

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Vendula Šmalcová

Dopad způsobu porodu na obnovení pohlavního styku po porodu

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

OLOMOUC 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektrické zdroje.

Olomouc 7. května 2019

podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Yvettě Vrublové PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, především za její trpělivost, vstřícnost, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu během celého studia a psaní bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská

Téma práce: Sexualita ženy po porodu

Název práce: Dopad způsobu porodu na obnovení pohlavního styku po porodu

Název práce v AJ: Impact of the mode of delivery on restoration of sexual intercourse after childbirth

Datum zadání: 2018-11-30

Datum odevzdání: 2019-05-07

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Šmalcová Vendula

Vedoucí práce: doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Kateřina Janoušková

Abstrakt v ČJ: Předmětem přehledové bakalářské práce je problematika obnovení pohlavního styku po vybraných způsobech porodu. První část bakalářské práce se zaměřuje na porod vaginální, instrumentální a císařský řez. Zabývá se jejich frekvencí v České republice a na území Evropské unie. Sumarizuje komplikace a poranění, které mohou u porodu nastat a dále ovlivňovat sexuální zdraví ženy po porodu. Je zde zmíněna i prevence porodního poranění. Druhá část se zaměřuje na dopad těchto vybraných způsobů porodu na sexuální život ženy po porodu, zejména pak na jejich vliv při obnovení pohlavního styku po porodu. Popisuje nejčastější problémy žen při obnovení pohlavního styku po porodu a současně zmiňuje možnost edukativní činnosti porodní asistentky v prevenci či zmírnění některých těchto problémů.

Abstrakt v AJ: The subject of the bachelor thesis is the issue of restoring sexual intercourse after selected ways of giving birth. The first part of the thesis focuses on the mode of delivery of vaginal, instrumental childbirth and caesarean section. It deals with their frequency in the Czech Republic and in the European Union. It summarizes the complications and injuries that can occur in childbirth and further affects women's sexual health after birth giving. It also mentions the prevention of labor injuries. The second part focuses on the impact of these selected mode of delivery on the sexual life of a woman after birth, especially on their influence in restoring sexual intercourse after childbirth . It describes the most common problems of women in the resumption of sexual intercourse after childbirth and at the same time mentions the possibility of midwife education in preventing or alleviating some of these problems.

Klíčová slova v ČJ: způsob porodu, ženská sexualita, po porodu, pohlavní styk, dyspareunie, císařský řez, vakuumextrakce, klešťový porod, epiziotomie

Klíčová slova v AJ: mode of delivery, female sexuality, after birth, sexual intercourse, dyspareunia, sectio caesarean, vacuumextraction, forceps delivery, episiotomy

Rozsah: 50/6

OBSAH

1	POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	8
2	ZPŮSOBY VEDENÍ PORODU, PORODNÍ PORANĚNÍ S OHLEDEM NA SEXUALITU PO PORODU	9
2.1	Vaginálně vedený porod polohou podélnou záhlavím	9
2.2	Vaginálně operativně vedený porod polohou podélnou záhlavím	10
2.2.1	Porod ukončen pomocí kleští	11
2.2.2	Porod plodu ukončen za pomoci vakuumextrakce	13
2.3	Porod vedený císařským řezem	14
2.3.1	Císařský řez vedený plánovaně / akutně.....	16
2.4	Porodní poranění	18
2.4.1	Ruptury hráze III. a IV. stupně a jejich úskalí.....	20
2.4.2	Epiziotomie.....	22
2.4.3	Hojení a terapie porodního poranění	23
2.4.4	Prevence poranění a epiziotomie prováděné ženami.....	24
3	DOPAD ZPŮSOBU PORODU NA OBNOVENÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA ŽENY PO PORODU	26
3.1	Změny v prožívání pohlavního styku po porodu a potíže s ním spojené	27
3.1.1	Dyspareunie a změny prožívání pohlavního styku po porodu	28
3.1.1	Psychologický vliv na prožívání a obnovení pohlavního styku po porodu	30
3.1.2	Kojení a jeho vliv na pohlavní styk po porodu.....	31
3.1.3	Edukace porodní asistentky v péči o ženu po porodu a její sexualitu	32
	Význam a limitace dohledatelných poznatků.....	35
	ZÁVĚR.....	37
	REFERENČNÍ SEZNAM	38
	SEZNAM TABULEK	42
	SEZNAM ZKRATEK.....	43
	SEZNAM PŘÍLOH	44

ÚVOD

Porod, ačkoliv děj fyziologický, je často spojen s různým stupněm poškození, zhmoždění či poraněním porodních cest. Tyto poranění mohou mít vliv na širokou škálu poruch, které se u žen po porodu mohou projevit, včetně možný sexuálních dysfunkcí. (Weiss et al., 2010, s. 299)

Způsob vedení porodu a výskyt porodních poranění mohou být příčinou obtíží v intimním životě ženy, patří dokonce mezi jednu z hlavních příčin výskytu bolesti při pohlavním styku po porodu. Během 2–3 měsíců po porodu bolestivost během pohlavního styku pociťuje 41–67 % žen, v 6. měsíci pak stále až 31 % žen. (Langrová, Vrublová, 2013 s. 585)

Poporodní sexuální dysfunkce u žen je častý problém, o kterém se v prenatálním a poporodní péči moc nemluví. Je to však problém veřejného zdraví na celém světě. Stále zde převládá fakt, že sexualita je v dnešní době zaměřena hlavně na otázku reprodukce a minimálně na otázky vlastního sexuálního zdraví a potěšení. Příčinou je také to, že málo žen vyžaduje pomoc a se svými problémy se většinou nesvěří. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 638)

V souvislosti s vyskytujícími problémy při obnovení pohlavním styku po porodu je možné si položit několik následujících otázek:

- Jak ovlivňují vybrané způsoby porodu obnovení pohlavního styku po porodu?
- Jaký je rozdíl při obnovení pohlavního styku po porodu vaginálním, instrumentálním nebo po císařském řezu?
- Chrání císařský řez ženu před možnými změnami sexuálních funkcí po porodu?

Cílem bakalářské práce je sumarizovat a předložit aktuální dohledatelné informace a poskytnout ucelený přehled o vlivu porodu vaginálního, instrumentálního a císařského řezu na ženskou sexualitu po porodu. Zejména pak dopad způsobu porodu při obnovení pohlavního styku po porodu. Tento hlavní cíl byl dále specifikován v dílčích cílech:

Cíl 1: Předložit dohledané poznatky o porodu vaginálním, instrumentálním (vakuumextrakce, klešťový porod), císařském řezu a výskytu možného poranění po porodu s ohledem na sexualitu.

Cíl 2: Předložit aktuální dohledané poznatky o vlivu vybraných způsobů porodu na obnovení pohlavního styku po porodu a jeho prožívání.

Vstupní literatura:

WEISS, P. et al. 2010. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

PROCHÁZKA, M. a PILKA, R. 2018. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 253 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-5322-4.

KOUDELKOVÁ, V. 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-624-1.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



```
graph TD; A[ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI] --> B[VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA]; B --> C[DATABÁZE]; C --> D[VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA]; D --> E[SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ]; E --> F[Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 21 dohledaných článků a 12 monografií.];
```

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: Způsob porodu, sexualita, po porodu, dyspareunie, trauma po porodu, císařský řez

Klíčová slova v AJ: mode of delivery / mode of birth, sexuality, after childbirth, dyspareunia, , trauma after delivery, sectio caesarea

Jazyk: anglický, český

Období: 2014–2019

DATABÁZE

EBSCO, Medvik, PubMed a vyhledávač Google

Nalezeno: 215 článků

VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Nerecenzované periodika

Duplicitní články

Obsahová nekompatibilita s cíli práce

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO použito 7 článků

Medvik použity 3 články

PubMed použity 4 články

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito

21 dohledaných článků a 12 monografií.

2 ZPŮSOBY VEDENÍ PORODU, PORODNÍ PORANĚNÍ S OHLEDEM NA SEXUALITU PO PORODU

2.1 Vaginálně vedený porod polohou podélnou záhlavím

Vlastní porod se dělí na I., II., III. dobu porodní a poporodní období.

I. doba porodní: tzv. otevírací; za její začátek se považuje nástup pravidelných děložních kontrakcí, které vedou k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky, až po její úplný zánik. Její trvání je různé. V průměru to je 8–10 h u prvorodičky a 6-8 h u vícero dičky. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 178-179, Procházka, Pilka et al., 2016, s. 118)

II. doba porodní: tzv. vypuzovací; začíná zánikem branky a končí porodem plodu, který v tuto dobu prostupuje tvrdými i měkkými porodními cestami. Trvání této doby je v průměru od 15–50 minut u prvorodičky a 5–20 minut u vícero dičky. (Za jistých podmínek může být prodloužená – epidurální analgezie, řídí se klinickým stavem plodu a rodičky) Prodloužení II. doby porodní nad dvě hodiny s sebou totiž nese nebezpečí trvalého trofického poškození měkkých cest s možností vzniku nekrotických píštělí. (Doležal et al., 2007, s. 34) Mechanismus II. doby porodní má 5 na sebe navazujících etap. 1) Iniciální flexe a vstup hlavičky do pánevního vchodu. 2) Progrese do pánevní šíře a úžiny: v pánevní úžině hlavička naráží na odpor pánevního dna, rodička v tom okamžiku zapojuje při kontrakci vlastní síly – břišní lis a zesiluje intenzitu porodních sil. Aktivní zapojení rodičky má za následek jakousi psychickou úlevu, i když klade na těhotnou velké fyzické nároky. Pozitivní uplatnění má i fyzická příprava v těhotenství, a to zejména nácvik dýchání a zapojování svalstva. 3) Normální a abnormální vnitřní rotace hlavičky. 4) Rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony: je zde nutné chránit hráz, hrozí rychlé prořezání hlavičky a snáze vzniká i větší poranění hráze. 5) Zevní rotace a poté mechanismus porodu ramének: obezřetnost se musí dát při porodu druhého (spodního) raménka, je zde také důležité chránění hráze (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 178,185-188, Procházka, Pilka et al., 2016, s. 118-119, Binder, Vavřínková, 2016 s. 65) V zájmu rodičky je zde snaha, co nejlépe chránit hráz a zabránit zbytečnému poranění měkkých částí. Mezi obecně uznávaná a přijímaná pravidla mezi porodníky a porodními asistentkami patří: 1) Bránění hlavičky v překotné progresi, aby měly tkáň lepší možnost adaptace na zvýšený tlak. 2) Snaha o to, aby hlavička procházela vždy svým nejmenším subokcipitobregmatickým obvodem (32 cm). 3) Porod plodu by měl jít ve směru pánevní osy vždy v závislosti na poloze rodící ženy. Na hlavičku by se nikdy nemělo tlačit bodově, ale vždy jen celou plochou prstů vějířovitě rozevřených. Nemá být také příliš prodlužováno prořezávání hlavičky, a to v zájmu jak rodičky, tak plodu. Pánevní dno je v téhle fázi nejvíce rozepjato a

namáháno. Dochází k tření mezi hlavičkou plodu a porodními cestami, a tím i k redukci prokrvení. (Doležal et al., 2007 s. 32–35)

III. doba porodní: porod placenty; začíná porodem dítěte a končí odloučením a porožením placenty a plodových obalů. Je nejkratší dobou porodní, ale může trvat až 60 minut. V ČR se tato doba vede většinou aktivně, a to za pomoci uterotonik, které napomáhají kontrahovat dělohu a zabraňují tak krvácení z cév.

Poporodní období: Probíhá zde hodnocení placenty, kontrola porodního poranění, jeho ošetření, vyšetřují se zevně i vnitřně rodidla, kontroluje a sleduje se zavínování dělohy, kontrola krvácení a kontrola fyziologických funkcí. Rodička je další dvě hodiny sledována na porodním sále. Celková krevní ztráta by při fyziologickém porodu a v poporodním období neměla přesáhnout 300ml. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 188, Procházka, Pilka et al., 2016, s. 121–122)

2.2 Vaginálně operativně vedený porod polohou podélnou záhlavím

Mezi vaginálně operativně vedené porody polohou podélnou záhlavím se zařazuje: porod klešťový (per forcipem – F) a porod za pomoci vakuumextrakce (VEX).

Ze zprávy o rodičce a novorozenci vydané ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) z roku 2017 vyplývá, že operačně vedený vaginální porod byl v roce 2015 zastoupen v 2,6 % porodech. Z toho 1,9 % náleží vedení porodu vakuumextraktorem a 0,7 % má zastoupení porod per forcipem. Velice podobné statistiky jsou i z roku 2014, kde byl celkový počet porodů vaginálně operativních zastoupen v 2,5 % z toho taktéž 0,7 % náleželo porodu per forcipem a 1,8 % vedení porodu vakuumextraktorem. Vzrůstající tendenci tedy nelze zaznamenat. (ÚZIS ČR, 2017, s. 123)

Z hlediska evropské statistiky se použití instrumentálně vedeného vaginálního porodu pohybuje v rozmezí 0,5 % až na 15,1 % z celkového počtu porodů za rok 2015. Je to ovlivněno jednak tím, že jednotlivé země se liší v používání instrumentálních vaginálních porodů (buď použitím kleští nebo vakuumextraktoru, jejíž společným cílem je usnadnit pomoc a zajistit přitom přirozený porod pro matkou i novorozence v dobrém stavu), tak zvažováním případného císařského řezu (buď plánovaného nebo akutního). (Euro-Peristat Project, 2018 s.74). Volba techniky se dle Šimety (2016, s. 93) v jednotlivých zemích dále liší hlavně v závislosti na zvyklostech a výcviku personálu.

Nicméně ze statistiky Euro-Peristatu nevyplývá, že by zvýšení instrumentálních porodů mělo za následek snížení frekvence císařských řezů. (Příloha č. 1) (Euro-Peristat Project, 2018, s. 69, 74)

Dříve byl porod kleštěmi nejvyužívanějším vaginálním výkonem ukončující porod a po císařském řezu byl na druhém místě jako plod vybavující operace. V současné době ovšem značně převládá využití vakuumextrakce. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 480)

Komplikace po vaginálních porodnických operacích jsou obdobné, jako u ostatních vaginálních operací. Může docházet k potížím, které komplikují ženskou sexualitu, například: poruchy lubrikace, výskyt dyspareunie, vaginismus organického či psychogenního vzniku, jizevnaté procesy v místě působení, následky sekundárního hojení a výskyt pooperačních infekcí, pooperační prolapsy vaginálních stěn, vznik močové inkontinence a jiné.

V závislosti na lokalizaci a charakteru poranění se mohou vyskytnout při použití kleští a vakuumextrakce dyspareunie, inkontinence moči při sexu a všechny typy ženských sexuálních dysfunkcí. (Weiss et al., 2010, s. 221-222) Vakuumextrakce je z tohoto pohledu nástrojem první volby, neboť oproti klešťovému porodu je riziko poškození pánevního dna menší, a tím hrozí i menší výskyt takovýchto komplikací. (Procházka, Pilka et al., 2016, s. 200)

2.2.1 Porod ukončen pomocí kleští

Porod klešťový, partus per forcipem (F) je znám jako neplánovaný výkon v II. době porodní. Indikace pochází jak ze strany matky, tak ze strany plodu, popřípadě mohou splývat. Při některých onemocněních matky lze také s touto metodou počítat jako s nástrojem pro snížení námahy a zkrácení II. doby porodní. Mohou to být různá onemocnění srdce, myasthenia gravis, neurologická onemocnění, nebo oční onemocnění. Dnes je v těchto případech využívána i vakuumextrakce. Slouží hlavně jako nástroj, který nahrazuje nebo zesiluje chybějící vypuzovací síly. (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 480,484, Doležal et al., 2007, s. 157-158, Šimetka, 2016, s. 93)

Předpoklady pro ukončení porodu (F) znamenají splnění několik následujících podmínek a to: normální pánev – vyloučení kefalopelvického nepoměru, zašlou porodnickou branku (při akutní indikaci lze provést nástřih branky, avšak musí být splněny všechny ostatní podmínky), musí být zcela volné měkké porodní cesty, odteklá plodová voda, hlavička plodu v šíři vstouplá, fixovaná (perakutně se může použít i na hlavičku velkým oddílem vstouplou a pevně fixovanou v pánevním vchodu), nutná je znalost předpokládané hmotnosti plodu, přesná diagnostika uložení plodu a možný rozsah porodního nádoru na hlavičce plodu.

Indikace ze strany matky: slabé děložní kontrakce i přes farmakologické řešení, špatná funkce břišního lisu, vyčerpané síly rodičky při dlouhotrvajícím porodu, horečka při porodu, akutní stav matky, nepostupující porod v II. době porodní, kdy je hlavička vstouplá v pánvi, nebo pokud musí být vyloučena námaha břišního lisu rodičky v II. době porodní kvůli

onemocnění matky. Indikace ze strany plodu: mezi ty nejčastější se řadí akutní hypoxie plodu. Při použití kleští se většinou jedná o kombinaci hned několika indikací, které by vedly k zhoršené prognóze nekomplikovaného spontánního porodu. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 483-484, Doležal et al., 2007, s. 164-165, Šimetka, 2016, s. 93,94)

Vybavení hlavičky z pánevního východu provází několik na sebe navazujících kroků. Rodička je uložena do gynekologické polohy na porodnickém lůžku, je provedeno vycévkování močového měchýře, bimanuální vyšetření, předoperační dezinfekce, zarouškování rodidel a po pudendální svodné anestezii (pokud není porod dále veden v epidurální anestezii, v tom případě by nebylo další anestezie potřeba) je provedena vydatná epiziotomie mediolaterální nebo laterální. Vlastní operace má několik fází. 1) Zavedení a naložení kleští: při zavádění lžic porodník kontroluje jejich posun po hlavičce a chrání poševní stěnu před poraněním. 2) Uzavření kleští: správných sklonem branží je zámek možno nenásilně zamknout. 3) Pokusná trakce: probíhá mimo kontrakci a porodník zjišťuje, zda jsou kleště správně nasazeny a nesklouzávají z hlavičky plodu. 4) Vlastní trakce: probíhá za kontrakce, porodník musí celou dobu respektovat porodní mechanismus a také směr pánevní osy, při prořezávání hlavičky chrání porodník nebo asistující lékař hráz. 5) Sejmutí kleští: otevření a sejmutí kleští z hlavičky, poté se dokončí porod obvyklým způsobem.

Indikace pro (F) porod vedený z vyšších pánevních rovin se soustředily převážně na extrakce hlavičky z pánevní šíře. Oproti extrakci hlavičky z úžiny a východu, kde jsou postupy obdobné, má klešťový porod z šíře řadu svých technických specifik. Používají se například jiné typy kleští, uzpůsobené jako rotační a operátor při výkonu sedí. Pomáhá tak správnému směru trakce a až je hlavička v úžině, tak se zvedá a pokračuje vestoje jako u forcepsu východovém. Je zde využití vydatné epiziotomie, popřípadě s využitím rozšířené laterální epiziotomie tzv. Schuchardtova řezu.

Ošetření po vaginálním operačním porodu je obzvláště pečlivé. Provádí se revize vrcholu epiziotomie. V zrcadlech se kontrolují poševních stěny, klenby a děložní hrdlo. Je nutno vyloučit všechny poranění, která mohla při rychlém vybavování hlavičky a nasazování kleští vzniknout. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 484-487) Je nutné po každém klešťovém porodu provést pečlivé palpační – rektální vyšetření, vyhledat možná poranění a zhodnotit stav svěrače. (Doležal et al., 2007, s. 189)

Klešťový porod může být provázán řadou komplikací, při nichž dochází jak k poškození rodičky, tak plodu. Stát se tak může při špatné indikaci, nerespektování podmínek vaginálního porodu a porodních cest nebo špatnou technikou vlastního výkonu. V rámci hrozícího poranění rodičky může dojít: k smeknutí kleští, vzácně k trhlinám dolního děložního segmentu,

k poranění močového měchýře, k trhlinám děložního hrdla, poševních kleneb a poševních stěn. Dále se může objevit ruptura navazující na epiziotomii, která směřuje buď do poševní klenby, nebo do oblasti rekta s možným poraněním III. stupně. Ta bývají většinou důsledkem příliš rychle trakce, velké hlavičky, špatného chránění hráze při prořezávání hlavičky nebo je způsobena malým rozsahem profylaktické epiziotomie před vlastní operací. Jako pozdní následky poškození podpůrného závěsného aparátu se mohou objevit poklesy a snížení poševních stěn a dělohy. Tyto stavy jsou spojovány s inkontinencí moči stresového typu., vzácně s neudržením stolice, a to zejména při špatném zhojení řitního svěrače m. sphincter ani. Stresový typ inkontinence se může projevit v závislosti na posunu močového svěrače do stran. Při větším otoku hráze a konečníku po porodu se však mohou objevit přechodné projevy inkontinence moči a střevních plynů, které se později navrátí k původnímu stavu. Při špatném zhojení tkání v oblasti vezikovaginální a rektovaginální se v této oblasti mohou vyskytovat i píštěle. Zhmožděné tkáně jsou považovány za bránu infekce, proto je často vhodné preventivní podání antibiotik. V souvislosti s klešťovým porodem jsou dále popisovány poranění spony, trhliny hrdla, branky, pochvy, hráze, poškození klitoris, močového měchýře, konečníků a snopců m. levator ani a také skrytá poranění, která mohou být krytá intaktní kůží. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 489, Doležal et al., 2007, s. 190, Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2017, s. 1,4,)

Úspěšnost porodu (F) se odvíjí jak od správné indikace, techniky operace, tak od vyšetření před vlastním výkonem (vnější/vnitřní). Pomocným diagnostickým řešením je v současné době i časté použití abdominálního ultrazvukového vyšetření. Snaha je vykonávat tuto operaci z co nejnižších pánevních rovin. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 490) Využití kleští bezpochyby patří do rukou zkušeného porodníka, který ovládá trakční i rotační nástroje a používá je vždy uvážlivě. (Procházka, Pilka et al., 2018, s. 214)

2.2.2 Porod plodu ukončen za pomoci vakuumextrakce

Vakuumextraktor je oproti kleštím nástrojem pouze trakčním, neumožňuje tedy rotaci hlavičky, ale pomáhá její progresi pouhou trakcí. Použití je jinak velice podobné jako u indikací kleští. Taktéž musí být splněny podmínky připouštějící tuto metodu. Užití této metody není výhodné u nezralých plodů a také u plodů se zjištěnými krvácivými chorobami, neboť by mohlo dojít k jejich poškození. (Procházka, Pilka et al., 2016, s. 199, Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 490, Šimetka, 2016, s.94)

Klasický vakuumextraktor se skládá z několika částí. A to: přísavný zvon, trakční systém skládající se z hadic, kterými je připevněna vývěva a pelota. K pelotě je poté připojen traktor umožňující tah a dále odsávačka.

Příprava rodičky k vakuumextrakci je stejná jako u klešťového porodu. Žena je uložena do gynekologické polohy, kde je vyšetřena, vycévkovaná, a po provedené dezinfekci a zarouškování rodidel je sterilní pelota přiložena v blízkosti vedoucího bodu, pokud možno mimo fontanelu. Důležité je zjistit, zda se po vytvoření podtlaku nepřisály i další okolní tkáně, například poševní stěna. Trakce se vede vždy jen za kontrakce a je důležité respektovat porodní osu. Epiziotomie zde není úplně nutná, záleží na poddajnosti hráze. Po porodu hlavičky se ruší podtlak a porod je veden obvyklým způsobem. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 491-492, Procházka, Pilka et al., 2016,2018, s. 204, 213)

Pokud dojde opakovaně k neúspěšné trakci a pelota se uvolní, je nutné po třetím nezdařilém pokusu ukončit porod jinou operační metodou – porodem klešťovým, popřípadě císařským řezem. Vždy však záleží na dalších okolnostech porodu a rozvaze porodníka. (Šimetka 2016, s. 94)

Výhodou vakuumextrakce je jednak to, že pelota nezvětšuje průměr rodící se hlavičky, jako to vidíme u použití kleští, ale i to, že ve srovnání s forcepsem má menší riziko i míru poranění pánevního dna. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 491-492, Procházka, Pilka et al., 2016,2018, s. 204, 213)

Jako komplikace vakuumextrakce Doležal (2007, s. 199) uvádí: vzácně poranění hrdla a pochvy, při varixech, roztržení hrdla, fisury vezikovaginální, ruptury pochvy a ruptury III. stupně. Také se mohou objevit problémy s inkontinencí moči a stolice, avšak oproti klešťovému porodu je zde menší riziko poškození konečníku.

2.3 Porod vedený císařským řezem

Císařský řez, sectio caesarea (S.C.) je nejčastější porodnickou operací, která ukončuje těhotenství v třetím trimestru a porod. Na rozdíl od vaginálních operačních technik se císařský řez provádí většinou dříve než v závěru druhé doby porodní anebo již v těhotenství. Výjimečně se k němu přistupuje i tehdy, pokud nejsou tyto operační vaginální techniky úspěšné. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 492, Procházka, Pilka et al., 2016, s. 204)

Dle statistiky ÚZIS ČR (2017, s. 47, 52) můžeme zaznamenat v roce 2014 i 2015 stejnou frekvenci císařských řezů a to v 26,9 % porodů. Dále je možno díky této statistice sledovat situaci plánovaných i akutních S.C., které roku 2014 i 2015 proběhly.

Tabulka č. 1 Císařské řezy v roce 2014, 2015

SITUACE S.C.	2014 (26,9 %)	2015 (26,9 %)
<i>V těhotenství plánovaný</i>	44,4 %	43,5 %
<i>Akutní</i>	16,8 %	16,2 %
<i>Za porodu plánovaný</i>	6,7 %	6,9 %
<i>Akutní</i>	32,2 %	33,4 %
<i>Z toho u polohy KP</i>	51,6 %	59,3 %

(ÚZIS ČR, 2017, s. 83,121)

Podle dřívějšího prohlášení Světové zdravotnické organizace (WHO) by se zastoupení císařského řezu mělo pohybovat mezi 10–15 %. Později organizace uvedla, že by se však nemělo jen snažit dosáhnout konkrétní míry S.C., ale mělo by se vynaložit veškeré úsilí poskytnout S.C. jen ženám, které ho potřebují. Stále se však potvrzuje předchozí tvrzení a to, že zvyšující výkon S.C. nad 9–16 % není spojen s lepšími výsledky zdraví populace. (WHO, 2015, s. 2) Míra zastoupení císařských řezů se v EU pohybuje mezi 15 % a 40 %. Originální tabulka srovnávající vývoj míry S.C. za roky 2010-2015 vydaná v Evropské zprávě o perinatálním zprávě za rok 2015 v listopadu 2018 (příloha č.2) zastoupení S.C. v roce 2015 v jednotlivých zemích (příloha č.3). (Euro-Peristat Project, 2018, s. 69, 76-77)

Zavedení S.C. může být zachraňující způsob ukončení porodu jak pro matku, tak pro dítě. Schopnost provádět nouzový, akutní císařský řez je jedním z klíčových ukazatelů kvality služby mateřské péče. Nicméně stále platí, že v nepřítomnosti mateřských či plodových komplikací je vaginální porod stále spojen s nižší morbiditou u matky, a je přinejmenším stejně bezpečný i pro plod. Navíc se díky S.C. významně zvyšuje riziko některých komplikací v následujícím těhotenství, mezi které patří například: placenta praevia, placentární abrupce a porod mrtvého plodu. (Euro-Peristat Project, 2018, s. 69)

K indikaci S.C. se porodníci přiklání v případech, kdy není porod možný anebo je nebezpečný pro matku či plod. Podle časové orientace se rozlišuje na primární (plánovaný, elektivní) císařský řez; u kterého je indikace již v těhotenství známá a je rozhodnuto o jeho provedení a termínu. A na sekundární (neplánovaný, akutní) císařský řez; kde k indikaci dochází postupně nebo náhle. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 493)

Mezi nejčastější indikace k S.C. Marešová (2014, s. 198-199) zařazuje: hypoxii plodu, fetopelvický a kefalopelvický nepoměr, polohu plodu koncem pánevním a jiné nepravidelné polohy plodu, jež vylučují vaginální porod, naléhání a výhřez pupečníku, vícečetné těhotenství, dystokii cervikokorporální, některé stavy po předchozím S.C., včestné překážky v porodních

cestách, stavy po operačních zákrocích na děloze a malé pánvi, placentu praeviu, abruptio placentae. Pro S.C. je možno se rozhodnout i po neúspěšnou indukci a pro celkové onemocnění ženy (př. eklampsie, oční indikace, kardiopatie aj.) Lze se setkat s psychosociální indikacemi, přidruženými indikacemi (věk, gestační anamnéza aj.) i s císařským řezem na přání.

Mezi peroperační komplikace patří: nebezpečí poranění okolních orgánů, například močového měchýře, děložní stěny, dále masivní krvácení a poranění plodu při vybavení. Mezi časné komplikace se řadí především: výskyt infekce, hrozící dehiscence rány u obézních pacientek anebo embolie. Dle druhu anestezie se mezi pozdní komplikace řadí postpunkční cefalea. Z hlediska možného dopadu na sexualitu je ovšem nebezpečný výskyt srůstů po břišních operacích, tedy i po provedeném císařském řezu. Mechanismus vzniku srůstů začíná poraněním pobříšnice s následným vytvořením zánětlivého procesu. Samotné srůsty se dají rozpoznat již 3-5 den po provedení operace. Způsobují chronickou pánevní bolest a jsou také hlavní příčinou sekundární neplodnosti. (Koudelová, 2013, s. 101–103)

Srovnáním výběru vaginálního porodu a císařského řezu z pohledu žen (N=1428) se zabývala internetová studie, spolufinancovaná kanadskými institucemi pro výzkum a zdraví. Zajímala se o povědomí žen o účincích porodu a jeho následného vlivu na sexualitu, zejména tedy volbu mezi vaginálním porodem a císařským řezem. Až 21 % žen se zcela nebo částečně shodlo s tvrzením, že císařský řez je vhodný jako prevence a zabrání budoucím sexuálními problémům ve srovnání s vaginálním porodem (příloha č. 4). (Cappell, Pukall, 2018, s. 55, 57-61)

2.3.1 Císařský řez vedený plánovaně / akutně

V ČR můžeme císařský řez v roce 2015 rozdělit z celkového zastoupení na: 17,4 % plánovaných, elektivních S.C. a 8,7 % neplánovaných, akutních S.C., rozdělení typů císařských řezů na území EU (příloha č. 5).

V případě plánovaného výkonu je žena kompletně předoperačně vyšetřena. Součástí je stanovení aktuálního porodního nálezu i zhodnocení závěrečné operační indikace. Jinak se vyšetření od klasické přípravy před operací neliší. Na podrobném vyšetření se podílí praktický lékař (v případě přidružených onemocnění specialista), anesteziolog a porodník. S. C. je po uvážení prováděn buď v celkové nebo regionální anestezii (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 496)

K akutnímu císařskému řezu se přistupuje tehdy, pokud v daném okamžiku těhotenství či porodu dojde ke komplikaci, která ohrožuje matku nebo plod a toto nebezpečí nelze odvrátit. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 203) Před operací jsou prováděny pouze nutné přípravy,

mezi které patří: katetrizace močového měchýře, zajištění nitrožilního přístupu, okamžité odebrání vzorků na nejdůležitější vyšetření (krevní obraz, krevní srážlivost a jiné), popřípadě se podávají náhradní roztoky a zajišťuje se krev. Může se provádět i akutní tokolýza k utlumení děložních kontrakcí, a to převážně při děložní hyperaktivitě, hypoxii plodu a dalších závažných stavech. Akutní operace je vždy spojena s větším rizikem a stresem jak pro matku, tak pro dítě i personál. Proto tyto situace vyžadují dobrou organizaci, komunikaci, zkušený tým a v neposlední řadě komplexně vybavené zdravotnické zařízení. I přes to však bude s akutním S.C. spojeno více komplikací. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 496, Procházka, Pilka et al., 2016, s. 195) Zejména se jedná o silné krvácení při placenta praevia, abruptio placentae, eklampsii, kritické stavy interní nebo neurologické, výhřez pupečníku a akutní hypoxii plodu. Ojedinele může být příčinou ruptura děložní, traumata s vnitřním poraněním anebo stav po neúspěšném vaginálně operačně vedeném porodu. (Doležal et al., 2007, s.207)

WHO varuje, že císařské řezy mohou způsobit významné a někdy i trvalé komplikace, zdravotního postižení nebo smrt. Císařský řez by v ideálním případě měl být proveden jen tehdy, když je to z lékařského hlediska nezbytné. (WHO, 2015, s. 4) Je známa řada komplikací, které mohou S.C. provázet. A to jak při provedení, v časném pooperačním období, tak v rámci dlouhodobých následků. Při operaci se mohou vyskytnout vážné situace: komplikace spojené s anestezií, možné krvácení, poranění okolních orgánů, embolie plodovou vodou. Mezi pooperační komplikace se řadí: krvácení, infekce, bolesti hlavy, možný ileus, nebo tromboza a tromboembolie. Může dojít také k poranění močového měchýře, dělohy; jejích hran a adnex, hysterektomii, poranění střev nebo stěny břišní. (Doležal et al., 2007, s. 253-254) Z dlouhodobých následků S.C. je známá především: jizva na děloze, která vede ke snížení kvality tkáně v tomto místě, dále možná sterilita, neplodnost, břišní diskomfort, srůsty – adheze, patologické placenty v dalším těhotenství. S každým S.C. je další těhotenství rizikovější a je zde větší riziko komplikací s možnými důsledky. (Procházka, Pilka et al., 2016, s. 198-199)

Dle Koudelkové se mezi pozdní komplikace řadí také postpunkční cefalea (po spinální/epidurální anestezii) a chronická pánevní bolest, související s tvorbou pooperačních srůstů. (Koudelková, 2013, s. 101)

2.4 Porodní poranění

Doba zotavení po vaginálním porodu je všeobecně kratší než po císařském řezu. Jen v některých případech může trvat déle, a to například pokud došlo k většímu porodnímu poranění. (Wider, 2009, s. 109)

Během porodu záhlavím dochází k průchodu hlavičky cca. s průměrem 9,5 cm a obvodem 32 cm. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 176) Ta přitom působí svým tlakem na okolní měkké tkáně, vazivové struktury (lig. pubocervicales), nervová vlákna (n. pudendus) a svaly pánevního dna. Mezi porodní poranění zahrnující poškození kožní a slizniční kontuity patří: spontánně vzniklé ruptury pochvy a hráze, epiziotomie, poranění struktur pánevního dna a dále také možná laparotomie při porodu císařským řezem. Většina těchto poranění nemusí být na první pohled patrná, neboť je kryta intaktní kůží, avšak vznikají zde různá poranění pubocervikální fascie, traumatické denervace perinea, ruptury svalových vláken. Díky těmto poraněním se mohou dále vyskytnout poruchy senzitivity zevního genitálu, problémy spojené s únikem moči, inkontinence plynů a stolice, sestup pánevních orgánů a také sexuální dysfunkce. (Weiss et al., 2010, s. 299)

Mašata uvádí, že porod a těhotenství může přímo vést k poranění závěsného aparátu a podpůrného systému orgánů malé pánve nebo nepřímo omezit jejich funkce poškozením inervace. V posledních letech se vedou intenzivní výzkumy, které se zabývají následky porodního poranění a je zřejmé, že porod a těhotenství má významný vliv na vznik inkontinence moči (až 50 % žen), sestup pánevních orgánů (až 50 % žen – z toho je zhruba 11 % žen v životě pro tento problém operováno) a inkontinenci stolice. Vzhledem k stále vyššímu věku prvorodiček, lze předpokládat, že tyto ženy budou mít větší obavy z poškození funkce jejich pánevního dna spontánním porodem. (In: Hájek et al., 2014, s. 439)

Mezi porodní poranění jsou zahrnuty: Uzurace; které vznikají z nekrózy tkání, na základě dlouhého tlaku a rozvoje ischemie v tkáních, například při dlouhém tlaku hlavičky. Za následek mohou mít vznik píštělí, který se projeví většinou 4–5 den po porodu, v dnešní době jsou vzácné.

Trhliny děložního hrdla: drobná poranění okrajů děložního hrdla se vyskytují skoro u každého porodu. Pokud trhliny však nekrvácejí a jsou menší 1 cm, není je potřeba ošetřovat. Příznakem ruptury bývá krvácení různé intenzity, a to je potřeba ošetřit. Závažné jsou především ruptury jdoucí po celé délce hrdla, které mohou zasahovat až do poševní klenby nebo dolního děložního segmentu. Špatně se ošetřují a v kritických případech mohou vést k hysterektomii. Po každém porodu se proto stav hrdla reviduje v zrcadlech a trhliny se

dokonale ošetřují. Nedokonalá ošetření mají za vinu jizevnatou deformaci hrdla, jeho inkompetenci v dalším těhotenství a vznik ektopia, dále je zde riziko vzniku retroperitoneálního hematomu. (Procházka, Pilka et al., 2016, s. 128, Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 439-440)

Ruptura dělohy: k ruptuře dělohy dochází v dnešní době už vzácně, můžeme se s ní setkat po prudké kontuzi břicha ve vyšším týdnu těhotenství, například při autohavárii, nebo po předchozím SC, kdy je děloha v místě jizvy oslabena, špatně se hojila, nebo zde byly prováděny další zákroky, které mohly dělohu oslabit. Ruptury vznikají většinou za porodu, a to buď jako spontánní, způsobené vlastními porodními silami nebo mohou být zřídka způsobeny i iatrogeně. Jestliže jsou zjištěny možné příznaky ruptury dělohy je porod přerušen tokolytiky a těhotenství je ihned ukončeno pomocí S.C. K laparotomii se přistupuje neodkladně a zastavuje se krvácení z porušených cév. Pokud nejsou poranění velká, stačí prostá sutura. Některé případy se musí řešit hysterektomií. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 443-445)

Trhliny pochvy: samotné se vyskytují zřídka, spíše jsou spojeny s rupturami hráze. Špatně ošetřená ruptura má za následek to že, krev vytéká a hromadí se v parakolpiu. Může také vytvářet rozsáhlé retroperitoneální hematomy.

Hematom v parakolpiu: objevuje se krátce po konci III. doby porodní. Příznakem je bolestivý tlak na konečník a v podbříšku. Rodička je hypotenzní, bledá s rozvojem hemoragického šoku, krevní ztráta může dosahovat až 1000 ml a ošetřování je spojováno s dramatickým průběhem. Situace se řeší ve spolupráci s ARO v celkové anestezii na operačním sále, kde se provádí odstranění sutury, evakuace hematomu, drenáž Redonovým drénem a následná resutura. Možná je také kompresivní tamponáda pochvy, aplikace hemostyptik a vasokonstrikčních látek u stabilizované pacientky a při pečlivém sledování.

Ruptury vulvy a hráze: Na vulvě lze po porodu vidět drobné oděrky a trhliny v oblasti stydkých pysků. Tyto trhlinky však většinou zasahují pouze kůži, pokud značně nekrvácejí nevyžadují další ošetření. Nejčastěji je možné se setkat s poraněním hráze, často postihuje všechny její vrstvy, a to: kůži, podkoží, svalstvo tvořící perineální membránu, m. levator ani a především m. pubococcygeus. Příčinou může být, jak špatné chránění hráze při porodu, příliš rychlé prořezání hlavičky, předčasná deflexe hlavičky, tak špatný stav tkáně hráze způsobený křehkostí tkáně po proběhlých zánětech, nebo vrozeně slabou tkání. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 440-441, Procházka, Pilka et al., 2016, s. 128)

Dle Weisse jsou v tabulce rozděleny poranění perinea do čtyř kategorií, a to; nástřih hráze (epiziotomie), ruptury vulvy a pochvy, ruptury hráze a okultní poranění struktur pánevního dna.

Tabulka č. 2: Porodní poranění perinea

<i>Nástřih hráze (epiziotomie): mediální, laterální a mediolaterální</i>		
<i>Ruptura vulvy a pochvy</i>		
<i>Ruptury hráze</i>	<i>I. stupeň</i>	<i>Postižena je kůže, podkoží a část poševní stěny</i>
	<i>II. stupeň</i>	<i>Postižení je stejné jako u I.st + poškozeny svaly hráze</i>
	<i>III. stupeň</i>	<i>a) postižení jako u II. st. + poškozeno méně než 50 % m. sphincter ani externus</i>
		<i>b) postižení jako u II. st. + poškozeno více než 50 % m. sphincter ani externus</i>
		<i>c) postižení jako u II. st. + kompletní poškození m. sphincter ani externus i internus, mukóza zachována</i>
<i>IV. stupeň</i>	<i>Postižení jako u poranění III.c, včetně mukózy</i>	
<i>Okultní (skrytá) poranění struktur pánevního dna</i>		<i>Trakční poranění n. pudendus</i>
		<i>Skryté poranění análního sfinkteru (m. sphincter ani externus, internus)</i>
		<i>Ruptury</i>

(Sexuologie: Weiss et al., 2010, s. 300)

2.4.1 Ruptury hráze III. a IV. stupně a jejich úskalí

Ruptury III. a IV. stupně mohou být extrémně bolestivé a mohou dlouhou dobu zasahovat do různých sfér sexuálního života ženy, zejména do pohlavního styku. Velice bolestivé pro ně je i vyprazdňování. Bolest v takovém případě může ženu doprovázet měsíce a je nutné, aby několikrát navštívila lékaře. Některé ženy s takovýmto poraněním mohou dlouhodobě trpět plynatostí anebo fekální inkontinencí. (Wider, 2009, s. 111)

Ošetření větších ruptur patří mezi ty opravdu obtížné, díky spontánnímu roztržení jsou totiž okraje poranění dosti nepravidelné, zhmožděné a ošetření je doprovázeno silným krvácením. Ošetření proto vyžaduje zkušeného lékaře, který má předchozí zkušenosti se suturou análního sfinkteru. Je nezbytné ženu po porodu s takovýmto poraněním ošetřovat v odpovídající anestezii vždy na operačním sále a s asistencí. Při nesprávném ošetření je riziko inkontinence stolice více než 30 %. Pooperačně jsou předepsána antibiotika a ženě jsou dále podávána laxativa. Správnou péčí se toto riziko snižuje pod 10 %. Pacientky je vhodné sledovat a vyšetřit i s odstupem času.

Poranění m. levator ani – avulzní poranění m. puborektalis: m. puborektalis patří do komplexu svalů m. levator ani a jeho porucha funkce má velký vliv na rozvoj sestupu pánevních

orgánů. V průběhu porodu se musí svaly v genitálním hiátu značně roztáhnout. Bez poranění je to možné až o 30 %, poté se může stát, že se sval roztrhne anebo se zcela utrhne od úponu. Mašata uvádí, že odtržení puborektálního svalu se vyskytuje až u 20 % žen po spontánním vaginálním porodu, a že toto riziko roste věkem. Ženy po 35 roce mají až 50 % riziko odtržení svalu od úponu. Avulzní poranění zvyšuje až 8 x riziko pozdějšího sestupu pánevních orgánů. (In Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 441-443) Podle Ostrčila je možnost pozorovat i při intaktní kůži odtržení puborektální části levatoru. Poukazuje na to, že když se v praxi tlačí proti hrázi na hlavičku, dochází k ještě větší anemizaci hráze, a ta se tak snadněji poraní. Porodní akt sám o sobě je tak možno brát jako další faktor, který se bezprostředně podílí na pozdějším vzniku stresové inkontinence, na poklesu eventuálně výhřezu rodidel. (In: Doležal et al., 2007, s.33-34)

Ruptury III. stupně jsou závažným poraněním a mohou být příčinou následné inkontinence moči a stolice s těžkou tělesnou i psychickou změnou. (Binder, Vavřínková, 2016, s. 177) Dle Weisse (2010, s. 299) je u žen po porodu a ukončeném šestinedělí až u 40 % případů popisována stresová inkontinence moči, po 3 měsících po porodu je tomu tak u 15 % žen. Dlouhopřetrvávající problémem je u 8 % žen (u nulipar 4 %). Anální epizodickou úplnou inkontinenci udává dle Zetterströma 1 % žen a 26 % žen udává redukovanou kontrolu plynů 9 měsíců po porodu. (In: Weiss et al., 2010, s. 299, 300)

Martan (2011,2013, s. 50-53) uvádí, že mezi nejčastější příčiny rozvoje stresové inkontinence moči (SUI) a sestupu orgánů malé pánve patří vaginální porod. Pánevní dno je během porodu vystavěno jak vypuzovacím silám matky, tak tlaku naléhající části plodu. Dochází k maximálnímu roztažení pánevního dna a tím také k možným anatomickým a funkčním změnám nervů, svalů a pojivové tkáně. Tyto změny mají poté za následek pokles pánevních orgánů, dyspareunii a rozvoj močové nebo anální inkontinence. Bylo dokázáno, že ženy po porodu vaginálním mají častější poruchy denervace svalů pánevního dna oproti ženám po S.C. Protektivní efekt S.C. je však limitován počtem těchto zákroků. Při třech a více operacích je výskyt stresové inkontinence stejný jako u vaginálního porodu. Schuessler a spol. uvádí, že nižší výskyt SUI byl zaznamenán i při použití epidurální analgezie při porodu, a to díky lepšímu uvolnění pánevního dna při porodu. Mezi další rizika vzniku SUI patří: první porod, prodloužená II. doba porodní, klešťový porod, ruptura III. stupně, věk nad 30 let při prvním porodu, nadměrná hmotnost rodičky (BMI nad 30), porodní hmotnost plodu nad 4000 g. SUI však může být průvodním jevem již při těhotenství a po porodu spontánně vymizet.

Španělská longitudinální prospektivní studie zkoumala kvalitu života po porodu vaginálním, klešťovém, vakuumextrakci a císařském řezu souvisejícím se zdravím v 6. týdnu a

6. měsíci po porodu (N=546). Přestože dle autorů způsob porodu přímo neovlivňuje kvalitu života ženy související se zdravím, bylo poukázáno, že existuje nepřímá vazba mezi způsobem porodu a kvalitou života v krátkodobém horizontu po porodu. Horší kvalita života dle SF-36 (Short Form 36 Health Survey) byla zjištěna u rodiček, které po porodu trpěly močovou inkontinencí. Většina těchto žen byla po porodu klešťovém. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2017, s. 1,4)

2.4.2 Epiziotomie

Epiziotomie se řadí mezi ty nejčastější porodnické operace, přestože mnohými porodníky jako operace vnímaná nebývá. Byla považována za součást lékařsky vedeného porodu a měla za úkol urychlení porodu, uchránění hráze od nepravidelných poranění a ruptur a ochranu konečníku před jeho poškozením. Dále měla působit jako ochrana proti descenzu, prolapsu a poranění močové trubice. (Doležal et al., 2007, s.36)

Používá se nejčastěji v II. době porodní při prořezávání hlavičky plodu. Epiziotomie může mít několik indikací a záleží na mnoha faktorech, které je potřeba vždy individuálně posoudit. Je nutné se zaměřit na paritu ženy, její anatomické dispozice, předpokládanou hmotnost plodu, sledovat změny v oblasti hráze; jako jsou její počínající poškození, zjizvení po předešlých porodech, deformity, pružnost, výška a pevnost. Nástřih se neprovádí rutinně. Mezi další indikace epiziotomie se řadí: porod koncem pánevním, použití je časté u předčasných porodů a nezralých plodů, u deflexní polohy hlavičky a u některých vaginálních operací.

Rozlišujeme několik druhů epiziotomií a to: epiziotomii mediální, mediolaterální, laterální a rozšířenou laterální neboli Schuchartův řez (příloha č. 6).

Jen zřídka bývá epiziotomie příčinou vážných dyspareunií. Naopak má být správně použita a indikována jako prevence k zamezení většího porodního poranění, a tím má zabránit i vzniku možných sexuálních dysfunkcí. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 468, Weiss et al., 2010, s. 221-222) Dle Hájka by se epiziotomiím nemělo nutně vyhýbat. Pokud se totiž vedly porody striktně bez poranění, a to za každou cenu, může docházet při průchodu k násilnému rozšíření hráze, což může vést k značnému roztažení svaloviny a vaziva pánevního vchodu a následnému výskytu mikroruptur. Ty mají dále za následek ztrátu elasticity, což dále přetrvává v období šestinedělí a může mít vliv na další sexuální život ženy. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. str. 468) Epiziotomie se nejčastěji provádí u primipar, u multipar lze předpokládat, že jsou tkáně již poddanější, elastičtější anebo to může být také tím, že po předchozím porodu poranění učinily pánevní dno prostornějším. (Doležal et al., 2007, s. 37)

Dle Kramné a Vrublové (2016, s. 24-28) nebyly v přehledové práci (N=21 studií) dohledány důkazy o tom, že by epiziotomie chránila pánevní dno ženy nebo snižovala výskyt močové inkontinence, naopak u těchto žen lze pozorovat výrazněji oslabené svaly pánevního dna.

2.4.3 Hojení a terapie porodního poranění

Hodnocení pozdních důsledků epiziotomie je velice složité. Jedná se totiž o velmi nesusoudné skupiny, kterým byla epiziotomie provedena. Existuje několik druhů epiziotomií a také každý druh s sebou nese jiné úskalí. Rozdíl je i v tom, jak a kdo epiziotomii provádí, jak je velká a do jaké hloubky zasahuje. Pro pozdní důsledky, které mohou dále ovlivnit i sexuální život ženy je důležité hlavně způsob ošetření a její hojení. (Doležal et al., 2007, s. 36-37)

Správné ošetření porodního poranění je dle Weisse (2010, s.303) sekundární prevencí poporodní dyspareunie a mělo by se usilovat vždy o nejdokonalejší rekonstrukci pánevního dna. Pro snížení dyspareunie je pro něj výhodný steh intradermální, nejlépe stehy z kyseliny polyglykolové. Poukazuje dále na prevenci spojenou s adekvátním vedením porodu, způsobem porodu, volbou, kdy a jak provést epiziotomii, přípravou na porod a rehabilitaci v průběhu těhotenství. V současné době je do přípravy zahrnuta i masáž hráze, která je u pacientek oblíbená. Výskyt dyspareunie je vyšší u mediolaterální epiziotomie ve srovnání s porodem bez epiziotomie nebo s mediální epiziotomií. Po 6 měsících po porodu byla dyspareunie zaznamenána u ruptury hráze II. téměř 3x častěji, po ruptuře hráze III. až 8x častěji, než u porodu bez poranění nebo s poraněním I. stupně. Rozsáhlý vliv na sex mohou mít právě rány hojené per sekundam, a to nejen pro dyspareunii ale kvůli studu ženy za vzhled jejího pohlavního ústrojí. (Weiss et al., 2010, s. 299-300) Po vaginálním porodu ženy nejvíce trápí otok v místě hráze a genitálií a bolest. Bolest je velice intenzivní, zejména u rodiček s epiziotomií anebo lacerací. Hráz je v průběhu porodu velice napínaná, traumatizována a často dojde k jejímu natrhnutí či nastříhnutí. V případě otoku je doporučováno sprchování chladnou vodou, chlazení hráze ledovými obklady, při zánětlivých změnách se dále doporučují sedavé koupele v slabém roztoku hypermanganu. Možnost je také podávat ženám analgetika, nejčastěji nesteroidní antiflogistika. (Procházka, Pilka et al., 2018. s. 221) Poranění se obvykle díky bohatému cévnímu zásobení dobře hojí. Důležité je dodržování pravidel hygieny a ošetřování.

Při větších poraněních zejména III. a IV. stupně je důležité dodržování pravidel při sutuře poranění perinea (metoda end to end, overlap), které zlepšují funkční výsledek. Při poranění sliznice rekta se volí na 5 dní bezobzbovká strava. Při ruptuře svěrače je taktéž

důležité změkčování stolice podáváním perorálních laxativ a ulehčení tak bolestivému vyprazdňování.

Většina svalového tonu se upravuje v šestinedělí s výrazným zlepšením během následujících měsíců. Avšak v závislosti na poranění svalů, nervů a tkání se svalový tonus nemusí vrátit do stavu jako před otěhotněním. Břišní stěna zůstává taktéž povolena a slabá. Žena tuto skutečnost může významně ovlivnit cvičením a dopomoci tak lepšímu návratu k původnímu stavu. (Procházka, Pilka et al., 2016, s. 207-209, Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 446)

2.4.4 Prevence poranění a epiziotomie prováděné ženami

Používání Aniballu / EPI-NO : Aniball – Jedná se o českou zdravotnickou pomůcku, která složí ženám k uvědomění si svého pánevního dna, k jeho poznání a užití. Vyrábí se zde od roku 2014 a je určena pro předporodní přípravu a regeneraci svalů pánevního dna po porodu. Procvičuje svalstvo, připravuje porodní cesty na porod a zpevňuje porodní cesty po porodu. Patří také mezi efektivní pomůcky pro ženy trpící stresovou inkontinencí moči. Výsledkem používání je lepší schopnost při vypuzení plodu, zkrácení II. doby porodní, zlepšení elasticity hráze a významné snížení rizika poranění a případné epiziotomie. Doporučené používání Aniball je od 36. týdne těhotenství, a to vždy přibližně 10-15 minut. Cílem je dilatace balonků na 28-30 cm. Použití EPI-NO: jedná se o zdravotnickou pomůcku původem z Německa, která je na světovém trhu od roku 1999, v ČR od 2009. Pracuje na podobném principu jako Aniball. Používá se od 37. týdne těhotenství, přibližně 30 minut denně až do porodu. (EPI-NO,© 2019)

Ze statistiky Orlickoústecké nemocnice vyplývá, že až 68 % žen, které používaly Aniball porodily bez natržení a s intaktní hrází, pouze 16 % podstoupilo kosmetické šití (1-3 stehy), 8 % epiziotomii, 8 % císařský řez. Z dalších 800 žen, které používaly Aniball, 65 % porodilo s intaktní hrází, 16 % podstoupilo kosmetické šití, 14 % císařský řez, 5 % epiziotomii. Statistika porodní asistentky Radmily Dorazilové z roku 2017 (N=32 žen), dokládá intaktní hráz u 81 % žen, lacerace (natržení a šití) u 6 % žen a použití epiziotomie u 13 % žen. Statistika z Fakultní nemocnice Brno 2018 - pracoviště Obilní trh (N=114) dokládá intaktní hráz u 29 % žen, lacerace 26,3 % žen, rupturu I.st 12,3 % žen, epiziotomii u 17,5 % žen a rupturu pochvy 14 % žen. (Aniball,© 2018).

Masáž hráze by se měla provádět od 35. týdne těhotenství, přibližně kolem 10 minut denně. Masíruje se dvěma prsy vloženými do poševního introitu s použitím lubrikačních prostředků nebo vybraného oleje. Žena si může masáž provádět sama, nebo lze zapojit i

partnera. Snaha je o zvýšení elasticity perinea a prevenci při vzniku porodních poranění. (Weiss et al., 2010, s. 303, Bohatá, Dostálek et al., 2016 s. 196)

Přírodní metody – čaj z maliníku a užívání lněného semínka: Maliník má všeobecně stimulovat stahy hladkého svalstva. Může díky tomu pozitivně ovlivnit a zkrátit průběh porodu. Doporučeno je popíjení 1-2 šálků denně, a to od 36. týdne těhotenství. Dále pomáhá stahování dělohy a podporuje laktaci. Oproti tomu lněné semínko relaxuje hladkou svalovinu, a tím pádem napomáhá při otevírání děložního hrdla. Pro své složení (obsahuje fytoestrogeny) se doporučuje i v rámci podpory laktace. Užívá se pomocí odvarů, nebo se přimíchává do stravy, a to od druhé poloviny těhotenství. Denní dávka by neměla přesáhnout 3 lžičky za den. (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 196)

Klinická studie v Nemocnici Český Krumlov (N=315) ukázala, že používání vaginálních dilatačních balonků u prvorodiček před porodem vede významně k vyšší šanci na intaktní hráz při porodu. Ukázala i statisticky významné snížení počtu epiziotomií a instrumentálních porodů ve skupině žen používajících dilatační balonky (Aniball / EPI-NO). U přírodních metod (maliník, lněné semínko) a masáže hráze statisticky významný efekt na prevenci poranění perinea zaznamenán nebyl. Dále se potvrdilo, že přírodní metody nemají vliv na způsob porodu. Výsledky ovšem ukázaly, že jakákoliv předporodní prevence poranění hráze při porodu je lepší než žádná, pouze však užívání Aniballu/ EPI-NO potvrdilo jednoznačný benefit pro rodičku. (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 192,200)

Fakultní nemocnice v Plzni hodnotila informovanost žen (N=202) o prevenci porodního poranění. O možnostech prevence bylo informováno 83 % všech žen, lepší informovanost prokázaly prvorodičky 88 %. Hlavním zdrojem informací podle nich byl internet 46 % a pouze 5 % dotázaných žen uvedlo jako informační zdroj lékaře. Prevenci se však aktivně, přes velkou informovanost, věnovalo pouze 35 % žen. Nejčastěji formou masáže hráze 29 %, vaginální dilatační balonky pod 7 %, přírodní metody 4 %. (Veverková, Kališ, Rušavý, 2017, 327-328)

3 DOPAD ZPŮSOBU PORODU NA OBNOVENÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA ŽENY PO PORODU

První sexuální zkušenost po porodu, ať už žena prošla jakýmkoliv typem porodu, je vždy velice fyzicky i psychicky zatěžkávací. Důležitá je především otevřená komunikace mezi partnery. Ta pomáhá zejména eliminovat emocionální problémy, které se mohou vyskytnout. (Wider, 2009, s. 117) Každá žena je individuální, a proto i doba do obnovení pohlavního styku po porodu je jiná a může trvat týdny až měsíce. Většina žen obnoví svůj sexuální život po gynekologické kontrole na konci šestinedělí. Pokud jsou zhojena porodní poranění, žena se cítí dobře, není důvod k tomu, aby nemohla začít s pohlavním stykem. V průměru obnovují ženy po císařském řezu pohlavní styk dříve než ženy po porodu spontánním. Touha a chuť může být po porodu snižena, taktéž může žena pozorovat snížení schopnosti dosáhnout orgasmu. Příčiny jsou nastaveny jak hormonálními změnami, tak vyčerpáním v péči o novorozence. (Weiss et al., 2010, s. 301) Nízká sexuální touha po porodu bývá spojována s kolísající hladinou hormonů, únavou, z obav ze změny vzhledu vlastního těla a strachu z bolesti. Může být taky podmíněna vaginální suchostí, díky které se ženy mohou vyhýbat sexuálnímu kontaktu s partnerem. (Wider, 2009, s. 100-102)

Pohlavní styk se v prvních týdnech po porodu u žen často řadí až na poslední místo. Mnoho žen nemá na sexuální spojení mezi partner ani myšlenky a naopak otázka: „Jak jste na tom teď se sexem?“, může vyvolat silné reakce. Zvláště pak u žen, které přivedly na svět právě své první miminko a jejich dosavadní život se tím změnil. Přejíždějí z role ženy, především do role matky. Záleží také na předchozí zkušenosti se sexuálním životem před porodem. Ženy po porodu se nejčastěji mohou potýkat s potížemi spojenými s dosud hojícím se poraněním, s bolestivým pohlavním stykem, s nižší sexuální touhou, také s vyčerpáním, kolísáním hladin hormonů a s nedostatečnou sekrecí poševního sekretu. Některé ženy však žádné takové potíže neudávají. Neexistuje přesná odpověď na otázku, kdy začít s pohlavním stykem po porodu. Ženy by v takovém případě vždy měly naslouchat svému tělu, duši a srdci. (Wider, 2009, s.93-95) Avšak podle brazilské studie (N=831) se průměrná doba pro obnovení pohlavního po porodu u žen pohybuje kolem 6-8. týdne po porodu. Před šestým týdnem po porodu podle ní pouze 9-17 % párů praktikuje pohlavní styk, v šestém týdnu pak 50-62 %, ve druhém měsíci 66-94 %, ve třetím měsíci 88-95 %, v sedmém měsíci 95-100 % a v třináctém měsíci 97 % párů. To platí pro území EU a Spojených států. V Brazílii žádné formální doporučení týkající se času do obnovení sexuální život po porodu není, a tak to zůstává na samotném uvážení žen. (Faisal-Cury, Menezes, Quayle et al., 2015, s. 4)

3.1 Změny v prožívání pohlavního styku po porodu a potíže s ním spojené

Poporodní ženská sexuální dysfunkce je poměrně častý problém na celém světě s převahou v rozmezí od 41 % do 83 % v prvních měsících po porodu. Jedná se o problém veřejného zdraví a faktor, který se týká zdraví ve společnosti. Často se o něm však v prenatalní a poporodní péči nemluví. Možným vysvětlením zůstává fakt, že v dnešní době je sexualita stále zaměřena hlavně na otázku reprodukce s pouze okrajovými otázkami sexuálního potěšení a radosti. Sexuální problémy žen tak zůstávají věcí soukromou a intimní. Málokterá žena vyžaduje pomoc zdravotnických pracovníků a se svými problémy se svěří. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 638)

Poporodní problémy v intimní oblasti a sexuální potíže bývají velmi časté. Ve 3. měsíci po porodu udává potíže v této oblasti 71–80 % žen, po půl roce 34 % žen. U některých párů tyto problémy přetrvávají 3–4 roky. (Langrová, Vrublová, 2013 s. 585) U žen 6 měsíců po porodu je také zaznamenán pokles libida, orgasmů i četnost sexuálních aktivit. Pohlavní styk nebývá často ženám příjemný a pro ženu může být provázen nepříjemnou bolestí a dyskomfortem. (Weiss et al., 2010 s. 302)

Mezi studiemi, které zkoumaly ženskou sexualitu po porodu můžeme najít hned několik faktorů, které jsou spojovány s poruchou sexuální funkce po porodu. Patří mezi ně: Nedostatek času na společné intimní chvílky partnerů a obnovení pohlavního styku po porodu, vliv kojení; související se sníženou sexuální touhou, s problémy se vzrušivostí a dosažením orgasmu, (pravděpodobně díky vysokým hodnotám prolaktinu v krvi a zároveň malým hladinám estrogeneru).

Další skupinou, která může ovlivňovat sexualitu po porodu, jsou faktory psychologické. Patří mezi ně: možné obavy o opětovné těhotenství, stres rodičů, únava, nespokojenost s tělesnými změnami během těhotenství a porodu, úzkost, deprese. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 638-639)

Ve skutečnosti hrají důležitou roli i další společensko-demografické rysy, životní styl a partnerské vztahy. Klíčový je také věk každého partnera, úroveň dosaženého vzdělání, délka trvání manželství, počet dětí, operace genitálního traktu, obezita, neplodnost, deprese, systémová onemocnění (jako je diabetes a revmatoidní artritida) víra a postoje a ekonomická úroveň. Tohle jsou další důležité faktory, které ovlivňují sexualitu žen. (Kahramanoglu, Baktiroglu, Hamzaoglu et al., 2017, s. 911)

3.1.1 Dyspareunie a změny prožívání pohlavního styku po porodu

Jak uvádí Langrová a Vrublová (2013, s. 585-587), způsob vedení porodu ovlivňuje ženskou sexualitu především ve výskytu bolesti. Nejrizikovější skupinou by měly být ženy po porodu vedeném pomocí vakuumextrakce, nebo kleštěmi. Těmto ženám se doporučuje věnovat zvýšenou péči. Právě tyto ženy, totiž udávají nejčastější výskyt bolestí během pohlavního styku a dosahují horších výsledků i v dalších dimenzích ženské sexuality a uspokojení. Intimní problémy mohou mít i dlouhodobý charakter, proto je důležité, aby se této problematice dostávalo patřičné pozornosti. Během 2–3 měsíců po porodu bolestivost během styku pociťuje 41–67 % žen, v 6 měsících dále 31 % žen. Za jednu z hlavních příčin se pokládá způsob porodu a s tím související vznik porodních poranění.

Zkoumání bolesti a obnovení pohlavního styku po porodu zahrnuje rovněž kohortní studie provedená v Egyptě. Byly zde zahrnuty prvorodičky (N=202) s normální sexuální funkcí před porodem podle Female Sexual Function Index (FSFI) a tahle průměrná hodnota se poté porovnávala s odstupem 12 týdnů po porodu. Nebyl pozorován rozdíl v oddálení pohlavního styku mezi skupinou vaginálně vedeného porodu a porodem vedeným císařským řezem. Avšak došlo k patrnému ovlivnění v oblasti touhy, vzrušení a lubrikace ve skóre FSFI před a po porodu vaginálním, zatímco změny v orgasmu a uspokojování pozorovány nebyly. Během prvního pohlavního styku pozorovalo změnu sexuálního vztahu 43 % žen. Výskyt bolesti byl hlášen u 70 % a následná únava u 30 %. Po 12 týdnech po porodu hlásilo 38 % žen zlepšení sexuální funkce, které se projevilo zvýšenou intimitou 47 % nebo sníženou bolestí 53 %. (Eid, Sayed, Abdel-Rehim et al., 2015 s. 118-119)

Turecká prospektivní studie se obdobně zajímala o dopad způsobu porodu na pohlavní funkce žen (N=452) po porodu. Byl rovněž využíván dotazník FSFI a ženská sexualita byla pozorována jak před porodem (8. týden těhotenství), tak v poporodním období, a to s odstupem 3 měsíců, 6 měsíců, 12 měsíců a 24 měsíců po porodu. První skupinu tvořil vaginální porod a mediolaterální epiziotomie, druhá skupina byla v zastoupení žen s císařským řezem. Celkové skóre FSFI bylo sníženo v 3. a 6. měsíci po porodu v obou skupinách. Oblast touhy, vzrušení, lubrikace, spokojenosti a míry bolesti byla snížena jak ve 3. měsících, tak i v 6. měsících po porodu u obou skupin. Menší rozdíly byly pozorovány pouze ve vyšší bolestivosti a spokojenosti ve 3. měsíci u vaginálního porodu. Jinak se žádná z domény FSFI skóre po 6. měsíci nelišila ve srovnání s předběžnými výsledky v obou skupinách. Tato studie opět ukázala, že císařský řez není nadřazen vaginálnímu porodu z hlediska zachování normální sexuální funkce bez ohledu na krátkodobé účinky v poporodním období. Ženy by měly být informovány o tom, že bez ohledu na jejich způsob porodu, jsou sexuální funkce po 6 měsících

opět podobné, jako před těhotenství. (Kahramanoglu, Baktiroglu, Hamzaoglu et. al, 2017 s. 907-910)

Podobné výsledky přinesla i prospektivní kohortová studie provedená v São Paulu, v Brazílii (N=831). Zkoumal se zde vliv nekomplikovaného vaginálního porodu (bez poranění), komplikovaný vaginální porod (instrumentální: F/VEX, nebo normální vaginální porod buď s epiziotomií, nebo s jakýmkoliv poraněním perinea) a císařský řez. Výzkum probíhal určením FSFI – sexuální funkce žen před, a po porodu s odstupem několika týdnů (až 18 týdnů). Mezi tři hlavní výsledky sexuálního zdraví, které byly posuzovány patřilo: pozdější obnovení sexuálního života, sebezpozorování poklesu sexuálního života a přítomnost sexuální touhy. Ačkoli jedna z pěti žen si stěžovala na zhoršení sexuálního života po těhotenství, podle studie neexistuje žádný vztah mezi způsobem porodu a zhoršením sexuálních funkcí po porodu. Nebyla zde ani nalezena žádná souvislost mezi vaginálním porodem s epiziotomií (nebo jiným poraněním) a císařským řezem a jejich rozdílným vlivem na pozdější obnovení sexuálního života. Výsledky však může zkreslit to, že ne každá žena je schopna pravdivě hlásit sexuální problém. (Faisal-Cury, Menezes, Quayle et al., 2015, s.4-7)

Průřezová studie probíhající v Babol, Irán zjišťovala pomocí dotazníku FSFI změnu sexuality kojících prvorodiček (N=203) a to po porodu vaginálním s epiziotomií a císařském řezu. Byla stanovena počáteční hodnota FSFI krátce po otěhotnění a s odstupem 3 a 6 měsíců po porodu. Průměrná hodnota FSFI byla v průběhu 3 a 6 měsíců výrazně nižší u obou skupin než ta předporodní. Významné snížení bylo pozorováno v oblasti touhy, sexuální funkce, vzrušení, orgasmus a spokojenosti. Nebyl zaznamenán ani žádný významný vztah mezi znovuoobnovením sexuální aktivity a porodní hmotnosti novorozenců. Zvýšení dyspareunie souviselo s poklesem orgasmu a menšími problémy již před těhotenstvím. Výsledky studie ukázaly, že neexistuje žádný významný rozdíl mezi primiparami, které rodily vaginálně s mediolaterální epiziotomií a mezi těmi, které podstoupily císařský řez s ohledem na jejich sexuální funkce před porodem. Z dlouhodobého hlediska tedy nelze předpokládat sexuální dysfunkce související se způsobem porodu. V Íránu je častým problémem to, že ženy často volí elektivní císařský řez z obavy dyspareunie po vaginálním porodu. I zde však dochází k zjištění, že císařský řez by neměl být doporučován pro udržení normální sexuální funkce po porodu. (Amiri, Omidvar, Bakhtiari et al., 2017, s. 623–629)

Systematický přehled a metaanalýza zaměřující se na čínské primiparózní ženy (N=2851) také potvrzuje, že způsob porodu císařským řezem a vaginálním porodem neovlivňuje sexuální spokojenost po porodu. Již v rámci 6 měsíců není jednoznačný rozdíl mezi vaginálně vedeným porodem a císařským řezem. Zdá se tedy, že samotný způsob porodu má

dlouhodobě minimální negativní účinek na obnovení pohlavního styku a sexuální bolesti u pohlavního styku. Sexuální dysfunkce po porodu může být způsobena již existující poruchou sexuality před těhotenstvím a porodem, špatnou partnerskou zkušeností a vlivem dalších sociálních a kulturních faktorů. Ženy, které požadují císařský řez bez lékařské indikace, by podle studie měly být informovány a je důležité, aby věděly, že způsob porodu císařským řezem neslouží jako možná prevence proti sexuálním dysfunkcím, ale nese spolu další rizika. Nabádá také k edukaci párů a žen v prenatálním i postnatálním období ohledně výskytu možných potencionálních sexuálních dysfunkcí. (Fan, Li, Wang et al., 2017, s. 1-3,5-7)

3.1.1 Psychologický vliv na prožívání a obnovení pohlavního styku po porodu

Nedostatek souvislostí se způsobem porodu a sexuálním fungováním může být vysvětleno psychologickými, behaviorálními a kulturními faktory, které také ovlivňují sexualitu žen po porodu. Ženské poporodní funkce jsou pravděpodobně ovlivněny přechodem z role ženy na roli matky, změnami vlastního těla, manželského soužití a uspokojení, náladou, únavou, ale také možnou úzkostí z obavy o dítě a jeho dobrého stavu. (Faisal-Cury, Menezes, Quayle et al., 2015, s. 6)

Poporodní období nepatří pro ženy zrovna do nejpříťažlivějšího období v jejich sexuálním životě, což může některé zneklidňovat, zejména pak ty, pro něž je vzhled hodně důležitý. Ženy po porodu mohou mít problémy s přijutím vlastního těla, ať už z důvodu přebytných kil, změny stavby těla, možných jizev nebo výskytu strií. Strach mají často také z toho, aby na ně partner pohlížel tak, jako před porodem a byly pro něj stále přitažlivé. To může být také to, proč ženy často intimní kontakt s partnerem oddalují a své tělo skrývají. (Wider, 2009 s. 96-98) Estetický vzhled je pro sexualitu ženy důležitý, tvoří součást její osobnosti, zvyšuje sexuální atraktivitu, tím spíš to platí pro pohlavní orgány. (Pastor, 2007, s.2 28)

Depresivní stavy, které mohou ženy po porodu postihnout mohou také významně souviset se sexuálními dysfunkcemi po porodu. Mezi psychické změny po porodu patří: poporodní blues, poporodní (puerperální) deprese, poporodní (puerperální) psychóza. (Koudelková, 2013, s. 128-129) Ženy po porodu, u kterých jsou zaznamenány příznaky deprese nebo úzkosti mají více než třikrát vyšší riziko poklesu sexuální aktivity a sexuálního života ve srovnání se ženami, které tyto příznaky nemají. U žen s depresivními stavy je více než pravděpodobné, že neobnoví pohlavní styk do 6 měsíců po porodu. Zapojují se méně do sexuálních aktivit a hlásí více sexuálních problémů než ženy v psychické pohodě. (Faisal-Cury, Menezes, Quayle et al., 2015, s. 6)

Málokteré studie zabývající se sexualitou po porodu spojuje vazba mezi psychologickými aspekty vnímání a zkušenostmi z porodu. Psychologický aspekt ovlivňující sexualitu po porodu je stále málo zkoumaným problémem. Na tento problém upozorňuje studie (N=376), která probíhala v rámci předběžného internetového dotazníku a byla zaměřena na studium možného spojení způsobu porodu, zkušenosti s porodem, sexuálního fungování a sexuálního uspokojení po porodu s odstupem 100–390 dnů po porodu. Bylo zjištěno, že subjektivní zkušenost s porodem souvisí, jak se sexuálním fungováním, tak se sexuálním uspokojením. Zajímavé a nové zjištění této studie se týká nepřímého účinku způsobu porodu na sexuální spokojenost a sexuální fungování prostřednictvím zkušeností s porodem. Byla nalezena sdružení mezi zkušenostmi s porodem a sexuální spokojeností po porodu a sexuálním fungováním. Způsob porodu měl souvislost také s tím, jak porod probíhal. Pokud došlo k akutnímu císařskému řezu nebo k akutnímu instrumentálnímu ukončení porodu, mělo to za následek horší zkušenosti s porodem ve srovnání s vaginálním porodem nebo volitelným císařským řezem. Autoři studie tímto také upozorňují, že sexualita v závislosti na způsobu porodu by neměla být zkoumána jen v závislosti, zda šlo o porod vaginální či operační, ale zda probíhal porod podle plánu, nebo byla potřeba akutních intervencí. Ty totiž mohou působit negativně na zkušenost ženy s porodem. (Handelzalts, Levy, Peled et al., 2018, s. 927-931)

3.1.2 Kojení a jeho vliv na pohlavní styk po porodu

Z hlediska kojení a jeho vlivu na sexualitu, lze pozorovat rozdíl mezi ženami, které kojí a těmi nekojícími. Kojící ženy mohou mít problémy s lubrikací, souloží méně často a také podle něj mají menší schopnost dosáhnout orgasmu. (Weiss et al., 2010, s. 302)

Podle Wider (2009, s. 107-108) některé studie potvrdily negativní vliv kojení na sexuální život ženy, avšak tohle tvrzení neplatí na všechny ženy. Ženy mohou mít normální sexuální život i když plně kojí, jedná se vždy o individuální záležitost. Je zde ovšem pár překážek, které musí překonávat a které s kojením souvisí. Jedná se především o pokles hormonů spojený s výskytem vaginální poševní suchosti a s tím možné bolesti při pohlavním styku a přechodná ztráta citlivosti prsou. Při dráždění prsou při předešle anebo orgasmu může docházet také k úniku mléka, což ženy často přivádí do rozpaků a je jim to nepříjemné z hlediska pohledu partnera. Vhodné je v takovém případě doporučit nosit kojící podprsenku i při sexuální aktivitě.

Perspektivní longitunální pozorovací studie (N=552), která byla provedena ve španělské nemocnici Gregorio Maranon se zabývala cílem: zhodnotit souvislost mezi způsobem porodu a obnovením pohlavního styku po porodu, samovolným hlášením poklesu pohlavního styku a

výskytem dyspareunie primiparózních žen v 6. týdnu a 6. měsíci po porodu. Kojení je podle této studie také často spojováno s výskytem dyspareunií v 6. týdnu po porodu. Po 6 měsících po porodu dále kojící ženy uváděly častější pokles sexuálního styku. Byl zaznamenán vztah mezi kojením, sníženou vaginální lubrikací a dyspareunií. Sexuální touha může být také snížena únavou a spánkovou deprivací spojené s nutností kojit několik hodin v noci. Zároveň však ženy obecně vnímají, že to výrazně neovlivňuje jejich sexuální vztah se svým partnerem. Dokonce i zvýšená citlivost na velikost prsou a citlivost na bradavku byla hlášena jako pozitivní vliv kojení na poporodní sexualitu, neboť může zlepšit jejich vnímání těla a zvýšit jejich sexuální odezvu na stimulaci prsů (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 646-648)

3.1.3 Edukace porodní asistentky v péči o ženu po porodu a její sexualitu

Porodní asistentka (PA) by ženám neměla doporučovat pohlavní styk již během šestinedělí. Vzhledem k tomu, že se v tu dobu děloha stahuje do původního stavu, uzavírá se děložní hrdlo, hojí se způsobená porodní poranění, očišťuje se děloha ve formě odcházejících očístků a hrozí tak nebezpečí zavlečení infekce. PA má ženu proto informovat o těchto faktorech a dále ji poučit o gynekologické návštěvě na konci šestinedělí. Důležité je také ženám vysvětlit jaké antikoncepční prostředky jsou pro ně k dispozici a také to, jak velice důležité je další těhotenství plánovat. (Koudelková, 2013, s. 80)

Z hlediska zlepšení fyzické kondice a rychlejšího zotavení po porodu napomáhá správně zvolený typ cvičení. PA by ženy měla informovat o možnostech cvičení a při větších potížích doporučit cvičení pod dohledem fyzioterapeuta. Zaměřeno by mělo být převážně na svaly pánevního dna, podporu involuce dělohy, břišní svalstvo, nácvik správného dýchání a aktivizaci hlubokého stabilizačního systému. Je to významný prvek v prevenci bolestí zad, močové inkontinence a problémů, které se mohou projevit v dalším sexuálním životě ženy. Péče PA v šestinedělí by se neměla zabírat jen tělesnými funkcemi, ale měla by být věnována pozornost také duševní stránce. Péče PA má být velkým přínosem pro celou rodinu. (Procházka, Pilka et al., 2018, s. 215,220)

Na základě poznatků z určitých studií lze odvodit tato doporučení.

- 1) Klešťový porod a perineální trauma, zejména kombinace epiziotomie a perineálních trhlin, by vždy měla upozornit porodní asistentky, praktické lékaře a porodníky na možný dopad při znovuobnovení pohlavního styku. Aby se snížilo riziko možných problémů, měl by být přirozený vaginální porod vždy prioritou a pokud je v některých situacích zapotřebí instrumentálního porodu, první možností by měla být vakuumentrakce. To především proto, že je spojena s nižší frekvencí

epiziotomií a vážných poraněních, než je tomu u vedení porodu per forcipem. Pokud je indikována epiziotomie ke snížení rizika poranění análního svěrače, měla by být provedena epiziotomie mediolaterální s úhlem řezu nejméně 45 stupňů a ideálně kolem 60 stupňů. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 646-648)

- 2) Ženy, které zaznamenaly problémy s poporodními depresivními stavy, uváděly častější pokles sexuálního styku. Zdravotníci by proto měli vzít v úvahu, že pokles sexuálního fungování depresivních žen by mohl odrážet konflikt ve vztazích se svým partnerem a rodinou. Možný je i vliv fyzické a emocionální vyčerpanosti a přetížení vyplývající z její nové role – matky. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 646-648)
- 3) Ženy by měly být porodní asistentkou informovány, že období kojení je hypoestrogenní stav, a proto je normální, že je doprovázeno výskytem vaginální suchosti. Možností, jak předejít diskomfortu při pohlavím styku je zvážit použití lubrikačních gelů. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 646-648)
- 4) Výsledky studie podporují myšlenku, že omezení klešťových porodů a perineálních traumat může zkrátit dobu do znovuobnovení pohlavního styku. Doporučuje a podněcuje poradenství PA v péči o ženu po porodu. Mělo by být poskytováno jak v prenatální, tak v postnatální péči o rodičku. Ženám PA doporučují lubrikační gely, příjemné polohy a mělo by se zamezit předpokládanému strachu ženy z obnovení sexuálního života. Zvláště pak u žen, které utrpěly perineální trauma a porod pro ně nebyl dobrou zkušeností. (Triviño-Juárez, Romero-Ayuso, Nieto-Pereda, et al., 2018, s. 646-648)
- 5) Zohledněn by měl být také dopad psychologického aspektu porodu na sexualitu. Kliničtí lékaři a PA by si měli být vědomi, že negativní subjektivní zkušenost s porodem může být spojena s problémy v sexualitě po porodu. Ženy s negativními zkušenostmi s porodem (nebo se způsoby porodu, které takové riziko zvyšují) by proto měly být sledovány kvůli potenciálním sexuálním problémům po porodu. (Handelzalts, Levy, Peled et al., 2018 s. 931)
- 6) Mnoho studií dále potvrdilo, že elektivní císařský řez není vhodnou prevencí vzniku sexuálních problémů po porodu. Z dlouhodobého hlediska není prokázáný vliv způsobu porodu na změnu sexuality po porodu vzhledem k jejímu stavu před porodem. (Eid, Sayed, Abdel-Rehim et al., 2015 s. 118-119, Fan, Li, Wang et al.,

2017, s. 5-7, Amiri, Omidvar, Bakhtiari et al., 2017 s. 623–629, Kahramanoglu, Baktiroglu, Hamzaoglu et. al, 2017 s. 907-910) Zdravotníci by se proto měli zaměřit na povědomí žen a jejich možný strach z dopadu porodu na jejich další sexuální život a poskytnout jim kvalitní a správné informace o této problematice. (Cappell, Pukall, 2018, s. 55, 57-61)

- 7) Dále byl potvrzen vliv dilatačních balonů Aniball, EPI-NO při prevenci poranění hráze při porodu. Ze studií lze odvodit, že efektivní cvičení může eliminovat výskyt poranění a snižuje riziko instrumentálních vaginálně vedených porodů. Porodní asistentky by jej proto mohly ženám doporučovat v rámci předporodní přípravy. (Bohatá, Dostálek, 2016, s. 200, Aniball, © 2018)

Význam a limitace dohledatelných poznatků

Sexualitu ženy a její znovu obnovení po porodu nelze posuzovat jen podle jednoho pohledu. Je provázána s mnoha okolními faktory a situacemi, které ji mohou ovlivňovat a utvářet. Z výsledků studií vyplývá, že císařský řez není nadřazen vaginálnímu porodu z hlediska prevence sexuálních dysfunkcí. Neměl by proto být žádán a prováděn jako prevence sexuálních dysfunkcí. V dohledaných poznacích srovnávající mezi sebou tyto tři vybrané způsoby porodu se studie shodují, že již v rámci 6 měsíců po porodu nebyl jednoznačně zaznamenán rozdíl mezi vaginálně vedeným porodem a císařským řezem. Lze tedy vyvodit, že samotný způsob porodu má dlouhodobě minimální negativní účinek na obnovení pohlavního styku po porodu a na výskyt dyspareunie po porodu. Z dlouhodobého hlediska také nebyl prokázán dopad způsobu porodu na změnu sexuality po porodu, vzhledem k jejímu stavu před porodem. Sexuální dysfunkce po porodu může být způsobena již existující poruchou sexuality před těhotenstvím a porodem, špatnou partnerskou zkušeností a vlivem dalších sociálních a kulturních faktorů. Studie však zdůrazňují, že každý vaginálně operační porod (F, VEX, nebo vaginální porod s rozsáhlým poraněním / epiziotomií) by měl vždy lékaře a porodní asistentky upozornit na zvýšené riziko výskytu sexuálních dysfunkcí a problémů při znovuoobnovení pohlavního styku po porodu. Takovými ženám se má věnovat větší pozornost při dalších prohlídkách či edukaci. Studie podporují myšlenku, že omezení klešťových porodů a perineálních traumat může zkrátit dobu do znovuoobnovení pohlavního styku.

Mezi jednotlivými studiemi se vyskytují rozdíly, které je ve výsledku mohou značně limitovat. Studie hodnotí obnovení pohlavního styku a jeho prožívání v různém časovém úseku, většina studií probíhá pouze do 12. měsíce po porodu. Existuje proto málo dat a informací o jejich dopadu v delším časovém horizontu (5-15 let). A nejen při obnovení pohlavním styku, ale například při výskytu inkontinence, sestupu pánevních orgánů, změnách prožívání pohlavního styku, dlouhotrvající dyspareunii a dalších sexuálních dysfunkcí, které ovlivňují sexuální zdraví ženy a její intimní život. Z tohoto hlediska je potřeba ještě dalších výzkumů. Dále většina studií například ve výsledku nerozlišuje, jakým druh epiziotomie byl proveden (nezabývají se ani, jak probíhalo poporodní hojení), ale označují pouze, že byla provedena epiziotomie. Stejně tak často se nedozvíme, kolik císařských řezů bylo provedeno akutně a plánovaně. Studie je díky malým zkoumaným vzorkům totiž často pojí dohromady a hodnotí pouze jako provedené císařské řezy. V některých případech není specifikováno, zda žena kojí. Což může poté představovat zkreslení studie, např. pokud se studie zabývá posuzováním a výskytem dyspareunie. Při rešeršní činnosti nebylo dohledáno dostatek studií zkoumajících

subjektivní zkušenosti žen s porodem a jeho psychického dopadu na sexuální život žen po porodu. Bylo by potřeba provést rozsáhlejší výzkum i z hlediska tohoto pohledu. Zvláště v aktuální době, kdy ženy nad porodem daleko více přemýšlí, představují si ho a připravují si předem podrobné porodní plány a přání. Mnoho žen, které měly negativní zkušenost s porodem, totiž vykazuje i problémy spojené s obnovením sexuality po porodu. Ukazuje se, že strach z poškození sexuální funkce je dalším podmětem pro ženy zvažující volbu císařského řezu.

ZÁVĚR

Problematika sexuality žen po různých způsobech porodu je stále málo zkoumaným problémem, jak z pohledu lékařů, tak porodních asistentek. Pro mnoho žen jsou sexuální problémy natolik intimní, že se s nimi svému lékaři, porodní asistentce často samy nesvěří a zůstávají tak neřešeny. Přitom, by dle mého názoru tohle téma nemělo být tabuizováno, a naopak by měli lékaři a porodní asistentky sami včas vyhodnotit rizika a situace, po kterých mohou tyto sexuální problémy nastat, ženy na to připravit a být schopni je s nimi dále řešit.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce jsem si zvolila téma: Dopad způsobu porodu na obnovení pohlavního styku po porodu. Hlavním cílem pro mou práci proto bylo předložit dohledané informace a poskytnout ucelený přehled o dopadu porodu vaginálního, instrumentálního a císařského řezu na ženskou sexualitu. Zejména pak dopad a vliv těchto způsobů porodu při obnovení pohlavního styku po porodu.

Prvním dílčím cílem bylo sumarizovat a předložit dohledané poznatky o porodu vaginálním, instrumentálním, císařském řezu a možném porodním poranění s ohledem na sexualitu. V této části práce (2. kapitola) seznamuji s jednotlivými způsoby porodů, s jejich indikacemi, možnými komplikacemi a dopadem, který mohou mít na ženu a její sexualitu po porodu. Zmiňuji zde také aktuální srovnání jednotlivých porodů a statistické zastoupení v České republice a Evropské Unii. Popisuji porodní poranění, ke kterým může během porodu dojít, uvádím jejich prevenci a úspěšnost této prevence.

Druhým dílčím cílem bylo předložit aktuální dohledané poznatky o vlivu vybraných způsobů porodu při obnovení pohlavního styku po porodu a jeho následné prožívání. V této části práce (3. kapitola) srovnávám porod vaginální, instrumentální a císařský řez. Předkládám zde, jaký dopad mají tyto způsoby porodu na znovuoobnovení pohlavního styku po porodu, na výskyt bolesti při pohlavním styku a na změnu prožívání pohlavního styku. Zmiňuji zde i obnovení pohlavního styku z časového hlediska, psychologický aspekt při obnovení pohlavního styku a vliv kojení na prožívání pohlavního styku. V konečné podkapitole se poté věnuji péči porodní asistentky o ženu a její sexualitu. Jsou zde zmíněna i doporučení pro lékaře a porodní asistentky vyplývající ze studií.

Informace, které tyto studie a celá práce přinesly jsou důležité pro lékaře a porodní asistentky, kteří s ženami pracují jak v průběhu porodu, při porodu, tak v poporodní péči. Mohou posloužit i jako studijní a inspirativní materiál pro studium porodní asistence.

REFERENČNÍ SEZNAM

AMIRI, F. N., S. OMIDVAR, A. BAKHTIARI et al. 2017. *Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section*. African Health Sciences [online]. **17**(3), 623-631 [cit. 2019-01-22]. DOI: 10.4314/ahs.v17i3.4. ISSN 1680-6905. Dostupné z: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/161234>

BINDER, T. a B. VAVŘINKOVÁ. 2016. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Vydání první. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií. 240 stran. Monografie. ISBN 978-80-7561-020-1.

BOHATÁ, P. a L. DOSTÁLEK. 2016. *Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu* [online]. Česká gynekologie, **81**(3), 192-200 [cit. 2019-03-12]. ISSN: 1210-7832; 1805-4455

CAPPELL, J. a C. F. PUKALL. 2018. *Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals*. Birth [online]. **45**(1), 55-63 [cit. 2019-01-10]. DOI: 10.1111/birt.12321. ISSN 07307659. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/birt.12321>

DOLEŽAL, A. et al. 2007. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.

EID, M. A., A. SAYED, R. ABDEL-REHIM et al. 2015. *Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth*. International Journal of Impotence Research [online]. **27**(3), 118-120 [cit. 2018-12-11]. DOI: 10.1038/ijir.2015.2. ISSN 0955-9930. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/ijir20152>

Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. November 2018. *Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. [cit. 2019-2-25]. Dostupné z: www.europeristat.com

FAISAL-CURY, A., P. R. MENEZES, J. QUAYLE et al. 2015. *The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes after Childbirth*. The Journal of Sexual Medicine [online]. **12**(5), 1212-1220 [cit. 2019-03-09]. DOI: 10.1111/jsm.12883. ISSN 17436095. Dostupné z: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)31014-6/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)31014-6/fulltext)

FAN, D., S. LI, W. WANG et al. 2017. *Sexual dysfunction and mode of delivery in Chinese primiparous women: a systematic review and meta-analysis*. BMC Pregnancy and Childbirth [online]. **17**(1) [cit. 2019-01-11]. DOI: 10.1186/s12884-017-1583-2. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1583-2>

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4529-9.

HANDELZALTS, J. E., S. LEVY, Y. PELED et al. 2018. *Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality*. Archives of Gynecology and Obstetrics [online]. **297**(4), 927-932 [cit. 2019-01-09]. DOI: 10.1007/s00404-018-4693-9. ISSN 0932-0067. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-018-4693-9>

KAHRAMANOGLU, I., M. BAKTIROGLU, K. HAMZAOGLU et al., 2017. *The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study*. Archives of Gynecology and Obstetrics [online]. **295**(4), 907-916 [cit. 2019-01-09]. DOI: 10.1007/s00404-017-4299-7. ISSN 0932-0067. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-017-4299-7>

KOUDELKOVÁ, V. 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-624-1.

KRAMNÁ P., VRUBLOVÁ, Y. 2016. *Porodní poranění hráze a jeho vliv na pánevní dno a močovou inkontinenci u žen*. Profese online, **9**(2), 24-32. doi: 10.5507/pol.2016.009.

LANGROVÁ P., VRUBLOVÁ Y. 2013. *Vliv způsobu porodu na ženskou sexualitu*, Česká gynekologie. 2013, roč. 78, č. 6, s. 584-588. [cit. 2018-12-09] ISSN: 1210-7832; 1805-4455

MAREŠOVÁ, P. et al. 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 301 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

MARTAN, A. et al. 2013. *Nové operační a léčebné postupy v urogynékológii: řešení stresové inkontinence moči, defektů pánevního dna a OAB u žen*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf. 230 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-348-0.

MAŠATA, J. Porodní poranění. In Hájek, Z., Čech, Z., Maršál, K., et al. 2014. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, s. 441. ISBN 978-80-247-4529-9.

Návod k použití Aniball. Aniball 2018 [online]. [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/wp-content/uploads/2018/09/aniball-cz.pdf>

PASTOR, Z. 2007. *Sexualita ženy*. Vyd. 1. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.

PROCHÁZKA, M., PILKA R., BUBENÍKOVÁ Š. et al. 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc s.r.o., 243 s. ISBN 978-80-906280-0-7.

PROCHÁZKA, M. a PILKA, R. et al., 2018. *Porodnictví: pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 253 s.. Učebnice. ISBN 978-80-244-5322-4.

Předporodní cvičení. Aniball 2018 [online]. [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz/priprava-na-porod/predporodni-cviceni/>

Statistiky a klinická studie. Aniball 2018 [online]. [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/statistiky-a-klinicka-studie>

ŠIMETKA, O. 2016. *OPERAČNÍ VAGINÁLNÍ POROD Doporučený postup: České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS)* [online]. Česká gynekologie, **81**(2) [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/p-2016-operacni-vaginalni-porod.pdf>

TECSANA GmbH. 2019. Detaily EPI-NO, detaily EPI-NO [online]. [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: <https://www.epino.de/details/epi-no-im-detail.html>

TRIVIÑO-JUÁREZ, J-M., D. ROMERO-AYUSO, B. NIETO-PEREDA, et al. 2017. *Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth*. Women and Birth [online]. **30**(1), 29-39 [cit. 2019-03-12]. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.06.005. ISSN 18715192. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216300634?via%3Dihub>

TRIVIÑO-JUÁREZ, J-M., D. ROMERO-AYUSO, B. NIETO-PEREDA, et al. 2018. *Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study*. Journal of Advanced Nursing [online]. **74**(3), 637-650 [cit. 2018-12-15]. DOI: 10.1111/jan.13468. ISSN 03092402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13468>

ÚZIS ČR. 2017. *Rodička a novorozenec 2014–2015*. Praha: ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky, 213 s . ISBN 978-80-7472-160-1.

VEVERKOVÁ A., KALIŠ V., RUŠAVÝ Z. 2017. *Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu*. Česká gynekologie, **82**(2) s. 327–332 [cit. 2019-03-12]. ISSN: 1805-4455

WEISS, P. et al. 2010. *Sexuologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, xiii, 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

WIDER, J. 2009. *Pozor! Jak se nezbláznit po porodu, aneb, Jak po narození dítěte získat zpět svou postavu, fyzické a duševní zdraví a obnovit sexuální život*. Vyd. 1. V Praze: Metafora, 239 s. ISBN 978-80-7359-202-8.

WHO/RHR. 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates: *Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate* [online]. © World Health Organization 2015, [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=34951D81770CCA40CBE4B2C89A28C5F0?sequence=1

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	15
Tabulka č. 2	20

SEZNAM ZKRATEK

aj. – a jiné

ARO – Anesteziologickoresuscitační oddělení / tým

BMI – Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)

cm – centimetr

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

F – forceps (klešťový porod)

FSD – Female Sexual Dysfunction (ženské sexuální dysfunkce)

FSFI – Female Sexual Function Index (index ženských sexuálních funkcí)

m. – musculus (sval)

ml. – mililitr

n. – nervus (nerv)

N – četnost (počet zúčastněných)

lig. – ligamentum (vaz)

PA – Porodní asistentka

př. – příklad

S.C. – Sectio caesarea (císařský řez)

SF 36 – Item Health Survey (SF 36) je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím.

st. – stupeň /stadium

SUI – stresová inkontinence moči

TEN – tromboembolická nemoc

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VEX – vakuumextrakce

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

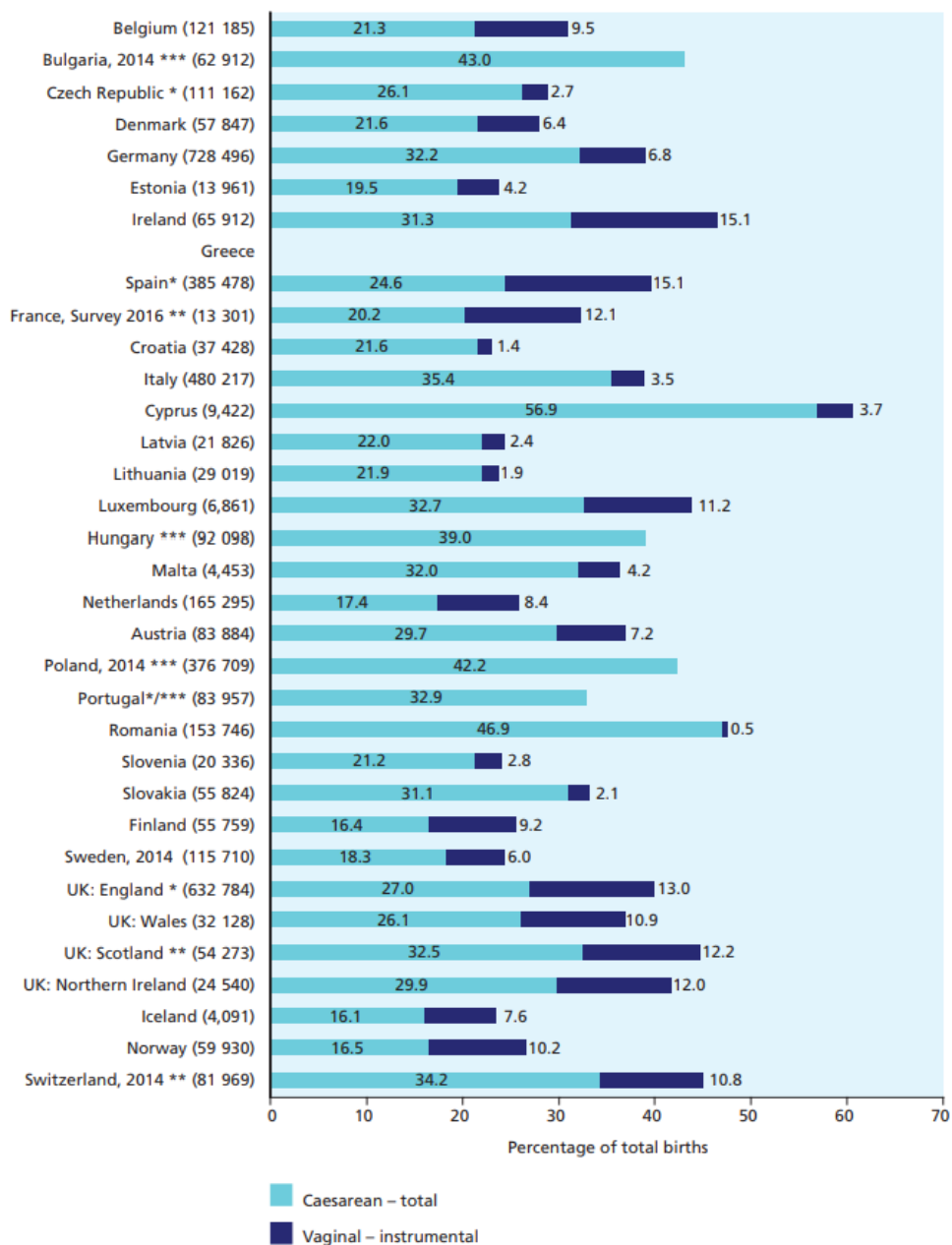
SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1** Zastoupení instrumentálních vaginálních porodů a císařského řezu v jednotlivých zemích EU za rok 2015
- Příloha č. 2** Rozdíl v zastoupení císařských řezů v roce 2010 a 2015
- Příloha č. 3** Zastoupení císařského řezu v roce 2015 pro jednotlivé země EU
- Příloha č. 4** Srovnání výběru vaginálního porodu a císařského řezu z pohledu žen
- Příloha č. 5** Zastoupení plánovaných a akutních císařských řezu v jednotlivých zemích EU v roce 2015
- Příloha č. 6** Druhy epiziotomií

Příloha č. 1

Zastoupení instrumentálních vaginálních porodů a císařského řezu v jednotlivých zemích EU za rok 2015

Figure C10.1 Percentages of births by mode of delivery in 2015



Note: *In the Czech Republic, Spain, Portugal, and England, N corresponds to the number of mothers instead of babies.

** Missing information: in Switzerland, 185 caesareans with unknown mode of onset are excluded and 3 in France (survey); in Scotland, 181 vaginal deliveries with an unknown mode of delivery (instrumental or not) are excluded.

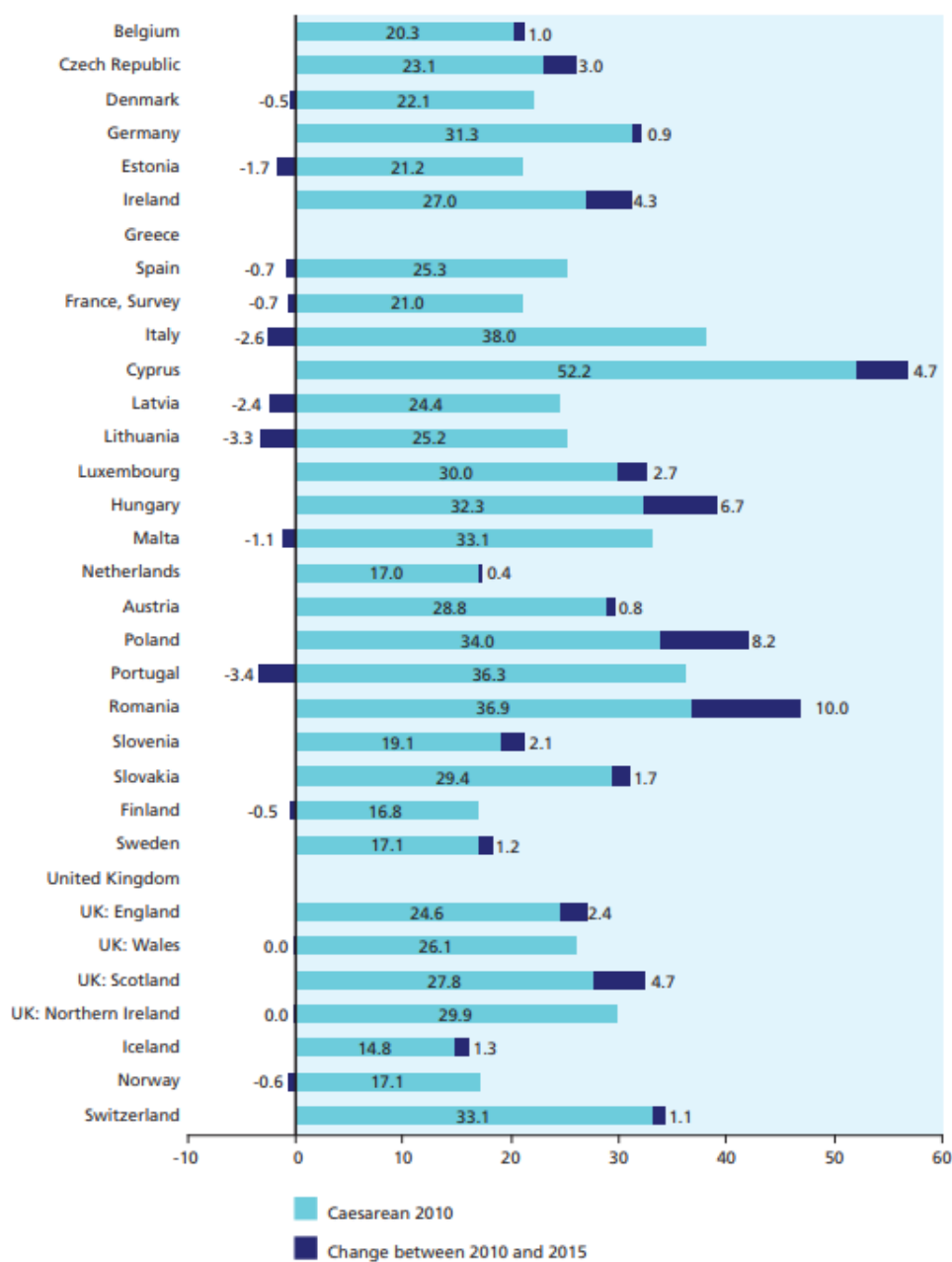
*** Bulgaria, Hungary, Portugal, and Poland do not have data on vaginal instrumental deliveries.

Originální tabulka popisující zastoupení instrumentálních porodu a S.C. v roce 2015 v jednotlivých zemích z Evropské zprávy z perinatálního zdraví za rok 2015 (Euro-Peristat Project, 2018, s. 74)

Příloha č. 2

Rozdíl v zastoupení císařských řezů v roce 2010 a 2015

Figure C10.4 Percentages of births by caesarean delivery in 2010 and differences with 2015



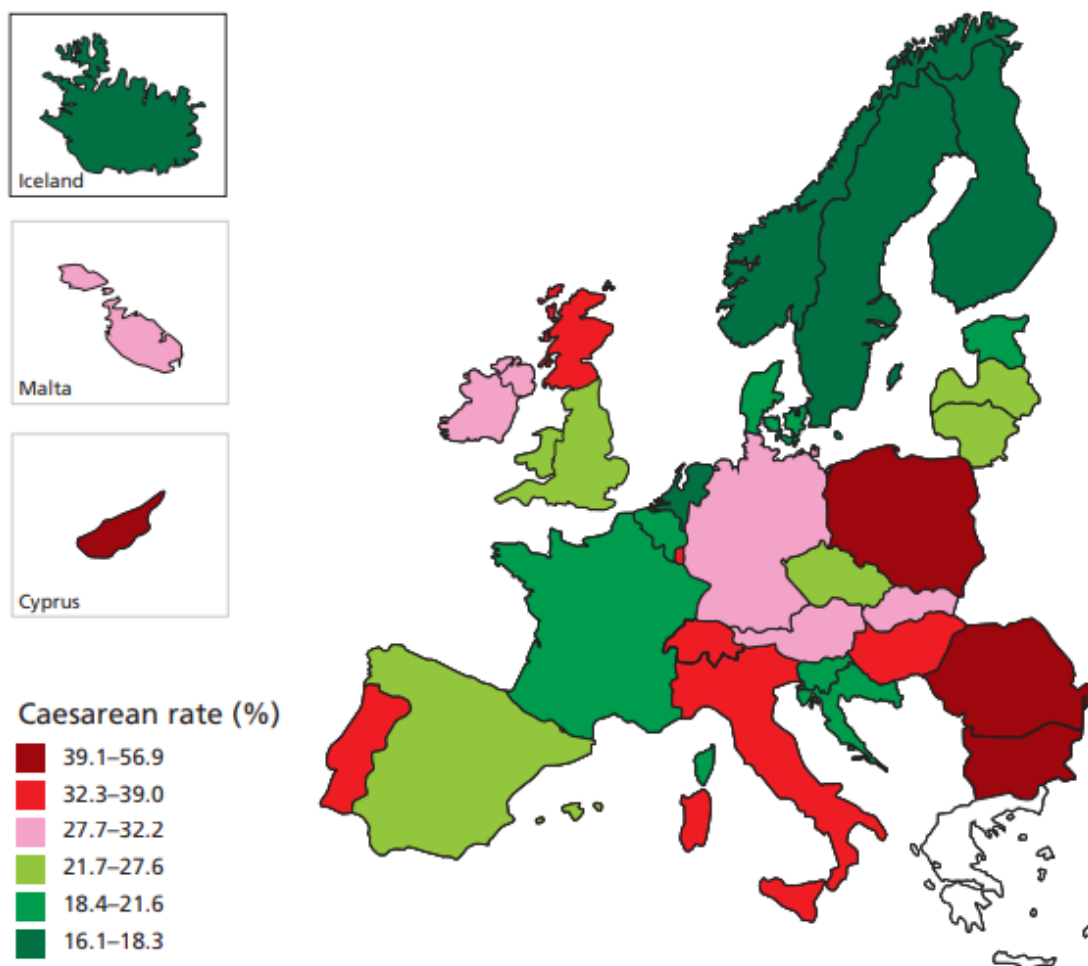
NOTE: First-period data not from 2010: Cyprus 2007.
Second-period data not from 2015: Bulgaria 2014, Poland 2014, Sweden 2014, Switzerland 2014.

Originální tabulka srovnávající vývoj míry S.C. za rok 2010 a 2015 v jednotlivých zemích EU z Evropské zprávy o perinatálním zdraví za rok 2015 (Euro-Peristat Project, 2018, s.77)

Příloha č. 3

Zastoupení císařského řezu v roce 2015 pro jednotlivé země EU

Figure C10.3 Caesareans as a percentage of all births in 2015



Originální obrázek popisující zastoupení míry S.C. v roce 2015 v jednotlivých zemích EU z Evropské zprávy z perinatálního zdraví za rok 2015 (Euro-Peristat Project, 2018, s. 76)

Příloha č. 4

Srovnání výběru vaginálního porodu a císařského řezu z pohledu žen

Internetová studie, spolufinancovaná kanadskými institucemi výzkumu a zdraví, zkoumala pomocí online třicetiminutového dotazníku povědomí žen (N=1428) o účincích porodu a jeho následného vlivu na sexualitu. Zejména tedy volbu mezi vaginálním porodem a císařským řezem. Byl zkoumán také vliv mediálních a online prezentací porodu. Ženy byly navedeny na výběr z odpovědí týkajících se informací, které je ovlivňují, a z kterého informačního zdroje nejčastěji čerpají.

Z této studie vyplývá, že až 50 % účastníků označilo zdravotní pracovníky jako „velmi“ nebo „nesmírně“ vlivné. Zdroje médií byly označeny za méně vlivné, protože 30-46 % účastníků hodnotilo média jako "vůbec ne" vlivné. Při rozhodování o způsobu porodu preferovalo 84,8 % zúčastněných vaginálně vedený porod a jen 12,3 % preferovalo císařský řez, 2,9 % zúčastněných odmítlo odpovědět.

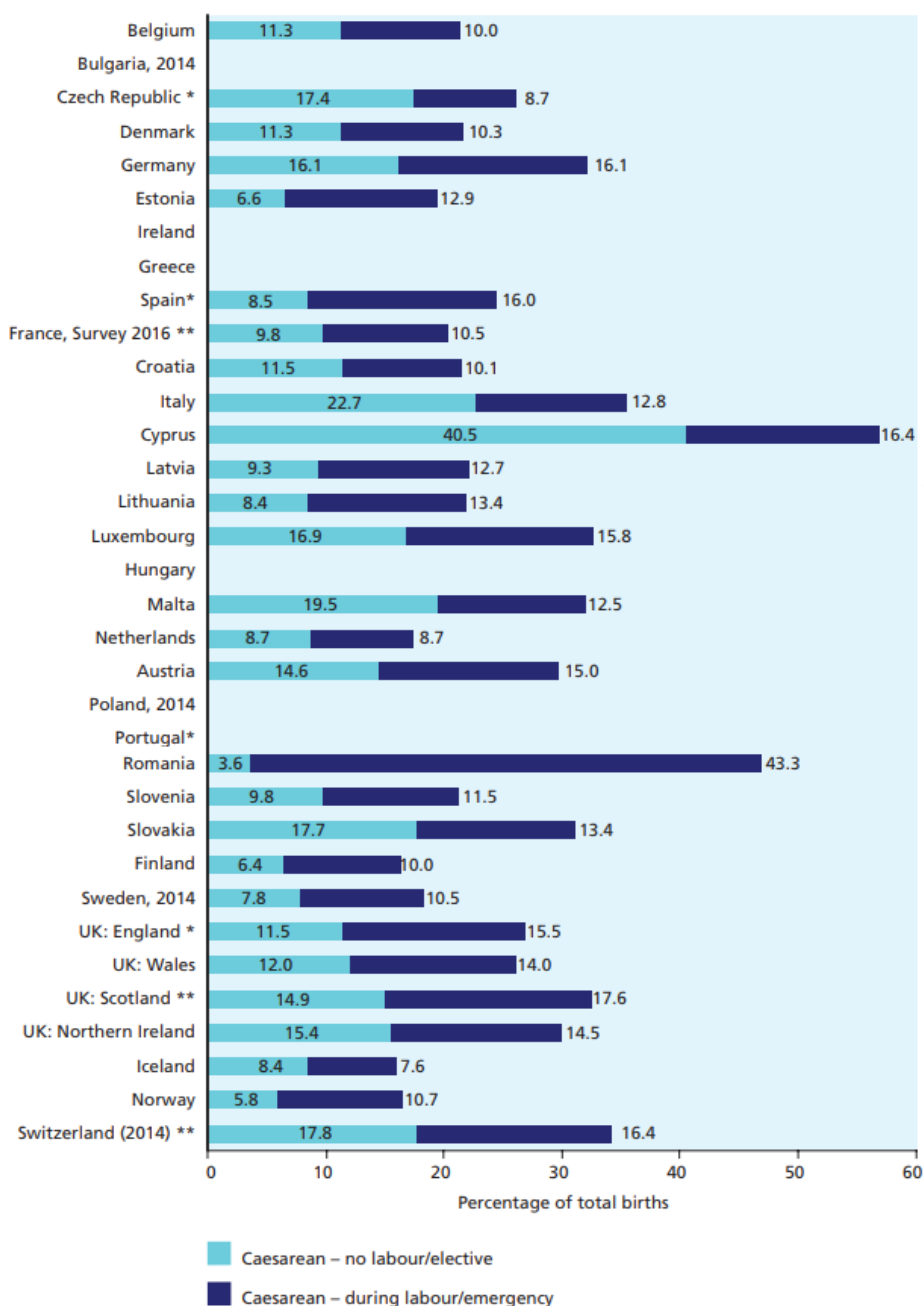
Až polovina 16–48 % z účastněných se shodlo s různými názory o vaginálním porodu jako o škodlivém a císařském řezu jako o ochraně budoucí sexuality. Př.: 16 % žen si myslí, že „Můj partner nebude mít rád vzhled mé vulvy po vaginálním porodu“, a 48 % označilo: „Moje vagina bude "volná" po porodu“.

Je tedy zřejmé, že 21 % se zcela nebo částečně shodlo s tvrzením, že císařským porodem zabrání budoucím sexuálním problémům ve srovnání s vaginálním porodem. Z výzkumu nadále vyplývá, že právě tento názor má ta část vzorku, která uvedla „vlivné“ mediální prezentace porodu a online zdroje. Vzhledem k tomu, že vnímání porodu a sexuality po porodu se v různých kulturách liší, nejsou ani výsledky této studie pro všechny kultury zobecnitelné. (Cappell, Pukall, 2018, s. 55, 57-61)

Příloha č. 5

Zastoupení plánovaných a akutních císařských řezu v jednotlivých zemích EU v roce 2015

Figure C10.2 Percentages of births by type of caesarean delivery in 2015



Note: *In the Czech Republic, Spain, and England, N corresponds to the number of mothers instead of babies. ** Missing information: in Switzerland, 185 caesarean sections with unknown mode of onset are excluded, and 3 in France (survey); in Scotland, 181 vaginal deliveries with unknown mode of delivery (instrumental or not) are excluded.

Originální tabulka popisující zastoupení plánovaných a akutních S.C. v roce 2015 v jednotlivých zemích EU z Evropské zprávy z perinatálního zdraví za rok 2015 (Euro-Peristat Project, 2018, s. 75)

Příloha č. 6

Druhy epiziotomií:

a) Mediální: tento typ není častý. Vykonává se ve střední čáře směrem k análnímu otvoru do vzdálenosti na hrázi maximálně 2–4 cm. Dochází při ní k protnutí m. transversus perinei superficialis a profundus a končí v centrum perineí. Její výhodou je rychlejší hojení a snadné ošetření s menším krvácením. Dle některých lékařů je zde menší frekvence dyspareunických potíží. Může se však rozšířit na řitní svěrač, při čemž by vznikla ruptura III. stupně. Hrozí poté komplikace spojené s vzniklou inkontinencí stolice a plynů.

b) Mediolaterální: velmi časté použití. Vykonává se od střední čáry introitu šikmo (45°) a vede se k hrbolu kosti sedací. Dochází při ní k protnutí stejných svalů jako u epiziotomie mediální, navíc zasahuje do m. bulbocavernosus. Její výhodou je nejmenší ohrožení poškození řitního svěrače, zato více krvácí a může se tím pádem hůře hojit.

c) Laterální: vykonává se 2–3 cm laterálně od středu introitu a pokračuje stejně jako předešlá epiziotomie v délce 4-5 cm k hrbolům kosti sedací. Dochází zde k většímu protnutí m. bulbocavernosus, nejméně je zde ohrožen řitní svěrač a jde nejlépe rozšířit směrem od pochvy. Náročné je však její ošetření a následné hojení, může také zasahovat do oblasti nervů n. pudenti, n. perinealis, n. dorsalis clitoridis. Používá se převážně u operačně vaginálních porodů s tím, že vytváří větší prostor pro rychlejší prostup hlavičky. Je nutná pečlivá rekonstrukce jako u ostatních typů epiziotomií. Zde se při špatném ošetření můžeme setkat s jizevnatým porušením vzhledu introitu i vulvy.

d) Rozšířená laterální – Schuchartův řez: je nepříliš častým výkonem. Používá se, pokud je nutný nejprostornější přístup, dříve především pro porod per forcipem z vyšších pánevních rovin. Oproti laterální epiziotomii je rozsáhlejší a poloobloukovitá, zasahuje nejen pochvu, ale okraj ilické části m. levator ani, provádí se skalpelem a je dlouhá 6–7 cm. Její nevýhodou je silné krvácení, ošetření je náročné stejně jako následná rekonstrukce svalů pánevního dna i její pozdější hojení. (Hájek, Čech, Maršál et al., 2014, s. 468, Doležal et al., 2007, s. 36-40)