

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Natálie Moravčíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Natálie Moravčíková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

INKONTINENCE A PÁNENVÍ DNO

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Knížková

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie MORAVČÍKOVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0016P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Inkontinence a pánevní dno**
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 formu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

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

Seznam doporučené literatury:

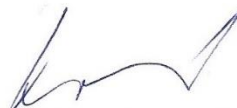
- KOTT, Otto, Šárka STAŠKOVÁ, Lukáš RYBA a Jitka KROCOVÁ. *Problematika dysfunkce pánevního dna pro nelékaře*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. 77 s. ISBN 978-80-261-0757-6.
- PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Dotisk 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 217 s. ISBN 978-80-244-3019-5.
- KAŠÍKOVÁ, Eva. Pánevní dno a porod. *Moderní babičtví*. 2008, (16),1-4. ISSN 1214-5572.
- HUVAR, Ivan. Močová inkontinence v těhotenství. *Urologie pro praxi*. 2014, (15), 152-154. ISSN 1803-5299.
- HAVALDA, Andrej. Inkontinencia moču – úskalia správnej diagnostiky a význam hormonálnej liečby. *Via practica*. 2008, (4-5),195-198. ISSN 1339-424X.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kristýna Knížková**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



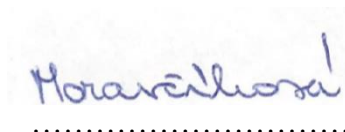
PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

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

V Plzni dne 31.3. 2021.



.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Moravčíková Natálie

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Inkontinence a pánevní dno

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Knížková

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: inkontinence – pánevní dno – předporodní příprava – Kegellovy cviky

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na rozsah znalostí žen o močové inkontinenci po porodu. V teoretické části je popsána močová inkontinence, anatomie močových cest a samotné pánevní dno, dále jsou zde popsány proměny pánevního dna v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřené na prevenci močové inkontinence, předporodní přípravu, cvičení před a po porodu. Cílem praktické části je zjistit, do jaké míry jsou ženy informované o močové inkontinenci po porodu. Zda mají znalosti o Aniballu, o možnostech řešení inkontinence a také, zda ví, na jakého odborníka se s tímto problémem mohou obrátit. Dalším cílem je zjistit, jaký je rozdíl ve výskytu nechtěného úniku moči po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Abstract

Surname and name: Moravčíková Natálie

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Incontinence and pelvic floor

Consultant: Mgr. Kristýna Knížková

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 28

Keywords: incontinence – pelvic floor – birth preparation – Kegel exercises

Summary:

The bachelor thesis focuses on the level of women's knowledge of urinary incontinence after childbirth. The theoretical part describes urinary incontinence, the anatomy of the urinary tract and the pelvic floor itself as well as the changes to the pelvic floor during pregnancy, childbirth and six weeks postpartum. Chapters focus on the prevention of urinary incontinence, prenatal preparation, and exercising before and after childbirth. The practical part aims to find out how informed women are about urinary incontinence after childbirth - whether they know about the Aniball and the possibilities of treating incontinence as well as learning whether women know who to go to with this problem. Another goal is to identify the difference between the occurrence of unwanted loss of urine after vaginal birth and after cesarean section.

Předmluva

Inkontinence po porodu patří mezi časté potíže. Bývá způsobena dysfunkcí svalů pánevního dna. Bohužel, v mnoha případech, ženy o tomto problému nikdo neinformuje. Je důležité, aby si uvědomily, že je nutné s těmito potížemi vyhledat pomoc. Cílem této bakalářské práce je zjistit, v jaké míře jsou ženy informované o možnostech prevence a řešení močové inkontinence po porodu. Odpovědi dotazovaných respondentek by měly vést k objasnění, jaký vliv má tělesná aktivita na předcházení vzniku nechtěného úniku moči, ale také jakým způsobem ženy řeší tento problém.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kristýně Knížkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, trpělivost a ochotu. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které mi poskytly potřebné informace. A v neposlední řadě děkuji své rodině za podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 MOČOVÁ INKONTINENCE.....	15
1.1 Definice.....	15
1.2 Příčiny	15
1.2.1 Poranění močových cest vzniklých v souvislosti s porodem	15
1.3 Klasifikace	16
1.3.1 Stresová inkontinence.....	16
1.3.2 Urgentní inkontinence	17
1.3.3 Inkontinence z přeplnění (overflow)	17
1.3.4 Reflexní inkontinence.....	17
1.4 Vyšetřovací metody	17
1.4.1 Anamnéza	17
1.4.2 Fyzikální vyšetření	18
1.4.3 Laboratorní vyšetření.....	18
1.4.4 Zobrazovací metody	18
1.4.5 Urodynamické vyšetření.....	18
1.5 Léčba.....	19
1.5.1 Gymnastika svalů pánevního dna	19
1.5.2 Elektrostimulace	19
1.5.3 Biofeedback (zpětná vazba).....	20
1.5.4 Aniball Inco	20
2 ANATOMIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST	21
2.1 Močový měchýř (vesica urinaria)	21
2.2 Ženská močová inkontinence (uretra feminina)	21
2.3 Pánevní dno.....	22
2.3.1 Vrstvy pánevního dna.....	22
2.3.2 Funkce pánevního dna	23
2.4 Anatomie pánve	23
3 TĚHOTENSTVÍ A PÁNEVNÍ DNO	26
3.1 Předporodní příprava	27
3.2 Cvičení v těhotenství	27
4 POROD A PÁNEVNÍ DNO.....	29

4.1	Porodní poranění.....	29
4.2	Prevence porodního poranění	30
4.2.1	Masáž hráze	30
4.2.2	Aniball	31
4.2.3	Vaginální napářka.....	31
4.2.4	Čaj z maliníku a lněné semínko.....	31
5	ŠESTINEDEŘÍ A PÁNEVNÍ DNO	33
5.1	Cvičení po porodu.....	33
5.1.1	Cvičení po vaginálním porodu	34
5.1.2	Cvičení po císařském řezu.....	35
5.2	Kegelovy cviky	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
6	FORMULACE PROBLÉMU	37
7	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	37
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO OBORU	38
9	METODIKA PRÁCE	38
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	39
11	ANALÝZA ÚDAJŮ	40
12	INTERPRETACE A PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	64
	DISKUZE.....	69
	ZÁVĚR.....	72
	SEZNAM LITERATURY.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH	76
	PŘÍLOHY	77

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Informovanost o předcházení porodního poranění

Graf č. 2 – Způsob předcházení porodnímu poranění

Graf č. 3 – Důležitost přípravy na porod

Graf č. 4 – Zahájení přípravy na porod

Graf č. 5 – Způsob přípravy na porod

Graf č. 6 – Výskyt porodního poranění

Graf č. 7 – Znalosti žen inkontinenci moči

Graf č. 8 – Znalosti žen o Aniballu

Graf č. 9 – Cvičení v těhotenství

Graf č. 10 – Způsob cvičení

Graf č. 11 – Důležitost cvičení po porodu

Graf č. 12 – Znalost cviků na posílení pánevního dna

Graf č. 13 – Využití cviků na posílení pánevního dna

Graf č. 14 – Frekvence cvičení

Graf č. 15 – Informování žen odborníkem

Graf č. 16 – Znalosti o řešení močové inkontinence

Graf č. 17 – Způsob řešení močové inkontinence

Graf č. 18 – Četnost vyhledání pomoci

Graf č. 19 – Výběr odborníka

Graf č. 20 – Počet porodů respondentek

Graf č. 21 – Způsob vedení porodu

Graf č. 22 – Výskyt močové inkontinence po porodu

Graf č. 23 – Délka trvání inkontinence po porodu

Graf č. 24 – Věk respondentek

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Pánevní dno (pohled shora)

Obrázek č. 2 – Pánevní dno (pohled zdola)

Obrázek č. 3 – Aniball

Obrázek č. 4 – Aniball Inco

Obrázek č. 5 – Edukační leták

SEZNAM ZKRATEK

Např. – například

Apod. – a podobně

s.c. – sectio caesarea

VEX – vakuumextraktor

ÚVOD

V těhotenství vlivem hormonů dochází uvolňování všech struktur a spojení. Během porodu pak může, vlivem mnoha faktorů, dojít k poškození pánevního dna. To vede ke vzniku různých potíží, a to jak fyzickým, tak i emočním. Mezi jeden z velmi častých zdravotních problémů patří inkontinence moči. Vše ale začíná nedostatkem fyzické aktivity. Pohyb je důležitý nejen před otěhotněním, v těhotenství, ale hlavně po porodu. Pánevní dno je nutné znovu aktivovat. Problémem ale je, že ženy mnohdy nejsou o tomto stavu vůbec informovány.

Téma „Inkontinence a pánevní dno“ jsme si zvolili proto, abychom poznali, jak jsou ženy informovány o močové inkontinenci, její prevenci a řešení. Dále jsme chtěli zjistit, jaké jsou rozdíly výskytu u žen, které rodily vaginálně a u žen s císařským řezem. Do jaké míry jsou respondentky informované jsme zjišťovali pomocí polostrukturovaných dotazníků.

Tato práce obsahuje popis samotné inkontinence. Jaké jsou její příčiny, druhy, vyšetřovací metody a také možnosti léčby. Dále je zmíněná anatomie močových cest, pánve a pánevního dna. Zaměřujeme se také na jeho hlavní funkce. Dále popisujeme proměny pánevního dna během těhotenství, porodu a šestinedělí. Jak už jsme zmiňovali, pohyb a aktivace svalů pánevního dna po porodu je velmi důležitá. Proto práce obsahuje i popis předporodní přípravy a cvičení jak v těhotenství, tak i po porodu. Popisujeme samotné cviky. Cvičení je rozděleno pro ženy po vaginálním po porodu a pro ženy po císařském řezu.

Z výsledků našeho šetření vyplývá, že většina žen považuje jakoukoliv přípravu na porod za důležitou. Tyto ženy se nejčastěji začínají připravovat během těhotenství. Zjistili jsme, že většina respondentek v těhotenství vůbec necvičila. Považují za důležité cvičení až po porodu, kdy skoro všechny ženy znají cviky na aktivaci svalů pánevního dna a využívaly je. Respondentky, které se s inkontinencí potýkaly nebo se stále potýkají, ve většině uvedly, že nevyhledaly žádnou pomoc. Skoro všechny ženy uvedly, že je nikdo o riziku vzniku inkontinence nikdo neinformoval.

Zdroje k bakalářské práci jsme opatřili v Knihovně zdravotnických studií v Plzni. Některé zdroje jsme získali pomocí hledání klíčových slov, které se vztahují k tématu na internetových stránkách. Potřebné zdroje jsme hledali sami, rešerši jsme si vytvořit nenechali.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MOČOVÁ INKONTINENCE

1.1 Definice

Dle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci je močová inkontinence definována jako stav nechtěného úniku moči. Její výskyt stoupá s věkem a v dospělé populaci se vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Závažnost inkontinence je nutné hodnotit s ohledem na kvalitu života jedince. Diagnózu stanovujeme na základě anamnézy pacienta, klinického vyšetření, laboratorních vyšetření, zobrazovacích metod a urodynamického vyšetření. (Vilhelmová, 2011, s. 97)

1.2 Příčiny

U močové inkontinence nemáme pouze jeden etiologický faktor. Ke vzniku mohou přispívat funkční i strukturální poruchy močového měchýře, močovodů, močové trubice a pojivové tkáně. Hlavní příčinou může také být porucha míchy či centrálního nervového systému. Mezi nejčastěji uváděné rizikové faktory jsou: věk, ženské pohlaví, vaginální porod s poraněním pánevního dna, epiziotomií či rupturou perinea III. a IV. stupně, operativní nebo protrahovaný porod, obezita, infekce močových cest, menopauza a další. K faktorům souvisejícím s věkem jedince patří atrofie urogenitálního systému, hypermobilita hrdla močového měchýře, noční polyurie, defekty pojivové tkáně a další onemocnění. Močová inkontinence není vnímána jako nemoc, neboť neexistuje pouze jedna etiologie. Příčiny mají multifaktoriální charakter. Tato zdravotní porucha se vyskytuje stále častěji. (Pilka a kol., 2016, s.203)

1.2.1 Poranění močových cest vzniklých v souvislosti s porodem

- **Spontánní porod:** Po vaginálním porodu se setkáváme spíše s retencí, která většinou vzniká reflexní kontrakcí svalů pánevního dna nebo z důvodu edému uretry z otlaku. Po porodu se může vyskytnout stresová inkontinence moči, která bývá přechodná a většinou odezní spontánně. Někdy je ale nutné zahájit konzervativní léčbu a vzácně, pokud se nezdaří konzervativní postup je třeba operovat. Zde platí zásada, že po operační léčbě je v každém dalším těhotenství indikováno ukončení císařským řezem. (Halaška, 2004, s.171)

- **Sectio Caesarea:** U primárních císařských řezů se s poraněním močových cest setkáváme výjimečně. Vznikají nepozorností nebo špatnou operační technikou. S větší pravděpodobností k poranění močového měchýře či močovodů může dojít při řešení krvácení např. ruptury hrany děložní se silným krvácením. (Halaška, 2004, s.171)
- **Forceps:** K poranění může dojít zejména ve chvíli, kdy porodník zapomene rodičku před zavedením branží vycévkovat. Moč jako nestlačitelná kapalina může při vytahování hlavičky plodu v kleštích močový měchýř lacerovat. Poranění je nutno po použití forcepsu diagnostikovat a ošetřit vstřebatelným materiálem. Důležité tak je po porodu per forcipem močový měchýř cévkovat. Případná hematurie porodníka upozorní na možné poranění stěny močového měchýře. (Halaška, 2004, s.171)

1.3 Klasifikace

Dle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci dělíme ženskou močovou inkontinenci do dvou hlavních skupin. První skupina je tvořena uretrální inkontinencí, při které dochází k úniku moči uretrou. Druhou skupinou představuje inkontinence extra – uretrální, kterou dále můžeme dělit na vrozené formy a získané formy. Mezi vrozené formy patří extrofie močového měchýře nebo ektopický ureter. Získané formy jsou různé píštěle – ureterální, vezikální nebo uretrální. (Alušíková, 2016, s.1)

Mezi uretrální formy inkontinence řadíme urgentní, reflexní, stresovou inkontinenci a inkontinenci z přeplnění.

1.3.1 Stresová inkontinence

Má podklad v anatomickém uložení močové trubice. U této inkontinence je močová trubice pod pánevním dnem a tlak v močovém měchýři je vyšší než tlak v uretře, moč tak odtéká po tlakovém spádu. Většina případů souvisí s poruchou pánevního dna, hypermobilitou hrdla močového měchýře nebo s poruchou činnosti sfinkteru močové trubice. Stresovou inkontinenci dělíme do tří stupňů závažnosti. V prvním stupni dochází k úniku moči při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku (kašel, kýchnutí, smích, zvedání těžkých předmětů). U druhého stupně dochází k nechtěnému úniku při běžném vzestupu nitrobřišního tlaku (běh, rychlá chůze, lehčí fyzická práce). Ve třetím stupni dochází k inkontinenci moči již při minimálním nárůstu nitrobřišního tlaku, moč může odtékat i v klidu. Stresová inkontinence se často vyskytuje i u těhotných žen. Porodem často nekončí a stále u více žen se vyskytuje během 1 roku po porodu. Vlivem rostoucí dělohy dochází

k utlačování močových cest a snižování kapacity močového měchýře. Dochází také ke dráždění nervových zakončení, poruše prokrvení a ochablosti svalů pánevního dna. (Adamík, 2016, s.204; Alušíková, 2016, s.1; Huvar, 2014; s.152)

1.3.2 Urgentní inkontinence

Dle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci dochází k tomuto druhu úniku moči při kontrakci močového měchýře během plnicí fáze. Bývá spojována se silným pocitem nucení k mikci. Únik moči se může objevovat v rozmezí pár kapek až po úplné vyprázdnění močového měchýře. Jako spouštěcí mechanismus může být zvuk tekoucí vody, snížení teploty či koitus. (Adamík, 2016, s.204; Halaška, 2004, s.24)

1.3.3 Inkontinence z přeplnění (overflow)

U tohoto typu inkontinence dochází k nechtěnému úniku moči, když tlak v močovém měchýři převyší maximální tlak v močové trubici. Únik je způsobený pouze pasivním stěny měchýře. Nejčastěji souvisí s neuropatiemi měchýře, které mohou být způsobeny například onemocněním diabetes mellitus, roztroušenou sklerózou, nádory lumbosakrálních nervů nebo snížením meziobratlových plotének. Další příčinou může být i poranění ve vyšších etážích. Únik moči se vyskytuje u chronicky přeplněného močového měchýře, kdy není možné úplné vyprázdnění z důvodu neschopnosti kontrakce svaloviny. (Adamík, 2016, s.204; Martan a kol., 2006, s.39)

1.3.4 Reflexní inkontinence

K tomuto druhu inkontinence dochází z důvodu abnormální reflexní činnosti močového měchýře. Dále pacientům schází pocit nucení na močení. Ke vzniku dochází při úplném přerušení spojení mikčního centra a dalších mozkových center. Reflexní inkontinence může být příznakem poranění mozku, míchy nebo neurologického onemocnění. Dochází k náhlému vyprázdnění měchýře bez varovných signálů. (Havalda, 2008, s.195; Alušíková, 2016, s.1)

1.4 Vyšetřovací metody

Správná diagnostika je základním kamenem pro úspěšnou léčbu. Vyšetření provádí gynekolog nebo urolog. V celém diagnostickém procesu je důležitá správná edukace ženy. Využíváme jak základní, tak i speciální vyšetřovací metody.

1.4.1 Anamnéza

Anamnéza je nedílnou součástí každého vyšetřovacího procesu. Správně odebraná anamnéza je tvořena souborem otázek, které jsou zaměřené na nejčastěji vyskytované

symptomy. Nejvíce nás zajímá gynekologická anamnéza, kde se zajímáme o gynekologické potíže, zákroky, menstruační cyklus, nebo užívané léky jako hormonální antikoncepce. Řada gynekologických potíží totiž může souviset s poruchami funkce dolních močových cest. Zjišťujeme také porodnickou anamnézu, kde se ptáme na počet porodů, jejich způsob vedení a případné komplikace. V osobní anamnéze se ptáme na prodělaná infekční onemocnění, úrazy, operace, interní či neurologická onemocnění, sociální statut a abúzus návykových látek. (Martan a kol., 2006, s. 40; Halaška, 2004, s.23-25)

1.4.2 Fyzikální vyšetření

Spolu s celkovým vyšetřením se provádí i gynekologické vyšetření. Pohledem si všímáme poševního introitu, stavu hráze, jizev po epiziotomiích či rupturách, dále kontrolujeme zevní ústí močové trubice. Následuje vyšetření v zrcadlech, kde kontrolujeme stav poševních stěn. Nakonec vyšetřujeme palpačně. Zjišťujeme stav nejen dělohy, ale i adnex. Vyšetření se provádí jak v klidu, tak i při zatlačení. Pro urogynekologa je nezbytné i vyšetření rectovaginálně a per rectum, pro kontrolu závěsu zadní poševní stěny. Dále je možno využít i klinických testů, jako například Marshallův test nebo Q-tip test. (Martan a kol., 2006, s. 40-43; Halaška, 2004, s.25-31)

1.4.3 Laboratorní vyšetření

Neliší se od metod běžně využívaných v gynekologické ambulanci. Zaměřujeme se na hodnocení mikrobiálního obrazu poševního, speciální kultivace (chlamydie), měření pH pochvy, kultivace moči a vyšetření močového sedimentu. Provádíme i onkocytologický stěr z hrdla děložního. Můžeme provést i hematologické vyšetření pro kontrolu krevního obrazu, zánětlivých markerů, koagulace či funkčních testů ledvin). Pokud žena trpí na opakující se záněty močových cest, zahrneme i testy na diabetes mellitus a imunologické testy. (Martan a kol., 2006, s. 40-42; Halaška, 2004, s.30-31)

1.4.4 Zobrazovací metody

V dnešní době se využívá ultrazvukové vyšetření. Je jednodušší a je možno ho častěji opakovat. Hodnotí se zejména pozice močové trubice, hrdla a baze močového měchýře, postmikční reziduum nebo paravaginální defekty. Pomocí ultrazvuku posuzujeme typ a příčinu inkontinence moči, může pomoci i při hodnocení úspěšnosti konzervativní či operační léčby. (Martan a kol., 2006, s.43-44)

1.4.5 Urodynamické vyšetření

Urodynamika je věda zabývající se shromažďováním a vyprazdňováním moči. Zahrnuje i hodnocení funkce a dysfunkce močových cest. Hodnotí průtok, tlak a elektrické

svalové potenciály. Normálně uzavírací mechanismus močové trubice udržuje pozitivní uretrální tlak (rozdíl mezi tlakem v močové trubici a v močovém měchýři). Poruchy funkce močových cest rozdělujeme do tří skupin. První je porucha shromažďování moči, druhá porucha vyprazdňování moči a třetí je kombinace první a druhé skupiny. (Halaška, 2004, s.31)

1.5 Léčba

1.5.1 Gymnastika svalů pánevního dna

Ochablé svalstvo pánevního dna způsobuje pokles pánevních orgánů. Dalším důvodem jsou i insuficientní svalová vlákna, která vedou od pánevního dna do středové části močové trubice a podílejí se na funkci zevního svěrače. Svalové cvičení je proto často doporučováno ženám po porodu. Cílem svalové gymnastiky je tyto části posílit a opět dosáhnout jejich plné funkce. Nejlepších výsledků je možné dosáhnout pod vedením instruktora, a to zejména na samotném začátku tréninkového programu.

Při cvičení je důležité zapojení správných svalů. Adekvátně provedenou kontrakci svalů pánevního dna můžeme hodnotit sledováním pohybu perinea kraniálně nebo při vaginálním palpačním vyšetření. Po nácviku správné funkce pánevního svalstva v klidu je třeba dosáhnout efektivity i v obvyklých situacích (při pohybu, kašli, ve stoje atd.).

Většina doporučení pro posilování pánevního dna navazuje na Kegelův trénink. Ten se dělí do 4 částí. Patří tam uvědomění svalů a jejich koordinace, jistota v aktivaci požadovaných svalů a zvyšování jejich síly. Následuje fáze regenerační, ve které někdy již dochází k částečnému ústupu potíží. V poslední části můžeme již pociťovat nárůst svalové síly i její regulace, cviky jsou vykonávány s menší námahou a svaly jsou méně unavené. (Halaška, 2004, s.78-79)

1.5.2 Elektrostimulace

Jednou z možností léčby je elektrostimulace. Tu můžeme použít, pokud žena není schopná stáhnout pánevní dno. U žen v poporodním období tato možnost představuje ideální neinvazivní metody léčby. Pomocí anální nebo vaginální sondy se vysílají impulzy, které vyvolávají pasivní kontrakce svalů. Tuto metodu je vhodné používat při komplexní fyzioterapeutické péči. Při samostatném využití může způsobit různé dysfunkční stavy a přetížení svalů. Jedno sezení by mělo trvat 15-30 minut 3x týdně. Cílem je zlepšit povědomí ženy o pánevním svalstvu. (Halaška, 2004, s.82; Otčenášek, 2017, s.9)

1.5.3 Biofeedback (zpětná vazba)

Tato technika umožňuje terapeutovi zjistit informace o normálně mimovolných procesech pomocí audiovizuálních nebo taktilních signálů. Díky těmto signálům má pacient možnost získat kontrolu nad základním fyziologickým procesem. Nejčastěji využívanými metodami zpětné vazby je digitální palpce tonu pubococcygeálního svalu, elektromyografická aktivita nebo měření změn intravaginálního tlaku. Při volném stahu svalů se mění zmíněné parametry a intenzita této změny je zobrazena v grafu na displeji počítače. Získání povědomí o funkci jednotlivých svalových skupinách je předpokladem pro správný nácvik kontrakce a relaxace svalů. Cílem je vytvoření reflexní reakce, při které kontrakce pánevních svalů posílí funkci uzavírání močové trubice před každým očekávaným zvýšením nitrobršního tlaku a zabrání úniku moči. Pokud je tento reflex dostatečně zafixován, může se nácvik delších svalových kontrakcí zařadit do každodenních aktivit (domácí práce, sport atd.). Ze začátku cvičení je vhodné biofeedback kombinovat s gymnastikou pánevního svalstva pro zamezení nácviku nesprávné techniky kontrakce. (Halaška, 2004, s.81)

1.5.4 Aniball Inco

Je určený k prevenci a léčbu stresové inkontinence. Ženy díky této pomůcce trénují správnou funkci svalů pánevního dna. Aniball Inco se zavádí do pochvy a nafukuje se pomocí pumpičky na komfortní velikost. Díky výfukovému ventilu je možné velikost upravit. Nafouknutý by neměl způsobovat bolest. Lehký tlak je však žádoucí, aby si žena uvědomovala svaly pánevního dna. Aktivací a relaxací těchto svalů se balónek uvnitř pochvy mírně pohybuje dovnitř a ven, což poukazuje na kvalitu práce svalů pánevního dna. Žena by s balónkem měla cvičit alespoň 1x týdně 5-15 minut. Pravidelným tréninkem by mělo ke zmírnění potíží dojít přibližně během 3 měsíců. Cvičení by mělo probíhat v klidu, pomalu a přesně podle návodu. Je důležité, aby žena trpící inkontinencí, nejprve konzultovala vhodnost tohoto cvičení se svým gynekologem nebo s fyzioterapeutem. Aniball Inco se doporučuje používat až po zhojení porodních poranění a po skončení šestinedělí. (www.Aniball.cz)

2 ANATOMIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST

2.1 Močový měchýř (vesica urinaria)

Je to dutý roztažitelný orgán uložený za sponou stydkou v malé pánvi. Tvar závisí na pohlaví, věku, stupni náplně, na stavu svalové vrstvy ve stěně a také na poloze okolních orgánů. Rozlišujeme na něm tři části – vrchol (apex vesicae), tělo (corpus vesicae) a bazi (fundus vesicae). Do fundu se zezadu zanořují oba močovody. Část stěny močového měchýře obklopující močovou trubici se nazývá hrdlo (cervix). Obě ústí močovodů a vnitřní ústí uretry tvoří trigonum (trigonum vesicae urinariae). Stěna močového měchýře je sliznice krytá urotelem, submukózou a hladkou svalovinou. Svalovina je uspořádána do tří vrstev – vnitřní podélná, střední cirkulární a zevní podélní. Hlavní funkcí svaloviny je hlavně vyprazdňování měchýře (musculus detrusor vesicae urinariae). Dále svalovina v oblasti hrdla vysílá snopce ke sponě stydké, k rektu a k horní části močové trubice, kde kolem něj vytváří smyčku. Ta pracuje jako svěrač (musculus sphincter vesicae urinariae). Obecně můžeme svalovinu též rozdělit do dvou systémů. První je vypuzovací, tvořený hrubým svalstvem, kam řadíme všechny výše zmíněné svalové vrstvy. Druhý je uzavírací, tvořený jemnějším svalstvem, které představuje musculus sphincter urethrae internus. Kraniální oblast je kryta viscerálním peritoneem a tělo měchýře je kryto adventicií. Kapacita močového měchýře je 250-300 cm³. Cévní zásobení močového měchýře je zajištěné vnitřními pánevními tepnami (arteriae iliacae internae). Močový měchýř má dvě funkce. Při nízkém napětí stěny shromažďuje moč a za mikce naopak stěnu kontrahuje a moč vypuzuje. (Kott a kol., 2017, s.21; Fiala a kol., 2004, s.65-66)

2.2 Ženská močová inkontinence (uretra feminina)

Močová trubice je asi 3-5 cm dlouhý trubicovitý dutý orgán. Vnitřní ústí začíná na úrovni středu spony stydké a pokračuje dopředu, kde je spojena s přední poševní stěnou. První část je uložena ve stěně močového měchýře, dále prochází svaly pánevního dna a otvírá se zevním ústím do poševní předsíně. V horních dvou třetinách je vystlána přechodným epitelem, v dolní třetině přechází v nerohovějící vícevrstevný přechodný epitel. Další vrstvou ve stěně je submukóza. Je to pojivová tkáň mezi epitelem a hladkou svalovinou. Z příčně pruhované svaloviny je vytvořený cirkulární svěrač (musculus sphincter urethrae), který je inervovaný míšními nervy a je ovládán volně. Kvůli krátkosti močové trubice mohou ženy častěji trpět na záněty dolních močových cest. Inervaci uretry

zajišťuje hlavně nervus pudendus a plexus hypogastricus. (Halaška, 2004, s.7-8; Fiala a kol., 2004, s.66)

2.3 Pánevní dno

Pánevní dno je komplex svalů a fascií, které kaudálně uzavírají pánevní dutinu. Funguje jako závěs orgánu nebo jako podpora normální polohy orgánu.

2.3.1 Vrstvy pánevního dna

Svaly pánevního dna rozdělujeme do tří vrstev:

- **Dolní povrchová vrstva** – tvořena svaly hráze (musculi perinei) v urogenitální krajině. Tyto svaly překrývají zesponu topořivá tělesa.

Musculus bulbospongiosus obkružuje vestibulum vaginae a překrývá bulbus vestibuli. Začíná na centrum tendineum perinei a končí na straně klitorisu. Tlakem působí na Bartholinskou žlázu a přispívá k vyprazdňování hlenu při pohlavním styku.

Musculus ischiocavernosus překrývá raménka klitorisu.

Musculus transversus perinei superficialis začíná na sedacím hrbolu a upíná se do centrum tendium perinei.

- **Střední vrstva** – Diaphragma urogenitale je svalová membrána, ventrálně od diaphragma pelvis. Tvoří celkem tři anatomické struktury.

Ligamentum transversum perinei – příčný vaz pod dolním vazem symfýzy.

Musculus transversus perinei profundus je u ženy tvořen pouze snopci hladké svaloviny.

Musculus sphincter urethrae externus obkružuje močovou trubici a dosahuje až k pochvě.

- **Horní vrstva** – Diaphragma pelvis má tvar trychtýře. Nahoře je upevněna ke pánvi a dole se směrem ke konečníku zužuje. Má dvě poloviny, mezi kterými probíhá anální kanál. Je tvořena kostrčním svalem a řitním zdvihačem.

Musculus levator ani je velmi důležitým aparátem, protože je oporou vnitřních rodidel. Má dvě části. Vpředu musculus pubococcygeus, který

začíná na dolním raménku stydné kosti a sbíhá ke konečníku. Laterálně je pak musculus iliococcygeus.

Musculus coccygeus má trojúhelníkový vzhled. Probíhá mezi sedacím trnem a kostrčí. Doplňuje musculus levator ani. (Kott a kol., 2017, s.25-29)

2.3.2 Funkce pánevního dna

Je vnímáno jako jedna z nejdůležitějších součástí ženského těla. Jeho význam je nejen v tělesné rovině, ale i emoční a energetické. Dobrá kondice pánevního dna je proto velmi důležitá. V plodném období ženy ovlivňuje průběh menstruace, početí, udržení a donošení těhotenství, průběh porodu a rychlost regenerace po něm. Pánevní dno všemi svými funkcemi také úzce souvisí s tělesným, emočním a energetickým zdravím ženských pohlavních orgánů. Z tohoto důvodu se do těchto oblastí ukládají všechny nezpracované zážitky a emoce, které ovlivňují naše tělo a prožívání. Proto pokud dojde ke zhoršení kondice pánevního dna, může to u ženy způsobit řadu potíží jako např. močovou inkontinenci, hormonální nerovnováhu, menstruační obtíže, bolesti zad, sexuální potíže ale i problémy s početím. Je velmi důležité, aby žena uměla pracovat se svým pánevním dnem.

Ve fyzické rovině rozlišujeme 4 hlavní funkce. První je svírací funkce – svěrače uzavírají močovou trubici, pochvu a konečník. Druhá funkce je podpůrná. Svaly tvoří pevné a elastické dno, které podpírá a podporuje správnou funkci všech orgánů v pánvi (pohlavní orgány, močový měchýř a konečník). Dále je to pak dechová funkce. Při správném dýchání se svaly pánevního dna účastní dechového mechanismu. A poslední funkce je stabilizační. Pánevní dno je součástí stabilizačního systému. Spolupracuje spolu s bránicí, se zádovým a hlubokým břišním svalstvem. Udržuje tedy správné postavení a držení těla.

Psychosomatická (emoční) rovina plní dvě funkce. Úložiště emocí pro ukládání jak těch příjemných a radostných, tak i negativních, nebo těch, které žena nezpracovala či v sobě potlačila. Funguje také jako emoční barometr. Je velmi citlivé na naše emoce a adekvátně na ně také reaguje.

V energetické rovině je jedna funkce – energetické čerpadlo. To pomáhá s čerpáním a rozšiřováním energie v těle ženy. (Levá, 2015, s.5-8)

2.4 Anatomie pánve

Vzniká spojením pánevních kostí, které jsou připojené ke kosti křížové. Kost křížová (os sacrum) má tvar čtyřbokého jehlanu. Kaudálně, na jejím konci, se nachází hrot (apex

ossis sacri), který se spojuje s kostrčí (os coccygis). Přední plocha je konkávní a zadní plocha je konvexní. Mezi přední plochou a základnou vystupuje hrana (promontorium), vyčnívající do pánevního vchodu. Kostrč je konečná část páteře. Má tvar plochého jehlanu, její hrot směřuje kaudálně a je volný.

Pánev rozdělujeme na pánev velkou (pelvis major), tvořenou lopatami kostí kyčelních. A na pánev malou (pelvis minor), která je tvořena vpředu kostí křížovou a kostrčí, po stranách kostí sedací a stydkou a vpředu symfýzou. Malá pánev se též označuje jako porodnická pánev. Hranice je tvořena lineou terminalis – promontorium, linea arcuata, hřeben kosti stydké a horní okraj spony stydké.

Kost pánevní (os coxae) s kládá ze tří spojených kostí, je to kost kyčelní (os ilium), kost sedací (os ischii) a kost stydká (os pubis). Kyčelní kost tvoří větší horní část kosti pánevní. Sedací a stydká kost tvoří část dolní. Na rozhraní horní a dolní části pánevní kosti je acetabulum – jamka kyčelního kloubu. V tomto místě srůstají ve tvaru Y všechny tři výše zmíněné kosti.

- Os ilium – Kost kyčelní je část nacházející se kranálně od acetabula. Skládá se z těla (corpus ossis ilii) a hřebenu (crista iliaca). Další útvary jsou trny kyčelní – přední horní trn (spina iliaca anterior superior), přední dolní trn (spina iliaca anterior inferior), zadní horní trn (spina iliaca posterior superior) a zadní dolní trn (spina iliaca posterior inferior).
- Os ischii – Kost sedací se skládá ze dvou částí. Z těla (corpus ossis ischii), které je uloženo při acetabulu a z ramene (ramus ossis ischii). Na kosti sedací dále najdeme sedací hrbol (tuber ischiadicum) a sedací trn (spina ischiadica).
- Os pubis – Kost stydká je tvořena třemi úseky. Tělem (corpus ossis pubis), horním a dolním ramenem (ramus superior, ramus inferior). Obě stydké kosti jsou v předu spojené destičkou – stydkou sponou (symphysis pubica).

Abychom mohli za porodu sledovat postup plodu porodním kanálem, jsou v malé pánvi stanoveny čtyři roviny: pánevní vchod, šíře, úžina a východ. Dále pro vyloučení kefalopelvického nepoměru popisujeme zevní pánevní rozměry a vnitřní porodnické rozměry. Zevní rozměry jsou distancia bispinalis (26 cm), distancia bicristalis (29 cm), distancia bitrochanterica (31 cm) a cojugata externa (19-21 cm). Mezi vnitřní porodnické

rozměry patří conjugata vera obstetrica (10,5 cm) a conjugata diagonalis (12,5-13 cm).
(Čihák, 2011, s.282-287, Hájek a kol., 2014, s.7-8)

3 TĚHOTENSTVÍ A PÁNEVNÍ DNO

Během těhotenství dochází v ženském těle k mnoha změnám – jak fyzickým, tak i emocionálním. V těle ženy roste nová bytost a tělo, emoce i duše ženy na tento proces reagují a přizpůsobují se.

S rostoucí dělohou se mění pozice orgánů. To ovlivňuje dech, látkovou přeměnu ve tkáních, vylučování atd. Prsa se zvětšují a připravují se poskytování výživy novorozenci po porodu. Mění se také postavení těla a jeho těžiště. Vlivem hormonů dochází k rozvolňování kostí, vaziva a svalů. Pánevní dno měkne a musí nést větší hmotnost – rostoucí plod a děloha, placenta, plodová voda. Z tohoto důvodu má pánevní dno tendenci klesat, což může způsobit bolesti zad, stydké spony, nožní klenby nebo bolesti v pánvi a bříše.

Ženy se nejčastěji začínají o své pánevní dno zajímat až v průběhu těhotenství. V nejlepším případě by se měla žena svému pánevnímu dnu a dalším hlubokým svalům začít věnovat již před otěhotněním, následně do něj vstupovat fyzicky zdatná.

Co se týká cvičení v těhotenství, je důležitá kondice bránice, pánevního dna a zádočných svalů. Pokud má žena sedavé zaměstnání, nemá pravidelný pohyb, její svalstvo může být povoleno. Při porodu bude dítěti, bez funkčních svalů, chybět opora. S povoleným pánevním dnem může dojít i ke změně postavení pánve. To může vést k zadnímu postavení plodu v děloze. Porod z tohoto důvodu může být delší a mnohem bolestivější. Žena může cvičit po celou dobu těhotenství až do porodu, pokud jí to zdravotní stav dovoluje. Je důležité ale myslet na to, aby se v I. trimestru nepřetěžovala, a naopak ve III. trimestru více relaxovala. Cvičení má spoustu výhod, ale i kontraindikací. Nedoporučuje se cvičit například při akutním traumatu, v procesu umělého oplodnění nebo jiných vážných obtížích v těhotenství. V I. trimestru se s pánevním dnem samostatně nepracuje. Mohlo by to narušit podmínky k uhnízdění plodu. Je vhodné do pánve posílat dech, prohlubovat vnímání těla a odpočívat. Ve II. trimestru je možné již izolovaně pracovat se svaly pánevního dna, naučit se je aktivovat a relaxovat. Ve III. trimestru se už necvičí, jen uvolňuje. Žena by se měla začít věnovat i přípravě hráze na porod.

Při obtížích v oblasti zad, pánve nebo pánevního dna, může žena využít jako podporu Rebozo šátek, bederní pás nebo tejpování. (Levá, 2015, s.8-12)

3.1 Předporodní příprava

Hlavním cílem psychické a fyzické přípravy na porod je informovat ženu o metodách tlumení bolesti a jak s ní pracovat. Dále také zajištění osvojení vědomostí a návyků, vedoucích k úspěšnému mateřství. Předporodní příprava vznikla jako metoda porodnické analgezie. Psychická příprava se zaměřuje na informovanost žen v oblasti těhotenství, porodu a šestinedělí, péče o dítě a rodičovství. Fyzická příprava má ženu naučit relaxační techniky a svalový trénink. Porodní asistentka učí ženy, jak správně dýchat v jednotlivých fázích porodu a techniku tlačení. Těhotné se dále také učí, jak pečovat o prsa, o své dítě a jak správně kojit. Příprava se také zaměřuje na gymnastiku v těhotenství a správnou životosprávu v těhotenství a po porodu.

Kurzy předporodní příprava mají několik částí. V úvodní lekci se porodní asistentka seznámí se ženami, informuje je o náplni kurzu a zjistí jejich očekávání. V dalších lekcích porodní asistentka rozebírá témata jako je těhotenství, bolest, předporodní období, všechny doby porodní, partner u porodu, šestinedělí, novorozenec a kojení. Příprava na porod může být vedena individuální formou, kdy většinou porodní asistentka probírá s těhotnou ženou její osobní přání. Tato forma je vhodná pro ženy k poruchou komunikace, adaptace nebo u klientek s pohybovým omezením. Kurz může být organizovaný v prostorách tomu určeným nebo u klienty doma. Další možností předporodní přípravy jsou skupinové lekce, kde jen hlavní výhodou hromadná podpora a sdílení. Nevýhodou je však nemožnost individuálního přístupu ke každé klientce. (Bašková, 2015, s. 32, 37-42)

3.2 Cvičení v těhotenství

V těhotenství se ke sportu musí přistupovat opatrně. Některé aktivity musí žena změnit či dokonce úplně vyřadit. Vždy záleží na zdravotním stavu a trénovanosti těhotné. Cílem tělesné aktivity je udržení jak fyzické, ale i psychické kondice organismu. Jakákoliv fyzická aktivita by měla být vždy konzultována s gynekologem, který posoudí, zda je pro ženu vhodná. V případě, že se u těhotné objeví nějaké potíže, např bolesti břicha, závratě, tachykardie, palpitace nebo bolesti hlavy, je nutné cvičení přerušit.

Je zde několik obecných zásad sportování v těhotenství. Nedoporučuje se začínat s novou sportovní aktivitou. Těhotná by neměla cvičit do úplného vyčerpání. Měla by předcházet přehřívání a dodržovat pitný režim. Nemělo by se provozovat cvičení, u kterého dochází ke zvyšování nitrobřišního tlaku nebo k zadržování dechu. Tím může u plodu dojít ke zhoršení zásobení kyslíkem. Určitě se nedoporučují sporty, u kterých hrozí zranění, pády

nebo nárazy, kde by hrozilo poranění břicha. Patří sem jízda na koni, bruslení, tenis, aerobik, lyžování apod. Mezi vyloučené sporty řadíme seskoky padákem, horolezectví, potápění, míčové hry nebo silové sporty.

K vhodným aktivitám můžeme zařadit speciální tělocvik pro těhotné, kde se cvičí cviky na posílení pro porod důležitých svalových skupin (např. pánevní dno) a dechová gymnastika. Dále také plavání, při kterém se jak uvolňují, tak i posilují svaly celého těla. Ustupují bolesti zad a plosek nohou. Vhodná je i chůze, jogging a gravidjóga. Před každým cvičením je důležité se rozehrát a protáhnout, tím se předchází možným poraněním. Na konci cvičení je důležité uklidnění a závěrečný strečink. (Bejdáková, 2006, s. 9, 12-16)

4 POROD A PÁNEVNÍ DNO

Porod patří k nejintimnějším událostem ženy. Dochází při něm k uvolňování hormon oxytocin, též nazývaný jako hormon lásky a štěstí. Ženské tělo instinktivně ví, jak má родit, je k tomu dokonale přizpůsobeno. Na ženě jen je, aby se při porodu naprosto uvolnila a tím pomohla dítěti ven.

Při porodu se hlavička plodu opírá o pánevní dno a provádí rotaci. K největšímu otevření pánevního dna dochází při průchodu dítěte poševním vchodem.

K hladkému otevření pánevního dna a zároveň předcházení porodnímu poranění je důležitý kontakt s tělem, umět se uvolnit. To podpoří pocit bezpečí, teplo, ticho a soukromí. Žena by během porodu měla mít možnost volně se pohybovat a zvolit si vyhovující polohu. K uvolnění porodních cest a ke zmírnění bolesti a napětí je vhodná teplá sprcha nebo vana a také vaginální napárka. K ochránění hráze se mohou používat teplé obklady. Důležitá je také fyzická i emoční podpora, kterou může zajistit doprovodná osoba. (Levá, 2015, s.16)

4.1 Porodní poranění

Vaginální porod je stejně jako věk, obezita nebo vrozené defekty pojivové tkáně rizikovým faktorem pro vznik inkontinence moči a sestupu orgánu v pánvi. Stále více pozornosti je kladeno i na poškození pánevního dna během porodu, a to díky tomu, že plánovaný císařský řez je mnohdy považovaný za prevenci před tímto poraněním. Tuto teorii podporují i některé epidemiologické studie. Stále ale neexistuje shoda v hodnocení míry poškození, nebo prevence poškození pánevního dna. Poranění měkkých tkání můžeme rozdělit na poranění svaloviny, dutých orgánů, nervů, perinea, svěrače anu a zevního genitálu.

- Poranění musculus levator ani – Při porodu se musí svalová vlákna značně roztáhnout, aby mohla projít hlavička plodu. K největšímu roztažení musí dojít na distální části svalu, roztahuje se až na trojnásobek své klidové délky. Proto nejčastěji k poranění dochází v této části. Může dojít až k odtržení od stydké kosti na jedné nebo na obou stranách. Poranění detekujeme pomocí magnetické rezonance, ultrazvuku a palpačně.
- Poranění dutých orgánů – Poranění močového měchýře, uretry nebo rekta je vzácné. Téměř vždy ale dochází k poranění pochvy. Riziko poranění je vždy větší při porodu per forcipem. Při protražovaném porodu hrozí i vznik

urogenitálních fistulí. Ve vyspělých zemích se ale tento problém prakticky nevyskytuje.

- Poranění hráze – K tomuto poranění může dojít samovolně nebo po lékařském zákroku – epiziotomie. Ruptury hráze vznikají často při špatném chránění hráze nebo při rychlém postupu hlavičky. Poranění hrozí u žen s neléčenými záněty, kdy je tkáň velmi křehká. Poranění rozdělujeme do čtyř stupňů. 1. stupeň – poranění kůže, 2. stupeň – poranění kůže, podkoží, svalů perinea; 3. stupeň – poranění zasahující až do análního kanálu, 3a) <50% tloušťky zevního svěrače, 3b) >50% tloušťky zevního svěrače, 3c) poranění vnitřního i zevního svěrače, anální sliznice nepoškozena; 4. stupeň – poranění vnitřního a zevního svěrače a anální sliznice. Nástřih hráze je nejčastější operací v porodnictví. Je prováděn v závěru II. doby porodní při prořezávání hlavičky, kdy hráz brání jejímu průchodu a hrozí ruptura perinea a poševního introitu. Indikací je například zjizvená tkáň, velký plod, nezralý plod nebo porod plodu koncem pánevním. Epiziotomii je možné provést třemi směry – mediálně, mediolaterálně nebo laterálně.
- Poranění zevního genitálu – Tato poranění jsou také poměrně častá. Na vulvě většinou vznikají drobné trhlinky. Na labiích je často není potřeba ošetřovat. Trhliny zasahující do crura clitoridis mohou značně krváčet a ošetření je nutné. (Otčenášek, 2009, s.24-26, Čech a kol., 2014, s.440-441, 467; Kašíková, 2008, s.1)

4.2 Prevence porodního poranění

4.2.1 Masáž hráze

Úkolem je zvýšení pružnosti svalů hráze a snížení jejich odporu při porodu. Tato metoda vede ke snižování výskytu porodního poranění. Těhotná žena si může masírovat hráz od 35. týdne těhotenství pomocí lubrikantu nebo mandlového či jiného druhu olejčku. Masáž může provádět sama žena nebo za pomoci partnera. Masírovat by se mělo nejlépe každý den, po dobu maximálně 5 minut. Před zahájením je důležitá důkladná hygiena rukou, jako prevence infekce. Žena zavede dva prsty do poševního vchodu a jemným tlakem masíruje asi 3 minuty kůži mezi pochvou a konečníkem. Na závěr si mne hráz mezi palcem a ukazovákem, po dobu 1 minuty. Masáž nesmí vyvolávat bolest. Neměla by být prováděna,

pokud žena trpí vaginálním zánětem. Kvůli zvýšené křehkosti tkáně je zde riziko poranění. (Bohatá, Dostálek, 2016, s.196; www.Aniball.cz)

4.2.2 Aniball

Aniball je český výrobek, prodávaný od roku 2014. Tvar je inspirovaný kalabasou – africkou tykví, kterou africké ženy údajně používaly za stejným účelem. Používání Aniballu je doporučováno od ukončeného 36. týdne těhotenství. Cvičení by mělo trvat kolem 15-30 minut v nejkomfortnější poloze pro ženu. Balonek se zavádí do pochvy a pokud nevyvolává bolest či jiné nepříjemné pocity, může žena začít s jeho nafukováním. Následně dochází ke zvětšování objemu balonku a tlaku v pochvě. Podobný tlak žena ucítí při porodu. Při prvním cvičení by žena měla zvolit maximálně 5 stisků pumpičky. Při každém dalším používání Aniballu počet zvyšuje. Cílem je dosáhnout obvodu balonku 25 cm, což odpovídá asi 10 stiskům. Během prvního cvičení se žena naučí získat kontrolu nad pohyby balonku v pochvě. Při aktivním stažení svalů pánevního dna se Aniball zanoří hlouběji, naopak při uvolnění se posune blíže k poševnímu vchodu. Ve druhé fázi cvičení se žena pokouší o vypuzení zavedeného balonku. Cílem je vypuzení balonku za pomoci dechu a relaxace svalů pánevního dna. (Bohatá, Dostálek, 2016, s.195-196; www.Aniball.cz)

4.2.3 Vaginální napářka

Patří mezi staré tradice. Dnes se využívá jako přírodní léčba neplodnosti, kvasinkových infekcí, endometriózy, hemoroidů a mnoho dalších. K vaginální napářce je potřeba hlavně bylinek, nejlépe čerstvých. Dá se použít levandule, rozmarýn, máta a další. Spojují se zde účinky hydroterapie, aromaterapie a termoterapie. Teplá pára prohřívá vnější pohlavní orgány. Napářka je vhodná zejména během porodu, otvírá děložní hrdlo a působí na hráz. Měla by být však používána za přítomnosti zkušené porodní asistentky. Žena by neměla používat napářku, pokud zrovna menstruuje, má horečku, anebo je pár dní po porodu a očistky nemají světle růžovou nebo hnědou barvu. (www.steamy.cz; Rosicka, 2018, www.medium.com)

4.2.4 Čaj z maliníku a lněné semínko

Maliník stimuluje hladké svalstvo, měl by pozitivně ovlivnit průběh porodu. Doporučuje se od 36. týdne těhotenství užívat 1-2 šálky denně. Maliníkový čaj pomáhá i po porodu zavinování dělohy a podporuje laktaci. Lněné semínko také působí na hladkou svalovinu. U porodu pomáhá otevírání děložního hrdla. V šestinedělí je doporučováno k podpoře laktace. Žena lněné semínko může užívat od druhé poloviny těhotenství několikrát

denně, a to ve formě odvaru nebo si může celá semínka přimíchat například do jogurtu.
(Bohatá, Dostálek, 2016, s.196)

5 ŠESTINEDĚLÍ A PÁNEVNÍ DNO

Jak vaginální porod, tak i císařský řez znamená pro pánev a břicho velkou zátěž. Je důležité se těmto oblastem věnovat i po porodu. Dá se tím výrazně ovlivnit nebo i předejít výskytu různých potíží, jako například pokles pánevního dna, inkontinence moči po porodu, bolest při sexu nebo bolesti břicha, zad a pánve. Většinou se ale porodní cesty a pánevní dno brzy vrátí do původního stavu. Pokud žena zná techniky práce s pánevním dnem a hlubokým stabilizačním systémem již před porodem, je následná regenerace mnohem rychlejší a snazší. Vhodné je tělu pomoci a aktivovat jak svaly pánevního dna, tak i ostatních hlubokých svalů. Ke správné funkci hlubokých svalů trupu pomáhá svou aktivitou právě pánevní dno. V případě, že tomu tak není, mohou se rozvíjet další obtíže, např. diastáza, nesprávné dýchání nebo bolesti zad.

Mnozí se domnívají, že při porodu císařským řezem není pánevní dno ovlivněno. Není tomu tak. Během císařského nedochází zásahu do svalů pánevního dna, ale samotná operace a jizva má vliv na okolní tkáň.

Pánevní dno může být oslabeno nejen náročným porodem nebo nástřihem, ale i těžkou fyzickou prací a zvedáním těžkých předmětů. Při zvedání a nošení dětí z postýlky nebo ze země může být také pro pánevní dno a břicho zatěžující. Je důležité upravit výšku postýlky. Bohužel ve společnosti stále kolují nesprávné informace, které jsou více škodlivé než užitečné. Je to např. domněnka, že pánevní dno lze zaktivovat posilováním svěřačů jejich vtahováním. Dalším mýtem je posilování oslabených břišních svalů sklapovačkami apod. V obou případech nedochází k posilování hlubokých svalů, nýbrž jen těch povrchových. Potíže se tak mohou i zhoršit. (Levá, 2015, s. 17, 22)

5.1 Cvičení po porodu

V těhotenství dochází k několika změnám fyziologických funkcí. Jedná se o změny typu dýchání, mění se na horní typ dýchání do hrudníku. Vzniká diastáza břišních svalů, kvůli které dochází k narušení funkce hlubokého stabilizačního systému, což se může u těhotné projevit bolestmi zad a kyčlí. Dále vlivem hormonů dochází k rozvolnění vazů, a to hlavně v oblasti pánve. Proto se doporučuje začít s procvičováním bráničního dýchání, aktivací a relaxací pánevního dna a břišních prsních svalů. Procvičovat by se měly i prsní svaly pro podporu laktace, a i svaly dolních končetin, jako prevence tromboembolické nemoci. Cvičením posilujeme oslabené svaly a přetěžované svaly naopak uvolňujeme. Důležité ale je to neuspěchat. Tělo po porodu potřebuje čas na návrat do původní formy.

Porodní asistentka by měla ženu poučit o tom, že cvičení zlepšuje krevní oběh a napomáhá i zavinování dělohy. (Koudelková, 2013, s.66; www.fyzioklinika.cz)

5.1.1 Cvičení po vaginálním porodu

Po přirozeném porodu žena může začít s cvičením již nultý den (12-24 hodin po porodu), ale jen tak, jak jí to dovoluje zdravotní stav. Cvičení probíhá v leže na lůžku a bez polštáře a pokrývky. Důležité je dodržovat pitný režim. Nejvhodnější doba na cvičení je ráno před snídaní. Trénink většinou trvá 10-20 minut a každý cvik se opakuje 5-10x.

- 0. den po porodu – Cvičení je zaměřeno na zavinování dělohy. Žena si lehne na břicho. Doporučuje se alespoň 5x denně na 15 minut. Začne se vědomě pomalu zhluboka nadechovat do břicha a pomalu vydechuje. Cvik opakuje 10x.
- 1. den po porodu – Provádí se 3 cviky. První cvik žena dělá vleže s nataženýma nohama a střídavě ohýbá chodila nahoru a dolů 10x. Tímto cvikem se předchází otokům a zánětu žil dolních končetin. Na druhý cvik šestinedělka zůstává vleže. Při výdechu zatahuje břišní svaly a po několika vteřinách je uvolní. Třetí cvik je zaměřený na zpevnění svalů pánevního dna. Žena sevře svěrače a hýžděové svaly, jako by chtěla přerušit močení.
- 2. den po porodu – Tyto cviky šestinedělka může cvičit až do 10. dne po porodu. První cvik se cvičí opět vleže. Žena zvedne nohu asi 15 cm nad podložku a krouží doleva a pak doprava. Po 10ti opakováních končetiny vymění. Ve druhém cviku žena pokrčí nohy v kolenou. Při nádechu stáhne hýždě a zvedá pánev nad podložku. Během výdechu jí pokládá zpět. Třetí cvik se provádí vkleče na čtyřech. S nádechem se šestinedělka vyhrbí a s výdechem se pomalu přes základní polohu prohne.
- Cvičení od 10. dne po porodu – V prvním cviku si žena stoupne, špičky dolních končetin jí směřují mírně od sebe. Ruce má podél těla a dělá mírné úklony do stran. Další cvik se provádí vleže na břiše a slouží k protažení břišních svalů. Žena má opřenou hlavu o podložku a ruce sepnuté před hlavou. S nádechem zvedá hlavu a trup, opírá se o ruce. S výdechem se vrací zpět. Poslední cvik je na cvičení dolních končetin. Žena vleže zvedne obě

dolní končetiny a mírným švihem se je snaží dát za hlavu. (Koudelková, 2013, s.67-74)

5.1.2 Cvičení po císařském řezu

Hlavním účelem je zabránit vzniku pooperačních komplikací, jako např. tromboembolie nebo zánět žil. Trénink by měl 10-15 minut a každý cvik se opakuje 2-3x denně. Vše záleží na zdravotním stavu šestinedělky.

- 1. den po s.c. – Cvičení je zaměřeno na nácvik odkašlávání s fixací operační rány a nácvik správného dýchání. Provádí se i cvičení dolních i horních končetin, kdy je žena propíná a uvolňuje a krouží s nimi.
- 2.-3. den po s.c. – Šestinedělka cvičí na boku, kdy propíná a přitahuje špičky a kolena dolních končetin. Během toho tlačí pánev dopředu a stahuje a povoluje hýždě. Dále žena cvičí ve stoje u lůžka. Provádí stoj na špičkách, drží se pelesti lůžka, stahuje hýždě a vtahuje konečník, pochvu a uretru. V dalším cviku provádí mírný podřep. Dále pokrčí dolní končetinu, přitáhne ji k břichu a vrátí ji zpět. Končetiny střídá.
- 4.-5. den po s.c. – Tento cvik probíhá vleže na břiše, žena se nadechne, přitáhne paty k hýždím a položí je zpět na podložku. V dalším cviku si žena položí ruce pod čelo a zvedá lokty nahoru. Hlavu má ale položenou stále na podložce. Tímto cvičením šestinedělka posiluje prsní svaly.
- 6.-7. den po s.c. – Žena tyto cviky může cvičit až do konce šestinedělí. Lehne se na záda, dolní končetiny pokrčí a chodidla má opřená o podložku. Dále upaží ruce a obě nohy pokládá současně do strany. V dalším cviku simuluje v leže jízdu na kole. Následně má žena pokrčené dolní končetiny, ruce má podél těla, stahuje stehenní a hýžďové svaly a vtahuje pochvu, konečník a močovou uretru. (Koudelková, 2013, s.75-76)

5.2 Kegelovy cviky

Kegelovy cviky představují jednoduchou techniku na posílení pánevního dna. Jsou to cviky, které vypracoval gynekolog Arnold Kegel. Jedná se o posílení svalů pánevního dna, kdy hlavní roli hraje musculus levator ani. Část tohoto svalu, která se upíná na os pubis a konečník, vytváří před uretrou destičku a umožňuje její účinnější stah při zvýšení intraabdominálního tlaku. V klidu musculus levator ani svou úlohu zvládá bez obtíží, ale

např. při smíchu, kašli nebo kýchnutí, vlivem jeho oslabení, svou funkci neplní plnohodnotně. Nedochozí tak k dostatečnému stahu a utěsnění hrdla močového měchýře, což následně vede k nechtěnému úniku moči. Tyto cviky nejsou určené pouze pro ženy po porodu či s inkontinencí, ale i ženám s poruchou sexuálních funkcí.

Před začátkem je vhodné si najít klidné místo a pustit si relaxační hudbu. Toto cvičení je složeno ze 4 částí:

- První část je vizualizace a uvědomění. Pomůže, když žena v této fázi použije zrcátko, díky kterému se následně přesvědčí, zda dochází ke správnému stahu pochvy a konečníku. Důležité je, aby si žena uvědomila, se kterým svalem pracuje a zapamatovala si tuto představu.
- Relaxace – Druhou fází je nejlepší začínat v leže, cvičení je tak nejjednodušší, svaly jsou uvolněné a žena se může nejlépe soustředit. Nejprve si žena podloží dolní končetiny pod kolena a snaží se uvolnit břišní svaly. Veškerou pozornost věnuje pánevnímu dnu.
- Izolace – Ve třetí fázi se žena učí izolovaný stah pochvy a konečníku. Pro lepší představu si může nejprve vyzkoušet zadržovat proud moči. Druhou možností je, že si žena vloží do pochvy 2 prsty mírně od sebe a dostatečným stahem by se měly lehce spojit. Důležité je také myslet na pravidelné dýchání bráničním způsobem a vyhnout se jeho zadržování. Nemělo by dojít k záměně svalů pánevního dna za stažení břišních nebo sedacích svalů.
- Poslední částí je vlastní posilování. Začíná se vleže na zádech a pokud to žena zvládá, může přejít do jiné polohy, do sedu a do stoje. Jeden stah by měl trvat 1-7 sekund. Nejprve by se žena měla snažit zvládnout kolem 80 stahů, dále s postupem času by toto číslo měla navyšovat na maximálně 300 stahů denně. Důležité je myslet nejen na stahování, ale i na následnou relaxaci svalů.

I když je cvičení poměrně jednoduché, klíčové je, aby bylo vykonáváno správně. Pouze tak se dosáhne žádaného výsledku. Pro zvýšení účinnosti je vhodné cvičit s fyzioterapeutem. (www.fyzioklinika.cz)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Předmětem této bakalářské práce je zjišťování informovanosti žen o močové inkontinenci po porodu, její prevenci, možnostech řešení a následné péče. Močová inkontinence je často způsobená dysfunkcí pánevního dna. Bohužel o tom nejsou ženy v ambulancích informovány, a proto to mnohdy považují za banální věc. Je důležité, aby si ženy uvědomily, že tento problém není v pořádku a musí se řešit.

Mezi rizikové faktory, vyvolávající vznik inkontinence, patří hlavně těhotenství a porod. Zejména v souvislosti s výskytem stresové inkontinence. Během těhotenství a po porodu může dojít k poškození některých struktur pánevního dna a k inervaci svěrače. Velkým rizikem jsou instrumentální porody nebo epiziotomie při porodu. Zde je riziko vzniku inkontinence větší. Mezi rizikové faktory patří i opakované porody a váha plodu nad 4000 g. (Čermák, Pacík, 2006, s. 30-31)

V praktické části se tedy zabýváme otázkou „*Jakým způsobem jsou ženy informovány o močové inkontinenci po porodu?*“

7 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, do jaké míry jsou ženy informované o močové inkontinenci po porodu.

Cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy informované o možnostech prevence močové inkontinence.

Výzkumný problém: Zajímají se ženy o předporodní přípravu?

Otázka č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13

Výzkumný problém: Jaké je povědomí žen o Aniballu?

Otázka č. 10

Cíl 2: Zmapovat, zda jsou ženy informovány o následné péči při močové inkontinenci po porodu a o možnostech jejího řešení.

Výzkumný problém: Znají ženy cviky na posílení pánevního dna?

Otázka č. 11, 12, 20, 21, 22, 23, 24

Výzkumný problém: Ví ženy, jak by tento problém měly řešit?

Otázka č. 18, 19

Výzkumný problém: Ví ženy, na jakého odborníka se s tímto problémem mohou obrátit?

Otázka č. 16, 17

Cíl 3: Zanalyzovat rozdíly výskytu močové inkontinence u ženy po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Výzkumný problém: Jaký je výskyt močové inkontinence po vaginálním porodu?

Otázka č. 3, 14, 15

Výzkumný problém: Jaký je výskyt močové inkontinence u ženy po císařském řezu?

Otázka č. 3, 14, 15

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO OBORU

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu této bakalářské práce jsme jako cílovou skupinu zahrnuli ženy po porodu. Tuto skupinu jsme zvolili, abychom zjistili, jaký je výskyt močové inkontinence po porodu a zda se ženy zajímají o prevenci a následně o řešení tohoto problému. Zajímá nás též, zda ženy ví, na jakého odborníka se mohou obrátit. Naším dalším cílem je také zjistit, jestli se liší výskyt močové inkontinence po vaginálním porodu a po císařském řezu.

9 METODIKA PRÁCE

K vypracování této bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní výzkum. Cílem kvantitativní výzkumu je popsat typ závislosti mezi proměnnými. Výzkum pracuje s velkým počtem respondentů, používá metody dotazníku, analýzy dat apod. Při analýze dat převládají statistické postupy. Tento výzkum zahrnuje shromažďování numerických informací pod kontrolou stanovených podmínek. Kvantitativní výzkum pracuje s jednotkami statistiky a řídí je. (Kutnohorská, 2009, s. 21-22)

Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného dotazníku. Obsahoval celkem 24 otázek a byl zcela anonymní. Zvolili jsme otázky uzavřené, polouzavřené a filtrační. V první části dotazníku jsme zjišťovali demografické údaje respondentek, v druhé jejich znalosti o možnostech prevence a řešení močové inkontinence po porodu. V případě, že respondentky rodily více než jedenkrát, měly možnost dotazník vyplnit vícekrát dle počtu porodů.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 18. února 2021 do 23. února 2021. Dotazník jsme zveřejnili na diskuzním fóru www.modrykonik.cz a na sociální síti www.facebook.com. Prostřednictvím této sociální sítě jsme oslovili maminky v uzavřených skupinách – „Maminka 2020“ a „Maminky, těhulky a snažilky“. Celkem jsme oslovili 200 respondentek. Vrátilo se 168 řádně vyplněných dotazníků.

11 ANALÝZA ÚDAJŮ

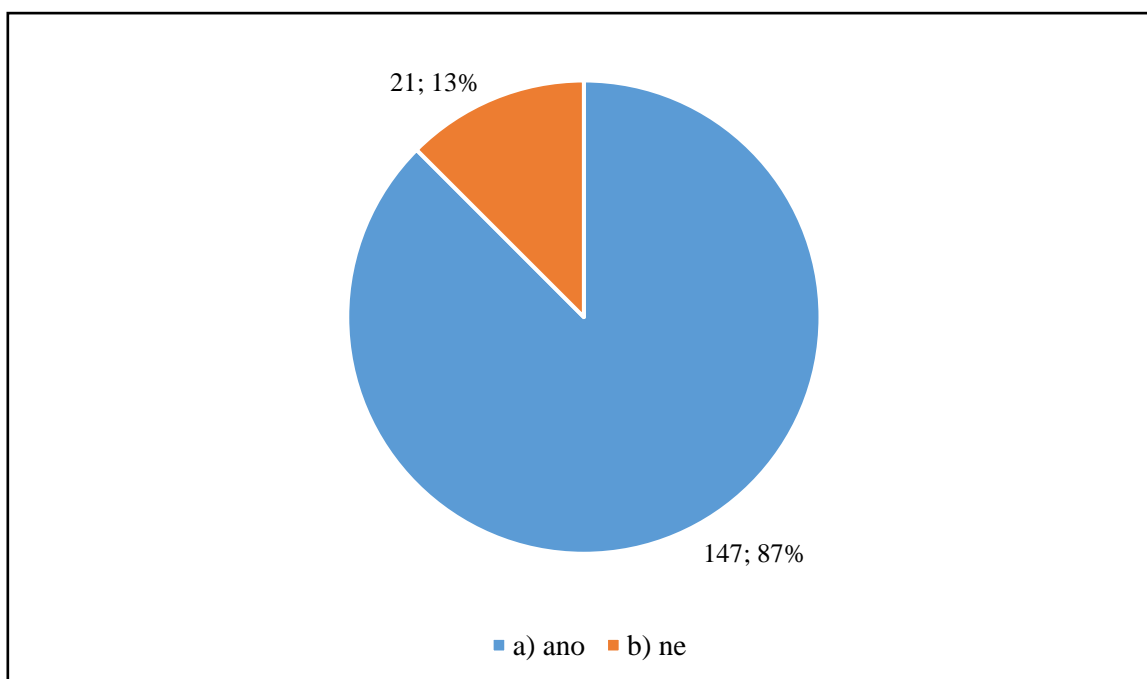
Cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy informované o možnostech prevence močové inkontinence.

Výzkumný problém: Zajímají se ženy o předporodní přípravu?

Otázka č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13

Otázka č. 5 – **Jste informovaná o možnostech předcházení porodního poranění?**

Graf č. 1 – Informovanost žen o porodním poranění

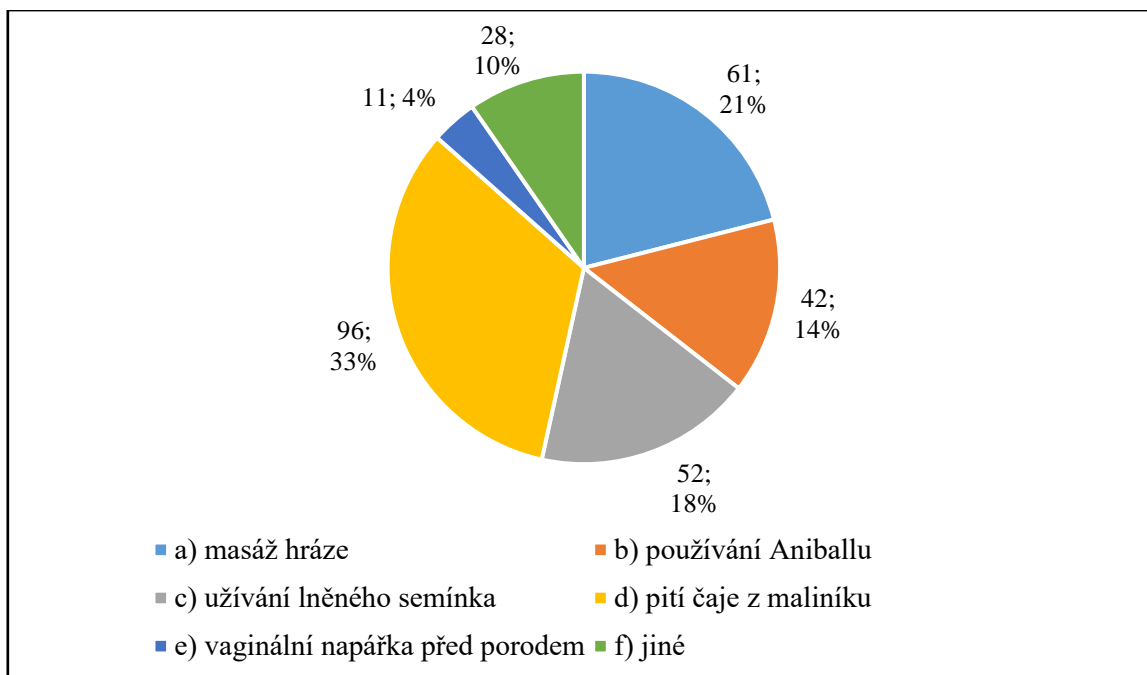


Zdroj: vlastní

Ze 168 dotazovaných respondentek 147 (87 %) je informovaných o možnostech předcházení porodního poranění. Zbýlých 21 (13 %) žen neví, jak porodnímu poranění předejít.

Otázka č. 6 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.5 odpověděla ANO. Jak jste porodnímu poranění předcházela? (lze zaškrtnout více odpovědí)**

Graf č. 2 – Způsob předcházení porodnímu poranění

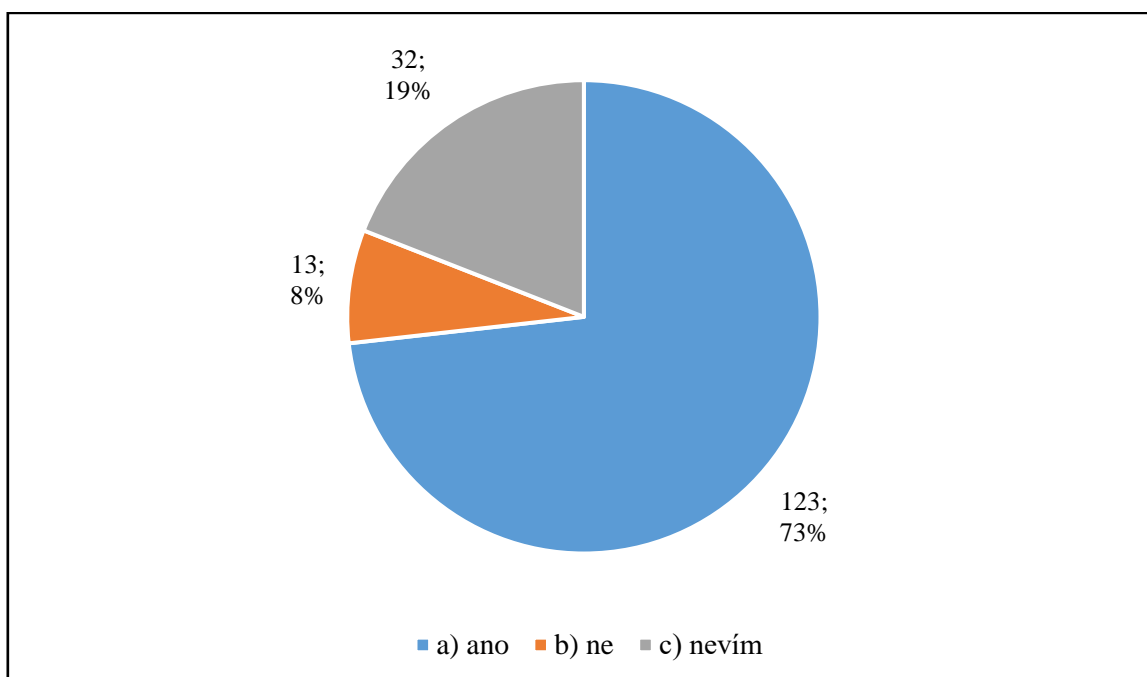


Zdroj: vlastní

V této otázce jsme se žen dotazovali, jak předcházely porodnímu poranění. Byla zde možnost vybrat více odpovědí. 168 respondentek vytvořilo celkem 290 odpovědí. Nejčastěji ženy uváděly, že v těhotenství užívaly čaj z maliníku. Tato možnost byla zaškrtnuta 96x (33 %). Druhou nejčastější možností prevence poranění při porodu ženy zvolily masáž hráze, celkem 61x (21 %). Mezi další metody patří užívání lněného semínka a používání Aniballu. Lněné semínko bylo zvoleno v 52 (18 %) případech a Aniball ve 42 (14 %) případech. Dále ženy měly možnost zaškrtnout možnost *Jiné*. Využilo jí 28 (10 %) dotazovaných. Ve většině žen uváděly, že porodnímu poranění nijak nepředcházely. Dále respondenty uváděly, že využily nahřívání hráze, pupalku nebo vlastní polohu při porodu. 11 (4 %) žen využilo vaginální napářku před porodem.

Otázka č. 7 – **Myslíte si, že je příprava na porod důležitá?**

Graf č. 3 – Důležitost přípravy na porod

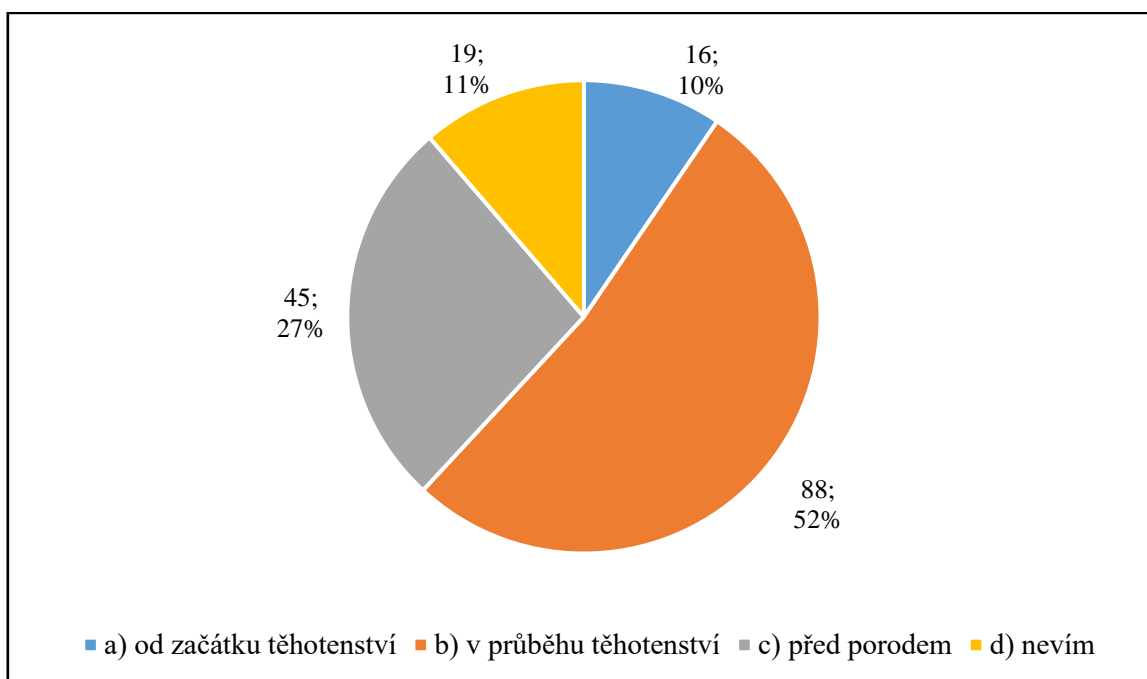


Zdroj: vlastní

Zjistili jsme, že 123 (73 %) dotazovaných žen si myslí, že je důležité se na porod připravovat. Naopak 13 (8 %) respondentek se domnívá, že příprava na porod není důležitá. 32 (19 %) žen z celkově 168 dotazovaných odpovědělo, že neví.

Otázka č. 8 – Od kdy je podle Vás vhodné začít s přípravou na porod?

Graf č. 4 – Zahájení přípravy na porod

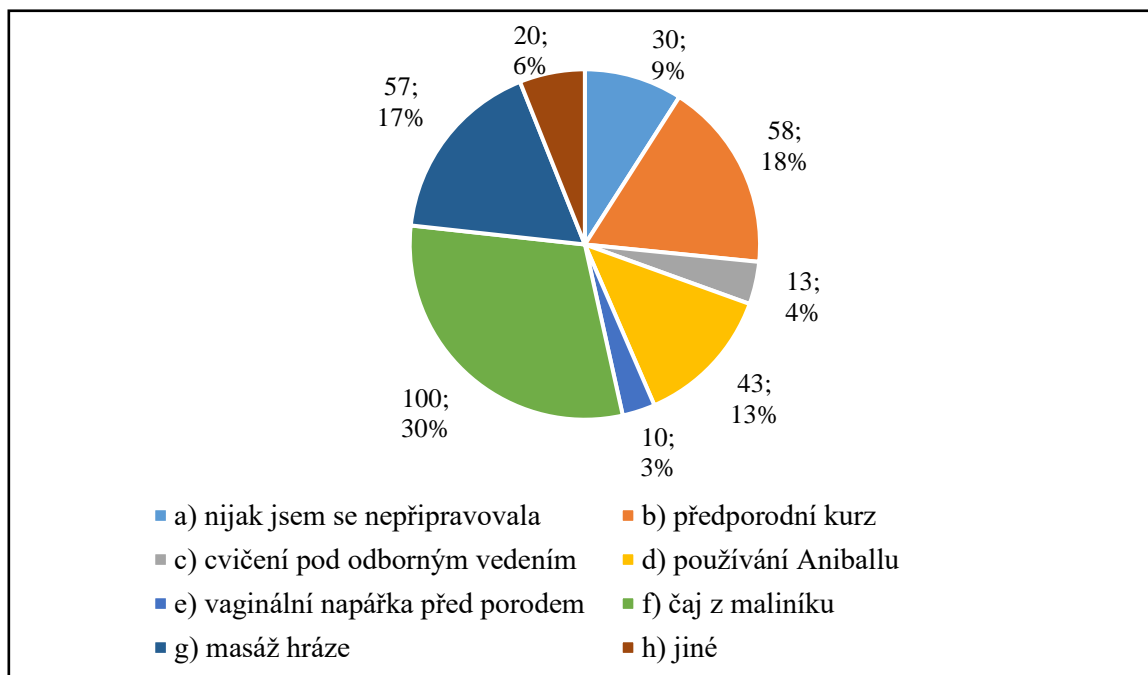


Zdroj: vlastní

V otázce č. 8 jsme se zajímali, kdy je dle respondentek vhodné se na porod začít připravovat. 88 (52 %) žen si myslí, že je vhodné zahájit přípravu v průběhu těhotenství. S možností „před porodem“ se ztotožnilo 45 (27 %) žen. Další skupinu jsou ženy, které neví, kdy je vhodné začít. Je jich celkem 19 (11 %). Zbýlých 16 (10 %) odpovídajících respondentek uvádí, že by se ženy měly na porod připravovat již od začátku těhotenství.

Otázka č. 9 – **Jakým způsobem jste se připravovala na porod? (lze zaškrtnout více odpovědí)**

Graf č. 5 – Způsob přípravy na porod

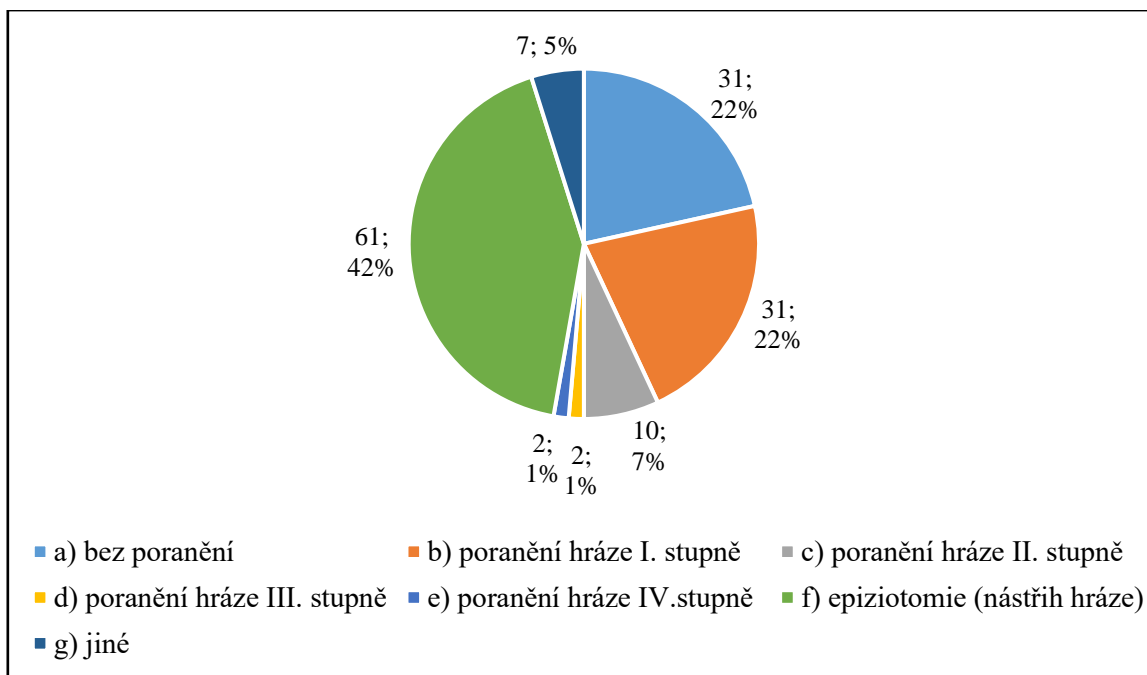


Zdroj: vlastní

U této otázky měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Z grafu lze vyčíst, že nejčastější formou přípravy na porod je pití maliníkového čaje. Tento způsob zvolilo 100 (30 %) žen ze 168 celkově dotazovaných. Dále mnoho žen, a to 57 (17 %), praktikovalo masáž hráze. Dále dotazované často volily předporodní kurz. Navštěvovalo ho 58 (18 %) žen. 43 (13 %) maminek v přípravě k porodu používalo Aniball. Až 30 (9 %) žen se na porod nijak nepřipravovala. V možnosti „jiné“ odpovědělo 20 (6 %) respondentek, že se připravovaly např. získáváním informací z odborné literatury či z internetu, některé ženy navštěvovaly vlastní porodní asistentku, dále některé odpovídající využily Rebozo šátek, masáže nebo jógu. Ve 13 (4 %) případech bylo k porodní přípravě zvoleno cvičení pod odborným vedením. Vaginální napářku před porodem využilo 10 (3 %) maminek.

Otázka č. 4 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.3 odpověděla VAGINÁLNĚ. Měla jste nějaké porodní poranění? (lze zaškrtnout více odpovědí)**

Graf č. 6 – Výskyt porodního poranění

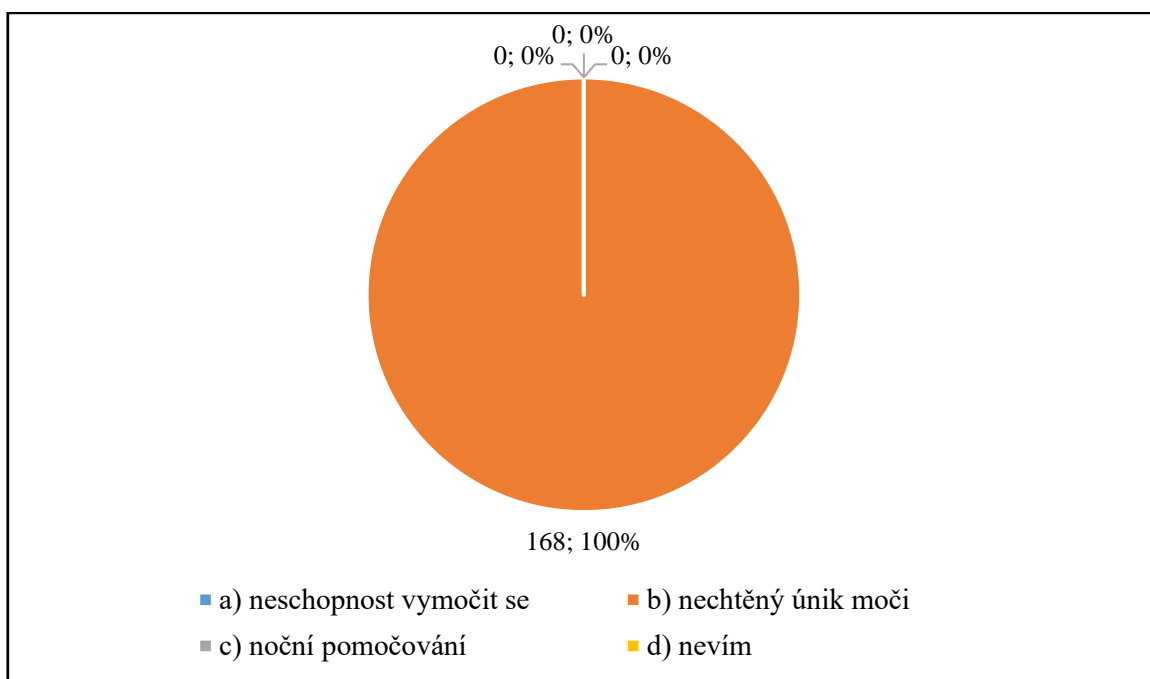


Zdroj: vlastní

V případě, že žena odpověděla, že rodila vaginálně, zjišťovali jsme, jestli měla nějaké porodní poranění a také, zda existuje souvislost předporodní přípravy s jeho vznikem. Těchto respondentek bylo dohromady 141. V této otázce byla možnost výběru více odpovědí. Z celkového počtu odpovídajících, u 62 (43 %) žen bylo nutné provést epiziotomii, neboli nástřih hráze. Z tohoto množství celkem 46 respondentek v dotazníku uvedlo, že se nějak na porod připravovaly. Další skupina žen, a to 31 (22 %), uvedla, že porodily bez poranění. 26 z 31 žen se na porod připravovalo. Stejný počet žen mělo poranění 1. stupně. Přesně 22 žen se věnovalo předporodní přípravě. V 10 (7 %) případech, ženy odpověděly, že měly poranění hráze II. stupně. 6 žen z celkových 10 ti, se věnovalo předporodní přípravě. 7 (5 %) respondentek vybralo možnost jiné. Většina odpověděla, že měly měla poranění labií, jedna žena měla poranění děložního hrdla a jedna žena vůbec nevěděla, zda nějaké poranění měla. Ve všech případech ženy uvedly, že se připravovaly na porod. 2 (1 %) respondentky odpověděly, že měly porodní poranění III. stupně. Stejný počet žen mělo poranění IV. stupně. Z výzkumu vyplynulo, že se všechny ženy s těmito poraněními věnovaly předporodní přípravě.

Otázka č. 13 – Víte, co je to inkontinence moči?

Graf č. 7 – Znalosti o inkontinenci moči



Zdroj: vlastní

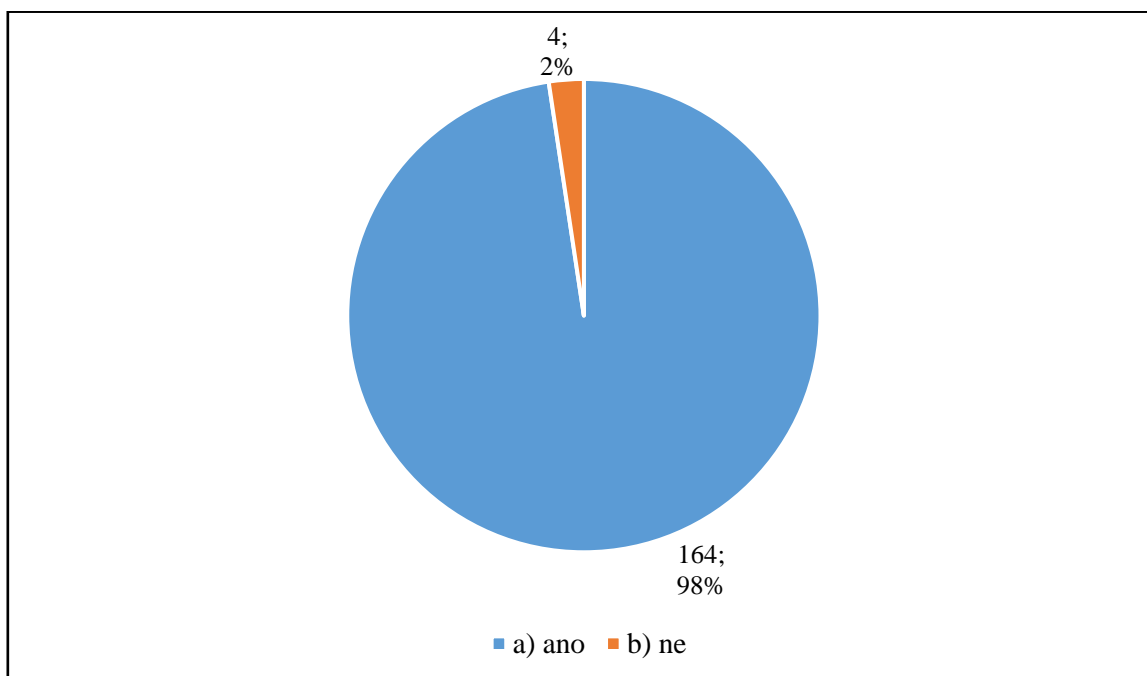
Tato otázka pro nás byla velmi důležitá. Chtěli jsme zjistit, zda ženy vůbec ví, co to inkontinence moči je. Odpovědělo celkem 168 respondentek. Jsme rádi, že všechny dotazované, a to 168 (100 %), odpověděly, že inkontinence znamená nechtěný únik moči. Žádná z respondentek, 0 (0 %), nevybrala možnost „neschopnost vymočit se“, „noční pomočování“ nebo „nevím“.

Výzkumný problém: Jaké je povědomí žen o Aniballu?

Otázka č. 10

Otázka č. 10 – Víte, co je to Aniball a k čemu se používá?

Graf č. 8 – Znalosti žen o Aniballu



Zdroj: vlastní

Z celkem 168 odpovídajících maminek 164 (98 %) má znalosti o Aniballu. Pouze 4 (2 %) ženy tyto znalosti nemají.

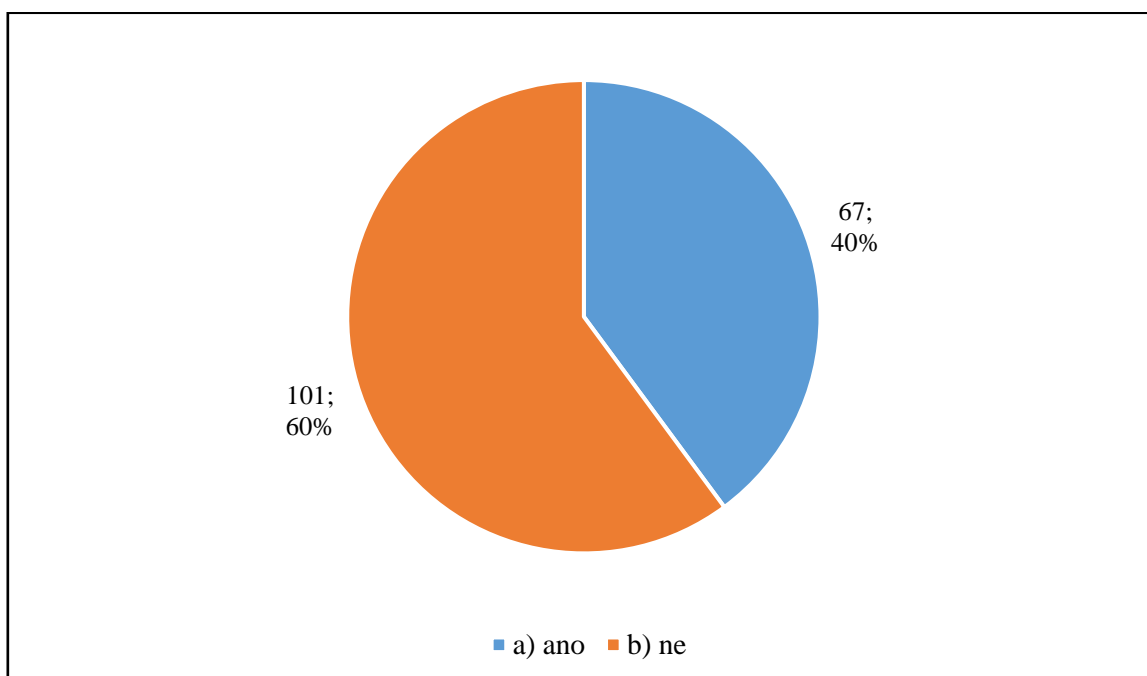
Cíl 2: Zmapovat, zda jsou ženy informovány o následné péči při močové inkontinenci po porodu a o možnostech jejího řešení.

Výzkumný problém: Znájí ženy cviky na posílení pánevního dna?

Otázka č. 11, 12, 20, 21, 22, 23, 24

Otázka č. 11 – **Cvičila jste během těhotenství?**

Graf č. 9 – Cvičení v těhotenství

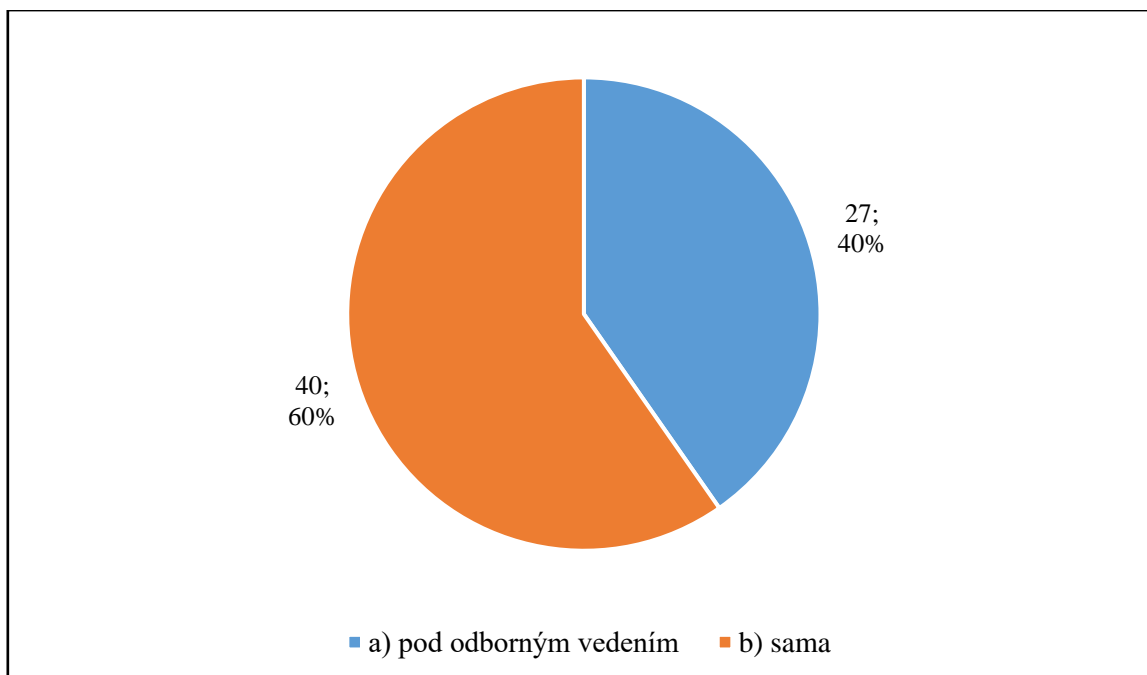


Zdroj: vlastní

Zajímali jsme se, zda respondentky cvičily v těhotenství. 101 (60 %) žen odpovědělo, že necvičily. Ostatních 67 (40 %) dotazovaných uvedlo, že v těhotenství cvičilo. Tato otázka zahrnuje 168 odpovědí respondentek.

Otázka č. 12 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.11 odpověděla ANO. Jak jste cvičila?**

Graf č. 10 – Způsob cvičení

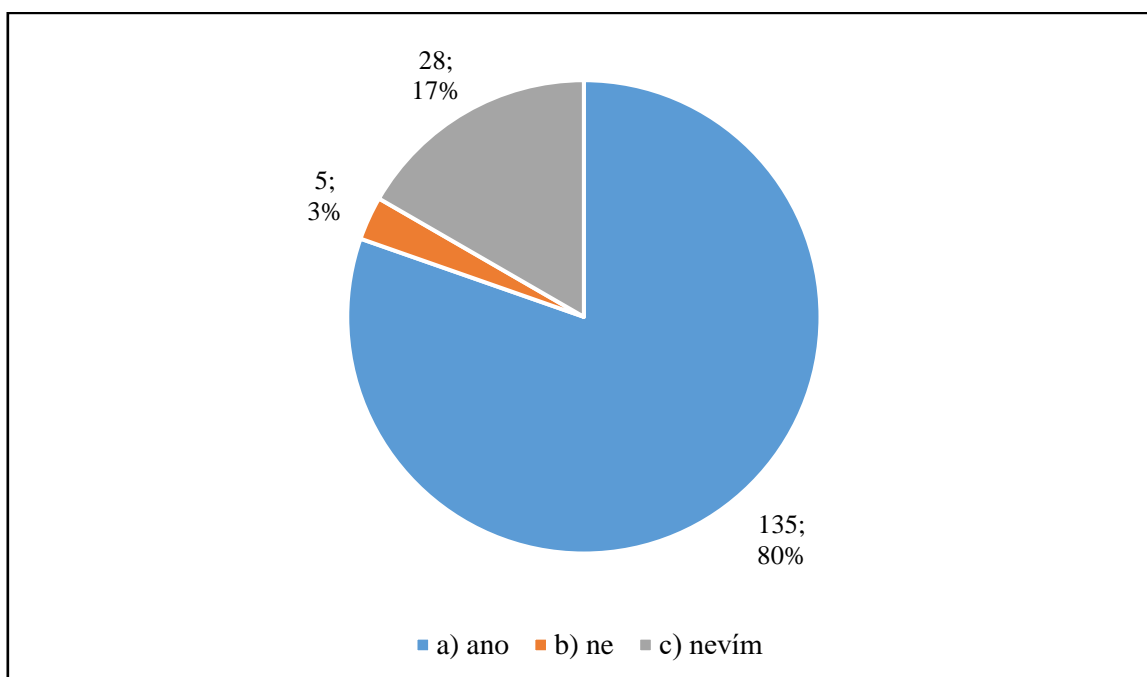


Zdroj: vlastní

V této otázce jsme chtěli zjistit, jak ženy cvičily v těhotenství. 67 respondentek odpovědělo v předchozí otázce, že cvičily. Z těchto odpovídajících jich 40 (60 %) cvičilo samostatně. Zbýlých 27 (40 %) maminek cvičilo pod odborným vedením.

Otázka č. 20 – Považujete cvičení po porodu za důležité?

Graf č. 11 – Důležitost cvičení po porodu

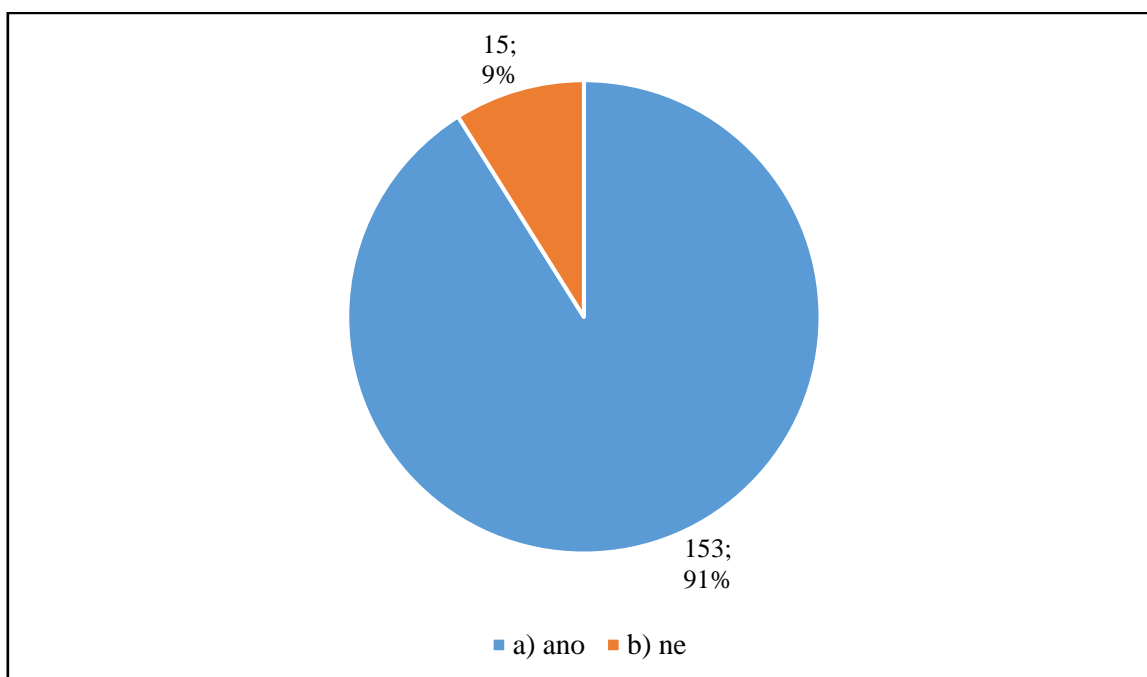


Zdroj: vlastní

Ze 168 dotazovaných většina, celkem 135 (80 %) žen, považuje cvičení po porodu za důležité. 28 (17 %) respondentek v dotazníku odpovědělo, že neví. Zbylá 3 % maminek naopak nepovažuje jakékoliv cvičení po porodu za důležité.

Otázka č. 21 – **Znáte cviky na posílení pánevního dna?**

Graf č. 12 – Znalost cviků na posílení pánevního dna

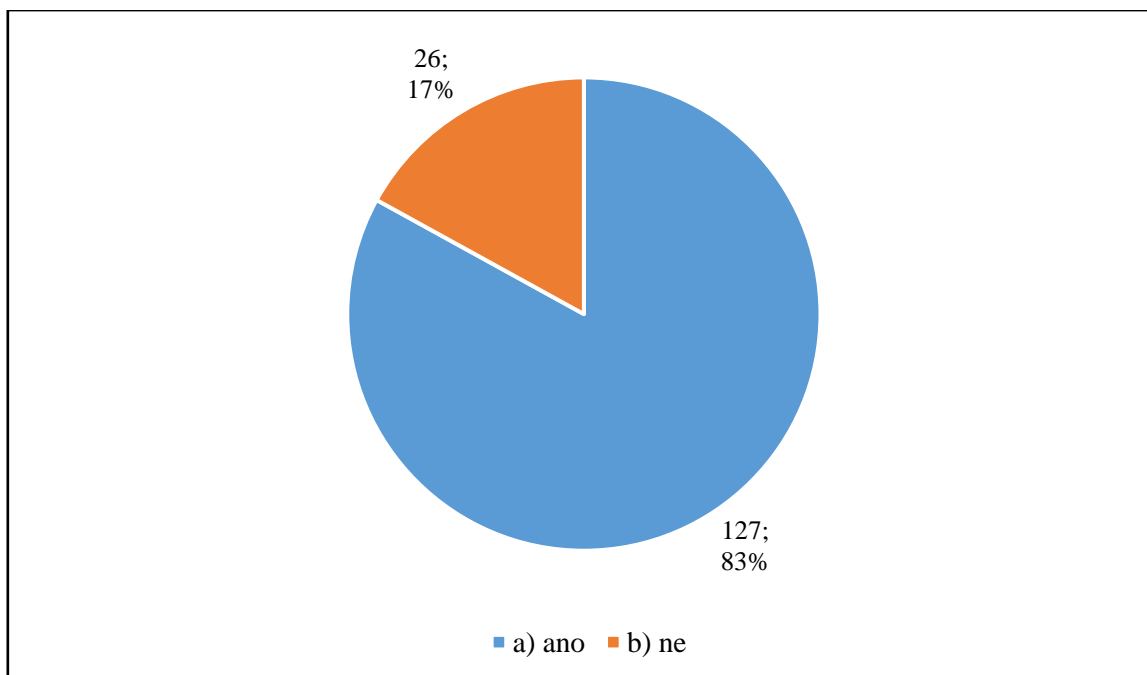


Zdroj: vlastní

U otázky č. 21 celkem 168 respondentek odpovídalo, zda znají cviky na posílení pánevního dna. Většina žen, a to 153 (91 %), uvedlo, že tyto cviky znají. Pouze 15 (9 %) dotazovaných odpovědělo, že znalosti v této oblasti nemají.

Otázka č. 22 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.21 odpověděla ANO. Využila jste tyto cviky?**

Graf č. 13 – Využití cviků na posílení pánevního dna

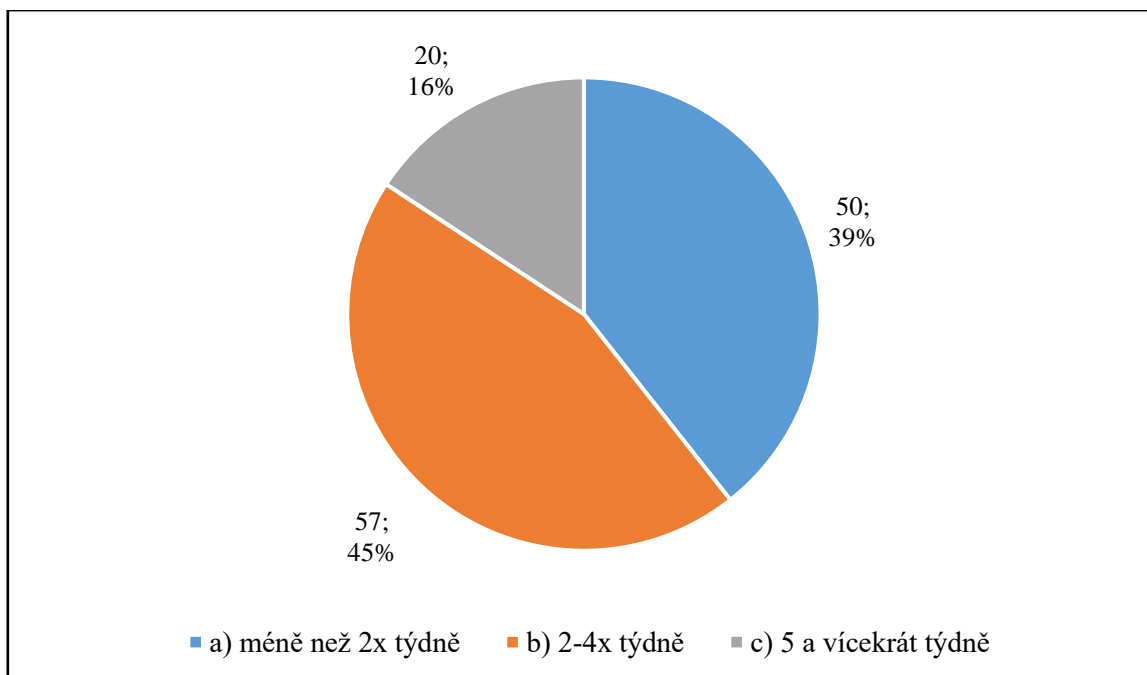


Zdroj: vlastní

V případě, že žena dopověděla v předchozí otázce ANO, zajímali jsme se, zda cviky na posílení pánevního dna využila. Zeptali jsme se celkem 168 respondentek a 127 (83 %) z nich odpovědělo, že ano. 26 (17 %) dotazovaných uvedlo, že tyto cviky nevyužilo.

Otázka č. 23 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.22 odpověděla ANO. Jak často jste cvičila?**

Graf č. 14 – Frekvence cvičení

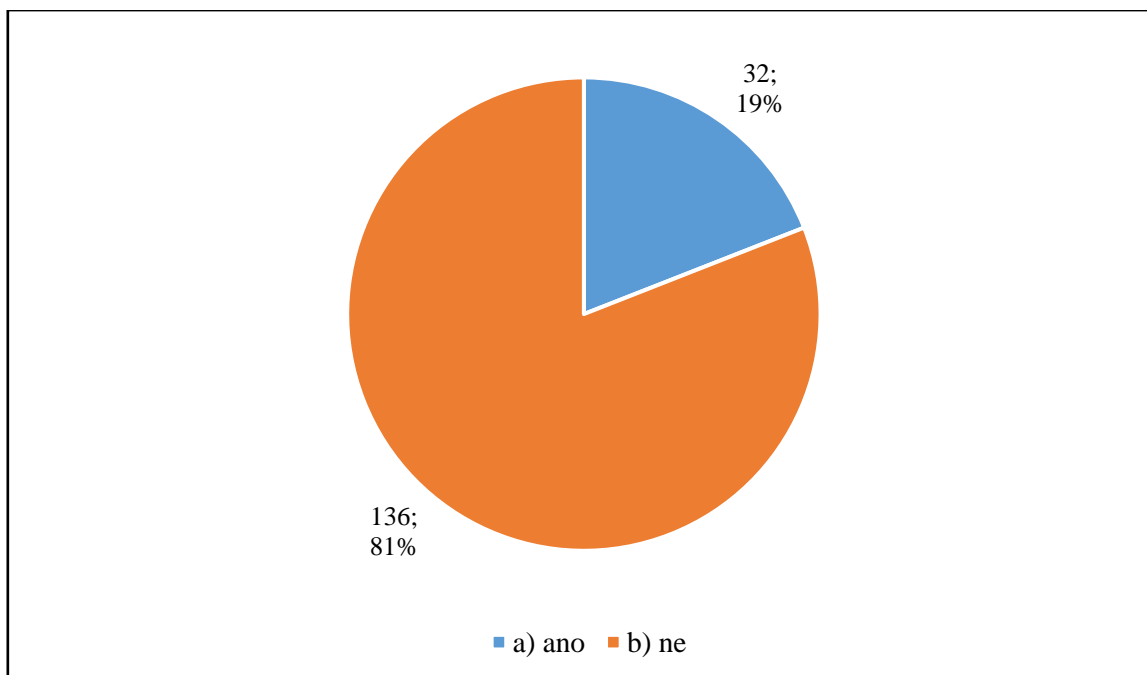


Zdroj: vlastní

V předchozí otázce 127 žen odpovědělo, že pánevní dno cvičilo. U těchto respondentek jsme dále zjišťovali, jak často cviky využily. Z grafu lze vyčíst, že 57 (45 %) žen cvičilo 2-4x týdně. Druhou velkou skupinou byly maminky, které vybraly možnost méně než 2x týdně. Zbýlých 20 žen uvedlo, že cviky na posílení pánevního dna využily 5 a vícekrát týdně.

Otázka č. 24 – Informoval Vás Váš gynekolog nebo porodní asistentka při předporodním kurzu o riziku vzniku inkontinence po porodu?

Graf č. 15 – Informování žen odborníkem



Zdroj: vlastní

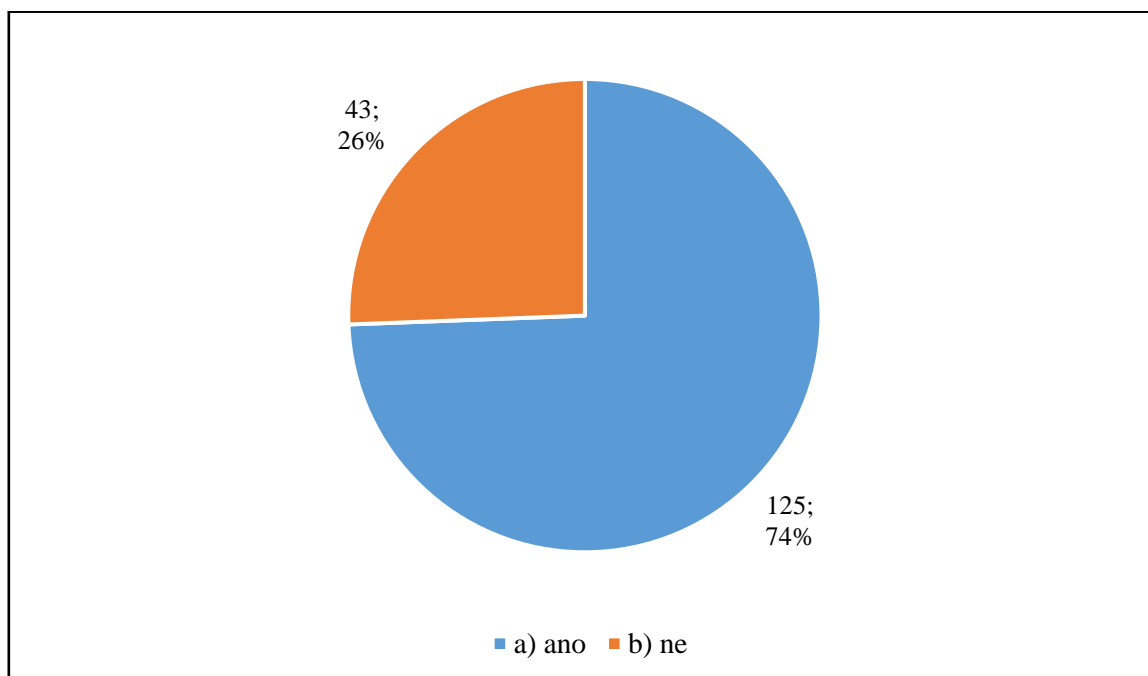
Zajímali jsme se také, zda ženy někdo dostatečně informuje o riziku vzniku inkontinence. Z grafu je patrné, že 136 (81 %) respondentek je jejich obvodní gynekolog nebo porodní asistentka na předporodním kurzu needukovali. 32 (19 %) maminek uvedlo, že informované byly. Zjistili jsme, že ženy, u kterých se po porodu vyskytla močová inkontinence, v 71 případech nikdo neinformoval o tomto problému.

Výzkumný problém: Ví ženy, jak by tento problém měly řešit?

Otázka č. 18, 19

Otázka č. 18 – **Znáte možnosti řešení močové inkontinence?**

Graf č. 16 – Znalosti o řešení močové inkontinence

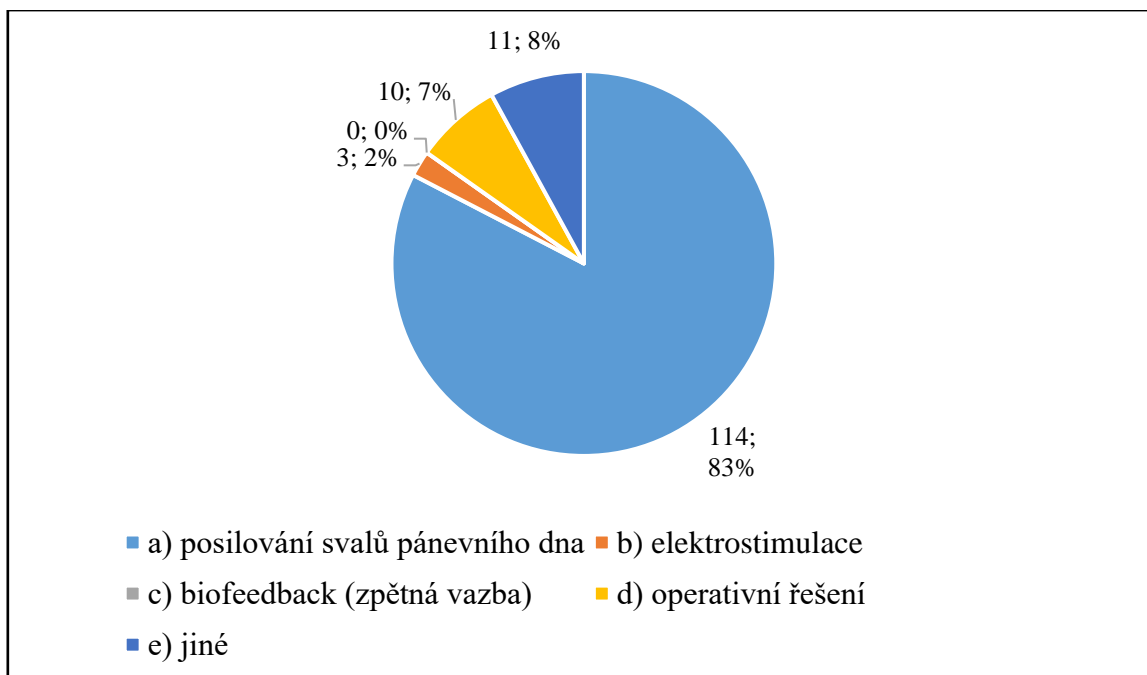


Zdroj: vlastní

Celkem 125 (74 %) žen odpovědělo, že mají znalosti o řešení močové inkontinence po porodu. Naopak 43 (26 %) z celkových 168 dotazovaných maminek odpovědělo, že žádné řešení neznají.

Otázka č. 19 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.18 odpověděla ANO. Jaké řešení jste využila? (lze zaškrtnout více odpovědí)**

Graf č. 17 – Způsob řešení močové inkontinence



Zdroj: vlastní

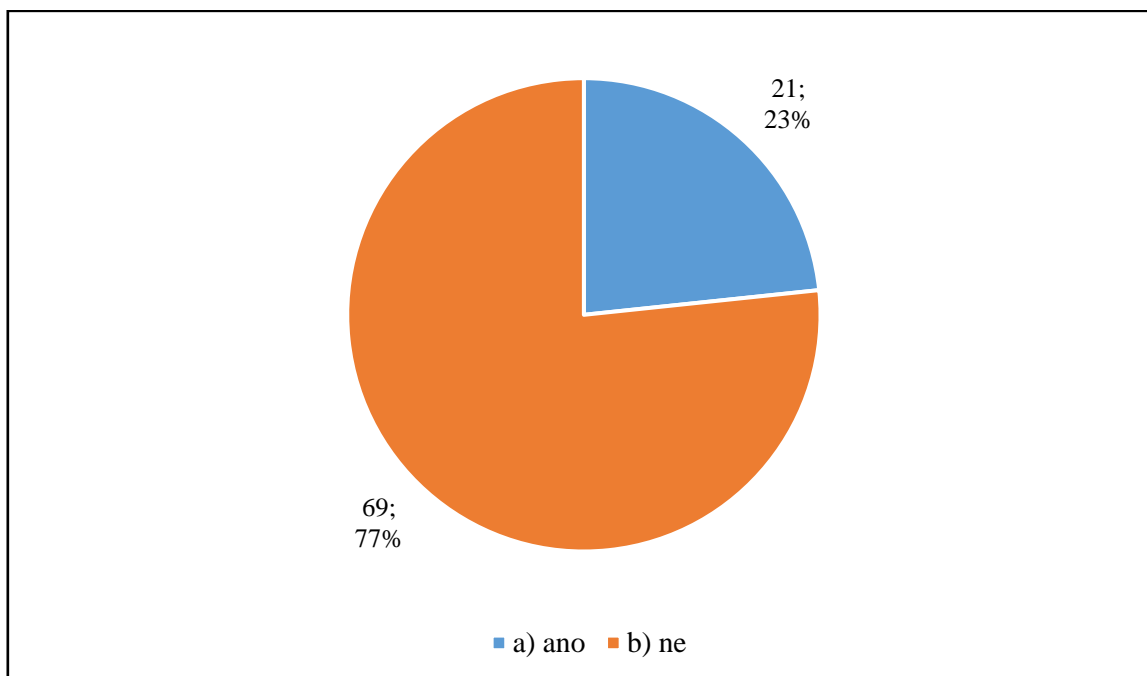
Pokud žena na otázku č. 18 odpověděla, že má znalosti o řešení inkontinence moči, dotazovali jsme se, jestli nějaké využila. V této otázce měly ženy možnost vybrat jednu a více odpovědí. Většina respondentek, a to 114 (83 %), uvedla, že posilovala svaly pánevního dna. Dále 11 (8 %) žen využila jiné řešení, než jsme v dotazníku nabízely k zaškrtnutí. Zmiňovaly například Venušiny kuličky nebo intravaginální pomůcku Diveen. Zbýlých 8 žen uvedlo, že žádné řešení nevyužilo. Další skupina maminek, a to celkem 10 (7 %), k léčbě inkontinenci moči zvolily operativní řešení. Pouze 3 (2 %) ženy si vybraly elektrostimulaci. Žádná respondentka, ze 125 uvádějících, že mají znalosti o řešení inkontinence, nevyužila biofeedback (zpětnou vazbu).

Výzkumný problém: Ví ženy, na jakého odborníka se s tímto problémem mohou obrátit?

Otázka č. 16, 17

Otázka č. 16 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.14 odpověděla ANO. Vyhledala jste nějakou pomoc, pro řešení tohoto problému?**

Graf č. 18 – Četnost vyhledání pomoci

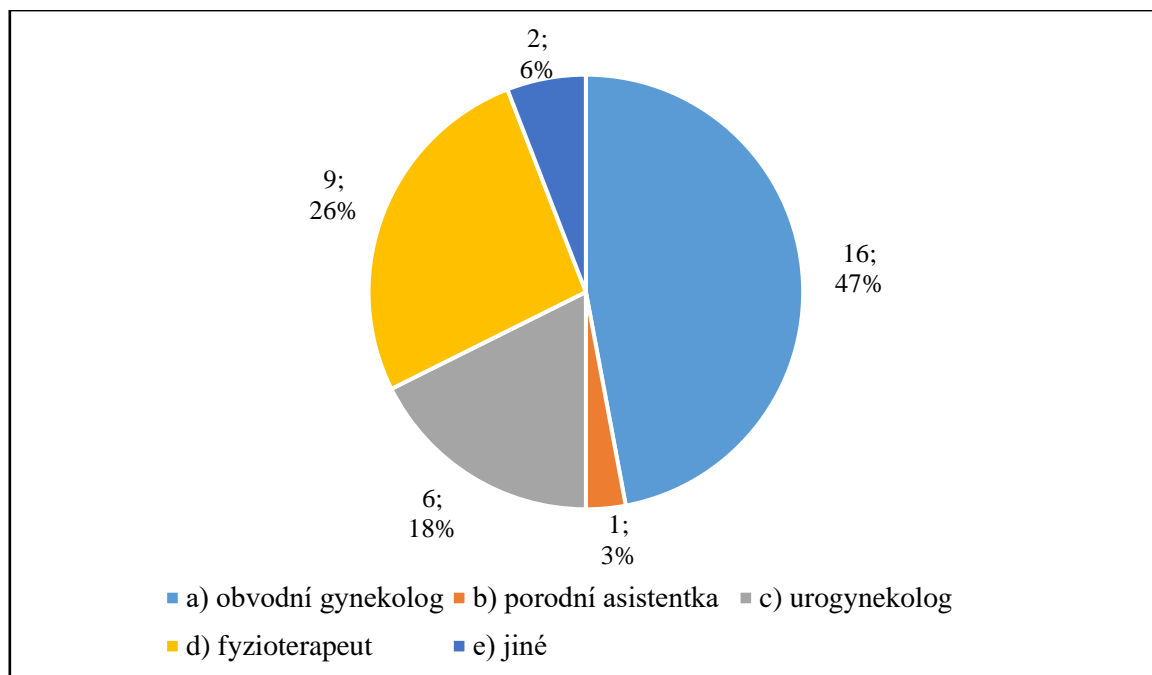


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, u kterých se inkontinence moči po porodu vyskytla. Zjišťovali jsme, zda respondentky s tímto problémem vyhledaly nějakou pomoc. Většina žen, a to 69 (77 %), odpověděla, že se na žádného odborníka neobrátily. Jen 21 (23 %) maminek uvedlo, že pomoc vyhledaly.

Otázka č. 17 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.16 odpověděla ANO. Na koho jste se s tímto problémem obrátila? (lze zaškrtnout více odpovědí)**

Graf č. 19 – Výběr odborníka



Zdroj: vlastní

V případě, že se žena rozhodla vyhledat nějakou pomoc, zajímali jsme se, na koho se obrátila. Respondentky měly možnost vybrat více odpovědí. Z grafu je patrné, že nejčastěji voleným odborníkem u žen je obvodní gynekolog. Tuto možnost zvolilo 16 (47 %) žen. Dále se respondentky pro pomoc obracejí na fyzioterapeuta, a to celkem v 9 (26 %) případech. 6 (18 %) dotazovaných vyhledalo pomoc urogynekologa. Možnost jiné zaškrtnly 2 (6 %) ženy, které navštívily v jednom případě obvodního lékaře a v druhém lékaře na pohotovosti. Pouze 1 (3 %) respondentka zvolila porodní asistentku.

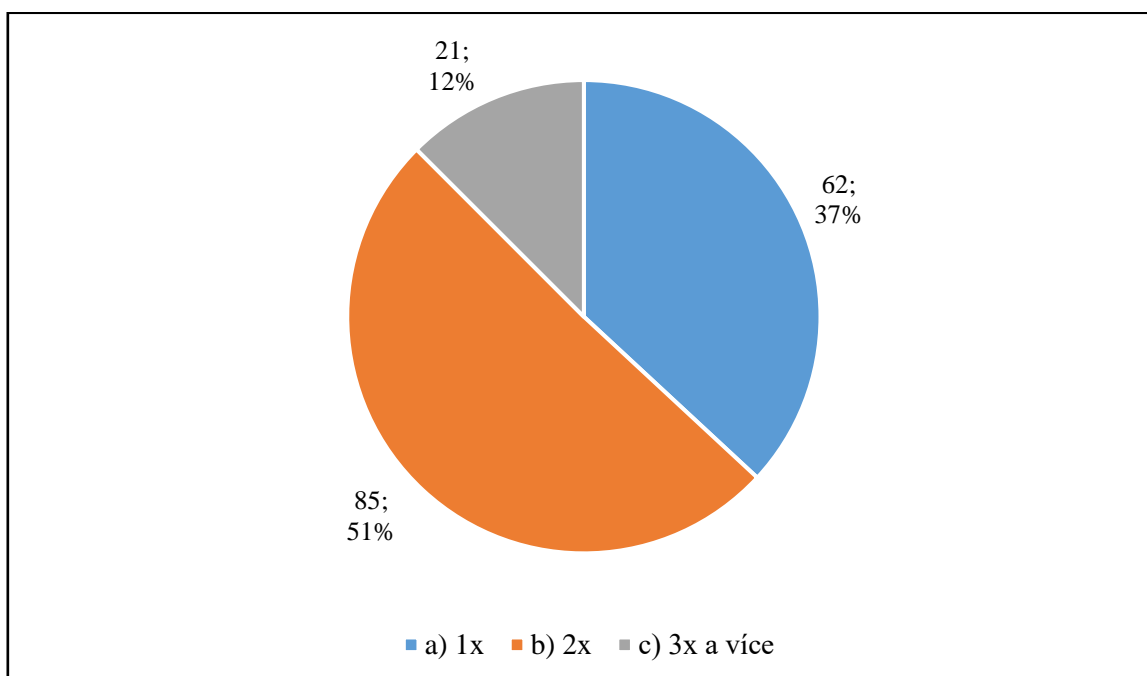
Cíl 3: Zanalyzovat rozdíly výskytu močové inkontinence u ženy po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Výzkumný problém: Jaký je výskyt močové inkontinence po vaginálním porodu?

Otázka č. 2, 3, 14, 15

Otázka č. 2 – **Kolikrát jste rodila?**

Graf č. 20 – Počet porodů respondentek

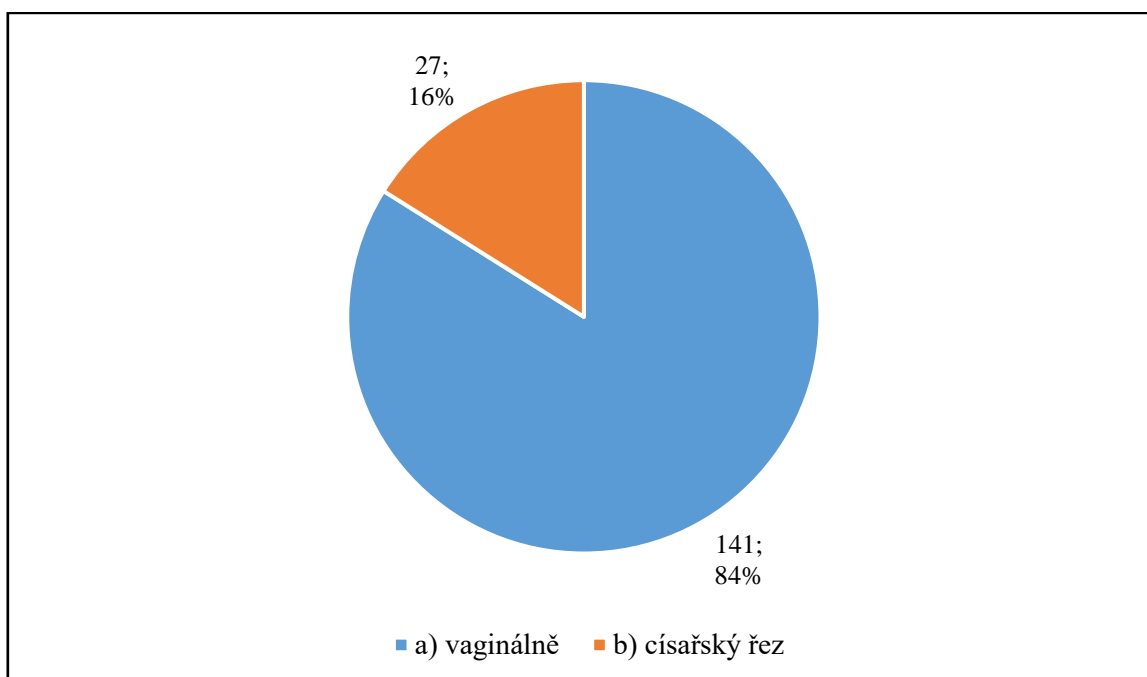


Zdroj: vlastní

Zjišťovali jsme také kolikrát respondentky rodily. Ze 168 vyplněných dotazníků více než polovina žen uvedlo, že rodily 2x. Bylo jich 85 (51 %). Prvorodiček odpovídalo celkem 62 (37 %). Nejméně oslovených respondentek rodilo 3x a více. Těchto žen bylo 21 (12 %).

Otázka č. 3 – Jakým způsobem byl vedený Váš porod?

Graf č. 21 – Způsob vedení porodu

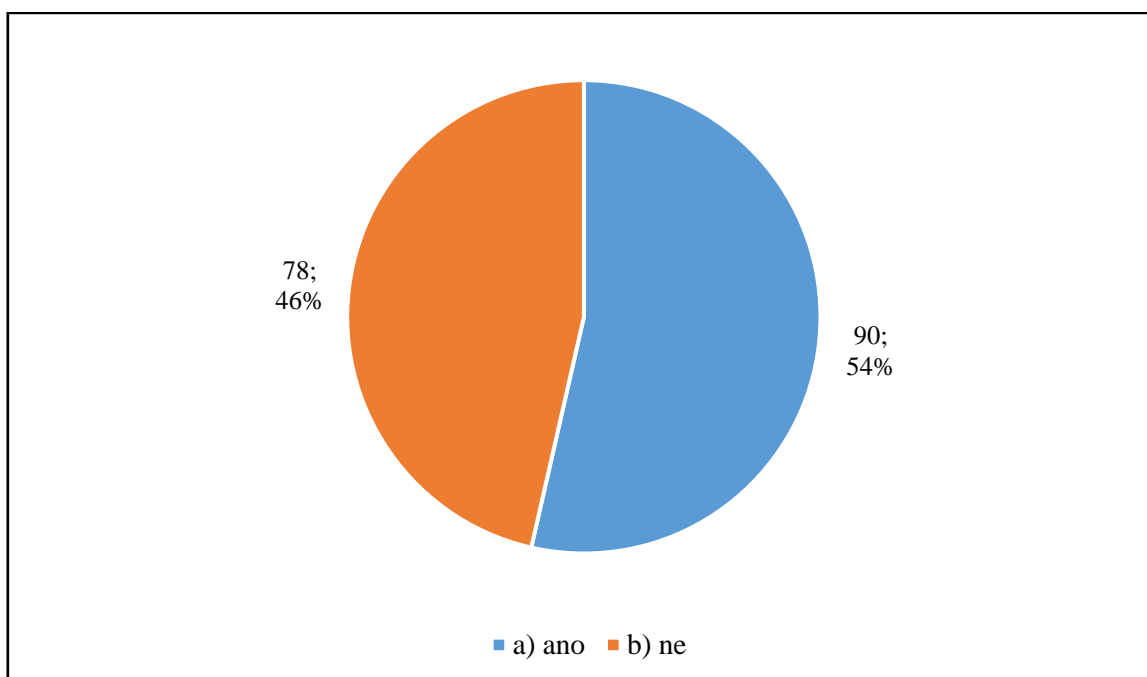


Zdroj: vlastní

V otázce č. 3 jsme zjišťovali, jakým způsobem byl u respondentky vedený porod. Většina dotazovaných, a to 141 (84 %), rodila vaginálně. Ve 27 (16 %) případech byl porod vedený císařským řezem. Na tuto otázku odpovědělo celkem 168 žen.

Otázka č. 14 – Vyskytla se u Vás po porodu inkontinence moči?

Graf č. 22 – Výskyt močové inkontinence po porodu

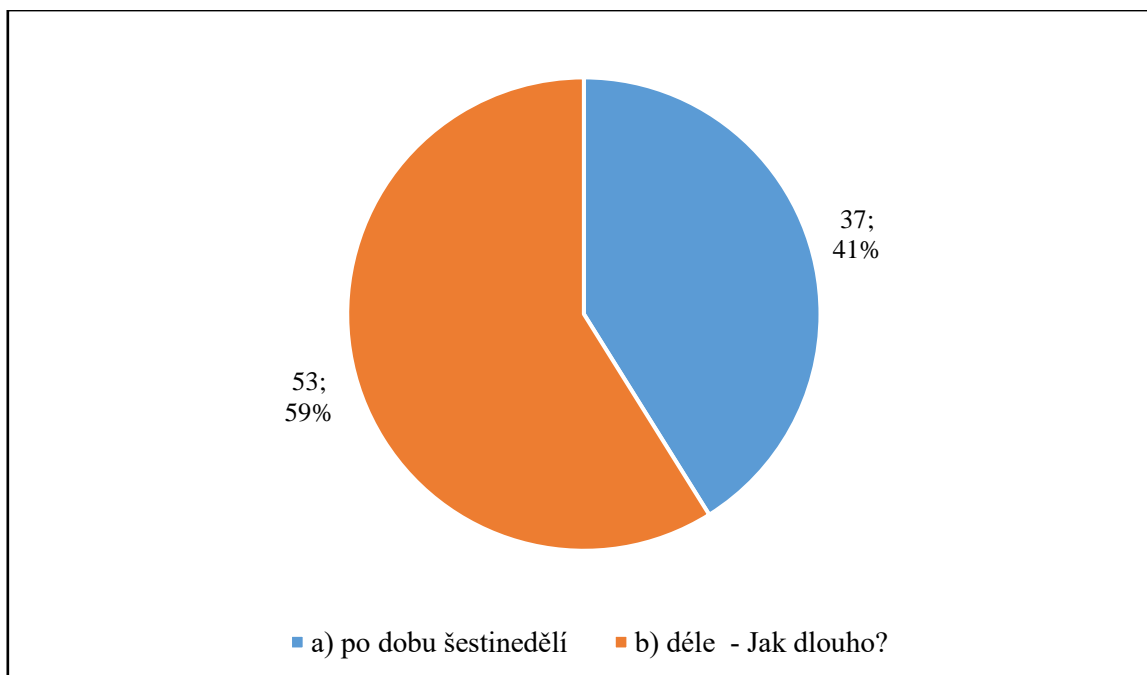


Zdroj: vlastní

Ze 168 vyplněných dotazníků, 90 (54 %) žen uvedlo, že se u nich po porodu vyskytla močová inkontinence. Zbýlých 78 (46 %) respondentek se s tímto problémem po porodu nesetkalo. Z vyplněných dotazníků jsme zjistili, že ženy, které po porodu neměly žádné poranění, v 16 případech měly nechtěný únik moči. U 15 respondentek, které měly poranění I. stupně, se inkontinence také vyskytla. Ženy s poraněním II. stupně, také měly inkontinenci. Bylo jich 7. Naopak ženy s poraněním III. stupně uvedly, že tento problém neměly. Odpovídající se IV. stupněm porodního poranění, ve 2 případech měly nechtěný únik moči. Maminky, u kterých při porodu byla provedena epiziotomie, měly inkontinenci. Uvedlo tak 31 žen. Respondentky s jiným poraněním odpověděly, že močovou inkontinenci také měly. Těchto žen bylo celkem 6.

Otázka č. 15 – **Odpovězte v případě, že jste na otázku č.14 odpověděla ANO. Jak dlouho trvala?**

Graf č. 23 – Délka trvání inkontinence po porodu



Zdroj: vlastní

V případě, že respondentka v předchozí otázce č. 14 uvedla, že se u ní po porodu vyskytl nechtěný únik moči, zjišťovali jsme, jak dlouho se tímto problémem potýkala. Těchto žen bylo 90, z celkově 168 odpovídajících. 53 (59 %) dotazovaných, mělo tyto potíže déle než po dobu šestinedělí. Nejčastěji ženy odpovídaly, že nechtěný únik moči měly 6 měsíců až 1 rok. Další respondentky uvedly, že se s tímto problémem potýkaly několik let po porodu. U některých odpovídajících inkontinence přetrvává dodnes. U zbývajících 37 (41 %) žen močová inkontinence vymizela v průběhu šestinedělí.

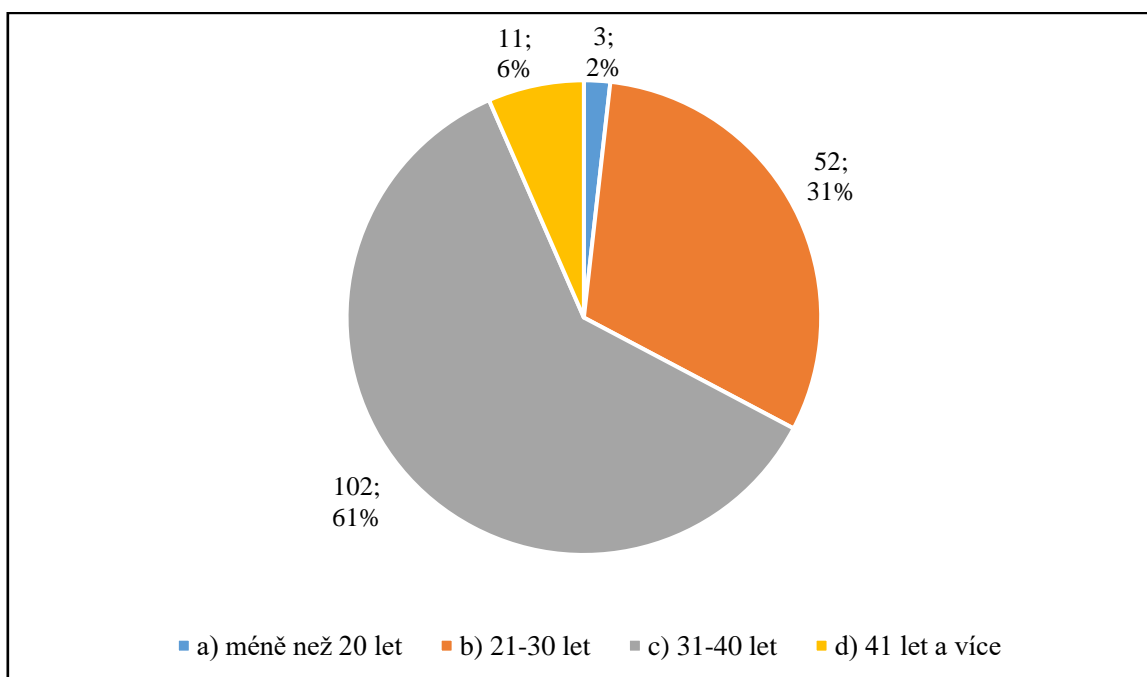
Výzkumný problém: Jaký je výskyt močové inkontinence u ženy po císařském řezu?

Otázka č. 2, 3, 14, 15

Otázky zpracovány v předchozím výzkumném problému, viz. graf č. 20, 21, 22, 23

Otázka č. 1 – Jaký je Váš věk?

Graf č. 24 – Věk respondentek



Zdroj: vlastní

Tato otázka pro nás měla čistě informativní význam, abychom zjistili věk našich respondentek. 102 (61 %) žen uvedlo, že jim je od 31 let do 40 let. Druhou největší skupinou byly ženy ve věku od 21-30 let, bylo jich 52 (31 %). 11 (6 %) ženám je 41 a více let. Nejmenší část odpovídajících byly ženy, kterým je méně než 20 let. Celkem to byly 3 (2 %) ženy.

12 INTERPRETACE A PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy informované o možnostech prevence močové inkontinence.

Výzkumný problém: Zajímají se ženy o předporodní přípravu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13

O tom, zda je důležité se na porod vůbec nějak připravovat je přesvědčena většina dotazovaných žen. Ze 168 respondentek je tohoto názoru přesně 123 (73 %) žen. O tom, že žádná příprava nutná není je přesvědčeno 13 (8 %) žen. Až 32 (19 %) respondentek uvedlo, že neví. Ukázalo se, že nejlepší doba pro začátek předporodní přípravy je dle žen v průběhu těhotenství. Myslí si to 88 (52 %) respondentek. 45 (27 %) žen se začalo na porod připravovat před porodem. Naopak 16 (10 %) žen přípravu zahájilo již od začátku těhotenství. 19 (11 %) že neví, kdy je pro začátek vhodná doba. Za nejlepší způsob přípravy na porod respondentky považují užívání maliníkového čaje. Tento způsob přípravy si vybralo 100 žen. Pro komplexní přípravu si ženy velmi často vybraly předporodní kurz, a to celkem v 58 případech. Mezi další velmi využívané metody patří masáž hráze. Tu si vybralo 57 (17 %) respondentek. Oblíbený je, dle výzkumu, i Aniball. Využilo ho 43 (13 %) žen. 30 (9 %) žen se na porod nijak nepřipravovalo. Ovšem 20 (6 %) odpovídajících si zvolilo jiný způsob přípravy, než jsme v dotazníku nabízeli. Ženy často čerpali informace z odborné literatury nebo z internetových zdrojů, některé respondentky navštěvovaly vlastní porodní asistentku a připravovaly se s ní, jiné zase využily Rebozo šátek, nebo cvičily jógu. Některé ženy, přesněji 13 (4 %) žen, vyhledaly odborníka a cvičily pod jeho vedením. Vaginální napářku využilo 10 (3 %) žen.

Ženy jsou dobře informované o možnostech předcházení porodního poranění. Ze 168 dotazovaných žen, jich 147 (87 %) tyto informace má. Zbýlých 21 (13 %) naopak uvedlo, že nejsou v tomto směru dostatečně edukovány. Nejčastěji ženy v rámci prevence užívaly čaj z maliníku. Bylo jich 96 (33 %). Oblíbenou metodou, pro naše respondentky, byla masáž hráze. Tu praktikovalo 61 (21 %) žen. Dalším velmi oblíbeným způsobem bylo i užívání lněného semínka. Využilo toho 52 (18 %) žen. Dále ženy rády volily pomůcku Aniball, kterou vybralo celkem 42 (14 %) dotazovaných. Pro vaginální napářku před porodem se rozhodlo 11 (4 %) žen. 28 (10 %) se naopak rozhodlo porodnímu poranění nijak nepředcházet, ač o možnostech informovány byly.

Zjistili jsme také, že u žen s epiziotomií, kterých bylo 62 (43 %), se na porod nějakým způsobem připravovalo celkem 46 dotazovaných. Ženy, které porodily bez poranění, se věnovaly předporodní přípravě v 26 případech. Bylo jich 31 (22 %). Stejně množství žen mělo poranění I. stupně. V této skupině se předporodní přípravě věnovalo 22 žen. 10 (7 %) žen odpovědělo, že měly II. stupeň poranění hráze. Celkem 6 žen z 10 ti se na porod připravovalo. 7 (5 %) respondentek zvolilo v dotazníku možnost Jiné. Ve většině ženy měly poranění labií, jedna žena měla poranění děložního hrdla a jedna žena nevěděla, zda nějaké poranění měla. Všechny tyto ženy uvedly, že se na porod připravovaly. 2 (1 %) dotazované měly poranění hráze III. stupně. Další 2 (1 %) respondentky měly poranění IV. stupně. Respondentky s těmito poraněními se také připravovaly na porod.

Všechny naše respondentky vědí, co je to inkontinence moči.

Výzkumný problém: Jaké je povědomí žen o Aniballu?

K výzkumnému problému se vztahuje otázka č. 10

Naše respondentky jsou informované o Aniballu. Téměř všechny dotazované ženy uvedly, že mají znalosti o Aniballu. Bylo jich celkem 164 (98 %), z celkově 168 dotazovaných. Naopak 4 (2 %) ženy odpověděly, že tyto znalosti nemají.

Cíl 2: Zmapovat, zda jsou ženy informovány o následné péči při močové inkontinenci po porodu a o možnostech jejího řešení.

Výzkumný problém: Znájí ženy cviky na posílení pánevního dna?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 11, 12, 20, 21, 22, 23, 24

Ženy znají cviky na posílení pánevního dna. Většina dotazovaných respondentek, a to přesně 153 (91 %), uvedla, že tyto cviky znají. Zbývajících 15 (9 %) žen je nezná. Ty ženy, které cvičení znají, ho i ve velkém množství využily. Celkem jich bylo 127 (83 %). Z výzkumu vyplynulo, že 57 (45 %) žen cvičilo 2-4x týdně. 50 (39 %) respondentek uvedlo, že cviky využily méně než 2x denně. 5 a vícekrát cvičilo 20 (16 %) odpovídajících.

Zjistili jsme, že většinou respondentky po porodu necvičily. Až 101 (60 %) žen uvedlo, že nijak necvičily. Naopak 67 (40 %) žen nějaké cvičení dělalo. Ženy, které cvičily, nevyhledaly žádné odborné vedení a vystačily si samy. Zbýlých 27 odpovídajících se svěřilo do rukou odborníka. Z našeho výzkumu jsme také zjistili, že většina žen, z celkových 168

dotazovaných, považuje cvičení po porodu za důležité. Uvedlo tak 135 (80 %) žen. Dále 5 (3 %) respondentek nepovažuje jakékoliv cvičení po porodu za důležité. Až 28 (17 %) maminek neví, zda je důležité cvičit.

Bohužel ženy nejsou informovány o riziku vzniku močové inkontinence od obvodního gynekologa ani od porodní asistentky. Až 136 (81 %) uvedlo, že je nikdo o tomto problému neinformoval. U celkem 71 žen, se porodu vyskytl nechtěný únik moči. Předchozí informovanost by těmto ženám jistě ulehčila situaci a napomohla jejímu řešení. Pouze 32 (19 %) respondentek tyto informace mělo.

Výzkumný problém: Ví ženy, jak by tento problém měly řešit?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 18, 19

Oslovené respondentky znají možnosti řešení močové inkontinence. Většina žen, přesně 125 (74 %), tak uvedla. Zbýlých 43 (26 %) dotazovaných naopak tyto znalosti nemají. Ve většině případech ženy uváděly, že znají posilování svalů pánevního dna. Celkem tak odpovědělo 114 (83 %) respondentek. 11 (8 %) žen využilo jiné metody, než jsme v dotazníku nabízeli. Zmiňovaly Venušiny kuličky, intravaginální pomůcku Diveen nebo že žádné řešení nevyužily. Další využívanou metodou, kterou zvolilo 10 (7 %) žen, je operativní řešení. 3 (2 %) ženy si, pro řešení močové inkontinence, vybraly elektrostimulaci. Žádná z dotazovaných žen si nevybrala biofeedback (zpětnou vazbu).

Výzkumný problém: Ví ženy, na jakého odborníka se s tímto problémem mohou obrátit?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 16, 17

Z šetření jsme zjistili, že respondentky, u kterých se po porodu vyskytla močová inkontinence, v mnoha případech nevyhledaly žádnou pomoc. Těchto žen bylo celkem 69 (77 %). Naopak 21 (23 %) dotazovaných se rozhodlo odbornou pomoc vyhledat.

Ženy, které odborníka vyhledaly, nejčastěji volily svého obvodního gynekologa. Přesně jich bylo 16 (47 %). Druhou nejčastější volbou pro naše respondentky byla porodní asistentka. Vybralo si jí 9 (26 %) žen. Urogynekologa vyhledalo 6 (18 %) dotazovaných. V jednom případě si žena zvolila obvodního lékaře a v druhém případě se žena obrátila na lékaře na pohotovosti. Pouze jedna žena vyhledala fyzioterapeuta.

Cíl 3: Zanalyzovat rozdíly výskytu močové inkontinence u ženy po vaginálním porodu a po císařském řezu.

Výzkumný problém: Jaký je výskyt močové inkontinence po vaginálním porodu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 2, 3, 14, 15

Většina našich respondentek byly druhorodičky. Bylo jich 85 (51 %). Další obsáhlou skupinou byly prvorodičky, celkem 62 (37 %) žen takto odpovědělo. 21 (12 %) uvedlo, že rodily 3x a více.

Velká většina našich dotazovaných žen, a to 141 (84 %), uvedla, že jejich porod byl vedený vaginálně. U zbývajících respondentek byl porod ukončený císařským řezem. Těchto žen bylo 27 (16 %) z celkově 168 dotazovaných maminek.

Z výzkumu vyplynulo, že u více než poloviny žen, přesněji u 90 (54 %) z nich, se po vaginálním porodu vyskytla močová inkontinence. 78 (46 %) respondentek se s tímto problémem nesetkala. Ženy, které se s inkontinencí potýkaly, uvedly, že u nich vymizela během šestinedělí. Těchto žen bylo 37 (41 %). Zjistili jsme také, že ženy bez porodního poranění, v 16 případech mělo po porodu inkontinenci moči. U 15 respondentek s poraněním I. stupně se také objevil nechtěný únik moči. 7 žen s poraněním II. stupně tento problém mělo též. Naopak u žen s poraněním III. stupně nebyla inkontinence zaznamenána. Maminky se IV. stupněm poranění hráze, ve 2 případech měly tyto potíže. Ženy, u kterých byla provedena epiziotomie, uvedly, že ji také měly. Bylo jich celkem 31. 6 respondentek s jiným poraněním, tento problém mělo také. Bohužel jsme zjistili, že přebývá respondentek, u kterých nechtěný únik moči byl déle než po dobu šestinedělí. Nejčastěji ženy uváděly, že inkontinentní byly půl roku až rok. Další dotazované inkontinenci měly několik let po porodu. U některých žen inkontinence přetrvává dodnes.

Výzkumný problém: Jaký je výskyt močové inkontinence u ženy po císařském řezu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 14, 15

Otázky jsou interpretovány v předchozím výzkumném problému.

Z našeho výzkumu vyplynulo, větší výskyt močové inkontinence je u žen rodících vaginální cestou. Ze 168 celkově odpovídajících žen, jich 141 (84 %) rodilo vaginálně. Z tohoto množství respondentek jich 81 (57 %) uvedlo, že se s nechtěným únikem moči po

porodu potýkalo. U zbývajících žen, přesněji u 27 (16 %) bylo těhotenství ukončeno císařským řezem. V 9 (33 %) případech ženy uvedly, že byly také inkontinentní.

Otázka č. 1

Tato otázka se nevztahuje k žádnému výzkumnému problému. Má pro nás čistě informativní význam. Zjišťovali jsme věk našich respondentek. Nejvíce odpovídajících, přesně 102 (61 %), byly ženy mezi 31-40 lety. Další velkou skupinou byly ženy mezi 21-30 rokem. Bylo jich 52 (31 %). Celkem 11 (6 %) respondentek uvedlo, že jim je více než 41 let. Nejméně bylo maminek mladších 20 let, ty byly pouze 3 (2 %).

DISKUZE

Tato bakalářská práce je zaměřená na znalosti žen o prevenci a řešení močové inkontinence po porodu. Jsou zde popsány rozdíly výskytu nechtěného úniku moči u žen rodících vaginálně s různými druhy poranění, ale i u žen s provedeným císařským řezem. Popisujeme také rozdíly výskytu porodního poranění v souvislosti předporodní přípravy žen. Naší cílovou skupinou byly ženy po porodu. Ke zjištění míry informovanosti respondentek jsme zvolili polostrukturovaný dotazník, který obsahoval celkem 24 otázek. Otázky jsme použili uzavřené, polouzavřené a filtrační. Dotazníky jsme rozdali online cestou, pomocí diskuzního fóra www.modrykonik.cz a stránky www.facebook.com v uzavřených skupinách. Podařilo se nám oslovit celkem 200 žen. Po vyhodnocení všech dotazníků, jsme jich měli přesně 168 řádně vyplněných. V bakalářské práci jsme si stanovili 3 dílčí cíle a 7 výzkumných problémů.

V prvním dílčím cíli jsme chtěli zjistit, zda jsou ženy informované o možnostech prevence močové inkontinence. K tomuto cíli se vztahují dva výzkumné problémy, a to, zda se ženy zajímají o předporodní přípravu a jaké je povědomí žen o Aniballu. Z našeho výzkumu jsme zjistili, že více než 2/3 respondentek považují přípravu na porod za důležitou a zajímají se o ni. Polovina žen si myslí, že je nevhodnější se začít připravovat v průběhu těhotenství. Naše respondentky jsou také informované o možnostech prevence porodního poranění. Z našeho výzkumu jsme zjistili, že nejčastějším porodním poraněním u žen byla epiziotomie. Tyto ženy se většinou věnovali předporodní přípravě. Nejvíce využívanou metodu jak v předporodní přípravě, tak i v prevenci porodního poranění je u žen popíjení čaje z maliníku. Velmi oblíbenou je i masáž hráze nebo používání Aniballu. Ženy často navštěvují i předporodní kurz. Kodešová (2020, s.65) ve své práci uvádí, že se těhotné ženy o předporodní přípravu příliš nezajímají. Pouze pár těhotných žen v I. trimestru odpovědělo, že mají v plánu využít předporodní přípravu. Malá skupina respondentek ve III. trimestru uvedla, že tuto možnost nakonec nevyužily. Též uvádí, že ženy nemají dostatečné znalosti o předporodní přípravě. Bašková (2015, s.32) uvádí, že cílem předporodní přípravy je ženu, ale i partnera, dostatečně připravit na rodičovskou roli. Edukovat těhotnou o metodách usnadňujících porod a také o návycích, vedoucích k bezpečnému mateřství. Zjistili jsme, že respondentky znají Aniball a vědí k čemu se používá. V dotazníku tak uvedly téměř všechny dotazované. 1/4 dotazovaných žen Aniball využila v prevenci porodního poranění. Smetanová (2019, s.71) ve své práci zjišťovala jaký je výskyt porodního poranění u žen, které v těhotenství používaly Aniball. Tuto metodu využila většina respondentek, polovina

z nich porodila bez porodního poranění. Zjistila, že je velmi pravděpodobné, že žena, která cvičí s dilatačním balónkem, porodí bez poranění. Tudíž můžeme říct, že se Aniball dostává do povědomí žen a je často využíván. Můžeme také říct, že všechny dotazované ženy vědí, co to inkontinence moči je.

V našem druhém cíli jsme zjišťovali, do jaké míry jsou respondentky informované o následné péči při močové inkontinenci po porodu. V tomto cíli jsme si stanovili tři výzkumné problémy. V prvním výzkumném problému jsme chtěli zjistit, zda ženy znají cviky na posílení svalů pánevního dna. Z výzkumu vyplynulo, že ženy v těhotenství spíše necvičí. Respondentky, které naopak cvičí, většinou nevyhledávají odborné vedení, nýbrž cvičí samy. Ovšem více než 3/4 dotazovaných žen považuje cvičení po porodu za důležité. Respondentky znají cviky na posílení pánevního dna. Odpověděly tak v dotazníku téměř všechny ženy. Pouze malá skupina těchto dotazovaných uvedla, že tyto cviky nevyužily. Ty ženy, které cviky využily, téměř v polovině případech uvedly, že cvičily 2-4x týdně. Další velká skupina žen cvičila méně než 2x týdně. Ve druhém výzkumném problému jsme zjišťovali, jestli ženy vědí, jak inkontinenci řešit. Ženy znají možnosti řešení. Jako nejvyužívanější metodu ženy označovali právě posilování svalů pánevního dna. Ve třetím výzkumném problému jsme se zaměřili na to, zda ženy vědí, na jakého odborníka se mohou s těmito potížemi obrátit. Z výzkumu ale bohužel vyplynulo, že ženy, u kterých se inkontinence po porodu objevila, většinou nevyhledávají žádnou pomoc. Ty respondentky, které se naopak na odborníka obrátily, nejčastěji kontaktovaly svého obvodního gynekologa nebo fyzioterapeuta. Můžeme tedy říct, že ženy vědí, s kým močovou inkontinenci řešit. Vavricová (2012, s.) ve své bakalářské práci uvádí, že velká skupina respondentek nebyla informována od porodní asistentky o cvicích na aktivaci pánevního dna. Domnívá se, že ženy, které edukovány nebyly, netrpěly samovolným únikem moči po porodu, a proto je znát nemusejí. Nebo jsou to ženy, které tento problém měly, ale styděly se s tím svěřit a cviky si raději vyhledaly samy. Dále také zmiňuje, že ve většině případech ženy cviky nevyužily. Myslí si, že tyto respondentky cviky znají, ale neví, že je mohou využít jako prevenci inkontinence moči. Zmiňuje také myšlenku, že ženy, které necvičí, neprovádí cviky správně tak, aby byly dostatečně efektivní. Mimo jiné Vavricová ve svém výzkumu také zjišťovala, zda by ženy vyhledaly odbornou pomoc, kdyby se u nich po porodu vyskytl únik moči. Téměř všechny ženy uvedly, že by pomoc vyhledaly. Nejvíce z nich by volilo obvodního gynekologa. V tomto se výsledky našich výzkumů shodují.

Třetím cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaký je rozdíl ve výskytu močové inkontinence po vaginálním porodu a po císařském řezu. Ve výzkumných problémech jsme bádały po výskytu samovolného úniku moči po jednotlivých způsobech vedení porodu. Z celkového počtu všech respondentek se jich více než polovina s tímto problémem potýkala. Zjišťovali jsme, jak dlouho tyto ženy byly inkontinentní. Větší část respondentek odpověděla, že u nich potíže přetrvávaly déle než po dobu šestinedělí. Nejčastěji uváděly dobu 6 ti měsíců až 1 roku. U některých bohužel trvá dodnes. U zbylé části žen inkontinence vymizela v průběhu šestinedělí. Větší část respondentek rodila vaginálně. Nejvíce žen byly sekundipary. Druhou velkou skupinou byly prvorodičky. Zbylé respondentky rodily 3 a vícekrát. Zjistili jsme, že ženy, u kterých byl porod veden vaginálně, ve více než polovině případech trpěly močovou inkontinencí. Respondentky, u kterých bylo těhotenství ukončeno císařským řezem, v 1/3 případech měly nechtěný únik. Vyplývalo tedy, že močová inkontinence je častější u žen rodících vaginálně. Vašek a kol. (2019, s. 75) ve své práci uvádí, že vaginální porod je spojován s větším rizikem poranění levátorů a rozšířením urogenitálního hiatusu. Riziko se zvyšuje při ukončení porodu kleštěmi. Proto pokud je to možné, měl by se využít spíše VEX. Dále uvádí, že studie ukazují, že ženy, které rodily vaginálně mají větší pohyblivost hrdla močového měchýře než ženy s císařským řezem. Dále píše, že 33 % případů výskytu močové inkontinence, lze přičíst právě k vaginálním porodům. Nicméně ne u všech žen rodících vaginálně se následně vyvíjí poruchy funkce pánevního dna, a proto by strategie preventivních císařských řezu přinesla spíše více chirurgických rizik.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků našeho výzkumu bychom navrhovali nějaká doporučení pro praxi. Chtěli bychom zvýšit informovanost žen o močové inkontinenci po porodu. Navrhujeme, aby porodní asistentky nebo lékaři v prenatální poradně edukovali ženy již od začátku gravidity o riziku vzniku samovolného úniku moči a o důležitosti fyzické aktivity a předporodní přípravy. Bylo by vhodné, aby ženy na oddělení šestinedělí též někdo edukoval o správné aktivaci svalů pánevního dna. Ať už nemocniční fyzioterapeut nebo opět porodní asistentka. Vypracovali jsme edukační leták, který má ženy informovat o významu cvičení v těhotenství a po porodu.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá informovaností žen o prevenci a řešení močové inkontinence po porodu. Skládá se z teoretické a praktické části. V teoretické části popisujeme inkontinenci jako takovou. Je zde popsána její definice, druhy, příčiny, vyšetřovací metody a léčba. Dále jsme do práce zahrnuli anatomii močových cest, pánve, ale hlavně pánevního dna. V dalších kapitolách jsme se věnovali proměnám pánevního dna v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Do těchto kapitol jsme zařadili předporodní přípravu, možnosti předcházení porodnímu poranění a také vhodné cvičení v jednotlivých obdobích. Popisujeme i vhodná cvičení pro ženy po vaginálním porodu, ale také pro ženy po císařském řezu.

Potřebné informace jsme získaly pomocí dotazníkového šetření. Výzkum jsme zaměřili na ženy po porodu. Naším hlavním cílem bylo zjistit do jaké míry jsou ženy informované o močové inkontinenci, jejím předcházení a řešení. Zjistili jsme, že většině případů ženy nejsou vůbec informovány obvodním gynekologem, nebo porodní asistentkou o riziku vzniku nechtěného úniku moči. Myslíme si, že pokud by tyto respondentky měly potřebné informace, značně by to ulehčilo jejich situaci. Naším dalším zjištěním je, že se ženy zajímají o předporodní přípravu a ve velkém množství se různými metodami snaží předejít porodnímu poranění. Bohužel ženy, u kterých se porodu vyskytla močová inkontinence, v mnoha případech nevyhledávají odbornou pomoc. Ovšem v oblasti řešení těchto potíží mají ženy nejvíce povědomí o posilování svalů pánevního dna. Ve většině jiná řešení respondentky neznají. Zjistili jsme také, že u žen rodících vaginální cestou je větší výskyt močové inkontinence po porodu než u žen s císařským řezem.

Jsme rádi, že jsme si ke zpracování bakalářské práce vybrali toto téma. Získané poznatky využijeme v praxi. Zaměříme se na nedostatky informovanosti žen o tomto zdravotním problému.

SEZNAM LITERATURY

1. ALUŠÍKOVÁ, Marie. Léčba močové inkontinence u žen. *Farmaceutické informace*. 2016, (1), 1-2. ISSN 1211-0647.
2. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BEJDÁKOVÁ, Jitka. *Cvičení a sport v těhotenství: sporty vhodné i nevhodné, zásady cvičení, speciální tělocvik pro těhotné, základy výživy, tanec, gravidjóga*. Praha: Grada, 2006. Pro rodiče. ISBN 80-247-1214-8.
4. BOHATÁ, Pavla a Lukáš DOSTÁLEK. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie*. 2016, (3), 192-201. ISSN 1805-4455.
5. ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK. *Inkontinence moči*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4875-1.
6. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3817-8.
7. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0804-9.
8. FYZIOKLINIKA FYZIOTERAPIE S.R.O., PRAHA. *Oslabené pánevní dno nejen po porodu* [online]. 2020 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/oslabene-panevni-dno-nejen-po-porodu>
9. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
10. HALAŠKA, Michael. *Urogynekologie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-726-2272-2.
11. HAVALDA, Andrej. Inkontinencia moču – úskalia správnej diagnostiky a význam hormonálnej liečby. *Via practica*. 2008, (4-5), 195-198. ISSN 1339-424X.
12. HUVAR, Ivan. Močová inkontinence v těhotenství. *Urologie pro praxi*. 2014, (15), 152-154. ISSN 1803-5299.

13. KAŠÍKOVÁ, Eva. Pánevní dno a porod. *Moderní babičtví*. 2008, (16), 1-4. ISSN 1214-5572.
14. KODEŠOVÁ, Petra. *Informovanost žen o průběhu porodu*. Plzeň, 2020. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kristina Janoušková.
15. KOTT, Otto, Šárka STAŠKOVÁ, Lukáš RYBY a Jitka KROCOVÁ. *Problematika dysfunkce pánevního dna pro nelékaře*. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. 77 s. ISBN 978-80-261-0757-6.
16. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: TRITON, 2013. ISBN 987-80-7387-624-1.
17. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-6654-6.
18. MARTAN, Alois. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2006. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-734-5094-1.
19. OTČENÁŠEK, Michal. Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu. *Moderní babičtví*. 2009, (17), 24-27. ISSN 1214-5572.
20. OTČENÁŠEK, Michal. Urogynekologie v přehledu pro fyzioterapeuty. *Umění fyzioterapie*. 2017, (3), 5-11. ISSN 2464-6784.
21. Pánevní dno v těhotenství. *Aniball* [online]. 17.3.2020 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/>
22. PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Dotisk 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 203 s. ISBN 978-80-244-3019-5.
23. ROSICKA, Monika. *Vaginal Steaming for Womb Health* [online]. 15 October 2018 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://medium.com/@MidwifeMonika/vaginal-steaming-for-womb-health-e2b4c5c140d9>
24. SMETANOVÁ, Noemi. *Strategie využívané na snížení porodního poranění*. Olomouc, 2019. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta

zdravotnických věd, Ústav porodní asistence. Vedoucí práce Doc. PhDr. Ľudmila Matulníková, Ph.D.

25. VALOVÁ, Monika. *Ženská bylinná napárka* [online]. 17. dubna 2019 [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/zenska-bylinna-naparka>
26. VAŠEK, Petr, Marcel GÄRTNER, Olga SZABOVÁ a Michaela JURÁKOVÁ. Močová inkontinence v těhotenství. *Česká gynekologie* [online]. 2019, 73-76 [cit. 2021-03-26]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/mocova-inkontinence-v-tehotenstvi-112781>
27. VAVRICOVÁ, Martina. *Informovanost žen o možnostech léčby inkontinence*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Prim. MUDr. Petr Sák, Ph.D.
28. VILHELMOVÁ, Libuše. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 2011, (2), 97-99. ISSN 1803-5299.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Pánevní dno (pohled shora)

Příloha č. 3 – Pánevní dno (pohled zdola)

Příloha č. 4 – Aniball

Příloha č. 5 – Aniball Inco

Příloha č. 6 – Edukační leták

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážená respondentko,

jmenuji se Natálie Moravčíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budou použity ke zpracování praktické části mé bakalářské práce na téma "Inkontinence a pánevní dno". Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o pravdivé informace. Obsahuje celkem 24 otázek. V případě, že jste rodila více než jedenkrát, můžete dotazník vyplnit vícekrát za každý porod.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

- 1) Jaký je Váš věk?
 - a) méně než 20 let
 - b) 21-30 let
 - c) 31-40 let
 - d) 41 let a více

- 2) Kolikrát jste rodila?
 - a) 1x
 - b) 2x
 - c) 3x a více

- 3) Jakým způsobem byl vedený Váš porod?
 - a) vaginálně
 - b) císařský řez

- 4) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.3 odpověděla VAGINÁLNĚ.
Měla jste nějaké porodní poranění? (lze zaškrtnout více odpovědí)
 - a) bez poranění
 - b) poranění hráze I. stupně
 - c) poranění hráze II. stupně
 - d) poranění hráze III. stupně
 - e) poranění hráze IV. stupně
 - f) epiziotomie (nástřih hráze)
 - g) jiné:

- 5) Jste informovaná o možnostech předcházení porodního poranění?
 - a) ano
 - b) ne

- 6) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.5 odpověděla ANO.
Jak jste porodnímu poranění předcházela? (lze zaškrtnout více odpovědí)
- a) masáž hráze
 - b) používání Aniballu
 - c) užívání lněného semínka
 - d) pití čaje z maliníku
 - e) vaginální napářka před porodem
 - f) jiné:
- 7) Myslíte si, že je příprava na porod důležitá?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 8) Od kdy je podle Vás vhodné začít s přípravou na porod?
- a) od začátku těhotenství
 - b) v průběhu těhotenství
 - c) před porodem
 - d) nevím
- 9) Jakým způsobem jste se připravovala na porod? (lze zaškrtnout více odpovědí)
- a) nijak jsem se nepřipravovala
 - b) předporodní kurz
 - c) cvičení pod odborným vedením
 - d) používání Aniballu
 - e) vaginální napářka před porodem
 - f) čaj z maliníku
 - g) masáž hráze
 - h) jiné:
- 10) Víte, co je to Aniball a k čemu se používá?
- a) ano
 - b) ne
- 11) Cvičila jste během těhotenství?
- a) ano
 - b) ne
- 12) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.11 odpověděla ANO.
Jak jste cvičila?
- a) pod odborným vedením
 - b) sama
- 13) Víte, co je to inkontinence moči?

- a) neschopnost vymočit se
- b) nechtěný únik moči
- c) noční pomočování
- d) nevím

14) Vyskytla se u Vás po porodu inkontinence moči?

- a) ano
- b) ne

15) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.14 odpověděla ANO.

Jak dlouho trvala?

- a) po dobu šestinedělí
- b) déle – Jak dlouho?

16) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.14 odpověděla ANO.

Vyhledala jste nějakou pomoc, pro řešení tohoto problému?

- a) ano
- b) ne

17) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.16 odpověděla ANO.

Na koho jste se s tímto problémem obrátila? (lze zaškrtnout více odpovědí)

- a) obvodní gynekolog
- b) porodní asistentka
- c) urogynekolog
- d) fyzioterapeut
- e) jiné:

18) Znáte možnosti řešení močové inkontinence?

- a) ano
- b) ne

19) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.18 odpověděla ANO.

Jaké řešení jste využila? (lze zaškrtnout více odpovědí)

- a) posilování svalů pánevního dna
- b) elektrostimulace
- c) biofeedback (zpětná vazba)
- d) operativní řešení
- e) jiné:

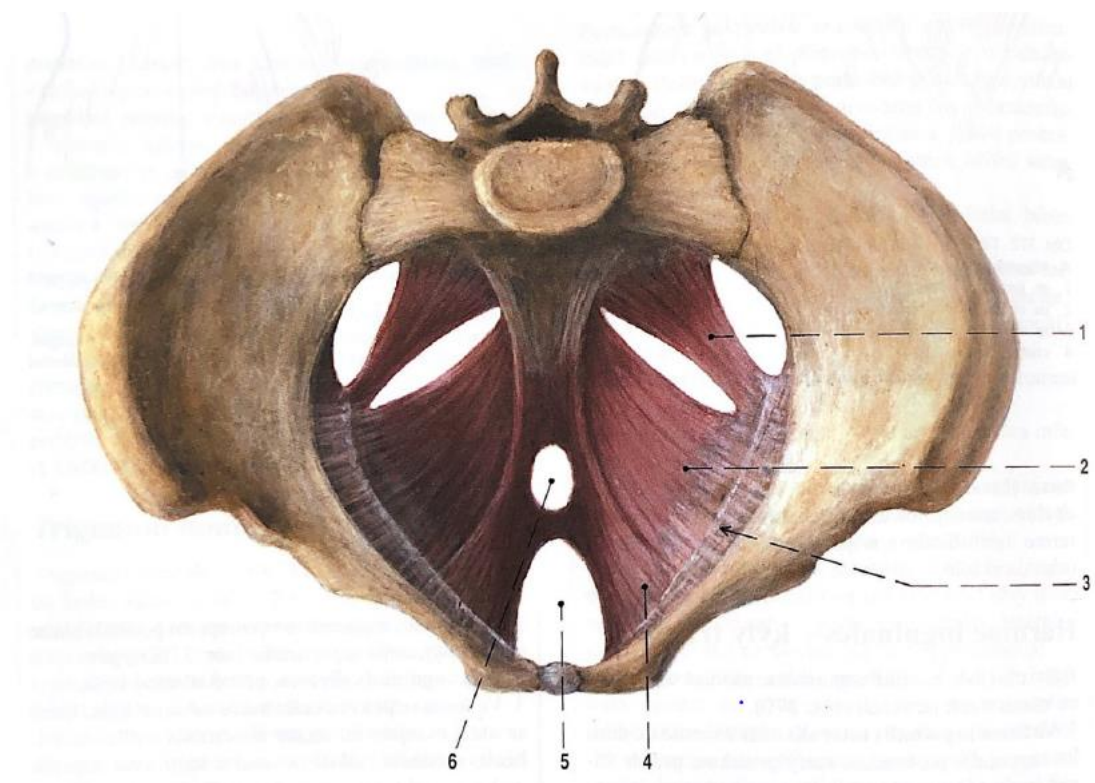
20) Považujete cvičení po porodu za důležité?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

- 21) Znáte cviky na posílení pánevního dna?
- a) ano
 - b) ne
- 22) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.21 odpověděla ANO.
Využila jste tyto cviky?
- a) ano
 - b) ne
- 23) Odpovězte v případě, že jste na otázku č.22 odpověděla ANO.
Jak často jste cvičila?
- a) méně než 2x týdně
 - b) 2-4x týdně
 - c) 5 a vícekrát týdně
- 24) Informoval Vás Váš gynekolog nebo porodní asistentka při předporodním kurzu o riziku vzniku inkontinence po porodu?
- a) ano
 - b) ne

Příloha č. 2 – Svaly pánevního dna (pohled shora)

Obrázek č. 1 – Pánevní dno (pohled shora)



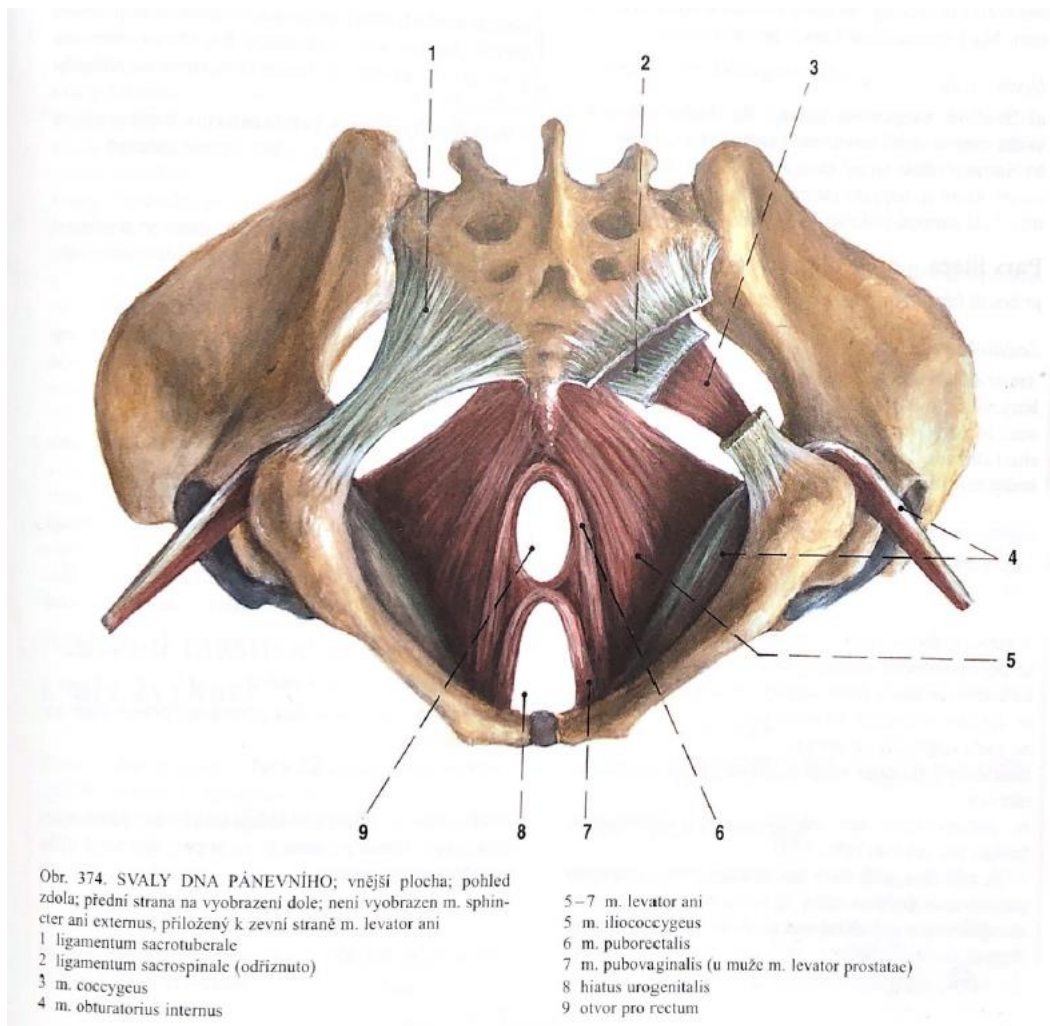
Obr. 373. SVALY DNA PÁNEVNÍHO; vnitřní plocha; pohled shora z pánve; přední strana na vyobrazení dole
1 m. coccygeus
2-4 m. levator ani
2 m. iliococcygeus

3 arcus tendineus muscoli levatoris ani
4 m. pubococcygeus
5 hiatus urogenitalis
6 otvor pro rectum

Zdroj: Čihák, 2011, s.402

Příloha č. 3 – Svaly pánevního dna (pohled zdola)

Obrázek č. 2 – Pánevní dno (pohled zdola)



Zdroj: Čihák, 2011, s.403

Příloha č. 4 – Aniball

Obrázek č. 3 - Aniball



Zdroj: <https://www.aniball.cz/aniball/>

Příloha č. 5 – Aniball Inco

Obrázek č. 4 – Aniball Inco



Zdroj: <https://www.aniball.cz/co-je-to-aniball-inco/>

Příloha č. 6 – Edukační leták

Obrázek č. 5 – Edukační leták



Cvičení v těhotenství a po porodu

Výhody

V těhotenství:

- kladný vliv na kardiovaskulární systém a dýchací soustavu
- udržování fyzické i psychické kondice
- prevence různých onemocnění (křečové žíly)
- úleva od bolestí zad

Po porodu:

- posilování oslabených partií
- prevence močové inkontinence
- kladný vliv na krevní oběh
- napomáhá správnému zavinování dělohy

Vhodné aktivity

- jóga pro těhotné
- plavání
- chůze
- tanec
- jízda na rotopedu
- posilování svalů pánevního dna

Nevhodné aktivity

- silové sporty
- jízda na koni
- lyžování
- potápění

Před každým cvičením je důležité se rozehřát a protáhnout. Myslete také na pitný režim.



Zdroj: vlastní