

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Monika Ringlová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Prevence porodního poranění při vaginálním porodu

Monika Ringlová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Ringlová**  
Osobní číslo: **Z14311**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Prevence porodního poranění při vaginálním porodu**  
Zadávací 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. 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 grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BINDER, T. a kol. Porodnictví. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. BOHATÁ, P.; DOSTÁLEK, L. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. Česká gynekologie. 2016, 81(3), s.192-201. ISSN 1210-7832.
3. GOLDBERG, J.; SULTANA, C. Prevence poranění perinea v průběhu porodu. Gynekologie po promoci. 2004, 4(6), s.12. ISSN 1213-2578.
4. HÁJEK, Z.; ČECH, E.; MARŠÁL, K. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
5. ROZTOČIL, A. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Škorníčková  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017

  
prof. MUDr. Josef Fusek, Dr.Čc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Hradci Králové dne 12. 4. 2017

Monika Ringlová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala Mgr. Zuzaně Škorníčkové za odborné vedení mé bakalářské práce, její cenné rady, podporu a laskavost během tvorby této práce. Děkuji také všem respondentkám, které ochotně vyplnily mé dotazníky. Velké díky patří mé rodině a přátelům, kteří při mně stáli po celou dobu studia.

## **ANOTACE**

Teoreticko-výzkumná bakalářská práce je zaměřena na problematiku týkající se prevencí vzniku porodního poranění. V teoretické části je pozornost věnována obecným poznatkům o porodním poranění, možnostem prevence prováděnými v těhotenství a metodám využívanými při porodu. Poslední kapitola se zabývá následky poranění, jeho léčbou a péčí o něj. Výzkumná část zjišťuje znalosti žen o metodách prevence porodního poranění a využívanost jednotlivých metod. Na konci práce jsou zhodnoceny výsledky dotazníkového šetření získané na oddělení šestinedělí.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Epiziotomie, perineum, porod, porodní poranění, příprava hráze k porodu, ruptura hráze

## **TITLE**

Prevention of birth-related injuries during vaginal labour

## **ANNOTATION**

The present theoretical-empirical thesis is focused on childbirth injuries. The theoretical part discusses the childbirth injuries as such, the possible prevention of these during pregnancy and various methods used during delivery. The last chapter describes consequences of the injuries, medical treatment and care. The empirical part investigates what Czech women know about various methods of childbirth injury prevention and how frequently these are used. The last part evaluates a questionnaire survey conducted at a puerperium ward.

## **KEYWORDS**

Episiotomy, labour, childbirth injuries, perineal tears, perineum, preparation of perineum to labour

# OBSAH

0	Úvod.....	12
	TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1	Porodní poranění.....	13
1.1	Trhliny (ruptury) hráze.....	13
1.1.1	Klasifikace trhlín hráze .....	13
1.2	Epiziotomie .....	14
1.3	Poranění pochvy.....	15
1.4	Poranění děložního hrdla.....	15
1.5	Poranění děložního těla .....	16
1.6	Uzurace .....	17
2	Antepartální možnosti prevence poranění perinea při porodu.....	18
2.1	Masáž hráze.....	18
2.2	Vaginální dilatační balonky .....	19
2.3	Posilování svalů pánevního dna – Kegelovy cviky.....	20
2.4	Alternativní metody .....	21
2.4.1	Maliníkové listy .....	21
2.4.2	Lněné semínko .....	21
3	Intrapartální možnosti prevence poranění perinea při porodu .....	22
3.1	Chránění hráze a Super crowning .....	22
3.2	Nahřívání hráze .....	23
3.3	Porodnický gel .....	23
3.4	Poloha rodičky při porodu.....	24
4	Následky poranění hráze, léčba, péče .....	27
4.1	Obtíže z porodního poranění.....	27
4.2	Diagnostika porodního poranění .....	27
4.3	Ošetření porodního poranění.....	27



4.4	Péče o porodní poranění.....	28
4.5	Follow-up .....	29
VÝZKUMNÁ ČÁST .....		30
5	Metodika výzkumu .....	30
5.1	Cíle a výzkumné otázky .....	30
5.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
5.3	Zpracování dat.....	31
6	Analýza a interpretace výsledků výzkumu .....	33
7	Diskuze .....	53
8	Závěr .....	61
9	Použitá literatura .....	62
10	Přílohy.....	65

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Počet porodů.....	33
Obrázek 2 Porodní hmotnost .....	34
Obrázek 3 Porodní poranění .....	35
Obrázek 4 Zvládání péče .....	36
Obrázek 5 Znalost metod prevence poranění .....	37
Obrázek 6 Znalost metod prevence .....	38
Obrázek 7 Zdroj informací .....	40
Obrázek 8 Bylina na podporu funkce děložního svalu .....	41
Obrázek 9 V jakém týdnu začít s masáží hráze .....	42
Obrázek 10 Kegelovy cviky .....	43
Obrázek 11 Doporučené dosažení obvodu VDB .....	44
Obrázek 12 Počet získaných bodů .....	45
Obrázek 13 Využívané metody.....	46
Obrázek 14 Začátek používání metod .....	49
Obrázek 15 Jak často metody prováděly .....	50
Obrázek 16 Lepší psychická připravenost .....	51
Obrázek 17 V čem byly metody přínosem .....	52
Obrázek 18 Masáž hráze.....	66
Obrázek 19 Aniball.....	66
Tabulka 1 Hodnocení znalostí respondentek .....	32
Tabulka 2 Nepříjemnost využívaných metod .....	48

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

VDB           Vaginální dilatační balonek

PA             Porodní asistentka

tt             Týden těhotenství

## 0 ÚVOD

Bakalářská práce s názvem Prevence porodního poranění při vaginálním porodu se zabývá problematikou poranění v oblasti porodních cest a metodami, kterými lze takovým poraněním předcházet.

Otázka nástřihu hráze a porodního poranění různé závažnosti je často diskutované téma nejen mezi rodičkami, ale také mezi porodníky a porodními asistentkami. V současné době přibývá rodiček, které se zajímají o přirozený porod a chtějí se aktivně podílet na rozhodování o průběhu porodu. O možnostech prevence porodního poranění se dozvídají na předporodních kurzech, od porodních asistentek, z knih, internetu a dalších zdrojů. Často tak přicházejí k porodu s přáním vyhnout se nástřihu hráze, protože v těhotenství prováděly preventivní metody. Je však mnoho rizikových faktorů, které mohou mít na vznik poranění vliv. Stejně tak mohou za porodu nastat situace, které si žádají okamžité řešení, a i přes snahu všech zúčastněných k poranění dojde.

Porod je pro ženu nezapomenutelný zážitek, je spojen se spoustou emocí, ale i množstvím fyziologických změn organismu. Následky porodního poranění mohou ženě komplikovat období šestinedělí, působit dyskomfort a obtíže v péči o sebe a své miminko. Proto je důležité ženy o problematice porodního poranění dostatečně informovat, aby jejich porod a šestinedělí měli co možná nejlepší průběh.

Ve výzkumné části této bakalářské práce se zabývám znalostmi žen v oblasti prevence porodního poranění a o využívanosti jednotlivých metod respondentkami. Dále jaké výhody ženám příprava hráze přináší a jak je jimi subjektivně vnímána.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce shrnuje poznatky z odborné literatury o porodním poranění. Zabývá se možnostmi prevence poranění, které lze provádět v těhotenství, ale i v průběhu porodu. Poslední kapitola uvádí, jaké následky mohou porodní poranění mít, jaké jsou možnosti léčby a doporučená péče.

## 1 PORODNÍ PORANĚNÍ

Porod, ač se jedná o fyziologický děj, je mnohdy provázen řadou poranění, zejména měkkých porodních cest. I když porod probíhá pravidelným mechanismem, je lidský plod poměrně velký a při průchodu porodním kanálem tak často dochází k drobným odřeninám a trhlinkám slizničního povrchu, které se hojí bez potíží a netřeba je většinou ošetřovat. Po porodu je nezbytné vyšetřit pacientku v zrcadlech a při vzniku větších trhlin a krvácejícího poranění je nutné ránu pečlivě ošetřit. Neošetřené anebo nesprávně ošetřené poranění může být bránou infekce, zdrojem krváčení a příčinou pozdějších anatomických a funkčních poruch. U ženy, která rodila, jsou nejběžnějším nálezem zbytky panenské blány – hymenu, jenž se poruší při prvním porodu a zůstávají po nich hrbolky kolem introitu tzv. carunculae myrthiformes (Binder, Horák, Mrštinová, 2011, s. 228).

### 1.1 Trhliny (ruptury) hráze

Nejčastějším poraněním vzniklým při porodu jsou trhliny hráze, které mohou být různé lokalizace i rozsahu. Kromě struktur perinea mohou postihovat přilehlé části pochvy, svalstvo pánevního dna i konečníku. Rizikové faktory ze strany matky jsou vysoká hráz, jizvy na hrázi, zánětlivé změny v pochvě a na hrázi způsobující křehkost tkání, vyšší věk matky. Ze strany plodu je to jeho velikost a defleční polohy. Dále může rupturu zapříčinit překotný porod, kdy dochází k příliš rychlému prostupu hlavičky, který nedovolí hrázi přizpůsobit se nebo naopak protražený porod. Riziko zvyšuje také nesprávná technika chránění hráze porodníkem a samozřejmě vaginální extrakční operace (Roztočil et al., 2008, s. 295).

#### 1.1.1 Klasifikace trhlin hráze

V české literatuře byla donedávna uváděna především klasifikace obsahující tři stupně ruptury hráze. V poslední době se začala preferovat po vzoru britských guidelines vydávaných RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), klasifikace čtyřstupňová (Fernando et al., 2015, s. 5).

Na základě této klasifikace je **I. stupeň** ruptury hráze vymezen jako defekt vaginální sliznice kůže hráze a pochvy, svalstvo je zde neporušené. **II. stupeň** je definován postižením svalstva perinea bez poranění análního sfinkteru. U ruptury **III. stupně** dochází k poranění postihujícímu anální kanál, lze ho dále rozdělit na: a) rupturu méně než 50 % tloušťky zevního análního svěrače, b) ruptura více než 50 % tloušťky análního svěrače, c) poranění zevního a vnitřního svěrače, anální sliznice je intaktní. Ruptura **IV. stupně** se vyznačuje poraněním zevního a vnitřního svěrače spolu s mukózou rekta (Hájek et al., 2014, s. 441).

## 1.2 Epiziotomie

Nástřih hráze je nejčastějším porodnickým výkonem, který se provádí v závěru druhé doby porodní. Jedná se o přípravnou operaci, která má za cíl usnadnit a urychlit porod tím, že se uměle rozšíří měkké porodní cesty. Přistupuje se k ní při prořezávání hlavičky, kde hrozí ruptura hráze III. a IV. stupně projevující se lesklou, napjatou a anemickou kůží nebo preventivně před instrumentální extrakcí plodu (Roztočil et al., 2008, s. 323).

Epiziotomie se provádí především u primipar, které mají vysokou a velmi pevnou hráz, dále při zjizvené a špatně zhojené tkáni po předešlém porodu, u porodu velkých plodů, jestliže brání snadnému porodu, oproti tomu i u malých a nezralých plodů jako prevence jejich traumatizace, při hrozící hypoxii plodu, při porodech koncem pánevním, deflexní poloze hlavičky, před vaginálními porodnickými operacemi – porod per forcipem, vakuumextrakce, obrat či extrakce (Hájek et al., 2014, s. 468).

Je rozlišováno několik typů epiziotomie. **Mediální epiziotomie** probíhá od střední čáry poševního introitu směrem k anu do vzdálenosti na perineu nejvýše do 2-4 cm. Po nástřihu je nutné řádně chránit hráz k zamezení vzniku pokračující ruptury a poranění řitního svěrače a stěny střevní. Výhodou je snadné ošetření, malá krevní ztráta, dobré hojení a menší bolestivost. **Mediolaterální epiziotomie** probíhá od střední čáry poševního introitu šikmo k hrbolu sedací kosti v délce cca 3 cm. Může krváčet více než epiziotomie mediální, ale hrozí zde menší riziko poranění svěrače konečníku. **Laterální epiziotomie** začíná 2-3 cm laterálně od poševního introitu a dále pokračuje šikmo stejně jako epiziotomie mediolaterální v délce cca 4-5 cm směrem k hrbolu sedací kosti. Řitní svěrač je zde nejméně ohrožen, je ale náročnější na suturu a hojení. **Rozšířená laterální epiziotomie (Schuchardtův řez)** se provádí skalpelem ve stejném směru jako epiziotomie laterální, je ale rozsáhlejší cca 6-7 cm a vedena poloobloukovitým řezem. Přistupuje se k ní při náročnějších vaginálních operacích – především pro porod per forcipem z vyšších pánevních rovin, jelikož umožňuje

nejlepší přístup. Sutura je technicky náročná, často silněji krvácí a hůře se hojí. (Bohatá, 2016, s. 193).

Epiziotomie může být provázena řadou komplikací jako je silné krvácení, které je nezbytné okamžitě ošetřit a tím zabránit větší krevní ztrátě nebo vzniku hematomu v ráně. Může dojít k infikování rány s následným hojením per secundam. Následkem nesprávného primárního ošetření rány, rozsáhlejšího hematomu či infektu rány může dojít k dehiscenci, jejíž hojení může trvat i několik týdnů. Nástřih hráze dále může provázet silná bolestivost, edém a z dlouhodobějších problémů i dyspareunie (Hájek et al., 2014, s. 469).

### **1.3 Poranění pochvy**

Většinou jsou ruptury pochvy spojené s trhlinami sousedních orgánů, vulvy či hráze, mohou zasahovat hluboko do vaginálních kleneb, nebo postihovat cévní pleteně paracolpia i okolní měkké tkáně, většinou velmi silně krvácejí. Někdy nedochází k ruptuře pochvy v celé tloušťce a sliznice zůstane intaktní. Vznikají pak kryté paravaginální hematomy, které se mohou šířit retroperitoneálně vysoko až k ledvinám a způsobovat velké krevní ztráty, které mnohdy vyžadují substituci erytrocytů. Léčba spočívá v chirurgické evakuaci hematomu, podvázáním krvácejících cév a drenáži paravaginálního prostoru. Ženu je nezbytné po porodu důkladně vyšetřit v zrcadlech aspekci a případně palpačně zkontrolovat stav poševních stěn. Ruptury nebo tvořící se hematomy neprodleně po porodu pečlivě ošetřit (Binder, Horák, Mrštinová, 2011, s. 229).

### **1.4 Poranění děložního hrdla**

Malé trhliny okrajů hrdla vznikají téměř při každém porodu, snadno se hojí a nenechávají žádné následky. U ženy, která rodila má proto portio vaginalis cylindrickou podobu a branka tvar příčné štěrbiny. Nekrvácející trhliny do 1 cm není třeba ošetřovat. Závažnější problém představují ruptury většího rozsahu, mohou se šířit do kleneb poševních, některé až k dolnímu děložnímu segmentu. Následně může vzniknout hematom v paracolpiu provázený i život ohrožující krevní ztrátou a rizikem vzniku sekundární infekce (Roztočil et al., 2008, s. 296).

Příčinou trhlín vzniklých na hrdle bývají nejčastěji nadměrně silné kontrakce, jejichž následkem dochází k velmi rychlému otevírání porodnické branky, dále může být příčinou sama rodička, která začne tlačit na nerozvinuté brance. Mezi další rizikové faktory patří rigidní nebo jizevnaté hrdlo po operacích na čípku či předchozích poraněních, extrakční vaginální operace, porody velkých plodů. Poranění hrdla může být zdrojem silného krvácení. Je potřeba mít na paměti, že pokud rodička po porodu placenty stále silně krvácí a děloha je

retrahovaná, může být na vině ruptura hrdla. U všech pacientek se proto provádí po porodu revize děložního hrdla v zrcadlech a ruptury se důkladně ošetří. Pokud hrdlo zůstane neošetřené nebo se ošetří špatně, zůstává pak lacerované a jako lokus minor rezistentie je příčinou chronického poševního výtoky. Tyto procesy mohou vést k ektropiu a chronické cervicitidě. Poranění vzniklé na děložním hrdle může mít za následek sekundární sterilitu, předčasné porody a potraty v důsledku insuficience děložního hrdla (Binder, Horák, Mrštinová, 2011, s. 229).

## 1.5 Poranění děložního těla

Ruptura dělohy patří mezi velmi závažné náhlé porodnické příhody, je spojená s následným šokovým stavem, silným krvácením a přímým ohrožením života plodu i rodičky. Při trhlině dochází k porušení celistvosti stěny děložní v oblasti těla děložního nebo v dolním děložním segmentu. Může k ní dojít v průběhu těhotenství nebo za porodu. Dle rozsahu anatomického poškození může být **kompletní** (zasahující všechny vrstvy děložní stěny), tudíž vzniká komunikace děložní dutiny s dutinou břišní nebo je **inkompletní**, kdy se poruší jen část stěny dělohy, většinou s komunikací pod neporušenou serózu do parametrií. Dle mechanismu vzniku se poranění dělí na samovolné, spontánní (dehiscentio uteri) a violentní (ruptura uteri) (Binder, Horák, Mrštinová., 2011, s. 230).

Nejčastějším místem spontánní děložní ruptury v těhotenství bývá jizva po předcházející operaci (císařský řez, enukleace myomu, nešetrná kyretáž). Dalším rizikovým faktorem je nedostatečnost děložní svaloviny při vývojových vadách dělohy, po poškození děložní stěny zánětem nebo při hypoplazii děložní. Vlastní příčinou je zvýšení intrauterinního tlaku. Projevy mohou být zpočátku nejasné, neurčitý tlak nebo bodnutí v břiše. Při masivnějším krvácení do dutiny břišní může ovšem dojít velmi rychle k rozvoji hemoragického šoku (Roztočil et al., 2008, s. 297).

Ruptury dělohy vznikají nejčastěji za porodu, a to v důsledku zvýšeného intrauterinního tlaku za kontrakční činnosti, vyskytne-li se překážka postupu naléhající části (kefalopelvicý nepoměr, zúžená pánev, vcestný myom, jizevnaté rigidní hrdlo, hydrocefalus, čelní poloha, zanedbaná příčná poloha). Nejčastěji ruptura vzniká v dolním děložním segmentu, který je roztažený a ztenčený. Trhlina většinou probíhá na boku a obvykle bývá podélná, příčné trhliny jsou vzácné (Roztočil et al., 2008, s. 298).

Ruptuře předchází vydatná kontrakční činnost se zvyšující se intenzitou a zkracujícími se intervaly mezi kontrakcemi. Kontrakce jsou velmi bolestivé a nutí rodičku tlačit,



ač je naléhající část nad vchodem. Dolní děložní segment je stále více vytahován a jeho stěna se ztenčuje, tělo děložní zatím kontrahuje i retrahuje a jeho stěna se ztlušťuje. Na břiše těhotné začíná být viditelná Bandlova rýha jako hranice mezi dolním děložním segmentem a děložním tělem. Postupně stoupá nahoru směrem k pupku a nad něj. Dolní děložní segment je napjatý a palpačně bolestivý, oblé vazy jsou napjaté a bolestivé, hmatné přes stěnu břišní. Děloha bývá ukloněná obyčejně na pravou stranu. Stálé ztenčování dolního děložního segmentu vede ke vzniku ruptury, projeví se náhlou bolestí v břiše, po které úplně ustane děložní činnost. Vzápětí nastane krvácení do dutiny břišní nebo přes pochvu a začnou se objevovat příznaky hemoragického i peritoneálního šoku. Rodičce klesá krevní tlak, stoupá puls, poměrně rychle nastupuje mdloba, úzkost, neklid a lapavé dýchání. Pokud se plod nebo jeho části dostaly do dutiny břišní, lze jeho části nahmatat přímo pod břišní stěnou a vedle plodu kulovitý útvar – kontrahovanou dělohu. Ozvy plodu nelze zachytit a prognóza pro matku i plod je nepříznivá. Mortalita plodu závisí na rychlosti vybavení plodu z dělohy, dříve činila 100 %. Záchrana života matky závisí na co nejkratším intervalu mezi rozpoznáním ruptury a operací (Hájek et al., 2014, s. 444).

Ruptuře se snaží porodník předejít již na začátku porodu včasným odhalením stavů, které by mohly vést k jejímu vzniku. Při hrozící ruptuře se kontrakce okamžitě přeruší tokolýzou a těhotenství se ukončí císařským řezem. Při již vzniklé ruptuře je prvořadým požadavkem zajištění krevního oběhu a léčba šoku. Následuje život zachraňující operační laparotomická revize. Pokud jde o čerstvou rupturu v jizvě nebo není-li poranění rozsáhlé, lze provést prostou suturu. Jestliže se jedná o rupturu komplikovanou trhlinou zasahující do pochvy nebo poraněním stěny měchýře, je ve většině případů indikována hysterektomie (Hájek et al., 2014, s. 445).

## **1.6 Uzurace**

Uzurace je poškození tkáně na podkladě nekrózy, k níž dochází následkem prolongované ischemizace tkáně, která byla vystavena dlouhotrvajícímu tlaku. Při prostupu pánví naléhající část (hlavička) stlačuje poševní stěnu, uretru, močový měchýř a děložní hrdlo proti kostěné pánvi. Když se postup naléhající části zastaví, stlačená tkáň se začne ischemizovat a poté propadat nekróze. Tímto způsobem mohou vznikat nekrózy hrdla, které se později hojí deformující jizvou. Při hlubokém příčném stavu hlavička uvízne na pánevním dně a nerotuje. Dochází k utlačení a následné ischemizaci tkáně mezi hlavičkou a sponou, poté nastává nekróza a po jejím rozpadu vznik píštělí. Ty se projevují 4.-5. den po porodu nebo později odtékáním moči pochvou (Hájek et al., 2014, s. 439).

## **2 ANTEPARTÁLNÍ MOŽNOSTI PREVENCE PORANĚNÍ PERINEA PŘI PORODU**

Účinnost metod prevence poranění hráze před porodem je často diskutované téma. Zahraniční výzkumy poukazují na jejich důležitost při přípravě k porodu především u primipar, u nás se ale stále podceňují. S přípravou měkkých porodních cest je nutné začít už v období několika týdnů před porodem, aby došlo ke zlepšení pružnosti tkáně a její elasticity. Následující metody mají za cíl připravit hráz a zvýšit možnosti jejího správného rozvinutí během porodu a tím snížit riziko provedení epiziotomie nebo vzniku ruptury. Metody napomáhají přiblížit budoucí rodiče pocity, které bude zažívat během druhé doby porodní (Maryšková, 2010, s. 80).

### **2.1 Masáž hráze**

Masáž hráze patří mezi jeden z nejstarších a nejosvědčenějších způsobů, jak podpořit zdraví svalů pánevního dna, prokrvení, pružnost a uvolnění v této oblasti. Masáž se provádí v závěru těhotenství, nejlépe šest až osm týdnů před plánovaným termínem porodu. Pomáhá budoucí rodiče seznámit se s tkáněmi, které uvolňuje a s oblastí, kterou bude procházet miminko při porodu. Při masáži olejem dochází ke změkčení tkání v oblasti hráze, které se pak při porodu lépe rozvinou a umožní dítěti snadnější průchod. Při správném provádění masáže se zvyšuje šance porození dítěte bez natržení hráze nebo nutnosti provést epiziotomii (Monganová, 2010, s. 153).

Masáž si žena může provádět sama, ale vzhledem ke zvětšujícímu se břichu může být jednodušší, když ji bude masírovat partner. Pokud ji provádí sama, nejvhodnější polohou je, když si položí jednu nohu na sedadlo židle a druhou spustí asi půl metru od židle. Tímto způsobem se bude moci pod břichem dotýkat hráze zezadu. Pokud masíruje partner, žena zaujme polohu v polosedu s pokrčenýma nohama. Při několika prvních masážích je vhodné použít zrcátko, které pomůže poznat svaly a sledovat uvolňování okraje hráze. Masírující osoba si důkladně navlhčí palec, ukazováček a prostředníček olejem až po druhý kloub. Zavede je asi 5-7 cm do pochvy a tlačí dolů směrem ke konečníku, udržuje stálý tlak a klouže prsty po stranách pochvy pohybem do tvaru písmene U. Masáž zakončí jemným mnutím hráze mezi ukazováčkem a palcem po dobu 1 minuty (viz Příloha A). K masáži je vhodné používat masážní oleje přímo určené k masáži hráze, panenský olivový olej, pokrmový olej, meruňkový olej nebo lubrikační gel. Masáž by se měla provádět od 34. týdne těhotenství

jednou až dvakrát denně a v průměru trvat 5 minut (Maryšková, 2010, s.80, Monganová, 2010, s. 153).

Ač se v prvních týdnech provádění masáže může objevit dyskomfort až bolestivost, později bývá masáž ženami všeobecně dobře tolerována. Ženy, které masírovaly před porodem hráz, udávají mnohem menší bolestivost v oblasti hráze v období třech měsíců po porodu (Kališ et al., 2007, s. 79).

## **2.2 Vaginální dilatační balonky**

Tato metoda posilování a přípravy pánevního dna před porodem je využívána už několik stovek let. V afrických kulturách ženy používaly na trénování a napínání svalů pánevního dna vhodně tvarovanou tykev a posilovací cviky. Z této dávné tradice se postupem let vyvinul zdravotnický prostředek, který má za úkol posilovat pánevní dno a svaly hráze (Maryšková, 2010, s. 80).

Při porodu je riziko poranění hráze vyšší u ženy, která rodí poprvé než u té, která již vaginálně rodila. Je tedy zřejmé, že vícerodičky mají menší odpor tkání vůči pronikání hlavičky než prvorodičky. Je to dáno tím, že při prvním porodu již došlo k rozvolnění měkkých tkání pochvy a hráze. Tyto faktory vedly k vývoji a vytvoření nafukovacího vaginálního dilatátoru prodáváného pod názvy Epi-no a Aniball. Při tréninku tímto balonkem dochází pomalu k mechanickému rozšíření měkké tkáně porodního kanálu, a tak se z prvorodičky stává „funkční vícerodička“. Při tréninku navíc ženy posilují svaly pánevního dna a jsou pak schopny lépe a efektivněji tlačit v závěru druhé doby porodní (Bohatá, 2016, s. 199).

Vaginální dilatační balonek (dále VDB) se skládá z anatomicky přizpůsobeného nafukovacího balonku z lékařského silikonu, ruční pumpičky, přírodní hadice a z dvousměrného ventilu pro nafukování vzduchem (viz Příloha B). Aby se předešlo riziku vzniku infekce, je důležité, aby VDB používala pouze jedna žena. S tréninkem posilování s VDB je dobré začít nejdříve 3-4 týdny před plánovaným termínem porodu. Kontraindikací pro použití VDB je rizikové těhotenství, hrozící předčasný porod, neobvyklá poloha plodu, placenta praevia, nebezpečí vzestupné infekce (předčasný odtok vody plodové, poševní infekce), nedolčené zranění v oblasti genitálu, rodička pod vlivem alkoholu a drog, poševní krvácení a zhoubné nádory v oblasti genitálu. Zvláštní opatrnosti při cvičení a nutná konzultace s lékařem je třeba u varixů v pochvě a na zevním genitálu, v případě nízko uložené placenty, při snížené

citlivosti v oblasti pochvy a zevního genitálu, po přeléčeném zánětu pochvy, po operacích pochvy a při roztroušené skleróze (Epi-no, ©2016).

Na samotné cvičení je dobré vyhradit si alespoň 15-30 minut a provádět ho jednou až dvakrát denně. Pro zvýšení komfortu při užívání je možné zvlhčit povrch VDB lubrikačním gelem na vodní bázi určený k vnitřnímu použití. Ke cvičení lze zaujmout jakoukoliv polohu, která bude těhotné ženě pohodlná a ve které se bude cítit uvolněná. Balonek se zavede větší zaoblenou částí do pochvy. Při prvním cvičení je důležité uvědomit si polohu balonku, jeho chování uvnitř pochvy a vědomou práci svalů pánevního dna. Uvnitř pochvy se žena snaží balonek vtahovat a uvolňovat a následně postupně nafukovat až do pocitu maximálního napětí, bez pocitu bolesti. Nakonec se nechá balonek vyklouznout z pochvy. Pravidelným cvičením lze dosáhnout obvodu balonku 28-30 cm a to po 3-4 týdnech používání, což se blíží obvodu hlavičky při průchodu porodními cestami (Aniball, ©2016).

### **2.3 Posilování svalů pánevního dna – Kegelovy cviky**

Těhotenství a porod jsou hlavní příčinou, pro kterou dochází k ochabnutí svalů pánevního dna. Následkem tohoto poškození může být inkontinence moči či střevních plynů, pokles pánevních orgánů a snížení sexuálního uspokojení. Během těhotenství dochází vlivem zvyšující se váhy dělohy k nárůstu tlaku na svalstvo pánevního dna vedoucí k výraznému oslabení svalů. Cvikům na posílení pánevního dna, které se označují jako Kegelovy cviky, by se měla věnovat větší pozornost. Patří mezi nejdůležitější posilovací cviky před porodem. Jejich prováděním dochází k posilování svalů používaných během porodu. Studie uvádí, že ženy, které Kegelovy cviky využívaly, mají silnější svaly v období po porodu a trpí méně únikem moči a střevních plynů, poklesem dělohy, močového měchýře a konečníku (Höfler, 2009, s. 10).

Se cvičením se začíná vsedě co nejsilnějším volným zatínáním nejnižše položených svalů vaginálního a análního traktu. Při cvičení pomáhá počítat od jedné do desíti a u každého čísla o něco zvýšit napětí. Po zatnutí všech svalů je dobré vydržet několik vteřin ve stahu a poté pomalu svaly uvolňovat. Aby si byla žena jistá, že zatíná svaly správně, může si vsunout prst do pochvy a cítit, jak se prst vtahuje dovnitř. Cvičení je možné provádět snadno a prakticky kdekoli, doma, v práci, na procházce, při řízení automobilu. Důležité je na ně nezapomínat a věnovat se jim pravidelně (Monganová, 2010, s. 151).

## **2.4 Alternativní metody**

Přírodní metody, jež jsou uvedené v této kapitole, jsou založeny na tradici a informace o nich se předávají z generace na generaci. Je tedy nutné mít na paměti, že je nelze brát jako vždy působící metody a názory na jejich účinnost se rozcházejí.

### **2.4.1 Maliníkové listy**

Uvádí se, že účinné látky listů maliníku obecného pomáhají v přípravě dělohy na porod a zlepšují její kontrakce, čímž se může zabránit přenášení plodu. Pomáhají snižovat bolestivost kontrakcí, mohou zkrátit druhou dobu porodní, podporují peristaltiku střev a uvolňují svalstvo okolo malé pánve. Maliníkové listí je zdrojem vitamínu B, C a E, železa, vápníku, fosforu, draslíku, flavonoidů a tříslovin. Při podávání by se mělo začít s nižšími dávkami listů a s blížícím se porodem dávky postupně zvyšovat. Připravuje se nálev z listů, kdy se zalije 1-1,5 g listů 250 ml vroucí vody. Užívá se nejčastěji 6-8 týdnů před očekávaným porodem (Iburg, 2009, s. 274, Mika, 2016, s. 207).

### **2.4.2 Lněné semínko**

Účinky lněného semínka působí především proti zácpě a tím podporují správné vyprázdnění tlustého střeva. Už samotné vyprázdněné tlusté střevo napomáhá správnému průběhu porodu. Lněné semínko má také přímý vliv na hladké svalstvo a usnadňuje tak rozvinutí porodních cest během první doby porodní. Jako další pozitivní účinek se uvádí zvýšení množství poševního hlenu. Mezi účinné složky obsažené ve lněném semínku patří omega 3 nenasycené mastné kyseliny, vitamín E, zinek, železo a estrogeně působící lignany. Lněné semínko lze užívat po celou dobu gravidity, postačí však od 34. týdne těhotenství. Maximální dávka by neměla být více než 3 lžičky denně. Konzumovat ho lze nabobtnalé v malém množství vody, přidávat do jogurtů a kaší nebo jíst samotné. Je důležité semínko buď důkladně rozkousat nebo rozmixovat, jinak by v neporušeném stavu prošlo trávicím traktem, čímž by pozbylo účinku (Bohatá, 2016, s. 197).

## **3 INTRAPARTÁLNÍ MOŽNOSTI PREVENCE PORANĚNÍ PERINEA PŘI PORODU**

Většina vaginálních porodů je spojena s různou formou traumatizace genitálního traktu, která může způsobit problémy v blízké i pozdější době po porodu. Různé perineální techniky a intervence, které bývají využívány během porodu, pomáhají tkáním správně se rozvolnit a předejít perineálnímu poranění.

### **3.1 Chránění hráze a Super crowning**

Chráněním hráze se snižuje riziko vzniku ruptur na hrázi a přilehlých částech pochvy a napomáhá se správnému mechanismu při porodu hlavičky. K chránění hráze přistupujeme tehdy, když se hráz napíná a vyhlazuje a jestliže hlavička zůstává v pootevřené vulvě a nevtahuje se během kontrakce zpět do pochvy. Technika chránění hráze spočívá v tom, že porodník položí svou levou ruku na plocho shora na porozenou část hlavičky, kdy brání předčasné deflexi. Pravou rukou uchopí sterilní roušku, kterou pak položí na hráz tak, aby viděl zadní komisuru a přikryl řitní otvor. Za kontrakce brzdí levou rukou progresi hlavičky a pravou rukou s rouškou drží tím způsobem, aby palec byl na pravé straně a ostatní prsty na levé straně hráze. Palec a prsty k sobě přibližuje tak, aby vzrůstající napětí hráze bylo rovnoměrně rozloženo okolo celého introitu. Během kontrakce se snaží jemně přetáhnout hráz přes rodící se čelní hrboly hlavičky (Roztočil et al., 2008, s. 121).

Metoda zpomaleného prořezávání hlavičky plodu, tzv. super crowning, může snížit výskyt porodních poranění. V době, kdy normálně prořezává hlavička se na místo ponechání spontánního porodu hlavičky nebo postupného odhrnování napjatých vaginálních tkání s cílem urychlit porod hlavičky plodu, provádí super crowning. Tato metoda mírně prodlouží druhou dobu porodní o jednu či dvě kontrakce ve fázi prořezávání hlavičky, docílí se tím jemným protitlakem ruky na prořezávající se hlavičku. Díky tomu, že se ponechá kolagenu a ostatním pojivovým tkáním více času na jejich přirozené a pomalé natažení, dochází k významné redukci počtu poranění hráze, především třetího a čtvrtého stupně. Tento postup se nedoporučuje v případě suspektního kardiografického záznamu nebo v dalších porodnických situacích vyžadujících rychlé ukončení porodu (Aasheim et al., 2012, s. 12).

Při porodu ramének se jako nejšetrnější způsob jeví Kotáskův manévr. Dle tohoto způsobu drží porodník pravou rukou s rouškou hráz ve stejné poloze, jako při prořezávání hlavičky, levá ruka nadhmatem sklání hlavičku k perineu a porodí se přední raménko. Následně podhmatem levá ruka zvedá hlavičku a za trvajících ochrany hráze se rodí zadní raménko

a ručka. Tato metoda je výhodná tím, že porodník vidí a může kontrolovat po celou dobu vypuzování plodu hráz, což může zabránit případnému zvětšení poranění hráže zadním raménkem u velkých plodů (Hájek et al., 2014, s. 192).

### **3.2 Nahřívání hráže**

Teplý obklad přiložený ženě na hráz v druhé době porodní se jeví jako efektivní metoda při prevenci závažných ruptur perinea, především třetího a čtvrtého stupně. Hráz lze nahřívát žínkou nebo netkanou textilií ze sterilního porodnického balíku, může být i navlhčena. Teplota obkladu by se měla pohybovat od 38 °C do 44 °C. Obklad se přikládá po celou dobu vypuzovací fáze, zejména při prořezávání hlavičky. Teplo působí spasmolyticky a měkké tkáně hráže se uvolní, ulevuje od bolesti na hrázi. Tím pádem hráz neklade takový odpor hlavičce dítěte a tkáň není vystavená tak silnému tlaku. Rodičky, kterým je po dobu prořezávání hlavičky nahřívána hráz, tuto fázi daleko lépe snášejí, jsou trpělivější a prožívají o mnoho menší dyskomfort. Po porodu udávají výrazně nižší bolestivost hráže první a druhý den po porodu a menší výskyt močové inkontinence. Norská studie z roku 2012 uvádí, že teplé obklady hráže mají pozitivní účinek až u 50 % rodiček. Ze studie dále vyplývá, že nahřívání hráže nemá vliv na méně závažné poranění prvního a druhého stupně a trhlinek, avšak byl zaznamenán výrazně nižší výskyt závažných ruptur třetího a čtvrtého stupně. Tato jednoduchá a nenákladná metoda by měla být pro své příznivé účinky zařazena do péče při druhé době porodní (Aasheim et al., 2012, s. 10, Dahlen et al., 2007, s. 285).

### **3.3 Porodnický gel**

Používání porodnického gelu při vaginálním porodu se jeví jako další účinná metoda ochrany hráže a zkrácení trvání první a druhé doby porodní. Jeho účinek spočívá ve snížení třecích sil v porodních cestách. Vlivem působení velkých třecích sil v porodních cestách je porod pro matku i plod energeticky velmi náročný výkon a pokud trvá dlouho, vyčerpání matky i dítěte roste. Přirozená maziva jako je plodová voda a mázek, mohou být v některých případech nedostačující k tomu, aby účinně snížila třecí síly mezi pochvou a plodem (Dianatal, ©2008).

S myšlenkou redukce třecí síly při porodu přišli již staří Římané. V té době se ke snazšímu prostupu plodu porodním kanálem využíval olivový olej. Od této metody bylo časem odstoupeno, bylo zjištěno, že olej v kombinaci s plodovou vodou třecí síly naopak zvyšuje. Navíc použití oleje může mít i nežádoucí účinky jako způsobení alergické reakce nebo podráždění očí novorozence. Proto byl ve Švýcarsku vyvinut speciální porodnický gel

s obchodním názvem Dianatal. Skládá se ze složek jako je propylenglykol, karbomer, hydroxyethylcelulóza a čištěná voda. Při použití porodnického gelu se v pochvě vytvoří přílnavý kluzký film, který snižuje tření až o 50 %. Porodnický gel je vhodné podat především v případech, kdy chceme zkrátit dobu otevírací i vypuzovací a ochránit porodní cesty, při porodech do vody, předčasných porodech, u protrahovaných porodů, k usnadnění vaginálních zákroků a k usnadnění manuálního odstranění placenty. Kontraindikací k použití porodnického gelu je podezření na infekci plodových obalů, známky fetální asfyxie a alergie na jakoukoliv složku gelu (Dianatal, ©2008).

Balení Dianatal gelu se skládá ze dvou druhů gelu, Stage 1 se používá během první doby porodní, Stage 2 během druhé doby porodní a při manuální lyzi placenty. Porodnický gel aplikuje lékař nebo porodní asistentka při vaginálním vyšetření, když se začíná otevírat děložní hrdlo. Může k tomu být použit speciální aplikátor k zavedení gelu, aby nebyla aplikace rodičce nepříjemná. S použitím gelu se začíná během prvního vaginálního vyšetření při porodu a dále se při každém vnitřním vyšetření aplikuje 3-5 ml gelu. Dodatečnou aplikaci gelu lze provést za 15–30 minut po protržení plodových obalů. Potřebné dávkování se pohybuje od 10-30 ml gelu během porodu. V momentě, kdy se objeví obličejová část hlavičky plodu, je nutné ji otřít suchou plenou. Také by se mělo provést odsátí nosu a úst, pokud je to vhodné. Jakmile se objeví dítě, doporučuje se použít suchou plenu, aby nedošlo k jeho vyklouznutí (Dianatal, ©2008).

### **3.4 Poloha rodičky při porodu**

Studie národů, žijících v různých částech světa nedotčených vlivem naší civilizace dokázaly, že 85 % žen těchto národů rodí v polohách vertikálních. Jedná se o polohy vestoje, vkleče, v dřepu a vsedě. V těchto polohách jsou podpírány a přidržovány buď pomocnicemi, nebo se drží okolních předmětů. V současném moderním porodnictví je nejběžněji využívaná poloha horizontální na zádech s abdukovanými dolními končetinami. Dle historických pramenů byla tato poloha zavedena do praxe v 16.-17. století spolu s příchodem porodníků do porodního děje. Při této poloze bylo umožněno nejen provádění vaginálních porodnických operací, ale také prevence a ošetření porodních poranění, které vznikaly velmi často. Při poloze na zádech je namítáno, že není přirozená, nevyužívá totiž zemské gravitace jako porodní síly a plod musí být tak tlačěn horizontálním směrem a z části i vzhůru, což prodlužuje nejen vypuzovací dobu, ale porod se tak stává pro rodičku více vyčerpávající a více bolestivý (Roztočil et al., 2008, s. 155).



Polohy rodičky ve finální fázi porodu lze rozdělit na polohy na zádech a polohy vzpřímené. Do poloh na zádech řadíme polohu vleže (supinní), která patří mezi nejčastější polohy a usnadňuje přístup k transabdominálnímu monitorování plodu, polohu v pololeže, kdy je rodička s horní částí těla vzpřímenou do 30-45 ° a snižuje se riziko kavální komprese, poloha litotomická, při které má žena dolní končetiny elevovány a fixovány ve třmenech a je zde adekvátní přístup k provedení porodnické operace, poloha vleže na boku, jejíž výhodou je opět snížení rizika kavální komprese děložou. Mezi polohy vzpřímené řadíme polohu v kleče, která se dále dělí na vzpřímenou polohu v kleku a polohu „na všech čtyřech“, dále polohu ve stoje s podporou, porod na porodnické židli nebo stoličce, polohu ve dřepu, jenž je považována za nejpřirozenější polohu při porodu, její nevýhodou je, že většina žen nemá dostatečnou svalovou výbavu a výdrž zůstat v této poloze po celou dobu porodu. Také je známa McRobertsova poloha, což je poloha s hyperflexí stehen k řešení dystokie ramének, nejčastěji je prováděna v poloze vleže či v pololeže (Kališ et al., 2007, s. 242).

Základním předpokladem polohy na zádech je, že umožňuje porodníkovi monitorovat stav plodu lépe, a tím pádem umožní ženě co nejbezpečnější porod. Ženy, které nejsou ovlivněné „západní“ kulturou však spontánně vyhledávají za porodu polohy vertikální. V době aktivního, přirozeného přístupu k porodu je stav, kdy žena rodí na zádech chápán jako výraz nedostatečné komunikace mezi oběma stranami a pro rodičku často jako ponižující přístup. Přáním všech je, aby porod proběhl co možná nejpozitivněji a všichni jeho účastníci měli pocit, že pro jeho úspěch udělali nejvíce, aniž by byl jejich jednáním omezen někdo jiný (Kališ et al., 2007, s. 241).

Poloha na zádech má nespornou výhodu v možnostech chránění hráze během druhé doby porodní a možnosti provedení porodnické operace ve chvíli, kdy je třeba porodit co nejrychleji. Naopak by mohla mít určitý vztah k poškození pánevního dna. V této poloze dochází častěji ke snížení intenzity kontrakcí a tím je druhá doba porodní prodloužena, což může vést k denervaci pánevního dna, útlaku dolní duté žíly, hypoxii plodu, bývá častěji řešena operativně, či provedením vydatné epiziotomie (Kališ et al., 2007, s. 245).

Výhody vertikálních poloh byly dokázány několika zahraničními studii. Bylo prokázáno výrazné zvýšení počtu intaktního perinea, snížení počtu provedených epiziotomií a signifikantní redukce bolesti. Dalším benefitem se jeví výrazně menší výskyt edému perinea a redukce poškození análního sfinkteru. Při poloze „na všech čtyřech“ byla navíc pozorována

redukce nutnosti sutury hráze. Na druhou stranu byla při použití vertikálních poloh zjištěna častější krevní ztráta nad 500 ml. Manuální chránění hráze je v těchto polohách velmi obtížné, je proto výhodou mít při porodu přítomnou osobu se zkušenostmi s alternativními polohami (Meyvis et al., 2012, s. 119, Gizzo et al., 2014, s. 3).

## **4 NÁSLEKY PORANĚNÍ HRÁZE, LÉČBA, PÉČE**

Během gravidity nastává v organismu ženy mnoho fyziologických změn, které po porodu zanechávají určité následky. Ty se pak mohou projevit buď v čase blízkém po porodu, ale také později a mohou být umocněny poraněním vzniklým při porodu. Tyto následky pak mohou negativně ovlivnit kvalitu života ženy (Zemanová, 2013, s. 93).

### **4.1 Obtíže z porodního poranění**

Mezi problémy vyskytující se po porodu, které jsou následkem rozsáhlého porodního poranění, řadíme vaginální flatus, močovou inkontinenci, ztrátu kontroly nad kontinencí plynů až inkontinenci stolice a dyspareunii. Postižené ženy vyhledají lékařskou pomoc přibližně v 8 % případů, zejména když dojde na sexuální dysfunkci. V sexuálním životě jednotlivce i páru je důležitá nejen psychická a sociální pohoda, ale i tělesné zdraví a kondice partnerů. Činitelé, jako je nízká hladina sexuálních hormonů v období kojení, únava, bolest, a to nejen ta v souvislosti s porodním poraněním, změna celkového stylu života, vedou často k tomu, že se řada žen po porodu vědomě vyhýbá sexuálním aktivitám. Brzká diagnostika, vhodná léčba a rehabilitace u rozsáhlého porodního poranění mohou výše zmiňovaným obtížím předcházet (Zemanová, 2013, s. 93).

### **4.2 Diagnostika porodního poranění**

Po porodu dítěte, placenty a plodových obalů je nutné provést vyšetření ženy v porodnických zrcadlech a určit rozsah poranění. Při kontrole porodního poranění je indikované, ještě před zahájením ošetření, bidigitální vyšetření. Toto vyšetření se provádí tak, že ukazovák ruky je zaveden do rekta a palec na perineum, následně je palpačně zhodnocen a popř. vizualizován stav análního svěrače. Bidigitální vyšetření slouží především ke zjištění celistvosti sliznice rekta nad svěračem a přesnému určení rozsahu porodního poranění. Na základě zjištění rozsahu poranění perinea ho porodník klasifikuje dle britských guidelines do 4 stupňů (viz kapitola 1.2.1 Klasifikace trhlín hráze) (Záhumenský, 2013, s. 61).

### **4.3 Ošetření porodního poranění**

Rozsáhlé poranění perinea je náročné na ošetření. Okraje rány jsou nepravidelné, zhmožděné a většinou krvácejí. Je nezbytné provést dokonalou suturu análního svěrače, případně i střeva. Proto by měl suturu poranění provádět v celkové anestezii zkušený porodník nebo chirurg (Zemanová, 2013, s. 95).

Perineální trauma se obvykle sešívá po jednotlivých vrstvách. Pochvu lze sešít stehem pokračujícím nebo méně často stehy jednotlivými. Hlubší perineální tkáň se sešívají stehy jednotlivými, někdy lze použít steh pokračovací. Při uzavírání kůže volíme přednostně steh pokračovací subkutánní před transkutánními stehy jednotlivými, protože ženám přináší méně krátkodobých problémů, pocítují méně bolesti a potřebují bezprostředně po porodu méně analgezie než ve skupině s jednotlivými stehy. Výhodnější volbou šicího materiálu je absorbovatelný materiál než materiál neabsorbovatelný. Pokud dojde ještě v šestinedělí k potřebě odstranění stehů kvůli dráždění a bolesti, znamená to, že buď nebyl zvolený materiál vhodný, nebo byly stehy příliš utaženy (Kališ et al., 2010, s. 284).

#### **4.4 Péče o porodní poranění**

Po ošetření poranění je nutné šestinedělku důkladně edukovat o hygienickém režimu a péči o porodní poranění. Denně je třeba kontrolovat hojení porodních poranění a dodržovat hygienické návyky, které podporují hojení per primam. Porodní asistentka edukuje šestinedělku o co nejčastějším sprchování oblasti sutury hráze spíše vlažnou vodou, vždy po použití toalety a po kojení. K omytí je možné použít intimní sprchový gel s pH 5,5, následně je nutné oblast sutury důkladně vysušit a vyměnit hygienické prodyšné vložky, k otření používat dva ručníky, každý na jednu polovinu těla kvůli infekčnosti odcházejících očítků. Nezbytné je také edukovat ženu o častém mytí rukou, používání ručníků na jedno použití, event. o používání dezinfekčního prostředku. Ženám, které mají porodní poranění, doporučí porodní asistentka vstávat z postele přes bok, zejména hned po porodu. Později je vhodné sedat si na podložní kolo jako prevence povolení stehů sutury. Porodní asistentka dále nabídne šestinedělce led na hráz, který je obalený v jednorázové textilií nebo v bavlněné pleně, přikládá se přímo na suturu a pomáhá při tišení bolesti, pálení, zmírňuje otok a usnadňuje hojení. Oblast poranění hráze je nutné sušit, větrat, nosit prodyšné síťované kalhotky a často měnit hygienické vložky. Počet vložek je dán množstvím odcházejících očítků, průměrně v prvních dnech použít 2-3 vložky při jedné výměně. K podpoře hojení porodního poranění lze použít hojivé gely, masti, sedací koupele z dubové kůry. K ošetření lze také využít aromaterapeutických technik, používají se směsi éterických olejů z levandule, cypřiše, čajovníku, růže, řebříčku a heřmánku římského, které jsou vhodné k provádění sedacích koupelí a urychlují hojení. Oleje lze také aplikovat na ledový balíček a přiložit na hráz ke zmírnění bolesti (Koudelková, 2013, s. 31,78).

Při poraněních hráze 3. a 4. stupně by měla být ženám předepsána změkčovadla stolice. Léčba by měla trvat asi 10-14 dní a doporučuje se kombinovat se speciální dietou (bezezbytkovou,

kašovitou). Doporučována je brzká rehabilitace svalů pánevního dna, včetně poučení pacientky o Kegelových cvicích. Při vzniku symptomů anální inkontinence je indikované ultrazvukové zhodnocení stavů svěrače a zvážení chirurgického řešení (Záhumenský, 2013, s. 61).

#### **4.5 Follow-up**

Ženám, u kterých došlo k rozsáhlému porodnímu poranění je doporučena následná kontrola lékařem. Po 14 dnech od porodu a ošetření poranění lze hodnotit stav hojení. V období 2-3 měsíců po porodu je vhodné provést kontrolu na posouzení funkčnosti svěrače. Může dojít k výskytu některých průvodních jevů jako je anální inkontinence, močová inkontinence, dyspareunie a jiné defekační potíže-zácpa, urgence, bolestivá defekace. Při další graviditě je kolem 20. týdne vhodné opětovné celkové zhodnocení stavu a dle nálezu zvážit způsob vedení porodu (Záhumenský, 2013, s. 61).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 METODIKA VÝZKUMU

Tato bakalářská práce je teoreticko-výzkumná. Ve výzkumné části práce bylo provedeno k získání potřebných dat dotazníkové šetření. K provedení výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda. Anonymní dotazník obsahoval celkem 17 otázek a jeho vzor je uveden v Příloze C.

Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna 2017 do března 2017 v nemocnici Královehradeckého kraje. Rozdáno bylo 50 dotazníků, z nichž se vrátilo vyplněných 42. Návratnost dotazníků tedy činí 84 %. Výzkum proběhl za souhlasu vrchní sestry a vedení Porodnické a gynekologické kliniky.

V dotazníku byly obsaženy různé typy otázek, na základě odpovědí na ně byl výzkum vyhodnocen. Z počátku byly kladeny otázky týkající se věku, parity, porodní váhy dítěte a rozsahu poranění. Dále se otázky odvíjely od cílů bakalářské práce. Do dotazníku byly zařazeny otázky dichotomické, kdy si respondentky vybíraly z možností ano či ne. U uzavřených otázek měly možnost buď jedné odpovědi nebo zvolit více odpovědí najednou. Také byly zařazeny otázky otevřené s prostorem pro stručnou odpověď dle vlastního uvážení respondentek.

### 5.1 Cíle a výzkumné otázky

V rámci výzkumné části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit znalosti žen o metodách prevence porodního poranění.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou ženami nejčastěji využívané metody prevence porodního poranění.

Cíl 3: Zjistit, jaké výhody přináší příprava hráze v otázce porodního poranění.

Na základě výše uvedených cílů byly definovány tyto výzkumné otázky:

VO 1: Jaké znalosti mají ženy o metodách prevence porodního poranění?

VO 2: Jaké metody prevence porodního poranění ženy nejčastěji volí?

VO 3: Jaké výhody přináší ženám příprava hráze?

## 5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondentky zařazené do výzkumu byly klientky hospitalizované na oddělení šestinedělí po spontánním vaginálním porodu. Z dokumentace bylo zjištěno, zda klientka prodělala spontánní vaginální porod, jaké měla po porodu poranění a zda souhlasí s poskytováním ošetrovatelské péče od studentů. Tyto klientky byly požádány autorkou práce o vyplnění dotazníku na zjištění znalostí o metodách prevence vzniku porodního poranění. Vyplněné dotazníky respondentky odevzdaly do předem připravené schránky ve společných prostorách oddělení. Účast na vyplnění dotazníků byla zcela dobrovolná.

V první otázce dotazníku se ženy zařadily do jedné ze čtyř věkových skupin. Nejvíce respondentek vyplňujících dotazník bylo ve věkové skupině 20-29 let v počtu 20 žen, což odpovídá 47,6 % výzkumné skupiny. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily respondentky ve věku 30-39 let v počtu 19 žen (45,2 %). Ve věku nad 40 let byly celkem 2 respondentky (4,8 %). Nejméně respondentek se zařadilo do věkové skupiny do 19 let a to pouze 1 žena (2,4 %).

## 5.3 Zpracování dat

Ke zpracování bakalářské práce byl použit program Microsoft Office Word pro psaný text. Pro zodpovězení výzkumných otázek byla analyzována data z dotazníku pomocí tabulek a grafů v Microsoft Office Excel.

Pro lepší znázornění výsledků byly ve výzkumné části bakalářské práce použity četnostní veličiny. Symbolem  $n_i$  je označena absolutní četnost a udává počet respondentů. Symbolem  $f_i$  je označena relativní četnost a znamená relativní četnost udávající podíl absolutní a celkové četnosti. Celková četnost značící se symbolem  $n$  poskytuje informace o celkovém počtu všech respondentů podílejících se na výzkumném šetření. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec  $f_i (\%) = n_i / n \times 100$  (Chráška, 2007, s. 40).

Pro vyhodnocení výzkumných otázek zjišťujících znalosti respondentek o dané problematice (otázky č. 9, 10, 11, 12), byla stanovena procentuální škála ke zhodnocení výsledných dat – hodnocení bylo následující. Za správnou odpověď získala respondentka 1 bod. Velmi dobrého výsledku dosáhnou při relativní četnosti správných odpovědí od 76 % do 100 %. Za dobré znalosti budou považovány výsledky od 51 % do 75 %. Při relativní četnosti správných odpovědí od 26 % do 50 % budou považovány znalosti za špatné. Velmi špatné znalosti budou hodnoceny u výsledků od 0 % do 25 %. (Tabulka 1)

Tabulka 1 **Hodnocení znalostí respondentek**

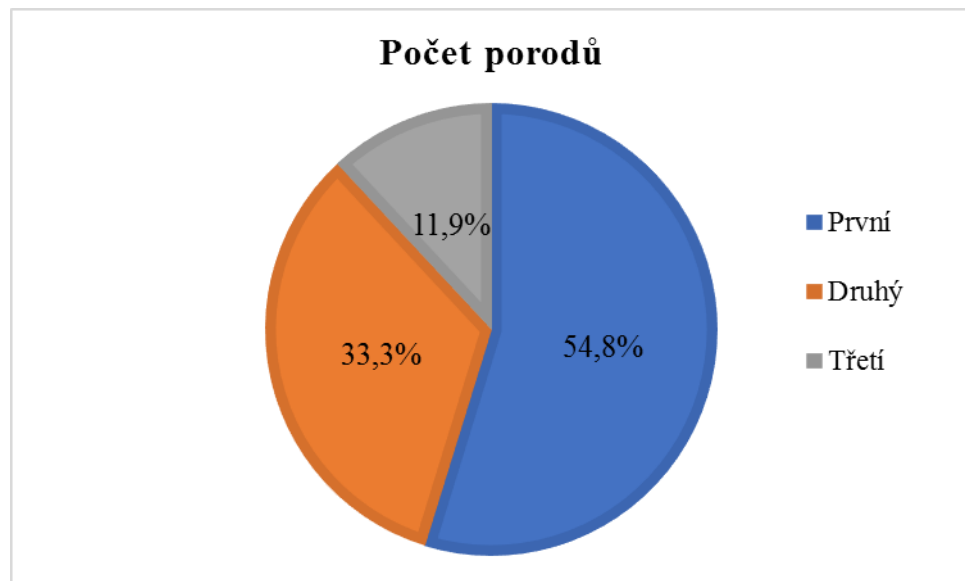
<b>Hodnocení znalostí</b>	<b>Relativní četnost správných odpovědí</b>
Velmi dobré	76-100 %
Dobré	51-75 %
Špatné	26-50 %
Velmi špatné	0-25 %



## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Tato část bakalářské práce analyzuje a prezentuje data z výzkumného šetření pomocí tabulek nebo obrázků. Otázka č. 1 z dotazníku dotazující se na věk respondentek je zpracována v kapitole 5.3 Charakteristika výzkumného souboru.

### Otázka č. 2: Po kolikáté jste rodila?

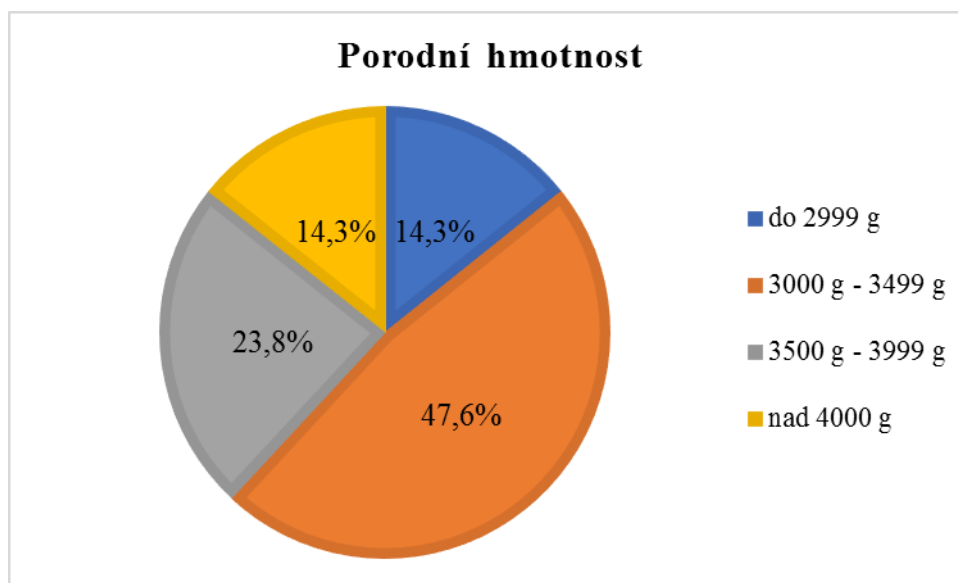


Obrázek 1 Počet porodů

V otázce č. 2 odpovídaly respondentky po kolikáté rodily. Nejpočetnější skupinu tvoří primipary se zastoupením 23 žen, tedy 54,8 %. Sekundipar odpovídalo 14, tedy 33,3 %. V nejmenším zastoupení byly terciary, kterých odpovídalo 5, tedy 11,9 %. Výsledky jsou zobrazeny na Obrázku 1 výše.

### Otázka č. 3: Jaká byla porodní váha vašeho miminka?

- a. do 2999 g
- b. 3000 g-3499 g
- c. 3500 g-3999 g
- d. nad 4000 g

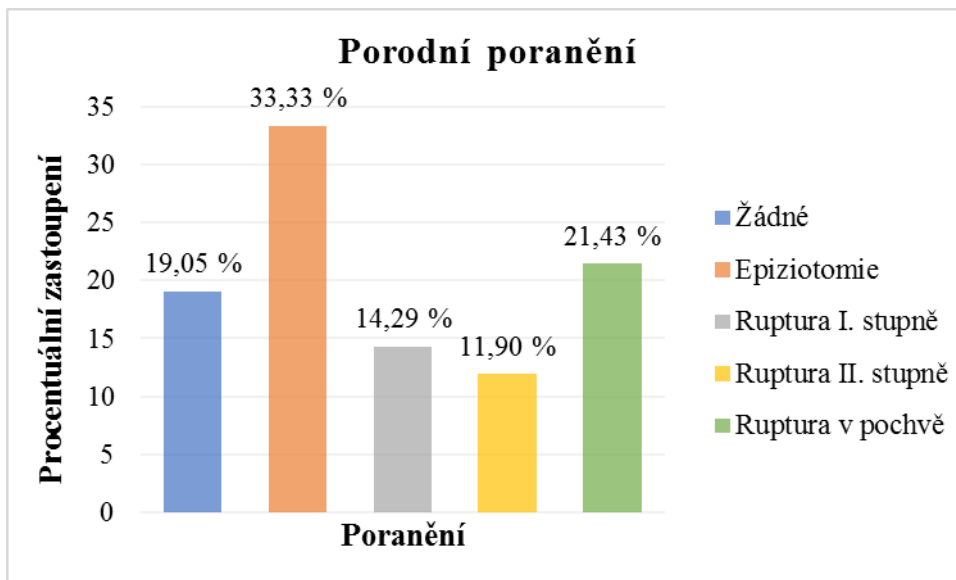


**Obrázek 2** Porodní hmotnost

V této otázce ženy vybíraly ze čtyř kategorií hmotnostního rozmezí dítěte. Nejvíce se ženám narodilo dítě s hmotností 3000 g-3499 g, tedy 47,6 %. Druhá nejčastější hmotnost byla 3500 g-3999 g, tedy 23,8 %. Odpověď do 2999 g zvolilo 6 žen, tedy 14,3 %. Stejně tak 6 žen mělo dítě s hmotností nad 4000 g, tedy 14,3 %. Výsledky jsou graficky znázorněny na Obrázku 2 výše.

**Otázka č. 4: Máte po porodu nějaké poranění a pokud ano, jaké?**

- a. Ne  
b. Ano: .....

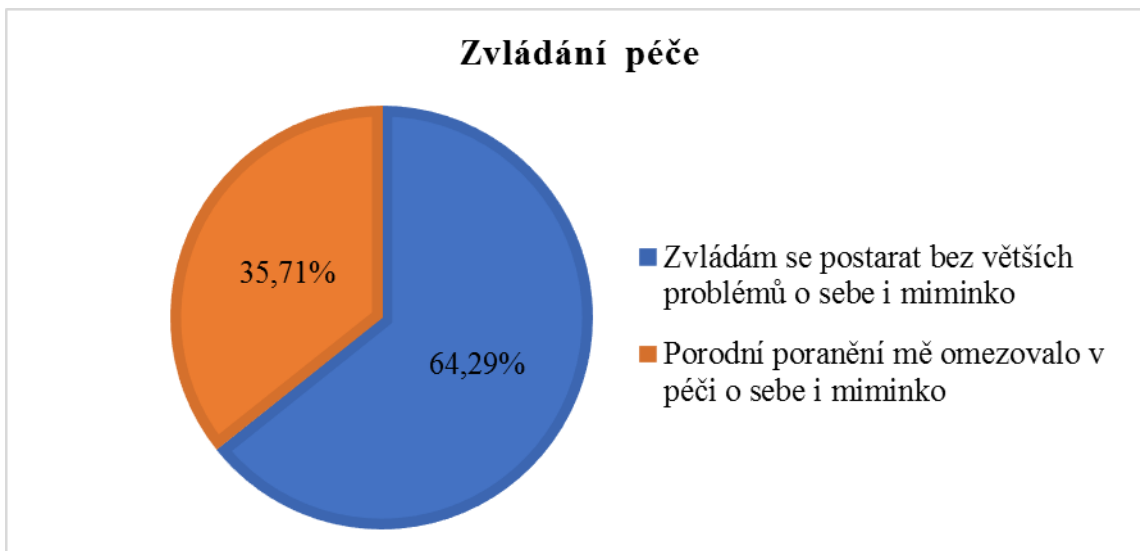


**Obrázek 3** Porodní poranění

U čtvrté otázky odpovídaly respondentky, zda po porodu mají či nemají poranění. V případě výskytu poranění, jaké je závažnosti. Následně bylo ověřeno z dokumentace pacientky, o jaký typ poranění se přesně jedná, neboť se dalo předpokládat, že nebudou přesně rozsah svého poranění schopné pojmenovat. Nepřesně své poranění pojmenovaly pouze respondentky, které měly rupturu I. nebo II. stupně, ty udávaly, že mají buď malé nebo velké natržení. Nejčastěji se z poranění vyskytovala epiziotomie, kterou mělo 14 respondentek (33,33 %). K ruptuře v pochvě došlo při porodu u 9 žen (21,43 %). Žádné poranění po porodu nemělo 8 žen (19,05). Ruptura I. stupně se vyskytla u 6 respondentek (14,29 %). K ruptuře II. stupně došlo u 5 žen (11,90 %). Výsledky jsou zobrazeny na Obrázku 3 výše.

**Otázka č. 5: Bránilo Vám Vaše poranění v péči o sebe samu nebo o Vaše miminko?**

- a. Ne, zvládám se postarat bez větších problémů o sebe i miminko
- b. Ano, porodní poranění mě omezovalo v péči o sebe i miminko

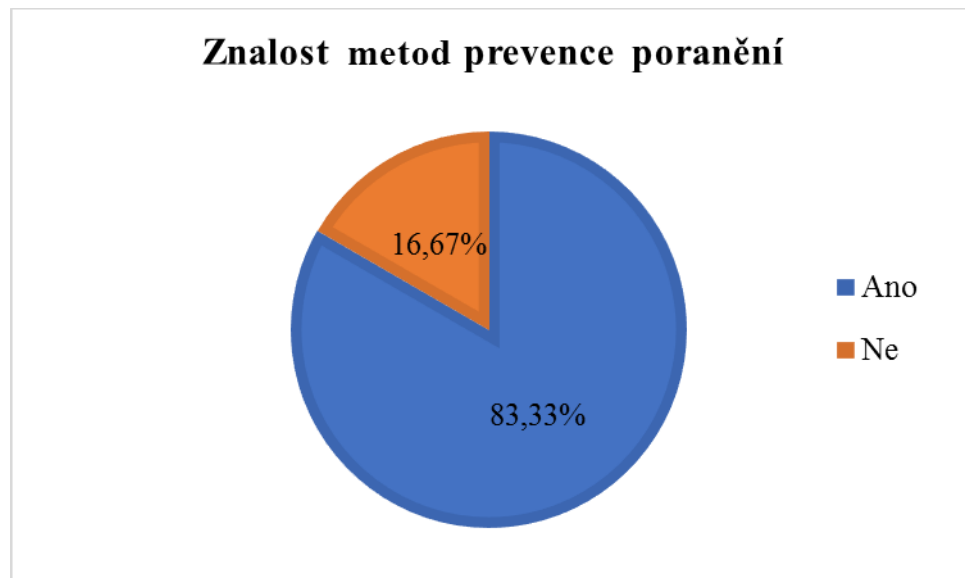


**Obrázek 4** Zvládání péče

Následky poranění vzniklého v průběhu porodu mohou ženu omezovat a působit jí řadu obtíží. Z tohoto důvodu se v dotazníku objevuje otázka č. 5, kde ženy odpovídaly, zda jim porodní poranění způsobovalo problém v péči o sebe nebo o miminko. Větší zastoupení respondentek se zvládlo postarat bez větších problémů o sebe i miminko a to 29 žen (69,05 %). Porodní poranění omezovalo v péči o sebe i miminko 13 respondentek zapojených do výzkumu (30,95 %). Výsledky otázky jsou graficky znázorněny na Obrázku 4 výše.

**Otázka č. 6: Dozvěděla jste se v těhotenství o metodách prevence poranění v oblasti hráze?**

- a. Ano
- b. Ne

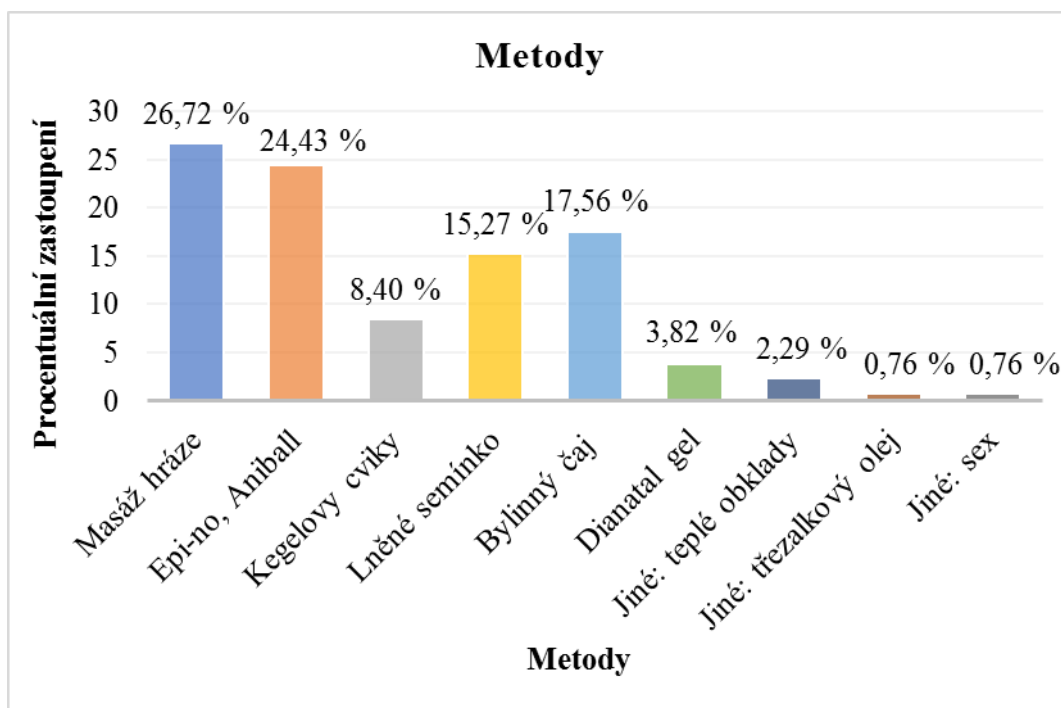


**Obrázek 5** Znalost metod prevence poranění

Otázka č. 6 se dotazuje respondentek, zda se v těhotenství dozvěděly o metodách prevence poranění v oblasti hráze. Z výzkumného souboru 42 žen jich odpovědělo 35 (83,33 %), že se o těchto metodách během těhotenství dozvěděly. Zbytek respondentek, a to 7 žen (16,67 %) uvedlo, že o těchto metodách nevědí. Respondentky, které označily odpověď „Ne“, dále nepokračovaly ve vyplňování zbytku informací a dotazník ukončily touto otázkou. Výsledky odpovědí této otázky jsou zpracovány na Obrázku 5 výše.

**Otázka č. 7: Jaké znáte metody prevence poranění v oblasti hráze? (možnost více odpovědí)**

- a. Masáž hráze
- b. Epi-no, Aniball
- c. Kegelovy cviky
- d. Lněné semínko
- e. Pití odvaru z bylin napomáhající správné funkci děložního svalu
- f. Dianatal gel
- g. Jiné: .....



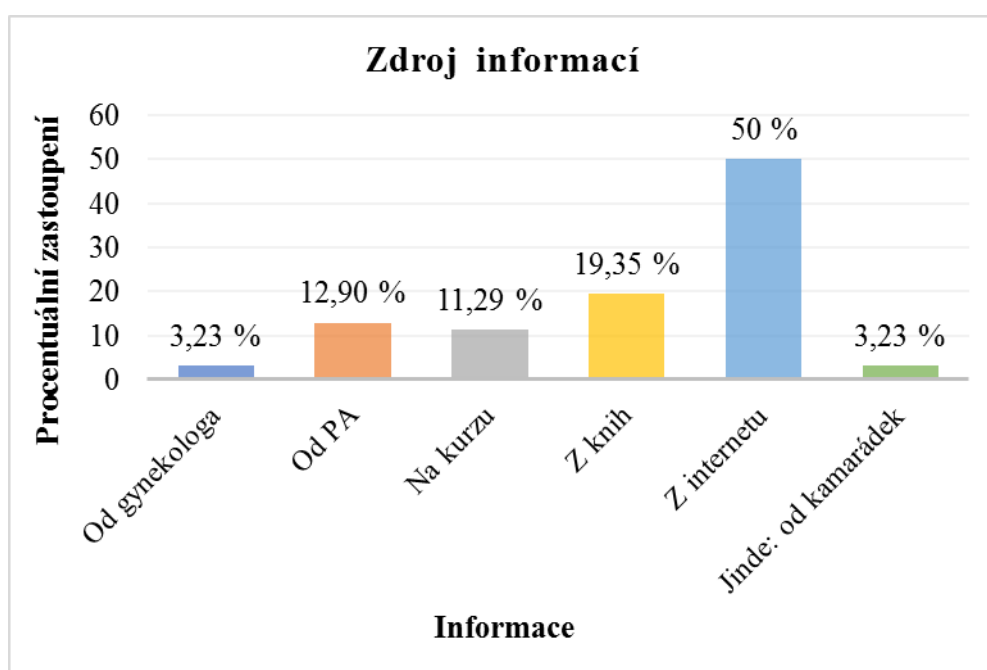
**Obrázek 6** Znalost metod prevence

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které u předchozí otázky č. 6 (*Dozvěděla jste se v těhotenství o metodách prevence poranění v oblasti hráze?*) označily odpověď „Ano“. Tímto vytríděním na otázku č. 7 odpovědělo 35 respondentek z celého výzkumného souboru a pokračovalo dále ve vyplňování dotazníku. Nejznámější metodou, o které se ženy dozvěděly v průběhu těhotenství byla masáž hráze, tuto metodu znalo 35 respondentek, tedy 26,72 %. Druhou nejpopovědomější metodou byly vaginální dilatační balonky Epi-no a Aniball, tuto metodu označilo 32 žen (24,43 %). Pití čaje z bylin, které napomáhají správné funkci děložního svalu znalo 23 respondentek (17,56 %). O výhodách lněného semínka se dozvědělo

20 žen (15,27 %). Cviky na posílení pánevního dna tzv. Kegelovy cviky určilo 11 respondentek (8,4 %). Znalost Dianatal gelu uvedlo 5 žen (3,82 %). V možnosti otevřené odpovědi napsaly 3 respondentky, že vědí o přikládání teplých obkladů na hráz před i během porodu (2,29 %). Dále 1 respondentka uvedla možnost použití třezalkového oleje k mazání hráze (0,76 %). Pro 1 respondentku byla jako metoda prevence poranění hráze při porodu sex (0,76 %). Grafické znázornění výsledků je uvedeno na Obrázku 6 výše.

**Otázka č. 8: Kde jste se o metodách prevence poranění dozvěděla? (možnost více odpovědí)**

- a. Od gynekologa
- b. Od porodní asistentky
- c. Na předporodním kurzu
- d. Z knih
- e. Z internetu
- f. Jinde: .....



**Obrázek 7** Zdroj informací

Otázka č. 8 se dotazovala na zdroj informací, kde se respondentky dozvěděly o metodách prevence poranění. U této otázky mohly ženy opět označit více než jednu odpověď. Nejzastoupenějším zdrojem byl pro respondentky internet, kde tuto možnost zvolilo 31 žen (50 %). Dále se 12 respondentek o metodách dozvědělo z knih (19,35 %). Od porodní asistentky informace získalo 8 respondentek (12,90 %). Na předporodních kurzech se informace dozvědělo 7 žen (11,29 %). Od gynekologa dostaly informace 2 respondentky (3,23 %). Stejně tak se 2 respondentky dozvěděly informace od svých kamarádek (2,23 %). Výsledky této otázky jsou znázorněny na Obrázku 7 výše.



**Otázka č. 9: Vyberte, která z bylin podporuje správnou funkci děložního svalu a tím zkracuje druhou dobu porodní?**

- a. Ginko biloba
- b. Máta
- c. Maliník
- d. Nevím

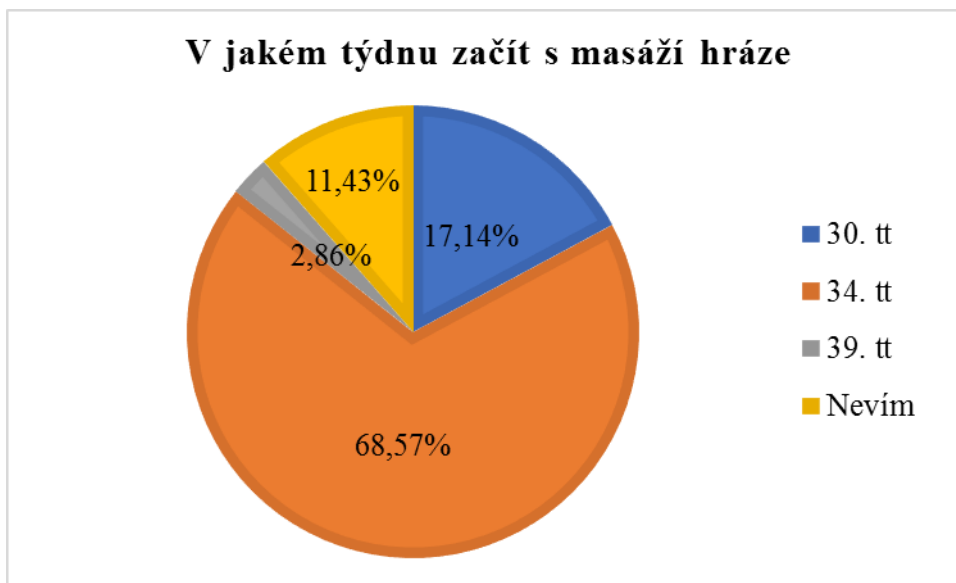


**Obrázek 8** Bylina na podporu funkce děložního svalu

Otázka č. 9 je první z otázek, které mají za cíl zjistit znalosti respondentek o metodách prevence poranění. Správná odpověď na tuto otázku dotazující se na bylinu, která podporuje správnou funkci děložního svalu a tím zkracuje druhou dobu porodní, je maliník. Podle očekávání správně odpověděla drtivá většina dotazovaných žen a to 34 (97,14 %). Špatnou odpověď, ginko biloba, vybrala 1 žena (2,86 %). Ostatní odpovědi žádná respondentka nezvolila. Grafické znázornění výsledků je na Obrázku 8 výše.

**Otázka č. 10: Vyberte, v jakém týdnu těhotenství je dobré začít s masáží hráže?**

- a. 30. tt
- b. 34. tt
- c. 39. tt
- d. Nevím

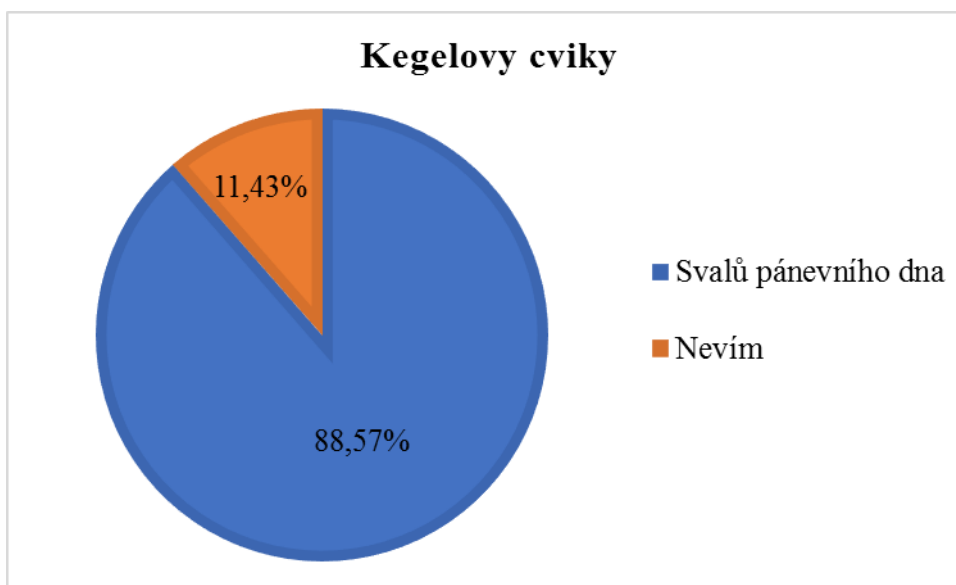


**Obrázek 9** V jakém týdnu začít s masáží hráže

Tato otázka měla za úkol zjistit, zda respondentky vědí, od jakého týdne těhotenství se doporučuje začít s masáží hráže. Správnou odpověď, od 34. tt, zvolilo 24 žen (68,57 %). Další nejčastěji zvolenou odpovědí byl 30. tt, odpovídalo tak 6 žen (17,14 %). Na tuto otázku neznaly odpověď 4 respondentky (11,43 %). Odpověď 39. tt zvolila 1 žena (2,86 %). Výsledky této otázky jsou zpracovány na Obrázku 9 výše.

**Otázka č. 11: Při Kegellových cvicích dochází k posilování jakých svalů?**

- a. Svalů pánevního dna
- b. Svalů nohou
- c. Přímých svalů břišních
- d. Nevím

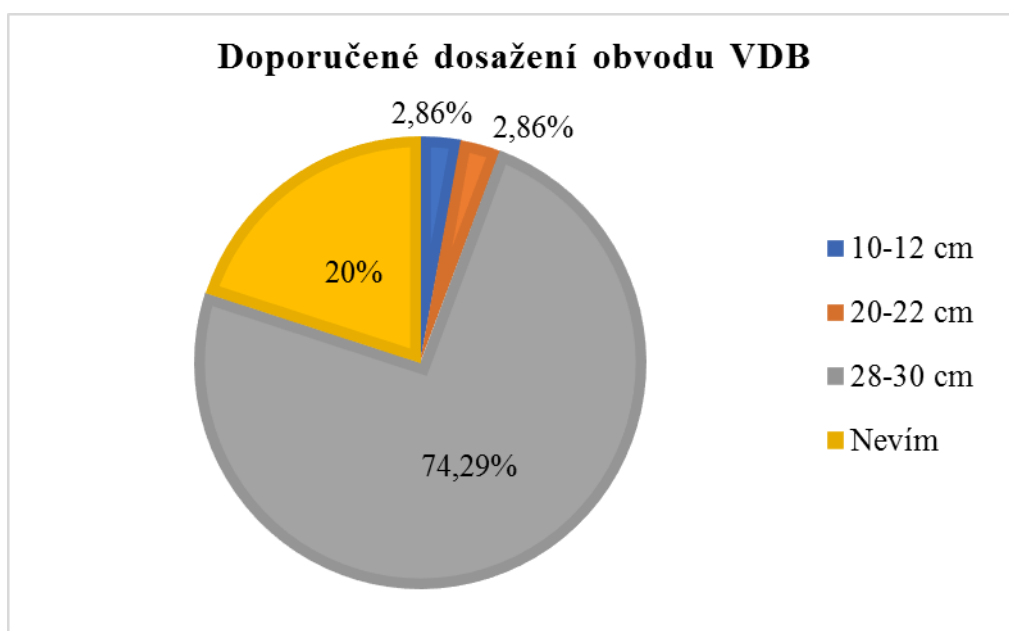


**Obrázek 10** Kegellovy cviky

V této otázce respondentky odpovídaly, zda vědí, jaké svaly se posilují při Kegellových cvicích. Správnou odpovědí je, že dochází k posilování svalů pánevního dna. Tuto správnou odpověď zvolilo 31 respondentek (88,57 %). Odpověď na otázku neznaly 4 ženy (11,34 %). Ostatní odpovědi, které nebyly správné, a to že dochází k posilování svalů nohou nebo přímých svalů břišních neoznačila žádná respondentka. Výsledky jsou graficky znázorněny na Obrázku 10 výše.

**Otázka č. 12: Jakého obvodu vaginálního dilatačního balónku (Aniball, Epi-no) je ideální dosáhnout před porodem?**

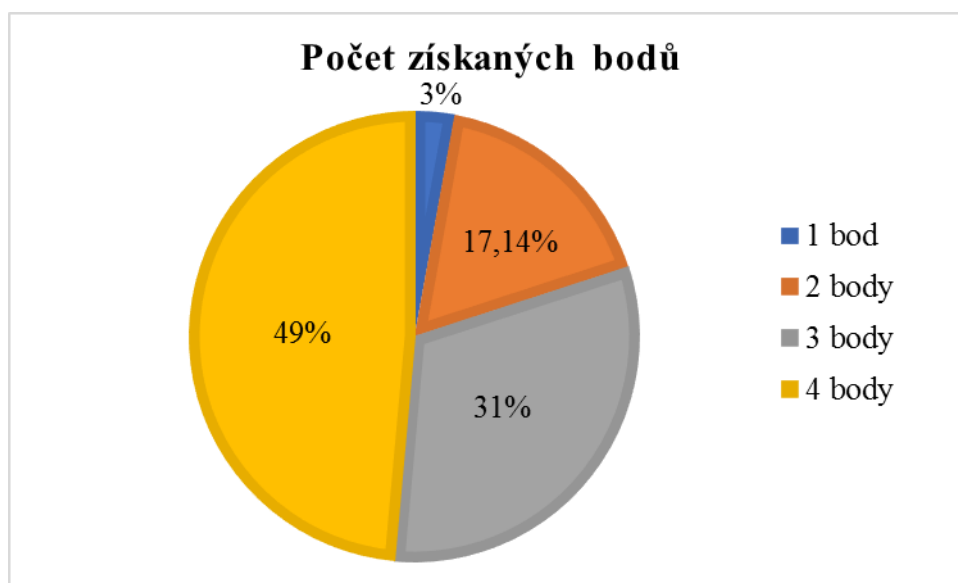
- a. 10-12 cm
- b. 20-22 cm
- c. 28-30 cm
- d. Nevím



**Obrázek 11** Doporučené dosažení obvodu VDB

V otázce č. 12 odpovídaly respondenty, jakého obvodu by se mělo ideálně dosáhnout při cvičení s vaginálním dilatačním balónkem. Doporučovaný obvod VDB je 28-30 cm, tuto správnou odpověď označilo 26 respondentek (74,29 %). Odpověď na tuto otázku nevědělo 7 žen (20 %). Obvod 20-22 cm zvolila 1 respondentka (2,86 %). Stejně tak 1 žena vybrala odpověď 10-12 cm (2,86 %). Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou zobrazeny na Obrázku 11 výše.

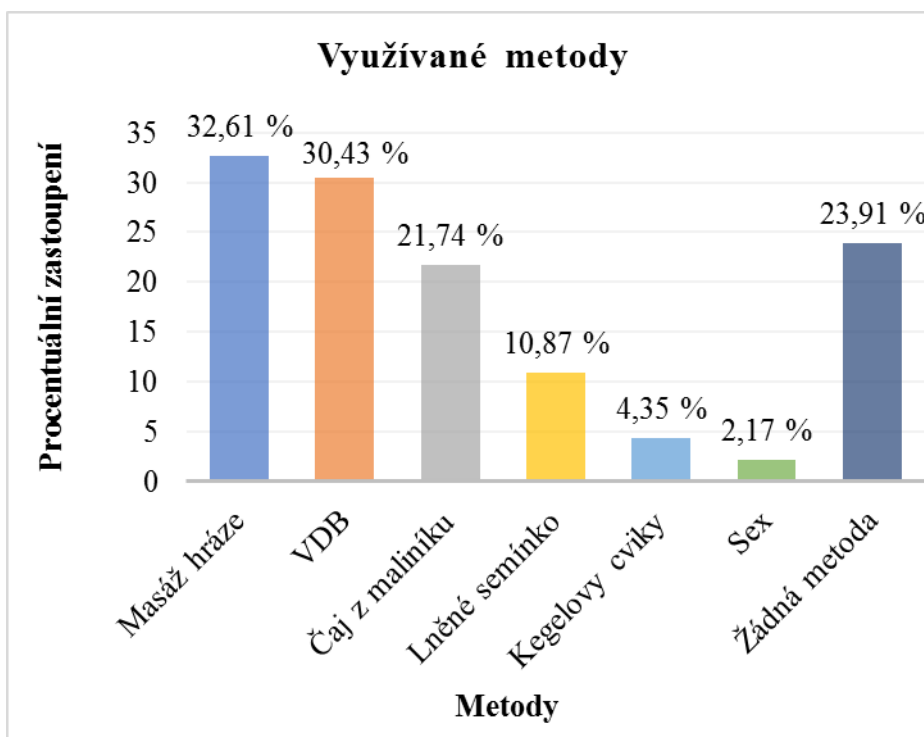
## Vyhodnocení získaných bodů z otázek č. 9, 10, 11, 12



**Obrázek 12** Počet získaných bodů

V těchto čtyřech otázkách odpovídaly respondentky na otázky týkající se znalostí o metodách prevence. Za správnou odpověď byl udělen 1 bod. Sečtením získaných bodů byly zjištěny následující výsledky. Na všechny otázky odpovědělo správně, a tudíž plný počet čtyř bodů získalo 17 respondentek (49 %). Třech bodů dosáhlo 11 žen (31 %). Dvě správně zodpovězené otázky mělo 6 žen (17,14 %). Jeden bod získala pouhá 1 respondentka (3 %). Výsledky jsou znázorněny Obrázkem 12 výše.

**Otázka č. 13: Využila jste v těhotenství nějakou z metod a popřípadě jaká metoda/y Vám vyhovovala/y nejvíce a proč?**



**Obrázek 13** Využívané metody

Otázka č. 13 byla otevřená a respondentky tak měly možnost volně napsat svoji odpověď. Odpovědi se týkaly metod, které respondentky využívaly během těhotenství. Metoda, která byla využívána respondentkami nejvíce, byla masáž hráze, kterou praktikovalo 15 žen (32,61 %). Druhou nejvyužívanější metodou byly vaginální dilatační balonky, respondentky používaly jak produkt Aniball, tak Epi-no. Tuto metodu si zvolilo 14 žen (30,43 %). Další metodou byl odvar z maliníku, užívalo ho 10 respondentek (21,74 %). Lněné semínko konzumovalo 5 žen (10,87 %). Posilování pomocí Kegelových cviků provozovaly 2 respondentky (4,35 %). Jako prevenci vzniku poranění při porodu praktikovala 1 respondentka častý sexuální styk se svým manželem (2,17 %). Žádnou metodu během těhotenství neprovádělo 11 respondentek (23,91 %). Pouze 2 respondentky odpověděly navíc proč si dané metody zvolily. První žena, která využívala v těhotenství metody masáže hráze, lněného semínka a Kegelových cviků si je zvolila, protože těmto procedurám nejvíce věřila a zdály se jí nejúčinnější. Druhá žena, která pila maliníkový čaj a prováděla masáž hráze uvedla, že ji tyto metody přišly nejméně časově náročné, a proto se pro ně rozhodla.

Tato otázka byla selektivní, a tak ty respondentky, které odpověděly že žádnou metodu nevyužily, nepokračovaly dále ve vyplňování zbytku informací a dotazník ukončily touto otázkou. Výsledky otázky č. 13 jsou graficky znázorněny na Obrázku 12 výše.

### Otázka č. 14: Byla Vám zvolená metoda nepříjemná?

- a. Ne
- b. Ano, pouze ze začátku
- c. Ano, celou dobu

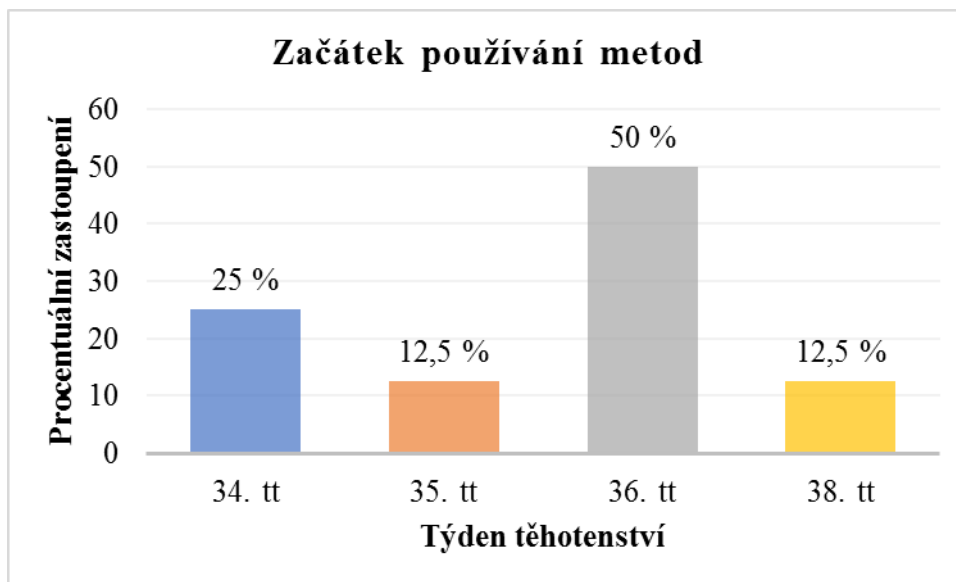
**Tabulka 2** Nepříjemnost využívaných metod

Odpovědi		Masáž hráze	VDB	Čaj z maliníku	Lněné semínko	Kegelovy cviky	Sex
Ne	$n_i$	10	3	6	5	2	1
	$f_i$	66,67 %	21,43 %	60 %	100 %	100 %	100 %
Ano, pouze ze začátku	$n_i$	5	5	-	-	-	-
	$f_i$	33,33 %	35,71 %	-	-	-	-
Ano, celou dobu	$n_i$	-	6	4	-	-	-
	$f_i$	-	42,86 %	40 %	-	-	-
<b>Celkem</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
	<b><math>f_i</math></b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tato otázka měla za úkol zjistit, zda používané metody prevence působily respondentkám nepříjemné pocity. U každé metody, kterou respondentka prováděla, byly uvedeny tři možnosti odpovědi na výběr. U masáže hráze, kterou provádělo 15 respondentek odpovědělo 10 žen, že nepříjemné pocity při masírování nepocitovaly (66,67 %). Masáž byla zpočátku cvičení nepříjemná 5 ženám (33,33 %). Nepříjemnosti po celou dobu masírování neuvedla žádná respondentka. Další metodou prevence je cvičení s vaginálním dilatačním balonkem. Z celku 14 respondentek, které tuto metodu cvičily, označily 3, že nepříjemné pocity nevnímaly (21,43 %). Ze začátku cvičení byla metoda nepříjemná 5 ženám (35,71 %). Po celou dobu cvičení udávalo nepříjemné pocity 6 žen (42,86 %). Čaj z maliníku užívalo celkem 10 respondentek, z toho 6 žen nepříjemné pocity neuvádí (60 %) a 4 ženám působil nepříjemnosti po celou dobu užívání (40 %). Lněné semínko jako metodu prevence uvedlo 5 respondentek a žádná z nich neměla při konzumaci nepříjemné pocity (100 %). Kegelovy cviky posilovaly celkem 2 ženy a obě žádné problémy nepocitovaly (100 %). Sex jako metodu prevence uvedla 1 žena, která při ní nepocitovala nepříjemnosti (100 %). Výsledná data otázky č. 14 jsou zaznamenána v Tabulce 13 výše.

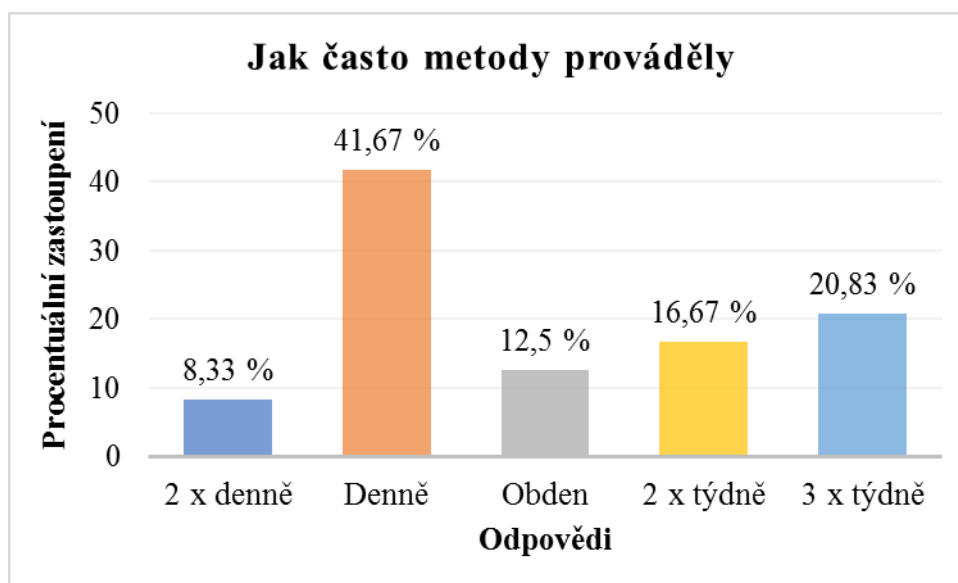


**Otázka č. 15: V jakém týdnu těhotenství jste s přípravou začala, jak často jste ji prováděla?**



**Obrázek 14** Začátek používání metod

Otázka č. 15 je zaměřená na dobu, kdy dotazované ženy začaly používat metody k prevenci vzniku poranění při porodu. Otázka byla otevřená s prostorem pro vlastní odpověď respondentky. Nejvíce žen začalo ve 36. týdnu těhotenství, odpovědělo tak 12 respondentek (50 %). Druhou nejčastější odpovědí byl 34. týden těhotenství, ve kterém začalo využívat metody 6 žen (25 %). Ve 35. týdnu těhotenství s metodami začaly 3 respondentky (12,5 %). Stejně tomu bylo s počtem respondentek, které uvedly odpověď 38. týden těhotenství. Výsledky odpovědí této otázky jsou graficky vyobrazeny na Obrázku 14 výše.



**Obrázek 15** Jak často metody prováděly

V této otázce respondentky uváděly, jak často prováděly metodu, kterou si vybraly. Denně používalo preventivní metody 10 respondentek (41,67 %). Na druhém místě je 5 respondentek, které používaly preventivní metody třikrát týdně (20,83 %). Dále 4 ženy uvedly, že používaly preventivní metody dvakrát týdně (16,67 %). Obden prováděly preventivní metody 3 ženy (12,5 %). Celkem 2 respondentky napsaly, že prováděly preventivní metody dvakrát denně (8,33 %). Výsledky na tuto otázku jsou znázorněny Obrázkem 15 výše.

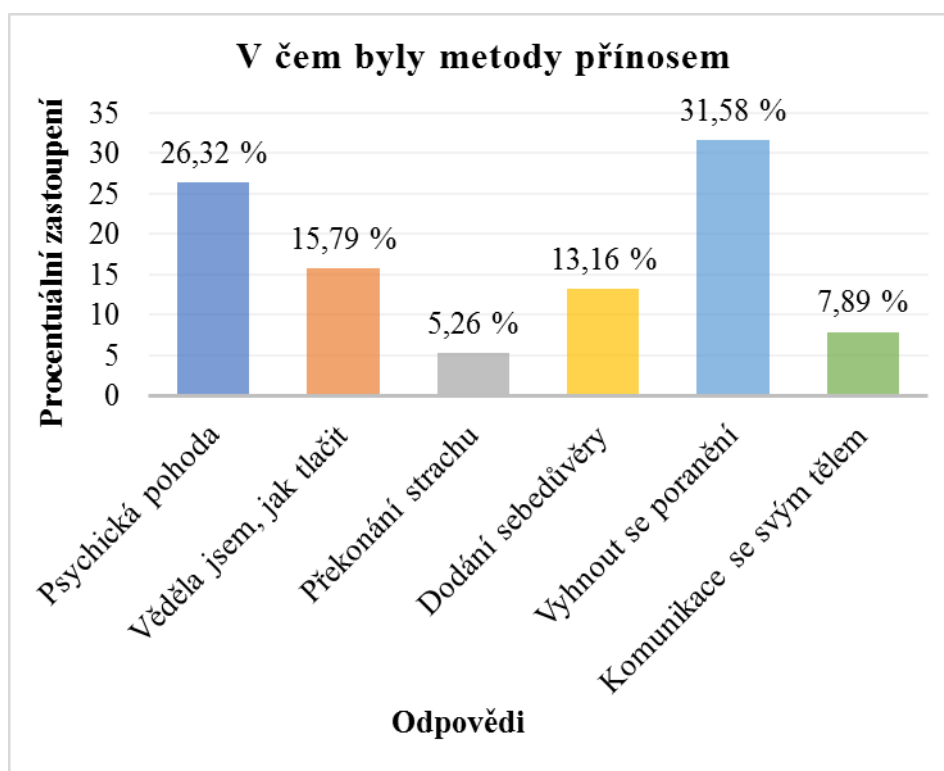
**Otázka č. 16: Cítíte se díky využívání těchto metod více psychicky připravená na porod/zmírnily se Vaše obavy z porodu?**



**Obrázek 16** Lepší psychická připravenost

V této otázce respondentky hodnotily, zda se díky používaným metodám cítily lépe psychicky připravené na porod a jestli se zmírnily jejich obavy z porodu. Celkem 22 žen odpovědělo, že se právě díky používaným metodám cítily lépe psychicky připravené (92 %). Pouhé 2 respondentky odpověděly na tuto otázku negativně (8 %). Výsledky otázky jsou graficky znázorněné na Obrázku 16 výše.

### Otázka č. 17: V čem Vám metody prevence poranění pomohly?



**Obrázek 17** V čem byly metody přínosem

Otázka č. 17 byla otevřená s prostorem k vyjádření vlastních odpovědí respondentek. Některé respondenty uváděly více možností, v čem jim byly metody přínosem. Nejvyskytovanější odpovědí bylo, vyhnout se poranění, takto odpovídalo 12 žen (31,58 %). Druhou nejčastější odpovědí byla psychická pohoda, která pomohla k lepšímu porodu 10 ženám (26,32 %). Výhodu v tom, že ženy vědí, jak při porodu tlačit, uvedlo 6 respondentek (15,79 %). Používané metody dodaly sebedůvěru 5 respondentkám (13,16 %). Lepší komunikaci se svým tělem díky metodám navázaly 3 ženy (7,89 %). K překonání strachu došlo u 2 respondentek (5,26 %). Výsledky této otázky jsou graficky zobrazeny na Obrázku 17 výše.

## 7 DISKUZE

Diskuze se zabývá porovnáním výsledků z předem stanovených výzkumných otázek.

### 1. výzkumná otázka: Jaké znalosti mají ženy o metodách prevence porodního poranění?

K výzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky z dotazníku č. 6 (*Dozvěděla jste se v těhotenství o metodách prevence poranění v oblasti hráze?*), č. 7 (*Jaké znáte metody prevence poranění v oblasti hráze?*), č. 8 (*Kde jste se o metodách prevence poranění dozvěděla?*), č. 9 (*Vyberte, která z bylin podporuje správnou funkci děložního svalů a tím zkracuje druhou dobu porodní?*), č. 10 (*Vyberte, v jakém týdnu těhotenství je dobré začít s masáží hráze?*), č. 11 (*Při Kegelových cvičích dochází k posilování jakých svalů?*) a otázka č. 12 (*Jakého obvodu vaginálního dilatačního balónku - Aniball, Epi-no, je ideální dosáhnout před porodem?*).

Existuje mnoho preventivních metod, díky nimž lze předejít vzniku rozsáhlého poranění při porodu. Některé z těchto metod jsou známé a praktikované již stovky let, jiné jsou v oboru nové. Metody, o kterých má žena informace, může v těhotenství aplikovat sama nebo s pomocí partnera. Zda budou určité metody využité i za porodu, záleží na podpoře a zvyklostech jednotlivých zdravotnických zařízení a personálu. Ženy se o preventivních metodách mohou dozvědět z více zdrojů a samy se pak rozhodnout, která je jim nejbližší, zajímat se o ni více a využít jejich výhod. Jak je to ovšem právě se znalostmi žen o jednotlivých metodách prevence? Dostane se jim v těhotenství dostatek informací, že tyto metody vůbec existují a mají o nich správné informace, jak je využít?

Šestá otázka z dotazníku ukázala, že o preventivních metodách má informace 35 respondentek (83,33 %). Naopak 7 žen (16,67 %) uvedlo, že jsou pro ně tyto metody zcela neznámé. Rozdíl v počtu žen, které o metodách vědí a těch, které o nich žádné informace nemají, je celkem výrazný. Lze tedy říct, že informace o metodách prevence jsou celkem rozšířené a dobře dostupné.

Většina respondentek uvedla, že zná více než jednu preventivní metodu. Dle předpokladu nejnámější metodou, kterou také uvedl největší počet žen - 35 (26,72 %), je masáž hráze. Novější metodou procvičování porodních cest pomocí vaginálního dilatačního balónku znalo 32 respondentek (24,43 %). Do preventivních metod se řadí i zástupci z oboru fytotherapie, z nichž nejnámější je pití čaje z maliníku, jehož znalost uvedlo 23 respondentek (17,56 %). Zbytek metod byl již v menším zastoupením.

Informace o metodách prevence vzniku porodního poranění a o jejich využití mají ženy možnost získat z různých zdrojů. Nejvyužívanějším pramenem pro získání informací byl internet, který využilo 31 respondentek (50 %). Knihy jako zdroj informací použilo 12 žen (19,35 %). Zdravotnický personál by měl o těchto metodách informovat těhotné ženy také, od porodní asistentky získalo znalosti 8 respondentek (12,9 %), od gynekologa již pouhé 2 ženy (3,23 %). Kurzy předporodní přípravy se v dnešní době těší čím dál větší oblíbenosti. Maminky je navštěvují buď samy, nebo v doprovodu svých partnerů. Jako hlavní informační zdroj tyto kurzy uvedlo 7 respondentek (11,29 %). Jako poslední pramen informací uvedly 2 ženy své kamarádky (3,23 %).

Michalíková (2013) uvádí informovanost žen o preventivních opatřeních vedoucích ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění. Výsledky její práce ukazují, že 90,7 % respondentek mělo povědomí o existenci preventivních metod a zbylých 9,2 % respondentek nebylo s těmito metodami vůbec seznámeno. V porovnání s její prací byla informovanost žen o existenci preventivních metod nižší (83,33 %). Dále se její práce zabývá, z jakých zdrojů rodičky čerpají informace o výše zmíněných metodách. Největší zastoupení zde mají porodní asistentky, od kterých se informace dozvědělo 37,1 % žen. Dalším nejuváděnějším zdrojem jsou kamarádky, které uvedlo 18,9 % respondentek. Z knih se dozvědělo potřebné informace 17,6 % respondentek. Internetové zdroje uvedlo 17 % žen. Při srovnání odpovědí na tuto otázku jsou výsledky zcela odlišné. Z toho lze vyvodit závěr, že nyní se o tyto informace zajímají spíše ženy z vlastního zájmu formou samostudia, než aby jim poskytovali informace zdravotničtí pracovníci.

Otázky č. 9-12 měly za úkol zjistit, zda znalosti, které respondentky o metodách prevence mají, jsou správné. První z otázek zjišťovala, která bylina napomáhá správné funkci děložního svalu. Správnou odpověď, maliník, uvedlo celkem 34 respondentek (97,14 %). Jediná žena označila špatnou odpověď, a to ginko bilobu (2,86 %). Výsledky této otázky vypovídají o rozšířeném povědomí o účincích maliníku mezi ženami. Další otázka se týkala masáže hráze, a to konkrétně v jakém týdnu těhotenství je doporučováno s masáží začít. Správnou odpověď, od 34. tt, označila většina respondentek, tedy 24 (68,57 %). Odpověď, 30. tt, označilo 6 žen (17,14 %). Další odpověď, 39. tt, označila 1 respondentka (2,86 %). Odpověď na tuto otázku nevěděly 4 ženy (11,43 %). Z této otázky je patrné, že většina žen ví, v jakém týdnu těhotenství je dobré s masáží hráze začít. Následující otázka se dotazovala respondentek, jaké svaly se posilují při provádění Kegelových cviků. Správnou odpověď, svaly pánevního dna, označilo 31 žen (88,57 %). Odpověď na tuto otázku neznaly 4 ženy

(11,43 %). Z výsledků je zřejmé, že o působení těchto cviků má převážná většina respondentek správné informace. Poslední otázka se ptá, jakého obvodu VDB je ideální dosáhnout před porodem. Správnou odpověď, 28-30 cm, opět zvolila většina respondentek, konkrétně 26 žen (74,29 %). Jakého obvodu dosáhnout nevědělo 7 respondentek (20 %). Po jedné se objevily odpovědi 10-12 cm (2,86 %) a 20-22 cm (2,86 %). Zde je opět zřejmé, že metoda používání VDB je známá i s konkrétním doporučením jejího využití.

Počet správných odpovědí v otázkách č. 9-12 byl 115 z celkových 140 odpovědí, což odpovídá 82,14 %. Znalosti respondentek o vybraných metodách prevence vzniku porodního poranění hodnotím na základě předem zvolených kritérií následovně. Celkem 17 žen odpovědělo na všechny otázky správně a získaly tak plný počet bodů, což odpovídá 100 % a jejich znalosti hodnotím jako velmi dobré. Druhou skupinou bylo 11 žen, které získaly 3 body, tedy 75 % a jejich znalosti hodnotím jako dobré. Na polovinu otázek správně odpovědělo 6 respondentek a dosáhlo tak 50 % úspěšnosti, tím jejich znalosti hodnotím jako špatné. Jako velmi špatné znalosti hodnotím u 1 respondentky, která odpověděla správně pouze na 1 otázku a dosáhla tak 25 % úspěšnosti.

## **2. výzkumná otázka: Jaké metody prevence porodního poranění ženy nejčastěji volí?**

Výzkumná otázka č. 2 se váže na otázky z dotazníku č. 13 (*Využila jste v těhotenství nějakou z metod a popřípadě jaká metoda/y Vám vyhovovala/y nejvíce a proč?*), č. 14 (*Byla Vám zvolená metoda nepříjemná?*) a č. 15 (*V jakém týdnu těhotenství jste s přípravou začala, jak často jste ji prováděla?*).

Je na každé ženě, zda se během těhotenství rozhodne, jestli některou z preventivních metod bude sama využívat. Může se tak rozhodnout na základě informací nabytých z předporodních kurzů, od své porodní asistentky, nebo dle zkušeností svých kamarádek. Preventivní metody se dají navzájem kombinovat a použít může těhotná žena i několik z nich zároveň. Některé je doporučováno praktikovat ke konci těhotenství, jiné je možné používat po celou dobu. Každá metoda nemusí být subjektivně příjemná, a tak se po vyzkoušení rozhodne, zda v ní bude pokračovat nebo ne. Druhá výzkumná otázka tedy zkoumá, jaké metody prevence porodního poranění ženy nejčastěji využívají.

Jako nejvyužívanější metodu v těhotenství uvedlo 15 respondentek masáž hráze (32,61 %). Jelikož je metoda masáže hráze mezi respondentkami nejnámější, dalo se předpokládat, že ji bude nejvíce žen praktikovat. Další metodu, a to možnost cvičení s vaginálními dilatačními balonky Epi-no a Aniball, si zvolilo 14 žen (30,43 %). Fytoterapeutická metoda pití odvaru z maliníku je také velmi rozšířená, její užívání potvrdilo 10 respondentek (21,74 %). Další fytoterapeutickou metodu, požívání lněného semínka, které relaxuje hladkou svalovinu a pomáhá tím k otevírání hrdla, provádělo 5 respondentek (10,87 %). Kegelovy cviky využívaly 2 respondentky (4,35 %). Sex jako metodu prevence vzniku porodního poranění uvedla 1 žena (2,17 %). Žádnou metodu nevyužilo celkem 11 respondentek (23,91 %).

Pavla Kořínková ve své bakalářské práci v roce 2013 také zkoumala, jaké metody prevence ženy nejčastěji využívají. Dle výsledků jejího výzkumu vyšla jako nejpraktikovanější metoda rovněž masáž hráze se zastoupením 30 % respondentek. Druhou metodou bylo pití odvaru z maliníku, které uvedlo 3,33 % žen. Zbytek respondentek, a to 66,66 %, nevyužilo preventivní metodu žádnou. Při srovnání dat je patrné, že využívání metod k prevenci vzniku porodního poranění značně vzrostlo a ženy mají též více informací o těchto metodách. Těhotné ženy praktikují nyní mnohem více druhů metod, než je jen masáž hráze a pití maliníku.



Výsledky australské studie z roku 2013 ukazují, že pokud se správně praktikuje masáž hráze alespoň od 35. týdne těhotenství, incidence vzniku perineálního traumatu, které by vyžadovalo suturu, se výrazně sníží. Do studie bylo zahrnuto 2497 žen. U skupiny žen, které masáž prováděly, se snížil výskyt provedených epiziotomií o 16 % (Beckman, 2013).

Účinností VDB se zabývala roku 2016 Bohatá ve své studii. Výzkum byl prováděn na skupině 315 primipar. Efekt metod byl následně hodnocen podle výskytu intaktní hráze, ruptur perinea a epiziotomie v jednotlivých skupinách proti skupině kontrolní, která žádnou z těchto metod nepoužívala. Studie prokázala korelaci mezi intaktní hrází a dosaženou dilatací. Pozitivní vliv na intaktní hráz byl významný u uživatelék VDB, které dosáhly dilatace 24 cm a výše. Také bylo dokázáno snížení rizika provedení operačních vaginálních porodů u žen užívajících VDB. Jako další benefit se ukázalo, že ženy užívající VDB znají tlak, který balonek v pochvě vyvolává a vědí, jak mají správně při porodu tlačit. Snižuje se u nich strach z neznámého pocitu, který vyvolává hlavička při průchodu porodními cestami. Pozitivně je hodnocen také vliv VDB na zkrácení druhé doby porodní, snížení množství použitých analgetik při porodu a lepší APGAR skóre u novorozence. Díky postupné dilataci měkkých tkání při porodu se lze v budoucnu vyhnout možné stresové inkontinenci a sestupu pánevních orgánů.

Ve Švýcarsku byla v roce 2008 provedena první studie zabývající se účinky porodnického gelu Dianatal. Zkoumal se vliv na délku druhé doby porodní a na výskyt poranění hráze u prvorodiček. Do výzkumu se zapojilo 183 prvorodiček, které byly rozděleny do dvou skupin. První skupině se porodnický gel neaplikoval. Ve druhé skupině bylo při každém vaginálním vyšetření aplikováno 3-5 ml Dianatal gelu ve sterilních rukavicích bez použití aplikátoru. S aplikací se začalo při dilataci hrdla na 4 cm a trvala až do porodu plodu. Výsledky studie dokazují, že při použití porodnického gelu Dianatal došlo ke zkrácení druhé doby porodní o 26 minut (30 %) a výrazně se snížil výskyt ruptur perinea. První doba porodní a celková délka porodu byla rovněž shledána jako kratší, ale ne již s takovou významností (Schaub, 2008). Ve výzkumu této práce bohužel žádná z respondentek používání Dianatal gelu nevedla.

Praktikování preventivních metod nemusí působit těhotným ženám žádné obtíže, naopak jiné metody mohou být ženám nepříjemné natolik, že od jejich provádění musí upustit. Z tohoto důvodu byla položena otázka dotazující se, zda byla zvolená metoda respondentkám nepříjemná. Masáž hráze působila zpočátku nepříjemné pocity 5 ženám (33,33 %). Zbýlých

10 respondentek nemělo s masírováním žádné nepříjemnosti (66,67 %). S trénováním VDB zažívalo zpočátku cvičení nepříjemné pocity 5 žen (35,71 %). Později si však na neznámý tlak v pochvě a na hrázi zvykly a balónek jim nadále nepůsobil problémy. Po celou dobu cvičení ovšem způsoboval VDB nepříjemnosti většině žen, které jej používaly, a to 6 (42,86 %). Nepříjemné pocity při cvičení s ním nezaznamenaly vůbec 3 respondentky (21,43 %). Odvar z maliníku byl pro svoji chuť po celou dobu nepříjemný 4 ženám (40 %), 6 respondentek s ním ale neměly žádné problémy (60 %). S praktikováním ostatních metod neměly ženy žádné nepříjemnosti.

S většinou metod se doporučuje začít ke konci těhotenství a nejlepšího účinku se dosáhne při jejich praktikování každý den. Největší zastoupení měly ženy, které začaly ve 36. tt, celkem 12 z celku (50 %). Nejčastěji to byly respondentky, které používaly metody masírování hráze, pití maliníku a cvičení s VDB. Ve 34. tt začalo s metodami 6 žen (25 %). Zde především odpovídaly respondentky, které masírovaly hráz. Ve své bakalářské práci Michalíková (2013) píše, že nejvíce žen začíná s preventivními metodami ve 35. tt (29,2 %). Celkem 10 respondentek odpovědělo, že metody prováděly denně, aby dosáhly nejlepších výsledků a cítily se připravené na porod (41,67 %). Stejně tak uvádí Kořínková (2013).

### 3. výzkumná otázka: Jaké výhody přináší ženám příprava hráze?

Výzkumná otázka č. 3 je zajištěna otázkami v dotazníku č. 5 (*Bránilo Vám Vaše poranění v péči o sebe sama nebo o Vaše miminko?*), č. 16 (*Cítila jste se díky využívání těchto metod více psychicky připravená na porod/zmírnily se Vaše obavy z porodu?*) a č. 17 (*V čem Vám metody prevence poranění pomohly?*).

Úkolem preventivních metod je především to, aby došlo k co nejmenšímu poranění při porodu a ideálně se zabránilo provedení epiziotomie, které se obává většina žen. Díky pravidelnému praktikování se žena může cítit lépe připravená na porod a ví, že ho snáze zvládne.

Pokud dojde při porodu ke vzniku rozsáhlého porodního poranění, představuje to následně pro ženu riziko výskytu poporodních komplikací. Nejčastějším problémem bývá silná bolestivost v oblasti hráze a otoky. Díky těmto obtížím může žena zpočátku pociťovat zhoršenou schopnost v péči o sebe nebo o své miminko. Celkem 13 respondentek uvedlo, že je následky porodního poranění omezovaly v péči (30,95 %). Převážné většině žen, která takto odpověděla, tedy 11 z nich, byl proveden při porodu nástřih hráze. Zbylé dvě ženy měly rupturu II. stupně. Toto potvrzuje Michalíková (2013), která ve své práci uvádí, že u 14,2 % rodiček bylo porodní poranění překážkou v péči o dítě.

Procento provedených episiotomií je ve světě velmi rozdílné, zatímco ve Švédsku dosahuje pouhých 9,7 %, na Tchaj-wanu je výskyt téměř 100 % (Bohatá, 2016).

V posledních 30 letech lze sledovat trend snižování rutinního provádění nástřihů hráze. V České republice bylo v roce 2003, dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky, provedeno 60 % epiziotomií (spontánních ruptur perinea bylo 19,3 %), v roce 2013 už bylo epiziotomií jen 42,3 % (ruptur 22,8 %). (ÚZIS, 2013)

Jak uvádí Maryšková (2010), nelze tvrdit, že díky použití preventivních metod docílíme porodu bez jakýchkoli poranění. Denní cvičení však snižuje strach z porodu a tím pozitivně podporuje psychiku ženy, také redukuje subjektivní vnímání bolesti. Drtivá většina, tedy 22 respondentek sdělila, že se díky aplikaci preventivních metod cítily lépe psychicky připravené na porod a tím se zmírnily jejich obavy z porodu (91,67 %).

Největším přínosem pro ženy po praktikování preventivních metod bylo vyhnutí se rozsáhlému poranění při porodu (31,58 %). Dále uvedly již výše zmíněnou psychickou pohodu (26,32 %). Velikou výhodou, kterou uváděly respondentky využívající metodu VDB, byla znalost pocitu tlaku v pochvě a získání povědomí o tom, jak mají při porodu tláčit.

Tato zkušenost při cvičení s balónkem jim dodala sebedůvěry, že miminko zvládnou vytlačit samy (15,79 %). Dále metody prevence pomohly ženám překonat strach a zlepšit komunikaci se svým tělem.

## 8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje problematice prevence porodního poranění při vaginálním porodu. Hlavním cílem práce bylo zjistit znalosti žen o metodách prevence porodního poranění. V teoretické části se proto zabývám obecně vznikem poranění za porodu, metodami, které lze v těhotenství praktikovat, metodami používaných za porodu a následné péči o porodní poranění.

Za dobu své praxe, kterou jsem při studiu plnila, jsem se setkala s řadou žen, které o metodách prevence neměly dostatečné informace a často až po porodu, ze kterého si odnesly rozsáhlé poranění, zjistily, že takové metody existují. Proto mě toto téma oslovilo a chtěla jsem zmapovat možnosti prevence, které jsou skutečně využívány. Výzkumná část bakalářské práce následně ukázala, že většina žen znalosti o metodách prevence má, získaly je však zpravidla formou samostudia spíše než od zdravotnického personálu. Ne všechny ženy se ovšem i po nabytí informací rozhodly, že metody prevence budou praktikovat. Ty z žen, které se rozhodly preventivní metody aplikovat, si většinou zvolily více metod najednou.

Dalším zajímavým výsledkem, který práce přináší, jsou osobní pocity a dojmy žen, jež preventivní metody využívaly. Mimo předpokládané výhody týkající se vyhnutí rozsáhlému poranění při porodu, ženy udávají hlavně pozitivní působení těchto metod na jejich psychickou stránku. Ať už se jedná o psychickou vyrovnanost, dodání sebedůvěry, překonání strachu, navázání komunikace se svým tělem nebo také o seznámení se s pocitem tlaku a zapojení vypuzovacích sil, které bude žena využívat při porodu.

Je obtížné na základě této práce zhodnotit, zda měly určité metody přímý vliv na poranění ženy při porodu. Co lze ale s jistotou říci, že díky těmto metodám se drtivá většina žen cítila lépe psychicky připravená a zmírnily se jejich obavy z porodu. Správná psychická pohoda je velmi důležitá pro příznivý průběh jak celého těhotenství, tak i samotného porodu, a proto je velmi vhodné, aby byly ženy dobře informované o výhodách a možnostech jednotlivých metod.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

1. AASHEIM, Vigdis, Anne Britt Vika NILSEN a Mirjam LUKASSE, et al. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, 12(2), Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.
2. Aniball, 2016. [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz/>
3. BECKMAN, Michael a Owen STOCK. *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013, 4(3), Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.
4. BINDER, Tomáš, a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
5. BOHATÁ, Pavla a Lukáš DOSTÁLEK. *Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu*. Česká gynekologie. 2016, 81(3), s.192-201. ISSN 1210-7832.
6. DAHLEN, Hannah, Caroline HOMER a Margaret COOKE, et al. *Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial*. Birth, 2007, 34(4), p.282-290. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00186.
7. Dianatal porodnický gel, b. r. [online]. [cit. 2017-1-12]. Dostupné z: <http://dianatal.cz/>
8. KALIŠ, Vladimír, Barbora BEDNÁŘOVÁ a Jiří ŠTĚPÁN, et al. *Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně*. Česká gynekologie. 2010, 75(4), s.284-291. ISSN 1210-7832.
9. Epi-no, b. r. [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <http://www.epino.cz/>
10. FERNANDO, Ruwan, Abdul SULTAN a Robert FREEMAN, et al. *The management of third- and fourth- degree perineal tears: Green-top Guideline No. 29*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [online], 2015, 19, [cit. 2017-3-20]. Dostupné z: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf/>
11. GIZZO, Salvatore, Stefania Di GANGI a Marco NOVENTA, et al. *Women's Choice of Position during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy*. BioMed Research International [online], 2014, Article ID 638093, 7 pages. DOI: 10.1155/2014/638093.
12. GOLDBERG, Jay a Carmen SULTANA. *Prevence poranění perinea v průběhu porodu*. Gynekologie po promoci. 2004, 4(6), s.12. ISSN 1213-2578.

13. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. HÖFLER, Heike. *Posílení pánevního dna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2958-9.
15. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
16. IBURG, Anne. *Lexikon: Přírodní medicína*. 6. vyd. Čestlice: Rebo, 2009. ISBN 978-80-255-0290-7.
17. KALIŠ, Vladimír, a kol. *Masáž perinea před nebo při porodu*. *Gynekolog*, 2007, 16(2), s.77-81. ISSN 1210-1133.
18. KALIŠ, Vladimír, Jiří ŠTĚPÁN a Milena KRÁLÍČKOVÁ, et al. *Poloha matky při porodu a poranění perinea*. *Česká gynekologie*. 2007, 72(4), s.241-246. ISSN 1210-7832.
19. KOŘÍNKOVÁ, Pavla. *Prevence a péče porodní asistentky o porodní poranění*. Pardubice, 2013. 62 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová.
20. MARYŠKOVÁ, Andrea. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. *Sestra*. 2010, 20(3), s.80-81. ISSN 1210-0404.
21. MEYVIS, Inge, Bart Van ROMPAEY a Karine GOORMANS, et al. *Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births*. *Birth* [online], 2012, 39(2), p. 115-120. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2012.00529.
22. MICHALÍKOVÁ, Šárka. *Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění*. Zlín, 2013. 89 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Moravčíková.
23. MIKA, Karol. *Fytoterapia z pera lékaře*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2016. ISBN 978-80-8063-436-0.
24. MONGANOVÁ, Marie. *Hypnoporod*. 1.vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-364-6.
25. *Rodička a novorozenec*, 2013 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015, s. 132 [cit. 2016-12-11]. ISBN 978-80-7472-138-0. ISSN 1213-2683. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2013/>
26. ROZTOČIL, Aleš, a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

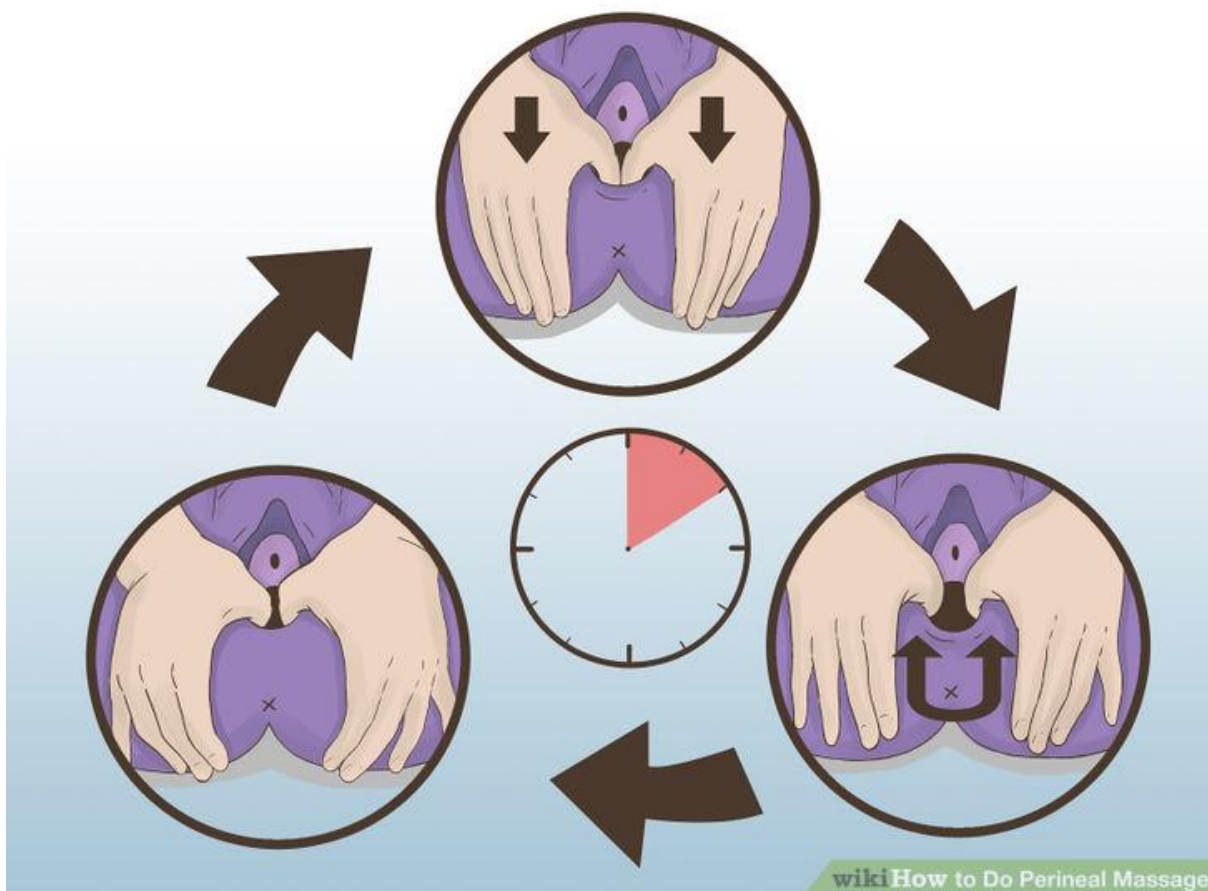
27. SCHAUB, Andreas, Mario LITSCHGI a Irene HOESLI, et al. *Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation*. Journal Of Perinatal Medicine [online], 2008, 36(2), s.129-135 [cit. 2017-2-3]. ISSN 03005577.
28. ZÁHUMENSKÝ, Jozef a Vladimír KALIŠ. *Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze – doporučený postup*. Česká gynekologie, Supplementum. 2013, 78, s.61. ISSN 1210-7832.
29. ZEMANOVÁ, Helena. *Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené*. Praktická gynekologie. 2013, 17(1), s.93-95. ISSN 1211-6645.



## 10 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Masáž hráze</i> .....	66
Příloha B <i>Aniball</i> .....	66
Příloha C <i>Dotazník</i> .....	67

Příloha A *Masáž hráze*



**Obrázek 18** Masáž hráze

(Dostupné z: <http://www.drthomaschong.com/blog/perineal-massage-what-how-and-why/>)

Příloha B *Aniball*



**Obrázek 19** Aniball

(Dostupné z: <http://www.aniball.cz/priprava-na-porod/rady-a-priprava-na-porod/>)

### **Dotazník k bakalářské práci**

Dobrý den,

Jmenuji se Monika Ringlová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Součástí mé bakalářské práce je výzkum zabývající se prevencí vzniku porodního poranění. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a dobrovolný. U otázek s výčtem odpovědí, zvolte prosím jednu možnost zakroužkováním, pokud nebude uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši pomoc.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?
  - a. Do 19 let
  - b. 20 až 29 let
  - c. 30 až 39 let
  - d. Nad 40 let
  
2. Po kolikáté jste rodila?
  
  
3. Jaká byla porodní váha vašeho miminka?
  - a. do 2999 g
  - b. 3000 g-3499 g
  - c. 3500 g-3999 g
  - d. Nad 4000 g
  
4. Máte po porodu nějaké poranění a pokud ano, jaké?
  - a. Ne
  - b. Ano:
  
5. Bránilo Vám Vaše poranění v péči o sebe sama nebo o Vaše miminko?
  - a. Ne, zvládám se postarat bez větších problémů o sebe i miminko
  - b. Ano, porodní poranění mě omezovalo v péči o sebe i miminko
  
6. Dozvěděla jste se v těhotenství o metodách prevence poranění v oblasti hráze?
  - a. Ano
  - b. Ne

Pokud odpovíte NE, nepokračujte prosím ve vyplňování dotazníku

7. Jaké znáte metody prevence poranění v oblasti hráze? (možnost více odpovědí)
- Masáž hráze
  - Epi-no, Aniball
  - Kegelovy cviky
  - Lněné semínko
  - Pití odvaru z bylin napomáhající správné funkci děložního svalu
  - Dianatal gel
  - Jiné:
8. Kde jste se o metodách prevence poranění dozvěděla? (možnost více odpovědí)
- Od gynekologa
  - Od porodní asistentky
  - Na předporodním kurzu
  - Z knih
  - Z internetu
  - Jinde:
9. Vyberte, která z bylin podporuje správnou funkci děložního svalu a tím zkracuje druhou dobu porodní?
- Ginkgo biloba
  - Máta
  - Maliník
  - Nevím
10. Vyberte, v jakém týdnu těhotenství je dobré začít s masáží hráze?
30. tt
  34. tt
  39. tt
  - Nevím
11. Při Kegelových cvicích dochází k posilování jakých svalů?
- Svalů pánevního dna
  - Svalů nohou
  - Přímých svalů břišních
  - Nevím

12. Jakého obvodu vaginálního dilatačního balónku (Aniball, Epi-no) je ideální dosáhnout před porodem?

- a. 10-12 cm
- b. 20-22 cm
- c. 28-30 cm
- d. Nevím

13. Využila jste v těhotenství nějakou z metod a popřípadě jaká metoda/y Vám vyhovovala/y nejvíce a proč? (pokud jste žádnou metodu nevyužívala, nepokračujte dále ve vyplňování dotazníku)

14. Byla Vám zvolená metoda nepříjemná?

Metoda č.1:

- a. Ne
- b. Ano, pouze ze začátku
- c. Ano, celou dobu

Metoda č.2:

- a. Ne
- b. Ano, pouze ze začátku
- c. Ano, celou dobu

Metoda č.3:

- a. Ne
- b. Ano, pouze ze začátku
- c. Ano, celou dobu

15. V jakém týdnu těhotenství jste s přípravou začala, jak často jste ji prováděla?

16. Cítila jste se díky využívání těchto metod více psychicky připravená na porod/zmírnily se Vaše obavy z porodu?

17. V čem Vám metody prevence poranění pomohly?