

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Pavla KOŘÍNKOVÁ**

**Univerzita Pardubice**  
**Fakulta zdravotnických studií**

**Prevence a péče porodní asistentky o porodní poranění**

**Pavla Kořínková**

**Bakalářská práce**

**2013**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla Kořínková**  
Osobní číslo: **Z10327**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Prevence a péče porodní asistentky o porodní poranění**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. ČECH, E. Porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. DOLEŽAL, A. Porodnické operace. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
3. LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
4. MOSKOWITZ, M. D. Homeopatie pro těhotenství a porod. Praha: Alternativa, 2008. ISBN 978-80-86936-05-5.
5. MURKOFFOVÁ, H.; EISENBERGOVÁ, A.; HARHAWAYOVÁ, S. Co čekat v radostném očekávání. 3. vyd. Praha: Slovart, 2007. ISBN 978-80-7209-965-8.
6. ROZTOČIL, A. Porodnictví. Brno: MIKADA, 2001. ISBN 80-7013-339-2.

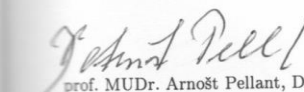
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Moravcová


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 20. února 2013

## **Prohlášení autora**

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000Sb., 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 vyžadovala, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 15. 4. 2011

.....

Pavla Kořínková

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Markétě Moravcové, za odborné vedení mé bakalářské práce. Za ochotu, trpělivost, věnovaný čas a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat za ochotu všem respondentkám a zdravotnickému zařízení, ve kterém jsem výzkum realizovala.

V Hradci Králové 10. 4. 2013

.....

Pavla Kořínková

## **Souhrn**

Tématem bakalářské práce je péče porodní asistentky o ženu po porodu a případná porodní poranění.

Teoretická část je zaměřena na anatomii měkkých porodních cest a porodní poranění ženy, zejména na prevenci a péči.

Výzkumná část práce se pomocí strukturovaného rozhovoru a studia dokumentace zaměřila na informovanost klientek o prevenci porodních poranění a zjištění jaký má vliv příprava hráze a indukce porodu na porodní poranění. Respondentkami byly ženy po porodu, hospitalizované na oddělení šestinedělí v nemocnici krajského typu.

## **Klíčová slova**

masáž hráze, péče, porodní poranění, prevence

## **Title**

Prevention and care in labour injuries by the midwife

## **Abstract**

Topic of a bachelor's thesis is midwives care about woman after childbirth and about possible labour injuries.

Teoretic part is oriented on anatomy soft labour canal and women labour injure, especially on prevention and care.

Research part of work is with help structured dialog and study documentation oriented about inform women clients about prevention injure and finding how influence does have prepare dam and induction labour on labour injure. Women respondents were women after labour, hospitalized on department of sixweeks in hospital regional type.

## **Keyword**

care, labour injuries, massage of perineum, prevention



# Obsah

Úvod .....	8
Cíle práce .....	8
<b>Teoretická část .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Anatomie měkkých porodních cest .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Porodní poranění .....</b>	<b>11</b>
2.1 Poranění měkkých porodních cest .....	11
2.1.1 Usury .....	11
2.1.2 Trhliny hráze .....	11
2.1.3 Trhliny vulvy a pochvy .....	12
2.1.4 Trhliny hrdla děložního .....	12
2.1.5 Trhliny těla děložního .....	13
2.1.5.1 Spontánní ruptura v těhotenství .....	13
2.1.5.2 Spontánní ruptura během porodu .....	13
2.1.6 Episiotomie .....	14
2.2 Poranění pánve .....	15
<b>3 Prevence porodních poranění .....</b>	<b>16</b>
3.1 Prevence ze strany ženy .....	16
3.1.1 Masáže hráze .....	16
3.1.2 Procvičování svalů pánevního dna .....	16
3.1.3 EPI-NO .....	16
3.1.4 Homeopatie .....	17

3.1.5 Dianatal gel .....	17
3.2 Prevence ze strany porodníka .....	18
<b>4 Péče o porodní poranění .....</b>	<b>19</b>
4.1 Homeopatie .....	20
<b>Výzkumná část .....</b>	<b>21</b>
<b>5 Metodika výzkumu .....</b>	<b>21</b>
5.1 Výzkumné záměry .....	21
5.2 Přehled použitých četnostních veličin .....	21
<b>6 Analýza a interpretace výsledků .....</b>	<b>22</b>
6.1 Data získaná z ošetrovatelské dokumentace .....	22
6.1.1 Věk respondentek .....	22
6.1.2 Gravidita a parita .....	23
6.1.3 Důvod přijetí klientky na porodní sál .....	24
6.1.4 Délka I. a II. doby porodní .....	25
6.1.5 Druh porodního poranění u klientek .....	27
6.1.6 Ošetření porodních poranění .....	28
6.1.7 Porodní váha dítěte .....	29
6.1.8 Aplikace Prostaglandinu a Oxytocinu .....	30
6.2 Data získaná od klientky .....	31
6.3 Otázky získané od klientky při propuštění .....	44
<b>7 Diskuze .....</b>	<b>49</b>
7.1 Výzkumný záměr č. 1 .....	49
7.2 Výzkumný záměr č. 2 .....	49

7.3 Výzkumný záměr č. 3 .....	49
7.4 Výzkumný záměr č. 4 .....	49
7.5 Výzkumný záměr č. 5 .....	50
<b>Závěr .....</b>	<b>51</b>
<b>Soupis bibliografických citací .....</b>	<b>52</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>53</b>

## Úvod

Domnívám se, že ve vlastním zájmu každé ženy je zajímat se o to, jak by mohla co nejvíce předejít poranění při porodu. Důležité je, aby žena měla dostatek kvalitních a odborných informací, jak nejlépe svým poraněním předejít. S nimi by se žena měla setkat v ordinacích svého gynekologa a na předporodních kurzech. Sama si je žena může aktivně vyhledávat v odborné literatuře nebo na internetu. V dnešní době je pro ženy nejsnadnější a nejvhodnější získávat informace z internetu. Problematické jsou, ovšem zdroje a věrohodnost serverů, ze kterých ženy čerpají. Dalším zdrojem těchto informací jsou jistě i kamarádky a sestry nebo matky rodiček, které se řídí vlastními zkušenostmi. Na druhé straně by mělo být jedním z cílů práce porodní asistentky ženě tyto informace aktivně nabízet. Nejen v předporodních kurzech by se toto téma mělo probírat, ale mělo by být aktuální i při pravidelných prohlídkách těhotných u obvodního gynekologa.

Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že je velice zajímavé a ženy o prevenci porodních poranění moc nevědí. Zaměřila jsem se na matky po spontánním porodu a zajímalo mne, zda ženy o prevenci vědí a zda ji provádějí. Domnívám se, že v mnoha případech by znalost věci ženě ušetřila mnoho problémů se svým poraněním a tím i času, který by mohla věnovat svému dítěti.

V teoretické části bakalářské práce je popsána anatomie měkkých porodních cest, druhy porodních poranění a jejich předcházení a následná péče o vzniklé poranění.

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na informovanost klientek a prevenci porodních poranění. Formou strukturovaného rozhovoru jsem získávala od klientek informace, zda klientky o prevenci věděly a zda ji prováděly. Dále mne zajímalo, z jakých zdrojů informace získaly a jak se následně staraly o svá poranění.

## Cíle práce

Na začátku průzkumu byly stanoveny následující cíle:

1. Zjistit informovanost rodiček o možnostech přípravy perinea k porodu.
2. Zjistit, zda příprava hráze k porodu má pozitivní vliv na porodní poranění.
3. Zjistit, zda indukce porodu má negativní vliv na porodní poranění hráze.

## **Teoretická část**

### **1 Anatomie měkkých porodních cest**

Měkké porodní cesty jsou tvořeny především souborem příčně pruhovaných svalů, které jsou uloženy v oblasti na stěnách malé pánve a pánevního východu. Během těhotenství všechny svaly hypertrofují a při porodu se pánevní dno, diaphragma urogenitale i musculus perinei, výrazně roztahují a ovlivňují prostup plodu. K měkkým porodním cestám patří i dolní děložní segment, pochva a vulva, které se během porodu výrazně rozšiřují. (Čech, 2006)

Pánevní východ je uzavřen pánevním dnem, což jsou svalově vazivové přepážky. V pánevním východu jsou uloženy svaly, které tvoří vlastní pánevní dno, které je tvořeno dvěma párovými svaly musculus levator ani a musculus coccygeus. Mají tvar ploché nálevky, která odstupuje od stěn malé pánve a sbíhá se směrem dolů ke štěrbině, kterou prochází konečník, pochva a močová trubice. Svaly pánevního dna představují pružnou spodinu pánve. (Čech, 2006)

Svaly hráze jsou uloženy pod pánevním dnem a tvoří je svaly, které jsou podkladem diaphragma urogenitale a svaly připojené k zevním pohlavním orgánům. Všechny tyto svaly jsou inervované nervus pudendus. Trojúhelníková vazivově svalová ploténka, diaphragma urogenitale, je umístěna mezi sponou stydkou a tubera ischiadica. Jejím hlavním podkladem je vazivo a hladká svalovina. Má podpůrnou funkci pro orgány přední poloviny pánve. Kůži hráze inervují větve nervus pudendus. Zadní část hráze inervuje také rami perineales. (Čech, 2006)

Děložní hrdlo představuje zúženou část dělohy. K cervixu přirůstá pochva, do které čípek vyčnívá asi 1 cm. Na vrcholu se otevírá zevní děložní branka. U nulipar má branka kruhový tvar. U multipar má tvar příčné štěrbiny. Povrch je krytý poševní sliznicí. (Čech, 2006)

Pochva je předozadně oploštělá a 9 centimetrů dlouhá trubice. Při porodu tvoří spolu s děložním hrdlem a vulvou měkké porodní cesty. Spojuje dělohu se zevními rodidly. Dolní konec pochvy je nejužší částí pochvy a ústí do předsíně poševní, která se nachází mezi malými stydkými pysky. Horní konec obemyká děložní čípek. Zadní poševní klenba je hlubší a prostornější. Přední poševní klenba je mělká. Dále na pochvě rozlišujeme přední a zadní stěnu.

Vulva je uložena kolem poševní předsíně, která je za fyziologických podmínek viditelná až po odhrnutí velkých stydkých pysků. Tvoří ji trojúhelníková plocha mezi klitorisem, vnitřní plochou malých stydkých pysků a zadním okrajem vchodu poševního. Sliznice vulvy je narůžovělá a vlhká. (Čech, 2006)

Hrma je trojúhelníková vyvýšenina, která leží před a nad stydkou sponou. Jejím podkladem je tukový polštář. Po pubertě je kůže porostlá pubickými chlupy. (Čech, 2006)

Velké stydké pysky jsou dva podélné, silně vyklenuté kožní valy, které obkružují a ohraničují části zevních rodidel. Oba pysky se dorzálně od poševní předsíně spojují kožní řasou. Podkladem je vazivově tuková tkáň. Mediálně leží malé stydké pysky. Malé a velké stydké pysky od sebe odděluje štěrbina stydká. (Čech, 2006; Čihák, 2002)

Malé stydké pysky jsou za fyziologických podmínek překryty velkými stydkými pysky. Po porodech a ve vyšším věku mohou vystupovat. Jejich kůže má charakter sliznice a obsahuje mazové žlázy a senzitivní tělíška čímž jsou velmi citlivé. Přední okraje se rozdělují na dvě řasy, které obkružují poštváček a přední řasy ho kryjí jako předkožka. (Čech, 2006; Čihák, 2002)

Poštváček je homologní s penisem muže. Skládá se ze zakrnělého žaludu a z těla. Celý poštváček je dlouhý asi 8 cm, ale zevně patrný je z něj pouze asi 1 cm, ke kterému je připojena kůže malých stydkých pysků. Podkladem klitorisu jsou párová topořivá tělesa. (Čech, 2006; Čihák, 2002)

Panenská blána je tenká vazivová blána, která je z obou stran krytá sliznicí. U panny kryje vchod poševní a neúplně ho uzavírá. Zhruba uprostřed je otvor, který umožňuje odtok menstruační krve. Po porodu z hymenu zbydou jen hrbolkovité vyvýšeniny. (Čech, 2006)

## **2 Porodní poranění**

Porod je fyziologický děj, je však spojený s poraněním různého druhu od poranění vnitřních a zevních rodidel po poranění přilehlých orgánů, jako jsou močový měchýř, konečník a pánevní pletenec. Velmi důležité je ošetření těchto poranění, jelikož neošetření nebo nesprávné ošetření porodních poranění mohou být příčinou nejen velkých krevních ztrát, ale i pozdějších anatomických a funkčních poruch, jako jsou například únik moči a stolice, poruchy senzitivity, sestup pánevních orgánů a sexuální dysfunkce. Porodní poranění můžeme rozdělit na poranění měkkých porodních cest a poranění pánve. Tato poranění zahrnují spontánně vzniklé ruptury hráze a pochvy, epiziotomii, poranění struktur pánevního dna a další. (Roztočil, 2001; Murkoffová a kol. 2007)

### **2.1 Poranění měkkých porodních cest**

#### **2.1.1 Usury**

Jedná se o nekrózu vznikající, jestliže hlavička vyvíjí dlouhotrvající tlak na měkké tkáně porodních cest. (Roztočil, 2001) Postihuje nejčastěji poševní stěnu, močový měchýř, uretru, děložní hrdlo. Hojí se jizvou, která později deformuje hrdlo nebo se může vytvořit píštěl, což se projeví kolem 4-5 dne po porodu odtékáním moči pochvou. V dnešní době se s nimi setkáváme velmi zřídka. (Leifer, 2004)

#### **2.1.2 Trhliny hráze**

Řadí se do nejčastějších poranění při porodu, mají různý rozsah, lokalizaci a můžou zasahovat jak do přilehlé části pochvy, tak i do svalstva pánevního dna a konečníku. Rizikové faktory jsou jak ze strany matky (vyšší věk, vysoká hráz, jizvy), tak ze strany dítěte (defekční polohy a velký plod). Dále také záleží na průběhu porodu (překotný porod, nedostatečně chráněná hráz). Trhliny hráze můžeme rozdělit do tří stupňů:

- Ruptura I. stupně - poškození se týká kůže a podkoží hráze a pochvy, kdy svalstvo je neporušené
- Ruptura II. stupně - týká se kůže, podkoží, svalstva hráze, perinea, sliznice a podslizničního vaziva pochvy ve větším rozsahu
- Ruptura III. Stupně - jedná se o rozsáhlou trhlinu s poškozením zevního svěrače

konečníku, tyto se dělí dále na inkompletní (stěna střeva není porušena) a kompletní (roztržena i stěna konečníku) ruptury

Drobné trhlinky nevyžadují žádné ošetření. Od druhého stupně je nezbytné chirurgické ošetření poranění. (Roztočil, 2001)

### **2.1.3 Trhliny vulvy a pochvy**

Při většině porodů vznikají drobné trhlinky na vnitřní straně malých stydkých pysků, které zpravidla nekrvácejí. Většina trhlín pochvy vzniká spolu s trhlinami sousedních orgánů, vulvy či hráze, izolované trhliny vznikají většinou ve střední části. V některých případech dojde k roztržení pochvy, aniž by byla poškozena sliznice a dochází ke vzniku hematomu. Trhliny v horní části pochvy a klenbách poševních bývají příčně orientované, vzácně dochází k odtržení pochvy od čípku v celém obvodu. Příčiny jsou většinou mechanické. Při operačních výkonech mohou vznikat těžší ruptury, především po předchozím zánětlivém procesu.

Příznaky trhlín vulvy jsou krvácení a při palpaci porušená stěna poševní. Hematom se projevuje jako pastózní tumor deformující poševní stěnu. Pacientka si stěžuje na bolestivý tlak na konečník a je anemická. Při drobných hematomech není léčba nutná, vstřebají se sami. Větší je nutné incidovat, vyprázdnit a podvázat krvácející cévy. Trhliny je též nutné ošetřit. (Roztočil, 2001)

### **2.1.4 Trhliny čípku děložního**

Téměř u každého porodu vznikají povrchní trhliny zanikající branky. Dobře se hojí a nezanechávají následky. Nejčastější trhlinou čípku děložního je podélná trhlina po stranách hrdla, která může sahat až k dolnímu děložnímu segmentu. Některé trhliny se mohou rozšířit až ke klenbám poševním. Jestliže branka nepovoluje roztažení, může se výjimečně odtrhnout celý čípek.

Vždy po porodu provádíme revizi hrdla děložního a pochvy v zrcadlech. Každou trhlínu větší než 1 cm ošetříme suturou. Při špatném ošetření nebo neošetření trhlíny, by mohlo docházet ke komplikacím v dalším těhotenství, které by se mohly projevovat insuficiencí hrdla a předčasným porodem. Tato poškození bývají také základem vzniku prekanceróz. (Roztočil, 2001)



### **2.1.5 Trhliny těla děložního**

Vznikají v průběhu těhotenství nebo za porodu v důsledku porušení celistvosti stěny děložní. Ruptury vznikají v oblasti těla děložního nebo v dolním segmentu děložním. Dělí se dle rozsahu anatomického poškození na kompletní (postižená celá stěna děložní) a inkompletní (postižení subperitoneální nebo extramukózní) a dle mechanismu vzniku na samovolné a násilné. Nejčastěji vzniká u žen, které již předtím rodily císařským řezem, prodělaly úraz nebo zákrok na děloze. Před porodem je vhodné provést transvaginální ultrazvuk, který určí ztenčení děložní stěny. Prokázané ztenčení je indikací k provedení císařského řezu. Po prvním porodu je možné druhý vést spontánně, ale tento porod by neměl být vyvoláván, nebo jen s maximální opatrností. (Murkoffová a kol., 2007; Roztočil, 2001)

#### **2.1.5.1 Spontánní ruptura v těhotenství**

Nejčastějším místem vzniku ruptury je jizva po předchozí operaci, jelikož v těchto místech bývá svalovina nedostatečná. Dalšími důvody může být svalová nedostatečnost při vývojových vadách dělohy, po proběhlém zánětu nebo při hypoplazii děložní. Ruptura vzniká na základě zvýšeného intrauterinního tlaku.

Příznaky nebývají výrazné v začáteční fázi (neurčitý tlak, bodavá bolest v břiše). Může dojít ke krvácení do dutiny břišní a následnému rozvoji hemoragického šoku. Při kompletní ruptuře může dojít k částečnému výhřezu plodu do dutiny břišní, ten pak může být hmatný pod břišní stěnou mimo dělohu. (Roztočil, 2001; Čech 2006)

#### **2.1.5.2 Spontánní ruptura během porodu**

Vzniká při kontrakcích, jestliže se vyskytne překážka postupující naléhající části (zúžená pánev, kefalopelvický nepoměr). Ke vzniku ruptury přispívá také lokalizace placenty v místě jizvy a prorůstání placenty do hlubších vrstev stěny děložní. Nejčastějším místem ruptury bývá dolní děložní segment, jelikož v průběhu těhotenství dochází k jeho roztažení a ztenčení.

Ruptura dělohy hrozí, jestliže se děložní činnost stupňuje až k hypertonu, kontrakce jsou velmi bolestivé a nutí rodičku tlačit, ačkoliv naléhající část je nad poševním vchodem. Děloha je ukloněna většinou na pravou stranu. Na břiše rodičky bývá viditelná hranice mezi svalovinou děložního těla a mezi dilatovaným dolním děložním segmentem tzv. Brandlova rýha, která se postupně posouvá směrem k pupku. Plod je v dolním děložním segmentu, napjaté oblé vazy jsou hmatné přes stěnu břišní a při palpaci bolestivé. (Roztočil, 2001; Čech 2006)

Při hypertonu dochází k nedostatečnému prokrvování placenty, tím k nedostatečnému zásobování plodu kyslíkem což se objeví na CTG záznamu. Dále dochází ke krvácení do dutiny břišní nebo přes pochvu, a žena začne upadat do hemoragického a traumatického šoku. Další příznaky jsou zrychlený tep, krevní tlak se naopak zpomaluje, žena je úzkostlivá, neklidná a lapavě dýchá, poměrně rychle upadá do mdloby.

Prognóza je tím příznivější, čím dříve se ruptura rozezná a čím kratší je interval mezi rozpoznáním ruptury a operací. Dále záleží na způsobu ruptury, kdy příznivější pro ženu je ruptura v istmické části dělohy, kdy nejsou zasažené velké cévy.

Terapií při hrozící ruptuře je okamžité nasazení tokolýzy a ukončení těhotenství císařským řezem. Kontraindikováno je ukončení porodu kleštěmi. Lze provést suturu děložní, ale ve většině případů je indikována hysterektomie. (Roztočil, 2001)

Porodní asistentka by v těchto případech měla rychle jednat při přípravě ženy na operační sál a též by měla zůstat klidná a mírná aby zbytečně nezvyšovala úzkost matky. Po porodu by měla porodní asistentka pomoci matce pochopit proběhlou událost. (Leifer, 2004)

### **2.1.6 Episiotomie**

Během porodu může být indikována z různých důvodů episiotomie neboli chirurgické rozšíření vagíny. Provádí ji lékař nebo porodní asistentka stejně jako její suturu. Provádí se k urychlení porodu a chránění hráze od nepravidelných poranění nejen hráze, ale i konečníku. Dále jako ochrana proti descenzu, prolapsu a poranění močové trubice. Indikací ze strany matky je zlepšení kontroly místa, zvětšení vaginálního vchodu a daleko lepší hojení rány s hladkými okraji po episiotomii nežli nepravidelnými po ruptuře. Kontraindikací episiotomie je porod HIV pozitivní matky, kvůli prevenci aspirace krve novorozencem. Je nedílnou součástí klešťových porodů, vakuum extrakce, porodem koncem pánevním, porodem s dystokií ramének a u velkého plodu. Episiotomie se provádí tupými nůžkami nebo hrotnatotupými. (Čech, 2006; Doležal, 2007)

Nástřih lze provést různými směry:

*Střední* – neboli mediální, provádí se od spodního okraje vagíny směrem k anu, méně krvácí, lépe se šije a hojí

*Mediolaterální* – nejčastěji používaný, vede od spodního okraje vagíny směrem k hrbolu kosti sedací buď vpravo, nebo vlevo

*Laterální* – vede též k hrbolu kosti sedací, ale začíná 1-2 cm od spodního okraje vagíny,

nehrozí ruprura III. stupně, menší riziko infekce jelikož v šestinedělí očistky odcházejí mimo ránu

Střední episiotomie se lépe šije a hojí, ale na rozdíl od mediolaterální nelze rozšířit do takové míry a při vzniku lacerací hrozí prodloužení až do svěrače.

Epiziotomii provádíme, pokud možno vždy v znecitlivění. Při rychlé progresi hlavičky lze provést i bez znecitlivění, ale vždy při rozvinuté hrázi, maximální distenzi a na vrcholu kontrakce. Pokud se tyto body dodrží a následuje ihned porod je výkon téměř bezbolestný. Pokud se ovšem nástřih provede mimo kontrakci na hráz nedostatečně rozvinutou, je výkon velmi bolestivý. (Doležal, 2007)

Již ve čtvrté době porodní začíná péče o epiziotomii, přikládáním studených obkladů, kterými redukuje otok a bolest nástřihu. Po 12 až 24 hodinách přikládáme naopak teplé obklady a sedací koupele, které zlepšují prokrvení tkání a tím urychlují hojení. (Leifer, 2004)

## **2.2 Poranění pánve**

Během těhotenství dochází vlivem estrogenů a progesteronu ke změnám ve vazivu, chrupkách a kloubních spojeních. Během spontánního porodu může vzniknout poškození pánve, především pak symfýzy, poranění kostrče a poranění sakroiliakálního kloubu. (Roztočil, 2001)

## **3 Prevence porodních poranění**

Velmi důležitou částí přípravy ženy na porod by měla být i prevence porodních poranění. Existuje mnoho způsobů jak porodní cesty na porod připravit. Záleží však jen na ženě, který způsob jí bude nejvíce vyhovovat.

### **3.1 Prevence ze strany ženy**

#### **3.1.1 Masáže hráze**

Masáže hráze se používají jako příprava na porod, jelikož dochází k natahování hráze, což simuluje procházení hlavičky. Při správném provádění může sloužit jako prevence ruptury nebo nástřihu hráze. Tyto cviky se provádějí v posledních týdnech těhotenství nejlépe každý den. Důležité jsou důkladně omyté ruce a ostříhané a opilované nehty osoby, která bude masáž provádět. Žena na ruce nanese vhodný gel nebo želé a zavede je do pochvy. Tlačí prsty směrem ke konečníku a pomalu sklouzne přes dno a pak vzhůru po stranách hráze. Žena může cítit mírně nepříjemné pocity nebo pálení. (Murkuffová, 2007)

#### **3.1.2 Procvičování svalů pánevního dna**

Neboli Kegelovy cviky jsou vhodné nejen kdykoli během těhotenství, ale i po porodu. Cviky svalů pánevního dna se nejčastěji provádějí vleže s pokrčenými koleny, kdy se plosky nohou dotýkají podložky a hlava a ramena jsou podepřeny polštářem s uvolněnými pažemi podél těla. Tato poloha je doporučována do čtvrtého měsíce, poté žena může cvičit vsedě nebo ve stoje. (Murkuffová, 2007)

Svaly pánevního dna, okolí pochvy a konečníku procvičíme tak, že tyto svaly pevně stáhneme a držíme je stažené co možná nejdéle, poté je začneme pozvolna povolovat, až do úplného uvolnění. Doporučeno je cviky provádět třikrát denně po deseti až dvaceti cvicích.

Pokud si žena není jistá, správným prováděním je možné si to ověřit tak, že uprostřed močení zkusí zadržet proud moči. (Murkuffová, 2007)

#### **3.1.3 EPI-NO**

Slouží k předporodní přípravě procvičování pánevního dna. Skládá se z anatomicky přizpůsobeného silikonového balonku, ruční pumpy, ventilku pro nafukování vzduchem

a přívodní hadice. EPI-NO Delphine Plus je rozšířeno o číselník s hodnotami. Cvičení lze rozdělit do tří stupňů.

Prvním stupněm je cvičení pánevního dna, kterým dochází k posílení svalů. Žena balónek zavede ze dvou třetin od pochvy, snaží se stažením svalstva pánevního dna zvednout balónek směrem nahoru cca na 10 sekund. Poté svalstvo opět na 10 sekund uvolní a celé to opakuje několikrát za sebou po dobu 10 minut.

Druhým stupněm je napínací cvičení, při kterém žena napíná svaly pánevního vchodu a hráze. Žena zavede balónek do pochvy a pomalu pumpuje, až do nepříjemného pnutí. Nechá asi 10 minut v pochvě. Postupným cvičením by se měla velikost rozšíření balónku zvyšovat.

Třetím stupněm je stimulační cvičení, kterým žena nacvičuje fázi vypuzení plodu. Na konci napínací fáze, žena uvolní svalstvo pánevního dna a tím nechá balónek vyklouznout. (Viz příloha A)

Kontraindikace k používání EPI-NO balónku jsou neobvyklá poloha plodu, patologie při uložení placenty, při nebezpečí vzestupné infekce, při nedolčených zraněních a nádorech v oblasti genitálu a při krvácení.

Ženy smějí EPI-NO používat jen pod dohledem lékaře nebo porodní asistentky pokud mají poškozené nervy nebo jiná onemocnění nebo užívají léky, které omezují vnímání bolesti v okolí genitálu, při paraparéze, při roztroušené skleróze a při přítomnosti varixů v okolí poševního vchodu.

S EPI-NO balónkem žena může cvičit i po porodu, ale není to doporučováno dříve než za tři týdny. Balónek pomáhá též při léčbě inkontinence. (EPI-NO)

### **3.1.4 Homeopatie**

Arnica můžeme podávat nejen po porodu na pohmoždění stydkých pysků a vaginy, ale i preventivně po nadměrném tlačení, klešťovém porodu nebo u hypertrofie plodu, kdy se očekává poranění měkkých tkání. Pomáhá též předcházet nebo zmírnit porodní potíže jako je krvácení, neodlučování placenty a poporodní bolesti. (Moskowitz, 2008)

### **3.1.5 Dianatal gel**

Vytváří v pochvě kluzký film, který snižuje třecí síly. Plod pak lépe prochází porodním kanálem, čímž usnadňuje a urychluje porod (až o 106 min). Výskyt natržení hráze se snižuje, je-li použit Dianatal gel. Balení obsahuje dva různé gely s různým složením, které se podávají

několikrát v průběhu porodu. První se používá při otevírací fázi a druhý při fázi vypuzovací. Podporuje a usnadňuje porody do vody i porody, při kterých je potřeba použít porodnické kleště nebo vakuum extraktor. Gel působí čistě fyzikálně, proto nejsou zatím žádné kontraindikace. (Viz příloha B), (Dianatal, porodnický gel)

### **3.2 Prevence ze strany porodníka**

Prevence trhlin hráze je správné vedení porodu, dostatečné chránění hráze a včasný nástřih hráze. Preventivním opatřením trhlin děložního čípku je při porodu zamezit tlačení rodičky před zajitím branky, dostatečně dozrálé hrdlo děložní před indukci porodu a při rigidní brance po konizaci či cerkláži provedený včasný nástřih. (Roztočil, 2001)

## 4 Péče o porodní poranění

I bez nástřihu hráze nebo poranění perinea může dojít k bolestivosti tohoto místa. To je zapříčiněno traumatizací měkkých porodních cest, trhlinami v oblasti konečníku nebo hemoroidy.

Pravděpodobnost bolestivosti v oblasti perinea je znásobena provedením nástřihu hráze nebo vzniklé ruptury za porodu. Při takovýchto traumatizacích je velká pravděpodobnost, že si žena nebude moci nějaký čas pohodlně sednout.

Jako u každé rány trvá nějaký čas, než se zahojí (obvykle 7 – 10 dní). Sestra by měla místo sutury sledovat alespoň jednou denně aby mohla vyloučit známky počínající infekce. Ale především žena sama by měla předcházet rozvoji infekce vhodnou hygienou ať už je poraněná nebo není. (Murkoffová, 2007)

Péče o hráz:

- Používat čistou hygienickou vložku minimálně po čtyřech až šesti hodinách.
- Pozornost věnovat při odstraňování vložky a hygieně, aby žena nezavlekla mikroorganismy z konečníku do pochvy, genitál otírat vždy zepředu dozadu.
- Při močení genitál polít nebo postříkat vodou nebo antiseptickým roztokem (dle doporučení lékaře nebo sestry), aby žena zabránila pálení. Dále i po močení a stolici tuto oblast udržovat v čistotě.
- Žena by neměla sama ošetřovat toto místo, dokud nebude zahojené. (Murkoffová, 2007)

Jak zmírnit bolestivost hráze:

- Studené obklady – jsou vhodné ke zmírnění otoku v místě poranění, vhodné jsou chirurgické rukavice naplněné ledem nebo speciální chladící pomůcky, které se doporučují v prvních dvaceti čtyřech hodinách
- Teplé obklady – doporučován je priessnitzův obklad (chladný vlhký obklad krytý suchou plenou po dobu asi 20 minut) nebo biostimulační laser, nepříliš se používají teplé sedací koupele nebo ohřívání soluxem kvůli nemožnosti vyloučení zánětu
- Znecitlivění – lze použít lokální anestetika ve formě sprejů, krémů nebo deček doporučených lékařem, mohou být také předepsány léky na tišení bolesti
- Nenamáhat – aby se zmírnil tlak na tuto oblast, doporučuje se ležet na boku, vyhýbat se dlouhému stání nebo sezení, pro pohodlnější sezení se doporučuje na židli položit polštářek

nebo nafukovací kruh

- Nestahovat – těsné oblečení zvláště spodní prádlo, může dráždit a dřít místo poranění
- Cvičit – Kegelovo cvičení prováděné co nejdříve po porodu povzbuzuje prokrvení v této oblasti, což pomáhá k rychlejšímu uzdravování
- Péče o močení – citlivost místa sešití může způsobit bolestivost tohoto místa při močení, doporučuje se při močení stát obkročmo nad záchodovou mísou, takže proud moči bude směřovat kolmo dolů a nebude se dotýkat bolestivých míst, bolestivost se dále zmírní, pokud se hráz při močení bude sprchovat vodou (Murkoffová, 2007)

#### **4.1 Homeopatie**

Při hojení poranění a nastřížení hráze nám mohou pomoci tři homeopatické léky.

Arnica pomáhá při poranění tupými předměty, pohmoždění měkkých tkání do čehož zapadá i kontuze pochvy a stydkých pysků při spontánním porodu. Lze ji použít i tam kde budeme kontuzi očekávat.

Calendula je lék na odřeniny a malé lacerace na kůži i na sliznicích. Brání rozvoji infekce a také podporuje hojení. Roztok Calenduly lze podávat ve formě masti nebo vodného roztoku na otevřené rány v pochvě, močové trubici nebo na hrázi, také ji lze přidávat do sedacích koupelí. Mast připravenou z Calenduly lze přidávat pod obklady.

Staphysagria je vhodná k minimalizaci bolesti v jizvě po epiziotomii nebo po císařském řezu. (Moskowitz, 2008)



## Výzkumná část

### 5 Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumného/výzkumného charakteru. Výzkum jsme prováděly u respondentek, které byly hospitalizované po spontánním porodu na oddělení šestinedělí v nemocnici krajského typu. Respondentkám bylo nad 20 let.

Formou strukturovaného rozhovoru (příloha C,D) jsme se 30 klientek cíleně dotazovaly na 11 otázek, z čehož na 7 otázek jsme se klientky ptaly při přijetí na oddělení šestinedělí a na další 4 otázky jsme se ptaly při propouštění respondentky do domácí péče. Dalších 8 informací důležitých pro náš výzkum jsme získaly z dokumentace respondentek. Výzkum byl naprosto anonymní.

#### 5.1 Výzkumné záměry

Na základě souvisejících výzkumů, studia literatury a zkušeností z praxe jsme si stanovily tyto výzkumné záměry:

1. Předpokládám, že nejčastějším porodním poraněním u respondentek je epiziotomie.
2. Předpokládám, že je u respondentek s indukcí porodu více výskytu ruptur perinea nežli u rodiček se spontánním nástupem porodu.
3. Předpokládám, že masáž hráze je nejčastější metoda prevence.
4. Předpokládám, že nemají rodičky dostatek informací o preventivních opatřeních souvisejících s přípravou perinea k porodu.
5. Předpokládám, že je menší frekvence porodních poranění u žen, které preventivní opatření prováděly.

#### 5.2 Přehled použitých četnostních veličin

Výsledky výzkumu jsme nejdříve zpracovaly pomocí absolutní a relativní četnosti a poté jsme je upravily formou tabulek a grafů, které jsme okomentovaly krátkým textem. Pro přehlednost výsledků v praktické části bakalářské práce jsme použily četnostní veličiny, kdy

$n_i$  znamená absolutní četnost a  $f_i$  znamená relativní četnost vyjádřená v procentech,  $n$  je rozsah souboru. Pro výpočet relativní četnosti jsme použily vzorec  $f_i = n_i/n \times 100$ .

## 6 Analýza a interpretace výsledků

### 6.1 Data získaná z ošetrovatelské dokumentace

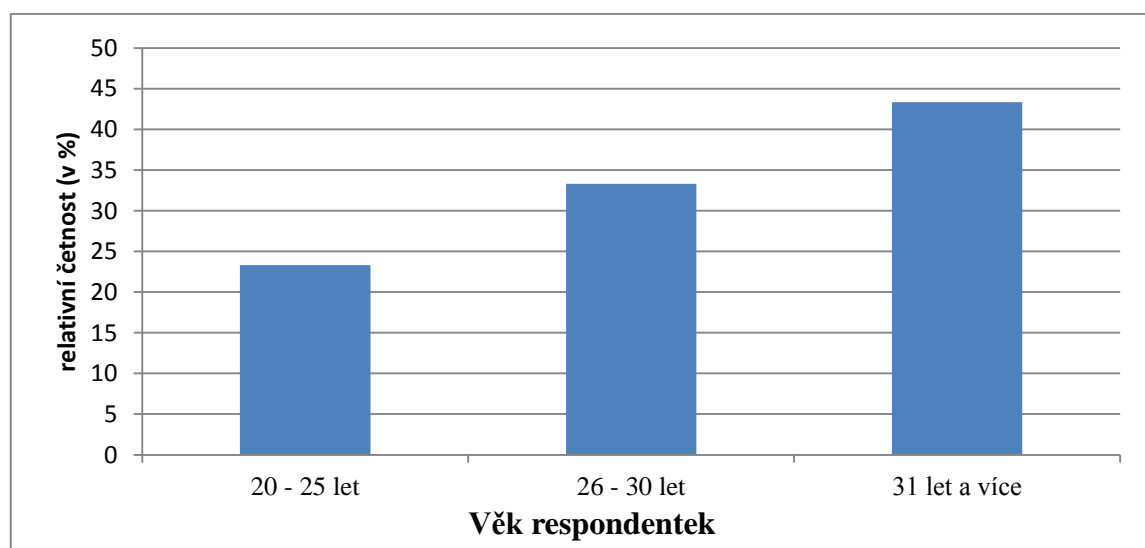
Nejprve jsme získávaly informace z dokumentace respondentek, které byly hospitalizované v nemocnici krajského typu. Podle dokumentace jsme vybraly respondentky, které byly po spontánním porodu na oddělení šestinedělí. V této fázi výzkumu jsme získávaly z dokumentace 8 informací.

#### 6.1.1 Věk respondentek

Nejprve jsme z dokumentace klientek zjišťovaly věk. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek bylo nejvíce žen, kterým bylo 30 let a více a to celkem 13 (43,33 %). Ve věkové kategorii 26 až 30 let bylo 10 (33,33 %) respondentek. Další nejčastější věk klientek se pohyboval mezi 20 a 25 roky a to v 7 případech (23,33 %). (Viz tabulka 1, obrázek 1)

Tabulka 1 Věk respondentek

Věk respondentek	$n_i$	$f_i$ (%)
20 – 25 let	7	23,33
26 – 30 let	10	33,33
31 let a více	13	43,33
$\Sigma$	30	



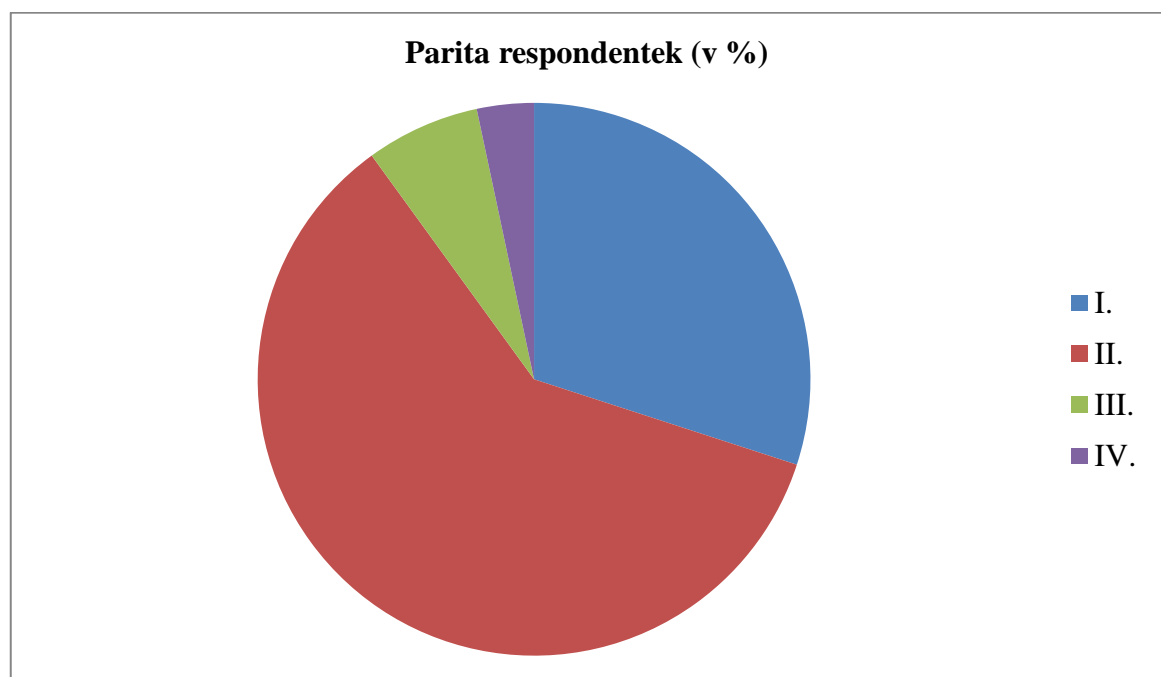
Obrázek 1 Graf věku respondentek

### 6.1.2 Gravidita a parita

Gravidita a parita klientky byla další informace, kterou jsme zjišťovaly z dokumentace klientek. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek bylo nejvíce žen, které rodily podruhé a to celkem 18 (60 %) žen. Primipary byly v mém výzkumném vzorku zastoupeny devětkrát (30 %). Ženy, které rodily potřetí, byly zastoupené ve 2 (6,66 %) případech. Jen jediná žena rodila počtvrté (3,33 %). (Viz tabulka 2, obrázek 2)

Tabulka 2 Gravidita a parita respondentek

Gravidita	Parita	$n_i$	$f_i$ (%)
I.	I.	8	26,66
II.	II.	10	33,33
III.	I.	1	3,33
	II.	6	20,00
IV	II.	1	3,33
V.	II.	1	3,33
	III.	2	6,66
	IV.	1	3,33
$\Sigma$		30	



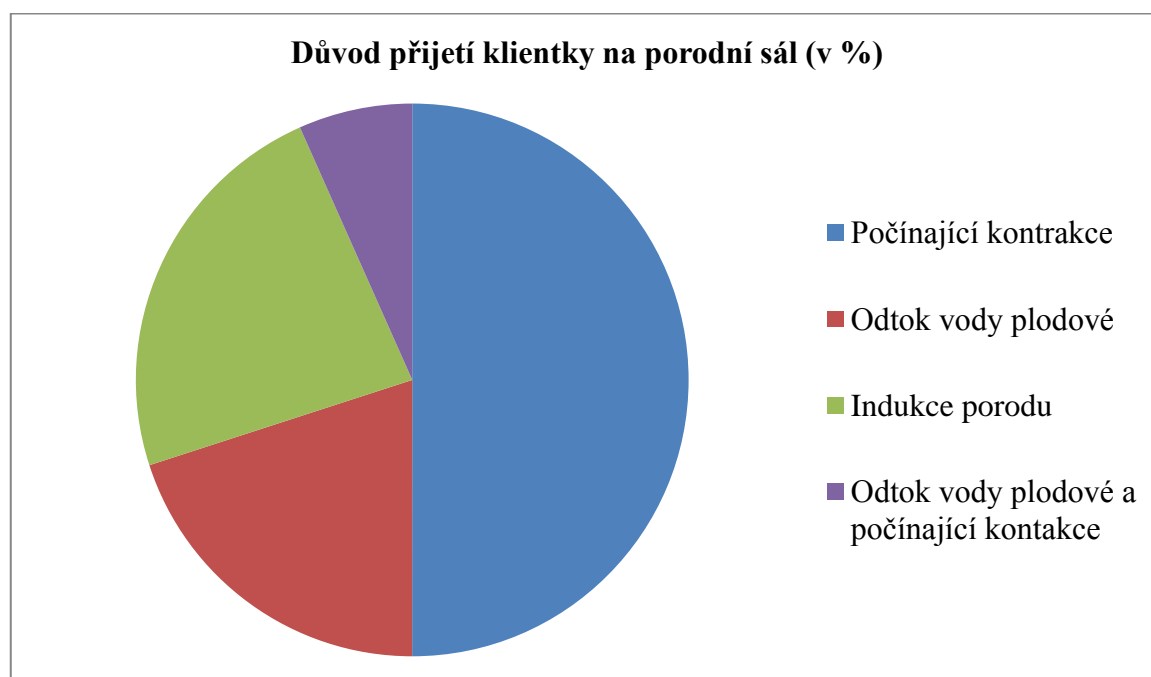
Obrázek 2 Graf parity respondentek

### 6.1.3 Důvod přijetí klientky na porodní sál

Jako další nás zajímal důvod přijetí klientky na porodní sál. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek nejvíce žen přicházelo pro počínající kontrakce a to až 15 (50 %) žen. Dalším nejčastějším důvodem přijetí byla indukce porodu u 7 (23,33 %) žen. Odtok plodové vody byl důvodem přijetí u 6 (20 %) klientek. Posledním důvodem přijetí na porodní sál u 2 (6,66 %) klientek byly počínající kontrakce spolu s odtokem vody plodové. (Viz tabulka 3, obrázek 3)

Tabulka 3 Důvod přijetí respondentek na porodní sál

Důvod přijetí na porodní sál	$n_i$	$f_i$ (%)
Počínající kontrakce	15	50,00
Odtok vody plodové	6	20,00
Indukce porodu	7	23,33
Odtok vody plodové a počínající kontrakce	2	6,66
$\Sigma$	30	



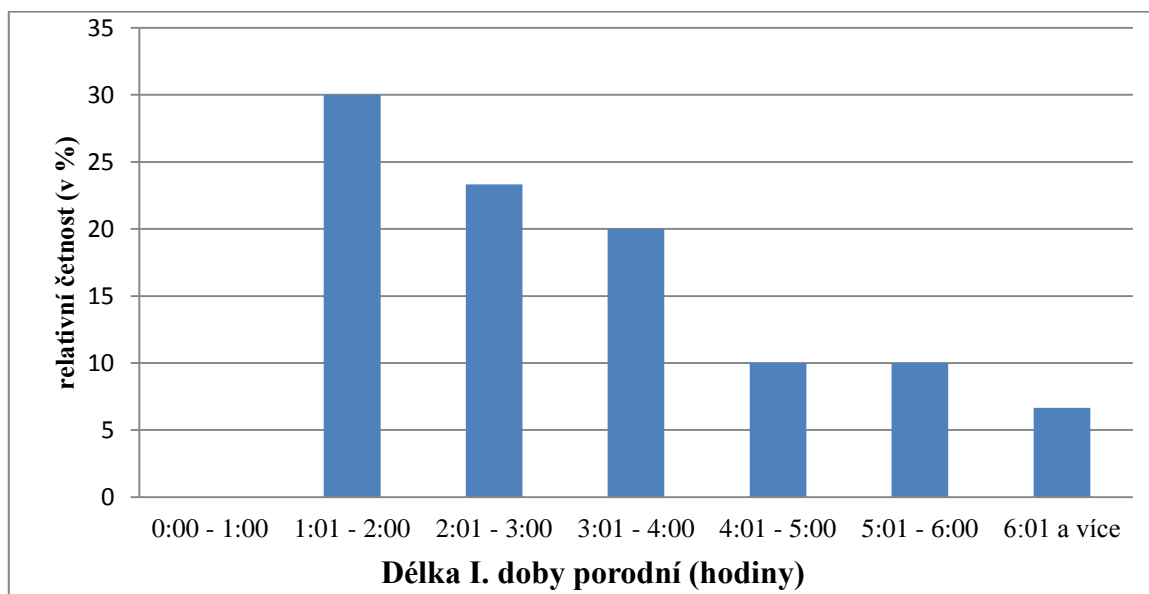
Obrázek 3 Graf důvodu přijetí respondentek na porodní sál

#### 6.1.4 Délka I. a II. doby porodní

Dále nás zajímala délka I. doby porodní. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek bylo 9 (30 %) žen, kterým I. doba porodní trvala 1:01 až 2 hodiny. 7 (23,33 %) ženám I. doba porodní trvala mezi 2:01 až 3:00 a u 6 (20 %) žen se délka pohybovala mezi 3:01 a 4:00. U 3 (10 %) respondentek se I. doba porodní pohybovala v rozmezí mezi 4:01 a 5:00 a u dalších třech klientek mezi 5:01 a 6:00. A jen u jedné klientky (6,66 %) se doba trvala nad 6:01 hodin. (Viz tabulka 4, obrázek 4)

Tabulka 4 Délka I. doby porodní u respondentek

Délka I. doby porodní (hodiny)	$n_i$	$f_i$ (%)
0:00 – 1:00	0	0,00
1:01 – 2:00	9	30,00
2:01 – 3:00	7	23,33
3:01 – 4:00	6	20,00
4:01 – 5:00	3	10,00
5:01 – 6:00	3	10,00
6:01 a více	2	6,66
$\Sigma$	30	

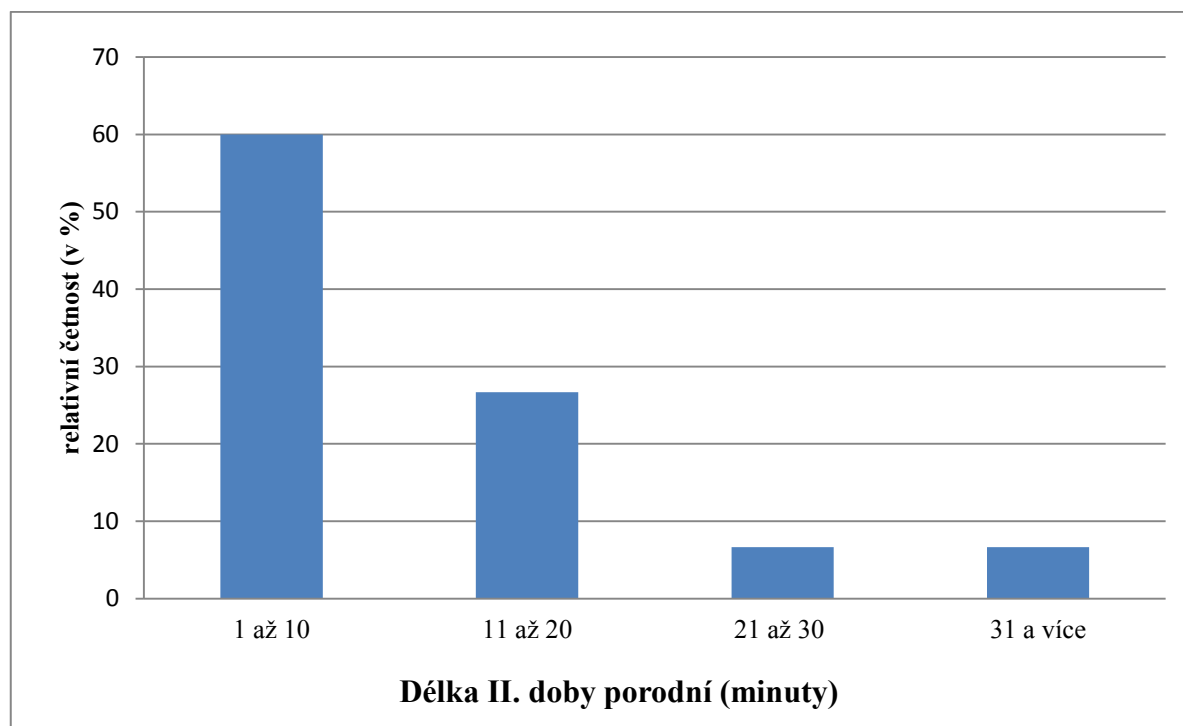


Obrázek 4 Graf délky I. doby porodní u respondentek

Druhá doba porodní z celkového počtu 30 (100 %) respondentek nejvíce ženám trvala mezi 1 až 10 minutou a to u 18 (60 %) klientek. Druhá nejčastější hodnota byla u 8 (26,66 %) žen a pohybovala se mezi 11 a 20 minutami. Poslední hodnota se pohybovala mezi 21 a 30 minutami a to celkem u 4 (13,33 %) žen. (Viz tabulka 5, obrázek 5)

Tabulka 5 Délka II. doby porodní u respondentek

Délka II. doby porodní (minuty)	$n_i$	$f_i$ (%)
1 - 10	18	60,00
11 - 20	8	26,66
21 – 30	2	6,66
31 a více	2	6,66
$\Sigma$	30	



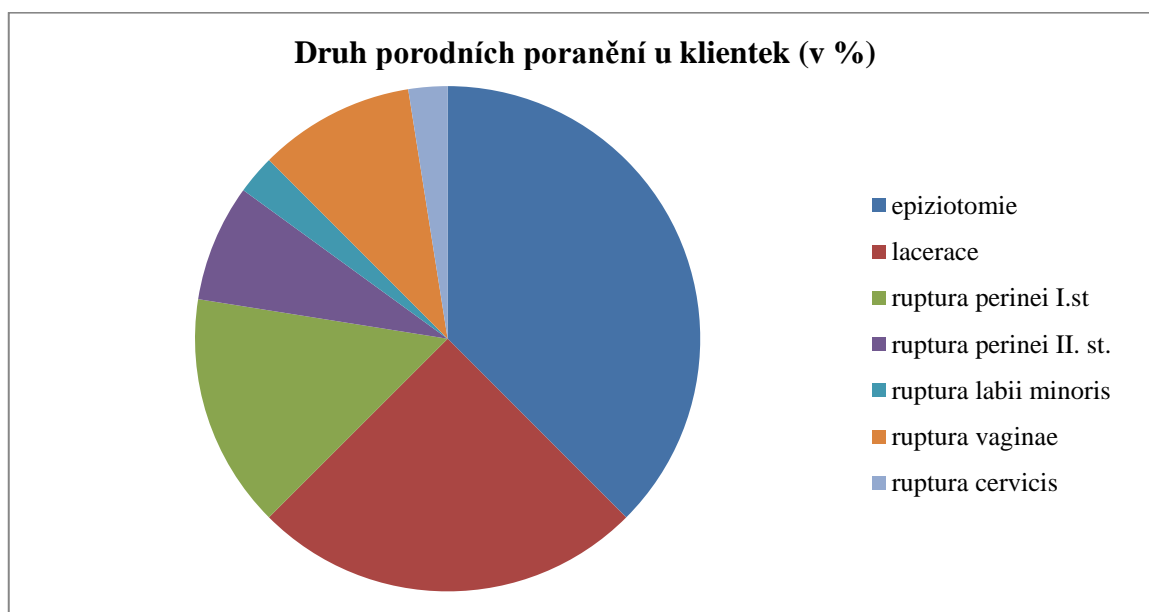
Obrázek 5 Graf II. délky porodní u respondentek

### 6.1.5 Druh porodního poranění u klientek

Zajímá nás i druh porodního poranění klientky. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek bylo nejvíce žen, kterým byla provedena epiziotomie a to u 15 (50 %) klientek. Druhým nejčastějším porodním poraněním byla lacerace introitu a to u 10 (33,33 %) klientek. Třetím nejčastějším poraněním byla ruptura perinei I. stupně, která se objevila u 6 (20 %) žen. Rupturu vaginae měly celkem 4 (13,33 %) ženy. O jednu (10 %) klientku méně mělo rupturu perinei II. stupně. Po jedné (3,33 %) klientce mělo rupturu labii minoris a rupturu cervicis. Několik klientek mělo i více poranění najednou. (Viz tabulka 6, obrázek 6)

Tabulka 6 Druh porodního poranění u klientek

Druh porodního poranění	$n_i$	$f_i$ (%)
Epiziotomie	15	50,00
Lacerace	10	33,33
Ruptura perinei I. st.	6	20,00
Ruptura perinei II. st.	3	10,00
Ruptura labii minoris	1	3,33
Ruptura vaginae	4	13,33
Ruptura cervicis	1	3,33
$\Sigma$	30	



Obrázek 6 Graf druhů porodních poranění u klientek

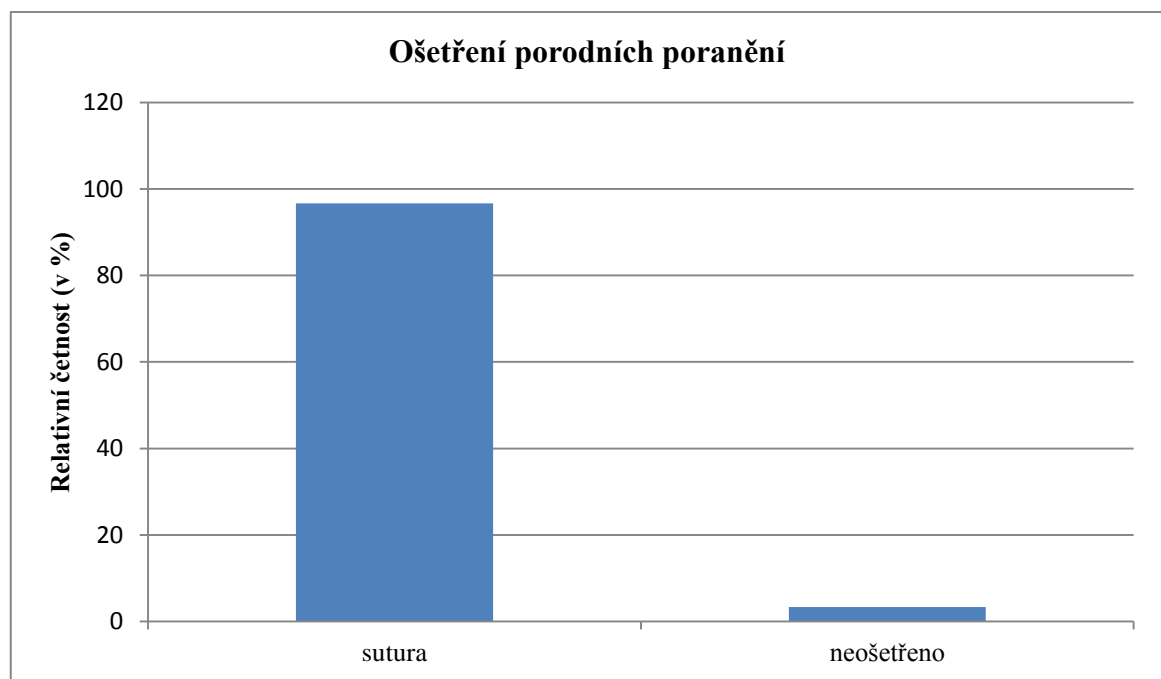


### 6.1.6 Ošetření porodních poranění

Po druhu porodního poranění nás zajímalo ošetření tohoto poranění. Zjistily jsme, že u 29 respondentek bylo porodní poranění ošetřeno suturou. Pouze u jedné pacientky s lacerací zadní komisury nebyla sutura provedena. (Viz tabulka 7, obrázek 7)

Tabulka 7 Ošetření porodních poranění respondentek

Ošetření porodního poranění	$n_i$	$f_i$ (%)
sutura	29	96,66
neošetřeno	1	3,33
$\Sigma$	30	



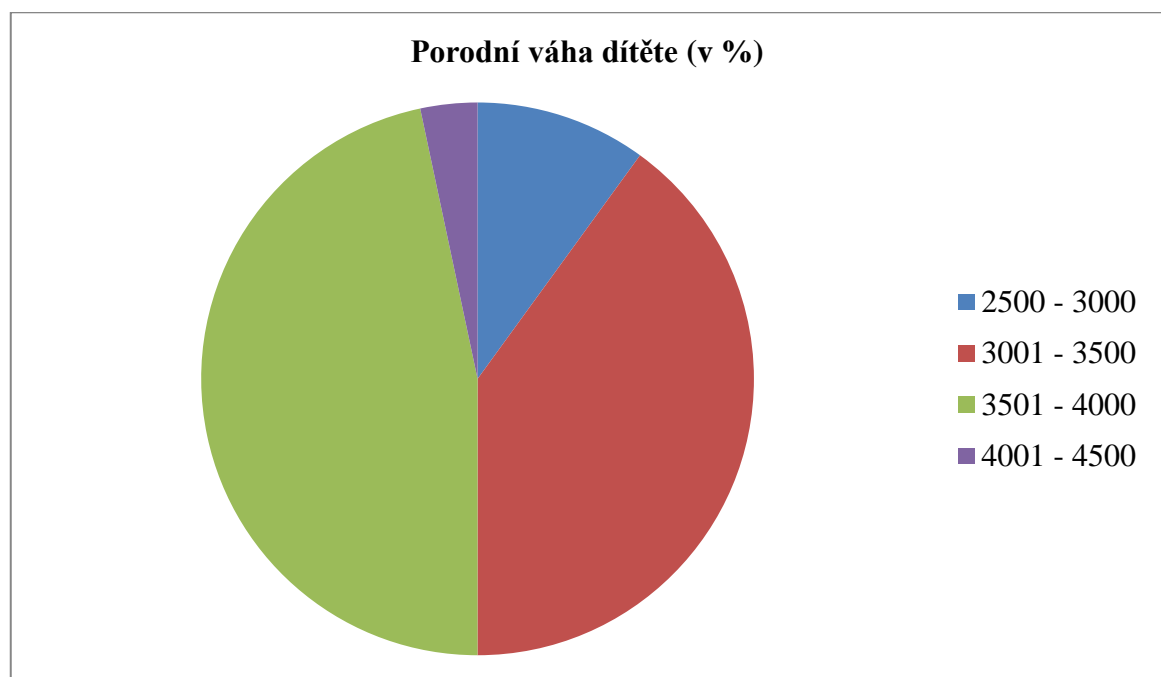
Obrázek 7 Graf ošetření porodních poranění respondentek

### 6.1.7 Porodní váha dítěte

Jako další nás zajímala porodní váha dítěte. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek mělo 14 (46,66 %) žen dítě, které vážilo mezi 3501 a 4000 gramy. Mezi 3001 a 3500 gramy mělo dítě 12 (40 %) klientek. Tři (10 %) klientky měly dítě, které vážilo 2500 až 3000 gramů. Jen jedna (3,33 %) žena porodila dítě mezi 4001 a 4500 gramy. (Viz tabulka 8, obrázek 8)

Tabulka 8 Porodní váha dítěte

Porodní váha dítěte (v g)	$n_i$	$f_i$ (%)
2500 – 3000	3	10,00
3001 – 3500	12	40,00
3501 – 4000	14	46,66
4001 – 4500	1	3,33
$\Sigma$	30	



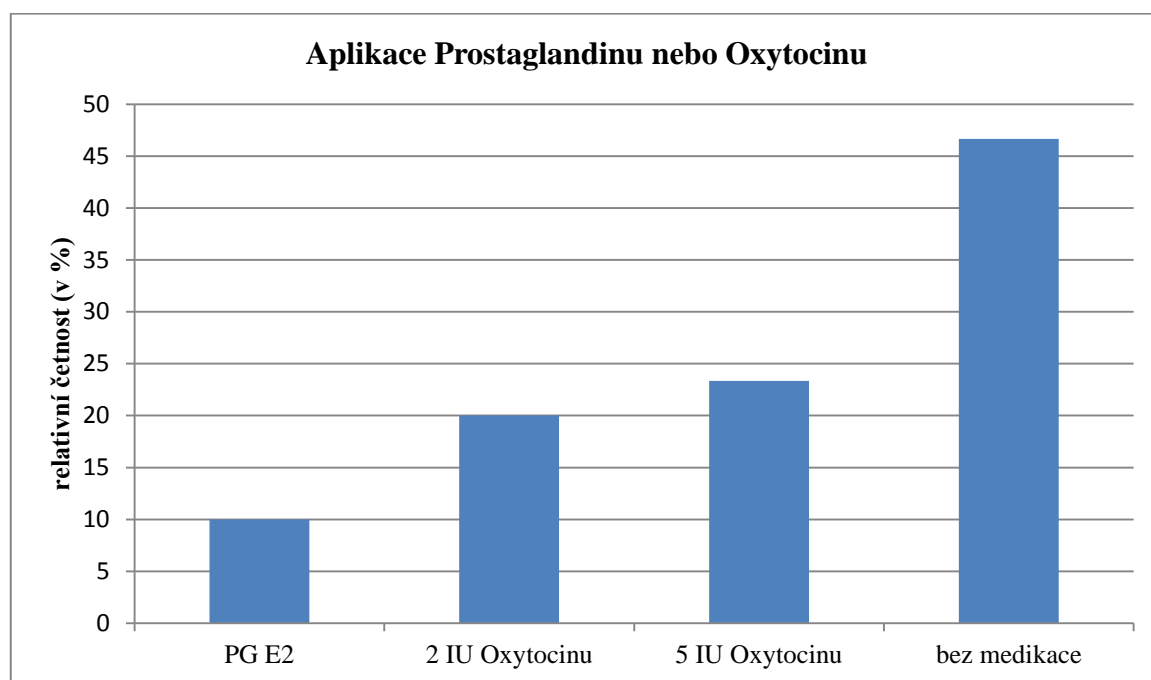
Obrázek 8 Graf porodních vah narozených dětí

### 6.1.8 Aplikace Prostaglandinu a Oxytocinu

Jako poslední informaci z dokumentace jsme zjišťovaly aplikaci Prostaglandinu nebo Oxytocinu (mimo aktivního vedení III. doby porodní). Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek byl nejvíce ženám podán Oxytocin v 5 IU a to u 7 (23,33 %) klientek. O jednu (20 %) klientku méně dostalo také Oxytocin, ale v dávce 2 IU. Jen 3 (10 %) klientkám byl aplikován prostaglandin E2. (Viz tabulka 9, obrázek 9)

Tabulka 9 Aplikace Prostaglandinu nebo Oxytocinu u respondentek

<b>aplikace Prostaglandinu nebo Oxytocinu</b>	$n_i$	$f_i$ (%)
Prostaglandin E2	3	10,00
2 IU Oxytocinu	6	20,00
5 IU Oxytocinu	7	23,33
bez medikace	14	46,66
$\Sigma$	30	



Obrázek 9 Graf aplikací Prostaglandinu a Oxytocinu

## 6.2 Data získaná od klientky

Ve druhé fázi jsme formou strukturovaného rozhovoru získávaly další data, která byla užitečná k provedení výzkumu. V této části jsme se respondentek dotazovaly na 11 otázek, na které nám odpovídaly.

### 1. otázka

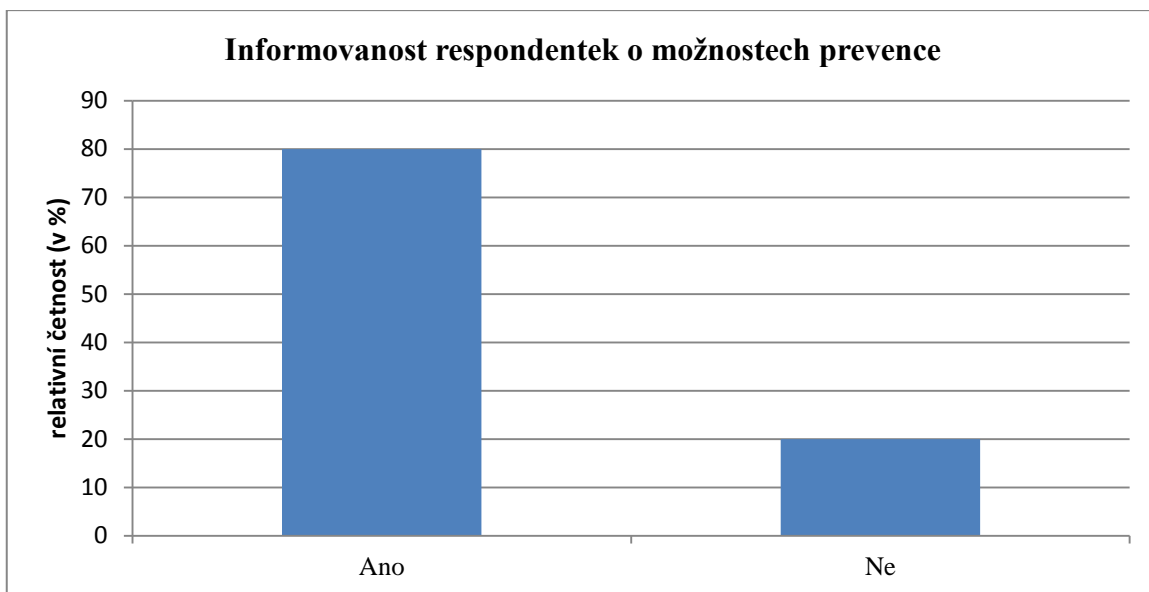
Slyšela jste někdy o prevenci porodních poranění, jako jsou masáže hráze (místo mezi pochvou a konečníkem), balónek EPI-NO, Dianatal gel, sedací lázně nebo jiné?

- a) Ano
- b) Ne

V první otázce jsme zjišťovaly u klientek, zda mají ponětí o tom, že existuje prevence porodních poranění. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek 24 (80 %) klientek vědělo nebo alespoň slyšelo o tom, že prevence existuje. Zato 6 (20%) klientek o prevenci porodních poranění nikdy neslyšelo. (Viz tabulka 10, obrázek 10)

**Tabulka 10** Informovanost respondentek o možnostech prevence

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	24	80,00
Ne	6	20,00
$\Sigma$	30	



**Obrázek 10** Graf informovanosti klientek o možnostech prevence

## 2. otázka

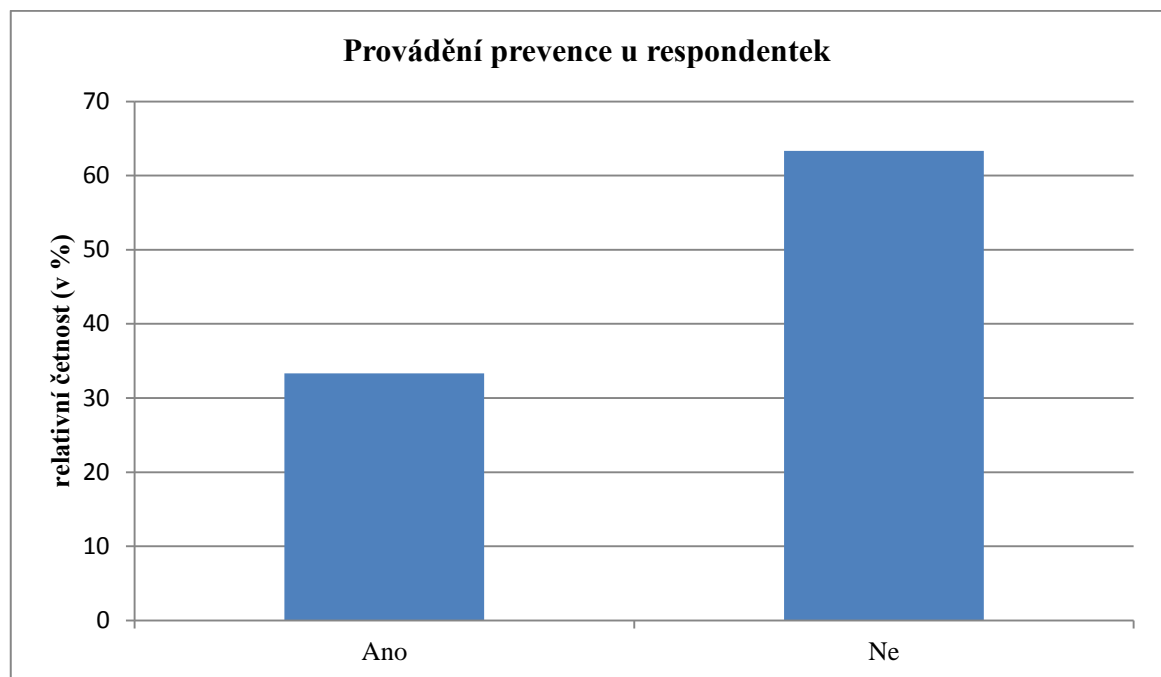
Prováděla jste v těhotenství nějaký druh prevence? Jaký?

- a) Ano
- b) Ne

V druhé otázce jsme se zaměřily na to, zda těhotné ženy prevenci prováděly. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek 20 (66,66 %) odpovědělo negativně. Z toho 14 (46,66 %) žen prevenci neprovádělo, i když o této možnosti věděly. Jen 10 (33,33 %) žen prevenci provádělo. (Viz tabulka 11, obrázek 11)

Tabulka 11 Prováděná prevence u respondentek

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	10	33,33
Ne	20	66,66
$\Sigma$	30	

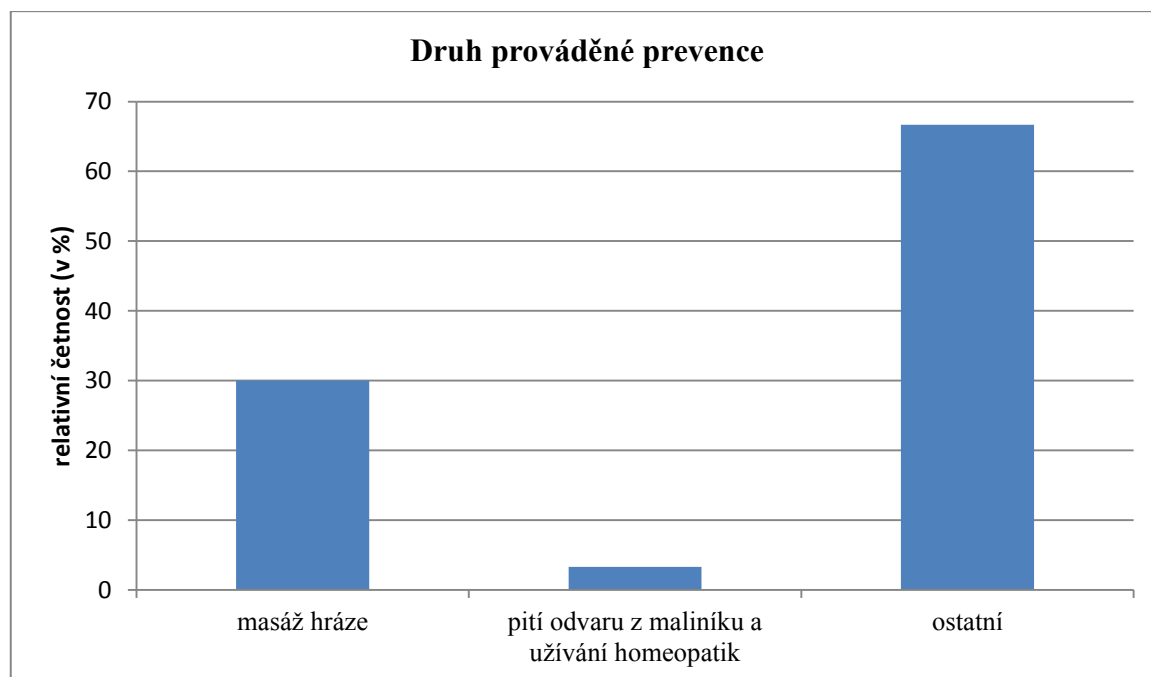


Obrázek 11 Graf prováděné prevence u respondentek

U žen které prevenci prováděly, nás zajímalo jaký druh. U respondentek jsme se nesetkaly s jinou odpovědí než, že prováděly masáže hráze (33,33 %), kromě jedné (3,33 %) ženy, která užívala homeopatika a pila odvar z maliníku. Ostatních 20 (66,66 %) žen prevenci neprovádělo. (Viz tabulka 12, obrázek 12)

**Tabulka 12 Druh prováděné prevence**

<b>Odpověď</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
Masáž hráze	9	30,00
Pití odvaru z maliníku a užívání homeopatik	1	3,33
ostatní	20	66,66
$\Sigma$	30	



**Obrázek 12 Graf prováděné prevence u respondentek**

### 3. otázka

Pokud ne, proč?

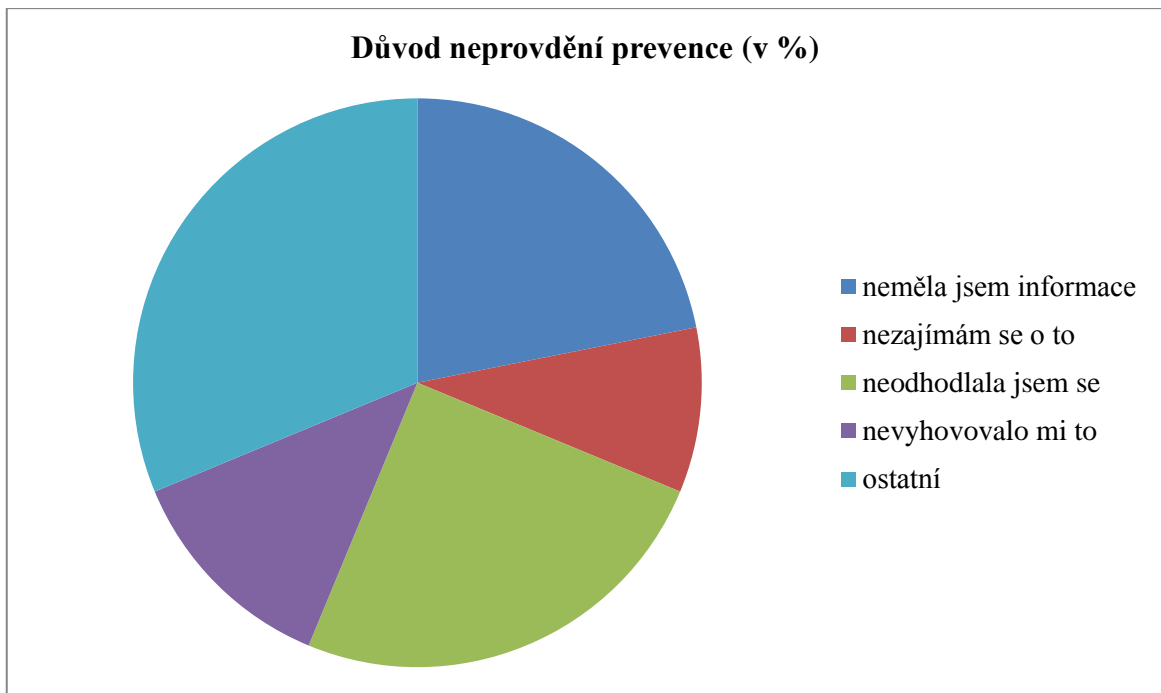
- a) Neměla jsem dostatek informací
- b) Nezajímám se o to
- c) Neodhodlala jsem se
- d) Jiné

V další otázce jsme se ptaly žen, které věděly o prevenci, ale neprováděly ji. Zajímalo nás, z jakého důvodu ji neprováděly. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek 8 (26,66 %) klientek se k provádění prevence neodhodlalo. Informace o prevenci porodních poranění nemělo 7 (23,33 %) klientek. Tři (10 %) respondentky se o prevenci nezajímaly a 2 (13,33 %) ženám provádění prevence nevyhovovalo. Ostatních 10 (33,33 %) žen prevenci provádělo. (Viz tabulka 13, obrázek 13)

**Tabulka 13** Důvod neprovádění prevence

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Neměla jsem informace	7	23,33
Nezajímám se o to	3	10,00
Neodhodlala jsem se	8	26,66
Nevyhovovalo mi to	2	13,33
ostatní	10	33,33
$\Sigma$	30	





**Obrázek 13 Graf důvodu neprovádění prevence u respondentek**

#### 4. otázka

Pokud ano, jak, jak často a od kterého týdne gravidity?

a) Jak?

Na čtvrtou otázku jsme se ptaly žen, které prevenci prováděly. Na otázku jak, mi všechny ženy odpověděly, že vždy podle návodu.

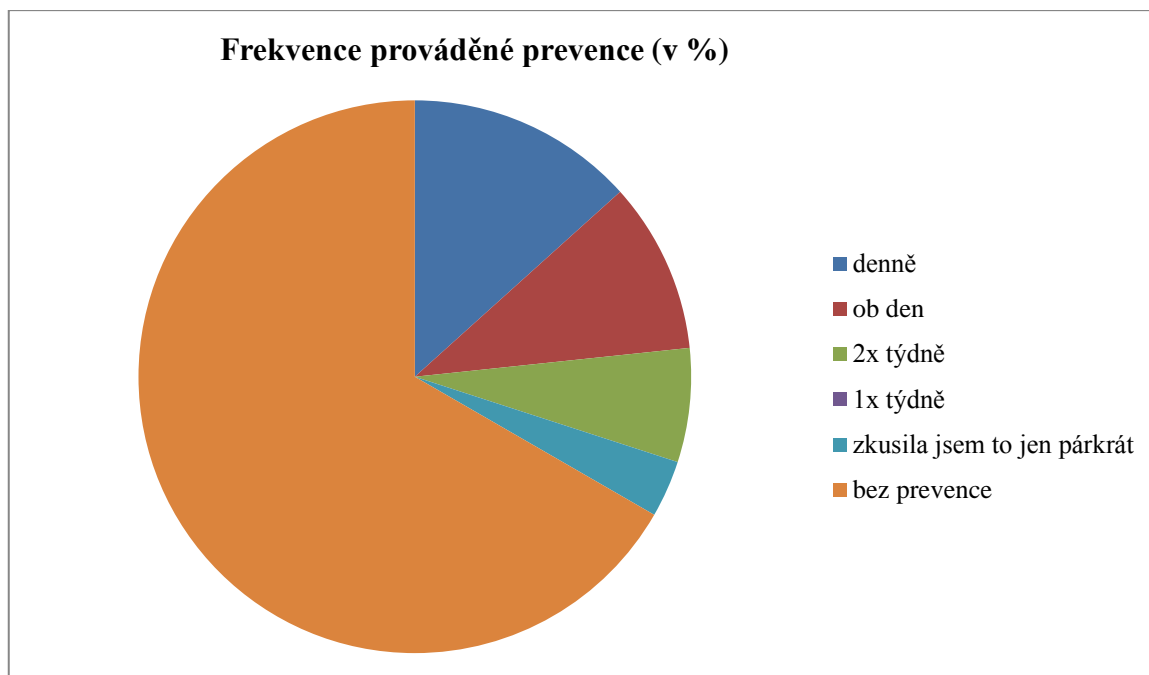
b) Jak často

- a) denně
- b) ob den
- c) 2x
- d) 1x týdně
- e) zkusila jsem to jen párkrát

Z celkového počtu 30 (100 %) respondentek 4 (13,33 %) ženy prevenci prováděly denně. Tři (10 %) ženy prevenci prováděly ob den, dvě (6,66 %) ženy nám odpověděly, že 2x týdně a jedna (3,33 %) žena odpověděla, že to zkusila jen párkrát. Ostatních 20 (66,66 %) žen prevenci neprovádělo. (Viz tabulka 14, obrázek 14)

**Tabulka 14** Frekvence prováděné prevence

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
denně	4	13,33
ob den	3	10,00
2x týdně	2	6,66
1x týdně	0	0,00
zkusila jsem to jen párkrát	1	3,33
bez prevence	20	66,66
$\Sigma$	30	



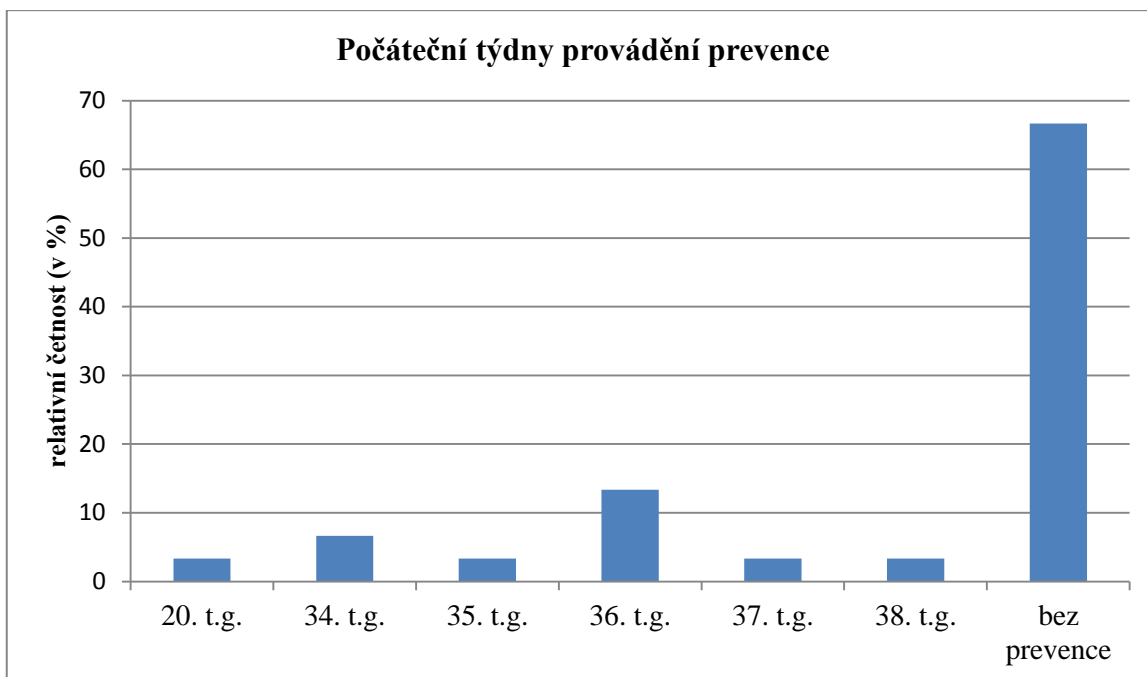
**Obrázek 14** Graf frekvence prováděné prevence

c) Od kterého týdne?

Dále nás zajímalo, od kterého týdne respondentky prevenci prováděly. Nejčastěji respondentky prováděly prevenci od 36. týdne těhotenství a to celkem 4 (13,33 %) klientky. Druhá nejčastější odpověď u 2 (6,66 %) žen byla, že prevenci prováděly od 34. týdne. Po jedné (3,33 %) klientce nám odpovědělo, že prevenci provádělo od 20., 35., 37. a 38. týdne těhotenství. Ostatních 20 (66,66 %) klientek prevenci neprovádělo. (Viz tabulka 15, obrázek 15)

**Tabulka 15** Provádění prevence (týden gravidity)

Odpověď (týden gravidity)	$n_i$	$f_i$ (%)
20. t.	1	3,33
34. t.	2	6,66
35. t.	1	3,33
36. t.	4	13,33
37. t.	1	3,33
38. t.	1	3,33
bez prevence	20	66,66
$\Sigma$	30	



Obrázek 15 Graf týdnů, kdy ženy začaly prevenci provádět

## 5. otázka

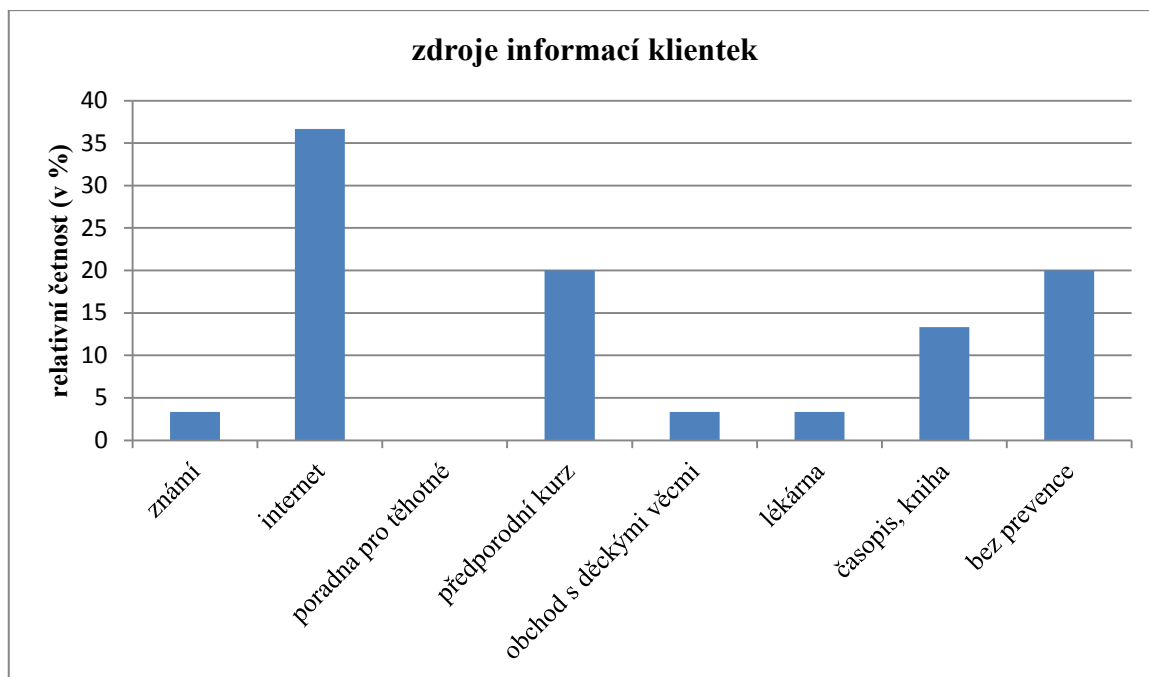
Od koho jste se dozvěděla o prevenci?

- a) Známi
- b) Internet
- c) Poradna pro těhotné
- d) Předporodním kurzu
- e) Jiné

Nejčastěji se ženy o prevenci porodních poranění dozvěděly z internetu a to 11 (36,66 %) klientek. Dalším místem, kde se ženy o existenci prevence dozvěděly, byly předporodní kurzy, které navštívilo 6 (20 %) klientek. Další 4 (13,33 %) se o prevenci dozvěděly z časopisu nebo knihy. Po jedné (3,33 %) klientce nám odpovědělo, že informace získalo od známých, z lékárny nebo z obchodu s dětskými věcmi. Ostatních 6 (20 %) o prevenci nikdy neslyšelo. (Viz tabulka 16, obrázek 16)

**Tabulka 16 Zdroje informací o prevencích**

<b>Odpověď</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> (%)</b>
Známi	1	3,33
Internet	11	36,66
Poradna pro těhotné	0	0,00
Předporodní kurz	6	20,00
Obchod s dětskými věcmi	1	3,33
Lékárna	1	3,33
Časopis, kniha	4	13,33
bez prevence	6	20,00
$\Sigma$	30	



Obrázek 16 Graf zdrojů informací klientek o prevenci

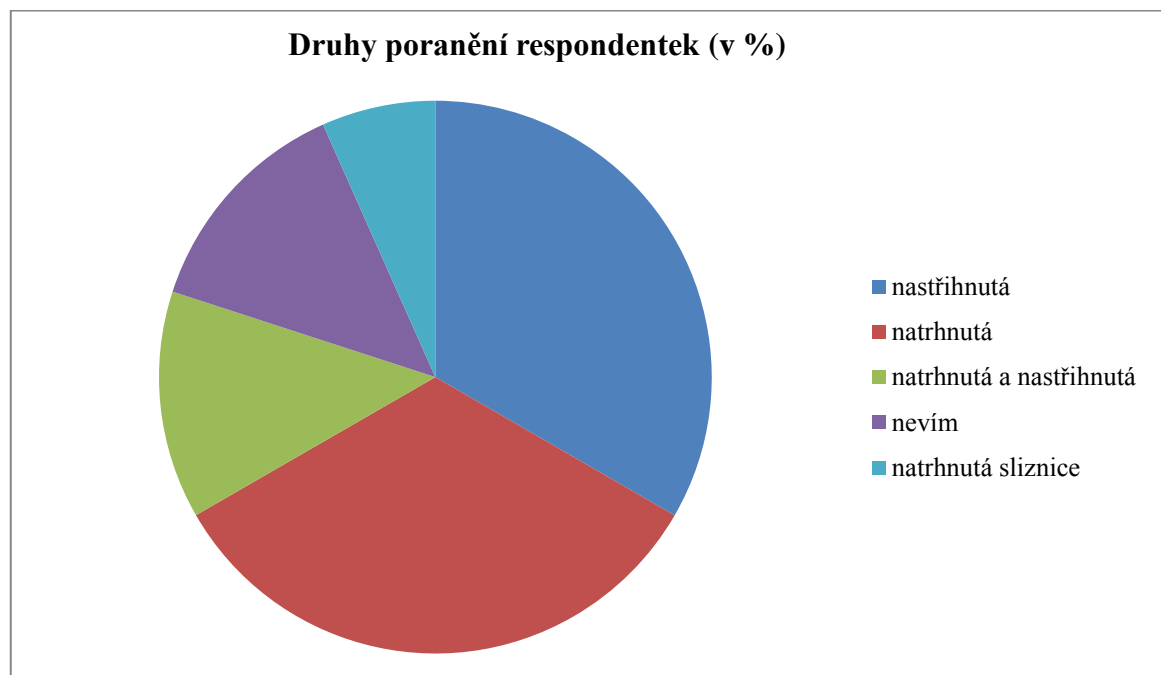
## 6. otázka

Víte co máte za druh poranění?

Odpovědi většiny žen se shodovali s jejich porodními poraněními a to u 24 (80 %) žen. U 2 (6,66 %) žen se jejich odpověď shodovala jen částečně, kdy věděly jen o nástřihu hráze. A 4 (13,33 %) ženy neměly ponětí, jaké poranění mají. (Viz tabulka 17, obrázek 17)

Tabulka 17 Druhy poranění respondentek

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Nastřihnutá	10	33,33
Natrhnutá	10	33,33
Natrhnutá a nastřihnutá	4	13,33
Nevím	4	13,33
Natrhnutá sliznice	2	6,66
$\Sigma$	30	



Obrázek 17 Graf druhů porodních poranění

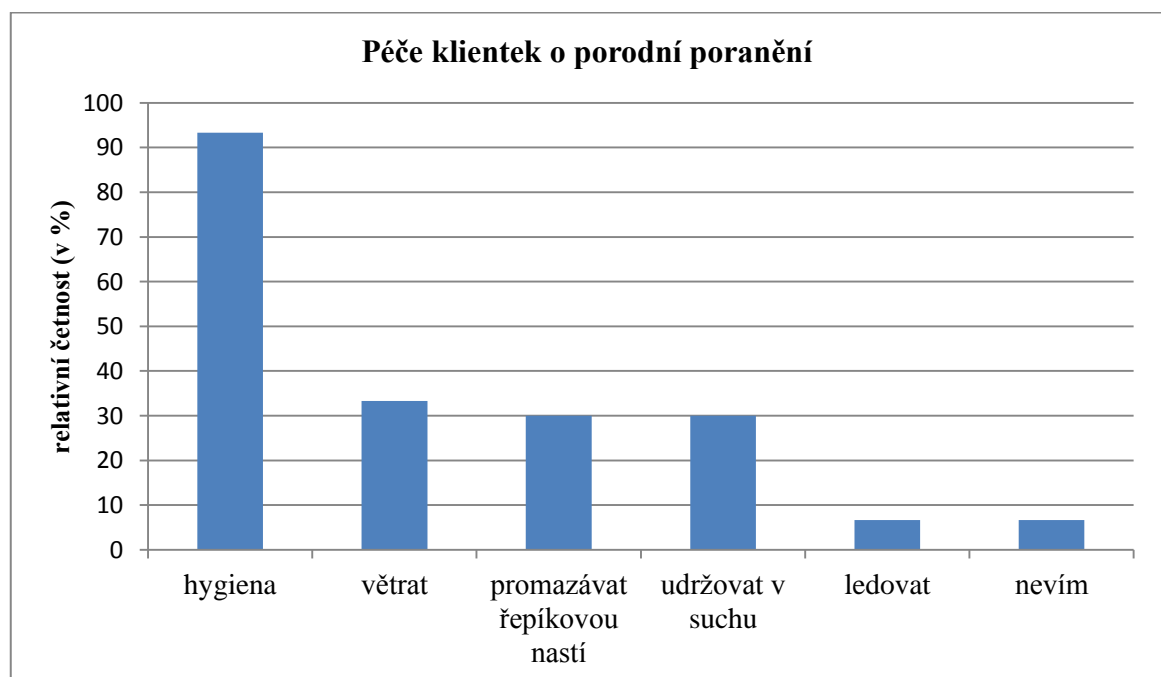
## 7. otázka

Víte, jak máte pečovat o porodní poranění? Popište mi to prosím.

Celkem 28 (93,33 %) žen se o své poranění starají tak, že dodržují pravidelnou hygienu. Další nejčastější odpověď byla, že své poranění větrají a to celkem u 10 (33,33 %) žen. Další 3 (30 %) ženy své poranění promazávaly řepíkovou masťou a 3 (30 %) ženy udržují své poranění v suchu častou výměnou vložek. Dvě (6,66 %) ženy své poranění ledovaly a stejný počet žen nevěděl, jak se má o své poranění starat. (Viz tabulka 18, obrázek 18)

Tabulka 18 Péče klientek o péči o porodní poranění

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Hygienu	28	93,33
Větrat	10	33,33
Promazávat řepíkovou masťou	3	30,00
Udržovat v suchu	3	30,00
Ledovat	2	6,66
Nevím	2	6,66
$\Sigma$	30	



Obrázek 18 Graf péče respondentek o porodní poranění



### 6.3 Otázky získané od klientky při propuštění

Při propuštění klientky do domácí péče jsme se respondentek ptaly na několik informací. Než jsou klientky propuštěny, porodní asistentka všem předá informace, které mimo jiné zahrnují i péči o porodní poranění.

#### 1. Otázka

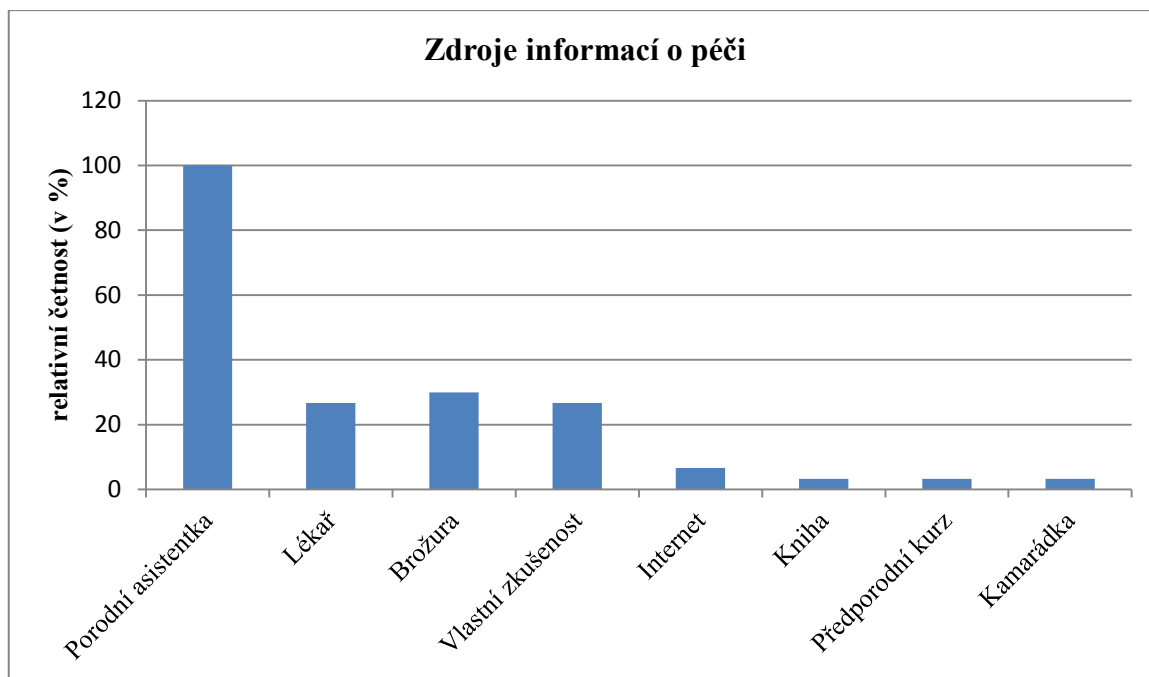
Kdo Vám dal informace o tom, jak máte pečovat o svou hráz?

- a) Porodní asistentka
- b) Lékař
- c) Někdo jiný

Všech 30 (100 %) žen odpovědělo, že informace o péči o porodní poranění jim poskytla porodní asistentka. 9 (30 %) se o péči dozvědělo z brožury, kterou našly na pokoji. 8 (26,66 %) ženám tuto informaci poskytl lékař a dalších 8 (26,66 %) žen postupovalo v péči podle své předchozí zkušenosti. Internetem se nechaly poučit o péči 2 (6,66 %) ženy. Po jedné ženě (3,33 %) získalo informace z knihy, předporodního kurzu nebo od kamarádky. (Viz tabulka 19, obrázek 19)

Tabulka 19 Zdrojů informací o péči o porodní poranění

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Porodní asistentka	30	100,00
Lékař	8	26,66
Brožura	9	30,00
Vlastní zkušenost	8	26,66
Internet	2	6,66
Kniha	1	3,33
Předporodní kurz	1	3,33
Kamarádka	1	3,33
$\Sigma$	30	



**Obrázek 19** Graf zdrojů informací o péči o porodní poranění

## 2. otázka

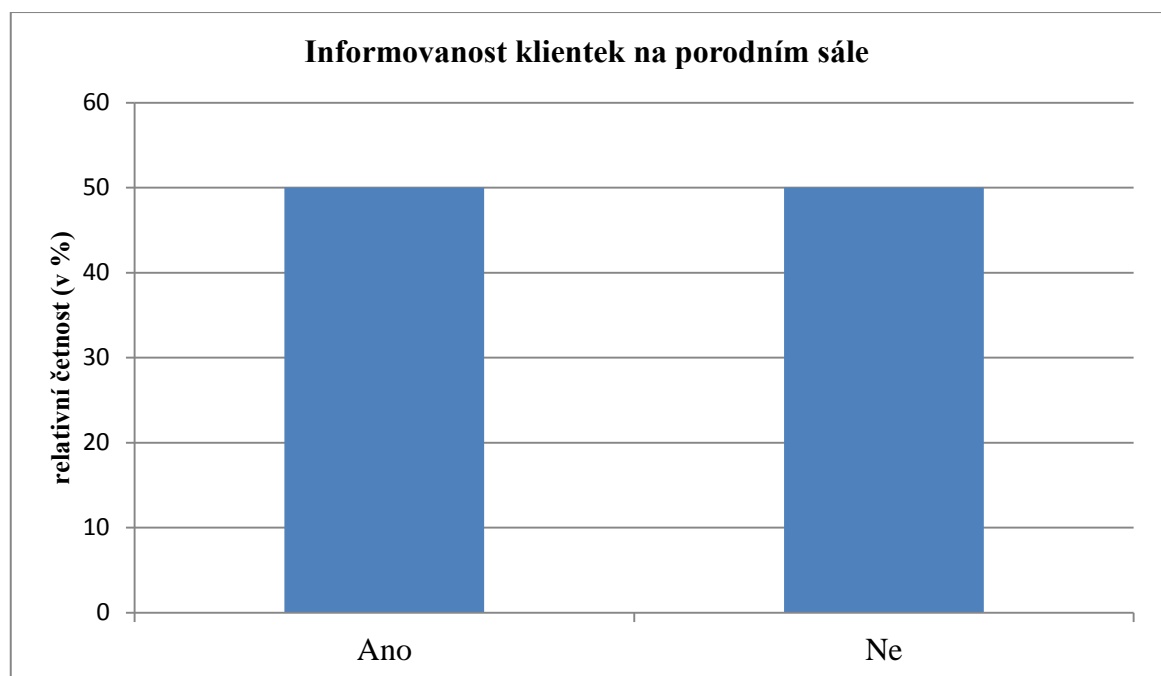
Myslíte, že informace na porodním sále o péči o vaše poranění byly podány ve vhodnou dobu a vhodnou formou?

- a) Ano
- b) Ne

Na tuto otázku mi 15 (50 %) žen odpovědělo, že byly spokojeny s informacemi, které jim byly podány na porodním sále. Druhých 15 (50 %) žen mi odpovědělo, že si nejsou vědomy nebo si už nepamatují, jaké informace jim byly podány, natož jestli nějaké informace dostaly. (Viz tabulka 20, obrázek 20)

Tabulka 20 Informovanost na porodních sálech

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Ano	15	50,00
Ne	15	50,00
$\Sigma$	30	



Obrázek 20 Graf informovanosti klientek o péči o poranění na porodním sále

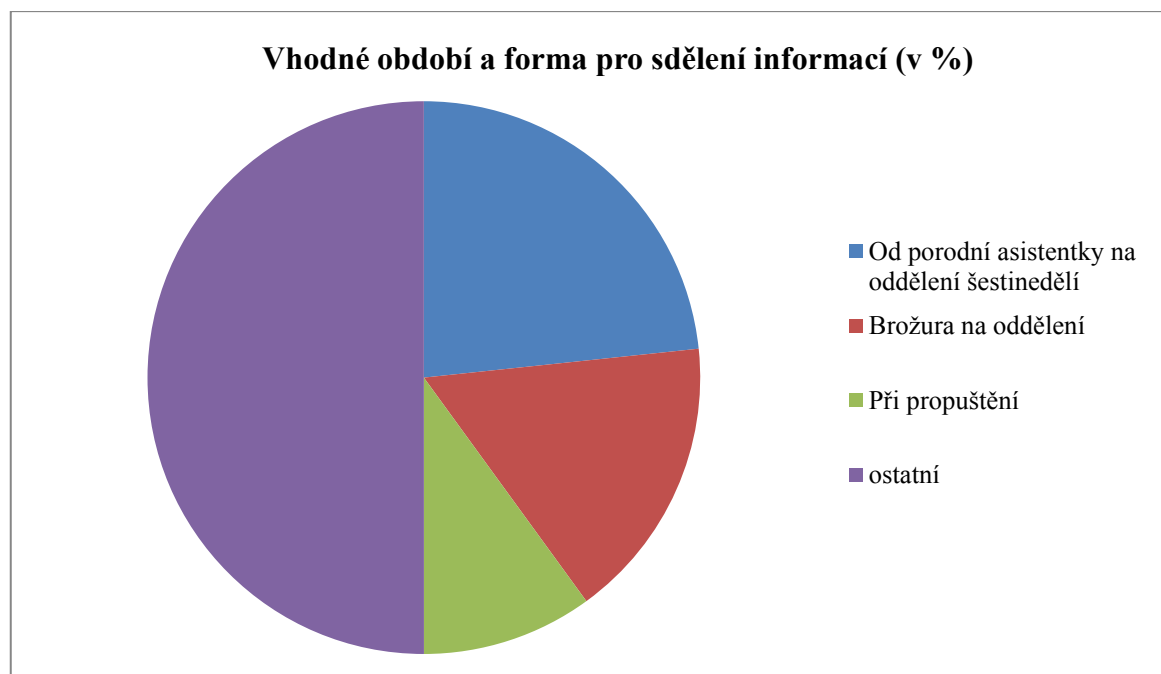
### 3. otázka

Pokud ne, kdy byste je slyšela raději a v jaké formě?

U žen, které nebyly spokojeny s podáním informací na porodním sále nebo přesněji si nebyly jisté, nebo si vůbec nepamatovaly, že tyto informace dostaly, jsme se ptaly, kde nebo jak by se tyto informace dozvěděly raději. Celkem 7 (23,33 %) žen by tyto informace uvítalo na oddělení šestinedělí, kde by na tyto informace bylo více prostoru. 5 (16,66 %) respondentek by uvítalo brožuru na svém pokoji na oddělení. 3 (10 %) respondentky by edukaci znovu rády slyšely při propuštění do domácí péče. (Viz tabulka 21, obrázek 21)

Tabulka 21 Vhodné období a forma pro sdělení informací

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Od porodní asistentky na oddělení šestinedělí	7	23,33
Brožura na oddělení	5	16,66
Při propuštění	3	10,00
Ostatní	15	50,00
$\Sigma$	30	



Obrázek 21 Graf vhodného období a formy pro sdělení informací

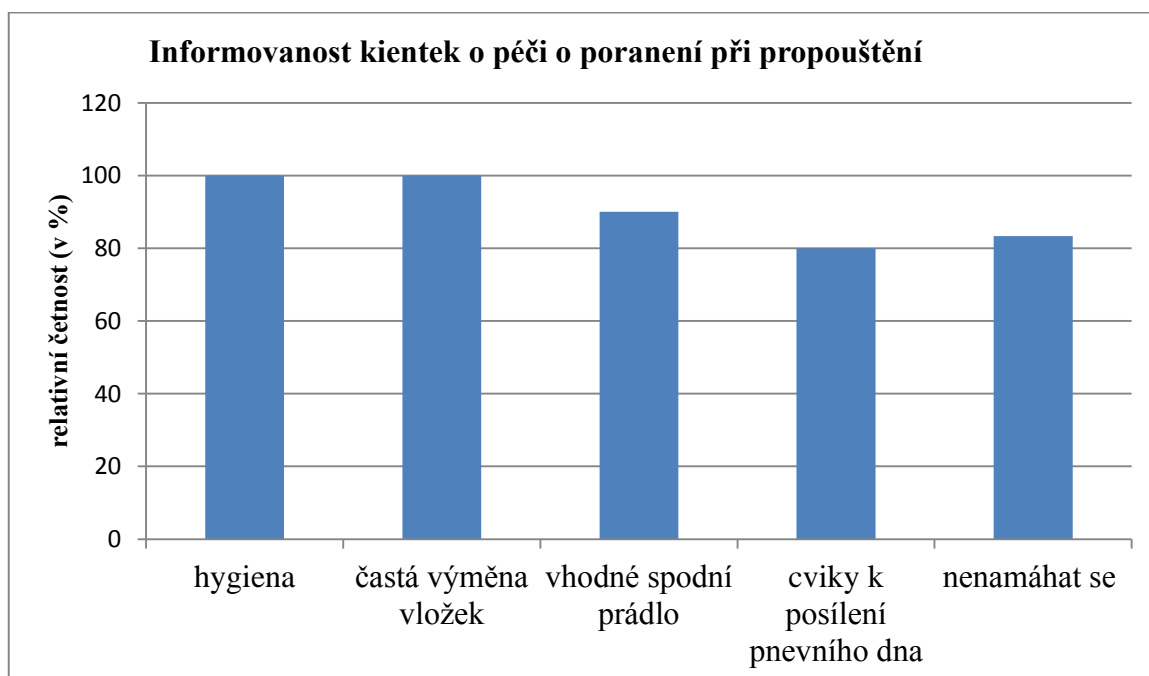
#### 4. otázka

Rozumíte nyní, jak máte pečovat o vaše poranění? Popište mi to prosím.

Na tuto otázku jsme se ptaly klientek, které byly propouštěny sestrou do domácí péče. Téměř všechny odpověděly to samé. Všech 30 (100 %) žen vědělo, že pro jejich poranění je nejlepší častá hygiena a častá výměna vložek. Celkem 27 (90 %) žen uvedlo výběr vhodného spodního prádla. 25 (83,33 %) žen uvedlo, že se nebudou namáhat a cviky na posílení pánevního dna uvedlo 24 (80 %) žen. (Viz tabulka 22, obrázek 22)

Tabulka 22 Informovanost klientek o péči o poranění při propouštění

Odpověď	$n_i$	$f_i$ (%)
Hygiena	30	100,00
Častá výměna vložek	30	100,00
Vhodné spodní prádlo	27	90,00
Cviky k posílení pánevního dna	24	80,00
Nenamáhat se	25	83,33
$\Sigma$	30	



Obrázek 22 Graf informovanosti klientek o péči o porodní poranění při propouštění

## 7 Diskuze

V této části bakalářské práce srovnám námi stanovené výzkumné záměry s daty získanými z mého výzkumu.

### Výzkumný záměr č. 1

#### **7.1 Předpokládám, že nejčastějším porodním poraněním u respondentek je epiziotomie.**

První výzkumný záměr se váže k informacím získaným z dokumentace. Tyto informace zjišťovali, jaké mají respondentky porodní poranění. V získaných informacích se nám potvrdilo, že nejčastějším porodním poraněním u sledovaného vzorku respondentek je epiziotomie a to u 15 (50 %) klientek. Tímto se nám stanovený **výzkumný záměr potvrdil.**

### Výzkumný záměr č. 2

#### **7.2 Předpokládám, že je u respondentek s indukcí porodu více výskytu ruptur perinea nežli u rodiček se spontánním nástupem porodu.**

Druhý výzkumný záměr se váže k informacím získaným z dokumentace. Tyto informace zjišťovali důvod přijetí klientky na porodní sál a druh porodního poranění ženy. Ze získaných informací jsme zjistily, že nejčastějším poraněním při indukci porodu u sledovaného vzorku respondentek byly lacerace a to u 3 (10 %) žen. Tímto se nám stanovený **výzkumný záměr nepotvrdil.**

### Výzkumný záměr č. 3

#### **7.3 Předpokládám, že masáž hráze je nejčastější metoda prevence.**

Třetí výzkumný záměr se váže k otázce číslo 2 v 1. fázi rozhovoru, ve které jsme se klientek ptaly, jaký druh prevence v těhotenství prováděly. Ze získaných informací jsme zjistily, že 9 (30 %) žen, což byla většina klientek provádějících prevenci, opravdu nejčastěji provádí masáž hráze. Tímto se nám stanovený **výzkumný záměr potvrdil.**

### Výzkumný záměr č. 4

#### **7.4 Předpokládám, že nemají rodičky dostatek informací o preventivních opatřeních souvisejících s přípravou perinea k porodu.**

Čtvrtý výzkumný záměr se váže k otázce číslo 1 v první fázi rozhovoru. V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda někdy slyšely o prevenci porodních poranění. Ze získaných odpovědí

jsme zjistily, že klientky dostatek informací o provádění prevence mají a to celkem 24 (80 %) žen. Tímto se nám stanovený **výzkumný záměr nepotvrdil.**

### **Výzkumný záměr č. 5**

#### **7.5 Předpokládám, že je menší frekvence porodních poranění u žen, které preventivní opatření prováděly.**

Pátý výzkumný záměr se váže k informaci získané z dokumentace a otázce číslo 2, kterou jsme pokládaly klientce. Z dokumentace jsme zjišťovaly druh porodního poranění u klientky. Jako další jsme se ptaly respondentek, zda nějaký druh prevence prováděly. Porovnáním informací z našeho výzkumného vzorku jsme zjistily, že ženy provádějící prevenci měly průměrně horší druh porodního poranění. Celkem to bylo 10 (33,33 %) žen. Tímto se nám stanovený **výzkumný záměr nepotvrdil.**

## Závěr

V závěru práce bych ráda zhodnotila výsledky výzkumné části bakalářské práce. Na začátku jsme si stanovily cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit informovanost rodiček o možnostech přípravy k porodu. Druhým cílem bylo zjistit, zda příprava hráze k porodu má pozitivní vliv na porodní poranění ženy a posledním cílem bylo zjistit, zda indukce porodu má negativní vliv na porodní poranění hráze.

Pomocí strukturovaného rozhovoru a informací získaných z dokumentace klientek jsme zjistily, že ženy jsou v podstatě informovány dobře, ale problémem pro ně je tyto informace převést do praxe. Další dva výzkumné záměry u našeho vzorku respondentek se bohužel nepotvrdily.

Domnívám se, že by mělo být samozřejmostí klientky informovat a motivovat o prevenci o porodní poranění. A jsem ráda, že ženy o prevenci vědí. Bohužel jsme též zjistily, že většina žen nezná jinou možnost prevence, než je masáž hráze.

Na druhé straně jsme zjistily, že informovanost o péči o porodní poranění je na vysoké úrovni, kdy ženy při propouštění do domácí péče získávají důležité informace. Tyto informace jsou také velmi cenné, jelikož jako dobrá prevence je přinejmenším stejně důležitá i následná péče o porodní poranění. U sledovaných respondentek s indukcí porodu nebylo zaznamenáno více výskytu ruptur perinea nežli u rodiček se spontánním nástupem porodu. Také nebyla potvrzena menší frekvence porodních poranění u žen, které preventivní opatření prováděli.

Domnívám se, že v praxi by měly být ženy více informovány nejen o možnostech prevence, ale i o druzích prevence. Hlavními zdroji prevence by měly být porodní asistentky nejen v předporodních kurzech, ale i v ordinacích gynekologů. Dalším vhodným zdrojem by měly být letáky a brožury v čekárnách gynekologů.

Při vytváření této práce jsem se dozvěděla mnoho nových informací, které doufám dále použiji ve své praxi.



## Soupis bibliografických citací

ČECH, E. *Porodnictví*. 2. vyd., Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.

ČIHÁK, R. *Anatomie*. 2. vyd., Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X

DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MOSKOWITZ, M. D. *Homeopatie pro těhotenství a porod*. 1. vyd., Praha: Alternativa, 2008. ISBN 978-80-86936-05-5.

MURKOFFOVÁ, H.; EISENBERGOVÁ, A.; HARHAWAYOVÁ, S. *Co čekat v radostném očekávání*. 3. vyd., Praha: Slovart, 2007. ISBN 978-80-7209-965-8.

ROZTOČIL, A. *Porodnictví*. 1. vyd., Brno: MIKADA, 2001. ISBN 80-7013-339-2.

Dianatal, porodnický gel [online]. [cit 14.1.2013] Dostupné z [www.dianatal.eu](http://www.dianatal.eu)

EPI-NO [online]. [cit 14.1.2013] Dostupné z [www.epino.cz](http://www.epino.cz)

## **Seznam příloh**

Příloha A – Simulační cvičení s EPI-NO balónkem

Příloha B – Použití Dianatal gelu

Příloha C – Strukturovaný rozhovor

Příloha D – Zdrojová data (CD)

## Příloha A

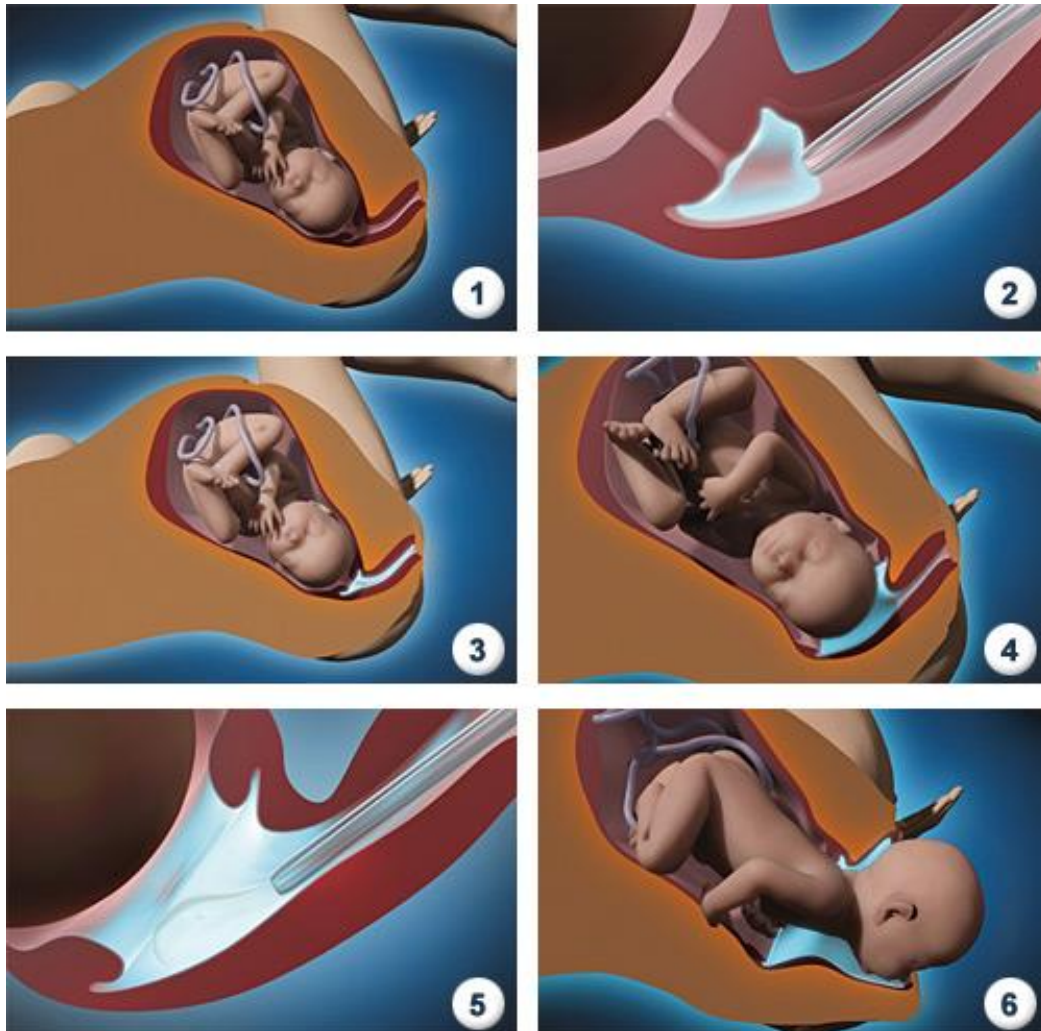
### Simulační cvičení s EPI-NO balónkem



(<http://www.epino.cz/epi-no/predporodni-priprava.html>) [9. 4. 2013]

## Příloha B

### Použití Dianatal gelu



(<http://www.dianatal.eu/czech/application.html>) [9. 4. 2013]

## **Příloha C**

### **Strukturovaný rozhovor**

#### **Data získaná z dokumentace**

Věk

G/P

#### **Porodnická anamnéza**

Důvod přijetí na porodní sál

Délka porodních dob:

I.DP

II.DP

porodní poranění

ošetření poranění

váha dítěte

aplikace prostaglandinu a oxytocinu

#### **Data získaná od klientky**

1. Slyšela jste někdy o prevenci porodních poranění, jako jsou masáže hráze (místo mezi pochvou a konečníkem), balónek epi-no, Dianatal gel, sedací lázně nebo jiné?

Ano    Ne

2. Prováděla jste v těhotenství nějaký druh prevence? Jaký?

Ano    Jaký .....    Ne

3. Pokud ne, proč?

Neměla jsem dostatek informací

Nezajímám se o to

Neodhodlala jsem se

Jiné.....

4. Pokud ano, jak, jak často a od kterého týdne gravidity?

Jak .....

Jak často?

denně    ob den    2x týdně

1x týdně

zkusila jsem to jen párkrát

Od kterého týdne gravidity .....

5. Od koho jste se dozvěděla o prevenci?

Známí      Internet

Poradna pro těhotné      Předporodním kurzu      Jiné .....

6. Víte co máte za druh poranění?

.....

7. Víte, jak máte pečovat o porodní poranění? Popište mi to prosím.

.....

### **Při propuštění**

1. Kdo Vám dal informace, o tom jak máte pečovat o svou hráz?

Porodní asistentka      Lékař      Jiné .....

2. Myslíte, že informace na porodním sále o péči o vaše poranění byly podány ve vhodnou dobu a vhodnou formou?

Ano              Ne

3. Pokud ne, kdy byste je slyšela raději a v jaké formě?

.....

4. Rozumíte nyní, jak máte pečovat o vaše poranění? Popište mi to prosím.

.....