VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života žen s dysfunkcí pánevního dna po druhém vaginálním porodu

Diplomová práce

Autor: Bc. Lýdia Biľová, Dis

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adriana Repková, PhD.

Jihlava 2017

Vysoká škola polytechnická Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	**Bc Lýdia Biľová, Dis**
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Obor:	Komunitní péče v porodní asistenci
Název práce:	**Kvalita života žen s dysfunkcí pánevního dna po druhém vaginálním porodu**
Cíl práce:	Zhodnocení vlivu druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna a zhodnocení vlivu rehabilitace na dysfunkci pánevního dna.

doc. PhDr. Adriana Repková, Ph.D.
vedoucí diplomové práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Biľová, Lýdia: *Kvalita života žen s dysfunkcí pánevního dna po druhém vaginálním porodu* [Diplomová práce] / Lýdia Biľová - Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. – Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Adriana Repková, PhD. Stupeň odborné kvalifikace: Magistr ošetřovatelství. - Jihlava, 2017. 79 s.

Téma diplomové práce je zaměřeno na problematiku dysfunkce pánevního dna žen po druhém vaginálním porodu a následným dopadem na kvalitu jejich života. Hlavním cílem této práce je zhodnocení vlivu druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna a zhodnocení vlivu rehabilitace na dysfunkci pánevního dna. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části se zabýváme vlivem těhotenství a porodu na dysfunkci pánevního dna, vyšetřovacími metodami dysfunkce pánevního dna, možnostmi léčby a kvalitou života žen po druhém vaginálním porodu. Ve výzkumné části je metodou standardizovaných dotazníků ICIQ-SF a PISQ 12 zmapována stresová inkontinence žen i kvalita jejich sexuálního života. Zároveň vyhodnocením kohortové prospektivní studie ÚPMD z roku 2015 došlo k vyhodnocení vlivu těhotenství a porodu na dysfunkci pánevního dna a dopadu na kvalitu jejich života. Výzkumný vzorek tvořilo 509 žen po spontánním porodu. Výzkum ukázal, že druhý vaginální porod zhoršuje funkci pánevního dna, obtíže spojené s poruchou funkce pánevního dna se po rehabilitaci zmírní či úplně vymizí, což se projeví zvýšením kvality života, a že ukončení kojení zlepšuje kvalitu sexuálního života žen. To ale neznamená, že nenastává pouze latenční období, po kterém se dysfunkce pánevního dna může znovu projevit. Výzkum dále ukázal potřebu stálé edukace v oblasti primární i sekundární prevence vzniku inkontinence.

Klíčová slova: Dysfunkce pánevního dna. Kojení. Kvalita života. Močová inkontinence. Rehabilitace.

Abstract

Biľová, Lýdia: *Quality of women´s life with pelvic floor dysfunction following second vaginal delivery* [Diploma dissertation] / Lýdia Biľová - Polytechnic College Jihlava. Department of Health Studies. – Thesis supervisor: doc. PhDr. Adriana Repková, PhD. The level of professional qualification: Master of Nursing.. - Jihlava, 2017. 79 p.

The aim of this thesis is focused on the pelvic floor dysfunction in women after their second vaginal delivery and the subsequent impact on their quality of life. The primary objective of this study is to evaluate the impact of the second vaginal delivery on the morphology and function of the pelvic floor and also impact on physical therapy (rehabilitation) of pelvic floor dysfunction. The thesis is divided into theoretical and research part. Theoretical part deals with the effect of pregnancy and chilbirth on the pelvic floor dysfunction, examination methods of the pelvic floor dysfunction, possible treatment options and quality of life of women after seconds vaginal delivery. The research is mapping the quality a female stress urinary incontinence and quality of their sexual lives via standardised questionnaires ICIQ-SF and PISQ 12. Also while evaluating prospective cohort study made in ÚPMD in 2015 was obtained a final evaluation of effect both pregnancy and childbirth on the pelvic floor dysfunction and the final impact on their quality of life. The research sample consisted of 509 women after spontaneous delivery. Obtained results from the research have shown that the second vaginal delivery impairs the function of the pelvic floor, difficulties associated with pelvic floor malfunction alleviate or disappear completely after rehabilitation and result in an ancreased quality of life, and that finishing breastfeeding improves the quality of sexual life of women. But this does not mean that only latent phas doesn´t occur, after which the pelvic floor dysfunction may appear again. The research also pointed out the need for the continuous education in the primary and secondary prevention of onset incontinence.

Key-words: Pelvic floor dysfunction. Breastfeeding. Quality of life. Urine incontinence rehabilitation.

Poděkování

Mé poděkování patří doc. PhDr. Adrianě Repkové PhD. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala. Ráda bych zde také poděkovala doc. MUDr. Ladislavu Kroftovi CSc, že mě do dané problematiky uvedl, a za čas, který mi věnoval při předávání odborných rad a zkušeností.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním diplomové práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že souhlasím s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 9. 4. 2017

.....

Podpis

Obsah

Úvod **7**

1 Současný stav problematiky **9**

1.1 Vliv těhotenství a porodu na dysfunkci pánevního dna **9**

1.1.1 Vliv těhotenství a porodu na inkontinenci 10

1.1.2 Vliv těhotenství a porodu na sestup pánevních orgánů 12

1.1.3 Vliv těhotenství a porodu na sexuální dysfunkce 14

1.2 Vyšetřovací metody dysfunkce pánevního dna **15**

1.2.1 Vyhodnocení subjektivních symptomů 15

1.2.2 Klinické vyšetření 19

1.2.3 Zobrazovací metody 21

1.3 Možnosti léčby **24**

1.3.1 Fyzioterapie 25

1.3.2 Přístrojová rehabilitace 26

1.3.3 Pomůcky k posilování svalů pánevního dna 26

1.4 Kvalita života **28**

2 Výzkumná část **31**

2.1 Cíl výzkumu a hypotézy **31**

2.2 Metodika výzkumu **32**

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí **33**

2.4 Průběh výzkumu **34**

2.5 Zpracování získaných dat **35**

2.6 Výsledky výzkumu **51**

2.7 Diskuze **61**

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi **68**

Závěr **70**

Seznam použité literatury **72**

Seznam použitých zkratek

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Seznam příloh

Úvod

Kvalita života žen má v porodní asistenci své nezastupitelné místo. Její zkoumání je v popředí našeho zájmu, protože nám umožňuje přistupovat k smysluplnému plnění potřeb žen.

Ve 20. století se úsilí porodníků soustředilo zejména na prevenci mateřské mortality a morbidity ve spojení s preeklampsií, infekcí a většími krevními ztrátami během porodu. Na konci minulého století vedl zájem lékařů směrem k otázce mateřské morbidity a k pozdním následkům vaginálně vedeného porodu. Postupně narůstá zájem o poznání mechanizmu traumatizace pánevního dna při vaginálním porodu a s ním i rozvoj diagnostických metod, které mohou funkci pánevního dna sledovat a popsat.

Dysfunkce pánevního dna, ke kterým patří inkontinence moči či stolice, sexuální dysfunkce a uterovaginální prolaps, mají zásadní vliv na kvalitu života řady žen všech věkových kategorií. Nárůst těchto potíží u žen v produktivním věku nás přiměl věnovat zvýšenou pozornost na výskyt poruch dysfunkcí pánevního dna ve vztahu k těhotenství a porodu či možný vliv na jejich rozvoj ve vyšším věku. Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti. Ženy jsou močovou inkontinencí ovlivněny ve všech oblastech svého života.

Třetí trimestr těhotenství a časné poporodní období jsou charakteristická výskytem symptomů, za kterými se ukrývají hlavně anatomické změny, hormonální změny i akt samotného porodu. U některých žen se stav vrátí do normálu, u některých tento stav přetrvává dále. Je však skupina žen, u kterých tyto změny způsobené těhotenstvím a porodem zůstávají latentní a projeví se až později v jejich vyšším věku. Mnoho žen však svůj problém s inkontinencí nekonzultuje s lékařem.

Odborná lékařská společnost se začala zajímat i o otázky, jak vést porody a následnou poporodní péči, aby se maximálně eliminovalo poškození pánevního dna a následná poporodní inkontinence. V posledních letech také významně narůstá počet císařských řezů na přání, a to z důvodu obav ze vzniku poporodní stresové inkontinence.

V naší diplomové práci se zabýváme současným stavem kvality života žen s dysfunkcí pánevního dna po druhém vaginálním porodu, vlivem těhotenství a porodu na dysfunkci pánevního dna, konkrétně na inkontinenci, na sestup pánevních orgánů a na sexuální dysfunkci. Další kapitola práce je věnována vyšetřovacím metodám dysfunkce pánevního dna, a to vyhodnocení subjektivních symptomů, klinickému vyšetření a zobrazovacím metodám. Podstatná část práce se zabývá možnostmi léčby, jako je fyzioterapie, přístrojová rehabilitace a pomůcky k posilování pánevního dna. Závěrečnou kapitolou, která zachycuje současný stav problematiky, je kvalita života žen s dysfunkcí pánevního dna.

Výzkumná část diplomové práce prezentuje standardizované, validizované dotazníky hodnotící kvalitu života žen s dysfunkcí pánevního dna po druhém vaginálním porodu. Pracovali jsme s dotazníkem PISQ 12 k hodnocení kvality sexuálního života a dotazníkem ICIQ – SF pro hodnocení případných potíží s inkontinencí moči. Výzkumný soubor tvořily ženy po prvním a druhém vaginálním porodu v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze – Podolí.

Cílem naší práce je sledovat vliv druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna a vliv fyzioterapie na změnu symptomů dysfunkce pánevního dna po druhém vaginálním porodu.

V neposlední řadě doufáme, že naše práce přispěje k osvětě a zvýšení informovanosti o možném vlivu druhého vaginálního porodu na dysfunkci pánevního dna a tím pádem pomůže ke zlepšení kvality života žen, které jsou s těmito potížemi konfrontovány.

1 Současný stav problematiky

1.1 Vliv těhotenství a porodu na dysfunkci pánevního dna

V životě ženy není významnější okamžik, při kterém by zranitelnost pánevního dna byla vyšší, než je těhotenství a porod, protože s ním sdružená poranění jsou rizikovými faktory pro rozvoj poruch pánevního dna. Z mnoha epidemiologických studií vyplývá, že vaginální porod podstatně zvyšuje pravděpodobnost vzniku jak inkontinence moči a stolice, tak i sestupů pánevních orgánů a sexuálních dysfunkcí (Olsen et al., 1997). Tkáňové trauma jako důsledek porodu per vias naturales je pravděpodobně společným etiologickým faktorem pro prolaps pánevních orgánů i inkontinenci.

Již v roce 1942 doktor Gainey publikoval ve Spojených státech amerických výsledky vyšetření u skupiny žen po prvním vaginálním porodu, kdy prokázal u jedné třetiny žen defekt upevnění svaloviny pánevního dna na pánevní stěnu (1943). Domníval se, že anatomický defekt je nevratný a může negativně ovlivnit funkci pánevního dna. Jeho práce však upadla v zapomnění, ale opět se dostala do středu zájmu odborníků díky nárůstu zájmu o sledování mateřské morbidity po vaginálně vedeném porodu a následnými změnami kvality života (Tegertedt et al., 2006).

V poslední době se uvádí, že ukončení těhotenství plánovaným císařským řezem je spojeno s nižším výskytem symptomatického prolapsu, a proto se vaginální porod jeví být pravděpodobně nejvýznamnějším rizikovým faktorem (Mant et al., 1997).

Významným rizikovým faktorem je již i samotné těhotenství, během kterého dochází k morfologickým změnám měkkých tkání pánevního dna a trofickým změnám nervů zásobujících tyto tkáně. Nejvýznamnějším faktorem je vaginální porod, během kterého vznikají poranění všech měkkých tkání pánevního dna. Plánované ukončení těhotenství císařským řezem snižuje riziko výskytů některých typů dysfunkcí, např. symptomatického sestupu pánevních orgánů. Na rozvoji obtíží se také výrazně podílí životní styl, který v nemalé míře může ovlivnit délku latenčního intervalu mezi vaginálním porodem a dysfunkcí, která je u řady klientek mnohaletá (MacLennan et al., 2000).

V současné době v České republice na renomovaných pracovištích probíhají různé studie, které se tomuto tématu věnují a jejich výsledky se každoročně prezentují na konferenci České urogynekologické společnosti. Jelikož mám tu možnost na jedné ze studií v Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD) přímo spolupracovat, ráda bych v této kapitole popsala přehled výsledných dat probíhajících studií, které souvisejí s tématem dysfunkcí pánevního dna.

1.1.1 Vliv těhotenství a porodu na inkontinenci

Příčinou výskytu stresové inkontinence v těhotenství jsou anatomické změny dolních cest močových vlivem růstu dělohy, které mohou vést ke změnám pozice a mobility uretry. Dále jsou to hormonální změny, které vedou ke změnám pojivové tkáně ve smyslu snížení napětí a zvýšení elasticity, jako příprava na porod (Čech a kol., 2006).

Na stresovém typu inkontinence moči se podílejí alespoň čtyři mechanizmy. Vnitřní a vnější sfinkterový mechanizmus, močový měchýř se svojí fixací, podpůrný aparát a intaktní inervace těchto struktur. V průběhu porodu je každý z těchto mechanizmů různým způsobem postižen, ale je téměř nemožné označit přesně příčinu vzniku stresové inkontinence moči (Švábik, Martan, 2003).

Prevalence inkontinence moči se během gravidity pohybuje dle různých studií mezi 30 až 60 %. Ještě 6 až 8 týdnů po porodu jsou tyto údaje velmi podobné. Po dalších třech měsících toto číslo klesá cca na 15 %, z toho jen asi polovina žen tento problém přizná a žádá vyštření a léčbu (Švábik, Martan, 2003).

V ÚPMD probíhala kohortová longitudinální studie, která byla zaměřena na rozvoj stresové inkontinence během gravidity a jeho vývoj v průběhu prvního roku po porodu v závislosti na věku rodičky. Během studie jsme sledovali kohortu zdravých prvorodiček s jednočetnou graviditou.

Mezi květnem 2011 a červencem 2012 porodilo v ÚPMD 3 741 primipar, 1 838 z nich podstoupilo všechna potřebná vyšetření a bylo zahrnuto do studie. Průměrý věk rodiček byl 30,9 let (16 – 46), BMI 27,3 (18,6 – 47,7) a průměrná váha plodu byla 3 348 g

(1 870 – 4 960). Výskyt inkontinence moči byl vyrovnaný ve všech věkových kategoriích. Významně se močová inkontinence v průběhu gravidity vyskytovala u žen ve věku nad 35 let (p = 0,02).

Šest týdnů po porodu se inkontinence moči vyskytovala zhruba u 30 % žen ve všech věkových kategoriích. V průběhu prvního roku po porodu močová inkontinence částečně vymizela pouze v nejmladší věkové kategorii. U žen ve věku nad 28 let se výskyt močové inkontinence v období 6 týdnů a 12 měsíců po porodu nezměnil.

Rok po prvním porodu je tedy vyšší věk rodičky spojen s vyšším výskytem stresové inkontinence a tento výskyt byl častěji spojen s defektem musculus levator ani (Urbánková a kol., 2015).

Také anální inkontinence patří k nejzávažnějším následkům vaginálního porodu. Rozsáhlé porodní poranění je totiž jednou z častých příčin anální inkontinence.

Mechanizmy poranění jsou přímé poranění svalů, poškození pudendálního nervu a jejich vzájemná kombinace. Mezi hlavní rizikové faktory patří první vaginální porod většího plodu, vaginální extrakční techniky, dystokie ramének nebo překotný porod.

Poranění análního sfinkteru bylo demonstrováno u 35 % primipar po vaginálním porodu, u multipar byl další nárůst jen o 4 %. (Švábik, Martan, 2003).

Při ruptuře análního svěrače je důležité jeho správné ošetření, a to primárně na porodním sále. Nedílnou součástí úspěšné terapie je dietní režim, který zabraňuje nadměrnému zvyšování nitrobřišního tlaku. Následovat by měla poporodní fyzioterapie, eventuálně magnetická či elektrická stimulace svalů pánevního dna. Při přítomnosti přetrvávajících potíží s anální inkontinencí je na místě chirurgická léčba a také rozhodnutí o způsobu vedení následujících porodů, protože s každým následujícím ukončením gravidity porodem per vias naturalis se míra potíží a poškození bude zvětšovat.

1.1.2 Vliv těhotenství a porodu na sestup pánevních orgánů

K poruchám statiky pánevního dna, které mohou vyústit v utero-vaginální prolaps (pelvic organ prolaps), řadíme především poškození závěsných a podpůrných struktur pánevního dna.

Incidence klinicky významného a symptomatického prolapsu pánevních orgánů se pohybuje mezi 2 – 12,2 % v závislosti na vzorku populace a klinickém hodnocení. Pouze malá skupina postižených žen však vyhledá odbornou pomoc. Skutečná prevalence prolapsů pánevních orgánů není známa (Roztočil a kol., 2011).

Jeden z nejhojněji diskutovaných rizikových faktorů, které mají vztah ke vzniku sestupů pánevních orgánů, je vaginální porod. Žena, která absolvovala vaginálně vedený porod, má 4 – 11krát vyšší pravděpodobnost vzniku prolapsu pánevních orgánů v některém ze tří kompartmentů (Roztočil a kol., 2011).

Svalové pánevní dno - diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale s pochvou spolu tvoří měkké porodní cesty. Mediální okraje musculu levatoru ani tvoří podélnou oválnou štěrbinu, kde hlavička plodu vykonává vnitřní rotaci a kterou postupuje. Některé části musculus levator ani se přitom roztahují až na trojnásobek své klidové délky. Vzniká tak válec, kterým za porodu postupuje plod vypuzovaný kontrakční činností dělohy a také za pomoci břišního lisu. Při abnormální rotaci hlavičky nebo při porodu per forcipem, kdy dochází k zvětšení průměru rodící se části plodu, nebo při takzvaném překotném porodu, kdy se svalová tkáň nestačí dostatečně adaptovat, je zvýšené riziko, že dojde k poranění svalu, nebo jeho odtržení od úponu - k avulzi. Defekty v oblasti závěsného aparátu obvykle vedou k sestupu dělohy, v oblasti fascie ke vzniku cystokély či rektokély. Konkrétně tedy v popředí našeho zájmu stojí hledání rizikových faktorů při vzniku inkontinence a poruch statik pánevního dna vzhledem k těhotenství a porodu (Bilová, 2012).

První práce hodnotící vliv vaginálního porodu na změny morfologie levátoru byla publikována v roce 2003 DeLanceym a kol. Autoři předložili zcela jasná data, která hovoří o specifických změnách morfologie levátoru zobrazitelných prostřednictvím magnetické rezonance. Abnormality, které byly patrné u žen po vaginálním porodu,

nebyly detekovatelné u žen, které vaginálně nerodily (Roztočil a kol., 2011).

V další unicentrické, retrospektivní a observační studii probíhající v ÚPMD, která srovnávala dvě skupiny prvorodiček, jsme vycházeli ze zobrazování magnetickou rezonancí jakožto z nejpřesnějšího způsobu zobrazení pánevního traumatizmu po vaginálním porodu a jeho vztahu k dysfunkci pánevního dna. První skupinu A tvořily ženy, které trpí dysfunkcí pánevního dna po prvním vaginálním porodu. Ve druhé skupině byly ženy, které byly bez jakýchkoliv příznaků pánevní dysfunkce po prvním vaginálním porodu.

Sledovali jsme závažnot zranění musculus levator ani. Skupina A obsahovala 91 pacientek, skupina B 33 pacientek. Obě skupiny se statisticky lišily pouze v hodnotách BMI (Body Mass Index). Dominantní příznaky ve skupině A jsou sestup pánevních orgánů (44 %), dyspaurenie (20,9 %) a defekační obtíže (6,6 %). Symptomatické pacientky měly vysokou incidenci muskulo – fasciálního traumatu oproti asymptomatické skupině (Krčmář, 2015a).

Cílem další unicentrické, observační a retrospektivní studie v ÚPMD bylo srovnávání morfologie pánevního dna u pacientek, které nerodily, oproti pacientkám, které podstoupily plánovaný císařský řez. Podstatou studie je snaha zjistit, zdali i vlastní gravidita má či nemá nějaký vliv na statiku pánevního dna.

Všechny pacientky byly zcela asymptomatické. Pacientky po plánovaném císařském řezu byly starší, ostatní parametry byly identické. U nulipar nebyl prokázán žádný morfologický defekt v oblasti levátoru. U žen po elektivním císařském řezu bylo zjištěno statisticky významné ztenčení levátoru oproti nuliparám. Fasciální složka byla u obou skupin zcela intaktní (Krčmář, 2015b).

Musculus levator ani a jeho případné poranění následkem vaginálního porodu tedy představuje klíčovou strukturu pro normální funkci malé pánve.

1.1.3 Vliv těhotenství a porodu na sexuální dysfunkce

Vaginální porod, jak již bylo zmíněno, se etiologicky velice významně podílí na dysfunkci pánevního dna.

Dyspaurenie je bolestivé vnímání sexuálnního styku. Vzhledem k tomu, že se jedná o citlivé téma, má velmi mnoho žen psychické zábrany o těchto svých potížích mluvit. Ženy trpící dyspaurenií mají kvůli bolestivosti nechuť k pohlavnímu styku, což může negativně ovlivňovat jejich psychiku, vztah s partnerem a případně početí dalšího potomka. Tento symptom je také často spojen s morfologickými změnami souvisejícími s porodem.

Dalšími přidruženými faktory, které nepříznivě ovlivňují sexuální prožitek, je tzv. atrofická vaginitida kojících žen, která je způsobená nedostatkem estrogenu v době laktace.

Porodní poranění či prolaps pánevních orgánů ve velké míře ovlivňuje sexuální prožitek žen po porodech. Poranění perinea v průběhu vaginálního porodu vzniká až u 85 % žen. Závažná porodní poranění mohou významně a dlouhodobě ovlivnit kvalitu života ženy po porodu ve smyslu dyspaurenie (Karbanová a kol., 2012).

Předmětem porovnání vlivu episiotomie v závislosti na jejím typu, na kvalitě sexuálního života, dyspaurenii a celkovou spokojenost v období 3 a 6 měsíců po porodu se zabývala prospektivní, randomizovaná studie Gynekologicko-porodnické kliniky FN v Plzni od dubna 2010 do dubna 2012. Tato studie sledovala 648 prvorodiček po epiziotomii mediolaterální a laterální. Skupiny neukázaly žádný rozdíl v obnovení a pravidelnosti pohlavního styku, ve frekvenci a intenzitě dyspaurenie, v perineální bolesti, estetickém vzhledu nebo v celkové spokojenosti 3 nebo 6 měsíců po porodu. Kvalita sexuálního života a vnímání perineální bolesti po mediolaterální episiotomii i po laterální episiotomii je ekvivalentní. U žen s dyspaurenií v anamnéze je mediolaterální episiiotomie vhodnější (Nečesalová a kol., 2015).

1.2 Vyšetřovací metody dysfunkce pánevního dna

Smyslem urogynekologického diagnostického algoritmu je co nejpřesněji popsat morfologické uspořádání dna pánve a zjistit jeho funkční stav. Na správnou diagnostiku zjištěných poruch navazuje cílená a adekvátní léčba. Léčebné výsledky jsou tak přímo úměrné úsilí, které jsme na diagnostiku vynaložili (Zmrhal, 2005).

Diagnostický algoritmus pro zhodnocení a diagnostiku stavu funkce pánevního dna obsahuje:

- individuální pohovor (anamnéza) s cílem získat detailní představu o subjektivních obtížích, součástí této části je i objektivizace subjektivních stesků pomocí dotazníkových systémů kvality života;
- gynekologické vyšetření zaměřené na sestup pánevních orgánů;
- zobrazovací vyšetření pánevního dna.

1.2.1 Vyhodnocení subjektivních symptomů

Anamnéza a individuální pohovor jsou velice důležité. Skládají se z jednotlivých částí:

- osobní: dřívější i současná onemocnění, neurologické a psychiatrické potíže, úrazy hlavně v oblasti pánve a páteře, diabetes mellitus, chronické medikace;
- sociální a psychosociální: profese, fyzicky namáhavá činnost – nošení dítěte, kočárku, sedačky, stresové faktory;
- gynekologická: gynekologické výkony a onemocnění;
- porodnická: počet a způsob vedení porodu a jeho komplikace, charakter porodního poranění a jeho hojení v poporodním období, veškerá analýza dat z porodu;
- urologická/ urogynekologická:
    - mikční obtíže v dětství;
    - chirurgické výkony dolních močových cest a anogentální oblasti v graviditě, u sekundipar zhodnocení močové inkontinence v časovém odstupu po porodu, symptomy uroinfekce, urologické operace;

- na symptomatologii urgentní inkontince – stavy imperativního nucení na močení, pocit neúplného vyprázdnění po mikci, polakisurie, schopnost přerušení mikce;
- na přítomnost močové inkontinence – přítomnost úniku moče při námaze, pohybu, kašli, kýchnutí a smíchu, množství uniklého moče, při následných kontrolách zjišťujeme zhoršení či zlepšení symptomu hlavně v závislosti na případnou fyzioterapii;
- na přítomnost inkontinence anální – únik plynů, inkontinence řídké stolice;
- na známky sestupu pochvy a dělohy – pocit tlaku v pochvě či tíže v podbřišku a v pánvi, viditelnost či nahmatání poševní sliznice vystupující z poševního vchodu;
- na dyspaurenii – bolestivý pohlavní styk spojený s kojením, pocit *„tlaku“* v pochvě při pohlavním styku, mechanické obtíže při styku v souvislosti se sestupem, jiné odchylky spojené se sexuálním stykem, porovnání zlepšení symptomů vzhledem k případné fyzioterapii (Krofta, Feyereisl, 2012);
- dále nás zajímají údaje o bolesti vázané na vyprazdňování a jiné subjektivní odchylky od normálu.

Dotazníky kvality života slouží k objektivizaci míry subjektivních obtíží. Měření kvality života je údaj subjektivní, kdy zpracováváme údaje poskytnuté samotným subjektem. Je dán poměrem dvou faktorů, a to hendikepem samotným a jeho vnímáním postiženou osobou. Kromě samotného postižení se do výsledků výrazně promítá osobnost vyšetřovaného subjektu (Huvar, 2003). I Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS) doporučila určování kvality života jako součást klinických studií močové inkontinence (Rybárova, 2010).

Standardizované, mezinárodně využívané dotazníky, jsou velkým přínosem při hodnocení kvality života v urogynekologii, i když v žádném případě nemohou nahradit dialog mezi porodní asistentkou a klientkou. Tyto dotazníky zahrnují otázky zaměřené na kvalitu života žen a každodenní aktivity při inkontinenci a při sestupu pánevních orgánů a lépe odrážejí vliv inkontinence moči na běžný život klientky.

Dotazníky hodnotící vliv symptomu na kvalitu života by měly co nejkomplexněji vystihovat jejich dopad jak na fyzický a duševní stav žen, tak i na jejich sociální aktivity.

Doposud však nebyla stanovena jednotná, obecně akceptovaná metodika hodnocení efektu léčby močové inkontinence. V různých studiích lze nalézt často nesrozumitelné způsoby hodnocení od několika stručných otázek po sofistikovaná instrumentální vyšetření. Urodynamika, jako stěžejní diagnostická metoda při močové inkontinenci, se neosvědčila především po léčbě stresové inkontinence, kdy nebyl prokázán spolehlivý urodynamický korelát inkontinence (Huvar, 2003).

Dotazníky hodnotící vliv určitého symptomu na kvalitu života by měly co nejlépe a nejkomplexněji vystihovat jeho dopad na fyzické a psychické zdraví pacientů i na jejich společenské aktivity. Tyto dotazníky jsou považovány za jeden ze základních parametrů vyhodnocování závažnosti obtíží a úspěšnosti léčby (Zachoval a kol., 2006).

Dotazníků pro posuzování močové inkontinence existuje celá řada. Z hlediska praxe je nejdůležitější ohodnocení dopadu inkontinence na kvalitu života samotnými pacientkami. Jsou to tzv. sebehodnotící dotazníky, které lze použít i k hodnocení léčby (Vilhelmová, 2011).

K hodnocení kvality života se používají všeobecné dotazníky, které nejsou specificky zaměřené na konkrétní chorobu, jsou široce použitelné u jakékoliv skupiny populace. Zahrnují všeobecné a specifické škály, které hodnotí stav zdraví, vliv choroby, účinek léčebných intervencí i ekonomickou situaci. Slouží k zjišťování a porovnávání kvality života podle věkových i sociálních skupin, lokálních celků, pohlaví, ras, apod. (Rybárova, 2010).

Řadu z těchto dotazníků však není možné stejným způsobem použít pro hodnocení kvality života žen s inkontinencí moči, poněvadž tento typ dotazníku používá nespecifické otázky, aby hodnotící systém byl aplikovatelný pro různé zdravotní problémy. Ztrácí tím senzitivitu, pokud jsou aplikovány do výzkumných studií žen s inkontinencí moči, neboť nejsou schopny odhalit klinicky důležité zlepšení v kontinenci sledovaných žen (Horčička, 2006).

Mezi všeobecné dotazníky patří např. SF-36 (Short Form 36), SIP (Sickness Impact Profile), HRQoL (Health Related Quality of Life), VAS (Visual Analogue Scale) (Rybárova, 2010).

Naopak specifické dotazníky se zaměřují na zvláštnosti daného symptomu a lze je použít k hodnocení inkontinence moči. Hodnotící systém je zkonstruován tak, aby jednoduše hodnotil klinické zlepšení odpovídající proběhlé léčby (Rybárova, 2010). Příkladem je International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form (ICIQ-SF). Informace ohledně sexuální aktivity poskytuje Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ 12), (Bilová, 2012).

Specifické dotazníky lze rozdělit do dvou skupin:

- dotazníky k zjišťování citlivosti pacienta na jednotlivé symptomy močové inkontinence – patří sem např. BFLUTS (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms), UDI (Urogenital Distress Inventory), SSI (Symptom Severity Index);

- dotazníky k vyšetření celkového dopadu močové inkontinence na pacientku – sem patří např. CONTILIFE, KHQ (King´s Health Questionnaire), U-IIQ (Urge Incontinence Impact Questionnaire), I-QoL (Quality of Life in person with urinary incontinence), (Švihra, 2012).

Z uvedených dotazníků kvality života je často používán I-QoL, který byl koncipován tak, aby zahrnoval nejdůležitější lidské obavy týkající se příznaků spojených s močovou inkontinencí. V dotazníku jsou zahrnuty otázky týkající se všech oblastí zájmu a předpokládaných oblastí dopadu (Wagner, et al., 1996). Dotazník se skládá z 22 otázek, které jsou srozumitelné. Každá otázka má pět stupňů odpovědi. Jeho hlavní předností je výstup, kdy matematickým výpočtem se dobereme výsledku, který je prakticky procentuálním vyjádřením kvality pacientova života. Tento výsledek je snadno interpretovatelný a dává vyšetřujícímu jasnou představu o míře handicapu pacientky (Huvar, 2003). Dotazník je určen pro hodnocení kvality života pacientů s inkontinencí moči ve smyslu nutnosti omezování se v obvyklých činnostech

a s důrazem na nepsychosociální a sociální dopad. Tento dotazník vykazuje dobrou spolehlivost a validitu. Původně byl vypracován pro obě pohlaví, ale využívá se především při hodnocení inkontinence u žen (Zubkoff, 2006).

V našich studiích používáme při hodnocení dysfunkce pánevního dna dotazníky ICIQ-SF a PISQ 12, které byly přeloženy do českého jazyka a validovány. Dotazník ICIQ-SF obsahuje šest otázek, které přímo souvisí se symptomy močové inkontinence (Příloha 1). Další dotazník, který používáme, je dotazník PISQ 12, který je zaměřen na kvalitu sexuálního života při prolapsu pánevních orgánů (Příloha 2). Tento dotazník obsahuje 12 otázek týkajících se sexuálního života.

Existuje mnoho dotazníků, ale nevýhodou je absence validace českého překladu u většiny z nich. Kvalitní dotazník by měl splňovat platnost, spolehlivost a schopnost reagovat na změnu (Sobotka, 2015).

Sběr anamnestických údajů a pohovor o těchto symptomech, vyplňování dotazníků, které obsahují intimní data, si vyžadují vysoce individuální a citlivý přístup, proto je na místě navázání vztahu důvěry mezi porodní asistentkou a klientkou.

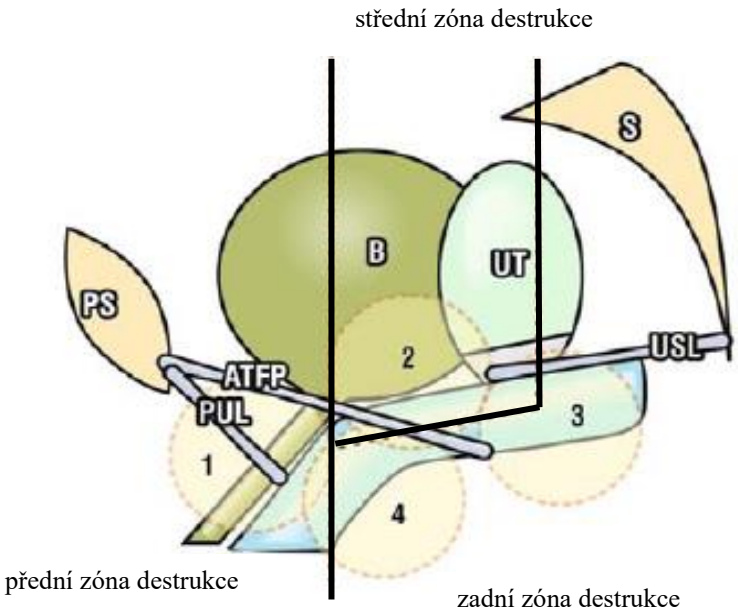
1.2.2 Klinické vyšetření

Klinický popis anatomie pánevního dna provádíme při fyzikálním vyšetření zevních pohlavních orgánů, pochvy a hrdla děložního. Toto vyšetření navazuje na podrobnou anamnézu a individuální rozhovor. Součástí je gynekologické vyšetření, které je ve studiích v ÚPMD prováděné proškolenou porodní asistentkou.

Aspekcí sledujeme specifické znaky a patologické stavy, všímáme si introitu poševního, stavu hráze včetně jizev po epiziotomiích, rupturách a míru jejich hojení, dále sledujeme zevní ústí uretry, oblast análního ústí a případnou přítomnost hemoroidů (Martan a kol., 2011).

Následuje vyšetření pomocí gynekologických zrcadel, kdy orientačně hodnotíme stav hormonální saturace sliznic a hlavně se zaměřujeme na hodnocení případného sestupu dělohy a poševních stěn - posuzujeme samostatně jednotlivé kompartmenty.

K přednímu kompartmentu patří močový měchýř, uretra, přední poševní stěna a retropubický prostor. K střednímu kompartmentu řadíme děložní hrdlo a v případě, že děloha není přítomná, tak je to vrchol poševního pahýlu. Za zadní kompartment se považuje zadní poševní stěna, anorektální komplex a hráz (Obrázek 1). Vyšetřujeme v klidu a při zatlačení.



Obrázek 1 Tři možné oblasti poškození závěsných struktur

Zdroj: Petros, 2007, s. 9

Součástí vyšetření je tedy posouzení stupně a závažnosti sestupu jednotlivých kompartmentů. Standardizovaný klasifikační systém je mezi odborníky zabývajícími se touto problematikou neustále diskutován. V současnosti je nejvíc používán systém klasifikace označovaný jako POP Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system) skóre, který v roce 1986 popsal Bump.

Úroveň sestupu měříme v centimetrech ve vztahu k fixnímu anatomickému orientačnímu bodu - hymenálnímu okraji. Hodnotí se celkem jasně definovaných šest bodů, pro které platí, že když jsou uložené nad hymenálním prstencem, mají negataivní hodnotu, pokud se bod posouvá před prstenec, má hodnotu pozitivní (Roztočil a kol., 2011).

Palpačním vyšetřením lze rovněž získat informaci o stavu svalstva. Hodnotíme především stav musculus levator ani, přítomnost poranění v místě jeho úponu na pánevní kosti, jeho základní tonus a kvalitu volní kontrakce. K jejímu posouzení se používá tzv. Oxfordské skóre, které slouží k posouzení kvality svalů pánevního dna. Hodnotíme tak sílu kontrakce svalů proti digitální kontrole. Do pochvy se zavede prst, vypalpuje se sval nejdříve na levé straně, hodnotí se objem a symetrie svalu. Žena je vyzvána, aby prst *„sevřela“* a tím se ohodnotí kontraktilita svalu. Poté se to samé vyšetření provede na straně pravé. Kontrakční síla se hodnotí čtyřmi stupni (Bilová, 2012):

- stupeň 0 – žádná, nulová kontrakce levátoru;
- stupeň I – mírné zachvění svalu oproti digitální kontrole vyšetřujícího;
- stupeň II – slabá kontrakce, detekovatelná jako slabé sevření prstu vyšetřujícího;
- stupeň III – mírná kontrakce s lehkým nadzvednutím hráze;
- stupeň IV – pevná kontrakce svalů pánevního dna schopná elevace zadní stěny poševní oproti digitální kontrole vyšetřujícího (Krahulec, 2003).

Ve většině případů, je-li žena vyzvána provést kontrakci svalů pánevního dna, zapojuje jiné svalové skupiny (hýžďové svaly, břišní svaly či adduktory dolních končetin). Pouze 60 % žen je schopno aktivně ovládat svaly pánevního dna, ostatní vyžadují edukaci fyzioterapeutem (Roztočil a kol., 2011).

1.2.3 Zobrazovací metody

V současné urogynekologické diagnostice dominuje ultrazvuk. Je to neinvazivní a lehce dostupná metoda.

Introitální a perineální ultrasonografie se využívá jako zobrazovací metoda pro posouzení uretry, močového měchýře, stydké spony, levátorové plochy, análního kanálu a anorektálního úhlu. K tomuto zobrazení se využívá abdominální sonda, která se přikládá mezi stydké pysky a dále na introitus a zevní ústí uretry (Halaška, 2004).

Prostorové zobrazení orgánů pánevního dna demonstrují dva základní způsoby prostorového zobrazení, které při vyšetřovaní pánevního dna využíváme.

První je způsob multiplanární analýzy, kde ve třech na sebe kolmých rovinách dokážeme z nasnímaného volumu dat zrekonstruovat prostřednictvím 2D obrázku libovolnou část sledovaných orgánů.

Zobrazení ve třech na sebe kolmých rovinách je doplněno prostorovým modelem čtyřdimenzionálním 4D. Tento typ představuje druhý způsob vzpomínané vizualizace. Jedná se o semitransparentní zobrazení námi v libovolně vymezeném prostoru (render box). 4D zobrazení umožňuje dynamické snímání objemových dat. Je tedy možná konstrukce a dynamické sledování prostorového modelu v reálném čase (Roztočil a kol., 2011).

Ve studiích probíhajících v ÚPMD ultrazvukové vyšetření - sejmutí volumu, svalů pánevního dna, provádíme přístrojem Voluson E - 8 v zobrazení 2D a 4D. Vyšetření provádíme u ženy v gynekologické poloze po vyprázdnění močového měchýře, sondu přikládáme horizontálně na hráz, nejdříve v 2D zobrazení vyhledáváme tři hlavní struktury - dolní okraj spony, uretru a anorektální úhel. Rovina, která přechází zmíněnými strukturami ve 4D zobrazení, představuje sval - musculus levator ani. Ženu vyzveme, aby provedla kontrakci svalů pánevního dna a setrvala 5 vteřin, pak následuje 5 vteřin klidové fáze a dalších 5 vteřin při Valsalvově manévru, kdy žena zatlačí. Tato ultrazvuková data se nahrávají (Obrázek 2). Naši lékaři je měří a odečítají (Bilová, 2012).

Obrázek 2 Ultrazvukové zobrazení pánevního dna u ženy po vaginálním porodu s anatomickým defektem levátoru

Zdroj: ÚPMD, 2012

První studie, která prospektivně hodnotila pomocí 3D/4D ultrasonografie stav levátoru před a po porodu, byla publikována v roce 2005. U 36 % žen bylo po vaginálně proběhlém porodu prokázáno závažné avulzní poranění. Poprvé v historii byl doložen jasný důkaz o přímém vlivu vaginálního porodu na pánevní dno (Dietz, Lanzarone, 2005).

V rámci studia morfologických změn pánevního dna se nejvíce uplatnila metoda ukládání objemů dat získaných v klidu během Valsalvova manévru a při volní kontrakci svalů dna pánve. Tímto způsobem je možné studovat funkci levátoru včetně jeho fyziologických morfologických změn. Některé patologické stavy levátoru, které jsou doprovázeny významnou změnou morfologie, je možné pozorovat pouze během Valsalvova manévru. Některé závažné stavy poruchy statiky pánevního dna nejsme schopni optimálně zobrazit v klidovém stavu u pacientky v gynekologické poloze, a proto potřebujeme dynamickou sekvenci. Možnost dynamického prostorového hodnocení pánevních struktur je základní výhodou 4D oproti MRI. Rezonance za tímto účelem vyžaduje ultrarychlé snímání, které ovlivňuje rozlišení (Linemann, 2001).

MRI poskytuje nejlepší rozlišovací možnosti v oblasti pánevního dna. Vyšetření je neinvazivní a obraz lze získat z kterékoliv roviny v statickém i dynamickém zobrazování. Při statickém zobrazení probíhá vyšetření v klidu a naopak při dynamickém zobrazení je možné zobrazovat orgány při jejich pohybu, např. při Valsalvově manévru. V praxi se MRI uplatňuje nejvíce v rámci výzkumu a při analýzách obtížných případů (Otčenášek a kol., 2003).

Rozvoj počítačových technologií umožnil zavedení tomografického způsobu zobrazení, které bylo jinak doménou počítačové tomografie a MRI, do oblasti ultrasonografie. Typ vizualizace je označován jako tomografické ultrazvukové zobrazení - Tomographic Ultrasound Imaging (TUI) a představuje další možnost prostorového zobrazení při vyšetření pánevního dna. Tato technika umožní libovolně v nasnímaném objemu dat umístit volitelný počet paralelně probíhajících rovin. Hlavním přínosem tohoto zobrazovacího modu je zjednodušení a hlavně zpřesnění hodnocení pánevního dna pomocí prostorové ultrasonografie (Dohle et al., 2001).

1.3 Možnosti léčby

V rámci kompetencí porodní asistentky a s přihlédnutím, že ve studiích, na kterých v ÚPMD spolupracujeme, jsou zařazené mladé ženy ve fertilním věku, nabízíme ve spolupráci s našimi fyzioterapeutkami klientkám s dysfunkcí pánevního dna rehabilitaci svalů pánevního dna a pomůcky k posilování svalů pánevního dna. Tyto způsoby jsou velmi efektivní. Neriziková terapie, která může významně redukovat symptomy dysfunkcí pánevního dna, je dle současných doporučení první volbou léčby.

Léčbu vede fyzioterapeutka se specializací na problematiku pánevního dna. Spolupráce probíhá tak, že klientka po klinickém vyšetření porodní asistentkou, po rozboru symptomů a výsledků dotazníku, které nám dodají cenné informace o stavu a funkci pánevního dna, přichází za fyzioterapeutkou, která dle výsledků vyšetření sestaví následnou individuální terapii a fyzioterapeutický plán.

V současné době probíhají různé studie na téma vztahu dysfunkce svalů pánevního dna s efektivně vedenou fyzioterapií.

Z klinické intervenční studie z období 2013 – 2015, která probíhala v rehabilitačním centru REHASPRING, vyplývá, že efektivně vedená fyzioterapie má velký vliv na symptomy dysfunkce svalů pánevního dna, což se prokázalo objektivně při klinickém vyšetření klientek, tak i ve výsledcích zpracování dotazníků ICIQ – SF (Špringrová, 2015).

Dále ke konzervativní léčbě patří edukace o režimových opatřeních. Základní doporučení o režimových opatřeních při inkontinenci a prolapsech orgánů pánevního dna by měla znát každá žena. V zásadě se opatření týkají zdravého životního stylu souvisejícího s redukcí tělesné hmotnosti u žen s nadváhou. Velice důležitá je dále eliminace situací, při kterých dochází ke zvyšování nitrobřišního tlaku, což představuje např. zvedání těžkých břemen (nošení dítěte, kočárku, dětské sedačky atd.). Důležité je upozornit klientky na nevhodné sportovní aktivity spočívající z poskoků, a také edukace, že i nízká pohybová aktivita s sebou nese insuficienci svalů pánevního dna. Velmi důležitá je informovanost o pitném režimu a trénování eliminace nucení na močení při symptomech hyperaktivního močového měchýře. Pocit nucení na močení

by se měla žena pokoušet oddálit v postupných intervalech – autogenní tréning měchýře – blader drill. V rámci procesu edukace se řídíme symptomatologií obtíží, protože ženy mnohem lépe získáváme ke spolupráci, pokud jsou obeznámeny s příčinou a klinickými projevy svých obtíží. Z těchto důvodů každé klientce individuálně dle jejich potíží objasňujeme alespoň okrajově proces mikce, proces dějů odehrávajících se v první a hlavně druhé době porodní, které mají souvislost se sestupem pánevních orgánů, a vysvětlení vlivu hormonálních změn v průběhu laktace na možnost dyspaurenie (Roztočil a kol., 2011).

1.3.1 Fyzioterapie

Fyzioterapii lze použít buď samostatně, nebo v kombinaci s aplikací protetických vaginálních pomůcek. Rozlišujeme dvě terapeutické oblasti fyzioterapie:

- komplexní zlepšení kondice pánevního dna – kinestetický tréning (vaginální pomůcky, nácvik kontrakcí pánevního dna), gymnastika (relaxace pánevního dna, cviky na posílení svalů), termoterapie;
- individuální elektroterapie – nízkofrekvenční proud (transkuntánní neurostimulace, repetitivní periferní magnetická stimulace), středně frekvenční proud (Roztočil a kol., 2011).

Základem posilování svalů pánevního dna jsou opakované vědomé kontrakce a relaxace svalů. Nejznámější sestava cviků k posilování svalů pánevního dna je Kegelovo cvičení (Příloha 3). *„Kegelovy cviky (pojmenované podle amerického gynekologa A. H. Kegela) patří bezesporu mezi úspěšné fyzioterapeutické metody.“* (Čermák, Pacík, 2006, s. 26). Cvičení je nutné provádět nejméně 20 týdnů, aby bylo možné zaznamenat změnu. Výrazný efekt tohoto cvičení zdůrazňují mnozí autoři v poporodním období a klientkám je nutno připomínat pravidelnost cvičení, nejlépe je opakování cvičení po vymočení (Krahulec, 2003).

Fyzioterapie svalů pánevního dna by měla být prováděna systematicky a podle předem určeného schématu po rozboru symptomů dysfunkcí pánevního dna. Tato gymnastika v sobě zahrnuje volnou relaxaci pánevního dna, kontrakci a relaxaci pánevního dna, cviky šikmého a příčného břišního svalstva a mobilizaci lumbosakrální páteře.

Klientky učíme provádět tzv. němou gymnastiku, což je opakování několikrát za sebou kontrakce a relaxace svalů pánevního dna, a toto cvičení lze provádět tak, aby ho nezaregistrovalo okolí, proto se nazýva *„němá“* gymnastika. Délka kontrakce svalů by měla být identická s délkou relaxace a zpočátku trvá cca 5 vteřin a postupně se dostává na cca 15 vteřin. Toto cvičení je vhodné provádět po každém vymočení (Roztočil a kol., 2011).

1.3.2 Přístrojová rehabilitace

V ÚPMD nabízíme našim klientkám s dysfunkcí pánevního dna repetitivní periferní magnetickou stimulaci BIOCON 2000W jako další možnost neinvazivní neurostimulační techniky (Příloha 4). V silném magnetickém poli vzniká na nervových dráhách elektrický impuls. Následně dochází k depolarizaci motorických a senzorických nervových zakončení, na kterou nervový systém reaguje svalovou kontrakcí, a to i těch svalů, které není pacientka schopná volně ovládat. V průběhu sezení se mění intenzita a frekvence pulzů dle naprogramování podle individuálních potřeb klientky. Výběr je možný ze šesti možností a liší se jak časovými úseky, tak různými frekvencemi požadovaných impulzů. Intenzita impulzů by měla být co nejsilnější, ale pro klientku nebolestivá či nepříjemná.

Klientka je po celou dobu 20 minut pohodlně usazena v křesle. BIOCON vyvolává na základě silného magnetického pole rotující proudy působící přímo na svaly pánevního dna. Doporučená frekvence sezení je dvakrát týdně a procedura by měla obsahovat 10 sezení (Biocon, 2000).

Pravidelnost ve cvičení, tak i v kontrolách, vede ke zvýšení spolupráce s klientkou. Je nutné klientky upozornit, že efekt posilování svalstva pánevního dna je zřejmý až po uplynutí několika měsíců pravidelného cvičení. Dále je nutné, je správně motivovat a apelovat na jejich trpělivost (Horčička, 2005).

1.3.3 Pomůcky k posilování svalů pánevního dna

Porodní asistentky ve spolupráci s našimi fyzioterapeutkami nabízí klientkám s dysfunkcí pánevního dna i pomůcky k posilování svalů pánevního dna, kterých

je v současnosti dostupných několik. I zde však platí, že cvičení svalů pánevního dna vyžaduje pravidelnost a trpělivost po dobu až 3 měsíců. I po uplynutí této doby je občasné cvičení vhodné pro udržení dobré funkce svalů.

Mezi pomůcky k posilování svalů pánevního dna patří především Kegel8, Aquaflex, Educator, Pericalm, Peritone a podpůrné vaginální pesary (Příloha 5). Pomáhají usměrňovat potíže se stresovou inkontinencí, tonizují svaly, které kontrolují vyprazdňování močového měchýře a také zvyšují sexuální prožitek při pohlavním styku.

- Kegel8 je v současné době nejpoužívanější pomůcka k posilování pánevního dna. Obsahuje tři tonizéry různé velikosti a hmotnosti, které umožňují cvičení vleže, ve stoje i při chůzi. Cílem je cvičit denně a postupně prodlužovat dobu, po kterou je žena schopna vstoje udržet v sobě pohodlně tonizér.

- Aquaflex je jednoduchá a variabilní pomůcka, která se skládá ze dvou kuželů a sady malých závaží. Klientka začíná s kuželem většího průměru a postupně přidává závaží. Kužely se zavádějí do vaginy jako tampony. Cvičení probíhá ve stoje a při chůzi cca 20 minut, při kterém dochází k intuitivnímu zpevňování svalů pánevního dna, aby udržely kužely. Pomůcka se používá zhruba 12 týdnů.

- Educator je nejjednodušší pomůckou, která se zavede do vaginy a při aktivaci svalů ukazuje správnost prováděného cvičení, ale také jeho intenzitu. Klientka může střídat rychlá cvičení pro rychlou reakci a pomalá cvičení pro výdrž. Vyžaduje aktivní cvičení cca 25 minut denně.

- Pericalm je univerzální elektrostimulační přístroj. Pracuje s vaginálními sondami Periform nebo Anuform, prostřednictvím kterých se aktivuje svalstvo pánevního dna. Přístroj má šest programů, které jsou vyvinuty pro specifické problémy, jako je stresová inkontinence, urgentní nebo smíšená inkontinence, bolesti v pánevní oblasti, snížená citlivost apod. Zařízení umožňuje nastavit vlastní rehabilitační programy. Po zavedení sondy a výběru programu se zvyšuje intenzita do doby, kdy klientka cítí výraznou aktivaci svalů.

- Peritone je elektromyografický přístroj (EMG), který zaznamenává a zobrazuje svalovou aktivitu pomocí elektrických biosignálů v průběhu cvičení. Přístroj pracuje ve spojení se sondami Periform nebo Anuform. Svaly v průběhu kontrakce vysílají jemný elektrický proud, který je přenášen do přístroje a zobrazován LED diodami. Tato zpětná vazba pomáhá správně cvičit, ale také sledovat postupné zvyšování pevnosti svalů (Pomůcky – inkontinence, 2016).

- Podpůrné vaginální pesary představují alternativní léčbu žen se změněným anatomickým stavem urogenitálního traktu, které jsou doprovázené různým stupněm inkontinence moči. Mechanismus působení pesaru je velmi podobný principům chirurgické léčby stresové inkontinence. Pesary je možné používat intermitentně, např. při sportu, nebo dlouhodobě. Pesaroterapie znamená pro ženu individuální, nejméně invazivní a velmi účinnou léčbu. Všechny pesary jsou vyrobeny z inertního silikonu používaného v implantologii (MediFrank, 2009).

1.4 Kvalita života

V rámci ošetřovatelského výzkumu byla kvalita života nejčastěji definována jako psychologická, tělesná, sociální (interpersonální) a finanční (materiální) pohoda. Pohoda byla přitom nejčastěji spojována se spokojeností (Gurková, 2011).

Shodná definice kvality života neexistuje. V medicíně i v ošetřovatelství je nejčastěji citována definice pracovní skupiny WHO zabývající se kvalitou života: *„Kvalita života je subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem.“* (Gurková, 2011, s. 51).

Lippke a Renneberg zformulovali definici kvality života ve vztahu ke zdraví (2006, s. 37): *„Kvalita života ve vztahu ke zdraví zahrnuje tělesné, psychické a sociální postavení a schopnost bytí. Je to vícedimenzionální souhrn, založený na subjektivním hodnocení. Uplatní se tím víc, čím lépe určitá osoba pochopí svůj zdravotní stav. Souhrn by měl být doplněn medicínsko-technickými údaji, aby bylo možno vyhodnotit zvýšení péče a zdraví.“*

Jak vyplývá z obou definic, kvalita života je ovlivňována řadou vnějších a vnitřních faktorů. Mezi vnější faktory řadíme zejména životní prostředí, socioekonomické podmínky, zdravotní péči, kulturu, demografické charakteristiky, pohlaví, vzdělání, zaměstnání atd. Vnitřními faktory kvality života jsou smysluplnost života a spokojenost, seberealizace (Koudelková, 2002).

V dnešní době je v pojmu kvality života kladen důraz na jeho interdisciplinární charakter. Zahrnuje v sobě psychologické, sociologické a medicínské pojetí. Z nejnovějších prací vyplývá, že termín *„kvalita života“* v sobě obsahuje objektivní a subjektivní stránku. Domény těchto aspektů, které v sobě zahrnují různé stránky lidské existence a jejich význam pro celkovou kvalitu života, se však liší. K objektivním stránkám kvality života patří nejen životní podmínky, ale také zdravotní stav jedince. Subjektivní stránku kvality života určuje hlavně celková spokojenost se životem, což prakticky znamená snahu o změnu přístupu v péči o nemocné, v podpoře a rozvíjení preventivních programů. Zajímají nás tedy nejenom klinické výsledky, ale zejména jejich vliv na každodenní život klientek, tj. na jejich plnohodnotný život, sexuální život, soběstačnost, sociální kontakty, schopnost věnovat se svým zájmům atd. (Hnilicová, 2003).

V 70. letech 20. století byl výzkum kvality života v rámci systému zdravotní péče iniciován dvěma faktory, farmakoekonomickým faktorem a dopadem terapeutických intervencí na zdravotní stav pacientů. Farmakoekonomický faktor spočíval v potřebě hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby a druhý faktor usiloval o komplexní dokladování klinické úspěšnosti léčby (Gurková, 2011).

V oblasti medicíny a zdravotní péče se místo tradičního označení *„Quality of Life“* (QoL) ustálilo označení *„Health Related Quality of Life“* (HRQoL), kvalita života týkající se zdraví, kdy se poměřuje nemoc, míra neschopnosti a uzdravení (Kocman, 2011). HRQoL je hodnota vztahující se k životu modifikovanému postižením, funkčním stavem, vnímáním a sociálními příležitostmi, které jsou ovlivněny nemocí, zraněním nebo léčbou (Vaďurová, Mühlpachr, 2005). Nejčastějším nástrojem ke zjišťování a hodnocení HRQoL slouží již zmíněné standardizované dotazníky, které efektivně ohodnotí zdravotní stav klientů při malé časové náročnosti (Peyne, 2005).

Specifické nástroje měření kvality života jsou výsledkem snahy o co nejpřesnější identifikaci faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů. Hodnotí spektrum faktorů, které bezprostředně souvisí s konkrétním onemocněním. Mnohé studie (Watkins, Connell, 2004) potvrzují, že nástroje obsahující specifické subškály vycházející z podmínek vlivu a požadavků konkrétního onemocnění dosahují větší citlivost měření a mají větší diskriminační validitu v porovnání s použitím generických nástrojů (Gurková, 2011).

Močová inkontinence je jedním z faktorů, které mohou kvalitu života ovlivnit velmi výrazně, poněvadž postihuje prakticky všechny oblasti života. Nepříznivě ovlivňuje každodenní aktivity, sociální vztahy a emocionální pohodu žen v každém věku. Dlouhotrvající problémy s únikem moči způsobují ztrátu sebeúcty, vyvolávají deprese, vedou k narušení společenských a mezilidských vztahů. Důsledky inkontinence moči významně ovlivňují kvalitu života žen (Rybárova, 2010).

2 Výzkumná část

V Ústavu pro péči o matku a dítě jsme v květnu 2011 zahájili prospektivní, longitudinální kohortovou studii, jejímž cílem je hodnocení vlivu těhotenství a vaginálního porodu na funkci pánevního dna. Zaměřili jsme se především na vznik a vývoj močové inkontinence a sestupu pánevních orgánů ve vztahu k těhotenství a porodu. Za tímto účelem byla zřízena již dříve zmíněná speciální ambulance vedená zaškolenými porodními asistentkami, kde jsou tyto ženy sledovány a vyšetřovány. Porodní asistentky, které provádějí vyšetření a konzultace, byly s problematikou funkce pánevního dna obeznámené a v rámci kontrol jsou tak schopné poradit ženám s případnými obtížemi a doporučit jim vhodný typ rehabilitace (Bilová, 2012). V případě závažného poškození pánevního dna referují pacientku do urogynekologické ambulance, kde proběhne konzultace s atestovaným urogynekologem. Výsledky studie by měly sloužit také k identifikaci rizikových faktorů pro rozvoj poruch pánevního dna a v budoucnosti by měly být využity v rámci prenatálních konzultací s těhotnými ženami.

Na počátku byly osloveny pouze ženy, které byly těhotné poprvé a jejichž těhotenství bylo jednočetné. Ty, které souhlasily, byly následně zvány na kontroly v průběhu prvního roku po porodu a poté požádány, zda by se v případě další gravidity do dlouhodobějšího sledování. V této navazující studii jsme se tedy věnovali ženám z první studie, které opět otěhotněly, porodily a byly ochotné se dostavit na další kontrolu funkce pánevního dna.

2.1 Cíl výzkumu a hypotézy

Hlavním cílem této studie je zhodnocení vlivu druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna a kvalitu života žen ve vztahu k inkontinenci, sestupu pánevních orgánů a dyspaurenii. Dále jsme se zabývali vlivem rehabilitace na dysfunkce pánevního dna. V popředí našeho výzkumu je zmapování výskytu:

- sestupu pánevních orgánů;
- stresové inkontinence;
- dyspaurenie;

- zhodnocení vlivu rehabilitace na poruchy funkce pánevního dna.

Dílčí cíl 1: Sledovat vliv druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna.

Hypotéza 1: Předpokládáme, že druhý vaginální porod zhoršuje funkci pánevního dna.

Dílčí cíl 2: Zhodnotit vliv konzervativní terapie na poruchy funkce dna pánve po druhém vaginálním porodu.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že obtíže spojené s poruchou funkce pánevního dna se po rehabilitaci zmírní či úplně vymizí, což se projeví zvýšením kvality života.

Dílčí cíl 3: Zhodnotit vliv kojení po druhém vaginálním porodu na kvalitu sexuálního života ženy.

Hypotéza 3: Předpokládáme, že ukončení kojení zlepšuje kvalitu sexuálního života ženy.

2.2 Metodika výzkumu

Jednotlivé části projektu byly schváleny etickou komisí Ústavu pro péči o matku a dítě. Byla podána a schválena Žádost o povolení výzkumného šetření (Příloha 6). Každá z žen, která podstoupila vyšetření, obdržela Informovaný souhlas (Příloha 7). Zařazení do studie proběhlo po dokonalém seznámení ženy s designem studie a po podpisu informovaného souhlasu.

Tato studie byla v Ústavu pro péči o matku a dítě zahájena v květnu 2011. Cílem této prospektivní, longitudinální kohortové studie byla analýza vlivu těhotenství a vaginálního porodu na funkci pánevního dna a také studium etiopatogeneze močové inkontinence, sestupu pánevních orgánů a dyspaurenie ve vztahu k těhotenství a porodu. Současně jsme sledovali změny symptomů v časovém odstupu od porodu včetně popisu těchto změn a velká pozornost byla věnována vyhledávání rizikových faktorů. Jak již bylo zmíněno, pro tyto účely byla v ÚPMD zřízena samostatná ambulance, kde jsou tyto ženy sledovány. Většinu konzultací i vyšetření na této speciální ambulanci provádí

právě proškolené porodní asistentky, které prováděly jak sběr dat, tak i veškeré klinické vyšetření.

Porodní asistentka vyhodnotí průběh porodu a zaměří se hlavně na způsob ukončení porodu, polohy a postavení plodu, délku první a druhé doby porodní, váhu novorozence, porodní poranění, typy analgezie u porodu, provedení případné manuální vybavení placenty. Když je žena sekundipara, projdeme si také údaje o prvním porodu a následně data z follow-up kontrol po prvním porodu včetně vyhodnocení dotazníků popisujících kvalitu života a využití fyzioterapie. Žena při každé návštěvě vyplňuje dotazníky Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ 12) a International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short form (ICIQ-SF) s přihlédnutím k aktuálnímu stavu, ve kterém se právě nachází (Bilová, 2012).

Na tuto studii navázala v roce 2015 další kohortová prospektivní studie, která se zabývá sledováním symptomů týkajících se dysfunkcí pánevního dna po druhém vaginálním porodu. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 509 respondentek.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Základní soubor respondentů byl záměrný. Výzkumný soubor tvořily ženy po prvním a druhém vaginálním porodu v ÚPMD. Návratnost dotazníků byla stoprocentní, protože každá klientka ho vyplnila při následné follow-up kontrole před vlastním vyšetřením.

Objektivní metody palpačního a vaginálního vyšetření byly prováděny opět porodní asistentkou. Ve studii jsme také použili objektivní metody ultrazvuku svalů pánevního dna, které také prováděly zaškolené porodní asistentky, data byla nasnímána a následně odečítána lékaři off-line. Pro metody subjektivní jsme použili standardizované, validizované dotazníky hodnotící kvalitu života. Pracovali jsme s dotazníkem PISQ 12, který slouží k hodnocení kvality sexuálního života, a dotazníkem ICIQ – SF, jehož cílem je hodnotit případné potíže s inkontinencí moče.

Všechny kontroly probíhají v ambulanci, která je vybavena počítači připojenými na centrální nemocniční systém, gynekologickým vyšetřovacím křeslem, ultrazvukovým přístrojem Voluson E8 a nástroji potřebnými k provedení speciálního

gynekologického vyšetření. Rozhovor i vyšetření klientky tak probíhá v klidném a intimním prostředí s minimálním rizikem vyrušování ostatním personálem.

Standardizovaný dotazník PISQ 12 se skládá z 12 otázek, které jsou zaměřené na kvalitu sexuálního života.

Dalším dotazníkem, z kterého jsme získali data, je standardizovaná verze dotazníku ICIQ - SF zaměřená na stresovou inkontinenci žen.

2.4 Průběh výzkumu

V navazující studii jsme se věnovali ženám z první studie, které opět otěhotněly, porodily a byly ochotné se dostavit na další kontrolu funkce pánevního dna.

Výzkum probíhal od října 2015 a navázal na první kohortovou studii, která byla popsána v předchozí kapitole.

Po ukončení výzkumného šetření se všechny dotazníky sečetly. Celkový počet vyhodnotitelných dotazníků činil 509 (100 %). Pro měřitelnost a potvrzení hypotéz byla použita metoda statistické korelace, v medicíně velmi často aplikovaná při zkoumání vztahu onemocnění a jeho možných příčin, kdy na základě výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu „ρ“, který nabývá hodnot – 1 až + 1, lze potvrdit nebo vyvrátit stanovenou hypotézu. Nulová hodnota ρ vyjadřuje lineární nezávislost veličin, $\rho > 0$ nám udává, že s rostoucími hodnotami jedné veličiny se zvyšují i hodnoty druhé a $\rho < 0$ znamená, že s rostoucími hodnotami jedné veličiny klesají hodnoty druhé a naopak (Bencko, 2002).

K výpočtu korelačního koeficientu byl použit počítačový program Statistika 1.0. Výsledky průzkumu, shrnutí údajů a jejich zpracování bylo provedeno počítačovým programem Microsoft Excel. Pro popisy dat byla použita popisná statistika. Data byla uspořádána do tabulek i graficky a jednotlivě opatřena komentářem.

2.5 Zpracování získaných dat

Věk respondentek

Tabulka 1 Věk respondentek

Parametr	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
18 – 25	5	0,98 %
26 – 30	103	20,23 %
31 – 35	303	59,53 %
36 – 40	94	18, 47 %
nad 40 let	4	0,79 %

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 509 (100 %) respondentek, z nichž 5 (0,98 %) bylo ve věku 18 až 25 let, 103 (20,23 %) ve věku 26 až 30 let, 303 (59,53 %) ve věku 31 až 35 let, 94 (18,47 %) ve věku 36 až 40 let a 4 (0,79 %) respondentky byly ve věku nad 40 let. Průměrný věk respondentek byl 31 let, průměrný gestační věk činil 38 + 0 a indukce proběhla u 90 (18 %) respondentek.

BMI respondentek

Tabulka 2 Hodnoty BMI respondentek

Parametr	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
podváha	1	0,20 %
norma	154	30,26 %
nadváha	266	52,26 %
obezita 1. stupně	72	14,15 %
obezita 2. stupně	14	2,74 %
obezita 3. stupně	2	0,39 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, po vypočtení hodnot BMI má 1 (0,20 %) respondentka podváhu, 154 (30,26 %) respondentek mají normální váhu, 266 (52,26 %) respondentek má nadváhu, 72 (14,15 %) respondentek trpí obezitou prvního stupně, 14 (2,74 %) respondentek má obezitu druhého stupně a u 2 (0,39 %) respondentek byla zjištěna obezita třetího stupně. Průměrná hodnota BMI je 26,96 - tedy nadváha.

Délka první doby porodní

Tabulka 3 Délka první doby porodní

Parametr	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
do 1:00	41	8,07 %
1:00 – 2:55	191	37,52 %
3:00 – 4:55	133	26,13 %
5:00 – 6:55	81	15,91 %
7:00 – 8:55	47	9,23 %
9:00 – 10:55	8	1,57 %
11:00 – 12:55	5	0,98 %
více než 13:00	3	0,59 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, trvala první doba porodní u 41 (8,07 %) respondentek do jedné hodiny, u 191 (37,52 %) respondentek od jedné hodiny do 2:55, u 133 (26,13 %) respondentek od tří hodin do 4:55, u 81 (15, 91 %) respondentek od 5 hodin do 6:55, u 47 (9,23 %) respondentek od sedmi hodin do 8:55, u 8 (1,57 %) respondentek od devíti hodin do 10:55, u 5 (0,98 %) respondentek od jedenácti hodin do 12:55 a u 3 (0,59 %) respondentek trvala více než třináct hodin.

Délka II. doby porodní

Tabulka 4 Délka druhé doby porodní

Parametr	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
0:00 – 0:09	218	42,83 %
0:10 – 0:19	196	38,51 %
0:20 – 0:29	68	13,36 %
0:30 – 0:39	14	2,75 %
0:40 – 0:49	8	1,57 %
0:50 – 0:59	2	0,39 %
více než 1:00	3	0,59 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, trvala druhá doba porodní u 218 (42,83 %) respondentek do devíti minut,

u 196 (38,51 %) respondentek od deseti minut do devatenácti minut, u 68 (13,36 %) respondentek od dvaceti minut do dvaceti devíti minut, u 14 (2, 75 %) respondentek od třiceti minut do třiceti devíti minut, u 8 (1,57 %) respondentek od čtyřiceti minut do čtyřiceti devíti minut, u 2 (0,39 %) respondentek od padesáti minut do padesáti devíti minut a u 3 (0,59 %) respondentek trvala více než jednu hodinu.

Podání oxytocinu a epidurální analgezie

Tabulka 5 Podání oxytocinu a epidurální analgezie

Parametr	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
oxytocin	58	11,39 %
PDA	10	1,96 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, byl 58 (11,39 %) respondentkám podán oxytocin a 10 (1,96 %) respondentkám epidurální analgezie.

Poranění

Tabulka 6 Poranění

Parametr	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
epis. mediolat. 1.sin	91	17,88 %
epis. mediolat. 1.dx	6	1,18 %
ruptura pochvy	23	4,52 %
ruptura perinei grI	126	24,75 %
ruptura perinei grII	75	14,73 %
ruptura perinei grIII	2	0,39 %
poranění celkem	323	63,45 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, u 91 (17,88 %) respondentek byl proveden nástřih hráze vlevo, u 6 (1,18 %) nástřih hráze vpravo, u 23 (4,52 %) byla zaznamenána ruptura pochvy, u 126 (24,75 %) byla zaznamenána ruptura perinei 1. stupně, u 75 (14,73 %) ruptura perinei 2. stupně

a u 2 (0,39 %) respondentek ruptura perinei 3. stupně. Celkem bylo zaznamenáno poranění u 323 (63,45 %) respondentek.

Parametry z 1. kontroly po 6. týdnech od porodu a z 2. kontroly po 12. měsících

Hodnoty předního kompartmentu Aa (parametr -2 – nejlepší hodnota, parametr 1,5 – nejhorší hodnota)

Tabulka 7 Přední kompartment Aa

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
-2	185	36,35 %	181	35,56 %
-1,5	89	17,49 %	104	20,43 %
-1	114	22,39 %	139	27,31 %
-0,5	64	12,57 %	40	7,86 %
0	46	9,04 %	37	7,27 %
0,5	5	0,98 %	5	0,98 %
1	6	1,18 %	1	0,20 %
1,5	0	0, 00 %	2	0,39 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty předního kompartmentu Aa činily **-2** u 185 (36,35 %) respondentek, **-1,5** u 89 (17,49 %) respondentek, **-1** u 114 (22,39 %) respondentek, **-0,5** u 64 (12,57 %) respondentek, **0** u 46 (9,04 %) respondentek, **0,5** u 5 (0,98 %) respondentek, **1** u 6 (1,18 %) respondentek a hodnotu **1,5** neměla žádná respondentka.

Při kontrole po 12. měsících od porodu hodnoty předního kompartmentu Aa činily **-2** u 181 (35,56 %) respondentek, **-1,5** u 104 (20,43 %) respondentek, **-1** u 139 (27,31 %) respondentek, **-0,5** u 40 (7,86 %) respondentek, **0** u 37 (7,27 %) respondentek, **0,5** u 5 (0,98 %) respondentek, **1** u 1 (0,20 %) respondentky a hodnotu **1,5** u 2 (0,39 %) respondentek.

Hodnoty předního kompartmentu Ba (parametr -2 – nejlepší hodnota, parametr 1,5 – nejhorší hodnota)

Tabulka 8 Přední kompartment Ba

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
-2	173	33,99 %	194	38,11 %
-1,5	79	15,52 %	66	12,97 %
-1	137	26,92 %	163	32,02 %
-0,5	59	11,59 %	37	7,27 %
0	52	10,22 %	39	7,66 %
0,5	1	0,19 %	5	0,98 %
1	7	1,38 %	2	0,39 %
1,5	1	0,19 %	3	0,59 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty předního kompartmentu Ba činily **-2** u 173 (33,99 %) respondentek, **-1,5** u 79 (15,52 %) respondentek, **-1** u 137 (26,92 %) respondentek, **-0,5** u 59 (11,59 %) respondentek, **0** u 52 (10,22 %) respondentek, **0,5** u 1 (0,19 %) respondentky, **1** u 7 (1,38 %) respondentek a hodnotu **1,5** u 1 (0,19 %) respondentky.

Při kontrole po 12. měsících od porodu hodnoty předního kompartmentu Ba činily **-2** u 194 (38,11 %) respondentek, **-1,5** u 66 (12,97 %) respondentek, **-1** u 163 (32,02 %) respondentek, **-0,5** u 37 (7,27 %) respondentek, **0** u 39 (7,66 %) respondentek, **0,5** u 5 (0,98 %) respondentek, **1** u 2 (0,39 %) respondentek a hodnotu **1,5** u 3 (0,59 %) respondentek.

Hodnoty středního kompartmentu C (parametr -7 – nejlepší hodnota)

Tabulka 9 Střední kompartment C

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
-7	204	40,09 %	197	38,70 %
-6	90	17,68 %	82	16,12 %
-5	97	19,06 %	100	19,64 %
-4	70	13,75 %	74	14,54 %
-3	22	4,32 %	27	5,30 %
-2	14	2,75 %	18	3,54 %
-1	10	1,96 %	9	1,77 %
0	2	0,39 %	2	0,39 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty středního kompartmentu C činily **-7** u 204 (40,09 %) respondentek, **-6** u 90 (17,68 %) respondentek, **-5** u 97 (19,06 %) respondentek, **-4** u 70 (13,75 %) respondentek, **-3** u 22 (4,32 %) respondentek, **-1** u 10 (1,96 %) respondentek a hodnotu **0** u 2 (0,39 %) respondentek.

Při kontrole po 12. měsících od porodu hodnoty středního kompartmentu C činily **-7** u 197 (38,70 %) respondentek, **-6** u 82 (16,12 %) respondentek, **-5** u 100 (19,64 %) respondentek, **-4** u 74 (14,54 %) respondentek, **-3** u 27 (5,30 %) respondentek, **-1** u 9 (1,77 %) respondentek a hodnotu **0** u 2 (0,39 %) respondentek.

Hodnoty středního kompartmentu D (parametr -8 – nejlepší hodnota)

Tabulka 10 Střední kompartment D

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
-8	501	98,43 %	498	97,84 %
-7	5	0,98 %	5	0,98 %
-6	3	0,59 %	5	0,98 %
-5	0	0,00 %	1	0,20 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty středního kompartmentu D činily **-8** u 501 (98,43 %) respondentek, **-7** u 5 (0,98 %) respondentek, **-6** u 5 (0,98 %) respondentek a hodnotu **-5** neměla žádná respondentka.

Při kontrole po 12 měsících od porodu hodnoty středního kompartmentu D činily **-8** u 498 (97,84 %) respondentek, **-7** u 5 (0,98 %) respondentek, **-6** u 3 (0,59 %) respondentek a hodnotu **-5** u 1 (0,20 %) respondentky.

Hodnoty zadního kompartmentu Ap (parametr -2 – nejlepší hodnota, parametr 1,5 – nejhorší hodnota)

Tabulka 11 Zadní kompartment Ap

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
-2	223	43,81 %	205	40,28 %
-1,5	43	8,45 %	39	7,66 %
-1	132	25,93 %	149	29,27 %
-0,5	24	4,72 %	50	9,82 %
0	81	15,91 %	55	10,81 %
0,5	5	0,98 %	7	1,37 %
1	1	0,20 %	4	0,79 %
1,5	0	0 %	0	0,00 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty zadního kompartmentu Ap činily **-2** u 223 (43,81 %) respondentek, **-1,5** u 43 (8,45 %) respondentek, **-1** u 132 (25,93 %) respondentek, **-0,5** u 24 (4,72 %) respondentek, **0** u 81 (15,91 %) respondentek, **0,5** u 5 (0,98 %) respondentek, **1** u 1 (0,20 %) respondentky a hodnotu **1,5** neměla žádná respondentka.

Při kontrole po 12. měsících od porodu hodnoty zadního kompartmentu Ap činily **-2** u 205 (40,28 %) respondentek, **-1,5** u 39 (7,66 %) respondentek, **-1** u 149 (29,27 %) respondentek, **-0,5** u 50 (9,82 %) respondentek, **0** u 55 (10,81 %) respondentek,

0,5 u 7 (1,37 %) respondentek, **1** u 4 (0,79 %) respondentek a hodnotu **1,5** neměla žádná respondentka.

Hodnoty zadního kompartmentu Bp (parametr -2 – nejlepší, parametr 1,5 – nejhorší)

Tabulka 12 Zadní kompartment Bp

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
-2	225	44,21 %	205	40,28 %
-1,5	44	8,64 %	37	7,27 %
-1	141	27,70 %	155	30,45 %
-0,5	24	4,72 %	46	9,04 %
0	61	11,98 %	53	10,41 %
0,5	8	1,57 %	11	2,16 %
1	6	1,18 %	2	0,39 %
1,5	0	0 %	0	0,00 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty zadního kompartmentu Bp činily **-2** u 225 (44,21 %) respondentek, **-1,5** u 44 (8,64 %) respondentek, **-1** u 141 (27,70 %) respondentek, **-0,5** u 24 (4,72 %) respondentek, **0** u 61 (11,98 %) respondentek, **0,5** u 8 (1,57 %) respondentek, **1** u 6 (1,18 %) respondentek a hodnotu **1,5** neměla žádná respondentka.

Při kontrole po 12. měsících od porodu hodnoty zadního kompartmentu Bp činily **-2** u 205 (40,28 %) respondentek, **-1,5** u 37 (7,27 %) respondentek, **-1** u 155 (30,47 %) respondentek, **-0,5** u 46 (9,04 %) respondentek, **0** u 53 (10,41 %) respondentek, **0,5** u 11 (2,16 %) respondentek, **1** u 2 (0,39 %) respondentek a hodnotu **1,5** neměla žádná respondentka.

Pohlavní styk

Tabulka 13 Pohlavní styk

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
bez potíží	368	72,30 %	402	78,98 %
bolestivý	73	14,34 %	84	16,50 %
žádný	68	13,36 %	23	4,52 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu mělo pohlavní styk bez potíží 368 (72,30 %) respondentek, 73 (14,34 %) respondentek mělo bolestivý pohlavní styk a 68 (13,36 %) respondentek nemělo žádný pohlavní styk.

Při kontrole po 12. měsících od porodu mělo pohlavní styk bez potíží 402 (78,98 %) respondentek, 84 (16,50 %) respondentek mělo bolestivý pohlavní styk a 23 (4,52 %) respondentek nemělo žádný pohlavní styk.

Močová inkontinence

Tabulka 14 Močová inkontinence

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
nemá potíže	122	23,97 %	110	21,61 %
má potíže po II. graviditě	82	16, 11 %	94	18,47 %
potíže před II. graviditou	143	28,09 %	143	28,09 %
potíže v graviditě	162	31,83 %	162	31,83 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu nemá potíže s inkontinencí 122 (23,97 %) respondentek, 82 (16,11 %) respondentek má potíže s inkontinencí po druhé graviditě, 143 (28,09 %) respondentek mělo potíže s inkontinencí již před druhou graviditou a 162 (31,83 %) respondentek začalo mít potíže s inkontinencí během gravidity.

Při kontrole po 12. měsících od porodu nemá potíže s inkontinencí 110 (21,61 %) respondentek, 94 (18,47 %) respondentek mají potíže s inkontinencí po druhé graviditě, 143 (28,09 %) respondentek mělo potíže s inkontinencí již před druhou graviditou a 162 (31,83 %) respondentek začalo mít potíže s inkontinencí během gravidity.

Syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB)

Tabulka 15 Syndrom hyperaktivního močového měchýře (OAB)

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
nemá nucení	440	86,44 %	465	91,36 %
má potíže po II. graviditě	27	5,31 %	2	0,39 %
nucení před II. graviditou	17	3,34 %	17	3,34 %
nucení v graviditě	25	4,91 %	25	4,91 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu netrpí OAB 440 (86,44 %) respondentek, 27 (5,31 %) respondentek trpí OAB po druhé graviditě, 17 (3,34 %) respondentek trpělo OAB již před druhou graviditou a 25 (4,91 %) respondentek trpělo OAB v graviditě.

Při kontrole po 12. měsících od porodu netrpí OAB 465 (91,36 %) respondentek, 2 (0,39 %) respondentek trpí OAB po druhé graviditě, 17 (3,34 %) respondentek trpělo OAB již před druhou graviditou a 25 (4,91 %) respondentek trpělo OAB v graviditě.

Únik stolice

Tabulka 16 Únik stolice

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
netrpí únikem stolice	451	88,61 %	470	92,34 %
trpí únikem stolice	58	11,39 %	39	7,66 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu netrpí únikem stolice 451 (88,61 %) respondentek a 58 (11,39 %) respondentek trpí únikem stolice.

Při kontrole po 12. měsících od porodu netrpí únikem stolice 470 (92,34 %) respondentek a 39 (7,66 %) respondentek trpí únikem stolice.

Kojení

Tabulka 17 Kojení

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
kojení	304	59,72 %	169	33,20 %
nekojí	205	40,28 %	340	66,80 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu kojí 304 (59,72 %) respondentek a 205 (40,28 %) respondentek nekojí.

Při kontrole po 12. měsících od porodu kojí 169 (33,20 %) respondentek a 340 (66,80 %) respondentek nekojí.

Oxfordské skóre (parametr 0/0 – nejhorší hodnota, parametr 4/4 – nejlepší hodnota)

Tabulka 18 Oxfordské skóre

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
0/0	161	31,62 %	145	28,49 %
0/1	32	6,29 %	19	3,73 %
0/2	1	0,20 %	2	0,39 %
1/0	38	7,47 %	30	5,89 %
1/1	136	26,72 %	160	31,43 %
1/2	8	1,57 %	7	1,38 %
2/0	1	0,20 %	2	0,39 %
2/1	23	4,52 %	28	5,51 %
2/2	58	11,39 %	68	13,36 %
2/3	2	0,39 %	3	0,59 %
3/2	6	1,18 %	5	0,98 %
3/3	37	7,27 %	34	6,68 %
4/3	1	0,20 %	2	0,39 %
4/4	5	0,98 %	4	0,79 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty Oxfordského skóre činily **0/0** u 161 (31,62 %) respondentek, **0/1** u 32 (6,29 %) respondentek, **0/2** u 1 (0,20 %) respondentky, **1/0** u 38 (7,47 %) respondentek, **1/1** u 136 (26,72 %) respondentek, **1/2** u 8 (1,57 %) respondentek, **2/0** u 1 (0,20 %) respondentky, **2/1** u 23 (4,52 %) respondentek, **2/2** u 58 (11,39 %) respondentek, **2/3** u 2 (0,39 %) respondentek, **3/2** u 6 (1,18 %) respondentek, **3/3** u 37 (7,27 %) respondentek, **4/3** u 1 (0,20 %) respondentky a **4/4** u 5 (0,98 %) respondentek.

Při kontrole po 12. měsících od porodu hodnoty Oxfordského skóre činily **0/0** u 145 (28,49 %) respondentek, **0/1** u 19 (3,73 %) respondentek, **0/2** u 2 (0,39 %) respondentek, **1/0** u 30 (5,89 %) respondentek, **1/1** u 160 (31,43 %) respondentek, **1/2** u 7 (1,38 %) respondentek, **2/0** u 2 (0,39 %) respondentek, **2/1** u 28 (5,51 %) respondentek, **2/2** u 68 (13,36 %) respondentek, **2/3** u 3 (0,59 %) respondentek,

3/2 u 5 (0,98 %) respondentek, **3/3** u 34 (6,68 %) respondentek, **4/3** u 2 (0,39 %) respondentek a **4/4** u 4 (0,79 %) respondentek.

Parametry z dotazníku ICIQ – SF

Únik moči

Tabulka 19Jak často dochází k úniku moči

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
nikdy	122	23,97 %	122	23,97 %
asi jednou týdně nebo méně často	56	11,00 %	67	13,17 %
dvakrát nebo třikrát týdně	46	9,04 %	47	9,23 %
asi jednou za den	70	13,75 %	63	12,38 %
několikrát denně	87	17,09 %	95	18,66 %
stále	128	25,15 %	115	22,59 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu nedochází k úniku moči u 122 (23,97 %) respondentek, u 56 (11,00 %) respondentek dochází k úniku moči jednou týdně nebo méně často, u 46 (9,04 %) respondentek dochází k úniku moči dvakrát nebo třikrát týdně, u 70 (13,75 %) respondentek dochází k úniku moči asi jednou za den, u 87 (17,09 %) respondentek dochází k úniku moči několikrát denně a u 128 (25,15 %) respondentek dochází k úniku moči stále.

Při kontrole po 12. měsících od porodu nedochází k úniku moči u 122 (23,97 %) respondentek, u 67 (13,17 %) respondentek dochází k úniku moči jednou týdně nebo méně často, u 47 (9,23 %) respondentek dochází k úniku moči dvakrát nebo třikrát týdně, u 63 (12,38 %) respondentek dochází k úniku moči asi jednou za den, u 95 (18,66 %) respondentek dochází k úniku moči několikrát denně a u 115 (22,59 %) respondentek dochází k úniku moči stále.

Množství uniklé moči

Tabulka 20 Množství uniklé moči

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
žádné	122	23,97 %	122	23,97 %
malé množství	258	50,69 %	221	43,42 %
středně velké množství	66	12,97 %	85	16,70 %
velké množství	63	12,34 %	81	15,91 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu nedochází k úniku moči u 122 (23,97 %) respondentek, u 258 (50,69 %) respondentek dochází k úniku malého množství moči, u 66 (12,97 %) respondentek dochází k středně velkému množství úniku moči a u 63 (12,34 %) respondentek dochází k velkému množství úniku moči.

Při kontrole po 12. měsících od porodu nedochází k úniku moči u 122 (23,97 %) respondentek, u 221 (43,42 %) respondentek dochází k úniku malého množství moči, u 85 (16,70 %) respondentek dochází k středně velkému množství úniku moči a u 81 (15,91 %) respondentek dochází k velkému množství úniku moči.

Do jaké míry vadí ženě únik moči (škála 0 – 10, kdy 0 – vůbec ne, 10 – velmi)

Tabulka 21 Do jaké míry vadí ženě únik moči

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
0	122	23,97 %	122	23,97 %
1	197	38,70 %	184	36,15 %
2	74	14,54 %	78	15,32 %
3	63	12,38 %	63	12,38 %
4	53	10,41 %	62	12,18 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu hodnoty, které vyjadřovaly, do jaké míry vadí

ženě únik moči, činily **0** u 122 (23,97 %) respondentek, **1** u 197 (38,70 %) respondentek, **2** u 74 (14,54 %) respondentek, **3** u 63 (12,38 %) respondentek a **4** u 53 (10,41 %) respondentek.

Při kontrole po 12. měsících od porodu hodnoty, které vyjadřovaly, do jaké míry vadí ženě únik moči, činily **0** u 122 (23,97 %) respondentek, **1** u 184 (36,15 %) respondentek, **2** u 78 (15,32 %) respondentek, **3** u 63 (12,38 %) respondentek a **4** u 62 (12,18 %) respondentek.

Okolnosti, kdy dochází k úniku moči

Tabulka 22 Okolnosti, kdy dochází k úniku moči

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
nikdy – moč samovolně neuniká	122	23,97 %	122	23,97 %
uniká před tím, než má čas jít na WC	85	16,70 %	81	15,91 %
uniká při kašlání nebo kýchání	70	13,75 %	63	12,38 %
uniká ve spánku	49	9,63 %	49	9,63 %
uniká při fyzické činnosti/cvičení	33	6,48 %	38	7,46 %
uniká po vymočení a oblečení	38	7,46 %	44	8,64 %
uniká z neznámých důvodů	32	6,29 %	38	7,46 %
uniká stále	80	15,72 %	74	14,55 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu nedochází nikdy k samovolnému úniku moči u 122 (23,97 %) respondentek, u 85 (16,70 %) respondentek dochází k úniku moči před tím, než má čas jít na toaletu, u 70 (13,75 %) respondentek dochází k úniku moči při kašlání nebo kýchání, u 49 (9,63 %) respondentek dochází k úniku moči ve spánku, u 33 (6,48 %) respondentek dochází k úniku moči při fyzické činnosti nebo při cvičení,

u 38 (7,46 %) respondentek dochází k úniku moči po vymočení a oblečení, u 32 (6,29 %) respondentek dochází k úniku moči z neznámých důvodů a u 80 (15,72 %) respondentek dochází k úniku moči stále.

Při kontrole po 12. měsících od porodu nedochází nikdy k samovolnému úniku moči u 122 (23,97 %) respondentek, u 81 (15,91 %) respondentek dochází k úniku moči před tím, než má čas jít na toaletu, u 63 (12,38 %) respondentek dochází k úniku moči při kašlání nebo kýchání, u 49 (9,63 %) respondentek dochází k úniku moči ve spánku, u 38 (7,46 %) respondentek dochází k úniku moči při fyzické činnosti nebo při cvičení, u 44 (8,64 %) respondentek dochází k úniku moči po vymočení a oblečení, u 38 (7,46 %) respondentek dochází k úniku moči z neznámých důvodů a u 74 (14,55 %) respondentek dochází k úniku moči stále.

Parametry z dotazníku PISQ 12 (parametr 25 – nejhorší hodnota, parametr 48 – nejlepší hodnota)

Tabulka 23 Vyhodnocení dotazníku PISQ 12

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
žádný sexuální život	68	13,36 %	23	4,52 %
25 - 28	16	3,14 %	25	4,91 %
29 - 32	43	8,45 %	23	4,52 %
33 - 36	112	22,00 %	84	16,50 %
37 - 40	191	37,53 %	186	36,54 %
41 - 44	76	14,93 %	153	30,06 %
45 - 48	3	0,59 %	15	2,95 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, při kontrole po 6. týdnech od porodu nemá žádný sexuální život 68 (13,36 %) respondentek. Parametry **25 – 28** byly zaznamenány u 16 (3,14 %) respondentek, **29 – 32** u 43 (8,45 %) respondentek, **33 - 36** u 112 (22,00 %) respondentek, **37 – 40** u 191 (37,53 %) respondentek, **41 - 44** u 76 (14,93 %) respondentek a **45 – 48** u 3 (0,59 %) respondentek.

Při kontrole po 12. měsících od porodu nemá žádný sexuální život 23 (4,52 %) respondentek. Parametry **25 – 28** byly zaznamenány u 25 (4,91 %) respondentek, **29 – 32** u 23 (4,52 %) respondentek, **33 - 36** u 84 (16,50 %) respondentek, **37 – 40** u 186 (36,54 %) respondentek, **41 - 44** u 153 (30,06 %) respondentek a **45 – 48** u 15 (2,95 %) respondentek.

Rehabilitace

Tabulka 24 Konzervativní léčba a přístrojová rehabilitace BIOCON 2000W

parametr	absolutní četnost po 6 T (n)	relativní četnost po 6 T (%)	absolutní četnost po 12 M (n)	relativní četnost po 12 M (%)
konzervativní léčba	-	-	80	15,71 %
BIOCON 2000W	-	-	83	16,31 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že z výzkumného vzorku, který tvořilo 509 (100 %) žen, 80 (15,71 %) respondentek využívá konzervativní léčbu a 83 (16,31 %) respondentek využívá přístrojovou rehabilitaci BIOCON 2000W. Celkem rehabilitaci svalů pánevního dna využívá 163 (32,02 %) respondentek.

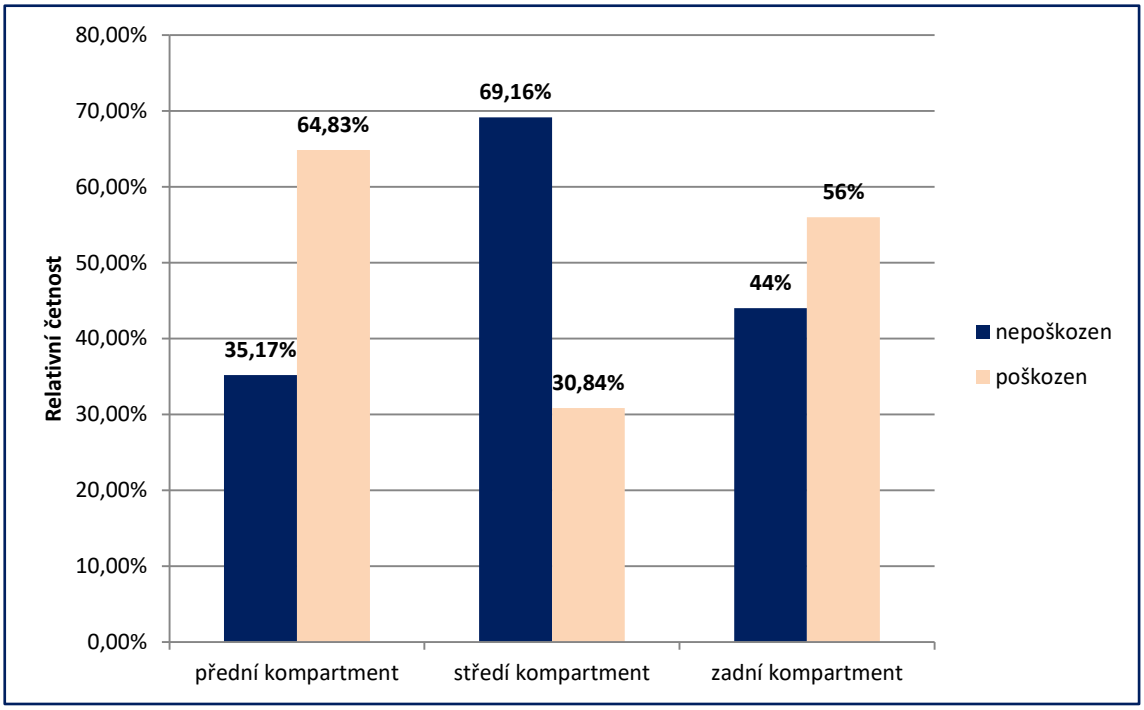
2.6 Výsledky výzkumu

Pro vyhodnocení výsledků výzkumu bylo nutné nejprve provést statistiku jednotlivých položek prospektivní kohortové studie, jejímž cílem je hodnocení vlivu vaginálního porodu na funkci pánevního dna při kontrolách po šesti týdnech od porodu a po dvanácti měsících od porodu. Součástí této studie bylo i vyplnění ISIQ - SF dotazníku, který obsahuje čtyři otázky týkající se inkontinence moči, a PISQ 12 dotazníku, který obsahuje 12 otázek týkajících se kvality sexuálního života respondentek. Pro měřitelnost a potvrzení hypotéz byla použita metoda statistické korelace, kdy na základě výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu „ρ“, který nabývá hodnot – 1 až + 1, lze potvrdit nebo vyvrátit stanovenou hypotézu. Nulová hodnota ρ vyjadřuje lineární nezávislost veličin, $\rho > 0$ nám udává, že s rostoucími hodnotami jedné veličiny se zvyšují i hodnoty druhé a $\rho < 0$ znamená, že s rostoucími hodnotami jedné veličiny klesají hodnoty druhé a naopak (Bencko, 2002). K výpočtu korelačního koeficientu byl použit počítačový program Statistika 1.0.

Vyhodnocení vlivu druhého vaginálního porodu na funkci pánevního dna

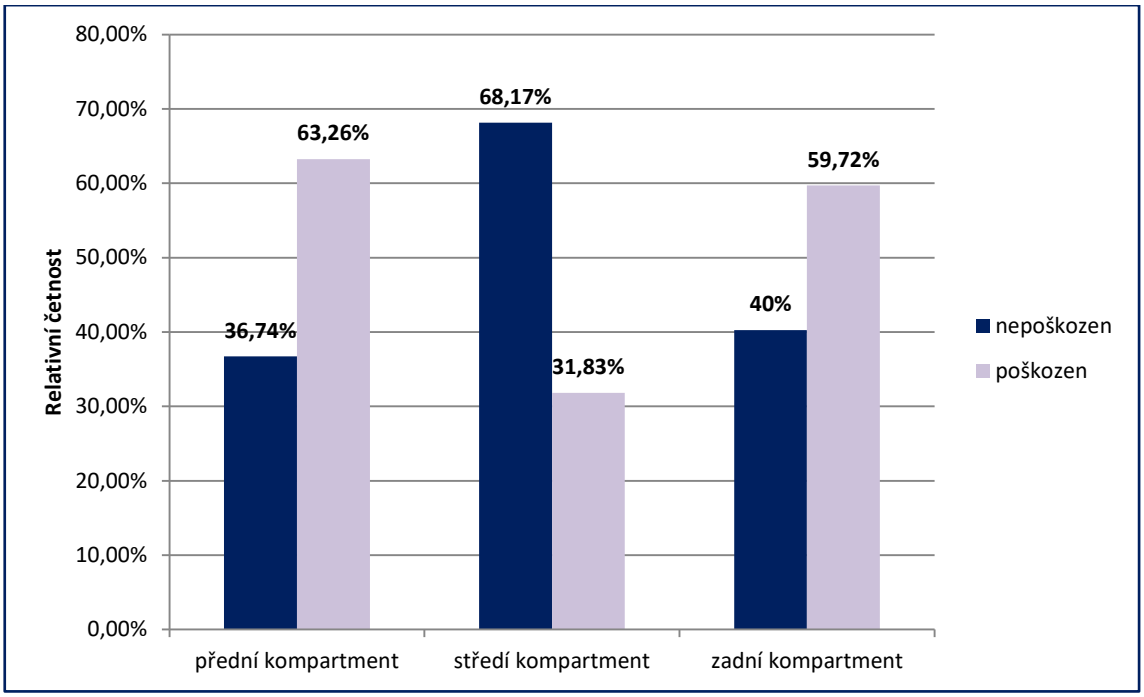
V H1 jsme předpokládali, že druhý vaginální porod zhoršuje funkci pánevního dna.

Analýzou dat jsme zjistili, že při kontrole po šesti týdnech bylo zaznamenáno, že k poškození předního kompartmentu došlo u 330 (64,83 %) respondentek, poškození středního kompartmentu bylo u 157 (30,84 %) respondentek a k poškození zadního kompartmentu došlo u 285 (56,00 %) respondentek.



Graf 1 Vyhodnocení parametrů poranění předního, středního a zadního kompartmentu při kontrole po 6. týdnech

Při kontrole po dvanácti měsících bylo zaznamenáno, že k poškození předního kompartmentu došlo u 322 (63,26 %) respondentek, poškození středního kompartmentu bylo u 162 (31,83 %) respondentek a k poškození zadního kompartmentu došlo u 304 (59,72 %) respondentek.



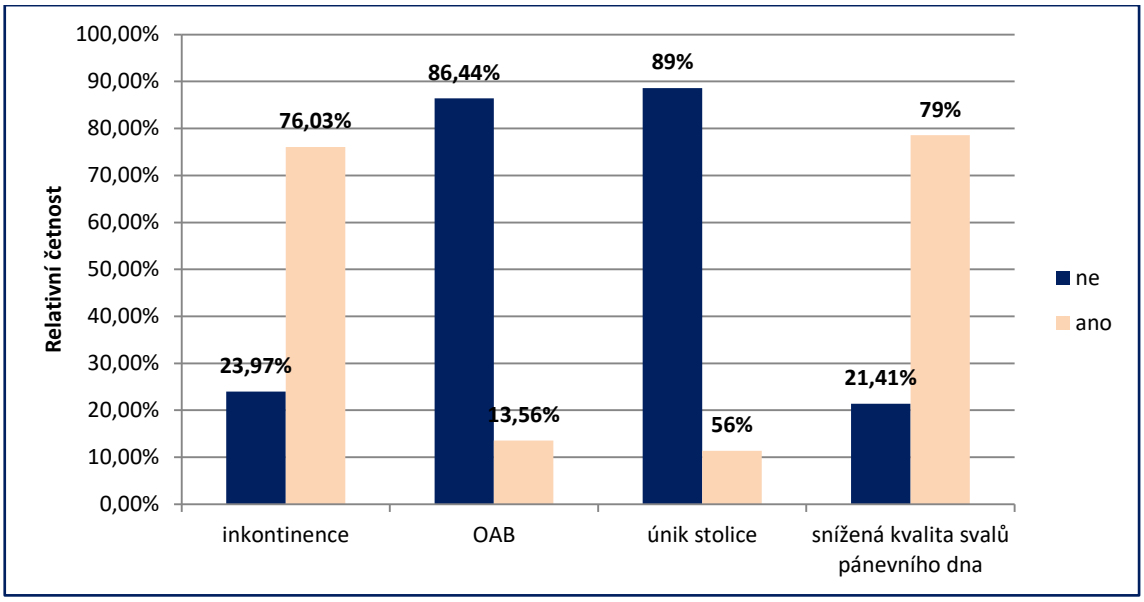
Graf 2 Vyhodnocení parametrů poranění předního, středního a zadního kompartmentu při kontrole po 12. měsících

Aritmetický průměr evidovaných poškození po šesti týdnech je 257 ± 1,72 a po dvanácti měsících 263 ± 1,72, při čemž korelační koeficient $\rho > 0$ ($\rho = 0{,}9886$).

Tabulka 25 Vyhodnocení poškození kompartmentů po druhém vaginálním porodu

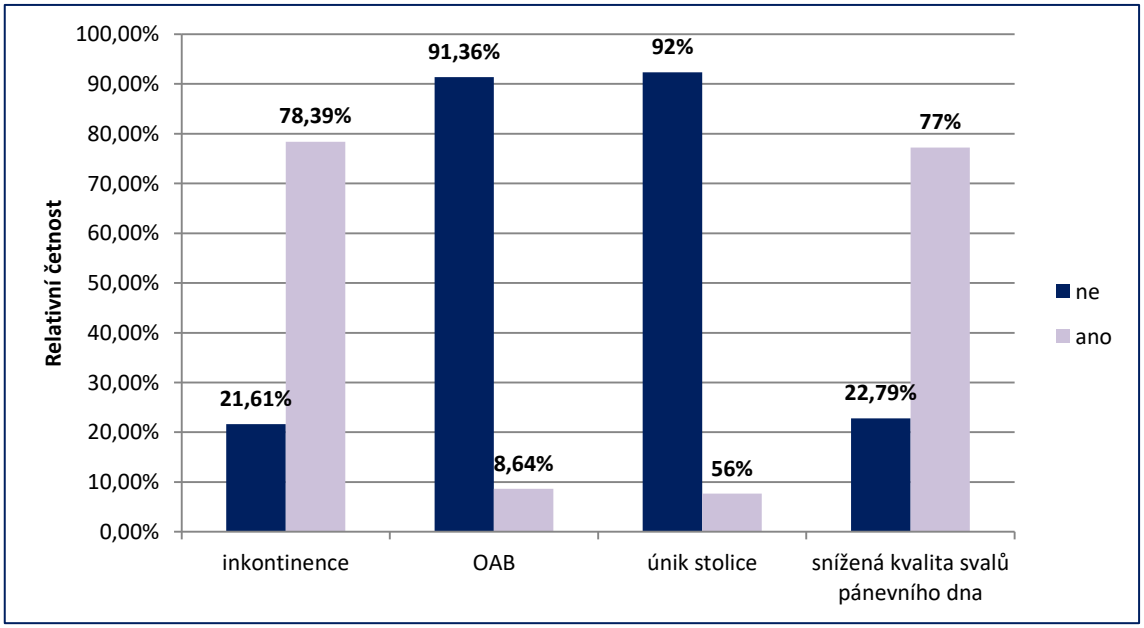
x - n po 6T	y – n po 12M	dx	dy	SDx	SDy	ρ
330	322	257	263	73,28	71,56	0,9886
175	162					
285	304					

Při kontrole po šesti týdnech bylo zjištěno, že močovou inkontinencí po druhém vaginálním porodu trpí 387 (76,03 %) respondentek, OAB se vyskytuje u 69 (13,56 %) respondentek, únikem stolice trpí 58 (11,39 %) respondentek a snížená kvalita svalů pánevního dna byla zaznamenána u 400 (78,59 %) respondentek.



Graf 3 Vyhodnocení parametrů močové inkontinence, OAB, úniku stolice a snížené kvality svalů pánevního dna při kontrole po 6. týdnech

Při kontrole po dvanácti měsících bylo zjištěno, že močovou inkontinencí po druhém vaginálním porodu trpí 399 (78,39 %) respondentek, OAB se vyskytuje u 44 (8,64 %) respondentek, únikem stolice trpí 39 (7,66 %) respondentek a snížená kvalita svalů pánevního dna byla zaznamenána u 393 (77,21 %) respondentek.



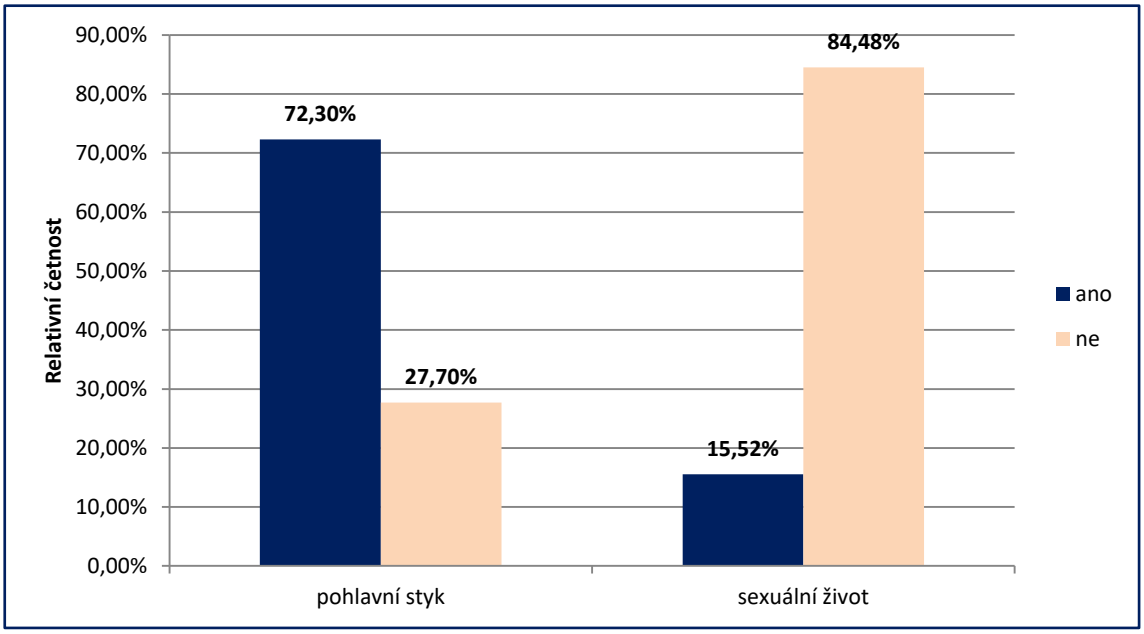
Graf 4 Vyhodnocení parametrů močové inkontinence, OAB, úniku stolice a snížené kvality svalů pánevního dna při kontrole po 12. měsících

Aritmetický průměr inkontinence, OAB, úniku stolice a snížené kvality svalů pánevního dna po šesti týdnech je 229 ± 12,16 a po dvanácti měsících 219 ± 12,16, při čemž korelační koeficient ρ > 0 (ρ = 0,9991).

Tabulka 26 Vyhodnocení inkontinence, OAB, úniku stolice a snížené kvality svalů pánevního dna po druhém vaginálním porodu

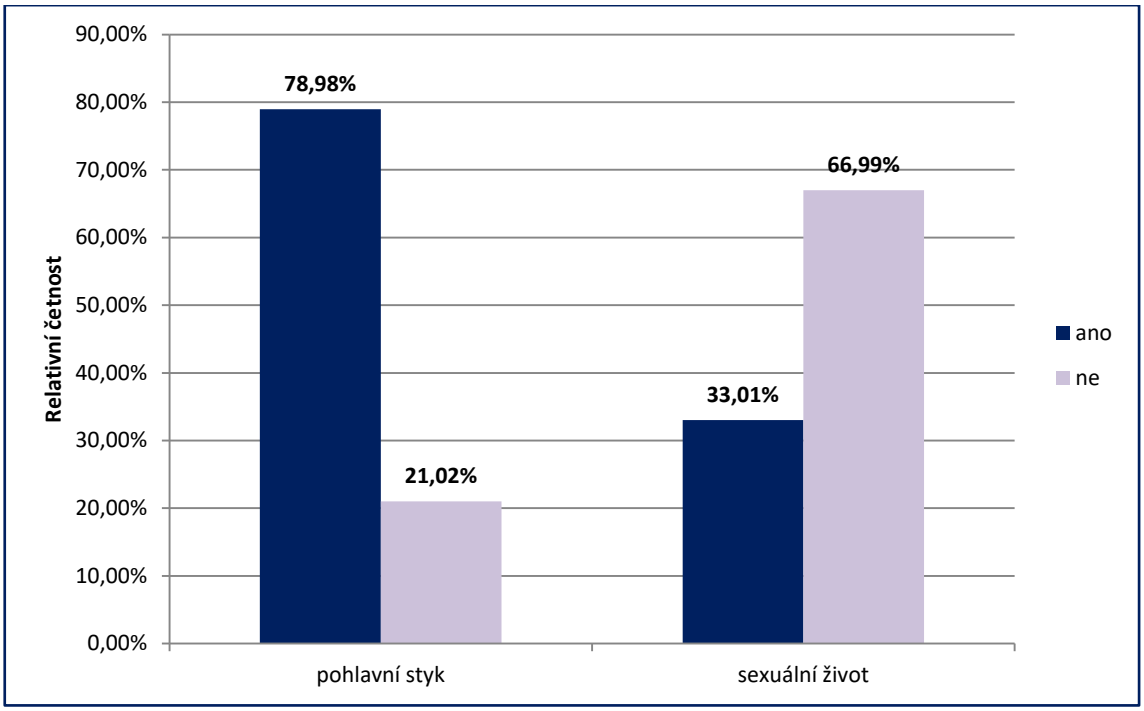
x - n po 6T	y – n po 12M	dx	dy	SDx	SDy	ρ
387	399	229	219	165,11	177,27	0,9991
69	44					
58	39					
400	393					

Při kontrole po šesti týdnech bylo zjištěno, že problémy s pohlavním stykem po druhém vaginálním porodu má 141 (27,70 %) respondentek a se sexuálním životem 430 (84,48 %) respondentek.



Graf 5 Vyhodnocení parametrů pohlavního styku a sexuálního života při kontrole po 6. týdnech

Při kontrole po dvanácti měsících bylo zjištěno, že problémy s pohlavním stykem po druhém vaginálním porodu má 107 (21,02 %) respondentek a se sexuálním životem 341 (66,99 %) respondentek.



Graf 6 Vyhodnocení parametrů pohlavního styku a sexuálního života při kontrole po 12. měsících

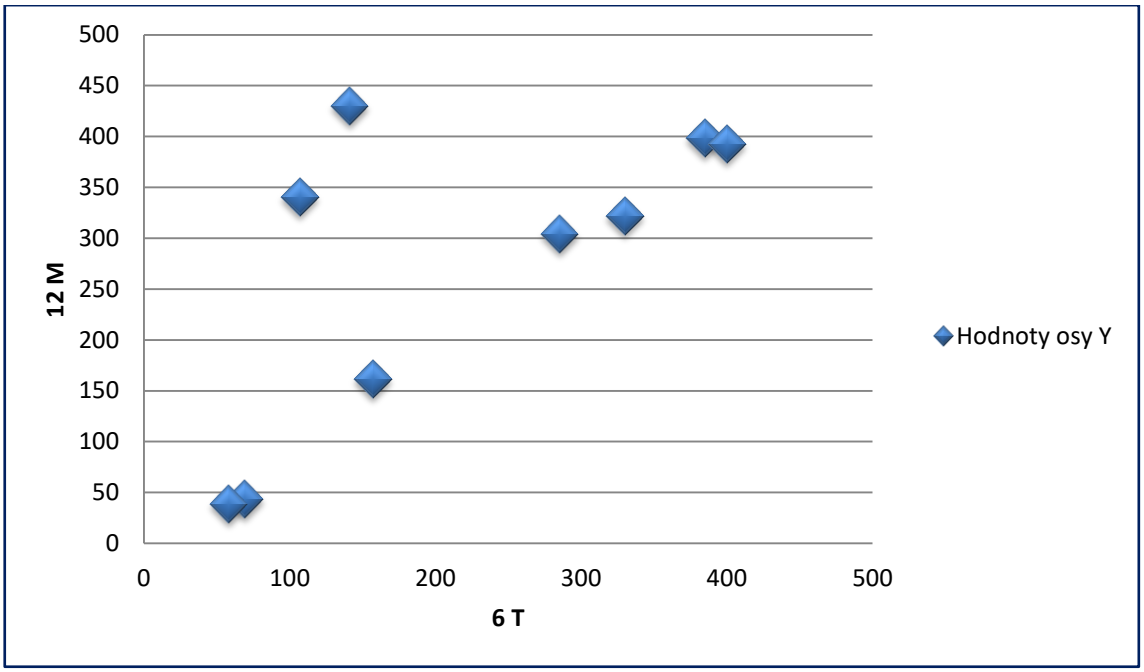
Aritmetický průměr poruch pohlavního styku a sexuálního života po šesti týdnech je 124 ± 27,5 a po dvanácti měsících 219 ± 27,5, při čemž korelační koeficient ρ > 0 (ρ = 1).

Tabulka 27 Vyhodnocení poruch pohlavního styku a sexuálního života po druhém vaginálním porodu

x - n po 6T	y – n po 12M	dx	dy	SDx	SDy	ρ
141	430	124	386	17,00	44,50	1
107	341					

Statistická korelace dysfunkce pánevního dna po druhém vaginálním porodu udává aritmetický průměr 215 ± 13,94 a po dvanácti měsících 270 ± 13,94, při čemž korelační koeficient ρ > 0 (ρ = 0,6645).

Z těchto výsledků vyplývá, že druhý vaginální porod má vliv na dysfunkci pánevního dna (Graf 7).



Graf 7 Vyhodnocení vlivu druhého vaginálního porodu na dysfunkci pánevního dna

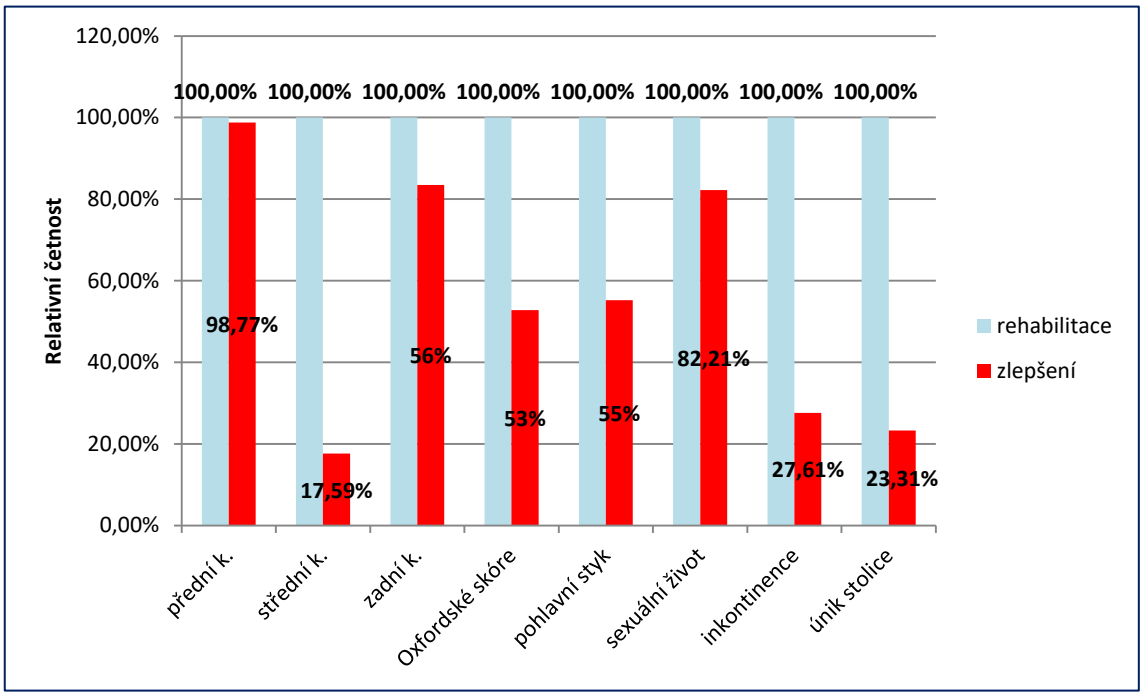
Na základě výsledků výzkumu, kdy korelační koeficient k ověření H1 činil 0,6645, což znamená, že je hodnota blíže k 1 než k 0, můžeme konstatovat, že dílčí cíl byl splněn a první hypotéza, která předpokládá, že druhý vaginální porod zhoršuje funkci pánevního dna, byla potvrzena.

Vyhodnocení vlivu rehabilitace na dysfunkci pánevního dna

V H2 jsme předpokládali, že obtíže spojené s poruchou funkce pánevního dna se po rehabilitaci zmírní či úplně vymizí, což se projeví zvýšením kvality života.

Analýzou dat jsme zjistili, že na rehabilitaci docházelo v období od první kontroly do druhé kontroly 163 (32,02 %) respondentek z celkového počtu 509 (100 %) zúčastněných respondentek. Pro statistický výpočet zmírnění poruch funkce pánevního dna je považováno 163 respondentek za 100 % docházejících na rehabilitaci. Při kontrole po dvanácti měsících bylo zaznamenáno, že ke zlepšení činnosti předního kompartmentu došlo u 161 (98,77 %) respondentek, středního kompartmentu u 29 (17,79 %) respondentek, zadního kompartmentu u 136 (83,44 %) respondentek a zlepšení Oxfordského skóre nastalo u 86 (52,76 %) respondentek. Ke zlepšení pohlavního styku došlo u 90 (55,21 %) respondentek a sexuálního života

u 134 (82,21 %) respondentek. Ke zlepšení potíží s inkontinencí došlo u 45 (27,61 %) respondentek a s únikem stolice u 38 (23,31 %) respondentek.



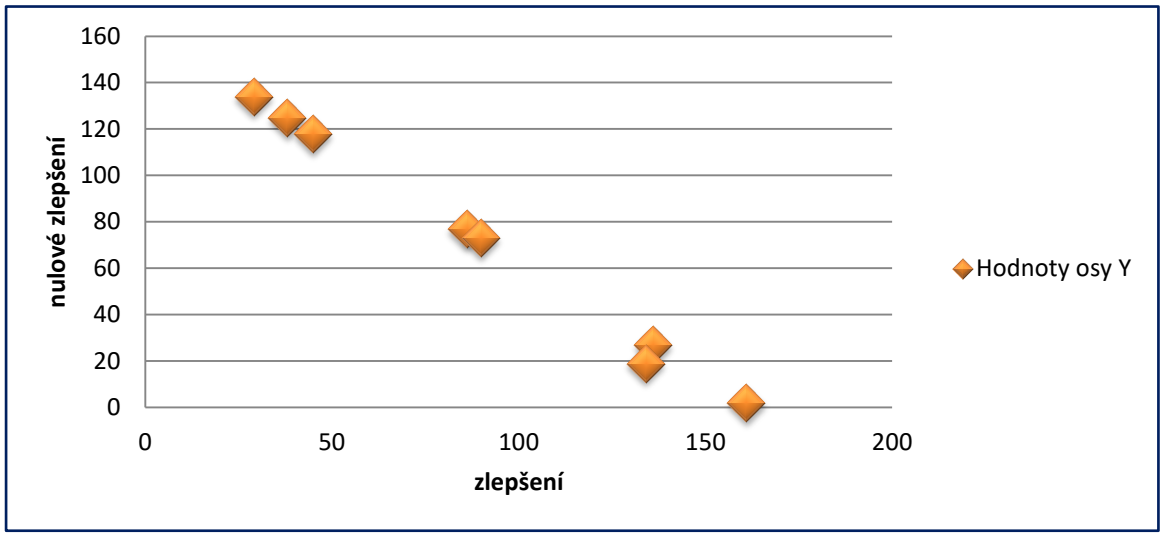
Graf 8 Vyhodnocení parametrů zmírnění poruch funkce pánevního dna po rehabilitaci

Aritmetický průměr pozitivního vlivu rehabilitace na funkci pánevního dna je 90 ± 3,32 a aritmetický průměr vyjadřující nulové zlepšení činí 62 ± 3,32, při čemž korelační koeficient $\rho < 0$ ($\rho = -0{,}79$).

Tabulka 28 Vyhodnocení vlivu rehabilitace na dysfunkci pánevního dna

x - zlepšení	y – nulové zlepšení	dx	dy	SDx	SDy	ρ
161	2	90	62	46,85	43,53	- 0,79
29	134					
136	27					
86	77					
90	73					
134	29					
45	118					
38	125					

Z těchto výsledků vyplývá, že rehabilitace má pozitivní vliv na dysfunkci pánevního dna (Graf 9).



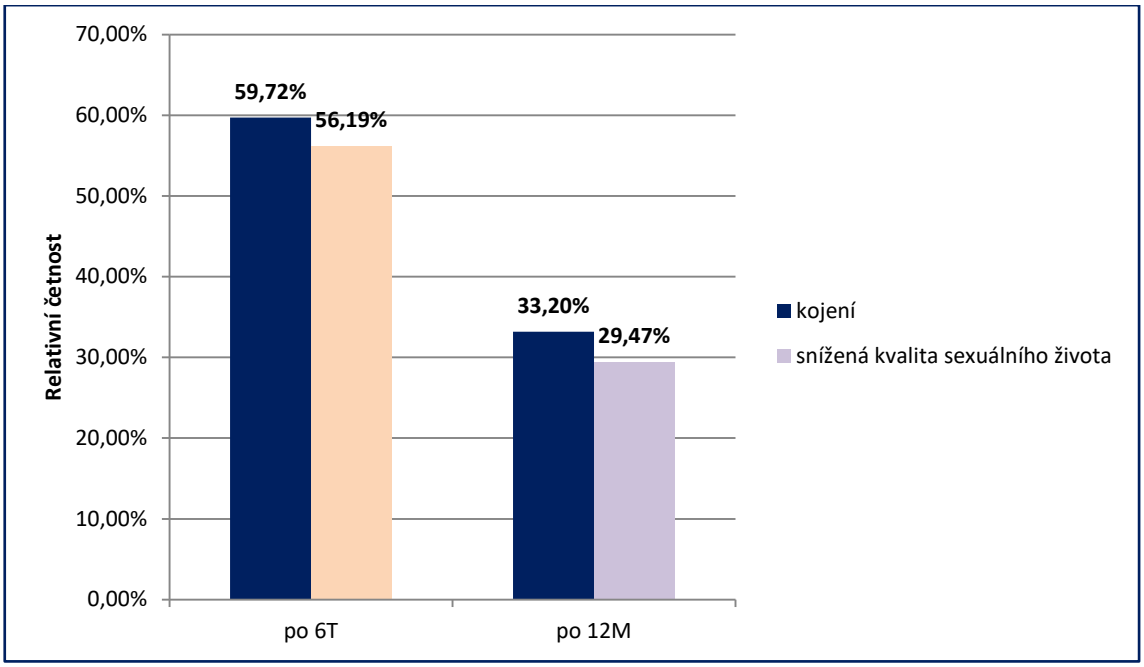
Graf 9 Vyhodnocení vlivu druhého vaginálního porodu na dysfunkci pánevního dna

Na základě výsledků výzkumu, kdy korelační koeficient k ověření H2 činil - 0,79, což znamená, že je hodnota blíže k - 1 než k 0, můžeme konstatovat, že dílčí cíl byl splněn a druhá hypotéza, že obtíže spojené s poruchou funkce pánevního dna se po rehabilitaci zmírní či úplně vymizí, což se projeví zvýšením kvality života, je potvrzena.

Vyhodnocení vlivu kojení na kvalitu sexuálního života ženy

V H3 jsme předpokládali, že ukončení kojení zlepšuje kvalitu sexuálního života ženy.

Analýzou dat jsme zjistili, že během šesti týdnů po porodu kojilo 304 (59,72 %) respondentek, zhoršenou kvalitu sexuálního života (KSŽ) mělo 286 (56,19 %) respondentek a 18 (3,53 %) respondentek tento problém nemělo. Po dvanácti měsících kojilo 169 (33,20 %) respondentek a zhoršenou kvalitu sexuálního života mělo 224 (44,01 %) respondentek. Z toho 150 (29,47 %) respondentek kojilo a 74 (14,54 %) respondentek již nekojilo, přesto u nich problémy s kvalitou sexuálního života přetrvávaly. 19 (3,73 %) kojících respondentek s kvalitou sexuálního života problémy nemělo.



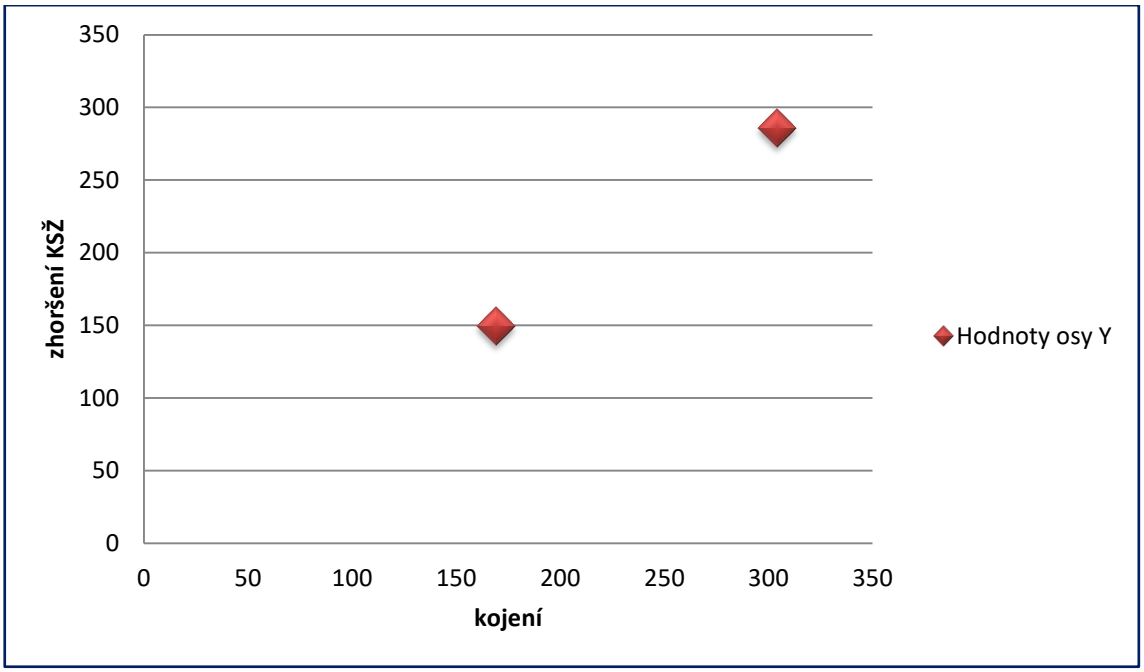
Graf 10 Vyhodnocení parametrů vlivu kojení na kvalitu sexuálního života

Aritmetický průměr poruch pohlavního styku a sexuálního života po šesti týdnech je 237 ± 0,5 a po dvanácti měsících 218 ± 0,5, při čemž korelační koeficient $\rho > 0$ ($\rho = 1$).

Tabulka 29 Vyhodnocení vlivu kojení na kvalitu sexuálního života ženy

x - kojení	y – zhoršená KSŽ	dx	dy	SDx	SDy	ρ
304	286	237	386	17,00	44,50	1
169	150					

Z těchto výsledků vyplývá, že kojení má vliv na zhoršení kvality sexuálního života (Graf 11).



Graf 11 Vyhodnocení vlivu kojení na kvalitu sexuálního života

Na základě výsledků výzkumu, kdy korelační koeficient k ověření H3 činil 1, můžeme konstatovat, že dílčí cíl byl splněn a třetí hypotéza, že ukončení kojení zlepšuje kvalitu sexuálního života ženy, je potvrzena.

2.7 Diskuze

Dysfunkce pánevního dna je dávána do příčinné souvislosti s inkontinencí moči, stolice a prolapsem pánevních orgánů. Existuje mnoho studií zabývající se výskytem uvedené symptomatologie u žen většinou po prvním vaginálním porodu. Močová inkontinence je definována jako nechtěný a vůli neovlivnitelný únik moči. Jedná se o závažný sociální a hygienický problém, který má významný dopad na kvalitu života ženy. Ternent (2009) uvádí, že samotný výskyt stresové inkontinence pociťují pacientky jako narušení kvality života včetně celkového zdravotního stavu a vitality. Švihra (2012) uvádí, že v České republice trpí inkontinencí moče přibližně 510 tisíc žen. Prevalence močové inkontinence na Slovensku byla 530 tisíc žen. Alarmující je ovšem fakt že incidence močové inkontinence roste. Např. v Dánsku se uvádí číslem 200 – 600 nových případů na 100 tisíc žen ročně (Hanuš, 2004).

Na konci 20. století se odborná veřejnost začala více zajímat o vznik inkontinence v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Z dostupných literárních údajů a námi pozorovaných dat z našeho výzkumu je zřejmé, že vaginální porod je spojen s výraznou distenzí pochvy a pánevního dna s následnou funkční a anatomickou změnou svalů, nervů a pojivové tkáně. Tento proces, který je součástí vaginálního porodu, však pravděpodobně není plně reverzibilní a představuje významný rizikový faktor rozvoje dysfunkce pánevního dna (DeLancey, 2003). Ale i v průběhu těhotenství je jedním z mechanismů přípravy organizmu k porodu rozvolnění a zvýšení elastičnosti pánevního dna. Stejný mechanizmus zároveň přispívá ke vzniku stresové inkontinence. Literární prameny však nejsou jednoznačné a existuje značná nejednotnost názorů na potenciální příčinné faktory dysfunkce. V současné době narůstá zájem o poznání mechanizmu dysfunkce pánevního dna při porodu a dále snahy o nalezení nejoptimálnějšího způsobu, jak vést vaginální porod, aby toto poškození bylo co nejmenší.

Naše diplomová práce se zaměřila na ženy fertilního věku po druhém vaginálním porodu s hlavním cílem zhodnotit vliv druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna. Dále jsme se zabývali vlivem stresové inkontinence na kvalitu života žen a zhodnocením vlivu konzervativní terapie na poruchy funkce pánevního dna po druhém vaginálním porodu.

Prvním cílem diplomové práce bylo sledování vlivu druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna. Z výsledků našeho výzkumu funkce pánevního dna vyplývá, že po druhém vaginálním porodu došlo k zhoršení funkce pánevního dna v průměru u 242 (48 %) respondentek z 509 (100 %) oslovených žen, což je téměř polovina respondentek z výzkumné studie.

V jedné ze svých prací se této problematice věnuje Dietz (2006), který uvádí, že dysfunkce pánevního dna byla přítomna pouze u žen rodících vaginálně a slabě korelovala s počtem vaginálních porodů. Jednalo se spíše o prolaps předního a středního kompartmentu, ale spojení s inkontinencí bylo podstatně menší. V naší studii byl zaznamenán prolaps předního kompartmentu u 330 (65 %) respondentek, prolaps středního kompartmentu u 157 (31 %) respondentek a u zadního kompartmentu u 285 (60 %) respondentek. Nově problém s inkontinencí po druhém vaginálním porodu

mělo 82 (16 %) respondentek, což koresponduje s výsledky výzkumu Dietze, ale 305 (60 %) respondentek trpělo inkontinencí před druhým porodem a v jeho průběhu.

Viktrup a kol. (1992) prokázali u 305 primipar manifestaci inkontinence moči ve 39 % případů před porodem a v jeho průběhu, 7 % případů vzniká nově po porodu. Kontrolní vyšetření pět let po porodu potvrdilo výskyt stresové inkontinence moči u 92 % souboru. Ženy, které byly po porodu kontinentní, vykazovaly po pěti letech známky inkontinence moči v 19 %. V našem případě u 509 respondentek vykazovalo inkontinenci před porodem a v jeho průběhu 60 % žen a 16 % případů vzniklo nově po druhém porodu. Při kontrole po dvanácti měsících se potvrdil výskyt stresové inkontinence moči u 78 % respondentek. Ženy, které byly po porodu kontinentní, vykazovaly po dvanácti měsících známky inkontinence moči ve 2 %, což opět ve všech položkách koresponduje se studií Viktrupa. V jiné prospektivní studii zahrnující 949 pacientek byla zjištěna inkontinence moči ve 22 % před graviditou, v 65 % během gravidity a v 31 % po porodu (Eason, 2004) V naší studii byla zjištěna inkontinence moči ve 28 % před graviditou, v 32 % během gravidity a v 16 % po porodu. Opět výsledky ve dvou položkách jsou shodné s výsledky výzkumu Easona, pouze rozpor je v procentuálních hodnotách výskytu inkontinence před graviditou.

Z výsledků naší kohortové studie v porovnání s ostatními výzkumy je zřejmé že inkontinence moči představuje nejčastější formu dysfunkce pánevního dna, která je dávána do souvislosti s vaginálně vedeným porodem. Zároveň je třeba konstatovat, že dosud nejsme schopni spolehlivě definovat, jakým způsobem přesně dochází k poškození konkrétních struktur a jaký je mechanismus rozvoje stresové inkontinence po vaginálním porodu. Tato skutečnost je často uváděna v rámci bouřlivých diskusí ohledně císařského řezu na přání matky s cílem ochrany funkce pánevního dna. Víme, že zvýšená mobilita uretry nepředstavuje jediný zodpovědný faktor za rozvoj stresové inkontinence u vaginálních porodů. Mobilita uretry je u inkontinentních primipar sice zvýšená ve srovnání s kontinentními primiparami a nuliparami, ale nepředstavuje sama o sobě dominantní faktor pro rozvoj stresové inkontinence.

MacArthur (1997) provedl rovněž otazníkovou studii zaměřenou na prevalenci symptomů inkontinence stolice žen 10 měsíců od porodu. 4 % vyšetřených žen

vykazovala známky nově vzniklé inkontinence stolice. Rozsáhlá analýza prací zkoumajících vztah modality vedení porodu a poranění análního sfinkteru prokazuje poranění u 27 % žen po prvním porodu a 9 % žen s nově vzniklým poraněním po opakovaných porodech. V našem případě trpělo defektem svěrače po šesti týdnech od porodu 11 % respondentek a po dvanácti měsících 8 % respondentek.

Poslední léta lze v rámci sledování dysfunkce pánevního dna v souvislosti s vaginálně vedeným porodem zaznamenat snahu o detekci rizikových kategorií. Úsilí se soustřeďuje na vyhledávání prediktorů, které pokud jsou přítomny a žena absolvuje vaginální porod, jsou spojeny s vyšším rizikem vzniku dysfunkce pánevního dna. Věk ženy a parita jsou obecně vnímány jako významné rizikové faktory pro vznik dysfunkce pánevního dna. V současné době se můžeme opřít o některá literární data, která kladou na první místo, co se týče rizikovosti, věk ženy v období prvního vaginálního porodu (Dietz, 2005). V námi sledovaných kohortách jsme tuto závislost neprokázali. Průměrný věk žen v druhé kohortové studii činil 31 let a 80 % respondentek bylo starších než 30 let. Celá řada epidemiologických studií hodnotí také paritu jako významný rizikový faktor pro vznik dysfunkce pánevního dna, zvláště pak descensu dělohy a poševních stěn (Swift, 2000). V současné době však nejsme schopni doložit jednoznačná data, do jaké míry je jediným rizikovým faktorem samotný akt vaginálního porodu, nebo zda již samotné těhotenství představuje významný činitel pro vznik pozdějších obtíží. Jednoznačně není zodpovězena otázka, zda elektivní císařský řez zásadně sníží riziko descensu, tak jak je některými autory uváděno. Zajímavé jsou výsledky práce Handové a kol. (2009), která sledovala mobilitu a pozici dělohy i poševních stěn 6 - 12 měsíců po porodu u primipar. U 31 % z celkového počtu 256 primipar byl po porodu pozorován sestup druhého stupně. V kategorii primipar s lézí zevního análního svěrače byla incidence descensu druhého stupně 14 %. Ženy, které porodily plánovaným císařským řezem, měly 6 - 12 měsíců po porodu incidenci descensu druhého stupně v 5 %.

Na základě výsledků výzkumu, kdy korelační koeficient k ověření hypotézy činil 0,6645, což znamená, že je hodnota blíže k 1 než k 0, můžeme konstatovat, že dílčí cíl byl splněn a první hypotéza, která předpokládá, že druhý vaginální porod zhoršuje funkci pánevního dna, byla potvrzena.

Druhým cílem naší diplomové práce bylo zhodnocení vlivu konzervativní terapie na poruchy funkce dna pánve po druhém vaginálním porodu. Na rehabilitaci docházelo po druhém vaginálním porodeu163 (32 %) respondentek z celkového počtu 509 (100 %) zúčastněných respondentek. Pro statistický výpočet je považováno 163 respondentek za 100 % docházejících na rehabilitaci. Při kontrole po dvanácti měsících bylo zaznamenáno, že ke zlepšení činnosti předního kompartmentu došlo u 161 (99 %) respondentek, středního kompartmentu u 29 (18 %) respondentek, zadního kompartmentu u 136 (83 %) respondentek a zlepšení Oxfordského skóre nastalo u 86 (53 %) respondentek. Ke zlepšení pohlavního styku došlo u 90 (55 %) respondentek a sexuálního života u 134 (82 %) respondentek. Ke zlepšení potíží s inkontinencí došlo u 45 (28 %) respondentek a s únikem stolice u 38 (23 %) respondentek.

Existuje celá řada rehabilitačních metod, které je možné využít pro terapii po porodu, ale neexistuje kvalitní výzkum, který by procentuálně zhodnotil zlepšení funkce pánevního dna u žen po porodu. Beyaz a kol. (2011), O´Reilly a kol. (2009) a Sangsawang a Serisathien (2014) zdůrazňují vhodnost zařazení posilování pánevního dna už během těhotenství a ve svých studiích uvádějí razantní snížení výskytu stresové inkontinence moči již během těhotenství při dodržování předepsaného cvičení, např. cvičení podle Kegela. Nováková (2013) ve své bakalářské práci uvádí, že po konzervativní léčbě došlo k zlepšení funkce pánevního dna u 70 % respondentek. Z toho vyplývá, že došlo k zlepšení kvality života žen po léčbě.

Furchová (2011) se ve své bakalářské práci zabývá problémem, jak těhotenství ovlivňuje funkci pánevního dna, do jaké míry jsou u těhotných žen tyto příznaky zastoupeny, a zjišťuje míru informovanosti žen v této oblasti. Furchová shrnuje, že polovina těhotných nemá dostatek informací o problematice onemocnění dolních močových cest. Další otázkou je, zdali je dostatečná informovanost pacientek o možnostech konzervativní léčby stresové močové inkontinence. Holaňová (2012) uvádí, že informovanost o možnosti konzervativní terapie a jejím obsahu je v odborné i veřejné sféře velmi nízká. I Buckley (2009) uvádí jako jednu z významných výzkumných priorit otázku týkající se přístupu k péči. V Ústavu pro péči o matku a dítě, kde byla naše kohortová studie uskutečněna, jsou ženy dostatečně informovány o možnostech konzervativní léčby, přesto ji využilo pouze 32 % respondentek a z toho

16 % využilo léčby na moderním přístroji BIOCON 2000. Z výzkumu však vyplynulo, že porucha funkce pánevního dna byla zaznamenána u 46 % respondentek. Konzervativní léčbu tedy nevyužilo 14 % respondentek. Přitom např. urologické oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně (2009), kde byl jako první v republice zakoupen BIOCON 2000, uvádí úspěšnost léčby poruchy pánevního dna u 70 % pacientů. *„O zavedení novinky jsme informovali veřejnost a začali se nám hlásit pacienti nejen ze Zlínského kraje, ale také z oblasti Čech a severní Moravy. V současnosti je k nám posílají hlavně privátní urologové z Moravskoslezského a Jihomoravského kraje. Velmi dobré zkušenosti s účinky přístroje na pacienty mají pracovníci rehabilitačního oddělení a ambulancí naší nemocnice, ale také privátní lékaři,“* sdělil primář urologického oddělení KNTB Jaroslav Hynčica (2009). Holaňová, Krhut a Muroňová (2008) uvádí, že efekt konzervativní terapie nemůžeme očekávat dříve než za dva měsíce pravidelného cvičení, s maximem kolem 6 měsíců od zahájení. Cvičení dvakrát týdně je nedostačující a fyzioterapie má pak minimální efekt a utvrzuje tak laickou i odbornou veřejnost v názoru, že je neúčinná. I Skalka (2002) udává, že se výsledky konzervativní terapie dostavují s latencí 3 - 6 měsíců. I v našem výzkumu se sledovaly výsledky konzervativní terapie dvanáct měsíců po porodu. K zmírnění poruch funkce pánevního dna po rehabilitaci došlo v průměru u 90 (55 %) respondentek.

Na základě těchto výsledků, kdy korelační koeficient k ověření hypotézy činil - 0,79, což znamená, že je hodnota blíže k - 1 než k 0, můžeme konstatovat, že dílčí cíl byl splněn a druhá hypotéza, že obtíže spojené s poruchou funkce pánevního dna se po rehabilitaci zmírní či úplně vymizí, což se projeví zvýšením kvality života, je potvrzena.

Třetím cílem naší diplomové práce bylo zhodnocení vlivu kojení po druhém vaginálním porodu na kvalitu sexuálního života ženy. Výsledky výzkumu ukázaly, že po šesti týdnech od porodu kojilo 60 % respondentek a 56 % mělo zhoršenou kvalitu sexuálního života. Po dvanácti měsících stále kojilo 33 % respondentek a zhoršenou kvalitu sexuálního života mělo 29 % respondentek.

Velký vliv na zhoršenou kvalitu sexuálního života žen po porodu mají hormonální změny, které jsou neodmyslitelnou součástí tohoto období. Hypofýza produkuje

hormony prolaktin **a** oxytocin, které jsou zodpovědné za tvorbu a uvolňování mateřského mléka a právě prolaktin způsobuje sníženou sexuální aktivitu u žen. To je příčinou častého poklesu frekvence pohlavních styků trvající často dlouhé měsíce po porodu. Uzel (2009) uvádí, že velký vliv na pohlavní styk má i pokles hladiny estrogenu hned po porodu, projevující se nedostatkem vaginální lubrikace, kvůli níž může být styk bolestivý. I v naší kohortové studii uvedlo 14 % respondentek bolestivý pohlavní styk po šesti týdnech a 17 % respondentek uvedlo tento problém po dvanácti měsících. Obtíže zpravidla mizí po nástupu menstruace nebo po ukončení kojení. Výkyvy hormonů můžou být také v některých případech spojené s poporodní depresí. Pravidelné kojení může způsobit, že si žena stěžuje na citlivá prsa a nechce, aby se jich muž příliš dotýkal. V našem případě odmítalo pohlavní styk po šesti týdnech 13 % respondentek a po dvanácti měsících 5 % respondentek.

Výzkumů týkajících se kvality sexuálního života ženy po porodu je mnoho, ale vliv kojení je opomíjen. Bláhová (2011) ve své bakalářské práci uvádí, že intimní život po porodu zahájilo 84 % z dotázaných žen po uplynutí šestinedělí, což odpovídá i výsledkům z našeho výzkumu, kdy intimní život zahájilo 72 % respondentek. Bláhová dále uvádí, že 26 % žen hodnotilo svůj první styk po porodu jako nepříjemný až bolestivý a pro 19 % žen byl styk neuspokojující pocitově. Podobné výsledky uvádí Korbel (2005), kdy většina žen začíná sexuální život 6 – 8 týdnů po porodu. Pro 30 % párů je však první styk problematický. Langrová (2010) ve své bakalářské práci uvádí, že pro 21 % žen je po druhém porodu pohlavní styk nepříjemný, což koresponduje i s naší studií. Bláhová se zmiňuje, že 18 % žen trápilo při styku odkapávající mateřské mléko. Vymazalová (2015) ve své bakalářské práci uvádí, že mezi nejčastější důvody, které ovlivňovaly jejich sexuální život, patřily vaginální poranění, dyspareunie, dlouhodobé kojení, užívání hormonální antikoncepce, únava, problém s vlhnutí pochvy a snížené libido. Právě dlouhodobé kojení bylo uváděno jako třetí nejčastější důvod zhoršené kvality sexuálního života.

Na základě těchto výsledků, kdy korelační koeficient k ověření hypotézy činil 1, můžeme konstatovat, že dílčí cíl byl splněn a třetí hypotéza, že ukončení kojení zlepšuje kvalitu sexuálního života ženy, je potvrzena.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Problematika kvality života žen s dysfunkcí pánevního dna po druhém vaginálním porodu je v současné době velmi diskutované téma jak mezi odborníky, tak i mezi laickou veřejností. Samotné rodičky vyhledávají informace o možnostech předcházení dysfunkce pánevního dna po vaginálním porodu. Výsledky naší kohortové studie přináší řadu informací o možných typech poranění, jejich komplikacích i ošetřovatelské péči o ženu s dysfunkcí pánevního dna. Tato práce může být přínosná především pro porodní asistenkty, které tak mohou získat ucelený pohled na danou problematiku.

Díky stanoveným a následně splněným cílům naší diplomové práce můžeme konstatovat, že kvalita života u většiny respondentek s dysfunkcí pánevního dna se po druhém vaginálním porodu po rehabilitaci zlepšila. Toto zjištění nás vede k navržení následných opatření:

- Je třeba zaměřit se na edukaci mladých dívek a žen fertilního věku o rizikových faktorech dysfunkce pánevního dna především v ordinacích praktických lékařů a gynekologů.

- Porodní asistentky a gynekologové by měly během prenatální péče cíleně edukovat těhotné ženy o možné dysfunkci pánevního dna v těhotenství a po porodu a jejím včasném řešení.

- Problematika dysfunkce pánevního dna a jeho včasné poporodní řešení by měla být zařazena přímo do psychoprofilaktické přípravy na porod.

- Cíleně vyhledávat ženy s dysfunkcí pánevního dna při pravidelných preventivních gynekologických prohlídkách.

- Zaměstnavatelé by měli umožnit porodním asistentkám další vzdělávání v oblasti edukace s touto problematikou.

- Zaměstnavatelé by měli poskytnout zdravotnímu personálu dostatek času pro cílenou edukaci pacientek.

- Aktivně nabízet ženám s dysfunkcí pánevního dna možnosti fyzioterapie, která je zaměřená na tuto problematiku.

- Zdravotní pojišťovny by měly ženám finančně přispívat na konzervativní léčbu, zvláště pak na rehabilitaci přístrojem BIOCOM 2000.

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky by mělo zvýšit produkci edukačních materiálů týkajících se dysfunkce pánevního dna a možnosti léčby.

Závěr

Předložená naší práce dokumentuje zhodnocení vlivu druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna a kvalitu života žen ve vztahu k inkontinenci, sestupu pánevních orgánů a dyspaurenii. Dále jsme se zabývali vlivem rehabilitace na dysfunkce pánevního dna. V popředí našeho výzkumu bylo zmapování výskytu stresové inkontinence, dyspaurenie a zhodnocení vlivu rehabilitace na poruchy funkce pánevního dna.

V praktické části jsme si vytyčili ke splnění tři cíle a stanovili tři hypotézy. Naším prvním cílem bylo sledovat vliv druhého vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna. Tento cíl jsme splnili a došli jsme k výsledku, že druhý vaginální porod má vliv na dysfunkci pánevního dna. V návaznosti na tuto problematiku by mohlo být zajímavé provést výzkum, který by se týkal porovnání výsledků výzkumu vlivu prvního vaginálního porodu na morfologii a funkci pánevního dna s výsledky výzkumu druhého vaginálního porodu u totožných respondentek.

Druhým cílem našeho šetření bylo zhodnocení vlivu konzervativní terapie na poruchy funkce dna pánve po druhém vaginálním porodu. Kvalita života podmíněná zdravotním stavem je v dnešní době důležitý ukazatel subjektivní pohody a spokojenosti pacientek s léčbou, a je proto také součástí hodnocení účinnosti léčby. Výsledky přinesly náhled do vnímání kvality života žen po druhém vaginálním porodu. Pomocí dotazníkového šetření jsme zjistili, že konzervativní léčba zvyšuje kvalitu života žen po druhém vaginálním porodu hlavně v oblasti sexuálního života. Fyzioterapie, zvláště pak využití přístrojové terapie BIOCOM 2000, je v léčbě dysfunkce pánevního dna účinná a měla by být léčbou první volby. Tento druh léčby však vyžaduje dobrou spolupráci, trpělivost a aktivitu pacientek, které často negativně vnímají každou aktivitu navíc nutnou v rámci konzervativní terapie vykonávat, a proto by měly být v praxi ze strany zdravotníků pro tuto léčbu více motivovány. Také ze strany lékařů, kteří mnohdy považují konzervativní přístupy za něco druhořadého, co vede k uzdravení pacientky pomalu a s nejistými výsledky, by neměl převládat dojem, že nejsnadnějším řešením močové inkontinence, která je důsledkem dysfunkce pánevního dna, je operace. Úspěšná terapie stresové inkontinence se řídí zásadou individualizace postupu pro každou jednotlivou

ženu. Ze spektra léčebných možností je třeba vybrat takový postup, který je nejefektivnější, tak i nejbezpečnější a pro pacientku minimálně zatěžující.

Třetím cílem bylo zhodnotit vliv kojení po druhém vaginálním porodu na kvalitu sexuálního života ženy. Výsledky našeho výzkumného šetření ukazují, že kojení má negativní vliv na kvalitu sexuálního života ženy.

Všechny tři stanovené hypotézy našeho výzkumného šetření se potvrdily. Je nutné se však zaměřit i na primární prevenci v oblasti dysfunkce pánevního dna již z toho důvodu, že mladé ženy většinou vědí, že tento problém spojený s inkontinencí moči je může provázet v těhotenství, ale dále očekávají, že po porodu vymizí. Tak tomu však v mnoha případech není. Ženy pak čeká rozhodnutí svěřit se s intimním problémem lékaři, porodní asistentce nebo jinému zdravotnickému personálu. Informovaná a vzdělaná pacientka řeší tento problém v jeho raném stádiu, snaží se o maximální spolupráci, dodržuje léčebný režim, protože chápe jeho důležitost a případné důsledky. Je partnerkou pro zdravotnickou veřejnost a teprve v této chvíli je schopna se rozhodovat adekvátně při volbě léčebných postupů.

Seznam použité literatury

BENCKO, Vladimír, et al., 2002. *Epidemiologie, výukové texty pro studenty 1. LFUK, Praha.* 2. vydání. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 80-246-0383-7.

BEYAZ, E. A. B., E. ÖZCAN, A. KETENCI and M. M. BEYAZ, 2011. The effectiveness of pregnancy rehabilitation: Effects on low back pain and calf cramps during pregnancy and pregnancy outcome. *Nobel Medicus,* **7** (2): 67 - 74.

BILOVÁ, Lydia, 2012. Demonstrace účasti porodní asistentky na realizaci prospektivní studie. *Diagnóza v ošetřovatelství*. **VIII**(4), 19. ISSN 1801-1349.

BIOCON, 2000. [online]. [cit. 2016-10-12]. Dostupné z: http:// http://biocon2000.cz/princip/

BLÁHOVÁ, Václava, 2011. *Partnerské vztahy a sexualita v těhotenství a po porodu*. Brno: Masarykova univerzita. Bakalářská práce. 115 s.

BUCKLEY, Sarah, 2011. Výzkumné priority u močové inkontinence. In: *Florence* [online]. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-florence/2011/6/vyzkumne-priority-u-mocove-inkontinence/

BUMP, R. C., A. MATTIASSON and K. Bo et al. 1986. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynecol*. **175**, 10 – 17.

ČECH, Evžen a kol., 2006. *Porodnictví.* 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 266 s. ISBN 80-247-1313-9.

ČERMÁK, Aleš a Dalibor PACÍK, 2006. *Inkontinence moči.* Praha: TRITON. 120 s. ISBN 80-7254-875-1.

DELANCEY, J., O. CHOU, S. SPEIGHTS and S. BINNO, 2003. Regular paper: The appearance of lektor ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstetrics.* **101**(1), 46 -53. ISNN 0029-7844.

DIETZ, Hans, Peter and Valeria LANZARONE, 2005. Levator trauma after vaginal delivery. *Obstetrics.* **106**(4), 707 - 712. ISNN 0029-7844.

DIETZ, Hans, Peter and Anneke B. STEENSMA, 2006. The prevalence of major abnormalities of the levator ani in urogynecological paitents. *BJOG*, 2006, **113**, p. 225 – 230.

DOHLE, M., D. G. MITCHELL and S. P. VASAVADA, 2001.Fast magnetic resonance imaging of pelvic organ prolapse. *Tech Urol.* **7**, 133 - 138.

EASON, E., M. LABRECQUE, S. MARCOUX and M. MONDOR, 2004. Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* online]. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: http://www.biomedcentral.com/1471-2393/4/4.

FURCHOVÁ, Jana, 2011. *Vznik inkontinence v těhotenství*. Bakalářská práce, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. [online]. [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/38800/1/FurchovaJ_VznikInkontinence_GH_2011.df

GAINEY, Howard, 1943. Postpartum observation of pelvic tissue damage. *J Obstet Gynecol.* **46**, 457 - 466.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života.* Praha: Grada Publishing, a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HALAŠKA, Michael, 2004. *Urogynekologie*. 1. vydání. Praha: Galén. 256 s. ISBN 80-726-2272-2.

HANDA, VL, I. NYGARD, K. KENTON et al. 2009. Pelvic organ support among primiparous women in the first year after childbirth. *Int Urogynecol J.* **20**, p. 1407 - 1411.

HANUŠ, Tomáš, 2004. Epidemiologie inkontinence moče. In: *Urologické listy* [online]. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=ul_04_01_03.pdf

HNILICOVÁ, Helena, 2003. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Lékařské listy. Příloha zdravotnických novin.* **52**(5), 27 - 29. ISSN 0044-1996.

HOLAŇOVÁ, Romana. 2012. Klinický standard fyzioterapie stresové inkontinence moči žen. In: *Registr Národní sady klinických standardů zdravotních služeb* [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z: http://kvalita.nrc.cz/standardy/index.php?zalozka=4

HOLAŇOVÁ, R., J. KRHUT a I. MUROŇOVÁ, 2008. Efekt fyzioterapie v léčbě močové inkontinence. In: *Sestra* [online]. [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/efekt-fyzioterapie-v-lecbe-mocove-inkontinence-340590

HORČIČKA, Lukáš, 2005. Ambulantní gynekologická praxe. *Moderní gynekologie a porodnictví.* **14** (4), 557-562. ISSN 1211-1058.

HORČIČKA, Lukáš, 2006. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. *Moderní babictví* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z: http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=62

HUVAR, Ivan, 2003. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická gynekologie ČR.* **6**(1), 18 - 22. ISSN 1211-6645.

KARBANOVÁ, J., Z. RUŠAVÝ, V. KALIŠ a A. PAŘÍZEK, 2012. Mediolaterální versus laterální episiotomie. *Praktická gynekologie.* **16**, 15. ISSN 1211-6645.

KOCMAN, David, 2011. Využití kvantitativních a kvalitativních metodologií při hodnocení kvality života a hodnocení intervencí v sociálních službách - diskusní zpráva. *Quip - Společnost pro změnu* [online]. [cit. 2016-11-28]. Dostupné z: http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/017/002020.pdf

KORBEĽ, Miroslav, Zuzana, NIŽŇANSKÁ, Martin, REDECHA, 2005. Sexualita v gravidite: sexualita ženy. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2005. **14** (1), s. 87 - 98. ISSN: 1211-1058.

KOUDELKOVÁ, Alena, 2002. Kvalita života − základní principy konstrukce dotazníku. *Sborník studentské celouniverzitní vědecké konference FSV*. Praha: MatfyzPress. ISBN 80-85863-84-7.

KRAHULEC, Petr, 2003. Rehabilitace svalů pánevního dna. *Zdravotnické noviny* [online]. [cit. 2016-11-28]. Dostupné z: http: //zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/ rehabilitace-svalu-panevniho-dna-155223

KRČMÁŘ, M., L. KROFTA a J. FEYEREISL a kol., 2015a. Srovnání morfologie muskulo-fasciálního traumatu pánevního dna a skupin primipar po vaginálním porodu v MRI zobrazení. *Praktická gynekologie.* **Suppl** (1), 19. ISSN 1211-6645.

KRČMÁŘ, M., L. KROFTA a K. GROHREGIN a kol., 2015b. Srovnání morfologie ženského pánevního dna u pacientek po elektivní sekci a nulipar v MRI zobrazení. *Praktická gynekologie.* **Suppl** (1), 20. ISSN 1211-6645.

KROFTA, Ladislav a Jaroslav FEYEREISL, 2012. Práce specializované urogynekologické ambulance: Sledování vlivu porodu na pánevní dno. *Praktická gynekologie*. **Suppl**, 16. ISSN 1211-6645.

LANGROVÁ, Petra, 2010. *Sexualita žen po porodu*. Olomouc: Univerzita Palackého. Bakalářská práce. 45 s.

LIENEMANN, A., D. SPRENGER and M. ANTHUBER et al., 2001. Functional cine magnetic resonance imaging in women after abdominal sacrocolpopexy. **97**, 81 - 85.

LIPPKE, Sonia und Babette RENNEBERG, 2006. *Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens* [online]. [cit. 2016-11-11]. Dostupné z: http://userpage.fu-berlin.de/~slippke/d-home/skalen/Lippke&Renneberg(2006)_Theorien.pdf

MACARTHUR, C., D. BICK and MRB KEIGHLEY, 1997. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynecol*, **104**, p. 46 – 50.

MACLENNAN A. H., A. W. TAYLOR and D. H. WILSON et al., 2000. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age parity and mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol*. **107**, 1460 - 1470.

MANT, J., R. PAINTER and M. VESSE, 1997. Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning Association study. *BJOG*. **104**, 579-85.

MARTAN, A., L. HORČIČKA a T. HANUŠ a kol. 2011. Prevalence žen s hyperaktivním močovým měchýřem v České republice. *ČesGynek.* **76**, 144 – 150.

MediFrank, 2009. *Pesary* [online]. [cit. 2016-12-11]. Dostupné z: http://www.medifrank.cz/katalogy/pesary-prospekt.pdf - platí

NEČESALOVÁ, P., V. KALIŠ, V. a J. KARBANOVÁ a kol., 2015. Mediolaterální vs laterální epiziotomie a její vliv na sexuální život ženy 3 a 6 měsíců po porodu. *Praktická gynekologie*. **Suppl** (19), 20. ISSN 1211-6645.

NOVÁKOVÁ, Ilona, 2013. *Kvalita života žen s inkontinencí.* Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bakalářská práce. 68 s.

OLSEN, A. L., V. L. SMITH and J. O. BERGSTROM et al., 1997. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* **89**, 501 - 506.

O´REILLY R., K. PETERS, B. BEALE and D. JACKSON, 2009. Women´s experiences of recovery from childbirth: Focus on pelvis problems that extend beyond the puerperium. *Journal of Clinical Nursing,* **18** (14), 2013 - 2019.

OTČENÁŠEK, M., V. DUCHCÁČ a D. TOMÁŠEK, 2012. Anální inkontinence: Principy pozdní rekonstrukce po závažném porodním poranění. *Praktická gynekologie*. **Suppl** (16), 14. ISSN 1211-6645.

PETROS, Peter, 2007. *The Femal Pelvic Floor.* Springer Medizin Verlag. 249 p. ISBN 978-3-540-33664-8.

PEYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví.* 1. vydání. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

POMŮCKY – INKONTINENCE, 2016. *Vhodná pomůcka* [online]. [cit. 2016-12-11]. Dostupné z: http://www.pomucky-inkontinence.cz/text/vhodna-pomucka

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

RYBÁROVA, Lubica, 2010. Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra* [online]. [cit. 2016-11-26]. Dostupné z: http: //zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ posouzeni-kvality- zivota-zen-s- mocovou-inkontinenci 450949

SANGSAWANG, Bussara, Yowalak, SERISATHIEN, 2012. Effect of pelvic floor muscle excercise programme on stress urinary incontinence among pregnant women. *Journal of Advanced Nursing,* **68** (9), 1997 - 2007.

SKALKA, Pavel, 2003. Možnosti léčebné rehabilitace v léčbě močové inkontinence. In: *Urologie pro praxi.* 2003. 3, s. 94 - 100.

SOBOTKA, Roman, 2015. *Dotazníky na (stresovou) inkontinenci* [online]. [cit. 2016-10-26]. Dostupné z: http: http://www.cus.cz/wp-content/uploads/ 2015/06/Dotazn%C3%ADky-na-stresovou-inkontinenci.pdf

SWIFT, Steven, E, 2000. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *J Obstet Gyneco.***183**, p. 277 - 285.

ŠPRINGLOVÁ, Ingrid, 2015. Výsledky fyzioterapie u dysfunkcí svalů pánevního dna. *Praktická gynekologie.* **Suppl** (19), 15. ISSN 1211-6645.

ŠVÁBÍK, Kamil a Alois MARTAN, 2003. Těhotenství, porod-poruchy pánevního dna a inkontinence moči. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **12**(1), 37-40. ISSN 1211-1058.

ŠVIHRA, Ján, 2012. *Inkontinencia moču*. Martin: Osveta. 326 s. ISBN 978-808-0633-806.

TEGERSTEDT, G., A. MIEDEL and M. MAEHLE-SCHMIDT et al., 2006. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: A population-based approach. *J Obstet Gynecol*. 194, 75 - 81.

TERNENT, L., VALE, L. and B. BUCKLEY, et al. 2009. Measuring outcomes of importance to women with stress urinary incontinence. In: *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. vol. 116, p. 719 – 725.

URBÁNKOVÁ, I., K. GROHREGIN, M. KRČMÁŘ a kol., 2015. Vliv prvního vaginálního porodu na vznik stresové inkontinence. *Praktická gynekologie*. **Suppl**(19), 18. ISSN 1211-6645.

UZEL, Radim, 2009. *Nejčastější potíže v sexuálním životě u páru s dítětem do jednoho roku* [online]. [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: http://www.babyweb.cz/nejcastejsi-potize-v-sexualnim-zivote-u-paru-s-ditetem-do-jednoho-roku

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VIKTRUP, L., G. LOSE, M. ROLFF and K. BARFOED, 1992. The symptom of stress incontinence cause by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol*. 79 p. 945 – 949.

VILHELMOVÁ, Libuše, 2011. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi* [online]. [cit. 2016-09-20]. Dostupné z: http://urologiepropraxi.cz/artkey/uro-201102-0004_Inkontinence_moci_diagnostika_a_lecba.php

VYMAZALOVÁ, Jitka, 2015. *Způsob porodu a jeho vliv na sexuální život ženy.* Jihlava: Vysoká škola polytechnická. Bakalářská práce. 63 s.

WAGNER, T., D. PATRICK, T. BAVENDAM, M. MARTIN and D. BUESCHING, 1996. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* [online]. [cit. 2016-09-21]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560665

WATKINS, K. and C. M. CONNELL, 2004. Measurement of Health-Related QOL. *Pharmaceoeconomics*. **22**(17), 1109 - 1126.

ZACHOVAL, R., J. KRHUT a L. ZÁMEČNÍK a kol., 2006. Dotazníky hodnotící kvalitu života u pacientů s inkontinencí moči a hyperaktivním měchýřem. *Urologie pro praxi*. **7**(6), 286-296.

ZLÍN, 2009. *Nový přístroj k léčbě inkontinence už ve Zlíně vyléčil desítky pacientů* [online]. [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: http://zlin.cz/409413n-novy-pristroj-k-lecbe-inkontinence-uz-ve-zline-vylecil-desiky-pacientu

ZMRHAL, Jan. 2007. Několik poznámek k diagnostice a léčbě stresové inkontinence moči. *Urologie pro praxi*. **8**(2), 50-54. ISSN 1213-1768.

ZUBKOFF, Michael. 2006. Urinary Incontinence-Specific Quality of Life Instrument (I-QOL). *Medical Outcomes Trust* [online]. [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm#ui-sqli