

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Diplomová práce

Mgr. Magdalena Bartošíková

Intenzivní péče v porodní asistenci

Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění
Postpartum dyspareunia after vaginal delivery depending on the birth injury

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci 25.6. 2022

Mgr. Magdalena Bartošíková

Poděkování

Děkuji Prof. MUDr. Martinovi Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Také děkuji své rodině, která mi byla oporou v průběhu celého studia.

ANOTACE

Jméno a Příjmení:	Mgr. Magdalena Bartošíková
Ústav:	Ústav porodní asistence
Vedoucí práce:	Prof. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
Oponent práce:	Mgr. Radmila Dorazilová
Datum zadání:	31.1.2021
Datum odevzdání:	12.5.2022

Téma:	Dyspareunie
Téma v AJ:	Dyspareunia
Název práce:	Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění
Název práce v angličtině:	Postpartum dyspareunia after vaginal delivery depending on the birth injury
Abstrakt v ČJ:	Diplomová práce se zabývá postpartální dyspareunií po vaginálních porodech, vzniklé v závislosti na porodním poraněním. Teoretická část popisuje anatomii ženských pohlavních orgánů, typy vaginálních porodů, porodní poranění a dyspareunii. V praktické části byl realizován kvantitativní výzkum pomocí dotazníku. Cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi porodním poraněním při vaginálním porodu a vznikem postpartální dyspareunie. Z výsledků vyplívá, statisticky významná souvislost mezi porodním poraněním a výskytem dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu častěji než u žen bez porodního poranění. Dále bylo zjištěno, že více než desetina žen trpí při opakovaném pohlavním styku po porodu dyspareunií. Při výzkumu se, ale nepotvrdila souvislost mezi porodním poraněním a dyspareunii při opakovaném pohlavním styku po porodu.
Klíčová slova:	pospartální dyspareunie, dyspareunie, vaginální porod, porodní poranění, epiziotomie, sexuální problémy po porodu, sex a šestinedělí, bolestivý pohlavní styk, prevence porodního poranění

Abstrakt v AJ:	The diploma thesis deals with postpartum dyspareunia after vaginal births, caused by birth injuries. The theoretical part describes the anatomy of female genitals, types of vaginal births, birth injuries and dyspareunia. In the practical part, quantitative research was carried out using a questionnaire. The aim of the research was to find out the connection between birth injury during vaginal birth and the development of postpartum dyspareunia. The results show a statistically significant relationship between birth injury and the incidence of dyspareunia during the first sexual intercourse after birth more often than in women without birth injury. Furthermore, it was found that more than a tenth of women suffer from dyspareunia during repeated sexual intercourse after childbirth. However, the study did not confirm a link between labor injuries and dyspareunia during repeated sexual intercourse after childbirth.
Klíčová slova v angličtině:	postpartum dyspareunia, dyspareunia, vaginal delivery, birth injury, episiotomy, postpartum sexual problems, sex and the puerperium, painful intercourse, birth injury prevention
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Vyjádření etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce Příloha 2. Dotazník Příloha 3. Žádosti o umožnění výzkumu
Rozsah práce:	89 s., 112 311/135 740 znaků
Jazyk práce:	český

Obsah	6
Úvod	8
1 Rešeršní činnost	9
2 Anatomie ženských pohlavních orgánů	10
2.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány	10
2.2 Zevní ženské pohlavní orgány	11
2.3 Svaly pánevního dna a svaly hráze	12
3 Definice vaginálních porodů	13
3.1 Spontánní vaginální porod	13
3.2 Operativní vaginální porod	14
4 Porodní poranění	15
4.1 Prevence porodního poranění	15
4.1.1 Prevence porodního poranění prováděna ženami	16
4.1.2 Prevence porodního poranění v průběhu porodu	18
4.2 Klasifikace porodního poranění	18
4.2.1 Ruptury perinea	18
4.2.2 Trhlíny vulvy a pochvy	19
4.2.3 Trhlíny čípku děložního	19
4.2.4 Ruptury dělohy	19
4.2.5 Epiziotomie	20
4.3 Ošetření porodního poranění	21
4.4 Péče o porodní poranění	21
5 Dyspareunie	23
5.1 Etiologie dyspareunie	23
5.2 Diagnostika dyspareunie	24
5.3 Terapie dyspareunie	25
5.4 Postpartální dyspareunie	25
5.5 Prevalence poporodní dyspareunie.....	26
6 Metodika práce	35
6.1 Výzkumné cíle práce a hypotézy	35
6.2 Charakteristika zkoumaného souboru	37
6.3 Organizace výzkumu	38
6.4 Metoda výzkumu	38

6.5 Zpracování dat	39
7 Výsledky výzkumného šetření	40
7.1 Statistické řešení	54
8 Diskuze	60
Závěr	63
Referenční seznam	65
Seznam tabulek	69
Seznam grafů	70
Seznam příloh	71

Úvod

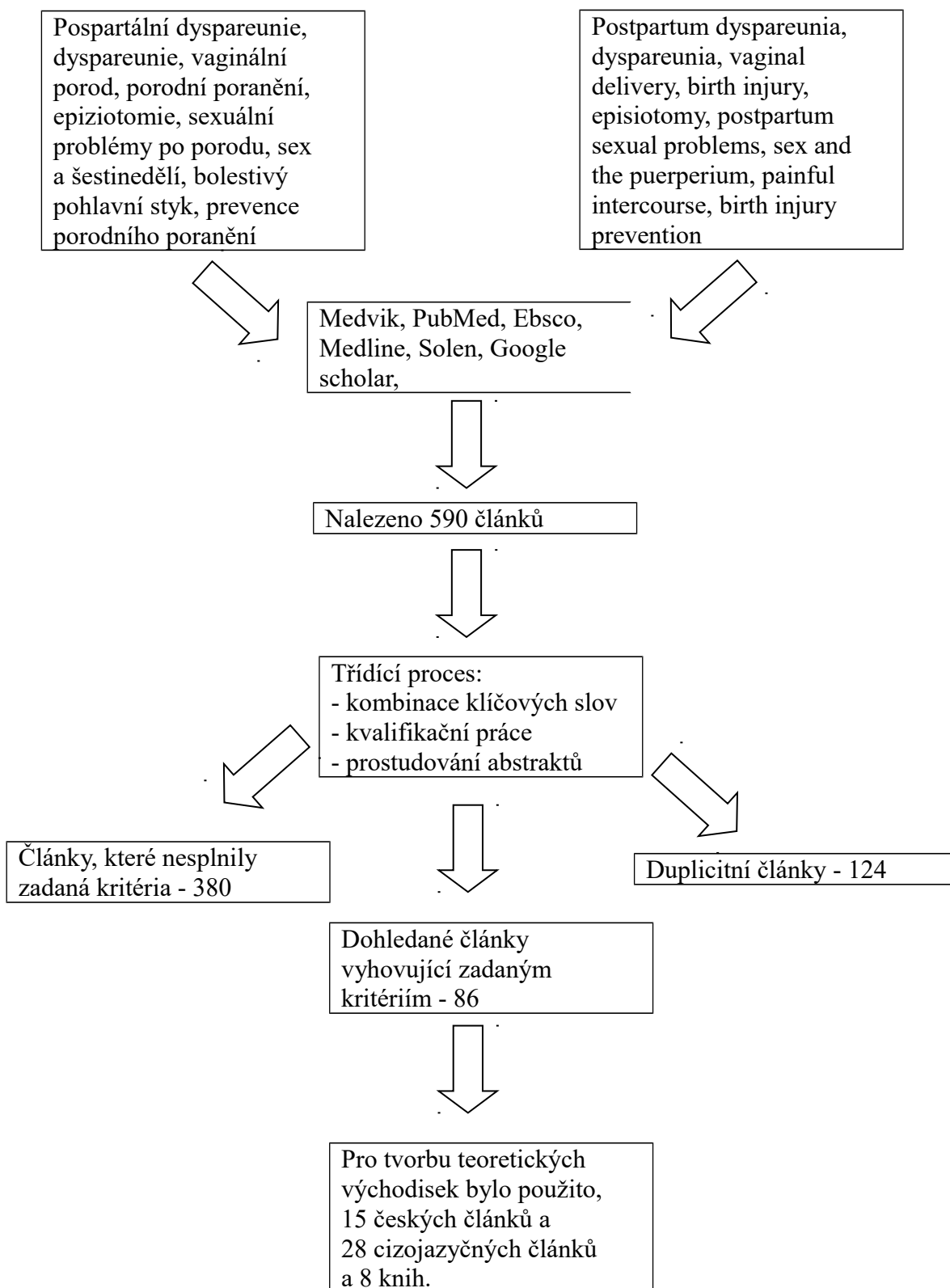
Sexuální zdraví, definované dle WHO jako dobrý fyzický, emocionální, duševní a sociální stav ve vztahu k sexuálním problémům. Je důležitou složkou kvality života člověka, která je ovlivněna mnoha faktory. U žen jsou to hormonální změny včetně menstruace, těhotenství a porodu, laktace a menopauza, mohou ovlivnit sexuální zdraví ženy. Pro páry je těhotenství a porod náročným obdobím, během kterého je jejich sexuální zdraví potencionálně ovlivněno. U většiny žen v těhotenství klesá potřeba sexuální aktivity.

Po porodu ženy pocítují mnoho změn, včetně únavy, bolesti perinea, deprese a následně změny v sexuální funkci. Porod vede k anatomickým a funkčním změnám ve svalech pánevního dna, které u mnoha žen vedou k sexuálním problémům během poporodního období. Včetně bolesti při pohlavním styku, snížení libida, suchosti pochvy. Jeden z nejčastějších sexuálních problémů je dyspareunie při pohlavním styku v prvním roce po porodu. Dyspareunie je přetrvávající nebo opakující se bolest, která se objevuje před, během nebo po pohlavním styku. V poporodním období je sexuální zdraví žen zdravotníky často opomíjeno.

Téma diplomové práce se zabývá postpartální dyspareunií po vaginálních porodech vzniklé v závislosti na porodním poraněním. Jedná se o velmi intimní oblast v životě ženy a také o velmi zanedbávanou oblast. Mnoho žen se stydí s tímto problémem někomu svěřit a velmi málo žen má odvahu tento problém řešit. Ať už u svého gynekologa nebo vyhledat pomoc specialisty.

Diplomová práce předkládá v teoretické části sesbírané poznatky o dyspareunii. V jednotlivých kapitolách je rozpracována anatomie ženských pohlavních orgánů, typy vaginálních porodů, porodní poranění a dyspareunie. V praktické části diplomové práce následuje vlastní výzkum. Byla využita kvantitativní metoda, dotazníku. Cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi porodním poraněním při vaginálním porodu a vznikem postpartální dyspareunie.

1. Rešeršní činnost



2. Anatomie ženských pohlavních orgánů

Ženské pohlavní ústrojí se dělí na orgány vnitřního a zevního genitálu. Vnitřní genitál tvoří vaječníky, vejcovody, děloha a patří k němu i pochva, která tyto dvě oblasti propojuje.

2.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány (organa genitalia feminina interna)

Vaječník (ovarium) – párová pohlavní žláza produkující zárodečné buňky – vajíčka a zároveň má endokrinní funkci, kdy produkuje ženské pohlavní hormony (estrogen, gestageny). Vaječník má oválný tvar ze strany zploštělý, jeho velikost a tvar se v průběhu života ženy mění a kolísá mezi 3-5 cm x 1,5-3 cm. Vaječník je zavěšen pomocí duplikatur peritonea na bočních stěnách malé pánve ve fossa ovarica (Naňka, Elišková, 2015).

Vejcovod (tuba uterina) – párová trubice dlouhá 8-15 cm, která je na svém zevním konci nálevkovitě rozšířená a otevírá se volně do dutiny břišní. Ústí vejcovodu je opatřeno fimbriemi (infundibulum) a přivrácené k ovariu. Druhý konec vejcovodu ústí v děložním rohu do dutiny děložní.

Děloha (uterus) – je dutý svalový orgán hruškovitého tvaru, ve kterém probíhá vývoj zárodku až do porodu. Děloha je uložena v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Na děloze rozlišujeme děložní tělo a děložní hrdlo zakončené čípkem (Roztočil et al., 2017).

Pochva (vagina) – pružná svalová trubice, která je součástí měkkých porodních cest a spojuje dělohu se zevními rodidly. Kraniálně obkružuje děložní čípek a tvoří poševní klenby (přední, zadní a postranní). Od cervixu směřuje kaudálně a otevírá se navenek jako vchod poševní (ostium vaginae). Pochva je v celém průběhu předozadně oploštělá. Délka pochvy je okolo 9 cm, u vchodu je nejužší a naopak nejprostornější je u děložního čípku. Šířka je 2,5-3 cm. Vpředu sousedí s močovou trubicí a močovým měchýřem a vzadu s konečníkem. Na stěnách pochvy jsou četné příčně zvrásněné řasy (rugae vaginales), které umožňují její roztažitelnost a zvětšují celkovou plochu až na 60 cm². V poševní stěně chybí žlázky a vaginální sekret vzniká z produktů transsudace. Na zajištění vlhkosti pochvy se spolupodílí sekrety žláz cervixu, Bartholiniho žláz a malých vestibulárních žlázek. Stěna pochvy je měkká, pružná a dobře prokrvená. Její síla je asi 4 mm a skládá se ze tří vrstev: sliznice, svalová vrstva a zevní vrstva.

- Sliznice (tunica mucosa) – na jejím povrchu je relativně silný vrstevnatý dlaždicový epitel s náznaky rohovatění. Odloupané buňky epitelu obsahují glykogen, který je štěpen lactobacily na kyselinu mléčnou, čímž vzniká kyselá prostředí (pH 3,8-4,4) potlačující nežádoucí vaginální flóru. Ve sliznici je bohatá žilní síť propojena v pleteně a cévy. Při sexuálních podnětech je epitel pomocí cévní reakce v lamina propria schopen propouštět tekutinu podobnou transsudátu (Špaček et al., 2013).

- Svalovina (tunica muscularis) – jedná se o hladkou svalovinu, která je ve stěně uspořádána ve vrstvách, vnitřní je spíše cirkulární, zevní longitudinální. Její uspořádání umožňuje rozšíření pochvy do průměru hlavičky plodu během porodu (Naňka, Elišková, 2015).

- Zevní vrstva poševní stěny (tunica adventicia) – hustší kolagenní vazivo, v němž se nachází větší větve cév, nervů a gangliové buňky autonomního nervového systému. Tato vrstva plynule přechází do okolního vaziva nazývaného paracolpium. Zevní vazivový plášť připojuje pochvu k okolním strukturám (Špaček et al., 2013).

2.2 Zevní ženské pohlavní orgány (organa genitalia feminina externa)

Zevní rodidla představují soubor útvarů ohraničujících poševní předsíň (vestibulum vaginae). Je to sagitální vkleslina do níž se otevírá poševní vchod (ostium vaginae) jako podélná štěrbina a zevní ústí močové trubice (ostium urethrae externum), nad kterým vyvstává ve střední čáře poštváček (clitoris). Obsahuje topořivá tělíska, je velmi citlivý a jeho dráždění přináší příjemné pocity při pohlavním styku (Roztočil et al., 2017).

Ze strany poševní předsíň ohraničují malé stydké pysky (labia minora pudendi). Mezi nimi se nachází zevní ústí močové trubice a za ní je poševní vchod, při kterém vyúsťují drobné mucinózní žlázy a také párové Bartoliniho žlázy. Tyto neochlupené kožní řasy jsou zcela překryty velkými stydkými pysky.

Velké stydké pysky (labia majora pudendi), kožní řasy vyplněny tukem a pokryty ochlupením. Mezi nimi se nachází štěrbina stydká (rima pudendi). Vpředu přechází velké stydké pysky v pahorek stydký (mons pubis). Vpředu a vzadu jsou velká labia spojena v přední a zadní komisuru (commisura anterior et posterior). Krajina mezi zadní komisurou a análním otvorem se nazývá hráz (perineum). Jeho podkladem je vazivová tkáň spolu se svaly (Špaček et al., 2013).

2.3 Svaly pánevního dna a svaly hráze

Pánevní dno – soubor svalů a jejich fascií vytvářející funkční uzávěr pánevní dutiny. Má podobu trychtýře se základnou připojenou na stěnu malé pánve a vrcholem směřujícím ke konečníku. Podepírá orgány v malé pánvi a funkčně se zapojuje do tvorby břišního lisu. Do skupiny svalů pánevního dna jsou počítány tři svaly – musculus levator ani, musculus coccygeus a musculus sphincter ani externus.

- Musculus levator ani skládá se z přední části, pars pubica, která začíná od os pubis, musculus pubococcygeus. Od kyčelní kosti začíná jako pars iliaca, musculus iliococcygeus. Mezi pars pubica pravé a levé strany se nachází štěrbina pro průstup vývodných cest močových a pohlavních – hiatus urogenitalis. Snopce této části svalu podpírají u ženy vaginu s dělohou, fixují rektum a mají významnou uzávěrovou funkci musculus pubovaginalis, musculus pubotrectalis.

- Musculus coccygeus začíná na křížové kosti a upíná se laterokaudálně na spina ischiadica. Svalové snopce probíhají společně s ligamentum sacrospinale (Naňka, Elišková, 2015).

- Musculus sphincter ani externus obkružuje konečník a je ze spodu připojen k musculus levator ani. Mimo vlastní funkci řitního svěrače se také podílí na komplexní funkci pánevního dna při aktivních změnách velikosti hiatus urogenitalis při defekaci a mikci.

Hráz (perineum) – jeho podkladem je vazivová tkáň spolu se svaly vyplňujícími trigonum urogenitale, dříve nazývanými diaphragma urogenitale. Podkladem hráze je vazivová ploténka (corpus perineale), která se směrem k septum rectovaginale ztenčuje a vytváří tak hrázový (perineální) klín (Roztočil et al., 2017).

- Trigonum urogenitale – soubor svalových a vazivových snopců, ve tvaru trojúhelníkovité tenké desky, napříč rozepjatý mezi rameny kostí sedací a dolními rameny kosti stydké a složky z něho odvozené.

- Musculus transversus perinei profundus – hlavní sval, tvoří oporu pánevních orgánů.

- Musculus sphincter urethrae – svěrač močové trubice.

- Musculus transversus perinei superficialis – slabý podkožní sval, u žen je redukován.

- Svaly uloženy povrchověji, bezprostředně k zevním pohlavním orgánům a k ústí rekta

- Musculus ischiocavernosus – připojen k povrchu crus clitoridis. Při pohlavním vzrušení se podílí na ztopoření postěvážku.

- Musculus bulbospongiosus – obemyká bulbus vestibuli, také se podílí na stopoření poštvěváčku.
- Musculus sphincter urethrovaginalis – je vytvořen pouze u žen, má významnou funkci v udržování kontinence.
- Musculus compressor urethrae – je také vytvořen jen u žen
- Musculus sphincter urethrae externus – obklopuje uretru, výrazně se podílí na uzávěru močové trubice (Naňka, Elišková, 2015).

3. Definice vaginálních porodů

Vaginální porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly), ven z organismu matky pochvou. Podle průběhu porod rozdělujeme na samovolný, medikamentózní, indukovaný a operativní porod.

3.1 Spontánní vaginální porod

Z časového hlediska spontánní porod dělíme na období přípravné, tři doby porodní a dobu poporodní.

- Přípravné období – je provázeno známkami blížícího se porodu. Patří sem dolores praesagientes – předčasné děložní stahy, neboli poslíčky. Projevují se jako bolesti v podbříšku a kříži, které žena může pociťovat velmi bolestivě a mylně je pokládat za počátek porodu. Jsou to stahy nekoordinované, nepravidelné, nemající otevírací efekt. Tyto stahy mohou po několika hodinách ustát, nebo se mohou změnit v pravidelné děložní kontrakce a tím žena vstupuje do I. doby porodní (Roztočil et al., 2017).

- I. doba porodní – tzv. otevírací - v tomto období dochází následkem pravidelných děložních kontrakcí k rozvíjení dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se postupně otevírá, až zcela vymizí. Trvání I. doby porodní je různé. V průměru to je u prvorodičky 8 - 10hodin a u vícero dičky 6 - 8 hodin.

II. doba porodní – tzv. vypuzovací – začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Plod v tuto dobu prostupuje tvrdými i měkkými porodními cestami. Trvání II. doby porodní je v průměru od 15-50 minut u prvorodičky a 5-20 minut u vícero dičky.

III. doba porodní – začíná porodem dítěte a končí odloučením a porozením placenty a plodový obalů. Probíhá ve třech fázích, fáze odlučovací, fáze vypuzovací a fáze

hemostatická. Může trvat 5 – 60 minut. V České republice se III. doba porodní vede aktivně podáním uterotonik i.v., které napomáhají k retrakci myometria a tím ke zmírnění krvácení po porodu.

- Doba poporodní – probíhá zde kontrola porodního poranění a jeho ošetření. Vyšetřují se zevně i vnitřně rodidla, kontroluje a sleduje se zavinování dělohy, kontrola krvácení a fyziologických funkcí. V tomto období je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Proto je další dvě hodiny sledována na porodním sále. Celková krevní ztráta při fyziologickém porodu a v poporodním období by neměla přesáhnout 300ml (Hájek et al., 2014)

3.2 Operativní vaginální porodech

Přístupujeme k němu převážně z akutní indikace při ohrožení zdraví a života matky, plodu nebo obou. Zahrnujeme sem vaginální porod pomocí porodnických kleští nebo pomocí vakuumextraktoru. Při operativních vaginálních porodech může vzniknout větší porodní poranění a tím komplikace související s tím. Může docházet k potížím v oblasti ženské sexuality jako např. poruchy lubrikace, výskyt dyspareunie, vaginismus organického či psychogenního vzniku, následky sekundárního hojení a výskyt pooperačních infekcí, pooperační prolapsy vaginálních stěn, vznik močové inkontinence a jiné. Použití vakuumextraktoru je z tohoto pohledu nástrojem první volby, neboť oproti klešťovému porodu je riziko poškození pánevního dna menší, a tím hrozí i menší výskyt takových komplikací (Procházka et al., 2020).

- **Porodnické kleště (forceps)** – jsou nástroj, který slouží k extrakci plodu z porodních cest matky. Tuto operaci je možno provést jen při splnění několika podmínek: normální pánev, vyloučení kefalopelvického nepoměru, zašlá porodnická branka, odteklá plodová voda, hlavička vstoupilá alespoň v šíři, hlavička fixovaná v porodních cestách, šev šípový v přímém, nebo šikmém průměru, živý plod. Indikací ze strany plodu je akutní intrapartální hypoxie ve II. době porodní. Indikace ze strany matky jsou nepostupující porod ve II. době porodní i po použití uterokinetik, fyzicky a psychicky vyčerpaná nebo nespolupracující rodička, nemožnost použití břišního lisu (obezita, hernie, diastáza), horečka za porodu (38,0°C a více). Indikace ze strany plodu a matky se často překrývají a doplňují. Při použití porodnických kleští se většinou jedná o kombinaci hned několika indikací, které by vedly ke zhoršené prognóze spontánního porodu (Hájek et al., 2014).

- **Vakuumextraktor (VEX)** – je oproti kleštím nástrojem pouze trakčním, neumožňuje tedy rotaci hlavičky plodu. Extrakce plodu z porodních cest je provedena trakcí za pelotu uchycenou na hlavičce plodu pomocí podtlaku. Taktéž je zde nutné splnit několik podmínek jako: odteklá plodová voda, zašlá branka, dostatečně prostorná pánev, hlavička vstoupá v pánevní šíři a hmotnost plodu nad 2500 g. Indikace k použití jsou podobné jako u kleští, ale nikoliv totožné. Indikací ze strany plodu je hrozící hypoxie plodu. Indikace ze strany matky jsou sekundárně slabé kontrakce, protražovaný porod, patologie naléhání plodu jako je abnormní rotace, poloha temenní, prolaps pupečníku, děloha s jizvou (prevence ruptury děložní), nespolupracující rodička. Použití vakuumextraktoru je kontraindikováno u nezralých plodů a u plodů s hmotností pod 2500g (Hájek et al., 2014).

4. Porodní poranění

Porod je fyziologický děj, ale je spojený s možností poranění rodidel. Poranění různého typu se mohou vyskytnout v průběhu celého porodního kanálu. Nejen na vnitřních a zevních rodidlech, ale i na přilehlých orgánech, jako je močový měchýř, konečník a pánevní pletenec (Rozotčil et al., 2017). Většina těchto poranění je skryta a není patrná na první pohled. Může dojít k poranění pubocervikální fascie, traumatické denervace perinea, ruptury svalových vláken. Díky těmto poranění se nadále mohou vyskytnout poruchy senzitivity zevního genitálu, problémy spojené s únikem moči, inkontinence plynů a stolice, sestup pánevních orgánů a také sexuální dysfunkce (Hájek et al., 2014).

Na vznik a rozsah porodního poranění má vliv řada faktorů, které ovlivňují elasticnost tkání, jejich pevnost a poddajnost. Rizikovými faktory pro vznik porodního poranění ze strany matky jsou zánětlivé procesy v oblasti porodních cest, vyšší věk, vysoká hráz, jizvy. Ze strany plodu to mohou být malprezentace plodu nebo makrosomie plodu. Rizikovými faktory z hlediska průběhu porodu jsou překotný porod, nevhodně chráněná hráz při porodu, přílišné zasahování do porodního děje a instrumentální porod (Procházka et al., 2020).

4.1 Prevence porodního poranění

Nejčastější otázka těhotných je, jak mohou předejít poranění hráze? Většina těhotných má obavy z provedení epiziotomie, a tak zjišťují co všechno mohou udělat proto,

aby jejich hráz zůstala nepoškozená. Informace nejčastěji získávají v předporodních kurzech, na internetu a od kamarádek. Existuje mnoho metod, které mohou těhotné využít, ať už v průběhu těhotenství, tak i během porodu. Ale bohužel žádná metoda není zcela stoprocentní, záleží na mnoha faktorech, např. na spolehlivosti metody a poctivosti klientky při provádění. Mezi rizikové faktory pro vznik porodního poranění patří chronické mykotické záněty pochvy, velikost, rotace a postavení miminka a v největší míře zkušenosti porodní asistentky nebo porodníka při chránění hráze. Velmi důležitá je trpělivost a úzká spolupráce s rodičkou (Leeman, Rogers, 2012).

4.1.1 Prevence porodního poranění prováděné ženami

Masáž hráze

Masáž hráze provádí těhotná sama nebo může zapojit i partnera. Partner tím může získat pocit, že těhotné partnerce pomáhá v přípravě na porod. Samozřejmě je nutné, aby provádění masáže hráze bylo zcela dobrovolné, protože se jedná o situaci velmi intimní. Masáž by měla být efektivní, ale zároveň nesmí překračovat práh bolesti těhotné. Masáž hráze se provádí od 35 týdne těhotenství, každý den po dobu 5ti minut. Velmi důležité při masáži jsou čisté ruce a upravené nehty, aby nedošlo k zanesení infekce do rodidel. Masáž hráze se provádí v polosedě v gynekologické poloze, kdy si žena zavede do pochvy prsty s vhodným masážním olejem. Nedoporučují se minerální ani dětské oleje, protože vysušují. Vhodný je slunečnicový olej, nebo speciální olejčky určené přímo k masáži hráze. Zpočátku masáže je nutné hráz pořádně prsty promazat, aby zvláčněla. Žena si zavede dva prsty do pochvy a přejíždí prsty z jedné strany pochvy na druhou stranu. Ve středu stlačí poševní vchod co nejvíce dolů a dopředu. Závěrem masáže zůstane ukazováček v pochvě a palec je z vnější strany hráze, která se mezi nimi tře. Při masáži žena pociťuje intenzivní, silný až palčivý tlak na hrázi, který je způsobený jejím roztahováním. Masáží se tkáň v okolí hráze zvláční a prokrví, stanou jemnější a pružnější. Kontraindikací masáže hráze jsou výtoky, herpes genitales nebo jiné vaginální problémy. Pokračovat s masáží se může až po vymizení nežádoucích projevů (Bohatá, Dostálek, 2016).

Aniball nebo Epi-no balónek

Jednou z osvědčených metod pro předporodní přípravu svalů pánevního dna je použití Aniballu nebo Epi-no balónku. Je to anatomicky tvarovaný balóněk z lékařského silikonu s ruční pumpičkou. Při předporodní přípravě slouží k posílení svalů pánevního

dna, navyknutí tkání na roztahování a také k tréninku vypuzování. Umožňuje ženě vyzkoušet nejvhodnější porodní polohu i z pocitem nutkání na tlačení. Účinným způsobem napomáhá ženě pochopit, jak s tímto pocitem tlaku pracovat, jak se cíleně a nenásilně uvolnit, což podporuje intuitivní chování a spontánní vypuzování při porodu. Rodičky se nezaleknou tlaku hlavičky, přesně vědí jak dýchat a efektivně zatlačit. Získávají potřebnou sebedůvěru. Cvičení s balónkem je doporučováno od 37 týdne těhotenství až do porodu. Optimálně by měla žena cvičit s balónkem 15-30 minut denně. Pravidelný a šetrný trénink může zlepšit flexibilitu tkání. Výsledkem správného cvičení s balónkem může být usnadnění II. doby porodní a snížení rizika samovolného poranění nebo nutnosti nástřihu hráze (Procházka et al., 2020).

Odvar z maliníku

Maliník všeobecně stimuluje stahy hladkého svalstva. Díky tomu může pozitivně ovlivnit a zkrátit průběh porodu. Po porodu pomáhá při zavínování dělohy a tím zabraňuje i poporodnímu krvácení. Dále podporuje laktaci. Je doporučeno popíjení 2-3 šálků denně od 34 týdne těhotenství (Stadelmann, 2017).

Lněné semínko

Lněné semínko relaxuje hladkou svalovinu a tím pádem napomáhá při otevírání děložního hrdla. Obsahuje fytoestrogeny a proto se doporučuje i v rámci podpory laktace. Ze lněných semínek se může udělat odvar nebo je přimíchat do stravy. Semínka je potřeba dobře rozžvýkat, nebo předem rozdrtit, čímž se zvyšuje jejich využitelnost. Celá semínka procházejí trávicím traktem nezměněna a stolicí se vylučují. Je důležité při užívání lněného semínka dbát na dostatečný pitný režim, pokud ne je zde zvýšené riziko zácpy. Při pravidelném požívání lněného semínka je potvrzen zvýšený hlen v pochvě a semínko působí stejně jako maliníkové listí na pravidelnou stolicí. Lněné semínko se užívá od druhé poloviny těhotenství, kdy denní dávka by neměla přesáhnout tři lžičky za den (Bohatá, Dostálek, 2016).

Teplé obklady hráze nebo sedací lázně

Od 36 týdne těhotenství je vhodné přikládat na hráz obklady napuštěné odvarem z senných květů nebo si připravovat sedací lázně obsahující tento odvar. Což může napomáhat ke změkčení a zvláčnění tkáně hráze. Toto je vhodné použít u prvorodiček a sportovkyň, které mají pevné pánevní dno, nebo u vícerodičky pokud u nich při předchozím porodu byl proveden nástřih hráze (Stadelmann, 2017).

4.1.2 Prevence porodního poranění v průběhu porodu

Během porodu dochází ke vzniku třecích sil mezi porodními cestami a novorozencem. Toto tření částečně redukuje mázek novorozence a odtékající plodová voda. Hráz můžeme chránit již během I. doby porodní. Při souhlasu rodičky může porodní asistentka provést masáž hráze pomocí oleje stejně jako v těhotenství. Příkladat teplé obklady na hráž k jejímu změkčení a zvláčnění. Polohovat rodičku a tím nalézt pro ni nejvhodnější polohu k tlačení a porození plodu.

Chránění hráze při porodu hlavičky a ramének je jednou z hlavních technik předcházení vzniku porodního poranění. Osoba asistující rodičce při porodu, jednou rukou přidržuje hlavičku a brání jejímu rychlému postupu pochvou a druhou rukou se sterilní rouškou překrývá konečník a brání tak kontaminaci perinea a novorozence stolicí. Rouška musí být přiložena tak, aby byla viditelná hráž a poševní vchod (Procházka et al., 2020).

4.2 Klasifikace porodního poranění

Klasifikace a dělení porodního poranění není v české republice zcela jednotná. Často se mezi jednotlivými pracovišti liší. Drobné oděrky většinou nevyžadují žádné ošetření, ale ruptury je nezbytné chirurgicky ošetřit.

4.2.1 Ruptury perinea (RPT perinea)

Jsou nejčastějším porodním poraněním, mají různou lokalizaci a rozsah. Dělí se na IV. stupně.

- I. stupeň – poškození vaginální sliznice a kůže perinea
- II. stupeň – poškození kůže, svalstva perinea, sliznice a podslizničního vaziva pochvy ve větším rozsahu, bez poranění análního svěrače
- III. stupně – poranění shodné s II. stupněm ruptury, je ale poškozen anus
- IIIa – poranění postihuje méně než polovinu tloušťky zevního análního svěrače
- IIIb – poranění postihuje více než polovinu tloušťky zevního análního svěrače
- IIIc – poranění zevního a vnitřního análního svěrače, anální sliznice je intaktní
- IV. stupeň – poranění zevního a vnitřního análního svěrače a poranění anální sliznice

4.2.2 Trhliny vulvy a pochvy

Vznikají v podobě lacerací na vnitřní straně malých stydkých pysků v průběhu většiny porodů. Většinou výrazně nekrvácí a nevyžadují zvláštní ošetření. Často ruptura pochvy vzniká spolu s rupturami vulvy či hráze. V některých případech může dojít k roztržení pochvy bez toho, aniž by byla poškozena sliznice, a následně ke vzniku hematomu. Projevuje se jako pastózní tumor deformující poševní stěnu. Rodička udává bolestivý tlak na konečník. Je bledá, hypotenzní, dochází k anemizaci a může dojít až k hemoragickému šoku. U drobných hematomů není léčba nutná, vstřebají se sami. Větší hematomy je nutné v celkové anestezii incidovat, evakuovat, zavést drenáž a provést resuturu. Příčiny vzniku trhlin jsou většinou mechanické, při operačních porodech mohou vznikat závažnější ruptury.

4.2.3 Trhliny čípku děložního

Projevují se krvácením různé intenzity. Lokalizace ruptur na děložním čípku se určuje dle hodinového ciferníku. Trhliny čípku cca do 1 cm není potřeba ošetřovat, pokud nekrvácí. Nejčastější rupturou děložního čípku je podélná trhlina po stranách hrdla. Tato trhlina může sahat až k dolnímu děložnímu segmentu, kdy některé trhliny se mohou rozšířit až k poševním klenbám. Rozsáhlejší ruptury děložního čípku je nutné důkladně revidovat a ošetřit (Procházka et al., 2020).

4.2.4 Ruptura dělohy

Může vzniknout v průběhu těhotenství nebo za porodu v důsledku porušení celistvosti stěny děložní v oblasti těla děložního nebo v dolním děložním segmentu. Rozdělují se dle rozsahu anatomického poškození na kompletní (postižena celá stěna děložní) a inkompletní (postižení subperitoneální nebo extramukózní) a dle mechanismu vzniku na spontánní a násilné. Rizikovým faktorem pro vznik ruptury dělohy je jizva na děloze po předchozím císařském řezu nebo operaci na děloze. V průběhu porodu je důvodem pro vznik ruptury dělohy nejčastěji hypertonus, kefalopelvický nepoměr, použití Kristellerovy exprese, vnitřní obrat plodu, hmotnost plodu nad 4000 g. Známkou hrozící ruptury dělohy je viditelná hranice mezi svalovinou těla děložního a mezi dilatovaným dolním děložním segmentem, tzv. Bandlova rýha. Tato rýha se postupně posouvá směrem k pupku, ruptuře obvykle předchází prudká bolest a poté dochází k vymizení děložních kontrakcí. Dochází ke krvácení do dutiny břišní nebo pochvou,

rodička začne upadat do hemoragického a traumatického šoku. Je nutné okamžité operační řešení (Procházka et al., 2020).

4.2.5 Epiziotomie

Rozšíření poševního introitu incizí hráze na konci II. doby porodní. Jedná se o chirurgický výkon, který se provádí pouze v odůvodněných případech. Musí být splněny podmínky a indikace k provedení výkonu. Jednou z indikací k provedení epiziotomie je zkrácení II. doby porodní při podezření na tíseň plodu. Kromě tísně plodu je další uznávanou indikací, provedení epiziotomie při operativním vaginálním porodu vakuuumextrakcí nebo forcepsem. Další indikace jsou diskutabilní, jako krátká hráz nebo předpoklad makrosomie plodu. Kdy spolehlivost antepartální diagnostiky makrosomie plodu pomocí ultrazvuku je nízká (Rušavý, Kališ, 2019).

Epiziotomie se provádí hrotnatotypými rovnými nůžkami. Kdy ukazovák a prostředník jedné ruky se zavede mezi hlavičku a napjatou hráz. Stříh je nutné provést na vrcholu kontrakce při maximální distenzi tkáně. Pokud se stříhne při prořezávání hlavičky maximálně napjatá hráz (v tuto chvíli již ischemická, výrazně bledá) a následuje-li bezprostředně porod, je výše popsané provedení nebolestivé. Je velmi nutné zdůraznit, že v opačném případě, při nerozvinuté hrázi a mimo kontrakci, se jedná o velmi bolestivý výkon. Zde by mělo být samozřejmostí před provedením epiziotomie použití lokální anestezie (Karbanová, 2011).

Je definováno několik typů epiziotomie:

- mediální – nástřih je veden od středu perinea k řitnímu svěrači cca do poloviny délky hráze, protíná musculus transversus perinei superficialis a profundus

- mediolaterální – incize se provádí směrem od introitu pod úhlem alespoň 60° k hrbolu sedací kosti, protíná musculus superficialis a profundus a musculus bulbocavernosus

- laterální – incize se provádí cca 2 cm nad introitem pod úhlem 45° směrem k hrbolu kosti sedací, nástřih zasahuje stejné svaly jako u mediolaterální epiziotomie a navíc může zasáhnout i musculus levator ani

- Schuchardtův řez – využívá se jen vyjimečně, vychází z laterální epiziotomie, provádí se skalpelem a je rozsáhlejší než laterální epiziotomie, protíná pubickou a ilickou část musculus levator ani

V průběhu historie se obliba provádění i přístup k epiziotomii výrazně změnil. V současnosti je epiziotomie některými autory zejména ze zámoří zatracována jako neetický výkon či zbytečně způsobené poranění. Jinými autory je zas vnímána jako banální výkon, kterému není nutné věnovat pozornost. Někde je epiziotomie využívána jako nástroj primární prevence porodního poranění análního svěrače v indikovaných případech. V současné evidenci je jednoznačně prokázán přínos provedení epiziotomie u určitých rizikových porodů, ale ve většině případů je její provedení diskutabilní. Obecně je v současné době trend snížit frekvenci epiziotomií a omezit je pouze na indikované případy.

V současnosti se nejčastěji využívá mediolaterální epiziotomie (Rušavý, Kališ, 2019).

4.3 Ošetření porodního poranění

Ošetření porodního poranění se provádí za přísných aseptických podmínek a vždy mu musí předcházet pečlivá a důsledná revize porodních cest. Kdy se tkáň zpřehlední osušením sterilním tamponem. Osuší se drobná krvácení, zkontroluje se rozsah porodního poranění a poté se aplikuje lokální anestetikum. Nejčastěji se používá injekční roztok 1% Mesocainu a na kůži postříkové anestetikum Xylocain 10% (Procházka et al., 2020). K šití porodního poranění se dnes nejčastěji využívá krátkodobě vstřebatelné hydrolytické vlákno (vicryl Rapid). Při ošetření porodního poranění se užívají různé techniky šití, které záleží na zkušenosti zdravotnického personálu a také na typu, rozsahu a lokalizaci porodního poranění. Při nesprávném ošetření porodního poranění nebo jeho neošetření by mohlo u ženy v budoucnu docházet ke komplikacím. Komplikace v hojení porodního poranění mohou nastat v kterékoliv fázi hojení. Bolest v místě porodního poranění, hematom, infekce, dehiscence porodního poranění, kdy může být zasažen i komplex análních svěračů či dokonce sliznice rekta a s tím související pozdější komplikace. Proto je nejen nutné řádné ošetření porodního poranění, ale nezbytná je i další péče o toto poranění (Stráník, Kališ, 2017).

4.4 Péče o porodní poranění

Porodní asistentka by měla ihned po porodu edukovat rodičku o porodním poranění, o jeho rozsahu, použitím šicím materiálu, zásadách hygienické péče a hlavně o péči o toto porodní poranění (Procházka et al., 2020).

Hojící rána by se měla sprchovat vlažnou vodou několikrát denně bez použití parfemovaných mýdel. Důležitá je častá výměna hygienických vložek, kdy je lépe používat speciální porodnické vložky, které v sobě nemají nepropustnou vrstvu a tím umožňují prodyšnost vložky a lepší hojení rány. Nedochází k jejímu zapaření a pomnožení patogenů a následnému vzniku infekce. Samozřejmostí je i pravidelná hygiena rukou po močení, stolici a po manipulaci s vložkami. Očistky jsou infekční proto je nutné dodržovat striktně hygienu, aby nedošlo ke kontaminaci prsou a tím vzniku mastitidy. Očistky jsou také infekční pro dítě.

V bezprostředním období po porodu je vhodné ženám přikládat studené obklady, případně led na hráz, což snižuje otok a bolestivost poraněných tkání. Je vhodné je také využít u hematomů nebo hemeroidů. (Stráník, Kališ, 2017).

Proces hojení můžeme podpořit aplikací systémů vlhkého hojení ran, jako např. Hemagel, Zklidňující gel na hráz, Gel z dubové kůry, Gerániové mýdlo. Použití těchto přípravků zlepšuje rozvoj granulační tkáně a tím vytváří vhodné prostředí pro reparační procesy. Další výhodou těchto preparátů je působení jako scavangery volných kyslíkových radikálů, které jsou produkovány ve zvýšené míře během zánětu (Stadelmann, 2017).

Mnoho žen v dnešní době využívá k podpoře hojení porodního poranění homeopatii. Kdy homeopatie má široké možnosti využití. Žena může užívat jeden lék nebo kombinovat více léků.

- Pyrogenium – prevence hnisavých komplikací po celé šestinedělí

- Arnica montana – tiší bolest, zlepšuje hojení ran, cév, svalů i kostí, eliminuje vznik modřin a napomáhá rekonvalescenci. Posiluje cévní stěnu, čímž reguluje krvácení.

- Staphysagria – je vhodná při hojení epiziotomie

Porodní asistentka by si měla ověřit pochopení ženy v péči o porodní poranění. Měla by ho pravidelně kontrolovat. Sledovat jeho hojení, případné známky infekce, bolesti perinea, hematom, zarudnutí, otok či sekreci. Opakovaně ženu edukovat v případě nejasností nebo nálezu nedodržování správných postupů, popřípadě známek poruch v hojení porodního poranění (Procházka et al., 2020).

5. Dyspareunie

Dyspareunie je definována jako rekurentní nebo trvalá bolest nebo dyskomfort spojený s nezdařenou nebo dokončenou souloží. Dle etiologie rozlišujeme formu somatickou nebo psychogenní (Rob et al., 2019). Dyspareunie je též definována jako trvalá nebo opakující se genitální bolest, která se vyskytuje těsně před, během nebo po pohlavním styku (Čepický et al., 2018). Podle nejnovějšího diagnostického a statistického manuálu, je bolest při sexu definována jako genito-pánevní bolest nebo porucha penetrace. V dřívějších klasifikacích se dělila na vaginismus, dyspareunii a vulvodynii (Vrzáčková, 2020).

Bolest při souloži komplikuje či zcela znemožňuje pohlavní život, včetně reprodukce. Působí párové sexuální problémy a emoční napětí. Pro většinu lidí je bolest důvodem k odmítání pohlavní aktivity. Bolest při sexu hodnotíme dle doby vzniku a její dynamiky, frekvence výskytu, intenzity, délky trvání a lokalizace. Bolest při pohlavním styku musíme vnímat i v jejích somatopsychických souvislostech. Bolest v souvislosti se sexem, ženy lokalizují velmi neurčitě. Většinou se týká tří oblastí. Zevního genitálu nebo poševního vchodu, bolestí v pochvě, kterou častěji popisují jako hlubokou vaginální bolestivost a bolest břicha při koitu. Žena trpící dyspareunií může cítit při pohlavním styku bolest pouze při sexuálním vstupu, bolest s každým pronikáním, hlubokou bolest v průběhu styku, pálivou bolest v průběhu styku nebo bolest trvající i hodiny po pohlavním styku (Vrzáčková, 2020).

5.1 Etiologie dyspareunie

Je velmi různorodá. Jedna z klasifikací rozděluje faktory vzniku na organické a psychogenní. Často dochází k provázání obou skupin faktorů, kdy organicky podmíněná dyspareunie může vést k vzestupu úzkosti před dalším pokusem o pohlavní styk, což může samo o sobě způsobit dyspareunii, i když případná organická příčina vymizela nebo byla odstraněna.

- Fyziologické faktory se dále dělí na anatomické, patologické a iatrogenní. Anatomické faktory zahrnují různé vrozené vývojové vady (ageneze pochvy, hypoplázie, rigidita hymenu, vaginální septum). Patologické faktory zahrnují různé vulvovaginitidy, kdy pánevní zánětlivá nemoc může způsobit dočasnou situační dyspareunii. Příčinou hluboké chronické dyspareunie může být endometrióza, dislokace a fixace pánevních

orgánů, hlavně ovaria. Iatrogenní faktory zahrnují hlavně pooperační stavy. Počínaje epiziotomií přes zúžení pochvy po operacích pro descensus a konče zkrácením pochvy po radikální hysterektomii.

- Psychologické faktory se dále dělí na vývojové, traumatické a vztahové. Vývojové jsou různé vlivy z dětství, které ovlivňují a deformují postoj k sexuálnímu životu. Mezi traumatické faktory patří předcházející negativní koitální zkušenost (znásilnění, traumatizující deflorace, apod.), případně i jiná traumata vzniklá po úrazech pánve nebo operacích. Problematika vztahových faktorů sahá od nedostatečné milostné přede hry až po konfliktní vztahy mezi partnery, které mohou vyvrcholit až tělesnou averzí (Čepický, 2010).

5.2 Diagnostika dyspareunie

Základem diagnostiky je pečlivá anamnéza. Zjišťuje se, zda se žena dlouhodobě s něčím léčí, jaké užívá léky, zda je na něco alergická. Důležité jsou prodělané operace nebo úrazy hlavně v oblasti malé pánve. Je potřeba velmi důkladně projít gynekologickou anamnézu. Od kdy má menstruaci, zda je pravidelná, bolestivá, jak dlouho trvá. Zda užívá antikoncepci. Jestli trpí na kolpitidy a záněty močových cest. Zajímá nás průběh gravidit, porodů a poporodního období. Ze sexuální anamnézy nás zajímá, zda žena prožila sexuální trauma, kdy a za jakých okolností proběhl první pohlavní styk. Zajímá nás, kolik měla dosud sexuálních partnerů a jak probíhaly její intimní vztahy. Je nutné se zaměřit na současný vztah. Zajímáme se o průběh intimních spojení, do jaké míry je žena subjektivně (má chuť se milovat) a objektivně vzrušená (lubrikace, uvolnění). Z praktického hlediska je důležité věnovat se symptomům, které žena referuje, nemožnost styku pro bolest, pálení, řezání, tupá bolest, ostrá bolest, bolest na začátku pochvy, v poševním vchodu, hluboko v pochvě, bolest na začátku styku, po celou dobu styku či bolest trvající ještě několik hodin nebo dnů po styku. Zda bolest pociťuje dva týdny nebo již několik let. Pro diferenciální diagnostiku je nutné znát historii vzniku, a vývoj bolesti v čase, zda jde o bolest primární, tedy od počátku pohlavního života, či zda je to stav, který se objevil po porodu dítěte nebo při zhoršení partnerského života.

Vyšetření ženy se provádí aspekci, popř. palpaci pacientek, které si stěžují na bolest v oblasti poševního vchodu. Zde můžeme v případě atrofie při užívání hormonální antikoncepce a při kojení vidět jasné zarudnutí, při jemném dotyku žena často udává ostrou, palčivou bolest. Palpačně můžeme pak dobře vyšetřit bolesti v hloubce pochvy,

kontraktury svalů pánevního dna, bolestivé jizvení po porodu, které žena často velmi intenzivně popíše, jakmile se jich dotknete (Vrzáčková, 2020).

5.3 Terapie dyspareunie

Gynekolog je často v těžké situaci. Odhalí-li příčinu dyspareunie, může ji odstranit, ale naděje, že tím dyspareunie vymizí je malá. I po odstranění somatické příčiny často zůstává vysoké očekávání bolesti a podmíněná reakce. Psychogenní dyspareunii i dyspareunii původně somatickou a přetrvávající i po léčbě, je nutno léčit sexuální terapií. Zde přichází na řadu sexuolog (Čepický, 2010). V sexuologii je velmi důležitý multidisciplinární přístup. Sexuolog velmi často spolupracuje s fyzioterapeuty specializovanými na rehabilitaci pánevního dna, s algeziology a specialisty v urogynélogii. Ženy v první fázi terapie potřebují podpořit v tom, že jejich stav je řešitelný. V sexuální terapii se využívají metody kognitivně-behaviorální, v praxi to znamená postupný nácvik relaxace svalů pánevního dna, uvolněné dýchání a nácvik dilatace pochvy, nejprve prsty, tenkými a širšími dildy a vibrátory. Následně pak nácvik postupné penetrace s partnerem (Vrzáčková, 2020). Terapie je vždy kombinovaná. Farmakologicky jsou velice užitečné nízké dávky anxiolytik před plánovaným stykem (např. alprazolam), terapie antidepresivy (mirtazapin), ev. dezinfekční či lokální anestetické gely. Při estrogenním deficitu provádíme dlouhodobou substituci lokálními estrogény. Po vleklých kolpitidách a při chronických fissurách vulvy kombinujeme lokální estrogény a kvalitní lubrikanty. Lubrikanty by měly být ideálně na silikonové bázi (Veselský, 2012). Vzhledem k tomu, že většina žen přichází s obtížemi, které trvají řádově roky, je i terapie dyspareunie časově náročná (Vrzáčková, 2020).

5.4 Postpartální dyspareunie

Porod je rizikovým faktorem pro rozvoj genito-pánevní bolesti nebo dyspareunie. Dyspareunie může vzniknout během porodu, v poporodním období a potencionálně i v delším časovém horizontu. Poporodní dyspareunie je často chybně diagnostikována nebo ignorována. Populační studie uvádí, že 12 % - 62 % žen 7 týdnů až 3 měsíce po porodu má pocit dyspareunie. Dyspareunie ovlivňuje kvalitu jejich života, psychickou a sexuální pohodu a intimní vztahy s jejich partnery (Rosen, Pukall, 2016).

Mezi rizikové faktory vzniku postpartální dyspareunie patří silná únava. Kojící žena více inklinuje k nedostatku spánku kvůli nočnímu kojení, toto může přispět k nechuti mít

pohlavní styk. Dále kojení má vliv na nálady a deprese ženy. Hypoestrogenní stav u kojící ženy může způsobit sníženou vaginální lubrikaci, vazokonstrikci a atrofii vaginálního epitelu. Neadekvátní vaginální lubrikace může způsobit bolestivý pohlavní styk. Dalším rizikovým faktorem je porodní trauma. Jako je operativní porod forcepsem nebo vakuumextrakcí, epiziotomie nebo větší porodní poranění.

K hlavní zásadě terapie poporodní dyspareunie patří řádná kontrola dostatečného ošetření porodního poranění. Včasná a správná edukace rodičky v péči o porodní poranění. Poučení o preventivním řešení atrofické vaginitis u kojících žen použitím lokálních aplikací estrogenů. Často dochází ke zlepšení potíží při použití lubrikačních gelů (Lagaert et al., 2017).

5.5 Prevalence poporodní dyspareunie

Poporodní dyspareunii, jejími rizikovými faktory a dopady na ženu ve všech oblastech života se zabývá mnoho studií. Každá z nich je zaměřena na trochu jiné rizikové faktory nebo oblasti života ženy. Uvádím, zde jen pár studií, které se dotýkaly stejného rizikového faktoru jako má práce a to je porodní poranění.

Prospektivní kohortová studie – McDonald et al., 2015

Cílem bylo prozkoumat vztah mezi způsobem porodu, porodním poraněním a dyspareunii. Do studie se zapojilo šest porodnic v Melbourne v Austrálii. Vzorek činilo celkem 1507 nulipar oslovených již v druhém trimestru těhotenství. Sběr dat byl proveden pomocí dotazníkového šetření v těhotenství a dále 3, 6, 12 a 18 měsíců po porodu.

Vztah mezi rizikovými faktory jako je způsobu porodu, porodní poranění a dyspareunii není dobře charakterizován ani chápán. Předchozí studie byly omezeny tím, že nezohlednily dyspareunii před těhotenstvím a řadu poporodních faktorů, jako je kojení a sexuální aktivita.

Vzorek pro analýzu dat v této studii tvoří 1244 žen, které vyplnily všechny čtyři dotazníky. Spontánně vaginálně porodilo celkem 609/1244 (49 %) žen, dvě třetiny z nich 411/609 (67,5 %) utrpělo spontánní porodní poranění nebo epiziotomii. Operativní porod podstoupilo 267/1244 žen. Z toho 134/1244 žen porodilo vakuumextrakcí a 133/1244 žen porodilo pomocí kleští. Většina těchto žen utrpěla spontánní porodní poranění a/nebo epiziotomii (124/134 a 129/133). Z celkového vzorku žen jich porodilo 368 císařským řezem.

Do 3 měsíců po porodu obnovilo 970/1239 žen pohlavní styk, 1165/1239 žen jej obnovilo do 6 měsíců, 1202/1239 žen do 12 měsíců po porodu a do 18 měsíců jej obnovilo 1211/1239 žen. Většina žen, které obnovily pohlavní styk do 12 měsíců po porodu, pociťovala bolest při prvním pohlavním styku po porodu 961/1122. Dyspareunie byla hlášena u 431/964 žen 3 měsíce po porodu, u 496/1144 žen 6 měsíců po porodu, u 333/1184 žen 12 měsíců po porodu a u 289/1236 žen 18 měsíců po porodu. Ze 496 žen, které hlásily dyspareunii 6 měsíců po porodu, jedna třetina 162/496 hlásila přetrvávající dyspareunii 18 měsíců po porodu. Výskyt dyspareunie 18 měsíců po porodu byl vyšší u žen, které rodily vakuumextrakcí. Ženy, které podstoupily operativní vaginální porod, měly 6 měsíců po porodu větší než trojnásobné zvýšení pravděpodobnosti dyspareunie. Vaginální porod s epiziotomií byl spojen s dvojnásobným zvýšením pravděpodobnosti dyspareunie. Mezi další faktory spojené s dyspareunií 18 měsíců po porodu patří dyspareunie před těhotenstvím a únava matek. Zjištění, že kojení je spojené s dyspareunií v časném postnatálním období, potvrzují výsledky předchozí studie. Ženy, které ještě kojily 6 měsíců po porodu, měly vyšší pravděpodobnost výskytu dyspareunie v 6 měsících po porodu.

Vyšší prevalence přetrvávající dyspareunie u žen po operativních porodech vyvolává otázky o dlouhodobějším dopadu operačních výkonů na zdraví žen. I když ze studie této povahy nemůžeme vyvozovat kauzální závěry, tato zjištění vyvolávají důležité otázky o tom, do jaké míry mají porodnické postupy dlouhodobé důsledky pro zdraví a pohodu žen. A je na zamyšlení, zda by se některým postupům nedalo předejít. Je nutné se zaměřit na zvýšení úsilí o prevenci poporodní morbidit (McDonald et al., 2015).

Kohortová studie – Sayed et al., 2015

Cílem této studie bylo posoudit vliv způsobu porodu na sexuální funkce ženy po porodu. Studie probíhala v gynekologické ambulanci v Gíze v Egyptě. Do studie bylo zahrnuto 200 žen. Byly rozděleny do dvou skupin. Ženy, které porodily vaginálně a ženy, které porodily plánovaným císařským řezem. Ženám byl dán dotazník hodnotící 6 domén sexu (touhu, vzrušení, lubrikaci, orgasmus, spokojenost, bolest před porodem a 12 týdnů po porodu). Vaginálně porodilo 45 % žen a 55 % porodilo plánovaným císařským řezem.

Při vaginálním porodu byla 59 % žen provedena laterální epiziotomie a 41 % žen provedena mediolaterální epiziotomie. Tedy všechny ženy v této studii, které porodily vaginálně měly provedenou epiziotomii.

Všechny ženy ve studii zahájily pohlavní styk do 8 týdnů po porodu. V rámci prvního pohlavního styku zaznamenalo 43 % žen změnu v sexuální oblast. Bolest pociťovalo 70 % žen a 30 % žen únavu. Dvanáct týdnů po porodu hlásilo 38 žen zlepšení sexuálních funkcí. Spojení viděly ve snížení bolesti perinea. Dvanáct týdnů po porodu došlo ve skupině žen k výraznému poklesu domén touhy, vzrušení a lubrikace.

Skupina žen po vaginálním porodu vykazovala významný pokles jak vzrušení, tak lubrikace, které lze připsat k obavám z bolesti a citlivosti v místě jizvy po epiziotomii. Ženy s mediolaterální epiziotomií zaznamenali sníženou touhu 6 měsíců po porodu pravděpodobně kvůli obavám z poškození perinea. Tyto obavy mohou také vysvětlit, proč ženy s epiziotomií měly nižší úroveň vzrušení a lubrikace, což může vést k nespokojenosti a bolestivosti při pohlavním styku. Ženy, které podstoupily epiziotomii hlásily větší výskyt dyspareunie a nedostatečné lubrikace než ženy bez epiziotomie.

Žádoucí sexuální funkce hrají důležitou roli při posilování partnerského života. O sexuálním zdraví po porodu se téměř vůbec nemluví během prenatální a poporodní péče. Touto problematikou by se mělo zabývat více lékařů a výzkumníků (Sayed et al., 2015).

Prospektivní kohortová studie – Alligood-Percoco et al., 2017

Cílem této studie bylo zkoumat rizikové faktory dyspareunie u prvorodiček. Studie probíhala v Pensylvánii. Do studie byly zahrnuty prvorodičky ve věku 18-35 let. První rozhovor proběhl již v těhotenství mezi 30-40 týdnem. Další rozhovory byly provedeny telefonicky 6, 12, 18, 24, 30 a 36 měsíců po porodu. Přítomnost dyspareunie byla hodnocena v 6 měsících po porodu.

Šest měsíců po porodu se rozhovoru zúčastnilo 2748 žen, které již obnovily sexuální aktivity. Téměř polovina žen (45,4 %) kojila ještě v 6 měsících po porodu. Mezi ženami, které obnovily sexuální aktivitu po 6 měsících po porodu byla celková prevalence dyspareunie 21,2 %. Ukázalo se, že operativní porod, porodní poranění a kojení jsou významně spojeny s poporodní dyspareunií. Další rizikové faktory zachycené u žen jeden měsíc po porodu jsou významně spojeny s výskytem dyspareunie 6 měsíců po porodu. Patří sem psychosociální faktory jako deprese, stres, únava, sociální nejistota. Z celkového počtu žen uvádělo 28,3 % žen únavu v prvním měsíci po porodu a v 6 měsících všechny tyto ženy uváděly dyspareunii. Další tři psychosociální faktory hodnocené v prvním měsíci po porodu, (stres, deprese a sociální nejistota) nebyly prokazatelně spojeny se vznikem dyspareunie. Mezi ženami, které obnovily pohlavní styk do 6 měsíců po porodu, je téměř třetina kojících žen 31,5 %, které pociťují dyspareunii oproti 12,7 % nekojících žen. Kojení

bylo v této studii prokázáno jako nejsilnější rizikový faktor pro vznik dyspareunie po porodu, což je v souladu s předchozí studií. Endokrinní změny při kojení mají za následek obecně hypoestrogenní stav, který může mít za následek změny vaginálního epitelu, vaginální suchost a prodloužené hojení porodního poranění. Pokud je hlavní příčinou poporodní dyspareunie kojení, tak se zde nabízí léčba ve formě lubrikantů, zvlhčovačů a lokální substituce estrogenů.

Tato studie potvrzuje, že poporodní dyspareunie je běžnou poruchou s identifikovatelnými rizikovými faktory (Alligood-Percoco et al., 2017).

Prospektivní kohortová studie – Lagaert et al., 2017

Cílem této studie bylo zjistit prevalenci a determinanty dyspareunie a sexuálních dysfunkcí před a po porodu. Tato studie probíhala ve Fakultní nemocnici v Gentu a bylo do ní zařazeno 109 žen, které byly poprvé osloveny ve třetím trimestru těhotenství. Dyspareunie, sexuální fungování a kvalita života byly hodnoceny při zařazení a znovu 6 týdnů a 6 měsíců po porodu. Jako možné rizikové faktory pro perineální bolest po porodu byly identifikovány: porodní poranění, způsob porodu, kojení, parita a dyspareunie v anamnéze. Porodní poranění může být způsobené epiziotomií nebo spontánním natržením. Vliv spontánního natržení versus epiziotomie nebyl rozsáhle zkoumán a výsledky nejsou jednotné. Ženy, které podstoupily operativní porod mají vyšší riziko rozvoje poporodní dyspareunie než ženy, které prodělaly spontánní vaginální porod. V některých studiích je kojení hlavní a významný ukazatel pro dyspareunie do 6 měsíců po porodu. Studie ukázaly, že kojení má vliv psychosociální (únava, deprese, stres, prostředí) a hormonální. Hypoestrogenní stav u kojící ženy může způsobit sníženou vaginální lubrikaci a atrofii vaginálního epitelu. Neadekvátní vaginální lubrikace může způsobit bolestivý pohlavní styk.

Šest týdnů po porodu obnovilo pohlavní styk 74,2 % žen a z toho 51 % žen uvedlo dyspareunii. Šest měsíců po porodu uvedlo dyspareunii 11,8 % žen.

Faktory spojené s dyspareunií: parita, kojení, způsob porodu, porodní poranění. Ženy, které kojily měly výrazně těžší dyspareunii 6 týdnů po porodu. Šest měsíců po porodu již toto propojení nebylo významné. Šest týdnů a 6 měsíců po porodu více udávaly bolest prvorodičky než vícerodičky. Pohlavní styk šest týdnů po porodu byl bolestivější u žen po operativním porodu než u žen po spontánním vaginálním porodu.

Tato studie potvrzuje, že dyspareunie je velmi častá stížnost po porodu. Výsledky ukazují, že sexuální fungování silně ovlivňuje kvalitu života ženy a tím potvrzující potřebu

poradenství ženám v průběhu těhotenství a v poporodním období. Výsledky ukazují, že operativní porod je pravděpodobně spojen s větší dyspareunií a prvorodičky zažívají více dyspareunie než vícerodičky. Vliv kojení a rozsah porodního poranění na vznik dyspareunie nebyl zatím zcela potvrzen v žádné studii (Lagaert et al., 2017).

Systematický přehled a metaanalýza – Manresa et al., 2019

Perineální bolest a dyspareunii pociťují ženy po vaginálním porodu, kdy tato bolest může mít krátkodobé i dlouhodobé fyzické a psychické dopady.

Cílem tohoto přehledu bylo zjistit výskyt perineální bolesti a dyspareunie po spontánním vaginálním porodu s intaktní hrází, perineálním traumatem prvního a druhého stupně nebo s epiziotomií. Pro vyhledávání v databázích byly stanoveny klíčová slova – perineální trauma, bolest perinea, dyspareunie, spontánní vaginální porod, systematický přehled. Do metaanalýzy bylo zahrnuto 16 studií. Tyto studie zahrnovaly výsledky od 3133 žen. Ve studiích byla extrahována data o kvalitě studie, charakteristice účastníků, technikách šití porodního poranění, perineální bolesti včetně bolesti v různých časových obdobích, použití analgezie, kojení a dyspareunie, tyto data byla zpracována do předem připraveného formuláře pro sběr dat.

Data ve studiích prokázaly, že téměř všechny ženy dva dny po porodu pociťují perineální bolest, bez ohledu na to, zda mají nějaké porodní poranění nebo ne. Epiziotomie byla spojená s nejvyšší mírou perineální bolesti dva dny po porodu.

Metaanalýza prokázala, že i ženy bez porodního poranění pociťují dva dny, deset dnů a tři měsíce po porodu perineální bolest. Pravděpodobnější by bylo, že bolest více hlásí ženy s porodním poraněním druhého stupně nebo s epiziotomií. Ale v případě použití správné techniky šití se výskyt bolesti perinea může výrazně snížit. Výskyt bolesti perinea může ovlivnit dle studií také hypoestrogenní stav při kojení, kdy může docházet k poruchám lubrikace poševní sliznice a tím výskytu nepříjemných či bolestivých pocitů při pohlavním styku. Vlivem kojení a poruchou lubrikace se zabývala jen jedna studie, kdy tři, šest a 12 měsíců po porodu byla u některých žen snižena lubrikace, což bylo mírně vyšší u žen s epiziotomií, ale tato studie nenašla žádnou souvislost mezi dyspareunií, porodním poraněním a kojením.

Vaginální porod je obecně akceptován jako hlavní rizikový faktor pro vznik dysfunkcí pánevního dna, zvláště pokud je poškozen musculus levator ani. Ženy s epiziotomií zaznamenaly nejvyšší míru perineální bolesti při pohlavním styku ve srovnání s jinými stupni porodního poranění.

Tento systematický přehled zdůrazňuje současnou mezeru v chápání velikosti a následném dopadu perineální bolesti a poporodní dyspareunie na zdraví žen. Je nutné dále zkoumat perineální bolest a poporodní dyspareunii, zaměřit se na závažnost symptomů, použití analgezie a dopad na kvalitu života ženy a její rodiny v krátkodobém i dlouhodobém horizontu (Manresa et al., 2019).

Prospektivní kohortová studie – Manresa et al., 2020

Cílem této studie bylo zhodnotit souvislost mezi porodním poraněním, bolestí perinea a dyspareunií. Tato studie probíhala v nemocnici v Barceloně ve Španělsku. Do studie bylo zahrnuto 405 žen po spontánním vaginálním porodu. Ženy byly rozděleny do dvou skupin. V první skupině byly ženy bez porodního poranění a s poraněním RPT perinei I. stupně. Ve druhé skupině byly ženy s poraněním klasifikovaným jako RPT perinei II. stupně a ženy s epiziotomií. Ve studii byly tyto dvě skupiny srovnávány v pocitu perineální bolesti a dyspareunie. Perineální bolest byla měřena 2 dny, 10 dnů, 7 týdnů, 3 měsíce a 6 měsíců po porodu. Dyspareunie byla hodnocena po 7 týdnech, 3 měsících a v 6 měsících po porodu. Výsledným měřítkem byla přítomnost nebo nepřítomnost perineální bolesti pociťované během denních aktivit a dyspareunie po obnovení pohlavního styku. K posouzení perineální bolesti byly ženy poučeny o tom, že se jedná o bolest v perineální oblasti, která sahá od symfýzy až ke kostrči. Dyspareunie byla definována jako přetrvávající nebo opakující se bolest nebo související nepohodlí s pokusem nebo při úplné vaginální penetraci. Všechny ženy byly řádně poučeny v péči o hráz a o použití lubrikantu při obnovení pohlavního styku.

Do studie bylo zahrnuto celkem 405 žen. Bez porodního poranění bylo 73/405 žen, s poraněním RPT perinei I. stupně 132/405 žen, s poraněním RPT perinei II. stupně 115/405 žen a 85/405 podstoupilo při porodu epiziotomii.

Perineální bolest se dva dny po porodu vyskytovala i u 27/73 žen bez porodního poranění, u 69/132 žen s poraněním RPT perinei I. stupně, u 77/115 žen s poraněním RPT perinei II. stupně a u 73/85 žen s epiziotomií. Při poranění RPT perinei II. stupně nebo epiziotomii je pravděpodobnost perineální bolesti 10 dnů po porodu 4x vyšší než bez porodního poranění nebo s RPT perinei I. stupně. Nicméně 7 týdnů po porodu nebyl téměř žádný významný rozdíl v perineální bolesti s porodním poraněním nebo bez něj.

Pohlavní styk 7 týdnů po porodu obnovilo 226/353 žen, 3 měsíce po porodu 328/353 žen a 6 měsíců po porodu 329/353 žen. Ženy s epiziotomií měly nejvyšší míru dyspareunie v 7 týdnech po porodu. Ženy s porodním poraněním RPT perinei II. stupně a ženy

s epiziotomií mají pravděpodobně 5x vyšší výskyt dyspareunie 6 měsíců po porodu než ženy bez poranění nebo s RPT perinei I. stupně. Výskyt dyspareunie po epiziotomii byl významně vyšší ve srovnání s jakýmkoliv porodním poraněním, včetně RPT perinei II. stupně.

Tato studie ukazuje, že bez ohledu na paritu existovaly jasné rozdíly v perineální bolesti a dyspareunii. Kdy epiziotomie byla identifikována jako rizikový faktor pro vznik perineální bolesti i dyspareunie (Manresa et al., 2020).

Systematický přehled a metaanalýza – Banaei et al., 2021

Poporodní dyspareunie je jednou z nejčastějších poporodních sexuálních dysfunkcí. Cílem metaanalýzy bylo odhadnout prevalenci poporodní dyspareunie. Pro vyhledávání v databázích byly stanoveny klíčová slova, bolest perinea, dyspareunie a sexuální bolest.

Do metaanalýzy bylo zahrnuto 22 studií, které se zabývaly poporodní dyspareunií. Tyto studie zahrnovaly výsledky od 11 457 žen. Ve studiích bylo zohledněno mnoho faktorů, které mohou způsobit poporodní dyspareunii. Mezi tyto faktory patří způsob porodu, porodní poranění spontánně vzniklé nebo epiziotomie, kojení, před těhotenská a těhotenská dyspareunie, obnovení sexuálních aktivit po porodu.

Žádná studie komplexně a systematicky neodhadla prevalenci dyspareunie u žen, které nedávno porodily. Celkově byla ve 22 studiích zahrnujících 11 457 žen v reprodukčním věku odhadována celková prevalence poporodní dyspareunie na 35 %. Holanda et al. již dříve uvedl, že dyspareunie byla nejčastější sexuální poruchou v poporodním období, která mohla ovlivnit další aspekty sexuálních funkcí. V souladu s touto zprávou McDonald et al. zjistil, že pouze 14 % žen nepocíťovalo žádnou bolest během prvního poporodního pohlavního styku. Několik rizikových faktorů, včetně hormonálních změn, laktace, únavy, epiziotomie nebo ruptury perinea, typ porodu, parita, stres, deprese a poruchy vnímání těla byly identifikovány pro poporodní dyspareunii. Podle této studie byla celková prevalence dyspareunie 42 % za 2 měsíce po porodu, 43 % za 2-6 měsíců po porodu a 22 % za 6-12 měsíců po porodu. Předchozí přehled uvádí prevalenci dyspareunie v rozmezí od 12 % do 62 % 3 měsíce po porodu, 17 % až 45 % 6 měsíců po porodu a 8 % až 33 % 12 měsíců po porodu. McDonald et al. také uvedl, že dyspareunie přetrvávala u 40 % žen 3 měsíce po porodu a snížila se na 28 % ve 12 měsících po porodu. Současné výsledky navíc ukázaly, že prevalence dyspareunie byla nejvyšší v prvních 6 měsících po porodu ve srovnání s jinými obdobími a klesala se zvyšujícím se obdobím po porodu. To může být způsobeno poporodní vaginální

a perineální rehabilitací, hormonální regulací, snížením deprese a nespavosti a adaptací na poporodní stav. V souladu s touto studií Khajehei et al. uvedl, že dyspareunie je velmi častým problémem v prvních 6 měsících po porodu. Americká studie Paulse et al. také ukázala, že ženy nemusí být schopny dosáhnout normální sexuální funkce až 6 měsíců po porodu. Studie zjistila, že prevalence poporodní dyspareunie u žen s dyspareunií v období před těhotenstvím a v těhotenství byla 30 % a 32 %. Barrett et al. již dříve prokázal, že ženy s pozitivní anamnézou dyspareunie před těhotenstvím měly čtyřikrát vyšší pravděpodobnost rozvoje dyspareunie v prvních 6 měsících po porodu. Kromě toho další studie uvedla, že riziko poporodní dyspareunie bylo 2,8krát vyšší u ženy s předchozí zkušeností s dyspareunií. Kennedy et al. zjistil, že ženy s dyspareunií během těhotenství také zažily poporodní dyspareunii. Naproti tomu Chayachinda et al. neuvedl žádný významný vztah mezi dyspareunií před těhotenstvím a dyspareunií po porodu. Tento rozpor může být způsoben rozdíly v demografických charakteristikách sledovaných žen, typu porodu, porodním poraněním a rozdílností nástrojů pro hodnocení dyspareunie. Postižené ženy by však měly být identifikovány a mělo by se jim provést vhodné školení a poradenství k prevenci dyspareunie.

Podle současných zjištění byla celková prevalence sexuální dysfunkce 32 % 0- 2 měsíce po porodu, 89 % 2-6 měsíců po porodu a 99 % 6-12 měsíců po porodu. Během poporodního období mnoho žen, zvláště ty s větším porodním poraněním, s epiziotomií nebo ty po operativním porodě se obávají obnovení pohlavního styku v prvních týdnech po porodu. Někdy se snaží styk odložit. Tento strach časem slábne po fyzickém a psychickém zotavení. Mezi dalšími faktory, které se podílejí na zahájení opětovného sexuálního života po porodu, patří krvácení a prodloužený vaginální výtok, bolest perinea, strach z dalšího těhotenství, psychická nerovnováha včetně únavy, postnatální deprese, úzkost a stres. Je důležité poznamenat, že opožděný návrat k poporodním sexuálním vztahům může zhoršit dyspareunii. V poporodním období je sexuální zdraví žen často opomíjeno a to může mít velký dopad na psychickou, partnerskou a vztahovou stránku ženy.

Současné výsledky naznačují, že u žen je relativně vysoká prevalence poporodní dyspareunie. Tato studie zkoumala pouze prevalenci poporodní dyspareunie. Rizikové faktory jako typ porodu, porodní poranění, parita, laktace by měly být zahrnuty do budoucího výzkumu.

Tedy současná metaanalýza 22 studií zjistila, že prevalence poporodní dyspareunie byla 35 % a prevalence dyspareunie klesala s rostoucí dobou po porodu. Metaanalýza odhalila, že pouze doba po porodu může být považována za jednu z příčin různorodosti mezi údaji ze studií. Vzhledem k vysoké prevalenci dyspareunie a jejímu dopadu na kvalitu života páru je nutné zaměřit pozornost na plánování a navrhování účinných intervencí u této poruchy (Banaei et al., 2021).

6 Metodika práce

Po zvolení názvu a tématu diplomové práce byla provedena důkladná rešeršní strategie na základě zvolených klíčových slov v českém a cizím jazyce. Z prostudovaných odborných textů bylo čerpáno v teoretické části práce a také byla východiskem pro přípravu kvantitativního výzkumu. Všechny použité zdroje jsou uvedeny v příslušné kapitole podle citační normy ČSN ISO 690. Záměrem diplomové práce bylo zjištění informací od velkého počtu respondentů, proto byl zvolen kvantitativní výzkum. Na základě stanovených cílů a hypotéz popsaných v této kapitole dále se nabízela jako nejvýhodnější dotazníková metoda.

6.1 Výzkumné cíle práce a hypotézy

Hlavní cíl:

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi porodním poraněním při vaginálním porodu a vznikem postpartální dyspareunie.

Cíl č.1: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvoroďčkami a vícerodičkami.

H01: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvoroďčkami a vícerodičkami.

HA1: Existuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvoroďčkami a vícerodičkami.

Cíl č. 2: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvoroďčkami a vícerodičkami.

H02: Neexistuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvoroďčkami a vícerodičkami.

HA2: Existuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvoroďčkami a vícerodičkami.

Cíl č. 3: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění.

H03: Neexistuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění.

HA3: Existuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění.

Cíl č. 4: Zjistit, zda podíl výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu je statisticky významně vyšší než třetina (33,33 %).

H04: Výskyt dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu není statisticky významně vyšší než třetina (33,33 %).

HA4: Výskyt dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu je statisticky významně vyšší než třetina (33,33 %).

Cíl č. 5: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícerođičkami.

H05: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícerođičkami.

HA5: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícerođičkami.

Cíl č. 6: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

H06: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

HA6: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

Cíl č. 7: Zjistit, zda podíl výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku je statisticky významně vyšší než desetina (10 %).

H07: Výskyt dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu není statisticky významně vyšší než desetina (10 %).

HA7: Výskyt dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu je statisticky významně vyšší než desetina (10 %).

Cíl č. 8: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

H08: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

HA8: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

Cíl č. 9: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

H09: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

HA9: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

Cíl č. 10: Zjistit, zda je podíl dostatečně informovaných žen o prevenci a o péči o porodní poranění vyšší než 50 %.

H010: Podíl dostatečně informovaných žen o prevenci a o péči o porodní poranění není vyšší než 50 %.

HA10: Podíl dostatečně informovaných žen o prevenci a o péči o porodní poranění je statisticky významně vyšší než 50 %.

6.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvoří ženy po vaginálním porodu, od kterého neuplynulo více než dva roky. Tedy do výzkumu byly zařazeny všechny ženy po vaginálním porodu od ukončeného šestinedělí až po ženy, které jsou dva roky po porodu. Ke spolupráci bylo osloveno sedm privátních gynekologických ambulancí v okolí Uherského Hradiště a dvě gynekologické ambulance, které jsou součástí Uherskohradištské nemocnice. Bylo osloveno více gynekologických ambulancí, ale ty neměly zájem o spolupráci na výzkumu.

Dotazník vyplnilo 120 respondentek. Dva dotazníky musely být vyloučeny ze zkoumaného souboru pro nedostatečné vyplnění. Tedy zkoumaný soubor tvoří 118 žen ze Zlínského kraje.

6.3 Organizace výzkumu

Výzkumnému šetření předcházelo studium odborné literatury, vztahující se k dané problematice. Na základě prostudované literatury byly stanoveny cíle a hypotézy a sestaven nestandardizovaný dotazník. Před samotným výzkumem proběhl předvýzkum. Zúčastnilo se jej deset respondentek náhodně vybraných v gynekologické ambulanci Uherskohradištské nemocnice. Jejich úkolem bylo zjistit, zda jsou jednotlivé otázky srozumitelné a zda je vhodné do dotazníku doplnit některé údaje. Na základě získaných informací od respondentek z předvýzkumu byly upraveny formulace některých otázek a zredukovány odpovědi. Předvýzkum proběhl v říjnu 2021.

Samotné výzkumné šetření probíhalo od 3.1. 2022 do 11.4.2022. Výběr období pro výzkum byl velmi ovlivněn pandemií COVID-19. Svým výzkumem jsem chtěla zjistit, zda má porodní poranění vliv na vznik dyspareunie u žen.

Výzkum probíhal anonymně ve vybraných gynekologických ordinacích. Po dohodě s lékařem gynekologické ambulance, byly dotazníky v tištěné podobě předány porodní asistenci pracující v dané gynekologické ambulanci. Ke každému dotazníku byla přiložena obálka pro uschování vyplněného dotazníku z důvodu ochrany intimních dat dané respondentky. Porodní asistentka byla mnou zaškolená ve výběru respondentek a poučena o uchování dotazníků. Vyplněné dotazníky jsem si osobně vyzvedla v každé gynekologické ambulanci.

6.4 Metoda výzkumu

V této diplomové práci byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu a to metoda dotazníku. Pomocí něj lze sesbírat velké množství dat od velkého počtu respondentů za krátký časový úsek. Typické pro ni, je její snadné zpracování a vyhodnocení získaných dat. Pro účely této diplomové práce byl použit nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 20 položek. Všechny otázky byly formulované jako uzavřené.

V úvodu dotazníku je krátké sdělení pro respondentky. Představení autora dotazníku, seznámení respondentky s tématem diplomové práce, ujištění o anonymitě a návod jakým způsobem má být vyplňováno. Otázky 1 - 5 slouží hlavně k identifikaci rodičky v porodní

knize z důvodu upřesnění rozsahu porodního poranění. 15 otázek v dotazníku je uzavřených, u 6 otázek jsou respondenty požádány o doplňující informace pouze při volbě ANO. U 4 otázek měly možnost označit více odpovědí. Otázky v dotazníku byly sestaveny tak, aby odpovídaly kapitolám v diplomové práci. Jak jsem již zmínila otázky 1 - 5 sloužily k identifikaci, otázky 6. - 13. se zabývají porodním poraněním jeho prevencí a péčí o něj, otázky 15. - 18. se zabývají nepříjemnými nebo bolestivými pocity při pohlavním styku a otázky 19. - 20. jsou zaměřeny na zjištění úrovně informovanosti v dané problematice.

6.5 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí tužky a papíru do vytvořené tabulky čárkovací metodou. Následně byla získaná data pro přehlednost vložena do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel. Zpracování dat dále proběhlo ve dvou částech.

V první části se zpracovávala a popisovala obecná charakteristika výzkumného souboru. Pro prezentaci získaných dat byly vytvořeny přehledné tabulky. V prvním sloupci tabulky je zapsaná absolutní četnost n_i a v druhém sloupci pak převedení do relativní četnosti vyjádřené v procentech. V řádcích jsou uvedeny jednotlivé odpovědi na danou otázku. U některých otázek byl pro prezentaci získaných dat zvolen i sloupcový graf. Grafy jsou konstruovány v absolutní četnosti.

Ve druhé části proběhlo statistické vyhodnocení cílů a hypotéz s pomocí statistika. Zde byly získaná data zpracována pomocí statistických výpočtů Pearsonova chí-kvadrátu nebo pomocí testu o podílu.

7 Výsledky výzkumného šetření

Pro přehlednost velkého množství dat jsou data prezentována pomocí tabulek a u některých otázek i pomocí grafů. Data jsou v tabulkách uvedeny v absolutní i relativní četnosti. Grafy jsou konstruovány v absolutní četnosti.

Otázka č. 1

Váš ročník narození?

Tabulka č. 1 – Ročník narození respondentek

Otázka č. 1	četnost n_i	%
1977 – 1980	2	1,7%
1981 – 1985	18	15,3%
1986 – 1990	43	36,4%
1991 – 1995	34	28,8%
1996 – 2000	21	17,8%
Celkem	118	100,0%

Výzkumného šetření se zúčastnilo 118 respondentek. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které se narodily v letech 1986 – 1990.

Otázka č. 2

Kolikrát jste rodila?

Tabulka č. 2 – Kolikrát respondentka rodila

Otázka č. 2	četnost n_i	%
I.	63	53,4%
II.	37	31,4%
III.	15	12,7%
IV.	1	0,8%
V.	2	1,7%
Celkem	118	100,0%

Nejvíce respondentek, které vyplnily dotazník bylo prvorodiček 63 (53,4 %). Další významnou skupinou byly druhorodičky 37 (31,4 %), za nimi následovaly třetirodičky 15 (12,7 %). Dotazník vyplnila také jedna čtvrtorodička a dvě patorodičky.

Otázka č. 3

Datum posledního porodu?

Tabulka č. 3 – Datum posledního porodu

Otázka č. 3	četnost n_i	%
Od 10/2021 = 3 měsíce	34	28,8%
Od 07/2021 = 6 měsíců	17	14,4%
Od 04/2021 = 9 měsíců	16	13,6%
Od 01/2021 = 12 měsíců	14	11,9%
Od 07/2020 = 18 měsíců	18	15,3%
Od 01/2020 = 24 měsíců	19	16,1%
Celkem	118	100,0%

Nejvíce respondentek 34 (28,8 %) bylo jen 3 měsíce po porodu. 6 měsíců po porodu bylo 17 (14,4 %) respondentek, ostatní skupiny co se do počtu respondentek týká byly téměř vyrovnané.

Otázka č. 4

Ve které porodnici jste rodila?

Tabulka č. 4 – Porodnice ve které respondentky rodily

Otázka č. 4	četnost n_i	%
Porodnice v UH	118	100,0%
Celkem	118	100,0%

Všechny respondentky, které vyplnily dotazník porodily své dítě v Uherskohradištské porodnici. Tento výsledek byl velmi ovlivněn výběrem gynekologických ambulancí, kde se dotazník rozdával. Všechny gynekologické ambulance byly v okolí Uherského Hradiště.

Otázka č. 5

Kolik vážilo a měřilo vaše dítě po porodu?

Tabulka č. 5 – Váha dětí po porodu

Otázka č. 5	četnost n_i	%
2000g – 2490g	1	0,8%
2500g – 2990g	25	21,2%
3000g – 3490g	40	33,9%
3500g – 3990g	36	30,5%
4000g a více	16	13,6%
Celkem	118	100,0%

Nejvíce respondentkám 40 (33,9 %) se narodilo dítě s ideální hmotností 3000g – 3490g. Druhou skupinu 36 (30,5 %) tvoří děti o váze 3500g – 3990g. U jedné respondentky bylo zaznamenáno dítě s nízkou porodní hmotností pod 2490g. Poslední dvě skupiny tvořily děti 25 (21,2 %) s hmotností 2500g – 2990g a děti 16 (13,6 %) s hmotností více než 4000g. V otázce je uvedena i míra dětí po porodu, ale ta pro výzkum vzniku poporodní dyspareunie není důležitým údajem. Proto není v tabulce uvedena.

Otázky č. 1 – č. 5 sloužily k identifikaci respondentky v porodní knize, z důvodu upřesnění rozsahu porodního poranění. Většina žen často neví jaké porodní poranění přesně utrpěla. Buď nebyla seznámena s rozsahem porodního poranění personálem porodnice nebo byla seznámena, ale již si to nevybavuje. Odpovědi na tyto otázky také sloužily k dalšímu členění odpovědí v dalších otázkách týkajících se problému poporodní dyspareunie.

Otázka č. 6

Prováděla jste před porodem nějaké techniky k prevenci porodního poranění? (můžete uvést i více odpovědí)

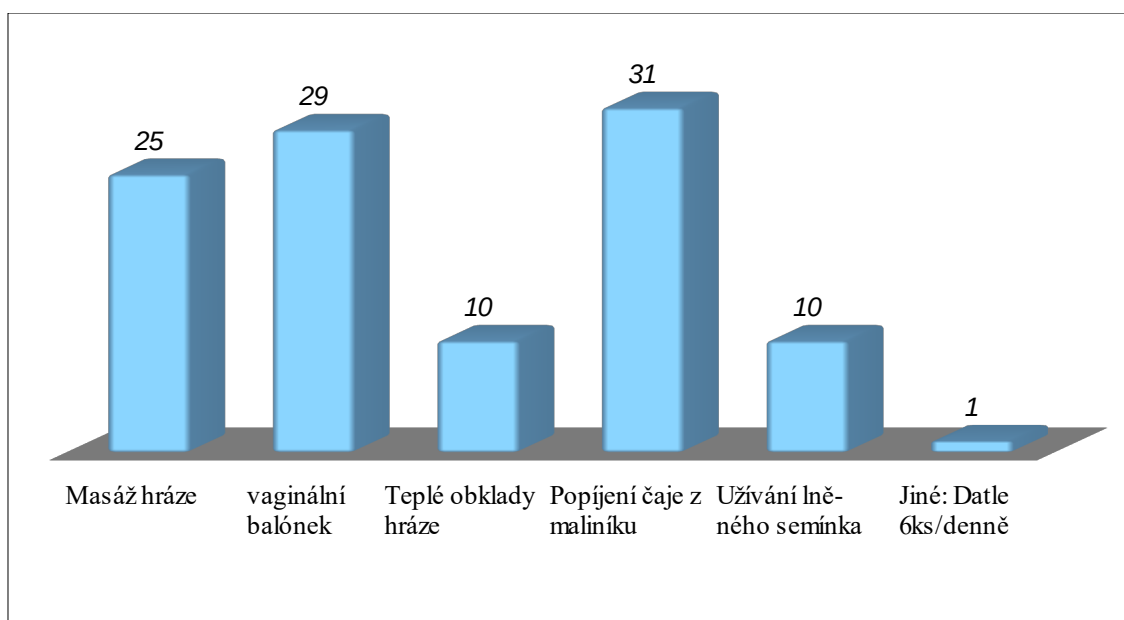
Tabulka č. 6 – Provádění technik k prevenci porodního poranění

Otázka č. 6	četnost n_i	%
Ano	75	63,6%
Ne	43	36,4%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 75 (63,6 %) respondentek kladně a 43 (36,4 %) respondentek záporně což znamená, že neprováděly žádné techniky k prevenci porodního poranění.

Tabulka č. 7 – Techniky k prevenci porodního poranění prováděné ženami

Odpověď Ano	četnost n_i	%
Masáž hráze	25	23,6%
Vaginální balónek	29	27,4%
Teplé obklady hráze	10	9,4%
Popíjení čaje z maliníku	31	29,2%
Užívání lněného semínka	10	9,4%
Jiné: Datle 6ks/denně	1	0,9%



Graf č. 1 - Techniky k prevenci porodního poranění prováděné ženami

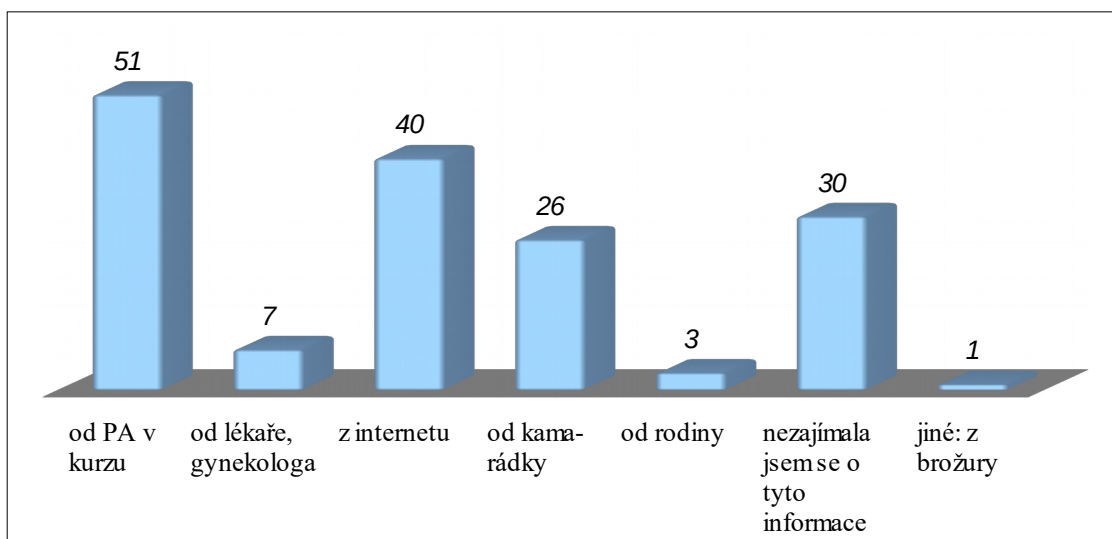
Nejčastější technikou prevence porodního poranění prováděnou respondentkami bylo v 31 případech popíjení čaje z maliníku. Další velmi častou technikou bylo cvičení s vaginálním balónkem tuto techniku provádělo 29 respondentek. 25 respondentek provádělo masáž hráze jako prevenci porodního poranění. Shodně po deseti respondentkách provádělo přikládání teplých obkladů na hráz a užívání lněného semínka. Jedná respondentka využila volné odpovědi jiná technika, kdy uvedla snědení 6 ks datlí za den, jeden měsíc před porodem jako prevenci vzniku porodního poranění.

Otázka č. 7

Od koho jste získala informace o technikách k prevenci porodního poranění? (můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka č. 8 – Zdroje informací o technikách prevence porodního poranění

Otázka č. 7	četnost n_i	%
od porodní asistentky v kurzu	51	32,3%
od lékaře, gynekologa	7	4,4%
z internetu	40	25,3%
od kamarádky	26	16,5%
od rodiny	3	1,9%
nezajímala jsem se o tyto informace	30	19,0%
jiné: z brožury	1	0,6%



Graf č. 2 – Zdroje informací o technikách prevence porodního poranění

V 51 případech respondenty získávaly informace o prevenci porodního poranění od porodní asistentky v kurzu a tuto odpověď udávaly i vícerodičky. Druhým nejčastějším zdrojem informací byl internet, který uvedlo 40 respondentek. Ve 30 případech byla zdrojem informací kamarádka. Pouze v 7 případech byl zdrojem lékař a jen ve 3 případech rodina. Jedna žena získala informace z brožury. A ve 30 případech se respondenty nezajímaly v těhotenství o informace týkající se prevence porodního poranění.

Otázka č. 8

Myslíte si, že těhotné ženy jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění?

Tabulka č. 9 – Informovanost těhotných žen o prevenci porodního poranění

Otázka č. 8	četnost n_i	%
Ano	70	59,3%
Ne	13	11,0%
Nevím	35	29,7%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 70 (59,3 %) respondentek kladně. Myslí si, že těhotné ženy jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění. Pouze 13 (11,0 %) respondentek má pocit, že těhotné ženy nejsou dostatečně informovány a 35 (29,7 %) respondentek neví, zda jsou těhotné ženy dostatečně informovány o této problematice.

Otázka č. 9

Vzniklo u Vás při porodu nějaké porodní poranění?

Tabulka č. 10 – Porodní poranění

Otázka č. 9	četnost n_i	%
Ano	79	66,9%
Ne	39	33,1%
Celkem	118	100,0%

U 79 (66,9 %) respondentek vzniklo při porodu nějaké porodní poranění. A 39 (33,1 %) respondentek neutrpělo při porodu žádné porodní poranění.

Tabulka č. 11 – Porodní poranění respondentek

Ano – jaké poranění:	četnost n_i	%
oděrka poševního vchodu	23	29,1%
RPT Labii	13	16,5%
RPT perinei gr. I.	20	25,3%
RPT perinei gr. II.	4	5,1%
RPT perinei gr. II. + RPT vag	3	3,8%
Episiotomie	13	16,5%
RPT perinei gr. IIIa	3	3,8%
Celkem	79	100,0%

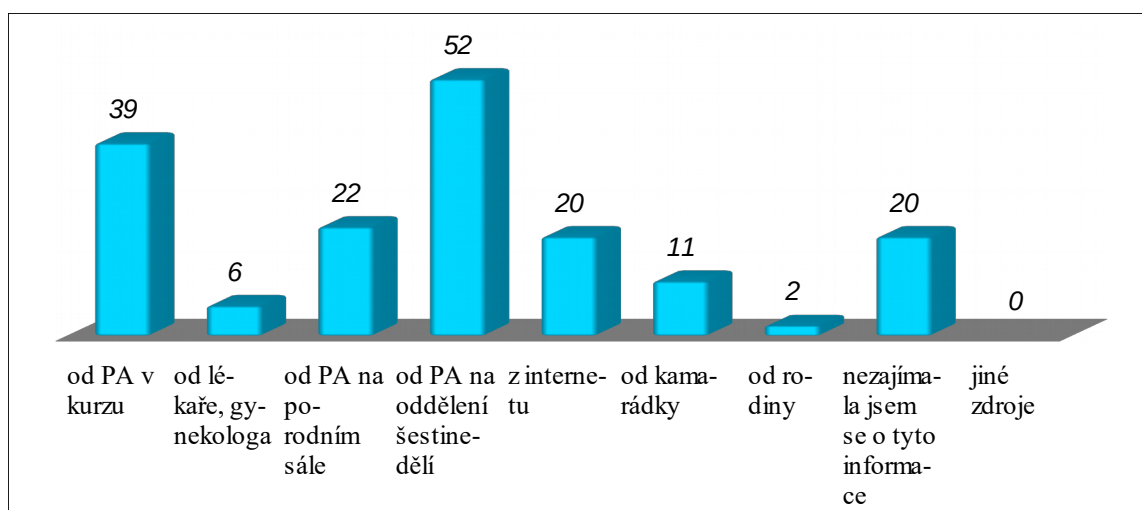
U 79 respondentek vzniklo porodní poranění. Kdy 23 (29,1 %) respondentek utrpělo jen oděrku poševního vchodu a 13 (16,5 %) respondentek mělo poraněna labia. RPT perinei I. stupně vzniklo u 20 (25,3 %) respondentek a u 4 (5,1 %) respondentek vzniklo RPT perinei II. stupně. Kombinované poranění RPT perinei II. stupně a RPT vag vzniklo u 3 (3,8 %) respondentek. Epiziotomie byla provedena 13 (16,5 %) respondentkám a 3 (3,8 %) respondentky utrpěly rozsáhlejší poranění RPT perinei IIIa.

Otázka č. 10

Od koho jste získala informace o tom, jak pečovat o porodní poranění? (můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka č. 12 – Zdroje informací o péči o porodní poranění

Otázka č. 10	četnost n_i	%
od porodní asistentky v kurzu	39	22,7%
od lékaře, gynekologa	6	3,5%
od PA na porodním sále	22	12,8%
od PA na oddělení šestinedělí	52	30,2%
z internetu	20	11,6%
od kamarádky	11	6,4%
od rodiny	2	1,2%
nezajímala jsem se o tyto informace	20	11,6%
jiné zdroje	0	0,0%



Graf č. 3 – Zdroje informací o péči o porodní poranění

Nejčastěji měly respondentky informace o péči o porodní poranění od porodní asistentky na oddělení šestinedělí 52 (30,2 %). V kurzu od porodní asistentky se tyto informace dozvědělo 39 (22,7 %) respondentek. A 22 (12,8 %) respondentek uvedlo, že je poučila o péče porodní asistentka přímo na porodním sále. Dalšími významnými zdroji jsou internet ten uvedlo 20 (11,6 %) respondentek a kamarádky ty uvedlo 11 (6,4 %) respondentek. Lékař, gynekolog informoval o péči o porodní poranění pouze 6 (3,5 %) respondentek a rodina pouze 2 (1,2 %) respondentky. Z celého souboru uvedlo 20 (11,6 %) respondentek, že se o informace týkající se péče o porodní poranění nezajímaly.

Otázka č. 11

Měla jste problémy s hojením porodního poranění?

Tabulka č. 13 – Problémy s hojením porodního poranění

Otázka č. 11	četnost n_i	%
Ano	13	11,0%
Ne	105	89,0%
Celkem	118	100,0%

Většina respondentek odpověděla na tuto otázku záporně, tedy že neměly žádné problémy s hojením porodního poranění. Kladně odpovědělo 13 (11,0 %) respondentek, které měly nějaké problémy s porodním poraněním. U této odpovědi mohly ženy doplnit jaké problémy s hojením porodního poranění se u nich vyskytly. V jednom případě se jednalo o uvolněné stehy. Jedna respondentka uváděla dlouhé hojení porodního poranění. V osmy případech měly respondentky oteklé porodní poranění a pět respondentek uvádělo vznik hematomu v místě porodního poranění.

Otázka č. 12

Vyskytly se u Vás nějaké jiné potíže související s porodním poraněním či porodem?

Tabulka č. 14 – Potíže související s porodním poraněním či porodem

Otázka č. 12	četnost n_i	%
Ano	17	14,4%
Ne	101	85,6%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 101 (85,6 %) respondentek záporně, tedy že neměly žádné jiné potíže související s porodním poraněním či porodem. Kladně odpovědělo 17 (14,4 %) respondentek, které měly nějaké jiné potíže související s porodním poraněním nebo porodem. U této odpovědi mohly respondentky doplnit jaké jiné potíže se u nich vyskytly. V deseti případech uváděly respondentky bolest v místě porodního poranění, jedna respondentka uvedla, že jí vznikl při porodu prolaps poševní stěny. U dvanácti respondentek došlo ke vzniku nebo zhoršení hemeroidů. Jedna respondentka uvedla popraskání žilek v očích a u dvou respondentek vznikla při porodu v souvislosti s velkým porodním poraněním inkontinence stolice.

Otázka č. 13

Používala jste při péči o porodní poranění nějaké speciální přípravky?

Tabulka č. 15 – Užití přípravků při péči o porodní poranění

Otázka č. 13	četnost n_i	%
Ano	47	39,8%
Ne	71	60,2%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 71 (60,2 %) respondentek záporně. Nepoužívaly žádné speciální přípravky při péči o porodní poranění. Kladně odpovědělo 47 (39,8 %) respondentek. Při kladné odpovědi měly možnost doplnit jaké speciální přípravky používaly. V 18 případech respondentky používaly k mytí porodního poranění Gerániové mýdlo. Ve 20 případech používaly Zklidňující gel na hráz od Nobilis Thilia, v 8 případech Gel z dubové kůry a devět respondentek používalo k ošetření porodního poranění Hemagel.

Otázka č. 14

Za jak dlouho po porodu jste měla s partnerem první pohlavní styk?

Tabulka č. 16 – První pohlavní styk po porodu

Otázka č. 14	četnost n_i	%
do 6 týdnů	31	26,3%
do 8 týdnů	42	35,6%
do 12 týdnů	29	24,6%
do 6 měsíců	12	10,2%
do 12 měsíců	3	2,5%
do 18 měsíců	1	0,8%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 31 (26,3 %) respondentek, že první pohlavní styk měly do šesti týdnů po porodu. Do osmi týdnů po porodu mělo styk 42 (35,6 %) respondentek. Do dvanácti týdnů uvedlo první pohlavní styk 29 (24,6 %) respondentek a 12 (10,2 %) respondentek mělo pohlavní styk do šesti měsíců. Do dvanácti měsíců zahájily 3 (2,5 %) respondentky pohlavní styk a jedna respondentka zahájila pohlavní styk až do 18 měsíců po porodu.

Všechny čtyři respondentky, které zahájily pohlavní život až po 12 a více měsíců po porodu byly prvorodičky. Tři z těchto žen měly rozsáhlé porodní poranění klasifikované jako RPT perinei IIIa a jedná měla provedenou epiziotomii za porodu. Dvě z těchto žen porodily dítě vážící více než 4000 g. U dvou z nich vznikl hematoma v místě porodního poranění a dvě respondentky uvedly problémy s inkontinencí stolice po porodu. Všechny čtyři uvedly výraznou bolest v místě porodního poranění a jedna z nich uvedla dlouhé hojení porodního poranění.

Otázka č. 15

Měla jste při tomto pohlavním styku nepříjemné či bolestivé pocity?

Tabulka č. 17 – Výskyt nepříjemných či bolestivých pocitů

Otázka č. 15	četnost n_i	%
Ano	52	44,1%
Ne	56	47,5%
Nevím	10	8,5%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 56 (47,5 %) respondentek, že neměly při prvním pohlavním styku po porodu žádné nepříjemné či bolestivé pocity. Kladně na tuto otázku odpovědělo 52 (44,1 %) respondentek a 10 (8,5 %) respondentek nevědělo, zda měly při prvním pohlavním styku po porodu nepříjemné či bolestivé pocity.

Tabulka č. 18 – Porodní poranění žen s nepříjemným či bolestivým pocitem

Porodní poranění	četnost n_i	%
oděrka poševního vchodu	11	21,2%
RPT labii	2	3,8%
RPT perinei gr. I	13	25,0%
RPT perinei gr. II	4	7,7%
RPT perinei gr. II + RPT vag	3	5,8%
RPT perinei gr. III	3	5,8%
Episiotomie	8	15,4%
bez poranění	8	15,4%

Mezi 52 respondentkami, které uvedly nepříjemné či bolestivé pocity při prvním pohlavním styku po porodu byly zastoupeny všechny typy porodního poranění. Dokonce i osm respondentek bez porodního poranění udávalo nepříjemné či bolestivé pocity při prvním pohlavním styku po porodu.

Otázka č. 16

Vyskytovaly se tyto pocity opakovaně i při dalších pohlavních stycích?

Tabulka č. 19 – Opakování nepříjemných či bolestivých pocitů

Otázka č. 16	četnost n_i	%
Ano	23	19,5%
Ne	87	73,7%
Nevím	8	6,8%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 87 (73,7 %) respondentek záporně, tedy že se již tyto nepříjemné či bolestivé pocity při dalších pohlavních stycích nevyskytovaly. Kladně odpovědělo 23 (19,5 %) respondentek a 8 (6,8 %) respondentek nevědělo, zda měly opakovaně nepříjemné či bolestivé pocity při dalších pohlavních stycích.

Tabulka č. 20 – Jak dlouho trvaly tyto nepříjemné či bolestivé pocity

Jak dlouho	četnost n_i	%
do 3 měsíců	5	21,7%
do 6 měsíců	12	52,2%
do 12 měsíců	5	21,7%
dosud trvají	1	4,3%

Na otázku č. 16 odpovědělo kladně 23 respondentek. U odpovědi Ano měly uvést za jakou dobu po porodu tyto nepříjemné či bolestivé pocity vymizely. U 5 (21,7 %) respondentek tyto pocity vymizely do 3 měsíců po porodu. Do 6 měsíců po porodu vymizely tyto pocity u 12 (52,2 %) respondentek a 5 (21,7 %) respondentek mělo tyto pocity až do 12 měsíců po porodu. Jedna (4,3 %) respondentka udává, že tyto nepříjemné či bolestivé pocity přetrvávají dosud, kdy tato odpověď je nepřesná, protože respondentka je teprve čtyři měsíce po porodu.

Tabulka č. 21 – Druh porodního poranění u přetrvávajících nepříjemných pocitů

Porodní poranění	četnost n_i	%
oděrka poševního vchodu	3	13,0%
RPT labii	1	4,3%
RPT perinei gr. I.	4	17,4%
RPT perinei gr II.	3	13,0%
RPT perinei gr. III.	2	8,7%
Episiotomie	6	26,1%
bez poranění	4	17,4%

V tabulce č. 21 je přehled porodních poranění u respondentek, které mají opakovaně nepříjemné či bolestivé pocity při pohlavním styku. Jsou zde opět zastoupeny všechny typy porodního poranění a dokonce čtyři respondentky bez porodního poranění mají po porodu opakovaně nepříjemné či bolestivé pocity při pohlavním styku.

Otázka č. 17

Co jste dělala/děláte pro to abyste tyto nepříjemné či bolestivé pocity zmírnila? (můžete uvést i více odpovědí)

Tabulka č. 22 – Opatření pro zmírnění nepříjemných či bolestivých pocitů

Otázka č. 17	četnost n_i	%
změna polohy při styku	8	20,5%
lubrikační gel	16	41,0%
delší předehra	2	5,1%
nekoitální techniky	0	0,0%
absence pohlavního styku	6	15,4%
hormonální léčba	2	5,1%
jiné: nic	5	12,8%

Otázka č. 17 byla doplňující k otázce č. 16. Kdy v otázce č. 16 uvedlo 23 respondentek opakovaně nepříjemné či bolestivé pocity při pohlavním styku. Otázka č. 17 se jich zeptala co dělaly nebo co dělají pro zmírnění těchto nepříjemných pocitů. Použití lubrikačního gelu uvedlo 16 (41,0 %) respondentek, změnu polohy při pohlavním styku uvedlo 8 (20,5 %) respondentek a 2 (5,1 %) respondentky uvedly delší předebru. Pro 6 (15,4 %) respondentek je řešením nepříjemných či bolestivých pocitů absence pohlavního styku. Jen 2 (5,1 %) respondentky užívají hormonální léčbu ke zmírnění těchto nepříjemných či bolestivých pocitů. Mezi respondentkami bylo 5 (12,8 %) žen, které pro zmírnění nepříjemných a bolestivých pocitů nedělají nic.

Otázka 18

Měla jste nepříjemné či bolestivé pocity při pohlavním styku i v dřívější době – před těhotenstvím, před porodem?

Tabulka č. 23 – Výskyt nepříjemných či bolestivých pocitů před těhotenstvím a porodem

Otázka č. 18	četnost n_i	%
Ano	10	8,5%
Ne	108	91,5%
Nevím	0	0,0%
Celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 108 (91,5 %) respondentek záporně, tedy že před těhotenstvím a porodem neměly nepříjemné či bolestivé pocity při pohlavním styku.

Kladně odpovědělo 10 (8,5 %) respondentek. Tři z těchto respondentek uváděli u otázky č. 16, že při opakovaném pohlavním styku po porodu nepocítovaly nepříjemné či bolestivé pocity.

Otázka č. 19

Myslíte si, že jste měla před porodem dostatek informací o prevenci porodního poranění?

Tabulka č. 24 – Informovanost respondentky o prevenci porodního poranění

Otázka č. 19	četnost n_i	%
Ano	91	77,1%
Ne	13	11,0%
Nevím	14	11,9%
celkem	118	100,0%

Na tuto otázku odpovědělo 91 (77,1 %) respondentek kladně. Myslí si, že před porodem měly dostatek informací o prevenci porodního poranění. Záporně odpovědělo 13 (11,0 %) respondentek a 14 (11,9 %) respondentek neví, zda měly dostatek informací. Z těchto 14 respondentek se 5 nezajímalo o informace spojené s prevencí porodního poranění jak uvedly v otázce č. 7.

Otázka č. 20

Myslíte si, že jste měla po porodu dostatek informací o péči o porodní poranění?

Tabulka č. 25 – Informovanost respondentek o péči o porodní poranění

Otázka č. 20	četnost n_i	%
Ano	97	82,2%
Ne	8	6,8%
Nevím	13	11,0%
celkem	118	100,0%

Na tuto otázku opět většina tedy 97 (82,2 %) respondentek odpovědělo, že mělo po porodu dostatek informací o péči o porodní poranění. Ve 13 (11,0 %) případech respondentka nevěděla, zda měla dostatek informací, kdy to mohlo být způsobeno tím, že 9 z nich nemělo žádné porodní poranění. A 8 (6,8 %) respondentek je přesvědčeno o tom, že neměly dostatek informací o péči o porodní poranění.

7.1 Statistické řešení

Cíl č.1: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

H01: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

HA1: Existuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

Hypotézu ověříme pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, protože sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných (parita, prevence). Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka č. 26 - Rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero dičkami

Parita	Preventivní techniky			p-hodnota
	Bez prevence	S prevencí	Celkem	
Prvorodička	15	48	63	0,002
%	23,81%	76,19%	100%	
Vícero dička	28	27	55	
%	50,91%	49,09%	100%	
Celkem	43	75	118	

Z tabulky lze vyčíst, že preventivní techniky využívají častěji prvorodičky, a to v 76,19 % případů. Zatímco vícero dičky pouze v necelých 50 % případů.

Hodnota testového kritéria je rovna 9,311 a p-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je rovna 0,002. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Podařilo se nám potvrdit, že mezi prvorodičkami a vícero dičkami existuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění. Prvorodičky využívají preventivní techniky významně častěji.**

Cíl č. 2: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero-dičkami.

H02: Neexistuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero-dičkami.

HA2: Existuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero-dičkami.

Hypotézu ověříme pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti, protože sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných (parita, poranění). Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka č. 27 - Rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícero-dičkami

Typ poranění	Parita			p-hodnota
	Prvorodička	Vícero-dička	Celkem	
Bez poranění	13	13	26	0,028
%	50,00%	50,00%	100%	
Lehké	19	12	31	
%	61,29%	38,71%	100%	
Střední	15	2	17	
%	88,24%	11,76%	100%	
Těžké	1	0	1	
%	100,00%	0,00%	100%	
Celkem	48	27	75	

Z tabulky lze vyčíst, že lehká, střední a těžká porodní poranění mívají častěji prvorodičky. Respondentka s těžkým poraněním byla ve výběru pouze jedna a byla to prvorodička. Respondentky se středně těžkým poraněním tvořily z 88,24 % prvorodičky. Respondentky s lehkým poraněním tvořily z 61,29 % prvorodičky.

Pro provedení testu jsme musely jednu respondentku s těžkým poraněním přiřadit ke kategorii respondentek se středně těžkým poraněním.

Hodnota testového kritéria je rovna 7,150 a p-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je rovna 0,028. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Podařilo se nám potvrdit, že mezi prvorodičkami a vícero-dičkami existuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění. U prvorodiček se vyskytuje porodní poranění významně častěji než u vícero-diček.**

Cíl č. 3: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění.

H03: Neexistuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění.

HA3: Existuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění.

Hypotézu ověříme pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti, protože sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných (prevence, poranění). Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka č. 28 - Rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění

Typ poranění	Preventivní techniky			p-hodnota
	Bez prevence	S prevencí	Celkem	
Bez poranění	18	26	44	0,038
%	40,91%	59,09%	100%	
Lehké	18	31	49	
%	36,73%	63,27%	100%	
Střední	5	17	22	
%	22,73%	77,27%	100%	
Těžké	2	1	3	
%	66,67%	33,33%	100%	
Celkem	43	75	118	

Tabulka č. 29 - Relativní četnosti porodního poranění z pohledu prevence

Typ poranění	Preventivní techniky			p-hodnota
	Bez prevence	S prevencí	Celkem	
Bez poranění	18	26	44	0,038
%	41,86%	34,67%		
Lehké	18	31	49	
%	41,86%	41,33%		
Střední	5	17	22	
%	11,63%	22,67%		
Těžké	2	1	3	
%	4,65%	1,33%		
Celkem	43	75	118	
%	100,00%	100,00%		

Z tabulky lze vyčíst, že bez porodního poranění mělo porod 34,67 % respondentek, které prováděly preventivní techniky a 41,86 % respondentek, které je neprováděly. Lehká poranění měly ženy provádějící preventivní techniky ve 41,33 % případů a ženy neprovádějící preventivní techniky ve 41,86 % případů. Rozdíl tedy téměř žádný nepozorujeme.

Pro provedení testu jsme musely respondentky s těžkým poraněním přiřadit ke kategorii respondentek se středně těžkým poraněním, protože jejich počet byl velmi nízký.

Hodnota testového kritéria je rovna 6,535 a p-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je rovna 0,038. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Prokázali jsme, že existuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění. Avšak z našich dat to vypadá, že preventivní techniky mají na porodní poranění negativní dopad. To může být způsobeno nízkými počty respondentek v některých kategoriích.**

Cíl č. 4: Zjistit, zda podíl výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu je statisticky významně vyšší než třetina (33,33 %).

H04: Výskyt dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu není statisticky významně vyšší než třetina (33,33 %).

HA4: Výskyt dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu je statisticky významně vyšší než třetina (33,33 %).

Na tento výzkumný cíl nám odpovídá otázka č. 15, kdy poporodní dyspareunií při prvním pohlavním styku pocíťovalo jen 44,1 % respondentek.

Hypotézu ověříme pomocí testu o podílu.

Software STATISTICA poskytuje pro tento test pouze p-hodnotu. P-hodnota testu o podílu je rovna 0,007. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Podařilo se nám potvrdit, že více než třetina žen trpí při prvním pohlavním styku po porodu dyspareunií.**

Cíl č. 5: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

H05: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

HA5: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

Hypotézu ověříme pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti, protože sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných (parita, dyspareunie). Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka č. 30 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami

Parita	Dyspareunie			p-hodnota
	Bez dyspareunie	S dyspareunií	Celkem	
Prvorodička	20	43	63	0,000
%	31,75%	68,25%	100%	
Vícero dička	46	9	55	
%	83,64%	16,36%	100%	
Celkem	66	52	118	

Z tabulky lze vyčíst, že dyspareunie se častěji vyskytovala u prvorodiček, a to v 68,25 % případů. U vícerodiček to bylo pouze u 16,36 % případů.

Hodnota testového kritéria je rovna 32,078 a p-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je rovna 0,000. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Podařilo se nám potvrdit, že mezi prvorodičkami a vícerodičkami existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku. U prvorodiček se vyskytuje dyspareunie při prvním pohlavním styku významně častěji než u vícerodiček.**

Cíl č. 6: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

H06: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

HA6: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

Hypotézu ověříme pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti, protože sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných (porodní poranění, dyspareunie). Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka č. 31 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění

Dyspareunie při prvním pohlavním styku	Porodní poranění			p-hodnota
	Bez porodního poranění	S porodním poraněním	Celkem	
Bez dyspareunie	30	36	66	0,00
%	45,45%	54,55%	100%	
S dyspareunií	9	43	52	
%	17,31%	82,69%	100%	
Celkem	39	79	118	

Z tabulky lze vyčíst, že dyspareunie se častěji vyskytovala u respondentek s porodním poraněním. Respondentek s dyspareunií bylo pouze 17,31 % případů bez porodního poranění a 82,69 % s porodním poraněním.

Hodnota testového kritéria je rovna 10,414 a p-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je rovna 0,001. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Podařilo se nám potvrdit, že mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu. U žen s porodním poraněním se vyskytuje dyspareunie při prvním pohlavním styku významně častěji než u žen bez porodního poranění.**

Cíl č. 7: Zjistit, zda podíl výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku je statisticky významně vyšší než desetina (10 %).

H07: Výskyt dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu není statisticky významně vyšší než desetina (10 %).

HA7: Výskyt dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu je statisticky významně vyšší než desetina (10 %).

Na tento výzkumný cíl nám odpovídá otázka č. 16, kdy poporodní dyspareunii při opakovaném pohlavním styku pociťovalo jen 19,5 % respondentek.

Hypotézu ověříme pomocí testu o podílu.

P-hodnota testu o podílu je rovna 0,0003. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Podařilo se nám potvrdit, že více než desetina žen trpí při opakovaném pohlavním styku po porodu dyspareunií.**

Cíl č. 8: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

H08: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

HA8: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami.

Hypotézu ověříme pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti, protože sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných (parita, dyspareunie). Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka č. 32 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícero dičkami

Parita	Dyspareunie při pohlavním styku			p-hodnota
	Dyspareunie při prvním pohlavním styku	Dyspareunie při opakovaném pohlavním styku	Celkem	
Prvoro dička	43	20	63	0,642
%	68,25%	31,75%	100%	
Vícero dička	9	3	12	
%	75,00%	25,00%	100%	
Celkem	52	23	75	

Z tabulky lze vyčíst, že u prvoro diček i vícero diček se dyspareunie vyskytla častěji při prvním pohlavním styku po porodu než při opakovaném pohlavním styku. Při prvním pohlavním styku se vyskytla dyspareunie u 68,25 % prvoro diček a 75 % vícero diček.

Hodnota testového kritéria je rovna 0,216 a p-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je rovna 0,642. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto nezamítáme a nepřijímáme alternativní. **Nepodařilo se nám potvrdit, že mezi prvoro dičkami a vícero dičkami existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku.**

Cíl č. 9: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

H09: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

HA9: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění.

Hypotézu ověříme pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti, protože sledujeme vztah dvou kategoriálních proměnných (porodní poranění, dyspareunie). Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka č. 33 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění

Dyspareunie při opakovaném pohlavním styku	Porodní poranění			p-hodnota
	Bez porodního poranění	S porodním poraněním	Celkem	
Bez dyspareunie	34	61	95	0,199
%	35,79%	64,21%	100%	
S dyspareunií	5	18	23	
%	21,74%	78,26%	100%	
Celkem	39	79	118	

Z tabulky lze vyčíst, že dyspareunie se častěji vyskytovala u respondentek s porodním poraněním. Respondentek s dyspareunií bylo pouze 21,74 % případů bez porodního poranění a 78,26 % s porodním poraněním.

Hodnota testového kritéria je rovna 1,652 a p-hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je rovna 0,199. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto nezamítáme a nepřijímáme alternativní. **Nepodařilo se nám potvrdit, že mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu.**

Cíl č. 10: Zjistit, zda je podíl dostatečně informovaných žen o prevenci a o péči o porodní poranění vyšší než 50 %.

H010: Podíl dostatečně informovaných žen o prevenci a o péči o porodní poranění není vyšší než 50 %.

HA10: Podíl dostatečně informovaných žen o prevenci a o péči o porodní poranění je statisticky významně vyšší než 50 %.

Tabulka č. 34 – Informovanost žen o prevenci a o péči o porodní poranění

Informovanost žen	četnost n_i	%
Ano	258	72,9%
Ne	34	9,6%
Nevím	62	17,5%
Celkem	354	100,0%

Na tento výzkumný cíl nám odpovídají otázky č. 8, č. 19 a č. 20. Jak je vidět přehledně v tabulce č. 34 jen 72,9 % respondentek bylo přesvědčeno o tom, že mají dostatek informací o prevenci a o péči o porodní poranění.

Hypotézu ověříme pomocí testu o podílu.

P-hodnota testu o podílu je rovna 0,000. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, nulovou hypotézu proto zamítáme a přijímáme alternativní. **Podařilo se nám potvrdit, že většina žen (> 50 %) je dostatečně informována o prevenci a o péči o porodní poranění.**

8 Diskuze

Následky porodu v podobě poruch pánevního dna mohou mít až devastující dopad na kvalitu života ženy. Porodní poranění může být příčinou zvýšeného výskytu nepříjemného či bolestivého pocitu při pohlavním styku tedy postpartální dyspareunii.

Tato diplomová práce se zabývá postpartální dyspareunií a rizikovými faktory pro její vznik. Hlavně jsem se ve své práci zaměřila na porodní poranění, které je nejčastěji spojováno se vznikem poporodní dyspareunie.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi porodním poraněním při vaginálním porodu a vznikem postpartální dyspareunie. Tento cíl byl rozpracován na dílčí cíle a na jejich základě byly stanoveny hypotézy.

Cíl č. 1 zjišťuje rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a vícerodičkami. Pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, byla zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní hypotéza. Podařilo se tedy potvrdit, že mezi prvorodičkami a vícerodičkami existuje statisticky významný rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění. Prvorodičky využívají preventivní techniky významně častěji.

Zajímavostí vztahující se k tomuto cíli je, že nejčastější technikou prevence porodního poranění, kterou ženy v této studii uváděly bylo popíjení čaje z maliníku. Dle svých zkušeností jsem předpokládala, že nejčastěji využívanou preventivní technikou porodního poranění bude masáž hráze, ale ta byla uváděná až na třetím místě po cvičení s vaginálním balónkem. Velmi mne překvapila odpověď jedné respondentky, která uvedla snědení 6 kusů datlí za den jeden měsíc před porodem jako prevenci porodního poranění. Tuto informaci jsem slyšela poprvé a tak jsem zapátrala a objevila jsem studii zveřejněnou v časopise *Journal of Obstetrics and Gynecology*, kde bylo uvedeno, že tato metoda výrazně snižuje potřebu indukce a posilování porodu syntetickým oxytocinem a má vliv na příznivější výsledek porodu. Příznivě působí i na cervikální dilataci. U žen, které používaly tuto metodu byla významně nižší nutnost použití Oxytocinu při porodu (28 %) ve srovnání s ženami, které datle nekonzumovaly (47 %). Ženy, které datle jedly měly spontánní začátek porodu až v 96 %. Dále studie ukazuje, že ženy, které konzumovaly datle měly významně snížené množství porodního krvácení než ženy, které datle nekonzumovaly. Byla provedena klinická studie, kdy ihned po porodu placenty bylo jedné skupině dáno 50g datlí a druhá skupina obdržela 10 jednotek syntetického oxytocinu i.m. Průměrná krevní ztráta po první hodině po porodu se významně lišila ve skupině datlí a ve

skupině oxytocinu (104 ml vs 141,6 ml). Dle studie jsou datle účinné pro řízení poporodního krvácení, protože obsahují vápník, serotonin, tanin, kyselinu linolovou, enzym, železo a další živiny prospěšné pro kontrolu a prevenci krvácení a anémii (Al-Kuran et al., 2011).

Cíl č. 2 zjišťuje rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a víceročičkami. Zde byla zamítnuta nulová hypotéza a přijata alternativní hypotéza. Podařilo se potvrdit, že mezi prvorodičkami a víceročičkami existuje statisticky významný rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění. U prvorodiček se vyskytuje porodní poranění významně častěji než u víceročiček. Je ale nutné zde podotknout, že preventivní techniky porodního poranění u prvorodiček vedly k tomu, že 61,29 % prvorodiček nemělo žádné poranění nebo jen lehké poranění. Tedy tím můžeme říct, že provádění technik prevence porodního poranění má smysl u prvorodiček i víceročiček.

Cíl č. 3 zjišťuje rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění. Nulová hypotéza byla zamítnuta a přijímáme alternativní hypotézu. Prokázali jsme, že existuje statisticky významný rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění. Avšak ze zjištěných dat to vypadá, že preventivní techniky mají na porodní poranění negativní dopad. To může být způsobeno nízkými počty respondentek v některých kategoriích.

Cíl č. 4 zjišťuje, zda podíl výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu je statisticky významně vyšší než třetina (33,33 %). Pomocí testu o podílu zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Podařilo se potvrdit, že více než třetina žen trpí při prvním pohlavním styku po porodu dyspareunií. U některých zahraničních studií je výskyt poporodní dyspareunie při prvním pohlavním styku až 62 %. V této práci výskyt poporodní dyspareunie při prvním pohlavním styku dosáhl 44,1 %.

Cíl č. 5 zjišťuje rozdíl ve výskytu poporodní dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a víceročičkami. Pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Podařilo se potvrdit, že mezi prvorodičkami a víceročičkami existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu poporodní dyspareunie při prvním pohlavním styku. U prvorodiček

se vyskytuje poporodní dyspareunie při prvním pohlavním styku významně častěji (68,25 %) než u vícerodiček (16,36 %).

Cíl č. 6 zjišťuje rozdíl ve výskytu poporodní dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění. Zde opět přijímáme alternativní hypotézu. Podařilo se potvrdit, že mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu. U žen s porodním poraněním se vyskytuje dyspareunie při prvním pohlavním styku významně častěji (82,69 %) než u žen bez porodního poranění (17,31 %).

Cíl č. 7 zjišťuje, zda podíl výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku je statisticky významně vyšší než desetina (10 %). Pomocí testu o podílu zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Podařilo se nám potvrdit, že více než desetina žen trpí při opakovaném pohlavním styku po porodu dyspareunií.

Cíl č. 8 zjišťuje rozdíl ve výskytu poporodní dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícerodičkami. Pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti nezamítáme nulovou hypotézu a ani nepřijímáme alternativní hypotézu. Nepodařilo se potvrdit, že mezi prvorodičkami a vícerodičkami existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku.

Cíl č. 9 zjišťuje, zda existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění. Pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti nezamítáme nulovou hypotézu a ani nepřijímáme alternativní hypotézu. Nepodařilo se potvrdit, že mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu poporodní dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu.

Cíl č. 10 zjišťuje, zda je podíl dostatečně informovaných žen o prevenci a o péči o porodní poranění vyšší než 50 %. Pomocí testu o podílu zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Podařilo se potvrdit, že většina žen (> 50 %) je dostatečně informována o prevenci a o péči o porodní poranění.

Na relativně malém vzorku žen se potvrdilo, že poporodní dyspareunie při prvním pohlavním styku je velmi častá a vyskytuje se jak u prvorodiček tak i vícerodiček. Procento žen, které měly poporodní dyspareunii se narůstající dobou od porodu snižovalo, ale přesto u několika žen přetrvává poporodní dyspareunie dlouhodobě. Techniky prevence porodního poranění mohou ovlivnit rozsah porodního poranění a tím i vznik poporodní

dyspareunie. Což, ale neznamená, že ženy bez porodního poranění nemohou trpět poporodní dyspareunií. I u těchto žen se tento problém vyskytuje. Dle výsledků studie nejvíce trpí poporodní dyspareunií ženy s velkým porodním poraněním jako je RPT perinei III. a IV. stupně. Druhou skupinou žen, kde je zvýšený výskyt poporodní dyspareunie jsou ženy se středním porodním poraněním kam řadíme RPT perinei II. stupně a epiziotomii. Ženy, které pociťují poporodní dyspareunii se snaží o pomoc či léčbu samy svépomocí aniž by vyhledaly odborníka. Tento přístup žen může vést dále ke zhoršení problému až k úplnému odmítání pohlavního styku a tím k rozpadu partnerského vztahu.

Téměř 73 % všech žen z mého výzkumu uvedlo, že mají dostatek informací o této problematice, ale můj pohled na tuto situaci je zcela jiný. Myslím si, že informací na téma prevence porodního poranění, péče o porodní poranění a problémy související s porodem je mnoho, ale ne vždy jsou kvalitní a relevantní. Samozřejmě „běžná žena“ nemůže a neumí rozlišit kvalitu poskytnutých informací a tady je prostor pro nás porodní asistentky, abychom ženám nabídly co nejvíce kvalitních informací.

Rezervou v mé práci je malý vzorek respondentek. Dále po prostudování jiných výzkumů a vyhodnocení sesbíraných dat z mého dotazníku, bych příště do dotazníku zařadila i otázky na další velmi významný rizikový faktor vzniku poporodní dyspareunie což je kojení. Spojení těchto dvou faktorů, porodní poranění a kojení se ukazuje jako velká predispozice ke vzniku poporodní dyspareunie.

Určitě by měly být provedeny další výzkumné práce a studie o této problematice a více by se měly zavádět zjištěné informace do klinické praxe, to by mělo být v zájmu celé naší společnosti.

Závěr

Tématem mé diplomové práce je postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění. Teoretická část popisuje anatomii ženských pohlavních orgánů, typy vaginálních porodu, porodní poranění, včetně jeho prevence a dyspareunii. Praktická část je realizována kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkového šetření v gynekologických ambulancích cíleného na ženy po vaginální porodu s ukončeným šestinedělím až dva roky po porodu.

Perineální bolest a dyspareunii běžně zažívají ženy v krátkém i delším období po porodu. To může mít následně negativní dopad na adaptaci matky na její novou roli. Přestože výskyt dyspareunie po spontánním porodu je znám, přesto zůstávají nezodpovězené otázky týkající se etiologie, rizikových faktorů a souvislosti porodního poranění se vznikem poporodní dyspareunie.

U žen v reprodukčním věku je odhadovaná celková prevalence poporodní dyspareunie až na 35 %. Poporodní dyspareunie může ovlivnit celkovou kvalitu života ženy. Často je bolest špatně pochopena, chybně diagnostikována nebo ignorována a často se ženy za tuto bolest stydí a nevyhledají pomoc.

I přes veškeré informace, které si žena sama může zjistit na internetu, je toto téma neustále tabu. Mnoho žen se stydí nebo bojí o tomto problému mluvit. Často si myslí, že nepříjemné či bolestivé pocity při pohlavním styku po porodu jsou v pořádku a nesvěří se ani svému partnerovi natož svému gynekologovi. Proto by měla být každá žena znovu pozvána ke gynekologovi do šesti měsíců po porodu, kde by se lékař měl cíleně zajímat o oblast pohlavního života ženy. Zda nemá nějaké potíže, které by mohly souviset s porodem či porodním poraněním.

Jak jsem již zmínila ženy se stydí nebo bojí o tomto tématu mluvit a často nevyhledají odbornou pomoc včas a drobný diskomfort může přejít až ve velký problém, což sebou nese další komplikace v partnerském soužití. Kdy sexualita patří mezi základní atributy kvalitního života a pro ženu je nanejvýš důležité, aby svoje sexuální aktivity prožívala bez bolesti. Základem je otevřená sexuální výchova, pozitivní přijetí vlastního těla, otevřená komunikace s partnerem a oboustranný respekt a úcta v posteli i mimo ni.

Proto je nutné ženu edukovat, aby vyhledala odbornou pomoc včas a nebála se o svých problémech mluvit a včas je řešit.

Ani přes vysokou incidenci poporodních sexuálních obtíží u žen se v praxi této problematice nedostává patřičné pozornosti ze strany odborníků. Zvýšená péče by měla být věnována ženám s větším porodním poraněním a po operativním porodu.

Závěrem je nutné dodat, že souvislost vzniku postpartální dyspareunie a porodního poranění nebyl v žádné studii zcela prokázán, ale bylo zjištěno, že porodní poranění je jeden z rizikových faktorů pro její vznik. Proto, by se mělo důsledně dbát na prevenci porodního poranění a jeho komplikace při hojení.

A zde je velký prostor pro nás porodní asistentky, abychom více dbaly na poskytnutí relevantních informací ženám o prevenci porodního poranění v kurzech předporodní přípravy, nebo v ambulanci gynekologa při prenatální péči. Řádné poučení o péči o porodní poranění již na porodním sále a na oddělení šestinedělí. Další velkou oblastí, kde bychom se měly více snažit je znovu obnovení poporodní návštěvní služby porodní asistentkou. Tato služba již téměř v České republice vymizela, což je obrovská škoda. Mnoho žen po porodu potřebuje pomoci s péčí o porodní poranění, s kojením nebo jen s psychickou podporou. A to vše dříve zastávala privátní porodní asistentka, kdy její služby byly hrazeny pojišťovnou a každá žena měla nárok na to, aby ji porodní asistentka po porodu navštívila. Často předešla problémům s hojením porodního poranění nebo zhoršení potíží souvisejících s porodním poraněním. Ženy v ni měly větší důvěru a tak se jí často svěřily se svými problémy a ona mohla poskytnout radu, pomoc nebo ženu odeslat ke gynekologovi.

Tady vidím cestu kudy máme jít. Vytvořit si s ženou kvalitní vztah, aby se nebála svěřit s problémy, které ji trápí a včas je řešit. Jak jsem již zmínila výše stud a popírání vede často jen k rozšíření problému a jeho horšímu a zdlouhavějšímu řešení.

Referenční seznam

Alimi Y, Iwanaga J, Oskouian RJ, Loukas M, Tubbs RS. The clinical anatomy of dyspareunia: A review. *Clin Anat*. 2018 Oct;31(7):1013-1017. doi: 10.1002/ca.23250. Epub 2018 Oct 26. PMID: 30113086.

Al-Kuran O, Al-Mehaisen L, Bawadi H, Beitawi S, Amarin Z. Vliv pozdní těhotenské konzumace datlového ovoce na porod. *J Obstet Gynaecol*. 2011;31(1):29-31. doi: 10.3109/01443615.2010.522267. PMID: 21280989.

Alligood-Percoco NR, Kjerulff KH, Repke JT. Risk Factors for Dyspareunia After First Childbirth. *Obstet Gynecol*. 2016 Sep;128(3):512-518. doi: 10.1097/AOG.0000000000001590. PMID: 27500349; PMCID: PMC4993626.

Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajiahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *Afr Health Sci*. 2017 Sep;17(3):623-631. doi: 10.4314/ahs.v17i3.4. PMID: 29085389; PMCID: PMC5656191.

Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, Dashti S, Mohamadkhani Shahri L. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Apr;153(1):14-24. doi: 10.1002/ijgo.13523. Epub 2020 Dec 27. PMID: 33300122.

BOHATÁ, P., DOSTÁLEK, L. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie*. 2016, vol. 81, issue 3, s. 192 – 201. ISSN 1210 7832.

ČEPICKÝ, Pavel, ed. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. xiv, 205 stran, viii stran obrazových příloh. ISBN 978-80-247-5604-2.

ČEPICKÝ, Pavel. Bolest při souloži. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, 19(4), 421-425. ISSN 1211-1058.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011-2016. 5 svazků. ISBN 978-80-247-4788-0.

Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *Int J Impot Res*. 2015 May- Jun;27(3):118-20. doi: 10.1038/ijir.2015.2. Epub 2015 Feb 12. PMID: 25672800.

HÁJEK, Zdeněk a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HARLEV, A, at al. Can we find the perfect oil to protect the perineum? A randomised – controlled double blind trial. *The Journal of Metranl – Fetal and Neonatal Medicine*. 2013, vol. 18, issue 6, s. 1328 – 1331. DOI: 10.3109/14767058.2013.784261.

Hersh SR, Emeis CL. Mediolateral Episiotomy: Technique, Practice, and Training. *J Midwifery Womens Health*. 2020 May;65(3):404-409. doi: 10.1111/jmwh.13096. Epub 2020 Mar 28. PMID: 32222098.

Hill DA, Taylor CA. Dyspareunia in Women. *Am Fam Physician*. 2021 May 15;103(10):597-604. PMID: 33983001.

Chang SR, Chen KH, Ho HN, Lai YH, Lin MI, Lee CN, Lin WA. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2015 Sep;52(9):1433-44. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.019. Epub 2015 May 7. PMID: 26008134.

Kapoor E, Kling JM, Kingsberg SA, Faubion SS. Sexual Health in Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018 Sep;27(9):1082-1085. doi: 10.1089/jwh.2018.7326. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30153071.

KARBANOVA, Jaroslava, Zdenek RUSAVY, Lucie BETINCOVA, Magdalena JANSOVÁ, Pavlina NECESALOVA a Vladimir KALIS. Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. *International journal of*

KUDLOVÁ, Pavla, Iveta HATALOVÁ a Martina HUBÁČKOVÁ. Péče o jizvy po porodu. *Léčba ran*. 2017, 4(3), 19-22. ISSN 2336-520X.

Kumar K, Robertson D. *Superficial dyspareunia*. *CMAJ*. 2017 Jun 19;189(24):E836. doi: 10.1503/cmaj.161337. PMID: 28630360; PMCID: PMC5478410.

Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017 Jun;22(3):200-206. doi: 10.1080/13625187.2017.1315938. Epub 2017 Apr 27. PMID: 28447919.

Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, Frodsham LCG. *Dyspareunia*. *BMJ*. 2018 Jun 19;361:k2341. doi: 10.1136/bmj.k2341. PMID: 29921565.

Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012 Mar;119(3):647-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182479611. PMID: 22353966.

López-Lapeyrere C, Serna-Gómez N, Hernández-López AB, Pérez-García MF, Tejeda-Esteban A, Solís-Muñoz M. The development and validation of a new postpartum sexual function and dyspareunia assessment tool: *The Carol Scale*. *Midwifery*. 2018 Mar;58:27-36. doi: 10.1016/j.midw.2017.11.008. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29277039.

Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2019 Jun;30(6):853-868. doi: 10.1007/s00192-019-03894-0. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30770967.

Manresa M, Pereda A, Goberna-Tricas J, Webb SS, Terre-Rull C, Bataller E. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study. *Int Urogynecol J*. 2020 Nov;31(11):2367-2375. doi: 10.1007/s00192-020-04317-1. Epub 2020 May 13. PMID: 32405659.

McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. *Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study*. BJOG. 2015 Apr;122(5):672-9. doi: 10.1111/1471-0528.13263. Epub 2015 Jan 21. PMID: 25605464.

McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery*. 2016 Mar;34:15-20. doi: 10.1016/j.midw.2016.01.012. Epub 2016 Feb 8. PMID: 26971442.

NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. xii, 416 stran. ISBN 978-80-7492-206-0.

NECESALOVA, Pavlina, Jaroslava KARBANOVA, Zdenek RUSAVY, Zlatko PASTOR, Magdalena JANSOVA a Vladimir KALIS. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sexual & reproductive healthcare official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2016, 8(-), 25-30. ISSN 1877-5764.

Orr N, Wahl K, Joannou A, Hartmann D, Valle L, Yong P; International Society for the Study of Women's Sexual Health's (ISSWSH) Special Interest Group on Sexual Pain. Deep Dyspareunia: Review of Pathophysiology and Proposed Future Research Priorities. *Sex Med Rev*. 2020 Jan;8(1):3-17. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.12.007. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30928249.

PASTOR, Zlatko. Bolest při souloži. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2008, 17(4), 465-471. ISSN 1211-1058.

PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020], ©2020. 788 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROB, Lukáš et al. *Gynekologie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, [2019], ©2019. 356 stran. ISBN 978-80-7492-426-2.

Rosen NO, Pukall C. Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sex Med Rev*. 2016 Apr;4(2):126-135. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.12.003. Epub 2016 Jan 11. PMID: 27872022.

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. xxxiii, 621 stran. ISBN 978-80-247-5753-7.

RUŠAVÝ, Zdeněk a Vladimír KALIŠ. Epiziotomie. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2019, 26(2), 125-133. ISSN 1211-1058.

RUŠAVÝ, Zdeněk. Poruchy pánevního dna po porodu. *Acta medicae*. 2016, 5(4), 31-32. ISSN 1805-398X.

Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. *Am Fam Physician*. 2014 Oct 1;90(7):465-70. PMID: 25369624.

Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hiersch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, Aviram A. Episiotomy - risk factors and outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017 Feb;30(3):251-256. doi: 10.3109/14767058.2016.1169527. Epub 2016 Apr 19. PMID: 27018243.

Silva AP, Montenegro ML, Gurian MB, Mitidieri AM, Lara LA, Poli-Neto OB, Rosa E Silva JC. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017 Jan;39(1):26-30. English. doi: 10.1055/s-0036-1597651. Epub 2016 Dec 27. PMID: 28027568.

Simonelli C, Eleuteri S, Petruccelli F, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry.* 2014 Nov;27(6):406-12. doi: 10.1097/YCO.0000000000000098. PMID: 25211497.

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestineděním a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů.* 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

STRÁNÍK, Petr a Vladimír KALIŠ. Epiziotomie a ošetření porodního poranění. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2017, 24(4), 342-349. ISSN 1211-1058.

ŠPAČEK, Jiří a kol. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 359 s. ISBN 978-80-247-4554-1.

Tennfjord MK, Hilde G, Stær-Jensen J, Ellström Engh M, Bø K. Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth. *Int Urogynecol J.* 2014 Sep;25(9):1227-35. doi: 10.1007/s00192-014-2373-2. Epub 2014 Apr 1. PMID: 24687365.

TROJAN, Ondřej. Funkční sexuální poruchy u žen. *Urologie pro praxi.* 2011, 12(1), 38-41. ISSN 1213-1768.

VESELSKÝ, Zbyněk. *Terapie sexuálních dysfunkcí. Acta medicae. Diabetologie.* 2012, 1(3), 67-71. ISSN 1805-398X.

VEVERKOVÁ A., KALIŠ V. and Z. RUŠAVÝ. Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu. *Česká gynekologie.* 2017, vol. 82, issue 4, s. 327 – 332. ISSN: 1210-7832.

VRZÁČKOVÁ, Petra a Jiří SLÁMA. Nejčastější problémy sexuality žen fertilního věku. *Aktuální gynekologie a porodnictví* 2012, 4, 81-85. ISSN 1803-9588.

VRZÁČKOVÁ, Petra. Bolest v ordinaci sexuologa. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2019, 26(4), 408-411. ISSN 1211-1058.

ZVĚŘINA, Jaroslav. Kvalita života žen v poporodním období. *Praktický lékař,* 2010, roč. 90, č. 3, s. 194-195. ISSN: 0032-6739.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Ročník narození respondentek	40
Tabulka č. 2 – Kolikrát respondentka rodila	40
Tabulka č. 3 – Datum posledního porodu	41
Tabulka č. 4 – Porodnice ve které respondentky rodily	41
Tabulka č. 5 – Váha dětí po porodu	42
Tabulka č. 6 – Provádění technik k prevenci porodního poranění	42
Tabulka č. 7 – Techniky k prevenci porodního poranění prováděné ženami	43
Tabulka č. 8 – Zdroje informací o technikách prevence porodního poranění	44
Tabulka č. 9 – Informovanost těhotných žen o prevenci porodního poranění	45
Tabulka č. 10 – Porodní poranění	45
Tabulka č. 11 – Porodní poranění respondentek	45
Tabulka č. 12 – Zdroje informací o péči o porodní poranění	46
Tabulka č. 13 – Problémy s hojením porodního poranění	47
Tabulka č. 14 – Potíže související s porodním poraněním či porodem	47
Tabulka č. 15 – Užití přípravků při péči o porodní poranění	48
Tabulka č. 16 – První pohlavní styk po porodu	49
Tabulka č. 17 – Výskyt nepříjemných či bolestivých pocitů	49
Tabulka č. 18 – Porodní poranění žen s nepříjemným či bolestivým pocitem	50
Tabulka č. 19 – Opakování nepříjemných či bolestivých pocitů	50
Tabulka č. 20 – Jak dlouho trvaly tyto nepříjemné či bolestivé pocity	51
Tabulka č. 21 – Druh porodního poranění u přetrvávajících nepříjemných pocitů	51
Tabulka č. 22 – Opatření pro zmírnění nepříjemných či bolestivých pocitů	52
Tabulka č. 23 – Výskyt nepříjemných či bolestivých pocitů před těhotenstvím a porodem	52
Tabulka č. 24 – Informovanost respondentky o prevenci porodního poranění	53
Tabulka č. 25 – Informovanost respondentek o péči o porodní poranění	53
Tabulka č. 26 - Rozdíl ve využívání preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a víceroďičkami	54
Tabulka č. 27 - Rozdíl v porodním poranění při využití preventivních technik porodního poranění mezi prvorodičkami a víceroďičkami	55
Tabulka č. 28 - Rozdíl v rozsahu porodního poranění mezi ženami provádějícími techniky prevence porodního poranění a ženami, které neprováděly žádnou prevenci porodního poranění	56
Tabulka č. 29 - Relativní četnosti porodního poranění z pohledu prevence	57

Tabulka č. 30 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícerodičkami	58
Tabulka č. 31 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při prvním pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění	59
Tabulka č. 32 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi prvorodičkami a vícerodičkami	61
Tabulka č. 33 - Rozdíl ve výskytu dyspareunie při opakovaném pohlavním styku po porodu mezi ženami s porodním poraněním a bez porodního poranění	62
Tabulka č. 34 – Informovanost žen o prevenci a o péči o porodní poranění	62

Seznam grafů

Graf č. 1 - Techniky k prevenci porodního poranění prováděné ženami	43
Graf č. 2 – Zdroje informací o technikách prevence porodního poranění	44
Graf č. 3 – Zdroje informací o péči o porodní poranění	46

Seznam příloh

Příloha 1. Vyjádření etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce

Příloha 2. Dotazník

Příloha 3. Žádosti o umožnění výzkumu

Příloha 1. Vyjádření etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL - 155766/1070-2021

Vážená paní
Mgr. Magdalena Bartošíková

2021-08-26

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Příloha 2. Dotazník

Informace pro účastníky anonymního dotazníkového šetření

Vážená paní,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumu diplomové práce na téma „**Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění**“ (dyspareunie = nepříjemné až bolestivé pocity během pohlavního styku). Dotazník je určen všem ženám, které porodily vaginálně a od jejichž porodu uplynulo v době jeho vyplnění 6 týdnů až 24 měsíců. Jsem si vědoma, že otázky se týkají velmi intimní oblasti, proto zdůrazňuji, že dotazník je přísně anonymní a dobrovolný. Získané informace budou použity výhradně ke zpracování výše uvedené práce.

Dotazník se skládá z 20 otázek, doba jeho vyplnění činí asi 10 minut. Při vyplnění křížkujte jen jednu odpověď, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Vyplněním dotazníku potvrzujete souhlas s účastí na výzkumném šetření.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

Mgr. Magdalena Bartošíková

Univerzita Palackého v Olomouci, obor Intenzivní péče v porodní asistenci

1. Váš ročník narození? _____
2. Kolikrát jste rodila? _____
3. Datum posledního porodu? _____
4. Ve které porodnici jste rodila? _____
5. Kolik vážilo a měřilo vaše dítě po porodu? _____
6. Prováděla jste před porodem nějaké techniky k prevenci porodního poranění?
 Ano – Jaké? (můžete uvést i více odpovědí)
 masáž hráze vaginální balónek (Aniball, Epi-no)
 teplé obklady hráze popíjení čaje z maliníku
 užívání lněného semínka
 jiné, uveďte prosím: _____
- Ne
7. Od koho jste získala informace o technikách k prevenci porodního poranění? (můžete uvést i více odpovědí)
 od porodní asistentky v kurzu od lékaře, svého gynekologa
 z internetu od kamarádky od rodiny
 nezajímala jsem se o tyto informace
 Jiné. Prosím uveďte: _____
8. Myslíte si, že těhotné ženy jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění?
 Ano Ne Nevím
9. Vzniklo u Vás při porodu nějaké porodní poranění?
 Ne Ano – Víte jaké? _____

10. Od koho jste získala informace o tom, jak pečovat o porodní poranění? (můžete uvést i více odpovědí)

- od porodní asistentky v kurzu od lékaře, svého gynekologa
 od por. asistentky na porodním sále od por.as. na oddělení šestinedělí
 z internetu od kamarádky od rodiny
 nezajímala jsem se o tyto informace
 Jiné. Prosím uveďte: _____

11. Měla jste problémy s hojením porodního poranění?

- Ano – Jaké problémy? Prosím uveďte.

Ne

12. Vyskytly se u Vás nějaké jiné potíže související s porodním poraněním či porodem?

- Ano – Jaké: _____

Ne

13. Používala jste při péči o porodní poranění nějaké speciální přípravky?

- Ano - prosím vypište: _____

Ne

14. Za jak dlouho po porodu jste měla s partnerem první pohlavní styk?

15. Měla jste při tomto pohlavním styku nepříjemné či bolestivé pocity?

- Ano Ne Nevím

16. Vyskytovaly se tyto pocity opakovaně i při dalších pohlavních stycích?

- Ano – Za jakou dobu po porodu vymizely _____

Ne - Přejděte prosím na otázku č. 18 Nevím

17. Co jste dělala/děláte pro to abyste tyto nepříjemné či bolestivé pocity zmírnila? (můžete uvést i více odpovědí)

změna polohy při styku lubrikační gel delší předehra
 nekoitální techniky absence pohlavního styku

hormonální léčba

Jiné – prosím vypište _____

18. Měla jste nepříjemné či bolestivé pocity při pohlavním styku i v dřívější době - před těhotenstvím, před porodem?

- Ano Ne Nevím

19. Myslíte si, že jste měla před porodem dostatek informací o prevenci porodního poranění?

- Ano Ne Nevím

20. Myslíte si, že jste měla po porodu dostatek informací o péči o porodní poranění?

Ano

Ne

Nevím

Děkuji moc za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Příloha 3. - Žádosti k umožnění výzkumu

Hlavní sestra
Mgr. Zdenka Vázanová
Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště

Mgr. Magdalena Bartošíková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu

Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci a na porodním sále. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“.

Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky navštěvující u Vás gynekologickou ambulanci, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat formou dotazníku, který má 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné.

Po vyplnění bude mít každá žena k dispozici obálku do které vyplněný dotazník zalepí. Tím bude zachována co největší anonymita. Vyplněné dotazníky si osobně převezmu v gynekologické ambulanci od porodní asistentky pracující v dané ambulanci.

Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

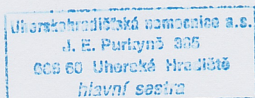
K upřesnění získaných informací z dotazníků prosím také o souhlas k nahlédnutí do porodních knih.

Děkuji za spolupráci.

V Uherském Hradišti 12.1. 2022

Mgr. Magdalena Bartošíková

SOUHLASÍM



MUDr. Jan Pištěk
Jiřího z Poděbrad 248
686 01 Uherské Hradiště

Mgr. Magdalena Bartošíková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu


Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“. Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat v období od 3.1.2022 do 31.3.2022. Sběr dat pro výzkum proběhne formou dotazníku, který obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pro Vaše klientky zcela dobrovolné.

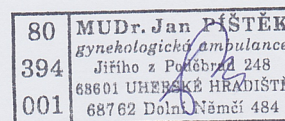
Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Svým podpisem na žádosti stvrzujete, že souhlasíte se zapojením Vaší gynekologické ambulance do účastí na výzkumu a souhlasíte s podmínkami daného výzkumu.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Magdalena Bartošíková 

VDne..... *3.1. 2022*



Razítko a podpis

MUDr. Radomír Sviták
Partyzánů 2174
68801 Uherský Brod

Mgr. Magdalena Bartošiková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu

Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“. Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat v období od 3.1.2022 do 31.3.2022. Sběr dat pro výzkum proběhne formou dotazníku, který obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pro Vaše klientky zcela dobrovolné.

Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Svým podpisem na žádosti stvrzujete, že souhlasíte se zapojením Vaší gynekologické ambulance do účasti na výzkumu a souhlasíte s podmínkami daného výzkumu.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Magdalena Bartošiková *MB*

V *U. Prádeli* Dne *13 01 2022*

80	MUDr. Radomír SVITÁK
321	Gynekologická ambulance
001	MěnsP, tr. Partyzánů 2174
	UHERSKÝ BROD
	Tel.: 572 629 346, 733 373 813

Razítko a podpis

MUDr. Jana Pavelková
Nádražní 23
686 01 Uherské Hradiště

Mgr. Magdalena Bartošiková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu

Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“. Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat v období od 3.1.2022 do 31.3.2022. Sběr dat pro výzkum proběhne formou dotazníku, který obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pro Vaše klientky zcela dobrovolné.

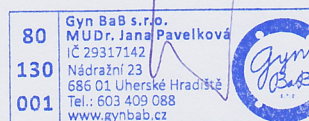
Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Svým podpisem na žádosti stvrzujete, že souhlasíte se zapojením Vaší gynekologické ambulance do účasti na výzkumu a souhlasíte s podmínkami daného výzkumu.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Magdalena Bartošiková 

V UM-MLADÍP77 Dne 12.1.2022



Razítko a podpis

MUDr. Roman Červinka
U Brány 243
686 01 Uherské Hradiště

Mgr. Magdalena Bartošiková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu

Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“. Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat v období od 3.1.2022 do 31.3.2022. Sběr dat pro výzkum proběhne formou dotazníku, který obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pro Vaše klientky zcela dobrovolné.

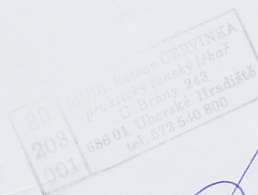
Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Svým podpisem na žádosti stvrzujete, že souhlasíte se zapojením Vaší gynekologické ambulance do účasti na výzkumu a souhlasíte s podmínkami daného výzkumu.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Magdalena Bartošiková

VDne.....



Razítko a podpis

MUDr. Arnošt Sobol
Za Mlýnem 1857
68603 Staré Město

Mgr. Magdalena Bartošíková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu

Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“. Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat v období od 3.1.2022 do 31.3.2022. Sběr dat pro výzkum proběhne formou dotazníku, který obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pro Vaše klientky zcela dobrovolné.

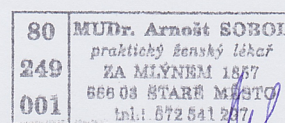
Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Svým podpisem na žádosti stvrzujete, že souhlasíte se zapojením Vaší gynekologické ambulance do účasti na výzkumu a souhlasíte s podmínkami daného výzkumu.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Magdalena Bartošíková *Bo*

VDne 12. 01. 2022.....



Razítko a podpis *Bo*

MUDr. Karla Hrabcová
Za Olšávkou 290
686 01 Uherské Hradiště

Mgr. Magdalena Bartošiková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu


Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“. Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat v období od 3.1.2022 do 31.3.2022. Sběr dat pro výzkum proběhne formou dotazníku, který obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pro Vaše klientky zcela dobrovolné.

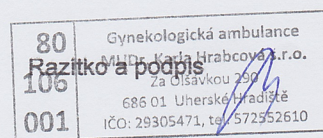
Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Svým podpisem na žádosti stvrzujete, že souhlasíte se zapojením Vaší gynekologické ambulance do účasti na výzkumu a souhlasíte s podmínkami daného výzkumu.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Magdalena Bartošiková 

VDne 12. 01. 2022.....



MUDr. Zdeňka Rajmicová
Josefa Stancla 152
686 01 Uherské Hradiště

Mgr. Magdalena Bartošíková DiS.
Příčná 436, Nedakonice 68738
Email: magdabartosikova@seznam.cz

Žádost o umožnění výzkumu


Žádám Vás o umožnění výzkumu ve Vaší gynekologické ambulanci. Jsem studentka univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji na Fakultě zdravotnických věd obor Intenzivní péče v porodní asistenci. Pro mou Diplomovou práci jsem si zvolila téma „Postpartální dyspareunie po vaginálních porodech v závislosti na porodním poranění“. Do výzkumu bych ráda zařadila všechny Vaše klientky, které splní daná kritéria pro výzkum. Což je žena po vaginálním porodu v rozmezí ukončené šestinedělí až dva roky od porodu.

Výzkum bude probíhat v období od 3.1.2022 do 31.3.2022. Sběr dat pro výzkum proběhne formou dotazníku, který obsahuje 21 otázek a jeho vyplnění trvá maximálně 10 minut. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pro Vaše klientky zcela dobrovolné.

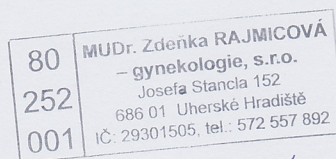
Citlivá data z vyplněných dotazníků budou zpracována v souladu s požadavky Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Svým podpisem na žádosti stvrzujete, že souhlasíte se zapojením Vaší gynekologické ambulance do účasti na výzkumu a souhlasíte s podmínkami daného výzkumu.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Magdalena Bartošíková 

VDne... 3.1.2022



Razítko a podpis 