

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Prognóza močové inkontinence vzniklé v těhotenství

Kristýna Michalcová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Michalcová**
Osobní číslo: **Z12159**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Prognóza močové inkontinence vzniklé v těhotenství**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ABRAMS, P. et al. Clinical manual of incontinence in women. Paris: Health Publication, 2005. ISBN 0-9546956-3-1.
2. ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. Inkontinence moči. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, 119 s. ISBN 80-725-4875-1.
3. HALAŠKA, Michael, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. Urogynekologie: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-726-2272-2.
4. KRHUT, Jan, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. Hyperaktivní močový měchýř: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-807-3452-407.
5. MARTAN, Alois. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-734-5076-3.
6. MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-807-3453-480.

Vedoucí bakalářské práce:

Dr. med. Germund Hensel

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2013

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 26. ledna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem zpracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce jako mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do skutečné výše.

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22. 4. 2015

.....
Kristýna Michalcová

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce prim. Dr. med. Germundu Henselovi za odborné vedení práce, za jeho trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi poskytl.

Také děkuji celé své rodině, která mě podporovala ve studiu. V neposlední řadě patří velké poděkování všem respondentkám, které mi vyplnily dotazník.

Srdečně děkuji.

ANOTACE

Název naší bakalářské práce je prognóza močové inkontinence vzniklé v těhotenství. Zabýváme se inkontinencí moči u žen 3 roky po porodu. Bakalářská práce má část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části se zabýváme problematikou inkontinence moči, jejími druhy, diagnostikou, léčbou a vlivem těhotenství na vznik inkontinence moči. Ve výzkumné části interpretujeme výsledky dotazníků, které jsme zasílali poštou ženám, které před 3 roky rodily a měly nějaký problém s únikem moči.

KLÍČOVÁ SLOVA

únik moči, stresová inkontinence, těhotenství, porod

TITLE

Prognosis of urinary incontinence caused by pregnancy.

ANNOTATION

The title of our bachelor thesis is prognosis of urinary incontinence caused by pregnancy. We deal with urinary incontinence three years after the birth. The bachelor thesis has theoretical part and research part. The theoretical part deals with the issue of urinary incontinence, its types, diagnosis, treatment and the effect of pregnancy on the urinary incontinence. In the research part, we interpret the results of the questionnaires that we were sending by post to women who delivered three years ago and who had a problem with leaking urine.

KEYWORDS

leakage, stress incontinence, pregnancy, childbirth

OBSAH

ÚVOD	11
Cíle teoretické části	12
Cíle výzkumné části	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Anatomie dolního močového traktu a svalů pánevního dna	14
1.1 Močový měchýř	14
1.2 Ženská močová trubice (uretra)	14
1.3 Anatomie svalů pánevního dna	14
2 Fyziologie funkce dolního močového ústrojí	16
2.1 Fyziologie mikce	16
2.2 Fáze shromažďování moči	16
2.3 Funkce uretry během shromažďování moči	16
2.4 Fáze vyprazdňování (mikční)	17
3 Příznaky dolního močového traktu – LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) ...	18
3.1 Poruchy plnění	18
3.2 Poruchy vyprazdňování	18
3.3 Postmikční poruchy	19
4 Inkontinence	20
4.1 Stresová inkontinence (SUI)	20
4.2 Urgentní inkontinence (UUI)	20
4.3 Reflexní inkontinence	20
4.4 Paradoxní (přebytková) inkontinence	21
4.5 Smíšená inkontinence	21
4.6 Hyperaktivní močový měchýř (OAB)	21
5 Rizikové faktory vzniku inkontinence	22
5.1 Predisponující rizikové faktory	22
5.2 Vyvolávající rizikové faktory	22
5.3 Podporující rizikové faktory	23
5.4 Dekompenzující rizikové faktory	24
6 Vyšetřovací metody	25
6.1 Anamnéza	25
6.2 Mikční deník	25

6.3 Fyzikální vyšetření.....	25
6.4 Klinické testy	26
6.5 Urodynamické vyšetření.....	27
6.6 Zobrazovací vyšetření.....	27
7 Léčba inkontinence moči.....	29
7.1 Léčba stresové inkontinence.....	29
7.2 Léčba urgentní inkontinence a OAB	31
8 Inkontinence moči vzniklá v těhotenství a při porodu	35
8.1 Inkontinence moči vzniklá v graviditě	35
8.2 Inkontinence moči vzniklá při porodu.....	35
VÝZKUMNÁ ČÁST	37
9 Výzkumné otázky.....	38
10 Metodika výzkumu.....	39
11 Vyhodnocení výsledků.....	40
12 Diskuze.....	63
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

Seznam ilustrací a tabulek

Obrázek 1 - Věk respondentek	40
Obrázek 2 – Parita	41
Obrázek 3- Způsob posledního porodu	42
Obrázek 4 - Porodní hmotnost posledního dítěte	43
Obrázek 5 - Příbytek hmotnosti v posledním těhotenství	44
Obrázek 6 - LUTS před těhotenstvím	45
Obrázek 7 - Frekvence močení během dne	47
Obrázek 8 - Frekvence močení v noci.....	48
Obrázek 9 - Příbytek hmotnosti v těhotenství ovlivňující vznik nykturie.....	49
Obrázek 10 - Stresová inkontinence v závislosti na paritě.....	51
Obrázek 11 - Vliv způsobu porodu na vzniku stresové inkontinence	52
Obrázek 12 - Závislost porodní hmotnosti novorozence na vzniku stresové inkontinence	53
Obrázek 13 - Urgentní inkontinence	54
Obrázek 14 - Zlepšení problémů s močením po cvičení	61
Tabulka 1 - Začátek problémů s močením	46
Tabulka 2 - Přítomnost stresové inkontinence	50
Tabulka 3 - Svěření se o problémech s močením	55
Tabulka 4 – četnost používání vložek při úniku moči	56
Tabulka 5 - Omezení běžných denních aktivit zapříčiněné únikem moči	57
Tabulka 6 - Změna společenského života od začátku vzniku problémů s močením	58
Tabulka 7 - četnost cviků na posílení pánevního dna po porodu.....	59
Tabulka 8 - Délka poporodního cvičení na posílení pánevního dna.....	60
Tabulka 9 - Vyhledávání informací o problémech s močením.....	62

Seznam zkratek a značek

BMI	body mass index
cca	cirka
cm	centimetr
g	gram
H ₂ O	voda
Hz	Hertz
ICS	International Continence Society (mezinárodní společnost pro kontinenci)
IU	International Unit (mezinárodní jednotka)
kg	kilogram
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms (příznaky dolního močového traktu)
max	maximálně
MHz	Megahertz
ml	mililitr
min	minuta
mm	milimetr
OAB	OverActive Bladder (hyperaktivní močový měchýř)
SUI	stresová inkontinence
TOT	transobturatorová páska
TVT	tahuprostá vaginální páska
TVT – O	in – out – transobturatorová páska
UUI	urgentní inkontinence

ÚVOD

Inkontinence, samovolný únik moči, postihuje významnou část žen. Jedná se o určitý diskomfort, který postihuje nejen ženy v postmenopauze a stáří, ale i ženy mnohem mladší. V průběhu života jsou ženy vystaveny specifickým situacím, které zvyšují riziko vzniku LUTS a močové inkontinence. Mezi tyto situace patří bezpochyby období těhotenství a porod.

Mnohým ženám příznaky inkontinence moči, které měly v těhotenství nebo po porodu, zcela vymizí. Některým ženám mohou příznaky močové inkontinence působit psychosociální, hygienický a zejména společenský problém.

Jako budoucí porodní asistentku mě velice zajímá vývoj močové inkontinence u žen po porodu. V této bakalářské práci budeme zjišťovat vývoj močové inkontinence u žen, které rodily před třemi roky. Dále se chceme dozvědět, zda způsob porodu ovlivňuje vznik inkontinence moči, zda se častěji vyskytuje inkontinence u žen, které rodily vaginálně.

Je velice důležité, aby byly ženy o této problematice informovány a věděly, že se inkontinence moči nevyskytuje pouze žen s přibývajícím věkem. Není výjimkou, že tento problém trápí i velice mladé ženy v reprodukčním věku. Je třeba si tuto skutečnost uvědomit a nebát se vyhledat pomoc a močovou inkontinenci řešit. Dále je podstatné zdůrazňovat důležitost posilování pánevního dna před těhotenstvím, v těhotenství a zejména po porodu.

Problematika inkontinence moči je velice obsáhlé téma. Věříme, že naše bakalářské práce vystihne zlomek této problematiky a alespoň částečně zvýší informovanost veřejnosti.

Cíle teoretické části

Cílem teoretické části je zpracovat literární přehled soudobých poznatků o příznacích dolního močového traktu, jednotlivé druhy močové inkontinence, její léčbu a vliv těhotenství a porodu na vznik močové inkontinence.

Cíle výzkumné části

Před začátkem výzkumu jsme si stanovili tyto cíle práce.

Cíl 1: Zjistit, kolik procent dotazovaných žen, které trpěly inkontinencí v posledních 4 týdnech těhotenství, trpí těmito problémy i nyní (3 roky po porodu).

Cíl 2: Zmapovat způsob porodu oslovených žen a zjistit, u kterého způsobu porodu se vyskytovala nejčastěji stresová inkontinence.

Cíl 3: Zjistit, zda ženy po porodu cvičily cviky na posílení pánevního dna, jak dlouho a zda to mělo vliv na zlepšení jejich problému s močením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie dolního močového traktu a svalů pánevního dna

Základní podmínkou správné funkce dolního močového traktu je jeho vnitřní integrita a zachovalá pozice a mobilita orgánů malé pánve. Hlavní úlohou dolních močových cest je jímání a vypuzování moči (Krhut a kol., 2011, s. 13; Martan a kol., c2013, s. 11).

1.1 Močový měchýř

Močový měchýř je dutý svalový orgán, který je uložen v malé pánvi. Jeho kapacita je asi 400 – 600 ml. Stěna měchýře se skládá ze tří vrstev hladké svaloviny, které nazýváme detruzorem, latinsky musculus detrusor vesicae. Vnitřní a vnější vrstvu nazýváme jako longitudinální, kde vlákna probíhají podélně. Střední vrstva je označována jako šikmá nebo cirkulární, vlákna zde probíhají příčně. Mezi ústími močovodů a vnitřním ústím močové trubice se nachází oblast zvaná trigonum. V oblasti trigona není vyvinuto podslizniční vazivo z důvodu jiného embryonálního základu. Močový měchýř je cévně zásobován z arteria iliaca interna (Martan a kol., c2013, s. 11; Krhut a kol., 2011, s. 13; Abrams et al., 2005, s. 9).

1.2 Ženská močová trubice (uretra)

Močová trubice, latinsky uretra, je dutý trubicovitý orgán, který je dlouhý asi 30 - 50 mm a široký asi 6 mm. Začátek uretry je přibližně v úrovni středu symfýzy a běží dopředu dolů a je pevně spojena s přední poševní stěnou. Na uretře se nacházejí dva druhy epitelu. V horních dvou třetinách se nachází přechodný epitel a v dolní třetině nerohovějící vícevrstevnatý dlaždicový epitel. Svalovina uretry se skládá z hladkých vláken přestupujících k detruzoru i z příčně pruhovaných, které můžeme vůlí ovládat. Cévní zásobení pro uretru jde z arteria vesicales inferiores a arteria vaginalis. Zevní část uretry je zásobována z arteria pudenda interna (Martan a kol., c2013, s. 12; Halaška a kol., 2004, s. 7; Abrams et al., 2005, s. 9; Krhut a kol., 2011, s. 11).

1.3 Anatomie svalů pánevního dna

Pánevní dno je složeno z pánevních svalů a urogenitálního diafragmatu. Svaly lze rozčlenit na musculus levator ani, musculus pubococcygeus a musculus iliococcygeus. Mezi dolními rameny stydké kosti se napíná perineální membrána (Halaška a kol., 2004, s. 12).

1.3.1 Diaphragma pelvis

Diaphragma pelvis je tvořena třemi částmi párového análního levátoru a jeho fasciemi. První část se nazývá pars pubica, která se táhne od symfýzy a obkružuje pochvu a rektum a pokračuje ke kostrči. Při poklesu pars pubica se široce otevírá hiatus urogenitalis, což způsobuje descenzus pánevních orgánů. Další anální levátor se nazývá pars ilica, který odstupuje od fascie musculus obturatorius internus a upíná se na okraj kostrče a os sacrum. Poslední část levátoru tvoří musculus coccygeus, který se táhne od spina ischiadica ke kostrči (Halaška a kol., 2004, s. 12).

1.3.2 Diaphragma urogenitale

Diaphragma urogenitale je vazivová struktura, která začíná na symfýze a jde ke kostem sedacím. Je trojúhelníkovitého tvaru. Po okrajích je vrstva příčně pruhovaných vláken musculus compressor urethrae a musculus sphincter urethrovaginalis, dříve nazývaných musculus transversus perinei profundus. Spodní část tvoří musculus transversus perinei superficialis, ischio- a bulbocavernosus, které jsou důležité pro oporu dolních močových cest (Martan a kol., c2013, s. 13,14).

2 Fyziologie funkce dolního močového ústrojí

Udržení moči a fyziologická mikce jsou velmi komplikované a dosud jen částečně objasněné děje. Funkce dolního močového ústrojí je řízena centrální nervovou soustavou (Halaška a kol., 2004, s. 18).

2.1 Fyziologie mikce

Močový měchýř vysílá proprioreceptivní podněty, které jsou vedeny z plexus pelvicius do zadních míšních provazců a jimi do centrálního nervového systému, což vede k mikčnímu reflexu. Ve chvíli, kdy v sakrální míše pomine inhibiční vliv nadřazených center na mikční centrum, je vhodná doba k mikci. Několik málo sekund před mikcí (5 – 12 sekund) nastane relaxace pánevního dna a příčně pruhovaného svalu uretry. Díky této relaxaci poklesne uretrovezikální junkce, uretra se zkrátí a její vnitřní ústí se rozšíří. Během tohoto procesu se kontrahuje vnitřní longitudinální vrstva detruzoru, která způsobí pootevření vnitřního ústí uretry. Vnitřní uretrální ústí se tak dostává do místa maximálního intravezikálního tlaku a dojde k odtoku moči (Martan a kol., 2013, s. 16).

2.2 Fáze shromažďování moči

Fungování močového měchýře během shromažďování moči se posuzuje na základě měření detruzorového tlaku, anebo podle subjektivního pocitu plnění měchýře. Normální tlak během plnicí fáze je takový, při kterém není vzestup tlaku větší než 2,6 cm H₂O na 100 ml náplně. Při normálním tlaku nenastávají žádné mimovolní kontrakce. Hyperaktivní tlak během plnicí fáze zachytí mimovolní kontrakce detruzoru. Tyto kontrakce mohou být spontánní nebo stimulované rychlým plněním, změnou polohy či kašlem. Pocit plnosti měchýře lze klasifikovat jako normální, zvýšený (hypersenzitivní), snížený (hyposenzitivní) nebo neexistující. Kapacitu močového měchýře lze změřit pomocí maximální cystometrické kapacity, což je objem, při kterém má pacientka silné nucení na močení (Martan a kol., c2013, s.18).

2.3 Funkce uretry během shromažďování moči

Důležitou funkcí uretry během shromažďování moči je její uzavírající mechanismus. Za normálně fungující uzavírající mechanismus je považován pozitivní uzávěrový tlak během

plnění, a to i v případě zvýšeného intraabdominálního tlaku. Při správné funkci uretry se uzávěrový tlak uretry sníží těsně před mikcí, a tím umožní průtok moči. Při patologickém mechanismu uzávěru uretry dochází při nepřítomnosti detruzorových kontrakcí k úniku moči v situaci, kdy intravezikální tlak převyší intrauretrální. Tento stav označujeme jako stresovou inkontinenci moči (Martan a kol., c2013, s. 18).

2.4 Fáze vyprazdňování (mikční)

K fázi vyprazdňování moči je třeba správná funkce močového měchýře a uretry.

2.4.1 Funkce měchýře při mikci

Při normální kontraktilitě detruzoru nastává mimovolní kontrakce detruzoru, kterou můžeme vědomě potlačit. Normální kontraktilita detruzoru vede k úplnému vyprázdnění měchýře. Mezi nejčastější komplikace mikce patří hypoaktivita detruzoru a akontraktilní detruzor. Hypoaktivita detruzoru se vyznačuje nedostatečnou velikostí nebo trváním kontrakcí k tomu, aby došlo k vyprázdnění měchýře za normální časové období. Závažnější poruchou je detruzorová areflexie, která je způsobena poruchou řízení nervového systému a při které se během urodynamického vyšetření neobjevují žádné kontrakce (Martan a kol., c2013, s. 19).

2.4.2 Funkce uretry při mikci

Za normální uretru považujeme takovou, která se při mikci otevírá, aby umožnila vyprazdňování měchýře. Mezi poruchy uretry řadíme obstrukce v důsledku hyperaktivity uretry. Při této poruše se uzávěrový mechanismus uretry stahuje při kontrakci detruzoru nebo se při pokusu o mikci neotevře. Další poruchou uretry může být mechanická překážka. Nejčastěji se jedná o extrauretrální obstrukce nebo striktury a stenózy (Martan a kol., c2013, s. 19).

3 Příznaky dolního močového traktu – LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)

„*Inkontinence moči je definována dle mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS) jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči.*“ (Martan, c2005, s. 79). Termín inkontinence moči označuje příznak (symptom), kdy pacientka konstatuje mimovolnou ztrátu moči. Dále označuje projev (sign), což je objektivní průkaz ztráty moči. V neposlední řadě inkontinence moči označuje stav (condition), pro který je charakteristický průkaz ztráty moči (urodynamicky). Příznaky LUTS lze rozdělit do tří skupin – porucha plnění, porucha vyprazdňování moči a postmikční poruchy (Martan, c2005, s. 23).

3.1 Poruchy plnění

Poruchy plnění se projevují v plnicí fázi močového měchýře a zahrnují denní a noční frekvenci močení. Mezi poruchy plnění patří: pollakisurie, nykturie, urgence, močová inkontinence, pravá stresová inkontinence, urgentní inkontinence, smíšená močová inkontinence, enuréza, noční enuréza a koitální inkontinence. **Pollakisurie** je zvýšená denní frekvence močení. Klientka chodí močit více jak 8krát za 24 hodin. **Nykturie** je každé noční probuzení spojené s močením. **Urgenci** se označuje náhlé a nepřekonatelné nucení na močení, které lze jen těžce odložit. **Močová inkontinence** je jakýkoliv nechtěný únik moči. **Pravá stresová inkontinence moči** je termín označující mimovolnou ztrátu moči, která vznikne během tělesné námahy, při kýchání či kašli. **Urgentní inkontinence moči** je mimovolná ztráta moči předcházená či spojená s urgencí. **Smíšená močová inkontinence** je charakteristická mimovolnou ztrátou moči spojenou s tělesnou námahou, kýcháním či kašláním spolu s urgencí. **Enuréza** je jakákoliv mimovolná ztráta moči. **Noční enuréza** je mimovolná ztráta moči během spánku. **Koitální inkontinence** je termín označující mimovolnou ztrátu moči během pohlavního styku (Martan, c2005, s. 24).

3.2 Poruchy vyprazdňování

Poruchy vyprazdňování se projevují v průběhu močení. Mezi poruchy vyprazdňování se řadí zpomalený proud, přerušovaný proud, porucha iniciace, námahou močení a koncové domočování. **Zpomalený proud** se projevuje sníženou rychlostí vyprazdňování oproti dřívějšímu. **Přerušovaný proud moči** je popsán klientkou jako přerušovaný proud

v průběhu močení, který se většinou opakuje vícekrát během jedné mikce. **Porucha iniciace** je problém s počátkem močení, který vede k oddálení zahájení očekávané mikce. **Namáhavé močení** se projevuje jako nutnost většího užití svalů k zahájení močení nebo ke zvětšení proudu moči. **Koncové domočování** je popisováno pacientkou jako prodloužené závěrečné domočení malého množství moči, které vede k dokapávání moči (Martan, c2005, s. 22).

3.3 Postmikční poruchy

Postmikční poruchy se projevují ihned po močení. Mezi postmikční poruchy patří pocit nekompletního vyprázdnění a postmikční únik. **Pocit nekompletního vyprázdnění** je specifický pocit, který pacientka vnímá ihned po vymočení. **Postmikční únik** je popisován jako únik moči velmi krátce po vymočení, nejčastěji se objeví při vstávání z toalety (Martan, c2005, s. 22,23).

4 Inkontinence

Inkontinenci, vůlí neovladatelný únik moči, lze rozdělit na stresovou, urgentní, reflexní, paradoxní, smíšenou inkontinenci a hyperaktivní močový měchýř (Abrams et al., 2005, s. 15).

4.1 Stresová inkontinence (SUI)

Stresová inkontinence moči nesouvisí s psychiatrickým onemocněním, jak by mohlo z názvu vyplývat. Stresová inkontinence je definována jako pasivní únik moči uretrou, který je způsobený zvýšením intraabdominálního tlaku bez současné kontrakce detruzoru. K úniku moči dochází při fyzické aktivitě, zejména při běhání, skákání, zvedání předmětů, kýchání nebo kašlání. Dochází k poruše uzávěrového mechanismu uretry a k zhoršené podpoře uretrovezikální junkce, baze močového měchýře a proximální uretry. Zároveň se zvyšuje motilita hrdla močového měchýře, která je nejčastějším důvodem vzniku stresové inkontinence moči (SUI). Druhou nejčastější příčinou rozvoje SUI je porucha sfinkteru uretry (Čermák a kol., 2006, s. 24; Martan a kol., c2013, s. 24, 25).

4.2 Urgentní inkontinence (UII)

Urgentní inkontinence je únik moči, který je spojený s náhlým, silným a vůlí neovladatelným pocitem na močení. Tento druh inkontinence může být způsobený nadměrnými senzoryckými impulzy z receptorů ve stěně močového měchýře nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu. Urgentní inkontinencí v populaci inkontinentních trpí zhruba 30% pacientek. S urgentní inkontinencí je úzce spojován termín hyperaktivní močový měchýř (Martan, c2005, s. 35; Čermák a kol., 2006, s. 24).

4.3 Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinence je nechtěný únik moči, který je zapříčiněn abnormální reflexní aktivitou míšního centra. Nejvíce nepříjemným symptomem tohoto druhu inkontinence je příchod mikce bez předchozího nucení na močení. Často se vyskytuje při onemocnění či poškození centrálního nervového systému, kdy pacientka ztrácí vědomou kontrolu nad mikčním reflexem. Jediný příznak, který může ženu varovat před nechtěnou mikcí, je vegetativní příznak, nejčastěji pocení (Martan a kol., c2013, s. 30).

4.4 Paradoxní (přebytková) inkontinence

Paradoxní inkontinence neboli paradoxní ischurie je nechtěný únik moči z přeplněného močového měchýře, kdy intravezikální tlak převyší maximální intrauretrální tlak. Při tomto úniku moči chybí detruzorová aktivita. Příčinou úniku moči je přepětí stěny močového měchýře. Moč uniká často (po několika málo minutách), ale v malém množství (Čermák a kol., 2006, s. 25).

4.5 Smíšená inkontinence

„Smíšená inkontinence je dle ICS definována jako nechtěný únik moči v souvislosti se stresovou a urgentní inkontinencí.“ (Čermák a kol., 2006, s. 119). Moč uniká náhle bez nucení a při fyzické námaze, zejména při kašlání, kýčání nebo skákání. Obvykle se doporučuje nejprve léčit urgentní inkontinenci a následně stresovou inkontinenci (Čermák a kol., 2006, s. 26).

4.6 Hyperaktivní močový měchýř (OAB)

Používaná zkratka pro hyperaktivní močový měchýř OAB pochází z anglických slov overactive bladder. *„Hyperaktivní močový měchýř je dle ICS definován jako soubor symptomů dysfunkce močových cest, kde je základním příznakem urgence (náhle vzniklý pocit silného nucení na močení, který lze velmi obtížně potlačit), časté močení (více než 8 krát denně) a nykturie“* (Martan a kol., c2013, s. 230). Hyperaktivní močový měchýř lze rozdělit do dvou typů, podle toho, zda je přítomna urgence či není. Mokrý hyperaktivní měchýř („wet OAB“) je charakteristický přítomností urgence. Naopak u suchého hyperaktivního měchýře („dry OAB“) urgence chybí. Dále lze rozdělit dva druhy hyperaktivního močového měchýře podle původu vzniku na primární (idiopatický) hyperaktivní měchýř, kdy příčina vzniku není známa. A sekundární hyperaktivní měchýř, kdy jsou příčiny známy. Nejčastější příčiny vzniku sekundárního hyperaktivního měchýře jsou záněty nebo nádory močového měchýře, cizí tělesa, cystolitiázy, intersticiální cystitidy, neurogenní poruchy, subvezikální obstrukce, radioterapie malé pánve a další (Krhut a kol., 2011, s. 11, 12).

5 Rizikové faktory vzniku inkontinence

Na vzniku a rozvoji inkontinence se podílí řada rizikových faktorů. Tyto rizikové faktory lze rozdělit na predisponující rizikové faktory, vyvolávající rizikové faktory, podporující rizikové faktory a dekompenzující rizikové faktory (Čermák a kol., 2006, s. 30-34).

5.1 Predisponující rizikové faktory

Mezi predisponující faktory patří pohlaví, rodinná predispozice, rasa a anatomické, neurologické a svalové abnormality. **Pohlaví** je velice důležitý a nejvíce prozkoumaný predisponující faktor. Prevalence močové inkontinence u žen nad 60 let je 1,5 – 2 krát vyšší než u mužů. V mladší věkové kategorii je rozdíl ještě větší, 3 – 7 krát častěji se vyskytuje u žen. **Genetické předpoklady a dědičnost** se významně podílejí na vzniku močové inkontinence, zejména stresové inkontinence. Klientka, u které se v rodině objevila inkontinence u matky, sestry a babičky, má velkou pravděpodobnost, že bude také inkontinentní. Podle nedávných amerických studií se prokázalo, že **bělošská rasa** je další predisponující faktor vzniku inkontinence. Bělošské ženy jsou více náchylné ke vzniku stresové inkontinence. Bylo prokázáno, že defekty močové trubice či pístěle způsobují různý stupeň inkontinence. Dále se na vzniku inkontinence mohou podílet neurologické defekty (spina bifida) nebo traumata mozku a úrazy (Čermák a kol., 2006, s. 30).

5.2 Vyvolávající rizikové faktory

Mezi vyvolávající rizikové faktory vzniku inkontinence patří těhotenství/porody, pánevní chirurgie a radioterapie. Je prokázána souvislost vzniku stresové inkontinence v **těhotenství**. Prevalence stresové inkontinence v těhotenství se pohybuje mezi 8 – 85 %, ovšem u velkého procenta žen se inkontinence po porodu upraví a ženy většinou nemají další obtíže. U žen, které trpěly inkontinencí v těhotenství, se častěji objevuje inkontinence ve stáří. Dále zvyšuje pravděpodobnost vzniku inkontinence **porod** pomocí nástrojů a provedení epiziotomie. Bylo prokázáno, že porod císařským řezem zvyšuje pravděpodobnost vzniku inkontinence méně než vaginální porod. Největší vliv na vznik inkontinence má první těhotenství a první porod, další porody již nejsou tak významné pro vznik inkontinence (Čermák a kol., 2006, s. 30).

Dalším vyvolávajícím faktorem vzniku inkontinence jsou **operace v pávni**. Při každé operaci v malé pávni je určité riziko poškození inervace močového měchýře, které může způsobit či ovlivnit inkontinenci. Poruchu inervace močového měchýře může způsobit radikální hysterektomie, resekce pro dysmenoreu, chirurgie rekta, rozsáhlé pánevní operace či ozařování malé pávne (Čermák a kol., 2006, s. 31).

5.3 Podporující rizikové faktory

Mezi podporující rizikové faktory patří obezita, obstipace, poruchy pánevního dna, kouření a léky. **Obezita** je nejvýznamnější faktor pro vznik stresové inkontinence. Vyšší výskyt inkontinence je spojen s vyšší hodnotou BMI (body mass index). Obezita zvyšuje intraabdominální tlak, což způsobuje napnutí, protažení a oslabení svalové tkáně, nervů a pojivové tkáně pánevního dna. Obézní ženy trpí stresovou inkontinencí 4,2 krát častěji než ženy s normální hmotností (Čermák a kol., 2006, s. 31).

Obstipace neboli zácpa má významný vliv na kontinenci. Obstipace může zapříčinit vznik paradoxní ischurie, skybaly v rektu, poruchu vyprazdňování až močovou retenci a následnou inkontinenci z přetékání. Namáhavé vyprazdňování stolice s prolongovaným úsilím a tlačáním může způsobit neuromuskulární poškození se vznikem neuropatie a inkontinence (Čermák a kol., 2006, s. 31).

Poruchy pánevního dna zvyšují pravděpodobnost vzniku inkontinence. Dalším činitelem, který významně ovlivňuje vznik inkontinence je vaginální prolaps (změna polohy nebo ztráta podpory přední či zadní poševní stěny). S defektem podpory přední stěny poševní je úzce spjata hypermobilita hrdla močového měchýře se stresovou inkontinencí (Čermák a kol., 2006, s. 32).

Studie dokázaly, že **kuřačky** trpí inkontinencí 2 – 3 krát častěji než nekuřačky. Přesný důvod není znám, ale předpokládá se, že důvodem je vyšší nitrobřišní tlak kuřaček, který je způsoben častým a namáhavým kašláním (Čermák a kol., 2006, s. 32).

Spousta volně prodejných léčiv má vedlejší účinky, které mají přímý nebo nepřímý vliv na vznik inkontinence. Mezi nejvýznamnější **léky** patří alfa – adrenergní antagonisté, diuretika, ACE inhibitory, psychotropní látky, nesteroidní antirevmatika a další. Diuretika mohou způsobit nykturii a vyprovokovat inkontinenci u klientek s hyperaktivním detruzorem. Nesteroidní antirevmatika způsobí obstipaci, která má přímý vliv na vznik inkontinence (Čermák a kol., 2006, s. 32, 33).

5.4 Dekompenzující rizikové faktory

Dekompenzující faktory přímo nezpůsobují inkontinenci, ale u klientů s vyvolávajícími, podporujícími a predisponujícími faktory může být jedním z podnětů, který způsobí vznik inkontinence. Mezi dekompenzující faktory můžeme řadit věk a demenci. (Čermák a kol., 2006, s. 33).

Studie prokazují, že vznik inkontinence koreluje s vyšším věkem, ale **věk** není příčinou inkontinence. Fyziologicky se s věkem snižuje kapacita měchýře a probíhají změny na pánevním dnu. Vznik inkontinence ve vyšším věku také úzce souvisí s přidruženými chorobami, zejména s demencí, cukrovkou a poškozením pohybového aparátu (Čermák a kol., 2006, s. 34).

U pacientů s **demencí** a kognitivními poruchami je prokázán vyšší výskyt inkontinence. Pacienti s demencí ztrácí schopnost vědomě kontrolovat kontinenci (Čermák a kol., 2006, s. 34).

6 Vyšetřovací metody

Základem všech vyšetřovacích metod je určení, zda žena je opravdu inkontinentní, a potvrdit, že únik moči nebyl pouze přechodný (např. způsobený cystitidou nebo medikací). Dále je nutné vyloučit maligní proces v malé pánvi, neurologické onemocnění či operace v malé pánvi, které také mohly být příčinou inkontinence (Martan a kol., c2013, s. 38).

6.1 Anamnéza

Anamnéza je nedílnou součástí vyšetřovacích metod nejen v urogynéologii, ale i ve všech ostatních lékařských oborech. Důležité je navázání kontaktu s klientkou a získání její důvěry. Kvalitní anamnéza poskytuje cenné informace, které jsou důležité ke zjištění etiologie chorobného procesu. Pro stanovení správné diagnózy je nejdůležitější **osobní anamnéza**, která je zaměřena na příznaky dolního močového traktu (frekvence mikce, nykturie, pollakisurie, urgencye a další). Nedílnou součástí anamnézy je **rodinná anamnéza** (vrozené rozštěpové vady, anomálie uropoetického traktu a anomálie v oblasti míchy), **gynéologická** (menarche, interrupce, aborty, hormonální antikoncepce, záněty, operace, menopauza a descensus pánevních orgánů), **porodnická** (počet porodů, způsob jejich vedení, porodní hmotnost novorozenců), **sociální** (rodinné zázemí), **pracovní** (druh práce, zvedání těžkých břemen) a **farmakologická anamnéza** (anticholinergika, blokátory kalciových kanálů, bicyklická antidepresiva, nesteroidní antirevmatika) (Halaška a kol., 2004, s. 25; Martan a kol., c2013, s. 38).

6.2 Mikční deník

Významnou a poměrně jednoduchou metodou k usnadnění odhalení příčin inkontinence je vedení mikčního diáře. Psaní mikčního diáře spočívá v zaznamenávání denního příjmu tekutin, frekvenci močení a množství vymočených porcí moči, případně množství uniklé moči. Tekutiny obsahující kofein či alkohol mohou dráždit močový měchýř a zhoršit inkontinence, proto je lepší se těmito tekutinám vyvarovat (Čermák a kol., 2006, s. 38, 39).

6.3 Fyzikální vyšetření

Důležitý zdroj informací v urogynéologii představuje fyzikální vyšetření spolu s gynéologickým. Mezi fyzikální vyšetření patří aspekce, vyšetření v zrcadlech a palpace.

Při **aspekci** se zhodnotí zevní genitál, jeho konfigurace, stav kůže a typ pubického ochlupení. Dále se hodnotí výška hráze, jizva po epiziotomii – rozsah, lokalizace a zhojení. Malé stydké pysky a zevní ústí uretry hodnotíme po rozhrnutí malých stydkých pysků (Halaška a kol., 2004, s. 25).

Po zavedení **gynekologických zrcadel** se sleduje fluor, krvácení, stav poševní sliznice a kvalita závěsu poševních stěn. Pokud je zjištěn defekt v distální třetině přední stěny poševní, může to vést k hypermobilitě uretrovezikální junkce. V případě, že je zjištěna přítomnost moči v pochvě, je třeba pomýšlet na vezikovaginální píštěl (Halaška a kol., 2004, s. 26).

Při **palpaci** se zjišťuje zejména pokles dělohy. Při zatlačení se sleduje míra vyklenutí poševních stěn. Dále je nezbytné provést rektovaginální vyšetření, které informuje o míře poškození závěsu zadní poševní stěny či poškození svěrače (Halaška a kol., 2004, s. 26).

6.4 Klinické testy

Další vyšetřovací metodou jsou klinické testy. Mezi nejvíce využívané klinické testy v praxi patří Marshallův test, Q-tip test a Pad-weight test (Martan, c2005, s. 39).

Při **Marshallově testu** je močový měchýř naplněn sterilní tekutinou (cca 200 ml). Následně se klientka vyzve k zakašlání. Pokud při zakašlání moč unikne, jedná se o stresovou inkontinenci (Martan, c2005, s. 39).

Při **Q-tip testu** je pevná cévka nebo navlhčená vatová štětička zavedena do uretry. Následně klientka zatlačí a při uvolněném uretrovezikálním spojení štětička či cévka opisují polokruh směrem vzhůru. Za patologické je považována exkurze štětičky či cévky o 30 stupňů. Toto vyšetření slouží k odhalení hypermobility uretrovezikálního spojení (Martan, c2005, s. 39).

Pad-weight test určuje ztrátu moči pomocí vážení vložek před a po určité aktivitě. Test trvá jednu hodinu. Na počátku se zváží čistá vložka, následně klientka vypije 500 ml tekutin v krátkém časovém intervalu (max 15 min). Po vypití tekutiny klientka 30 minut chodí, vystupuje na schody a následně 15 minut běhá. Dále 10 krát provede stoj ze sedu, 10 krát zakašle, 1 minutu běhá na místě, 5 krát se ohne a zvedne malý předmět z podlahy a nakonec si 1 minutu myje ruce pod tekoucí vodou. Následně se znovu zváží vložka. Pokud ztráta moči byla menší než 2 gramy, nejedná se o inkontinenci. Za mírnou ztrátu moči je považována ztráta 2 – 10 gramů. Ztráta většího množství moči než 10 gramů je považována za hojnou (Martan, c2005, s. 39).

6.5 Urodynamické vyšetření

„Tato vyšetřovací metoda poskytuje informace o fyziologických, morfologických a hydrodynamických aspektech transportu a shromažďování moči“ (Martan, c2005, s. 42). Urodynamické vyšetření se skládá z cystometrie, profilometrie a uroflowmetrie (Martan, c2005, s. 42).

Cystometrie určuje aktivitu detruzoru pomocí vztahu mezi zvětšujícím se objemem močového měchýře, tlakem v močovém měchýři a tlakem v dutině břišní. Před vyšetřením je nutné vyprázdnění močového měchýře. Následně se zavede speciální cévka a močový měchýř se postupně plní sterilní tekutinou. Při postupném plnění močového měchýře se zaznamenává změna intravezikálního a intraabdominálního tlaku (Martan, c2005, s. 42).

Profilometrie probíhá v supinní poloze na zádech, vsedě nebo vstoje. Zjišťuje se uretrální profil, který slouží ke stanovení kompetence uretry. Vyšetření spočívá v měření uretrálního tlaku během shromažďovací fáze, kdy se určuje klidový profil. Dále se určuje stresový profil při námaze nebo mikční profil ve fázi vyprazdňování (Halaška a kol., 2004, s. 37).

Uroflow označuje velikost močového proudu a rychlost protékající moči v čase. Jedná se o neinvazivní screeningové vyšetření, které zjišťuje poruchy močení. Uroflowmetr je zabudován ve speciální toaletní míse, do které se klientka po vyšetření vymočí. Součástí tohoto vyšetření je také zjištění močového rezidua (Halaška a kol., 2004, s. 37).

6.6 Zobrazovací vyšetření

V minulosti bylo hojně využíváno rentgenové vyšetření, které se v dnešní době využívá zřídka. V současnosti se dává přednost ultrazvukovému vyšetření, které se používá pro diagnostiku inkontinence moči od roku 1977 (Halaška a kol., 2004, s. 37).

6.6.1 Přístupy ultrazvuku

V urogynékológii lze využít abdominální ultrazvuk, ultrazvuk perineálním přístupem a introitálním přístupem (Halaška a kol., 2004, s. 37).

Abdominální ultrazvuk se používá k diagnostice paravaginálního defektu, stanovení rezidua moči a k vyšetření horních močových cest (Halaška a kol., 2004, s. 37).

Častěji než abdominální přístup se používá **perineální přístup**, kdy se konvexní abdominální sonda umístí mezi stydké pysky na introitus a zevní ústí uretry. Používá se pracovní frekvence sondy 5 MHz nebo 3,5 MHz. Perineální vyšetření lze provést v sagitální rovině, kde lze vyšetřit močovou trubici, močový měchýř, dolní část stydké spony a při zatlačení „jako by se klientka chtěla vyprázdnit“ (Valsalvův manévr) lze vyšetřit změnu polohy uretry (Halaška a kol., 2004, s. 37).

K vyšetření **introitálním přístupem** se používá sektorová vaginální sonda o frekvenci 5 – 7,5 MHz. Z introitálního přístupu lze detailněji vyšetřit uretru díky vyšší pracovní frekvenci. Déle se využívá k měření tloušťky stěny močového měchýře (Halaška a kol., 2004, s. 37).

7 Léčba inkontinence moči

V dnešní době je řada možností léčby inkontinence moči. Základním prvkem úspěšné léčby je nutnost stanovit druh a stupeň močové inkontinence. Léčba by měla vždy začínat u co nejméně invazivních metod, které v dané situaci mají reálnou naději na odstranění obtíží klientky. Důležitý je kvalitní pohovor s klientkou a získání její důvěry (Halaška a kol., 2004, s. 75).

7.1 Léčba stresové inkontinence

Léčbu stresové inkontinence lze rozdělit na konzervativní a operační (Halaška a kol., 2004, s. 75).

7.1.1 Konzervativní léčba stresové inkontinence

Konzervativní léčba stresové inkontinence vyžaduje spolupráci pacientky, její vytrvalost a trpělivost. Konzervativní léčba stresové inkontinence zahrnuje změnu životního stylu, gymnastiku svalů pánevního dna, medikamentózní léčbu, elektrickou stimulaci a vaginální pesary (Halaška a kol., 2004, s. 75-82).

„Změny životního stylu zahrnují rozbor a změnu vztahu mezi pacientčiny symptomy a jejím okolí pro léčbu špatných mikčních návyků“ (Halaška a kol., 2004, s. 76). Toto může být dosaženo změnou pacientčina chování, jejího prostředí nebo obojího. Důležitým faktorem, který má vliv na stresovou inkontinenci, je tělesná hmotnost. Zmírnění projevů inkontinence redukcí hmotnosti bylo prokázáno pouze u monstrózně obézních patientek, u kterých byla provedena bandáž žaludku. Dále je vhodné omezit nadměrnou fyzickou aktivitu, zejména zvedání těžkých břemen nad 5 Kg. Do změny životního stylu lze zařadit korekci příjmu tekutin. Nadměrný přísun tekutin ve večerních hodinách zhoršuje projevy nykturie a mírně také stresovou inkontinenci. Nemá ovšem žádnou souvislost s projevy nestabilního detruzoru (Halaška a spol., 2004, s. 76).

„ICS definuje gymnastiku svalů pánevního dna jako opakovanou selektivní volní kontrakci nebo relaxaci určitých svalů pánevního dna“ (Halaška a kol., 2004, s. 77). Důležité je, aby se klientka naučila správnou techniku cvičení a zapojovala do cvičení správné svaly. Lepší výsledky byly prokázány u klientek, které cvičily pod vedením fyzioterapeuta. Většina technik posilování svalů pánevního dna vychází z Kegelovy tradice. Kegel rozdělil trénink

do 4 fází. V první fázi tréninku si klientka uvědomuje a koordinuje svaly. Další fáze je získávání jistoty o aktivaci svalů, zvyšování síly a koordinace. Třetí fáze je fáze regenerační, kde již dochází k částečnému ústupu obtíží. Poslední fáze je charakteristická nárůstem svalové síly, svaly jsou pevnější a méně unavitelné (Halaška a kol., 2004, s. 77).

Další možností jsou **vaginální kužely**, které si pacientka vkládá do pochvy a pokouší se je 15 minut udržet. Postupně se zvětšuje váha kuželů. Toto cvičení opakuje několikrát denně (Hejzlarová, 2009, s. 7,8).

Cílem **medikamentózní léčby** stresové inkontinence je zvýšit intrauretrální uzavírací síly zvýšením tonu hladkých svalů uretry nebo ovlivněním tonu příčně pruhovaných svalů uretry. Nejčastěji se používají pouze agonisté adrenergních α -receptorů a estrogeny. Tato léčba ovšem nezabírá na každého a má mnoho vedlejších účinků. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří tachykardie a hypertenze (Martan, c2005, s. 45,46).

Elektrostimulace je použití elektrického proudu ke stimulaci pánevních orgánů nebo inervace. Cílem elektrostimulace je buď přímá indukce odpovědi na léčbu, nebo pokus o modulaci dysfunkce dolní části močového ústrojí, střeva nebo sexuálních funkcí dle definice ICS. V dnešní době se elektrostimulace používá zejména ke zlepšení trofiky pánevních svalů a k zefektivnění průběhu reedukace svalů pánevního dna. Nejčastěji se aplikuje střídavý proud o frekvenci kolem 10 Hz (Abrams et al., 2005, s. 25).

Léčba stresové inkontinence pomocí **vaginálních pesarů** patří mezi staré metody, které se používají pouze přechodně nebo v paliativní péči. Zavedením pesaru se podpoří proximální uretra v oblasti hrdla močového měchýře a tím se zlepší symptomy stresové inkontinence (Halaška a kol, 2004, s. 80-82).

7.1.2 Operační léčba stresové inkontinence

Chirurgická léčba stresové inkontinence moči má za cíl obnovení kontinence při užití operačních metod, které minimalizují morbiditu a umožní co nejrychleji pooperační zotavení pacientek. Dříve se stresová inkontinence moči řešila kolpopexí podle Burche, kdy se fixovalo hrdlo močového měchýře a proximální uretra pomocí bilaterální sutury přední poševní stěny a endopelvické fascie v úrovni hrdla močového měchýře k ligamentu iliopectineum nevstřebatelným materiálem. Dalším operačním řešením je Marshallova-Marchettiho-Krantzova operace. V dnešní době se nejčastěji používá vaginální tahuprostá

pásková operace, která je méně invazivní než operace, které jsem zmínila. Při této operaci je protažena páska pod uretrou a za symfýzou (Martan a kol., c2013, s. 54 - 58).

7.1.2.1 TVT (*tension free vaginal tape*) – *tahuprostá vaginální páska*

Jedná se o minimálně invazivní operační techniku, která se snaží nahradit poškozená pubouretrální ligamenta a přispět k podpoře střední uretry. Proveďte se bilaterální suprasymfyzeální krátká incize, 2-3 cm od střední čáry, a mediální incize přední stěny poševní v délce asi 1,5 cm, která začíná asi 1 cm od zevního ústí uretry. Po celou dobu výkonu je v močovém měchýři zaveden Foleyův katétr, který umožní manipulaci s uretrou během výkonu. Nejčastější komplikací tohoto výkonu je perforace močového měchýře vodící jehlou. Léčebný efekt TVT operace je asi 80 – 90% (Martan a kol., c2013, s. 63-66).

7.1.2.2 TOT (*transobturator tape*) – *transobturatorová páska*

Operativní řešení stresové inkontinence se výrazně změnilo v roce 2001 po zavedení transobturatorní pásky. Největší výhodou TOT oproti TVT je její zavedení. TOT se zavádí kolem dolních ramen stydkých kostí skrze foramen obturatum. Obdobou TOT je in-out transobturatorové vedení pásky TVT-O, kterou v roce 2003 uvedl De Leval. Při TVT-O je páska vedena z incize na přední poševní stěně zevně kolem ischiopubického ramene pubické kosti. Úspěšnost jak outside-in, tak inside-out operace je 80-94% (Martan a kol., c2013, s. 67,68).

7.1.2.3 *MiniArc*

Mezi další operační metodu stresové inkontinence patří minipáska (např. MiniArc® nebo Adjust®). Polyuretanová minipáska je umístěna pod uretru a pomocí kotvy se fixuje do musculus obturatorius internus. Úspěšnost léčby je o něco menší než u TVT či TOT, zejména u žen s vyšším BMI indexem, kdy je problém s určením stupně dotažení pásky (Martan a kol., c2013, s. 81-83).

7.2 Léčba urgentní inkontinence a OAB

U tohoto typu inkontinence je důležité vyloučit možné příčiny. Může se jednat o poruchu centrální kontroly mikce. Často příčinu ale nezjistí, mluvíme pak o urgentní

inkontinenci v rámci idiopatického hyperaktivního měchýře. Urgentní inkontinence a OAB se léčí převážně konzervativně (Halaška a kol., 2004, s. 85).

7.2.1 Konzervativní léčba urgentní inkontinence a OAB

Mezi konzervativní léčbu urgentní inkontinence a OAB patří trénink močového měchýře, psychoterapie, gymnastika svalů pánevního dna, akupunktura, elektrostimulace, medikamentózní léčba, léčba botulinumtoxinem a sakrální modulace (interstim) (Halaška a kol., 2004, s. 85; Martan, c2005, s. 58).

Trénink močového měchýře probíhá za hospitalizace nebo ambulantně. Klientky po dobu tréninku většinou užívají anticholinergika. Doba tréninku za hospitalizace trvá 7 - 10 dní. Trénink začíná tím, že si klientka zaznamenává mikční epizody a úniky moči. Následně klientka dodržuje stanovený interval mezi mikcemi, který se postupně prodlužuje. Cílem je dosáhnout intervalu mezi mikcemi v rozmezí 4 – 6 hodin. V ambulantní péči probíhá trénink obdobně. Nevýhodou je nemožnost přímé kontroly nad klientkou. Klientkám se doporučuje, aby zůstaly v pracovní neschopnosti a mohly plně dodržovat předepsaný režim (Halaška a kol., 2004, s. 85).

Další možností léčby je **psychoterapie**. Nejdůležitější roli zde hraje komunikace klientky s lékařem či porodní asistentkou, kteří mohou odhalit souvislost mezi psychickou poruchou a urgentní inkontinencí. Poučení klientky o etiologii obtíží je skutečnou léčebnou metodou, jejíž výsledky jsou srovnatelné s farmakologickou léčbou (Halaška a kol., 2004, s. 86).

Výzkumy, které v minulosti probíhaly na zvířatech, potvrdily, že svaly kosterního svalstva ovlivňují zvýšenou reaktivitu močového detruzoru. Není objasněna příčina poruch inervace stěny močového měchýře, ale potvrdilo se, že zvýšená aktivita detruzoru je často provázena předchozím poklesem uzavíracího tlaku uretry. Z toho vyplývá, že **gymnastika svalů pánevního dna** s tréninkem močového měchýře kladně ovlivňují urgentní inkontinenci a OAB (Halaška a kol., 2004, s. 86).

Akupunktura je jedna z alternativních metod léčby urgentní inkontinence a OAB. Nejčastěji se aplikuje v pažních bodech, ke kterým patří dráhy ledvin, jater, močového měchýře a žaludku. Akupunktura má léčebný účinek i na dysurii a některé druhy fluóru (Halaška a kol., 2004, s. 86).

Bylo prokázáno, že působení elektrického proudu na svaly malé pánve vede ke snížení tonusu detruzoru. Největší léčebný vliv má nízkofrekvenční proud (frekvence kolem 20 Hz). **Elektrostimulace** se používá zejména u smíšené inkontinence, ojediněle pouze u urgentní (Halaška a kol., 2004, s. 86; Abrams et al., 2005, s. 28).

Medikamentózní léčba je neúspěšnější léčbou urgentní inkontinence a OAB. Úspěšnost medikamentózní léčby se pohybuje mezi 60 – 80%. Mezi základní léky patří anticholinergika. Nevýhodou anticholinergik je velké množství nežádoucích účinků (sucho v ústech, zácpa, mlhavé vidění). Mezi nejčastěji používaná anticholinergika patří trospium, darifenacin, tolterodin a solifenacin. Dále se k léčbě používají léky se spasmolytickým a parasymptolytickým účinkem, kam patří oxybutynin (Ditropan, Cystrin, Uroxal) a propiverin (Mictonorm, Mictonetten). Další možnou léčbou urgentní inkontinence a OAB jsou tricyklická antidepresiva, kam patří imipramin (Melipramin). Dále to jsou blokátory vápníkových kanálů, kam řadíme verapamil (Isoptin), nifedipin (Corinfar) a diltiazem (Diacordin) (Martan, c2005, s. 58-61).

Léčba **botulinumtoxinem** se doporučuje zejména u pacientek, u kterých byla neúspěšná medikamentózní léčba. Botulinumtoxin se aplikuje injekčně do stěny močového měchýře v dávce 100-200 IU. Botulinumtoxin způsobuje blokádu nervově – svalového přenosu na úrovni periferního nervového systému tím, že uvolňuje acetylcholin z nesynaptického nervového zakončení. Jako nežádoucí účinek se může objevit retence moči (Martan a kol., c2013, s. 189).

Interstim neboli sakrální modulace je nejnovější metoda v léčbě urgentní inkontinence, OAB a retence moči. Sakrální neurostimulace rozšíří komunikaci mezi mozkiem a močovým měchýřem. Tato léčba spočívá v implantaci malého neurostimulátoru pod kůži v oblasti nad kostrčí v blízkosti sakrálního nervu. Neurostimulátor vysílá elektrické impulzy do oblasti S2 až S4. Nejprve se implantuje neurostimulátor na zkoušku a pokud se osvědčí, implantuje se natrvalo. Z neurostimulátoru vychází olověný drát, který je napojen na stimulátor. Klientka má u sebe ovladač velikosti mobilního telefonu, který nosí klientka stále u sebe a nastavuje si elektrické stimuly (The urology team, 2014).

7.2.2 Operační léčba urgentní inkontinence a OAB

Operační řešení urgentní inkontinence a OAB je ojedinělé. Možnou chirurgickou léčbou je distenze močového měchýře. Tato metoda je založena na snížení citlivosti měchýře maximální distenzí stěny měchýře (Martan a kol., c2013, s. 189).

8 Inkontinence moči vzniklá v těhotenství a při porodu

Těhotenství a porod jsou považovány za rizikové faktory vzniku inkontinence moči nejen v období peripartálním (okolo porodu), ale také ve vyšším věku (Krčmář, 2010).

8.1 Inkontinence moči vzniklá v graviditě

V průběhu gravidity dochází k mnoha změnám v mateřském organismu, které jsou způsobeny zejména hormonálně a změnami anatomického umístění dolních močových cest v důsledku zvětšující se dělohy. Vysoké hladiny progesteronu v těhotenství způsobují relaxační účinek hladké svaloviny na dolní močové cesty. Tlak těhotné dělohy způsobuje dilataci ureterů, zejména pravého díky dextroverzi dělohy. V důsledku dilatace je větší riziko měštnání moči v graviditě. Dále jsou také častější močové infekce, které mohou vést až k pyelonefritidě. V průběhu gravidity se inkontinence moči vyskytuje u 30-60 % těhotných. Udává se, že 40% primigravid po 34. týdnu gravidity trpí inkontinencí moči, které přetrvává i v šestinedělí. Zhruba u 15 % žen, které měly problém s inkontinencí v těhotenství, zůstává inkontinence i po třech měsících po porodu (Hájek a kol., 2014, s. 345).

U většiny žen, u kterých se objevily problémy s inkontinencí moči v těhotenství nebo po porodu, tyto problémy odezní a znovu se objeví ve vyšším věku. Kromě stresové inkontinence se v souvislosti s těhotenstvím objevuje i extrauretrální inkontinence. U tohoto druhu inkontinence moč neodchází mimovolně močovou trubicí, ale píštělí, která vzniká extrémním prodloužením porodu. Tento stav se nazývá obstructed labour a vyskytuje se u žen v rozvojových zemích bez dostatečné porodní asistence (Krčmář, 2010).

8.2 Inkontinence moči vzniklá při porodu

Vaginální porod je bezesporu rizikovým faktorem vzniku ženské močové inkontinence. Ovšem i žena rodící výhradně císařským řezem může být postižena močovou inkontinencí (Krčmář, 2010).

8.2.1 Spontánní vaginální porod

Základním vlivem porodu na svaly pánevního dna je průchod hlavičky plodu, jejíž průměr je přibližně 10 cm. Hlavička prochází porodními cestami za současně komprimace svalů a vazivových struktur pánevního dna. Dále dochází k elongaci vláken

levátorů a ke ztenčení centrální části perinea. Struktury pánevního dna jsou vystaveny největšímu tlaku, když hlavička sestoupí 1 cm pod interspinální linii. Od tohoto okamžiku jsou struktury kolem vagíny tlačeny dolů a natahují se nervová vlákna zásobující musculus levator ani (Halaška a kol., 2004, s. 175).

Epiziotomie neboli nástřih hráze je nejčastější porodnickou operací. Provedením epiziotomie se může zvětšit průměr poševního východu o dvojnásobek délky incize. Díky tomu se zmenší velikost potřebných sil k dosažení porodu a redukuje se tlak na svaly a fasciální tkáň. Výhodnější je použít mediolaterální epiziotomie než mediální, u které se častěji vyskytují ruptury hráze III. a IV. stupně. Na provedení či neprovedení epiziotomie je mnoho různých názorů. Epiziotomie by se neměla dělat rutinně, ale pouze v opodstatněných situacích (Halaška a kol., 2004, s. 175, 176).

8.2.2 Instrumentální vaginální porod

Operativní porod pomocí kleští je spojen s vyšším výskytem poranění hráze, análního sfinkteru a s poruchou kontinence stolice a moči, než u spontánního vaginálního porodu. Operativní porod pomocí vakuumextrakce nepřináší tak velké riziko poranění análního svěrače, jako je tomu u operativního porodu kleštěmi. K poranění hráze dochází nejčastěji u porodu kleštěmi, kde selže vakuumextrakce (Halaška a kol., 2004, s. 175).

8.2.3 Císařský řez

Riziko vzniku inkontinence moči je u plánovaného (elektivního) císařského řezu nižší než u porodu vaginálního. Ovšem akutní císařský řez, po nejdříve vaginálně vedeném porodu, zejména při rozvinuté porodní činnosti a při dilataci branky více než 8 cm, může vyvolat poruchu kontinence (Halaška a kol., 2004, s. 175, 176).

VÝZKUMNÁ ČÁST

9 Výzkumné otázky

1. Zjistit, kolik procent dotazovaných žen, které trpěly inkontinencí v posledních 4 týdnech těhotenství, trpí těmito problémy i nyní (3 roky po porodu).
2. Zmapovat způsob porodu a zjistit, u kterého způsobu porodu se vyskytovala nejčastěji stresová inkontinence.
3. Ověřit, zda vyšší hmotností přírůstek během těhotenství má větší vliv na vznik nykturie.
4. Zmapovat informovanost a změnu společenského života žen trpících močovou inkontinencí.
5. Zjistit, zda ženy po porodu cvičily cviky na posílení pánevního dna, jak dlouho a zda to mělo vliv na zlepšení jejich problému s močením.
6. Ověřit, zda věk respondentek měl vliv na vznik pollakisurie.
7. Ověřit, zda parita a vyšší hmotnost novorozence měla vliv na vznik stresové inkontinence.

10 Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce obsahuje kvantitativní výzkum zaměřený na zjištění prognózy močové inkontinence u žen tři let po porodu. Ke sběru dat jsme použili tištěné dotazníky.

Výzkum probíhal od začátku října 2014 do konce prosince 2014. Dotazníky v tištěné podobě společně s průvodním dopisem a návodem na vyplnění jsme zasílali poštou. Celkem jsme zaslali 100 dotazníků. Pouze 35 dotazníků nám bylo zasláno zpět a z toho 2 dotazníky jsme museli vyřadit z důvodu neúplného vyplnění. K výzkumu jsme mohli použít 33 dotazníků.

Dotazník obsahoval 19 otázek. Většina otázek byla uzavřených, některé byly polouzavřené a jedna otázka byla otevřená. Dotazník byl zcela anonymní.

Respondentky jsme získali na základě dotazníků z roku 2011, které měl k dispozici vedoucí práce. Tyto dotazníky byly rozdány v prvních dnech po porodu. Dotazy se vztahovaly na potíže s močením v posledních 4 týdnech těhotenství. Z nich jsme vybrali prvních 100 klientek, které trpěly inkontinencí, a ty jsme na základě adresy, kterou měly uvedenou v dotazníku, oslovili.

Všechny získané údaje jsme nejprve zhodnotili a zpracovali v programu Microsoft Excel 2007. Výsledky jsme zpracovávali pomocí metod popisné statistiky a prezentovali pomocí grafů a tabulek.

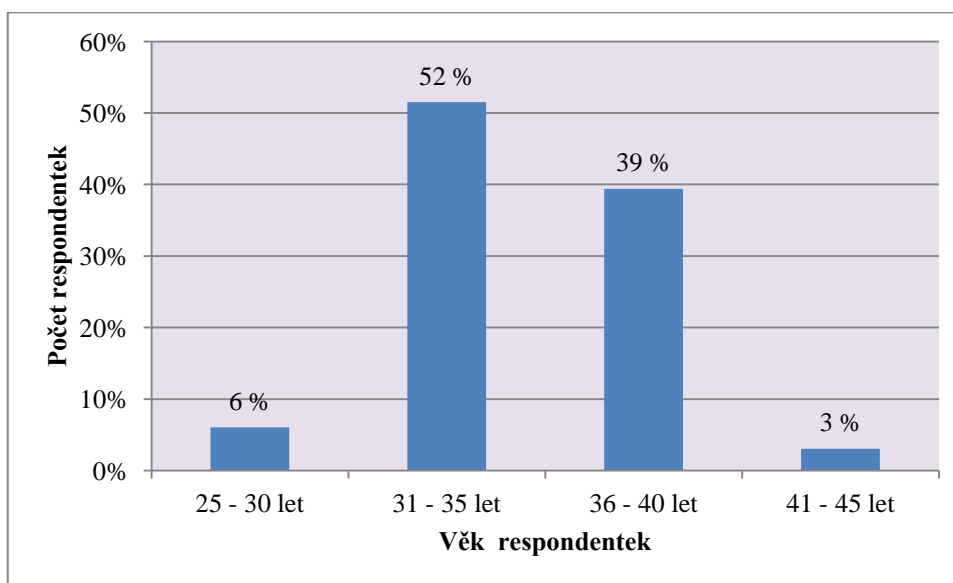
n	rozsah souboru
n_i	absolutní četnost
f_i	relativní četnost (v %)

Vzorec pro výpočet relativní četnosti: $f_i = n_i / (n \times 100)$

11 Vyhodnocení výsledků

V této části práce jsou vyhodnoceny výsledky našich dotazníků. Každá otázka dotazníku je samostatně rozebrána. Všechny otázky, kromě otázky číslo 1, jsou výběrové. Respondentky kroužkovaly jednu nebo více odpovědí.

Otázka č. 1 - Kolik Vám je let?

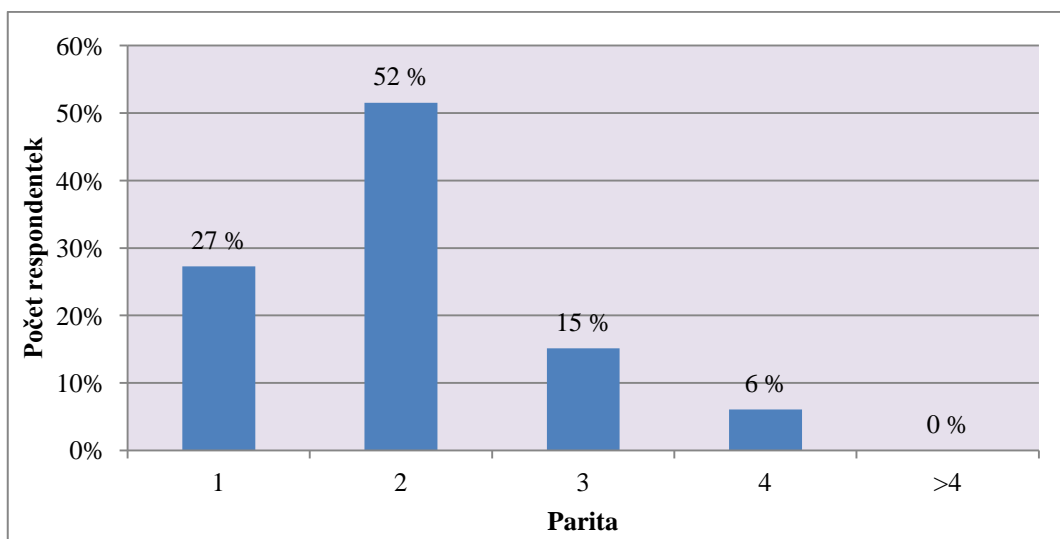


Obrázek 1 - Věk respondentek

První otázka dotazníku byla otevřená a zjišťovala věk respondentek. Z celkového počtu 33 dotazovaných žen, 17 (52 %) z nich bylo ve věku 31 – 35 let. 13 (39 %) dotazovaných uvedlo, že jim je 36 – 40 let. Ve věku 25 – 30 let byly 2 (6 %) respondentky. Pouze 1 (3 %) respondentka byla ve věku 41 – 45 let. (Obr. č. 1)

Otázka č. 2 - Kolikrát jste rodila?

- 1 krát
- 2 krát
- 3 krát
- 4 krát
- Více než 4 krát

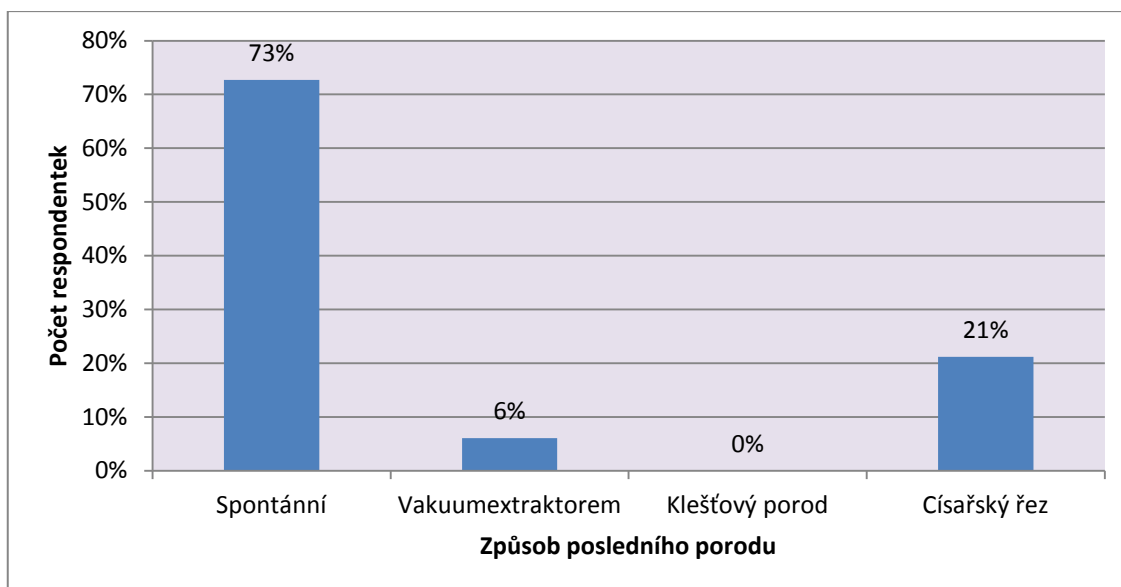


Obrázek 2 – Parita

Druhou otázkou jsme zjišťovali, kolikrát dotazované ženy rodily. Nejvíce respondentek uvedlo - 17 (52 %), že rodily dvakrát. Jednou rodilo 9 (27 %) respondentek, třikrát 5 (15 %) respondentek. Pouze 2 (6 %) dotazované ženy rodily čtyřikrát a žádná nerodila více než čtyřikrát. (Obr. č. 2)

Otázka č. 3 - Jaký byl způsob Vašeho posledního porodu?

- Spontánní, vaginální
- Vakuumextraktorem (VEX)
- Klešťový porod
- Císařský řez

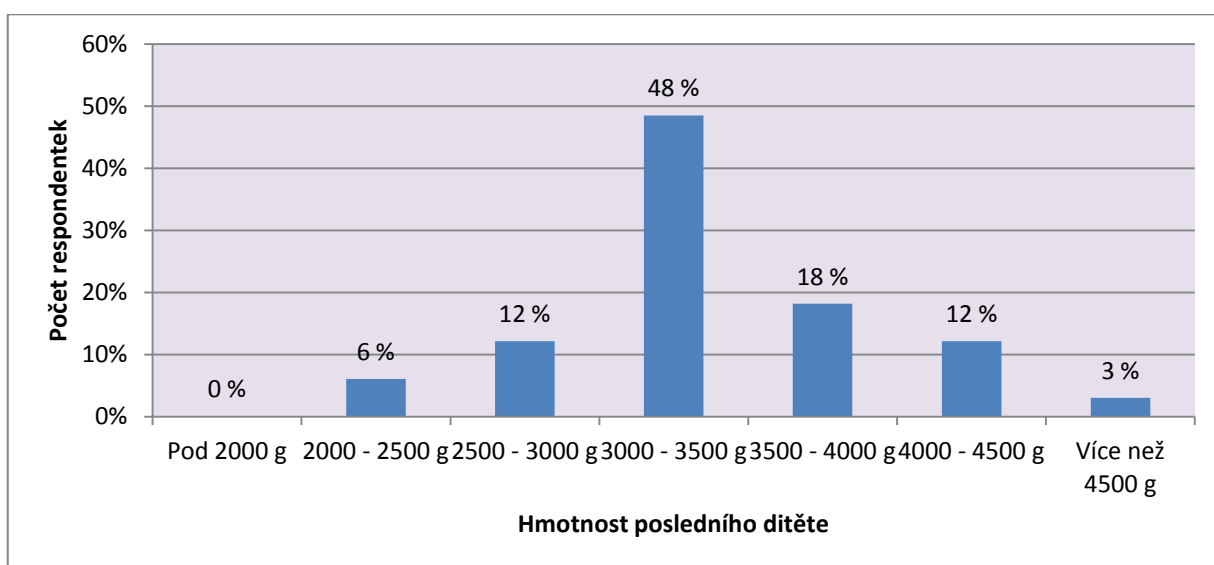


Obrázek 3- Způsob posledního porodu

Otázka číslo 3 je zaměřena na způsob posledního porodu respondentek. Nejčastější odpovědí byl spontánní vaginální porod. Takto odpovědělo 24 (73 %) dotazovaných žen. 7 (21 %) oslovených žen rodilo císařským řezem, 2 (6 %) ženy rodily za pomoci vakuumextraktoru a žádná z dotazovaných nerodila za pomoci kleští. (Obr. č. 3)

Otázka č. 4 - Jaká byla porodní hmotnost Vašeho posledního dítěte?

- Pod 2000 g
- 2000 – 2500 g
- 2500 – 3000 g
- 3000 – 3500 g
- 3500 – 4000 g
- 4000 – 4500 g
- Více než 4500 g

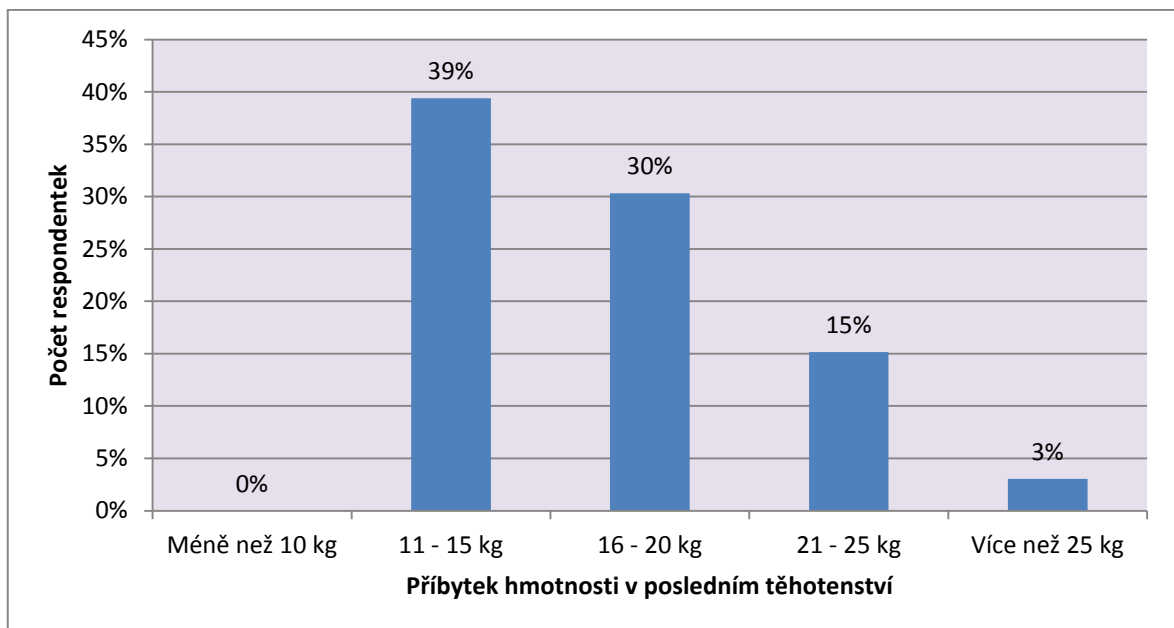


Obrázek 4 - Porodní hmotnost posledního dítěte

Otázka číslo 4 zjišťuje porodní hmotnost posledního dítěte. Nejvíce respondentek, 16 (48 %) odpovědělo, že porodní hmotnost jejich posledního dítěte byla v rozmezí 3000 – 3500 g. 6 (18 %) dotazovaných odpovědělo, že porodní hmotnost jejich dítěte byla 3500 – 4000 g, 4 (12 %) ženy uvedly, že porodní hmotnost byla 4000 – 4500 g. Stejně tak porodní hmotnost 2500 – 3000 g uvedly 4 (12 %) dotazované. 2 (6 %) dotazované uvedly, že hmotnost jejich posledně narozeného dítěte byla 2000 – 2500 g. Pouze 1 (3 %) respondentka uvedla, že porodní hmotnost jejího posledního dítěte byla větší než 4500 g. Žádná respondentka neuvedla, že hmotnost dítěte byla menší než 2000 g. (Obr. č. 4)

Otázka č. 5 - Kolik kilogramů jste přibrala v posledním těhotenství?

- Méně než 10 kg
- 11 – 15 kg
- 16 – 20 kg
- 21 – 25 kg
- Více než 25 kg

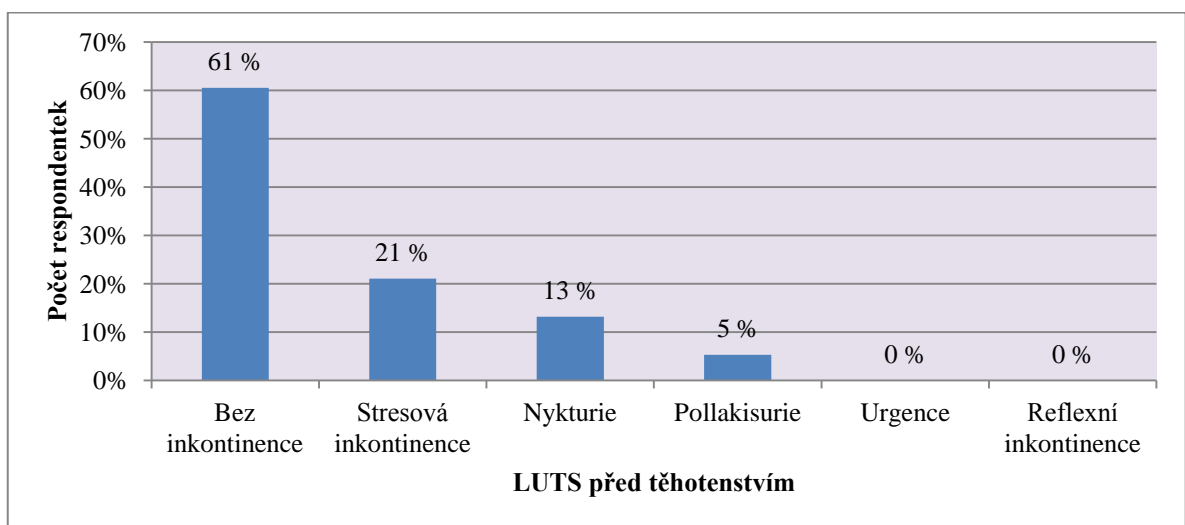


Obrázek 5 - Příbytek hmotnosti v posledním těhotenství

Otázka číslo 5 byla zaměřena na hmotnostní příbytek během těhotenství. Nejvíce respondentek - 12 (36 %) odpovědělo, že během těhotenství přibralo 11 – 15 kg. 10 (30 %) dotazovaných odpovědělo, že během těhotenství přibralo 16 – 20 kg. 5 (15 %) oslovených žen přibralo v posledním těhotenství 21 – 25 kg. Pouze 4 (12 %) respondentky přibraly méně než 10 kg a 2 (6 %) oslovené ženy přibraly více než 25 kg. (Obr. č. 5)

Otázka č. 6 - Měla jste nějaké problémy s močením v době před těhotenstvím?

- Ne, žádné problémy s močením jsem neměla
- Ano, unikala mi moč při kýchání, kašlání nebo námaze
- Ano, musela jsem vstát v noci a jít na toaletu
- Ano, chodila jsem více než 8 krát denně močit
- Ano, trpěla jsem náhlým nepřekonatelným pocitem na močení, které se nedalo odložit
- Ano, občas jsem nemohla stihnout WC a unikala mi moč



Obrázek 6 - LUTS před těhotenstvím

Otázka číslo 6 zjišťovala, zda měly respondentky problémy s močením již před těhotenstvím. 23 (61 %) respondentek uvedlo, že žádný problém s močením před těhotenstvím neměly. U 8 (21 %) respondentek byla přítomna stresová inkontinence před těhotenstvím. Nykturie před těhotenstvím se vyskytovala u 5 (13 %) dotazovaných. Pollakisurií trpěly 2 (5 %) respondentky. Urgence před těhotenstvím se nevyskytla u žádné dotazované. (Obr. č. 6)

Otázka č. 7 - Kdy se objevily první problémy s močením?

- V těhotenství
- Ihned po porodu
- Do 3 měsíců po porodu
- Do půl roku po porodu
- Do roku po porodu
- Do dvou let po porodu

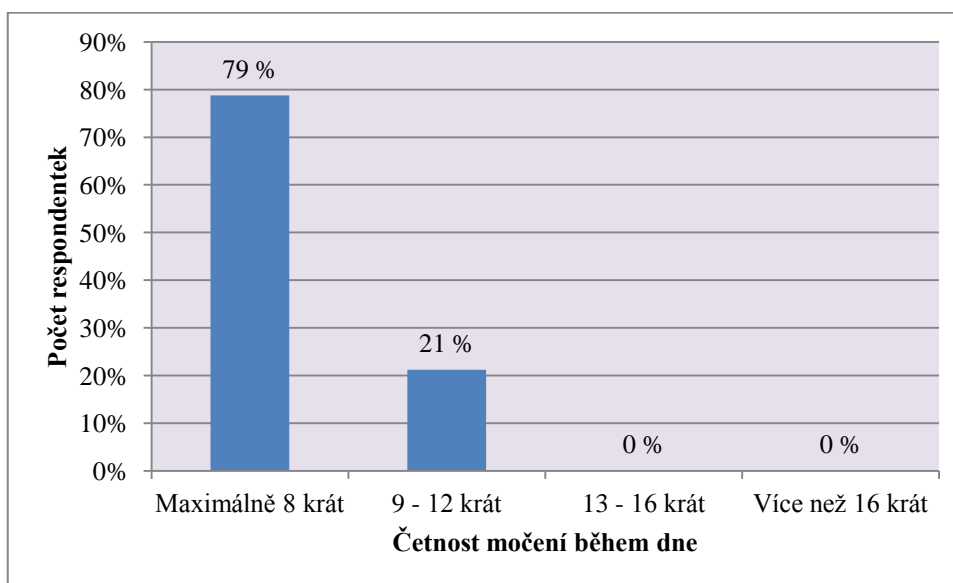
Tabulka 1 - Začátek problémů s močením

Vznik LUTS u žen, které neměly LUTS před těhotenstvím	n_i	$f_i[\%]$
V těhotenství	19	83
Ihned po porodu	1	4
Do 3 měsíců po porodu	1	4
Do půl roku po porodu	0	0
Do roku po porodu	2	9
Do dvou let po porodu	0	0
Σ	23	100

V předchozí otázce 23 (61 %) dotazovaných odpovědělo, že netrpěly problémem s močením před těhotenstvím. Těchto 23 respondentek jsme se dotazovali, kdy se objevily první problémy s močením. 19 (83 %) z nich odpovědělo, že se první problémy s močením objevily v těhotenství. Do roku po porodu se první problémy s močením objevily u 2 (9 %) dotazovaných. Pouze 1 (4 %) respondentka odpověděla, že její problémy s močením začaly ihned po porodu a 1 (4 %) dotazovaná žena uvedla, že problémy s močením nastaly do 3 měsíců od porodu. Žádná z dotazovaných neuvedla, že se problémy s močením objevily až za dva roky po porodu. (Tab. č. 1)

Otázka č. 8 - Jak často chodíte močit během dne?

- Maximálně 8 krát
- 9 – 12 krát
- 13 – 16 krát
- Více než 16 krát



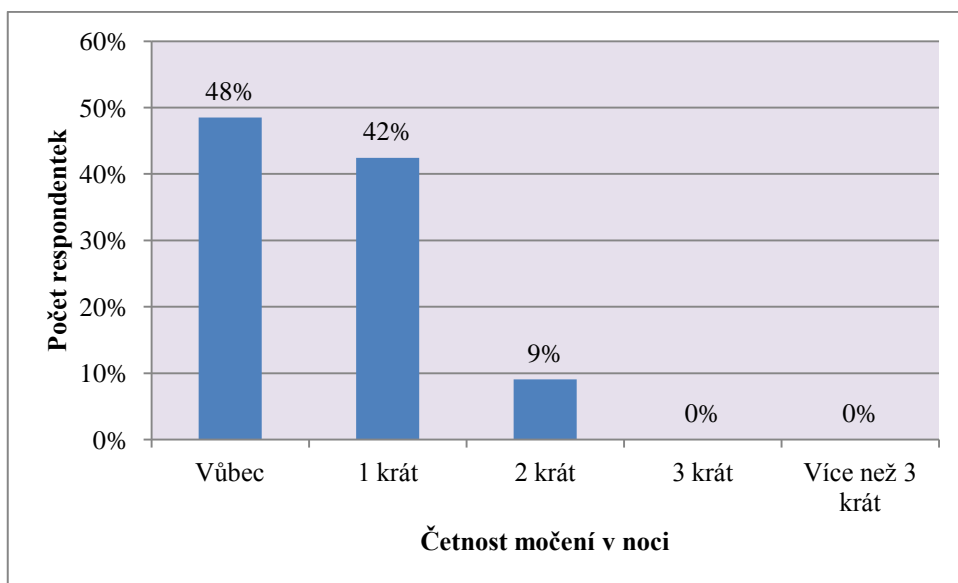
Obrázek 7 - Frekvence močení během dne

Otázkou číslo 8 jsme se respondentek ptali, jaká je jejich četnost močení během dne. Většina dotazovaných uvedla- 26 (79 %), že během dne chodí močit maximálně 8 krát. 7 (21 %) dotazovaných odpovědělo, že během dne chodí močit 9 – 12 krát. Žádná z dotazovaných nechodí močit více než 13 krát denně.

Z šetření vyplývá, že 7 (21 %) respondentek trpí pollakisurií. (Obr. č. 7)

Otázka č. 9 - Kolikrát chodíte v noci močit?

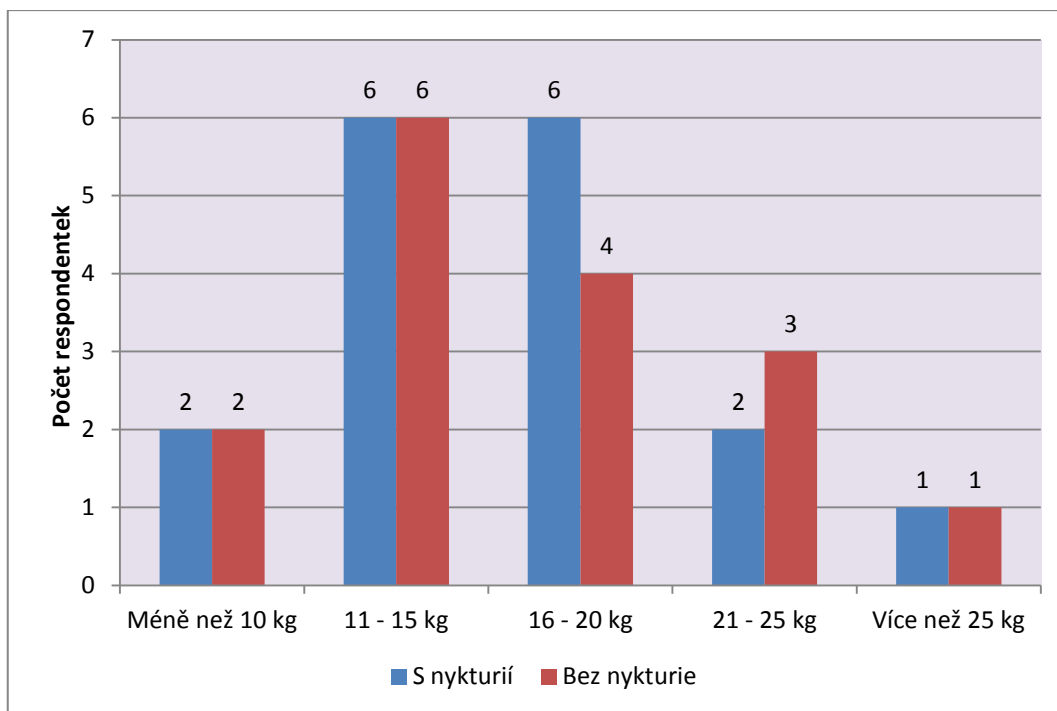
- Vůbec
- 1 krát
- 2 krát
- 3 krát
- Více než 3 krát



Obrázek 8 - Frekvence močení v noci

Otázkou číslo 9 jsme chtěli zjistit, kolik procent respondentek trpí nykturií. 16 (48 %) oslovených žen odpovědělo, že močit v noci vůbec nechodí. 14 (42 %) respondentek uvedlo, že chodí v noci močit 1 krát. Pouze 3 (9 %) oslovené ženy uvedly, že chodí v noci močit 2 krát. Žádná respondentka neuvedla, že by chodila močit v noci více než 2 krát.

Z tohoto šetření vyplývá, že 52 % dotazovaných trpí nykturií. (Obr. č. 8)



Obrázek 9 - Příbytek hmotnosti v těhotenství ovlivňující vznik nykturie

Obrázek číslo 9 ukazuje závislost příbytku hmotnosti na vzniku nykturie. Touto závislostí bylo zjišťováno, zda ženy, které v těhotenství přibraly více kilogramů, trpí častěji nykturií. 17 (52 %) oslovených žen uvedlo, že trpí nykturií. 12 (36 %) žen přibralo v těhotenství 11 – 15 kg a u 6 z nich se vyskytuje nykturie. 10 (30 %) respondentek odpovědělo, že během těhotenství přibraly 16 – 20 kg a z toho 6 respondentek trpí nykturií. 5 (15 %) respondentek uvedlo, že přibralo v posledním těhotenství 21 – 25 kg a nykturie se vyskytla u 2 z nich. Pouze 4 (12 %) respondentky přibraly v posledním těhotenství méně než 10 kg a u 2 z nich se vyskytla nykturie. 2 (6 %) dotazované uvedly, že přibraly v posledním těhotenství více než 25 kg a zároveň se u 1 dotazované vyskytla nykturie.

Z výzkumného šetření není jednoznačné, že ženy, které v těhotenství přibraly více kilogramů, trpí častěji nykturií. Nejčastěji se nykturie vyskytovala u žen, které přibraly v těhotenství 16 – 20 kg. (Obr. č. 9)

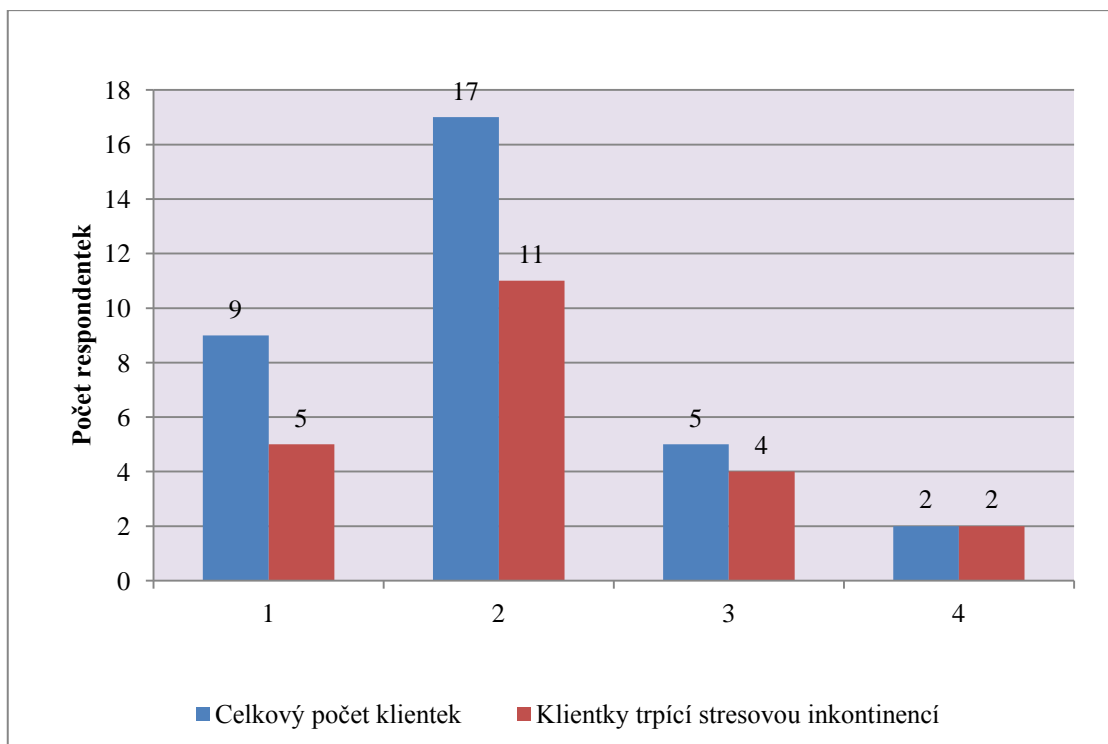
Otázka č. 10 - Máte problém s únikem moči při kýchnutí, skákání nebo prudkém pohybu?

- Ano
- Ne

Tabulka 2 - Přítomnost stresové inkontinence

Stresová inkontinence	n_i	$f_i[\%]$
Ano	22	67
Ne	11	33
Σ	33	100

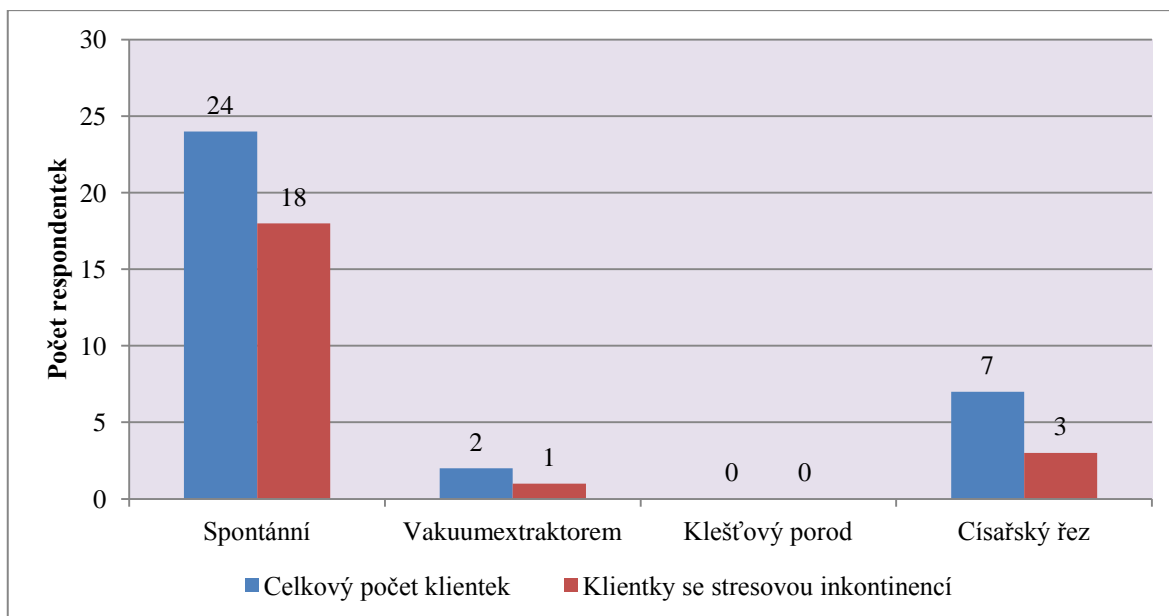
Otázka číslo 10 zjišťovala, zda mají dotazované ženy problém s únikem moči při kýchnutí, skákání či prudkém pohybu. Z odpovědí jsme zjišťovali přítomnost/nepřítomnost stresové inkontinence. 22 (67 %) respondentek odpovědělo, že má problém s únikem moči při výše zmiňovaných situacích. A 11 (33 %) oslovených žen uvedlo, že nemá problém s únikem moči při kýchnutí, skákání či prudkém pohybu. Z toho vyplývá, že 67 % z dotazovaných žen trpí stresovou inkontinencí. (Tab. č. 2)



Obrázek 10 - Stresová inkontinence v závislosti na paritě

Obrázek číslo 10 znázorňuje závislost vzniku stresové inkontinence na paritě. 22 respondentek uvedlo, že trpí stresovou inkontinencí. Z 9 oslovených žen, které jednou rodily, se u 5 (56 %) z nich vyskytuje stresová inkontinence. Dvakrát rodilo 17 respondentek a z toho 11 (65 %) z nich má stresovou inkontinenci. 5 oslovených žen rodilo třikrát a z toho 4 (80 %) z nich trpí stresovou inkontinencí. Pouze 2 respondentky rodily čtyřikrát a u obou se vyskytuje stresová inkontinence.

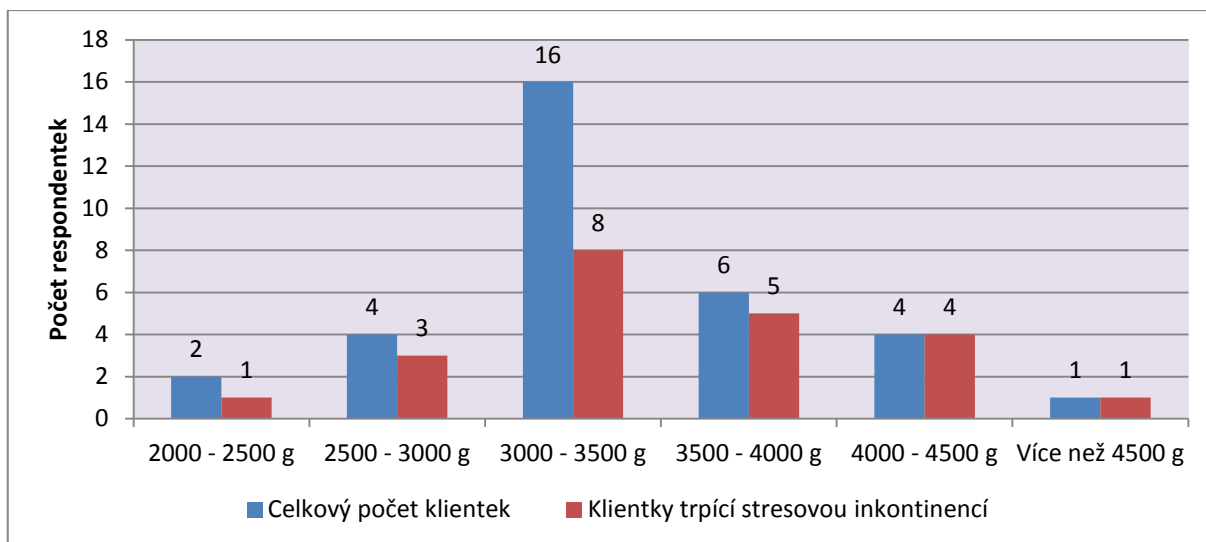
Z tohoto grafu vyplývá, že čím je vyšší parita, tím se častěji vyskytuje stresová inkontinence. (Obr. č. 10)



Obrázek 11 - Vliv způsobu porodu na vzniku stresové inkontinence

Tento graf ukazuje souvislost mezi způsobem posledního porodu a stresovou inkontinencí. Z celkového počtu 33 dotazovaných, 22 (67 %) trpí stresovou inkontinencí. 24 respondentek uvedlo, že rodily spontánně a z toho 18 (75 %) respondentek trpí stresovou inkontinencí. Císařským řezem rodilo 7 dotazovaných a z toho 3 (43 %) oslovené uvedly, že trpí stresovou inkontinencí. 2 respondentky rodily pomocí vakummextraktoru a z toho 1 (50 %) respondentka má problém se stresovou inkontinencí. Žádná z dotazovaných nerodila pomocí kleští.

Z grafu jednoznačně vyplývá, že se nejčastěji vyskytuje stresová inkontinence u žen, které rodily spontánně vaginálně. (Obr. č. 11)

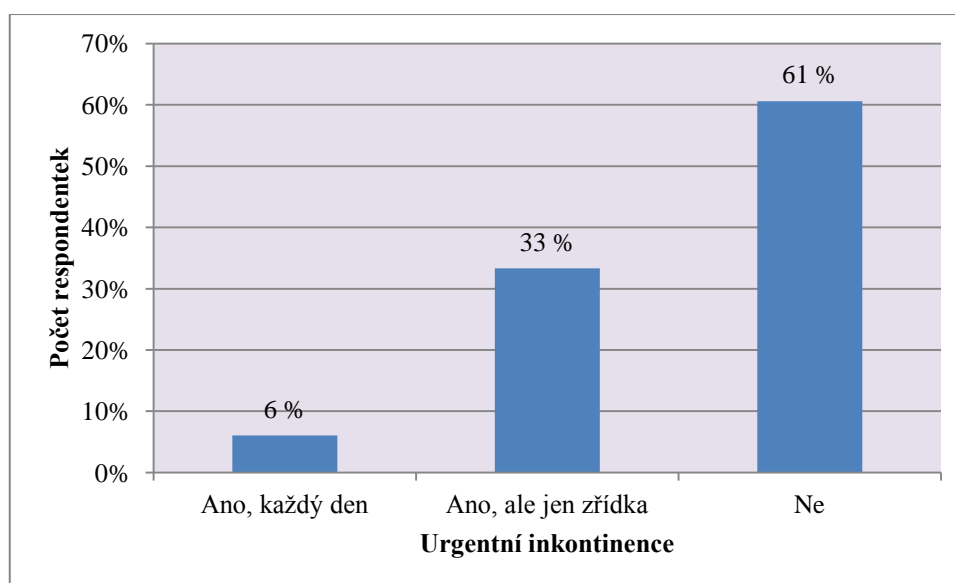


Obrázek 12 - Závislost porodní hmotnosti novorozence na vzniku stresové inkontinence

Obrázek číslo 12 ukazuje závislost porodní hmotnosti novorozence na vzniku stresové inkontinence. 16 respondentek uvedlo, že porodní hmotnost jejich novorozence byla 3000 – 3500 g a z toho 8 (50 %) z nich trpí stresovou inkontinencí. Porodní hmotnost novorozence 3500 – 4000 g uvedlo 6 respondentek a 5 (83 %) z nich uvedlo, že mají stresovou inkontinenci. 4 respondentky porodily novorozence s porodní hmotností 2500 – 3000 g a 3 (75 %) z nich trpí stresovou inkontinencí. 4 oslovené ženy uvedly, že hmotnost jejich posledně narozeného novorozence byla 4000 – 4500 g a všechny tyto oslovené ženy trpí stresovou inkontinencí. 2 respondentky porodily novorozence s hmotností 2000 – 2500 g a 1 (50 %) trpí stresovou inkontinencí. Pouze 1 dotazovaná uvedla, že hmotnost jejího posledně narozeného novorozence byla větší než 4500 g a tato žena trpí stresovou inkontinencí. (Obr. č. 12)

Otázka č. 11 - Máte problém s únikem moči ve smyslu, že občas nestačíte dobíhat na WC?

- Ano, každý den
- Ano, ale jen velmi zřídka
- Ne



Obrázek 13 - Urgentní inkontinence

Otázka číslo 11 byla zaměřena na urgentní inkontinenci. Dle odpovědí respondentek bylo zjištěno, že 20 (61 %) respondentek netrpí urgentní inkontinencí. 11 (33 %) dotazovaných odpovědělo, že zřídka mají problém s urgentní inkontinencí. Pouze 2 (6 %) respondentky trpí urgentní inkontinencí každý den. (Obr. č. 13)

Otázka č. 12 - Svěřila jste se někomu o svých problémech s močením?

- Ne, nikomu
- Ano, gynekologovi
- Ano, partnerovi
- Ano, kamarádce
- Ano, rodiči
- Ano, někomu jinému

Tabulka 3 - Svěření se o problémech s močením

Rozhovor respondentek o problémech s močením	n_i	$f_i[\%]$
Ne, nikomu	19	56
Ano, gynekologovi	6	18
Ano, partnerovi	4	12
Ano, kamarádce	5	15
Ano, rodiči	0	0
Ano, někomu jinému	0	0
Σ	34	100

Otázka číslo 12 zjišťovala, zda se respondentky někomu svěřily o svých problémech s močením. 19 (56 %) oslovených žen odpovědělo, že se nikomu o svých problémech s močením nesvěřily. 6 (18 %) respondentek uvedlo, že se svěřily gynekologovi. Kamarádce se svěřilo 5 (15 %) oslovených žen a partnerovi o svých problémech řekly 4 (12 %) dotazované. Žádná respondentka neuvédla, že se svěřila rodiči nebo někomu jinému. (Tab. č. 3)

Otázka č. 13 - Obtěžují Vás problémy s únikem moči natolik, že musíte používat hygienické pomůcky (vložky)?

- Ano
- Ne

Tabulka 4 – četnost používání vložek při úniku moči

Únik moči obtěžuje natolik, že musí nosit vložky	n_i	$f_i[\%]$
Ano	7	21
Ne	26	79
Σ	33	100

Otázka číslo 13 se dotazovala respondentek, zda je problémy s močením obtěžují natolik, že musí používat hygienické pomůcky (vložky). 26 (79 %) oslovených žen uvedlo, že nemusí používat hygienické pomůcky (vložky). Pouze 7 (21 %) respondentek odpovědělo, že je problémy s močením obtěžují natolik, že musí používat hygienické pomůcky (vložky). (Tab. č. 4)

Otázka č. 14 - Jsou problémy s únikem moči natolik silné, že Vás omezují v běžných denních aktivitách?

- Ne, mohu dělat všechny denní aktivity bez omezení
- Ano, nemohu dělat větší fyzickou námahu, ale běžné věci zvládám bez problémů
- Ano, významně mě to omezuje v běžných denních aktivitách

Tabulka 5 - Omezení běžných denních aktivit zapříčiněné únikem moči

Omezení běžných denních aktivit díky úniku moči	n_i	$f_i[\%]$
Ne, mohu dělat všechny denní aktivity	31	94
Ano, nemohu dělat větší fyzickou námahu, ale běžné věci zvládnu bez problémů	2	6
Ano, významně mě to omezuje v běžných denních aktivitách	0	0
Σ	33	100

Otázka číslo 14 zjišťovala, zda problémy s močením omezují respondentky v běžných denních aktivitách. Většina oslovených – 31 (94 %) odpovědělo, že je problémy s močením v běžném životě neobtěžují, že mohou dělat všechny denní aktivity. Pouze 2 (6 %) respondentky odpověděly, že je problémy s močením obtěžují, nezvládají větší fyzickou námahu, ale běžné věci zvládnou bez problémů. Žádná dotazovaná neodpověděla, že ji problémy s močením významně omezují v běžných denních aktivitách. (Tab. č. 5)

Otázka č. 15 - Změnil se nějak Váš společenský život po začátku problémů s močením?

- Ne, nic se nezměnilo
- Ano, chodím do společnosti méně často než dříve
- Ano, chodím do společnosti výjimečně a pouze tam, kde mám jistotu, že budu mít k dispozici toaletu
- Ano, do společnosti nyní nechodím téměř vůbec

Tabulka 6 - Změna společenského života od začátku vzniku problémů s močením

Změna společenského života od začátku LUTS	n _i	f _i [%]
Ne, nic se nezměnilo	32	97
Ano, chodím do společnosti méně často než dříve	1	3
Ano, chodím do společnosti výjimečně a pouze tam, kde mám jistotu, že bude k dispozici toaleta	0	0
Ano, do společnosti nyní nechodím téměř vůbec	0	0
Σ	33	100

Cílem otázky číslo 15 bylo zjistit, zda se změnil respondentky společenský život po začátku problémů s močením. 32 (97 %) dotazovaných odpovědělo, že se jejich společenský život nezměnil. Pouze 1 (3 %) respondentka uvedla, že od začátku problémů s močením chodí do společnosti méně často než dříve. (Tab. č. 6)

Otázka č. 16 - Cvičila jste po porodu cviky na posílení svalů pánevního dna?

- Ano
- Ne

Tabulka 7 - četnost cviků na posílení pánevního dna po porodu

Cviky na posílení pánevního dna po porodu	n_i	$f_i[\%]$
Ano	11	33
Ne	22	67
Σ	33	100

Otázka číslo 16 byla zaměřena na poporodní cvičení na posílení svalů pánevního dna. 22 (67 %) respondentek uvedlo, že po porodu necvičily. 11 (33 %) oslovených žen uvedlo, že po porodu cvičily. (Tab. č. 7)

Otázka č. 17 - Jak dlouho po porodu jste cvičila?

- Cvičila jsem pouze několik dnů
- Cvičila jsem několik týdnů
- Cvičila jsem několik měsíců
- Cvičím i nadále

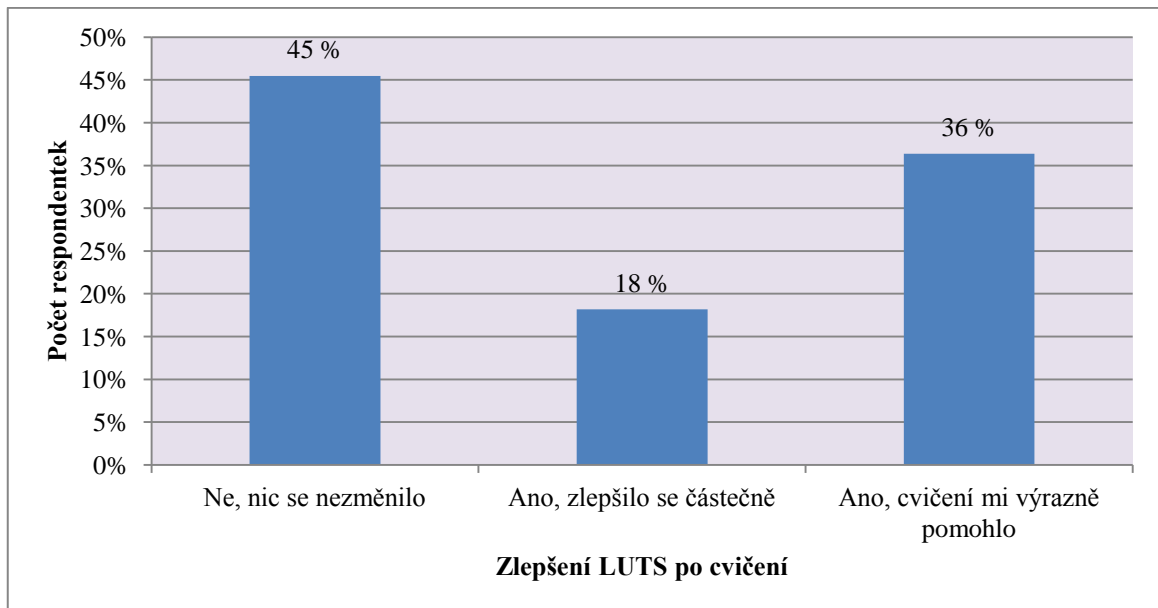
Tabulka 8 - Délka poporodního cvičení na posílení pánevního dna

Délka poporodního cvičení na posílení pánevního dna	n_i	$f_i[\%]$
Cvičila jsem pouze několik dnů	7	64
Cvičila jsem několik týdnů	3	27
Cvičila jsem několik měsíců	1	9
Cvičím i nadále	0	0
Σ	11	100

Otázka číslo 17 navazuje na otázku číslo 16. Na otázku číslo 17 odpovídaly pouze respondentky, které uvedly, že po porodu cvičily cviky na posílení svalů pánevního dna. Ptali jsme se, jak dlouho po porodu respondentky cvičily. 7 (64 %) respondentek odpovědělo, že cvičily pouze několik dnů po porodu. 3 (27 %) dotazované cvičily po porodu několik týdnů. Pouze 1 (9 %) respondentka uvedla, že po porodu cvičila několik měsíců. Žádná dotazovaná neuvedla, že se cviky posilující pánevní dno pokračuje i nadále. (Tab. č. 8)

Otázka č. 18 - Pozorovala jste nějaké zlepšení Vašich problémů s inkontinencí po určité době cvičení?

- Ne, nic se nezlepšilo
- Ano, zlepšilo se částečně
- Ano, cvičení mi výrazně pomohlo



Obrázek 14 - Zlepšení problémů s močením po cvičení

Otázka číslo 18 navazuje na otázku 16 a 17. Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které uvedly v otázce číslo 16, že cvičily po porodu cviky posilující pánevní dno. Zjišťovali jsme, zda ženy po cvičení pocítily zlepšení jejich problémů s močením. 5 (45 %) respondentek odpovědělo, že se nic nezměnilo. 4 (36 %) dotazovaných pocítily, že cvičení jim výrazně pomohlo od problémů s močením. A 4 (36 %) respondentky uvedly, že se jejich problémy s močením částečně zlepšily. (Obr. č. 14)

Otázka č. 19 - Hledala jste informace o Vašich problémech?

- Ne, nehledala
- Ano, v odborné literatuře
- Ano, v časopisech
- Ano, na internetu
- Ano, u gynekologa
- Ano, u porodní asistentky
- Jinde, kde.....

Tabulka 9 - Vyhledávání informací o problémech s močením

Hledání informací o problémech s močením	n _i	f _i [%]
Ne, nehledala	20	54
Ano, v odborné literatuře	2	5
Ano, v časopisech	1	3
Ano, na internetu	8	22
Ano, u gynekologa	4	11
Ano, u porodní asistentky	0	0
Jinde	2	5
Σ	37	100

V poslední otázce jsme se dotazovali, zda respondentky hledaly informace o problémech s močením. 20 (54 %) respondentek uvedlo, že nikde informace nehledaly. 8 (22 %) respondentek hledalo informace na internetu, 4 (11 %) oslovené ženy se informovaly u gynekologa. 2 (5 %) oslovené ženy hledaly informace v odborné literatuře, stejně tak 2 (5 %) respondentky se informovaly jinde. Z toho jedna uvedla, že se informovala v rodině a druhá pracovala jako zdravotní sestra na urologie a měla informace z práce. Pouze 1 (3 %) oslovená žena uvedla, že se informovala v časopisech a žádná neuvedla, že se informovala u porodní asistentky. (Tab. č. 9)

12 Diskuze

Výzkumná otázka č. 1

Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, kolik procent dotazovaných žen, které trpěly inkontinencí v posledních 4 týdnech těhotenství, trpí inkontinencí i nyní (3 roky po porodu). Domníváme se, že více jak polovina žen již inkontinentní není.

Touto výzkumnou otázkou se zabývaly otázky číslo 10 a 11 v dotazníku. **22** oslovených žen uvedlo, že i v době 3 let od porodu stále trpí **stresovou inkontinencí**. **Urgentní inkontinencí** i nadále trpí **13** oslovených žen. **9** oslovených žen trpí **smíšenou inkontinencí** i v době 3 let po porodu.

Z této výzkumné otázky vyplývá, že z 33 oslovených žen je i **nadále** (3 roky po porodu) **26 (79 %)** z nich **inkontinentních**. Pouze u **7** dotazovaných žen, které trpěly inkontinencí v posledních 4 týdnech po těhotenství, **inkontinence vymizela**. Tento výsledek nás velice překvapil, nečekali jsme, že 79 % oslovených žen bude stále inkontinentních.

Tuto výzkumnou otázku jsme porovnávali s výzkumem z listopadu 2001, který byl prováděn na univerzitě v Newcastle v Austrálii (Faculty of Health School of Population Health Sciences). Výzkum se zabýval inkontinencí žen 3 měsíce po porodu. Z celkového počtu 720 oslovených žen, 125 (38,4 %) z nich trpělo inkontinencí po porodu. Těchto 125 žen bylo osloveno znovu za 3 měsíce a 95 % z nich uvedlo, že jsou stále inkontinentní. To znamená, že 3 měsíce po porodu 31 % oslovených žen trpělo inkontinencí. Za dobu 3 měsíců vymizela inkontinence u 5 % dotazovaných žen (Chiarelli, 2002).

Výzkumná otázka č. 2

Druhá výzkumná otázka měla zmapovat způsob porodu a zjistit, u kterého způsobu porodu se vyskytovala nejčastěji stresová inkontinence. Domnívali jsme se, že nejčastěji se vyskytovala stresová inkontinence u spontánního vaginálního porodu, a naopak nejméně u porodu císařským řezem. Tuto výzkumnou otázku zjišťovaly otázky číslo 3 a číslo 10 v dotazníku.

24 dotazovaných žen uvedlo, že rodily **spontánně vaginálně** a u **18** z nich se vyskytla **stresová inkontinence**. Z toho vyplývá, že **75 %** dotazovaných žen, které rodily spontánně vaginálně, trpěly stresovou inkontinencí po porodu. **Císařským řezem** rodilo **7** respondentek a z toho **stresovou inkontinencí** po porodu trpěly **3** respondentky. To znamená,

že **43 %** respondentek, které rodily císařským řezem, měly **stresovou inkontinenci** po porodu. Pouze **2** oslovené ženy rodily pomocí **VEX** a z toho **1 (50 %)** dotazovaná trpěla **stresovou inkontinencí**. Žádná z oslovených žen, kterých jsme se dotazovali, nerodila za pomoci kleští.

Z této výzkumné otázky plyne, že nejčastěji se vyskytovala stresová inkontinence u žen, které rodily spontánně vaginálně, jak jsme se domnívali. Obdobný výsledek vyšel i z výzkumu z roku 2012 ve Švédsku (University of Gothenburg), kde byla zjišťována inkontinence u žen v závislosti na způsobu porodu. Výzkum proběhl u 6148 oslovených žen, které rodily jednou vaginálně nebo císařským řezem. Po vaginálním porodu 40,3 % oslovených žen uvádělo inkontinenci. Po porodu císařským řezem inkontinenci potvrdilo 28,8 % oslovených žen. Po 10 letech se znovu oslovovaly ženy, které uvedly, že byly po porodu inkontinentní. Z těchto žen, které rodily vaginálně je 10,1 % stále inkontinentních a pouze 3,9 % inkontinentních je po porodu císařským řezem (University of Gothenburg, 2012).

Výzkumná otázka č. 3

Třetí výzkumná otázka měla ověřit, zda vyšší hmotností přírůstek během těhotenství měl větší vliv na vznik nykturie. Ke zjištění jsme využili otázky číslo 5 a 9 z dotazníku. **17 (52 %)** oslovených žen uvedlo, že trpí **nykturií**. Nejčastěji se vyskytovala nykturie u žen, které v těhotenství přibraly 16 – 20 kg, z 10 oslovených žen 6 uvedlo, že trpí nykturií. Hmotnostní příbytek v těhotenství 11 – 15 kg uvedlo 12 respondentek a z toho 6 trpí nykturií. U 2 ze 4 respondentek, které uvedly, že v těhotenství přibraly méně než 10 kg, se vyskytuje nykturie. S hmotnostním přírůstkem 21 – 25 kg v těhotenství se u 2 z 5 oslovených žen vyskytuje nykturie. Více než 25 kg v těhotenství přibraly 2 dotazované, a z toho u 1 z nich se vyskytuje nykturie.

Tento výsledek nás překvapil, protože jsme předpokládali, že se častěji nykturie bude vyskytovat u žen, které měly v těhotenství větší hmotností přírůstek. **Nejčastěji trpí nykturií** oslovené ženy, které **přibraly** v těhotenství **16 – 20 kg**.

Tuto výzkumnou otázku lze porovnat s výzkumným záměrem Jany Furchové v její bakalářské práci z roku 2011 na téma vznik inkontinence v těhotenství. Jana porovnávala hmotnostní přírůstek menší a větší než 10 kg a četnost močení v noci.

Z jejího výzkumného záměru vyplývá, že hmotností přírůstek v těhotenství větší než 10 kg zvyšuje četnost nykturie (Furchová, 2011, s. 69).

Výzkumná otázka č. 4

Výzkumná otázka číslo 4 měla zmapovat informovanost a změnu společenského života žen trpících stresovou inkontinencí. Ke zjištění této výzkumné otázky jsme použili otázky číslo 12, 13, 14, 15 a 19 v dotazníku. Domníváme se, že většina žen informace o problémech s močením hledala na internetu. Zároveň si myslíme, že se společenský život klientek po začátku problémů s močením nijak výrazně nezměnil a že jim byl největší oporou partner, kterému se klientky svěřily o svých problémech.

Zjistili jsme, že **20 (54 %)** respondentek uvedlo, že **informace** o problémech s močením vůbec **nehledaly**, což nás velice překvapilo. Oslovené ženy, které informace hledaly, nejčastěji uvedly, že je hledaly na **internetu**. Žádná respondentka neuvedla, že hledala informace u porodní asistentky. Domníváme se, že je to vzhledem k nedostatečnému času porodní asistentky s klientkou komunikovat, což by se určitě mělo změnit a ženy by měly hledat informace o svých problémech právě u porodní asistentky.

Většina respondentek (**97 %**) uvedla, že se jejich **společenský život** od začátku problémů s močením nijak **nezměnil** a **94 %** respondentek může dělat všechny denní aktivity **bez omezení**. **56 %** oslovených žen se nikomu o problémech s močením **nesvěřila**. Nejčastěji se oslovené ženy svěřily **gynekologovi** a ne partnerovi, jak jsme předpokládali. Pouze **7 (21 %)** oslovených žen uvedlo, že je problémy s močením **obtěžují** natolik, že používají hygienické pomůcky (**vložky**). Z těchto 7 respondentek, které musí nosit vložky, pouze 1 uvedla, že jí problémy s močením omezují v běžných denních aktivitách. Z toho vyplývá, že respondentky jejich problémy s močením neomezují v běžných denních aktivitách a ve společenském životě, když používají vložky.

Výzkumná otázka číslo 4 se nám z většiny potvrdila. Pouze nás překvapilo, že se oslovené ženy častěji svěřují o problému s močením gynekologovi než partnerovi.

Obdobným výzkumným záměrem se ve své bakalářské práci z roku 2011 na téma vznik inkontinence moči v těhotenství zabývala Jana Furchová. 63 % jejích respondentek odpovědělo, že se nikomu se svými problémy nesvěřilo, což je obdobné jako naše výsledky (56 %). Ovšem respondentky v bakalářské práci Jany Furchové se nejčastěji svěřily manželovi a ne gynekologovi, jako to je v naší bakalářské práci (Furchová, 2011, s. 73).

Výzkumná otázka č. 5

V rámci další výzkumné otázky jsme zjišťovali, zda ženy po porodu cvičily cviky na posílení svalů pánevního dna, jak dlouho a zda to mělo vliv na zlepšení problémů s močením. Odpověď na tuto výzkumnou otázku zjišťovaly otázky 16, 17 a 18 v dotazníku. Domníváme se, že povědomí o poporodním cvičení je v dnešní době velké a že většina žen cvičila a problémy s močením se tím zlepšily.

Pouze **11 (33 %)** dotazovaných žen uvedlo, že po porodu **cvičily** cviky na posílení svalů pánevního dna. Z toho 7 (64 %) respondentek uvedlo, že cvičily pouze několik dnů po porodu, 3(27 %) z nich cvičily několik týdnů po porodu a pouze 1 (9 %) respondentka uvedla, že cvičila několik měsíců. Z těchto 11 oslovených žen, které cvičily, 5 z nich uvedlo, že se problémy s močením díky cvičení nezlepšily. Částečné zlepšení pocítily 2 oslovené ženy. Výrazné zlepšení problémů s močením po porodu v důsledku cvičení uvedly 4 dotazované ženy.

Výsledek této výzkumné otázky nás velice překvapil. Nečekali jsme, že pouze třetina žen po porodu cvičila cviky na posílení svalů pánevního dna.

Výzkumná otázka č. 6

Cílem výzkumné otázky číslo 6 bylo ověřit, zda věk respondentek měl vliv na vznik pollakisurie. Tuto výzkumnou otázku zjišťovaly otázky v dotazníku číslo 1 a 8.

Z celkového počtu 33 oslovených žen, **7 (21 %)** z nich trpělo **pollakisurií**. Z těchto 7 oslovených žen, 4 z nich byly ve věku 36 – 40 let, 2 byly ve věku 31 – 35 let a pouze 1 respondentka byla ve věkové kategorii 25 – 30 let.

Výsledek tohoto výzkumného záměru potvrdil očekávání. **Pollakisurií** častěji trpěly oslovené ženy, které byly ve **vyšší věkové kategorii**.

Výzkumná otázka č. 7

Poslední výzkumná otázka měla ověřit, zda parita a vyšší hmotnost novorozence měla vliv na vznik stresové inkontinence. Tuto výzkumnou otázku zjišťovaly otázky číslo

2, 4 a 10 v dotazníku. Domníváme se, že se častěji bude vyskytovat stresová inkontinence u multipar a u respondentek, které porodily novorozence s vyšší porodní hmotností.

Stresová inkontinence se vyskytuje u **22 respondentek**. 9 dotazovaných žen uvedlo, že rodily jednou a z toho u 5 (56 %) z nich se vyskytuje stresová inkontinence. Dvakrát rodilo 17 oslovených žen a 11 (65 %) z nich trpí stresovou inkontinencí. 5 respondentek uvedlo, že rodilo třikrát a u 4 (80 %) z nich se vyskytuje stresová inkontinence. Čtyřikrát rodily pouze 2 oslovené ženy a obě mají stresovou inkontinenci. Z tohoto vyplývá, že výskyt **stresové inkontinence** opravdu **úměrně stoupá s vyšší paritou**.

Souvislost mezi porodem novorozence s vyšší hmotností a následně vzniklou stresovou inkontinencí je patrná. 16 respondentek porodilo novorozence s hmotností 3000 – 3500 g a z toho 8 (50 %) z nich trpí stresovou inkontinencí. Porodní hmotnost novorozence 3500 – 4000 g uvedlo 6 respondentek a 5 (83 %) z nich má stresovou inkontinenci. 4 respondentky porodily novorozence s porodní hmotností 2500 – 3000 g a 3 (75 %) z nich trpí stresovou inkontinencí. 4 oslovené ženy uvedly, že hmotnost jejich posledně narozeného novorozence byla 4000 – 4500 g a všechny tyto oslovené ženy trpí stresovou inkontinencí. 2 respondentky porodily novorozence s hmotností 2000 – 2500 g a 1 (50 %) trpí stresovou inkontinencí. Pouze 1 dotazovaná uvedla, že hmotnost jejího posledně narozeného novorozence byla vyšší než 4500 g a tato žena trpí stresovou inkontinencí. Z tohoto vyplývá, že **častěji** se vyskytuje **stresová inkontinence** u oslovených žen, které porodily **novorozence s vyšší porodní hmotností**.

Obdobným výzkumných záměrem se zabývala Jana Furchová ve své bakalářské práci z roku 2011 na téma vznik inkontinence moči v těhotenství. Výsledkem jejího výzkumného záměru bylo, že multiparita není rizikovým faktorem pro vznik inkontinence. Její výsledek se liší od našeho, což může být zapříčiněno nedostatečným statistickým vzorkem respondentek (Furchová, 2011, s. 57).

ZÁVĚR

Tvorbou této bakalářské práce jsem získala mnoho nových poznatků o tématu, které mě velice zajímá, a chtěla bych se mu do budoucna věnovat. Zejména jsem si uvědomila, že problematika inkontinence se netýká pouze starší populace, ale že postihuje i ženy velice mladé. Měla jsem možnost prostudovat některé reklamní letáčky, týkající se inkontinence a na všech na titulní straně figurovala postarší žena. Toto by se mělo určitě změnit a doufám, že naše bakalářská práce alespoň trochu napomůže ke zvýšení informovanosti o této problematice.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsme se snažili přiblížit anatomii a fyziologii dolních močových cest, příznaky dolního močového traktu, popsali jsme jednotlivé druhy inkontinence. Dále jsme se věnovali rizikovým faktorům pro vznik inkontinence, vyšetřovacím metodám v urogynekologii, léčbě inkontinence a v neposlední řadě inkontinenci vzniklé v těhotenství a po porodu. Ve výzkumné části jsme se zabývali vyhodnocením výsledků dotazníků a ověřováním cílů naší bakalářské práce. Celkem jsme zaslali 100 dotazníků a vrátilo se nám pouze 33 správně vyplněných dotazníků. Mrzelo nás, že návratnost dotazníků byla nízká a tudíž se snížila výpovědní hodnota výzkumu. Některé výzkumné otázky se nám potvrdily, jiné nás překvapily. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji ženy po porodu trápí stresová inkontinence. Způsob porodu významně ovlivňuje vznik inkontinence. Častěji se vyskytuje inkontinence u žen, které rodily spontánně vaginálně. Předpokládali jsme, že větší hmotností přírůstek v těhotenství bude mít vliv na vznik nykturie. Toto se ovšem nepotvrdilo a nelze dávat do spojitosti větší hmotností přírůstek s častějším výskytem nykturie. Velice nás potěšilo, že téměř žádná respondentka neuvedla, že by se změnil její společenský život po začátku problémů s močením. Naopak jsme byli zklamáni tím, že pouze třetina dotazovaných žen po porodu cvičila cviky na posílení pánevního dna a z toho zhruba polovina respondentek uvedla, že jim cvičení pomohlo ke zlepšení problémů s močením. Domníváme se, že by měly být ženy po porodu více edukovány o nutnosti cvičení na posílení svalů pánevního dna.

Vypracování této bakalářské práce pro mě bylo velice přínosné, zejména pro svou budoucí profesi porodní asistentky. Zejména jsem si z toho vzala ponaučení, že je třeba ženy po porodu řádně edukovat o cvičení na posílení svalů pánevního dna. Věřím, že práce nebyla přínosem jen pro mne, ale že bude užitečná i pro ostatní, kteří se zajímají o tuto tematiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAMS,P. et al. *Clinical manual of incontinence in women*. Paris: Health Publication, 2005. ISBN 0-9546956-3-1.
- ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. *Inkontinence moči*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 119 s. ISBN 80-725-4875-1.
- FURCHOVÁ, Jana. *Vznik inkontinence moči v těhotenství*. Pardubice, 2011. 96 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce prim. Dr. med. Germund Hensel.
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3.vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.
- HALAŠKA, Michael, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. *Hyperaktivní močový měchýř: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 256 s. ISBN 80-726-2272-2.
- HEJZLAROVÁ, Lenka. Péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči. Česká asociace sester, *Florence*. Praha, 5/2009, č 6, s. 7 – 8. ISSN 1801 – 464X.
- CHIARELLI, Pauline. Promoting urinary incontinence in women after delivery: randomised controlled trial. *BMJ* [online]. Newcastle, Australia, 5/2002. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z : http://assoalhopel.dominiotemporario.com/doc/incontinence_in_pos_partum.PDF
- KRČMÁŘ, Michal, Stresová inkontinence moči u žen po porodu. *Sestra* [online]. Praha, 11/2010. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z : <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/stresova-inkontinence-moci-u-zen-po-porodu-455784>. ISSN 1213-0404.
- KRHUT, Jan, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. *Hyperaktivní močový měchýř: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 176 s. ISBN 978-807-3452-407.
- MARTAN, Alois. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2005, 79 s. ISBN 80-734-5076-3.

MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. *Nové operační a léčebné postupy v urogynekologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Maxdorf, c2013, 230 s. ISBN 978-807-3453-480.

PETROVÁ, Vendula. *Prevalence inkontinence moči u žen 24 týdnů po porodu.* Pardubice, 2011. 89 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce prim. Dr. med. Germund Hensel.

ŠKUBOVÁ, Jarmila. Inkontinence v kontextu ošetrovatelské péče. *Florence*. Praha, 9/2009, č. 6, s. 3 – 8. ISSN 1801 – 464X.

ŠKUBOVÁ, Jarmila. Stav a trendy léčby inkontinence v ČR. *Florence speciál: Inkontinence moči*. Praha, 6/2010, č. 7-8, s. 3 – 4. ISSN 1801-464X.

THE UROLOGY TEAM, P.A.: *InsterStim consultation information*. [online]. North Austin. 5/2014. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://www.urologyteam.com/pdf/interstim-therapy>. ISSN 512-328-1313.

University of Gothenburg. *Incontinence 20 years after child birth three times more common after vaginal delivery* [online]. ScienceDaily.Gothenburg, Sweden 3/2012 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: www.sciencedaily.com/releases/2012/03/120325102613.htm.

WALTERS, Mark D a Mickey M KARRAM. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier, c2007, 599 p. ISBN 978-032-3029-025.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Kristýna Michalcová a jsem studentkou oboru porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník je anonymní a slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci, která je zaměřena na prognózu močové inkontinence (samovolný únik moči) vzniklou v těhotenství. V mém případě vzniklé inkontinence do tří let po porodu.

1. Kolik Vám je let?let
2. Kolikrát jste rodila?
 - a. 1 krát
 - b. 2 krát
 - c. 3 krát
 - d. 4 krát
 - e. Více než 4 krát
3. Jaký byl způsob Vašeho posledního porodu?
 - a. Spontánní, vaginální
 - b. Vakuumextraktorem (VEX)
 - c. Klešťový porod
 - d. Císařský řez
4. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho posledního dítěte?
 - a. Pod 2000 g
 - b. 2000 – 2500 g
 - c. 2500 – 3000 g
 - d. 3000 – 3500 g
 - e. 3500 – 4000 g
 - f. 4000 – 4500 g
 - g. Více než 4500 g
5. Kolik kilogramů jste přibrala v posledním těhotenství?
 - a. Méně než 10 kg
 - b. 11 – 15 kg
 - c. 16 – 20 kg
 - d. 21 – 25 kg
 - e. Více než 25 kg
6. Měla jste nějaké problémy s močením v době před těhotenstvím?
 - a. Ne, žádné problémy s močením jsem neměla
 - b. Ano, unikala mi moč při kýchání, kašlání nebo námaze
 - c. Ano, musela jsem vstávat v noci a jít na toaletu
 - d. Ano, chodila jsem více než 8 krát denně močit
 - e. Ano, trpěla jsem náhlým nepřekonatelným pocitem na močení, které se nedalo odložit
 - f. Ano, občas jsem nemohla stihnout WC a unikala mi moč

Pokud jste na otázku 6 odpověděla, že ne (odpověď a), zodpovězte prosím otázku 7.

7. Kdy se objevily první problémy s močením?
 - a. V těhotenství
 - b. Ihned po porodu
 - c. Do 3 měsíců po porodu
 - d. Do půl roku po porodu
 - e. Do roku po porodu
 - f. Do dvou let po porodu

8. Jak často chodíte močit během dne?
 - a. Maximálně 8 krát
 - b. 9 – 12 krát
 - c. 13 – 16 krát
 - d. Více než 16 krát

9. Kolikrát chodíte v noci močit?
 - a. Vůbec
 - b. 1 krát
 - c. 2 krát
 - d. 3 krát
 - e. Více než 3 krát

10. Máte problém s únikem moči při kýchnutí, skákání nebo prudkém pohybu?
 - a. Ano
 - b. Ne

11. Máte problém s únikem moči ve smyslu, že občas nestačíte dobíhat na WC?
 - a. Ano, každý den
 - b. Ano, ale jen velmi zřídka
 - c. Ne

12. Svěřila jste se někomu o svých problémech s močením?
 - a. Ne, nikomu
 - b. Ano, gynekologovi
 - c. Ano, partnerovi
 - d. Ano, kamarádce
 - e. Ano, rodiči
 - f. Ano, někomu jinému

13. Obtěžují Vás problémy s únikem moči natolik, že musíte používat hygienické pomůcky (vločky)?
 - a. Ano
 - b. Ne

14. Jsou problémy s únikem moči natolik silné, že Vás omezují v běžných denních aktivitách?
 - a. Ne, mohu dělat všechny denní aktivity bez omezení
 - b. Ano, nemohu dělat větší fyzickou námahu, ale běžné věci zvládám bez problémů
 - c. Ano, významně mě to omezuje v běžných denních aktivitách

15. Změnil se nějak Váš společenský život po začátku problémů s močením?
- a. Ne, nic se nezměnilo
 - b. Ano, chodím do společnosti méně často než dříve
 - c. Ano, chodím do společnosti výjimečně a pouze tam, kde mám jistotu, že budu mít k dispozici toaletu
 - d. Ano, do společnosti nyní nechodím téměř vůbec

16. Cvičila jste po porodu cviky na posílení svalů pánevního dna?
- a. Ano
 - b. Ne

Pokud jste na otázku 16 odpověděla, že ano, zodpovězte prosím otázku 17 a 18.

17. Jak dlouho po porodu jste cvičila?
- a. Cvičila jsem pouze několik dnů
 - b. Cvičila jsem několik týdnů
 - c. Cvičila jsem několik měsíců
 - d. Cvičím i nadále

18. Pozorovala jste nějaké zlepšení Vašich problémů s inkontinencí po určité době cvičení?
- a. Ne, nic se nezlepšilo
 - b. Ano, zlepšilo se částečně
 - c. Ano, cvičení mi výrazně pomohlo

19. Hledala jste informace o Vašich problémech?
- a. Ne, nehledala
 - b. Ano, v odborné literatuře
 - c. Ano, v časopisech
 - d. Ano, na internetu
 - e. Ano, u gynekologa
 - f. Ano, u porodní asistentky
 - g. Jinde – kde.....

Srdečně Vám děkuji za ochotu vyplnit dotazník. Pevně věříme, že nám Vaše odpovědi pomohou zjistit nové skutečnosti pro zkvalitnění péče o ženy trpící inkontinencí.