

Inkontinence moči v těhotenství

Andrea Marečková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Andrea Marečková**
Osobní číslo: **H17197**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Inkontinence moči v těhotenství**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti inkontinence moči a těhotenství.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

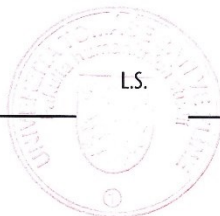
Seznam doporučené literatury:

DOBROVODSKÁ, Libuše. Těhotenství a porod: jejich vliv na svalstvo pánevního dna. Florence. 2012, 8(1). ISSN 1801-464X.
HORČÍČKA, Lukáš. Inkontinence moči v každodenní praxi. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 9788020445032.
HOUFKOVÁ, Lucie. Inkontinence moči u žen a speciální urodynamické vyšetření. Florence. 2015, 11(9). ISSN 1801-464X.
MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK. Nové operační a léčebné postupy v urogynélogii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-807-3453-480.
SANGSAWANG, Bussara. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature[online]. 2014. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2014.04.010. ISSN 03012115.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.5.2020

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce nese název Inkontinence moči v těhotenství. Skládá se ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části je popsána anatomie a fyziologie dolních močových cest, vliv těhotenství na pánevní orgány, druhy inkontinence, příznaky, diagnostika, léčba a absorpční pomůcky. Druhá část je praktická a je pojata kvantitativní formou. Šetření je prováděno pomocí dotazníků, které jsme sami zhotovili. Dotazníky byly rozdány v předporodních kurzech, kde je vyplnily těhotné ženy.

Klíčová slova: inkontinence moči, těhotenství, močení, svaly pánevního dna

ABSTRACT

This Bachelor's thesis is titled Urine Incontinence during Pregnancy. It comprises of two parts, the theoretical part and the practical part. The theoretical part describes the anatomy and physiology of lower urinary tract, influence of pregnancy on pelvic organs, types of incontinence, symptoms, diagnostics, treatment, and urine-absorbing aids. The second part is practically oriented and uses quantitative methods. The research is carried out using questionnaires that we created. The questionnaires were distributed to women in antenatal classes where the pregnant women filled them in.

Keywords: urinary incontinence, pregnancy, urination, pelvic floor muscles

Mé poděkování patří vedoucímu mé bakalářské práce panu MUDr. Zdeňkovi Adamíkovi, Ph.D., MBA za cenné rady, vedení bakalářské práce, ochotu a trpělivost při jejím vypracovávání.

Též děkuji porodním asistentkám paní Karle Štěpánové, Bc. Haně Válkové a Vladce Hlavsové za vstřícný přístup a pomoc při realizaci výzkumného šetření, stejně tak všem ženám, které byly ochotny vyplnit dotazník. Děkuji také své rodině a přátelům za trpělivost a velkou podporu při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

MOTTO

„Vždy si volte to, co vás nejvíc děsí.

Jenom to vás přinutí dát do toho všechno,

co se ve vás skrývá“

-Caroline Myss

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DOLNÍCH CEST MOČOVÝCH	12
1.1 VLV TĚHOTENSTVÍ NA PÁNEVNÍ ORGÁNY	13
2 INKONTINENCE MOČI	15
2.1 URODYNAMICKÁ STRESOVÁ INKONTINENCE (SUI)	15
2.2 URGENTNÍ INKONTINENCE (UI) A HYPERAKTIVNÍ MOČOVÝ MĚCHÝŘ (OAB).....	15
2.3 REFLEXNÍ INKONTINENCE	16
2.4 PARADOXNÍ INKONTINENCE	16
2.5 SMÍŠENÁ INKONTINENCE (MUI).....	16
2.6 INKONTINENCE MOČI V TĚHOTENSTVÍ	16
2.7 LUTS – LOWER URINATORI TRACT SYMPTOMS – PŘÍZNAKY DOLNÍHO MOČOVÉHO TRAKTU	17
2.8 LUTD – LOWER URINATORI TRACT DYSFUNCTION – PROJEVY DYSFUNKCE DOLNÍHO MOČOVÉHO TRAKTU	18
3 DIAGNOSTIKA	19
3.1 ANAMNÉZA	19
3.2 MIKČNÍ KARTA	20
3.3 MIKČNÍ DENÍK	20
3.4 GYNEKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	20
3.5 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	21
3.6 KLINICKÉ TESTY	21
3.7 URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ.....	22
3.8 ELEKTROMYOGRAFIE	23
3.9 ZOBRAZOVACÍ METODY	23
4 LÉČBA	28
4.1 REHABILITACE	28
4.2 ABSORPČNÍ POMŮCKY	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 METODIKA PRÁCE	32
5.1 CÍLE PRÁCE	32
5.2 METODIKA A TECHNIKA SBĚRU DAT	32
5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	33
6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	34
7 DISKUZE	64
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
SEZNAM TABULEK	72

SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Inkontinence moči je téma, o kterém se málo hovoří, přesto postihuje významnou část žen. Znamená pro ně psychosociální, hygienický, ekonomický i společenský problém. Negativně ovlivňuje kvalitu života ženy. Pojmeme inkontinence moči rozumíme samovolný, vůlí nekontrolovatelný únik moči. Narušena může být funkce močového měchýře, nebo jeho svěrač.

V průběhu svého života se žena setkává se specifickými situacemi, které mohou zvyšovat riziko jejího vzniku. Jednou z těchto situací je právě těhotenství a porod. Více než polovina těhotných žen se potýká v graviditě se samovolným únikem moči. Nejčastěji se u těhotných žen vyskytuje inkontinence stresová. U tohoto typu inkontinence moč uniká při náhlé fyzické námaze, kašli, kýchnutí, nebo smíchu. Méně často těhotné ženy obtěžuje urgentní a smíšená inkontinence. Po porodu dochází k vymizení příznaků samovolného úniku moči u mnoha žen, které se s nimi v graviditě potýkaly. Neznamená to ale, že se s inkontinencí či jinými poruchami statiky pánevního dna už nikdy nesetkají.

Se samovolným únikem moči se setkávají nejen ženy starší, ale i mladší. Impulzem pro vybrání bakalářské práce nesoucí název „Inkontinence moči v těhotenství“ byla situace, kdy jsem se na své praxi v ambulanci porodního sálu setkala s asi pětadvacetiletou ženou, kterou obtěžovala inkontinence moči v graviditě. Proto následující řádky o této problematice pojednávají.

Bakalářská práce bude rozdělena do dvou částí. Část teoretická bude členěna na čtyři hlavní kapitoly. V první kapitole se budeme zabývat anatomii a fyziologií dolních cest močových. Ve druhé kapitole budou nastíněny druhy inkontinence. Třetí kapitola bude popisovat diagnostiku inkontinence a poslední kapitola teoretické části se bude zabývat léčbou inkontinence moči v těhotenství a absorpčními pomůckami.

Část praktická bude zpracována kvantitativní formou za pomoci dotazníků. Budeme se v ní snažit najít odpovědi na stanovené cíle a předpoklady. Následně budeme hodnotit zjištěná fakta a vyhodnotíme, zda byly splněny všechny cíle a předpoklady.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DOLNÍCH CEST MOČOVÝCH

Močové cesty jsou tvořeny ledvinovými kalichy, pánvičkami, uretery (močovody), močovým měchýřem (vesica urinaria) a uretrou (močovou trubicí). Sběrné kanálky obsahující definitivní moč ústí do ledvinových kalichů, které přechází do ledvinových pánviček. Ledvinová pánvička se stává na krátký čas rezervoárem pro moč. Jakmile se naplní do určitého objemu, dojde v distální části pánvičky k cirkulárnímu stahu, kterým se oddělí porce moči a vznikne tzv. močové vřetenko. Moč aktivně prochází ureterem až do močového měchýře. Močové vřetenko postupuje rychlostí 3 cm/min a jeho obsah je 2-5 ml. Pokud se zvětší diuréza, dochází ke zvětšení objemu vřetenka a následně se zrychlí jeho posun. (Rokyta et al., 2016)

Močový měchýř (vesica urinaria)

Močový měchýř je dutý svalový orgán s kapacitou asi 500 ml. Prázdný má miskovitý tvar, při naplnění kulovitý. Močový měchýř má sliznici krytou vícevrstevným přechodným epitelem, pod ním se nachází řídké podslizniční vazivo složené v řasy. Trigonum vesicale je pole s hladkou sliznicí ve tvaru trojúhelníku, uložené na spodině močového měchýře. Je vymezeno ústím ureterů a odstupem uretry. Svalovina měchýře se skládá z vrstvy síťové, cirkulární a podélné. Společně tvoří m. detrusor, který má vypuzovací funkci. Okolo odstupu močové trubice se nachází m. sphincter vesicae, v oblasti trigona m. trigonalis. Ten pomáhá otvírat a zavírat ústí ureterů. (Naňka a Elišková, 2015)

Močová trubice u ženy (urethra feminima)

U žen má močová trubice délku asi 4 cm a šířku 6-8 mm. Začíná v močovém měchýři a končí mezi glans clitoridis a přední stěnou pochvy ve vestibulu vaginae na papilla urethralis. Prochází stěnou měchýře přes diafragma urogenitale a částí leží na hrázi pod diafragma urogenitale. Močová trubice je fixována ligamenty k os pubis a vazivovou ploténkou k pochvě. Sliznice uretry je tvořena hladkou svalovinou složenou v podélné řasy. Na jejím začátku se nachází epitel z močového měchýře, dále je epitel mnohvrstevný dlaždicový bez rohovatění. Hladká svalovina přechází ve svalovinu močového měchýře, vlákna jsou uspořádána šikmo a podélně. M. sphincter urethrae externus je tvořen z příčně pruhované svaloviny. Je uložen kolem uretry, poté vstupuje do difragmy. (Naňka a Elišková, 2015)

Svaly pánevního dna – diafragma pelvis

Jedná se o skupinu svalů a jejich fascií, které drží orgány v malé pánvi. Funkčně se zapojují do tvorby břišního lisu a podílí se na inspiriu v klidové fázi dýchání. Tvoří plastický funkční uzávěr dutiny pánevní. Pánevní dno má tvar trychtýře. Začíná na stěnách malé pánve a vrcholem míří ke konečníku. Mezi svaly pánevního dna patří musculus levator ani, musculus ischiococcygeus a musculus sphincter ani externus. Musculus levator ani (zdvíhač řitě) je plochý sval, který se účastní vytvoření pánevního uzávěru. (Roztočil, 2017)

Močení

Proces, při kterém dochází k vyprazdňování močového měchýře, se nazývá mikce. Z ledvinných pánviček se močové vřetenko posunuje díky svalovině ureterů do močového měchýře. Po jeho naplnění o objemu 200-300 ml, dojde ke zvýšení intravezikálního tlaku a vzniká pocit nucení na močení. Když se močový měchýř naplní do objemu 400 ml, dojde k vyvolání mikčního reflexu, jehož centrum je v sakrální míše. Močový měchýř dosahuje maxima naplnění při 750 ml. K mikci fyziologicky dochází 4-6x převážně během dne. (Rokyta, 2016)

1.1 Vliv těhotenství na pánevní orgány

Ženské pohlavní hormony působí jak na hladkou svalovinu gastrointestinálního traktu, tak i na svalovinu pánevního dna. Sérové hladiny estrogenu i progesteronu jsou u těhotných žen zvýšeny v průběhu celého těhotenství a ještě 72 hodin po porodu, poté klesají na obvyklé hladiny před těhotenstvím. Působením progesteronu dochází ke snížení rychlosti pasáže a relaxaci svaloviny GIT. Těhotné trpí zácpou a mají problémy s defekací. Důvodem je endokrinní příčina tohoto stavu i tlak těhotné dělohy. (Halaška, 2004)

V pochvě a dolním močovém systému také najdeme receptory estrogenu a progesteronu. V období těhotenství, menopauzy, ale i během menstruačního cyklu dochází ke změnám cytologickým i urodynamickým v dolním močovém ústrojí. Vlivem vysokých hladin progesteronu v těhotenství dochází k relaxaci hladké svaloviny. To spolu s působením tlaku těhotné dělohy, má za následek rozšíření pravého ureteru. Dilatací ureteru se zvyšuje riziko městnání moči, poruch močení a infekce dolních močových cest, na jejímž podkladě se může rozvinout pyelonefritida, která patří mezi rizikové faktory předčasného porodu. (Halaška, 2004)

Stresová inkontinence moči v těhotenství se připisuje vysokým hladinám progesteronu. Nebylo však prokázáno, že by těhotenství ovlivňovalo intrauretrální tlak. Na pánevní struktury

má vliv i hormon relaxin. Hladina tohoto hormonu vrcholí v těhotenství a při porodu. Jeho úkolem je tvarování pojiva cervixu a pánevního dna, uvolňuje pánevní vazy a symfýzu. Umožňuje tak hlavičce plodu snadnější sestup a porod. Nedostatečným působením relaxinu na struktury malé pánve dochází ke snížení remodelujícího vlivu, což může mít za následek vyšší riziko vzniku porodních poranění. (Halaška, 2004)

V prvním trimestru má močový měchýř kapacitu 410 ml, uprostřed těhotenství je to 460 ml. Během prvního trimestru dochází ke změně diurnálního rytmu. Ženy trpí nykturií jednou či vícekrát za noc. 80 % těhotných se s těmito příznaky setkává v prvním trimestru, ve druhém je procento nižší. Důvodem je vystoupení dělohy z malé pánve a její napřímení. Díky tomu má močový měchýř více prostoru a může se zvětšit. Ve třetím trimestru dochází ke snížení kapacity na 272 ml. Na močový měchýř tlačí naléhající část plodu, proto se zvyšuje frekvence mikce. Svůj podíl na tom má i iritace nervových zakončení v malé pánvi či svalovina detruzoru. Zhoršení krevního průtoku a inervace močového měchýře s uretrou je způsobena tlakem rostoucí dělohy a zvýšením nitrobřišního tlaku. Ochablost svalů pánevního dna vede ke zvýšené mobilitě uretry a hrdla močového měchýře. (Huvar, 2014)

2 INKONTINENCE MOČI

„Podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci (ICS – International Continence Society) je inkontinence moči definována jako stav, kdy nechtěný únik moči způsobuje sociální nebo hygienický problém a je objektivně prokazatelný.“ (Pilka, 2017, s. 284) Inkontinence moči není nemoc, ale symptom. Příčiny inkontinence mají multifaktoriální charakter. (Pilka, 2017)

2.1 Urodynamická stresová inkontinence (SUI)

K úniku moči dochází při zvýšení intraabdominálního tlaku. Ten vzniká při nedostatečném uzávěrovém mechanismu uretry a absenci kontrakce detrusoru. Při zvýšení intraabdominálního tlaku dochází ke stlačení uretry o suburetrální podpůrnou vrstvu. Jestliže dojde k jejímu poškození, je přenos tohoto tlaku na močovou trubici nedostatečný. Ve stejnou chvíli dochází ke zvýšení mobility hrdla močového měchýře, tím může dojít ke vzniku stresové inkontinence. Dále k ní může dojít při porušení uretry jako sfinkteru (ISD – Intrinsic Sphincter Deficiency). Tato porucha může být spojena se zvýšenou mobilitou hrdla močového měchýře u inkontinentních žen. Někdy nemusí dojít k prokázání stresové inkontinence u žen s hypermobilitou hrdla močového měchýře. Následkem abnormality uretrální pojivové tkáně, uretrálního cévního zásobení, změn povrchového napětí sliznice uretry a dalším faktorům může dojít k insuficienci vnitřního svěrače uretry. (Martan, Mašata a Švábík, 2013)

2.2 Urgentní inkontinence (UII) a hyperaktivní močový měchýř (OAB)

Základním příznakem urgentní inkontinence je urgence. Pocit silného nucení na močení vzniká náhle a je obtížné jej potlačit. Urgence je patologickým příznakem, objevuje se ve fázi plnění močového měchýře a není závislá na jeho náplni. Frekvence močení je u urgentní inkontinence častější než 8x za 24 hodin. Dalším příznakem může být nykturie. Nemocný musí přerušit spánek. Důvodem je nutnost se vymočit a urgentní inkontinence, pokud je samovolný únik moči spojen s náhlým a vydatným pocitem nucení na močení. Kombinací stresové a urgentní inkontinence vzniká inkontinence smíšená. (Martan, Mašata a Švábík, 2013)

Inkontinence má vliv na kvalitu života ženy. Ovlivňuje fyzickou, sociální i emoční pohodu. Ženy mohou zažívat pocit méněcennosti, studu či trapnosti. Kvůli vlhkosti a zápachu se pacientky bojí cestovat, omezují příjem tekutin, sexuální život a vyhýbají se pobytu ve společnosti. (Martan, Mašata a Švábík, 2013)

Hyperaktivní močový měchýř zahrnuje čtyři základní příznaky, kterými je urgence, urgentní inkontinence, časté močení a nykturie. Dvě třetiny osob s OAB netrpí inkontinencí, proto není důležitá její přítomnost při diagnostice. Vznik OAB může být primární, kdy není příčina vzniku zjištěna. Sekundárně vzniká na podkladě infekce, nádorového onemocnění, přítomnosti cizího tělesa v močovém měchýři a změnách po operacích a radiační léčbě. (Martan, Mašata a Švabík, 2013)

2.3 Reflexní inkontinence

Důvodem reflexní inkontinence je onemocnění, nebo poškození centrálního nervového systému. Dochází k abnormální reflexní aktivitě míšního centra, chybí pocit nucení na močení. Mikční reflex probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum, pacient nad ním nemá kontrolu, upozornit je mohou pouze vegetativní příznaky. (Martan, Mašata a Švabík, 2013)

2.4 Paradoxní inkontinence

Při paradoxní inkontinenci moč přetéká z přeplněného močového měchýře. Základem jsou pokročilé močové retence a velký objem reziduální moči. Močový měchýř je chronicky rozšířený a nedochází k jeho úplnému vyprázdnění. Při zvýšení nitrobřišního tlaku moč uniká po kapkách, nebo v malém množství. (Kawaciuk, 2009)

2.5 Smíšená inkontinence (MUI)

Smíšená močová inkontinence (MUI) je koexistence stresové a urgentní močové inkontinence. Je definována jako nedobrovolná ztráta moči spojená s pocitem naléhavosti a také námahou, kýčáním, nebo kašlem. (Jain et al., 2011)

2.6 Inkontinence moči v těhotenství

V těhotenství dochází v orgánových systémech ke změnám a mění se i dolní močové cesty. Inkontinence moči v těhotenství je opomíjeným problémem, přesto postihuje více než polovinu těhotných žen. Dle výsledků standardizovaných dotazníků je kvalita života těhotných žen s inkontinencí horší než žen kontinentních, a zhoršuje se přibližováním termínu porodu. Nejčastěji se objevuje v graviditě stresová inkontinence. Moč uniká při náhlé fyzické námaze, kašli, nebo kýchnutí. Méně často těhotné obtěžuje urgence, urgentní inkontinence a inkontinence smíšená. Soubor příznaků dolních močových cest (LUTS) narůstá se stářím

těhotenství, nejčastěji pak po 36. týdnu. Objevují se ještě během jednoho roku po porodu. Častěji postihuje starší rodičky. (Huvar, 2014)

Močovou inkontinencí v graviditě dle různých studií trpí 30-60 % žen. V prvním trimestru postihuje 15 % těhotných, ve třetím se jedná až o 80 %. U nullipar se vyskytuje v 15-50 % a v případě multipar v 35-70 %. Při každé další graviditě mohou příznaky přetrvávat, nebo se zhoršovat. Na rozvoj inkontinence v těhotenství má vliv parita, věk, genetika, hmotnost ženy i hmotnost plodu. (Huvar, 2014)

Na poruchy pánevního dna má vliv i samotný způsob porodu, ten ale není vždy rozhodující. Samotné těhotenství působí na pánevní dno ve smyslu jeho poruch. Provedením císařského řezu je možné zabránit vzniku poruch pánevního dna, bohužel však nelze zamezit jejímu výskytu v pozdějším věku ženy. Studie EPICONT uvádí, že ženy, u kterých byl proveden císařský řez, jsou ohroženy inkontinencí stresovou i smíšenou. Ženy po vaginálním porodu jsou ohroženy rizikem vzniku stresové inkontinence. (Vašek, 2019)

2.7 LUTS – lower urinotori tract symptoms – příznaky dolního močového traktu

Jedná se o subjektivní příznak, kterým pacientka, její partner, nebo pečovatel hodnotí nemoc nebo zhoršení stavu. Pacientka vyhledává pomoc a sděluje příznaky bez předchozího vyzvání. Není možné zjistit definitivní diagnózu pouze pomocí LUTS. Může ale odhalit LUTD – dysfunkci dolního močového traktu nebo infekci močového traktu. (Martan, Mašata a Švabík, 2013)

Kobilková (2005) je dělí na poruchy plnění, vyprazdňování a postmikční příznaky. K poruchám plnění dochází při plnicí fázi močového měchýře a to přes den i v noci. Patří k nim:

- polakisurie – pacientka udává, že močí v častějších frekvencích než obvykle
- nykturie – noční močení, které probouzí a nutí pacientku jít se vymočit
- inkontinence moči
- stresová inkontinence – mimovolní únik moči spojený se zvýšením nitrobřišního tlaku
- enuréza – jakýkoliv nekontrolovatelný únik moči
- neustálý únik moči
- další typy inkontinence moči.

Poruchy vyprazdňování pozorujeme v průběhu močení:

- zpomalený proud moči – projevuje se jako snížená rychlost vyprazdňování
- přerušovaný proud moči – přerušování proudu moči během jedné mikce.

Postmikční příznaky se objevují okamžitě po vymočení:

- dojem nedokonalého vyprázdnění
- postmikční únik – po vymočení ve velmi krátkém čase dojde k úniku moči.

2.8 LUTD – lower urinotori tract dysfunction – projevy dysfunkce dolního močového traktu

Pomocí jednoduchých vyšetřovacích metod lékař sleduje projevy dysfunkce dolního močového traktu a množství uniklé moči. Monitorování úniku moči při kašli je vzorným příkladem. (Martan, Mašata a Švabík, 2013)

Vašek (2019) uvádí častý výskyt symptomů dysfunkce dolních močových cest v těhotenství. Mohou souviset s fyziologickými změnami pánevního dna vlivem těhotenství, ale také se mohou vyskytovat po porodu jako následek poškození. Hořčíčka (2017) říká, že vznikem LUTD jsou více ohroženy multipary a starší rodičky (menší odolnost tkání). Rizikovým faktorem je i hmotnost plodu, podílí se ale nejmenší měrou.

3 DIAGNOSTIKA

Diagnostika je důležitá pro objektivní prokázání inkontinence a její klasifikaci. Jejím výsledkem je doporučený postup, který se provádí v konzervativním i chirurgickém managementu. Není možné u všech žen zjišťovat inkontinenci pomocí rozsáhlého a komplexního urogynekologického vyšetření. Využívá se tedy metod minimálního diagnostického programu, který není vázán na speciální a nákladné přístrojové vybavení. Tímto způsobem lze diagnostikovat u žen typickou stresovou inkontinenci a zahájit konzervativní způsob léčby. Ženy trpící v základní diagnostice opačnými nálezy, recidivou inkontinence, její neúspěšnou konzervativní léčbou, nebo ženy po urologických operacích či před plánovanou chirurgickou terapií inkontinence, musí podstoupit specializovaný diagnostický program. (Roztočil a Bartoš, 2011)

„Minimální diagnostický program pro zhodnocení inkontinence moči obsahuje následující oddíly:

- *anamnézu*
- *gynekologické vyšetření*
- *jednoduché funkční testy*
- *kontrolu postmikčního rezidua*
- *vyšetření moči*
- *vyhodnocení mikční karty.*“ (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 298)

3.1 Anamnéza

U symptomu inkontinence moči je podrobná anamnéza základem diagnostiky. Díky ní může zkušený lékař zjistit, jakým druhem inkontinence pacientka trpí. Je možné využít standardizovaných dotazníků, ty ale nenahradí komunikaci mezi lékařem a pacientem. (Rotočil a Bartoš, 2011)

Při zjišťování anamnézy začínají Rob, Martan a Citterbart (2008) rodinnou anamnézou, ve které se mohou vyskytovat anomálie uretropybického traktu, vrozené rozštěpové vady, nebo anomálie v oblasti míchy. Následuje osobní a gynekologická anamnéza. Roztočil a Bartoš (2011) se v ní doporučují zaměřit na menstruační cyklus, hormonální terapii, těhotenství, porody, porodnické a gynekologické výkony. Důležitá je i menopauza, klimakterický syndrom a pohlavní život. V sociální a pracovní anamnéze nás zajímá vzdělání, zaměstnání a s ním spojené fyzické i psychické stresující faktory. Urologická anamnéza nás informuje

o enuréze v dětství a dospělém věku, vrozených vývojových vadách uretropybického systému a dolních močových cestách, jejich onemocnění i chirurgických výkonech prováděných na ledvinách, močovodech a močovém měchýři. V anamnéze nesmí samozřejmě chybět detailní informace o stávajících obtížích. Klademe důraz na poruchy hromadění a evakuaci moči. Zajímá nás počet úniků moči, počet vložek za den, jejich typ a četnost výměny. Další důležitou informací, kterou uvádí Pilka (2017), jsou okolnosti, při kterých k úniku dochází. Vede k němu zvýšený nitrobršišní tlak při kašli, kýchání, pohlavním styku i při Valsavově manévru. Pacientky se dotazujeme, jaká je frekvence močení, zda dochází k úniku moči, případně o jak velké množství uniklé moči se jedná. Nesmíme opomínat farmakologickou anamnézu. Některé léky svým nežádoucím účinkem mohou vyvolat inkontinenci. V rámci diagnostiky se používají dotazníky, které shledávají inkontinenci jako objektivní. Dotazník Quality of life upotřebujeme pro zjištění kvality života. (Rob, Martan a Citterbart, 2008)

3.2 Mikční karta

V mikční kartě pacientka značí čas každé mikce a vymočený objem. Karty se používají po dobu 24 hodin až tří dnů. Podle těchto údajů můžeme zjistit denní frekvenci močení, nykturii, produkci moče za 24 hodin, maximální mikční objem, průměrný mikční objem, medián funkční kapacity močového měchýře, polyurii, noční objem moče i noční polyurii. (Čepický, 2018)

3.3 Mikční deník

Mikční deník se používá k zaznamenávání obtíží spojených s močením. Je vhodný pro pacientky, které nejsou zcela schopné popsat tyto obtíže. (Pilka, 2017)

Čepický (2018) uvádí, že pacientka do něj zapisuje po dobu 3 dnů příjem tekutin, užívání vložek, epizody inkontinence, stupeň inkontinence a stupeň urgencye. Je důležité uvádět, při jakých činnostech k urgenci dochází. Z těchto informací je možné zjistit závažnost inkontinence, přesnější diagnostiku a pomáhají vést k cílené léčbě. (Pilka, 2017)

3.4 Gynekologické vyšetření

Gynekologickému vyšetření by mělo předcházet pozorování pacientky. Všimáme si jejího postoje, chůze a hledáme případné neurologické odchylky. (Roztočil a Bartoš, 2011)

Vyšetření začíná inspekci, kdy je pacientka v klidu a následně provádí Valsalvův¹ manévr, současně sledujeme případné úniky moči. Soustředíme se na zánětlivé a jizevnaté změny, ukazatele abnormálního zatížení a změny fyziologického uložení jednotlivých kompartmentů. Často se u inkontinence nachází poruchy statiky dna pánve. (Rozčil a Bartoš, 2011)

Palpačním vyšetřením se zjišťuje stav závěsného a podpůrného systému. Také se hodnotí ve stavu klidu i při Valsalvově manévru. Žena má provést kontrakci s následnou relaxací pánevního dna. Pouze 60 % žen, je schopno zapojit ty správné svaly, zbytek je nutné poučít gynekologem nebo fyzioterapeutem. Po gynekologických či urologických operacích jsou hmatatelné jizvy na přední poševní stěně, ty mohou mít negativní vliv na abnormální fixaci i průběh uretry a baze močového měchýře. K jejich prokázání je možné použít ultrazvuk. Mají vliv na terapeutický postup u pacientky s recidivou inkontinence. (Roztočil a Bartoš, 2011)

3.5 Laboratorní vyšetření

Povinným vyšetřením u inkontinentní pacientky je vyšetření moči. Odebírá se střední proud čerstvé moči do sterilní nádoby. Vyšetřuje se kultivace, sediment a provádí se i vyšetření pomocí testovacích papírků. Před urodynamickým vyšetřením je nutné provést kultivační vyšetření k vyloučení infektu močového měchýře. (Roztočil a Bartoš, 2011)

3.6 Klinické testy

Stres test – Marshallův test

Pacientka má naplněný močový měchýř 200 ml sterilní tekutiny. Vyšetřuje se vleže nebo vstoje. Lékař sleduje únik moči při zakašlání a stížnost pacientky. U stresové inkontinence moč uniká při kašli. (Kobilková, 2005)

Bonnyho test

Při pozitivitě Marshallova testu následuje Bonnyho test. Lékař pomocí dvou prstů elevuje stěnu poševní do úrovně uretro-vezikální junkce. K úniku moči při kašli by již nemělo docházet. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011)

¹ Provádí se na výzvu, pacientka zatlačí jako by se chtěla vyprázdnit. Zapojuje břišní lis a současně dochází k relaxaci pánevního dna. Manévr je dobré nacvičit pod ultrazvukovou kontrolou. (Halaška, 2004)

Q-tip test

Do uretry je zavedena lubrikovaná vatová štětička. Sleduje se změna úhlu v klidu a po zatlacení pacientky. Pokud je změna úhlu více než 30°, jedná se o hypermobilitu uretry. Samostatně prováděný Q-tip test není schopen určit diagnózu stresové inkontinence. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011)

Pad-weight test – Test vážení vložek

Pad-weight test je často používaný, vložka se váží před začátkem testu a na jeho konci. Sleduje se její hmotnostní nárůst. Začátkem jednohodinového Pad-weight testu je vážení vložky, poté si ji pacientka vloží do nepropustných kalhotek a vypije 500 ml tekutiny během 15 minut. Následuje 30 minut chůze, včetně chůze po schodech. Během dalších 15 minut provádí 10x stoj ze sedu, 10x kašel, po dobu jedné minuty běží na místě, 5x zvedá ze země předmět a 1 minutu si myje ruce pod tekoucí vodou. Používaný je také 48 hodinový test, který pacientka provádí doma i v práci. (Martan, Mašata a Švabík, 2013)

3.7 Urodynamické vyšetření

Urodynamická vyšetření slouží k přesné diagnostice typu inkontinence moči.

Cystometrie

Při plnicí cystometrii dochází k naplnění močového měchýře tekutinou, nebo plynem různou rychlostí. Pacientka při tomto vyšetření zaujímá polohu vsedě, nebo vleže. Hodnotí se intravezikální tlak a jeho vztah k objemu náplně měchýře, intraabdominální tlak, detruzorový, rozdílový tlak, reziduum v močovém měchýři, náplň měchýře při prvním nucení na močení, maximální kapacita močového měchýře a přítomnost neinhibovaných kontrakcí detruzoru. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011)

Uretrální tlakový profil (UPP)

Do močového měchýře se zavádí katétr, který se v průběhu měření vytahuje. Měření tlaku probíhá na jeho konci, tím je možné zjistit informace o intrauretrálním tlaku v celém průběhu močové trubice i uzávěrový tlak uretry. Provádí se klidový i stresový profil. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011)

Uroflowmetrie (UF)

Uroflowmetrie slouží ke zjištění velikosti průtoku moče uretrou v průběhu aktu močení. Má význam při diagnostice subvezikální obstrukce. (Roztočil a Bartoš, 2011)

Videourodynamika

Videourodynamika současně registruje tlaky a rentgenové zobrazení dolní části uretropickeho systému. Využívá se při diagnostice komplexnějších dysfunkcí dolního močového traktu. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011)

Měření postmikčního rezidua

Reziduální moč je objem moči, který zůstává v močovém měchýři po kompletním vyprázdnění. Pomocí ultrazvuku je možné měřit reziduum ihned po mikci. Katetrizace cévkou je ale jednodušším způsobem jak jej zjistit. (Čepický, 2018)

3.8 Elektromyografie

Elektromyografie sleduje elektrické potenciály způsobené depolarizací příčně pruhovaného svalstva dna pánevního. Pro snímání se využívá povrchových či jehlových elektrod. Monitoruje spolupráci mezi uretrálním sfinkterem a detruzorem. (Martan, Mašata a Švabík, 2013)

3.9 Zobrazovací metody

Uretrocystoskopie

Jedná se o vyšetření prováděné pomocí cystoskopů, které zobrazují stěny močového měchýře a močové trubice. Zjišťují se vrozené anomálie, píštěle, příčiny hematurie, diagnóza intersticiální cystitidy a je možný odběr bioptického materiálu. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011)

Intravenózní vylučovací urografie (IUV)

Je vyšetření prováděné radiologem. Pacientka přichází nalačno, provede se nativní snímek ledvin a pánve a jeho posouzení. Pokračuje se intravenózním podáním nefrotropní jodové kontrastní látky, za 7 minut se přistupuje k prvnímu urogramu. Další se provádí ve 14. a 21. minutě. IUV přináší informace o morfologii a částečně i funkci ledvin, zobrazuje parenchym a kalichopánvičkový systém ledvin, močovody, močový měchýř i močovou tubici. Cílem je zjištění patologických změn. (Sedmík, Mihulová a Nádeníček, 2006)

Videourodynamika (VUDS)

Ve videourodynamickém vyšetření dochází k souběžnému zaznamenávání tlaků a rentgenového zobrazení dolní části uropoetického systému. Můžeme tak posuzovat dynamiku otvírací fáze močení, vztah tlaku a průtoku moči, vezikoureterální a uretro-vezikální reflux, roli divertiklů uretry a měchýře. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011)

Videocystouretrografie (VCU)

VCU je radiologické vyšetření močového měchýře. Provádí se souběžně s měřením intravezikálního a abdominálního tlaku při cystometrii, a to při plnění i mikci. Této metody se využívá u složitých případů, můžeme pozorovat přímo efekt změn v močovém měchýři. Sledujeme i uložení a tvar hrdla močového měchýře ve vztahu k symfýze, uzavírání hrdla močového měchýře při stresu i klidovém stavu, divertikly v močovém měchýři a uretře pokud jsou přítomny, vezikovaginální a uretrovaginální píštěle, vezikouretrální reflux i změny při mikci. (Čepický, 2018)

Ultrazvukové vyšetření

Používá se k posouzení typu a příčin inkontinence. Využívá se jí i při zjišťování efektu konzervativní a operační léčby. Čepický (2018) doporučuje provádět transabdominální, transperineální, introitální a endoanální sonografii. Ultrazvukovým vyšetřením monitorujeme postmikční reziduum, pozici a mobilitu uretry, hrdla a baze močového měchýře, vezikalizaci proximální uretry, tloušťku detruzoru a mimořádně paravaginální defekt. (Martan, Mašata a Švabík, 2013)

Zobrazení anatomických struktur

Ultrazvukem lze zobrazit močový měchýř, uretru, stydkou kost, pochvu, konečník, dělohu i svalstvo pánevního dna. Podle typu sondy, její frekvence a úhlu projekce můžeme najít rozdíly mezi jednotlivými obrazy. (Mašata, Švabík a Martan, 2012)

Přístupy

Ultrazvukové vyšetření lze rozdělit na vnitřní a vnější s ohledem na umístění sondy.

- Abdominální přístup:
 - jedná se o zevní přístup užívaný ke stanovení rezidua moči, vyšetření horních močových cest a diagnostice paravaginálního defektu (Halaška, 2004)
 - vyšetření je rychlé, bezpečné, pacientku zatěžuje minimálně

- abdominální přístup se obtížně používá u obézních žen, žen s výraznou cysto-kélou, sestupem močového měchýře, kdy je uretrovezikální junkce při zvýšeném nitrobřišním tlaku za symfýzou. (Čepický, 2018)
- Perineální přístup:
 - je nejpoužívanějším typem zevního vyšetření
 - konvexní či lineární abdominální sonda se umístí do oblasti mezi stydké pysky, introitus a zevní ústí uretry
 - využívá se 5 MHz i 3,5 MHz frekvence sondy. (Halaška, 2004)
- Sagitální rovina při perineálním vyšetření:
 - vyšetření znázorňuje močovou trubici, močový měchýř, dolní část spony stydké nebo celou symfýzu a levátory
 - na pokyn lékaře pacientka provede kontrakci svalů pánevního dna, sleduje se změna polohy uretry, změna tvaru baze močového měchýře a jeho vztah k uretře
 - obrazovka ukazuje, jak je pacientka schopná ovládat svaly pánevního dna, podle toho se přistupuje ke konzervativní léčbě
 - používají se dva dynamické manévry – kašel a Valsalvův manévr. (Halaška, 2004)
- Introitální přístup:
 - ultrazvuková frekvence je 5-7,5 MHz (Čepický, 2018)
 - hlavice sondy se přikládá na poševní introitus za distální uretru
 - tento přístup lépe zobrazuje detail uretry, uretrovezikální junkci a dolní pól stydké spony (Halaška, 2004)
 - pro stanovení přesných výsledků je důležité zachovat stejnou polohu sondy v klidu i při Valsalvově manévru. (Mašata, Švábík a Martan, 2012)
- Transverzální projekce:
 - využívá se při měření tloušťky levátorů
 - důležitá je rovina prostupující level I
 - je zobrazen levator a jeho vztah k močovému měchýři či pochvě
 - při zatlačení, nebo kašli pozorujeme, zdali u močové měchýře dochází k poklesu centrálně, nebo se zvyšuje relativní pohyb paravaginální oblasti. (Halaška, 2004)

- Transrektální B mode:
 - dvojrozměrné zobrazení
 - sonda se zavádí per rectum
 - nedochází k velkému ovlivnění mobility dolních močových cest. (Čepický, 2018)

Hodnocení uložení a mobility hrdla močového měchýře

„V praxi nejčastěji používáme měření rotačního úhlu γ a přímky p pro popis uložení hrdla močového měchýře v klidu a při Valsalvově manévru. Další velmi jednoduchou možností popisu uložení a sestupu hrdla močového měchýře je měření přímky H – vzdálenost mezi UVJ a horizontální linií, která vychází z dolního okraje symfýzy. Při tomto měření můžeme velmi rychle kvantifikovat velikost sestupu uretry.“ (Mašata, Švábík a Martan, 2012, s. 294-295) Za ideálních podmínek by měl být Valsalvův manévr prováděn podle určitých zásad, ale akceptuje se, že v současnosti není k dispozici odpovídající neinvazivní metoda. *„Stále nebylo dosaženo konsenzu pro kritérium nadměrné mobility hrdla močového měchýře k nálezu urodynamické stresové inkontinence.“* (Mašata, Švábík a Martan, 2012, s. 294-295)

Poloha pacientky

Je důležité provádět vyšetření vždy ve stejné poloze, vzhledem k tomu, že poloha ovlivňuje výsledky vyšetření. Dává se přednost supinační poloze, vstoje se vyšetření provádí při sehlání průkazu uretry. (Čepický, 2018)

Náplň močového měchýře

Mašata, Švábík a Martan (2012) doporučují naplnění močového měchýře 300 ml tekutiny při monitoraci uložení a mobility uretrovezikální junkce za provádění Valsalvova manévru a maximální kontrakci svalů pánevního dna. Při samostatném posuzování uretrovezikální junkce nemusí být močový měchýř tekutinou naplněn. Síla stěny močového měchýře se posuzuje, když je objem jeho náplně menší než 50 ml.

Magnetická rezonance

Je neinvazivní metoda, která umožňuje vyšetření měkkých tkání tvořících podpurný aparát pánevního dna. Můžeme sledovat funkci struktur pánevního dna při různých dynamických stavech. Pro měření pánve se využívá orientačních anatomických bodů. (Čepický, 2018)

Diagnostika inkontinence moči v těhotenství

Inkontinence moči ani LUTS se v těhotenství nevyšetřuje. Důvodem jsou tělesné změny typické pro těhotenství. Ženy, které mají v těhotenství problém s únikem moči, jsou vyšetřovány a léčeny až po porodu a šestinedělí, kdy dochází k vymizení těhotenských změn. Pokud se žena potýká s velkými problémy ohledně inkontinence, může urogynekolog odebrat podrobnou anamnézu týkající se aktuálních potíží a provést vyšetření z gynekologického i urologického pohledu. K chemickému vyšetření moči dochází při každé návštěvě prenatální poradny, eventuálně se ženě může odebrat moč či materiál z pochvy k mikrobiologickému vyšetření. Použití invazivních vyšetřovacích metod se v těhotenství nedoporučuje vzhledem k možným komplikacím např. infekce, provokace předčasných kontrakcí. (Furchová, 2011)

4 LÉČBA

V těhotenství je léčba inkontinence pomocí chirurgické či farmakologické terapie nevhodná. Jedinou možnou léčbou je posilování pánevního dna. Rehabilitace je vhodná jako prevence a doporučuje se i po porodu. Ženy, které preventivně posilují pánevní dno v těhotenství, mají nižší riziko výskytu inkontinence moči v těhotenství o 62 %. (Vašek, 2019)

4.1 Rehabilitace

Rehabilitace a cvičení svalů pánevního bývá prvním krokem v léčbě. Zlepšuje funkci svalů, snižuje možné operační řešení a působí preventivně proti recidivám. Trvalé cvičení má velký efekt a je nerizikové. Dochází k prokrvení orgánů malé pánve, povzbuzuje funkci ovarií, snižuje pelvalgie, dyspareunie a napomáhá resorpci u chronických zánětů. Pacientkám se radí i úprava funkce posturálních svalů. Pro správnou rehabilitaci je velmi důležitá spolupráce se specializovaným rehabilitačním pracovníkem. (Fait, Dvořák a Skřivánek, 2009)

Kromě pozitivního ovlivnění inkontinence má rehabilitace pánevního dna v těhotenství pozitivní vliv i na celkové těhotenství a porod, správné držení těla a zmírňuje bolesti v bederní a křížové oblasti. Preventivně působí proti diastáze břišních svalů, inkontinenci, plochým nohám, zácpě, otokům na dolních končetinách a cévním onemocněním. Podílí se na udržení celkové kondice, posiluje správný stereotyp chůze, relaxuje přetížené svalové skupiny a ovlivňuje vitální kapacitu plic. Cvičení pánevního dna v těhotenství má vliv na hladší průběh těhotenství a porodu, zmírňuje stres, negativní pocity a také nechutenství. (Hradecká, 2010)

Pokud žena posilovala svaly pánevního dna před těhotenstvím, může pokračovat s tímto cvičením i v těhotenství, v úměrné míře a jak jí to její zdravotní stav dovoluje. Jestliže žena doposud necvičila, není vhodné začít se cvičením v prvních třech měsících těhotenství. U těchto žen se doporučuje cvičení klasických cviků, které reflexně zapojují velké svalové skupiny upínající se v blízkosti svalů pánevního dna. Svaly se posilují do 34. týdne gravidity, poté dochází k relaxaci svalů a hráze, začíná příprava na porod. Posilování pánevního dna po porodu působí jako prevence proti inkontinenci a urychluje hojení poporodního poranění. Je vhodné cvičit pod vedením fyzioterapeuta, aby bylo dosaženo lepších výsledků. (Horčíčka, 2017)

Gymnastika svalů pánevního dna

Definice ICS: „*Gymnastika pánevního dna je definována jako opakovaná selektivní volní kontrakce nebo relaxace určitých svalů pánevního dna. To vyžaduje povědomí o užití správného svalu a vyloučení nechtěné kontrakce připojených svalových skupin.*“ (Halaška, 2004, s. 77)

Kegelovy cviky

Novák (2009) uvádí vznik cviků roku 1948 americkým gynekologem Arnoldem Kegelem. Ten vytvořil speciální cviky zaměřené na posílení svalů pánevního dna. Pilka (2017) popisuje podstatu cvičení ve stahování a povolování vnitřního sfinkteru uretry a levatoru ani. Má účinek při nedostatečnosti vnitřního sfinkteru a hypermobilitě uretry. Cvičení se provádí 50-60x za den. Ženy se učí kontrahovat levator ani. Pro kontrolu správného cvičení se vkládají dva prsty do pochvy.

Silový trénink

Hrdlo močového měchýře je podporováno svaly pánevního dna, které při námaze omezují pohyb močové trubice směrem dolů a tím zabraňují úniku moči. Intenzivní trénink jakéhokoliv pruhovaného svalu vytvoří svalovou hmotu. Podobně je tomu i při silovém tréninku svalů pánevního dna. Permanentně se zvedne levátorová svalová deska do vyšší polohy v pánvi a poskytne tak strukturální oporu pánevnímu dnu. Podpora je dále zvýšena hypertrofií a tuhostí endopelvické fascie. (Price, Dawood a Jackson, 2010)

Knackův manévr

Tento manévr se provádí vědomým stahováním svalu pánevního dna před fyzickým stresem a poté udržováním kontrakce během stresu. To zabraňuje sestupu uretry a močového měchýře a zvyšuje kontinuitu. Úmyslná, účinná kontrakce svalu pánevního dna před a během námahy upíná močovou trubici a zvyšuje tlak v močové trubici, čímž zabraňuje úniku moči. (Price, Dawood a Jackson, 2010)

Nepřímý trénink svalů pánevního dna stahováním břišních svalů

Svaly pánevního dna mohou být aktivovány společně s břišním svalem. Rostoucí počet důkazů naznačuje, že aktivní kontrakce transversálního břišního svalu je spojena se současnou aktivací svalu pánevního dna. Trénink svalů kontrakcí transversálního břišního svalu není tak účinný jako přímá kontrakce samotného svalu pánevního dna. Nedávné studie naznačují,

že vtaž mezi svalem pánevního dna a transverzálním břišním svalem se liší mezi kontinentními a inkontinentními ženami. Svaly pánevního dna jsou za kontrakce transverzálního břišního svalu méně posunuty u žen se stresovou močovou inkontinencí ve srovnání s kontinentními ženami. (Price, Dawood a Jackson, 2010)

4.2 Absorpční pomůcky

Mezi absorpční inkontinenční pomůcky patří vložky, kalhotky, pleny, podložky a urinální kondomy. Jsou vyrobeny z materiálu na základě polymerů. Trh nabízí širokou škálu těchto produktů, jsou rozdílné svým vzhledem a kapacitou zadržené moči. Používají se u pacientů očekávajících vyšetření, chirurgický zákrok, čekajících na efekt probíhající léčby, při odmítnutí více účinné léčby a u těch, pro které je nevhodné vyšetření či aktivní léčba. Inkontinenční pomůcky může předepsat urolog, gynekolog, praktický lékař, geriatr a neurolog. Pro jejich předepsání je nutné určit stupeň závažnosti inkontinence. (Horčíčka, 2013)

- I. stupeň – mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml (včetně) v průběhu 4 hodin
- II. stupeň – mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 4 hodin
- III. stupeň – mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 4 hodin

Při výběru pomůcek hraje roli fakt, zda si je pacient schopen dojít na toaletu, nebo všechnu moč a stolicí musí pojmout pomůcka. Ta nesmí odrážet pacienta od návštěvy toalety. K výměně pomůcek by mělo docházet po 4 až 8 hodinách. Komfortní je pomůcku vyměňovat tři krát denně, vždy však záleží na pohodlí pacienta. Důležité je dodržování správné hygieny a hygienických prostředků. Výběr pomůcky záleží na preferenci pacienta, stupni inkontinence i duševní a fyzické schopnosti pacienta. Dle zákona č. 362/2011 Sb. jsou pomůcky hrazeny z veřejného zdravotnictví. (Horčíčka, 2017)

Použitím vhodné pomůcky můžeme zkvalitnit pacientův život a předcházet vzniku zdravotních problémů, které inkontinenci provází, např. opruzeniny a infekce. Pomůcky by měly splňovat požadavky, jako je snadná manipulace, dobrá schopnost absorpce, dobrá prodyšnost a minimální riziko kožních reakcí na použitý materiál. (Hanuš, 2011)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Pro vytvoření praktické části bakalářské práce jsme zvolili výzkum kvantitativní technikou pomocí dotazníků v tištěné formě.

5.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Cílem práce bylo zjistit četnost výskytu inkontinence moči u těhotných žen a typ inkontinence.

Dílčí cíl č. 1:

Zjistit, zda jsou ženy informovány o inkontinenci moči v těhotenství.

Dílčí cíl č. 2:

Zjistit, jakým způsobem jsou těhotné ženy informovány o inkontinenci moči.

Hypotéza č. 1:

Předpokládáme, že u těhotných žen ve III. trimestru těhotenství dochází k samovolnému úniku moči častěji než u žen v I. a II. trimestru.

Hypotéza č. 2:

Domníváme se, že vícerodičky trpí inkontinencí moči v těhotenství častěji než nullipary.

Hypotéza č. 3:

Předpokládáme, že vyšší věk těhotných žen, vyšší hmotnostní přírůstek v těhotenství, způsob vedení předchozího porodu a porodní hmotnost předchozího dítěte jsou rizikovými faktory pro rozvoj inkontinence moči v těhotenství.

Hypotéza č. 4:

Předpokládáme, že posilování pánevního dna pozitivně ovlivňuje inkontinenci moči v těhotenství.

5.2 Metodika a technika sběru dat

S ohledem na zvolené téma bakalářské práce jsme vybrali kvantitativní metodu výzkumu za pomoci dotazníkové techniky. Dotazník, který jsme vytvořili (viz. Příloha č. 8), byl zcela anonymní a dobrovolný. Obsahoval 20 otázek. Byly použity uzavřené otázky s výjimkou

jedné polouzavřené. U některých otázek byla možnost více odpovědí. Dotazník byl určen těhotným ženám.

5.3 Charakteristika výzkumného vzorku a organizace šetření

Cílovou skupinu tvořily těhotné ženy, bez ohledu na to, zda trpí či netrpí močovou inkontinencí. Dotazníkové šetření probíhalo v průběhu ledna a února roku 2020. Dotazníky byly rozdány těhotným ženám, které navštěvovaly předporodní kurzy vedené porodními asistentkami. Čtyřicet dotazníků bylo umístěno do předporodního kurzu paní Štěpánové ve Zlíně, dalších čtyřicet do kurzu paní Hlavsové v Uherském Hradišti a zbylých dvacet do kurzu, který ve Zlíně vede paní Válková. Celkem tedy bylo rozdáno sto dotazníků. Vrátilo se devadesát vyplněných dotazníků, které byly použity k analýze.

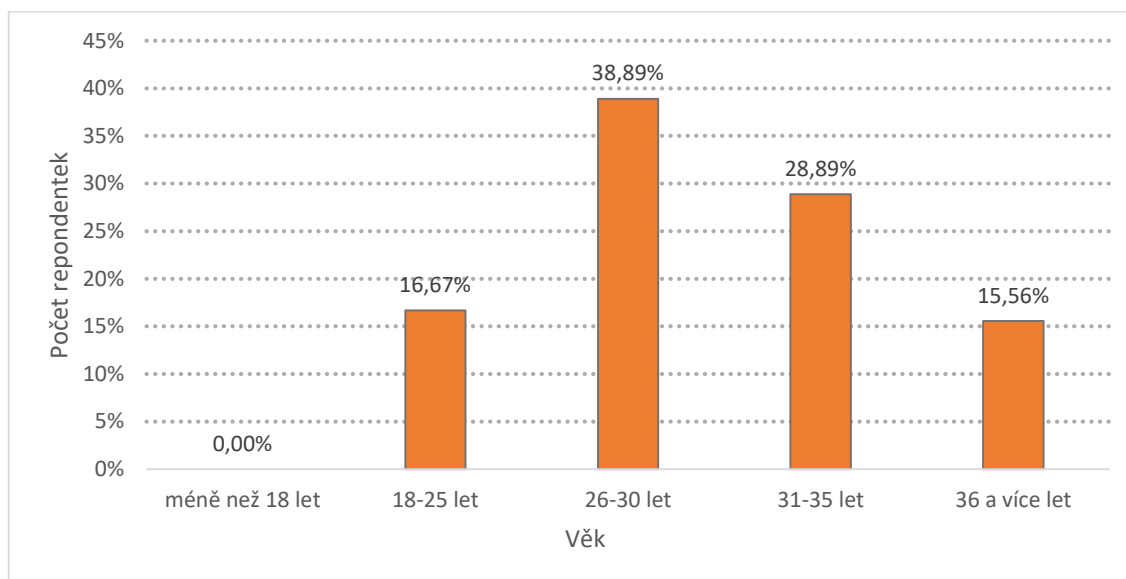
Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2013. Výsledky jsou zpracované v grafech a tabulkách pro lepší přehlednost.

6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věk respondentek

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než 18 let	0	0,00 %
18–25 let	15	16,67 %
26–30 let	35	38,89 %
31–35 let	26	28,89 %
36 a více let	14	15,56 %
Celkem	90	100 %



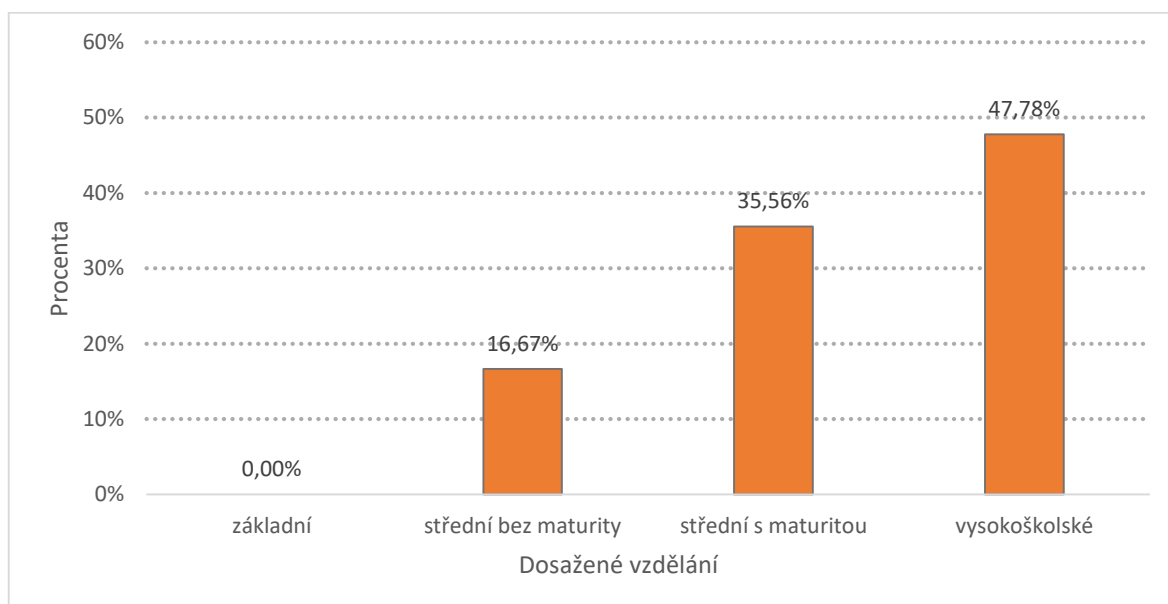
Graf 1: Věk respondentek

Komentář: První otázka byla identifikační a zjišťovala věk respondentek. Odpovídalo na ni 90 žen, z nichž žádná nebyla mladší 18 let. Nejvíce bylo žen ve věkové kategorii od 26 do 30 let, a to 35 respondentek (38,89 %). Věkovou kategorií v rozmezí 31–35 lety tvořilo 26 respondentek (28,89 %). Žen mezi 18–25 lety bylo 15 (16,67 %). Zbýlých 14 žen (15,56 %) bylo starších 36 let.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše vzdělání?

Tabulka 2: Vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
základní	0	0,00 %
střední bez maturity	15	16,67 %
střední s maturitou	32	35,56 %
vysokoškolské	43	47,78 %
Celkem	90	100 %



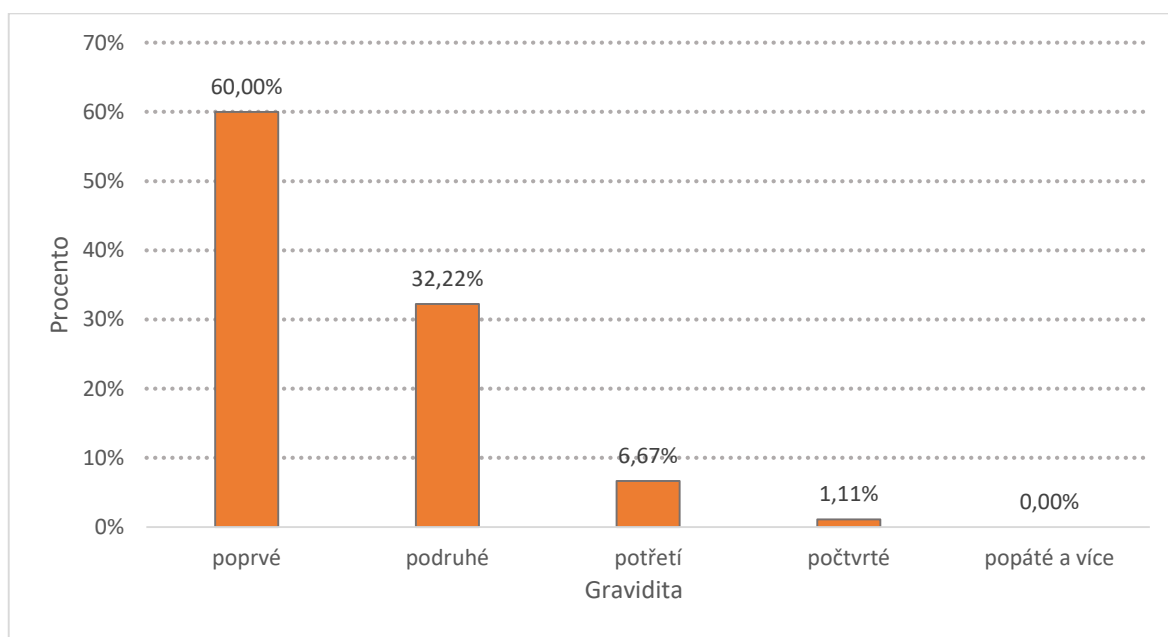
Graf 2: Vzdělání

Komentář: V otázce č. 2 se zjišťovalo vzdělání těhotných žen. Všechny respondentky měly ukončeno alespoň sekundární vzdělání. Počet žen, které měly vzdělání střední bez maturity, bylo 15 (16,67 %). Střední školu zakončenou maturitou mělo 32 žen (35,56 %). Vysokoškolské vzdělání mělo 43 žen (47,78 %), bylo to největší množství respondentek.

Otázka č. 3: Po kolikáté jste těhotná?

Tabulka 3: Gravidita

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
poprvé	54	60,00 %
podruhé	29	32,22 %
potřetí	6	6,67 %
počtvrté	1	1,11 %
popáté a více	0	0,00 %
Celkem	90	100 %



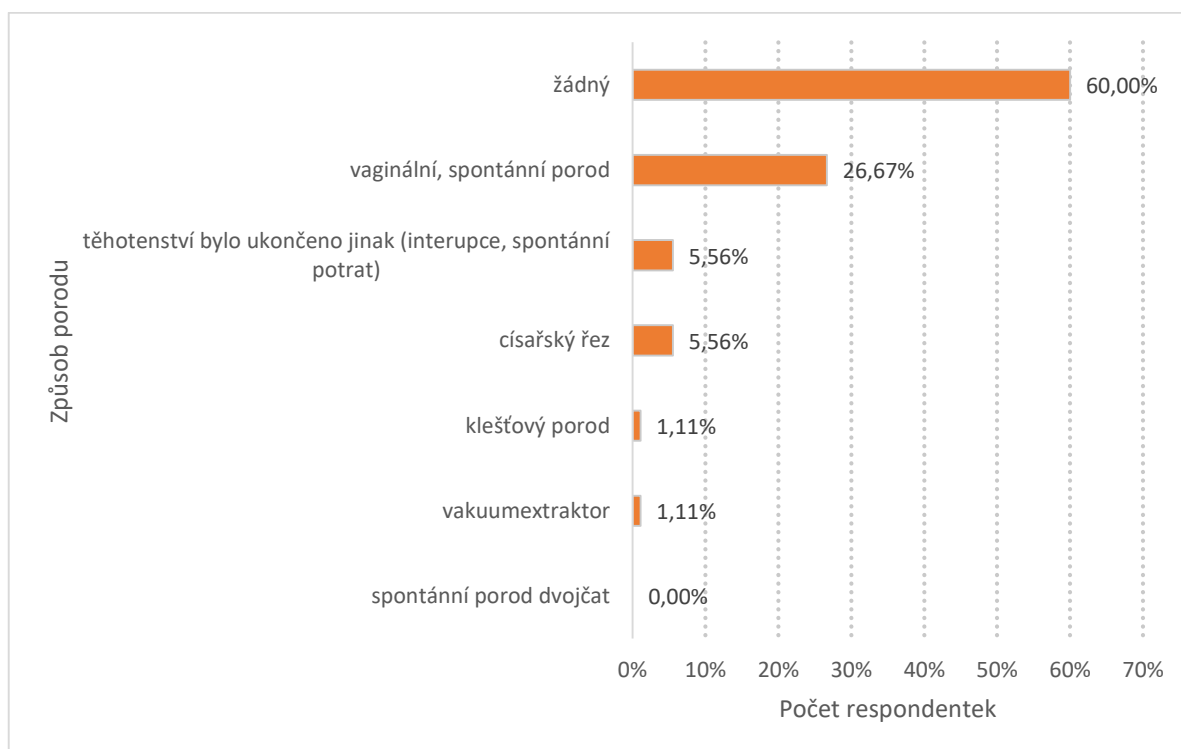
Graf 3: Gravidita

Komentář: V otázce č. 3 jsme se těhotných dotazovali, zda se jedná o jejich první těhotenství nebo již těhotné byly. 54 žen (60,00 %) odpovědělo, že se jedná o jejich první těhotenství (primigravida). Žen těhotných podruhé (sekundigravid) bylo 29 (32,22 %). 6 respondentek (6,67 %) bylo těhotných po třetí (tercigravida). Pouze jedna žena (1,11 %) uvedla, že to bylo její čtvrté těhotenství (kvartigravida). Z 90 respondentek žádná nebyla těhotná popáté a více.

Otázka č. 4: Jaký byl způsob Vašeho předchozího porodu?

Tabulka 4: Způsob předchozího porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
žádný	54	60,00 %
vaginální, spontánní porod	24	26,67 %
císařský řez	5	5,56 %
těhotenství bylo ukončeno jinak (interupce, spontánní potrat)	5	5,56 %
vakuumextraktor (VEX)	1	1,11 %
klešťový porod	1	1,11 %
spontánní porod dvojčat	0	0,00 %
Celkem	90	100 %



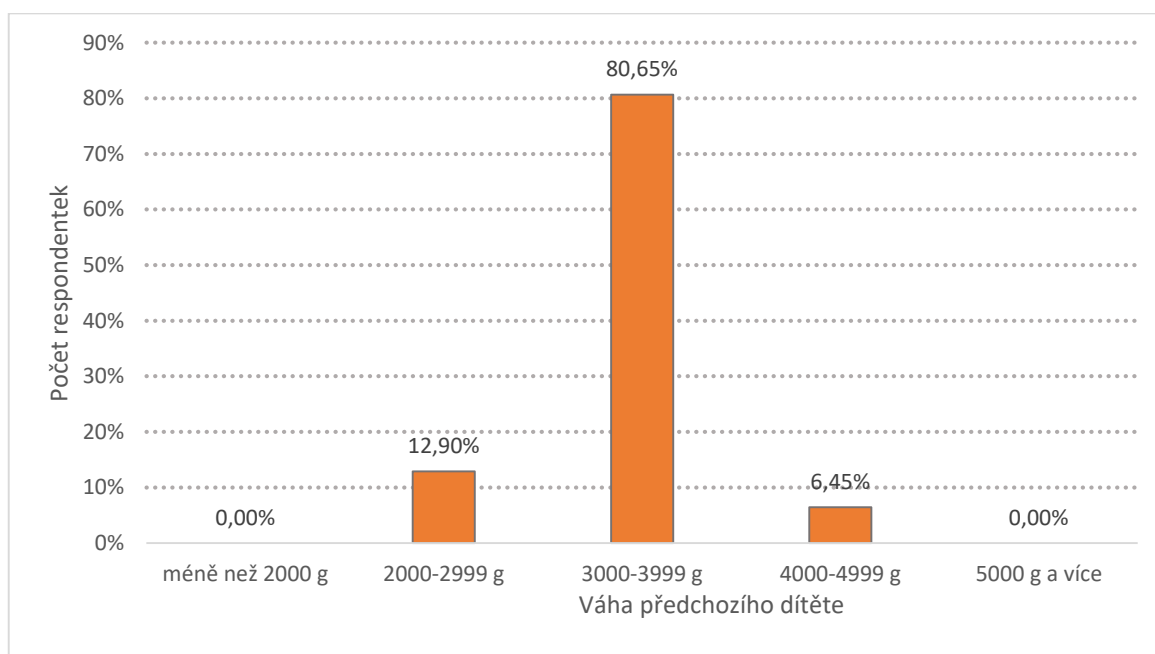
Graf 4: Způsob předchozího porodu

Komentář: Tato otázka zjišťovala, jaký byl způsob předchozího porodu respondentek. Nejpočetnější skupina, a to 54 žen (60,00 %), uvedla žádný způsob porodu. Jednalo se o ženy, které byly těhotné poprvé. 5 žen (5,56 %) uvedlo, že jejich předchozí těhotenství bylo ukončeno jiným způsobem (interupcí, spontánním potratem). Z 31 žen, které alespoň jednou rodily, byl nejčastější způsob porodu spontánní, vaginální, označilo jej 24 respondentek (26,67 %). Císařský řez byl proveden 5 ženám (5,56 %). Dvě respondentky uvedly, že měly porod nepravidelný. V jednom případě (1,11 %) byl ukončen pomocí kleští, ve druhém případě (1,11 %) se jednalo o porod s pomocí vakuumextraktoru (VEX). Žádná z žen neuvedla možnost spontánního porodu dvojčat.

Otázka č. 5: Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

Tabulka 5: Hmotnost dítěte

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než 2000 g	0	00,00 %
2000–2999 g	4	12,90 %
3000–3999 g	25	80,65 %
4000–4999 g	2	6,45 %
5000 g a více	0	0,00 %
Celkem	31	100 %



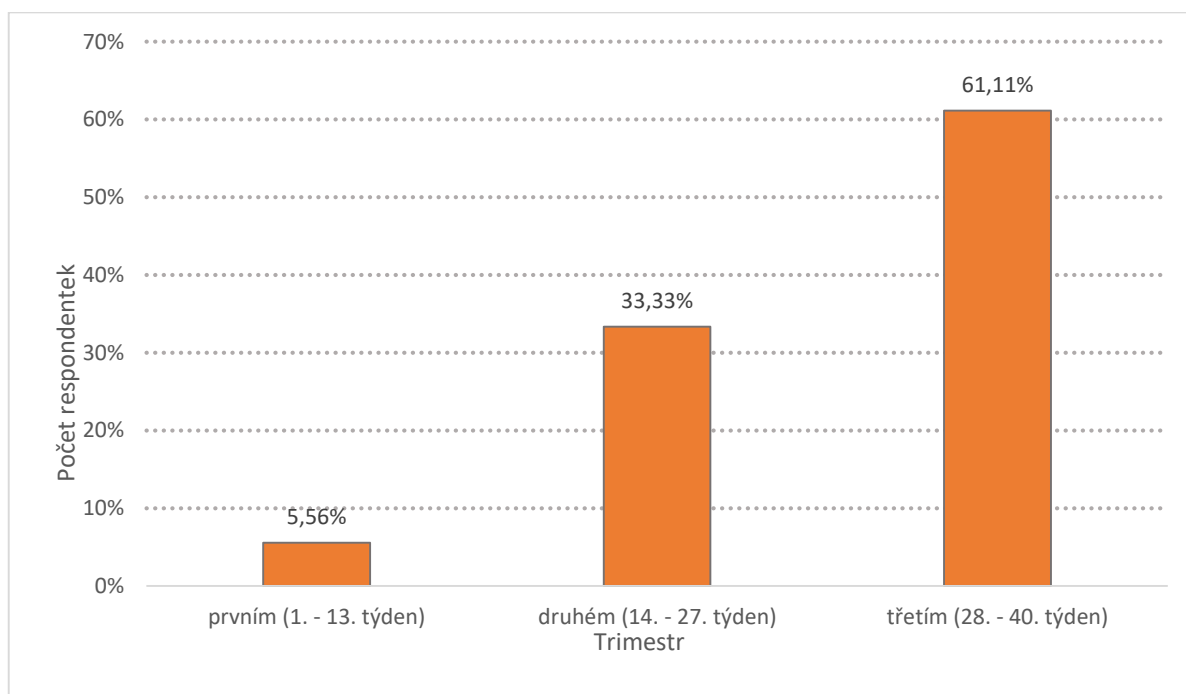
Graf 5: Hmotnost dítěte

Komentář: Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které se v předchozí otázce označily jako vícerodičky. Odpovědělo tedy 31 respondentek. Otázka č. 5 se zaměřovala na porodní hmotnost jejich dítěte. Žádná z respondentek neporodila dítě s porodní váhou méně než 2000 g ani 5000 g a více. 4000–4999 g mělo ihned po porodu dítě pouze dvou respondentek (6,45 %). 4 ženy (12,90 %) uvedly, že jich dítě po porodu vážilo mezi 2000–2999 g. Nejvíce dětí mělo porodní hmotnost 3000–3999 g, tuto odpověď označilo 25 žen (80,65 %).

Otázka č. 6: Ve kterém trimestru těhotenství se nacházíte?

Tabulka 6: Trimestr těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
prvním (1.–13. týden)	5	5,56 %
druhém (14.–27. týden)	30	33,33 %
třetím (28.–40. týden)	55	61,11 %
Celkem	90	100 %



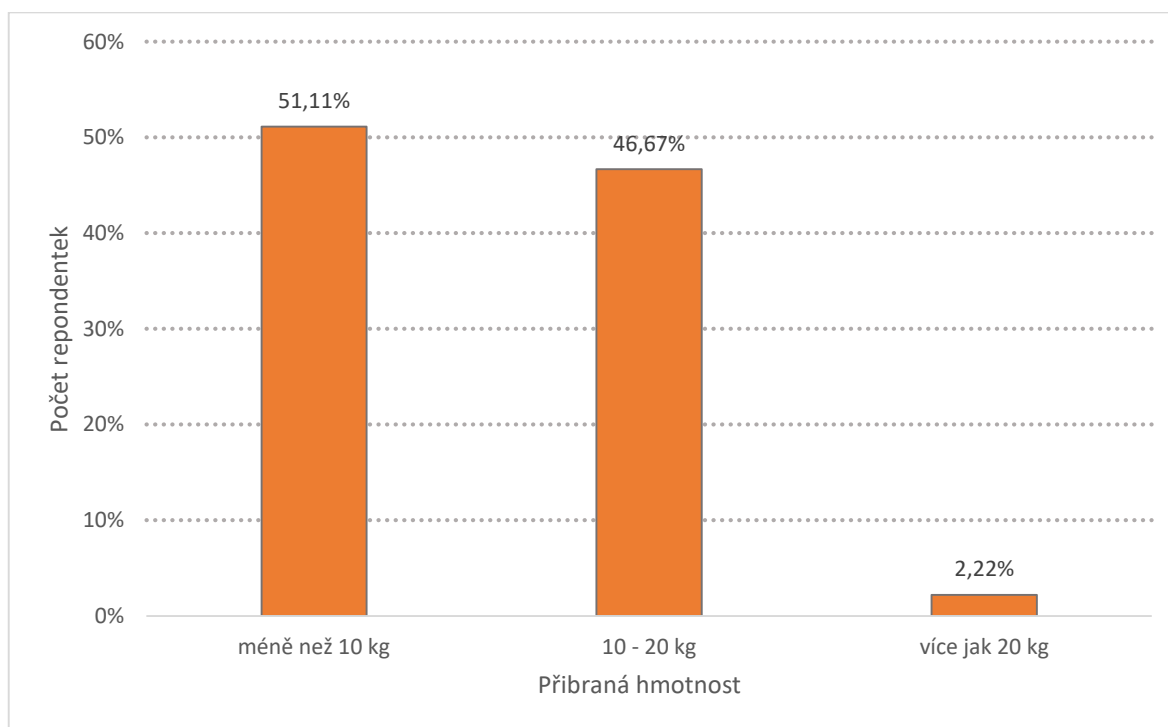
Graf 6: Trimestr těhotenství

Komentář: V otázce č. 6 byl zjišťován trimestr těhotenství respondentek. Nejméně žen se nacházelo v prvním trimestru těhotenství (5,56 %). Početnější skupina žen uvedla druhý trimestr těhotenství (33,33 %). Nejvíce žen se nacházelo mezi 28.–40. týdnem těhotenství, tedy ve třetím trimestru, činilo to 61,11 % respondentek.

Otázka č. 7: Kolik kilogramů jste přibrala v těhotenství?

Tabulka 7: Hmotnostní příbytek v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
méně než 10 kg	46	51,11 %
10–20 kg	42	46,67 %
více jak 20 kg	2	2,22 %
Celkem	90	100 %



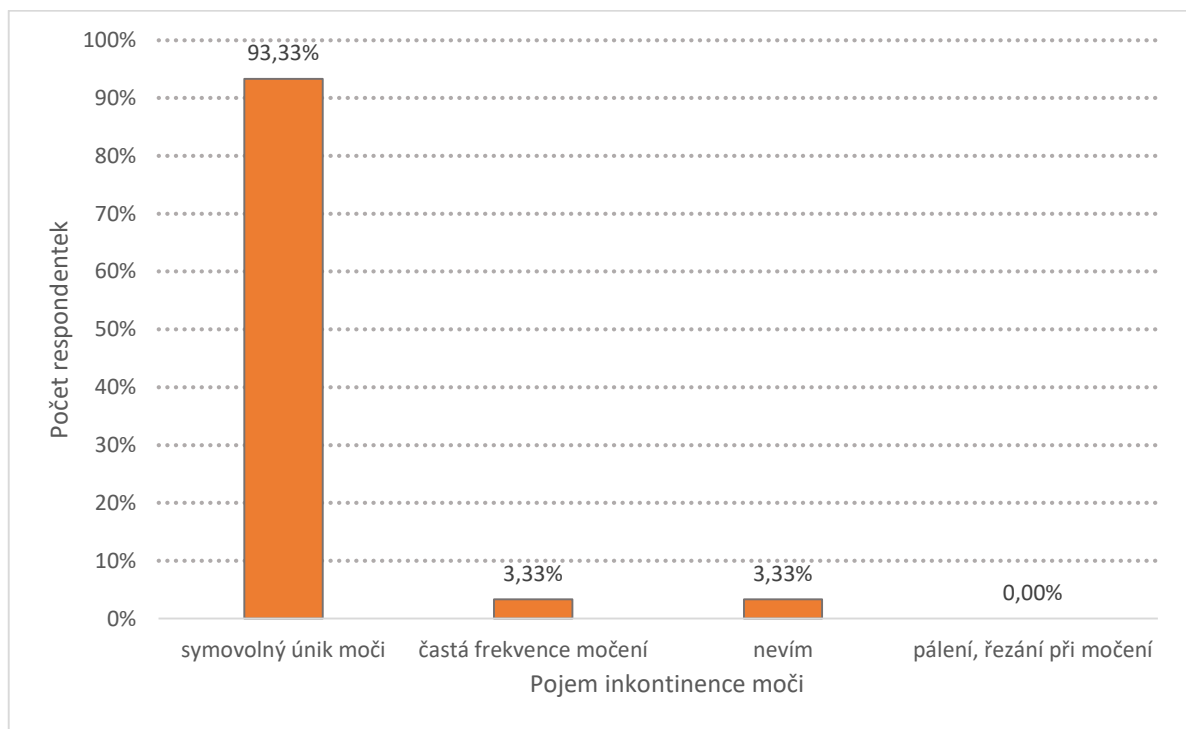
Graf 7: Hmotnostní příbytek v těhotenství

Komentář: V této otázce jsme se respondentek dotazovali, kolik kilogramů přibraly od začátku těhotenství. 46 těhotných žen (51,11 %) přibralo méně než 10 kg. 44 žen mělo váhový přírůstek větší než 10 kg. Z nichž 42 (46,67 %) přibralo 10–20 kg a pouze 2 těhotným ženám vzrostla váha o více jak 20 kg (2,22 %).

Otázka č. 8: Co je inkontinence moči?

Tabulka 8: Pojem inkontinence moči

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
samovolný únik moči	84	93,33 %
častá frekvence močení	3	3,33 %
nevím	3	3,33 %
pálení, řezání při močení	0	0,00 %
Celkem	90	100 %



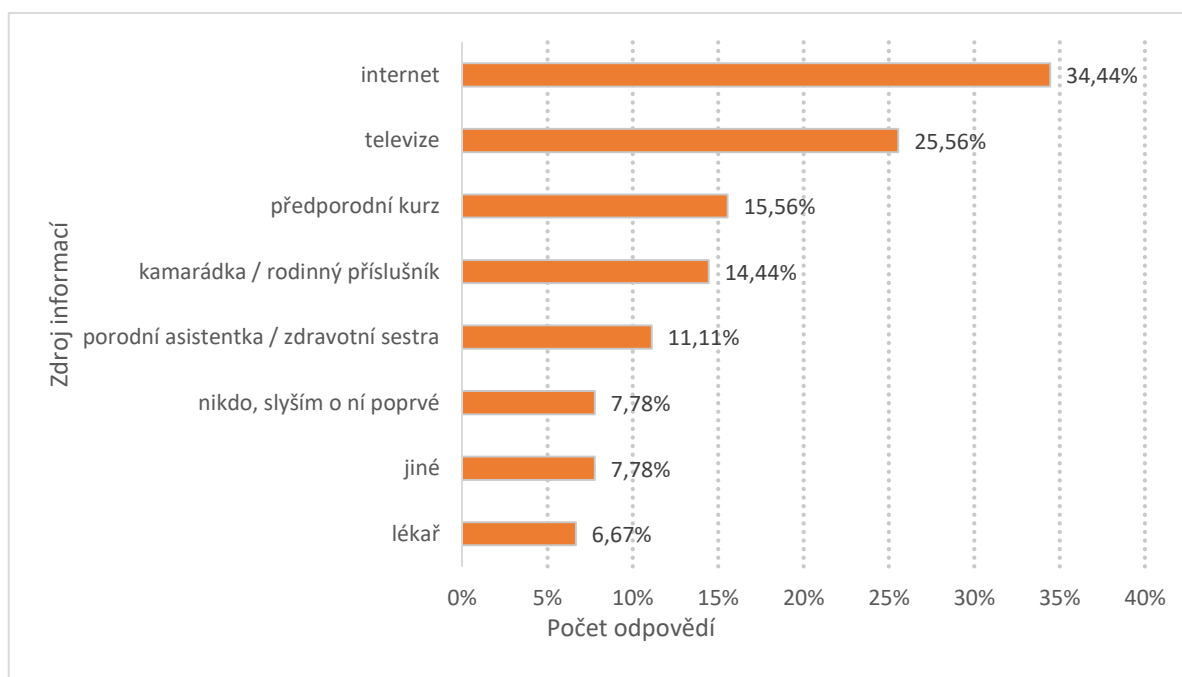
Graf 8: Pojem inkontinence moči

Komentář: Z 90 respondentek správně odpovědělo, že inkontinence moči je samovolný únik moči, 84 žen (93,33 %). 3 respondentky (3,33 %) označily špatnou odpověď, myslí si, že inkontinence moči je častá frekvence močení. Zbylé 3 ženy (3,33 %) nevěděly, co je inkontinence moči.

Otázka č. 9: Kdo Vás informoval o močové inkontinenci?

Tabulka 9: Zdroj informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
internet	31	34,44 %
televize	23	25,56 %
předporodní kurz	14	15,56 %
kamarádka / rodinný příslušník	13	14,44 %
porodní asistentka / zdravotní sestra	10	11,11 %
nikdo, slyším o ní poprvé	7	7,78 %
jiné	7	7,78 %
lékař	6	6,67 %



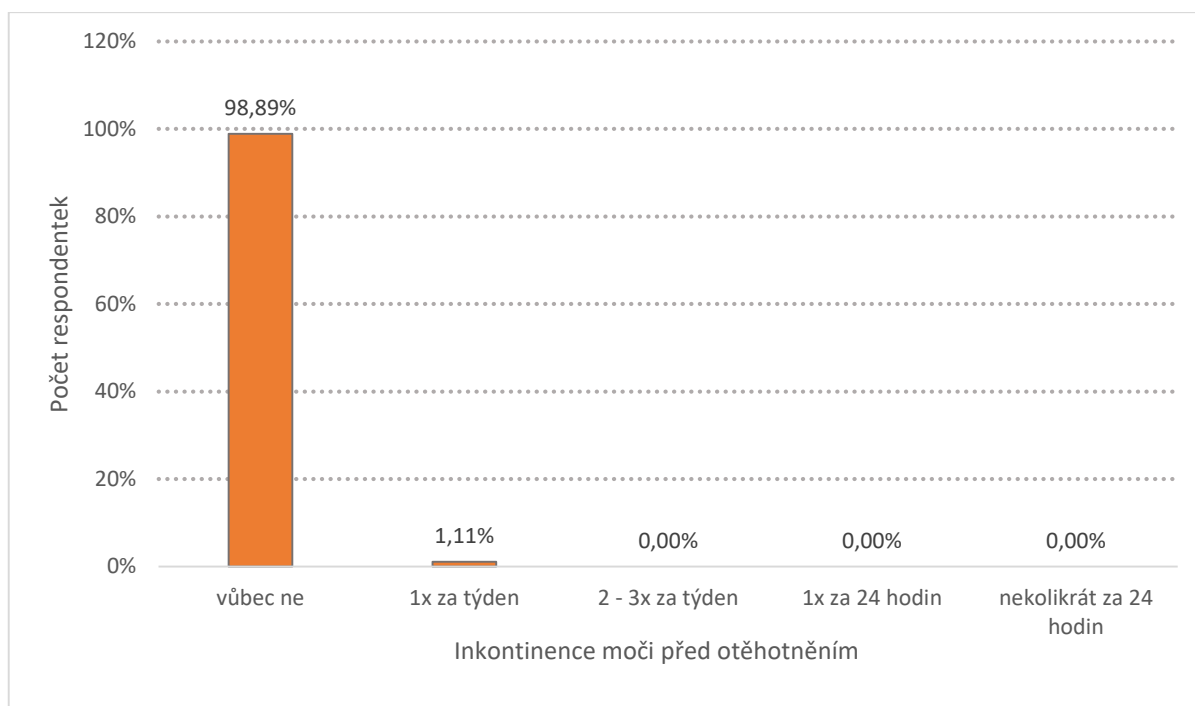
Graf 9: Zdroj informací

Komentář: V této otázce ženy zaznačily více odpovědí, ve zpracování dat tedy považujeme za 100 % celkové množství odpovědí, a ne počet respondentek. Nejčastějším zdrojem informací o močové inkontinenci byl ve 34,44 % internet. Druhým nejčastějším zdrojem informací ve 25,56 % byla uvedena televize. V 15,56 % byl zvolen předporodní kurz. Možnost kamarádka / rodinný příslušník byla vybrána v 14,44 % a v 11,11 % porodní asistentka / zdravotní sestra. V 7,78 % byla vybrána možnost nikdo, slyším o ní poprvé. Odpověď jiné tvořila 7,78 %, byly zde uvedeny odpovědi jako „jsem zdravotník,“ „v průběhu vzdělávání,“ nebo „o inkontinenci vím již z dříve.“ Nejméně (6,67 %) odpovědí tvořila možnost lékař.

Otázka č. 10: Jak často u Vás docházelo k samovolnému úniku moči před otěhotněním?

Tabulka 10: Inkontinence moči před otěhotněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
vůbec ne	89	98,89 %
1x za týden	1	1,11 %
2–3x za týden	0	0,00 %
1x za 24 hodin	0	0,00 %
několikrát za 24 hodin	0	0,00 %
Celkem	90	100 %



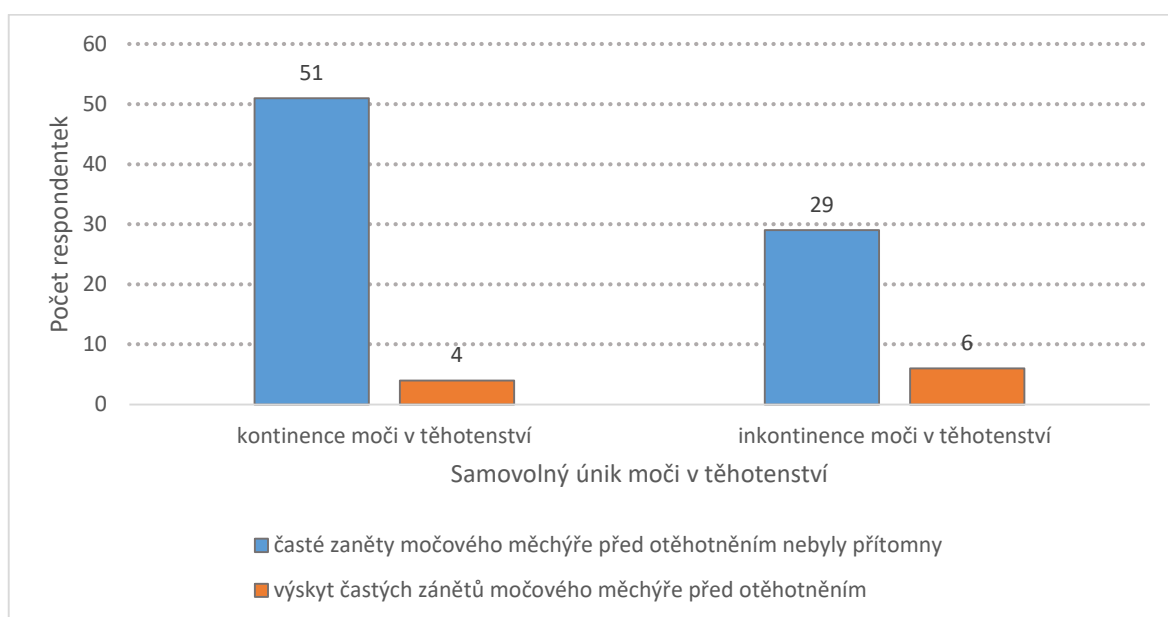
Graf 10: Inkontinence moči před otěhotněním

Komentář: 89 respondentek (98,89 %) z 90 uvedlo, že u nich před otěhotněním nedocházelo k samovolnému úniku moči. Pouze u jedné ženy (1,11 %) docházelo k inkontinenci moči 1x za týden.

Otázka č. 11: Trpěla jste častými záněty močového měchýře před otěhotněním?

Tabulka 11: Záněty močového měchýře před otěhotněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	10	11,11 %
ne	80	89,89 %
Celkem	90	100 %



Graf 11: Závislost vzniku inkontinence moči na častých zánětech močového měchýře před otěhotněním

Komentář: Před otěhotněním většina dotazovaných žen netrpěla častými záněty močového měchýře (89,89 %). Pouze 11,11 % se s častými záněty potýkalo.

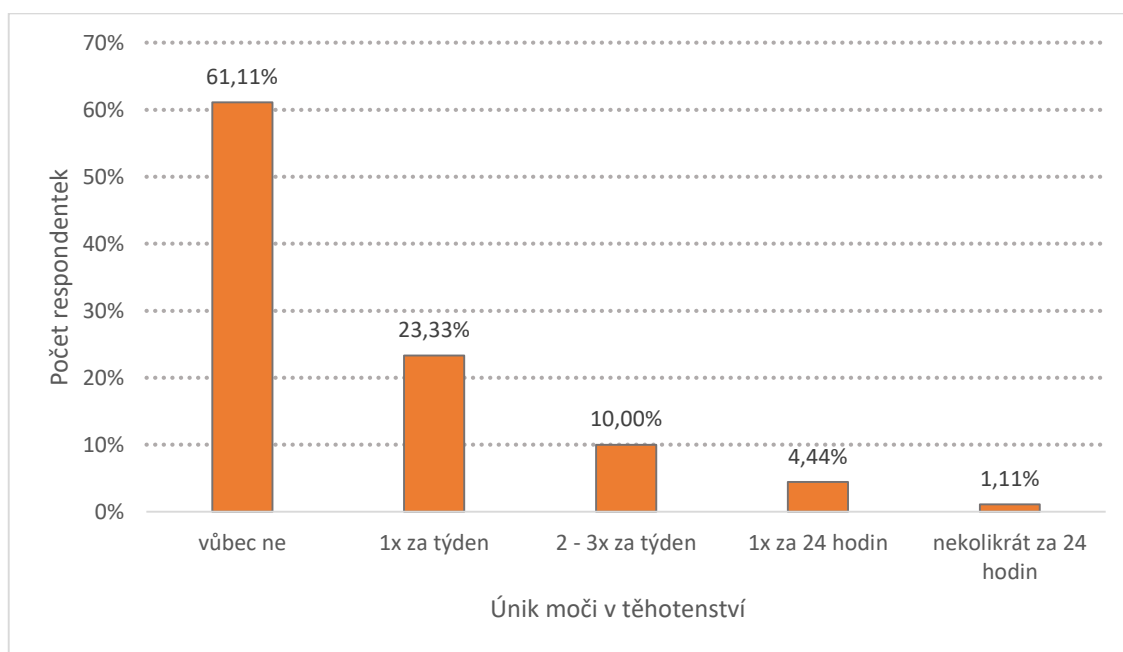
Graf 11 ukazuje závislost vzniku inkontinence v těhotenství na prodělání častých zánětů močového měchýře před otěhotněním. Z 55 žen, které neměly inkontinenci moči v graviditě, netrpělo častými záněty močového měchýře před otěhotněním 51 (92,73 %), naopak častými záněty trpěly 4 ženy (7,27 %).

35 respondentkám samovolně unikala moč v graviditě, u 29 žen (82,86 %) nedocházelo k častým zánětům močového měchýře. 6 těhotných (17,14 %) mělo inkontinenci moči v těhotenství a před graviditou se u nich vyskytovaly časté záněty močového měchýře.

Otázka č. 12: Jak často u Vás dochází k samovolnému úniku moči, teď když jste těhotná?

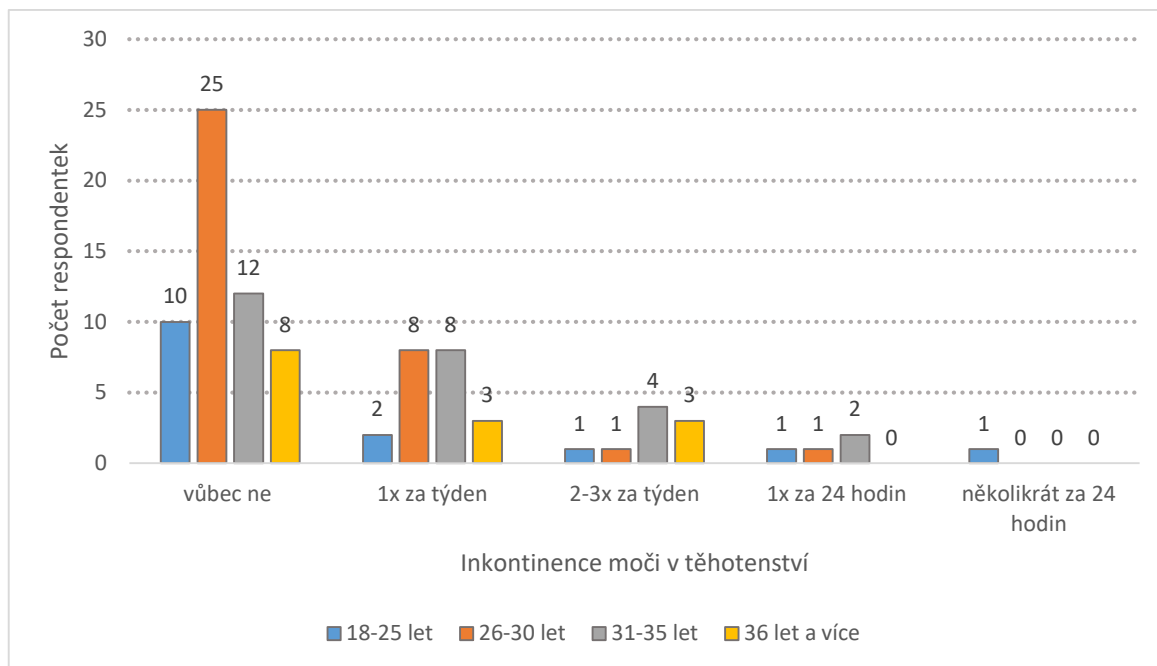
Tabulka 12: Inkontinence moči v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
vůbec ne	55	61,11 %
1x za týden	21	23,33 %
2-3x za týden	9	10,00 %
1x za 24 hodin	4	4,44 %
několikrát za 24 hodin	1	1,11 %
Celkem	90	100 %



Graf 12: Inkontinence moči v těhotenství

Komentář: V otázce č. 12 jsme se těhotných žen dotazovali, zda u nich dochází k inkontinenci moči stejně jako v otázce č. 10, s tím rozdílem, že se tato otázka vztahovala na stav těhotenství. Z 90 respondentek vůbec netrpělo inkontinencí moči v těhotenství 55 (61,11 %). Samovolný únik moči 1x za týden pociťovalo 21 těhotných žen (23,33 %). 2–3x za týden unikala moč 9 těhotným ženám (10,00 %). 4 těhotným ženám (4,44 %) unikala moč v intervalu 1x za 24 hodin a 1 těhotná žena (1,11 %) měla inkontinenci moči několikrát za 24 hodin.



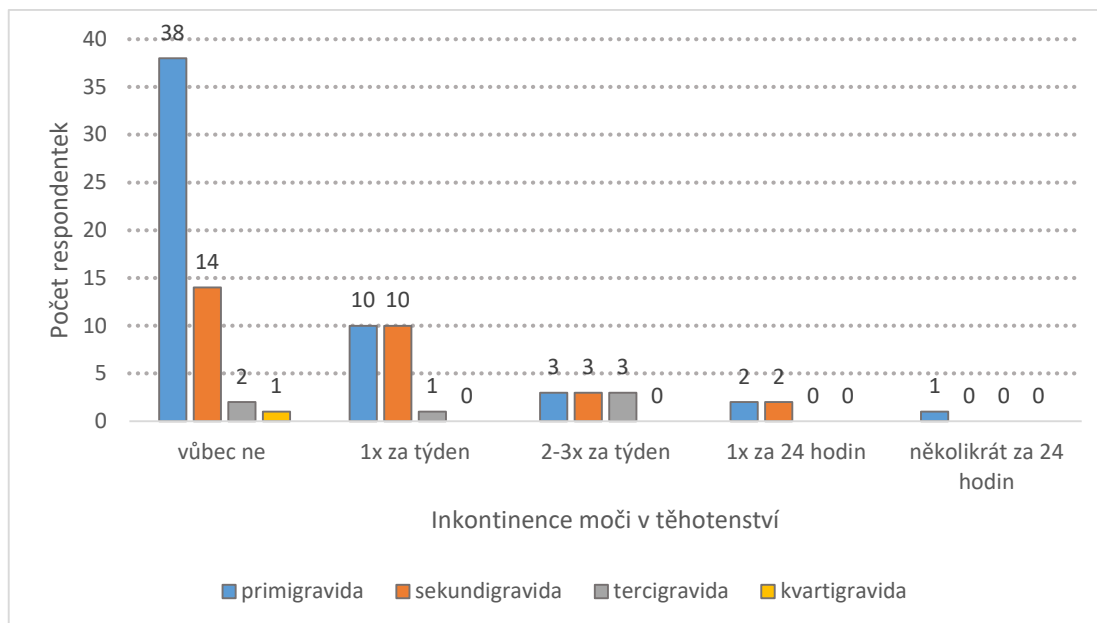
Graf 13: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na věku

Komentář: V grafu 6 můžeme pozorovat závislost výskytu inkontinence moči na věku těhotné ženy (viz. Příloha č. 1). U 10 těhotných žen (66,67 %) ve věku 18-25 let nedocházelo k samovolnému úniku moči vůbec. 1x za týden unikala moč 2 těhotným ženám (13,33 %) a 2-3x za týden jedné (6,67 %) z této věkové kategorie. 1x za 24 hodin se vyskytovala močová inkontinence pouze u 1 respondentky (6,67 %) ve věku 18-25 let, stejně tak tomu bylo i u inkontinence, která se objevovala několikrát za 24 hodin (6,67%).

Inkontinence moči v těhotenství ve věkové skupině 26-30 let neobtěžovala 25 žen (71,43 %). 8 respondentkám (22,86 %) této skupiny samovolně unikala moč 1x za týden, 1 těhotné ženě (2,86 %) 2-3x za týden a 1 respondentce (2,86 %) 1x za 24 hodin. U žádné respondentky této věkové kategorie nedocházelo k samovolnému úniku moči několikrát za 24 hodin.

Ve věkové kategorii 31-35 let se nacházelo 26 těhotných žen, u 12 (46,15 %) z nich nedocházelo k inkontinenci, u 8 (30,77 %) k úniku docházelo 1x za týden, u 4 těhotných (15,38 %) 2-3x za týden. 2 těhotné respondentky (7,69 %) této skupiny trpěly inkontinencí moči 1x za 24 hodin a žádná vícekrát za 24 hodin.

U 8 těhotných žen (57,14 %) ve věku 36 let a více nedocházelo vůbec k inkontinenci moči. Samovolný únik moči 1x za týden se objevoval u 3 těhotných žen (21,43 %) a stejný počet respondentek (21,43 %) obtěžoval únik moči 2-3x za týden. U žádné z respondentek starší 35 let se neobjevovala inkontinence 1x ani vícekrát za 24 hodin.

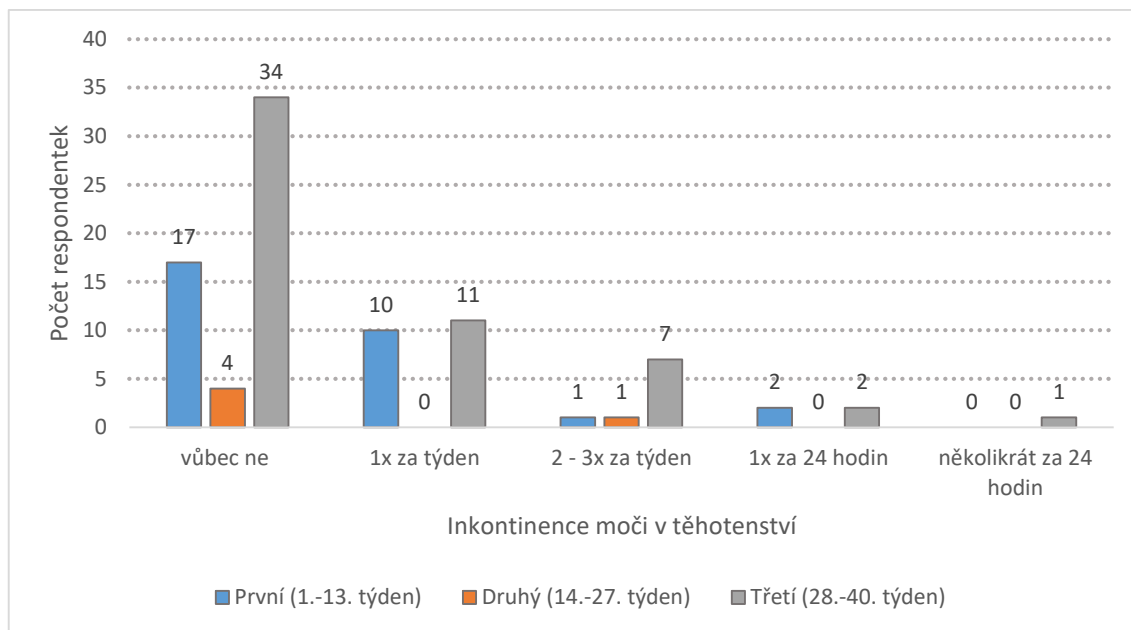


Graf 14: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na graviditě

Komentář: V grafu 14 můžeme pozorovat závislost vzniku močové inkontinence v těhotenství na graviditě (viz. Příloha č. 2). Ve skupině primigravid nedocházelo k samovolnému úniku moči u 38 žen (70,37 %) vůbec. 1x za týden pociťovalo únik moči 10 respondentek (18,52%), 2-3x za týden 3 respondentky (5,56 %) a 1x za 24 hodin 2 poprvé těhotné ženy (3,70 %). K inkontinenci moči několikrát za 24 hodin docházelo u 1 primigravidy (1,85 %). 14 sekundigravidám (48,28 %) neunikala moč vůbec. 10 žen podruhé těhotných (34,48 %) trpělo inkontinencí moči ve frekvenci 1x za týden. 3 sekundigravidy (10,34 %) uvedly frekvenci úniku 2-3x za týden a 2 (6,90 %) 1x za 24 hodin. Žádná respondentka této skupiny neuvědla, že by k inkontinenci moči docházelo několikrát za 24 hodin.

2 tercigravidy (33,33 %) odpověděly, že u nich k močové inkontinenci nedocházelo. 1x za týden unikala moč 1 respondentce (16,67 %), 2-3x za týden 3 respondentkám (50,00 %) z této skupiny. K úniku moči o frekvenci 1x a vícekrát za 24 hodin v této kategorii nedocházelo.

Z 90 respondentek, které vyplňovaly dotazník, byla těhotná počtvrté pouze jedna. Uvedla, že netrpěla samovolným únikem moči.

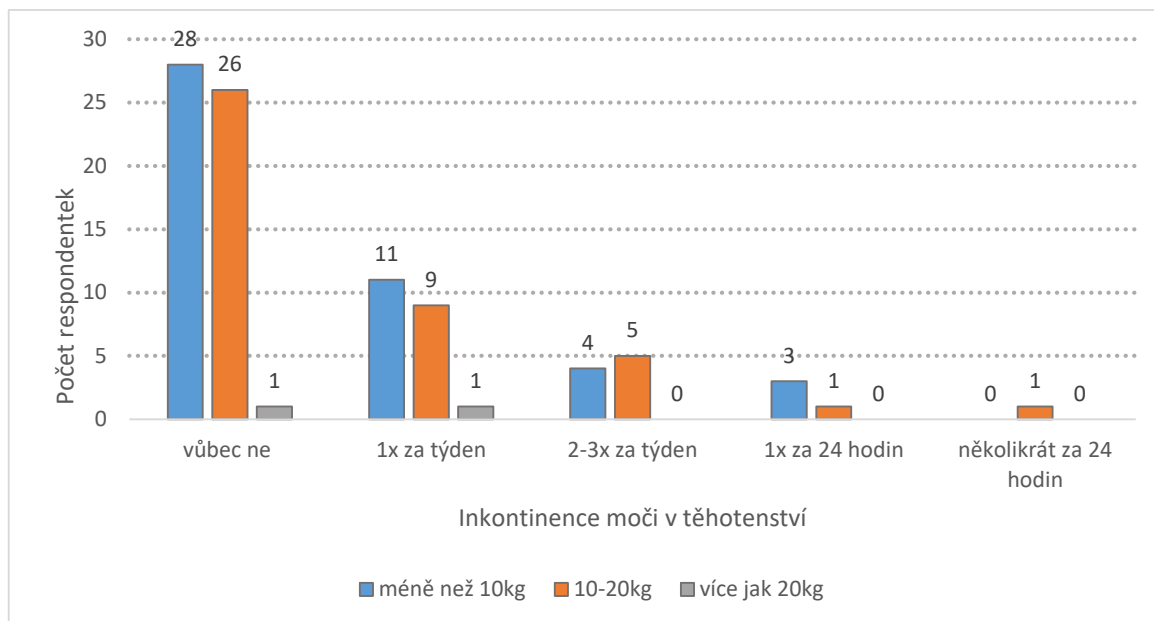


Graf 15: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na trimestru

Komentář: Graf 15 nás informuje o vzniku inkontinence moči v těhotenství v souvislosti s trimestrem těhotenství (viz. Příloha č. 3). V I. trimestru těhotenství samovolný únik moči nezaznamenávalo 17 respondentek (56,67 %), 10 žen (33,33 %) udávalo frekvenci úniku 1x za týden, 2-3x týdně 1 žena (3,33 %). U žádné ženy v I. trimestru nedocházelo k inkontinenci častěji než 2-3x za týden.

5 respondentek v době vyplňování dotazníku prožívaly II. trimestr těhotenství. 4 z nich (80,00 %) uvedly, že jim moč vůbec neunikala a 1 respondentka (20,00 %) uvedla frekvenci úniku 2-3x za týden.

Ve III. trimestru nedocházelo k samovolnému úniku moči u 34 žen (61,82 %). 11 ženám (20,00 %) unikala moč 1x za týden, 7 respondentkám (12,73 %) 2-3x za týden, 2 těhotným (3,64 %) 1x za 24 hodin a 1 ženě (1,82 %) několikrát za 24 hodin.

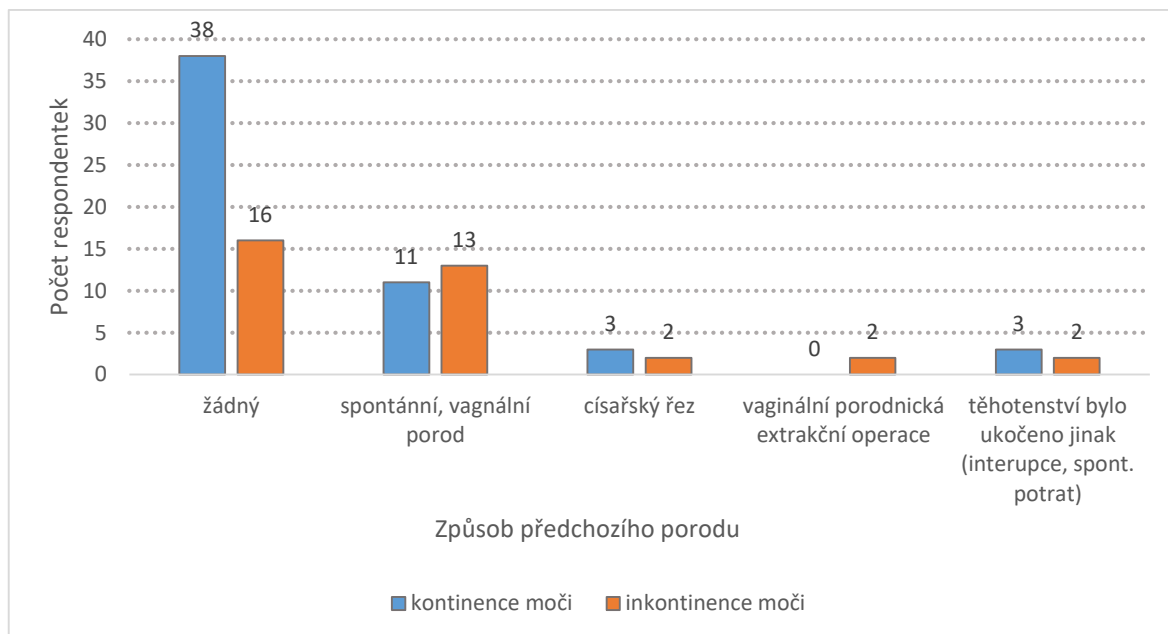


Graf 16: Vznik inkontinence moči v těhotenství v závislosti na hmotnostním přírůstku v těhotenství

V grafu 16 můžeme pozorovat vznik inkontinence moči v závislosti na hmotnostním přírůstku (viz. Příloha č. 4). Žen, které v těhotenství přibraly méně než 10 kg a neměly inkontinenci moči v těhotenství, bylo 28 (60,87 %). 11 žen (23,91 %) se stejným váhovým přírůstkem trápila inkontinence moči 1x za týden. 4 těhotné ženy (8,70 %) uvedly frekvenci samovolného úniku moči 2-3x za týden a 3 respondenty (6,52 %) frekvenci 1x za 24 hodin. Žádná žena s takto nízkým hmotnostním přírůstkem neměla inkontinenci moči několikrát za 24 hodin.

V kategorii s váhovým přírůstkem 10-20 kg v těhotenství bylo 42 žen. U 26 respondentek (61,90 %) se únik moči během těhotenství nevyskytoval vůbec, u 9 těhotných žen (21,43 %) se vyskytoval 1x za týden, u 5 těhotných žen (11,90 %) 2-3x za týden. Inkontinence moči o frekvenci 1x za 24 hodin obtěžovalo 1 těhotnou ženu (2,38 %), taktéž tomu bylo i u inkontinence moči několikrát za 24 hodin (2,38 %).

Pouze 2 ženy přibraly v těhotenství více jak 20 kg, 1 z nich (50,00 %) neměla inkontinenci moči vůbec a u 1 těhotné ženy (50,00 %) se objevovala 1x za týden.



Graf 17: Závislost vzniku inkontinence moči na způsobu předchozího porodu

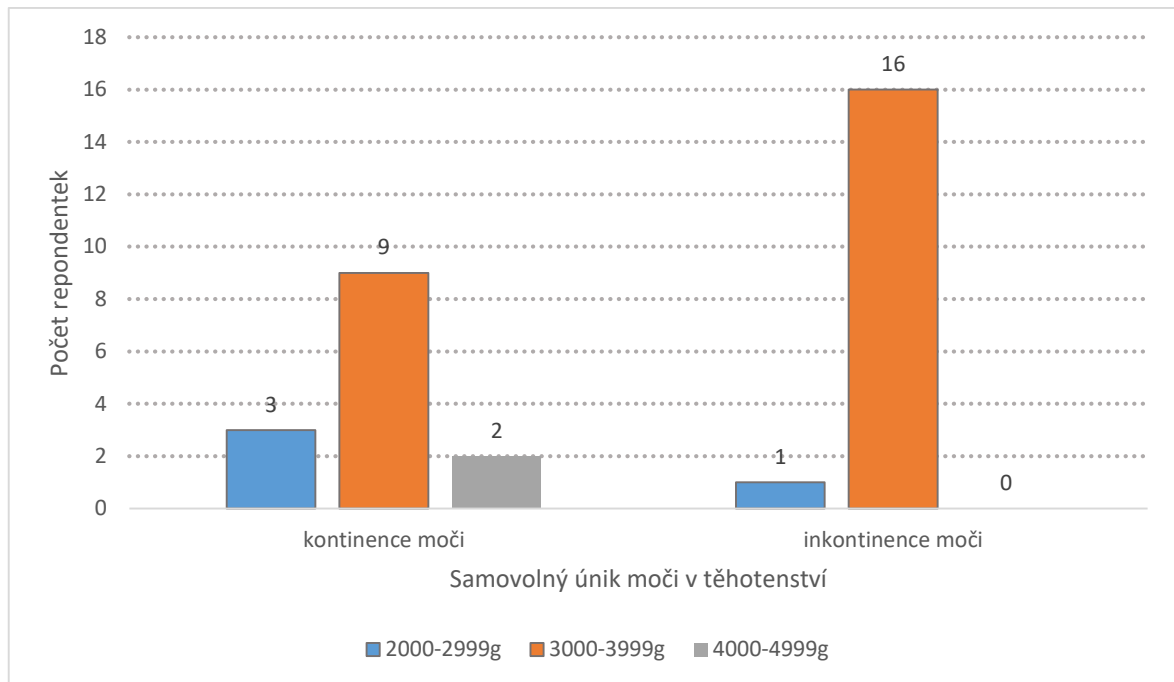
Komentář: V grafu 17 lze vidět závislost vzniku inkontinence na způsobu porodu předchozího dítěte (viz. Příloha č. 5). U 38 nullipar (70,37 %), tedy žen, které ještě nerodily, se nevyskytoval samovolný únik moči v těhotenství. 16 žen (29,63 %), které ještě nikdy nerodily, měly inkontinenci moči v období těhotenství.

Močová inkontinence v těhotenství se vyskytovala u 13 žen (54,17 %), které porodily vaginálně, v následujícím těhotenství a u 11 žen (45,83%) přítomna nebyla.

3 ženy, které podstoupily u předchozího těhotenství císařský řez, v dalším těhotenství neměly samovolný únik moči. U 2 žen po císařském řezu k inkontinenci v dalším těhotenství docházelo.

Vaginální porodnická extrakční operace proběhla při porodu u 2 žen (100,00 %). Obě tyto ženy v dalším těhotenství měly inkontinenci moči.

Močovou inkontinenci v těhotenství zaznamenaly 2 ženy (40,00 %), u kterých předchozí těhotenství bylo ukončeno jinak než porodem (interupce, spontánní potrat). 3 ženy (60,00 %) uvedly, že ji neměly.



Graf 18: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na porodní hmotnosti předchozího dítěte

Komentář: V grafu 18 můžeme pozorovat závislost vzniku inkontinence moči v graviditě v souvislosti s porodní hmotností předchozího dítěte (viz. Příloha č. 6). 3 těhotné ženy (75,00 %), které v předchozím těhotenství porodily novorozence s porodní hmotností 2000-2999 g, uvedly, že u nich v další graviditě k inkontinenci nedocházelo. 1 těhotná (25,00 %) měla inkontinenci moči v dalším těhotenství.

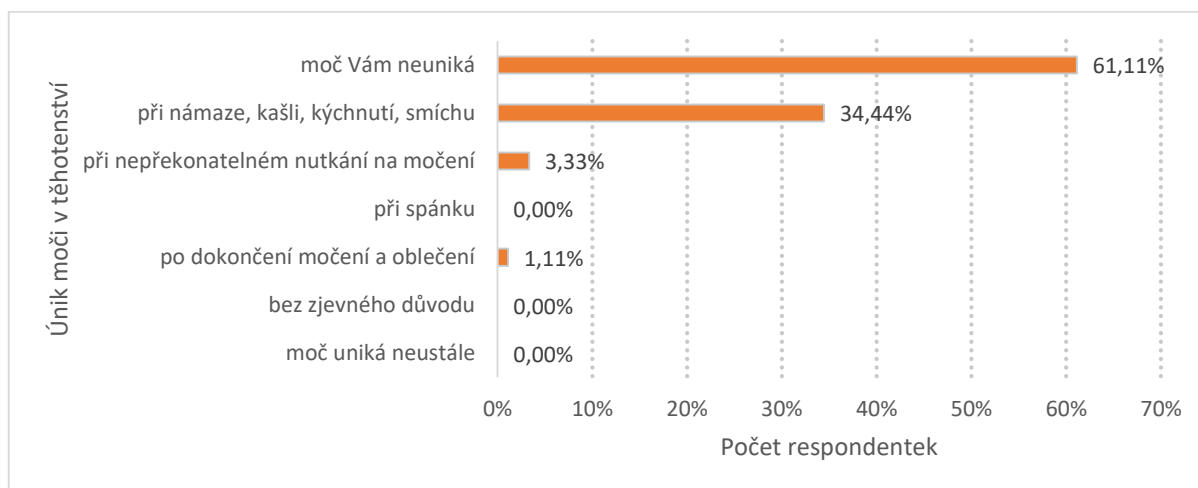
Ve skupině těhotných, které porodily v předchozím těhotenství novorozence s porodní váhou 3000-3999 g, nemělo inkontinenci moči v další graviditě 9 žen (36,00 %), a naopak mělo 16 žen (64,00 %).

Pouze 2 ženy (100,00 %), porodily v předchozím těhotenství novorozence o porodní hmotností 4000-4999 g, v dalším graviditě u nich k samovolnému úniku moči v těhotenství nedocházelo.

Otázka č. 13: Kdy u Vás dochází k úniku moči?

Tabulka 13: Okamžik úniku moči v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
moč Vám neuniká	55	61,11 %
při námaze, kašli, kýchnutí, smíchu	31	34,44 %
při nepřekonatelném nutkání na močení	3	3,33 %
při spánku	0	0,00 %
po dokončení močení a oblečení	1	1,11 %
bez zjevného důvodu	0	0,00 %
moč uniká neustále	0	0,00 %
Celkem	90	100 %



Graf 19: Okamžik úniku moči v těhotenství

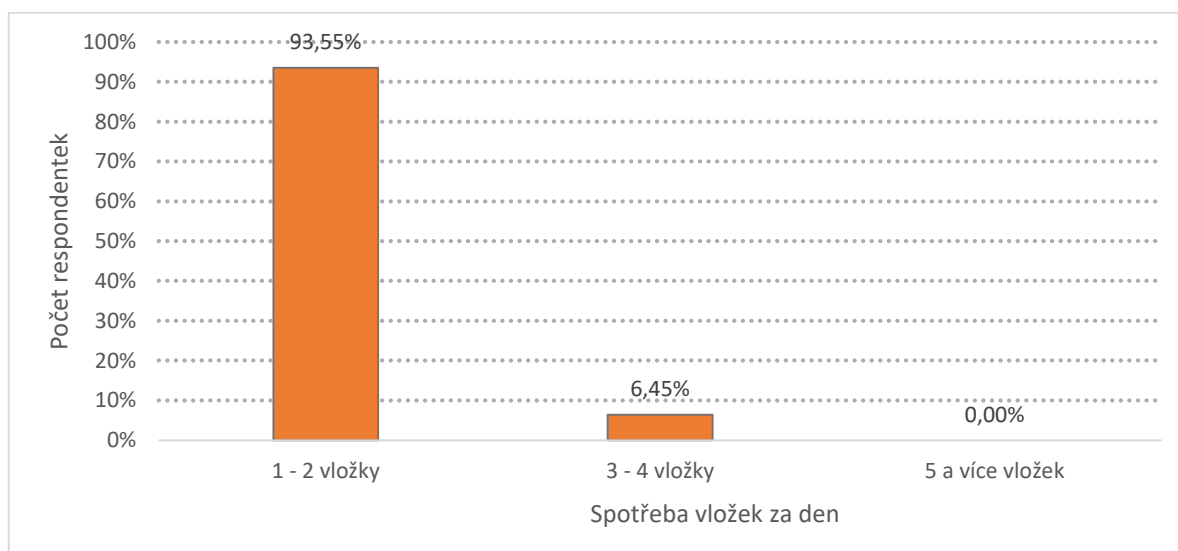
Komentář: V otázce č. 19 jsme se těhotných žen dotazovali, kdy u nich k samovolnému úniku moči v těhotenství dochází. Jak už víme z předchozí otázky, tak inkontinenci moči v těhotenství nemělo 55 respondentek, tedy 61,11 %. Nejpočetnější skupina žen, která se potýkala s inkontinencí moči v graviditě, obtěžovala inkontinencí moči při námaze, kašli, kýchnutí, smíchu. Tvořilo ji 31 těhotných respondentek (34,44 %) a jednalo se o inkontinenci stresovou. Samovolný únik moči při nepřekonatelném nutkání na močení pocíťovalo

3,33 %, tedy 3 těhotné ženy. Tyto ženy se potýkaly s urgentním typem inkontinence. U 1,11 % gravidních žen docházelo samovolnému úniku moči po dokončení močení a oblečení. Tímto typem inkontinence trpěla pouze 1 respondentka. Žádné těhotné ženě neunikala moč při spánku, bez zjevného důvodu či kontinuálně.

Otázka č. 14: Kolik vložek za den spotřebujete?

Tabulka 14: Spotřeba vložek za den

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Validní četnost (%)
1-2 vložky	29	33,22 %	93,55 %
3-4 vložky	2	2,22 %	6,45 %
5 a více vložek	0	0,00 %	0,00 %
Dílčí celek	31	34,44 %	100 %
Chybějící hodnoty	59	65,56 %	0 %
Celkem	90	100 %	100 %



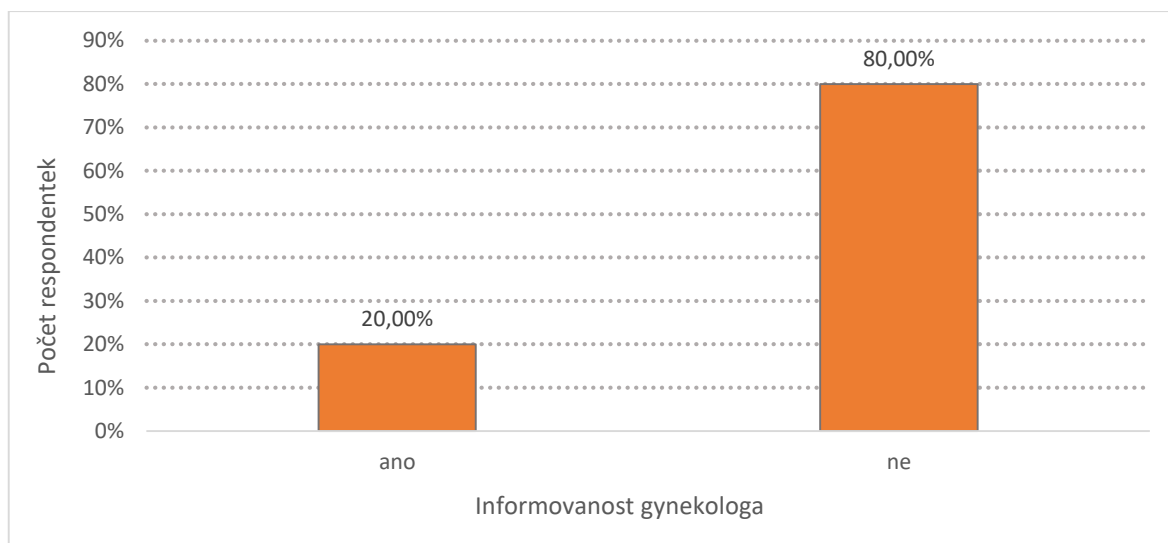
Graf 20: Spotřeba vložek za den

Komentář: Na tuto otázku měly odpovídat všechny ženy, které odpověděly, že u nich v graviditě k inkontinenci moči docházelo, tedy 35 respondentek. 4 respondentky, u kterých se inkontinence objevovala, ale na tuto otázku neodpověděly. Předpokládáme, že u nich byla spotřeba nižší než 1-2 vložky / den, proto by bylo vhodné v případě dalšího výzkumu do této otázky přidat ještě jednu možnost odpovědi a to 1-2 vložky / týden. Z 31 těhotných žen, které na tuto otázku odpověděly, 93,55 % což odpovídá 29 těhotným ženám, spotřebovaly za den 1-2 vložky. 6,45 % tedy 2 těhotné ženy spotřebovaly za den 3-4 vložky a žádná z respondentek neměla spotřebu vložek 5 a více.

Otázka č. 15: Informovala jste svého gynekologa, že u Vás dochází k úniku moči v těhotenství?

Tabulka 15: Informovanost gynekologa o inkontinenci moči v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Validní četnost (%)
ano	7	7,78 %	20,00 %
ne	28	31,11 %	80,00 %
Dílčí celek	35	38,89 %	100 %
Chybějící hodnoty	55	61,11 %	0 %
Celkem	90	100 %	100 %



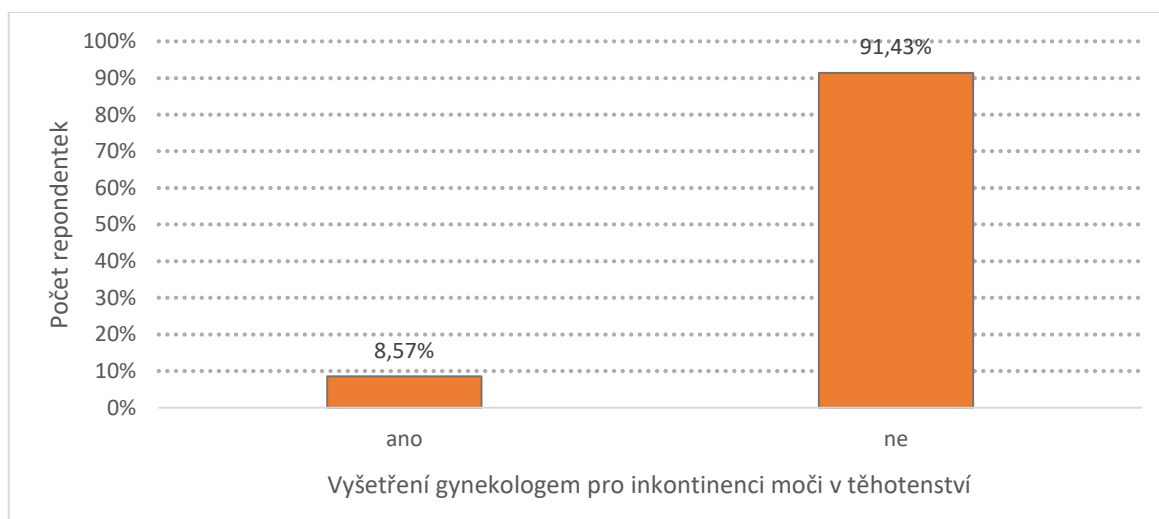
Graf 21: Informovanost gynekologa o inkontinenci moči v těhotenství

Komentář: Na otázku č. 15 odpovídaly všechny těhotné ženy, které měly inkontinenci moči v těhotenství. Pouze 7 těhotných žen (20,00 %) z 35 odpovědělo, že svého gynekologa informovaly o inkontinenci moči. 80,00 % těhotných žen gynekologa neinformovalo, jednalo se o 28 respondentek.

Otázka č. 16: Byla jste gynekologem vyšetřována pro únik moči v těhotenství?

Tabulka 16: Vyšetření gynekologem pro inkontinenci moči v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Validní četnost (%)
ano	3	3,33 %	8,57 %
ne	32	35,56 %	91,43 %
Dílčí celek	35	38,89 %	100 %
Chybějící hodnoty	55	61,11 %	0 %
Celkem	90	100 %	100 %



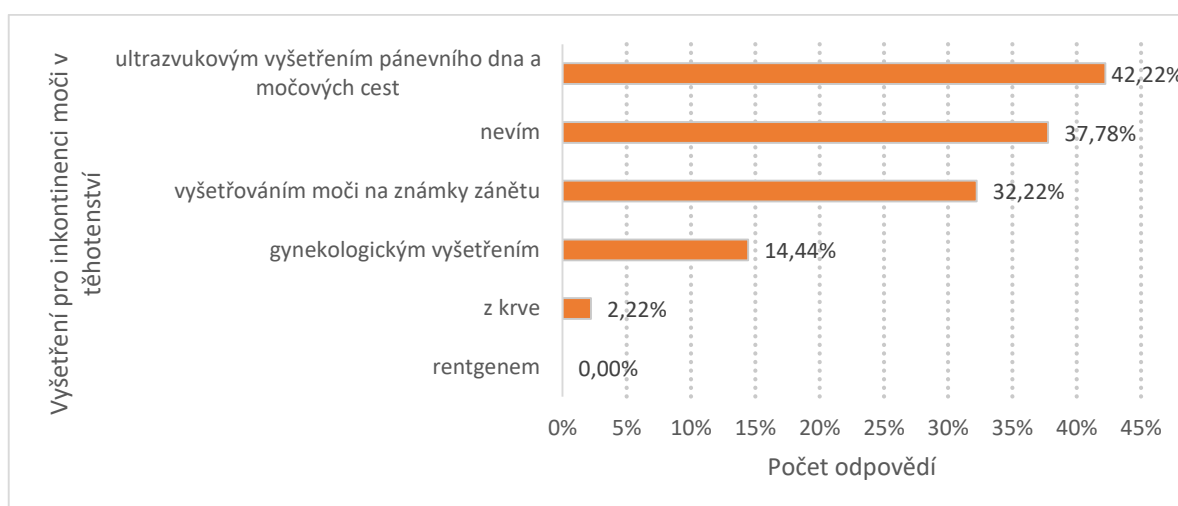
Graf 22: Vyšetření gynekologem pro inkontinenci moči v těhotenství

Komentář: Na tuto otázku opět odpovídaly pouze ženy potýkající se s inkontinencí moči v graviditě. 3 těhotné ženy (8,57 %) byly gynekologem vyšetřovány pro únik moči v těhotenství, zbylých 32 těhotných žen (91,43 %) vyšetřováno nebylo.

Otázka č. 17: Jak myslíte, že se inkontinence moči v těhotenství vyšetřuje?

Tabulka 17: Vyšetření inkontinence moči v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ultrazvukovým vyšetřením pánevního dna a močového měchýře	38	42,22 %
nevím	34	37,78 %
vyšetřením moči na známky zánětu	29	32,22 %
gynekologickým vyšetřením	13	14,44 %
z krve	2	2,22 %
rentgenem	0	00,00 %



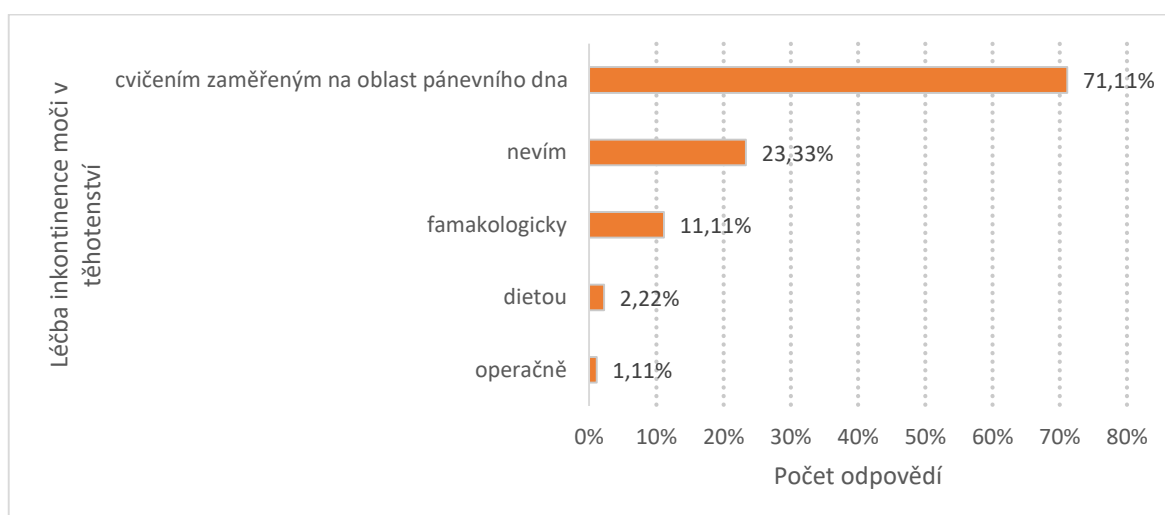
Graf 23: Vyšetření inkontinence moči v těhotenství

Komentář: V otázce č. 17 jsme se těhotných žen dotazovali, jak si myslí, že se inkontinence moči vyšetřuje u těhotné ženy. Odpovídalo na ni všech 90 respondentek. Ženy mohly zaznačit více odpovědí, ve zpracování dat tedy považujeme za 100 % celkové množství odpovědí, a ne počet respondentek. Nejčastější odpověď (42,22 %) byla ultrazvukovým vyšetřením pánevního dna a močového měchýře. Ve 37,78 % ženy odpověděly, že neví, jak se u těhotných žen inkontinence moči vyšetřuje. Odpověď vyšetřování moči na známky zánětu byla zvolena v 32,22 %. V 14,44 % byla vybrána možnost gynekologickým vyšetřením. 2,22 % tvořila odpověď z krve. Žádná z respondentek si nemyslí, že by se inkontinence moči u těhotných žen vyšetřovala v pomoci rentgenu.

Otázka č. 18: Jak myslíte, že se inkontinence moči léčí v těhotenství?

Tabulka 18: Léčba inkontinence moči v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
cvičením zaměřeným na oblast pánevního dna	64	71,11 %
nevím	21	23,33 %
farmakologicky	10	11,11 %
dietou	2	2,22 %
operačně	1	1,11 %



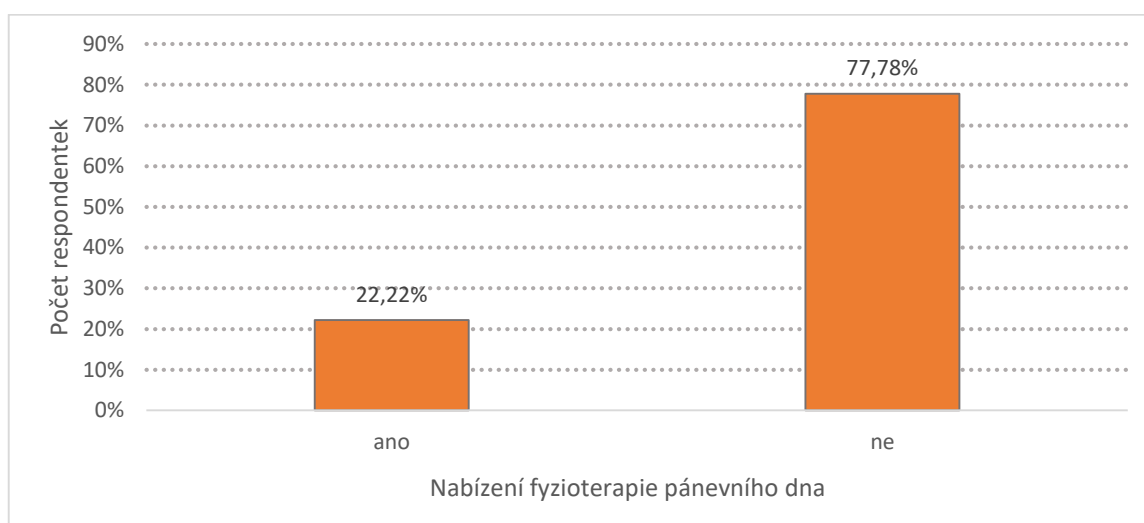
Graf 24: Léčba inkontinence moči v těhotenství

Komentář: Tato otázka zjišťovala, zda těhotné ženy ví, jak se inkontinence moči v těhotenství léčí. Respondentky opět mohly označit více možností, proto za 100 % považujeme celkové množství odpovědí. 71,11 % tvořila možnost cvičením zaměřeným na oblast pánevního dna, 23,33 % představovala možnost nevím, 11,11 % tvořila farmakologická léčba inkontinence moči v těhotenství, 2,22 % terapie dietou. Nejméně odpovědí (1,11 %) tvořila možnost operačně.

Otázka č. 19: Byla Vám nabízena fyzioterapie pánevního dna v těhotenství?

Tabulka 19: Nabídka fyzioterapie pánevního dna v těhotenství

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	20	22,22 %
ne	70	77,78 %
Celkem	90	100 %



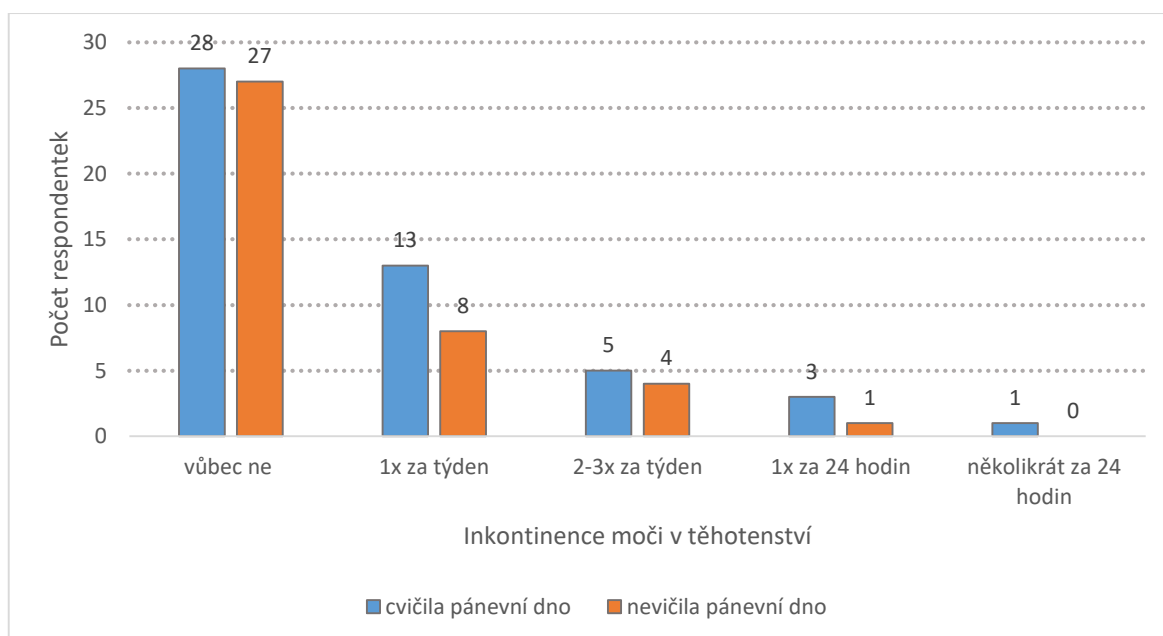
Graf 25: Nabídka fyzioterapie pánevního dna v těhotenství

Komentář: Zajímalo nás, zda byla nabídnuta fyzioterapie pánevního dna těhotným ženám, bez ohledu na fakt, zda měly či neměly inkontinenci moči v graviditě. Z 90 respondentek bylo cvičení pánevního dna v graviditě nabídnuto 20 ženám tedy 22,22 %. Většině (70,00 %) nabídnuto nebylo, jednalo se o 70 těhotných žen.

Otázka č. 20: Prováděla jste cvičení pánevního dna před otěhotněním nebo jej provádíte v těhotenství?

Tabulka 20: Cvičení pánevního dna

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	50	55,56 %
ne	40	44,44 %
Celkem	90	100 %



Graf 26: Vznik inkontinence moči v souvislosti s cvičením pánevního dna

Komentář: Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, kolik žen provádělo cvičení pánevního dna před otěhotněním nebo jej provádělo v těhotenství. 50 respondentek (55,56 %) cvičení pánevního dna provádělo, 40 respondentek (44,44 %) cviky zaměřené na pánevní dno před těhotenstvím ani v těhotenství necvičilo.

V grafu 26 můžeme vidět, jak posilování pánevního dna ovlivnilo inkontinenci moči v graviditě. 28 žen (56,00 %), které prováděly cviky zaměřené na pánevní dno, neměly inkontinenci moči v těhotenství vůbec. U 13 těhotných respondentek (26,00 %) se inkontinence moči objevovala 1x za týden, u 5 gravidních žen (10,00 %) 2-3x za týden, u 3 respondentek (6,00 %) 1 x za 24 hodin a 1 těhotná ženy (2,00 %), přesto že posilovala pánevní dno, měla inkontinenci moči několikrát za 24 hodin.

27 respondentek (67,50 %), které neprováděly cviky zaměřené na pánevní dno, neměly samovolný únik moči po dobu těhotenství. 8 ženám (20,00 %) samovolně unikala moč 1x za týden, 4 respondentkám (10,00 %) 2-3x za týden a 1 těhotné ženě (2,50 %) 1x za 24 hodin. Únik moči vícekrát za 24 hodin neměla žádná z žen, i když neprováděly posilování pánevního dna před těhotenstvím ani v těhotenství.

7 DISKUZE

Z výzkumného šetření vyplynuly následující poznatky týkající se dílčích cílů. Dílčí cíl č. 1 měl ukázat, zda jsou ženy, které vyplnily náš dotazník informovány o inkontinenci moči v těhotenství. 93,33 % respondentek správně odpovědělo, že inkontinence moči je samovolný únik moči. 34 respondentek nevědělo, jak se inkontinence moči v graviditě vyšetřuje. Možnost nevím tvořila 37,78 % odpovědí. Zbýlých 56 respondentek označilo správné možnosti vyšetření. Nejčastější odpovědí bylo ultrazvukové vyšetření pánevního dna a močových cest, tvořilo 42,22 % všech odpovědí. Dalším bylo vyšetření moči na známky zánětu (32,22 %) a možnost gynekologickým vyšetřením byla označována v 14,44 %. 2 ženy označily vedle správných odpovědí i možnost špatnou, a to vyšetření inkontinence moči z krve. Na otázku, jak se v graviditě inkontinence moči léčí, odpovědělo 21 respondentek možnostmi nevím, tvořilo to 23,33 % všech odpovědí. V 71,11 % byla označena správná možnost léčby, a to posilováním pánevního dna. 11,11 % tvořila možnost farmakologická léčba, 2,22 % dieta a 1,11 % operace. Z výsledků můžeme říci, že ženy jsou informovány o inkontinenci moči v těhotenství, tudíž dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčí cíl č. 2 měl ukázat, jakým způsobem byly ženy, které vyplňovaly náš dotazník, informovány o inkontinenci moči v graviditě. Nejčastějším zdrojem informací byl internet, tvořil 34,44 % všech odpovědí. Pouze 7 respondentek, 7,78 % odpovědí, uvedlo, že o inkontinenci moči slyší poprvé. Přesto některé z těchto žen označily v otázce č. 8, 17 a 18 správné odpovědi. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

V hypotéze č. 1 jsme předpokládali, že u těhotných žen ve III. trimestru těhotenství docházelo k samovolnému úniku moči častěji než u žen v I. a II. trimestru. Těhotné ženy v prvním trimestru měly inkontinenci moči v 43,33 % a 56,67 % ji nemělo. Ve druhém trimestru samovolný únik moči obtěžoval 20,00 % žen a u 80,00 % žen inkontinence přítomna nebyla. 38,18 % respondentek ve třetím trimestru těhotenství měly inkontinenci moči, ale 61,82 % inkontinentních nebylo. Předpoklad se nám nepotvrdil (viz. Příloha č.7 – Kontingenční tabulka č.1).

V hypotéze č. 2 jsme se domnívali, že multipary častěji trpí inkontinencí moči než nullipary. 70,37 % nullipar netrpělo inkontinencí moči v těhotenství, zbylých 29,63 % ano. Více než polovinu (52,78 %) multipar v těhotenství obtěžovala inkontinence moči. 47,22 % samovolný únik moči nemělo. Tento výzkumný předpoklad se nám potvrdil.

V hypotéze č. 3 jsme předpokládali, že vyšší věk těhotných žen, vyšší hmotnostní přírůstek v těhotenství, způsob vedení předchozího porodu a porodní hmotnost předchozího dítěte jsou rizikovými faktory pro rozvoj inkontinence moči v těhotenství. 66,67 % těhotných žen ve věku 18-25 let netrpělo inkontinencí moči. 33,33 % žen inkontinencí moči mělo. Ve věkové kategorii 26-30 let bylo kontinentních žen 71,43 % a inkontinentních 28,57 %. Mezi 31 a 35 rokem měly těhotné ženy inkontinencí moči v 53,85 %. Nemělo ji 46,15 % respondentek. Ve věkové kategorii 36 let a více se vyskytovala inkontinence u 42,86 % žen a u zbylých 57,14 % se nevyskytovala.

Těhotné ženy, které přibraly v těhotenství méně než 10 kg, v 60,87 % případech inkontinencí moči v graviditě neměly, v 39,13 % byla inkontinence v graviditě přítomna. Respondentky s váhovým přírůstek 10-20 kg byly kontinentní v 61,90 % a inkontinencí mělo 38,10 %. Polovina těhotných žen (50,00 %), které přibraly více než 20 kg, trpěla inkontinencí moči a druhá polovina (50,00 %) ji neměla. V našem výzkumu se věk a hmotnostní přírůstek v graviditě jako rizikový faktor neprokázal (viz Příloha č. 7 – Kontingenční tabulka č. 2).

54,17 % žen, u kterých byl předchozí porod veden vaginálně, trpělo v dalším těhotenství inkontinencí moči. 45,83 % žen po předchozím vaginálním porodu v dalším těhotenství inkontinencí netrpělo. Po porodu vedeném císařským řezem bylo více žen kontinentních (60,00 %) než inkontinentních (40,00 %) v dalším těhotenství. Po vaginálních porodnických extrakčních operacích docházelo u žen v dalším těhotenství k inkontinencí moči (100,00 %). V případě, že těhotenství bylo ukončeno jinak, buď interupcí, nebo spontánním potratem, se objevila inkontinence moči u 40,00 % respondentek v dalším těhotenství a u 60,00 % přítomna nebyla. Spontánní porod a vaginální porodnické extrakční operace jsou rizikovějším způsobem vedení porodu pro rozvoj inkontinence moči v dalším těhotenství než vedení porodu císařským řezem. Toto tvrzení můžeme najít i v odborné literatuře.

Respondentky, které v předchozím těhotenství porodily novorozence s porodní váhou mezi 2000-2999 g, v 75,00 % inkontinencí moči v dalším těhotenství neměly. 25,00 % žen, jejichž dítě vážilo po porodu stejně gramů, inkontinencí moči v dalším těhotenství trpěly. 36,00 % žen, jejichž předchozí dítě se narodilo s porodní váhou 3000-3999 g, samovolným únikem moči v dalším těhotenství netrpělo, zatímco u 64,00 % se objevovala. Ženy, které měly děti s porodní váhou 4000-4999g inkontinencí moči v následujícím těhotenství netrpěly. V našem výzkumu se porodní váha předchozího dítěte nepotvrdila jako rizikový faktor vzniku inkontinence moči v graviditě (viz. Příloha č. 7 – Kontingenční tabulka č. 3).

Ve 4. hypotéze jsme se domnívali, že posilování pánevního dna bude mít pozitivní vliv na inkontinenci moči v těhotenství. Těhotné ženy, které posilovaly pánevní dno, nebyly inkontinentní v 56,00 %. 44,00 % žen trpělo v graviditě inkontinencí i přes posilování pánevního dna. Respondentky, které neprováděly cviky zaměřené na posílení pánevního dna, měly inkontinenci moči v 32,50 % a v 67,50 % byly kontinentní. Z našeho výzkumu nelze potvrdit pozitivní účinek posilování pánevního na rozvoj inkontinence (viz. Příloha č. 7 – Kontingenční tabulka č. 4). Důvodem může být špatná technika cvičení, kdy ženy necvičily pod dohledem fyzioterapeuta nebo fyziologické změny kolagenu, hladina relaxinu a další těhotenské hormony v graviditě zapříčinily, že toto cvičení nemělo tak pozitivní účinky.

Hlavním cílem práce bylo zjistit četnost výskytu inkontinence moči u těhotných žen, které vyplnily náš dotazník, a typ inkontinence. Před otěhotněním 98,89 % ženám moč neunikala, pouze 1,11 % mělo inkontinenci před otěhotněním. V těhotenství klesl počet kontinentních žen na 61,11 % a vzrostl počet inkontinentních na 38,89 %. Nejčastějším typem inkontinence moči v graviditě byla stresová inkontinence, označilo ji 88,57 % inkontinentních žen. Pro tento typ inkontinence je typický samovolný únik moči při zvýšení nitrobrišního tlaku, tedy kašli, kýchnutí a smíchu. Hlavní cíl práce byl splněn.

Výsledky jsme chtěli porovnat s výsledky jiné bakalářské práce. Bohužel se nám nepodařilo najít práci, které by měla stejné nebo alespoň podobné cíle a hypotézy. Bakalářská práce Jany Furchové z roku 2011 nese název „Vznik inkontinence moči v těhotenství,“ ale cíle jsou zaměřeny na vznik a rozvoj LUTS v těhotenství. Náš výzkum byl zaměřen pouze na inkontinenci moči, porovnání výsledků by tedy bylo nepřesné. Ostatní bakalářské práce se zaměřovaly na inkontinenci moči, ale ne v období těhotenství.

Doporučení pro praxi

Jedinou možnou léčbou inkontinence moči v těhotenství je posilování pánevního dna. Provádění těchto cviků je také prevencí budoucích močových obtíží. Proto by se měly ženy zajímat o posilování pánevního dna ještě před otěhotněním. Mohli bychom doporučit ženám provádět cvičení pánevního dna pod odborným dohledem fyzioterapeuta nebo na kurzech vedeným školeným instruktorem. Ženy, by tak měly zpětnou vazbu, zda aktivují svaly pánevního dna správně. V gynekologických ambulancích by porodní asistentky nebo všeobecné sestry mohly poskytovat edukační materiály s vhodnými cviky zaměřenými na fyzioterapii pánevního dna.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zbývala tématem inkontinence moči v těhotenství. Byla rozdělena do dvou částí. Část teoretická obsahovala informace, které souvisí se samovolným únikem moči. Obsahovala čtyři velké kapitoly. Byla v nich popsána anatomie a fyziologie dolních cest močových, druhy inkontinence moči, diagnostika a léčba inkontinence moči v těhotenství. Část praktická obsahovala výsledky dotazníkového šetření.

Hlavním cílem práce bylo zjistit četnost výskytu inkontinence moči u těhotných žen, které vyplnily náš dotazník, a typ inkontinence. Práce dále měla dva dílčí cíle a čtyři hypotézy. Abychom mohli zjistit tyto cíle a hypotézy, vytvořili jsme dotazník, který byl rozdán v předporodních kurzech a vyplněn těhotnými ženami. Otázky byly zaměřeny na stav těhotenství i na stav před otěhotněním.

Ze získaných dat, jsme zjistili, že inkontinencí moči častěji trpěly ženy těhotné než netěhotné. Nejčastějším typem inkontinence, kterou gravidní ženy trpěly, byla inkontinence stresová. U tohoto druhu inkontinence moč samovolně uniká při zvýšení nitrobrišního tlaku, tedy kašlí, kýchnutí a smíchu. Dále jsme zjistili, že respondentky, které vyplnily náš dotazník, byly informovány o inkontinence moči. Nejčastějším zdrojem informací byl internet. Předpokládali jsme, že ve III. trimestru samovolně unikala moč ženám častěji než v I. a II. Tato hypotéza se nám nepotvrdila. Předpoklad, že multipary trpí inkontinencí moči v těhotenství častěji než nullipary, se nám potvrdil. Vyšší věk, vyšší hmotnostní přírůstek v těhotenství ani porodní hmotnost předchozího dítěte v našem výzkumu nebyly rizikovými faktory pro vznik inkontinence. Naopak tomu bylo u způsobu vedení předchozího porodu. Posilování pánevního dna nemělo u našich respondentek pozitivní vliv na vznik inkontinenci moči v těhotenství. Důvodem mohla být špatná technika cvičení, kdy ženy necvičily pod dohledem fyzioterapeuta, nebo fyziologické změny kolagenu, hladina relaxinu a další těhotenské hormony v graviditě zapříčinily, že toto cvičení nemělo tak pozitivní účinky.

Močové inkontinenci v těhotenství můžeme předejít cviky pro posílení pánevního dna ještě před otěhotněním. Musí ale být prováděny správně, nejlépe pod dohledem fyzioterapeuta. Posilování pánevního dna v těhotenství má pozitivní vliv na správné držení těla, zmírňuje bolesti v bederní a křížové oblasti a v neposlední řadě má vliv i na hladký průběh těhotenství a porod.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČEPIČKÝ, Pavel, ed., 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4756-042.
- [2] FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK, 2009. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807-3451-912.
- [3] FURCHOVÁ, Jana, 2011. *Vznik inkontinence moči v těhotenství* [online]. Pardubice [cit. 2020-01-10]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/38800/FurchovaJ_VznikInkontinence_GH_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- [4] HALAŠKA, Michael, 2004. *Urogynecologie*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2272-2.
- [5] HANUŠ, Tomáš, 2011. *Urologie*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3873-875.
- [6] HORČIČKA, Lukáš, 2013. Inkontinenční - absorpční prostředky. *Interní medicína pro praxi* [online]. **2013**(1), 31-33 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: https://www.interni-medicina.cz/artkey/int-201301-0009_Inkontinencni-absorpcni_prostredky.php
- [7] HORČIČKA, Lukáš, 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4503-2.
- [8] HRADECKÁ, Lenka, 2010. Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence In: *Zdraví.Euro.cz: Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2020-01-14]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/cviceni-v-tehotenstvi-a-prevence-inkontinence-450952>
- [9] HUVAR, Ivan, 2014. Močová inkontinence v těhotenství. *Urologie pro praxi* [online]. **2014**(4), 152-154 [cit. 2019-12-02]. ISSN 1213-1768. Dostupné z: https://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201404-0002_Mocova_inkontinence_v_tehotenstvi.php
- [10] JAIN, Preeti et al., 2011. Effectiveness of midurethral slings in mixed urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal* [online]. **22**(8), 923-932 [cit. 2020-01-08]. DOI: 10.1007/s00192-011-1406-3. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00192-011-1406-3>
- [11] KAWACIUK, Ivan, 2009. *Urologie*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-277.

- [12] KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2315-X.
- [13] KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL, 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807-3452-674.
- [14] MARTAN, Alois, Jaromír MAŠATA a Kamil ŠVABÍK, 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynologii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807-3453-480.
- [15] MAŠATA, Jaromír, Kamil ŠVABÍK a Alois MARTAN, 2012. Ultrazvuk v urogynologii. *Česká gynekologie* [online]. **2012**(4), 292-298 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-4-1/ultrazvuk-v-urogynologii-38902>
- [16] NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.
- [17] NOVÁK, Vlastimil, 2009. Kegellovy cviky nejen pro kontrolu inkontinence In: *Zdraví.Euro.cz: Zdravotnictví a medicína* [online]. [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kegellovy-cviky-nejen-pro-kontrolu-inkontinence-448660>
- [18] PILKA, Radovan, 2017. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807-3455-309.
- [19] PRICE, Natalia, Rehana DAWOOD a Simon R. JACKSON, 2010. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: *A systematic literature review*. *Maturitas* [online]. **67**(4), 309-315 [cit. 2020-01-08]. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.08.004. ISSN 03785122. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512210003178>
- [20] ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2625-017.
- [21] ROKYTA, Richard, 2016. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807-4922-381.
- [22] ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4728-322.
- [23] ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4757-537.

- [24] SEDMÍK, Jaroslav, Iva MIHULOVÁ a Petr NÁDENÍČEK, 2006. Konvenční rentgenová vyšetření vývodných cest močových. *Urologické listy* [online]. **2006**(2), 5-9 [cit. 2020-01-07]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/urologicke-listy/2006-2/konvencni-rentgenova-vysetreni-vyvodnych-cest-mocovych-50099>
- [25] VAŠEK, Petr, 2019. Močová inkontinence v těhotenství. *Česká gynekologie* [online]. **2019**(1), 73-76 [cit. 2019-12-05]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/mocova-inkontinence-v-tehotenstvi-112781>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Cm	Centimetr
mm	Milimetr
Min	Minuta
ml	mililitr
MHz	milihertz
x	krát
%	procento
Sb.	sbírka zákonů
m.	musculus
GIT	gastrointestinální trakt
ICS	International Continence Society
ISD	Intrinsic Sphincter Deficiency
SUI	Stress urinary incontinence
UUI	Urgent urinary incontinence
OAB	Overactive bladder
MUI	Mixed urinary incontinence
LUTS	Lower urinatori tract symptoms
LUTD	Lower urinatori tract dysfunction
UPP	Urethral pressure profile
UF	uroflowmetrie
VUDS	videourodynamika
VCU	video-cysto-urethrography

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk respondentek.....	34
Tabulka 2: Vzdělání	35
Tabulka 3: Gravidita.....	36
Tabulka 4: Způsob předchozího porodu.....	37
Tabulka 5: Hmotnost dítěte	39
Tabulka 6: Trimestr těhotenství	40
Tabulka 7: Hmotnostní příbytek v těhotenství	41
Tabulka 8: Pojem inkontinence moči.....	42
Tabulka 9: Zdroj informací	43
Tabulka 10: Inkontinence moči před otěhotněním.....	45
Tabulka 11: Záněty močového měchýře před otěhotněním	46
Tabulka 12: Inkontinence moči v těhotenství	47
Tabulka 13: Okamžik úniku moči v těhotenství	54
Tabulka 14: Spotřeba vložek za den	56
Tabulka 15: Informovanost gynekologa o inkontinenci moči v těhotenství.....	57
Tabulka 16: Vyšetření gynekologem pro inkontinenci moči v těhotenství	58
Tabulka 17: Vyšetření inkontinence moči v těhotenství.....	59
Tabulka 18: Léčba inkontinence moči v těhotenství.....	60
Tabulka 19: Nabídka fyzioterapie pánevního dna v těhotenství	61
Tabulka 20: Cvičení pánevního dna.....	62

SEZNAM TABULEK

Graf 1: Věk respondentek.....	34
Graf 2: Vzdělání	35
Graf 3: Gravidita.....	36
Graf 4: Způsob předchozího porodu.....	37
Graf 5: Hmotnost dítěte	39
Graf 6: Trimestr těhotenství.....	40
Graf 7: Hmotnostní příbytek v těhotenství	41
Graf 8: Pojem inkontinence moči	42
Graf 9: Zdroj informací	43
Graf 10: Inkontinence moči před otěhotněním	45
Graf 11: Závislost vzniku inkontinence moči na častých zánětech močového měchýře před otěhotněním	46
Graf 12: Inkontinence moči v těhotenství	47
Graf 13: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na věku.....	48
Graf 14: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na graviditě	49
Graf 15: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na trimestru	50
Graf 16: Vznik inkontinence moči v těhotenství v závislosti na hmotnostním přírůstkem v těhotenství	51
Graf 17: Závislost vzniku inkontinence moči na způsobu předchozího porodu	52
Graf 18: Závislost vzniku inkontinence moči v těhotenství na porodní hmotnosti předchozího dítěte	53
Graf 19: Okamžik úniku moči v těhotenství.....	54
Graf 20: Spotřeba vložek za den.....	56
Graf 21: Informovanost gynekologa o inkontinenci moči v těhotenství.....	57
Graf 22: Vyšetření gynekologem pro inkontinenci moči v těhotenství.....	58
Graf 23: Vyšetření inkontinence moči v těhotenství	59
Graf 24: Léčba inkontinence moči v těhotenství.....	60
Graf 25: Nabídka fyzioterapie pánevního dna v těhotenství	61
Graf 26: Vznik inkontinence moči v souvislosti s cvičením pánevního dna.....	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Tabulka závislosti vzniku inkontinence moči v těhotenství na věku

Příloha č. 2 - Tabulka závislosti vzniku inkontinence moči v těhotenství na graviditě

Příloha č. 3 - Tabulka závislosti vzniku inkontinence moči v těhotenství na trimestru

Příloha č. 4 - Tabulka závislosti vzniku inkontinence moči v těhotenství na přibrané hmotnosti

Příloha č. 5 - Tabulka závislosti vzniku inkontinence moči v těhotenství na způsobu předchozího porodu

Příloha č. 6 - Tabulka závislosti vzniku inkontinence moči v těhotenství na porodní hmotnosti předchozího dítěte

Příloha č. 7 - Kontingenční tabulky

Příloha č. 8 - Dotazník

**PŘÍLOHA Č. 1: TABULKA ZÁVISLOSTI VZNIKU INKONTINENCE
MOČI V TĚHOTENSTVÍ NA VĚKU**

	Celkový součet		18-25 let		26-30 let		31-35 let		36 let a více	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
všobecně	55	61,11%	10	66,67%	25	71,43%	12	46,15%	8	57,14%
1x za týden	21	23,33%	2	13,33%	8	22,86%	8	30,77%	3	21,43%
2-3x za týden	9	10,00%	1	6,67%	1	2,86%	4	15,38%	3	21,43%
1x za 24 hodin	4	4,44%	1	6,67%	1	2,86%	2	7,69%	0	0,00%
někdy/krát za 24 hodin	1	1,11%	1	6,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkový součet	90	100,00%	15	100,00%	35	100,00%	26	100,00%	14	100,00%

PŘÍLOHA Č. 2: TABULKA ZÁVISLOSTI VZNIKU INKONTINENCE MOČI V TĚHOTENSTVÍ NA GRAVIDITĚ

	Celkový součet		primigravida		sekundigravida		tercigravida		kvartigravida	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
všobec ne	55	61,11%	38	70,37%	14	48,28%	2	33,33%	1	100,00%
1x za týden	21	23,33%	10	18,52%	10	34,48%	1	16,67%	0	0,00%
2-3x za týden	9	10,00%	3	5,56%	3	10,34%	3	50,00%	0	0,00%
1x za 24 hodin	4	4,44%	2	3,70%	2	6,90%	0	0,00%	0	0,00%
několikrát za 24 hodin	1	1,11%	1	1,85%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkový součet	90	100,00%	54	100,00%	29	100,00%	6	100,00%	1	100,00%

**PŘÍLOHA Č. 3: TABULKA ZÁVISLOSTI VZNIKU INKONTINENCE
MOČI V TĚHOTENSTVÍ NA TRIMESTRU**

	Celkový součet		první (1.-13. týden)		druhý (14.-27. týden)		třetí (28.-40. týden)	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
vůbec ne	55	61,11%	17	56,67%	4	80,00%	34	61,82%
1x za týden	21	23,33%	10	33,33%	0	0,00%	11	20,00%
2-3x za týden	9	10,00%	1	3,33%	1	20,00%	7	12,73%
1x za 24 hodin	4	4,44%	2	6,67%	0	0,00%	2	3,64%
mnohokrát za 24 hodin	1	1,11%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,82%
Celkový součet	90	100,00%	30	100,00%	5	100,00%	55	100,00%

**PŘÍLOHA Č. 4: TABULKA ZÁVISLOSTI VZNIKU INKONTINENCE
MOČI V TĚHOTENSTVÍ NA PŘIBRANÉ HMOTNOSTI**

	Celkový součet		méně než 10kg		10-20kg		více jak 20kg	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
vůbec ne	55	61,11%	28	60,87%	26	61,90%	1	50,00%
1x za týden	21	23,33%	11	23,91%	9	21,43%	1	50,00%
2-3x za týden	9	10,00%	4	8,70%	5	11,90%	0	0,00%
1x za 24 hodin	4	4,44%	3	6,52%	1	2,38%	0	0,00%
několikrát za 24 hodin	1	1,11%	0	0,00%	1	2,38%	0	0,00%
Celkový součet	90	100,00%	46	100,00%	42	100,00%	2	100,00%

PŘÍLOHA Č. 5: TABULKA ZÁVISLOSTI VZNIKU INKONTINENCE MOČI V TĚHOTENSTVÍ NA ZPŮSOBU PŘEDCHOZÍHO PORODU

	Celkový součet		žádný		spontánní vaginální porod		císařský řez		vaginální porodnická extrakční operace		těhotenství bylo ukončeno jinak	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
kontinence moči	55	61,11%	38	70,37%	11	45,83%	3	60,00%	0	0,00%	3	60,00%
inkontinence moči	35	38,89%	16	29,63%	13	54,17%	2	40,00%	2	100,00%	2	40,00%
Celkový součet	90	100,00%	54	100,00%	24	100,00%	5	100,00%	2	100,00%	5	100,00%

PŘÍLOHA Č. 6: TABULKA ZÁVISLOSTI VZNIKU INKONTINENCE MOČI V TĚHOTENSTVÍ NA PORODNÍ HMOTNOSTI PŘEDCHOZÍHO DÍTĚTE

	Celkový součet		2000-2999 g		3000-3999 g		4000-4999 g	
	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%	Absolutní četnost	%
vůbec ne	14	45,16%	3	75,00%	9	36,00%	2	100,00%
1x za týden	9	29,03%	1	25,00%	8	32,00%	0	0,00%
2-3x za týden	6	19,35%	0	0,00%	6	24,00%	0	0,00%
1x za 24 hodin	2	6,45%	0	0,00%	2	8,00%	0	0,00%
několikrát za 24 hodin	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Celkový součet	31	100,00%	4	100,00%	25	100,00%	2	100,00%

PŘÍLOHA Č. 7: KONTINGENČNÍ TABULKY

Kontingenční tabulka č. 1				
	Inkontinence moči v těhotenství			
Trimestr	vůbec ne	1x za týden	více než 1x za týden	Celkem
I. a II. trimestr	21	10	4	35
III. trimestr	34	11	10	55
Celkem	55	21	14	90
Chi-Squared Tests				
	Value	df	p	
χ^2	1.312	2	0.519	
N	90			

Kontingenční tabulka č. 2				
	Inkontinence moči v těhotenství			
Věk	vůbec ne	1x za týden	více než 1x za týden	Celkem
18-25 let	10	2	3	15
26-30 let	25	8	2	35
31-35 let	12	8	6	26
36 let a více	5	3	3	14
Celkem	55	21	14	90
Chi-Squared Tests				
	Value	df	p	
χ^2	6.583	6	0.361	
N	90			

Kontingenční tabulka č. 3				
	Inkontinence moči v těhotenství			
Porodní váha předchozího dítěte	vůbec ne	1x za týden	více než 1x za týden	Celkem
nullipary	41	12	6	59
2000-2999 g	3	1	0	4
3000-3999 g	9	8	8	25
4000-4999 g	2	0	0	2
Celkem	55	21	14	90
Chi-Squared Test				
	Value	df	p	
χ^2	11.761	6	0.068	
N	90			

Kontingenční tabulka č. 4				
	Inkontinence moči v těhotenství			
Cviky zaměřené na posílení pánevního dna	vůbec ne	1x za týden	více než 1x za týden	Celkem
cvičila	28	13	9	50
necvičila	27	8	5	40
Celkem	55	21	14	90
Chi-Squared Test				
	Value	df	p	
X²	1.256	2	0.534	
N	90			

PŘÍLOHA Č. 8: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Marečková, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia, oboru porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V současné době zpracovávám bakalářskou práci na téma „Inkontinence moči v těhotenství“. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci vyplněním dotazníku. Ten obsahuje 20 otázek. Vyberte prosím vždy jednu odpověď a zakroužkujte ji. Otázky, na které bude možno odpovědět více možnostmi, budou označeny závorkou – (možnost více odpovědí), kterou najdete za položenou otázkou. Upozorňuji, že dotazník je anonymní a bude použit pro zpracování praktické části bakalářské práce. Budete-li mít nějaké dotazy, můžete mě kontaktovat na uvedené emailové adrese.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci,

Andrea Marečková

Kontakt: mareckova.andrea@centrum.cz

1. Kolik je Vám let?

- a) méně než 18 let
- b) 18-25 let
- c) 26-30 let
- d) 31-35 let
- e) 36 let a více

2. Jaké je Vaše vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

3. Po kolikáté jste těhotná?

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

- 4. Jaký byl způsob Vašeho předchozího porodu? (možnost více odpovědí)**
- a) žádný
 - b) vaginální, spontánní porod
 - c) císařský řez
 - d) vakuumextraktor (VEX)
 - e) klešťový porod
 - f) spontánní porod dvojčat
 - g) těhotenství bylo ukončeno jinak (interupce, spontánní potrat)
- 5. Pokud Vaše odpověď na otázku číslo 4. byla „žádný“, neodpovídejte na tuto otázku. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?**
- a) méně než 2000 g
 - b) 2000-2999 g
 - c) 3000-3999 g
 - d) 4000-4999 g
 - e) 5000 g a více
- 6. Ve kterém trimestru těhotenství se nacházíte?**
- a) prvním (1.-13. týden)
 - b) druhém (14.-27. týden)
 - c) třetím (28.-40. týden)
- 7. Kolik kilogramů jste přibrala v těhotenství?**
- a) méně než 10 kg
 - b) 10-20 kg
 - c) více jak 20 kg
- 8. Co je inkontinence moči?**
- a) pálení, řezání při močení
 - b) častá frekvence močení
 - c) samovolný únik moči
 - d) nevím
- 9. Kdo Vás informoval o močové inkontinenci?**
- a) lékař
 - b) porodní asistentka / zdravotní sestra
 - c) kamarádka / rodinný příslušník
 - d) internet
 - e) předporodní kurz
 - f) televize
 - g) jiné:
 - h) nikdo, slyším o ní poprvé

10. Jak často u Vás docházelo k samovolnému úniku moči před otěhotněním?

- a) vůbec ne
- b) 1x za týden
- c) 2-3x za týden
- d) 1x za 24 hodin
- e) několikrát za 24 hodin

11. Trpěla jste častými záněty močového měchýře před otěhotněním?

- a) ano
- b) ne

12. Jak často u Vás dochází k samovolnému úniku moči, teď když jste těhotná?

- a) vůbec ne
- b) 1x za týden
- c) 2-3x za týden
- d) 1x za 24 hodin
- e) několikrát za 24 hodin

13. Kdy u Vás dochází k úniku moči?

- a) moč Vám neuniká
- b) při námaze, kašli, kýchnutí, smíchu
- c) při nepřekonatelném nutkání na močení
- d) při spánku
- e) po dokončení močení a oblečení
- f) bez zjevného důvodu
- g) moč uniká neustále

14. Pokud Vaše odpověď na otázku číslo 13. byla „vůbec ne“, neodpovídejte na tuto otázku. Kolik vložek za den spotřebujete?

- a) 1-2 vložky/den
- b) 3-4 vložky/den
- c) 5 a více vložek za den

15. Pokud Vaše odpověď na otázku číslo 13. byla „vůbec ne“, neodpovídejte na tuto otázku. Informovala jste svého gynekologa, že u Vás dochází k úniku moči v těhotenství?

- a) ano
- b) ne

16. Pokud Vaše odpověď na otázku číslo 13. byla „vůbec ne“, neodpovídejte na tuto otázku. Byla jste gynekologem vyšetřována pro únik moči v těhotenství?

- a) ano
- b) ne

17. Jak myslíte, že se inkontinence moči v těhotenství vyšetřuje? (možnost více odpovědí)

- a) ultrazvukovým vyšetřením pánevního dna a močového měchýře
- b) gynekologickým vyšetřením
- c) z krve
- d) vyšetřením moči na známky zánětu
- e) rentgenem
- f) nevím

18. Jak myslíte, že se inkontinence moči léčí v těhotenství? (možnost více odpovědí)

- a) operačně
- b) farmakologicky
- c) cvičením zaměřeným na oblast pánevního dna
- d) dietou
- e) nevím

19. Byla Vám nabízena možnost fyzioterapie pánevního dna v těhotenství?

- a) ano
- b) ne

20. Prováděla jste cvičení pánevního dna před otěhotněním nebo jej provádíte v těhotenství?

- a) ano
- b) ne