

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**PROBLEMATIKA INKONTINENCE ŽEN PO PORODU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**KRISTÝNA SKLENÁŘOVÁ**

**Praha 2014**

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

# **PROBLEMATIKA INKONTINENCE ŽEN PO PORODU**

Bakalářská práce

KRISTÝNA SKLENÁŘOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová

Praha 2014

# ZADÁNÍ



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Sklenářová Kristýna**  
**3. A PA**

## Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 27.3.2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Problematika inkontinence žen po porodu

*Issue of Urinary Incontinence in Women after Childbirth*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kocurová

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Z. Seidl", written over the typed name of the rector.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*Podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou děkuji PhDr. Janě Kocurové za odborné vedení, podnětné rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce a dále bych také chtěla poděkovat své rodině za podporu ve studiu.

## ABSTRAKT

SKLENÁŘOVÁ, Kristýna. *Problematika inkontinence žen po porodu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Kocurová, Praha. 2014. 78 stran.

Tématem bakalářské práce je problematika inkontinence žen po porodu. Práce je tvořena ze dvou částí, a to z části teoretické a z části praktické. Teoretická část obsahuje definici inkontinence moči, historii, dále je zde popisována epidemiologie, klasifikace inkontinence, etiologie a rizikové faktory. Zahrnuta je také diagnostika, léčba inkontinence a její prevence. V další kapitole se zabýváme vlivem porodu na vznik močové inkontinence, kde rozlišujeme vaginální porod, porod per sectionem caesaream, porod per forcipem a vakuumextraktorem. Praktická část bakalářské práce je vypracována pomocí kvantitativního průzkumu, kde anonymně zjišťujeme pomocí vlastně zkonstruovaného dotazníku výskyt inkontinence moči v okrese Příbram. Výsledky průzkumného šetření jsou dále zpracovány a popsány. Závěrečná část bakalářské práce je věnována diskuzi a doporučením pro praxi. Výstup bakalářské práce tvoří brožura, jejímž tématem je inkontinence moči žen po porodu.

Klíčová slova

Epidemiologie. Etiologie. Inkontinence. Porod. Prevence.

## **ABSTRACT**

SKLENÁŘOVÁ, Kristýna. *Issue of Urinary Incontinence in Women after Childbirth*.  
College Nursing, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Tutor: PhDr. Jana Kocurová, Praha.  
2014. 78 Pages.

The topic of the bachelor's thesis is the issue of urinary incontinence in women after childbirth. The thesis consisted of two parts, of the theoretical and practical one. The theoretical part contained a urinary incontinence, history. Furthermore, the thesis described epidemiology, classification of incontinence, etiology and risk factors. The thesis also contained diagnosis, treatment of incontinence and its prevention. In the next chapter, we dealt with the influence of delivery on the origin of urinary incontinence, where we differentiated a vaginal delivery, caesarean section delivery, forceps delivery and vacuum extraction. The practical part of the thesis was analyzed means of using a quantitative survey. We anonymously used questionnaire to find out the occurrence of incontinence in the District of Příbram. The conclusion of the bachelor's thesis dealt with the discussion and recommendations for practice. The conclusion of the bachelor's thesis was composed of a brochure about urinary incontinence in women after childbirth.

### Keywords

Childbirth. Epidemiology. Etiology. Incontinence. Prevention.

## OBSAH

**SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

**SEZNAM TABULEK**

**SEZNAM GRAFŮ**

<b>ÚVOD</b> .....	16
<b>1 INKONTINENCE MOČI</b> .....	17
<b>1.1 HISTORIE</b> .....	17
<b>1.2 EPIDEMIOLOGIE</b> .....	18
<b>1.3 TYPY INKONTINENCE</b> .....	18
<b>1.3.1 URETRÁLNÍ</b> .....	18
<b>1.3.1 EXTRAURETRÁLNÍ</b> .....	22
<b>1.4 ETIOLOGIE</b> .....	22
<b>1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY</b> .....	23
<b>1.6 DIAGNOSTIKA</b> .....	24
<b>1.7 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE</b> .....	26
<b>1.7.1 KONZERVATIVNÍ METODA</b> .....	26
<b>1.7.2 CHIRURGICKÁ METODA</b> .....	28
<b>1.8 LÉČBA URGENTNÍ INKONTINENCE</b> .....	29
<b>1.8.1 KONZERVATIVNÍ METODA</b> .....	29
<b>1.8.2 CHIRURGICKÁ METODA</b> .....	30
<b>1.9 PREVENCE</b> .....	30
<b>2 VLIV PORODU NA VZNIK MOČOVÉ INKONTINENCE</b> .....	32
<b>2.1 VAGINÁLNÍ POROD</b> .....	32
<b>2.2 PARTUS PER SECTIONEM CEASAREAM</b> .....	33
<b>2.3 PARTUS PER FORCIPEM, VAKUUMEXTRAKTOREM</b> .....	33



<b>3 VÝSKYT INKONTINENCE MOČI U ŽEN PO PORODU V OKRESE PŘÍBRAM.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 METODIKA PRŮZKUMU.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU .....</b>	<b>36</b>
<b>4 DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>53</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>58</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**CMP** – cévní mozková příhoda

**CNS** – centrální nervový systém

**ICS** – Mezinárodní společnost pro kontinenci (International Continence Society)

**ISD** - Nedostatečnost svěrače (Intrinsic Sfincter Deficiency)

**IVU** - Intravenózní vylučovací urografie

**MOP** - mikrobiální obraz poševní

**OAB** - Hyperaktivní močový měchýř (Overactive bladder)

**QOL** - dotazník pro hodnocení kvality života (Quality of life)

**TVT** - tahuprostá vaginální páska (Tension-free Vaginal Tape)

**TVT-O** – transobturatorní páska (Tension-free Vaginal transObturator Tape)

**TVT-S** – tahuprostá vaginální páska – bezpečná metoda (Tension-free Vaginal Tape Secure)

**WHO** – Světová zdravotnická organizace (World health organization)

(VOKURKA, HUGO, 2010)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Avulze** - odtržení, vytržení

**Cystokéla** - sakovité vyklenutí a pokles močového měchýře do oblasti introitu při descensu pochvy a dělohy

**Descensus** – sestup, pokles

**Detruzor** – sval v močovém měchýři podílející se na jeho vyprazdňování

**Episiotomie** – chirurgické nastřížení hráze při porodu

**Extrophia vesicae** – vrozená vývojová vada

**Foramen obturatorum** – otvor v kostěné pánvi tvořený rameny sedací a stydké kosti

**Forceps** - kleště

**Hematurie** – přítomnost krve v moči

**Hyperreflexie** – zvýšení reflexů při výpadku jejich přirozeného tlumení

**Hysterophory** – první pomůcky, které se používaly k léčbě inkontinence moči

**Inervace** – zásobování části těla nervovými vlákny prostřednictvím určitého nervu

**Kontraindikace** – jakýkoliv stav pacienta, který znemožňuje provedení léčebného nebo diagnostického výkonu včetně podání léků

**Kontrakce** – stažení svalu

**Inkontinence** - neschopnost udržet moč

**Insuficience** - nedostatečnost

**Intraabdominální tlak** – nitrobřišní tlak

**Introitus vaginae** – poševní vchod

**Mobilita** - pohyblivost

**Nauzea** – nevolnost, pocit na zvracení

**Nervus pudendus** – nerv vycházející z plexus sacralis

**Nykturie** – časté močení v noci

**Partus per forcipem** – porod kleštěmi

**Partus per sectionem caesaream** – porod císařským řezem

**Pesar** – pomůcka, pomáhající udržení dělohy v patřičné pozici při poklesu

**Peripartální období** – období před porodem, kolem porodu

**Píštěl** – abnormální kanálek tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem

**Polakisurie** – časté nucení na moč

**Postpartální období** – poporodní období

**Primipara** - prvorodička

**Protrahovaný porod** – dlouhotrvající porod

**Residuum** - zbytek

**Sfinkter** - svěrač

**Suprapubicky** – týkající se oblasti nad sponou stydkou

**Tonus** - napětí

**Tumor** - nádor

**Ureter** - močovod

**Uretra** – močová trubice

**Uretrovezikální spojení** – spojení týkající se močové trubice

**Uropoetický** - týkající se tvorby moči

**Vakuumextrakce** – druh porodnického zákroku, používající podtlak k ukončení komplikovaného porodu

(VOKURKA, HUGO, 2010)

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Hysterophory .....	I
Obrázek 2 Kostkový pesar .....	I
Obrázek 3 Uretrální pesar .....	I
Obrázek 4 Princip Burchovy operace .....	II
Obrázek 5 Princip zavedení TVT pásky .....	II
Obrázek 6 Konečná poloha zavedení TVT pásky .....	II
Obrázek 7 Transobturátorové vedení pásky .....	III
Obrázek 8 Jednotlivé operační kroky TVT-O .....	III
Obrázek 9 Gaudenzův dotazník .....	IV

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace Blaiivas-Olsonova .....	20
Tabulka 2 Věková struktura.....	36
Tabulka 3 Dosažené vzdělání respondentek .....	37
Tabulka 4 Zaměstnání respondentek .....	38
Tabulka 5 Hmotnost respondentek před otěhotněním .....	39
Tabulka 6 Přírůstek váhy .....	40
Tabulka 7 Počet porodů .....	41
Tabulka 8 Hmotnost dětí.....	42
Tabulka 9 Doba po porodu .....	43
Tabulka 10 Výskyt inkontinence moči .....	44
Tabulka 11 Objevení problémů .....	45
Tabulka 12 Vymizení problémů .....	46
Tabulka 13 Zlepšení stavu .....	47
Tabulka 14 Informovanost o prevenci .....	48
Tabulka 15 Prevence inkontinence .....	49
Tabulka 16 Kegelovy cviky .....	50
Tabulka 17 Způsob porodu .....	51
Tabulka 18 Episiotomie .....	52

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věková struktura .....	36
Graf 2 Dosažené vzdělání respondentek.....	37
Graf 3 Zaměstnání respondentek .....	38
Graf 4 Hmotnost respondentek před otěhotněním.....	39
Graf 5 Přírůstek váhy .....	40
Graf 6 Počet porodů.....	41
Graf 7 Hmotnost dětí .....	42
Graf 8 Doba po porodu .....	43
Graf 9 Výskyt inkontinence moči .....	44
Graf 10 Objevení problémů .....	45
Graf 11 Vymizení problémů .....	46
Graf 12 Zlepšení stavu .....	47
Graf 13 Informovanost o prevenci.....	48
Graf 14 Prevence inkontinence.....	49
Graf 15 Kegelovy cviky.....	50
Graf 16 Způsob porodu.....	51
Graf 17 Episiotomie.....	52

## ÚVOD

Téma bakalářské práce pojednává o inkontinenci žen po porodu. V současné době se stává toto téma čím dál více aktuálním. Zdaleka se již netýká jen starších lidí, ale postižena je i mladá populace.

Inkontinence je symptom, nikoliv nemoc jako taková. Inkontinence moči je tabuizované téma. Populace by měla mít možnost získat o močové inkontinenci dostatek informací a neměla by se o ní stydět mluvit. Důležitou úlohu zde hraje i prevence, která je nedílnou součástí a základem.

Inkontinencí moči se zabývají lékaři a vědci již řadu let. Existuje mnoho vědeckých studií zkoumajících příčiny vzniku či rizikové faktory. Dále jsou to studie zabývající se epidemiologií.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a z části praktické. V teoretické části se zabýváme inkontinencí moči, věnujeme se její historii, epidemiologii, klasifikaci a etiologii. Dále zde popisujeme rizikové faktory, možnosti její léčby a prevenci. Další kapitolou je vliv porodu na vznik močové inkontinence, kde rozlišujeme vaginální porod, císařský řez, dále porod per forcipem a vakuumextraktorem a jejich vliv na vznik močové inkontinence. V praktické části zjišťujeme pomocí anonymních dotazníků výskyt inkontinence moči u žen po porodu v okrese Příbram.

Cílem bakalářské práce je zjistit výskyt inkontinence moči po porodu v okrese Příbram, přiblížit pojem inkontinence, více seznámit čtenáře s touto problematikou a poukázat na prevenci jako základ a nedílnou součást života. Bakalářská práce je určena jak laické veřejnosti, tak i porodním asistentkám. Tato práce bude také sloužit jako zdroj informací studentům zdravotnických škol a také ženám, které trpí inkontinencí.



# 1 INKONTINENCE MOČI

*Inkontinence moči je dle ICS definována jako stav nedobrovolného úniku moči, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém, a který je objektivně prokazatelný (KRČMÁŘ, 2010, s. 46).*

Únik moči se týká všech věkových skupin obou pohlaví, a to bez výjimek. Průzkumy ukazují, že postihuje 10-25 % žen mladšího věku. Mnoho postižených lidí se stydí promluvit a přiznat si, že tímto problémem trpí. Existuje mnoho studií, zabývajících se problematikou inkontinence. Zkoumají se nové způsoby léčby v rámci farmakoterapie (BUDAYOVÁ, SOUKUPOVÁ, 2010).

## 1.1 HISTORIE

Již od konce 19. století se objevují první zmínky o léčbě močové inkontinence a poruch dolního močového traktu. Mnoho lékařů se snažilo vymyslet, jak pomoci pacientkám v léčbě inkontinence moči. Ať už to byl doktor Kelly, který rozvedl operační léčbu píštělí či doktor Stoeckel, který v roce 1917 přistupoval k léčbě inkontinence suprapubicky. A dále se objevovalo mnoho dalších návrhů a řešení. Pravděpodobně největším úspěchem byl v roce 1965 návrh doktora Johna Burche, který popsal kolpopexi a užil ji v praxi při řešení stresové inkontinence. Právě jeho operace je nyní tzv. „zlatým standardem“.

Také otázkou vlivu porodu na inkontinenci moči se zabývají gynekologové řadu let, již od vzniku oboru. I dnes se lékaři věnují této problematice, ale díky technice a rozvoji medicíny mají již více informací a možností, jak minimalizovat její výskyt (HALAŠKA, 2005).

Již v dávné době se vymýšlely různé pomůcky, jak řešit inkontinenci moči a sestup rodidel. Jako první byly vymyšleny hysterophory. Jednalo se o kuželovité předměty zavádějící se do pochvy, které držely pomocí třmenů. Od hysterophorů se poté upustilo a přistoupilo se k používání pesarů. Těch na začátku 20. století existovalo

již kolem 120 typů. Pesary byly z různých materiálů. Ať už to byl kov, porcelán, kámen, guma, kaučuk či sklo. Tyto pomůcky se používají dodnes, avšak výrobním materiálem je nyní silikon. Mají také různé tvary, například kruhové, kostkové a uretrální, které se používají k léčbě stresové inkontinence (HORČIČKA, 2002).

## **1.2 EPIDEMIOLOGIE**

Existuje mnoho studií, které sledují vývoj inkontinence a také epidemiologii. Udává se, že až 65 % žen trpí inkontinencí. V rozmezí 20-30 % trpí inkontinencí moči ženy ve věku mladším a toto číslo se čím dál více zvyšuje. U žen ve středním věku se objevuje ve 30-40 %. Ženám staršího věku je přisuzován 40-50% výskyt inkontinence moči. Počet pacientek postižených močovou inkontinencí se zvyšuje. Prevalence v těhotenství stoupá na 30-60 %. Po porodu se inkontinence dočasně vyskytuje až u 32 % žen.

Stresová inkontinence moči se vyskytuje ve 49 %, po ní následuje smíšená inkontinence, vyskytující se ve 29 % a dále urgentní inkontinence, jejíž výskyt je 21%. Navzdory těmto statistikám vyhledá pomoc jen 10 % žen trpících inkontinencí moči (KAWACIUK, 2009), (STRUPPL, 2008).

## **1.3 TYPY INKONTINENCE**

Existuje několik klasifikací, jak močovou inkontinenci rozdělit. Klasifikace inkontinence jsou realizovány v souvislosti s různými kritérii a byly vyvinuty Standardizačním výborem Mezinárodní společnosti pro kontinenci. Jednou z možností je dělení dle klinických projevů (MARTAN a kol., 2006).

### **1.3.1 URETRÁLNÍ**

Uretrální inkontinence znamená únik moči uretrou. Do této skupiny spadá inkontinence stresová, urgentní, smíšená, reflexní a paradoxní (KAWACIUK, 2009).

## **Stresová inkontinence**

*Jedná se o pasivní únik moči uretrou jako následek zvýšení intraabdominálního tlaku, který vzniká při insuficienci uzávěrového mechanismu, bez současné kontrakce detruzoru (MARTAN, 2011, s. 24).*

Jedná se tedy o mimovolní únik moči, který je závislý na fyzických aktivitách (skákání, běh, zdvihání předmětů, chůze, ale také smích, kašel). Tuto formu inkontinence také charakterizuje to, že při ní nedochází k nucení na močení. Stresová inkontinence je nejčastěji se vyskytujícím typem. Postihuje řadu žen v těhotenství i po porodu (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Dle WHO postihuje stresová inkontinence 49 % žen. V dnešní době je již prokázán vliv vaginálního porodu na vznik a vývoj močové inkontinence. Proto je také problematika inkontinence vědecky studována a mnohé studie tuto souvislost prokazují. Je dokázáno, že se tento typ inkontinence u primipar v průběhu gravidity vyskytuje ve 23 až 70 %. Výskyt močové inkontinence je dosažen vrcholu v období peripartálním a postpartálním. Tedy kolem porodu a těsně po něm. Spousta žen se vrátí do stavu jako před porodem, avšak určité procento žen se potýká s poruchami pánevního dna a s močovou inkontinencí i po porodu (KRČMÁŘ, 2010).

Stresovou inkontinenci můžeme klasifikovat dle Ingelmana – Sundberga na tři stupně: 1. stupeň, lehká forma. Při tomto stupni moč uniká již při kýchnutí, kašli, smíchu. Inkontinence vznikne při nenadálém zvýšení intraabdominálního tlaku. 2. stupeň, střední forma. K úniku moči dojde při lehké fyzické práci a při rychlé chůzi. Příčinou je mírné zvýšení intraabdominálního tlaku. 3. stupeň, těžká forma. Tento stupeň je stupněm nejzávažnějším. Moč uniká téměř trvale, stačí jen malá fyzická námaha. Třetí stupeň se vyskytuje jen výjimečně. Nejvíce je zastoupen 1. a 2. stupeň (CHMEL, 2010).

Další klasifikací stresové inkontinence je Blaivas-Olsonova klasifikace. Jedná se o posuzování konfigurace a mobility hrdla močového měchýře a uretry, a to jak v klidu, tak při podnětu vyvolaným stresem (KAWACIUK, 2009).

**Tabulka 1 Klasifikace Blaivas-Olsonova**

Typ	Popis
<b>0</b>	stresová inkontinence jenom v anamnéze, ale únik moče objektivně nebyl prokázán. Hrdlo měchýře a proximální uretra jsou při urodynamickém vyšetření v klidu zavřené a lokalizované v úrovni dolního okraje symfýzy nebo nad ní. Během stresového podnětu hrdlo měchýře a proximální uretra poklesávají, otevírají se a nabývají obdobné konfigurace jako u typů I a II stresové inkontinence
<b>I</b>	hrdlo měchýře je v klidu zavřené a lokalizované nad dolním okrajem symfýzy. Během stresového podnětu se hrdlo a proximální močová trubice otevírají a poklesávají o < 2 cm a při zvýšeném nitrobřišním tlaku se objevuje únik moče. Nemocná má malou nebo žádnou cystokélu
<b>IIA</b>	hrdlo měchýře je v klidu zavřené a nad dolním okrajem symfýzy. Během stresového podnětu se hrdlo i uretra otevírají a jeví charakteristický rotační pokles při cystouretrokéle
<b>IIB</b>	hrdlo měchýře je v klidu zavřené a lokalizované v úrovni dolního okraje symfýzy nebo pod ní. Během stresu může, ale nemusí dále poklesnout; proximální uretra se otevírá se zjevným únikem moče
<b>III</b>	hrdlo měchýře a proximální uretra jsou otevřené v klidu i při absenci detruzorové kontrakce. Proximální močová trubice již nefunguje jako sfinkter. Je prokazatelný zřetelný únik moče, který je buď v souvislosti s gravitací, nebo s minimálním zvýšením intravezikálního tlaku

Zdroj: Kawaciuk, 2009, s. 273

### **Urgentní inkontinence**

Urgentní inkontinence je druhým nejčastějším typem. Tento typ se vyznačuje náhlým, vůlí neovladatelným nucením na močení, kdy dojde k úniku moči. Příčinou tohoto jevu je křečovitě stažení svalů močového měchýře. Charakteristické je časté vyhledávání toalety. Postižené ženy většinou již nestihnou na toaletu doběhnout (CHMEL, 2001).

Nemocní se stěžují na to, že pokud začnou močit, nemohou proud moči přerušit. Typický je též únik moči hned po probuzení a po vstání z lůžka. Urgentní inkontinenci ještě dále rozlišujeme, a to na motorickou a senzoryckou formu. U motorické formy se vyskytuje hyperaktivita detruzoru. Senzorycká forma se projevuje hypersenzitivitou receptorů detruzoru. Zvláštním typem je hyperaktivní močový měchýř, který zahrnuje soubor příznaků (KROFTA, FEYREISL, 2010).

## **Hyperaktivní močový měchýř – OAB**

Dle ICS je hyperaktivní močový měchýř definován čtyřmi příznaky: urgencye, inkontinence, frekvence močení a nykturie. Urgence je náhlý pocit na močení, který nejde oddálit. Inkontinence je jakýkoliv nedobrovolný únik moči. Frekvence (časté močení) - jedná se o velmi časté močení (8 i více mikcí za den). Nykturie je časté probouzení během noci kvůli nucení na močení.

Hyperaktivní močový měchýř může a nemusí být spojený s inkontinencí moči. Rozlišujeme tzv. „suchou“ a „mokrou“ formu. Už z názvu vyplývá, že při suché formě pacientka netrpí inkontinencí moči, na rozdíl od formy mokré, kterou inkontinence provází (ZIKMUND, HANUŠ, 1995), (MARTAN, 2008).

### **Smišená**

Tento typ inkontinence, jak už vyplývá z názvu, je kombinací dvou předešlých. Tedy inkontinence stresové a urgentní. Spousta žen trpí příznaky jak stresové, tak urgentní inkontinence (KROFTA, FEYEREISL, 2010).

### **Reflexní**

*Jedná se o nechtěný únik moči z uretry zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení (MARTAN, 2008, s. 232).*

Pokud pacientka trpí poškozením CNS, přijde o kontrolu mikčního reflexu. Žena může trpět i různými příznaky, jako je například pocení (MARTAN, 2006).

### **Paradoxní**

Paradoxní inkontinence neboli inkontinence z přetékání se projevuje únikem moči z důvodu naplněného močového měchýře. Paradoxní inkontinenci charakterizuje neúplné vyprázdnění a zbytková moč v měchýři po vymočení. Při palpačním vyšetření je v podbříšku hmatný přeplněný močový měchýř, který někdy sahá až k pupku. Důležité je ultrazvukové vyšetření. Nález ukáže naplněný měchýř, který obsahuje i litr moči (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

### **1.3.1 EXTRAURETRÁLNÍ**

Jedná se o únik moči jinou cestou než uretrou. Extrauretrální močovou inkontinenci rozdělujeme na kongenitální a získanou (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

#### **Kongenitální**

Příkladem kongenitální tedy vrozené inkontinence je extrophia vesicae. Jedná se o rozštěp močového měchýře. Dále sem také patří ektopický ureter (SLEZÁKOVÁ, 2011).

#### **Získaná**

Tento druh inkontinence charakterizují píštěle, které mohou vzniknout po operacích či úrazech (SLEZÁKOVÁ, 2011).

## **1.4 ETIOLOGIE**

Příčinami vzniku močové inkontinence jsou abnormality svěrače a abnormality močového měchýře. Abnormality močového měchýře zahrnují zvýšenou aktivitu, nestálost detruzoru, hyperreflexii detruzoru. Hyperreflexie je ve většině případů vyvolána neurologickou příčinou, kterou může být například Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, CMP. Naopak nestálost detruzoru nesouvisí s neurologickými příčinami. V tomto případě se může jednat o nádor močového měchýře, dlouhodobě zavedený katetr či různé radikální operace.

U abnormalit svěrače se jedná o hypermobilitu močové trubice a ISD.

Další možné příčiny jsou ochablost svalů pánevního dna, porod, operace, traumata. K úniku moči vedou také anatomické a neurologické faktory. Jedna z příčin je taktéž multifaktoriální, kde je výskyt močové inkontinence častější u bělošek než u černošek (ČERMÁK, PACÍK, 2006), (KAWACIUK, 2009).

V graviditě dochází ke změnám pozice uretry a k poškození vnitřního sfinkteru vlivem hormonů a změnami anatomického umístění dolních močových cest z důvodu zvětšující se dělohy. Hormony, které se projevují, jsou estrogen, progesteron a relaxin.

Po porodu jsou to hormonální změny, které vedou ke vzniku močové inkontinence, ale především změny anatomické a poruchy inervace svalstva dna pánevního (MARTAN, 2006).

## 1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY

Inkontinence moči nepostihuje jen starší generaci, ale mnohdy i mladé ženy. Ke vzniku inkontinence vede spousta rizikových faktorů. Mezi ně spadá pohlaví. Inkontinencí moči trpí častěji ženy oproti mužům. Dalšími rizikovými faktory jsou věk, těhotenství, počet porodů, porodní cesta, operativní porod, gynekologické operace, obezita, menopauza, dlouhodobá těžká fyzická námaha.

Je prokázáno, že porod souvisí se vznikem močové inkontinence. Již v těhotenství trpí inkontinencí moči 30-60 % žen. Je to dáno hormonálními změnami, ale také zvětšující se dělohou, která poté klesá a tlačí na orgány v malé pánvi. Po porodu se většinou upraví, ale u určitého procenta žen tento problém přetrvává. Při porodu dochází k poškození svalů pánevního dna, ke ztrátě vaginální podpory a k rozvolnění závažných svalů. Dalším faktorem je počet porodů, ale také hmotnost plodu. Právě u žen, které porodily hypertrofní novorozence, je pravděpodobnější výskyt inkontinence moči. Rizikovým faktorem, který může vést k inkontinenci moči je prodloužená II. doba porodní a porod per forcipem či vakuumextraktorem.

Obezita je také faktor vedoucí k inkontinenci. Obezita zatěžuje celý organismus komplexně, proto je nutné udržovat si optimální tělesnou hmotnost. Působením dlouhodobého tlaku nitrobřišních orgánů vede obezita k descensu pánevních orgánů, které vyvolávají inkontinenci moči.

Také opakující se záněty močových cest mohou vést ke vzniku inkontinence. Mezi další rizikové faktory patří menopauza. Ženy nad 60 let mají až šestkrát vyšší riziko rozvoje inkontinence moči. Svou roli má i genetická predispozice (KAWACIUK, 2009), (BELKOV, HUSER, 2011), (HUDÁKOVÁ, NOVYSEDLÁKOVÁ, 2013).

## 1.6 DIAGNOSTIKA

Diagnostika nám slouží k potvrzení či vyloučení inkontinence. Diagnostika má tvořit základní posloupnost, kterou by měl lékař dodržovat. Vyšetřovací metody slouží k nálezům, objevení příčiny vzniku inkontinence. Vyšetření musí být pečlivé a kompletní (ZMRHAL, 2007), (MARTAN, 2006), (MARTAN, 2008).

### **Anamnéza**

Anamnéza má v diagnostice jistě své zastoupení. U pacientky se vyptáváme nejprve na rodinnou anamnézu, kde zjišťujeme, zda se objevují vrozené rozštěpové vady či případné anomálie, ať už v oblasti míchy nebo uropoetického traktu. Dále se ptáme na anamnézu osobní a gynekologickou. Svou úlohu má také sociální a pracovní anamnéza. Nedílnou součástí je urologická anamnéza, kde zjišťujeme, zda pacientka trpí polakisurií, bolestí za sponou, hematurii, nykturií či silným nucením na močení. Využívají se různé způsoby, jak zjistit obtíže, kterými pacientka trpí. Jedná se o tzv. Gaudenzův dotazník nebo se také používá dotazník pro hodnocení kvality života – QOL. Pro získávání informací je vhodné vést si tzv. mikční deník, kam si pacientky píšou příjem tekutin a mikční návyky (MARTAN, 2008).

### **Fyzikální vyšetření a klinické testy**

Fyzikální vyšetření zahrnuje i pečlivou gynekologickou prohlídku. Při gynekologickém vyšetření se hodnotí stav hráze, jizvy po episiotomiích. Dále se zaměřuje na poševní introitus, ústí uretry a poševní stěny. Důležité je také zhodnotit kontraktilitu svalů pánevního dna. Mezi klinické testy patří Marshallův test, kdy se močový měchýř plní 200 ml sterilní tekutiny. Pokud pacientka trpí stresovou inkontinencí, při zakašlání moč uniká. Q-tip test také patří do skupiny klinických testů. Test slouží k orientaci o pohyblivosti uretrovezikálního spojení. Dále je to Pad-weight test. Pad-weight test spočívá ve vážení vložek, které určí, jaké množství moči uniká. Vážení se provádí před normálními úkony a aktivitami (chůze, chůze do schodů, kašlání) a po nich.

Mezi fyzikální vyšetření patří laboratorní vyšetření. V laboratorním vyšetření hodnotíme mikrobiální obraz poševní – MOP, kultivaci moči a močový sediment.



Velmi důležitou součástí je endoskopické vyšetření, při kterém se vyloučí přítomnost tumoru či různé změny na hrdle močového měchýře (MARTAN, 2008), (KAWACIUK, 2009), (HIBLBAUER ml., HIBLBAUER st., 2011).

Leak point pressure je *tlak, při kterém uniká moč z uretry* (MARTAN, 2006, s. 42).

1. *detrusor leak point pressure* – zvýšení tlaku v močovém měchýři, který zapříčiní únik moči bez současného zvýšení intraabdominálního tlaku

2. *abdominal leak point pressure* – únik moči při zvýšení tlaku dutiny břišní bez současné kontrakce detruzoru (MARTAN, 2006).

### **Zobrazovací metody**

Metody, které se používají v diagnostice inkontinence, jsou cystouretrie, intravenózní vylučovací urografie a ultrazvukové vyšetření.

Cystouretrie je přínosná a velice důležitá. Používá se tehdy, pokud se zjišťuje přítomnost tumoru močového měchýře, nebo se také tímto vyšetřením prokazují změny na hrdle.

Intravenózní vylučovací urografií (IVU) vyšetřujeme uretrovaginální píštěle vznikající velmi často po chirurgických operacích. IVU pomáhá hodnotit míru poškození, neslouží však ke zjištění příčiny vzniku inkontinence.

Ultrazvukové vyšetření se využívají k odhalení typu a původu močové inkontinence. Mimo jiné se také pomocí nich hodnotí paravaginální defekt, mobilita a pozice uretry, postmikční reziduum a tloušťka detruzoru (MARTAN, 2008).

### **Urodynamické vyšetřovací metody**

Urodynamické metody nám podávají zprávy o morfologii, hydrodynamice a fyziologii transportu a shromažďování moči. K urodynamickým metodám patří uroflowmetrie, cystometrie, uretrální tlakový profil a elektromyografie. Uroflowmetrie slouží k posouzení průběhu mikce a podání informace o vyprazdňování močového

měchýře. Po ukončení vyprazdňování může zůstat v močovém měchýři zbytková moč, tzv. reziduum. Cystometrie je nejpoužívanější metodou. Sleduje se spojitost mezi objemem močového měchýře a jeho tlakem. Uretrální tlakový profil, jak už z názvu vyplývá, měří tlak v délce uretry a v močovém měchýři. Tato metoda se moc neprovádí. Elektromyografie sleduje elektrické potenciály v oblasti pánevního dna. Měření se provádí různými elektrodami, a to bipolárními, rektálními, vaginálními či adhezivními (ČERMÁK, PACÍK, 2006), (MARTAN, 2006).

## **1.7 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE**

Léčba inkontinence spočívá v navrácení kontinence, vyhnutí se případným komplikacím a zlepšení kvality života. Terapii stresové inkontinence můžeme rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Je doporučováno začít od méně náročné a neinvazivní léčby, tedy metodami konzervativními. Před zahájením léčby musí být provedena pečlivá diagnostika (SLEZÁKOVÁ, 2011).

### **1.7.1 KONZERVATIVNÍ METODA**

Do konzervativní léčby spadá spousta metod, které lze využít k léčbě stresové inkontinence moči. Těmito metodami jsou gymnastika, elektrostimulace, vaginální kónusy, farmakoterapie, estrogeny a pesaroterapie (ZMRHAL, 2007), (KAWACIUK, 2009).

#### **Gymnastika pánevního dna**

Ochablé svalstvo může být příčinou vzniku stresové inkontinence. K posílení svalů pánevního dna se využívají Kegelovy cviky. Cvičení spočívá ve stahování a uvolňování svalů pánevního dna. Pacientka si cvičením uvědomuje, který sval zodpovídá za udržování moči. Aby bylo cvičení účinné, mělo by se provádět třikrát denně, 10-20 minut (ZMRHAL, 2007).

## **Elektrostimulace**

Podstatou elektrostimulace jsou elektrody, které vydávají elektrické impulzy. Ty způsobí kontrakci příčně pruhované svaloviny. Nejlepší je využívat frekvenci 50 Hz, po dobu 20 minut. Stimulace způsobí tlak, který uzavře uretru a způsobí tonus svalstva pánevního (ZMRHAL, 2007).

## **Vaginální kónusy (Femcon)**

Jedná se o závaží, která mají kónický tvar a vkládají se do pochvy. Žena si zavádí nejdříve nejlehčí závaží a poté, když s nimi zvládá chodit a udržet je, zavede si těžší závaží. Léčba spočívá v posilování svalů pánevního dna, kdy žena musí tyto svaly stahovat, aby kónusy nevyklouzly (KAWACIUK, 2009).

## **Farmakoterapie**

V dřívější době se k léčbě stresové inkontinence užívaly agonisté –  $\alpha 1$  adrenergických receptorů. Ty však vyvolávaly tachykardii a hypertenzi. Nyní se používá duloxetin. Duloxetin způsobuje zvýšení tonu zevního svěrače uretry. Může způsobit nauzeu, únavu, nespavost či zácpu (KAWACIUK, 2009).

## **Pesaroterapie**

Pesary jsou další možností konzervativní léčby. Omezují příznaky stresové inkontinence. Při používání pesarů dochází ke změně anatomických poměrů, tedy změně polohy hrdla močového měchýře. Existují různé tvary pesarů, např. kruhové či pesary ve tvaru kostky.

Důležitou a nepostradatelnou součástí léčby je edukace. Edukace by měla být samozřejmostí každé porodní asistentky, zdravotní sestry a lékařů (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

## 1.7.2 CHIRURGICKÁ METODA

Chirurgická léčba je jednou z nejvíce prováděných a neúčinnějších metod. Operuje se stresová inkontinence moči, popřípadě smíšený typ. Vyskytuje se více možností a způsobů, kterými lze operativně řešit stresovou inkontinenci. Dříve se nejčastěji volila metoda plastiky přední poševní stěny. Tato operace byla velmi často spojena s vaginální hysterektomií.

Mezi další metody řešení inkontinence moči patří kolpopexe a kolposuspenze dle Burche. Kolpopexe dle Burche spočívá v zachycení fascie v místě, kde se nachází hrdlo močového měchýře. Zachycení se provádí nevstřebatelnými stehy, které nesmí být fixovány nadměrným tlakem. Kolposuspenze, tedy „zlatý standard“, jak je nazývána, je nejrozšířenější operací. Její úspěšnost je 84-91%. Podstatou kolposuspenze je závěs hrdla močového měchýře a uretry pomocí nevstřebatelných stehů (ČERMÁK, PACÍK, 2006), (MARTAN, 2008).

V současné době dostávají do popředí miniinvazivní operace. Jsou to TVT, TOT/TVT-O a TVT-S. Indikací k těmto druhům operací je hypermobilita uretry nebo insuficience vnitřního svěrače.

Principem TVT operace je vytvoření opory uretry. Ta se provádí vaginální páskou, která má speciální síťovou strukturu. Páska slouží k opoře uretry, která odolává změnám intraabdominálního tlaku. TVT patří mezi smyčkové operace. Výhodou této operace je komunikace a spolupráce s pacientkou, poněvadž se tato operace provádí v epidurální anestezii. Pacientka tak může komunikovat s lékařem. TVT operace je považována za nejmodernější léčbu.

Další metodou je TOT/TVT-O. Je v podstatě stejná jako TVT. Rozdílem mezi TVT a TVT-O je uložení pásky. Páska při TVT-O operaci prochází přes foramen obturatorum a vyvede se v oblasti genitofemorální rýhy. Výhodnější je TVT-O operace, neboť je jednodušší a bezpečnější.

TVT-S je další metoda řešení stresové inkontinence. Jedná se o novou operační metodu, využívající pouze krátkou polypropylenovou pásku. Tato polypropylenová páska slouží ke stabilizaci uretry. Výhodou operace je minimální zátěž pacientky (SLEZÁKOVÁ, 2011), (ČERMÁK, PACÍK, 2006).

Po porodu je nejvhodnější začít konzervativní léčbou, tedy gymnastikou nebo elektrostimulací. Pokud však inkontinence moči přetrvává a žena neplánuje další graviditu, je možné přistoupit i k metodě chirurgické (MARTAN, 2011).

## **1.8 LÉČBA URGENTNÍ INKONTINENCE**

Samozřejmostí je včasná a správná diagnostika. Poté můžeme zahájit léčbu. Jako u léčby stresové inkontinence i u léčby urgentní inkontinence volíme nejdříve léčbu konzervativní. Pokud nemá konzervativní léčba žádný efekt a nedochází ke zlepšení stavu, přistupuje se k léčbě chirurgické. Ovšem v léčbě urgentní inkontinence převládá konzervativní metoda (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

### **1.8.1 KONZERVATIVNÍ METODA**

Do konzervativní metody spadá více možností, které můžeme volit. Řadíme sem behaviorální léčbu, medikamentózní léčbu a elektrostimulaci (SLEZÁKOVÁ, 2011).

#### **Behaviorální léčba**

Principem behaviorální léčby je získat zpět kontrolu CNS (centrálního nervového systému) nad funkcí močového měchýře. Do této skupiny řadíme trénink močového měchýře, kdy se dosahuje prodlužování intervalu mezi mikcemi. Psychoterapie, hypnóza, biofeedback a akupunkturu (SLEZÁKOVÁ, 2011), (KAWACIUK, 2009).

#### **Medikamentózní léčba**

Medikamentózní léčba využívá parasimpatolytika, spasmolytika, antidepresiva a estrogeny. Tato metoda je v současné době nejrozšířenější a nejúspěšnější (ROB, CITTERBART, MARTAN, 2008).

## **Elektrostimulace**

Elektrostimulace využívá elektricky stimulovaná aferentní vlákna nervus pudendus. Ovlivňován je také vegetativní systém, dochází ke stimulaci  $\beta$ -sympatických receptorů v močovém měchýři (SLEZÁKOVÁ, 2011).

### **1.8.2 CHIRURGICKÁ METODA**

K operačním metodám se přistupuje minimálně. Když už se přistoupí k této metodě, volí se augmentační enterocystoplastika. Indikací je snížená kapacita močového měchýře (KAWACIUK, 2009).

## **1.9 PREVENCE**

Prevence inkontinence je velice důležitá a v žádném případě by neměla zůstat opomíjena. Základním prvkem prevence je úprava životního stylu. To znamená optimalizace hmotnosti a pohybový režim. Dále bychom se měli vyhnout velmi fyzicky náročné práci, předcházet infekcím jak močového ústrojí, tak ústrojí pohlavního, popřípadě vyhledat lékaře a zvolit správnou léčbu. Dodržovat pitný režim, tedy vypít minimálně 2 litry tekutin denně. Měli bychom vyloučit kávu a alkoholické nápoje. Samozřejmostí je hygiena pohlavního života. Hygienou se rozumí osprchování a vymočení se po pohlavním styku. Nedílnou součástí prevence je cvičení pánevního dna, tzv. Kegelovy cviky. S cvičením můžeme začít již před těhotenstvím, ale ani gravidita není kontraindikací ke cvičení, ba naopak. V těhotenství a po porodu se doporučuje posilovat pánevní dno. Toto cvičení pozitivně ovlivňuje problémy s inkontinencí, je i prevencí obtíží do budoucna a také usnadňuje průběh těhotenství a porod. Kegelovy cviky jsou cviky, které napínají a posilují pánevní svaly. Před cvičením je důležité nacvičit správné břišní dýchání a naučit se, jaké svaly stahovat a posilovat. Možností, jak vnímat tyto svaly, je přerušování proudu moči. Tím si uvědomíte, které svaly se mají správně stahovat. Cvičení je nutné provádět třikrát denně po dobu 10 minut.

Další možností prevence je cvičení mohendžodáro. Jedná se o tantra jógu. Při cvičení mohendžodáro se posilují svaly vaginy, která se stává pevnější a zároveň pružnější. Cvičením se také velmi prokrví pánevní dno a tím se zmenšuje riziko opakování zánětů (SLEZÁKOVÁ, 2011), (LUCAS, 1999).

## 2 VLIV PORODU NA VZNIK MOČOVÉ INKONTINENCE

Stresová inkontinence moči a porod spolu úzce souvisí. To dokazují i mnohé vědecké studie, které se touto problematikou zabývají. Výskyt inkontinence moči se rapidně zvyšuje a právě i porod a těhotenství na tom mají svůj podíl. V období těhotenství a těsně po porodu dochází k vzestupu inkontinence moči.

### 2.1 VAGINÁLNÍ POROD

Vaginální porod hraje velikou roli a má značný vliv na vznik močové inkontinence. Průchod dítěte porodními cestami může způsobit jejich poranění. Pánevním traumatismem se zabývají gynekologové a porodníci již desetiletí a je velmi diskutovaným tématem. Při porodu dochází k poraněním pánevního dna a ta mohou vést ke vzniku inkontinence moči. V průběhu porodu dochází k poškození svalovým, nervovým, poraněním závěsného aparátu a orgánů malé pánve. Svalová poranění při porodu jsou nejčastěji lokalizována v distální části levatoru, tzv. musculus puborectalis. Proto, aby se hlavička porodila, musí se svalová vlákna roztáhnout až na trojnásobek své délky. Proto vlivem porodu může dojít k avulzi, tedy odtržení svalu od jeho úponu. Je popsáno, že k jednostranné avulzi dochází až ve 20 % a k oboustranné v 5 %. Nervová poranění jsou hlavně v oblasti nervus pudendus. Ani poranění závěsného aparátu nejsou při porodu nijak výjimečná. Fascie se musí velmi roztáhnout, aby hlavička prošla. Při zapojení břišního lisu je aparát posunut směrem dolů, což v jistých případech vede k odtržení fascie. Právě defekt v oblasti močové trubice vede ke vzniku stresové inkontinence moči. Poranění v oblasti močového měchýře vede ke vzniku cystokély. Poruchou rektovaginálního septa vznikne rektokéla. K descensu pochvy a dělohy vede poranění uterosakrálních a kardinálních vazů.

Je i důležité se zmínit o extrauretrální inkontinenci. Při extrauretrální inkontinenci moč neodchází uretrou, ale píštělí. Píštěl vzniká při protrahovaných porodech. Jedná se o tzv. obstructed labour - nepostupující porod u žen, které rodí v zemích s nedostatečnou porodní asistencí. Dlouhodobým tlakem hlavičky dochází k ischemii a tím ke vzniku píštělí, které handicapují ženy po zbytek života. K poranění orgánů malé pánve, zejména pochvy dochází téměř vždy. Vzácností je poranění



močového měchýře, uretry či rekta. K těmto poraněním dochází při použití forcepsu (ŠOTTNER, 2009), (OTČENÁŠEK, 2009), (KAŠÍKOVÁ, 2012), (KAŠÍKOVÁ, 2008).

## **2.2 PARTUS PER SECTIONEM CEASAREAM**

U plánovaného císařského řezu není prokázána souvislost se vznikem močové inkontinence. Plánovaný císařský řez působí protektivně. Mnoho žen nechce родit spontánně, protože se bojí, mimo jiné, vzniku inkontinence. Avšak císařský řez má mnoho jiných komplikací stejně jako porod vaginální. Jinou úlohu zde hraje akutní císařský řez u probíhajícího porodu. V tomto případě stoupá riziko vzniku inkontinence (KRČMÁŘ, 2010), (SKÁLOVÁ, 2007).

## **2.3 PARTUS PER FORCIPEM, VAKUUMEXTRAKTOREM**

Porod per forcipem je považován za číslo jedna v souvislosti se vznikem stresové inkontinence moči po porodu. Při porodu per forcipem může dojít k poškození močového měchýře či močové trubice, a to je příčinou vzniku inkontinence moči. Nejčastěji dojde k poranění močového měchýře při horizontálním sklouznutí kleští. Pozdní komplikací může být descensus poševních stěn a dělohy, které jsou často spojené právě s močovou inkontinencí. U použití vakuumextraktoru je riziko inkontinence podstatně menší. Je to tím, že se pelotka vakuumextraktoru nasadí na hlavičku plodu a nezvětšuje se tak její obvod, jako je to u použití forcepsu a tudíž je poranění tkání rodičky také podstatně nižší (ČECH, 2006).

## **3 VÝSKYT INKONTINENCE MOČI U ŽEN PO PORODU V OKRESE PŘÍBRAM**

### **3.1 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU**

#### **Průzkumný problém**

Výskyt inkontinence moči u žen po porodu v okrese Příbram.

#### **Průzkumné cíle**

**Cíl 1:** Zjistit výskyt inkontinence moči po porodu v okrese Příbram v období od prosince 2013 do ledna 2014.

**Cíl 2:** Zjistit příčiny vzniku inkontinence moči u respondentek do 5 let po porodu.

**Cíl 3:** Zjistit, zda ženy dbají na prevenci.

#### **Průzkumné otázky:**

**Otázka 1:** Jaké je procentuelní zastoupení močově inkontinentních žen v okrese Příbram?

**Otázka 2a:** Byl respondentkám proveden operativní porod?

**Otázka 2b:** Je u inkontinentních žen a jejich dětí prokazatelně vyšší hmotnost?

**Otázka 3a:** Jak se ženy brání vzniku inkontinence?

**Otázka 3b:** Využívají respondentky jako součást prevence Kegelovy cviky?

## **3.2 METODIKA PRŮZKUMU**

Metodika průzkumu je kvantitativní. Průzkumnou metodou k získání informací byl zvolen dotazník. Nejdříve jsme provedli pilotní studii, kde jsme rozdali 15 dotazníků, abychom zjistili jejich srozumitelnost. Vlastní průzkum jsme prováděli od prosince 2013 do ledna 2014. Výsledky jsme zpracovávali během února 2014.

### **Průzkumný soubor**

Průzkumný soubor tvořily ženy ve věku 20-35 let a více, které navštěvovaly ordinaci obvodního gynekologa v Příbrami. Průzkum byl cílený.

### **Technika dotazníku**

Dotazník vlastní konstrukce tvoří 17 položek. Informace byly zjišťovány v Příbrami, v ordinaci obvodního gynekologa, kde jsme oslovili 80 žen. Dotazník je složen z otevřených, uzavřených, polouzavřených otázek.

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, 10 se nám jich nevrátilo, tudíž jich bylo vyplněno 70. Jejich návratnost byla 88%. Data byla dále zpracována a statisticky vyhodnocena. Položky jsou zpracovány do tabulek a grafů s procentuelním vyjádřením.

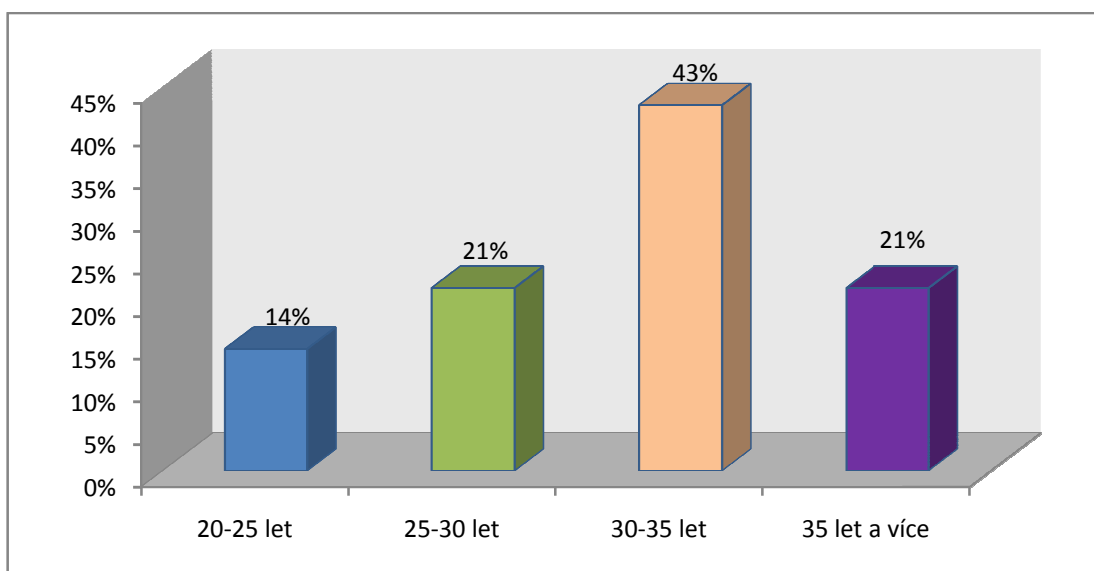
### 3.3 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU

#### Položka č. 1 – Uved'te Váš věk

Tabulka 2 Věková struktura

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-25 let	10	14 %
25-30 let	15	21 %
30-35 let	30	43 %
35 let a více	15	21 %
celkem	70	100 %

Graf 1 Věková struktura



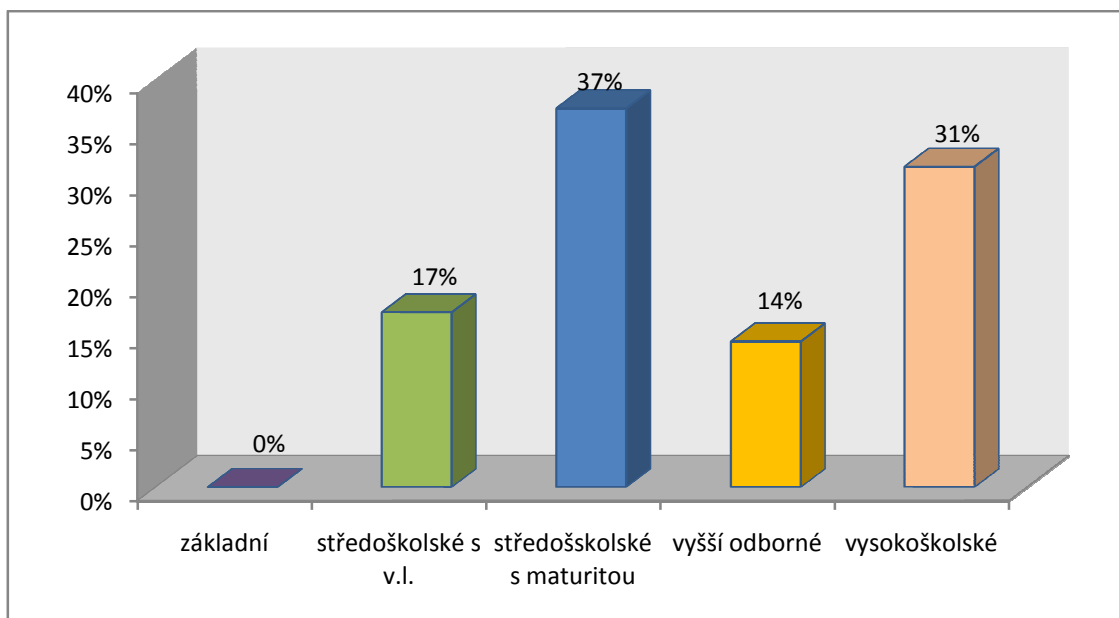
Položka č. 1 se zabývá věkovou strukturou. Z celkového počtu 70 respondentek odpovědělo 10 respondentek ve věku od 20-25 let, tedy 14 %, ve věku 25-30 let odpovědělo 15 respondentek (21 %). Ženy ve věku 30-35 let odpověděly 30 krát, tj. 43 %, jedná se o nejpočetnější zastoupení. Poslední kategorie, 35 let a více, odpověděla 15krát, tedy 21 %.

## Položka č. 2 – Vaše dosažené vzdělání

Tabulka 3 Dosažené vzdělání respondentek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>základní</b>	0	0 %
<b>středoškolské s v.l.</b>	12	17 %
<b>středoškolské s maturitou</b>	26	37 %
<b>vyšší odborné</b>	10	14 %
<b>vysokoškolské</b>	22	31 %
<b>celkem</b>	70	100 %

Graf 2 Dosažené vzdělání respondentek



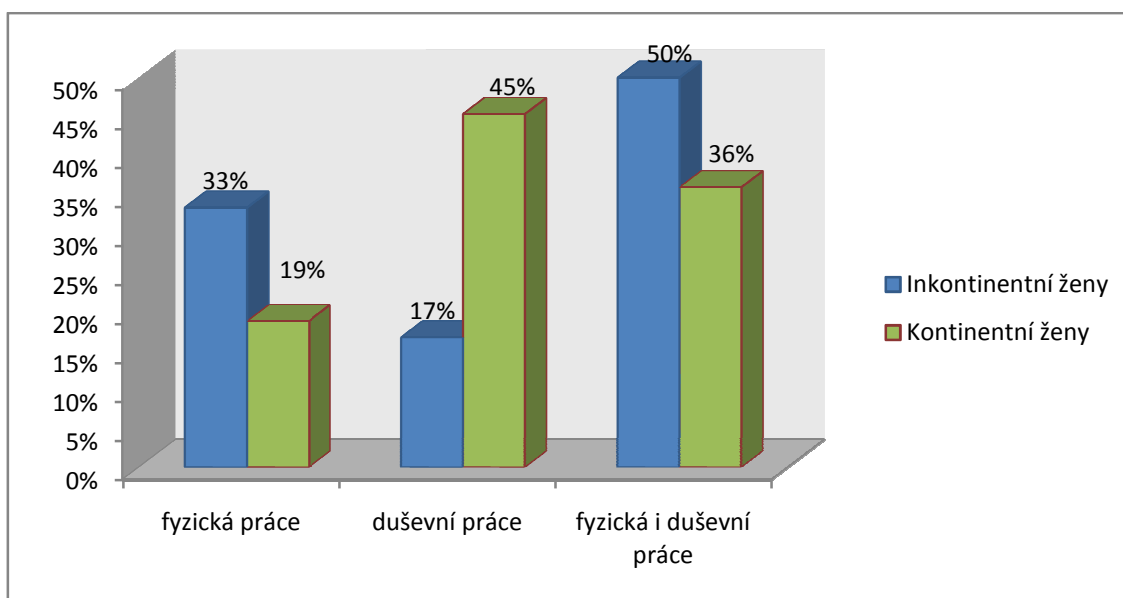
V položce č. 2 je znázorněno nejvyšší dosažené vzdělání. Celkový počet je 70 respondentek. Základní vzdělání neuvedla žádná respondentka, tudíž procentuální zastoupení je 0 %. Středoškolské vzdělání s výučním listem má 12 respondentek (17 %). 26 respondentek (37 %) odpovědělo středoškolské vzdělání s maturitou. 10 žen odpovědělo vyšší odborné vzdělání, tedy 14 %. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 22 respondentek, tj. 31 %.

### Položka č. 3 – Jaké je Vaše zaměstnání

Tabulka 4 Zaměstnání respondentek

Odpověď	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
fyzičká práce	2	33 %	12	19 %
duševní práce	1	17 %	29	45 %
fyzičká i duševní práce	3	50 %	23	36 %
celkem	6	100 %	64	100 %

Graf 3 Zaměstnání respondentek



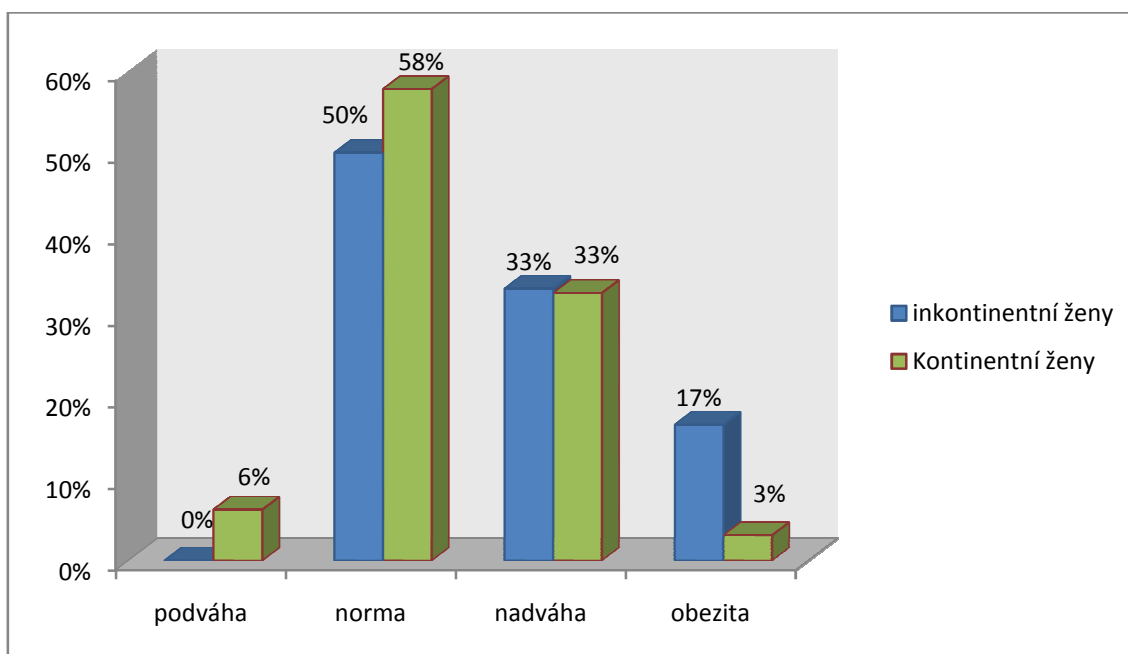
Položka č. 3 znázorňuje, jaké mají respondentky zaměstnání. Z grafu vyplývá, že inkontinentní ženy mají nejvíce fyzické i duševní zaměstnání, takto odpověděly 3 respondentky (50 %). 1 respondentka (17 %) uvedla, že její zaměstnání je duševní a 2 respondentky mají fyzické zaměstnání (33 %). Kontinentní ženy mají největší zastoupení v duševní práci (45 %). Fyzické zaměstnání uvedlo 12 žen, tedy 19 %, fyzické i duševní zaměstnání má 36 % respondentek, tj. 23 žen.

#### Položka č. 4 – Jaká byla Vaše hmotnost před otěhotněním?

Tabulka 5 Hmotnost respondentek před otěhotněním

Odpověď	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
podváha	0	0 %	4	6 %
norma	3	50 %	37	58 %
nadváha	2	33 %	21	33 %
obezita	1	17 %	2	3 %
celkem	6	100 %	64	100 %

Graf 4 Hmotnost respondentek před otěhotněním



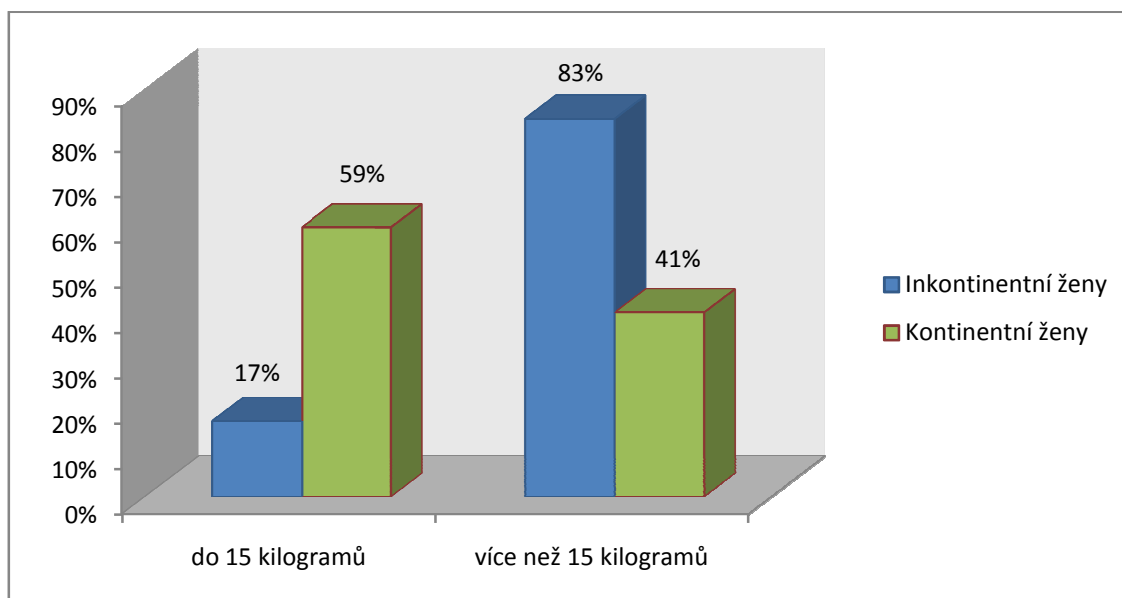
Položka č. 4 znázorňuje hmotnost respondentek před otěhotněním. Zde porovnáváme inkontinentní a kontinentní ženy. Celkem bylo 6 inkontinentních žen a 64 žen kontinentních. U žen trpících inkontinencí se podváha nevyskytovala ani v jednom případě (0 %). Normální hmotnost měly 3 respondentky (50 %), nadváhou trpěly 2 respondentky (33 %), 1 žena, tj. 17 %, uvedla, že před otěhotněním byla obézní. U kontinentních žen trpělo podváhou 6 % žen, 4 respondentky. Normální hmotnost uvedlo 37 žen (58 %), nadváhu uvedlo 21 respondentek, tj. 33 %. Obezitou, před graviditou trpěly 2 ženy, tedy 3 %.

## Položka č. 5 – Kolik kilogramů jste přibrala v těhotenství?

Tabulka 6 Přírůstek váhy

Odpověď	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
do 15 kilogramů	1	17 %	38	59 %
více než 15 kilogramů	5	83 %	26	41 %
celkem	6	100 %	64	100 %

Graf 5 Přírůstek váhy



V páté položce zjišťujeme přírůstek váhy v těhotenství u inkontinentních žen a u žen, které inkontinencí moči netrpí. Z grafu vyplývá, že 17 % inkontinentních žen, tj. 1 žena a 59 % kontinentních žen, tedy 38, přibralo do 15 kilogramů. U 5 inkontinentních žen (83 %) a 26 kontinentních žen (41 %) byl přírůstek váhy v těhotenství větší než 15 kilogramů.

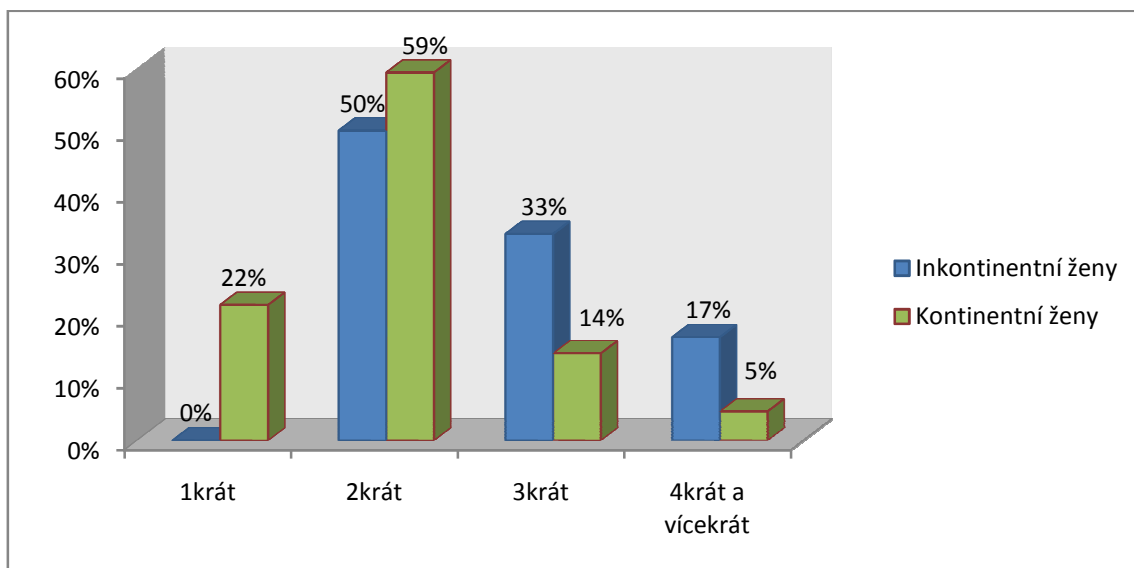


## Položka č. 6 – Kolikrát jste rodila?

Tabulka 7 Počet porodů

Odpověď	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>1krát</b>	0	0 %	14	22 %
<b>2krát</b>	3	50 %	38	59 %
<b>3krát</b>	2	33 %	9	14 %
<b>4krát a vícekrát</b>	1	17 %	3	5 %
<b>celkem</b>	6	100 %	64	100 %

Graf 6 Počet porodů



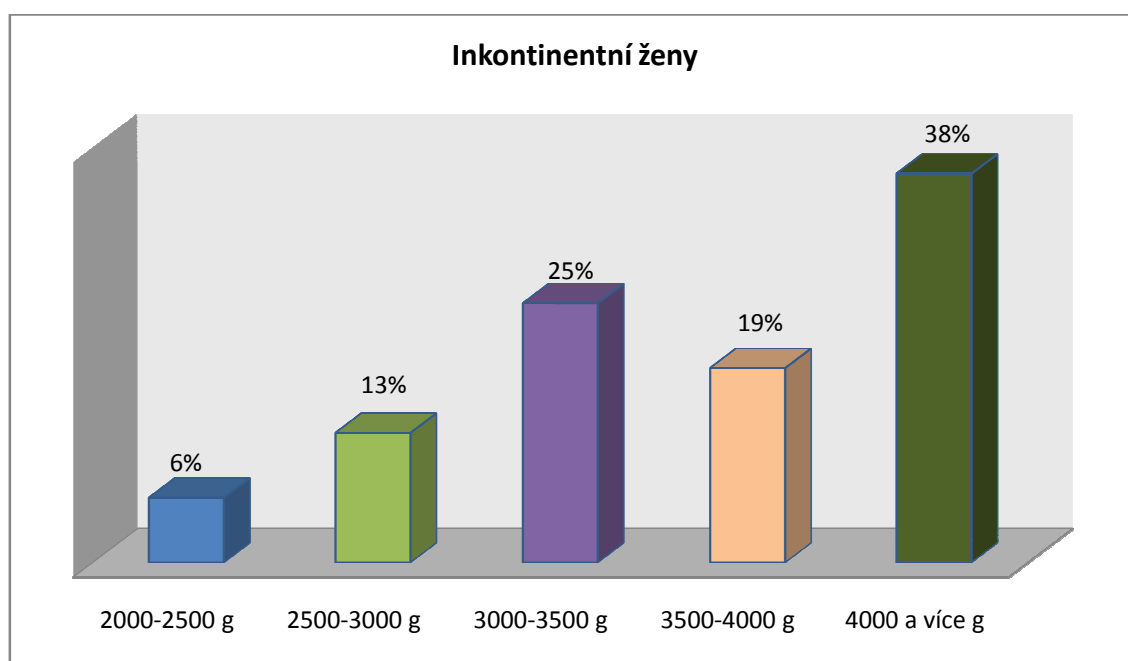
V položce č. 6 zjišťujeme počet porodů. Porovnáváme inkontinentní ženy (6) a kontinentní ženy (64). Ani jedna žena trpící inkontinencí nerodila jedenkrát (0 %). Tři ženy trpícími inkontinencí rodily dvakrát, tj. 50 %. Tříkrát rodily 2 ženy (33 %) a čtyřikrát a vícekrát rodila 1 žena (17 %). Čtrnáct kontinentních žen rodilo jedenkrát (22 %). Dvakrát rodilo 38 žen (59 %), tříkrát rodilo 9 respondentek (14 %) a čtyřikrát a vícekrát rodily 3 ženy (5 %).

## Položka č. 7 – Jaká byla hmotnost Vašeho dítěte/Vašich dětí?

Tabulka 8 Hmotnost dětí

Odpověď	Inkontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost
2000-2500 g	1	6 %
2500-3000 g	2	13 %
3000-3500 g	4	25 %
3500-4000 g	3	19 %
4000 a více g	6	38 %
<b>celkem</b>	16	100 %

Graf 7 Hmotnost dětí



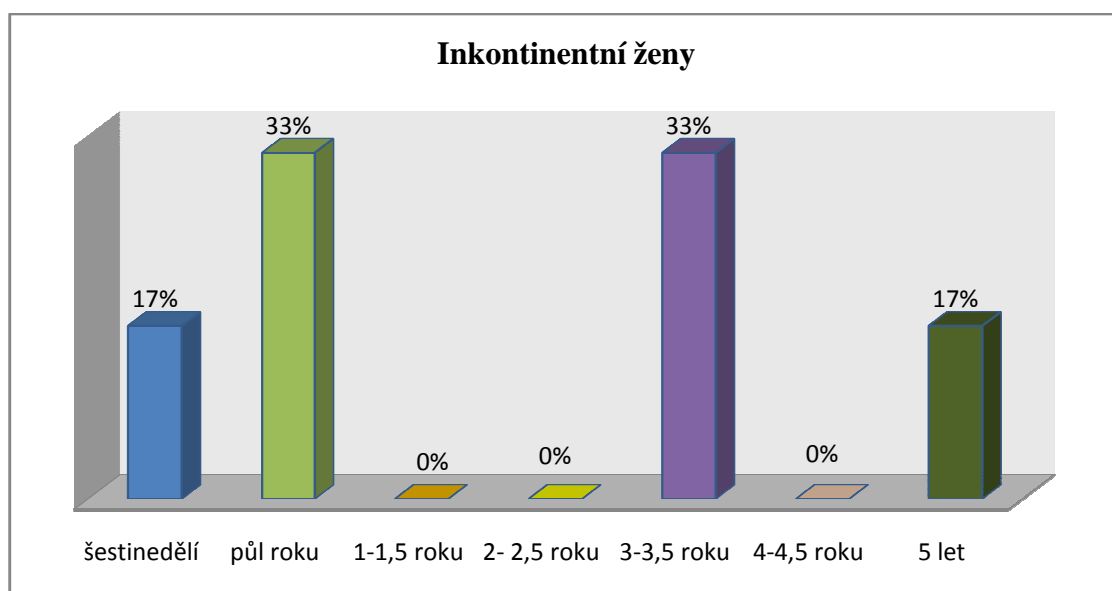
Položka č. 7 znázorňuje hmotnost dětí po porodu. Jedná se o součet všech dětí inkontinentních žen. Z grafu můžeme vyčíst, že hmotnost 2000-2500 gramů mělo 1 dítě (6 %). 2500-3000 gramů vážily 2 děti (13 %), hmotnosti 3000-3500 gramů dosáhly 4 děti (25 %). Tři děti vážily od 3500 do 4000 gramů (19 %) a 6 dětí vážilo více než 4000 gramů (38 %).

## Položka č. 8 – Jak dlouho jste po porodu?

Tabulka 9 Doba po porodu

Odpověď	Inkontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost
šestinedělí	1	17%
půl roku	2	33%
1-1,5 roku	0	0%
2- 2,5 roku	0	0%
3-3,5 roku	2	33%
4-4,5 roku	0	0%
5 let	1	17%
celkem	6	100%

Graf 8 Doba po porodu



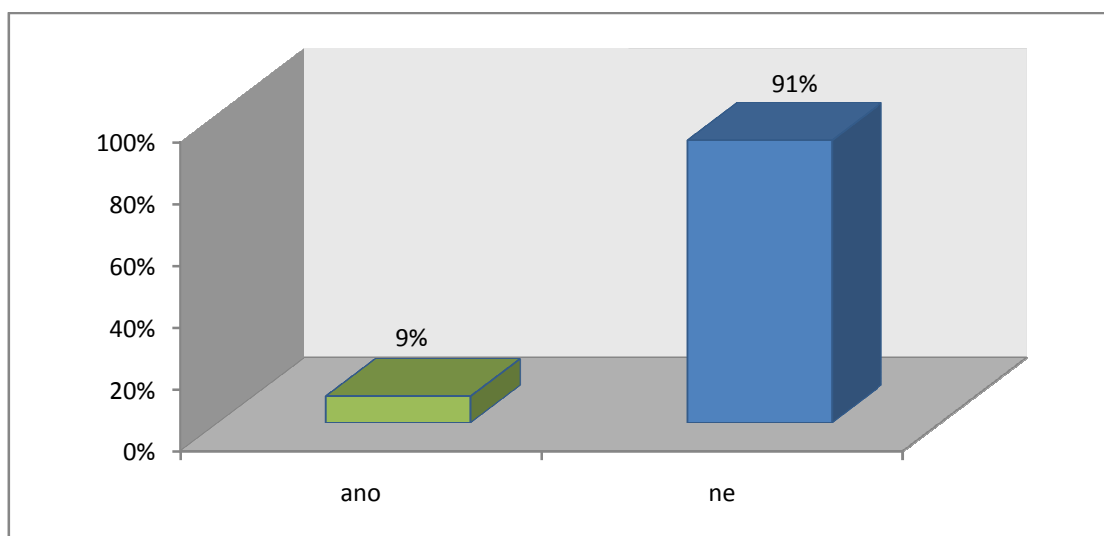
Položka a graf č. 8 zobrazují, jak dlouho jsou ženy po porodu. Jedna žena je v šestinedělí (17 %). Dvě ženy jsou půl roku po porodu (33 %). 1-1,5 roku a 2-2,5 roku není po porodu žádná žena (0 %). Dále 2 respondentky uvedly, že jsou po porodu 3 až 3,5 roku, tj. 33 %. Odpověď 4-4,5 roku ne zvolila žádná respondentka (0 %) a 5 let po porodu je 1 respondentka (17 %).

## Položka č. 9 – Trpíte močovou inkontinencí?

Tabulka 10 Výskyt inkontinence moči

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>ano</b>	6	9 %
<b>ne</b>	64	91 %
<b>celkem</b>	70	100 %

Graf 9 Výskyt inkontinence moči



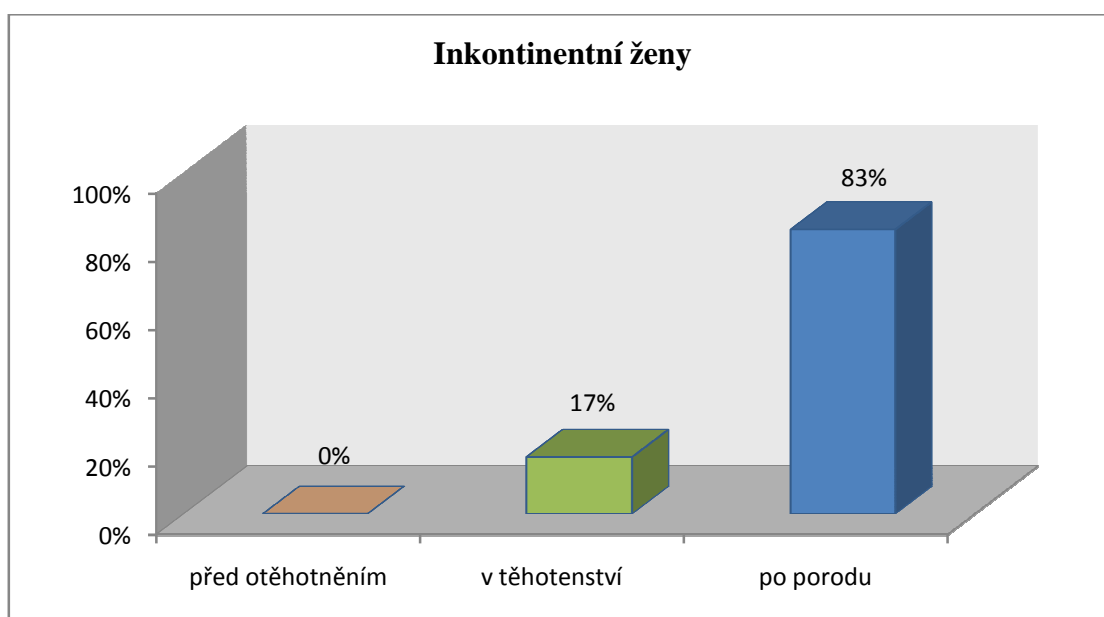
U deváté položky je zobrazeno, zda ženy trpí inkontinencí moči. Z výsledků vyplývá, že 6 respondentek, tedy 9 % trpí inkontinencí moči. 64 dotazovaných žen (91 %) nemá problémy s udržení moči.

## Položka č. 10 – Kdy jste začala mít problémy?

Tabulka 11 Objevení problémů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>před otěhotněním</b>	0	0 %
<b>v těhotenství</b>	1	17 %
<b>po porodu</b>	5	83 %
<b>celkem</b>	6	100 %

Graf 10 Objevení problémů



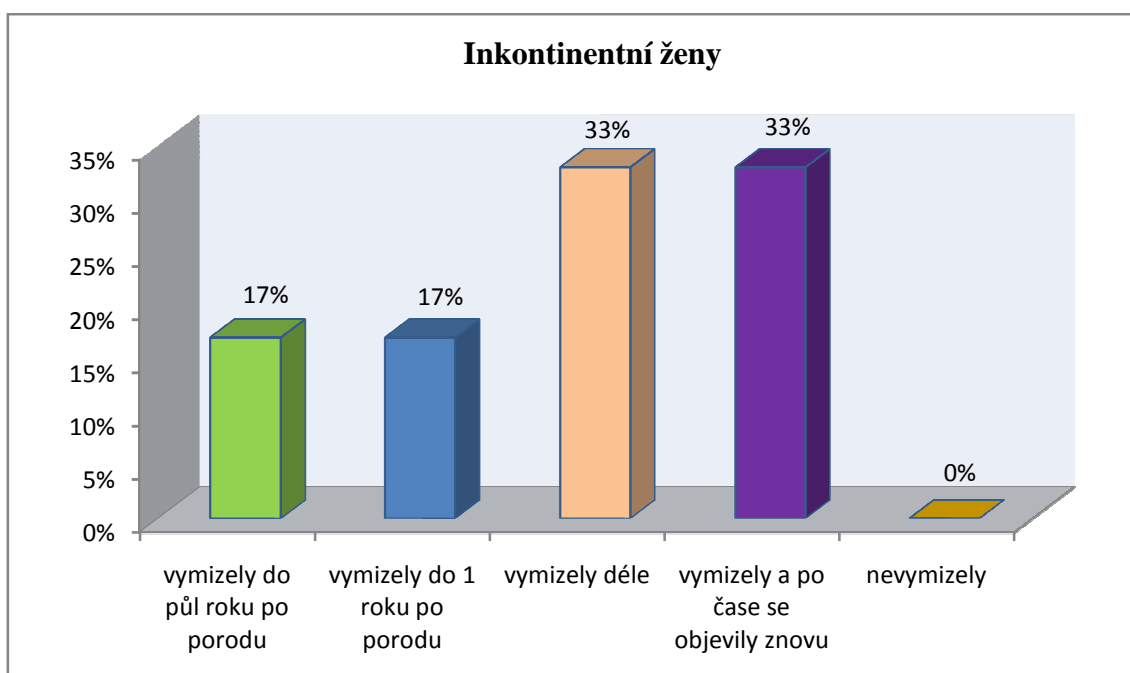
Cílem desáté položky je zjistit, kdy začaly mít dotazované ženy problémy s únikem moči. Před otěhotněním netrpěla inkontencí žádná respondentka (0 %). V těhotenství se inkontinence projevila u 1 respondentky (17 %). Největší výskyt inkontinence uvedly dotazované ženy po porodu. Z celkového počtu 6 respondentek trpí poporodní inkontencí 5 žen, tj. 83 %.

## Položka č. 11 – Vaše problémy vymizely

Tabulka 12 Vymizení problémů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
vymizely do půl roku po porodu	1	17 %
vymizely do 1 roku po porodu	1	17 %
vymizely déle	2	33 %
vymizely a po čase se objevily znovu	2	33 %
nevymizely	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>6</b>	<b>100 %</b>

Graf 11 Vymizení problémů



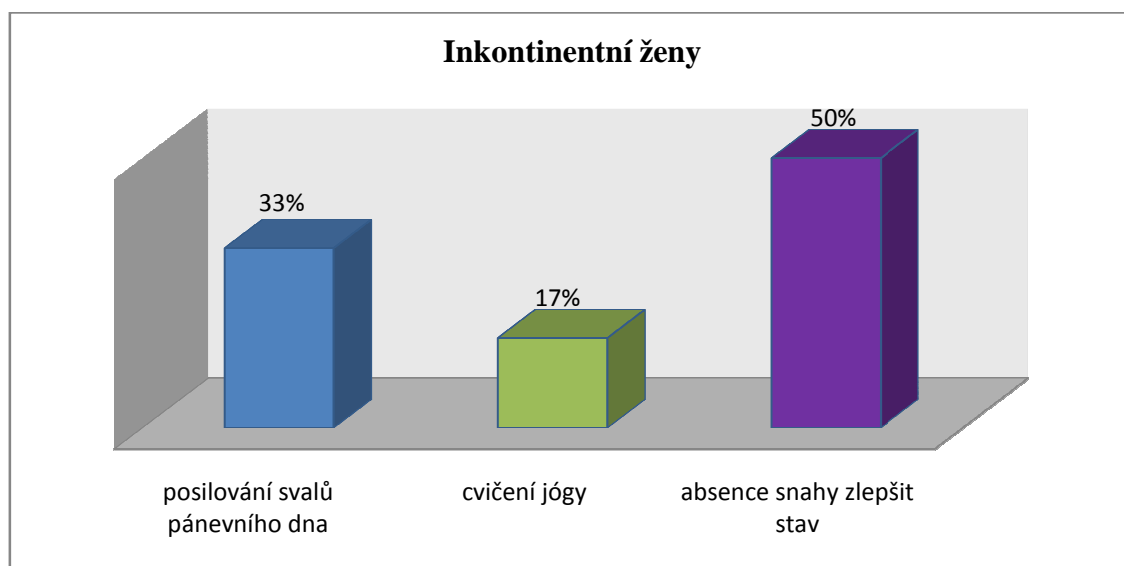
Položka č. 11 se zabývá otázkou, zda problémy vymizely. Jedenáctá položka byla určena pro inkontinentní ženy (6). 1 respondentka uvedla, že problémy vymizely do půl roku po porodu (17 %). V 17 %, tedy u jedné respondentky, problémy vymizely do 1 roku po porodu. 2 respondentky, 33 %, uvádí, že inkontinence vymizela déle. U této možnosti měly respondentky doplnit časový údaj. 1 žena odpověděla, že její problémy s inkontinencí vymizely do tří let po porodu a druhá žena uvedla, že s inkontinencí bojovala ještě 4 roky po porodu. Taktéž 33 %, 2 ženy, zvolily čtvrtou možnost, tj. že problémy vymizely a po čase se objevily znovu. Respondentky odpověděly, že se únik moči objevil po několika letech od porodu, při kašlání, běhu, kýchání. Pátou odpověď ne zvolila žádná respondentka (0 %).

## Položka č. 12 – Co děláte pro to, aby se Váš stav zlepšil?

Tabulka 13 Zlepšení stavu

Odpověď	Inkontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost
posilování svalů pánevního dna	2	33 %
cvičení jógy	1	17 %
absence snahy zlepšit stav	3	50 %
celkem	6	100 %

Graf 12 Zlepšení stavu



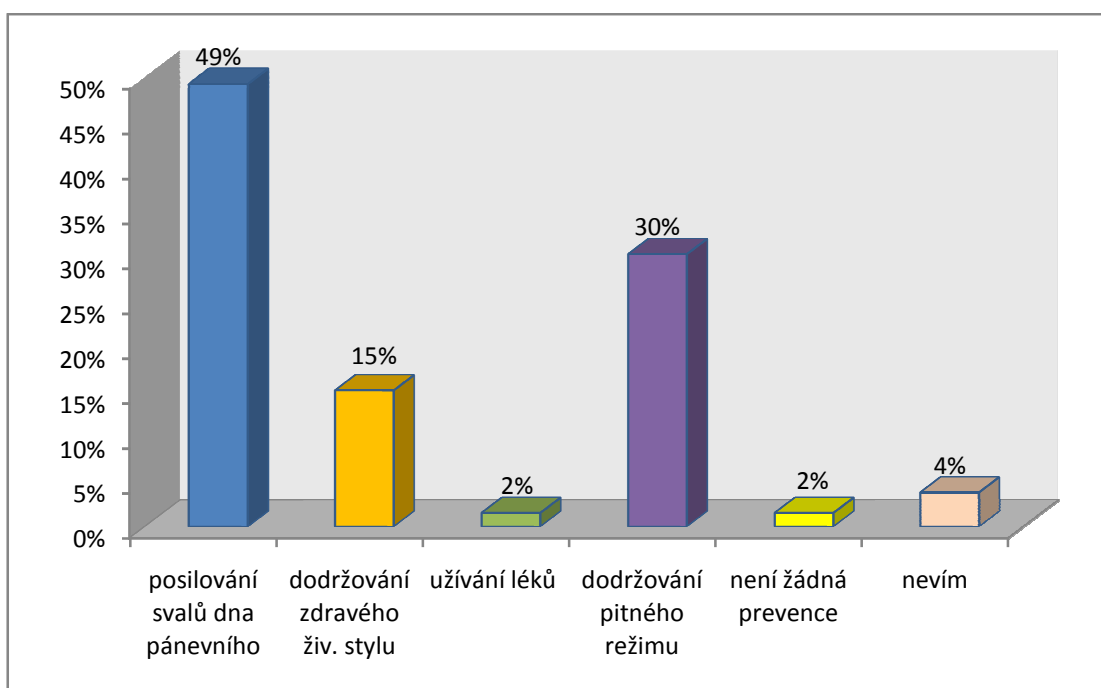
Dvanáctá položka byla položena v otevřené formě ženám trpící inkontinencí. Respondentky odpovídaly na otázku, co dělají pro to, aby se jejich stav zlepšil. Z tabulky a grafu vyplývá, že 2 respondentky (33 %) posilují svaly pánevního dna. 1 respondentka (17 %) cvičí jógu a 3 respondentky (50 %) odpověděly, že nedělají nic pro zlepšení svého stavu.

### Položka č. 13 – Víte, v čem spočívá prevence inkontinence?

Tabulka 14 Informovanost o prevenci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
posilování svalů dna pánevního	65	49 %
dodržování zdravého živ. stylu	20	15 %
užívání léků	2	2 %
dodržování pitného režimu	40	30 %
není žádná prevence	2	2 %
nevím	5	4 %

Graf 13 Informovanost o prevenci



V položce č. 13 odpovídaly respondentky na otázku, zda ví, v čem spočívá prevence inkontinence. V této otázce mohly respondentky zvolit více odpovědí. 65 žen (49 %) zvolilo posilování svalstva pánevního dna, 20 respondentek (15 %) uvedlo jako způsob prevence dodržování zdravého životního stylu. 2 % dotazovaných, 2 respondentky, by zvolilo možnost užívání léků, 40 respondentek (30%) vidí jako způsob prevence dodržování pitného režimu. 2 %, tedy 2 ženy odpověděly, že není žádná prevence a 5 žen (4 %) neví, v čem prevence spočívá.

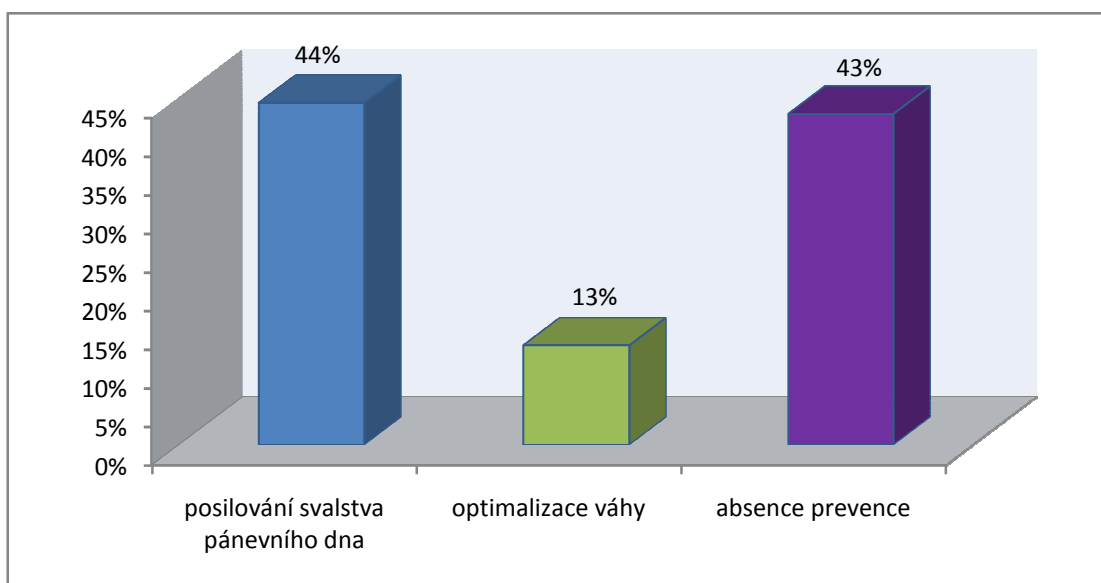


## Položka č. 14 – Co děláte/jste dělala pro to, abyste inkontinenci moči předešla?

Tabulka 15 Prevence inkontinence

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
posilování svalstva pánevního dna	31	44 %
optimalizace váhy	9	13 %
absence prevence	30	43 %
celkem	70	100 %

Graf 14 Prevence inkontinence



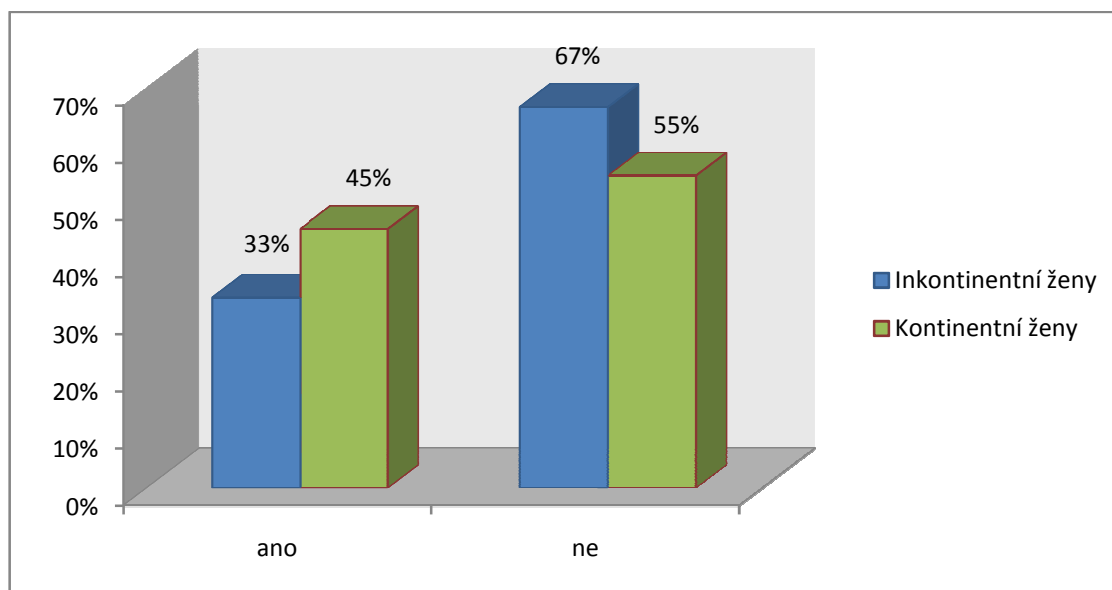
Čtrnáctá položka byla položena v otevřené formě. Z tabulky a grafu můžeme vyčíst nejčastější odpovědi respondentek. Zajímalo nás, co ženy dělají/dělaly pro to, aby inkontinenci moči předešly. Z celkového počtu 70 respondentek odpovědělo 31 žen (44 %), že posilují svaly pánevního dna. 9 žen (13 %) optimalizuje svou hmotnost. 30 respondentek (43 %) nedělá nic pro to, aby inkontinenci moči předešlo.

## Položka č. 15 – Využíváte, jako způsob prevence, cviky na posílení pánevního dna?

Tabulka 16 Kegelovy cviky

Odpověď'	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	2	33 %	29	45 %
ne	4	67 %	35	55 %
celkem	6	100 %	64	100 %

Graf 15 Kegelovy cviky



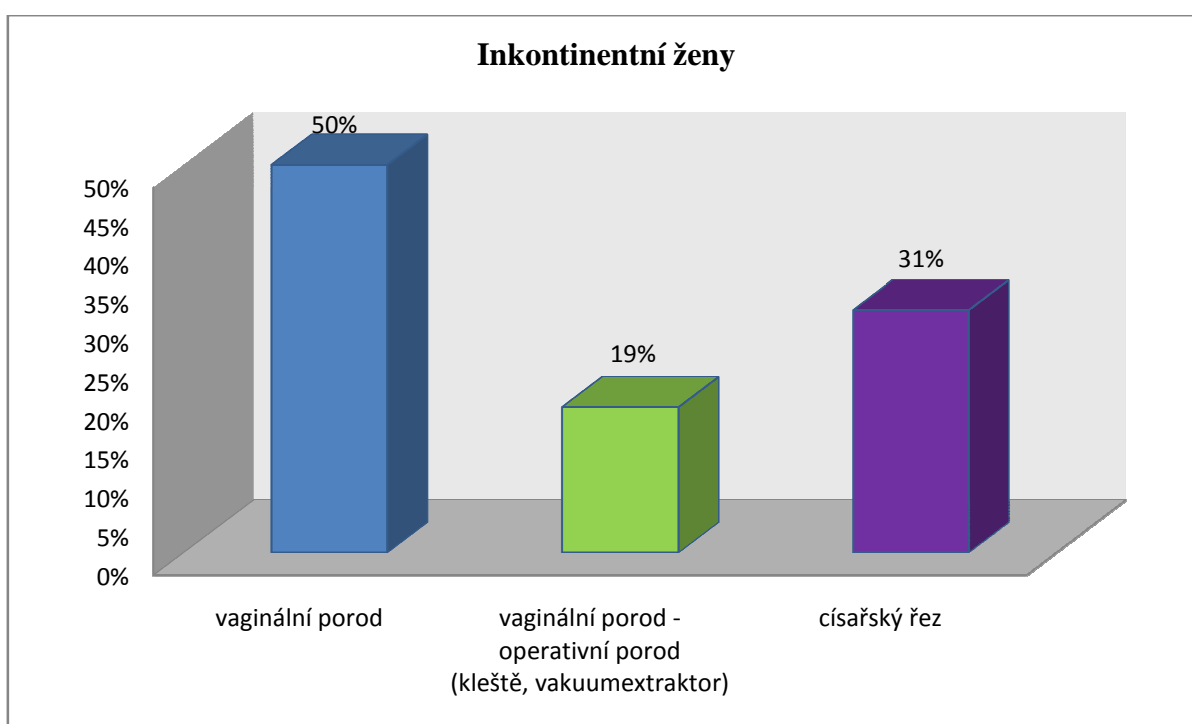
V položce č. 15 je znázorněno, zda ženy posilují svaly pánevního dna. Také v této otázce porovnáváme ženy inkontinentní (6) a kontinentní (64). Výsledky uvádí, že 4 ženy trpící inkontinencí moči (67 %) Kegelovy cviky necvičí a pouze 2 ženy (33%) posilují svaly pánevního dna. Kontinentní ženy cvičí Kegelovy cviky ve 45 %, tj. 29 žen a 55 %, tedy 35 žen nevyužívá cviky k posílení pánevního dna.

## Položka č. 16 – Jak jste rodila?

Tabulka 17 Způsob porodu

Odpověď	Inkontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost
vaginální porod	8	50 %
vaginální porod-operativní porod (kleště, vakuumextraktor)	3	19 %
císařský řez	5	31 %
celkem	16	100 %

Graf 16 Způsob porodu



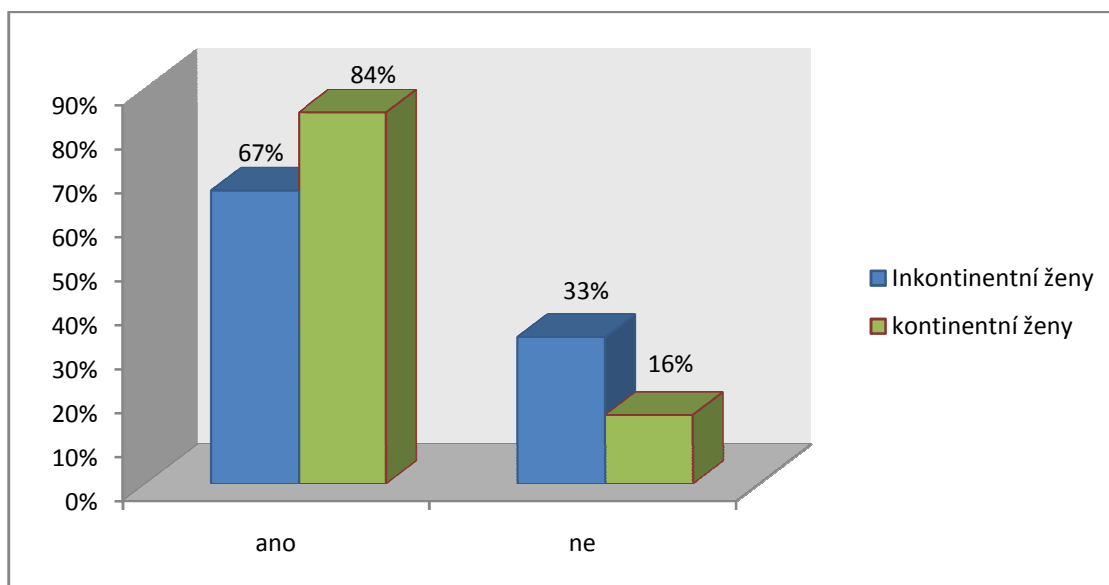
U položky číslo 16 mohly respondenty zvolit více odpovědí. U kontinentních žen převládá porod vaginální a porod per sectionem cesaream. Možnost porod kleštěmi či vakuumextraktorem nezvolila žádná respondentka. Z tohoto grafu vyplývá, že nejvíce inkontinentních žen rodilo vaginálně (50 %). Porod per forcipem či vakuumextraktorem uvedly 3 ženy (19 %) a 5 žen rodilo císařským řezem (31 %).

### Položka č. 17 – Byla Vám provedena episiotomie (nástřih hráze)?

Tabulka 18 Episiotomie

Odpověď	Inkontinentní ženy		Kontinentní ženy	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
<b>ano</b>	4	67 %	54	84 %
<b>ne</b>	2	33 %	10	16 %
<b>celkem</b>	6	100 %	64	100 %

Graf 17 Episiotomie



V položce č. 18 bylo zjišťováno, zda byla ženám provedena episiotomie. Porovnávali jsme inkontinentní a kontinentní respondenty. Z grafu vyplývá, že 54 kontinentním ženám (84 %) byla provedena episiotomie a 10 ženám (16 %) nebyl nástřih hráze proveden. U inkontinentních žen byla episiotomie provedena 4 ženám (67 %). Dvě respondenty (33 %) uvedly, že nástřih hráze jim nebyl proveden.

## 4 DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Inkontinence moči je velmi diskutované téma, ale není jednoduché porovnat práci s jinými autory, neboť každý autor pohlíží na inkontinenci moči různými způsoby a každý řeší jinou oblast. Například Martina Vavřicová, absolventka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, se zabývala tématem Informovanost žen o léčbě inkontinence moči. Některé otázky Marty Vavřicové jsme porovnali s otázkami našeho průzkumného šetření. Dále jsme některé položky porovnali s výsledky výzkumu PhDr. Zdeňka Kučery na téma Výskyt inkontinence v české populaci.

Našeho průzkumného šetření se zúčastnilo 70 žen, které docházely ke svému obvodnímu gynekologovi v Příbrami. Zjišťovali jsme výskyt inkontinence moči u žen po porodu v okrese Příbram. Dále nás zajímaly příčiny vzniku inkontinence, a to, zda ženy dbají na prevenci. V první otázce jsme se zabývali věkem respondentek. Nejvíce respondentek bylo ve věku 30-35 let (43 %), dále to byly ženy ve věku 35 let a více a 25-30 let, kde počet respondentek byl stejný (21 %). Nejmenší skupinu tvořily ženy ve věku 20-25 let (14 %). Druhá položka zjišťovala dosažené vzdělání respondentek. Na výsledcích můžeme vidět, že nejpočetnější skupinou byly ženy středoškolsky vzdělané s maturitou (37 %), druhou skupinou byly vysokoškolsky vzdělané ženy (31 %). Středoškolské vzdělání s výučním listem mělo 12 respondentek (17 %), vyšší odborné vzdělání mělo 10 žen – 14 % a pouze základní vzdělání neměla ani 1 žena (0 %). Třetí otázka se zabývala zaměstnáním respondentek. V této položce jsme porovnávali ženy inkontinentní a ženy kontinentní. Výsledky ukazují, že u inkontinentních žen převládalo fyzické zaměstnání (50 %) oproti ženám kontinentním, které nejčastěji uváděly duševní práci (45 %). Je důležité, aby ženy, zejména ty, které vykonávají fyzickou práci a trpí inkontinencí moči, byly seznámeny s rizikovými faktory a s příčinami vzniku inkontinence. Porodní asistentka, by ženám měla poskytnout veškeré informace a také navrhnout změnu zaměstnání.

Čtvrtá otázka se již vztahuje k problematice inkontinence, kde jsme se ptaly na hmotnost respondentek před otěhotněním. Jak je známo, nadváha a obezita, jsou jedním z faktorů přispívajících ke vzniku močové inkontinence. Při porovnávání inkontinentních a kontinentních žen můžeme vidět, že normální hmotnost má většina žen průzkumného souboru, 50 % inkontinentních žen a 58 % kontinentních žen.

Nadváhou trpěly 2 ženy trpící inkontinencí (33 %) a 21 žen kontinentních (33 %). Obézních respondentek, které jsou kontinentní, byly 3 %. 1 žena (17 %) trpící inkontinencí moči, byla obézní. Čtyři kontinentní ženy (6 %) trpí podváhou. Následující pátá otázka se také vztahovala k hmotnosti, avšak zde jsme se ptaly, kolik kilogramů ženy přibraly v těhotenství. Šestou otázkou zjišťujeme počet porodů. Nejvíce žen rodilo dvakrát (50 %). Dvě ženy porodily třikrát (33 %) a 1 žena rodila čtyřikrát (17 %). V deváté položce se zabýváme inkontinencí moči. Cílem této otázky bylo zjistit, zda ženy trpí inkontinencí či nikoliv. Z celkového počtu 70 respondentek odpovědělo 6 žen, že trpí inkontinencí moči (9 %) a u 64 žen byla odpověď ne (91 %). Položka č. 10, 11 a 12 byla určena jen pro inkontinentní ženy. Desátá položka měla za úkol zjistit, kdy začaly mít respondentky problémy. Nejčastější odpověď byla, že se problémy objevily po porodu (83 %) a 1 žena uvedla, že začala mít problémy s inkontinencí již v těhotenství (17 %). Podobnou otázku položila i Martina Vavřicová svým respondentkám v českokrumlovském regionu v roce 2012. Z celkového počtu 98 respondentek odpovědělo 18 žen (18 %), že měly problémy s únikem moči po porodu a 80 žen (82 %) nemělo problémy s inkontinencí moči. Také PhDr. Zdeněk Kučera se zabýval výskytem inkontinence moči. Ve svém článku Výskyt inkontinence v české populaci uvedl sociologické šetření, které bylo zaměřeno právě na výskyt inkontinence ve všech krajích České republiky. Toto šetření proběhlo pomocí projektu Inco Forum v roce 2003 a 2009. Výzkumy prokazují, že výskyt inkontinence má vzrůstající tendenci. U některých položek se za šest let výskyt inkontinence téměř zdvojnásobil.

V jedenácté otázce nás zajímalo, zda u respondentek problémy s inkontinencí vymizely. Jedna respondentka (17 %) uvedla, že únik moči vymizel do půl roku po porodu, u 1 respondentky (17 %) problémy vymizely do 1 roku po porodu. Dvě respondentky (33 %) odpověděly, že únik moči vymizel déle. Zde měly ženy doplnit, po jaké době došlo k vymizení inkontinence. Jedna žena uvedla tříletý interval, druhá žena dokonce čtyřletý interval. Další možností bylo vymizení problémů s únikem moči, ale po čase došlo k recidivě. Tuto možnost zvolily 2 ženy (33 %). Obě ženy uvedly, že se problémy vyskytly při kýchání, kašlání, smíchu a běhu po zhruba 6 letech od porodu. Dvanáctá otázka byla položena v otevřené formě. Respondentky měly uvést, co dělají pro to, aby se jejich stav zlepšil. Pouze 2 ženy, (33 %), uvedly posilování svalstva dna pánevního. 17 % dotazovaných žen uvedlo cvičení jógy. 50 % respondentek nemá

snahu zlepšit svůj stav. Podobnou otázkou je otázka číslo 14, kde jsme se ptali na to, co dělají ženy pro to, aby inkontinenci moči předešly. 43 % žen uvedla, že nedělají nic pro zlepšení svého stavu. 9 žen (17 %) uvedlo optimalizaci váhy. 31 žen (44 %) posiluje svaly pánevního dna. Jinak jako způsob prevence Kegelovy cviky nevyužívají a odpovědi byly spíše negativního charakteru. Právě toto můžeme vidět na otázce číslo 15, kde jsme se ptali, zda ženy posilují pánevní dno. Zajímaly nás odpovědi, jak inkontinentních žen, tak žen kontinentních. Negativní odpověď zvolilo 35 kontinentních žen (55 %) a 4 inkontinentní ženy (67 %). Tuto otázku můžeme opět porovnat se stejnou otázkou Martiny Vavřicové. Také v jejím průzkumu respondentky zvolily odpověď ne, na to, zda cvičí Kegelovy cviky (62 %).

Třináctá otázka zjišťuje, zda ženy ví, v čem spočívá prevence inkontinence. Zde mohly respondentky zaškrtnout více možností. Šedesát pět dotazovaných žen odpovědělo, že prevence inkontinence spočívá v posilování pánevního dna (49 %). Dvacet žen (15 %) zvolilo odpověď dodržování zdravého životního stylu, dvě respondentky uvedly jako způsob prevence užívání léků (2 %). Dále 2 respondentky (2 %) uvedly, že není žádná prevence, dodržování pitného zvolilo 40 respondentek (30 %) a 5 žen uvedlo, že neví, jaký je způsob prevence. Překvapilo nás, že 5 žen vůbec neví, v čem spočívá prevence inkontinence a dokonce 2 ženy uvedly, že není žádná prevence. V 16. otázce jsme zjišťovali způsob porodu. Ženy mohly zvolit více možností s ohledem na to, kolikrát rodily. Osm žen rodilo vaginálně (50 %), tři ženy uvedly porod pomocí kleští či vakuumextraktoru (19 %) a 5 ženám byl proveden císařský řez (31 %). V sedmnácté otázce jsme se zabývali episiotomií. Zajímalo nás, zda byla respondentkám provedena episiotomie. Většina žen měla proveden nástřih hráze, a to jak inkontinentní, tak kontinentní ženy. Čtyři ženy trpící inkontinencí (67 %) a padesátčtyři kontinentních žen (84 %) odpověděly kladně, ano. U dvou inkontinentních respondentek (33 %) a 10 kontinentních žen (16 %) nebyla episiotomie provedena.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### **Doporučení pro ženy:**

- při jakémkoliv zánětlivém onemocnění, ať už močového měchýře či gynekologického původu, vždy vyhledat lékaře a zánět vyléčit,
- dbát na prevenci.

### **Doporučení pro ženy trpící inkontinencí:**

- při prvních obtížích ihned navštívit lékaře (nestydět se o problému mluvit),
- svěřit se s potížemi blízké osobě,
- získat, co nejvíce informací o inkontinenci,
- zaznamenávat, v jakých situacích dochází k úniku moči, co tomu předcházelo.

### **Doporučení pro zdravotnický personál:**

- edukovat ženy o prevenci a apelovat na ně,
- vytvořit krátký, informační film, který upozorňuje na vznik inkontinence a nabádá ženy k prevenci,
- vytvořit brožuru a informační letáky,
- uspořádat přednášky o inkontinenci moči, prevenci a rizicích vzniku, její léčbě a podat ženám alespoň ty nejzákladnější informace o problematice inkontinence,
- zaznamenávat procentuelní zastoupení žen trpících inkontinencí, zpracovávat statistiky a dále s nimi pracovat.



## ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit výskyt inkontinence moči po porodu v okrese Příbram. Dalšími cíli bylo zjistit příčiny vzniku inkontinence moči po porodu a zjistit, zda ženy dbají na prevenci.

Poporodní inkontinence není neobvyklým jevem. Setkáváme se s ní čím dál více, a to i u mladých žen. Inkontinencí moči se zabývá mnoho vědeckých studií a existuje mnoho statistik, které se budou do budoucna dále sledovat a jejich výsledky se s jistotou budou měnit. V bakalářské práci jsme si zvolili několik cílů. Jedním z nich bylo zjistit výskyt inkontinence moči v okrese Příbram. V průzkumném šetření jsme zjistili, že se inkontinence moči po porodu objevila u 9 % dotazovaných žen. Dalším cílem bylo zjistit příčiny vzniku inkontinence moči. Velkou roli u respondentek sehrála hmotnost plodu, kdy ve většině případů byla tato hmotnost nad 4000 gramů (38 %). Svě místo má i porod pomocí kleští či vakuumextraktoru. Tímto průzkumem jsme si potvrdili, že tyto známé faktory vedoucí ke vzniku inkontinence je třeba nepodceňovat. A v neposlední řadě patří ke vzniku inkontinence nedodržování prevence. Třetím cílem bylo zjistit, zda ženy dbají na prevenci. Jak už jsme zmínili, ženy všeobecně na prevenci nedbají. Ženy nedbají na prevenci. Pouze pokud se inkontinence objeví, začínají pro sebe něco dělat, ale i tak jsou tato čísla spíše negativní. Pouze 2 ženy odpověděly, že posilují svaly pánevního dna a zajímají se o to, co by mohly dále pro sebe ještě udělat. Z průzkumu jsme zjistili, že ženy víceméně ví, v čem prevence spočívá, ale nedělají nic proto, aby inkontinenci předešly. Domníváme se, že důvodem je jejich domněnka, že se jich tento problém netýká. Opak je pravdou. V dnešní době se inkontinence nevyskytuje pouze u starších lidí. Postupem doby má čím dál více vzrůstající tendenci. Proto je prevence tolik důležitá. Prevence je základ. Je důležité apelovat na ženy, aby na prevenci dbaly. Inkontinence je symptom, který je velmi nepříjemný a omezuje ženy, nejen v sociálním kontaktu, ale i v sexuálním životě a celkově je žena v podstatě odstříhnuta od normálního života. Přitom tomu můžeme zabránit a inkontinenci moči předejít. Je důležité mít pevnou vůli.

Závěrem lze říci, že inkontinence moči provází lidstvo dlouhou dobu a pravděpodobně provázet bude i nadále. Ale záleží jen na nás, co uděláme pro to, aby nám tato vzrůstající tendence „nepřerostla přes hlavu“.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Citování dle normy ČSN ISO 690:2011

BUDAYOVÁ, K., D. SOUKUPOVÁ, 2010. Inkontinence a možnosti její léčby. In: *Sestra*. **20**(4), 41-42. ISSN 1210-0404.

BELKOV, I.A., M. HUSER a kol., 2011. Poporodní inkontinence, těhotenství a porod a jejich vztah k ženské močové inkontinenci. In: *Urologie pro praxi* [online]. **12**(5), 307-311 [cit. 2013-09-27]. ISSN 1213-1768. Dostupné z: [http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201105-0009\\_Poporodni\\_inkontinence\\_tehotenstvi\\_a\\_porod\\_a\\_jejich\\_vztah\\_k\\_zenske\\_mocove\\_inkontinenci.php](http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201105-0009_Poporodni_inkontinence_tehotenstvi_a_porod_a_jejich_vztah_k_zenske_mocove_inkontinenci.php)

ČECH, E, 2006. Operace v souvislosti s těhotenstvím a porodem. In: Čech, E. a kol. *Porodnictví, 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing. 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8.

ČERMÁK, A., D. PACÍK, 2006. *Inkontinence moči*. Praha: Triton. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.

HALAŠKA, M., 2005. Historie urogynekologie. In: *Sestra* [online]. Červenec 2005 [cit 2013-10-10]. ISSN Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/historie-urogynecologie-294496>

HIBLBAUER, J. ml., J. HIBLBAUER st. Inkontinence moči u žen – zásady a možnosti diagnostiky a léčby. In: *Urologie pro praxi*. 2011. **12**(1), 18-28. ISSN 1213-1768.

HUDÁKOVÁ, Z., M. NOVYSEDLÁKOVÁ. 2013. Stresová inkontinence moči jako ošetrovatelský problém. In: *Sestra*. **23**(2), 55-57. ISSN 1210-0404.

HORČIČKA, L. 2002. Pesary v urogynekologii. In: *Praktická gynekologie*. 6-7. ISSN 1211-6645.

CHMEL, R., 2001. *Močová inkontinence u žen*. Praha: Vašut. 32 s. ISBN 80-7236-021-3.

CHMEL, R., 2010. *Ženská močová inkontinence-nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta. 72 s. ISBN 978-80-204-2279-8.

KAŠÍKOVÁ, E., 2008. Pánevní dno a porod. In: *Moderní babičtví*. 22-25. ISSN 1214-5572.

KAŠÍKOVÁ, E. 2012. Vaginální porod a pánevní trauma. In: *Postgraduální medicína* [online]. 274-275 [cit. 2013-09-20]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaginalni-porod-a-panevni-trauma-463808>

KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. 530 s. ISBN 978-80-7262-627-7.

KRČMÁŘ, M., 2010. Stresová inkontinence moči u žen po porodu. In: *Sestra*. **20**(11). 46-47. ISSN 1210-0404.

KROFTA L., J. FEYREISL, 2010. *Průvodce ženy s močovou inkontinencí*. Praha: Mladá fronta. 39 s. ISBN 978-80-204-2280-4.

LUCAS, M. a kol., 1999. *Incontinence*. Oxford: Blackwell Science Ltd. 3005 s. ISBN 0-632-05003-9.

MARTAN, A. a kol., 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Druhé, rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. 83 s. ISBN 80-7345-094-1.

MARTAN, A., 2006. Urologické komplikace v těhotenství. In: Čech, E. a kol. *Porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 263-268. ISBN 978-80-247-1303-8.

MARTAN, A., 2008. Urogynekologie. In: Rob, L., A. Martan, K. Citterbart *Gynekologie*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. s. 223-241. ISBN 978-80-7262-501-7.

MARTAN, A. a kol., 2011. *Nové operační postupy v urogynekologii. Řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf. 177 s. ISBN 978-80-7345-233-9.

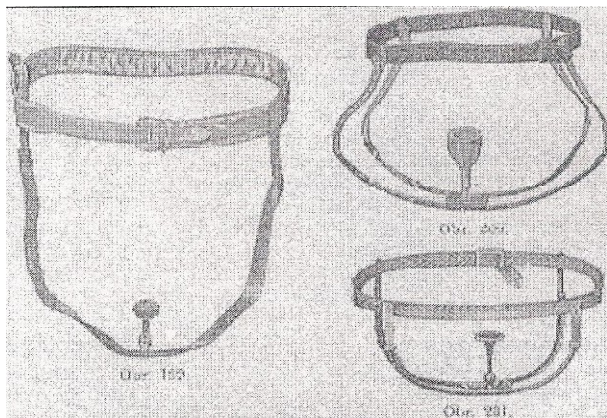
NĚMCOVÁ, J. a kol., 2012. *Příklady praktických témat a předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. Plzeň: Maurea. 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.

- OTČENÁŠEK, M., 2009. Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu. In: *Moderní babičtví*. 24-27. ISSN 1214-5572.
- ROB, L., A. MARTAN, K. CITTERBART et al. 2008. *Gynekologie*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- SKÁLOVÁ, A., 2007. Pánevní dno a jeho poruchy. In: *Mladá fronta Zdravotnické noviny* [online]. **41**(7). 7-8. [cit. 2013-11-25]. ISSN 1805-2355. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/panealni-dno-a-jeho-poruchy-324276>
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- STRUPPL, D., 2008. *Inkontinence - útok na sebevědomí, kterému lze čelit*. Gynekologické oddělení Nemocnice Na Homolce. Dostupné z: <http://homolka.cz/common/files/2008-06-19-tm-inkontinence.doc>
- ŠOTTNER, A., 2009. Inkontinence a těhotenství. In: *Sestra*. [online]. 63-64 [cit. 2013-11-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/inkontinence-a-tehotenstvi-448639> ISSN 1210-0404.
- VOKURKA, M. a J. HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.
- ZIKMUND, J., T. HANUŠ, 1995. *Inkontinence moči u žen. Druhé nezměněné vydání*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 60 s. ISBN 80-7013-096-2.
- ZMRHAL, J., 2007. Několik poznámek k diagnostice a léčbě stresové inkontinence moči. In: *Interní medicína pro praxi*. **9**(10) s. 453-458. ISSN 1212-7299.

## **PŘÍLOHY**

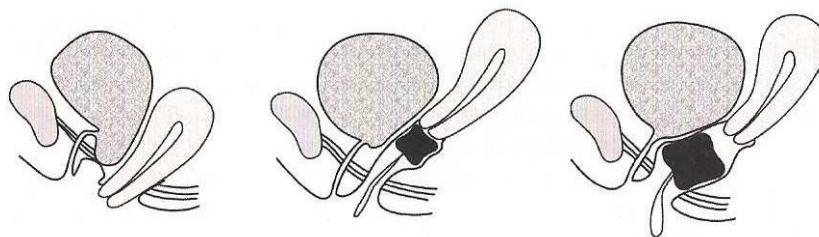
Příloha A – Hysterophory, pesary.....	I
Příloha B – Operační řešení inkontinence.....	II
Příloha C – Gaudenzův dotazník.....	IV
Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů.....	V
Příloha E – Dotazník.....	VI
Příloha F – Brožura.....	X

## Příloha A – Hysterophory, pesary

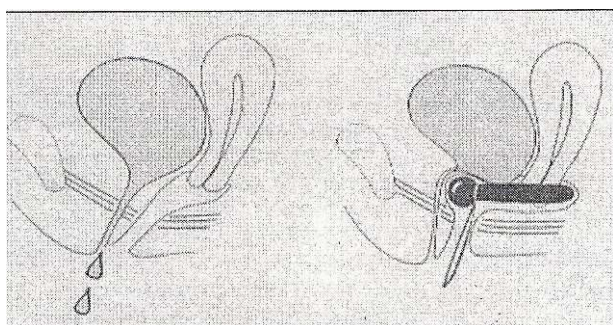


Obrázek 1 Hysterophory

Zdroj: Hořčíčka, 2002, str. 6



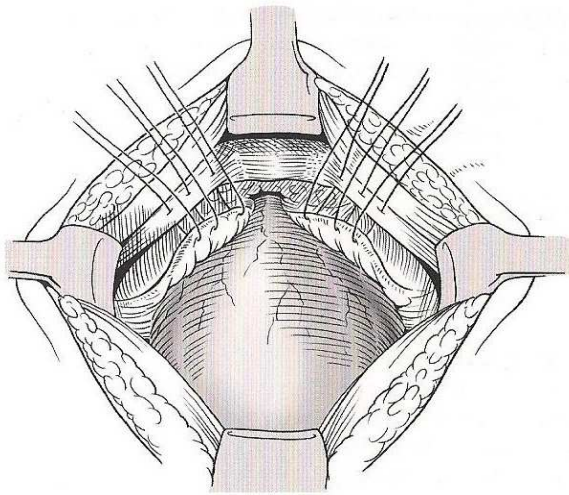
Obrázek 2 Kostkový pesar



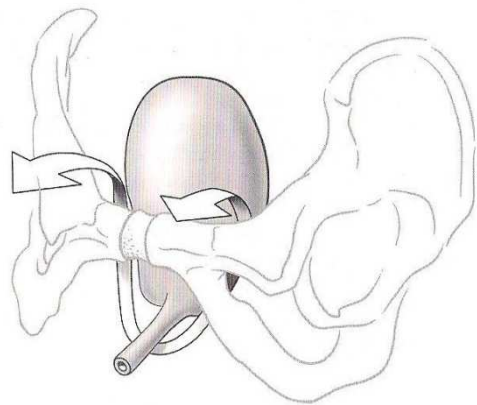
Obrázek 3 Uretrální pesar

Zdroj: Čermák, Pacík, 2006, str. 66

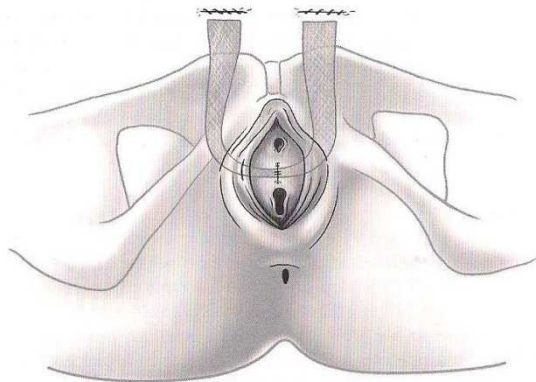
## Příloha B – Operační řešení inkontinence



Obrázek 4 Princip Burchovy operace

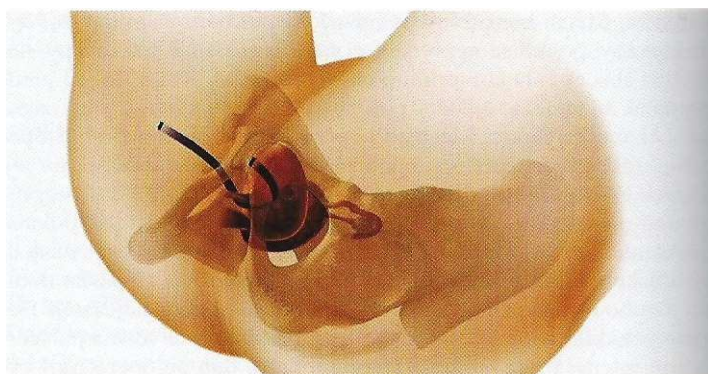


Obrázek 5 Princip zavedení TVT pásky

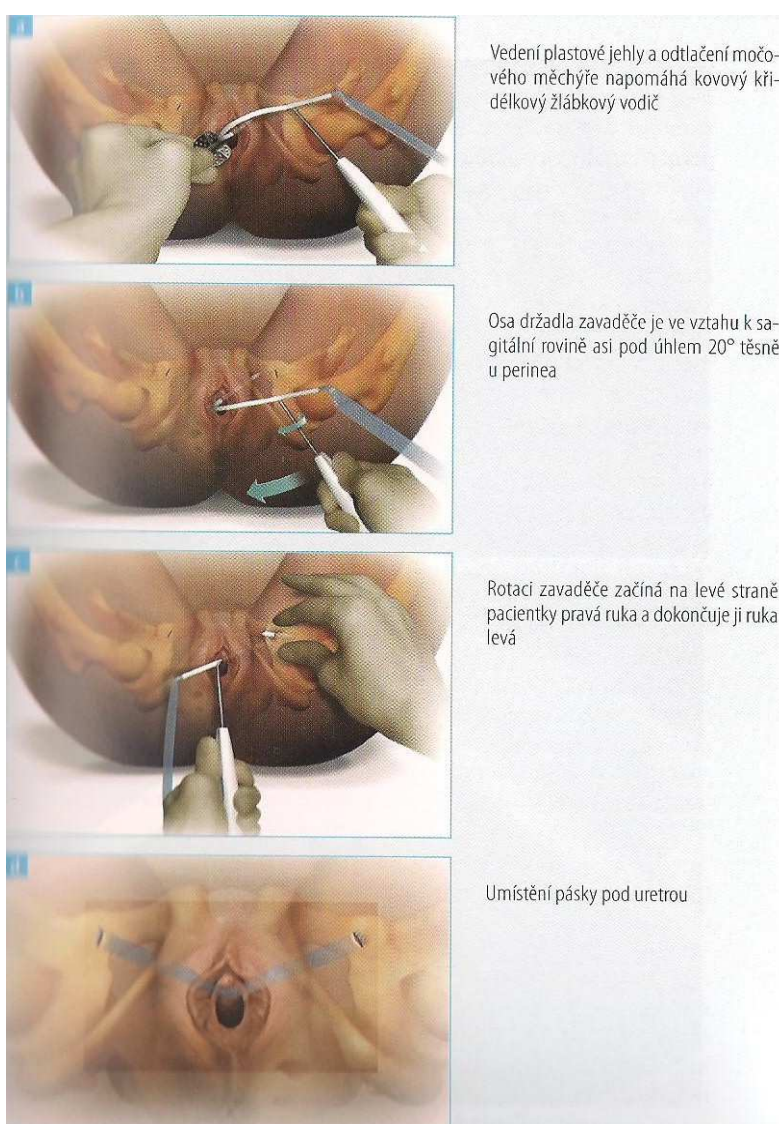


Obrázek 6 Konečná poloha zavedení TVT pásky

Zdroj: Čermák, Pacík, 2006, str. 69, 72



Obrázek 7 Transobturátorové vedení pásky



Obrázek 8 Jednotlivé operační kroky TVT-O

Zdroj: Martan 2011, str. 64, 67



## Příloha C – Gaudenzův dotazník

<b>1. Odtéká vám někdy nechtěně moč?</b>	
a) ano	
b) ne	
<b>2. Jak často vám odtéká nechtěně moč?</b>	
a) zřídka, například po prochlazení	I
b) náhodně	I
c) denně, vícekrát za den	1
d) prakticky trvale	1
<b>3. Jak velké je množství odteklé moče?</b>	
a) několik kapek	I
b) ustříknutí	
c) větší množství	1
<b>4. Kolikrát denně musíte měnit spodní prádlo?</b>	
a) není třeba	
b) vícekrát denně	
<b>5. Používáte vložku nebo vatou?</b>	
a) při odchodu z domu	
b) také doma	
c) také v noci	
<b>6. Když si vložku měníte, je:</b>	
a) suchá	
b) zvlhlá	
c) mokrá	
d) promočená, ukapávají kapky	
<b>7. Únik moče pro mne je:</b>	
a) vlastně žádný problém	
b) občas mě trápí	I
c) silně mě rozrušuje	
d) značně mě vadí	1
<b>8. Při kterých situacích uniká nechtěně moč?</b>	
a) při kašli a kýchnutí	I
b) při smíchu	
c) při chůzi nebo chůzi do schodů	
d) při chůzi ze schodů	
e) při skákání, cvičení, poskakování	
f) ve stoji	
g) vsedě, vleže	1
<b>9. Kdy začala moč nechtěně unikat?</b>	
a) po porodu	
b) po břišní operaci	
c) s příchodem klimakteria	
d) jindy	
<b>10. Kolik dětí jste porodila?</b>	
a) žádné	
b) 1–3	
c) ≥ 4	
<b>11. Počet dětí přes 4000 g hmotnosti:</b>	
a) 0	
b) 1	
c) ≥ 2	
<b>12. Máte ještě měsíčky?</b>	
a) ano	
b) ne	
<b>13. Měla jste břišní operaci?</b>	
a) ano – kterou?	
b) ne	
<b>14. Pálí vás při močení?</b>	
a) ano, během močení	
b) ano, po vymočení	
c) ne	

<b>15. Jak často chodíte močit ve dne?</b>	
a) každých 3–6 hodin	III
b) každé 2 hodiny	
c) každou půlhodinu nebo častěji	2
d) zcela rozdílně, po rozčilení	
<b>16. Probudí vás v noci nucení na močení?</b>	
a) ne	III
b) jednou, nepravidelně	
c) 2–4krát	3
d) > 5krát	
<b>17. Uniká v noci nepozorovaně při spánku moč?</b>	
a) ne	I
b) příležitostně, zřídka	
c) často, pravidelně	1
<b>18. Když máte nucení na močení, musíte jít hned, nebo můžete posečkat?</b>	
a) mohu posečkat	III
b) musím jít během 10–15 minut	II
c) musím jít během 1–5 minut	3
<b>19. Přihodí se, že když se opozdíte, na cestě na WC vám unikne moč?</b>	
a) ne	
b) zřídka, například při prochlazení	III
c) příležitostně	
d) pravidelně, často	3
<b>20. Přihodí se vám, že když máte nucení na močení krátce nato nechtěně unikne moč, není ve vašich silách tomu zabránit?</b>	
a) ne	III
b) zřídka	
c) často	3
<b>21. Můžete vůlí přerušit proud močení?</b>	
a) ano	1
b) ne	2
c) nevím	
<b>22. Máte pocit, že je měchýř po vymočení prázdný?</b>	
a) ano	I
b) ne	1
c) ne vždy	
d) nevím	
<b>23. Potlačit nucení na močení je pro mě:</b>	
a) vlastně žádný problém	III
b) občas mě ruší	III
c) silně mě ruší	3
d) značně mě obtěžuje	2
<b>24. Hmotnost pacientky:</b>	
a) do 50 kg	
b) 51–60 kg	
c) 61–70 kg	
d) 71–80 kg	
e) 81 kg a více	I
<b>25. Máte návaly?</b>	
a) ano	
b) ne	
<b>26. Berete hormonální tablety nebo injekce?</b>	
a) ano	
b) ne	

Urgentní skóre – součet arabských čísel

Stresové skóre – součet římských čísel

Obrázek 9 Gaudenzův dotazník

Zdroj: Kawaciuk, 2009, str. 271

## Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Kristýna Sklenářová	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník: 3. APA
Téma práce	Problematika inkontinence žen po porodu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	MUDr. Vlastislav Páca gynekologická ordinace	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jana Kocurová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím      podpis <i>J. Kocurová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	



V Příbrami dne 19. 11. 2013

podpis studenta *K. Sklenářová*

## **Příloha E – Dotazník**

Vážené respondentky,

jmenuji se Kristýna Sklenářová a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické v Praze, oboru Porodní asistentka. V současné době vypracovávám bakalářskou práci na téma Problematika inkontinence žen po porodu. Ráda bych vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé závěrečné práce. Dotazník je zcela anonymní a bude použit výhradně ke studijním účelům. Informace získané v tomto dotazníku budou zveřejněny v mé bakalářské práci. Zakroužkujte prosím jen jednu odpověď, popřípadě doplňte odpověď slovně. Prosím o vyplnění dotazníku pouze ženy s trvalým bydlištěm v okrese Příbram do 5 let po porodu.

Děkuji za spolupráci

Kristýna Sklenářová

1. Uveďte Váš věk

- a) 20-25 let
- b) 25-30 let
- c) 30-35 let
- d) 35 let a více

2. Vaše dosažené vzdělání

- a) základní
- b) středoškolské vzdělání s výučním listem
- c) středoškolské vzdělání s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Jaké je Vaše zaměstnání?
  - a) fyzická práce
  - b) duševní práce
  - c) obojí
  
4. Jaká byla Vaše hmotnost před otěhotněním?
  - a) podváha
  - b) normální
  - c) nadváha
  - d) obezita
  
5. Kolik kilogramů jste přibrala v těhotenství?
  - a) do 15 kilogramů
  - b) více než 15 kilogramů
  
6. Kolikrát jste rodila?
  - a) 0
  - b) 1
  - c) 2
  - d) 3
  - e) 4 a vícekrát
  
7. Jaká byla hmotnost Vašeho dítěte/ Vašich dětí?
  - a) 2500 g-3000 g
  - b) 3000 g-3500 g
  - c) 3500 g-4000g
  - d) 4000 g a více
  
8. Jak dlouho jste po porodu?
  - a) šestinedělí
  - b) půl roku
  - c) 1-1,5 roku
  - d) 2-2,5 roku
  - e) 3-3,5 roku
  - f) 4-4,5 roku
  - g) 5 let

9. Trpíte/trpěla jste močovou inkontinencí, tedy únikem moči? (Pokud je Vaše odpověď ne, pokračujte otázkou č. 13)

- a) ano
- b) ne

10. Kdy jste začala mít problémy?

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

11. Vaše problémy vymizely

- a) vymizely do půl roku od porodu
- b) vymizely do 1 roku po porodu
- c) vymizely déle – doplňte.....
- d) vymizely a po čase se objevily znovu
- e) nevymizely

12. Co děláte/jste dělala pro to, aby se Váš stav zlepšil? (doplňte)

13. Víte, v čem spočívá prevence inkontinence?

- a) v posilování svalstva dna pánevního
- b) v dodržování zdravého životního stylu
- c) v užívání podpůrných látek
- d) v dodržování pitného režimu
- e) není žádná prevence
- f) nevím

14. Co děláte/jste dělala pro to, abyste inkontinenci moči předešla? (doplňte)

15. Využíváte, jako způsob prevence, cviky na posílení pánevního dna?

- a) ano
- b) ne

16. Jak jste rodila?

- a) Vaginální cestou
- b) Vaginální cestou - operativní porod (kleště, vakuumextraktor)
- c) Císařský řez

17. Byla Vám provedena episiotomie (nástřih hráze)?

- a) ano
- b) ne

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s**

**Praha 5**

**Inkontinence moči po porodu**

(návrh brožury)



obr. 1

**Autorky: Kristýna Sklenářová, PhDr. Jana Kocurová**

**Praha 2014**

## **Inkontinence moči**

- stav nedobrovolného úniku moči,
- týká se všech věkových skupin obou pohlaví,
- snižuje kvalitu života,
- představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém.

### **Epidemiologie**

- inkontinencí moči trpí až 65 % žen,
- ženy v mladším věku postihuje inkontinence ve 30-40 %,
- v těhotenství toto číslo stoupá na 60 %,
- poporodní inkontinence se dočasně vyskytuje až u 32 % žen,
- v okrese Příbram trpí inkontinencí moči po porodu 9 % žen,
- ženy staršího věku trpí močovou inkontinencí ve 40-50 %.



### **Rizikové faktory**

- věk,
- těhotenství,
- počet porodů,
- vaginální porod,
- prodloužená II. doba porodní,
- hmotnost plodu,
- operativní porod,
- gynekologické operace,
- obezita,
- těžká fyzická námaha.

### **Prevence**

- dodržování zdravého životního stylu,
- vyhýbání se velmi náročné fyzické práci,
- předcházení infekcím močových cest a pohlavního ústrojí – popřípadě jejich správná léčba,
- dodržování pitného režimu,
- omezení pití kávy, alkoholu,
- hygiena pohlavního života – osprchování se a vymočení po pohlavním styku.

- tantra jóga, cvičení mohendžodáro,
- Kegelovy cviky – posilování svalstva pánevního dna.

### **Kegelovy cviky**

#### **Jsou určeny:**

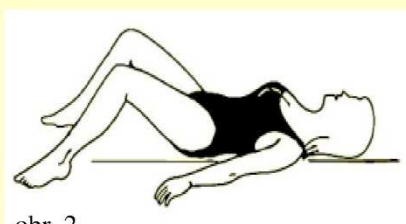
- pro snazší porod a zpevnění pánevních svalů, nejen po porodu,
- při problémech s inkontinencí,
- pro zlepšení sexuálního prožitku.

#### **Zásady cvičení**

- aktivace dýchání – dýchání do beder,
- při nádechu se vtáhne pochva a mírně konečník, tím se aktivuje svěrač močové trubice,
- cvičit 3x denně po dobu 5-10 minut,
- vyprázdňovaný močový měchýř.

## Cviky

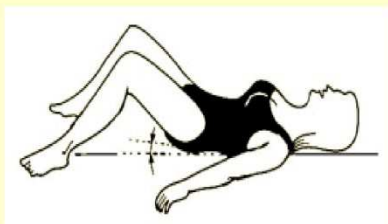
### Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny



obr. 2

Zapojíme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu a vydržíme 5-7 sekund, poté při výdechu povolujeme, avšak v opačném pořadí, tedy nejdříve pochvu a poté močovou trubici.

### Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené



obr. 3

Při nádechu vtáhneme svěrač močové trubice, vtáhneme pochvu a podsadíme pánev – nestahujeme hýžděové svaly, v této pozici vydržíme 5-7 sekund a při výdechu povolíme pánev a svalstvo pánevního dna.

### **Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, roztažené paže**



obr. 4

Při nádechu zvedneme pánev a zapínáme svalstvo dna pánevního, vnitřní stranu kolen tlačíme k sobě, ramena a paže do podložky, vydržíme opět 5-7 sekund a povolujeme opět opačně, než jak jsme zatínali, nakonec položíme pánev na podložku.

### **Leh na boku, pokrčené dolní končetiny, lýtka a trup vytváří pravý úhel**



obr. 5

V nádechu vtáhneme svěrač močové trubice, pochvu a zhluboka dýcháme, v nádechu přitáhneme špičky nohou k trupu a paty zvedneme a tlačíme do podložky. Takto to vydržíme 5-7 sekund a pak paty uvolníme.

## Vzpor vkleče



obr. 6

V nádechu stáhneme svalstvo dna pánevního a pravidelně dýcháme. Při výdechu přiložíme pravé koleno k levému loktu a vydržíme 5-7 sekund. Při nádechu vrátíme koleno zpět na podložku a vše opakujeme i s druhým kolenem.

**Zdroje:**

Feyreisl, J., J. Zmrhal a M. Babičková, 2013.

Gymnastika svalů pánevního dna. In: *Incoforum*. [cit. 2014-01-06]. <http://www.incoforum.cz/uvod/gymnastika-svalu-panevniho-dna/> - obr. 2-6

KAWACIUK, I., 2009. *Urologie*. Praha: Galén. 530 s. ISBN 978-80-7262-627-7.

KRČMÁŘ, M., 2010. Stresová inkontinence moči u žen po porodu. In: *Sestra*. 20(11). 46-47. ISSN 1210-0404.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠOTTNER, O., 2010. Inkontinence moči u žen. In:

*Příloha: Pacientské listy*. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/inkontinence-moci-u-zen-451050> - obr. 1