

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Poranění žen při porodu
Bakalářská práce**

2010

Vedoucí práce:

**prim. MUDr. Petr Sák, Ph.D.
5. května 2010**

Autor práce:

Jana Vodičková

Abstrakt

My bachelor thesis is focused on various kinds of wounds, diagnostics, treatment and prevention of birth wounds. The theoretical part addresses in particular episiotomy since it is the most frequent wound that has been currently discussed by general public. I describe kinds, indication, treatment, nursing care and prevention of episiotomy.

In the practical part I selected a quantitative research. The data were collected by means of an anonymous questionnaire designed for women after spontaneous delivery in puerperal wards in selected hospitals.

I set three objectives in my thesis. The first objective was to ascertain the episiotomy rate. The second objective was to ascertain episiotomy healing and the last objective was to reveal awareness of women in respect of episiotomy care. The objectives of the thesis have been fulfilled.

The first hypothesis presumed episiotomy in more than a half of the informants. This hypothesis has been confirmed. The second hypothesis presumed episiotomy healing without complications. This hypothesis was also confirmed, showing evidence of a high standard of healthcare. The last hypothesis presumed that the informants had insufficient information about episiotomy care. As the result of a positive response provided by mothers themselves, most of whom stated to be sufficiently informed about episiotomy care, this hypothesis was disproved.

My thesis could serve as a suitable study material for students of midwifery. My thesis could also be beneficial for midwives working in puerperal wards and delivery rooms.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Poranění žen při porodu“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....
podpis studentky

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat panu prim. MUDr. Sákovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní bakalářské práce. Děkuji zaměstnancům nemocnic a zaměstnancům ZSF za kladný přístup a ochotu při mé výzkumné činnosti. Poslední poděkování patří mé rodině a příteli, za podporu a dodávání optimismu.

OBSAH

ÚVOD.....	- 7 -
1. SOUČASNÝ STAV	- 8 -
1.1 Druhy poranění	- 8 -
1.1.1 Trhliny vulvy a hráze.....	- 8 -
1.1.2 Poranění pochvy	- 11 -
1.1.3 Poranění děložního hrdla.....	- 12 -
1.1.4 Trhliny těla děložního	- 13 -
1.1.5 Druhotná poporodní poranění.....	- 15 -
1.1.5.1 Poranění pánve	- 15 -
1.1.5.2 Poranění svaloviny.....	- 15 -
1.1.5.3 Poranění závěsného aparátu	- 15 -
1.1.5.4 Poranění nervových struktur	- 16 -
1.1.5.5 Poranění dutých orgánů.....	- 16 -
1.1.6 Poranění po císařském řezu	- 16 -
1.2 Epiziotomie	- 17 -
1.2.1 Epiziotomie a její indikace	- 17 -
1.2.2 Způsob provedení epiziotomie	- 18 -
1.2.3 Druhy epiziotomie.....	- 18 -
1.2.4 Komplikace spojená s epiziotomií.....	- 19 -
1.2.5 Prevence poranění perinea	- 20 -
1.2.5.1 Super crowning	- 20 -
1.2.5.2 Masáž hráze	- 20 -
1.2.5.3 Kegelovy cviky	- 21 -
1.2.5.4 EPI-NO.....	- 22 -
1.2.5.5 Chránění hráze.....	- 22 -
1.2.5.6 Dianatal.....	- 23 -
1.2.6 Ošetření epiziotomie	- 23 -
1.2.7 Ošetrovatelská péče o epiziotomii	- 25 -
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	- 28 -

2.1	<i>Cíl práce</i>	- 28 -
2.2	<i>Hypotézy</i>	- 28 -
3.	METODIKA	- 29 -
3.1	<i>Metodika práce</i>	- 29 -
3.2	<i>Charakteristika zkoumaného souboru</i>	- 29 -
4.	VÝSLEDKY	- 31 -
5.	DISKUZE.....	- 51 -
6.	ZÁVĚR	- 56 -
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 57 -
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	- 60 -
9.	PŘÍLOHY	- 61 -

ÚVOD

„Ruce jsou naše nejumělečtější nástroje, které vykonávají všechno a mají především v pomoci při porodu velkou úlohu " (17).

Pro bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Poranění žen při porodu“, protože si myslím, že je to téma stále aktuální a v současné době velice diskutabilní. Poranění k porodu neodmyslitelně patří, ale měli bychom se zamyslet nad tím, zda jsme mohli poranění předcházet nebo ho zmírnit na minimum. Poslední dobou je stále více v popředí široké veřejnosti téma epiziotomie. Názory odborníků i laiků se často liší. Právě proto jsem podstatnou část své práce věnovala právě tématu epiziotomie. Bez zvýhodňování jednoho či druhého názoru jsem popsala indikace, způsob a druhy epiziotomie. Ve své práci jsme nastínila možnost prevence nástřihu. Nemohla jsem zapomenout na problematiku ošetření epiziotomie jak na porodním sále, tak i v nelehkém období ženy v šestinedělí. Bohužel epiziotomie není jediným porodním poraněním a tak jsem se snažila popsat všechny porodní poranění, která v souvislosti s porodem mohou vzniknout. Popsala jsme jejich vznik, komplikace ale také léčbu.

První cíl mé práce je zjistit, častost epiziotomie na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. a v Nemocnici Tábor a.s. Za druhý cíl jsem si položila zjistit hojení epiziotomie po porodu u žen na oddělení šestinedělí v již už zmiňovaných nemocnicích. Posledním cílem bych ráda zjistila, zda jsou vybrané ženy dostatečně informované v péči o epiziotomii. Tento poslední cíl já sama považuji za nejdůležitější. Ženy, které byly zapojeny do výzkumu, odpovídaly formou dotazníku na 18 otázek. Myslím si, že má práce může být vhodným materiálem pro všechny, kteří mají zájem dozvědět se něco více o porodním poranění.

1. SOUČASNÝ STAV

Většina porodních poranění vzniká na měkkých částech porodního kanálu při nepravidelném naléhání plodu, při disproporci plodu, pánve a při nevhodně vedeném porodu. Charakter poporodních poranění je ovlivněn rovněž rigiditou dolního děložního segmentu, pochvy a hráze (33).

1.1 *Druhy poranění*

Porodní poranění se může vyskytnout v průběhu celého porodního kanálu, a to nejen na vnitřních a zevních rodidlech, ale i na přilehlých orgánech, jako je močový měchýř, konečník a pánevní pletenec. Neošetřená či chybně ošetřená porodní poranění mohou být příčinou velkých krevních ztrát a pozdějších anatomických a funkčních poruch (27).

1.1.1 *Trhliny vulvy a hráze*

Jsou nejběžnější poporodní poranění, kdy dochází k roztržení jednotlivých struktur na labiích a hrázi. Mohou zasahovat i do přilehlé části pochvy, do svalstva pánevního dna i konečníku. Při pohledu na vulvu vidíme zevně krvácející ránu zejména na malých stydkých pyscích, poněkud silnější krvácení bývá z ruptur kolem kavernózního tělesa u klitorisu. Někdy se může na vulvě z poměrně malých ruptur vytvářet mohutný hematom sahající do velkého stydkého pysku, který se rozšiřuje do řídkého vaziva v okolí. Za jednu z hlavních příčin poranění bývá nepoddajnost hráze u primipar, dále následky jizev po předchozím porodu nebo anatomicky vysoká hráz (33, 28).

„ Podle rozsahu poranění struktur hráze rozdělujeme trhliny do tří stupňů: I. stupeň: poraněna je pouze kůže hráze, ruptura pochvy sahá jen po svalstvo diaphragma urogenitale. II. stupeň: kromě kůže, podkoží a poševní sliznice je roztržena fascie a svalstvo. Trhlina sahá až ke svěrači, který však není poraněn. III. stupeň: ruptura postihuje kromě výše zmíněných struktur i poranění rekta a to může být kompletní či inkompletní“ (33,s.316).

Větší sklon k rupturám III. stupně je u primipar, u plodů o větší hmotnosti a při prodloužené druhé době porodní. Nejčastěji ruptury III. stupně nalezneme po klešťových porodech, po vakuumextrakci, po epiziotomii mediální, u žen s nízkou hrází a u dystokie ramének (2).

Každá trhlina hráze by měla být co nejdříve chirurgicky ošetřena. Sutura hráze provádíme ihned po porodu placenty v místní anestézii. Při ošetření trhliny musíme dbát na to, aby tkáň byly přesně k sobě sešity. Při trhlínách III. stupně musí být provedena exaktní sutura stěny rekta jemným vstřebatelným šicím materiálem. Správná adaptace kůže je podmínkou dobrého zhojení rány. V šestinedělí dbáme o stolicí, abychom zabránili obstrukci (33).

Bohužel někdy mohou vzniknout obtíže spojené s rupturou III. stupně. Mezi ně řadíme vznik močové a fekální inkontinence, urgentní nucení na stolicí a bolesti v oblasti hráze. První tři měsíce po porodu se můžeme setkat s nechtěným únikem plynů a s řídkou stolicí. Poranění III. stupně nemusí být vždycky prokázáno fyzikálním vyšetřením. Mluvíme o skrytých rupturách. K diagnostice nám může pomoci ultrasonografické vyšetření. Riziko dlouhodobých obtíží výrazně klesá, pokud je poranění sfinkteru ihned po porodu zrevidováno a sešito. U žen s poraněním III. stupně se často setkáváme s dyspareunií do tří měsíců po porodu. U těchto žen hrozí až trojnásobná pravděpodobnost vzniku sexuálních problémů než u žen bez poranění. Riziko vzniku ruptury při dalším porodu je až trojnásobně zvýšeno oproti ženám, které byly bez poranění (17).

K poranění zevního análního svěrače dochází v souvislosti s vaginálně vedeným porodem v 1-5 % případů. Jako nejvýznamnější rizikové faktory jsou uváděny: primiparita, hypertrofický plod a vaginální extrakční operace. Při provedení epiziotomie je vzdálenost mezi epiziotomií a análním sfinkterem kratší než při porodu, kde je délka hráze nad 30mm. Intimní blízkost mezi tímto druhem poranění a análním sfinkterem může vést

k rozvoji postnatální anální inkontinenci. Při dlouhé hrázi může dojít k většímu porodnímu poranění, protože druhá doba porodní je v tomto případě signifikantně prodloužena. Protrahovaná druhá doba porodní může vést k operačnímu ukončení vaginálního porodu s jeho známými riziky. Větší rozsah epiziotomie a průměrně vyšší stupeň ruptury hráze mohou vést k rozvoji dyspareunie (10,16).

„Ženy s anamnézou ruptury análního svěrače mají při dalším vaginálním porodu větší pravděpodobnost opakování ruptury a zhoršení příznaků anální inkontinence. U žen s anamnézou ruptury svěrače, které jsou asymptomatické, u kterých se během ultrazvukového vyšetření nezjistí žádný defekt a u nichž nebylo nutné provést sekundární suturu análního svěrače, by vaginální porod neměl mít na vznik příznaků anální inkontinence vliv. Je vhodné se vyhnout operačnímu porodu a provedení epiziotomie, neboť představují u těchto žen riziko dalšího poranění. Po podrobném poučení pacientky o rizicích a výhodách možnosti vést další porod opět vaginálně je vhodné zdůraznit, že provedení elektivního císařského řezu je u symptomatických pacientek vhodnější“ (32,s.44).

Mezi atypické trhliny hráze patří latentní trhlina, kdy se roztrhne svalstvo hráze při zachovalém kožním krytu a intaktní sliznici poševní. Při kapsovitě trhlíně dochází k ruptuře poševní stěny při intaktní kůži na hrázi. Za centrální trhlinu považujeme otvor v hrázi mezi commissura posterior a análním otvorem (27).

Délka druhé doby porodní, forceps, raménková dystokie a spolupráce rodičky při porodu jsou statisticky signifikantní faktory ruptury perinea III. stupně. Na konci druhé doby porodní je velice důležitá spolupráce mezi rodičkou a porodníkem. Vlastní diagnostika stupně poranění hráze při porodu vyžaduje podrobné znalosti struktury hráze a anatomie pánevního dna. Dostatek praktických zkušeností a důkladná erudice jsou předpokladem prevence, diagnostiky a následného ošetření tohoto traumatu (11).

1.1.2 Poranění pochvy

Často se setkáváme i s poraněním pochvy, které většinou vznikají současně s poraněním hráze a vulvy. Někdy se může stát, že nedojde k roztržení pochvy v celé její tloušťce a její sliznice zůstává neporušená. Vlivem hromadění krve mezi poševní stěnou a fascia pelvina vzniká hematom pochvy, který může vyplňovat celou pochvu. Vzácně může dojít k odtržení pochvy od čípku v celém obvodu, způsobené dlouhotrvajícími kontrakcemi při porodních překážkách a operačními výkony. Příčiny poševních trhlin jsou mechanického původu. Na jedné straně kontrahující děloha roztahuje pochvu směrem nahoru, na druhé straně ji hlavička plodu cirkulárně rozpíná a táhne směrem dolů. Těžší ruptury vznikají při operačních výkonech a po předchozím zánětlivém procesu v pochvě (27).

Při ruptuře pochvy se krev shromažďuje v parakolpiu, dále se šíří vzhůru do parametria a může vytvořit i rozsáhlé retroperitoneální hematomy. Hematomy lze rozdělit na supralevátorové a infralevátorové. Za vážnější považujeme supralevátorové, které se často šíří do retroperitonea a možnost najít zdroj krvácení je prakticky mizivá. Pokud dojde k infikaci, mohou vzniknout nebezpečné abscesy. Hematom v parakolpiu se projeví krátce po ukončení 3. doby porodní, kdy si rodička stěžuje na výraznou tlakovou bolest v konečníku podbřišku. U rodičky klesá krevní tlak, je bledá a rozvíjí se u ní hemoragický šok. Přitom navenek z rodidel nekrvácí. Při palpačním vyšetření zjišťujeme značně vyklenutou poševní stěnu, kdy rezistence může zasahovat až do klenby poševní nebo ještě výše do dutiny břišní. Tuto vzniklou komplikaci řešíme na operačním sále v celkové anestezii. Důležité je zajištění protišokové terapie a prevence diseminované intravaskulární koagulopatie. Krevní ztrátu nahrazujeme dostatečným množstvím transfuzních jednotek erymasy a mražené krevní plazmy (1,5).

Každou trhlinu pochvy řešíme sešitím. Drobné hematomy lze nechat vstřebat ale větší je potřeba incidovat, vyprázdnit a podchytit krvácející

cévy. Zabráněním vzniku poranění pochvy docílíme správným vedením porodu, včasnou diagnózou porodních překážek a včasnou epiziotomií (27).

V období šestinedělí rýhy v pochvě zmizí a vaginální stěna se vyhladí a zvětší svou plochu. Do konce šestinedělí vagina nabude původní podoby, nikdy ne však do takové, jaká byla před těhotenstvím. Kojící matky mohou pociťovat suchost v pochvě a diskomfort během pohlavního styku (18).

1.1.3 Poranění děložního hrdla

S povrchními trhlinami zanikající branky se setkáváme skoro u každého porodu, snadno se hojí a nezanechávají žádné následky.

„Větší trhliny se mohou šířit až do kleneb poševních. Nejčastěji dochází k podélným trhlinám po stranách hrdla. Takové trhliny mohou sahát až k dolnímu segmentu děložnímu. Někdy může dojít k odtržení části čípku mimo zevní branku. Výjimečně se může odtrhnout celý čípek, jehož branka nepovolovala roztažení“ (28,s.261).

Rozsáhlé trhliny, jdoucí až do kleneb poševních, mohou způsobit silné krvácení, zvláště je-li poraněna větev a. uterina zásobující děložní hrdlo. Zvláště nebezpečné trhliny jsou ty, které jdou až do dolního děložního segmentu, které nelze ošetřit vaginální cestou, a musíme provést abdominální operaci. Na tuto komplikaci musíme myslet tehdy, když po ošetření ruptury hrdla krvácení stále pokračuje. Je nutné provést ultrazvukové vyšetření. Rozsáhlé ruptury děložního hrdla musíme vždy důkladně ošetřit, jejich okraje zachytit peany nebo americkými kleštěmi a provést pečlivou suturu (5).

Každou trhlinu větší než 1 cm zašijeme vstřebatelnými stehy. K zabránění vzniku větších trhlín na hrdle děložním docílíme tím, že zamezíme tlačení rodičky před zajitím branky. Trhlina čípku nezávisí na paritě rodičky, proto provádíme u každé ženy po porodu revizi hrdla děložního a pochvy v zrcadlech. Při špatném ošetření trhliny vznikají deformity čípku s chronickou cervicitou. Tato poškození jsou základem

vzniku prekanceróz. Následky takovýchto poškození vedou k sekundární sterilitě, k předčasnému porodu a potratu (28).

V období šestinedělí hrdlo opět nabude původního svalového tonu, nikdy se však neuzavře tak jako před těhotenstvím. Někdy se můžeme setkat s tím, že několik týdnů po porodu přetrvává edém hrdla. Konstantní výtok světle červených očístků může svědčit o krvácení z lacerací hrdla nebo pochvy (18).

1.1.4 Trhliny těla děložního

I v moderním porodnictví se poměrně často setkáváme s rupturou dělohy. Podílí se na ní vyšší frekvence operací, císařských řezů nebo nesprávná operační technika. Za další příčiny uvádíme nádory dělohy (myomy) a porody starších primipar. Poranění dělohy rozdělujeme na ruptury na normální děloze a ruptury na děloze s poškozenou stěnou. Spontánní ruptury dělohy nejčastěji vznikají při velkém plodu při normálních pánevních rozměrech, při úzké pánvi, děložních nádorech. Trhliny nejčastěji nacházíme v místech, kde je děložní stěna nejtenčí. Violentní ruptury dělohy tento druh ruptur je zapříčiněn předchozími indikovanými porodnickými operacemi, které se podílejí na celkové mateřské mortalitě a morbiditě. Ruptury z nepravidelnosti děložních stahů za hlavní příčinu viníme neúměrné rozvíjení dolního segmentu při vydatných kontrakcích aktivní části dělohy (dystokie, vývojové vady, nadměrná dávka uterotonik). K trhlíně pak dochází v nejtenčí části dělohy, na přechodu horního a dolního segmentu. Pokud zpozorujeme známky hrozící ruptury dělohy, je nutno porod ukončit císařským řezem a současně provést pečlivou revizi dělohy (33).

„Při vzniklé ruptuře ihned zahájíme protišokovou léčbu ve spolupráci s anesteziologem a provedeme neodkladnou laparotomii, extrakci plodu a zastavíme krvácení“ (33,s.318).

Z preventivního hlediska je indikací k ukončení těhotenství císařským řezem pro riziko ruptury dělohy. Trvalou indikací jsou dva či více císařských řezů v anamnéze, stavy po plastice nebo enukleaci myomů, anamnéza komplikovaného císařského řezu, při prokázání deformace děložní stěny, silná bolestivost v některém místě na děloze při porodu a jiné. Ruptury na děloze s poškozenou stěnou vznikají vlivem předchozích těhotenství nebo iatrogenních zásahů: patologické procesy stěny, atypické inzerce placenty, především placenta praevia, increta, percreta, dále vrozené poruchy děložní svaloviny a jizvy na děloze po předchozím sectio caesarea, metroplastiky, enukleace myomů (33).

„Akutní hrozící ruptura dělohy je dramatická porodní příhoda provázená silnými porodními kontrakcemi, kdy aktivní část dělohy se zkracuje a dolní segment se roztahuje. Na břišní stěně je zřetelná hranice mezi dolním a horním segmentem (Bandlova rýha). Kontrakce jsou rodičkou vnímány jako silně bolestivé a při palpaci během kontrakce hmatáme kromě křečovitě stažené dělohy napjatá ligamenta rotunda. Dojde-li k ruptuře, děložní činnost náhle pomine a postupně se dostavují příznaky hemoragického šoku z nitrobřišního krvácení“ (33,s.319).

Ruptury mohou též vzniknout i v průběhu překotného porodu a vaginálních operací. Skryté ruptury dělohy se vytvářejí na takových místech, kde je nejvíce ztenčená děložní stěna a mohou děložní stěnu buď to narušit, nebo penetrovat do břišní stěny. Vlivem podání uterotonik na konci II. doby porodní může dojít k zmírnění krvácení. Proto je důležité rodičku po porodu intenzivně sledovat a při počínajících známkách vnitřního nebo zevního krvácení včas chirurgicky zasáhnout. Děložní ruptury spolu s tromboembolickými komplikacemi a hemoragiemi jsou na prvních místech úmrtí matky v souvislosti s gestací (33).

1.1.5 Druhotná poporodní poranění

Poruchy pánevního dna, které může vyústit v inkontinenci moči, stolice a uterovaginální prolaps mají zásadní vliv na kvalitu života ženy všech věkových kategorií (16).

1.1.5.1 Poranění pánve

V průběhu těhotenství pod vlivem hormonů vznikají změny ve vazivu, chrupavkách a kloubních spojkách. Při spontánním nebo operačním porodu může vzniknout poškození symfýzy, lumbosakrálního skloubení, sakroiliakálního kloubu a poranění kostrče (27).

1.1.5.2 Poranění svaloviny

„M. levator ani vytváří trychtýři podobný uzávěr pánevního dna. Jeho dolní část spolu s tělem kosti stydké definuje takzvaný hiatus urogenitalis, skrze který z pánve vystupuje pochva, močová trubice a konečník. K tomu aby skrze tento trychtýř prošla hlava plodu, musí se vlákna této svalové skupiny značně roztáhnout. Největší nároky jsou kladeny na distální část levatoru, který se musí roztáhnout na více než trojnásobek své klidové délky. Směrem proximálním je potřeba roztažení menší“ (22,s.25).

Proto je nejčastěji traumatizována právě distální část v oblasti m. puboresutalis. Extrémní deformace svalů při porodu vede až ke svalové ruptuře, či odtržení svalů od jejich úponu na pánevní stěnu (12,22).

1.1.5.3 Poranění závěsného aparátu

Ve druhé době porodní při použití břišního lisu dochází k tomu, že celý závěsný aparát je dislokován směrem dolů, což může vyústit až k odtržení různě velkých úseků fascie od jejich úponů na parietální struktury pánevního dna. Pokud, dojde k poranění v oblasti močové trubice, hrozí vznik stresové inkontinence moči. Defekt v oblasti močového měchýře má za

následek vznik cystokély, při poruše vazů dochází k sestupu dělohy a horní části pochvy. Nejvýznamnějšími rizikovými faktory jsou vaginální instrumentální extrakční techniky, protrahovaná II. doba porodní a hypertrofický plod (4,86).

1.1.5.4 Poranění nervových struktur

Podílejí se na inervaci pánevních orgánů a vlastního pánevního dna. Nervové struktury jsou vystaveny zátěži v průběhu porodu. Riziko poranění se týká jak somatických, tak i autonomních nervů močového měchýře a anorektální oblasti. Při porodu jsou cílové struktury (zejména zevní anální svěrač a perineální membrána) nadměrně dislokovány kaudálním směrem. Tím dochází ke značnému napínání jednotlivých větví. Při roztažení nervu o více jak 15 % jeho klidové délky dochází k jeho poškození. Naneštěstí je nervové zásobení zmíněných orgánů párové, což je důležitý ochranný faktor před nezvratnou dysfunkcí (4,86).

1.1.5.5 Poranění dutých orgánů

Poranění močového měchýře, močové trubice či rekta je velice vzácné ale i s ním se můžeme setkat. Rizikový faktor je porod per forcipem. S problémem vzniku urogenitální píštělí při protrahovaném porodu se ve vyspělých zemích prakticky nesetkáme. Bohužel ve třetím světě je však příčinou závažné morbidity ženské populace (16,22).

1.1.6 Poranění po císařském řezu

Při císařském řezu se setkáváme s poraněním kůže v místě sekce. Jedinou trvalou známkou po poranění kůže při císařském řezu je jizva po Pfannenstielově řezu v podbřišku. Sutura kůže se v současnosti provádí intradermálním stehem, který vykazuje velice dobrý kosmetický efekt. Přesto je dobré se o jizvu starat. Důležité je především hlídat, jestli se správně hojí.

Případné hnisání znamená návštěvu lékaře. Dobré je jizvu potírat mastným krémem, ideální je bambucké máslo nebo vepřové sádlo. Oboje napomáhá hojení. Po několika měsících po jizvě zpravidla zůstává jen tenká čárka (6,25).

1.2 Epiziotomie

Epiziotomie je chirurgické nastřížení perinea, kožní a svalové tkáně mezi pochvou a konečníkem. Epiziotomii můžeme označit jako nejčastěji prováděný chirurgický zákrok v závěru druhé doby porodní (až 90% porodů), konkrétní údaje se mohou mezi jednotlivými zařízeními lišit. Cílem epiziotomie je zvětšení vaginálního vstupu (3,19, 21).

1.2.1 Epiziotomie a její indikace

První nástřih hráze byl zdokumentován v polovině 18. století. Se soustředěním porodů do nemocničních zařízení počet epiziotomie přibýval. V současné době pozorujeme odklonění se od rutinních epiziotomií, neboť preventivní epiziotomie neodvrátí případné další poranění pánevního dna. Je důležité mít na paměti, že při provedení epiziotomie jsou protnuty procházející cévy a nervy v oblasti hráze. Oproti tomu ruptura nejčastěji probíhá, pokud není rozsáhlá, podél nervových a cévních pletení (19).

Epiziotomii můžeme pokládat za ochranu hráze před hrozícím nepravidelným poraněním, protože řezná rána se hojí mnohem lépe než rána tržná. Epiziotomie je nedílnou součástí vaginálních operací, při klešťových porodech, vakuumextrakce, operací v souvislosti s koncem pánevním, s dystokií ramének a porodem velkého plodu. Další indikace k epiziotomii je, pokud rodička není schopná usměrnit intenzitu tlačení, pokud se dítě rodí předčasně a hrozí poranění hlavičky, také u anatomicky nepoddajných a vysokých hrází (2,4,20,23).

1.2.2 Způsob provedení epiziotomie

Epiziotomii děláme na úplném konci II. doby porodní. Celý výkon je poměrně rychlý a netrvá déle než několik vteřin (21).

„Epiziotomii provádíme vždy v lokálním znecitlivění. Výhodou je epidurální anestezie. Pokud není dostupná, provedeme pudendální blok nejlépe na obou stranách, navíc připojíme infiltraci hráze v místě předpokládaného řezu nebo nástřihu. Cílem je zasáhnout nervus pudendalis. Do pochvy zavedeme na levé straně rodičky ukazovák a prostředník levé ruky, palcem v opozici zevně vyhmatáme hrbol sedací kosti, prsty tkáň stiskneme, čímž se omezí bolestivost lokálního vpichu. Do oblasti cca 1cm pod spina ischiadica, kde předpokládáme lokalizaci nervu pudendi, vpícháme jehlu a aspirujeme. Mírně jehlu povytáhneme a pozvolna aplikujeme cca 20 ml 1% mesokainu“ (2,s.39).

Epiziotomii však lze provést i bez znecitlivění při rozvinuté hrázi. Při prořezávání hlavičky ji levou rukou přidržujeme ve flexi, ve chvíli, kdy se hráz maximálně vyklene, zavedeme ukazovák a prostředník levé ruky mezi hlavičku a pochvu a na vrcholu kontrakce provedeme epiziotomii. Pokud by se nástřih udělal mimo kontrakci, je tento výkon velice bolestivý. Nástřih lze provádět speciálními nůžkami. Jeden hrot nůžek na nástřih hráze je kulatý a tím pádem chrání hráz před nežádoucím poraněním. Tyto nůžky jsou zároveň citlivé k hlavičce miminka. Vždy používáme ostré nůžky a nestříháme několikrát. Nůžky, kterými jsme provedli epiziotomii bychom neměli používat na stříhání pupečníku (2,20).

1.2.3 Druhy epiziotomie

Rozlišujeme epiziotomii mediální, laterální a mediolaterální, výjimečně se provádí Schuchardův řez (Příloha 2). Mediální epiziotomie se provádí v délce 2-3cm uprostřed rozvinuté hráze a končí u svěrače řitního.

Prochází centrem tendineumem, kde je menší cévní zásobení. Výhodou této epiziotomie je snadné ošetření, méně krvácí, lépe se šije, lépe se hojí. Setkáváme se i názorem, že má méně pozdějších dyspareunických komplikací. Jako nevýhodu vidíme riziko rozšíření epiziotomie až na svěrač řitní, takže hrozí ruptura III. stupně. Laterální epiziotomie lze považovat za bezpečnou ochranu před rupturou II. stupně. Provádíme ji 2 cm nad introitem, v úhlu 45° ve směru k hrbolům kostí sedacích. Pokud předpokládáme větší plod nebo klešťový porod volíme rozsah epiziotomie větší. Epiziotomie laterální vytváří dostatečný prostor pro rychlejší prostup hlavičky při samovolném porodu a při vaginálních operacích. Má své opodstatnění i při dystokii ramének. Výhody laterální epiziotomie jsou spojené také s hojením v období šestinedělí, kdy odcházející očistky jdou mimo ránu. Při mediolaterální epiziotomie nástřih začíná ve střední čáře poševního introitu a dále je veden šikmo směrem k sedacímu hrbolu v délce asi 3 cm (9, 27).

1.2.4 Komplikace spojená s epiziotomií

Při provedení epiziotomie je vzdálenost mezi epiziotomií a análním sfinkterem kratší než při porodu, kde je délka hráze nad 30 mm. Intimní blízkost mezi tímto druhem poranění a análním sfinkterem může vést k rozvoji postnatální anální inkontinenci. Při dlouhé hrázi může dojít k většímu porodnímu poranění, protože druhá doba porodní je v tomto případě signifikantně prodloužena. Protrahovaná druhá doba porodní může vést k operačnímu ukončení vaginálního porodu s jeho známými riziky. Větší rozsah epiziotomie a průměrně vyšší stupně ruptury hráze mohou vést k rozvoji dyspareunie (10).

Mezi bezprostřední komplikace řadíme krvácení z perineálních a vaginálních cév o větším průsvitu, nadměrnou bolestivost u rodiček s nižším prahem bolesti a trhliny pochvy, perinea a eventuální poškození

análního svěrače a stěny střevní. Mezi časné komplikace řadíme dehiscenci, vznik hematomů a infekci sutury (27).

Virulentní infekce streptokoky, stafylokoky mění vzhled rány. Rána zduří, je povleklá a zarudlá, často nekrotizuje a bolí (14).

„Do pozdních komplikací patří vznik keloidní bolestivé jizvy, inkluzních cyst, vaginoperineální fistuly, morfologické změny vulvy (zející poševní introitus, asymetrie rýhy, chronický fluor). Následkem těchto komplikací trpí ženy genitálním dyskomfortem a dyspareunií“ (27, s. 324).

1.2.5 *Prevence poranění perinea*

Poškození perinea je jedním z traumat, kterým ženy často po porodu trpí. Existuje několik technik a postupů, které jsou zaměřeny na redukci tohoto poškození nebo na jeho zmírnění do zvládnutelných dimenzí (30).

1.2.5.1 *Super crowning*

Při prořezávání hlavičky v druhé době porodní se místo spontánního ponechání, provádí manévr mírně prodlužující dobu vypuzení o jednu až dvě kontrakce. Na hlavičku se vyvíjí mírný protitlak ruky a tím ji zpomaluje. Jelikož ponecháme tkáním více na času na jejich pomalé a přirozené roztažení, dochází k velké redukci počtu poranění hráze druhého a třetího stupně. Super crowning není vhodný při patologickém kardiokografickém záznamu, nebo při nutnosti rychlého ukončení druhé doby porodní (31).

1.2.5.2 *Masáž hráze*

V současné době je poměrně populární masáž hráze. Slouží ke změkčení tkáně, která bývá zpočátku pevná, ale po pravidelném provádění masáže se hráz stane jemnou a poddajnou. S masáží hráze se začíná čtyři až šest týdnů před termínem porodu. Žena by si měla při masáži zvolit příjemnou polohu v polosedě, pokrčit nohy a mírně je rozkročit. Je nutné mít

čisté a hladké ruce nebo se mohou použít gumové rukavice. Na ruce si nakapeme několik kapek oleje (nedoporučuje se používat dětský olejíček nebo minerální oleje pro možné vysušování tkáně). Doporučován je slunečnicový olej (17).

„Prsty by měly po tkáni klouzat. Prsty přejíždí z jedné strany na druhou a stěnu pochvy tlačí směrem dolů a dopředu (3 minuty). Masáž zakončí mnutím hráze mezi palcem a ukazováčkem (ukazováček je zaveden uvnitř, palec je vně) po dobu 1 minuty. Masáž by měla v průměru trvat 5 minut. Provádět by se měla jednou až dvakrát denně. S masáží žena může začít přibližně šest týdnů před termínem porodu“ (19,s.80).

Pravidelná masáž hráze může být prospěšná v druhé době porodní. Napomůže hrázi, aby byla pružnou a při porodu se dostatečně roztáhla a urychlila průchod hlavičky pánevním východem. Masáž hráze nemá na průběh porodu a porodní poranění žádné negativní účinky a není bolestivá. Masáž není vhodná pro ženy, které trpí vaginálním herpesem, vaginálním fluorem nebo jiným vaginálním onemocněním. Masáž by mohla toto onemocnění ještě zhoršit a infekci rozšířit. Masáž může provádět rodička, její partner či porodní asistentka (17).

Na druhé straně žádná literatura jednoznačně nepotvrdila snížení počtu závažných poranění po masáží hráze ve srovnání s frekvencí a závažností porodních poranění u rodiček, které masáže neprováděly. Proto nemůžeme tvrdit, že u ženy, která si bude pravidelně masírovat hráz, nebude potřeba provést epiziotomii (8).

1.2.5.3 Kegelovy cviky

Kegelovy cviky posilují pánevní dno. Vlivem těchto cviků se žena dokáže během porodu dostatečně uvolnit. Cviky se skládají z napínání a uvolňování svalů v okolí močovodu, pochvy a análního otvoru. Svaly se rytmicky stlačují a uvolňují jako při zástavě močení s frekvencí 10 až 20krát

za sebou, dvakrát až třikrát denně. Při cvičení si musíme dát pozor, abychom nezatínali jiné svaly např. brániční a nezadržovali dech (13).

1.2.5.4 EPI-NO

Myšlenka posilování pánevního dna je poměrně velmi stará. Africké ženy se připravovaly na porod napínáním pánevního dna pomocí cviků s vhodně tvarovanou tykví. V současnosti, se setkáváme se zdravotnickým výrobkem, který posiluje pánevní dno. EPI-NO je měkký nafukovací balonek, který slouží k posílení a zpevnění pánevního dna. S cvičením by se mělo začít přibližně 3 týdny před termínem porodu. Hlavním cílem výrobku je zpevnění svalů pánevního dna a simulace porodu pomocí plynulého a šetrného rozpínání svalů pánevního dna a tkání hráze. Balonek se zavede z jedné poloviny do pochvy. Objem balonku se nafukováním postupně zvětšuje až do pocitu maximálního napětí (bez pocitu bolesti). Svaly a tkáně se mírně napínají a poté rodička trénuje napínání svalstva proti odporu nafouklého balonku. Na závěr tohoto posilovacího cvičení se těhotná žena bude snažit vytlačit balonek z pochvy. Balonek umožňuje nácvik uvolnění pánevního svalstva v době prořezávání hlavičky. Cvičení by se mělo provádět jednou až dvakrát denně po dobu 15-30minut (19).

1.2.5.5 Chránění hráze

K zadržování hlavičky postačí levá ruka, pravou rukou není potřeba tlačit, rouškou zabraňujeme převážně znečištění perinea a plodu stolicí (Příloha 4). Po celou dobu musí být dobře viditelný introitus a hráz (2,7,30).

„Jakmile se pod sponou objeví biparietální průměr, pravá ruka se pokládá přes hráz na předpokládaný průměr bitemporální. Po porození záhlaví se napomáhá deflexí. Osvědčuje se mít pravou ruku s rouškou na hrázi a zatlačit bradičku prsteníkem a malíčkem. Můžeme zatlačit čtyřmi prsty pravé ruky na bradičku. Jakmile vystoupí z koruny pánevního dna

biparietální průměr, napětí hráze se zmenšuje, objeví se nadočnicové oblouky, oči, nos, ústa a bradička“ (2,s.41).

1.2.5.6 *Dianatal*

Dianatal je porodnický gel, který chrání svaly pánevního dna, pochvy a hráze. Jeho účinek je podstatě fyzikální, neobsahuje žádné léčivé složky. Vlivem jeho aplikaci je tření při porodu sníženo až o 50%. Gel přilne k poševní stěně a utvoří v pochvě ochranný film, který usnadňuje klouzavý pohyb při porodu (19).

„Balení obsahuje tři tuby s aplikátory. Dvě se používají pro první dobu porodní, jedna pro druhou dobu porodní. Dianatal je zaváděn od prvního vaginálního vyšetření (nejpozději při brance 4 cm). Přibližně po každém vyšetření se aplikuje 3-5 ml gelu. V případě protržení plodových blan bychom měly do 15-30 minut aplikovat novou dávku gelu. Po porodu hlavičky by se měla otřít oblast úst a nosu. Použití gelu snižuje výskyt poranění hráze a zvyšuje pravděpodobnost intaktního perinea, mimo jiné usnadňuje operativní ukončení porodu (vakuumextraktor, forceps). Zkrácení doby porodního děje šetří rezervy matky i dítěte. Tento produkt není v současné době v české republice registrován “ (19,s.80-81).

1.2.6. *Ošetření epiziotomie*

„Epiziotomie má tvar obráceného asymetrického V, kde kaudální část jako celek je více retrahovaná. Často se epiziotomie rozšiřuje kraniálně, po klešťových operacích s rotací do protilehlých poševních stěn. U abnormální rotace nastává mnohdy trhlina směrem k svěrači“ (2,s.56).

Před ošetřením infiltrujeme od dolního pólu epiziotomie směrem k introitu v horním okraji. Kůže se nepropichuje, ale infiltrujeme přímo v podkoží zejména oblast musculi bulbospongiosi. Dolní úsek epiziotomie

infiltrujeme opět z pólu, kde jsou již tkáně znecitlivěné, a pokračujeme na dolním pólu epiziotomie, kde tkáň bývá zpravidla více retrahovaná. Dále se přesvědčíme, zda opatření, která jsme vedli k zábraně větších poranění, byla často dostatečná. U porodů klešťových navzdory tomu, že jsme provedli epiziotomii tomu tak většinou není, často pozorujeme trhliny zejména v pravé postranní části pochvy, jelikož tam vznikají větší obtíže při zavádění kleští (2).

Po plošných poraněních sliznici poševní šít nelze, a tak zavádíme hlubší stehy sblížující, které zastavují krvácení. Vždy všechna poranění reparujeme od shora dolů, pak kaudální trhliny, samotnou epiziotomii šijeme jako poslední. Poněkud zrádná jsou podslizniční krvácení, kde nebyl porušen povrch, která poznáme jako boulovitá vyklenutí. Při podslizničních hematomech, které zasahují až do klenby, je vhodné sliznici protrhnout, hematom odstranit, vysušit rouškou, vyhledat většinou venózní zdroj krvácení. Pokud bychom tak neučinili, může se nepoznaná ruptura šířit kraniálně až do retroperitoneálního prostoru, kde se projeví jako vyklenutí, palpačně i poklepově hmatné a viditelné na ultrazvuku. Pro nebezpečí vzniku diseminované intravaskulární koagulopatie je třeba hematom odstranit. Ošetření laterální epiziotomie začínáme od horního pólu rozpolcené poševní sliznice. Je nutné počítat s tím, že kraniální část řezu je delší než kaudální, kde působí smrštění svalstva okolo řitního svěrače, proto musíme na kraniální části zabírat více tkáně. Poševní sliznici sešíváme pokračujícím vicrylovým stehem, který zakládáme asi 2 cm nad místem protětí. Levou rukou táhneme za tento steh a současně rozevíráme stydké pysky. Po stehu před hymnem, do hymenu, ukončujeme pokračující steh za hymenem, na přechodu sliznice na kůži (Příloha 3). Následně po sešití poševní sliznice provádíme suturu po vrstvách (2).

„ V dolním pólu epiziotomie umístíme steh v oblasti musculus levator ani, který pokládáme v hloubce téměř vodorovně. Stavíme tak současně krvácení, které vede k hematomům této oblasti. Šijeme-li správně, je tento

steh něco bolestivý, zasahuje někdy periferní partie m. levatoris ani, které nemají inervaci od nervus pudendalis nejsou proto znecitlivělé. Pak provedeme klíčový steh. Pinzetou nadzvedneme kraniálně kůži nad přestřiženou částí svalu bulbospongiózního. Vpíchneme vysoko a vracíme se k protilehlé kaudální zbylé porci svalu, která je těsně nad introitem, kde zauzlíme“ (2,s.58).

Tímto stehem se rozšklebená rána sblíží. Pokračujícím stehem šijeme po vnitřní i zevní straně tohoto svalu, aby bulbospongiózní sval byl dobře viditelný. Při pokračujícím vicrylovém stehu nezanecháváme žádný volný prostor, vypichujeme těsně pod kůží. Kůže na rodidlech je více elastická, pigmentovaná, většinou se dobře hojí. Stehy neutahujeme silně, aby nevznikla animizace. Ošetřenou ránu na kůži řádně dezinfikujeme a odstraníme zaschlou krev (2).

1.2.7 Ošetrovatelská péče o epiziotomii

Perineum je v důsledku epiziotomie nebo lacerace často nateklé, citlivé a pohmožděné. Perineum je třeba kontrolovat, zda se hojí a sledujeme známky komplikací. Zarudnutí bez nadměrné citlivosti je pravděpodobně známkou normálního zanícení během hojení. V případě, že se přidá bolest, je to známka infekce. Dále sledujeme otoky a podlitiny v oblasti perinea. Mírný edém a podlitina je běžná, silný edém a podlitina je na překážku hojení. Všímáme si neporušenosti zašité rány. Zašitá rána by neměla být separovaná. V neporušeném stavu téměř nemůžeme rozeznat laceraci nebo epiziotomii od okolních záhybů kůže. V prvních 12 až 24 hodinách po porodu aplikujeme na otok nebo podlitinu perinea ledový obklad formou chladivého gelového polštářku. Tím se znecitliví perineální oblast. Lze též použít gumovou rukavici, kterou naplníme ledem a zavážeme v zápěstí. Chladicí polštářek či rukavici zabalíme do papíru či jednorázové utěrky, aby nedošlo k omrznutí kůže. Poté, co se led rozpustil, necháme polštářek stát ještě 10 minut, teprve

pak ho vyměníme za zmrzlý a znovu aplikujeme, dosáhneme tak obnoveného maximálního účinku. Po 24 hodinách od porodu lze oběh a hojení povzbudit hřejivými chemickými polštářky nebo sedací lázní (18).

„Sedací koupel se provádí v umělohmotném umyvadle pro individuální použití, které se upevní na záchodové sedátko. Vír studené nebo teplé vody očistí perineum a napomáhá jeho zhojení. Podobný účinek má sezení ve vaně s 10 cm vody“ (18,s.241).

Velice důležité je poučit ženu, jak má bezpečně provádět ošetření perinea po každém močení a stolici. Po stolici se žena vždy utírá od pochvy směrem ke konečníku a tím se vyhne kontaminaci perinea a pochvy výkaly. Po vykonání potřeby je vhodné se osprchovat (Příloha 5).

Pravidelné vytahování vložky umožňuje proudění vzduchu okolo rány. U špatně hojící se rány je vhodné, aby se žena osprchovala po každém vymočení a řádně osušila (17,18).

Je možné podat lokální nebo systémové léky proti perineální bolesti. Lokální perineální léky velice dobře působí na znecitlivění a mají protizánětlivý účinek. Porodní asistentka by měla šestinedělku poučit jak snížit bolest vsedě. Než žena dosedne, zatne hýždě, a po dosednutí je opět uvolní. Také sezení na nafukovacím kruhu odvádí tlak mimo perineální oblast. Je vhodné kruh nafukovat do poloviny, jinak je kruh vratký a hrozí riziko pádu ženy (18).

V prvních týdnech po porodu je pro ženu vhodnější sedět či ležet než stát. Během stání vlivem gravitace se vnitřní orgány táhnou směrem dolů, směrem k uvolněnému pánevnímu dnu. Při stání se napínají vazy, které drží močový měchýř a dělohu. Pokud má ženu potřebu stát, je vhodné, aby stáhla svaly pánevního dna, vtáhla břicho a přitom vydechovala. Díky tomuto cviku zůstanou svaly pánevního dna sevřené a předejde se bolesti. Tento cvik je vhodný též při zakašlání či kýchnutí, nebo před jakoukoliv činností, která namáhá spodní část břicha. Ženu poučíme o vstávání z lůžka přes bok. Při

vstávání z lůžka je vhodná malá stolička pro podložení nohou při sezení na lůžku nebo při vstávání z lůžka (17,24,29).

Ukončení šestinedělí již není hranice možného pohlavního styku. Začít s pohlavím stykem po porodu by se mělo až po zhojení porodních poranění, zejména perinea a po ústupu krvácení. Jako prevence vzniku puerperální infekce je nutno dodržovat pravidla sexuální hygieny. Skoro polovina žen trpí poporodní dyspareunií a velký počet žen má nepříjemné pocity při styku i rok po porodu. Tyto problémy nejsou vázány k vaginálnímu porodu, ale též se může vyskytnout i u žen po císařském řezu (26).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1 Zjistit častost epiziotomie u žen při porodu.

Cíl 2 Zjistit následné hojení epiziotomie u žen po porodu.

Cíl 3 Zjistit informovanost žen v péči o epiziotomii.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Častost epiziotomie je více jak u poloviny dotázaných žen.

Hypotéza 2 Hojení epiziotomie je bez komplikací.

Hypotéza 3 Ženy nejsou informované v péči o epiziotomii

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

V práci byl použit kvantitativní výzkum. Byla použita metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník, který byl anonymní. V práci byla použita jedna forma dotazníku. Dotazník byl určen pro ženy po spontánním porodu na oddělení šestinedělí v nemocnici Tábor a.s. a v nemocnici České Budějovice a.s. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek otevřeného, polootevřeného a uzavřeného typu. Na prvních 5 otázkách odpovídaly všechny dotázané respondenty. Od otázky č. 6 odpovídaly pouze ty ženy, které v otázce č. 5 odpověděly kladně. Otázka č. 5 až otázka č. 18 byla určená pro ženy, kterým během porodu byla provedena epiziotomie. Ženám, kterým nebyla během porodu provedena epiziotomie končily u otázky č. 5 a dále již neodpovídaly a nebyly začleněny do zkoumaného souboru.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl prováděn v porodnici České Budějovice a.s. a v porodnici Tábor a.s. Výzkumným souborem byly ženy po spontánním porodu na oddělení šestinedělí v daných porodnicích. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, z toho 65 dotazníků na oddělení šestinedělí v českobudějovické porodnici a dalších 65 dotazníků na oddělení šestinedělí v táborské porodnici.

Z 65 rozdaných dotazníků na oddělení šestinedělí v českobudějovické porodnici se vrátilo 53 dotazníků (81 %) a pro nepřesné údaje byly vyřazeny 3 dotazníky (5%). Celkový počet hodnotících dotazníků za českobudějovickou porodnici činilo 50 dotazníků.

Na oddělení šestinedělí v táborské porodnici se vrátilo 52 dotazníků (80 %). Pro neúplnost dotazníku byly vyřazeny 2 dotazníky (3 %). Celkový

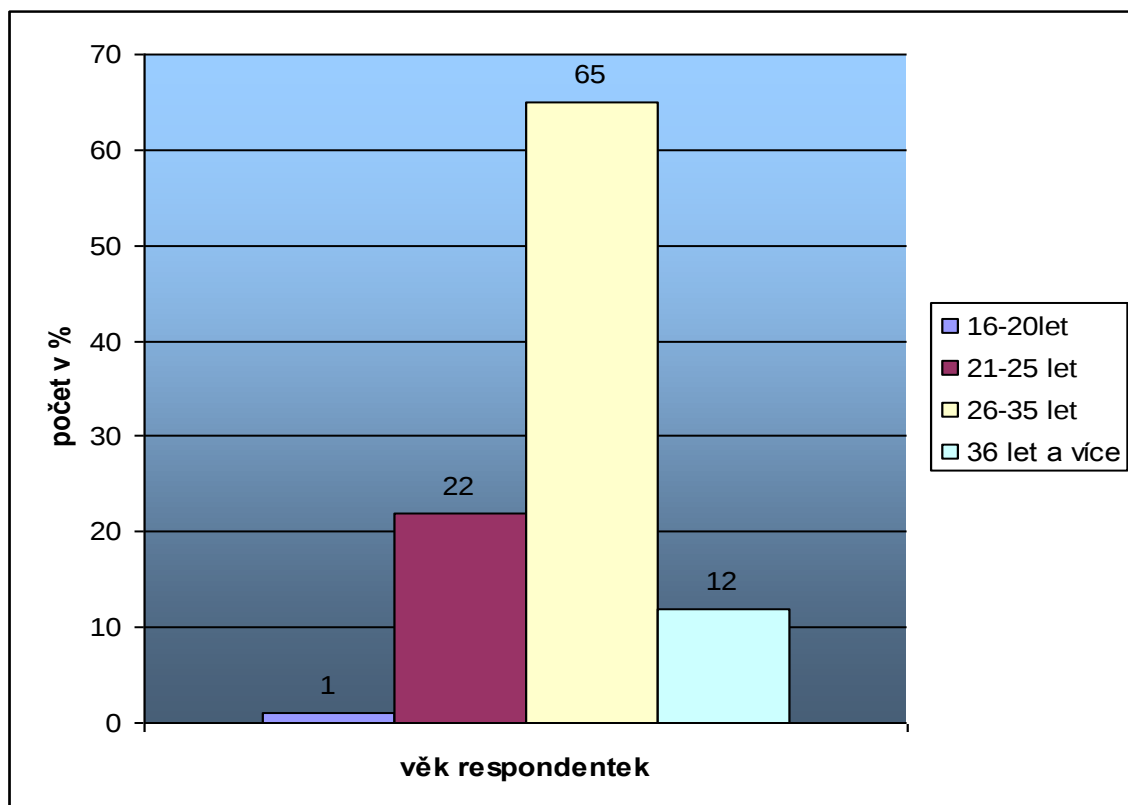
počet hodnotících dotazníků za tábořskou porodnici činilo 50 dotazníků.

Z celkového počtu 130 rozdaných dotazníků byla návratnost 105 dotazníků (81 %), dále pro neúplnost údajů bylo vyřazeno 5 dotazníků (4 %). Celkové množství hodnocených dotazníků bylo 100 dotazníků, což je 100 %.

Na prvních 5 otázkách odpovídalo 100 % dotázaných žen. Od otázky č. 6 až do konce dotazníku odpovídaly pouze ty ženy, které v otázce č. 5 odpověděly kladně. Počet žen, které odpověděly u otázky č. 5 kladně, bylo 73 tedy (73 %) a zbytek 27 žen (27 %), které odpověděly záporně, nebyly od otázky č. 6 do výzkumu zařazeny.

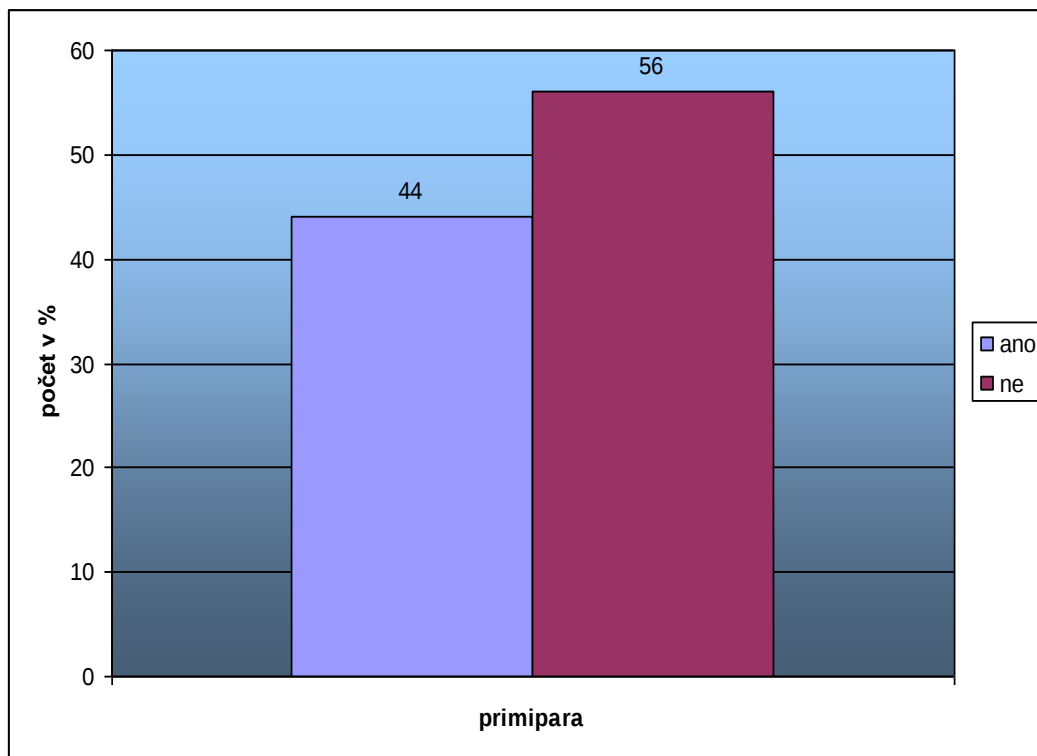
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Věk respondentek



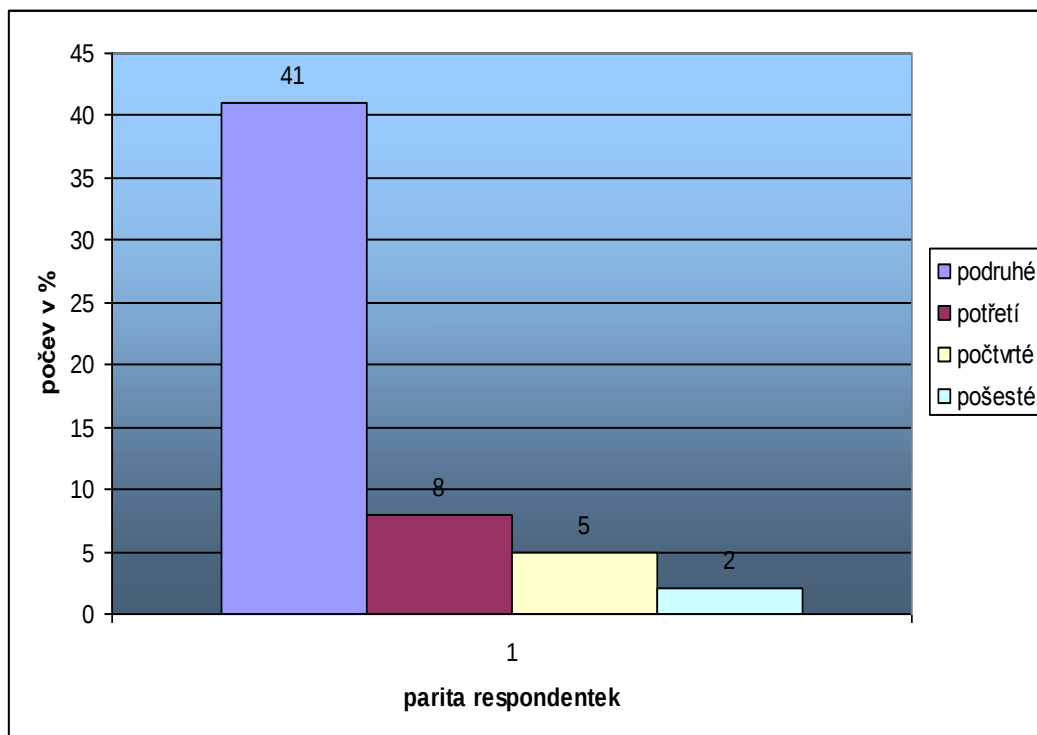
Celkový počet respondentek činilo 100 (100 %) žen. Z toho 1 (1 %) respondentka je ve věku 16 až 20 let, 22 respondentek (22 %) je ve věku 21 až 25 let, 65 (65 %) dotázaných žen je ve věku 26 až 35 let a 12 (12 %) žen je ve věku 36 let a více.

Graf 2A Četnost primipar



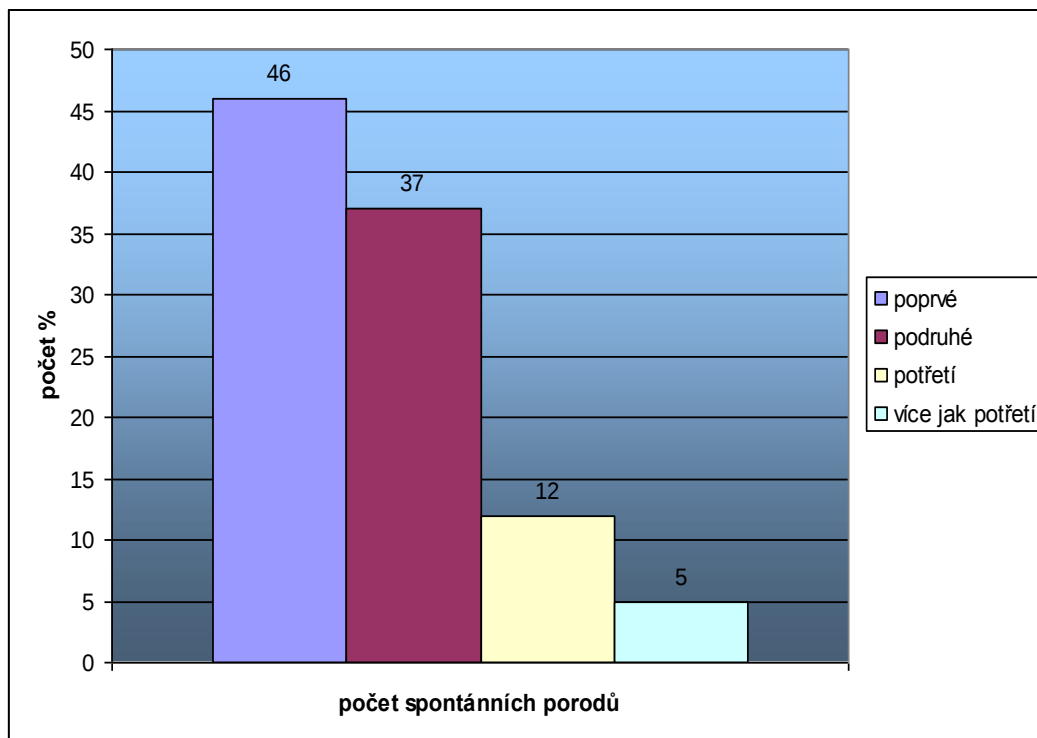
Poprvé rodilo 44 (44 %) žen, 56 (56 %) žen odpovědělo, že rodilo více jak poprvé.

Graf 2B Parita respondentek



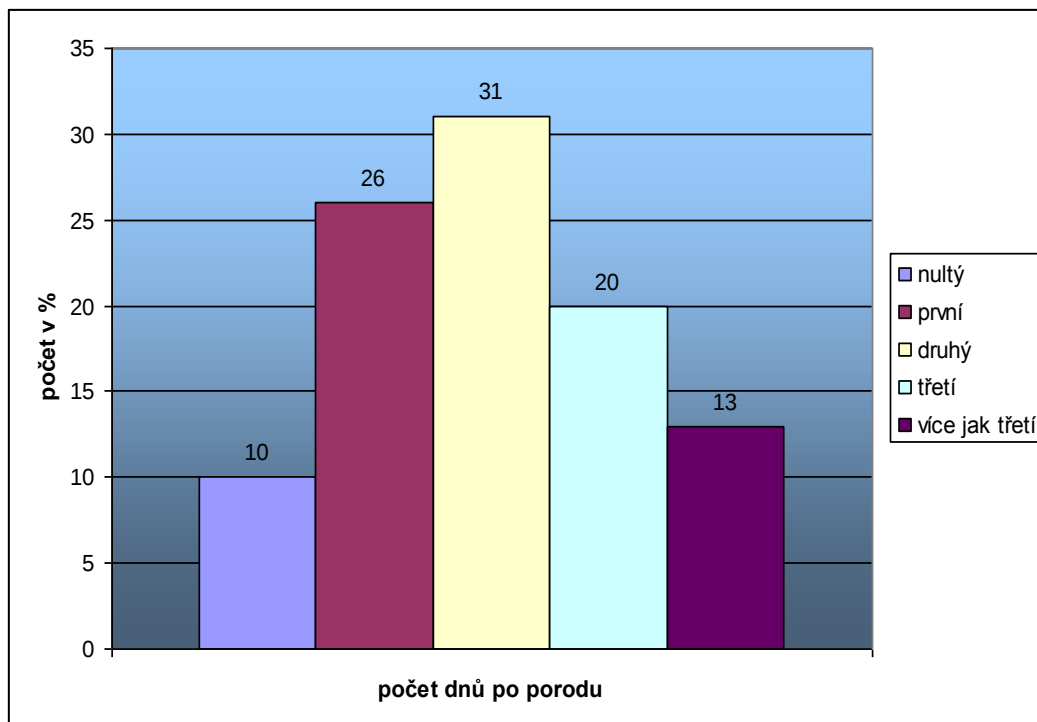
Z celkového počtu 56 žen (100 %), které rodily více jak jednou, uvedlo, že podruhé rodilo 41 žen (73 %), potřetí rodilo 8 žen (14 %), počtvrté rodilo 5 žen (9 %) a pouze 2 ženy uvedly, že rodily pošesté (4 %).

Graf 3 Počet spontánních porodů



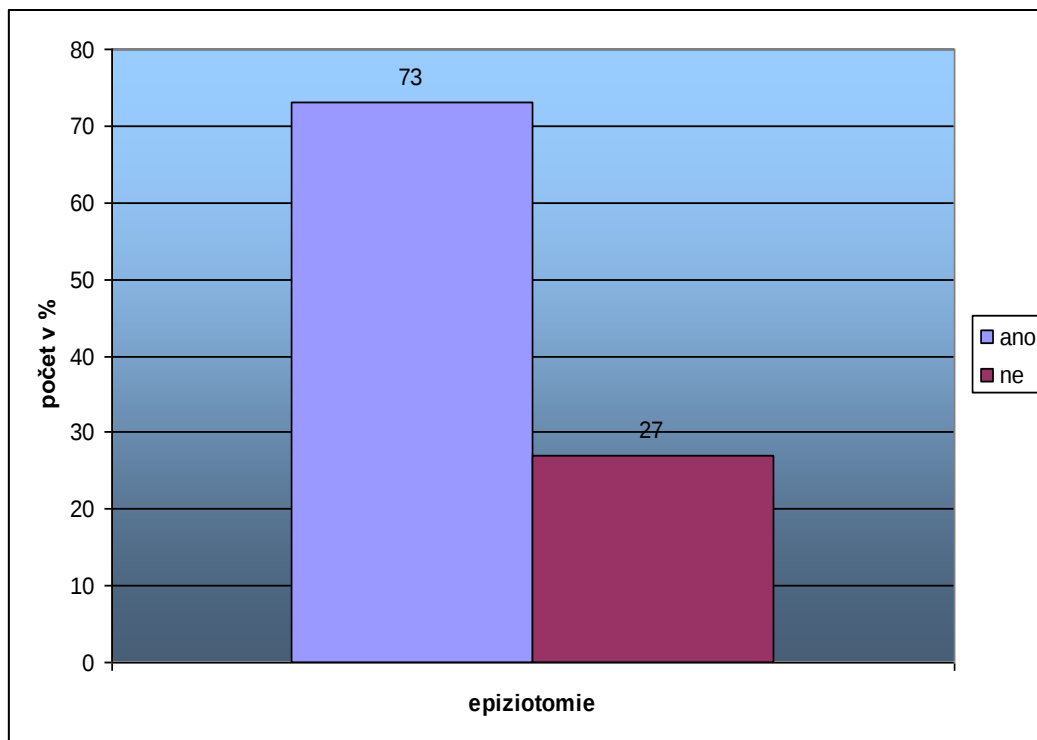
Z celkového počtu 100 žen (100 %) odpovědělo 46 žen (46 %), že rodilo poprvé spontánním porodem, 37 žen (37 %) jmenovalo, že rodilo již podruhé spontánním porodem. Ke třetímu spontánnímu porodu se přiklánělo 12 žen (12 %) a posledních 5 (5 %) respondentek uvedlo, že rodilo více jak potřetí spontánním porodem.

Graf 4 Počet dnů po porodu při vyplňování dotazníku



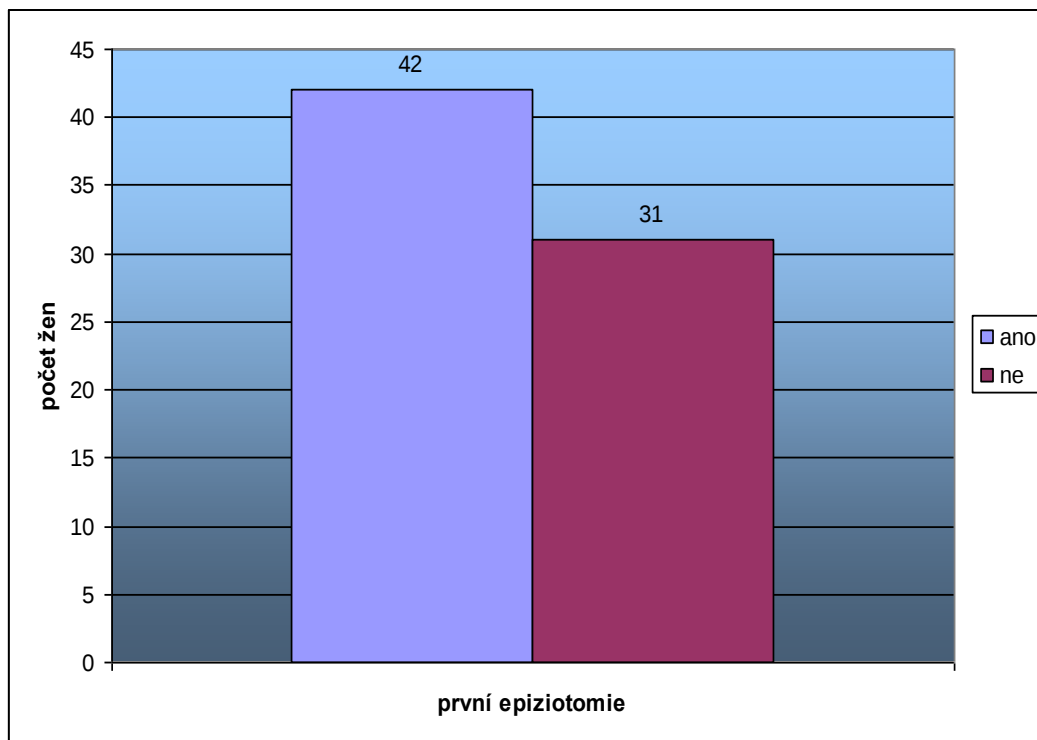
Z celkového počtu 100 žen (100 %) vyplývá, že 10 žen (10 %) je nultý den porodu, první den po porodu bylo 26 dotázaných žen (26 %). Druhý den porodu bylo 31 žen (31 %), třetí den porodu se týkalo 20 žen (20 %) a více jak třetí den bylo 13 respondentek (13 %).

Graf 5 Počet provedených epiziotomií



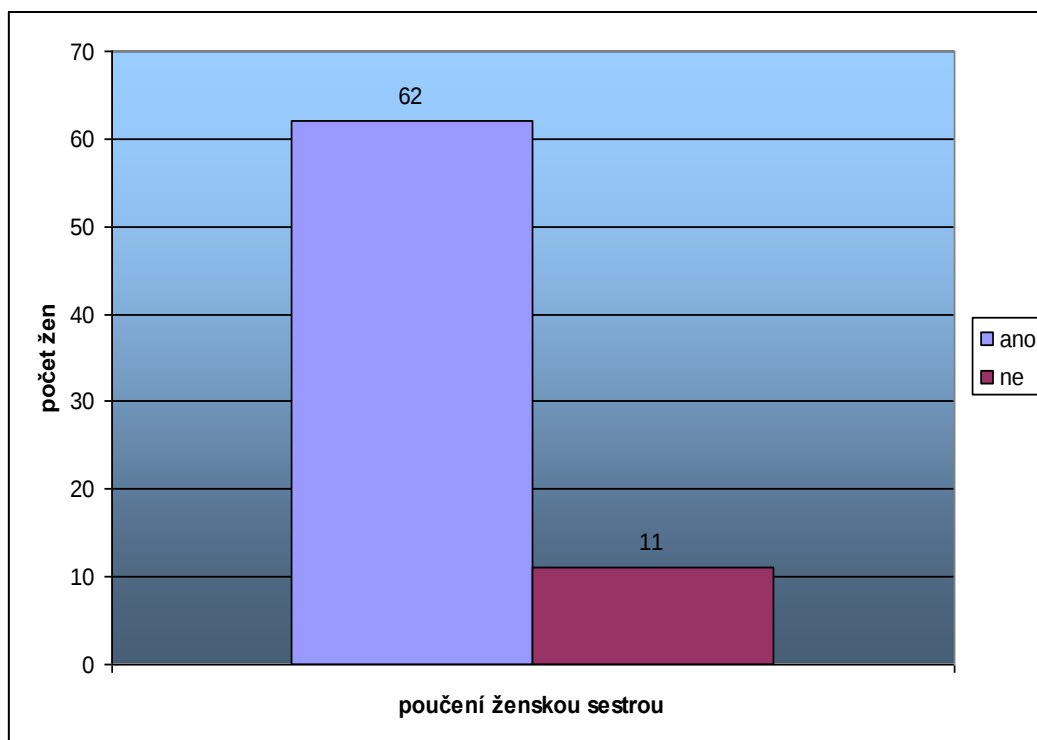
Z celkového počtu 100 (100%) žen vyplývá, že většině tedy 73 žen (73 %) byla provedena během porodu epiziotomie. Zbytek 27 (27 %) dotázaných žen odpovědělo, že jim během porodu nebyla provedena epiziotomie.

Graf 6 Počet prvních zkušeností s epiziotomií



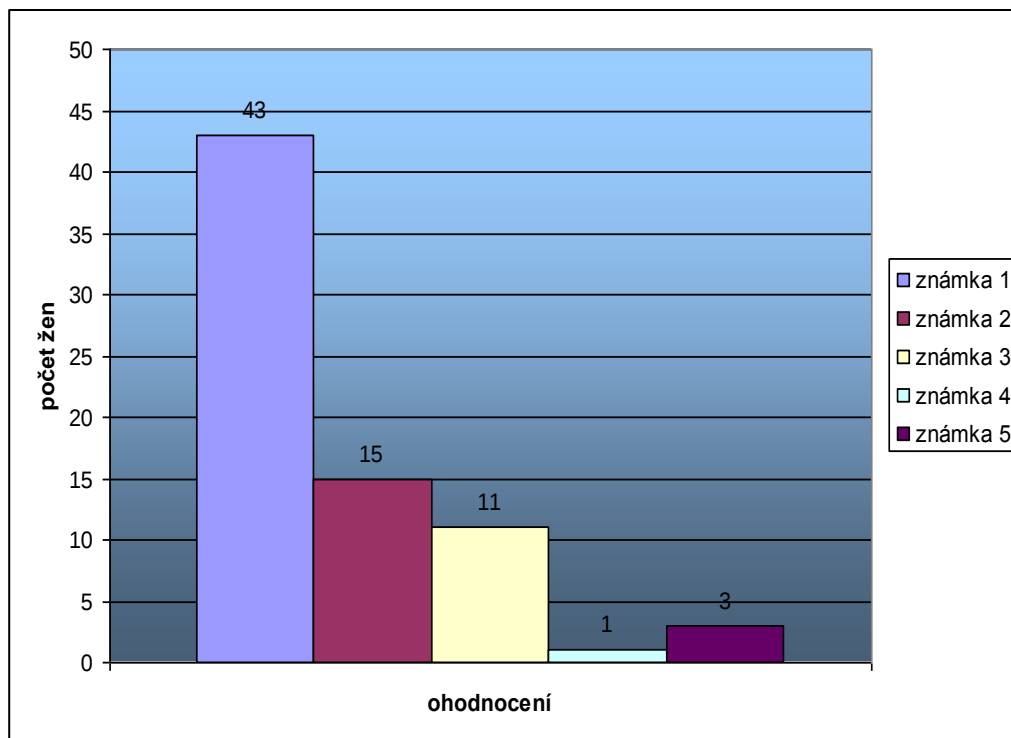
Z celkového počtu 73 žen (100 %), kterým byla při porodu provedena epiziotomie, odpovědělo 42 žen (58 %), že je to jejich první zkušenost s epiziotomií. Naproti tomu 31 žen (42 %) uvedlo, že to nebyla jejich první zkušenost s epiziotomií.

Graf 7 Počet poučených žen ženskou sestrou



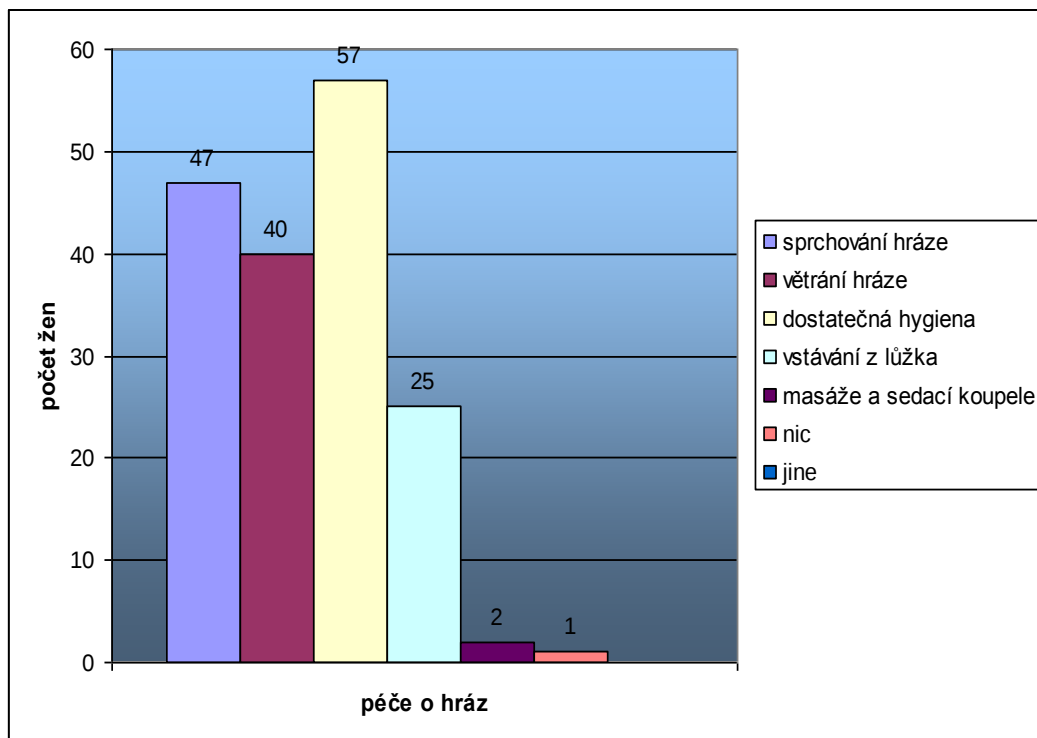
Z celkového počtu 73 žen (100 %) vyplývá, že 62 žen (85 %) bylo poučených ženskou sestrou na oddělení šestinedělí v péči o hráz. Zbýlých 11 žen (15 %) uvedlo, že nebylo poučeno ženskou sestrou na oddělení šestinedělí v péči o hráz.

Graf 8 Hodnocení ženské sestry



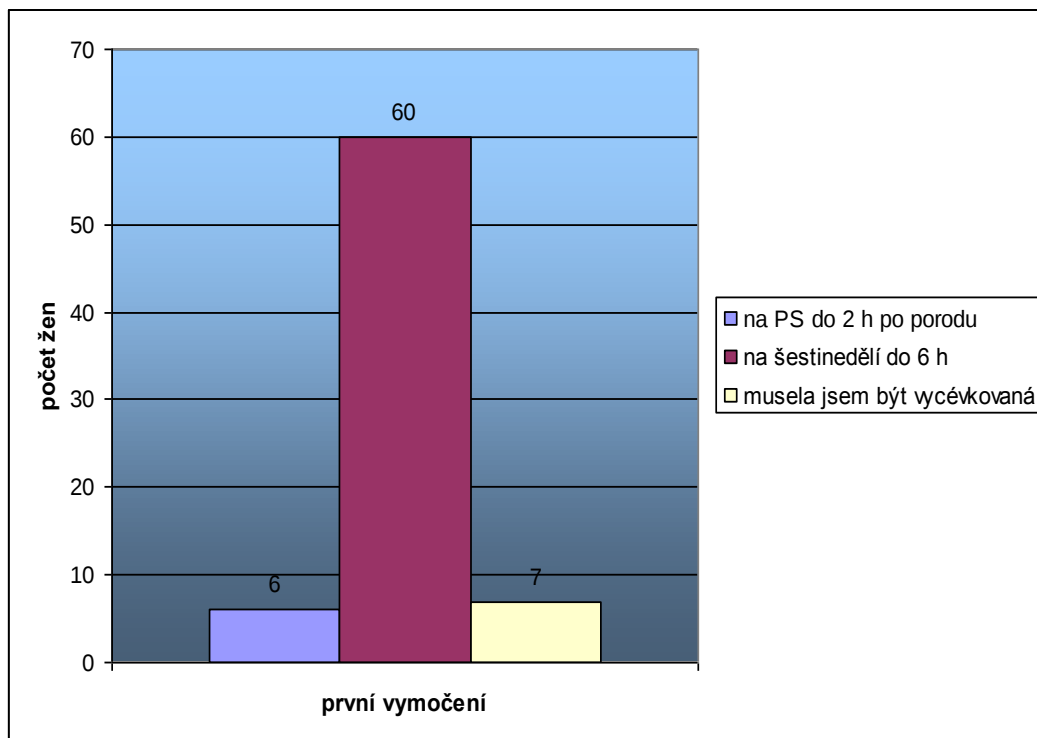
Z celkového počtu 73 žen (100 %) vyplývá, že většina žen, tedy 47 žen (59 %) hodnotí známkou 1 dostatek informací od ženské sestry. Známkou 2 hodnotí dostatek informací od ženské sestry 15 žen (21 %), oproti tomu 11 (15 %) dotázaných žen hodnotí známkou 3 dostatek informací od ženské sestry. Pouze 1 žena (1 %) zhodnotila dostatek informací od ženské sestry známkou 4, a zbytek 3 žen (4 %) zhodnotily, jako nevyhovující dostatek informací od ženské sestry, známkou 5.

Graf 9 Forma péče o hráz, kterou si ženy zapamatovaly



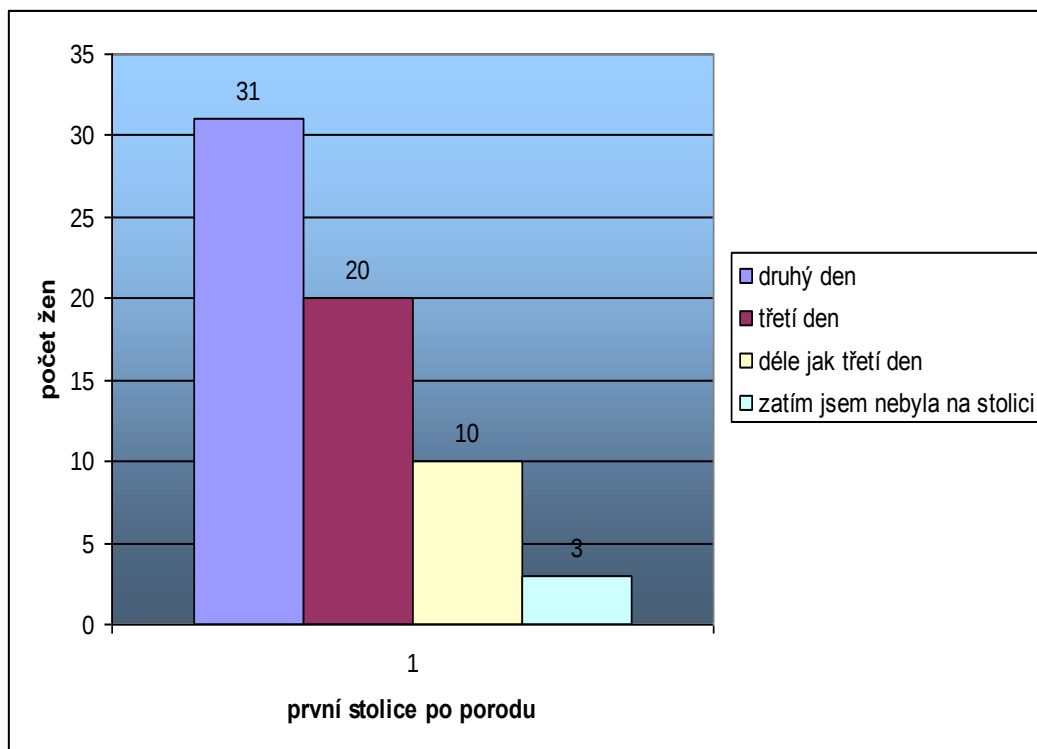
Z celkového počtu 73 žen (100 %), kdy si ženy mohly zvolit i z více druhů odpovědí a také měly možnost odpovědi volné, bylo 47 odpovědí sprchování hráze. 40 odpovědí větrání hráze, oproti tomu 57 odpovědí se týkalo dostatečné hygieny. Jak vstávat z lůžka zaznamenalo 25 odpovědí a pouze dvou odpovědí se zapsala masáž a sedací koupele. Pouze jedna odpověď zaznamenala, že si žena nezapamatovala nic. Žádná z dotázaných žen nedoplnila odpověď volnou.

Graf 10 Doba prvního vymočení po porodu



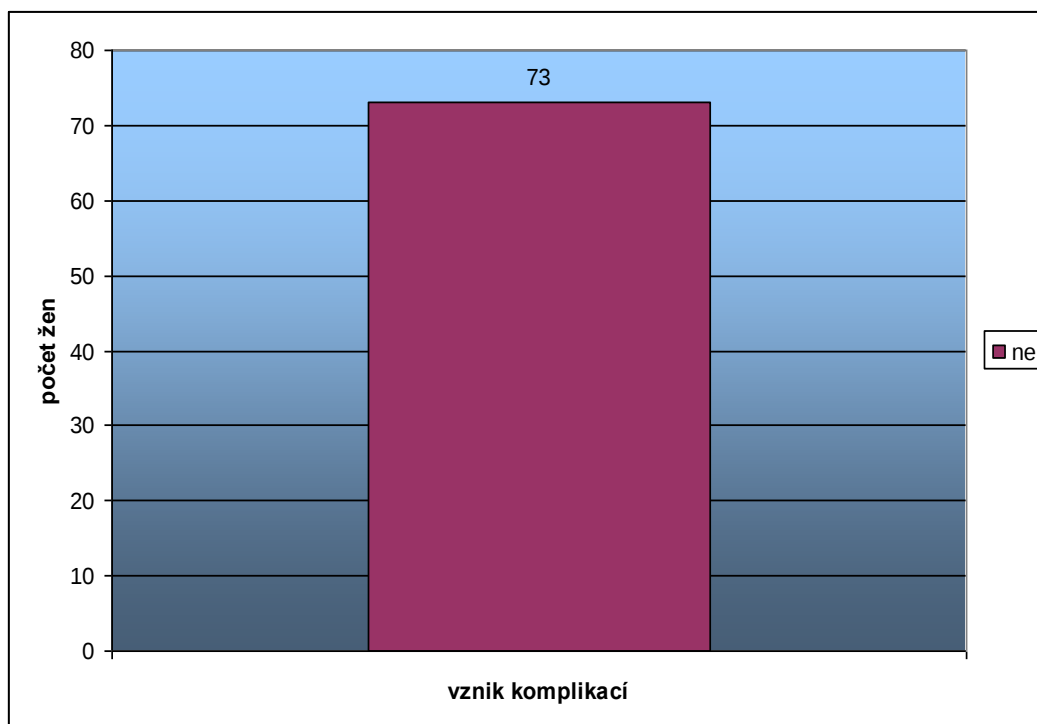
Z celkového počtu 73 žen (100 %) je zřejmé, že 6 dotázaných žen (8 %) se poprvé po porodu vymočilo ještě na porodním sále do 2 h po porodu. Nejvíce dotázaných žen, tedy 60 žen (82 %) odpovědělo, že se poprvé od porodu vymočilo na oddělení šestinedělí do 6 h po porodu. Zbýlých 7 žen (10 %) muselo být vycévkováno.

Graf 11 Doba první stolice po porodu u rodiček



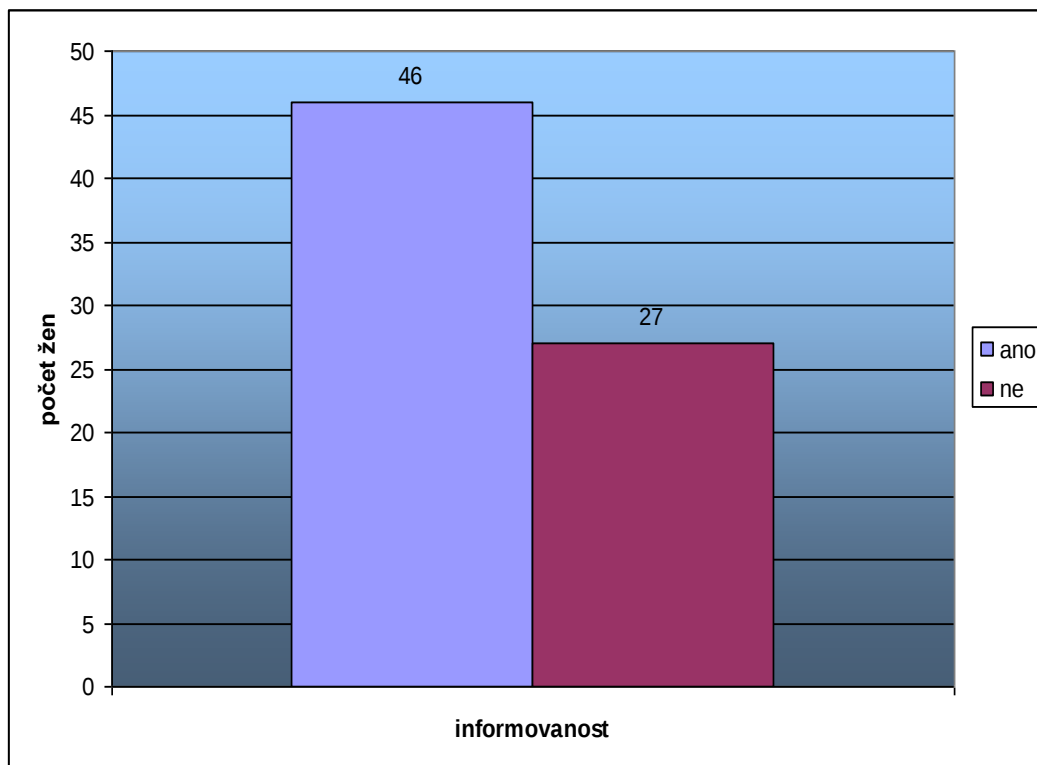
Z celkového počtu 64 žen (100 %), které byly druhý a více dnů po porodu odpovědělo 31 žen (48 %), že bylo na stolici druhý den. Třetí den bylo poprvé na stolici 20 žen (31 %). 10 žen (16 %) uvedlo, že byly na stolici déle jak třetí den po porodu. Pouhé 3 ženy (5 %) zatím nebyly na stolici.

Graf 12 Množství vzniklých komplikací



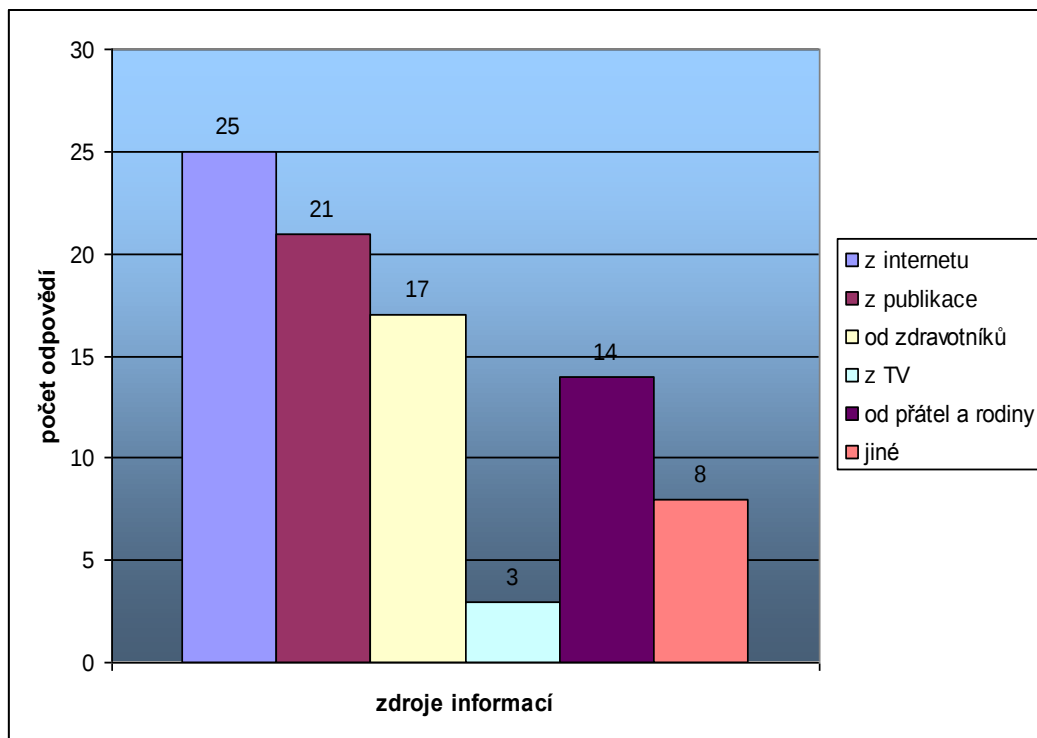
Z celkového počtu 73 žen (100 %) vyplývá, že u žádné ženy nedošlo ke vzniku komplikací v souvislosti s porodním poraněním.

Graf 13 Dostatek informací o porodním poraněním před porodem



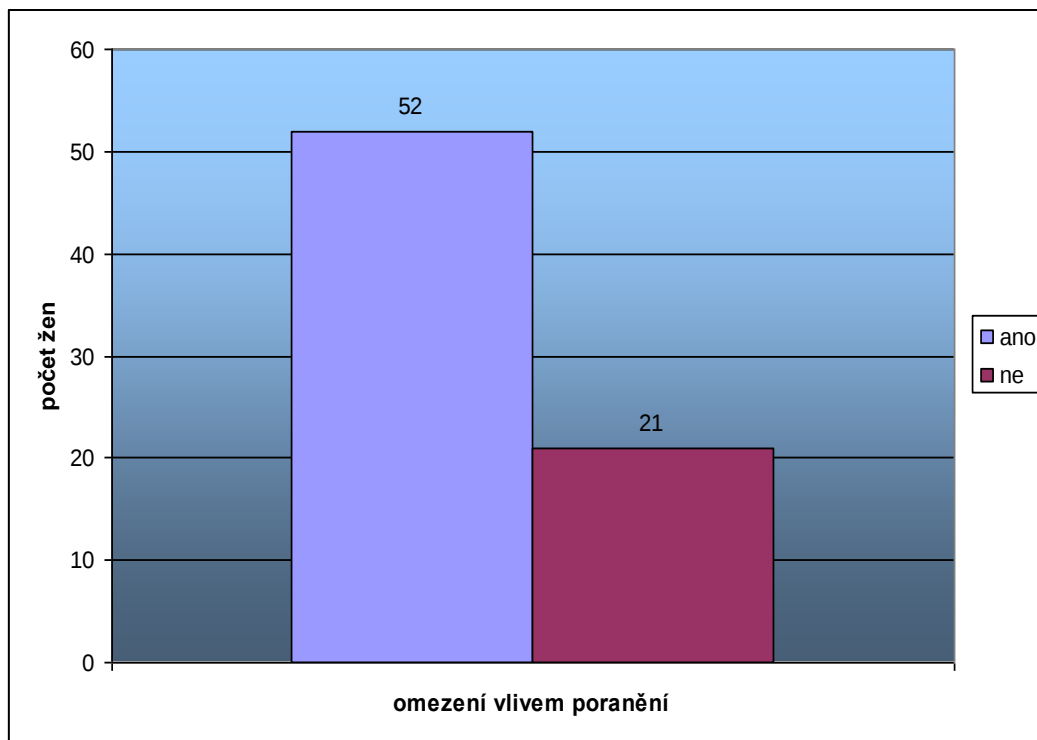
Z celkového počtu 73 žen odpovědělo 46 žen (63 %), že mělo dostatek informací o porodním poranění ještě před porodem. Zbýlých 27 žen (37 %) uvedlo, že nemělo žádné informace o porodním poranění před porodem.

Graf 14 Četnost zdrojů informací



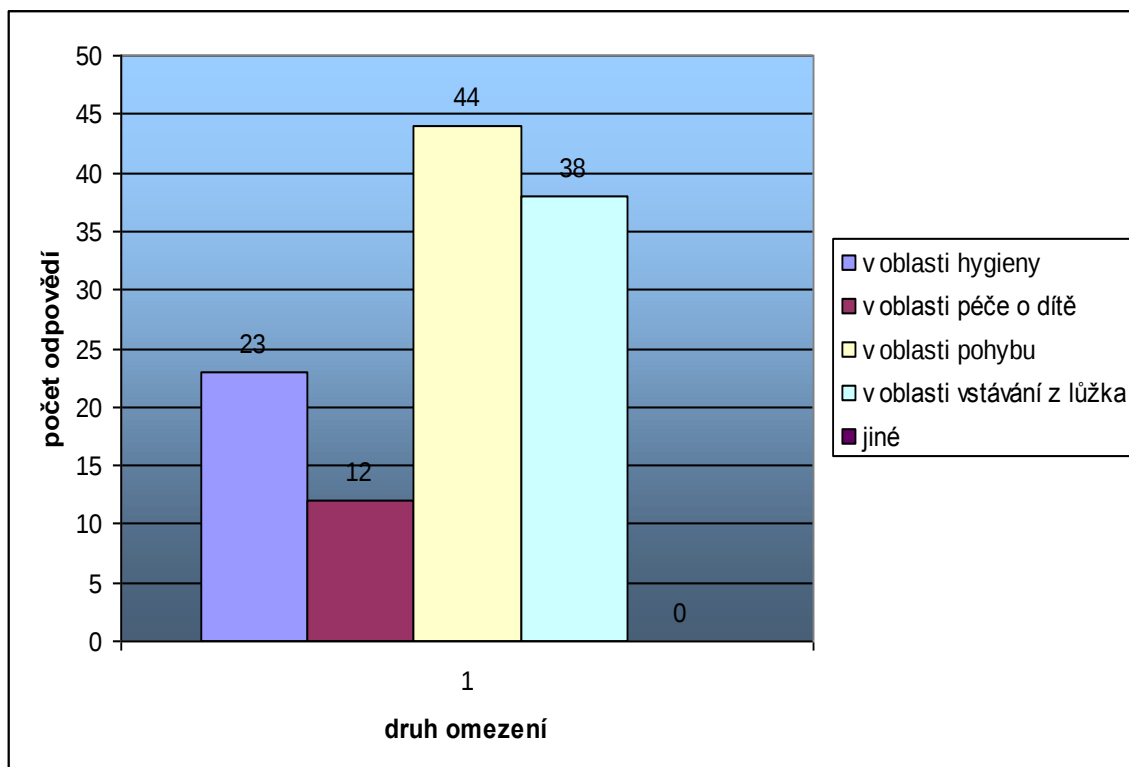
Z celkového počtu 46 žen, které měly nějaké informace o porodním poranění, odpověděly, že za nejčastější zdroj informací je internet, který se vyskytl v 25 odpovědích, ve 21 odpovědích ženy volily publikaci, v 17 odpovědích se vyskytli zdravotníci, ve 3 případech ženy zvolily odpověď z TV a ve 14 odpovědích se vyskytli přátelé a rodina.

Graf 15A Omezení vlivem poranění



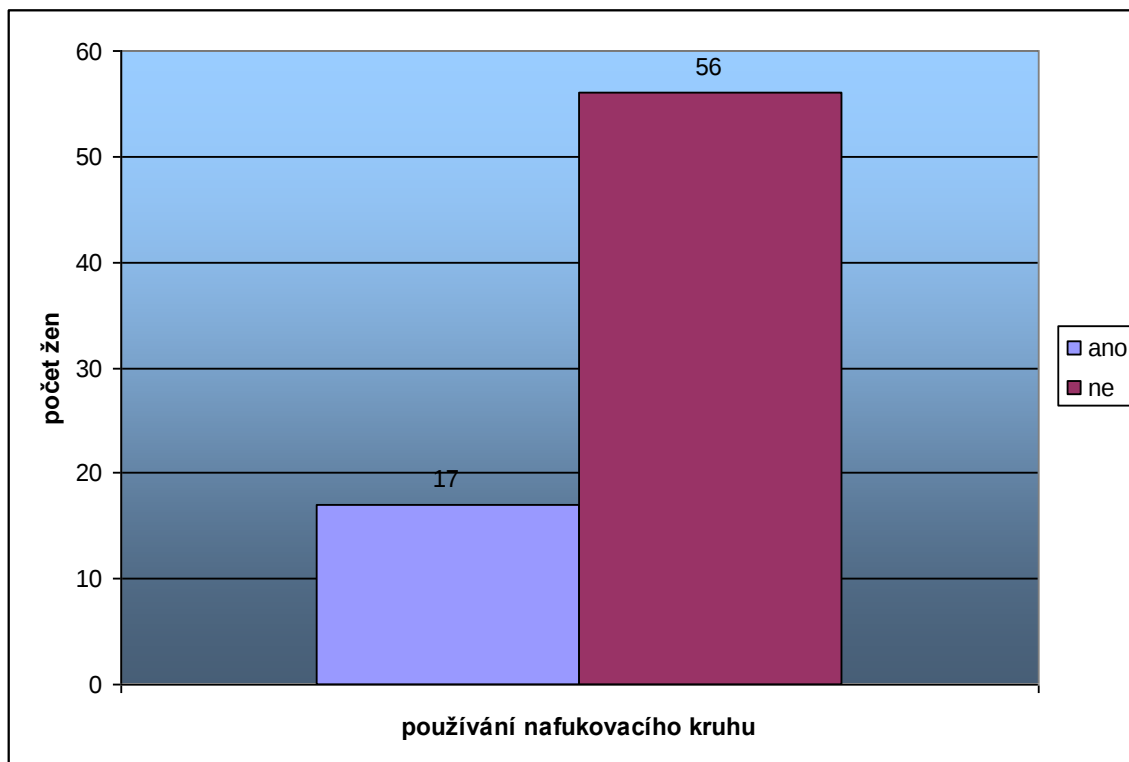
Jak je zřejmé z grafu 15A 52 žen (71 %) odpovědělo, že cítí nějaké omezení vlivem poranění v péči o sebe samu. 21 žen (29 %) odpovědělo, že žádné omezení nepociťuje.

Graf 15B Druh omezení v souvislosti s poraněním



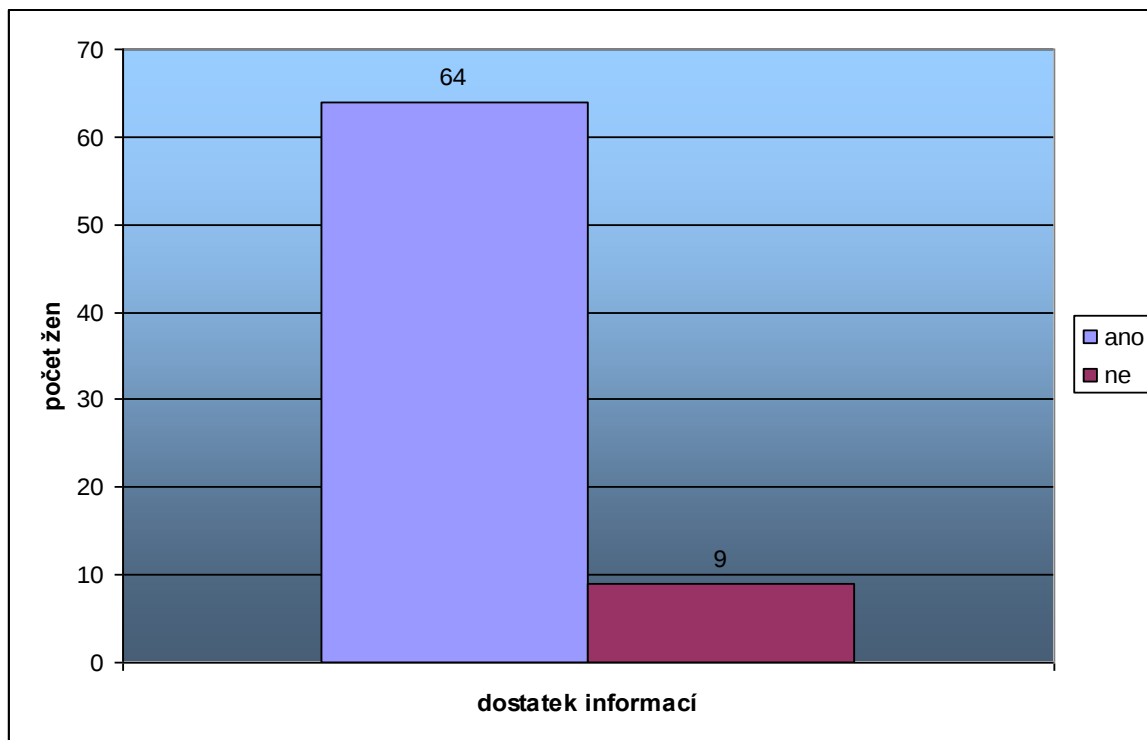
Z celkového počtu 52 žen, kdy si ženy mohly zvolit i z více druhů odpovědí a také měly možnost odpovědi volné. V 44 případech se objevila odpověď omezení v oblasti pohybu, za druhou nejčastější odpověď ve 38 případech ženy zvolily omezení v oblasti vstávání z lůžka. Ve 23 odpovědích se objevilo omezení v oblasti hygieny a ve zbylých 12 odpovědích ženy zvolily odpověď omezení v oblasti péče o dítě. Vlastní odpověď nevyužila z žádných žen.

Graf 16 Četnost používání nafukovacího kruhu



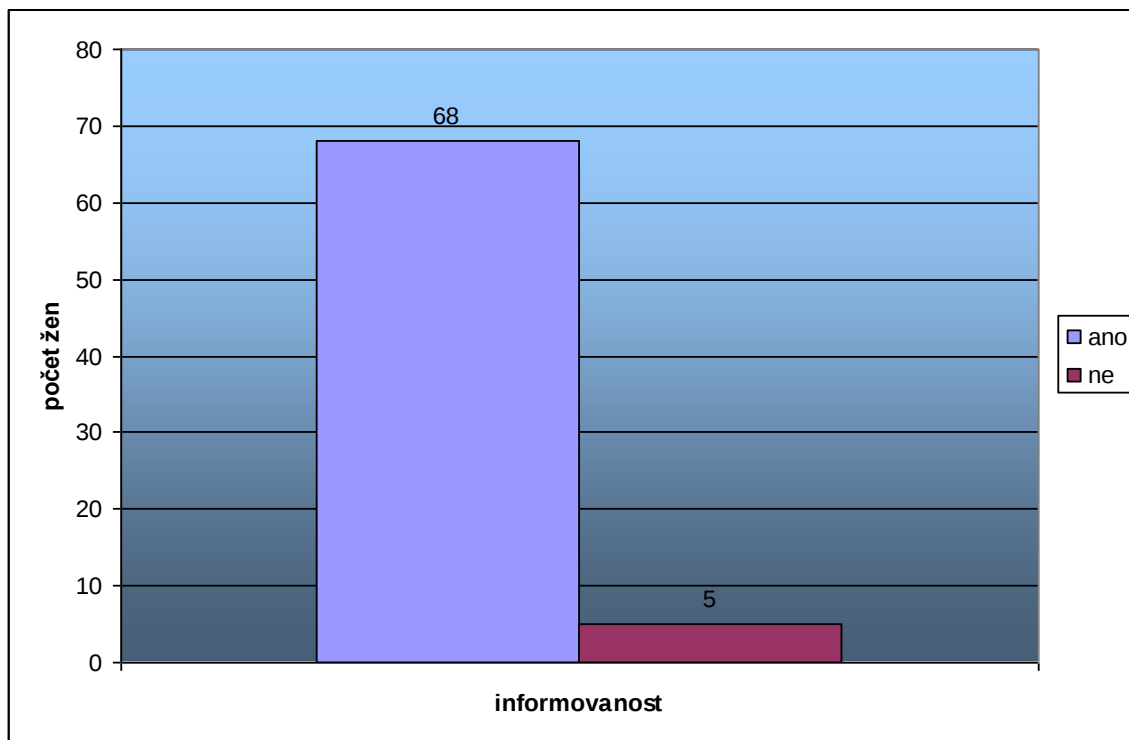
Z celkového počtu 73 žen (100 %) 17 žen (23 %) odpovědělo, že používá k sezení nafukovací míč. 56 žen (77 %) odpovědělo, že nepoužívá k sezení nafukovací míč.

Graf 17 Informovanost žen v péči o epiziotomii



Z celkového počtu 73 žen (100 %) 64 žen (88 %) odpovědělo, že jsou dostatečně informované v péči o epiziotomii, zbylých 9 žen (12 %) odpovědělo, že nejsou dostatečně informované.

Graf 18 Informovanost žen v poporodním období



Z celkového počtu 73 žen (100 %) 68 žen (93 %) odpovědělo, že ví, kam se obrátit pro pomoc pokud by u nich došlo ke vzniku komplikací po propuštění z nemocnice. 5 žen (7 %) neví, kam se obrátit pro pomoc.

5. DISKUZE

Výzkum bakalářské práce byl zaměřen na epiziotomii. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit častost epiziotomie u dotazovaných žen. Dále byla práce zaměřena na problematiku hojení epiziotomie v poporodním období. Poslední část byla zaměřena na informovanost žen v péči o epiziotomii. Tuto část lze považovat za nejdůležitější, protože je vhodné, aby rodička byla dostatečně v této problematice informována, byla schopna se o poranění postarat i v domácím prostředí a předešla tak špatnému hojení.

Výzkumné šetření bylo prováděno na oddělení šestinedělí v Nemocnici České Budějovice a.s. a v Nemocnici Tábor a.s. Pro techniku sběru dat byl použit dotazník, na který odpovídaly rodičky po spontánním porodu. Celkem bylo do výzkumu začleněno 100 dotazníků.

Věková hranice rodiček je poměrně různorodá. Dle grafu 1 je nejčastější věková hranice rodiček v 65 % v rozmezí 26 až 35 let, 22 % rodiček bylo ve věku 21 až 25 let. Ve věku 36 let a více odpovídalo 12 % žen. Pouze jedna respondentka uvedla, že je ve věku 16 až 20 let. Je vidět, že dnešní trend mít dítě v pozdějším věku je opravdu rozšířený. Mladých rodiček, jak vyplývá z grafu, příliš není.

Graf 2A nám ukazuje, zda rodička rodila poprvé či vícekrát. Respondentky měly možnost dvou odpovědí a také odpovědi volné. 56 % dotazujících žen odpovědělo, že tento porod není jejich první. Zbýlých 44 % žen uvedlo, že rodilo poprvé.

Z grafu 2B je zřejmé, že z celkového počtu 56 žen, které rodily více jak jednou, rodilo 41 žen podruhé a 8 žen rodilo potřetí. 5 rodiček odpovědělo, že rodilo popáté a vyskytly se i dvě rodičky, které rodily pošesté. Dále je z tohoto grafu vidět, že dnešní páry volí raději menší počet dětí. Zpravidla jedno až dvě. Vyšší počet dětí je ojedinělý.

Vyhodnocením grafu 3 bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných žen rodilo 46 % žen poprvé spontánním porodem. Druhou nejčastější odpovědí bylo podruhé, kterou zvolilo 37 % žen. 12 %

respondentek uvedlo, že je to jejich třetí spontánní porod a posledních 5 % dotazujících se přiklápělo k odpovědi, že je to jejich spontánní porod více jak třetí.

V grafu 4 bylo zjištěno, kolikátý den je žena po porodu. K nejčastěji zvolené odpovědi druhý den po porodu se přiklápělo 31 % žen. 26 % žen odpovědělo, že je první den po porodu. 20 % žen prozradilo, že je třetí den po porodu. 10 % žen bylo dotazovaných v den svého porodu a zbylých 13 % žen bylo více jak třetí den po porodu.

Další dvě otázky v dotazníku byly zaměřeny na častost epiziotomie. Jak se předpokládalo, graf 5 nám potvrdil, že více jak polovině dotázaných žen byla provedena během porodu epiziotomie. Vzhledem k tomuto výsledku byla potvrzena první hypotéza. Zbylých 27 % žen bylo bez epiziotomie. Tyto výsledky se shodují s literaturou, kde Maryšková uvádí ve svém článku, že epiziotomii lze stále označit jako nejčastěji prováděný chirurgický zákrok v závěru druhé doby porodní. Lze mluvit až o 90 % porodů. Údaje se ale mezi jednotlivými zařízeními liší (19). Ženy, které odpověděly, že jim při porodu nebyla dělána epiziotomie, touto otázkou svou účast na dotazníku ukončily a na zbytek dotazníku odpovídalo 73 žen.

V otázce, zda byla epiziotomie pro ženu první zkušenost, byly odpovědi skoro vyrovnané. Jak vyplývá z grafu 6, pro 58 % žen to byla první zkušenost. 42 % žen už s epiziotomií zkušenost mělo.

Následující tři otázky v dotazníku směřovaly k zjištění informovanosti žen v péči o epiziotomii po porodu. Graf 7 prozradil, zda byly rodičky poučeny ženskou sestrou na oddělení šestinedělí v péči o hráz. Jak jsem předpokládala z vlastních zkušeností, tak nadpoloviční většina, tedy 85 % žen uvedlo, že byly poučeny ženskou sestrou na oddělení šestinedělí v péči o hráz. Pouhých 15 % žen nebylo poučeno.

V otázce č. 8 ženy ohodnotily známkou dostatek informací, které jim ženská sestra sdělila. Nadpoloviční většina žen hodnotila známkou výborně. 21 % žen zhodnotilo dostatek informací známkou chvalitebně. 15 %

respondentek vybralo známku dobrý. Pouze 1 % žen vybralo známku dostatečný. Jako nevyhovující dostatek informací ohodnotilo 4 % žen.

Na předchozí graf plynule následovala otázka č. 9, která byla zaměřena na to, co rodičkám nejvíce z poučení ženské sestry utkvělo v paměti. Rodičky si mohly vybrat mezi 6 možnostmi odpovědi a také mezi možnostmi odpovědi volné. Respondentkám bylo nabídnuto i více variant odpovědí. Odpovědi se lišily pouze v několika procentech. Ženy si nejvíce zapamatovaly sprchování hráze chladnější vodou a dostatečnou hygienu. Zřejmě proto, že ony samy měly zvýšenou potřebu hygieny. Časté větrání hráze si zapamatovalo 40 žen. 25 žen si pamatovalo, jak vstávat z lůžka. Dvěma ženám utkvěla v paměti masáž hráze a sedací koupele. Pouze jedna rodička uvedla, že si nepamatuje nic. Dle literatury lze po porodu aplikovat na otok nebo podlitinu perinea ledový obklad formou chladivého gelového polštářku (18). Souhlasím i s názorem Leifera, kdy pravidelné vytahování vložky umožňuje proudění vzduchu okolo rány. U špatně hojící se rány je vhodné, aby se žena osprchovala po každém vymočení a řádně osušila.

Další otázky výzkumu byly založené na informovanosti žen v péči o epiziotomii před porodem. V současné době internetu a zvědavých rodiček nepřekvapil výsledek grafu 13, kde nadpoloviční většina žen uvedlo, že mělo nějaké informace o epiziotomii ještě před porodem.

K tomu se nabízí další otázka a tou je zdroj informací. Ženy měly možnost si vybrat mezi 5 odpověďmi a také mohly odpověď doplnit dle svého uvážení. Jak jsem předpokládala, za nejčastější odpověď rodičky uvedly internet, který je jistě dobrým zdrojem informací. Na druhou stranu si rodičky musí dávat pozor, z kterého zdroje čerpají a zda je věrohodný. Předejde se tak mnohým nedorozuměním, kterým jsme svědky. Za druhý nejčastější zdroj ženy uvedly publikaci. V této oblasti by se mohl počet odpovědí zvýšit, pokud by byla problematika více diskutovaná a bylo by více publikačního materiálu v předporodních poradnách. V poměrně stejném zastoupení ženy uvedly zdravotníky, rodinu a přátele. Skoro zanedbatelný

výsledek se týkal televizního vysílání. V otázce se objevilo i 8 volných odpovědí. Z toho 4 rodičky označily za zdroj informací předporodní kurz a 4 rodičky měly zkušenosti z předchozího porodu.

Samozřejmě byl výzkum věnován i informovanosti žen v péči o epiziotomii při propuštění. Výsledky této části výzkumu jsou až překvapivě dobré a byla jim vyvrácena hypotéza 3, protože naprostá většina rodiček v 88 % případech uvedla, že je dostatečně informovaná v péči o epiziotomii, což je jistě potěšující výsledek. V otázce č. 18 se zjišťovalo, zda žena ví, kam se obrátit pro pomoc v případě vzniklých komplikací v souvislosti s porodním poraněním. Graf 18 nás přesvědčil v tom, že 93 % žen ví, kam se obrátit pro pomoc.

Poslední okruh otázek byl zaměřený na období šestinedělí, které je ovlivněno porodním poraněním. Jak se lze dočíst v literatuře, perineum je v důsledku epiziotomie často nateklé, citlivé a pohmožděné. Je proto velice důležité kontrolovat, zda se perineum hojí a sledovat známky komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří podlitiny, infekce a rozpad šití (18). Graf 12 nás uklidnil výsledkem, kdy 100 % dotázaných žen uvedlo, že u nich nedošlo ke vzniku komplikací. Tímto výsledkem byla potvrzena hypotéza 2.

V grafu 10 se zjišťovalo, kdy se žena po porodu poprvé vymočila. Nejvíce žen, tedy 82 % se vymočilo na oddělení šestinedělí do 6 h po porodu. V 8 % se ženy vymočily ještě na porodním sále do 2 h po porodu. 10 % žen mělo problém s prvním vymočením a muselo být vycévkováno.

Tento problém je někdy způsoben nadměrným otokem okolo močové trubice. U rodiček, které byly druhý a více dní po porodu, se v grafu 11 zjišťovalo, zda už byly na stolici. Naprostá většina žen neměla problém se stolicí a do konce čtvrtého dne na stolici byla.

Vlivem určitého diskomfortu v oblasti hygieny, vstávání z lůžka a bolesti vyplývá z grafu 15A, že 71 % rodiček pociťuje omezení v péči o sebe samu vlivem poranění. V následující otázce ženy přiblížily, v jaké oblasti cítí omezení. Ženy si mohly vybrat mezi 4 možnostmi odpovědí

a také jim byla ponechána možnost odpovědi volné. Za nejčastěji zvolenou odpověď ženy zvolily omezení v oblasti pohybu. Za druhou nejčastější odpověď ženy vybraly omezení v oblasti vstávání z lůžka. Ve 23 odpovědích se objevilo omezení v oblasti hygieny a ve zbylých 12 odpovědích se vyskytla odpověď v oblasti péče o dítě. Volné odpovědi nevyužila žádná z žen. Porodní asistentka by měla šestinedělku poučit, jak snížit bolest v sedě. Dle literatury je vhodné, aby žena před dosednutím, zatnula hýždě a po dosednutí je opět uvolnila. Také sezení na nafukovacím kruhu odvádí tlak mimo perineální oblast. Je vhodné kruh nafukovat do poloviny, jinak je kruh vratký a hrozí riziko pádu (17,18). Graf 16 zjišťoval, zda ženy používají k sezení nafukovací kruh. Pouhých 23 % žen uvedlo, že k sezení nafukovací kruh používá.

Na základě výše uvedených výsledků jednotlivých odpovědí byly cíle práce splněny. Rovněž hypotézy byly potvrzeny či vyvráceny. Velice pozitivně lze hodnotit výsledek celého výzkumu, kdy ženy uvedly, že jsou dostatečně informované v péči o epiziotomii.

6. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce byla analýza dat, která byla spojena s epiziotomií. Provedeným výzkumem byly sledovány tři základní cíle, které byly splněny. První hypotéza předpokládala nadpoloviční častost epiziotomie u dotázaných žen. Tato hypotéza byla potvrzena. Druhá hypotéza předpokládala, že se epiziotomie hojí bez komplikací. Tato hypotéza byla též potvrzena. Poslední hypotéza předpokládala, že ženy nejsou dostatečně informované v péči o epiziotomii. Tato hypotéza byla vyvrácena.

Díky těmto dosaženým výsledkům, lze konstatovat, že úroveň zdravotní péče ve sledovaných zařízeních se stále zkvalitňuje, vyvíjí a zlepšuje s ohledem na moderní porodnictví. I když měla nadpoloviční většina rodiček zkušenost s epiziotomií během porodu, musím konstatovat, že poranění tohoto typu k porodu prostě patří. Je stále lepší menší epiziotomie než nekontrolovatelné ruptury. Na druhé straně je vhodné, aby byla rodička ještě v prenatální poradně poučena, jak se dá epiziotomii předcházet. Je možná edukace žen právě o správné technice provádění masáže hráze a doporučení vhodného masážního přípravku určeného přímo k těmto účelům. Porodní asistentka může vysvětlit druhy cvičení, kterým se zvýší pohybová aktivita a posílí svaly pánevního dna. Jak vyplývá z výzkumu, u žádné ženy nedošlo ke vzniku komplikací spojené s epiziotomií. I tento výsledek nás utvrzuje ve vysoké zdravotnické úrovni ve vybraných nemocnicích.

S ohledem na dosažené výsledky, bych doporučovala zdravotnickému zařízení, pokračovat v zahájené edukaci žen po porodu na oddělení šestinedělí. Ženy v naprosté většině hodnotily kladně dostatek podaných informací a sami se cítí dle výzkumu dostatečně informované v péči o epiziotomii. Jako budoucí porodní asistentka se velice těším, až budu moci přispět ke zlepšení a rozšíření předporodní a i poporodní péče. Myslím si, že lidským přístupem a úsměvem na rtech dodám ženám pocit jistoty a bezpečí a každé poranění se bude snášet lépe.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ABED, Husam; REBECCA, Rogers. *Jak postupovat u dalších těhotenství po závažném poranění hráze*. Gynekologie po promoci. r. 2006, roč. 6, č. 5, s. 40-44. ISSN 1213-2578
- 2) DOLEŽAL, Antonín, et al. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
- 3) EVANS, Nancy. *Těhotenství a porod od A do Z*. Kateřina Zárybnická. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997. 343 s. ISBN 80-7205-510-0
- 4) GERHARD, Martius, et al. *Gynekologie a porodnictví*. Vladimír Šabata. 1. vyd. Bánská bystrica : Osveta, 1997. 648 s. ISBN 80-88824-56-7
- 5) HÁJEK, Zdeněk, et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
- 6) HAMPLOVÁ, Ludmila. *Císařský řez – manuál pro spokojené uživatelsky*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <<http://www.vitalia.cz/clanky/cisarsky-rez-manual-pro-spokojene-uzivatelky/>>.
- 7) HIRSCH, Emmet. *Ochrana perinea během operačního vaginálního porodu*. Gynekologie po promoci. r. 2007, roč. 7, č. 4, s. 48-51. ISSN 1213-2578
- 8) CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9
- 9) KALIŠ, V, et al. *Porodnické operace a ruptura hráze 3. stupně a anální inkontinence*. Česká gynekologie. r. 2005, roč. 70, č. 6, s. 411-418. ISSN 1803-6597
- 10) KALIŠ, V, et al. *Délka hráze a porodní poranění*. Česká gynekologie. r. 2005, roč. 70, č. 5, s. 355-361. ISSN 1803-6597

- 11) KALIŠ, V, et al. *Rizikové faktory ruptury perinea 3. (a 4.) stupně*. Česká gynekologie. r. 2005, roč. 70, č. 1, s. 30-36. ISSN 1803-6597
- 12) KAŠÍKOVÁ, E. *Pánevní dno a porod*. Moderní babictví. r. 2008, roč. 16, s. 22-25. ISSN 1214-5572
- 13) *Kegelovy cviky*. [online].[cit. 10.2.2008] Dostupný z WWW: <http://www.rodina.cz/clanek5473.htm>
- 14) KOBILKOVÁ, Jitka, et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
- 15) KREJČÍ, V., et al. *Bagately v šestinedělí*. Moderní gynekologie a porodnictví. r. 2007, roč. 16, č. 2, s. 362-363. ISSN 1211-1058
- 16) KROFTA, L. *Poranění pánevního dna v souvislosti s vaginálně vedeným porodem*. Moderní gynekologie a porodnictví. r. 2009, roč. 18, č. 3, s. 317-327. ISSN 1211-1058
- 17) KUBINCOVÁ, Zita. *Problematika poranění ženy za porodu*. Zlín, 2008. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií,
- 18) LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Ota Flégr. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s., 5. ISBN 80-247-0668-7
- 19) MARYŠKOVÁ, Andrea. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. Sestra. r. 2010, č. 3, s. 80-81. ISSN 1210-0404
- 20) MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4
- 21) MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 160 s. ISBN 80-251-0205-X
- 22) OTČENÁŠEK, Michal. *Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu*. Moderní babictví. r. 2009, roč. 17, s. 24-27. ISSN 1214-5572

- 23) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2005. 414 s. ISBN 80-7262-411-3
- 24) *Péče o hráz*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <<http://www.9mesicu.cz/pece-o-hraz>>.
- 25) ROZTOČIL, Aleš; PESCHOUT, Roman. *Císařský řez na přání těhotné*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/cisarsky-rez-na-prani-tehotne-358803>>.
- 26) ROZTOČIL, Aleš. *Šestinedělí* [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php>.
- 27) ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
- 28) ROZTOČIL, Aleš, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2
- 29) Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci: *Ošetrovatelská péče v šestinedělí o epiziotomii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., r. 2008. 100 s. ISSN 978-80-3774-2
- 30) Strategické dokumenty 3 : *Praktická příručka po porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 159 s. Bezpečné mateřství. ISBN 80-85047-22-5
- 31) SULTANA, C. *Prevence poranění perinea v průběhu porodu*. Gynekologie po promoci. r. 2004, roč. 6, s. 12-14. ISSN 1213-2578
- 32) ZÁHUMENSKÝ, J. *Porodní poranění po porodnických operacích*. Moderní gynekologie a porodnictví. r. 2009, roč. 18, č. 3, s. 330-337. ISSN 1211-1058
- 33) ZWINGER, Antonín, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Epiziotomie

Porod

Porodní poranění

Šestinedělí

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Druhy epiziotomie

Příloha 3 Sutura epiziotomie

Příloha 4 Chránění hráze

Příloha 5 Standard ošetrovatelské péče pro porodní asistenci

Příloha 1 Dotazník pro ženy po spontánním porodu

Dobrý den Vážená paní,

jmenuji se Jana Vodičková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který použiji pro výzkum své bakalářské práce na téma: „Poranění žen při porodu“. Dotazník je zcela anonymní a veškeré Vámi poskytnuté informace budou sloužit výhradně pro vypracování mé bakalářské práce. Odpovědi prosím zakroužkujte nebo doplňte. Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který jste strávila nad odpovídáním na otázky.

1. Do které věkové skupiny patříte?

- a) 16-20 let
- b) 21-25 let
- c) 26- 35 let
- d) 36 let a více

2. Byl to Váš první porod?

- a) ano
- b) ne

Pokud ne, uveďte, kolikátý to byl Váš porod?

.....

3. Pokolikáté jste nyní rodila spontánním porodem?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) více jak potřetí

4. Kolikátý den jste po porodu?

- a) nultý
- b) první
- c) druhý
- d) třetí
- e) více jak třetí

5. Byla jste při porodu nastříhována (epiziotomie)? Jestliže ne, dále neodpovídejte, zbytek dotazníku je určen pro ženy s porodním poraněním.

- a) ano
- b) ne

6. Byl to Váš první nástřih?

- a) ano
- b) ne

7. Byla jste poučena ženskou sestrou na oddělení šestinedělí jak pečovat o hráz?

- a) ano
- b) ne

8. Jak jste byla spokojena s dostatkem informací, které Vám ženská sestra sdělila?

(Ohodnoťte známkou jako při hodnocení ve škole.)

1	2	3	4	5
velmi spokojena			nebyla jsem spokojena	

9. Co vám utkvělo v paměti? (je možno odpovědět na více odpovědí)

- a) sprchování hráze chladnější vodou a ledování hráze
- b) časté větrání hráze
- c) dostatečná hygiena

- d) jak vstávat z lůžka
- e) masáže a sedací koupele
- f) nic
- g) jiné.....

10. Za jak dlouho po porodu jste se poprvé vymočila?

- a) na porodním sále do 2h po porodu
- b) na oddělení šestinedělí do 6h po porodu
- c) musela jsem být vycévkována

11. Kolikátý den po porodu jste šla na stolicí? Pokud nejste druhý a více dní po porodu na tuto otázku neodpovídejte.

- a) druhý den
- b) třetí den
- c) déle jak třetí den
- d) zatím jsem nebyla na stolicí

12. Vznikly u Vás nějaké komplikace v souvislosti s epiziotomií?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, zakroužkujte, jaké komplikace se u Vás vyskytly nebo uveďte jiné.

- a) otok a zarudnutí
- b) infekce
- c) rozpad šití
- d) jiné.....

13. Měla jste nějaké informace o v péči o epiziotomii před porodem? Jestliže ne, přejděte k otázce č. 15.

- a) ano
- b) ne

14. Kde jste se o této problematice dozvěděla? (je možno označit více odpovědí)

- a) z internetu
- b) z publikace
- c) od zdravotníků
- d) z TV
- e) od přátel a rodiny
- f) jiné.....

15. Cítíte nějaká omezení vlivem poranění v péči o sebe samu?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, označte jaká, popřípadě uveďte jiná (je možno označit více odpovědí):

- a) v oblasti hygieny
- b) v oblasti péče o dítě
- c) v oblasti pohybu
- d) v oblasti vstávání z lůžka
- e) jiná.....

16. Používáte k sezení nafukovací kruh?

- a) ano
- b) ne

17. Myslíte si, že jste dostatečně informovaná v péči o epiziotomii?

a) ano

b) ne

18. Pokud by se u Vás po propuštění z nemocnice, vyskytly nějaké komplikace s porodním poraněním, víte, kam se obrátit pro pomoc?

a) ano

b) ne

Pokud máte nějakou připomínku, o které jsem se v dotazníku zapomněla zmínit, a myslíte si, že je důležitá, uveďte ji:

.....

.....

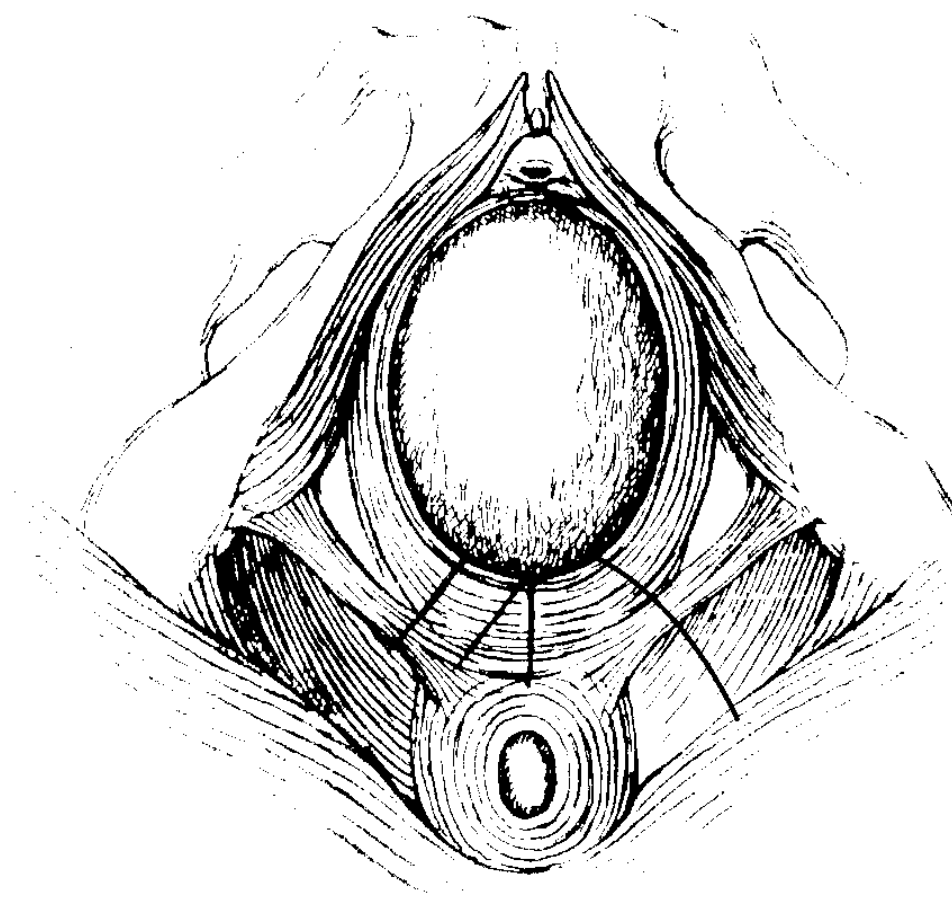
.....

.....

.....

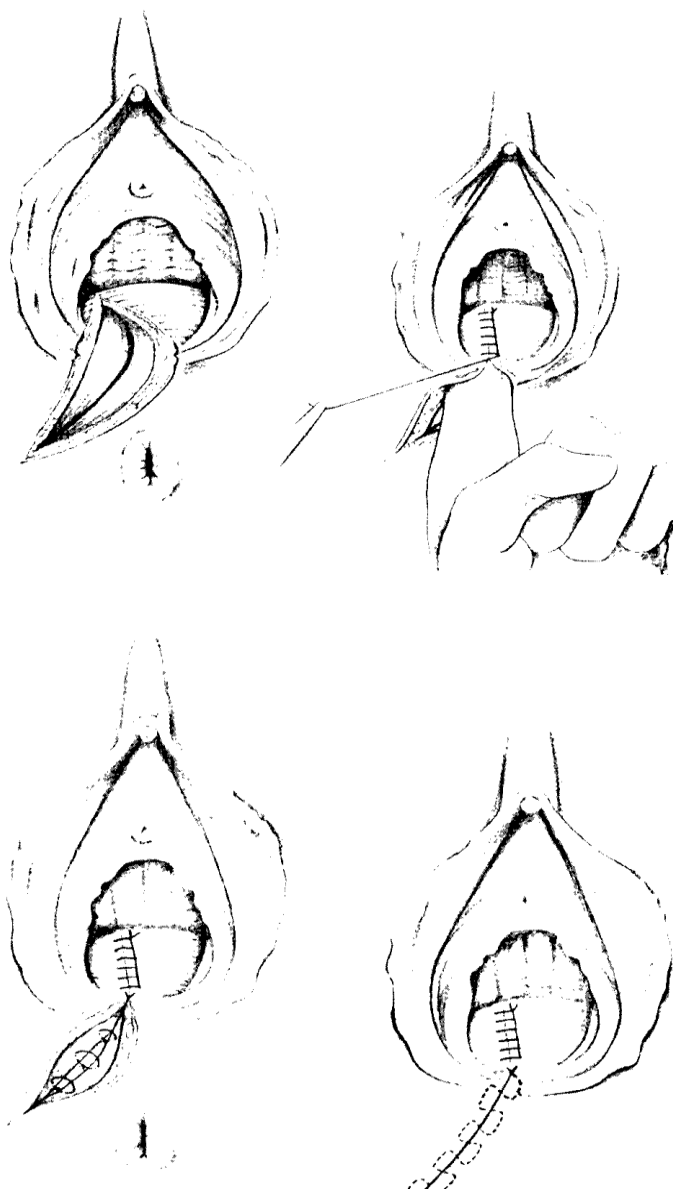
Ještě jednou Vám děkuji za vyplnění dotazníku a přeji Vám mnoho šťastných chvil s Vaším miminkem.

Příloha 2 Druhy epiziotomie



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

Příloha 3 Sutura epiziotomie



Zdroj: ROZTOČIL, Aleš, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2

Příloha 4 Chránění hráze



Zdroj: ČECH, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 77s. ISBN 80-86073-92-0

Příloha 5 Standard ošetrovatelské péče pro porodní asistenci č. 326

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ŠESTINEDĚLÍ O EPIZIOTOMII

<i>Skupina o kterou je pečováno</i>	<i>Rodička a těhotné</i>
<i>Určeno</i>	<i>porodní asistentka, diplomovaná porodní asistentka, porodní asistentka bakalářka, porodní asistentka se specializovanou způsobilostí</i>
<i>Místo použití</i>	<i>na lůžkové i ambulantní stanici ženského oddělení</i>
<i>Sestavila</i>	<i>Komise pro tvorbu standardů PhDr. Vlasta Koudelková, Ph.D.</i>
<i>Oponenturu provedl(a)</i>	<i>Prim. MUDr. Petr Sák, Ph.D. MUDr. Miloš Velemínský Bc. Hana Vodičková Mgr. Jiřina Otásková, MBA</i>
<i>Nabývá účinnosti dne</i>	<i>1. 4. 2009</i>
<i>Kontrola platnosti standardu</i>	<i>Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky (31. března 2012)</i>
<i>Revize standardu provedena dne</i>	<i>nové</i>
<i>Kontaktní osoba</i>	<i>Jaroslava Zvánovcová</i>
<i>Náměstek pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra</i>	<i>Mgr. Jiřina otásková, MBA, v.r.</i>

Definice:

Jedná se o nastřížení hráze před porodem jako prevence ruptury s následnou suturou v lokální anestézii po porodu.

Ošetrovatelský cíl:

Zajištění ošetrovatelské péče v šestinedělí v souvislosti se suturou epiziotomie po porodu se zajištěním co nejmenší traumatizace a s adekvátní informovaností šestinedělky.

Pomůcky:

- vložky
- časté sprchy chladnou vodou
- vak s ledem
- přenosné umyvadlo
- nálev z Řepíku lékařského (sáčky)
- dokumentace

Ošetrovatelský postup:

- porodní asistentka poučí šestinedělku, jakým způsobem bude pečovat o suturu epiziotomie
- nejdříve provede důkladnou hygienu
- šestinedělka provádí časté sprchování chladnou vodou (po každém kojení)
- suturu suší a větrá, nesedá, event. šestinedělka si podkládá podložní kolo při sezení
- porodní asistentka přikládá na suturu vak s ledem (prevence bolesti, otoku, zánětu)
- porodní asistentka poučí šestinedělku o vstávání z lůžka přes bok
- v případě počínajícího zánětu provádíme koupel v nálevu z řepíku lékařského
- porodní asistentka zajistí nálev z řepíku lékařského, zchladí jej
- šestinedělka provede koupel v přenosném umyvadle alespoň 10min
- porodní asistentka sleduje známky zánětu
- změny hlásí lékaři
- při vzniklém zánětu – dle ordinace lékaře provedeme výtěr z ložiska sutury a pošleme jej na bakteriologické vyšetření
- dle výsledků vyšetření – aplikace ATB
- všechny údaje zaznamenáváme do dokumentace

Zvláštní upozornění:

- komplikace – krvácení, zánět, hematom (velká bolestivost) – u velkých hematomů - nebezpečí krvácení – vypuštění v celkové anestézii, rozpad sutury – je potřeba provést resuturu v celkové anestézii (podepsaný informovaný souhlas pacientky)
- je nutné před propuštěním do domácího ošetřování edukovat šestinedělku, tak, aby péče o suturu epiziotomie zvládla sama
- je nutná kontrola u obvodního gynekologa po šestinedělí

- likvidace infekčního materiálu se řídí dle Standardu ošetrovatelské péče č. 065
- manipulace s prádlem se řídí dle Standardu ošetrovatelské péče č. 066

KONTROLNÍ MECHANISMUS

PRACOVNÍK	ČETNOST
Primář	namátkově
Lékař	průběžně
Vrchní sestra	namátkově
Staniční sestra	průběžně
Porodní asistentka ve směně	průběžně

Zdroj: Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci: *Ošetrovatelská péče v šestinedělí o epiziotomii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., r. 2008. s. 100. ISSN 978-80-3774-2