

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Bc. Tereza Rajcová

**Kvalita života žen po vaginálních porodech při
užívání vaginálních dilatačních balónků
v těhotenství**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Bohdana Dušová, PhD.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze bibliografické a elektronické zdroje uvedené v referenčním seznamu.

Olomouc 12. 6. 2020

Božena Touřová

podpis

Poděkování

Poděkování patří zejména PhDr. Bohdaně Dušové, PhD. za odborné vedení, pomoc, ochotu a trpělivost při zpracování diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala RNDr. Radce Polákové, Ph.D. za pomoc a ochotu při zpracování praktické části diplomové práce. Další poděkování patří lékařům odborných ambulancí a respondentkám, které se zúčastnili výzkumného šetření. Nakonec bych chtěla poděkovat rodině za podporu v průběhu celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Alternativní pomůcky k prevenci nástřihu hráze

Název práce: Kvalita života žen po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství

Název práce v AJ: Quality of life of women after vaginal birth when using vaginal dilatation balloons during pregnancy

Datum zadání: 29. 1. 2019

Datum odevzdání: 12. 6. 2020

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Tereza Rajcová

Vedoucí práce: PhDr. Bohdana Dušová, PhD.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ

Cíl: Hlavním cíle práce bylo zjistit kvalitu života ženy po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství.

Metodika: Zkoumaným soubor obsahoval 394 respondentek, které užívaly či neužívaly Aniball či Epi-no balónek v graviditě a doba od jejich porodu byla minimálně půl roku. Byl využit kvantitativní výzkum formou nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Výzkum probíhal v soukromých gynekologických ambulancích a skrze online webové prohlížeče. Byly stanoveny jednotlivé dílčí cíle s následnou tvorbou hypotéz a jednotlivé proměnné byly statisticky testovány pomocí Chí-kvadrát a Fisherova testu.

Výsledky: Statistickým šetřením jsme zjistily, že existuje závislost mezi užíváním vaginálních balónek v těhotenství a vzniku porodního poranění ve smyslu jejich snížení ($p=0,0000000005414$). Dále byla také závislost zjištěna u užívání vaginálních balónek a rozvoje inkontinence moči opět ve smyslu snížení výskytu inkontinentních močových potíží ($p=0.0006361$). Porodní poranění a únik moči bylo zjištěno jako závislé proměnné pouze v celém zkoumaném souboru ($p=0.006916$), při rozlišení užívajících/neužívajících žen nebyla statistická závislost prokázána. Parita ve vztahu k inkontinenci moči s ohledem na užívání vaginálních balónek se prokázala jako statisticky závislá u

vícerodiček ($p=0,003421$). Při porovnávání parametrů úniku stolice, parity nebyla projevována závislá statistická významnost i při porovnávání užívání či neužívání vaginálních balónek. Spojení vaginálních balónek a sexuálního života při ohledu na dobu zahájení pohlavního styku po porodu i ve spojení s porodním poraněním jsme nedospěli k statistické významnosti.

Závěr: Empirickým šetřením jsme zjistily pozitivní přínos vaginálních balónek při ohledu na snížení vzniku porodního poranění a rozvoje inkontinence moče po porodu. Dále šetřením vyplývá, že užíváním balónek v těhotenství není závislým projevem fekálních inkontinencí. Sexuální život také dle zjištěných dat nemusí být dysfunkční vlivem užívání vaginálních balónek v těhotenství. Cvičení s Anibalem či Epi-no balónkem může ženám přispět ke zlepšení kvality života, vycházíme ze získaných parametrů, jelikož u těchto žen docházelo v menší míře ke vzniku porodního traumatu a rozvoje inkontinence moči, a to i u žen, které rodily vícekrát.

Abstrakt v AJ:

The aim: The main goal of the work was to evaluate the quality of life of a woman after vaginal birth while using vaginal balloons during pregnancy.

Methods: The study group contained 394 respondents who used or did not use Aniball or Epi-no balloon during pregnancy and the time since their birth was at least half a year. Quantitative research in the form of a non-standardized questionnaire of own design was used. The research itself took place in private gynecological clinics and through online web browsers. Were set individual targets, with subsequent formation of hypotheses and individual variables were statistically tested using the Chi-square and Fisher's exact test.

Results: The statistical survey we found that there is a correlation between the use of vaginal balloons during pregnancy and give birth injury within the meaning of reduction ($p = 0.000000005414$). Furthermore, the dependence was also found in the use of vaginal balloons and the development of urinary incontinence, again in the sense of reducing the incidence of incontinent urinary problems ($p = 0.0006361$). Birth injury and urinary leakage were found to be dependent variables only in the whole examined group ($p = 0.006916$), no statistical dependence was demonstrated in the distinction between using / not using in women. Parity with respect to urinary incontinence with respect to vaginal balloon use has been shown to be statistically dependent in multiparous women ($p = 0.003421$). When comparing the parameters of stool leakage, parity, no dependent statistical significance was shown even when comparing the use or non-use of vaginal balloons. We did not reach statistical significance between the connection of vaginal balloons and sexual life with regard to the time of initiation of sexual intercourse after childbirth and in connection with childbirth injuries.

Conclusion: Empirical research has found a positive benefit of vaginal balloons in reducing the incidence of labor and the development of urinary incontinence after childbirth. Furthermore, the investigation shows that the use of balloons during pregnancy is not a dependent manifestation of fecal incontinence. According to the data, sexual life may not be dysfunctional due to the use of vaginal balloons during pregnancy. Exercising with Aniball or Epi-no balloon can help women improve their quality of life, based on the parameters obtained, as these women had less labor birth trauma and urinary incontinence, even in women who gave birth more than once.

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, pánevní dno, poruchy pánevního dna, porod, epiziotomie, ruptura hráze, inkontinence moči, inkontinence stolice, sexuální dysfunkce

Klíčová slova v AJ: quality of life, pelvic floor, pelvic floor disorders, birth (labor, delivery), epiziotomy, perineal trauma, urinary incontinence, fecal incontinence, sexual dysfunction

Rozsah: 111/4

OBSAH

ÚVOD	9
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	11
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
2.1 Kvalita života.....	13
2.1.1 Kvalita života ženy v těhotenství.....	14
2.1.2 Kvalita života ženy po porodu.....	14
2.2 Pánevní dno	15
2.2.1 Pánevní dno a těhotenství.....	17
2.2.2 Pánevní dno a porod.....	18
2.3 Komplikace spojené s poruchou pánevního dna	21
2.3.1 Inkontinence	22
2.3.2 Sexuální dysfunkce a sexuální život po porodu	25
2.3.3 Prolaps pánevních orgánů	27
2.4 Aniball/ Epi-no balónek ve vztahu k porodu a porodnímu období	28
2.4.1 Aniball.....	28
2.4.2 Epi-no balónek.....	30
3 METODIKA VÝZKUMU	31
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	31
3.1.1 Dílčí cíle a hypotézy	31
3.2 Charakteristika souboru	32
3.3 Metoda sběru dat a realizace výzkumu	33
3.3.1 Metoda sběru dat.....	33
3.3.2 Realizace výzkumu	33
3.4 Metody zpracování dat.....	34
3.5 Etické aspekty	35
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	36
4.1 Statistické vyhodnocení dotazníku	36
4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz	62
4.2.1 Stanovené dílčí cíle.....	62
DISKUZE	76
ZÁVĚR	84
REFERENČNÍ SEZNAM	86
SEZNAM TABULEK	94

SEZNAM GRAFŮ	97
SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

Tato diplomová práce pojednává o komplikacích, potížích či dysfunkcích, které mohou vznikat při snížené funkci svalů pánevního dna s konkrétním zaměřením na ženy využívající vaginální balónky v těhotenství. Dysfunkce pánevního dna mohou znepríjemňovat žití, a tedy mít celkově negativní dopad na kvalitní život ženy. Samotné těhotenství a následný porod působí na svaly pánevního dna. Studie označují vaginální porod jako hlavní rizikový faktor pro rozvoj poruch pánevního dna. Spojují pánevní prolaps, močovou a fekální inkontinenci s částečnou denervací pánevního dna jako projev přímého účinku vaginálního porodu na struktury pánevního dna (Howard, Makhoul 2016, s. 1811-1812).

Téma dysfunkčních poruch pánevního dna se dnešní dobou stává námětem diskuzí mezi odborníky. I samotné ženy vyhledávají více informací v tomto odvětví. Jejich zájem je zejména o fyzioterapii, posilování a nácvik svalů pánevního dna v průběhu těhotenství, ale i mimo něj. Vaginální balónky jsou označovány za zdravotní pomůcky pro přípravu hráze k porodu, tímto se zejména vyznačuje na trhu starší německý Epi-no balónek, který při cvičení nabádá ke zvyšování centimetru obvodu s následným vypuzením balónku z pochvy. Další možností, pro české ženy volitelnější, je právě Aniball. Tato pomůcka je prezentována jako metoda aktivizace pánevního dna pro předporodní přípravu nebo k znovuobjevení tajů svalů pánevního po porodu i s možností využití k rehabilitaci již vzniklých snížených funkcí pánevního dna. Sekundárním projevem je příprava perinea pro porod plodu, při tomto nácviku dochází ke stimulaci oblasti perinea a eventuality zachování intaktní hráze během porodu, z čehož vychází že Aniball není primárně založený na dilataci či roztahování pochvy a perinea. Ženy se výrazně zajímají o to, zda Aniball či Epi-no balónek nemůže vyvolat v období po porodu problémy spojené s dysfunkcí pánevních svalů, jejich dotazy konkrétně směřují i k rozvoji inkontinence či sexuálního života. V tomto časovém úseku nejsou dostupná studijní data, která by potvrdila či vyvrátila tyto dojmy. Pouze německá porodní asistentka publikovala účinek cvičení s Epi-no balónkem na svaly pánevního dna po porodu se zvýšením jeho síly a snížením inkontinenčních potíží (Papadopoulou 2002, s. 1). Z tohoto důvodu jsme se rozhodly pro volbu tématu dysfunkčních poruch pánevního dna po porodu. Práce je rozdělena na *teoretickou část* s fondem týkající se témat kvality života, pánevního dna s ohledem na těhotenství a porod, dále dysfunkčních projevů pánevního dna a samotných vaginálních balónků. Další součástí práce je *praktická část*, která prezentuje empirické šetření prostřednictvím dotazníku, kdy hlavním cílem je zjistit kvalitu života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních balónků v těhotenství.

Vstupní studijní literatura

1. BOHATÁ, P., DOSTÁLEK, L. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. Česká gynekologie. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2016; 81(3):192-201.
2. HÁJEK, Z. et. al. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. KRHOVSKÝ, M. Biomechanický pohled na struktury ženského pánevního dna. Medicína pro praxi. Olomouc: Solen, s.r.o. 2011; 8(9):379-984.
4. 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.
5. 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.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, pánevní dno, poruchy pánevního dna, porod, epiziotomie, ruptura hráze, inkontinence moči, inkontinence stolice, sexuální dysfunkce

Klíčová slova v AJ: quality of life, pelvic floor, pelvic floor disorders, birth (labor, delivery), epiziotomy, perineal trauma, urinary incontinence, fecal incontinence, sexual dysfunction

Jazyk: český, anglický

Období: 2006-2020, pouze jeden internetový dokument z roku 2002 a jeden zdroj z roku 2005. Nejpočetnější roky vydání zdrojů, které byly použity byly 2016, 2017, 2018, 2019.



DATABÁZE

EBSCO, Google Scholar, Medvik, PubMed



NALEZENO

136 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Duplicitní články,
články, které se netýkaly stanovených cílů,
články mimo stanovené období,
články neodpovídající tématu.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

Medvik: 16 českých článků

PubMed: 30 zahraničních článků

EBSCO: 2 zahraniční články

Google Scholar: 3 zahraniční články



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Česká periodika: 16 článků

Zahraníční periodika: 35 článků

Knížní publikace: 5 knih

Internetový zdroj: 7 zdrojů

Kvalifikační práce: 1 práce



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 64 dohledaných zdrojů

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Kvalita života

Kvalita života jako pojem má kořeny už v dávné historii – nějaké datové zmínky jsou nalezeny již ve 20. letech 20. století. K rozšíření tohoto pojmu došlo ale až v 60 letech 20. století, a to v sociální a politické sféře. Teprve až posléze se stal pojem prvkem vědeckého prohlubování sociologie a poté byl až vztahován k vědě o člověku. Rozebíral se objektivně, tedy označován jako objektivní indikátory (kvalita životních podmínek), subjektivně projevován subjektivními indikátory (cesta životem jedince) a poté jejich kombinací. Well-being, neboli pocit pohody, se odráží i v chápání subjektivní i objektivní kvality života. Tyto dvě dimenze zahrnují spokojenost s vlastním životem z hodnocení kognitivity a stavu emoční pohody ve vztahu se subjektivitou kvality života. Objektivní dimenze kvality se zaobírá plněním základních sociálních a materiálních podmínek, fyzického zdraví a sociálního postavení. (Mareš et. al. 2006, s. 11; Skorunka 2006, s. 43).

Použití pojmu *kvalita života* nalézáme v různých vědních disciplínách, výrazné zastoupení má v psychologii, sociologii, antropologii. V medicíně se dostává k sociálnímu lékařství, etice a veřejnému zdraví. Ve zdravotnictví a jednotlivých odvětvích medicíny má kvalita života zavedeno označení HRQL (health-related quality of life). Medicína hodnotí kvalitu poskytované péče a její výsledky skrz kvalitu života. V dnešní době se dostává do popředí zkoumání jednotlivých terapeutických postupů a zdravotnických programů. Jelikož se pojem *kvalita života* úzce spojuje s pojmem *zdraví*, které dle WHO neobsahuje pouze stav nepřítomnosti nemoci, zahrnuje pojetí úplné fyzické, psychické a sociální pohody. (Hnilicová, Bencko 2005, s. 657; Mareš, Marešová 2006, s. 30).

Kvalita života je popisována jako komplexní a subjektivní koncept. Dle světové zdravotnické organizace definice kvality života popisuje vnímání jednotlivců, konkrétně jejich životní a hodnotové systémy, s kulturním kontextem, ve kterém žijí, ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, vztahům, potřebám a postojům. Kvalitní život je doprovázen pocitem pohody, který vyplývá ze spokojenosti nebo nespokojenosti s určitými aspekty života, jenž jsou pro lidi důležité. Jedná se o soubor, který zahrnuje zdraví, práci, socio-ekonomiku, emoce, psychiku a rodinu. Kvalita života je jakýmsi blahobytem jednotlivce, který si zároveň naplňuje většinu možných potřeb. Stále častěji jsou úzce spojovány psychologické a biologické faktory s kvalitou života. Analýza kvality života, spolu se zohledněním životních podmínek, sociálních a environmentálních faktorů, cílů, zájmu a hodnot dnešní společnosti, je důležitým krokem pro plány podpory zdraví (Gul et. al 2018, s. 872; Zaheri et. al. 2017, s. 5985).

2.1.1 Kvalita života ženy v těhotenství

Během těhotenství a po porodu u žen dochází k mnoha změnám, které se odrážejí na tělesném, psychologickém, sociálním zdraví a také na celkové kvalitě života ženy. Nyní se kvalita života dostává do středu pozornosti, jelikož je snaha o důkladné plánování podpory zdraví, a to právě skrz měření kvality života (Martínez-Galiano et. al. 2019, s. 1; Zaheri et. al. 2017, s. 5986).

Těhotná žena se nachází v době, kdy potřebuje povzbuzení a podporu, jelikož prostředí a její okolí bezprostředně ovlivňují vývoj plodu. Péče, podpora a pohodlí, které během gravidity ženě dopřává rodina, ovlivňují její fyzické i duševní zdraví, zatímco výživa, farmaka, zdravotnická péče a bez-stresové prostředí podporují její kvalitní život spojený se zdravím. Dostupnost sociálních vztahů, podpory a sexuality se považují za důležité prediktory kvality života (Gul et. al 2018, s. 872, 875).

Těhotenství ženy je považováno za fyziologický stav, který působí na její tělo se zvyšujícími se nároky. Celé těhotenství je členěno na tři po sobě jdoucí trimestry. Během **prvního trimestru** dochází k přizpůsobení se těla ženy na těhotenství. Duševně ženy často směřují k uzavření se a svou mysl soustředí na sebe samu. Může přicházet určitá míra rozladění, lability emocí a také střídání nálad. Z fyzických potíží to bývají problémy dominantně s únavou, a poté s trávicím traktem, zejména potíže s nechutenstvím a poruchami trávení. Výsledky studie poukazovaly na přítomnost nevolnosti a zvracení téměř 50 % těhotných žen. Poté přichází **druhý trimestr**, který je tolerantním obdobím a žena se s tímto stavem vyrovnává. Během tohoto období je již žena schopna vnímat pohyby plodu a také ho přijímat jako lidskou bytost. **Třetí trimestr** je pro ženu obdobím zatížení, nyní její myšlení a pocity směřují ke strachu o předčasný porod a zdraví plodu, ale zároveň se zaměřuje na termín porodu. Dochází k uvědomění přípravy na porod a změny role na matku. Během těchto dvou trimestrů se fyzické potíže přiklánějí k bolestivým podnětům, ženy uvádí zejména bolesti kloubů, zad a křečovitě vjemy dolních končetin. Bolestivý vjem mohou působit i pohyby plodu. Stížnosti se týkají i potíží se spánkem a také i omezení dechových kapacit (Vachková, Mareš 2012, s. 287-292).

2.1.2 Kvalita života ženy po porodu

Šestinedělí je období, které začíná ukončením porodu, a trvá přibližně 6 týdnů. Je žádoucí, aby se členové rodiny učili novým rolím a povinnostem. Většina potíží se projevuje již v prvotním období šestinedělí, ale mohou zasahovat až do 1 roku od porodu (Göksin, Ayaz-Alkaya 2018, s. 86).

Poporodní období ovlivňuje jak matku a její narozené dítě, tak i celou rodinou, jelikož tyto změny vyžadují přizpůsobení z fyzického, psychologického a sociálního hlediska. Zranitelnost a kritičnost tohoto období je dána zejména fyzickými, emočními a sociálními změnami, kterými ženy procházejí. Tyto stavy mohou způsobit řadu komorbidit a komplikací. Mnoho žen po porodu tedy

musí čelit fyzickým i psychickým potížím. Fyzickými problémy trpí až 86 % a u 10-20 % žen se rozvíjí poporodní deprese během prvních dvou měsíců (Martínez-Galiano et. al. 2019, s. 1; Juárez et. al. 2016, s. 30; Zaheri et. al. 2017, s. 5986).

Metoda porodu je výrazným ovlivňujícím prvkem zdraví a kvality života ženy. Únava, potíže se spánkem, bolestivá prsa, fyzická bolest, hemeroidy, zácpa, sexuální potíže i již zmiňovaná deprese jsou problémy, které se mohou týkat žen zejména po vaginálním porodu. Při císařském řezu se přidávají ještě další problémy, a to kvůli delší hospitalizaci v porodnici a komplikacím jako jsou infekce, trombóza, operační rána či dechové potíže. Úzkost, sexuální a vztahové problémy s partnerem, kojení, péče o dítě a domácnost spolu s již zmiňovanými úskalími mohou mít negativní dopad na život ženy. Tyto zkušenosti mají vliv na průběh následného kvalitního života (Goksin, Ayaz-Alkaya 2018, s. 86; Zaheri et. al. 2017, s. 5986).

Výsledky iránské studie prezentují, že kvalita života těhotných žen byla bez signifikantní významnosti v rámci skupiny žen po vaginálním porodu a skupiny žen po císařském řezu. Celková kvalita života po 2 týdnech po porodu byla u porodu císařským řezem vyšší oproti skupině žen po vaginálním porodu. Na druhou stranu ale v období 6 týdnů po porodu v oblastech sociálního, duševního a environmentálního zdraví byla kvalita života lepší u žen po vaginálním porodu (Zaheri et. al. 2017, s. 5988).

Španělská studie zkoumala prvky kvality života, zaměřovali se zejména na potíže, které ovlivňují zdravý život. Do studie zahrnuli nepříjemnosti, jako jsou hemeroidy, zácpa, infekce rány, bolesti hlavy, prsou a zad. Zabývali se močovými obtížemi, inkontinencí, únavou, smutkem, depresemi, úzkostmi a sexuálním životem. Největší negativní dopad na kvalitní život šesti týdnech po porodu měla přítomnost deprese, úzkosti, bolesti a přítomnost vztahových problémů (Martínez-Galiano et. al. 2019, s. 6-8).

2.2 Pánevní dno

Pánevní dno se stává často diskutovaným tématem mnoha vědců, jelikož jakákoliv potíž s ním spojená může způsobovat socioekonomický i medicínský problém. Dno pánevní je důležitou částí ženského těla, obzvláště se podílí se na stabilitě trupu a pracuje ve prospěch hlubokého stabilizačního systému. Je děleno jako diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Jejich kooperace zajišťuje kontinenci pánevních orgánů. Tyto dva celky se scházejí v bodě nazývaném centrum perineale, což je hlavní bod pánevního dna uložený mezi pochvou a konečníkem (Holáňová, Krhut, Muroňová 2007, s. 88; Němec et al. 2019, s. 394; Krhovský 2011, s. 379-380).

Diaphragma pelvis je tvořena svaly musculus levator ani a musculus coccygeus. Zadní částí diaphragmy prochází konečník a v přední části nalezneme průchozí hiatus urogenitalis, jimž prochází pochva a močová trubice (Holáňová, Krhut, Muroňová 2007, s. 88; Krhovský 2011, s. 380).

Diaphragma urogenitale nazývána jako ploténka tvaru trojúhelníku, se rozepíná pod musclem levatorem ani a je s ní spojován sval musculus transversus perinei profundus, který po obkroužení močové trubice přechází v musculus sfinkter uretrae. Dále musculus transversum perinei superficialis, musculus ischiocavernosus a musculus bulbospongiosus, jenž je svalem tvořící svěrač vchodu poševního. Tyto svalové části se rozepínají mezi kostmi pánve. Svalové spojení pánevního dna je rozlišováno i do jednotlivých vrstev. Šikmou vrstvu tvoří musculus levator ani, který se rozprostírá mezi rameny kostí stydkých a kostrčí. Příčnou vrstvu tvoří musculus transversus perinei, který je uložen mezi stydkými a sedacími kostmi. Povrchovou vrstvu tvoří svěrače a musculus bulbocavernosus. Muskulturní spojení pánevního dna má podpůrnou, fixační a stabilizační funkci břišních a pánevních orgánů (Holáňová, Krhut, Muroňová 2007, s. 88).

Endopelvicá fascie je systém pojivové tkáně, který zajišťuje připojení orgánu pánve ke stěně pánevní. Podmínkou pro správnou funkci orgánů pánve je interakce mezi pánevním dnem a endopelvicou fascií, protože pánevní svaly obstarávají elasticou podporu a fasciální ligamenta tvoří závěs pánevních orgánů (Krhovský 2011, s. 383).

Svaly pánevního dna procházejí změnami během různých fází života ženy, jedná se zejména o porod, poporodní období a menopauzu. Jde o podněty, které mohou ovlivnit pánevní dno, a tak narušit jeho integritu. Morfologické změny tohoto pánevního komponentu jsou spojeny i s pohlavními funkcemi žen, jelikož reprodukční a močové systémy sdílejí stejné anatomické základy ve smyslu pánevního dna (Chen et. al. 2019, s. 2; Márta et al. 2019, s. 57).

Správné fungování těchto svalů odráží celkové zdraví, podporu a práci pánevních orgánů. Děloha, pochva a močový měchýř jsou orgány podporované pánevním dnem, což se odráží na jejich vyprazdňování, tedy i kontinenci. Pánevní svalstvo hraje důležitou roli v reprodukčním zdraví a následném porodu plodu (Krhovský 2011, s. 379; Quiroz et. al. 2017, s. 137).

Inervace svalů pánevní oblasti je zajištěna míšními komponenty z oblasti S2-S4, které po spojení vytvářejí pudendální nerv. Tento nerv inervuje vnější anální svěrač. Levator ani, coccygeální svaly a urogenitální oblast jsou inervovány přímo spojenými nervovými vlákny S2, S3 a S4. Oslabené pánevní dno je spojeno s dysfunkčními poruchami jako je močová a fekální inkontinence, prolaps pánevních orgánů a sexuální dysfunkce (Handa 2017, s. 1; Palmezoni et. al. 2017, s. 132).

2.2.1 Pánevní dno a těhotenství

Gravidita znamená emocionální a fyziologickou událost v životě ženy, hlavní složkou je síla ženy pro vývoj dalšího jedince. Během těhotenství dochází k celé řadě změn, které se pojí s variacemi změn hormonů, postavení těla se zvyšováním hmotnosti a zejména expanze a dislokace dělohy. Svaly pánevního dna jsou těmito transformacemi ovlivňovány. Hormonální změny, které probíhají, jsou zejména na podloženy relaxačním účinkem svalů vlivem působení progesteronu a také relaxinu (Palmezoni et. al. 2017, s. 131; Vašek et. al. 2019, s. 74).

Podpora ženských pohlavních orgánů je závislá hlavně na svalech pánevního dna, které jsou průběhu těhotenství výrazně zatěžovány. Vlivem rostoucí dělohy s vyvíjejícím se plodem nastává postupné snižování funkce pánevního dna. Během gravidity také dochází k přípravě svalů levatoru ani k porodu, konkrétně jeho mediální části musculus puborectalis, který se musí natáhnout až do 250 % své původní délky, aby umožnil průchod plodu (Grob 2016, s. 11; Quiroz et. al. 2017, s. 137).

Dobrá funkce pánevního dna je schopnost způsobilostí provádět správnou kontrakci, což znamená stažení pánevních otvorů pohybem dovnitř neboli zvedání pánevního dna. Maximální kontrakce pánevních svalů je ta, ke které dochází, když se žena snaží aktivovat co nejvíce svalových vláken (Palmezoni et. al. 2017, s. 132).

Studie Hocka a kolektivu pozoruje významné snížení síly pánevních svalů a maximální délku kontrakcí pánevních svalů u nuliparózních žen oproti síly ($p=0,002$) a délky kontrakce pánevních svalů během těhotenství ($p=0,012$). Při porovnání síly a délky kontrakce pánevních svalů mezi těhotnými ženami v II. trimestru a nuliparózními ženami vychází také významný pokles svalové síly ($p=0,045$). Pánevní svaly ve III. Trimestru vykazují zásadní rozdíly oproti nuliparózním ženám, a to nejen snížení síly, ale také délky svalové kontrakce. ($p=0,003$). Kontrakční síla pánevních svalů ve II. trimestru je vyšší než ve III. trimestru, ale výsledky neukazují významný rozdíl. I při měření maximální délky v těchto obdobích nedosáhly výsledky statistické významnosti, svaly ve II. trimestru měly delší dobu kontrakce jen o 0,831 s. Hodnocení svalů pánevního dna bylo i u žen, které prováděly cvičení. Pokud mladé dívky, které ještě nerodily, pravidelně cvičily, byly ve srovnání s gravidními ženami získány lepší výsledky svalové síly ($p=0,03$). Síla svalů ($p=0,029$) a maximální kontrakční doba ($p=0,018$) u mladých nerodících žen, které cvičily občas nebo pravidelně, ukázaly lepší výsledky oproti výsledkům těhotných pravidelně či občas cvičícím ženám. Při porovnání pouze těhotných žen, které cvičily občas versus pravidelně, se ukázalo významné snížení síly svalů pánevního dna ($p=0,032$). Dle výsledku je tedy známo, že v graviditě rostoucí hmotnost dělohy a samotného plodu dochází k oslabení svalů pánevního dna (Márta et. al. 2019, s. 61-62).

2.2.2 Pánevní dno a porod

Vaginální porod

Porod živě rozeného novorozence je označení pro vypuzení nebo vynětí plodu z těla matky, a to pouze pokud vykazuje známky života. Srdeční činnost, pulzace pupečníku, pohyb kosterního svalstva jsou podněty považovány za známky života. Mrtvě narozený novorozenec, je dítě, které nevykazuje žádnou ze známek života nebo je jeho porodní váha víc než 500 g, pokud nejsme schopni vykázat hmotnost, orientace směřuje k stáří těhotenství po 22. týdnu gravidity. Jestliže nelze zjistit stáří gravidity, orientujeme se dle délky novorozence, která má být nejméně 25 cm (Srp 2014, s. 175).

Vlastní vaginální porod plodu je dělen na první, druhou a třetí dobu porodní. K zahájení porodu složí nástup děložní činnosti, která způsobí rozvoj dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. V některých případech dochází k odtoku plodové vody jako prvním znakem porodu, pokud ale v krátkém následujícím intervalu nedochází k rozvoji děložní činnosti, označuje se tento stav jako předčasný odtok plodové vody. **První doba porodní**, která zahrnuje mechanismus dilatace hrdla a branky, je odlišná u prvorodiček a vícerodiček. Odlišnost je zejména v prvotním zkracování děložního čípku s následným rozevíráním branky, což se u vícerodiček děje současně. Časová jednotka první doby je u prvorodiček průměrně 6–7 hodin a více rodiček jsou to 3–4 hodiny. **Druhá doba porodní** je vypuzovací částí porodu, kdy plod prochází měkkými a tvrdými částmi porodních cest, a její začátek je stanoven po úplném zániku děložní branky. Pro mechanismus vypuzovací fáze jsou důležité děložní kontrakce, břišní lis rodičky, odlišnosti pánevních rovin, prohloubení porodních cest a tvar hlavičky plodu. Plod při průchodu porodními cestami prostupuje hlavičkou a ramínky pánevními rovinami s následným porodem hlavičky, ramínek až po dolní končetiny. **Třetí doba porodní** zahrnuje přípravu dělohy pro porod placenty. Děloha reaguje po porodu plodu svou retrakcí a po určité klidové fázi se dostaví kontrakce a následné odlučování placenty. V poporodním období po odloučení placenty a jejím porodu dochází k úplnému retrahování dělohy (Srp 2014, s. 178-188).

Dle studií je známo, že porod je jedním z rizikových faktorů pro poruchu pánevního dna. U žen, které rodily vaginální cestou, byla identifikována ve větším měřítku porucha pánevního dna oproti ženám, které porodily císařským řezem. Studie konkrétně uvádějí, že ženy, které rodily vaginálně, mají 2,8krát vyšší pravděpodobnost vzniku stresové inkontinence moči a 5,5krát vyšší pravděpodobnost prolapsu pánevních orgánů než ženy, které podstoupily porod císařským řezem. Pokud došlo k asistovanému operativnímu vaginálnímu porodu, riziko stresové inkontinence vzrůstá až na pravděpodobnost 4,4krát vyšší a pravděpodobnost prolapsu se zvyšuje až 7,5krát. Dalším podnětem pro zvyšující riziko poruchy pánevního dna v souvislosti s porodem je jejich počet, tudíž čím více má žena za sebou vaginálních porodů, tím více jsou pro ni rizikové poruchy pánevních

komplexů. Vaginální porod je tedy nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro poruchu pánevního dna se snížením jeho síly až o 22–35 % po porodu (Howard, Makhoul 2016, s. 1811; Márta et. al. 2019, s. 58; Shek, Dietz 2019, s. 16).

Poranění pánevních komponentů

Během porodu dochází k maximální distenzi dna pánevního, uvádí se, že jde o rozšíření svalů až na trojnásobek původní délky vláken. Mezi napětím svalu levator ani a jeho poškozením byla dokázána závislost. Levatorové poškození zahrnuje 13–36 % žen po vaginálních porodech (Němec et. al. 2019, s. 395-396; Vašek et. al. 2019, s. 75).

V rámci porodu při maximálním protažení svalů může dojít k jejich poškození až k avulzi, na což mohou mít vliv i děložní kontrakce. Tato poranění jsou zapříčiněna tahovým způsobem, a to až dvojnásobným natažením **puboviscerálního svalu** (MPV-musculus pubovisceralis). Lokalizace tohoto poranění je nejčastěji při úponu MPV na stydkou kost. Při porodu se tlakové hodnoty protažení v mediální části MPV dostávali až k 35,75 MPa. MPV je nejnáchylnější část pánevního dna k poškození, jelikož bylo zjištěno poranění až u 13 % žen po vaginálním porodu, v těchto případech může vést k rozvoji sestupu pánevních orgánů či stresové močové inkontinenci (Němec et. al. 2019, s. 395-396).

Je tedy zřejmé, že komplex **levatoru ani** prochází během porodu výraznou distenzí a deformací. Uvádí se, že plocha **levatoru ani** se pohybuje od 6 do 36 cm², pokud je průměrná plocha hlavičky novorozence 70-90 cm², tudíž je zřejmé, že komplex levatoru ani musí podléhat výraznému roztažení a deformaci. Svalová ruptura nebo úplné odtržení svalů od úponu na stydké kosti označované jako avulze (makrotrauma) je způsobena extrémní deformací svalových částí během porodu (Michalec et. al. 2015, s. 12; Quiroz et. al. 2017, s. 137).

První vaginální porod se zdá být rozhodující pro traumatizaci levatoru ani, jelikož k jeho porušení dochází přibližně u 10–35 % žen, které porodí vaginálně, a to v oblastech světa s lepší péčí (Martinho et. al. 2018, s. 988).

V rámci celého procesu porodu dochází i k postižení nervových částí konkrétně k traumatu **puďendálního nervu**, který je omezen ve své činnosti kompresí jeho probíhající části proti ramenům kosti sedací. Je uvedeno, že u 42–80 % žen po vaginálních porodech bylo zjištěno poškození nervů pánevního dna (jednotlivé části musculus levator ani a zevní anální svěrač). Je známo, že vaginální porod má na poranění komponentů pánevního dna výrazný efekt, a tím i rozvoj komplikací s nimi spojenými. Císařský řez jako ochrana poškození pánevního komplexu není zcela jednoznačná, může snížit komplikace vzniklé po porodu, ale nezajistí ochranu pánevního dna v pozdějším věku, jelikož i samotné těhotenství negativně působí na pánevní svaly a tkáně (Vašek et. al. 2019, s. 74-75).

Poranění perineální oblasti

Během porodu plodu může dojít k traumatizaci perineální oblasti, tedy hráze, jež je spojena s výraznou poporodní morbiditou a může způsobovat četnější výskyt dysfunkčního pánevního dna. Poranění může nastat buďto spontánně nebo vlivem provedení epiziotomie. Tyto traumatizace se hodnotí dle anatomických struktur perineální oblasti na **ruptury prvního stupně**, které zasahují pouze kůži, **ruptury druhého stupně** postihují již i svaly hráze (poškození není lokalizováno v oblasti análního svěrače), **ruptury třetího stupně** lokalizují traumatizaci análního svěrače a **ruptury čtvrtého stupně** zahrnují komplex análního svěrače i s anorektální sliznicí (Schreiner et. al. 2018, s. 10-11).

Epiziotomie je nejčastější porodnickou intrapartální intervencí. Míra epiziotomií se po celém světě různí: Švédsko uvádí 9,7 %, ve Švýcarsku je to 46 % a Tchaj-wan uvádí až 100 % výskyt epiziotomií při vaginálních porodech. Uveřejněné údaje prezentují, že je epiziotomie oproti spontánní ruptuře spojována s nižší pevností pánevního dna a vyšší mírou dyspareunie a pánevních bolestí. Indikuje se například při vaginálním porodu plodu koncem pánevním, operativním vaginálním porodu, porodu velkého plodu, dystokii ramének nebo krátké perineální oblasti. Tento úkon je také spojován s komplikacemi jako inkontinence moči, prolapsem pánevních orgánů, dyspareunií, vaginální suchostí a snížením sexuální touhy a aktivity (Kavvadias, Hoesli 2016, s. 1; Quoc Huy et. al. 2019, s. 514-515).

Tkáně, jež nejsou schopny se natáhnout na určitou míru kvůli biomechanickým vlastnostem matky, se při prvním porodu roztrhnou. Tyto vlastnosti matek se výrazně liší. Druhý porod bude s ohledem na porodní poranění snazší, jelikož již při prvním porodu došlo k poranění a další traumatizace je méně pravděpodobná. Nicméně na druhou stranu, pokud tkáně byly neporušené při prvním porodu, je zde vysoká pravděpodobnost intaktních tkání při následujícím porodu (Martinho et. al. 2019, s. 988).

Poškození či deformace vznikající v souvislosti s vaginálním porodem se týkají tkání porodního kanálu spolu s oblastí hráze. V britských zemích dojde ke vzniku porodního poranění hráze asi u 85 % žen. Studie prezentují odhad perineálních ruptur prvního a druhého stupně vyskytující se u 38 % prvorodiček a 36 % vícerodiček u spontánních vaginálních porodů. Větší porodní poranění se objevují v rámci 0,5–7 % vaginálních porodů (Kavvadias, Hoesli 2016, s. 1; Veverková, Kališ, Rušavý 2017, s. 328).

2.3 Komplikace spojené s poruchou pánevního dna

Delancey popisoval model životnosti pánevního dna, který uváděl symptomatiku pánevního dna, pokud funkce pánevního komponentu klesne pod určitou prahovou úroveň. Poklesy prahové úrovně způsobí těhotenství s následným porodem, ale také životní styl, kouření, nadváha či zvýšený nitrobřišní tlak chronického trvání. Symptomatika vyplývající z traumatizace pánevní muskulatury se u většiny žen projeví i za několik desetiletí, ale pokud došlo k výrazné traumatizaci pánevního dna, symptomatické projevy mohou nastat krátkou dobu po porodu prvního dítěte (Urbánková et. al. 2019, s. 1689).

Vaginální porod je nejčastějším sdíleným rizikovým faktorem pro poruchu pánevního dna. Těhotenství i samotný vaginální porod zasahuje přímo všechny struktury a tkáně dna pánevního. Výrazná traumatizace a následný dopad na strukturu pánevního komplexu má vaginální porod asistovaný kleštěmi pro dokončení porodu plodu. Operační porod kleštěmi má čtyřikrát vyšší riziko vzniku poškození análního sfinkteru než porod asistovaný vakuumextraktorem. Dalšími rizikovými faktory, které hrají významnou roli na vznik porodního poškození, jsou nuliparita, vyšší věk rodičky, hmotnost novorozence nad 4 kilogramy, deflexní polohy hlavičky plodu, mediální nástřih hráze, abnormální rotace při porodu, vysoké BMI matky. Následujícím rizikovým faktorem je prodloužená druhá doba porodní, jelikož v jejím rámci může dojít k poškození análního svěrače – což může vést k psychickým i fyzickým následkům (Lincová et. al. 2019, s. 19; Urbánková et. al. 2019, s. 1690).

Běžnou praxí traumatu perineální oblasti je i přítomnost perineální bolesti a dyspareunie, což se odráží i na sexuálních funkcích. Ženy, které porodily dítě bez poranění porodních cest, jsou aktivnější v zahajování sexuální aktivity po porodu oproti ženám, které utrpěly rupturu hráze nebo jim byla provedena epiziotomie. Při rupturách třetího a čtvrtého stupně může být spojitost s anální inkontinencí (Schreiner et. al. 2018, s. 10).

Některé epidemiologické studie uvedly věk jako rizikový faktor ve vývoji poruch pánevního dna, jelikož s věkem dochází ke zhoršení funkce pánevního dna, a to nezávisle na jakémkoliv efektu, který by se mohl časem stát příčinou poruchy pánevních funkcí, kde důsledkem byla akutní událost jako je vaginální porod (Howard, Makhoul 2016, s. 1812).

V mezinárodních studiích se objevily výsledky, které spojují provedení epiziotomie s negativním ovlivněním funkce pánevního dna. Studie z Vietnamu s 158 ženami, které porodily vaginálně a jejichž skladba obsahovala přes 50 % prvorodiček. Studie byla prováděna skrze 3 rozhovorů. Po vaginálním porodu byla v 30 % zastoupena bolest perinea při sezení, při chůzi to bylo 22,8 %. Inkontinence moči byla potíží v 11,4 % v rámci prvního rozhovoru po porodu a během

druhého rozhovoru (6 týdnů po porodu) došlo k poklesu na 7,6 %. Po 3 měsících byly hodnoceny funkce pánevního dna s nejčastější kolorektální poruchou v 18,3 % (Quoc Huy 2019, s. 516).

Při ohlédnutí na prevenci poruch pánevního dna je důležité zmínit průlomové chápání dysfunkcí pánevního dna, jelikož toto posouvá účinné preventivní a včasné intervenční strategie pro minimalizaci těchto traumatizací a pomáhá ulevit trpícím ženám a zlepšit jejich kvalitu života. Terapie výrazných traumatizací má svá omezení, jež nejsou ve všech případech zcela napravitelná. Chirurgická terapie je nedokonalá. Míra úspěšnosti terapie stresové inkontinence je kolem 85-90 %. Cvičení svalů pánevního dna je účinnou možností konzervativní léčby pro ženy, které mají mírné až střední příznaky. Proto by měl být kladen větší důraz na zaměření se na faktory, které by minimalizovaly riziko poškození pánevního dna v době porodu, což by mělo přispět ke zlepšení preventivních opatření pro dysfunkční pánevní dno, jelikož vaginální porod je spojen právě s poškozením pánevních komponentů. Vaginální porod asistovaný vakuumextraktorem přináší menší riziko pro poškození pánevního dna, ale i tato metoda má své nevýhody jako jsou selhání procedury (4–8 %) a komplikace u novorozenců (Howard, Makhoul 2016, s. 1813).

2.3.1 Inkontinence

Inkontinence moči

Definice popisuje stav, kdy dochází k nedobrovolnému úniku moči, který není kontrolovatelný vůlí. Jde zejména o symptom vyvolaný funkční nebo anatomickou poruchou komponentu pánevního dna nebo urogenitálního komplexu (Vašek et. al. 2019, s. 73; Sochorová 2011, s. 488).

Tento problém je při pohledu na kvalitu života ženy výrazně komplikující. Dle několika studií byla potvrzena vyšší míra výskytu deprese při projevech inkontinence moči, byla uváděna i snížená míra blahobytu, pohody a dobrých životních podmínek. Studie zkoumající spojitost inkontinence moči a pohody života zahrnovala ženy mezi 45–60 lety. Ženy ve zkoumaném souboru často uváděly lehkou formu inkontinence, ale i přes mírné příznaky této diagnózy, ženy uváděly snížení životní komfortu. Ženy s těžší formou inkontinence vykazovaly výrazné potíže zapojení v sexuálním životě a výraznou potíž při fyzickém cvičení (Smith 2016, s. 2-5).

Inkontinence moči může mít několik forem, které klasifikujeme dle různých příznaků a podnětů. **Stresová inkontinence** je charakteristická únikem moči při zvýšení intraabdominálního tlaku, zejména při cvičení, kašli či smíchu. Etiologická stopa je zejména při poruše funkce močového systému a svalů pánevního dna, obezitě nebo jako následek těhotenství, vaginálního porodu či menopauzy. **Urgentní inkontinence** se projevuje náhlou nutkavostí močení s obtížností oddálení.

Etiologický základ je většinou nezjištěn, ale může být spojována se systémovými neurologickými poruchami, jako je Parkinsonova choroba či roztroušená skleróza. **Smíšená inkontinence** je formou kombinací stresové a urgentní inkontinence, kdy projevy jednoho z typů dominují. **Reflexní inkontinence** je spojována s neurologickým postižením mozku a míchy, kdy dochází k reflexnímu vyprazdňování močového měchýře bez přechodí nutkavosti k močení. **Paradoxní ischurie** je typ inkontinence, kdy dochází k nedobrovolnému uvolnění moče z přeplněného močového měchýře. Mnoho žen trpících nekontrolovatelným únikem moči může zažívat jak příznaky stresové, tak současně i inkontinence urgentní, poté je inkontinence označována smíšenou (Pastorčáková et. al. 2011, s. 308; Lukacz et. al. 2017, s. 1593; Sochorová 2011, s. 488).

Prevalence inkontinence je rozličná, a to dle výsledků různých studií, jejichž výskyt je ve 30–60 % v rámci těhotenství, během něhož narůstá. V rámci I. trimestru je uváděn 15 % výskyt inkontinence, jelikož děloha s rostoucím plodem postupně omezuje kapacitu močového systému, ve II. trimestru je díky mírnému uvolnění v oblasti pánve výstupem dělohy výskyt nižší, dále má výskyt stoupavou tendenci, jelikož ve III. trimestru se může zvýšit až k 80 %, protože útlakem močového systému naléhajícím plodem dochází k snížení jeho kapacity. Pro vznik **inkontinence v graviditě** přispívají hormonální změny zejména relaxační funkce progesteronu, mechanické vlivy způsobené tlakem gravidní dělohy na močový systém a muskulaturu pánevního dna a také změny kolagenu ve tkáních. Rizikovými faktory rozvoje je parita, věk a hmotnost ženy, ale záleží i na hmotnosti plodu a průběhu porodu. **Hlavní terapií v graviditě** je posilování svalů pánevního dna, preventivně prováděné cvičení snižuje výskyt inkontinence v těhotenství až o 62 % a její rozvoj po porodu lze snížit až o 30 %, proto je důležité posilování pánevních komponentů i po porodu. (Vašek et. al. 2019, s. 73-75).

Studie Urbánkové uvádí, že 5,4 % žen uvádělo urgentní inkontinenci před těhotenstvím, během probíhající gravidity se počet zvýšil na 29,7 % žen. Ve zkoumané skupině uvádělo výsledky 31,8 % žen, které trpěly inkontinencí po prvním vaginálním porodu (Urbánková et. al. 2019, s. 1961).

Inkontinence stolice

Definice popisuje nechtěný či nekontrolovatelný únik stolice nebo porušenou schopnost kontroly nad vyprazdňováním střev za dobu jednoho měsíce. Druhy inkontinence mají formu **pasivní inkontinence**, která je popisována jako nekontrolovatelný, nechtěný únik stolice či plynů. K **urgentní inkontinenci** dochází, pokud i přes aktivní zadržování střevního obsahu dojde k jeho uvolnění. **Fecal seepage neboli prosakování inkontinence** je stav, pokud po normálním vyprázdnění střev dojde k uvolnění fekálního obsahu. Dalším dělením diagnostikované inkontinence může být únik plynů nebo stolice tekuté či formované (Malá et. al. 2013, s. 207-208).

Fekální inkontinence ovlivňuje život více než 5 % žen na celém světě. 0,7–22 % žen hlásí potíže s fekální inkontinencí po porodu, přičemž příznaky přetrvávaly i 3 až 4 roky po porodu. Kontinence střevního vyprazdňování u žen závisí zejména na stavu pánevního dna a porodního traumatu. Traumata lokalizována na vnějším nebo vnitřním svěrači spolu s poraněním nervus pudendus mohou být klíčové pro rozvoj inkontinence stolice. V 85 % při ruptuře hráze 3. stupně dojde k poškození zmiňovaných svěračů, což u poloviny těchto žen dochází k rozvinutí potíží s vyprazdňováním střeva. Porod velkého plodu, porod asistovaný kleštěmi, prodloužená druhá doba porodní, vysoký věk rodičky či vícerodička jsou termíny, které jsou označovány jako rizikové faktory pro možnost poruchy kontinence. Dalšími faktory, které přispívají k rozvoji inkontinence, jsou i chirurgické koloproktologické operace, hemeroidy, diabetes mellitus, poruchami CNS. Celá škála faktorů je podmíněna mechanismy nepřetržité souvislosti s pevností svalů a tkání, zachovalou anorektální citlivostí, integritou nervů a reflexů. Senzomotorická integrace CNS a smyslová zpětná vazba od pánevních struktur je potřebná pro správnou funkci kontinence (Malá et. al. 2013, s. 207-208; Mundet et. al. 2019, s. 424; Subki et. al. 2019, s. 202).

Incidence poranění análního svěrače se pohybuje mezi 1-4 %. Při provedení mediolaterální epiziotomie dochází k poranění svěračů v 0,5 – 7 % a při mediální epiziotomii se incidence zvyšuje na 17 %. Při ošetřeném porodním poraněním svěračů se uvádí rozvoj inkontinence v 15-61 % (Lincová et. al. 2019, s. 19-20).

Studie zkoumající vliv perineálních ruptur na pánevní dno sledovala ultrazvukovými metodami celistvost análních svěračů. Vyšetření probíhalo po 6 měsících od porodu pomocí transperineálního ultrazvuku, kdy ženy byly rozděleny do 1. skupiny s intaktní hrází nebo drobnými rupturami perinea a do 2. skupiny s většími traumaty hráze (\geq 2. stupně). V první skupině byl stanoven u všech nepoškozený vnější anální svěrač a v 7 % bylo detekováno poškození vnitřního análního svěrače. Ve druhé skupině byl poškozen vnější anální svěrač v 1,9 % a vnitřní anální svěrač v 15 % (Lawrence et. al. 2016. s. 296-298).

Incidence faktorů anální inkontinence byla cílem studie, která zkoumala tyto skutečnosti po porodním poranění análního svěrače u prvorodiček. Soubor zahrnovalo 343 žen, z nichž u 101 byla provedena epiziotomie. U 297 žen došlo ke vzniku spontánní ruptury hráze 3. stupně a u 45 žen došlo k ruptuře 4. stupně. Jejich výzkum probíhal v intervalech 6, 12 a 24 týdnů po porodu a ošetření porodního poranění. Potíže s fekální inkontinencí byly hlášeny v 6 týdnech po porodu v 7 %, ve 12 týdnech po porodu byly uváděny 4 % a ve 24 týdnech se inkontinence vyskytovala v 9 %. Po 24 týdnech incidence celkové anální inkontinence stoupla až k 24 %. Dále studie analyzovala ženy s anální inkontinencí a bez ní 24 týdnů po porodu ve spojitosti s rasou, trváním druhé doby porodní a provedenou epiziotomií s významnými výsledky (Richter et. al. 2015, s. 5).

Anální inkontinence se může rozvinout po porodu a přetrvávat během celého života, čímž zasahuje do kvality života ženy. Císařský řez je dle některých odborníků možností preventivního ovlivnění anální inkontinence vyřazením traumatu pánevního dna, perineální oblasti a nervových pletení pánevního komponentu, které jsou traumatizovány při vaginálním porodu. Porod císařským řezem nebyl shledán jako preventivní opatření pro rozvoj inkontinence stolice dle dohledaných studií (Nelson et. al. 2019, s. 811; Kališ et. al. 2008, s. 113).

Porodní poranění v souvislosti s fekální inkontinencí má zvýšené riziko rozvoje zejména při poranění řitního svěrače, a to v krátkém čase po porodu až v 50 % (Štěpán et. al. 2010, s. 4).

Výsledky studie Urbánkové prokazují, že anální inkontinenci před nebo během gravidity neudávala žádná žena. Po porodu uvádělo 1,6 % žen inkontinenci stolice do 6 týdnů po porodu, po 6 týdnech od porodu to bylo již 8,4 % žen, Tři čtvrtiny těchto žen uvedlo zlepšení do 1 roku od porodu (Urbánková et. al. 2019, s. 1961).

Studie Lincové a kolektivu poukazuje na vyšší počty poranění svěračů při operačních vaginálních porodech v 5,4 %. 72 % rodiček s poraněním análního svěrače mělo provedenou epiziotomii. K tříměsíční kontrole se dostavilo pouze 59 % žen, které v 12,4 % uváděly únik plynů. Únik formované či tekuté stolice nebyl zaznamenán (Lincová et. al. 2019, s. 21).

2.3.2 Sexuální dysfunkce a sexuální život po porodu

Dle současné definice WHO je **sexuální zdraví**: „Stav fyzické, emoční, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě a nejedná se pouze o nepřítomnost nemoci, dysfunkce nebo slabosti.“ (Defining sexual health, WHO). K tomuto je nutný pozitivní a ohleduplný přístup k sexualitě a sexuálním vztahům.

WHO popisuje **sexualitu** jako: „Ústřední aspekt bytí člověkem po celý život zahrnuje sex, genderové identity a role, sexuální orientace, erotiku, potěšení, intimitu a reprodukci. Je ovlivňována interakcí biologických, psychologických, sociálních, politických, kulturních, právních, historických a náboženských faktorů.“ (Defining sexual health, WHO).

Dle definic WHO je tedy jakýkoliv problém, který by mohl vést k poruše sexuality či sexuálního zdraví možným působitelem sexuální dysfunkce. U žen se jedná o s věkem související, progresivní a vícerozměrný zdravotní problém. Uvádí se, že postihuje až 30-50 % žen a vede k negativnímu dopadu na kvalitu života ženy. K incidenci přispívají faktory jako je duševní zdraví, sexuální vztahy, chronická onemocnění, gynekologické onemocnění, malignity a operace v pánevní oblasti, diabetes a také zejména těhotenství, následný porod a jeho poporodní období (Saydam et. al. 2017, s. 568).

Porod je jedna z důležitých životních událostí, která ovlivní i změny ženské priority a životní styl. Jelikož spolu s odpovědností přichází únava, změna v obrazu těla a také méně prostoru pro osobní péči. Až 64 % žen má sexuální problémy v šestém měsíci po porodu. V poporodním období nemusí dojít k nabytí sexuálních funkcí na stejnou úroveň předporodního období. (Kahramanoglu, Bahtiroglu, Hamzaoglu 2017, s. 907-908).

Po porodu dochází k fyzickým i psychickým změnám. Pro pár, který má potíže s harmonizací svých rodičovských povinností se svým sexuálním životem to vede zejména ke snížení frekvence pohlavních styků a celkově i sexuální touhy. V zahájení opětovného sexuálního života mezi partnery po porodu hrají roli kulturní, náboženské a etnické faktory, ale také opětovný start ovlivňuje pohlavní život věk ženy nebo kojení. Kojení může ovlivňovat sexualitu z důvodu působení zvýšených hladin prolaktinu a prodloužené hypoestrogenizaci. (Kahramanoglu, Bahtiroglu, Hamzaoglu 2017, s. 911; Saydam et. al. 2017, s. 568).

Některé páry mají obavy z negativních účinků vaginálního porodu na sexuální funkce, což může u některých jedinců způsobovat vyplavování myšlenek týkajících se porodu císařským řezem. Může je k tomu vést strach ze změny vaginální prostornosti, která by mohla dle některých zapříčinit negativní dopad na sexuální život (Kahramanoglu, Bahtiroglu, Hamzaoglu 2017, s. 908).

Podle klinických studií se 80–95 % žen vrací k sexuálnímu životu do 3 měsíců po porodu. Studie Kahramanoglu zkoumající poporodní sexuální funkce po porodu mezi ženami, které porodily vaginálně s provedenou mediolaterální epiziotomií a ženami jejichž porod byl pomocí císařského řezu. Výsledky poukazují na nevýznamný rozdíl sexuálních funkcí po 12 a 24 měsících od porodu mezi ženami po vaginálním porodu s epiziotomií a císařským řezem. Ale na druhou stranu skupina žen s císařským řezem byla spokojenější se sexualitou po 3 měsících po porodu oproti ženám po vaginálním porodu, což poukazuje na působení porodního poranění. Ženy po vaginálním porodu uváděly snížení touhy, vzrušení a lubrikace (Kahramanoglu, Bahtiroglu, Hamzaoglu 2017, s. 912).

Traumata vzniklá porodem ovlivňují sexuální aktivitu ženy, zejména těžká perineální poranění s anatomickými a funkčními důsledky. Poranění análního svěrače se jeví jako rizikový faktor sexuální dysfunkce a odložení zahájení pohlavního styku po porodu. Studijní výsledky z Barcelony prezentují, že globálně 73 % žen obnovilo sexuální život po 6 měsících po porodu. Ženy, které neutrpěly poranění análního svěrače, zahájily sexuální aktivitu v 98 % po 6 měsících. Pánevní dno hraje v ženské sexualitě výraznou funkci, jelikož slabé, povolené a traumatizované pánevní svaly nemohou zajistit dostatečné prokrvení klitorisu pro dosažení orgasmické části pohlavního styku. Silné svaly jsou důležité pro uspokojivé vzrušení. Oba partneři mají podmíněný sexuální prožitek genitální

kontrakcí levator ani, konkrétně musculus pubococcygeus a iliococcygeus (Angles-Acedo et. al. 2019, s. 1-3; Hadizadeh-Talasaz, Sadeghi, Khadivzadeh 2019, s. 737-738).

Dyspareunie je stav diskomfortu při pohlavním styku, který vyvolává nepříjemné až bolestivé pocity. A právě po porodu s porodním poraněním je dokázáno, že bolest v oblasti epiziotomie či ruptury hráze a jizvy po císařském řezu přispívá k nechuti až vyhýbání se pohlavnímu styku. Dle výzkumného souboru studie Urbánkové bylo 97,5 % žen sexuálně aktivních rok po jejich porodu, z čehož 17,1 % žen trpělo dyspareunií. Bylo publikováno, že ženy s perineálními traumaty vykazují vyšší bolestivost při pohlavním styku oproti ženám, které porodily s intaktní hrázi, a to až o 80 % (Kahramanoglu, Bahtiroglu, Hamzaoglu 2017, s. 907; McBride, Kwee 2017, s. 143; Tomeš 2019, s. 9; Urbánková et. al. 2019, s. 1691).

McDonaldová a její kolektiv zkoumali prevalenci zdravotních potíží sexuálního zdraví po porodu. Práce uvádí nejčastější problémy sexuálního života po 3 měsících po porodu, a to ztrátu zájmu o pohlavní styk, dyspareunii, vaginální těsnost a nedostatek lubrikace. U mnoha žen se tyto potíže upravily, ale 51 % hlásilo nechuť k sexuálnímu aktu a 30 % dyspareunii i po 12 měsících po porodu. Tato studie uvádí skutečnost častějších problémů se sexuálním zdravím u žen s císařským řezem 12 měsíců po porodu oproti ženám, které porodily vaginálně, což nabourává myšlenku, že porod císařským řezem ochrání zdraví sexuálních funkcí (McDonald, Woolhouse, Brown 2015, s. 357-359).

Poporodní sexuální dysfunkce a dyspareunie jsou spojovány s vaginálním porodem komplikovaným perineálními traumaty, císařský řez se nezdá být preventivním opatřením proti poruchám sexuálních funkcí ženy (Lawrence et. al. 2016, s. 294).

2.3.3 Prolaps pánevních orgánů

Výhřez orgánů pánve je diagnostikován při sestupu orgánů do nebo z pochvy. *Výskyt* se u žen ve věku 20–29 let trpících prolapsem pánevních orgánů uvádí v 6 %, u žen ve věku 50–59 let v 31 % a u ženy ve věku 80 let a více se výskyt zvyšuje až k 80 %. *Členění* prolapsu závisí na lokalizaci prolabovaného kompartmentu, jedná se zejména o přední, zadní a apikální vaginální kompartment. *Rizikové faktory* jsou spojovány s oslabením pojivové tkáně pánevního dna, což má za následek sestup orgánů pánevním dnem a vaginálními stěnami. Jedná se zejména o traumatické změny svalů, pojivové tkáně, cévní a nervová poškození vlivem porodu. Mezi rizikovými faktory je uveden i počet jednotlivých porodů, jejich průběh a porodní traumata. Operační vaginální porody, zejména ty, které jsou asistovány kleštěmi, zvyšují riziko prolapsu. Ačkoliv je prolaps bez vaginálního porodu vzácný, císařský řez je možno hodnotit jako ochranný faktor pouze pokud žena ani jednou vaginálně nerodila.

Jako další rizikové faktory se uvádějí obezita, typ povolání, genetika, kouření, infekce a menopauza (Weintraub, Gliner, Marcus-Braun 2020, s. 6-9).

2.4 Aniball/ Epi-no balónek ve vztahu k porodu a porodnímu období

V poslední době dochází k výraznému nárůstu využívání jednotlivých intervencí během porodu a v poporodním období. Některé ženy mají pocit sníženého sebevědomí ohledně schopnosti přirozeně porodit z důvodu „medikace a terapie porodu“, což může mít za následek negativní zážitky z porodu. Proto mnoho žen vyhledává fyzické a psychologické metody k přípravě na porodu, do čehož připadá i perineální příprava pro vyhnutí se perineálních poranění. Cvičení kosterního svalstva můžeme označit jako působení vnějšího tlaku na svaly a pojivové tkáně v opačném směru ke zkrácení, což má za cíl zvýšení roztažitelnosti svalů. Svaly pánevního dna jsou možností protahování rozšiřováním hiatusu v axiální rovině s podobností při provádění perineální masáže a trénink pomocí vaginálních balónků (Freitas de et. al. 2019, s. 951).

Jak bylo uváděno v předchozích kapitolách perineální trauma je stav spojený s traumatickými změnami, který vede k akutním a chronickým postižením. Při traumatech pánevního dna a porodních cest mohou vznikat stavy jako fekální a močová inkontinence, prolapsy pánevních orgánů či pánevní chronická bolest, tyto stavy jsou spojovány s paritou, epiziotomií, ale i s prodloužením druhé doby porodní. Tomuto můžeme předcházet intervencemi v období těhotenství, porodu a v poporodním období (Brito et. al. 2015, s. 1429).

Musculus levator ani je kosterním svalem s potenciálem strukturální modifikace při porodních změnách. Svalová biomechanika ukázala možnost tréninku svalu pro zlepšení vytrvalosti, pružnosti a síly, kdy přerušovaným protahováním dochází ke zvýšení svalové rozšiřitelnosti mechanickým zvětšením délky svalu přes viskoelastickou deformaci díky neuromuskulární relaxaci. Pomocí výsledků pozorování je přijatelná prevence svalového traumatu pánevního dna prostřednictvím postupného roztahování levatoru ani (Atan et. al. 2016, s. 996).

2.4.1 Aniball

Aniball je českou zdravotnickou pomůckou k aktivaci a uvědomění relaxace pánevních svalů. Na trhu je dostupný od roku 2014. Jeho smysl byl inspirován africkými ženami, které hráz na porod připravovaly cvičením s tykví (Kalabasa). Přednostně byl vyvinut pro předporodní přípravu, během které dochází ke snížení napětí porodních cest a tím pomáhá přispět k hladšímu průběhu porodu. Naopak cvičením s Aniballem v poporodním období dochází k aktivaci zpevnění svalů pánevního dna. Dle stanovených podnětů výrobců pomůcky, Aniball není dilatační pomůckou, jelikož cílem

užívání během těhotenství je koordinace pánevního dna a bránice, tedy při nádechu dochází k relaxaci svalů a při výdechu k jejich aktivaci (Bohatá, Dostálek 2016, s. 196; www.aniball.cz; Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball).

Studie Bohatá a Dostálka zkoumala vliv antepartálních metod k prevenci epiziotomie a ruptur hráze. Zkoumanou částí byly hromadně i dilatační balónky Aniball a Epi-no. V rámci porovnání skupiny žen užívající dilatační balónky v těhotenství a kontrolní skupinou vychází signifikantně více žen s neporušenou hrází během porodu ($p < 0,001$) a také je signifikantně zřejmá nižší míra provádění epiziotomií ($p < 0,001$) (Bohatá, Dostálek 2016, s. 197).

Předporodní příprava

Aniball je doporučováno používat od ukončeného 36. týdne těhotenství. Cvičení je rozloženo individuálně s nejčastějším časovým intervalem mezi 15 až 30 minutami. Trénink zaujímá opatrné zavedení balónku, poté nastává fáze kontrolovaného pohybu balónku, a to dle individuality aktivity pánevních svalů, jelikož při aktivním stažení dochází k zanoření balónku, naopak během vědomého uvolnění dochází k jeho přiblížení se k poševnímu vchodu. Následná fáze zahrnuje vypuzení balónku pomoci uvolnění svalů pánevního dna ve spolupráci s nádechem (Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball; www.aniball.cz).

Aktivizace svalů pánevního dna po porodu

Cvičení v tomto období je zaměřeno na posílení pánevního dna po porodu a prevenci rozvoje inkontinence moči. Cvičení zahajujeme nejlépe 6 týdnů po porodu. Ideální doba tréninku je jednou denně s trváním 5-15 minut. Balónek se zavádí do pochvy, nafukuje se do velikosti, která nezpůsobuje nekomfortní vjemy. Samotný trénink obsahuje dechové cvičení s aktivizací a relaxací pánevního dna. Další fáze zvyšují sílu a vytrvalost pánevních svalů, pracují s nadměrným břišním tlakem a konečnou fází dochází k relaxaci. K vyjmutí balónku má dojít ve vyfouklém tvaru, po porodu nedochází k vypuzovací fázi (Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball; www.aniball.cz).

Aniball Inco

Jedná se o další variantu Aniballu s rozlišností pouze v menší velikosti a barvě. Prvotně byl vyvinut pro aktivizaci svalů pánevního dna u žen trpících nekontrolovatelnými úniky moči, ovšem je možné jej využít i k aktivizaci pánevního dna po porodu. Cílem je posílení komplexu svalů pánevního dna, zlepšení sexuálního života, zmírnění bolesti, s čímž se pojí i zdravé držení těla. Tréninkem můžeme zmírnit již vyskytující se projevy inkontinence, či jim předcházet (Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball).

2.4.2 Epi-no balónek

Neboli „Epi-no birth trainer“ byl vytvořen v Mnichově německým lékařem a jedná se o vaginální dilatátor, který měl za cíl snížit perineální traumata. Na trhu je dostupný od roku 1999, ale v rámci České republiky byl dosažitelný až v roce 2009 (Bohatá, Dostálek 2016, s. 195; Brito et. al. 2015, s. 1429).

Epi-no se skládá z nafukovacího silikonového balónku s ruční pumpou a tlakovým displejem. Inspirace pro výrobu tohoto zařízení pro trénink svalů pánevního dna opět pochází z pozorování snížení perineálních poranění u žen afrického původu, které předporodně užívaly k přípravě hráze cvičení s tyklemi se zvětšujícím se průměrem. Některé fakta prezentují zkrácení druhé doby porodní, snížení nutnosti analgezie a zlepšení Apgar skóre novorozence. (Atan et. al. 2016, s. 996).

Studie Atana a kolektivu zkoumali vliv Epi-no balónku na porodní poranění. Ženy balónek užívaly od 37. týdne těhotenství 2x denně 20minutového tréninku zahrnujícím 5minutové cykly. Epi-no si vkládaly dvě třetiny vaginálně s nafouknutím do pocitu roztažení do snesitelné úrovně. Po dokončení každého tréninku měly ženy simulovat porod balónku. Poté byly ženy pozvány po 3 až 6 měsících po porodu ke kontrole. Hlavním zjištěním studie nebyla žádná významná spojitost účinku Epi-no balónku na svaly pánevního dna s ohledem na avulze levatoru ani, trauma análního svěrače a perineální ruptury. Spontánní ruptury ani poranění análních svěračů neprokazovaly žádné významné rozdíly mezi kontrolní a intervenční Epi-no skupinou (Atan et. al. 2016, s. 999-1002).

Zanetti a kolektiv prokázali vliv Epi-no balónku na prevenci perineálních traumat. Obvod balónku na více než 20,8 cm zavedeným do pochvy je prediktivním faktorem pro integritu perinea po vaginálním porodu (Zanetti et. al. 2016, s. 100).

Freitas a kolektiv hodnotili účinky perineální masáže a užívání vaginálních balónků na rozšiřitelnost a sílu pánevního dna. V obou zkoumaných skupinách bylo zjištěno zvýšení rozšiřitelnosti pánevních svalů, aniž by došlo k ovlivnění jejich sil. 40 % žen ve skupině cvičení s vaginálními balónky porodilo s intaktním perineem, zatímco skupina žen s perineální masáží neprezentovala hráz bez poranění. Studie prezentuje účinky strečinkových technik, jelikož tento proces snižuje vrchol napjatosti svalstva, čímž dochází i ve větší šanci ke snížení výskytu traumat (Freitas de et. al. 2019, s. 954).

Irini Papadopoulou je německá porodní asistentka, která zkoumala účinky třítýdenního cvičení s Epi-no balónkem s ohledem na pánevní dno po porodu. Soubor 34 respondentek s různými počty porodů uváděly v 76 % potíže s inkontinencí moče. Výsledky prezentují, že se síla svalů pánevního dna zvýšila o 60 % a pouze 26 % respondentek stále uvádělo potíže s únikem moči. V práci uvádí, že cvičení s vaginálním balónkem je přínosným i v kombinaci s běžnými cviky na svaly pánevního dna (Papadopoulou 2002, s. 1).

3 METODIKA VÝZKUMU

V empirické části diplomové práce je zahrnut námět práce, který se týká kvality života žen po vaginálním porodu při užívání vaginálních balónků v těhotenství. V dnešní době je vysoká poptávka žen pro profylaktickou přípravu k porodu, zájem je i o metody přípravy hráze a pánevního dna během těhotenství. Tudíž každá žena alespoň trochu doufá, že porod proběhne bez komplikací s možností intaktní hráze a omezení rozvoje komplikací z dysfunkce pánevního dna. Jelikož během těhotenství a porodu tělo ženy, a právě i pánevní dno a tkáň porodních cest jsou ovlivňovány změnami, které graviditou nastávají. Vaginální balónky jsou možností vědomého tréninku pánevního dna v těhotenství, po porodu i s možností následného využívání pro znovu-objevení pánevních svalů.

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Cílem výzkumného šetření je zjistit kvalitu života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónků v těhotenství.

3.1.1 Dílčí cíle a hypotézy

Stanovené dílčí cíle byly postaveny na pramenech teoretických poznatků a prostudované literatury. Hypotézy byly vytvořeny z podnětu vycházejících z cílů.

1. Zjistit, zda užívání vaginálních balónků v těhotenství má vliv na vznik porodního poranění.

H₀₁ Výskyt porodního poranění není závislý na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

2. Zjistit, zda cvičení s vaginálními balónky v těhotenství má vliv na výskyt úniku moči u žen po porodu.

H₀₂ Únik moči po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

3. Zjistit spojitost mezi porodním poraněním a výskytem úniku moči po porodu u žen cvičících s vaginálními balónky v těhotenství oproti ženám, které tuto metodu nevyužívaly.

H₀₃ Únik moči po porodu nezávisí na vzniku porodního poranění ve skupině žen užívající vaginálních balónků v těhotenství

H₀₄ Únik moči po porodu nezávisí na vzniku porodního poranění ve skupině žen neužívající vaginálních balónků v těhotenství

4. Zjistit, zda má parita vliv na výskyt úniku moči a stolice po porodu.

H₀₅ Ve skupině prvorodiček únik moči nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství

H₀₆ Ve skupině vícerodiček únik moči nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství

H₀₇ Ve skupině prvorodiček únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství

H₀₈ Ve skupině vícerodiček únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství

5. Zjistit, zda cvičení s vaginálními balónky v těhotenství má vliv na výskyt úniku stolice u žen po porodu

H₀₉ Únik stolice po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

6. Zjistit, zda má užívání vaginálních balónků vliv na potíže se sexuálním životem po porodu.

H₀₁₀ Sexuální potíže žen po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

7. Zjistit, zda má vliv užívání vaginálních balónku v těhotenství na dobu zahájení sexuálního života po porodu.

H₀₁₁ Doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

8. Zjistit, zda má porodní poranění vliv na dobu zahájení sexuálního života.

H₀₁₂ Doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na porodním poranění ve skupině žen užívajících pomůcky

H₀₁₃ Doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na porodním poranění ve skupině žen neužívajících pomůcky

3.2 Charakteristika souboru

Do výzkumného souboru byly zařazeny ženy, které splnily kritéria pro vstup do zkoumaného vzorku. Respondentky byly seznámeny s anonymitou získaných dat a po jejich zvážení souhlasu přistupovaly k realizaci dotazníkového šetření, tudíž osobním vyplněním dotazníku a informovaného souhlasu vyjádřily souhlasné stanovisko. Výzkumný soubor tedy obsahuje 394 respondentek, které užívaly či nevyužívaly vaginální balónky, jež jsou klíčovým faktem diplomové práce.

Kritéria pro zařazení do výzkumného šetření:

1. Ženy, které ukončily těhotenství vaginálním porodem.
2. Ženy, které dosáhly plnoletosti 18-ti let.
3. Minimální doba půl roku od posledního porodu.
4. Řádně vyplněný dotazník.

Kritéria nezařazení do výzkumného šetření:

1. Nesouhlas se získáváním dat pomocí dotazníkového šetření.
2. Ženy, které ukončily těhotenství císařským řezem.
3. Neúplné vyplnění dotazníků.

3.3 Metoda sběru dat a realizace výzkumu

3.3.1 Metoda sběru dat

Pro výzkumnou složku diplomové práce byl využit kvantitativní výzkum prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Souhlas se zařazením do výzkumného souboru daly ženy prostřednictvím vyplnění předloženého dotazníku a informovaného souhlasu.

Dotazník v úvodu obsahuje krátké sdělení o charakteristice a obsahu dotazníku. Poté jsou uvedeny krátké instrukce pro vyplnění jednotlivých typů otázek. Dotazníková forma konkrétně zjišťuje odpovědi na 28 otázek. Otázky byly konstruovány pro všeobecné podněty týkající se žen po vaginálních porodech s minimální dobou od porodu půl roku a poté je konkrétnost otázek zaměřena na ženy užívající či neužívající vaginální balónky v těhotenství. Uváděné otázky jsou formou uzavřených a polouzavřených typů. Dle počtu variant odpovědí jednotlivých otázek byly zvoleny dichotomické otázky (ANO/NE) a polytomické otázky s větším množstvím variací odpovědí i s možností volby jiné varianty. Při vyplňování jednotlivých otázek dotazníku byly ženy instruovány poznámkami při jednotlivých odpovědích (Například pokračujte otázkou č. 16), aby bylo dosaženo plynulého toku vyplňování otázek pro rozlišnost žen užívající či neužívající Aniball/ Epi-no balónek v těhotenství a následné potíže, které je mohly trápit.

3.3.2 Realizace výzkumu

Zahajovací kroky přípravy výzkumu obsahovaly prvotní studium literatury a rešeršní kroky problematiky diplomové práce. Kdy následně byly stanoveny výzkumné cíle, metoda kvantitativního výzkumu a kritéria výzkumného vzorku. Po teoretické přípravě výzkumné části byla zpracována žádost s kompletními údaji o diplomové práci a odeslána k vyjádření etické komisi. Po jejím zasedání bylo vydáno souhlasné stanovisko k výzkumné části diplomové práce etickou komisí FZV UP (viz. Příloha 3). Byla provedena pilotní realizace výzkumu pro zhodnocení správnosti a úplnosti obsahu dotazníku, osobně ženami po jejich předchozím souhlasu, výzkumný soubor obsahoval 15 respondentek, které nebyly zahrnuty do hlavního zkoumaného souboru. Po zhodnocení pilotní realizace byly provedeny drobné změny v dotazníku pro správnou formulaci otázek, logickou

návaznost pro obě skupiny žen (užívající či neužívající vaginální balónky v těhotenství). Výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření byl realizován v gynekologických ambulancích po předchozím vydání jejich souhlasných stanovisek (viz. Příloha 4). Realizační doba empirické části byla od 5.11.2019 do 29.2.2020. Dotazníkové šetření probíhalo i online formou na sociální síti a internetové stránce pro tvorbu dotazníku, které mělo totožnou formu i obsah s tištěnými dotazníky. Konkrétně byly uveřejněné na facebookové stránce Aniball zkušenosti, modrykonik.cz, emimino.cz. Tištěné dotazníky byly mnou osobně předány do gynekologických ambulančí v uzavíratelných složkách pro zachování anonymity. Byly vydávány personálem jednotlivých ambulančí a shromažďovány na neveřejném místě. Konkrétně se jednalo o gynekologickou ambulanci MUDr. Jiřího Bojka a MUDr. Ladislava Ciencialy v Jablunkově, poté ambulance MUDr. Ladislava Ciencialy zastoupenou MUDr. Romanem Schreierem v Třinci, MUDr. Jany Hlisnikowské, MUDr. Michala Fišary a MUDr. Pavla Szwarce v Třinci. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, počet navrácených dotazníků byl 251. Po kontrole jednotlivých vyplněných dotazníků jich bylo 9 vyřazeno pro neúplné vyplnění otázek či ženy po císařském řezu. Procentuální vyjádření návratnosti bylo 84 %. Celkový soubor získaný sběrem dat v gynekologických ambulancích byl 242 dotazníků. Online verze nashromáždila vzorek o velikosti 152 dotazníků.

3.4 Metody zpracování dat

Získaná data metodou kvantitativního výzkumu byla pečlivě převáděna do programu Microsoft Office Excel 2016 s následným zpracováním a vyhodnocením. Jednotlivá data byla identifikována číslem a poté pro statistické zpracování číselně kódována. Pomocí tohoto programu bylo vytvořeno tabulkové i grafické znázornění jednotlivých získaných dat. Statistické testování dat bylo provedeno pomocí programu R-software.

Testování empirických dat bylo konzultováno se statistikem. Nejprve došlo ke stanovení jednotlivých proměnných a poté k testování získaných údajů stanovených otázek v dotazníku pomocí tzv. popisné statistiky. Získaly jsme charakteristické výsledky absolutní a relativní četnosti, medián, mean, minimum a maximum. Pro testování hypotéz byly použity statistické vzorce *Pearsonův chí-kvadrát test* a *Fisherův exaktní test*. Pro oba statistické testy byla stanovena hladina významnosti $\alpha=0,05$ (tj. 5 %).

- *Pearsonův chí-kvadrát test* neboli test nezávislosti je nejpoužívanějším testem pro kontingenční tabulky. Nulová hypotéza poskytuje tvrzení o nezávislosti veličin X a Y. Vychází z toho, že pravděpodobnost nastání veličiny X neovlivní nastání náhodné veličiny

Y (Testování nezávislosti (Pearsonův chí-kvadrát test). *Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity* [online].)

- *Fisherův exaktní test* byl vytvořen pro výpočty přesné neboli exaktní pravděpodobnosti pro čtyřpolní tabulky, ale použit je možné při jeho zobecnění na libovolnou kontingenční tabulku. Exaktní test sleduje platnost nulové hypotézy o nezávislosti veličin X a Y. Fisherův test není standardním testem (**Fisherův exaktní test.** *Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity* [online]).
- P-hodnota je nejmenší hladinou významnosti testu, při které ještě zamítáme H_0 . Z čehož vychází, že čím je tato hodnota nižší, tím méně nám test uvádí pravděpodobnost platnosti H_0 . Dochází k porovnávání P-hodnoty se zvolenou hladinou významnosti, pokud P-hodnota klesá pod tuto hladinu mohu H_0 je zamítána (**P-hodnota a její interpretace.** *Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity* [online]).

Většina dílčích cílů a jejich stanovených hypotéz byly vyhodnoceny pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Sedmý a osmý dílčí cíl byl statistický testován pomocí Fisherova exaktního testu, jelikož nedošlo k naplnění podmínek pro testování pomocí chí-kvadrát testu. Pouze čtvrtý dílčí cíl byl hodnocen jejich kombinací, a to opět z důvodu nesplnění podmínek pro využití Chí-kvadrát testu.

3.5 Etické aspekty

Výzkumná šetření v medicíně, lékařství a ošetrovatelství sebou nese důležitost etických otázek. Jelikož jedná se o výzkumnou práci s člověkem je nutno dbát jeho úcty, zachování důstojnosti, spravedlnosti a prospěšnosti. Etické principy se staví na udržování úcty k lidem, dodržování důstojnosti, neškození, spravedlnosti, anonymitě, důvěrnosti a nutnost poskytnout informovaný souhlas či sdělení. Před samotným zahájením výzkumu bylo vydáno souhlasné stanovisko etické komise FZV UP pro realizaci výzkumné šetření. Dotazníkové šetření probíhalo v anonymitě i spolu s následným zpracováním dat a jejich interpretace podléhala přísnému kritériu neporušení ochrany osobních údajů (**Kutnohorská 2009, s. 97-105**).

Respondentky přistupovaly k výzkumnému šetření po předchozím informovaném sdělení o jeho průběhu a možnosti svobodného rozhodnutí podílet se na výzkumné realizaci. Z morální stránky výzkumného šetření vyplývá přesná interpretace teoretických poznatků a jejich pravdivé citování, poskytování přesných výsledků, ke kterým jsme šetřením dospěly a nezamlčovat nechtěné údaje či chyby, které se mohly vyskytnout. Výsledky nebyly žádným způsobem změněny, odstraněny či upraveny.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Statistické vyhodnocení dotazníku

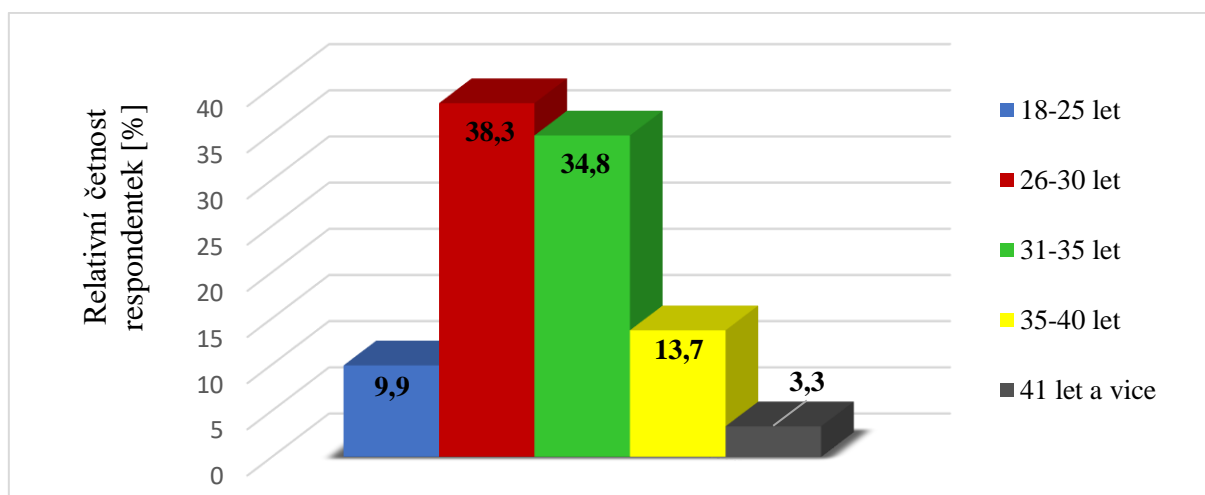
Otázka číslo 1: Kolik Vám je let?

Tabulka 1 Přehled věkových skupin respondentek

Věk respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
18-25 let	39	9,9
26-30 let	151	38,3
31-35 let	137	34,8
35-40 let	54	13,7
41 let a více	13	3,3
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Otázka č. 1 zjišťuje demografické údaje věkových kategorií respondentek, které mohly zvolit jednu z několika možností. Jedná se o uzavřenou otázku s pylotomickými možnostmi odpovědí. V grafickém a tabulkovém znázornění je ve věku 18-25 let 39 respondentek, což v procentuálním vyjádření vychází na 9,9 %, 26-30 let je nejpočetnější kategorie s 151 respondentkami s prezentací v procentech 38,3 %. Druhou nejpočetnější skupinou je věková kategorie 31-35 let s počtem 137 respondentek (34,8 %). Poslední volenou možností byla kategorie 41 let a více, kterou zvolilo 13 žen (3,3 %).



Graf 1 Přehled věkových skupin respondentek

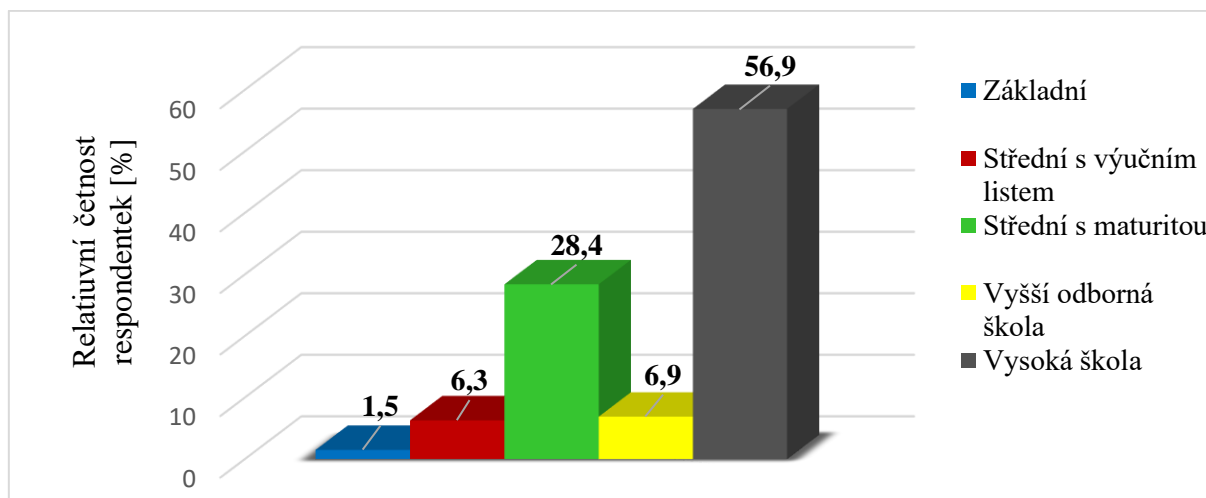
Otázka číslo 2: Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Základní	6	1,5
Střední s výučním listem	25	6,3
Střední s maturitou	112	28,4
Vyšší odborná škola	27	6,9
Vysoká škola	224	56,9
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Otázka č. 2 spadá opět k demografickému mapování, konkrétně se jedná o zjišťování ukončeného vzdělání zkoumaného souboru respondentek. Otázka je uzavřeného typu s polytomickými možnostmi odpovědi. V souboru je 6 respondentek se základním vzděláním (1,5 %), odpověď střední výuční list zvolilo 25 žen (6,3 %). Možnost střední školy s maturitní zkouškou byla zvolena u 112 žen (28,4 %), další volba byla vyšší odborná škola a to u 27 respondentek (6,9 %). Nejpočetnější skupinou respondentek jsou ženy s vysokoškolským vzděláním v počtu 224 (56,9 %), což je zřetelně vidět i v grafickém znázornění daných odpovědí.



Graf 2 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání

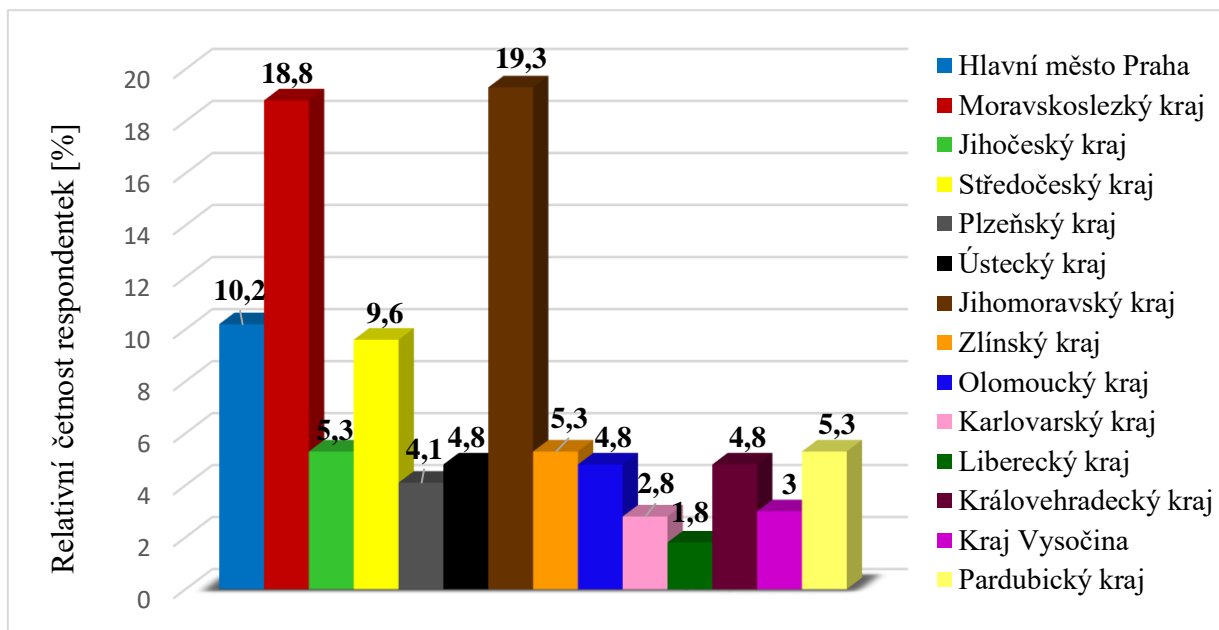
Otázka číslo 3: Ve kterém kraji žijete?

Tabulka 3 Přehled krajů České republiky respondentek zkoumaného souboru

Kraj	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Hlavní město Praha	40	10,2
Moravskoslezský kraj	74	18,8
Jihočeský kraj	21	5,3
Středočeský kraj	38	9,6
Plzeňský kraj	16	4,1
Ústecký kraj	19	4,8
Jihomoravský kraj	76	19,3
Zlínský kraj	21	5,3
Olomoucký kraj	19	4,8
Karlovarský kraj	11	2,8
Liberecký kraj	7	1,8
Královehradecký kraj	19	4,8
Kraj Vysočina	12	3
Pardubický kraj	21	5,3
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Otázka č. 3 je ve formě uzavřeného typu s polytomickými možnostmi odpovědí. Výzkumný soubor tvoří respondentky, které pocházejí ze 14 krajů České republiky. 40 respondentek volilo možnost Hlavního města Prahy (10,2 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy z Moravskoslezského kraje v počtu 74 žen (18,8 %), z Jihočeského kraje je 21 respondentek (5,3 %). Středočeský kraj volilo 38 žen (9,6 %), Plzeňský kraj zase 16 žen (4,1 %). Nejpočetnější skupinou se stal Jihomoravský kraj, který zvolilo až 76 respondentek (19,3 %). Ze Zlínského kraje je 21 respondentek (5,3 %), z Olomouckého kraje 19 respondentek (4,8 %) a Karlovarský kraj volilo 11 žen (2,8 %). 7 respondentek volilo Liberecký kraj (1,8 %), 19 žen pochází z Královehradeckého kraje (4,8 %), 12 žen z kraje Vysočina (3 %) a Pardubický kraj uvedlo 21 respondentek (5,3 %).



Graf 3 Přehled krajů České republiky respondentek zkoumaného souboru

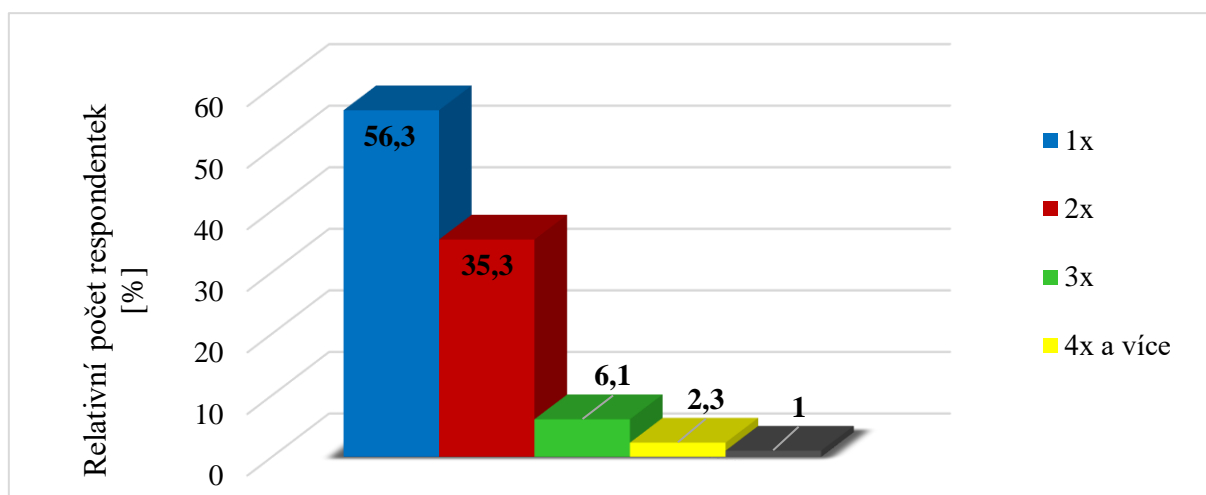
Otázka číslo 4: Kolikrát jste rodila?

Tabulka 4 Parita respondentek

Parita respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
1x	222	56,3
2x	139	35,3
3x	24	6,1
4x a více	9	2,3
∑ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulkové a grafické znázornění poukazuje na počty porodů respondentek zkoumaného souboru. Nejpočetnější skupinou byly ženy rodící poprvé, kterých je v souboru 222 (56,3 %). Po druhé rodících žen bylo v souboru 139 (35,3 %). Poté máme méně početnou skupinu, jenž jsou třikrát rodící ženy v počtu 24 (6,1 %) a žen rodících čtyřikrát a více je pouze 9 (2,3 %). V grafickém znázornění je velmi patrně vidět vedoucí počty jednou či dvakrát rodících žen.



Graf 4 Parita respondentek

Otázka číslo 5: Ve kterém roce/letech jste rodila a kolik Vám bylo při porodu/porozech let?

Tabulka 5 Pořadí porodů a rok porodu

Pořadí porodu	Minimum	1st Qu	Medián	Průměr	3rd Qu.	Maximum
	Rok porodu					
1. porod	1996	2015	2017	2016	2018	2019
2. porod	2000	2016	2018	2017	2019	2019
3. porod	2006	2015	2017	2016	2018	2019
4. porod	2015	2016	2017	2017	2018	2019
5. porod	2018	2018	2018	2018	2018	2018

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

V celkovém souboru zjišťujeme, že respondentky rodily maximálně 5krát. Z tabulkové zobrazení je vidět nejnižší a nejvyšší datace roku při jednotlivých porodech. Poté je znázorněn 25 % kvantil neboli spodní kvartil, medián, průměr, 75 % kvantil neboli horní kvartil. Průměrný rok pro první porod je 2016, pro druhý porod je to rok 2017, pro třetí porod 2016, čtvrtý porod má průměrný rok 2017 a pátý porod 2018.

Tabulka 6 Pořadí porodů a věk při porodu

Věk při porodech	Minimum	1st Qu	Medián	Průměr	3rd Qu.	Maximum
	Věk při porodech					
1. porod	18,0	25,0	27,0	27,6	30,0	39,0
2. porod	21,0	27,8	30,0	30,0	32,0	40,0
3. porod	26,0	30,0	33,0	32,5	35,0	38,0
4. porod	30,0	33,0	35,0	34,0	35,0	39,0
5. porod	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0	32,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Z celkového souboru zjišťujeme respondentky s nejnižším věkem 18 let a nejvyšším 40 let. Tabulkové zobrazení poukazuje na minimální a maximální věk respondentek při jednotlivých porodech, poté znázornění spodního kvartilu, mediánu, průměru a horního kvartilu. Průměrný věk prvorodiček byl 27,6 let, při druhém porodu to bylo 30 let, při třetím je výsledná průměrná hodnota 32,5 let. Čtvrtý porod a hodnota průměrného věku je 34 let a při pátém porodu byl věk zprůměrován na 32 let.

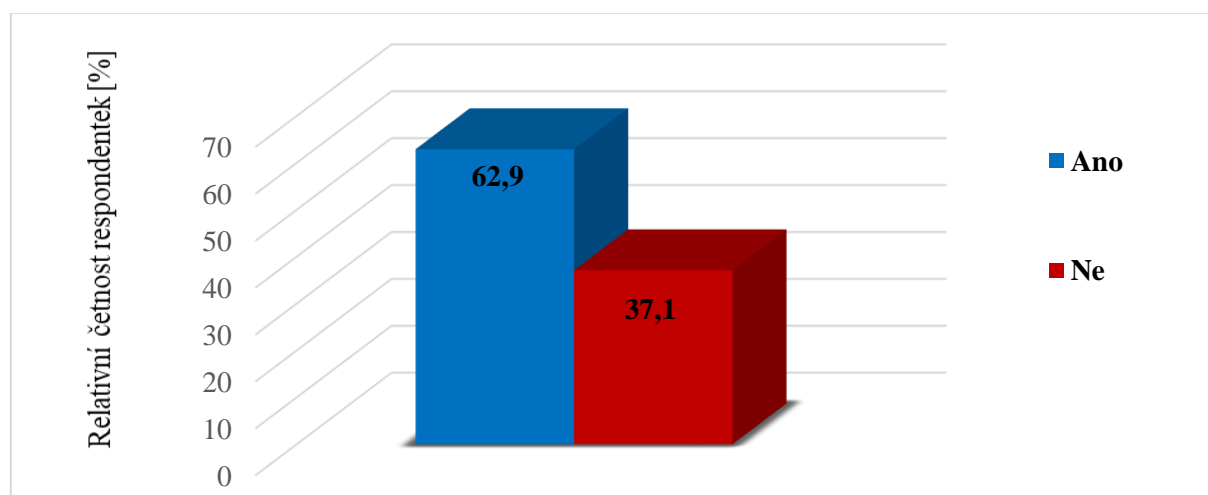
Otázka číslo 6: Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/Vašich těhotenstvích?

Tabulka 7 Užívání Aniballu v těhotenství

Užívání Aniballu v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	248	62,9
Ne	146	37,1
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulkový výčet zobrazuje, že 248 žen užívalo Aniball během svého těhotenství, což v procentuálním zobrazení vyjadřuje 62,9 % respondentek. Zbylé respondentky užívaly buďto Epi-no balónek nebo neužívaly žádnou pomůcku během svého těhotenství.



Graf 5 Užívání Aniballu v těhotenství

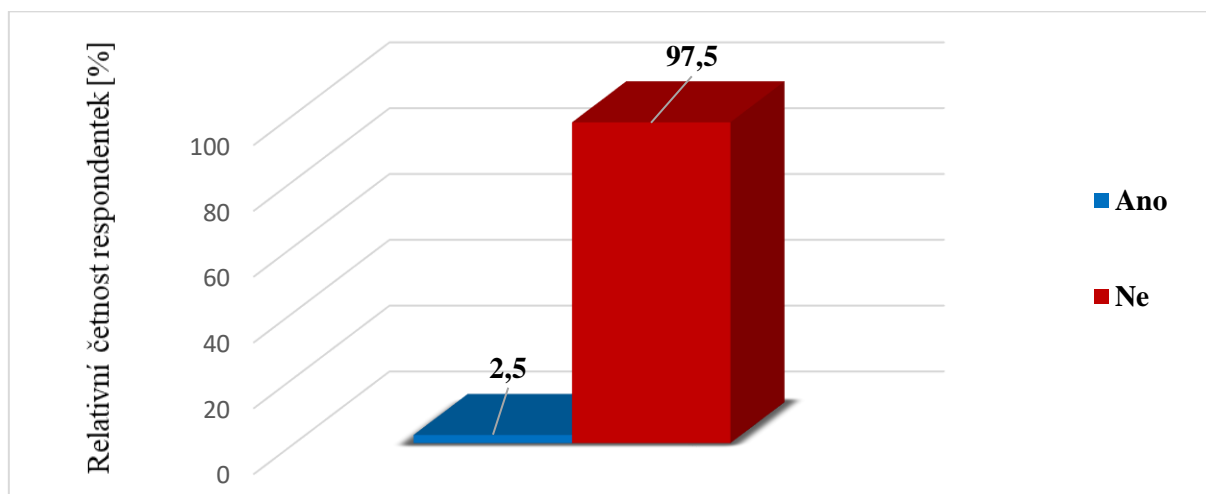
Otázka číslo 7: Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/Vašich těhotenstvích?

Tabulka 8 Užívání Epi-no balónku v těhotenství

Užívání Epi-no balónku v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	10	2,5
Ne	384	97,5
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Z tabulkové výčtu pozorujeme užívání Epi-no balónku pouze u 10 respondentek, což v procentuálním přepočtu vychází na 2,5 %. Zbylých 384 respondentek buďto užívalo Aniball nebo neužívalo žádnou z těchto pomůcek. Celkový soubor po sčítání žen užívající Aniball i Epi-no balónek a po zohlednění respondentek, které užívaly obě pomůcky vychází zkoumaný soubor žen užívajících vaginální balónky v počtu 256 respondentek.



Graf 6 Užívání Epi-no balónku v těhotenství

Otázka číslo 8: Cvičila jste s Aniballem/ Epi-No balónkem i po porodu?

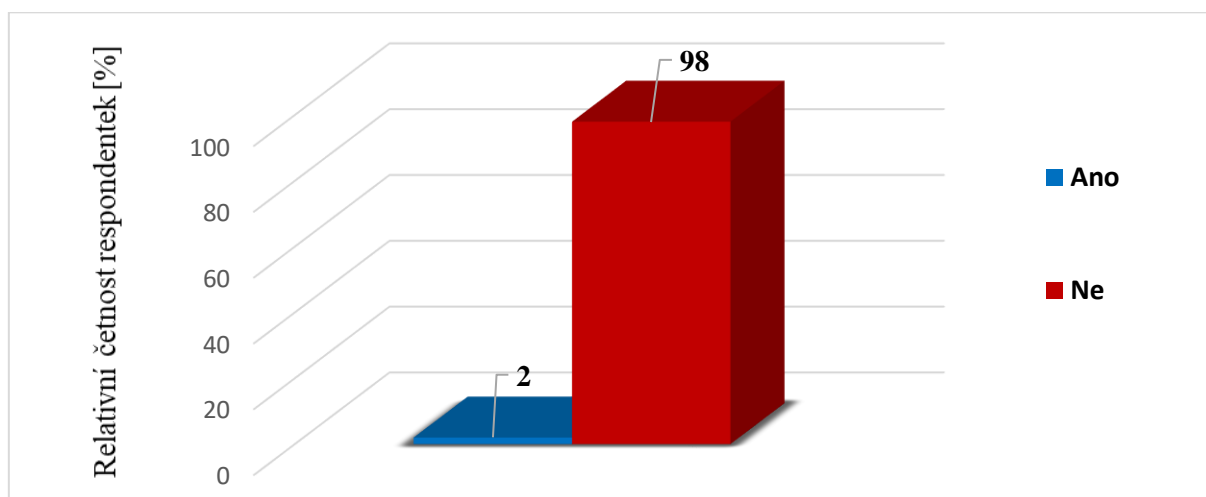
Tabulka 9 Užívání vaginálních balónku po porodu

Užívání vaginálních balónku po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	5	2
Ne	251	98
Σ Celkem	256	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tato otázka byla charakteristická pro ženy užívající balónky v těhotenství, které se vyjádřily i k užívání vaginálních balónku po porodu. Tabulka zobrazuje počet žen, které s vaginálními balónky

cvičily i po svém porodu. Pouze 5 respondentek si po porodu našlo čas na cvičení s Anibalem nebo Epi-no balónkem, v procentuálním přepočtu se jedná o 2 % žen. Většina respondentek užívajících vaginální balónky v těhotenství, tedy 251 žen již balónky po porodu nežívaly, což představuje 98 %.



Graf 7 Užívání vaginálních balónků po porodu

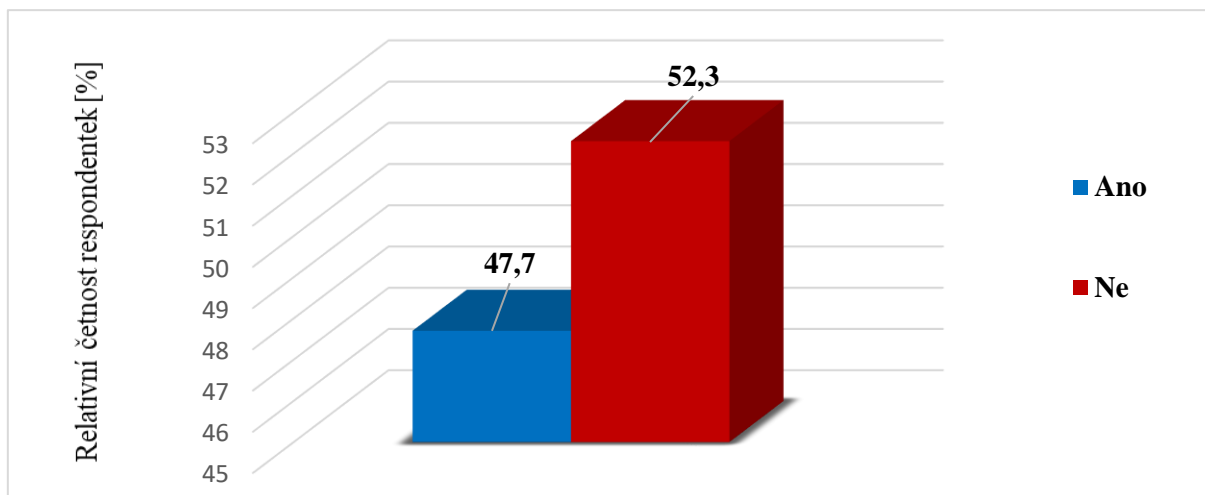
Otázka číslo 9: Přemýšlela jste před užíváním Aniballu/Epi-no balónku o komplikacích, o stavu porodních cest po porodu či o sexuálním životě?

Tabulka 10 Úvaha nad vaginálními balónky před jejich užíváním-celý soubor

Úvaha o vaginálních balóncích před užíváním	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	188	47,7
Ne	206	52,3
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Z toho tabulkového zobrazení vychází, že 188 respondentek uvedlo úvahu nad užíváním Aniballu či Epi-no balónku ze stran možných komplikací, stavu porodních cest či sexuálním životě. V procentuálním přepočtu se jedná o 47,7 % žen. Zbylé ženy nad užíváním těchto pomůcek a zmiňovaných parametrech vůbec nepřemýšlely. Soubor zaujímal všechny respondentky výzkumného šetření.



Graf 8 Úvaha nad vaginálními balónky před jejich užíváním-celý soubor

Tabulka 11 Úvaha nad vaginálními balónky před jejich užíváním u užívajících žen

Úvaha nad vaginálními balónky-užívající ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	162	63,3
Ne	94	36,7
Σ Celkem	256	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Při ohledu na ženy, které vaginální balónky užívaly se 162 respondentek zamýšlelo o pomůckách před jejich užíváním, v procentuálním vyjádření je to 63,3 % žen. Zbýlých 94 respondentek užívaly pomůcky bez předchozího zamýšlení se nad zmiňovanými parametry, procentuální přepočítání vychází na 36,7 % žen.

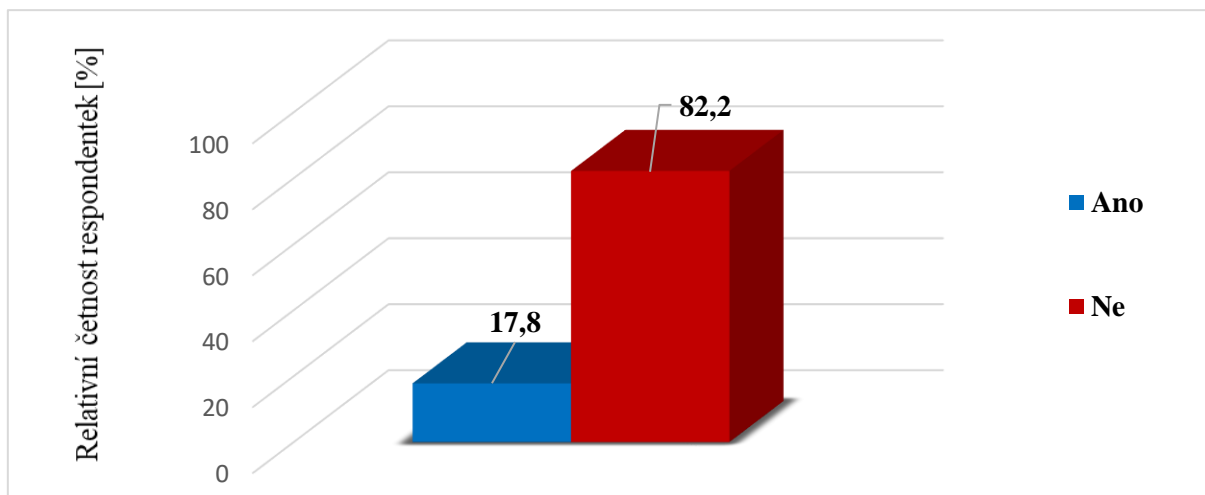
Otázka číslo 10: Měla jste obavy týkající se komplikací, stavu porodních cest a sexuálního života po porodu při užívání Aniballu/Epi-no balónku v těhotenství?

Tabulka 12 Obavy z komplikací při užívání vaginálních balónku v těhotenství – celý soubor

Obavy z komplikací – celý soubor	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	70	17,8
Ne	324	82,2
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Z tabulkového zobrazení vychází, že pouze 70 žen z celého zkoumaného souboru mělo obavy z užívání vaginálních pomůcek v těhotenství, procentuálním vyjádření se jednalo o 17,8 % respondentek. Zbýlých 324 žen uvedlo, že obavy z užívání pomůcek nemělo, procentuální prezentace je 82,2 % respondentek.



Graf 9 Obavy z komplikací při užívání vaginálních balónku v těhotenství – celý soubor

Tabulka 13 Obavy z komplikací při užívání vaginálních balónku v těhotenství – užívající ženy

Obavy z komplikací – užívající ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	57	22,3
Ne	199	77,7
∑ Celkem	256	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Pokud zohledníme pouze respondentky, které tyto pomůcky užívaly tabulkové zobrazení prezentuje 57 žen, které i přes obavy z užívání vaginálních balónku je v těhotenství využily. Procentuální vyjádření je 22,3 %. 199 respondentek Aniball a Epi-no balónek užívaly bez předchozích obav, což v procentuálním přepočtu vychází na 77,7 % žen.

Otázka číslo 11: Pokud jste užívala výše uvedené pomůcky (Aniball a Epi-no balónek), uveďte, v průběhu kterého/ kterých těhotenství jste je používala.

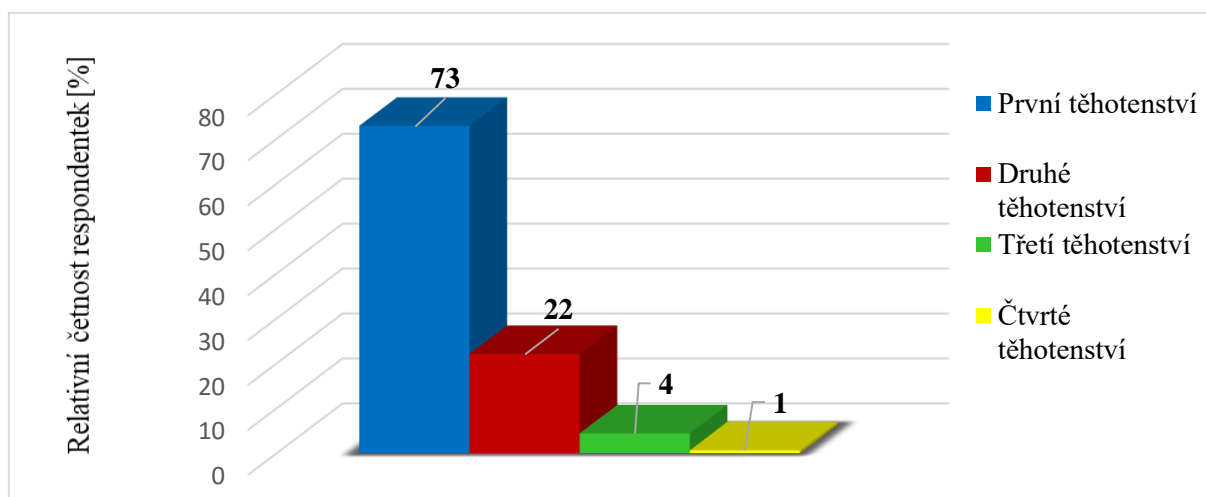
Tabulka 14 Užívání vaginálních balónků v rámci těhotenství

Užívání Aniballu/Epi-no balónku v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
První těhotenství	231	73
Druhé těhotenství	70	22
Třetí těhotenství	14	4
Čtvrté těhotenství	2	1
∑ Celkem	317	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Prezentace tabulky poukazuje je na užívání vaginálních balónku v jednotlivých těhotenstvích. Na tyto otázky zodpovídal soubor 256 respondentek, které pomůcky využívaly. Měly možnost volby

více odpovědí, jelikož vícerodičky mohly pomůcky využívat v každém svém těhotenství. První těhotenství bylo nejvolenějším obdobím pro tyto pomůcky, jelikož tuto možnost zvolilo 231 žen, což prokazuje až 73 % relativní četnost. Dále ženy balónky užívaly v rámci druhého těhotenství v počtu 70 žen s procentuálním vyjádřením 22 %. Třetí těhotenství zvolilo 14 respondentek s procentním přepočtem na 4 % a ve čtvrtém těhotenství byly pomůcky využity dvěma respondentkami s relativní četností 1 %.



Graf 10 Užíváních vaginálních balónků v rámci těhotenství

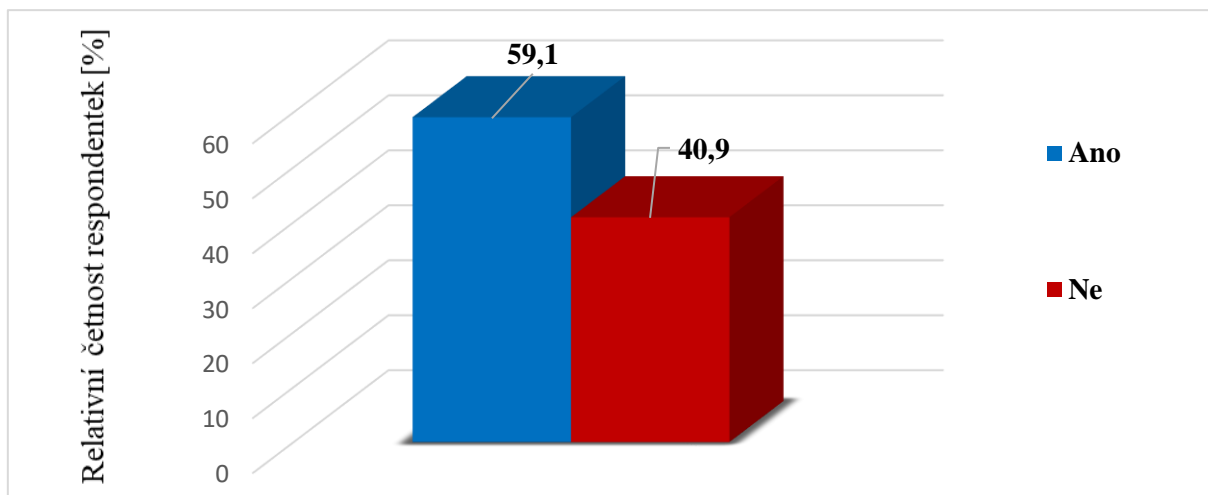
Otázka číslo 12: Vzniklo při Vašem/Vašich porodech porodní poranění?

Tabulka 15 Vznik porodního poranění – celý soubor

Vznik porodního poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	233	59,1
Ne	161	40,9
∑ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Touto odpovědí se zabýval celý výzkumný soubor žen, jednalo se o uzavřenou dichotomickou otázku. Z tabulkového zobrazení se prezentuje, že 233 respondentek utrpělo během svého porodu traumatizaci porodních cest, což představuje 59,1 %. Žen, které porodily s intaktními porodními cestami bylo 161 z čehož vychází 40,9 % relativní četnosti.



Graf 11 Vznik porodního poranění – celý soubor

Tabulka 16 Vznik porodního poranění – užívající žen

Vznik porodního poranění – užívající ženy	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	122	47,7
Ne	134	52,3
Σ Celkem	256	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Při orientaci na ženy, které užívaly vaginální balónky v těhotenství vychází, že 122 respondentek prodělalo traumata během porodu, což vychází na 47,7 %. 134 žen uvedlo, že porodily bez jakékoliv traumatizace porodních struktur, v procentuálním vyjádření se jedná o 52,3 % respondentek.

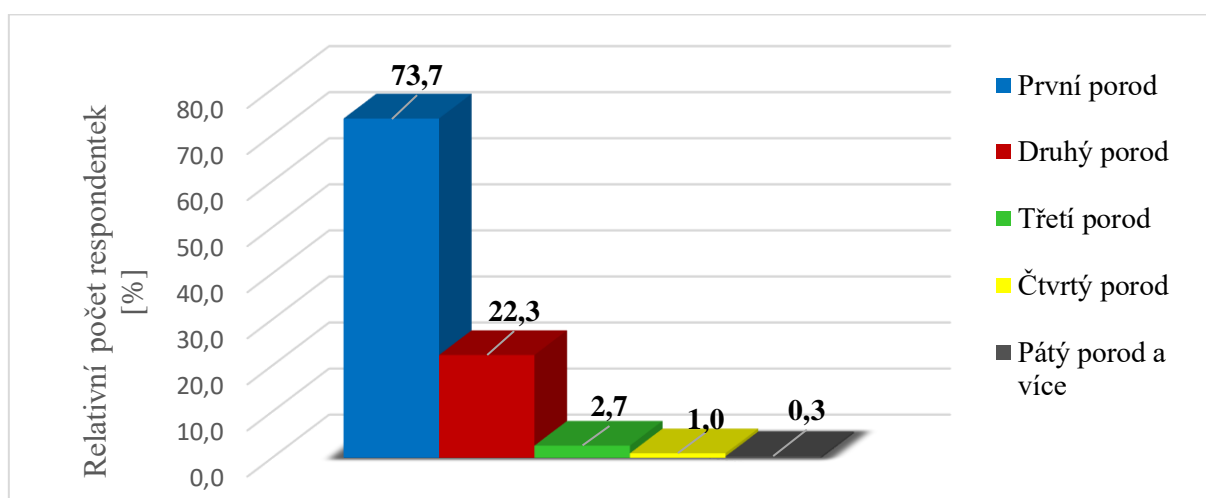
Otázka číslo 13: Pokud u Vás poranění vzniklo, uveďte prosím, v rámci, kterého porodu porodní poranění vzniklo.

Tabulka 17 Výskyt porodního poranění v rámci konkrétního porodu

Vznik porodní poranění – konkrétní porod	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
První porod	221	73,7
Druhý porod	67	22,3
Třetí porod	8	2,7
Čtvrtý porod	3	1,0
Pátý porod a více	1	0,3
Σ Celkem	300	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tato otázka prezentuje odpovědi traumatizace porodních cest při konkrétním porodu, tudíž na tuto otázku odpovídaly respondentky, kterým se porodní poranění nevyhnulo. Respondentky měly možnost volby více odpovědí, jelikož v rámci vícerodiček mohlo vzniknout poranění při více porodech. Během prvního porodu se projevilo porodní poranění u 221 respondentek s relativní četností 73,7 %, z čehož vychází, že se jedná o nejpočetnější kategorii. V rámci druhého porodu uvedlo traumatizaci 67 žen s procentuálním vyjádřením 22,3 %. 8 respondentek zvolilo porodní poranění při třetím porodu, což vyjadřuje 2,7 % četnost. Při čtvrtém porodu byly traumatizovány 3 ženy s procentuální prezentací 1 %. Pouze jedna respondentka uvedla, že byla poraněna v rámci svého pátého porodu, při procentuálním přepočtu vychází 0,3 %.



Graf 12 Výskyt porodního poranění v rámci konkrétního porodu

Otázka číslo 14: Pokud u Vás vzniklo poranění, jakého typu bylo? Uveďte k následujícím poraněním také, kterého porodu se poranění týkalo.

Tabulka 18 Typ porodního poranění s konkretizací porodu

Typ porodní poranění	n_i I. porod	f_i [%]	n_i II. porod	f_i [%]	n_i III. porod	f_i [%]	n_i IV. porod	f_i [%]	n_i V. porod	f_i [%]
Epiziotomie	133	51	19	31	3	38	1	33	1	100
Ruptura hráze I. stupně	36	14	18	29	3	38	1	33	-	0
Ruptura hráze II. stupně	20	8	10	16	1	13	1	33	-	0
Ruptura hráze III. stupně	13	5	2	3	-	0	-	0	-	0
Ruptura stydkých pysků	11	4	1	2	-	0	-	0	-	0
Ruptura parauretralis	7	3	2	3	-	0	-	0	-	0
Ruptura pochvy	35	13	10	16	-	0	-	0	-	0
Ruptura čípku	3	1	-	0	1	13	-	0	-	0
Lacerace hráze	2	1	-	0	-	0	-	0	-	0
Σ Celkem	260	100	62	100	8	100	3	100	1	100

n_i – Absolutní četnost, f_i – Relativní četnost

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

V rámci této otázky odpovídaly respondentky s porodní traumatizací porodních cest, jaký typ porodního poranění utrpěly a kterého porodu se jednotlivá poranění týkala. Dle tabulkové prezentace je zřejmé, že epiziotomie byla nejčastěji provedena u prvorodiček a poté její frekvence klesala. Takovýto klesající trend je vidět i u dalších porodních traumatizací uvedených v tabulce.

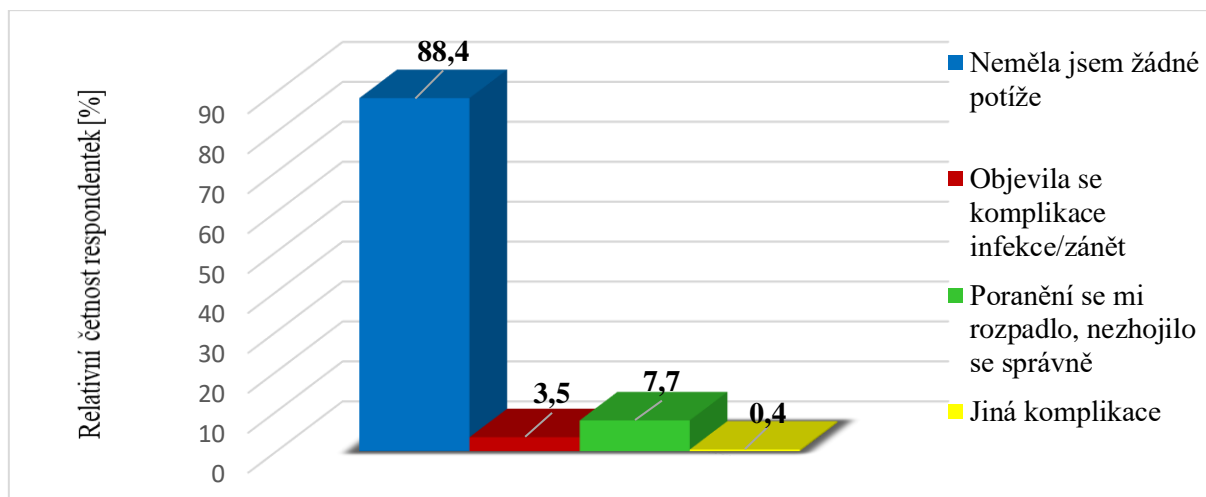
Otázka číslo 15: Pokud jste měla porodní poranění, jak se Vám hojilo?

Tabulka 19 Hojivost porodního poranění

Hojení porodního poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Neměla jsem žádné potíže	206	88,4
Objevila se komplikace infekce/zánět	8	3,5
Poranění se mi rozpadlo, nezhojilo se správně	18	7,7
Jiná komplikace	1	0,4
Σ Celkem	233	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Na tuto otázku odpovídal soubor 233 respondentek, které uvedly že během porodu došlo ve vzniku traumatu porodních cest. Ve většině případů respondenty neměly žádné potíže při hojení traumatizované oblasti, což uvedlo 206 žen s relativní četností 88,4 %. U 8 respondentek se hojivost komplikovala zánětlivým procesem, při procentuálním přepočtu se jedná o 3,5 %. Dehiscence neboli rozpad rány se projevila u 18 respondentek s relativní četností 7,7 %. Pouze jedna respondentka uvedla možnost volby jiné komplikace s odpovědí porušení citlivosti v oblasti porodního poranění, což se prezentuje 0,4 %.



Graf 13 Hojivost porodního poranění

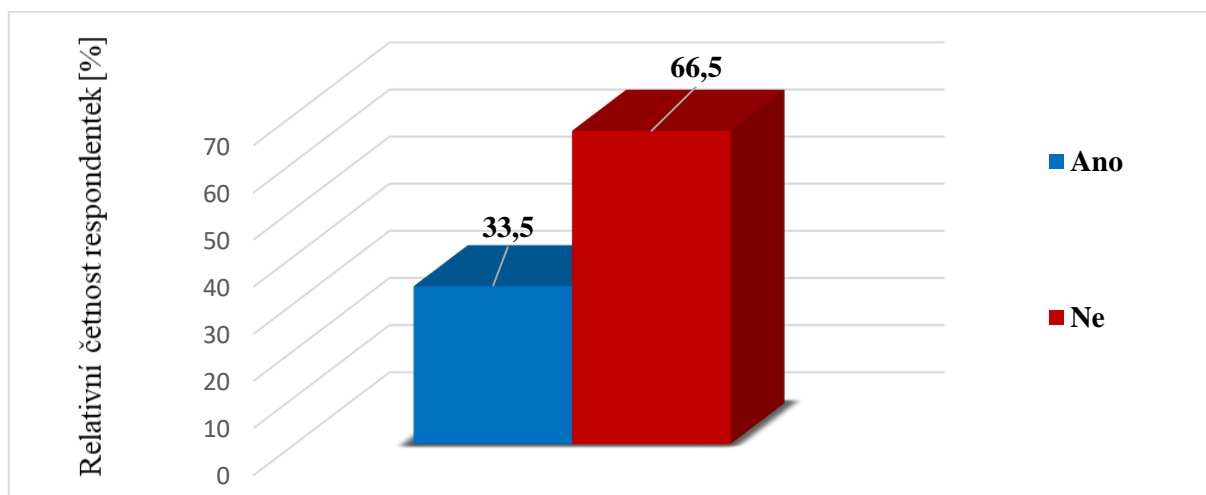
Otázka číslo 16: Měla jste nějaké potíže s mimovolným (vůli nekontrolovatelným) únikem moči po porodu?

Tabulka 20 Mimovolný únik moči po porodu

Mimovolný únik moči po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	132	33,5
Ne	262	66,5
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Na tuto otázku odpovídal celý soubor respondentek, jednalo se o uzavřenou dichotomickou otázku. Vůli nekontrolovatelným únikem moči po porodu trpí/trpělo 132 respondentek při přepočtu relativní četnosti jde o 33,5 % žen. 262 respondentek uvedlo, že se nerozvíjely potíže s únikem po porodu, procentuální vyjádření prezentuje 66,5 %.



Graf 14 Mimovolný únik moči po porodu

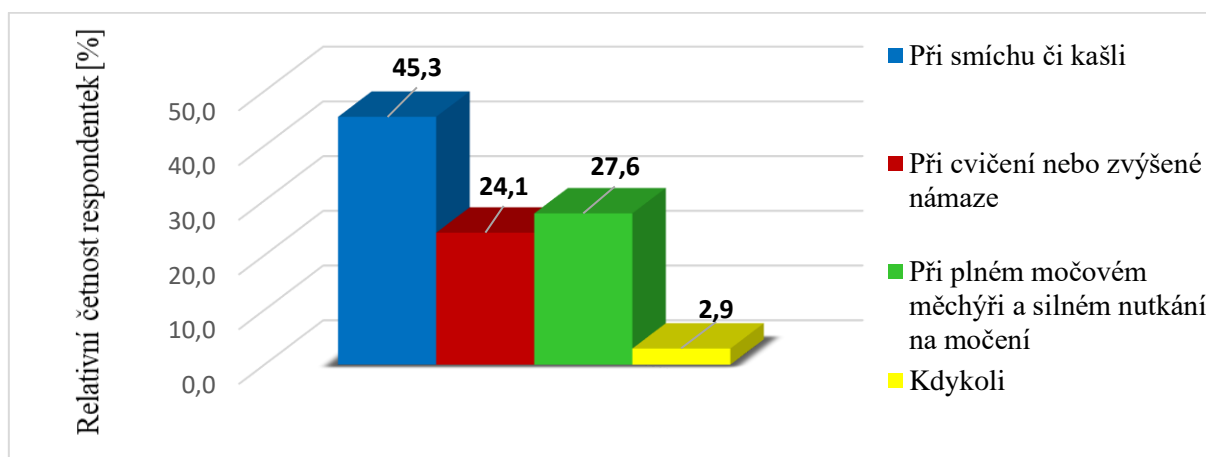
Otázka číslo 17: Pokud jste uvedla potíže s únikem moči po porodu, kdy k tomu dochází nejčastěji?

Tabulka 21 Charakter výskytu mimovolného úniku moči po porodu

Výskyt úniku moči	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Při smíchu či kašli	77	45,3
Při cvičení nebo zvýšené námaze	41	24,1
Při plném močovém měchýři a silném nutkání na močení	47	27,6
Kdykoli	5	2,9
Σ Celkem	170	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Otázku zodpovídaly respondentky, které uvedly potíže s únikem moči po porodu. Tabulkové a grafické zobrazení prezentuje při jakých příležitostech dochází k únikům. Únik moči při smíchu či kašli uvedlo 77 respondentek, relativní četnost je 45,3 %. Při cvičení nebo zvýšené námaze určilo únik 41 žen, kdy relativní četnost vychází na 24,1 %. Při plném močovém měchýři a silném nutkání na močení moč uniká/unikala u 47 respondentek, procentuální vyjádření prezentuje 27,6 %. Odpověď úniku moči kdykoliv uvedlo 5 respondentek při přepočtu se jedná o 2,9 %.



Graf 15 Charakter výskytu mimovolného úniku moči po porodu

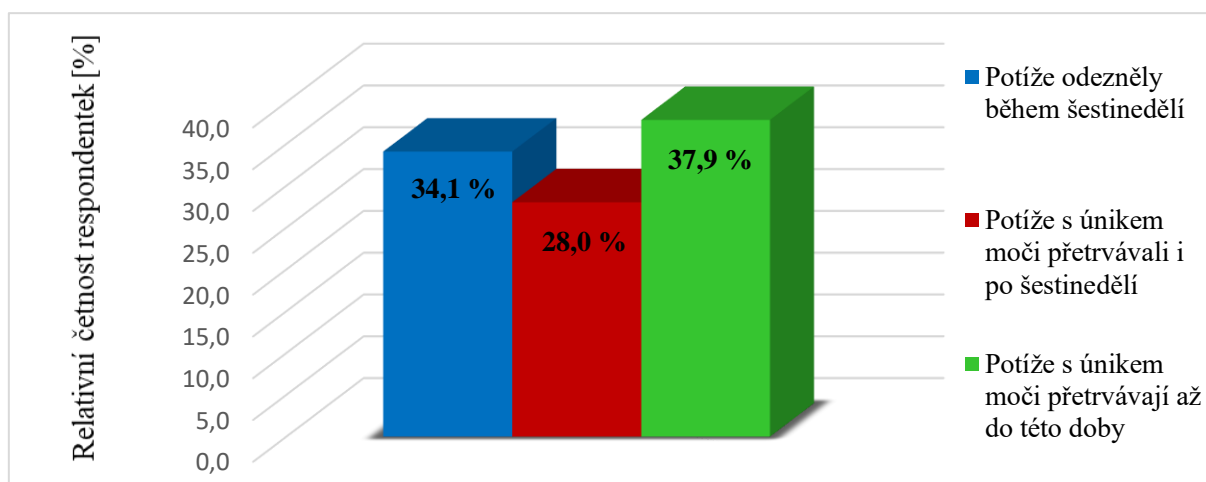
Otázka číslo 18: Pokud jste uvedla potíže s únikem moči, kdy došlo k odeznění těchto potíží?

Tabulka 22 Odeznění potíží s únikem moči

Odeznění potíží mimovolného úniku moči	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Potíže odezněly během šestinedělí	45	34,1
Potíže s únikem moči přetrvávali i po šestinedělí	37	28,0
Potíže s únikem moči přetrvávají až do této doby	50	37,9
Σ Celkem	132	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Na tuto otázku odpovídaly opět ženy s potížemi úniku moči, jejich odpovědi se týkaly odeznění potíží. 45 respondentek zvolilo, že potíže s únikem moči odezněly během 6 týdnů po porodu, relativní četnost vychází na 34,1 %. Únik moči trápil ženy i po šestinedělí v 34 případech, což vychází na 28,0 %. 50 respondentek zvolilo odpověď potíží s únikem moči až do této doby, relativní četnost je 37,9 %. Jedná se o ženy s celým spektrem počtu porodů, pokud bychom chtěli eliminovat poslední rok porodu, což se jedná o rok 2019, zůstalo by nám 42 respondentek, které trápí únik moči až do této doby. Při eliminaci i žen které rodily v roce 2018, zůstane 23 respondentek.



Graf 16 Odeznění potíží s únikem moči

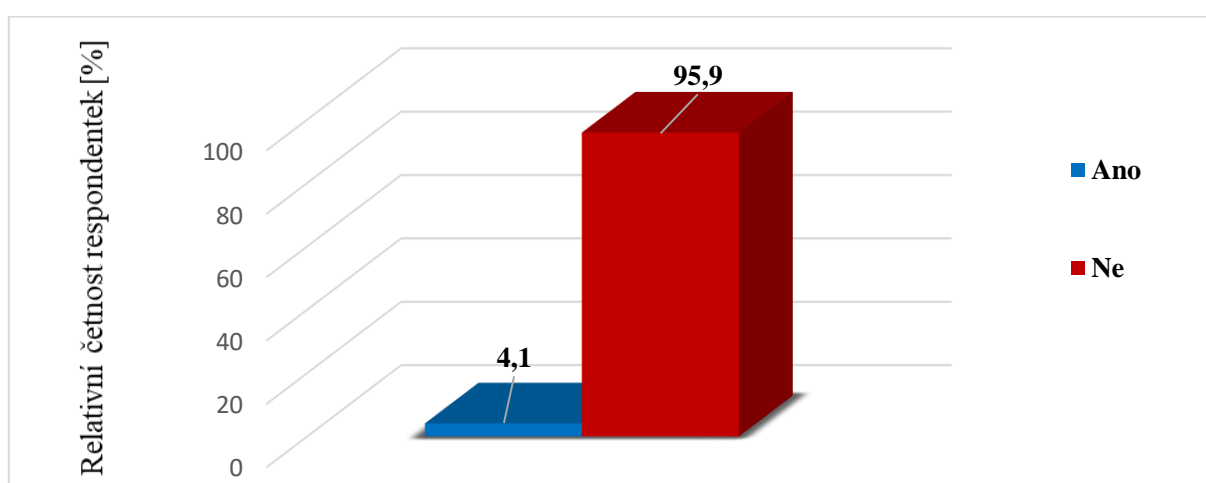
Otázka číslo 19: Měla jste potíže s únikem stolice po porodu?

Tabulka 23 Potíže s únikem stolice po porodu

Únik stolice po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	16	4,1
Ne	378	95,9
Σ Celkem	394	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Jednalo se o uzavřenou dichotomickou otázku. Otázka byla odpovídána všemi respondentkami, tabulkové a grafické znázornění prezentuje potíže s únikem stolice po porodu. Pouze 16 respondentek se potýkalo s touto potíží, procentuální vyjádření sčítá 4,1 %. U zbylých 378 respondentek se problémy s únikem stolice neprojeví, kdy procentuálně se jedná o 95,9 %.



Graf 17 Potíže s únikem stolice po porodu

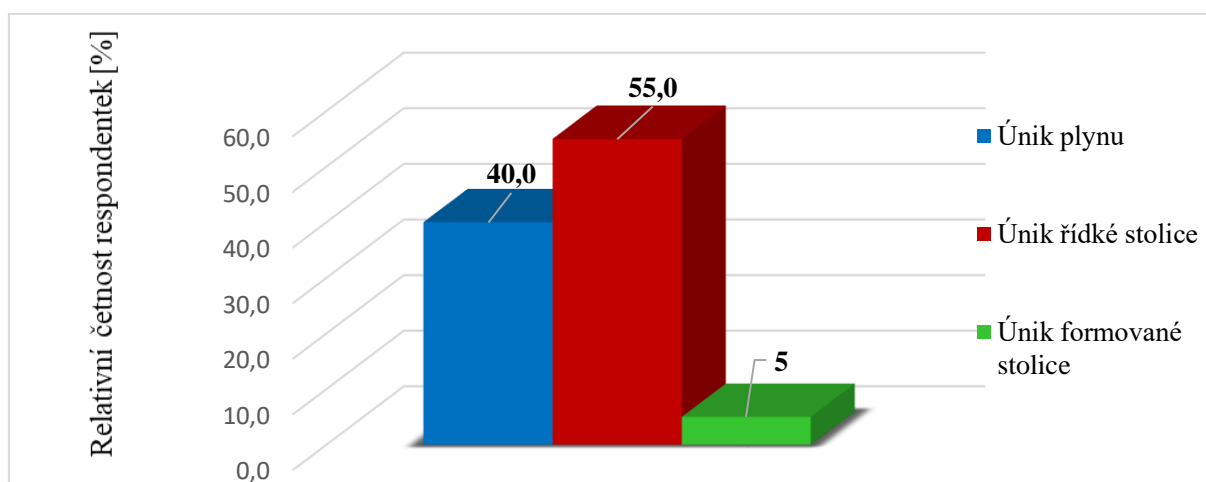
Otázka číslo 20: Pokud jste uvedla potíže s únikem stolice, jaký charakter potíže měly?

Tabulka 24 Charakter úniku stolice

Charakter úniku stolice	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Únik plynu	8	40,0
Únik řídké stolice	11	55,0
Únik formované stolice	1	5,0
Σ Celkem	20	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Otázku zodpovídaly respondentky jenže se potýkaly s potížemi úniku stolice po porodu. Jednalo se o uzavřenou polytomickou otázku, ve které mohly ženy zvolit více odpovědí. Únik plynů trápil 8 respondentek, procentuální vyjádření je 40 % žen. 11 respondentek trápil únik řídké stolice, což bylo až 55 % žen. Pouze jedna respondentka uvedla potíže s únikem formované stolice, procentuální výpočet je 5 %.



Graf 18 Charakter úniku stolice

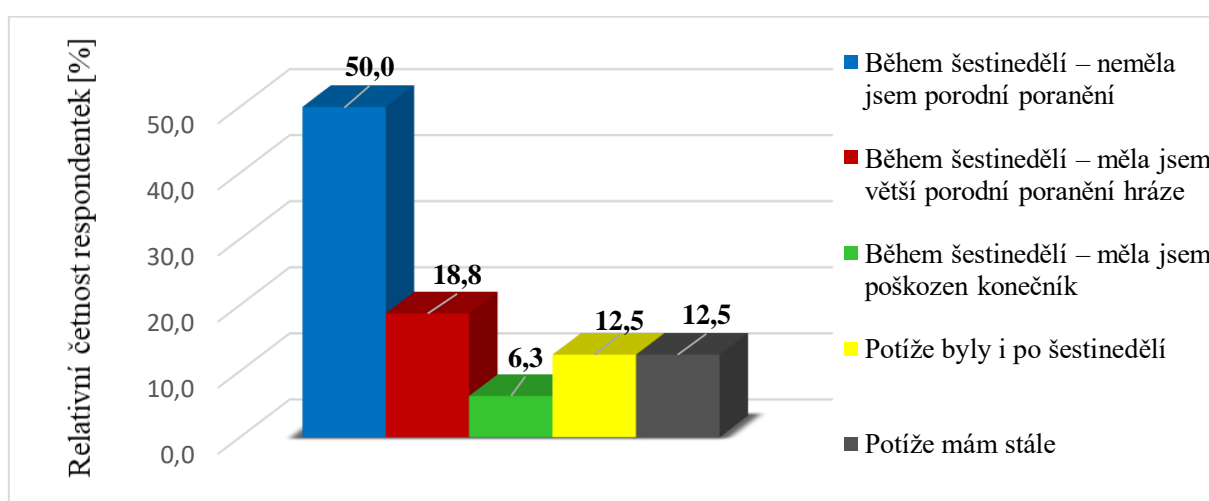
Otázka číslo 21: Pokud jste uvedla potíže s únikem stolice po porodu, kdy došlo k nápravě?

Tabulka 25 Odeznění potíží s únikem stolice

Odeznění potíží s únikem stolice	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Během šestinedělí – neměla jsem porodní poranění	8	50,0
Během šestinedělí – měla jsem větší porodní poranění hráze	3	18,8
Během šestinedělí – měla jsem poškozen konečník	1	6,3
Potíže byly i po šestinedělí	2	12,5
Potíže mám stále	2	12,5
Σ Celkem	16	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Na tuto otázku opět odpovídaly pouze respondentky, které v předchozích otázkách sdělily potíže s únikem stolice po porodu. Z tabulkové a grafické prezentace odpovědí vychází v polovině případů potíže odezněly během šestinedělí, konkrétně u 8 respondentek, které neměly žádné porodní poranění, procentuální výsledek je 50 %. 3 respondentky uvedly nápravu potíží během šestinedělí i s větším porodním poraněním, procentuálně se dostáváme k 18,8 %. Pouze jedna respondentka uvedla nápravu potíží s únikem stolice, i když během porodu došlo k poranění svěračů konečníku, relativní četnost prezentuje 6,3 %. Únik stolice trápil 2 ženy i po ukončení šestinedělí, procentuálním vyjádřením je to 12,5 %. Potíže s fekální inkontinencí trápí 2 respondentky až do této doby, relativní četnost sčítá 12,5 %. Tyto respondentky jsou prvorodičkami, kdežto jedna rodila v roce 2019 a druhá v roce 2018.



Graf 19 Odeznění potíží s únikem stolice

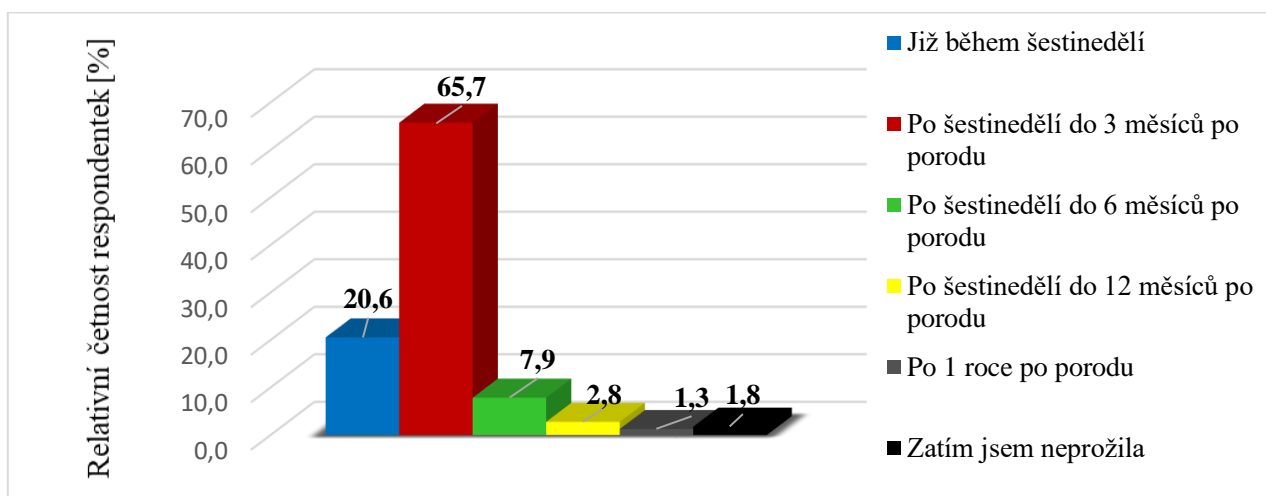
Otázka číslo 22: Kdy jste prožila svůj první sexuální styk po porodu?

Tabulka 26 Prožití prvního sexuálního styku po porodu

Prožití prvního sexuálního styku po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Již během šestinedělí	81	20,6
Po šestinedělí do 3 měsíců po porodu	259	65,7
Po šestinedělí do 6 měsíců po porodu	31	7,9
Po šestinedělí do 12 měsíců po porodu	11	2,8
Po 1 roce po porodu	5	1,3
Zatím jsem neprožila	7	1,8
Σ Celkem	394	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Celý výzkumný soubor respondentek zodpovídal otázku prvního sexuálního styku po porodu, jedná se o uzavřenou polytomickou otázku. Během šestinedělí prožilo sexuální styk 81 respondentek, relativní četnost je 20,6 %. Nejvíce respondentek, konkrétně 259 uvedlo pohlavní styk po šestinedělí do 3 měsíců po porodu, relativní četnost dosahovala až 65,7 %. Po šestinedělí do 6 měsíců po porodu označilo 31 respondentek, což značí relativní četnost 7,9 %. 11 respondentek vyjádřilo, že pohlavní styk prožily po šestinedělí do 12 měsíců po porodu s procentuálním vyjádřením 2,8 %. Po 1 roce po porodu zahájilo sexuální život 5 respondentek, při procentuálním výpočtu to vychází na 1,3 %. 7 respondentek uvedlo, že sexuální život ještě nezahájily, což prezentuje 1,8 %. Ženy, které ještě neprožily první sexuální styk rodily v letech 2018 a 2019.



Graf 20 Prožití prvního sexuálního styku po porodu

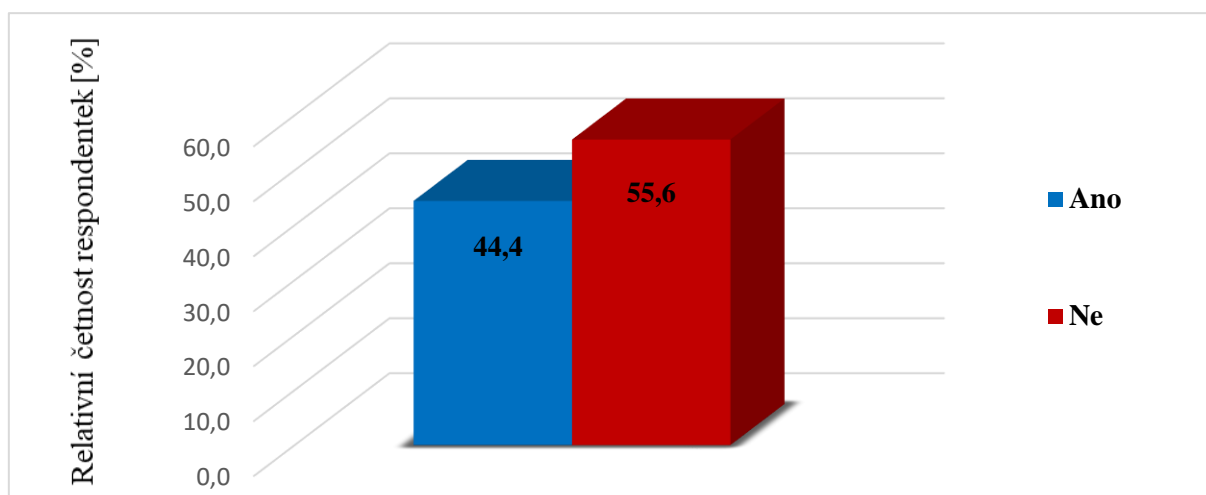
Otázka 23: Vnímáte sexuální styk jinak než před porodem?

Tabulka 27 Změna vnímání sexuálního styku

Změna vnímání sexuálního styku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	175	44,4
Ne	219	55,6
Σ Celkem	394	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Otázka byla zodpovídání celým souborem respondentek, jedná se o uzavřenou dichotomickou otázku. Z tabulkového a grafického znázornění prezentuje, že 175 respondentek uvedlo změnu ve vnímání sexuálního styku před porodem, což poukazuje na 44,4 % četnost. Zbylých 219 respondentek nevyjádřilo změnu ve vnímání pohlavního styku po jejich porodu, což se prezentuje 55,6 % četnosti.



Graf 21 Změna vnímání sexuálního styku

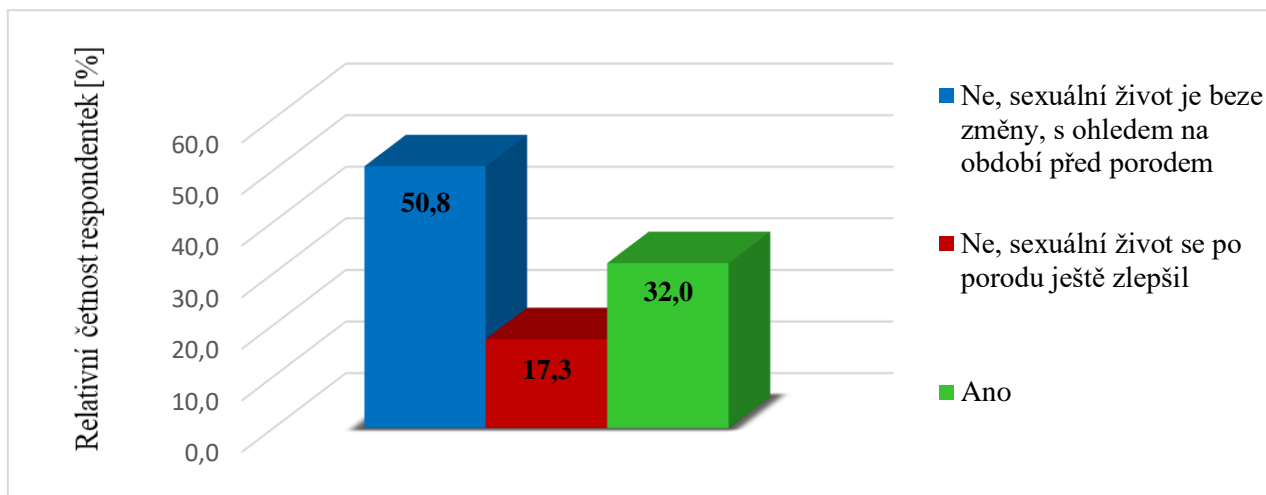
Otázka číslo 24: Projevily se u Vás po porodu potíže se sexuálním životem?

Tabulka 28 Potíže se sexuálním životem po porodu

Potíže se sexuálním životem po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ne, sexuální život je beze změny, s ohledem na období před porodem	200	50,8
Ne, sexuální život se po porodu ještě zlepšil	68	17,3
Ano	126	32,0
Σ Celkem	394	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulkové a grafické zpracování znázorňuje odpovědi zkoumaného souboru respondentek. Jedná se o otázku uzavřenou polytomickou. Sexuální život beze změny i při ohledu na období před porodem uvedlo 200 respondentek, relativní četnost uvádí 50,8 %. Zlepšení sexuálního života po porodu uvádí 68 respondentek s procentuálním vyjádřením 17,3 %. Potíže, které ovlivňují sexuální život uvedlo 126 respondentek, kdy relativní četnost dosahuje k 32 %.



Graf 22 Potíže se sexuálním životem po porodu

Otázka číslo 25: Pokud jste uvedla, že máte potíže se sexuálním životem, prosím o specifikaci. Po porodu se snížila potřeba sexuálních aktu z důvodu.

Tabulka 29 Potíže se sexuálním životem

Potíže sexuálního života	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Strachu z bolestivosti	40	14,0
Nedostatečné zvlhčení pochvy	31	10,8
Vyčerpání a stres	80	28,0
Přítomnost miminka	57	19,9
Psychická překážka z důvodu sníženého sebevědomí s ohledem na porodní poranění, či stav pochvy po porodu	21	7,3
Partner/manžel dává najevo výraznou změnu prostornosti pochvy	2	0,7
Snížené vnímání sexuálního zážitku	37	12,9
Snížené sebevědomí z postavy	1	0,3
Bolesti hráze	1	0,3
Snížené libido	5	1,7
Nedostatek intimního času	2	0,7
Bolestivý pohlavní styk	4	1,4
Bolest jizvy	1	0,3
Ztráta partnera	1	0,3
Strach z dalšího těhotenství	1	0,3
Rektokéla	1	0,3
Citlivost prsou	1	0,3
Σ Celkem	286	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Otázku zodpovídaly respondentky, které uvedly, že mají potíže se sexuálním životem. Otázka je polouzavřeného polytomického typu. Jako potíže se sexuálním životem uvedlo 40 respondentek strach z bolestivosti (14,0 %), 31 respondentek uvádí nedostatečné zvlhčení pochvy (10,8 %) a 80 žen vyčerpání a stres (28 %). Přítomnost miminka uvedlo 57 respondentek jako důvod problému se sexuálním životem. 21 žen vnímá psychickou překážku ze stran sníženého sebevědomí důvodu porodního poranění či stavu pochvy jako problém sexuálního života (7,3 %). Problémový sexuální život 2 respondentky uvedly díky stížnostem partnerů na změnu prostornosti pochvy (0,7 %). Důvodem pro problematický sexuální život je snížené vnímání sexuálního zážitku ze strany ženy, což označilo 37 respondentek (12,9 %) Ženy měly možnost vyjádřit i jinou možnost jejich problémů, které se neobjevily ve stanovených možnostech: snížené sebevědomí z postavy u 1 respondentky (0,3 %), bolesti hráze uvedla 1 respondentka (0,3 %), snížené libido vyjádřilo 5 žen (1,7 %), nedostatek intimního času uváděly 2 ženy (0,7 %), bolestivý pohlavní styk u 4 žen (1,4 %), bolestivost jizvy 1 respondentka (0,3 %), ztráta partnera jako důvod problematického sexuálního života uvedla 1 žena (0,3%), strach z dalšího těhotenství převládá u 1 respondentky (0,3 %), citlivost prsou opět 1 žena (0,3 %) a rektokéla byla důvodem potíží se sexuálním životem také u jedné respondentky (0,3 %).

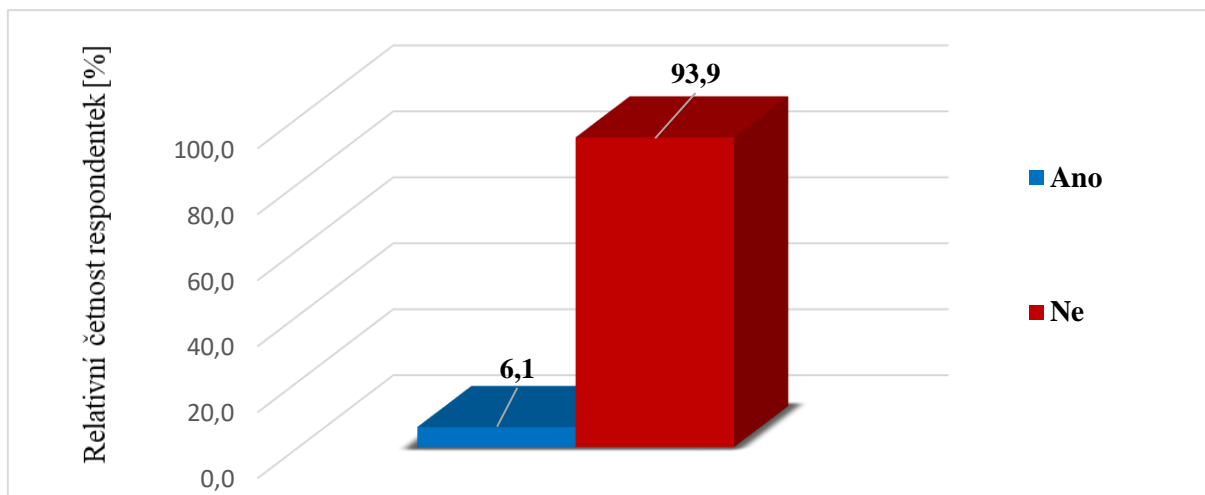
Otázka číslo 26: Uvádí partner nějaké potíže skrze sexuální život?

Tabulka 30 Potíže sexuálního život udávané ze strany partnera

Potíže se sexuálním životem- stížnost partnera	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	24	6,1
Ne	370	93,9
∑ Celkem	394	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Na tuto otázku odpovídaly respondentky celého zkoumaného souboru, jedná se o uzavřenou dichotomickou otázku. Z tabulkového a grafického znázornění vyplývá, že 24 žen uvedlo potíže se sexuálním životem, které pocházejí ze stížnosti partnera, relativní četnost je 6,1 %. 370 respondentek uvedlo, že partner neuvádí žádné potíže, které by ovlivňovaly jeho pohled na společný sexuální život, relativní četnost stoupá až k 93,9 %.



Graf 23 Potíže sexuálního život udávané ze strany partnera

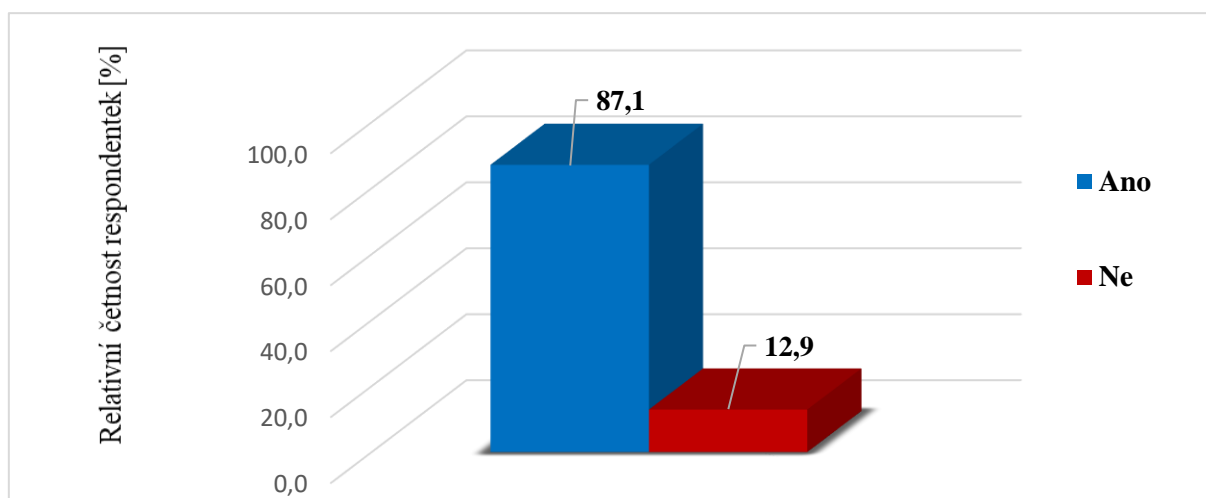
Otázka číslo 27: Pokud jste užívala Anibal/Epino – doporučila byste ho ostatním ženám s ohledem na období po porodu, šestinedělí a následného života (hojení porodního poranění, stav porodních cest, rozvoj inkontinence)?

Tabulka 31 Doporučení vaginálních balónků

Doporučení Aniballu/Epino balónku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	223	87,1
Ne	33	12,9
Σ Celkem	256	100,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Touto otázkou se zabývalo 256 respondentek, které během svého těhotenství užívaly Aniball nebo Epi-no balónek. Otázka je uzavřeného dichotomického tvaru. Doporučení těchto pomůcky i s ohledem na poporodní období, šestinedělí i následný život uvedlo 223 respondentek, což v procentuálním vyjádření vychází 87,1 %. Pouze 33 respondentek uvedlo nesouhlas pro doporučení těchto vaginálních balónků, procentuální prezentace je 12,9 %.



Graf 24 Doporučení vaginálních balónků

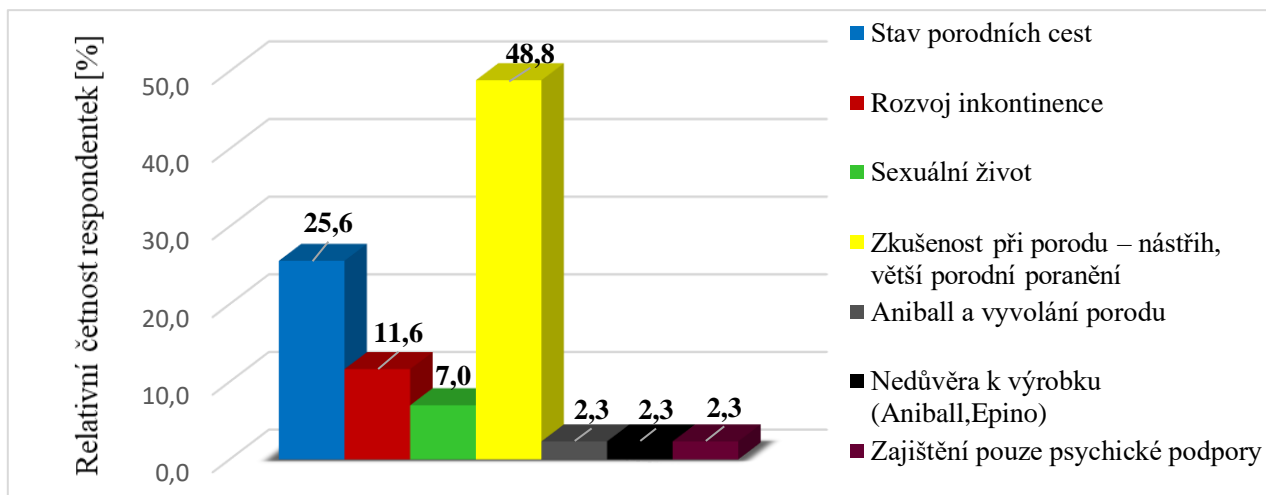
Otázka číslo 28: Pokud jste uvedla, že byste Aniball/Epi-no nedoporučila s ohledem na porod, šestinedělí a následný život, z jakého důvodu jste tuto odpověď označila?

Tabulka 32 Důvod nedoporučení vaginálních balónků

Důvod nedoporučení Aniballu/Epi-no balónku	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Stav porodních cest	11	25,6
Rozvoj inkontinence	5	11,6
Sexuální život	3	7,0
Zkušenost při porodu – nástřih, větší porodní poranění	21	48,8
Aniball a vyvolání porodu	1	2,3
Nedůvěra k výrobku (Aniball,Epi-no)	1	2,3
Zajištění pouze psychické podpory	1	2,3
Σ Celkem	43	100

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

K této otázce se vyjadřovaly ženy, které uvedly nedoporučení vaginálních balónků. Jedná se o otázku polouzavřenou polytomickou. Ze zpracování tabulky a grafu vychází, že jako důvod nedoporučení uvedlo 11 respondentek stav porodních cest, relativní četnost je vypočítána na 25,6 %. Rozvoj inkontinence uvedlo 5 žen, procentuální výpočet je s výsledkem 11,6 %. Dalším důvodem je sexuální život a to u 3 respondentek, při výpočtu se jedná o 7 %. Jako nejčastější důvod nedoporučení byla udávána zkušenost při porodu-epiziotomie či větší porodní poranění a to u 21 respondentek, relativní četnost zde vychází na 48,8 %. Respondentky měly možnost volby i jiné odpovědi kdy: 1 respondentka uvedla domněnku o možnosti vyvolání předčasného porodu při užívání Aniballu (2,3 %), další 1 žena zmínila nedůvěru k pomůckám (2,3 %), a poslední respondentka vyjádřila, že vaginální pomůcky ji zajistily pouze psychickou podporu, což bylo pro ni důvodem pro nedoporučení (2,3 %).



Graf 25 Důvod nedoporučení vaginálních balónků

4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Hlavním cílem bylo zjistit kvalitu života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních balónku v těhotenství z něhož bylo sestaveno několik dílčích cílů, ze kterých vycházejí stanovené hypotézy, jež podléhaly statistickému zpracování. Pro statistické testování byla stanovena hladina významnosti $\alpha=0,05$ (5 %).

4.2.1 Stanovené dílčí cíle

1. Zjistit, zda užívání vaginálních balónků v těhotenství má vliv na vznik porodního poranění.

H₀₁ Výskyt porodního poranění není závislý na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

H_{A1} Výskyt porodního poranění je závislý na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

K tomuto dílčímu cíli a stanoveným hypotézám se vážou dotazníkové otázky: č. 6 Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 7 Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 12 Vzniklo při Vašem/Vašich porodech porodní poranění. Do testovacího souboru byly zahrnuty ženy, které užívaly a neužívaly Aniball a Epi-no balónek proti nimž byl postaven vznik porodního poranění v jednotlivých skupinách. Stanovenými proměnnými jsou vaginální balónky a porodní poranění.

Tabulka 33 Závislost porodního poranění na vaginálních balóncích

Užívání vaginálních balónců	Porodní poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	122	47,7
	Ne	134	52,3
Ne	Ano	111	80,4
	Ne	27	19,6

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 34 Chí-kvadrát test k Tab. 33 Závislost porodního poranění na vaginálních balóncích

Chí – kvadrát test		
X ²	Df	P-hodnota
38,522	1	5,414E-10

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Na základě statistického testu prostřednictvím chí-kvadrát testování zjistíme velmi malou p-hodnotu, jelikož je menší než stanovená hladina významnosti, tudíž **H₀₁** o nezávislosti dvou veličin zamítáme ve prospěch **H_{A1}**. Z čehož vychází, že obě stanovené proměnné jsou na sobě závislé. Zde vidíme, že bez užívání vaginálních balónců je pravděpodobnost vzniku porodního traumatu v 80,4 %, kdežto při užívání balónců nám pravděpodobnost traumatu porodních cest klesá k 47,7 %.

2. Zjistit, zda cvičení s vaginálními balónci v těhotenství má vliv na výskyt úniku moči u žen po porodu.

H₀₂ Únik moči po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónců v těhotenství.

H_{A2} Únik moči po porodu závisí na užívání vaginálních balónců v těhotenství.

K tomuto dílčímu cíli i stanovené nulové a alternativní hypotéze se vážou otázky: č. 6 Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 7 Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 16 Měla jste nějaké potíže s mimovolným (vůli nekontrolovatelným) únikem moči po porodu. Testovací soubor obsahovaly respondentky, které užívaly či neužívaly vaginální balónci během těhotenství proti nimž byla postavena stížnost na únik moči po vaginálním porodu. Byly stanoveny proměnné, a to užívání vaginálních balónců a únik moči po porodu.

Tabulka 35 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónku

Užívání vaginálních balónků	Únik moči	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	70	27,3
	Ne	186	72,7
Ne	Ano	62	44,9
	Ne	76	55,1

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 36 Chí-kvadrát test k Tab. 35 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónku

Chí – kvadrát test		
X ²	Df	P-hodnota
11,667	1	0.0006361

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Statistickým hodnocením pomocí chí-kvadrát testu docházíme k nízké *p-hodnotě* tedy nižší, než stanovená hladina významnosti, tudíž i zde zamítáme stanovenou H_0 ve prospěch H_A . Stanovené proměnné jsou tedy na sobě závislými veličinami. Konstatujeme tedy, že únik moči závisí na užívání vaginálních balónku, jelikož při nevyužívání balónku se únik moči objevoval ve 44,9 %, kdežto při užívání balónku v těhotenství se výskyt potíží s únikem moči snižuje na 27,3 %.

3. Zjistit spojitost mezi porodním poraněním a výskytem úniku moči po porodu u žen cvičících s vaginálními balónky v těhotenství oproti ženám, které tuto metodu nevyužívaly.

Tento dílčí cíl a stanovené hypotézy vycházeli z dotazníkových otázek: č. 6 Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 7 Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 12 Vzniklo při Vašem/Vašich porodech porodní poranění, č. 16 Měla jste nějaké potíže s mimovolným (vůli nekontrolovatelným) únikem moči po porodu. Testovací soubor obsahovaly respondentky, které pomůcky užívaly či neužívaly. V těchto jednotlivých souborech byly proti sobě postaveny proměnné porodního poranění a úniku moči.

Pro úplnost jsme šetřili a statisticky otestovaly i celý soubor respondentek ve spojitosti porodního poranění a vzniku úniku moči po porodu.

Tabulka 37 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – celý soubor

Únik moči	Porodní poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	91	39,1
	Ne	142	60,9
Ne	Ano	41	25,5
	Ne	120	74,5

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 38 Chí – kvadrát test k Tab. 37 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – celý soubor

Chí – kvadrát test		
χ^2	Df	P-hodnota
7,2947	1	0.006916

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Při šetření celého souboru respondentek bez ohledu na užívání či neužívání vaginálních balónek v těhotenství se pomocí statistického měření chí-kvadrát testem dostáváme k nízké *p-hodnotě*, tudíž zamítáme hypotézu o nezávislosti veličin úniku moči a porodního poranění. Přijímáme stanovenou alternativní hypotézu o závislosti proměnných úniku moči a porodního poranění v celém zkoumaném souboru. Ženy, které neměly potíže s inkontinencí moči měly porodní poranění v 25,5 %, naopak respondentky, které potíže s únikem moči uvedly měly výskyt porodních traumat v 39,1 %.

H₀₃ Únik moči po porodu nezávisí na vzniku porodního poranění ve skupině žen užívající vaginálních balónek v těhotenství.

H_{A3} Únik moči po porodu závisí na vzniku porodního poranění ve skupině žen užívající vaginálních balónek v těhotenství.

Tabulka 39 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – ženy užívající vaginální balónky v těhotenství

Únik moči	Porodní poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	52	46,8
	Ne	59	53,2
Ne	Ano	10	37,0
	Ne	17	63,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 40 *Chí – kvadrát test k Tab. 39 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – celý soubor*

Chí – kvadrát test		
X ²	Df	P-hodnota
0,49471	1	0,4818

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Při statistickém zpracování závislosti úniku moči k porodnímu poranění souboru žen užívajících vaginální balónky v těhotenství vzhledem k výsledné *p-hodnotě* nelze zamítnout **H₀₃**, tudíž únik moči nezávisí porodním poraněním. Počet respondentek, které neprojevily potíže s únikem moči a výskytu porodního traumatu bylo 17 (63 %) oproti ženám, jež utrpěly porodní poranění bylo 10 (37 %). Respondentky, které uvedly potíže s únikem moči neměly porodní poranění v 59 případech (53,2 %), oproti 52 případů žen s výskytem porodního traumatu (46,8 %).

H₀₄ Únik moči po porodu nezávisí na vzniku porodního poranění ve skupině žen neužívajících vaginálních balónků v těhotenství

H_{A4} Únik moči po porodu závisí na vzniku porodního poranění ve skupině žen neužívajících vaginálních balónků v těhotenství.

Tabulka 41 *Závislost úniku moči k porodnímu poranění – ženy neužívající vaginální balónky v těhotenství*

Únik moči	Porodní poranění	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	39	32,0
	Ne	83	68,0
Ne	Ano	31	23,1
	Ne	103	76,9

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 42 *Chí-kvadrát test k Tab. 41 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – ženy neužívající vaginální balónky v těhotenství*

Chí – kvadrát test		
X ²	Df	P-hodnota
2,0829	1	0,149

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Statistickým zpracováním dat pomocí chí-kvadrát testu se dostáváme k výsledné *p-hodnotě*, která je vyšší, než stanovena hladina významnosti díky tomuto porovnání potvrzujeme **H₀₄**.

Výsledkem je nezávislost úniku moči po porodu vzhledem k porodnímu poranění u respondentek neužívajících Aniball/Epi-no balónek ve svém těhotenství. Respondentek, které netrpí/netrpěly únikem moči a neměly porodní trauma bylo 103 (76,9 %), oproti ženám, které porodní poranění měly v počtu 31 (23,1). Respondentek trpících potížemi s únikem moči a porodním poraněním bylo 39 (32 %), a těch které neměly porodní poranění bylo 83 (68 %).

4. Zjistit, zda má parita vliv na výskyt úniku moči a stolice po porodu.

H₀₅ Ve skupině prvorodiček únik moči nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství

H_{A5} Ve skupině prvorodiček únik moči závisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství.

Tabulka 43 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky

Užívání vaginálních balónků	Únik moči	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	44	26,8
	Ne	120	73,2
Ne	Ano	21	36,2
	Ne	37	63,8

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 44 Chi-kvadrát test k Tab. 43 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky

Chí – kvadrát test		
X ²	Df	P-hodnota
1,395	1	0,2376

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Zpracováním dat prostřednictvím chí-kvadrát testu zjišťujeme vysokou hladinu *p-hodnoty*, dle které nelze **H₀₅** zamítnout, tudíž výsledné stanovisko zní, že únik moči nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství ve skupině prvorodiček. Dle hodnot prezentovaných v tabulce č. 44 vychází, že u prvorodiček neužívajících Aniball/Epi-no balónek v těhotenství se únik moči projevil v 36,2 %, kdežto u užívajících prvorodiček je výskyt úniku moči pouze v 26,8 %.

H₀₆ Ve skupině vícero-diček únik moči nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství

H_{A6} Ve skupině vícero-diček únik moči závisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství.

Tabulka 45 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – víceroďičky

Užívání vaginálních balónků	Únik moči	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	26	28,3
	Ne	66	71,7
Ne	Ano	41	51,2
	Ne	39	48,8

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 46 Chí-kvadrát test k Tab. Tab. 45 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – víceroďičky

Chí – kvadrát test		
χ^2	Df	P-hodnota
8,568	1	0,003421

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

U víceroďiček se dle statistického šetření vzhledem ke zjištěné nízké *p-hodnotě* při ohledu na stanovenou hladinu významnosti se H_{06} zamítá ve prospěch H_{A6} , tudíž v této skupině se projevila existence závislosti úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Při tabulkové prezentaci jednotlivých dat se pravděpodobnost výskytu úniku moči mezi víceroďičkami, které neužívaly vaginální balónky v těhotenství projevoval v 51,2 %, kdežto u užívajících víceroďiček pravděpodobnost výskytu úniku moči klesá k 28,3 %.

H_{07} Ve skupině prvorodiček únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství.

H_{A7} Ve skupině prvorodiček únik stolice závisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství.

Tabulka 47 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky

Užívání vaginálních balónků	Únik stolice	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	6	3,7
	Ne	158	96,3
Ne	Ano	6	10,3
	Ne	52	89,7

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 48 Fisherův exaktní test k Tab. 47 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky

Fisherův exaktní test	
P-hodnota	0,08432733

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Statistické zpracování dat závislosti úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství bylo pomoci Fisherova exaktního testu. Výsledná *P-hodnota* je vyšší než stanovená hladina významnosti, tudíž **H₀₇** nezamítáme a uvádíme, že výsledek je statistický nevýznamný. Vztah mezi užíváním vaginálních balónků a únikem stolice je nezávislý. Z dat prezentovaných v tabulkovém zobrazení, ale vychází, že výskyt úniku stolice u prvorodiček nepoužívajících pomůcky je v 10,3 %, kdežto u respondentek užívajících vaginální balónky je výskyt úniku stolice pouze u 3,7 % žen.

H₀₈ Ve skupině vícero-diček únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství

H_{A8} Ve skupině vícero-diček únik stolice závisí na užívání vaginálních balónku v těhotenství.

Tabulka 49 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – vícero-dičky

Užívání vaginálních balónků	Únik stolice	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	3	3,3
	Ne	89	96,7
Ne	Ano	1	1,2
	Ne	79	98,8

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 50 Fisherův exaktní test k Tab. Tab. 49 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – vícero-dičky

Fisherův exaktní test	
P-hodnota	0,62430330

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Statistickým šetřením dat závislosti úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství u vícero-diček je výsledná *p-hodnota* vyšší než stanovená hladina významnosti. Stanovená **H₀₈ nelze zamítnout**, z čehož vyplývá, že výsledek je statistický nevýznamný. Hypotéza uvádí nezávislost úniku stolice na užívání pomůcek v těhotenství. Ze získaných dat se výskyt úniku stolice u vícero-diček bez užívání pomůcek projevil v 1,2 %, u užívajících vícero-diček se výskyt dostává k 3,3 %.

5. Zjistit, zda cvičení s vaginálními balónky v těhotenství má vliv na výskyt úniku stolice u žen po porodu

H₀₉ Únik stolice po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

H_{A9} Únik stolice po porodu závisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

Tento dílčí cíl a stanovené hypotézy vycházejí z otázek obsažených v dotazníku: č. 6 Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/Vašich těhotenství, č. 7 Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 19 Měla jste potíže s únikem stolice po porodu. Testovací soubor zaujímal ženy, které užívaly či neužívaly vaginální balónky během svého těhotenství, které následně odpovídaly na otázky týkající se potíží úniku stolice. Zde byly stanoveny proměnné užívání vaginálních balónku a výskyt úniku stolice u žen po porodu.

Tabulka 51 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství

Užívání vaginálních balónků	Únik stolice	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Ano	9	3,5
	Ne	247	96,5
Ne	Ano	7	5,1
	Ne	131	94,9

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 52 Chí-kvadrát test k Tab. Tab. 51 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství

Chí – kvadrát test		
X ²	Df	P-hodnota
0,22978	1	0,6317

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Statistickým šetřením pomocí chí-kvadrát testu jsme se dostaly k relativně vysoké *P-hodnotě* vzhledem ke stanovené hladině významnosti. Zde tedy nelze zamítnout **H₀₉**, jenž uvádí nezávislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Stanovené proměnné nejsou na sobě závislé. Výskyt úniku stolice po vaginálním porodu se vyskytl u žen, které užívaly vaginální balónky v 3,5 %, kdežto výskyt u respondentek neužívající pomůcky se dostává k 5,1 %.

6. Zjistit, zda má užívání vaginálních balónků vliv na potíže se sexuálním životem po porodu.

H₀₁₀ Sexuální potíže žen po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

H_{A10} Sexuální potíže žen po porodu závisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství.

Dotazníkové otázky, jež se vážou k tomuto dílčímu cíli a stanoveným hypotézám zní: č. 6 Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 7 Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/Vašich těhotenství, č. 24 Projevil se u Vás potíže se sexuálním životem po porodu. Stanovenými proměnnými pro testování byla závislost užívání balónků v těhotenství a potíže se sexuálním životem po porodu.

Tabulka 53 Závislost sexuálních potíží na užívání vaginálních balónků v těhotenství

Užívání vaginálních balónků	Potíže se sexuálním životem po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Sexuální život beze změny	136	53,1
	Sexuální život se zlepšil	43	16,8
	Ano	77	30,1
Ne	Sexuální život beze změny	64	46,4
	Sexuální život se zlepšil	25	18,1
	Ano	49	35,5

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 54 Chi-kvadrát test k Tab. 53 Závislost sexuálních potíží na užívání vaginálních balónků v těhotenství

Chi – kvadrát test		
X ²	Df	P-hodnota
1,7212	2	0,4229

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Testováním dat pomocí chí-kvadrát testu jsme dostali vysokou *P-hodnotu* při srovnání se stanovenou hladinou významnosti, tudíž H_{010} nezamítáme. Předpokládáme nezávislost sexuálních potíží na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Data z tabulkového zobrazení zobrazují, že ve skupině užívajících respondentek je výskyt stížnosti na sexuální potíže po porodu v 30,1 % oproti skupině žen neužívajících pomůcky v těhotenství se výskyt sexuálních potíží zvyšuje na 35,5 %.

7. Zjistit, zda má vliv užívání vaginálních balónku v těhotenství na dobu zahájení sexuálního života po porodu.

H₀11 Doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónek v těhotenství.

H_A11 Doba zahájení sexuálního života po porodu závisí na užívání vaginálních balónek v těhotenství.

Otázky uvedené v dotazníku, které se pojí k tomuto dílčímu cíli a hypotézám jsou: č. 6 Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 7 Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/Vašich těhotenstvích, č. 22 Kdy jste prožila svůj první sexuální styk po porodu. Proměnné stanovené k tomuto testování je doba zahájení sexuálního života a užívání vaginálních balónek v těhotenství.

Tabulka 55 Závislost doby zahájení sexuálního života po porodu na užívání vaginálních balónek v těhotenství

Užívání vaginálních balónek	První sexuální styk po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Během šestinedělí	58	22,7
	Po šestinedělí do 3 měsíců od porodu	164	64,1
	Po šestinedělí do 6 měsíců od porodu	16	6,2
	Po šestinedělí do 12 měsíců od porodu	8	3,1
	Po roce od porodu	5	2,0
	Zatím jsem neprožila	5	2,0
Ne	Během šestinedělí	23	16,7
	Po šestinedělí do 3 měsíců od porodu	95	68,8
	Po šestinedělí do 6 měsíců od porodu	15	10,9
	Po šestinedělí do 12 měsíců od porodu	3	2,2
	Po roce od porodu	0	0,0
	Zatím jsem neprožila	2	1,4

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 56 Fisherův exaktní test k Tab. 55 Závislost doby zahájení sexuálního života po porodu na užívání vaginálních balónek v těhotenství

Fisherův exaktní test	
P-hodnota	0,21139430

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Fisherův exaktní test vyhodnotil vysokou *P-hodnotu* při srovnání se stanovenou hladinou významnosti se **H₀11** nezamítá. Zjistíme nezávislost mezi užíváním vaginálních balónků v těhotenství a dobou zahájení sexuálního života po porodu.

8. Zjistit, zda má porodní poranění vliv na dobu zahájení sexuálního života.

H₀12 Doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na porodním poranění ve skupině žen užívajících pomůcky

H_A12 Doba zahájení sexuálního života po porodu závisí na porodním poranění ve skupině žen užívajících pomůcky.

Tabulka 57 Závislost doby zahájení sexuálního života na porodní poranění u žen užívající vaginální balónky v těhotenství

Porodní poranění	První sexuální styk po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Během šestinedělí	20	16,4
	Po šestinedělí do 3 měsíců od porodu	83	68,0
	Po šestinedělí do 6 měsíců od porodu	9	7,4
	Po šestinedělí do 12 měsíců od porodu	3	2,5
	Po roce od porodu	4	3,3
	Zatím jsem neprožila	3	2,5
Ne	Během šestinedělí	38	28,4
	Po šestinedělí do 3 měsíců od porodu	81	60,4
	Po šestinedělí do 6 měsíců od porodu	7	5,2
	Po šestinedělí do 12 měsíců od porodu	5	3,7
	Po roce od porodu	1	0,7
	Zatím jsem neprožila	2	1,5

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 58 Fisherův exaktní test k Tab. 57 Závislost doby zahájení sexuálního života na porodní poranění u žen užívající vaginální balónky v těhotenství

Fisherův exaktní test	
P-hodnota	0,17041480

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Pomocí statistického testování jsme dospěly k vysoké *P-hodnotě* a po srovnání s hladinou významnosti, zjišťujeme že **H₀12** nelze zamítnout. Tímto sdělením se dostáváme k nezávislosti doby zahájení sexuálního života po porodu na vznik porodního poranění u respondentek, které užívaly vaginální balónky v těhotenství.

H₀13 Doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na porodním poranění ve skupině žen neužívajících pomůcky

H_A13 Doba zahájení sexuálního života po porodu závisí na porodním poranění ve skupině žen neužívajících pomůcky.

Tabulka 59 Závislost zahájení sexuálního života po porodu na porodní poranění u žen neužívajících vaginálních balónků v těhotenství

Porodní poranění	První sexuální styk po porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	Během šestinedělí	18	16,2
	Po šestinedělí do 3 měsíců od porodu	73	65,8
	Po šestinedělí do 6 měsíců od porodu	15	13,5
	Po šestinedělí do 12 měsíců od porodu	3	2,7
	Po roce od porodu	0	0,0
	Zatím jsem neprožila	2	1,8
Ne	Během šestinedělí	5	18,5
	Po šestinedělí do 3 měsíců od porodu	22	81,5
	Po šestinedělí do 6 měsíců od porodu	0	0,0
	Po šestinedělí do 12 měsíců od porodu	0	0,0
	Po roce od porodu	0	0,0
	Zatím jsem neprožila	0	0,0

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Tabulka 60 Fisherův exaktní test k Tab. 59 Závislost zahájení sexuálního života po porodu na porodním poranění u žen neužívajících vaginálních balónků v těhotenství

Fisherův exaktní test	
P-hodnota	0,22638680

Zdroj: vlastní (autor diplomové práce)

Data hodnocena formou Fisherova testu, jež vypočítal výslednou vyšší *P-hodnotu*, nežli je stanovená hladina významnosti. Z čehož vychází, že **H₀13** nelze zamítnout a prezentuje se nezávislost

doby zahájení sexuálního života po porodu na porodní poranění u respondentek, které nežívaly vaginální balónky v těhotenství. Během šestinedělí zahájilo sexuální život 18 (16,2 %) respondentek s porodním poraněním, bez porodního poranění zahájilo pohlavní styk během 6 týdnu po porodu 5 (18,5 %) žen.

5 DISKUZE

Podstatným, tedy hlavním cílem celé práce bylo zjistit kvalitu života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních balónek v těhotenství. Konkrétně se jedná o pomůcky s názvy Aniball a Epi-no balónek. Prvotní rozdílnost nemůžeme hledat ani ve vzhledu či funkci, neboť tyto parametry jsou totožné. Kde bychom mohli najít rozdílnost, je prezentace a možný styl práce jednotlivých výrobků. Zástupkyně Aniballu prezentují práci s Aniballem ne, jakožto cvičení založené na přípravu hráze k porodu a dosažení co největšího obvodu balónku při nácviku, ale na cvičení s pánevními svaly ve smyslu uvědomění si a relaxaci těchto komponentů. Není nutné nadehnat zvyšující se centimetry, příprava hráze je jakožto doprovodným sekundárním jevem. Nácvik s vaginálními balónky probíhá v těhotenství, které se ukončí následným porodem. Poté přichází období šestinedělí, kdy se postupně upravují změny u ženy, které nastávaly v průběhu gravidity. Namáhané svaly pánevního dna porodem prošly výraznou proměnlivostí spolu s ostatními tkáněmi, které tvoří porodní cesty. Vaginální balónky se dají užívat i po porodu, jakožto metoda znovu aktivizace svalu pánevního dna. Již z výsledku víme, že po porodu se ženy nevracejí k nácviku pánevních svalů pomocí balónek. Porodem může dojít v souvislosti s proměnlivostí pánevních komponentů k rozvoji komplikací, které mohou zásadně ovlivňovat kvalitu života žen po vaginálních porodech. Což byla i záminka zkoumání těchto možných potíží právě u žen, které užívaly vaginální balónky v těhotenství.

Po předchozím studiu dostupné literatury byly stanoveny jednotlivé dílčí cíle s následnou konstrukcí hypotéz. Jednotlivé hypotézy byly statisticky testovány. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 394 respondentek, z nich 256 respondentek užívalo Aniball nebo Epi-no balónek ve svém těhotenství. Šetření bylo realizováno v gynekologických ambulancích nebo prostřednictvím totožné online formy dotazníku.

První dílčí cíl zjišťoval vliv vaginálních balónek v těhotenství na vznik traumatu porodních cest při porodu. Byl testován celý výzkumný soubor respondentek. U žen, které prováděly nácvik s vaginálními balónky v těhotenství, se porodní poranění projevilo u 47,7 %, kdežto u žen, které se nepřipravovaly na porod pomocí balónek, byl výskyt porodního traumatu v 80,4 %. Statistickým testováním jsme dosáhly nízké p-hodnoty (5,414E-10). *Nulovou hypotézu tedy zamítáme ve prospěch alternativní.* Výsledným podnětem je tedy závislost výskytu porodního při užívání vaginálních balónek v těhotenství, z čehož vyplývá že ženy, které užívají tyto pomůcky v těhotenství mají vyšší pravděpodobnost zachování intaktního perinea. Problematikou závislosti užívání vaginálních balónek a vzniku případného porodního traumatu se zabývalo již několik kvalifikačních prací i studií. Při bakalářském studiu jsem se také zabývala touto problematikou v kvalifikační práci *Aniball-*

metoda prevence porodního poranění, pracovala jsem pouze s ženami, které vaginální balónky užívaly. Výsledná data byla zpracovávána pouze popisnou statistikou. V mém zkoumaném souboru převažovaly prvorodičky, které byly uživatelkami těchto pomůcek a to ze 75 %. Porodní traumata vznikla u respondentek v 53 %. Mezi porodními traumaty byly zahrnuty i drobné odřenininy či protrhání tkání označované lacerace, kdy při odečtení tohoto počtu vychází vznik většího porodního poranění od ruptur perinea I. stupně u 45 % respondentek (Rajcová 2018, s. 51-52). Jedinou studií zabývající se cvičením s Aniballem byla práce *Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu*, která hodnotila účinek metod pro prevenci poranění hráze při porodu. Pracovali s 315 prvorodičkami, kdežto 58 respondentek užívalo vaginální balónky. Jejich výsledky prokazují signifikantně nižší výsledky intaktních hrází a provedení epiziotomií u žen, které balónky užívaly, tudíž uvedli že vaginální balónky snižovaly míru výskytu porodních poranění ($p < 0,001$) (Bohatá, Dostálek 2016, s. 197). Pilotní studie *Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study* zahrnovala 20 respondentek, které postoupily k analýze. 40 % respondentek, které užívaly balónky uvedly intaktní perineum. Byla pozorována rozšiřitelnost svalů pánevního dna při 4-8 sezeních ($p < 0,001$) (Freitas et. al. 2019, s. 954). Studie *Does the Epi-No_ birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial* hodnotila účinky Epi-no balónku na vznik porodního poranění. Závěrem uvedli, že neprokázali ochranné stanovisko při užívání Epi-no balónku v těhotenství na pánevní struktury prvorodiček u porodu. Ruptury hráze a poranění análního svěrače diagnostikovali u 249/497 (50,1 %) a 31/497 (6,2 %) žen, statistickým hodnocením dospěli k nevýznamným rozdílům mezi kontrolní a intervenční skupinou ($p=0,61$ a $0,41$) (Kamisan et. al. 2016, s. 999).

Druhým dílčím cílem, který jsme zjišťovaly, byla závislost cvičení s vaginálními balónky v těhotenství na rozvoj úniku moči po porodu. Do zkoumaného souboru byly zahrnuty všechny respondentky. Stanovená *nulová hypotéza byla zamítnuta* na výsledku nízké p-hodnoty (0.0006361), tudíž přijímáme alternativní hypotézu o závislosti úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Výskyt úniku moči se u žen cvičících s balónky projevil v 27,3 %, naopak u necvičících žen je výskyt v 44,9 %. Výsledným zjištěním je, že ženy, které pomůcky užívají mohou mít významně nižší riziko vzniku inkontinence moči po porodu. Konkrétní studování těchto proměnných (vaginální balónky a únik moči po porodu) jsme nenalezly v žádných ze studií. Studie publikovaná v roce 2012 *Prevalence of urinary and fecal incontinence in Chinese women during and after their first pregnancy* prezentovala prevalenci urgentní (5,5 %), stresové inkontinence (22 %) a smíšené (4,3 %, stresová a urgentní) inkontinence 6 měsíců po vaginálním porodu. 12 měsíců po porodu provedli opět šetření prevalence a uvedli, že inkontinence urgentní se vyskytla v 8,2 %, stresová v 25,9 % a smíšená v 6,7 % (Chan et. al. 2013, s. 1476). Studie prezentována v roce 2019 s názvem *Fecal and Urinary*

incontinence associated with pregnancy and childbirth zahrnovala 393 respondentek. Autoři uvedli, že 84 respondentek (21,4 %) projevilo rozvoj úniku moči po vaginálním porodu (Subki et. al. 2019, s. 203). Dlouhodobá studie zkoumající únik moči po porodu s rozsahem až 12 let byla publikována v roce 2015 s názvem *Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study*, výsledky poukazují na výskyt inkontinence moči v 33,1 % 3 měsíce po porodu (1247 žen z 3763 respondentek), 6 let po porodu byl výskyt v 46,8 % (1378/2944) a po 12ti letech po porodu se inkontinence zjistila u 52,7 % (1983/3763) (MacArthur et. al. 2016, s. 1024).

Třetí dílčí cíl mapuje spojitost mezi porodním poraněním a únikem moči po porodu. Stanovená **H₀₃** prozkoumává skutečnost u žen používajících vaginální balónky v těhotenství, a právě při statistickém hodnocení jsme došly k vyšší p-hodnotě (0,4818), tudíž tuto hypotézu nemůžeme zamítnout. Další stanovená **H₀₄** k tomuto cíli zkoumá spojitost porodního poranění a vzniku inkontinence moči mezi ženami, které vaginální balónky nevyužívaly. Výsledná p-hodnota (0,149) nám prokazuje nutnost přijmout nulovou hypotézu o nezávislosti stanovených proměnných. Výsledným podnětem je, že inkontinence moči tedy není konkrétně závislá proměnná na vzniku porodního poranění v obou zkoumaných skupinách. Statisticky jsme testovaly i soubor všech respondentek pro spojitost úniku moči a porodního traumatu bez ohledu na užívání vaginálních balónků. Dospěli jsme k nízké p-hodnotě (0,006916), dle které bychom mohli projevovat závislost úniku moči na vzniku porodního traumatu v celém souboru žen. Studie z roku 2016 *The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at six months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women* mapovala skutečnost porodního poranění a jeho vlivu na pánevní dno po porodu. Závislost porodního poranění a vzniku inkontinence moči hodnotili 6 měsíců po porodu, a to se skupinami respondentek 217 bez porodního poranění a 118 s porodním poraněním (ruptura perinea II. a rozsáhlejší). Výsledné stanovisko prokazuje, že porodní poranění nespojují se vznikem inkontinence moči po porodu. Hodnotili všeobecně všechny inkontinence moči ve skupinách žen s porodním poraněním a bez porodního poranění (59,8 % x 53,1 %), p-hodnota= 0,25 (Lawrence et. al. 2016, s. 306). Vliv epiziotomie na pánevní dno a sexualitu po porodu zkoumali ve studii *Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy in Vietnamese Women* uveřejněnou v roce 2019, jejich výsledky poukazují že během 3měsíčního po porodního sledování zjistili inkontinenci u žen s nástřihem hráze u porodu v 15,2 % (Quoc Huy, N. V. et. al. 2019, s. 516). Mé výsledné stanovisko při porovnání respondentek, které nežívaly vaginální balónky s výslednou prezentací skupiny je totožné, tedy nezávislost mezi porodním poraněním a inkontinencí moči. Respondentky s únikem moči měly porodní poranění v 32 % a bez porodního poranění v 68 %.

Čtvrtý dílčí cíl zjišťuje vliv parity na výskyt úniku moči a stolice po porodu. Do souboru byly zahrnuty všechny respondentky. Stanovená **H₀₅** se týká prvorodiček a závislosti úniku moči na užívání vaginálních balónků. Dle výsledné p-hodnoty (0,2376) přijímáme stanovenou nulovou hypotézu, tudíž výsledek zní, že únik moči nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství u prvorodiček. Nulová hypotéza **H₀₆** byla koncipována jako nezávislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství u vícero diček a dle statisticky stanovené p-hodnoty (0,003421), tudíž se tato **H₀₆** zamítá a přijímá se **H_{A6}**, která projevuje výsledné znění, že únik moči závisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství u vícero diček. Na jedné straně vychází, že každý další porod může mít vliv na případný vznik inkontinence moči. Naopak na druhé straně data prezentují, že užívající vícero dičky vaginálních balónků měly výskyt inkontinence moči v 28,3 %, kdežto u neužívajících rodiček byl výskyt až v 51,2 %. Dalšími stanovenými hypotézami k tomuto cíli byly **H₀₇** znějící: ve skupině prvorodiček únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství a **H₀₈** jež zní: ve skupině vícero diček únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Fisherův exaktní test stanovil p-hodnoty (**H₀₇**-0,08432733 a **H₀₈**-0,62430330), tudíž obě tyto nulové hypotézy nezamítáme. Výsledné znění zní: únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství jak u prvorodiček, tak u vícero diček. Z čehož vychází, že není závislý předpoklad úniku stolice při užívání Aniballu či Epi-no balónků v těhotenství pro rozvoj úniku stolice po porodu, pokud bude užívanou pomůckou i ve více těhotenstvích. *Relationship between mode of delivery and development of urinary incontinence: A possible link is demonstrated* je studie publikovaná v roce 2015 zabývající se vznikem inkontinence moči u žen po vaginálním či instrumentálním porodu nebo porodu císařským řezem. Únik moči byl prezentován u 66,67 % respondentek, které měly 5 a více vaginálních porodů, 18,02 % žen porodily 4krát a 15,32 % respondentek rodily vaginálně jedenkrát nebo dvakrát. Ve zkoumaném souboru neuvedla žádná z žen potíže s únikem moči po svém 3. porodu (Zaheera 2015, s. 448). Naše výsledky, které se mohou porovnat s výsledky studií, prezentují rozdělení respondentek na skupinu prvorodiček a vícero diček, jež neužívaly vaginální balónky v těhotenství. Výskyt inkontinence moči u prvorodiček byl 36,2 %, kdežto u vícero diček je prevalence 51,2 %. Fekální inkontinence se vyskytla u prvorodiček v 10,3 %, kdežto u vícero diček došlo k poklesu na 1,2 %.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, zda cvičení s vaginálními balónky má vliv na výskyt úniku stolice po porodu. **H₀₉** pojednává o nezávislosti těchto dvou proměnných, dle statistického hodnocení zjišťujeme p-hodnotu (0,6317), dle které nulovou hypotézu nezamítáme. Zkoumaly jsme celý soubor respondentek, které byly rozděleny na užívající a neužívající skupinu. Výsledné stanovisko zní, že únik stolice nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství, tudíž není předpoklad toho, že pokud budou pomůcky užívanou metodou aktivizace svalů pánevního dna v průběhu těhotenství,

dojde ke vzniku úniku stolice po vaginálním porodu. V roce 2013 byla publikovaná studie *Prevalence of urinary and fecal incontinence in Chinese women during and after their first pregnancy*, ve které hodnotili prevalenci fekální inkontinence 8 týdnů, 6 a 12 měsíců po porodu. Fekální inkontinence formované stolice se vyskytla u 0,9 % respondentek 8 týdnů po porodu, 0,3 % v 6 měsících po porodu a opět 0,3 % žen 12 měsíců po porodu. Inkontinence tekuté nebo volné inkontinence se vyskytla u 5,2 % žen 8 týdnů po porodu, 3,7 % respondentek uvedlo potíže 6 měsíců po porodu a 12 měsíců po porodu byl výskyt inkontinence u 4 % respondentek (Chan et. al. 2013, s. 1476). *Fecal and Urinary Incontinence Associated with Pregnancy and Childbirth* je studie z roku 2019 z jejichž výsledku se prezentuje prevalence inkontinence stolice u 6,1 % respondentek. Zjišťovali i zmínku o fekální naléhavosti, která lze ovlivnit vědomou kontrakcí svěračů, v této studii uvedli prevalenci naléhavosti u 30,5 % respondentek (Subki et. al. 2019, s. 203; Urgency and faecal incontinence [online]). Z našich výsledků u žen, které neužívaly vaginální balónky v těhotenství je zřejmý výskyt fekální inkontinence u 5,1 % respondentek.

Šestý dílčí cíl pojednává o vlivu užívání vaginálních balónků na potíže se sexuálním životem po porodu. Uvedená **H₀₁₀** prokazuje nezávislost sexuálních potíží po porodu na užívání vaginálních balónků v těhotenství a dle výsledné p-hodnoty (0,4229) se tato nulová hypotéza nezamítá. Z čehož vychází, že při užívání vaginálních balónků v těhotenství není závislost na vzniku sexuálních potíží po porodu. Při užívání vaginálních balónků se výskyt sexuálních potíží projevil v 30,1 % a při neužívání je výskyt až v 35,5 %. *Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study)* je studií z roku 2018 jejichž výsledky prezentují, že více než polovina respondentek uvádí potíže se sexuálním životem 6 měsíců po porodu, přičemž 40 % žen uvádělo sexuální potíže i 12 měsíců po porodu. Nejčastější uváděnou potíží byla ztráta zajmu o sexuální aktivity 6 měsíců po porodu až v 46,3 %, 12 měsíců po porodu uváděly snížený sexuální zájem v 39,8 %. 43 % respondentek uvádělo snížení vaginální lubrikace 6 měsíců po porodu, pokles výskyt tohoto problému byl 12 měsíců po porodu na 35,4 %. Bolestivost během pohlavního styku 6 měsíců po porodu uvádělo 37,5 % respondentek, 12 měsíců po porodu se tento problém projevil pouze v 20,5 %. (O'Malley et. al. 2018, s. 5-9).

Sedmý dílčí cíl zkoumal vliv užívání vaginálních balónků v těhotenství na dobu zahájení sexuálního života po porodu. Znění stanovené **H₀₁₁**: doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Výsledná p-hodnota (0,21139430) je cestou k nezamítání nulové hypotézy. Tudíž lze stanovit, že doba zahájení sexuálního života po porodu netkví na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Ze získaných dat ale pozorujeme, že počet respondentek, které se vrátily k sexuálnímu životu do 6 měsíců po porodu je větší ve skupině žen, jež

neužívaly vaginální balónky. Studie *Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth* publikována v roce 2015 uvádí, že 78 % respondentek obnovilo sexuální život 3 měsíce po porodu, 6 měsíců po porodu byl zahájen sexuální život u 95 % respondentek a 12 měsíců po porodu bylo zahájení u 97 % respondentek (McDonald, E., Woolhouse, H., Brown, S. J. 2015, s. 357). Naše výsledky prezentují návrat k sexuálnímu životu u žen neužívajících vaginálních balónků v těhotenství v 16,7 % již během šestinedělí, po šestinedělí do 3 měsíců po porodu byl zahájen sexuální život u 68,8 % respondentek, po šestinedělí do 6 měsíců po porodu 10,9 % a opět po 6 týdnech do 12 měsíců bylo zahájení u 2,2 % respondentek. Pokud by se tyto relativní počty sečetly, byla by možnost konstatování zahájení sexuálního života u žen do 3. měsíce v 85,5 % (n=118/138), do 6. měsíce prožilo zahájení sexuálního života 96,4 % (n=133/138), respondentek a do 12 měsíců od porodu obnovilo sexuální prožitky 98,6 % respondentek (n=136/138).

Osmý dílčí cíl zjišťoval, zda má porodní poranění vliv na dobu zahájení sexuálního života po porodu. Dle zjištěné p-hodnoty (0,17041480) se stanovená **H₀₁₂** se zněním: doba zahájení sexuálního života po porodu u žen užívajících vaginální balónky v těhotenství nezávisí na porodním poranění se nezamítá. Z čehož vychází, že vznik porodního poranění je nezávislý podnět pro první sexuální styk po porodu. Ze zjištěných dat, ale 28,4 % respondentek, jež nemělo porodní poranění, prožilo první pohlavní styk již v šestinedělí, naopak ty, které porodní poranění měly, prožily styk v šestinedělí pouze v 16,4 %. Další hypotézou stanovenou k tomuto cíli je **H₀₁₃**, která zní: doba zahájení sexuálního života po porodu nezávisí na porodním poranění ve skupině žen neužívajících pomůcky. Tato hypotéza nelze opět zamítnout, a to dle výsledné vyšší p-hodnoty (0,22638680). Zde opět zjišťujeme nezávislost mezi porodním poraněním a dobou zahájení sexuálního života po porodu u neužívajících respondentek. U této skupiny došlo k zahájení sexuálního života během šestinedělí bez porodního poranění v 18,5 %, kdežto s porodním poraněním to bylo 16,2 %. Výsledná data ale prezentují fakt rychlejšího návratu k sexuálnímu životu u žen bez porodního traumatu, nýbrž při porovnání jednotlivých skupin užívajících a neužívajících respondentek k rychlejšímu návratu opět volily ženy neužívající vaginální balónky i s ohledem na porodní poranění. Výsledky studie *Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy in Vietnamese Women* vydané v roce 2019 projevují návrat k sexuálnímu životu u respondentek s provedenou epiziotomií v 85,4 % po 3 měsících od porodu. U těchto žen zjistili, že 40,7 % respondentek mělo potíže se sexuální dysfunkcí, jako nejčastější uváděnou potíží byla porucha tužby a orgasmu (68,9 %), dalším častým problémem byla bolest při pohlavním styku (58,5 %) (Quoc Huy, N. V. et. al. 2019, s. 516). Porodní poranění jako rizikový faktor pro sexuální život hodnotila studie z roku 2018 *Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study)*. Se sníženou vaginální lubrikací byla

nejvíce spojována ruptura perinea III. stupně (52,2 %), poté epiziotomie (44,4 %), ruptura perinea II. stupně (44,2 %), ruptura pochvy a labií (44 %) oproti intaktnímu perineu (40,2 %) 6 měsíců po porodu. Ztráta zájmu o pohlavní styk byla v největší interakci opět s rupturou hráze III. Stupně (62,5 %), dále je spojitost s rupturou hráze II. stupně (54 %), s epiziotomií (47,9 %), s rupturou pochvy a labií (41,7 %) 12 měsíců po porodu při ohledu na neporušenou hráz (40,7 %) (O'Malley et. al. 2018, s. 7).

Limity výzkumu

Jako limitující fakt této práce je možno považovat metodu sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření, jelikož jsme chtěly dosáhnout vyššího počtu respondentek byla nutná tato metoda, jenomže na druhou stranu jsme nebyly schopny nasytit konkrétních podkladů týkajících se například porodu nebo po porodního období pro patrnost přínosu vaginálních balónků v těhotenství pro období po porodu (porodní hmotnost novorozence, délka druhé doby porodní, interval cvičení v těhotenství nebo potíže s dysfunkcemi pánevního dna již v těhotenství). Další možná limitace by mohla být pojata v počtu respondentek, jelikož při vyšším počtu bychom mohly dosáhnout vyšších statistických významností.

Doporučení pro praxi

Ochrana perinea a cvičení pánevního dna se v této době dostává do předních pozic gravidních i negravidních žen. I mnoho reklamních kampaní prezentuje pomůcky pro inkontinenci moči. Tudíž se mnoho žen začíná o tuto dimenzi zajímat. Těhotné ženy, které docházejí na pravidelné kontroly ke gynekologovi, spolupracují se soukromou porodní asistentkou nebo docházejí na předporodní kurzy mají více otázek ohledně vaginálních balónků a samotných metod přípravy porodních cest a svalů pánevního dna na porod. Zde je tedy na místě, aby měli tyto pracovníci informace týkající se těchto pomůcek a praktik. Tudíž celá teoretická část by mohla sloužit i porodním asistentkám pro utříbení si informací týkajících se dysfunkcí pánevního dna a metody vaginálních balónků. Většina lidí potřebuje k prezentovaným informacím fakta, zkušenosti a recenze, tudíž zde by mohl být využit právě výzkum, který je prezentován v praktické části práce, jelikož statistickým hodnocením je zpracováno několik důležitých faktů, o které se těhotné ženy zajímají. Výsledky jednotlivých dotazníkových otázek můžeme brát jako zkušenosti žen, které si konkrétní situaci prožily.

Ženy či dívky studující obor porodní asistentka během studia získávají teoretické, ale i praktické zkušenosti. V rámci studia je také důležité se zajímat o novinky, nová vědění a zakomponovat tzv. samostudium týkající se například tématu této diplomové práce, která by mohla být studentkám nápomocná. Získané informace z diplomové práce, ale i jiných studií stejného tématu,

mohou být využity studentkami, ale i akademickými pracovníky v rámci výuky předmětu Evidence based practice. Praktická využitelnost této práce je možná i v rámci pořádání různých seminářů či konferencí právě s firemními zástupci jednotlivých materiálů či pomůcek k ochraně perinea při porodu, cvičení svalů pánevního dna, léčby inkontinence moči či stolice.

ZÁVĚR

Kvalita života ženy je průběhem těhotenství s následným porodem ovlivňována. Gravidita a vaginální porod jsou podněty, jež působí na celé fyzické tělo ženy a zejména na oblast svalů pánevního dna. Při dysfunkcích pánevního dna mohou vznikat stavy, jako je inkontinence moči, stolice, potíže se sexuálním životem a z dlouhodobějšího hlediska až sestup pánevních orgánů. Tyto komplikace mohou výrazně ovlivňovat kvalitu života, která je individuálně hodnocena každou ženou. Tudíž jsme práci zaměřily právě na dysfunkce pánevního dna, které jsou spojovány s porodem a ovlivňují případný kvalitní život. Vaginální balónky byly prvotně vyvinuty k prevenci porodního poranění, konkrétně k předcházení provedení epiziotomie nebo spontánně vznikající ruptury hráze. Zástupci Aniballu prezentují tuto pomůcku jako metodu aktivizace pánevního dna, kdy se ženy naučí vnímat, pracovat i ovlivňovat jeho kontrakční a relaxační činnost ve spojení s dýcháním, kdy bonusovým faktorem může být i právě ochrana perinea u samotného porodu.

Teoretická část práce popisuje samotnou kvalitu života i ve vztahu ke graviditě a porodu. Dále se zmiňuje o komplexu pánevního dna a jeho dysfunkcích s následnou zmínkou i o poranění perineálních oblastí. Posledním bodem teoretické části jsou samotné vaginální balónky, konkrétně Aniball a Epi-no balónek. *V rámci empirického šetření* jsme zkoumaly závislosti proměnných, jež byly uvedeny v jednotlivých dílčích cílech. *První dílčí cíl* byl splněn, protože jsme dospěly k výsledku, že užívání vaginálních balónků v těhotenství ovlivňuje vznik porodního traumatu, jelikož tyto parametry jsou na sobě závislé, při jejich neužívání došlo k porodnímu poranění u 80,4 % respondentek. *Druhým dílčím cílem* je vliv užívání vaginálních balónků na rozvoj inkontinence moči, který jsme uvedly za splněný, a to vlivem zjištění statistické závislosti mezi používáním vaginálních balónků a úniku moči. Tudíž užívání vaginálních balónků v těhotenství může přispět k snížení rozvoje inkontinence moči. Následně jsme se zajímaly o souvislosti porodního poranění a vzniku močové inkontinence v *dílčím cíli č. 3*, který byl *také splněn*, jelikož při zkoumání celého souboru bez ohledu na užívání balónků jsme dospěli k závislosti těchto proměnných, z čehož konstatujeme, že *porodní poranění může být rizikovým faktorem pro rozvoj inkontinence moči*. Kdežto při porovnání jednotlivých užívajících a neužívajících respondentek vaginálních balónků nebyla projevena závislost porodního poranění a inkontinenční močových potíží. *Čtvrtým dílčím cílem* jsme zkoumaly vliv parity na rozvoj inkontinenci moči i stolice s ohledem na užívání vaginálních balónků v těhotenství. Statistická závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků se prokázala pouze u vícerodiček. U prvorodiček se závislost mezi únikem moči a užíváním vaginálních balónků neprokázaly, tedy zde únik moči nemusí být důsledkem užívání vaginálních balónků. Souvislost mezi únikem stolice a užíváním vaginálních balónků nebyla u prvorodiček ani vícerodiček statisticky

závislá. *Tento cíl byl opět splněn. Pátým dílčím cílem* jsme zkoumaly vliv užívání vaginálních balónek v těhotenství na rozvoj inkontinence stolice, kdy jsme opět neprokázaly statistickou významnost. *Cíl byl opět splněn. Z tohoto závěru je opět zřejmé, že rozvoj stolice nemusí mít souvislost s užíváním balónek. Dalším problémem v souvislosti s dysfunkčním pánevním dnem mohou být sexuální potíže, proto jsme se rozhodly šestým dílčím cílem* zkoumat vliv užívání vaginálních balónek na rozvoj sexuálních potíží, tyto proměnné byly stanoveny jako nezávislé. *Tento cíl je označen za splněný. Sedmým dílčím cílem* jsme testovaly užívání vaginálních balónek a doby zahájení sexuálního života, opět došlo k zjištění nezávislosti mezi proměnnými, tudíž označujeme *cíl za splněný. Posledním osmým cílem* jsme zkoumaly vliv porodního poranění na dobu zahájení sexuálního života s ohledem na užívání vaginálních balónek a z čehož jsme zjistily statistickou nezávislost, tudíž máme *cíl označený za splněný.*

REFERENČNÍ SEZNAM

ANGLES-ACEDO, S. et. al. Coital resumption after delivery among OASIS patients: differences between instrumental and spontaneous delivery. *Biomed Central Women's Health* [online]. 2019;19(154):1-7. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1186/s12905-019-0845-8. ISSN: 1472-6874. Dostupné z: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12905-019-0845-8>

Aniball [online]. © RR Medicals s.r.o. [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz>

BOHATÁ, P., DOSTÁLEK, L. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2016; 81(3):192-201.

BRITO, L. et al. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. *International Urogynecology Journal* [online]. 2015; 26(10):1429-1436. [cit. 2020-04-03]. DOI: 10.1007/s00192-015-2687-8. ISSN 14333023. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-015-2687-8.pdf>

Defining sexual health. *World health organization* [online]. WHO ©2020 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Fisherův exaktní test. Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. In. portal.matematickabiologie.cz [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickyh-a-biologickyh-dat--analyza-a-management-dat-pro-zdravotnicke-obory--testovani-hypotez-o-kvalitativnich-promennych--fisheruv-exaktni-test>

FREITAS DE S. S. et. al. Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study. *International Urogynecology Journal* [online]. 2019;30(6):951-957. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s00192-018-3793-1. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-018-3793-1.pdf>

GÖKSIN, I., AYZAZ-ALKAYA, S. The Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation on the Postpartum Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. *Asian Nursing Research* [online]. 2018 Apr;12(2):86-90. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1016/j.anr.2018.03.003. Dostupné z: [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(17\)30426-7/fulltext](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(17)30426-7/fulltext)

GROB, A. T. M. Structural and functional ultrasound imaging of the pelvic floor during pregnancy and postpartum. Netherland: Utrecht University. [online]. 2016, 130 s. [cit. 2020-04-02]. ISBN: 978-90-365-4248-7. Dostupné z: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/341464>

GUL, B. et. al. Social support and health related quality of life among pregnant women. *Journal of the Pakistan medical association* [online]. 2018 Jun;68(6):872-875. [cit. 2020-04-02]. ISSN: 0030-9982-L. Dostupné z: <https://jpma.org.pk/PdfDownload/8720>

HADIZADEH-TALASAZ, Z., SADEGHI, R., KHADIVZADEH, T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2019;58(6):737-747. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1016/j.tjog.2019.09.003. Dostupné z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1028455919302086?token=3C86578D7E4D4DEC5760723107C1E68343C7A82E99099E054C44EE3160174D7786AEBEAD1F8620BCF51F062A9CA7EB80>.

HANDA, L. V. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse associated with pregnancy and childbirth. *UpToDate.com* [online]. ©2017 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Urinary%20incontinence%20and%20pelvic%20organ%20prolapse%20associated%20with%20pregnancy%20and%20childbirth.pdf>

HNILICOVÁ, A., BENCKO, V. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2005;85(11):656-660. ISSN 0032-6739.

HOLÁŇOVÁ, R., KRHUT, J., MURONOVÁ, I. Funkční vyšetření pánevního dna. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2007;14(2):87-90. ISSN 1211-2658.

HOWARD, D., MAKHLOUF, M. Can pelvic floor dysfunction after vaginal birth be prevented. *International Urogynecology Journal* [online]. 2016;27(12):1811-1815. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s00192-016-3117-2, ISSN 1433-3023. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-016-3117-2.pdf>

CHAN, S. S. 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. 2020-05-20]. DOI: 10.1007/s00192-012-2004-8. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-012-2004-8.pdf>

CHEN, L. et. al. Association between sexual intercourse frequency and pelvic floor muscle morphology in pregnant women. *International Urogynecology Journal* [online]. 2019;30(12):1-9.

[cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s00192-019-04181-8. ISSN: 1433-3023. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-019-04181-8.pdf>

JUAREZ, T. et. al. Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth. *Women and Birth* [online]. 2017 Feb;30(1):29-39. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.06.005. Dostupné z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1871519216300634?token=C3E0828A74981E76B396CC038FE028E3B067833FE0C92E4D2A6B3862A64778F34EB16784E4C47BBFC802DB5E20A87480>

KAHRAMANOGLU, I., BAKTIROGLU, B., HAMZAOGLU, K. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. 2017;295(4):907-916. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s00404-017-4299-7. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00404-017-4299-7.pdf>

KALIŠ, V. et. al. Císařský řez a anální inkontinence. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2008;73(2):112-118. ISSN: 1210-7832.

KAMISAN, A. I. et al. Does the Epi-No birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2016 May;123(6):995-1003. [cit. 2020-04-03]. DOI: 10.1111/1471-0528.13924. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13924>

KAVVADIAS, T., HOESLI, I. The EpiNo,, Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor—Implications for Future Research. *Obstetrics and Gynecology International* [online]. 2016 Feb;1-5. Article ID: 3818240. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1155/2016/3818240. Dostupné z: <http://downloads.hindawi.com/journals/ogi/2016/3818240.pdf>

KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a. s. 2009. s. 176. ISBN 978-80-247-2713-4.

KRHOVSKÝ, M. Biomechanický pohled na struktury ženského pánevního dna. *Medicina pro praxi*. Olomouc: Solen s.r.o. 2011;8(9):379-384. ISSN 1214-8687.

LAWRENCE, L. et. al. The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at six months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. *Birth* [online]. 2016;43(4):293-309. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1111/birt.12258. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125543/pdf/nihms-814181.pdf>

LINCOVÁ, M. et. al. Porodní poranění análního sfinkteru – analýza vlastního souboru rodiček mezi lety 2015–2017. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2019;84(1):18-22. ISSN: 1210-7832.

LUKACZ, E. S. et. al. Urinary Incontinence in Women: A Review. *Journals of the American Medical Association* [online]. 2017 Oct;318(16):1592-1604. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1001/jama.2017.12137. Dostupné z: https://medschool.ucsd.edu/som/obgyn/Documents/jama_Lukacz_2017_rv_170007.pdf

MALÁ, Š. et. al. Inkontinence stolice. *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2013;67(3):207-211. ISSN: 1804-7874.

MAREŠ, J. et. al. Kvalita života u dětí a dospívající I. Brno: MSD. 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.

MAREŠ, J., MAREŠOVÁ J. Kvalita života související se zdravím. In MAREŠ, J. et. al. Kvalita života u dětí a dospívající I. Brno: MSD, 2006, s. 29-42. ISBN 80-86633-65-9.

MÁRTA, H. et. al. Changes of pelvic floor muscle function during pregnancy. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Educatio Artis Gymnasticae* [online]. 2019;64(2):57-68. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.24193/subbeag.64(2).15. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/335980060_Changes_of_Pelvic_Floor_Muscle_Function_During_Pregnancy

MARTÍNEZ-GALIANO, J. et. al. Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019 Jan;16(2):253. [cit. 2020-04-02]. DOI:10.3390/ijerph16020253. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/2/253>

MARTINHO, N. et. al. Birthweight and pelvic floor trauma after vaginal childbirth. *International Urogynecology Journal* [online]. 2019 Jun;30(6):985-990. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s00192-019-03882-4. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-019-03882-4.pdf>.

MacARTHUR, C. et. al. Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *International Journal of obstetrics and gynaecology* [online]. 2016;123(6):1022-1029. [cit. 2020-05-20]. DOI: 10.1111/1471-0528.13395. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.13395>

McBRIDE, H. L., KWEE, J. K. Sex After Baby: Women's Sexual Function in the Postpartum Period. *Current Sexual Health Reports* [online]. 2017;9(3):142-149. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s11930-017-0116-3. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11930-017-0116-3.pdf>

McDONALD, E., WOOLHOUSE, H., BROWN, S. J. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth* [online]. 2015;42(4):354-361. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1111/birt.12193. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/birt.12193>

MICHALEC, I. et. al. Rizikové faktory poškození svalů pánevního dna v souvislosti s vaginálním porodem. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2015;80(1):11-15. ISSN 1210-7832.

MUNDET, L. et. al. Defective Conduction of Anorectal Afferents Is a Very Prevalent Pathophysiological Factor Associated to Fecal Incontinence in Women. *Journal of Neurogastroenterology and Motility* [online]. 2019;25(3):423-435. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.5056/jnm18196. ISSN: 2093-0887. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6657934/pdf/jnm-25-423.pdf>

Návod na používání zdravotnického prostředku Aniball [online]. RR Medicals s.r.o. ©2019, poslední revize 1. 7. 2019 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: https://www.aniball.cz/wp-content/uploads/2019/07/aniball_aniball-inco_cz-návod-1.pdf

NELSON, R. L. et. al. Cesarean delivery to prevent anal incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Techniques in coloproctology* [online]. 2019;29(9):809-820. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s10151-019-02029-3. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10151-019-02029-3.pdf>

NĚMEC, M. et. al. Anatomie a biomechanika musculus levator ani. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2019;84(5):393-397. ISSN 1210-7832.

O'MALLEY, D. et. al. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *Biomed Central Pregnancy and childbirth* [online]. 2018;18(1):1-13. [cit. 2020-05-20]. DOI: 10.1186/s12884-018-1838-6 Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984394/pdf/12884_2018_Article_1838.pdf

P-hodnota a její interpretace. *Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity*. In. portal.matematickabiologie.cz [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickyh-a-biologickyh-dat--biostatistika-pro-matematickou-biologii--uvod-do-testovani-hypotez--p-hodnota-a-jeji-interpretace>

PALMEZONI, V. et. al. Pelvic floor muscle strength in primigravidae and non-pregnant nulliparous women: a comparative study. *International Urogynecology Journal* [online]. 2017 Jan;28(1):131-137. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s00192-016-3088-3. ISSN: 1433-3023. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-016-3088-3.pdf>

PAPADOPOULOU, I. *Increase in the efficiency of postpartum pelvic floor training using the EPI-NO trainer*. [online]. © 2019-2020 TECSANA GmbH. [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: https://www.epino.de/fileadmin/user_upload/_imported/fileadmin/INTERNET/3-DOWNLOADS/LIBRA/1-ENG/4-experiences_papa.pdf

PASTORČÁKOVÁ, M., I. 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.

QUOC HUY, N. V. et. al. Pelvic Floor and Sexual Dysfunction After Vaginal Birth With Episiotomy in Vietnamese Women. *Sexual Medicine* [online]. 2019;7(4):514-521. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1016/j.esxm.2019.09.002. Dostupné z: [https://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161\(19\)30193-X/pdf](https://www.smoa.jsexmed.org/article/S2050-1161(19)30193-X/pdf)

QUIROZ, L. H. et. al. Increasing age is a risk factor for decreased postpartum pelvic floor strength. *Female pelvic medicine and reconstructive surgery* [online]. 2017;23(2):136-140. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000376. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5323292/pdf/nihms-828595.pdf>

RAJCOVÁ, T. *Aniball-metoda prevence porodního poranění*. Ostrava, 2018. 75 s. Bakalářská práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Bohdana Dušová.

RICHTER, H. E. et. al. Incidence and Predictors of Anal Incontinence after Obstetric Anal Sphincter Injury in Primiparous Women. *Female pelvic medicine and reconstructive surgery* [online]. 2015;21(4):182-189. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000160. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481184/pdf/nihms645665.pdf>

SAYDAM, B. K. et. al. Effect of delivery method on sexual dysfunction. *The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine* [online]. 2017;32(4):568-572. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1080/14767058.2017.1387243. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/320169199_Effect_of_delivery_method_on_sexual_dysfunction/citations

SHEK, K. L., DIETZ, H. P. Vaginal birth and Pelvic floor trauma. *Current Obstetrics and Gynecology Reports* [online]. 2019;8(1):15-25. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s13669-019-0256-8. ISSN: 2161-3303. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13669-019-0256-8.pdf>.

SCHREINER, L. et. al. Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [online]. 2018 Oct;143(1):10-18. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1002/ijgo. ISSN: 1879-3479. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12513>.

SMITH, A. P. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. *Biomed Central Urology* [online]. 2016 May;22(1):1-6. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1186/s12894-016-0140-z. ISSN: 1471-2490. Dostupné z: <https://bmcurol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12894-016-0140-z>

SOCHOROVÁ, N. Problematika močové inkontinence. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen s.r.o. 2011;8(11):488-490. ISSN: 1214-8687.

SKORUNKA, D. Projevy somatizace a kvalita života u dětí a dospívajících: perspektiva rodinného terapeuta. In MAREŠ, J. et. al. Kvalita života u dětí a dospívající I. Brno: MSD, 2006, s. 43-56. ISBN 80-86633-65-9.

SRP, B. Fyziologický porod a šestinedělí. In HÁJEK, Z. et. al. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. s. 175-188. ISBN 978-80-247-4529-9.

SUBKI, H. A. et. al. Fecal and Urinary Incontinence Associated with Pregnancy and Childbirth. *Materia socio-medica* [online]. 2019 Sep;31(3):202-206. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.5455/msm.2019.31.202-206. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6853745/pdf/MSM-31-202.pdf>

ŠTĚPÁN, J. et. al. Porodní poranění a anální inkontinence v dlouhodobé perspektivě. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2010;75(1):4-8. ISSN: 1210-7832

Testování nezávislosti (Pearsonův chí-kvadrát test). *Institut biostatistiky a analýz Lékařské fakulty Masarykovy univerzity*. In. *portal.matematickabiologie.cz* [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickyh-a-biologickyh-dat--analyza-a-management-dat-pro-zdravotnicke-obory--testovani-hypotez-o-kvalitativnich-promennych--analyza-kontingencnich-tabulek--testovani-nezavislosti-pearsonuv-chi-kvadrat-test>

TOMEŠ, P. Endometrióza a dyspareunie. *Aktuální gynekologie a porodnictví* [online]. 2019; 11:8-13. [cit. 2020-04-02]. ISSN: 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2019_224.pdf

Urgency and faecal incontinence. In. *The ibs network.org* [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://www.theibsnetwork.org/diarrhoea/urgency-and-faecal-incontinence/>

URBÁNKOVÁ, I. et. al. The effect of the first vaginal birth on pelvic floor anatomy and dysfunction. *International Urogynecology Journal* [online]. 2019 Oct;30(10):1689-1696. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1007/s00192-019-04044-2. ISSN: 1433-3023. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00192-019-04044-2.pdf> .

VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. 2012;14(3):286-297. ISSN 1212-4117.

VAŠEK, P. et. al. Močová inkontinence v těhotenství. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2019;84(1):73-76. ISSN 1210-7832.

VEVERKOVÁ, A., KALIŠ, V., RUŠAVÝ, Z. Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2017;82(4):327-332. ISSN 1210-7832.

WEINTRAUB, A. Y., GLINTER, H., MARCUS-BRAUN, N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *International Brazilian Journal of Urology* [online]. 2020;46(1):5-14. [cit. 2020-04-02]. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581. Dostupné z: https://www.intbrazjurol.com.br/pdf/vol46n01/Weintraub_5_14.pdf

ZAHEERA, S. Relationship between mode of delivery and development of urinary incontinence: A possible link is demonstrated. *International Journal of Health Sciences, Qassim University* [online]. 2015;9(4):446-452. [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682600/pdf/ijhs-9-4-446.pdf>

ZAHERI, F. et. al. The relationship between quality of life after childbirth and the childbirth method in nulliparous women referred to healthcare centers in Sanandaj, Iran. *Electronic Physician* [online]. 2017 Dec;9(129):5985-5990. [cit. 2020-04-02]. ISSN: 2008-5842. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843425/pdf/epj-09-5985.pdf>

ZANETTI, D. R. M. et. al. Determination of a cutoff value for pelvic floor distensibility using the Epi-no balloon to predict perineal integrity in vaginal delivery. *Sao Paulo Medical Journal* [online]. 2016;134(2):97-102. [cit. 2020-04-03]. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.8581009. ISSN 1806-9460. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v134n2/1516-3180-spmj-2014-8581009.pdf>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled věkových skupin respondentek.....	36
Tabulka 2 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání.....	37
Tabulka 3 Přehled krajů České republiky respondentek zkoumaného souboru.....	38
Tabulka 4 Parita respondentek.....	39
Tabulka 5 Pořadí porodů a rok porodů.....	40
Tabulka 6 Pořadí porodů a věk při porodu.....	40
Tabulka 7 Užívání Aniballu v těhotenství.....	41
Tabulka 8 Užívání Epi-no balónku v těhotenství.....	42
Tabulka 9 Užívání vaginálních balónku po porodu.....	42
Tabulka 10 Úvaha nad vaginálními balónky před jejich užíváním-celý soubor.....	43
Tabulka 11 Úvaha nad vaginálními balónky před jejich užíváním u užívajících žen.....	44
Tabulka 12 Obavy z komplikací při užívání vaginálních balónku v těhotenství – celý soubor.....	44
Tabulka 13 Obavy z komplikací při užívání vaginálních balónku v těhotenství – užívající ženy....	45
Tabulka 14 Užívání vaginálních balónků v rámci těhotenství.....	45
Tabulka 15 Vznik porodního poranění – celý soubor.....	46
Tabulka 16 Vznik porodního poranění – užívající žen.....	47
Tabulka 17 Výskyt porodního poranění v rámci konkrétního porodu.....	47
Tabulka 18 Typ porodního poranění s konkretizací porodu.....	49
Tabulka 19 Hojivost porodního poranění.....	50
Tabulka 20 Mimosvolný únik moči po porodu.....	51
Tabulka 21 Charakter výskytu mimovolného úniku moči po porodu.....	51
Tabulka 22 Odeznění potíží s únikem moči.....	52
Tabulka 23 Potíže s únikem stolice po porodu.....	53
Tabulka 24 Charakter úniku stolice.....	54
Tabulka 25 Odeznění potíží s únikem stolice.....	54
Tabulka 26 Prožití prvního sexuálního styku po porodu.....	55
Tabulka 27 Změna vnímání sexuálního styku.....	56
Tabulka 28 Potíže se sexuálním životem po porodu.....	57
Tabulka 29 Potíže se sexuálním životem.....	58
Tabulka 30 Potíže sexuálního život udávané ze strany partnera.....	59
Tabulka 31 Doporučení vaginálních balónků.....	60
Tabulka 32 Důvod nedoporučení vaginálních balónků.....	61
Tabulka 33 Závislost porodního poranění na vaginálních balóncích.....	63
Tabulka 34 Chí-kvadrát test k Tab. 33 Závislost porodního poranění na vaginálních balóncích.....	63
Tabulka 35 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónku.....	64
Tabulka 36 Chí-kvadrát test k Tab. 35 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónku.....	64
Tabulka 37 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – celý soubor.....	65
Tabulka 38 Chí – kvadrát test k Tab. 37 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – celý soubor.....	65
Tabulka 39 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – ženy užívající vaginální balónky v těhotenství.....	65
Tabulka 40 Chí – kvadrát test k Tab. 39 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – celý soubor.....	66
Tabulka 41 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – ženy neužívající vaginální balónky v těhotenství.....	66

Tabulka 42 Chí-kvadrát test k Tab. 41 Závislost úniku moči k porodnímu poranění – ženy neuvádějící vaginální balónky v těhotenství	66
Tabulka 43 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky	67
Tabulka 44 Chí-kvadrát test k Tab. 43 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky	67
Tabulka 45 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – vícero-dičky	68
Tabulka 46 Chí-kvadrát test k Tab. Tab. 45 Závislost úniku moči na užívání vaginálních balónků v těhotenství – vícero-dičky	68
Tabulka 47 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky	68
Tabulka 48 Fisherův exaktní test k Tab. 47 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – prvorodičky	69
Tabulka 49 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – vícero-dičky	69
Tabulka 50 Fisherův exaktní test k Tab. Tab. 49 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství – vícero-dičky	69
Tabulka 51 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství	70
Tabulka 52 Chí-kvadrát test k Tab. Tab. 51 Závislost úniku stolice na užívání vaginálních balónků v těhotenství	70
Tabulka 53 Závislost sexuálních potíží na užívání vaginálních balónků v těhotenství	71
Tabulka 54 Chí-kvadrát test k Tab. 53 Závislost sexuálních potíží na užívání vaginálních balónků v těhotenství	71
Tabulka 55 Závislost doby zahájení sexuálního života po porodu na užívání vaginálních balónků v těhotenství	72
Tabulka 56 Fisherův exaktní test k Tab. 55 Závislost doby zahájení sexuálního života po porodu na užívání vaginálních balónků v těhotenství	72
Tabulka 57 Závislost doby zahájení sexuálního života na porodní poranění u žen užívajících vaginální balónky v těhotenství	73
Tabulka 58 Fisherův exaktní test k Tab. 57 Závislost doby zahájení sexuálního života na porodní poranění u žen užívajících vaginální balónky v těhotenství	73
Tabulka 59 Závislost zahájení sexuálního života po porodu na porodní poranění u žen neuvádějících vaginálních balónků v těhotenství	74
Tabulka 60 Fisherův exaktní test k Tab. 59 Závislost zahájení sexuálního života po porodu na porodním poranění u žen neuvádějících vaginálních balónků v těhotenství	74

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Přehled věkových skupin respondentek	36
Graf 2 Přehled nejvyššího dosaženého vzdělání	37
Graf 3 Přehled krajů České republiky respondentek zkoumaného souboru	39
Graf 4 Parita respondentek	40
Graf 5 Užívání Aniballu v těhotenství	41
Graf 6 Užívání Epi-no balónku v těhotenství.....	42
Graf 7 Užívání vaginálních balónků po porodu	43
Graf 8 Úvaha nad vaginálními balónky před jejich užíváním-celý soubor.....	44
Graf 9 Obavy z komplikací při užívání vaginálních balónku v těhotenství – celý soubor	45
Graf 10 Užívání vaginálních balónků v rámci těhotenství	46
Graf 11 Vznik porodního poranění – celý soubor	47
Graf 12 Výskyt porodního poranění v rámci konkrétního porodu	48
Graf 13 Hojivost porodního poranění	50
Graf 14 Mimovolný únik moči po porodu	51
Graf 15 Charakter výskytu mimovolného úniku moči po porodu.....	52
Graf 16 Odeznění potíží s únikem moči.....	53
Graf 17 Potíže s únikem stolice po porodu	53
Graf 18 Charakter úniku stolice.....	54
Graf 19 Odeznění potíží s únikem stolice	55
Graf 20 Prožití prvního sexuálního styku po porodu	56
Graf 21 Změna vnímání sexuálního styku	57
Graf 22 Potíže se sexuálním životem po porodu	58
Graf 23 Potíže sexuálního život udávané ze strany partnera.....	60
Graf 24 Doporučení vaginálních balónků	61
Graf 25 Důvod nedoporučení vaginálních balónků.....	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Informovaný souhlas

Příloha 3 Stanovisko etické komise

Příloha 4 Potvrzení o umožnění výzkumného šetření

DOTAZNÍK

Vážená respondentko,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník, který právě čtete, je součástí výzkumné části diplomové práce s názvem „Kvalita života žen po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónku v těhotenství“. Prosím Vás o pravdivé a kompletní odpovědi na otázky v dotazníku. Zvolenou odpověď prosím řádně označte nebo vypište na určené a vyznačené místo. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí na výzkumném šetření pro kvalifikační práci s anonymním zacházením poskytnutých dat v tomto dotazníku.

Předem Vám děkuji za Váš čas strávený u vyplňování otázek.

S pozdravem,

Tereza Rajcová – studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia Intenzivní péče v porodní asistenci, Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci.

1. Kolik Vám je let?

- 18-25 let
- 26-30 let
- 31-35 let
- 36-40 let
- 40 let a více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Střední s výučním listem
- Střední s maturitou
- Vyšší odborná škola
- Vysoká škola

3. Ve kterém kraji žijete?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hlavní město Praha | <input type="checkbox"/> Zlínský kraj |
| <input type="checkbox"/> Moravskoslezský kraj | <input type="checkbox"/> Olomoucký kraj |
| <input type="checkbox"/> Jihočeský kraj | <input type="checkbox"/> Karlovarský kraj |
| <input type="checkbox"/> Středočeský kraj | <input type="checkbox"/> Liberecký kraj |
| <input type="checkbox"/> Plzeňský kraj | <input type="checkbox"/> Královohradecký kraj |
| <input type="checkbox"/> Ústecký kraj | <input type="checkbox"/> Kraj Vysočina |
| <input type="checkbox"/> Jihomoravský kraj | <input type="checkbox"/> Pardubický kraj |

4. Kolikrát jste rodila?

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x a více

5. Ve kterém roce/kterých letech jste rodila a kolik Vám bylo při porodu/porodech let?

Příklad: 1. porod 2005 24 let, 2. porod 2008 27 let.

- 1. porod, rok, let.....
- 2. porod, rok....., let.....
- 3. porod, rok....., let.....
- 4. porod, rok....., let.....

6. Používala jste pomůcku Aniball ve Vašem/ Vašich těhotenstvích?

- ANO
 NE
7. Používala jste pomůcku Epi-no balónek ve Vašem/ Vašich těhotenstvích?
 ANO
 NE
8. Cvičila jste s Aniballem/ Epi-No balónkem i po porodu?
 ANO
 NE
9. Přemýšlela jste před užíváním Aniballu/Epi-no balónku o komplikacích, o stavu porodních cest po porodu či o sexuálním životě?
 ANO
 NE
10. Měla jste obavy týkající se komplikací, stavu porodních cest a sexuálního života po porodu při užívání Aniballu/Epi-no balónku v těhotenství?
 ANO
 NE
11. Pokud jste užívala výše uvedené pomůcky (Aniball a Epi-no balónek), uveďte, v průběhu kterého/ kterých těhotenství jste je používala.
 Příklad: Používala jsem pouze v prvním těhotenství → označím první těhotenství. Používala ve dvou těhotenstvích → označím první i druhé těhotenství.
 První těhotenství
 Druhé těhotenství
 Třetí těhotenství
 Čtvrté těhotenství
12. Vzniklo při Vašem/Vašich porodech porodní poranění?
 ANO
 NE (Pokračujte otázkou č. 16)
13. Pokud u Vás poranění vzniklo, uveďte prosím, v rámci kterého porodu porodní poranění vzniklo.
 Příklad: Poranění u prvního porodu → označím první porod, poranění u prvního i druhého porodu → označím první i druhý porod.
 První porod
 Druhý porod
 Třetí porod
 Čtvrtý porod
 Pátý porod a více
14. Pokud u Vás vzniklo poranění, jakého typu bylo? Uveďte k následujícím poraněním také, kterého porodu se poranění týkalo.
 Příklad: Epiziotomie první porod, ruptura hráze 1. stupně druhý porod.
 Epiziotomie.....
 Ruptura hráze 1. stupně..... (trhlina kůže hráze)
 Ruptura hráze 2. stupně.....(trhlina kůže, podkoží a svalstva hráze)
 Ruptura hráze 3. stupně..... (trhlina hráze až poškození řitního svěrače)
 Ruptura stydkých pysků.....
 Ruptura parauretralis..... (trhlina směrem k močové trubici)
 Ruptura pochvy..... (trhlina uvnitř pochvy)
 Jiná poranění? Uveďte:
15. Pokud jste měla porodní poranění, jak se Vám hojilo?
 Neměla jsem žádné potíže
 Objevila se komplikace – infekce/záněť
 Poranění se mi rozpadlo, nezhojilo se správně

- Jiná komplikace? Uveďte:
16. Měla jste nějaké potíže s mimovolným (vůli nekontrolovatelným) únikem moči po porodu?
- ANO
- NE (Pokračujte otázkou č. 19)
17. Pokud jste uvedla potíže s únikem moči po porodu, kdy k tomu dochází nejčastěji?
- Při smíchu či kašli
- Při cvičení nebo zvýšené námaze
- Při plném močovém měchýři a silném nutkání na močení
- Kdykoli
18. Pokud jste uvedla potíže s únikem moči, kdy došlo k odeznění těchto potíží?
- Potíže odezněly během šestinedělí
- Potíže s únikem moči přetrvávaly i po šestinedělí a odezněly po porodu
- Potíže s únikem moči přetrvávají až do této doby
19. Měla jste potíže s únikem stolice po porodu?
- ANO
- NE (Pokračujte otázkou č. 22)
20. Pokud jste uvedla potíže s únikem stolice, jaký charakter potíže měly?
- Únik plynů
- Únik řídké stolice
- Únik formované stolice
21. Pokud jste uvedla potíže s únikem stolice po porodu, kdy došlo k nápravě?
- Během šestinedělí – neměla jsem porodní poranění
- Během šestinedělí – měla jsem větší porodní poranění hráze
- Během šestinedělí – měla jsem poškozen konečník
- Potíže byly i po šestinedělí, ale odezněly.....po porodu
- Potíže mám stále
22. Kdy jste prožila svůj první sexuální styk po porodu?
- Již během šestinedělí
- Po šestinedělí do 3 měsíců po porodu
- Po šestinedělí do 6 měsíců po porodu
- Po šestinedělí do 12 měsíců po porodu
- Po 1 roce po porodu
- Zatím jsem neprožila
23. Vnímáte sexuální styk jinak než před porodem?
- ANO
- NE
24. Projevily se u Vás po porodu potíže se sexuálním životem?
- Ne, sexuální život je beze změny, s ohledem na období před porodem
- Ne, sexuální život se po porodu ještě zlepšil
- Ano
25. Pokud jste uvedla, že máte potíže se sexuálním životem, prosím o specifikaci.
Po porodu se snížila potřeba sexuálních aktu z důvodu:
- Strachu z bolestivosti
- Nedostatečné zvlhčení pochvy
- Vyčerpání a stres
- Přítomnost miminka
- Psychická překážka z důvodu sníženého sebevědomí s ohledem na porodní poranění, či stav pochvy po porodu
- Partner/manžel dává najevo výraznou změnu prostornosti pochvy

- Snížené vnímání sexuálního zážitku
 - Jiná možnost?.....
26. Uvádí partner nějaké potíže skrze sexuální život?
- ANO
 - NE
27. Pokud jste užívala Anibal/Epino – doporučila byste ho ostatním ženám s ohledem na období po porodu, šestinedělí a následného života (hojení porodního poranění, stav porodních cest, rozvoj inkontinence)?
- ANO
 - NE
28. Pokud jste uvedla, že byste Anibal/Epino nedoporučila s ohledem na porod, šestinedělí a následný život, z jakého důvodu jste tuto odpověď označila?
- Stav porodních cest
 - Rozvoj inkontinence
 - Sexuální život
 - Zkušenost při porodu – nástřih, větší porodní poranění
 - Jiné

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

S celým, Vámi vyplněným dotazníkem, bude nakládáno anonymně. Dotazník slouží pouze pro výzkumnou část mé diplomové práce.



Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónků v těhotenství.

Období realizace: od listopadu 2019 do února 2020

Řešitelé projektu: Bc. Tereza Rajcová, Ph.Dr. Bohdana Dušová, Ph.D.

Vážená paní,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit kvalitu života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónků jako je Aniball či Epi-no balónek v těhotenství. Výzkum bude zkoumat oblasti týkající se zejména stavu porodních cest, aktivizace pánevního dna, sexuálního života a úniku moči v období po porodu. Výzkumné šetření bude probíhat formou vyplňování dotazníků, které nezabere více než 20 minut času.

Při účasti ve výzkumném šetření se můžete dobrovolně podílet na výzkumu týkající se vaginálních dilatačních balónků, které se využívají v období v těhotenství jako metoda nácviku přípravy a průběhu na samotný porod s ohledem na zpevnění svalů pánevního dna a přípravy porodních cest. Data vyplývající z výzkumu mohou být nápomocná pro budoucí uživatelky dilatačních balónků v období těhotenství. Rizika vyplývající pro respondenty neshledávám, jelikož bude dbáno na anonymní zacházení s vyplněnými dotazníky a korektním zpracováním získaných dat.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a 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.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, 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-147132/1030-2019

Vážená paní
Tereza Rajcová

2019-31-10

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Rajcová,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslanych dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

sohlasné 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



Fakulta
zdravotnických věd

MUDr. Pavel Szwarz
Gyn3nec s.r.o.
Frýdecká 410
73961 Třinec

Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane MUDr. Szwarci,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství“. Vedoucí mé práce je PhDr. Bohdana Dušová, Ph. D.

Sběr dat bude probíhat na Vašem pracovišti v období od listopadu 2019 do února 2020 pomocí anonymního dotazníkového šetření, jehož vyplnění zabere pár minut. Dotazník je koncipován pro ženy po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření.

Bc. Tereza Rajcová
2. ročník oboru Intenzivní péče v porodní asistenci
FZV, Univerzita Palackého v Olomouci

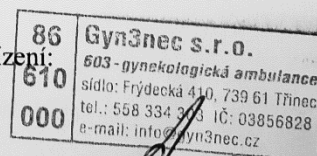
Vyjádření instituce

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Datum: 4.11.2019

Razítko a podpis zařízení:



MUDr. Pavel Szwarz

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



MUDr. Ladislav Cienciała
Gynpraxe lege artis s.r.o.
Erbenova 33
73961 Třinec

Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane MUDr. Cienciała,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství“. Vedoucí mé práce je PhDr. Bohdana Dušová, Ph. D.

Sběr dat bude probíhat na Vašem pracovišti v období od listopadu 2019 do února 2020 pomocí anonymního dotazníkového šetření, jehož vyplnění zabere pár minut. Dotazník je koncipován pro ženy po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření.

Bc. Tereza Rajcová
2. ročník oboru Intenzivní péče v porodní

asistenci

FZV, Univerzita Palackého v

Olomouci

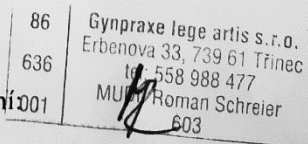
Vyjádření instituce

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Datum: 4. 11. 2019

Razítko a podpis zařízení 001





MUDr. Michal Fišara
DERMA-GYN MEDICAL S.R.O.
Náměstí Svobody 527
73961 Třinec

Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane MUDr. Fišaro,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónků v těhotenství“. Vedoucí mé práce je PhDr. Bohdana Dušová, Ph. D.

Sběr dat bude probíhat na Vašem pracovišti v období od listopadu 2019 do února 2020 pomocí anonymního dotazníkového šetření, jehož vyplnění zabere pár minut. Dotazník je koncipován pro ženy po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónků v těhotenství.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření.

Bc. Tereza Rajcová
2. ročník oboru Intenzivní péče v porodní asistenci
FZV, Univerzita Palackého v Olomouci

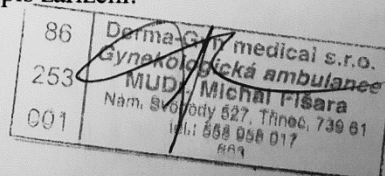
Vyjádření instituce

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Datum: 4. 11. 2019

Razítko a podpis zařízení:





Fakulta
zdravotnických věd

MUDr. Jiří Bojko
Gynekologická ambulance
Hasičská 171
73991 Jablunkov

Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane MUDr. Bojko,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónků v těhotenství“. Vedoucí mé práce je PhDr. Bohdana Dušová, Ph. D.

Sběr dat bude probíhat na Vašem pracovišti v období od listopadu 2019 do února 2020 pomocí anonymního dotazníkového šetření, jehož vyplnění zabere pár minut. Dotazník je koncipován pro ženy po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónků v těhotenství.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření.

Bc. Tereza Rajcová
2. ročník oboru Intenzivní péče v porodní asistenci
FZV, Univerzita Palackého v Olomouci

Vyjádření instituce

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Datum: 4. 11. 2019

Razítko a podpis zařízení:



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



MUDr. Jana Hlišnikowska
Gynekologická ambulance
Náměstí Svobody 527
73961 Třinec

Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážená paní MUDr. Hlišnikowska,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství“. Vedoucí mé práce je PhDr. Bohdana Dušová, Ph. D.

Sběr dat bude probíhat na Vašem pracovišti v období od listopadu 2019 do února 2020 pomocí anonymního dotazníkového šetření, jehož vyplnění zabere pár minut. Dotazník je koncipován pro ženy po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření.

Bc. Tereza Rajcová
2. ročník oboru Intenzivní péče v porodní asistenci
FZV, Univerzita Palackého v Olomouci

Vyjádření instituce

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Datum: 5. 11. 2019

Razítko a podpis zařízení:





Fakulta
zdravotnických věd

MUDr. Ladislav Cienciała
Gynpraxe eufemia s.r.o.
Za učilištěm 635
73991 Jablunkov

Genius loci ...

Žádost o umožnění výzkumného šetření v rámci diplomové práce

Vážený pane MUDr. Cienciała,

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření v rámci mé diplomové práce s názvem „Kvalita života žen po vaginálních porodech při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství“. Vedoucí mé práce je PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.

Sběr dat bude probíhat na Vašem pracovišti v období od listopadu 2019 do února 2020 pomocí anonymního dotazníkového šetření, jehož vyplnění zabere pár minut. Dotazník je koncipován pro ženy po vaginálním porodu při užívání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření.

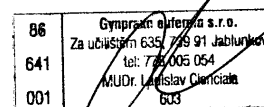
Bc. Tereza Rajcová
2. ročník oboru Intenzivní péče v porodní asistenci
FZV, Univerzita Palackého v Olomouci

Vyjádření instituce

Žádost povolena

Žádost zamítnuta

Datum: 4. 11. 2019 Razítko a podpis zařízení:



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