

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Poruchy vyprázdnění močového měchýře po porodu

Barbora Suchomelová

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Suchomelová**
Osobní číslo: **Z16103**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Poruchy vyprázdnění močového měchýře po porodu**
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 průzkumného 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. GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. Inkontinence moči u ženy. 1. vyd. Praha: Portál, 2013, 168 s. ISBN 978-80-262-0480-0.
2. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví 3. zcela přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2014, 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. KOUDELKOVÁ, Vlasta. Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 136 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
4. KRHUT, Jan. Hyperaktivní močový měchýř. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: MAXDORF, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Barbora FOUKALOVÁ a Monika ROUČOVÁ. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

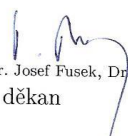
Vedoucí bakalářské práce:

Dr. med. Germund Hensel, Ph.D.

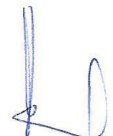
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, Dr.Sc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. února 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala 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 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 jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 6. 5. 2019

Barbora Suchomelová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Dr. med. Germundu Henselovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a trpělivost. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu při psaní mé bakalářské práce a především svému příteli.

ANOTACE

Tato bakalářská práce nese název „Poruchy vyprázdnění močového měchýře po porodu“ a je složena ze dvou částí, a to teoretické a výzkumné. Teoretická část je především zaměřena na anatomii dolních cest močových, změny v průběhu těhotenství a po porodu, poruchy vyprazdňování močového měchýře, etiologii vzniku těchto poruch, jejich diagnostiku a léčbu. Výzkumná část se zabývá četností výskytu poruch vyprazdňování močového měchýře u žen po porodu a vlivy podílející se na jejich vzniku.

KLÍČOVÁ SLOVA

dolní cesty močové

LUTS

pánevní dno

porod

poruchy mikce

TITLE

Bladder Voiding Dysfunction After Childbirth

ANNOTATION

The title of this bachelor thesis is „Bladder Voiding Dysfunction After Childbirth“. The bachelor thesis includes two parts, a theoretical and a research part. The theoretical part deals with the anatomy of the lower urinary tract, its changes during pregnancy and after childbirth, bladder voiding dysfunction, etiology of this dysfunction, its diagnostics and its treatment. The research part deals with the frequency of bladder voiding problems after childbirth and possible reasons that could influence their development.

KEYWORDS

lower urinary tract

LUTS

pelvic floor

childbirth

urination disorders

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1 Věk respondentek	30
Obrázek 2 Parita žen	31
Obrázek 3 Závislost poruch vyprázdnění močového měchýře na paritě	32
Obrázek 4 Způsob vedení porodu	33
Obrázek 5 Vztah mezi způsobem vedení porodu a poruchami vyprázdnění močového měchýře	34
Obrázek 6 Provedení episiotomie	35
Obrázek 7 Závislost poruch vyprázdnění močového měchýře a episiotomie.....	36
Obrázek 8 Porodní hmotnost novorozenců	37
Obrázek 9 Vztah mezi porodní hmotností novorozenců a poruchami vyprázdnění močového měchýře	38
Obrázek 10 Závislost poruch vyprázdnění močového měchýře na hmotnostním přírůstku v těhotenství	40
Obrázek 11 Informovanost žen o posilování svalů pánevního dna.....	41
Obrázek 12 Dostatečnost informovanosti žen o posílení svalů pánevního dna	42
Obrázek 13 Posilování pánevního dna u žen	43
Obrázek 14 Výskyt evakuačních poruch po porodu	49
Obrázek 15 Začátek poruch vyprázdnění močového měchýře	50
Obrázek 16 Způsob řešení poruch vyprázdnění močového měchýře, konzultace s odborníkem	51

Seznam tabulek

Tab. 1 Nutnost využití nitrobřišního tlaku při močení.....	44
Tab. 2 Zpomalený proud moči	45
Tab. 3 Dokapávání posledních zbytků moči	46
Tab. 4 Přerušovaný proud moči	47
Tab. 5 Potíže se zahájením močení	48

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce	13
1.1 Hlavní cíl	13
1.2 Dílčí cíle	13
2 Teoretická část	14
2.1 Dolní cesty močové	14
2.1.1 Močový měchýř	14
2.1.2 Ženská močová trubice	14
2.1.3 Inervace dolních cest močových	15
2.1.4 Mikce.....	15
2.2 Svaly pánevního dna	16
2.2.1 posílení svalů pánevního dna	16
2.3 Změny v organismu ženy v těhotenství.....	16
2.3.1 Změny genitálního traktu	17
2.3.2 Extragenitální změny	18
2.4 Změny v organismu ženy po porodu	19
2.4.1 Změny genitálního traktu	19
2.4.2 Extragenitální změny	21
2.5 LUTS	22
2.5.1 Jímací symptomy	22
2.5.2 Mikční symptomy	23
2.5.3 Postmikční symptomy	24
2.6 Etiologie vzniku poruch vyprazdňování močového měchýře	24
2.7 Diagnostika poruch vyprazdňování močového měchýře	25
2.7.1 Anamnéza.....	25
2.7.2 Záznam mikce	25

2.7.3	Vyšetření moči	25
2.7.4	Ultrazvukové vyšetření	25
2.7.5	Uretrocystoskopie	26
2.7.6	Urodynamická vyšetření	26
2.8	Léčba poruch vyprazdňování močového měchýře	27
2.8.1	První kroky pro zlepšení obtíží	27
2.8.2	Behaviorální terapie	27
2.8.3	Intermitentní katetrizace.....	27
2.8.4	Farmakoterapie.....	28
2.8.5	Neurostimulační léčba.....	28
2.9	Péče Porodní Asistentky o ženu s poruchou močení po porodu	28
3	Praktická část	29
3.1	Výzkumné otázky.....	29
3.2	Metodika výzkumu.....	29
3.3	Vyhodnocení výsledků	30
3.3.1	Otázka č. 1.....	30
3.3.2	Otázka č. 2.....	31
3.3.3	Otázka č. 3.....	33
3.3.4	Otázka č. 4.....	35
3.3.5	Otázka č. 5.....	37
3.3.6	Otázka č. 6.....	39
3.3.7	Otázka č. 7.....	41
3.3.8	Otázka č. 8.....	42
3.3.9	Otázka č. 9.....	43
3.3.10	Otázka č. 10.....	44
3.3.11	Otázka č. 11.....	45
3.3.12	Otázka č. 12.....	46

3.3.13	Otázka č. 13.....	47
3.3.14	Otázka č. 14.....	48
3.3.15	Otázka č. 15.....	50
3.3.16	Otázka č. 16.....	51
4	Diskuze.....	52
5	Závěr	57
6	Použitá literatura	58
7	Přílohy.....	61

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ATP	adenosintrifosfát
CNS	centrální nervový systém
LUTS	lower urinary tract symptoms

ÚVOD

Těhotenství a porod jsou významné a důležité události v životě ženy, jsou to ale i momenty rizikové, které mohou vyvolat dysfunkce pánevního dna vč. mikční obtíže. Po spontánním vaginálním porodu se z mikčních poruch nejčastěji vyskytuje retence moči a stresový typ inkontinence moči. Stresový typ inkontinence moči se vyskytuje zhruba u 30-60% těhotných a žen v šestinedělí. Tři měsíce po porodu trpí těmito obtížemi přibližně 15% žen. Jedná se o pasivní únik moči při zvýšeném intraabdominálním tlaku. Retence moči se vyskytuje zhruba u 5% žen v šestinedělí, v těhotenství se vyskytuje výjimečně. Při retenci moči zůstává v močovém měchýři ženy po kompletním vymočení 150ml či více takzvané reziduální moči a nejčastěji vzniká obstrukcí uretry parauretrálním edémem či hematodem nebo z důvodu hypotonického močového měchýře (Hájek et al., 2014, s. 345). V dnešní době existuje mnoho odborných prací a výzkumů, které se zabývají touto problematikou, většinou se ale výhradně zaměřují na inkontinenci moči, neboť je nejčastějším mikčním problémem. Po porodu mohou vznikat i jiné poruchy močení, které nejsou zdaleka tak časté a kterými se již mnoho studií a výzkumů nezabývá. Neznamená to ale, že jejich výskyt je pro ženu méně závažný. Proto je tato bakalářská práce zaměřena na poruchy vyprazdňování močového měchýře po porodu. Zabývá se jejich četností výskytu u žen po porodu a také vlivem porodu a dalších faktorů během porodu na vzniku těchto poruch.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Hlavní cíl

Zjistit, jaká je četnost výskytu poruch vyprazdňování močového měchýře u žen po porodu.

1.2 Dílčí cíle

Zjistit, jaké poruchy vyprazdňování močového měchýře jsou u žen po porodu nejčastější.

Zjistit, jaký má vliv způsob vedení porodu a porodní hmotnost novorozence na vznik poruch vyprazdňování močového měchýře.

Ověřit, zda jsou ženy dostatečně informovány o možnosti posílení svalů pánevního dna.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Dolní cesty močové

Dolní cesty močové u ženy tvoří močový měchýř a ženská močová trubice. Jejich základní funkce spočívá v jímání a vypuzování moči (Naňka et al., 2009, s. 201).

2.1.1 Močový měchýř

Močový měchýř, latinsky zvaný jako vesica urinaria, je dutý svalový orgán. Základní úlohou močového měchýře je shromažďování moči, která je do močového měchýře přiváděna z ledvin uretery (Naňka et al., 2009, s. 201). Močový měchýř je uložený v malé pánvi, přední stěna je umístěna za sponou stydkou, od které je oddělena řídkým vazivem. Horní a zadní stěnu pokrývá peritoneum, které u ženy přechází na dělohu. Tento prostor mezi močovým měchýřem a dělohou nazýváme jako excavatio uterovesicalis. Prázdný močový měchýř není možné za sponou stydkou nahmatat, až při jeho naplnění může vystupovat nad sponu. Kapacita močového měchýře je přibližně 400-600 ml (Krhut, 2011, s. 13). První nucení na močení přichází u dospělého člověka při náplni 150 ml, při náplni 300-400 ml je nucení na močení o poznání výraznější. Anatomicky na močovém měchýři rozlišujeme dno fundus, tělo corpus, hrot apex a krček cervix, kde ústí ženská močová trubice (Naňka et al., 2009, s. 201). Ústí ženské močové trubice spolu s ústími ureterů tvoří takzvané trigonum. V této oblasti není vyvinuto podslizniční vazivo, neboť má jiný embryonální základ. Vrstvy tvořící stěnu močového měchýře jsou sliznice („urotel“), podslizničního vazivo a svalovina. Svalovinu tvoří musculus detrusor vesicae, jehož hlavní funkcí je vyprázdnění močového měchýře, a to kontrakcí svalu v mikční fázi (Krhut, 2011, s. 13).

2.1.2 Ženská močová trubice

Z močového měchýře vychází ženská močová trubice, latinsky zvaná jako urethra feminina a ústí na papilla urethralis ve vestibulum vaginae (Naňka et al., 2009, s. 202). Na délku dosahuje pouhé 4 cm a je mírně zahnutá pod dolním okrajem spony stydké (Krhut, 2011, s. 13). Její průsvit je přibližně 6 až 8 mm. Anatomicky můžeme ženskou močovou trubici rozdělit na tři části, a to na proximální část, která probíhá stěnou močového měchýře, prostřední část a distální část, kde uretra prochází skrz diaphragma urogenitale. Ženská močová trubice leží mezi zadní stěnou spony stydké, ke které je fixována ligamenty (ligg. pubourethralia) a pochvou, ke které je fixována vazivovou ploténkou, septum urethrovaginale (Naňka et al., 2009, s. 202-203).

2.1.3 Inervace dolních cest močových

V základu se na inervaci dolních cest močových a mikce podílí korové centrum mikce, pontinní mikční centrum, sakrální mikční centrum a periferní autonomní a somatické nervy. Korové centrum mikce je uloženo v mozku, ve frontálním laloku. Jeho funkcí je, že zabraňuje mikčnímu reflexu a to tak, že kontroluje přepojení pontinního centra z jímací do mikční fáze. V praxi to znamená, že umožňuje člověku oddálit mikci do chvíle, kdy si dotyčný zvolí vhodné a společensky akceptovatelné místo pro mikci. Anatomicky níže se nachází pontinní mikční centrum a periakveduktální šed'. Jejich funkce je kontrola a zajištění kontinuity další fáze mikce, a to tak že řídí přechod z jímací fáze, tedy plnění, do evakuační fáze mikčního cyklu. Také řídí vzájemnou koordinaci detruzoru a sfinkteru. Sakrální mikční centrum se nachází v sakrální části míchy, v úrovni S2 až S4. Vychází z něj nervus pudendus, jehož funkcí je inervace svalů pánevního dna (Krhut, 2011, s. 17-18).

2.1.4 Mikce

Proces mikce je tvořen dvěma cykly, které na sebe vzájemně navazují. První fází mikčního cyklu je fáze jímací, neboli plnění. V této fázi mikčního cyklu přitéká do močového měchýře moč z horních cest močových, tedy je přiváděna z ledvin uretery do močového měchýře. V této fázi slouží močový měchýř jako nízkotlaký rezervoár moče. Intravezikální tlak, tedy tlak uvnitř močového měchýře, je nízký, nicméně dochází k jeho postupnému a pomalému zvyšování. Přibližně při objemu 300 až 400 ml moči v močovém měchýři dochází k zvýšení intravezikálního tlaku na hodnotu kolem 10 cmH₂O. V této chvíli pak dochází k vyslání impulsu do centrálního nervového systému. Dochází k prostorové deformaci uroteliálních buněk, uvolňování ATP do extracelulárního prostoru, k podráždění terminálních aferentních nervových zakončení. Poté jsou aktivovány reflexní obranné mechanismy, jejichž funkce je udržení mikce do jímací fáze. Signály jsou vedeny do thalamu a hypothalamu, do korových oblastí frontálního laloku. Se zvyšujícím se množstvím moči v močovém měchýři roste počet těchto impulsů v CNS a zároveň se zvyšuje inhibiční aktivita korového centra, jehož funkcí je udržet mikci do doby, jenž bude pro člověka společensky přijatelná. Proces potlačení pomocí korového centra je ukončen až volním započítáním mikce, čímž dochází k přechodu do druhé fáze mikce, jež je fáze vypuzovací, neboli mikční, evakuační. V této fázi dochází k vypuzení moči z močového měchýře. Postupnými procesy dojde k uvolnění acetylcholinu postgangliovými vlákny ve stěně močového měchýře. Funkcí acetylcholinu je, že způsobuje kontrakci detruzoru, na níž navazuje kontrakce celého močového měchýře. Při podráždění parasympatických vláken pelvického plexu v oblasti hrdla močového měchýře a uretry

dochází k uvolnění oxidu dusného, jež se váže na nikotinové receptory, dochází k relaxaci svalových buněk ve výtokové části dolních cest močových. Zároveň je kontrahován detruzor, čímž se dále zvyšuje intravezikální tlak, dochází k takzvané pozitivní zpětné vazbě, jejímž cílem je, aby došlo k úplnému vyprázdnění močového měchýře. Po dokončení evakuace moči z močového měchýře, tedy druhé fáze mikčního cyklu, dochází k přechodu systému zpět do fáze jímací. Obecně můžeme říci, že v první fázi mikce převládá tonus sympatiku, čímž dochází k relaxaci detruzoru a kontrakci hladké svaloviny hrdla močového měchýře a proximální uretry. V druhé fázi mikce naopak převládá tonus parasimpatiku, který způsobuje mechanismus opačný než sympatikus, tak aby došlo k uvolnění moči. Dochází tedy díky parasimpatiku ke kontrakci detruzoru a relaxaci uzávěrového systému (Krhut, 2011, s. 23-40).

2.2 Svaly pánevního dna

Svaly pánevního dna neboli diaphragma pelvis tvoří musculus levator ani nacházející se vpředu a musculus coccygeus, nacházející se vzadu a po stranách. Pánevní dno je ve tvaru nálevky. Musculus levator ani tvoří dvě části, přední pars pubice, která vybíhá od spony stydké jako musculus pubococcygeus a pars iliaca, která vybíhá od kosti kyčelní jako musculus iliococcygeus. Hiatus urogenitalis, tedy štěrbina nacházející se v pars pubica, slouží pro prostup vývodných cest močových a pohlavních (Naňka et al., 2009, s. 221-222).

2.2.1 posílení svalů pánevního dna

Cviky na posílení svalů pánevního dna jsou důležité pro udržení správných anatomických poměrů v malé pánvi. Posilovat pánevní dno by měly nejen ženy po porodu, nebo ženy, u kterých se již vyskytly nějaké obtíže, ale všechny ženy preventivně. Posilování svalů pánevního dna pomáhá udržet močový měchýř ve správné poloze, díky pravidelnému cvičení tak žena může předcházet poruchám s močením, nebo pokud již těmito poruchami trpí, a to především močovou inkontinencí, může se jich zbavit, nebo alespoň tyto obtíže výrazně snížit. Posilování svalů pánevního dna má rovněž pozitivní vliv na sexuální život ženy, pravidelným cvičením dochází ke zkvalitnění prožitků při pohlavním styku (Feyereisl et al., 2007, s. 3). O pozitivním vlivu posilování pánevního dna na evakuační poruchy zatím žádné průkazné vědecké studie neexistují.

2.3 Změny v organismu ženy v těhotenství

Těhotenství je stav, kdy se v mateřském organismu nachází další biologická jednotka-plod, které se celý mateřský organismus musí přizpůsobit. V mateřském organismu dochází k

čtyřem základním procesům, kterými se přizpůsobuje tělo matky na těhotenství. Dochází k růstu tkání, k retenci tekutin ve tkáních, k relaxaci hladkého svalstva, a to vlivem progesteronu, kdy zásadní je především uvolnění dělohy, která se svou velikostí přizpůsobuje rostoucímu plodu. Posledním procesem je všeobecné funkční přizpůsobení mateřského organismu na plod, které bude popsáno níže. Dochází rovněž k dilataci močových cest, žlučových cest, k dilataci a snížené peristaltice střev (Hájek et al., 2014, s. 32-36).

2.3.1 Změny genitálního traktu

2.3.1.1 Děloha

V těhotenství dochází ke hypertrofizaci dělohy, kdy děloha z původních 50g zvětší svou velikost v termínu porodu až na 1000g. Rovněž se zvětší objem dutiny děložní, a to až 500 krát, čímž se děloha přizpůsobuje rostoucímu plodu. Méně výrazná je pak i hyperplazie. Stěna dutiny děložní se díky jejímu růstu ztenčuje, ale pomocí progesteronu zůstává měkká a relaxovaná. Kromě hypertrofizace dělohy dochází i k hypertrofii cév zásobujících dělohu, a to především arteria uterina a arteria ovarica. Zvyšuje se také průtok krve dělohou až na 500-700 ml v termínu porodu, kdy průtok krve netěhotnou dělohou je přibližně 50 ml. Isthmus uteri, tedy spojení mezi tělem děložním (corpus uteri) a cervix uteri, se mění na dolní děložní segment, a to přibližně po čtvrtém měsíci gravidity. Isthmus uteri na konci těhotenství dosahuje výšky přibližně 8-10cm (Hájek et al., 2014, s. 33).

2.3.1.2 Děložní hrdlo

V těhotenství dochází k prosáknutí, hypertrofii a překrvení, ale svou délku hrdlo děložní nemění, je tedy 2,5-4cm dlouhé. Aby se mohlo děložní hrdlo během porodu snadněji dilatovat, dochází ke snížení množství kolagenu v hrdle. Dochází rovněž hypertrofizaci žláz hrdla děložního, jejichž hlavní funkcí je produkce cervikálního hlenu, který brání vstupu infekce do dělohy, posléze k plodu. Na hrdle děložním můžeme vidět rozdíl u primigravidy, tedy ženy která rodila poprvé a u ženy která rodí již podruhé nebo více. U ženy, která rodí poprvé je vnitřní a zevní branka hrdla děložního uzavřena až do začátku porodu. Hrdlo děložní má tvar kónický. U ženy, která již rodila, se může zevní branka dilatovat již před porodem a hrdlo děložní má tvar cylindrický (Hájek et al., 2014, s. 33).

2.3.1.3 Pochva

Pochva neboli vagina v těhotenství tak jako děloha a hrdlo děložní hypertrofuje. Pochva se zároveň i prodlužuje, aby byl umožněn vzestup dělohy z malé pánve. Dochází ke změnám struktury děložní sliznice, která je ztlustělá, překrvená a prosáklá. Vaginální epitel se

deskvamuje a je vyplavován poševním výtokem. Poševní sekret má pH kolem 4,0, tedy kyselé, což má ochránit ženu před patogenními mikroorganismy (Hájek et al., 2014, s. 34).

2.3.1.4 Vulva

Zevní rodidla ženy jsou v těhotenství překrvená a prosáklá, mohou se vyskytovat rozšířené až varikózní podkožní žíly. Pro těhotenství je také typická zvýšená pigmentace, která se může objevit na velkých stydkých pyscích ženy (Hájek et al., 2014, s. 34).

2.3.2 Extragenitální změny

V těhotenství dochází k zvětšení prsů, rovněž pak k zvětšení prsních bradavek a zvýšení pigmentace prsních dvorců. Zvýšená pigmentace je pro těhotné typická po celém těle a je způsobena zvýšenou produkcí melanocyty stimulujícího hormonu hypofýzou. Na obličeji tuto zvýšenou pigmentaci označujeme jako chloasma uterinum (Hájek et al., 2014, s. 34-35).

2.3.2.1 Hematologické změny a změny krevního oběhu

Z důvodu zvýšených nároků na krevní zásobení zvětšující se dělohy a také placenty, dochází v těhotenství ke zvýšení objemu krve, plazmy a červených krvinek. V těhotenství je rovněž normální pokles koncentrace hemoglobinu, což je zapříčiněné větším zvětšením objemu plazmy oproti zvýšení objemu krvinek. Stoupá také počet bílých krvinek a klesá osmolarita plazmy. Ženský organismus vyvinul ochranu proti krácení při porodu, neboť v graviditě dochází k zvýšení srážlivosti krve. Zvyšuje se minutový srdeční výdej a to přibližně o 40%. Srdce těhotné ženy může být zvětšené a také může dojít ke změně lokace z důvodu zvětšující se dělohy (Hájek et al., 2014, s. 35).

2.3.2.2 Změny dýchacího systému

V těhotenství dochází k zvětšení respiračního objemu a k zvýšení minutové ventilace. Přibližně o 20% stoupá v těhotenství spotřeba kyslíku, oproti tomu klesá přibližně o 50% minutová ventilace, což vede ke stavu, který nazýváme jako hyperventilace a dochází k poklesu alveolárního a arteriálního pCO₂ (Hájek et al., 2014, s. 35).

2.3.2.3 Změny gastrointestinálního systému

V těhotenství dochází k relaxaci sfinkteru česla, což vede k regurgitaci žaludečního obsahu do jícnu. To pak způsobuje častý problém v těhotenství, a to pálení žáhy. Na začátku gravidity těhotné často trpí těhotenskou nauzeou. Progesteron v těhotenství zapříčiňuje sníženou pohyblivost střev, a to poté může vést k zácpě (Hájek, et al. 2014, s. 35).

2.3.2.4 Změny močových cest

V těhotenství se zvyšuje glomerulární filtrace, která se zvyšuje již v raném těhotenství, a to až o 60%. Tím pak dochází k potížím při močení vč. zvýšené frekvence mikce a nykturie. K jejímu poklesu dochází až v posledním měsíci těhotenství. Dochází k dilataci ledvinné pánvičky a močovodů (Hájek et al., 2014, s. 35).

2.3.2.5 Změny endokrinního systému

V těhotenství se zvyšuje sekrece prolaktinu, adrenokortikotropního hormonu, tyreotropního hormonu a melanocyty stimulujícího hormonu, které jsou produkovány hypofýzou. Oproti tomu hypofýza produkuje menší množství gonadotropinu. Nadledviny produkují v těhotenství větší množství kortikosteroidů, koncentrace hormonů, které produkuje dřeň nadledvin je stejná. V těhotenství dochází ke zvětšení štítné žlázy, někdy může dojít až k jejímu dvojnásobnému zvětšení (Hájek et al., 2014, s. 35).

2.4 Změny v organismu ženy po porodu

Období, které následuje přímo po porodu, nazýváme jako šestinedělí, neboli puerperieum. Je to období, které následuje ihned po porodu a trvá šest týdnů. Prvních sedm dní nazýváme jako rané šestinedělí, na které navazuje šestinedělí pozdní, které trvá 42 dní po porodu. Je to období změn v organismu ženy po porodu, kdy se tělo postupně dostává do stavu před těhotenstvím (Koudelková, 2013, s. 19).

2.4.1 Změny genitálního traktu

2.4.1.1 Děloha

Děloha se v průběhu celého těhotenství zvětšuje, neboť se přizpůsobuje stále se zvětšujícímu plodu. Na konci těhotenství je pak velikost dělohy průměrně 1000g. Po narození dítěte dochází u každé ženy k zmenšení dělohy a na konci šestinedělí děloha dosahuje velikosti přibližně 80g (Koudelková, 2013, s. 21). Procesu zmenšení dělohy se účastní tři základní děje, a to retrakce dělohy, kdy distendovaná děložní vlákna se postupně zkracují, díky čemuž se také odloučí placenta po porodu plodu. Druhým dějem je kontrakce, tedy aktivní smršťování myometria, k čemuž dochází s určitým odstupem po retrakci. Při aktivním vedení 3. doby porodní, kdy se intravenózně aplikuje oxytocin, se zkracuje doba mezi retrakcí a farmakologicky navozenou kontrakcí. Díky aktivnímu vedení třetí doby porodní se dříve uzavírají cévy, čímž se snižuje krevní ztráta, které je žena po porodu vystavena. Třetím dějem podílejícím se na zmenšení dělohy je involuce děložní, tedy postupné srašťování a zmenšování svalových vláken, přičemž jejich počet se nemění a také mezi nimi přibývá

elastinu a pojivové tkáně (Hájek et al., 2014, s. 209). Existují situace, díky kterým se proces navrácení dělohy do stavu před těhotenstvím může prodloužit. Patří sem vícečetné těhotenství, polyhydramnion nebo protrahovaný porod a také plný močový měchýř, rozepjaté střevní kličky, nevyprázdňovaný konečník (Koudelková, 2013, s. 21). Porodní asistentky sledují zavinování dělohy palpací děložního fundu, kdy první den po porodu dosahuje fundus děložní k pupku, maximálně může dosahovat jeden centimetr nad pupek. Každý den se pak zavine děloha o další jeden centimetr (Hájek et al., 2014, s. 209). Porodní asistentka také kromě palpce fundu děložního sleduje tonus děložní, kdy při pohmatu by měla být děloha tvrdá, kontroluje množství, barvu a zápach odcházejících očístků. Pro lepší odchod očístků a zavinování dělohy je důležité přikládání novorozence ke kojení. Při kojení se totiž vyplavuje hormon oxytocin, který pomáhá zavinování dělohy, čímž se také uvolňuje větší množství očístků. Zvláště u vícerodiček je proces zavinování dělohy vnímám velmi intenzivně až bolestivě (Koudelková, 2013, s. 21-22).

2.4.1.1.1 Očistky

Očistky neboli lochia jsou vyplavovány z dutiny děložní a tvoří je zbytky deciduální tkáně, tkáňový mok, krev, sekret děložního hrdla, pochvy a vulvy. Důležitou roli při odchodu lochií hraje porodní asistentka, která by měla edukovat ženu o odchodu lochií a především o nutnosti dodržování hygieny. Neboť lochia jsou alkalická, mění tak kyselé pH pochvy, která se díky tomu stává živnou půdou pro množení bakterií. Ženy jsou tedy náchylné ke vzniku infekcí. Očistky v průběhu šestinedělí mění svůj vzhled, a to podle toho, která složka převládá. První dny jsou krvavé, lochia rubra, kdy převládající složkou je krev. Přibližně 3. až 4. den mění svou barvu na červenohnědou až hnědou, lochia fusca. Postupně dochází k ubývání krevní složky, naopak se zvyšuje množství tkáňového sekretu a od 1. týdne můžeme pozorovat žlutavá, lochia flava. Přibližně od 3. týdne můžeme pozorovat očistky bělavé, lochia alba, kdy ubývají v očístkách erytrocyty i leukocyty. Na ně navazují pouze hlenovité očistky, lochia mucosa, jež do konce šestinedělí postupně přestanou odcházet (Koudelková, 2013, s. 22).

2.4.1.2 Hrdlo děložní

Hrdlo děložní je po porodu plodu ztenčelé a ochablé, zevní branka zeje (Hájek et al., 2014, s. 209-210). Přibližně za tři týdny od porodu se uzavře nejprve vnitřní branka. Na konci šestinedělí je ale již normálně dlouhé, cylindrického tvaru, pevné a zcela uzavřené, zevní branka je ve tvaru příčné štěrbin (Koudelková, 2013, s. 22-23).

2.4.1.3 Vejcovody a vaječníky

Vejcovody i vaječníky se v průběhu šestinedělí vracejí zpět do malé pánve a zmenšují se, mizí prosáknutí (Koudelková, 2013, s. 23).

2.4.1.4 Pochva

Za tři týdny po vaginálním porodu se pochva dostává do stavu před porodem, nicméně zůstane již méně pružná, slizniční řasy pochvy jsou vyhlazené. Dochází ke snížení stěn pochvy. Při porodu ženy prvního dítěte dochází k dalšímu porušení hymenu, jež se mění z carunculae hymenales na carunculae myrtiformes. Také překrvená a hyperpigmentovaná rodidla se vracejí do předporodního stavu (Hájek et al., 2014, s. 210).

2.4.2 Extragenitální změny

2.4.2.1 Hematologické změny a změny krevního oběhu

Srdce, které bylo během těhotenství vytlačeno ze své pozice, se vrací zpět na své původní místo. Dochází k hemodynamickým změnám již v raném šestinedělí. Dochází k zmenšení množství cirkulujícího objemu krve, jež byl v těhotenství, z důvodu zvýšených nároků, zvýšen na 5-6 litrů, a to na původní přibližně 4 litry krve. Z krevních elementů dochází k zvýšení počtu leukocytů, a to především granulocytů, zvyšuje se počet trombocytů. Aktivita koagulačního a fibrinolytického systému, jež byla během těhotenství zvýšená, zůstává nezměněná (Koudelková, 2013, s. 20). Změny v počtu erytrocytů a hematokritu jsou závislé na rozsahu krevních ztrát po porodu. Do pátého dne po porodu dochází ke klesání hladiny plazmatického železa, pátým dnem začíná stoupat. Kvůli zvýšeným nárokům organismu v období těhotenství byl zvýšený srdeční výdej, jež za 14 dní po porodu klesá přibližně o 28%, klesá rovněž systolický objem (Hájek et al., 2014, s. 211).

2.4.2.2 Změny dýchacího systému

Po porodu se zpomaluje dýchání a dechy jsou hluboké. Díky postupně se zmenšující děloze po porodu klesá bránice, jež byla v těhotenství vytlačena nahoru. Zvyšuje se reziduální kapacita plic, pCO₂ (Hájek et al., 2014, s. 211).

2.4.2.3 Změny gastrointestinálního traktu

Po porodu plodu a zmenšení dělohy se střevní kličky vracejí na své původní místo, funkce trávicího traktu se rychle dostává do stavu před porodem. Ženy v šestinedělí ale může trápit zácpa, a to díky často přetrvávající obleněné peristaltice (Koudelková, 2013, s. 20). Normalizuje se kyselost žaludečních šťáv (Hájek et al., 2014, s. 210).

2.4.2.4 Změny močových cest

Rozšíření ureterů a ledvinných pánviček, jež bylo v těhotenství způsobené progesteronem, se po porodu vrací do normálu. Rovněž zvýšená glomerulární filtrace a zvýšený průtok ledvinami se po porodu vrací do normálu (Hájek et al., 2014, s. 210). Pro první týden po porodu je charakteristická zvýšená diuréza, pomocí které se tělo zbavuje přebytečné extracelulární tekutiny (Koudelková, 2013, s. 20).

2.4.2.5 Endokrinní změny

V šestinedělí klesají hladiny estrogenů a progesteronu přibližně do sedmého dne, poté je jejich hladina závislá na laktaci. Ihned po porodu placenty klesá hladina placentárního laktogenu, jež vymizí do několika hodin po porodu. Snižuje se hladina choriového gonadotropinu. Při kojení se uvolňuje prolaktin, jeho hladina je tedy rovněž závislá na laktaci (Hájek et al., 2014, s. 211).

2.5 LUTS

Lower urinary tract symptoms, dále pouze LUTS, jsou příznaky dolního močového traktu neboli symptomy spojené s poruchou dolních cest močových. LUTS dělíme do tří velkých skupin, a to na jímací symptomy, mikční symptomy a postmikční symptomy. Příčiny vzniku LUTS mohou být strukturální nebo funkční abnormality v některé části dolních cest močových, patologie v periferním či centrálním nervovém systému, jenž má dohled nad správnou funkcí dolních cest močových. Také vznikají dysfunkcí kardiovaskulárního, respiračního nebo renálního systému (Giblo et al., 2014, s. 108).

2.5.1 Jímací symptomy

Do jímacích poruch, neboli poruch plnění patří polakisurie, nykturie, urgence, urgentní inkontinence, stresová inkontinence a smíšená inkontinence (Giblo et al., 2014, s. 108). Dalším typem inkontinence moči je inkontinence z přetékání (Romžová et al., 2010, s. 119).

Polakisurie je zvýšená frekvence mikce přes den (Klečka et al., 2011, s. 75).

Nykturie je jakékoli noční probuzení vyvolané nucením na močení (Klečka et al., 2011, s. 75).

Urgentní inkontinence je silná potřeba na močení, která nelze odvrátit a která je často neočekávaná. Většinou jí doprovází náhlá ztráta kontroly nad mikcí, kdy uniká moč ještě před příchodem na toaletu. Tento nutkavý pocit může nastat pouze několik vteřin před nechtěným únikem moči (Genydry et al., 2013, s. 32-33).

Stresová inkontinence je nejčastější typ inkontinence moči u žen. Jedná se o nechtěný únik moči při zvýšeném intraabdominálním tlaku. (Hájek et al., 2014, s. 345). K těmto situacím, kdy je zvýšený intraabdominální tlak, dochází při tělesné námaze a při činnostech jako je kašláni, kýchání, smích, skákání, běhání či pohlavní styk. Při těchto situacích dochází k zvýšení tlaku v močovém měchýři a k snížení schopnosti močové trubice zabránit úniku moči (Genydry et al., 2013, s. 30).

Smíšená inkontinence moči je spojení urgentní a stresové inkontinence moči. Jedná se tedy o stav, kdy spojení zvýšeného intraabdominálního tlaku, nejčastěji při kašli a smíchu a urgence způsobuje nechtěný únik moči (Klečka et al., 2011, s. 75).

Inkontinence z přetékání neboli paradoxní ischurie je další typ inkontinence moči, kdy příčinou samovolného úniku moči je přeplněný močový měchýř, ve kterém dochází k retenci moči, která pak samovolně uniká (Romžová et al., 2010, s. 119).

2.5.2 Mikční symptomy

Mikční symptomy jsou poruchy vyprazdňování močového měchýře, jsou to tedy obtíže průběhu močení (evakuační poruchy). Do mikčních poruch řadíme slabý proud moči, rozstříkování proudu moči, přerušovaný proud moči, obtížné spuštění moči, nutnost tlačit při močení a koncové domočování (Giblo et al., 2014, s. 108).

Slabý proud moči je stav, kdy pacientka udává zpomalenou rychlost močení oproti dřívějšímu stavu nebo ve srovnání s ostatními. Proud moči je slabý a redukovaný (Klečka et al., 2011, s. 76).

Rozstříkování proudu moči nazývané také jako splitting nebo spraying. Jedná se o nelaminární proud moči, rozstříkování moči (Klečka et al., 2011, s. 76).

Přerušovaný proud moči nazýváme také termínem intermitentní proud. Jde o stav, kdy během jedné mikce dochází k přerušování proudu moči, a to jednou nebo vícekrát (Klečka et al., 2011, s. 76).

Obtížné spuštění močení je stav, kdy pacientka udává obtížný nástup mikce, zahájení močení je déle, než by bylo očekáváno (Klečka et al., 2011, s. 76).

Nutnost tlačit při močení je obtíž, kdy pacientka musí využít nitrobřišní tlak, aby zahájila mikci nebo aby zvýšila proud moči (Klečka et al., 2011, s. 76).

Koncové domočování, nazývané také jako terminální dribling, je situace, kdy dochází na konci mikce k postupnému zpomalení proudu moči, jež vede k dokapávání posledních kapek moči. Může docházet ke střídání přerušování a znovuobnovování močení (Klečka et al., 2011, s. 76).

2.5.3 Postmikční symptomy

Postmikční symptomy jsou příznaky, které pacientka pociťuje ihned po vymočení, dokončení mikce. Do postmikčních symptomů patří pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře a únik malého množství moči bezprostředně po vymočení (Giblo et al., 2014, s. 108).

Pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře je stav, kdy po vymočení pacientka pociťuje nedokonalé vymočení, pociťuje reziduum po mikci (Klečka et al., 2011, s. 76).

Únik malého množství moči bezprostředně po vymočení, nazývaný také jako postmikční dribling je stav, kdy dochází k odkapávání malého množství moči bezprostředně po vymočení. Na rozdíl od terminálního driblingu dochází nejčastěji k postmikčnímu driblingu v okamžiku, kdy pacientka vstává z toalety (Klečka et al., 2011, s. 76).

2.6 Etiologie vzniku poruch vyprazdňování močového měchýře

V těhotenství dochází k fyziologickému zvýšení kapacity močového měchýře, přizpůsobuje se délka močové trubice, maximální tlak močové trubice a uretrální uzavírací tlak, jako ochrana v těhotenství před mikčními obtížemi. Funkci močového měchýře také ovlivňují hormonální změny během těhotenství. Vlivem vaginálního porodu ale může dojít k traumatizaci svalů pánevního dna a také k poruše jejich inervace. Mohou vznikat periuretrální a vulvární edémy, periuretrální trhliny, jež mohou mít za následek vznik evakuačních poruch (Mulder et al., 2014, s. 1605-1610).

Mulder ve svém článku uvádí, že evakuační poruchy v šestinedělí jsou častým jevem a že neexistují žádné výzkumy o jejich neškodnosti a také že existuje pouze malé množství důkazů, které by říkaly, že jsou to stavy pouze přechodné. Zároveň uvádí, že je nutné stanovit jednotné diagnostické metody a stanovit jednotný postup při léčbě (Mulder et al., 2014, s. 1605-1610).

2.7 Diagnostika poruch vyprazdňování močového měchýře

2.7.1 Anamnéza

Anamnéza hraje důležitou roli při diagnostice a proto je důležité na ni nezapomínat a provést kvalitní odběr anamnézy. Pokud budeme klást dobře formulované otázky, můžeme se přiblížit k diagnóze obtíží, se kterými žena přichází (Hanáková, 2010, s. 156).

2.7.2 Záznam mikce

Základem je záznam mikce během 24 hodin, o který lékař pacientku požádá. Máme tři možné způsoby, jak mikci během 24 zaznamenávat. První způsobem je pouhé zaznamenávání mikce v čase během dne a noci. To znamená, že pacientka zaznamenává pouze časy, kdy byla močit. Další způsob, jak zhodnotit mikci je zhodnotit objem moči, který žena vymočí za 24 hodin. Třetí možnost pak kombinuje předchozí dva způsoby, kdy si žena vede mikční deník. Do mikčního deníku požádáme ženu, aby zaznamenávala čas, kdy byla močit, objem moči a poté další informace, jako je množství vypitých tekutin, časový záznam inkontinence moči, stavy urgencye moči a jejich naléhavost a další obtíže, které žena pociťovala při mikci. Dále můžeme měřit a z mikčního deníku zjistit nykturii, maximální objem vymočené moči během jedné mikce, polyurii (Klečka et al., 2012, s. 76-77). Mikční deník si lékař vezme od pacientky příští návštěvu a zhodnotí ho (Hanáková, 2010, s. 156).

2.7.3 Vyšetření moči

U každé pacientky bychom nejprve měli provést vyšetření moči, neboť by se mohlo jednat o infekci dolních cest močových, jejíž léčba je odlišná (Hanáková, 2010, s. 156).

2.7.4 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření má hlavní význam při stanovení postmikčního rezidua. To znamená, že díky ultrazvuku můžeme stanovit množství moči, které zůstane v močovém měchýři po vymočení. Za patologii považujeme, pokud postmikční reziduum převyšuje 15% z celkového mikčního objemu. Specificita tohoto vyšetření je ale nízká, k diagnostice konkrétního onemocnění je nutné provést další vyšetření (Krhut, 2011, s. 66-67). Ultrazvuk, kromě stanovení postmikčního rezidua, také můžeme využít k zobrazení struktury ledvin a močových cest. Výhodou ultrazvuku je, že je to vyšetření neinvazivní a nebolestivé, k zobrazení anatomických struktur se nemusí využívat aplikace kontrastních látek, jako tomu je u jiných zobrazovacích metod (Belej, 2005, s. 55).

2.7.5 Uretrocystoskopie

Uretrocystoskopie, zkráceně pouze cystoskopie, slouží k doplnění testů a k vyloučení morfologických (organických) příčin poruch močení (Hanáková, 2010, s. 156). Uretrocystoskopie je endoskopická vyšetřovací metoda, která nám zobrazí dolní cesty močové. Provádí se pomocí přístroje zvaného cystoskop, který se zavádí do močového měchýře, skrz močovou trubici (Genadry et al., 2013, s. 78). Hlavním cílem je posoudit stěnu a sliznice močového měchýře, vyloučit malignity a přítomnost cizích těles, cystitidy (Krhut, 2011, s. 67). Vyšetření se provádí v lokální anestezii, která znecitliví pouze vyšetřovanou oblast. Nejčastěji se používá lokální anestetikum ve formě gelu, který zmrazí močovou trubici, čímž snižujeme bolestivost vyšetření. Při použití lokální anestezie může odejít pacientka po vyšetření ihned domů (Genadry et al., 2013, s. 79-80).

2.7.6 Urodynamická vyšetření

2.7.6.1 Cystometrie

Do urodynamických vyšetření řadíme cystometrii. Jejím základem je měření intravezikálního tlaku (Klečka et al., 2012, s. 77). Cystometrii dělíme na dva druhy. Plnicí cystometrie, jejímž základem je hodnocení vztahu mezi intravezikálním tlakem a objemem močového měchýře v jeho plnicí fázi, proto název plnicí cystometrie. Druhým typem je mikční cystometrie, jež hodnotí vztah mezi intravezikálním tlakem a objemem močového měchýře v jeho mikční fázi, proto mikční cystometrie (Vilhelmová, 2011, s. 98).

2.7.6.2 Uroflowmetrie

Uroflowmetrie je základní neinvazivní vyšetřovací metoda, kterou může provádět jak urolog, tak i gynekolog (Krhut, 2011, s. 64). Hlavní výhodou uroflowmetrie je právě její neinvazivita a z toho plynoucí možnost opakování tohoto vyšetření v čase. Další výhodou je její snadné provedení (Burešová et al., 2013, s. 170). Abychom vyšetřením získali validní data, musíme dodržet správný postup a daná pravidla. Močový měchýř musí být před vyšetřením naplněn, udává se takzvaná fyziologická náplň, tedy 150-400ml moči. Vyšetření se provede tehdy, kdy pacient udává nucení na močení a za normálních okolností by šel sám na toaletu (Krhut, 2011, s. 64). Důležité je při vyšetření zachovat intimitu pacienta, neboť pro některé je stresující cizí prostředí a nutnost vymočit se na povel, a to pak může ovlivnit výsledky vyšetření. Výsledkem vyšetření je křivka, na které se hodnotí dané parametry, jež přesně stanovila Mezinárodní společnost pro kontinenci. Do těchto parametrů patří vymočený objem (V_{void}), maximální průtok moči (Q_{max}), průměrný průtok moči (Q_{ave}), čas močení, čas do dosažení maximálního průtoku moči. Na závěr vyšetření se provádí ultrazvukové vyšetření, jehož

cílem je zjistit postmikční reziduum. U pacienta, který netrpí poruchou močení, začne mikce do 5s, maximální průtok moči je dosažen za méně než jednu třetinu celkového času a úplně vyprázdnění močového měchýře je do 30s. Jakékoli odchylky od normálu nám mohou pomoci diagnostikovat poruchu močení. (Burešová et al., 2013, s. 170-171).

2.8 Léčba poruch vyprazdňování močového měchýře

Léčba je vždy závislá na specifických obtížích ženy a také na specifické etiologii vzniku těchto obtíží. Do léčby se řadí intermitentní nebo permanentní močová katetrizace, farmakoterapie, neurostimulační léčba eventuelně i léčba operační (Cabreira). Léčba by se měla zaměřit na zvýšení kontraktility močového měchýře nebo na snížení odporu při odtoku moči, nebo na oboje (Raheem, 2013).

2.8.1 První kroky pro zlepšení obtíží

Pokud obtíže ženy nejsou natolik silné, aby jí výrazně omezovaly v každodenním životě a tedy bylo je nutno řešit operativně nebo farmakologicky, existuje několik doporučení, které mohou tyto obtíže snížit. Pro snížení obtíží je dobré omezit pití nápojů obsahujících kofein. Dále redukce hmotnosti u lidí trpících nadváhou. Omezení nebo úplné odbourání kouření (Tidy, 2017). Důležité je také dodržovat pravidelný a dostačující pitný režim. Při snaze navodit spuštění močení je možné využít proud vody z kohoutku, kdy poslouchání tekoucí vody pomáhá navodit mikci. Na stejném principu pak funguje močení ve sprše (Koudelková, 2013, s. 48).

2.8.2 Behaviorální terapie

Behaviorální terapie by měla být uskutečněna a nabídnuta ženě na úplném začátku, před vyzkoušením ostatních metod. Principem je úprava životního stylu a trénink močového měchýře, zlepšení kontroly nad močovým měchýřem. Bylo zjištěno, že kontrakce detruzoru je neúčinnější při náplni močového měchýře přibližně 300-350 ml (Raheem, 2013).

2.8.3 Intermitentní katetrizace

Intermitentní katetrizace tedy zavedení cévky do močového měchýře se využívá při reziduu moči v močovém měchýři. U žen využíváme cévky označené na Charrierova stupnici číslem 10-12. Ženy se nejprve edukují tak, aby se naučily cévkovat v podřepu při kontrole zrcátkem, které si položí na zem. Po určitém čase se naučí vycévkovat na záchodě již bez vizuální kontroly. Většinou se využívá jedna cévka za den, kterou vždy po použití opláchnou tekoucí vodou (Raheem, 2013).

2.8.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie závisí na druhu obtíží. Při poruchách vyprazdňování močového měchýře se využívají parasymptomimetika, jako například Bethanechol. Jejich schopností je zvýšit nebo vyvolat kontrakci detruzoru. Další možností jsou α -blokátory, jejichž úkolem je zlepšit odtok moči, snížit odpor při močení (Raheem, 2013).

2.8.5 Neurostimulační léčba

Intravezikální elektrická stimulace se používá při dysfunkcích močového měchýře a principem je stimulace aferentních nervových vláken močového měchýře (Raheem, 2013).

2.9 Péče Porodní Asistentky o ženu s poruchou močení po porodu

Porodní asistentka hraje důležitou roli při péči o ženu po porodu, která trpí potížemi při močení. Pokud žena má potíže s močením, role porodní asistentky je zaznamenávat močení ženy a časové intervaly mezi močením. Dále kontrolovat barvu moči, příměsi v moči, množství moči a průběh močení, zda žena netrpí určitou potíží při močení, které se po porodu mohou vyskytovat. V situaci, kdy se žena po porodu nemůže vymočit, porodní asistentka jde s ženou na toaletu a pustí z kohoutku proud vody. Rovněž poučí ženu, aby se uvolnila a soustředila pouze na proudění vody. V případě, že proud vody nepomůže druhou alternativou je močení ve sprše, kde opět pozitivně působí proudící voda na zahájení mikce. Důležité je také podat ženě po porodu dostatek tekutin. Ke spontánnímu močení by mělo dojít nejpozději šest hodin po porodu, pokud tomu tak není, je na porodní asistenci, aby se ženou vyzkoušela možné alternativy a při neúspěchu informovala lékaře a následně plnila jeho ordinaci. Nejčastější příčiny potíží při močení v souvislosti s porodem jsou otoky v oblasti rodidel, stlačená močová trubice, jejímž následkem je zpomalený proud moči a tedy prodloužený čas močení, hypotonie močového měchýře (Koudelková, 2013, s. 48).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Výzkumné otázky

1. Jaká je četnost výskytu poruch vyprázdnění močového měchýře po porodu?
2. Jaké poruchy vyprázdnění močového měchýře se po porodu vyskytují nejčastěji?
3. Mají parita, způsob vedení porodu, provedení episiotomie, porodní hmotnost novorozence a hmotnostní přírůstek v těhotenství vliv na vznik poruch vyprázdnění močového měchýře po porodu
4. Posilují ženy pánevní dno v těhotenství a jsou o cvičení dostatečně informovány?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce byla realizována pomocí kvantitativního výzkumu. Pro sběr dat byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce.

Respondenty zařazenými do výzkumu byly ženy po porodu ležící na oddělení šestinedělí, které byly ve stabilizovaném stavu, bez ohrožení života a které se zařazením do výzkumu souhlasili. Dotazníky byly anonymní, zcela dobrovolné a ženy je vyplňovaly vždy třetí den po porodu.

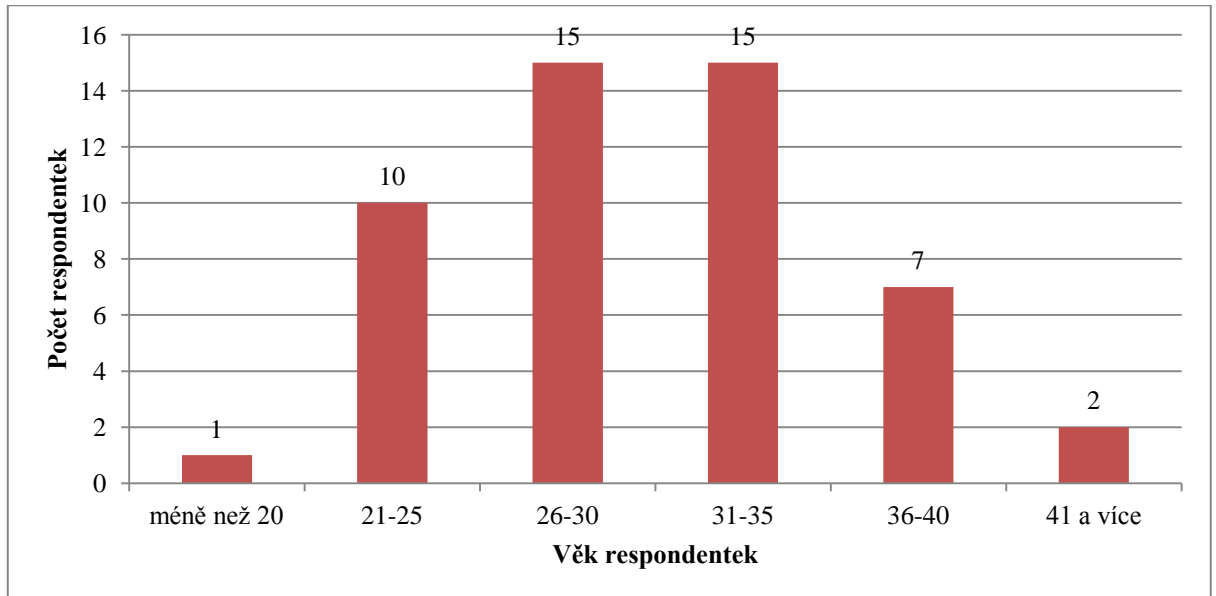
Dotazník obsahoval 16 otázek, z nichž tři byly otázky otevřené, zbytek otázek bylo uzavřených. Z 60 rozdaných dotazníků, a to v období od začátku února 2019 do konce března 2019, bylo vyplněno dotazníků 50.

Výsledky dotazníků byly nejprve vyhodnoceny a poté zpracovány pomocí popisné statistiky do tabulek a grafů.

3.3 Vyhodnocení výsledků

3.3.1 Otázka č. 1

Kolik je Vám let?

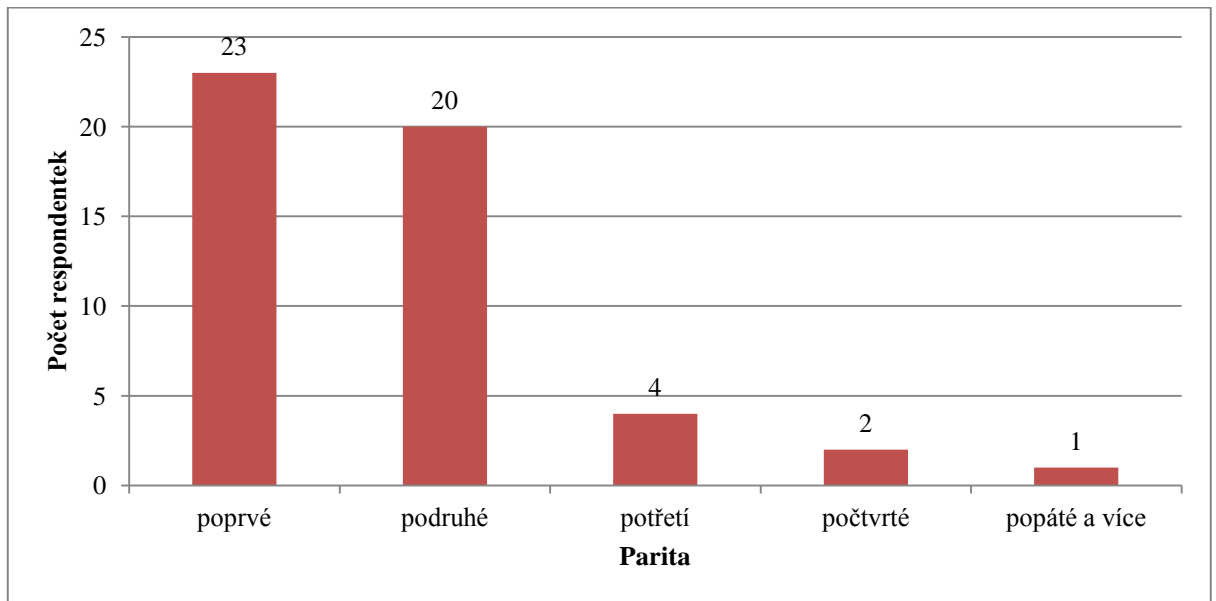


Obrázek 1 Věk respondentek

První otázka mapuje věk dotazovaných respondentek. Z grafu můžeme vyčíst, že nejvíce zastoupenými skupinami jsou věkové rozmezí od 26 do 30 let a od 31 do 35 let. V každé z těchto dvou skupin je 15 respondentek (30%). Méně zastoupenou skupinou je věkové rozmezí od 21 do 25 let, kam patří 10 respondentek (20%). Do skupiny 36 až 40 let spadá 7 respondentek (14%). Výjimku tvoří krajní věkové skupiny, přičemž do dolní věkové hranice, tedy respondentky s věkem nižším než 20 let, patří 1 dotazovaná žena (2%) a do horní věkové hranice, tedy 41 let a více patří dvě z dotazovaných žen (4%).

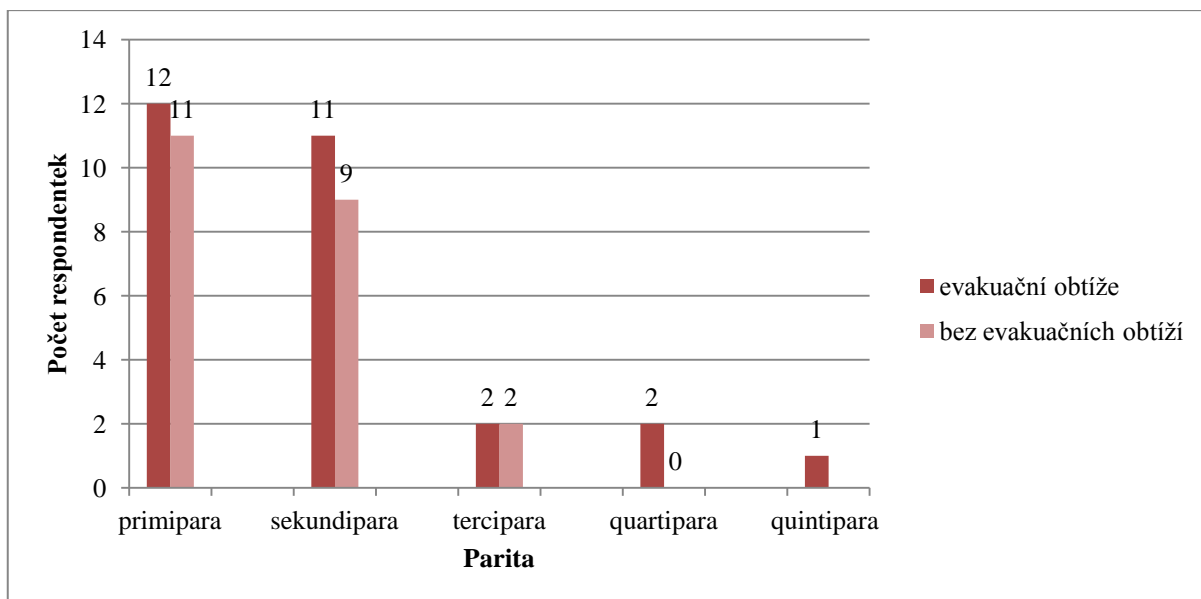
3.3.2 Otázka č. 2

Po kolikáté jste rodila?



Obrázek 2 Parita žen

Druhá otázka mapuje paritu žen, tedy po kolikáté ženy rodily. Nejvíce zastoupenými kategoriemi jsou ženy, které rodily poprvé a podruhé. Do kategorie žen, které rodily poprvé, patří 23 dotazovaných (46%). Druhou nejvíce zastoupenou kategorií jsou ženy, které rodily podruhé, kam patří 20 dotazovaných (40%). Výrazně méně zastoupenou skupinou jsou ženy, které rodily potřetí, kam patří 4 dotazované (8%) a ženy, které rodily počtvrté, kam patří pouze 2 z dotazovaných (4%). Výjimku tvoří poslední kategorie žen, kam patří pouze jedna dotazovaná (2%), jež rodila popáté nebo vícekrát.

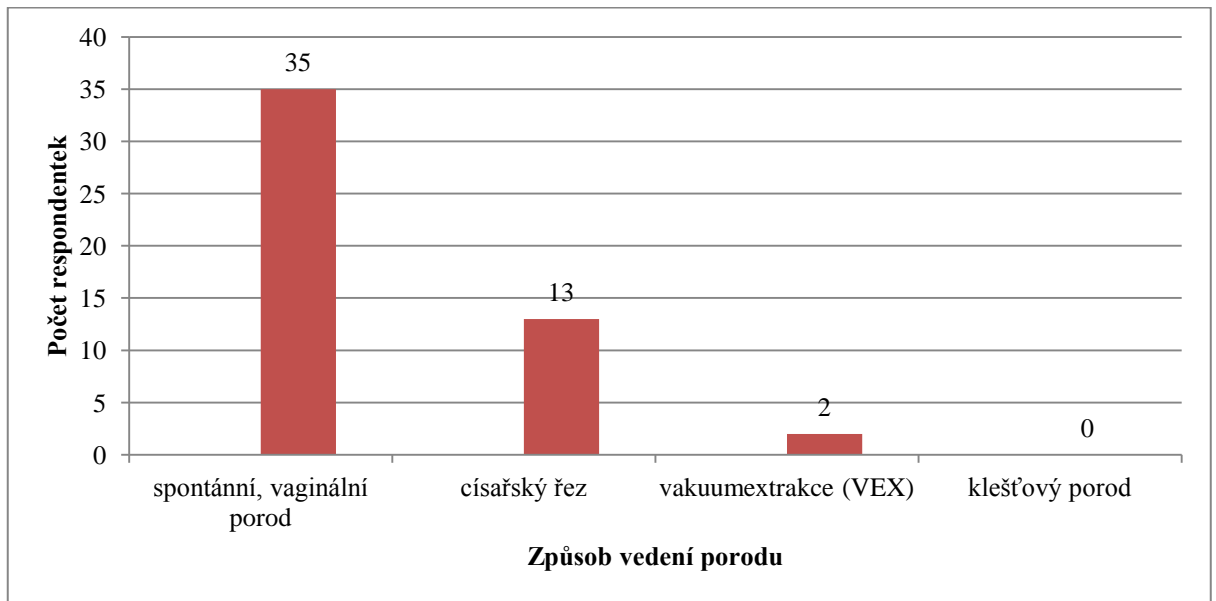


Obrázek 3 Závislost poruch vyprázdnění močového měchýře na paritě

Na obrázku číslo 3. můžeme vidět závislost výskytu poruch vyprázdnění močového měchýře na paritě. U primipar se jakákoli z poruch vyprázdnění močového měchýře vyskytuje u 12 z dotazovaných žen, což je u 52% primipar, u zbylých 48% primipar, tedy 11 žen, se žádná evakuační porucha nevyskytuje. U sekundipar vidíme obdobnou situaci, kdy u 11 žen (55%) se vyskytuje některá porucha vyprázdnění močového měchýře a u zbylých 9 žen (45%) se nevyskytuje. Ve skupině tercipar jsou výsledky shodné, u 2 z dotazovaných (50%) se objevuje evakuační porucha a u 2 dotazovaných (50%) se evakuační porucha nevyskytuje. Ve skupině quartipar obě dotazované (100%) vykazují některou z poruch vyprázdnění močového měchýře. Skupina quintipar čítá pouze jednu ženu (100%), která trpí evakuační poruchou.

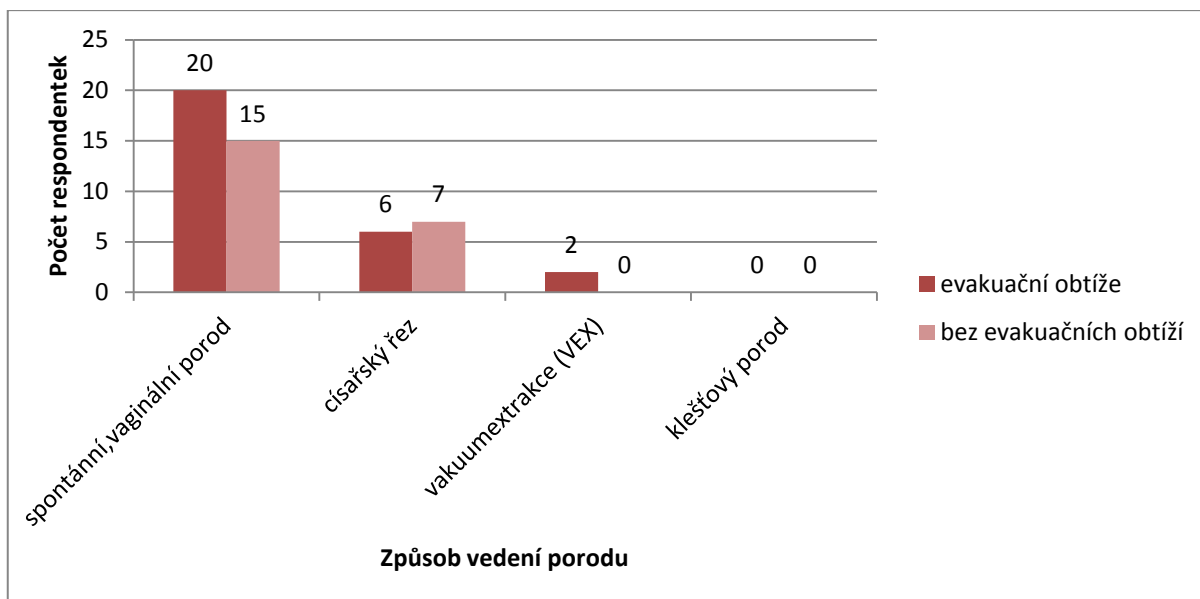
3.3.3 Otázka č. 3

Jaký byl způsob vedení vašeho porodu?



Obrázek 4 Způsob vedení porodu

Z otázky číslo 3. můžeme vyčíst, jakým způsobem byl veden porod žen. Výrazně nejpočetnější skupinou je kategorie žen, které rodily vaginálně, patří se 35 dotazovaných (70%). Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy, u nichž byl proveden císařský řez. Do této skupiny patří 13 dotazovaných (26%). Výjimku tvoří kategorie žen, u kterých byla provedena vakuumextrakce a kam patří 2 dotazované (4%). Klešťový porod nebyl proveden ani u jedné z dotazovaných.

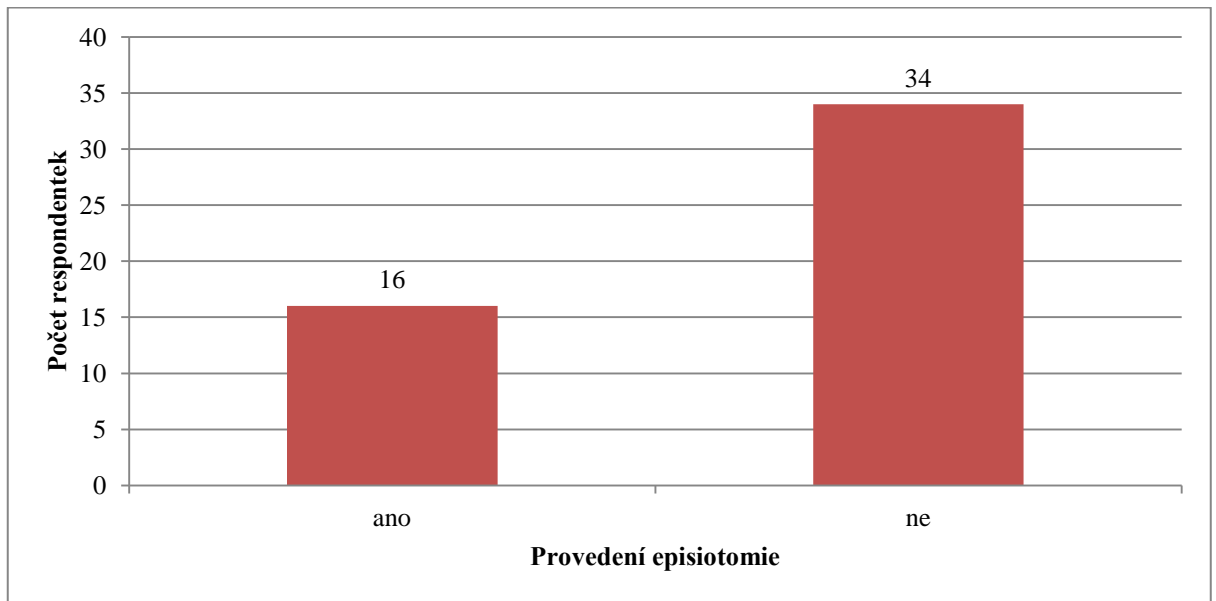


Obrázek 5 Vztah mezi způsobem vedení porodu a poruchami vyprázdnění močového měchýře

Obrázek č. 5 mapuje závislost výskytu některé z poruch vyprazdňování močového měchýře na způsobu vedení porodu. U vaginálního porodu 20 žen (57%) uvedlo, že trpí některou z poruch vyprázdnění močového měchýře a 15 dotazovaných žen (43%) výskyt poruchy nešlo. Druhou kategorií tvoří ženy, u nichž byl proveden císařský řez. U 6 žen (46%) se některá z poruch vyprázdnění močového měchýře vyskytuje a naopak u 7 žen (54%) se nevyskytuje. U poslední zastoupené kategorie, tedy u vakuumextrakce, obě 2 ženy (100%) uvádějí, že v tuto chvíli trpí některou z poruch vyprázdnění močového měchýře.

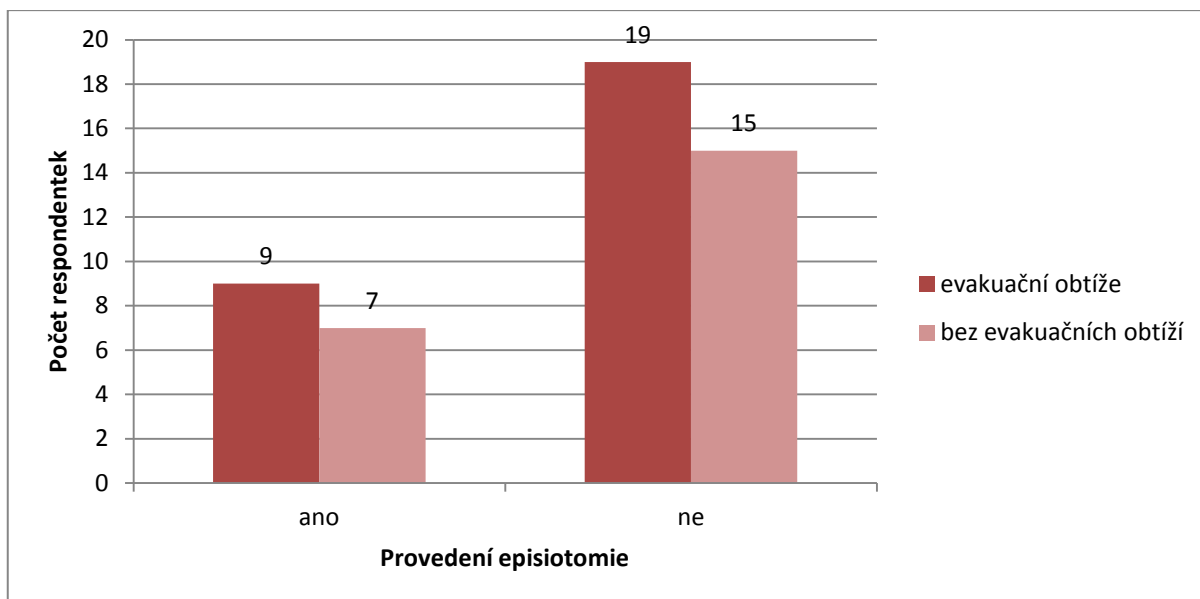
3.3.4 Otázka č. 4

Byla Vám během porodu provedena episiotomie (nástřih hráze)?



Obrázek 6 Provedení episiotomie

Otázka č. 4 se zaměřuje na fakt, zda u žen byla provedena episiotomie, tedy nástřih hráze. Z obrázku vyplývá, že u 16 respondentek (32%) episiotomie provedena byla a u 34 respondentek (68%) provedena nebyla.

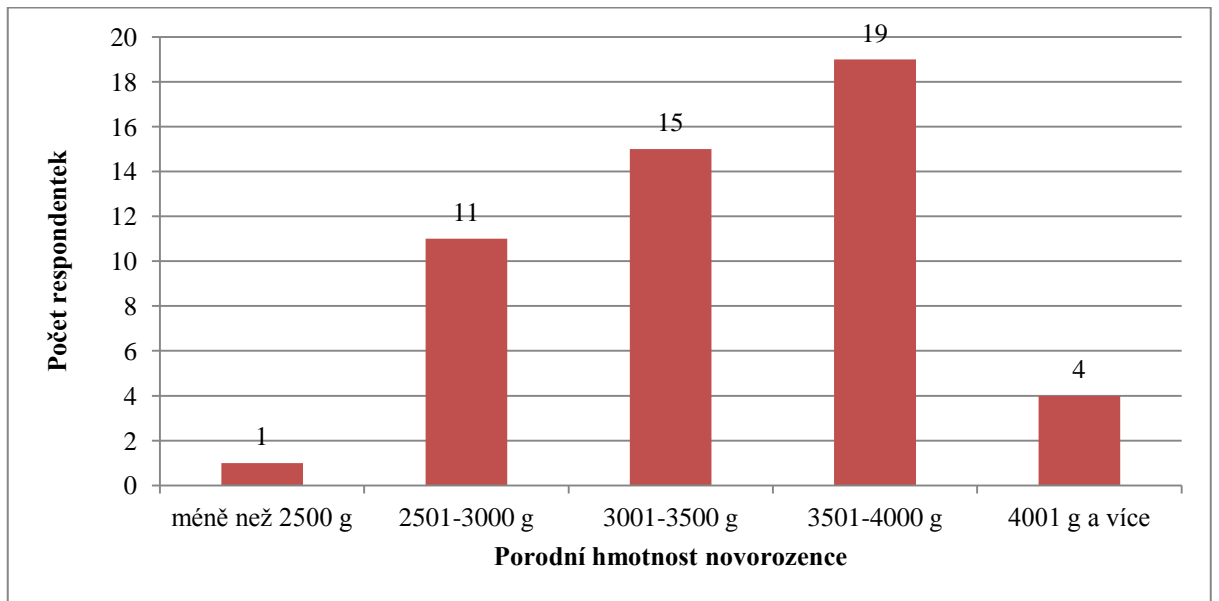


Obrázek 7 Závislost poruch vyprázdnění močového měchýře a episiotomie

Obrázek č. 7 je zaměřen na souvislost mezi některou z poruch vyprázdnění močového měchýře a provedením episiotomie. Z 16 dotazovaných žen, u kterých episiotomie provedena byla, 9 žen (56%) trpí některou z poruch vyprázdnění močového měchýře. Zbylých 7 dotazovaných (44%) žádnou evakuační poruchu neuvádí. U skupiny žen, u kterých episiotomie provedena nebyla, 19 dotazovaných žen (56%) uvádí, že trpí některou evakuační poruchou močového měchýře a 15 dotazovaných žen (44%) jí netrpí.

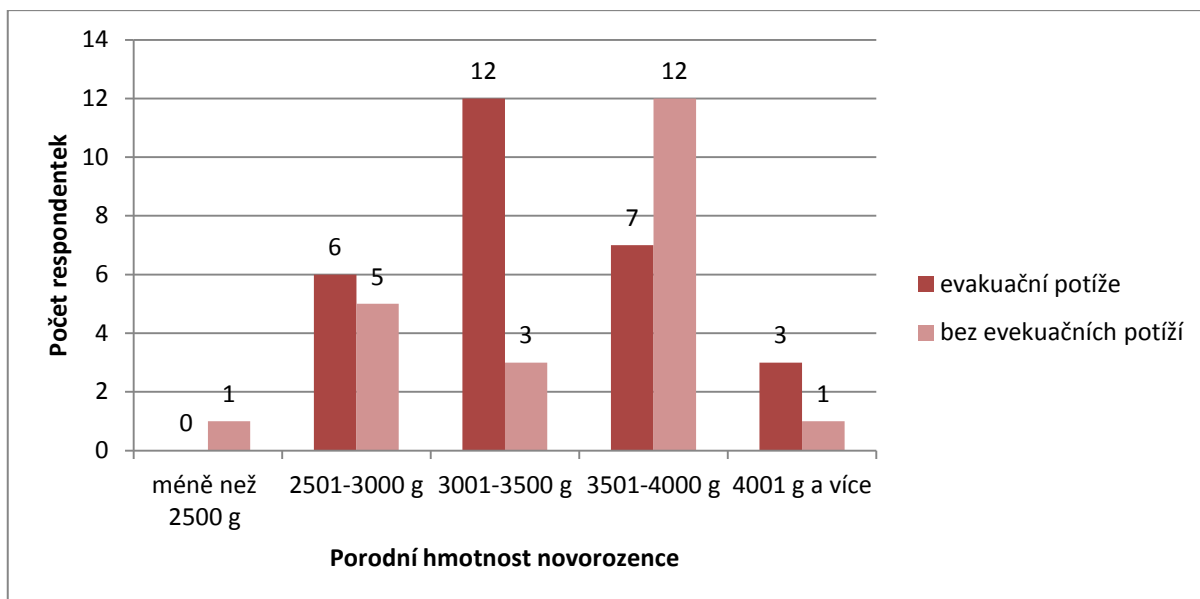
3.3.5 Otázka č. 5

Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?



Obrázek 8 Porodní hmotnost novorozenců

Otázka č. 5 je zaměřena na porodní hmotnost novorozenců. Z obrázku můžeme vyčíst, že nejvíce zastoupenou skupinou jsou novorozenci, jejichž porodní hmotnost byla od 3501 do 4000g. Do této skupiny patří 19 novorozenců (38%). Dalšími dvěma skupinami s velkým zastoupením jsou skupiny novorozenců s porodní hmotností od 3001 do 3500 g, kam patří 15 novorozenců (30%) a skupina novorozenců s porodní hmotností od 2501 do 3000 g, kam spadá 11 novorozenců (22%). 4 novorozenci (8%) byly narozeni s porodní hmotností 4001 g a více. Pouze jeden novorozenec (2%) se narodil s porodní hmotností méně než 2500 g.

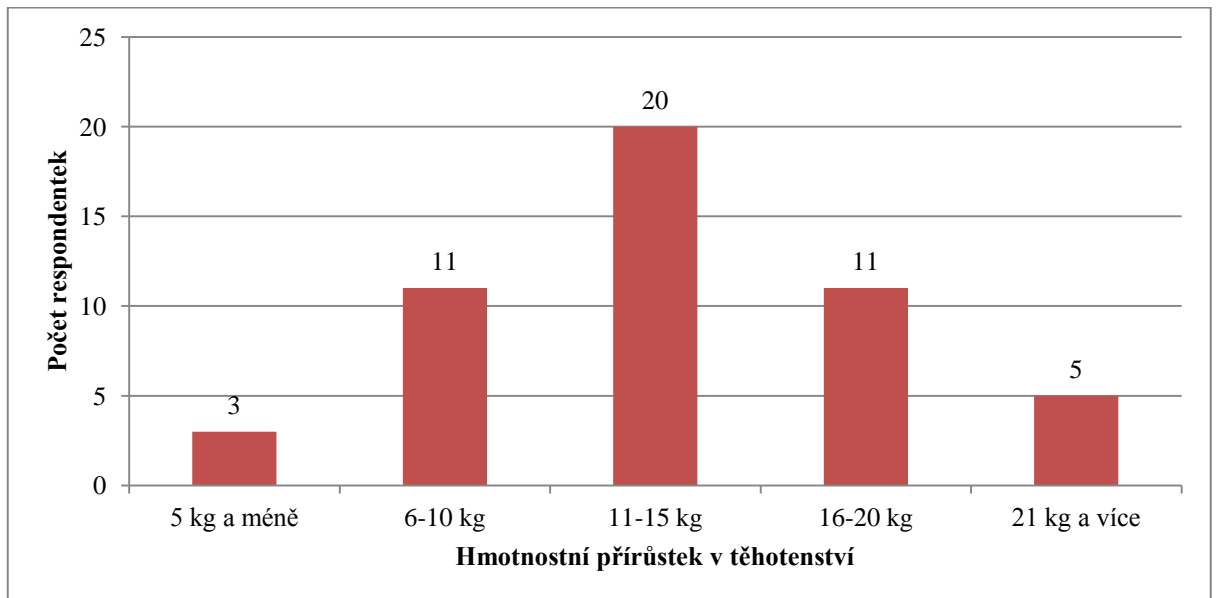


Obrázek 9 Vztah mezi porodní hmotností novorozenců a poruchami vyprázdnění močového měchýře

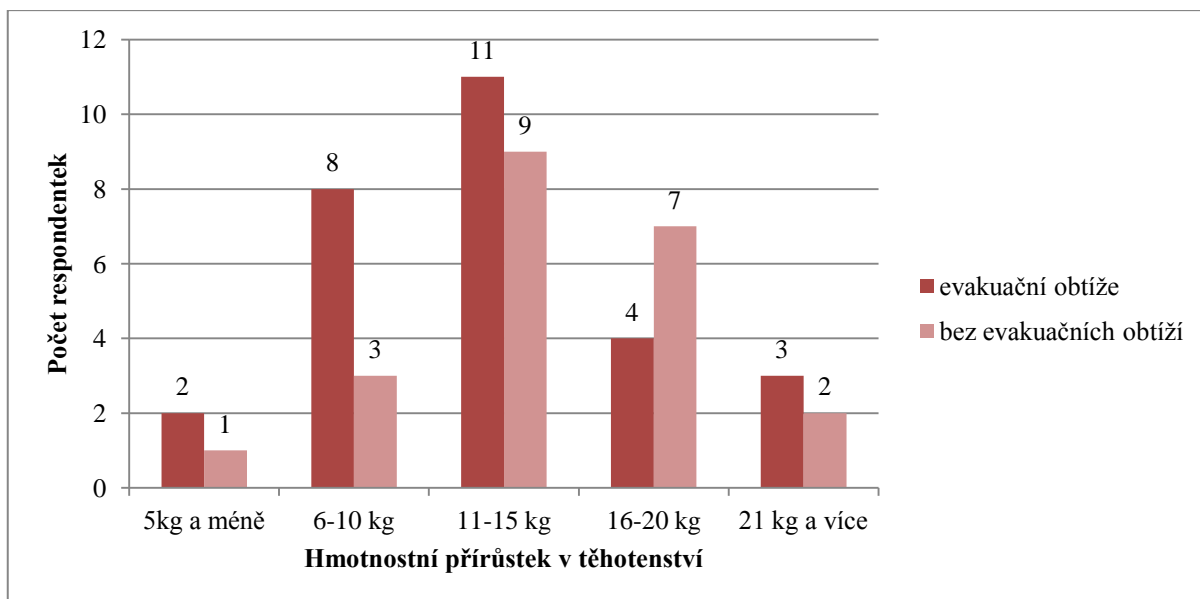
Obrázek č. 9 se zaměřuje na souvislost mezi porodní hmotností novorozence a výskytu některé z poruch vyprázdnění močového měchýře u matky. Z obrázku vidíme, že dvě nejvíce zastoupené skupiny mají opačný výsledek. Zatímco u novorozenců s porodní hmotností 3001 až 3500 g se evakuační obtíže vyskytují u 12 dotazovaných (80%) a u pouhých 3 se nevyskytují (20%) u novorozenců s porodní hmotností 3501 až 4000 g je tomu naopak. U 7 dotazovaných z této skupiny se poruchy vyprázdnění močového měchýře vyskytují (37%) a u 12 žen (63%) se nevyskytují. Další kategorii jsou novorozenci, jejichž porodní hmotnost byla mezi 2501 až 3000 g, kde u 6 dotazovaných se evakuační obtíže vyskytují (55%) a u 5 dotazovaných (45%) se nevyskytují. V kategorii novorozenců s porodní hmotností 4001 g a více se poruchy vyprázdnění močového měchýře vyskytují téměř u všech dotazovaných, konkrétně u 3 (75%) a u pouhé 1 dotazované (25%) z této skupiny se nevyskytují. Jediná dotazovaná s porodní hmotností svého novorozence pod 2500 g žádnou evakuační potíží netrpí.

3.3.6 Otázka č. 6

Jaký byl Váš hmotnostní přírůstek v těhotenství?



Otázka č. 6 se zaměřuje na hmotnostní přírůstek žen v období celého těhotenství. Z tabulky můžeme vidět, že nejvíce žen, konkrétně 20 (40%), přibralo v těhotenství 11 až 15 kg. Dalšími dvěma početnými skupinami jsou kategorie s hmotnostním přírůstkem 6 až 10 kg a kategorie s hmotnostním přírůstkem 16 až 20 g. Do každé z těchto dvou skupin patří 11 dotazovaných žen (22%). Druhou nejméně zastoupenou skupinou jsou ženy, jejichž hmotnostní přírůstek v těhotenství čítal 21 kg a více. Patří sem 5 dotazovaných žen (10%). Nejméně zastoupená je pak část žen, jejichž hmotnostní přírůstek byl 5 kg nebo méně a kam patří pouze 3 dotazované ženy (6%).

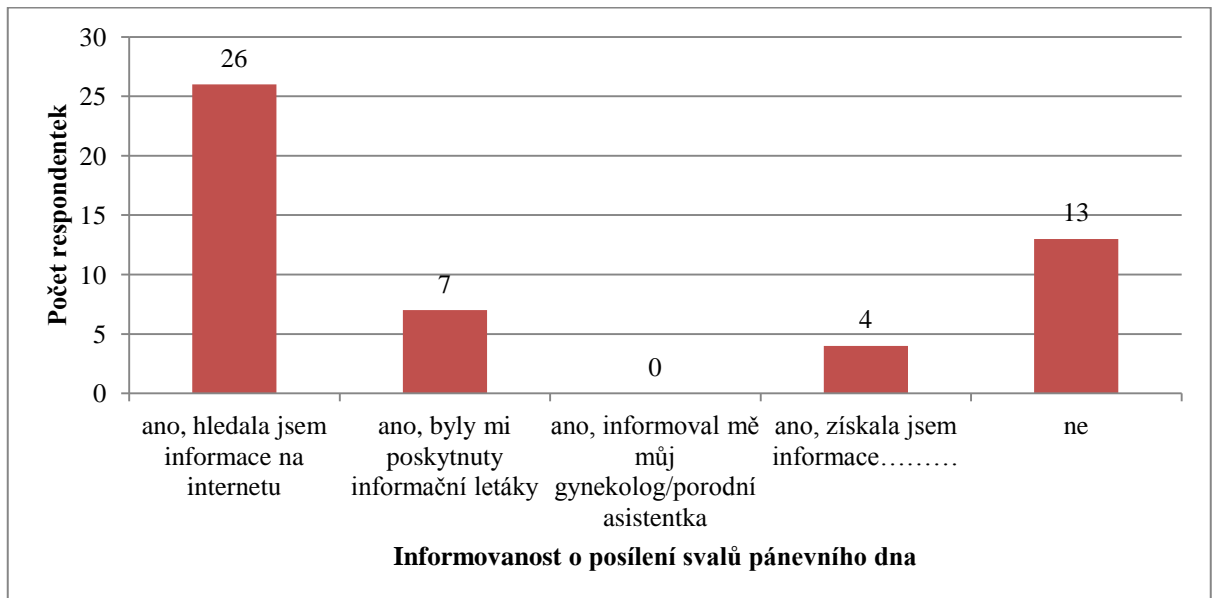


Obrázek 10 Závislost poruch vyprázdnění močového měchýře na hmotnostním přírůstku v těhotenství

Z obrázku č. 11 můžeme vyčíst, jaký je vztah mezi porodní hmotností novorozence a poruchami vyprázdnění močového měchýře po porodu. U nejvíce zastoupené skupiny, tedy u žen, které v těhotenství přibraly 11 až 15 kg, se některá z evakuačních poruch vyskytuje u 11 dotazovaných (55%) a u 9 dotazovaných se nevyskytuje (45%). Ve skupině žen, které přibraly 16 až 20 kg se některá z evakuačních poruch vyskytuje pouze u 4 dotazovaných (36%) a u 7 dotazovaných se nevyskytuje (64%). U stejně zastoupené kategorie, tedy u žen s hmotnostním přírůstkem v těhotenství 6 až 10 kg je situace opačná. U 8 respondentek (73%) se některá z poruch vyprázdnění močového měchýře vyskytuje a u pouhých 3 (27%) se nevyskytuje. Kategorie žen s hmotnostním přírůstkem 21 kg a více má výsledky téměř vyrovnané, 3 dotazované některou evakuační poruchou trpí (60%) a 2 žádnou netrpí (40%). Nejméně zastoupenou skupinou jsou ženy, které v průběhu těhotenství přibraly 5 kg nebo méně. Z nichž 2 ženy (67%) trpí některou z poruch vyprázdnění močového měchýře a 1 netrpí (33%).

3.3.7 Otázka č. 7

Slyšela jste o možnosti posílení svalů pánevního dna?

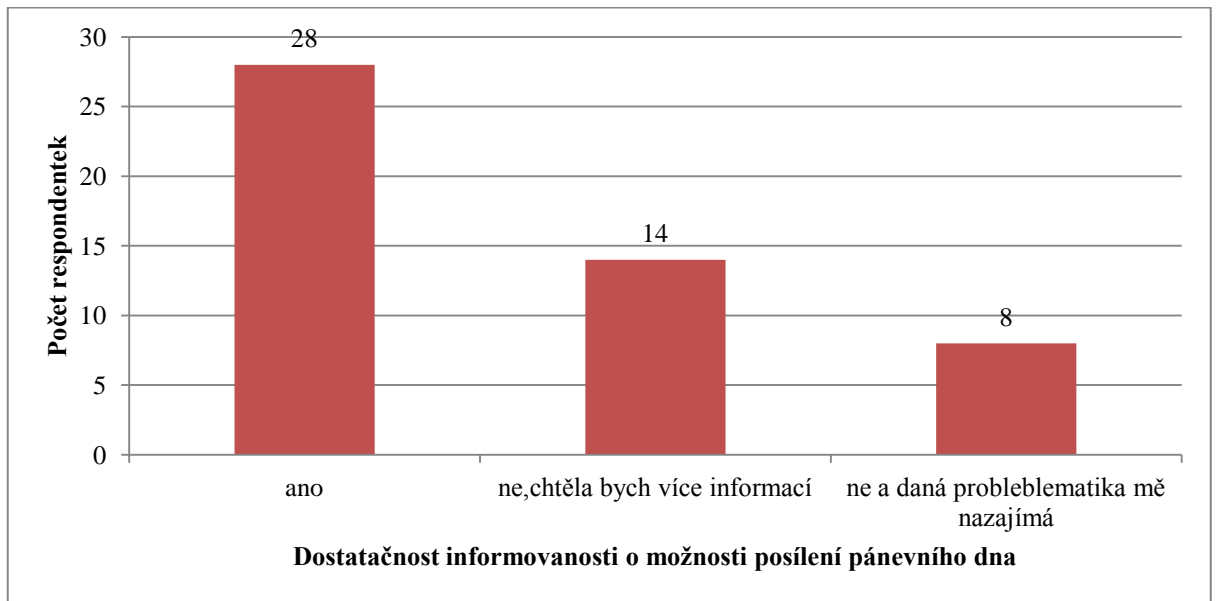


Obrázek 11 Informovanost žen o posilování svalů pánevního dna

Sedmá otázka je zaměřená na informovanost žen o posilování svalů pánevního dna. Z grafu můžeme vidět, že 13 dotazovaných žen (26%) nikdy neslyšelo o možnosti posílení svalů pánevního dna. Zbytek respondentek (74%) o posílení svalů pánevního dna slyšelo, v grafu jsou pak rozděleny podle toho, kde informace získaly. Nejvíce žen, a to 26 dotazovaných (52%) hledalo informace na internetu, menší počet žen, konkrétně 7 (14%) se o posilování svalů pánevního dna dozvědělo z informačních letáků. 4 respondentky (8%) uvedly, že získaly informace z předporodních kurzů, které navštěvovaly. Ani jedna z dotazovaných neodpověděla, že by o této možnosti byla informována svým gynekologem nebo porodní asistentkou.

3.3.8 Otázka č. 8

Máte pocit, že jste byla dostatečně informována o možnosti posílení svalů pánevního dna?

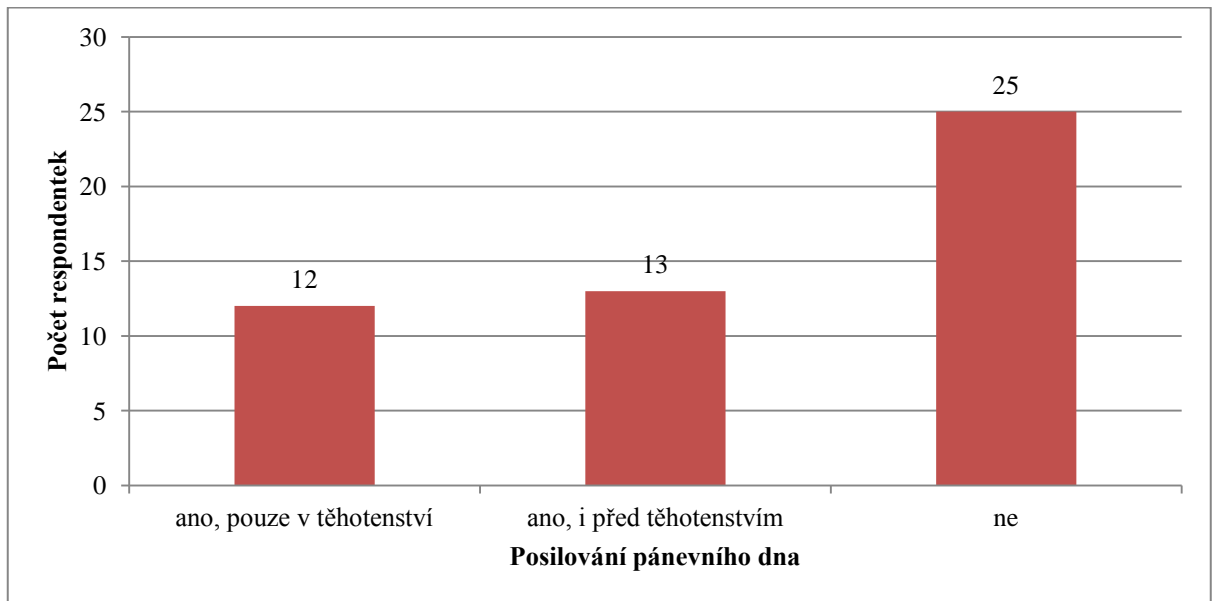


Obrázek 12 Dostatečnost informovanosti žen o posílení svalů pánevního dna

Otázka č. 8 navazuje na předchozí otázku, přičemž zjišťuje, zda mají ženy pocit, že byly o možnosti posilování svalů pánevního dna dostatečně informovány. Z grafu vyplývá, že 28 dotazovaných žen (56%) má pocit, že informace, které získaly, jsou pro ně dostačující. Naopak pro 14 dotazovaných (28%) informace o možnosti posílení pánevního dna, které získaly, jsou nedostačující a rády by byly o této problematice více informovány. Poslední skupinu tvoří ženy, které nebyly o této problematice dostatečně informovány a které ani daná problematika nezajímá, takže více informací ani nechtějí. Patří sem 8 respondentek (16%).

3.3.9 Otázka č. 9

Posilovala jste někdy svaly pánevního dna?



Obrázek 13 Posilování pánevního dna u žen

Otázka č. 9 navazuje na předchozí dvě otázky a slouží k zjištění, zda ženy posilují pánevní dno a pokud ano, zda v pouze v těhotenství nebo již i dříve. Z grafu můžeme vyčíst, že celá polovina dotazovaných, tedy 25 respondentek (50%) nikdy v životě neposilovalo své pánevní dno. Druhá polovina dotazovaných pánevní dno již někdy posilovala, a z toho 12 dotazovaných (24%) posilovalo pánevní dno pouze v těhotenství a 13 dotazovaných (26%) své pánevní dno posilovalo již i před těhotenstvím.

3.3.10 Otázka č. 10

Musíte v tuto chvíli využívat břišní tlak, abyste se vymočila?

Tab. 1 Nutnost využití nitrobřišního tlaku při močení

Nutnost využití nitrobřišního tlaku k zahájení mikce	n_i	f_i [%]
ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu	7	14%
ano, vždy	1	2%
ano, často	0	0%
ano, někdy	1	2%
ano, ale pouze ojediněle	1	2%
ne	40	80%
Σ	50	100%

Otázka č. 10 je zaměřena na konkrétní evakuační poruchu, a to na nutnost využít nitrobřišní tlak k tomu, aby byla zahájena mikce. Z tabulky vidíme, že 40 dotazovaných (80%) problém se zahájením mikce a tedy nutností využívat nitrobřišní tlak nemá. Dále pak 7 dotazovaných (14%) uvedlo, že k zahájení mikce muselo využívat nitrobřišního tlaku, ale pouze v prvních hodinách po porodu a nyní již tento problém nemají. Jedna respondentka (2%) uvedla, že k zahájení mikce musí využívat nitrobřišní tlak, ale pouze ojediněle, jedna respondentka (2%) ho musí využívat někdy a jedna respondentka (2%) uvedla, že ho musí využívat vždy. Ani jednou se nevyskytla odpověď často.

3.3.11 Otázka č. 11

Máte v tuto chvíli pocit zpomaleného vyprazdňování, pomalého proudu moči?

Tab. 2 Zpomalený proud moči

Pocit zpomaleného vyprazdňování	n_i	f_i [%]
ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu	6	12%
ano, vždy	0	0%
ano, často	6	12%
ano, někdy	5	10%
ano, ale pouze ojediněle	0	0%
ne	33	66%
Σ	50	100%

Otázka č. 11 se zaměřuje na další z evakuačních poruch, a to na pocit zpomaleného vyprazdňování moči, pomalého proudu moči. Z tabulky vidíme, že 33 dotazovaných (66%) tento konkrétní problém nemá. Také vidíme, že 6 dotazovaných žen (12%) problém pomalého proudu moči trápil pouze v prvních hodinách po porodu. Dále pak 6 žen (12%) uvedlo, že trpí často zpomaleným proudem moči a 5 dotazovaných žen (10%) uvedlo, že někdy. Ani jednou se nevyskytla odpověď zpomaleného proudu moči při každé mikci. Také se nevyskytla odpověď pouze ojedinělého výskytu zpomaleného vyprazdňování moči.

3.3.12 Otázka č. 12

Dochází u Vás v tuto chvíli k dokapávání posledních zbytků moči?

Tab. 3 Dokapávání posledních zbytků moči

Dokapávání posledních zbytků moči	n _i	f _i [%]
ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu	2	4%
ano, vždy	1	2%
ano, často	0	0%
ano, někdy	5	10%
ano, ale pouze ojediněle	5	10%
ne	37	74%
Σ	50	100%

Otázka č. 12 je zaměřena na další evakuační poruchu, a to na dokapávání posledních zbytků moči při mikci. Z tabulky vidíme, že 37 dotazovaných žen (74%) problém s dokapáváním moči nemá. 2 ženy (4%) uvedly, že problém s dokapáváním moči měly pouze v prvních hodinách po porodu. Dále můžeme vyčíst, že 5 dotazovaných (10%) uvedlo, že problém s dokapáním moči mají pouze ojediněle a 5 dotazovaných (10%) mají tento problém někdy. Pouze 1 respondentka (2%) uvedla, že má problém s dokapáváním moči při každém močení. Ani jednou se nevyskytla odpověď častého výskytu dokapávání posledních zbytků moči.

3.3.13 Otázka č. 13

Dochází u Vás v tuto chvíli k přerušování proudu moči?

Tab. 4 Přerušovaný proud moči

Přerušování proudu moči	n_i	f_i [%]
ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu	1	2%
ano, vždy	0	0%
ano, často	0	0%
ano, někdy	2	4%
ano, ale pouze ojediněle	2	4%
ne	45	90%
Σ	50	100%

Otázka č. 13 je změřena na problém přerušovaného proudu moči během mikce. Z tabulky vidíme, že 45 dotazovaných žen (90%) touto evakuační poruchou netrpí. Dále můžeme vyčíst, že 1 respondentka (2%) tímto problémem trpěla pouze v prvních hodinách po porodu. U 2 dotazovaných (4%) se tento problém vyskytuje, ale pouze ojediněle a u dalších 2 dotazovaných (4%) se tento problém vyskytuje pouze někdy. Ani jedna z dotazovaných žen neuvedla, že by potížemi s přerušováním proudu moči trpěla často nebo vždy.

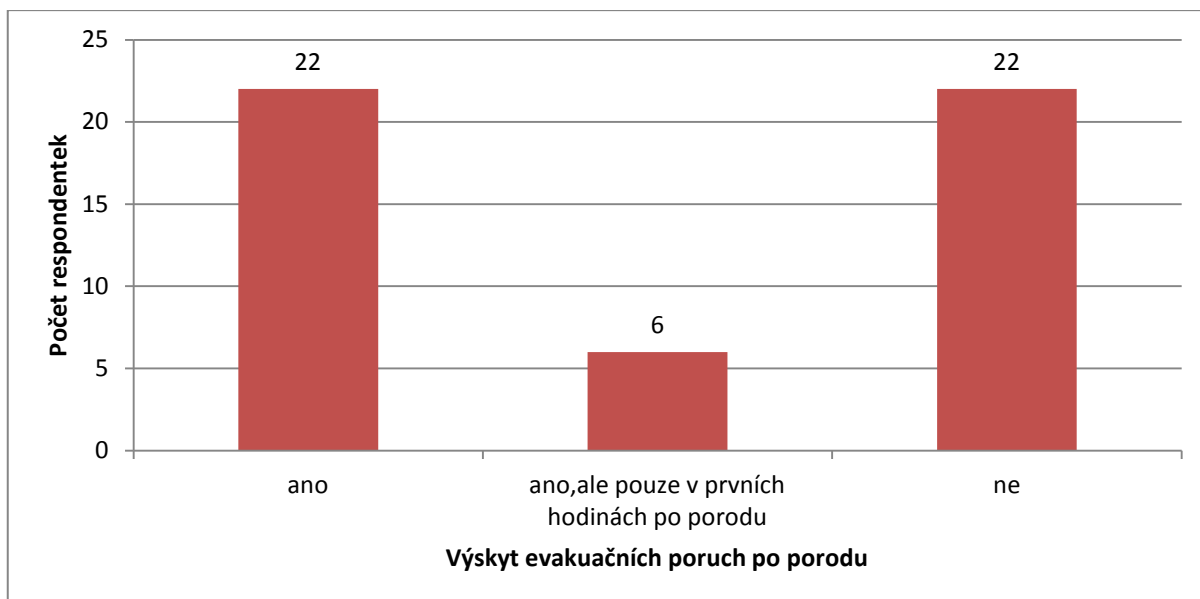
3.3.14 Otázka č. 14

Máte v tuto chvíli potíže se zahájením močení?

Tab. 5 Potíže se zahájením močení

Potíže se zahájením močení	n_i	f_i [%]
ano, vždy	0	0%
ano, často	1	2%
ano, někdy	2	4%
ano, ale pouze ojediněle	6	12%
ne	41	82%
Σ	50	100%

Otázka č. 14 se zabývá poslední evakuační poruchou, a to potížemi se zahájením močení. Z tabulky vidíme, že 41 respondentek (82%) potíže se zahájením močení nemá. 6 dotazovaných (12%) uvedlo, že problémy se zahájením močení má, ale pouze v ojedinělých případech. Další dvě dotazované (4%) uvedly, že tímto problémem trpí někdy a 1 dotazovaná (2%) uvedla, že problémy se zahájením močení má často. Ani jednou se nevyskytla odpověď, že by žena trpěla vždy problémem se zahájením močení.

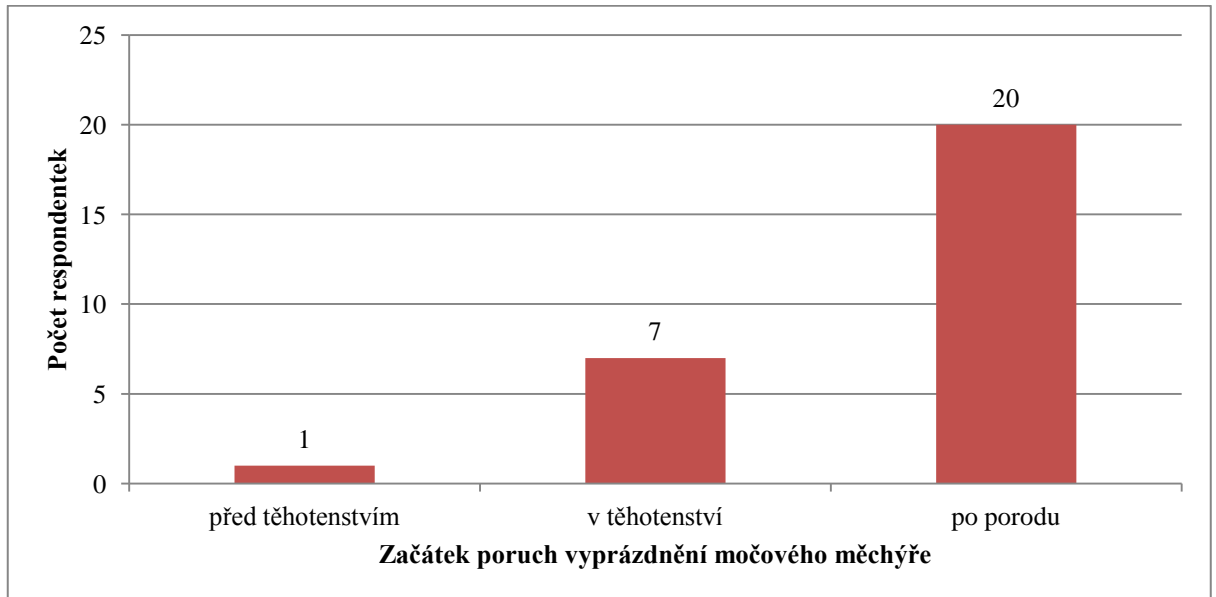


Obrázek 14 Výskyt evakuačních poruch po porodu

Obrázek č. 14 shrnuje četnost výskytu některé z evakuačních poruch po porodu. Z 50 dotazovaných žen 22 žen (44%) v dotazníku uvedlo, že netrpí ani jednou z evakuačních poruch. Dále 6 dotazovaných žen (12%) uvedlo, že některou z evakuačních poruch/evakuačními poruchami po porodu trpělo, ale pouze v prvních hodinách po porodu a nyní již tyto obtíže nemá. Zbýlých 22 dotázaných žen (44%) uvedlo v dotazníku, že některou z evakuačních poruch nebo i více evakuačními poruchami trpí i nyní. Závažnost těchto obtíží, zda jimi ženy trpí pouze ojedinele, někdy, často nebo vždy, je uvedena v předchozích tabulkách č. 1 až 5.

3.3.15 Otázka č. 15

Pokud jste na některou z posledních pěti otázek odpověděla kladně, kdy se u Vás potíže začaly vyskytovat?

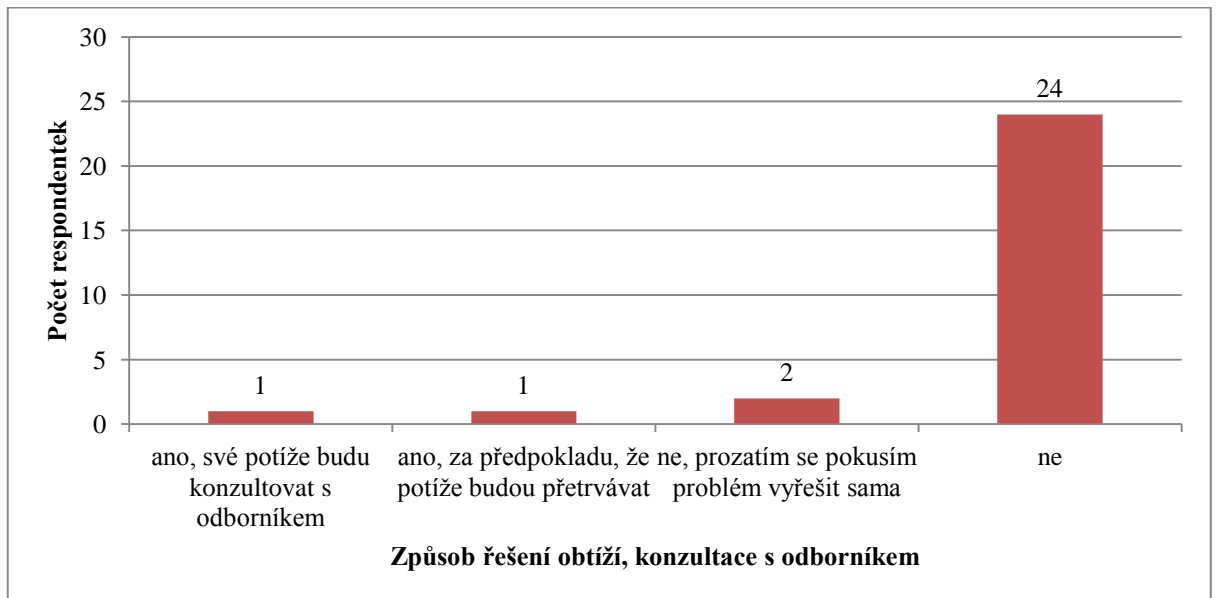


Obrázek 15 Začátek poruch vyprázdnění močového měchýře

Otázka č. 15 doplňuje předchozích 5 otázek na evakuační obtíže a odpovídaly na ní pouze ty ženy, které u některé z 5 předchozích otázek odpověděly kladně. Z celkového počtu 50 dotazovaných žen, odpovídalo na otázku 28 žen, které po porodu trpěly některou evakuační poruchou. Z toho 20 dotázaných žen (71%) uvedlo, že evakuační potíže se u nich začaly vyskytovat až po porodu. 7 dotázaných (25%) uvedlo, že evakuačními obtížemi trpěly již v těhotenství a pouze 1 žena (4%) uvedla, že některou z evakuačních poruch trpěla již před těhotenstvím.

3.3.16 Otázka č. 16

Jsou Vaše potíže s močením natolik silné, že je budete konzultovat s odborníkem?



Obrázek 16 Způsob řešení poruch vyprázdnění močového měchýře, konzultace s odborníkem

Poslední otázka č. 16 rovněž doplňuje otázky č. 10 až 14, které se zabývají výskytem evakuačních poruch po porodu. Na otázku odpovídaly pouze ty ženy, které uvedly, že některou evakuační poruchou po porodu trpí, v případě tohoto průzkumu to je 28 dotázaných žen (56%) z celkového počtu 50 dotázaných. V otázce dotazované ženy odpovídají, zda jsou jejich potíže při močení natolik silné, že je budou konzultovat s odborníkem. Z počtu 28 dotazovaných žen trpících nějakou evakuační poruchou, 24 (86%) uvedlo, že své obtíže nebude s nikým konzultovat. Dále pak 2 dotázané (7%) uvedly, že své problémy rovněž prozatím nebudou konzultovat s odborníkem a pokusí se je vyřešit samy. 1 dotázaná (3,5%) uvedla, že své potíže bude konzultovat s odborníkem, a to ze předpokladu, že budou obtíže přetrvávat. Pouze 1 dotázaná (3,5%) uvedla, že obtíže konzultovat s odborníkem bude.

4 DISKUZE

Výzkumná otázka č. 1

První výzkumná otázka byla zaměřena na četnost výskytu poruch vyprázdnění močového měchýře po porodu. Zkoumali jsme tedy, jak často ženy některou z uvedených evakuačních poruch po porodu trpí a zda jimi ženy trpí pouze v brzkých hodinách po porodu, nebo zda mají tyto obtíže i další dny po porodu. Z výzkumu vyplývá, že 22 žen (44%) z 50 námi dotazovaných žen, netrpí žádnou z evakuačních poruch po porodu, a to ani v brzkých hodinách po porodu ani později. Naopak velké procento žen, a to celých 56%, tedy 28 dotazovaných uvedlo, že je některá z evakuačních poruch po porodu sužuje. Z toho 6 žen, tedy 12% dotazovaných uvedlo, že měly tyto obtíže pouze v prvních hodinách po porodu a nyní, tedy 3. den po porodu již tyto obtíže nemají. Zbylých 22 dotazovaných žen, tedy 44%, uvedlo, že trpí některou evakuační poruchou, nebo evakuačními poruchami i třetí den po porodu. Tento výsledek byl pro nás poměrně překvapující, neboť 44% je velké číslo, zároveň si ale musíme uvědomit, že jsou tam zařazeny všechny ženy, a to i ty, které uvedly, že se daná evakuační porucha vyskytuje pouze ojediněle, nebo někdy. Odpovědi, že trpí evakuační poruchou často nebo vždy byly spíše výjimečné. Těchto 28 dotázaných žen jsme se dále ptali, kdy se jejich obtíže začaly vyskytovat, zda až po porodu nebo se vyskytovaly již v těhotenství nebo před těhotenstvím. Zjistili jsme, že u 71% žen se tyto obtíže vyskytují až po porodu, odpovědělo takto 20 dotázaných. Dále pak 25% žen, tedy 7 dotázaných uvedlo, že se s těmito obtížemi setkaly již v těhotenství. Pouze 1 dotázaná (4%) uvedla, že se s obtížemi setkala již i před těhotenstvím. Výsledkem výzkumu je, že 28 žen (56%) po porodu trpí některou evakuační poruchou. Pokud bychom ale chtěli posuzovat závažnost těchto obtíží na základě toho, zda tyto ženy půjdou své obtíže konzultovat s odborníkem, výsledek už je jiný. Celých 86% žen, které uvedly některou evakuační poruchu, zároveň uvedly, že jejich potíže nejsou natolik silné, aby vyhledaly odborníka a tedy že své obtíže prozatím nebudou nijak řešit. 7% dotázaných uvedlo, že se své obtíže pokusí vyřešit sami a 3,5% dotázaných uvedlo, že své obtíže budou řešit s odborníkem, ale pouze za předpokladu, že by přetrvávaly. Pouze 1 dotázaná (3,5%) uvedla, že své evakuační obtíže s odborníkem řešit bude. Z tohoto výsledku vidíme, že ačkoliv 56% žen evakuační poruchou po porodu trpělo, nejsou tyto obtíže u většiny natolik silné, aby se s nimi zabývaly a řešily je s odborníkem. K vyhodnocení výsledků je nutno poznamenat, že naším výzkumem jsme zkoumali pouze subjektivní pocity žen, a to pomocí dotazníku. K vyhodnocení výskytu evakuačních poruch jsme nepoužili žádné odborné metody, jako například ultrazvukové vyšetření nebo urodynamické vyšetření,

abychom mohli posoudit subjektivní údaje žen. Pouze jsme zaznamenali subjektivně udávané obtíže žen při močení po porodu. Tento fakt je nutno vzít v potaz při vyhodnocování výsledků a při porovnávání s ostatními výzkumy.

Výsledky můžeme porovnat s výzkumem, který byl prováděn od ledna 2014 do dubna 2014 v Dr. Zekai Tahir Burak Woman's Health Education and Research Hospital. Do této studie bylo zahrnuto 234 žen po vaginálním porodu. Studie se zabývá retencí moči po porodu. Metodikou tohoto výzkumu bylo provádění transabdominálního ultrazvuku k určení zbytkového množství moči v močovém měchýři u žen po porodu. Tímto výzkumem bylo zjištěno, že z 234 vyšetřených žen po spontánním vaginálním porodu se retence moči vyskytuje u 19 žen, tedy v 8,1% případů (Cavkaytar et al., 2014, s. 140-143).

Výsledky můžeme rovněž porovnat s výzkumem, který byl zveřejněný v říjnu roku 2004 v časopise ANZJOG. Do tohoto výzkumu bylo zařazeno 2866 žen a opět byla zkoumána retence moči. Vyhodnocovacím kritériem pro diagnostiku retence moči byla neschopnost vymočit se do 6 hodin po porodu a zbytkový objem moči více jak 150 ml. Ze zkoumaných 2866 žen diagnostikovali retenci moči u 114 žen, tedy u 4% (Ching-Chung, 2004, s. 367-370).

Výzkumná otázka č. 2

Výzkumná otázka č. 2 byla zaměřena na získání informací o tom, které z evakuačních poruch se po porodu vyskytují nejčastěji. V našem výzkumu jsme se zaměřili na nutnost využití nitrobrišního tlaku k zahájení močení, pocit zpomaleného proudu moči, dokapávání posledních zbytků moči, přerušovaný proud moči a potíže se zahájením močení. Nutnost využití nitrobrišního tlaku k zahájení mikce udává 20% dotazovaných, z toho ale 14% žen trpělo tímto problémem pouze v prvních hodinách po porodu. Zbylých 6% dotazovaných tímto problémem trpělo i 3. den po porodu. Pocit zpomaleného proudu moči udává celých 34% žen. Kdy 12% tento problém udává pouze v prvních hodinách po porodu a zbylých 22% žen i 3. den po porodu. Dokapávání posledních zbytků moči udává 26% dotázaných žen. Z toho 4% trápil tento problém pouze v prvních hodinách po porodu a 22% žen tímto problémem trpělo i 3. den po porodu. Další evakuační porucha, a to přerušování proudu moči se vyskytovala u pouhých 10% žen, kdy 2% z nich trpěly přerušováním proudu moči pouze v prvních hodinách po porodu. Poslední evakuační porucha, na kterou jsme se dotazovali, jsou potíže se zahájením močení. Tento problém nám udalo 18% dotázaných žen. Pokud porovnáme četnost výskytu všech 5 námi dotazovaných evakuačních poruch, nejvíce se

vyskytuje pocit zpomaleného vyprazdňování moči, dále pak pocit dokapávání posledních zbytků moči. Naopak nejméně se vyskytuje pocit přerušovaného proudu moči.

Výsledky můžeme porovnat s výzkumem, který byl zveřejněný v srpnu roku 2011 v časopise African health sciences. Tento výzkum se zabýval příznaky LUTS, tedy i evakuačními poruchami, a to na těhotných ženách, kterým byl rozdán standardizovaný dotazník zabývající se symptomy dolních cest močových. Do výzkumu bylo zařazeno 204 těhotných žen v Zaria v Nigérii. Z tohoto výzkumu vyplývá, že z evakuačních poruch se nejčastěji vyskytuje přerušovaný proud moči, který se vyskytoval u 13,2% těhotných. Dále pak zpomalený proud moči, vyskytující se u 6,9% těhotných a namáhavé močení, nutnost využití nitrobřišního tlaku vyskytující se u 3,9% těhotných (Adaji, 2011, s. 46-52).

Výzkumná otázka č. 3

Výzkumná otázka č. 3 se zabývá vlivem parity, způsobu vedení porodu, episiotomie, porodní hmotnosti novorozence a hmotnostním přírůstkem v těhotenství na vznik poruch vyprázdnění močového měchýře.

Při zkoumání vlivu parity jsme zjistili, že u primipar se některá evakuační porucha vyskytuje v 52% případů, u sekundipar je to v 55% případů a u terciipar se vyskytuje v 50% případů. Vidíme tedy obdobné výsledky a nemůžeme říci, že by parita měla vliv na vznik evakuačních poruch. U quartipar se vyskytují evakuační obtíže ve 100% případů, ale dotázané ženy, co rodily po čtvrté byly pouze dvě. Stejně tak je tomu u quintipar, kde se evakuační obtíže vyskytují ve 100% případů, ale dotázaná z této kategorie byla pouze jedna.

U vaginálního vedení porodu se některá z evakuačních obtíží vyskytuje u 57% žen, tedy více jak v polovině případů. Naopak u císařského řezu se vyskytují evakuační obtíže u žen ve 43% případů. U žen, kterým byla provedena vakuumextrakce, se evakuační obtíže vyskytují ve 100%.

Dále jsme zkoumali vliv episiotomie. Zjistili jsme, že z celkového počtu 16 dotazovaných žen, kterým byla provedena episiotomie se některá z evakuačních poruch vyskytuje v 56% případů. 34 dotazovaným ženám episiotomie provedena nebyla, z toho pak 56% udává některou evakuační poruchu. Výsledky jsou poměrně vyrovnané, nemůžeme tedy usuzovat vliv episiotomie na vznik poruch vyprázdnění močového měchýře.

Dále jsme se zabývali vlivem porodní hmotnosti novorozence na evakuační poruchy. Zde byli výsledky překvapivé. Neboť u novorozenců, s porodní hmotností 3001-3500g se evakuační

obtíže vyskytují u celých 80% dotázaných žen, u novorozenců s porodní hmotností 3501-4000g se vyskytují evakuační obtíže pouze u 37% dotázaných žen. Očekávali bychom opačný výsledek, tedy že se stoupající hmotností poroste výskyt evakuačních poruch. Nicméně u novorozenců s porodní hmotností 4001g a více se nám pravidlo potvrzuje a zde se evakuační obtíže vyskytují v 75% případů.

Posledním zkoumaným jevem byl vliv hmotnostního přírůstku na vznik poruch vyprázdnění močového měchýře po porodu. Z výsledků vidíme, že se evakuační obtíže nejvíce vyskytují u žen, jejichž hmotnostní přírůstek byl v těhotenství 6-10kg, a to v 73% případů a u žen jejichž hmotnostní přírůstek byl 11-15 kg, kde se evakuační obtíže vyskytují v 55% případů. Naopak nejméně se evakuační obtíže vyskytují u žen, jejichž hmotnostní přírůstek byl v těhotenství 16-20kg, v tomto případě se evakuační obtíže vyskytují u 34% dotazovaných žen.

Výsledky můžeme opět porovnat s výzkumem, který byl prováděn od ledna 2014 do dubna 2014 v Dr. Zekai Tahir Burak Woman's Health Education and Research Hospital. Do této studie bylo zahrnuto 234 žen po vaginálním porodu a zabýval se také vlivem ostatních okolností na vzniku evakuačních poruch. Z výzkumu vyplívá, že parita nemá vliv na vznik evakuačních poruch a retenci moči po porodu, stejný výsledek vyšel i nám. Dále je ve výzkumu uvedeno, že rizikovým faktorem je operační vedení porodu. V porovnání s našimi výsledky se evakuační poruchy vyskytují ve 100% případů, kdy byla provedena vakuumentakce. Rozdíl mezi vaginálním porodem a císařským řezem studie neporovnává. Ve výzkumu také uvádí, že rizikovým faktorem pro evakuační poruchy je provedení episiotomie. Ta byla provedena v 78,9% případů žen, které po porodu trpěly evakuačními poruchami. V porovnání s naším výzkumem trpělo evakuačními poruchami 56% žen, z celkového počtu žen, kterým byla provedena během porodu episiotomie. V daném výzkumu dále uvádějí, že porodní hmotnost novorozence nemá zásadní vliv na vznik evakuačních poruch po porodu. Průměrná hmotnost novorozence u žen, u kterých byla prokázána evakuační porucha po porodu, je 3745g a u žen, které po porodu netrpěly mikčními obtížemi je 3493 g. V porovnání s naším výzkumem nám vyšlo, že nejčastěji se evakuační poruchy vyskytují u žen, jejichž porodní hmotnost novorozence je 3001-3500g. Studie ale uvádí, že rizikovým faktorem je makrosomie plodu. Ta se vyskytovala ve 42,1% případů žen s evakuační poruchou. V našem výzkumu ženy, jejichž porodní hmotnost novorozence byla nad 4001g, trpěly některou z evakuačních poruch v 75% případů. Význam hmotnostního přírůstku v těhotenství na vznik evakuačních poruch daná studie nezmiňuje. Uvádí ale Body Mass

Index žen, jehož průměrná hodnota je podobná u žen s evakuační poruchou i bez ní (Cavkaytar et al., 2014, s. 140-143).

Výzkumná otázka č. 4

Poslední výzkumná otázka je zaměřena na fakt, zda ženy posilují své pánevní dno a zda jsou o této problematice dostatečně informované. Vyhodnocením našich dotazníků bylo zjištěno, že 50% dotazovaných žen nikdy neposilovalo své pánevní dno. Zbýlých 50% žen své pánevní dno posiluje. A to 26% dotazovaných své pánevní dno posilovalo již i před těhotenstvím a 24% dotazovaných žen začalo s posilováním pánevního dna až v těhotenství. Dále jsme ověřovali, zda ženy vůbec někdy slyšely o možnosti posílení svalů pánevního dna. Zjistili jsme, že 74% žen bylo informováno, nejčastěji pak mají informace z internetu (52%), méně často z informačních letáků (14%) a z předporodních kurzů (8%). 26% dotázaných uvedlo, že o posilování svalů pánevního dna nikdy neslyšelo. Následně pak 56% žen má pocit, že byly dostatečně informovány a 28% žen má pocit, že nebyly dostatečně informovány a tedy chtěly by více informací. 16% dotazovaných žen daná problematika nezajímá.

Výsledek můžeme porovnat s bakalářskou prací, která nese název Pohybová aktivita v těhotenství, jejíž autorkou je Marta Kopačková a která byla zveřejněna v roce 2012. Výzkum byl prováděn formou dotazníků, které byly rozdány 156 ženám na oddělení šestinedělí. Jednou otázkou z dotazníku byla právě otázka na posilování pánevního dna v těhotenství. Z výzkumu vyplývá, že 33% dotázaných žen posilovalo své pánevní dno celé těhotenství a 35% žen posilovalo své pánevní dno pouze na konci těhotenství. Zbýlých 32% žen své pánevní dno neposiluje. V porovnání s naším výzkumem, zde 67% dotazovaných žen posilovalo v průběhu těhotenství své pánevní dno, v našem případě to bylo pouze 50% žen (Kopáčková, 2012, s. 47).

5 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá poruchami vyprázdnění močového měchýře po porodu, tedy evakuačními poruchami. V teoretické části je shrnuta základní anatomie dolních cest močových u žen, změny v organismu ženy v těhotenství a po porodu. Dále shrnuje příznaky dolních cest močových, kam evakuační poruchy spadají, etiologii vzniku těchto poruch, vyšetřovací metody a léčbu.

Výzkumná část se zabývá četností výskytu evakuačních poruch po porodu, což byl hlavní cíl této bakalářské práce. Z provedeného výzkumu vyplývá, že evakuační obtíže po porodu sužují mnohem větší procento žen, než se může zdát. Většina studií, které jsou publikované, se zabývají inkontinencí močí a na tyto obtíže se zapomíná. Zároveň chybí jednotné diagnostické metody a postupy, kterými by se tyto evakuační obtíže daly odhalit. Pro vyhodnocení výsledků toho výzkumu musíme vzít v potaz, že provedený výzkum pracuje pouze se subjektivními údaji od žen, které byly získány pomocí dotazníků. Námi získané číslo, tedy 56% žen, které uvedly některou evakuační poruchu, zahrnuje všechny ženy se subjektivními příznaky poruch vyprázdnění močového měchýře. Některé ženy pak tyto obtíže udávají pouze v prvních hodinách po porodu, nemalá část žen nám ale uváděla tyto obtíže i v době, kdy jsme dotazník rozdávali, tedy třetí den po porodu. Většina žen ale tyto obtíže nepovažuje za tak významné, aby je konzultovala a řešila s odborníky. Pro zdravotnický personál a zvláště pro Porodní asistentky je ale dobré vědět, že tyto obtíže se po porodu vyskytují a že ženy mohou těmito obtížemi trpět. V tom vidíme přínos této práce.

Evakuační obtíže sužují větší množství žen po porodu, než se na první pohled může zdát. Proto by bylo vhodné se danou problematikou do budoucna více zabývat a stanovit jednotné diagnostické metody, které by odhalily ženy s vážnými obtížemi a jejichž včasným řešením by bylo předcházeno závažnějším problémům.

6 POUŽITÁ LITERATURA

ADAJI, Sunday, O. S. SHITTU, S. B. BATURE, Sadiya NASIR a O. OLANTUNJI. Bother some lower urinary symptoms during pregnancy: a preliminary study using the International Consultation on Incontinence Questionnaire. *African health sciences*. [online]. 2011, **1**(3) [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/51847906_Bother_some_lower_urinary_symptoms_during_pregnancy_a_preliminary_study_using_the_International_Consultation_on_Incontinence_Questionnaire. ISSN: 1680-6905.

BELEJ, Kamil. Základy ultrazvukové diagnostiky ledvin a dolních močových cest-zobrazení v šedé škále (B-mode). *Urologie pro praxi* [online]. 2005, **2** [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2005/02/03.pdf>. ISSN 1803-5299 .

BUREŠOVÁ, Eva, Aleš VIDLÁŘ a Vladimír ŠTUDENT. Uroflowmetrie, nenahraditelná vyšetřovací metoda k diagnostice močových dysfunkcí. *Urologie pro praxi* [online]. 2013, **14**(4) [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2013/04/06.pdf>. ISSN 1803-5299 .

CABREIRA, Rachael a Anne M. SUSKIND. Female Voiding Dysfunction. *UCSF: Department of Urology*[online]. [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: <https://urology.ucsf.edu/patient-care/adult-non-cancer/female-urology/female-voiding-dysfunction>

CAVKAYTAR, Sabri, Mahmut Kuntay KOKANALI, Aysegül BAYLAS, Hasan Onur TOPCU, Bergen LALELI a Yasemin TASCI. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. [online]. 2014, **15**(3) [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195322/>. ISSN 1309-0399.

FEYEREISL, Jaroslav, Jan ZMRHAL a Marie BABIČKOVÁ. Gymnastika svalů pánevního dna: Soubor deseti základních cviků při problémech s inkontinencí. *Inco-forum.cz* [online]. 2007 [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://elekarnice.cz/_files/200000430-027070369a/gymnastika-svalu-panevniho-dna.pdf

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 168 s. ISBN 978-80-262-0480-0.

GIBLO, Vladimír, Miroslav LOUDA a Jaroslav PACOVSKÝ. Přehled současné farmakoterapie LUTS. *Urologie pro praxi* [online]. 2014, **15**(3) [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-2014030003_Prehled_soucasne_farmakoterapie_LUTS.php. ISSN 1803-5299 .

HANÁKOVÁ, Monika. Funkční poruchy močení u žen. *Urologie pro praxi* [online]. 2010, **11**(3) [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201003-0011_Funkcni_poruchy_moceni_u_zen.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dfunk%25E8n%25ED%2Bporuchy%2Bmo%25E8en%25ED%2Bin%253Aauth%2Bname%2Bkey%2Babstract%26sfrom%3D0%26spage%3D30. ISSN 1803-5299 . ISSN 1803-5299 .

CHING-CHUNG Liang, Chang SHUENN-DHY, Tseng LING-HONG, Hsieh CHING-CHANG, Chuang CHAO-LUN a Cheng PO-JEN. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [online]. 2004, **42**(4) [cit. 2019-04-23]. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.0004-8666.2002.00367.x>. ISSN: 1479-828X.

KLEČKA, Jiří, Milan HORA, Viktor ERET, Petr STRÁNSKÝ a Tomáš ÜRGE. Vybrané názvosloví urodynamiky a mikčních symptomů dolních cest močových. *Urologie pro praxi* [online]. 2011, **13**(2) [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201202-0006_Vybrane_nazvoslovi_urodynamiky_a_mikcnich_symptomu_dolnich_cest_mocovych.php. ISSN 1803-5299 .

KOPÁČKOVÁ, Marta. *Pohybová aktivita v těhotenství*. Plzeň, 2012. 81 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lenka Sosnovcová.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 136 s. ISBN 978-80-7387-624-1.

KRHUT, Jan. *Hyperaktivní močový měchýř*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7345-240-7.

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

MULDER, F. E. M., R. A. HAKVOORT, M. A. SCHOFFELMEER, J. LIMPENS, J. A. M. VAN DER POST a J. P. R. ROOVERS. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. *International Urogynecology Journal*. [online].

2014, **25**(12) [cit. 2019-04-09]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842120>. ISSN 1433-3023

RAHEEM, Abdel a Helmut MADERSBACHER. Voiding dysfunction in women: How to manage it correctly. *Arab Journal of Urology* [online]. 2013, **11**(4) [cit. 2019-03-28].

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443013/>. ISSN 2090-598X.

ROMŽOVÁ, Miroslava, Marie HURTOVÁ, Jaroslav PACOVSKÝ a Miloš BROŽÁK.

Inkontinence moči ve stáří. *Urologie pro praxi* [online]. 2010, **11**(3) [cit. 2019-03-27].

Dostupné z: [https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201003-](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201003-0002_Inkontinence_moci_ve_stari.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2Bmo%25E8i%2Bve%2Bst%25E1%25F8%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30)

[0002_Inkontinence_moci_ve_stari.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201003-0002_Inkontinence_moci_ve_stari.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2Bmo%25E8i%2Bve%2Bst%25E1%25F8%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30)

[Bmo%25E8i%2Bve%2Bst%25E1%25F8%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201003-0002_Inkontinence_moci_ve_stari.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2Bmo%25E8i%2Bve%2Bst%25E1%25F8%25ED%26sfrom%3D0%26spage%3D30). ISSN

1803-5299 .

TIDY, Colin. Lower Urinary Tract Symptoms in Women. *Patient* [online]. 2017 [cit. 2019-

03-28]. Dostupné z: [https://patient.info/womens-health/lower-urinary-tract-symptoms-in-](https://patient.info/womens-health/lower-urinary-tract-symptoms-in-women-luts)

[women-luts](https://patient.info/womens-health/lower-urinary-tract-symptoms-in-women-luts)

VILHELMOVÁ, Libuše. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*

[online]. 2011, **12**(2) [cit. 2019-03-28]. Dostupné z:

[https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201102-](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201102-0004_Inkontinence_moci_diagnostika_a_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2Bmo%25E8i%252C%2Bdiagnostika%2Ba%2B1%25E9%25E8ba%26sfrom%3D0%26spage%3D30)

[0004_Inkontinence_moci_diagnostika_a_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinko](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201102-0004_Inkontinence_moci_diagnostika_a_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2Bmo%25E8i%252C%2Bdiagnostika%2Ba%2B1%25E9%25E8ba%26sfrom%3D0%26spage%3D30)

[ntinence%2Bmo%25E8i%252C%2Bdiagnostika%2Ba%2B1%25E9%25E8ba%26sfrom%3D0](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201102-0004_Inkontinence_moci_diagnostika_a_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2Bmo%25E8i%252C%2Bdiagnostika%2Ba%2B1%25E9%25E8ba%26sfrom%3D0%26spage%3D30)

[%26sfrom%3D0%26spage%3D30](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201102-0004_Inkontinence_moci_diagnostika_a_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dinkontinence%2Bmo%25E8i%252C%2Bdiagnostika%2Ba%2B1%25E9%25E8ba%26sfrom%3D0%26spage%3D30). ISSN 1803-5299

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Dotazník

Dobrý den, moje jméno je Barbora Suchomelová a jsem studentkou oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dotazník, který držíte v ruce je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Výsledky dotazníku budou zpracovány v mé bakalářské práci, která se zabývá poruchami vyprazdňování močového měchýře po porodu. Vámi vybranou odpověď, prosím, zakroužkujte.

1. Kolik je Vám let?

.....

2. Po kolikáté jste rodila?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté
- e) popáté a více

3. Jaký byl způsob vedení vašeho porodu?

- a) spontánní, vaginální porod
- b) císařský řez
- c) vakuumextrakce (VEX)
- d) klešťový porod

4. Byla Vám během porodu provedena episiotomie (nástřih hráze)?

- a) ano
- b) ne

5. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

.....

6. Jaký byl Váš hmotnostní přírůstek v těhotenství?

.....

7. Slyšela jste o možnosti posílení svalů pánevního dna?

- a) ano, hledala jsem si informace na internetu
- b) ano, byly mi poskytnuty informační letáky
- c) ano, informoval mě můj gynekolog/porodní asistentka
- d) ano, získala jsem informace.....
- e) ne

8. Máte pocit, že jste byla dostatečně informována o možnosti posílení svalů pánevního dna v nynějším těhotenství?

- a) ano
- b) ne, chtěla bych víc informací
- c) ne a daná problematika mě nezajímá

9. Posilovala jste někdy svaly pánevního dna?

- a) ano, pouze v těhotenství
- b) ano, i před těhotenstvím
- c) ne

10. Musíte v tuto chvíli využívat břišní tlak, abyste se vymočila?

- a) ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu
- b) ano, vždy
- c) ano, často
- d) ano, někdy
- e) ano, ale pouze ojediněle
- f) ne

11. Máte v tuto chvíli pocit zpomaleného vyprazdňování, pomalého proudu moči?

- a) ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu
- b) ano, vždy
- c) ano, často
- d) ano, někdy
- e) ano, ale pouze ojediněle
- f) ne

12. Dochází u Vás v tuto chvíli k dokapávání posledních zbytků moči?

- a) ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu
- b) ano, vždy
- c) ano, často
- d) ano, někdy
- e) ano, ale pouze ojediněle
- f) ne

13. Dochází u Vás v tuto chvíli k přerušování proudu moči?

- a) ano, ale pouze v prvních hodinách po porodu
- b) ano, vždy
- c) ano, často
- d) ano, někdy
- e) ano, ale pouze ojediněle
- f) ne

14. Máte v tuto chvíli potíže se zahájením močení?

- a) ano, vždy
- b) ano, často
- c) ano, někdy
- d) ano, ale pouze ojediněle
- e) ne

15. Pokud jste na některou z posledních pěti otázek odpověděla kladně, kdy se u Vás potíže začaly vyskytovat?

- a) před těhotenstvím
- b) v těhotenství
- c) po porodu

16. Jsou Vaše potíže s močením natolik silné, že je budete konzultovat s odborníkem?

- a) ano, své potíže budu konzultovat s odborníkem
- b) ano, za předpokladu, že potíže budou přetrvávat
- c) ne, prozatím se pokusím problém řešit sama
- d) ne

Děkuji za Váš čas a ochotu vyplnit dotazník.

Barbora Suchomelová