

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Nikita Vondrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Prevence porodního poranění v oblasti perinea

Bakalářská práce

2023

Nikita Vondrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikita Vondrová**
Osobní číslo: **Z20088**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Prevence porodního poranění v oblasti perinea**
Téma práce anglicky: **Prevention of birth injuries in perineum area**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

- BOHATÁ, Pavla a Lukáš DOSTÁLEK, 2016. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie* [online]. 81(3), 192-201 [cit. 2022-05-16]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-gynaecology/2016-3-13/antepartalni-moznosti-prevence-epiziotomie-a-ruptury-hraze-pri-porodu-59620?hl=cs>.
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. 792 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
- ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- ROZTOČIL, Aleš, 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sabina Dušková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Prevence porodní poranění v oblasti perinea jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26.04.2023

Nikita Vondrová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Především bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Sabině Duškové za její ochotu a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Zároveň bych ráda poděkovala mým přátelům a rodině za jejich podporu v průběhu celého studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce popisuje možnosti, kterými lze přecházet porodnímu poranění v oblasti perinea. Teoretická část práce obsahuje kapitoly o jednotlivých typech poranění hráze a možnostech prevence jak v průběhu těhotenství, tak při samotném porodu. Dále je zde popsána diagnostika, následky i způsob ošetření jednotlivých ruptur. Součástí této části je i role porodní asistentky v dané problematice. Průzkumná část analyzuje výsledky dotazníkového šetření, jehož cílem je zjistit informovanost žen o tomto tématu a jejich povědomí o správném užívání jednotlivých metod. Tato práce také obsahuje brožurku sloužící pro edukaci žen.

KLÍČOVÁ SLOVA

porodní poranění, epiziotomie, metody prevence, porod, předporodní příprava

TITLE

Prevention of birth injuries in perineum area

ANNOTATION

This bachelor thesis describes the options that can be used to prevent birth injuries in the perineal area. The theoretical part includes chapters on different types of perineal injuries, methods of prevention both during pregnancy and during the childbirth itself. It also describes the diagnosis, consequences and treatment of individual ruptures. The role of the midwife in this issue is also part of this part. The research part analyses the results of a questionnaire survey to determine women's awareness of this topic and their knowledge of the correct use of each method. This thesis also includes a booklet used to educate women.

KEYWORDS

birth injuries, episiotomy, methods of prevention, childbirth, prenatal preparation

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce	12
Teoretické cíle.....	12
Průzkumné cíle	12
Teoretická část	13
1 Porodní poranění.....	13
1.1 Rozdělení poranění v oblasti perinea	13
1.2 Epiziotomie	14
2 Antepartální metody prevence porodního poranění perinea.....	16
2.1 Masáž hráze.....	16
2.2 Pomůcky pro předporodní přípravu pánevního dna.....	17
2.3 Alternativní metody	18
2.3.1 Čaj z maliníku.....	18
2.3.2 Lněné semínko	18
2.3.3 Bylinná napářka	18
3 Intrapartální metody prevence porodního poranění perinea	20
3.1 Poloha rodičky za porodu.....	20
3.2 Dianatal gel	21
3.3 Chránění hráze	22
3.4 Aplikace teplých obkladů na hráz.....	22
4 Následky, léčba a péče.....	23
4.1 Následky.....	23
4.2 Diagnostika	24
4.3 Ošetření a následná péče	25
4.3.1 Sutura ruptury II. stupně	25
4.3.2 Sutura ruptury III. a IV. stupně.....	26

4.3.3	Následná péče	26
5	Úloha porodní asistentky v prevenci porodního poranění	28
5.1	Předporodní příprava.....	28
5.2	Porod	28
	Průzkumná část	29
6	Metodika průzkumu.....	29
6.1	Cíle a průzkumné otázky.....	30
6.2	Charakteristika průzkumného souboru	31
6.3	Zpracování dat.....	32
7	Analýza a interpretace výsledků průzkumu.....	33
8	DiskuZe.....	54
9	Závěr	60
10	Použitá literatura	61
11	Přílohy.....	65
11.1	Příloha A Edukační brožurka	66
11.2	Příloha B Dotazník	74

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Věk respondentek.....	31
Obrázek 2 - Porodní hmotnost	33
Obrázek 3 - Porodní poranění	34
Obrázek 4 - Typ porodního poranění.....	35
Obrázek 5 - Znalost prevence	37
Obrázek 6 - Zdroj informací	38
Obrázek 7 - Informace od gynekologa, případně porodní asistentky	40
Obrázek 8 - Znalost metod prevence	41
Obrázek 9 - Používání metod prevence	42
Obrázek 10 - Užívané metody prevence	43
Obrázek 11 - Začátek používání preventivních metod	44
Obrázek 12 - Pravidelnost provádění prevence	45
Obrázek 13 - Efektivita využívání preventivních metod	46
Obrázek 14 - Vnímání užitečnosti ženami.....	47
Obrázek 15 - Znalosti o masáži hráze.....	49
Obrázek 16 - Znalosti o dilatačním balónku.....	50
Obrázek 17 - Informovanost žen	51
Obrázek 18 - Dosažený rozměr Aniballu/Epi-No.....	52
Obrázek 19 - Změna pohledu na prevenci	53
Tabulka 1 - Hodnocení informovanosti žen	32
Tabulka 2 - Hodnocení efektivity užívání	32
Tabulka 3 - Důvod nepoužívání preventivních metod.....	48

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
UPCE	Univerzita Pardubice
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ÚVOD

Téma prevence porodního poranění je v současnosti poměrně diskutované, a to nejen mezi těhotnými ženami, ale i mezi odborníky. Nejen, že přibývá pomůcek, které usnadňují předporodní přípravu, ale také se čím dál více do povědomí žen dostávají různé metody prevence. V současnosti se řada žen předem informuje o průběhu porodu a přejí si, aby byl co nejpřirozenější. Trend návratu k přirozenému průběhu porodu potvrzují i statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, ze kterých vyplývá, že bylo v roce 2003 provedeno 31,6 % epiziotomií, v roce 2015 toto číslo kleslo na 27,3 %. Přičemž podíl poranění hráze a čípku se v roce 2015 oproti roku 2003 zvýšil pouze o 0,3 % na 17,3 % (ÚZIS, 2004, s. 80; ÚZIS, 2017, s. 85). Přání žen se často snaží vyjít vstříc i personál porodnice, a tak je dnes bylinná napárka či aplikace teplých obkladů na hráz již v mnoha nemocnicích běžnou praxí.

Je nezbytné, aby lékaři i porodní asistentky byli schopni těhotným ženám poskytnout dostatek potřebných informací o možnostech zlepšení poddajnosti hráze, vysvětlit princip preventivních metod a jejich benefity. Zároveň je důležité ženy informovat pravdivě a seznámit je s faktory, které ovlivňují vznik porodního poranění. Dále mohou nastat situace, kdy z důvodu akutních komplikací bude poranění nevyhnutelné.

Následky porodního poranění mohou ženě způsobit komplikace jako je dyspareunie, močová či anální inkontinence. I z tohoto důvodu je důležité, aby se ženy v průběhu těhotenství prevenci věnovaly a minimalizovaly tak pravděpodobnost vzniku poranění.

Teoretická část shrnuje základní informace o porodním poranění a možnostech prevence, jak v těhotenství, tak za porodu. Dále popisuje ošetření jednotlivých poranění, případné následky a úlohu porodní asistentky v prevenci.

Cílem průzkumné části práce je zhodnotit informovanost žen o preventivních metodách a zjistit, zda je správně využívaly. Součástí této práce je také edukační brožurka.

CÍLE PRÁCE

Teoretické cíle

Cílem teoretické části je přiblížit problematiku porodního poranění perinea a popsat jednotlivé metody prevence. Dále tato část poskytuje informace o porodním poranění, jeho ošetření i následcích. Obsahuje také kapitolu o roli porodní asistentky v prevenci poranění.

Průzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o prevenci porodního poranění

Cíl 2: Zjistit, jak efektivně ženy ty metody využívaly

Cíl 3: Vytvořit edukační brožurku

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORODNÍ PORANĚNÍ

Vaginální porod je považován za fyziologický děj, i přes to je nutné počítat s případným poraněním, u kterého je vždy nezbytná důsledná a pečlivá kontrola a následné ošetření. Vznik a rozsah porodního poranění je ovlivněn celou řadou rizikových faktorů, které lze rozdělit do tří skupin: ze strany matky, ze strany plodu a z hlediska průběhu porodu. Rizikovými faktory ze strany matky jsou především záněty postihující porodní cesty, vyšší věk rodičky, vysoké nebo zjizvené perineum. Predispozicemi pro vznik poranění ze strany plodu mohou být malprezentace či makrosomie. Z hlediska průběhu porodu může představovat riziko rychle postupující spontánní porod, nekvalitní chránění perinea v druhé době porodní, nerespektování přirozeného průběhu porodního děje a operačně vedený porod s využitím vakuumextraktoru či porodnických kleští. Vaginální porod může mít za následek nejen poranění zevních a vnitřních rodidel, ale poraněné mohou být také orgány a struktury v jejich bezprostřední blízkosti, tedy močová trubice, močový měchýř, konečník i pletenec pánevní. Porodním poraněním mohou být zasaženy měkké porodní cesty i kostěná pánev. V oblasti měkkých porodních cest mohou vzniknout uzury, ruptury perinea, pochvy, hrdla a těla děložního, přičemž nejčastěji se setkáváme s rupturami hráze (Procházka, 2020, s. 439).

1.1 Rozdělení poranění v oblasti perinea

Porodní poranění lze rozdělit do čtyř skupin. **První stupeň** zahrnuje poškození vaginální sliznice a kůže perinea. **Druhý stupeň** je definován jako poškození kůže, svalstva perinea, sliznice a podslizničního vaziva pochvy ve větším rozsahu, bez poranění análního svěrače. **Třetí stupeň** poranění je shodný se druhým stupněm ruptury, ale navíc je zde poškozen anus. Třetí stupeň dále dělíme dle závažnosti poranění análního svěrače na IIIa, IIIb a IIIc. Pokud poranění postihuje méně než polovinu tloušťky zevního svěrače, označujeme ho jako IIIa. Poranění IIIb postihuje více než polovinu tloušťky zevního análního svěrače. V případě, že je poraněn zevní i vnitřní anální svěrač a anální sliznice je intaktní, označujeme toto poranění jako IIIc. Poranění zevního a vnitřního análního svěrače s poraněním anální sliznice označujeme jako **čtvrtý stupeň** ruptury perinea. V oblasti perinea mohou vzniknout též atypické ruptury. V případě, že je zachován kožní kryt a sliznice poševní, mluvíme o latentní ruptuře. Kapsovitá trhlina je druh ruptury, kdy dochází k ruptuře poševní stěny, ale kůže perinea zůstává intaktní. Je-li otvor mezi zadní komisurou a análním otvorem, jedná se o centrální rupturu. Ruptury hráze vyžadují chirurgické ošetření (Roztočil, 2020, s. 440).

1.2 Epiziotomie

Epiziotomie neboli nástřih perinea řadíme mezi porodnické přípravné operace. Tento výkon by měl proběhnout pouze při splnění podmínek a indikací k jeho provedení. Epiziotomie by neměla být prováděna v neodůvodněných případech. Za indikace k provedení epiziotomie se dají považovat například: příliš vysoká nepoddajná tuhá hráz, příliš nízká nebo zjizvená hráz, ohrožení plodu hypoxií či makrosomie plodu (Hanáková, 2021, s. 228).

Celosvětově lze nástřih hráze považovat za nejčastější porodnický výkon. V minulosti byla epiziotomie prováděna především u primipar jako rutinní výkon. V současnosti je výrazný posun k selektivnímu provádění, neboť restriktivní přístup k provedení epiziotomie se ukazuje jako výhodnější. Bylo prokázáno, že u rodiček, u kterých je provedena z oprávněné indikace se oproti rutinnímu provedení vyskytuje menší procento zadního perineálního traumatu, méně komplikací v následujících sedmi dnech po porodu a snížená incidence šití po porodu. Vliv na bolestivost či četnost výskytu ruptury análního svěrače nebyl prokázán (Bohatá, 2016, s. 193).

Mezi indikace k provedení epiziotomie řadíme prevenci poranění III. a IV. stupně, nutnost rychlejšího vybavení plodu z důvodu hrozící hypoxie, prodlouženou druhou dobu porodní a prevenci descenzu či močové inkontinence. Dále lze provést epiziotomii z důvodu vaginálního operačního porodu, spontánního porodu koncem pánevním, předpokládané makrosomii plodu či nezralého plodu (Bohatá, 2016, s. 193).

Epiziotomie je typicky prováděna pomocí hrotnatotupých nůžek na vrcholu kontrakce při maximálním rozepjetí perinea. Některé zdroje zmiňují benefity epiziotomie jako je lepší hojení, menší bolestivost, menší traumatizace tkáně, prevence prolapsu a descensu rodidel. Tyto benefity byly ovšem v řadě případů zpochybněny. Přesto je nutné, aby si provedení epiziotomie porodní asistentky osvojily a užívaly jej s vědomím jeho pozitiv, tak i negativ (Procházka, 2020, s. 441-442).

Dle průběhu dělíme epiziotomii na **mediální, mediolaterální, laterální** a takzvaný **Schuchardtův řez**. Mediální nástřih probíhá od střední části perinea směrem k řitnímu svěrači a je při něm protnut musculus transversus perinei superficialis a profundus. Mediolaterální epiziotomie se provádí od introitu k hrbolu sedací kosti, a to pod úhlem 45-60 stupňů. Při jejím provedení se přeruší musculus superficialis a profundus a musculus bulbocavernosus. Laterální typ probíhá zhruba dva centimetry nad introitem pod úhlem 45 stupňů a směřuje k hrbolu sedací kosti. Při jeho provádění jsou porušeny stejné svaly jako při mediolaterálním typu epiziotomie. V případě, že je rozsáhlejší, může probíhat i skrz musculus levator ani.

Při Schuchardtově řezu je nejprve provedena laterální epiziotomie, která je poté pomocí skalpelu rozšířena. Řezem je protnuta pubická i ilická část musculus levator ani (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 62).

2 ANTEPARTÁLNÍ METODY PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ PERINEA

Poranění perinea je nejběžnější komplikací během vaginálního porodu. Častěji se setkáváme s poraněním chirurgickým, tedy epiziotomií než s se spontánní rupturou (Bohatá, 2016, s. 193). Faktory, které mohou za porodu podstatně zvýšit pravděpodobnost výskytu porodního poranění, je možné do jisté míry eliminovat prostřednictvím preventivních opatření během gravidity. Je vhodné, aby tyto možnosti byly ženě nabídnuty personálem jako součást prenatální péče a v případě zájmu je v rámci prevence využívala. K prevenci porodního poranění hráze během těhotenství lze využít masáž hráze, pomůcky k procvičování svalů pánevního dna či homeopatii (Moravcová, Petržílková, 2015, s. 62-63).

2.1 Masáž hráze

Masáž hráze je jednou z preventivních metod, která napomáhá zlepšit pružnost tkání a připravuje perineum k porodu, čímž dojde k podpoře minimalizace rizika poranění a nutného zásahu v podobě epiziotomie (Procházka, 2020, s. 442). Zahájení masáže hráze je doporučováno od 34. týdne těhotenství. Provádí se ideálně 10 minut denně před spaním (Veverková et al., 2017, s. 330). Vzhledem k intimitě masáže záleží na preferencích ženy, zda si je chce provádět sama nebo ji bude nápomocna druhá osoba. Před každým provedením je nezbytné si důkladně omýt ruce a upravit nehty. Žena během masáže zaujímá gynekologickou polohu v polosedě a do pochvy zavádí prsty, na kterých má nanesený k tomu určený masážní olej (Procházka, 2020, s. 442). Pro masáž jsou vhodné například olivové či mandlové oleje (Marešová, 2021, s. 588). Poté zavedenými prsty vytváří tlak směrem ke konečníku, skrze dno je nechá sklouznout a pokračuje směrem vzhůru po stranách hráze (Procházka, 2020, s. 442). Rodička masíruje hráz ve tvaru pomyslného písmene U od čísla 3 k číslu 9 na hodinovém ciferníku (Marešová, 2021, s. 588). Masáž hráze by měla být doporučována ženám, kterým není tato metoda nepříjemná a těm, které budou dodržovat pravidla tak, aby nedošlo k vniknutí infekce nebo poranění perinea, případně poševní sliznice. Pokud žena masíruje hráz správně, měla by vnímat silný až palčivý tlak v oblasti hráze, což je následkem jejího roztahování. Tento pocit je stejný jako při prořezávání hlavičky během porodu (Procházka, 2020, s. 442).

Nelze jednoznačně tvrdit, že prostřednictvím pravidelně prováděné masáže hráze, je možné se vyhnout všem poraněním včetně epiziotomie. Vznik poranění je následkem mnoha faktorů a v současné době nejsou dostupné studie, které by jednoznačně potvrdily pozitivní vliv masáží hráze na prevenci poranění perinea (Procházka, 2020, s. 442-443). Pro objektivní posouzení

vlivu této metody na vznik poranění by musela být prováděna u všech žen stejně kvalitně (Bohatá, 2016, s. 200).

2.2 Pomůcky pro předporodní přípravu pánevního dna

Pokud má za sebou žena již vaginální porod, je u ní pravděpodobnost vzniku poranění menší než u prvoroďičky. Důvodem je snížený odpor tkání vůči prostupující hlavičce u víceroďiček, jelikož předchozím porodem již došlo k dilataci měkkých tkání pochvy a perinea. Na základě této myšlenky vznikly pomůcky pro přípravu pánevního dna. Díky těmto pomůckám žena pomalu dilatuje měkké tkáně porodních cest a v podstatě se stane „funkční multiparou“. Aniball je pomůcka vyrobená v České republice s totožným mechanickým účinkem, podobným tvarem a vlastnostmi jako balónek Epi-No (Bohatá, 2016, s. 199).

Jednou z osvědčených metod určených pro předporodní přípravu perinea je pomůcka **Aniball**. Tato pomůcka je přizpůsobena anatomickým poměrům pochvy. Jedná se o nafukovací balónek, který vyroben z lékařského silikonu a lze ho nafouknout pomocí ruční pumpičky. Inspirací pro jeho výrobu bylo africké porodnictví, kde ženy využívaly pro předporodní přípravu podobně tvarované tykve zvané kalabasa. Základní princip účinku je založen na proprioreceptci, kdy se žena učí, jak vědomě relaxovat či aktivovat svaly pánevního dna a v návaznosti na to správně dýchat. Vědomou aktivací svalů pánevního dna může žena provádět také během šestinedělí v rámci poporodní rehabilitace. Aniball napomáhá pochopit souvislost mezi uvolněním pánevního dna a hlubokým nádechem, díky čemuž je možné se vyhnout řízenému tlačení v druhé době porodní, které může vést k poranění pánevního dna. Dále má roďička možnost najít si polohu, která jí je nejvíce komfortní a zároveň si vyzkouší pocit, který při porodu způsobuje potřebu tláčit. Během cvičení lze přijít na způsob, jak s tímto tlakem pracovat, jak se záměrně a nenásilně uvolnit, což podpoří intuitivní chování a při porodu slouží k samovolnému vypuzování. Žena se díky cvičení nezalekne tlaku při porodu hlavičky, získá potřebné sebevědomí a pochopí, jak správně dýchat a efektivně tláčit. Dle doporučení je vhodné začít s nácvikem nejdříve od 37. týdne gravidity a pokračovat s ním až do porodu. Cvičení by mělo probíhat 15 až 30 minut každý den (Procházka, 2020, s. 443). Prvních 10 minut po zavedení balónku do pochvy je vhodné posilovat pánevní dno pomocí stahování a uvolňování svalů, poté by žena měla nafouknout balónek do pocitu tlaku, ale ne bolesti. Následně Aniball nechá 10 minut v pochvě a při uvolnění pánevního dna vytlačí balónek ven. Na konci těhotenství by měla žena dosáhnout průměru balónku 8 až 10 cm, či obvodu 28 až 30 cm (Marešová, 2021, s. 587). Při pravidelném a šetrném tréninku lze navíc zlepšit flexibilitu tkání. Užívání Aniballu tak může vést k usnadnění II. doby porodní a snížení rizika spontánního

poranění či potřeby epiziotomie. Limitací pro využití této pomůcky může být zdravotní stav těhotné, proto je vhodné se předem poradit s porodní asistentkou či gynekologem, kteří zváží vhodnost cvičení a veškeré kontraindikace. Cvičení po šestinedělí napomáhá rehabilitaci a je prevencí dysfunkcí pánevního dna (Procházka, 2020, s. 443)

2.3 Alternativní metody

Žádné metody prevence nemohou zaručit, že se neobjeví neočekávané komplikace. Přirozené metody přípravy by ženě měly dopomoci k normálnímu průběhu porodu, obvyklé době trvání a připravit tělo rodičky tak, aby bylo v co nejlepším stavu, a tak bylo schopné co nejlépe zvládnout zátěž (Stadelmann, 2009, s. 167).

2.3.1 Čaj z maliníku

Pití maliníkového čaje přispívá ke stimulaci stahů hladkého svalstva. Ideálně by ho ženy měly začít popíjet od 36. týdne těhotenství v dávce jeden až dva šálky každý den. Nejsou známy žádné nežádoucí účinky jak pro matku, tak ani plod (Marešová, 2021, s. 588). Pití po porodu může napomoci stahování dělohy a rozvoji laktace (Bohatá, 2016, s. 196). Čaj z maliníku může mít vliv na zkrácení II. doby porodní, avšak nebylo prokázáno, že by měl zásadní vliv na prevenci poranění hráze (Marešová, 2021, s. 588).

2.3.2 Lněné semínko

Lněné semínko relaxuje hladkou svalovinu a má vliv na otevírání děložního hrdla. Do jídelníčku je vhodné ho zařadit od druhé poloviny těhotenství. Lněné semínko lze pít ve formě odvaru či jej přidávat do potravin v maximálním množství 3 lžiček za den (Marešová, 2021, s. 588). Díky obsahu fytoestrogenů ho lze užívat i k podpoře kojení (Bohatá, 2016). Statisticky však nebylo prokázáno, že by tato metoda měla významný efekt na prevenci vzniku poranění perinea (Marešová, 2021, s. 588).

2.3.3 Bylinná napářka

Bylinné napářky napomáhají změkčit a zvláčnit tkáň, což je důležité především u primipar, jelikož jsou u nich svaly pánevního dna stále pevné. U vícerodiček je vhodné jejich provádění, jestliže byl u předchozích porodů potřeba nástřih hráze (Stadelmann, 2009, s. 172-173). Napářka by se měla provádět až od 38. týdne těhotenství, jelikož v tomto týdnu je plod již dostatečně zralý. Před termínem porodu se napářka obvykle provádí 2 - 3x týdně, od termínu porodu ji lze využívat denně. Doba napařování je individuální (Fančovičová, 2020). K provedení napářky je potřeba sedátko či napařovací židlička, hrnec o obsahu alespoň 3 litry, bylinky a 2-3 deky. Důležité je také připravit příjemné prostředí. Pro přípravu směsi k napařce

lze využít například maliník, mateřídoušku, levanduli, měsíček či senné květy (Valová, 2018). Senné květy se vkládají do teplé lázně a mají pozitivní vliv i na uvolnění ženy a regulaci děložních stahů během porodu (Stadelmann, 2009, s. 173). Pro posílení kontrakcí při porodu lze do směsi přidat skořici (Valová, 2018). V případě, že chce žena využít napárku během porodu, je vhodné ji využívat od začátku porodních stahů, aby svaly pánevního dna změkly a staly se poddajnými. Bylinná napárka se provádí pomocí bylin, které se vkládají do hrnce a zalejí se vařící vodou. Následně si nad něj žena sedne a lze ji provádět, dokud se vytváří pára (Stadelmann, 2009, s. 173). Napárku je možné kombinovat s pomůckou Aniball. Nahřátí hráze působí jako prevence vzniku drobných poranění a oděrek, které mohou při cvičení vzniknout (Valová, 2018). Tato metoda není příliš vhodná pro ženy s varixy v oblasti vulvy, jelikož může způsobit jejich bolestivost. Pokud žena trpí sennou rýmou, je důležité myslet na to, že napárka může vyvolat alergickou reakci (Stadelmann, 2009, s. 173). Není doporučováno provádět napárku, pokud žena trpí kvasinkovou infekcí (Valová, 2018).

Napárka v šestinedělí přispívá k efektivnější a rychlejší regeneraci. Napomáhá involuci dělohy, zlepšuje prokrvení tkání a díky bylinám působí i protizánětlivě. Po porodu by žena měla s napárkou začít až ve chvíli, kdy se lochia rubra změní na lochia fusca a jejich intenzita výrazně zeslábně. Průměrně se napárka v šestinedělí provádí denně po dobu 30 dní (Valová, 2018).

3 INTRAPARTÁLNÍ METODY PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ PERINEA

Prevenici porodního poranění provádí asistující osoba, od které se očekává zejména respekt k přirozenému průběhu porodu a snaha nezasahovat do jeho průběhu, pokud si to nevyžadají komplikace ohrožující plod nebo rodičku. V případě, že si to žena přeje, může porodní asistentka chránit hráz již v průběhu I. doby porodní pomocí masáží s olejem, stejně jako během těhotenství. Masáž lze aplikovat i ve II. době porodní při tlačení. Možností je také aplikace teplých obkladů na hráz. Poranění hráze v II. době porodní lze předcházet také pomocí chránění hráze při porodu hlavičky a ramének. Někteří zastávají názor, že nejvhodnější způsob zachování intaktní hráze je dodržení spontánního průběhu II. doby porodní a zasahování do průběhu rozvíjení hráze považují za narušování fyziologického procesu (Procházka, 2020, s. 443-444).

3.1 Poloha rodičky za porodu

Se vznikem porodního poranění souvisí také poloha rodičky během porodu. V současném českém porodnictví je nejčastěji volena poloha na zádech s abdukovanými dolními končetinami. Z historických pramenů vyplývá, že tato poloha začala být hojně využívána v souvislosti se vstupem lékařů do porodního děje během 16. až 17. století (Roztočil et al., 2017, s. 194).

Po staletí se diskutovalo o výhodách a nevýhodách různých poloh při porodu. Vertikální poloha během porodu má několik fyziologických výhod jako jsou účinky gravitace, silnější děložní kontrakce, mateřská spokojenost a pocit kontroly. V současnosti však většina žen v západních společnostech porodí v dorzální nebo litotomické poloze či v polosedě. Tyto polohy umožňují porodní asistentce nebo porodníkovi lépe monitorovat plod a usnadňují přístup k roditelům ženy, což může mít vliv na vznik porodnických poranění análního svěrače (Elvander et al., 2015, s. 1). Pokud však rodička zaujímá horizontální polohu, není využita zemská gravitace jako porodní síla. Plod je vypuzován horizontálním směrem a zčásti i vzhůru, což vede k prodloužení vypuzovací fáze a pro rodičku je tak více bolestivá a vyčerpávající (Roztočil et al., 2017, s. 194). V případě, že je zvažováno vedení porodu ve vertikální poloze, je nutné předem zvážit bezpečnost plodu a zdravotní stav matky. Ze zkušeností vyplývá, že zařízení, která umožňují porod ve vertikální poloze, vykazují výrazný nárůst porodních poranění (Roztočil et al., 2017, s. 194).

Určitým kompromisem může být poloha v polosedě, ve které lze uplatnit zemskou gravitaci a jiné příznivé vlivy vertikální polohy, a zároveň je zachována viditelnost a přístupnost oblasti rodidel pro vyšetření či léčebné zákroky. Volba výsledné polohy je však vždy na rodičce, která si za porodu instinktivně hledá pro ni nejméně bolestivou a nejkomfortnější polohu (Roztočil a kol., 2017, s. 194). Zároveň je při volbě polohy důležité přihlídnout k potřebám co nejhladšího průběhu porodu. Dlouhodobé setrvání v jedné poloze rodičkám zpravidla nevyhovuje a měly by mít možnost ji měnit i během II. doby porodní ((Ezrová, M. et al., 2021, s. 24). Ženy však ve většině případů volí polohy horizontální (Roztočil et al., 2017, s. 194).

V roce 2015 byla ve Švédsku provedena studie s cílem zjistit souvislost mezi porodní polohou a porodnickým poraněním análního svěrače. Dle jejích výsledků má poloha na boku ve srovnání s polohou vsedě u nullipar mírně ochranný účinek. Zatímco u žen v litotomické poloze bylo prokázáno zvýšené riziko vzniku poranění bez ohledu na paritu. Dřep a poloha vsedě představují zvýšené riziko vzniku poranění pro vícerodičky (Elvander et al., 2015, s. 6).

3.2 Dianatal gel

Princip této metody spočívá v aplikaci dvou gelů s odlišným složením, které snižují odpor tkání. Porodník či porodní asistentka je využijí opakovaně během otevírací a vypuzovací fáze porodu. První gel je využíván během otevírací fáze. Druhý gel se využívá v průběhu vypuzovací fáze. Porodník či porodní asistentka aplikují gel do pochvy během vnitřního vyšetření, ve chvíli, kdy se děloha začíná otevírat. K aplikaci lze využít speciální aplikátor, díky kterému není aplikace nepříjemná rodičce ani plodu. Každé balení obsahuje dvě stříkačky s prvním gelem, které mají bílý píst. Dále jednu stříkačku s modrým pístem, která obsahuje druhý gel a dva aplikátory. Základními vlastnostmi gelu jsou sterilita a přilnavost k poševní stěně. Gel je také nealergizující a baktericidní. Porodnický gel usnadňuje porod matce i dítěti, chrání měkké porodní cesty a dle dosavadních zkušeností u prvorodiček zkracuje vypuzovací fázi až o 30 %, tedy průměrně o 26 minut a celkovou dobu porodu až o 30 %, tedy o 106 minut. Využití gelu má dle pozorování také vliv na snížení výskytu ruptury perinea. Dále ho lze využít pro snazší porod do vody nebo porody s nutností využití VEX a porodnických kleští. Gel působí pouze fyzikálně, nejsou v něm obsaženy žádné farmakoaktivní látky a není vstřebáván do těla. Dosud nebyly v souvislosti s jeho užíváním zaznamenány žádné nežádoucí účinky či interakce (DIANATAL, 2015).

3.3 Chránění hráze

Chránění hráze přispívá k zachování intaktního perinea i zbylých částí pochvy a zároveň kontroluje správný mechanismus porodu hlavičky. Perineum chráníme až v momentě, kdy je hráz napjatá a vyhlazená a hlavička plodu setrvává v pootevřené vulvě a při kontrakci nemá tendenci se vracet zpět do pochvy. Při chránění hráze je levá ruka položena na plochu na porozenou část hlavičky shora. Pomocí pravé ruky je přiložena sterilní rouška na hráz tak, aby nezakrývala zadní komisuru a zakryla anální otvor. Porodník brzdí levou rukou progresi hlavičky. Pravou ruku drží tak, aby byl palec na pravé straně perinea a ostatní prsty na levé. Pomocí sterilní roušky palec s ostatními prsty přitahuje k sobě, aby bylo oslabeno narůstající napětí tkáně. V průběhu kontrakce se snaží přetáhnout hráz přes rodící se čelní hrboly hlavičky. Hráz je nutné chránit také při porodu zadního raménka (Roztočil et al., 2017, s. 197).

Šetrný způsob porodu ramének byl zaveden na I. pražské porodnické klinice profesorem Kotáskem. Tato metoda spočívá v tom, že je pravá ruka s rouškou ponechána na stejném místě jako při chránění hráze během prořezávání hlavičky. Levou rukou porodník nadhmatem sklání hlavičku k hrázi a rodí přední raménko. Poté pomocí podhmatu levá ruka zvedne hlavičku a porodí zadní raménko a ručku, přičemž chrání hráz. Nesporná výhoda této metody je v tom, že při porodu velkého plodu zabrání zvětšení poranění hráze během vybavování zadního raménka (Hájek, Z. et al., 2014, s. 192).

3.4 Aplikace teplých obkladů na hráz

Aplikace teplých obkladů na perineum v průběhu porodu má pozitivní vliv na poddajnost a pružnost tkání. Provádí se pomocí několika vrstev látky či porodnické vložky, které se namáčí do vody o teplotě 38-45°C. Následně se z nich odstraní přebytečná voda a ve chvíli, kdy rodička cítí napínání perinea způsobené sestupem hlavičky plodu, se aplikuje na hráz. Po skončení kontrakce je vhodné obklad znovu namočit pro udržení požadované teploty (Mertelíková, 2022).

V roce 2020 proběhla ve Švýcarsku studie, jejímž cílem bylo zjistit vliv aplikace teplých obkladů na bolest a zachování integrity tkání ve druhé době porodní. Ve studii bylo zjištěno, že aplikace tepla snižuje bolestivost perinea. Dále má významný vliv na zachování integrity tkání, tedy snižuje potřebu sutury perinea (Türkmen, H. et al., 2020).

4 NÁSLEDKY, LÉČBA A PÉČE

V průběhu těhotenství prochází ženské tělo celou řadou fyziologických změn, přičemž některé z nich zanechávají po porodu určité následky. Objevit se mohou ihned po porodu nebo až s odstupem času, a může na ně mít vliv i rozsáhlé porodní poranění. Po rozsáhlém porodním poranění se setkáváme s komplikacemi jako je vaginální flatulence, únik moči, ztráta kontroly nad únikem plynů až inkontinence stolice. Všechny tyto obtíže mohou mít negativní dopad na život ženy (Zemanová, 2013, s. 93).

Ženy si ke konci těhotenství kladou otázky související s porodním poraněním. Otázky souvisí s možnostmi prevence či péče o případně vzniklé poranění. Správné poučení od odborníka může mít podstatný vliv na kvalitu života rodičky. Ženy často nehledají odpovědi u odborníků z důvodu stydlivosti, vzhledem k intimitě problémů či postupnému snižování intenzity problémů. Dalším důvodem může být to, že pacientka postupně nabývá dojmu, že je její problém neřešitelný či si na symptom zvykne a začnou ji připadat běžné (Zemanová, 2013, s. 93).

4.1 Následky

Mimo klasických poranění vulvy a perinea se lze setkat zejména s avulzním poraněním musculus levator ani. Nekvalitně provedená sutura hráze poraněné epiziotomií či vzniklým poraněním během porodu může mít za následek perineální diskomfort. Příkladem je dyspareunie, která se objevuje až u 14 % rodiček. K zachování kontinence je potřeba správná funkce obou svěračů (Zemanová, 2013, s. 94).

Ruptury I. a II. stupně se při správném ošetření obvykle hojí dobře a bez následků. Pokud dojde k ruptuře III. stupně, je třeba přistoupit k bezprostřední náročné chirurgické operaci. Ruptura může mít za následek vznik inkontinence, která může poznamenat i psychické zdraví ženy. Jakékoliv poranění hráze bez vhodného ošetření může vést k nedostatečné funkci pánevního dna spojené s poruchou kontinence stolice a moči (Binder, 2015, s. 229).

Následky vzniklé při vaginálním porodu se řadí mezi nejvýznamnější rizikové faktory pro vznik anální inkontinence u žen. Únik stolice se může projevit jako následek ruptury III. stupně, stejně tak se ale objevuje u žen po vaginálním porodu, který je zjevně bez traumatu a je zde okultní krvácení. V případě, že se u ženy v anamnéze, již nachází ruptura análního svěrače, je u ní větší riziko opětovného vzniku. Dále se může projevit zhoršení symptomů, které má již po prvním traumatickém porodu či vznik nových. U žen, které trpí anální inkontinencí či jsou přítomny atypické nálezy v oblasti anorekta, případně prodělali suturu análního svěrače až v pozdější době po porodu, lze uvažovat o elektivním císařském řezu (Zemanová, 2013, s. 94).

Bohužel pouze 8 % žen trpících následky se obrátí na odborníka, zejména pokud se jedná o problémy v sexuální oblasti. Zdravý sexuální život páru i ženy jako jednotlivce závisí nejen na psychické a sociální pohodě, ale je ovlivněn také tělesnou kondicí obou partnerů. Mnohé ženy se v období po porodu záměrně straní sexuální aktivitě, což je přisuzováno nízké hladině sexuálních hormonů v období kojení, fyzickému vyčerpání, změně režimu i bolestem, které mohou být způsobeny například porodním poraněním. Sexualita je fyziologickou potřebou každého člověka její správný vývoj je podstatný pro uspokojování základních lidských potřeb. Aby bylo možné předejít výše zmíněným komplikacím, je potřeba včasná diagnostika, léčba a rehabilitace (Zemanová, 2013, s. 93-94).

4.2 Diagnostika

Ruptury análního svěrače lze dělit na zjevné a skryté. Během porodu je možné odhalit a ošetřit ruptury zjevné. K diagnostice skrytých ruptur je potřeba vyšetření pomocí ultrazvukového vyšetření, případně magnetické rezonance. Skryté ruptury se vyskytují pod neporušenou hrází nebo u ruptur I. a II. stupně až u 35 % prvorodiček (Zemanová, 2013, s. 94).

Pro diagnostiku poranění análního svěrače po porodu je důležité provedení vyšetření per rectum. Pomocí tohoto vyšetření je možné vyšetřit i mírné porušení celistvosti externího análního svěrače a mělo by se provádět po každém porodu. Z průzkumů v USA ale vyplývá, že vyšetření per rectum po porodu rutinně provádí pouze 13,6 % porodních asistentek a jen 20 % porodních asistentek v případě poranění perinea (Dvořák, J. et al., 2021, s. 118-119).

Poranění externího svěrače nebo defekt po špatném hojení lze diagnostikovat pomocí ultrazvukového vyšetření konečníku prováděného specialistou. Nejčastěji je prováděno po skončení šestinedělí pomocí endoanální ultrazvukové sondy, ultrazvukové sondy přiložené na oblast perinea nebo vaginální ultrazvukové sondy přes poševní vchod. Vyšetření je prováděno na kontrahovaném sfinkteru, ze studií ale vyplývá, že snímky provedené na relaxovaném svěrači jsou z 98,9 % identické z hlediska hodnocení jeho kontinuity. Pacientky preferují ultrazvukové vyšetření skrz perineum před vyšetřením per rectum (Dvořák, J. et al., 2021, s. 118-119).

K diagnostice anální inkontinence jsou využívány také specializované dotazníky, například dle S.D. Wexnera, St. Mark's score a další. Tyto dotazníky mají lepší vypovídající hodnotu než cílené dotazy kladené lékařem. Žena je vyplňuje sama, případně je vyplní lékař za spolupráce pacientky. Dle studie Norderval et al. jsou výsledky shodné a přítomnost lékaře nemá na pravdivost odpovědí žen vliv. Výsledky dotazníků je nutné porovnat s dalšími vyšetřeními jako

je například ultrazvukové vyšetření. Poškození externího svěrače zobrazené pomocí ultrazvuku bývá spojeno s inkontinencí plynů (Dvořák, J. et al., 2021, s. 118-119).

4.3 Ošetření a následná péče

Sutura porodního poranění hráze se provádí pomocí vstřebatelného materiálu, kdy je možné využít jednotlivé stehy, případně pokračovací steh. Pro suturu kůže je vhodné použít intradermální steh, který je méně bolestivý a má dobrou snášenlivost (Ezrová, M. et al., 2021, s. 29).

Možností léčby je i farmakologická terapie, která však není příliš úspěšná. Využívají se estrogény či darifenacin, ale ohledně jejich účinků je nutný další výzkum. Na zmírnění příznaků lze využít také léky snižující frekvenci stolice, které vedou k jejímu zpevnění a zvýšení napětí análního sfinkteru. Tyto léky mají ale i nežádoucí účinky, které mohou ženu závažně poškodit (Dvořák, J. et al., 2021, s. 120).

Ke zmírnění příznaků může vést i rehabilitace pánevního dna brzy po porodu. Pokud má žena symptomy a zároveň ultrazvukově prokázaný defekt sfinkteru, je sfinkteroplastika metodou volby. Pokud je sfinkteroplastika nevhodná či má nízký účinek, lze využít sakrální neuromodulaci či aplikaci látek, které zvyšují odpor v rektu, tzv. bulking agent (Dvořák, J. et al., 2021, s. 120).

4.3.1 Sutura ruptury II. stupně

Sutuře poranění by měla předcházet správná dezinfekce vnějších rodidel a kontrola porodních cest. Následně se perineum znecitliví pomocí lokálního anestetika, které se aplikuje do podkoží na obou stranách poranění. Ošetřující osoba provede první ukotvující steh 0,5 – 1,0 cm nad rupturou a zauzlí ho (Wilhelmová, R. et al., 2021, s. 337). V případě, že má ruptura v pochvě dva vrcholy, nejprve provedeme suturu toho, který je uložen více kraniálně (Doležal, 2007, s. 59). Dále je pokračovací steh veden směrem k perineum a zakončen na dolním konci vagíny. Totožným stehem je vytvořena sutura svalů perinea a na jeho dolním konci se provede zauzlení. Poté se od spodní části perinea kraniálním směrem vede intradermální steh a u dolní části poševního introitu se opět zauzlí. Po samotném ošetření ruptury je žádoucí vyšetření per vaginam i per rectum. Při vyšetření lze odhalit hematoma, případné prošívané tkáně či snížené napětí sfinkteru (Wilhelmová, R. et al., 2021, s. 337).

Pokud poranění vznikne v blízkosti utery, je žádoucí zavést během ošetření močový katétr. V případě nepravidelných ruptur lze využít jednotlivé odlehčující stehy (Doležal, 2007, s. 59).

4.3.2 Sutura ruptury III. a IV. stupně

U rozsáhlých ruptur hráze je ošetření obtížné z důvodu nepravidelných okrajů, které jsou pohmožděné a komplikované silným krvácením. Svěrač, popřípadě i střevo, je nutné ošetřit perfektní suturou. Z tohoto důvodu je vhodné, aby byla sutura provedena zkušeným porodníkem či chirurgem (Zemanová, 2013, s. 94).

Ošetření poranění análního svěrače provádí lékař na operačním sále bezprostředně po porodu ve svodné nebo celkové anestezii (Dvořák, J. et al., 2021, s.120). Žena je během operace v litotomické poloze (Kališ, V. et al., 2010, s. 288). Kromě hlavního operátora je na sále nutná přítomnost dvou asistujících lékařů a perioperační sestry (Doležal, 2007, s. 59).

Ošetření lze provést metodou end-to-end aproximace nebo pomocí overlapping sfinkteroplastiky. Během end-to-end aproximace jsou roztržené konce sfinkteru přiblíženy k sobě pomocí stehů. V průběhu overlapping sfinkteroplastiky je nejprve nutné správně určit oba konce poraněného svalu a zachytit je k tomu určeným operačním nástrojem, běžně se využívají Allisovy kleště. Následně je nezbytné mobilizovat sfinkter tak, aby se v konečné pozici jeho konce překrývaly (Záhumenský, Kališ, 2013, s. 61). Antibiotika jsou při ošetření podávána intravenózně a následujících 5-10 dní per os (Kališ, V. et al., 2010, s. 288).

4.3.3 Následná péče

Důležité je poučit ženu o péči o poranění. Podstatná je správná hygiena poraněné oblasti, poučení fyzioterapeutem o správném cvičení na posílení svalů pánevního dna i úprava stravovacích návyků. U žen po sutuře rozsáhlého porodního poranění jsou vhodné pravidelné kontroly (Zemanová, 2013, s. 94). Po 14 dnech od operace lze zhodnotit proces hojení. Následující kontrola by měla proběhnout po 2-3 měsících po porodu, kde lékař posoudí funkčnost sfinkteru. Pokud žena plánuje další těhotenství, měl by u ní být znovu zhodnocen stav okolo 20. týdne gestace, a dle nálezu rozhodnut způsob vedení porodu (Záhumenský, Kališ, 2013, s. 61).

Žena by měla po dobu hojení dodržovat režimová opatření (Dvořák, J. et al., 2021, s.120). Přistupuje se k podávání perorálních laxativ pro změkčování stolice po dobu 10 dní (Hájek et al., 2014, s. 446). Podávána je laktulóza v dávce 10-15 ml až 60 ml (Záhumenský, Kališ, 2013, s. 61). Pokud je zároveň poškozena i sliznice střeva, je vhodné dodržovat bezezbytkovou dietu po dobu 5 dní (Hájek et al., 2014, s. 446).

Snížení obtíží může napomoci omezit příjem tuků v potravě, alkoholu či kofeinu, jelikož tyto látky snižují tuhost stolice. Samoléčba pomocí těchto opatření však není příliš účinná a je potřeba vyhledat odbornou pomoc (Dvořák, J. et al., 2021, s. 120).

5 ÚLOHA PORODNÍ ASISTENTKY V PREVENCI PORODNÍHO PORANĚNÍ

Porodní asistentka poskytuje podporu, péči a edukaci ženám v průběhu fyziologické gravidity, porodu i šestinedělí. Vzdělává nejen ženy, ale i jejich rodiny a celé komunity, v oblasti předporodní přípravy, sexuálního či reprodukčního zdraví a v péči o dítě (MZČR, 2021). Během druhé doby porodní je jejím úkolem zabezpečit efektivní prevenci porodního poranění (Wilhelmová, R. et al., 2021, s. 234). Dále může ženě předávat informace o prevenci komplikací a ošetřovat porodní i poporodní poranění (MZČR, 2021).

5.1 Předporodní příprava

Jednou z kompetencí porodních asistentek je vedení předporodních kurzů, kde ženu připravuje na porod po psychické i fyzické stránce. Psychofyzická příprava na porod by měla být vedena certifikovanou porodní asistentkou, která má za sebou nejméně tři roky odborné praxe. Kurz by měl především připravit ženu na změny, kterými si její tělo bude v těhotenství procházet, a na samotný porod. Těhotné ženy jsou zde edukovány i o průběhu šestinedělí, benefitech kojení a správné péči o novorozence. Předporodní příprava může být nápomocna v eliminaci či odbourání negativních emocí spojených s porodem, bolestí při porodu či strachem o dítě. Dále přispívá k uvolnění, zlepšení kondice a má vliv na minimalizaci výskytu závažných komplikací, proto je neodmyslitelnou součástí kvalitní péče (Bašková, 2015, s. 36).

5.2 Porod

Na vznik porodního poranění má vliv také přístup porodní asistentky k vedení porodu. Především by měla omezit počet vaginálních vyšetření na minimum a co nejdéle zachovat celistvý vak blan. Během druhé doby porodní je důležité bránit příliš rychlé progresi hlavičky dítěte a chránit hráz rouškou, také je žádoucí využít některé z intrapartálních metod prevence poranění perinea. Dále je nutné ženu správně edukovat o intenzitě a délce tlačení, a pokud možno zajistit její spolupráci. Pokud porodní asistentka usoudí, že existuje zvýšené riziko ruptury perinea, může ve II. době porodní provést epiziotomii (Wilhelmová, R. et al., 2021, s. 339).

V kompetencích porodní asistentky je provádět ošetření lacerací a poranění I. a II. stupně, ať už se jedná o spontánní rupturu nebo epiziotomii. Pokud vznikne poranění III. stupně či hlubší poranění pochvy a hrdla děložního, ošetření musí provést lékař (Ezrová, M. et al., 2021, s. 29).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 METODIKA PRŮZKUMU

Tato bakalářská práce s názvem Prevence porodního poranění v oblasti perinea je teoreticko-průzkumná. Sběr potřebných dat pro průzkumnou část probíhal pomocí nestandardizovaného dotazníkového šetření. Dotazník (Příloha B) byl anonymní a obsahoval celkem 18 otázek.

Sběr dotazníků probíhal od prosince roku 2022 do konce února roku 2023 v okresní nemocnici na oddělení šestinedělí. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků a návratnost činila 78 %. Pro průzkum tak bylo možné využít 47 kompletně vyplněných dotazníků. Distribuce dotazníků byla zahájena po schválení žádosti o provedení průzkumu hlavní sestrou a vedením Porodnicko-gynekologického oddělení.

Dotazník obsahoval otázky otevřené, uzavřené i polouzavřené. V otevřených otázkách měly respondentky možnost uvést vlastní odpovědi. U uzavřených a polouzavřených otázek byla možnost výběru jedné či více odpovědí. Úvodní otázky byly identifikační a dotazovaly se na věk rodiček, porodní hmotnost dítěte či případné porodní poranění. Dále dotazník obsahoval otázky zaměřené na znalosti žen o prevenci porodního poranění. V případě, že ženy využívaly některou z metod prevence, byly dotazovány, jak často ji prováděly a od kterého týdne těhotenství. Součástí dotazníku nebyly otázky dotazující se na paritu a způsob vedení porodu, což bylo zjišťováno nahlédnutím do dokumentace žen hospitalizovaných na oddělení šestinedělí. Získávání informací z dokumentace probíhalo před distribucí dotazníku a na základě souhlasu žen s nahlížením do dokumentace pro studenty.

První průzkumnou otázku, tedy informovanost žen o prevenci porodního poranění, hodnotily otázky číslo 8, 15 a 16. Za otázku číslo 8 mohly ženy získat maximálně 2 body. Za otázku č. 15 a 16 pak bylo možné získat jeden bod. Maximální možný výsledek v rámci první průzkumné otázky byly tedy 4 body.

Pro vyhodnocení druhé průzkumné otázky byly do dotazníku vloženy otázky číslo 10, 11 a 12. Cílem těchto otázek bylo zjistit, jak efektivně ženy jednotlivé metody využívaly. Otázka číslo 10 byla hodnocena maximálně dvěma body. Každá z otázek č. 11 a 12 byla ohodnocena jedním bodem. Maximálně tak bylo možné získat 4 body.

Celkový počet získaných bodů byl zpracován pomocí vytvořených hodnotících tabulek. Tabulky jsou vloženy v kapitole 6.3 Zpracování dat.

6.1 Cíle a průzkumné otázky

V rámci průzkumné části bakalářské práce byly stanoveny následující **průzkumné cíle**:

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o prevenci porodního poranění

Cíl 2: Zjistit, jak efektivně ženy ty metody využívaly

Cíl 3: Vytvořit edukační brožurku

Na základě výše uvedených cílů byly definovány tyto **průzkumné otázky**:

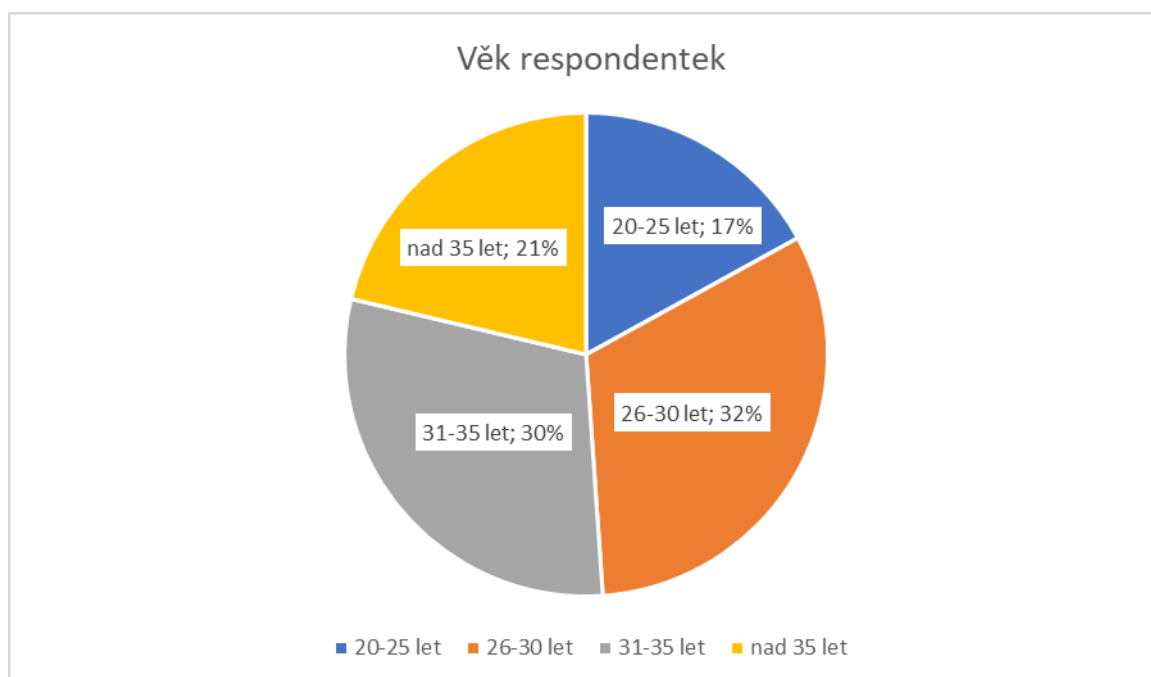
Otázka 1: Jaké znalosti mají rodičky o metodách prevence porodního poranění?

Otázka 2: Jak efektivně byly metody rodičkami využívány?

6.2 Charakteristika průzkumného souboru

Do průzkumu byly zařazeny primipary na oddělení šestinedělí po vaginálním porodu. Informace o paritě a způsobu vedení porodu byly čerpány ze zdravotnické dokumentace. Respondentky splňující kritéria průzkumného souboru byly autorkou práce požádány o dobrovolné a anonymní vyplnění dotazníku. Po jeho vyplnění ho respondentky vhažovaly do předem připravené uzavřené schránky, která byla pro tento účel k dispozici na oddělení šestinedělí.

Pro zpřehlednění byly ženy pomocí první otázky rozděleny do čtyř věkových skupin. Z celkového počtu 47 respondentek nejvíce žen spadalo do věkové kategorie 26-30 let, do které bylo zařazeno 15 respondentek, což činilo 31,9 % z celkového počtu. Druhou nejpočetnější skupinou byla věková kategorie od 31-35 let, kam se zařadilo 14 respondentek, tedy 29,8 %. Věk nad 35 let uvedlo celkem 10 žen (21,3 %). Pouze 8 (17 %) respondentek bylo zařazeno do věkové kategorie 20–25 let. Grafické znázornění těchto výsledků je zpracováno na Obrázku 1 níže.



Obrázek 1 - Věk respondentek

6.3 Zpracování dat

Pomocí počítačového programu Microsoft Office Word byl vytvořen dotazník a teoretická část práce. Pro zodpovězení průzkumných otázek byla data získaná z dotazníků analyzována a znázorněna prostřednictvím tabulek a grafů v Microsoft Office Excel. Ke zpracování dat v průzkumné části byly použity četnostní veličiny. Absolutní četnost označená n_i vyjadřuje absolutní hodnotou četnost zastoupených dat ve statistickém souboru. Četnost pomocí relativních hodnot vyjadřuje veličina relativní četnost (f_i). Rozsah celého souboru je označen jako n . Vzorec pro výpočet relativní četnosti: $f_i = n_i / n \times 100$ (Kladivo, 2013, s. 11).

U otázek číslo 4, 6, 8 a 10 bylo možné uvést více odpovědí. Každá možnost je procentuálně vyjádřena z celkového počtu odpovědí.

Hodnocení výsledků průzkumných otázek probíhalo pomocí hodnotících tabulek. Pro hodnocení informovanosti žen byla stanovena následující kritéria. Pokud žena získá 3-4 body, její znalosti budou hodnoceny jako výborné. Výsledek 2 body bude vyhodnocen jako dostatečný. Dosažení 0-1 bodu bude hodnoceno jako nedostatečné znalosti (Tabulka 1).

Druhá tabulka hodnotí efektivitu užívání prevence respondentkami. Provádění prevence bude vyhodnoceno jako efektivní, pokud žena získá 3-4 body. Za neefektivní využívání metod bude považován výsledek 0-2 body (Tabulka 2).

Tabulka 1 - Hodnocení informovanosti žen

Hodnocení	Celkový počet bodů
Výborné	3-4 body
Dostatečné	2 body
Nedostatečné	0-1 bod

Tabulka 2 - Hodnocení efektivitu užívání

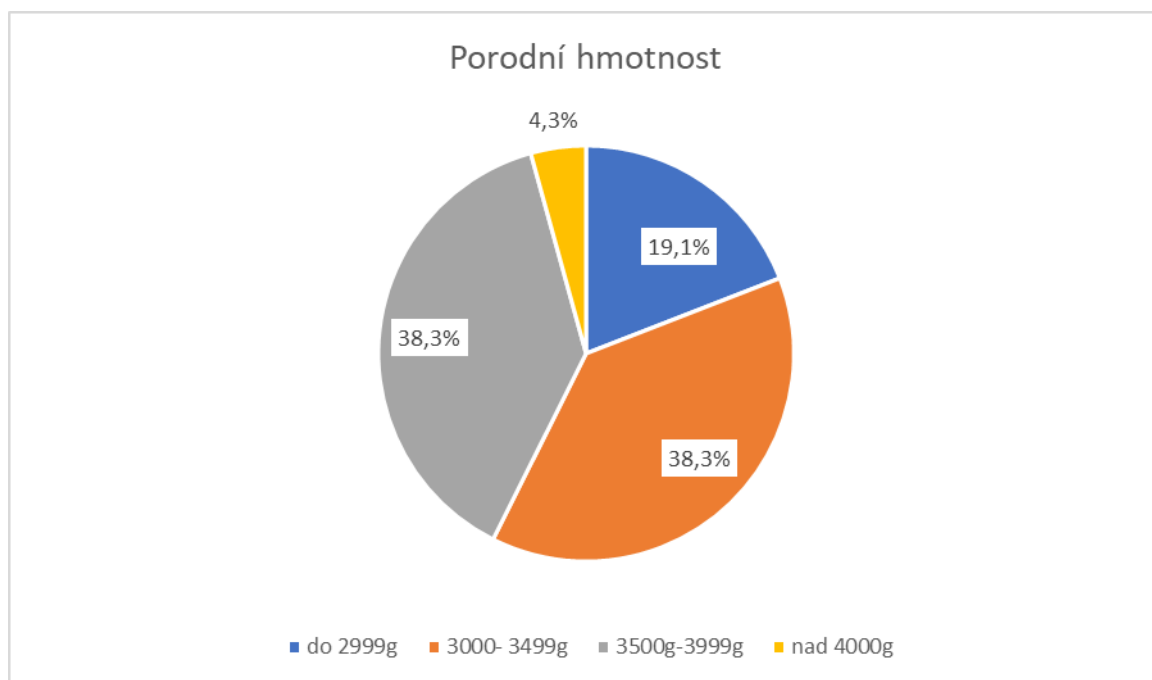
Hodnocení	Celkový počet bodů
Efektivní využívání metod	3-4 body
Neefektivní využívání metod	0-2 body

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Tato část bakalářské práce analyzuje a představuje výsledky z průzkumného šetření pomocí tabulek nebo obrázků. Výsledky první otázky z dotazníku jsou popsány a graficky znázorněny v kapitole 6.2 Charakteristika průzkumného souboru.

Otázka č. 2: Jaká byla porodní hmotnost Vašeho miminka?

- a) Do 2999 gramů
- b) 3000 g-3499 gramů
- c) 3500 g-3999 gramů
- d) Nad 4000 gramů

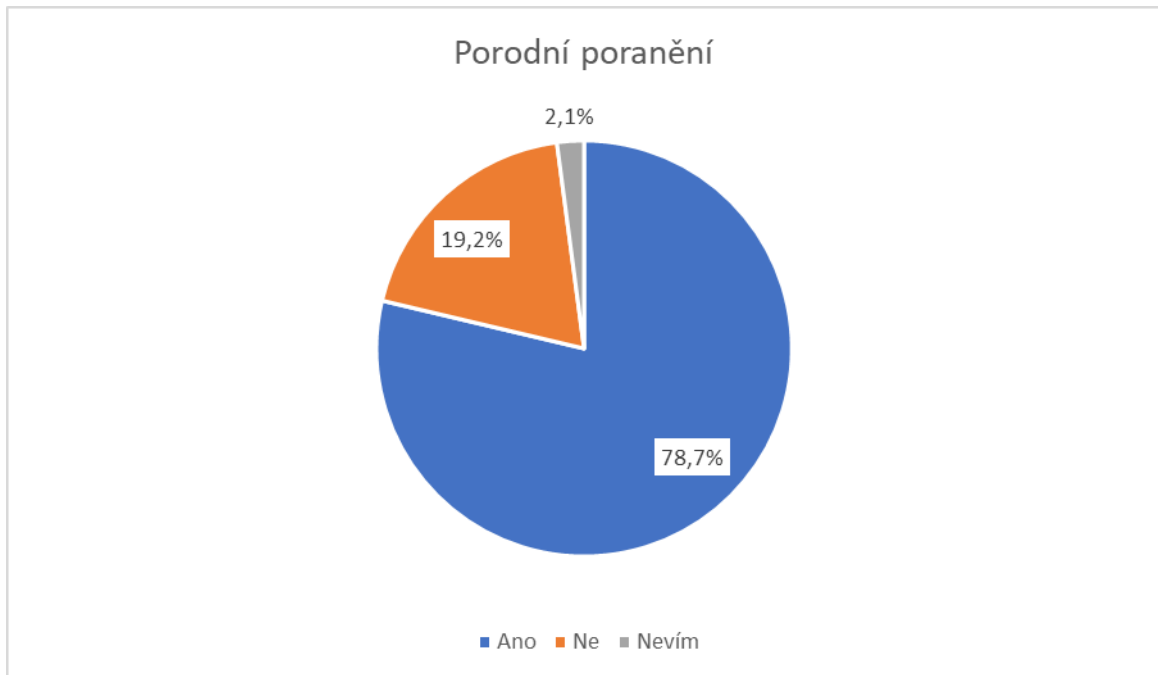


Obrázek 2 - Porodní hmotnost

Ve druhé otázce ženy zařazovaly porodní hmotnost svého miminka do jedné ze čtyř kategorií. Porodní hmotnost 3000–3499 g mělo celkem 18 novorozenců, tedy 38,3 %. Stejně početná byla skupina 3500–3999 g. Možnost do 2999 g byla zvolena celkem devětkrát, což činí 19,1 %. Nejméně zastoupena byla váha nad 4000 g, s kterou se narodily pouze dvě děti, tedy 4,3 %. Grafické znázornění výsledků lze nalézt na Obrázku číslo 2.

Otázka č. 3: Došlo u Vás během porodu k nějakému poranění?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



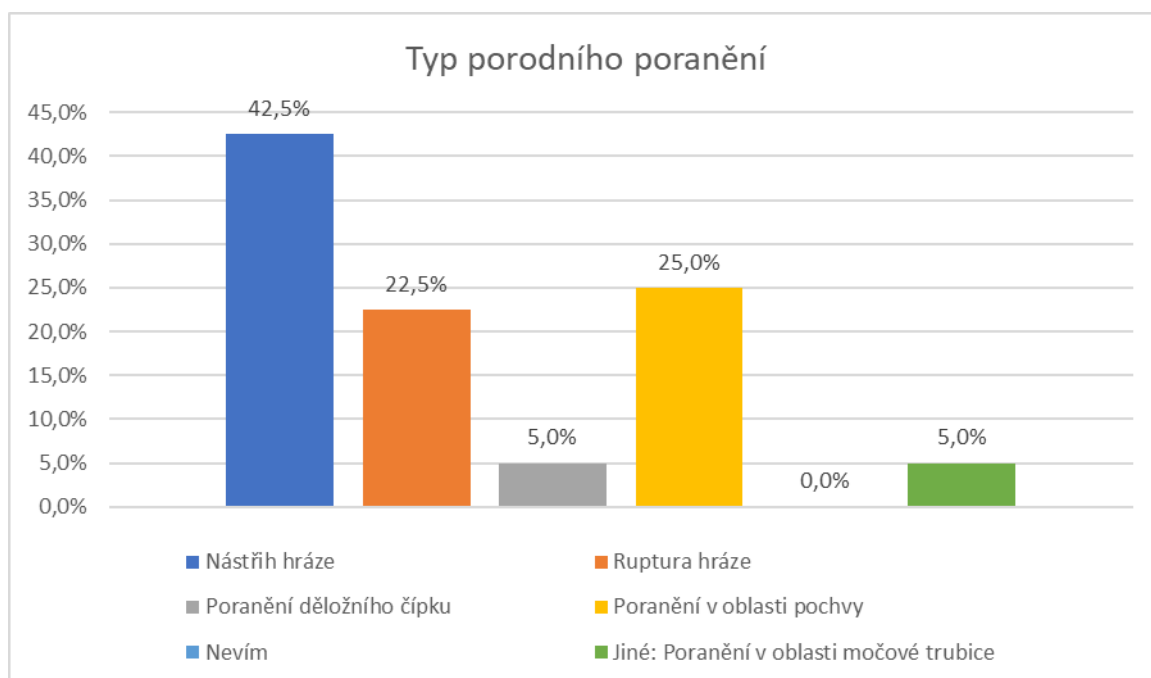
Obrázek 3 - Porodní poranění

Třetí dotazníková otázka zjišťovala, zda měly ženy nějaké porodní poranění. Pouze 9 respondentek uvedlo, že jejich porod proběhl bez poranění, tedy 19,2 %. Jedna žena zvolila odpověď „Nevím“, což odpovídá 2,1 %. Z výsledků je patrné, že většina žen věděla, zda k poranění došlo nebo ne, přičemž 37 respondentek (78,7 %) uvedlo, že u nich k porodnímu poranění došlo. Obrázek 3 graficky znázorňuje tyto výsledky.

Otázka č. 4: Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, o jaké poranění se jednalo?

(lze zvolit více odpovědí)

- a) Nástřih hráze
- b) Ruptura hráze
- c) Poranění děložního čípku
- d) Poranění v oblasti pochvy
- e) Nevím
- f) Jiné:



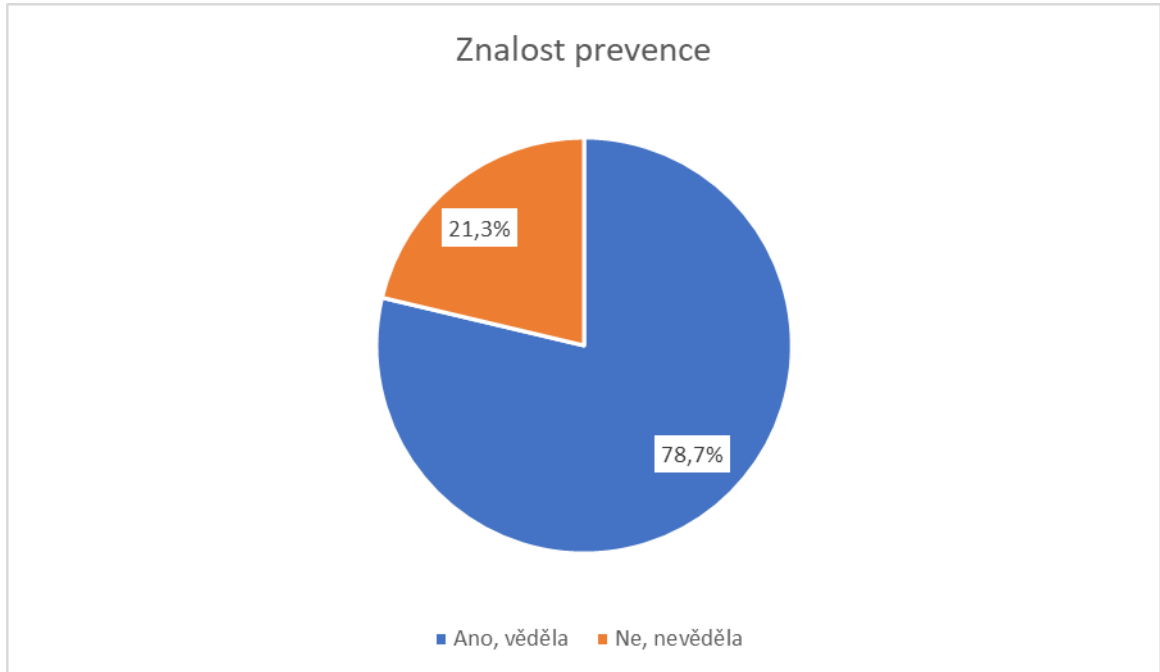
Obrázek 4 - Typ porodního poranění

Otázku číslo 4 vyplňovaly pouze ženy, které u předchozí otázky uvedly, že u nich došlo v průběhu porodu k nějakému poranění. Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí. Celkem na tuto otázku odpovídalo 37 žen, od kterých bylo získáno dohromady 40 odpovědí. Z odpovědí vyplývá, že nástřih hráze byl proveden u 17 žen (42,5 %). Ruptura hráze se vyskytla u 9 žen, což je 22,5 %. Častěji tedy docházelo k nástřihu hráze nežli k její ruptuře. Pouze u dvou respondentek byl poraněn děložní čípek, to tvoří 5 % odpovědí. Poranění v oblasti pochvy mělo 10 rodiček, tedy 25 %. Dvě respondentky zvolily možnost „jiné“, kde obě uvedly poranění v oblasti močové trubice (5 %). Odpověď „Nevím“ nebyla zvolena ani jednou, všechny ženy tak

věděly, jaký typ porodního poranění mají. Výsledky jsou znázorněny pomocí sloupcového grafu na Obrázku 4.

Otázka č. 5: Věděla jste před porodem o možnosti prevence porodního poranění hráze?

- a) Ano, věděla
- b) Ne, nevěděla



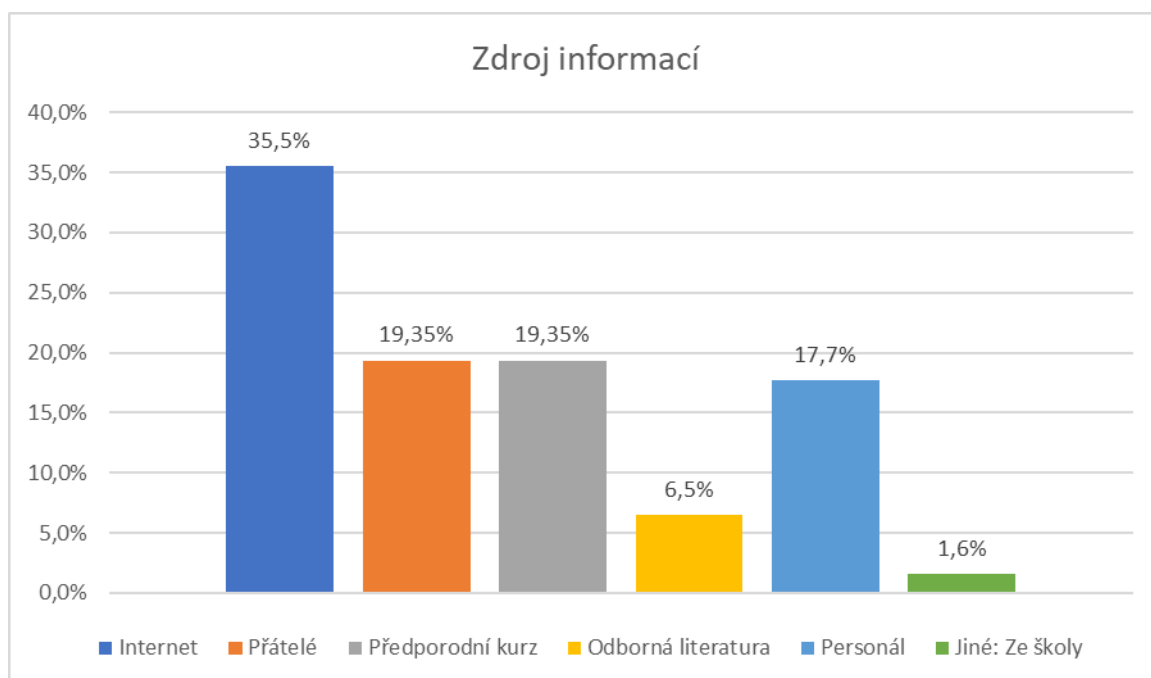
Obrázek 5 - Znalost prevence

V otázce číslo 5 byly ženy dotazovány, zda před porodem měly povědomí o možnosti prevence porodního poranění perinea. Kladně odpovědělo 37 (78,7 %) respondentek, které mohly pokračovat ve vyplňování dotazníku. Zbýlých 10 (21,3 %) respondentek nemělo před porodem informace o možnosti prevence a byly požádány, aby v dotazníku dále nepokračovaly. Je patrné, že většina žen je o možnosti prevence informována. Výsledky jsou graficky znázorněny na Obrázku 5.

Otázka č. 6: Z jakého zdroje jste čerpala informace o prevenci porodního poranění hráze?

(lze zvolit více odpovědí)

- a) Z odborné literatury
- b) Od svého gynekologa /porodní asistentky
- c) Od přátel
- d) Z internetu
- e) Z předporodního kurzu
- f) Jiné:



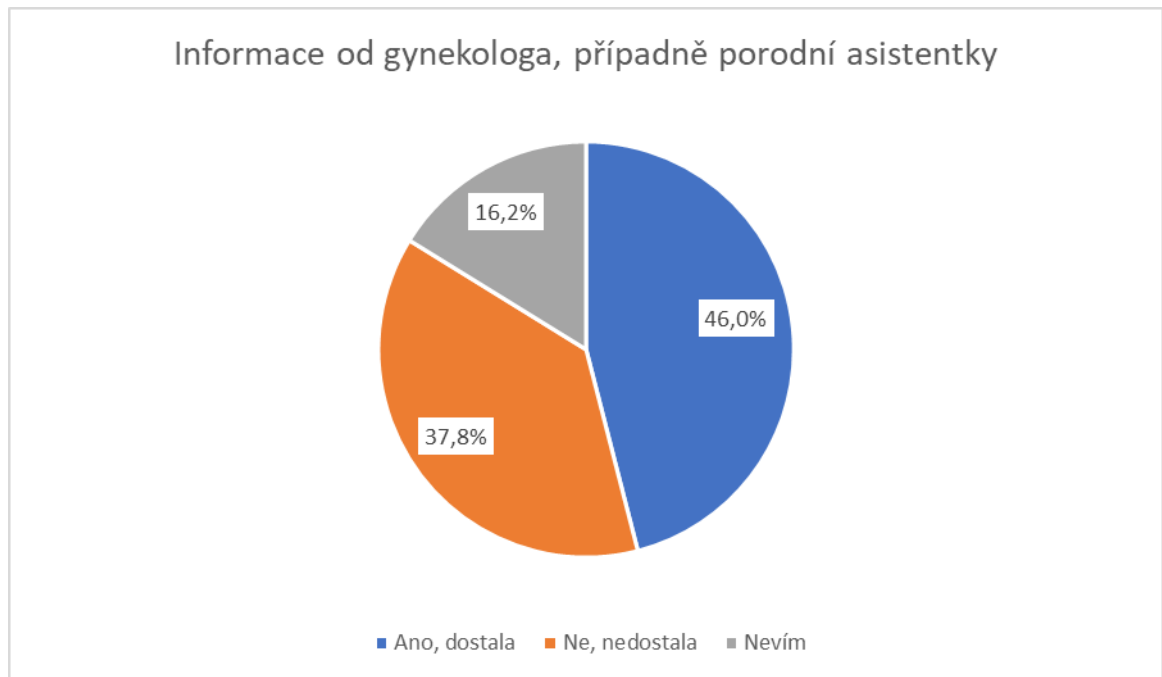
Obrázek 6 - Zdroj informací

Od otázky číslo 6 se vyplňování dotazníku týkalo 37 respondentek. Cílem 6. otázky bylo zjistit, odkud ženy čerpaly informace o možnostech prevence. V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí. Celkem bylo od 37 respondentek nasbíráno 62 odpovědí. Nejvíce uváděným zdrojem byl internet, který byl uveden ve 22 (35,5 %) případech. Dalšími často využívanými zdroji byli přátelé a předporodní kurz. Tyto možnosti měly shodný počet odpovědí, a to 12 (19,35 %). Odborná literatura byla uvedena jako zdroj celkem čtyřikrát, tedy 6,5 %. Od personálu se informace dozvědělo 11 respondentek, což činí 17,7 %. Velká část respondentek si tak zjišťovala informace spíše z vlastní iniciativy, a ze strany personálu nebyly edukovány. Bylo možné zvolit i možnost „Jiné“ a doplnit vlastní zdroj. Toho využila jedna (1,6 %) respondentka,

která uvedla, že měla informace o této problematice ze školy. Na Obrázku 6 jsou výsledky graficky znázorněny.

Otázka č. 7: Domníváte se, že jste během těhotenství od svého gynekologa, případně porodní asistentky získala dostatek informací o prevenci porodního poranění?

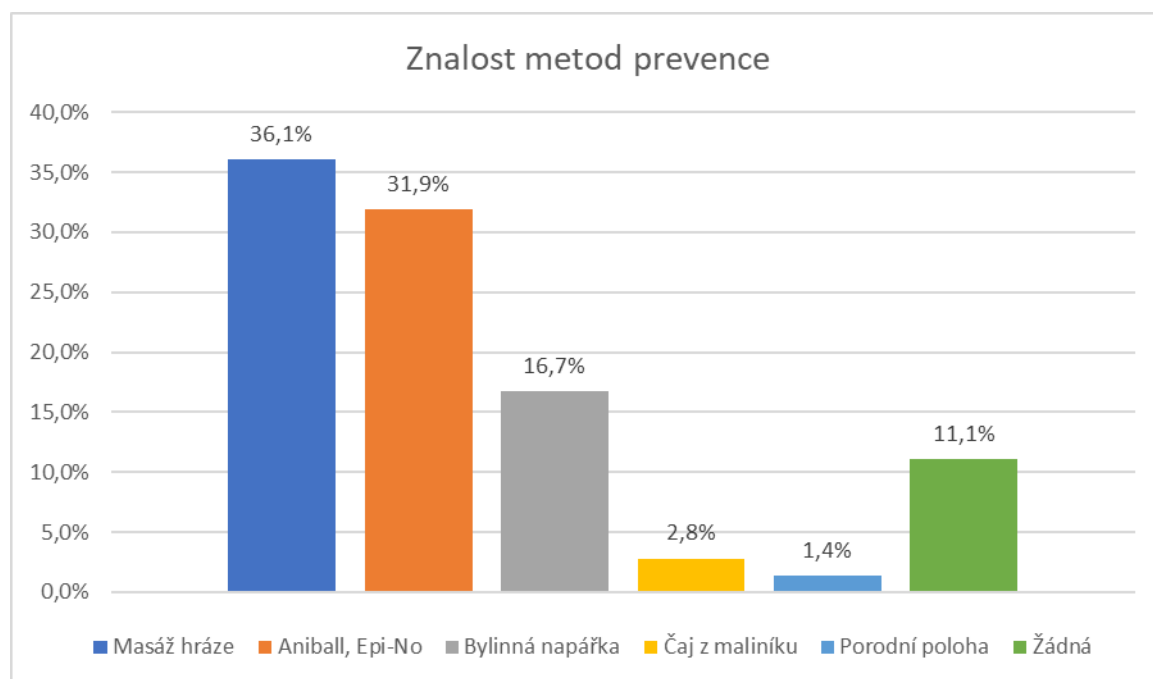
- a) Ano, dostala
- b) Ne, nedostala
- c) Nevím



Obrázek 7 - Informace od gynekologa, případně porodní asistentky

V otázce číslo 7 byly ženy dotazovány, zda mají pocit, že byly svým gynekologem či porodní asistentkou dostatečně informovány o možnostech prevence porodního poranění. 17 (46 %) z nich uvedlo, že ano. Možnost „Ne, nedostala“ zvolilo 14 respondentek, tedy 37,8 %. Zbýlých 6 (16,2 %) žen se nedokázalo rozhodnout, a tak zvolily poslední možnost „Nevím“. Výsledky jsou zobrazeny pomocí koláčového grafu na Obrázku 7.

Otázka číslo 8: Jaké znáte metody prevence poranění hráze? (Prosím vypište všechny metody, které Vás napadají)

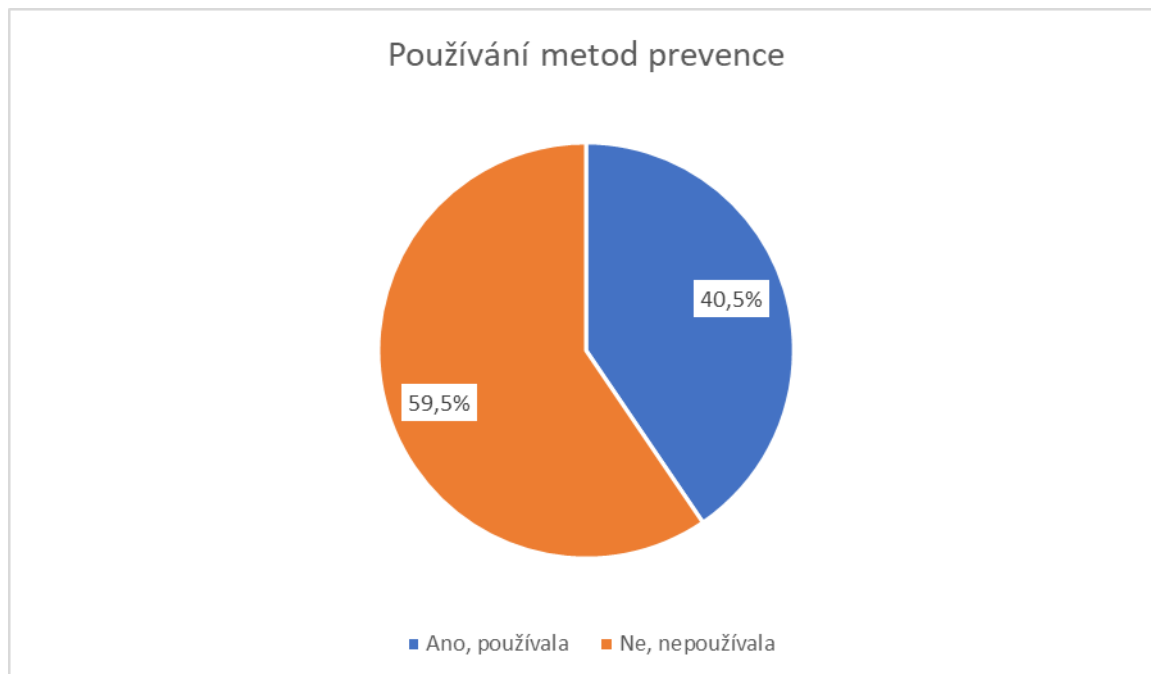


Obrázek 8 - Znalost metod prevence

V otázce číslo 8 měly respondentky za úkol vypsát všechny preventivní metody, které znají. Celkem bylo u této otázky uvedeno 72 odpovědí. Nejčastěji byla uváděna masáž hráze, kterou znalo 26 žen, což odpovídá 36,1 % odpovědí. Pomůcky Aniball nebo Epi-No byly uvedeny 23 respondentkami, což je 31,9 % z celkového počtu odpovědí. Třetí nejčastěji uváděnou metodou byla bylinná napáňka, která byla uvedena ve 12 odpovědích, tedy 16,7 %. Dvě respondentky uvedly čaj z maliníku, což tvoří 2,8 %. Pouze jedna respondentka uvedla jako možnost prevence poranění porodní polohu (1,4 %). V osmi (11,1 %) případech nebyla uvedena žádná metoda. Výsledky této otázky jsou znázorněny na sloupcovém grafu na Obrázku číslo 8.

Otázka č. 9: Používala jste během těhotenství nějaký způsob prevence poranění hráze?

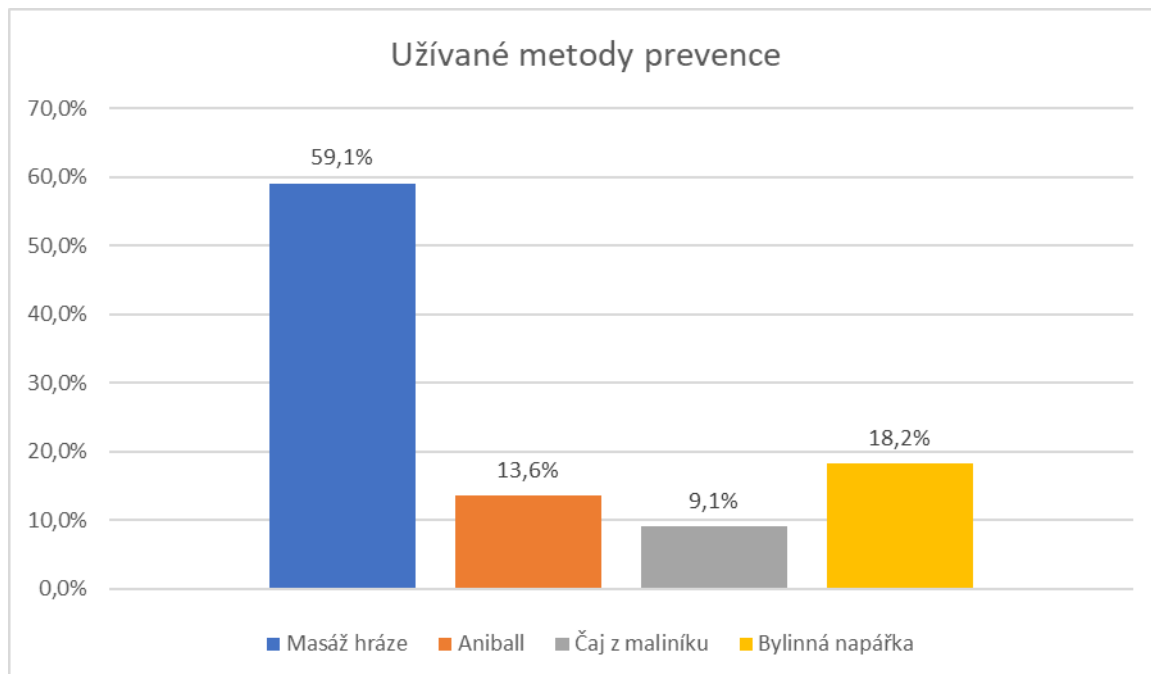
- a) Ano, používala
- b) Ne, nepoužívala (pokud jste zvolila tuto možnost, pokračujte prosím na otázku číslo 14.)



Obrázek 9 - Používání metod prevence

V 9. otázce bylo zjišťováno, zda ženy během těhotenství využívaly nějakou z preventivních metod. Celkem 15 (40,5 %) respondentek uvedlo, že preventivní metody využívaly, a mohly tak pokračovat na otázku číslo 10. Zbýlých 22 (59,5 %) žen nemělo s žádnou z metod zkušenosti. Větší část respondentek se tak prevenci nevěnovala, ačkoliv o této možnosti věděly. Respondentky, které odpověděly, že žádnou preventivní metodu nevyužívaly, byly požádány, aby pokračovaly na otázku číslo 14. Vyplňování 10.-13. otázky se tedy týkalo pouze 15 rodiček. Výsledky jsou graficky znázorněny na Obrázku 9.

Otázka č. 10: Uved'te kterou/které z metod prevence jste používala:

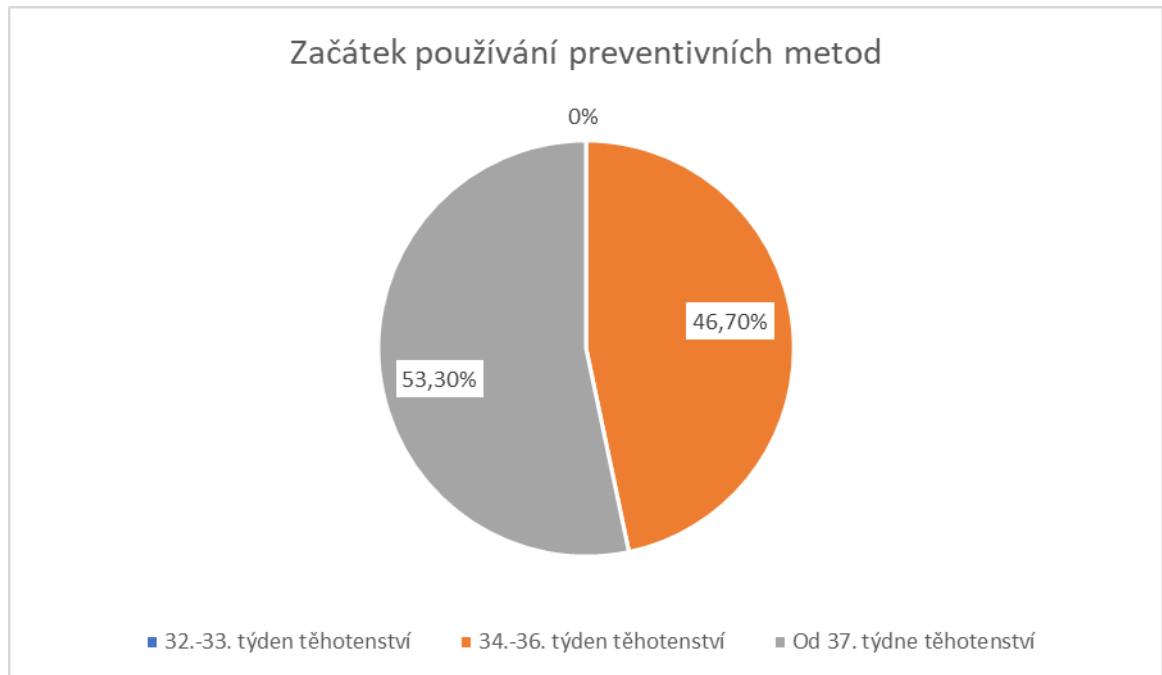


Obrázek 10 - Užívané metody prevence

Otázka číslo 10 byla otevřená a ženy zde měly uvést metody, které ony samy používaly. Tato otázka měla celkem 22 odpovědí. Nejvíce užívanou metodou byla masáž hráže, kterou uvedlo 13 žen, tedy 59,1 %. Na druhém místě byla bylinná napářka, kterou si dopřávaly 4 ženy (18,2 %). Tři ženy uvedly jako preventivní metodu dilatační balónek Aniball (13,6 %). Poslední uvedenou metodou bylo pití čaje z maliníku, kterou praktikovaly 2 ženy, tedy 9,1 %. Výsledky jsou graficky znázorněny pomocí sloupcového grafu na Obrázku 10.

Otázka č. 11: Od kterého týdne těhotenství jste používala preventivní metody?

- a) 32.-33. týden těhotenství
- b) 34.-36. týden těhotenství
- c) Od 37. týdne těhotenství a déle

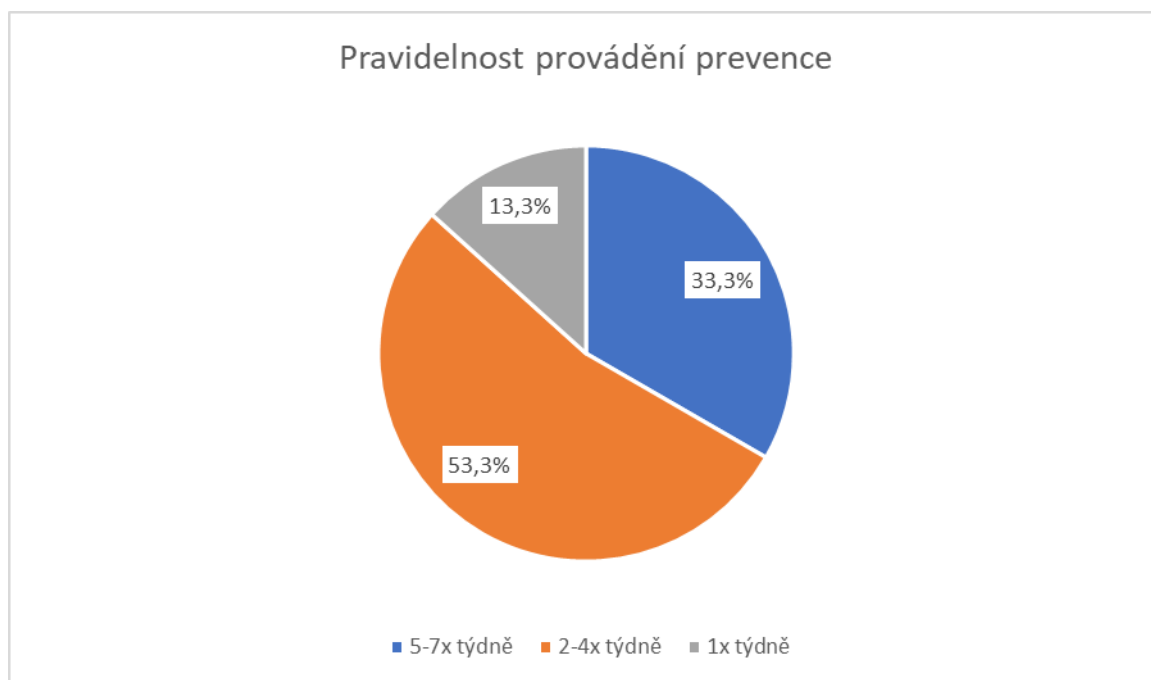


Obrázek 11 - Začátek používání preventivních metod

Pomocí 11. otázky bylo zjišťováno, od kterého týdne těhotenství ženy začaly používat preventivní metody. Od 34.-36. týdne těhotenství je užívalo 7 (46,7 %) žen. Ostatních 8 (53,3 %) žen začalo s prevencí od 37. týdne těhotenství. Žádná z nich neuvedla možnost „32.-33. týden“. Grafické znázornění je na Obrázku 11.

Otázka č. 12: Jak často jste se prevenci průměrně věnovala?

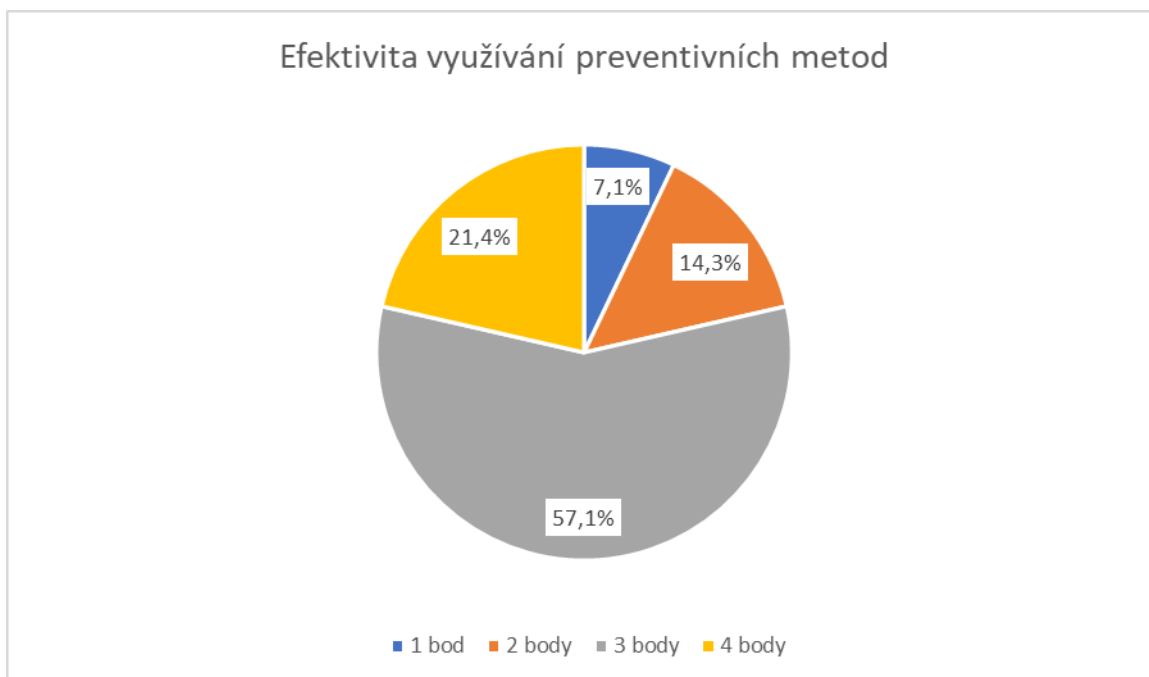
- a) 5 - 7x týdně
- b) 2 - 4x týdně
- c) 1x týdně



Obrázek 12 - Pravidelnost provádění prevence

Jak často se respondentky prevenci věnovaly bylo zjišťováno ve 12. otázce. Z celkového počtu 15 žen, provádělo prevenci 5 -7x týdně 5 (33,3 %) respondentek. Osm žen uvedlo, že se jimi zvolené preventivní metodě věnovaly 2 - 4x týdně, tedy 53,3 %. Pouze 2 respondentky věnovaly čas prevenci 1x týdně (13,3 %). Z výsledků je patrné, že většina respondentek se prevenci věnovala dostatečně často. Výsledky jsou znázorněny pomocí koláčového grafu na Obrázku 12.

Hodnocení efektivity využívání preventivních metod

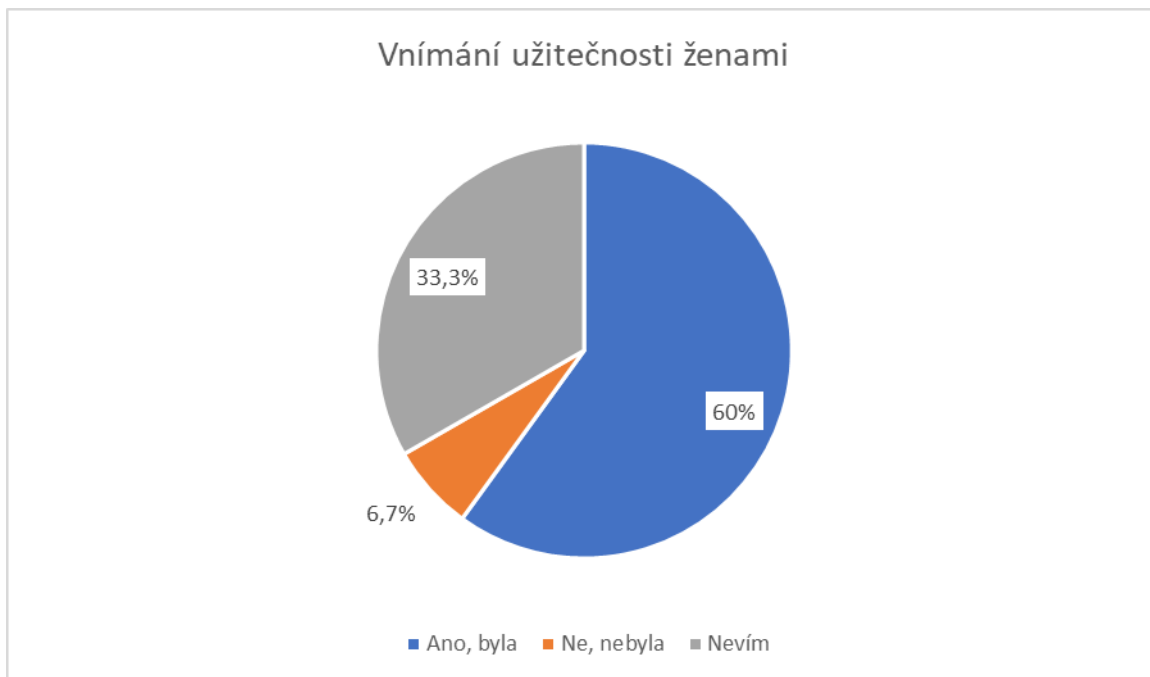


Obrázek 13 - Efektivita využívání preventivních metod

Otázky číslo 10, 11 a 12 vyplňovaly ženy, které preventivní metody využívaly a dle odpovědí jim byly přidělovány body. Pokud v 10. otázce uvedly, že využívaly jednu preventivní metodu, získaly bod. Dva body jim byly uděleny v případě, že k prevenci používaly více jak jednu metodu. V 11. otázce respondentky získaly bod, pokud začaly jimi zvolenou metodu prevence užívat ve správném týdnu těhotenství. Otázka číslo 12 byla zaměřena na pravidelnost prevence. Bod byl přidělen ženám, které jimi zvolenou preventivní metodu využívaly alespoň 2 - 4x týdně. Čtyři body, tedy maximální počet, získaly 3 ženy (21,4 %). Výsledku 3 bodů se podařilo dosáhnout 8 respondentkám, tedy 57,1 %. Dvě ženy nasbíraly 2 body, což odpovídá 14,3 %. Pouze jedna z respondentek získala 1 bod (7,1 %). Na Obrázku 13 jsou výsledky graficky znázorněny.

Otázka č. 13: Máte pocit, že byla preventivní metoda užitečná?

- a) Ano, byla
- b) Ne, nebyla
- c) Nevím



Obrázek 14 - Vnímání užitečnosti ženami

V této otázce bylo zjišťováno, zda ženy vnímaly užívání preventivní metody jako užitečné. Z odpovědí vyplývá, že 9 (60 %) respondentek prevenci považovalo za užitečnou. Pouze jedna žena odpověděla, že preventivní metodu za užitečnou nepovažuje, to odpovídá 6,7 %. Zbýlých 5 žen (33,3 %) se nedokázalo rozhodnout. Více jak polovina respondentek tedy považovala provádění prevence porodního poranění za přínosné. Procentuální zastoupení odpovědí je znázorněno na Obrázku 14.

Otázka č. 14: Pokud jste žádnou preventivní metodu nepoužívala, jaký byl Váš důvod?

(Pokud jste preventivní metody používala, tuto otázku prosím vynechejte)

- a) Nedostatek informací
- b) Málo času
- c) Strach
- d) Nevím
- e) Jiné:

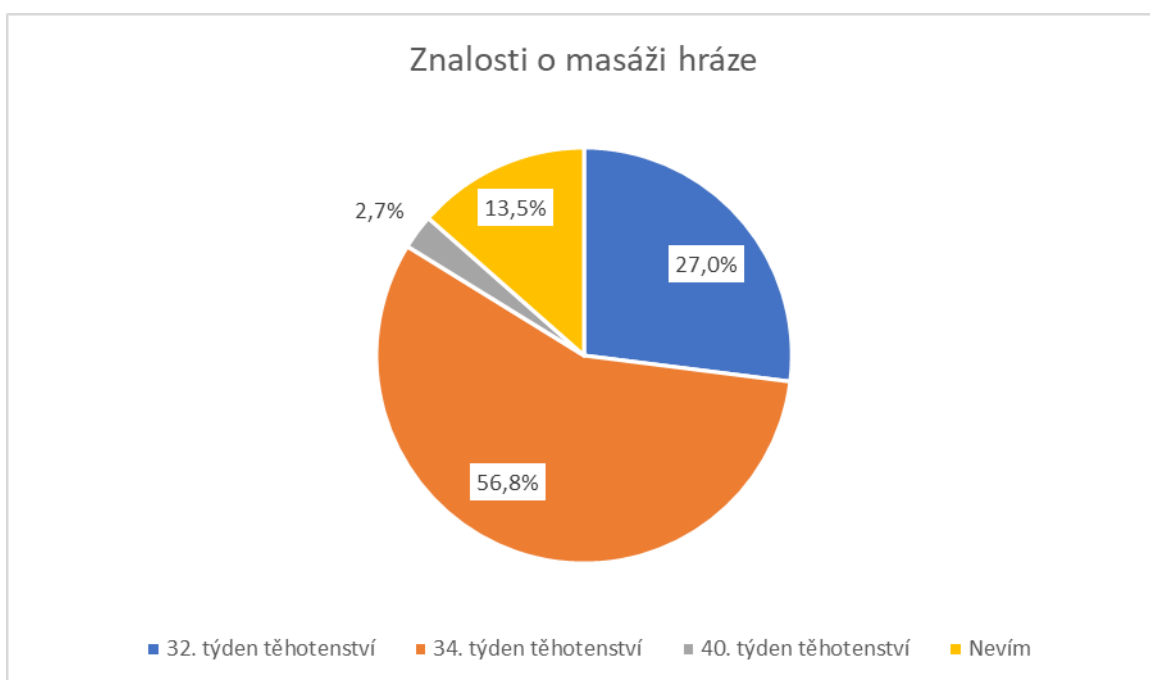
Tabulka 3 - Důvod nepoužívání preventivních metod

Odpověď	n _i	f _i (%)
Nedostatek informací	3	13,6
Málo času	3	13,6
Strach	3	13,6
Nevím	7	31,8
Jiné: Nedůvěra v metody	2	9,1
Jiné: Hrozící předčasný porod	2	9,1
Jiné: Psychika, nepříjemnost	1	4,6
Jiné: Nechuť	1	4,6
Celkem	22	100

V otázce číslo 14. byly ženy, které žádnou z metod nevyužily, jaký byl jejich důvod. Celkem na tuto otázku odpovídalo 22 žen. Nedostatek informací uvedly jako důvod 3 ženy, tedy 13,6 %. Málo času na provádění měly 3 respondentky (13,6 %). Strach z využití jednotlivých metod měly 3 ženy (13,6 %). Sedm (31,8 %) z nich uvedlo, že neví, jaký byl jejich důvod. Dále měly respondentky možnost napsat svůj vlastní důvod, toho využilo 6 z nich. Dvě uvedly, že neměly důvěru v tyto metody, tedy 9,1 %. Stejně tak dvě ženy uvedly, že u nich hrozil předčasný porod, tedy 9,1 %. Jedné bránila v prevenci psychika a nepříjemné pocity spojené s prováděním (4,6 %). Nechuť provádět jakoukoliv z preventivních metod uvedla 1 respondentka, což odpovídá 4,6 %. Výsledky jsou zapsány v Tabulce 3.

Otázka č. 15: Zakroužkujte, v jakém týdnu těhotenství je dle Vás ideální začít s masáží hráže?

- a) 32. týden těhotenství
- b) 34. týden těhotenství
- c) 40. týden těhotenství
- d) Nevím



Obrázek 15 - Znalosti o masáži hráže

V otázce číslo 15 byly ženy požádány, aby zakroužkovaly, v jakém týdnu gestace je dle nich vhodné začít provádět masáž hráže. Správnou odpověď „34. týden těhotenství“ uvedlo 21 z nich, tedy 56,8 %. Deset žen se domnívalo, že správná odpověď je 32. týden těhotenství (27 %). Jen 1 respondentka zvolila možnost „40. týden těhotenství“, tedy 2,7 %. Dohromady 5 respondentek zakroužkovalo poslední odpověď „Nevím“, což je 13,5 %. Z výsledků je patrné, že více jak polovina žen má povědomí o správném provádění masáže. Výsledky jsou graficky znázorněny na Obrázku 15.

Otázka č. 16: Jakého obvodu je dle Vás třeba dosáhnout při používání dilatačního balónku (Aniball, Epi-No) pro efektivní prevenci porodního poranění hráze?

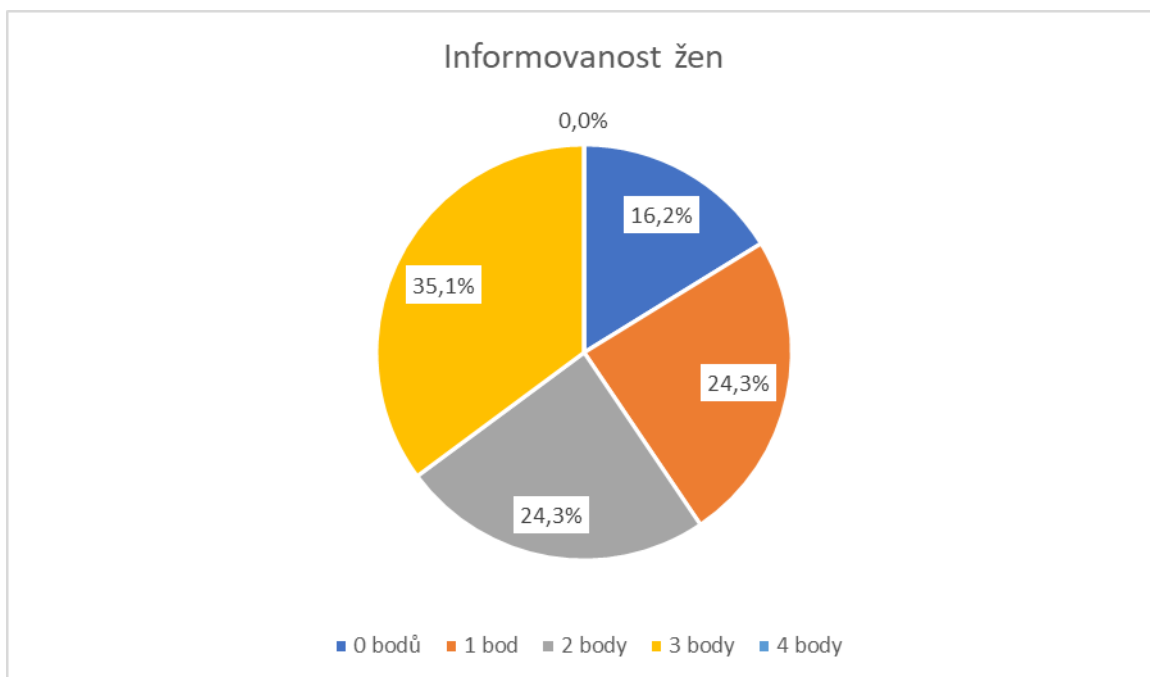
- a) 10-12 cm
- b) 20-22 cm
- c) 28-30 cm
- d) Nevím



Obrázek 16 - Znalosti o dilatačním balónku

V 16. otázce ženy odpovídaly, jakého obvodu je dle nich ideální dosáhnou při používání dilatačních balónků. Většina žen neměla povědomí o ideálním dosaženém obvodu, a tak zvolila poslední možnou odpověď. Možnost „Nevím“ označilo 23 žen, tedy 62,2 %. Správnou odpověď zvolilo pouze 5 respondentek, tedy 13,5 %. Odpověď 10-12 cm považovalo za správnou 5 (13,5 %) žen. Nejméně označovanou možností byl rozměr 20-22 cm, který zakroužkovaly 4 respondentky, tedy 10,8 %. Odpovědi jsou graficky znázorněny na Obrázku 16.

Hodnocení informovanosti žen

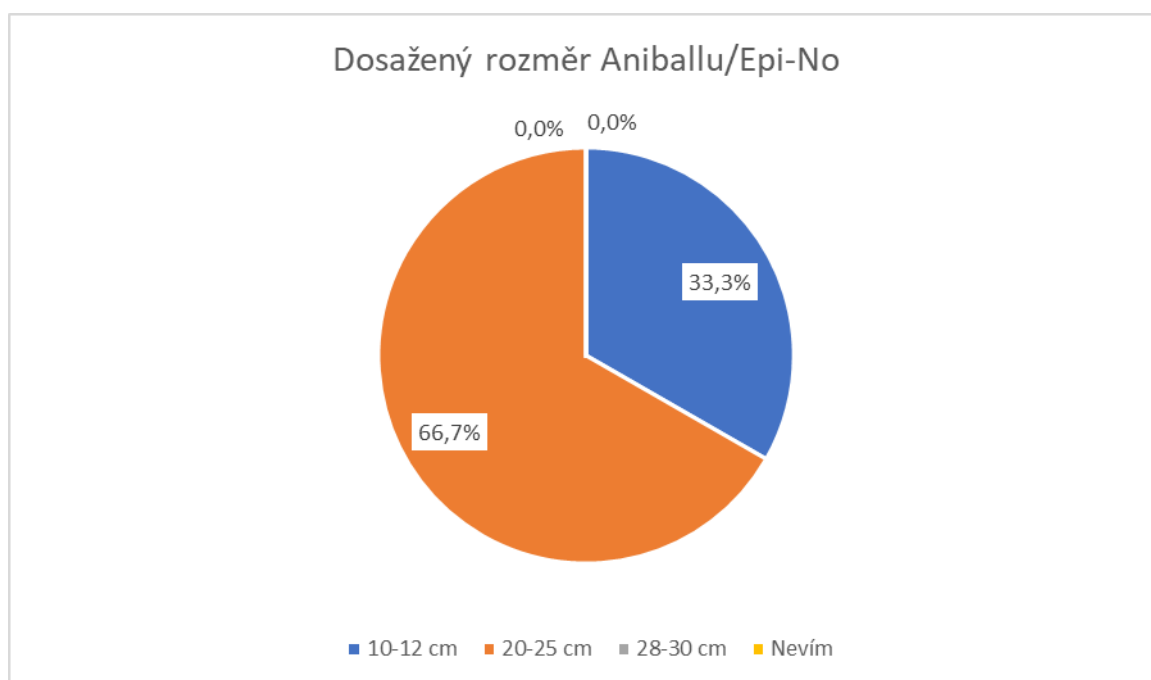


Obrázek 17 - Informovanost žen

Informovanost žen byla hodnocena pomocí otázek 8, 15 a 16. V otázce číslo 8 mohly ženy získat 0-2 body. Pokud uvedly jednu až dvě preventivní metody dostaly 1 bod. Dva body jim byly uděleny, pokud uvedly 3 a více metod. V otázkách číslo 15 a 16 získaly za správnou odpověď 1 bod. Maximálně bylo možné získat 4 body, což se nepovedlo žádné z respondentek. Nejvíce žen dosáhlo výsledku 3 bodů, celkem 13 (35,1 %). Dva body získalo 9 žen, tedy 24,3 %. Stejnému počtu žen byl udělen jeden bod. Žádný bod nezískalo 6 žen (16,2 %). Tyto výsledky jsou zpracovány pomocí grafu na Obrázku 17.

Otázka č. 17: Pokud jste používala Aniball nebo Epi-No, jakého rozměru se Vám podařilo dosáhnout? (Pokud jste ho nepoužívala, tuto otázku prosím vynechejte)

- a) 10-12 cm
- b) 20-25 cm
- c) 28-30 cm
- d) Nevím

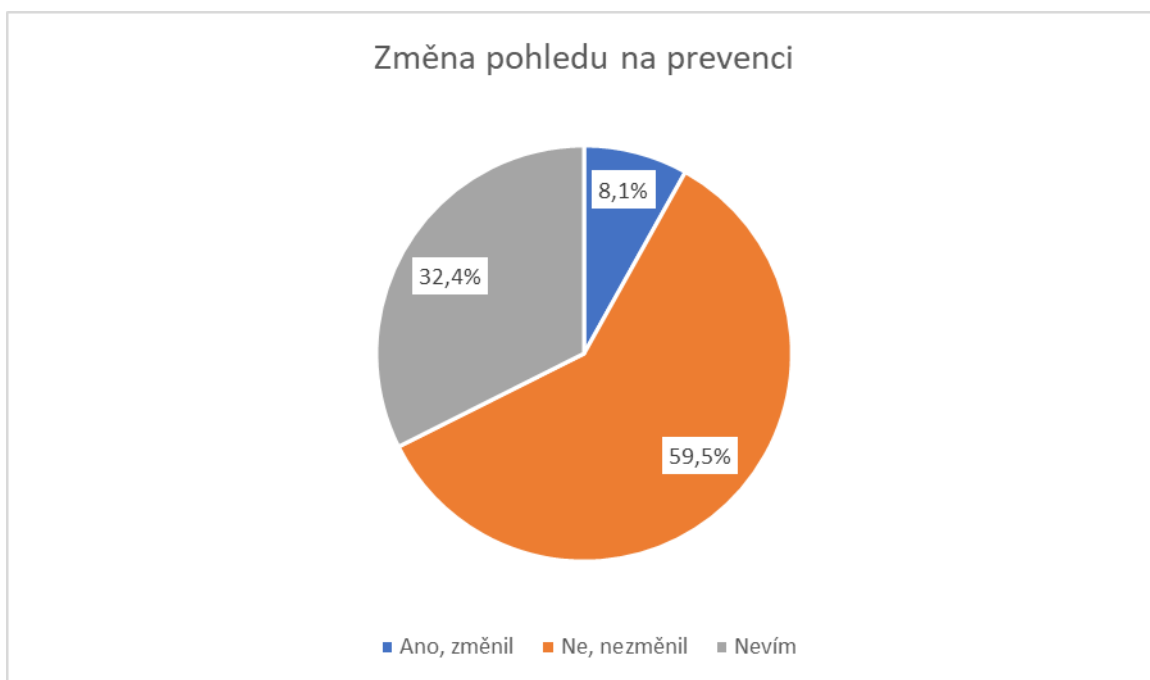


Obrázek 18 - Dosažený rozměr Aniballu/Epi-No

Na otázku číslo 17 odpověděly tři ženy, které využívaly Aniball. Jedna žena uvedla, že se dostala na rozměr 10-12 cm (33,3 %). Zbylým dvěma respondentkám se podařilo dostat na rozměr 20-25 cm (66,7 %). Žádná z nich se nedostala na doporučený rozměr 28-30 cm. Odpověď „Nevím“ nevedla žádná z respondentek. Na Obrázku 18 jsou tyto výsledky graficky znázorněny.

Otázka č. 18: Změnil proběhlý porod Váš pohled na prevenci porodního poranění?

- a) Ano, změnil (prosím uveďte jakým způsobem):
- b) Ne, nezměnil
- c) Nevím



Obrázek 19 - Změna pohledu na prevenci

Cílem poslední otázky bylo zjistit, zda proběhlý porod nějakým způsobem ovlivnil pohled žen na prevenci porodního poranění. Pokud žena odpověděla, že ano, byla požádána, aby uvedla, jakým způsobem se jí pohled na preventivní metody změnil. První odpověď zvolily tři ženy, tedy 8,1 %. Všechny tři uvedly, že by se rády v příštím těhotenství více věnovaly prevenci. 22 (59,5 %) žen uvedlo, že jim proběhlý porod nijak nezměnil názor na prevenci porodního poranění. Odpověď „Nevím“ zaškrtno 12 respondentek, což odpovídá 32,4 %. Grafické znázornění výsledků je zpracováno na obrázku 19.

8 DISKUZE

Tato část bakalářské práce porovnává výsledky průzkumných otázek.

Průzkumná otázka č. 1: Jaké znalosti mají rodičky o metodách prevence porodního poranění?

Pro vyhodnocení první průzkumné otázky byly do dotazníku vloženy otázky **č. 5** (*Věděla jste před porodem o možnosti prevence porodního poranění hráze?*), **č. 6** (*Z jakého zdroje jste čerpala informace o prevenci porodního poranění hráze?*), **č. 7** (*Domníváte se, že jste během těhotenství od svého gynekologa, případně porodní asistentky získala dostatek informací o prevenci porodního poranění?*), **č. 8** (*Jaké znáte metody prevence poranění hráze?*), **č. 15** (*Zakroužkujte, v jakém týdnu těhotenství je dle Vás ideální začít s masáží hráze?*) a **č. 16** (*Jakého obvodu je dle Vás třeba dosáhnout při používání dilatačního balónku (Aniball, Epi-No) pro efektivní prevenci porodního poranění hráze?*).

V posledních letech roste podíl žen, které se předem informují o průběhu porodu a způsobech, kterými lze napomoci jeho přirozenému průběhu. Porodnický personál se tak čím dál častěji setkává s porodními plány, které obsahují přání vyhnout se epiziotomii či využít některé z preventivních metod v průběhu porodu. Dostupné jsou ale i pomůcky či metody, které lze využívat již před porodem a mohou pozitivně ovlivnit výskyt poranění. Důležité však je, aby ženy měly dostatek správných informací. Z tohoto důvodu by měl personál věnovat čas edukaci žen již v průběhu těhotenství. Mají ženy správné informace o prevenci porodního poranění? Kde informace čerpají?

Z odpovědí na otázku číslo 5 vyplynulo, že 37 (78,7 %) žen bylo před porodem informováno o možnostech prevence porodního poranění. Žen, které o této možnosti nemělo povědomí bylo 10 (21,3 %). Výsledky této otázky dokazují, že většina žen se v těhotenství o tyto možnosti zajímá či byly informovány.

Veverková et al. (2017) uvádí, že o možnostech prevence poranění jsou více informovány primipary. Tento výzkum ukázal, že 88 % prvorodiček mělo o těchto metodách povědomí. Vícerodičky tyto metody znaly jen v 54 % případů.

V šesté otázce byl nejvíce uváděným zdrojem internet, který byl zmíněn ve 22 (35,5 %) odpovědích. Dalšími možnostmi byli přátelé a předporodní kurz, které ženy uvedly shodně ve 12 případech (19,35 %). Odbornou literaturu zmínily 4 ženy (6,5 %). Jedenáct žen bylo informováno personálem (17,7 %). Jedna respondentka měla informace ze školy (1,6 %).

Touto otázkou se zabývala ve své bakalářské práci Jirešová (2020), která v této otázce měla celkem 70 odpovědí. Z jejich výsledků vyplývá, že 40 % žen získávalo informace pomocí internetu. Od svého okolí bylo edukováno 27,14 % žen. Kurzy předporodní přípravy sloužily k získání informací v 17,14 % případů. Gynekolog poučil 8,57 % žen. Z výsledku obou průzkumů tedy vyplývá, že ženy nejčastěji využívají jako zdroj informací internet či zkušenosti svého okolí. Je zde ale patrné mírné zlepšení v předávání informací těhotným ze strany personálu.

Ačkoliv je internet dobře dostupným a oblíbeným zdrojem informací, je zde riziko, že ženy získají nepřesné či neodborné informace. Dle studie Wong et al. (2014) vyhledává 28,1 % lidí medicínské informace na internetu a 17,1% respondentů uvedlo, že si na internetu hledaly informace související s diagnózou, která jim byla sdělena jejich praktickým lékařem. Studie Veverkové et al. (2017) potvrzuje, že hlavním zdrojem informací o prevenci porodního poranění je pro ženy internet. Respondentkami byl v této studii uveden jako zdroj informací ve 46 % případů. Informace od svého gynekologa získalo pouze 5 % žen. Gynekologové a porodní asistentky by tak měly dbát na to, aby byly ženy dostatečně edukovány nejen o prevenci porodního poranění, ale také o vyhledávání relevantních zdrojů informací.

Celkem 46 % žen z průzkumného souboru se domnívalo, že je personál dostatečně edukoval o metodách prevence poranění. Čtrnáct (37,8 %) žen uvedlo, že nedostaly dostatek potřebných informací. Poměrně velké procento žen (16,2 %) se nedokázalo rozhodnout pro ani jednu z možností. Z těchto výsledků je patrné, že personál v mnoha případech neposkytuje ženám dostatek informací o metodách prevence poranění.

Otázky č. 8, 15 a 16 hodnotily, zda jsou ženy správně edukovány. V otázce číslo 8 měly ženy vypsát všechny metody prevence, které je napadají. Uvedeno bylo 72 odpovědí. Nejvíce měly ženy povědomí o masáži hráze, kterou uvedlo 26 žen (36,1 %). Pomůcky Aniball a Epi-No zmínilo 23 žen (31,9 %). Dále je poměrně známá bylinná napářka, kterou znalo 12 žen (16,7 %). Dvakrát byl v odpovědi uveden čaj z maliníku (2,8 %). Jen jedna respondentka uvedla porodní polohu (1,4 %). V osmi (11,1 %) případech ženy neuvedly žádnou metodu. Výsledky potvrzují, že nejrozšířenějšími metodami jsou masáž hráze a pomůcky pro dilataci porodních cest. O alternativních metodách má povědomí menší procento žen.

V patnácté otázce 21 (56,8 %) žen správně odpovědělo, že je vhodné s masáží hráze začít ve 34. týdnu těhotenství. Deset (27 %) žen považovalo za správnou odpověď 32. týden těhotenství. Pouze jedna respondentka se domnívala, že je vhodné začít s masáží ve 40. týdnu těhotenství

(2,7 %). Odpověď „Nevím“ zvolilo 5 (13,5 %) žen. Více jak polovina respondentek tedy znala správnou odpověď a měly o této metodě správné informace.

V otázce číslo 16 celkem 23 (62,2 %) žen nemělo ponětí o vhodném dosaženém rozměru balónku. Správnou odpověď 28-30 cm zvolilo pouze 5 respondentek (13,5 %). Stejný počet odpovědí byl uveden také u možnosti 10-12 cm. Pouze 4 ženy označily za správnou možnost 20-22 cm (10,8 %). Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že o správném užívání balónků Aniball a Epi-No ženy nemají příliš informací.

V těchto otázkách mohly ženy nasbírat maximálně 4 body. Osmá otázka byla ohodnocena jedním bodem, pokud respondentka uvedla méně jak tři metody. Za uvedení 3 a více metod byly uděleny dva body. Správná odpověď v otázkách 15 a 16 byla hodnocena maximálně jedním bodem. Dle předem vytvořené tabulky byly znalosti respondentek vyhodnoceny. Maximálního možného výsledku nedosáhla žádná z respondentek. Tři body byly uděleny 13 ženám (35,1 %). Dle tabulky byl počet 3-4 body hodnocen jako výborné znalosti. Tohoto výsledku tak dosáhlo 13 (35,1 %) žen. Dohromady 9 (24,3 %) žen získalo dva body, a tak byly jejich znalosti považovány za dostatečné. Nedostatečné znalosti měly respondentky, které dosáhly výsledku 0-1 bodu. Do této kategorie spadalo 15 (40,5 %) žen. Výsledky ukazují, že velká část žen není o této problematice správně edukována, což může souviset s využitím nekvalitních zdrojů informací.

Průzkumná otázka č. 2: Jak efektivně byly metody rodičkami využívány?

K průzkumné otázce č. 2 se vztahovaly otázky **č. 9** (*Používala jste během těhotenství nějaký způsob prevence poranění hráze?*), **č. 10** (*Uveďte kterou/které z metod prevence jste používala*), **č. 11** (*Od kterého týdne těhotenství jste používala preventivní metody?*), **č. 12** (*Jak často jste se prevenci průměrně věnovala?*), **č. 13** (*Máte pocit, že byla preventivní metoda užitečná?*) a **č. 17** (*Pokud jste používala Aniball nebo Epi-No, jakého rozměru se Vám podařilo dosáhnout?*).

Pokud se ženy rozhodnou pro užívání některé z preventivních metod, je důležité, aby věděly, jak tyto metody správně využívat. V případě, že během těhotenství uvažují nad využitím prevence, měly by si z kvalitních zdrojů zjistit nejen jak správně jednotlivé metody provádět, ale také kdy začít a jak často se jim věnovat. Proto je důležité ženy informovat nejen o jednotlivých možnostech, ale také o jejich způsobu využití, aby provádění prevence bylo efektivní a přineslo ženám benefity. Užívají ženy metody prevence od správného týdne těhotenství? Věnují se prevenci dostatečně často?

Pomocí deváté otázky bylo zjištěno, že prevenci se v průběhu těhotenství věnovalo prevenci pouze 15 (40,5 %) žen. Zbýlých 22 (59,5 %) žen žádnou z možností prevence během těhotenství nevyužilo.

Bulová ve své bakalářské práci z roku 2012 uvádí, že přípravu hráze k porodu provádělo 35 (42,2 %) žen z celkového počtu 83 respondentek. Zbýlých 57,8 % žádnou prevenci neprovádělo. Výsledky obou průzkumů tak vypovídají o tom, že větší část žen nevěnuje v průběhu těhotenství prevenci poranění hráze pozornost.

To vyplývá i ze studie Veverkové et al. (2017), která uvádí, že ačkoliv 83 % žen bylo informováno o možnostech prevence porodního poranění, věnovalo se jí pouze 35% respondentek. Důvodem může být, že ženy nejsou ze strany personálu dostatečně informovány o možných následcích porodního poranění, a tak provádění prevence nepovažují za důležité.

Nejčastěji jako prevenci poranění hráze ženy uváděly masáž hráze, kterou provádělo 13 (59,1 %) žen. Pro bylinnou napáěrku se rozhodly 4 (18,2 %) ženy. Ve třech případech ženy cvičily s pomůckou Aniball (13,6 %). Nejméně žen pilo čaj z maliníku, a to pouze dvě (9,1 %).

Dle výsledků průzkumu Jirešové (2020) ženy nejčastěji volí pití čaje z maliníku, kterou využívalo 28,77 % žen. Masáž hráze byla až druhou nejvyužívanější metodou (20,55 %). Pomůcky pro přípravu pánevního dna v jejím dotazníku uvedlo 10, 96 % žen. Respondentky v průzkumu Jirešové tak častěji volily alternativní metody prevence, přesto je ale procento žen, které masáž jako metodu prevence využívalo, nezanedbatelné.

Studie Veverkové et al. (2017) uvádí, že masáž perinea je nejvyužívanější metodou prevence a provádí ji 34 % primipar. Uvádí také, že u prvorodiček byl díky této metodě snížen výskyt poranění perinea o 9 %. Z výzkumů je patrné, že je tato metoda mezi rodičkami velmi oblíbená a zároveň je účinnou metodou prevence poranění hráze.

V 11. otázce 8 (53,3 %) žen uvedlo, že se prevenci věnovalo od 37. týdne těhotenství. Žen, které s prevencí začaly v 34.-36. týdnu těhotenství bylo 7 (46,7 %). Žádná z respondentek neuvedla 32.-33. týden těhotenství. Týden, ve kterém začaly respondentky metody využívat, byl vždy vztahován k jimi zvolené prevenci. Ve správném týdnu těhotenství začalo metodu využívat 8 žen (53,3 %). Později, než se doporučuje začalo s užíváním 7 žen (46,7 %). Což nasvědčuje tomu, že velké procento žen nemá povědomí o správném provádění prevence.

Osm (53,3 %) respondentek uvedlo, že se preventivním metodám věnovaly 2 - 4x týdně. Pravidelněji, tedy 5 - 7x týdně, provádělo prevenci 5 (33,3 %) žen. Jen jednou týdně si na provádění našly čas 2 ženy (13,3 %). Dostatečně často se tedy prevenci věnovalo 86,6 % žen.

Ženy užívání metod v 60 % považovalo za přínosné. Pouze jedna žena uvedla, že pro ni využívání metod nemělo žádné benefity (6,7 %). Zbýlých 5 (33,3 %) žen se nedokázalo rozhodnout. Z těchto výsledků je patrné, že i přes to, že většina žen se nevyhnula poranění, mělo pro velkou část z nich využití preventivních metod přínos.

Využití pomůcky Aniball uvedly pouze 3 ženy. Z toho dvěma z nich se podařilo dosáhnout rozměru 20-25 cm. Jedna z respondentek se dostala na rozměr 10-12 cm. Žádná z nich nedosáhla požadovaného rozměru 28-30 cm. Jedna z žen, které dosáhly rozměru 20-25 cm cvičila s pomůckou 2 - 4x týdně, druhá správně 5 - 7x týdně. Respondentka, která se dostala na rozměr 10–12 cm, užívala balónek také ideálně často 5 - 7x týdně.

Dle Fouska et al. (2023) má používání Aniballu vliv na snížení frekvence epiziotomií. Z jeho studie vyplývá, že u žen, které cvičily s Aniballem v průběhu těhotenství, byla provedena epiziotomie ve 34 % případů. V kontrolní skupině byla provedena u 59 % rodiček. Vliv na výskyt ruptury hráze nebyl touto studií potvrzen. Přesto je však patrné, že používání dilatačního balónku může napomoci ke snížení rizika poranění.

Efektivita užívání jednotlivých metod respondentkami byla hodnocena pomocí vytvořené tabulky. Tabulka hodnotila výsledky z otázek číslo 10, 11 a 12. Za odpovědi v desáté otázce mohly ženy získat 1-2 body. Dva body jim byly uděleny, pokud využívaly více jak jednu metodu prevence. Pouze jednu metodu užívalo 8 (53,3 %) žen. Dvě a více metod využilo 7 (46,7 %) žen.

Za otázku číslo 11 a 12 jim bylo v případě správné odpovědi uděleno po jednom bodu. Jedenáctá otázka hodnotila, zda ženy začaly s preventivními metodami ve správném týdnu těhotenství vzhledem k metodě, kterou užívaly. 53,3 % respondentek začalo s užíváním ve správném týdnu těhotenství. Ostatních 7 (46,7 %) žen začalo s prevencí později, než by bylo vhodné. Bod za tuto otázku získaly pouze ženy, které uvedly doporučený týden těhotenství pro zahájení využívání konkrétní metody prevence.

Dvanáctá otázka hodnotila efektivitu užívání v souvislosti s pravidelností užívání. Osm (53,3 %) žen užívalo metody 2 - 4x týdně. Častěji, tedy 5 - 7x týdně, se věnovalo prevenci

5 (33,3 %) žen. Ženy, které se prevenci věnovaly pouze 1x týdně, za tuto otázku bod nezískaly (13,3 %).

Celkem bylo možné za tyto tři otázky získat 4 body. Pokud žena získala 3-4 body, bylo její využívání prevence hodnoceno jako efektivní. Tohoto výsledku dosáhlo 78,5 % (11) respondentek. Ostatní 3 ženy využívaly dle hodnotící tabulky preventivní metody neefektivně. Z těchto výsledků vyplývá, že ženy, které se rozhodly pro předporodní přípravu perinea, povětšinou využívaly jednotlivé metody efektivně.

9 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. V rámci teoretické části práce byly popsány typy poranění, možnosti prevence v průběhu těhotenství i porodu a role porodní asistentky v prevenci poranění. Dále zde byly zmíněny následky, možnosti diagnostiky a léčby poranění.

Průzkumná část práce se věnovala předem stanoveným cílům. Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o prevenci porodního poranění. Dále bylo zjišťováno, jak efektivně ženy jednotlivé metody využívaly. Třetím cílem práce bylo vytvořit edukační brožurku, aby ženy měly k dispozici kvalitní a dostupný zdroj informací.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že velká část žen nemá dostatek správných informací o užívání jednotlivých metod prevence. Vzhledem k tomu, že se v současné době mnoho žen předem zajímá o průběh porodu, očekávala jsem lepší informovanost rodiček. Důvodem může být, že ženy nejčastěji uváděly jako zdroj informací internet či své okolí. Méně jak polovina žen uvedla, že dostala od svého gynekologa, případně porodní asistentky, dostatek informací ohledně prevence poranění. Proto si myslím, že by toto téma mělo být nezbytnou součástí edukace žen v těhotenství ze strany personálu. Tomu můžou napomoci i edukační brožurky, kde žena najde stručný popis jednotlivých metod.

Výsledky druhé průzkumné otázky ovšem ukazují, že ženy jimi zvolenou prevencí ve většině případů užívají efektivně. Téměř polovina žen využívala více jak jednu metodu prevence v rámci předporodní přípravy. Většina žen také začala s prevencí ve správném týdnu těhotenství a prováděla ji dostatečně často. Pozitivně hodnotím, že v případě, že se ženy rozhodnou pro provádění prevence, mají dostatek správných informací.

Mým cílem je, aby vytvořená edukační brožurka, byla dostupným a přijatelným zdrojem informací pro těhotné ženy. Byla bych ráda, aby nejen ulehčila práci personálu, ale i dodala ženám pocit, že měly dostatek potřebných informací.

10 POUŽITÁ LITERATURA

Aniball – Pro snazší porod. In: *aniball.cz* [online]. Copyright RR Medical s.r.o., 2021 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/product/zdravotnicka-pomucka-aniball/>
BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-2475-361-4.

BOHATÁ, Pavla a Lukáš DOSTÁLEK. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie* [online]. ČLS JEP, 2016, 81(3), s. 192-201 [cit. 2022-05-16]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-3-13/antepartalni-moznosti-prevence-epiziotomie-a-ruptury-hraze-pri-porodu-59620>

BULOVÁ, Ivana. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu*. Brno, 2012. 99 s. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Miloslava Kameníková.

DIANATAL. In: *dianatal.cz* [online]. Copyright Dianatal.sk, 2015 [cit. 2023-01-12]. Dostupné z: <http://dianatal.cz/>

DOLEŽAL, Antonín et al. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.

DVOŘÁK, Jan et al. Poranění análního sfinkteru při porodu a anální inkontinence. *Česká gynekologie* [online]. ČLS JEP, 2021, 86(2), s. 118-122 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2021-2-10/poraneni-analniho-sfinkteru-pri-porodu-a-analni-inkontinence-127087>

ELVANDER, Charlotte et al. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth* [online]. Department of Medicine, Division of Clinical Epidemiology, 2015, 15, 252 [cit. 2023-01-12]. ISSN: 1471-2393. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26453177/>

EZROVÁ, Magdalena et al. Principy péče v porodní asistenci. In: *unipa.cz* [online]. Copyright Unie porodních asistentek, z. s, 2021 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2021/07/Zakladni-principy-pece-v-porodni-asistenci-revize-2021.pdf>

FANČOVIČOVÁ, Anna. Bylinná napárka v těhotenství a u porodu. In: *porodni-asistentka.eu* [online]. Copyright Your Company, 2018 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <http://porodni-asistentka.eu/index.php/blog/zajimave-clanky/46-bylinna-naparka-v-tehotenstvi-a-u-porodu>

FOUSEK, Karel et al. Investigating antenatal pelvic floor training using a vaginal balloon device in Czech women. *British Journal of Midwifery* [online]. 2023 [cit. 2023-03-29]. ISSN 2052-4307. Dostupné z:

<https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/research/investigating-antenatal-pelvic-floor-training-using-a-vaginal-balloon-device-in-czech-women>

HÁJEK, Zdeněk et al. *Porodnictví. 3.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HANÁKOVÁ, Anežka. *Repetitorium porodní asistence*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1242-5.

JIREŠOVÁ, Denisa. *Informační mapa péče pro ženu o prevenci porodních poranění*. Pardubice, 2020. 67 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

KALIŠ, Vladimír et al. Sutura ruptury perinea 3. a 4.stupně. *Česká gynekologie* [online]. ČLS JEP, 2010, 75(4), s. 284-291 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2010-4/sutura-ruptury-perinea-3-a-4-stupne-32424>

KIRILLOV, Edward. Co se stane s tělem, když budete každý den pít čaj z listů maliníku?. In: *ireceptar.cz* [online]. Copyright VLTAVA LABE MEDIA a.s. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.ireceptar.cz/zdravi/caj-z-maliniku-30000916.html>
<https://www.ireceptar.cz/zdravi/caj-z-maliniku-30000916.html>

KLADIVO, Petr. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3842-9.

MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, Jessenius, 2021. ISBN 978-80-7345-709-9.

MEFANET. Portál Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. In: *mefanet.upce.cz* [online]. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://mefanet.upce.cz/>

MERTELÍKOVÁ, Eliška. Možnosti prevence poranění hráze u porodu. In: *fyziosvet.cz* [online]. Copyright Fyzió svět s.r.o., 2022 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.fyziosvet.cz/clanky/moznosti-prevence-poraneni-hraze-u-porodu/>

MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7560-132-2.

MZČR. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?. In: *mzcr.cz* [online]. 2021 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.

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

ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: Kosmas, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

TÜRKMEN, H. et al. The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial. *Complementary medicine research* [online]. Basel: S. Karger, [2017], 2020, 28(1), s. 23-30 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32460297/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Rodička a novorozenec 2003. In: *uzis.cz* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2004, s. 130 [cit. 2023-03-16]. ISBN 80-7280-398-0. ISSN 1213-2683. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=449>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Rodička a novorozenec 2014-2015. In: *uzis.cz* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017, s. 215 [cit. 2023-03-16]. ISBN 978-80-7472-160-1. ISSN 1213-2683. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=7775>

VALOVÁ, Monika. Jak a kdy si dopřát ženskou bylinnou napářku. In: *steamy.cz* [online]. Copyright Steamy.cz, 2018 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/jak-a-kdy-si-doprat-zenskou-bylinnou-naparku>

VALOVÁ, Monika. Jak si provést vaginální napářku. In: *sebevedomarodina.cz* [online]. 2017 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.sebevedomarodina.cz/jak-si-provest-vaginalni-naparku/>

VALOVÁ, Monika. Uvolnění porodních cest – bylinná napářka před porodem a při něm. In: *steamy.cz* [online]. Copyright Steamy.cz, 2018 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/uvolneni-porodnich-cest-bylinna-naparka-pred-porodem-a-pri-nem>

VALOVÁ, Monika. Ženská bylinná napářka v šestinedělí. In: *steamy.cz* [online]. Copyright Steamy.cz, 2018 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/zenska-bylinna-naparka-v-sestinedeli>

VEVERKOVÁ, Adéla et al. Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu. *Česká gynekologie* [online]. ČLS JEP, 2017, 82(4), 327-332 s. [cit. 2023-03-29]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-4-5/informovanost-rodicek-v-oblasti-primarni-a-sekundarni-prevence-poruch-panevniho-dna-po-porodu-61656>

VISTACREATE. In: *create.vista.com* [online]. Copyright Crello Ltd., 2023 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://create.vista.com/cs/home/>

WILHELMOVÁ, Radka et al. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. Brno: Masarykova univerzita, 2021. ISBN 978-80-210-8204-5.

WONG, Carmen et al. Patient use of the internet for health information. *Aust Fam Physician* [online]. Sydney, NSW: Royal Australian College of General Practitioners, 2014, 43(12) s. 875–877 [cit. 2023-03-29]. ISSN 0300-8495. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25705739/>

ZÁHUMENSKÝ, Jozef a Vladimír KALIŠ. Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze – doporučený postup. *Česká gynekologie* [online]. ČLS JEP, 2013, 78 (Supplementum), s. 61 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2013-supplementum/32-pece-o-zeny-se-zavaznym-porodnim-poranenim-hraze-doporuceny-postup-40403>

11 PŘÍLOHY

11.1	Příloha A Edukační brožurka	66
11.2	Příloha B Dotazník	74

11.1 Příloha A Edukační brožurka



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Metody prevence poranění hráze



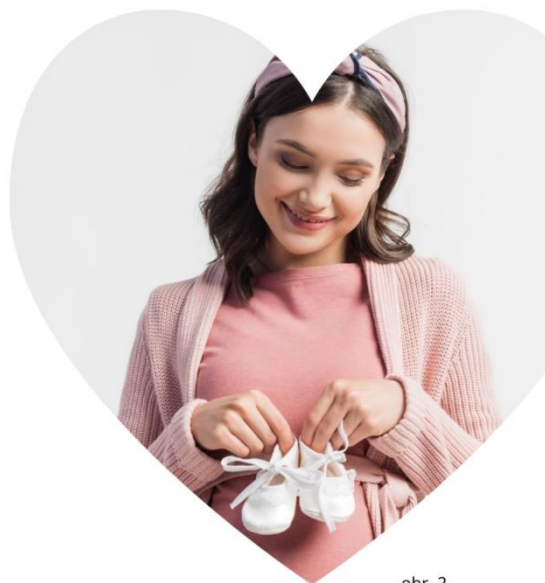
obr. 1

Masáž hráze

- podpoří pružnost a připraví perineum pro porod
- vhodné provádět od 34. týdne těhotenství, ideálně denně
- před každým provedením je třeba důkladná hygiena rukou

Způsob provedení:

- provádí se v gynekologické poloze (v polosedě)
- do pochvy se zavádí prsty, na kterých je nanesený vhodný masážní olej (například olivové či mandlové oleje)
- prsty se vyvíjí tlak směrem ke konečníku a pomalu se nechají sklouznout přes dno a poté nahoru po stranách hráze
- během masáže se provádí pohyb ve tvaru písmene **U** od čísla 3 k číslu 9 na hodinovém ciferníku



obr. 2

Dilatační balónky

- Aniball a Epi-No
- nejdříve od 37. týdne těhotenství
- 15 až 30 minut každý den
- pomalu mechanicky dilatují měkké tkáně porodního kanálu a z prvorodičky se v podstatě stane „funkční vícerodička“
- vyroben z lékařského silikonu a má ruční pumpičku
- pomůže pochopit jak vědomě relaxovat či aktivovat pánevní dno v souvislosti s dýcháním
- lze využít v rámci poporodní rehabilitace
- imituje tlak hlavičky při porodu
- je vhodné se předem poradit s porodní asistentkou či gynekologem



obr. 3

Přírodní metody*

Lněné semínko

- pozitivní vliv na relaxaci hladké svaloviny a otevírání děložního hrdla
- užívá se od druhé poloviny těhotenství
- maximální množství 3 lžičky za den
- lze užívat i k podpoře kojení

Čaj z maliníku

- pomáhá stimulovat stahy hladkého svalstva
- užívá se od 36. týdne těhotenství
- jeden až dva šálky každý den
- nejsou známy žádné nežádoucí účinky
- po porodu může napomoci stahování dělohy a rozvoji laktace
- maliníku může mít vliv na zkrácení II. doby porodní

** u těchto metod nebyl prokázán statisticky významný efekt na prevenci poranění v oblasti hráze*



obr. 4

Bylinná napáňka

- napomáhá změkčit a zvláčnit tkáň
- vhodné u vícerodiček po nástřihu hráze u předchozího porodu
- vhodné provádět od 38. týdne dvakrát až třikrát týdně
- od termínu porodu lze provádět denně
- **pomůcky:** sedátko či napařovací židlička, hrnec o obsahu alespoň 3 litry, bylinky a 2-3 deky
- pozitivní vliv i na uvolnění a regulaci děložních stahů během porodu
- není příliš vhodná pro ženy s varixy v oblasti vulvy či probíhající kvasinkovou infekcí



obr. 5

Možnosti ochrany hráze během porodu

- prevenci při porodu provádí asistující osoba
- masáže hráze s olejem během I. i II. doby porodní
- bylinná napářka
- aplikace teplých obkladů na hráz
- chránění hráze při porodu hlavičky a ramének
- Dianatal gel



obr. 6

Zdroje obrázků

Obr. 1, 2, 6 : VISTACREATE. In: *create.vista.com* [online]. Copyright Crello Ltd., 2023 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://create.vista.com/cs/home/>

Obr. 3: Aniball – Pro snazší porod. In: *aniball.cz* [online]. Copyright RR Medical s.r.o., 2021 [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/product/zdravotnicka-pomucka-aniball/>

Obr. 4: KIRILLOV, Edward. Co se stane s tělem, když budete každý den pít čaj z listů maliníku?. In: *ireceptar.cz* [online]. Copyright VLTAVA LABE MEDIA a.s. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://www.ireceptar.cz/zdravi/caj-z-maliniku-30000916.html><https://www.ireceptar.cz/zdravi/caj-z-maliniku-30000916.html>

Obr. 5: VALOVÁ, Monika. Jak si provést vaginální napářku. In: *sebevedomarodina.cz* [online]. 2017 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://www.sebevedomarodina.cz/jak-si-provest-vaginalni-naparku/>

Logo Univerzity Pardubice : MEFANET. Portál Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. In: *mefanet.upce.cz* [online]. [cit. 2023-04-15]. Dostupné z: <https://mefanet.upce.cz/>

11.2 Příloha B Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Nikita Vondrová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění dotazníku, který mi bude sloužit jako podklad k vypracování mé bakalářské práce na téma „Prevence porodního poranění v oblasti perinea“. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Pokud nebude uvedeno jinak, zvolte prosím jednu možnost zakroužkováním.

Děkuji Vám za ochotu. (*perineum, neboli hráz označuje oblast mezi pochvou a konečníkem*)

1. Kolik je Vám let? (prosím napište)

-
2. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho miminka?

- a) Do 2999 gramů
- b) 3000 g-3499 gramů
- c) 3500 g-3999 gramů
- d) Nad 4000 gramů

3. Došlo u Vás během porodu k nějakému poranění?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, o jaké poranění se jednalo? (lze zvolit více odpovědí)

- a) Nástřih hráze
- b) Ruptura hráze
- c) Poranění děložního čípku
- d) Poranění v oblasti pochvy
- e) Nevím
- f) Jiné:

5. Věděla jste před porodem o možnosti prevence porodního poranění hráze?

- a) Ano, věděla
- b) Ne, nevěděla

Pokud odpovíte NE, dále prosím dotazník nevyplňujte

6. Z jakého zdroje jste čerpala informace o prevenci porodního poranění hráze? (Ize zvolit více odpovědí)

- a) Z odborné literatury
- b) Od svého gynekologa/porodní asistentky
- c) Od přátel
- d) Z internetu
- e) Z předporodního kurzu
- f) Jiné:

7. Domníváte se, že jste během těhotenství od svého gynekologa, případně porodní asistentky získala dostatek informací o prevenci porodního poranění?

- a) Ano, dostala
- b) Ne, nedostala
- c) Nevím

8. Jaké znáte metody prevence poranění hráze? (Prosím vypište všechny metody, které Vás napadají)

9. Používala jste během těhotenství nějaký způsob prevence poranění hráze?

- a) Ano, používala
- b) Ne, nepoužívala (pokud jste zvolila tuto možnost, pokračujte prosím na otázku číslo 14.)

10. Uveďte kterou/které z metod prevence jste používala:

11. Od kterého týdne těhotenství jste používala preventivní metody?

- a) 32.-33. týden těhotenství
- b) 34.-36. týden těhotenství
- c) Od 37. týden těhotenství a déle

12. Jak často jste se prevenci průměrně věnovala?

- a) 5 - 7x týdně
- b) 2 - 4x týdně
- c) 1x týdně

13. Máte pocit, že byla preventivní metoda užitečná?
- a) Ano, byla
 - b) Ne, nebyla
 - c) Nevím
14. Pokud jste žádnou preventivní metodu nepoužívala, jaký byl Váš důvod? (Pokud jste preventivní metody používala, tuto otázku prosím vynechejte)
- a) Nedostatek informací
 - b) Málo času
 - c) Strach
 - d) Nevím
 - e) Jiné:.....
15. Zakroužkujte, v jakém týdnu těhotenství je dle Vás ideální začít s masáží hráže?
- a) 32. týden těhotenství
 - b) 34. týden těhotenství
 - c) 40. týden těhotenství
 - d) Nevím
16. Jakého obvodu je dle Vás třeba dosáhnout při používání dilatačního balónku (Aniball, Epi-no) pro efektivní prevenci porodního poranění hráže?
- a) 10-12 cm
 - b) 20-22 cm
 - c) 28-30 cm
 - d) Nevím
17. Pokud jste používala Aniball nebo Epi-No, jakého rozměru se Vám podařilo dosáhnout? (Pokud jste ho nepoužívala, tuto otázku prosím vynechejte)
- a) 10-12 cm
 - b) 20-25 cm
 - c) 28-30 cm
 - d) Nevím
18. Změnil proběhlý porod Váš pohled na prevenci porodního poranění?
- a) Ano, změnil (prosím uveďte jakým způsobem):.....
 - b) Ne, nezměnil
 - c) Nevím