



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Prevence porodního poranění v oblasti perinea

Vypracovala: Bc. Marie Smolková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice porodního poranění v oblasti perinea a různým možnostem jeho prevence.

Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V první kapitole uvádíme čtenáře do problematiky stručným popisem anatomie příslušných struktur – hráze a pánevního dna. Je zde charakterizována stavba perinea a diaphragma pelvis, dále je definováno jejich umístění a vymezena úloha těchto struktur ve fungování lidského těla. Následující kapitola pojednává o porodním poranění v oblasti perinea a pánevního dna a je zde uvedena čtyřstupňová klasifikace perineálního poranění. Na konci této kapitoly jsou shrnuty rizikové faktory a následky poranění. Ve třetí kapitole se zabýváme různými druhy prevence porodního poranění, a to jak prevence primární, sekundární, tak i terciární. Velký prostor je věnován jednotlivým způsobům předcházení porodnímu poranění. Jedná se o metody, které může žena praktikovat před porodem i během samotného porodu. V neposlední řadě je vyzdvihnuta i role porodní asistentky při prevenci porodního poranění.

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá především informovaností žen o problematice porodního poranění a jeho prevenci. Předem byly stanoveny tři základní cíle. Prvním z nich bylo odhalit, jaké informace měly ženy o porodních poraněních, druhým cílem bylo zjistit, jaké metody prevence porodního poranění ženy využívaly a třetí cíl byl zaměřen na očekávání žen ohledně informací o porodním poranění a jeho prevenci od porodní asistentky. Uvedeným cílům odpovídaly tři základní výzkumné otázky: První otázka zjišťuje, jaké informace o porodních poraněních měly ženy před porodem. Druhá otázka se ptá na metody prevence porodních poranění, které ženy využívaly. Třetí otázka zjišťuje, jaké informace o porodních poraněních a jejich prevenci očekávají ženy od porodní asistentky.

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo devět žen, které byly vybrány na základě účelového výběru. Všechny devět žen dobrovolně souhlasilo s účastí na výzkumu. Sběr dat od respondentek byl proveden technikou polostrukturovaného

rozhovoru. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí žen, v předem dohodnutém termínu v průběhu měsíce března 2016. Nahrané a následně přepsané rozhovory byly podrobeny obsahové analýze. Z kódování a třídění získaných dat vyllynuly dvě hlavní kategorie: Porodní poranění a Prevence porodního poranění. První kategorie Porodní poranění má pět podkategorií: Prodělaná porodní poranění, Diskomfort způsobený porodním poraněním, Péče o porodní poranění, Informovanost o porodním poranění, Zdroje informací o porodním poranění. Druhá kategorie Prevence porodního poranění obsahuje také pět podkategorií: Používaná prevence porodního poranění, Povědomí o metodách prevence porodního poranění, Názory na prevenci porodního poranění, Informovanost o prevenci porodního poranění, Zdroje informací o prevenci porodního poranění. Jednotlivé podkategorie byly uspořádány do přehledných schémat a popsány.

Z výzkumného šetření vyllynulo, že ženy často nejsou dopředu připraveny na možnost poranění během porodu a jeho následky. Především po prvním porodu byla většina žen zaskočena prodělanými porodními poraněními, o kterých před porodem neměla dostatek informací. O této problematice by však ženy byly rády před porodem poučeny, aby se na situaci po porodu a možné komplikace mohly připravit. Dále ženám chyběly informace ohledně péče o porodní poranění. Jako účelná se tedy jeví důsledná edukace žen porodními asistentkami nebo gynekology o péči o porodní poranění, která může být například podpořena informačním letákem, obsahujícím veškeré potřebné informace ohledně takové péče. Hlavním pozitivem takového informačního zdroje je, že ho žena může mít stále u sebe a k informacím se může kdykoliv v klidu vrátit. Výzkum také ukázal, že ženy měly o prevenci porodního poranění určité množství informací, ale tyto informace nebyly úplné, dostatečně kvalitní a podrobné. V důsledku toho využívaly ženy jen některé metody prevence porodního poranění. Konkrétně nejvíce využívanými metodami byly masáže hráze před porodem a zavádění silikonového dilatátoru během posledních týdnů těhotenství. Naopak ženy téměř neiniciovaly prevenci během samotného porodu, jako je například nahřívání hráze, masáže hráze během porodu, aplikace porodnického gelu nebo využití gravitace během porodu. Navíc se ukázalo, že ve většině případů ženy nepoužívaly jednotlivé

metody zcela správným způsobem, což je pravděpodobně způsobeno malou informovaností žen o dané problematice. Ženy prevenci porodního poranění vnímají jako důležitou součást přípravy na porod, a proto by jim měly být podány kvalitní informace o způsobu používání jednotlivých metod, jejich možných komplikacích a účincích. Vhodným způsobem zprostředkování takových informací může být opět informační leták, který by ženy dostaly od svého gynekologa nebo porodní asistentky. Návrh informačního letáku o způsobech prevence porodního poranění a případné péči o porodní poranění je přiložen k bakalářské práci.

Klíčová slova: porodní poranění, prevence porodního poranění, perineum, porodní asistentka

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of delivery injuries in the perineum and different possibilities of its prevention.

The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter provides the reader with a brief characterization of the anatomy of relevant structures – the perineum and the pelvic floor. It describes the structures of the pelvic diaphragm and the perineum, their location and their role in the human body. The next chapter deals with delivery injuries in the perineum and the pelvic floor and it gives a four - level classification of perineal injuries. At the end of this chapter, the risk factors and injury consequences are summarized. In the third chapter, we specify different types of prevention of birth injuries, including primary, secondary as well as tertiary prevention. A significant space is devoted to individual ways of preventing delivery injuries. They are represented by the methods that a woman can practice before and during the childbirth. Finally, the role of midwives in the prevention of delivery injuries is mentioned.

The research part of the thesis focuses on the awareness of women about delivery injuries and their prevention. It set up three basic goals: 1. to reveal what information women have about delivery injuries, 2. to determine what prevention methods women use, and 3. to uncover women's expectations regarding the information about delivery injuries and their prevention provided by their midwives. These aims corresponded to three main research questions: 1. What information about birth injuries did the woman have before delivery; 2. What method to prevent a birth injury did the woman use; 3. What does the woman expect from her midwife regarding birth injuries and their prevention.

The qualitative research was carried on nine women who were selected on purpose. All nine women voluntarily agreed to participate in the research. Data collection employed a semi-structured interview. The interviews were held in the women's home at a pre-arranged time during March 2016. They were then subjected to content analysis.

Data coding and classification, resulted in two main categories: Delivery injuries and Prevention of delivery injuries. The first category has five subcategories: Experience with delivery injuries, Discomfort caused by delivery injuries, Care for delivery injuries, Knowledge about delivery injuries, Sources of information about delivery injuries. The second category „Prevention of delivery injuries has five subcategories as well: Utilized prevention of delivery injuries, Awareness of delivery injury prevention methods, Opinions on delivery injury prevention, Knowledge about delivery injury prevention, Sources of information about the prevention of delivery injuries. The individual subcategories were organized into the diagrams and described. The research showed that women are often not prepared for the possibility of an injury during the childbirth and for its consequences. Especially after the first birth, most women were taken aback by their delivery injury, about the possibility of which they did not get enough information before hand. However, the women would happily be advised before giving a birth, such that they could prepare for the possible inconvenience. Furthermore, the women lacked information how to care for a vaginal tear. It seems desirable to provide women with consistent education about caring for delivery injuries, which could be enhanced, for example, by an informative pamphlet, containing all the necessary information. The positive aspect of this form of information source would be the fact that a woman could always have it with her, and she could get back to it whenever needed. The research also showed that women had a certain amount of information on the prevention of delivery injuries, but this information was incomplete, of low quality and not detailed enough. As a result, the women did not use all available methods of delivery injury prevention. The most commonly used methods were massaging the perineum before the delivery and inserting a silicone dilator in the vagina during the last weeks of pregnancy. Conversely, the women rarely initiated the use of preventive methods during the birth itself, such as perineum warming, perineum massaging during the childbirth, applying obstetric gel or utilizing the gravity during the birth. Moreover, it turned up that most women did not use the various methods in a completely correct way, probably due to their insufficient awareness of this issue.

The women perceive preventing a delivery injury as an important part of preparations for childbirth, so they should be given quality information on how to apply various available methods, what are their effects and possible complications. A suitable way of providing such information might be again an informative pamphlet that would be handed to women by their doctors or midwives. A prototype of such a pamphlet, informing about the methods of preventing a delivery injury and possible treatment of a delivery injury is attached to the thesis.

Key words: delivery injuries, prevention of delivery injuries, perineum, midwife

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2016

.....

Marie Smolková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové za vedení bakalářské práce. Také děkuji všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření, za jejich ochotu a čas věnovaný rozhovoru. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svému manželovi a celé své rodině, kteří mě během psaní bakalářské práce i celého studia podporovali.

Obsah

Úvod	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1. 1 Anatomie hráze a pánevního dna	13
1. 2 Porodní poranění hráze a pánevního dna.....	16
1. 2. 1 Ruptury hráze a análního svěrače	16
1. 2. 2 Porodní poranění pánevního dna	17
1. 2. 1 Klasifikace porodního poranění hráze a pánevního dna	19
1. 2. 2 Příčiny a rizikové faktory porodního poranění hráze a pánevního dna	20
1. 2. 3 Následky porodního poranění hráze a pánevního dna	22
1. 3 Prevence porodního poranění hráze a pánevního dna	24
1. 3. 1 Primární prevence porodního poranění hráze a pánevního dna.....	25
1. 3. 2 Sekundární prevence porodního poranění hráze a pánevního dna	39
1. 3. 3 Terciární prevence porodního poranění hráze a pánevního dna	41
1. 3. 4 Role porodní asistentky v prevenci porodního poranění	42
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
2.1 Cíle práce	44
2.2 Výzkumné otázky.....	44
3 METODIKA	45
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	45
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	46
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	48
4.1 Kategorizace dat	48

4.1.1 Kategorie Porodní poranění	49
4.1.2 Kategorie Prevence porodního poranění.....	56
5 DISKUSE.....	66
6 ZÁVĚR	73
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	75
8 PŘÍLOHY	82
8.1 Seznam příloh.....	82

Úvod

Porod dítěte je pro většinu rodiček nezapomenutelný zážitek. Ačkoliv jde o velice náročnou chvíli, mnoho žen nakonec hodnotí narození vlastního dítěte jako jeden z nejradostnějších okamžiků v životě. Většinou ovšem porodem tato obtížná situace nekončí. I šestinedělí bývá mnohdy označováno jako nesnadné období a to i proto, že u ženy může během porodu dojít k porodnímu poranění, které může ženě období šestinedělí komplikovat. Aby se rodičky na poporodní období mohly dobře připravit a průběh šestinedělí byl co nejhladší, je důležité ženy o problematice porodního poranění dostatečně informovat.

Ideální situací by bylo, kdybychom byli schopni porodnímu poranění naprosto zabránit. Avšak přestože v současnosti existuje řada způsobů, jak porodnímu poranění předcházet, je i mnoho rizikových faktorů, které vznik porodního poranění ovlivňují, a zatím nejsme schopni žádnou dostupnou metodou tyto vlivy zvrátit. Cílem této práce ovšem není hodnotit účinnost prevence porodního poranění, ale zaměřit se na ni z pozice porodní asistentky. Úlohu porodní asistentky v této problematice můžeme zejména spatřovat ve využívání metod prevence během porodu a v adekvátním podávání informací ženám o dostupných metodách prevence, přestože jejich účinnost je nejistá. Samy ženy se pak mohou rozhodnout, zda některou z možností prevence využijí.

Cílem výzkumné části této práce je tedy zmapovat informovanost žen ohledně porodního poranění a jeho prevence a zjistit jakou roli v podávání informací ženám mají porodní asistentky.

Tato práce může být využita jako informační materiál ohledně prevence porodního poranění a to zejména pro ženy připravující se na porod.

1 SOUČASNÝ STAV

1. 1 Anatomie hráze a pánevního dna

Vzhledem k tomu, že je tato práce zaměřena na prevenci porodního poranění v oblasti perinea, budeme se v této kapitole věnovat zejména anatomii hráze a přilehlých svalů, tedy pánevního dna. Svaly pánevního dna totiž na jedné straně funkčně náleží ke komplexu svalů hráze, které se vyvinuly ve spojitosti s orgány, a na druhé straně ke kosternímu svalstvu, z kterého vznikly a s nímž mají některé společné funkce (Čihák et al., 2011).

Anatomie hráze

Svaly hráze uzavírají malou pánev, a vytvářejí tak její podklad. Jejich funkce se vztahuje k orgánům urogenitálního ústrojí – ohraničují prostory, kde jsou některé z těchto orgánů uloženy, a prostřednictvím svých fascií a vaziva fixují jednotlivé orgány (Čihák et al., 2013).

Svaly hráze jsou uloženy v oblasti hiatus urogenitalis pod pánevním dnem (diaphragma pelvis) a jsou vázány na vyústění konečníku a na zevní pohlavní orgány (musculus (m.) sphincter urethrae externus a m. sphincter ani externus) (Hájek et al., 2014). Podle toho je můžeme rozdělit na svaly, které jsou podkladem diaphragma urogenitale, a svaly upínající se k zevním pohlavním orgánům a k ústí rektu (Čihák et al., 2013).

Svaly připojené k zevním pohlavním orgánům a k ústí rektu tvoří nejpovrchnější část perinea a patří k nim m. ischiocavernosus, m. bulbospongiosus a m. sphincter ani externus (Čihák et al., 2013). Hlavní úlohou m. ischiocavernosus je svými kontrakcemi napomáhat erekci. M. bulbospongiosus funguje jako svěrač vchodu poševního a podporuje překrvení a vyprazdňování páru topořivých těles během pohlavního styku (Roztočil et al., 2008).

Svaly diaphragma urogenitale (neboli perineální membrány) tvoří trojúhelníkovou vazivově svalovou desku a jsou uloženy pod diaphragma pelvis. Soubor svalů

diaphragma urogenitale se rozkládá mezi rozestupujícími rameny kostí stydkých a sedacích, v rozsahu mezi spodním okrajem spony stydké a spojnicí se sedacím hrbolem. Mezi tyto svaly patří m. transversus perinei profundus, m. sfincter urethrae, m. transversus perinei superficialis (Čihák et al., 2013). Mezi konečníkem a zadní poševní stěnou se nachází zhuštěné vazivo nazývané centrum perinei (Hájek et al., 2014).

Všechny svaly perinea jsou inervovány z nervus pudendus (Čihák et al., 2013).

Anatomie pánevního dna

Jak již bylo řečeno, svaly hráze jsou umístěny na povrchu a kranialněji od nich ve východu pánevním jsou uloženy svaly pánevního dna. Pánevní dno má tvar ploché nálevky a odstupuje od stěn malé pánve ke štěrbině označované jako levátorový hiátus, kterým prochází ventrálně močová trubice, centrálně pochva (hiatus urogenitalis) a dorzálně konečník (hiatus analis). Mezi přední a zadní částí štěrbině se nachází již zmiňované centrum perinei, na něž nasedá septum rectovaginale. Do septa rectovaginale se upínají některé perineální svaly. Pánevní dno je tvořeno komplexem svalů m. levator ani a m. coccygeus. M. levator ani se tradičně dělí na m. pubococcygeus a m. iliococcygeus a přiřazuje se k němu i samostatný sval m. puborectalis (Hájek et al., 2014). Svaly pánevního dna vytváří strukturu mající tvar písmene „V“. M. puborectalis odstupuje oboustranně od zadní plochy stydké kosti a vytváří smyčku kolem močové trubice, pochvy a konečníku. V kranialní části plynule přechází do m. iliococcygeus a kaudálně naléhá na zevní anální svěrač. Prostor mezi rameny vyplňuje zmiňovaný levátorový hiátus (Binder et al., 2011).

M. levator ani a m. coccygeus jsou inervovány drobnými motorickými větvičkami z pleteně křížové (plexus sacralis) (Čihák et al., 2011).

Hlavní úlohou těchto svalových a vazivových tkání je udržet pánevní orgány (močový měchýř, močovou trubici, dělohu, pochvu a konečník) ve správném anatomickém postavení a podporovat jejich činnost. Například m. compressor urethrae prodlužuje či stlačuje močovou trubici, m. compressor vaginae má úlohu svěrače

pochvy a m. puborectalis je hlavním svěračem konečníku. Z toho vyplývá, že dobrá funkce pánevního dna je zásadní pro kontinenci moči a stolice, pro pohlavní život a sehrává významnou roli u porodu (Hájek et al., 2014).

1. 2 Porodní poranění hráze a pánevního dna

Během porodního procesu, fyziologického i operativního, může u rodičky dojít k poranění především měkkých porodních cest. Porodní poranění může vzniknout v kterémkoliv místě porodních cest - na vnitřních či zevních rodidlech nebo na přilehlých orgánech, jako je například močový měchýř a konečník. Nejčastějšími porodními poraněními jsou trhliny hráze, pochvy a děložního hrdla. Vzhledem ke skutečnosti, že neošetřená či chybně ošetřená porodní poranění mohou být příčinou krevních ztrát, branou infekcí a pozdějších anatomických a funkčních poruch, je nezbytné tuto problematiku nepodceňovat (Binder et al., 2011).

1. 2. 1 Ruptury hráze a análního svěrače

Trhliny (ruptury) se řadí mezi nejobvyklejší porodní poranění, při kterých může dojít k poškození kůže a podkoží perinea, svalstva, zejména svalů perineální membrány m. levator ani a m. pubococcygeus. Kromě struktur perinea a pánevního dna může ruptura zasahovat i do přiléhajících částí pochvy a konečníku (Hájek et al., 2014).

Podle Krčmáře (2014) se incidence poranění hráze pohybuje od 0 % do 6,5 %, či dokonce 24 %, v závislosti na provedení a typu epiziotomie.

Klasifikace perineálního poranění (viz níže) je založena zejména na rozsahu defektu análního svěrače, proto zde stojí za to zmínit i poranění análního svěrače. Mezi nejčastější patří ruptury, které můžeme rozdělit na zjevné a skryté. Zjevné ruptury análního svěrače jsou rozpoznány a ošetřeny při porodu, zatímco ty skryté je možné diagnostikovat pouze pomocí ultrasonografie nebo zobrazením magnetickou rezonancí (Zemanová, 2013). Podle Zemanové (2013) se skryté ruptury análního svěrače vyskytují až u 35 % primipar a mohou se objevovat pod neporušenou hrází nebo současně s méně závažnou rupturou prvního či druhého stupně. Dle jiných autorů je možné tyto skryté ruptury diagnostikovat pečlivým vyšetřením per rektum (Hájek et al., 2014). Funkce análního svěrače může být ovlivněna nejen poraněním svalové struktury, ale i poškozením jeho inervace (Kašíková, 2012).

1. 2. 2 Porodní poranění pánevního dna

Během vaginálního porodu může dojít k různým typům poranění pánevního dna. Jedná se především o svalová poranění, nervová poranění, poranění závěsného aparátu a o poranění pánevních orgánů.

Svalová poranění

Zaměříme-li se na poranění svaloviny pánevního dna, musíme si nejdříve uvědomit anatomické a funkční změny těchto svalů v průběhu porodu. Během první a druhé doby porodní dochází díky sestupu hlavičky plodu a vypuzovacím silám (děložní činnosti, tlaku vyvíjeným rodičkou) k velkému roztažení svalových snopců m. levator ani (Krčmář, 2014). Při průchodu hlavičky ideálního průměru je nezbytné, aby se vlákna m. puborectalis prodloužila o více než trojnásobek své klidové délky a svalová vlákna m. iliococcygeus na dvojnásobek své klidové délky (Lien et al., 2004). Přitom k ireverzibilnímu poškození svalových vláken dochází při natažení o více než jeden a půl násobek původní délky (Svabik, Shek, Dietz, 2009). Deformaci svalů pánevního dna lze diagnostikovat pomocí magnetické rezonance (Lien et al., 2004).

Dále byla pomocí 3D ultrazvuku stanovena plocha urogenitálního hiátu okolo 6 až 36 cm² za Valsalvova manévru (zvýšení nitrobřišního tlaku při nádechu a tlaku do pánve). Vzhledem k tomu, že plocha hlavičky plodu se běžně pohybuje mezi 70 až 100 cm², musí při průchodu hlavičky během vaginálního porodu nutně docházet k rozpětí a deformaci urogenitálního hiátu (Shek, Dietz, Clarke, 2004).

Dojde-li tedy k extrémní distenzi svalů pánevního dna při průchodu hlavičky pánevním dnem, může to mít za následek přetržení svalů nebo jejich odtržení od úponu na pánevní stěnu (avulzi) (Krčmář, 2014). Avulze zůstává nejčastěji klinicky nemá a může se projevit až s odstupem mnoha let postupnou elongací závěsného aparátu. Funkci přetržených svalových vláken totiž nahradí sousední vlákna. Tento defekt je možné diagnostikovat pohmatem, vyšetřením v zrcadlech, při kterém můžeme sledovat mírný sestup přední poševní stěny, nebo zobrazovacím vyšetřením (magnetickou rezonancí, 3D ultrazvukem) (Kašíková, 2012).

Právě díky ultrazvuku a magnetické rezonanci byl také v mnoha studiích na základě srovnání vaginálního porodu a porodu císařským řezem zjištěn úbytek svalové hmoty a kontraktilní schopnosti svalů v oblasti pánevního dna po vaginálním porodu (Svabik, Shek, Dietz, 2009).

Nervová poranění

V průběhu vaginálního porodu může dojít k poranění nervových pletení, která inervují orgány a svaly pánve. Nejčastěji dochází ke kompresi pundendálního nervu vůči spině ossis ischii, což vede zejména k denervaci částí m. levator ani a m. sphincter ani externus (Krčmář, 2014).

Na základě počítačového 3D modelu pánevního dna při průchodu hlavičky plodu pánví bylo zjištěno, že dochází k elongaci jednotlivých větví pundendálního nervu. Jedná se zejména o ramus rectalis inferior, jenž se může prodloužit až o 35 %, a o perineální větve inervující anální sfinkter, jehož elongace může být až o 33 %. Obecně je známé, že pokud dojde k natažení periferního nervu o více než 15 %, způsobuje to jeho trvalý defekt (Lien et al., 2005).

Poranění závěsného aparátu

Dojde-li při vaginálním porodu k poškození závěsného aparátu, projeví se to zvýšenou pohyblivostí pánevních orgánů. Tento defekt lze diagnostikovat zobrazovacími metodami, zejména ultrazvukem (Kašíková, 2012).

Lokalizace a rozsah defektu určují míru projevení poranění závěsného aparátu. Poškození mechanických atributů tohoto spojitého systému se nejčastěji projevuje sestupem poševních stěn, dysfunkcí močového či gastrointestinálního traktu. Například defekt uterosakrálních vazů může vést k prolapsu dělohy, deformace v oblasti pubocervikální fascie ke vzniku cystokély nebo poranění rektovaginální fascie ke vzniku rektokély. Poranění parauretrální tkáně a následná destabilizace močové trubice může vyústit v močovou inkontinenci (Otčenášek, 2009).

Orgánová poranění

Ve vzácných případech může dojít k poranění dutých orgánů pánve - močového měchýře, močové trubice a rekta. Výjimečnost těchto poranění je patrně dána vysokou pohyblivostí pánevních orgánů. K těmto defektům dochází nejčastěji z důvodů fixace daných orgánů, které tak nemohou být ochráněny přirozenou dislokací (Otčenášek, 2009).

1. 2. 1 Klasifikace porodního poranění hráze a pánevního dna

Jednotná mezinárodní klasifikace porodního poranění je dobře využitelná v klinické praxi, zejména pro správnou volbu operační korekce. Dále je důležitá pro vědeckou činnost a pro komparaci jednotlivých pracovišť, čímž nepřímo napomáhá zkvalitňování poskytované péče. Nejen díky tomu se v roce 2001 porodní poranění perinea začalo posuzovat na základě Klasifikace ruptur perinea podle Sultana, která byla schválena Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) a International Consultation on Incontinence (Indrová, 2013).

Tato čtyřstupňová kategorizace vznikla ve Velké Británii a odstraňuje nedokonalosti předešlých klasifikací, zejména široké vymezení třetího stupně, kam bylo například možné zahrnout drobnou parciální rupturu svěrače a zároveň i rupturu celého svěrače (Kališ et al., 2010).

Na základě této klasifikace je první stupeň ruptury perinea definován jako defekt vaginální sliznice a kůže perinea. Druhý stupeň diagnostikujeme v okamžiku, kdy dojde k poškození svalů perinea, ale anální sfinkter je v pořádku. Třetí stupeň zahrnuje i poranění komplexu análního sfinkteru a dále ho dělíme na tři skupiny, kdy je poškozen za a) zevní anální svěrač o méně než 50 %, za b) zevní anální svěrač o více než 50 %, za c) zevní a vnitřní anální svěrač. Čtvrtý stupeň je vymezen jako ruptura zevního i vnitřního análního svěrače a poranění mukózy rekta. Tato klasifikace je v současnosti doporučována i Českou gynekologickou a porodnickou společností (Záhumenský, Kališ, 2013).

Ačkoliv se klasifikace perineálního poranění ukázala jako velice užitečná, podobný konsenzus, hodnotící míru poškození pánevního dna během vaginálního porodu, zatím neexistuje. Přestože v průběhu posledních let byla provedena řada studií zabývajících se rizikovými faktory či možnostmi diagnostiky traumat pánevního dna, vyskytují se mezi odborníky dvě názorové skupiny. První skupina připouští porodní poranění pánevního dna a pokládá za nezbytné o tom ženy informovat, naopak druhá skupina z hlediska pozdních následků nepovažuje porodní poranění pánevního dna za závažná (Kašíková, 2012). K tomuto názoru může vést i určitá hypotéza vzájemné zastupitelnosti jednotlivých struktur, popřípadě jejich párového uspořádání, což znamená, že při jednostranném poškození může dostatečnou funkci zajistit druhostranná komponenta (Otčenášek, 2009).

1. 2. 2 Příčiny a rizikové faktory porodního poranění hráze a pánevního dna

Možné příčiny porodního poranění můžeme vymezovat na základě jednotlivých aktérů porodního procesu a průběhu porodu samotného. Jedná se o rizikové faktory ze strany rodičky, plodu, porodníka a porodního procesu (Roztočil et al., 2008).

Jako rizikové faktory porodního poranění ze strany rodičky jsou uváděny věk ženy, primigravidita, krátké perineum, poranění svěrače při předchozím porodu, poškození hráze častými záněty, vrozeně křehká hráz či jiné genetické faktory (Hájek et al., 2014).

Na základě epidemiologických studií bylo zjištěno, že vyšší věk prvorodiček zvyšuje riziko poranění pánevního dna. Ze studií například vyplývá, že stresovou inkontinencí trpí častěji ženy, které porodily své první dítě po 25. roce věku (Rortveit, Hunskaar, 2006).

Jiná studie říká, že černošky mají díky genetickému rozdílu v kolagenním vazivu nižší riziko dysfunkce pánevního dna než bílá kavkazská rasa či hispánky (Lavy et al., 2012).

Dále bylo zjištěno, že ženy, u kterých v předchozích porodech došlo k trhlině análního svěrače, mají větší riziko opakování ruptury. Většinou dojde u ženy

ke zhoršení symptomů, které se u ní projeví po prvním traumatickém porodu, anebo se objeví příznaky zcela nové (Rogers, Abed, Fenner, 2006).

Výzkum, zabývající se vztahem mezi délkou hráze ženy a porodním poraněním, ukazuje, že při porodu ženy s krátkou hrází není zvýšeno riziko zjevné ruptury análního svěrače. Nicméně dlouhá hráz ženy je příčinou většího porodního poranění, a to i díky skutečnosti, že druhá doba porodní je v tomto případě signifikantně prodloužená, což může vést k operačnímu ukončení vaginálního porodu s rovněž zvýšeným rizikem porodního poranění perinea (Kališ et al., 2005).

Fakt, že prodloužená druhá doba porodní je významným faktorem porodního poranění, potvrzují i další studie (Kališ et al., 2005; Smith et al., 2013; Michalec et al., 2015). Prodloužená druhá doba porodní vede zejména k svalovému a nervovému poškození pánevního dna, které může mít za následky poporodní inkontinenci moče a stolice (Shek, Dietz, 2010). Dalším rizikovým faktorem poranění z hlediska porodního procesu je operační ukončení vaginálního porodu, zejména klešťový porod. Na základě hodnocení ultrazvukových parametrů pánevních svalů byla provedena studie sledující 67 žen 12 měsíců po klešťovém porodu. Výzkum prokázal avulzi u 48 žen (63,6 %) a dále poukazuje na fakt, že u žen s avulzi byl významně zvětšen hiátus a rovněž u nich byla výrazně změněna pozice hrdla močového měchýře (Krofta et al., 2009).

Podíváme-li se na danou problematiku z hlediska plodu, lze jako rizikový faktor porodního poranění označit velkou porodní hmotnost plodu, předčasnou deflexi hlavičky plodu a velmi rychlý postup hlavičky (Hájek et al., 2014). Jak již bylo řečeno v předcházející kapitole, pro průchod hlavičky plodu pánví je nutné, aby se svaly pánevního dna dostatečně roztáhly. Pokud ovšem dojde k rychlému průchodu hlavičky plodu, svalová tkáň se nestihne rychle přizpůsobit rozměrům hlavičky a je zde reálné nebezpečí, že dojde k přetržení svalu nebo k avulzi. Stejně riziko platí i pro situaci, kdy dojde k abnormální rotaci plodu či předčasné deflexi, a tak se zvětší reálný průměr procházející části plodu (Lien, 2004).

Mezi hlavní příčinu vzniku ruptury perinea ze strany porodníků řadíme nedostatečné chránění hráze (Hájek et al., 2014).

Identifikace a vymezení rizikových faktorů porodního poranění je pro klinickou praxi nezbytné zejména z důvodu předcházení porodním poraněním. Kromě toho je nutné pojímat jednotlivé rizikové faktory porodního poranění komplexně ve vzájemné koexistenci, protože na sebe navzájem působí a prolínají se (Michalec et al., 2015).

1. 2. 3 Následky porodního poranění hráze a pánevního dna

Mateřská morbidita v důsledku poranění perinea, a to zejména vyššího stupně, kdy dojde k poranění análního sfinkteru, je relativně častá. V konsekvenci s rupturou hráze může žena pociťovat chronickou perineální bolest, dále může dojít ke zhoršení kvality sexuálního života ženy, jejímž projevem může být dyspareunie, strach z poranění či anální inkontinence při pohlavním styku. V neposlední řadě může být následkem perineálního poranění anální inkontinence, kdy dochází k samovolnému úniku plynů, řídké či tuhé stolice, anebo urgentní inkontinence. Všechny tyto faktory negativně ovlivňují kvalitu života ženy (Kališ et al. 2010).

Těhotenství a vaginální porod mohou vést i k poškození pánevního dna a s tím souvisejícímu rozvoji prolapsu pánevních orgánů, stresové inkontinence moči a anální inkontinence (Dietz, Pardey, Murray, 2015; Dietz, 2013).

K anální inkontinenci po porodu vede zejména poranění análního svěrače. Ženy, u kterých došlo k tomuto poranění, mohou trpět fekálními urgencemi, inkontinencí plynů, řídkou či naopak tuhou stolicí. Všechny tyto komplikace, včetně anální inkontinence, představují pro ženu vážný hygienický i sociální problém (Indrová, 2013).

Dalším zmíněným důsledkem poranění pánevního dna může být prolaps pánevních orgánů. Ten je definován jako sestup pánevních orgánů prostřednictvím pánevního dna, přičemž vaginální porod je považován za primární rizikový faktor. Výzkumy prokázaly souvislost mezi stupněm prolapsu a paritou. Bylo zjištěno, že čím více porodů žena prošla, tím větší riziko prolapsu pánevních orgánů ji hrozí (Yeniel et al., 2013).

V nedávné studii bylo zjištěno, že velká část zdravých žen vybraných z běžné populace, které se podrobily speciálnímu ultrasonografickému vyšetření, vykazovala různé symptomy prolapsů i 20 let po porodu (Volløyhaug, Mørkved, Salvesen, 2016).

1. 3 Prevence porodního poranění hráze a pánevního dna

Prevenci lze definovat jako systém činností, které vedou k upevnění zdraví a k zabránění vzniku komplikací a nepříznivých následků nemoci (Čeledová, Čevela, 2010). Hlavním cílem prevence je tedy udržet zdraví ohroženého jedince, prodloužit délku jeho života a zabránit tak předčasnému úmrtí (Vurm, 2007).

Rozlišujeme tři základní typy prevence – primární, sekundární a terciární. Hlavním úkolem primární prevence je ochránit a posílit zdraví, tedy zabránit vzniku nemoci. Sekundární prevence se vyznačuje již vzniklým onemocněním a zaměřuje se především na odvrácení vzniku komplikací a nepříznivých následků dané nemoci. V této prevenci je nezbytná včasná a správná diagnostika a okamžitá účinná terapie. Obsahem terciární prevence je zejména rehabilitace, která má za cíl obnovit ztracené nebo omezené funkce organismu, a tím zmírnit následky choroby (Čeledová, Čevela, 2010).

Přeneseme-li tyto obecné definice prevence do problematiky porodního poranění v oblasti perinea, lze říci, že mezi hlavní aspekty prevence tohoto poranění patří spolehlivé rozpoznání rizikových faktorů pro vznik perineálního traumatu, dále jeho diagnostika, správné ošetření a následná péče o dané poranění (Kašíková, 2012). Tyto jednotlivé činitele můžeme rovněž rozdělit do jednotlivých typů prevence. Význam primární prevence perineálního poranění je zejména v rozpoznání všech rizikových faktorů vzniku porodního poranění, snížení vlivu těchto faktorů na vlastní průběh i výsledek porodu a zvolení vhodného postupu. Úlohou sekundární prevence poranění v oblasti perinea je přesná diagnostika poranění, zvolení vhodného operačního postupu a operačních podmínek. Cílem terciární prevence v problematice porodního poranění je zejména následná centralizace těchto pacientek ve specializovaných ambulancích, díky které je možné jejich důkladné pooperační sledování a identifikace eventuálních komplikací (Kališ et al., 2010).

1. 3. 1 Primární prevence porodního poranění hráze a pánevního dna

Zatím neexistuje žádná metoda primární prevence, u které by bylo možné tvrdit, že díky ní lze předejít porodnímu poranění během vaginálního porodu. Nicméně jsou zde techniky prevence, u kterých lze předpokládat zlepšení elasticity a poddajnosti měkkých porodních cest, a tím snížení rizika poranění hráze, pochvy i svalů pánevního dna (Maryšková, 2010). Dále je nezbytné rozpoznat všechny rizikové faktory, které vedou ke vzniku porodního poranění, a zvolit vhodný způsob vedení porodu.

Jednotlivé faktory primární prevence můžeme rozřadit do předporodního a intrapartálního managementu. Mezi metody předporodního managementu patří posilování svalů pánevního dna, masáže hráze, použití silikonového perineálního dilatátoru, učení se správnému dýchání a tlačení při porodu samotném. Do intrapartálního managementu řadíme vyhýbaní se rutinnímu provádění epiziotomie, upřednostnění vakuumextraktoru před kleštěmi při nutnosti operativního ukončení porodu, dále je nezbytná obezřetnost vůči limitacím druhé doby porodní, mezi které řadíme například délku trvání druhé doby porodní. Všechny tyto faktory mají totiž vyšší riziko porodního poranění (Lavy et al., 2012). Dalšími metodami prevence porodního poranění v průběhu vaginálního porodu je efektivní chránění hráze během porodu (Hájek et al., 2014), účinné využívání metody super crowningu (Goldberg, Sultana, 2004), použití Ritgenova manévru (Rušavý et al., 2014), aplikace porodnického gelu (Dianatal) (Schaub et al., 2008), nahřívání hráze (Aasheim et al., 2011) a vhodná poloha rodičky při porodu (Kališ, 2007).

Podle Lavyho et al. (2012) by ještě před porodem mělo dojít k vyhodnocení rizik každé rodičky, aby se předešlo případnému porodnímu poranění. S ohledem na porodní poranění uvádějí několik indikací, u kterých by se měla zvážit možnost ukončení těhotenství císařským řezem a nikoliv vaginálním porodem. Mezi tyto indikace řadí obvod hlavičky plodu větší než 35,5 cm, věk rodičky nad 35 let, BMI rodičky nad 35 a rodinné dispozice k dysfunkci pánevního dna.

Role porodní asistentky v primární prevenci porodního poranění je velmi důležitá, zejména v podávání relevantních informací ohledně různorodých metod prevence porodního poranění. Ke sdělování těchto informací může docházet například v rámci předporodních kurzů, při návštěvě těhotenské poradny či při jiné vhodné příležitosti. Porodní asistentka by měla pomoci ženě se v jednotlivých metodách zorientovat a vysvětlit jí základní princip účinku daného způsobu prevence. Dále by jí měla seznámit se zásadami užívání dané prevence, její účinností a rovněž s možnými kontraindikacemi provádění prevence. Poté by společně s ženou měly hledat vhodný způsob předcházení porodnímu poranění konkrétně pro danou ženu.

Posilování svalů pánevního dna, Kegelovo cvičení

Jak již bylo řečeno v předcházejících kapitolách, svaly pánevního dna mají hlavně podpůrnou funkci, protože se jedná o nejnižší místo člověka, na které dopadá tlak orgánů břišní dutiny. U žen svaly pánevního dna odolávají zejména tlaku dělohy, močového měchýře, konečníku, dále pomáhají uzavírat svěrače okolo močové trubice a konečníku, čímž zabraňují úniku moči, stolice a plynů. Velké tělesné změny, ke kterým dochází během těhotenství i porodu samotného, vedou ke značnému přetížení svalů pánevního dna či dokonce k jejich poškození. Vzhledem k tomu, že toto poškození může způsobit řadu problémů, je důležité cvičení svalů pánevního dna už v průběhu těhotenství. Může se tak odvrátit závažné porodní poškození a zejména pozdní následky porodního poranění této oblasti. Cvičení pánevního dna má navíc pozitivní vliv na správné držení těla a na snižování bolesti zad, protože dochází rovněž k posílení bederní, křížové, mezilopatkové oblasti. Součástí cvičení je i posilování břišních svalů, což vede k předcházení břišní diastázy. Posilování je taktéž prevencí otoků dolních končetin a vzniku cévních onemocnění. Dále prostřednictvím cvičení dochází k zlepšení vitální kapacity plic a střevní peristaltiky. Tedy v rámci předporodní přípravy má posilování pánevního dna velký význam. Cvičení pánevního dna bývá zpočátku náročné, protože mnohé ženy neumí svaly pánevního dna aktivovat. K tomu dochází hlavně z důvodu toho, že si tyto svaly ženy neuvědomují a jsou uloženy na místě, kde je nemůžou pohledem kontrolovat. Dochází tak často k zapojování jiných

svalových skupin. Na začátku je tedy možné ženám doporučit nácvik zapojení těchto svalů v soukromí s použitím zrcátka. Tato vizuální představa jim může výrazně pomoci k zapínání správných svalů. Zapojení správných svalů a dobré provedení cviků lze rovněž kontrolovat palpací. Přiložením dlaně a prstů by ženy měly vnímat napětí a stažení svalů v oblasti symfýzy, hrbolů sedacích kostí, hlubokých břišních svalů, dále aktivaci svěračů v oblasti močové trubice, pochvy a konečníku. Kontrolu zapojování svalů pánevního dna lze provádět i tak, že si žena vsune prst do pochvy. Pokud jsou svaly pánevního dna správně staženy, dochází ke zvyšování napětí poševních stěn a k vtahování prstu dovnitř. Aktivace svalů pánevního dna by žena měla docílit tak, že se bude snažit stáhnout svěrače okolo močové trubice, pochvy a konečníku současně s pocitem vtažení do břišní dutiny. Pokud je žena schopna bez problému aktivovat svaly pánevního dna, může začít s posilováním těchto svalů. Základem cvičení je stahování a uvolňování svalů pánevního dna, přičemž tyto stahy se několikrát opakují. K tomuto základnímu posilování pánevního dna nejsou potřeba žádné pomůcky. Nicméně existují i různé sestavy cviků na posílení svalů pánevního dna v různých polohách těla, při kterých je možné ke cvičení použít velký míč či overball. Toto cvičení je již náročnější, a proto bývá doporučováno provádět ho s odborným instruktorem. S nácvikem aktivace svalstva pánevního dna je dobré začít okolo 20. týdne těhotenství a ve cvičení pokračovat až zhruba do 35. týdne. V závěrečné části těhotenství je naopak doporučováno se zaměřit na aktivní relaxaci pánevního dna. Aktivace svalů pánevního dna je důležitá i po porodu, protože vede k rychlejšímu zavinování dělohy, hojení jizvy po epiziotomii i eventuálních trhlin ve svalech pánevního dna. Se cvičením svalů pánevního dna lze začít již druhý den po porodu, pokud se na to žena cítí (Nováková, 2010).

Mezi prvními, kdo se zabýval tímto cvičením, byl Arnold H. Kegel. Ten publikoval již v roce 1948 svůj první popis cvičení svalů pánevního dna, který byl výsledkem jeho patnáctiletého pozorování a cvičení se ženami trpící inkontinencí. Cvičení navržené Kegelem je zaměřené na posílení pubococcygeálního svalu a naučení se ovládnutí svalů pánevního dna. Kegel doporučoval zejména stahování a uvolňování svalů pochvy a konečníku po dobu osmi až deseti sekund. Tyto sekvence se měly v krátkých

časových intervalech opakovat. Doporučoval začínat na pěti opakováních a postupem času, během kterého dojde k posílení svalů, končit až na dvaceti pěti opakováních. Bylo zjištěno, že toto cvičení vede k pružnějším a silnějším svalům v oblasti pánevního dna, je účinnou prevencí před prolapsem pochvy a dělohy, zabraňuje inkontinenci a rovněž zvyšuje sexuální uspokojení žen (Opara et al., 2011).

K motivaci žen v každodenním cvičení pánevního dna byla vyvinuta i aplikace pro chytré telefony. Ačkoli aplikace v chytrých telefonech mají všeobecně obrovský potenciál v oblasti prevence a péče o vlastní zdraví, na základě výzkumu bylo zjištěno, že tyto novodobé technologie lidé ještě neumí plně zintegrovat do svého každodenního života. Aplikace tedy nevedla k podněcování ke cvičení do takové míry, jak by se dalo očekávat (Stephen, Munoz, Cumming, 2014).

Silikonový perineální dilatátor

Jedním z dalších způsobů prevence perineálního poranění v průběhu porodu je silikonový perineální dilatátor neboli jinak známý pod názvem Epi-no. Na českém trhu je rovněž k dostání téměř identický přístroj Aniball, který je registrovaný jako zdravotní pomůcka pro těhotné u Ministerstva zdravotnictví České republiky a je české výroby. Epi-no či Aniball si lze představit jako anatomicky přizpůsobený silikonový balónek, který se prostřednictvím ruční pumpy nafukuje. Princip fungování je totožný. Spočívá v cíleném a pravidelném tréninku svalů pánevního dna. Postupným napínáním a posilováním svalstva a tkání se celá oblast pánevního dna stává elastičtější, což vede k větší odolnosti této oblasti během porodu. V rámci předporodní přípravy lze tento přístroj využít k posílení svalstva pánevního dna před porodem, k postupnému napínání poševního vchodu, hráze a poševního svalstva a je možné si s jeho pomocí nacvičit vypuzovací fázi porodu prostřednictvím simulačního cvičení. Silikonový dilatátor může rovněž posloužit k regeneraci oblasti pánevního dna po porodu, čímž dochází k omezení úniku moči několik měsíců po porodu a možnosti vzniku inkontinence v pozdějším období (Epi-no; Aniball, 2016).

Před začátkem používání silikonového dilatátoru je doporučována konzultace s obvodním gynekologem či porodní asistentkou. Tuto metodu prevence totiž

v některých případech nelze aplikovat. A to zejména hrozí-li předčasný porod, dále u rizikových nálezů, které znemožňují vaginální porod (například včestné lůžko), při nebezpečí vzestupné infekce (například předčasný odtok plodové vody, poševní infekce, výskyt kondylomat či genitálního herpesu), při poševním krvácení, při nedolčených zraněních v oblasti genitálií či při zhoubných nádorech v oblasti genitálií (například rakoviny děložního čípku). Kromě toho jsou zde i zdravotní obtíže, při kterých by žena tento silikonový balónek měla používat jen pod dohledem lékaře nebo porodní asistentky. Mezi tyto zdravotní problémy se řadí nízko položená placenta, varixy v oblasti zevního genitálu a pochvy, snížená citlivost pochvy a zevního genitálu (z důvodu neurologického onemocnění, užívání léků proti bolesti), stav po léčeném zánětu pochvy (krátce přetrvává křehkost pochvy), po operacích pochvy (jizvy nemusí dovolit dostatečnou pružnost pochvy) a lichensclerosus zevního genitálu (Aniball, 2016).

Aby používání perineálního dilatátoru bylo bezpečné, je nutné dodržovat pravidla, která doporučuje výrobce v návodu k použití. Mezi základní zásady patří, že daný přístroj by měla používat pouze jedna žena, aby nedošlo k přenosu infekce. Dále by žena měla dbát na důkladné mytí rukou před použitím a po použití silikonového dilatátoru. Cvičit s pomocí balónku by se mělo začít nejdříve tři týdny před vypočteným termínem porodu a nikdy by se nemělo ve cvičení pokračovat, pokud při něm žena pociťuje bolesti. Délka jednoho cvičení by neměla přesáhnout 30 minut a nedoporučuje se cvičit častěji než dvakrát denně. Poloha při cvičení záleží na výběru ženy, možnosti jsou vleže s mírně pokrčenýma nohama, v kleku, vleže na boku, ve stoje, v podřepu. Cvičení pánevního dna zjednodušeně probíhá tak, že se balónek ze dvou třetin zavede do pochvy a pomocí stažení svalstva pánevního dna se balónek vytahuje směrem vzhůru. Během cvičení je důležité si uvědomit účinek práce těchto svalů na polohu a chování balonku uvnitř pochvy. Vtahováním a uvolňováním svalstva pánevního dna dochází k mírnému pohybu balonku uvnitř pochvy. Další fází je napínací cvičení, které spočívá v aplikaci balónku do pochvy a jeho napumpování. Balónek by žena měla v pochvě udržet až deset minut. Velikost nafouknutého balónku by nikdy neměla způsobovat bolest. Cílem tohoto cvičení je postupné rozestupování kůže a svalstva

v oblasti porodního kanálu a hráze, které by mělo vést k tomu, že se maximální dosažená velikost balónku bude postupně při každém cvičení zvyšovat. Na konci této části cvičení by žena měla uvolnit svalstvo pánevního dna, a balónek by tak měl vyklouznout. Ideálně by žena měla po dvou týdnech cvičení být schopna nechat vyklouznout z pochvy balónek nafouknutý na asi 8-10 centimetrů. Nafukování balónku na více než 10 centimetrů se nedoporučuje (Epi-no).

Produkt Epi-no je na trhu již okolo 15 let. Za tu dobu byla provedena řada studií, které potvrzují jeho pozitivní efekt na prevenci porodního poranění. Jeden z prvních výzkumů zabývající se touto problematikou zjistil, že u žen, které před porodem cvičily s pomocí silikonového balónku, byl daleko nižší výskyt epiziotomií, dvakrát nižší riziko vzniku perineálních ruptur a zároveň se významně snížila délka druhé doby porodní. Kromě toho ženy, které před porodem používaly Epi-no, měly menší potřebu využít účinku analgetik (Hillebrenner et al., 2001).

Nicméně v nedávné době bylo provedeno systematické přezkoumání jednotlivých studií ohledně účinku přístroje Epi-no jako způsobu prevence perineálních poranění. Tato metaanalýza došla k závěru, že cvičení s pomocí silikonového balónku Epi-no před porodem nevede k poklesu výskytu epiziotomií, ani nesnižuje riziko vzniku ruptur hráze, tedy nevede k větší intaktnosti perinea. Kromě toho tato studie udává, že i když na daný přístroj bylo provedeno jen málo randomizovaných studií, kvalita jednotlivých výzkumů byla vysoká. Dále tvůrci metaanalýzy upozorňují, že nelze vyloučit publikační zaujatost autorů jednotlivých výzkumů, protože všechny tyto studie byly sponzorovány firmami, které tento produkt vyrábějí. Avšak i tato metaanalýza má své limity. Autoři metaanalýzy vnímají jako problematické především porovnávání jednotlivých proměnných, přestože o nich vždy neměli úplné informace. Například uvádějí, že byly porovnávány studie s rozdílným způsobem používání dilatátoru Epi-no. Tvůrcům chyběly také informace ohledně zkušeností porodníků či porodních asistentek, kteří rodili jednotlivé účastnice výzkumů. Taktéž jim scházeli údaje o způsobech porodů, či zda byly použity i jiné metody prevence porodního poranění. V konečném důsledku vykazovala tato metaanalýza vysokou různorodost - téměř

ve 40 % proměnných, které byly analyzovány, přičemž obvykle bývá v metaanalýzách tolerována 25% heterogenita (Brito et al., 2015).

I přes své limity je tato metaanalýza jedinečná právě v tom, že jako první přinesla souhrnné výsledky ohledně účinku silikonového dilatátoru Epi-no ve vztahu k porodnímu poranění. Nicméně je zřejmé, že by bylo potřeba provést kvalitní studie, které by mohly pozitivní efekt přístroje Epi-no či podobného produktu jednoznačně prokázat či vyvrátit.

Masáž hráze

Další možností prevence porodního poranění je masáž hráze v posledním měsíci těhotenství (obecně se doporučuje čtyři až šest týdnů před termínem porodu). Tato metoda nemá žádné vedlejší účinky a je naprosto bezpečná. Záleží jen na ženě samotné, zda je tento způsob prevence pro ni přijatelný. Masáž hráze vede ke změkčení tkání, které se díky tomu stávají jemnějšími a napomáhají k dostatečné pružnosti hráze, která je během porodu potřebná.

Hráz si žena může masírovat buď sama anebo za pomoci druhé osoby (partnera). Nejlepší polohou pro masáž hráze je polosed s pokrčenými nohama. K masírování může žena využít rostlinný olej či speciální přípravek určený k tomuto účelu. Masírování hráze se provádí ukazováčkem a prostředníčkem, které se zavedou do pochvy zhruba po konec druhého článku prstu. Asi tři minuty se prsty přejíždí po poševní tkáni z jedné strany na druhou a stěna pochvy se tlačí směrem dolů a dopředu. Nakonec se, po dobu jedné minuty, palcem zevnějška a ukazováčkem zevnitř pochvy mne hráz (Maryšková, 2010).

Na základě rozsáhlého výzkumu bylo prokázáno, že primipary, které si před porodem masírovaly hráz, mají menší riziko perineálního poranění vyžadující šití. Rovněž bylo u primipar potvrzeno, že perineální masáž snižuje pravděpodobnost epiziotomie během porodu. U žen, které již vaginálně rodily, nebyl zjištěn signifikantní pokles výskytu perineálního traumatu. Nicméně pokud si i tyto ženy masírovaly hráz před porodem, udávají, že pro ně perineální oblast v období tří měsíců po porodu byla

méně bolestivá. Dále tato studie zjišťovala vliv četností perineálních masáží na vznik ruptur během porodu, které vyžadují šití. Analýza ukázala inverzní vztah mezi počtem masáží týdně a redukcí trhlin, které vyžadují šití. Incidence porodního poranění u žen, které prováděly masáž perinea v průměru 1,5 krát za týden, se snížila o 16 %. Pokud masírovaly perineum průměrně 1,5 až 3,4 krát týdně, snížila se incidence o 8 %. V případě, že žena prováděla masáž hráze v průměru vícekrát než 3,5 krát týdně, nedošlo ke statisticky významnému snížení výskytu porodního poranění. Výsledky výzkumu, které by jasně hovořily pro perineální masáž, nejsou natolik přesvědčivé, aby je bylo možné univerzálně doporučit. Ale vzhledem k tomu, že nepřináší žádné nežádoucí účinky, lze ji ženám ve fyziologickém těhotenství pro jejich potencionální přínos doporučit (Beckmann, Stock, 2013).

Chránění hráze a metoda super crowning během porodu

Nejpoužívanější prevencí perineálního poranění je chránění hráze během porodu. V situaci, kdy v druhé době porodní prořezává hlavička, dochází k napnutí a vyhlazení tkáně, především v oblasti poševního vchodu a perinea. Pokud hlavička plodu již zůstává v pootevřené vulvě a nevtahuje se během kontrakce zpět do vulvy, je v tuto chvíli nutné začít chránit hráz. Účelem chránění hráze je zamezení vzniku ruptur hráze a přilehlých částí pochvy a zároveň podpora správného mechanismu porodu hlavičky. Chránění hráze probíhá tak, že do dominantní ruky (nejčastěji pravé) vezmeme sterilní roušku a položíme ji na hráz. Ruka musí být umístěna tak, aby rouška překrývala řitní otvor, ale nezakrývala zadní komisuru. Prsty pravé ruky jsou položeny tak, že palec je na pravé polovině hráze a ostatní prsty na levé polovině, a jemně přibližujeme palec s ostatními prsty k sobě (používáme-li jako dominantní ruku levou, strany jsou samozřejmě přetočené). Díky tomu dojde k zeslabení napětí v napínající se hrázi (Roztočil et al., 2008). Dále by se mělo dbát na to, aby se hlavička při zvýšené flexi svými temenními hrboly dostala za oblast stydkého oblouku. Díky tomu se sníží napětí hráze a v návaznosti na to i rozsah perineálního poranění (Hájek et al., 2014). V neposlední řadě usilujeme během kontrakce o přetažení hráze přes čelní hrboly rodící se hlavičky (Roztočil et al., 2008). Nicméně pokud je přední komisura hodně napjatá,

není doporučováno ji přetahovat, protože tak může dojít ke vzniku nebezpečné ruptury klitorisu (Doležal et al., 2007).

Úlohou druhé ruky (nejčastěji levé) je zejména regulace rychlosti postupu hlavičky tak, aby nedošlo k poranění. Položíme ji tedy naplocho na porozenou část hlavičky. Metoda zpomaleného prořezávání hlavičky bývá označována jako *super crowning*. Na prořezávající hlavičku se vykonává jemný protitlak rukou, aby došlo ke zpomalování rození hlavičky. Díky zpomalenému průchodu hlavičky má tkáň hráze příležitost se lépe přizpůsobit objemu hlavičky plodu, a snižuje se tak riziko perineálních ruptur. *Super crowning* může druhou dobu porodní mírně prodloužit (o jednu až dvě kontrakce), proto tento manévr není vhodné používat při nutnosti rychlého vybavení plodu, například když je kardiokografický záznam patologický (Goldberg, Sultana, 2004).

Chránění hráze během porodu ramének dle Kotáska (In Hájek et al., 2014) probíhá následovně. Pravá ruka s rouškou chrání hráz ve stejné poloze jako při prořezávání hlavičky a levá ruka nadhmatem sklání hlavičku směrem dolů k hrázi, dokud nedojde k porodu předního raménka. Poté se levá ruka přemístí, podhmatem zvedá hlavičku, a porodí tak zadní raménko, zatímco pravá ruka stále chrání hráz.

Ritgenův manévr

Už v roce 1855 navrhl Ferdinand August Marie Franz von Ritgen metodu, jenž zabraňuje perineálnímu poranění. Cílem této metody je napomoci deflexi hlavičky plodu na konci druhé doby porodní, aby hlavička plodu procházela skrz perineální struktury svým nejmenším (subokcipitobregmatickým) obvodem. Původně byl Ritgenův manévr popsán jako protlačení hlavičky přes struktury perinea v období mimo kontrakci, kdy dominantní ruka špičkami čtyř prstů vyvíjela přes zadní hráz (oblast mezi análním otvorem a kostrčí) tlak dovnitř a dopředu na bradičku plodu. Druhá ruka regulovala rychlost průchodu hlavičky a naváděla ji, aby procházela svým nejmenším obvodem. Ovšem od doby svého vzniku prošel Ritgenův manévr řadou obměn, které nejen změnily jeho způsob provedení, ale rovněž i jeho indikaci (Rušavý et al.,

2014). V současnosti je jeho nejčastěji používanou modifikací provádění manévru za kontrakce. Tato obměna byla zkoumána v souvislosti s jejím protektivním účinkem na perineální oblast během porodu. Bylo ovšem zjištěno, že použití Ritgenova manévru během kontrakce nesnižuje riziko porodního poranění (Jönsson et al., 2008). Nicméně kvalitní výzkum, který by se zabýval původním provedením Ritgenova manévru a jeho dopadem na předcházení porodního poranění, neexistuje (Rušavý et al., 2014).

Epiziotomie jako prevence porodní poranění

Jak již bylo řečeno v předešlých kapitolách, během prořezávání hlavičky dochází k velkému rozpětí perinea. Pokud tento stav vyhodnotí porodník či porodní asistentka jako vysoké riziko ruptury poševního introitu a perinea, či hráz brání dalšímu postupu hlavičky, může provést nástřih hráze – epiziotomii. Dalšími indikacemi k provedení epiziotomie mohou být rigidita a zjizvení hráze, velký plod, deflexní poloha hlavičky, porod plodu v poloze koncem pánevním, malý a nezralý plod a vaginální porodnické operace (Hájek et al., 2014). V těchto případech by se bez epiziotomie mohlo vytvořit rozsáhlé porodní poranění, dále se může výrazně prodloužit druhá doba porodní či dojít k nadměrné distenzi svaloviny, které může vést k dlouhodobým následkům, jako je například močová či anální inkontinence nebo prolaps přiléhajících orgánů. V případě nezralého plodu se epiziotomií snažíme zabránit traumatizaci hlavičky plodu (Roztočil a kol, 2008).

Aby epiziotomie hráze vedla skutečně k prevenci porodního poranění perinea, je důležitá technika provedení nástřihu. Tedy hloubka epiziotomie, délka incize, úhel, pod kterým je nástřih veden, a vzdálenost stříhu od střední čáry introitu (Indrová, Fait, 2013). Vlastní provedení epiziotomie by mělo probíhat na vrcholu kontrakce a na rozvinuté hrázi během prořezávání hlavičky. K nástřihu hráze se používají nůžky se zevním zaoblením a tupým zakončením jedné branže. Střih by se měl provádět kolmo na hráz směrem do pochvy mezi dvěma prsty druhé ruky, které do pochvy zavádíme k ochraně hlavičky, a rovněž tak bráníme jejímu rychlému postupu. Dle místa provedení stříhu rozlišujeme nástřih hráze mediální, mediolaterální a laterální. Mediální epiziotomie je prováděna ve střední čáře introitu směrem k análnímu otvoru. Tento druh

nástřihu se vyznačuje snadnou suturou a dobrým hojením, nicméně je zde riziko rozšíření ruptury až ke svěrači. Preferovaným nástřihem je mediolaterální epiziotomie, která je vedena šikmo od střední čáry směrem k hrbolu sedací kosti a je charakteristická nižším rizikem poškození svěrače, avšak více krvácí a hůře se hojí. Laterální nástřih začíná dva až tři centimetry laterálně od střední čáry směrem k hrbolu sedací kosti a je ze všech druhů nejnáročnější na šití i hojení (Hájek et al., 2014). Lateralizace epiziotomie je jasně dána v případě počínající ruptury a existencí jizvy po předešlém porodu. V ostatní případech není žádnými všeobecnými pravidly směr nástřihu určen. Ovšem někteří autoři vyslovují názor, že by lateralizace epiziotomie měla být určena postavením plodu – směrem k jeho hřbetu, protože perineum je nejčastěji poškozeno zadním raménkem plodu, a provedený nástřih by tak jeho porod mohl ulehčit. Avšak v praxi musí porodník či porodní asistentka umět provést epiziotomii na obě strany (Indrová, Fait, 2013).

Masáž hráze během porodu a porodnický gel

Kromě již zmíněné masáže perinea v těhotenství, byly zjišťovány i účinky perineální masáže v druhé době porodní. Bylo vyzkoumáno, že díky masáži perineální oblasti v druhé době porodní s použitím běžného lubrikátoru, který se běžně aplikuje při vaginálním vyšetření, došlo ke zkrácení této fáze porodu. Nicméně nebyl zaznamenán významný vliv těchto masáží na perineální integritu (Alberset al., 2005). Jeden z výzkumů zabývajících se touto problematikou prokázal zkrácení druhé doby porodní o 11 minut (Stamp, Kruzins, Crowther, 2001).

Výsledky jednotlivých bádání se však mohou lišit, a to i díky rozdílnému místu provádění výzkumu nebo odlišnému typu maziva. Například v Teheránu byl proveden výzkum, který ukázal nejen významně kratší druhou dobu porodní, ale i podstatně menší výskyt poranění hráze. Tato studie tedy došla k závěru, že perineální masáž vazelínou v druhé době porodní lze používat jako protektivní metodu, protože zvyšuje integritu perinea a snižuje perineální traumata (ruptury a nastřížení hráze) (Geranmayeh et al., 2012).

Jako další účinná metoda prevence perineálního poranění se ukazuje používání porodnického gelu během porodu. Účinek porodnického gelu je založen na snížení třecí síly mezi měkkými tkáněmi porodních cest a hlavičkou plodu během porodu. Efekt redukce třecí síly využívaly již ve Starém Římě, kde se k usnadnění porodu používal olivový olej. Použití oleje však bylo zpochybněno argumentem, že olej v kombinaci s plodovou vodou tření zvyšuje. Kromě toho mohou mít různé druhy olejů i nežádoucí účinky, jako je například podráždění očí novorozence či alergická reakce. Další možností, jak snížit třecí účinek, může být mázek plodu. Nicméně u mnoha novorozenců je mázek v době porodu již spotřebován, takže jeho efekt je velmi nízký. Proto byl švýcarskými gynekology vyvinut porodnický gel, jenž se nazývá Dianatal. Obsahuje propylenglykol, karbomer, hydroxyethylcelulózu a čistou vodu. Tento přípravek je zatím jediným porodnickým gelem na trhu, který byl testován a schválen jako vhodný pro ženy během porodu. Mechanismus jeho účinku spočívá ve vytvoření přílnavého kluzkého povlaku na stěně pochvy, který usnadní průchod plodu během porodu. Při použití porodnického gelu dochází ke snížení tření při porodu až o 50 %, a to statického i dynamického tření. Dianatal zavádí lékař nebo porodní asistentka do pochvy během každého vaginálního vyšetření od chvíle, kdy se děložní hrdlo začne otvírat. Balení Dianatalu obsahuje dva druhy gelu odlišného složení. Jednak Dianatal Stage 1, který je hustší a je určen pro otevírací fázi, a pak Dianatal Stage 2, který je řidší konzistence a je vhodný pro vypuzovací etapu porodu. Při každém vaginálním vyšetření se aplikuje zhruba 3 - 5 ml gelu. Pokud dojde k protržení vaku blan, měla by se podat nová dávka gelu do 15 - 30 minut. Z dosavadních zkušeností vyplývá, že maximální dávka by neměla přesáhnout 30 ml gelu, nicméně zatím nebyly zjištěny žádné nežádoucí účinky. Po porodu by se měla otřít oblast úst a nosu novorozence. Dianatal může být v zásadě použit při každém vaginálním porodu, jedinými kontraindikacemi jsou známky alergie na jakoukoliv složku gelu, příznaky fetální asfyxie a podezření na infekci plodových obalů (Dianatal porodnický gel).

Gel vhodný pro používání v porodnictví by měl fungovat bez působení farmoaktivních látek a měl by mít následující fyzické vlastnosti: vysokou viskozitu,

elektrickou vodivost, sterilitu a neměl by být alergenní. Jedině tak může být jeho používání bezpečné pro rodičku i pro novorozence (Schaub et al., 2008).

Porodnický gel Dianatal je dostupný i na našem trhu, ale není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jeho cena se pohybuje okolo 1600 Kč (Dianatal porodnický gel).

V roce 2008 byla provedena první randomizovaná studie zabývající se působením porodního gelu. Cílem této studie bylo zejména zjistit účinky speciálně vyvinutého porodnického gelu (Dianatal) na délku druhé doby porodní a perineální integritu. Tohoto výzkumu se účastnilo okolo 200 žen, které byly náhodně rozděleny do dvou skupin. U jedné skupiny porodnický gel nebyl použit a u druhé skupiny byl porodnický gel aplikován do porodního kanálu intermitentně od dilatace hrdla na 4 cm až do porodu dítěte. Během každého vaginálního vyšetření bylo v pochvě rovnoměrně rozetřeno 3 až 5 ml gelu. Porodnický gel byl nanášen ručně ve sterilních rukavicích bez použití vaginálního aplikátoru. Maximální délka vyšetření byla 30 sekund a během aplikace nebyla tkáň pochvy masírována. Výsledky této studie ukazují, že u vaginálně rodících žen se použitím porodnického gelu významně zkrátila druhá doba porodní, a to až o 30 % (26 minut). Dále bylo zjištěno, že díky aplikaci porodnického gelu došlo k výraznému snížení ruptur perinea. Tyto výsledky jsou statisticky signifikantní a mají nepochybně klinický význam. Kromě toho bylo vyzkoumáno, že první doba porodní a celková doba porodu byly rovněž kratší, ale tyto výsledky nedosahovaly statistické významnosti (Schaub et al., 2008)

Porovnáme-li účinnost porodního gelu a perineální masáže během druhé doby porodní, zjistíme, že obě intervence vedou ke zkrácení druhé doby porodní. Ovšem jednoznačný vliv na intaktnost perinea má pouze porodnický gel. Tento efekt lze přičíst speciálnímu složení porodnického gelu, anebo také jinému postupu aplikace gelu. Porodnický gel je totiž oproti masážím aplikován již na počátku první doby porodní (Schaub et al., 2008).

Nahřívání hráze

Vedle masáže hráze lze mezi techniky prevence perineálního poranění zařadit i nahřívání hráze. Nahřívání hráze provádíme během druhé doby porodní pomocí obkladů, jejichž teplota by se měla pohybovat mezi 38°C a 44°C. Někdy bývá doporučováno tyto obklady navlhčit čistou vodou nebo rostlinným olejem. Mechanismus účinku spočívá především ve snížení odporu tkáně hráze vůči hlavičce. Díky působení tepla se tkáň hráze lépe uvolní a není vystavena tak silnému tlaku. Dle metaanalýzy, která hodnotila osm randomizovaných studií zahrnujících 11 651 žen, lze pozitivní účinek teplých obkladů na hráz během druhé doby porodní potvrdit. Dle studií je použití teplých obkladů na hráz spojeno s nižším výskytem ruptur perinea třetího a čtvrtého stupně. Avšak nahřívání hráze neovlivňuje výskyt méně závažných poranění hráze, jako jsou drobné trhlinky a ruptury prvního a druhého stupně. Dále bylo zjištěno, že ženy, které měly přiložený teplý obklad na hrázi během druhé doby porodní, pociťovaly oproti ženám, které rodily bez obkladu, méně bolesti a diskomfortu i první dny po porodu (Aasheim et al., 2011).

Poloha rodičky při porodu

Chování a poloha ženy při porodu je v určité míře ovlivněna kulturními zvyklostmi v dané oblasti. V našich podmínkách zaujímá žena v konečné fázi porodu většinou polohu na zádech s vyvýšením horní části těla, nicméně se to liší dle zvyklostí v různých porodnických zařízeních a otázkou je, zda je tato poloha používána na základě přání ženy či zdravotnického personálu. Ženy, které nejsou ovlivněny „západní“ kulturou, často zaujímají spíše polohu vzpřímenou, například vestoje, v dřepu nebo v kleku (Kališ, 2007).

Existuje řada studií, které se zabývají výhodami a nevýhodami různých poloh v druhé době porodní. Zejména jsou často porovnávány poloha na zádech a vzpřímené polohy. Jako nejpřehlednější se jeví metaanalýza, která shrnuje 20 výzkumů, zabývajících se touto problematikou. Výsledky tohoto přehledu udávají, že při porodu ve vzpřímené poloze došlo k signifikantně významnému snížení epiziotomií a bolesti žen během porodu, rovněž bylo ale zjištěno, že v této poloze dochází k větším krevním

ztrátám. Dále výsledky říkají, že ve vzpřímené poloze dochází k mírnému zkrácení druhé doby porodní (o 3, 35 minut) a k redukci operačních porodů, nicméně tyto výsledky nedosahují statistické významnosti (Gupta, Hofmeyr, 2004).

Předpokládané výhody vzpřímených poloh jsou spatřovány především v gravitačním efektu, v působení silnějších a efektivnějších kontrakcí dělohy a ve snížení rizika kavální komprese a tím zlepšení acidobazické rovnováhy rodičky. Výhodou polohy v dřepu a vkleče je rovněž zvětšení celkové plochy pánevního východu. Poloha ve stoje je vnímána jako riziková zejména pro vznik perineálního poranění z důvodu neefektivnosti chránění hráze během prořezávání hlavičky a pro ztíženou možnost okamžitého provedení porodnické operace. Pokud rodička při porodu stojí, je rovněž náročnější ženu vaginálně vyšetřovat, podávat ji intravenózní terapii či porodnickou analgezií. Poloha ve stoje také ovlivňuje kvalitu snímání kardiografického záznamu. Tyto výše zmíněné intervence jsou v poloze na zádech jednodušší. Naproti tomu svou negativní roli v poloze na zádech hraje zejména časté snížení intenzity kontrakcí, což může prodlužovat druhou dobu porodní, a riziko útlaku dolní duté žíly. V konečném důsledku lze říci, že každá poloha matky při porodu nese určitá rizika. I když je pravděpodobné, že každá poloha je spojena s různě vysokou hrozbou těžkého porodního poranění (Kališ, 2007).

1. 3. 2 Sekundární prevence porodního poranění hráze a pánevního dna

Jak již bylo řečeno na začátku této kapitoly, hlavními cíli sekundární prevence porodního poranění perinea je přesná diagnostika poranění, zvolení vhodného ošetření a následné péče (Kališ et al., 2010).

Diagnostika porodního poranění

Po porodu dítěte a placenty je nezbytné provést poporodní vyšetření ženy a identifikovat možná poranění. Při kontrole poranění je nutné provést i bidigitální vyšetření integrity análního kanálu. Tato revize se provádí vložением ukazováku do konečníku a přiložením palce na perineum. Bidigitální vyšetření slouží zejména k vyloučení poranění sliznice rektu nad svěračem a díky němu je také možné přesně

určit rozsah porodního poranění. Podle rozsahu poranění a zasažené vrstvy hráze rozeznáváme na základě klasifikace ruptur perinea podle Sultana čtyři stupně perineálního poranění (viz kapitola 1. 2. 1 Klasifikace porodního poranění hráze a pánevního dna) (Hájek et al., 2014).

Ošetření porodního poranění

Aby se porodní poranění zhojilo bez komplikací, je nutné ho řádně ošetřit. Pokud během porodu došlo jen k drobným trhlinkám poševní stěny či labií, není většinou potřeba speciální ošetření. Jestliže během porodu vznikly ruptury menšího charakteru (klasifikované stupněm 1, 2, 3a), anebo pokud bylo nutné provést epiziotomii, je nutné dané poranění v lokální anestezii sešít (Koudelková, 2013). Žena by měla být během šití uložena v gynekologické poloze, aby byla zaručena dostatečná relaxace svalů v okolí ruptury. Dále je nezbytné zvolit vhodný šicí materiál a dodržovat aseptický přístup. Ošetření porodních poranění je často ztěžováno nepravidelnými, zhmožděnými a krvácejícími okraji ruptur. Pokud je ruptura perinea diagnostikována klasifikačním stupněm 3b, 3c, a 4 měla by být ošetřena na operačním sále v celkové či svodné anestezii. Při ruptuře 4. stupně se provádí odděleně sutura sliznice rekta, interního análního sfinkteru a externího análního sfinkteru. Při sutuře externího análního sfinkteru bývá preferována technika overlap, při které je nutné kraje svalů vypreparovat a uvolnit, aby mohly být okraje přeloženy přes sebe. Ovšem pokud je stupeň poranění externího análního sfinkteru klasifikovaný jako 3a (do 50 % svalu), bývá zvolena technika sutury end to end. (Hájek et al., 2014). V případě rozsáhlého poranění, kdy se žena musí podrobit operačnímu ošetření ruptury, je doporučováno podávat ženě antibiotika již peroperačně (Indrová, 2013).

Péče o porodní poranění

Po ošetření poranění je nezbytné edukovat ženu ohledně správné péče o suturu, což je zejména v kompetencích porodních asistentek. Žena by měla být poučena ohledně dodržování hygieny v postižené oblasti. Během dne je důležité suturu často sprchovat vlažnou vodou, a to zejména po kojení a použití toalety. Ke sprchování může

žena použít intimní sprchový gel, který by měl mít pH 5,5. Oblast sutury by žena měla po každém sprchování řádně vysušit. Samozřejmostí by měla být rovněž častá výměna hygienických vložek. Vzhledem k tomu, že je nutné ránu větrat, je dobré, aby žena používala prodyšné síťované kalhotky. Porodní asistentka může ženě navrhnout chlazení oblasti sutury prostřednictvím ledových balíčků obalených v jednorázové textilii či v bavlněné látce. Toto opatření vede k lepšímu hojení poranění, k tišení bolesti a k prevenci před otoky a zánětem. Dále se ženě doporučuje časté mytí rukou, otírání rukou do jednorázových ručníků a používání dezinfekčních prostředků na ruce. Také je nezbytné ženu poučit ohledně vstávání a sezení. Hned po porodu se při vstávání z postele doporučuje sedat si přes bok a vyhýbat se přímému sezení na sutuře, aby nedošlo k povolení stehů sutury. Později je sezení možné, ale je lepší si sedat na podložní kolo, které by mělo být obaleno bavlněnou látkou. Základními zásadami péče o suturu je tedy pečlivé sprchování, sušení, větrání a častá výměna hygienických vložek. Porodní asistentka by oblast sutury měla pravidelně kontrolovat, především vznik hematomu, případné známky infekce a bolestivost poranění (Koudelková, 2013).

Žena s porodním poraněním by měla předcházet zácpě, například tím, že bude jíst potraviny bohaté na vlákninu. V případě potřeby je možné ženě naordinovat laxativa. Pokud došlo u ženy k porodnímu poranění třetího a čtvrtého stupně měl by jí být úpraven stravovací režim, například bývá doporučována tekutá či kašovitá strava popřípadě třídní střevní dieta (Indrová, 2013).

1. 3. 3 Terciární prevence porodního poranění hráze a pánevního dna

Účelem terciární prevence porodního poranění je centralizace žen, u kterých došlo k rozsáhlému poranění, ve specializovaných ambulancích. Tyto ambulance by měly důkladně sledovat hojení rány a celkový pooperační průběh. Tato dispenzarizace by měla vést k časně identifikaci případných komplikací a k následnému rychlému řešení. Jednotlivé obtíže by měly být vyřešeny ve spolupráci s dalšími příslušnými odborníky (například s kolorektálním chirurgem, radiologem apod.) (Kališ et al., 2010).

V neposlední řadě by měla být součástí následná rehabilitační péče, tedy žena by měla být informována o důležitosti posílení svalů pánevního dna pod odborným dohledem fyzioterapeuta (Zemanová, 2013).

1. 3. 4 Role porodní asistentky v prevenci porodního poranění

Porodní asistentka je podle mezinárodně uznávané definice (dle dokumentu Definition of the Midwife) plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje v partnerství se ženami. Úkolem porodní asistentky je poskytnout ženám potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní. Dále mezi hlavní činnosti porodní asistentky patří vedení porodu na svou vlastní zodpovědnost, poskytování péče novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, rozpoznávání komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci (MZČR, 2010).

Dříve než vymezíme roli porodní asistentky v prevenci porodního poranění, je důležité si ujasnit rozsah kompetencí porodní asistentky v této oblasti. Dle vyhlášky č. 55/2011 § 5 je mimo jiné úlohou porodní asistentky připravovat ženu na porod, dále poskytovat jí informace o prevenci komplikací, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze. Pokud během porodu dojde k porodnímu poranění je v kompetencích porodní asistentky toto poranění ošetřit (Česko, 2011).

Z výše uvedeného vyplývá, že porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání, a proto má významnou roli i v primární prevenci porodního poranění. Porodní asistentka se s těhotnou ženou často setkává v rámci předporodních kurzů. Hlavním smyslem této psychofyzické přípravy na porod je ženu pozitivně naladit a předat jí co nejvíce informací, vědomostí a praktických návyků, které by ženě měly pomoci zvládnout těhotenství, porod, šestinedělí i péči o novorozence. Cílem

předporodní přípravy by mělo být odbourávání negativních emocí souvisejících s porodem, příprava ženy na změny v organismu během těhotenství a při porodu a také zlepšování fyzické i psychické kondice ženy. Na základě tohoto by mělo docházet k redukci závažných komplikací (Bašková, 2015). Zaměříme-li se na problematiku primární prevence, předporodní příprava se zdá být ideální příležitostí k předávání potřebných informací o porodním poranění a jeho prevenci.

Jak již bylo uvedeno, dle vyhlášky č. 55/2011 § 5 jsou v kompetencích porodní asistentky i činnosti, které spadají do prevence sekundární – ošetření porodního poranění (Česko, 2011). Zda jsou však skutečně náplní její práce, záleží na organizaci daného gynekologicko-porodnického oddělení. V současné době je vyjadřována shoda nad stanoviskem, že ošetření rozsáhlého poranění perinea, zejména ruptury třetího a čtvrtého stupně (3b, 3c a 4), by měl provádět zkušený lékař na operačním sále v odpovídající anestezii (Indrová, 2013). Svou roli zde porodní asistentky ovšem sehrávají v pooperační péči a to zejména v poučení ženy o porodním poranění a péči o něj. Porodní asistentka by měla ženu instruovat ohledně pečlivého dodržování hygieny v postižené oblasti, zejména o důležitosti častého sprchování a následně řádného vysušení. Dále ji poučí o vhodnosti časté výměny hygienických vložek a používání prodyšných síťovaných kalhotek. Porodní asistentka by také měla pravidelně kontrolovat hojení poranění ženy. V případě otoku rány či bolesti doporučí ženě ledování sutury (Koudelková, 2013).

V terciární prevenci mají porodní asistentky úlohu edukátorky. Ženy poučují o možných projevech komplikací hojení porodního poranění a nezbytnosti dodržování pravidelných kontrol u lékaře. V neposlední řadě upozorňují ženy na důležitost cvičení pánevního dna.

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

V rámci výzkumné části bakalářské práce „Prevence porodního poranění v oblasti perinea“ byly stanoveny následující tři cíle.

Cíl 1: Zjistit, jaké informace o porodních poraněních měly ženy před porodem.

Cíl 2: Zjistit, jakou metodu prevence porodních poranění ženy využívaly.

Cíl 3: Zjistit, jaké informace o porodních poraněních a jejich prevenci očekávají ženy od porodní asistentky.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě výše zmíněných cílů byly definovány tři následující výzkumné otázky.

VO 1: Jaké informace o porodních poraněních měly ženy před porodem?

VO 2: Jakou metodu prevence porodních poranění ženy využívaly?

VO 3: Jaké informace o porodních poraněních a jejich prevenci očekávají ženy od porodní asistentky?

3 METODIKA

3.1 Metodika a technika výzkumu

V praktické části bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaných rozhovorů s ženami po porodu. Prostřednictvím rozhovorů byla zjišťována informovanost žen o porodních poraněních a možnostech jejich prevence.

Otázky polostrukturovaného rozhovoru (Příloha 1 - Otázky rozhovoru s respondentkami) byly rozděleny do dvou základních oddílů. V prvním řadě byly ženám kladeny dotazy týkající se jejich věku, vzdělání, profese a parity. Druhá část rozhovoru obsahovala 10 otevřených otázek zabývajících se jejich porody, předporodními přípravami, porodními poraněními a jejich prevencí. Pokud bylo třeba, byly respondentkám položeny doplňující otázky.

Zkoumaný soubor byl zvolen na základě účelového výběru, který je založen na úsudku výzkumníka. Záměrně byly vybírány ženy po porodu různého věku a parity a s rozdílnými zkušenostmi s porodními poraněními a jejich prevencí. Cílem bylo dosáhnout „teoretické nasycenosti vzorku“, tedy situace, kdy už další účastnice výzkumu nepřinášely nové informace (Disman, 2011). Výzkumný vzorek nakonec tvořilo 9 žen.

Všechny respondentky dobrovolně souhlasily s účastí ve výzkumném šetření a podepsaly informované souhlasy (Příloha 2 - Formulář informovaného souhlasu s využitím výzkumného rozhovoru), kde byly ujistěny o využití získaných dat pouze pro tuto bakalářskou práci s ohledem na zachování anonymity. Podepsané informované souhlasy jsou k dispozici u autorky bakalářské práce.

Rozhovory probíhaly v domácím prostředí ženy, v předem dohodnutém termínu, v průběhu měsíce března 2016. Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem respondentek zaznamenávány na nahrávací zařízení a poté byly pro vyšší přehlednost a lepší zpracování přepsány do textového editoru a vtištěny. Pro lepší orientaci v bakalářské

práci a anonymizaci účastnic výzkumu bylo jednotlivým respondentkám přiřazeno náhodné číslo R1 až R9.

Po upravení rozhovoru do tištěné podoby byla technikou otevřeného kódování provedena obsahová analýza rozhovorů. Kódování bylo prováděno v ruce takzvanou metodou papír a tužka (Příloha 3 - Ukázka kódování). Jednotlivé úryvky dat byly označeny příslušnými kódy a poté byly tyto kódy podřazeny různým kategoriím (Švaříček, Šedřová, 2010). Z provedené kategorizace dat vplynuly dvě kategorie - Porodní poranění a Prevence porodního poranění, přičemž každá kategorie má 5 podkategorií. Jednotlivé kategorie a jejich podkategorie byly uspořádány do přehledných schémat a popsány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 9 žen, které rodily vaginálně v roce 2014 nebo 2015 (u vícerodiček byl zaznamenán v těchto letech jejich poslední porod). Záměrně byly voleny ženy, které rodily v nedávné době, proto, aby vzpomínky rodiček na porod a potažmo i porodní poranění a jeho prevenci byly dostatečně živé, a také proto, aby byly zhruba rovné příležitosti v dostupnosti a popularizaci určitých metod prevence porodního poranění.

Tabulka 1 Identifikační údaje

Respondentka	Věk	Vzdělání	Profese	Počet porodů (roky porodů)
R1	34	VŠ	Fyzioterapeutka	3 (2010, 2011, 2014)
R2	37	VŠ	Lékařka – stomatolog	3 (2006, 2008, 2015)
R3	29	SŠ	Studentka VŠ	1 (2014)
R4	32	VŠ	Pracovnice v sociálních službách	2 (2012, 2014)
R5	28	VŠ	Lékárnice	1 (2014)

R6	26	VŠ	Právnička	1 (2014)
R7	28	SŠ	Vrátná	3 (2011, 2013, 2015)
R8	42	VŠ	Učitelka ZŠ – 1. stupeň	1 (2014)
R9	33	VŠ	Pracovnice v sociálních službách	3 (2011, 2012, 2014)

Věkové rozpětí respondentek bylo od 26 do 42 let. Pro větší různorodost výzkumného vzorku byly mezi ženami prvorodičky mladšího věku (R7 23 let, R6 24 let) i prvorodičky starší (R8 41 let).

Většina žen byla vysokoškolsky vzdělána (7 respondentek), pouze 2 respondentky byly absolventky střední školy (R3, R7). Profese respondentek byly rozmanité (viz tabulka 1).

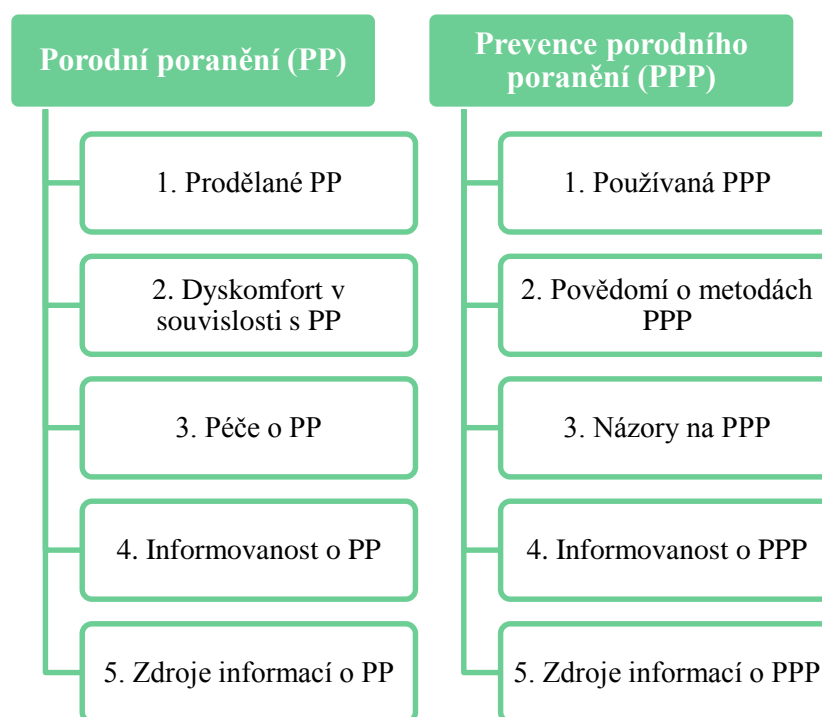
Vzhledem ke skutečnosti, že v problematice porodního poranění hraje značnou roli i parita ženy (viz kapitola 1.2.2), bylo snahou do výzkumného šetření zahrnout ženy prvorodičky (4 respondentky – R3, R5, R6, R8) i vícerodičky (5 respondentek – R1, R2, R4, R7, R9). U vícerodiček bylo sledováno zejména poslední těhotenství a porod, nicméně se nakonec jeví jako užitečné zahrnout do výzkumného šetření i zážitky žen z předchozích těhotenství a porodů, které vzhledem k provázanosti problematiky nelze od zkušeností žen odtrhnout. Pokud bylo nutné rozlišit, o kterém porodu vícerodička hovoří, je v závorce uvedeno pořadí porodu (1p, 2p, 3p). Dále byla součástí výzkumného vzorku jedna prvorodička (R5) na konci druhé gravidity, tudíž její odpovědi obsahovaly i zkušenosti z druhého těhotenství. Všechny výše zmíněné údaje jsou pro lepší přehlednost prezentovány v tabulce 1.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Kategorizace dat

Na základě kategorizace dat z provedených rozhovorů byly stanoveny 2 kategorie a 10 podkategorií (viz Schéma 1 Kategorie a podkategorie). První kategorie Porodní poranění má 5 podkategorií - Prodělaná porodní poranění, Diskomfort v souvislosti s porodním poraněním, Péče o porodní poranění, Informovanost o porodním poranění, Zdroje informací o porodním poranění. Druhá kategorie Prevence porodního poranění obsahuje 5 podkategorií - Používaná prevence porodního poranění, Povědomí o metodách prevence porodního poranění, Názory na prevenci porodního poranění, Informovanost o prevenci porodního poranění, Zdroje informací o prevenci porodního poranění. Tyto jednotlivé podkategorie byly uspořádány do přehledných schémat a popsány. Jsou-li v textu použity přímé výpovědi respondentek z rozhovorů, označujeme tyto citace pro lepší přehlednost kurzívou.

Schéma 1: Kategorie a podkategorie



4.1.1 Kategorie Porodní poranění

Kategorie Porodní poranění obsahuje 5 podkategorií, které shrnují vlastní zkušenosti žen s porodním poraněním, vnímaný diskomfort vzniklý porodním poraněním a v neposlední řadě informovanost žen o porodním poranění a péči o něj.

1. podkategorie Prodělaná porodní poranění

Podkategorie Prodělaná porodní poranění se zabývá konkrétními zkušenostmi respondentek s porodním poraněním. Tabulka 2 ukazuje rozsah poranění respondentek během jednotlivých porodů. Rozsah poranění u jednotlivých porodů byl hodnocen pouze na základě sdělení žen, nelze tedy říci, nakolik je tato informace přesná.

Tabulka 2 Prodělaná porodní poranění

Respondentka	Prodělaná PP 1. porod	Prodělaná PP 2. porod	Prodělaná PP 3. porod
R1	Epiziotomie, ruptura pochvy	Mírná ruptura hráze	Mírná ruptura hráze
R2	Epiziotomie	Epiziotomie	Mírná ruptura hráze
R3	Mírná ruptura hráze	-	-
R4	Epiziotomie, ruptura pochvy	Bez poranění	-
R5	Epiziotomie, anální fisura	-	-
R6	Epiziotomie	-	-
R7	Epiziotomie, ruptura pochvy	Epiziotomie	Mírná ruptura hráze
R8	Ruptura 3. stupně	-	-
R9	Epiziotomie	Bez poranění	Bez poranění

U všech respondentek došlo k nějakému porodnímu poranění, z něhož nejčastější byla epiziotomie. Zkušenost s nástřihem hráze během prvního porodu má 7 respondentek, z nichž 4 ženy (R1, R4, R5, R7) k němu uvedly ještě další přidružená poranění. Za nejzávažnější porodní poranění respondentek lze pokládat rupturu 3. stupně u R8. Naopak nejlehčí poranění se během prvního porodu přihodilo R3, kdy došlo k mírné ruptuře hráze, kterou bylo nutné dle respondentky zašít „*pouze dvěma stehy*“.

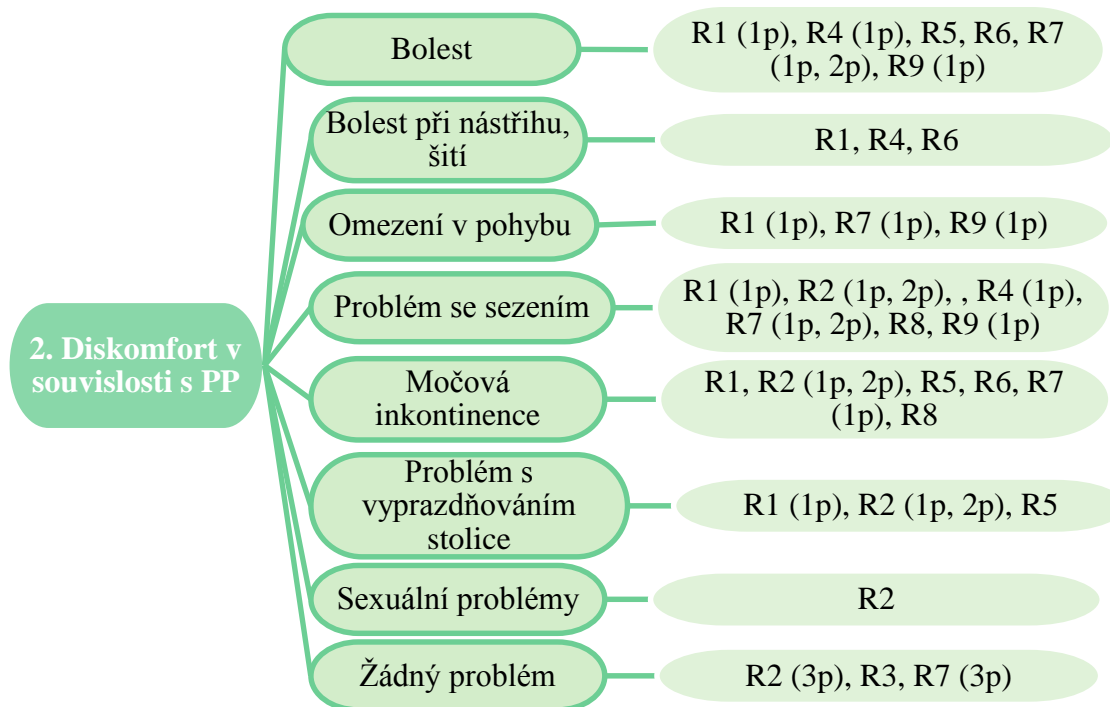
V případě, že ženy rodily po druhé, byla provedena epiziotomie dvěma ženám (R2 a R7), u jedné rodičky (R1) došlo mírnému roztržení hráze, které bylo zašito jedním stehem, a dvě respondentky (R4, R9) rodily po druhé bez poranění.

Třetí porody proběhly u třech žen s mírným poraněním – ruptury R2, R7 bylo potřeba sešít několika málo stehy, poranění R1 nebylo nutné šít. U čtvrté terciparity R9 nedošlo k žádnému poranění.

2. podkategorie Diskomfort v souvislosti s porodním poraněním

Negativní zkušenost s porodním poraněním z prvního porodu vedla často ženy k používání některé z metod prevence porodního poranění v dalších těhotenstvích. Proto považujeme za důležité zmínit důsledky porodních poranění, které ženy omezovaly v období šestinedělí. Následky porodních poranění jsou shrnuty v podkategorii Diskomfort v souvislosti s porodním poraněním (viz Schéma 2).

Schéma 2 Diskomfort v souvislosti s porodním poraněním



Většina žen (R1, R4, R5, R6, R7, R9) uváděla jako komplikaci porodního poranění bolest. Některé ženy (R1, R4, R6) vnímaly jako bolestivý samotný nástřih a šití. R6 uvedla: „Překvapila mě ostrá bolest při nástřihu i následném šití.“ R1 k tomuto řekla: „Šití bylo nejhorší tečkou za celým porodem.“ Dále ženy pociťovaly bolestivost porodní rány i v následujících dnech až týdnech. Prožívanou bolest například R9 komentuje slovy: „byla to příšerná otrava a zbytečná komplikace, hodně to bolelo, štípalo, táhlo, pálilo.“ Popisovaná bolest vedla ženy k řadě omezení a to zejména v pohybu a v péči o dítě. Mnoho respondentek uvádí jako následek porodního poranění obtíže se sezením (R1, R2, R4, R7, R8, R9). R2: „Přesně si vzpomínám, jak mi po prvním porodu donesli oběd a já se k němu chtěla posadit a ono to nešlo, minimálně 2 týdny jsem se pořádně neposadila.“

Jako další problém v poporodním období zmiňuje řada respondentek (R1, R2, R5, R6, R7, R8) močovou inkontinenci a to především během kýčání, zakašlání a smíchu. Rovněž několik respondentek zaznamenalo komplikace při vyprazdňování stolice, například krvácení (R1), zácpa (R2) a bolest (R5).

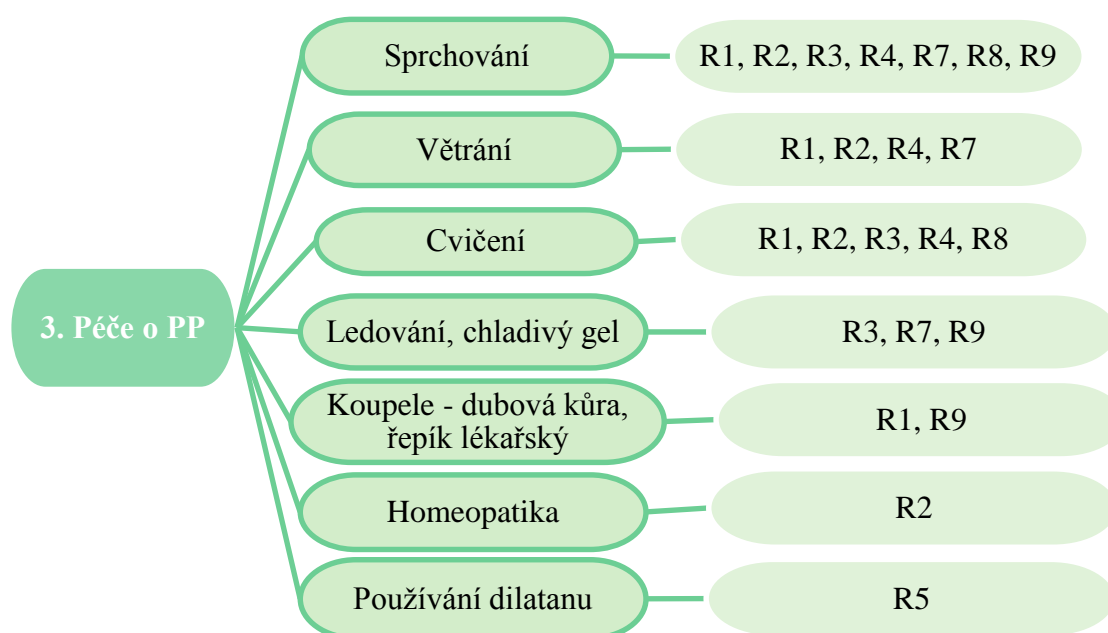
Další vnímaný diskomfort v souvislosti s porodním poraněním respondentek R1 a R7 lze označit jako pochybení zdravotnického personálu v péči o rodičku. V případě R1 došlo k problémům s mikcí, v důsledku zanechaného tampónu v době ošetření porodního poranění. U R7 bylo zjištěno, že během šití porodního poranění zůstala v ráně část chirurgické jehly, což způsobovalo ostrou, pichlavou bolest v této oblasti.

Pouze jedna žena (R3) nepociťovala po prvním porodu žádný diskomfort spojený s porodním poraněním.

3. podkategorie Péče o porodní poranění

V podkategorii Péče o porodní poranění jsou shrnuta veškerá opatření ohledně péče o porodní poranění, které byla ženám sdělena. Jsou to například udržování rány v čistotě a v suchu, důležitost větrání či ledování porodního poranění a cvičení po porodu (viz Schéma 3).

Schéma 3 Péče o porodní poranění



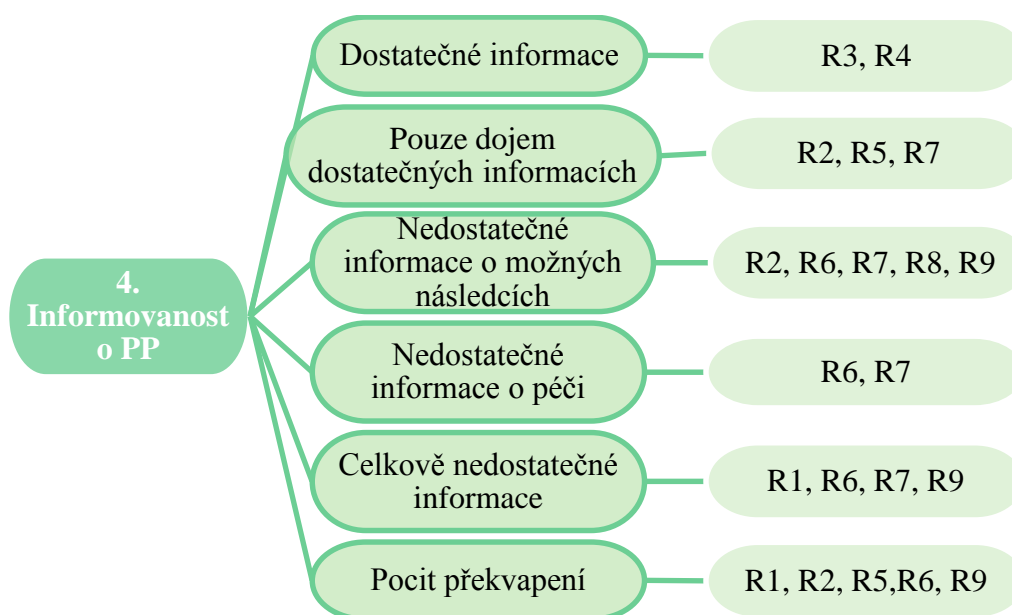
Co se týče informovanosti žen ohledně péče o porodní poranění, tak většina respondentek (R1, R2, R3, R4, R7, R8, R9) byla instruována, aby porodní poranění dostatečně sprchovala, a to především po použití toalety a po kojení. Dále byly ženy

(R1, R2, R4, R7) poučeny o důležitosti větrání rány, tedy potažmo používání síťovaných kalhotek. Pěti ženám bylo doporučeno (R1, R2, R3, R4, R8) cvičení po porodu, a to zejména posilování pánevního dna, cvičení svěrače či pilates. R3, R7 a R9 chladily poranění ledem či chladivým gelem. Koupele v dubové kůře (R1) nebo řepíku lékařském (R9) pomáhaly při hojení porodního poranění dvěma respondentkám. Jedna respondentka (R2) oceňovala pozitivně používání homeopatik - Arnica Montana 9 CH, kdy dvakrát denně brala 5 kuliček. Další žena (R5) používala k léčbě anální fisury zdravotnickou pomůcku dilatan, což hodnotí slovy: „Ženy s tím hodně chodí na operaci, ale měly by použít dilatan. Pomohlo mi to fakt rychle.“

4. podkategorie Informovanost o porodním poranění

Tato podkategorie se zabývá celkovou informovaností žen o porodním poranění. Schéma 4 ukazuje, nakolik byla informovanost respondentek ohledně porodního poranění dostačující či nikoliv. Podkategorie také poukazuje na konkrétní oblasti, ve kterých ženám informace chyběly, a dále upozorňuje na skutečnosti, které ženy překvapily.

Schéma 4 Informovanost o porodním poranění



Dostatečnou informovanost ohledně porodního poranění vnímaly pouze dvě ženy (R3, R4).

Tři respondentky (R2, R5, R7) sdělily, že si myslely, že mají dostatek informací, ale po porodu zjistily, že tomu tak nebylo. Například R5 k tomu řekla: *„Myslím, že jsem před porodem více informací vědět nechtěla, nicméně pak by mě ta fisura tak nezaskočila.“*

Určité překvapení ohledně porodního poranění pocívalo 5 žen (R1, R2, R5, R6, R9). R1 to komentovala přímo slovy: *„Netušila jsem, že mě porod může tak rozbít.“*

Čtyři respondentky (R1, R6, R7, R9) měly dojem, že jim chyběly celkově základní informace ohledně problematiky porodního poranění a bez zkušenosti s vlastním porodem je samotné nenapadlo si tyto informace zjišťovat. R1 k tomu sděluje: *„Chyběly mně asi ty základní informace: co to je porodní poranění, jak se to může zkomplikovat, ale hlavně, cos tím dělat... Gynekolog ani sestry na šestinedělí mi žádné informace moc nedali. Všichni to brali normálně a nikdo mě na to prostě zvlášť nepřipravil. Ani v té knize si nejsem jistá, že o tom psali.“*

Několik respondentek (R2, R6, R7, R8, R9) rovněž uvedlo, že jim konkrétně chyběly informace ohledně možných následků porodního poranění. Třeba R9 se k tomu vyjadřuje slovy: *„Myslím si, že kdyby mi můj gynekolog nebo potom v nemocnici na kontrolách před porodem někdo řekl, že se jedná o bolestivé a závažné komplikace..., a že se jim dá předcházet třeba cvičením s balónkem, určitě bych tomu věnovala větší pozornost už u prvního porodu.“* Také R2 lituje, že neměla více informací o následcích porodního poranění: *„...o té inkontinenci jsem u prvního porodu taky nevěděla a docela mě to překvapilo.“*

Dále dvě respondentky (R6, R7) uvádí, že nebyly dostatečně poučeny ohledně péče o porodní poranění. R7 k tomuto řekla: *„Nikdo mi neřekl, jak se starat třeba o stehy, zda vypadnou nebo je potřeba s nimi něco dělat, tudíž jsem se řídila vlastní intuicí.“* Na otázku, co přesně myslí vlastní intuicí odpověděla: *„Intuitivní péče byla, že jsem si*

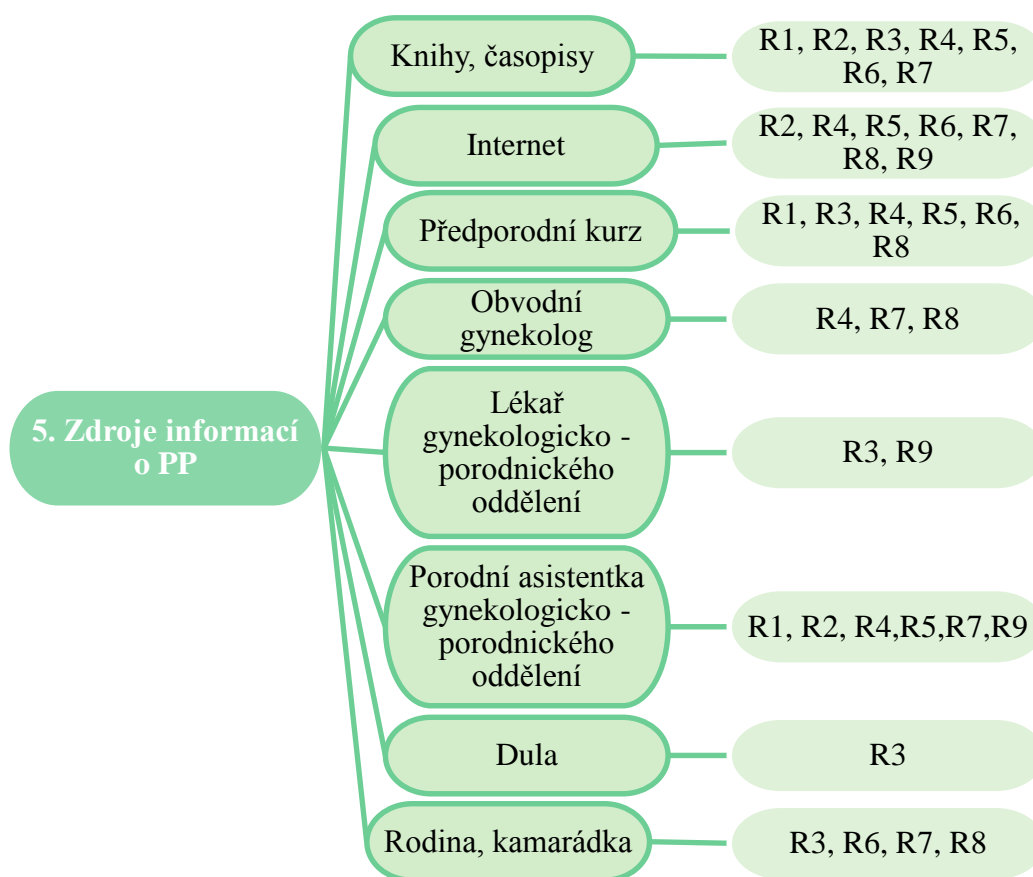
stehy sprchovala a sem tam jsem zkusila potáhnout, zda nepovolí a sem tam mě v tom píchlo.“

Na otázku, zda by chtěly být více informovány o porodním poranění, respondentky odpovídaly nejčastěji kladně. R4: „*Nebylo by špatné, kdyby mě to někdo uceleně řekl.*“ Jaké konkrétní informace by si ženy přály vědět, popisuje R7 slovy: „*Co třeba se děje u toho poranění, co všechno se může poranit, jak se to řeší.*“

5. podkategorie Zdroje informací o porodním poranění

Podkategorie Zdroje informací o porodním poranění prezentuje veškeré prameny, ze kterých ženy čerpaly informace ohledně porodního poranění (viz Schéma 5).

Schéma 5 Zdroje informací o porodním poranění



Zdroje informací respondentek ohledně porodního poranění byly velice rozmanité. Ženy ve velké míře měly informace o porodním poranění z knih, časopisů (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) a z internetu (R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9). Ovšem dvě respondentky (R1, R3) sdělily, že nemají rády vyhledávání informací na internetu a tomuto zdroji se záměrně vyhýbaly. R6 se zase k tomuto zdroji vyjadřuje: „*Na internetu jsem se dozvěděla spoustu polopravd a informacím jsem nepřikládala takovou váhu.*“

Dalším častým způsobem získávání informací, bylo navštěvování předporodních kurzů. Takto informace získalo 6 žen (R1, R3, R4, R5, R6, R8).

Významnými informačními zdroji byli samozřejmě také obvodní gynekologové, lékaři a porodní asistentky gynekologicko-porodnického oddělení. Lékaři a porodní asistentky gynekologicko-porodnického oddělení ženy spíše informovali o prodělaném porodním poranění a o některém ze způsobů péče o porodní poranění. Jedna z respondentek (R4) dokonce v porodnici dostala informační leták, který se zabýval péčí o porodní poranění. Dále rovněž nelze zanedbat ani vliv informací od rodiny, rodivších kamarádek a dul.

V případě, že jsme se ptaly, od koho nebo kde by se nejraději informace o porodním poranění dozvěděly, uváděly ženy obvodního gynekologa či porodní asistentku pracující u něho, porodní asistentky na stanici šestinedělí, předporodní kurzy a kamarádky, které již rodily. Tedy druh ideálního informačního zdroje by se dal shrnout slovy R1: „*Mám raději informace od osoby, která má nějaké zkušenosti, která s tím dělá a setkává se, ne na internetu, kde si napíše, kdo chce, co chce.*“

4.1.2 Kategorie Prevence porodního poranění

Kategorie Prevence porodního poranění má 5 podkategorií, které se zabývají informovaností respondentek ohledně metod prevence porodního poranění a vlastními zkušenostmi žen s některou z těchto metod. Dále shrnují názory žen na konkrétní metody i prevenci porodního poranění všeobecně.

1. podkategorie Používaná prevence porodního poranění

Podkategorie Používaná prevence porodního poranění představuje jednotlivé metody, kterými respondentky během těhotenství či porodu předcházely porodnímu poranění (viz Tabulka 3).

Tabulka 3 Používaná prevence porodního poranění

Respondentka	Metoda prevence 1. porod	Metoda prevence 2. porod	Metoda prevence 3. porod
R1	Žádná	Čaj z maliníku	Epi-no/Aniball, Lněné semínka
R2	Masáž hráze, Čaj z maliníku	Masáž hráze, Čaj z maliníku	Homeopatika, Čaj z maliníku
R3	Epi-no/Aniball, Poloha při porodu	-	-
R4	Masáž hráze	Epi-no/Aniball	-
R5	Masáž hráze	Epi-no/Aniball	-
R6	Masáž hráze, Cvičení pánevního dna	-	-
R7	Žádná	Žádná	Žádná
R8	Epi-no/Aniball, Masáž hráze, Lněné semínka, Čaj z maliníku	-	-
R9	Epi-no/Aniball, Cvičení pánevního dna	Epi-no/Aniball	Epi-no/Aniball, Lněné semínka

Celkem 8 respondentek využilo některou z možností předcházení porodního poranění. Pouze jedna respondentka (R7) se při žádném z porodů nesnažila žádným způsobem porodnímu poranění předejít.

Nejčastěji využívanými způsoby prevence porodního poranění byly Epi-no či Aniball. Pomocí silikonového dilatátoru předcházelo porodnímu poranění 6 respondentek. Při prvním porodu používaly tuto metodu R3, R8 a R9, ovšem ani jedna z těchto respondentek necvičila s dilatátorem pravidelně či až do poslední fáze cvičení. R3 se zaváděním Aniballu přestala poté, co se na něm po cvičení začala objevovat krev. R8 měla problémy se zavedením balónku do pochvy a po použití dilatátoru slabě krvácela, tudíž ho použila asi 3x až 4x. Používání Aniballu hodnotí slovy: *„Pokaždé mě slabé krvácení vylekalo, a proto jsem se rozhodla, že mi to za to trápení a stres nestojí... Aniball bych už znovu nepoužívala.“* R9 před prvním porodem cvičila s Epi-nem jen velice nepravidelně, což vysvětluje následovně: *„Nikdo mě dost nevystrašil, jak moc je to potom otravné a bolestivé. Až vlastní zkušenost mě přiměla k tomu, že jsem před druhým i třetím porodem zodpovědně s balónkem cvičila.“* R1, R4 a R5 použily Epi-no/Aniball poprvé při druhém či třetím porodu. R1 cvičila s Epi-nem asi 14 dní před třetím porodem. Během zavádění balónku byla nervózní a měla strach, že se něco stane, a to i z důvodu, že její obvodní gynekolog se k této metodě prevence vyjadřoval nedůvěřivě. R1 rovněž po cvičení s dilatátorem občas slabě krvácela a také pociťovala štiplavou bolest. R5 se během trénování s Aniballem dokonce poranila: *„Cvičila jsem zbrkle přes bolest a natrhla se.“* Avšak nenechala se odradit a po zahojení začala opatrně se cvičením znovu od začátku. Shrňme-li používání silikonové dilatátoru, tak pouze dvě respondentky (R4, R9) neměly během cvičení s ním žádné problémy.

Další často aplikovanou metodou prevence porodního poranění byla masáž hráze v těhotenství. Masáže hráze předcházely porodnímu poranění celkem 4 ženy (R2, R4, R5, R6). R2 si masírovala hráz od 34. týdne každý den před prvním i druhým porodem, ale protože u dvou předchozích porodů byla nastřížena, neviděla v tom žádný smysl a před třetím porodem tuto metodu již nepoužívala. R4 k masáži hráze před prvním porodem říká: *„Zkoušela jsem si masírovat hráz, ale ne nijak pravidelně, protože jsem si stejně myslela, že to nemůže mít moc žádnou účinnost.“* Naopak R5 masírování hráze oceňuje: *„Myslím, že to zabránilo většímu roztrhání.“* Vzhledem k tomu, že R6 se dozvěděla o této metodě až na konci těhotenství, stihla si masírovat hráz pouze asi 7x.

R6 ale praktikovala i jinou metodu prevence porodního poranění a to posilování pánevního dna. Pánevní dno cvičila 2x - 3x týdně, z toho 1x vždy pod odborným dohledem. R6 rovněž chodila plavat a cvičila těhotenskou jógu s prvky cvičení dle Mojžíšové.

Pouze jedna žena (R7) řekla, že se během porodu snažila využívat gravitace, tedy prosadit si podle toho svou polohu při samotném porodu. Dále některé ženy uvedly jako používanou metodu prevence porodního poranění pití čaje z maliníku (R1, R2, R8) a pojidání lněných semínek či pití vody, ve které byla tato semínka namočena (R1, R8, R9). Jedna z respondentek (R2) také užívala jako prevenci porodního poranění homeopatika.

2. podkategorie Povědomí o metodách prevence porodního poranění

Podkategorie Povědomí o metodách prevence porodního poranění představuje všechny metody prevence porodního poranění, které respondentky znaly (viz Schéma 6). Některé metody ženy vyzkoušely a některé se rozhodly z různých důvodů nevyužít.

Schéma 6 Povědomí o metodách prevence porodního poranění

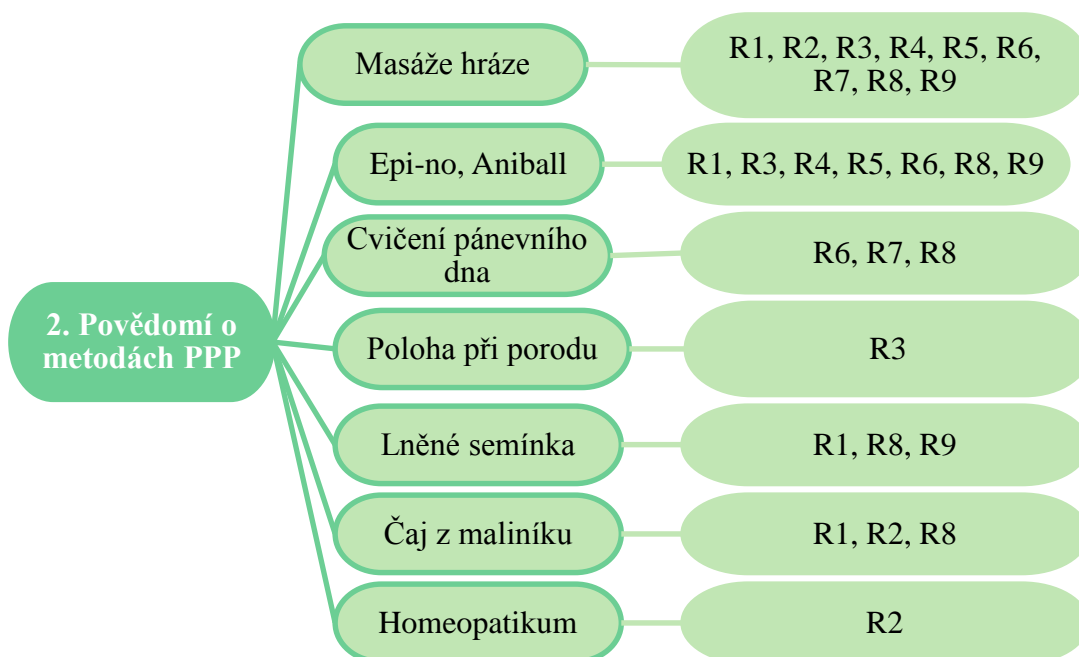


Schéma 6 představuje všechny metody prevence porodního poranění, o kterých ženy věděly. Přestože masáž hráze praktikovaly jako prevenci porodního poranění pouze 4 ženy, tuto metodu znaly všechny respondentky.

Dále bylo nejvíce žen informováno o Epi-nu či Aniballu – 7 respondentek: R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9. Všechny tyto ženy metodu silikonového dilatátoru rovněž vyzkoušely, kromě R6, která se o existenci této metody dozvěděla až po porodu.

O cvičení pánevního dna jako prevenci porodního poranění věděly R6, R7 a R8, ovšem pouze R6 tuto metodu zkusila.

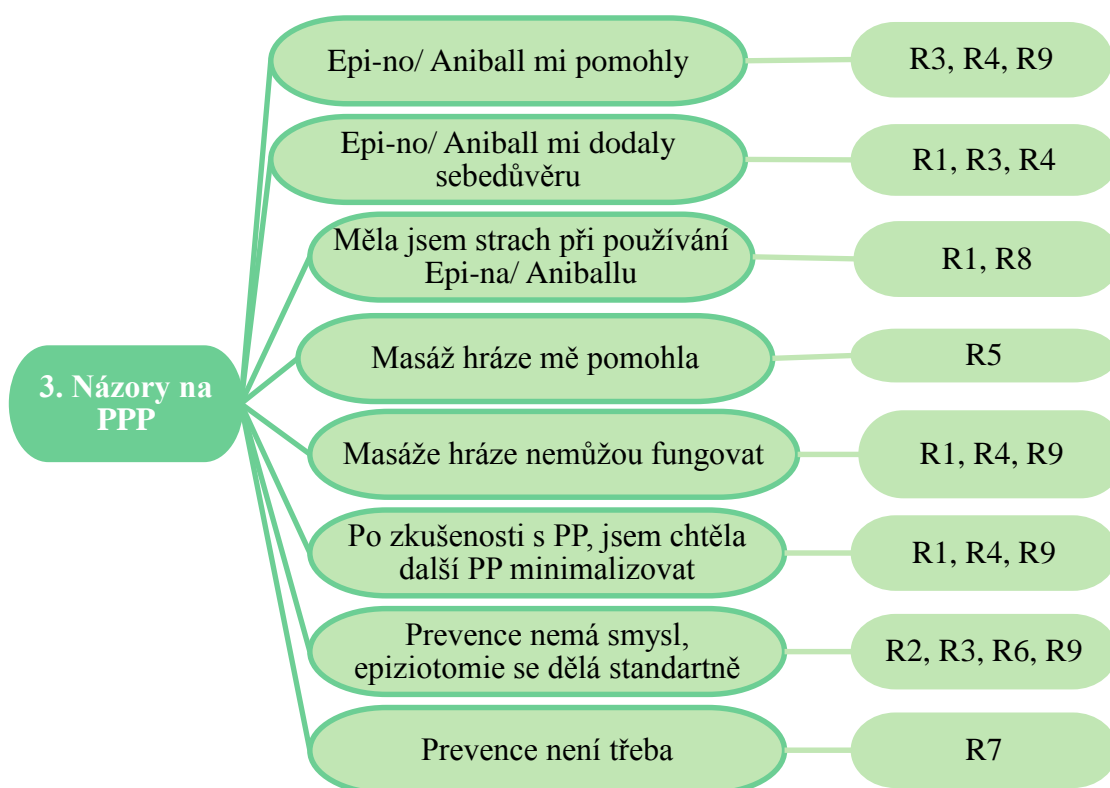
R7 jako jediná uvedla a praktikovala využívání gravitace během porodu jako metodu prevence porodního poranění.

Dále ženy uváděly alternativní metody prevence porodního poranění, jako jsou požívání lněných semínek, homeopatik a pití čaje z maliníku. Ženy tyto metody prevence také během těhotenství využívaly.

3. podkategorie Názory na prevenci porodního poranění

Podkategorie Názory na prevenci porodního poranění shrnuje postřehy žen ohledně jednotlivých metod prevence porodního poranění (viz Schéma 7). Podkategorie jednak uvádí zkušenosti žen s používáním jednotlivých metod, dále jejich názor na účinnost těchto metod a celkový pohled na význam používání prevence porodního poranění.

Schéma 7 Názory na prevenci porodního poranění



Zaměříme-li se nejprve na konkrétní metody prevence, jednotlivé respondentky se nejčastěji vyjadřovaly k používání Epi-na/Aniballu a masírování hráze během těhotenství.

Ačkoliv silikonový dilatátor zkusilo 6 žen, pouze 3 ženy (R3, R4, R9) jsou přesvědčeny o jeho pozitivních účincích. R4 k tomu sdělila: „*Účinnost Epi-na hodnotím jako vysokou, hodnotím kladně i používání.*“ R9 to komentuje slovy: „*...dozvěděla jsem se o balónku, který mě dvakrát zachránil před nástřihem.*“

Tři ženy (R1, R3, R4) uváděly, že cvičení s Epi-nem/Aniballem jim dodaly sebedůvěru během porodu a pomohly jim představit si vlastní porod. R3 to vyjadřuje slovy: „*Jako hlavní výhodu cvičení s Aniballem spatřuji v tom, že jsem se naučila správně tlačit.*“ R4 dodalo cvičení s dilatátorem odvalu do porodu: „*Dovolila jsem si*

požádat v porodnici, že bych ráda rodila bez epiziotomie a povedlo se. To bych v opačném případě asi neřekla. Věřila jsem, že miminko projde, měla jsem to vyzkoušené, že průměr hlavičky 10 cm projde. Cítila jsem se jako vítěz.“

R1 a R8 uváděly, že měly z používání dilatátoru strach. R1 měla obavy, že se během používání Epi-na něco stane, a to i z důvodu, že její obvodní gynekolog se k této metodě prevence vyjadřoval nedůvěřivě. R8 zejména stresovala skutečnost, že po cvičení s dilatátorem vždy slabě krvácela.

O pozitivním efektu masáže hráze je přesvědčena pouze R5. Naopak další 3 ženy (R1, R4, R9) vyjadřovaly nedůvěru vůči této metodě. R9: *„Nikdo mě nepřesvědčil, že by pomohla masáž hráze, moc tomu nevěřím.“* R4 porovnávala používání masáže hráze s Epi-nem: *„Když porovnám roztahování s Epi-nem a účinnost masáže hráze, tak mi přijde, že bych musela hodně masírovat a snad na hráz i pořádně tláčit.“*

Podíváme-li se na názory žen na prevenci porodního poranění celkově, zjistíme, že pouze jedna respondentka (R7) má pocit, že žádná metoda prevence nemá smysl: *„Zastávám názor, že tělo si prostě poradí. A když nevydrží a praskne, tak praskne. Těch pár stehů snesu.“*

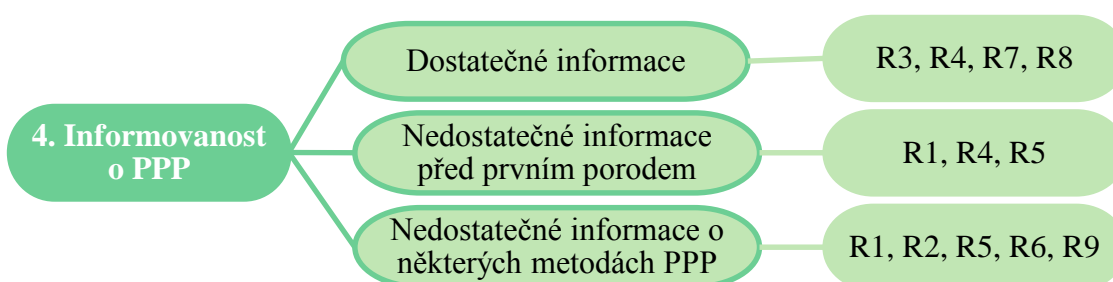
Další čtyři respondentky (R2, R3, R6, R9) nabyly dojmu, že se epiziotomie provádí standardně, a tudíž nemá používání některé z metod prevence význam. R3 měla následující pocit: *„Prvorodičky téměř vždy pro jistotu nastřihávají.“* R9: *„Připadá mi, že spíš počítají dopředu s tím, že nástřih prostě bude, protože nám na seznamu věcí, co si vzít do porodnice, psali, že si máme vzít kruh na sedění a to, že by se tomu dalo předejít snad ani neví.“*

Tři respondentky (R1, R4, R9) také zmiňovaly, že před prvním porodem bylo pro ně těžké si představit, co všechno porod obnáší a jaké porodní poranění může vzniknout. R1 k tomu poznamenala: *„Prostě jsem si to nedovedla představit.“* Rovněž R4 zkušenost z prvního porodu vedla k větší důslednosti v prevenci porodního poranění: *„Při druhém těhotenství jsem se snažila dělat všechno, co bylo v mých silách, abych porodní poranění minimalizovala.“*

4. podkategorie Informovanost o prevenci porodního poranění

Tato podkategorie prezentuje kvalitu informovanosti žen ohledně prevence porodního poranění (viz Schéma 8).

Schéma 8 Informovanost o prevenci porodního poranění



Jako dostatečně informované o prevenci porodního poranění se cítily čtyři ženy - R3, R4, R7 a R8. R4 ovšem dodala, že během prvního těhotenství neměla veškeré informace o metodách prevence, například nevěděla o Epi-nu. R5 a R1 mají dojem, že dodnes nemají všechny informace o různých metodách prevence porodního poranění, nicméně jich mají více než v době jejich prvního těhotenství, kdy rovněž neznaly Epi-no/Aniball. R5 to sděluje slovy: „V době prvního porodu jsem měla o hodně méně informací než dnes, bohužel. Tenkrát jsem věděla asi jen o masáži hráze. Možná že jsem nemusela mít nástřih a nemusela tlačit tak dlouho.“

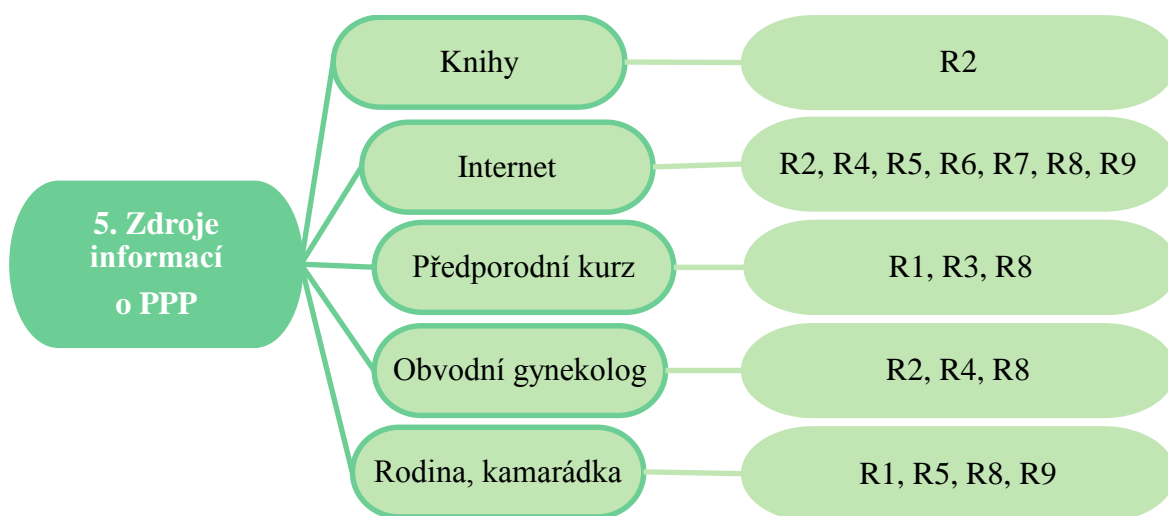
Také další respondentky (R2, R6, R9) uváděly, že přestože znají některé z metod prevence porodního poranění, vědí, že jejich informace nejsou kompletní. Například R6 během rozhovoru hovořila o neznalosti dilatátoru: „Po porodu jsem se dozvěděla o tom, že existuje jakýsi balonek, kterým žena může během těhotenství roztahovat porodní cesty, což kdybych věděla, tak bych zřejmě využila.“ R6 k tomuto dodává: „Vím jen o existenci této metody, ale nevím o finanční náročnosti a případných rizicích.“ R9 naopak mluvila o nedostatku informací ohledně přesného provádění masáže hráze. R2

sdělila, že jí o prevenci chyběly souhrnné informace, a rovněž tuší, že metod prevence porodního poranění existuje více a některé nezná.

5. podkategorie Zdroje informací o prevenci porodního poranění

Tato podkategorie představuje výčet informačních zdrojů, ze kterých ženy čerpaly informace o prevenci porodního poranění (viz Schéma 9).

Schéma 9 Zdroje informací o prevenci porodního poranění



Zdrojům informací ohledně prevence porodního poranění vévodí internet (R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9). Naopak nejméně informací ženy získávaly z knihy, od lékařů a porodních asistentek. Pouze jedna žena (R2) uvedla, že se o masáží hráze jako prevenci porodního poranění dozvěděla v knize. Dále 3 respondentky (R1, R3, R8) získaly informace o masáži hráze, cvičení pánevního dna a o Epi-nu/Aniballu na předporodním kurzu. Obvodní gynekologové podaly informace o prevenci porodního poranění (o Epi-nu/Aniballu, masáži hráze, čaji z maliníku a vývaru z lněného semínka) rovněž 3 respondentkám (R2, R4, R8). Jako významný informační zdroj nelze opominout ani rodinu a kamarádky, které již s některou z metod měly zkušenosti. Takto získaly informace 4 ženy (R1, R5, R8, R9) a to především o Epi-nu/Aniballu a požívání lněného semínka.

Pokud by si ženy mohly vybrat od koho nebo kde se chtějí o prevenci porodního poranění dozvědět, tak ženy uváděly obvodního gynekologa či porodní asistentku pracující u něho, předporodní kurzy či kamarádky, které již mají s danou metodou zkušenost.

5 DISKUSE

V současné době existuje řada způsobů, jak předcházet porodnímu poranění. I přes používání určitých metod prevence, je mnoho rizikových faktorů, které ovlivňují vznik porodního poranění, a nejsme schopni zatím žádnou dostupnou metodou toto ovlivnit. Mezi tyto faktory řadíme například elasticitu kůže rodičky, délku hráze rodičky, věk rodičky, náchylnost rodičky ke gynekologickým zánětům, velikost novorozence, zkušenosti porodníka/porodní asistentky apod. Tyto výše zmíněné skutečnosti nelze ovlivnit, nicméně určitě stojí za to efektivně využívat nástroje, které jsou reálné a dostupné, tedy existující metody prevence porodního poranění, přestože jejich účinnost je nejistá. Z tohoto důvodu je důležité pravdivě informovat ženy ohledně možností prevence porodního poranění a rozhodnutí, zda některou z možností využijí nechat na ženách samotných. V dnešním světě, kdy téměř každý má jednoduchý přístup k širokému spektru informačních zdrojů, by se nemělo stávat, aby některá z žen nemohla metody prevence užívat jen z důvodu, že o nich nemá informace. Rovněž by ženy měly být dostatečně edukovány ohledně porodního poranění a případné péči o něj. Zda jsou ženy informovány o této problematice a do jaké míry, zjišťovalo výzkumné šetření této práce.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou ženy informovány o porodních poraněních. To, jak ženy vnímají porodní poranění, nelze odtrhnout od jejich vlastní zkušenosti. Pokud jsme se žen ptaly, jak rozumí pojmu porodní poranění, většina z dotazovaných žen ho definovala dle rozsahu svého vlastního poranění. Až na R2 a R8, které udaly obecné definice porodního poranění (R2: „*Poranění rodičky způsobené během porodu dítěte.*“).

Nad rozsahem informovanosti žen před porodem o porodním poranění v širších souvislostech lze usuzovat podle reakce na vzniklé poranění a jeho následky. Bylo velmi zajímavým zjištěním, že ženy byly těmito skutečnostmi po prvním porodu překvapeny a často na to nebyly nikým připraveny. Mnoho respondentek reagovalo s údivem na bolest poranění, na délku hojení, na způsobenou močovou inkontinenci, na omezení v pohybu apod. Pouze dvě ženy uvedly, že byly o možném porodním

poranění dostatečně informovány. Na druhou stranu by někdo mohl namítnout, že kdyby ženy předem znaly následky a komplikace, které může porod přinést, mohly by mít z porodu přehnaně zbytečný strach. Odpovědí na to mohou být přímo reakce žen. Za prvé ženy samy vyhledávaly a využívaly prevenci porodního poranění až na základě negativních zkušeností s porodním poraněním z prvního porodu. To lze demonstrovat například na vyjádření R9, která k tomu řekla: „*Byla to příšerná otrava a zbytečná komplikace, hodně to bolelo, štípalo, táhlo, pálilo. Nikdo mě dost nevystrašil, jak moc je to potom otravné a bolestivé. Až vlastní zkušenost mě přiměla k tomu, že jsem před druhým i třetím porodem zodpovědně s balónkem cvičila.*“ R4 tuto skutečnost formulovala slovy: „*Při druhém těhotenství jsme se snažila dělat všechno, co bylo v mých silách, abych porodní poranění minimalizovala.*“). Za druhé jsme se některých žen přímo ptaly, zda by chtěly být předem informovány ohledně porodního poranění. Všechny oslovené respondentky si přály získat alespoň základní informace ohledně porodního poranění a jeho prevence od erudované osoby. Je zřejmé, že se musí hledat správná míra a relevantnost sdělených informací, aby se rodičky nezalekly (např. nesdělovat informace o následcích, které se stávají zřídka).

Nicméně určité základní informace by každá žena před porodem měla znát. Už jen proto, aby byla připravená na situaci po porodu a nebyla zbytečně zaskočena problémy, které mohla předem předpokládat.

Dále stojí za povšimnutí, že některé respondentky litovaly, že je nikdo dostatečně nepoučil ohledně péče o porodní poranění a jejich možných komplikací. Všeobecně převládá pocit, že se k nim v těhotenství dostalo hodně informací ohledně toho, co se děje v jednotlivých týdnech těhotenství, jak probíhá porod samotný. Co se bude dít po porodu, se příliš nedozvěděly anebo je nenapadlo si tyto informace vyhledávat. Poté v období šestinedělí, kdy měly plné ruce práce s péčí o dítě, zjišťovaly, že jim například informace o péči o porodní poranění chybí, zvláště pokud se objevily nějaké komplikace. Na druhou stranu je třeba si uvědomit, kdy tyto informace ženy nejčastěji dostávají. Většinou jsou ohledně péče o porodní poranění poučeny po porodu porodními asistentkami pracujícími na porodním sále či stanici šestinedělí, popřípadě

lékaři. V tuto chvíli jsou ženy většinou vyčerpány po porodu, excitovány příchodem dítěte na svět, dochází u nich k velkým hormonálním změnám a nejsou vždy dostatečně soustředěné na informace, které jim zdravotnický personál podává. Je tedy možné, že sdělované informace plně nevnímají nebo si je nepamatují, a tak jim následně scházejí.

Dalším cílem bakalářské práce bylo prozkoumat používané metody prevence porodního poranění ženami. Za všeobecně známou metodu prevence lze považovat masáž hráze během posledních týdnů těhotenství, a to zejména proto, že všechny respondentky tento způsob prevence znaly. Důvodem může být vysoká medializace této metody i fakt, že je naprosto bezpečná a nikdo nemusí mít strach masírování hráze doporučovat. Další nespornou výhodou je, že masírování hráze není nijak finančně náročné, ani vlastní provádění není příliš složité. Přesto se pro tuto metodu rozhodly pouze čtyři respondentky z našeho vzorku. Na vině může být nedůvěra v účinnost masáže hráze jako prevenci porodního poranění. Pouze jedna respondentka uvedla, že vnímala masírování hráze jako efektivní, další tři respondentky vyjádřily svoje pochybnosti ohledně funkčnosti této metody prevence. Tuto skepsi současně potvrzuje i Beckmannova a Stockova (2013) výzkumná studie, zabývající se účinností masáže hráze. Její výsledky nejsou natolik významné, aby ženy přesvědčily o používání tohoto způsobu předcházení porodnímu poranění.

Nejčastěji používanou metodou prevence porodního poranění bylo Epi-no či Aniball. Se silikonovým dilatátorem cvičilo před porodem šest respondentek. Příčinou hojného využívání Epi-na (popř. Aniballu) mohou být i příznivé reference ohledně efektivnosti dilatátoru. Existuje řada výzkumů (například Hillebrenner et al., 2001, Kovacs et al., 2003, Cohain, 2004), které pozitivní účinnost Epi-na potvrzují. Například cvičení s Epi-nem před porodem snižuje výskyt epiziotomií, dále zvyšuje intaktnost perinea a zároveň se významně zkracuje délka druhé doby porodní (Kovacs et al., 2003). Ovšem v nedávné době byla provedena metaanalýza, která se zabývala účinností Epi-na jako způsobu prevence perineálních poranění, jejíž zjistila pravý opak a to, že Epi-no nevede k poklesu výskytu epiziotomií, ani nesnižuje riziko vzniku

ruptur hráze. Nicméně sami autoři metaanalýzy uznávají, že jejich práce má své limity. Jako omezení metaanalýzy vnímají porovnávání výzkumů s rozdílným způsobem používání dilatátoru Epi-no, dále jim scházeli údaje o způsobech porodů, informace ohledně zkušeností porodníků či porodních asistentek, kteří rodili jednotlivé účastnice výzkumů a rovněž data ohledně použití i jiné metody prevence porodního poranění (Brito et al., 2015). Jako se liší výsledky výzkumů, tak rozdílné jsou i názory respondentek v naší práci na používání Epi-na či téměř identického Aniballu. Pocit, že jim používání Epi-na/Aniballu před porodem pomohlo k lepšímu porodu a k menšímu porodnímu poranění, měly tři respondentky ze šesti, které s dilatátorem cvičily. Nicméně některé respondentky cvičení s Epi-nem/Aniballem nedokončily až do poslední fáze, jak je uvedeno v návodu k použití.

Kromě výše zmíněných účinků dilatátoru, ženy spatřovaly další pozitiva Epi-na/Aniballu také v tom, že jim dobře imitoval vlastní porod a lépe si dokázaly představit tlak hlavičky plodu během porodu. Dále toto cvičení ženám dodalo sebedůvěru během porodu. Tyto výsledky byly rovněž zjištěny i v jiné studii (Cohain, 2004).

Za zmínku jistě také stojí komplikace, které se během cvičení s Epi-nem/Aniballem u žen vyskytly. Některý z problémů zaznamenaly celkem čtyři ženy. Nejčastěji u žen docházelo ke slabému krvácení po zavádění dilatátoru, dále některé ženy pocíťovaly bolest a dokonce u jedné respondentky během cvičení s Epi-nem/Aniballem došlo k natržení tkáně. Tyto faktory způsobovaly, že ženy měly z používání dilatátoru strach a často se cvičením přestaly. Je otázkou, zda by ženám v této situaci pomohl rozhovor s důvěryhodným odborníkem a zda by ženy byly schopny i přes některé obtíže ve cvičení pokračovat, nebo jestli se jednalo o takové stavy, kdy u žen používání dilatátoru nebylo vhodné z hlediska zdraví jejich i plodu. Ovšem je pochopitelné, že pokud žena věděla o nedůvěře jejího gynekologa vůči této metodě, měla strach si dilatátor zavádět, jak uvádí R1.

Mnoho žen v dnešní době v rámci předporodní přípravy navštěvuje plavání či cvičení pro těhotné ženy. Všeobecně pohybové aktivity žen během těhotenství jsou

pro organismus, který je zatížený těhotenskými změnami, velice vhodné. Prostřednictvím cvičení dochází k prevenci otoků dolních končetin a vzniku cévních onemocnění, k zlepšení vitální kapacity plic, střevní peristaltiky a k celkovému zpevnění svalstva.

Také naše respondentky navštěvovaly různé druhy cvičení během těhotenství, ovšem pouze jedna žena posilovala svaly pánevního dna s jasným záměrem předcházení porodnímu poranění v této oblasti. Vzhledem ke skutečnosti, že poškození pánevního dna může vést k mnoha komplikacím, je důležité cvičení těchto svalů už v průběhu těhotenství. Toto může odvrátit závažné porodní poškození a také zejména pozdní následky porodního poranění této oblasti. Přestože bylo zjištěno, že toto cvičení vede k pružnějším a silnějším svalům v oblasti pánevního dna, je efektivní prevencí před prolapsem pochvy a dělohy, zabraňuje inkontinenci a taktéž zvyšuje sexuální uspokojení žen (Opara et al., 2011), mnoho žen jej nevyužívá. Příčinou může být špatná informovanost žen o této technice prevence (povědomí o ní měly pouze tři ženy) či náročnost cvičení svalů pánevního dna, a to zejména proto, že si hodně žen tyto své svalové struktury neuvědomuje.

Podíváme-li se na metody prevence, které se používají v průběhu vlastního porodu, řadí se sem hlavně techniky, které nelze z pozice rodičky ovlivnit. Mezi tyto metody patří: efektivní chránění hráze za porodu, účinné využívání metody super crowningu a použití Ritgenova manévru. Nicméně jsou i způsoby prevence, jejichž praktikování lze alespoň ženou iniciovat. Sem můžeme zařadit nahřívání hráze, masáž hráze během porodu, aplikace porodnického gelu či vhodná poloha rodičky při porodu. Je velmi zajímavé, že tyto způsoby prevence porodního poranění žádná z žen vědomě nevolila, až na R3, která si během porodu snažila záměrně prosadit polohu, která využívá gravitace. Co může být důvodem této skutečnosti? Je možné, že tyto metody nejsou mezi ženami až tak známé a ani nejsou informačními zdroji propagované. Dalším argumentem může být, že porodní asistentky/porodníci všechny tyto metody neznají či je z nějakého důvodu nepoužívají (například z nedostatku času či financí, z důvodu rutinních postupů během porodů). Příčinou může být rovněž fakt, že určitým způsobem

tyto protektivní prostředky zasahují do přímé činnosti porodní asistentky či porodníka během porodu. To by mohlo vyvolávat konflikt mezi rodičkou a zdravotnickým personálem, které třeba ženy nechtějí riskovat. V neposlední řadě bylo cílem bakalářské práce zmapovat, jaké informace o porodních poraněních a jejich prevenci očekávají ženy od porodní asistentky. Jak již bylo řečeno, ženy nebyly příliš spokojeny s množstvím informací ohledně porodního poranění. Ohledně prevence porodního poranění byly ženy informovány lépe. Žádná z respondentek neuvedla, že by neměla vůbec žádné informace ohledně prevence porodního poranění a dokonce čtyři respondentky sdělily, že měly ohledně této problematiky dostatek informací. Ovšem ne vždy byly ženy informovány kvalitně, některé udávají, že jim chyběly především informace před prvním porodem. Až na základě zkušeností z něho si dohledávaly více informací. Dále ženy často uváděly, že neměly informace úplné a neznaly všechny metody prevence porodního poranění. Také některé respondentky neměly podrobné informace o způsobu používání určitých metod, jejich rizicích, popřípadě komplikacích, které přinášejí. Rovněž se často vyskytovaly problémy během užívání určité metody, se kterými si ženy nevěděly rady. Dalo by se tedy říci, že ženy měly ohledně prevence určité množství informací, ale tyto informace nebyly kompletní, příliš kvalitní a podrobné. Nicméně je jisté, že ženy vnímají prevenci porodního poranění jako důležitou součást přípravy na porod. Pouze jedna respondentka (R7) má pocit, že žádná z metod prevence nemá smysl.

Zaměříme-li se na zdroj informací, většina žen uvádí, že by nejraději dostávala tyto informace od svého obvodního gynekologa, popřípadě porodní asistentky, která pracuje v jeho ordinaci. Další často uváděnou osobou byla porodní asistentka v rámci předporodního kurzu či na porodním sále. Některým ženám by ani nevadilo, kdyby nedostaly informace od odborníka, a rády by informace získaly i od kamarádky, která má s prevencí, potažmo porodním poraněním, vlastní zkušenost. Společným jmenovatelem informačního zdroje většiny respondentek ovšem bylo, že by se o této problematice raději s někým osobně poradily, než si o nich četly na internetu, popř. v časopisech/knihách.

Porodní asistentka by se tedy v rámci edukace během těhotenství ženy měla věnovat i problematice porodního poranění a jejich prevence. Ženy od porodní asistentky očekávají základní informace, jako co je porodní poranění, jakého rozsahu může být, k jakým omezením nejčastěji vede, jak se léčí, jak by se o něj mělo pečovat a čím sama žena může přispět, aby toto riziko poranění snižovala.

Po porodu by porodní asistentka měla každou ženu dostatečně poučit ohledně péče o porodní poranění, rovněž by měla zmínit projevy komplikací, které můžou nastat a měla by naznačit způsob jejich řešení. Porodní asistentka by také měla zvážit způsob předávání informací ohledně péče o porodní poranění vzhledem ke stavu ženy, aby nedocházelo k situacím, kdy si žena informace nebude pamatovat nebo jim nebude věnovat dostatečnou pozornost.

Ohledně prevence porodního poranění ženy očekávají kompletní informace o jednotlivých možnostech předcházení porodnímu poranění. Dále, aby si žena mohla vybrat vyhovující metodu prevence, je podstatné, aby měla informace o konkrétních způsobech používání metody, dále o principu účinku metody, její efektivitě a možných rizicích a komplikacích. Z výzkumu rovněž vyplynulo jako užitečné, aby ženy měly možnost používání určitých metod konzultovat odborníkem, a to především vyskytnou-li se nějaké komplikace.

6 ZÁVĚR

Šestinedělí bývá mnohdy označováno jako náročné období a to i proto, že u ženy často během porodu (zvláště během prvního) dojde k nějakému poranění. Proto je nesmírně důležité, aby měly rodičky o problematice porodního poranění dostatek informací. Jedině tak se na situaci po porodu mohou důkladně připravit a průběh šestinedělí může být bezproblémový. Vzhledem k tomu, že jsou ženy následky porodního poranění často omezovány, měly by být rovněž informovány o metodách, kterými mohou zkusit porodnímu poranění předejít.

Ústředním námětem výzkumné části této práce byla otázka, zda ženy měly dostatek informací o porodním poranění a jeho prevenci, dále jaké konkrétní informace ženám o této problematice chyběly a jakou roli v podávání informací mají porodní asistentky. Na tato témata byly předem stanoveny tři výzkumné otázky, které byly při rozhovorech respondentkami zodpovězeny.

Na základě výzkumného šetření bylo shledáno, že ženy často nejsou dopředu připraveny na možnost poranění během porodu. Po prvním porodu byly ženy většinou překvapeny rozsahem porodního poranění, bolestí rány, délkou hojení, způsobenou močovou inkontinencí, potížemi v pohybu apod. Respondenkám především chyběly informace o následcích porodního poranění a o omezeních, které jim porodní poranění způsobí. Z odpovědí žen vyplynulo, že by před porodem byly rády poučeny o základních informacích o porodním poranění, aby se předem mohly na situaci po porodu a způsobené komplikace připravit.

Dále byla u žen zjištěna absence informací ohledně péče o porodní poranění a to především v situacích, kdy se hojení porodního poranění z nějakého důvodu zkomplikovalo. Je možné, že ženy nebyly kvalitně informovány o péči ohledně porodního poranění či byly během poučování nesoustředěné a rozrušené po porodu. Jako účelné se tedy jeví ženám informace ohledně péče během hospitalizace opakovat a důsledně ženy o této problematice edukovat, a to včetně ověření, že žena podávaným informacím rozumí. Edukaci lze podpořit i informačním listem, který obsahuje veškeré

potřebné informace ohledně péče o poranění. Jeho výhodou je zejména to, že si ho žena může uschovat a pokud si nebude něco pamatovat, může si informace znovu kdykoliv přečíst.

Výzkum také ukázal, že respondetky ohledně prevence porodního poranění mají určité informace, nicméně tyto nejsou příliš kvalitní. Respondentky znají jen některé metody prevence porodního poranění a často jim chybí informace o správnosti používání i účinnosti metody. Některé ženy dokonce začínají prevenci porodního poranění využívat až na základě negativních zkušeností s porodním poraněním z prvního porodu. Dále bylo zjištěno, že metody prevence porodního poranění, které se používají během porodu (např. nahřívání hráze, masáž hráze během porodu, aplikace porodnického gelu či vhodná poloha rodičky při porodu), ženy samy neinicují. Rodičky by tedy během těhotenství měly být dostatečně informovány o problematice prevence porodního poranění a to o všech dosud známých metodách. Ženě by měly být podány kvalitní informace o způsobu používání jednotlivých metod, jejich možných komplikacích a účincích. Na základě těchto údajů by si sama žena měla zvolit vhodnou metodu prevence pro ni samotnou. Jako vhodné a nenáročné zprostředkování těchto informací se jeví informační leták, který by ženám podával základní údaje o způsobech prevence porodního poranění a odkazoval by je na zdroje, kde se o metodě mohou dozvědět více. Tento leták může ženám pomoci se v jednotlivých metodách zorientovat a rovněž může sloužit jako impuls k používání určité metody prevence. Informační leták samozřejmě nemůže ženu kompletně informovat ohledně této problematiky, nicméně může na toto téma podnítit rozhovor se zdravotnickým personálem.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AASHEIM, V. et al., 2011. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. The Cochrane Database Of Systematic Reviews [online]. vol. 12, CD006672. [cit. 2015-11-20]. ISSN 1469493X. Dostupné z: EBSCOhost.

ALBERS L. et al., 2005. *Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial*. Journal Of Midwifery Womens Health [online]. vol. 50, iss. 5, s. 365-372 [cit. 2015-11-13]. ISSN 15422011. Dostupné z: EBSCOhost.

Aniball, 2016. [online]. [cit. 2015-11-11]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz/>

BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada, s. 112. ISBN 978-80-247-9728-1.

BECKMANN, M., STOCK, O., 2013. *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma*. The Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. vol. 4, CD005123. [cit. 2015-11-10]. ISSN 1469493X. Dostupné z: EBSCOhost.

BINDER, T. et al., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, s. 296. ISBN: 978-80-246-1907-1.

BRITO, L. et al., 2015. *Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review*. International Urogynecology Journal [online]. vol. 26, iss. 10, s. 1429–1436. [cit. 2015-11-11]. ISSN 14333023. Dostupné z: EBSCOhost.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, s. 126. ISBN 9788024732138.

ČESKO. 2011. *Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22854>

ČIHÁK, R. et al., 2011. *Anatomie 1. 3.*, upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 552. 978-80-247-3817-8.

ČIHÁK, R. et al., 2013. *Anatomie 2. 3.*, upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 512. ISBN 978-80-247-4788-0.

DIETZ, H. P., PARDEY, J., MURRAY, H., 2015. *Pelvic floor and anal sphincter trauma should be key performance indicators of maternity services*. International Urogynecology Journal [online]. vol. 26, iss. 1, s. 29–32. [cit. 2015-12-10]. ISSN 14333023. Dostupné z: EBSCOhost.

DIETZ, H. P., 2013. *Pelvic floor trauma in childbirth*. The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology [online]. vol. 53, iss. 3, s. 220–230. [cit. 2015-11-06]. ISSN 1479828. Dostupné z: EBSCOhost.

Dinatal porodnický gel, b. r. [online]. [cit. 2015-11-13]. Dostupné z: <http://dianatal.cz/>

DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, s. 374. ISBN 9788024619668.

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

Epi-no, b. r. [online]. [cit. 2015-11-11]. Dostupné z: <http://www.epino.cz/>

GERANMAYEH M. et al., 2012. *Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor*. Archives Of Gynecology And Obstetrics [online]. 2012, vol. 285, iss. 1, s. 77–81. [cit. 2015-11-13]. ISSN 14320711. Dostupné z: EBSCOhost.

GOLDBERG, J., SULTANA, C., 2004. *Prevence poranění perinea v průběhu porodu*. Gynekologie po promoci, roč. 4, č. 6, s. 12. ISSN 1213-2578.

GUPTA, J., K., HOFMEYR, G., J., 2004. *Position for women during second stage of labour*. The Cochrane Database Of Systematic Reviews [online]. vol. 1, CD002006 [cit. 2015-11-14]. ISSN 1469493X.

HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, s. 538. ISBN 978-80-247-4529-9.

HILLEBRENNER, J. et al., 2001. *Erste klinische Erfahrungen bei Erstgebärenden mit einem neuartigen Geburtstrainer Epi-no*. Zeitschrift Für Geburtshilfe Und Neonatologie [online]. vol. 205, iss. 1, s. 12–19. [cit. 2015-11-11]. ISSN 09482393. Dostupné z: EBSCOhost.

INDROVÁ, D., 2013. *Diagnostika a ošetření poporodního traumatu análního sfinkteru (OASIS)*. Praktická gynekologie, roč. 17, č. 3, s. 259-261. ISSN: 1211-6645.

INDROVÁ, D., FAIT, T., 2013. *Mediolaterální epiziotomie vpravo, či vlevo?* Praktická gynekologie, roč. 17, č. 2, s. 121-122. ISSN: 1211-6645.

JÖNSSON, E. R. et al., 2008. *Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial*. Obstetrics And Gynecology [online]. vol. 112, iss. 2, 212-217 [cit. 2015-11-12]. ISSN 00297844. Dostupné z: EBSCOhost.

KALIŠ, V. et al., 2005. *Délka hráze a porodní poranění*. Česká gynekologie, roč. 70, č. 5, s. 355-361. ISSN: 1210-7832.

KALIŠ, V. et al., 2007. *Poloha matky při porodu a poranění perinea*. Česká gynekologie, roč. 70, č. 1, s. 30-36. ISSN 1210-7832.

KALIŠ, V. et al., 2010. *Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně*. Česká gynekologie, roč. 75, č. 4, s. 284-291. ISSN: 1210-7832.

KAŠÍKOVÁ, E., 2012. *Vaginální porod a pánevní trauma*. Postgraduální medicína, roč. 14, č. 3, s. 274-277. ISSN: 1212-4184.

- KOTÁSEK, A. In HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, s. 538. ISBN 978-80-247-4529-9.
- KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, s. 136. ISBN: 978-80-7387-624-1.
- KRČMÁŘ, M., 2014. *Vliv těhotenství a porodu na rozvoj inkontinence moči*. Postgraduální medicína, roč. 16, č. 5, s. 502-505. ISSN: 1212-4184.
- KROFTA, L. et al., 2009. *Pubococcygeus - puborectalis trauma after forceps delivery: evaluation of the levator ani muscle with 3D/4D ultrasound*. International Urogynecology Journal And Pelvic Floor Dysfunction [online]. vol. 20, iss. 10, s. 1175–1181. [cit. 2015-11-05]. ISSN: 1433-3023. Dostupné z: EBSCOhost.
- LAVY, Y. et al., 2012. *Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented?* International Urogynecology Journal [online]. vol. 23, iss. 2, s. 165–173. [cit. 2015-11-02]. ISSN 09373462. Dostupné z: EBSCOhost.
- LIEN, K. et al., 2004. *Levator Ani Muscle Stretch Induced by Simulated Vaginal Birth*. Obstetrics & Gynecology [online]. vol. 103, iss. 1, s. 31-40. [cit. 2015-10-26]. ISSN 00297844. Dostupné z: EBSCOhost.
- LIEN, K. et al., 2005. *Pudendal nerve stretch during vaginal birth: A 3D computer simulation*. American Journal Of Obstetrics And Gynecology [online]. vol. 192, iss. 5, s. 1669-1676. [cit. 2015-10-25]. ISSN 00029378. Dostupné z: EBSCOhost.
- MARYŠKOVÁ, A., 2010. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. Sestra, roč. 20, č. 3, s. 80-81. ISSN: 1210-0404.
- MICHALEC, I. et al., 2015. *Rizikové faktory poškození svalů pánevního dna v souvislosti s vaginálním porodem*. Česká gynekologie, roč. 80, č. 1, s. 11-15. ISSN: 1210-7832.

MZČR. 2010. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. [cit. 2016-2-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-9078_3076_3.html

NOVÁKOVÁ, E., 2010. *Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence*. Sestra, roč. 20, č. 4, s. 44-46. ISSN: 1210-0404.

OPARA, J., 2011. *Physiotherapy in stress urinary incontinence in females Part I. Contemporary recommendations for Kegel exercises (PFME)*. Physiotherapy / Fizjoterapia [online]. vol. 19, iss. 3, s. 41-49 [cit. 2015-11-12]. ISSN 12308323. Dostupné z: EBSCOhost.

OTČENÁŠEK, M., 2009. *Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu*. Moderní babictví, roč. 2009, č. 17, s. 24-27. ISSN 1214-5572.

ROGERS, R. G., ABED H., FENNER, D. E., 2006. *Current diagnosis and treatment algorithms for anal incontinence*. BJU International [online]. vol. 98, iss. 1, s. 97-106. [cit. 2015-11-03]. ISSN 14644096. Dostupné z: EBSCOhost.

RORTVEIT, G., HUNSKAAR, S., 2006. *Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian HUNT/EPINCONT study*. American Journal Of Obstetrics And Gynecology [online]. vol. 195, iss. 2, s. 433-438. [cit. 2015-11-02]. ISSN 10976868. Dostupné z: EBSCOhost.

ROZTOČIL, A. et al., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, s. 405. ISBN 978-80-247-1941-2.

RUŠAVÝ, Z. et al., 2014. *Ritgenův manévr a jeho modifikace*. Česká gynekologie, roč. 79, č. 1, s. 64-67. ISSN: 1210-7832.

SHEK, K. L., DIETZ, H. P., 2010. *Intrapartum risk factors for levator trauma*. BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology [online]. vol. 117, iss. 12, s. 1485-1492. [cit. 2015-11-03]. ISSN 14710528. Dostupné z: EBSCOhost.

SHEK, K. L., DIETZ, H. P., CLARKE, B., 2004. *Biometry of the puborectalis muscle and levator hiatus by 3D pelvic floor ultrasound*. *Neurourology And Urodynamics* [online]. vol. 23, iss. 1, s. 577–578. [cit. 2015-10-26]. ISSN 15206777. Dostupné z: EBSCOhost.

SCHAUB, A. F. et al., 2008. *Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation*. *Journal Of Perinatal Medicine* [online]. vol. 36, iss. 2, s. 129-135 [cit. 2015-11-13]. ISSN 03005577. Dostupné z: EBSCOhost.

SMITH, L. et al., 2013. *Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study*. *Pregnancy and Childbirth* [online]. vol. 13, iss. 3, s. 51-60 [cit. 2015-11-13]. ISSN 14712393. Dostupné z: EBSCOhost.

STAMP, G., KRUZINS, G., CROWTHER, C., 2001. *Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial*. *BMJ (Clinical Research Ed.)* [online]. vol. 322, iss. 7297, 1277–1280. [cit. 2015-11-13]. ISSN 09598138. Dostupné z: EBSCOhost.

STEPHEN, K., MUNOZ, S., CUMMING, G., 2014. *The use of apps to support Pelvic Floor Muscle Exercise*. *International Journal of Integrated Care (IJIC)* [online]. vol. 14, iss. 1, s. 172-173 [cit. 2015-11-12]. ISSN 15684156. Dostupné z: EBSCOhost.

SVABÍK, K., SHEK, K. L., DIETZ, H. P., 2009. *How much does the levator hiatus have to stretch during childbirth?* *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology* [online]. vol. 116, iss. 12, s. 1657–1662. [cit. 2015-10-26]. ISSN 14710528. Dostupné z: EBSCOhost.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s. 384. ISBN 978-80-7367-313-0.

VOLLØYHAUG, I., MØRKVED, S., SALVESEN, K., 2016. *Association between pelvic floor muscle trauma and pelvic organ prolapse 20 years after*

delivery. International Urogynecology Journal [online]. vol. 27, iss. 1, s. 39-45. [cit. 2016-01-26]. ISSN 09373462. Dostupné z: EBSCOhost.

VURM, V., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, s. 125. ISBN 978-80-7254-997-9.

YENIEL, A. et al., 2013. *How do delivery mode and parity affect pelvic organ prolapse?* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica [online]. vol. 92, iss. 7, s. 847-851 [cit. 2015-11-26]. ISSN 00016349. Dostupné z: EBSCOhost.

ZÁHUMENSKÝ, J., KALIŠ, V., 2013. 32. *Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze – doporučený postup*. Česká gynekologie [online]. roč. 78, Supplementum, s. 61. [cit. 2015-10-22]. ISSN: 1210-7832. Dostupné z: http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucenepostupy/CG_Supplementum%20final.pdf

ZEMANOVÁ, H., 2013. *Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené*. Praktická gynekologie, roč. 17, č. 1, s. 93-95. ISSN: 1211-6645.

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Otázky rozhovoru s respondentkami

Příloha 2 - Formulář informovaného souhlasu s využitím výzkumného rozhovoru

Příloha 3 - Ukázka kódování

Příloha 4 - Seznam tabulek a schémat

Příloha 1 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Zdroj: vlastní

1. ODDÍL: VŠEOBECNÉ INFORMACE

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jakou profesi vykonáváte?
4. Kolikrát jste rodila a v jakých letech?

2. ODDÍL: OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE VAŠEHO POSLEDNÍHO PORODU

1. Prosím popište Váš poslední porod
2. Jak rozumíte pojmu porodní poranění?
3. Došlo během Vašeho porodu k porodnímu poranění? V případě, že ano, konkretizujte prosím toto poranění.
4. Jakým způsobem jste se během Vašeho těhotenství připravovala na porod?
5. Jaké informace jste se dozvěděla o porodním poranění?
6. Jaké informace o porodním poranění Vám chyběly?
7. Jaké informace jste se dozvěděla o metodách prevence porodního poranění během přípravy na porod?
8. Jaké informace o možnostech prevence porodního poranění Vám chyběly?
9. Použila jste některou z metod prevence porodního poranění? V případě, že ano, specifikujte prosím konkrétní využitou metodu. V případě, že jste žádnou metodu prevence porodního poranění nevyužila, prosím zdůvodněte toto Vaše rozhodnutí.
10. Jak byste souhrnně hodnotila informace, které jste o problematice porodního poranění a její prevenci dostala od porodní asistentky.

Příloha 2 – Formulář informovaného souhlasu s využitím výzkumného rozhovoru

Zdroj: vlastní

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

Vážená respondentko,

jmenuji se Marie Smolková a studuji třetí ročník bakalářského studijního programu Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Prevence porodního poranění v oblasti perinea. Cílem této práce je zjistit jaké mají ženy před porodem informace o porodním poranění, jaké znají metody prevence porodního poranění a zda nějaké využívají. V neposlední řadě je záměrem zjistit, jaké informace o porodních poraněních a jejich prevenci očekávají ženy od porodních asistentek.

Rozhovor, který s Vámi bude veden a zaznamenáván, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu. Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem.

Tímto bych Vás chtěla požádat o souhlas s poskytnutím rozhovoru za účelem sběru dat pro výzkumnou část bakalářské práce.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru.

V dne

.....

Podpis respondentky

.....

Podpis studentky

Příloha 3 – Ukázka kódování

Zdroj: vlastní

- 33 7. Jaké informace jste se dozvěděla o metodách prevence porodního
34 poranění během přípravy na porod? ZDROJ: INFO
- 35 Dozvěděla jsem se od své gynekoložky o možnosti masáží hráze, čajů z maliníku
36 vývaru z lněných semínek. Od své kamarádky o tréninkovém balónku Epi-no a Aniball. METODY PPP
- 37 Na plavání trochu o cvičení pánevního dna.
- 38 8. Jaké informace o možnostech prevence porodního poranění Vám chyběly?
- 39 Žádné informace mi podle mě nechyběly. CELKOVÁ INFORMOVANOST O PPP
- 40 9. Použila jste některou z metod prevence porodního poranění? V případě, že ano,
41 specifikujte prosím konkrétní využitou metodu. POUŽÍVANÁ PPP
- 42 Použila jsem Aniball, dozvěděla jsem se o něm od kamarádky, četla si recenze
43 na internetu. Velmi mi však nevyhovoval. Použila jsem ho asi jen 3 - 4 x. Měla jsem
44 problémy už se zavedením balónku do pochvy. Po každém použití jsem slabě krvácela. PROBLÉMY BĚHEM PPP
- 45 Šlo pouze o krvácení z křehkých sliznic, pokaždé mě to však vylekalo a proto jsem se
46 rozhodla, že mi to za to trápení a stres nestojí. Po porodu jsem si sama řkala,
47 že poranění ani šití nebylo zdaleka tak velký problém a opravdu nemělo smysl se
48 Anibalem stresovat. Taky jsem pila čaj z maliníku a vývar z lněných semínek. POUŽÍVANÁ PPP
- 49 Co se týče prevence - čaj z maliníku, vývar z lněných semínek, masáž hráze, cvičení
50 pánevního dna - to vše bych používala znovu. Aniball bych znovu nepoužívala. Už jsem
51 ho prodala, možná unáhleně, možná by šel teď - po jednom porodu už zavádět lépe,
52 ale já jsem se po každém tom krvácení stresovala a to by bylo asi znovu. HODNOCENÍ PPP
- 53 10. Jak byste souhrnně hodnotila informace, které jste o problematice porodního
54 poranění a její prevenci dostala od porodní asistentky.
- 55 Na kurzu mě překvapilo, že jsme žádnou informaci o Epi-no ani Aniballu nedostali. HODNOCENÍ PPP ANIBALL
- 56 Cíleně jsem se proto na tyto pomůcky zeptala, lékař je komentoval pozitivně. Pro mě
57 však tyto pomůcky vhodné nejsou. Proto mám pocit, že pro sebe jsem dostala INFORMOVANOST O PPP
- 58 dostatečné informace.

Příloha 4 – Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1 Identifikační údaje	46
Tabulka 2 Prodělaná porodní poranění	49
Tabulka 3 Používaná prevence porodního poranění	57
Schéma 1: Kategorie a podkategorie	48
Schéma 2 Diskomfort v souvislosti s porodním poraněním	51
Schéma 3 Péče o porodní poranění	52
Schéma 4 Informovanost o porodním poraněním	53
Schéma 5 Zdroje informací o porodním poraněním	55
Schéma 6 Povědomí o metodách prevence porodního poranění	59
Schéma 7 Názory na prevenci porodního poranění	61
Schéma 8 Informovanost o prevenci porodního poranění	63
Schéma 9 Zdroje informací o prevenci porodního poranění	64