

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Lucie Kábrtová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Anální inkontinence po porodu

Lucie Kábrtová

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lucie Kábrtová**  
Osobní číslo: **Z17139**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Anální inkontinence po porodu**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. HORÁK, Ladislav a kol. *Praktická proktologie*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3595-5.
2. KALIŠ, Vladimír a Martin HAVÍŘ. Příčiny, rozsah a dopad anální/fekální inkontinence na kvalitu života ženy. *Gynekolog*. 2018, **27**(3), s. 94-100. ISSN 1210-1133.
3. RUŠAVÝ, Zdeněk a David ŠMÍD. Management fekální inkontinence. *Gynekolog*. 2018, **27**(3) s. 111-116. ISSN 1210-1133.
4. SALDANA-RUIZ, Nallely and KAISER Andreas M. Fecal incontinence? Challenges and solutions. *World Journal of Gastroenterology*. 2017, **23**(1), s. 11-24. ISSN 2219-2840.
5. SMAŽINKA, Martin a Jana KOŽELUHOVÁ. Diagnostický algoritmus u pacientky s anální/fekální inkontinencí. *Gynekolog*. 2018, **27**(3), s. 101-110. ISSN 1210-1133.

Vedoucí bakalářské práce: **Dr. med. Germund Hensel, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2020

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28.5.2020

Lucie Kábrtová

## **PODĚKOVÁNÍ**

V první řadě bych ráda poděkovala mému vedoucímu práce, kterým byl Dr. med. Germund Hensel, Ph. D., za rady, nápomoc, trpělivost a doporučení literatury, která byla těžce sehnatelná. Tuto bakalářskou práci by nebylo možné dokončit nebýt zdravotnického zařízení, ve kterém jsem prováděla průzkum, a respondentek. Další mé díky patří mým blízkým, kteří mě podporovali, věřili ve mně a dodávali mi síly.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce zaměřená na anální inkontinenci po porodu je teoreticko-průzkumná práce. Teorie obsahuje vymezení pojmu anální inkontinence, projevy, rizikové faktory, diagnostiku a léčbu anální inkontinence. V průzkumné části se zjišťuje četnost výskytu anální inkontinence po porodu a jaké další obtíže s vyprazdňováním ženy po porodu mají.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Anální inkontinence, únik stolice, anorektální dysfunkce, porodní poranění

## **TITLE**

Anal incontinence after delivery

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis focused on anal incontinence after delivery is a theoretical-exploratory work. The theory includes the definition of anal incontinence, manifestations, risk factors, diagnosis and treatment of anal incontinence. The exploratory part detects frequency of anal incontinence after delivery and what other difficulties women have with defecation after delivery.

## **KEYWORDS**

Anal incontinence, stool leak, anorectal dysfunction, delivery injuries

## OBSAH

Úvod .....	12
Cíl práce.....	14
Teoretická část .....	15
1 Definice anální inkontinence.....	15
2 Anatomie anorektální oblasti .....	16
2.1 Konečník (rektum) .....	16
2.2 Řiť (anus).....	16
2.3 Svaly anorektální oblasti .....	16
2.3.1 Musculus sphincter ani internus (IAS).....	16
2.3.2 Musculus sphincter ani externus (EAS) .....	16
2.3.3 Musculus puborectalis .....	17
3 Projevy anorektální dysfunkce .....	18
4 Rizikové faktory .....	20
4.1 Ruptura hráze.....	20
4.2 Instrumentální porod .....	20
4.2.1 Porod kleštěmi .....	21
4.2.2 Vakuumextrakce .....	21
4.3 Další porodnické rizikové faktory.....	21
4.4 Jiné rizikové faktory.....	22
5 Diagnostika .....	23
5.1 Anamnéza .....	23
5.2 Skórovací systémy/dotazníky .....	23
5.3 Fyzikální vyšetření .....	24
5.4 Zobrazovací techniky .....	24
5.4.1 Ultrasonografie .....	25
5.4.2 Defekografie .....	25



5.4.3	Endoanální magnetická rezonance.....	25
5.5	Funkční vyšetření.....	25
5.5.1	Anorektální manometrie.....	25
5.6	Experimentální metody.....	26
6	Léčba.....	27
6.1	Konzervativní léčba.....	27
6.1.1	Úprava životního stylu.....	27
6.1.2	Dietní režim.....	28
6.1.3	Farmakoterapie.....	28
6.1.4	Pomůcky.....	29
6.1.5	Biofeedback.....	29
6.2	Chirurgická léčba.....	29
6.2.1	Sfinkteroplastika.....	30
6.2.2	Augmentace svěračů.....	30
6.2.3	Náhrada svěračů.....	30
6.2.4	Postanální repair.....	30
6.2.5	Stomie.....	31
6.2.6	Komplikace chirurgické léčby.....	31
6.2.7	Prognóza a úspěšnost chirurgické léčby.....	32
6.3	Nervové stimulační techniky.....	32
6.3.1	Sakrální neuromodulace.....	32
6.3.2	Stimulace periferního tibiálního nervu.....	33
7	Péče PA o ženu s anální inkontinencí.....	34
	Průzkumná část.....	36
8	Metodika průzkumu.....	36
8.1	Cíle a průzkumné otázky.....	37
8.2	Charakteristika průzkumného souboru.....	37

8.3	Zpracování dat .....	39
9	Analýza a interpretace výsledků průzkumu .....	40
10	Diskuze .....	59
11	Závěr .....	63
12	Použitá literatura.....	64
13	Přílohy.....	67

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Věk respondentek .....	37
Obrázek 2 Jaký jste měla porod? .....	38
Obrázek 3 Parita respondentek .....	38
Obrázek 4 BMI respondentek .....	39
Obrázek 5 Kouření v těhotenství.....	40
Obrázek 6 Cukrovka nebo těhotenská cukrovka.....	41
Obrázek 7 Onemocnění střevního traktu .....	42
Obrázek 8 Typ vaginálního porodu.....	43
Obrázek 9 Epiziotomie .....	44
Obrázek 10 Porodní poranění .....	45
Obrázek 11 Porodní hmotnost .....	46
Obrázek 12 Znalost pojmu anální inkontinence .....	47
Obrázek 13 Potíže s vyprazdňováním stolice před těhotenstvím .....	48
Obrázek 14 Zvýšení frekvence vyprazdňování stolice.....	49
Obrázek 15 Výskyt fekální urgencyy .....	50
Obrázek 16 Nedostatečné vyprázdnění stolice .....	51
Obrázek 17 Bolest při defekaci .....	52
Obrázek 18 Výskyt zácpy .....	53
Obrázek 19 Nechtěný únik stolice .....	54
Obrázek 20 Samovolný únik plynů.....	55
Obrázek 21 Uvedení jiných problémů s vyprazdňováním stolice .....	56
Tabulka 1 Přehled obtíží v dotazníku a při kontaktování.....	57
Tabulka 2 Přehled výzkumů o anální inkontinenci po porodu .....	60

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AI	Anální inkontinence
DP	Doba porodní
EAS	Musculus sphincter ani externus
GPK	Gynekologicko-porodnická klinika
HRAM	High-resolution anorektální manometrie
IAS	Musculus sphincter ani internus
PA	Porodní asistentka
VEX	Vakuumextrakce
VP	Voda plodová

## ÚVOD

Porod je součástí života většiny žen. Každá žena porod prožívá jiným způsobem a každý porod se liší svým průběhem. Může se jednat o porod ve zdravotnickém zařízení nebo naopak v domácím prostředí. Střed mezi těmito dvěma variantami je ambulantní porod. Žena porodí ve zdravotnickém zařízení a většinou dvě hodiny po porodu odchází domů. Porod ve zdravotnickém zařízení může být veden několika způsoby. Jedna varianta je např. spontánní porod bez farmakologických zásahů, druhá varianta je porod, který je farmakologicky ovlivňován.

Ať už se jedná o jakoukoli formu a variantu porodu, každý porod přináší svá rizika a komplikace. Ať už větší, či menší, stále komplikace a rizika u porodu vždy jsou. Rodičky mají o určitých komplikacích a následcích porodu povědomí. Může dojít k porodnímu poranění a následné velké krevní ztrátě. Může být také ovlivněno močení, a dokonce může dojít i k nechtěným únikům moči. Nemusí být ovlivněna pouze fyzická stránka rodičky, ale také i psychická. Porod si spojí s příliš velkou bolestí a rozhodne se, že tento proces už znovu nepodstoupí.

Existuje jedno riziko porodu, které není příliš známé a diskutované. Pojem anální inkontinence, tedy nechtěný únik stolice, není až tak spojován s porodem. Inkontinence stolice je pro společnost tabuizované téma a není příliš řešeno, ale jedná se o riziko, které následkem porodu může vzniknout.

Kontrola v šestinedělí není zaměřena na potíže s vyprazdňováním stolice. Mnohdy jsou ženy stydlivé a nechtějí tento problém s lékařem řešit. Jde o závažnou situaci, která se prolíná do všech sfér života ženy. Snižuje se kvalita života a žena musí být ve všech směrech omezena. Snižuje se sebevědomí a je nemožné vést plnohodnotný život, pokud se u ženy nachází epizody úniků stolice a nejsou řešeny.

Ať už jde žena kamkoli, musí mít přehled, kde se nachází toaleta a má neustálé obavy, že únik přijde v nejnevhodnější chvíli a nebude na něj připravena. Přichází komplikace s prací. Musí si vybrat práci, ve které bude možné ihned opustit své pracovní místo a odebrat se na toaletu. Jelikož i sebemenší opuštění domova, který zároveň znamená jistotu a bezpečí, je velmi těžké a náročné, dochází pomalu, ale jistě, k sociální izolaci. Mimo jiné je narušený partnerský vztah či hledání nového partnera. Dlouhé cestování dopravními prostředky je také zcela nemožné.

Na těchto příkladech je vidět, že žena pomalu není schopna vést plnohodnotný a kvalitní život a zařadit se do určité sociální skupiny. Proto je potřeba poukázat na tento složitý pojem, který ovlivní celý život postižené ženy a je velmi důležité, aby se žena nebála tento problém začít řešit a mohla se tak alespoň částečně vrátit ke svému původnímu životu.

## **CÍL PRÁCE**

Cílem teoretické části této bakalářské práce je popsat problematiku týkající se anální inkontinence po porodu, popsat příznaky anální inkontinence a zobrazit celé množství možností zmírnění příznaků inkontinence stolice nebo úplné vyléčení.

Cílem průzkumné části práce bylo zobrazení výskytu anální inkontinence po porodu a potíží, které souvisí s vyprazdňováním stolice. S tímto cílem souvisí zjištění, jaký je vývoj obtíží s defekací po určitém časovém odstupu od porodu.

## TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části této bakalářské práce je objasněno, co anální inkontinence znamená a stručně popsána anatomie anorektální oblasti. Dále je zde zmíněno, jak se anální inkontinence projevuje a jaké jsou rizikové faktory pro její vznik. V této kapitole nechybí diagnostika a jak se anální inkontinence léčí. Teoretická část je ukončena kapitolou, která popisuje, jaká je péče porodní asistentky o ženu s anální inkontinencí.

### 1 DEFINICE ANÁLNÍ INKONTINENCE

Anální inkontinence je dle Sultana (2016, s.22) nechtěný únik stolice nebo plynů, pojem fekální inkontinence zahrnuje jen únik stolice, buď tuhé formované nebo tekuté.

Dvojitou inkontinencí rozumíme inkontinenci jak močovou, tak anální. Dále se může objevovat koitální inkontinence, kdy dochází k úniku stolice při vaginálním pohlavním styku (Sultan, 2016, s. 3).

Kromě inkontinence jsou ale i popsány další problémy kolem defekace, jako např. fekální urgencye nebo soiling nebo i pocit neúplného vyprázdnění. Při výskytu fekální urgencye jedinec není schopen oddálit defekaci déle než 15 minut. Fekální soiling znamená nepozorovaný odchod menšího množství střevního obsahu, při němž odchází také hleny (Kališ, Havíř, 2018, s. 94).



## **2 ANATOMIE ANOREKTÁLNÍ OBLASTI**

K přesné diagnostice a následující léčbě anální inkontinence je nezbytně nutné dobře znát anatomii anorektální oblasti, která je stručně popsána v této kapitole.

### **2.1 Konečník (rektum)**

Konečník je svalová trubice tvořena cirkulární svalovinou uvnitř a longitudinální svalovinou zevně. Slouží k zásobování stolice a zároveň jako pumpa umožňující její vyprázdnění (Malá a kol., 2013, s. 207). Patří k poslední části trávicí soustavy, která přechází z esovité kličky tlustého střeva. Konečník je 12-15 cm dlouhý a dělí se na dvě části, a to na ampulu a anální kanál a končí řití (Horák a kol., 2013, s.21-22).

Ampulla recti je horní širší část rekta, která dosahuje délky 10-12 cm. Sliznice v ampule obsahuje 3 typické slizniční řasy, prostřední Kohlrauschova řasa podmiňuje zakřivení rekta. Na ampulu navazuje řitní kanál, latinsky canalis analis, který je dlouhý 4 cm a je užší nežli ampula. Cirkulární svalovina je zde zesílena a vytváří vnitřní svěrač, k němu se níže přikládá vůli ovlivnitelný zevní svěrač (Fiala a kol., 2015, s. 109-110).

### **2.2 Řiť (anus)**

Řiť je otvor, který ukončuje anální kanál. Její kůže je více pigmentována a obsahuje potní, mazové a pachové žlázy, které jsou sestavené do prstence okolo. Samotný anus je kryt okrají hýždí (Horák a kol., 2013, s. 21-22). Mechanismus análního uzávěru je ovlivňován svěrači a svalovinou pánevního dna (Čihák, 2002, s. 182).

### **2.3 Svaly anorektální oblasti**

Na udržení střevního obsahu se podílí anální svěrače a svaly pánevního dna (Kališ a kol., 2010, s. 285).

#### **2.3.1 Musculus sphincter ani internus (IAS)**

Vnitřní svěrač se skládá ze zesílené hladké cirkulární svaloviny a měří 2,5-4 cm. IAS zodpovídá zejména za kontinenci řídké stolice (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 101). Tento svěrač není vůli ovlivnitelný a mimo defekaci zůstává trvale sevřen (Anděl a kol., 2016, s. 11).

#### **2.3.2 Musculus sphincter ani externus (EAS)**

Zevní svěrač, který sestává z příčně pruhované svaloviny, zevně obemyká IAS. Kromě při defekaci je trvale kontrahován. Zodpovídá za kontinenci pevné stolice a plynů. Skládá se z pars

profunda, hluboké vrstvy svalů, která probíhá těsně pod průchodem rekta. Druhá část pars superficialis, povrchová část, svým stažením zužuje anální kanál. Poslední část pars subcutanea, tedy podkožní část, způsobuje svým stažením vtahování a zřasení análního vchodu (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 101-102).

### **2.3.3 Musculus puborectalis**

Tento sval patří mezi svaly pánevního dna a je částí musculus levator ani. Na dorzální straně obemyká konečník a splývá se snopci hluboké části vnějšího řitního svěrače (Horák a kol., 2013, s. 25).

### 3 PROJEVY ANOREKTÁLNÍ DYSFUNKCE

Projevy anorektální dysfunkce ovlivňují kvalitu života postižené ženy a mohou napomáhat ke vzniku dalších komplikací, jako je například infekce močového traktu, vznik dekubitu či macerace kůže (Saldana-Ruiz, Kaiser, 2017, s. 2). Macerací kůže dochází k jejímu vyblednutí, odlučování povrchové vrstvy kůže a zvrásnění. Tento proces je způsoben nadměrnou vlhkostí kůže a následně je kůže více náchylnější k mykotickým nebo bakteriálním infekcím (Zachová, 2010, s. 157).

Nejzávažnějším projevem je projev samotné AI, kdy dochází k samovolnému úniku stolice (fekální inkontinence – incontinentia alvi) nebo plynů (incontinentia flati). Při pasivním úniku dochází k odchodu stolice či plynů bez vědomí jedince. Při urgentní inkontinenci dojde k úniku i přes aktivní úsilí střevní obsah zadržet. Anální inkontinence se může vyskytovat spolu s inkontinencí močovou (Horák a kol., 2013, s. 85-86). U inkontinence moči člověk není schopen kontrolovat její vyprázdnění a dochází k samovolnému vyprázdnění močového měchýře (Vytejčková, 2013, s. 147).

Mezi další projevy anorektální dysfunkce patří zvýšená frekvence defekace přes den či naopak přes noc. Při fekální urgenci dochází k naléhavé potřebě se vyprázdnit, kterou nelze odložit (Sultan, 2016). Tzv. tenesmus se projevuje obtížnou a bolestivou defekací, kterou přes bolest nemusí být možné provést. Tenesmus může být doprovázen odchodem hlenu či krve (French et al., 2016, s. 588).

Místo zvýšené defekace může nastat opačný problém, kdy nepravidelné anebo nekompletní vyprázdnění vede k tvorbě zácpy nebo pocitu nedostatečného vyprázdnění. Při pocitu nedokonalého vyprázdnění rektu se jedinec snaží vyvíjením silného abdominálního tlaku překonat neexistující blokádu ve střevním traktu. Dochází také k případům, kdy dojde ke snaze manuální nápomoci vybavení stolice či k jejímu úplnému manuálnímu vyprázdnění (Sultan, 2016).

Co se týká dalších projevů, tak se mohou vyskytovat senzorické poruchy, kdy se snižuje citlivost rektu či naopak se zvýší jeho citlivost a objevuje se pocit nucení na stolicí, i když konečník není naplněn. Při defekaci se může objevovat bolest, ať už ostrá či pálivá, která může odhalovat jiné zdravotní problémy jako jsou záněty nebo anální fisury (Sultan, 2016). Horák a kol. (2013) označuje anální fisuru za lineární vřed, který se projevuje zejména při defekaci řezavou bolestí, která nadále 1-2 hodiny přetrvává.

Anorektální dysfunkce způsobuje sexuální dysfunkci, kdy dochází ke snížení sexuální touhy a vzrušení. Dalšími projevy jsou krvácení různé etiologie nebo pruritus anu. Ve vzácných případech může docházet k tzv. flaturii, kdy střevní plyny odchází přes močovou trubici. U fekalurie dochází k odchodu střevního obsahu přes močovou trubici (Sultan, 2016).

## **4 RIZIKOVÉ FAKTORY**

Vzhledem ke komplexnosti problému, složité anatomii anorektální oblasti, k počtu možných příčin a současným vědeckým znalostem, jsou rizikové faktory velmi rozmanité. Za dva nejčastější rizikové faktory anální inkontinence se považuje porodní poranění a instrumentální porod (Kališ, Havíř, 2018, s. 97).

### **4.1 Ruptura hráze**

Mezi porodní poranění mimo jiné patří ruptura hráze, která je nejčastějším poraněním při porodu. Nejčastější příčinou bývá špatná ochrana hráze ze strany porodníka, předčasná deflexe hlavičky nebo příliš rychlý postup hlavičky. Některé ženy mají vrozenou chabou hráz nebo tkáň je křehká po proběhlém zánětu (Hájek a kol., 2014, s. 258). Jak uvádí Roztočil (2017), dalšími příčinami mohou být vyšší věk matky, vysoká hráz či jizvy na hrázi nebo překotný porod. Ruptura hráze se dělí ruptura I. stupně, která postihuje pouze kůži hráze a pochvu. U II. stupně dochází k postižení kůže hráze, podkoží a svalstvo perinea, sliznici a podslizniční vazivo pochvy ve větším rozsahu. Ruptura III. a IV. stupně zásadně ovlivňují riziko vzniku anální inkontinence. U tohoto poranění je zasažen svěrač konečníku. III. stupeň se rozděluje na <50% poranění tloušťky zevního svěrače, >50% poranění tloušťky zevního svěrače a nejrozsáhlejší poranění vnitřního i zevního svěrače. U IV. stupně se poraní zevní i vnitřní svěrač a je zasažena také anální sliznice.

Prevenčí proti poranění análního sfinkteru je správné chránění hráze porodníkem, preference vakuumextrakce v případě instrumentálního porodu a správné provedení episiotomie (Kališ, Havíř, 2018, s. 97). Mediální episiotomie, která se vede ve střední čáře od začátku perinea do vzdálenosti 3 cm, je kontraindikována, jestliže hrozí poranění análního sfinkteru (Roztočil, 2017, s. 498).

### **4.2 Instrumentální porod**

Operativní neboli instrumentální porod je operativní ukončení těhotenství nebo urychlení porodu plodu operační metodou z důvodu ohrožení života nebo zdraví matky, plodu nebo obou. Operativní porod může být vaginální (forceps-kleště, VEX-vakuumextraktor) nebo abdominální – císařský řez (Slezáková a kol., 2017, s. 40).

### **4.2.1 Porod kleštěmi**

U porodu per forcipem porodník instrumentálně vybaví vstoupnou a fixovanou hlavičku plodu v malé pánvi. Existují různé druhy kleští, avšak nejvíce používanými jsou Simpsonovy kleště. Pro ukončení porodu kleštěmi musí být splněny určité podmínky, jako je např. normální pánev (musí být vyloučen kefalopelvický nepoměr), zašlá porodnická branka, odteklá VP, přesná znalost uložení plodu. Tento způsob ukončení porodu může být indikován ze strany rodičky kvůli sekundárně slabým děložním kontrakcím, špatné funkci břišního lisu, akutnímu stavu rodičky aj. Ze strany plodu bývá nejčastějším důvodem akutní hypoxie plodu. Při použití kleští může dojít k jejich sklouznutí/smeknutí a následnému poranění rodičky. Další komplikací je ruptura navazující na epiziotomii směřující do oblasti rekta s možným poraněním III. stupně. Mezi pozdní následky použití porodnických kleští patří poškození podpůrného aparátu způsobující obtíže s udržení moči nebo neudržení stolice při špatném zhojení svěrače (Hájek a kol., 2014, s. 486).

### **4.2.2 Vakuumextrakce**

Vakuumextrakce, zkráceně VEX, slouží jako vaginální extrakční operace ve II. době porodní, kdy se vybavuje plod tahem za pelotu, která je přisáta k hlavičce plodu uměle vytvořeným podtlakem. Tento postup je jednodušší a pro matku šetrnější nežli klešťový porod, avšak vyžaduje více času (Binder a kol., 2011, s. 270). Podmínky pro VEX jsou obdobné jako pro klešťový porod. Indikace bývá většinou pro snížení námahy ve II. DP, u sekundárně slabých kontrakcích, při poruchách břišního lisu nebo také kvůli horečce ve II. DP. VEX je kontraindikován při akutních obtížích ať na straně rodičky, či na straně plodu a při nezralosti plodu. Výhodou oproti extrakci hlavičky kleštěmi je neměnicí se průměr rodící hlavičky a nevyvíjí se centrický tlak na obvod hlavičky. Při tomto postupu může ale také dojít k pokračující ruptuře epiziotomie směrem ke konečníku a následným vznikem obtíží s vylučováním stolice (Hájek a kol., 2014, s. 486-487).

### **4.3 Další porodnické rizikové faktory**

Na vzniku AI se mimo jiné podílí také makrosomní plod, okcipitoposteriorní poloha, délka druhé doby porodní i věk rodičky (Kališ, Havíř, 2018, s. 97). Obezita představuje další rizikový faktor způsobující zvýšení intraabdominálního tlaku a následné ochabování pánevního dna. Negativní efekt má kouření, kdy přímé působení nikotinu zvyšuje riziko vzniku AI. Samotné provedení epiziotomie se může považovat za rizikový faktor, která se může rozšířit směrem ke konečníku (Ihnát a kol., 2016, s. 26-27).

#### **4.4 Jiné rizikové faktory**

Dalšími rizikovými faktory jsou také vrozené příčiny, jako např. různé vrozené anomálie konečníku, spina bifida (rozštěp páteře) nebo Hirschsprungova choroba (vrozené onemocnění tlustého střeva). Je prokázáno, že diabetes mellitus má značný vliv na nervový systém a zapříčiňuje symptomy inkontinence. U zánětlivého onemocnění střev, jako je Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, se vyskytuje zvýšená frekvence stolice, pocit nekompletního vyprázdnění a samotná inkontinence stolice. Najde se mnoho dalších rizikových faktorů vedoucích ke vzniku AI, ke kterým patří léčebné zásahy v malé pánvi, poruchy vyprazdňování rektu a poruchy autonomního nervového systému (Anděl a kol., 2016, s. 27-30).

## 5 DIAGNOSTIKA

Existuje celá řada vyšetření, která anální inkontinenci, či problémy anální inkontinenci doprovázející, diagnostikují. Záleží také na typu inkontinence, ze začátku se diagnostika zaměřuje hlavně na otázku, zda k úniku stolice opravdu dochází, jak často uniká a jak velké obtíže způsobuje (Malá a kol., 2013, s. 208).

Základním diagnostickým algoritmem je sběr anamnézy a zhodnocení dotazníků či skórovacích systémů. Dále následuje sonografické vyšetření a ve spolupráci s ostatními specialisty se provádí anorektální manometrie a defekografie. Diagnostika může být doplněna i dalšími různými vyšetřeními, jako je např. rektoskopie nebo kolonoskopie (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 102).

### 5.1 Anamnéza

Anamnéza je důležitým počátečním článkem v diagnostice anální inkontinence. Důraz se klade na počet stolic za den a jaká je její konzistence. Zjišťuje se, jak často jsou úniky stolice ženou zaznamenány, jestli únik tekuté nebo solidní stolice nebo jen větrů, v jaké intenzitě, dále, za jakých podmínek se přihodí, např. stres, fyzická zátěž apod. (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 112).

Dále se anamnéza zaměřuje na porod, a to především na jeho průběh. Důležitým ukazatelem je hlavně délka porodu, jaká byla hmotnost novorozence a dále zda byly vykonány některé porodnické operace, a to kupříkladu VEX či porod kleštěmi. S porodnickými operacemi souvisí sběr anamnézy z hlediska porodního poranění (obzvláště ruptura análního svěrače) a jeho následného hojení.

Mimo porodní anamnézu je důležité znát také anamnézu předporodní, jelikož některá onemocnění mohou být těhotenstvím a/nebo porodem ovlivněna a následně i ovlivněna funkce defekace (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 102). Zajímá nás také zda pacientka některou formu anální inkontinence vnímala už během těhotenství. Dále se věnuje pozornost farmakologické anamnéze a dietním návykům ženy (Malá a kol., 2013, s. 208).

### 5.2 Skórovací systémy/dotazníky

Nejvhodnějším dotazníkem pro postpartální anální inkontinenci je St. Mark's skóre, které zahrnuje fekální urgenci, která se vztahuje k poranění zevního svěrače. V tomto typu dotazníku jsou obsaženy položky forma stolice, změna životního stylu, používání vložek z důvodu úniku



stolice či užívání protiprůjmových přípravků, jako poslední položka je fekální urgence. Žena kroužkuje frekvenci epizod a používání jednotlivých, výše zmíněných, pomůcek a přípravků.

I přes absenci položky fekální urgence je nejčastěji využívaným dotazníkem Wexnerovo (Cleveland) skóre. Mimo fekální urgenci obsahuje stejné položky, oba typy jsou přehledné, lehce srozumitelné a pochopitelné (Kališ, Havíř, 2018, s. 95).

### **5.3 Fyzikální vyšetření**

Po odběru anamnézy a vyplnění dotazníků se pokračuje gynekologickým či urogynekologickým vyšetřením se zaměřením na anální svěrač. Tato vyšetření jsou potřebná pro vyloučení určitých diagnóz zaměněných za anální inkontinenci. Lze vyloučit pseudoinkontinenci, která je způsobená vyhřezlými hemoroidy, prolaps rektální sliznice či perianální píštěle (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 102).

Při fyzikálním vyšetření inspekci, tedy pohledem, hodnotíme, zda je přítomna stolice a dále různé deformity ve smyslu jizev nebo perianálních dermatitid, marisků nebo hemoroidů (Ihnát a kol., 2016, s. 27). Perianální dermatidou rozumíme zánětlivá reakce v oblasti anu vlivem poranění nebo infekcí (Horák a kol., 2015, s. 155). Marisky lze vysvětlit jako zmnožené a nadměrně velké perianální kožní řasy (Hehlmann, 2010, s. 216). Po pokynu, aby pacientka zapnula břišní list, se sleduje případný pokles perinea, prolaps rekta nebo popřípadě prolaps vagíny, který je ale typický spíše pro starší pacientky (Ihnát a kol., 2016, s. 27).

Palpací, tedy pohmatem, per rectum se posuzuje klidový tonus, délka análního svěrače a zda je na análním svěrači hmatný defekt. Dále se zjišťuje obsah rekta, dají se také nahmatat jizevnaté změny okolních měkkých tkání (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 102).

### **5.4 Zobrazovací techniky**

Tato metoda je nedílnou součástí diagnostiky a vyšetření anorektální oblasti. Obsahuje různé metody od sonografie, rentgenového způsobu zobrazení, defekografie nebo detailní sigmoideoskopie a rektoskopie. Nezapomíná se také na vyšetření magnetickou rezonancí.

Z výčtu všech metod pro vyšetření lze označit ultrasonografii za nejdůležitější a nejefektivnější metodu z důvodu potvrzení či vyloučení defektu zevního i vnitřního svěrače. Ostatní vyšetřovací metody se užívají podle konkrétních individuálních příznaků a problémů pacientky (Horák a kol., 2013, s. 89).

### **5.4.1 Ultrasonografie**

Nejpoužívanějším přístupem je přístup transperineální a endoanální. U transperineální sonografie se přikládá sonda na perineum a sklápí se na jednotlivé části análního svěrače a okolí. Endoanální vyšetření je vnitřní vyšetření, které umožňuje získat 360° obraz. Lze vyšetřit anální sfinkter a jeho defekty a zobrazuje okolní tkáň (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 105).

### **5.4.2 Defekografie**

Tato metoda patří mezi rentgenové vyšetření, která vyšetřuje rektální evakuaci. Co se týče přípravy pacientky, tak se pouze podávají glycerinové čípky večer a ráno před vyšetřením. Kontrastní látka se podává jak orálně, tak i rektálně, podává se baryová suspenze. Mezi funkční patologické nálezy patří insuficience puborektálního svalu, neschopnost svalstva pánevního dna relaxovat během defekace nebo také retence kontrastní látky v rektu. K patologickému nálezu mohou patřit různé morfologické změny, jako je např. rektokéla nebo enterokéla (Horák a kol., 2013, s. 61-62).

### **5.4.3 Endoanální magnetická rezonance**

Jedná se o poměrně novou metodu používanou v tomto oboru. Zobrazuje kvalitnější obraz s lepším prostorovým rozlišením, zejména lze přehledně zobrazit anatomii zevního análního svěrače. Za největší přínos magnetické rezonance v diagnostice anální inkontinence lze považovat rozpoznání regresivní změny zevního análního svěrače. Přesnější zobrazení se dá provést po naplnění rekta ultrazvukovým gelem jako kontrastní látkou. Pro vysokou nákladnost a nedostupnost zařízení je tato vyšetřovací metoda pouze málo používaná (Horák a kol., 2013, s. 89).

## **5.5 Funkční vyšetření**

Mezi funkční vyšetření patří hojně využívaná anorektální manometrie a zatím pouze experimentálně používaná anální akustická reflexometrie, u které se funkce análního kanálu hodnotí pomocí polyuretanového sáčku s vysílačem akustických impulsů (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 103).

### **5.5.1 Anorektální manometrie**

Nejvíce využívaná je high-resolution anorektální manometrie (HRAM) vyhodnocující vztah tlakových hodnot v análním kanálu a rektu zároveň. HRAM poskytuje zdokonalené zobrazení s přínosem v přesnější diagnostice a nadále optimální léčbu pacientky s defekačními poruchami (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 104).

Vlastní vyšetření spočívá v zavedení balónku o objemu 200 ml, který je připevněn na sondu, následně se postupně plní a zjišťuje se vnímavost rektu. Je určeno pořadí, ve kterém se hodnotí jednotlivé parametry. V první řadě se posuzuje klidový tlak, který je u anální inkontinence snížený. Následuje test sevření během volní kontrakce. V neposlední řadě se provádí test simulované defekace na měření tlaků v análním kanále a rektu současně (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 104-105). Mezi další vyšetření může také patřit kašlací reflex, při kterém dochází ke zvýšení abdominálního tlaku a následně k uvolnění svěračů při poruchách defekace (Malá a kol., 2013, s. 209).

Pro shrnutí, anorektální manometrie dokáže poskytnout, jaký je vztah mezi tlaky v konečniku a v análním kanálu, tlaky je možné sledovat v plné délce. Zobrazuje detailněji morfologii a funkci sfinkterů a zhodnocuje koordinace rektu a anu (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 105).

## **5.6 Experimentální metody**

V dnešní době existují metody, které se zatím jen osvědčují a zkoumá se, jaký je jejich podíl na diagnostice anální inkontinence a defekačních poruch.

Jedna z těchto metod je PMTNL (pudendal motor terminal nerve latency). Jedná se o metodu, která je prováděna prstovou rukavicí, na které je umístěna elektroda. Elektroda vysílá elektrický impuls vyvolávající kontrakci EAS. Druhou metodou je jehlová elektromyografie (EMG), která funguje na principu zavedení elektrody přímo do testovaného svalu nebo na povrch EAS (Smažinka, Koželuhová, 2018, s. 103). Jehlová EMG zobrazuje abnormální spontánní aktivitu svalů, který se sleduje (Kaiser, 2016, s. 21).

## 6 LÉČBA

Cílem terapie je navrácení kontinence stolice, tím pádem dojde k obnovení kvality života ženy a návratu ke komfortnímu životu, co se vyprazdňování stolice týče. Díky diagnostice, která dokáže odhalit příčinu anální inkontinence a dysfunkce vyprazdňování stolice, lze nasadit léčbu, která této obtíži pomůže a může jí vyřešit.

Existuje celá škála druhů léčby od konzervativních, neinvazivních, metod přes farmakoterapii až po chirurgickou, operační, léčbu. Pro zvolení léčby je důležité brát ohledy zejména na původ inkontinence stolice, přidružená onemocnění a také na spolupráci ženy. U ženy po porodu je nejčastější příčinou vzniku AI nepoznané či nesprávné ošetření porodního poranění análního svěrače (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 112).

Každý zvolený typ terapie je tedy vysoce individuální. Některé pacientce může pomoci pouze jednoduchá dieta určená pro inkontinenci stolice, oproti jiné pacientce, u které je zapotřebí chirurgické řešení (Anděl a kol., 2016, s. 35). Při postupu terapie se musí brát ohled na rozhodnutí samotné pacientky, která léčbu může odmítnout. Pokud žena s fekální inkontinencí z důvodu poranění análního svěrače po porodu odmítne operační léčbu, nedojde ke zlepšení jejího stavu, ba naopak, ale zároveň se nevystavuje zdravotnímu riziku oproti inkontinenci na základě např. karcinomu (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 112).

### 6.1 Konzervativní léčba

Ve většině případů se konzervativní léčba upřednostňuje před léčbou chirurgickou. Často jednoduchá režimová opatření vedou ke zmírnění nekomfortních příznaků inkontinence stolice. Její efekt působí zejména na konzistenci stolice, na funkci sfinkterů a senzitivitu anu a rekta (Ihnát a kol., 2016, s. 28). Konzervativní léčba zahrnuje úprava životního stylu, dietní režimy, farmakoterapii a pomůcky, které zakrývají nebo znemožňují únik stolice.

#### 6.1.1 Úprava životního stylu

Žena musí díky defekačním poruchám změnit svůj životní styl, čímž snižuje komfort a kvalitu svého života. Musí být na únik připravena, ať už náhradním spodním prádlem nebo být vybavena absorpčními pomůckami. Žena si může nacvičit pravidelnou defekaci, čímž sníží počet úniků stolice. K plánování načasování příjmu, množství a složení stravy se pojí následné načasování vyprazdňování stolice. Ženám s tímto problémem se doporučuje klidné místo, které má toalety s dostatečným soukromím a pocitem klidu a pohodlí. Nedílnou součástí je poučení

o správné poloze defekace, kdy kolena podepřením nohou dosahují nad úroveň kyčlí. Důležitý je také rovný trup (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 113).

Ženě je doporučeno, aby přestala kouřit v případě abusu nikotinu, a snížit hmotnost v případě, že žena má nadváhu či přímo obezitu. Zvýšením pohybové aktivity a cvičením se zlepšuje mobilita pacientky, zvyšuje se šance na redukci hmotnosti a snižuje se počet epizod úniků stolice (Ihnát a kol., 2016, s. 28).

### **6.1.2 Dietní režim**

Ve stravě se dbá na takovou dietu, která upravuje konzistenci stolice a režimem stravování lze navodit předvídatelné a kontrolovatelné vyprazdňování. Nutné je brát každou ženu individuálně, brát ohledy na její požadavky a přidružená onemocnění. Jídelníček musí být vyvážený na všechny potřebné složky potravy. I přes individualitu se lze řídit obecnými doporučeními. Je doporučeno zvýšit složku vlákniny (zvýšit příjem celozrnného pečiva, zeliny, ovoce a ořechů), která zadržuje vodu ve stolici, tím pádem zvětšuje její objem (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 113).

Je nutné podotknout, že potrava by neměla obsahovat nadýmavé složky. Vhodné je vyhnout se také černé kávě, alkoholu, syceným a sladkým nápojům a potravně se zrníčky (Anděl a kol., 2016, s. 37). Nevhodné jsou také např. houby, lékořice, čokoláda, sušené ovoce, tučná a smažená jídla a dráždivé potraviny či pálivá jídla (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 113).

### **6.1.3 Farmakoterapie**

K farmakologické terapii se přistupuje v případě, kdy na konzistenci stolice nezabírá dietní opatření. Lék první volby je tzv. Loperamid obsažený v Immodiu. Loperamid snižuje peristaltiku tenkého střeva a napomáhá vystavení střeva střevnímu obsahu. Výhodou je, že tento lék se může používat dlouhodobě. Začíná se na nízkých dávkách, pozoruje se konzistence stolice a pokud je nutno, tak se dávky pomalu navyšují.

Ke stejnému výsledku se mohou používat náhražky vlákniny a zahušťovadla stolice, ve formě psyllia, který zlepšuje střevní funkci a mikrobiální osídlení střeva. Úpravu konzistence stolice ovlivňuje také metylcelulóza jakožto vláknina.

Pokud inkontinenci stolice způsobuje zácpa, tak jsou naopak indikovány projímadla nebo změkčovače stolice (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 113).

#### **6.1.4 Pomůcky**

Jako nejefektivnější pomůckou proti úniku stolice se považuje anální tampon, který je k dispozici v různých velikostech a v různých tvarech. Jelikož tato pomůcka není hrazena pojišťovnou, tak pro některé ženy se jejich cena stává bariérou k používání. Další bariérou v užívání může být špatná tolerance tamponu nebo žena považuje za problém samotné zavedení (Ihnát a kol., 2016, s.28).

Dalšími zajišťovacími pomůckami jsou inkontinenční pleny, vložky a kalhotky. Tyto pomůcky se rozdělují na sběrné a savé. Rozdíl mezi nimi je takový, že savé pomůcky jsou mnohdy nespolehlivé a hygienicky se nedají považovat za příliš vhodné. Sběrné pomůcky, jako jsou plíny, dokážou pacientku zajistit bez nežádoucích účinků (Anděl a kol., 2016, s. 49-50).

Alternativní pomůckou, zatím v České republice nedostupnou, je Eclipse System. Jedná se o silikonový nafukovací balonek, který je zaveden do pochvy. Při jeho nafouknutí se tlakem přes zadní poševní stěnu a hráz zajistí obstrukce rekta. V zahraničí je používáním této pomůcky prokázáno zlepšení defekační funkce a snižuje se četnost vyprazdňování stolice (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 113).

#### **6.1.5 Biofeedback**

Podle Ihnáta a kol. (2016, s. 28-29) se biofeedback označuje za psychofyzioterapeutickou metodu, která pomocí zpětné vazby napomáhá trénovat a cvičit svaly pánevního dna, které se podílejí na vrácení kontinence. K biofeedbacku je využíváný přístroj, který zlepšuje koordinaci svalů, posiluje délku a sílu svalové kontrakce. Jedná se o zcela bezpečnou a finančně ne příliš náročnou terapii. K této metodě je nutná motivace a vůle ženy, která musí pro úspěšnost absolvovat všechny hodiny této terapie.

Po absolvování terapie selepší vnímání plnosti konečníku a včasné zareagování svalů pánevního dna. Pacientka je poté schopna tolerovat větší rozšíření konečníku bez pocitu nekontrolovatelného nucení na stolicí. Terapie trvá 3 měsíce a úspěšnost se považuje v 60-92% případů, proto je mnohdy považována za terapii první volby (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 114).

### **6.2 Chirurgická léčba**

Chirurgická léčba se dá považovat za náročnou metodu terapie, která potřebuje zkušeného odborníka. Proto se k operativnímu výkonu přistupuje v případě, kdy anální svěrač je velmi morfologicky poškozen a nelze být zastoupena pouze konzervativní léčba. Bez návaznosti

specializované a intenzivní rehabilitace nelze předpokládat vysokou efektivnost operačního zákroku (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 114).

### **6.2.1 Sfinkteroplastika**

Tato technika je hojně využívaná po závažných poporodních poraněních konečníku za účelem prodloužení análního kanálu a zpevnění perinea. Předoperační příprava spočívá v podání rektálního klyzmatu, antibiotické profylaxe a zavedení permanentního močového katétru. Samotná operace se provádí sešitím přerušovaných konců análního svěrače (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 115). Po operaci je pacientka edukována o používání změkčovadel stolice, především Lactulose, které užívá přibližně dva týdny. Pokud žena podstoupí sfinkteroplastiku přímo po porodu, tak jí je doporučen kontrolní endoanální ultrazvuk 8-12 týdnů po porodu (Kališ a kol., 2010, s. 288).

### **6.2.2 Augmentace svěračů**

Augmentací svěračů rozumíme implantace nebo injekce tzv. bulking agents. Jedná se o látku, která může být v podobě silikonu, zirkonových nebo keramických korálků nebo mikrokuliček. Zvolená látka je vpravena, ať tedy implantačně nebo injekčně, okolo análního kanálu pro zvýšení klidového análního tlaku a zlepšení kontraktility sfinkteru. Mezi speciální typ augmentace patří anální radiofrekvenční léčba, při které dochází k opětovné modelaci kolagenu a následnému zvýšení tuhosti tkání v oblasti anorekta (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 116).

### **6.2.3 Náhrada svěračů**

Náhrada svěračů se v některé literatuře označuje pod pojmem aplikace neosfinkteru. V případě pacientky s velmi těžkou a závažnou anální inkontinencí je metodou volby náhrada svěrače. Vybírá se z možnosti transpozice vhodného svalu, jako je např. musculus gracilis z dolní končetiny nebo musculus gluteus maximus z hýždí, nebo z možnosti implantace umělého sfinkteru. Umělý svěrač je tvořen manžetou a řídicím balonkem, mezi nimiž se pomocí pumpy přemísťuje tekutina. Z důvodu nedostatečně dlouhodobého efektu je nutné pravidelně podstupovat elektrickou stimulaci nervu inervující daný sval. Nevýhodou náhrady svěrače je vysoká složitost operace a situace, kdy tělo cizí implantát nepřijme (Ihnát a kol., 2016, s. 29).

### **6.2.4 Postanální repair**

V dnešní době se jedná již o zastaralou metodu, která se prováděla v minulosti a nyní se jedná o nečasto využívanou metodu léčby anální inkontinence. Chirurgicky se musculus puborectalis zmenší, aby došlo k prodloužení análního kanálu. Tento výkon se neprovádí pro jeho nízkou

efektivitu. Příznivý výsledek je pouze ve 27 % procentech operovaných pacientů. V kombinaci se sfinkteroplastikou se výsledek mírně pozitivně zvýší (Rušavý, Šmíd, 2018, s.115).

Indikace k postanálnímu repairu může být jako sekundární chirurgický výkon po selhání jiné primární rekonstrukce svěrače (Horák a kol., 2013, s.95).

### **6.2.5 Stomie**

Pro začátek je nutné definovat, co stomie vlastně znamená. Jedná se o vyústění dutého orgánu na povrch těla, a to buď chirurgickým vyšíáním nebo pomocí katétru. Stomie se může dělit na mnoho typů dle určitých kritérií, ať už na trvalou/dočasnou, výživnou/odvodnou nebo různé druhy podle konstrukce samotné stomie (Zachová, 2010, s. 31-32).

K volbě stomie u anální inkontinence dochází v případě selhání všech léčebných postupů u pacientky. Samotná stomie nevyřeší nebo nevyléčí inkontinenci, ale ženě se alespoň zvýší komfort a kvalita života. Při rozhodování léčby mají pacientky velmi negativní postoj k provedení stomie, ale dnešní stomické pomůcky jsou mnohdy lepší volbou nežli používání pomůcek k úniku stolice, jako jsou anální tampony nebo absorpční vložky. S moderními stomickými pomůckami se žena může téměř navrátit ke svému plnohodnotnému životu a na pohled není vidět, že by žena stomii měla (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 116).

### **6.2.6 Komplikace chirurgické léčby**

Komplikace chirurgické léčby se samozřejmě liší dle druhu operace, ale obecně jako nejčastější komplikace se považuje povrchní rozestup kůže a podkoží. Je tak zaznamenáno 25 % výskyt po operaci. Proto operátor musí dbát, aby kůže nebyla sešita pod velkým napětím. Riziko infekce se pohybuje mezi 3 a 5 %. Co se týče dalších komplikací, tak v 1 % případů může dojít k vytvoření píštělí. Dále při komplikaci dochází ke krvácení nebo k tvorbě hematomu na hrázi. Po operaci může vzácně dojít k zúžení análního prostoru, poruše rekta s následným zadržováním stolice nebo k výskytu bolesti v oblasti hráze, análního kanálu či v pochvě. Bolest může následně ovlivňovat defekaci nebo také pohlavní styk. Pokud se zaměříme na konkrétní operační výkon, tak např. u implantace náhradního svěrače může vzniknout infekce na podkladě cizího tělesa, může selhat hojení rány nebo může dojít k podsunutí implantátu přes kůži nebo do análního kanálu (Horák a kol., 2013, s. 99-101).



### **6.2.7 Prognóza a úspěšnost chirurgické léčby**

Velmi dobré krátkodobé výsledky (méně než 5 let po operaci), co se týče chirurgické léčby, má sfinkteroplastika se svými 75 % úspěchu. Co se týče dlouhodobých výsledků, tak zde její úspěch klesá. Plná kontinence vydrží pouze u 1/3 pacientů. Z hlediska spokojenosti s plastikou je pouze 1/2 operovaných s léčbou dostatečně spokojena. Krátkodobé výsledky u postanal repairu se pohybují mezi 35-84 % a dlouhodobé 24-68 %. Velmi nadějně výsledky, co se týče časných výsledků, jsou po implantaci umělého análního svěrače, udává se 75-85 % úspěchu.

Mortalita po chirurgickém výkonu řešící inkontinenci stolice se pohybuje v rozmezí 0-13 % a morbidita více než 50 %. Avšak do této statistiky se neřadí pouze ženy s inkontinencí stolice po porodu, ale také ženy starší a muži (Horák a kol., 2013, s. 101).

## **6.3 Nervové stimulační techniky**

Jedná se o poměrně nový, avšak nákladný, způsob léčby. Podstatou je cílená elektrická stimulace určitých nervových vláken. Dojde k trvalému zvýšení tonu análního svěrače, čímž dojde k výraznému zlepšení kontinence stolice. V dnešní době existují 2 základní typy nervových stimulačních technik, a to sakrální neuromodulace a stimulace periferního nervu (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 114). Neuromodulace je proces, ve kterém elektrické impulzy jsou aplikovány na plexus pelvicus a pudendální nervy a tím ovlivňuje mikční a defekační reflex. Neurostimulace je nepřímé ovlivnění těchto nervů podněcováním periferního nervu (Masopust, 2014, s. 138).

### **6.3.1 Sakrální neuromodulace**

Sakrální neuromodulace byla poprvé provedena u ženy s močovou inkontinencí a při léčbě se zjistilo, že dochází ke zlepšení i střevních symptomů, které pacientka měla. Pacientky jsou vybírány podle určitých kritérií. Do těchto kritérií patří např. stáří 18-75 let, inkontinence pro formovanou nebo řídkou stolicí, 15-20 bodů Cleveland (Wexnerovo) skóre, jedna nebo více epizod úniku týdně po dobu alespoň 3 měsíců. Dalšími indikacemi pro tuto léčbu bývá intaktní anální svěrač bez předchozí sfinkteroplastiky nebo po neúspěšné sfinkteroplastice (Horák a kol., 2013, s. 98).

Vlastní technika spočívá v implantaci stimulační elektrody do foramen S3 v krátké celkové anestezii. Poté se ověřuje účinnost léčby po dobu 2 týdnů pomocí stimulace pouze dočasným stimulatorem. Pokud se alespoň polovičně sníží frekvence epizod úniků, je následně implantována elektroda trvalá s trvalým stimulatorem. Jedná se o velmi efektivní způsob léčby,

avšak nevýhodou je úhrada pacientkou, zdravotní pojišťovna tento způsob léčby ani částečně nehradí. Pozitivní výsledek je zjevný u 73-90 % pacientů, kteří tuto léčbu podstoupili. Terapie je dostupná v Nemocnici Na Bulovce v Praze (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 114).

### **6.3.2 Stimulace periferního tibiálního nervu**

Nervus tibialis (holenní nerv) inervuje flexory holenní a lýtkové kosti a krátké flexory nohy, zadní část lýtky a chodidla (Seidl, 2008, s. 148).

Stimulace se provádí v oblasti za vnitřním kotníkem. Tento nerv se stimuluje ve 12 stimulacích trvajících 20 minut pokaždé po týdnu. Není vhodné pro pacientky s dlouhou dojezdovou vzdáleností nebo pacientky, které nejsou schopné spolupráce a pravidelně stimulace podstupovat. Pro pacientky s diabetickou nebo jinou neuropatií tato metoda není doporučována (Rušavý, Šmíd, 2018, s. 114).

## 7 PÉČE PA O ŽENU S ANÁLNÍ INKONTINENCÍ

Může se stát, že se porodní asistentka bude starat o ženu s únikem stolice a je nutné, aby na takovou situaci byla předem připravena. Ošetrovatelská péče samozřejmě záleží na typu inkontinence, na prognóze onemocnění a na spolupráci pacientky. Pacientka musí být vybavena pomůckami, které brání komplikacím. Správně zvolené pomůcky se podílejí na zlepšení kvality života, posilují důstojnost ženy a popřípadě navracejí ztracené sebevědomí a jistotu (Kalvach, 2008, s. 226).

Jak uvádí Kelnarová (2009, s. 131), péče o čistotu svého těla je základní potřebou člověka pro zabránění vzniku infekce. Chodící soběstačná pacientka se edukuje o správnosti hygieny a zajišťuje případně potřebné hygienické pomůcky. Hygienická péče má 3 základní významy: zdravotní – prevence nozokomiálních nákaz a vzniku komplikací, psychický – žena s únikem stolice se subjektivně cítí dobře a estetický význam – dojde k eliminaci zápachu uniklé stolice.

Přehnaná intimní hygiena s používáním nevhodných parfémovaných mýdel je stejně neadekvátní jako hygiena nedostatečná a může pacientku velmi poškodit. Dává se přednost sprše nežli koupání. Je nezbytně důležité dbát na hygienu časté zapářky. Anální krajinu lze sprchovat i několikrát denně čistou teplou vodou a nesmí se zapomenout na důkladné osušení, aby zmíněná oblast nezůstala vlhká a nezapařila se (Anděl a kol., 2016, s. 51).

Co se týče volby kosmetiky k mytí, tak nejvhodnější je dětské mýdlo, které obsahuje glycerin. Nemělo by se přistupovat k používání parfémovaných sprchových gelů a přísad do koupele, které nemají pozitivní vliv na kůži a vysušují ji. Ženy, které mají zájem o plavání ve veřejných bazénech, se poučí o nepříznivém vlivu chlorované vody, která může zapříčinit vznik dermatitidy. Po koupeli se zdravá kůže nemusí ničím promazávat, avšak lze preventivně aplikovat mast proti opruzeninám, která slouží jako ochranná bariéra proti dráždivým látkám (Anděl a kol., 2016, s. 51).

Pacientka či žena v domácím prostředí by neměla opomíjet péči o zajišťovací pomůcky. Velký důraz, který se ženě nemusí na první pohled zdát příliš důležitý, se klade na velikost používaných zajišťovacích pomůcek. Nejsou vhodné příliš těsné ani příliš velké pomůcky. Správná velikost se pozná podle toho, zda je např. plena ženě komfortní a téměř nevnímá její přítomnost na těle. Pokud žena absorpční pomůcky využívá, je nutné si je pravidelně vyměňovat, a to ideálně po 4 hodinách, maximální doba je 8 hodin. Znečištěná pomůcka by se měla vyměnit ihned, a to i pro větší komfort ženy a z estetických důvodů. Při každé výměně by

si žena měla vymezit čas na odvětrání pokožky, řádnému omytí a následnému osušení a očištění. Správnými prostředky na lokální ošetření je např. Menalind pěna, Menalind pasta a Menalind krém (Kalvach, 2004, s. 254-256).

Další součástí správné péče je eliminace dráždivých podnětů. Do těchto podnětů je zahrnuta rozkládající se stolice, která obsahuje velké množství proteáz a lipáz, které narušují ochrannou vrstvu kůže. Pokožka může být také drážděna nesprávným stříhem spodního prádla. Žena by se měla vyhnout a neužívat spodní prádlo, jako jsou např. tanga (Anděl a kol., 2016, s. 51-52).

Nejlepší volbou je bavlněné prádlo s vláknem z tzv. lycry. Lycra je elastické vlákno, které má vynikající vlastnosti. Vlivem potu se nerozkládá a nemění se její vlákno, neztrácí pružnost a odvádí případné vlhko (Hlaváčková, 2016, s. 274-275).

Vytejčková (2011, s. 151) uvádí definici opruzeniny jako poškození svrchní kůže. Pokud pacientka hygienu zanedbává nebo intimní hygienu provádí nepsprávným způsobem, může dojít ke vzniku těchto opruzenin. Je potřeba, aby suchá kůže po každém očištění „dýchala“, Pokud se opruzeniny opakovaně vrací, tak je na místě, aby došlo k přehodnocení využívání pracího prostředku či značky používaných pomůcek. Přípravky vhodné k lokálnímu použití jsou různé druhy mastí a krémů s panthenolem, např. Bepanthen, přípravky s vitamínem E a zinkem (Anděl a kol., 2016, s. 52).

Porodní asistentka se může také setkat s ženou, která již má stomii jako řešení anální inkontinence. Ošetrovatelská péče spočívá ve sledování obsahu stomie, vypouštění obsahu nebo vyměňování sáčků (Burda, 2016, s. 184). Musí se zajistit naprostá čistota v okolí stomie, tudíž se musí dodržovat řádná hygiena s užitím speciálních čistících roztoků. Čistící roztok má kromě čistící funkce také funkci neutralizační (Kalvach, 2004, s. 256-257).

Ke shrnutí péče, PA se může setkat s ženou, která má po porodu inkontinenci stolice. Tyto ženy jsou ve většině případů samostatné a soběstačné. Nedílnou součástí péče je především edukace. PA edukuje o způsobu hygieny a případné výměně absorpčních pomůcek. Pokud si žena není jistá se správným postupem, tak s ženou správné kroky hygieny nacvičí. Kromě veškeré edukace se nesmí zapomenout na správnou komunikaci mezi PA a ženou/pacientkou. PA musí vystupovat profesionálně a empaticky. Získává si postupně ženinu důvěru, která se poté nebude bát řešit tento problém a dokáže si říct o pomoc. Následná péče se provádí lépe, pokud z úst PA vychází slova jistoty, důvěry, pochopení a laskavosti s příslušnými znalostmi.

# PRŮZKUMNÁ ČÁST

## 8 METODIKA PRŮZKUMU

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. V průzkumné části bylo k získání dat použito dotazníkové šetření, tedy kvantitativní průzkum. Dotazník vlastní tvorby obsahuje úvod s představením se a popisem účelu dotazníku. Je zaměřen na zjištění, zda se u žen po vaginálním porodu vyskytuje anální inkontinence a jaké jsou u těchto žen obtíže s vyprazdňováním stolice po porodu.

Průzkumné šetření probíhalo od poloviny prosince 2019 do konce února 2020 v nemocnici krajského typu na oddělení šestinedělí na základě souhlasu vrchní sestry z porodnicko-gynekologické kliniky a vedení nemocnice. Rozdáno bylo celkem 55 dotazníků, vrácených a vyhodnocených dotazníků bylo celkem 47. Návratnost dotazníků činí 85,5 %.

První tři otázky sloužily k identifikaci ženy a následující tři otázky se týkaly těhotenství a anamnézy. Dále je dotazník strukturován na zjištění informací týkající se porodu a druhá polovina dotazníku obsahuje otázky zaměřující se na vyhledávání obtíží s vyprazdňováním stolice. Na závěr v dotazníku je prostor pro zanechání kontaktu na zpětnou komunikaci vedoucí ke zjištění obtíží po porodu po určitém časovém období.

Dotazník je sestaven z různých typů otázek. Převládají uzavřené otázky s celkovým počtem 14 otázek s jednou možnou odpovědí. Dále byly použity polouzavřené otázky, celkem 4 otázky, kdy ženy v případě odpovědi „Ano“ vypsaly potřebnou odpověď. Otevřené byly 4 otázky. V dotazníku byla použita jedna filtrační otázka, a to, zda žena měla vaginální porod nebo císařský řez. V případě, že by některá žena zakroužkovala císařský řez, tak by dotazník byl vyřazen z následující analýzy dotazníků. Dotazníky byly rozdávány pouze ženám po vaginálním porodu, ale tato filtrační otázka by předešla znehodnocení průzkumu po výměně dotazníků mezi ženami na pokojích oddělení šestinedělí (Kutnohorská, 2009, s. 41-48).

Z dotazovaných 47 žen mi na sebe nechalo 12 žen kontakt. Deset žen jsem zpětně kontaktovala a po e-mailu jsme spolu vedly komunikaci, která byla individuálně založená na výsledcích vyplněného dotazníku. Základní otázkou bylo, jak dlouho je žena po porodu, další otázky se odvíjely od vyplněných odpovědí. Základem byly otázky na zlepšení, přetrvávání, či zhoršení již objevených se příznaků a u bezpříznakových žen byly otázky směřovány na vyhledávání nově objevených potíží při vyprazdňování stolice.

## 8.1 Cíle a průzkumné otázky

V této bakalářské práci byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit výskyt anální inkontinence u žen po vaginálním porodu.

Cíl 2: Zachytit obtíže s vyprazdňováním stolice u žen po vaginálním porodu.

Cíl 3: Zmapovat vývoj obtíží s vyprazdňováním stolice po porodu

Dále byly stanoveny tyto průzkumné otázky:

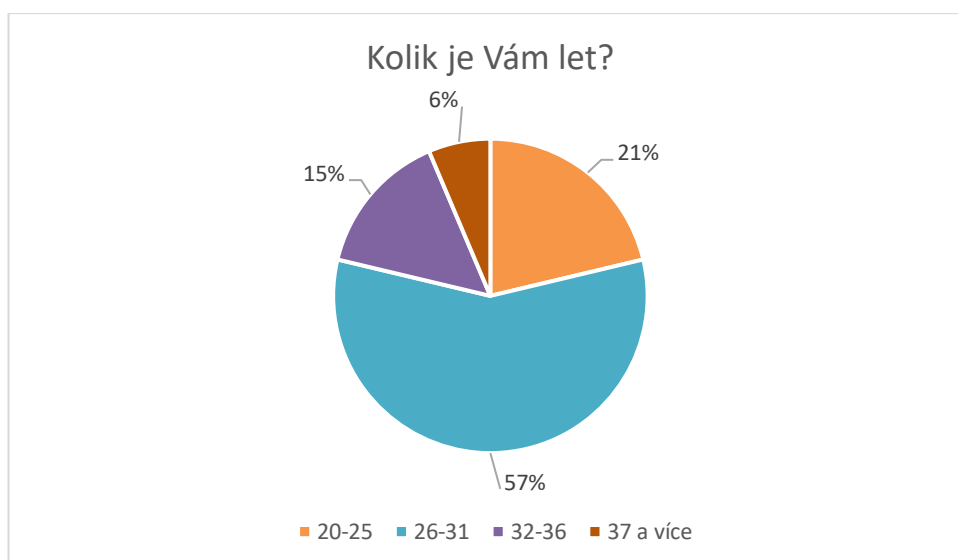
Průzkumná otázka 1: Jak častý je výskyt anální inkontinence u žen po vaginálním porodu?

Průzkumná otázka 2: Jaké obtíže mají ženy po vaginálním porodu s vyprazdňováním stolice?

Průzkumná otázka 3: Dochází u žen po vaginálním porodu ke změně ve vyprazdňování stolice po určitém časovém období po porodu?

## 8.2 Charakteristika průzkumného souboru

Dotazníky byly rozdávány ženám po vaginálním porodu na oddělení šestinedělí v nemocnici krajského typu při propouštění, tj. průměrně 3. – 5. poporodní den. Nejvíce respondentek bylo ve věku 26-31 let, byla to více jak většina, tedy 57 % a číselně 27 žen ze 47. Další nejvíce zastoupená věková kategorie byla 20-25 let, v této kategorii bylo 21 % respondentek, tedy 10 žen. Dotazník byl nejméně vyplněn ženami ve věku 37 let a více, bylo to pouze 6 %, 3 ženy.



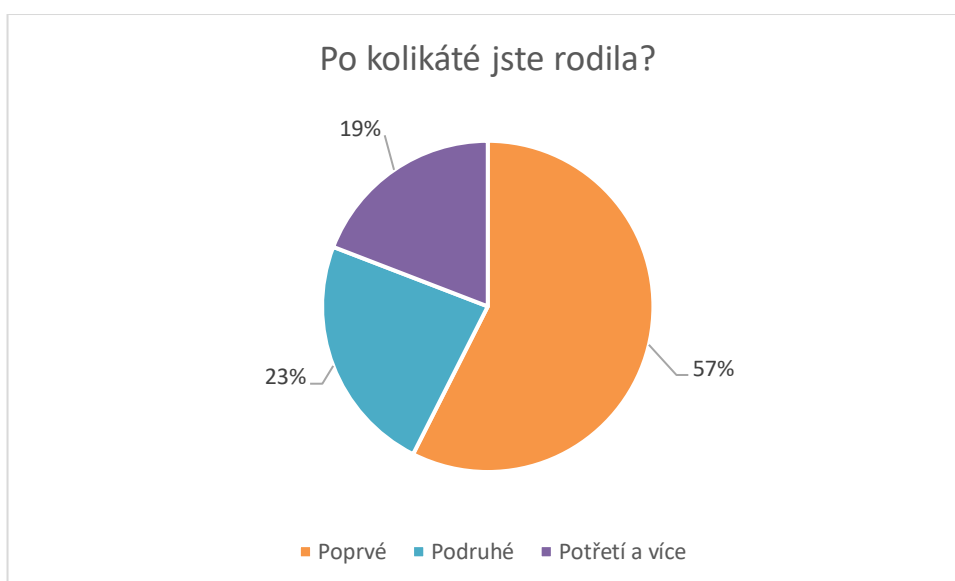
Obrázek 1 Věk respondentek

Filtrační otázka, zda žena podstoupila císařský řez nebo vaginální porod, ukázala splněnou podmínku pro vyhodnocení dotazníku. Ve 100 % ženy odpověděly, že měly porod vaginální, nikoli císařský řez.



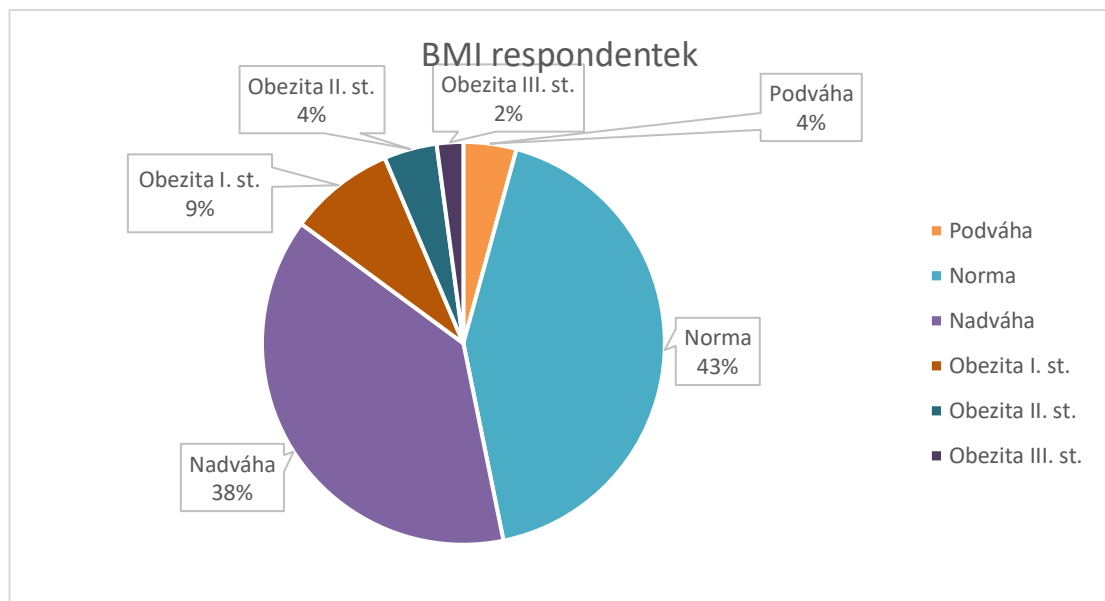
**Obrázek 2 Jaký jste měla porod?**

Co se týká parity, nejvíce zastoupeny jsou prvorodičky, dotazník vyplnilo 27 prvorodiček, tedy více jak polovina, 57%. Druhorodiček bylo 23 % (11 žen) a nejméně bylo multipar, které rodily potřetí a více, v počtu 9 žen, 19 % ze všech respondentek.



**Obrázek 3 Parita respondentek**

BMI respondentek vypočítaná z jejich uvedené výšky a váhy udává 43 % respondentek (20 žen) bylo v normě, ihned za touto kategorií se nachází nadváha se 38 % výskytu (18 žen). Obezitu 3. stupně měla pouze 1 respondentka, tedy 2 %, avšak obezitu 1. stupně měly již 4 ženy, tedy 9 % respondentek. Podváhu před otěhotněním měly pouze 4 % respondentek (2 ženy). Konstituce žen souvisí s jejich porodem, a především průběhem porodu, avšak ne vždy se dá u obézní ženy předpokládat pánev se správnými rozměry a u ženy malé s nízkou hmotností malé pánevní rozměry.



Obrázek 4 BMI respondentek

K shrnutí, respondentkami byly ženy po vaginálním porodu, nejvíce zastoupené ve věku 26-31 let a s normálním indexem tělesné hmotnosti. Respondentkami byly především prvoroďičky.

### 8.3 Zpracování dat

Pro zpracování dat získaných z dotazníkového šetření byl použit počítačový program Microsoft Office Excel. Ze zadaných údajů byly vytvořeny grafy.

K vyhodnocování dat byla použita popisná statistika se třemi základními pojmy. Absolutní četnost  $n$  označuje rozsah souboru,  $n_i$  označuje absolutní četnost. Symbol  $f_i$  označuje relativní četnost, která se udává v procentech. Suma  $\Sigma$  značí celkový počet (Kozel, 2011, s. 112).

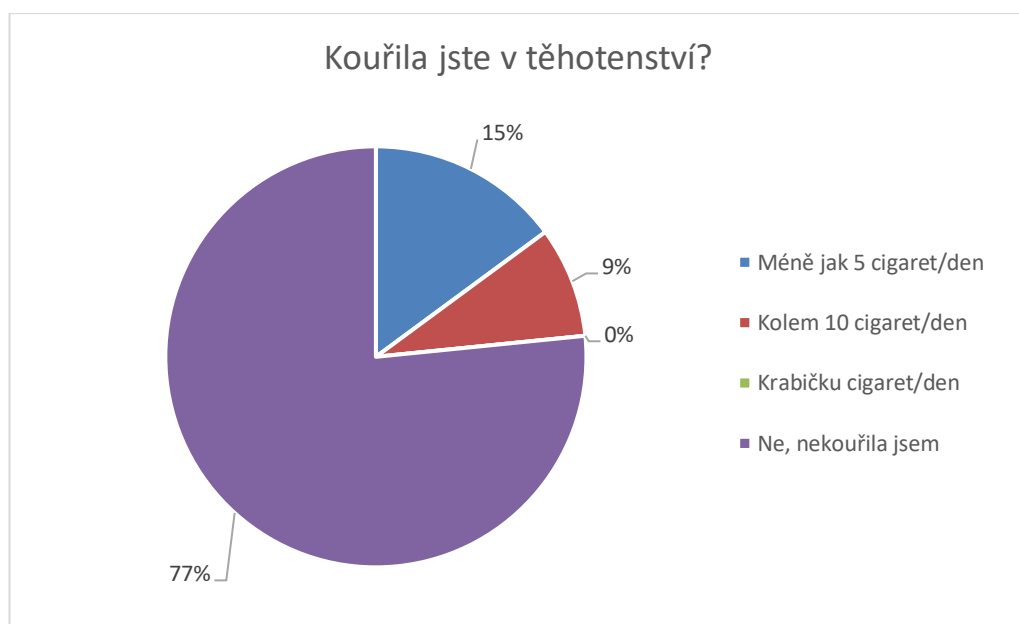


## 9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Tato kapitola obsahuje hodnocení dotazníkového průzkumu pomocí tabulek a grafů a následně prezentuje výsledky konkrétních otázek.

### Otázka č. 4 Kouřila jste v těhotenství?

- a) Ano, méně jak 5 cigaret/den
- b) Ano, kolem 10 cigaret/den
- c) Ano, krabičku cigaret/den
- d) Ne, nekouřila jsem

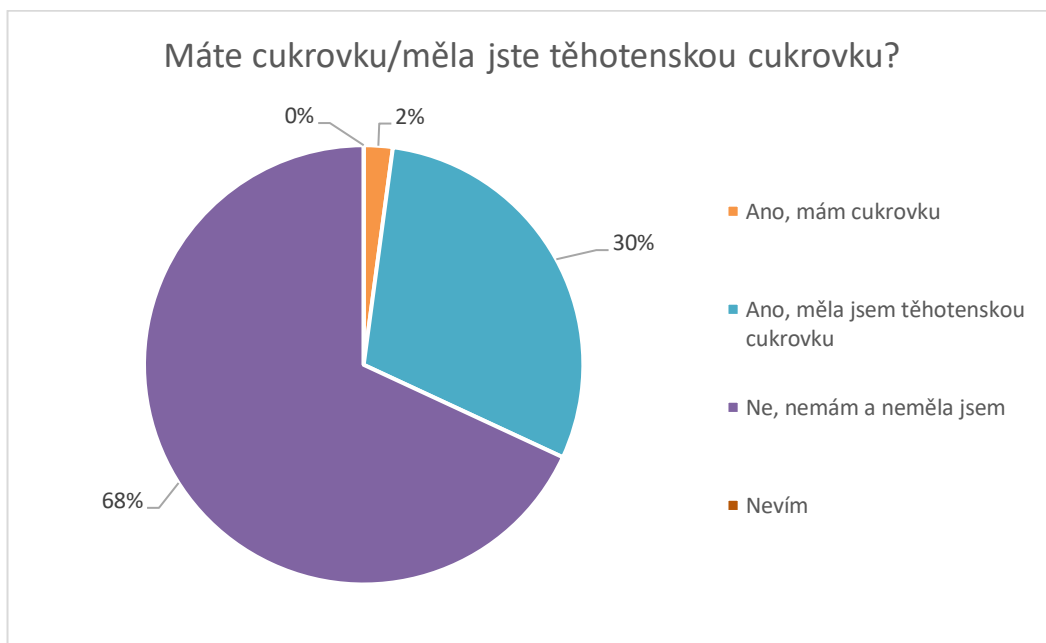


Obrázek 5 Kouření v těhotenství

Otázkou číslo 4 se zjišťovalo, zda ženy v těhotenství kouřily a pokud ano, tak do jaké míry. 36 žen (77 %) uvedlo, že v těhotenství nekouřily. 7 žen (15 %) uvedlo, že kouřily, ale méně jak 5 cigaret za den. Kolem 10 cigaret za den kouřily 4 ženy (9 %) a žádná žena nevedla, že by v těhotenství za den vykouřila celou krabičku cigaret. Kouření v těhotenství se bere jako jeden z rizikových faktorů pro předpoklad vzniku anální inkontinence.

### Otázka č. 5 Máte cukrovku/měla jste těhotenskou cukrovku?

- a) Ano, mám cukrovku
- b) Ano, měla jsem těhotenskou cukrovku
- c) Ne, nemám a neměla jsem
- d) Nevím

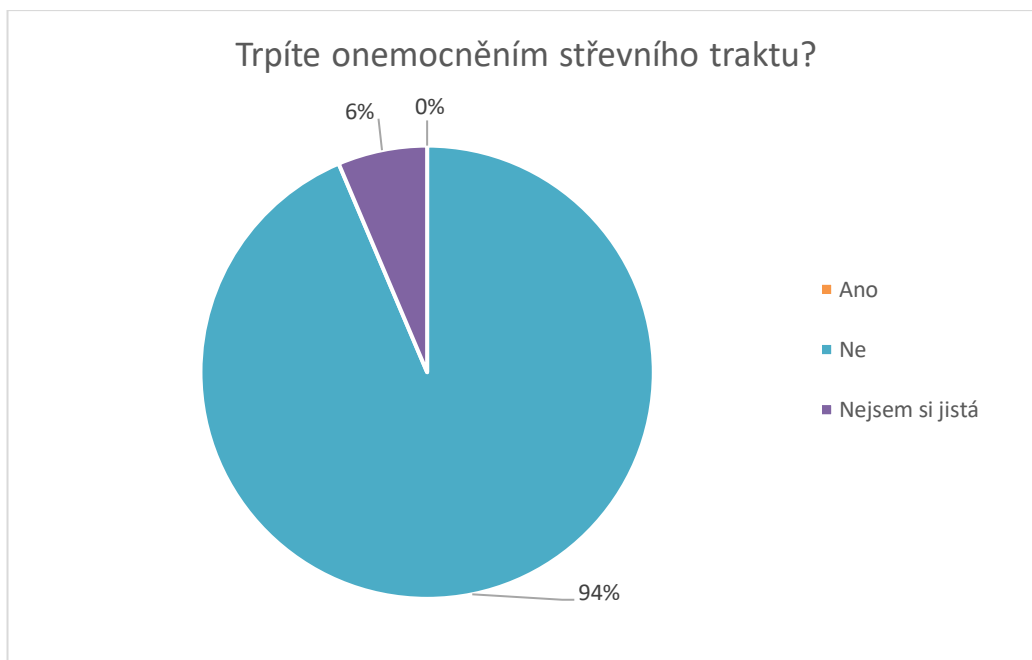


Obrázek 6 Cukrovka nebo těhotenská cukrovka

Otázka číslo 5 se zaměřovala na výskyt diabetu nebo gestačního diabetu. Více jak polovina žen, tedy 32 (68 %), nemá diabetes a neměla ani gestační. 14 žen (30 %) udalo, že měly gestační diabetes a pouze jedna žena (2 %) má diabetes. Diabetes je jednou z predispozic k pozdějšímu vzniku anální inkontinence, proto i tato otázka byla zařazena do vytvořeného dotazníku.

**Otázka č. 6 Trpíte onemocněním střevního traktu? Pokud ano, vypište.**

- a) Ano, a to tímto: .....
- b) Ne
- c) Nejsem si jistá

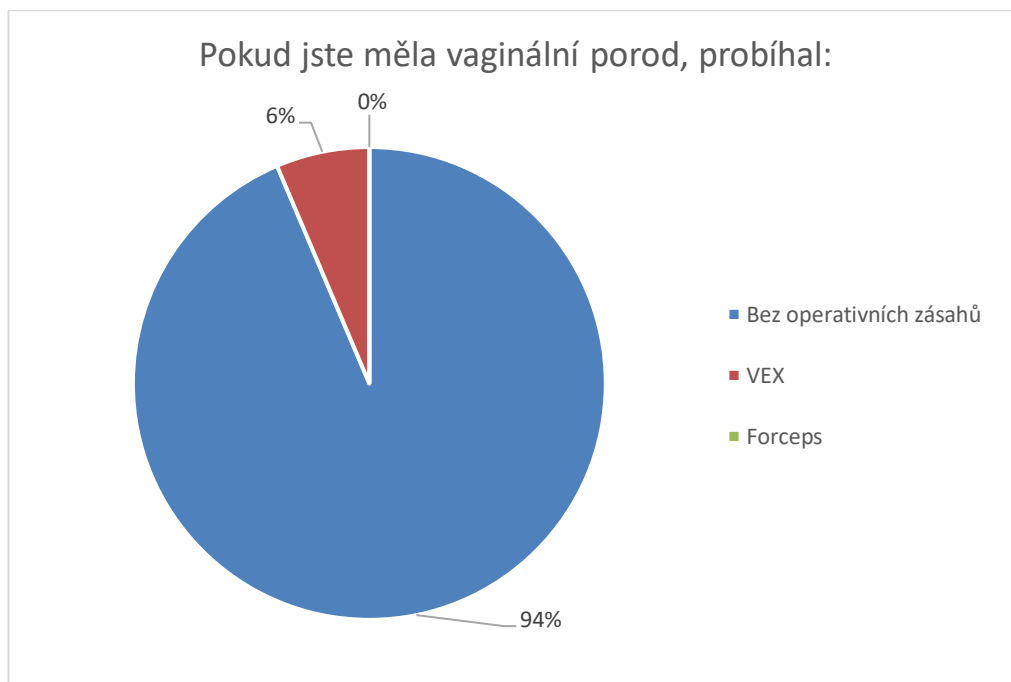


**Obrázek 7 Onemocnění střevního traktu**

Otázka číslo 6 směřovala na zjištění informací týkající se již existujícího onemocnění střevního traktu u respondentek. Většina žen, konkrétně 44 žen (94 %) odpovědělo, že netrpí žádným onemocněním střevního traktu a žádná žena nezakroužkovala kladnou odpověď. Nejistota vládne u 3 žen (6 %). Již existující onemocnění související se střevním traktem může ovlivnit vznik anální inkontinence, nikoli porod by vznik ovlivnil, proto je potřeba tuto informaci o ženě vědět.

**Otázka č. 9 Pokud jste měla vaginální porod, probíhal:**

- a) Bez operativních zásahů
- b) Operativně, pomocí VEX (tzv. zvonu)
- c) Operativně, kleštěmi

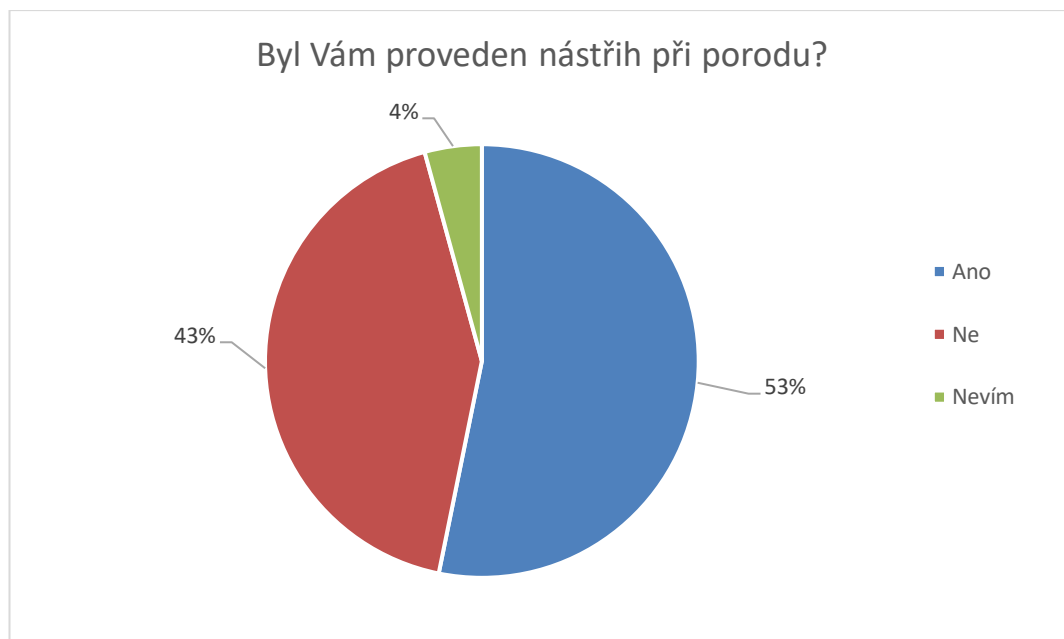


**Obrázek 8 Typ vaginálního porodu**

Otázka číslo 9 zjišťovala, jaký vaginální porod dotazované ženy absolvovaly. Převládá výskyt vaginálního porodu bez operativních zásahů u 44 žen (94 %). Pouze u 4 žen (6 %) byl porod dokončen pomocí VEX a žádná žena nemá zkušenost s porodem kleštěmi. Operativní porod zvyšuje riziko pozdějšího výskytu anální inkontinence po porodu.

### Otázka č. 10 Byl Vám proveden nástřih při porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

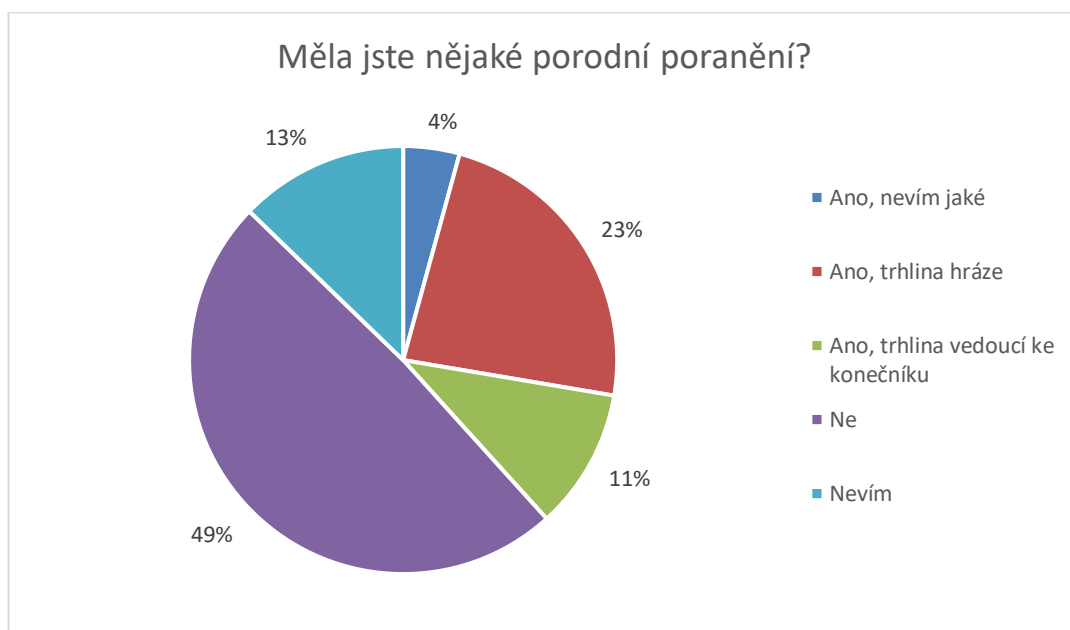


Obrázek 9 Epiziotomie

Otázka číslo 10 byla do dotazníku zařazena pro zjištění četnosti epiziotomií při vaginálním porodu. Více jak polovině žen, 25 žen (53 %), byl při porodu proveden nástřih. Méně jak polovina žen, číselně 20 žen (43 %) měla vaginální porod bez nástřihu. Poměr porodů s epiziotomií a bez epiziotomie je téměř vyrovnaný. Dvě ženy (4 %) uvedly, že neví, zda jim při porodu byl proveden nástřih či nikoli. U epiziotomie se za komplikaci považuje ruptura v jejím pokračování a souvisí se vznikem nesprávné funkce análního svěrače a následnými problémy s vyprazdňováním stolice.

### Otázka č. 11 Měla jste nějaké porodní poranění?

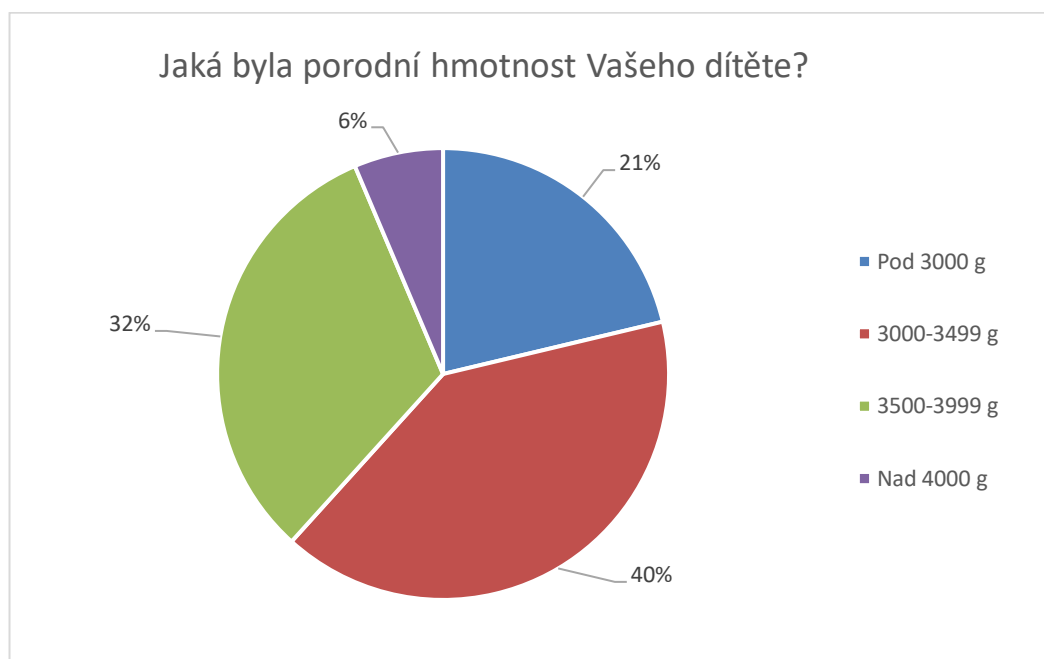
- a) Ano, nevím jaké
- b) Ano, trhlina hráze
- c) Ano, trhlina vedoucí až ke konečníku
- d) Ne
- e) Nevím



Obrázek 10 Porodní poranění

U otázky číslo 11 respondentky volily, zda při porodu měly porodní poranění nebo ne. Pokud měly, tak měly na výběr jaké. Celkem 18 žen (38 %) mělo porodní poranění, 23 žen (49 %) nemělo žádné poranění a 6 žen (13 %) neví, zda porodní poranění mělo. V případě výskytu porodního poranění mělo 5 žen (11 %) trhlinu vedoucí až ke konečníku, myšleno ruptura 3 nebo 4. Trhlinu hráze mělo 11 žen (23 %) a jiné porodní poranění měly 2 ženy (4 %). Jiným porodním poraněním mohou být myšleny různé parauretrální lacerace nebo trhliny v pochvě. Výskyt porodního poranění velmi ovlivňuje vznik anální inkontinence, především ruptura 3 a ruptura 4, vedoucí až ke konečníku.

### Otázka č. 12 Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

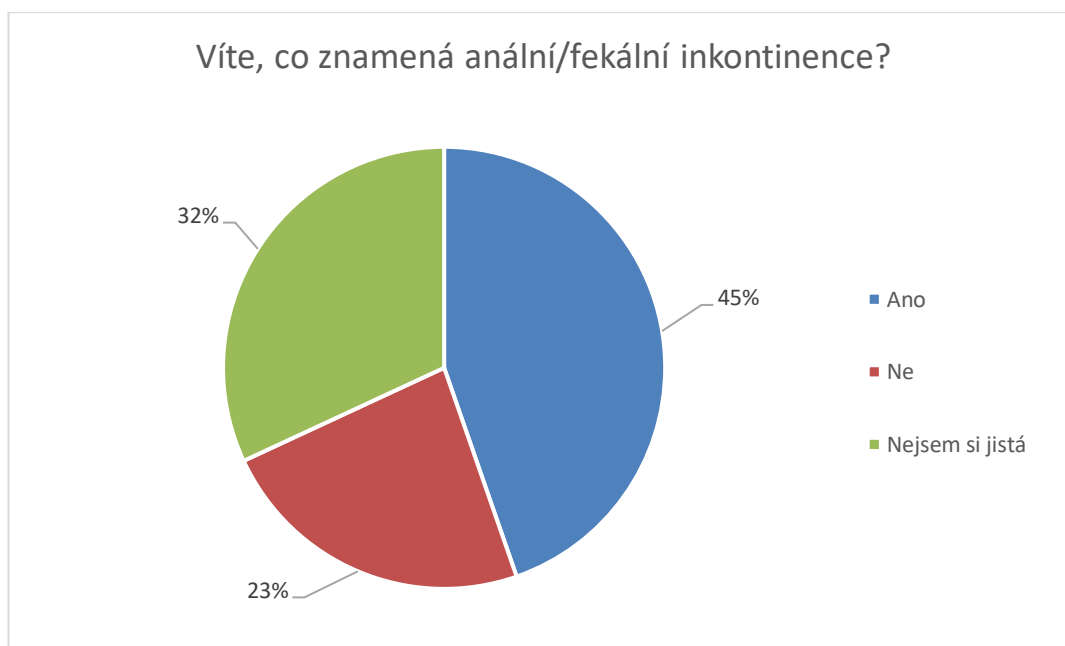


Obrázek 11 Porodní hmotnost

V otázce číslo 12 respondentky volně zapisovaly porodní hmotnost jejich narozených dětí. Následně byly vytvořeny určité hmotnostní kategorie. 10 žen (21 %) porodilo dítě vážící méně jak 3 000 g. Největší váhový výskyt byl v kategorii mezi 3 000 g a 3 499 g, který zakroužkovalo 19 žen (40 %). Rozmezí 3 500 – 3 999 g bylo zastoupeno 15 ženami (32 %) a dítě vážící nad 4 000 g vaginálně porodily 3 ženy (6 %). U porodu makrosomního plodu je jedním z rizik velké porodní poranění, které opět souvisí se vznikem ruptury vedoucí až ke konečníku a následně se špatnou funkcí análního svěrače.

### Otázka č. 13 Víte, co znamená anální/fekální inkontinence?

- a) Ano, vysvětlíte stručně: .....
- b) Ne
- c) Nejsem si jistá



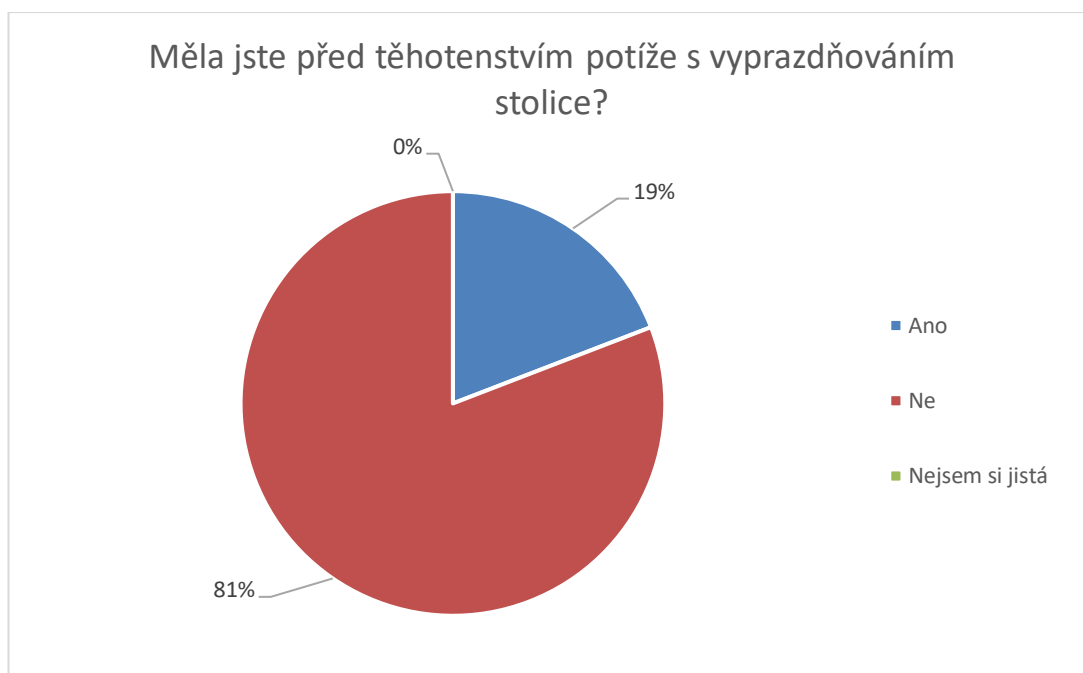
Obrázek 12 Znalost pojmu anální inkontinence

V otázce číslo 13 se zjišťovala znalost žen o anální inkontinenci. Celkem 21 žen (45 %) odpovědělo správně, co anální inkontinence znamená. Nejčastější odpovědi byly „únik stolice“ a „nekontrolovatelné vyprazdňování stolice“. Dvě ženy zvolily odpověď a), tedy znalost pojmu, avšak odpověděly nesprávně. Nesprávné odpovědi byly „únik moči a fekálií bez vlastní vůle“ a „nechtěný únik moči či stolice“. Obě ženy si myslely, že jde jak o únik stolice, tak i moči. Z otázky bylo zjištěno, že 11 žen (23 %) neví, co pojem anální inkontinence znamená. Nejisto si bylo 15 žen (32 %). Dohromady 68 % žen nevědělo nebo si nebylo jisto pojmem anální inkontinence.



#### Otázka č. 14 Měla jste před těhotenstvím potíže s vyprazdňováním stolice?

- a) Ano, vypište: .....
- b) Ne
- c) Nevím

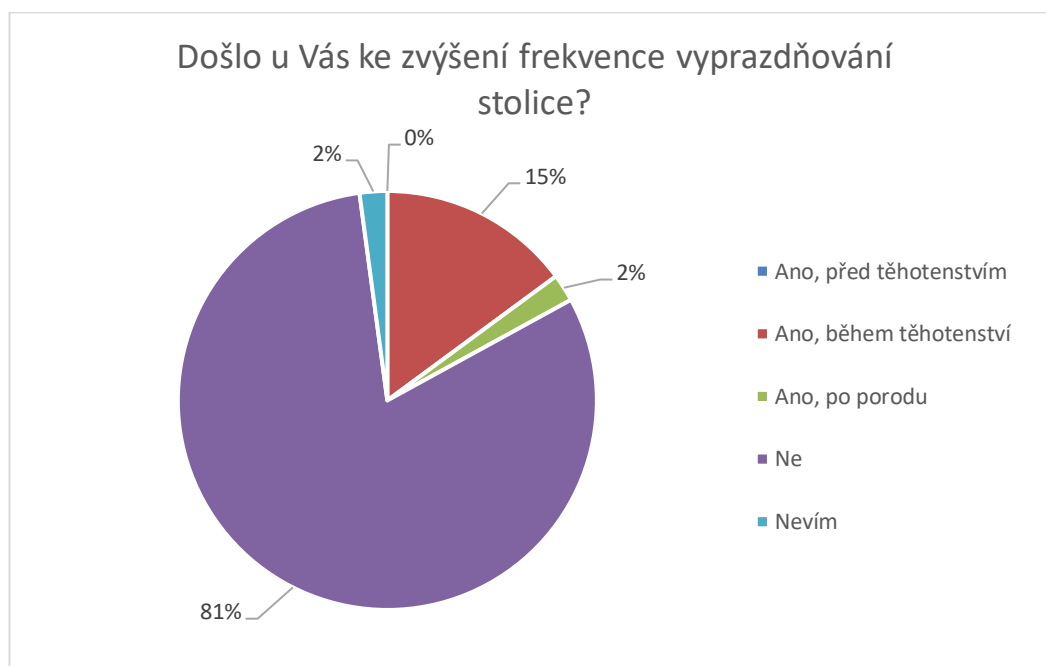


Obrázek 13 Potíže s vyprazdňováním stolice před těhotenstvím

Otázka číslo 14 byla pro respondentky zvolena pro zjištění obtíží s vyprazdňováním stolice již před těhotenstvím. Většina žen, konkrétně 38 žen (81 %) uvedlo, že před těhotenstvím žádné potíže s vyprazdňováním stolice nemělo. Žádné ženy si nebyly jisté, zda se nějaké obtíže u nich před těhotenstvím vyskytovaly. Celkem 9 žen (19 %) mělo již před těhotenstvím potíže s vyprazdňováním stolice. 5 žen z 9 napsalo potíže se zácpou před těhotenstvím, 2 ženy z 9 uvedly bolestivou stolicí před těhotenstvím a 1 žena měla obtíže s průjmy před těhotenstvím. U jednoho dotazníku byla zakroužkována odpověď, že žena potíže se stolicí před těhotenstvím měla, avšak nenapsala jakou. Uvedené obtíže mohou být vlivem porodu ovlivněny, ale znamená to, že samotný porod se nepodílel na vzniku již existujících potíží s vyprazdňováním stolice.

### Otázka č. 15 Došlo u Vás ke zvýšení frekvence vyprazdňování stolice?

- a) Ano, již před těhotenstvím
- b) Ano, již během těhotenství
- c) Ano, až po porodu
- d) Nedošlo ke zvýšení frekvence
- e) Nevím

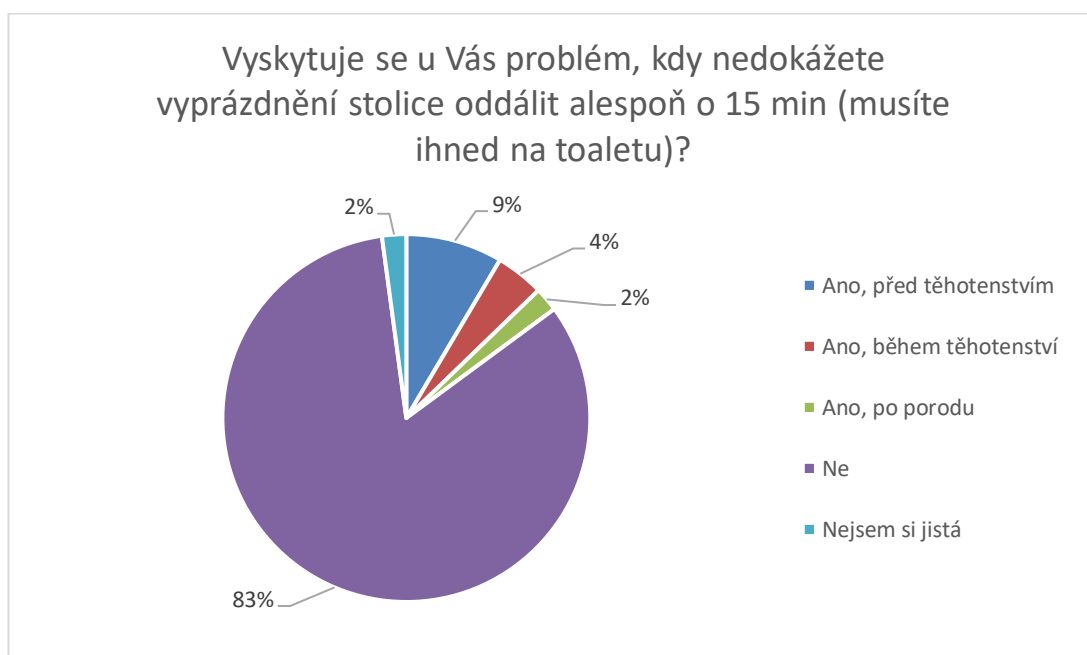


Obrázek 14 Zvýšení frekvence vyprazdňování stolice

Otázka číslo 15 se zaměřovala na zjištění zvýšení frekvence vyprazdňování stolice ať už před těhotenstvím, během těhotenství nebo až po porodu. Většina žen, tedy 38 žen (81 %), uvedla, že během ani jednoho uvedeného období nedošlo ke zvýšení frekvence vyprazdňování. Žádná žena neměla tyto obtíže již před těhotenstvím a během těhotenství se zvýšení frekvence objevilo u 7 žen (15 %). Uvedené obtíže zaznamenala po porodu pouze 1 žena (2 %). Také 1 žena (2 %) uvedla, že neví, zda se tento problém u ní objevoval ve zmíněných obdobích. Během těhotenství naopak dochází ke snížení motility GITu, proto se většinou objevují obtíže se zácpami. Zvýšení frekvence může být jeden z rizikových faktorů pro následnou neschopnost udržení stolice či plynů po porodu.

**Otázka č. 16 Vyskytuje se u Vás problém, kdy nedokážete vyprázdnění stolice oddálit alespoň o 15 min (musíte ihned na toaletu)?**

- a) Ano, tento problém se u mě vyskytl již před těhotenstvím
- b) Ano, tento problém se u mě vyskytl již během těhotenství
- c) Ano, tento problém se u mě vyskytl až po porodu
- d) Nemám zkušenosti s tímto problémem
- e) Nejsem si jistá

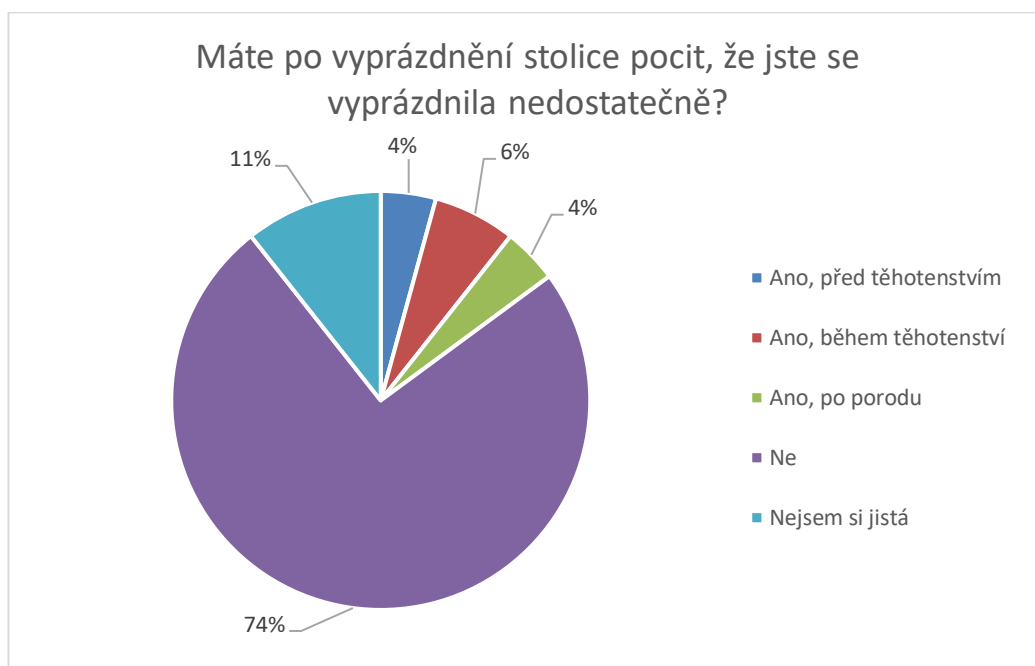


**Obrázek 15 Výskyt fekální urgencye**

Otázka číslo 16 vyhledává incidenci fekální urgencye, která je místo pojmu v otázce přesně definována pro neznalost pojmu dotazovaných žen. Opět většina žen, 39 žen (83 %), uvedla neexistenci fekální urgencye během jakéhokoli zmíněného období. Před těhotenstvím se tento problém vyskytl u 4 žen (9 %), během těhotenství u 2 žen (4 %) a po porodu u 1 ženy (2 %). Pouze 1 žena (2 %) si není jistá výskytem fekální urgencye. Za nejdůležitější odpověď je považovaná odpověď c), která přímo souvisí s anální inkontinencí. Anální urgencye je jedním z projevů úniku stolice.

### Otázka č. 17 Máte po vyprázdnění stolice pocit, že jste se vyprázdnila nedostatečně?

- a) Ano, tento problém se u mě vyskytl již před těhotenstvím
- b) Ano, tento problém se u mě vyskytl již během těhotenství
- c) Ano, tento problém se u mě vyskytl až po porodu
- d) Tento problém se u mě nevyskytl a nevyskytuje
- e) Nejsm si jistá

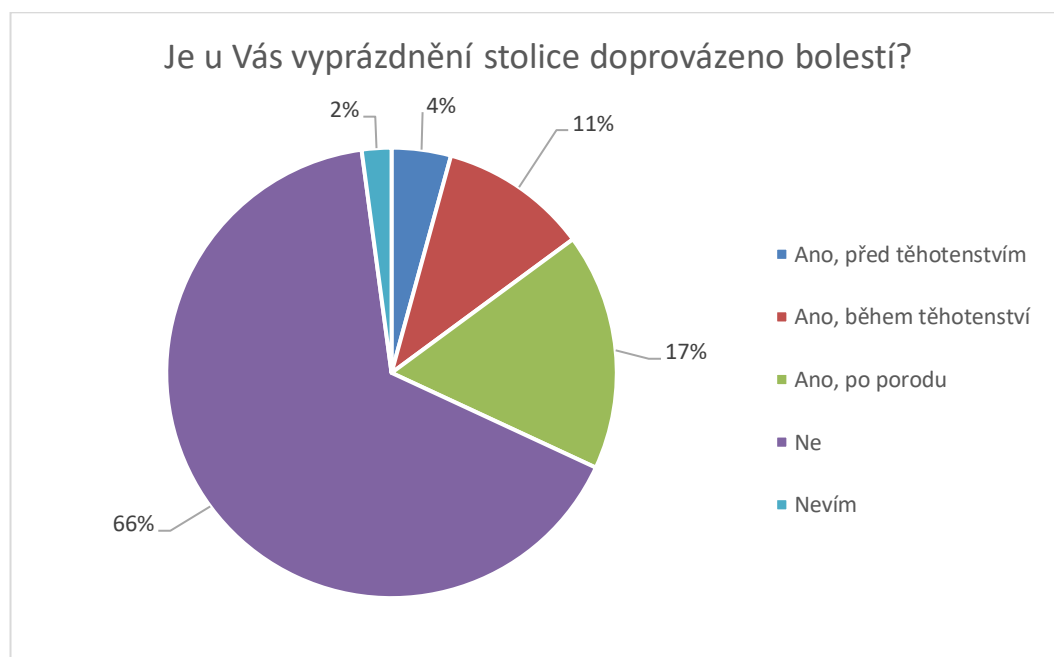


Obrázek 16 Nedostatečné vyprázdnění stolice

V otázce číslo 17 dotazované ženy volily odpovědi, podle kterých se zjišťovalo nedostatečné vyprazdňování. Převážná většina žen, 35 žen (74 %), neměla a nemá problém s nedostatečným vyprázdněním stolice. Již před těhotenstvím se s tímto problémem setkaly 2 ženy (4 %). Během těhotenství se tato potíž vyskytla u 3 žen (6 %) a po porodu se vyskytla u 2 žen (4 %). Dohromady 5 žen (11 %) si nejsou jisté přítomností nedostatečného vyprázdnění stolice. Nedostatečné vyprázdnění stolice se celkem vyskytlo u 14 % žen během jakéhokoli uvedeného období. Pocit nedostatečného vyprázdnění patří mezi anorektální dysfunkce, proto tato otázka byla do dotazníku zařazena.

### Otázka č. 18 Je u Vás vyprázdnění stolice doprovázeno bolestí?

- a) Ano, problémy začaly již před těhotenstvím
- b) Ano, problémy začaly již během těhotenství
- c) Ano, problémy začaly po porodu
- d) Při vyprazdňování nepocítuji žádnou bolest
- e) Nevím

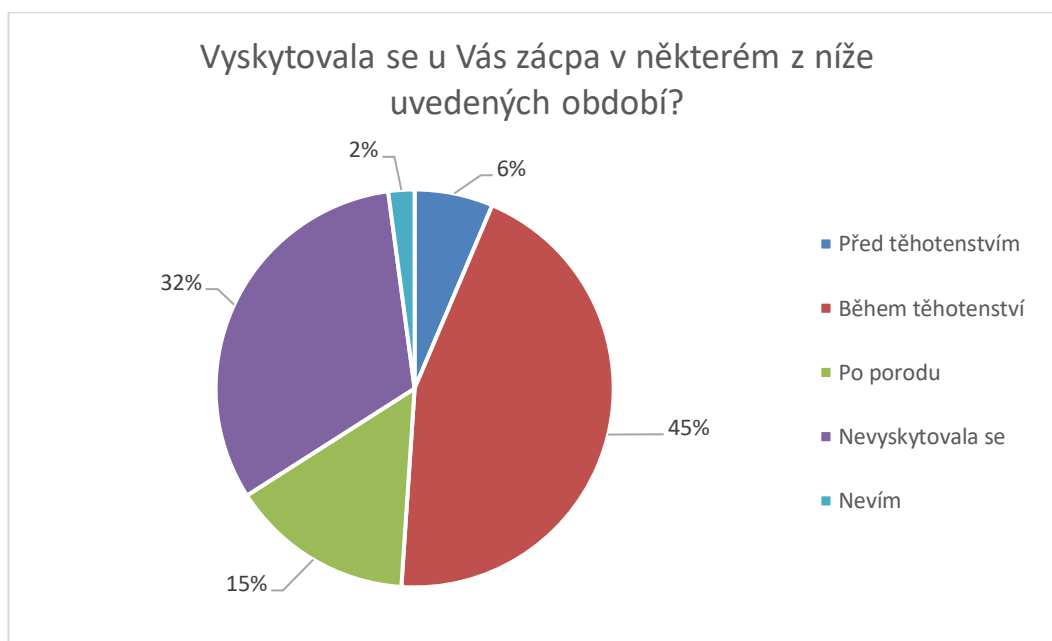


Obrázek 17 Bolest při defekaci

Otázka číslo 18 byla směřována na zjištění výskytu bolesti při defekaci. 31 žen (66 %) zvolilo odpověď, kde uvádí, že nemají obtíže s bolestí při vyprazdňování stolice, a to při kterémkoli zmíněném období. Před těhotenstvím se bolesti při vyprazdňování stolice vyskytly u 2 žen (4 %), během těhotenství u 5 žen (11 %) a po porodu u 8 žen (17 %). Bolest při defekaci po porodu je spojena s porodním poraněním a stolice je častým problémem u žen po porodu. Pouze 1 žena (2 %) zvolila odpověď, kde uvádí, že neví, zda má při vyprazdňování stolice bolest. Bolest při stolici narušuje její vyprazdňování a může vést k dysfunkci defekace.

### Otázka č. 19 Vyskytovala se u Vás zácpa v některém z níže uvedených období?

- a) Před těhotenstvím
- b) Během těhotenství
- c) Po porodu
- d) Nevyskytovala se
- e) Nevím

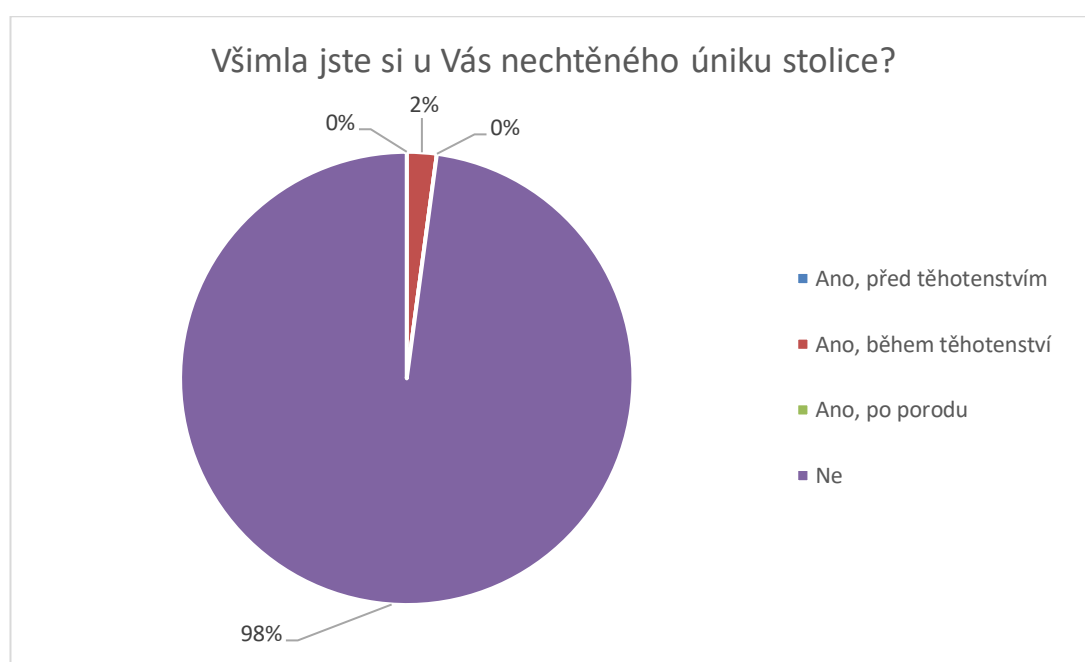


Obrázek 18 Výskyt zácpy

Otázka číslo 19 směřovala na výskyt zácpy během období před těhotenstvím, během těhotenství a po porodu. Méně jak polovina žen, 21 žen (45 %), odpověděla, že se zácpa u nich vyskytovala během těhotenství. U značné části žen, 15 žen (32 %), se zácpa nevyskytovala v žádném uvedeném období. Před těhotenstvím trpěly zácpou 3 ženy (6 %) a po porodu se zácpa vyskytla u 7 žen (15 %). Pouze 1 žena uvedla, že neví, zda se v některém z uvedených období vyskytla zácpa. Může se zdát, že zácpa nesouvisí s anální inkontinencí, avšak při chronické zácpě může dojít k denervaci a následně k vzniku anální inkontinence.

### Otázka č. 20 Všimla jste si u Vás nechtěného úniku stolice?

- a) Ano, už před těhotenstvím
- b) Ano, už během těhotenství
- c) Ano, po porodu
- d) Ne, nevšimla

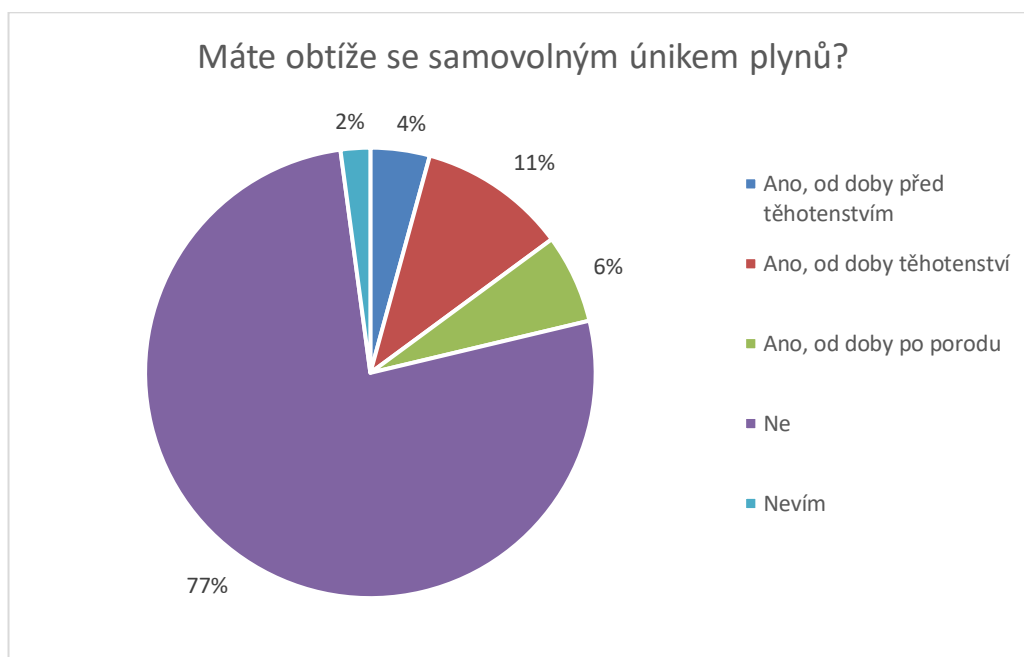


Obrázek 19 Nechtěný únik stolice

Otázka číslo 20 zjišťovala incidenci nechtěného úniku stolice v jednotlivě uvedených obdobích. Většina dotazovaných žen, 46 žen (98 %), neměla a nemá potíže se samovolným a nechtěným únikem stolice. Pouze jedna žena (2 %) uvedla, že již během těhotenství se u ní inkontinence stolice objevila. Před těhotenstvím a ani po porodu žádná žena nezažila nechtěný únik stolice.

### Otázka č. 21 Máte obtíže se samovolným únikem plynů?

- a) Ano, od doby před těhotenstvím
- b) Ano, od doby těhotenství
- c) Ano, od doby po porodu
- d) Ne, nemám
- e) Nevím



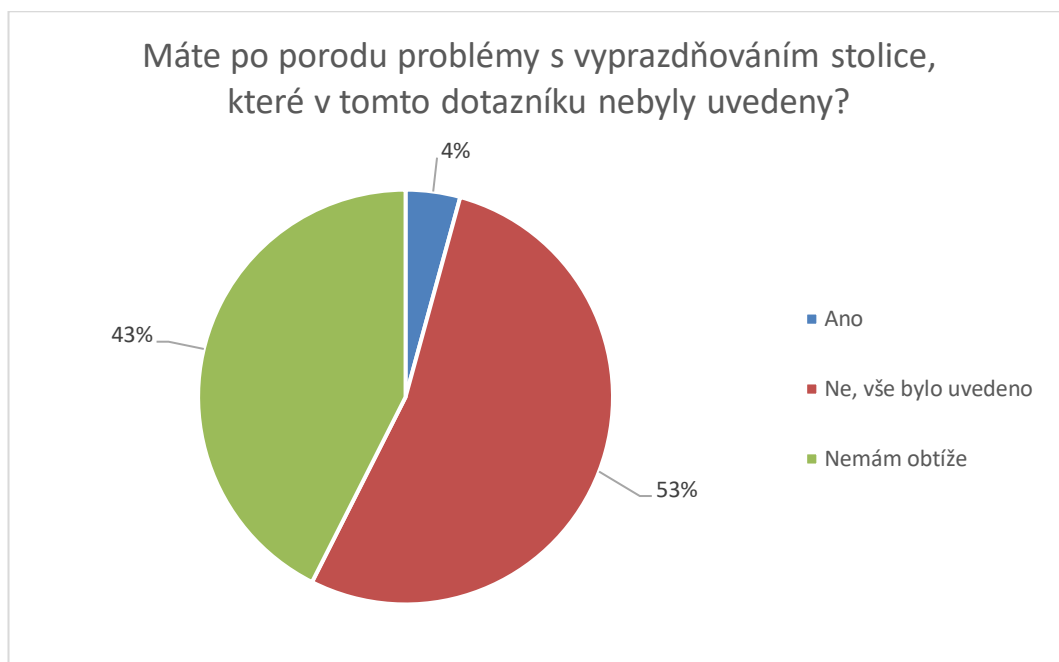
Obrázek 20 Samovolný únik plynů

Otázka číslo 21 byla zaměřena na zjištění, zda se u respondentek vyskytuje samovolný únik plynů. Nejčastěji zvolená odpověď byla, že se u žen tento problém nevyskytuje. Konkrétně ji zvolilo 36 žen (77 %). Druhá nejčastěji zastoupená odpověď byla únik plynů od doby těhotenství. Byla zvolena 5 ženami (11 %). Před těhotenstvím se s těmito potížemi setkaly 2 ženy (4 %) a po porodu se s těmito obtížemi setkaly 3 ženy (6 %). Pouze jedna žena (2 %) neví, zda u ní k samovolnému úniku plynů dochází. Samovolný únik plynů může znamenat nesprávně funkční anální svěrač a může progredovat v těžší projevy nefunkčního sfinkteru.



**Otázka č. 22 Máte po porodu problémy s vyprazdňováním stolice, které v tomto dotazníku nebyly uvedeny?**

- a) Ano, a to tyto: .....
- b) Ne, vše bylo zde uvedeno
- c) Ne, nemám žádné obtíže s vyprazdňováním stolice



**Obrázek 21 Uvedení jiných problémů s vyprazdňováním stolice**

V otázce číslo 22 respondentky mohly volně zapsat problémy spojené s vyprazdňováním stolice, které v dotazníku nebyly zmíněny. Méně jak polovina, to je 20 žen (43 %) uvedlo, že obtíže s vyprazdňováním stolice nemá. Dále 25 žen zvolilo odpověď, že vše bylo v dotazníku uvedeno, tím pádem pocítují nějaké zmíněné potíže s vyprazdňováním stolice z dotazníku. Zbylé 2 ženy (4 %) doplnily jejich odchylky od vyprazdňování stolice. Odpověď u první ženy zněla „hemoroidy“, které se problematiky této bakalářské práce netýkají, avšak s defekací ano. Druhá žena zaznamenala do dotazníku „nechodím pravidelně se vyprazdňovat“.

Na konci dotazníku k této bakalářské práci byla možnost, aby dotazované ženy na oddělení šestinedělí uvedly na sebe kontakt. Kontakt uváděly buď v podobě svého e-mailu nebo svého telefonního čísla. Ve 12 dotaznicích z celkových 47 byly kontakty uvedeny. Všechny 12 žen jsem kontaktovala přes e-mail. Ze 12 žen mi elektronicky odpovědělo 8 žen. Každé ženě byla položena otázka, jak dlouho je po porodu a další otázky byly zvoleny u každé ženy individuálně podle odpovědí ve vyplněném dotazníku. Pokud žena měla pozitivní potíže s vyprazdňováním stolice, byla dotázána na její/jejich další průběh. Pokud respondentka měla potíže s defekací negativní, zeptala jsem se, zda se konkrétně některé potíže nově po delší době po porodu objevily. Z 8 žen měly 2 ženy dočasné problémy s defekací, které poté samostatně odezněly. Jedna žena má do nyní problémy s jedním znakem anální inkontinence.

**Tabulka 1 Přehled obtíží v dotazníku a při kontaktování**

Dotazník/ kontaktování	↑ frekvence	AI	Únik plynů	Nedostatečné vyprázdnění	Bolest	Zácpa	Ostatní
Žena č. 1	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ <b>ano</b>	Ne/ne	Ne/ne	<b>Ano</b> /ne	Nepravidelné vyprazdňování
Žena č. 2	<b>Ano</b> /ne	Ne/ne	Ne/ne	<b>Ano</b> /ne	Ne/ne	<b>Ano</b> /ne	/
Žena č. 3	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	<b>Ano</b> /ne	Ne/ne	/
Žena č. 4	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Plynatost
Žena č. 5	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	<b>Ano</b> /ne	Urgence před gr.
Žena č. 6	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	<b>Ano</b> /ne	Ne/ne	<b>Ano</b> /ne	Urgence před gr.
Žena č. 7	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Hemoroidy
Žena č. 8	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Ne/ne	Hemoroidy

V mém průzkumu se objevila žena, která měla problémy s úniky stolice již před těhotenstvím, bohužel nenechala na sebe kontakt a nebyla možná navazující komunikace s respondentkou. Nebylo tedy zjištěno, jak porod mohl ovlivnit již existující úniky stolice. Za úspěšné považuji výsledek, ve kterém jsem zjistila, že ženy po porodu v 6 % mají problémy s nechtěným únikem

plynů. U jedné ženy jsem se konkrétně po komunikaci dozvěděla, kdy konkrétně, při jakých situacích k únikům plynů dochází.

**Žena 1:** Aktuálně je 4 měsíce po porodu a je to jediná žena, která má i nadále přetrvávající obtíže po porodu. Této ženě je 26 let a před těhotenstvím měla normální váhu. Paní rodila podruhé a měla vaginální porod bez operativních zásahů a bez porodního poranění. Narozené dítě mělo porodní hmotnost 2 860 g. Jediná odchylka, která se v dotazníku vyskytuje, je výskyt zácpy již před těhotenstvím, kterou dlouhodobě trpěla. U této ženy se nově po porodu vyskytl nechtěný únik plynů. K úniku plynů dochází zejména i při malé námaze, což se před porodem u ženy nestávalo. Nyní stačí se i více zasmát a dojde k úniku plynu. Jako další uvádí nepravidelné vyprazdňování stolice od doby po porodu.

**Žena 2:** Nyní je 10 týdnů po porodu. Již v těhotenství měla potíže se zvýšenou frekvencí vyprazdňování stolice. Během šestinedělí frekvence narostla více, po šestinedělí se četnost vyprazdňování vrátila na původní frekvenci, ještě před těhotenstvím. V těhotenství se u ženy objevoval pocit nedostatečného vyprazdňování, který přetrvával také i v šestinedělí, poté samostatně odezněl.

**Žena 3:** Nyní je 5 měsíců po porodu. V dotazníku neuvedla žádné obtíže s vyprazdňováním stolice, ať už před těhotenstvím, během něho nebo po těhotenství. V průběhu šestinedělí a několik týdnů po něm se dostavily potíže s defekací, která byla provázena silnou bolestí a krvácením. Potíže samovolně odezněly a nyní udává defekaci bez obtíží. Jako rizikový faktor pro anorektální dysfunkci se z vyplněného dotazníku dá považovat především obezita (BMI 35,19) a gestační diabetes.

## 10 DISKUZE

Tato kapitola se věnuje zhodnocení výsledků průzkumné části této bakalářské práce, která se zabývá anální inkontinencí po porodu. Jsou zde zodpovězeny předem stanovené průzkumné otázky. Pro úspěšné splnění průzkumu byl na základě průzkumných otázek vytvořen dotazník a následně rozdáván respondentkám. Výsledky byly zanalyzovány a interpretovány a dále vyhodnoceny. Jelikož na toto téma není zatím zřejmě napsaná žádná bakalářská práce, tak nemohu porovnat mé výsledky z průzkumu s jinými, již existujícími. Výsledky jsem porovnávala s některými světovými studiemi.

### **Průzkumná otázka 1: Jak častý je výskyt anální inkontinence u žen po vaginálním porodu?**

K zodpovězení průzkumné otázky číslo 1 patřily v rozdávaném dotazníku otázka č. 20 (*Všimla jste si u Vás nechtěného úniku stolice?*) a otázka č. 21 (*Máte obtíže se samovolným únikem plynů?*).

Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ani polovina respondentek neodpověděla, že znají význam pojmu anální inkontinence. Tím se potvrdilo, že toto téma související s porodem není příliš známé a ženy si neuvědomují, že tento problém po porodu může opravdu nastat, i přestože je poměrně nízká prevalence výskytu.

Podobný výzkum mezi roky 2015 a 2017 prováděla Lincová (2019) v Nemocnici Na Bulovce v Praze. Jedná se o jediný novodobý výzkum v České republice. Bylo vybráno 88 žen s porodním poraněním rupturou č. 3 a rupturou č. 4.. Po třech měsících byly pacientky pozvány na kontrolu, na kterou se dostavilo pouze 59 % žen, číselně 49 pacientek. Jedna třetina z pacientek, které dorazily, uvedla, že mají obecně potíže s vyprazdňováním. Občasný únik plynů udává **12,4 %** dotazovaných. Jelikož jsem neměla respondentky pouze s porodním poraněním, má incidence **6 %** s únikem plynu je nižší. Nulový výsledek (**0 %**) výskytu anální inkontinence této bakalářské práce je shodný se studií od paní doktorky Lincové. V roce 2017 Nemocnice Na Bulovce neměla v ambulantní péči žádnou pacientku, která by po poranění konečníku při porodu měla nechtěné úniky stolice.

Při porovnání výsledků se staršími studiemi ze zahraničí lze zjistit, že incidence anální inkontinence se pohybuje okolo stejných číselných údajů. Solans-Doménech et al. (2010) v roce 2008 zaznamenal postpartálně únik stolice v **7,3 %** a únik plynů v **8 %**. Výsledek úniku

plynů je značně nižší oproti ostatním studiím. Důvod tohoto rozdílu není ze studie patrný, avšak výsledek se může lišit v úrovni porodnictví v jiných zemích. Respondentky byly zejména ze Španělska, Latinské Ameriky, ale také i z Evropy.

MacArthur (2005) prováděla výzkum týkající se fekální inkontinence ze tří oblastí – Aberdeen (Skotsko), Birmingham (Anglie) a Dunedin (Nový Zéland). Tři měsíce po porodu bylo zaznamenáno **8,7 %** žen (343 z celkových 3939 respondentek) s fekální inkontinencí. Po šesti letech tato incidence fekální inkontinence narostla na **10 %**. Výsledek souvisí s typem porodnictví v dané zemi a charakteristikou zkoumaného vzorku. Symptomy AI se více objevovaly u žen multipar, u žen s vyšším věkem, u asijské etniky a u žen s porodem per forceps. Naopak podle získaných odpovědí se na vzniku AI nepodílely rizikové faktory, jako jsou epiziotomie, stupeň porodního poranění, porodní váha novorozence, délka druhé doby porodní a BMI před porodem. Z respondentek zahájilo léčbu 263 žen a z těchto žen poté mělo pouze 3,3 % potíže s přetrvávající inkontinencí stolice, což poukazuje na efektivní možnost léčby. Únik plynů uvedlo až **32,7 %** žen. U dotazovaných žen převládal klešťový porod, který může být hlavní příčinou vzniku tohoto problému.

Tyto studie byly jediné, které hodnotily aktuální stav anální inkontinence žen po porodu, nikoli v několikaletém odstupu od porodu. Pro přehledné porovnání studií byla vytvořena tabulka níže.

**Tabulka 2 Přehled výzkumů o anální inkontinenci po porodu**

<b>Výzkum (rok vytvoření)</b>	<b>Únik stolice</b>	<b>Únik plynů</b>
<b>Lincová (2015-2017)</b>	0 %	12,4 %
<b>Solans-Doménech (2008)</b>	7,3 %	8 %
<b>MacArthur (2005)</b>	8,7 % → 10 %	32,7 %
<b>Bakalářská práce (2020)</b>	0 %	6 %

### **Průzkumná otázka 2: Jaké obtíže mají ženy po vaginálním porodu s vyprazdňováním stolice?**

Průzkumná otázka číslo 2 byla stanovena pro zjištění obtíží s vyprazdňováním stolice, které mohou vyústit v anální inkontinenci, kterou se tato bakalářská práce zabývá. K zjištění určitých

obtíží slouží ve vytvořeném dotazníku otázka č. 15 (*Došlo u Vás ke zvýšení frekvence vyprazdňování stolice?*), otázka č. 16 (*Vyskytuje se u Vás problém, kdy nedokážete stolicí oddálit alespoň o 15 min?*), otázka č. 17 (*Máte po vyprázdnění stále pocit, že jste se vyprázdnila nedostatečně?*), otázka č. 18 (*Je u Vás vyprázdnění stolice doprovázeno bolestí?*), otázka č. 19 (*Vyskytovala se u Vás zácpa v některém z níže uvedených období?*) a otázka č. 22 (*Máte po porodu problémy s vyprazdňováním stolice, které v tomto dotazníku nebyly uvedeny?*).

Lincová (2019) se zajímala o další obtíže, které pacientky mohou mít v souvislosti s vyprazdňováním stolice. Do svého výzkumu zařadila obecně incidenci poruch vyprazdňování stolice, která činila **4 %** z jejích respondentek. V poslední otázce, z mého dotazníku, **53 %** zvolilo odpověď, že žádné další obtíže nemá, že vše bylo uvedeno. Tudiž více jak polovina dotazovaných žen v mém průzkumu přiznávalo, že mají problémy s vyprazdňováním stolice. Jelikož ve volných odpovědích uváděly např. i potíže se stolicí - hemoroidy, které do téma této bakalářské práce nepatří, nedá se tento číselný údaj považovat za zcela pravdivý. U Lincové uvedlo **2 %** žen urgenci na stolici. Můj výsledek je zcela totožný. Bolest při defekaci po porodu se vyskytuje také u **2 %** žen. Můj výsledek u této potíže činí **17 %**. Rozdíl je daný časovým odstupem po porodu. Výzkum Lincové je u žen prováděn 3 měsíce po porodu a u mého průzkumu pouze pár dní po porodu. Podobně rozdílný výsledek je ve výskytu zácpy, který u Lincové dělají opět **2 %** a u mého průzkumu celých **15 %**.

### **Průzkumná otázka 3: Dochází u žen po vaginálním porodu ke změně ve vyprazdňování stolice po určitém časovém období po porodu?**

Mohla jsem sledovat celkem 8 žen, které na sebe podaly e-mailový kontakt. Několik měsíců po porodu z těchto 8 žen měla jen jedna žena problémy s jedním znakem anální inkontinence.

Nejnovější výzkum týkající se anální inkontinence po porodu ve velkém časovém horizontu proběhl v roce 2017. Schei a kol. (2017) vybral respondentky, které byly nejvíce zastoupeny věkovou kategorií 30-39 let (40 % respondentek) a věkovou kategorií 40-49 let (35,9 % respondentek). Zbytek respondentek byl starší 50 let. Celkový počet respondentek činil 12 567 žen. Jedná se o jedinou nalezenou studii s takovýmto počtem respondentek. Více jak 80 % žen (10 340) rodilo jednou a vícekrát vaginálně bez následného poranění konečníku. Poranění konečníku zažilo při jednom a více porodech 2,2 % dotazovaných žen (276). Výskyt anální inkontinence u žen s poraněním konečníku po porodu činí **27,9 %**. Tento výsledek se skládá z fekální inkontinence (**1,8 %**), inkontinence plynů (**20,3 %**) a obou kombinací dohromady

(**5,8 %**). Pouze 71,7 % žen s poraněním konečníku po porodu je v pozdějším věku plně kontinentní.

## 11 ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem Anální inkontinence po porodu je teoreticko-praktickou prací. Cílem teoretické části této bakalářské práce je popsat problematiku týkající se anální inkontinence po porodu, popsat příznaky anální inkontinence a zobrazit celé množství možností zmírnění příznaků inkontinence stolice nebo úplné vyléčení.

Cílem průzkumné části práce bylo zobrazení výskytu anální inkontinence po porodu a potíží, které souvisí s vyprazdňováním stolice. S tímto cílem souvisí zjištění, jaký je vývoj obtíží s defekací po určitém časovém odstupu od porodu.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že ženy po porodu obtíže s vyprazdňováním stolice v určitém procentu skutečně mají. Tak jsem zjistila, že ženy po porodu v mém souboru měly v 6 % problémy s nechtěným únikem plynů, 2 % uvedlo urgenci na stolicí, 17 % bolest při defekaci a 15 % výskyt zácpy.

Jak jsem předpokládala, k nízké incidenci anální inkontinence, a tudíž nedostatečnému počtu respondentek, žádná respondentka se nesetkala bezprostředně po porodu s nechtěnými úniky stolice.

Domnívám se, že se mi podařilo ukázat, že ženy po porodu mohou opravdu mít obtíže s vyprazdňováním stolice, a dokonce i s nechtěnými úniky plynů. V České republice je nových výzkumů velmi málo, které by se zabíraly anální inkontinencí a na velkém počtu respondentek by znázornily, v jak velké míře se skutečně v České republice anální inkontinence po porodu vyskytuje. Pozornost by se měla zaměřovat na rozšíření tohoto zdravotního problému do povědomí veřejnosti, aby ženy rozlišily, kdy problémy s vyprazdňováním stolice skutečně mají a nebály se pracovat na jejich řešení, které navrátí zpátky jejich plnohodnotný život.



## 12 POUŽITÁ LITERATURA

- ANDĚL, Petr, Kamil BEZDĚK, Lenka BOCKOVÁ a Pavla JANSOVÁ. *Trápí vás zácpa nebo inkontinence stolice?: rádce pro pacienty*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-227-5.
- BINDER, Tomáš a kol. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha: Grada, Avicenum, 2002. ISBN 978-80-247-4788-0.
- FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2693-2.
- FRENCH, Herbert, Mark T. KINIRONS a Harold ELLIS. *French's index of differential diagnosis: an A-Z*. 16th edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, [2016]. ISBN 1482230704.
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HEHLMANN, Annemarie. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2612-0.
- HLAVÁČKOVÁ, Konstantina. *Móda za železnou oponou*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5833-0.
- HORÁK, Ladislav a kol. *Praktická proktologie*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3595-5.
- IHNÁT, Peter a kol. Fekální inkontinence – závažný medicínský a společenský problém. *Časopis lékařů českých*. 2016, **155**(3) [cit. 2020-03-11], s. 25-30. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-3/fekalni-inkontinence-zavazny-medicinsky-a-spolecensky-problem-58124>. ISSN 1805-4420.
- KAISER, Radek. *Chirurgie hlavových a periferních nervů s atlasem přístupů*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5808-4.
- KALIŠ, Vladimír a Martin HAVÍŘ. Příčiny, rozsah a dopad anální/fekální inkontinence na kvalitu života ženy. *Gynekolog*. 2018, **27**(3), s. 94-100. ISSN 1210-1133.
- KALIŠ, Vladimír a kol. Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně. *Česká gynekologie*. 2010, **75**(4), s. 284-291. ISSN 1210-7832.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3105-6.

KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3527-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LINCOVÁ, Marcela, Helena NEUMANNOVÁ, Iva MIKYSKOVÁ a Michal ZIKÁN. Porodní poranění análního sfinkteru-analýza vlastního souboru rodiček mezi lety 2015-2017. *Česká gynekologie* [online]. 2019, **84**(1) [cit. 2020-05-20], s. 18-22. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/porodni-poraneni-analniho-sfinkteru-analyza-vlastniho-souboru-rodicek-mezi-lety-2015-2017-112728>. ISSN 1210-783.

MACARTHUR Christine, Charis GLAZENER, Robert LANCASHIRE, Peter HERBISON, Don WILSON and Adrian GRANT. Faecal incontinence and mode of first and subsequent delivery: a six-year longitudinal study. *BJOG* [online]. 2005, **112**(8) [cit. 2020-05-20], s. 1075-1082. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2005.00721.x>. ISSN 1471-0528.

MALÁ, Šárka a kol. Inkontinence stolice. *Gastroenterologie a hepatologie* [online]. 2013, **63**(3) [cit. 2020-02-06], s. 207-211. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-gastro/2013-3/inkontinence-stolice-41042>. ISSN 1804-7874.

MASOPUST Václav, Richard ROKYTA a Vladimír BENEŠ. Neuromodulace. *Cesk Slov Neurol N* [online]. 2014, **77/110**(2) [cit. 2020-03-25], s. 138-152. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-2/neuromodulace-48183>. ISSN 1803-6597.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

RUŠAVÝ, Zdeněk a David ŠMÍD. Management fekální inkontinence. *Gynekolog*. 2018, **27**(3), s. 111-116. ISSN 1210-1133.

SALDANA-RUIZ, Nallely and KAISER Andreas M. Fecal incontinence – Challenges and solutions. *World Journal of Gastroenterology* [online]. 2017, **23**(1) [cit. 2019-09-05], s. 11-24. Dostupné z: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5221273/#\\_\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5221273/#__ffn_sectitle). ISSN 2219-2840.

SCHEI B., HH. JOHANNESSEN, A. RYDNING, A. SULTAN, S. MORKVED. Anal incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* [online]. 2017, **98**(1) [cit. 2020-25-05], s. 51-60. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/aogs.13463>.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTIKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

SMAŽINKA, Martin a Jana KOŽELUHOVÁ. Diagnostický algoritmus u pacientky s anální/fekální inkontinencí. *Gynekolog*. 2018, **27**(3), s. 101-110. ISSN 1210-1133.

SOLANS-DOMENECH M, Sánchez E, Espuña-Pons M; Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià; GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol* [online]. 2010, **115**(3) [cit. 2020-25-05], s. 618-628. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0b013e3181d04dff.

SULTAN H. Abdul and kol. International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal* [online]. 2016, **36**(1) [cit. 2019-08-20], s. 10-34. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.23055>. ISSN 1520-6777.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHOVÁ, Veronika. *Stomie*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3256-5.

## 13 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i> .....	68
-----------------------------------	----

Příloha A – *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Kábrtová a jsem studentka 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Porodní asistentka. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k výzkumné části mé bakalářské práce na téma Anální inkontinence po porodu. Pro provedení výzkumu je potřebné odpovědět na všechny otázky. Předem děkuji za Vaše pravdivé odpovědi a za Váš čas.

S přáním hezkého dne  
Lucie Kábrtová

- 
- 1) Kolik je Vám let? ..... let
  - 2) Kolik měříte? ..... cm
  - 3) Jaká byla Vaše váha před porodem? ..... kg
  - 4) Kouřila jste v těhotenství?
    - a) Ano, méně jak 5 cigaret/den
    - b) Ano, kolem 10 cigaret/den
    - c) Ano, krabičku cigaret/den
    - d) Ne, nekouřila jsem
  - 5) Máte cukrovku/měla jste těhotenskou cukrovku?
    - a) Ano, mám cukrovku
    - b) Ano, měla jsem těhotenskou cukrovku
    - c) Ne, nemám a neměla jsem
    - d) Nevím
  - 6) Trpíte onemocněním střevního traktu? Pokud ano, vypište.
    - a) Ano, a to tímto: .....
    - b) Ne
    - c) Nejsem si jistá
  - 7) Po kolikáté jste rodila?
    - a) Poprvé
    - b) Podruhé
    - c) Potřetí a více
  - 8) Jaký jste měla porod?
    - a) Císařský řez
    - b) Vaginální porod

- 9) Pokud jste měla vaginální porod, probíhal:
- Bez operativních zásahů
  - Operativně, pomocí VEX (tzv. zvonu)
  - Operativně kleštěmi
- 10) Byl Vám proveden nástřih při porodu?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
- 11) Měla jste nějaké porodní poranění?
- Ano, nevím jaké
  - Ano, trhlina hráze
  - Ano, trhlina vedoucí až ke konečníku
  - Ne
  - Nevím
- 12) Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte? ..... g
- 13) Víte, co znamená anální/fekální inkontinence?
- Ano, vysvětlete stručně:  
.....
  - Ne
  - Nejsem si jistá
- 14) Měla jste před těhotenství potíže s vyprazdňováním stolice?
- Ano, vypište:  
.....
  - Ne
  - Nevím
- 15) Došlo u Vás ke zvýšení frekvence vyprazdňování stolice?
- Ano, již před těhotenstvím
  - Ano, již během těhotenství
  - Ano, až po porodu
  - Nedošlo ke zvýšení frekvence
  - Nevím
- 16) Vyskytuje se u Vás problém, kdy nedokážete vyprázdnění stolice oddálit alespoň o 15 min (musíte ihned navštívit toaletu)?
- Ano, tento problém se u mě vyskytl již před těhotenstvím
  - Ano, tento problém se u mě vyskytl již během těhotenství
  - Ano, tento problém se u mě vyskytl až po porodu
  - Nemám zkušenosti s tímto problémem
  - Nejsem si jistá

- 17) Máte po vyprázdnění stolice pocit, že jste se vyprázdnila nedostatečně?
- a) Ano, tento problém se u mě vyskytl již před těhotenstvím
  - b) Ano, tento problém se u mě vyskytl již během těhotenství
  - c) Ano, tento problém se u mě vyskytl až po porodu
  - d) Tento problém se u mě nevyskytl a nevyskytuje
  - e) Nejsem si jistá
- 18) Je u Vás vyprázdnění stolice doprovázeno bolestí?
- a) Ano, problémy začaly již před těhotenstvím
  - b) Ano, problémy začaly již během těhotenství
  - c) Ano, problémy začaly po porodu
  - d) Při vyprazdňování nepocítuji žádnou bolest
  - e) Nevím
- 19) Vyskytovala se u Vás zácpa v některém z níže uvedených období?
- a) Před těhotenstvím
  - b) Během těhotenství
  - c) Po porodu
  - d) Nevyskytovala se
  - e) Nevím
- 20) Všimla jste si u Vás nechtěného úniku stolice?
- a) Ano, už před těhotenstvím
  - b) Ano, už během těhotenství
  - c) Ano, po porodu
  - d) Ne, nevšimla
- 21) Máte obtíže se samovolným únikem plynů?
- a) Ano, od doby před těhotenstvím
  - b) Ano, od doby těhotenství
  - c) Ano, od doby po porodu
  - d) Ne, nemám
  - e) Nevím
- 22) Máte po porodu problémy s vyprazdňováním stolice, které v tomto dotazníku nebyly uvedeny?
- a) Ano, a to tyto:  
.....
  - b) Ne, vše bylo zde uvedeno
  - c) Ne, nemám žádné obtíže s vyprazdňováním stolice

---

Na závěr bych Vás chtěla poprosit o uvedení kontaktu na Vás. Je to zcela dobrovolné a slouží to pro následné sledování Vašeho stavu po porodu v různých časových úsecích, a to pravděpodobně dva týdny po porodu a měsíc po porodu. Výsledky získané vyhodnocením

dotazníků budou zcela anonymní. Uvedení kontaktu není ničím závazné a neovlivní jakoukoliv Vám poskytovanou péči.

- Telefonní číslo: .....
- E-mail: .....

V případě, že zde nechcete uvádět svůj kontakt, chcete více informací nebo máte dotaz, kontaktujte Vy mě na tel.č. 732 142 220 nebo na e-mail: st54446@student.upce.cz

Děkuji za laskavost, která mi velmi pomůže v mém výzkumu bakalářské práce, Lucie Kábrtová.