

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

**Výskyt postpartální močové inkontinence u žen
po spontánním vaginálním porodu**

Diplomová práce

Bc. Andrea Mačková

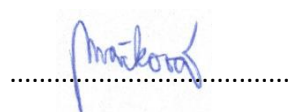
Vedoucí práce: PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.

Olomouc 2020

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu“ jsem vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Bohdany Dušové, Ph.D. a jsou v ní uvedeny veškeré použité bibliografické i elektronické zdroje.

V Olomouci dne 11.06.2020



Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala především PhDr. Bohdaně Dušové, Ph.D. za odborné vedení, konzultace, cenné rady, trpělivost a podporu při zpracovávání diplomové práce. Mé poděkování patří i doc. Ing. Haně Tomáškové, Ph.D. za odbornou pomoc při statistickém zpracování dat. A samozřejmě také jednotlivým gynekologickým a urogynekologickým ambulancím Moravskoslezského kraje za umožnění výzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji všem ženám, které se výzkumu dobrovolně zúčastnily.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Močová inkontinence
Název práce:	Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu
Název práce v AJ:	Incidence of postpartum urinary incontinence in women after spontaneous vaginal delivery
Datum zadání:	2019-01-27
Datum odevzdání:	2020-06-11
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav porodní asistence
Autor práce:	Bc. Andrea Mačková
Vedoucí práce:	PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ:

Cíl: Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda se vybrané rizikové faktory, související s graviditou a porodem, podílejí na výskytu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

Metodika: Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo ve vybraných gynekologických a urogynekologických ambulancích Moravskoslezského kraje a také online formou. Data k výzkumnému šetření byla získána pomocí polostrukturovaného dotazníku od žen, které v období provádění výzkumu byly 2 až 5 let po spontánním vaginálním porodu. První část dotazníku tvořil standardizovaný Gaudenzův dotazník s 26 urogynekologickými otázkami, druhou část tvořilo 13 otázek se zaměřením na gynekologicko-porodnickou anamnézu respondentek. Výzkum byl zahájen po schválení žádosti Etické komise FZV UP. Rozdáno bylo celkem 450 dotazníků s návratností 399 dotazníků, tedy 89 %. 38 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nesplnění předem stanovených kritérií výzkumného šetření nebo chybného vyplnění. Ke statistickému zpracování bylo využito 361 dotazníků, což představuje 80 %. Byl zkoumán vliv vybraných rizikových faktorů, souvisejících s graviditou a porodem,

na vznik poporodní močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Sledován byl např. typ a rozsah porodního poranění, porodní hmotnost novorozence, délka trvání porodu, váhový přírůstek respondentek či výskyt gestačního diabetu mellitu. Pro zjištění platnosti hypotéz byl použit Wilcoxonův párový test a Pearsonův chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti.

Výsledky: Z analýzy vyplynulo, že 185 dotazovaných respondentek trpělo postpartální močovou inkontinencí, zbylých 176 tvořilo kontrolní soubor bez těchto potíží. Na základě Wilcoxonova párového testu byl prokázán statisticky významný rozdíl ve výskytu typu močové inkontinence ($p < 0,001$), přičemž stresový typ močové inkontinence je u žen po spontánním vaginálním porodu přítomen častěji (93,5 %) než urgentní typ (6,5 %). Na základě Chí-kvadrát testu byla mezi inkontinentními a kontinentními ženami zjištěna statisticky významná závislost v posilování svalů pánevního dna ($p = 0,003$), ve váhovém přírůstku v průběhu gravidity ($p < 0,001$), v délce trvání porodu ($p = 0,020$), v porodní hmotnosti novorozence ($p < 0,001$) či ve výskytu GDM ($p = 0,012$). Naopak výskyt epiziotomie ($p = 0,985$) ani rozsah ruptury hráze ($p = 0,342$) u inkontinentních a kontinentních žen nebyl statisticky významný. Ženy s epiziotomií se tedy neliší ve výskytu močové inkontinence od žen s rupturami hráze ani od žen bez porodního poranění hráze.

Závěr: Bylo zjištěno, že jisté rizikové faktory, související s graviditou a porodem, mají vliv na výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Stejně tak bylo zjištěno, že některé z faktorů nelze označit za významné. S ohledem na prokázané výsledky výzkumu je potřeba ve vyšší míře rizikové faktory, mající vliv na vznik postpartální močové inkontinence, dále zkoumat, vyhledávat a posilovat kroky vedoucí ke snížení výskytu poporodní močové inkontinence.

Abstrakt v AJ:

Aim: The aim of master's thesis was to determine if selected risk factors, related with pregnancy and birth, have any connection with the occurrence of postpartum urinary incontinence in women after spontaneous vaginal delivery.

Method: The quantitative research survey was carried out in selected gynaecological and urogynaecological clinics located in Moravian-Silesian Region and also as an online survey. The survey data were obtained through semi-structured questionnaire completed by women who were 2 to 5 years after spontaneous vaginal delivery. The first part of the questionnaire was based on the standardized questionnaire of Gaudenz with 26 urogynaecological questions

and the second part included 13 questions regarding the gynaecological and obstetric medical history of respondents. The research was carried out after approval from the Ethics committee of Faculty of Health Sciences, Palacký University Olomouc. Total of 450 questionnaires were distributed, of which 399 were returned (89%). 38 questionnaires were discarded, because the given criteria were not met or the questionnaires were filled out incorrectly. 361 questionnaires were used for the statistical analysis, which represents 80% of the total. The influence of pregnancy and birth related risk factors on the development of postpartum urinary incontinence in women after spontaneous vaginal delivery was investigated. The focus was on factors like type and extent of birth injuries, birth weight of the newborn, the duration of childbirth, the weight gain of respondents or the occurrence of gestational diabetes mellitus. Wilcoxon signed-rank test and Pearson's chi-squared test were used for hypothesis verification.

Results: The statistical analysis showed that 185 respondents suffered from the postpartum urinary incontinence, while the remaining 176 respondents were the control sample without these difficulties. The Wilcoxon signed-rank test showed statistically significant difference in the occurrence of different types of the urinary incontinence ($p < 0.001$), where the stress urinary incontinence is more present in women after spontaneous vaginal delivery (93.5% of the total) than the urge urinary incontinence (6.5% of the total). The Pearson's chi-squared test showed a statistically significant difference between incontinent and continent women related to these factors - pelvic floor muscles strengthening ($p = 0.003$), weight gain during pregnancy ($p < 0.001$), duration of childbirth ($p = 0.020$), birth weight of the newborn ($p < 0.001$) and occurrence of gestational diabetes mellitus ($p = 0.012$). On the contrary, the occurrence of episiotomy ($p = 0.985$) and the extent of perineum rapture ($p = 0.342$) were statistically insignificant. Therefore, there is no difference in urinary incontinence occurrence between women with episiotomy, women with perineum rapture and women without birth related perineum injury.

Conclusion: The research showed that some risk factors related to pregnancy and birth have influence on the occurrence of postpartum urinary incontinence in women after spontaneous vaginal delivery. However, some risk factors had no significant connection to these difficulties. Based on these results it is obvious that more research on postpartum urinary incontinence risk factors has to be done in order to reduce the incidence of these difficulties.

Klíčová slova v ČJ: poporodní močová inkontinence, rizikové faktory, vaginální porod, porodní poranění, epiziotomie, pánevní dno, prevence

Klíčová slova v AJ: postpartum urinary incontinence, risk factors, vaginal delivery, delivery injuries, episiotomy, pelvic floor, prevention

Rozsah: 130 stran/8 příloh

OBSAH

ÚVOD	10
POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	12
1 MOČOVÁ INKONTINENCE	14
1.1 Klasifikace močové inkontinence	15
1.1.1 Stresový typ inkontinence	15
1.1.2 Urgentní typ inkontinence	16
1.1.3 Smíšený typ inkontinence.....	17
1.1.4 Reflexní typ inkontinence.....	17
1.1.5 Overflow inkontinence	17
1.1.6 Ostatní typy inkontinence.....	18
1.2 Diagnostika	18
1.2.1 Anamnéza	19
1.2.2 Dotazníky, mikční deník	19
1.2.3 Fyzikální vyšetření	19
1.2.4 Laboratorní vyšetření.....	20
1.2.5 Speciální testy.....	20
1.2.6 Zobrazovací metody	20
1.2.7 Urodynamické vyšetření.....	20
1.2.8 Elektromyografie	21
1.3 Terapie a prevence	21
1.3.1 Konzervativní léčba.....	21
1.3.2 Medikamentózní léčba.....	23
1.3.3 Chirurgická léčba.....	23
2 RIZIKOVÉ FAKTORY MOČOVÉ INKONTINENCE V SOUVISLOSTI S GRAVIDITOU A PORODEM.....	25
2.1 Parita	26
2.2 Těhotenství.....	26
2.3 Porod.....	27
2.3.1 Vaginální porod	27
2.3.2 Sectio caesarea.....	29
2.4 Porodní poranění perinea	29
2.4.1 Epiziotomie.....	29
2.4.2 Ruptura	29

2.5	Porodní hmotnost novorozence	30
2.6	Obezita, BMI	30
2.7	Obstipace	31
2.8	Diabetes mellitus, gestační diabetes mellitus	31
2.9	Věk.....	31
2.10	Rasové a genetické predispozice	32
2.11	Další rizikové faktory	32
3	ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O PACIENTKU S MOČOVOU INKONTINENCÍ	33
3.1	Komplexnost péče.....	33
3.2	Edukace inkontinentních žen	33
4	METODIKA VÝZKUMU	36
4.1	Formulace problému	36
4.2	Cíle a hypotézy výzkumného šetření	36
4.2.1	Hlavní cíl výzkumu	36
4.2.2	Dílčí cíle a hypotézy	36
4.3	Charakteristika souboru	38
4.4	Metoda sběru dat.....	38
4.5	Realizace výzkumu	39
4.6	Metody zpracování dat.....	40
4.7	Etické aspekty výzkumného šetření.....	41
5	ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
5.1	Analýza Gaudenzova dotazníku	42
5.2	Analýza Gynekologicko-porodnických otázek.....	68
5.3	Analýza hypotéz výzkumného šetření	83
6	DISKUZE.....	92
6.1	Doporučení pro praxi	96
	ZÁVĚR	97
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	99
	SEZNAM ZKRATEK	109
	SEZNAM TABULEK	110
	SEZNAM GRAFŮ.....	113
	SEZNAM PŘÍLOH	115

ÚVOD

Inkontinence moči je stav jakéhokoli samovolného, nekontrolovatelného úniku moči. Ve spojení s poporodní inkontinencí hovoříme převážně o stresovém typu, kdy k úniku moči dochází z důvodu zvýšení nitrobřišního tlaku. Nedobrovolný únik moči představuje nejen medicínsko-psychologický, ale i sociálně-hygienický problém (Lukacz et al., 2017, s. 1593).

V posledních letech byla prokázána přímá souvislost výskytu močové inkontinence a vaginálního porodu. Poznatky o vlivu gravidity a vaginálního porodu na strukturu a funkci pánevního dna, na podnícení vzniku postpartální močové inkontinence i celkový psychický a fyzický stav ženy se v průběhu desetiletí dostávají v odborné literatuře stále do popředí. Právě vztah vaginálního porodu a inkontinence moči a její rozvoj jsou jedním z hlavních zájmů specialistů v oboru urogynekologie a jsou zevrubně studovány na vědecké úrovni. Zkoumány jsou např. změny nastávající v průběhu porodu zavádající příčinu rozvoje inkontinence moči a sestup pánevních orgánů. I těhotenství samo o sobě velmi významně ovlivňuje výskyt postpartální močové inkontinence. Příčiny tohoto vlivu jsou změny anatomické (např. vliv rostoucí dělohy či tlak naléhající hlavičky plodu) i změny funkční (hormonální). Výskyt postpartální močové inkontinence dosahuje svého maxima v období porodu a časně po něm, následný pokles příznaků spojených s únikem moči nastává u žen v období šesti týdnů po porodu či v dalších poporodních týdnech. U velké většiny žen poté příznaky nechtěného úniku moči vymizí, nicméně u některých příznaky nadále přetrvávají či změny nastalé v průběhu těhotenství a porodu zůstávají skryty a mohou se projevit ve vyšším věku inkontinencí moči či jinými poruchami statiky pánevního dna (Křmář, 2010, s. 46–47).

Samotná postpartální močová inkontinence bývá ženami často podceňována a zlehčována. Hlavním důvodem bývá pocitování studu, rozpaků a zdráhání se žen diskutovat o vzniklém problému se svým lékařem či specialistou. Z toho důvodu je nezbytné aktivně vyhledávat faktory vedoucí k výskytu poporodní močové inkontinence a snižovat veškerá rizika, která pro ženu mohou znamenat problémy v poporodním období. Nedílnou součástí je také edukace žen o možných rizikových a protektivních faktorech se zaměřením na dostatečnou péči o svaly pánevního dna již v rámci předporodní přípravy a následně i po samotném porodu. Právě včasná edukace v ambulantní péči umožňuje aktivní vyhledávání rizikových skupin, což může pomoci se zahájením včasného a vhodného léčebného postupu v samotném počátku. Role porodní asistentky je pro zachycení inkontinence mnohdy klíčová. Důležitým krokem je navázání vzájemného vztahu

s inkontinentní pacientkou. Díky vhodné komunikaci, profesionálnímu chování, empatickému a citlivému přístupu se ženy snáze svěří se svými problémy a obavami, které je v souvislosti s močovou inkontinencí tíží (Krčmář, 2010, s. 47; Slezáková et al., 2017, s. 16).

Cílem diplomové práce bylo pomocí polostrukturovaných dotazníků zjistit, zda se vybrané rizikové faktory, související s graviditou a porodem, podílejí na výskytu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

Teoretická část diplomové práce poukazuje na samotnou močovou inkontinenci, její klasifikaci, základní diagnostiku, prevenci i terapii, která prezentuje možnosti konzervativní, medikamentózní i chirurgické léčby. Stěžejní část zahrnuje rizikové faktory močové inkontinence v souvislosti s graviditou a porodem jako parita, samotné těhotenství a porod (vaginální, SC), porodní poranění perinea (epiziotomie, ruptura), porodní hmotnost novorozence, obezita, obstipace, DM, GDM, věk, rasové a genetické predispozice a další. Závěr teoretické části diplomové práce pojednává o roli porodní asistentky v péči o inkontinentní pacientku se zaměřením na edukaci.

Empirická část práce obsahuje popis projektu výzkumu. Metodika výzkumu zahrnuje stanovení výzkumného problému, cílů a hypotéz výzkumu, dále charakteristiku zkoumaného souboru, metodu sběru dat, realizaci výzkumu a etické aspekty výzkumného šetření. V závěru předkládáme analýzu výsledků výzkumného šetření vycházející ze sběru dat získaných v rámci dotazníkového šetření. Následuje analýza stanovených hypotéz a diskuze.

Vstupní studijní literatura:

HORČIČKA, L. et al. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. 181 s. ISBN 978-80-204-4503-2.

KRHOVSKÝ, M. Biomechanický pohled na struktury ženského pánevního dna. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o. 2011; 8(9):379-984. ISSN 1214-8687.

PASTORČÁKOVÁ, M. et. al. Poporodní inkontinence, těhotenství a porod a jejich vztah k ženské močové inkontinenci. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o. 2011; 12(5):307-311. ISSN 1213-1768.

ROZTOČIL, A. et. al. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

VILHELMOVÁ, L. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, s.r.o. 2011; 12(2):97-99. ISSN 1213-1768.

POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: poporodní močová inkontinence, rizikové faktory, vaginální porod, porodní poranění, epiziotomie, pánevní dno, prevence

Klíčová slova v AJ: postpartum urinary incontinence, risk factors, vaginal delivery, delivery injuries, episiotomy, pelvic floor, prevention

Jazyk: český, anglický

Období: 2020–2010, tři články z roku 2009, dva články z roku 2008, jeden článek z roku 2006, jeden článek z roku 2005 a jeden z roku 2004



DATABÁZE

MEDVIK, PUBMED, SCIENCE DIRECT, GOOGLE SCHOLAR



POČET NALEZENÝCH ČLÁNKŮ: 146



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

duplicitní články, odlišná témata, články nesplňující zadaná kritéria a cíle



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH ČLÁNKŮ

MEDVIK: 20

PUBMED: 17

SCIENCE DIRECT: 14

GOOGLE SCHOLAR: 13



PRO TVORBU TEORETICKÝCH VÝCHODISEK BYLO POUŽITO 64 ZDROJŮ

Cizojazyčné články: 33

České články: 25

Knihy: 6

1 MOČOVÁ INKONTINENCE

Močová inkontinence je Mezinárodní společností pro inkontinenci neboli International Continence Society (ICS) definována jako stížnost na jakýkoli nedobrovolný, neovladatelný, samovolný únik moči (Belkov et al., 2011, s. 307). Samotná inkontinence není brána jako onemocnění, ale pouze jako symptom či příznak určité poruchy (Sochorová, 2011, s. 488).

Incidence močové inkontinence je v populaci vysoká a dále stále stoupá. Je známo, že více než polovina populace trpí samovolným únikem moči. Častěji postihuje ženy než muže – uvádí se, že inkontinenci trpí 3x více žen než mužů (Minassian, 2012, s. 1088; Romžová, 2013, s. 59). Předpokládá se, že v České republice (ČR) trpí různými formami inkontinence zhruba 510 000 žen, přičemž v běžné populaci inkontinence postihuje až 30 % dospělých žen nad 50 let věku. Močová inkontinence se tak stává jedním z nejčastějších zdravotních problémů západní civilizace (Hiblbauer ml., Hiblbauer st, 2011, s. 20). Nejčastější formou samovolného úniku moči je stresová inkontinence, kterou trpí až 50 % případů. Urgentní inkontinence představuje asi 20 % a smíšené formy dosahuje zhruba 25 % případů. Posledních 5 % tvoří vzácné formy močové inkontinence (Zámečník, 2016, s. 9). Prevalence mimovolného úniku moči stoupá s věkem. Světová prevalence močové inkontinence u žen činí v průměru 25 %. V ČR se prevalence pohybuje v rozmezí 25 % až 27 % (Staněk, 2012, s. 347).

I přes poměrně vysokou incidenci se diagnostika a samotná léčba močové inkontinence může jevit jako nedostatečná, a to z důvodu zdráhání patientek diskutovat o tomto problému se svým lékařem či specialistou. Patientky trpící močovou inkontinencí se často ostýchají zahájit diskusi o jejich problémech a symptomech právě kvůli rozpakům, nedostatku znalostí léčby či strachu z možného chirurgického zákroku (Minassian et al., 2017, s. 690). Ženy trpící močovou inkontinencí se mnohdy straní sociálnímu kontaktu s dalšími osobami, častěji trpí depresemi či pocity studu (Sinclair, Ramsay, 2011, s. 145, 147). K návštěvě lékaře je často vede až snížená kvalita života, ke které přispívají hygienické, sociální a společenské problémy vyplývající z močové inkontinence (Hiblbauer ml., Hiblbauer st., 2011, s. 18). Ve většině případů se uvádí, že ženy navštíví lékaře až několik let po objevení prvních příznaků samovolného úniku moči (Grzybowska et al., 2015, s. 3).

1.1 Klasifikace močové inkontinence

V současné době se dostupná literatura při klasifikaci močové inkontinence různí. ICS v roce 2010 klasifikovala močovou inkontinenci týkající se pouze ženské populace (Ryšánková, 2016, s. 72). Zjednodušeně lze samovolný únik moči rozdělit na extrauretrální a uretrální. **Extrauretrální typ** močové inkontinence je vzácnější, dochází při něm k odchodu moči jinou než přirozenou cestou, například píštělí, která vzniká jako následek pooperačního či poradiačního stavu. Extrauretrální močová inkontinence může být i vrozená v důsledku vrozených vývojových vad (např. ektopie močovodu). **Uretrální inkontinence** je častějším typem, při němž dochází k úniku moči skrz močovou trubici. Mezi uretrální inkontinenci patří: stresová, urgentní, reflexní, smíšená a overflow (přepadová) inkontinence (Adamík, 2012, s. 474). Mezi další typy úniku moči pak patří například inkontinence koitální, posturální, noční, trvalá či bezpocitová (Haylen et al., 2010, s. 5).

1.1.1 Stresový typ inkontinence

Dle ICS je stresová močová inkontinence (SUI) definována jako samovolná ztráta moči při vykonaném úsilí, pohybové aktivitě, fyzické námaze, kýchní, kašli, smíchu či jiných aktivitách vedoucích k převýšení intraabdominálního tlaku. Na mimovolném úniku moči se podílí právě zvýšený nitrobřišní tlak a inkompetence uretry (Wood, Anger, 2014, s. 21). Moč uniká bezprostředně po zvýšení intravezikálního tlaku v močovém měchýři, který převyší tlak intrauretrální, a to bez přítomné kontrakce močového měchýře (Feyereisl, 2011, s. 286). Na inkompetenci uretry participují dva faktory – hypermobilita a nedostatečnost sfinkteru uretry (Adamík, 2012, s. 474). Hypermobilita uretry vychází z nedostatečné podpory svalstva pánevního dna a vaginální pojivové tkáně, čímž se močová trubice dostává pod pánevní dno. Hypermobilita přispívá k oslabení svěrače močového měchýře, jehož uzavírací síla může být při zvýšeném intraabdominálním tlaku zdolána, a tím dochází k úniku moči (Vilhelmová, 2011, s. 97). Druhým faktorem je nedostatečnost sfinkteru uretry, který je charakterizován oslabením nebo úplnou ztrátou uzavírací schopnosti vnitřního svěrače močové trubice. Následkem je nedostatečný vnitřní tonus potřebný k udržení uzavřené močové trubice, a to zejména při aktivitách souvisejících s jakoukoli fyzickou námahou (Pizzoferrato et al., 2017, s. 121).

V závislosti na věku žen se prevalence SUI pohybuje v rozmezí 29 % až 75 %, s průměrem 48 %. Jedná se o nejčastější typ inkontinence u mladších žen, s nejvyšším výskytem u žen ve věku 45 až 55 let. Tato skutečnost má souvislost s hormonálními změnami

v období menopauzy, které mají za následek snížení kvality pojivových tkání a podpůrných struktur orgánů pánevního dna (Hiblbauer ml., Hiblbauer st., 2011, s. 18). Udává se, že třetina žen se SUI trpí únikem moči alespoň jednou týdně (Wood, Anger, 2014, s. 21). U těhotných žen se SUI vyskytuje přibližně u 60 %, s poporodním přetrváváním u 32 % pacientek (Ryšánková, 2016, s. 72). Jedná se tedy o nejčastější typ močové inkontinence u těhotných žen. Je známo, že má škodlivé účinky na kvalitu života, přibližně u 54,3 % všech těhotných žen ve čtyřech oblastech: fyzická aktivita, cestování, sociální vztahy a emoční zdraví (Sangsawang, Sangsawang, 2013, s. 901).

K posouzení závažnosti stavu močové inkontinence se v praxi využívá klasifikace dle Ingelmann-Sundberga. Na základě této klasifikace je SUI rozdělena do tří kategorií:

- I. stupeň – samovolný únik moči spojený s výrazným zvýšením nitrobrišního tlaku (kašel, kýchnutí či smích),
- II. stupeň – samovolný únik moči, který není spojený s výrazným vzestupem nitrobrišního tlaku (běh, chůze do schodů či lehká fyzická námaha – zvedání břemen),
- III. stupeň – samovolný únik moči spojený již s nepatrným zvýšením nitrobrišního tlaku (pomalá chůze, stání či klid, absence fyzické aktivity) (Slezáková et al., 2017, s. 88).

Nově začíná být SUI známá také pod názvem „activity-related incontinence“ neboli inkontinence související či spojená s aktivitou, z důvodu možné záměny slova „stres“ se stresem psychickým (Ryšánková, 2016, s. 72).

1.1.2 Urgentní typ inkontinence

Urgentní typ (UUI) lze definovat jako samovolný únik moči spojený se silným nucením k mikci. K úniku moči dochází ve spojitosti s náhlým a intenzivním pocitem nucení k močení, který nelze ovládat vůlí (Dannecker et al., 2010, s. 421). UUI je vyvolán poruchou detrusoru (sval s vypuzovací funkcí). Zvýšená aktivita svalových buněk detrusoru vede k patologické kontrakci a urgence je vyvolána nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu (motorická UUI). Urgence může být vyvolána také zvýšenou citlivostí receptorů detrusoru ve stěně močového měchýře (senzorická UUI) (Nygaard, 2010, s. 1157; Dannecker et al., 2010, s. 421).

Tento typ močové inkontinence je součástí symptomů syndromu hyperaktivního močového měchýře (OAB – overactive bladder). Pojem „urgentní inkontinence“

a „hyperaktivní močový měchýř“ bývá často nesprávně zaměňován. OAB je charakterizován urgencí (náhlým silným nucením k močení) a frekvencí (častým močením), a to s nebo bez přítomnosti urgentní inkontinence. Syndrom je často doprovázen nočním močením neboli nykturií (Nygaard, 2010, s. 1156). Jestliže je součástí syndromu také UUI, jedná se o tzv. mokřý OAB neboli wet syndrom (Ryšánková, 2016, s. 72).

UUI je častější u starších žen a může být spojena s komorbidními stavy, které přicházejí s věkem. Celková prevalence se odhaduje na 7–33 % a opět se častěji vyskytuje u žen než u mužů (Wood, Anger, 2014, s. 21).

1.1.3 Smíšený typ inkontinence

Smíšený typ vzniká kombinací více druhů močových inkontinencí. Nejčastěji se jedná o spojení příznaků stresové a urgentní močové inkontinence. K samovolnému úniku moči tedy dochází jednak při urgenci, ale také při zvýšení intraabdominálního tlaku – fyzická námaha, kašel, smích či kýchání (Romžová, 2014, s. 221). V populaci je smíšený typ močové inkontinence třetí nejčastější formou. Představuje zhruba 14 % ze všech typů močových inkontinencí (Wood, Anger, 2014, s. 21).

1.1.4 Reflexní typ inkontinence

Reflexní neboli neurogení typ močové inkontinence je spjat s nechtěným únikem moči vlivem zvýšené spinální aktivity mikční reflexu bez předchozích pocitů doprovázejících naplnění močového měchýře a pocitu nutnosti se vymočit (Adamík, 2012, s. 474). Výskyt reflexní močové inkontinence souvisí s neurologickým onemocněním z důvodu poškození centrální nervové soustavy (CNS), také figuruje u míšních lézí či traumat (Dzvinčuk et al., 2008, s. 91). Postihuje pacienty trpící Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou chorobou či roztroušenou sklerózou (Belkov et al., 2011, s. 308).

1.1.5 Overflow inkontinence

Overflow neboli paradoxní či přepadová močová inkontinence je charakterizována mimovolným odtékáním moči z přeplněného močového měchýře z důvodu obstrukce uretry – nádor, mechanická nebo funkční překážka v močové trubici (Adamík, 2012, s. 474).

1.1.6 Ostatní typy inkontinence

Posturální typ je samovolný nechtěný únik moči spojený se změnou polohy, např. při vstávání ze sedu či lehu (Haylen et al., 2010, s. 5). Posturální typ je relativně běžný, nicméně mechanismus jeho vzniku není zcela jasný. Proto ho nelze jednoznačně zařadit. S největší pravděpodobností patří mezi inkontinenci stresovou nebo urgentní (Ryšánková, 2016, s. 72).

Trvalý (totální) typ je nepřetržitý kontinuální samovolný únik moči, který nelze ovlivnit léky. Mnohdy se jedná o extrasfinkterickou vadu, při níž moč obchází přirozené močové cesty (Romžová, 2014, s. 221).

Koitální typ je nechtěný nedobrovolný únik moči v průběhu pohlavního styku. Únik moči může nastat během penetrace, v průběhu pohlavního styku nebo při samotném orgasmu (Haylen et al., 2010, s. 5).

Noční typ je stížnost na nedobrovolný, samovolný únik moči, ke kterému dochází v průběhu spánku. Jedná se především o dětský typ inkontinence, takzvanou enurézu, která ovšem může v jistých případech přetrvávat až do dospělosti. Na vzniku noční inkontinence může hrát svou roli i dědičnost (Ryšánková, 2016, s. 73).

Bezpocitová inkontinence je stížnost na samovolný, nedobrovolný únik moči, při kterém si dotyčná osoba neuvědomuje, za jaké situace a podmínek k úniku moči došlo (Haylen et al., 2010, s. 5).

1.2 Diagnostika

Před samotnou léčbou močové inkontinence musí být provedena správná diagnostika. Určení správného typu inkontinence je základem dobré léčby a spokojenosti pacientky. Základní diagnostiku ve většině případů provádí praktický lékař, gynekolog či urogynekolog v ambulancích, které umožňují v rámci základního vyšetření diagnostikovat druh inkontinence, a tím zahájit léčbu (Hiblbauer ml., Hiblbauer st., 2011, s. 19–20).

Diagnostika zahrnuje získání anamnézy, vhodné fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, využití dotazníků a mikčních deníků, speciálních testů, zobrazovací metody, urodynamické vyšetření atd. (Belkov et al., 2011, s. 310).

1.2.1 Anamnéza

Základem správné diagnostiky typu a závažnosti inkontinence je důkladná anamnéza pacienta. V rámci anamnézy se zaměřujeme na příznaky úniku moči a pomocí cílených otázek se snažíme určit správný typ inkontinence. Zajímá nás především délka trvání obtíží, počet močení za den a noc, jednotlivé intervaly mezi močeními, urgencye, schopnost či neschopnost močení oddálit. Podstatnou informací je i vyvolávající příčina močové inkontinence a počátek obtíží. U žen pátráme po předchozích prodělaných gynekologických operacích v oblasti malé pánve či po operacích páteře. Důležitá je také znalost počtu porodů, jejich ukončení a průběhu (porodní hmotnost, porodní poranění, délka trvání porodu atd.). Významná je také léková anamnéza pacienta, protože leckteré léky se mohou podílet na rozvoji močové inkontinence. Dále zjišťujeme rodinnou anamnézu, nemoci, zvyky pacientky, její fyzickou aktivitu, údaje o menstruaci či menopauze, potratech atd. (Aoki et al., 2017, s. 6–7).

1.2.2 Dotazníky, mikční deník

Dotazníky slouží k upřesnění typu a převládajícím obtížím močové inkontinence. V praxi se v ambulancích velmi často používá Gaudenzův dotazník, přestože je v dnešní době považován za zastaralý. Jeho vyplnění dokáže určit, zda žena trpí stresovou či urgentní inkontinencí. Další dotazníky pak přispívají ke sledování stavu a hodnocení úspěšnosti léčby. K odhadnutí psychosociální zátěže se využívají dotazníky kvality života (Adamík, 2012, s. 475).

V rámci diagnostiky lékaři využívají i **mikční deníky**, které jsou pacienty vedené zhruba po dobu 48 hodin. Deník umožní posoudit frekvenci močení, mikční intervaly, množství přijatých a vydaných tekutin, frekvenci úniku moči a urgencí, včetně množství využitých inkontinenčních pomůcek. Deník může být využit i pro kontrolou zavedené léčby (Krhut, 2014, s. 12).

1.2.3 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření zahrnuje zjištění váhy a výšky pacientky, změření fyziologických funkcí, běžné klinické vyšetření, zhodnocení celkového stavu a kognitivních funkcí, vyšetření břicha a zevního genitálu pohledem a pohmatem. Při gynekologickém vyšetření v zrcadlech se lékař zaměřuje na vzhled genitálu, poševní sliznice, pokles poševních stěn, popřípadě dělohy, uložení a pohyblivost uretry. Popisuje stav uložení orgánů v oblasti malé pánve,

všímá si defektů pánevního dna. Orientačně může provést neurologické vyšetření (vybavení míšních reflexů L2–S4) (Aoki et al., 2017, s. 9).

1.2.4 Laboratorní vyšetření

Základem laboratorního vyšetření inkontinence je chemické a kultivační vyšetření moči, včetně vyšetření močového sedimentu. Biochemické vyšetření slouží k vyloučení eventuální renální nedostatečnosti. V případě abnormálních výsledků (např. hematurie či erytrocyturie v moči) přichází na řadu specializovaná vyšetření u odborníků (urolog, urogynekolog) (Horčíčka et al., 2017, s. 5).

1.2.5 Speciální testy

Tyto speciální testy se dříve používaly běžně k diagnostice močové inkontinence. V dnešní době jsou doplňkem moderních vyšetřovacích metod. Využívají se k posouzení stavu a mobility pánevního dna. Mezi speciální testy patří: Marshallův test, Pad-weight test či Q-tip test (Horčíčka et al., 2017, s. 5).

1.2.6 Zobrazovací metody

Běžně využívanou neinvazivní zobrazovací metodou je **ultrasonografie** (USG), která poskytuje přehled o stavu horních i dolních močových cest. USG lze provádět abdominálně, transperineálně či vaginálně. Umožňuje stanovit postmikční reziduum, zhodnotit pozici a mobilitu eretry, objem a náplň močového měchýře, sledovat tloušťku detruzoru atd. (Vilhelmová, 2011, s. 98).

Rentgenové vyšetření (RTG) se dnes již téměř nevyužívá, z větší části ho nahradil ultrazvuk. Ovšem v případě přítomnosti hematurie, postmikčního rezidua, výrazného prolapsu či neurogenního postižení se RTG metoda může využít (Adamík, 2012, s. 475).

Magnetická rezonance (MR) je nejpřesnější diagnostickou zobrazovací metodou. Velice dobře zobrazuje struktury pánevního dna i jejich defekty. Nicméně vzhledem k vysoké ceně a době kvalitních ultrazvuků se standardně nevyužívá. Významnou roli hraje v případě píštělí, operační revize či při stanovení anatomických poměrů (Staněk, 2012, s. 348).

1.2.7 Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetření zahrnuje 3 metody: uroflowmetrii, cystometrii a profilometrii. Provádí se na specializovaných pracovištích proškoleným personálem a pouze v indikovaných

případech. Při **uroflowmetrie** se vyšetřuje proud moči za jednotku času. Poskytuje data o možném oslabení proudu moči při močení, např. v důsledku zúžení močové trubice. **Cystometrie** je považována za nejdůležitější invazivní urodynamickou metodu, při které se měří objem a tlak v močovém měchýři za použití plynového nebo kapalného media. Umožňuje nám zhodnotit kapacitu močového měchýře, jeho citlivost a aktivitu s i bez provokačních manévřů, funkci a kontrakční schopnost detrusoru či elasticitu stěny močového měchýře. Slouží k potvrzení diagnózy UII (Romžová et al., 2011, s. 223). Poslední metodou je **profilometrie**, při které stanovujeme kompetenci močové trubice na základě měření tlaku uvnitř uretry. Uretrální tlak je měřen v klidu, během močení a při zvýšeném abdominálním tlaku. Samotné měření probíhá v poloze na zádech, vsedě či vestoje (Horčíčka et al., 2015, s. 45).

1.2.8 Elektromyografie

Elektromyografie (EMG) pomáhá snímat elektrické potenciály svalstva pánevního dna. Pro snímání využívá povrchové či jehlové elektrody. Využívá se při diagnostice neurogenických poruch dolních močových cest (Dzvinčuk et al., 2008, s. 92).

1.3 Terapie a prevence

Léčba je založena na povaze převládajícího příznaku (stresová versus urgentní inkontinence). V případě smíšeného typu inkontinence musí být zvolená terapie postupná, kdy se prvotně řeší přeléčení urgencye a až následně stresová složka. Metodou první volby jsou nejméně zatěžující procedury, v případě jejich nedostatečnosti metody invazivnější. Léčbu inkontinence můžeme rozdělit na konzervativní, medikamentózní a operační (Lukacz et al., 2017, s. 1594).

U těhotných žen a žen krátce po porodu je prakticky jedinou efektivní léčbou močové inkontinence pravidelné a důsledné posilování svalů pánevního dna, které je účinné jak v terapii, tak v prevenci močové inkontinence (Huvar, 2014, s. 153).

1.3.1 Konzervativní léčba

První volbou by vždy měla být konzervativní léčba. V první řadě je ženám v rámci terapie a prevence doporučována změna životního stylu a každodenních návyků zahrnující snížení příjmu kofeinu, perlivých vod sycených oxidem uhličitým a alkoholu, zanechání kouření či dostatečná konzumace potravin bohatých na vlákninu. Strategie přijímání tekutin

podporuje častý příjem malého množství tekutin, za den zhruba 2 litry. U obezných pacientů s vysokým BMI je doporučena redukce tělesné hmotnosti, jelikož právě snížení váhy výrazně snižuje riziko vzniku močové inkontinence. Uvádí se, že snížení tělesné hmotnosti o 5 až 10 % vede ke snížení rizika vzniku SUI až o 60 %. Vhodné je také omezení nadměrné fyzické aktivity, úprava pracovního režimu a úprava pohybových aktivit (Lukacz et al., 2017, s. 1594–1595).

Součástí konzervativní léčby a prevence vzniku močové inkontinence je fyzioterapie, která spočívá v posilování svalů pánevního dna. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) by fyzioterapie měla být první volbou léčby mírného a středního typu inkontinence (Holaňová et al., 2015 s. 22).

Posilování svalů pánevního dna poprvé popsal Arnold Kegel v roce 1948. Technika spočívala v několika rychlých kontrakcích svalů pánevního dna za sebou, přičemž doba trvání stahu a uvolnění svalů by měla být stejná. Udává se, že důsledné denní cvičení svalů pánevního dna může snížit riziko vzniku inkontinence až o 80 %. V současné době je tato forma „prostého posilování“ svěračů částečně vyloučena z důvodu absence komplexního přístupu v léčbě (Krhut et al., 2015, s. 131–132). Jednoduchým způsobem fyzioterapie je také vědomě přerušovaná mikce, při které si pacientka snáze uvědomí, které svalové struktury je třeba ovládat. Výhodou posilování svalů pánevního dna je, že může být prováděno kdykoli, kdekoli a v libovolné poloze. Obecně je preferováno cvičení vedené fyzioterapeutem, neboť je mnohem efektivnější než cvičení individuální (Huvar, 2014, s. 154). Doporučená délka léčby je 6 měsíců, během kterých je vykonáno celkem 10 terapií. Ze začátku jedna terapie týdně, následně jsou jednotlivé termíny prodlouženy. Po 6 měsících je doporučujícím lékařem provedeno kontrolní vyšetření a zhodnocena efektivita léčby (Horčička et al., 2017, s. 7). Z literatury vyplývá, že u cvičících žen je výrazně menší riziko močové inkontinence během těhotenství i po samotném porodu. Bylo prokázáno, že závažnost příznaků inkontinence podstatně snižuje minimálně šestitýdenní cvičební program. Posilování svalů pánevního dna je odborníky doporučováno i postpartálně (Huvar, 2014, s. 153–154).

Další možností terapie je speciální gymnastika, která může být spojená s elektrostimulací pánevního dna, trénink močového měchýře (tzv. bladder dril), cvičení svalstva dna pánevního pomocí vaginálních konusů, snaha o odložení urgencye či používání inkontinenčních pomůcek (Sochorová, 2011, s. 488).

Dle studií zde patří také vaginální pesar neboli vložka. Pesary mají redukovat či odstranit SUI tím, že upraví porušené anatomické poměry nebo zvýší výtokový odpor uretry. Je využíván jako doplněk nebo náhrada posilování svalů pánevního dna. Studie z roku 2010

(Richter et al., 2010, s. 609–610) porovnávala účinnost vaginálního pesaru v léčbě SUI s behaviorální terapií. Současně posuzovala, zda je účinnější používání kombinace vaginálního kroužku společně s cvičením pánevních svalů a behaviorální terapií oproti terapii s využitím jedné metody. Ve výsledku byla pro ženy po 3 měsících méně obtěžující a uspokojivější behaviorální terapie oproti terapii s využitím vaginálního pesaru. Stejně tak nebyla lepší ani kombinovaná terapie ve srovnání s terapií jedné metody.

1.3.2 Medikamentózní léčba

Medikamentózní léčba se využívá při léčbě UUI. Pro SUI totiž neexistují žádné léky schválené Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA). Z léků se využívá např. fesoterodin, oxybutynin, solifenacin atd. Léčebný efekt se dle FDA pohybuje přibližně mezi 60 až 80 %. Výběr léků závisí na dostupnosti přípravku, nákladech pacienta a na specifických klinických faktorech (Lukacz et al., 2017, s. 1600).

1.3.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba přichází na řadu v případě selhání léčby konzervativní. K miniinvazivnímu výkonu patří např. **intravesikální aplikace botulotoxinu** do stěny močového měchýře. Tento zákrok se využívá pouze u těžkých forem UUI a v ČR je prováděn pouze na některých pracovištích. V určitých indikovaných případech se při léčbě UUI využívá tzv. **augmentace** neboli rozšíření močového měchýře, která vede ke zvětšení jeho kapacity (Adamík, 2012, s. 476). U pacientů, kteří na léčbu nereagují, je někdy výjimečně nutné odstranit celý močový měchýř. Těmto pacientům je vytvořena supravезikální derivace moči nebo nový močový měchýř (neovezika) (Sochorová, 2011, s. 488).

Při léčbě SUI se standardně využívají tzv. **páskové metody**. Prvním typem byla tuhoprostá páska (tension free vaginal tape neboli TVT), která se ukládá pod střední uretru. Konce pásky jsou vyvedeny za symfýzu. Výsledkem je komprese uretry při zvýšení nitrobřišního tlaku a zajištění kontinence. Nejčastěji se provádí v lokální anestezii. K minimalizaci rizik, které plynuly z uložení pásky, byla vyvinuta páska transobturatorní (TOT). Páska je vhodná při léčbě stresové inkontinence z důvodu hypermobility uretry. TOT je zaváděna horizontálně a kopíruje průběh svalů pánevního dna. Průběh pásky je tedy fyziologický. Stále oblíbenější jsou minipásky jako např. TVT-Secure. Jejich aplikace je velmi snadná a může být provedena ambulantně pouze v lokální anestezii (Horčíčka et al., 2017, s. 7). Přestože páskové metody patří mezi miniinvazivní výkony, nesou s sebou určité riziko komplikací: krvácení, poruchy mikce, poranění močového měchýře, poranění močové

trubice, nutnost reoperace při selhání páskové metody. Účinnost páskových metod se pohybuje v rozmezí 80 až 96 % (Horčíčka et al., 2015, s. 72).

Při insuficienci sfinkteru uretry se v určitých situacích provádí **periuretrální egens** (bulking), kdy je pomocí uretroskopu jehlou do podslizniční části uretry v oblasti vnitřního sfinkteru zavedena speciální látka. Tento výkon vede k navýšení intrauretrálního tlaku, čímž zabraňuje úniku moči. Úplné vyléčení inkontinence moči je poměrně nízké, pohybuje se maximálně kolem 30 %. Prokázáno je ovšem vysoké zlepšení v oblasti kvality života postižených pacientů až o 70 % (Adamík, 2012, s. 476).

U těhotných žen se chirurgická léčba neuplatňuje. Při velmi závažné močové inkontinenci či při prolapsu se s chirurgickou léčbou obvykle čeká až po ukončení těhotenství. Malá případová studie z roku 2016 (Adams-Piper et al., 2016, s. 307–310) zkoumala ženy, jež prodělaly operativní terapii močové inkontinence metodou pásky nebo prolapsovou operaci ještě před otěhotněním. Studie se zúčastnilo celkem 25 žen, 14 z nich rodilo císařským řezem (SC) – 5 SC bylo lékaři primárně indikováno z důvodu zavedené pásky, 5 SC bylo provedeno z důvodu opakujícího se SC a 4 SC byly provedeny pro indikace plodu. Zbýlých 11 žen rodilo spontánně vaginálně. U žen nebyly zjištěny žádné těhotenské komplikace v souvislosti se zavedenými páskami. Pouze u jedné pacientky se po porodu vyvinula opakovaná stresová močová inkontinence, která vyžadovala reoperaci zavedené pásky.

2 RIZIKOVÉ FAKTORY MOČOVÉ INKONTINENCE V SOUVISLOSTI S GRAVIDITOU A PORODEM

Vznik a rozvoj močové inkontinence je spojován s různými rizikovými faktory. Pro důslednou a správnou prevenci v boji proti močové inkontinenci je nezbytná kvalitní znalost těchto rizikových faktorů a příčin vzniku úniku moči. Stanovené rizikové faktory a příčiny jsou označovány za multifaktoriální a pro jednotlivé typy močových inkontinencí jsou rozdílné (Wood, Anger, 2014, s. 21). Faktory lze rozdělit na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné.

- **Ovlivnitelné rizikové faktory:** nadváha, otylost, přílišná tělesná aktivita provozována například v CrossFitu, kulturistice, gymnastice či bojových sportech, náročná fyzická práce, dehydratace, chronická obštipace, konzumace nevhodných nápojů obsahující kofein či nápoje sycené oxidem uhličitým, špatná životospráva, konzumace potravin chudých na obsah vlákniny, požívání alkoholu, kouření atd.
- **Neovlivnitelné rizikové faktory:** genetické predispozice, věk, rasa, pohlaví, přítomnost více chorob současně tzv. polymorbidita, metabolické poruchy, nežádoucí vliv jistých lékových skupin atd. (Drábková, 2015, s. 127).

Za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů je považována parita. Dalším významným faktorem je samo těhotenství a porod. Rizikem pro vznik močové inkontinence je jak porod spontánní vaginální, tak i porod vaginální extrakční či ve snížené míře porod SC (Dinç, 2018, s. 303). Diskutuje se také o významu vyšší tělesné hmotnosti novorozence ve spojitosti s výskytem močové inkontinence (Sharma, Mittal, 2017, s. 2033).

Mezi další rizikové faktory vzniku močové inkontinence patří *diabetes mellitus*, gestační *diabetes mellitus*, chronický kašel, chronická plicní obstrukční nemoc (CHOPN), prodělané operace v oblasti malé pánve vedoucí k poruše statiky orgánů pánevního dna (hysterektomie atd.), vaginální prolaps, cystokéla, rektokéla či prolaps dělohy (Shlain et al., 2018, s. 311). Jednostranné přetížení nebo práce trvale vykonávána vsedě či v předklonu (Slezáková et al., 2017, s. 87), stejně jako menopauza, recidivující infekce dolních cest močových, ozařování v oblasti malé pánve a určitá medikamentózní léčba, např. diuretika, ACE inhibitory, jsou považovány za rizikový faktor samovolného úniku moči (Belkov et al., 2011, s. 308–309).

2.1 Parita

Parita patří mezi nejvýznamnější rizikový faktor pro vznik SUI u žen a přispívá k rozvoji poruch pánevního dna. Příčinou je snížení kontrakční účinnosti svalů pánevního dna až o 35 %, ke kterému dochází začátkem 20. týdne gravidity a přetrvává až do konce období šesti týdnů po porodu. Důvodem snížené kontrakční efektivity je poškození pánevní fascie, závěsného aparátu, pudendálního nervu či zevního nebo vnitřního análního svěrače v důsledku jednotlivých prodělaných porodů. Právě tato poškození mohou vést k poruše statiky pánevního dna a následné SUI (Huvar, 2014, s. 153). Mezi odborníky se objevují dva stěžejní názory. Část odborníků zastává názor, že již první vaginální porod má zásadní vliv na vznik močové inkontinence. Ostatní se přiklání k názoru, že až po čtyřech a více porodech mají ženy výraznější predispozice k rozvoji inkontinence. Uvádí se, že zhruba 64 % žen, jež porodily více než 2 děti, trpí SUI (Sharma, Mittal, 2017, s. 2032–2033).

2.2 Těhotenství

Dalším významným rizikovým faktorem močové inkontinence u žen je těhotenství. S močovou inkontinencí se setkáváme jak v průběhu těhotenství, tak i po porodu. Spojení symptomu močové inkontinence a gravidity je v dnešní době až nečekaně časté. Postihuje přibližně polovinu těhotných žen a častěji je pozorovatelná u multipar než primipar (Patel et al., 2006, s. 27). V průběhu gravidity se nejčastěji setkáváme se SUI, jejíž incidence se pohybuje v rozpětí od 19 do 75 % a stoupá s gestačním stářím. Druhým nejčastějším typem samovolného úniku moči je inkontinence smíšená, která se na konci gravidity objevuje u zhruba 13 % žen a následující urgentní typ močové inkontinence se vyskytuje asi jen u 6 % těhotných žen (Brown et al., 2010, s. 196). K úniku moči dochází nejčastěji mimovolně, při fyzické zátěži, kýchnutí či kašli. Samotný porod často nevede k úplnému ukončení problému a inkontinence přetrvává. Těhotenská močová inkontinence bývá mnohdy první inkontinencí v životě ženy a je prediktivním faktorem pro její výskyt v pozdějším věku. Právě proto jsou těhotenství a samotný porod považovány za jedny z hlavních rizikových faktorů pro vznik následné močové inkontinence (Huvar, 2014, s. 152).

V důsledku gravidity dochází již v prvním trimestru, vlivem tlaku rostoucí dělohy, ke snížení kapacity močového měchýře, což vede ke zvýšené frekvenci mikce. Na oblast svalů pánevního dna působí tlak rostoucí dělohy a zvýšený intraabdominální tlak, což vede k zhoršení krevního průtoku a inervace jak močového měchýře, tak i samotné uretry. Vzniklá ochablost

svalů pánevního dna způsobuje zvýšenou mobilitu uretry i hrdla močového měchýře. K rozvoji poruch dolních cest močových v průběhu těhotenství přispívají také změny hormonální a změny kolagenu. Celkové snížení obsahu kolagenu v průběhu gravidity vede k rozvolnění kloubů a pánevních ligament. Samotný kolagen má výrazně sníženou pevnost v tahu, což přispívá k ochabnutí závěsného aparátu pánevních orgánů. Hormonální změny v souvislosti s poruchami dolních cest močových u gravidních žen spočívají ve výrazném zvyšování hladin progesteronu. Progesteron se vyznačuje relaxačním účinkem na hladkou svalovinu močového traktu, čímž dochází ke snížení tonu ureterů, močového měchýře a uretry. Druhým významným hormonem je relaxin, který stimuluje tkáňový růst, včetně proliferace sliznic dolních močových cest, čímž se zvyšuje uretrální tlak. Hladina relaxinu je na vrcholu mezi 10. a 14. týdnem těhotenství, v průběhu 17. až 24. týdne jeho produkce klesá asi na poloviční hodnotu, která přetrvává až do porodu. Následkem je snížení proliferace sliznic dolních močových cest a pokles uretrálního tlaku, což může podpořit rozvoj úniku moči (Huvar, 2014, s. 152–153).

Podle některých studií existuje významný vztah mezi výskytem močové inkontinence v těhotenství a výskytem inkontinence po porodu. Například podle čínské studie (Chan et al., 2013, s. 1477) je přítomnost močové inkontinence před nebo v průběhu těhotenství podstatným ukazatelem toho, zda jí bude žena trpět i po porodu. Podle další studie z roku 2012 (Gartland et al., 2012, s. 1365) je riziko močové inkontinence po porodu 3x až 7x vyšší u žen, které se se samovolným únikem moči potýkaly již v těhotenství.

2.3 Porod

Porod společně s paritou a těhotenstvím patří mezi hlavní rizikové faktory vzniku SUI. Riziko pro vznik močové inkontinence představuje jak porod spontánní vaginální, tak i porod vaginální extrakční či ve snížené míře porod SC (Dinç, 2018, s. 303).

2.3.1 Vaginální porod

Představuje pro vznik SUI a sestup orgánů v oblasti malé pánve nejvýraznější riziko. Při vaginálním porodu je pánevní dno ženy vystaveno extrémnímu tlaku naléhající části rozeného plodu a také vypuzovacích sil matky. Tyto faktory mohou způsobit anatomické nebo funkční změny nervů, poškození svalových struktur pánevního dna, nitropánevních fascií či porušení inervace uzávěrového systému uretry, což může vést k dysfunkci a oslabení pánevního dna (Shlain et al., 2018, s. 310). Ze svalů pánevního dna se během porodu nejvíce

napíná *musculus puboccygeus*. Uvádí se, že ve střední části dojde k jeho natažení až 3,26x. Mezi další svaly pánevního dna, u kterých dochází k rozpínání o více než dvojnásobek jejich původní délky, patří *musculus puborectalis* či *musculus ileococcygeus* (Lien et al., 2004, s. 34–35).

Uvádí se, že u žen s poporodním poraněním fascií sice dochází k přirozené regeneraci, ovšem výsledná pojivová tkáň nikdy nebude tak silná a pevná, jako tomu bylo před porodem. Také z tohoto důvodu u těchto žen existuje vyšší pravděpodobnost výskytu příznaků postpartální močové inkontinence. U 1/3 žen, jež rodily vaginálně, a u kterých bylo zjištěno poranění fascií podporující svaly pánevního dna, se objevila postpartální SUI přetrvávající minimálně 3 měsíce (Herbert, 2009, s. 39).

Rovněž poranění pudendálních nervů v průběhu porodu vede ke vzniku močové inkontinence. Dochází k tomu na základě přímého poškození *nervus pudendus* a následnému oslabení svalů pánevního dna. Denervace pudendálního nervu postihuje zhruba 80 % rodiček po prvním vaginálním porodu. Jako rizikové faktory denervace *nervus pudendus* byly předloženy protrahovaná druhá doba porodní, vyšší porodní hmotnost novorozence a klešťový porod. Zhruba 60 % žen s diagnostikovanou denervací pudendálního nervu se během dvou měsíců navrátily do původního stavu. Ovšem přibližně u 1/3 rodiček i po dvou měsících problémy přetrvávaly (Herbert, 2009, s. 39).

Podle studií se stresová postpartální močová inkontinence v prvních 3 měsících objevuje v průměru asi u 33 % rodiček. O mírnou formu močové inkontinence se jednalo u 43 % rodiček a u 48 % rodiček o středně závažnou formu úniku moči. Závažná forma potom byla prokázána u 9 % žen po porodu (Gartland et al., 2012, s. 1364).

Diskutabilní je také vliv **vaginálních extrakčních porodních operací**, jako je **klešťový porod a vakuumextraktor (VEX)**, na vznik močové inkontinence. Podle některých odborníků je výskyt samovolného úniku moči po spontánním vaginálním porodu srovnatelný s ženami, jež podstoupily porod pomocí kleští či VEXu. Rozdíl je patrný až v průběhu hojení. Zatímco u žen po spontánním porodu a porodu VEXem dochází v průběhu jednoho roku ke zmírnění problémů, u žen, jež podstoupily porod pomocí porodnických kleští, problémy přetrvávají déle (Sharma, Mittal, 2017, s. 2033). V minulosti se předpokládalo, že použití porodnických kleští porodníkovi umožňuje na svaly pánevního dna aplikovat menší sílu a tím zamezit jejich poškození. Dnes odborníci vycházejí ze zjištění, že použití forcepsu souvisí s poškozením *musculus levator ani* a pudendální neuropatií (Handa et al., 2012, s. 234). Instrumentálně vedené porody také zvyšují riziko poranění análního svěrače, což může vést ke vzniku fekální inkontinence (Pergialiotis et al., 2014, s. 13).

2.3.2 Sectio caesarea

Císařský řez (SC) je porodnická abdominální operace sloužící k ukončení těhotenství a extrakci plodu. V souvislosti s poporodní močovou inkontinencí a inkontinencí v pozdějším věku bývá SC označován jako „ochrana“ před jejím vznikem. Studie ukazují, že močová inkontinence postihuje jak ženy rodící vaginálně, tak i ženy rodící SC. Výskyt samovolného úniku moči je však u žen rodících přirozeně až dvojnásobný. Z dostupných informací vyplývá, že SC má v určité míře ochranný účinek před vznikem močové inkontinence, ale tento efekt je limitován počtem vykonaných operací. Tři a více provedených SC představují stejné riziko vzniku močové inkontinence jako vaginální porod (Martan et al., 2013, s. 52; Dinç, 2018, s. 305). Močovou inkontinencí v souvislosti s SC jsou ohroženy hlavně ženy, které podstoupily císařský řez při prvním porodu a při dalším rodily vaginálně (Genadry, Mostwin, 2013, s. 40).

2.4 Porodní poranění perinea

2.4.1 Epiziotomie

Nástřih hráze při porodu patří mezi nejčastěji prováděné porodnické výkony. V dnešní době se tento výkon porodní asistentky a porodníci snaží využívat co možná nejméně, protože jeho rutinní provádění není v nejlepším zájmu rodičky. Používá se v případech, kdy je nezbytné urychlit druhou dobu porodní, při alteraci ozev plodu, vaginálních extrakčních operacích, porodu plodu v poloze koncem pánevním, dystokii ramének či tuhé a nepoddajné hrázi rodičky s cílem zabránit rozsáhle ruptuře *perinea* (Islam et al., 2013, s. 696).

2.4.2 Ruptura

Spontánní natržení hráze je dalším možným typem porodního poranění. Lokalizace a rozsah postižení se u ruptur různí, mohou zasahovat do pochvy, svalů pánevního dna i konečníku. V souvislosti s porodem se odborníci obávají hlavně poškození análního sfinkteru. Proto v případě hrozící závažné ruptury hráze při prořezávání hlavičky plodu porodní asistentka provede preventivní epiziotomii. Dle doporučeného postupu „Péče o ženy se závažným poraněním hráze“ klasifikujeme rupturu *perinea* do 4 stupňů:

- I. stupeň – postižení vaginální sliznice a kůže *perinea*,
- II. stupeň – zahrnuje postižení svalů *perinea*, ale ne análního sfinkteru,

- III. stupeň – zahrnuje poranění komplexu análního svěrače,
 - IIIa – postižení méně než 50 % síly zevního análního svěrače,
 - IIIb – postižení více než 50 % síly zevního análního svěrače,
 - IIIc – ruptura vnitřního análního svěrače,
- IV. stupeň – ruptura zevního i vnitřního análního svěrače včetně mukózy rekta (Záhumenský, Kališ, 2013, s. 61).

V roce 2016 byla vydána přehledová studie, vycházející z 21 studií, jejímž cílem bylo zjistit jaký vliv má porodní poranění hráze, tedy epiziotomie a spontánní ruptury, na pánevní dno a vznik inkontinence moči. Výsledkem bylo zjištění, že ženy s intaktním *perineem* sice měly výrazně silnější pánevní dno než ženy s porodním poraněním, avšak výskyt močové inkontinence se u žen bez poranění hráze nějak významně neliší od žen s poraněním. Také nebyla prokázána spojitost mezi vznikem močové inkontinence a stupněm spontánního poranění hráze. Ze studie vyplynulo i zjištění, že epiziotomie pánevní dno nechrání a její rutinní provádění nesnižuje výskyt úniku moči (Kramná, Vrublová, 2016, s. 24–32).

2.5 Porodní hmotnost novorozence

Diskutovaným rizikovým faktorem je i vyšší porodní hmotnost novorozence. Existují protichůdné názory o vztahu mezi porodní hmotností plodu a mateřským rizikem rozvoje přetrvávající SUI (Sharma, Mittal, 2017, s. 2033). Např. Højbergova et al. (2005, s. 842) studie poukázala na možnou souvislost mezi porodní hmotností novorozence vyšší než 4000 g a mediolaterální epiziotomií. Právě tato kombinace faktorů signifikantně zvýšila riziko vzniku močové inkontinence. Naopak spojitost mezi zvýšenou porodní hmotností novorozence a spontánním poraněním hráze, větším než 3 cm, zjištěna nebyla.

2.6 Obezita, BMI

Obezita a vysoké BMI představuje velmi silný rizikový faktor pro vznik SUI. Obézní ženy mají téměř trojnásobně vyšší pravděpodobnost vzniku inkontinence moči ve srovnání s ženami s optimální tělesnou hmotností (Wesnes, 2014, s. 726). Vysoké BMI a obezita vyvolávají napětí na pánevní dno z důvodu zvýšeného nitrobřišního tlaku, také dochází ke zpomalení průtoku krve a poruchám funkce nervů močového měchýře i uretry. Čím větší je nitrobřišní tlak v oblasti močového měchýře, tím větší je riziko vzniku SUI. Zvýšený intraabdominální tlak nezpůsobuje jen rozvoj močové inkontinence, ale i prolaps pánevních

orgánů (Sharma, Mittal, 2017, s. 2032). Dle Mezinárodního institutu medicíny by měl váhový přírůstek během těhotenství u žen s optimálním BMI (18, 5–24, 9 kg/m²) činit zhruba 11,5 až 16 kg (Sangsawang, 2014, s. 29). Klinické studie prokázaly, že úbytek hmotnosti vede k výraznému snížení rizika vzniku SUI (Reynolds et al., 2011, s. 370).

2.7 Obstipace

Rizikovým faktorem pro vznik SUI je také obstipace neboli zácpa. Gravidní ženy zácpou trpí v 11 až 38 % případů, a to především v třetím trimestru těhotenství. Na vzniku obstipace se podílí hormonální změny, ke kterým u těhotných žen dochází. Svou roli zde hraje hlavně hormon progesteron, který výrazně snižuje střevní peristaltiku. U žen, jež v průběhu těhotenství trpí obstipací a současně také symptomy samovolného úniku moči, inkontinence často přetrvává ještě alespoň 6 týdnů po porodu (Sangsawang, 2014, s. 30).

2.8 Diabetes mellitus, gestační diabetes mellitus

Rizikovým faktorem je i *diabetes mellitus* (DM) či gestační *diabetes mellitus* (GDM). Právě GDM se řadí k nejčastějším rizikovým faktorům vzniku SUI v graviditě a po porodu. Ženy trpící DM podléhají vyššímu riziku vzniku močové inkontinence, která u nich přetrvává 5 a více let po porodu. Vysoká prevalence močové inkontinence u těhotných žen s DM či GDM je velmi často spojována i s obezitou a vyšším BMI (Sangsawang, 2014, s. 30–31).

2.9 Věk

Prevalence a závažnost močové inkontinence se s přibývajícím věkem zvyšují. Riziko pro vznik samovolného úniku moči stresového typu u gravidních žen se zvyšuje nejen gestačním stářím, ale i věkem těhotné ženy. Je známo, že ženy ve věku 30 let a výše, které rodily poprvé, mají výrazně vyšší riziko rozvoje SUI než ženy mladší. Příčinou jsou funkční změny svalů, fascií a nervů. S přibývajícím věkem dochází ke snížení celkového počtu svalových vláken uretrálního svěrače a ke ztrátě uretrálního tlaku. Vyšší věk žen také zvyšuje stupeň postižení svalstva pánevního dna a obtížnost vaginálního porodu (Sharma, Mittal, 2017, s. 2033).

2.10 Rasové a genetické predispozice

Rasa je také považována za rizikový faktor močové inkontinence. Řada studií udává, že u bílých žen existuje vyšší prevalence výskytu močové inkontinence ve srovnání s hispánskými, asijskými a afroamerickými ženami. Bílé ženy jsou vystaveny vyššímu riziku vzniku SUI, zatímco afroamerické ženy jsou vystaveny vyššímu riziku vzniku UUI (Townsend et al., 2010, s. 381–382).

Svůj význam ve spojitosti s močovou inkontinencí má i genetická predispozice. Riziko vzniku inkontinence moči, zejména UUI, může být vyšší u pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou. U ženy, jejíž matka, popřípadě starší sestra trpí močovou inkontinencí, existuje až 3x vyšší riziko vzniku inkontinence. Pokud se inkontinence vyskytla u matky i babičky, je riziko ještě výraznější. Studie genetickým faktorům připisují UUI riziko o hodnotě 35 až 55 %, ale SUI pouze 1,5 % (Martan et al., 2013, s. 52).

2.11 Další rizikové faktory

Vznik močové inkontinence je spojen také s nadměrnou fyzickou aktivitou. Vychází z toho online studie z roku 2020 (Elks et al., 2020, s. 101–102), která zkoumala prevalenci a závažnost močové inkontinence u žen, které cvičí CrossFit, ve srovnání se ženami, které ho necvičí. Výsledky studie uvedly, že ženy účastníci se CrossFit cvičení měly podstatně vyšší míru inkontinence moči (84 %) než ženy, které se cvičení CrossFit neúčastnily (48 %).

Mezi další rizikové faktory vzniku močové inkontinence patří např. kouření. Je známo, že nikotin vede ke svalové atrofii, která poškozuje svaly pánevního dna a dráždí močový měchýř. Kouření má souvislost i s chronickým kašlem, který se také řadí mezi rizikové faktory SUI, z důvodu zvýšení tlaku na svaly pánevního dna a poškození jejich inervace. Rovněž konzumace velkého množství kofeinu, který má diuretický účinek vede ke vzniku močové inkontinence. Svou roli zde hrají také operační výkony prováděné v oblasti malé pánve, které jsou spojeny s poškozením svalů pánevního dna, např. hysterektomie nebo opakované záněty močových cest (Wood, Anger, 2014, s. 22).

3 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O PACIENTKU S MOČOVOU INKONTINENCÍ

3.1 Komplexnost péče

Porodní asistentka je v praxi první osobou, se kterou inkontinentní žena v ambulantní péči přichází do kontaktu. Porodní asistentky jsou ženami často vnímány jako stěžejní zdroj informací. Pacientky trpící močovou inkontinencí, vzniklou v souvislosti s graviditou, často pociťují stud, jsou zdrženlivé, distancují se od společnosti, a proto je pro porodní asistentky velmi důležité navázání korektního vztahu postaveného na vzájemné důvěře a porozumění. Díky vzájemnému vztahu, vhodné komunikaci, profesionálnímu chování, empatickému a citlivému přístupu se ženy snáze svěří se svými problémy a obavami, které je v souvislosti s močovou inkontinencí tíží. Role porodní asistentky je pro zachycení inkontinence klíčová a mnohdy záleží hlavně na jejím přístupu k inkontinentní pacientce (Petrašová, 2012, s. 51).

3.2 Edukace inkontinentních žen

Hlavní roli v péči o inkontinentní pacientku hraje edukace nemocné zkušenou porodní asistentkou. Porodní asistentka jako edukátorka by měla disponovat přiměřenými teoretickými i praktickými znalostmi a dovednostmi. Prostřednictvím edukace zvyšuje spokojenost pacientek, zajišťuje kontinuitu péče a snižuje riziko vzniku možných komplikací. Cílem edukace je rozvíjet poznatky a schopnosti, postoje, behaviorální a citové kvality člověka. Díky edukaci je inkontinentní žena schopna pochopit její vlastní roli v péči o svou osobu, redukovat pocity úzkosti, nejistoty i studu. V určitých případech je důležitá nejen edukace samotné pacientky, ale také jejich blízkých osob. Je známo, že ženy trpící únikem moči mnohem lépe spolupracují, jsou-li správně poučeny o dané problematice. Z tohoto důvodu je edukace pacientek velmi důležitá (Slezáková et al., 2017, s. 16).

Kompetence porodní asistentky jí umožňují edukovat pacientku ve všech životních obdobích. Edukace může být rozdělena na základní, reedukaci, komplexní či primární, sekundární a terciální typ. O základní neboli počáteční edukaci hovoříme v případě prvotního záchytu onemocnění, kdy je hlavním cílem získání pacientčiny spolupráce, poskytnutí základních informací a její motivace k vhodným aktivitám. Na základní edukaci navazuje reedukace, která se zaměřuje na opakování informací, jejich doplňování, rozšiřování

a prohlubování. Komplexní typ vychází z uceleného systému edukace a spočívá v opakování a komplexním pojetí dané problematiky. Primární edukace je nejčastěji poskytována zdravým jedincům v primární péči (ambulace praktického lékaře, gynekologa). Sekundární typ edukace je zaměřen na nemocné jedince, jejichž stav vyžaduje úpravu životosprávy či informace o léčebném režimu. Cílem sekundárního typu je prevence komplikací a přechodu do chronicity. Třetí terciální typ je zaměřen na pacientky, jejichž stav je nezvratný. Edukace zde napomáhá zamezení vzniku komplikací a zvýšení kvality jejich života. Zaměřuje se na samotnou pacientku i její blízké (Dušová et al., 2019, s. 11–12).

Porodní asistentka by měla cíleně vyhledávat ženy s rizikovými faktory pro vznik samovolného úniku moči (těhotenství, porod, parita, obezita, obstipace, DM, GDM atd.) a upozornit je na možný vznik této poruchy. V této fázi je důležitá hlavně edukace v oblasti správné životosprávy se zaměřením na dodržování dostatečného pitného režimu a správných návyků v přísunu tekutin. Příjem tekutin by měl být alespoň 2 litry za 24 hodin, neměl by být nárazový. 2–3 hodiny před ulehnutím ke spánku by ženy neměly přijímat žádné tekutiny. Roli hraje také snížení příjmu teinu, který je obsažen v kávě či černém a zeleném čaji. Na místě je také omezení přísunu alkoholu. Pacientky trpící obezitou či nadváhou jsou porodní asistentkou edukovány o možnostech redukce tělesné hmotnosti a přiměřené pohybové aktivitě (Lucas et al., 2015, s. 73–74)

Jedním z nejdůležitějších témat edukace u žen se samovolným únikem moči je posilování svalů pánevního dna, a to v průběhu těhotenství i po porodu. Důležité je pochopení významu cviků a jejich pravidelné provádění. V rámci první gravidity je posilování svalů pánevního dna bráno jako preventivní strategie vzniku močové inkontinence. Je známo, že pravidelné posilování v průběhu prvního těhotenství snižuje pravděpodobnost poporodní močové inkontinence (Herbert, 2009, s. 38). Posilování svalů pánevního dna nemá vliv pouze na močovou inkontinenci, ale také na správné držení těla, redukci bolesti v bederní a křížové oblasti, zlepšení průběhu gravidity a porodu. Pánevní dno mohou ženy posilovat např. pomocí tzv. Kegelových cviků, které by měly být cvičeny pravidelně 3–5x denně po dobu 10–20 minut. Další, vhodnější možností z pohledu fyzioterapeutů je technika Pelvicore. Jedná se o komplexní přístup, který je zaměřen na zpevnění vnitřního svalstva včetně svalů okolo páteře, v oblasti břicha a bránice. Cvičení by mělo být prováděno alespoň 3x týdně. Vhodné je ženy upozornit také na možnost spolupráce s fyzioterapeutem, který je schopen vytvořit cvičební plán přímo na míru na základě komplexního kineziologického vyšetření. K podpoře aktivity svalů pánevního dna mohou pacientky využít i vaginální závaží, které vkládají do pochvy asi 2x denně na 5–10 minut (Morávková, 2011, s. 49). S aktivací svalstva

se doporučuje začít kolem 20. týdne gravidity a pokračovat až do 35. týdne. Přibližně od 36. gestačního týdne se ženy zaměří na postupnou relaxaci pánevního dna, která je součástí přípravy na blížící se porod. Opětovná aktivace svalstva pánevního dna lze započít již od 2. dne po porodu. Cvičení v průběhu šestinedělí podstatně napomáhá urychlit zavinování dělohy, urychluje hojení jizvy po episiotomii či jiném porodním poranění, brání rozvoji inkontinence a zlepšuje správnou funkci břišních svalů a svalů pánevního dna (Nováková, 2010, s. 46). K posouzení účinnosti této metody lze v praxi využít standardizovaný dotazník, rozhovor či zhodnocení kvality života ženy (Hudáková, Novyzedláková, 2013, s. 58).

Vhodné je také poučení o dodržování osobní hygieny, včetně ochrany pokožky před podrážděním (svědění, zarudnutí, mokvání). Porodní asistentka pacientku poučí o typech inkontinenčních pomůcek, včetně jejich používání. Mezi pomůcky, alespoň z části hrazené zdravotní pojišťovnou, patří inkontinenční vložky využívané při lehkém typu inkontinence, absorpční pleny, fixační kalhotky či absorpční podložky. Důležitou informací je také upozornění na vhodné vyhýbání se prochladnutí a prevenci vzniku infekčního onemocnění močového traktu (Horčíčka, 2017, s. 9).

V případě UUI je porodní asistentkou ženám doporučen nácvik chování močového měchýře, kdy jsou ženy poučeny o nácviku mikce v pravidelných intervalech. Dále může být navrženo vedení tzv. mikčního deníku s ukázkou správného zapisování údajů (Morávková, 2011, s. 50).

Péče porodní asistentky o inkontinentní pacientku spočívá taktéž v její přípravě před určitým vyšetřením. Takovým vyšetřením je např. urodynamické vyšetření, před kterým by žena měla být seznámena s důležitostí řádného zavodnění organismu. Dále by měla být upozorněna na přinesení vzorku moči, nutnost přeléčení všech infekcí močového traktu a vysazení léků ovlivňující mikci 3 dny před samotným vyšetřením. Ženy jsou seznámeny s postupem vyšetření a možnými komplikacemi, které se mohou po vyšetření vyskytnout, jako např. pálení či řezání při močení (Horčíčka et al., 2015, s. 42–45).

V případě selhání konzervativní léčby je ženě lékařem doporučena léčba chirurgická. Nejčastějším řešením SUI je v dnešní době zavedení pásek metodou TOT či TVT. Žena přijímána k tomuto zákroku je poučena o vyprázdnění, lačnění, oholení v místě operačního výkonu či hygieně. V rámci pooperační péče porodní asistentka pacientce monitoruje fyziologické funkce, diurézu a kontroluje krvácení z operační rány. Před propuštěním do domácí péče je žena poučena o vhodné rehabilitaci (krátké procházky), vstávání přes bok, hygienickém režimu (6 týdnů pouze sprchování), udržování rány v suchu a čistotě, omezení pohlavního styku po dobu 6 týdnů, prevenci zácpy atd. (Hubka et al., 2015, s. 19).

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Formulace problému

Empirická část diplomové práce je zaměřena na problematiku výskytu postpartální močové inkontinence u žen, jež prodělaly spontánní vaginální porod. Problematikou postpartální močové inkontinence v dnešní době i přes veškerou dostupnou kvalitní péči trpí poměrně velké množství žen různých věkových skupin, ať už prvorodičky či vícero dičky.

U žen potýkajících se s močovou inkontinencí, vzniklou v souvislosti s graviditou a porodem, často pozorujeme bagatelizaci, pocity studu, výčitek, zdrženlivosti či odstup od společnosti. Ženy se za své problémy často viní, přemýšlí nad tím, co mohly udělat jinak.

Z tohoto důvodu je v boji proti poporodní močové inkontinenci nezbytná kvalitní znalost veškerých rizikových faktorů a možných příčin vzniku úniku moči, abychom ženám mohli poskytnout tolik potřebné informace a kvalitní péči. Podstatné je také rozpoznání těchto faktorů v praxi a samotná edukace žen. Pro zachycení postpartální močové inkontinence je mnohdy klíčová právě role porodní asistentky. Díky včasné diagnostice a vhodnému řešení se problémy s únikem moči dají úspěšně řešit.

4.2 Cíle a hypotézy výzkumného šetření

4.2.1 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření v rámci diplomové práce bylo pomocí polostrukturovaných dotazníků zjistit, zda se vybrané rizikové faktory, související s graviditou a porodem, podílejí na výskytu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

4.2.2 Dílčí cíle a hypotézy

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje rozdíl mezi výskytem stresového a urgentního typu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

H₀₁: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi výskytem stresového a urgentního typu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda má absence posilování svalů pánevního dna u žen před nebo během těhotenství vliv na výskyt postpartální močové inkontinence.

H₀2: Absence posilování svalů pánevního dna u žen před nebo během těhotenství nemá vliv na výskyt postpartální močové inkontinence.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu souvisí se zvýšeným váhovým přírůstkem ženy v průběhu těhotenství (více než 15 kg).

H₀3: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nesouvisí se zvýšeným váhovým přírůstkem ženy v průběhu těhotenství (více než 15 kg).

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu souvisí s protražovaným porodem.

H₀4: Protražovaný porod u žen po spontánním vaginálním porodu nemá souvislost se vznikem postpartální močové inkontinence.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda je výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu spjat s vyšší porodní hmotností plodu (nad 4000 g).

H₀5: Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu není spjat s vyšší porodní hmotností plodu (nad 4000 g).

Dílčí cíl 6: Zjistit, zda je vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu spjat s výskytem epiziotomie.

H₀6: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu není spojen s výskytem epiziotomie.

Dílčí cíl 7: Zjistit, zda vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu souvisí se stupněm ruptury hráze.

H₀7: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nesouvisí se stupněm ruptury hráze.

Dílčí cíl 8: Zjistit, zda vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu má souvislost s diabetem či gestačním diabetem mellitem.

H₀8: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nemá souvislost s gestačním diabetem mellitem.

4.3 Charakteristika souboru

Výběr výzkumného vzorku respondentů probíhal záměrným výběrem. Výzkumný soubor tvořilo celkem 361 žen, které v období provádění výzkumného šetření byly 2 až 5 let po spontánním vaginálním porodu. Pro zařazení do výzkumného souboru musely respondenty splňovat předem stanovená kritéria: vyjádřit souhlas s realizací výzkumu, být starší 18 let a být 2 až 5 let po spontánním vaginálním porodu. Naopak vyřazovacím kritériem byl nedostatečně či nesprávně vyplněný dotazník, operativní porod v anamnéze (SC, klešťový porod, VEX), věk žen nižší 18 let a uplynulá doba od posledního porodu kratší než 2 roky. Samotné dotazníkové šetření probíhalo ve vybraných gynekologických a urogynekologických ambulancích Moravskoslezského kraje. Všechny zvolené ambulance vyjádřily písemný souhlas s prováděním výzkumného šetření na jejich pracovišti (příloha 1–5). Dotazníkové šetření bylo realizováno také online formou, a to konkrétně na webových stránkách: www.emimino.cz, www.modrykonik.cz a www.m.maminka.cz

4.4 Metoda sběru dat

Sběr dat k výzkumnému šetření probíhal pomocí kvantitativního výzkumu. Potřebná data k výzkumnému šetření byla získána pomocí polostrukturovaného dotazníku (příloha 6) od žen starších 18 let, které v období provádění výzkumu byly 2 až 5 let po spontánním vaginálním porodu. První část dotazníku tvořil standardizovaný Gaudenzův dotazník, stále často využívaný v urogynekologických ambulancích. Gaudenzův dotazník obsahoval celkem 26 urogynekologických otázek, které byly zaměřeny na jednotlivé symptomy močové inkontinence a částečně také na gynekologickou anamnézu žen. Jednotlivé otázky první části dotazníkového šetření sloužily k určení typu močové inkontinence. Druhá část dotazníku obsahovala 13 otázek zaměřených na gynekologicko-porodnickou anamnézu respondentek. Tyto otázky byly orientovány na období gravidity, délku a způsob ukončení těhotenství, typ a rozsah porodního poranění, porodní hmotnost novorozence či dobu uplynulou od posledního porodu. Poptávána byla také věková kategorie či tělesná hmotnost respondentek. Většina otázek polostrukturovaného dotazníku byla uzavřeného typu, některé otázky respondentkám umožňovaly zvolit více odpovědí. Pouze v jednom případě se jednalo o polouzavřený typ otázky, která po respondentkách vyžadovala z části slovní odpověď. Při vyplňování dotazníku byly ženy u jednotlivých otázek instruovány poznámkami k vhodnému vyplnění (např. pokud je Vaše odpověď na otázku č. 1 – ne, pokračujte prosím na druhou část dotazníku, tedy

na gynekologicko-porodnické otázky) z důvodu úspory času respondentek a rozlišnosti žen trpících postpartální močovou inkontinencí a žen bez těchto potíží.

Součástí dotazníkového šetření byl také informovaný souhlas (příloha 7), který dotazovaným ženám poskytl potřebné informace o výzkumném projektu a umožnil jim vyjádřit souhlas s jeho provedením.

4.5 Realizace výzkumu

Prvním krokem výzkumného šetření bylo prostudování výzkumného problému, čemuž následovalo studium příslušné literatury a rešeršní činnost. Druhým krokem bylo stanovení výzkumného cíle, dílčích cílů, hypotéz, kritérií pro výběr vhodných respondentů a vyhledání náležitého standardizovaného dotazníku odpovídajícího stanoveným kritériím výzkumu. Zvolený standardizovaný dotazník byl následně doplněn o vybrané gynekologicko-porodnické otázky. Ve finální fázi byl tedy použit dotazník polostrukturovaný. Samotné realizaci výzkumného šetření předcházelo podání písemné žádosti o povolení provádění výzkumu k Etické komisi Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (FZV UP). Po kladném vyjádření Etické komise FZV UP následovalo podání žádosti o povolení průzkumného šetření do vybraných urogynekologických a gynekologických ambulancí Moravskoslezského kraje. Konkrétně se jednalo o gynekologickou a urogynekologickou ambulanci Fakultní nemocnice v Ostravě (FNO) zastoupené MUDr. Marcelem Gärtnerem, Ph.D., MUDr. Olgou Szabovou, MUDr. Renátou Kupkovou a dalšími; ambulance Městské nemocnice v Ostravě (MNO) zastoupené MUDr. Marcelem Gärtnerem, Ph.D. a MUDr. Pavlou Volnou; ambulance Vítkovické nemocnice, člen skupiny Agel v Ostravě (VNO) zastoupené MUDr. Petrem Vaškem, MUDr. Vandou Klimánkovou, MUDr. Evou Matejkovou, MUDr. Jiřím Králem a dalšími. Dále ambulance MUDr. Martina Horáka (Poliklinika Ostrava-Hrabůvka) a MUDr. Marcela Gärtnera, Ph.D. (Proskovice). Po získání kladného vyjádření jednotlivých pracovišť byla realizace výzkumu započata. Dotazníky v tištěné podobě byly osobně předány personálu vybraných gynekologických a urogynekologických ambulancí Moravskoslezského kraje v uzavíratelných obálkách z důvodu zachování anonymity respondentek. Dotazníkové šetření bylo realizováno také online formou na sociálních sítích a internetové stránce určené pro tvorbu dotazníku. Online dotazníky měly totožnou formu i obsahové složení jako dotazníky tištěné. Samotné dotazníkové šetření probíhalo od listopadu roku 2019 do února roku 2020.

Rozdáno bylo celkem 450 dotazníků. Návratnost činila přesně 399 dotazníků (89 %). Celkový soubor dat získaný v gynekologických a urogynekologických ambulancích činil 234 dotazníků. Online forma poskytla vzorek o velikosti 165 dotazníků. Po vyhodnocení sesbíraných dotazníků jich bylo celkem 38 vyřazeno, jelikož nesplňovaly předem stanovená kritéria výzkumného šetření či nebyly dostatečně vyplněny. Po vyřazení nevyhovujících dotazníků zůstal soubor o velikosti 361, což představuje 80 % všech dotazníků.

4.6 Metody zpracování dat

Výzkumné šetření, metody sběru dat i metody zpracování dat byly předem konzultovány se statistikem. Získaná data byla převedena, zpracována a vyhodnocena pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel 2016 (Microsoft, Redmond, WA, USA). Tento program sloužil také ke grafickému zobrazení získaných dat ve formě tabulek a sloupcových grafů. Pro popis dat byla použita základní popisná statistika (frekvenční tabulky, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimum, maximum). Dále byla využita statistická metoda absolutních (n_i) a relativních četností (f_i). Pro vyhodnocení hypotéz byl použit Wilcoxonův párový test, výpočet 95% intervalu spolehlivosti a Pearsonův chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti. Statistické testy byly vyhodnoceny na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ (tj. 0,05). Pro vyhodnocení byl použit program Stata verze 14 (StataCorp, College Station, TX, USA).

Pearsonův chí-kvadrát test je základním a nejpoužívanějším testem nezávislosti pro kontingenční tabulky. Umožňuje testování hypotéz o nezávislosti dvou kategoriálních znaků (X a Y). Jedná se o neparametrickou metodu, která zjišťuje, zda je mezi dvěma znaky prokazatelná závislost (vztah). Chí kvadrát test je založen na porovnávání pozorovaných a očekávaných četností za platnosti nulové hypotézy (Reiterová, 2016, s. 62–63).

Wilcoxonův párový test se využívá k hodnocení párových pokusů. Testuje hypotézu rovnosti distribučních funkcí na základě ověření symetrického rozložení sledované náhodné veličiny. Výpočet vychází z párových hodnot dvou měření na jednom výběrovém souboru – veličiny X a X' (Reiterová, 2016, s. 77–78).

Hypotéza řešící častější typ postpartální močové inkontinence byla vypracována pomocí specifických dat, jež vyplynula ze standardizovaného Gaundenzova urogynekologického dotazníku. Ten byl vyhodnocen pomocí předem daných kritérií. Urogynekologický dotazník obsahuje celkem 26 otázek. Jednotlivé otázky jsou bodovány v rozmezí 0 až 3 body. Konečný součet se pak pohybuje v rozmezí 0 až 26 bodů pro oba typy močové inkontinence (SUI, UUI).

4.7 Etické aspekty výzkumného šetření

Výzkum byl zahájen po schválení žádosti o vyjádření Etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce (příloha 8). Jelikož v rámci výzkumného šetření pracujeme s lidskými bytostmi, je nutné dbát na zachování lidské důstojnosti, spravedlnosti, prospěšnosti i vzájemné úcty. V průběhu výzkumného šetření byl kladen důraz na dodržování všech principů vědecké etiky jako objektivnost, poctivost, čestnost, pravdivost, originalita či principiálnost. V rámci dotazníkového šetření byly respondentky seznámeny s anonymizováním veškerých poskytnutých údajů. V zájmu zachování anonymity respondentky nikde neuváděly své identifikační údaje. K výzkumu byla použita pouze data respondentek, které s jeho provedením vyjádřily souhlas. Vyloučeny byly také ženy mladší 18 let. Všechny respondentky byly osloveny se souhlasem vybraných gynekologických a urogynekologických ambulancí Moravskoslezského kraje. Získané výsledky nebyly žádným způsobem pozměněny, odstraněny či upraveny. Dále byly dodrženy všechny etické aspekty citování a veškeré použité zdroje a prameny byly řádně citovány dle norem ČSN ISO 690.

5 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

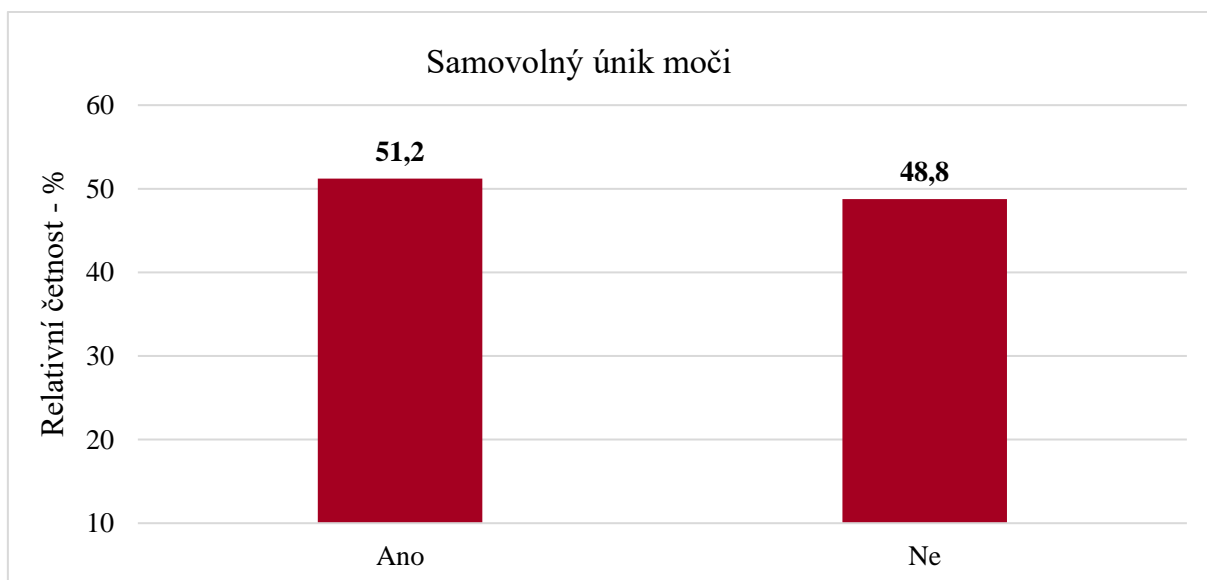
5.1 Analýza Gaudenzova dotazníku

Otázka číslo 1: Odtéká Vám někdy nechtěně (mimovolně) moč?

Otázkou číslo 1 zjišťujeme počet respondentek trpících samovolným únikem moči. Jedná se o uzavřenou, dichotomickou otázku s možností odpovědí ano/ne. Odpovídal na ni celý zkoumaný soubor respondentek čili 361 žen (100 %). Analýzou dat bylo zjištěno, že 185 respondentek trpí samovolným únikem moči, což v procentuálním vyjádření představuje 51,2 %. 176 respondentek, tedy 48,8 % samovolným únikem moči netrpí, tvoří tak kontrolní soubor bez těchto potíží, což je zřetelně znázorněno v grafickém i tabulkovém zpracování daných odpovědí.

Tab. 1 Samovolný únik moči respondentek

Samovolný únik moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano	185	51,2
Ne	176	48,8
Celkový počet	361	100



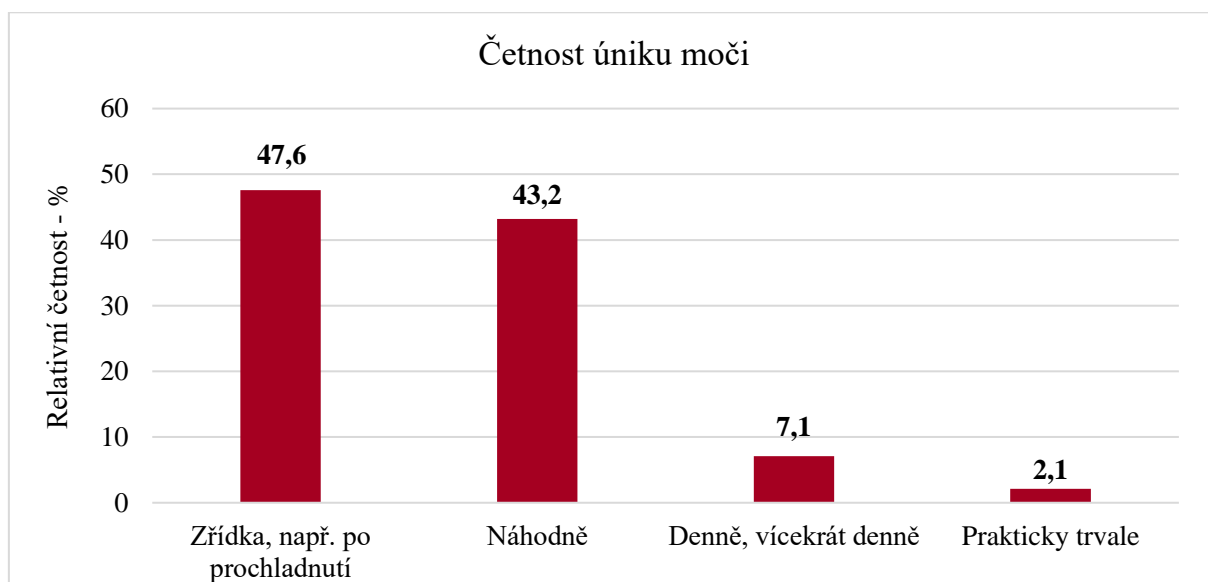
Graf 1 Samovolný únik moči respondentek

Otázka číslo 2: Jak často Vám nechtěně (mimovolně) odtéká moč?

Na následující otázky Gaudenzova standardizovaného dotazníku odpovídaly pouze respondentky, které u otázky číslo 1 uvedly potíže se samovolným únikem moči. Touto otázkou zjišťujeme četnost nechtěného úniku moči. Jedná se o uzavřenou otázku s možnostmi polytomických odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že 88 ženám (47,6 %) moč uniká zřídka (např. po prochladnutí). Možnost náhodného úniku moči zvolilo 80 žen, což v procentuálním zastoupení činí 43,2 %. Odpověď denně či vícekrát denně zvolilo 13 žen (7,1 %) a nejméně zastoupenou skupinou byly ženy, jimž moč uniká prakticky trvale, jednalo se celkem o 4 respondentky, tedy 2,1 % z celkového souboru.

Tab. 2 Četnost samovolného úniku moči

Četnost úniku moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Zřídka, např. po prochladnutí	88	47,6
Náhodně	80	43,2
Denně, vícekrát denně	13	7,1
Prakticky trvale	4	2,1
Celkový počet	185	100



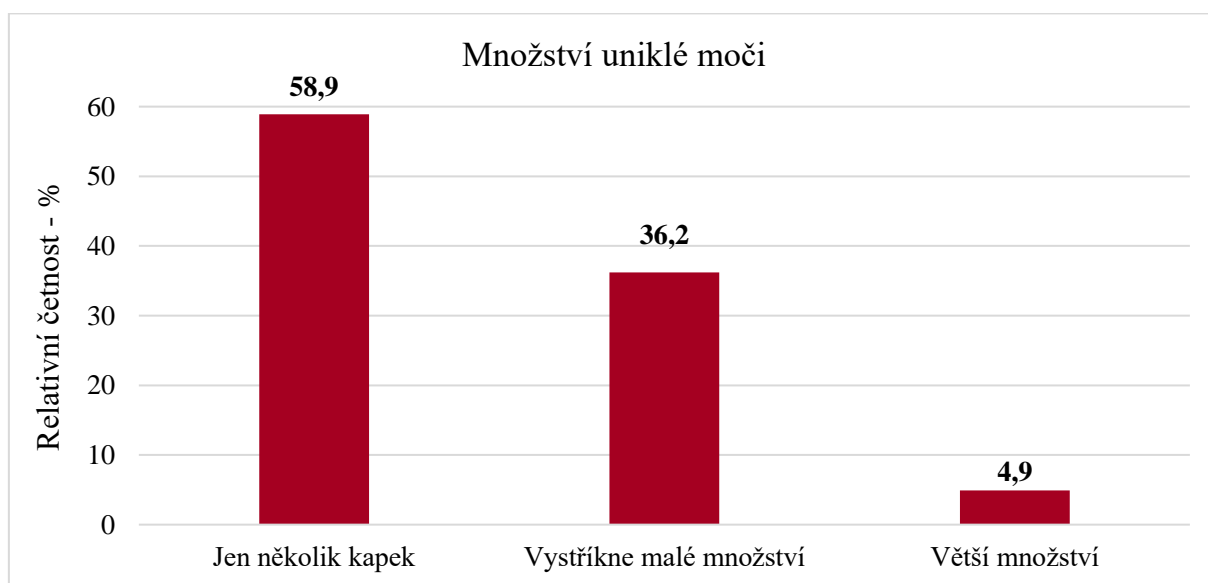
Graf 2 Četnost samovolného úniku moči

Otázka číslo 3: Jak velké je množství uniklé moči?

Otázkou číslo 3 zjišťujeme, k jak velkému úniku moči u respondentek dochází. Otázka je sepsána ve formě uzavřeného typu s možnostmi polytomických odpovědí. Nejpočetnější skupinou byly ženy, jimž moč uniká v množství jen několika kapek, jednalo se o 109 žen (58,9 %). Vystříknutím malého množství moči trpí 67 respondentek, tedy 36,2 %. Poslední možnou odpověď, únik většího množství moči, zvolilo celkem 9 žen, což v procentuálním zastoupení představuje 4,9 %.

Tab. 3 Množství samovolně uniklé moči

Množství uniklé moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Jen několik kapek	109	58,9
Vystříkne malé množství	67	36,2
Větší množství	9	4,9
Celkový počet	185	100



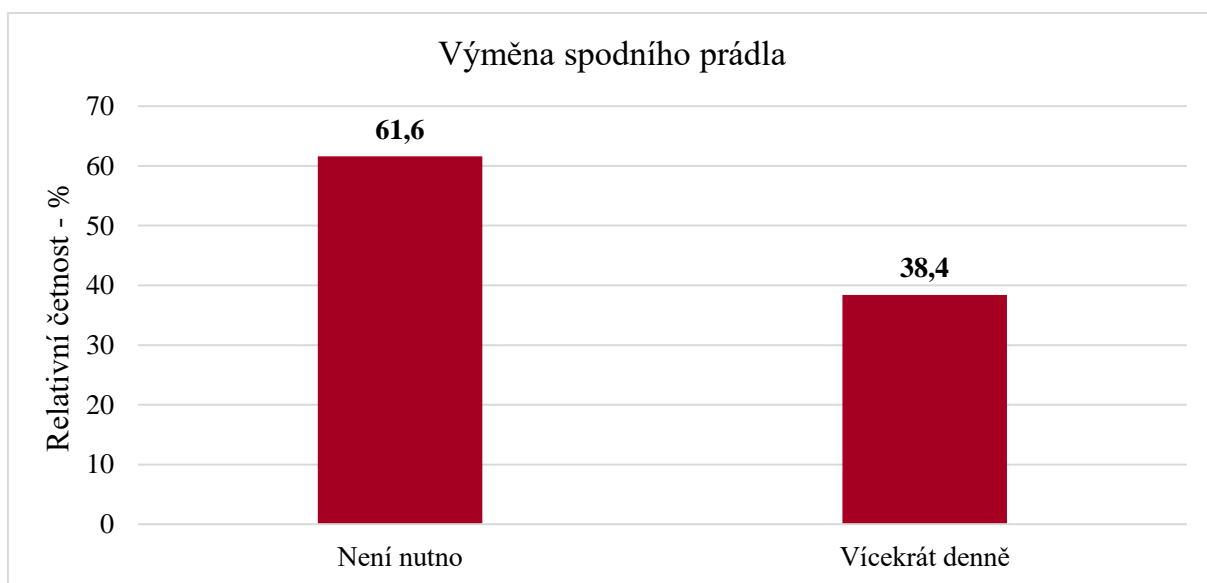
Graf 3 Množství samovolně uniklé moči

Otázka číslo 4: Kolikrát denně si musíte vyměnit spodní prádlo, protože je mokré?

Tabulkové a grafické znázornění odpovědí na otázku číslo 4 poukazuje na potřebu výměny spodního prádla respondentek v průběhu dne. Analýzou dat bylo zjištěno, že 114 dotazovaných žen (61,6 %) nemá potřebu své spodní prádlo během dne měnit, neboť není mokré. Naopak 71 respondentek, tedy 38,4 %, své spodní prádlo musí během dne vyměnit několikrát.

Tab. 4 Výměna spodního prádla při samovolném úniku moči

Výměna spodního prádla	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Není nutno	114	61,6
Vícekrát denně	71	38,4
Celkový počet	185	100



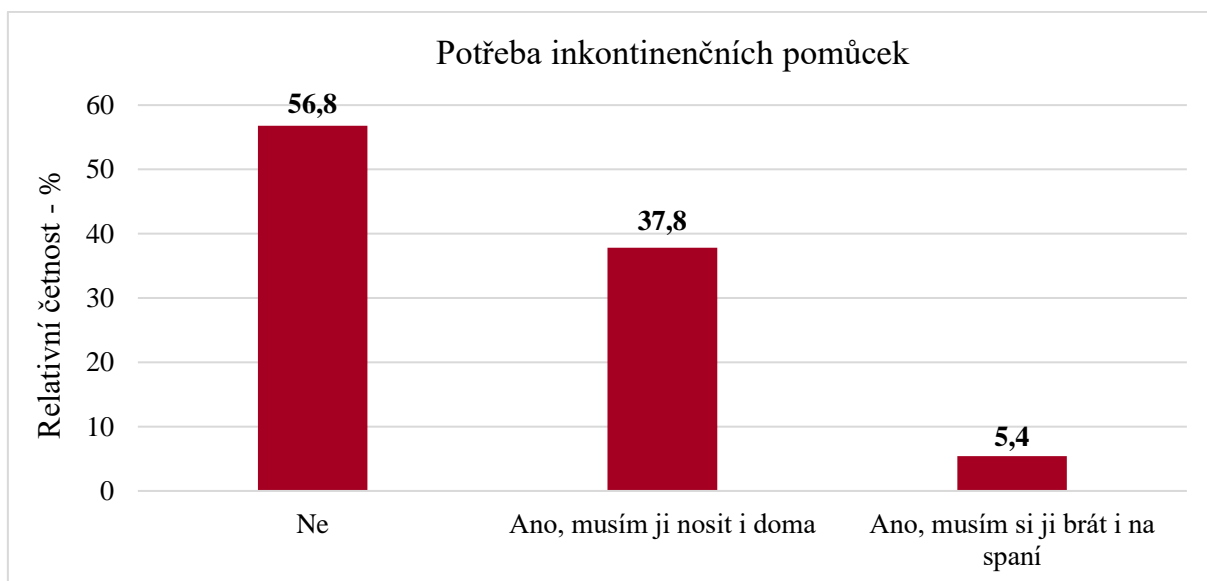
Graf 4 Výměna spodního prádla při samovolném úniku moči

Otázka číslo 5: Musíte nosit vložku či vatku, když jdete ven?

Tato otázka prezentuje potřebu užití inkontinenčních pomůcek, jako vložku či vatku, u žen trpících samovolným únikem moči. Tabulka zobrazuje počet žen, které inkontinenční pomůcky při odchodu z domu nevyužívají, jednalo se o 105 žen (56,8 %). V domácím prostředí inkontinenční pomůcky využívá celkem 70 dotazovaných žen, což činí 37,8 %. Pouze 10 respondentek (5,4 %) musí inkontinenční pomůcky, jako vložky či vaty, používat nejen venku a domácím prostředím, ale dokonce také v noci.

Tab. 5 Potřeba inkontinenčních pomůcek při úniku moči

Potřeba inkontinenčních pomůcek	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ne	105	56,8
Ano, musím ji nosit i doma	70	37,8
Ano, musím si ji brát i na spaní	10	5,4
Celkový počet	185	100



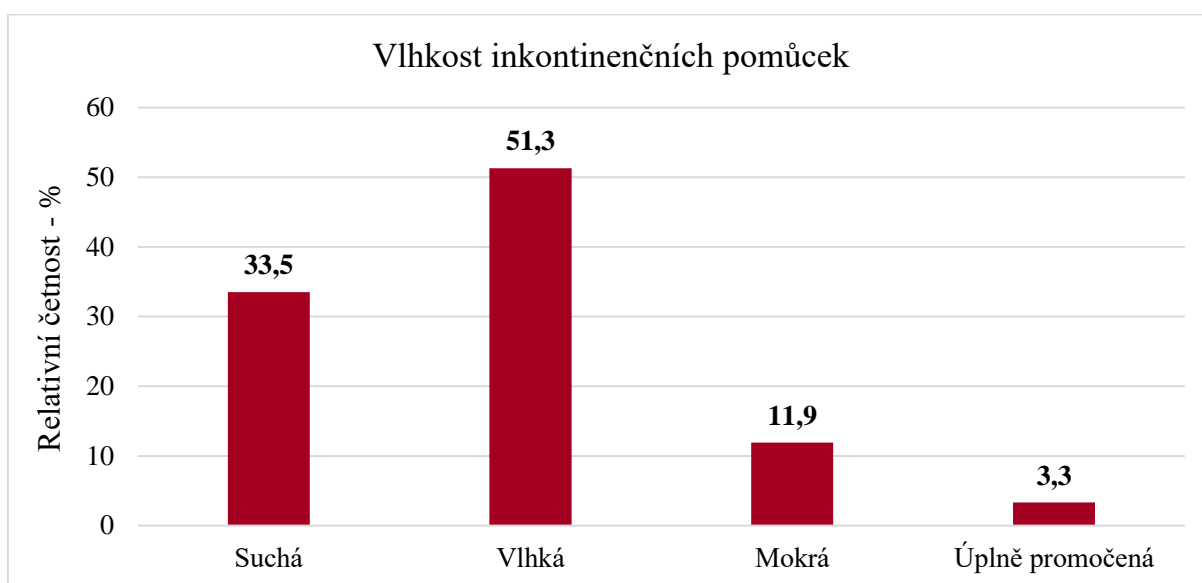
Graf 5 Potřeba inkontinenčních pomůcek při úniku moči

Otázka číslo 6: Když si měníte spodní prádlo nebo vložku, je:

Z tabulkového a grafického znázornění otázky číslo 6 vychází, že pouze 6 žen (3,3 %) ze zkoumaného souboru má spodní prádlo či vložku při výměně zcela promočenou. Nejvíce početná skupina, jež uvedla jako odpověď vlhkou vložku při výměně, byla zastoupena 95 respondentkami (51,3 %). Druhou nejpočetnější skupinu se suchou inkontinenční pomůckou či suchým spodním prádlem při výměně zastupovalo 62 respondentek (33,5 %). Mokrý spodní prádlo či inkontinenční vložka při výměně trápila celkem 22 žen, z čehož vychází 11,9 % relativní četnosti.

Tab. 6 Vlhkost inkontinenčních pomůcek při úniku moči

Vlhkost inkontinenčních pomůcek	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Suchá	62	33,5
Vlhká	95	51,3
Mokrá	22	11,9
Úplně promočená	6	3,3
Celkový počet	185	100



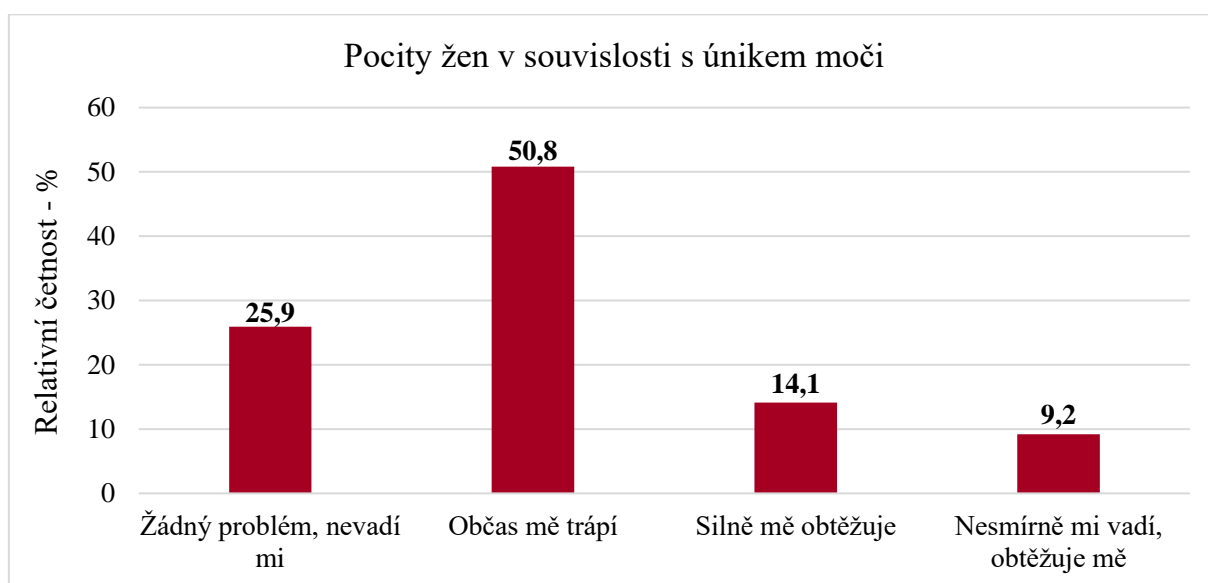
Graf 6 Vlhkost inkontinenčních pomůcek při úniku moči

Otázka číslo 7: Únik moči je pro Vás:

Otázka číslo 7 poukazuje na pocity respondentek spojené s nechtěným, samovolným únikem moči. Jedná se o uzavřenou otázku s polytomickými možnostmi odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že 94 respondentek (50,8 %) samovolný únik moči trápí jen občas. Pro 26 respondentek, tedy 14,1 % žen, je mimovolný únik moči naopak silně obtěžující. Z celkového souboru žen trpících samovolným únikem moči dohromady 48 (25,9 %) uvedlo, že pro ně únik moči nepředstavuje žádný problém čili jim nevadí. Na druhé straně pro zbylých 17 dotazovaných žen (9,2 %) je nechtěný únik moči nesmírně obtěžující a velmi jim vadí.

Tab. 7 Pocity respondentek v souvislosti se samovolným únikem moči

Pocity žen v souvislosti s únikem moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Žádný problém, nevadí mi	48	25,9
Občas mě trápí	94	50,8
Silně mě obtěžuje	26	14,1
Nesmírně mi vadí, obtěžuje mě	17	9,2
Celkový počet	185	100



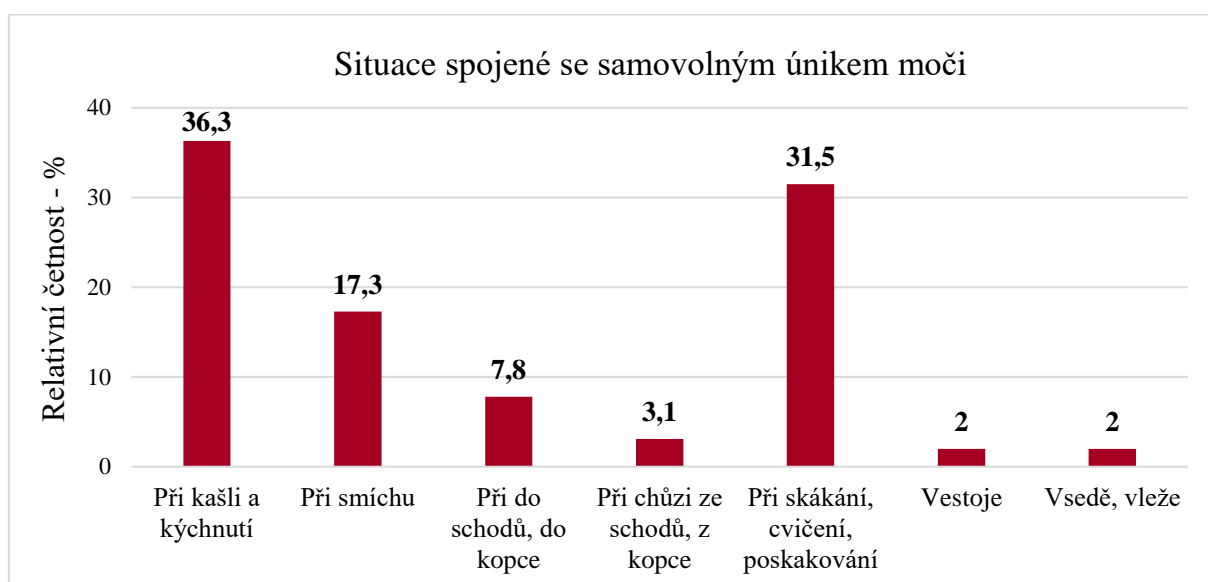
Graf 7 Pocity respondentek v souvislosti se samovolným únikem moči

Otázka číslo 8: Při kterých situacích Vám nechtěně uniká moč?

Grafické i tabulkové zobrazení poukazuje, při jakých situacích dochází k nekontrolovatelným únikům moči. Respondentky měly možnost volby více odpovědí, jelikož únik moči může být spjat s různými aktivitami. U nejvyššího počtu žen, tedy u 178 respondentek (36,3 %), dochází k samovolnému úniku moči při kašli a kýchání. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří ženy s únikem moči spojeným se skákáním, cvičením a poskakováním v počtu 154 respondentek (31,5 %). Při smíchu moč uniká celkem 85 ženám, což v procentuálním zastoupení představuje 17,3 %. Při chůzi do schodů a do kopce únik moči trápí 38 žen (7,8 %), naopak při chůzi ze schodů či z kopce únik moči uvádí pouze 15 žen s relativní četností 3,1 %. Stejně početní zastoupení má únik moči vestoje, vsedě i vleže, a to 10 žen, při přepočtu se jedná o 2,0 %.

Tab. 8 Situace spojené s výskytem samovolného úniku moči

Situace spojené se samovolným únikem moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Při kašli a kýchnutí	178	36,3
Při smíchu	85	17,3
Při chůzi do schodů, do kopce	38	7,8
Při chůzi ze schodů, z kopce	15	3,1
Při skákání, cvičení, poskakování	154	31,5
Vstoje	10	2,0
Vsedě, vleže	10	2,0
Celkový počet	490	100



Graf 8 Situace spojené s výskytem samovolného úniku moči

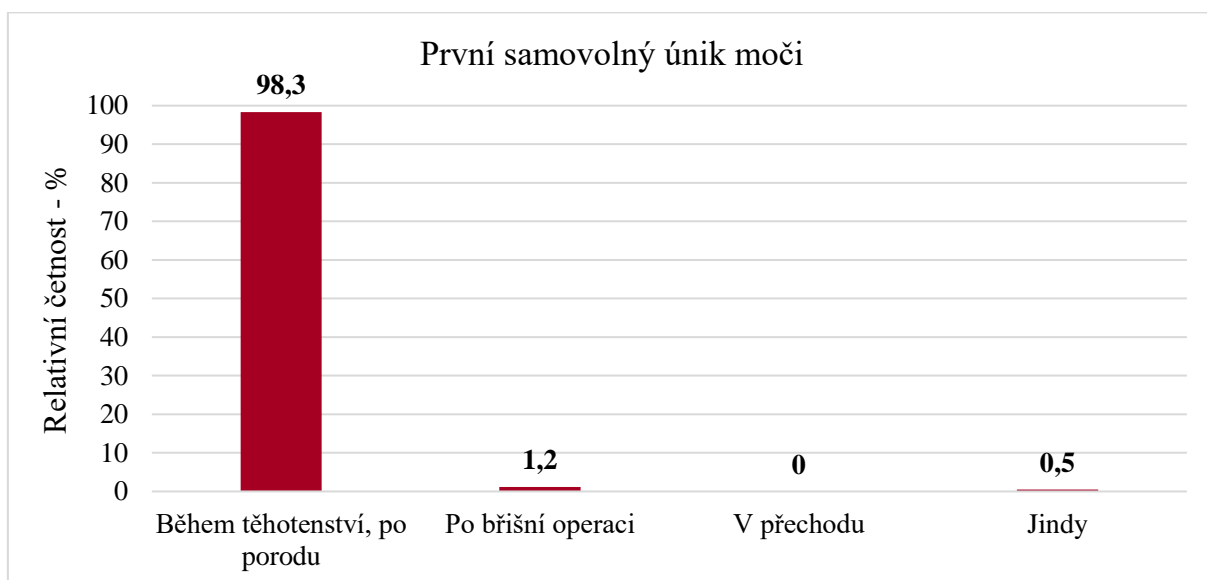
Otázka číslo 9: Při které příležitosti Vám začala moč poprvé nechtěně unikat?

V rámci 9. otázky respondentky odpovídaly na první příležitost výskytu nechtěného, samovolného úniku moči. Dle tabulkové a grafické prezentace je zřejmé, že u převážné většiny zkoumaného souboru došlo k prvnímu samovolnému úniku moči během gravidity či po samotném porodu. Tuto zmíněnou skupinu tvořilo celkem 182 respondentek (98,3 %) ze 185 dotazovaných. Zbylé 2 respondentky (1,2 %) uvedly, že k jejich prvnímu nechtěnému úniku moči došlo po proděláním břišní operace. Pouze 1 žena (0,5 %) ze všech dotazovaných

pro první únik moči uvedla jinou příčinu. Možnou odpověď prvního úniku moči v období přechodu ne zvolila žádná z dotazovaných žen (0,0 %).

Tab. 9 První samovolný únik moči

První samovolný únik moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Během těhotenství, po porodu	182	98,3
Po břišní operaci	2	1,2
V přechodu	0	0,0
Jindy	1	0,5
Celkový počet	185	100



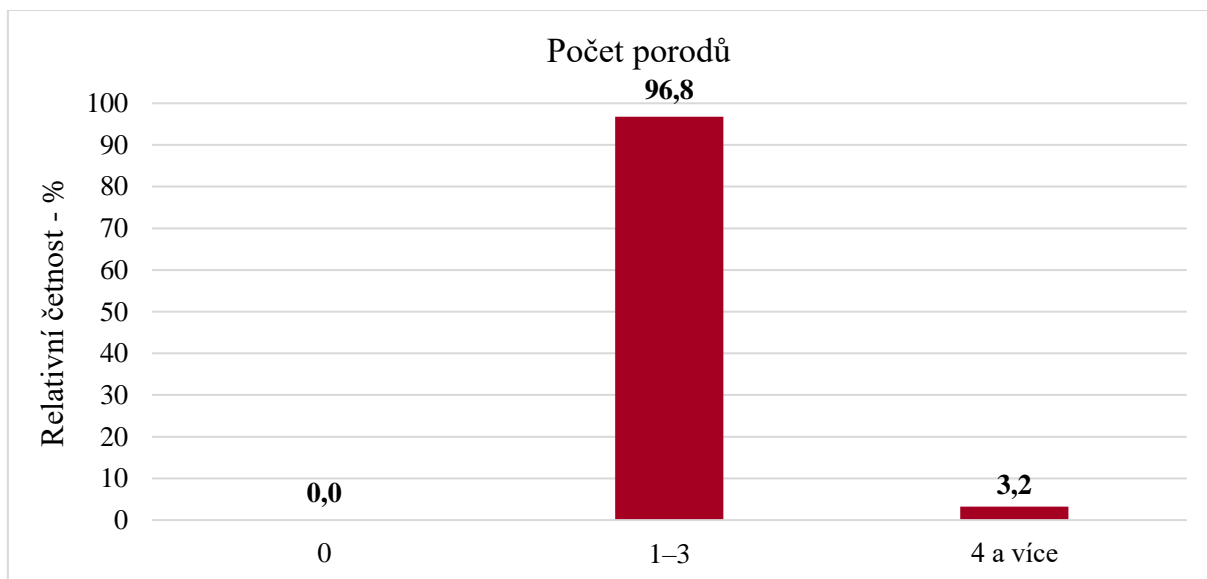
Graf 9 První samovolný únik moči

Otázka číslo 10: Kolik dětí jste porodila?

Tato otázka v tabulkovém i grafickém znázornění poukazuje na celkový počet porodů respondentek. Analýzou dat bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu tvořily ženy, jež porodily 1 až 3 děti. Tato skupina zahrnovala celkem 179 respondentek, což v procentuálním zastoupení představuje 96,8 %. Dle příslušné tabulky vyplývá, že zbylých 6 žen (3,2 %) porodilo 4 a více dětí. Žádná z dotazovaných žen nebyla nulipara (0,0 %).

Tab. 10 Celkový počet porodů respondentek

Počet porodů	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
0	0	0,0
1–3	179	96,8
4 a více	6	3,2
Celkový počet	185	100



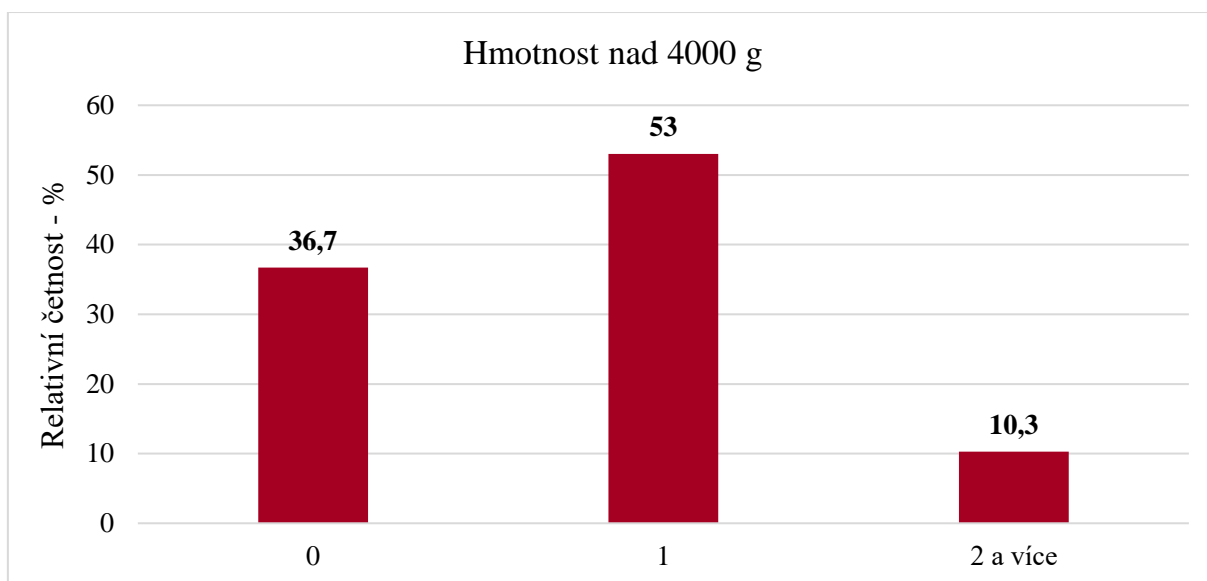
Graf 10 Celkový počet porodů respondentek

Otázka číslo 11: Počet dětí, které měly porodní hmotnost větší než 4000 g:

Ze zkoumaného souboru žen trpících samovolným únikem moči zjišťujeme, kolik dětí respondentek mělo porodní hmotnost větší než 4000 g. Dle tabulkového i grafického znázornění vyplývá, že v 68 případech (36,7 %) porodní hmotnost novorozence nepřesáhla 4000 g. Celkem 98 respondentek (53,0 %) v rámci výzkumu uvedlo, že stanovenou hmotnostní hranici 4000 g přesáhlo jedno dítě. Ve zbylých 19 případech (10,3 %) byla hmotnostní hranice 4000 g překonána u 2 a více porozených dětí.

Tab. 11 Počet dětí s hmotností nad 4000 gramů

Hmotnost nad 4000 g	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
0	68	36,7
1	98	53,0
2 a více	19	10,3
Celkový počet	185	100



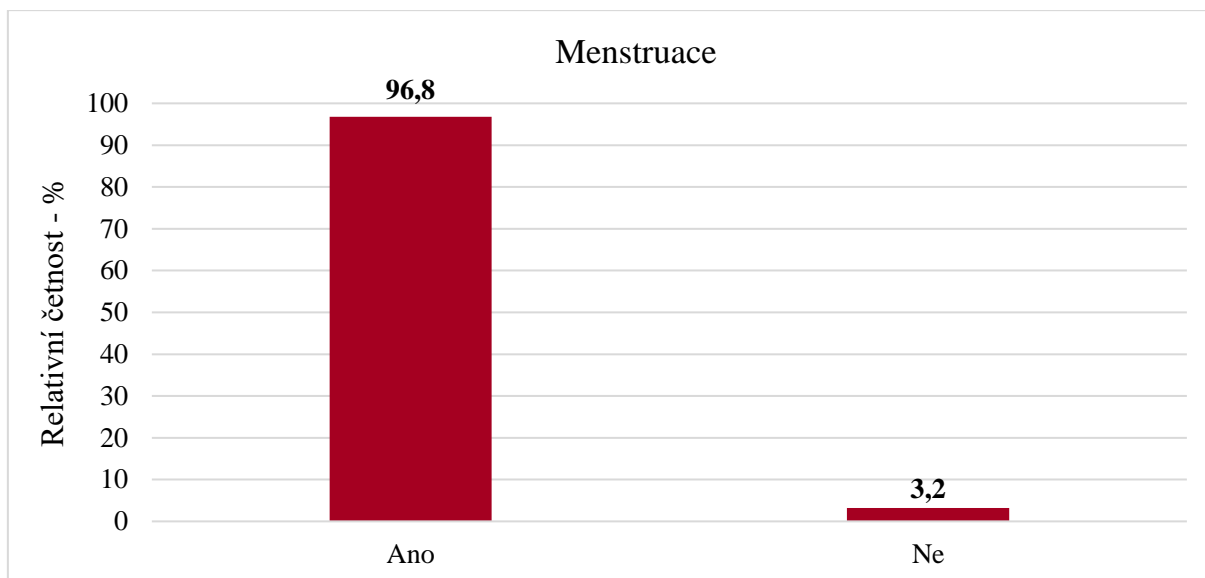
Graf 11 Počet dětí s hmotností nad 4000 gramů

Otázka číslo 12: Menstruujete ještě?

V rámci 12. otázky byly respondentky tázány, zda ještě menstrují. Jedná se o uzavřenou, dichotomickou otázku s možností odpovědi ano/ne. Analýzou příslušných dat bylo zjištěno, že převážná většina, tedy 179 respondentek (96,8 %) ještě stále menstruje. Zbýlých 6 respondentek s relativní četností 3,2 % již menstruaci nemá.

Tab. 12 Menstruace

Menstruace	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano	179	96,8
Ne	6	3,2
Celkový počet	185	100



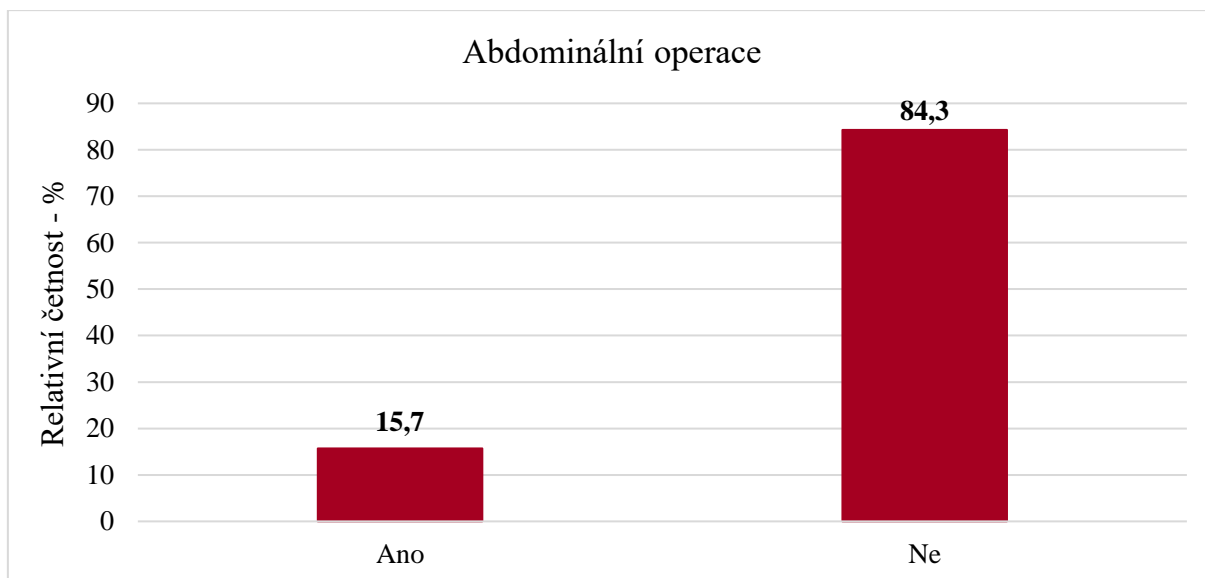
Graf 12 Menstruace

Otázka číslo 13: Prodělala jste břišní operaci (gynekologickou či urologickou)?

Tabulkové i grafické znázornění 13. otázky prezentuje, zda dotazované respondentky prodělaly určitou gynekologickou či urologickou břišní operaci. Opět se jedná o uzavřenou, dichotomickou otázku s možností odpovědi ano/ne. Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že velká většina tázaných respondentek, tedy 156 žen (84,3 %) žádný abdominální operační výkon (gynekologický či urologický) neprodělalo. Ve 29 případech (15,7 %) dotazované ženy alespoň jeden abdominální výkon podstoupily.

Tab. 13 Abdominální gynekologický či urologický operační výkon

Abdominální operace	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano	29	15,7
Ne	156	84,3
Celkový počet	185	100

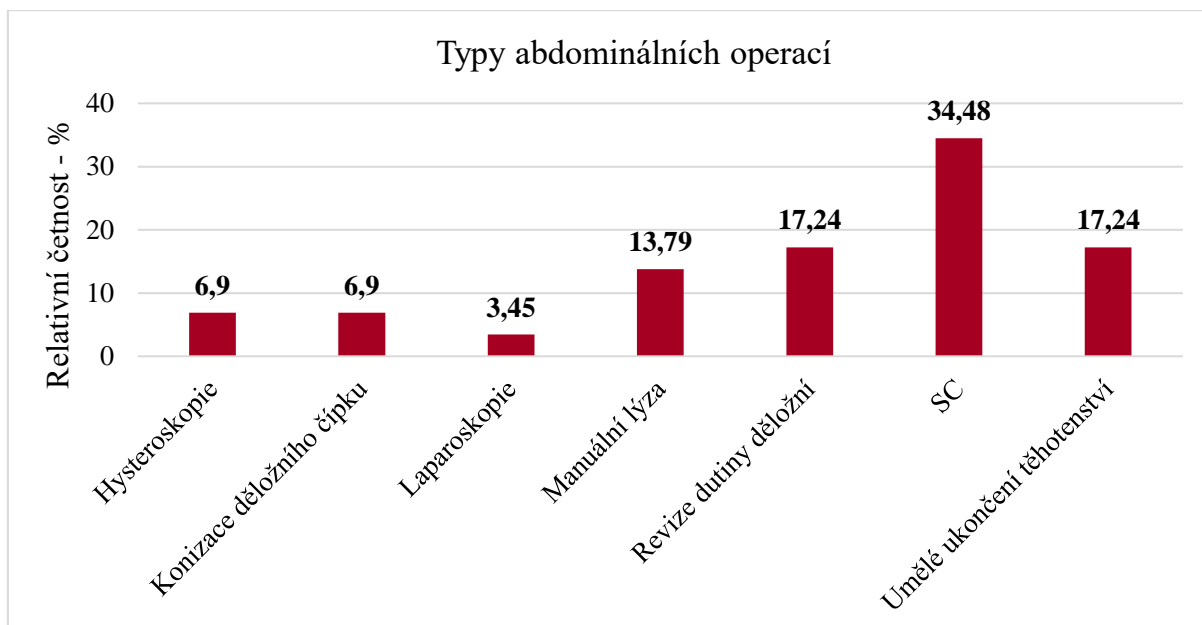


Graf 13 Abdominální gynekologický či urologický operační výkon

Následující tabulka a graf znázorňují typy abdominálních gynekologických či urologických operačních výkonů u již zmíněných 29 respondentek (100 %), jejichž odpověď na otázku číslo 13 byla kladná. Nejčastěji zastoupenou abdominální operací byl císařský řez (SC), a to u 10 respondentek (34,5 %). O druhé místo se dělí revize dutiny děložní s umělým ukončením těhotenství. Každý z těchto zákroků podstoupilo 5 respondentek s relativní četností 17,2 %. Manuální lýzu při dotazování uvedly 4 ženy (13,8 %). Hysteroskopii podstoupily 2 z dotazovaných žen (6,9 %), stejně tak konizaci děložního čípku (6,9 %). Poslední z abdominálních zákroků představuje laparoskopie, kterou podstoupila pouze 1 z tázaných žen (3,5 %).

Tab. 14 Typy abdominálních gynekologických či urologických operací

Typy abdominálních operací	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Hysteroskopie	2	6,9
Konizace děložního čípku	2	6,9
Laparoskopie	1	3,5
Manuální lýza	4	13,8
Revize dutiny děložní	5	17,2
SC	10	34,5
Umělé ukončení těhotenství	5	17,2
Celkový počet	29	100



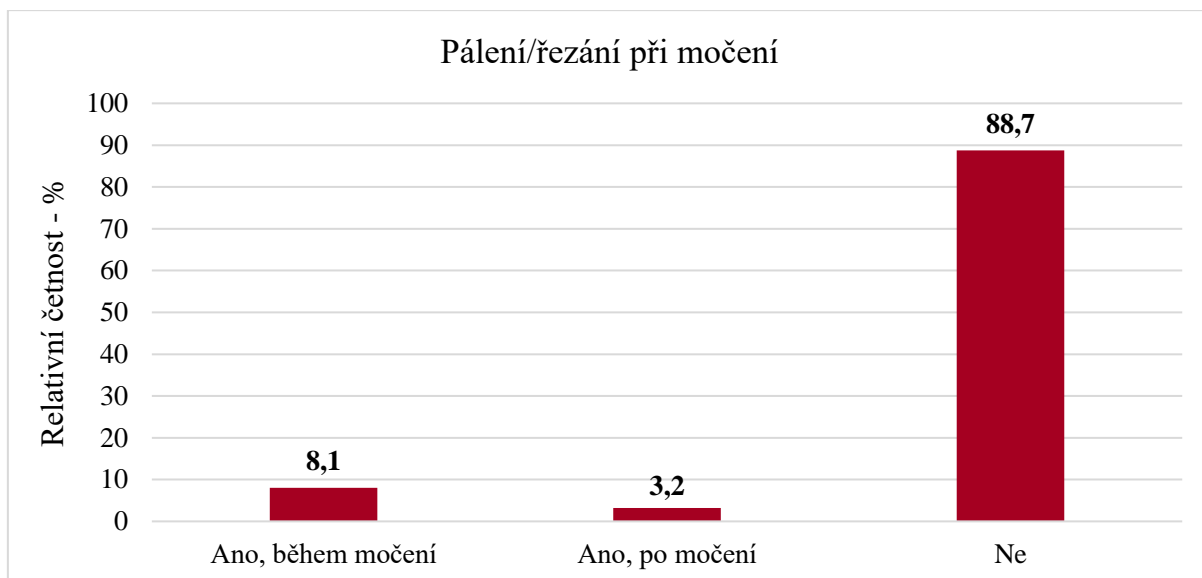
Graf 14 Typy abdominálních gynekologických či urologických operací

Otázka číslo 14: Pociťujete pálení či řezání při močení?

Tabulka č. 15 ukazuje, zda ženy trpící samovolným únikem moči pociťují při močení pálení či řezání. Analýzou příslušných dat bylo zjištěno, že 164 respondentek (88,7 %) pálením ani řezáním při močení netrpí. 15 žen uvedlo přítomnost pálení či řezání v průběhu močení, v procentuální vyjádření se jedná o 8,1 % respondentek. Zbýlých 6 žen (3,2 %) taktéž uvedlo přítomnost pálení či řezání, ovšem až po vymočení.

Tab. 15 Pálení či řezání při močení

Pálení/řezání při močení	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano, během močení	15	8,1
Ano, po močení	6	3,2
Ne	164	88,7
Celkový počet	185	100



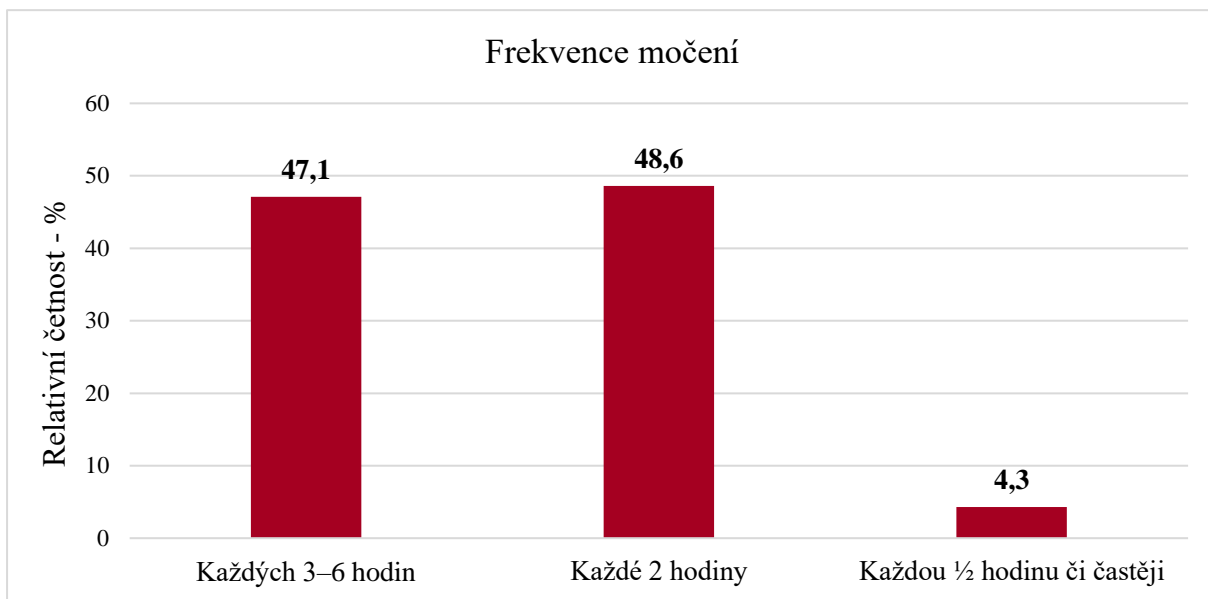
Graf 15 Pálení či řezání při močení

Otázka číslo 15: Kolikrát denně močíte?

Ve zkoumaném souboru respondentek trpících samovolným únikem moči byla zkoumána denní frekvence močení. Dle tabulkového a grafického znázornění vyplývá, že 90 respondentek (48,6 %) uvádí denní frekvenci močení každé 2 hodiny. Frekvence močení s intervalem každých 3–6 hodin pak byla vybrána 87 ženami s relativní četností 47,1 %. Poslední možnou odpověď, frekvenci močení každých 30 minut a častěji zvolilo zbylých 8 respondentek (4,3 %).

Tab. 16 Frekvence močení za 24 hodin

Frekvence močení	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Každých 3–6 hodin	87	47,1
Každé 2 hodiny	90	48,6
Každou ½ hodinu či častěji	8	4,3
Celkový počet	185	100



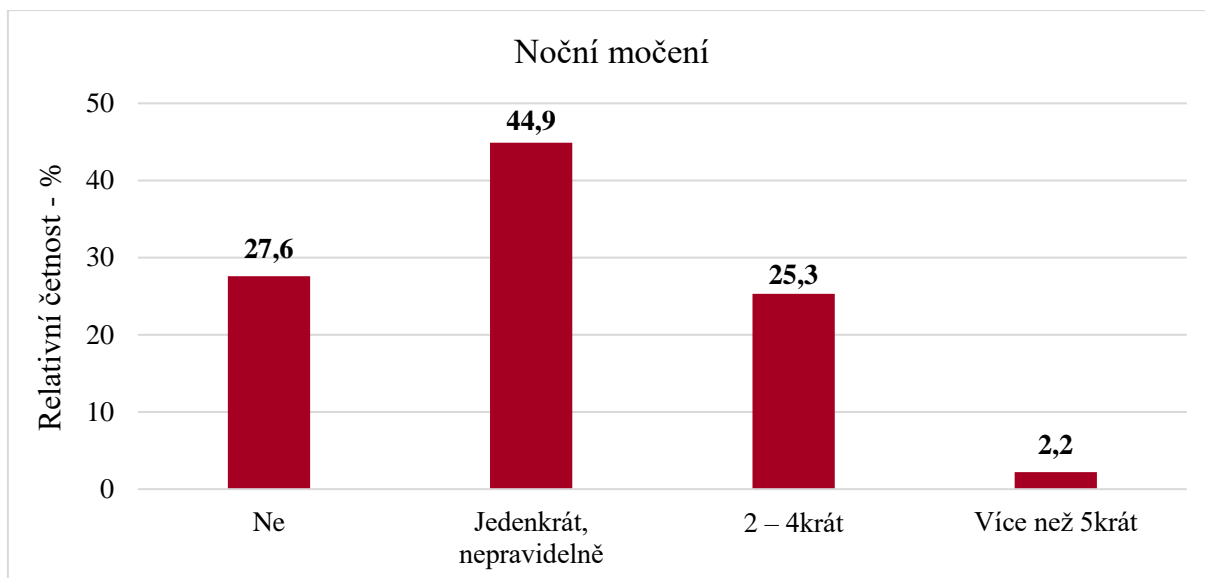
Graf 16 Frekvence močení za 24 hodin

Otázka číslo 16: Probudí Vás v noci nucení na močení?

Otázka číslo 16 pojednává o četnosti nočního procitnutí ve spojitosti se samovolným únikem moči. Z tabulky vyplývá, že 83 respondentek (44,9 %) z celkového počtu žen trpících samovolným únikem moči, chodí během noci močit nepravidelně či maximálně 1krát za noc. 51 dotazovaných žen (27,6 %) potřebou nočního močení vůbec netrpí. Respondentky, které musí na toaletu 2–4krát za noc, představují soubor o velikosti 47 žen s relativní četností 25,3 %. Poslední skupinu tvoří ženy s potřebou nočního močení 5krát a více o počtu 4 respondentek (2,2 %).

Tab. 17 Četnost nočního močení

Noční močení	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ne	51	27,6
Jedenkrát, nepravidelně	83	44,9
2–4krát	47	25,3
Více než 5krát	4	2,2
Celkový počet	185	100



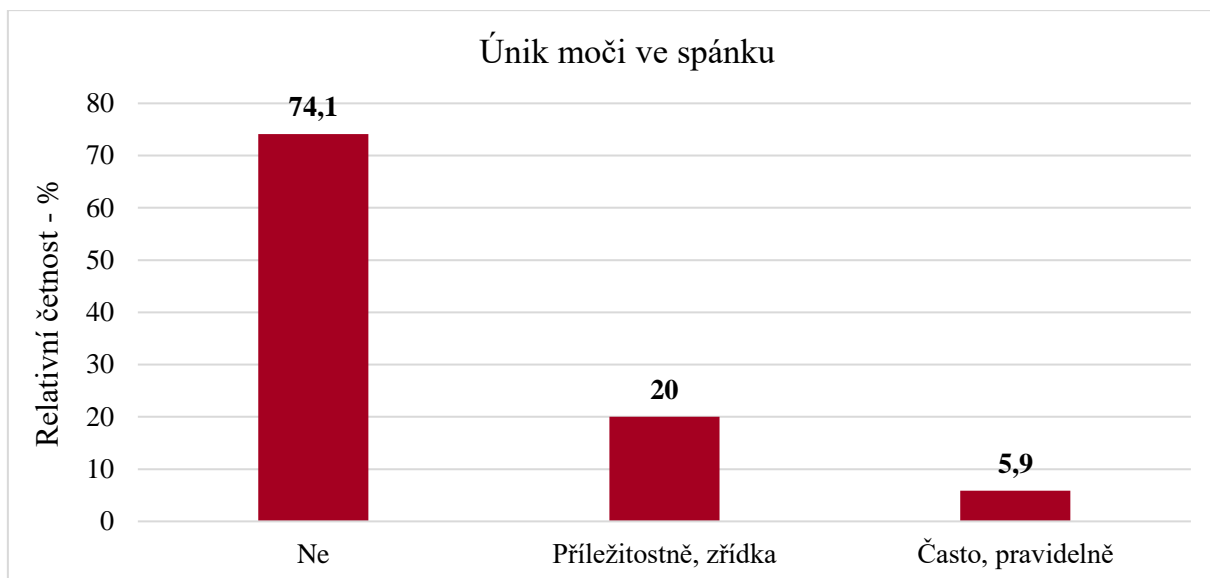
Graf 17 Četnost nočního močení

Otázka číslo 17: Uniká Vám v noci ve spánku nepozorovaně moč?

V rámci této otázky respondentky odpovídaly, zda u nich ve spánku dochází k nekontrolovatelnému úniku moči. Dle tabulkové a grafické prezentace je zřejmé, že většina respondentek, tedy 137 (74,1 %) nekontrolovatelným únikem moči v průběhu noci netrpí. Opačný problém, tedy příležitostný, občasný nepozorovatelný únik moči ve spánku postihuje celkem 37 respondentek (20,0 %). Častým a pravidelným nekontrolovatelným únikem moči v průběhu noci potom trpí zbylých 11 respondentek s relativní četností 5,9 %.

Tab. 18 Samovolný únik moči ve spánku

Únik moči ve spánku	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ne	137	74,1
Příležitostně, zřídka	37	20,0
Často, pravidelně	11	5,9
Celkový počet	185	100



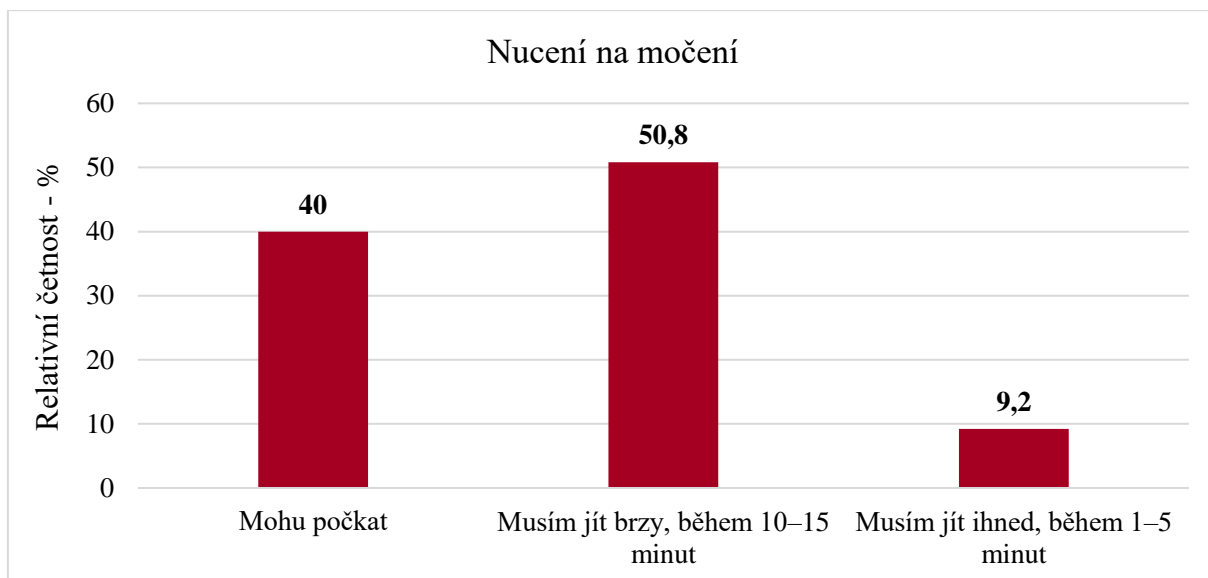
Graf 18 Samovolný únik moči ve spánku

Otázka číslo 18: Když pocítíte nucení na močení, musíte jít na toaletu ihned nebo můžete chvíli počkat?

Na tuto otázku odpovídal soubor respondentek trpících nekontrolovatelným únikem moči, jednalo se o uzavřenou polytomickou otázku. Z analýzy dat vyplynulo, že 74 (40,0 %) ze 185 dotazovaných respondentek může při pocitu nucení na močení vydržet, aniž by musela neprodleně vyrazit na toaletu. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které při pocitu nucení na močení musely jít na toaletu během 10 až 15 minut. Počet žen s touto odpovědí činí 94, což v procentuálním zastoupení představuje 50,8 %. V 17 případech (9,2 %) musely ženy při náhlém pocitu nucení na močení vyrazit na toaletu ihned, tedy během 1–5 minut.

Tab. 19 Nucení respondentek na močení

Nucení na močení	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Mohu počkat	74	40,0
Musím jít brzy, během 10–15 minut	94	50,8
Musím jít ihned, během 1–5 minut	17	9,2
Celkový počet	185	100



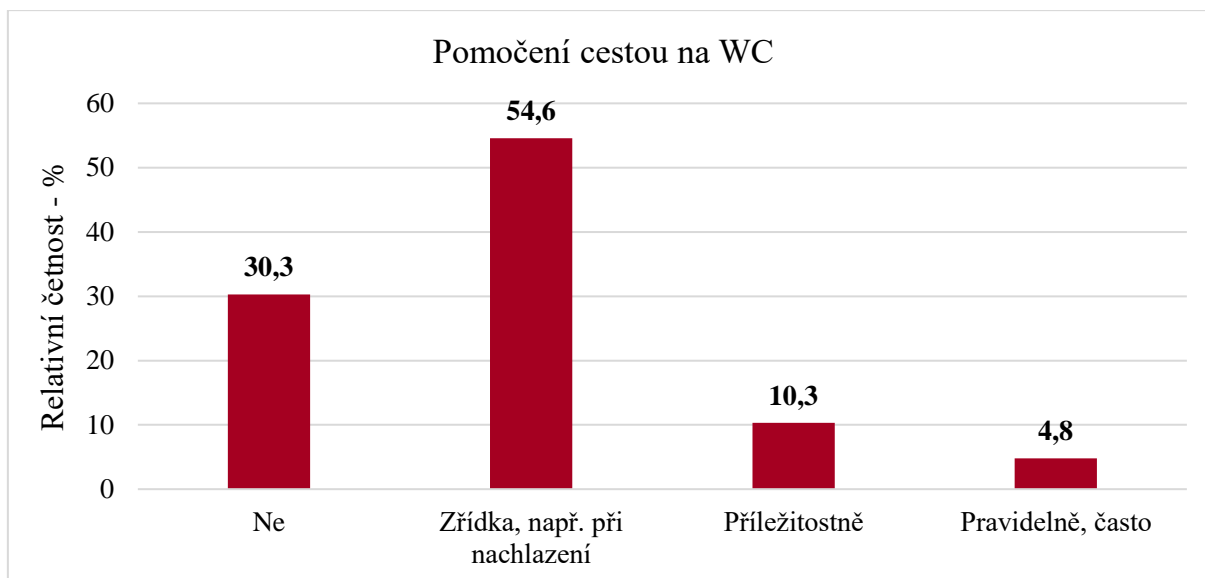
Graf 19 Nucení respondentek na močení

Otázka číslo 19: Přihodí se Vám někdy, že se cestou na WC pomočíte?

Tabulkové a grafické znázornění následující otázky prezentuje odpovědi respondentek na případný výskyt úniku moči během cesty na toaletu. 101 dotazovaných respondentek (54,6 %) uvedlo, že k samovolnému úniku moči při cestě na toaletu u nich dochází zřídka, např. při nachlazení. Příležitostným únikem moči trpí celkem 19 respondentek s relativní četností 10,3 %. K pravidelnému a častému nekontrolovatelnému úniku moči během cesty na toaletu dochází u 9 respondentek (4,8 %). Z tabulky vyplývá, že nejpočetnější skupinou jsou ženy, kterým moč při cestě na toaletu neuniká vůbec, a to v počtu 101 respondentek s relativní četností 54,6 %.

Tab. 20 Pomočení respondentek cestou na toaletu

Pomočení cestou na WC	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ne	56	30,3
Zřídka, např. při nachlazení	101	54,6
Příležitostně	19	10,3
Pravidelně, často	9	4,8
Celkový počet	185	100



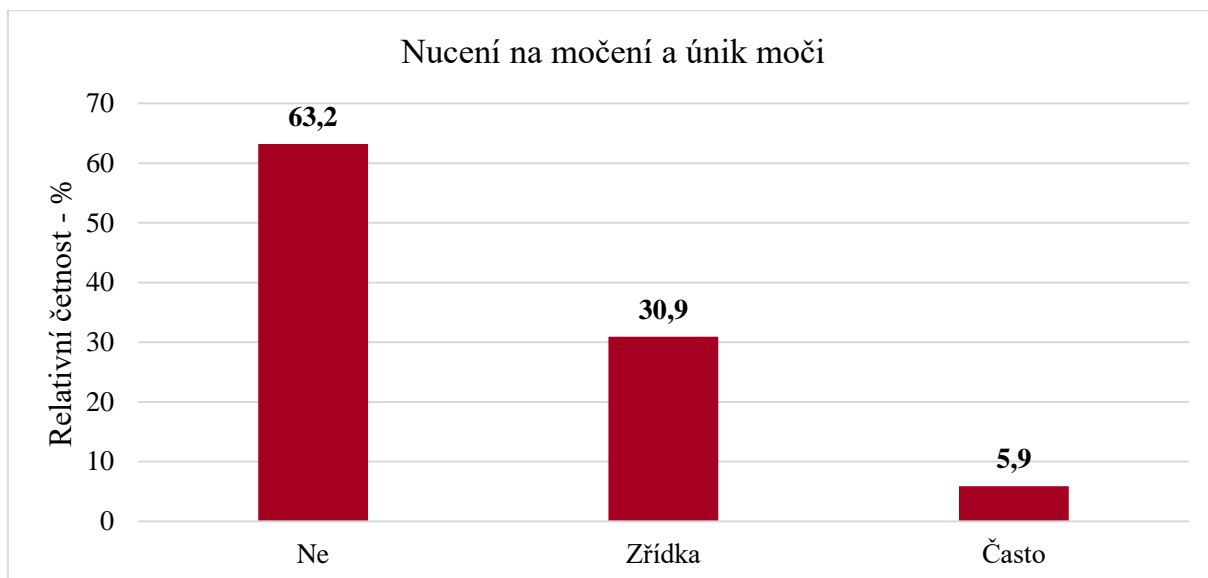
Graf 20 Pomočení respondentek cestou na toaletu

Otázka číslo 20: Přihodí se Vám někdy, že máte náhle silné nucení na močení a brzy poté se zcela nečekaně pomůžete, aniž by se tomu dalo zabránit?

Ve zkoumaném souboru respondentek trpících samovolným únikem moči byla zkoumána přítomnost pomočení při pocitu náhlého, silného nucení na močení. Dle tabulkového a grafického znázornění vyplývá, že 117 respondentek (63,2 %) se při pocitu náhlého, silného nucení na močení nečekaně nepomohly. Zřídka tato situace nastává u 57 respondentek (30,9 %) a v 11 případech (5,9 %) k této situaci dochází v poměrně častých intervalech.

Tab. 21 Nucení na močení spojené se samovolným únikem moči

Nucení na močení a únik moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ne	117	63,2
Zřídka	57	30,9
Často	11	5,9
Celkový počet	185	100



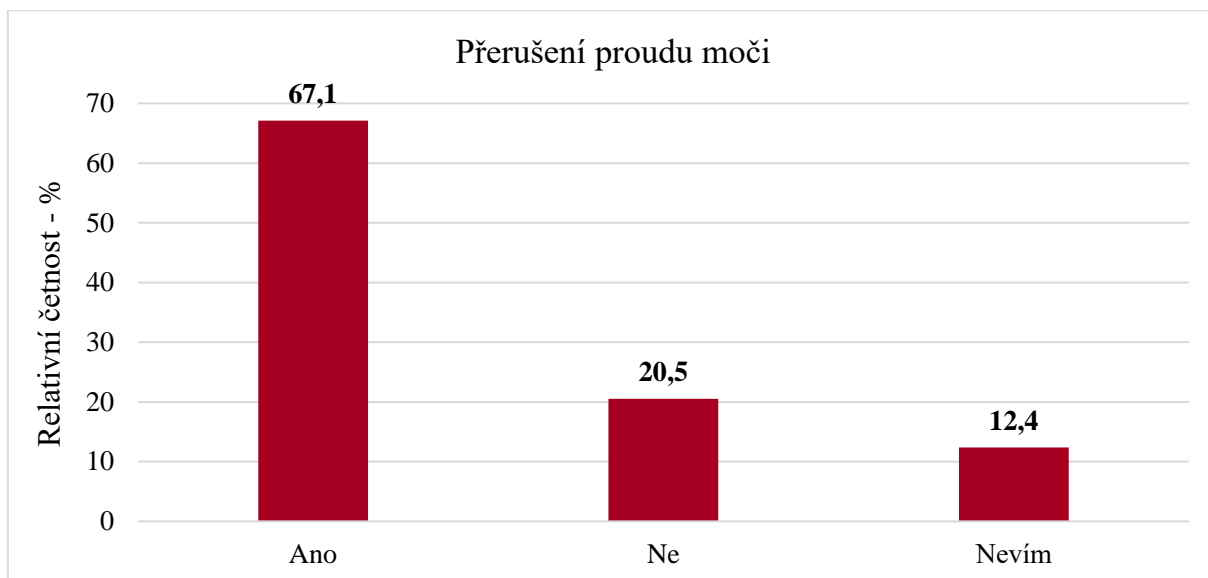
Graf 21 Nucení na močení spojené se samovolným únikem moči

Otázka číslo 21: Můžete chtěně během močení přerušit proud moči?

Otázka číslo 21 zjišťovala, zda dotazované ženy mohou během močení přerušit proud moči. Z tabulkového a grafického znázornění vyplývá, že pro většinu žen přerušení proudu moči v průběhu močení není žádný problém, jejich odpověď na tuto otázku byla ano. Jednalo se o 124 žen v procentuálním zastoupení 67,1 %. 23 dotazovaných žen (12,4 %) si touto odpovědí nebylo zcela jistých, a proto zvolily možnost nevím. Zbýlých 38 respondentek (20,5 %) proud moči v průběhu močení přerušit nemůže.

Tab. 22 Přerušení proudu moči

Přerušení proudu moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano	124	67,1
Ne	38	20,5
Nevím	23	12,4
Celkový počet	185	100



Graf 22 Přerušení proudu moči

Otázka číslo 22: Máte pocit, že po vymočení je Váš močový měchýř prázdný?

Tato otázka prezentuje odpovědi respondentek na pocit prázdného močového měchýře po vymočení. Analýzou dat bylo zjištěno, že velká většina dotazovaných žen má po vymočení pocit prázdného močového měchýře. Jednalo se o 102 žen s relativní četností 55,1 %. Ženy, které po vymočení tento pocit neměly, byly v počtu 40 žen (21,7 %). Nabízenou odpověď ne vždy zvolilo 42 žen (22,7 %) a pouze 1 respondentka (0,5 %) ze zvoleného souboru na tuto otázku reagovala odpovědí neví.

Tab. 23 Stav prázdného močového měchýře po vymočení

Vyprázdňený močový měchýř	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano	102	55,1
Ne	40	21,7
Ne vždy	42	22,7
Nevím	1	0,5
Celkový počet	185	100



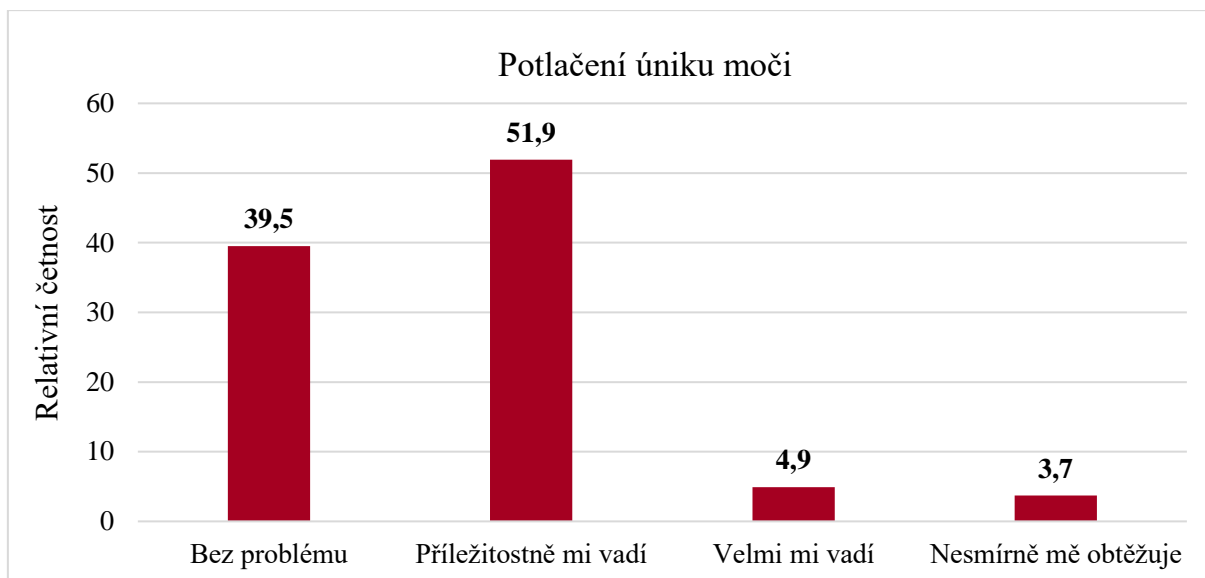
Graf 23 Stav prázdného močového měchýře po vymočení

Otázka číslo 23: Potlačit nucení na močení je pro Vás:

Na tuto otázku odpovídalo celkem 185 žen trpících samovolným únikem moči. Cílem bylo zjistit, jaký pocit potlačení nucení na močení v ženách vyvolává. Z tabulkové a grafické analýzy dat vyplynulo, že pro 73 % žen (39,5 %) těžko potlačitelné nucení na močení nepředstavuje žádný problém. 96 respondentkám (51,9 %) výše uvedené nucení na močení vadí příležitostně. Silně obtěžujícím pocitem je pro 9 respondentek (4,9 %) a nesmírně obtěžujícím pro 7 zbylých žen (3,7 %).

Tab. 24 Potlačení samovolného úniku moči

Potlačení úniku moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Bez problému	73	39,5
Příležitostně mi vadí	96	51,9
Velmi mi vadí	9	4,9
Nesmírně mě obtěžuje	7	3,7
Celkový počet	185	100



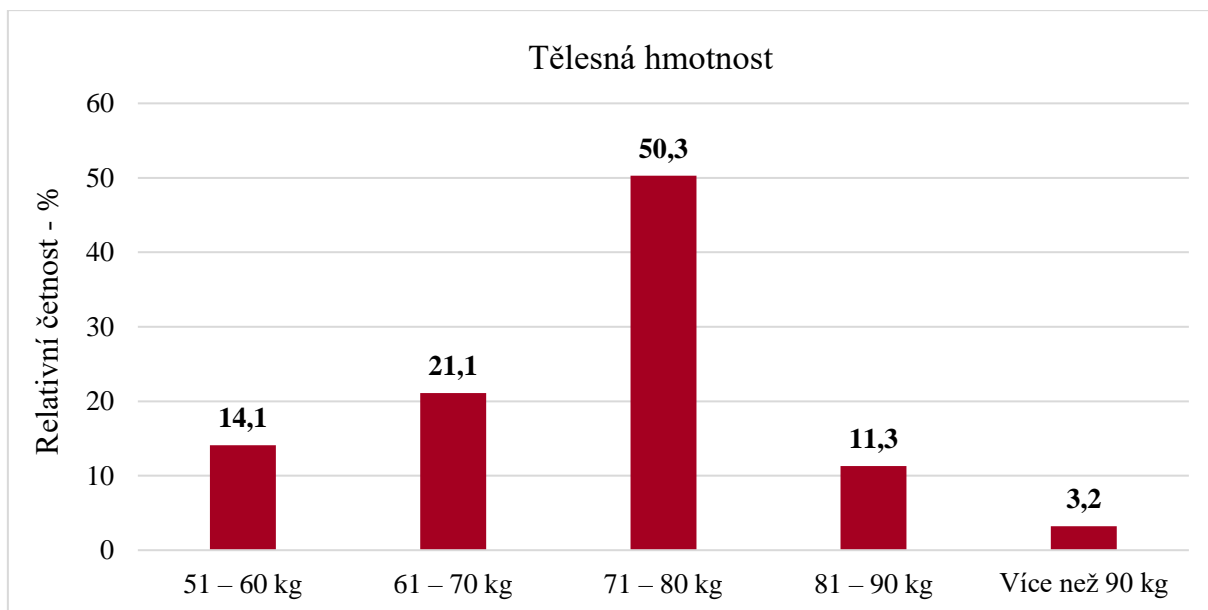
Graf 24 Potlačení samovolného úniku moči

Otázka číslo 24: Jaká je Vaše tělesná hmotnost?

Otázka číslo 24 zjišťuje, do kterých hmotnostních kategorií dotazované respondentky trpící nekontrolovatelným únikem moči patří. Jedná se o uzavřenou otázku s polytomickými možnostmi odpovědí. Z tabulkového a grafického znázornění odpovědí respondentek vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvoří ženy s tělesnou hmotností v rozmezí 71 až 80 kg s počtem 93 žen (50,3 %). 39 respondentek (21,1 %) uvedlo tělesnou hmotnost mezi 61 až 70 kg. Počet žen s tělesnou hmotností v rozmezí 51 až 60 kg činí 26 s relativní četností 14,1 %. Tělesná hmotnost 81 až 90 kg byla zvolena 21 ženami, což v procentuálním přepočtu představuje 11,3 %. Nejméně volenou možností byla kategorie více než 90 kg, kterou zvolilo zbylých 6 žen (3,2 %).

Tab. 25 Přehled tělesné hmotnosti respondentek

Tělesná hmotnost	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
51–60 kg	26	14,1
61–70 kg	39	21,1
71–80 kg	93	50,3
81–90 kg	21	11,3
Více než 90 kg	6	3,2
Celkový počet	185	100



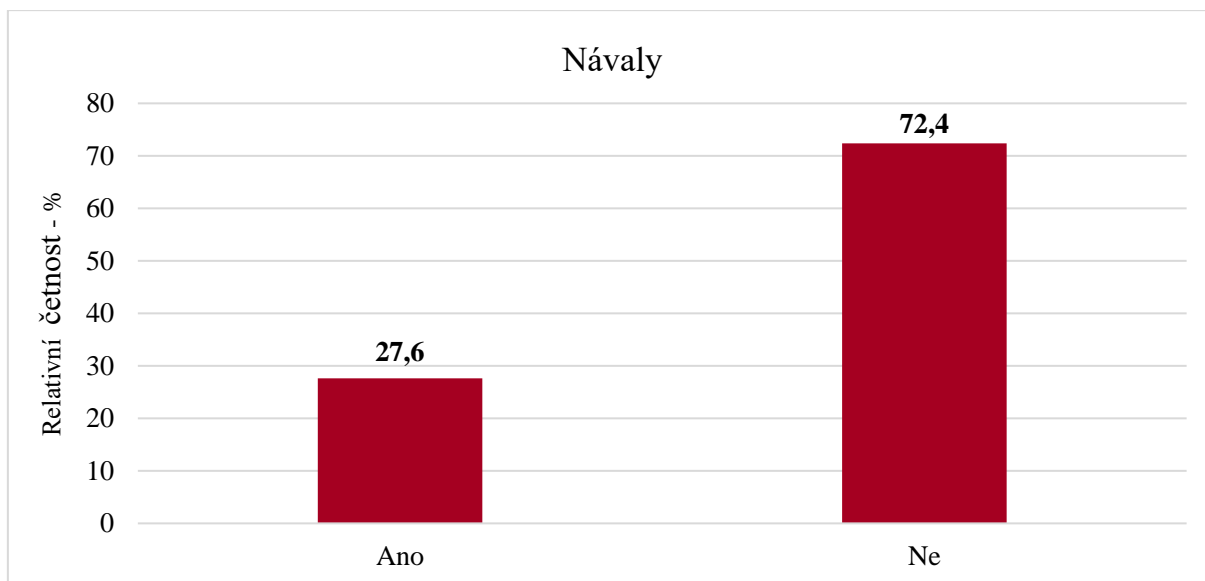
Graf 25 Přehled tělesné hmotnosti respondentek

Otázka číslo 25: Máte návaly?

Tabulka č. 26 ukazuje, zda ženy se samovolným únikem moči trpí nenadálými, nekontrolovatelnými a samovolnými pocity horka, tedy návaly. Jedná se o uzavřenou, dichotomickou otázku s možností odpovědí ano/ne. Z tabulkové a grafické analýzy výsledků vyplývá, že návaly trpí pouze 51 respondentek, což v procentuálním přepočtu vychází na 27,6 %. Zbylých 134 žen (72,4 %) návaly horka nepociťuje.

Tab. 26 Návaly

Návaly	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano	51	27,6
Ne	134	72,4
Celkový počet	185	100



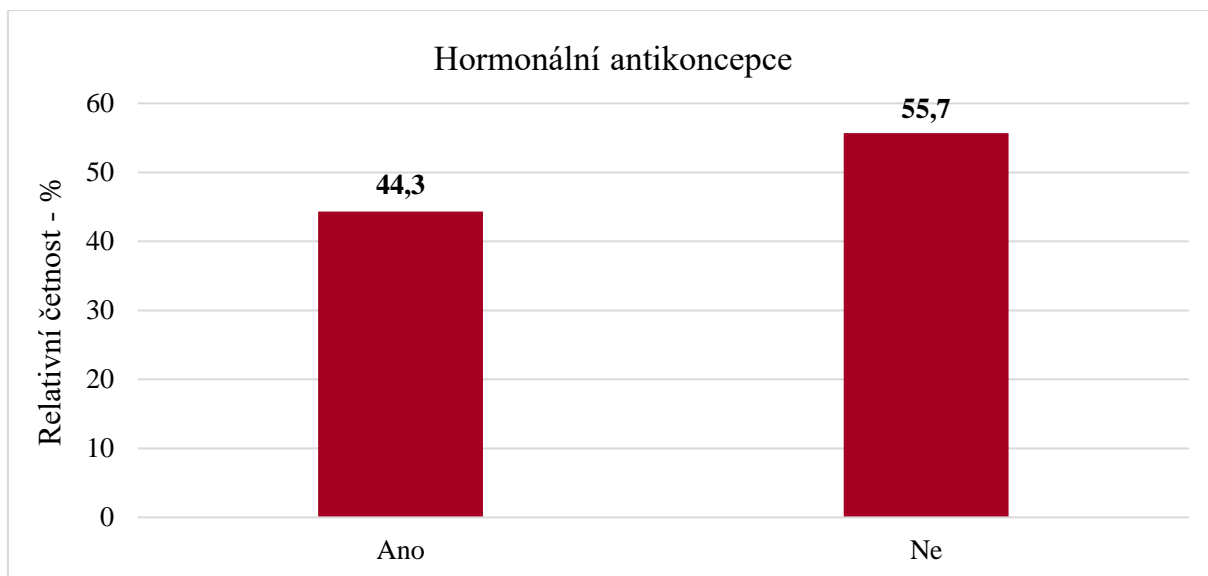
Graf 26 Návaly

Otázka číslo 26: Užíváte hormonální přípravky, tablety nebo injekce?

Poslední otázka standardizovaného dotazníku zjišťuje, zda ženy trpící samovolným únikem moči užívají určité hormonální přípravky, tablety či injekce. Opět se jednalo o uzavřenou, dichotomickou otázku. Analýzou dat bylo zjištěno, že 103 dotazovaných žen (55,7 %) hormonální přípravky, tablety či injekce neužívá. Naopak zbylých 82 žen (44,3 %) užívání těchto hormonálních přípravků zabraňujících početí v dotazníkovém šetření potvrdila.

Tab. 27 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Ano	82	44,3
Ne	103	55,7
Celkový počet	185	100



Graf 27 Hormonální antikoncepce

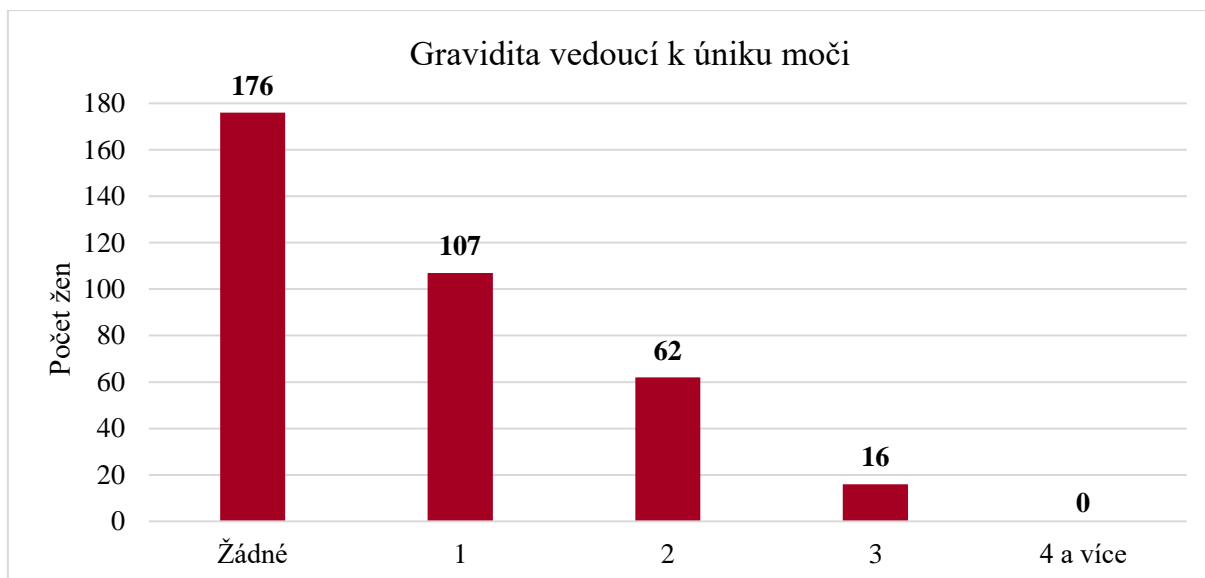
5.2 Analýza Gynekologicko-porodnických otázek

Otázka číslo 1: Kolikáté těhotenství vedlo k Vaším problémům s únikem moči?

Na následující otázky druhé části dotazníkového šetření odpovídal celý zkoumaný soubor, tedy 361 dotazovaných respondentek. V rámci této otázky respondentky odpovídaly na otázku, které těhotenství vedlo k jejich problémům se samovolným únikem moči. Dle tabulkové a grafické prezentace je zřejmé, že první těhotenství vedlo k potížím s únikem moči u 107 respondentek (29,7 %), druhá gravidita u 62 respondentek (17,1 %), třetí těhotenství u 16 žen (4,4 %). Žádná z respondentek nezvolila možnou odpověď 4 a více těhotenství (0,0 %). Možnost žádné těhotenství zvolilo celkem 176 dotazovaných žen, jednalo se o kontinentní respondentky, které tvoří kontrolní soubor výzkumného šetření.

Tab. 28 Gravidita vedoucí k úniku moči

Gravidita vedoucí k úniku moči	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Žádné	176	48,8
1	107	29,7
2	62	17,1
3	16	4,4
4 a více	0	0,0
Celkový počet	361	100



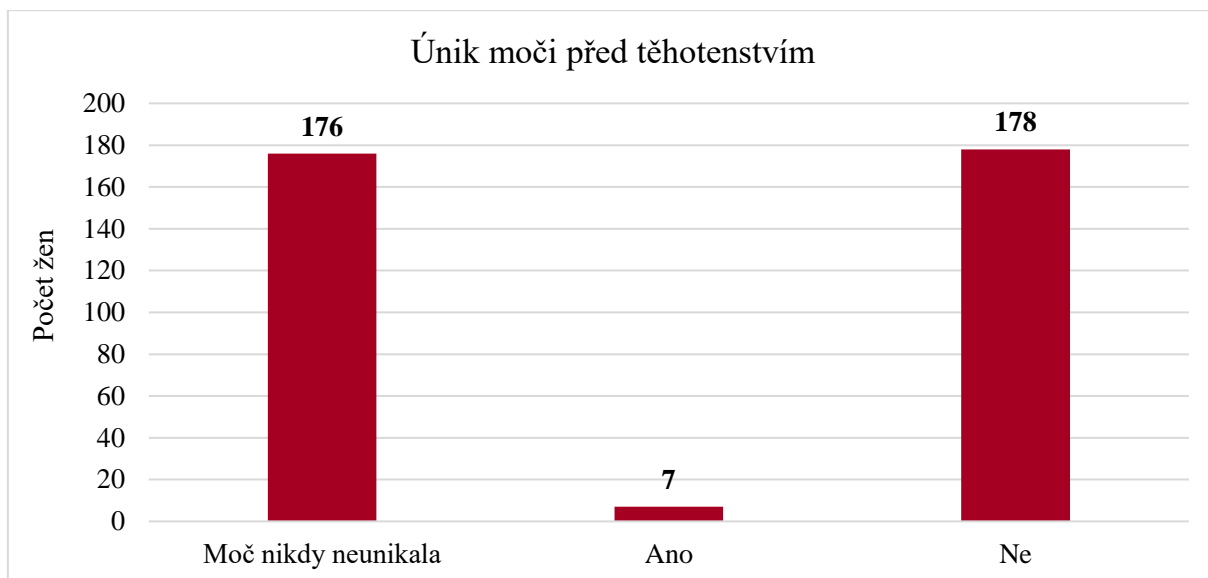
Graf 28 Gravidita vedoucí k úniku moči

Otázka číslo 2: Trpěla jste problémem se samovolným únikem moči již před těhotenstvím?

Touto otázkou se zabýval celý výzkumný soubor žen (361). Otázka zjišťovala, zda ženy trpěly nekontrolovatelným únikem moči již před těhotenstvím. Z tabulkového zobrazení je zřejmé, že 178 dotazovaných respondentek před otěhotněním únikem moči nikdy netrpělo, což v procentuálním zastoupení představuje 49,3 %. Žen, které samovolným únikem moči trpěly již v období před těhotenstvím bylo celkem 7, tedy 1,9 %. 176 respondentek (48,8 %) zvolilo možnost volby moč nikdy neunikala. Opět se jedná o kontrolní soubor bez potíží úniku moči.

Tab. 29 Nekontrolovatelný únik moči před těhotenstvím

Únik moči před těhotenstvím	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost - % (f_i)
Moč nikdy neunikala	176	48,8
Ano	7	1,9
Ne	178	49,3
Celkový počet	361	100



Graf 29 Nekontrolovatelný únik moči před těhotenstvím

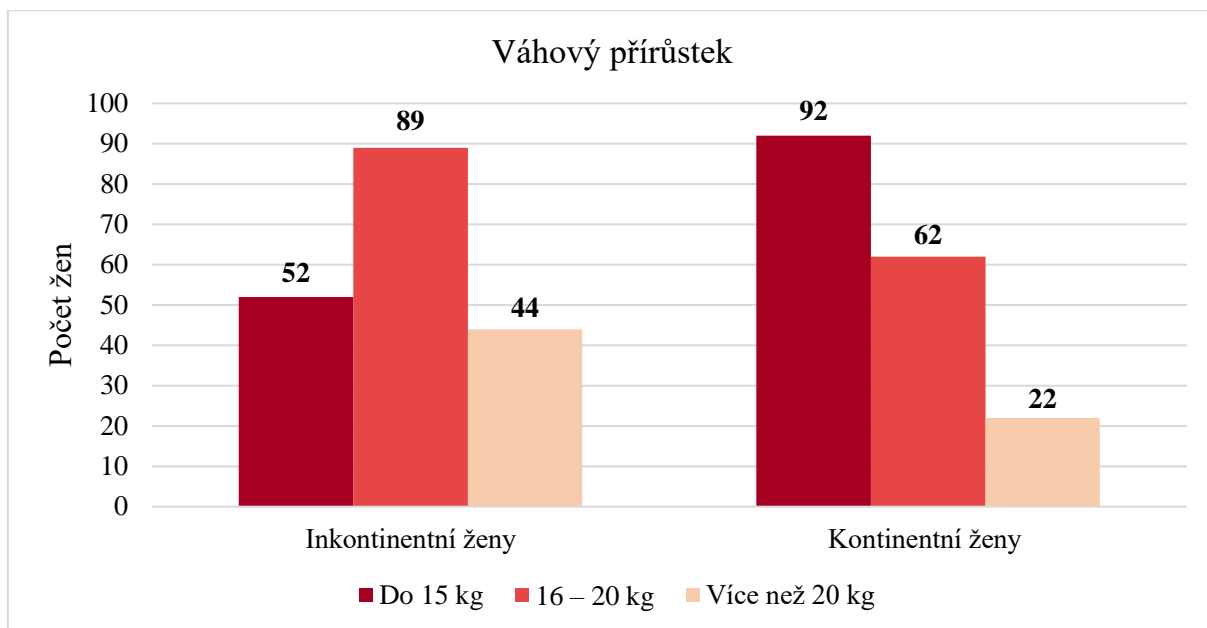
Otázka číslo 3: Jaký byl Váš váhový přírůstek během těhotenství?

Otázka číslo 3 zjišťuje získaný váhový přírůstek respondentek během těhotenství. Jedná se o uzavřenou otázku s možnostmi polytomických odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že z žen trpících samovolným únikem moči (185 respondentek) celkem 89 (48,1 %) přibralo 16–20 kg, 44 žen (23,8 %) přibralo více než 20 kg a nejnižší váhový přírůstek, tedy do 15 kg byl zjištěn u 52 respondentek (28,1 %). U kontinentních žen byl nejčastější váhový přírůstek do 15 kg, a to celkem u 92 respondentek (52,3 %). 16–20 kg během těhotenství přibralo 62 kontinentních žen (35,2 %) a více než 20 kg 22 dotazovaných kontinentních žen (12,5 %).

Tab. 30 Váhový přírůstek v graviditě

Váhový přírůstek	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Do 15 kg	52	28,1	92	52,3	144	39,9
16–20 kg	89	48,1	62	35,2	151	41,8
Více než 20 kg	44	23,8	22	12,5	66	18,3
Celkový počet	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 30 Váhový přírůstek v graviditě

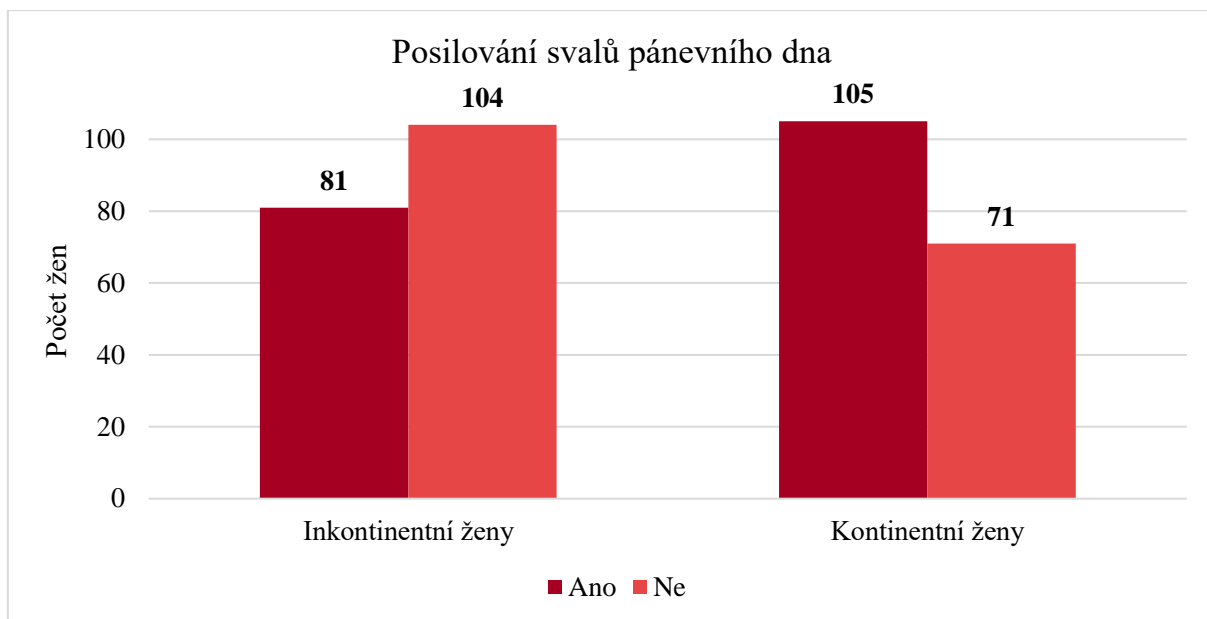
Otázka číslo 4: Posilovala jste svaly pánevního dna před nebo v průběhu těhotenství?

Na tuto otázku odpovídal celý soubor respondentek, čili 361 žen (100 %). Jedná se o uzavřenou dichotomickou otázku s možností odpovědi ano/ne. Otázkou zjišťujeme, zda dotazované respondentky před nebo v průběhu gravidity posilovaly svaly pánevního dna. V tabulce a grafu jde vidět, že 104 inkontinentních žen, tedy 56,2 %, svaly pánevního dna před nebo v průběhu gravidity neposilovalo. Zbýlých 81 inkontinentních respondentek (43,8 %) uvedlo, že svaly pánevního dna posilovaly. Z žen, které samovolným únikem moči netrpí, svaly pánevního dna posilovalo celkem 105 dotazovaných (59,7 %) a neposilovalo zbylých 71 (40,3 %). Celkový počet žen, jež svaly pánevního dna posilovaly, je 186, což v procentuálním zastoupení činí 51,5 %.

Tab. 31 Posilování svalů pánevního dna v graviditě

Posilování pánevního dna	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Ano	81	43,8	105	59,7	186	51,5
Ne	104	56,2	71	40,3	175	48,5
Celkem	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 31 Posilování svalů pánevního dna v graviditě

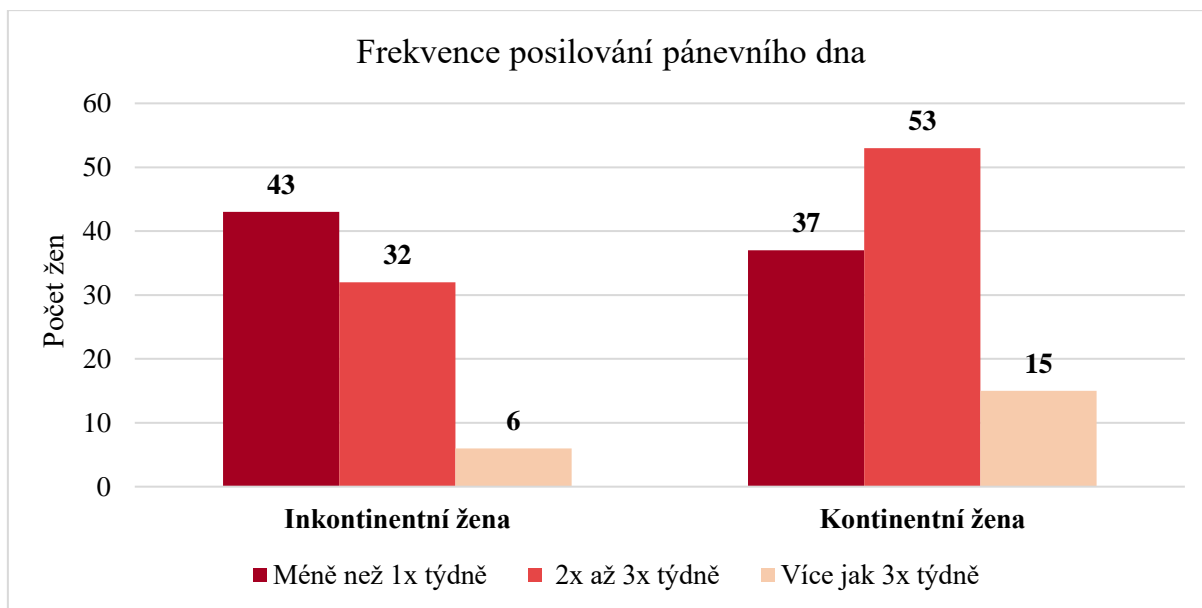
Otázka číslo 5: Pokud ano, jak často jste svaly pánevního dna posilovala?

Následující otázkou se zabývaly pouze ženy, které svaly pánevního dna v těhotenství posilovaly, jejich odpověď na otázku číslo 4 byla tedy kladná. Tabulkové i grafické zobrazení prezentuje, jak často ženy svaly pánevního dna posilovaly. Posilování svalů méně než 1krát týdně uvedlo 43 inkontinentních žen (53,1 %) a 37 kontinentních žen (35,2 %). 2krát až 3krát týdně svaly pánevního dna posilovalo 32 žen (39,5 %) trpících samovolným únikem moči a 53 žen (50,5 %) bez těchto obtíží. Více jak 3krát týdně svaly pánevního dna posilovalo pouze 6 inkontinentních žen, což v procentuálním zastoupení činí jen 7,4 %. Z kontinentních žen se posilováním svalů pánevního dna více jak 3krát týdně zabývalo celkem 15 žen (14,3 %).

Tab. 32 Frekvence posilování svalů pánevního dna v graviditě

Frekvence posilování pánevního dna	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Méně než 1krát týdně	43	53,1	37	35,2	80	43,0
2krát až 3krát týdně	32	39,5	53	50,5	85	45,7
Více jak 3krát týdně	6	7,4	15	14,3	21	11,3
Celkem	81	100	105	100	186	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 32 Frekvence posilování svalů pánevního dna v graviditě

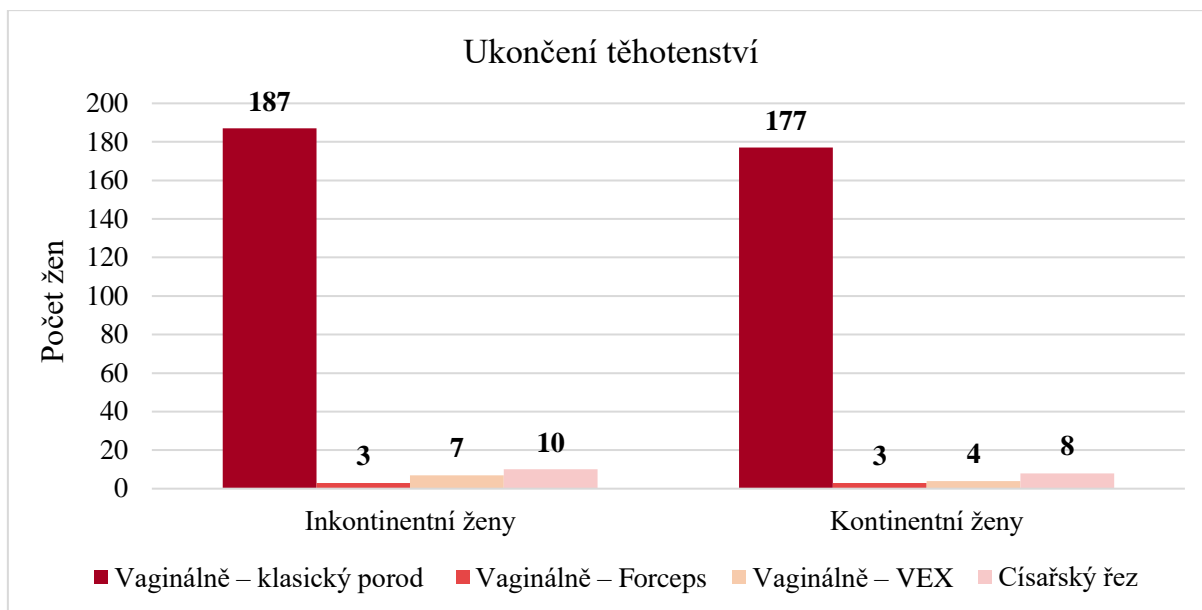
Otázka číslo 6: Jakým způsobem byl Váš porod ukončen?

Následující otázka zjišťuje, jakým způsobem byl porod dotazovaných respondentek ukončen. Otázka sloužila jako vyřazovací při nesplnění předem stanovených kritérií výběru výzkumného vzorku, stejně jako následující otázky číslo 12 a 13. Ženy, jež v dotazníku zvolily možnost ukončení těhotenství pomocí forcepsu (6 žen), VEXu (11 žen) či porod SC (18 žen), byly z výzkumu vyřazeny, což celkem představuje 35 žen (8,8 %).

Tab. 33 Způsob ukončení těhotenství

Ukončení těhotenství	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Vaginálně – klasický porod	187	90,3	177	92,2	364	91,2
Vaginálně – Forceps	3	1,4	3	1,5	6	1,5
Vaginálně – VEX	7	3,5	4	2,1	11	2,8
Císařský řez	10	4,8	8	4,2	18	4,5
Celkem	207	100	192	100	399	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 33 Způsob ukončení těhotenství

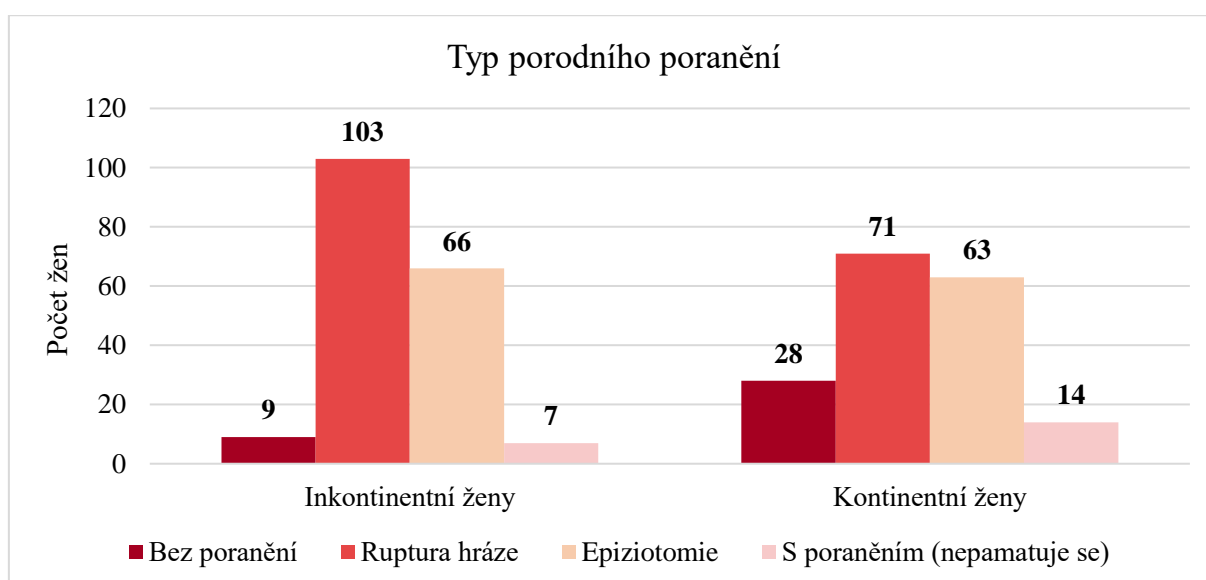
Otázka číslo 7: Pokud byl Váš porod ukončen vaginálně, jaké bylo Vaše porodní poranění?

Tato otázka se zabývala traumatizací porodních cest po prodělaném spontánním vaginálním porodu. Konkrétně byla zaměřena na typ prodělaného porodního poranění. Na tuto otázku odpovídal celý soubor respondentek, čili 361 žen (100 %). Jedná se o uzavřenou otázku s polytomickými možnostmi odpovědí. Z tabulky je zřejmé, že z žen trpících samovolným únikem moči celkem 103 (55,7 %) prodělalo spontánní rupturu *perinea*, 66 ženám (35,6 %) byla provedena epiziotomie neboli nástřih hráze, 7 respondentek (3,8 %) utrpělo jistou traumatizaci porodních cest, ale nepamatují si jakou a 9 (4,9 %) dotazovaných žen žádné porodní poranění neutrpělo. Z kontinentních žen jich traumatizaci porodních cest neutrpělo 28 (15,9 %). Ruptura hráze byla zaznamenána u 71 kontinentních respondentek (40,4 %) a epiziotomie u 63 (35,8 %) žen. Na typ porodního poranění si nevzpomnělo 14 kontinentních žen, což v procentuálním přepočtu činí 7,9 %. Celkový počet žen, jež utrpělo spontánní rupturu hráze, bylo 174 (48,2 %), epiziotomii potom 129 dotazovaných žen (35,8 %).

Tab. 34 Typ porodního poranění

Typ porodního poranění	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Bez poranění	9	4,9	28	15,9	37	10,2
Ruptura hráze	103	55,7	71	40,4	174	48,2
Epiziotomie	66	35,6	63	35,8	129	35,8
S poraněním (nepamatuje se)	7	3,8	14	7,9	21	5,8
Celkem	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 34 Typ porodního poranění

Otázka číslo 8: Pokud u Vás došlo k ruptuře neboli samovolnému natržení hráze, v jakém rozsahu?

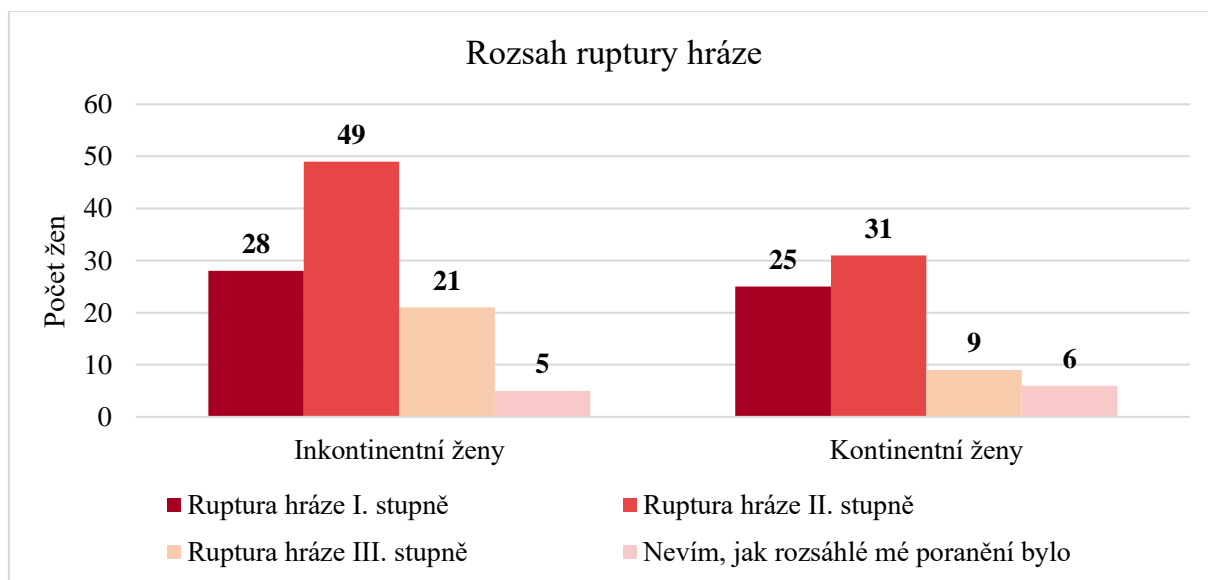
Na následující otázku číslo 8 odpovídaly pouze respondentky, jež utrpěly porodní traumatizaci porodních cest ve formě spontánní ruptury *perinea*. Celkem se jednalo se o 174 respondentek (100 %). Z tabulkové a grafické prezentace vyplývá, že z žen trpících spontánním únikem moči 28 (27,2 %) utrpělo pouze drobnou trhlinku *perinea* se zasažením kůže (ruptura I. stupně). U 49 inkontinentních žen (47,6 %) byla zasažena oblast kůže, podkoží i svaloviny (ruptura II. stupně), u 21 respondentek (20,4 %) došlo k rozsáhlému poranění hráze i se zásahem oblasti konečníku (ruptura III. stupně). Pouze 5 inkontinentních žen s relativní

četností 4,8 % nevědělo, jak rozsáhlé jejich poranění bylo. U kontinentních žen převažovala ruptura hráze II. stupně, a to u 31 žen (43,7 %), následovala ruptura hráze I. stupně s počtem 25 žen (35,2 %). Ruptura hráze III. stupně postihla pouze 9 respondentek s relativní četností 12,7 %. Zbýlých 6 žen (8,4 %) bez úniku moči neví, jak rozsáhlá jejich ruptura hráze byla. Celkový počet žen s nejzávažnějším stupněm poranění *perinea*, tedy rupturou hráze III. stupně byl 30 (17,2 %).

Tab. 35 Rozsah ruptury *perinea*

Rozsah ruptury hráze	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Ruptura hráze I. stupně	28	27,2	25	35,2	53	30,5
Ruptura hráze II. stupně	49	47,6	31	43,7	80	46,0
Ruptura hráze III. stupně	21	20,4	9	12,7	30	17,2
Nevím, jak rozsáhlé mé poranění bylo	5	4,8	6	8,4	11	6,3
Celkem	103	100	71	100	174	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 35 Rozsah ruptury *perinea*

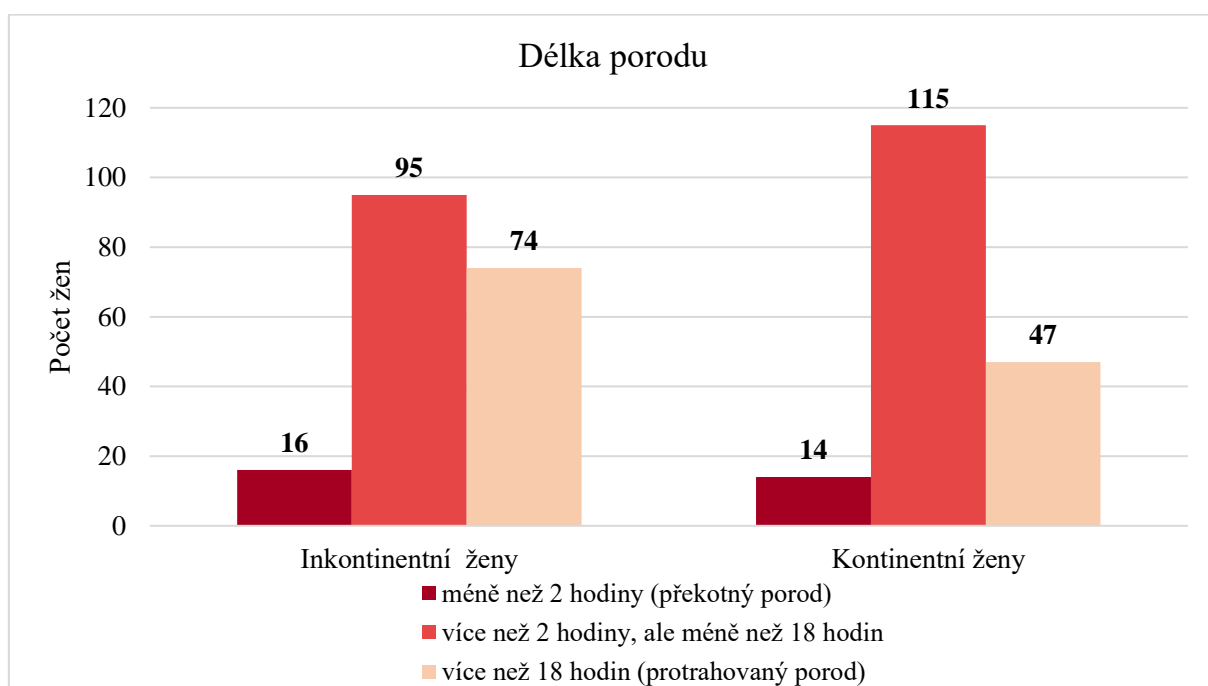
Otázka číslo 9: Jak dlouho Váš porod trval?

Otázku 9 zodpověděl celý výzkumný soubor respondentek. Tabulkové a grafické zobrazení prezentuje délku trvání porodu. Z analýzy dat vyplynulo, že nejpočetnější skupinu tvořily kontinentní ženy, jež rodily více než 2 hodiny, ale zároveň méně než 18 hodin. Následovaly inkontinentní ženy, jichž ve stejné kategorii bylo 95 (51,4 %). Méně než 2 hodiny rodilo celkem 30 respondentek (8,3 %), z toho 16 (8,6 %) inkontinentních a 14 (8,0 %) kontinentních. Protrahovaný porod (více než 18 hodin) byl zvolen celkem 121 ženami (33,5 %), z nichž 74 (40,0 %) bylo inkontinentních a 47 (26,7 %) kontinentních.

Tab. 36 Délka trvání porodu

Délka porodu	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Méně než 2 hodiny (překotný porod)	16	8,6	14	8,0	30	8,3
Více než 2 hodiny, ale méně než 18 hodin	95	51,4	115	65,3	210	58,2
Více než 18 hodin (protrahovaný porod)	74	40,0	47	26,7	121	33,5
Celkem	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 36 Délka trvání porodu

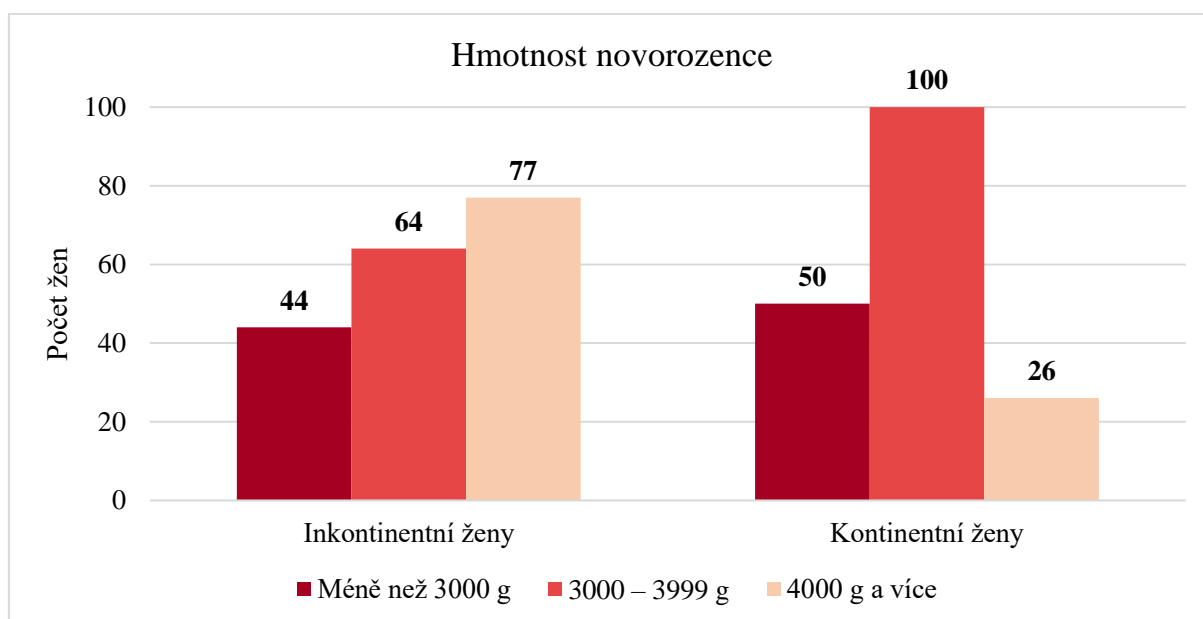
Otázka číslo 10: Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

Na tuto otázku odpověděl celý soubor 361 respondentek (100 %). Tabulkové i grafické znázornění prezentuje porodní hmotnost novorozenců. Stěžejním údajem je počet novorozenců s porodní hmotností 4000 g a více. Ženy se samovolným únikem moči zvolily odpověď 4000 g a více v 77 případech s relativní četností 41,6 %. Ženami, které samovolným únikem moči netrpí, byla tato odpověď zvolena ve 26 případech, tedy v 14,8 % případů. Méně než 3000 g mělo 44 novorozenců (23,8 %) inkontinentních a 50 novorozenců (28,4 %) kontinentních respondentek. Zbývající odpověď 3000 gramů až 3999 g byla inkontinentními ženami zvolena 64krát (34,6 %) a kontinentními ženami celkem 100krát s relativní četností 56,8 %.

Tab. 37 Porodní hmotnost novorozence

Hmotnost novorozence	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Méně než 3000 g	44	23,8	50	28,4	94	26,0
3000–3999 g	64	34,6	100	56,8	164	45,5
4000 g a více	77	41,6	26	14,8	103	28,5
Celkem	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 37 Porodní hmotnost novorozence

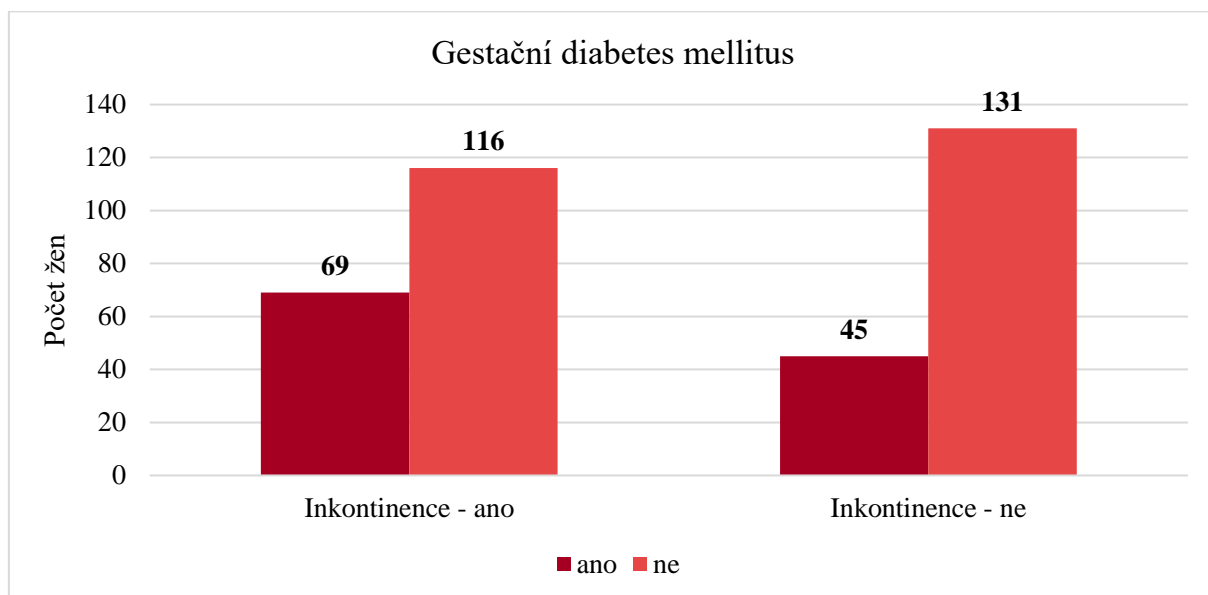
Otázka číslo 11: Trpěla jste v průběhu těhotenství těhotenskou cukrovkou (gestační diabetes mellitus)?

Tabulkové i grafické znázornění 11. otázky prezentuje, zda dotazované respondentky v průběhu těhotenství trpěly GDM. Jedná se o uzavřenou, dichotomickou otázku s možností odpovědi ano/ne. Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že celkem 247 žen (68,4 %) z celkového souboru 361 respondentek (100 %) GDM netrpělo. Z 247 žen jich 116 (62,7 %) trpělo nekontrolovatelným únikem moči a 131 žen (74,4 %) bylo bez těchto potíží. Počet respondentek se zjištěným GDM byl celkem 114, což v procentuálním zastoupení představuje 31,6 %. V 69 případech (37,3 %) se jednalo o inkontinentní ženy a v 45 případech (25,6 %) o ženy kontinentní.

Tab. 38 Gestační *diabetes mellitus*

GDM	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Ano	69	37,3	45	25,6	114	31,6
Ne	116	62,7	131	74,4	247	68,4
Celkem	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 38 Gestační *diabetes mellitus*

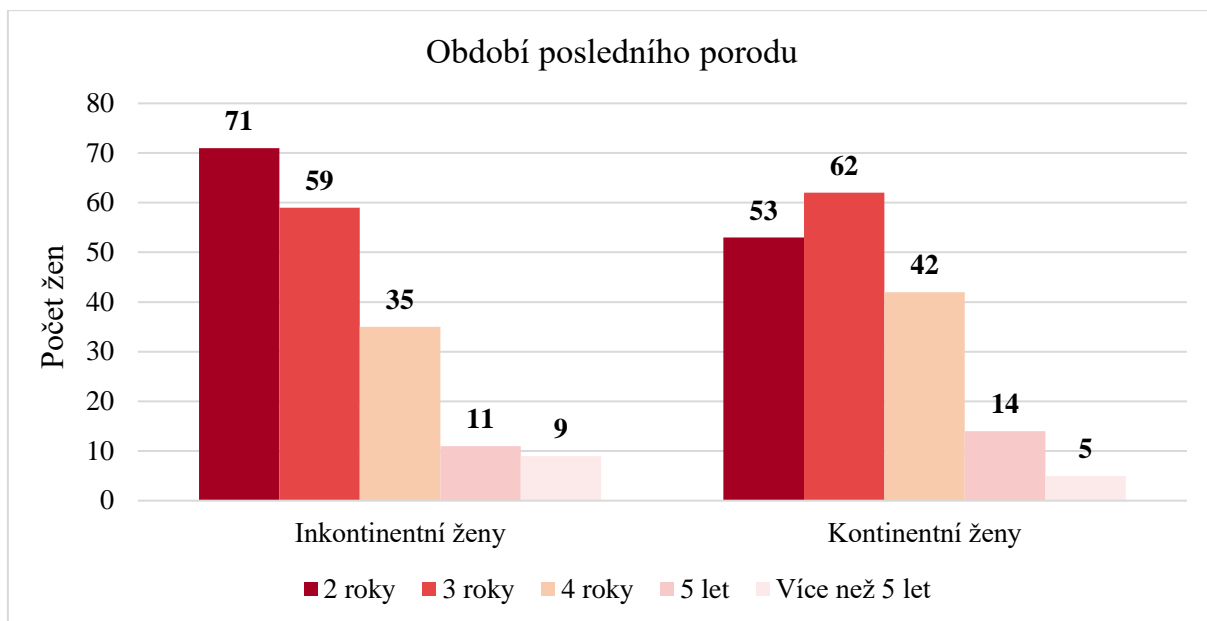
Otázka číslo 12: Jaká doba uplynula od Vašeho posledního porodu?

V rámci 12. otázky respondentky odpovídaly, jaká doba uplynula od jejich porodu. Na otázku odpovídal celý zkoumaný soubor. Ženy, jež zvolily možnost odpovědi méně než 2 roky, která není v tabulce zahrnuta, byly z výzkumného šetření vyřazeny, neboť neodpovídaly stanoveným kritériím výzkumu. Dle tabulkové a grafické prezentace je zřejmé, že z inkontinentních žen bylo 71 respondentek (38,4 %) 2 roky po porodu, 59 respondentek (31,9 %) 3 roky po porodu, 35 respondentek (18,9 %) 4 roky po porodu a 11 žen (5,9 %) 5 let po porodu. Z žen, jež samovolným únikem moči netrpí, bylo 53 respondentek (30,1 %) 2 roky po porodu, 62 respondentek (35,2 %) 3 roky po porodu, 42 respondentek (23,9 %) 4 roky po porodu a 14 žen (8,0 %) 5 let po porodu. Nejméně početnou kategorii s celkovým počtem 14 žen (3,9 %) představuje odpověď více než 5 let. Ta byla vybrána 9 inkontinentními (4,9 %) a 5 (2,8 %) kontinentními ženami.

Tab. 39 Období posledního porodu

Období posledního porodu	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
2 roky	71	38,4	53	30,1	124	34,3
3 roky	59	31,9	62	35,2	121	33,6
4 roky	35	18,9	42	23,9	77	21,3
5 let	11	5,9	14	8,0	25	6,9
Více než 5 let	9	4,9	5	2,8	14	3,9
Celkem	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 39 Období posledního porodu

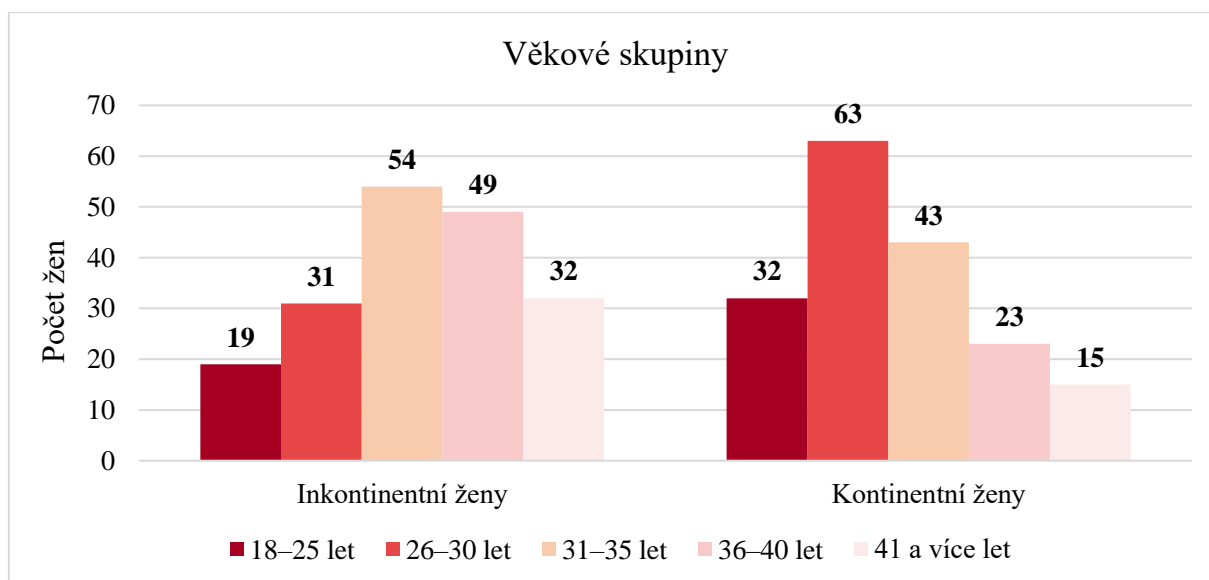
Otázka číslo 13: Do které věkové kategorie spadáte?

Poslední otázka druhé části dotazníkového šetření zjišťuje demografické údaje věkových skupin dotazovaných respondentek. Jedná se o uzavřenou otázku s polytomickými možnostmi odpovědí. Ženy, jež v dotazníku zvolily možnost odpovědi méně než 18 let, která není v tabulce zahrnuta, byly z výzkumného šetření vyřazeny, protože neodpovídaly stanoveným kritériím výběru výzkumného vzorku. V grafické a tabulkové prezentaci je u inkontinentních i kontinentních žen ve věku 18–25 let celkem 51 respondentek s relativní četností 14,2 %. Počet žen v kategorii 26–30 let je 94 (26,0 %), 31–35 let je nejpočetnější kategorií s 97 respondentkami (26,9 %). Třetí nejpočetnější skupinou je věková kategorie 36–40 let s počtem 72 respondentek (19,9 %). Poslední volenou možností byla kategorie 41 let a více, kterou uvedlo zbylých 47 žen, což představuje 13,0 %.

Tab. 40 Přehled věkových skupin

Věkové skupiny	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
18–25 let	19	10,3	32	18,2	51	14,2
26–30 let	31	16,8	63	35,8	94	26,0
31–35 let	54	29,2	43	24,4	97	26,9
36–40 let	49	26,4	23	13,1	72	19,9
41 a více let	32	17,3	15	8,5	47	13,0
Celkem	185	100	176	100	361	100

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost



Graf 40 Přehled věkových skupin

5.3 Analýza hypotéz výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření v rámci diplomové práce bylo pomocí polostrukturovaných dotazníků zjistit, zda se vybrané rizikové faktory, související s graviditou a porodem, podílejí na výskytu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje rozdíl mezi výskytem stresového a urgentního typu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

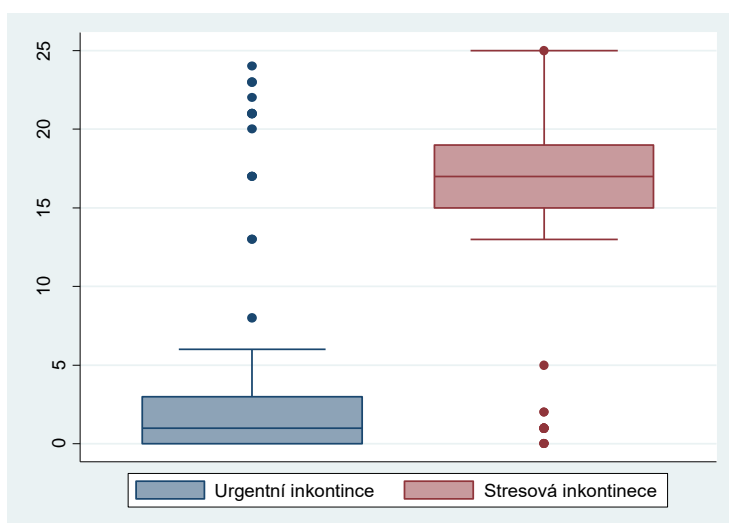
H₀1: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi výskytem stresového a urgentního typu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

Testování hypotézy proběhlo na základě vyhodnocení standardizovaného Gaudenzova dotazníku, který je zaměřen na určení typu močové inkontinence. Urogynekologický dotazník obsahuje celkem 26 otázek. Určité otázky jsou bodovány v rozmezí 0 až 3 body. Konečný součet se pak pohybuje v rozmezí 0 až 26 bodů pro oba typy močové inkontinence (SUI, UUI). Analýza hypotézy proběhla na základě Wilcoxonova párového testu.

Tab. 41 Bodové skóre dle typu inkontinence

Typ inkontinence	Body						p-hod.*
	počet žen	medián	ar. průměr	sd	min.	max.	
Urgentní	12	1	2,6	5,00	0	24	<0,001
Stresová	173	17	16,2	5,02	0	25	

*Wilcoxonův párový test, sd – směrodatná odchylka, ar. průměr – aritmetický průměr



Graf 41 Srovnání bodového skóre dle typu inkontinence

Tab. 42 Výskyt inkontinence dle typu

Typ inkontinence	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost – % (f_i)	95% IS
Stresová inkontinence	173	93,5	88,3-96,2
Urgentní inkontinence	12	6,5	3,8-11,6
Celkový počet	185	100	

IS – intervaly spolehlivosti

Na základě p-hodnoty ($p < 0,001$) byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými typy postpartální močové inkontinence. Rozdíl je znázorněn také na boxovém grafu (viz. Graf 41). Stresová močová inkontinence se u dotazovaných žen vyskytovala častěji než inkontinence urgentní. Stresový typ samovolného úniku moči se vyskytoval u 93,5 % žen s intervalem spolehlivosti (na hladině významnosti 5 %) 88,3 až 96,2 %. Urgentní typ močové inkontinence byl zaznamenán u 6,5 % žen s intervalem spolehlivosti 3,8 až 11,6 %, opět na hladině významnosti 5 %.

Na základě získaných informací **H₀ zamítáme** – existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu typu močové inkontinence, přičemž stresový typ močové inkontinence je u žen po spontánním vaginálním porodu přítomen častěji než inkontinence urgentního typu.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda má absence posilování svalů pánevního dna u žen před nebo během těhotenství vliv na výskyt postpartální močové inkontinence.

H₀₂: Absence posilování svalů pánevního dna u žen před nebo během těhotenství nemá vliv na výskyt postpartální močové inkontinence.

Tab. 43 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s posilováním svalů pánevního dna

Posilování pánevního dna	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Ano	81	43,8	105	59,7	186	51,5
Ne	104	56,2	71	40,3	175	48,5
Celkem	185	100	176	100,0	361	100
Chí-kvadrát test, $p = 0,003$						

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost

Tab. 44 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s frekvencí posilování svalů pánevního dna

Frekvence posilování pánevního dna	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Méně než 1krát týdně	43	53,1	37	35,2	80	43,0
2krát až 3krát týdně	32	39,5	53	50,5	85	45,7
Více jak 3krát týdně	6	7,4	15	14,3	21	11,3
Celkem	81	100	105	100	186	100
Chí-kvadrát test, p = 0,039						

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost

Testování hypotézy H_02 proběhlo pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Z analýzy vyplynulo, že ženy s inkontinencí posilovaly svaly pánevního dna ve 43,8 % případech a ženy bez inkontinence v 59,7 %. Procento žen bez inkontinence, které posilovaly svaly pánevního dna, bylo vyšší a statisticky významné ($p = 0,003$).

Ve frekvenci posilování svalů pánevního dna mezi ženami inkontinentními a kontinentními byl také zjištěn statisticky významný rozdíl ($p = 0,039$). Ženy bez příznaků močové inkontinence svaly pánevního dna posilovaly častěji než ženy s inkontinencí.

Na základě získaných informací **H_0 zamítáme** – existuje statisticky významný rozdíl v posilování svalů pánevního dna u kontinentních a inkontinentních žen. Absence posilování svalů pánevního dna u žen před nebo během těhotenství má vliv na výskyt postpartální močové inkontinence.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu souvisí se zvýšeným váhovým přírůstkem ženy v průběhu těhotenství (více než 15 kg).

H₀₃: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nesouvisí se zvýšeným váhovým přírůstkem ženy v průběhu těhotenství (více než 15 kg).

Tab. 45 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s váhovým přírůstkem v průběhu těhotenství

Váhový přírůstek	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Do 15 kg	52	28,1	92	52,3	144	39,9
16–20 kg	89	48,1	62	35,2	151	41,8
Více než 20 kg	44	23,8	22	12,5	66	18,3
Celkový počet	185	100	176	100	361	100
Chí-kvadrát test, $p < 0,001$						

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost

Testování hypotézy H₀₃ proběhlo pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Mezi ženami s a bez močové inkontinence byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve váhovém přírůstku v průběhu těhotenství ($p < 0,001$). Ženy s inkontinencí v 71,9 % případů dosáhly vyššího váhového přírůstku než 15 kg, přičemž tento podíl byl vyšší než u žen bez inkontinence. Procento žen bez inkontinence s váhovým přírůstkem vyšším než 15 kg tvořilo 47,7 %.

Na základě získaných informací **H₀ zamítáme** – existuje statisticky významný rozdíl ve váhovém přírůstku v průběhu gravidity. Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním porodu tedy souvisí se zvýšeným váhovým přírůstkem ženy v průběhu těhotenství (více než 15 kg).

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu souvisí s protražovaným porodem.

H₀₄: Protražovaný porod u žen po spontánním vaginálním porodu nemá souvislost se vznikem postpartální močové inkontinence.

Tab. 46 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s délkou trvání porodu

Délka porodu	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Méně než 2 hodiny (překotný porod)	16	8,6	14	8,0	30	8,3
Více než 2 hodiny, ale méně než 18 hodin	95	51,4	115	65,3	210	58,2
Více než 18 hodin (protražovaný porod)	74	40,0	47	26,7	121	33,5
Celkem	185	100	176	100	361	100
Chí-kvadrát test, p = 0,020						

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost

Testování hypotézy H₀₄ proběhlo pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Mezi inkontinentními ženami a ženami bez známek močové inkontinence byl zjištěn statisticky významný rozdíl v délce porodu ($p = 0,020$). U 40 % žen trpících močovou inkontinencí trval porod déle než 18 hodin, u kontinentních žen se o protražovaný porod jednalo v 26,7 % případů.

Na základě získaných informací **H₀ zamítáme** – existuje statisticky významný rozdíl v délce porodu. Z analýzy tedy vyplývá, že protražovaný porod má u žen souvislost se vznikem postpartální močové inkontinence.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda je výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu spjat s vyšší porodní hmotností plodu (nad 4000 g).

H₀₅: Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu není spjat s vyšší porodní hmotností plodu (nad 4000 g).

Tab. 47 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s porodní hmotností novorozence

Hmotnost novorozence	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Méně než 3000 g	44	23,8	50	28,4	94	26,0
3000–3999 g	64	34,6	100	56,8	164	45,5
4000 g a více	77	41,6	26	14,8	103	28,5
Celkem	185	100	176	100	361	100
Chí-kvadrát test, $p < 0,001$						

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost

Testování hypotézy H₀₅ proběhlo pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Mezi ženami s a bez inkontinence byl analýzou zjištěn statisticky významný rozdíl vlivu porodní hmotnosti novorozence ($p < 0,001$). U 41,6 % žen trpících močovou inkontinencí byla porodní hmotnost novorozence 4000 g a více, u žen bez inkontinence byl podíl novorozenců vážících 4000 g a více nižší, činil jen 14,8 %.

Na základě získaných informací **H₀ zamítáme** – existuje statisticky významný rozdíl vlivu porodní hmotnosti novorozence. Z analýzy vyplývá, že vyšší porodní hmotnost plodu (nad 4000 g) je spjata s výskytem postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

Dílčí cíl 6: Zjistit, zda je vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu spjat s výskytem epiziotomie.

H₀₆: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu není spojen s výskytem epiziotomie.

Tab. 48 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s typem porodního poranění

Typ porodního poranění	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem		p-hod.*
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	
Bez poranění	9	4,9	28	15,9	37	10,2	0,001
Ruptura hráze	103	55,7	71	40,4	174	48,2	0,036
Epiziotomie	66	35,6	63	35,8	129	35,8	0,985
S poraněním (nepamatuje se)	7	3,8	14	7,9	21	5,8	0,090
Celkem	185	100	176	100	361	100	

* Chí-kvadrát test, n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost,

Testování hypotézy H₀₆ proběhlo pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Mezi ženami s a bez močové inkontinence nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v porodním poranění – epiziotomie ($p = 0,985$). Nástřih hráze uvedlo 35,6 % inkontinentních žen a 35,8 % žen, jež samovolným únikem moči netrpí.

Na základě získaných informací **H₀ přijímáme** – jelikož p ($p = 0,985$) dosahuje větší hodnoty než 0,05, neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu epiziotomie. Analýzou dat bylo zjištěno, že výskyt epiziotomie není spojen se vznikem postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

Dílčí cíl 7: Zjistit, zda vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu souvisí se stupněm ruptury hráze.

H₀₇: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nesouvisí se stupněm ruptury hráze.

Tab. 49 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s rozsahem ruptury *perinea*

Rozsah ruptury hráze	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Pouze drobná trhlinka, zasažena byla jen kůže (I. stupeň)	28	27,2	25	35,2	53	30,5
Zasažena byla oblast kůže, podkoží i svaloviny (II. stupeň)	49	47,6	31	43,7	80	46,0
Rozsáhlé poranění hráze, zásah oblasti konečníku (III. stupeň)	21	20,4	9	12,7	30	17,2
Nevím, jak rozsáhlé mé poranění bylo	5	4,8	6	8,4	11	6,3
Celkem	103	100	71	100	174	100
Chí-kvadrát test, $p = 0,342$						

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost

Testování hypotézy H₀₇ proběhlo pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Mezi inkontinentními ženami a ženami bez těchto potíží nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozsahu ruptury hráze ($p = 0,342$). Rozsáhlé poranění hráze, se zásahem oblasti konečníku, tedy rupturu *perinea* III. stupně uvedlo 20,4 % inkontinentních žen a 12,7 % kontinentních žen.

Na základě získaných informací **H₀ přijímáme** – neexistuje statisticky významný rozdíl v rozsahu ruptury hráze. Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu tedy nesouvisí se stupněm ruptury hráze.

Dílčí cíl 8: Zjistit, zda vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu má souvislost s diabetem či gestačním *diabetem mellitem*.

H₀₈: Vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nemá souvislost s gestačním *diabetem mellitem*.

Tab. 50 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s výskytem gestačního *diabetu mellitu*

GDM	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy		Celkem	
	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$	n_i	$f_i - \%$
Ano	69	37,3	45	25,6	114	31,6
Ne	116	62,7	131	74,4	247	68,4
Celkem	185	100	176	100	361	100
Chí-kvadrát test, p = 0,012						

n_i – absolutní četnost, f_i – relativní četnost

Testování hypotézy H₀₈ proběhlo opět pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Mezi inkontinentními a kontinentními ženami byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve výskytu GDM ($p = 0,012$). Z analýzy vyplynulo, že inkontinentní ženy trpěly GDM v 37,3 % případů a ženy bez úniku moči v 25,6 %. Procento žen bez inkontinence, které trpěly GDM, byl tedy vyšší a statisticky významný.

Na základě získaných informací **H₀ zamítáme** – jelikož p ($p = 0,012$) dosahuje nižší hodnoty než 0,05, existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu GDM. Z analýzy vyplývá, že GDM má souvislost se vznikem postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu.

6 DISKUZE

Tato diplomová práce má název „Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu“. Hlavním výzkumným cílem bylo pomocí polostrukturovaných dotazníků zjistit, zda se vybrané rizikové faktory, související s graviditou a porodem, podílejí na výskytu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Z rizikových faktorů v souvislosti s graviditou/těhotenstvím a poporodní inkontinencí bylo vybráno posilování svalů pánevního dna, váhový přírůstek žen, epiziotomie, stupeň spontánní ruptury hráze, porodní hmotnost novorozence, GDM, protrahovaný porod a v neposlední řadě také typ poporodního samovolného úniku moči.

V praktické části diplomové práce bylo na základě hlavního výzkumného cíle stanoveno 8 dílčích cílů a k nim vytyčeno 8 nultých hypotéz.

První výzkumná hypotéza předpokládala, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi výskytem stresového a urgentního typu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Pro zjištění platnosti této hypotézy byla použita data z první části dotazníkového šetření (Gaudenzův standardizovaný dotazník). Po statistickém zpracování dat bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými typy postpartální močové inkontinence ($p < 0,001$). Stanovená hypotéza byla zamítnuta, neboť stresový typ močové inkontinence je u žen po spontánním vaginálním porodu přítomen častěji než inkontinence urgentního typu. Tento výsledek podporuje také studie z roku 2016 (Tähtinen et al., 2016, s. 148), která zkoumala dlouhodobý dopad způsobu porodu na stresovou a urgentní močovou inkontinenci. Z výsledků vyplývá, že s vaginálním porodem přichází téměř dvojnásobná pravděpodobnost výskytu stresového typu poporodní močové inkontinence. Studie uvedla prevalenci stresové inkontinence 54 % a urgentní inkontinence u 17 % žen, jež rodily vaginálně. Také z výsledků dlouhodobé studie, která se věnovala vlivu způsobu porodu na prevalenci symptomatické dysfunkce pánevního dna a možnostem její léčby vyplývá, že celkem 31,9 % žen po spontánním vaginálním porodu udávalo symptomy stresové inkontinence při zvýšení intraabdominálního tlaku, oproti 12,6 % žen po SC. Incidence urgentní inkontinence 1 rok po porodu byla ve srovnání se stresovou inkontinencí podstatně méně častá (Haš, 2015, s. 15).

Druhá výzkumná hypotéza předpokládala, že absence posilování svalů pánevního dna u žen před nebo během těhotenství nemá vliv na výskyt postpartální močové inkontinence. Pro zjištění platnosti této hypotézy byla použita data z druhé části dotazníkového šetření, konkrétně se jednalo o údaje o posilování svalů pánevního dna a jeho frekvenci. Po analýze

získaných dat bylo dosaženo závěru, že existuje statisticky významný rozdíl v posilování svalů pánevního dna mezi ženami inkontinentními a kontinentními, tedy že hypotéza H_0 byla zamítnuta ($p = 0,003$). Toto tvrzení souhlasí s výsledky studie zabývající se rolí cvičení svalů pánevního dna v prevenci stresové inkontinence během těhotenství i po porodu. Hodnocení z hlediska výskytu stresové inkontinence bylo prováděno průběžně, a to ve 14., 20., 28., a 32. gestačním týdnem těhotenství a poté i po samotném porodu. Závěrem vyplynulo, že posilování svalů pánevního dna je účinnou prevencí v rozvoji postpartální stresové močové inkontinence (Kocaöz et al., 2013, s. 34). Oproti tomu se v randomizované studii z roku 2010 o roli prenatálního posilování svalů pánevního dna v oblasti prevence poporodní stresové močové inkontinence došlo k závěru, že mezi skupinami nebyly prokázány významné rozdíly ve vztahu k výskytu stresové inkontinence a stupni závažnosti symptomů po porodu, ačkoli trendy naznačují jejich pozitivní účinek. Sami autoři randomizované studie uvedli, že část žen zapojených do výzkumu nespĺnila předem požadovanou účast na předporodních sezeních za účelem provádění cviků k posílení pánevního dna, také jen málo z nich během těhotenství cvičilo svaly pánevního dna podle stanovených pokynů (Mason et al., 2010, s. 2777). Právě tyto faktory mohly být příčinou opačného závěru než výsledky vycházející z této diplomové práce.

Třetí výzkumná hypotéza předpokládala, že vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nesouvisí se zvýšeným váhovým přírůstkem ženy v průběhu těhotenství (více než 15 kg). Pro zjištění platnosti této hypotézy byla použita data z druhé části dotazníkového šetření, konkrétně se jednalo o údaje o váhovém přírůstku v průběhu těhotenství se zaměřením na váhový přírůstek vyšší než 15 kg. Na základě statistického zpracování dat byla hypotéza zamítnuta, neboť byla zjištěna hodnota $p < 0,001$. Existuje tedy statisticky významný rozdíl ve váhovém přírůstku v průběhu gravidity. V námi sledovaném souboru bylo zaznamenáno 133 (71,9 %) inkontinentních žen, jejichž váhový přírůstek v průběhu těhotenství činil více než 15 kg (viz. Tab. 45). Tento výsledek ve své studii z části podporuje Sangsawang (2014, s. 29), který vysoký váhový přírůstek v průběhu gravidity (více než 16 kg) považuje za významný rizikový faktor pro rozvoj postpartální močové inkontinence.

Čtvrtá výzkumná hypotéza předpokládala, že protrahovaný porod u žen po spontánním vaginálním porodu nemá souvislost se vznikem postpartální močové inkontinence. Pro zjištění platnosti této hypotézy byla použita data z druhé části dotazníkového šetření, konkrétně se jednalo o údaj spojený s délkou trvání porodu. Stěžejním údajem byla délka porodu trvající déle než 18 hodin. Po statistickém zpracování dat bylo zjištěno, že existuje

statisticky významný rozdíl v délce porodu ($p = 0,020$). Stanovená hypotéza byla zamítnuta, neboť z analýzy vyplývá, že protražovaný vaginální porod má souvislost se vznikem postpartální močové inkontinence. Tento výsledek ve své studii podporuje Fritel et al. (2010, s. 941), který zdlouhavý neboli protražovaný porod označil za jeden z hlavních rizikových faktorů vzniku stresového typu samovolného úniku moči, a to společně s věkem, vaginálním porodem a předchozím výskytem inkontinence (před nebo během gravidity).

Pátá výzkumná hypotéza předpokládala, že výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu není spjat s vyšší porodní hmotností plodu (nad 4000 g). Pro tuto hypotézu byly použity údaje týkající se porodní hmotnosti plodu se zaměřením na hmotnost nad 4000 g. Po analýze získaných dat bylo dosaženo závěru, že existuje statisticky významný rozdíl vlivu porodní hmotnosti novorozence mezi ženami inkontinentními a kontinentními, tedy že hypotéza H_0 byla zamítnuta ($p < 0,001$). Z analýzy vyplývá, že vyšší porodní hmotnost plodu (nad 4000 g) je spojena s výskytem postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. V námi sledovaném souboru bylo zaznamenáno 41,6 % novorozenců inkontinentních žen, jejichž porodní hmotnost přesáhla 4000 g (viz. Tab. 47). Tento výsledek podporuje i studie z roku 2012 (Altaweel, Alharbi, 2012, s. 642) zabývající se prevalencí, rizikovými faktory a dopadem močové inkontinence na zdraví související s kvalitou života u saúdských žen. Tato studie uvádí porodní hmotnost novorozence 4000 g a více jako významný rizikový faktor pro rozvoj postpartální močové inkontinence. Další studie, která poukázala na možnou souvislost mezi porodní hmotností novorozence vyšší než 4000 g ve spojitosti s mediolaterální epiziotomií, je Højbergova et al. studie (2005, s. 842).

Šestá výzkumná hypotéza předpokládala, že vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu není spojen s výskytem epiziotomie. Pro zjištění platnosti této hypotézy byla použita data z druhé části dotazníkového šetření, konkrétně se jednalo o údaj spojený s typem konkrétního porodního poranění. Po statistickém zpracování dat bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný rozdíl v typu porodního poranění (epiziotomie), kdy p-hodnota byla $p = 0,985$. Stanovená hypotéza byla přijata, neboť z analýzy vyplývá, že výskyt epiziotomie není spojen se vznikem postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Výsledky zahraničních studií mají na epiziotomii v souvislosti s močovou inkontinencí rozdílné názory. Např. Rikard-Bell et al. (2014, s. 371) ve své studii uvádí, že symptomy samovolného úniku moči u žen po epiziotomii jsou výrazně nižší než u žen s intaktním *perineem* a u žen se spontánním poraněním. Dále také studie od Arrue et al. (2010, s. 213) nezaznamenala významný rozdíl ve výskytu samovolného úniku

moči u žen s epiziotomií, či bez epiziotomie. Naopak Chang et al. (2010, s. 410) ve svém výzkumu uvádí, že výskyt úniku moči u žen s epiziotomií tři měsíce po porodu byl významně vyšší než u žen bez nástřihu hráze. Toto stanovisko zastávají také 2 studie z roku 2009, a to studie od Torkestani et al. (2009, s. 218) a Baydock et al. (2009, s. 40), které považují epiziotomii za rizikový faktor vzniku močové inkontinence. V konečném výsledku tedy nelze vliv epiziotomie na močovou inkontinenci s jistotou potvrdit ani vyvrátit.

Sedmá výzkumná hypotéza předpokládala, že vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nesouvisí se stupněm ruptury hráze. Pro zjištění platnosti této hypotézy byla použita data z druhé části dotazníkového šetření, konkrétně se jednalo o údaj spojený se stupněm porodního poranění (ruptura *perinei*). Po analýze získaných dat bylo dosaženo závěru, že existuje statisticky významný rozdíl v rozsahu ruptury hráze. Tímto byla hypotéza H_0 přijata ($p = 0,342$), neboť z ní vyplývá, že vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nesouvisí se stupněm ruptury hráze. Tento výsledek potvrzuje zahraniční studie z roku 2016 (Leeman et al., 2016, s. 300–301), ve které rozvoj močové inkontinence u žen po šesti měsících po porodu nebyl spojen s perineálním traumatem. Tyto výsledky nebyly změněny ani při porovnávání různých stupňů porodního poranění.

Osmá výzkumná hypotéza předpokládala, že vznik postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu nemá souvislost s gestačním *diabetem mellitem*. Pro zjištění platnosti této hypotézy byla opět použita data z druhé části dotazníkového šetření, konkrétně se jednalo o údaj spojený s výskytem GDM během těhotenství. Na základě získaných informací byl prokázán statisticky významný rozdíl ve výskytu GDM u inkontinentních a kontinentních žen. Na základě p-hodnoty $p = 0,012$ byla stanovená hypotéza zamítnuta. Z analýzy tedy vyplývá, že GDM má souvislost se vznikem postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Výsledné stanovisko podporuje např. longitudinální kohortová studie zkoumající vliv GDM na poporodní močovou inkontinenci. Kompletní modelová analýza odhalila, že ženy trpící GDM ve srovnání se ženami bez této komplikace vykazovaly závažnější příznaky stresového typu močové inkontinence, a to až 2 roky po porodu (Chuang et al., 2012, s. 1334). Toto tvrzení podporuje také studie z roku 2008 (Kim et al., 2008, s. 783) zkoumající výskyt stresové inkontinence moči u žen s GDM a její souvislost se současnou fyzickou aktivitou. Z 228 žen s GDM 49 % hlásilo týdenní nebo častější inkontinenci moči již během těhotenství a více než 50 % hlásilo týdenní nebo častější únik moči po porodu. Ovšem spojení mezi fyzickou aktivitou, močovou inkontinencí a GDM bylo minimální.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných informací z výzkumného šetření lze pro využití v praxi stanovit určitá doporučení, která by porodní asistentky či jiní zdravotničtí pracovníci mohli využít pro snížení výskytu postpartální močové inkontinence u žen v souvislosti s vaginálním porodem. Stěžejním doporučením pro praxi je kvalitní edukační činnost porodní asistentky, a to již v rámci předporodní péče u gravidních žen či u žen při běžných gynekologických prohlídkách. Porodní asistentka by měla tyto ženy upozornit na možné rizikové faktory vedoucí k močové inkontinenci, jako je samotná gravidita, způsob ukončení těhotenství, porodní hmotnost novorozence, obezita, kouření, GDM, DM, špatná životospráva či přehnaná fyzická aktivita. Dále je také důležité poučení o prevenci, tedy posilování svalů pánevního dna, přiměřené fyzické aktivitě, zdravém způsobu života, vhodných a nevhodných návycích ve stravování, hydrataci či udržování optimální tělesné hmotnosti. Právě o posilování svalů pánevního dna je velmi důležité ženy řádně poučit, neboť tuto aktivitu lze praktikovat jak v průběhu gravidity, tak i po porodu. Tato činnost celkově zlepšuje průběh těhotenství, podporuje správné držení těla a snižuje intenzitu bolesti v bederní a křížové krajině. Pro svou úlohu při zavinování dělohy, hojení jizvy po traumatickém poranění porodních cest či zlepšení funkce břišních a pánevních svalů je posilování prospěšné i po porodu. Prvotní posilování svalů pánevního dna je vhodné provádět již v porodnici na oddělení šestinedělí. Žádoucí je také pravidelné docházení fyzioterapeuta k ženám po porodu na oddělení šestinedělí a provádění cviků pod jeho odborným dohledem. Součástí informovanosti žen po porodu o vhodném posilování svalů pánevního dna je i spuštění instruktážních videí. Včasná edukace již v ambulantní péči nám umožňuje aktivní vyhledávání rizikových skupin, což může pomoci se zahájením včasného a vhodného léčebného postupu v samém počátku. Aby mohlo dojít k naplnění vytyčeného cíle, tedy ke snížení výskytu poporodní močové inkontinence, je důležité stále provádění nových studií zabývajících se touto problematikou. Práce může být inspirací i pro studentky oboru porodní asistence, či ve zdravotnických zařízeních.

ZÁVĚR

V životě ženy močová inkontinence ztělesňuje podstatnou překážku v běžném bytí, může v ženě vyvolat pocity studu, strachu, rozpaků a mít nepříznivý vliv na kvalitu jejího života, zejména v oblasti sexuality. Specifickým typem tohoto zdravotního problému je právě postpartální močová inkontinence, která je stále více diskutovaným a zkoumaným tématem dnešní moderní medicíny. Těhotenství, samotný porod a další související faktory vedou ke změnám funkčnosti a statiky pánevního dna, což může podmiňovat vznik poporodní močové inkontinence. Nejvyšší míra výskytu je připisována spontánnímu vaginálnímu porodu. V souvislosti s porodem a graviditou nejčastěji hovoříme o stresovém typu močové inkontinence.

Hlavním cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo pomocí polostrukturovaných dotazníků zjistit, zda se vybrané rizikové faktory, související s graviditou a porodem, podílejí na výskytu postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Z rizikových faktorů byl zkoumán typ a rozsah porodního poranění, výskyt GDM, porodní hmotnost novorozence, váhový přírůstek ženy během těhotenství či délka trvání porodu. Zkoumán byl také vliv posilování svalů pánevního dna na vznik poporodní močové inkontinence. Dále bylo zjišťováno, zda ženy po spontánním vaginálním porodu častěji trpí SUI či UUI.

Na základě statistické analýzy výsledků výzkumného šetření byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi posilováním svalů pánevního dna, váhovým přírůstkem v průběhu gravidity, délkou trvání porodu, porodní hmotností novorozence, výskytem GDM a vznikem postpartální močové inkontinence. I rozdíl ve výskytu typu močové inkontinence je statisticky významný, přičemž SUI je u žen po spontánním vaginálním porodu přítomen častěji než UUI. Naopak analýza neprokázala statisticky významný rozdíl mezi výskytem epiziotomie ani rozsahem ruptury hráze a poporodní močovou inkontinencí. Ženy s epiziotomií se tedy neliší ve výskytu močové inkontinence od žen s rupturami hráze ani od žen bez porodního poranění.

Závěrem z výzkumu vyplývá, že jisté rizikové faktory, související s graviditou a porodem, mají vliv na výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Stejně tak bylo zjištěno, že některé z faktorů nelze označit za význačné. S ohledem na prokázané výsledky našeho zkoumání je potřeba ve vyšší míře rizikové faktory, mající vliv na vznik postpartální močové inkontinence, dále zkoumat, vyhledávat a posilovat kroky vedoucí ke snížení výskytu poporodní močové inkontinence.

Přínos diplomové práce spočívá v získaných výsledcích, které poukázaly na některé možné rizikové faktory mající vliv na výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Výsledky lze taktéž využít k získání určitých doporučení pro praxi. Je nezbytné aktivně vyhledávat faktory vedoucí k výskytu poporodní močové inkontinence a odstranit či snižovat rizika, vedoucí k této komplikaci. Právě identifikované rizikové a protektivní faktory odhalené v diplomové práci mohou zdravotnickým pracovníkům v praxi pomoci poskytovat ženám adekvátní informace vedoucí ke snížení rizika vzniku močové inkontinence. Podstata úspěchu tkví v aktivním vyhledávání rizikových skupin v souvislosti s výskytem rizikových faktorů, což může pomoci se zahájením včasného a vhodného léčebného postupu v samém počátku problému.

REFERENČNÍ SEZNAM

ADAMÍK, Z. Inkontinence moči u ženy. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2012;14(12):474–477. [cit. 2020-03-01]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/12/07.pdf>

ADAMS-PIPER, E., BUONO, K., WHITCOMB, E. et al. Large Retrospective Series of Pregnancy and Delivery After Midurethral Sling for Stress Urinary Incontinence. *FACE: Female Pelvic Med and Reconstructive Surgery* [online]. 2016;22(5):307–310. [cit. 2020-03-02]. ISSN 2151-8378. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/article/01436319-201609000-00005>

ALTAWHEEL, W., ALHARBI, M. Urinary Incontinence: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Health Related Quality of Life in Saudi Women. *Neurourology and Urodynamics* [online]. 2012;31(5):342–645. [cit. 2020-04-16]. ISSN 1520-6777. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.22201>

AOKI, Y., BROWN, H. W., BRUBAKER, L. et al. Correction: Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers* [online]. 2017;28(3):1–44. [cit. 2020-03-04]. ISSN 2056-676X. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/nrdp201797>

ARRUE, M., IBAÑEZ, L., PAREDES, J. et al. Stress urinary incontinence six months after first vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. 2010;150(2):210–214. [cit. 2020-04-17]. ISSN 0301-2115. Dostupné z: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(10\)00105-3/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(10)00105-3/fulltext)

BAYDOCK, S. A., FLOOD, C., SCHULZ, J. A. et al. Prevalence and Risk Factors for Urinary and Fecal Incontinence Four Months After Vaginal Delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [online]. 2009;31(1):36–41. [cit. 2020-04-17]. ISSN 1701-2163. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216316340518?via%3Dihub>

BELKOV, A, I., HUSER, M., PASTORČÁKOVÁ, M. et al. Poporodní inkontinence, těhotenství a porod a jejich vztah k ženské močové inkontinenci. *Urologie pro praxi* [online]. 2011;12(5):307–311. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/05/09.pdf>

BROWN, S. J., DONATH, S., MACARTHUR, C. et al. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *International Urogynecology Journal* [online]. 2010;21(2):193–202. [cit. 2020-03-05]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-009-1011-x>

DANNECKER, CH., FRIESE, K., STIEF, CH. et al. Urinary Incontinence in Women – Part 1 of a Series of Articles on Incontinence. *Journal List: Deutsches Ärzteblatt International* [online]. 2010;107(24):420–426. [cit. 2020-03-04]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896999/>

DINÇ, A. Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms* [online]. 2018;10(3):303-307. [cit. 2020-03-03]. ISSN 1757-5672. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/luts.12182>

DRÁBKOVÁ, P. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi* [online]. 2015;16(3):127–129. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2015/03/10.pdf>

DUŠOVÁ, B. et al. *Edukace v porodní asistenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.

DZVINČUK, P., MÜLLER, O., LÁTALOVÁ, E. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008;10(2):90–95. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/02/11.pdf>

ELKS, W., JARAMILLO-HUFF, A., BARNES, K. L. et al. The Stress Urinary Incontinence in CrossFit (SUCCeSS) Study. *FACE: Female Pelvic Med Reconstructive Surgery*. 2020;26(2):101–106. ISSN 2151-8378.

FEYEREISL, J. Inkontinence moči. In ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. s. 285–316. ISBN 978-80-247-2832-2.

FRITEL, X., FAUCONNIER, A., LEVET, C. et al. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2010;83(10):941–945. [cit. 2020-04-17]. ISSN 1600-0412. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2662093/>

GARTLAND, D., DONATH, S., MACARTHUR, C. et al. The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2012;119(11):1361-1369. [cit. 2020-03-04]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22827735>

GENADRY, R., MOSTWIN, J. L. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál s.r.o., 2013. Rádci pro zdraví. 166 s. ISBN 978-80-262-0480-0.

GRZYBOWSKA, M. E., WYDRA, D., SMUTEK, J. Analysis of the usage of continence pads and help-seeking behavior of women with stress urinary incontinence in Poland. *BMC Women's Health* [online]. 2015;80(15):3-6 [cit. 2020-03-01]. ISSN 1472-6874. Dostupné z: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0238-6>

HANDA, V. L., BLOMQUIST, J. L., MCDERMOTT, K. C. et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. 2012;119(2Pt1):233–239. [cit. 2020-03-01]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266992/pdf/nihms343325.pdf>

HAŠ, P. Studie sledovala dysfunkce pánevního dna po porodu. *Medical Tribune* [online]. 2015;11(3):15. [cit. 2020-04-15]. ISSN 1931-843X. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/35312-studie-sledovala-dysfunkce-panevniho-dna-po-porodu-3/2015>

HAYLEN, B. T., RIDDER, D., FREEMAN, R. M. et al. An international Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *International Urogynecology Journal* [online]. 2010;21(1):5–26. [cit. 2020-03-03]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-009-0976-9>

HERBERT, J. Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nursing Times* [online]. 2009;105(7):38–41. [cit. 2020-03-05]. ISSN 0954-7762. Dostupné z: http://www.pelviva.com/uploads/files/2.Pregnancy_and_childbirth_the_effect_on_pelvic_floor_muscles.pdf

HIBLBAUER, J. ml., HIBLBAUER, J. st. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. *Urologie pro praxi* [online]. 2011;12(1):18–28. [cit. 2020-03-01]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/04.pdf>

HOLAŇOVÁ, R., HEGEDŮSOVÁ, K., GÄRTNER, M. et al. Srovnání efektu individuální a skupinové fyzioterapie u pacientek s močovou inkontinencí. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2015;22(1):22–25. ISSN 1211-2658.

HORČIČKA, L. et al. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 1 vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2015. 167 s. ISBN 978-80-204-3741-9.

HORČIČKA, L., ZACHOVAL, R., MORAVČÍKOVÁ, D. et al. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2017. 13 s. ISBN 978-80-86998-91-6.

HØJBERG, K. E., SALVIG, J. D., WINSLØW, N. A. et al. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2005;106(8):842–850. [cit. 2020-03-05]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08407.x>

HUBKA, P., HADDAD, R. E., MAŠATA, J. et al. Predilekční místa pro poranění při páskových operacích pro stresovou inkontinenci moči u žen. *Aktuální gynekologie a porodnictví/Actual Gynecology and Obstetrics* [online]. 2015;7(1):17–20. [cit. 2020-03-05]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2015_165.pdf

HUDÁKOVÁ, Z., NOVYSEDLÁKOVÁ, M. Gymnastika svalů pánevního dna při inkontinenci moči. *Sestra* [online]. 2013;23(2):57–59. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/gymnastika-svalu-panevniho-dna-pri-inkontinenci-moci-469308>

HUVAR, I. Močová inkontinence v těhotenství. *Urologie pro praxi* [online]. 2014;15(4):152–154. [cit. 2020-03-01]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/04/02.pdf>

CHAN, S. S., HEUNG, R. Y., YIU, K. W. et al. Prevalence of urinary and fecal incontinence in Chinese women during and after their first pregnancy. *International Urogynecology Journal*

[online]. 2013;24(9):1473–1479. [cit. 2020-03-1]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-012-2004-8>

CHANG, S-R., CHEN, K-H., LIN, H-H. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2010;48(4):409–418. [cit. 2020-04-17]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748910002452?via%3Dihub>

CHUANG, C. M., LIN, I. F., HORNG, H. C. et al. The impact of gestational diabetes mellitus on postpartum urinary incontinence: a longitudinal cohort study on singleton pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2012;119(11):1334–1343. [cit. 2020-04-17]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2012.03468.x>

ISLAM, A., HANIF, A., EHSAN, A. et al. Morbidity from episiotomy. *JPMA: Journal of the Pakistan Medical Association* [online]. 2013;63(6):696–701. [cit. 2020-03-04]. ISSN 0030-9982. Dostupné z: <https://jpma.org.pk/PdfDownload/4229>

KIM, C., MCEWEN, L. N., SARMA, A. V. et al. Stress urinary incontinence in women with a history of gestational diabetes mellitus. *Journal of Women's Health* [online]. 2008;17(5):783–792. [cit. 2020-04-15]. ISSN 1931-843X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2942747/>

KOCAÖZ, S., EROĞLU, K., SIVASLIOĞLU, A. A. Role of pelvic floor muscle exercises in the prevention of stress urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Gynecology and Obstetric Investigation* [online]. 2013;75(1):34–40. [cit. 2020-04-15]. ISSN 0378-7346. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/Abstract/343038>

KRAMNÁ, P., VRUBLOVÁ, Y. Porodní poranění hráze a jeho vliv na pánevní dno a močovou inkontinenci u žen: Perineal trauma and its effect on the pelvic floor and urinary incontinence. *Profese online* [online]. 2016;9(2):24–32. [cit. 2020-03-04]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2016/02/04.pdf>

KRČMÁŘ, M. Stresová inkontinence moči u žen po porodu. *Sestra* [online]. 2010;20(11):46–48. [cit. 2020-03-04]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/stresova-inkontinence-moci-u-zen-po-porodu-455784>

KRHUT, J., HOLAŇOVÁ, R., GÄRTNER, M. et al. Fyzioterapie v léčbě inkontinence moči u žen. *Česká Urologie/Czech Urology* [online]. 2015;19(2):131–136. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1211-8729. Dostupné z: <https://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2015/02/05.pdf>

KRHUT, J. Léčba ženské stresové inkontinence. *Mladá fronta: Postgraduální medicína*. 2014;15(8):11–16. ISSN 1212-4184.

LEEMAN, L., ROGERS, R., BORDERS, N. et al. The Effect of Perineal Lacerations on Pelvic Floor Function and Anatomy at 6 Months Postpartum in a Prospective Cohort of Nulliparous Women. *Birth: Issues in Perinatal Care* [online]. 2016;43(4):293–302. [cit. 2020-04-17]. ISSN 1523-536X. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12258>

LIEN, K-Ch., MOONEY, B., DELANCEY, J. O. L. et al. Levator Ani Muscle Stretch Induced by Simulated Vaginal Birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. 2004;103(1):31–40. [cit. 2020-03-05]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1226707/>

LUCAS, M. G., BEDRETDINOVA, D., BERGHMANS, L. C. et al. Guidelines pro léčbu močové inkontinence 2. část. *Urologické listy*. 2015;13(3):52–82. ISSN 1801-7584.

LUKACZ, E. S., SANTIAGO-LASTRA, Y., ALBO, M. E. et al. Urinary Incontinence in Women A Review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* [online]. 2017;318(16):1592–1604. [cit. 2020-03-03]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2658327>

MARTAN, A., MAŠATA, J., ŠVABÍK, K. Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. 230 s. ISBN 978-80-7345-348-0.

MASON, L., ROE, B., WONG, H. et al. The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2010;19(19–20):2777–2786. [cit. 2020-04-16]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2010.03297.x>

MINASSIAN, V. A., BAZI, T., STEWART, W. F. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International Urogynecology Journal* [online]. 2017;28(1):687–696. [cit. 2020-03-02]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-017-3314-7>

MINASSIAN, V. A., YAN, X., LICHTENFELD, M. J. et al. The Iceberg of Health Care Utilization in Women with Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal* [online]. 2012;23(8):1087–1093. [cit. 2020-03-01]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905313/>

MORÁVKOVÁ, V. Fyzioterapie při stresové inkontinenci. *Sestra* [online]. 2011;21(12):48–50. [cit. 2020-03-04]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzioterapie-pri-stresove-inkontinenci-462711>

NOVÁKOVÁ, E. Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence. *Sestra* [online]. 2010;20(4):44–46. [cit. 2020-03-05]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/cviceni-v-tehotenstvi-a-prevence-inkontinence-450952>

NYGAARD, I. Clinical practice. Idiopathic urgency urinary incontinence. *The New England Journal of Medicine*. 2010;363(12):1156–1162. ISSN 0028-4793.

PATEL, D. A., XU, X., THOMASON A. D. et al. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. 2006;195(1):23–28. [cit. 2020-03-05]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16579934>

PERGIALIOTIS, V., VLACHOS, D., PROTOPAPAS, A. et al. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [online]. 2014;125(1):6–14. [cit. 2020-03-01]. ISSN 1879-3479. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2013.09.034>

PETRÁŠOVÁ, R. Role sestry v záchyту inkontinence. *Sestra* [online]. 2012;22(5):51–53. [cit. 2020-03-05]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/role-sestry-v-zachytu-inkontinence-464799>

PIZZOFERRATO, A. C., FAUCONNIER, A., FRITEL, X. et al. Urethral Closure Pressure at Stress: A Predictive Measure for the Diagnosis and Severity of Urinary Incontinence in Women. *International Neurourology Journal* [online]. 2017;21(2):121–127. [cit. 2020-03-02]. ISSN 2093-6931. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5497194/>

REITEROVÁ, E. Statistika pro nelékařské zdravotnické obory. Olomouc: *Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci*. 2016. 104 s. ISBN 978-80-244-5082-7.

REYNOLDS, W. S., DMOCHOWSKI, R. R., PENSON, D. F. Epidemiology of Stress Urinary Incontinence in Women. *Current Urology Reports* [online]. 2011;12(3):370–376. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1534-6285. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11934-011-0206-0>

RICHTER, H. E., BURGIO, K. L., BRUBAKER, L. et al. A Trial of Continence Pessary vs. Behavioral Therapy vs. Combined Therapy for Stress Incontinence. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. 2010;115(3):609–617. [cit. 2020-03-04]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914312/>

RIKARD-BELL, J., IYER, J., RANE, A. Perineal outcome and the risk of pelvic floor dysfunction: A cohort study of primiparous women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2014;54(4):371–376. [cit. 2020-04-17]. ISSN 1479-828X. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajo.12222>

ROMŽOVÁ, M. Farmakoterapie urgentní inkontinence a hyperaktivního močového měchýře. *Urologie pro praxi* [online]. 2013;14(2):59–62. [cit. 2020-03-03]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/02/04.pdf>

ROMŽOVÁ, M., HURTOVÁ, M., HOLUB, K. et al. Inkontinence moči z pohledu urologa. *Medicína pro praxi* [online]. 2011;8(5):225–225. [cit. 2020-03-03]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/05/05.pdf>

ROMŽOVÁ, M. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi* [online]. 2014;15(5):221–226. [cit. 2020-03-0]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/05/05.pdf>

RYŠÁNKOVÁ, M. Klasifikace inkontinence moče u žen. Klasifikace prolapsu pánevních orgánů. *Urologie pro praxi* [online]. 2016;17(2):72–74. [cit. 2020-03-03]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/02/05.pdf>

SANGSAWANG, B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. 2014;178(7):27–34. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1872-7654. Dostupné z: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(14\)00219-X/abstract](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(14)00219-X/abstract)

SANGSAWANG, B., SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International Urogynecology Journal* [online]. 2013;24(6):901–912. [cit. 2020-03-02]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671107/>

SHARMA, T., MITTAL, P. Risk Factors for Stress Urinary Incontinence in Women. *International Journal of Contemporary Medical Research* [online]. 2017;4(10):2031–2035. ISSN 2393-915X. Dostupné z: https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_1694_v1.pdf

SHLAIN, I., LAVY, Y., ARBEL, R. et al. Urinary incontinence type, symptoms, and quality of life: A comparison between grand multipara and non-grand multipara women aged ≥ 50 years. *Japan Journal of Nursing Science* [online]. 2018;15(4):309–317. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1742-7924. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jjns.12200>

SINCLAIR, A. J., RAMSAY, I. N. The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *The Obstetrician & Gynaecologist* [online]. 2011;13(3):143–148. [cit. 2020-03-02]. ISSN 1744-4667. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1576/toag.13.3.143.27665>

SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

SOCHOROVÁ, N. Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi* [online]. 2011;8(11):488-490. [cit. 2020-03-03]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/12.pdf>

STANĚK, R. Inkontinence moči v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. 2012;9(8, 9):347–353. [cit. 2020-03-03]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/08.pdf>

TÄHTINEN, M. R., CARTWRIGHT, R., TSUI, F. J. et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *European Urology* [online]. 2016;70(1):148–158. [cit. 2020-04-16]. ISSN 0302-2838. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283816001561>

TORKESTANI, F., ZAFARGHANDI, N., DAVATI, A. et al. Case-Controlled Study of the Relationship between Delivery Method and Incidence of Post-Partum Urinary Incontinence.

The Journal of International Medical Research [online]. 2009;37(1):214–219. [cit. 2020-04-17]. ISSN 1473-2300. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/147323000903700126>

TOWNSEND, M. K., CURHAN, G. C., RESNICK, N. M. et al. The incidence of urinary incontinence across Asian, black, and white women in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. 2010;202(4):378–389. [cit. 2020-03-02]. ISSN 0002-9378. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2847676/pdf/nihms159941.pdf>

VILHELMOVÁ, L. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi* [online]. 2011;12(2):97–99. [cit. 2020-03-01]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/02/04.pdf>

WESNES, S. L. Weight and urinary incontinence: the missing links. *International Urogynecology Journal* [online]. 2014;25(1):725–729. [cit. 2020-03-01]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2268-7>

WOOD, L. N., ANGER, J. T. Urinary incontinence in women. *BMJ Publishing Group Journal* [online]. 2014;349(4):1–11. [cit. 2020-03-01]. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4531.long>

ZÁHUMENSKÝ, J., KALIŠ, V. Péče o ženy se závažným poraněním hráze – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013;78(supplementum):61. ISSN 1210-7832.

ZÁMEČNÍK, L. Inkontinence moči u dětí a dospělých – Etiologie a epidemiologie. *Praha: Urologická klinika I. LF UK a VFN*. 2016. 14 s.

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
EMG	Elektromyografie
FDA	Úřad pro kontrolu potravin a léčiv
FNO	Fakultní nemocnice v Ostravě
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
GDM	Gestační diabetes mellitus
CHOPN	Chronická plicní obstrukční nemoc
ICS	Mezinárodní společnost pro inkontinenci (International Continence Society)
MNO	Městská nemocnice v Ostravě
MR	Magnetická rezonance
OAB	Hyperaktivní močový měchýř (Overactive bladder)
RTG	Rentgenové vyšetření
SC	Sectio caesarea (císařský řez)
SUI	Stresová močová inkontinence
TOT	Transobturatorní páska
TVT	Tuhoprostá pávka (Tension free vaginal tape)
USG	Ultrasonograf
UII	Urgentní močová inkontinence
VEX	Vakuumextraktor
VNO	Vítkovická nemocnice v Ostravě
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Samovolný únik moči respondentek	42
Tab. 2 Četnost samovolného úniku moči	43
Tab. 3 Množství samovolně uniklé moči	44
Tab. 4 Výměna spodního prádla při samovolném úniku moči.....	45
Tab. 5 Potřeba inkontinenčních pomůcek při úniku moči.....	46
Tab. 6 Vlhkost inkontinenčních pomůcek při úniku moči	47
Tab. 7 Pocity respondentek v souvislosti se samovolným únikem moči	48
Tab. 8 Situace spojené s výskytem samovolného úniku moči	49
Tab. 9 První samovolný únik moči.....	50
Tab. 10 Celkový počet porodů respondentek	51
Tab. 11 Počet dětí s hmotností nad 4000 gramů.....	52
Tab. 12 Menstruace	52
Tab. 13 Abdominální gynekologický či urologický operační výkon	53
Tab. 14 Typy abdominálních gynekologických či urologických operací	54
Tab. 15 Pálení či řezání při močení	55
Tab. 16 Frekvence močení za 24 hodin.....	56
Tab. 17 Četnost nočního močení	57
Tab. 18 Samovolný únik moči ve spánu	58
Tab. 19 Nucení respondentek na močení.....	59
Tab. 20 Pomočení respondentek cestou na toaletu.....	60
Tab. 21 Nucení na močení spojené se samovolným únikem moči.....	61
Tab. 22 Přerušování proudu moči	62
Tab. 23 Stav prázdného močového měchýře po vymočení.....	63
Tab. 24 Potlačení samovolného úniku moči.....	64
Tab. 25 Přehled tělesné hmotnosti respondentek	65

Tab. 26 Návaly	66
Tab. 27 Hormonální antikoncepce	67
Tab. 28 Gravidita vedoucí k úniku moči	68
Tab. 29 Nekontrolovatelný únik moči před těhotenstvím	69
Tab. 30 Váhový přírůstek v graviditě.....	70
Tab. 31 Posilování svalů pánevního dna v graviditě.....	71
Tab. 32 Frekvence posilování svalů pánevního dna v graviditě.....	72
Tab. 33 Způsob ukončení těhotenství.....	73
Tab. 34 Typ porodního poranění	75
Tab. 35 Rozsah ruptury <i>perinea</i>	76
Tab. 36 Délka trvání porodu.....	77
Tab. 37 Porodní hmotnost novorozence	78
Tab. 38 Gestační <i>diabetes mellitus</i>	79
Tab. 39 Období posledního porodu	80
Tab. 40 Přehled věkových skupin	82
Tab. 41 Bodové skóre dle typu inkontinence	83
Tab. 42 Výskyt inkontinence dle typu.....	84
Tab. 43 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s posilováním svalů pánevního dna	84
Tab. 44 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s frekvencí posilování svalů pánevního dna.....	85
Tab. 45 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s váhovým přírůstkem v průběhu těhotenství	86
Tab. 46 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s délkou trvání porodu.....	87
Tab. 47 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s porodní hmotností novorozence.....	88

Tab. 48 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s typem porodního poranění.....	89
Tab. 49 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s rozsahem ruptury <i>perinea</i>	90
Tab. 50 Srovnání inkontinentních a kontinentních respondentek v souvislosti s výskytem gestačního <i>diabetu mellitu</i>	91

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Samovolný únik moči respondentek	42
Graf 2 Četnost samovolného úniku moči	43
Graf 3 Množství samovolně uniklé moči	44
Graf 4 Výměna spodního prádla při samovolném úniku moči.....	45
Graf 5 Potřeba inkontinenčních pomůcek při úniku moči.....	46
Graf 6 Vlhkost inkontinenčních pomůcek při úniku moči	47
Graf 7 Pocity respondentek v souvislosti se samovolným únikem moči	48
Graf 8 Situace spojené s výskytem samovolného úniku moči	49
Graf 9 První samovolný únik moči	50
Graf 10 Celkový počet porodů respondentek	51
Graf 11 Počet dětí s hmotností nad 4000 gramů	52
Graf 12 Menstruace	53
Graf 13 Abdominální gynekologický či urologický operační výkon	54
Graf 14 Typy abdominálních gynekologických či urologických operací	55
Graf 15 Pálení či řezání při močení	56
Graf 16 Frekvence močení za 24 hodin.....	57
Graf 17 Četnost nočního močení	58
Graf 18 Samovolný únik moči ve spánku	59
Graf 19 Nucení respondentek na močení	60
Graf 20 Pomočení respondentek cestou na toaletu.....	61
Graf 21 Nucení na močení spojené se samovolným únikem moči.....	62
Graf 22 Přerušování proudu moči	63
Graf 23 Stav prázdného močového měchýře po vymočení.....	64
Graf 24 Potlačení samovolného úniku moči.....	65
Graf 25 Přehled tělesné hmotnosti respondentek	66

Graf 26 Návaly	67
Graf 27 Hormonální antikoncepce	68
Graf 28 Gravidita vedoucí k úniku moči	69
Graf 29 Nekontrolovatelný únik moči před těhotenstvím	70
Graf 30 Váhový přírůstek v graviditě.....	71
Graf 31 Posilování svalů pánevního dna v graviditě.....	72
Graf 32 Frekvence posilování svalů pánevního dna v graviditě	73
Graf 33 Způsob ukončení těhotenství.....	74
Graf 34 Typ porodního poranění	75
Graf 35 Rozsah ruptury <i>perinea</i>	76
Graf 36 Délka trvání porodu.....	77
Graf 37 Porodní hmotnost novorozence	78
Graf 38 Gestační <i>diabetes mellitus</i>	79
Graf 39 Období posledního porodu	81
Graf 40 Přehled věkových skupin	82
Graf 41 Srovnání bodového skóre dle typu inkontinence	83

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Souhlas s realizací diplomové práce (FNO)
- Příloha 2 Souhlas s realizací diplomové práce (MNO)
- Příloha 3 Souhlas s realizací diplomové práce (VNO)
- Příloha 4 Souhlas s realizací diplomové práce (Ambulance Ostrava-Hrabůvka)
- Příloha 5 Souhlas s realizací diplomové práce (Ambulance Proskovice)
- Příloha 6 Polostrukturovaný dotazník
- Příloha 7 Informovaný souhlas
- Příloha 8 Vyjádření Etické komise FZV UP

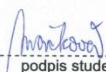
Příloha 1 Souhlas s realizací diplomové práce (FNO)

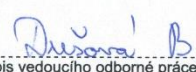
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba

Žádost o sběr dat pro studijní účely

Jméno a příjmení, titul:	Andrea Mačková, Bc.
Kontaktní údaje:	K Lípě 1227/12s, Ostrava-Svinov, 721 00
Jste zaměstnancem FNO?	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ano, na jakém pracovišti ve FNO pracujete: Neonatologie, Stanice intermediární péče
Název vysoké / vyšší odborné školy	<input type="checkbox"/> Ostravská univerzita <input type="checkbox"/> Jiná vysoká / vyšší odborná škola Adresa jiné vysoké / vyšší odborné školy: Univerzita Palackého v Olomouci, Hněvotínská 976/3, Olomouc, 775 15
Název fakulty:	Fakulta zdravotnických věd - UP Olomouc
Název studovaného oboru:	Intenzivní péče v porodní asistenci
Ročník studia:	2. ročník
Sběr dat je za účelem	<input type="checkbox"/> bakalářské práce <input type="checkbox"/> absolventské práce <input checked="" type="checkbox"/> diplomové práce <input type="checkbox"/> rigorózní práce <input type="checkbox"/> dizertační práce <input type="checkbox"/> jiný typ práce Upřesnění jiného typu práce:
Název práce:	Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vagiálním porodu
Jméno a příjmení vedoucího odborné práce:	PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.
Název pracoviště FNO, kde má být sběr dat proveden:	Urogynekologická, gynekologická ambulance
Termín zahájení a ukončení sběru dat:	Listopad 2019 - Únor 2020

Datum: 29.10.2019



podpis studenta


podpis vedoucího odborné práce

Vyjádření FNO: souhlasím nesouhlasím

Datum:

31.10.2019

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
PhDr. Andrea Palanská
náměstkyně ředitele pro péči o pacienty
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba

podpis a razítko

Povinné přílohy žádosti:

1. Potvrzení o studiu
2. Stručná anotace odborné práce
3. Vzor dotazníku pro studijní účely

Žádost potvrzenou studentem i vedoucím odborné práce zašlete pro **nelékařské obory** na sekretariát náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** na sekretariát náměstka pro léčebnou péči, Fakultní nemocnice Ostrava (Domov sester), 17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba.



Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás se žádostí o povolení průzkumného šetření ve vaší nemocnici (konkrétně v urogynekologické a gynekologické ambulanci) v rámci své diplomové práce pod názvem „Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu“. Jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Sběr dat bude probíhat pomocí polostrukturovaného dotazníku. Se získanými daty bude naloženo dle platných etických norem a se zachováním anonymity respondentů. Diplomovou práci zpracovávám pod vedením PhDr. Bohdany Dušové, Ph.D.

Žádám Vás o povolení sběru dat v období od listopadu 2019 do února 2020.

Děkuji Vám za spolupráci a prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Bc. Andrea Mačková

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Dne: 31. 10. 2019

Razítko a podpis:

Městská nemocnice Ostrava,
příspěvková organizace
Nemocniční 898/20A, 728 80 Ostrava
NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI
Mgr. Marcela Murasová
T +420 596 194 606

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz



Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás se žádostí o povolení průzkumného šetření ve vaší nemocnici (konkrétně v urogynekologické a gynekologické ambulanci) v rámci své diplomové práce pod názvem „Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu“. Jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Sběr dat bude probíhat pomocí polostrukturovaného dotazníku. Se získanými daty bude naloženo dle platných etických norem a se zachováním anonymity respondentů. Diplomovou práci zpracovávám pod vedením PhDr. Bohdany Dušové, Ph.D.

Žádám Vás o povolení sběru dat v období od listopadu 2019 do února 2020.

Děkuji Vám za spolupráci a prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Bc. Andrea Mačková

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Dne: 31. 10. 2019

Razítko a podpis:

Vítkovická nemocnice a.s.
člen skupiny AGEL
Bc. Xenie Gašparová
hlavní sestra
Zalužanského 1192/15
703 84 Ostrava-Vítkovice
tel. 595 633 085/3024



Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážený pane doktore,

obracím se na Vás se žádostí o povolení průzkumného šetření ve vaší urogynekologické a gynekologické ambulanci v rámci své diplomové práce pod názvem „Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu“. Jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Sběr dat bude probíhat pomocí polostrukturovaného dotazníku. Se získanými daty bude naloženo dle platných etických norem a se zachováním anonymity respondentů. Diplomovou práci zpracovávám pod vedením PhDr. Bohdany Dušové, Ph.D.

Žádám Vás o povolení sběru dat v období od listopadu 2019 do února 2020.

Děkuji Vám za spolupráci a prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Bc. Andrea Mačková

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Dne: 01. 11. 2019

Razítko a podpis:





Fakulta
zdravotnických věd

Žádost o povolení průzkumného šetření

Vážený pane doktore,

obracím se na Vás se žádostí o povolení průzkumného šetření ve vaší urogynekologické a gynekologické ambulanci v rámci své diplomové práce pod názvem „Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu“. Jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu, oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Sběr dat bude probíhat pomocí polostrukturovaného dotazníku. Se získanými daty bude naloženo dle platných etických norem a se zachováním anonymity respondentů. Diplomovou práci zpracovávám pod vedením PhDr. Bohdany Dušové, Ph.D.

Žádám Vás o povolení sběru dat v období od listopadu 2019 do února 2020.

Děkuji Vám za spolupráci a prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Bc. Andrea Mačková

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Dne: 01. 11. 2019

Razítko a podpis:

GYNURO s.r.o.
Gynekologická ambulance
Na Smyčce 317/5
724 00, Ostrava - Proskovice
t. 051 77 359, mobil: +420 782 348 884
nejsme plátcí DPH

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvoťánská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Vážená slečno/paní,

mé jméno je Andrea Mačková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského programu, oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění příslušného dotazníku, který je součástí mé Diplomové práce na téma: Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu. Cílem práce je zjistit, zda se spontánní vaginální porod podílí na vzniku poporodní močové inkontinence u žen. Dotazník je rozdělen do 2 částí. První část tvoří standardizovaný dotazník určující typ močové inkontinence. Druhá část je zaměřena na gynekologicko-porodnické otázky. U každé otázky zaznačte odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší skutečné situaci. Dotazník je zcela anonymní. Veškeré získané informace budou využity pouze v rámci výše uvedené Diplomové práce. Doba vyplnění činí přibližně 15 minut.

Vyplněním dotazníku udělujete souhlas se zařazením Vašich odpovědí do výzkumného šetření.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Andrea Mačková

UP v Olomouci, Fakulta Zdravotnických věd, obor Intenzivní péče v porodní asistenci

1. ČÁST – GAUDENZŮV DOTAZNÍK

Pokud bude Vaše odpověď na otázku č. 1 – ne, pokračujte prosím na druhou část dotazníku, tedy na gynekologicko-porodnické otázky.

1. Odtéká Vám někdy nechtěně (mimovolně) moč?

- a) ano (x)
- b) ne (x)

2. Jak často Vám nechtěně (mimovolně) odtéká moč?

- a) zřídka, např. po prochlazení (I)
- b) náhodně (I)
- c) denně, vícekrát denně (1)
- d) prakticky trvale (1)

3. Jak velké je množství uniklé moči?

- a) jen několik kapek (I)
- b) vystříkne malé množství (x)
- c) větší množství (1)

4. Kolikrát denně si musíte vyměnit spodní prádlo, protože je mokré?

- a) není nutno (x)
- b) vícekrát denně (x)

5. Musíte nosit vložku či vatou, když jdete ven?

- a) ne (x)
- b) ano, musím ji nosit i doma (x)
- c) ano, musím si jí brát i na spaní (x)

6. Když si měníte spodní prádlo nebo vložku, je:

- a) suchá (x)
- b) vlhká (x)
- c) mokrá (x)
- d) úplně promočená (x)

7. Únik moči je pro Vás:

- a) žádný problém, nevadí mi (x)
- b) občas mě trápí (I)
- c) silně mě obtěžuje (x)
- d) nesmírně mi vadí, obtěžuje mě (1)

8. Při kterých situacích Vám nechtěně uniká moč? (možno zvolit více odpovědí)

- a) při kašli a kýchnutí (I)
- b) při smíchu (x)
- c) při do schodů, do kopce (x)
- d) při chůzi ze schodů, z kopce (x)
- e) při skákání, cvičení, poskakování (x)
- f) vestoje (x)
- g) vsedě, vleže (1)

9. Při které příležitosti Vám začala moč poprvé nechtěně unikat?

- a) během těhotenství, po porodu (x)
- b) po břišní operaci (x)
- c) v přechodu (x)
- d) jindy (x)

10. Kolik dětí jste porodila?

- a) 0 (1)
- b) 1 – 3 (x)
- c) 4 a více (x)

11. Počet dětí, které měly porodní hmotnost větší než 4000 g:

- a) 0 (x)
- b) 1 (x)
- c) 2 a více (x)

12. Menstruujete ještě?

- a) ano (x)
- b) ne (x)

13. Prodělala jste břišní operaci (gynekologickou či urologickou)?

- a) ano – jakou:..... (x)
- b) ne (x)

14. Pociťujete pálení či řezání při močení?

- a) ano, během močení (x)
- b) ano, po močení (x)
- c) ne (x)

15. Kolikrát denně močíte?

- a) každé 3 – 6 hodin (III)
- b) každé 2 hodiny (x)
- c) každou ½ hodinu či častěji (2)

16. Probudí Vás v noci nucení na močení?

- a) ne (III)
- b) jedenkrát, nepravidelně (x)
- c) 2 – 4krát (3)
- d) více než 5krát (x)

17. Uniká Vám v noci ve spánku nepozorovaně moč?

- a) ne (I)
- b) příležitostně, zřídka (x)
- c) často, pravidelně (1)

18. Když pocítíte nucení na močení, musíte jít na toaletu ihned nebo můžete chvíli počkat?

- a) mohu počkat (III)
- b) musím jít brzy, během 10–15 minut (II)
- c) musím jít ihned, během 1–5 minut (3)

19. Přihodí se Vám někdy, že se cestou na WC pomůžete?

- a) ne (x)
- b) zřídka, např. při nachlazení (III)
- c) příležitostně (x)
- d) pravidelně, často (3)

20. Přihodí se Vám někdy, že máte náhle silné nucení na močení a brzy poté se zcela nečekaně pomůžete, aniž by se tomu dalo zabránit?

- a) ne (III)
- b) zřídka (x)
- c) často (3)

21. Můžete chtěně během močení přerušit proud moči?

- a) ano (I)
- b) ne (2)
- c) nevím (x)

22. Máte pocit, že po vymočení je Váš močový měchýř prázdný?

- a) ano (I)
- b) ne (1)
- c) ne vždy (x)
- d) nevím (x)

23. Potlačit nucení na močení je pro Vás:

- a) bez problému (III)
- b) příležitostně mi vadí (III)
- c) velmi mi vadí (3)
- d) nesmírně mě obtěžuje (2)

24. Jaká je Vaše tělesná hmotnost?

- a) 51 – 60 kg (x)
- b) 61 – 70 kg (x)
- c) 71 – 80 kg (I)
- d) 81 – 90 kg
- d) více než 90 kg

25. Máte návaly?

- a) ano (x)
- b) ne (x)

26. Užíváte hormonální přípravky, tablety nebo injekce?

- a) ano (x)
- b) ne (x)

PROSÍM TUTO ČÁST NEVYPLŇUJTE:

Urgentní skóre (arabská číslice)

Stresové skóre (římské číslice)

U/S skóre

2. ČÁST – GYNEKOLOGICKO–PORODNICKÉ OTÁZKY

1. Kolikáté těhotenství vedlo k Vaším problémům s únikem moči?

- a) žádné
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 a více

- 2. Trpěla jste problémem se samovolným únikem moči již před těhotenstvím?**
- a) moč nikdy neunikala
 - b) ano
 - c) ne
- 3. Jaký byl Váš váhový přírůstek během těhotenství?**
- a) do 15 kg
 - b) 16 – 20 kg
 - c) více než 20 kg
- 4. Posilovala jste svaly pánevního dna před nebo v průběhu těhotenství?**
- a) ano
 - b) ne
- 5. Pokud ano, jak často jste svaly pánevního dna posilovala?**
- a) neposilovala
 - b) méně než 1x týdně
 - c) 2x až 3x týdně
 - d) více jak 3x týdně
- 6. Jakým způsobem byl Váš porod ukončen?**
- a) vaginálně (klasický porod)
 - b) vaginálně – pomocí kleští (Forceps)
 - c) vaginálně – pomocí vakuumextrakce (VEX)
 - d) císařským řezem
- 7. Pokud byl Váš porod ukončen vaginálně, jaké bylo Vaše porodní poranění?**
- a) porod proběhl bez porodního poranění
 - b) ruptura hráze (samovolné natření hráze)
 - c) epiziotomie (cílený nástřih hráze)
 - d) porod proběhl s poraněním, ale nevzpomínám si s jakým
- 8. Pokud u Vás došlo k ruptuře neboli samovolnému natření hráze, v jaké rozsahu?**
- a) pouze drobná trhlinka, zasažena byla jen kůže (ruptura I. stupně)
 - b) zasažena byla oblast kůže, podkoží i svaloviny (ruptura II. stupně)
 - c) rozsáhlé poranění hráze, které zasáhlo i oblast konečníku (ruptura III. stupně)
 - d) nevím, jak rozsáhlé mé poranění bylo

9. Jak dlouho Váš porod trval?

- a) méně než 2 hodiny (překotný porod)
- b) více než 2 hodiny, ale méně než 18 hodin
- c) více než 18 hodin (protrahovaný porod)

10. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

- a) méně než 3000 g
- b) 2000 – 2999 g
- c) 3000 – 3999 g
- d) 4000 g a více

11. Trpěla jste v průběhu těhotenství těhotenskou cukrovkou (gestační diabetes mellitus)?

- a) ano
- b) ne

12. Jaká doba uplynula od Vašeho posledního porodu?

- a) méně než 2 roky
- b) 2 roky
- c) 3 roky
- d) 4 roky
- e) 5 let
- f) více než 5 let

13. Do které věkové kategorie spadáte?

- a) 20 let a méně
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41 a více let



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Výskyt postpartální močové inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu

Období realizace: listopad 2019 – únor 2020

Řešitelé projektu: Bc. Andrea Mačková, PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.

Vážená slečno/paní,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit, zda se spontánní vaginální porod podílí na vzniku poporodní močové inkontinence u žen. Výzkum bude prováděn pomocí dotazníkového šetření. Získaná data budou sloužit pouze pro účely diplomové práce. Veškeré informace získané z dotazníku budou zpracovány anonymně. Vyplnění dotazníku bude činit přibližně 15 minut.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou

a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL-147129/1030-2019

Vážená paní
Bc. Andrea Mačková

2019-31-10

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Výskyt postpartální inkontinence u žen po spontánním vaginálním porodu**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

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

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