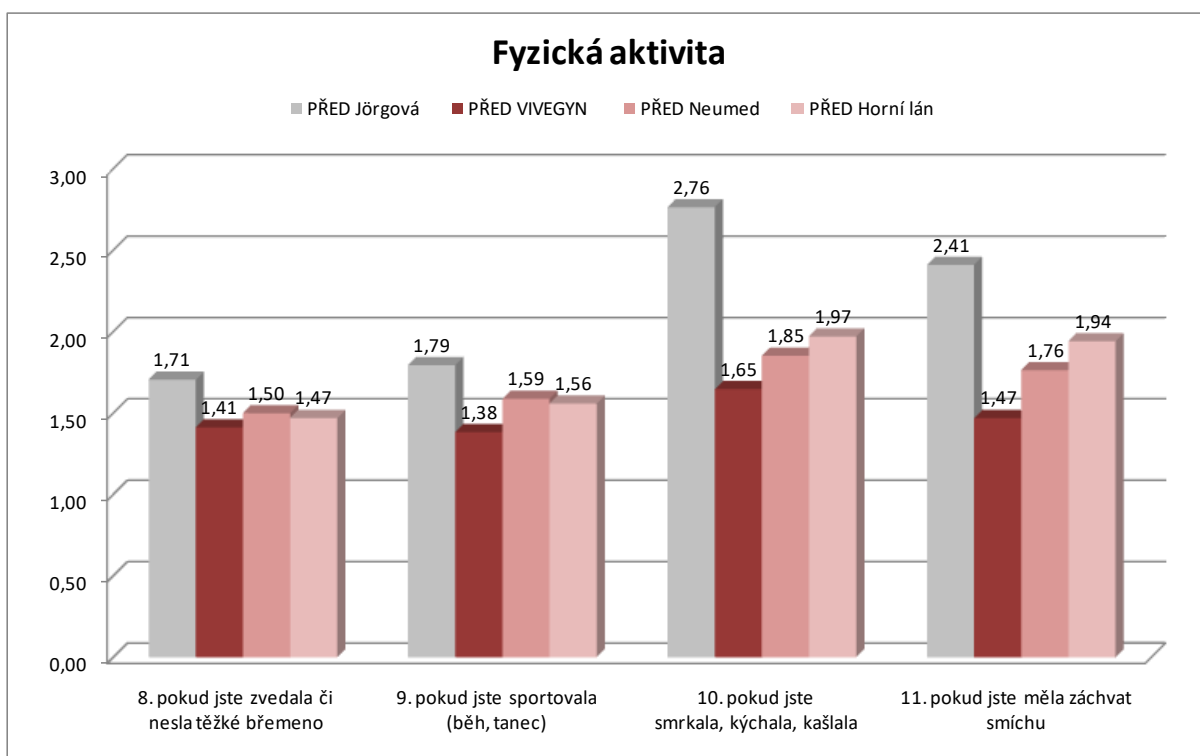


V grafu 13 je znázorněna první z oblastí dotazníku – oblast denních aktivit. V grafu jsou hodnoty znázorněny po vaginálním porodu pomocí průměrných hodnot. Po dosažení výsledných hodnot z grafu vyplývá, že po vaginálním porodu nejvíce ženy uváděly obtíže s močením u otázky číslo 1, tedy pokud byly mimo domov. Hodnoty odpovědí se pohybovaly v rozmezí 1,59 – 2,15. Nejméně obtíží všechny dotazované ženy napříč ambulancemi uváděly u otázky číslo 7. Ta zkoumá, zda se ženy probudily pomočené. Průměrné hodnoty odpovědí se pohybovaly v rozmezí 1,12 -1,32. Z hodnot před a po porodu u otázky číslo 7 je zřejmé, že obtíže s nočním pomočováním trápily více ženy po porodu.

Fyzická aktivita

Graf 14 - Fyzická aktivita PŘED

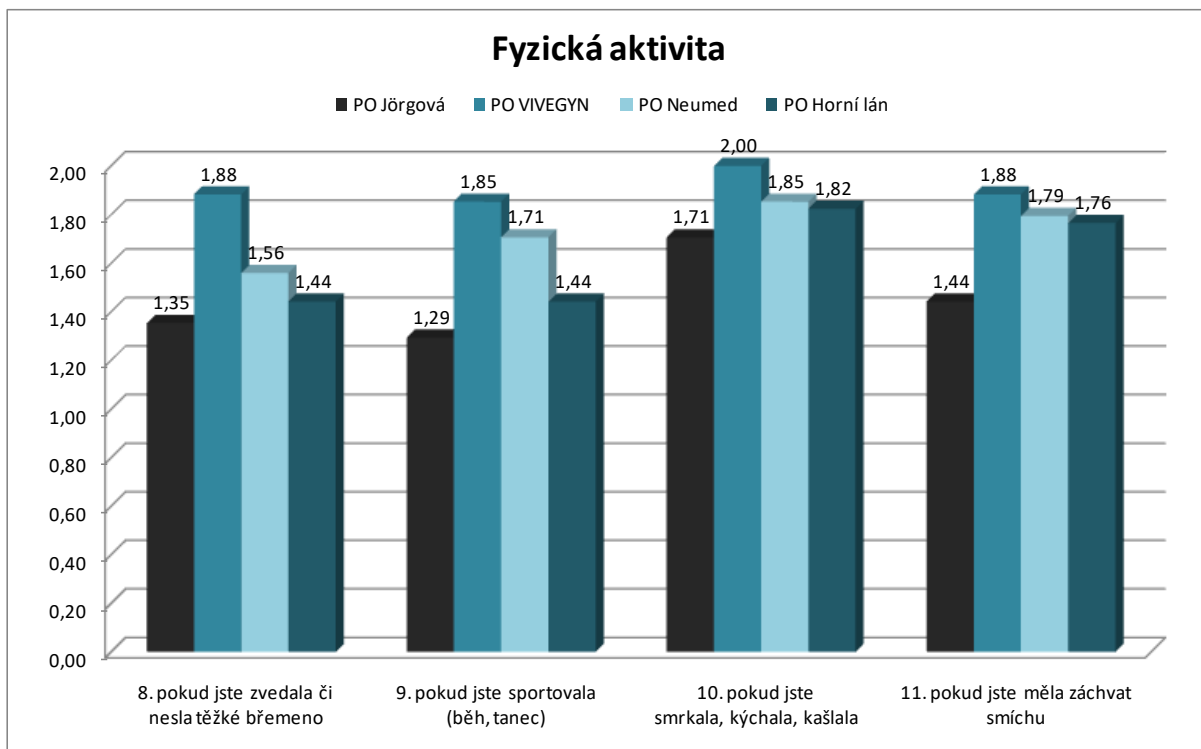
Jak často, během posledních 4 týdnů, Vás obtíže s močením obtěžovaly:



Graf 14 znázorňuje data týkající se oblasti fyzických aktivit před porodem. Tato oblast je tvořena 4 otázkami. Po vyhodnocení dat bylo zjištěno, že nejvíce ženy obtěžovaly problémy s močením, pokud smrkaly, kýchaly nebo kašlaly. Jedná se o otázku číslo 10 a průměrné hodnoty zde dosahují čísel 1,65 – 2,76. Nejméně ženy problémy s močením před vaginálním porodem obtěžovaly při zvedání či nošení těžkých břemen, avšak i zde průměrné hodnoty dosahují do rozmezí 1,41 – 1,71.

Graf 15 – Fyzická aktivita PO

Jak často, během posledních 4 týdnů, Vás obtíže s močením obtěžovaly:

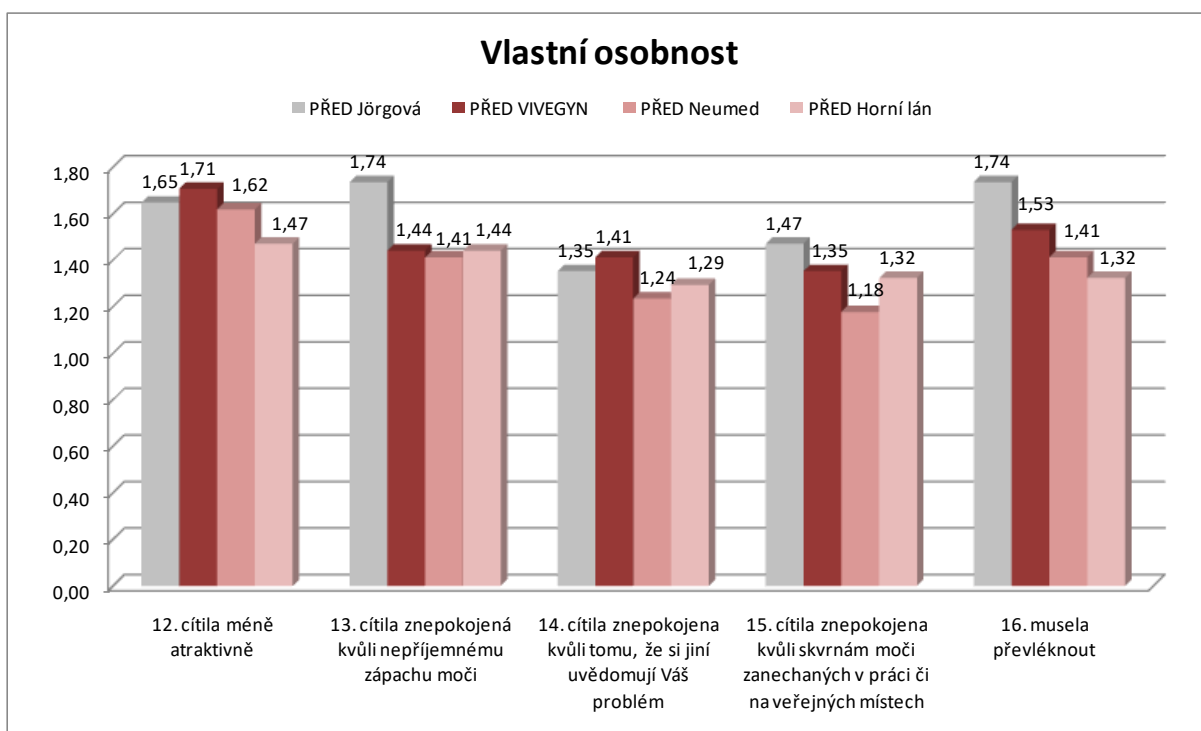


V grafu 15 jsou uvedené průměrné hodnoty odpovědí na otázky z oblasti fyzické aktivity po vaginálním porodu. Nejvíce ženy uváděly obtíže opět u otázky číslo 10, která je zaměřena na smrkání, kýchání a kašlání. Odpovědi se zde pohybovaly v rozmezí 1,71 – 2,00. V porovnání s hodnotami před porodem je zřejmé, že po porodu došlo k mírnému zlepšení obtíží. Nejméně ženy obtěžovaly problémy s močením, pokud sportovaly. Odpovědi byly zaznamenávány nejčastěji v rozmezí 1,29 – 1,85. Pouze v ordinaci Neumed ženy uváděly jako nejmenší problém zvedání těžkých břemen, na které je zaměřena otázka číslo 8. Zde byla průměrná hodnota odpovědí dotazovaných žen 1,56.

Vlastní osobnost

Graf 16 – Vlastní osobnost PŘED

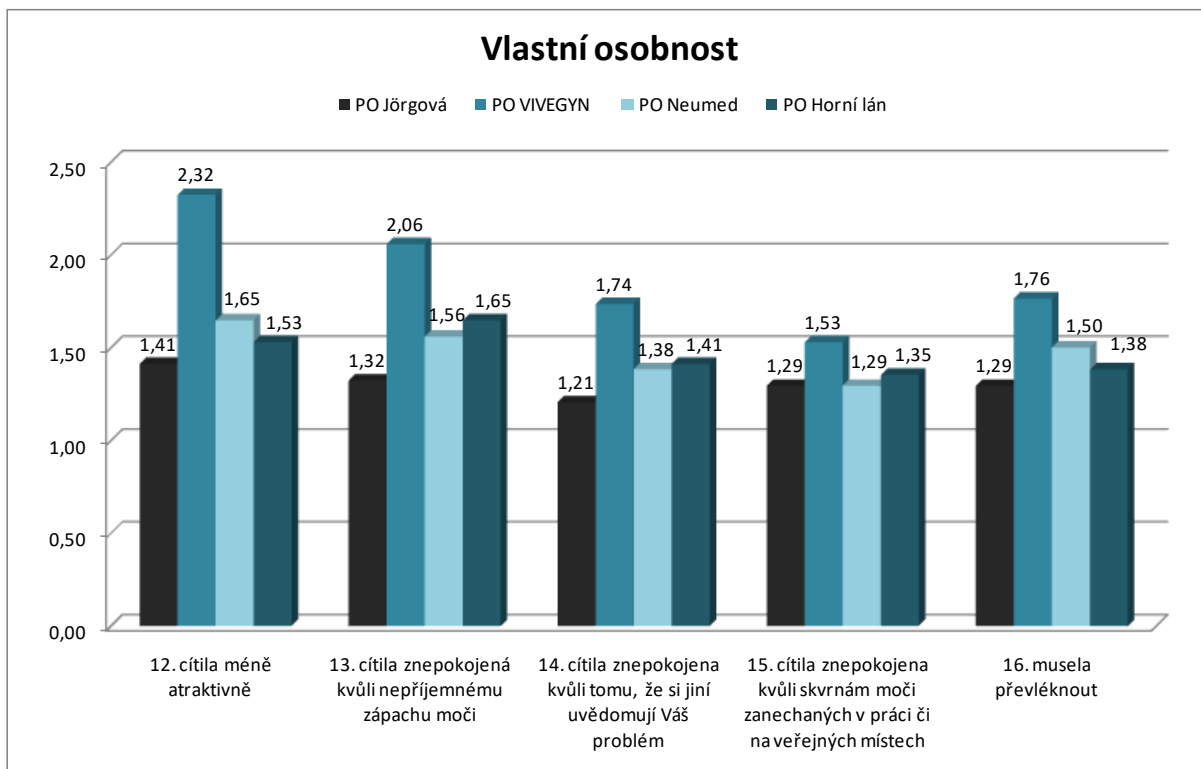
Jak často jste během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:



Oblast Vlastní osobnost a její hodnoty jsou znázorněny grafem číslo 16. Oblast je složena z 5 otázek. Otázka 12 byla nejvíce zasažena a zjišťuje, jaký vliv mají potíže s močením na vnímání vlastní atraktivnosti ženy. Před porodem průměrná hodnota u 12. otázky odpovídala číslům 1,47 – 1,71. Nejméně ženy znepokojoval fakt, že by si okolí uvědomovalo jejich problém, nebo že by měly obavy ze zanechávání skvrn. Těmto problémům se věnovaly otázky 14 a 15, kde odpovědi měly rozmezí 1,18 – 1,47.

Graf 17 – Vlastní osobnost PO

Jak často jste během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

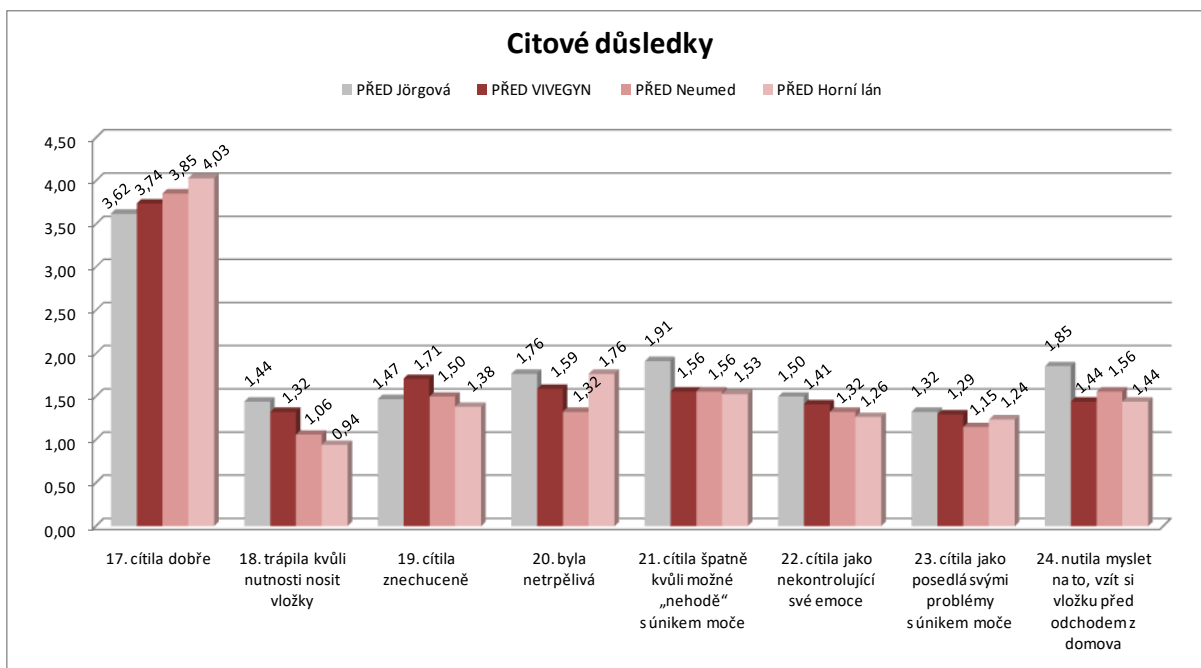


Otázky týkající se oblasti Vlastní osobnosti po vaginálním porodu jsou vyobrazeny v grafu číslo 17. Odpovědi žen po porodu se v jednotlivých ambulancích liší. U MUDr. Jörgové se průměrné hodnoty snížily u všech pěti otázek, což značí zlepšení vnímání stavu oproti stavu před porodem. Naopak v ordinaci VIVEGYN byly zaznamenány zvýšené hodnoty odpovědí poukazující na větší problémy s močením u respondentek. Nejméně se ženy cítily znepokojeny kvůli uvědomění okolí a kvůli zanechávání skvrn moči na veřejných místech. Nejvíce se respondentky obávaly nepříjemného zápachu moči a cítily se méně atraktivně.

Citové důsledky

Graf 18 – Citové důsledky PŘED

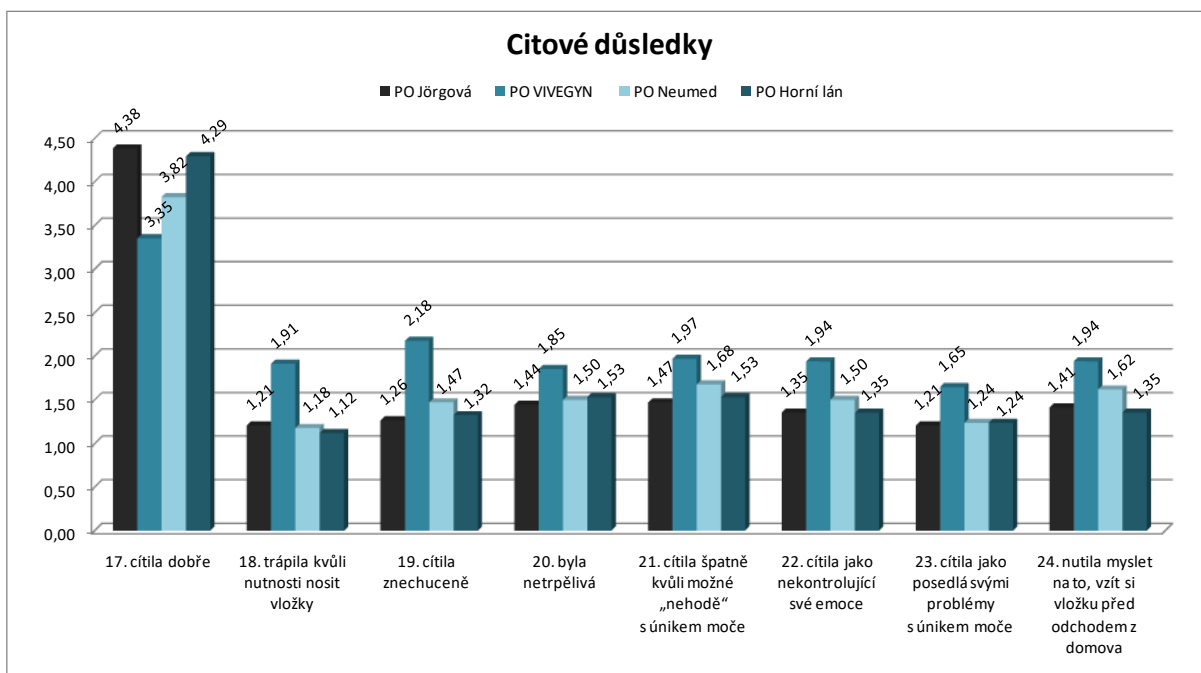
Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:



Citové důsledky jsou vyhodnoceny v grafu 18. Tato oblast se skládá z 8 otázek, které se zaměřují hlavně na subjektivní vnímání obtíží a jejich citové prožívání u respondentek. Klientky se před porodem cítily dobře někdy až často, což je znázorněno průměrnou hodnotou u otázky 17 číslem 3,62 – 4,03. Nejmenší obtíže ženy zaznamenávaly před porodem kvůli nutnosti nosit vložky. Touto problematikou se zabývá otázka 18, kde průměrná hodnota činí 0,94 – 1,44.

Graf 19 – Citové důsledky PO

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

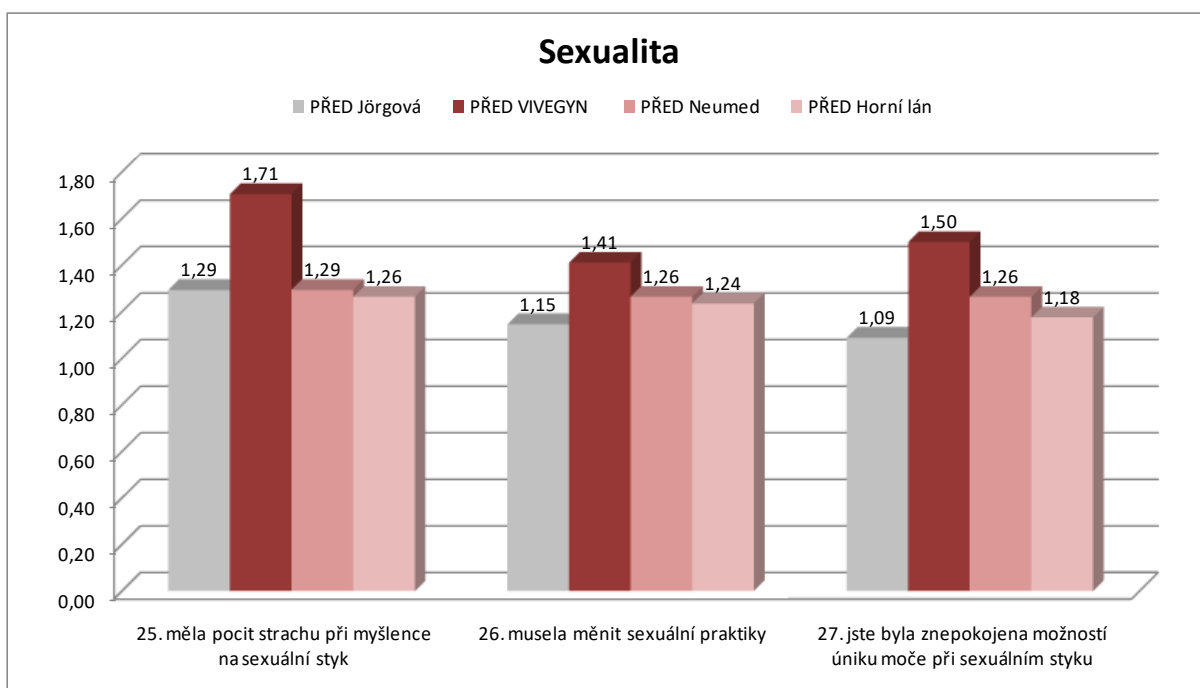


Po vaginálním porodu je oblast citových důsledků vyobrazena v grafu číslo 19. Po porodu se hodnoty odpovědí pohybovaly v rozmezí 3,35 – 4,38. To značí, že se ženy cítily dobře někdy až často. Horní hranice odpovědí u otázky číslo 17 se oproti číslu 4,03 před porodem nepatrně zvýšila na 4,38, což poukazuje na mírné zlepšení stavu klientek. Nejméně se po vaginálním porodu respondentky trápily kvůli nutnosti nošení vložky.

Sexualita

Graf 20 – Sexualita PŘED

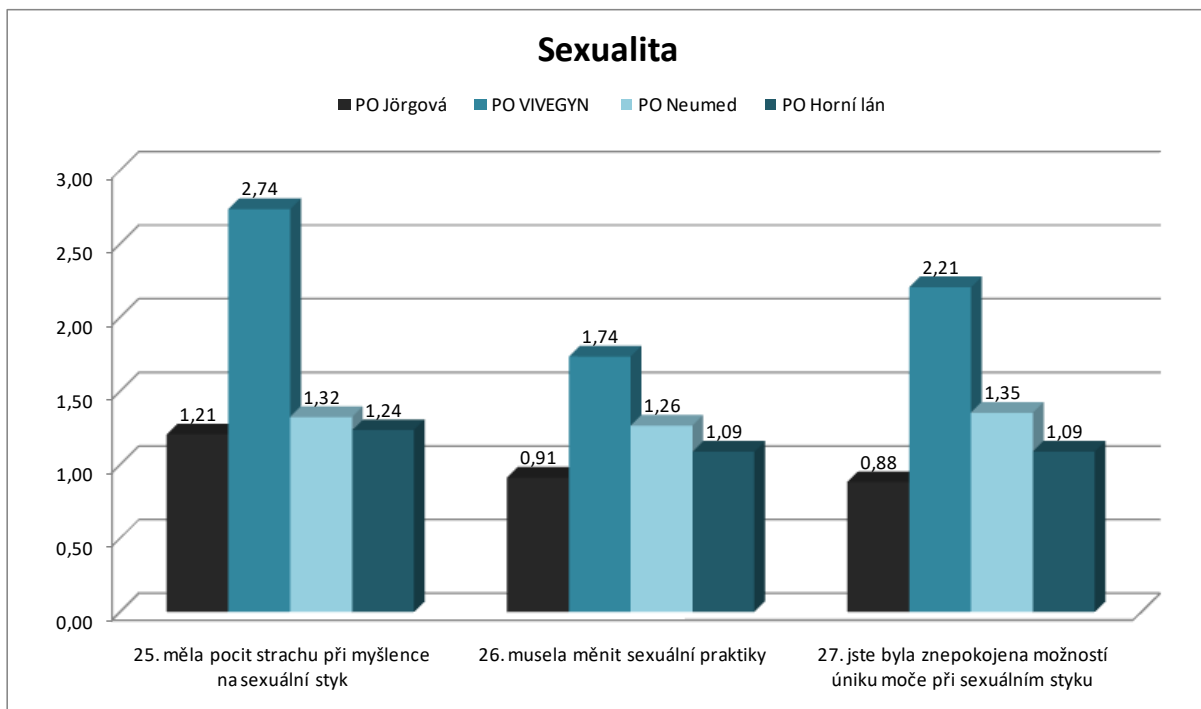
Jak často, během posledních 4 týdnů, jste kvůli problémům s močením:



Graf 20 obsahuje data týkající se oblasti sexuality. Je složena ze 3 otázek, které mají zkoumat vliv inkontinence na intimní život rodiček. Nejvíce byly ženy před porodem ovlivněny pocitem strachu při myšlence na sexuální styk. To je znázorněno u otázky 25 průměrným číslem 1,26 – 1,71. Nejméně byly ženy znepokojeny možností úniku moče při sexuálním styku. Tento problém zkoumá otázka 27 a průměrné hodnoty dosahují pouze 1,09 – 1,50 před porodem.

Graf 21 – Sexualita PO

Jak často, během posledních 4 týdnů, jste kvůli problémům s močením:

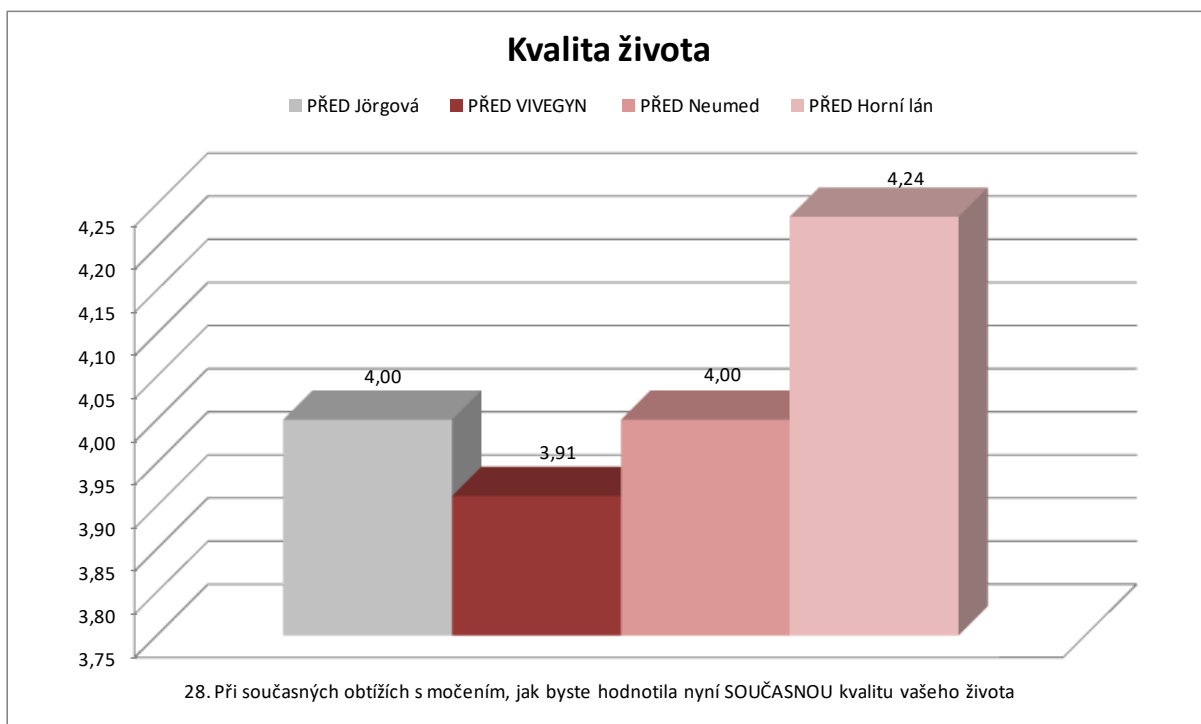


V Grafu číslo 21 jsou data hodnotící oblast sexuality po vaginálním porodu. Po porodu měly ženy nejvíce pocit strachu při myšlence na sexuální styk, podobně jako před porodem. Nejméně je obtěžovaly situace, kdy musely měnit sexuální praktiky. To bylo zjištěno otázkou číslo 26 a hodnoty odpovědí se pohybovaly v rozmezí 0,91 – 1,74, kdy slovní hodnocení spadá do kategorie „nehodnotí se“ nebo „vůbec ne“.

Kvalita života

Graf 22 – Kvalita života PŘED

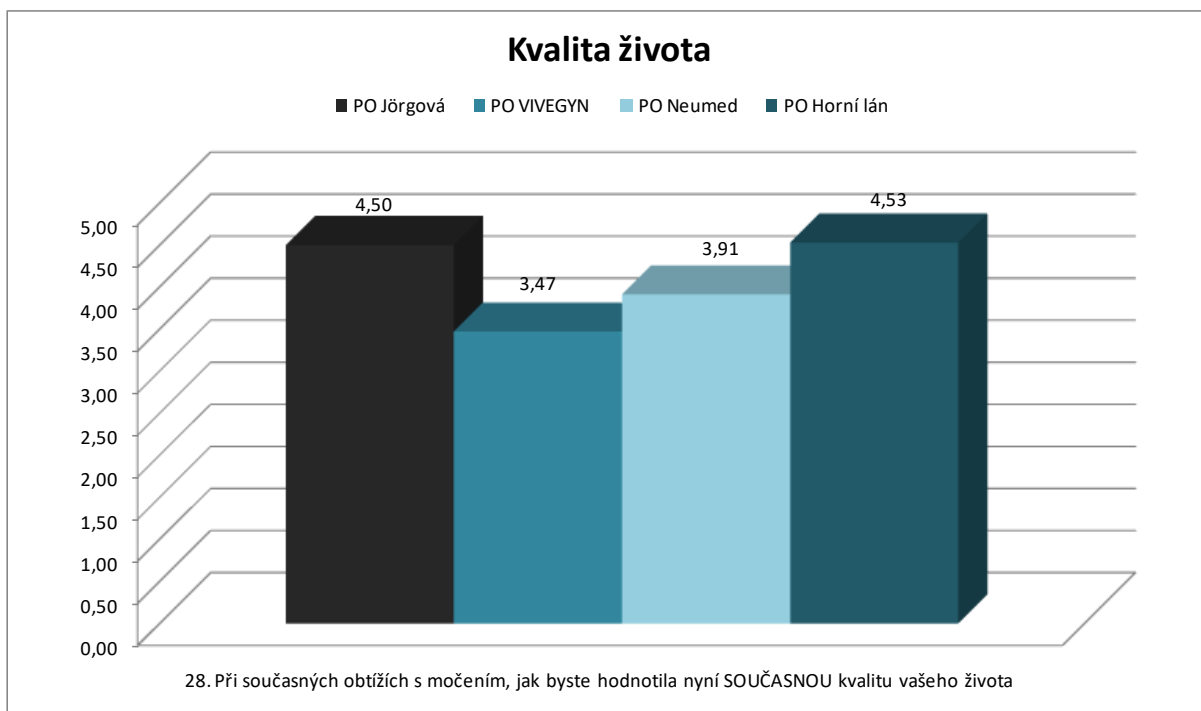
Při současných obtížích s močením, jak byste hodnotila nyní **SOUČASNOU** kvalitu vašeho života:



V grafu 22 je znázorněna oblast kvality života před vaginálním porodem. Ta obsahuje pouze jednu otázku, která se zaměřuje na sebehodnocení žen, které při vyplňování dotazníků přihlížely k současným zdravotním problémům. Z hodnot v grafu vyplývá, že ženy nejčastěji v průměru hodnotily svou kvalitu života před porodem čísla v rozmezí 3,91 – 4,24 na stupnici od 0 do 5.

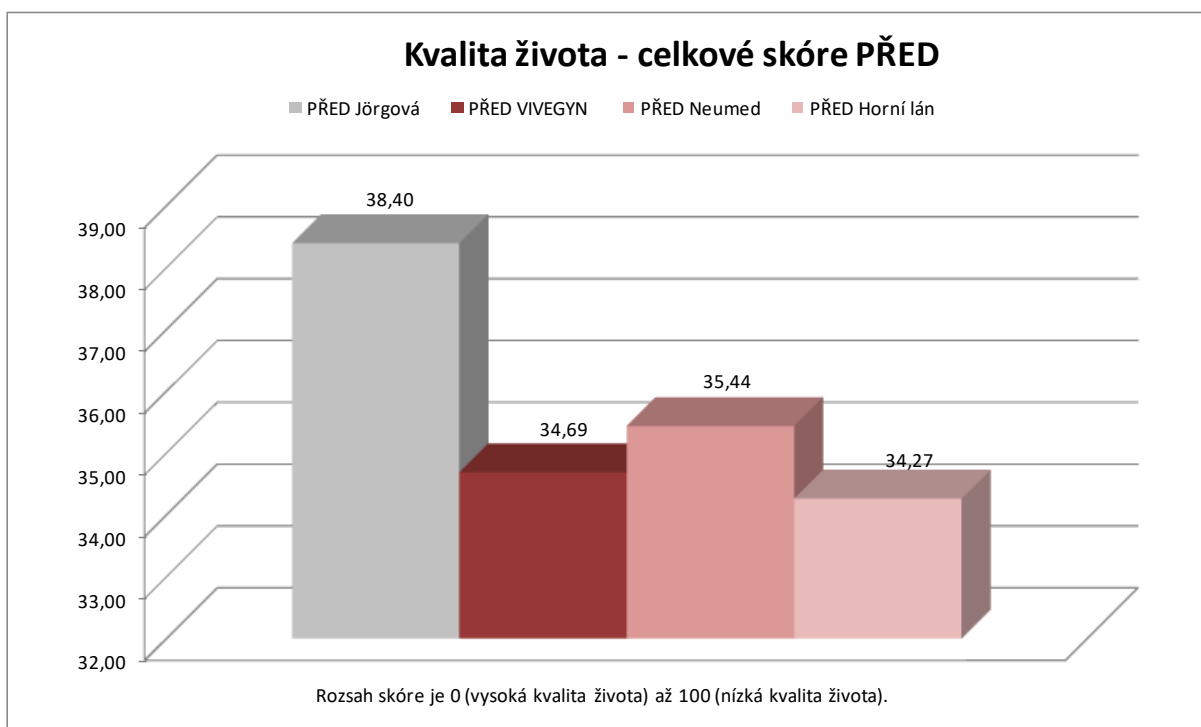
Graf 23 – Kvalita života PO

Při současných obtížích s močením, jak byste hodnotila nyní **SOUČASNOU** kvalitu vašeho života:



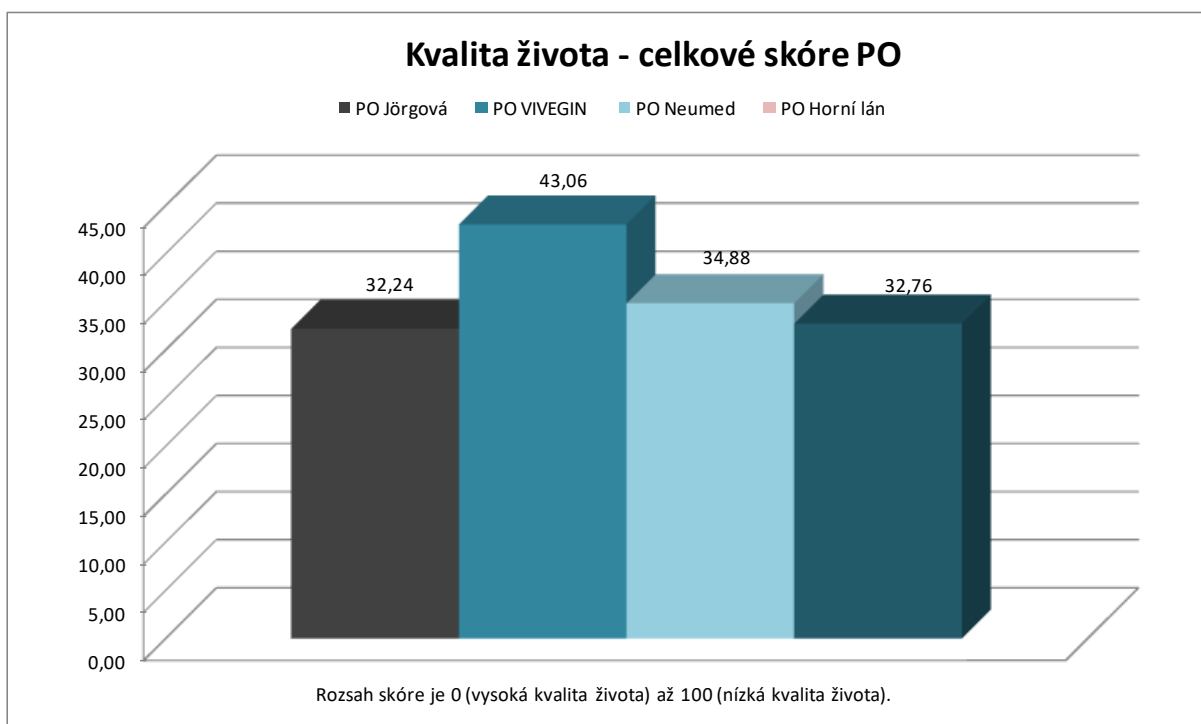
V grafu 23 je znázorněna oblast kvality života respondentek po vaginálním porodu. Ta obsahuje pouze jednu otázku, která se zaměřuje na sebehodnocení žen, které při vyplňování kontrolních dotazníků přihlížely k současným zdravotním problémům. Z hodnot v grafu vyplývá, že ženy nejčastěji v průměru hodnotily svou kvalitu života po porodu čísly v rozmezí 3,47 – 4,53 na stupnici od 0 do 5. V ambulancích MUDr. Jörgové a Horní lán ženy hodnotily svou kvalitu života lépe, než před porodem. V Ordinaci VIVEGYN došlo k zhoršení kvality života, kde se průměrné hodnoty odpovědí snížily z 3,91 na 3,47 po porodu. Ke snížení hodnot odpovědí došlo nepatrně i v ambulanci Neumed, kde hodnota 4,00 před porodem klesla na 3,91 po porodu.

Graf 24 – Kvalita života PŘED, celkové skóre



Graf 24 znázorňuje hodnoty celkového skóre kvality života PŘED porodem na stupnici od 0 do 100. Vyhodnocení probíhalo na základě předem určeného klíče, který je určen konkrétně pro dotazník Contilife. Byly sečteny všechny body za dané skóre a vypočteny jejich podíly z maximálního možného skóre. Rozsah skóre byl 0 (vysoká kvalita života) až 100 (nízká kvalita života). Na závěr byl vypočten bodový průměr za jednotlivé ambulance. Nejlepší kvalitu života uváděly ženy před porodem v ambulanci Horní lán, kde průměrné hodnoty dosahovaly čísla 34,27. Nejhůře svou kvalitu života hodnotily ženy před porodem u MUDr. Jörgové, kde hodnota celkového skóre odpovědí dosahuje v průměru k číslu 38,40.

Graf 25 – Kvalita života PO, celkové skóre



V grafu 25 je uvedeno celkové skóre kvality života PO vaginálním porodu. Výsledky byly vyhodnoceny dle klíče uvedeného u grafu 24. Nejvíce narušenou kvalitu života uváděly ženy po vaginálním porodu v gynekologické ambulanci VIVEGYN. Zde dosahují odpovědi hodnoty celkového skóre k 43,06 bodu. V této ambulanci také došlo k zhoršení kvality života oproti stavu před porodem. Nejméně narušenou kvalitu života zaznamenaly ženy u MUDr. Jörgové. Celkové skóre zde dosahuje hodnoty 32,24 bodu po porodu.

5.3 Vyhodnocení dílčích cílů

Data byla zpracována popisnou statistikou v programu Microsoft Excel 2013 a IBM SPSS 19.0 Base. Otázky a odpovědi byly popsány a zobrazeny pomocí tabulek a grafů. Hypotézy byly ověřeny Mann-Whitney testem, Wilcoxon Signed Ranks testem, Kruskal-Wallis testem koeficientem na 5% hladině významnosti a Spearmanovým korelačním testem s koeficientem na 1% hladině významnosti ve spolupráci se statistikem FZV. Výsledky byly zpracovány ve formě tabulek.

Dílčí cíl 1) Zjistit, zda ženy uvádějí subjektivně hůře vnímanou kvalitu života po vaginálním porodu ve spojení s přibývajícím věkem

H₁₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem a uváděnou subjektivně vnímanou kvalitou života u žen po vaginálním porodu

H_{1A}: Existuje statisticky významná souvislost mezi věkem a uváděnou subjektivně vnímanou kvalitou života u žen po vaginálním porodu

K vyhodnocení prvního dílčího cíle a k potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz jsme po zohlednění povahy proměnných použili neparametrický Spearmanův korelační test. Byla použita datová řada demografické otázky týkající se věku respondentek (graf 1) a řada celkového skóre uváděné subjektivně vnímané kvality života po vaginálním porodu (graf 25). Celkem 135 respondentek ve věkovém rozmezí 18 – 35 let bylo dotazováno na výskyt močových obtíží po porodu. Subjektivně vnímaná kvalita života byla vypočtena dle klíče standardizovaného dotazníku Contilife a vyjádřena na stupnici od 0 do 100.

Tabulka 1 – Porovnání věku a subjektivní kvality života žen po vaginálním porodu - Spearman test

Correlations			Kontrola	Věk
Spearman'srho	Kontrola	CorrelationCoefficient	1,000	,039
		Sig. (2-tailed)	.	,650
		N	135	135
	Věk	CorrelationCoefficient	,039	1,000
		Sig. (2-tailed)	,650	.
		N	135	135

ρ = statisticky významná souvislost

Spearmanův korelační test v tabulce 1 naznačuje, že subjektivně vnímaná kvalita života a věk žen po vaginálním porodu nemají žádnou statistickou souvislost. Hodnota $\rho = 0,650$. Na základě vykonaného testu nelze zamítnout nulovou hypotézu. H_{10} : „*Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem a uváděnou subjektivně vnímanou kvalitou života u žen po vaginálním porodu*“ proto přijímáme.

Dílčí cíl 2) Zjistit, zda má porodní hmotnost dítěte vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života žen po vaginálním porodu

H₂₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi porodní hmotností dítěte a subjektivně vnímanou kvalitou života žen po vaginálním porodu

H_{2A}: Existuje statisticky významná souvislost mezi porodní hmotností dítěte a subjektivně vnímanou kvalitou života žen po vaginálním porodu

Pro analýzu hypotéz u druhého dílčího cíle jsme použili datovou řadu uvedených hmotností narozených dětí (graf 10) a vyhodnocenou celkovou kvalitu života žen po vaginálním porodu dle klíče dotazníku (graf 25). Po zohlednění povahy proměnných jsme použili neparametrický Spearmanův korelační test.

Tabulka 2 – Porovnání porodní hmotnosti dětí a kvality života žen po vaginálním porodu – Spearman test

Correlations			Kontrola	váha dítěte
Spearman's rho	Kontrola	Correlation Coefficient	1,000	,345**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	135	135
	váha dítěte	Correlation Coefficient	,345**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	135	135

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Z hodnot v tabulce 2 lze konstatovat, že mezi hmotností novorozených dětí a subjektivně vnímanou kvalitou života žen po vaginálním porodu existuje statisticky signifikantní souvislost. Hodnota $\rho < 0,000$. Na základě tohoto výsledku zamítáme nulovou hypotézu H_{20}

a přijímáme alternativní H_{2A} . S rostoucí porodní hmotností dítěte roste i celkové skóre kvality života žen po porodu, což odpovídá jejímu zhoršení.

Dílčí cíl 3) Zjistit, zda ženy, které využívaly před porodem jednu z forem prevence inkontinence, uváděly lepší celkovou kvalitu života po vaginálním porodu než ženy, které prevenci nezařadily

H₃₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinami žen preventivně cvičících a necvičících před porodem a subjektivně hodnocenou kvalitou života po vaginálním porodu

H_{3A}: Existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinami žen preventivně cvičících a necvičících před porodem a subjektivně hodnocenou kvalitou života po vaginálním porodu

Při testování hypotézy pro třetí dílčí cíl jsme použili datovou řadu využití či nevyužití prevence inkontinence PŘED porodem (graf 4) a celkové skóre subjektivně vnímané kvality života žen PO vaginálním porodu (graf 25). Po zohlednění testů normality rozložení a povahy proměnných jsme použili neparametrický Wilcoxon W Ranks test.

Tabulka 3 – Vliv využití prevence inkontinence před porodem na kvalitu života žen po vaginálním porodu – Wilcoxon W Ranks test

		Ranks		
	Cvičení	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kontrola	Bez cvičení	89	66,72	5938,00
	Cvičení	46	70,48	3242,00
Total		135		

Tabulka 4 – Vliv využití prevence inkontinence před porodem na kvalitu života žen po vaginálním porodu – Wilcoxon W Ranks test

Test Statistics ^a	
	Kontrola
Mann-Whitney U	1933,000
Wilcoxon W	5938,000
Z	-,531
Asymp. Sig. (2-tailed)	,595

a. Grouping Variable: Cvičení

V našem případě v tabulce 4 je hodnota $\rho = 0,595$ a tedy víme, že mezi výslednými hodnotami celkového skóre dotazníku Contilife před porodem a po porodu neexistuje žádná statisticky významná souvislost. Mezi ženami, které použily jednu z forem prevence inkontinence před porodem a mezi ženami, které prevenci nevyužily, neshledáváme rozdíly v uváděné subjektivně vnímané kvalitě života po vaginálním porodu.

Hypotéza H3₀: „*Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinami žen preventivně cvičících a necvičících před porodem a subjektivně hodnocenou kvalitou života po vaginálním porodu*“ se potvrdila. Tímto přijímáme nulovou hypotézu.

Dílčí cíl 4) Zjistit, zda má dosažená úroveň vzdělání vliv na subjektivní hodnocení kvality života u žen po vaginálním porodu

H4₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi kategoriemi vzdělání a subjektivně vnímanou kvalitou života u žen po vaginálním porodu

H4_A: Existuje statisticky významný rozdíl mezi kategoriemi vzdělání a subjektivně vnímanou kvalitou života u žen po vaginálním porodu

Na základě získaných dat před porodem o dosaženém vzdělání (graf 11) a celkového skóre kvality života žen po porodu (graf 25) byl proveden Kruskal-Wallis test, který zkoumal vliv dosažené úrovně vzdělání na uváděnou subjektivně vnímanou kvalitu života žen po vaginálním porodu.

Tabulka 5 – Komparace dosažené úrovně vzdělání a kvality života žen po vaginálním porodu – Kruskal Wallis Test

Ranks			
	Vzdelani	N	Mean Rank
Kontrola	Základní	4	49,50
	Střední vzdělání s výučním listem	15	81,33
	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	53	74,81
	Vyšší odborné vzdělání	15	72,10
	Vysokoškolské	48	56,57
	Total	135	

Tabulka 6 – Komparace dosažené úrovně vzdělání a kvality života žen po vaginálním porodu
– Kruskal Wallis Test

	Kontrola
Chi-Square	8,572
df	4
Asymp. Sig.	,073

a. KruskalWallis Test

b. GroupingVariable:

Vzdelani

Pomocí Kruskal Wallis testu bylo zjištěno, že ρ - hodnota je větší než hladina významnosti 0,05. Tudíž na základě testu bylo prokázáno, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi kategoriemi vzdělání a subjektivně vnímanou kvalitou života žen po porodu. $\rho = 0,073$. Tím nelze hypotézu H_0 popřít, proto hypotézu přijímáme.

5.4 Vyhodnocení hlavního cíle

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit kvalitu života žen před a po vaginálním porodu u žen do 35 let.

Tabulka 7 – Škály pro hodnocení celkového skóre dotazníku Contilife

Hodnocení celkového skóre dotazníku Contilife				
0 - 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100
výborně	spíše dobře	průměrně	spíše špatně	špatně

Tabulka 8 – Komparace hodnot celkového skóre dotazníku Contilife PŘED a PO vaginálním porodu

	průměrná hodnota	směrodatná odchylka	medián	minimální hodnota	maximální hodnota
PŘED	35,77	10,46	31,43	19,29	68,57
PO	35,84	13,51	29,29	21,43	76,43

V tabulce 7 jsou znázorněny kategorie subjektivně vnímané kvality života, kam lze zařadit hodnoty celkového skóre dotazníku Contilife, jehož rozmezí bylo od 0 (vysoká kvalita života) do 100 (nízká kvalita života). V tabulce 8 jsou uvedeny hodnoty vypočtené z celého souboru 135 respondentek. Po dosažení průměrných hodnot celkového skóre dotazníku Contilife PŘED a PO vaginálním porodu do kategorií z tabulky 7 je zřejmé, že většina dotazovaných žen hodnotila svou kvalitu života na úrovni „spíše dobře“ a to před i po porodu. Před porodem průměrná hodnota celkového skóre dosahovala čísla 35,77 a po porodu 35,84. Z výše uvedených výsledků je patrné, že mezi celkovou subjektivně vnímanou kvalitou života před a po vaginálním porodu u žen do 35 let nejsou téměř žádné rozdíly.

To dokazuje také tabulka 9 a 10, kde statistické testy neprokázaly žádnou statisticky významnou souvislost mezi hodnotami celkové kvality života uváděnými před a po vaginálním porodu. $p = 0,413$.

Tabulka 9 – Komparace kvality života před a po porodu – Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kvalita života po porodu -	Negative Ranks	70 ^a	56,32	3942,50
Kvalita života před porodem	Positive Ranks	50 ^b	66,35	3317,50
	Ties	15 ^c		
	Total	135		

a. Kvalita života po porodu < Kvalita života před porodem

b. Kvalita života po porodu > Kvalita života před porodem

c. Kvalita života po porodu = Kvalita života před porodem

Tabulka 10 – Komparace kvality života před a po porodu – Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics ^a	
	Kvalita života po porodu - Kvalita života před porodem
Z	-,819 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,413

a. WilcoxonSignedRanks Test

b. Based on positive ranks.

Tabulka 11 – Komparace kvality života před a po porodu – Spearman test

			Correlations	
			Kvalita života před porodem	Kvalita života po porodu
Spearman'srho	Kvalita života před porodem	CorrelationCoefficient	1,000	,471**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	135	135
	Kvalita života po porodu	CorrelationCoefficient	,471**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	135	135

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabulka 11 znázorňuje neparametrický Spearmanův korelační test, kdy $\rho < 0,000$. Z výsledku je zřejmé, že mezi subjektivně vnímanou kvalitou života žen před a po vaginálním porodu je statisticky signifikantní souvislost. V případě rostoucího celkového skóre dotazníku Contilife u žen před porodem, dochází k růstu hodnot celkového skóre i po porodu.

Ve výsledcích popisné statistiky lze vidět rozdíly v jednotlivých kategoriích, ty však nebyly prokázány statistickými testy. Deskriptivní statistika je členěna do menších skupin respondentek dle jednotlivých ambulancí, kdežto statistické testy byly vyhodnocovány z celého souboru 135 dotazovaných žen a to před i po vaginálním porodu.

6 DISKUZE

Hlavním výzkumným cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit kvalitu života žen před a po vaginálním porodu u žen do 35 let. Podkladem pro diplomovou práci byly údaje získané pomocí standardizovaného dotazníku Contilife, který byl ženám předložen před a po vaginálním porodu. Získaná data byla následně zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Excel a IBM SPSS 19.0 Base. Kvantitativní průzkum probíhal ve čtyřech ambulantních gynekologických zařízeních. Výzkumné šetření bylo provedeno v období od 1. 11. 2019 do 30. 3. 2020.

V časovém rozmezí pěti měsíců byla získána data od 135 respondentek. Ty vyplňovaly anonymní a dobrovolný dotazník ve 38. týdnu gravidity a druhý při běžné kontrole po ukončení šestinedělí. Ženy byly do průzkumu zařazeny na základě stanovených kritérií, kterými bylo ženské pohlaví, podstoupení vaginálního porodu a věk do 35 let. V souboru respondentek pro výzkumné šetření byly zastoupeny jak prvorodičky, tak vícero dičky.

V praktické části práce byl stanoven a vyhodnocen hlavní cíl, čtyři dílčí cíle a hypotézy. Na podkladě provedeného kvantitativního výzkumného šetření byly ověřeny a porovnány výsledky průzkumu s již existujícími studiemi. Dílčími cíly výzkumného šetření praktické části této diplomové práce byly: Zjistit, zda ženy uvádějí horší subjektivně vnímanou kvalitu života po vaginálním porodu ve spojení s přibývajícím věkem. Zjistit, zda má porodní hmotnost dítěte vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života žen po vaginálním porodu. Zjistit, zda ženy, které využívaly před porodem jednu z forem prevence inkontinence, uváděly lepší kvalitu života po vaginálním porodu než ženy, které prevenci nezařadily. Zjistit, zda má dosažená úroveň vzdělání vliv na subjektivní hodnocení kvality života u žen po vaginálním porodu.

Hlavní cíl práce byl zaměřen na analýzu úrovně kvality života před a po vaginálním porodu u žen do 35 let. Výsledky našeho šetření dokazují, že celková kvalita života je mírně narušena před porodem i po ukončení šestinedělí. V popisné statistice v grafech 24 a 25 lze vidět drobné změny v celkové kvalitě života respondentek před a po porodu v jednotlivých ambulancích. Po porodu ženy uváděly mírné zlepšení v ordinacích MUDr. Jörgové, NEUMED a Horní lán. Pouze v ordinaci VIVEGYN došlo k zhoršení výsledků. Tyto rozdíly však nebyly prokázány statistickými testy, které byly provedeny na celém souboru 135 respondentek. Ze statistických výpočtů vyplývá, že uváděná kvalita života žen je stejná před i po vaginálním porodu a její hodnocení spadá do kategorie „spíše dobrá“. (viz tabulky 7, 8, 9,

10, 11). Arrue a kol. (2010) v prospektivní studii svými výsledky hodnotí, že projevy obtíží s močením u žen po porodu byly ve většině případů mírné a dopad na kvalitu života byl nízký. Ve výsledcích studií se shodujeme. Martínez a kol., (2019) v průřezové španělské studii hodnotili kvalitu života žen 6 týdnů po porodu. Uvádějí, že poporodní inkontinence je jedním z faktorů, který negativně působí na celkovou kvalitu života žen v šestinedělí. Ve výsledcích uvádějí, že 32,9 % z dotazovaných žen (celkem 2990), zaznamenalo poporodní inkontinenci. Triviño a kol., (2017) hodnotili kvalitu života 6 týdnů po porodu u 546 žen. Dospěli k závěru, že ženy trpící poporodní stresovou inkontinencí, mají sníženou kvalitu života oproti ženám bez močových obtíží. Výše uvedené studie se shodují s výsledky našeho dotazníkového šetření. Stresová inkontinence narušuje kvalitu života žen po vaginálním porodu.

Pro zajímavost uvádíme detailnější náhled na získané informace z popisné statistiky, které však nebyly hlavním předmětem statistických testů a ověřování stanovených hypotéz. Z grafů v praktické části lze hodnotit, že nejvíce ženy obtěžovaly problémy s inkontinencí v oblasti denních a fyzických aktivit. PhDr. Barbora Dušová a Mgr. Aneta Menclová (2014) hodnotily kvalitu života ženy po spontánním a operativním porodu v Chebu, Sokolově a v Karlových Varech. V kohortě šedesáti respondentek v období 6 – 8 týdnů po vaginálním porodu dospěly ke stejnému závěru a to, že narušeny jsou nejvíce oblasti fyzických a běžných aktivit. Leroy a kol., (2016) a jejich případová studie hodnotí 344 žen po ukončení šestinedělí. Výsledky jejich šetření také ukazují největší zastoupení obtíží s močením při kýčání, kašlání, případně při sportu a cvičení. Naše výsledky studií se shodují. Nejmenší zatíženost evidujeme v naší studii v oblasti sexuality. V našem dotazníkovém šetření zvolily respondentky pouze dvě možnosti odpovědí a to „málo“ nebo „vůbec ne“. Těmto výsledkům oponuje Stadnicka (2019), která zjišťovala vliv poporodní inkontinence na spokojenost žen v oblasti sexuality. Výzkum byl proveden na 193 respondentkách a dokazuje, že ženy, které uvedly výskyt poporodní inkontinence, jsou celkově méně spokojené s pohlavním životem než klientky, které poporodní inkontinence nepostihla. Stadnicka (2019) popisuje také vliv parity a hmotnosti novorozence. Také Martínez a kol., (2019) ve svých výsledcích uvádějí, že 39,5 % žen z celého jejich souboru dotazovaných (celkem 2990), pocíťovalo dyskomfort v oblasti sexuality v poporodním období.

Prvním dílčím cílem práce bylo zjistit, zda ženy uvádějí horší subjektivně vnímanou kvalitu života po vaginálním porodu ve spojení s přibývajícím věkem. Za využití statistického testování nebyla prokázána souvislost mezi věkem a výskytem močových obtíží po

vaginálním porodu u žen do 35 let. Shi a kol., (2019) provedli ve fakulní čínské nemocnici průzkum, jehož výsledky uvádějí jako rizikový faktor věk nad 35 let. Výsledky získali rovněž na základě statistického šetření. Stejnou věkovou hranici, tedy 35 let a více, uvádí jako rizikový faktor v pražské observační studii také doc. MUDr. Ladislav Krofta, CSc. (2011). Výsledky výše uvedených studií, které uvádějí věk nad 35 let jako rizikový faktor pro vznik inkontinence, se shodují s našimi výsledky. Do našeho souboru respondentek byly dle kritérií zařazeny jen ženy do 35 let. Pouze Fritel a kol. (2004) ve výsledcích studie uvádějí jako spodní rizikovou hranici věk 30 let v období prvního porodu.

Druhý dílčí cíl měl za úkol ověřit, zda má porodní hmotnost dítěte vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života žen po vaginálním porodu ve spojitosti s inkontinencí. V námi sledovaném souboru se vyskytlo 16 (11,86 %) dětí, u kterých přesáhla porodní hmotnost 4000 g (viz graf 10). Provedené statistické testy potvrzují statisticky signifikantní souvislost. S rostoucí porodní hmotností dítěte roste celkové skóre kvality života žen po porodu, což odpovídá jejímu zhoršení a výskytu močových obtíží. Matějíčková (2018) ve své diplomové práci oslovila 120 žen po vaginálním porodu, kdy v jejím souboru bylo zaznamenáno 28 dětí (23,33 %) o hmotnosti nad 4000 g. Na základě statistických testů přijímá alternativní hypotézu a uvádí, že existuje souvislost mezi výskytem močové inkontinence a porodní hmotností plodu. Naše výsledky se shodují. Kokabi (2017) v íránské studii uvádí pozitivní korelaci porodní hmotnosti se zvýšenou frekvencí stresové inkontinence po vaginálním porodu, podobně jako výsledky naší studie. Zizzi a kol., (2017) v brazilské průřezové studii uvádějí, že porodní hmotnost dítěte úzce souvisí s kvalitou života po porodu. Průzkumu se zúčastnilo 128 žen. Výsledky jejich studie potvrzují, že matky s dětmi o vyšší porodní hmotnosti, mají větší pravděpodobnost výskytu stresové inkontinence po porodu. Norská studie od Rortveit a kol., (2003) potvrzuje negativní vliv porodní hmotnosti nad 4000 g u žen po vaginálním porodu. Shi a kol., (2019) provedli ve fakulní čínské nemocnici průzkum, jehož výsledky uvádějí novorozeneckou hmotnost nad 4000 g jako rizikový faktor pro vznik poporodní inkontinence, která je u čínských žen velmi častá. Výše uvedené studie se shodují s našimi výsledky. Zvyšující se porodní hmotnost dítěte může mít negativní vliv na kvalitu života žen v poporodním období a podílí se na vzniku poporodní inkontinence.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda ženy, které využívaly před porodem jednu z forem prevence inkontinence, uváděly lepší celkovou kvalitu života po vaginálním porodu než ženy, které prevenci nezařadily. Z výsledků dotazníkového šetření bylo vyhodnoceno,

že 46 (34,1 %) těhotných posilovalo svaly pánevního dna před porodem. Po porodu se cvičení pánevního svalstva věnovalo 55 (40,7 %) žen. Před i po porodu cvičilo pouze 32 (23,7 %) žen z celkového počtu 135 respondentek. Na základě provedeného statistického testování neshledáváme rozdíl v uváděné kvalitě života po porodu mezi ženami, které využily jednu z forem prevence a mezi klientkami, které svaly pánevního dna před porodem necvičily. Woodley a kol. (2017) zhotovili přezkum 38 studií, které byly zaměřeny na hodnocení efektu cvičení svalů pánevního dna u žen před a po porodu. Uvádějí, že výsledky jednotlivých studií se různí a nelze vyvodit jednotné závěry. Několik studií v přezkumu prezentovalo nejisté účinky užití prevence inkontinence a cvičení pánevního dna u předporodních a postnatálních žen, což je v rozporu s běžně uváděnou účinností u žen středního věku. Je možné, že účinky posilování pánevního dna mohou být větší při cílené prevenci a léčbě v určitých skupinách žen. Například ženy s vysokým BMI jsou rizikovou skupinou pro vznik stresové inkontinence a využití prevence močových obtíží v těhotenství je více než vhodné. Tyto nejisté závěry vyžadují další testování. Woodley a kol. (2017) také zdůrazňují, že je nezbytné, aby budoucí studie používaly platná měřítka kvality života specifická pro močovou inkontinenci. Rozdíly ve výskytu močových obtíží po porodu u žen, které cvičily a naopak necvičily před porodem, nezaznamenal ani Lekskulchai (2014). Výsledkům našeho výzkumu oponuje švédská studie od Ahlund a kol., (2013) která potvrzuje, že domácí aktivní cvičení svalů pánevního dna významně zlepšuje jejich funkci v poporodním období. Pozitivní efekt využití svalové gymnastiky před porodem potvrzuje také (Kahyaoglu, 2016)

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda má dosažená úroveň vzdělání vliv na subjektivní hodnocení kvality života u žen po vaginálním porodu. V námi provedeném dotazníkovém šetření, do kterého bylo zahrnuto celkem 135 žen, byly zaznamenány pouze 4 (2,96 %) respondentky se základním vzděláním. Střední vzdělání s výučním listem uvedlo 15 klientek (11,11 %), střední vzdělání s maturitní zkouškou 53 žen (39,26 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 15 respondentek (11,11 %) a vysokoškolské 48 (35,55 %).

Rezaei a kol. (2016) představili íránskou studii zaměřenou na analýzu kvality života u 380 žen v poporodním období. Pomocí standardizovaných dotazníků zkoumali determinanty ovlivňující subjektivní vnímání kvality života. Průměrný věk respondentek uvádějí 29,8 let a přibližně polovina z dotazovaných (44,7%) měla vysokoškolské vzdělání. Jedním z výsledků íránské studie je, že ženy s vysokoškolským vzděláním měly vyšší skóre kvality života po porodu v kategoriích duševního zdraví a fyzických funkcí, než ženy s maturitní zkouškou. Jako důvod této prokázané souvislosti uvádějí, že vzdělané ženy mají vyšší

zdravotní znalosti a také lepší přístup ke zdravotnickým zařízením, službám a informacím. V Turecké provincii Kars zkoumali Özdemir a kol. (2018) schopnost sebezpečí a kvalitu života u matek v období po porodu. Do popisné studie zařadili 290 účastnic s průměrným věkem 26,8 let. V závěru práce uvádějí, že schopnost sebezpečí a kvalita života žen po porodu byla podstatně ovlivněna úrovní vzdělání, ekonomickým a rodinným stavem. Výsledky výše uvedených studií se neshodují s našimi výsledky. Testy provedené v našem průzkumu neprokázaly statisticky významnou souvislost mezi úrovní vzdělání a subjektivně vnímanou kvalitou života u žen po vaginálním porodu.

Pro ucelený náhled do problematiky uvádíme informace získané na základě doplňujících otázek k dotazníku Contilife, které mají funkci pouze informačního charakteru. (Veverková a kol., 2015) uskutečnili na Gynekologicko-porodnické klinice FN a LF UK v Plzni prospektivní dotazníkovou studii, jejímž cílem bylo zjistit informovanost rodiček o možnostech prevence porodního poranění. Dílčím cílem studie bylo zjistit jejich zdroje informací a do jaké míry se rodičky reálně prevenci poporodního poranění a vzniku inkontinence věnují. Studie zahrnovala 202 žen po vaginálním porodu, bez ohledu na paritu. Přestože studie zaznamenává relativně vysokou informovanost klientek, 65 % z celkového počtu 202 dotazovaných nepoužilo žádnou z možností prevence. Naše studie se shodují, že metody prevence jsou využívány relativně zřídka. Obě studie zjistily, že nejvíce ženy získávají informace na internetu. V Plzni byl dominantním zdrojem informací internet u 116 (46 %) všech tázaných žen. Stejně tomu je v naší studii, kdy internet použilo 35 (25,9 %) žen před porodem a 40 (29,6%) po porodu. Oproti tomu informace od lékaře v plzeňské studii dostalo pouze 13 (5 %) žen, v naší studii pouze 6 (4,4 %) žen. I v tomto obě studie souhlasí.

Za limity studie lze označit hned několik faktorů. V dotazníkovém šetření nebylo zohledněno použití operačních technik při vaginálním porodu, které dle dostupných studií mají významný vliv na výskyt inkontinence v poporodním období. Také se domníváme, že období šestinedělí je krátký časový interval pro hodnocení celkového stavu po porodu. V dalším šetření by bylo vhodné data doplnit o výsledky po 6 a 12 měsících po vaginálním porodu. Celý průzkum byl realizován v poměrně krátkém časovém úseku. Z důvodu vyhlášení nouzového stavu na území České Republiky (dne 12. 3. 2020) v realizačním období výzkumu nebylo možné získat větší vzorek respondentů.

Důležité je mít na paměti, že prožívání těhotenství, období po porodu a šestinedělí je zcela individuální záležitostí každé ženy, stejně jako hodnocení kvality života, které je zcela subjektivní. Porodní asistentky jsou vhodnou osobou k včasné edukaci, poskytují oporu a napomáhají ženám při naplňování mateřské role. To vše příznivě přispívá k pozitivnímu prožívání poporodního období. Vznik a rozvoj inkontinence již v těhotenství nebo po porodu, je vždy otázkou působení několika faktorů. Proto je důležité přistupovat k ženám vždy individuálně a zohledňovat všechny proměnné, které mohou mít vliv na celkové projevy obtíží a následnou kvalitu života.

7 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit celkovou kvalitu života před a po vaginálním porodu u žen do 35 let. Specifikace diplomové práce byly určeny dílčími cíli.

Stresová inkontinence je stav, kdy dochází k nechtěnému úniku moči při zvýšení nitrobrříšního tlaku. Těhotenství a porod zásadně mění ženské tělo a ovlivňují tak funkce a polohu některých svalů a orgánů. Poporodní inkontinence je velmi častý zdravotní a sociální problém i u žen v mladém věku. Diplomová práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část práce je zaměřena na základní charakteristiku a rozdělení inkontinence, její příčiny, rizikové faktory, diagnostiku a léčbu. Dále se práce věnuje možnostem prevence inkontinence, rehabilitaci a fyzioterapii v těhotenství a po porodu.

Výzkumná část se věnuje otázkám standardizovaného dotazníku Contilife, doplňujícím otázkám, jednotlivým dílčím cílům a hypotézám, které byly stanoveny.

Výzkum k diplomové práci byl realizován ve čtyřech ambulantních zařízeních. Jednalo se o gynekologické ambulance Horní Lán s.r.o. a NEUMED s.r.o. v Olomouci. Dále o ordinaci MUDr. Jörgové a VIVEGYN s.r.o. v Jablonci nad Nisou. Sběr dat probíhal formou dotazníkového šetření v rámci kvantitativního výzkumu. Pomocí standardizovaného dotazníku Contilife a doplňujících otázek týkajících se demografických dat, byly získány potřebné informace od žen před a po vaginálním porodu. Na základě získaných informací byla provedena deskriptivní a statistická analýza. Do výzkumu bylo zařazeno celkem 135 těhotných žen do 35 let. Respondentky vyplňovaly dva dotazníky, které jim byly poskytnuty ve 38. týdnu gravidity a po ukončení šestinedělí.

Diplomová práce poukazuje na narušení kvality života a jednotlivých oblastí kvality života inkontinencí před a po vaginálním porodu. Celková subjektivně vnímaná kvalita života u žen do 35 let před i po porodu byla vyhodnocena jako „spíše dobrá“. Mezi skupinou žen před a skupinou žen po porodu nebyla nalezena statisticky významná souvislost. Kvalita života byla vyhodnocena před i po porodu na stejné úrovni. Mezi skupinami respondentek je vzájemná korelace. Ze statistického šetření vyplývá, že čím více rostou hodnoty celkového skóre dotazníku Contilife u žen před porodem, tím více rostou i po porodu. Na základě stanovených hypotéz diplomová práce potvrzuje, že porodní hmotnost dítěte může mít vliv na

vznik poporodní inkontinence. Nebyla prokázána souvislost mezi úrovní dosaženého vzdělání a subjektivně vnímanou kvalitou života. Rovněž výzkum nepotvrdil pozitivní vliv využití preventivních opatření proti inkontinenci před porodem na následně uváděnou kvalitou života u žen po vaginálním porodu. Popisná statistika uvádí, že těhotné ženy a rodičky podporují funkce pánevního dna za pomoci preventivních pomůcek a cvičení pouze v malé míře. Data ukazují, že nejsou dostatečně informovány o riziku vzniku inkontinence a o možnostech prevence ze stran zdravotníků. Nejméně informací poskytují porodnice, obvodní gynekologové a porodní asistentky. Dotazník Contilife, který byl využit v této diplomové práci, může sloužit pro sběr informací o kvalitě života u žen různých věkových kategorií. Je vhodný například při hodnocení efektu operační léčby stresové inkontinence.

Spolupráce porodníka, gynekologa, porodní asistentky a fyzioterapeuta by měla být součástí komplexní péče o těhotnou a ženu v šestinedělí. Porodní asistentka je vhodnou osobou k edukaci ženy o vlivu těhotenství a porodu ve vztahu k stresové inkontinenci. Dále je vhodné rodičky informovat o kladném působení cvičení svalů pánevního dna a o možnostech prevence obtíží s močením. Cílem poskytované péče mezioborovým týmem je zamezení vzniku poporodní inkontinence, dostatečná informovanost žen o možnostech její prevence a udržení plnohodnotné kvality života i během dalších těhotenství a v pozdějším věku.

Výsledky dotazníkového šetření mohou být využity jako edukační zdroj pro lékaře a porodní asistentky v porodnicích i ambulantních zařízeních. U těhotných žen se mohou porodní asistentky v předporodních kurzech zaměřovat na posílení svalů pánevního dna již v těhotenství. Při vaginálním porodu by měli porodníci a porodní asistentky dbát na šetrné vedení porodu s přihlédnutím k předchozím porodním poraněním a odhadované porodní hmotnosti. Diplomová práce může v neposlední řadě sloužit také jako informační zdroj pro těhotné ženy nebo ženy po porodu.

8 REFERENČNÍ ZDROJE

1. ABRAMS, P a A APOSTOLIDIS. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence [online]. 2017 [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: [https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10055485/1/Cottenden_Wagg_%20Supplementary_23551%20%20ASW%20edited%20again%20\(1\).pdf](https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10055485/1/Cottenden_Wagg_%20Supplementary_23551%20%20ASW%20edited%20again%20(1).pdf)
2. AHLUND, S a B NORDGREN. Is home-based pelvic floor muscle training effective in treatment of urinary incontinence after birth in primiparous women? A randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2013, 92(8), 909 - 915 [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12173>
3. ARRUE, M a L IBÁÑEZ. Stress urinary incontinence six months after first vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. 2010, , 210 - 214 [cit. 2020-06-06]. Dostupné z: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(10\)00105-3/fulltext#%20](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(10)00105-3/fulltext#%20)
4. BAZI, T., TAKAHASHI, S., ISMAIL, S., et al. Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion. *International Urogynecol J*, 2016, 27, p. 1785–17954
5. DANZER a GERHARD. *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-718-3.
6. DUŠOVÁ, B a A MENCLOVÁ. Kvalita života ženy po spontánním a operativním porodu. *Florence* [online]. 2014, 14(12), 18 - 22 [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: https://issuu.com/ambitmedia/docs/komplet_florence_12-14/24
7. FÁBRYOVÁ, Lubomíra. Novinky vo farmakoterapii obezity. *Forum Diabetologicum* [online]. 2019, (2), 71-79 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/forum-diabetologicum/2019-2-25/novinky-vo-farmakoterapii-obezity-113433>
8. FAIT, Tomáš. *Almanach ambulantní gynekologie*. Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-191-2.
9. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(10):941-945. doi:10.1111/j.0001-6349.2004.00457.

10. GÄRTNER, Marcel. Hormonální terapie a léčba inkontinence moči. *Praktická gynekologie* [online]. 2006, 10(4), 147-148 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2006-4/hormonalni-terapie-a-lecba-inkontinence-moci-49949>
11. GYHAGEN, M, BULLARBO, M, NIELSEN, T., MILSOM, I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*, 2013, 120(2), p. 152–160.
12. HAGOVSKÁ, M. PREHLAD REHABILITAČNÝCH METÓD V LIEČBE INKONTINENCIE MOČU: Výsledky zahraničných a domácich štúdií v rehabilitačnej liečbe inkontinencie moču. *Rehabylitace a fyzikální lékařství* [online]. Košice, 2008, 15(4), 150-158 [cit. 2020-02-13]. ISSN 1805-4552.
13. HANDA VL, PIERCE CB, MUÑOZ A, BLOMQUIST JL. Longitudinal changes in overactive bladder and stress incontinence among parous women. *Neurourology and Urodynamics*. 2014;34(4):356–361.
14. HANNESTADT YS, RORTVEIT G, SANDVIK K, HUNSKAAR S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. *Epidemiology of incontinence in the county of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150–1157.
15. HANUŠ, Tomáš. STRESOVÁ INKONTINENCE MOČI U ŽEN A MOŽNOSTI JEJÍ FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY. *Urologické listy* [online]. Praha, 2005, 3(1), 56-62 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/urologicke-listy/2005-1/stresova-inkontinence-moci-u-zen-a-moznosti-jeji-farmakologicke-lecby-50511>
16. International Confederation of Midwives. Definition of the Midwife [on line]. 2005 [cit. 2012-04-03]. Dostupný na WWW:<<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005.pdf>>.
17. HAVLÍČKOVÁ, Michaela. Fyzioterapie u dysfunkcí pánevního dna. *Umění Fyzioterapie*. 2017, (3), 13-18. ISSN 2464-6784.
18. HIBLBAUER, Jan. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, ss. 18-28. ISSN 1213-1768.
19. HOŘČIČKA, Lukáš. *Inkontinence v každodenní praxi*. 2. Mladá fronta, 2017. ISBN 9788020445032.
20. HOŘČIČKA, Lukáš a Roman ZACHOVAL. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*

- [online]. 1. Praha, 2012 [cit. 2020-02-18]. ISBN 978-80-86998-58-9. Dostupné z: https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/DP_inkontinence.pdf
21. HOŘČIČKA, Lukáš, Eva TOPINKOVÁ, Roman ZACHOVAL a Zlatko PASTOR, 2015. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3741-9.
 22. JURÁKOVÁ, M., HUSER, M., SZABOVÁ, O. et al. Surgical treatment of the female stress urinary incontinence - from needles to mini-slings. *Česka Gynekologie*. 2017, 82 (1), 65 - 71s. ISSN 12107832
 23. KAHYAOGLU Sut H, BALKANLI Kaplan P. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. *Neurourol Urodyn*. 2016;35(3):417-422. doi:10.1002/nau.22728
 24. KOKABI, R. Effects of Delivery Mode and Sociodemographic Factors on Postpartum Stress Urinary Incontinency in Primipara Women: A Prospective Cohort Study. *Journal of the Chinese Medical Association* [online]. 2017, 80(8), 498 - 502 [cit. 2020-06-06]. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28089544>
 25. KOLOMBO, Ivan a Jitka KOLOMBOVÁ. STRESOVÁ INKONTINENCE U ŽEN – 1. ČÁST. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, 9(6), 292-300 [cit. 2020-02-09]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/06/04.pdf>
 26. KOPÁČIKOVÁ, Mária a Vladimír LITTVÁ. *Problematika zdravia a života žien so zameraním na klimaktérium*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2018. ISBN 978-80-89607-67-9.
 27. KROFTA, L. Studie sledující dysfunkce pánevního dna po porodu. *Medical Tribune* [online]. 2015 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/35312-studie-sledovala-dysfunkce-panevniho-dna-po-porodu>
 28. KUBEČKOVÁ, Olga a Richard HAVEL. Inkontinence moči u žen a role sestry při jejím záchytu. *Sesta* [online]. Praha, 2015, (9), 28 [cit. 2020-02-15]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/inkontinence-moci-u-zen-a-role-sestry-pri-jejim-zachytu-479929>
 29. LABRECQUE, M., EASON, E., MARCOUX, S., et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *Amer J Obstet Gynecol*, 1999, 180(3), p. 593–600.
 30. LEKSKULCHAI O, WANICHSETAKUL P. Effect of pelvic floor muscle training (PFMT) during pregnancy on bladder neck descend and delivery. *J Med Assoc Thai*. 2014;97 Suppl 8:S156-S163.

31. LEROY, S a M LOPES. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Revista da Escola da USP* [online]. 2016, 50(2), 200-207 [cit. 2020-05-18]. Dostupné z:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000200200&lng=en&nrm=iso&tlng=en
32. LUCAS, M. G., BEDRETDINOVA, D., BERGHMANS, L. C. et al. Guidelines pro léčbu močové inkontinence 1. část. *Urologické listy*. 2015, 13 (2), 57 - 80 s. ISSN 1801-7584.
33. LUCAS, M. G., BEDRETDINOVA, D., BERGHMANS, L. C. et al. Guidelines pro léčbu močové inkontinence 2. část. *Urologické listy*. 2015, 13 (3), 52 - 82 s. ISSN 1801 - 7584.
34. MAREŠ, Jiří a Bohumil KOUKOLA. *Psychologie zdraví a kvalita života*. 2006. ISBN 8086633667.
35. MARTAN, A., MAŠATA, J., ŠVABÍK, K. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-348-0.
36. MARTÍNEZ, J. M., HERNÁNDEZ, A., RODRÍGUEZ, J. (2019). Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 253.0
37. MATĚJČKOVÁ, Martina. *Močová inkontinence v souvislosti s porodem*. Olomouc, 2018. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Doc. PhDr. Yveta Vrubová, Ph.D.
38. OTČENÁŠEK, Michal. *Urogynekologie v přehledu pro fyzioterapeuty*. *Umění Fyzioterapie*. 2017, (3), 5-11. ISSN 2464-6784.
39. ÖZDEMİR, F a A ÖZTÜRK. Determination of the Life Quality and Self-Care Ability of the Mothers in Post-Partum Period. *Journal of the Pakistan Medical Association* [online]. 2018, 68(2) [cit. 2020-06-15]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29479095/?from_term=postpartum+period+education+status+quality+of+life&from_filter=sex.female&from_pos=1.
40. PACÍK, D, ČERMÁK, A. 2006. *Inkontinence moči*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-875-1.
41. PILKA, Radovan. *Gynekologie*. 2. Olomouc, 2017. ISBN 978-80-244-5158-9.
42. PIŠKYTLOVÁ, P. Complications tension-free vaginal tape surgery. *Česká Gynekologie*. 2017, 82 (3), 243 - 251 s. ISSN 12107832.
43. REZAEI, N a A AZADI. Maternal Health-Related Quality of Life and Its Predicting Factors in the Postpartum Period in Iran. *Scientifika* [online]. 2016 [cit. 2020-06-15].

- DOI: 10.1155/2016/8542147. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2016/8542147/>
44. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2. Praha: Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
45. RORTVEIT, G a A DALTVEIT. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *American journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2003 [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)00588-X/fulltext#articleInformation](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)00588-X/fulltext#articleInformation)
46. RUŠAVÝ, Z, NEČESALOVÁ, P, RINNOVÁ, E, SMAŽINKA, M, HAVÍŘ, M a KALIŠ, V. Czech linguistic validation of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-IUGA revised. *Ceska gynekologie*, 2017, 82(2), 129-138.
47. SHI, W a X NIU. A Study on the Risk Factors for Early Postpartum Urinary Incontinence in Chengdu. *Journal od Sichuan University* [online]. 2019, 50(4), 598 - 603 [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31642242>
48. SIKOROVÁ, L. Porovnání péče soukromých a ambulantních porodních asistentek. *Praktický lékař* [online]. 2012, (6), 353-356 [cit. 2020-01-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2012-6/porovnani-pecce-soukromych-a-ambulantnich-porodnich-asistentek-38728>
49. SOCHOROVÁ, Nataša. INKONTINENCE MOČI NKONTINENCE MOČI A JEDNORÁZOVÉ ABSORPČNÍ POMŮCKY. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, 9(2), 92-95 [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2008/02/11.pdf>
50. STADNICKA, G a A STODOLAK. Stress urinary incontinence after labor and satisfaction with sex life. *Ginekologia Polska* [online]. 2019, (9), 500 - 506 [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31588546?fbclid=IwAR2IRtNU1CgRXJzqKN6h0fQo8uVtT7qsfjL7Rg0Y0ObWpbTD_mew6mjJPZU
51. STANTON, S.: *Clinical urogynaecology*. London, Churchill Livingstone, 2000, 739 s.
52. STRAŇÁK, Zbyněk a Jana CHRÁSKOVÁ. *Základy neonatologie pro porodní asistentky*. 2. Ústí nad Labem, 2014. ISBN 978-80-7414-727-2.
53. SVALY PÁNEVNÍHO DNA - JEDNA Z NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH A ZÁROVEŇ NEJVÍCE ZANEDBÁVANÝCH SVALOVÝCH SKUPIN ŽEN I MUŽŮ. *Causa Subita* [online]. 2015, 18(1), 18-19 [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: https://issuu.com/causa-subita/docs/causa_subita_1_2015_final

54. ŠIMETKA, O. Operační vaginální porod. *Česká Gynekologie* [online]. 2016, (2), 129-133 [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-2/operacni-vaginalni-porod-58687>
55. ŠVOJGROVÁ, Andrea. Rehabilitace pánevního dna u pacientů s inkontinencí moči. *Urologie pro praxi* [online]. 2017, 18(5) [cit. 2020-01-15]. ISSN 1213-1768. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/05/10.pdf>
56. THYSSEN HH et al. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. *Int Urogynecol J* 2002; 13: 72-75
57. TRIVIÑO, M a D ROMERO. Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth. *Women birth: [online]*. 2017, , 29-39 [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27353728>
58. VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.
59. VAŠEK, P a M GÄRTNER. Močová inkontinence v těhotenství. *Česká Gynekologie* [online]. 2019, (1), 73-76 [cit. 2020-01-20]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/mocova-inkontinence-v-tehotenstvi-112781>
60. VEVERKOVÁ, A a Z RUŠAVÝ. Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu. *Česká Gynekologie* [online]. 2017, (4), 327-332 [cit. 2020-05-13]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-4-5/informovanost-rodicek-v-oblasti-primarni-a-sekundarni-prevence-poruch-panevniho-dna-po-porodu-61656>
61. VILHELMOVÁ, Libuše. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi* [online]. 2011, 12(2), 97-99 [cit. 2020-01-16]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/02/04.pdf>
62. VOLLØYHAUG, I., MØRKVED, S., SALVESEN, Ø., et al. Forceps delivery is associated with increased risk of pelvic organ prolapse and muscle trauma: a cross-sectional study 16–24 years after first delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2015, 46, p. 487–495.
63. WALFISCH A, HALLAK M. *Harefuah*. 2002;141(9):833–856.
64. WHITCOMB EL, RORTVEIT G, BROWN JS, et al. Racial Differences in Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. 2009;114(6):1271–1277.

65. WILHEMOVÁ, Radka. Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. *Praktická gynekologie* [online]. 2013, 17(3), 244-251 [cit. 2020-01-22]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2013-3/determinanty-zdravotni-gramotnosti-tehotnych-zen-41821>
66. WOODLEY, SJ., BOYLE, R., CODY, JD., et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 12. Art. No.: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub3.
67. ZACHOVAL, Roman a Jan KRHUT. DOTAZNÍKY HODNOTÍCÍ KVALITU ŽIVOTA OTAZNÍKY HODNOTÍCÍ KVALITU ŽIVOTA U PACIENTŮ S INKONTINENCÍ MOČI PACIENTŮ S INKONTINENCÍ MOČI A HYPERAKTIVNÍM MĚCHÝŘEM. *Urologie pro praxi* [online]. 2006, 286-296 [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2006/06/08.pdf>
68. ZEMAN, D. Obezita a metabolický syndrom. *Vnitřní lékařství* [online]. 2005, (1), 72-75 [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2005-1/obezita-a-metabolicky-syndrom-37832>
69. ZIKMUND, Jiří. *Inkontinence moči u žen*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0164-8.
70. ZIZZI, Priscila Tavares et al. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2017, vol.51 [cited 2020-05-13], e03214. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100416&lng=en&nrm=iso. Epub Apr 10, 2017. ISSN 0080-6234.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a kol. – a kolektiv

BMI – body mass index

cm – centimetr

CNS – poškození centrální nervové soustavy

č. – číslo

ČKPA – Česká komora porodních asistentek

EMG - elektromyografie

F – forceps

g – gram

GPSČA – Gynekologicko-porodnická sekce České asociace sester

HAK – hormonální antikoncepce

HRT – hormonální terapie

HSS – hluboký stabilizační systém

Hz – hertz

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

I – QOL – Incontinence-quality of life questionnaire

ICIQ – UI SF - International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form

ICM – International Confederation of Midwives

ICS - International Continence Society

ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement

ISI – Incontinence Severity Index

IUGA – Mezinárodní urogynekologická asociace

Kč – Koruna česká

Kg – kilogram

KHQ – King's Health Questionnaire

Ks – kusy

m. – musculus

m² - metr čtvereční

Max. – maximálně

mg – miligram

ml – mililitr

n. – nervus

např. – například

PA – porodní asistentka

PISQ – IR – Pelvic organ prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire – IUGA Revised

S – sakrální

SIS – single-incision sling

TCA – tricyklická antidepresiva

Th – torakální

TOT – transobturator tape (transobturátorová páska)

TVT – S – TVT secur

TVT – tension free vaginal tape (tahuprostá vaginální páska)

tzv. – takzvaný

UNIPA – Unie porodních asistentek

URIS – Urge impact scale

VEX – vakuumextrakce

VS – Všeobecná sestra

WHO – World health organization

ρ – statisticky významná souvislost

10 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf č. 1 – Věk

Graf č. 2 – Gravidita

Graf č. 3 – Parita

Graf č. 4 – Prevence poporodní inkontinence

Graf č. 5 – Forma prevence poporodní inkontinence PŘED porodem

Graf č. 6 – Forma prevence poporodní inkontinence PO porodu

Graf č. 7 – Způsob získávání informací o preventivní metodě cvičení PŘED porodem

Graf č. 8 – způsob získávání informací o preventivní metodě PO porodu

Graf č. 9 – Hmotnostní přírůstek

Graf č. 10 – Porodní váha dítěte

Graf č. 11 – Dosažená úroveň vzdělání

Graf č. 12 – Denní aktivity PŘED

Graf č. 13 – Denní aktivity PO

Graf č. 14 – Fyzická aktivita PŘED

Graf č. 15 – Fyzická aktivita PO

Graf č. 16 – Vlastní osobnost PŘED

Graf č. 17 – Vlastní osobnost PO

Graf č. 18 - Citové důsledky PŘED

Graf č. 19 – Citové důsledky PO

Graf č. 20 – Sexualita PŘED

Graf č. 21 – Sexualita PO

Graf č. 22 – Kvalita života PŘED

Graf č. 23 – Kvalita života PO

Graf č. 24 – Kvalita života PŘED, celkové skóre

Graf č. 25 – Kvalita života PO, celkové skóre

Tabulka č. 1 – Porovnání věku a subjektivní kvality života žen po vaginálním porodu
– Spearman test

Tabulka č. 2 – Porovnání porodní hmotnosti dětí a kvality života žen po vaginálním porodu
– Spearman test

Tabulka č. 3 – Vliv využití prevence inkontinence před porodem na kvalitu života žen po vaginálním porodu – Wilcoxon W Ranks test

Tabulka 4 – Vliv využití prevence inkontinence před porodem na kvalitu života žen po vaginálním porodu – Wilcoxon W Ranks test

Tabulka 5 – Komparace dosažené úrovně vzdělání a kvality života žen po vaginálním porodu – Kruskal Wallis Test

Tabulka 6 – Komparace dosažené úrovně vzdělání a kvality života žen po vaginálním porodu – Kruskal Wallis Test

Tabulka 7 – Škály pro hodnocení celkového skóre dotazníku Contilife

Tabulka 8 – Komparace hodnot celkového skóre dotazníku Contilife PŘED a PO vaginálním porodu

Tabulka 9 – Komparace kvality života před a po porodu – Wilcoxon Signed Ranks Test

Tabulka 10 – Komparace kvality života před a po porodu – Wilcoxon Signed Ranks Test

Tabulka 11 – Komparace kvality života před a po porodu – Spearman test

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Vyjádření etické komise

Příloha č. 2 – Žádosti o provedení výzkumu v jednotlivých ambulancích

Příloha č. 3 – Vyjádření souhlasu k použití dotazníku Contilife

Příloha č. 4 – Dotazník Contilife před porodem

Příloha č. 5 – Dotazník Contilife po porodu



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-147104/1030-2019

Vážená paní
Bc. Pavlína Bartoňová

2019-31-10

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Kvalita života žen s inkontinencí po vaginálním porodu do 35 let**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.,
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotinská 3, 775 15 Olomouc



Fakulta
zdravotnických věd

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

☒ Hněvotínská 976/3 Olomouc 775 15

Souhlas s výzkumným šetřením

Žádám **gynekologickou ordinaci – Horní lán s.r.o** o souhlas s výzkumným šetřením na téma Kvalita života žen s inkontinencí po vaginálním porodu do 35 let. Jmenuji se Pavlína Bartoňová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických věd, univerzity Palackého v Olomouci. Data získaná pomocí standardizovaného dotazníku Contilife budou použita pro vypracování diplomové práce. Žadatelka se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat a bude zachována anonymita respondentů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

dne 24. 10. 19..... v Olomouci

žadatel: Bc. Pavlína Bartoňová
Boženy Němcové 21
Jablonec nad Nisou
46604
Tel: +420 728892819
Mail: Paba95@seznam.cz

Vyjádření souhlasu:

Dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů Vám uděluji / neuděluji* souhlas s výzkumnou činností a s poskytnutím výzkumného materiálu na našem pracovišti.

*nehodící se škrtněte

datum 24. 10. 2019.....

89 Gynekologická ordinace-Horní lán s.r.o.
338 MUDr. Petr Hrachovec
000 Horní lán 10A, 773 00 OLOMOUC
IČ 286 13 163, DIČ CZ286 13 163
.....Tel. 605 963 663

razítko a podpis zástupce pracoviště



Fakulta
zdravotnických věd

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

☒ Hněvotínská 976/3 Olomouc 775 15

Souhlas s výzkumným šetřením

Žádám **Gynekologickou ordinaci VIVEGYN s.r.o., Gynekologie a porodnictví** o souhlas s výzkumným šetřením na téma Kvalita života žen s inkontinencí po vaginálním porodu do 35 let. Jmenuji se Pavlína Bartoňová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických věd, univerzity Palackého v Olomouci. Data získaná pomocí standardizovaného dotazníku Contilife budou použita pro vypracování diplomové práce. Žadatelka se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat a bude zachována anonymita respondentů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

dne 24. 10. 19 v Olomouci

žadatel: Bc. Pavlína Bartoňová
Boženy Němcové 21
Jablonec nad Nisou
46604
Tel: +420 728892819
Mail: Paba95@seznam.cz

Vyjádření souhlasu:

Dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů Vám uděluji / ~~neuděluji~~ souhlas s výzkumnou činností a s poskytnutím výzkumného materiálu na našem pracovišti.

*nehodící se škrtněte

datum 24. 10. 2019



.....
razítko a podpis zástupce pracoviště



Fakulta
zdravotnických věd

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

☒ Hněvotínská 976/3 Olomouc 775 15

Souhlas s výzkumným šetřením

MUDr. JÖRGOVÁ s.r.o., Gynekologie
Žádám(název pracoviště).....a porodnictví.....o souhlas s výzkumným šetřením na téma Kvalita života žen s inkontinencí po vaginálním porodu do 35 let. Jmenuji se Pavlína Bartoňová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických věd, univerzity Palackého v Olomouci. Data získaná pomocí standardizovaného dotazníku Contilife budou použita pro vypracování diplomové práce. Žadatelka se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat a bude zachována anonymita respondentů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

dne 18.10.2019 v Olomouci

žadatel: Bc. Pavlína Bartoňová
Boženy Němcové 21
Jablonec nad Nisou
46604
Tel: +420 728892819
Mail: Paba95@seznam.cz

Vyjádření souhlasu:

Dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů Vám uděluji / ~~neuděluji~~* souhlas s výzkumnou činností a s poskytnutím výzkumného materiálu na našem pracovišti.

*nehodící se škrtněte

datum 18.10.2019



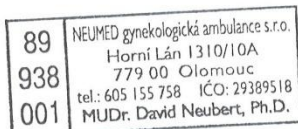
razítko a podpis zástupce pracoviště



Fakulta
zdravotnických věd

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

☒ Hněvotínská 976/3 Olomouc 775 15



Souhlas s výzkumným šetřením

Žádám(název pracoviště).....o souhlas s výzkumným šetřením na téma Kvalita života žen s inkontinencí po vaginálním porodu do 35 let. Jmenuji se Pavlína Bartoňová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických věd, univerzity Palackého v Olomouci. Data získaná pomocí standardizovaného dotazníku Contilife budou použita pro vypracování diplomové práce. Žadatelka se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat a bude zachována anonymita respondentů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

dne 24.10.19 v Olomouci

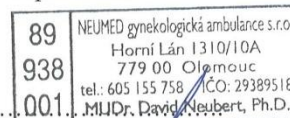
žadatel: Bc. Pavlína Bartoňová
Boženy Němcové 21
Jablonec nad Nisou
46604
Tel: +420 728892819
Mail: Paba95@seznam.cz

Vyjádření souhlasu:

Dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů Vám uděluji ~~neuděluji~~* souhlas s výzkumnou činností a s poskytnutím výzkumného materiálu na našem pracovišti.

*nehodící se škrtněte

datum 24.10.19



.....
razítko a podpis zástupce pracoviště

----- Původní e-mail -----

Od: paba95@seznam.cz <paba95@seznam.cz>
Komu: AMARENCO Gérard <gerard.amarenco@aphp.fr>
Datum: 2020-05-29 17:26:04 +0000
Předmět: Re: question about CONTILIFE

No problem
Have a good job !
Best regards

Pr. Gérard AMARENCO

Chef de Service
Service de Neuro-Urologie, Hôpital Tenon, Paris
4 Rue de la Chine, 75020 Paris, France
Neuro-Urology Department, Tenon Hospital, Paris
gerard.amarenco@aphp.fr
<https://service-neurourologie.jimdo.com>



**AP-HP.
Sorbonne
Université**

GRC01 Sorbonne Université, Paris

GREEN Groupe de Recherche Clinique en Neuro-Urologie
Group of Clinical Research in Neuro-Urology
gerard.amarenco@aphp.fr
<https://grc01-green.jimdo.com>



**SORBONNE
UNIVERSITÉ**

Le 29 mai 2020 à 16:50, paba95@seznam.cz a écrit :

Dear Sir / Madam,

My name is Pavlina Bartonova and i am writing a thesis about " A quality of life of women with incontinence after vaginal delivery up to 35 years". I study at the Palacky University Olomouc, Czech republic, at the faculty of Health Sciences programe Intesive care in midwifery. I would like to ask you if I could use for a data collection your questionnaire CONTILIFE? Gathered data will be used for studying purposes and my thesis only.

Yours sincerely,

Pavlina Bartonova.



Dobrý den,

Jsem studentkou navazujícího magisterského studijního oboru „Intenzivní péče v porodní asistenci.“ Studuji na Ústavu porodní asistence, Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci. Absolvováním tohoto studijního programu je udělení specializace v porodní asistenci - Porodní asistentka pro intenzivní péči. V diplomové práci se budu zabývat sledováním úrovně a kvality vašeho života před a po vaginálním porodu pomocí dvou rozdílných dotazníků. Tento dotazník je určen k získání informací o kvalitě života před porodem. Chtěla bych vás požádat o pár minut pozornosti a o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, dobrovolný a získané informace budou použity pouze ve prospěch mé diplomové práce. Zároveň bych Vás chtěla požádat o stejnou spolupráci po porodu, aby byly výsledky srovnatelné.

Vyplněním dotazníku dáváte souhlas ke zpracování získaných informací, které budou využity pro výzkumné účely a po jejich vyhodnocení budou znehodnoceny.

V případě dotazů neváhejte se na mě obrátit na číslo 728892819, nebo emailu Paba95@seznam.cz

Předem mockrát děkuji, Bc. Pavlína Bartoňová

Pokyny k vyplnění dotazníku:

U každé otázky zakroužkujte vždy jedno políčko s číslem, odpovídající nejuvstíznější odpovědi

	Nehodí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
1. pokud jste byla mimo domov	0	1	2	③	4	5

Vlastní dotazník

Denní aktivity

Jak moc Vás, během posledních 4 týdnů, obtěžovaly problémy s močením:

	Nehodí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
1. pokud jste byla mimo domov	0	1	2	3	4	5
2. pokud jste řídila nebo jste jela jako pasažér	0	1	2	3	4	5
3. pokud jste chodila po schodech	0	1	2	3	4	5
4. pokud jste nakupovala	0	1	2	3	4	5
5. pokud jste stála a čekala (zastávka, úřad)	0	1	2	3	4	5

Během posledních 4 týdnů jste kvůli problémům s močením:

	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
6. měla časté přestávky v denních aktivitách či práci	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Vůbec ne	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
7. probudila pomočená	1	2	3	4	5

Fyzická aktivita

Jak často, během posledních 4 týdnů, Vás obtíže s močením obtěžovaly:

	Nehodnotí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
8. pokud jste zvedala či nesla těžké břemeno	0	1	2	3	4	5
9. pokud jste sportovala (běh, tanec)		1	2	3	4	5
10. pokud jste smrkala, kýchala, kašlala		1	2	3	4	5
11. pokud jste měla záchvat smíchu		1	2	3	4	5

Vlastní osobnost

Jak často jste během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
12. cítila méně atraktivně	1	2	3	4	5
13. cítila znepokojená kvůli nepříjemnému zápachu moči	1	2	3	4	5
14. cítila znepokojena kvůli tomu, že si jiní uvědomují Váš problém	1	2	3	4	5
15. cítila znepokojena kvůli skvrnám moči zanechaných v práci či na veřejných místech	1	2	3	4	5
16. musela převléknout	1	2	3	4	5

Citové důsledky

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
17. cítila dobře	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Neměla jsem je	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
18. trápila kvůli nutnosti nosit vložky	0	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
19. cítila znechuceně	1	2	3	4	5
20. byla netrpělivá	1	2	3	4	5
21. cítila špatně kvůli možné „nehodě“ s únikem moče	1	2	3	4	5
22. cítila jako nekontrolující své emoce	1	2	3	4	5
23. cítila jako posedlá svými problémy s únikem moče	1	2	3	4	5
24. nutila myslet na to, vzít si vložku před odchodem z domova	1	2	3	4	5

Sexualita

Jak často, během posledních 4 týdnů, jste kvůli problémům s močením:

	Nehodnotí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
25. měla pocit strachu při myšlence na sexuální styk		1	2	3	4	5
26. musela měnit sexuální praktiky	0	1	2	3	4	5
27. jste byla znepokojena možností úniku moče při sexuálním styku	0	1	2	3	4	5

Kvalita života

28. Při současných obtížích s močením, jak byste hodnotila nyní **SOUČASNOU** kvalitu vašeho života

1	2	3	4	5
Špatně				Výborně

Doplňující otázky

29. Kolik je Vám let?

30. Po kolikáté jste těhotná?

31. Po kolikáté rodíte (vaginálně)?

32. Zařadila jste před porodem nějakou z forem prevence poporodní inkontinence? **ANO X NE**

33. Pokud jste u otázky číslo 32 odpověděla ANO, kterou z forem jsem zvolila? Vyberte z následujících možností

- Aniball
- Kegelovy cviky
- Venušiny kuličky
- Metoda 3x3
- Aktivace a relaxace svalů pánevního dna bez pomůcek

34. Pokud jste u otázky číslo 33. vybrala některou z možností, jakým způsobem jste získala potřebné informace o metodě ?

- Na internetu
- Z informačních letáků
- Od obvodního gynekologa
- V porodnici
- Od porodní asistentky
- Od kamarádky

35. Jaká je vaše dosažená úroveň vzdělání? Prosím, Vyberte

- Základní
- střední vzdělání s výučním listem
- střední vzdělání s maturitní zkouškou
- vyšší odborné vzdělání
- vysokoškolské



Dobrý den,

Jsem studentkou navazujícího magisterského studijního oboru „Intenzivní péče v porodní asistenci.“ Studuji na Ústavu porodní asistence, Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci. Absolvováním tohoto studijního programu je udělení specializace v porodní asistenci - Porodní asistentka pro intenzivní péči. V diplomové práci se budu zabývat sledováním úrovně a kvality vašeho života před a po vaginálním porodu pomocí dvou rozdílných dotazníků. Tento dotazník je určen k získání informací o kvalitě života **po** porodu. Chtěla bych vás požádat o pár minut pozornosti a o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, dobrovolný a získané informace budou použity pouze ve prospěch mé diplomové práce.

Vyplněním dotazníku dáváte souhlas ke zpracování získaných informací, které budou využity pro výzkumné účely a po jejich vyhodnocení budou zlikvidovány.

V případě dotazů neváhejte se na mě obrátit na čísle 728892819, nebo emailu Paba95@seznam.cz

Předem mockrát děkuji, Bc. Pavlína Bartoňová

Pokyny k vyplnění dotazníku:

U každé otázky zakroužkujte vždy jedno políčko s číslem, odpovídající nejužitečnější odpovědi

	Nehodí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
1. pokud jste byla mimo domov	0	1	2	③	4	5

Vlastní dotazník

Denní aktivity

Jak moc Vás, během posledních 4 týdnů, obtěžovaly problémy s močením:

	Nehodí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
1. pokud jste byla mimo domov	0	1	2	3	4	5
2. pokud jste řídila nebo jste jela jako pasažér	0	1	2	3	4	5
3. pokud jste chodila po schodech	0	1	2	3	4	5
4. pokud jste nakupovala	0	1	2	3	4	5
5. pokud jste stála a čekala (zastávka, úřad)	0	1	2	3	4	5

Během posledních 4 týdnů jste kvůli problémům s močením:

	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
6. měla časté přestávky v denních aktivitách či práci	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Vůbec ne	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
7. probudila pomočená	1	2	3	4	5

Fyzická aktivita

Jak často, během posledních 4 týdnů, Vás obtíže s močením obtěžovaly:

	Nehodnotí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
8. pokud jste zvedala či nesla těžké břemeno	0	1	2	3	4	5
9. pokud jste sportovala (běh, tanec)		1	2	3	4	5
10. pokud jste smrkala, kýchala, kašlala		1	2	3	4	5
11. pokud jste měla záchvat smíchu		1	2	3	4	5

Vlastní osobnost

Jak často jste během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
12. cítila méně atraktivně	1	2	3	4	5
13. cítila znepokojená kvůli nepříjemnému zápachu moči	1	2	3	4	5
14. cítila znepokojena kvůli tomu, že si jiní uvědomují Váš problém	1	2	3	4	5
15. cítila znepokojena kvůli skvrnám moči zanechaných v práci či na veřejných místech	1	2	3	4	5
16. musela převléknout	1	2	3	4	5

Citové důsledky

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
17. cítila dobře	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Neměla jsem je	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
18. trápila kvůli nutnosti nosit vložky	0	1	2	3	4	5

Jak často jste se během posledních 4 týdnů, kvůli problémům s močením:

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Vždy
19. cítila znechuceně	1	2	3	4	5
20. byla netrpělivá	1	2	3	4	5
21. cítila špatně kvůli možné „nehodě“ s únikem moče	1	2	3	4	5
22. cítila jako nekontrolující své emoce	1	2	3	4	5
23. cítila jako posedlá svými problémy s únikem moče	1	2	3	4	5
24. nutila myslet na to, vzít si vložku před odchodem z domova	1	2	3	4	5

Sexualita

Jak často, během posledních 4 týdnů, jste kvůli problémům s močením:

	Nehodnotí se	Vůbec ne	Málo	Středně	Hodně	Velmi hodně
25. měla pocit strachu při myšlence na sexuální styk		1	2	3	4	5
26. musela měnit sexuální praktiky	0	1	2	3	4	5
27. jste byla znepokojena možností úniku moče při sexuálním styku	0	1	2	3	4	5

Kvalita života

28. Při současných obtížích s močením, jak byste hodnotila nyní **SOUČASNOU** kvalitu vašeho života

1	2	3	4	5
Špatně				Výborně

Doplňující otázky

29. Jaký byl váš hmotnostní přírůstek během tohoto těhotenství?

30. Jaká byla porodní váha vašeho dítěte? Uvedte v gramech

31. Posilovala jste svaly pánevního dna v období šestinedělí ?

ANO X NE

32. Pokud jste u otázky číslo 31 odpověděla ANO, kterou z forem jsem zvolila? Vyberte z následujících možností

- Aniball Inco
- Kegelovy cviky
- Venušiny kuličky
- Metoda 3x3
- Aktivace a relaxace svalů pánevního dna bez pomůcek

33. Pokud jste u otázky číslo 32. vybrala některou z možností, jakým způsobem jste získala potřebné informace o metodě ?

- Na internetu
- Z informačních letáků
- Od obvodního gynekologa
- V porodnici
- Od porodní asistentky
- Od kamarádky