UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Nikola Heclová

Informovanost žen o prevenci dysfunkce pánevního dna

Olomouc 2024

Mgr. Věra Vránová Ph.D.

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

Olomouc 17. 4. 2024 …….

podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, ochotu, vstřícnost a věnovaný čas při zpracování bakalářské práce. Velké díky patří také mé rodině, která při mně po celou dobu studia stála.

ANOTACE

Jméno a příjmení: Bc. Nikola Heclová

Katedra: Antropologie a zdravovědy

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Název práce: Informovanost žen o prevenci dysfunkce pánevního dna

Název v angličtině: Women's awareness of the prevention of pelvic floor dysfunction

Anotace práce: Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost, zkušenosti a postoje žen v problematice prevence dysfunkce pánevního dna u zkoumaného souboru žen. Teoretická část shromažďuje aktuální poznatky v oblasti dysfunkce pánevního dna, jeho rizikové faktory, nejčastější poruchy pánevního dna a samotnou prevenci vzniku dysfunkce pánevního dna. Pro výzkumnou část byla použita kvantitativní výzkumná metoda pomocí sběrného nástroje nestandardizovaného dotazníku. Sběr dat probíhal pomocí online dotazníku pouze u žen.

Klíčová slova: pánevní dno, dysfunkce pánevního dna, rizikové faktory, prevence

Anotace v angličtině: The main aim of the thesis was to determine the awareness, experiences, and attitudes of women regarding the prevention of pelvic floor dysfunction in the surveyed group of women. The theoretical part gathers current knowledge in the field of pelvic floor dysfunction, its risk factors, most common pelvic floor disorders, and the prevention of pelvic floor dysfunction itself. A quantitative research method was employed for the research section using a data collection tool of a non-standardized questionnaire. Data collection was conducted via an online questionnaire exclusively among women.

Klíčová slova v angličtině: pelvic floor, pelvic floor dysfunction, risk factors, prevention

Přílohy vázané na práci: 2

Rozsah práce: 77 stran

Jazyk práce: Český jazyk

OBSAH

1 ÚVOD A HLAVNÍ CÍL ... 6

2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY ... 7

2.1 POPIS REŠERŠÍ ... 7

2.2 PÁNEVNÍ DNO ... 9

2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA ... 11

2.3.1 Těhotenství jako rizikový faktor ... 13

2.3.2 Porod jako rizikový faktor ... 14

2.3.3 Menopauza jako rizikový faktor ... 16

2.3.4 Obezita jako rizikový faktor ... 17

2.4 PROJEVY DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA ... 18

2.4.1 Močová inkontinence ... 18

2.4.2 Sexuální dysfunkce ... 19

2.4.3 Prolaps pánevních orgánů ... 20

2.4.4 Chronická pánevní bolest ... 21

2.4.5 Inkontinence stolice ... 22

2.5 PREVENCE DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA ... 24

2.5.1 Prevence dysfunkce pánevního dna v souvislosti s těhotenstvím a porodem ... 24

2.5.2 Prevence dysfunkce pánevního dna bez souvislosti s těhotenstvím a porodem ... 29

3 VÝZKUMNÁ ČÁST ... 32

3.1 Metodika ... 32

3.2 Výsledky ... 38

4 DISKUSE ... 55

5 SOUHRN A ZÁVĚRY ... 61

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ ... 64

Seznam příloh ... 70

1 ÚVOD A HLAVNÍ CÍL

Pánevní dno je komplexní struktura složená z různých částí včetně orgánů pánevní dutiny, svalů, vazivových a perineálních membrán, fascií a nervů. Tyto prvky tvoří mechanický systém, který podpírá orgány v pánevní dutině. Poruchy v této oblasti mohou nastat v důsledku poškození struktury nebo funkce některé z těchto součástí (Santoro et al., 2016, s. 5,8). Dysfunkce pánevního dna má dopad na populaci vysokou prevalencí a vážnými dopady na zdravotní systémy. I když tyto stavy obvykle nepředstavují riziko pro život, postižení pacienti trpí významnými změnami ve kvalitě života s významnými sociálními a ekonomickými následky. Znalost fyziologie a patologie těchto stavů a vhodných terapeutických metod je pro pacienty zásadní (Enache et al., 2019, s. 11).

Poruchy pánevního dna jsou vážným problémem týkajícím se veřejného zdraví, který má značný dopad na kvalitu života a sociální integraci. Přesný celosvětový výskyt této patologie je obtížné určit, avšak v USA je odhadováno, že téměř 11 % až 19 % žen může vyžadovat chirurgický zákrok kvůli potížím souvisejícím s dysfunkcí pánevního dna. Mezi příznaky patří široká škála obtíží, jako jsou například stresová inkontinence moči, inkontinence stolice, potíže s vyprazdňováním, nykturie, pánevní bolesti, sexuální dysfunkce a další. Tyto symptomy mohou být spojeny s anatomickými vadami, jako jsou uretrokéla, cystokéla, rektokéla a prolaps dělohy (Enache et al., 2019, s. 11).

Pánevní dno je spjato s různými lékařskými odvětvími, nejen urologií a gynekologií, ale i gastroenterologií, neurologií a rehabilitací. I když problémy spojené s funkcí pánevního dna nezpůsobují fyzickou imobilitu, představují významný psychosociální problém, který ovlivňuje kvalitu života pacientů (Havlíčková, 2018, s. 41).

V této souvislosti se nabízí otázka: *„Jaká je informovanost žen o prevenci dysfunkce pánevního dna?“* Hlavním cílem kvantitativní studie v praktické části diplomové práce bylo zjistit informovanost, zkušenosti a postoje žen v problematice prevence dysfunkce pánevního dna u zkoumaného souboru respondentek.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda se ženy zajímají o své pánevní dno.
2. Zjistit, zda se ženy potýkají s určitými druhy poruch pánevního dna.
3. Zjistit, jaké metody používají ženy ke zmírnění potíží v souvislosti s dysfunkcí pánevního dna.

2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY

Navazující text byl vytvořen na základě informací získaných ze padesáti jedna odborných textů. Jedná se o 10 česky a 41 anglicky psaných titulů. Jejich bibliografické citace jsou uvedeny v Seznamu použitých zdrojů.

2.1 POPIS REŠERŠÍ

První rešeršní otázka (RO) byla formulována ve znění: **Jaké jsou dostupné texty o pánevním dně** (hlavní pojem) **ženy** (kontext)**?** K vyhledání byla využita hesla: pánevní dno OR svaly pánevního dna a hesla: ženy OR dívky OR těhotné. Rešerše byla provedena 1. 1. 2024 prostřednictvím vyhledávače Google Scholar, kde bylo zadáno omezení výsledků na český a anglický jazyk a vyřazující kritéria bakalářská, diplomová a kvalifikační práce. Výstupy byly omezeny na publikační období 2014-2024. Další rešerše ke stejné rešeršní otázce byla provedena v databázi EBSCO Host a Pubmed 2. 1. 2024. K vyhledání byla využita hesla: pelvic floor OR pelvic floor muscles a hesla: woman OR girls OR pregnant woman. Omezení publikačního období bylo stejné jako v Google Scholar. Po vyhodnocení validity a relevance obsahu nalezených textů vůči rešeršní otázce ze všech e-zdrojů bylo mezi relevantní výsledky rešerší vybráno 5 textů. Jednalo se o 2 knižní publikace a 3 výzkumné studie.

Druhá rešeršní otázka byla formulována ve znění: **Jaké jsou dostupné texty o riziku dysfunkce pánevního dna** (hlavní pojem) **u žen** (kontext)? K vyhledávání byla uplatněna rešeršní strategie s hesly pro hlavní pojem: rizika dysfunkce pánevní dna OR dysfunkce pánevního dna a pro hesla pro kontext: ženy OR dívky. Tato rešerše byla provedena 15. 1. 2024 s využitím vyhledávací databáze Google Scholar s omezením na český a anglický jazyk a vyřazující kritéria bakalářská, diplomová a kvalifikační práce. Zadáno bylo publikační období 2014-2024. Následovalo vyhledávání odborných textů v anglickém jazyce v databázích EBSCO Host a Pubmed dne 16. 1. 2024 se stejným omezením času publikačního období. Pro hlavní pojem se jednalo o hesla: pelvic floor dysfunction a pro kontext: woman OR girls. Mezi relevantní výstupy těchto rešerší bylo zařazeno 22 textů, konkrétně jedenáct přehledových článků a jedenáct výzkumných komparativních studií.

Třetí rešeršní otázka byla formulována ve znění: **Jaké jsou dostupné texty o projevech dysfunkce pánevního dna** (hlavní pojem) **u žen** (kontext)? K vyhledávání byla uplatněna rešeršní strategie s hesly pro hlavní pojem: projevy dysfunkce pánevní dna a pro hesla pro kontext: ženy OR dívky. Tato rešerše byla provedena 15. 1. 2024 s využitím vyhledávací databáze Google Scholar s omezením na český a anglický jazyk a vyřazující kritéria bakalářská, diplomová a kvalifikační práce. Zadáno bylo publikační období 2014-2024. Následovalo vyhledávání odborných textů v anglickém jazyce v databázích EBSCO Host a Pubmed dne 18. 1. 2024 se stejným omezením času publikačního období. K vyhledávání byla použita hesla: manifestations of pelvic floor dysfunction a pro kontext: woman OR girls. Mezi relevantní výstupy těchto rešerší bylo zařazeno 16 textů, konkrétně pět přehledových článků a jedenáct výzkumných komparativních studií.

Čtvrtá rešeršní otázka byla formulována ve znění: **Jaké jsou dostupné texty o prevenci dysfunkce pánevního dna** (hlavní pojem) **u žen** (kontext)? K vyhledávání byla uplatněna rešeršní strategie s hesly pro hlavní pojem: prevence dysfunkce pánevního dna a pro hesla pro kontext: ženy OR dívky. Tato rešerše byla provedena 17. 1. 2024 s využitím vyhledávací databáze Google Scholar s omezením na český a anglický jazyk a vyřazující kritéria bakalářská, diplomová a kvalifikační práce. Zadáno bylo publikační období 2014-2024. Následovalo vyhledávání odborných textů v anglickém jazyce v databázích EBSCO Host a Pubmed dne 18. 1. 2024 se stejným omezením času publikačního období. K vyhledávání byla použita hesla: prevention of pelvic floor dysfunction a pro kontext: woman OR girls. Mezi relevantní výstupy těchto rešerší bylo zařazeno 10 textů, konkrétně dva přehledové články a osm výzkumných komparativních studií.

2.2 PÁNEVNÍ DNO

Pánevní dno neboli diaphragma pelvis má tvar mělké nálevky, která je přichycena na stěnách malé pánve a pokračuje kaudálně k průniku konečníku, před kterým se nachází průchod močové trubice a pochvy. Skládá se z mnoha svalů, které tvoří svalové dno a tím tvoří spodinou pánve. Aktivně spolupracuje v souhybu se zádovými svaly a se svaly tělní stěny (Procházka a kolektiv, 2020, s. 68). Je tvořeno z několika složek a tvoří složitý, trojrozměrný a mechanický komplex, který zahrnuje orgány pánve, svaly, vazivové a perineální membrány, fascie a pánevní nervy (Santoro et. al., 2016, s. 5,8). Integrace těchto struktur je důležitá pro stabilitu, tonus, kontinenci, vyprazdňování močového měchýře a sexualitu. Pánevní dno funguje jako závěsný aparát pro močový měchýř, reprodukční orgány a konečník. Oporou se pro něj stává kostěná pánev a připínající se svaly (Eickmeyer, 2017, s. 1). Pánevní dno se stává významným podpůrným děložním aparátem a udržuje dělohu ve své fyziologické poloze (Procházka a kolektiv, 2020, s. 68).

Z důvodu funkčních potřeb je struktura pánevního dna upravena tak, že je ventrálně reduplikovaná, dorzálně oslabená a vazivově modifikovaná. Svaly pánevního dna jsou složeny ze dvou skupin svalů, které se skládají z příčně pruhované svaloviny: pánevní dno (diaphragma pelvis) a svaly hráze (musculi perinei). Tyto svaly tvoří souhrn zahrnující močopohlavní přepážku (diaphragma urogenitale) a svaly spojené s vnějšími pohlavními orgány (Procházka a kolektiv, 2020, s. 65). Svaly pánevního dna se rozšiřují na vnitřní ploše kostěné pánve a sestupují nálevkovitě směrem dolů. V této oblasti se nachází úzká spojka známá jako hráz (perineum) dlouhá přibližně 3-4 cm, která je umístěna mezi zadní pyskovou spojkou (commissura labiorum posterior) a análním otvorem, kde se může objevit kožní šev (raphe perinei). Toto měkké tkáňové spojení vytváří hrázové těleso (centrum tendineum perinei) (Procházka a kolektiv, 2020, s. 65-66). V zadní části pánevního dna se nachází otvor pro konečník (hiatus analis) a v přední části otvor pro močopohlavní trakt (hiatus urogenitalis).

Pánevní dno se skládá ze dvou párových svalů. Na bocích a vpředu je to sval zdvihač řitní (m. levator ani). Na bocích a vzadu je to sval kostrční (m. coccygeus) (Procházka a kolektiv, 2020, s. 66). Kostrční sval je oslabený a svou funkcí zanedbatelný sval. Svalové snopce vycházejí z trnů kosti sedací a vedou k vnějšímu okraji kosti křížové a kostrči. Část vnitřních vazivových snopců se připojuje k vazu křížotrnovému, čímž doplňuje pánevní dno ze zadní a vnější strany. Při odklopení během porodu nebo defekace napíná kostrč směrem dopředu a vrátí ji do původní polohy. Zdvihač řitní vychází od kosti stydké a části šlašitého oblouku zdvihače řitního (arcus tendineus musculi levatoris ani) a připojuje se ke

kostrčořitnímu vazu (lig. anococcygeum). Je to plochý a pevný sval, který funguje jako svěrač dutých orgánů a podporuje stabilitu pánevního dna. Rozděluje se na dvě části (Procházka a kolektiv, 2020, s. 66-67): přední část pubickou (pars pubica), kterou tvoří sval stydkokostrční (m. pubococcygeus) a boční širší část kyčelní (pars iliaca) známou též jako kyčlokostrční sval (m. iliococcygeus) (Čihák, 2002, s. 369). Stydkokostrční sval má počátek svých snopců na zadní straně kosti stydké asi 1 cm od symfýzy a připojuje se z obou stran ke kostrčořitnímu vazu. Vzadu za symfýzou se otevírá močopohlavní štěrbina, kterou prostupuje močová trubice a u žen navíc pochva. Stydkokostrční sval obklopuje tuto štěrbinu ze stran a zezadu a uzavírá ji (Čihák, 2002, s. 370). Tyto lemovací snopce tvoří sval stydkopoševní (m. pubovaginalis), který u žen plní funkci podpory dělohy. Vnější skupiny snopců, sahající až za konečník, vytvářejí sval stydkokonečníkový (m. puborectalis) (Procházka a kolektiv, 2020, s. 66). Díky své konstrukci se tento sval stal důležitou a pomocnou strukturou pro udržení kontinence, podporu pánevních orgánů a zejména pro dělohu (Čihák, 2002, s. 370). Kyčlokostrční sval vede své snopce od zesíleného vazivového pruhu vnitřního ucpávajícího svalu (m. obturatorius internus) ze šlachovitého oblouku řitního zdvihače až na kostrčořitní vaz na konci kostrče (Procházka a kolektiv, 2020, s. 67).

Pokud dojde k strukturálnímu nebo funkčnímu poškození jedné ze složek pánevního dna, může dojít k jeho dysfunkci. Základ efektivního rozpoznání dysfunkcí a účinné léčby poruch spočívá v celkovém porozumění anatomie a funkce pánevního dna (Santoro et. al., 2016, str. 5,8). Nutné je sledovat a studovat pánevní dno z unitárního a globálního hlediska s ohledem na embryologii, filologii a antropologický vývoj. Obecně má pánevní dno složité struktury a složité patologické poruchy. Obvykle se tyto poruchy týkají svalů, fascií nebo vazů. Funkce pánevního dna se týká především posturálních schopností, vzpřímeného postavení, chůze a fyzikálního vedení (Rossetti et al., 2016, s. 28-29).

Integrita pánevního dna je udržována koordinovaně pomocí činnosti svalů (m. levator ani, uretrálního a análního svěrače), nervů (pudendální nerv a sakrální plexus), a pojivové tkáně (endopelvické fascie, uterosakrální a kardinální vazy). M. levator ani uzavírá urogenitální hiát a tím poskytuje podporu zabraňující vyčnívání orgánů tímto otvorem. Srostlá zadní složka svalů nabízí podporu pánevním orgánům v podobě sítě a zabraňuje natažení a napětí podpůrné pojivové tkáně. Endopelvická pojivová tkáň poskytuje další viscerální podporu a je zvláště důležitá při udržování funkce, když jsou levátory oslabené. V souvislosti se slabostí m. levator ani může dojít k chronickému napětí, a to může vést k fasciálnímu útlumu a strukturálnímu selhání. Svaly levator ani a endopelvická pojivová tkáň proto spolupracují a zajišťují normální

stav pánevního dna. Kvalita obou svalů a kolagenu jsou nepostradatelné pro zajištění správné podpory (Johnston et al., 2019, s. 271–272).

2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA

Dysfunkce pánevního dna neboli pelvic floor dysfunction (PFD) je celkem častá – postihuje až 24 % všech žen (Jha et al., 2019, s. 236). Poruchy pánevního dna se týkají různých problémů v oblasti perinea, které však všechny souvisejí s oslabením svalů a tkání v pánevní oblasti, což má za následek různé nepříjemnosti (Enache et al., 2019, s. 12). Dysfunkce pánevního dna nastává, když svaly kolem močového měchýře, análního kanálu a vagíny nepracují společně v souladu tak, jak by měly (Peinado-Molina et al., 2023, s. 1). Poruchy pánevního dna jsou způsobeny různými lézemi v anatomických strukturách pánevní oblasti, které ovlivňují funkci perineálního aparátu. Tyto léze jsou často spojeny s degenerací molekulární struktury kolagenu a elastinu ve vazech a pánevní fascii. Vedou k narušení přenosu svalových sil a negativně ovlivňují funkci vyprazdňování a kontinenci orgánů pánevní dutiny (Enache et al., 2019, s. 12).

Poruchy pánevního dna jsou charakterizovány různými stupni postižení struktur pánevního dna, což vede k různým symptomům, jako je stresová inkontinence moči, inkontinence stolice, prolaps pánevních orgánů a perineální trhliny. Nejnovější studie popisují pět skupin symptomů spojených s poruchami pánevního dna: močové, střevní, vaginální (prolaps), sexuální dysfunkce a pánevní bolesti (Enache et al., 2019, s. 12).

Zmíněná onemocnění mají negativní dopad na zdraví žen, jejich kvalitu života, emoční pohodu a fyzické i duševní zdraví (Peinado-Molina et al., 2023, s. 1). Dysfunkce pánevního dna ženu může ovlivnit v oblasti sociální, sexuální, psychologické a finanční. V důsledku toho může dojít k sociální izolaci, nízké kvalitě života a ztrátě příjmu. Z těchto důvodů se dysfunkce pánevního dna stává důležitým veřejným zdravotním problémem. Dezinformace pacientů a jejich přesvědčení o přijetí onemocnění pánevního dna za normální je velkou překážkou v zavedení účinné léčebné intervence a preventivních opatření. Tento nedostatek znalostí navíc ženu oslabuje v získávání kvalitní zdravotní péče. Podrobné vyšetření pánevního dna u rizikových skupin je důležitá pro znalost dysfunkce pánevního dna a jejich prevence (Karaaslan et al., 2022, s. 294–295).

Dysfunkce pánevního dna je u žen častým a špatně diagnostikovaným problémem po celém světě. Onemocnění pánevního dna má komplexní a multifaktoriální patofyziologii

podílející se na zdraví žen. Včasná diagnostika vede ke stanovení nejvhodnější léčby a zvolení adekvátní péče. Prevalence poruch pánevního dna je u žen vysoká. Více než polovina žen trpí nějakým typem močové inkontinence (Peinado-Molina et al., 2023, s.1). Dospělé ženy mohou mít jednu nebo více dysfunkcí pánevního dna najednou, které ovlivňují jejich prožívání, sexuální zdraví a funkční status včetně sociálního omezení a psychické pohody. Udává se, že náročný vaginální porod je jedním z nejnosnějších faktorů etiologie. Další významné rizikové faktory následné pánevní dysfunkce jsou přítomnost močové inkontinence již před těhotenstvím, etnická příslušnost, věk před narozením prvního dítěte, rodinná anamnéza, nadváha a obezita. Obezita představuje významný nezávislý prvek, který je spojen s problémy v oblasti močových cest a inkontinencí stolice (Aiyegbusi et al.,2023, s. 1-2). Avšak některé ženy s dysfunkcí pánevního dna zůstávají asymptomatické. Celkový zdravotní stav ženy a její fungování ve společnosti často odráží a definuje její příznaky. Například ženy, které mají sedavý druh zaměstnání, trpí méně příznaky prolapsu pánevních orgánů. To samé je i u žen sexuálně aktivních, nebo u žen podílející se na špatném zvedání těžkých břemen (Johnston et al., 2019, s. 274).

Počátek devadesátých let přinesl do přístupu k poruchám pánevního dna dvě zásadní změny – použití vaginálních sítí z aloplastického materiálu a laparoskopické chirurgické operace. Tyto inovace otevřely cestu k novým perspektivám a přehodnocení chirurgických technik. Koncept opravy perineálních defektů vznikl již na začátku 20. století, kdy byly používány štěpy získané z fascia lata tensorového svalu. Názor, že poruchy pánevního dna jsou formou kýly, vedl k myšlence nahrazení defektů fascie různými typy auto-, alo – a xenograftů. Vývoj syntetických sítí, jako je transvaginální páska bez napětí (TVT) a nové chirurgické metody, jako je infrakokcigeální sakrokolpopexe, představují pokrok v léčbě poruch pánevního dna. Tyto metody mají potenciál zlepšit chirurgické výsledky a snížit komplikace spojené s léčbou prolapsu a inkontinence (Enache et al., 2019, s. 17).

Poruchy pánevního dna jsou běžné, nákladné a stresující. Důležité je si udržovat zdravý životní styl, který může předejít dysfunkcím pánevního dna nebo snížit jejich dopady. Zvýšením povědomí a nabídnutím preventivních opatření u žen můžeme minimalizovat rizika vzniku těchto onemocnění způsobených dysfunkcí pánevního dna (Aiyegbusi et al.,2023, s. 1-2).

2.3.1 Těhotenství jako rizikový faktor

V období těhotenství prochází ženské tělo mnoha změnami, aby mohlo dojít k umožnění vývoje plodu a přizpůsobení těla k usnadnění porodu přirozenou vaginální cestou. Tyto fyziologické, anatomické, biomechanické a hormonální změny mění strukturu a morfologii pánevního dna, načež mohou v budoucnu mít vliv na jeho správnou funkci. Jednou z hlavních změn je zvýšení pružnosti tkání (Juliato et al., 2020, s. 65). Těhotenství má blízkou spojitost s oslabením svalů a nervů v pánevní oblasti, což způsobuje posun pánevních orgánů a zvýšenou pohyblivost močového měchýře vlivem zvětšující se dělohy a může vést k poškození struktur pánevního dna. V pozdním těhotenství je zaznamenána vysoká prevalence prolapsu pánevních orgánů. Samotné těhotenství je považováno za rizikový faktor vzniku dysfunkce pánevního dna (Ren et al., 2020, s. 132). Během něj dochází k většímu zatížení a napínání svalů pánevního dna, které pomáhají nést rostoucí dělohu a při porodu podporují hlavičku plodu (Procházka a kolektiv, 2020, s. 73).

V těhotenství dochází ke zvýšení hladiny hormonu relaxinu v organismu, který v těle mimo jiné způsobuje relaxaci vazivové tkáně a vaginálního prostředí. Oproti tomu hormon progesteron uvolňovaný během těhotenství může dále ovlivňovat podporu pánevního dna a zvyšovat riziko problémů s močením (Bulbuli et al., 2021, s. 9). Zvýšením tělesné hmotnosti a velikosti dělohy dochází k vyššímu břišnímu tlaku, který zatěžuje struktury pánevního dna a zvyšuje riziko dysfunkce pánevního dna v budoucnosti. S přibýváním na váze souvisí posun těžiště těla, což má za následek progresivní lordózu, která zapříčiňuje zvýšený přenos síly na klouby a páteř. To může mít za následek výskyt v bolesti dolní části zad u žen (Juliato et al., 2020, s. 65). Gravidita souvisí se slabostí a dysfunkcí pánevního dna, jako je močová inkontinence, pokles pánevních orgánů a pánevní bolesti. Některé výzkumy naznačují, že zvýšený tlak na močový měchýř během těhotenství může vést k oslabení podpory močové trubice, což může vyústit v inkontinenci (Bozkurt et al., 2014, s. 453-454). Oslabení svalů pánevního dna může zasahovat i do oblasti sexuality, kde mohou ženu zásadně ovlivnit. Objevuje se v podobě dyspareunie neboli bolestivého pohlavního styku, který má za následek pokles sexuální touhy a spokojenosti v životě ženy (Bulbuli et al., 2021, s. 9).

Samotné těhotenství představuje jedno z hlavních rizik pro rozvoj těchto poruch. Z tohoto důvodu je velmi důležité předcházet a léčit poruchy pánevního dna během těhotenství a po porodu. Klinický terapeutický přístup k poruchám pánevního dna zahrnuje konzervativní a chirurgickou léčbu, která závisí na závažnosti stavu pacientky a jejích individuálních

preferencích. Konzervativní léčba zahrnuje doporučení ohledně životního stylu nebo cvičení svalů pánevního dna (PFMT) a další (Ren et al., 2020, s. 130,131).

2.3.2 Porod jako rizikový faktor

Vaginální porod spadá mezi nejčastější rizikové faktory pro výskyt dysfunkce pánevního dna (Urbanková et al., 2019, s. 1). Porod je přirozený fyziologický proces ženy, avšak má významný vliv na strukturu pánevního dna. V průběhu vaginálního porodu dochází k namáhání tkání pánevního dna, což vede k strukturálním a funkčním změnám (Gong et al., 2021, s. 40). Toto napětí může způsobit myogenní, neurogenní a pojivové poškození tkání, které se v mnoha případech dokáže obnovit do původního stavu během prvního roku po porodu. Nicméně existují i závažná poškození, postihující zhruba 5–20 % všech rodiček, která v pozdějších letech mohou přispět k poruchám pánevního dna (Stroeder et al., 2021, s. 401-402). Až 85 % žen zažije perineální trauma během porodu, přičemž kolem 10 % z nich utrpí ruptury hráze třetího a čtvrtého stupně (Abdelhakim et al., 2020, s. 1735).

Během porodu dochází k několikanásobnému prodloužení struktur pánevního dna, a to především m. levator ani, který v extrémních případech má za následek jednostrannou nebo oboustrannou avulzi v místě úponu jeho puborektální části. V lehčím měřítku může dojít i k poranění vazů, a to vezikovaginální nebo rektovaginální fascie. Při porodu vlivem tlaku hlavičky plodu dochází k extrémnímu natažení tkání, které způsobují ischemicko-traumatickou denervaci pánevního dna. Z dlouhodobého hlediska se projevuje jako atrofie postižených struktur. K jak velkému poranění za porodu plodu dojde je závislé na mnoha faktorech. Mezi nejvážnější důvody patří např. prodloužená druhá doba porodní, klešťový porod nebo poranění hráze třetího stupně. Dalším faktorem je věk rodičky při porodu prvního dítěte. Po 30. roku věku ženy dochází ke snížení pevnosti pojivových tkání, a ty jsou následně náchylnější ke vzniku poranění (Urbánková, 2017, s. 55).

Během vaginálního porodu může dojít k různým typům porodních poranění u mnoha žen. Mezi nejčastější patří zmíněné ruptury hráze, které mohou vzniknout na různých místech a s různým rozsahem. Tato poranění mohou postihnout poševní kanál, svalstvo pánevního dna nebo konečník (Kramná a Vrublová, 2016, s. 24). Kramná a Vrublová (2016) klasifikují ruptury hráze do čtyř stupňů, a to od nejnižšího 1. stupně, kde je postižena pouze vaginální sliznice nebo kůže hráze, po nejtěžší 4. stupeň, kde dochází k závažným rupturám análního svěrače, ovlivňující 1–4 % žen. Všechny stupně poranění mohou způsobit krátkodobé problémy a nepříjemnosti, jako jsou krvácení, bolest nebo infekce (Kramná a Vrublová, 2016, s. 24).

Ruptury hráze třetího a čtvrtého stupně jsou spojeny se zvyšujícím se rizikem komplikací, jako jsou infekce, poporodní dyspareunie, rektovaginální píštěle, prolaps pánevních orgánů a inkontinence, ať už moči, nebo stolice. Poškození perinea během porodu může mít vliv na fyzické i psychické pohodlí ženy (Abdelhakim et al., 2020, s. 1736).

Dalším zásahem do integrity ženy je nástřih hráze neboli epiziotomie, která představuje chirurgické zakročení provedené v oblasti perinea během druhé fáze porodní za účelem rozšíření pánevního vchodu a urychlení porodu plodu. Epiziotomie se provádí v situacích, kdy existuje riziko rozsáhlé ruptury hráze, dystokie ramen, použití kleští nebo VEXu a podobně. Prevalence epiziotomie se liší, přičemž se pohybuje od 8 % v Nizozemsku po 20 % ve Spojeném království a až 50 % ve Spojených státech. V západních zemích se uvádí, že míra epiziotomie je méně než 30 %, zatímco v zemích východní Asie přesahuje 70 %. Tento postup je běžný v asijských zemích kvůli krátké délce perinea a tendenci k prasknutí hráze (Abdollahpour et al., 2023, s. 2)

Dosavadní literatura uvádí, že jakékoliv poranění svalů pánevního dna při vaginálním porodu má roli v patogenezi dysfunkce pánevního dna. Během porodu je v oblasti pochvy pánevní dno extrémně natahováno, stlačováno a pohmožděno, což vede následně ke vzniku poranění (Bulbuli et al., 2021, s. 9). Vaginální porod je primárně enviromentálním faktorem v etiologii prolapsu pánevních orgánů, to je částečně způsobeno traumatem m. levator ani. Během samotného porodu v druhé době porodní dochází k natažení měkkých tkání v důsledku tlaku procházející hlavičky, které je znásobeno přitlačením matky. Jedná se o velikou sílu, kterou svaly jednoznačně snáší s těžkostí. V horších případech může dojít k poranění m. levator ani od inverzibilní hyperdistenze hiátu levatoru (mikrotrauma) až k avulzi (makrotrauma). Avulze svalu m. levator ani se vyznačuje úplným odchlípením m. puborectalis od jeho napojení na stydkou kost. Toto poranění souvisí s prolapsem pánevních orgánů a jeho relapsem i po chirurgické intervenci. Poranění levátoru má mnoho rizik, mimo jiné také hmotnost plodu při prvním porodu (Martinho et al., 2019, s. 685-686).

V období šestinedělí dochází k postupnému návratu tkání do původního stavu, avšak nikdy nedojde k úplné regeneraci. Následky porodu se odráží u všech vaginálně rodících žen během několika měsíců až let, a to v podobě dysfunkce pánevního dna jako je např. močová inkontinence, inkontinence stolice, sexuální diskomfort a sestup pánevních orgánů. Ženy, které během porodu utrpěly závažné poranění pánevního dna, mají vyšší pravděpodobnost rozvoje

stresové či urgentní inkontinence nebo sestupu pánevních orgánů. Tato onemocnění však urychluje nevhodný životní styl, stárnutí a menopauza (Urbánková, 2017, s. 55).

2.3.3 Menopauza jako rizikový faktor

Prevalence poruch pánevního dna se významně zvyšuje se stárnutím. Asi 10 % žen ve věku 20 až 39 let trpí alespoň jednou poruchou pánevního dna, zatímco u žen ve věku 80 let je to až 50 %. Snížená pevnost pojivových tkání může vést k výskytu těchto poruch v důsledku hormonálních změn, zejména k nedostatku estrogenu spojenému s postupujícím věkem a délkou postmenopauzálního stavu. V téže věkové skupině je výskyt poruch pánevního dna častější u žen, které porodily více dětí než u těch, které ne, což znovu podtrhuje význam porodnických traumat (Bozkurt et al., 2014, s. 453).

Přítomnost dysfunkce pánevního dna je u žen s přibývajícím věkem nepochybně běžná situace. Věk a menopauza jsou vzájemně propojeny a může být obtížné definovat jasnou etiologii vzniku dysfunkce pánevního dna společně se skutečností samotné estrogenní deprivace. Nedostatek estrogenu urychluje účinky stárnutí, které pramení z počátku embryologie. Vagina, dolní močové cesty a fibromuskulární pánevní dno mají stejný embryologický původ z urogenitálního sinu a všechny obsahují vysoce afinitní estrogenové a progesteronové receptory. Ty pak logicky mají schopnost reagovat na změny hormonálních hladin. Nízké hladiny estrogenu jsou dobře popsány na vulvě a v pochvě, kde dochází k devaskularizaci tkání a snížení kolagenogenezi (Johnston et al., 2019, s. 271). Existuje přímá souvislost mezi menopauzou a zvýšeným rizikem onemocnění dysfunkcí pánevního dna, které nemusí být závislé na věku nebo paritě. Vlivem hormonálních změn, k nimž dochází v období menopauzy, dochází k poklesu koncentrace estrogenu v organismu. Hypoestrogenní prostředí přispívá ke změnám ve složení a pevnosti kolagenu, což má neblahé účinky na pánevní orgány. Dochází ke změně koncentrace a kvality kolagenu, který je zapojen do rozvoje prolapsu pánevních orgánů. Organismus je závislý na expresi estrogenových receptorů. Estrogeny a estrogenové receptory modifikují geny, které kódují růstové faktory v extracelulárním matrixu. Estrogenové receptory lze nalézt mimo jiné v jádru buněk pojivové tkáně, v trigonu močového měchýře, ve sliznici pochvy, v buňkách hladkého svalstva, v m. levator ani a v uterosakrálních vazech (Weintraub et al., 2020, s. 9).

Komplexně menopauza negativně ovlivňuje pánevní dno a může vést k jeho dysfunkci ve spojitosti s celkovým stárnutím tkání. Ženy v období menopauzy se často setkávají s koitální dysfunkcí vlivem atrofických změn, které způsobují vaginální suchost a dyspareunii. Atrofické

změny v dolních močových cestách vedou k syndromu hyperaktivního močového měchýře projevujícímu se dysurií a rekurentní infekcí močových cest. Všechny tyto atrofické symptomy můžeme shrnout do stavu tzv. genitourinálního syndromu menopauzy. Poruchy pánevního dna jsou běžné u žen v každém věku života, ačkoliv přesné odhady výskytu a prevalence je těžké stanovit z důvodů širokých odlišností klinických definic těchto poruch (Johnston et al., 2019, s. 271–272).

2.3.4 Obezita jako rizikový faktor

Obezita je stav, kdy dochází k abnormálnímu nebo nadměrnému hromadění tuku v těle, které představuje velké zdravotní riziko. Body mass index (BMI) je skórovací systém používaný ke klasifikaci a definování hmotnosti. BMI nad 20 kg/m^2 je definováno jako nadváha a BMI nad 30 kg/m2 je už definováno jako obezita. Obezita spadá pod celosvětové civilizační onemocnění, jedná se o moderní epidemii a nese s sebou velké riziko pro zdraví. Lidé, kteří trpí obezitou, se často setkávají se symptomy onemocnění dolních močových cest a dysfunkci pánevního dna. Obecně má obezita dopad na kardiovaskulární, endokrinní a muskuloskeletální systém. V posledních letech přibývá důkazů o účincích obezity i na ženský urogenitální systém. Světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje, že celosvětový výskyt obezity se od roku 1975 téměř ztrojnásobil a že v roce 2016 trpělo pouze nadváhou více než 1,9 miliardy dospělých, přičemž výskyt v průběhu času neustále roste. To v kombinaci s prokázanou negativní korelací mezi obezitou a zdravím představuje významné výzvy ve zdravotnictví do budoucna. Když vezmeme v úvahu širší zdraví žen, dopad obezity je hluboký. Obezita zvyšuje riziko rakoviny prsu a endometria a může také narušit ženskou menstruaci, plodnost a reprodukci (Weintraub et al., 2020, s. 8).

Obezita přímo ovlivňuje příznaky dysfunkce pánevního dna, a to především v podobě prolapsu pánevních orgánů. Dochází ke chronickému zvýšení nitrobřišního tlaku, který způsobuje nadměrné namáhání pánevních struktur, včetně pudendálního nervu. S obezitou spojené komorbidity, jako je např. diametes melitus, přispívají ke špatným vlastnostem tkání prostřednictvím neuropatie (Weintraub et al., 2020, s. 8).

K diagnostice a léčbě těchto pacientů je nutný holistický přístup. Zřetelné porozumění funkcím pánevního dna a způsobu, jakým může být ovlivněno obezitou, je nutné k poskytování holistické péče těmto pacientkám. Multimodální přístup ke snížení hmotnosti by pomohl zlepšit příznaky a progresi dysfunkce pánevního dna. Pacientům s obezitou by i nadále měly být nabídnuty standardní možnosti léčby všech dysfunkcí pánevního dna a neměli by být nuceni

zhubnout jako nezbytný předpoklad před zahájením léčby. Měli by si však být také vědomi překážek, které jim nadváha přidává k péči, a podle toho by měla být řízena jejich očekávání (Chilaka et al., 2023, s. 1).

2.4 PROJEVY DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA

2.4.1 Močová inkontinence

Definice močové inkontinence je jakýkoliv nechtěný a samovolný únik moči. Klasifikace inkontinence dle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci dělí inkontinenci moči na: stresovou, urgentní, smíšenou, trvalou, noční, posturální, paradoxní, bezpocitovou, postkoitální a postprostatektomickou. Výskyt jednotlivých typů u pacientů závisí na věku pacienta a jeho pohlaví (Ryšánková, 2018, s. 276). Mezi nejčastější typy močové inkontinence se řadí stresová a urgentní inkontinence moči. Při stresové inkontinenci dochází k úniku moči v souvislosti s fyzickou námahou, zatímco u urgentní inkontinence moč uniká v souvislosti s naléhavou nutkavostí močit. Ženy, které trápí oba příznaky, trpí tzv. smíšenou inkontinencí moči (Aoki et al., 2017, s. 1-2). Stresová inkontinence postihuje až 50 % všech případů, urgentní zaujímá 30 % a 20 % spadá do příznaků smíšené inkontinence, spojené stresovým a urgentním únikem moči. Močová inkontinence postihuje v průběhu života až 50 % žen a nejčastěji v období menopauzy (Hořčička, 2019, s. 116).

Na příčině močové inkontinence se především podílí dysfunkce pánevního dna, porucha nervového řízení vyprazdňování a postižení místního prostředí v močovém měchýři (Aoki et. al., 2017, s. 2). U žen v pokročilém věku dochází k vyhasínání ovariální funkce, a to má za následek pokles hladiny estrogenů, jehož nedostatek v těle způsobuje atrofii tkání a ta přispívá ke vzniku močové inkontinence (Horčička, 2019, s. 116). Mezi další faktory řadíme genetické predispozice, multigravidu, obezitu, vyšší věk a další (Huvar, 2014, s. 152). Diagnostika onemocnění je komplexní a vyžaduje důkladný sběr anamnézy, fyzikální vyšetření, odborné gynekologické, urologické a neurologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření močových cest, cystoskopické vyšetření, urodynamické vyšetření, analýzu moči a posouzení kvality života ženy. Následná intervence může být konzervativní (úprava životního stylu, posilování svalů pánevního dna) nebo chirurgická (podpory močové trubice nebo zvýšení kapacity močového měchýře) (Aoki et al., 2017, s. 1).

Močová inkontinence se často vyskytuje u žen v době těhotenství. Postihuje až polovinu gravidních žen a více multigravidy než primigravidy. V tomto období se nejčastěji vyskytuje

stresová inkontinence. Důvodem jsou komplexní změny mechanické (tlak těhotné dělohy na močový měchýř a pánevní dno vlivem zvýšeného nitrobřišního tlaku), hormonální (relaxační účinek progesteronu na svaly, snížení epiteliální proliferace při snížení relaxinu v druhé polovině těhotenství) nebo strukturální (změny struktur a snížení kolagenu v tkáních). V České republice se v prvním trimestru objevuje močová inkontinence okolo 13–19 %, ve druhém trimestru zhruba kolem 19–20 % a ve třetím trimestru s nejvyšším výskytem okolo 18,6–60 % (Huvar, 2014, s. 152–153).

Močová inkontinence a prolaps pánevních orgánů u žen spolu úzce souvisí. Obě diagnózy jsou pro ženy obtěžující. Vyskytují se samostatně, nebo v kombinaci. Jejich léčba závisí na gynekologickém a urologickém vyšetření a jejich intervenční spolupráci (Ryšánková, 2016, s. 72-73). Močové inkontinenci není věnováno tolik pozornosti, kolik by si zasloužila. Mnoho žen se za své problémy stydí a bojí se o nich otevřeně mluvit a jistá část žen tento problém bagatelizuje. Tím se z něj stává vážný socioekonomický problém postihující řadu žen. Nejen vlivem lékařů, ale i jistou netrpělivostí pacientek, dochází spíše k chirurgickým intervencím namísto konzervativního postupu (Ryšánková, 2021, s. 63).

2.4.2 Sexuální dysfunkce

Světová zdravotnická organizace a světová asociace pro sexuální zdraví uvádí, že sexuální zdraví je stav fyzické, emocionální, duševní a sociální pohody v oblasti sexuality. Není to pouze nepřítomnost nemoci, slabosti či nefunkčnosti. Ženský sexuální cyklus má své fáze: touhu, vzrušení a vyvrcholení. Sexuální dysfunkce u ženy je popsána jako změna v odezvě jejího sexuálním cyklu, která se může projevit nedostatkem touhy, zhoršením vzrušení, neschopností dosáhnut orgasmu, přítomností dyspareunie nebo vaginismu (Bulbuli et. al., 2021, s. 8). Podle Mezinárodní klasifikace funkcí, postižení a zdraví zahrnuje sexuální funkce duševní a fyzické funkce související se sexuálním životem. Sexuální funkce ovlivňují kvalitu života ženy, při její dysfunkci může vést k zhoršení kulturních, fyzických, psychologických a sociálních aspektů. Ženská sexuální dysfunkce má vysokou prevalenci, pohybující se od 38 % do 85 % a souvisí s více faktory, jako je věk, obezita, parita, kontinence a genitální prolaps (Pasqualotto et al., 2022, s. 1592). Dalšími rizikovými faktory jsou těhotenství, porod, menopauza a proces stárnutí, spolu s gynekologickými stavy, jako je neplodnost, močová inkontinence a malignity. Výzkumné studie naznačují, že ženy trpící urogynekologickými problémy mají větší pravděpodobnost poruchy sexuální funkce ve srovnání s obecnou populací, která trpí různými problémy v oblasti pánevního dna, což má různorodý vliv na sexuální

aktivitu. Rozsah těchto problémů závisí na různých faktorech, jako jsou mezilidské vztahy, emocionální pohoda a psychologické faktory (Jha et al., 2019, s. 236).

2.4.3 Prolaps pánevních orgánů

Prolapsem pánevních orgánu (POP) popisujeme stavy, které u ženy vedou k poklesu rodidel. Může se vyskytovat izolovaně pouze v části pochvy (přední, střední nebo zadní), nebo kombinovaně ve více částech. Stále platná Baden-Walkerova klasifikace z roku 1972 se posuzuje podle úrovně hranice hymenu, která tvoří polovinu vzdálenosti mezi fyziologickým stavem a stavem kompletního descenzu rodidel. POP se dělí na pět stupňů od 0-4. Stupněm 0 označuje stav bez prolapsu - tzv. fyziologický. V 1. stupni dochází k poklesu do poloviny pochvy. U 3. stupně hovoříme už o poklesu mimo pochvu a při 4. stupni dochází ke kompletnímu descenzu (Ryšánková, 2016, s. 73).

Jedná se o velice časté reprodukční onemocnění žen snižující kvalitu jejich života. Ve Spojených státech amerických je tento problém třetí nejčastější indikací k hysterektomii. Každá žena má odhadované 12 % celoživotní riziko, že podstoupí operaci spojenou s prolapsem pánevních orgánů (Pudasaini et al., 2023, s. 86).

Mezi rizikové faktory POP patří zvyšující se věk, parita, anamnéza, vaginální porod, obezita, zácpa, postmenopauzální stav a poruchy pojivové tkáně (McLeod et al., 2023, s. 1). Z pohledu žen je prolaps pánevních orgánů popisován jako tlak v pánvi a pocit vaginálního vyboulení, které vyčnívá do pochvy nebo z ní a bývá často doprovázeno dalšími potížemi, jako je např. inkontinence moči, hyperaktivní močový měchýř, inkontinence stolice a jiné (Yang et al., 2022, s. 744). Ženy mohou pociťovat častější potřebu močení, samovolný únik moči nebo potíže s močením, stejně jako chronické neúplné vyprazdňování močového měchýře, což může mít za následek opakované infekce močových cest (McLeod et al., 2023, s. 1).

Prolaps je diagnostikován a stanoven fyzikálním vyšetřením maximálního sestupu vaginální tkáně (přední, zadní nebo střední) na základě Valsalvova manévru. Příznaky obvykle začínají, když boule dosahuje do 0,5 cm od poševního otvoru. Léčba zahrnuje konzervativní opatření nebo chirurgický zákrok. Konzervativní léčba může být zahájena v prostředí primární péče zahrnující úpravy životního stylu, fyzioterapie pánevního dna anebo použití alternativních metod. Chirurgická léčba zahrnuje intervence, suspenzi a obliterační procedury. Riziko recidivy po operaci je však 6–30 %, což může zahrnovat erozi prolabujících tkání, procidentia a méně běžně perforace pochvy s eviscerací (McLeod et al., 2023, s. 1) Vzhledem k mnohaletým zkušenostem s vysokou mírou recidiv po klasických operačních výkonech

řešících prolaps pánevních orgánů pokračují výzkumy v oblasti nových technik, které by mohly nahradit ty stávající, a zajistit tak dlouhodobý efekt s minimálním počtem komplikací (Urbánková, 2017, s. 55).

Prolaps pánevních orgánů je spojen s velkým emočním stresem. U starších žen je zvýšené riziko deprese, sociálního vyhýbání se, pádů a institucionalizace. I přes tyto dopady jedna třetina žen s dysfunkcí pánevního dna nevyhledá zdravotní péči. Mezi bariéry patří přesvědčení, že tyto poruchy jsou normální součástí stárnutí a nejsou k dispozici žádné účinné léčby (McLeod et al., 2023, s. 1).

2.4.4 Chronická pánevní bolest

Chronická pánevní bolest je komplexní a multifaktoriální stav, který je definován jako bolest v oblasti pánve trvající déle než 6 měsíců. Může se vyskytovat konstantě nebo přerušovaně, cyklicky nebo necyklicky a v různé síle. Jedná se o zdravotní problém postihující až 27 % žen na celém světě. Je spojováno s významným snížením socioekonomického statusu, úzkostí a depresemi (Hayashi et. al., 2023, s. 576). Bolest se může vyskytovat v oblasti kostěné stavby pánve, pánevních orgánů nebo svalů pánevního dna. Existuje mnoho typů pánevních bolestí. Po porodu se nejčastěji vyskytují v oblasti perinea vlivem ruptury hráze nebo epiziotomie, popřípadě obou, nebo dochází k bolesti z důvodu avulze m. levator ani. Bolesti pánevního dna poukazují na jeho nestabilitu. Objevuje se také bolest kostrče zapříčiněná porodem nebo syndrom přetrvávající vaginální bolesti, vyskytující se před porodem. Pravděpodobnost výskytu chronické pánevní bolesti v oblasti jizvy po epiziotomii a poruchy citlivosti v oblasti je 12,8 %. V sedě, při pohlavním styku a při močení ženy pociťují bolest výrazněji. Přítomny jsou i další nepříjemné faktory jako napětí, svědění a pálení. Dalším druhem bolesti je bolest pánevního pletence vyskytující se u 41 % žen po porodu a to u 33 % po císařském řezu a u 8,3 % žen po vaginálním porodu. Příčina bolesti pánevního pletence je nestabilita pánve a porucha funkce pánevních kloubů, kdy dochází k jejich uvolňování během těhotenství nebo porodu. Hlavními příčinami jsou kombinace více faktorů, jako např. hormonální změny, nerovnoměrné zatížení kloubů, oslabené pánevní dno, oslabený břišní lis, těžká fyzická námaha, sedavý způsob života, vícečetné těhotenství, obezita a tak dále (Hroncová, 2023, s. 214-215).

Až 50 % žen, které vyhledají fyzioterapeuta kvůli pánevní bolesti, trpí tzv. kokcygodynií. Jedná se o bolest v oblasti kostrče, která se podílí na úponu svalů, vazů a šlach a spolu s tuber ischiadicum poskytuje nosnou oporu v sedící poloze. Sedění s opřením vytváří

vysoký tlak na kostrč. Etiologií bolesti je nejčastěji vnitřní nebo vnější trauma např. z důvodu pádu nebo během porodu. Netraumatická kokcygodynie může být z důvodu degenerativního onemocnění, hypermobility nebo hypomobility sakrokokcygeálního kloubu, infekční etiologie a varianty morfologie kostrče (Hroncová, 2023, s. 214-215).

Existuje několik nechirurgických terapeutických intervencí v léčbě chronické pánevní bolesti. Důležitý je individuální přístup k pacientce vzhledem k široké multifaktoriální etiologii vzniku onemocnění. Nutné je stanovit konkrétní diagnózu a příčinu chronické pánevní bolesti a pak zahájit cílenou léčbu (Shi et al., 2022, s. 252).

2.4.5 Inkontinence stolice

Fekální inkontinence není samostatnou diagnózou, ale je definována jako nekontrolovaná ztráta rektálního obsahu (výkalů, plynů) přes anální otvor a neschopnost naplánovat vyprázdnění do vhodné doby a prostoru. Tato definice zahrnuje časový aspekt a věkovou složku vyžadující trvání problému po dobu nejméně jednoho měsíce a věku nejméně 4 let s předchozí kontrolou. Fekální inkontinence může být také klasifikována jako pasivní inkontinence (nekontrolované úniky bez vědomého povědomí), urgentní inkontinence (výtok navzdory aktivním snahám o uchování obsahu) a fekální prosakování (únik stolice při zachované normální kontinenci a evakuaci). Důsledky inkontinence, ať už fekální či močové, jsou významné na různých úrovních. Mohou zahrnovat sekundární zdravotní komplikace u jedinců, jako je poškození kůže, infekce močových cest, dekubitální vředy atd. Existují také značné přímé a nepřímé finanční náklady pro pacienty, zaměstnavatele a pojišťovny. Nejdůležitějším aspektem jsou však významné dopady na kvalitu života, které zahrnují snížené sebevědomí, stud, deprese a potřebu organizovat život kolem snadné dostupnosti koupelny a toalety (Saldana Ruiz et al., 2017, s. 20).

Těhotenství a narození dítěte souvisejí s různými poruchami pánevního dna. Jednou z nejzávažnějších z těchto poruch je fekální inkontinence, která může vzniknout po porodu a významně ovlivňovat život postižených. Několik studií naznačuje spojitost mezi poraněním análního svěrače při porodu a fekální inkontinencí. Problematika prolapsu pánevních orgánů, včetně rektokély a příznaků vaginálního vyklenutí, je častější u žen, které měly předchozí vaginální porod. Rektokéla spojená s obtížnou defekací má spojitost s poraněním perinea při porodu a obstrukcí při defekaci. Zjištění spojitosti mezi vaginálním porodem a poruchami pánevního dna jsou především založena na retrospektivních studiích sbírajících údaje. Několik prospektivních studií s účastí těhotných žen odhalilo, že příznaky fekální inkontinence a

neúplného vyprazdňování střev se mohou objevit během těhotenství a přetrvávat i po porodu. Některé studie dokonce naznačují spojitost mezi problémy s vyprazdňováním střev a análním inkontinencí během těhotenství a po porodu. Tyto poznatky naznačují, že fekální inkontinence a ovlivnění funkce defekace během těhotenství mohou přispět k rozvoji střevní inkontinence v období po porodu (Jansson et al., 2023, s. 1035).

Mezi zkoumanými ženami, které již prodělaly vaginální porod, došlo k významnému nárůstu rizika fekální inkontinence ve třetím trimestru těhotenství. U žen, které podstoupily císařský řez, bylo pozorováno podobné zvýšení rizika těchto symptomatických projevů v těhotenství, a to i po porodu. Fekální inkontinence během těhotenství, obstrukční defekace v průběhu těhotenství a obstrukční defekace 1 rok po porodu byly spojeny s vyšším rizikem fekální inkontinence 1 rok po porodu (Jansson et al., 2023, s. 1040).

Fekální inkontinence není samostatnou diagnózou, ale častým a obtěžujícím symptomem, který vzniká jako výsledek různých příčin spojených s konečným úsekem trávicího systému. Tento stav neovlivňuje pouze pacientovo sebevědomí a kvalitu života, ale může způsobit i významné sekundární komplikace, invaliditu a zvýšené náklady na léčbu. Léčba fekální inkontinence je náročná, a to zejména kvůli absenci univerzálního léku. Je třeba přistupovat k léčbě individuálně a často kombinovat různé metody. Několik nových technologií již bylo vyvinuto a bude nezbytné definovat jejich konkrétní role. Kontinence představuje základní očekávání a klíčový prvek pro zachování kvality života. Vyjadřuje důvěru v existenci adekvátního vnímání a kontrolního mechanismu odchodu stolice a moči, což umožňuje vědomý výběr správného načasování, místa a soukromí pro vyprazdňování. Kontinence vychází z vyvážené interakce mezi komplexem análního svěrače, konzistencí stolice, funkcí rektálního rezervoáru a neurologickou funkcí. Patologické procesy nebo strukturální anomálie ovlivňující tyto složky mohou vést ke klinickým projevům fekální inkontinence (Saldana Ruiz et al., 2017, s. 20).

Léčba fekální inkontinence je často náročná a musí být individuálně přizpůsobena specifickým okolnostem. Omezení spočívají v nedostatečných znalostech o fyziologii a patofyziologii anorektální kontinence a v absenci standardizovaných definic a měřicích nástrojů pro kvantifikaci stupně inkontinence. Fekální inkontinence představuje konečný, avšak běžný symptom různých stavů a je zvláště výrazná u žen v důsledku vlivu těhotenství a porodu. Rozpoznání, diagnostika a léčba tohoto stavu jsou nadále výzvou, neboť funkční aspekty nejsou přísně korelovány s morfologickými nálezy. Neexistuje jediná terapeutická metoda, která by

mohla zajistit dokonalé výsledky. Je pravděpodobné, že úspěšná léčba bude vyžadovat kombinaci různých přístupů (Saldana Ruiz et al., 2017, s. 20).

Rozvoj léčebných postupů, například podle doporučení Americké společnosti kolorektální chirurgie (ASCRS), by měl být založen na závažnosti inkontinence a na anatomických a funkčních nálezech. I když jsou některé aspekty nezpochybnitelné, existuje prostor pro rozšíření našich znalostí o všech pojetích kontroly stolice. Je vysoce žádoucí plánovat a dobře provádět náhodné multicentrické klinické studie, které by zkoumaly různé parametry diagnostiky a kombinované léčby v standardizovaném a vědecky ověřeném formátu (Saldana Ruiz et al., 2017, s. 20).

2.5 PREVENCE DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA

Během posledních desetiletí došlo k aktivnímu rozvoji metod léčby dysfunkce pánevního dna. I přes to, že chirurgie je stále považována za nejúčinnější metodu, rostoucí frekvence budoucího opakování operací vedla ke zvýšenému zájmu o konzervativní přístupy, zejména v prevenci a léčbě mírných forem dysfunkce pánevního dna. Jeden z nejslibnějších přístupů a prevencí je posilování svalů pánevního dna. Trénink svalů pánevního dna by měl být podporován u všech žen, včetně těhotných, protože může předejít vzniku příznaků dysfunkce pánevního dna (Okeahialam et al., 2022, s. 2).

Zlepšení strategií prevence a zvládání dysfunkce pánevního dna v komunitě a primární péči by potenciálně mohlo snížit počet žen, u kterých by se v budoucnu mohla objevit dysfunkce pánevního dna vyžadující invazivní chirurgické zákroky. Komunitní služby by se měly skládat ze zkušených zdravotníků, a především z fyzioterapeutů. Důležité zdroje, jako je Public Health England a NICE, by měly být využívány zdravotnickými odborníky, aby podpořily ženy při dodržování či změně životního stylu. Tyto zdroje zahrnují návody k pravidelné fyzické aktivitě, hubnutí, stravování a odvykání kouření (Okeahialam et al., 2022, s. 2).

2.5.1 Prevence dysfunkce pánevního dna v souvislosti s těhotenstvím a porodem

Preventivní opatření proti vzniku dysfunkce pánevního dna lze zařadit i během těhotenství v souvislosti s předporodní přípravou. Jejich zásluhou je možno do určité míry předejít některým rizikovým faktorům, které se mohou podílet na zvýšeném riziku výskytu porodního poranění během porodu, které má za následek vznik dysfunkce pánevního dna.

K nejznámějším metodám patří posilování svalů pánevního dna, masáž hráze před porodem, pomůcky k procvičování pánevního dna před porodem a mnoho dalších (Procházka a kolektiv, 2020, s. 442).

Posilování svalů pánevního dna

Jedním z nejčastějších a nejslibnějších způsobů konzervativní prevence vzniku problémů pánevního dna spojených s dysfunkcí je trénink svalů pánevního dna. Toto posilování se zaměřuje na svaly pánevního dna a jejich cvičením se snaží udržet jejich funkci, a tím minimalizovat vznik dysfunkce pánevního dna nebo jeho symptomy. Existuje mnoho různých technik tréninku svalů pánevního dna od jednoduchých krátkodobých svalových kontrakcí až po složitější high-tech metody, jako je elektromyostimulace nebo biofeedback. Cílem těchto intervencí je zvýšit sílu kontrakcí, vytrvalost a schopnost uvolnit svaly pánevního dna, čímž se minimalizují příznaky vzniku dysfunkce (Samsonova et al., 2023, s. 40-43).

Široká nabídka cviků a pomůcek pro trénink svalů pánevního dna může však někdy mít spíše negativní dopady. Nesprávná technika může zhoršit symptomy dysfunkce a způsobit komplikace. Programy pro trénink svalů pánevního dna by měly být pod dohledem fyzioterapeuta nebo jiného zdravotnického pracovníka s odpovídajícími odbornými znalostmi v oblasti tréninku svalů pánevního dna. Důležitá je v tomto ohledu komunikace a podrobná konzultace se zdravotnickými pracovníky, kteří mohou poskytnout správné rady a docílit tím zlepšení kvality tréninku svalů pánevního dna. Kontrola kvality cvičení se může provádět různými způsoby, například pomocí palpace a vizuální kontroly nebo transperineálním ultrazvukem (Samsonova et al., 2023, s. 40-43). Avšak pokud žena cvičí bez dozoru, může čerpat informace ze zdrojů, jako jsou např. edukační letáky, videa, sociální média, online validní zdroje nebo mobilní aplikace (Okeahialam et al., 2022, s. 3).

Existují různé způsoby, pomocí kterých se dá docílit stabilizace hlubokých svalů pánevního dna. Vždy by se mělo jednat o individuální cvičení přizpůsobené potřebám a možnostem ženy. Musí se dobře naplánovat nejen nejvhodnější cvičení, ale také jejich frekvence a zátěž. Stabilizační cvičení jsou komplexní. Zahrnují brániční dýchání, aktivizaci m. transversus abdominis a aktivizaci svalů pánevního dna. Jsou realizovatelné v různých polohách a podílejí se na práci s horními i dolními končetinami. Efekt se dostavuje zhruba po měsíci pravidelného a poctivého cvičení. Doporučená délka cvičení jsou 3 měsíce. Pro ženy po porodu, u kterých se vyskytuje poporodní poranění, bolesti pánevního pletence, bolesti kostrče, nebo vulvodýnie je vhodné zahájení komplexní fyzioterapie zahrnující manuální techniky,

behaviorální techniky, uvolňování hypertonických a zkrácených svalů a posílení hypotonických svalů. Těmito technikami a postupy je možno pozitivně ovlivnit širokou škálu bolestí a souvisejících dysfunkcí pánevního dna a trupu (Hroncová, 2023, s. 214-219).

Jedním ze známých cvičení jsou Kegelovy cviky představující léčebnou metodu poruch pánevního dna vytvořenou Dr. Kegelem. Jedná se o opakující se sadu cvičení, která posilují svaly pánevního dna a okolní svalovou tkáň. S rozvojem léčby poruch pánevního dna se přístup posunul od jednoduchých stahů svalů k strukturovanému programu s různou intenzitou a časovým rozvrhem. Tento program zahrnuje teoretické vzdělání, průvodcovský program a individuální cvičení doma. Teoretická část zahrnuje pochopení anatomie a funkce pánevního dna a význam posilování svalů pánevního dna v prevenci a léčbě dysfunkce pánevního dna. Průvodcovský program může být individuální nebo skupinový a pomáhá ženám s prováděním správných cvičení. Individuální cvičení doma zahrnuje opakované provádění maximálního stažení svalů pánevního dna podle individuálního plánu. Doba trvání cvičení se pohybuje od 6 týdnů do 6 měsíců a může vést ke snížení oblasti hiátu m. levator ani, což pomáhá při prevenci poruch pánevního dna. Cvičení také může vést ke změnám morfologie svalů pánevního dna, což pozitivně ovlivňuje jeho funkci. Studie naznačují, že prenatální posilování svalů pánevního dna může zlepšit svalovou kontrolu a mít příznivý vliv na průběh porodu u prvorodiček. Posilování svalů pánevního dna je cvičení zaměřené na posílení svalů pánevního dna, které se skládá z opakovaných kontrakcí těchto svalů po dobu více než 3 sekund, prováděné opakovaně každých 10–15 minut až 2–3krát denně. Pravidelné provádění může ženám pomoci zvýšit podporu pánevního dna (Ren et al., 2020, s. 130, 131, 133).

Během těhotenství může cvičení svalů pánevního dna předcházet vzniku problémů s pánevním dnem v pozdějších fázích těhotenství, zatímco po porodu a v raném období po něm může zlepšit symptomy těchto problémů. Cvičení svalů pánevního dna poskytuje ochranu pánevního dna a není spojeno s žádnými známými škodlivými účinky. Avšak propagace cvičení mezi těhotnými ženami a ženami po porodu je stále nedostatečná a jeho pozitivní účinky mohou být oslabeny, pokud ženy nevytrvávají v pravidelném cvičení dlouhodobě (Ren et al., 2020, s. 130, 131, 133).

Mezi prevenci dysfunkce pánevního dna patří tříměsíční programy zaměřené na svalový trénink pod školeným dohledem. Docházet na něj mohou ženy od 20. týdne těhotenství, které mají problém s funkcí pánevního dna a také ženy v rámci poporodní péče, které prodělaly něco z následujících rizikových faktorů během porodu: operační vaginální porod (klešťový porod

nebo VEX), porod plodu obličejovou polohou nebo poranění análního svěrače. Tyto ženy mohou trpět stresovou nebo smíšenou inkontinencí moči, prvním stupněm prolapsu pánevních orgánů nebo fekální inkontinencí (Okeahialam et al., 2022, s. 3). Speciální technikou tréninku svalů pánevního dna je biofeedback, který detekuje aktivitu svalů pomocí vaginálního senzoru a vizualizuje ji, což umožňuje přesnější posouzení správnosti a síly kontrakcí. Biofeedback podle studií usnadňuje trénink svalů pánevního dna a zvyšuje adherence k terapii (Samsonova et al., 2023, s. 40-43).

Masáž hráze

Masáž hráze slouží jako příprava k porodu. Jedná se o celkem známou techniku, která zvyšuje pružnost svalů perinea s cílem minimalizovat riziko poranění při porodu, zatímco dochází k napínání hráze vlivem tlaku prostupující hlavičky. Těhotná žena si může provádět masáž sama z pohodlí domova nebo s pomocí partnera, záleží na osobní preferenci ženy. Vždy je však nutné mít důkladně umyté ruce a upravené nehty. Masáž se dělá v polosedě se zaujatou gynekologickou polohou. Provádí se od 35. týdne těhotenství prostřednictvím různých olejů, například olivového nebo mandlového. Prsty se vloží do poševního introitu a provádí se pohyb do tvaru písmene U ke konečníku, přes dno a vzhůru po stranách hráze (Procházka a kolektiv, 2020, s. 443). Prsty se pohybují od čísla 3 k číslu 9 na imaginárním ciferníku. Masáž je možné provádět jednou denně, nejlépe každý den (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 196).

Ženám se doporučuje tuto techniku používat, pokud pro ně není nepříjemná a pokud jsou schopny ji provádět s dodržováním základních pravidel, aby se zabránilo riziku zanesení infekce a poranění hráze či sliznice v pochvě. Intenzita pocitu při masáži spočívá v silném a palčivém tlaku na hrázi způsobeném jejím roztahováním a tento pocit lze přirovnat k prořezávání hlavičky (Procházka a kolektiv, 2020, s. 443).

Abdelhakim a jeho spolupracovníci provedli v roce 2019 výzkum s náhodným výběrem, který zkoumal účinek masáže hráze v souvislosti se snížením perineálních traumat. Studie zahrnovala 3467 pacientek. Ženy, které v rámci předporodní přípravy praktikovaly masáž hráze, prokázaly významně nižší výskyt episiotomií a perineálních trhlin třetího a čtvrtého stupně. Dále bylo zjištěno, že masáž hráze výrazně zkracuje druhou fázi porodu, snižuje bolesti po porodu a podporuje hojení perineálních ran. Pozorováno bylo také zlepšení Apgar skóre u novorozenců v první a páté minutě po porodu, což bylo přičítáno vlivu kratší doby trvání druhé fáze porodu s plynulejším průběhem a nižším rizikem hypoxie plodu (Abdelhakim et al., 2020, s. 1736, 1737, 1741).

Avšak Bohatá a Dostálek (2016) ve své výzkumné studii uvádějí, že při masáži hráze nebyl statisticky významný účinek na prevenci poranění hráze (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 192).

Pomůcky k procvičování pánevního dna

Aniball je jedna z praktických pomůcek využívaných v předporodní přípravě pánevního dna (Procházka a kolektiv, 2020, s. 443). Jedná se o vaginální dilatační balónek, který je využíván jako přírodní metoda při přípravě na porod. Aniball je český výrobek představený v roce 2014 a je inspirován africkým porodnictvím, tzv. tykví neboli kalabasou, ve kterém se používá pro posilování pánevního dna (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 196).

Bohatá a Dostálek (2016) ve své výzkumné studii došli k závěru, že využití vaginálního dilatačního balonku během těhotenství přináší rodičce jasnou výhodu v prevenci poranění hráze při porodu. Využívání vaginálních dilatačních balonků před porodem významně zvýšilo počet žen, které porodily s neporušenou hrází ve srovnání s kontrolní skupinou. Zároveň snižuje šanci na potřebu vaginálního operačního zákroku (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 192).

Tvar Aniballu je anatomicky přizpůsobený pochvě, funguje jako nafukovací balonek složený z lékařského silikonu s ruční pumpičkou. Žena nafukuje balonek do té doby, dokud jí to není nepřijemné. Žena si tím uvědomuje své pánevní dno, učí se ho relaxovat, nebo naopak aktivovat společně se správným dýcháním. V předporodní přípravě slouží k nácviku uvolnění pánevního dna s hlukokým nádechem a výdechem, avšak řízeně netlačí, aby nedošlo k poškození struktur pánevního dna. Aniball imituje hlavičku v pochvě a tím pomáhá ženě pochopit, jak vypadá pocit na tlačení. Tímto nácvikem jsou ženy sebevědomější při porodu, nejsou vysrašeny novými pocity a jsou schopny reagovat adekvátně, uvolnit pánevní dno, tlačit a správně dýchat. Z těchto důvodů je vhodné Aniball využívat od 37. týdne těhotenství až do porodu 10-30 minut denně (Procházka a kolektiv, 2020, s. 443).

Pravidelný a šetrný trénink může zvýšit flexibilitu tkání, což může vést k usnadnění druhé fáze porodu a snížení rizika samovolného poranění nebo potřeby nástřihu hráze. Možnost využívání pomůcek pro posílení svalů pánevního dna je omezena zdravotním stavem těhotné ženy. Pro posouzení vhodnosti cvičení a zvážení všech kontraindikací by měla žena používání pomůcky konzultovat s porodní asistentkou nebo lékařem (Procházka a kolektiv, 2020, s. 443).

Dalším obdobným výrobkem je EPI-NO, německý výrobek dostupný na trhu od roku 1999. EPI-NO se skládá ze silikonového balonku ve tvaru osmičky a ruční pumpy. Po zavedení

do pochvy se posiluje pánevní dno stahováním a uvolňováním svalů. Poté žena balonek nafoukne a nechá ho působit v pochvě. Cílem je dosáhnout dilatace balonku na hodnotu 8-10 cm v průměru (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 196).

Čaj z maliníku a lněného semínka

Přírodní metody, jako je čaj z maliníku a lněné semínko, mohou být použity k podpoře procesu porodu. Maliník stimuluje kontrakce hladkého svalstva a má potenciál zkrátit délku porodu. Po porodu čaj pomáhá se zavinováním dělohy a podporuje laktaci. Lněné semínko relaxuje hladkou svalovinu a přispívá k rozšíření děložního hrdla. Díky svému obsahu fytoestrogenů se také doporučuje k podpoře laktace. Je doporučeno užívat jej několikrát denně od druhé poloviny těhotenství, buď ve formě odvaru, nebo přidáním celých semínek do jogurtu. Maximální denní dávka by neměla přesáhnout tři lžičky (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 196).

Bohatá a Dostálek (2016) však ve své výzkumné studii došli k závěru, že při užívání čaje z maliníku nebo lněného semínka nebyl statisticky významný účinek na prevenci poranění hráze (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 192).

2.5.2 Prevence dysfunkce pánevního dna bez souvislosti s těhotenstvím a porodem

Preventivní a nechirurgické strategie mohou snížit počet žen, u kterých se rozvinou závažné příznaky vyžadující invazivní léčbu. Pacienti se mohou zdráhat diskutovat o dysfunkcích pánevního dna kvůli rozpakům. Zvýšené uvědomění a pochopení podmínek mezi nimi mohou pomoci lékaři povzbudit preventivní přístup a podporu žen s příznaky k vyhledání pomoci. Zdravotníci by měli zvážit diskusi o dysfunkcích pánevního dna se ženami ve službách primární a střední péče, pečovatelských domech, komunitních podporovaných bydlení a poporodních schůzkách (Okeahialam et al., 2022, s. 1-4).

Zlepšení strategií k prevenci a správě dysfunkce pánevního dna v komunitě a v primární péči by mohlo potenciálně snížit počet žen, které budou v případě potřeby vyžadovat invazivní chirurgické zákroky. Komunitní služby mohou zahrnovat fyzioterapeuty, členy týmu specializujícího se na močový měchýř a střeva a poradce pro inkontinenci. Relevantní zdroje z Public Health England a NICE by měly být využívány zdravotníky a měly by být přidruženy profesionály k podpoře žen ve změně životního stylu. Tyto zdroje doporučují zahrnutí fyzické aktivity (např. doporučení hlavního lékaře Spojeného království k fyzické aktivitě), snížení hmotnosti (doporučení NICE pro řešení obezity a případně doporučení NICE), změnu

stravování (například doporučení Public Health England Eatwell) a odvykání kouření (např. doporučení NICE o intervencích a službách pro ukončení kouření). Trénink pánevního dna by měl být podporován u všech těhotných, protože předchází vývoji symptomů dysfunkce pánevního dna, avšak pravidelnost cvičení je klíčem k dlouhodobé efektivitě. Ženy mohou vyhledat pokyny a podporu na webových stránkách NHS (Okeahialam et al., 2022, s. 1-4).

Správné držení těla a prevence pánevních problémů

Správné držení těla je rovněž důležité v životě každé ženy. Zahrnuje správné rozložení síly a vyhýbání se nadměrnému tlaku. Aplikací viscerální terapie, cvičením pánevního dna a posilováním stability svalů s hlubokým stabilizačním systémem vede ke správnému držení a postoje těla (Wojcik et al., 2022, s. 1024). Komplexním tréninkovým programem nazvaným celkový trénink, který zahrnuje cvičení pánevního dna, posilování, vytrvalostní cvičení, koordinaci, flexibilitu a stabilitu trupu, pánevní oblasti a končetin vede ke správnému držení těla. Důkazy naznačují, že správné dýchání a držení těla jsou klíčové pro prevenci poruch pánevního dna a problémů s muskuloskeletálním systémem. Studie také ukázaly, že komplexní cvičební programy mohou zlepšit funkci pánevního dna a snížit výskyt močové inkontinence (Sun et al., 2023, s. 134).

Svalová stabilita trupu je integrací dvou klíčových prvků: pasivní části, kterou tvoří páteř a aktivními složkami jako jsou zádové a trupové svaly a jejich nervové zásobení. Tato kombinace umožňuje udržování bezpečného rozsahu pohybu páteře během každodenních aktivit. Hluboký stabilizační systém ovládá polohu a pohyb pánve skrze trup, což přispívá k optimální efektivitě pohybu a přenosu a kontrole síly a pohybu do končetin během sportovních aktivit (Sun et al., 2023, s. 134).

Zdravý životní styl

Zdravý životní styl představuje především správnou stravu, jako je konzumace dostatku vlákniny, vitamínů, tekutin a pravidelnou fyzickou aktivitu. Toto jsou prostředky, které mohou pomoci předcházet a léčit příznaky dysfunkce pánevního dna (Wojcik et al., 2022, s. 1018). Běžné nezdravé životní styly, jako je kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nevhodné stravovací návyky a nedostatečná fyzická aktivita, jsou spojeny s vyšší morbiditou a úmrtností dospělých ve středním a vyšším věku. Doporučení od orgánů veřejného zdraví týkající se těchto chování slouží k prevenci celkových zdravotních problémů (Robb et al., 2023, s. 2). Někdy je důležité podstoupit změny v životním stylu zahrnující provedení intervencí zaměřených na

řešení souvisejících zdravotních problémů, například podporu zdravé stravy, pravidelné fyzické aktivity a odvykání od kouření. Tyto úpravy životního stylu mohou být využity k prevenci a léčbě dysfunkcí pánevního dna u žen, buď samostatně, nebo ve spojení s jinými terapeutickými přístupy (Dumoulin et al., 2019, s. 259).

Jedním z důležitých aspektů zdravého životního stylu je zabránit nadváze a obezitě. Zdravým životním stylem, popřípadě úpravou životního stylu a stravovacích návyků, můžeme snížit riziko nadváhy. Obezita a nadváha zvyšují tlak na svaly pánevního dna, které jsou tímto více zatěžovány. Obdobně se tak děje u zácpy nebo chronického kašle. Komplexně je vhodné preventivně se vyvarovat nadměrnému zatěžování pánevního dna. Také je vhodné se při činnostech, jako je zdvihání těžkých předmětů, vyhnout Valsalvovu manévru, abychom minimalizovali riziko poškození svalů pánevního dna (Sun et al., 2023, s. 135).

Cvičení a jeho vliv na funkci pánevního dno spadá mezi jedno z kontroverzních témat. Mírné a intenzivní cvičení může pozitivně ovlivnit zdraví a celkovou fyzickou funkci, což zahrnuje úbytek hmotnosti a zlepšení svalové síly. To může snížit riziko urinární inkontinence a prolapsu pánevních orgánů. Existují však některé obavy o možných negativních účincích cvičení na ženské pánevní dno, zejména při aktivitách s vysokou intenzitou (Menezes et al., 2022, s. 965). Avšak fyzická aktivita má celkově mnoho zdravotních výhod a je prospěšná pro zdraví. Ženy by měly být podporovány k účasti na těchto aktivitách, ať už jsou mírné či středně náročné. Mírná nebo středně náročná aktivita může pozitivně ovlivnit pánevní dno, například chůze, která je spojena s nižším výskytem močové inkontinence. Některé ženy však mohou zažívat únik moči při vyšší intenzitě cvičení. Povzbuzování žen k tomu, aby začaly a pokračovaly v dlouhodobém tréninku svalů pánevního dna, může pomoci předcházet příznakům dysfunkce pánevního dna nebo je dokonce léčit (Aiyegbusi et al., 2023, s. 1-2).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Metodika

Znění hlavního cíle: Hlavním cílem kvantitativní studie v praktické části diplomové práce bylo zjistit informovanost, zkušenosti a postoje žen v problematice prevence dysfunkce pánevního dna u zkoumaného souboru žen.

Formulace dílčích cílů:

1. Zjistit, zda se ženy zajímají o své pánevní dno.
2. Zjistit, zda se ženy potýkají s určitými druhy poruch pánevního dna.
3. Zjistit, jaké metody používají ženy ke zmírnění potíží v souvislosti s dysfunkcí pánevního dna.

Design výzkumné studie

Ke zkoumání byl uplatněn kvantitativní přístup, konkrétně observační deskriptivní výzkumný design.

Zkoumaný soubor

Do výzkumné studie byl zahrnut cílený výběr respondentek, přičemž byla zvolena skupina žen, jejichž vztah nezávisel na těhotenství a porodech. Tímto způsobem se zajistilo, že účastnice studie představovaly různorodou škálu sociodemografických profilů. Celkem se do průzkumu zapojilo 402 žen, které aktivně vyjádřily souhlas s účastí na základě pečlivě zpracovaných informací o průběhu studie. Každý z těchto 402 dotazníků byl následně pečlivě analyzován a vyhodnocen, aby poskytl komplexní pohled na zkoumanou problematiku.

Kritéria pro zařazení do studie:

- pouze ženy
- dobrovolné zapojení do výzkumné studie
- souhlas s účastí na výzkumné části

Vylučující kritéria:

- muži
- dívky pod 18 let

Uplatněná výzkumná metoda a nástroj ke sběru dat

Název metody: dotazování

Nástroj ke sběru dat: nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce

Popis a tvorba nástroje ke sběru dat

V rámci metody dotazování byl využit formulář s dotazníkem. Při tvorbě dotazníku bylo čerpáno z elektronické knižní publikace: (Chráska, 2016) Nástroj ke sběru dat obsahoval čtyři oblasti. První dvě otázky jsou zaměřené na věk a vzdělání, čímž byl zjišťován demografický status žen. První oblast (otázky č. 3., 4., 5., 6.) byla vytvořena za účelem získání informací o povědomí a informovanosti žen o ženském pánevním dně a jeho dysfunkci. Druhá oblast (otázky č. 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 16.) byla zaměřená na získání informací, zda se ženy potýkají s dysfunkcí pánevního dna a jestli byly během života vystaveny nějakému rizikovému faktoru souvisejícímu se vznikem dysfunkce pánevního dna. Třetí oblast (otázky č. 17., 18., 19., 20.) byla zaměřena na získání dat ohledně prevence dysfunkce pánevního dna u žen v období těhotenství a porodu. Poslední čtvrtá sada otázek (otázky č. 21., 22., 23., 24., 25., 26., 27.) se soustředila na oblast prevence dysfunkce pánevního dna nezávisle na těhotenství a porodu, což souvisí se získáním informací ohledně zdravého a nezdravého životní stylu žen.

Ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor

V letošním roce, v lednu 2024, proběhlo ověření nástroje ke sběru dat. Dotazník byl vyplněn 10 ženami, které splňovaly zařazující a vylučující kritéria. Respondentky měly možnost dotazník vyplnit a vyjádřit se k němu pomocí tabulky viz níže. Při zpětném ověřování využitelnosti nástroje ke sběru dat (nestandardizovaný dotazník) se přišlo na to, že čas pro vyplnění dotazníku byl respondentky akceptovatelný. Respondentky nerozuměly otázce č. 12. a z toho důvodu tato otázka byla poupravena a za odborné názvy byly přidány vysvětlivky názorně popisující význam slov. Podstatné body ve formuláři nechyběly žádné respondentce. V otázce č. 14. chyběla jedna z nabízených variant, která byla doplněna jako možnost c) nevím. Respondentky rozuměly způsobu dotazování na 100 %, stejně tak jim vyhovovala na 100% grafická stránka dotazníku.

Otázky	**Odpovědi**	**Počet odpovědí (%)**
1. Kolik času jste potřebovaly k vyplnění dotazníku?	Do 10 min	50 %
	Do 15 min	50 %
	Více jak 15 min	
2. Bylo pro Vás zaměření otázek akceptovatelné?	Ano	100 %
	Ne	
	Jiná odpověď:	
3. Byly pro Vás otázky srozumitelné?	Ano	83,33 %
	Ne (otázka č. 12)	16,66 %
	Jiná odpovčď:	
4. Chyběly podle Vás ve formuláři podstatné body?	Ano	
	Ne	100%
	Jiná odpovčď:	
5. Chyběly důležité varianty nabízených odpovědí'?	Ano	83,33 %
	Ne (otázce č. 14)	16,66 %
	Jiná odpověď:	
6. Rozuměli jste způsobu vyplňování dotazníku?	Ano	100%
	Ne	
	Jiná odpověď:	
7. Vyhovovala Vám grafická stránka dotazníku'?	Ano	100%
	Ne	
	Jiná odpověď:	

Organizace a lokace sběru dat

Organizace a lokace sběru dat byla pečlivě naplánována s ohledem na cílovou skupinu a efektivní dosažení respondentky. Dotazník byl vytvořen a konstruován pomocí webové platformy Survio.com, což umožnilo snadnou správu a distribuci dotazníků. Distribuce samotných dotazníků byla realizována prostřednictvím umístění odkazu na internet, který byl následně zaslán e-mailem různým ženám z různých věkových kategorií v blízkém okolí. Tato skupina zahrnovala ženy z pracovního a studijního prostředí, konkrétně zaměstnankyně Nemocnice Šumperk, včetně zdravotních sester a porodních asistentek, stejně jako bývalé studentky programu porodní asistentka a současné studentky dálkového studia učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Kromě toho byl dotazník zveřejněn na mém osobním profilu na sociální síti Facebook a sdílen na sociální platformě Instagram, což poskytlo další možnost pro získání respondentů. Sběr dat probíhal poměrně rychle během ledna a února roku 2024, čímž bylo dosaženo dostatečného počtu odpovědí v relativně krátkém časovém úseku. Tento přístup k organizaci a distribuci sběru dat zajistil rozmanitost respondentů a přispěl k celkové reprezentativnosti vzorku pro následnou analýzu a interpretaci výsledků výzkumu.

Postupy zpracování dat

Získaná data z webové stránky Survio.com potřebná pro výzkumnou studii byla převedena a upravena v programu Microsoft Excel a nakódována. Následně byla data statisticky zpracována v programu IBM SPSS pod odborným dohledem statistika. Byly zjištěny absolutní a relativní četnosti, průměr, medián, minimum, maximum a hodnota šikmosti. Data byla dále graficky zpracována pomocí grafů.

Formulace hypotéz

$H1_0$: Ženy po porodu nemají statisticky významně vyšší riziko vzniku poruch pánevního dna.

$H1_1$: Ženy po porodu mají statisticky významně vyšší riziko vzniku poruch pánevního dna.

$H2_0$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně nezávisí na věku žen.

$H2_1$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně závisí na věku žen.

$H3_0$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně nezávisí na vzdělání žen.

$H3_1$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně závisí na vzdělání žen.

$H4_0$: Mezi zdravým životním stylem žen a výskytem poruch pánevního dna není statisticky významný vztah.

$H4_1$: Mezi zdravým životním stylem žen a výskytem poruch pánevního dna je statisticky významný vztah.

$H5_0$: Ženy, které během těhotenství používaly některou z metod prevence poruch pánevního dna, nemají nižší četnost výskytu dysfunkce pánevního dna.

$H5_1$: Ženy, které během těhotenství používaly některou z metod prevence poruch pánevního dna, mají nižší četnost výskytu dysfunkce pánevního dna.

$H6_0$: Ženy, které jsou informovanější o riziku vzniku poruch pánevního dna nemají nižší četnost výskytu dysfunkce pánevního dna.

$H6_1$: Ženy, které jsou informovanější o riziku vzniku poruch pánevního dna mají nižší četnost výskytu dysfunkce pánevního dna.

Statistické metody k testování hypotéz:

V rámci výzkumné studie byly použity různé postupy zpracování dat k analýze, interpretaci výsledků a testování hypotéz. Chí-kvadrát test byl použit k testování vztahu mezi dvěma kategoriálními proměnnými a posouzení statistické signifikance této vztahové struktury. Cronbachova alfa byla použita k měření vnitřní konzistence mezi položkami ve skupině dotazníkových položek, což pomáhá hodnotit spolehlivost měření. Kruskal-Wallisův test byl použit k testování rozdílů mezi třemi nebo více skupinami ve sledované proměnné, která nemá normální rozdělení. Spearmanův korelační koeficient byl využit k vyhodnocení síly a směru vztahu mezi dvěma spojitými proměnnými, pokud není splněn předpoklad normálního rozdělení nebo linearity. Omnibusové testy byly použity k celkovému hodnocení významnosti modelu nebo skupiny proměnných ve statistické analýze. Logistická regrese byla použita k odhadu vztahu mezi jednou binární závislou proměnnou a jednou nebo více nezávislými proměnnými, čímž umožnila modelovat pravděpodobnost výskytu dané události. Tyto postupy

zpracování dat byly klíčové pro kvantitativní analýzu a interpretaci výsledků výzkumu, což pomohlo porozumět vztahům a vzorcům v datech a zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

Etické parametry realizace studie

Etické parametry realizace studie byly důkladně zohledněny a respektovány. Před vyplněním online dotazníku byly respondentky v úvodu seznámeny o dobrovolné účasti na výzkumné studii, o anonymním vyplnění dotazníku a zpracování dat. Ochrana osobních údajů byla zajištěna v souladu s platnými zákony a veškeré údaje byly anonymizovány a zpracovávány pouze za účelem výzkumné analýzy. Dále byly respondentky přehledně poučeny o postupu vyplnění dotazníku. Dodržování těchto etických parametrů bylo zásadní pro zachování důvěryhodnosti a integrity výzkumného procesu a zajištění ochrany práv a blahobytu respondentů.

3.2 Výsledky

Popisná statistika

Nejčastěji pozorovaná kategorie "Slyšela jste již někdy o dysfunkci pánevního dna" byla ano (n = 196, 48,76 %). Nejčastěji pozorovaná kategorie "Jste si vědoma důležitosti zdravého pánevního dna" byla ano (n = 256, 63,68 %). Nejčastěji pozorovaná kategorie "Setkali jste se někdy s veřejnými zdravotními kampaněmi nebo vzdělávacími materiály o prevenci dysfunkce pánevního dna" byla ne (n = 307, 76,37 %). Nejčastěji pozorovaná kategorie "Jste si vědoma, že dysfunkci pánevního dna lze do určité míry předejít" byla ano (n = 182, 45,27 %). Frekvence a procenta jsou uvedeny v tabulce.

Table 1

Proměnné	*n*	*%*
Slyšela jste již někdy o dysfunkci pánevního dna		
Ano	196	48.76
Spíše ano	89	22.14
Spíše ne	79	19.65
Ne	38	9.45
Jste si vědoma důležitosti zdravého pánevního dna		
Ano	256	63.68
Spíše ano	75	18.66
Spíše ne	58	14.43
Ne	13	3.23
Setkali jste se někdy s veřejnými zdravotními kampaněmi nebo vzdělávacími materiály o prevenci dysfunkce pánevního dna		
Ano	95	23.63
Ne	307	76.37
Jste si vědoma, že dysfunkci pánevního dna lze do určité míry předejít		
Ano	182	45.27
Spíše ano	126	31.34
Spíše ne	66	16.42
Ne	28	6.97

Nejčastěji pozorovaná kategorie "Byla jste někdy těhotná" byla ano (n = 216, 53.73 %). Nejčastěji pozorovaná kategorie "Pokud ano, kolikrát jste byla těhotná" byla dvakrát (n = 107, 26.62 %). Nejčastěji pozorovaná kategorie "Pokud jste byla těhotná, setkala jste se během těhotenství s problémy spojenými s dysfunkcí pánevního dna" byla ne (n = 149, 37.06 %). Nejčastěji pozorovaná kategorie "Kolikrát jste rodila" byla nerodila jsem (n = 194, 48.26 %). Nejčastěji pozorovaná kategorie "Pokud jste rodila, jaký byl Váš způsob porodu" byla vaginální porod (n = 141, 35.07 %). Frekvence a procenta jsou uvedeny v tabulce.

Table 2

Proměnné	*n*	*%*
Byla jste někdy těhotná		
Ano	216	53.73
Ne	186	46.27
Pokud ano, kolikrát jste byla těhotná		
Jednou	55	13.68
Dvakrát	107	26.62
Třikrát	34	8.46
Čtyřikrát a více	20	4.98
Chybějící data	186	46.27
Pokud jste byla těhotná, setkala jste se během těhotenství s problémy spojenými s dysfunkcí pánevního dna		
Ano	67	16.67
Ne	149	37.06
Chybějící data	186	46.27
Kolikrát jste rodila		
Nerodila jsem	194	48.26
Jednou	68	16.92
Dvakrát	105	26.12
Třikrát a více	35	8.71
Pokud jste rodila, jaký byl Váš způsob porodu		
Vaginální porod	141	35.07
Císařský řez	43	10.70
Obě varianty (různá těhotenství)	24	5.97
Chybějící data	194	48.26

Table 3a

Pokud jste rodila, prodělala jste při porodu následující:	*n*	%
Epiziotomii	104	43.15
Menší rupturu hráze	39	16.18
Větší rupturu hráze	27	11.20
Ani jedna z vybraných	71	29.46

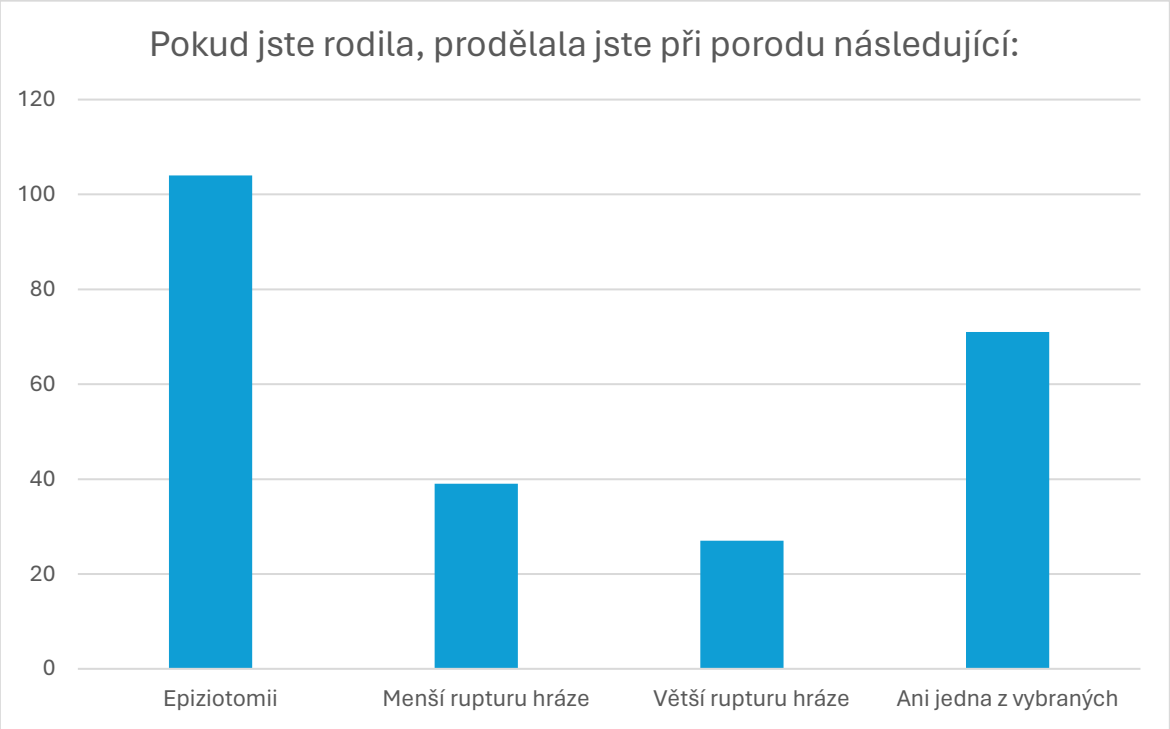


Table 3b

Pokud jste rodila, objevila se u Vás po porodu níže uvedená dysfunkce pán. dna?	*n*	%
Močová inkontinence	64	27.59
Prolaps pánevních orgánů	16	6.90
Sexuální dysfunkce	29	12.5
Chronická pánevní bolest	8	3.45
Inkontinence stolice	5	2.16
Ani jedna z vybraných	110	47.41

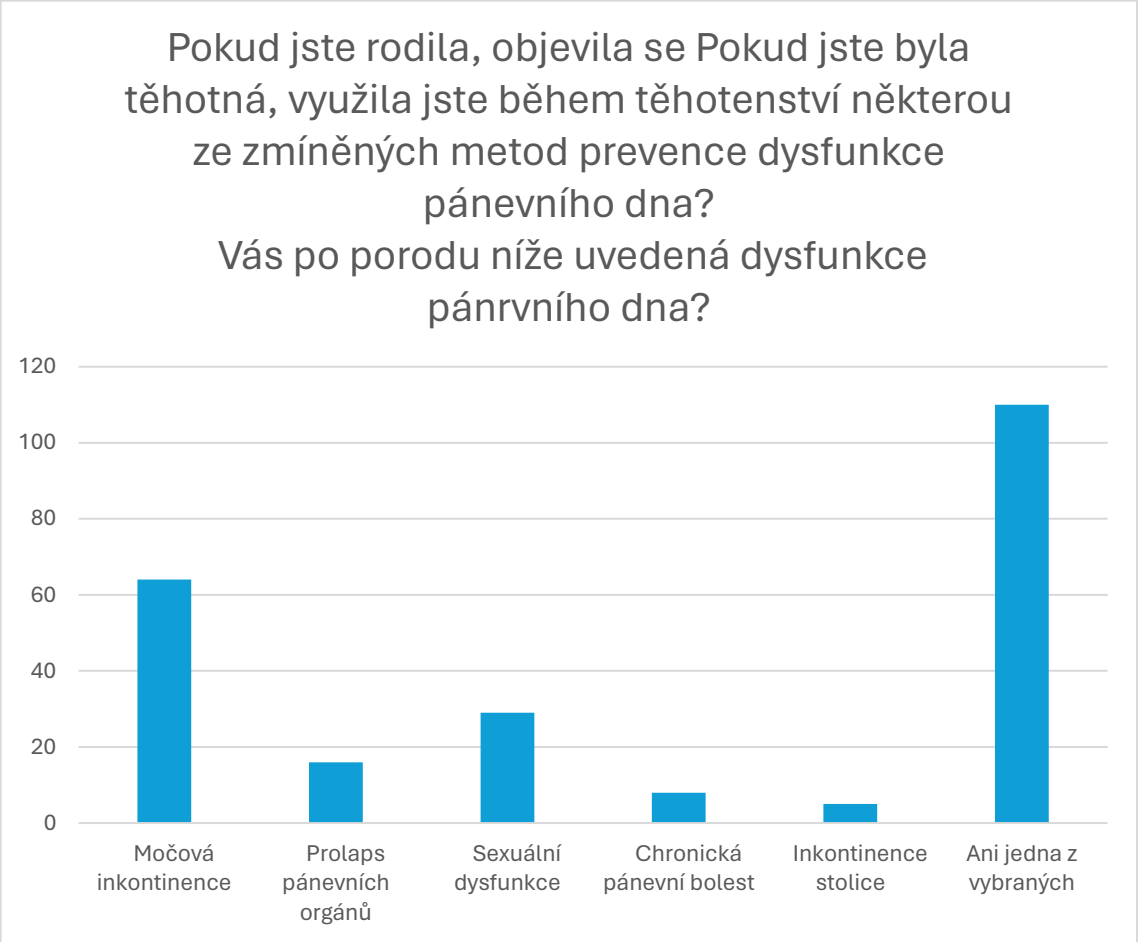


Table 4

Jak jste se o dysfunkci pánevního dna dozvěděla:	*n*	*%*
Internet/webové stránky	124	25.73
Zdravotnický pracovník	120	24.90
Knihy nebo brožury	35	7.26
Platformy sociálních médií	50	10.37
Rodina nebo přátelé	46	9.54
Osobní zkušenost	2	0.41
Studium	13	2.70
Nedozvěděla	92	19.09

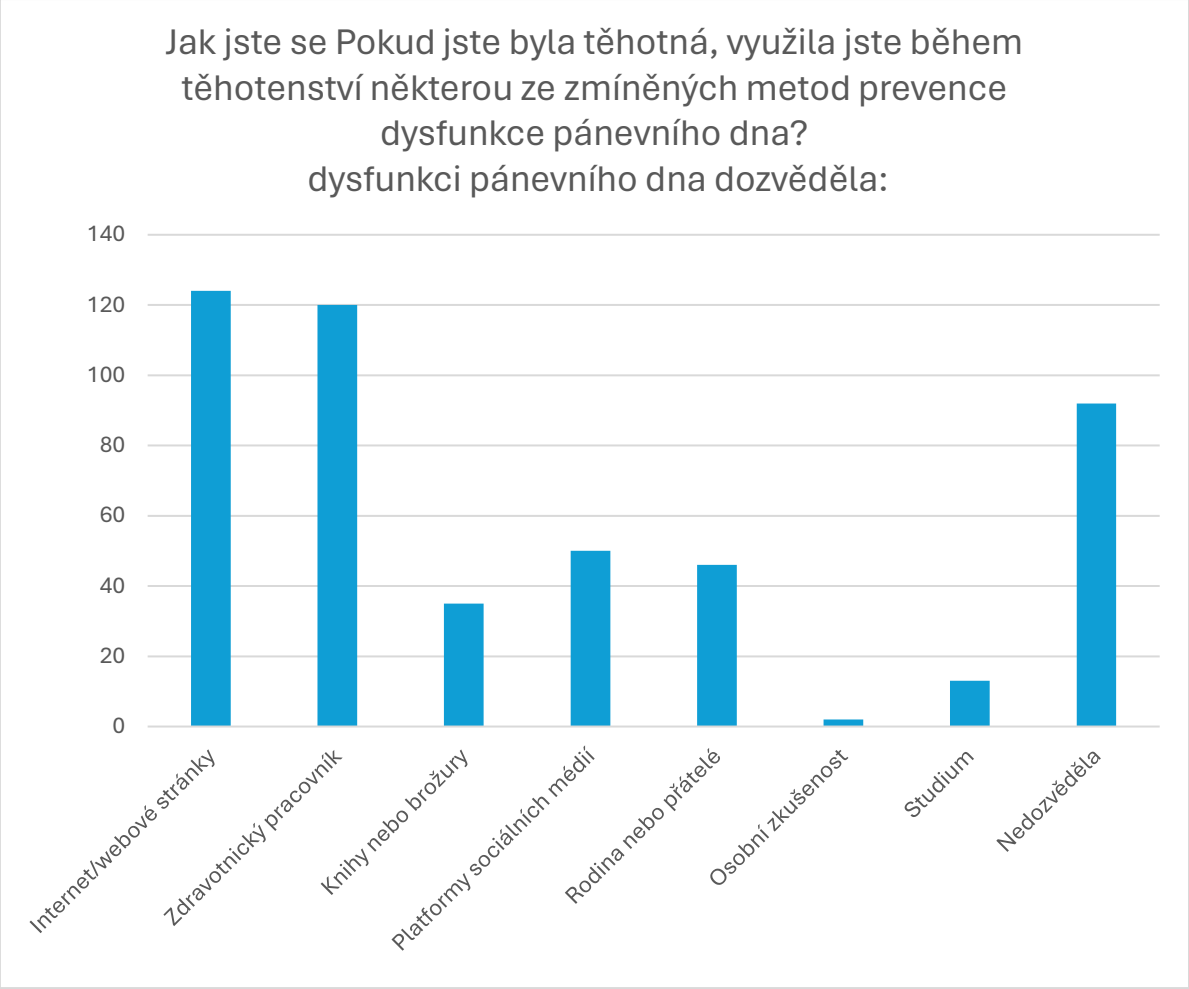


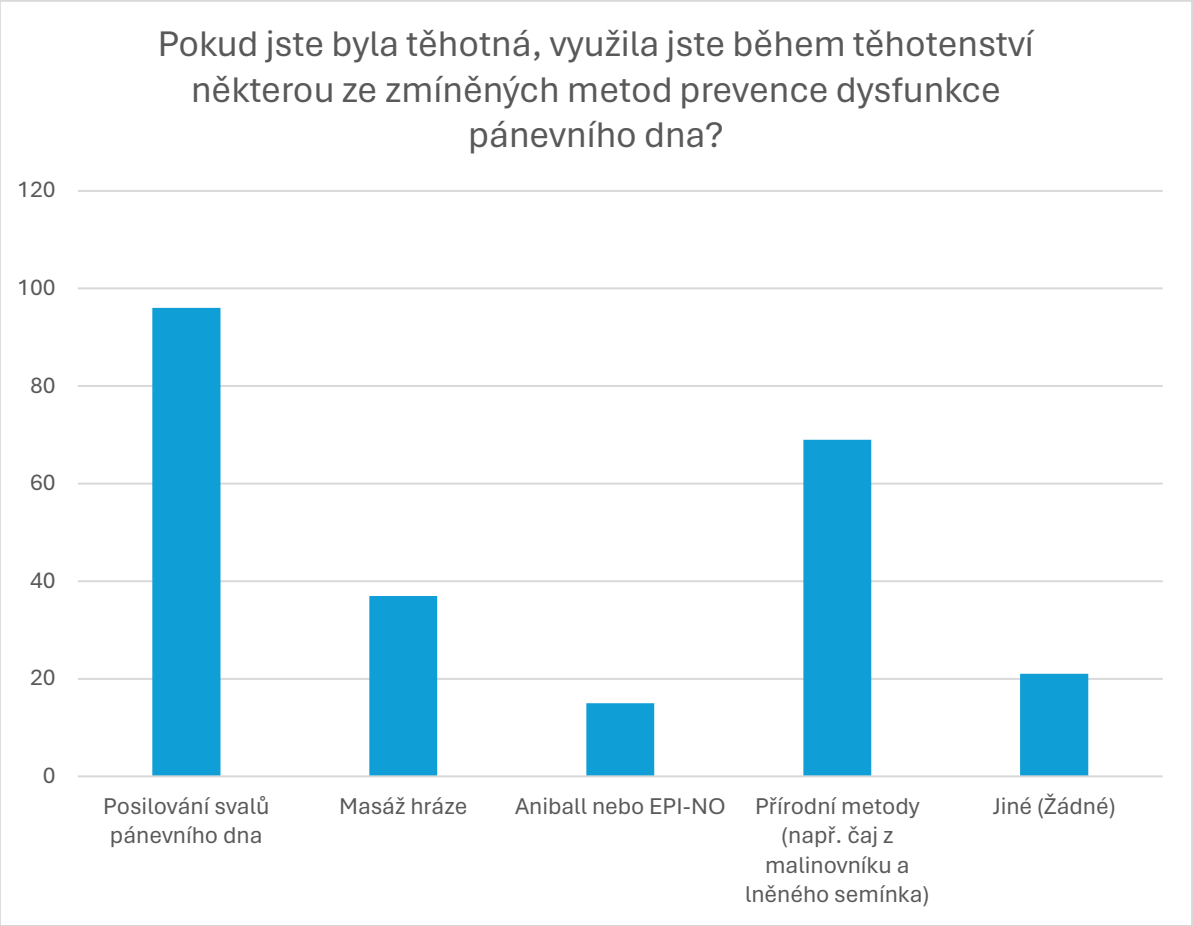
Table 5

Máte diagnostikované nebo jste měla nějaké onemocnění z níže uvedených?	*n*	%
Močová inkontinence	40	9.95
Prolaps	11	2.74
Sexuální dysfunkce	26	6.47
Chronická pánevní bolest	12	2.99
Inkontinence stolice	4	1.00
Ani jedna	331	82.34

Proměnná "Dodržujete správné postavení těla při sezení, stání a chůzi, například rovná záda, hlava vzpřímená, rovnoměrné rozložení těla" má nejvyšší hodnotu průměru a to 2.53. Nejnižší průměr má proměnná "Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky" s hodnotou 1.46. Nižší hodnota v tomto případě znamená lepší skóre.

Zdravý životní styl	M	SD	Median	Modus
Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky	1.46	0.86	1	1
Dodržujete správné postavení těla při sezení, stání a chůzi, např rovná záda, hlava vzpřímená, rovnoměrné rozložení těla	2.53	0.73	3	3
Dodržujete správnou techniku při zvedání těžkých břemen, např ohýbání v kolenou, udržování rovných zad	2.38	0.83	2	2
Pijete pravidelně dostatek tekutin - kolem 2 l den	2.07	0.90	2	2
Konzumujete dostatek vitamínů a vlákniny - zelenina ovoce	1.90	0.72	2	2
Máte pravidelnou fyzickou aktivitu	2.06	0.85	2	2
Snažíte se udržovat zdravou váhu a stravovat se vyváženě	1.92	0.75	2	2

Pokud jste byla těhotná, využila jste během těhotenství některou ze zmíněných metod prevence dysfunkce pánevního dna?	*n*	*%*
Posilování svalů pánevního dna	96	40,34
Masáž hráze	37	15,55
Aniball nebo EPI-NO	15	6,30
Přírodní metody (např. čaj z malinovníku a lněného semínka)	69	28,99
Jiné (Žádné)	21	8,82



Vyhodnocení hypotéz

$H1_0$: Ženy po porodu nemají statisticky významně vyšší riziko vzniku poruch pánevního dna.

$H1_1$: Ženy po porodu mají statisticky významně vyšší riziko vzniku poruch pánevního dna.

Hypotéza je vyhodnocena pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti s cílem zjistit, zda jsou proměnné "Porod" a "Poruchy pánevního dna" závislé. Podmínkou testu je, aby bylo alespoň 80 % očekávaných četností větších než 5 (McHugh, 2013). Podmínka je v tomto případě splněna.

Kontingenční tabulka

			Poruchy pánevního dna		
			Ne	Ano	Celkem
Rodila jste?	Ne	Četnosti	175	19	194
		%	90,2%	9,8%	100,0%
	Ano	Četnosti	156	52	208
		%	75,0%	25,0%	100,0%
Celkem		Četnosti	331	71	402
		%	82,3%	17,7%	100,0%

Chí-kvadrát test

	Testové kritérium	df	p-hodnota
Pearsonův Chí-kvadrát rest	15,960	1	<.001
N	402		

Z výsledků Chí-kvadrát testu, který vyšel 15,960 a p-hodnota <.001 plyne, že mezi proměnnými je statisticky významná závislost na 5 % hladině významnosti. Tedy že výskyt poruchy pánevního dna závisí na tom, zda žena rodila, či nikoli. Z kontingenční tabulky lze vidět, že u žen, které nerodily, má poruchy pánevního dna pouze 9,8 %, zatímco u žen, které rodily, se jedná o 25 %.

Dle poměru šance, který vyšel 3,07, lze říct, že šance, že se porucha pánevního dna vyskytne u žen, které rodily, je 3,07krát vyšší než šance, že se porucha pánevního dna vyskytne u žen, které nerodily.

Dle výsledků se podařilo prokázat, že ženy po porodu mají statisticky významně vyšší riziko vzniku poruch pánevního dna.

$H2_0$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně nezávisí na věku žen.

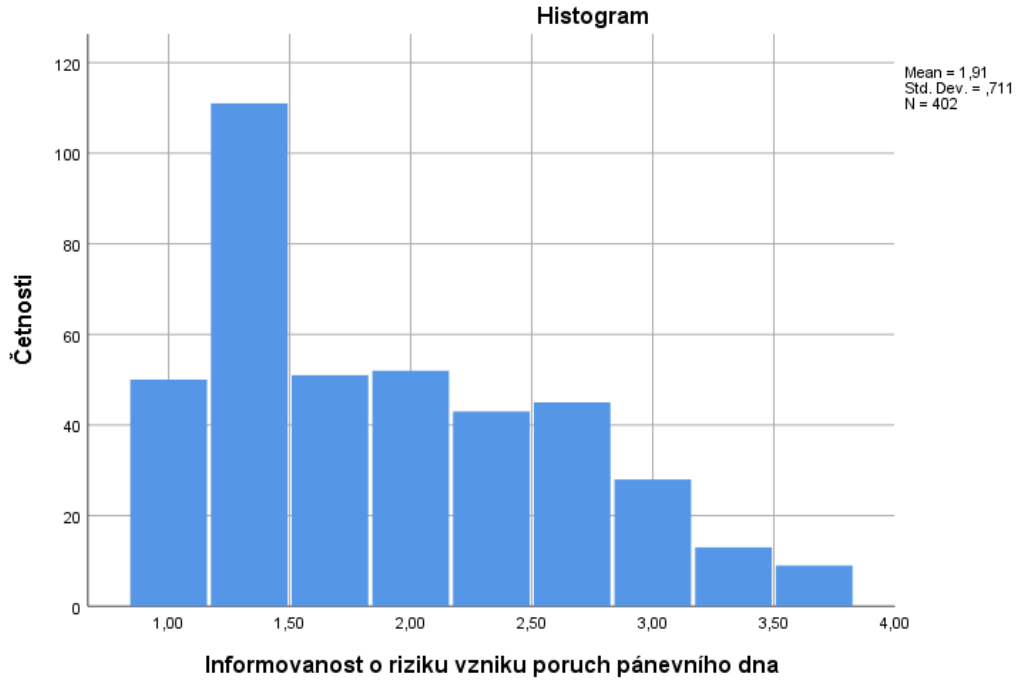
$H2_1$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně závisí na věku žen.

Otázka měřící informovanost mají Cronbachovu alfu rovnou 0,804, což svědčí o dobré míře vnitřní konzistence. Z uvedených otázek je tedy vytvořena průměrová škála.

Reliabilita

Cronbachova Alfa	Počet otázek
0,804	3

Rozložení míry informovanosti lze vidět v histogramu níže. Z histogramu je patrné, že jsou data negativně zešikmená, což dokládá i hodnota šikmosti (-0,627).



V případě informovanosti o riziku vzniku poruch pánevního dny značí nižší hodnota lepší míru informovanosti. Z tabulky níže je tedy zřejmé, že nejlépe informované jsou ženy ve věku 31-45 let a dále ženy ve věku 46-60 let. Naopak nejnižší míra informovanosti je u žen ve věku 61 a více let, stejně tak dosáhly nižší míry informovanosti i nejmladší ženy ve výběru.

Informovanost

informovanost

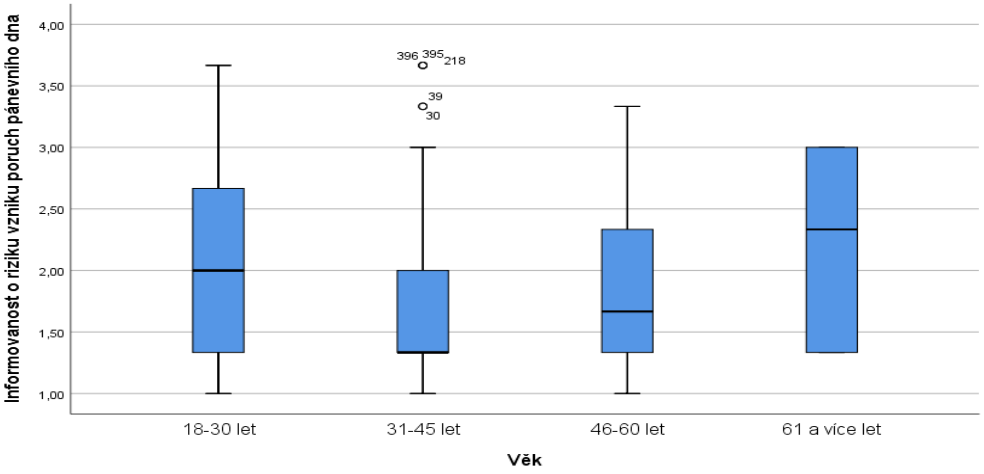
1. Kolik Vám je let?	Median	Průměr	Minimum	Maximum	N
18-30	2,0000	1,9795	1,00	3,67	228
31-45	1,3333	1,7216	1,00	3,67	97
46-60	1,6667	1,8667	1,00	3,33	60
61 a více	2,3333	2,1961	1,33	3,00	17
Celkem	1,6667	1,9096	1,00	3,67	402

Hypotéza je vyhodnocena pomocí Kruskal-Wallisova testu, a to z důvodu zešikmeného rozdělení míry informovanosti, jenž nesplňuje předpoklad pro použití parametrického testu. Výsledek Kruskal-Wallisova testu vyšel 11,898 a p-hodnota 0,008. Jelikož je p-hodnota nižší než stanovená hladina významnosti 5 %, tak je možné nulovou hypotézu zamítnout. Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně závisí na věku žen.

Kruskal-Wallisův test

Míra informovanosti o riziku vzniku poruch pánevního dna	
Kruskal-Wallis H	11,898
df	3
p-hodnota	,008

Míru informovanosti dle věku lze vidět v krabicovém grafu níže, ze kterého je patrné, že nejlepšího skóre dosahují ženy ve věku 31-45 let a 46-60 let.



$H3_0$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně nezávisí na vzdělání žen.

$H3_1$: Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně závisí na vzdělání žen.

Proměnná míra informovanosti je již popsaná u hypotézy č.2, k vyhodnocení hypotézy č.3 je tak použita stejná proměnná, tentokrát ve vztahu s nezávislou proměnnou vzdělání žen. K vyhodnocení je opět použit Kruskal-Wallisův test.

Z tabulku základních popisných statistik lze vidět, že nejlepší informovanosti dosahují ženy s vysokou školou, naopak nejnižší ženy se základní školou a s vyučením.

Informovanosti a vzdělání

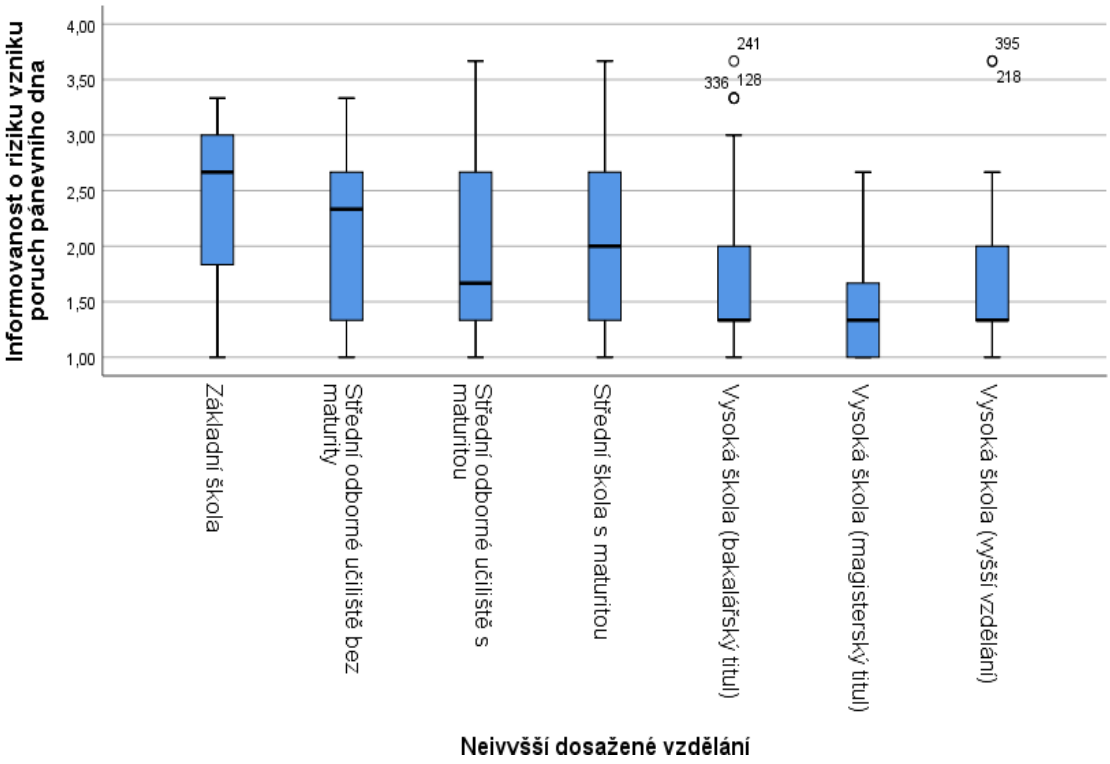
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Median	Průměr	Minimum	Maximum	N
Základní škola	2,6667	2,4167	1,00	3,33	12
Střední odborné učiliště bez maturity	2,3333	2,1190	1,00	3,33	42
Střední odborné učiliště s maturitou	1,6667	1,9167	1,00	3,67	20
Střední škola s maturitou	2,0000	2,0419	1,00	3,67	175
Vysoká škola – bakalářský titul	1,3333	1,7075	1,00	3,67	106
Vysoká škola – magisterský titul	1,3333	1,4608	1,00	2,67	34
Vysoká škola – vyšší vzdělání	1,3333	1,7949	1,00	3,67	13
Celkem	1,6667	1,9096	1,00	3,67	402

Výsledek Kruskal-Wallisova testu vyšel 43,415 a p-hodnota <.001. Jelikož je p-hodnota nižší než stanovená hladina významnosti 5 %, tak je možné nulovou hypotézu zamítnout. Informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně závisí na vzdělání žen.

Kruskal-Wallisův test

	Informovanost
Kruskal-Wallis H	43,415
df	6
P-hodnota	<.001

Z krabicového grafu níže lze vidět lehce klesající tendenci informovanosti společně s rostoucí mírou dosaženého vzdělání, což dokládá i hodnota Spearmanova korelační koeficientu, která vyšla -0,3. To znamená, že s vyšším vzděláním dosahují ženy nižšího skóre informovanosti, což znamená, že vzdělanější ženy mají vyšší míru informovanosti.



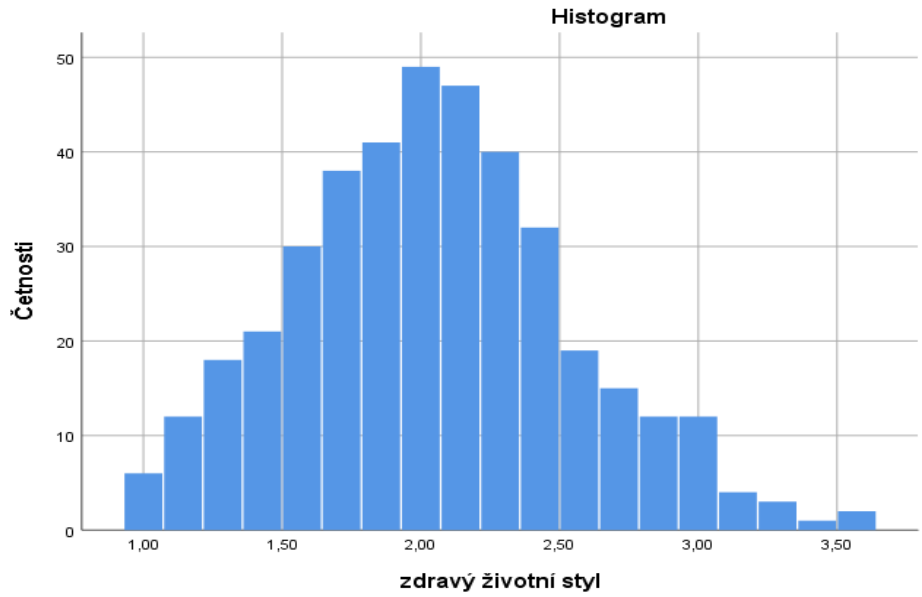
$H4_0$: Výskyt poruch pánevního dna statisticky významně nezávisí na životním stylu žen.

$H4_1$: Výskyt poruch pánevního dna statisticky významně závisí na životním stylu žen.

Míra zdravého životního stylu je měřena pomocí baterie 7 otázek, u nichž Cronbachova alfa vyšla 0,735. I v tomto případě je tak možné vytvořit průměrovou škálu měřící míru zdravého životního stylu. Rozložení škály lze vidět v histogramu níže, ze kterého je patrné přibližně normální rozdělení dat.

Reliabilita

Cronbachova Alfa	Počet otázek
,735	7



Vzhledem k nominálnímu typu závisle proměnné (Výskyt poruch pánevního dna) je k vyhodnocení hypotéz použit model logistické regrese. Nezávislá proměnná je v tomto případě zdravý životní styl.

Omnibusové testy koeficientů modelu se používají k ověření, zda je nový model (se zahrnutím vysvětlující proměnné) lepší, než základní model (model obsahující pouze konstantu). Pomocí chí-kvadrát testů se zjišťuje, zda existuje významný rozdíl mezi logaritmickými pravděpodobnostmi základního modelu a nového modelu. Pokud je nový model lepší než model základní, pak vysvětluje větší část rozptylu výsledku a je vhodnější.

V tomto případě vyšel Chí-kvadrát test 2,390 a p-hodnota 0,122. Z čehož plyne, že model s vysvětlující proměnnou (zdraví životní styl) není stat. významně lepší než model bez vysvětlující proměnné.

Omnibus Test

		Chí-kvadrát	df	p-hodnota
1.	Model	2,390	1	0,122

Z modelu logistické regrese lze rovněž vidět, že p-hodnota proměnné zdravý životní styl je dle p-hodnota 0,122 statisticky nevýznamná na 5 % hladině významnosti.

Model logistické regrese

		B	S.E.	Wald	df	p-hodnota	Exp(B)
Model 1	zdravý životní styl	-,400	,258	2,395	1	0,122	,671
	Konstanta	2,370	,560	17,881	1	<.001	10,693

Nepodařilo se prokázat, že by výskyt poruch pánevního dna statisticky významně závisel na životním stylu žen.

$H5_0$: Ženy, které během těhotenství používaly některou z metod prevence poruch pánevního dna, nemají nižší riziko výskytu dysfunkce pánevního dna.

$H5_1$: Ženy, které během těhotenství používaly některou z metod prevence poruch pánevního dna, mají nižší riziko výskytu dysfunkce pánevního dna.

Hypotéza je vyhodnocena pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti. Podmínka pro použití Chí-kvadrát testu je v tomto případě splněna. Z hodnot v asociační tabulce lze vidět, že u žen, které během těhotenství nepoužívaly některou z metod prevence, se u 17,9 % vyskytla některá z poruch pánevního dna. U žen, které používaly, některou z metod prevence se porucha vyskytla u 17,3 %. Z těchto výsledků je patrné, že použití metod prevence nesnížilo výskyt poruch pánevního dna.

Asociační tabulka

			Výskyt poruch pánevního dna		
			ano	ne	Celkem
Použití metod prevence	ne	Četnosti	43	197	240
		%	17,9%	82,1%	100,0%
	ano	Četnosti	28	134	162
		%	17,3%	82,7%	100,0%
Celkem		Četnosti	71	331	402
		%	17,7%	82,3%	100,0%

Výsledek Chí-kvadrát testu vyšel 0,027 a p-hodnota 0,870. P-hodnota je vyšší než stanovená hladina významnosti, na základě čehož nulovou hypotézu nelze zamítnout. Nepodařilo se prokázat, že ženy, které během těhotenství používaly některou z metod prevence poruch pánevního dna, mají nižší riziko výskytu dysfunkce pánevního dna.

Chí-kvadrát Test

	Hodnota	df	p-hodnota
Pearsonův Chí-kvadrát test	0,027	1	0,870
N	402		

$H6_0$: Ženy, které jsou informovanější o riziku vzniku poruch pánevního dna, nemají nižší riziko výskytu dysfunkce pánevního dna.

$H6_1$: Ženy, které jsou informovanější o riziku vzniku poruch pánevního dna, mají nižší riziko výskytu dysfunkce pánevního dna.

K vyhodnocení hypotézy je opět použit model logistické regrese se závislou proměnnou výskyt dysfunkce pánevního dna.

V tomto případě vyšel Chí-kvadrát test 2,353 a p-hodnota 0,125. Z toho plyne, že model s vysvětlující proměnnou (míra informovanosti) není stat. významně lepší než model bez vysvětlující proměnné.

Omnibus Test

		Chí-kvadrát	df	P-hodnota
1.	Model	2,353	1	0,125

Regresní koeficient u proměnné informovanost má p-hodnotu 0,122, z čehož plyne, že je na 5 % hladině významnosti statisticky nevýznamný a tedy, že se neprokázalo, že míra informovanosti měla statisticky významný vliv na riziko výskytu poruchy pánevního dna.

Model logistické regrese

		B	S.E.	Wald	df	p-hodnota	Exp(B)
Model 1	informovanost	-,277	,179	2,386	1	0,122	,758
	Konstanta	2,081	,382	29,681	1	<0.001	8,013

.

4 DISKUSE

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, zda se ženy zajímají o své pánevní dno. Výsledky statistické analýzy ukazují, že povědomí o dysfunkci pánevního dna a jeho prevenci mezi ženami je ve výzkumném vzorku relativně nízké. Pouze 48,76 % respondentek uvedlo, že již někdy slyšely o dysfunkci pánevního dna, což naznačuje nedostatek informovanosti v této oblasti. Podobně pouze 63,68 % respondentek si bylo vědomo důležitosti zdravého pánevního dna, což naznačuje potenciální nedostatek povědomí o tomto zdravotním problému. Výzkumná studie Charrié et al. (2020) došla k závěru, že informovanost žen ohledně dysfunkce pánevního dna je omezená. Tyto znalosti mohou být podle autorů ovlivněny několika faktory, jako je věk, úroveň vzdělání, zaměstnání, parity a účast na informačních workshopech.

Zajímavým zjištěním je, že velká část dotázaných (76,37 %) uvedla, že nepřišla do styku s veřejně pořádanými zdravotními kampaněmi nebo vzdělávacími materiály o prevenci dysfunkce pánevního dna. Tím se snižuje povědomí o možnosti předcházení této dysfunkce, což potvrdilo pouze 45,27 % respondentů. Tato disproporce může naznačovat, že informační kampaně nemusí být dostatečně účinné v předávání důležitých informací o prevenci dysfunkce pánevního dna.

Výsledky také mohou ukazovat na potřebu zvýšeného důrazu na osvětu v oblasti zdraví pánevního dna mezi ženskou populací. Zlepšená informovanost a povědomí mohou vést k včasnému rozpoznání potenciálních problémů s pánevním dnem a k přijetí preventivních opatření. To může přispět k celkovému zlepšení zdravotního stavu a kvality života žen. Je také důležité brát v úvahu, že nedostatek povědomí může být způsoben různými faktory, včetně nedostupnosti relevantních informací, nedostatku diskuse o těchto tématech veřejně, či stigma spojeného s problémy pánevního dna. Další výzkumná studie je nezbytná k hlubšímu porozumění těmto faktorům a k vytvoření efektivních strategií pro zvyšování informovanosti a povědomí o zdraví pánevního dna mezi ženami.

V souvislosti s informovaností byly vytvořeny tři hypotézy č. 2, 3 a 6. U hypotézy č. 2 se u zkoumaného souboru došlo k závěru, že informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna statisticky významně závisí na věku žen. Analýza rozložení míry informovanosti dle věku ukazuje, že nejlepší míru informovanosti dosahují ženy ve věkových kategoriích 31-45 let a 46-60 let. Naopak nižší míru informovanosti vykazují ženy ve věku 61 let a více, stejně jako nejmladší ženy ve výběru.

Tyto výsledky mají důležité implikace pro vzdělávací programy a intervence zaměřené na zvyšování informovanosti o riziku vzniku poruch pánevního dna. Je důležité tyto programy cílit na ženy v rizikových věkových skupinách, zejména na ty, které vykazují nižší míru informovanosti. Identifikace těchto skupin umožňuje efektivnější alokaci zdrojů a úsilí pro dosažení maximálního účinku prevence a zlepšení zdraví pánevního dna u žen v různém věku.

Hypotéza č. 3 se zaměřovala na informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna. Výsledky naznačují, že informovanost o riziku vzniku poruch pánevního dna je statisticky významně závislá na vzdělání žen. Tato zjištění podporují předchozí výzkumy, které naznačují, že úroveň vzdělání může hrát klíčovou roli v informovanosti o zdravotních tématech a rizicích spojených s těmito problémy. Analýza základních popisných statistik ukazuje, že nejlepší informovanosti dosahují ženy s vysokoškolským vzděláním, zatímco nejnižší míru informovanosti vykazují ženy s nižším stupněm vzdělání, tedy ženy se základním školním vzděláním nebo s vyučením. Queiruga et al. (2022) uvádí, že zatímco studenti zdravotnických oborů mají lepší znalosti o dysfunkci pánevního dna než ostatní studenti, všeobecně univerzitní studenti málo vědí o dysfunkci pánevního dna. Většina studentů považovala problematiku dysfunkce pánevního dna za důležitou a chtěla více informací.

Výsledky analýzy hypotézy č. 6 naznačují, že existuje pouze omezená podpora pro předpoklad, že informovanost žen o riziku vzniku poruch pánevního dna má vliv na snížení rizika výskytu dysfunkce pánevního dna. Hypotéza H61, která tvrdila, že ženy s vyšší mírou informovanosti budou mít nižší riziko dysfunkce pánevního dna, nebyla statisticky přijata. Naopak, výsledky naznačují, že není možné s jistotou tvrdit, že míra informovanosti ovlivňuje riziko vzniku poruch pánevního dna. Tyto výsledky mohou být interpretovány v kontextu různých faktorů, které mohou ovlivňovat vnímání a chování žen ohledně zdraví pánevního dna. Možná, že míra informovanosti sama o sobě není dostatečným faktorem k ovlivnění rizika dysfunkce pánevního dna a další proměnné, jako jsou sociodemografické charakteristiky a přístup k zdravotní péči, mohou hrát významnější roli. Vaverková et al. (2017) uvádějí, že navzdory vysoké informovanosti o prevenci porodního traumatu méně, než polovina dotázaných žen tuto prevenci skutečně prováděla (35 %).

Navzdory nedostatku statistické podpory pro hypotézu H61 je důležité si uvědomit, že informovanost o poruchách pánevního dna je stále důležitým aspektem preventivní péče a zdravotního povědomí žen. I když v tomto konkrétním případě nebylo prokázáno přímé spojení mezi mírou informovanosti a rizikem dysfunkce pánevního dna, informovanost může

přesto hrát roli ve zvyšování povědomí a podpoře preventivních opatření. Je tedy důležité pokračovat v edukačních aktivitách a zdravotních intervencích zaměřených na informování žen o péči o pánevní dno a prevenci poruch.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, zde se ženy potýkají s určitými druhy poruch pánevního dna. Cílem bylo zkoumat výskyt různých forem poruch pánevního dna u žen a identifikovat, zda se s nimi ženy potýkají. Výsledky analýzy ukazují, že u sledované skupiny žen existuje různý stupeň výskytu poruch pánevního dna. Močová inkontinence byla zjištěna u 9,95 % respondentek a zastupuje nejčastější poruchu mezi sledovanou populací. Sexuální dysfunkce byla zaznamenána u 6,47 % žen a chronická pánevní bolest u 2,99 % respondentek. Prolaps pánevních orgánů byl zjištěn u 2,74 % žen, zatímco inkontinence stolice byla nejméně častou poruchou s výskytem pouze u 1,00 % respondentek. Významná část sledovaných žen (82,34 %) neprokázala žádné z těchto specifických onemocnění pánevního dna.

Získané výsledky poukazují na to, že jsou poměrně rozšířené poruchy pánevního dna problémem mezi ženskou populací. Močová inkontinence se jeví jako nejběžnější forma poruchy, což je v souladu s řadou předchozích studií zabývajících se problematikou. Zároveň je důležité zdůraznit, že i když některé formy poruch pánevního dna mají nižší výskyt, stále mají významný dopad na kvalitu života postižených jedinců.

Zhodnocením vztahu mezi porodem a vznikem poruch pánevního dna se zabývala hypotéza č.1. Výsledky u daných respondentek prokázaly, že ženy po porodu mají statisticky významně vyšší riziko vzniku poruch pánevního dna. Z kontingenční tabulky vyplývá, že u žen, které nerodily, je výskyt poruch pánevního dna nižší (9,8 %) ve srovnání s ženami, které rodily (25 %). Dále byl vypočítán poměr šancí, který udává, že šance na výskyt poruch pánevního dna je u žen po porodu 3,07krát vyšší než u žen, které nerodily.

Tento závěr je v souladu s řadou předchozích studií, které ukázaly spojitost mezi porodem a poruchami pánevního dna. Hypotéza, že ženy po porodu mají statisticky významně vyšší riziko vzniku poruch pánevního dna, je podpořena výzkumy několika autorů. Vaginální porod je považován za jeden z nejčastějších rizikových faktorů pro výskyt dysfunkce pánevního dna, jak uvádí Urbánková a kolektiv v roce 2019. Toto tvrzení je podpořeno i výzkumnou studií Abdelhakima a spol. (2020), kteří zjistili, že až 85 % žen zažije perineální trauma během porodu, přičemž kolem 10 % z nich utrpí ruptury hráze třetího a čtvrtého stupně, které mají vliv na vznik dysfunkce pánevního dna. Tato skutečnost zdůrazňuje vážnost fyzické zátěže spojené s porodem a potenciální negativní dopady na pánevní dno. Je třeba zdůraznit, že i když jsme

prokázali statisticky významný vztah mezi porody a poruchami pánevního dna, existují další faktory, které mohou ovlivňovat výskyt těchto poruch. Další výzkumy by měly podrobněji zkoumat tyto faktory a jejich vzájemné vztahy, aby bylo možné rozumět této problematice a lépe rozpoznat relevantní preventivní a terapeutická opatření pro ženy po porodu.

Na základě analýzy dat, které byly použity prostřednictvím dotazníkového šetření, se došlo k závěru, že mezi ženami, které porodily, se vyskytují různé typy poruch pánevního dna. Nejčastější porucha je močová inkontinence, kterou uvádí 27,59 % respondentek. Dalšími zjištěnými poruchami jsou sexuální dysfunkce (12,5 %), prolaps pánevních orgánů (6,90 %), chronická pánevní bolest (3,45 %) a inkontinence stolice (2,16 %). Je důležité si všímat, že některé ženy (47,41 %) neuváděly žádnou z těchto poruch. Zajímavým aspektem je také zjištění, že inkontinence je častým problémem žen v období po porodu, jak naznačuje studie Urbánkové (2019). Přímo stresová forma inkontinence je spojena s těhotenstvím a porodem a může trvat i déle než jeden rok po porodu. Tento fakt podtrhuje komplexnost problematiky a potřebu dalšího zkoumání mechanismů a faktorů ovlivňujících zdraví pánevního dna po porodu.

V rámci tohoto dílčího cíle byla zkoumána další hypotéza č.4 o vztahu mezi životním stylem žen a výskytem poruch pánevního dna. Nepodařilo se prokázat, že by výskyt poruch pánevního dna statisticky významně závisel na životním stylu žen. Naproti tomu Urbánková (2017) uvádí, že nevhodný životní styl urychluje vznik dysfunkce pánevního dna. K tomu Wojcik et al. (2022) dodávají, že zdravý životní styl, který zahrnuje správnou stravu, příjem dostatečného množství vlákniny, vitamínů, tekutin, a pravidelnou fyzickou aktivitu, je účinným prostředkem k prevenci a léčbě poruch pánevního dna.

V dotazníku byla zahrnuta sada 7 otázek týkajících se dodržování zdravého životního stylu. Nejlepší skoré z těchto sedmi otázek měla otázka týkající se pravidelných gynekologických návštěv, naopak nejnižší skoré dodržování správného postavení těla při sezení, stání a chůzi. Tato zjištění nejsou v souladu s předchozími autory, kteří ukazují, že životní styl může hrát roli v celkovém zdraví jedince, jeho vliv na specifické aspekty zdraví pánevního dna může být limitovaný nebo neexistující. Je důležité si však uvědomit, že životní styl je komplexní koncept, který zahrnuje mnoho faktorů, jako jsou stravovací návyky, fyzická aktivita, spánek, stres a další. Možné je, že specifické aspekty životního stylu, které nebyly zahrnuty do této studie, mohou mít větší vliv na výskyt poruch pánevního dna než ty, které byly

měřeny. Další výzkum je nezbytný k porozumění komplexních interakcí mezi různými faktory životního stylu a jejich vlivem na zdraví pánevního dna.

Dílčím cílem č. 3 bylo zkoumat, jaké metody ženy využívají ke zmírnění potíží spojených s dysfunkcí pánevního dna, a zda některé z těchto metod využily během těhotenství jako prevenci dysfunkce pánevního dna. Nejčastěji uváděnou metodou ke zmírnění potíží spojených s dysfunkcí pánevního dna ženy uváděly posilování svalů pánevního dna, kterého využilo 40,34 % respondentek. Tato metoda je často doporučována odborníky jako účinný způsob prevence a léčby dysfunkce pánevního dna, zejména během těhotenství a po porodu. Posilování těchto svalů může pomoci posílit pánevní dno a snížit riziko vzniku poruch. Další často uváděnou metodou byly přírodní metody, jako je například pití čaje z malinovníku a lněného semínka. Tuto metodu využilo 28,99 % respondentek. Masáž hráze, Aniball nebo EPI-NO byly uváděny méně často, avšak stále představují další možnosti péče o pánevní dno, zejména v období těhotenství. Zajímavým zjištěním je, že 8,82 % respondentek uvedlo, že nevyužilo žádnou z uvedených metod. Toto může naznačovat nedostatek povědomí o možnostech prevence a léčby dysfunkce pánevního dna, nebo možná nedostatečnou dostupnost informací o těchto metodách.

V souvislosti s tímto cílem byla stanovena hypotéza č. 5, která zkoumala, zda používání některé z metod prevence poruch pánevního dna během těhotenství může snížit riziko výskytu dysfunkce pánevního dna u žen. Výsledky analýzy naznačují, že není možné statisticky podpořit hypotézu tvrdící, že ženy, které během těhotenství používaly některou z metod prevence, mají nižší riziko výskytu dysfunkce pánevního dna. Došlo se k závěru, že u žen, které během těhotenství nepoužívaly žádnou z metod prevence, se porucha pánevního dna vyskytla u 17,9 % z nich. Naopak u žen, které využívaly nějakou formu prevence, byla tato porucha pozorována u 17,3 % z nich. Z této analýzy vyplývá, že použití metod prevence nepřineslo statisticky významné snížení výskytu poruch pánevního dna.

Vyhodnocení této hypotézy potvrdilo, že existuje jen velmi malý a nevýznamný rozdíl u zkoumaného souboru v riziku výskytu dysfunkce pánevního dna mezi ženami, které používaly některou z metod prevence a těmi, které je nepoužívaly. Při srovnání výskytu poruch pánevního dna u obou skupin je patrné, že nebyla zaznamenána významná redukce výskytu poruch pánevního dna u skupiny žen používajících prevenci oproti těm, které ji nepoužívaly. Tyto výsledky mohou být důležité pro poskytovatele zdravotní péče, kteří by měli zvážit efektivitu a účinnost metod prevence dysfunkce pánevního dna během těhotenství. Je možné,

že existují další faktory, které mohou ovlivňovat riziko výskytu těchto poruch a je třeba provést další výzkum k identifikaci těchto faktorů. Celkově lze tedy konstatovat, že na základě výsledků této studie není možné potvrdit, že používání metod prevence poruch pánevního dna během těhotenství snižuje riziko výskytu dysfunkce pánevního dna u žen. Další výzkum a analýzy jsou nezbytné k dalšímu pochopení této problematiky a k identifikaci účinných strategií pro prevenci a léčbu dysfunkce pánevního dna u těhotných žen.

Naproti tomu Bohatá a Dostálek (2016) došli k závěru, že jakákoliv antenatální prevence poranění hráze při porodu je lepší než žádná, ale pouze používání vaginálních dilatačních balonků představuje pro rodičku jednoznačný benefit. Při hodnocení masáže hráze, konzumace maliníkového čaje a užívání lněného semínka nebyl prokázán statisticky významný účinek na snížení rizika poranění perinea. Tyto závěry mají významný dopad na praxi porodní péče a mohou přispět k optimalizaci péče o těhotné ženy a snížení rizika komplikací během porodu.

Vaverková et al. (2017) uvádějí, že navzdory vysoké informovanosti o prevenci porodního traumatu méně, než polovina dotázaných žen tuto prevenci skutečně prováděla (35 %). Nejpoužívanější metodou bylo masírování perinea (29 %), méně se používaly vaginální dilatační balónky (7 %) a alternativní metody byly sledovány pouze u 4 % žen. Zkušenost s cvičením svalů pánevního dna mělo 79 % žen, zatímco 90 % chtělo cvičit po porodu.

Všechny stanovené cíle byly splněny. Všechny definované hypotézy byly ověřeny statisticky významnými testy.

..

5 SOUHRN A ZÁVĚRY

Na základě provedené diskuse lze konstatovat, že diplomová práce přinesla důležitá zjištění ohledně povědomí žen o dysfunkci pánevního dna, výskytu poruch pánevního dna mezi ženskou populací, vztahu mezi porodem a vznikem těchto poruch, využívání metod ke zmírnění potíží spojených s dysfunkcí pánevního dna a účinnosti metod prevence poruch pánevního dna během těhotenství.

Zjištění naznačují, že povědomí o dysfunkci pánevního dna a jeho prevenci mezi zkoumanými ženami není dostatečné. Dále ukazují, že poruchy pánevního dna jsou rozšířeným problémem mezi ženskou populací s močovou inkontinencí jako nejběžnější formou poruchy. Výzkumná studie také potvrdila spojitost mezi porodem a vznikem poruch pánevního dna.

Pokud jde o metody zmírnění potíží spojených s dysfunkcí pánevního dna, nejčastěji uváděnou metodou je posilování svalů pánevního dna. Nicméně se nepodařilo prokázat statisticky významné snížení výskytu poruch pánevního dna u žen, které využívaly některou z metod prevence během těhotenství.

Tyto závěry ukazují na důležitost dalšího výzkumu a intervencí zaměřených na zlepšení povědomí o dysfunkci pánevního dna, identifikaci rizikových skupin žen a účinných strategií prevence a léčby této problematiky. Je nezbytné brát v úvahu komplexnost této problematiky a faktory ovlivňující výskyt poruch pánevního dna, aby bylo možné efektivněji adresovat tyto zdravotní problémy a zlepšit kvalitu života postižených žen.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Zlepšení povědomí o zdraví pánevního dna mezi ženami. Na základě provedeného výzkumu a analýzy dat je zřejmé, že povědomí o dysfunkci pánevního dna a jeho prevenci mezi ženami je relativně nízké. Pouze malý podíl respondentek projevil informovanost o této problematice, což naznačuje potřebu zvýšení povědomí a informovanosti mezi ženskou populací. Na tento bod navazuje důležitost prevence v životě ženy. Je klíčové, aby ženy byly informovány o důležitosti zdravého pánevního dna a možnostech prevence poruch spojených s ním. Zlepšené povědomí a informovanost mohou vést k včasnému rozpoznání potenciálních problémů a k přijetí preventivních opatření. Zvýšená informovanost může být dosažena prostřednictvím cílených vzdělávacích programů a intervencí, které jsou zaměřeny nejen na ženy v rizikových věkových skupinách a s nižším stupněm vzdělání. Identifikace těchto skupin umožní efektivnější alokaci zdrojů a úsilí pro dosažení maximálního účinku prevence a zlepšení zdraví pánevního dna.

Dalším bodem doporučení pro praxi je zaměření se na preventivní opatření. Je nezbytné klást důraz na osvětu a podporu správných preventivních opatření, jako je posilování svalů pánevního dna, správná životospráva a pravidelná gynekologická kontrola. Tyto metody by měly být propagovány jako součást zdravého životního stylu již od mladého věku. Avšak je nutné podotknout důležitost dalšího výzkumu k hlubšímu porozumění výhod a účinnosti preventivních opatřeních a faktorů ovlivňujících povědomí o zdraví pánevního dna mezi ženami a účinných strategií pro zvýšení informovanosti. Identifikace dalších determinantů a jejich vzájemných vztahů může vést k lepšímu pochopení této problematiky a k vytvoření efektivních intervenčních programů.

Je důležité brát v úvahu individuální potřeby a kontext péče o zdraví pánevního dna. Poskytovatelé zdravotní péče by měli být dobře informováni o nejnovějších vědeckých poznatcích a měli by být schopni poskytnout ženám individuálně přizpůsobenou péči a podporu. Podpora ze strany komunity a společnosti je nezbytná pro osvětu a zmírnění stigma spojeného s problémy pánevního dna. Vytváření otevřeného prostředí pro diskusi o těchto tématech a poskytování dostupných zdrojů informací může přispět k zlepšení zdraví pánevního dna a kvality života žen. Obsah této diplomové práce může posloužit jako důležitý a pevný základ pro porodní asistentky. Problematika poruch pánevního dna představuje zásadní výzvu, která významně ovlivňuje životní kvalitu žen. Hlavním cílem práce porodní asistentky je podporovat zdraví žen a poskytovat jim podporu v průběhu těhotenství, porodu a po něm. V

současné době je dostupných mnoho různorodých informací a porodní asistentka je klíčovým průvodcem pro ženu, která jí pomáhá zorientovat se a vybrat nejvhodnější přístup. V této souvislosti je důležité, aby porodní asistentka seznámila ženu s problematikou poruch pánevního dna a pomohla jí předcházet jejich vzniku. Je vhodné poskytnout klientce informace a edukovat ji o možnostech preventivních opatření, která mohou být součástí přípravy před porodem. Získané poznatky mohou být užitečné i pro studenty jak pregraduálního, tak postgraduálního studia, kteří hledají další informace pro svou praxi. Tato práce také obsahuje hodnotné informace pro veřejnost, zejména pro ženy, které se chystají otěhotnět nebo jsou v těhotenství.

Závěrem lze konstatovat, že zvýšení povědomí a informovanosti o zdraví pánevního dna mezi ženskou populací je klíčové pro prevenci poruch a zlepšení celkového zdravotního stavu. Efektivní strategie a intervence by měly být zaměřeny na identifikaci rizikových skupin, podporu preventivních opatření a poskytování individuálně přizpůsobené péče. Další výzkum a spolupráce mezi odborníky z různých oblastí jsou nezbytné k dosažení těchto cílů a k podpoře zdraví a blahobytu žen.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABDELHAKIM, A. M., ELDESOUKY, E., ELMAGD, I. A. et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*, 2020, 31(9), s. 1735–1745. ISSN 09373462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-020-04302-8

2. ABDOLLAHPOUR, D., HOMAYOUNI-RAD, A., NOURIZADEH, R., HAKIMI S. a MEHRABI, E. The effect of probiotic supplementation on episiotomy wound healing among primiparous women: a triple-blind randomized clinical trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 2023, 23(1), s. 1-8. ISSN 2662-7671. Dostupné z: doi:10.1186/s12906-023-03980-3

3. AIYEGBUSI, A. I., EZE, D. I., BALOGUN O. J. a OLAMIJULO, J. A. Prevalence of pelvic floor dysfunction and associated risk factors among Nulligravida college students: a cross-sectional study. *Bulletin of Faculty of Physical Therapy*. 2023, 28(1), s. 1-11. ISSN 2536-9660. Dostupné z: doi:10.1186/s43161-023-00147-6

4. AOKI, Y., BROWN, H. W., BRUBAKER, L., CORNU, J. N., DALY, J. O. a R. CARTWRIGHT. Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017, 3(1), s. 1-4. ISSN 2056-676X. Dostupné z: doi:10.1038/nrdp.2017.42

5. BOHATÁ, P. a L. DOSTÁLEK. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu: The possibility of antepartal prevention of episiotomy and perineal tears during delivery. *Česká gynekologie*, 2016, 81(3), s. 192–201. ISSN 1803-6597. Dostupné z: https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-3-13/antepartalni-moznostiprevence-epiziotomie-a-ruptury-hraze-pri-porodu-59620

6. BOZKURT, M., YUMRU, A.E., ŞAHIN L. Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. Taiwan J Obstet Gynecol. 2014, 53(4), s. 452-8. Dostupné z doi: 10.1016/j.tjog.2014.08.001. PMID: 25510682.

7. BULBULI, A. C. a R. PRAJAPATI. Pelvic floor muscle strength and sexual function in primigravid and multigravid women: An observational study. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*, 2021, 7(1), s. 8–12. ISSN 24235660 Dostupné z:https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=e5h&AN=151994833&authtype=shib&lang=cs&site=edslive&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593

8. ČIHÁK, R. Anatomie 1., druhé vydání Praha: Grada Publishing, 2001, s. 497. ISBN 978-807169-970-5.
9. DUMOULIN, C., AZZOTO CACCIARI, L. a MERCIER, J. Keeping the pelvic floor healthy. Online. *Climacteric*. 2019, 22(3), s. 257-262. ISSN 1369-7137. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1552934.
10. EICKMEYER, S. M. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 2017, 28(3), s. 455–460. ISSN 10479651. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.003
11. ENACHE T. *Pelvic Floor Disorders: Rational Diagnostic and Surgical Management*. 2019, s. 1-305. ISBN 9783110683608.
12. GONG, J., XING, L., LI, X., WANG, X., CHEN H., Comparison of lateral episiotomy, traditional midwifery without episiotomy, and hands-off techniques delivery on pelvic floor function. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*, 2021, 1(1), s. 40–43. ISSN 26671646. Dostupné z: doi: 10.1016/j.gocm.2020.11.001
13. CHARRIÉ, M. a BILLECOCQ, S. Troubles pelvipérinéaux de la période périnatale: état des connaissances des femmes, une revue systématique. Online. *Progrès en Urologie*. 2021, roč. 31, č. 4, s. 204-214. ISSN 11667087. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.10.009. [cit. 2024-03-22].
14. CHILAKA, CH., TOOZS-HOBSON P. a V. CHILAKA. Pelvic floor dysfunction and obesity. *Climacteric*. 2023, 90(3), s. 236-241. ISSN 15216934. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpobgyn.2023.102389
15. HAVLÍČKOVÁ, M. Pánevní dno na pomezí oborů. *Neurologie pro praxi*, 2016, 17(4), s. 41–48. ISSN 1803-5280.
16. HAYASHI, L. F. L., RIBEIRO, P. A. A. G., SILVA, J. C. R., BRITO, L. G. O. a H. S. A. A. RIBEIRO. Adaptation and Validation of the International Pelvic Pain Society's Quality of Life Questionnaire in Portuguese. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics.* 2023, 45(10), s. 575-583. ISSN 0100-7203. Dostupné z: doi:10.1055/s-0043-1772591
17. HOŘČIČKA, L., Estrogeny a inkontinence moči u žen. *Urologie pro praxi*, 2019, 20(3), s. 116–118. ISSN 1803-5299.

18. HUVAR, I., Močová inkontinence v těhotenství. *Urologie pro praxi*, 2014, 15(4), s.152–154. ISSN 1803-5299

19. HRONCOVÁ, M., RIBEIRO, P. A. A. G., SILVA, J. C. R., BRITO, L. G. O. a H. S. A. A. RIBEIRO. Pelvic pain in women after childbirth and physiotherapy. *Česká gynekologie*. 2023., 88(3), s. 214-220. ISSN 12107832. Dostupné z: doi:10.48095/cccg2023214

20. JANSSON, M. H., FRANZÉN, K., TEGERSTEDT, G., BRYNHILDSEN, J., HIYOSHI A. a K. NILSSON. Fecal incontinence and associated pelvic floor dysfunction during and one year after the first pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2023, 102(8), s. 1034-1044 ISSN 0001-6349. Dostupné z: doi:10.1111/aogs.14614

21. JOHNSTON, S. L., FRANZÉN, K., TEGERSTEDT, G., BRYNHILDSEN, J., HIYOSHI A. a K. NILSSON. Pelvic floor dysfunction in midlife women. *Climacteric*. 2019, 22(3), s. 270-276 ISSN 1369-7137. Dostupné z: doi:10.1080/13697137.2019.1568402

22. JULIATO, C. R. T. Impact of Vaginal Delivery on Pelvic Floor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 2020, 42(02), s. 65–66. ISSN 0100-7203. Dostupné z: doi:10.1055/s-0040-170918

23. JHA, S. Maintaining sexual function after pelvic floor surgery. *Climacteric*. 2019, 22(3), s. 236-241. ISSN 1369-7137. Dostupné z: doi:10.1080/13697137.2018.1551870

24. KARAASLAN, Y., KARADAG, M., TOPRAK CELENAY, S., BRYNHILDSEN, J., HIYOSHI A. a K. NILSSON. Pelvic floor dysfunction symptoms and knowledge level in obese women. *Climacteric*. 2022, 62(4), s. 293-301. ISSN 0363-0242. Dostupné z: doi:10.1080/03630242.2022.2064034

25. KRAMNÁ, P. a Y. VRUBLOVÁ. Perineal trauma and its effect on the pelvic floor and urinary incontinence. *Profese online*, 2016, 9(2), s. 24–32. ISSN 18034330. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2016.009

26. MARTINHO, N, FRIEDMAN, T., TUREL, F., ROBLEDO, K., RICCETTO C. a H. P. DIETZ. Birthweight and pelvic floor trauma after vaginal childbirth: review of international recommendations. *International Urogynecology Journal*. 2019, 30(6), s. 985-990 ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-019-03882

27. MENEZES, E. C., DA SILVA PEREIRA, F., PORTO, R. M., FANK, F., MAZO G. Z. a H. P. DIETZ. Effect of exercise on female pelvic floor morphology and muscle function: a systematic review. *International Urogynecology Journal*. 2023, 34(5), s.963-977 ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-022-05375-3

28. MCLEOD, L. J., LEE, P. E., TUREL, F., ROBLEDO, K., RICCETTO C. a H. P. DIETZ. Pelvic organ prolapse: review of international recommendations. *Canadian Medical Association Journal*. 2023, 195(30), s. 1013. ISSN 0820-3946. Dostupné z: doi:10.1503/cmaj.230089

29. OKEAHIALAM, N. A., DWORZYNSKI, K., JACKLIN, P., MCCLURG, D., MAZO G. Z. a H. P. DIETZ. Prevention and non-surgical management of pelvic floor dysfunction: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2023, 34(5), s. 963-977. ISSN 1756-1833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.n3049

30. PASQUALOTTO, L., RICCETTO, C., BIELLA, A. F. et al. Impact of pelvic floor muscle strength on female sexual function: retrospective multicentric cross-sectional study. *International Urogynecology Journal*. 2022, 33(6), s.1591-1599. ISSN 0937-3462. Dostupné z: doi:10.1007/s00192-021-05032-1

31. PEINADO-MOLINA, R. A., HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A., MARTÍNEZ-VÁZQUEZ, S., RODRÍGUEZ-ALMAGRO J. a J. M. MARTÍNEZ-GALIANO. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2023, 23(1) s. 1-12. ISSN 14712458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-023-16901-3

32. PUDASAINI, S. a G. DANGAL. Clinical Profile of Patients of Pelvic Organ Prolapse and Its Associated Factors. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2023. 21(1), 86–91. ISSN 19996217. Dostupné z: doi:10.33314/jnhrc.v21i1.4361

33. PROCHÁZKA, M. a kolektiv. Porodní asistence. Praha: Maxdorf, 2020, s. 792. ISBN 978-807345-618-4

34. QUEIRUGA, B., DELGADO-MORELL, M., PERÓ GARCIA, A., COLL GIRONA, M., GICH SALADICH, S. I. et al. What do female university students know about pelvic floor disorders? A cross-sectional survey. Online. *International Urogynecology Journal*. 2022, 33 (3), s. 659-664. ISSN 0937-3462. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/s00192-021-04828-5. [cit. 2024-03-22].

35. REN, S., GAO, Y., YANG, Z., LI, J., XUAN, R., LIU, J., CHEN, X. a A. THIRUPATHI. The Effect of Pelvic Floor Muscle Training on Pelvic Floor Dysfunction in Pregnant and Postpartum Women. *Physical Activity and Health*. 2020, 4(1), s.130-141. ISSN 2515-2270. Dostupné z: doi:10.5334/paah.64
36. RYŠÁNKOVÁ, M. Léčba stresové inkontinence žen. *Urologie pro praxi*, 2021, 22(2), s. 59–64. ISSN 1803-5299.
37. RYŠÁNKOVÁ, M. Inkontinence – novinky a možnosti řešení v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, 2018, 15(5), s. 276–280. ISSN 1803-5310.
38. RYŠÁNKOVÁ, M. Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi*, 2016, 17(2), s. 72–74. ISSN 1803-5299.
39. ROBB, C., CARR, P. R., BALL, J. et al. Association of a healthy lifestyle with mortality in older people. *BMC Geriatrics*. 2023, 23(1), s. 1-11. ISSN 1471-2318. Dostupné z: doi:10.1186/s12877-023-04247-9
40. ROSSETTI, R.S. Functional anatomy of pelvic floor. Arch Ital Urol Androl. 2016 Mar 31;88(1):28-37. doi: 10.4081/aiua.2016.1.28. PMID: 27072173.
41. SAMSONOVA, I. A., GAIFULIN, R.F., TOKTAR, L. R., ORAZOV, M. R., KAMAROVA, Z. N., LI, K. I. a V. E. PAK. Pelvic floor muscle training as a method of prevention and treatment of pelvic floor dysfunction and genital prolapse. *RUDN Journal of Medicine*. 2023, 27(1), s. 39-45. ISSN 2313-0261. Dostupné z: doi:10.22363/2313-0245-2023-27-1-39-45
42. SANTORO, G. A., SULTAN, A. H., YANG, Z., LI, J., XUAN, R., LIU, J., CHEN, X. a A. THIRUPATHI. Pelvic floor anatomy and imaging. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*. 2016, **27**(1), s. 5-14. ISSN 10431489. Dostupné z: doi:10.1053/j.scrs.2015.12.003
43. SALDANA RUIZ, N. a A. M KAISER. Fecal incontinence – Challenges and solutions. *World Journal of Gastroenterology*. 2017, 23(1), s. 11-25. ISSN 1007-9327. Dostupné z: doi:10.3748/wjg.v23.i1.11
44. SUN, X., GAO, L., ZHU, H., JIAO, W., GUO, J., WANG J. a L. WEI. Chinese expert consensus on primary prevention for pelvic floor dysfunction during pregnancy. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*. 2023, 3(3), s. 133-139. ISSN 26671646. Dostupné z: doi:10.1016/j.gocm.2023.08.002
45. SHI, J. Y., PAREDES MOGICA, J. A. a E. J. B. DE. Non-Surgical Management of Chronic Pelvic Pain in Females. *Current Urology Reports*. 2022, 23(10), s. 245-254. ISSN 1527-2737. Dostupné z: doi:10.1007/s11934-022-01110-z

46. STROEDER, R., RADOSA, J., CLEMENS, L. et al. Urogynecology in obstetrics: impact of pregnancy and delivery on pelvic floor disorders, a prospective longitudinal observational pilot study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2021, 304(2), s. 401–408. ISSN 0932-0067. Dostupné z: doi:10.1007/s00404-021-06022-w
47. URBÁNKOVÁ, I., HYMPÁNOVÁ, L., KROFTA, L. Sheep as an experimental model in the reaserch of effects of pregnancy, delivery and surgical procedures on the pelvic floor. *Česká Gynekologie*, 2017, 82(1), s. 54–58. ISSN 12107832. Dostupné z: https://europepmc.org/article/med/28252311
48. VAVERKOVÁ, A., V. KALIŠ a Z. RUŠAVÝ. Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porod. *ČESKÁ GYNEKOLOGIE*. 2017, 82(4), s. 327–332. ISSN 1805-4455. Dostupné z: doi:10.1016/j.ejogrb.2016.11.009.
49. WEINTRAUB, A. Y., GLINTER, H. a N. MARCUS-BRAUN. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *International braz j urol*. 2020.,46(1), s. 5-14. ISSN 1677-6119. Dostupné z: doi:10.1590/s1677-5538.ibju.2018.0581
50. WOJCIK, M., JARZABEK-BIELECKA, G., MERKS, P., PLAGENS-ROTMAN, K., PISARSKA-KRAWCZYK, M., KEDZIA, W., MIZGIER M. a M. WILCZAK. The role of visceral therapy, Kegel's muscle, core stability and diet in pelvic support disorders and urinary incontinence — including sexological aspects and the role of physiotherapy and osteopathy. *Ginekologia Polska*. 2022, 93(12), s.1018-1027. ISSN 2543-6767. Dostupné z: doi:10.5603/GP.a2022.0136
51. YANG, S.T., CHANG, W.H., WANG P.H. Mesh for pelvic floor reconstruction. Taiwan J Obstet Gynecol. 2022, 61(5), s. 744-745. Dostupné z: doi: 10.1016/j.tjog.2022.06.001. PMID: 36088039.

Seznam příloh

Příloha 1 – *Nestandardizovaný dotazník*

Příloha 2 – *Edukační materiál (leták)*

Přílohy

Příloha 1 – *Nestandardizovaný dotazník*

Nestandardizovaný dotazník

Vážení respondenti, jmenuji se Nikola Heclová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Univerzity Palackého v Olomouci, obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro zpracování mé diplomové práce na téma: „Informovanost žen o prevenci dysfunkce pánevního dna".

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí na výzkumné studii a se zpracováním dat. Pokud není uvedeno jinak, prosím zakroužkujte jednu odpověď. Pokud je u zakroužkované odpovědi slovo „jiné", doplňte prosím požadovanou informaci pomocí slovní odpovědi.

Za Vaši ochotu a čas Vám předem moc děkuji.

1. Kolik Vám je let?
   a) 18-30 let
   b) 31-45 let
   c) 46-60 let
   d) 61-75 let
   e) 76 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
   a) Základní škola
   b) Střední odborné učiliště bez maturity
   c) Střední odborné učiliště s maturitou
   d) Střední škola s maturitou
   e) Vysoká škola – bakalářský titul
   f) Vysoká škola – magisterský titul
   g) Vysoká škola – vyšší vzdělání

3. Slyšela jste již někdy o dysfunkci pánevního dna?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

4. Jak jste se o dysfunkci pánevního dna dozvěděla? (vyberte jednu nebo více odpovědí)
   a) Zdravotnický pracovník (např. lékař, zdravotní sestra)
   b) Internet/webové stránky
   c) Knihy nebo brožury
   d) Platformy sociálních médií
   e) Rodina nebo přátelé
   f) Nedozvěděla
   g) Jiné .....

5. Jste si vědoma důležitosti zdravého pánevního dna?
   a) Ano
   b) Spíše ano
   c) Spíše ne
   d) Ne

6. Setkali jste se někdy s veřejnými zdravotními kampaněmi nebo vzdělávacími materiály o prevenci dysfunkce pánevního dna?
   a) Ano
   b) Ne

7. Byla jste někdy těhotná?
   a) Ano
   b) Ne

8. Pokud ano, kolikrát jste byla těhotná?
   a) Jednou
   b) Dvakrát
   c) Třikrát
   d) Čtyřikrát a více

9. Pokud jste byla těhotná, setkala jste se během těhotenství s problémy spojené s dysfunkcí pánevního dna?
   a) Ano
   b) Ne

10. Kolikrát jste rodila?
    a) Nerodila jsem
    b) Jednou

c) Dvakrát

d) Třikrát a více

11. Pokud jste rodila, jaký byl Váš způsob porodu?
    a) Vaginální porod
    b) Císařský řez
    c) Obě varianty (různá těhotenství)

12. Pokud jste rodila, prodělala jste při porodu následující: (vyberte jednu nebo více odpovědí)
    a) Epiziotomii (nástřih hráze)
    b) Menší rupturu hráze (trhlinu)
    c) Větší rupturu hráze (trhlinu)
    d) Ani jedna z vybraných možností

13. Pokud jste rodila, objevila se u Vás po porodu níže uvedená dysfunkce pánevního dna? (vyberte jednu nebo více odpovědí)
    a) Močová inkontinence (samovolný únik moči)
    b) Prolaps pánevních orgánů (sestup pánevních orgánů)
    c) Sexuální dysfunkce (bolestivost, zhoršení libida, neschopnost dosažení orgasmu)
    d) Chronická pánevní bolest
    e) Inkontinence stolice (samovolný únik stolice)
    f) Ani jedna z vybraných možností

14. Máte v rodinné anamnéze dysfunkci pánevního dna?
    a) Ano
    b) Ne
    c) Nevím

15. Jak subjektivně hodnotíte svoji hmotnost?
    a) Optimální (normální) váha
    b) Nadváha
    c) Obezita

16. Máte diagnostikované nebo měla jste nějaké onemocnění z níže uvedených? (vyberte jednu nebo více odpovědí)
    a) Močová inkontinence (samovolný únik moči)
    b) Prolaps pánevních orgánů (sestup pánevních orgánů)
    c) Sexuální dysfunkce (bolestivost, zhoršení libida, neschopnost dosažení orgasmu)
    d) Chronická pánevní bolest

e) Inkontinence stolice (samovolný únik stolice)

f) Ani jedna z vybraných možností

17. Jste si vědoma, že dysfunkci pánevního dna lze do určité míry předejít?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

18. Kde jste získali informace o prevenci dysfunkce pánevního dna? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

a) Zdravotnický pracovník (např. lékař, zdravotní sestra)

b) Internet/webové stránky

c) Knihy nebo brožury

d) Platformy sociálních médií

e) Rodina nebo přátelé

f) Nezískala

g) Jiné .....

19. Pokud jste byla těhotná, využila jste během těhotenství některou ze zmíněných metod prevence dysfunkce pánevního dna? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

a) Posilování svalů pánevního dna

b) Masáž hráze

c) Aniball nebo EPI-NO

d) Přírodní metody (např. čaj z malinovníku a lněného semínka)

e) Jiné .....

20. Jak moc jste informována o metodách prevence dysfunkce pánevního dna v těhotenství? (Aniball, EPI-NO, masáž hráze, přírodní metody)

a) Velmi dobře informována

b) Trochu informována

c) Neznalá

21. Chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

22. Dodržujete správné postavení těla při sezení, stání a chůzi? (např. rovná záda, hlava vzpřímená, rovnoměrné rozložení těla)
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

23. Dodržujete správnou techniku při zvedání těžkých břemen? (např. ohýbání v kolenou, udržování rovných zad)
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

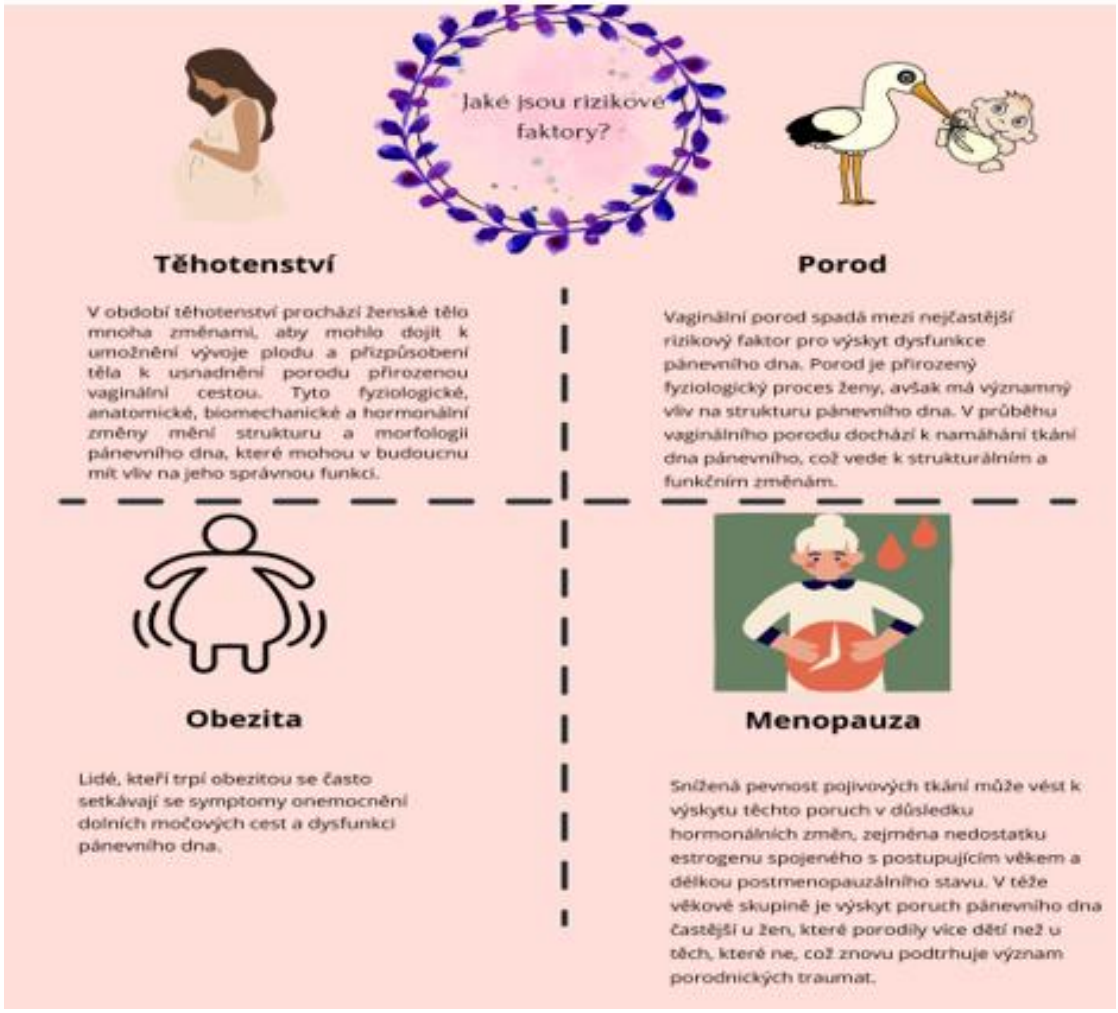
24. Pijete pravidelně dostatek tekutin (kolem 2 l/den)?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

25. Konzumujete dostatek vitamínů a vlákniny (zelenina, ovoce)?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

26. Snažíte se udržovat zdravou váhu a stravovat se vyváženě?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

27. Máte pravidelnou fyzickou aktivitu?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

Příloha 2 – *Edukační materiál (leták)*



Jaké jsou příznaky dysfunkce pánevního dna

- Chronická pánevní bolest

- Sexuální dysfunkce

- Inkontinence stolice

- Inkontinence moči

- Prolaps pánevních orgánů

Jak lze předcházet dysfunkci pánevního dna v souvislosti s těhotenstvím a porodem?

- Posilování pánevního dna

- Masáž hraze

- Čaj z malinovníku a lněného semínka

- Pomůcky k procvičování pánevního dna: Aniball či EPI NO

Jak lze předcházet dysfunkci pánevního dna bez souvislosti s těhotenstvím a porodem?

- Správné držení těla a prevence pánevních problémů

- Zdravý životní styl: Zdravá strava, dostatek pohybu a udržování zdravé hmotnosti mohou snížit riziko poruch pánevního dna