

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Jana Jurašová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

**Jana Jurašová**

Studijní obor: Porodní asistence 5341R007

## **MOČOVÁ INKONTINENCE PO PORODU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta CSc.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jana JURAŠOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17B0013P**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Močová inkontinence po porodu**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- HORČIČKA, Lukáša kol. Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen. 1. vydání. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2012. ISBN 978-80-86998-58-9
- KROFTA, Ladislav a Jaroslav FEYEREISL. Průvodce ženy s močovou inkontinencí. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2010, 39 s. ISBN 978-80-204-2280-4
- ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. Inkontinence moči. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006, 119 s. ISBN 80-725-4875-1
- HALAŠKA, Michael. Urogynekologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 256 s. ISBN 80-726-2272-2
- Klaudia Stangel-Wójcikiewicz. Regenerative Medicine for the Treatment of Urinary Incontinence. Jagiellonian University Press, 2016, 81 s. ISBN 9788323394921

Vedoucí bakalářské práce: **Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.**  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



**PhDr. Lukáš Štich**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Jurašová Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Močová inkontinence po porodu

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta CSc.

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: Močová inkontinence, těhotenství, porod, šestinedělí, dysfunkce pánevního dna, diagnostika močové inkontinence, léčba močové inkontinence

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na ženy po porodu, které mohou mít potíže s únikem moči. V teoretické části jsou shrnuty informace o anatomii pánevního dna, rozdělení močové inkontinence, diagnostika, léčba a vliv těhotenství a porodu na rozvoj močové inkontinence. Praktická část zahrnuje vyhodnocení dotazníkového šetření. Má práce má poukázat na míru inkontinentních žen po porodu. Dle mého výzkumu je méně jak třetina žen po porodu inkontinentní.

## **Abstract**

Surname and name: Jana Jurašová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Urinary incontinence after delivery

Consultant: Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta CSc.

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 27

Keywords: Urinary incontinence, pregnancy, birth, puerperium, pelvic floor dysfunction, diagnosis of urinary incontinence, treatment of urinary incontinence

### Summary:

This bachelor thesis focuses on postpartum women who may have difficulty with urine leakage. The theoretical part summarizes information about the anatomy of the pelvic floor, the distribution of urinary incontinence, diagnosis, treatment and influence of pregnancy and childbirth on the development of urinary incontinence. The practical part includes the evaluation of the questionnaire survey. My task is to point out the rate of incontinent women after childbirth. According to my research, less than a third of women are incontinent after giving birth.

## **Předmluva**

V dnešní době není močová inkontinence tak tabuizované téma, jako to bylo dříve. Ženy se zajímají, jak by se daly jejich nepříjemnosti s únikem moči odstranit nebo zmírnit. Močová inkontinence se netýká jen starších žen, ale mohou ji mít i ženy po porodu. Mým cílem bylo zjistit prevalenci močové inkontinence u žen po porodu. Odpovědi respondentek by měly upozornit na jejich problémy a upozornit lékaře a porodní asistentky na tento problém, který ženy často trápí, ale bojí se ho zmínit, i když jsou v dnešní době léčebné postupy na vysoké úrovni.

## **Poděkování**

Děkuji Doc. MUDr. Zdeňku Rokytovi CSc. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Martinu Smažinkovi za jeho praktické rady. Také bych ráda poděkovala svým rodičům a přátelům za jejich trpělivost a podporu. V neposlední řadě děkuji všem maminkám, které vyplnily dotazník a přispěly tak k sestavení praktické části této bakalářské práce



# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	11
SEZNAM TABULEK .....	12
SEZNAM ZKRATEK .....	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1 ANATOMIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST .....	15
1.1 Močový měchýř .....	15
1.2 Uretra .....	15
1.3 Diaphragma pelvis .....	16
1.4 Diaphragma urogenitale.....	16
1.5 Závěsný aparát pochvy .....	16
1.6 Mikce močového měchýře.....	16
2 MOČOVÁ INKONTINENCE.....	18
2.1 Definice močové inkontinence .....	18
2.2 Urgentní močová inkontinence .....	18
2.3 Stresová močová inkontinence .....	18
2.4 Reflexní inkontinence .....	19
2.5 Paradoxní ischurie.....	19
3 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE .....	20
3.1 Anamnéza .....	20
3.2 Dotazníky a mikční karty.....	21
3.3 Fyzikální vyšetření a klinické testy.....	21
3.4 Laboratorní vyšetření .....	22
3.5 Urodynamické vyšetření .....	22
3.6 Endoskopické vyšetření .....	23
3.7 Zobrazovací metody .....	23
4 MOŽNOSTI LÉČBY.....	24
5 TERAPIE URGENTNÍ INKONTINENCE .....	25
5.1 Konzervativní léčba .....	25
5.2 Farmakologická léčba .....	25
5.3 Chirurgická léčba.....	27
6 TERAPIE STRESOVÉ INKONTINENCE.....	28
6.1 Konzervativní léčba .....	28
6.2 Farmakologická léčba .....	29
6.3 Chirurgická léčba.....	30

7 VLIV ROZVOJE MOČOVÉ INKONTINENCE.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST .....	37
8 FORMULACE PROBLÉMU .....	37
9 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY .....	38
10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	39
11 METODIKA PRÁCE .....	40
12 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	41
13 ANALÝZA ÚDAJŮ .....	42
14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	62
15 DISKUZE .....	65
16 ZÁVĚR .....	67
17 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	68
18 SEZNAM PŘÍLOH .....	72

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Věk dotazovaných matek.....	42
Graf 2 - Počet těhotenství.....	43
Graf 3 - Počet porodů.....	44
Graf 4 - Močová inkontinence.....	45
Graf 5 - Zaměstnání žen.....	46
Graf 6 - Druh zaměstnání.....	47
Graf 7 – Technika vedení posledního porodu.....	49
Graf 8 - Porodní váha předchozího dítěte.....	50
Graf 9 - Rozvoj inkontinence po předchozích porodech.....	51
Graf 10 - Příbytek váhy v těhotenství.....	52
Graf 11 - Gestační týden porodu.....	53
Graf 12 - Technika vedení nynějšího porodu.....	54
Graf 13 - Porodní váha nynějšího dítěte.....	55
Graf 14 - První příznaky močové inkontinence.....	56
Graf 15 - Stav močové inkontinence.....	57
Graf 16 - Četnost úniku moči.....	58
Graf 17 - Množství uniklé moči.....	59
Graf 18 - Vliv úniku moči na každodenní život.....	60
Graf 19 - Příčiny úniku moči.....	61

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Druh zaměstnání.....	47
Tabulka 2 - Gestační týden porodu .....	53

## **SEZNAM ZKRATEK**

CNS .....	Centrální Nervový Systém
PD .....	Pánevní Dno
TZV .....	Takzvaně
TVT .....	Tension Free Vaginal Tape
TVT-O .....	Transobturator Tape Out-In/In-Out
TVT-S.....	Tension Free Vaginal Tape SECUR System
TOT .....	The Pension Free Obturator Tape
ICIQ-UI .....	International Consultation on Incontinence Questionnaire- Urinary Incontinence
UDI.....	Urinary Distress Inventory
POPDI.....	Pelvic Organe Prolapse Distress Inventory
ICIQ-SF .....	International Consultation of Incontinence Questionnaire – Short Form
I-QOL .....	Urinary Incontinence Quality of Life
IIQ-7 .....	Incontinence Impact Questionnaire
QoL.....	Quality of Life
g.....	Gram
kg. ....	Kilogram
MBI.....	Body Mass Index

## ÚVOD

Téma močová inkontinence bylo řadu let tabuizováno. Ženy své potíže tajily jak před svou rodinou, tak i před lékaři. V dnešní době se ale ženy více zajímají o své tělo a více se o tomto tématu hovoří. Jak v televizi, tak i na internetu, v časopisech a vychází odborné knihy. Močová inkontinence jim může bránit žít plnohodnotný život. Zasahuje jak do jejich rodinného, tak i společenského a pracovního života. Diagnostika a léčba se za řadu let zlepšila a jsou i odborní lékaři, kteří se každý den snaží svým pacientkám pomoci. Močová inkontinence se ale netýká jen žen po menopauze a senierek. V gynekologických a urologických ordinacích jsou pacientky mladšího věku, které potíže s únikem moči trápí. A ztěžuje jim život o to více, neboť jsou mladé a musí se postarat o novorozence a starší děti.

Proto by se ženy jakéhokoli věku neměly bát svěřit se svému lékaři nebo porodní asistenci. U močové inkontinence je důležité včas její příznaky zachytit a správně ji diagnostikovat. Léčba inkontinence nejsou jen chirurgické operace, ale i konzervativní léčba, jako například Kegelovy cviky, které často na zmírnění příznaků stačí.

Téma močová inkontinence po porodu jsem si vybrala proto, že v mém okolí je řada žen, které rodily a po porodu se jim objevily potíže s únikem moči. Proto jsem chtěla zjistit, jak moc ženy trápí močová inkontinence po porodu. Zaměřila jsem se na jejich práci, kterou vykonávaly před i v těhotenství, na předešlé i nynější porody a na to, jak moc jim nechtěný únik moči vadí v jejich osobním životě.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

### 1.1 Močový měchýř

Močový měchýř je dutý svalový orgán hruškovitého tvaru s kapacitou asi 500 ml. (Martan, 2011, s. 11) Při náplni asi 100 ml pociťuje člověk nucení na močení. (Slezáková, 2011, s. 81) Stěnu močového měchýře tvoří tři vrstvy (sliznice, podslizniční vazivo a svalovina), které se nazývají detruzor (m. detrusor vesicae). Zevní a vnitřní longitudinální vrstvy přecházejí na uretru. Vlákna zevní longitudinální vrstvy jdou zezadu na uretru, kde tvoří detruzorovou smyčku. Jejich průběh je šikmý až cirkulární. Vnitřní longitudinální vrstva přechází na uretru, kde tvoří smyčku naproti zevní vrstvě. U vnitřního ústí uretry končí střední cirkulární vrstva, která obkružuje uretrální ústí. Tyto vrstvy lze odlišit na trigonu močového měchýře mezi ústími močovodů a vnitřním ústím močové trubice. Trigon má jiný embryonální základ než močový měchýř, není v něm vyvinuto podslizniční vazivo. Močový měchýř je zásoben aa. vasicales superiores a inferiores z a. iliaca interna. Krev odvádí vv. vesicales do vena iliaca interna. Svalovina močového měchýře je inervována parasymptikem. (Martan, 2011, s. 11)

### 1.2 Uretra

Je u ženy dlouhá asi čtyři centimetry. Můžeme ji rozdělit na tři části: intramurální, která se nachází ve stěně močového měchýře, střední úsek mezi močovým měchýřem a perineem a perineální část procházející perineální membránou. Močovou trubici tvoří hladká svalovina z detruzoru a příčně pruhovaná vlákna, která tvoří zevní svěrač. Příčně pruhované svaly I. typu (slow – twitch fibers) jsou dlouhodobě odolné vůči únavě, tzn. udržují dlouhodobý tonus. Příčně pruhované svaly II. typu (fast – twitch fibers) jsou jen na krátkou dobu odolné vůči únavě. Tyto svaly zabezpečují, aby nedošlo k náhlému úniku moči při zvýšení intraabdominálního tlaku a tím zvýšení intrauretrálního tlaku. (Martan, 2011, s. 12) Musculus sphincter urethrae internus je tvořen vnitřní longitudinální vrstvou hladké svaloviny a vnější cirkulární vrstvou. Ve střední části uretry je příčně pruhovaný sval musculus sphincter urethrae externus. (Hořčíčka, 2017, s. 20) Uretrovaginální sfinkter obepíná uretru i pochvu. Uretra je bohatá na receptory pro estrogen. S přibývajícím věkem hladina estrogenů klesá a je vyšší riziko pro vznik močové inkonti-

nence. (Martan, 2011, s. 12) Větve aa. Vesicales inferiores a a. vaginalis z a. uterina zásobují uretru. Plexus pudendus, plexus urethrovaginalis a plexus vesicalis odvádějí krev do vena iliaca interna. Hladký sval uretru je inervován sympatikem. Příčně pruhované svaly inervuje nervus pudendus. (Hořčíčka, 2017, s. 20)

### **1.3 Diaphragma pelvis**

Má nálevkovitý tvar. Upíná se od roviny pánevního vchodu a směrem ke konečníku se zužuje. Diaphragmu pelvis tvoří m. levator ani, který je důležitý převážně u žen jako podpora orgánů malé pánve. Probíhá jím močová trubice, pochva a rektum. M. coccygeus má trojúhelníkovitý tvar. Upíná se od sedacího trnu na kostrč. (Kott a kol., 2017, s. 29)

### **1.4 Diaphragma urogenitale**

Jsou dvě vrstvy vaziva, které jsou napjaty mezi symfýzou a sedacími kostmi. (Hořčíčka, 2017, s. 20) Má tvar trojúhelníkovité desky. Mezi symfýzou a diaphragma urogenitale probíhá céva vasa dorsalia clitoridis. Dále je její součástí urethra, vagina a z části glandula vestibularis major. Mezi diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale je řídké tukové vazivo. (Čihák, 2013, s. 397)

### **1.5 Závěsný aparát pochvy**

Je rozdělený do tří úrovní. U první v kraniální části pochvy jsou přední a zadní stěny přiloženy k sobě. Jejich ukotvení jde dorzokraniálním směrem proximálního paracolpia pomocí sakrouterinních a kardiálních ligament. Porušení těchto vazů zapříčiňuje pokles pochvy nebo dělohy. V druhé úrovni má pochva motýlovitý tvar. Přední a zadní stěna je fixována m. levator ani. Porucha závěsu se nazývá paravaginální defekt nebo také trakční cystokéla. Při poruše předních rohů poševních je poškozena podpora močové trubice s následnou hypermobilitou uretrovezikální junkce, která může zapříčinit stresovou inkontinenci. Při poruše vazů zadních rohů pochvy vzniká rektokéla. Ve třetí úrovni pochvy je upevněna pevným spojením s perineální membránou. Za ní vzniká centrum tendineum perinei. Na přední stěnu pochvy je upevněna distální uretra. Pochva má na průřezu tvar U. Distální rektokéla se rozvíjí při poruše centrum tendineum. (Martan, 2011, s. 14–15)

### **1.6 Mikce močového měchýře**

Močový měchýř má dvě funkce. První funkcí je jímací fáze, ve které převažuje sympatikus. Má relaxační účinek na detruzor a kontrakční účinek na hladké svaly hrdla močového měchýře a proximální uretru. Druhou funkcí je mikční fáze, ve které převažuje



parasympatikus. (Hořčíčka, 2017, s. 22) Několik sekund před mikcí se svaly pánevního dna a svěrače uretry zrelaxují. Dojde k poklesu uretrovezikální junkce a uretra se zkrátí, rozšíří a napřímí. Současně dochází ke stahu vnitřní longitudinální vrstvy detruzoru, která napomáhá otevření močové trubice. Po ukončení mikce nastává kontrakce příčně pruhovaného svalu, močový měchýř se zvedá do své původní pozice a mizí rozšíření močové trubice. Mikční reflex nejspíše spouští urotel. Při maximální náplni močového měchýře deformují uroteliální buňky, což vede k pohybu intraplazmatických vezikul a neurotransmiterů. Vezikuly splynou s buněčnou membránou a uvolní ATP, které podráždí terminální nervová zakončení. S plnicím se močovým měchýřem se zvyšuje množství impulzů směřujících k mozku. Při mikci nastává opačný děj. Aktivita mozkové kůry a sympatiku se snižuje. Nervus pelvicus vede impulzy pro kontrakci detruzoru. Parasympatická vlákna podněcují nikotinové receptory k relaxaci hladkých svalových buněk uretry. A přidává se volní relaxace příčně pruhovaného svalu. (Martan, 2011, s. 16-17)

## **2 MOČOVÁ INKONTINENCE**

### **2.1 Definice močové inkontinence**

Dle mezinárodní společnosti pro inkontinenci (ICS) je inkontinence jakýkoli vůlí neovladatelný únik moči. (Hanuš, 2016, s. 102) Močová inkontinence je pouze symptom. Na jejím vzniku se může podílet věk, infekce močových cest, těhotenství a porod, menopauza, diabetes mellitus, neurologická onemocnění, operace v pánevní oblasti, léky, obezita a jiná onemocnění. (Genadry, 2013, s. 15)

### **2.2 Urgentní močová inkontinence**

Je charakterizována náhlým, silným, vůlí neovladatelným pocitem na močení. Vznik je spojován s hyperaktivitou detrusoru. (Macek, 2011, s. 121) Urgentní inkontinence je spojována s neodkladnou potřebou močit a ztrátou kontroly nad močením. Ženy často udávají, že pocit na močení je zastihne například před tím, než dojdou na toaletu, při zvuku tekoucí vody nebo při příchodu domů. Někdy se signál o nutkání močit dostaví jen pár vteřin před pomočením. Nervová soustava vyšle signál, který vyvolá kontrakci hladkého svalstva močového měchýře. Ta může být větší než stah svěrače uretry nebo se svěrač úplně uvolní. Urgentní inkontinenci provází časté močení přes den (polakisurie) a noční močení (nykturie). (Genadry, 2013, s. 32–33) Urgentní inkontinenci způsobuje jeden nebo více faktorů. Nejčastěji se urgentní inkontinence objevuje u starších žen v důsledku poklesu ženských hormonů. Nejčastějšími příčinami jsou záněty močových cest, stenóza nebo divertikl močové trubice, nádory močového měchýře a cystolitiáza. Další příčina může být v poklesu pánevních orgánů vlivem povolení pánevního svalstva. Neurogenní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba), chronická onemocnění (diabetes mellitus) a léky (diuretika, kardiotonika, antihypertenziva, některé hormonální léky) se také podílejí na rozvoji urgentní inkontinence. (Hanuš, 2015, s. 220)

### **2.3 Stresová močová inkontinence**

Je nechtěný únik moči nepoškozenou uretrou při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku. Únik moči je pasivní bez jakékoli prodlevy a pocitu nucení na močení. (Slezáková, 2011, s. 82) Princip tvoří dva mechanismy. Pokud je svalové pánevní dno pevné, nejsou porušena ligamenta připojená k uretru a močovému měchýři a klidový intrauretrální tlak je vyšší než intravezikální je žena plně kontinentní. Ale jsou-li ligamenta poškozena a dojde ke zvýšení intraabdominálního tlaku, převyšuje intravezikální tlak nad

intrauretrálním a vzniká inkontinence. (Hanuš, 2015, s. 115) Druhý mechanismus vzniku močové inkontinence nastává při snížení nebo ztrátě uzavírací funkce svěrače uretry. (Matoušková, 2013, s. 102) Stresová inkontinence nejčastěji vzniká při kašli, kýchnutí, běhu, zvedání břemene nebo při skákání. Na vzniku stresové inkontinence se podílí celá řada rizikových faktorů. Nejčastěji je vrozená dispozice, ke které se přidávají další. Například obezita, fyzická námaha, poruchy pánevního dna, porody, porodní poranění, chronická zácpa. (Hanuš, 2015, s. 220–221)

## **2.4 Reflexní inkontinence**

Je nechtěný únik moči na podkladě zvýšené aktivity míšního centra, kde chybí pocit nucení na močení. Pacient má onemocnění centrální nervové soustavy nebo má mozek poškozený a ztrácí kontrolu mikčního reflexu. Mikce nastává bez předchozích signálů nucení na močení. (Martan, 2011, s. 27)

## **2.5 Paradoxní ischurie**

Je únik moči z přeplněného močového měchýře. Vzniká při maximální náplni močového měchýře. Močový měchýř je trvale roztažený a nevyprázdňuje se úplně. Moč odkapává nebo uniká po malém množství při zvýšení nitrobřišního tlaku. (Kawaciuk, 2009, s. 268) Paradoxní ischurie je porucha odtoku moči vlivem překážky v dolních močových cestách nebo poruchou m. detrusor. (Hořčíčka, 2017, s. 18)

## 3 DIAGNOSTIKA MOČOVÉ INKONTINENCE

### 3.1 Anamnéza

Nejdůležitější krok k nalezení a vymezení faktorů, jež mikční poruchy vyvolávají. (Kolombo, 2009, s. 11) Do anamnézy řadíme věk, pracovní anamnézu, záliby, gynekologickou anamnézu, kdy se ženy ptáme na počet porodů, způsob vedení porodů, porodní hmotnost novorozenců, menopauzu, operaci v malé pánvi.

V dalších otázkách se zaměřujeme přímo na močovou inkontinenci:

- jak často dochází k úniku moči,
- při jakých činnostech,
- množství uniklé moči,
- noční nucení na močení,
- zda používá absorpční pomůcky, jak často je musí měnit,
- zda močení bolí,
- jak ovlivňuje inkontinence moče její život,

Další otázky jsou směřovány k onemocnění, která mohou inkontinenci podporovat:

- chronický kašel,
- chronická zácpa,
- srdeční či ledvinové selhávání,
- neurologická onemocnění,
- endokrinologická onemocnění,
- jaké léky užívá,
- alkoholismus, kouření, kofeinismus. (Hořčíčka, 2017, s. 29)

### 3.2 Dotazníky a mikční karty

Dotazníky můžeme určit druh inkontinence, obtíže, úspěšnost léčby. (Kolombo, 2009) Pokud je mikční karta řádně vyplněná, může lékaři hodně říci o stavu pacientovi inkontinence. Pacient do ní zapisuje přijaté a vyloučené tekutiny vždy s přesným časem. Pacient do ní také zapisuje únik moči, urgenci na močení, četnost nočního močení a jiné. (Kott, 2017, s. 64) Dotazníků je celá řada. Například se využívají tyto dotazníky: *Quality of Life – QoL*, který hodnotí kvalitu života; *Urinary Distress Inventory – UDI*, hodnotí diskomfort, urgenci, stresovou inkontinenci; *Pelvic Organe Prolapse Distress Inventory – POPDI*, vyhodnocuje pocit sestupu pánevních orgánů. (Martan, 2011, s. 30) *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form – ICIQ-SF*, diagnostikuje přítomnost inkontinence, typ, množství úniku moči a ovlivnění na kvalitě života pacienta; *Urinary Incontinence Quality of Life – I-QOL* a *Incontinence Impact Questionnaire – IIQ-7* jsou dotazníky zabývající se ovlivněním kvality života inkontinencí. (Hořčíčka, 2017, s. 32)

### 3.3 Fyzikální vyšetření a klinické testy

Lékař provádí celkové i gynekologické vyšetření. Při gynekologickém vyšetření si lékař všimá poševního vchodu, hráze, jizev po epiziotomii, rupturách, ústí uretry, sestupu poševních stěn. Lékař ženu vyšetřuje v klidu i při zatlačení.

*Marshallův test* se provádí po náplni močového měchýře sterilní tekutinou. Pacientka se postaví a zakašle. Při pozitivním testu na stresovou inkontinenci pacientce odtéká moč.

*Bonneyův test* provede lékař po pozitivním prvním testu. Dvěma prsty zvedne para-uretrální tkáň v místě krčku měchýře. Při zakašlání moč neodtéká.

*Q tip test* se dělá na principu, kdy se do uretry zavede štětička nebo cévka. Při negativním testu by měla být štětička či cévka v horizontálním průběhu. Jako pozitivní test se uvádí pohyb štětičky nebo cévky o více než 30 stupňů při zakašlání. (Martan, 2011, s. 38-39)

*Pad Weight Test* je hodinový test. Pacient vypije za čtvrt hodiny 500 ml tekutiny a následně provádí aktivity jako je chůze, vstávání ze sedu, kašel, běh na místě, mytí rukou pod tekoucí vodou. Po ukončení testu se vložka zváží. Do 2 g není inkontinentní, od 10 g

lehká inkontinence, 10–15 g střední inkontinence a nad 50g je závažná inkontinence. (Kott, 2017, s. 65)

### 3.4 Laboratorní vyšetření

Moč se vyšetří chemicky i kultivačně na možnost močové infekce. Ta může inkontinenci vyvolávat nebo zhoršovat. Přináší pro lékaře možnost antibiotické léčby. Lékař se musí zaměřit i na hematurii, kterou může způsobovat závažnější onemocnění. (Romžová, 2014, s. 222) Proto lékař nechá moč vyšetřit cytologicky a dále nechá vyšetřit renální funkce a markery zánětu u pacientky. (Kolombo, 2009, s. 12)

### 3.5 Urodynamické vyšetření

Je nyní nejpřesnější metoda, kterou lze zjistit nedostatečnost dolních močových cest. Používají se jak jednoduché metody, tak i složitější. (Hořčíčika, 2017, s. 40) Nejčastěji se pacientky urodynamicky vyšetřují při nedostačující anamnéze, smíšených symptomech inkontinence, bolestech při močení, neúspěšné konzervativní léčbě, nedostatečnosti pánevního dna, inkontinenci způsobenou neurogenním onemocněním, stavem před chirurgickou léčbou a před opakovanou chirurgickou léčbou. (Zámečník, 2012, s. 149)

*Uroflowmetrií* se sledují hodnoty močového proudu. Při kvantitativním měření se sleduje mikční objem, maximální a střední rychlost proudu moči a doba mikce. Kvalitativně se vyhodnocuje tvar uroflowmetrické křivky. Zda je její tvar plynulý nebo přerušovaný. Na konci vyšetření se změří pomocí ultrazvuku reziduum. (Kolombo, 2009, s. 12–13)

Cystometrie je měření intravezikálního tlaku a objemu močového měchýře. Měří se při plnění močového měchýře – plnicí cystometrie, nebo při mikci – mikční cystometrie. Principem je měření intraabdominálního tlaku a intravezikálního. Po odečtu se zjistí vlastní tlak detruzoru. Kvantitativně se měří maximální objem močového měchýře, první pocit nucení na toaletu, pocit normální mikce, maximální tlak, detruzorový kvocient a kompliance. Kvalitativním hodnocením je průběh křivky. Přítomnost kontrakcí, ať už spontánních nebo provokovaných, jejich amplitudu a délku trvání. (Kolombo, 2009, s. 13–14)

*Profilometrií* se vyšetřují svěrače močové trubice. Principem této metody je vytahování měřicího katetru z močové trubice konstantní rychlostí. Změřené hodnoty se zapisují do grafu, na kterém lékař může vidět rozložení tlaku v močové trubici. Tím rozezná, zda jde o pravou stresovou inkontinenci nebo nedostatečnost svěrače.

*Leak Point Pressure* se měří intraabdominální a intravezikální tlak při úniku moči. Statický test se provádí u neurogenních poruch močového měchýře a dynamický test se používá k diagnostice stresové inkontinence. (Hořčíčka, 2017, s. 45 – 46)

*Elektromyografie* vyšetřuje funkce příčně pruhovaného svěrače močové trubice. (Hořčíčka, 2017, s. 46) K tomuto vyšetření se používají jehlové nebo povrchové elektrody, které snímají funkčnost svalů pánevního dna. Jehlové elektrody se zavedou do svalu. Povrchové elektrody se zavedou do pochvy, konečníku, uretry, nebo se přilepí na oblast perinea, kde snímají celkovou aktivitu pánevního dna. Tato metoda se využívá u neurogenních poruch dolních močových cest. Vyšetření je doplněno urodynamickými metodami. (Kolombo, 2009, s. 15)

### **3.6 Endoskopické vyšetření**

Uretrocystoskopie patří mezi endoskopická vyšetření dolních močových cest. Lékař tak může vidět uretru a močový měchýř zevnitř a může vyloučit nádorové onemocnění, píštěle a jiné. Žena bývá vyšetřena ambulantně, jelikož má močovou trubici krátkou. (Kolombo, 2009, s. 15) Uretrou se zavede optické zařízení tloušťky močové cévky. Zavedení a prohlížení nebývá bolestivé. Žena může mít jen nepříjemný pocit na močení díky naplněnému močovému měchýři fyziologickým roztokem pro dobré prohlížení. (Chmel, 2010, s. 20) Lékař při vyšetření hodnotí tvar močového měchýře, objem, stav svaloviny a sliznice močového měchýře, lokalizaci a tvar uretry. Při vyšetření lze odebrat vzorek tekutiny z močového měchýře na cytologické vyšetření a při vyšetřování v celkové anestezii i odebrat vzorek tkáně na biopsii. (Hořčíčka, 2017, s. 39–40)

### **3.7 Zobrazovací metody**

Ultrazvukem se lékař podívá na stav horních i dolních močových cest. (Romžová, 2014, s. 222) Transabdominálním ultrazvukem se zobrazuje močová trubice, močový měchýř, dolní okraj stydké spony, levátory a anální kanál. Močový měchýř musí být naplněn alespoň 200 ml moči. Lékař vyhodnocuje pohyblivost močové trubice v klidu a při zvýšení abdominálního tlaku. Dále hodnotí vztah baze močového měchýře k uretře, pohyblivost a stav levátorové plotny. Při vaginálním ultrazvuku lékař lépe vidí uretru, uretrovezikální spojení a dolní okraj stydké spony.

## 4 MOŽNOSTI LÉČBY

Léčba močové inkontinence se řeší u každého pacienta jinak, jelikož jsou různé typy inkontinence a příčiny. Léčebné metody se musí kombinovat i proto, že jedna samotná léčba nemusí pro úplné vyléčení stačit. Léčba se dá rozdělit na konzervativní, farmakologickou a chirurgickou. Důležitá je spolupráce urologa, gynekologa, neurologa, rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta a interního lékaře.

*Konzervativní léčbu* představuje například změna životosprávy (úbytek na váze, přestat kouřit, omezit kávu a jiné nápoje obsahující kofein, omezit těžkou fyzickou námahu), rehabilitace pánevního dna (trénink svěrače močového měchýře a pánevního dna, elektrostimulace), vaginální pesary, inkontinenční pomůcky.

*Farmakoterapeutická léčba* v dnešní době patří mezi základní léčbu. Některé léky musí pacienti brát dlouhodobě, jiné pozitivně účinkují na dolní močové cesty. Léky působí na svalovinu močového měchýře, zvětšují objem močového měchýře a posilují svěrače uretry. Nejvíce předepisovanými léky jsou sympatomimetika, antidepressiva, estrogeny a léky inhibující zpětné vstřebávání serotoninu a noradrenalinu.

K *chirurgické léčbě* se přistupuje, pokud konzervativní i farmakoterapeutická léčba už nestačí. Operační léčba se především týká stresové inkontinence. Nejčastějším operačním výkonem jsou tahuprosté suburetrální pásky, transobturátové pásky a miniimplantáty. Další léčbou na podporu uzavření je implantace látek do začátku močové trubice a jejího hrdla jako například teflon, kolagen a silikon. Botulotoxin se implantuje do detruzoru. Radikálnějšími operacemi jsou implantace umělého močového svěrače a zvětšení kapacity močového měchýře pomocí střevního segmentu. Novějšími metodami jsou aplikace autologních myoblastů, fibroblastů, kmenových buněk a genová terapie. (Kolombo, 2009, s. 15–17)



## 5 TERAPIE URGENTNÍ INKONTINENCE

### 5.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba je léčbou první volby. Cílem je snížení hyperaktivity detrusoru a posílení zdvihačů pánevního dna.

Do konzervativní léčby se zahrnuje:

- psychoterapie skupinová nebo individuální,
- hypnóza,
- regulace pitného režimu (omezení močopudných látek jako je káva, alkohol),
- bladder drill (trénink močového měchýře, pacient má nastavené intervaly, kdy má chodit na toaletu, tyto intervaly se postupně prodlužují),
- biofeed back (posílení pánevního dna),
- elektrostimulace (podráždění nervus pudendus, který přiměje svaly stáhnout se),
- laser (biostimulace laserem na přední stěnu pochvy, 70 % žen je vyléčeno nebo pocítí zlepšení),
- akupunktura (jehly se zapichují do paže, kde jsou body pro ledviny, játra, močový měchýř a žaludek),
- inkontinenční pomůcky: vložky, pleny, kalhotky, používají se při nemožnosti jiné léčby nebo při malém úniku moči. (Dzivunčík, 2009, s. 243)

### 5.2 Farmakologická léčba

Cílem je snížení urgencí na mikci a zvýšení kapacity močového měchýře. Úspěšnost léčby je 60–80 %. (Hořčíčka, 2017, s. 50)

Ke snížení kontraktility svalových buněk detrusoru se používá několik mechanismů:

- blokace specifických receptorů anticholinergiky,

- blokace vápenatých kanálů,
- otevření draselných kanálů,
- snížení sympatického účinku.

Lékové skupiny pro léčbu urgentní inkontinence:

1. *Antimuskarinika* – působí na muskarinové receptory, které snižují funkci detrusoru. Mají tlumící efekt na vnímání náplně močového měchýře a tím zlepši jeho jímací funkci, ale neovlivňují normální mikční fázi. Léky působí i na muskarinové receptory mimo urogenitální trakt což vede k nežádoucím účinkům jako je sucho v ústech, zácpa a poruchy zaostření. Nyní se vyvíjí léky, které budou působit jen na M2 a M3 receptory.

Mezi předepisované léky se řadí:

- *Oxybutynin* (DITROPAN, KENDERA, UROXAL), *propiverin* (MICTONET-TEN, MICTONORM) – nejčastěji předepisované léky
  - *Trospium* (SPASMED, URAPLEX) – mohou předepisovat i praktičtí lékaři, má méně nežádoucích účinků a nezatěžuje tolik metabolismus
  - *Tolterodin* (DETRUSOL SR, UROFLOW), *solifenacin* (VESICARE), *darifenacin* (EMSELEX) – mají postupné uvolňování léčiva
  - *Fesoterodin* (TOVIAZ) – proléčivo
2. *Blokátory kalciových kanálů* – brání přestupu vápníku do svalových buněk – snižují činnost detrusoru (*nifedipin*)
  3. *Aktivace draselných kanálů*
  4. *Beta-adrenergní agonisté* – snižují účinek sympatiku – není prokazatelně výhodná léčba (*efedrin*)
  5. *Snížení syntézy prostaglandinů* – omezeně se využívají při zánětu a subvezikální obstrukce
  6. *Ovlivnění receptorů tachykininů a vaniloidů* – podání *kapsaicinu* nebo *resiniferatoxinu* do močového měchýře

7. *Tricyklická antidepressiva* – mají centrální a periferní anticholinergní efekt. Tento efekt blokuje aktivitu transportního systému na presynaptické membráně, kde se vychytává noradrenalin a serotonin. Tricyklická antidepressiva mají sedativní účinek na CNS. Relaxují detrusor a posilují vnitřní svěrač uretry, *imipramin* (MELIPRAMIN).
8. *Blokace fosfodiesterázy* – snižuje nitrobuněčný účinek kontrakce svalů
9. *Anticholinergika, anestetika* – snižují citlivost na vzestupné vzruchy z močového měchýře (*oxybutinin, propiverin, dimethylsulfoxid*). (Zámečník, 2012, s. 154–155).
10. *Botulotoxin* – je novinkou v léčbě. Zmírňuje příznaky inkontinence. Hlavní využití Botulotoxinu je v kosmetickém průmyslu. Indikuje se u pacientů, kteří nemají po vymočení reziduum. Principem je, že svalstvo močového měchýře ochrne a tím se močový měchýř tolik nestáhne. Bohužel jsou tyto účinky jen dočasné (na několik měsíců). Aplikace Botulotoxinu je finančně náročná. Vedlejší účinky jsou vzácné nebo mírné. (Sochorová, 2011, s. 490)
11. *Stollerův elektrostimulátor aferentních nervů* - aferentní stimulace n. tibialis, která ovlivňuje sakrální nervy močového měchýře. Jehla se aplikuje nad kotník v průběhu nervu. Léčba má minimální riziko. Předpokládá se, že léčba bude pro pacienty s hyperaktivním močovým měchýřem, kteří nereagují na jinou léčbu. (Giblo, 2011, s. 370)

### 5.3 Chirurgická léčba

Zahrnuje vícero operačních výkonů od výjimečné denervace (přerušeni nervů) a neurostimulace sakrálních kořenů, až po augmentaci (zvětšení močového měchýře) a derivační operace (odvod moči po odstranění močového měchýře).

*Augmentační enterocystoplastika* – část střeva je přišita na močový měchýř do kulovitého tvaru. Vznikne anastomóza, která zvětší kapacitu močového měchýře a sníží dráždění receptorů pro mikci. Někteří pacienti musí z počátku po operaci využívat autokatetrizaci.

## 6 TERAPIE STRESOVÉ INKONTINENCE

### 6.1 Konzervativní léčba

Před operačním zákrokem by měly být vyčerpány všechny konzervativní metody léčby. (Hanuš, 2015, s. 222) Léčba pro každou ženu by měla být individuální. Lehký typ stresové inkontinence se zpravidla řeší konzervativně. Střední typ se ale řeší chirurgicky. Aby lehká forma stresové inkontinence vymizela nebo se zlepšila, musí žena k její léčbě přistupovat aktivně. V dnešní době je pro ženu jednodušší chirurgický zákrok, než denní posilování pánevního dna. Pokud se žena rozhodne aktivně posilovat tyto svaly, může inkontinence vymizet. Musí ale svaly stále posilovat, protože se inkontinence může navrátit. Svaly PD většinou povolují po porodech a po menopauze. (Chmel, 2010, s. 32) Žena by si ještě před samotnou konzervativní léčbou měla uvědomit, co inkontinenci způsobuje a podle toho upravit svůj denní režim. Měla by omezit zvedání a nošení těžkých předmětů, nechat se přeřadit na jiné pracovní místo (pokud by jí to bylo umožněno), vyřešit chronickou zácpu a chronický kašel např. alergie. (Hořčíčka, 2017, s. 65)

*Kegelovy cviky* – jsou první a nejstarší formou posilování svalů a svěračů PD. Tyto cviky jsou první volbou při močové inkontinenci. Ideální sestava cviků neexistuje, ale tyto cviky mohou stresovou inkontinenci zlepšit u 70–80 % nemocných, ale jen u 10 % ji zcela vyléčí. Principem tohoto cvičení je stahování a povolování svalů PD, které zlepší sílu kosterních svalů o 25–50 % po půl roce. Žena stahuje svaly několikrát za den. Cílem cvičení je zesílení svěračů, aby byly odolné při zvýšení abdominálního tlaku. (Kawaciuk, 2009, s. 277) Nevýhoda Kegelových cviků je nekomplexní přístup, který může zvýšit disbalanci ostatních svalů PD.

*Synkinetický přístup* – využívá ostatní svaly v oblasti PD. Tyto cviky lze najít v letáčích a brožurách v gynekologických a urologických ordinacích. Výsledný efekt je ale také malý, jelikož žena neumí správně používat svaly PD v krizových situacích.

*Posturální přístup* – nahlíží na pacientku jako na celek. Posturální přístup bere v potaz PD jako složku hlubokého stabilizačního systému těla. Bohužel ani u této metody žena přesně neví, kde má PD a jak ho správně použít.

*Ostravský koncept* – je spojení posturálního přístupu a cvičení jednotlivých vrstev PD. Prvním krokem je edukace žen o anatomii a fyziologii dolního močového systému o PD, patofyziologii pánevního dna, metodách a cílech léčby. Další je vyšetření svalů PD

per vaginam a nácvik kontrakce svalů. Cílem je zlepšení PD, aby bylo možné dosáhnout maximální kontinence moči podle principu „find and use“.

*Elektrostimulace* – se používá u žen, které dostatečně nebo vůbec nestahují svaly PD. Elektrostimulace elektromyografickou sondou pomáhá ženě lokalizovat a aktivovat svaly PD. Výsledná efektivita léčby se zaznamenává půl roku od začátku léčby, přičemž zlepšení žena může pocítit už po dvou měsících. Žena nesmí léčbu předčasně ukončit. Předčasné ukončení lze, pouze pokud inkontinence zcela vymizí.

Mnoho žen se snaží posílit pánevní dno přerušováním močení. Tento zvyk ale není správný, protože může vést až k porušení správné mikce a močový měchýř se nemusí zcela vyprázdnit. (Holaňová, 2010, s. 308 – 309)

*Vaginální konusy* – jsou závaží, která se zavádí do pochvy a stimulují svaly ke kontrakcím. Používají se i míčky, v nichž je kulička. Ta při pohybu nutí ženu ke stahování svalů.

*Pesaroterapie* – je alternativa u neoperovatelných žen, nebo u žen před operací. Pesary ženy používají i při sestupu pánevních orgánů. Pesary upravují anatomii uretry nebo zvyšují výtokový odpor uretry. Na trhu je celá řada druhů a velikostí pesarů. Nejpoužívanější jsou kruhové a kostkové. Žena může mít pesar zaveden permanentně nebo si ho může zavést před sportem nebo jinými výkony, které by podněcovaly k úniku moči. Správně zavedený pesar po pochvy žena necítí. Komplikacemi může být selhání, vypadnutí, poškození sliznice pochvy až poševní zánět. (Hořčíčka, 2017, s. 66–69)

## **6.2 Farmakologická léčba**

Stresová inkontinence se léčí léky zvyšujícími tlak v uretře. Tyto léky nejsou specifické pro stresovou inkontinenci. Kontraindikace léků často převažují nad terapeutickým efektem, a proto se farmakologická léčba u stresové inkontinence využívá minimálně. Léky se zaměřují na jednotlivé druhy receptorů v močovém měchýři, močové trubici a pánevním dně. V hrdle močového měchýře a proximální uretře jsou  $\alpha$ -adrenergní receptory. V léčbě se proto užívají  $\alpha$ -adrenergní agonisté.

*Efedrin (EPHEDRIN)* - je  $\alpha$ - a  $\beta$ -adrenergní agonista a vysokým účinkem na převodní systém srdeční, vazokonstrikci a bronchodilatačním účinkem. Nežádoucím účinkem je návyk centrálních stimulačních účinků.

*Imipramin (MELIPRAMIN)* – patří do antidepresiv s neselektivním  $\alpha$ - i  $\beta$ -mimetickým účinkem. Podrážděním  $\alpha$ -receptorů se hladká svalovina močového měchýře stáhne. Podrážděním  $\beta$ -receptorů se stah detrusoru zmenší. Tento lék se dnes už moc nevyužívá.

*Midodrin (GUTRON)* – selektivní syntetický  $\alpha$ -adrenergní agonista, který má dlouhodobý účinek a zřejmý periferní vazokonstrikční účinek. Lék není návykový a má snížený centrální stimulační účinek. Užívá se 2x 5 mg/den u mírného typu stresové inkontinence. (Zámečník, 2012, s. 151)

*Estrogeny* – pozitivně ovlivňují močový měchýř zvýšením hustoty a citlivosti  $\alpha$ -adrenergních receptorů. Uretra obsahuje velké množství estrogenních receptorů, které s věkem a hlavně po menopauze klesají. Perorální nebo vaginální podávání estrogenů má pozitivní účinky. Substituční terapie se ale nedoporučuje pro vznik endometriálního karcinomu či karcinomu prsu. (Kawaciuk, 2009, s. 277 – 278)

*Duloxetin* – působí na laterální motorické jádro v předních míšních rozích segmentů S1-2 nebo S2-3. Zde se nachází asi 500 neuronů, které obsahují serotoninové a noradrenalinové receptory. Tzv. Onufovo jádro ovlivňuje napětí příčně pruhovaného svěrače uretry a podílí se na reflexním přenosu intraabdominálního tlaku na uzavírací funkci močové trubice a močového měchýře. Duloxetin neovlivňuje vůlí podmíněnou mikci a snižuje samovolný únik moči. Užívá se 2x 40 mg/den. Nežádoucími účinky jsou nevolnost, sucho v ústech, bolesti hlavy a závratě. Předepisuje se u lehkého typu stresové inkontinence s málo zvýšenou pohyblivostí uretry. (Zámečník, 2012, s. 152)

### **6.3 Chirurgická léčba**

Cílem chirurgické léčby je obnovení kontinence při použití operačních postupů, které snižují morbiditu a ulehčují zotavování pacientek. Je známo asi 150 typů operací, z nichž se vybírají ty, které jsou pro léčbu nejlepší a mají nejnižší procento peroperačních a pooperačních komplikací. (Martan, 2011, s. 51) Chirurgická léčba je tou poslední možností po selhání všech ostatních metod. Lékař, který operuje, by měl být v těchto operacích zručný, měl by umět kombinovat různé metody operací a měl by umět vyřešit všechny peroperační a pooperační komplikace. Pacientka musí být informována o možných komplikacích, možné nedostatečné účinnosti operace a nedostatečného trvání až selhání. (Hořčičika, 2017, s. 71)

*Marshall-Marchett-Krantzova operace* – poprvé se tento zákrok objevil ve 40. letech dvacátého století. Tento zákrok řeší ústup vaginální stěny a posunutí močového měchýře a uretry dozadu. Chirurg provede řez nad stydkou kostí, pak vede stehy tkání kolem uretry a krčku močového měchýře a přichytí je za stydkou kostí, nebo jsou vedeny skrz stydkou kost. Pohyblivost uretry a krčku se sníží při zvýšení intraabdominálního tlaku. Dříve se používaly vstřebatelné materiály, dnes se používají trvalejší. Zotavení pacientek trvá do dvou týdnů. Hodnocení ženami dosahuje 70–100 %, ale objektivní hodnocení nezávislým pozorovatelem dosahuje 60–90 %. Rozkol u hodnocení je dán tím, že ženy se cítí lépe i při malém zlepšení, i když občas dojde k malému úniku moči. Komplikace představují zvýšené krvácení, trhliny močového měchýře a zánět stydké kosti. Hlavně u vedení stehu přes stydkou kost (3 %). Zánět se projevuje zvýšenou citlivostí v oblasti stydké kosti po šest týdnů. Léčí se antibiotiky, protizánětlivými léky až reoperací. Další komplikací je vedení stehu blízko u uretry a přílišné utažení. Uretra se může zablokovat a nebude docházet k mikci.

*Burchova vaginální suspenze* – u této operace je vaginální stěna po obou stranách uretry přišita k vazivové tkáni (Cooperova ligamenta). Burchova vaginální suspenze má podobný princip jako Marshall-Marchett-Krantzova operace, ale její stehy nejsou vedeny do tkáně stydké kosti, která bývá tenká a neudrží stehy. Tento typ operace snižuje výskyt zánětu a infekce stydké kosti a nehrozí tak často blokace uretry. Vagina tímto stehem podpírá uretru. Může se použít trvalý i vstřebatelný materiál, protože jizva nadále podpírá uretru. Subjektivně ženy hodnotí úspěšnost operace okolo 90 %. Objektivní hodnocení je okolo 84 %. Operace je nejúspěšnější, pokud je provedena jako primární zákrok (94 %), ale i u reoperací má vysokou úspěšnost (84 %). Komplikace jsou obdobné jako u Marshall-Marchett-Krantzova operace, ale je větší riziko natržení nebo proříznutí močového měchýře a zablokování močovodů. Burchova suspenze napomáhá ženám obnovit vaginální oporu a zlepšit nebo vyléčit močovou inkontinenci. Selhání operace nastane pouze, pokud je svalovina uretry slabá. Hlavní komplikací je posun pochvy, který může vést k výhřezu tenkého střeva.

*Smyčkové operace s přímou oporou* – lékař vede steh za nebo pod uretrou, kterou podpírá nebo zužuje. Komplikací je přílišné utažení smyčky a nemožnost mikce. Lékaři proto nechávají smyčku volněji, ale i to nemusí zabránit vzniku neprůchodnosti uretry po úplném zahojení. Operace se provádí v celkové, spinální nebo lokální anestezii. Žena má po zákroku zavedený permanentní močový katetr na několik dní až týdnů pro nemožnost

samovolné mikce. V průběhu těchto dní (týdnů) se provede zkouška na samovolnou mikci. Pokud se žena samovolně vymočí, sleduje schopnost vymočení se. Smyčkové operace jsou dlouhodobě úspěšné. Některé ženy nemusí na další operace. (Genadry, 2013, s. 108–114)

*Vaginální tahuprosté páskové operace* – vaginální tahuprostá páska (TVT) je nová operační technika od roku 1995, vedena za symfýzou a uložena pod střední část uretry. Při operaci ale může často dojít k poškození močového měchýře, střev a krvácení. V roce 2001 byla uvedena nová metoda TOT (The Tension Free Obturator Tape), u které jsou ramena suburetrální pásky vedena u dolních ramen stydké kosti. TOT má méně operačních a pooperačních komplikací a je méně častá retence moči. Obě metody mají 90–95 % úspěšnost. Další operační metodou je TVT-O, jehla je vedena zevnitř ven. U transobturátorové operace se může objevit bolestivost v místě vedení pásky, infekce a krvácení s vytvořením vulvárního hematomu. Zamezit komplikacím měla metoda TVT-S (tahuprostá poševní páska). Její léčebný efekt byl ale nízký. V roce 2007 a 2008 na trh přišly nové metody, kdy je umístěna páska pod uretru z jedné incize. Používají se pásky MiniArc a AJUST. Ženy nemají u těchto metod bolesti v tříslech po operaci. MiniArc je páska dlouhá 8,5 cm. Její délka bývá nevýhodnou pro variabilitu pánví. Páska AJUST má délku nastavitelnou, která je velice výhodná. Dalšími páskami jsou TVT-ABBREVO a retropublická páska TVT-EXACT.

- *TVT (Tension Free Vaginal Tape)* – snažíme se nahradit poškozená pubouretrální ligamenta a podpořit střední část uretry. Operační balíček obsahuje 11 mm širokou a 40 cm dlouhou pásku zakončenou na obou koncích 5 mm širokými jehlami. Páska je zabalena v obalu, aby byl možný lehký průnik tkáněmi. Po rozvinutí pásky se malé bodce na pásce zabodnou do tkáně a páska se tak snadno nepohne. Komplikacemi jsou poškození močového měchýře, krvácení, které se nejčastěji staví tamponádou pochvy či kompresí prsty až revizí. Dalšími komplikacemi jsou poruchy mikce, od sníženého proudu moči až po retenci. Vzácnou komplikací je poškození velkých cév a protržení střeva. Úspěšnost operace se pohybuje mezi 80–90 %.
- *TOT (Transobturator Tape), TVT-O (Transobturator Tape Out-In/In-Out)* U TVT-O je páska 11 mm široká a 40 cm dlouhá zakončená dutou jehlou. Dále jsou v balíčku dva kovové spirálové zavaděče a držadlo. Zavaděč, který pomáhá správnému zavedení jehel, je 6 cm dlouhý a dá se ještě o 1 cm



prodloužit. U TOT out-in se zavádí jehly zvenku dovnitř. Operace je náročnější vlivem větší preparace parauretrální tkáně aby se jehla mohla zavést po prstě operátora. Komplikacemi jsou častější krvácení a bolest v tříslech. Úspěšnost operace je 80–94 %.

- **TVT-S (TVT SECUR systém)** – páska dlouhá 8 cm a široká 11 mm. Oba konce, asi 2 cm, jsou tvořeny vstřebatelným vláknem, které se do 90 dní absorbuje. Komplikacemi jsou krvácení, hematoma a nedostatečné dotažení pásky. Úspěšnost je od 60 % do 85 %. Postupně se od této metody pro malou úspěšnost ustupuje.
- **MiniArc** – páska 1,1 cm široká a 8,5 cm dlouhá zakončená kotvami, které se fixují do m. obturator internus. Komplikace představují krvácení, nadměrné utažení pásky, vzácně protržení močového měchýře. Operace bývá málo úspěšná vzhledem ke stálé délce pásky a problémem dotažení u obézních žen.
- **AJUST** – v operačním balíčku se nachází páska 1,2 cm široká a 7,5 cm dlouhá, která je fixovaná pomocí kotev do obturatorové membrány. Na pravou stranu se umísťuje kotva, která je 4,5 cm od modrého pruhu, který označuje místo pod středem uretry. Na levé straně 3 cm od modrého pruhu přechází v polypropylenový tubus, který prochází kotvou a umožňuje posun a dotažení pásky. Dále obsahuje plastový držák se zahnutým kovovým vodičem a pružný drát zajišťující nepohyblivost pásky. Komplikacemi jsou krvácení, porucha zavedení kotvy a výjimečně nadměrné utažení pásky. Úspěšnost je 94 %. Výhodou je možnost dříve začít s fyzicky náročnější prací nebo sportem.
- **TVT ABBREVO** – páska je 12 cm dlouhá a 1,1 cm široká. Na obou koncích je nevstřebatelné vlákno kryté plastem, které je spojeno s plastovým špičatým tubusem. Střed pásky je označen nevstřebatelným vláknem. Operace je obdobná jako u TVT-O. Jediný rozdíl je, že se vodič zavádí jen 3–3,5 cm do hloubky. Nejde skrz m. obturator internus. Skrz obturatorovou membránu jde jen plastový tubus. Komplikace jsou podobné jako u operace TVT-O. Krátkodobá úspěšnost je okolo 94 %. Dlouhodobá úspěšnost se ještě nedá hodnotit.

- *TVT EXACT* – je podobná operaci TVT, jen všechny nástroje jsou na jedno použití. Na kovové vodiče tloušťky 3 mm se navlékají plastové tubusy, jako u metody TVT-O jsou fixovány k držadlu. Po retropubickém zavedení jsou vodiče odstraněny. Cystoskopem se vyšetří integrita stěny močového měchýře a páska se dotáhne. Komplikace jsou podobné jako u metody TVT, ale méně časté vzhledem k malé tloušťce. Úspěšnost bude nejspíše stejná jako u metody TVT. (Martan, 2012, s. 299–303)

## 7 VLIV ROZVOJE MOČOVÉ INKONTINENCE

Během těhotenství a po porodu dochází u 4 z 10 žen k nechtěnému úniku moči. I když je únik moči po porodu normální, pro prvorodičky to může být něco strašného, za co se stydí nebo jsou v rozpacích ohledně změny v jejich těle.

Nedostatek informací v mnoha komunitách také vede některé ženy k tomu, že se jedná o problém, který se nedá jednoduše vyřešit. Inkontinence v těhotenství není velmi běžná, ale dá se neinvazivními možnostmi zlepšit nebo odstranit. Existuje několik typů močové inkontinence, ale většina žen má stresovou inkontinenci. Smích, kašel, kýčání, skákání a další činnosti mohou vyvíjet další tlak na svěrače močového měchýře. Tento tlak může během těchto činností vést k úniku moči. (Urogynecology, University Of Colorado)

Prevalence inkontinence moči se pohybuje v rozmezí 30–60 %. (Vašek, 2019, s. 73) V I. trimestru je prevalence močové inkontinence 13–19 %, ve II. trimestru 19–20 % a ve III. trimestru 37,5 % a více. Stresová inkontinence se objevuje u 18,6–60 % těhotných žen, urgentní u 2–35 % a smíšená u 3,8–13,1 % těhotných žen. (Huvar, 2014, s. 153) Liší se i to, zda je žena nullipara (15–50 %) nebo multipara (35–70 %). U 70 % žen, které měly močovou inkontinenci v těhotenství a časně po porodu, dojde k úplnému vymizení do půl roku. S každým dalším těhotenstvím se ale příznaky zhoršují nebo jsou přerávající. Při porovnání s nerodivšími mají ženy po císařském řezu 1,5krát a po vaginálním porodu 2,3krát častější možnost vzniku močové inkontinence. Výskyt stresové inkontinence po 20 letech od porodu je 15 %, při porodní váze nad 3000 g je srovnatelná. Ženy po vaginálním porodu/porodech mají 2,8krát vyšší pravděpodobnost vzniku stresové inkontinence než ženy, které rodily císařským řezem. Ještě vyšší riziko vzniku močové inkontinence je, pokud žena podstoupila operační vaginální porod (VEX, forceps). Riziko je 4,4krát vyšší. Čím více žena rodila vaginálně, tím je vyšší pravděpodobnost poškození pánevního dna.

Ženy, které rodily ve věku nad 30 let, mají 2krát vyšší pravděpodobnost, že v budoucnu budou muset podstoupit chirurgický zákrok pro léčbu inkontinence, než ženy, které poprvé rodily pod 30 let. S každým rokem stoupá riziko rozvoje močové inkontinence o 3 %. (Vašek, 2019, s. 73–74)

Na vzniku močové inkontinence se podílí několik faktorů. Např. rodinná dispozice, rasa, anatomické, neurologické a svalové abnormality, těhotenství, porody, obezita, chro-

nická zácpa, plicní onemocnění s chronickým kašlem, léky zvyšující diurézu, věk. (Belkov, 2011, s. 309) Dalšími faktory jsou mechanické, hormonální, strukturální změny, hmotnost rodičky, hmotnost plodu. (Vašek, 2019, s. 74)

Abdominální tlak v těhotenství narůstá a přenáší se na močový měchýř. Ochablé svaly pánevního dna a hypermobilní uretra jsou postižené hormonálními změnami, nejsou dostatečně odolné vůči zvýšenému untravezikálnímu tlaku, který přesahuje uzávěrový tlak uretry a dojde k úniku moči. (Huvar, 2014, s. 153)

Při vaginálním porodu dochází ke stlačení n. pudendus proti spina ossis ichii. Svaly pánevního dna mohou být denervované po vaginálním porodu a může dojít k porušení měkkých tkání kolem porodního kanálu a hráze. Nejvíce je namáhán m. pubovisceralis, ten může být odtržen v místě ventrálního úponu k os pubis. Další svalové skupiny mohou být po průniku hlavičky poškozeny přepětím až ischemií. U 13–36 % žen dojde k poranění levátorů po vaginálním porodu. (Vašek, 2019, s. 74)

Poraněné pánevní dno může ženě bránit v náležitě péči o novorozence, mít psychické následky a zvyšovat náklady na péči v nemocnici. (Rušavý, 2017, s. 328) Postup ukončení těhotenství má na poškození pánevního dna vliv, ale ne vždy významný. Císařský řez sice snižuje poškození pánevního dna, ale nezabrání vzniku močové inkontinence v pozdějším věku. Akutní císařský řez na pokročilém vaginálním nálezu nemá takový ochranný efekt proti rozvoji močové inkontinence. Nejlepší léčbou močové inkontinence je posilování svalů pánevního dna už v těhotenství a dále pokračovat po porodu. Preventivní posilování v těhotenství může rozvoj močové inkontinence snížit až o 62 %. (Vašek, 2019, s. 75)

Prevenčí proti poškození pánevního dna při vaginálním porodu může být masáž hráze od 34. týdne těhotenství, vaginální dilatační balónky (Aniball) a v předporodních kurzech se ženy mohou dozvědět další preventivní opatření. (Rušavý, 2017, s. 330)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 8 FORMULACE PROBLÉMU

Každý člověk se s močovou inkontinencí vyrovnává jinak. Někdo se s nepříjemnostmi, které inkontinence přináší, dokáže snadno vyrovnat a dál se věnuje svým každodenním činnostem. Ale pro někoho to znamená omezení až úplné ukončení společenského života. (Genadry, 2013, str. 14)

V této bakalářské práci bych ráda upozornila na problém močové inkontinence u žen již po porodu. Většina žen má močovou inkontinenci až v pozdějším věku. Zapomíná se ale, že už těhotenství a porod má na rozvoj močové inkontinence vliv. Parita a způsob vedení porodu se nejvíce podílejí na tom, zda močová inkontinence vznikne. Výzkum je prováděn pomocí standardizovaného dotazníku ICIQ-UI SHORT FORM a dotazníkem, který jsem vytvořila. V praktické části své práce se zabývám otázkou: *„Jaká je prevalence močové inkontinence po porodu?“*

## 9 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit prevalenci žen, u kterých se objeví močová inkontinence po porodu.

Cíl 1: Zmapovat možné souvislosti s rozvinutím močové inkontinence.

**Výzkumný problém:** Má věk matky, počet těhotenství a porodů vliv na rozvoj močové inkontinence?

Otázky č. 1, 4, 5, 12

**Výzkumný problém:** Je souvislost mezi druhem zaměstnání a rozvojem močové inkontinence?

Otázky č. 2, 3, 12

**Výzkumný problém:** Jak se na rozvoji močové inkontinence podílí předchozí porod?

Otázky č. 6, 7, 13

**Výzkumný problém:** Jak se nynější porod podílí na vzniku močové inkontinence?

Otázky č. 8, 9, 10, 11

Cíl 2: Zjistit, zda je žena inkontinentní.

**Výzkumný problém:** Je žena inkontinentní a kdy se její problémy s únikem moči objevily?

Otázka č. 12, 13, 14, 15

Cíl 3: Jak močová inkontinence ovlivňuje ženu v jejích každodenních činnostech?

**Výzkumný problém:** Jak často a jaké množství moči ženě uniká?

Otázka č. 3, 4

**Výzkumný problém:** Při jakých činnostech ženě uniká moč a jak to ovlivňuje její život?

Otázka č. 5, 6

## **10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Výběr respondentů pro mé výzkumné šetření byl záměrný. Cílovou skupinou byly ženy od porodu až do konce šestinedělí.

## 11 METODIKA PRÁCE

Ke sběru dat jsem použila kvantitativní metodu pro shromáždění co nejvíce údajů od žen po porodu. Kvantitativní metoda zahrnuje sběr dat pomocí dotazníků, které jsem ve své práci použila a své výsledky jsem pak mohla prezentovat v grafech a tabulkách. Dotazníky jsem použila celkem dva. Svůj vlastní a standardizovaný dotazník ICIQ-UI SHORT FORM (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form). Ve standardizovaném dotazníku ženy hodnotily projevy inkontinence. Otázky 3, 4 a 5 jsou kvantitativní, skóre se pohybuje od 0 do 21 bodů. Šestá otázka je kvalitativní a žena hodnotí, při jakých situacích se stane, že jí moč uniká. Z výsledných bodů vyvodíme závažnost inkontinence.

Vytvořený dotazník je polostrukturovaný, obsahuje celkem 15 otázek. Z toho 7 otázek je uzavřených a 8 otevřených. První otázka je demografická. Ta mi pomůže rozdělit ženy podle věkových skupin. Další otázky jsou zaměřeny na předchozí a nynější těhotenství. Ty mi pomůžou odhalit možné příčiny rozvoje močové inkontinence.



## 12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 6. 1. 2020 do 10. 3. 2020 u obvodních gynekologů z Plzně. Těmi jsou MUDr. Bořivoj Mejchar, MUDr. Iva Huclová, MUDr. Martina Marešová Rosenbergová, MUDr. Zdeněk Svoboda. Dále u gynekologů z Českých Budějovic MUDr. Zdeňka Kravarová, MUDr. Martin Trnovec, MUDr. Václav Liška, MUDr. Jiří Tišer, MUDr. Marie Turková a v Českém Krumlově u obvodních gynekologů MUDr. Andrea Římanová a MUDr. Aleš Říman. V těchto ordinacích bylo vyplněno 66 dotazníků. Dále byly dotazníky zadány do portálu [www.survio.com](http://www.survio.com) a následně rozeslány elektronickou formou přes internetovou stránku [www.facebook.com](http://www.facebook.com). Prostřednictvím této sociální sítě jsem oslovila uzavřené skupiny „Pomáháme si (nejen) v šestinedělí“, „Těhotenství a mateřství bez urážek“, „Těhotenství jako dar, porod a šestinedělí s respektem“, „Bezbolestný porod“, „Těhotenství, porod, kojení a mateřství – Moravskoslezský kraj“, „Maminky České Budějovice“. Matky vyplnily celkem 314 dotazníků, z nichž bylo řádně vyplněno 303. Vzhledem ke zkombinování dotazníků, které byly rozeslány přes internet a rozdány v gynekologických ordinacích, nelze určit procento návratnosti (ke kolika ženám se dotazník dostal).

## 13 ANALÝZA ÚDAJŮ

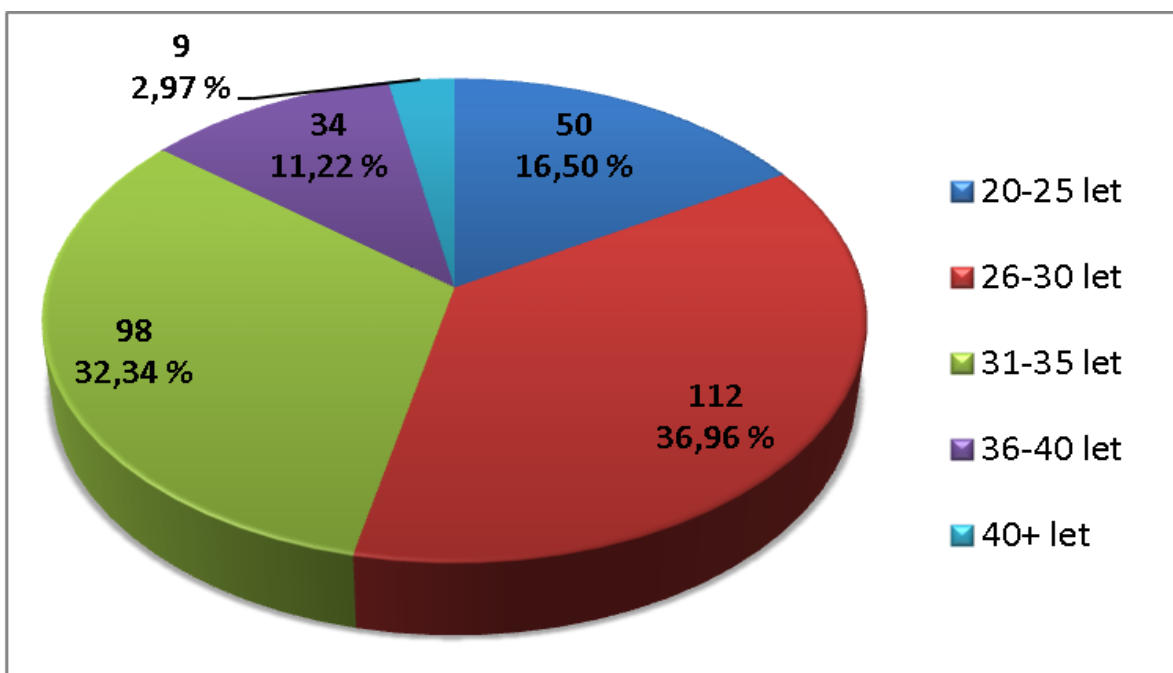
**Cíl 1:** Zmapovat možné souvislosti s rozvinutím močové inkontinence.

**Výzkumný problém:** Má věk matky, počet těhotenství a porodů vliv na rozvoj močové inkontinence?

Otázky č. 1, 4, 5, 12

Otázka č. 1 – Kolik je vám let?

**Graf 1 - Věk dotazovaných matek**

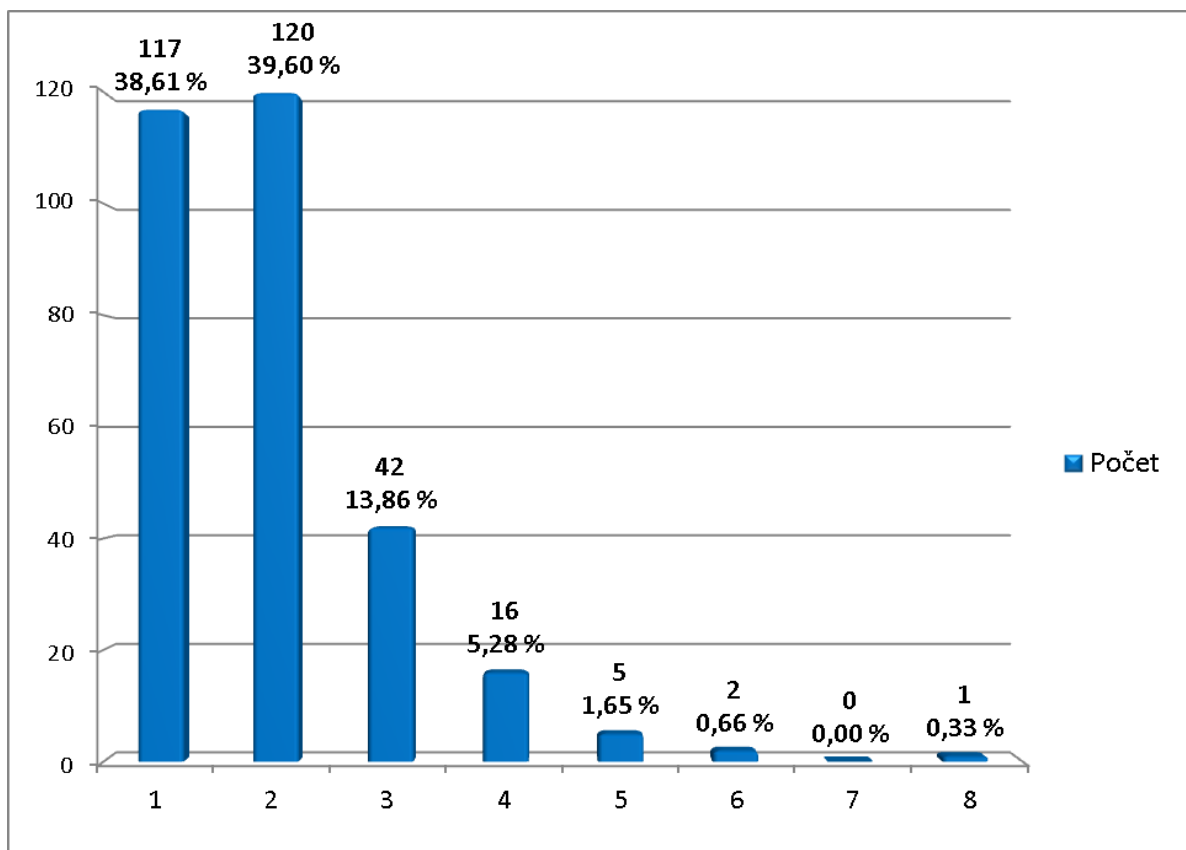


Zdroj: vlastní

Z 303 dotazovaných matek 50 (16,50 %) odpovědělo, že jejich věk se pohybuje mezi 20 až 25 roky. Ve věku mezi 26 až 30 roky bylo 112 (36,96 %) žen. Mezi 31 až 35 rokem se nacházelo 98 (32,34 %) žen. 34 (11,22 %) žen se nacházelo mezi 36 až 40 roky. A nad 40 let se nacházelo 9 (2,97 %) žen.

#### Otázka č. 4 – Kolikrát jste byla těhotná?

Graf 2 - Počet těhotenství

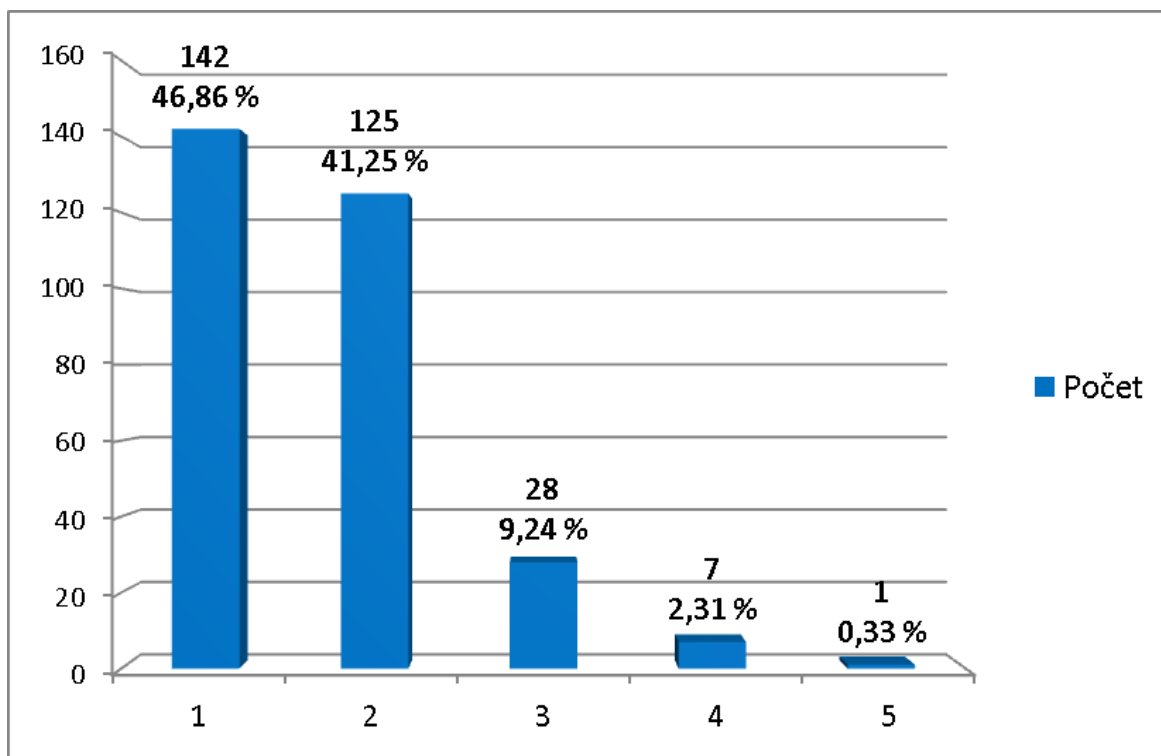


Zdroj: vlastní

Jak lze z grafu vyčíst, z 303 žen bylo 117 (38,61 %) těhotných poprvé. 120 (39,60 %) žen odpovědělo, že byly těhotné podruhé. Potřetí těhotné bylo 42 (13,86 %) žen. Čtvrté těhotenství mělo za sebou 16 (5,28 %) žen. Popáté bylo 5 (1,65 %) žen těhotných. Šestkrát byly těhotné 2 (0,66 %) ženy. Posedmé nebyla žádná žena těhotná a poosmé byla 1 (0,33 %) žena těhotná.

Otázka č. 5 – Po kolikáté jste rodila?

Graf 3 - Počet porodů

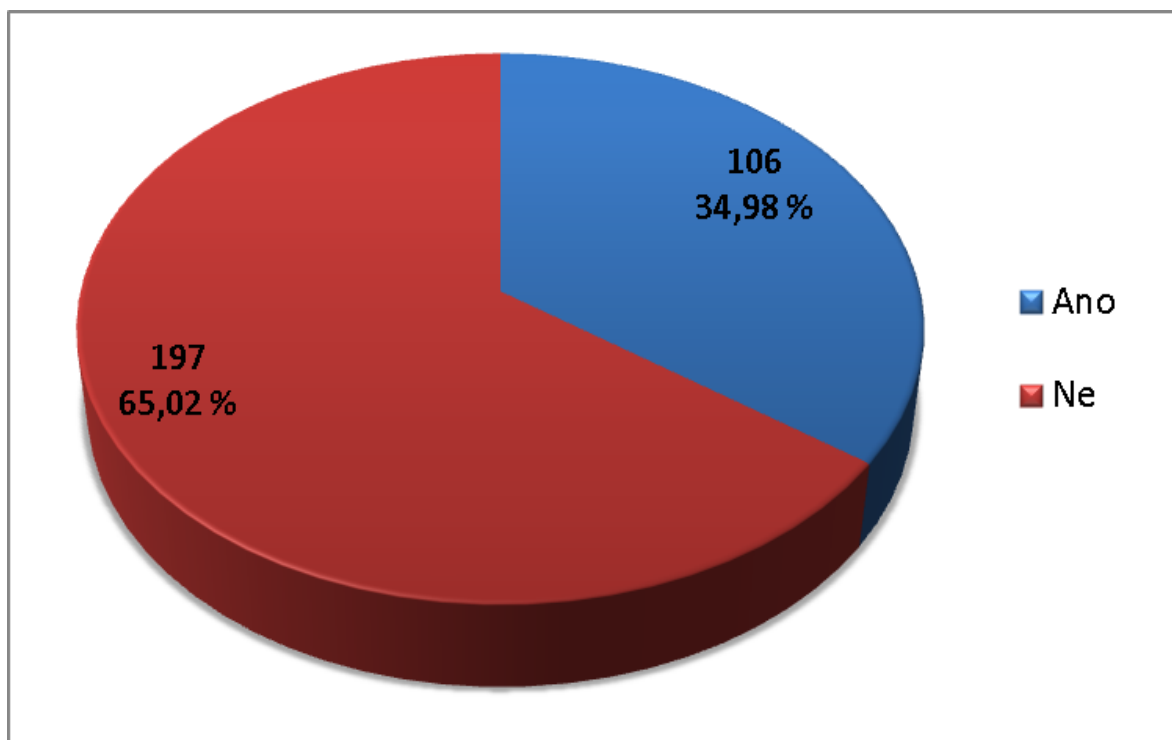


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 303 žen 142 (46,86 %) rodilo poprvé. Podruhé rodilo 125 (41,25 %) žen. Třikrát rodilo 28 (9,24 %) žen. Čtyři porody zažilo 7 (2,31 %) žen a 1 (0,33 %) žena rodila popáté.

Otázka č. 12 – Trpíte močovou inkontinencí?

Graf 4 - Močová inkontinence



Zdroj: vlastní

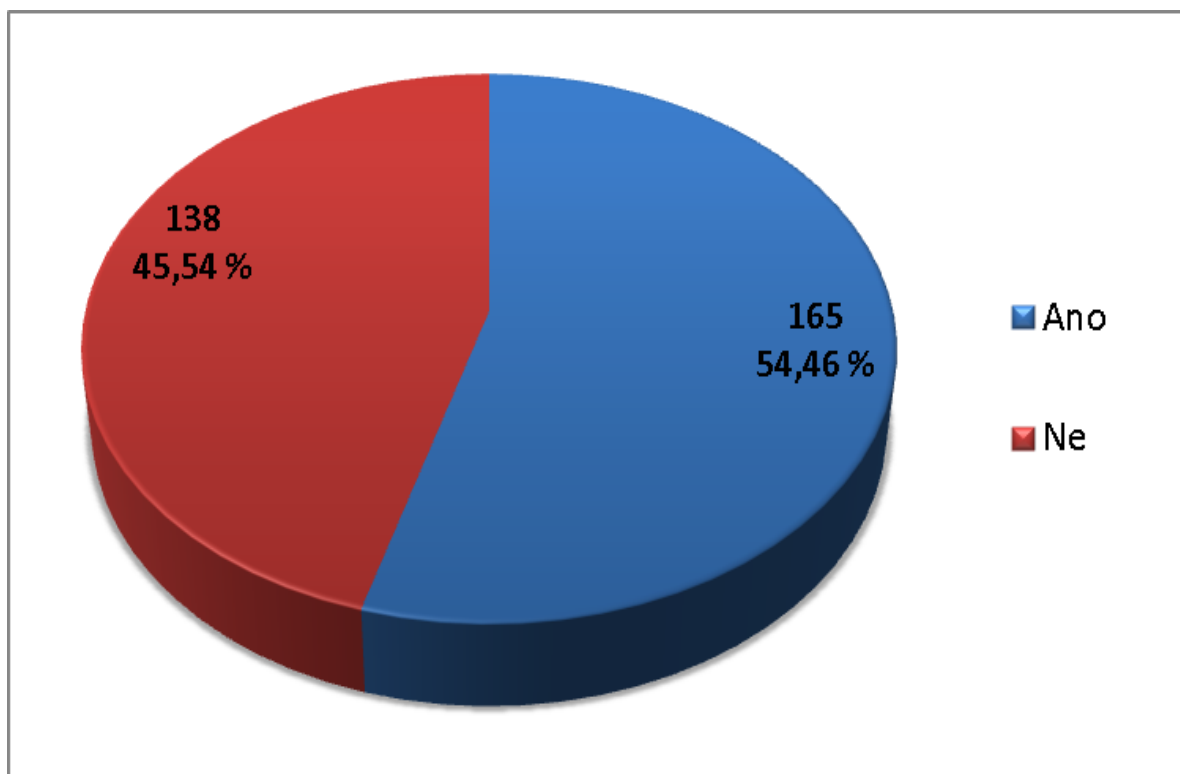
V otázce číslo 12 zaškrtovaly ženy, zda trpí močovou inkontinencí. Z 303 odpovědí bylo 106 (34,98 %), kdy ženy odpověděly ano. Více jak polovina 197 (65,02 %), dotazovaných žen odpověděla, že močovou inkontinencí netrpí.

**Výzkumný problém:** Je souvislost mezi druhem zaměstnání a rozvojem močové inkontinence?

Otázky č. 2, 3, 12

Otázka č. 2 – **Chodila jste v těhotenství do zaměstnání?**

**Graf 5 - Zaměstnání žen**

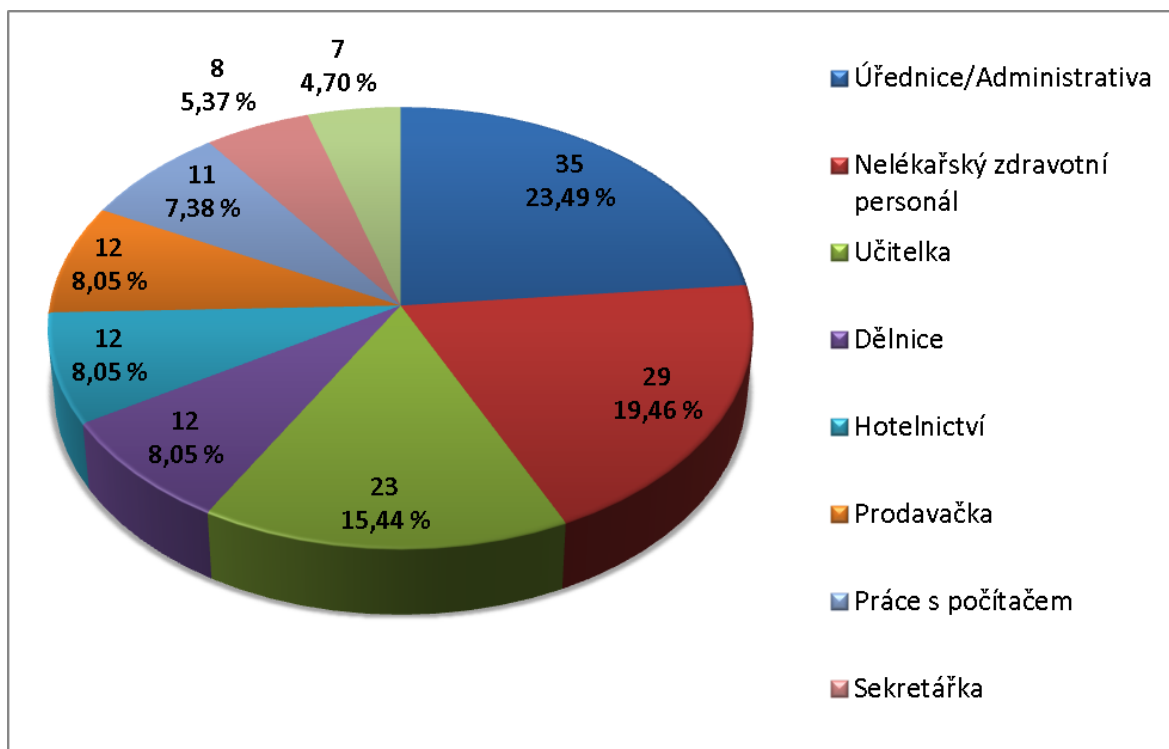


Zdroj: vlastní

Do zaměstnání z celkového počtu 303 žen v těhotenství chodilo 165 (54,46 %) a 138 (45,54 %) do zaměstnání nechodilo.

Otázka č. 3 – Jaké zaměstnání jste vykonávala?

Graf 6 - Druh zaměstnání



Zdroj: vlastní

Tabulka 1 - Druh zaměstnání

Povolání	Počet	%
Účetní	5	3,03
Sociální služby	4	2,42
Veterinární služby	3	1,82
Pošťáčka	2	1,21
Řidič z povolání	1	0,61
Průvodce	1	0,61

Zdroj: vlastní

165 žen, které v těhotenství pracovaly jich 35 (23,49 %) pracovalo jako úřednice/administrativa. Nelékařského zdravotního personálu bylo 29 (19,46 %). Učitelek bylo

23 (15,44 %). Po 12 (8,05 %) byly dělnice, prodavačky a pracovnice v hotelnictví. 11 (7,38 %) žen pracovalo v IT odvětví. 8 (5,37 %) žen pracovalo jako sekretářka a 7 (4,70 %) žen je OSVČ. Účetních bylo 5 (3,03 %), v sociální službě pracovaly 4 (2,42 %) ženy. Ve veterinární službě pracovaly 3 (1,82 %) ženy a 2 (1,21 %) ženy pracovaly jako pošťačky. Po 1 (0,61 %) ženě pracovaly jako řidič z povolání a průvodce.

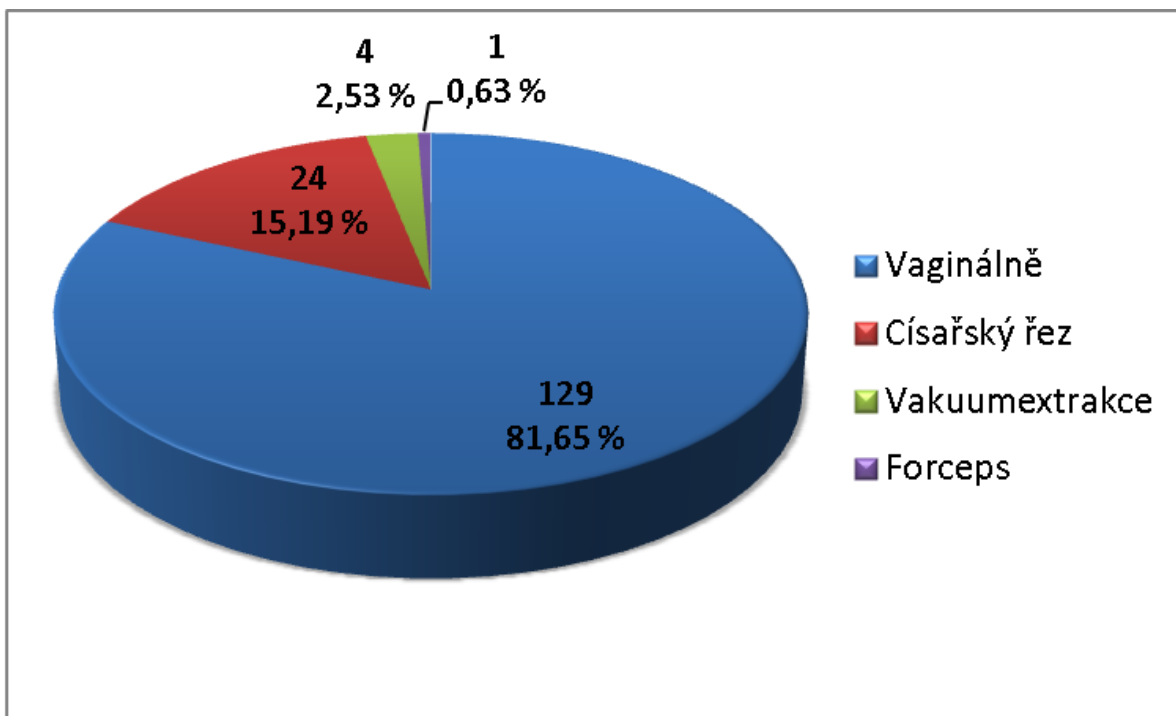


**Výzkumný problém:** Jak se na rozvoji močové inkontinence podílí předchozí porod?

Otázky č. 6, 7, 13

Otázka č. 6 – **Váš poslední porod byl veden?**

**Graf 7 – Technika vedení posledního porodu**

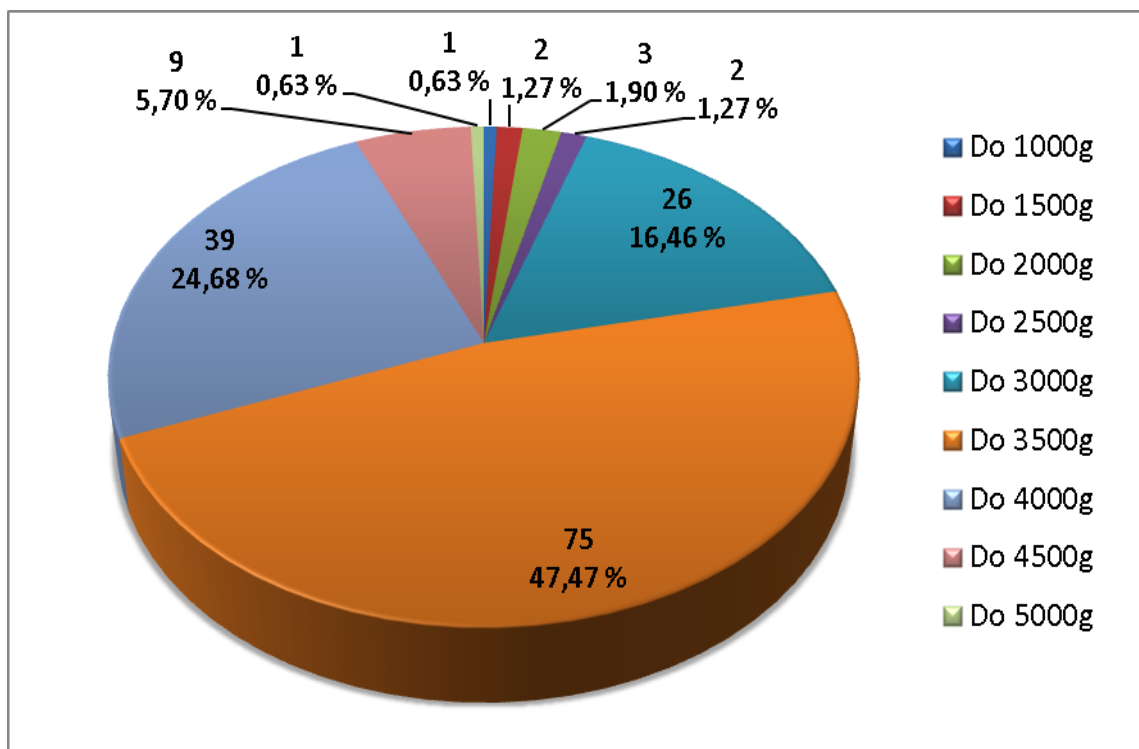


Zdroj: vlastní

Ze 158 žen 129 (81,65 %) rodilo vaginálně. Druhý nejčastější porod byl císařským řezem a to 24 (15,19 %). Vakuumextrakcí porodily 4 (2,53 %) ženy a s pomocí kleští porodila 1 (0,63 %) žena.

Otázka č. 7 – Jaká byla porodní váha posledního porozeného dítěte?

Graf 8 - Porodní váha předchozího dítěte

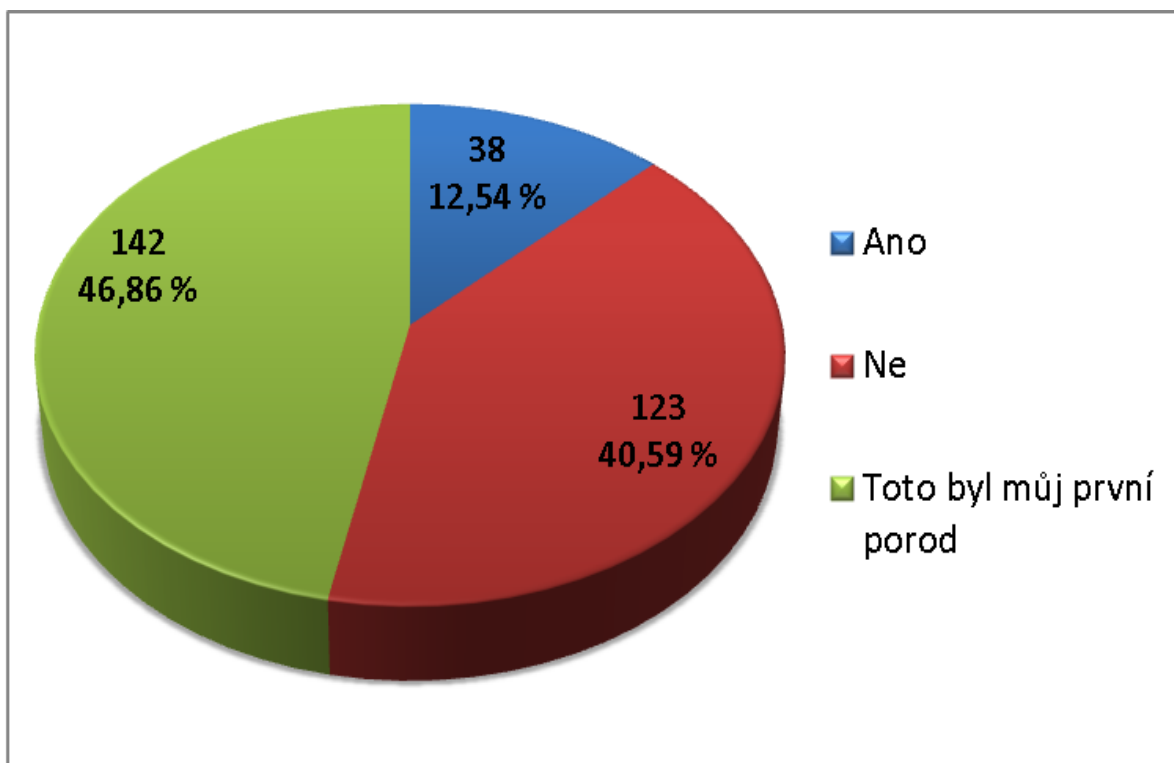


Zdroj: vlastní

Ze 158 porodů předchozích dětí byla váha 1 (0,63 %) novorozence do 1000g. Do 1 500 gramů byla váha u 2 (1,27 %) novorozenců. 3 (1,90 %) novorozenci vážili do 2 000g a 2 (1,27 %) novorozenci vážili do 2 500g. Celkem 26 (16,46 %) novorozenců mělo porodní váhu do 3 000g. Skoro polovina 75 (47,47 %) novorozenců vážila do 3 500g. Do 4 000g vážilo 39 (24,68 %) novorozenců. Váhu do 4 500g mělo 9 (5,70 %) novorozenců a 1 (0,63 %) novorozenec vážil do 5 000g.

Otázka č. 13 – **Objevila se u vás močová inkontinence už po předchozích porodech?**

**Graf 9 - Rozvoj inkontinence po předchozích porodech**



Zdroj: vlastní

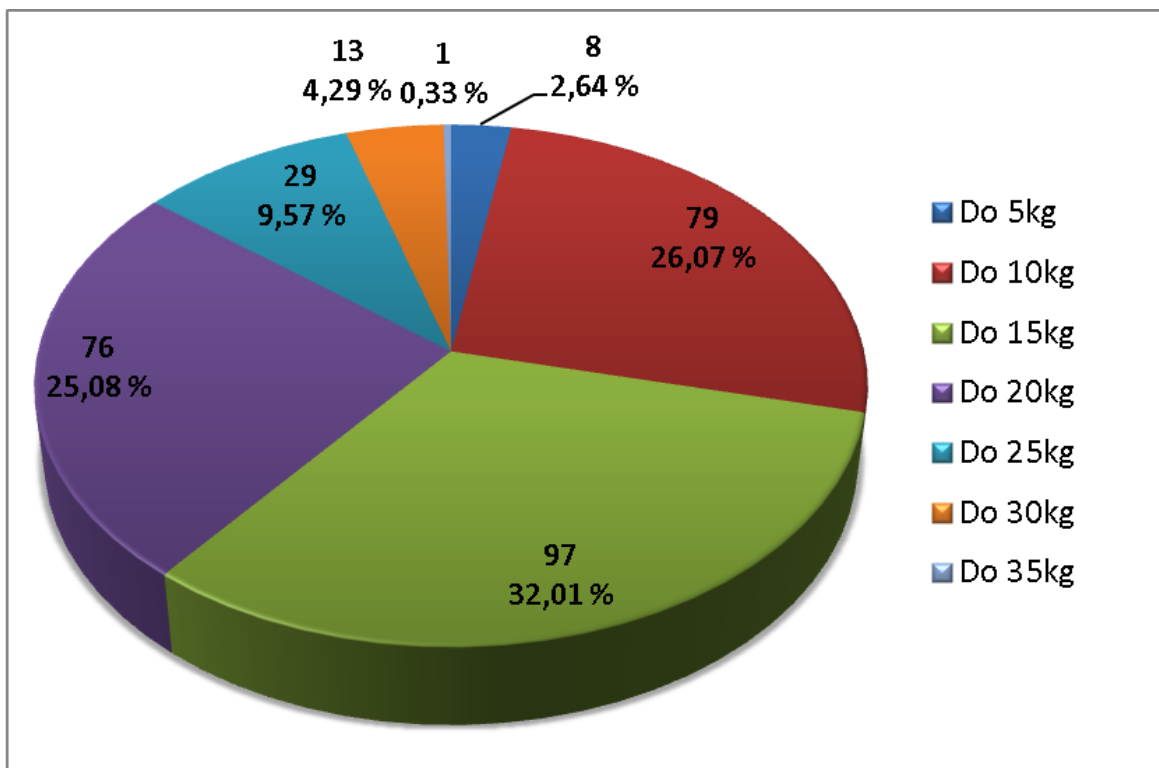
38 (12,54 %) žen z 303 odpovědělo kladně na pátou otázku. 123 (40,59 %) žen odpovědělo záporně a 142 (46,86 %) žen rodilo poprvé.

**Výzkumný problém:** Jak se nynější porod podílí na vzniku močové inkontinence?

Otázky č. 8, 9, 10, 11

Otázka č. 8 – **Kolik kilogramů jste za těhotenství přibrala?**

**Graf 10 - Příbytek váhy v těhotenství**

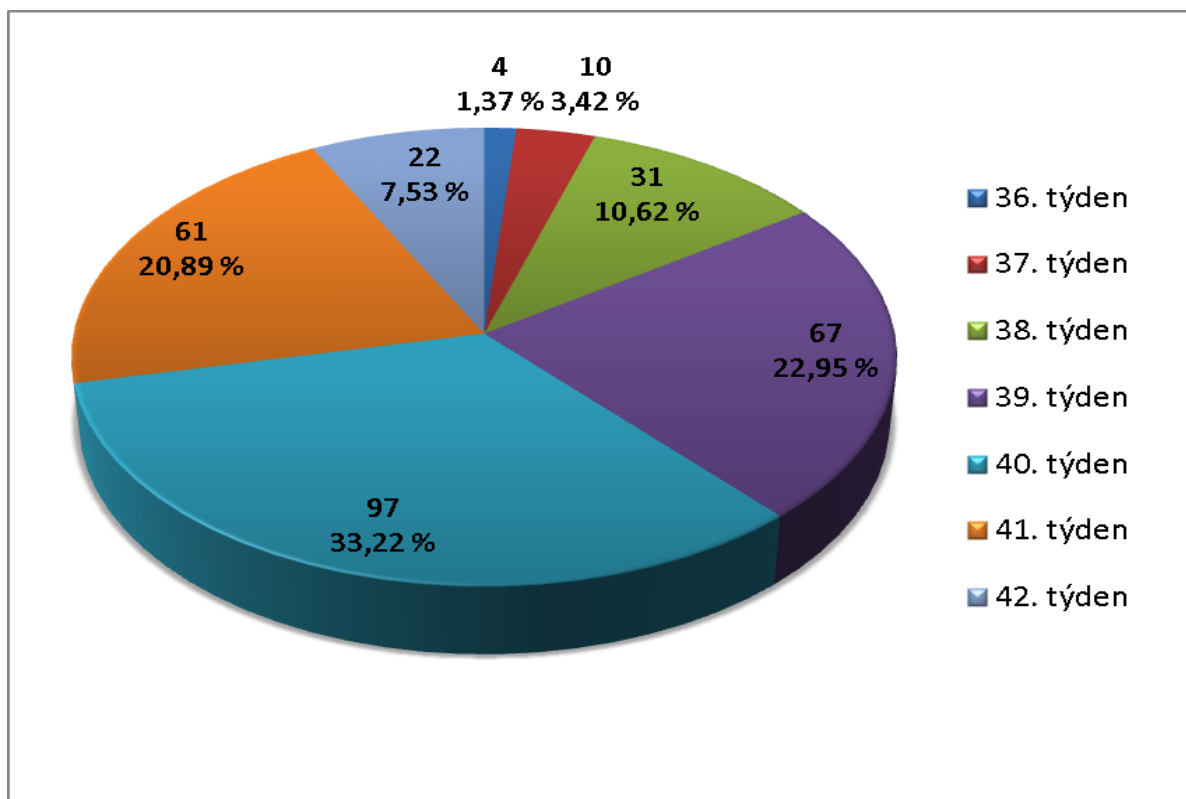


Zdroj: vlastní

U otázky č. 8 odpovědělo z 303 žen, že 8 (2,64 %) přibralo v těhotenství do 5kg. Do 10kg přibralo 79 (26,07 %) žen. Druhým největším přírůstkem na váze bylo do 15kg, přibralo 97 (32,01 %) žen. Do 20kg přibralo 76 (25,08 %) žen což je třetí největší přírůstek. Do 25kg přibralo 29 (9,57 %) žen. Do 30kg přibralo 13 (4,29 %) žen a 1 (0,33 %) žena měla váhový přírůstek do 35kg.

Otázka č. 9 – V kolikátém týdnu jste porodila?

Graf 11 - Gestační týden porodu



Zdroj: vlastní

Tabulka 2 - Gestační týden porodu

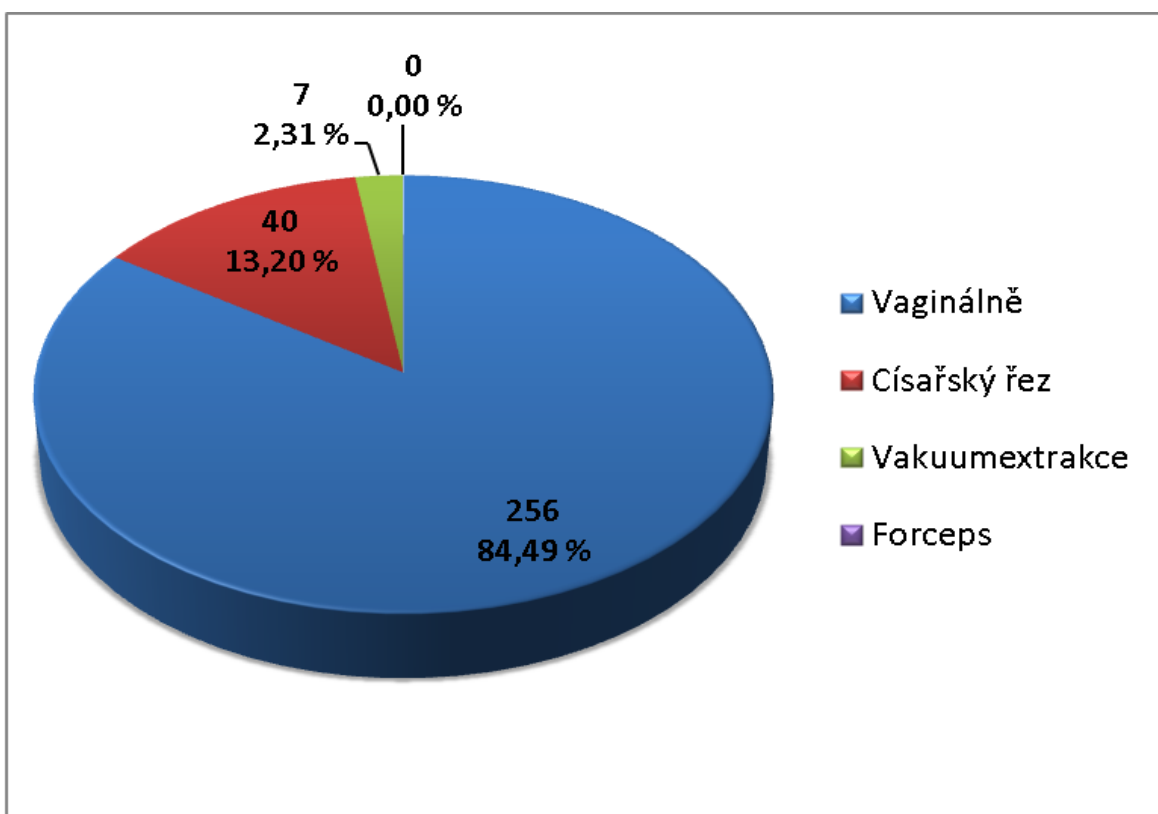
Týden porodu	Počet	%
30. týden	1	0,33
31. týden	1	0,33
32. týden	1	0,33
33. týden	2	0,66
34. týden	4	1,32
35. týden	2	0,66

Zdroj: vlastní

V otázce číslo 9 vyplňovaly ženy v kolikátém týdnu porodily. Z 303 žen odpovědělo po 1 (0,33 %) ženě porod v týdnu od 30. do 32. Ve 33. týdnu porodily 2 (0,66 %) ženy. Ve 34. týdnu porodily 4 (1,32 %) ženy a v 35. týdnu porodily 2 (0,66 %) ženy. Ve 36. týdnu porodilo také jen pár žen a to 4 (1,37 %). S postupujícími vyššími týdny se porodnost zvyšovala. V 37. týdnu porodilo 10 (3,42 %) žen. Ve 38. týdnu 31 (10,62 %) žen, ve 39. týdnu 67 (22,95 %), ve 40. týdnu 97 (33,22 %), v 41. týdnu 61 (20,89 %) a ve 42. týdnu 22 (7,53 %) žen.

Otázka č. 10 – Nynější porod byl veden?

**Graf 12 - Technika vedení nynějšího porodu**

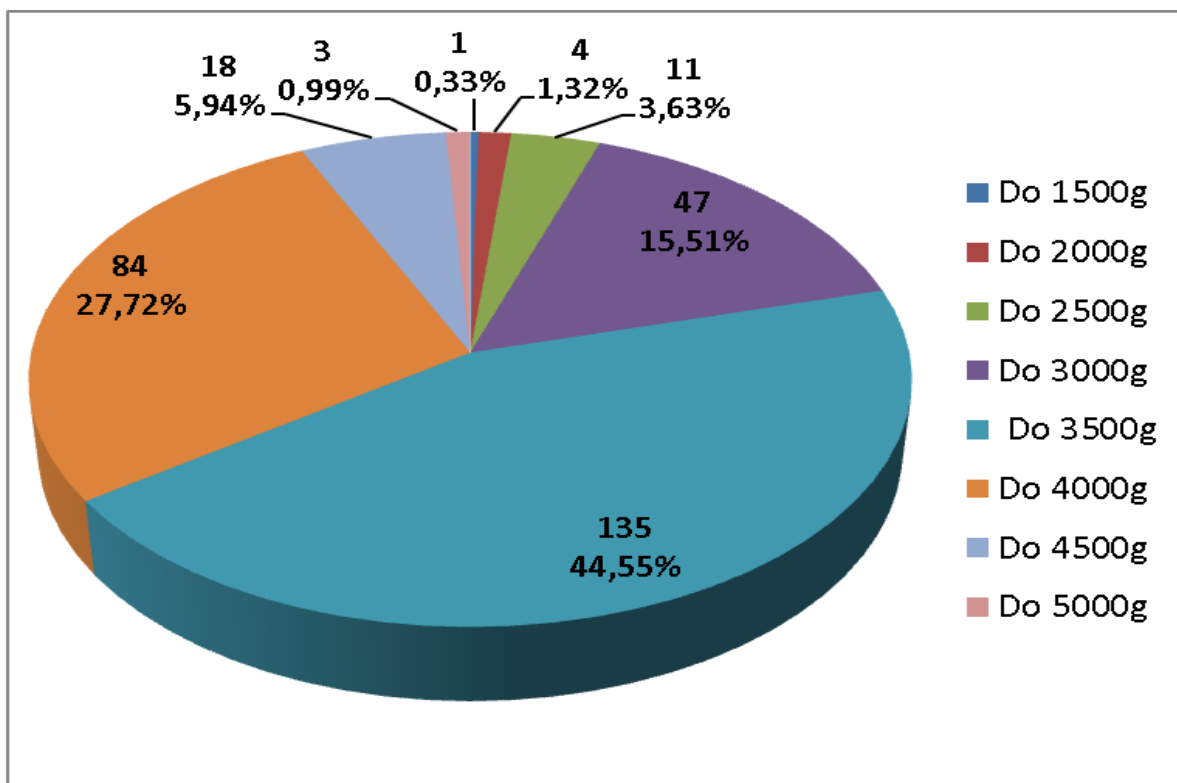


Zdroj: vlastní

U 10 otázky ženy odpovídaly, jaká byla technika nynějšího porodu. Nejvíce bylo vaginálních porodů a to 256 (84,49 %) z 303 odpovědí. Následoval císařský řez se 40 (13,20 %) odpověďmi a vakuumextrakce se 7 (2,31 %) odpověďmi. Klešťový porod neměla žádná žena.

Otázka č. 11 – Jaká byla porodní váha vašeho nynějšího dítěte?

Graf 13 - Porodní váha nynějšího dítěte



Zdroj: vlastní

U otázky číslo 11 ženy vyplňovaly porodní váhu nynějšího dítěte. Z celkového počtu 303 byl 1 (0,33 %) novorozenec, který vážil do 1 500g. Do 2 000g vážili 4 (1,32 %), do 2 500g vážilo 11 (3,63 %) novorozenců. S postupující optimální váhou stoupal i počet novorozenců a to 47 (15,51 %) s váhou do 3 000g a 135 (44,55 %) do 3 500g. Do 4 000g vážilo 84 (27,72 %) novorozenců, do 4 500g vážilo 18 (5,94 %) novorozenců a do 5 000g vážili 3 (0,99 %) novorozenci.

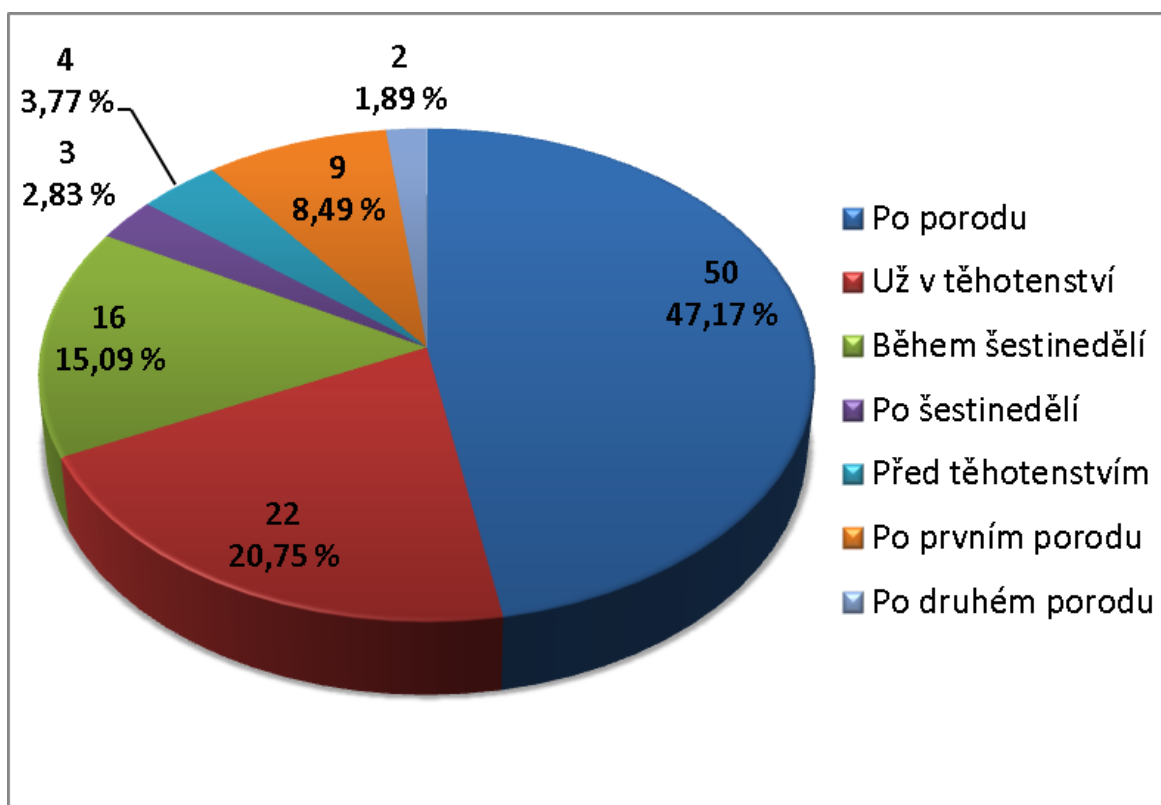
**Cíl 2:** Zjistit, zda je žena inkontinentní.

**Výzkumný problém:** Je žena inkontinentní a kdy se její problémy s únikem moči objevily?

Otázka č. 12, 13, 14, 15

Otázka č. 14 – **Kdy se vaše problémy s únikem moči objevily?**

**Graf 14 - První příznaky močové inkontinence**



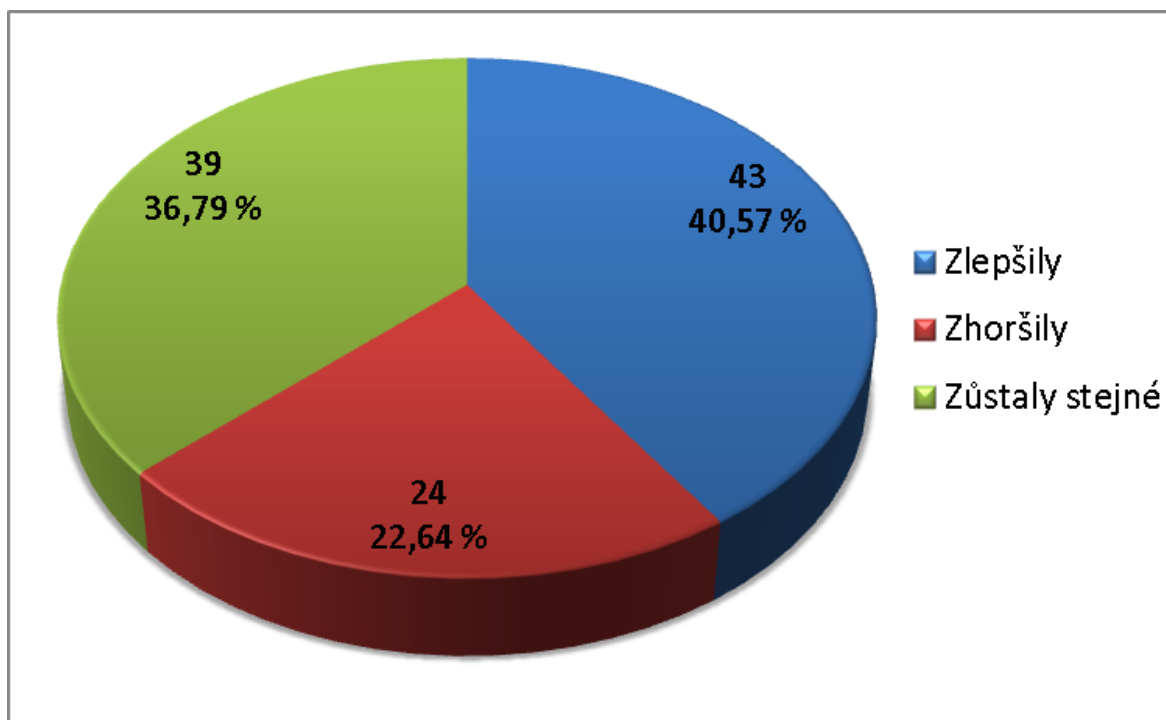
Zdroj: vlastní

14. otázka byla směřována prvnímu povšimnutí si žen, že mají močovou inkontinenci. Z celkového počtu 106 žen jich 50 (47,17 %) odpovědělo, že měly močovou inkontinenci po porodu. U 22 (20,75 %) žen se objevila inkontinence už v těhotenství. 16 (15,09 %) žen mělo inkontinenci v šestinedělí. U 3 (2,83 %) žen došlo k rozvoji inkontinence až po šestinedělí. 4 (3,77 %) ženy udávají, že měly močovou inkontinenci už před otěhotněním. 9 (8,49 %) žen mělo inkontinenci po prvním porodu a 2 (1,89 %) ženy po druhém porodu.



Otázka č. 15 – Vaše problémy se od posledního porodu?

Graf 15 - Stav močové inkontinence



Zdroj: vlastní

Ze 106 žen 43 (40,57 %) odpovědělo, že se jejich problémy s močovou inkontinencí zlepšily. U 24 (22,64 %) se močová inkontinence od posledního porodu zhoršila a u 39 (36,79 %) žen zůstaly jejich problémy stejné.

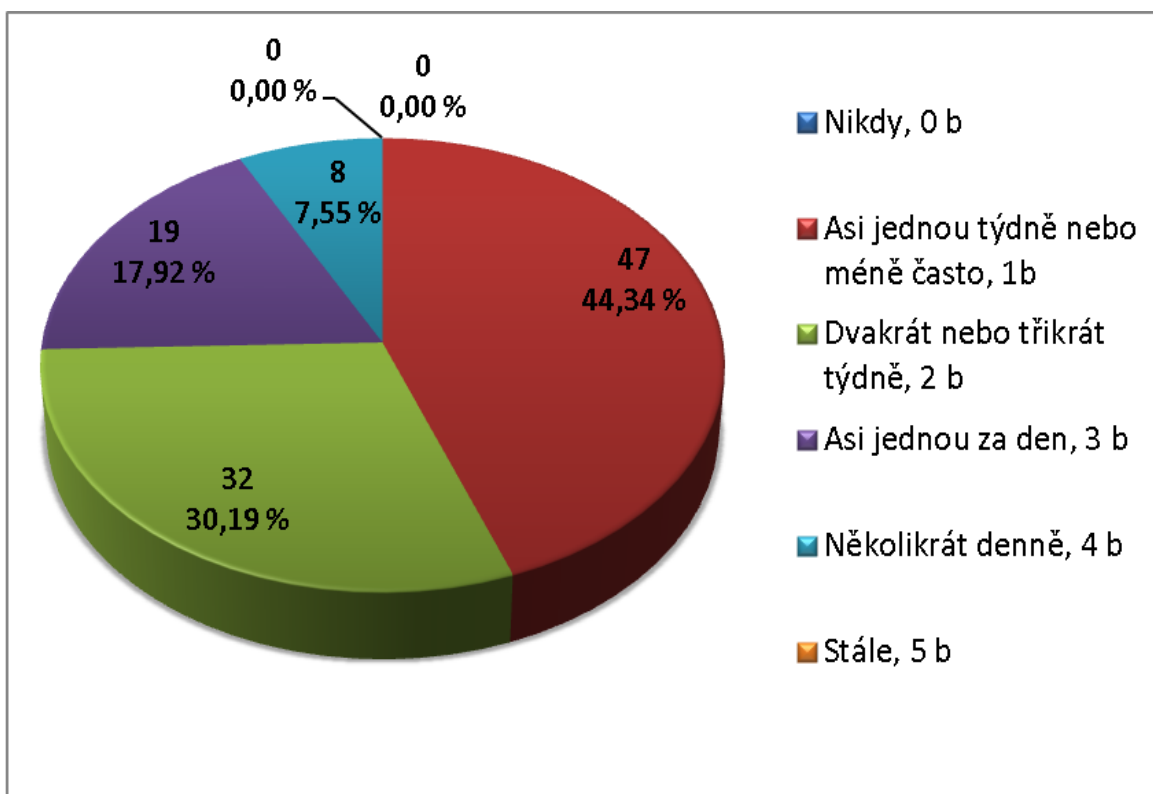
**Cíl 3:** Zjistit jak močová inkontinence ovlivňuje ženin život.

**Výzkumný problém:** Jak často a jaké množství moči ženě uniká?

Otázka č. 3, 4

Otázka č. 3 – **Jak často se stane, že vám unikne moč?**

**Graf 16 - Četnost úniku moči**

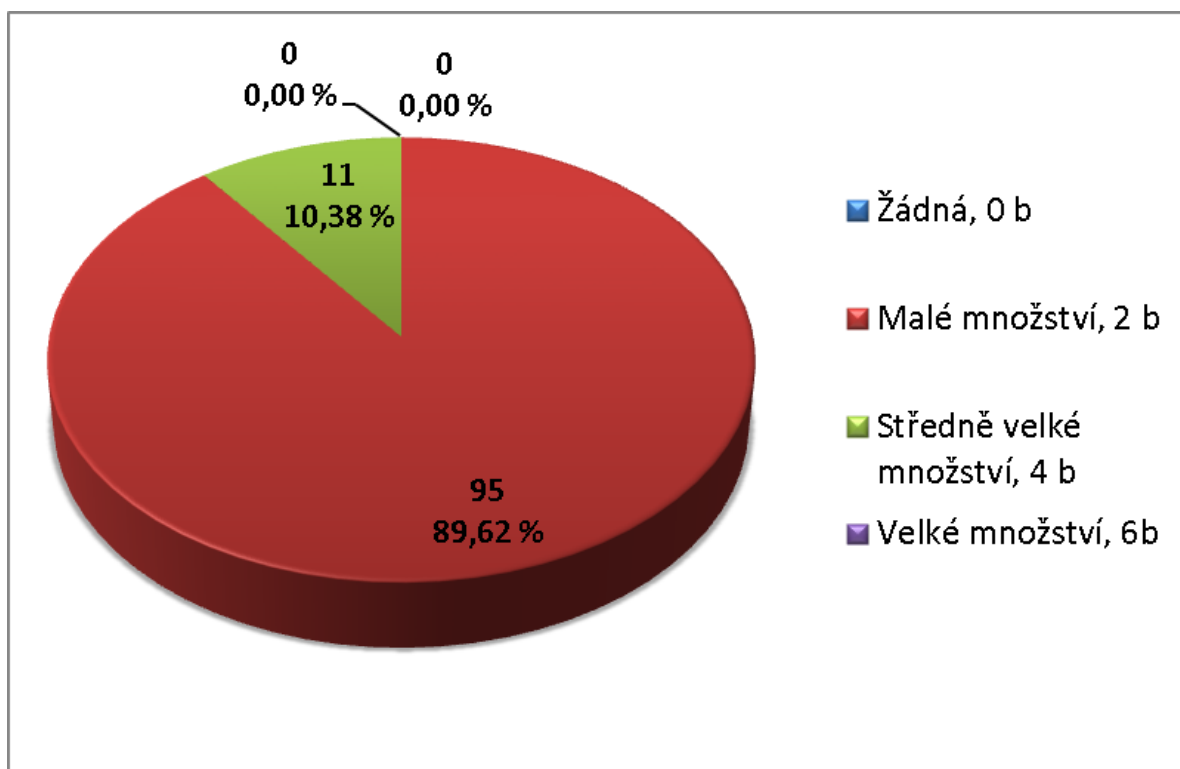


Zdroj: vlastní

Ze 106 žen neodpověděla ani jedna, že by k úniku moči nedocházelo nikdy nebo stále. 47 (44,34 %) žen odpovědělo, že jim uniká moč asi jednou týdně nebo méně často. Dvakrát nebo třikrát týdně uniká moč 32 (30,19 %) ženám. Asi jednou za den unikne moč 19 (17,92 %) ženám a u 8 (7,55 %) žen dochází k úniku moči několikrát denně.

Otázka č. 4. – Rádi bychom věděli, kolik moči vám podle vašeho názoru unikne. Jak velké množství moči vám obvykle unikne (ať už používáte ochranné prostředky, nebo ne)?

Graf 17 - Množství uniklé moči



Zdroj: vlastní

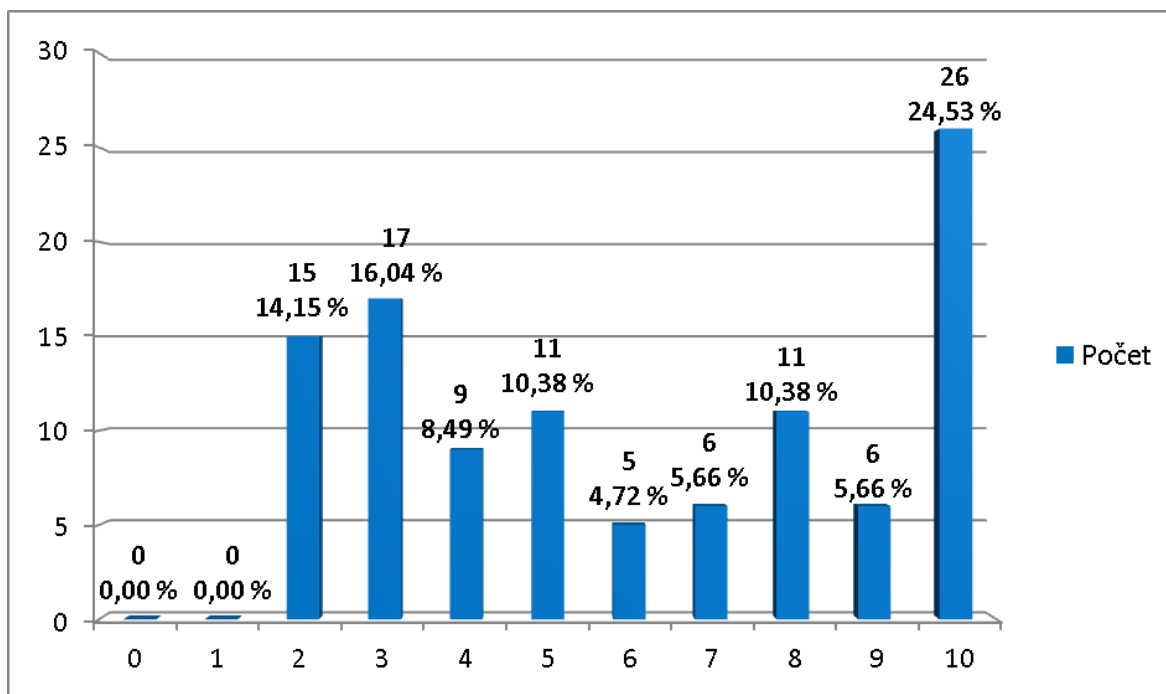
Z celkového počtu 106 žen neodpověděla žádná, že by docházelo k úniku žádného nebo velkého množství moči. Malé množství moči uniká u 95 (89,62 %) žen a u 11 (10,38 %) dochází ke středně velkému množství.

**Výzkumný problém:** Při jakých činnostech ženě uniká moč a jak to ovlivňuje její život?

Otázka č. 5, 6

Otázka č. 5 – **Do jaké míry vám únik moči obvykle vadí ve vašem každodenním životě?**

**Graf 18 - Vliv úniku moči na každodenní život**

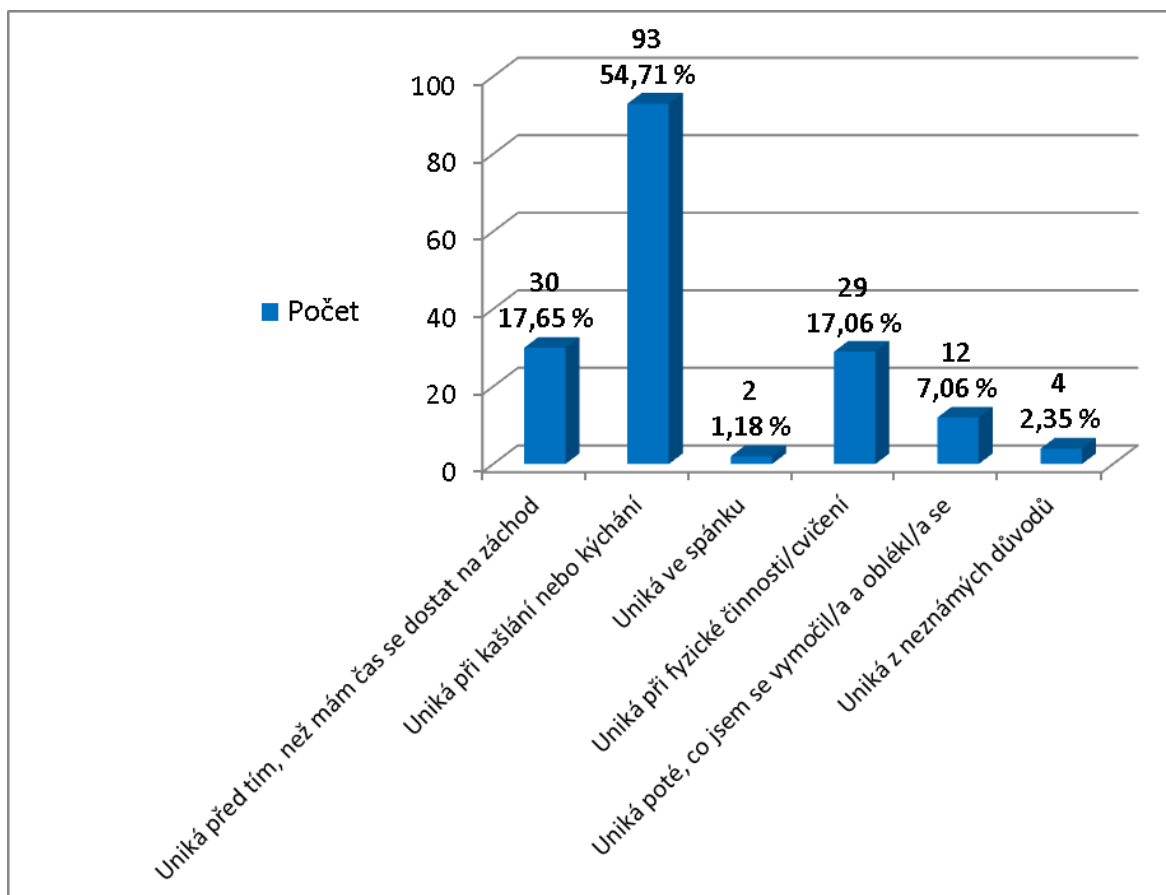


Zdroj: vlastní

106 žen hodnotilo, jak moc jim únik moči vadí. Nulu ani jedničku nezaškrtila žádná z žen. Nejvíce ženy zaškrtily desítku a to 26 (24,53 %). Dále často zaškrtovaly trojku, 17 (16,04 %) žen, dvojku 15 (14,15 %) žen. Po 11 (10,38 %) ženách zatrhllo pětku a osmičku, dále po 6 (5,66 %) ženách zaškrtily sedmičku a devítku. 9 (8,49 %) žen zaškrtilo čtyřku a 5 (4,72 %) žen šestku.

## Otázka č. 6 – Kdy se vám stane, že moč uniká?

Graf 19 - Příčiny úniku moči



Zdroj: vlastní

U otázky č. 6 si mohly inkontinentní ženy (106 žen) vybrat více odpovědí. Nejčastější příčinou úniku moči bylo kašlání nebo kýchnutí, které si z žen vybralo 93 (54,71 %). Ve 30 (17,65 %) případech ženy zvolily odpověď, uniká před tím, než se dostanou na toaletu. Další častá odpověď bylo unikání moči při fyzické činnosti a to 29 (17,06 %). Po vymočení a obléknutí se zvolilo odpověď 12 (7,06 %) žen. U 4 (2,35 %) žen uniká moč z neznámých důvodů a u 2 (1,18 %) žen uniká moč ve spánku.

## 14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### Cíl 1: Zmapovat možné souvislosti s rozvinutím močové inkontinence

**Výzkumný problém:** Má věk matky, počet těhotenství a porodů vliv na rozvoj močové inkontinence?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1, 4, 5, 12

V otázce č. 1 jsem zjišťovala věk jednotlivých respondentek. Z výsledku vyplynulo, že nejvíce matek bylo ve věku 26–30 let. V tomto věku bylo 112 žen z 303.

Ve 4. otázce jsem se ptala na počet těhotenství. Nejčastěji byly ženy těhotné podruhé. A to 120 žen z 303.

U 5. otázky jsem se dotazovala na počet porodů. Z 303 žen rodilo 142 poprvé.

12. otázku jsem směřovala k močové inkontinenci a zda jí ženy trpí. Ze všech 303 dotazovaných 106 odpovědělo, že jsou inkontinentní.

**Výzkumný problém:** Je souvislost mezi druhem zaměstnání a rozvojem močové inkontinence?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 2, 3, 12

Ve 2. otázce jsem se ptala, jestli ženy docházely v těhotenství do zaměstnání. 165 žen z 303 odpovědělo kladně.

V souvislosti k předešlé otázce jsem se u 3. ptala na druh zaměstnání. Ze 165 žen, které docházely i přes těhotenství do zaměstnání, vykonávaly sedavou práci jako úřednice a administrativní pracovnice 35 žen.

**Výzkumný problém:** Jak se na rozvoji močové inkontinence podílí předchozí porod?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 6, 7, 13

V 6. otázce jsem se dotazovala, jak byl předchozí porod veden. Ze 158 žen 129 odpovědělo, že jejich předchozí porod byl veden vaginálně.

Na předchozí otázku navazovala 7. otázka, u které jsem se ptala na porodní váhu předchozího novorozence. 75 ženám se narodil novorozenec s porodní váhou mezi 3 001g a 3 500g.

U 13. otázky jsem se ptala, zda ženy měly močovou inkontinenci už po prvním porodu. 142 žen odpovědělo, že toto byl jejich první porod a 38 žen odpovědělo, že mají močovou inkontinenci už po předchozím porodu.

**Výzkumný problém:** Jak se nynější porod podílí na vzniku močové inkontinence?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 11

U 8. otázky jsem se zajímala o váhový příbytek v těhotenství. Z 303 žen mi 97 odpovědělo v rozmezí mezi 11 až 15 kg.

U 9. otázky jsem se ptala, v jakém týdnu těhotenství dotazované porodily. 97 žen z 303 porodilo ve 40. týdnu.

U 10. otázky jsem se zajímala, jak byl nynější porod veden. Z 303 žen porodilo 256 vaginálně.

11. otázka navazovala na předchozí. Dotazovala jsem se na porodní váhu nynějšího novorozence. 135 ženám se narodil novorozenec s porodní váhou mezi 3 001g a 3 500g.

**Cíl 2: Zjistit, zda je žena inkontinentní.**

**Výzkumný problém:** je žena inkontinentní a kdy se její problémy s únikem moči objevily?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15

Ve 14. otázce mne zajímalo, kdy se u dotazovaných objevily první příznaky močové inkontinence. Ze 106 žen, které mají potíže s únikem moči, mi 50 odpovědělo, že se jejich potíže objevily po porodu.

V 15. otázce jsem se zajímala, zda se jejich problémy s inkontinencí od nynějšího porodu změnily. 43 ženám ze 106 se příznaky zlepšily.

**Cíl 3: Jak močová inkontinence ovlivňuje ženu v jejích každodenních činnostech?**

**Výzkumný problém:** Jak často a jaké množství moči ženě uniká?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 4

U otázky č. 3 ve standardizovaném dotazníku jsem se dotazovala při jakých činnostech ženě moč uniká. Ze 106 dotazovaných mi 47 odpovědělo, že jim moč uniká asi jednou týdně nebo méně často.

Ve 4. otázce ze standardizovaného dotazníku jsem se ptala na množství uniklé moči. 95 žen ze 106 uniká malé množství moči.

**Výzkumný problém:** Při jakých činnostech ženě uniká moč a jak to ovlivňuje její život?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 5, 6

V 5. otázce standardizovaného dotazníku jsem se ptala, jak moc jim únik moči vadí v jejich každodenním životě. 26 žen ze 106 mi odpovědělo zaškrtnutím desítky, tedy velmi.

V 6. otázce standardizovaného dotazníku jsem se ptala, kdy se stává, že dotazovaným uniká moč. V této otázce mohly dotazované zaškrtnout více odpovědí. Nejčastější odpovědí byl únik moči při kašlání nebo kýchání, a to 93 odpovědí ze 106 žen, které mají močovou inkontinenci.



## 15 DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na močovou inkontinenci po porodu. Cílem bakalářské práce bylo zjistit prevalenci žen, u kterých se objeví močová inkontinence po porodu. Při psaní této práce jsem dospěla k novým znalostem ohledně pánevního dna, diagnostice a léčení močové inkontinence, jak chirurgicky tak i konzervativně. Uvědomila jsem si, že močová inkontinence se netýká jen starších žen, ale i mladých vitálních žen, které mohou mít močovou inkontinenci už v těhotenství a po porodu. Pomocí dotazníků jsem zjišťovala, zda se na rozvoji močové inkontinence podílí práce žen, předchozí a nynější porody a jak močová inkontinence ovlivňuje jejich život.

Abych získala co nejvíce odpovědí, rozesílala jsem dotazník přes facebookové stránky a rozdávala jsem ho v gynekologických ambulancích v Plzni, Českém Krumlově a v Českých Budějovicích. Prostřednictvím facebookových stránek jsem nasbírala dostatečné množství odpovědí z celé České Republiky. Výsledky se dají aplikovat na všechny ženy po porodu v České Republice. Celkem jsem si stanovila 3 dílčí cíle a 7 výzkumných problémů.

V prvním cíli jsem se snažila zjistit souvislosti, které napomáhají rozvinutí močové inkontinence. Nejčastěji se věk žen pohyboval mezi 26 až 30 roky, tak jako v diplomové práci Dominiky Bartuskové (Bartuskova, 2016, s. 47). Překvapil mne rozdíl v počtu porodů a těhotenství. Ženy byly nejčastěji těhotné podruhé, ale rodily poprvé. Podle Belkova (Belkov, 2011, s. 308) je četnost porodů jedním z možných rizikových faktorů pro vznik stresové inkontinence v šestinedělí. Tyto ženy však nejsou v tak vysokém věku, aby měly problém otěhotnět. Největším problémem dnešní doby je pro ženy donosit plod. U předchozích i nynějších porodů převažují vaginální porody nad císařským řezem. Nejčastěji ženy rodily ve 40. týdnu. Bohužel nevím, zda porody byly vyvolávané nebo spontánní. Vysoký počet porodů byl i v 39. týdnu a ve 41. týdnu. I váhy novorozenců u předešlých porodů a nynějších se pohybují ve stejném rozpětí od 3 001 g do 3 500g. Druhá nejčastější váha byla do 4 000g. Vašek (Vašek, 2019, s. 75) ve své práci uvádí, že statisticky je významná váha nad 4 000g, aby ovlivnila vznik stresové inkontinence. Další rizikové faktory, které uvádí, jsou první porod, dlouhá druhá doba porodní, klešťový porod, vysoký váhový přírůstek a první porod nad 30 let. Váhový přírůstek žen byl v těhotenství nejčastěji do 15 kg. Více jak polovina 165 (54,46 %) žen chodila v těhotenství do zaměstnání. Jejich práce však nebyla fyzicky náročná. Šlo spíše o sedavé zaměstnání. Kladné odpovědi

k močové inkontinenci ale byly spíše u žen, které mají fyzicky náročnější práci jako stání (u pultu jako prodavačka), časté zvedání se ze židle (učitelka), nebo náročná chůze s těžkou taškou (pošťáčka).

Podle Vaška (Vašek, 2019, s. 73) je prevalence u nullipar (15–50 %) a multipar (35–70 %) rozdílná. Po rozdělení 106 žen na nullipary a multipary mi vyšlo 38 (35,85 %) inkontinentních prvorodiček a 68 (64,15 %) inkontinentních vícero-diček. Norská studie (The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study, 2009) uvádí, že půl roku po porodu hlásilo 31 % primigravid z 12 679 inkontinenci. Hořčíčka uvádí (Hořčíčka, 2017, s. 127, 129), že po porodu většinou inkontinence vymizí. U kolika žen, ale inkontinence přetrvává se neví, ale uvádí incidenci mezi 10-15 %. Po šestinedělí vyhledá pomoc jen 8 % žen. Apeluje proto na včasné vyšetření a podchycení inkontinentních žen po porodu.

U druhého cíle jsem se snažila najít příčinu močové inkontinence a kdy se poprvé únik moči objevil. U otázky, kde jsem se ptala, zda mají močovou inkontinenci mi více jak polovina žen odpověděla záporně. Pro mnoho z nich to byl také jejich první porod a většina z nich neměla močovou inkontinenci z předchozího porodu. Hořčíčka (Hořčíčka, 2017, s. 129) udává, že pokud se močová inkontinence objeví už po prvním těhotenství, může pak být i v dalších fázích života ženy. Pokud se už nějaký únik moči objevil, byl převážně po porodu. Nechtěný únik moči by měl do tří až šesti měsíců ustoupit. Pokud se tak nestane, měla by žena vyhledat odborníka. 43 žen odpovědělo, že jejich problémy se od posledního porodu zlepšily a 39 žen uvádí, že jsou jejich problémy stejné.

Poslední cíl jsem zaměřila na ženy, které mají močovou inkontinenci. Ptám se jich na únik moči, i jak moc inkontinence zasahuje do jejich života. Nejčastější odpovědí na únik moči byl jednou týdně nebo méně často a uniká malé množství moči. Ženám velice vadí únik moči a nejčastěji jim uniká při kašlání nebo kýchání a fyzických činnostech.

## 16 ZÁVĚR

Zpracování této bakalářské práce bylo pro mne z počátku složité. Pak jsem se ale zorientovala v knihách a člancích. Tato práce mne obohatila o informace ohledně močové inkontinence. Dozvěděla jsem se, jak se diagnostikuje a léčí. Jsem ráda, že je i konzervativní léčba, kterou mohou praktikovat ženy už v těhotenství.

V praktické části jsem zvolila kvantitativní výzkum. Data jsem nasbírala pomocí dotazníku. Mé šetření mělo jednu podmínku, aby byly ženy po porodu. Ženy mohly vyplňovat dotazník od porodu do konce šestinedělí. Díky vyplněným dotazníkům jsem došla k odpovědím na jednotlivé cíle a výzkumné otázky.

Hlavním cílem bylo zjistit prevalenci žen, u kterých se objevila močová inkontinence. Z 303 dotazovaných žen 106 (34,98 %) odpovědělo, že jsou inkontinentní. Z toho bylo 38 (35,85 %) žen prvorodiček a 68 (64,15 %) žen byly vícerodičky. Udává se, že výskyt inkontinence po porodu zasahuje 15-50 % nullipar a 35-70 % multipar. Studie se často liší závěry, zda rozvoj močové inkontinence závisí na věku, BMI, vedení porodu, zda byla žena inkontinentní už po předchozím porodu a další. Rozdíl je taktéž v procentuálním výsledku a proto nejde s jistotou říci, jaké procento žen močová inkontinence postihuje a co má na její rozvoj vliv. Určitě bych, ale nepodceňovala edukaci žen již v těhotenství a po porodu.

## 17 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HORČIČKA, Lukáš. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 181 stran. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2

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

KOTT, Otto, Šárka STAŠKOVÁ, Lukáš RYBA a Jitka KROCOVÁ. *Problematika dysfunkce pánevního dna pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 978-80-261-0757-6

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál, 2013. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0480-0

CHMEL, Roman. *Ženská močová inkontinence: nepříjemný, ale léčitelný problém v každém věku*. Praha: Mladá fronta, 2010. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2279-8

HERLE, Petr, ed. *Diferenciální diagnostika v urologii*. Praha: Raabe, [2016]. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-7496-205-9

HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3008-3

MATOUŠKOVÁ, Michaela. *Praktická urologie v kazuistikách*. Praha: Axonite CZ, 2013. Asclepius. ISBN 978-80-904899-4-3

ZÁMEČNÍK, Libor a Petr MACEK. *Moderní farmakoterapie v urologii: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2012. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-276-6

MACEK, Petr, Tomáš HANUŠ a Petr HERLE. *Urologie: pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86307-85-5

HANUŠ, Tomáš. *Urologie*. V Praze: Triton, 2011. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-387-5

KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-626-7

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9

HORČIČKA, Lukáš, Roman ZACHOVAL, Jana VLKOVÁ, Dana MORAVČÍKOVÁ a Eva TOPINKOVÁ. *Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2017]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-91-6

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4788-0

### **Internetové zdroje:**

ROMŽOVÁ, Miroslava. *Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení*. Urologie pro praxi [online]. 2014, 15(5). 221 – 226 [cit. 2014-12-16]. Dostupné z:

[https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201405-0005\\_Mozne\\_priciny\\_vzniku\\_inkontinence\\_a\\_jejich\\_reseni.php](https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201405-0005_Mozne_priciny_vzniku_inkontinence_a_jejich_reseni.php)

KOLOMBO, Ivan. *Stresová inkontinence u žen – 2. část*. Urologie pro praxi [online]. 2009, 10(1). 11 – 19 [cit. 2009-05-01]. Dostupné z:

[https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-200901-0003\\_Stresova\\_inkontinence\\_u\\_zen-2\\_cast.php](https://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-200901-0003_Stresova_inkontinence_u_zen-2_cast.php)

GIBLO, Vladimír. *Porovnání chirurgické a farmakologické léčby inkontinence*. Urologie pro praxi [online]. 2011, 12(6). 366 – 372 [cit. 2011-12-01]. Dostupné z:

[https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201106-0008\\_Porovnani\\_chirurgicke\\_a\\_farmakologicke\\_lecby\\_inkontinence.php](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201106-0008_Porovnani_chirurgicke_a_farmakologicke_lecby_inkontinence.php)

SOCHOROVÁ, Nataša. *Problematika močové inkontinence*. Medicína pro praxi [online]. 2011, 8(11). 488 – 490 [cit. 2011-01-01]. Dostupné z:

[https://medicinapropraxi.cz/artkey/med-201111-0012\\_Problematika\\_mocove\\_inkontinence.php](https://medicinapropraxi.cz/artkey/med-201111-0012_Problematika_mocove_inkontinence.php)

MARTAN, Alois. *Vaginální tahuprosté páskové operace řešící stresový typ inkontinence moči u žen*. Česká gynekologie [online]. 2012, 77, č. 4. 299 – 304 [cit. 2012-04]. Dostupné z:

<https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-4-1/vaginalni-tahuproste-paskove-operace-resici-stresovy-tyt-inkontinence-moci-u-zen-38903>

RUŠAVÝ, Zdeněk. *Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu*. Česká gynekologie [online]. 2017, 82, č. 4. 327 – 332 [cit. 2017-04]. Dostupné z:

<https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-4-5/informovanost-rodicek-v-oblasti-primarni-a-sekundarni-prevence-poruch-panevniho-dna-po-porodu-61656>

VAŠEK, Petr. *Močová inkontinence v těhotenství*. Česká gynekologie [online]. 2019, 84, č. 1. 73 – 76 [cit. 2019-01]. Dostupné z:

<https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/mocova-inkontinence-v-tehotenstvi-112781>

HUVAR, Ivan. *Močová inkontinence v těhotenství*. Urologie pro praxi [online]. 2014, 15(4). 152 – 154 [cit. 2014-10-01]. Dostupné z:

[https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201404-0002\\_Mocova\\_inkontinence\\_v\\_tehotenstvi.php](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201404-0002_Mocova_inkontinence_v_tehotenstvi.php)

BELKOV, Ananas Ivan. *Poporodní inkontinence, těhotenství a porod a jejich vztah k ženské močové inkontinenci*. Urologie pro praxi [online]. 2011, 12(5). 307 – 312 [cit. 2011-11-01]. Dostupné z:

[https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201105-0009\\_Poporodni\\_inkontinence\\_tehotenstvi\\_a\\_porod\\_a\\_jejich\\_vztah\\_k\\_zenske\\_mocove\\_inkontinenci.php](https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201105-0009_Poporodni_inkontinence_tehotenstvi_a_porod_a_jejich_vztah_k_zenske_mocove_inkontinenci.php)

UROGYNECOLOGY. *Urinary incontinence*. University Of Colorado. Dostupné z:

<https://urogyn.coloradowomenshealth.com/patients/library/incontinence-after-childbirth>

BARTUSKOVÁ, Dominika. *Močová inkontinence u žen porodu*. Theses [online]. 2016, [cit. 2016-04-26]. Dostupné z:

<https://theses.cz/id/ofkk64/?isslret=porodu%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dmo%C4%8Dov%C3%A1%20inkontinence%20po%20porodu%26start%3D1>

WESNES, SL a kol. *The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study*. Pubmed [online]. 2009, [cit. 2009-02-11]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2675011/>

## **18 SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1 - Dotazník



## Dotazník

Vážená paní,

jmenuji se Jana Jurašová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií v Plzni, obor Porodní asistentka. Zpracovávám bakalářskou práci na téma Močová inkontinence po porodu. Ve své práci se zaměřuji na to, jaká je prevalence žen, u kterých se objeví močová inkontinence po porodu. Prostřednictvím tohoto dotazníku se na Vás obracím s prosbou o jeho vyplnění.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

### 1. Kolik je vám let?

- a) 20-25 let
- b) 26-30 let
- c) 31-35 let
- d) 36-40 let
- e) 40+ let

### 2. Chodila jste v těhotenství do zaměstnání?

- a) Ano
- b) Ne

### 3. Jaké zaměstnání jste vykonávala?

.....

### 4. Kolikrát jste byla těhotná?

.....

### 5. Po kolikáté jste rodila?

.....

**6. Váš předchozí porod byl veden:**

- a) Vaginálně b) Císařský řez c) \*Vakuumextrakce d) Klešťový porod

\*Vakuumextrakce – slouží k podpoření porodních sil pomocí zvonu, který se přisaje na hlavičku plodu

**7. Jaká byla porodní váha posledního porozeného dítěte?**

(Pokud jste rodila poprvé, nechte prázdné)

.....

**Tato část se zabývá pouze nyníjším těhotenstvím**

**8. Kolik kilogramů jste za těhotenství přibrala?**

.....

**9. V kolikátém týdnu jste porodila?**

.....

**10. Nynější porod byl veden:**

- a) Vaginálně b) Císařský řez c) Vakuumextrakce d) Klešťový porod

**11. Jaká byla porodní váha vašeho nynějšího dítěte?**

.....

**Tato část se zabývá močovou inkontinencí**

**12. Trpíte močovou inkontinencí?**

- a) Ano
- b) Ne

**13. Objevila se u Vás močová inkontinence už po předchozích porodech?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Toto byl můj první porod

*Pokud jste zaškrtnla **Ano**, prosím pokračujte na další straně vyplněním standardizovaného dotazníku.*

*Pokud jste zaškrtnla **Ne**, nemusíte další část vyplňovat.*

**14. Kdy se vaše problémy s únikem moči objevily?**

.....

**15. Vaše problémy se od nynějšího porodu:**

- a) Zlepšily
- b) Zhoršily
- c) Zůstaly stejné

Osobní číslo

Osobní iniciály

ICIQ-UI SHORT FORM (Czech)

DŮVĚRNÉ

D D

M M M

R R

Dnešní datum

Mnoho lidí má občas problémy s únikem moči. Pokoušíme se zjistit, kolika lidí se únik moči týká a jak je únik moči obtěžuje. Budeme Vám vděční, když odpovíte na následující otázky. Vzpomeňte si, jak jste se v průměru cítil/a během POSLEDNÍCH ČTYŘ TÝDNŮ.

1 Vyplňte prosím datum Vašeho narození:

DEN

MĚSÍC

ROK

2 Jste (zaškrtněte jednu kolonku):

Žena Muž 

3 Jak často se stane, že Vám unikne moč? (Zaškrtněte jednu kolonku)

- nikdy  0  
asi jednou týdně nebo méně často  1  
dvakrát nebo třikrát týdně  2  
asi jednou za den  3  
několikrát denně  4  
stále  5

4 Rádi bychom věděli, kolik moči Vám podle Vašeho názoru unikne. Jak velké množství moči Vám obvykle unikne (ať už používáte ochranné prostředky nebo ne)? (Zaškrtněte jednu kolonku)

- žádná  0  
malé množství  2  
středně velké množství  4  
velké množství  6

5 Do jaké míry Vám únik moči obvykle vadí ve Vašem každodenním životě?

Prosím zakroužkujte číslo mezi 0 (vůbec ne) a 10 (velmi)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
vůbec ne velmi

Skóre ICIQ: součet bodů 3+4+5

6 Kdy se Vám stane, že moč uniká? (Zaškrtněte prosím všechny kolonky, které se Vás týkají)

- nikdy – moč samovolně neuniká   
uniká předtím, než mám čas se dostat na záchod   
uniká při kašlání nebo kýchání   
uniká ve spánku   
uniká při fyzické činnosti/cvičení   
uniká poté, co jsem se vymočil/a a oblékl/a se   
uniká z neznámých důvodů   
uniká stále

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Copyright © "ICIQ Group"

f:\institut\cultadap\projectsp1892\finalversions\icqi\icqczq.doc-18/07/2003