



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Porodní poranění z pohledu porodní asistentky

Vypracovala: Barbora Kofroňová
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2015



Abstrakt

Porodní poranění jsou způsobena tlakem velkých částí plodu, hlavičky nebo konce pánevního, na porodní cesty. Mohou vzniknout jak při porodu fyziologickém, tak i komplikovaném. Poranění různého druhu se vyskytují v průběhu celého porodního kanálu a to nejen na vnitřních a zevních rodidlech, ale také na přilehlých orgánech jako jsou konečník, močový měchýř a pánevní pletenec. Nejčastějšími porodními poraněními jsou ruptury perinea, ale také cílené chirurgické nastřížení perinea (episiotomie), které se provádí v závěru druhé doby porodní. Epiziotomií se vytvoří dostatečný prostor pro rychlejší prostup hlavičky při samovolném porodu. Důvody pro epiziotomii jsou různé, ale mají svá opodstatnění u operačních vaginálně vedených porodů, velkých plodů, nebo nepoddajné hrázi, kdy hrozí ruptury třetího a čtvrtého stupně. Poporodní stav rodičky má vliv na její psychiku, schopnost pečovat o novorozence a může ovlivnit i její přístup k dalším porodům. Proto je toto téma v současné době pro porodní asistentky jedno z nejdiskutovanějších.

V teoretické části jsou popisována porodní poranění vzniklá v průběhu porodu spontánně nebo instrumentálně. Dále je popsána prevence, kterou mohou porodní asistentky nabízet těhotným ženám, aby zamezily nebo zmírnily dopad porodních poranění. A také edukace v péči o porodní poranění.

Výzkumná část této bakalářské práce se týká názorů porodních asistentek na metody prevence porodních poranění, jejich názory na epiziotomii při porodu a také na metody a způsob edukace rodiček v péči o porodní poranění. Výzkumný soubor tvořily porodní asistentky z Jihočeského kraje pracující na porodnickém oddělení v nemocnicích a dvě soukromé porodní asistentky z Jihočeského kraje. Do výzkumného souboru byly zařazeny respondentky s různým typem vzdělání a způsobem vykonávání praxe.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem porodní asistentky nahlíží na vznik porodních poranění. Na základě tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem porodní asistentky předcházejí porodním poraněním u rodiček?



2. Jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení episiotomie u rodiček?

3. Jakým způsobem edukují porodní asistentky v péči o porodní poranění u rodiček?

Bylo využito kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory byly následně zpracovány metodou obsahové analýzy. Účast na výzkumu byla naprosto dobrovolná. Informovaný souhlas od všech porodních asistentek byl získán ústně. Všechny oslovené porodní asistentky souhlasily s účastí při rozhovorech a byly také informovány o naprosté anonymitě prováděných rozhovorů. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon se souhlasem porodních asistentek. Z hlasového záznamu byly následně všechny rozhovory doslovně přepsány. Poté byly upraveny do spisovné češtiny.

Pro lepší přehlednost této práce byly výsledky výzkumu zpracovány dvěma kategoriemi.

První kategorie byla rozdělena do 10 podkategorií, druhá kategorie byla rozdělena do 5 podkategorií a pro každou podkategorii byly dále sestaveny přehledná schémata. Pro popis každé podkategorie byly použity přímé citace porodních asistentek, získané při provedených rozhovorech. První otázky na porodní asistentky byly identifikační. Další otázky již byly zaměřeny na prevenci porodních poranění, episiotomii a edukaci v péči o porodní poranění. Poslední otázka pro porodní asistentky byla vedena k doplnění zjištěných informací, které byly následně při zpracování zařazeny pod jednotlivé otázky rozhovoru, aby byly lépe zpracovatelné.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky znají velmi dobře prevenci porodního poranění a jsou jí pozitivně nakloněny. Ve výzkumném šetření se ukázalo, že v případech provedení episiotomie je vidět určitá snaha vyhovět přáním rodičky a provést ji pouze v odůvodněných případech. Dále se zjistilo, že porodní asistentky mají nedostatky v edukaci rodiček ohledně péče o porodní poranění a převážně doporučují pouze léty ověřená doporučení a o alternativní možnosti péče se zajímají pouze minimálně.

Práce může být využita při přednáškách celoživotního vzdělávání zaměřených na odbornou i laickou veřejnost

Klíčová slova: porodní asistentky, prevence porodních poranění, episiotomie,



edukace péče o porodní poranění

Abstract

Birth injuries to the mother are caused by the pressure of the head, bottom or other parts of the foetus within the birth canal and occur during physiological as well as complicated childbirth. Injuries of various kinds affect the whole birth canal, i.e. internal and external genitals, and also adjacent organs such as the rectum, urinary bladder and pelvic girdle. The most frequent birth injuries to the mother are ruptures of perineum and surgical incision during the second stage of labour. Episiotomy is done to quickly enlarge the opening for the baby to pass through during spontaneous childbirth. Reasons for episiotomy are various. It is justified if the foetus is very large, vaginal surgery is required or if there is a risk of third- and fourth-degree tearing. Since the post-childbirth condition of the mother influences her mental state as well as her attitude to childbirth as such, this topic is widely discussed among midwives at the time being.

The theoretical section of the thesis describes both spontaneous and surgically induced birth injuries as well as preventive measures that may be offered by midwives to pregnant women in order to prevent the injuries or to mitigate their consequences. An educational part in relation to birth injuries treatment is also included.

The research part explores opinions of midwives with respect to preventive methods, episiotomy during childbirth and education of mothers-to-be with regarding the birth injuries treatment. The sample consists of midwives in the Southern Bohemia region, who work in hospitals, and two private midwives from the same region. Respondents with various types of education and practice were included in the sample.

The goal of this bachelor's thesis is to find out how midwives view the issue of birth injuries. For this purpose three research questions were formulated:

1. How do midwives prevent birth injuries to mothers?
2. What is midwives' attitude toward episiotomy done to women in labour?
3. How do midwives educate mothers about the care required by birth injuries?



Responses to these questions were obtained during semi-structured interviews.

Processing was done by means of a qualitative method. Semi-structured interviews with midwives were subsequently processed by the content analysis method.

Participation in the research was voluntary; the oral informed consent of all midwives was obtained. All addressed midwives agreed to participate in the interview and were informed about its anonymous character. Interviews were recorded, transcribed, Verbatim and subsequently grammatically corrected. For the purpose of the thesis research results were organized in two categories. Each category has an undercategory. 1.category has 10 undercategory and 2.category has a 5 undercategory. Each undercategory were organized in charts. Individual interviews were numbered. In describing individual questions, midwives responses were quoted. Initial questions of the interview served the purpose of identification. Subsequently they focused on the topics such as prevention of birth injuries, episiotomy and injury treatment education. The final question was asked just in order to obtain additional information that would allow for better processing of the interview.

The research shows that midwives are well familiar with prevention of childbirth injuries to the mother and view it very positively. As far as episiotomy is concerned, they try to comply with requests of women in labour and to use it only in justified cases. Midwives have some shortcomings in educating mothers about treatment of birth injuries. As a rule, they primarily recommend proven methods and their interest in alternative care is minimal.

The thesis may be used for lifelong educational lectures provided to both professionals and non-professionals.

Keywords: Midwives, prevention of birth injuries, episiotomy, injury treatment
edukation



Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové 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.

Barbora Kofroňová

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)



Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení mé bakalářské práce za její čas, cenné rady a ochotu pomoci. Dále děkuji mé dceři a nejbližší rodině za podporu a trpělivost během mého studia i v průběhu zpracování bakalářské práce a v neposlední řadě i mým kolegyním, které se podílely na zpracování výzkumné části.

Obsah

1	Současný stav	11
1.1	Trhliny vulvy a hráze	11
1.2	Epiziotomie	12
1.2.1	Způsob provedení epiziotomie	13
1.2.2	Druhy epiziotomie	14
1.2.3	Komplikace epiziotomie	15
1.2.4	Ošetření porodních poranění	15
1.3	Poranění pochvy	17
1.4	Poranění děložního hrdla	18
1.5	Trhliny těla děložního	19
1.6	Poranění pánve	20
1.7	Porodní asistentky v prevenci porodních poranění	21
1.8	Ošetřovatelská péče o porodní poranění	25
1.9	Fyzická námaha a cvičení v šestinedělí	28
2	Cíl práce a výzkumné otázky	30
2.1	Cíl práce	30
2.2	Výzkumné otázky	30
3	Metodika výzkumu, technika práce	31
3.1	Charakteristika zkoumaného souboru	32
4	Výsledky	34
4.1	Rozhovory s porodními asistentkami	34
5	Diskuze	50
6	Závěr	58
7	Seznam informačních zdrojů	60
8	Přílohy	62

Seznam použitých zkratek

- PA – porodní asistentky
srov. - srovnáváno
s. - strana
roč. - ročník
t.t. – týden těhotenství
VŠ.Mgr. – vysoká škola, magisterské vzdělání
VŠ.Bc. – vysoká škola, bakalářské vzdělání
SŠsM – střední škola s maturitou
OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná

Úvod

Jako téma této bakalářské práce jsem si zvolila „Porodní poranění z pohledu porodní asistentky“.

Jednou z diskutovaných problematik je v současné době mezi porodními asistentkami prevence porodních poranění, epiziotomie a jejich následné hojení.

O prevenci vzniklého porodního poranění se v současné době zajímá stále více těhotných žen. Často přicházejí k porodu s vypracovaným porodním plánem, kde uvádějí, že chtějí родit přirozeně bez „nástřihu“, protože se na porod cíleně připravovaly. V neposlední řadě se zajímají i o alternativní metody následného hojení vzniklých poranění.

Toto téma bakalářské práce z pohledu porodní asistentky mě zaujalo, protože pracuji na porodním sále, kde problematiku porodnických poranění, epiziotomií řešíme dnes a denně. Chtěla jsem tedy prostřednictvím mé bakalářské práce podrobně prostudovat a zjistit jaký názor, zkušenosti na toto téma mají mé kolegyně.

Předpokládám, že výsledky mé bakalářské práce by mohly být využity jako studijní materiál při přednáškách celoživotního vzdělávání zaměřené na odbornou i laickou veřejnost.

1 Současný stav

Většina porodních poranění vzniká na měkkých částech porodního kanálu při disproporcích plodu a pánve, při nepravidelném naléhání plodu, nebo při nevhodně vedeném porodu. Charakter porodních poranění je ovlivněn rovněž rigiditou dolního děložního segmentu, pochvy a hráze (Štomerová, 2010). Porodní poranění jsou způsobeny tlakem velkých částí plodu, hlavičky nebo konce pánevního na porodní cesty. Poranění mohou vzniknout jak při porodu fyziologickém, tak i komplikovaném. Poranění různého druhu se vyskytují v průběhu celého porodního kanálu a to nejen na vnitřních a zevních rodidlech, ale také na přilehlých orgánech jako jsou konečník, močový měchýř a pánevní pletenec. K příčinám patří, makrosomie plodu, překotný porod, abnormální rotace plodu a deflexní polohy plodu, časté kolpitydy, jizevnaté změny po předchozích porodech, ale velký vliv má také věk rodičky (Čech, Hájek, 2006).

Neošetřená nebo špatně ošetřená poranění mohou být příčinou velkých krevních ztrát a pozdějších anatomických a funkčních poruch. Poporodní stav rodičky má vliv na schopnost pečovat o novorozence, její psychiku a může ovlivnit i její přístup k dalším porodům (Roztočil, 2008).

1.1 Trhliny vulvy a hráze

Nejběžnější jsou porodní poranění, kdy dochází k roztržení jednotlivých struktur na lábiích a hrázi. Na vulvě vidáme pouze drobné trhlinky na kůži malých stydkých pysků, které obvykle není třeba ošetřovat. Poněkud silnější krvácení vyžadující ošetření bývá z ruptur u klitoris, kolem kavernózního tělesa. Někdy se na vulvě z poměrně malých ruptur vytváří mohutný hematom sahající do velkého stydkého pysku, který se rozšiřuje do řídkého vaziva v okolí (Čech, Hájek 2006). Ruptury hráze jsou nejčastějším poraněním za porodu, zasahují často i do přilehlé části pochvy, svalstva pánevního dna a konečníku. Při pohledu na vulvu můžeme vidět zevně krvácející ránu. Mezi atypické trhliny hráze patří latentní trhlina, kdy se roztrhne svalstvo hráze při zachovalém kožním krytu a intaktní sliznici poševní. U kapsovitě trhliny dochází k ruptuře poševní

stěny při intaktní kůži na hrázi (Roztočil, 2008). Jednou z hlavních příčin trhlin hráze, bývá špatné chránění hráze porodníkem, předčasná deflexe hlavičky, příliš rychlý vstup hlavičky, který nedovolí hrázi přizpůsobit se, křehká hráz po proběhlém zánětu nebo jde o vrozeně chabou nepoddajnost hráze (Čech, Hájek, 2006). Ruptury vidáme častěji u plodů s větší hmotností, při prodloužené druhé době porodní, u primipar nebo po extrakčně vedených vaginálních porodech, po mediální epiziotomii, nebo u dystokie ramének plodu (Doležal, 2007). „Před zahájením ošetření porodního poranění je indikováno bidigitální vyšetření. Ukazovák pravé ruky je zaveden do rekta a palcem ruky je palpačně zhodnocen a popř. vizualizován stav análního svěrače. (Záhumenský, Kališ, 2013, s. 61)“.

Podle toho, které vrstvy hráze jsou poraněny, rozdělujeme trhliny do čtyř stupňů:

1. stupeň: poraněna je pouze kůže hráze, ruptura pochvy sahá jen po svalstvo diaphragma urogenitale.
2. stupeň: kromě kůže, podkoží a poševní sliznice je roztržena fascie a svalstvo. Trhlina sahá až ke svěrači, který však není poraněn.
3. stupeň: ruptura postihuje kromě výše zmíněných struktur i poranění rekta
 - 3a méně než 50 % síly zevního análního svěrače (EAS)
 - 3b více než 50 % síly EAS
 - 3c ruptura vnitřního análního svěrače (IAS)
4. stupně – ruptura EAS a IAS a mukózy střeva

Každá trhlina hráze by měla být co nejdříve chirurgicky ošetřena. Sutura hráze provádíme ihned po porodu placenty v místní anestézii. Při ošetření trhliny dbáme na to, aby tkáň byly přesně k sobě sešity. Správná adaptace kůže je podmínkou dobrého zhojení rány. Při trhlinách 3. a 4. stupně musí být provedena exaktní sutura stěny rekta jemným vstřebatelným šicím materiálem.

1.2 Epiziotomie

Epiziotomie je chirurgické nastřížení perinea, kožní a svalové tkáň mezi pochvou a konečníkem. Epiziotomii můžeme označit jako nejčastěji prováděný chirurgický zákrok v závěru druhé doby porodní (až v 90 % porodů), konkrétní údaje se

mohou mezi jednotlivými zařízeními lišit. Jejím cílem je zvětšení vaginálního vstupu (Evans 1997 s. 343, Maryšková, 2010, s. 80-81, Mikulandová, 2004. s. 160).

První nástřih hráze byl zdokumentován v polovině 18. století. Během 19. století byla porodníky obecně přijata a postupně zavedena do porodnické praxe (in Nahlik, www.edoc.hu-berlin.de [online] [2011-03-30]). Ve 20. století, kdy se porody přesunuly do nemocnic, se stala součástí většiny vaginálních porodů (Goldgerg, Sultana, 2004, s. 12) nejen ve světě, ale i u nás. Doležal (2007) uvádí, že epiziotomie byla pokládána za součást lékařsky vedeného porodu, její výhoda měla spočívat v urychlení porodu, uchránění hráze a konečníku od nepravidelných poranění. Měla být ochranou proti prolapsu dělohy a poranění močové trubice. Řada následných výzkumů tyto předpoklady zpochybnila, ale ani nepodala přesvědčivé důkazy o tom, že porod bez epiziotomie má v tomto směru lepší prognózu (Doležal., 2007, s. 36). Soustředováním porodů do nemocnic počet epiziotomií přibýval. V současné době pozorujeme mírný odklon, protože epiziotomie neodvrátí případné další poranění pánevního dna. Podle Maryškové (2010) musíme myslet na to, že při provedení epiziotomie jsou protnuty procházející cévy a nervy v oblasti hráze na rozdíl od ruptury, která nejčastěji probíhá, pokud není rozsáhlá podél nervových a cévních pletení.

Epiziotomie je však nedílnou součástí vaginálních operací, při klešťových porodech, vakuumextrakci, operací v souvislosti s porodem plodu v poloze koncem pánevním, s dystokií ramének a s porodem velkého plodu. Další indikace k epiziotomii je, pokud rodička není schopná usměrnit intenzitu tlačení, pokud se dítě rodí předčasně a hrozí poranění hlavičky, nebo také u anatomicky nepoddajných a vysokých hrází (Doležal, 2007, s. 376).

1.2.1 Způsob provedení epiziotomie

Epiziotomii provádíme na úplném konci II. doby porodní. „Celý výkon je poměrně rychlý a netrvá déle než několik vteřin (Mikulandová, 2004, s.160)“. Dle Doležala (2004) ji provádíme vždy v lokálním znecitlivění. Výhodou při provedení epiziotomie je epidurální anestezie. Pokud není dostupná, provedeme pudendální blok nejlépe na obou stranách, navíc připojíme infiltraci hráze v místě předpokládaného řezu

nebo nástřihu. Cílem je zasáhnout nervus pudendalis. „Do pochvy zavedeme na levé straně rodičky ukazovák a prostředník levé ruky, palcem v opozici zevně vyhmatáme hrbol sedací kosti, prsty tkáň stiskneme, čímž se omezí bolestivost lokálního vpichu. Do oblasti cca 1cm pod spina ischiadica, kde předpokládáme lokalizaci nervu pudendi, vpíchneme jehlu a aspirujeme. Mírně jehlu povytáhneme a pozvolna aplikujeme cca 20 ml 1% Mesocainu (Doležal, 2007, s. 39)“. Epiziotomii však lze provést i bez znecitlivění při rozvinuté hrázi. Při prořezávání hlavičky ji levou rukou přidržujeme ve flexi, ve chvíli, kdy se hráz maximálně vyklene, zavedeme ukazovák a prostředník levé ruky mezi hlavičku a pochvu a na vrcholu kontrakce provedeme epiziotomii. Pokud by se nástřih udělal mimo kontrakci, je tento výkon velice bolestivý. Nástřih lze provádět speciálními nůžkami. Jeden hrot nůžek na nástřih hráze je kulatý a tím pádem chrání hráz před nežádoucím poraněním. Tyto nůžky jsou zároveň citlivé k hlavičce plodu. Vždy používáme ostré nůžky a nestříháme několikrát. Nůžky, kterými jsme provedli epiziotomii bychom neměli používat na stříhání pupečníku (Doležal, 2007, s. 376, Mikulandová, 2007, s. 136).

1.2.2 Druhy a výhody epiziotomie

Rozlišujeme epiziotomii mediální, laterální a mediolaterální výjimečně se provádí Schuchardův řez . Mediální epiziotomie se provádí v délce 2-3cm uprostřed rozvinuté hráze a končí u svěrače řitního. Prochází centrem tendineumem, kde je menší cévní zásobenění. Její výhodou je snadné ošetření, které méně krvácí, lépe se šije a hojí. Setkáváme se i názorem, že má méně pozdějších dyspareunických komplikací. Jako nevýhodu vidíme riziko rozšíření epiziotomie až na svěrač řitní, takže hrozí ruptura III. stupně. Laterální epiziotomii provádíme 2 cm nad introitem, v úhlu 45° ve směru k hrbolům kostí sedacích. Pokud předpokládáme větší plod, nebo klešťový porod volíme rozsah epiziotomie větší. Epiziotomie laterální vytváří dostatečný prostor pro rychlejší prostup hlavičky při samovolném porodu a při vaginálních operacích. Má své opodstatnění i při dystokii ramének. Výhody laterální epiziotomie jsou spojené také s hojením v období šestinedělí, kdy odcházející očišťky jdou mimo ránu. Při mediolaterální epiziotomii nástřih začíná ve střední čáře poševního introitu a dále je

veden šikmo směrem k sedacímu hrbole v délce asi 3 cm (Kališ 2005, s. 411, Roztočil, 2008, s. 408) viz. Příloha 1

1.2.3 Komplikace epiziotomie

Komplikace spojené s epiziotomií, můžeme rozdělit na bezprostřední, časné, sekundární a pozdní. Mezi bezprostřední komplikace řadíme krvácení z perineálních a vaginálních cév o větším průsvitu, nadměrnou bolestivost u rodiček s nižším prahem bolesti a trhliny pochvy, perinea a eventuelní poškození análního svěrače a stěny střevní. Časnou komplikací je hematoma, způsobený nezastaveným nebo následným krvácením z poraněných cév, při této komplikaci je nutné okamžitě zrevidovat epiziotomii a zastavit krvácení. Poté na zmírnění bolestivosti je vhodné přikládat ledové obklady. Sekundární komplikací je infekce sutury, způsobená sekundární infekcí hematomu nebo neléčenou kolpítidou. Léčbou je včasná drenáž sutury, při febrilním průběhu s aplikací antibiotik. Další sekundární komplikací je dehiscence, která může být výsledkem špatného primárního ošetření epiziotomie, nebo jako výsledek rozsáhlejšího hematomu či infektu rány. Resutura se provádí až po odstranění příčiny a dokonalém vyčištění spodiny, které může trvat několik dní (Čech, Hájek 2007, s. 488). „Do pozdních komplikací patří vznik keloidní bolestivé jizvy, inkluzních cyst, vaginoperineální fistuly, morfologické změny vulvy (zející poševní introitus, asymetrie rýhy, chronický fluor). Následkem těchto komplikací mohou ženy trpět genitálním dyskomfortem a dyspareunií (Roztočil, 2008, s.324)“.

1.2.4 Ošetření epiziotomie a ruptury perinea

Každé poranění perinea, ať už se jedná o epiziotomii nebo ruptury perinea by mělo být ošetřeno a předpokladem hojení je správné ošetření za aseptických kautel s přesnou adaptací a přiložením okrajů (Čech, Hájek, 2006 str.155) . Podle vyhlášky 55/2011 Sb. konkrétně § 5 je porodní asistentka kompetentní k ošetření porodního poranění, i když v současné době ve většině porodnic ošetření porodních poranění spadá do práce lékařů. V zahraničí, však probíhají diskuze mezi porodními asistentkami, zda šít poranění do velikosti ruptury druhého stupně, které nekrvácí. Protože, podle

některých porodních asistentek se porodní poranění zhojí lépe samo. Shodují se na tom, že vše závisí na okolnostech a zázemí, které žena kolem sebe má a doporučují informovat ženu o rozsahu a charakteru poranění a nechat rozhodnutí o ošetření porodního poranění na ní (Štomerová, 2010, s.205-206).

Po porodu placenty se v gynekologické poloze, provede se široká desinfekce rodidel a za aseptických podmínek se zkontrolují ve vaginálních zrcadlech porodní cesty a perineum. Nejdříve se zkontroluje děložní čípek, pochva, labia, klitoris a hráz. K ošetření se používají vstřebatelné stehy a šije se buď jednotlivým, nebo pokračujícím stehem. Perineum se v případě potřeby šití znecitliví anestetikem, nejčastěji 5 - 10ml 1% Mesocainu, do pochvy se zavede velký tampon, který pohlcuje odcházející krev a tím zpřehledňuje ošetřujícímu šití. Tampon také vlivem tlaku na okolní kapiláry staví krvácení. Při nekomplikované epiziotomii se začíná šít od horního pólu poševní sliznice s podslizničními tkáněmi až po okraj hymenu. Potom se sešívají poškozené svaly perinea, v další vrstvě podkožní vazivo a na závěr kůže. Dbáme na to, aby byly k sobě pečlivě sešity tkáně podle jejich anatomie. Při větší ruptuře je potřeba sešít zejména hlubší svaly pánevního dna (pars pubica musculus levator ani a musculus bulbocavernosi), aby se perineum dobře hojilo. Malé trhlinky a ruptury I. stupně pokud nekrvácí často není potřeba ani šít, obvykle je stačí zasypat například Traumacelem.(Zwinger, 2004, s. 316 a srov. Čech, 2006, s. 488).

Sutura ruptury 3a se provádí metodou end to end. Dvěma stehy jsou zachycena roztržená vlákna zevního análního sfinkteru (EAS) a aproximována. U sutur perinea 3b a větších je v současnosti rovnocenně používána end to end aproximace i overlapping sfinkteroplastika. Sutura ruptury 3c vnitřního análního sfinkteru (IAS) se šije samostatně jednotlivými cca dvěma tzv. adaptačními stehy metodou end to end užitím nejlépe monofilantního stehu (3-0 PDS Ethicon). U ruptur 4 stupně se sliznice rekta šije jednotlivými stehy absorbovatelného pleteného stehu (3-0 vicryl Ethicon) s uzly vázanými v anální lumen nebo pokračovacím submukózním stehem. Na závěr každého poporodního vyšetření musí být provedena kontrola digitálně per rektum, zvláště u větších poranění a ošetřující lékař, nebo porodní asistentka seznámí rodičku s rozsahem porodního poranění, dále pak rodičku edukují o základech péče o porodní poranění.

Vhodná je včasná rehabilitace svalů dna pánevního, včetně poučení rodičky o Kegellových cvicích. V případě symptomů anální inkontinence je indikované UZ zhodnocení stavu svěrače a zvážení chirurgického řešení (Záhumenský, Kališ 2013, s. 61).

1.3 Poranění pochvy

Často se setkáváme i s poraněním pochvy, které většinou vzniká současně s poraněním vulvy a hráze. Někdy se stává, že k roztržení pochvy nedochází v celé její tloušťce a sliznice zůstává neporušená. Dochází přitom k hromadění krve mezi poševní stěnou a fascia pelvina v důsledku toho vzniká hematom pochvy, který může být tak velký, že vyplňuje celou pochvu. Při dlouhotrvajících kontrakcích a u porodních překážek nebo operačních výkonech může dojít až k odtržení pochvy od čípku po celém obvodu. Poševní trhliny jsou mechanického původu. Na jedné straně kontrahující děloha roztahuje pochvu směrem nahoru, na druhé straně ji hlavička plodu cirkulárně rozpíná a táhne směrem dolů. Velmi často trhliny pochvy vznikají po zánětlivých procesech v pochvě před a během těhotenství (Roztočil, 2008, s. 408). Při rupturách pochvy se krev shromažďuje v parakolpiu, může se šířit dále vzhůru do parametria a vytvářet tak i rozsáhlé retroperitoneální hematomy. Hematomy můžeme rozdělit na supralevátorové a infralevátorové. Vážnější jsou hematomy supralevátorové, které se často šíří do retroperitonea a tedy možnost najít zdroj krvácení je prakticky mizivá. Při infekci rány mohou vzniknout nebezpečné abscesy rány.

Parakolpiální hematom se projeví, krátce po ukončení 3. doby porodní výraznou tlakovou bolestí v konečníku a v podbříšku. Rodička je hypotenzní, bledá a rozvíjí se u ní hemoragický šok, ale chybí výrazné krvácení z rodidel. Palpačním vyšetřením zjistíme značně vyklenutou poševní stěnu. Rezistence může zasahovat až do klenby poševní nebo ještě výše až do dutiny břišní. Tyto vzniklé komplikace řešíme v celkové anestezii na operačním sále. Velmi důležité je včasné zajištění protišokové terapie a prevence diseminované intravaskulární koagulopatie. Krevní ztrátu nahrazujeme dostatečným množstvím transfuzních jednotek erymasy a mražené krevní plazmy (Abed, Rogers. 2006, s. 40, srov. Hájek, 2004. s. 444). Každou trhlinu pochvy řešíme

sešitím. Drobné hematomy můžeme nechat vstřebat, ale větší musíme naříznout, vyprázdnit a podchytit krvácející cévy. Poranění pochvy můžeme do jisté míry zabránit správným vedením porodu, včasnou episiotomií a včasnou diagnózou porodních překážek (Roztočil, 2001, s. 333).

1.4 Poranění děložního hrdla

„S malými povrchními trhlinami zanikající branky se setkáváme skoro u každého porodu, snadno se hojí a nezanechávají žádné následky. „Větší trhliny se mohou šířit až do kleneb poševních (Čech, 2014, s. 58)“. Nejčastěji se setkáváme s podélnými trhlinami po stranách hrdla. Abychom předešli větším trhlinám na hrdle děložním, musí se rodička poučit, aby netlačila ještě před úplným rozvinutím branky. Nejčastější trhliny hrdla jsou u č. 3 a 9, u žen, které předčasně tlačily nebo u žen kde porodník přehrnoval lem edematózní branky, při rigiditě hrdla vzniklé po kryoterapii, konizaci, cerclage apod. Sutyry trhlín hrdla provádíme, pokud jsou delší než 5 mm a pokud krvácí. Rozsáhlé ruptury děložního hrdla musíme vždy pečlivě ošetřit, jejich okraje zachytit do peanů nebo do amerických kleští a provést pečlivou suturu (Hájek, 2004, s. 444). Špatně ošetřené nebo neošetřené trhliny čípku mají za následek jizevnatou deformaci hrdla, jeho inkompetenci v dalším těhotenství, vznik ektopia se všemi důsledky při jeho hojení v pozdějších letech. Parita rodičky s trhlinami čípku děložního nesouvisí, proto u každé rodičky provádíme revizi hrdla děložního a pochvy v zrcadlech. (Hájek, 2006, s. 360).

Trhliny děložního čípku mohou sahat až k dolnímu děložnímu segmentu. Občas se setkáváme s odtržením části hrdla mimo zevní branku. Výjimečně dochází až k odtržení celého čípku, jehož branka nepovolovala roztažení (Roztočil, 2001, s.261). Rozsáhlé trhliny, jdoucí až do kleneb poševních, mohou způsobit silné krvácení, zvláště je-li poraněna větev a. uterina zásobující děložní hrdlo. Tyto trhliny jsou nebezpečné a nelze je ošetřit vaginální cestou. Proto je musíme ošetřit provedením abdominální operace. Na tuto komplikaci myslíme tehdy, když po ošetření ruptury hrdla, krvácení stále pokračuje. Tuto diagnózu si ověříme ultrazvukovým vyšetřením.

1.5 Trhliny těla děložního

Trhliny těla děložního jsou porušení celistvosti stěny děložní v oblasti těla děložního nebo v dolním děložním segmentu. Mohou vznikat v průběhu těhotenství, ale také i v průběhu porodu. I v moderním porodnictví se poměrně často setkáváme s rupturou dělohy. Podílí se na ní vyšší frekvence operací, císařských řezů nebo nesprávná operační technika. Za další příčiny se považují nezhoubné nádory dělohy (myomy) a porody starších primipar. Většina ruptur dělohy vzniká za porodu. Mohou být spontánní, to znamená, že jsou způsobené pouze vlastními porodními silami, nebo mají příčinu iatrogenní. Iatrogenně způsobené ruptury jsou v dnešní době poměrně vzácné. Jsou popsány případy ruptur při provádění obratu vnitřními hmaty s následnou extrakcí plodu, po Kristellerově expresi, po předávkování uterotonik, ale také je popsána příčina poranění dělohy při nešetrném zavádění kleštiny forcepsu (Čech, Hájek, 2006, s. 363). „Akutní hrozící ruptura dělohy je dramatická porodní příhoda provázená silnými porodními kontrakcemi, kdy aktivní část dělohy se zkracuje a dolní segment se roztahuje. Na břišní stěně je zřetelná hranice mezi dolním a horním segmentem (Bandlova rýha). Kontrakce jsou rodičkou vnímány jako silně bolestivé. Při palpaci během kontrakce hmatáme kromě křečovitě stažené dělohy i napjatá ligamenta rotunda. Dojde-li k ruptuře, děložní činnost náhle pomine a postupně se dostavují příznaky hemoragického šoku z nitrobřišního krvácení (Štromerová, 2010, s. 319)“.

Dále rozdělujeme ruptury děložního hrdla rozdělujeme podle velikosti poškození stěny děložní na kompletní a inkompletní. Kompletní ruptury postihují celou děložní stěnu. Při inkompletní ruptuře bývá ještě její část intaktní, nebo je kryta plikou močového měchýře. Zde pak není spojení s břišní dutinou (Čech, Hájek, 2006, s. 363). Velká většina ruptur má příčinu v zeslabení děložní stěny jizvou, obvykle po předchozím císařském řezu. Stejně nebezpečí však působí jizvy po enukleacích myomů a metroplastikách. Děložní stěna je až papírově zeslabena, pokud v pooperačním období v sutuře dělohy proběhl zánět, nebo pokud byla výživa stěny dělohy narušena podvazem větví uterinních arterií, či stavěním krvácení mnohočetnými opichy.

Z preventivního hlediska, je proto riziko ruptury dělohy indikací k ukončení těhotenství císařským řezem. Trvalou indikací jsou stavy po plastice nebo enukleaci

myomů, anamnéza komplikovaného císařského řezu, dva či více císařských řezů v anamnéze, silná bolestivost v některém místě na děloze při porodu, prokázání deformace děložní stěny, a jiné (Čech, Hájek, 2006, s. 363).

1.6 Poranění pánve

V průběhu těhotenství pod vlivem hormonů vznikají změny ve vazivu, chrupavkách a kloubních spojích. Při spontánním nebo operačním porodu může vzniknout poškození symfýzy, lumbosakrálního skloubení, sakroiliakálního kloubu a poranění kostrče (Roztočil, 2008, s. 408).

Poranění svaloviny

„Musculus Levator Ani vytváří trychtýři podobný uzávěr pánevního dna. Jeho dolní část spolu s tělem kosti stydké definuje takzvaný hiatus urogenitalis, skrze který z pánve vystupuje pochva, močová trubice a konečník. K tomu aby skrze tento trychtýř prošla hlava plodu, musí se vlákna této svalové skupiny značně roztáhnout. Největší nároky jsou kladeny na distální část levatoru, který se musí roztáhnout na více než trojnásobek své klidové délky. Směrem proximálním je potřeba roztažení menší“ (Otčenášek, 2009, s.25). Proto je nejčastěji traumatizována právě distální část v oblasti m. puboresutalis. Extrémní deformace svalů při porodu vede až ke svalové ruptuře, či odtržení svalů od jejich úponu na pánevní stěnu (Kašíková, 2008, s. 22, Otčenášek, 2009, s. 24-27)“.

Poranění závěsného aparátu

Ve druhé době porodní při použití břišního lisu dochází k tomu, že celý závěsný aparát je dislokován směrem dolů, což může vyústit až k odtržení různě velkých úseků fascie od jejich úponů na parietální struktury pánevního dna. Pokud, dojde k poranění v oblasti močové trubice, hrozí vznik stresové inkontinence moči. Defekt v oblasti močového měchýře má za následek vznik cystokély, při poruše vazů dochází k sestupu dělohy a horní části pochvy. Nejvýznamnějšími rizikovými faktory jsou vaginální instrumentální extrakční techniky, protrahovaná II. doba porodní a hypertrofický plod (Gerhard, Martius, 1997, s. 648).

Poranění nervových struktur

Nervové struktury se podílejí na inervaci pánevních orgánů a vlastního pánevního dna a jsou vystaveny zátěži v průběhu porodu. Riziko poranění se týká jak somatických, tak i autonomních nervů močového měchýře a anorektální oblasti. Při porodu jsou cílové struktury (zejména zevní anální svěrač a perineální membrána) nadměrně dislokovány kaudálním směrem. Tím dochází ke značnému napínání jednotlivých větví. Při roztažení nervu o více jak 15 % jeho klidové délky dochází k jeho poškození. Naštěstí je nervové zásobení zmíněných orgánů párové, což je důležitý ochranný faktor před nezvratnou dysfunkcí (Gerghard, Martius, 1997, s. 648).

Poranění dutých orgánů

Poranění močového měchýře, močové trubice či rekta je velice vzácné, ale i s ním se můžeme setkat. Při protrahovaném porodu nebo porodu per forcipem mohou vzniknout urogenitální píštěle, ale setkáváme se s nimi ve vyspělých zemích pouze zřídka. Bohužel ve třetím světě jsou však příčinou závažné morbiditativy ženské populace (Otčenášek, 2009, s. 24).

Poranění po císařském řezu

Císařský řez je nejčastější operací, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a porod. Císařský řez byl v minulosti, vždy spojován se značnou mortalitou matek a ani dnes není úplně bez rizika. Proto rozhodování o provedení císařského řezu má svá pravidla a algoritmus. Při císařském řezu je poraněna nejen kůže, v místě císařského řezu ale také podkoží, fascie, peritoneum a děloha. Avšak jedinou viditelnou známkou po poranění při císařském řezu je jizva po Pfannenstielově řezu v podbřišku. Velmi důležitá je proto pooperační péče, péče o mikci, střevní peristaltiku a neméně důležitá je pooperační rehabilitace a časné vstávání jako prevence troboembolické nemoci. Důležité pro zdravotníky je hlídat, jestli se jizva po císařském řezu správně hojí (Hamplová [online]. [cit. 2010-03-16]., Roztočil, Peshout, [cit. 2010-03-16]).

1.7 Úloha porodní asistentky v prevenci porodních poranění

Úlohou porodních asistentek je předcházet porodním poraněním a připravit těhotnou ženu na porod tak, aby byl jeho průběh co nejlepší a případné porodní poranění co nejmenší. Porodní asistentky naučí těhotné ženy uvolňovat jednotlivé

svalové skupiny, zejména svaly dna pánevního, protože během porodu musí tyto svaly zůstat povolené. Pokud to rodička ovládá, porodní cesty se rychleji otevírají. Porodní asistentky doporučují i vhodné metody, které předcházejí porodním poraněním, zejména v oblasti pochvy a hráze, ale velmi důležitá je i psychosomatická příprava rodičky na porod. U porodních asistentek, které se věnují rodičce před i v průběhu porodu, citlivě jí naslouchají a poskytují jí oporu, nemají rodičky tak častá porodní poranění jako u těch asistentek, které jim striktně nařizují, co mají dělat (Štomerová, 2010, s. 205).

Těhotenské cvičení, které je součástí předporodních kurzů vedených porodními asistentkami, je preventivním opatřením proti vzniku porodních poranění. Účelem cvičení je udržet organismus těhotné ženy v optimálním zdravotním stavu, zabránit změnám, které těhotenství a porod na organismu ženy zanechá. Pro první dobu porodní je důležité těhotné ženy naučit břišní dýchání, odlehčovací polohu a psí dýchání. Pro druhou dobu porodní je třeba, aby si těhotné ženy osvojily hluboký maximální vdech, poté zadržování dechu a tlačení. Do 37 týdne těhotenství nacvičují pouze hluboký vdech a zadržování dechu v polohách, u nichž předpokládáme, že je žena bude moci zaujmout při porodu (Volejníková, 2006, s. 10). Mezi cviky na posílení pánevního dna patří i Kegelovy cviky. Pravidelným cvičením Kegelových cviků by se měla žena během porodu dostatečně uvolnit. Podstatou těchto cviků je napínání a uvolňování svalů v okolí močového, pochvy a análního otvoru. Svaly se rytmicky stlačují a uvolňují jako při zástavě močení s frekvencí 10 až 20krát za sebou, dvakrát až třikrát denně. Při cvičení je důležité zatínat a uvolňovat správné svalové skupiny, pravidelně dýchat bez zadržování dechu (*Kegelovy cviky*. [online].[cit. 10.2.2008] Dostupný z [www: http://www.rodina.cz/clanek5473.htm](http://www.rodina.cz/clanek5473.htm)).

Dalším cvičením, které mohou porodní asistentky doporučit, je těhotenská jóga, která významně pomáhá v průběhu těhotenství, při porodu a v období šestinedělí. Při józe se ženy naučí zhluboka dýchat, relaxovat a uvolňovat svaly dna pánevního, což je výhodné zejména při porodu, s ohledem na eliminaci porodních poranění, kdy porodní asistentky potřebují spolupráci rodičky (Wessels, 2009, s. 10).

Myšlenka posilování pánevního dna je poměrně stará, a již Africké ženy se připravovaly na porod napínáním pánevního dna pomocí cviků s vhodně tvarovanou tykví. I v současné době se setkáváme se zdravotnickým výrobkem, který byl vyvinut na podobném principu posilování pánevního dna, nazvaném EPI-NO nebo Ani-Ball. Je to anatomicky tvarovaný silikonový balónek, který si žena od 37. týdne těhotenství zavádí každý den z jedné poloviny do pochvy. Objem balónku se nafukováním postupně zvětšuje až do pocitu maximálního napětí (bez pocitu bolesti). Na závěr tohoto posilovacího cvičení se těhotná žena snaží vytlačit balónek z pochvy. Balónek umožňuje nácvik uvolnění pánevního svalstva v době prořezávání hlavičky (Příloha 2). Cvičení by se mělo provádět jednou až dvakrát denně po dobu 15-30 minut. EPI-NO balónek lze využít před porodem k posílení svalů pánevního dna, tak i k navykání tkání k lepšímu roztahování a k tréninku vypuzování. I po porodu slouží k regeneraci svalů pánevního dna, případně pomáhá při léčbě inkontinence. Název této pomůcky vznikl podle „episiotomie no“, což dokresluje jeho význam (Maryšková 2010, s. 80).

Porodní asistentky mohou také doporučit těhotným ženám pravidelnou masáž hráze. Účelem této masáže je docílit změkčení zpočátku pevné tkáně, která se pravidelnou stimulací stává jemnou a poddajnou. To je prospěšné zejména v druhé době porodní. Napomáhá hrázi, aby byla pružnou a aby se při porodu dostatečně roztáhla a urychlila průchod hlavičky východem. S masáží hráze se začíná čtyři týdny před termínem porodu (Maryšková, 2010, s.80). Masáž provádí těhotná žena, nebo její partner a trvá v průměru asi 5 minut. Těhotná žena zaujme pro ni příjemnou polohu, nejčastěji v polosedě, s pokrčenýma mírně rozkročenýma nohama. Ruce provádějící masáž musí být čisté a hladké. Na ně je třeba nakapat několik kapek oleje, třeba slunečnicového, nebo speciální olej určený pro masáž hráze (nejsou vhodné dětské olejíčky nebo minerální oleje, protože mohou tkáň vysušovat). Prsty přejíždějí z jedné strany na druhou a tlačí stěnu pochvy tlačí směrem dolů a dopředu (3 minuty). Prsty by měly po tkáni klouzat. Masáž se zakončí mnutím hráze mezi palcem a ukazováčkem (ukazováček je zaveden uvnitř, palec je vně) po dobu 1 minuty, provádět by se měla jednou až dvakrát denně. Masáž hráze nemá na průběh porodu a porodní poranění žádné negativní účinky a není bolestivá (viz. Příloha 3). Masáž není vhodná pro ženy, které

trpí vaginálním oparem, vaginálními výtoky nebo jinými vaginálními onemocněními. Masáž by mohla toto onemocnění ještě zhoršit a infekci rozšířit. Masáž může provádět rodička, její partner či porodní asistentka. (KUBINCOVÁ, 2008.). Žádná literatura však jednoznačně nepotvrdila snížení počtu větších, nebo závažnějších poranění hráze při pravidelných masáží ve srovnání s frekvencí a závažností porodních poranění u rodiček, které masáže neprováděly. Proto nemůžeme tvrdit, že u ženy, která si bude pravidelně masírovat hráz, nebude potřeba provést epiziotomii (HIRSCH, 2007, s. 48).

Další metodou je hydroterapie, kterou mohou porodní asistentky doporučit jak v těhotenství, tak při porodu. Jde o soubor metod, které využívají vodu jako prostředek i k prevenci porodních poranění. Tyto metody jsou známy již po staletí. Do hydroterapeutických metod řadíme relaxační koupele, sprchy, teplé nebo studené obklady (Binder, 2011, s. 287). Voda má pozitivní účinky pro rodící ženu ve všech fázích porodu. V aktivní části porodu má voda pozitivní vliv na prohřátí organismu, na snadnější otevírání, také mění elasticitu kůže. Proto některé rodičky volí metodu porodu do vody (Odent 1995, s. 75).

Pro relaxační koupel při porodu je vhodná speciálně upravená vana, která je větší a ve které se rodička může pohybovat jakkoliv potřebuje, a může tak zaujmout pro ni pohodlnou pozici. Voda při relaxační koupeli by neměla přesahovat teplotu 37°C, aby nedošlo k přehřátí organismu matky. Dobrých účinků relaxační koupele lze dosáhnout, jestliže v ní žena bude pobývat nejméně půl hodiny. Není přesně omezený čas, za který by žena musela koupel opustit, ale doporučuje se, aby občas měnila při koupeli pozice. Pokud není vana dost prostorná, je vhodné, aby rodička pobývala chvíli i mimo ni. Jinou variantou relaxace pomocí vody může být sprcha. Při sprchování ve sprchovém koutě může žena zaujmout jakoukoliv z vertikálních pozic, ať už polohu ve stoje s opřením nebo polohy v kleče, v dřepu, na míči a vhodná je také takzvaná startovací pozice. Rodička by při sprchování měla směřovat tok vody zejména na oblast podbřišku, křížovou oblast zad a v závěru porodu také na napínající se hráz (Štomerová, 2010, s. 107).

Dianatal je porodnický gel, který chrání svaly pánevního dna, pochvy a hráze a který také porodní asistentky občas doporučují k prevenci porodních poranění. Jeho

účinek je v podstatě fyzikální to znamená, že neobsahuje žádné léčivé složky (obsahuje aqua purificata, propylenglykol, karbomer, hydroxyethylcelulóza). Vlivem aplikace gelu je tření při porodu sníženo až o 50 %. Gel přilne k poševní stěně a utvoří v pochvě ochranný film, který usnadňuje klouzavý pohyb při porodu (Maryšková, 2010, str. 80). Balení obsahuje tři tuby s aplikátory. Dvě se používají pro první dobu porodní, jedna pro druhou dobu porodní. Dianatal je zaváděn od prvního vaginálního vyšetření (nejpozději při rozevření branky na 4 cm). Po každém vyšetření se aplikuje přibližně 3-5ml gelu. V případě protržení plodových blan se aplikuje do 15-30 minut nová dávka gelu. Po porodu hlavičky je nutné otřít oblast úst a nosu dítěte. Použití gelu snižuje výskyt poranění hráze a zvyšuje pravděpodobnost intaktního perinea, mimo jiné usnadňuje operativní ukončení porodu (vakuumextraktor, forceps) (Maryšková 2010, s. 80).

Superbrowning je další z metod, kterou zdravotníci při porodu používají. Při prořezávání hlavičky vyvíjí porodní asistentka nebo lékař na hlavičku plodu mírný protitlak ruky, aby zpomalili její prořezávání. Pokud se ponechá tkáním více času na jejich pomalé a přirozené roztažení, dochází k velké redukci počtu poranění hráze druhého, třetího nebo čtvrtého stupně. Superbrowning ale není vhodný při patologických kardiokografických záznamech, nebo pokud je nutné rychlé ukončení druhé doby porodní (Záhumenský, 2009, s. 330).

1.8 Ošetrovatelská péče o porodní poranění

Po porodu placenty provede porodní asistentka nebo lékař vyšetření porodních cest pomocí Simpsonových zrcadel a zjistí rozsah porodního poranění. Drobné lacerace poševních stěn v okolí hymenu nebo lábí nevyžadují speciální ošetření. Pokud jsou porodní poranění většího rozsahu, nebo byla-li provedena epiziotomie, ošetří lékař nebo porodní asistentka porodní poranění suturou. Dále pak poučí rodičku o rozsahu porodního poranění a o tom, jakým způsobem bude o porodní poranění pečovat a dodá informace o hygieně v šestinedělí. Porodní asistentka dále omyje rodidla roztokem desinfekcí podle zvyklostí oddělení a přiloží na ně roušku s vložkami. Porodní poranění se většinou dobře hojí, ale je nutná jeho kontrola.

Hojení porodního poranění trvá obvykle týden až 10 dní. Asistentka na sále po porodu novorozence a ošetření vzniklých poranění poučí rodičku o častém sprchování sutury vlažnou vodou (po každé toaletě a po kojení) a použití intimního sprchového gelu s PH 5,5, dále o dokonalém vysoušení, samozřejmě o výměně hygienických vložek. Další edukace porodní asistentkou pak probíhá na oddělení šestinedělí, kdy porodní asistentka znovu zdůrazní šestinedělkám význam hygieny v období šestinedělí. Vysvětlí jim, že očistky jsou nekrotizovaná povrchová vrstva endometria s krví a lymfatickou tkání, mají zásadité pH, čímž mění pH prostředí v pochvě a vytvářejí vhodné podmínky pro rozmnožování a růst bakterií. Porodní asistentka znovu zdůrazní, že ze začátku může žena pociťovat nepříjemné štípání porodního poranění při močení, protože při klasické poloze na WC stéká moč přímo na vzniklá poranění. Doporučuje se močit přímo ve sprše za současného oplachování poranění, čím dochází k naředění kyseliny močové a zmírnění pálení. Místo osušení genitálu ručníkem, který může poranění dráždit, je vhodnější použít fén (Murkhoff, 2011, s. 385). PA také zdůrazní, že je potřeba, aby matky používaly prodyšné porodnické vložky, které budou často měnit, nejlépe po každém kojení, protože vlivem oxytocinu vylučovaného během kojení dochází ke zvýšenému odcházení očístků, které jsou infekční. I kalhotky by měly být prodyšné, aby se k poranění dostal vzduch a nedocházelo k jeho zapaření. Důležité také je, aby občas, třeba v době odpočinku kolem hráze proudil vzduch. Ženě s epiziotomií je doporučeno, aby si při vstávání z postele sedala přes bok, nebo si sedala na podložní kolo (doporučuje se jako prevence povolení stehů) a přikládala si chladivý balíček na suturu epiziotomie. Při sekundárním hojení doporučuje porodní asistentka hojivé gely, masti nebo sedací koupele (Koudelková, 2013, str. 31).

Sedací koupele je vhodné používat spíše až s odstupem několika dnů. Teplota vody by se měla postupně zvyšovat, první den je vhodná chladnější nebo vlažná voda (cca 28 stupňů Celsia), další dny vlažná voda (asi 32 stupňů Celsia). Teplou vodu je dobré používat až po odeznění bolesti porodního poranění. Do koupele se dá přidat dubová kůra, obsahuje třísloviny, které mají stahovací a protizánětlivé účinky. Stadelmann (2010) ze svých zkušeností nedoporučuje použití heřmánku v raném šestinedělí, protože přispívá sice k rychlému zhojení rány na povrchu, ale často dochází

k podráždění a červenání poranění, někdy dokonce k jeho znovuootevření. Raději využívá směs nazvanou Hojící lázeň (Příloha 4), jejímž základem je sůl z Mrtvého moře, která má desinfekční a imunoproliferační účinky, dále obsahuje Geránii, která podporuje tvorbu nových sliznic, pravý heřmánek, který působí jako spasmolytikum, levanduli jako chladicí složku na zmírnění bolesti, růži marockou, která patří k mateřství a ženství, navíc pomáhá hubit bakterie a tlumí bolest, řebříček, který se využívá pro svůj obsah azulénu, čímž podporuje hojení hlubších ran, a to nejen fyzických, ale i psychických (Stadelman, 2000, s. 335,336).

Při sekundárním hojení je vhodné kromě hygienických zásad, po osušení rány aplikovat hojivé masti, gely či oleje s příměsí např. dubové kůry. Důležité je dbát na kvalitu jednotlivých složek. Mast by neměla obsahovat chemické přísady a konzervační látky. Jako příklad lze uvést: *Měsíčková mast* - skládá se z Měsíčku lékařského, lanolinu, propolisu a včelího vosku. Využívá se při zarudlé lehce červené ráně (Stadelman, 2000, s. 335,336). *Kostivalová mast* - využívá se u širokých otevřených ran. Kořen kostivalu je význačný svými hojivými vlastnostmi díky podpoře regenerace buněk. Mast obsahuje kromě výtažku z kořene Kostivalu, propolisovou tinkturu, lanolin, třezalkový a měsíčkový olej. (Stadelman, 2000, s. 338). Hojivě nepůsobí jen masti, ale i jiné prostředky například *Mateřské mléko* - o hojivých účincích mateřského mléka na popraskané bradavky se všeobecně ví. Ale mateřské mléko se dá použít i na poraněnou hráz, protože obsahuje tělu vlastní ochranné látky podporující léčebné procesy. Podle množství produkovaného mléka může žena odstříkat mléko, buď na látku a udělat si tak obklad, nebo přebytky mléka použít na sedací koupel. (Stadelman, 2000, s. 340).

Často právě během těhotenství hledají ženy ve spolupráci s porodními asistentkami alternativní metody, aby nezatěžovaly své tělo léky. Homeopatie jim nabízí široké možnosti využití. Jedná se o holistickou formu doplňkové medicíny, která se snaží léčit celého jedince, ne jenom jeho tělesné příznaky, a to bez vedlejších účinků nezatěžujících organismus. Většina zdravotnické populace k homeopatii přistupuje spíše defenzivně, ale v některých porodnicích se homeopatie běžně využívá jak během porodu, tak i při pobytu na odděleních šestinedělí (Moskowitz, 2008, s. 25).

Arnica montana - tento homeopatický lék vzniká z Prhy chlumní, trvalky rostoucí na horských pastvinách, která patří mezi ohrožené druhy rostlin spadající pod ochranu zákona, využívá se v ředění 9CH, 15CH a 30CH jako lék první volby při každém úraze nebo přetížení. Tiší bolest, zlepšuje hojení ran, cév, svalů i kostí, eliminuje vznik modřin a napomáhá rekonvalescenci. Je vhodné ji používat už před porodem, v ředění 15CH 5 granulí ráno a večer pár dní před termínem porodu, protože posiluje cévní stěnu, čímž reguluje krvácení. Po porodu by měla užívat 2-3krát denně 5 granulí v ředění 9CH, pomáhá to hojení ran, rekonvalescenci po náročném porodu a tlumí bolest. Žena si obvykle nasype 15 granulí do 2 litrů vody a popíjí v průběhu dne (Stumpf, 2009, s.122).

Calendula officinalis - má antiseptický účinek na sliznici, kůži a otevřená poranění, pro svůj hemostatický účinek staví krvácení a je vhodná na poranění nerovných okrajů. Vhodná v ředění 5CH a 9CH v kombinaci s arnicou do pitného režimu. Dále jsou účinné teplé lokální oplachy na otevřené rány v pochvě i na hrázi, stejně jako mast z calenduly na poraněnou hráz.

Staphysagria – vhodná na řezné rány rovných okrajů, ať už epizitotomie nebo laparotomie, v ředění 9CH a 15CH v kombinaci s arnicou do pitného režimu (Stumpf, 2009. s.123).

1.9 Fyzická námaha a cvičení v šestinedělí

V prvních dnech šestinedělí se doporučuje co nejčastěji ležet, aby se zamezilo působení gravitace a tím tlaku zavinující se dělohy a ostatních orgánů na pánevní dno, které je po porodu oslabeno a případně poškozeno nástřihem či rupturou (Murkhoff, 2004, s. 386). Ulehání do vysoké postele by si měla žena ulehčit stoličkou u postele a automatické by mělo být pokládání se i vstávání přes bok, aby nedocházelo k používání přímých břišních svalů a tím k zatěžování pánevního dna. Vnímá-li žena nepříjemné pocity při sezení, lze použít nafukovací plovací kruh, aby nemusela sedět na bolavé hrázi. Zvedání břemen, by mělo probíhat z podřepu s rovnými zády, aby se nenamáhalo břišní a zádové svaly, a se zpevněným pánevním dnem (Albrecht-Engel, 2009, s.32).

Jedním ze základních úkolů porodní asistentky v časném šestinedělí je podpořit krevní oběh rodičky a zajistit její správné dýchání po porodu. Dále musí šestinedělce zdůraznit, že svalová práce působí příznivě na zavinování dělohy, protože účelným cvičením, zvláště uvolňováním pánevního dna a posilováním břišní stěny, se břišní lis vrátí ke své správné funkci. Cvičením se odstraní změny, které nastaly v průběhu těhotenství, při porodu a následně v šestinedělí, ale cvičení také funguje i jako prevence inkontinence. Cvičení podporuje krevní cirkulaci v oblasti hráze a tím dochází k urychlení uzdravování. Organismus rychleji regeneruje a cvičení zabraňuje poporodním obtížím, např. bolestem zad, problémům s udržení moči, sestupu dělohy apod. Cílem cvičení je odstranit změny, které v těle nastaly vlivem těhotenství, při porodu a následně i v šestinedělí. I když v tomto období není jednoduché pro matku přizpůsobit denní režim, na cvičení by si měla vyhradit alespoň chvíli, protože čím dřív začne cvičit, tím rychleji se její tělo bude zotavovat a navracet do stavu, který byl před těhotenstvím. Cvičení je zaměřeno na posílení pánevního dna, prsních svalů, svalů dolních končetin, břišních svalů a na zavinování dělohy. Obecně můžeme říci, že oslabené svaly je nutné posílit a přetěžované uvolnit. Cvičení má nejen estetický význam, kdy se ochablé svaly posílí a zpevní, ale má také vliv i na psychický stav, protože cvičením se vyplaví řada hormonů (např. endorfinů), čímž nedělký dosáhnou lepší nálady a duševní pohody. Doma cvičí již samy podle edukačních materiálů, které dostanou při propuštění z porodnice (Pařízek, 2010, s. 341,342). Na oddělení šestinedělí cvičí šestinedělky pod dohledem porodní asistentky nebo fyzioterapeutky. Cvičit se začíná pozvolna, ne intenzivně, aby nedošlo k nepříjemné únavě. Cvičení by nikdy nemělo vyvolávat bolest. Před cvičením je nutné se vždy vymočit a lepší je cvičit po kojení, když nejsou prsa plná a těžká. Cvičí se vleže na lůžku, bez polštáře a pokrývky (Koudelková, 2013, str. 67). Protože v procvičování svalů pánevního dna by měla žena pokračovat i po celou dobu období šestinedělí, při propuštění z porodnice dostávají šestinedělky edukační materiály, podle kterých mohou cvičit doma.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit jakým způsobem porodní asistentky nahlíží na porodní poranění u rodiček.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem porodní asistentky předcházejí porodním poraněním u rodiček?

Výzkumná otázka 2: Jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení episiotomie u rodiček?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem edukují porodní asistentky v péči o porodní poranění u rodiček?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika výzkumu, technika práce

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena pomocí kvalitativní metody, která pracuje pouze s malým souborem respondentů. Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 5), jehož cílem je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu a který je flexibilní, umožňuje i v jeho průběhu vytvářet doplňující otázky, které se objevují mimo předem danou strukturu rozhovoru (Švaříček, Šedová, 2007, s. 10). Byl určen jeden výzkumný soubor, proto byl vytvořen jeden typ rozhovoru. Rozhovory se uskutečnily s porodními asistentkami z Jihočeského kraje. Rozhovor s nimi probíhal v soukromí a obsahoval 15 základních otázek. Byly zjišťovány i objektivní data: věk, vzdělání a zaměstnání. Účast na výzkumu byla dobrovolná, porodní asistentky byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a účelem rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány, vždy jen se souhlasem respondentek, tudíž jednotlivá data mohla být zachycena formou audiozáznamu nebo pouze písemně.

Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce neboli metodou tužka papír (Švaříček, Šedová, 2007). Nahrávky byly přepsány do formy spisovného textu a poté byly z textu, vypuštěny nepodstatné informace. Dále probíhalo kódování dat pomocí barevných označení jednotlivých částí, pro snazší nalezení hlavních významových kategorií. Kurzívou jsou v textu označeny citace respondentek. Byly stanoveny dvě významové kategorie. Kategorie Prevence porodních poranění a Hojení se dále dělily na podkategorie (Názor na těhotenské kurzy, význam těhotenského cvičení, názor na těhotenskou jógu, používání EPI-No balónku, masáže hráze, dianatal gel při porodu, superbrowning při porodu, provedení epiziotomie při porodu, důvody k epiziotomii, epiziotomie versus hojení, význam hojení porodních poranění, sedací koupele pro hojení porodních poranění, masti, používání homeopatik v péči o porodní poranění). Pro lepší přehlednost byly podkategorie zpracovány do schémat. Empirická část probíhala v období od února do března 2015.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 10 respondentek z řad porodních asistentek pečujících o ženy v průběhu těhotenství, v průběhu porodu a v období šestinedělí. Do tohoto výzkumného souboru byly zařazeny porodní asistentky z Jihočeského kraje. Rozhovory s nimi byly vedeny v soukromí v předem dohodnutý čas.

Tabulka 1: Identifikační údaje

	Věk	Vzdělání	Povolání	
PA1	28	VŠ.Mgr.	PA na PS	vede předporodní kurzy
PA2	25	VŠ.Bc.	PA na PS	vede předporodní kurzy
PA3	30	VŠ.Bc.	PA na PS	vede předporodní kurzy
PA4	36	VŠ.Bc.	PA na PS	vede předporodní kurzy
PA5	57	SŠsM+PA	PA na PS	vede předporodní kurzy
PA6	38	SŠsM+PA	PA na PS	
PA7	56	SŠsM+PA	PA na PS	
PA8	50	SŠsM+PA	PA na PS	
PA9	56	SŠsM+PA	Soukromá PA,OSVČ	vede předporodní kurzy
PA10	40	VŠ. Bc.	Soukromá PA,OSVČ	vede předporodní kurzy

PA1 je porodní asistentka pracující na porodním sále, je jí 28 let, vede předporodní kurzy. Vystudovala bakalářský obor pro PA a magisterský obor Ošetřovatelství.

PA2 je porodní asistentka na porodním sále, její 25 let, vede předporodní kurzy. Vystudovala bakalářský obor pro PA.

PA3 je porodní asistentka na porodním sále, je jí 30 let, vede předporodní kurzy.

Vystudovala bakalářský obor pro PA.

PA4 pracuje na porodním sále, je jí 36 let.

Vystudovala střední školu s maturitou a nástavbové studium pro PA.

PA5 pracuje jako porodní asistentka na porodním sále, je jí 57 let.

Vystudovala Střední zdravotnickou školu s maturitou obor - porodní asistentka a postgraduální studium pro porodní asistentky v Brně.

PA6 pracuje na porodním sále, je jí 38let. Vystudovala střední školu a nástavbové studium pro PA

PA7 je 56 let, pracuje jako porodní asistentka na porodním sále. Vystudovala střední školu s maturitou a nástavbové studium pro porodní asistentky.

PA8 je 50 let, pracovala na porodním sále, nyní pracuje na oddělení šestinedělí .

Vystudovala střední školu s maturitou a nástavbové studium pro porodní asistentky.

PA9 je 56 let, vystudovala střední školu s maturitou a nástavbové studium pro porodní asistentky. Je soukromá porodní asistentka, vede těhotenské kurzy, doprovází rodičky k porodu a poskytuje péči ženám po porodu.

PA10 je 40 let, vystudovala střední školu s maturitou a bakalářské studium porodní asistence. Pracuje jako soukromá porodní asistentka, vede těhotenské kurzy, doprovází rodičky k porodu a poskytuje péči ženám po porodu

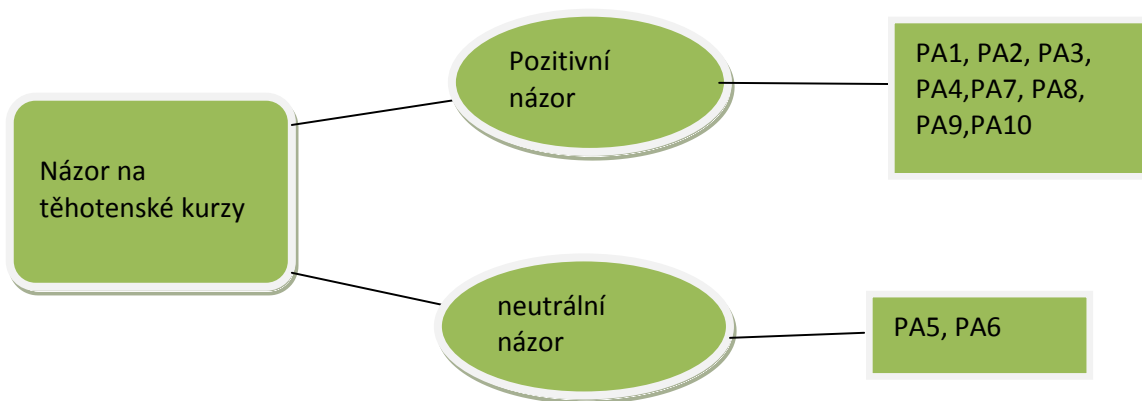
4 Výsledky

4.1 Rozhovory s porodními asistentkami

Kategorie Prevence porodních poranění

Podkategorie Názor na těhotenské kurzy

Schéma 1 Názor na těhotenské kurzy

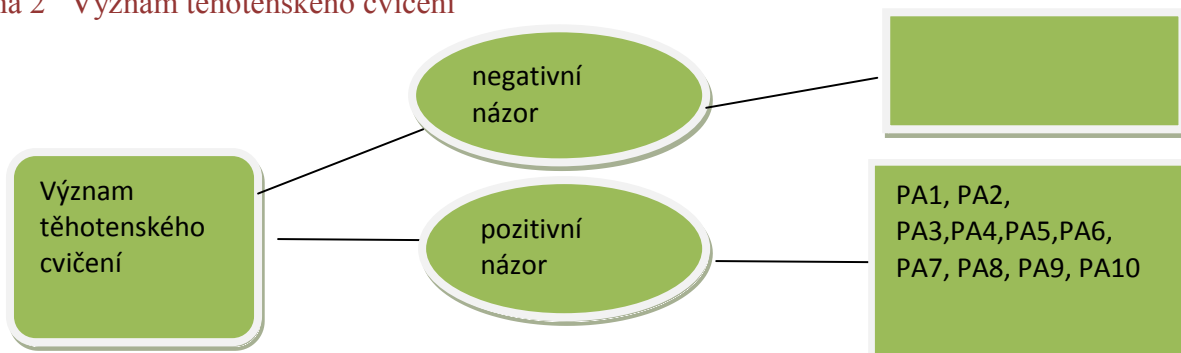


Těhotenské kurzy jsou psychosomatickou přípravou těhotných na porod, šestinedělí a kojení. Součástí těchto kurzů je nejen seznámit těhotné s průběhem těhotenství, porodu a šestinedělí, ale také udržet jejich fyzický stav v optimálním stavu cvičením. V této podkategorii jsme zjišťovaly názor porodních asistentek na těhotenské kurzy. Osm porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA7, PA8, PA9, PA10) má na těhotenský (předporodní) kurz pozitivní názor. PA1 uvádí „*Myslím si, že předporodní kurzy navštěvují ženy, které se na své dítě velmi těší, ale zároveň chtějí, aby jejich těhotenství probíhalo co nejpřirozeněji a aby porodní poranění byly minimalizovány na nejnutnější míru. Dodává „Lépe zvládají porodní bolesti a umějí se při porodu uvolnit“.* PA2 říká: „*Předporodní kurzy vedu již 2 roky, myslím si že předporodní kurzy jsou přínosem jak pro rodičky, tak i pro personál pečující o rodičky v průběhu porodu i po něm. Umí se*

lépe uvolnit při porodu, lépe spolupracují s porodníky, umí zapojit břišní svaly ve II. době porodní“. Názor PA3: *„Myslím, že předporodní kurzy jsou přínosné, rodičky ví, že porodní samotný není otázkou několika minut jako v televizi. Ví jaké polohy mohou při zaujmout, umí se uvolnit a ve II.době porodní ví jak tlačit i jak pečovat o porodní poranění“.* Dvě porodní asistentky (PA5, PA6) mají na předporodní kurzy neutrální názor. PA 5 uvádí: *„O předporodních kurzech, nevím co si mám myslet. Vzhledem ke zkušenostem mi připadá, že rodičky, které navštěvovaly předporodní kurzy, občas ví mnohem méně o průběhu porodu a porodních poraněních, které mohou vzniknout v průběhu porodu i o poporodní péči o porodní poranění, mnohem méně než ženy, které předporodní kurz nenavštěvovaly. Dodává, že to ale může být způsobené stresem a šokem v průběhu porodu a v časném šestinedělí.“* Názor PA6 je takový: *„Předporodní kurzy nezavrhuji. Hodně rodiček, které kurz navštěvovaly, alespoň zhruba ví, jak v které porodní době dýchat a jak uvolňovat pánevní dno, případně jak se starat o porodní poranění. Ale je i mnoho rodiček, které si z předporodních kurzů neodnesly vůbec nic a musíme jim proto znovu vše vysvětlit“.*

Podkategorie Význam těhotenského cvičení

Schéma 2 Význam těhotenského cvičení

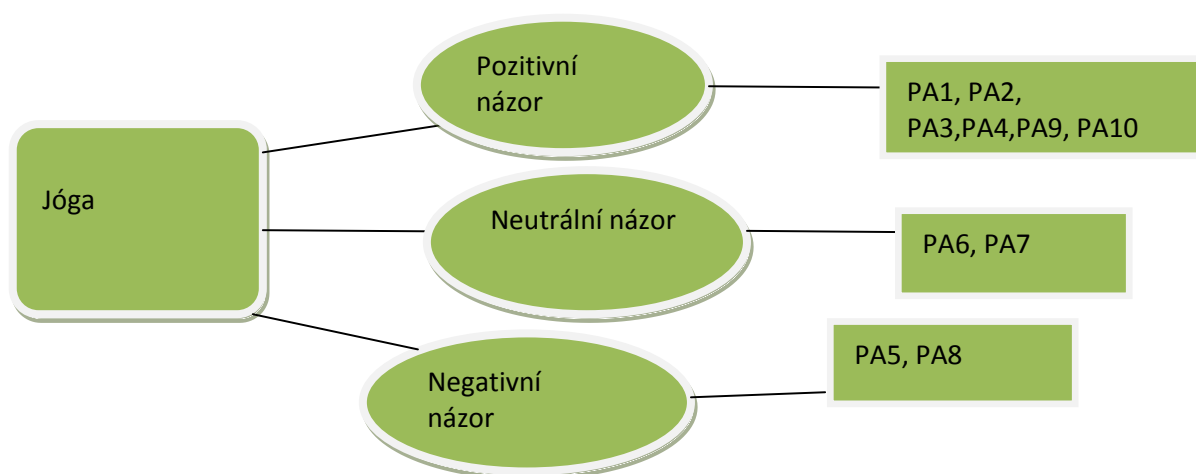


V této podkategorii jsme zjišťovaly názor porodních asistentek na těhotenské cvičení, účelem cvičení je udržet organismus těhotné ženy v optimálním zdravotním stavu, zabránit změnám, které těhotenství na a porod na organismu ženy zanechá. Všechny dotazované porodní asistentky se shodly na tom, že cvičení v těhotenství je velkým

přínosem jak pro tělesnou, tak pro psychickou stránku budoucích rodiček. Všemi je doporučováno, samozřejmostí je fyziologický průběh těhotenství. PA1 k tomu dodává: „*Myslím si, že v dnešní době, kdy velká většina těhotných není zvyklá na jakoukoliv fyzickou aktivitu. je těhotenské cvičení cestou, kterou můžeme ukázat ženám, že těhotenství není nemoc. Cvičení v těhotenství je cestou, jak se mohou připravit na psychickou i fyzickou náročnost porodu*“. PA9 uvádí: „*Těhotenské cvičení je podle mého názoru, velmi přínosné. Úkolem těhotenského cvičení není zvýšit fyzickou kondici, ale připravit ženu na porod tak, aby uměla povolit ty správné svalové skupiny a lépe spolupracovat v průběhu porodu*“. PA10 k tomu dodává: „*Cílem cvičení je nejen posílit svaly dna pánevního, ale také aby je uměly povolit. V závěrečné fázi aby uměly zatlačit a tak lépe spolupracovaly s porodními asistentkami v průběhu porodu*“.

Podkategorie Názor na těhotenskou Jógu

Schéma 3 Názor na těhotenskou Jógu

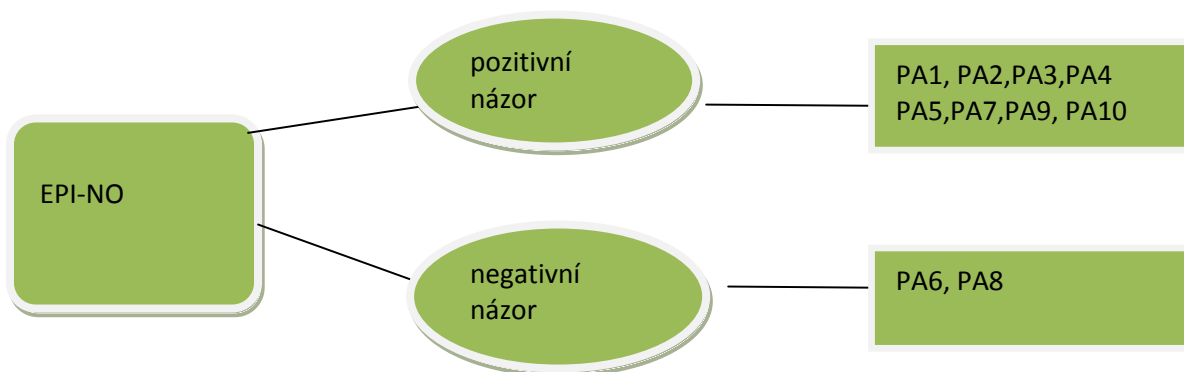


V této podkategorii jsme zjišťovaly názory porodních asistentek na těhotenskou Jógu, účelem Jógy je naučit těhotné ženy zhluboka dýchat, relaxovat a uvolňovat svaly dna pánevního. Názory na těhotenskou Jógu se liší. PA1, PA2, PA3, PA4, PA9 a PA 10 těhotenskou jógu doporučují a vnímají ji velmi pozitivně. PA1 říká: „*Myslím si, že jóga pro těhotné je velmi přínosná, rodičky se umí při porodu uvolnit, lépe spolupracují při porodu*“. PA3: „*Zajímám se o všechny alternativní metody, naše*

společnost, jim, ale není příliš nakloněná“ a dodává „jóga v těhotenství je pro budoucí rodičky velmi přínosná, naučí je uvolňovat správné svalové skupiny. Rodičky se pak umí v průběhu porodu uvolnit a umí zapojit správné svaly při tlačení a tím eliminují porodní poranění“. PA9 uvedla: „Těhotenskou jógu zařazuji i do mých těhotenských kurzů, je pro těhotné velmi přínosná, naučí je uvolňovat správné svalové skupiny. Rodičky se umí v průběhu porodu uvolnit a umí zapojit správné svaly při tlačení, tím eliminují porodní poranění“. Odpověď PA10 zněla: „Těhotenskou jógu zařazuji v rámci mých předporodních kurzů. Ženy, které cvičí jógu i před těhotenstvím mají výhodu. Myslím si, že je pro rodičky velmi přínosná, tak že umí cíleně povolit právě svaly pánevního dna a následně se v průběhu porodu uvolnit a relaxovat mimo kontrakce“. PA 6 a PA 7 mají neutrální názor, neboť s ní nemají zkušenosti. Názor PA7 byl: „Jsem pro všechny alternativní metody, ale v naší společnosti s ní nemám příliš velké zkušenosti“. PA 5 a PA 8 přistupují k těhotenské józe negativně. PA5 odpověděla: „Těhotenskou jógu nedoporučuji, myslím si, že velmi často provokuje předčasné porody a rodičky při porodu nespolupracují, protože si myslí, že ví o porodu a porodních poraněních vše“. PA8 uvedla: „Těhotenskou jógu nedoporučuji, rodičky se sice umí uvolnit, ale je s nimi obtížná spolupráce. Navíc s ní nemám, příliš velké zkušenosti“.

Podkategorie Používání EPI-NO balónku

Schéma 4 Používání EPI-NO balónku

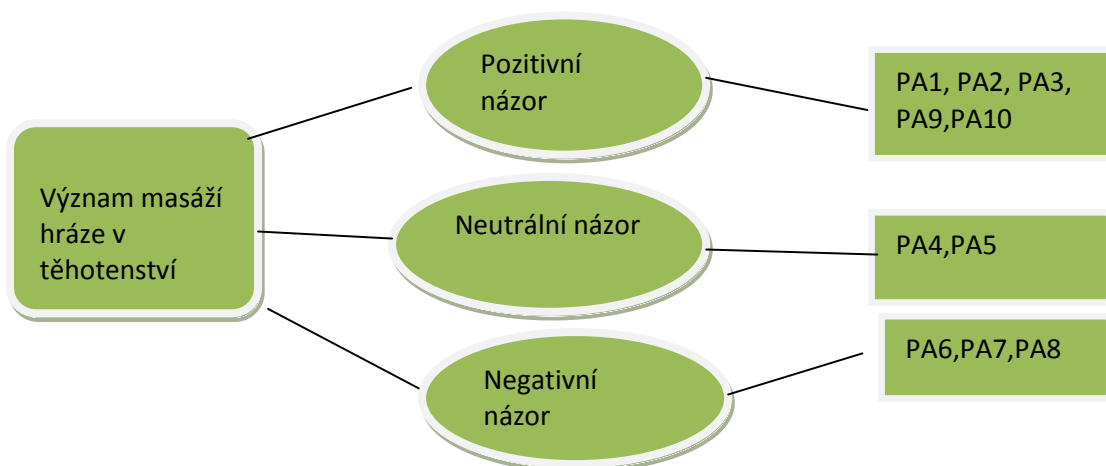


EPI-NO balónek je mezi porodními asistentkami v praxi jednou z častých doporučovaných metod přípravy na porod, založenou na principu posilování pánevního dna. Všech deset porodních asistentek má osobní zkušenost s rodičkami, které ho EPI-NO balónek používaly. Sedm porodních asistentek (PA1,PA2,PA3,PA4,PA5,PA7,PA9,PA10) balónek EPI-NO doporučuje v předporodních kurzech, dvě porodní asistentky (PA6,PA8) mají na používání balónku negativní názor. PA1 uvádí: „V předporodních kurzech doporučuji EPI-NO balónek nebo jeho levnější verzi Ani-baal. Těhotné ženy, které balónek pečlivě používají podle doporučených postupů, mají menší výskyt porodních poranění, hráz se stává jemnější a pružnější“. PA2 dodává: „EPI-NO doručuji ženám, které hledají alternativu, jak se vyhnout episiotomii“, říká: „Pro těhotné, které se chtějí vyhnout episiotomii, je používání balónku v kombinaci s masáží hráze asi tou nejvhodnější metodou, jak se nástřihu vyhnout“. Myslí si: „Pokud začnou včas se zaváděním EPI-NO balónku není epiziotomie nutná a také případné porodní poranění ve smyslu ruptury hráze je menší“. PA3 doporučuje EPI-NO balónek jen v případě, že se na jeho používání těhotná zeptá. Uvádá: „Balónek doporučuji pouze v případě, že se na něj žena zeptá, sice mám dobré výsledky s jeho používáním, ale nejsem si jistá, zda do budoucna nebudou mít ženy obtíže ve smyslu inkontinence moči, taková studie ještě nebyla vypracována“. Porodní asistentky (PA6,PA8), které uvedly, že na tuto metodu mají negativní názor, shodně uvedly, že tuto metodu nedoporučují, protože si myslí, že provokuje předčasné porody a není vyloučena ani epiziotomie a do budoucna se neví co pravidelné používání EPI-NO balónku udělá s pánevním dnem. PA 7 nevede předporodní kurzy, ale její názor je: „Pokud nám přijde žena k porodu, a řekne, že v těhotenství pravidelně používala, Epi-no, tak jsem ráda. Domluví se s ní, že pokud bude porod probíhat fyziologicky, obejdeme se bez episiotomie. Vše, ale samozřejmě závisí na okolnostech porodu“. PA9 a PA10 shodně uvádějí, že v předporodních kurzech seznamují těhotné s možností, zakoupit si a používat Epi-no balónek na konci těhotenství. Myslí si, že tento balónek by měly používat všechny těhotné ženy. Dle jejich názoru je prokázáno, že výskyt porodních poranění při porodu je menší. Zejména provedené epiziotomie, ale i ruptury perinea jsou při používání balónku menší. Pomáhá prý též i při posilování pánevních

svalů. Jejich názorem je, že i ženy, které ví, že nebudou rodit spontánně, ho mohou ocenit. Většina žen, která již rodila, se později potýká s močovou inkontinencí a v používání balónku vidí cestu jak zmírnit důsledky porodních poranění pro ženy i v pozdějších letech

Podkategorie Masáže hráze v těhotenství

Schéma 5 Význam masáže hráze v těhotenství

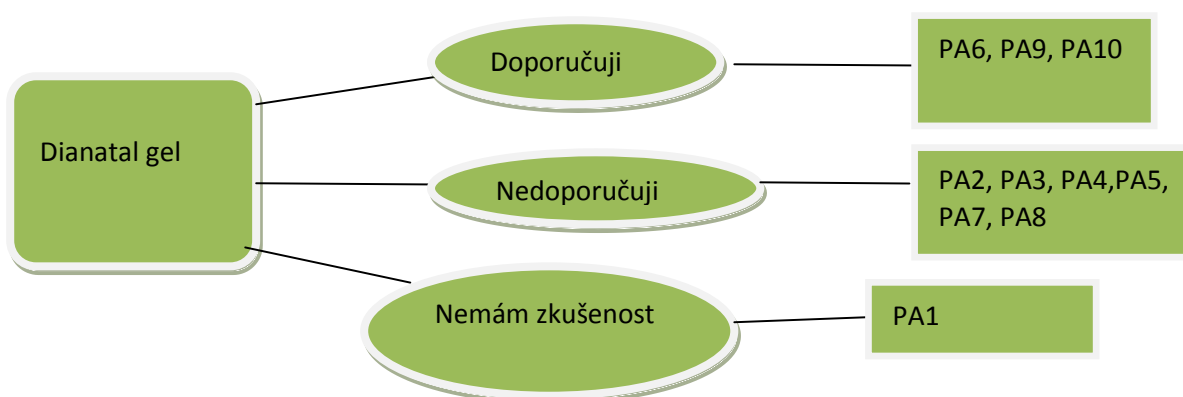


V této podkategorii jsme zjišťovaly názory porodních asistentek na masáže hráze v těhotenství. Účelem této masáže je docílit změkčení zpočátku pevné tkáně, která se pravidelnou stimulací stává jemnou a poddajnou. Pět porodních asistentek by masáž hráze doporučilo (PA1, PA2, PA3, PA9, PA10). PA9 uvádí: „*Tato metoda je vhodná a mám s ní dobré zkušenosti. Vidím výsledky zejména u prvorodiček, kdy je hráz tuhá a nepoddajná nebo u vícero diček, kdy jizvy po předchozích porodech jsou špatně zhojené a hrozila by minimálně ruptura v místě předchozí jizvy nebo horší poranění. Masáží se hráz stává jemnější a pružnější*“. Dvě PA zaujaly neutrální postoj (PA4, PA5). Myslí si, že pouze masáž hráze jako prevence porodních poranění nestačí. PA4 říká: „*Myslím si, že pouze masáž hráze nestačí, abychom docílily dobrého výsledku je nutné masáž hráze kombinovat ještě s jinou alternativou jako je hydroterapie nebo EPI-NO*“. PA5 uvádí: „*Ani pokud těhotná žena provádí pravidelně masáž hráze, nemyslím si, že by to na uchránění hráze stačilo. Tato metoda je dobrá, ale pouze*

v kombinaci s použitím balónku EPI-NO nebo v kombinaci s hydroterapií“. Tři PA by ji nedoporučily vůbec (PA6,PA7,PA8), neboť nevidí rozdíl mezi tím, jestli masírovaly hráz nebo ne.

Podkategorie Dianatal gel při porodu

Schéma 6 Dianatal gel

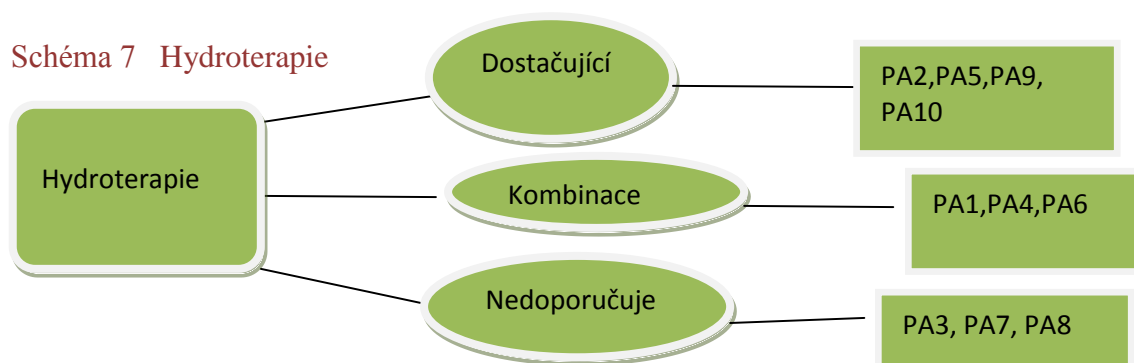


V této podkategorii jsme zjišťovaly názor na porodnický gel Dianatal. Tento gel se aplikuje v průběhu porodu, chrání svaly pánevního dna, pochvy a hráze. Vlivem aplikace gelu se sníží tření v pochvě rodičky a utvoří ochranný film, který usnadňuje klouzavý pohyb plodu porodními cestami. Dianatal gel není porodním asistentkám tak blízký jako EPI-NO balónek nebo masáž hráze. Při porodu by ho doporučily tři porodní asistentky (PA6, PA9,PA10). PA6 má kladnou zkušenost s používáním tohoto gelu v době, kdy pracovala v zahraničí, uvedla, že ve většině případů usnadnil průchod hlavičky porodními cestami a hlavní přínos vidí na konci druhé doby porodní v kombinaci se superbrowningem. Názor PA9: „*Dianatal gel doporučuji, usnadňuje průchod plodu porodními cestami, přilne k porodním cestám a porodní poranění jsou menší, protože i hráz se zjemní*“. Jedna PA má neutrální názor (PA1), protože se s jeho použitím nesetkala. PA1 uvádí: „*S tímto porodnickým gelem jsem se ještě v praxi nesetkala, proto ho nemohu doporučit*“. Šest PA by ho nedoporučilo vůbec (PA2, PA3, PA4, PA5,PA7, PA8). PA 4 říká: „*Porodnický gel Dianatal nedoporučuji. Myslím si, že je to pouze módní hit, který bere klientkám peníze z kapes, bez jakékoliv odezvy*

v podobě menšího poranění. Jsou i jiné metody prevence porodních poranění, které mohou klientky využít bez toho, aby utratily nehorázné peníze za jakýsi gel, u kterého není záruka menšího porodního poranění“.

Podkategorie Hydroterapie

Schéma 7 Hydroterapie

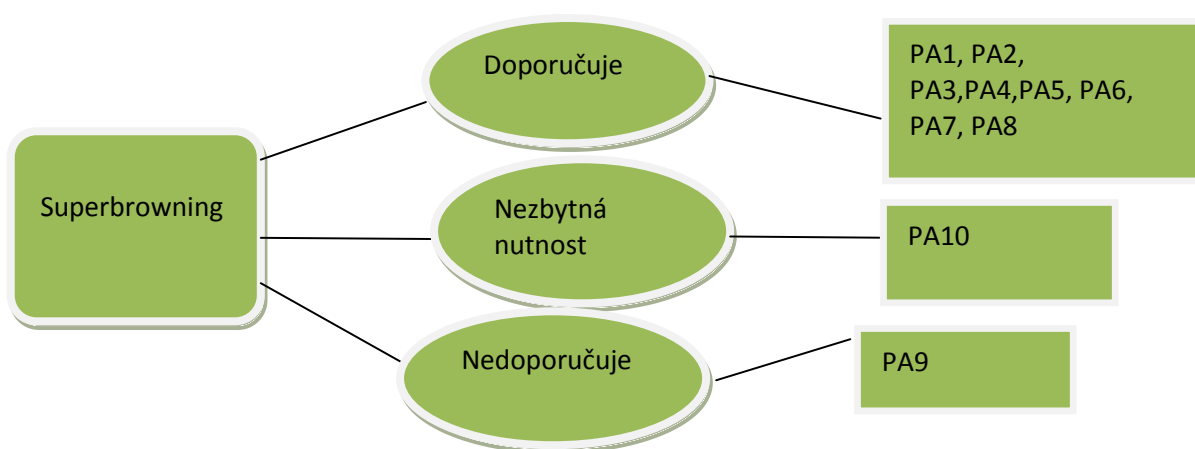


V této podkategorii jsme zjišťovaly názor porodních asistentek na hydroterapii. V aktivní části porodu má hydroterapie pozitivní vliv na prohřátí organismu, na snadnější otevírání měkkých porodních cest a také mění elasticitu kůže. Názory porodních asistentek na tuto metodu se rozcházejí. Čtyři porodní asistentky (PA2, PA5, PA9, PA10) si myslí, že i pouhá hydroterapie je dostačující jako jediná metoda ke snížení porodních poranění. PA 9 si myslí: „Je velká škoda, že není hydroterapie v průběhu porodu více rozšířená. S hydroterapií při porodu mám dobré zkušenosti. Mírní bolest při porodu, ale také zjemňuje hráz, ta se tak stává pružnější a riziko ruptur perinea se zmenší. Proč by některé ženy volily porod do vody, kdyby to nebyla pravda? Mám takový pocit, že alternativní metody nejsou v našich porodnicích příliš vítány, ale určitě to neplatí pro všechny, některé se na alternativní porodnictví zaměřují. Proto je na ženě samotné, jakou porodnici si zvolí“. Tři PA (PA1, PA4, PA6) si myslí, že hydroterapie je dostačující v kombinaci s masáží hráze nebo jinou metodou. PA1 uvádí: „Snažím se klientkám dopřát komplexní péči, k hydroterapii doporučuji i Epi-no nebo masáž hráze. Myslím si, že není nic jednoduššího, než nabídnout klientce hydroterapii v průběhu porodu“. Tři PA (PA3, PA7, PA8) uvedly, že použití hydroterapie samostatně jako prevence porodních poranění je nedostačující. Během rozhovoru PA8

uvedla, že samotná hydroterapie je nedostačující. Dle jejího názoru působí spíše analgeticky, než jako prevence porodních poranění.

Podkategorie Superbrowning při porodu

Schéma 8 Superbrowning



V této podkategorii jsme zjišťovaly názor porodních asistentek na Superbrowning. Při prořezávání hlavičky vyvíjí porodní asistentka nebo lékař na hlavičku plodu mírný protitlak rukou, aby zpomalili její prořezávání. Pokud se ponechá tkáním více času na jejich pomalé a přirozené roztžení, dochází k velké redukci poranění hráze. Osm porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8) uvedlo, že Superbrowning při porodu používají. Jedna porodní asistentka (PA10) řekla, že pokud doprovází rodičku k porodu, nechává vše na porodní asistentce, která vede porod a pokud se jedná o porod doma, nechává porodu volný průběh. Jedna porodní asistentka (PA9) si myslí, že se při porodu Superbrowning musí používat pouze minimálně a při přirozeném vedení porodu se nemusí použít vůbec. Uvádí, že případné porodní poranění vznikne i v případě cíleného protitlaku na hlavičku plodu. PA 1 až PA 8 se shodují v názoru, že se Superbrowning používá u každého spontánního porodu, jednou rukou brzdí prořezávající hlavičku plodu, druhou rukou chrání hráz, aby zůstala neporušená.

Po porodu hlavičky plodu, chrání hráz ještě při porodu ramének plodu, zvláště zadního.

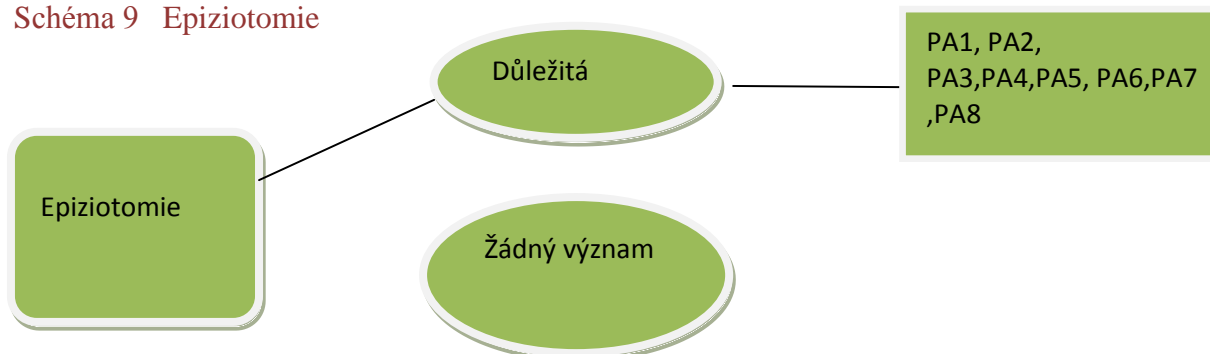
PA9: „Při přirozeném spontánním porodu, není nutný jakýkoliv zásah zvenčí, ať už se jedná o masáž hráze, řízené tlačení, Superbrowning nebo chránění hráze. Pokud má vzniknout nějaké poranění hráze, vznikne, ať používám Superbrowning nebo ne. Jsem zásadně proti jakémukoliv zásahu zvenčí, ať už se jedná o porodní asistentku nebo lékaře. Myslím si, že stačí nechat rodičku dělat to, k čemu jí průběh porodu nutí a moc do něj nezasahovat. Všechny případné patologie vznikají jen v důsledku řízeného zásahu zdravotnických pracovníků“.

PA10 uvádí: „Je velký rozdíl mezi spontánním porodem vedeným porodní asistentkou nebo lékařem v porodnici a přirozeným porodem, který probíhá doma nebo v porodním domě. Protože k porodům v porodnici rodičku pouze doprovázím a sama porod nevedu, nechávám použití Superbrowningu na ošetřujícím personálu. Pouze mám vytipované porodní asistentky, které jsou nakloněné přirozenému průběhu porodu. A tyto PA v případě, že ženu k porodu doprovázím, oslovím, zda by byly ochotné vést porod mé klientky. Zda budou používat Superbrowning v závěrečné fázi porodu, pak už nechávám na té které porodní asistentce“.

A dodává, že u porodů, které jsou vedeny v domácím prostředí, nechává vše na rodičí ženě, pouze dohlíží na jeho průběh a ani v závěrečné fázi Superbrowning nepoužívá. Občas se prý setká s poraněními vzniklými při porodu, ale většinou jsou pouze minimálního rozsahu, protože žena tlačí pouze tak, jak jí k tomu průběh porodu vede a hráz má čas si na potřebné roztahování zvyknout. „Musím ale podotknout, že ženy rodící v domácím prostředí jsou většinou na porod velmi dobře připraveny. A již v průběhu těhotenství, používají prostředky k roztahování hráze a v průběhu porodu pak využívají hydroterapii, která hráz změkčí a zjemní“.

Podkategorie Provedení epiziotomie za porodu

Schéma 9 Epiziotomie

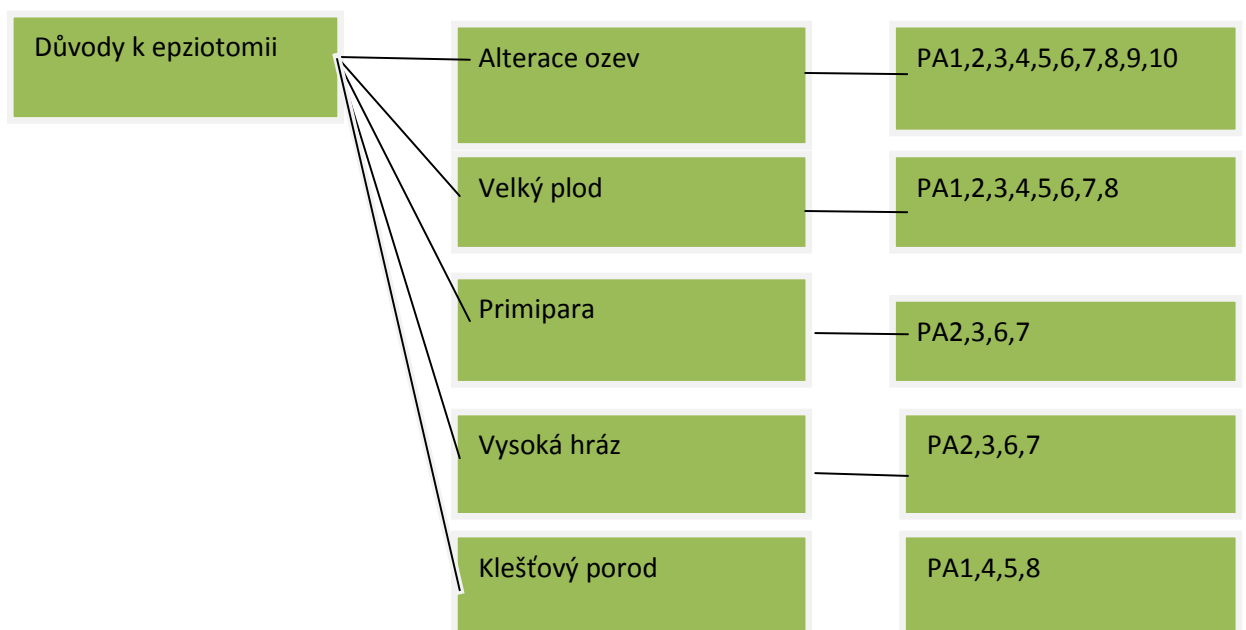


PA9, PA10

V této podkategorii jsme názory porodních asistentek na provedení episiotomie za porodu. Episiotomie je cílené chirurgické nastřížení perinea (kožní a svalové tkáň mezi pochvou a konečníkem) na konci II. doby porodní. Na tuto problematiku se názory porodních asistentek liší, převažují však spíše kladné odpovědi. PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6 považují episiotomii za důležitou, PA 7,8 uvedly, že neví, ale myslí si, že je episiotomie někdy nezbytnou nutností a PA9, PA10 nevidí v episiotomii žádný význam. PA 4 uvádí: „*Na episiotomii mám kladný názor, přistupuji k ní v případě ohrožení plodu a pokud vidím, že hráz je nepoddajná a hrozí ruptura většího rozsahu. Myslím si však, že by se k ní mělo přistupovat uvážlivě a ne pouze pro ulehčení a zkrácení porodu samotného*“. PA8 zastává názor, že v některých případech je provedení episiotomie nutné, zejména pokud potřebujeme rychle vybavit dítě pro případné komplikace. PA9: „*Že episiotomie ve většině případů není nutná. Rodička by měla být upozorněna a souhlasit s jejím provedením*“.

Podkategorie Důvody k epiziotomii

Schéma 10 Důvody k epiziotomii



V této podkategorii jsme zjišťovaly nejčastější důvody porodních asistentek k provedení episiotomie. Jako důvod, pro který provádějí porodní asistentky episiotomii, uvedlo pět PA alteraci ozev, velký plod, primiparu a vysokou hráz (PA2, PA 3, PA6, PA7), dvě PA pouze alteraci ozev, klešťový porod a velký plod (PA1,PA4, PA5, PA8) a dvě porodní asistentky vidí důvod pro episiotomii pouze alteraci ozev (PA9, PA10). PA1: „*Myslím, že důvody pro episiotomii jsou pro každou porodní asistentku celkem jasné alterace ozev plodu a klešťový porod*“. „... jiné důvody jsou velice diskutabilní, myslím, že to, že je rodička primipara, ještě není důvod k preventivní episiotomii a ani vysoká hráz pro mě není důvodem. Řídím se spíše momentální situací“. PA2 uvedla více důvodů: „*Jako hlavní důvod k episiotomii vidím velký váhový odhad plodu, alteraci ozev v první a ve druhé době porodní, klešťový porod, nespolupracující rodičku nebo vysokou nepružnou hráz*“. PA3 vidí též několik případů pro provedení episiotomie, jako je alterace ozev, velký plod, primipara a vysoká hráz. PA9: „*Důvod k episiotomii vidím většinou při alteraci ozev plodu. Víceméně jedním podle aktuální situace*“. PA10 se plně shodla s odpovědí PA9

2. Kategorie Hojení

Podkategorie Epiziotomie versus ruptury

Schéma 11 Epiziotomie



V této podkategorii jsme zjišťovaly názor porodních asistentek, zda se lépe hojí episiotomie nebo ruptury. Při provedení episiotomie jsou protnuty procházející cévy a nervy, oproti tomu ruptura nečastěji probíhá podél nervových a cévních pletení. Názory na hojení porodních poranění se liší. Čtyři porodní asistentky (PA2, PA5, PA6, PA7) uvedly, že se episiotomie hojí lépe než ruptury perinea, PA1, PA3, PA4 a PA8 si myslí, že hojení poranění je velmi individuální, ale v podstatě nevidí rozdíl mezi hojením a dvě PA (PA9,PA10) uvedly, že se episiotomie hojí hůře než ruptury I. a II. stupně u větších ruptur pak dle jejich názoru je hojení obdobné. PA4: „*Hojení porodních poranění je individuální a v podstatě zde nevidím rozdíl. I ruptura perinea se může hojit hůře než episiotomie*“. PA5: „*Je to velmi individuální a záleží hlavně na klientce, jak se o porodní poranění stará a zda dodržuje doporučenou hygienu v šestinedělí*“. PA6 zastává názor, že episiotomie se zcela určitě lépe hojí, neboť má rovné okraje a pokud je provedeno správné ošetření, zhojí se bez komplikací. PA9: „*Lépe se určitě hojí drobná ruptura než episiotomie. U velkých ruptur III. a IV. stupně je to asi tak stejné*“.

Podkategorie Význam hygieny v hojení porodních poranění

Schéma 12 Význam péče o porodní poranění



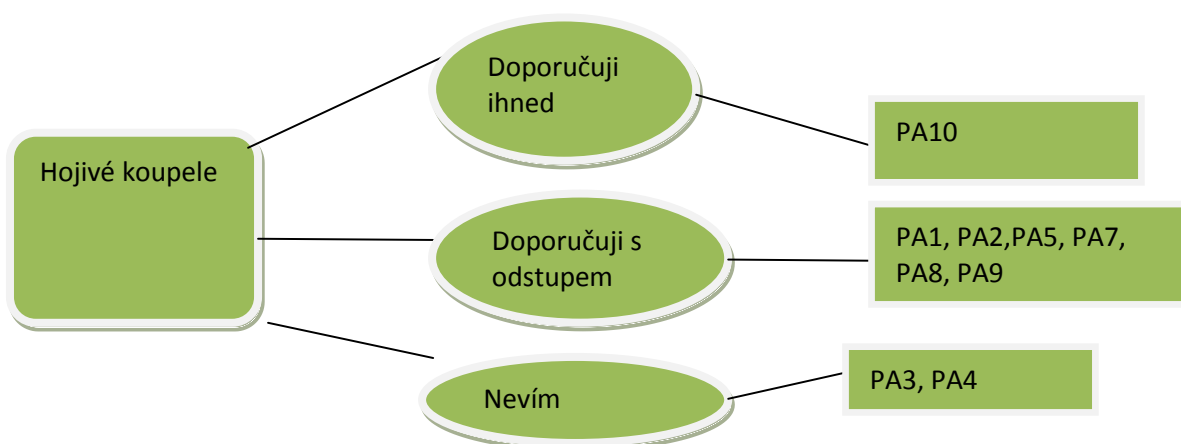
V této podkategorii jsme zjišťovaly názor porodních asistentek na význam péče o porodní poranění. Hygiena je v hojení porodních poranění velmi důležitá, protože odcházející očišťky mají zásadité pH, čímž mění pH v pochvě a vytváří vhodné podmínky, pro rozmnožování a růst bakterií.

Jako nejdůležitější aspekt v péči o porodní poranění vidí porodní asistentky zejména důkladnou hygienu. Všechny porodní asistentky uvedly, že bez důkladné a pravidelné hygieny se porodní poranění nemůže dobře zahojit. PA6 uvedla, že ženám kromě již zmíněné hygieny doporučuje i některé z alternativních metod: „*Chladné obklady na*

porodní poranění bezprostředně po porodu a pak důslednou hygienu, dále to závisí na té které ženě, co chce pro lepší hojení ještě použít“. PA9 uvádí: „Dále bych ještě doporučila, klidový režim, chladivé obklady, koupele v řepíku, homeopatika, mateřské mléko nebo léčivé masti“.

Podkategorie Sedací koupele pro hojení porodních poranění

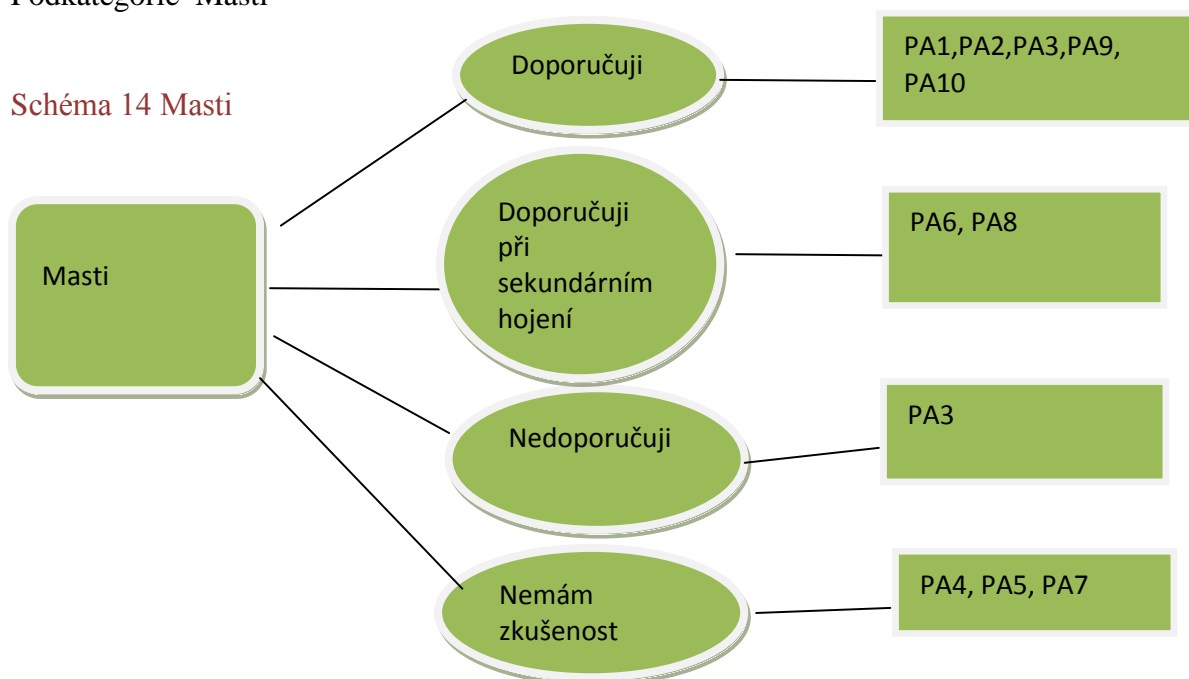
Schéma 13 Hojivé koupele



Na podporu hojení také některé porodní asistentky doporučují sedací koupele do kterých se mohou přidat i léčivé přírodní extrakty. Sedací koupele s přidavkem léčivých bylin mají stahující a protizánětlivé účinky, proto napomáhají hojení poranění. V této podkategorii nás zajímal názor porodních asistentek na sedací koupele v péči o porodní poranění. Sedm PA (PA1, PA2, PA5, PA6, PA7, PA8, PA9) má na hojivé koupele pozitivní názor, všechny by je však začaly používat až s odstupem několika dnů. Pouze dle názoru PA10 by je mohla každá šestinedělka použít ihned po porodu, z počátku doporučuje použití chladnější vody. Dvě PA (PA3, PA4) by hojivé koupele nedoporučily, protože s nimi nemají žádnou zkušenost. PA1 uvádí: „Doporučuji koupele v řepíku nebo dubové kůře, ale ne bezprostředně po porodu spíše s odstupem několika dnů“. PA4: „Nedoporučuji, nemám s hojivými koupelemi žádnou zkušenost“. PA9: „Doporučuji, pokud rodí doma, mohou začít ihned, v porodnici na koupele není prostor. V takovém případě jim doporučuji koupele po příchodu z porodnice, zejména dubovou kůru nebo řepík“.

Podkategorie Masti

Schéma 14 Masti

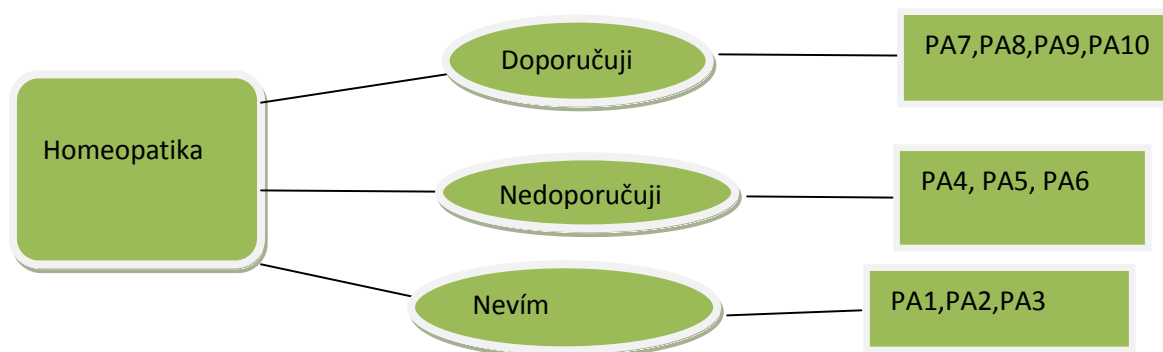


Pro podporu hojení porodních poranění, zejména při sekundárním hojení, můžeme využít i masti s příměsí přírodních bylin např. Dubové kůry, Kostivalu nebo Měsíčku lékařského, ale lze také využít i mateřské mléko. V této kategorii jsme zjišťovaly názor porodních asistentek na použití hojivých mastí v péči o porodní poranění. Šest porodních asistentek by masti doporučilo (PA1, PA2, PA3, PA6, PA9, PA10), PA6 a PA8 je doporučují výlučně při sekundárním hojení porodních poranění, PA3 je nedoporučuje vůbec a PA4, PA5 a PA7 s používáním mastí nemají zkušenosti. PA9 a PA10 masti doporučují až s odstupem několika dnů, kdy už začal proces hojení. PA2:

„Doporučuji masti, nejznámější je asi měsíčková nebo kostivalová mast. Oblast porodního poranění se musí, ale nejdříve řádně omýt a osušit“. PA3 při rozhovoru uvedla, že nejsou žádné koupele nutné, pokud žena důsledně dodržuje pravidla důkladné hygieny. PA6 a PA8 jsou přesvědčeny o využití mastí pouze při sekundárním hojení porodních poranění. PA8 navíc dodala: „Jinak preferuji hojení bez použití mastí. Někdy míň znamená víc, a proto pokud není důvod, raději je nedoporučuji“.

Podkategorie Používání homeopatik v péči o porodní poranění

Schéma 15 Homeopatika



Homeopatika jsou léky, obsahující pouze výtažky z léčivých bylin. Tiší bolest, zlepšují hojení ran, cév, mají antiseptické účinky a napomáhají rekonvalescenci. Mohou být využity i v porodnictví právě k hojení porodních poranění. Některé se používají v pitném režimu, ale lze z nich připravit i lokální oplachy na poranění. Proto jsme v této podkategorii zjišťovaly názory porodních asistentek na využití homeopatie v hojení porodních poranění. Na otázku o používání homeopatik odpověděly 3 porodní asistentky (PA1, PA2, PA3) že je nemohou doporučit vzhledem k tomu, že s nimi nemají žádné zkušenosti. Další tři porodní asistentky PA4, PA5, PA6 je nedoporučují, neboť mají názor, že jde o pouhý „placebo efekt“. Čtyři porodní asistentky (PA7, PA8, PA9, PA10) by ji doporučily, PA9 dokonce ve své praxi spolupracuje s lékařkou, která se homeopatií zabývá: „Homeopatika doporučuji, spolupracuji s lékařkou která se

homeopatií zabývá. Odesílám k ní své klientky již v těhotenství. Cíleně pak spolu najdou vhodný homeopatický lék, který podporuje hojení případných porodních poranění“. PA8 uvedla: „*Homeopatika v péči o porodní poranění doporučuji, nejsou sice moc rozšířené, ale zdá se mi, že hojení pak probíhá lépe“.*

5 Diskuse

Téma této bakalářské práce je „Porodní poranění z pohledu porodní asistentky“.

Porodní poranění jsou způsobena tlakem velkých částí plodu na porodní cesty. Mohou vzniknout jak při porodu fyziologickém, tak i komplikovaném. Nejčastějšími porodními poraněními jsou ruptury perinea, ale také cílené chirurgické nastřížení perinea, které se provádí v závěru II. doby porodní (Maryšková, 2010, s. 80-81). Epiziotomií se vytvoří dostatečný prostor pro rychlejší prostup hlavičky při samovolném porodu. Důvody pro epiziotomii jsou různé, ale mají svá opodstatnění u operačních vaginálně vedených porodů, velkých plodů, nebo nepoddajné hrázi, kdy hrozí ruptury III. a IV. stupně. Protože poporodní stav rodičky má vliv na její psychiku, schopnost pečovat o novorozence a může ovlivnit i její přístup k dalším porodům (Roztočil, 2008, s. 27), je toto v současné době pro porodní asistentky, jedno z diskutovaných témat

Ve výzkumné části této bakalářské práce byly zjišťovány názory porodních asistentek na to, jakým způsobem předcházejí porodním poraněním u rodiček, jaký zastávají postoj k provedení episiotomie a jakým způsobem edukují v péči o porodní poranění rodičky po porodu. Rozhovory byly vedeny s registrovanými porodními asistentkami různého věku a vzdělání. Respondentky v době výzkumu pracovaly v porodnicích Jihočeského kraje. Některé měly pracovní poměr pouze v nemocnici, jiné se navíc věnovaly předporodním kurzům a dvě pracovaly jako soukromé porodní asistentky.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit jakou prevenci porodních poranění, porodní asistentky doporučují.

Názor porodních asistentek na předporodní kurzy je pozitivní. Kromě dvou respondentek (PA5,PA6) jsou ostatní přesvědčeny, že v kurzech se těhotné ženy dozví vše nejen o průběhu porodu, ale naučí se i uvolňovat svaly dna pánevního a povrchově

dýchat na konci první doby porodní a ve druhé době porodní. Pro závěrečnou část druhé doby porodní pak i způsob tlačení. Dvě porodní asistentky (PA5,PA6), které se přikláněly spíše k negativnímu názoru na porodní kurzy, uvedly, že nevidí rozdíl mezi tím, zda těhotné ženy navštěvovaly předporodní kurzy nebo ne. Jedna se odvolávala na to, že je zde možnost, že bolest v průběhu porodu někdy rodičky paralyzuje tak, že zapomenou, co se v předporodních kurzech naučily. Štomerová (2010) ve své knize uvádí, že důležitou součástí předporodních kurzů je, psychická příprava a podpora budoucí rodičky ze strany porodní asistentky. Myslíme si, že předporodní kurzy, jsou přínosné v tom, že těhotné ženy mají alespoň představu o průběhu porodu a získají základní znalosti o technice dýchání a relaxaci pánevních svalů během první a druhé doby porodní. Spolupráce rodičky s porodní asistentkou v průběhu porodu už pak závisí na individuálním přístupu a mentalitě rodící ženy. Proto je pro nás překvapující názor dvou respondentek (PA5,PA6), které doslova uvedly, že kurzy vyloženě nepodporují.

Na prospěšnosti těhotenského cvičení v průběhu porodu a přípravě rodičky k němu se shodly všechny dotazované porodní asistentky. Vyzdvihovaly zejména fyzickou ale i psychickou pohodu rodiček, neboť ty si více věří a jsou lépe fyzicky připraveny na zátěž v průběhu porodu. Volejníková (2006) uvádí, že účelem cvičení je udržet organismus těhotné ženy v optimálním zdravotním stavu a zabránit změnám, které těhotenství a porod na organismu ženy zanechá. S tímto můžeme jen souhlasit.

V názoru na těhotenskou jógu již respondentky nebyly tak jednotné. Pouze pět porodních asistentek z deseti ji vyloženě doporučilo (PA1,PA2,PA3,PA4,PA9,PA10). Zdůrazňovaly zejména umění žen, které prošly těhotenskou jógou, uvolnit se při porodu. Porodní asistentky (PA6, PA7) které zastávaly negativní názor na využití jógy, argumentovaly rizikem nástupu předčasného porodu a tím, že rodičky hůře spolupracují v průběhu porodního děje. Wessels (2009) uvádí, že těhotenská jóga naučí ženy zhluboka dýchat, relaxovat a uvolňovat svaly dna pánevního a vidí výhodu zejména při porodu, s ohledem na eliminaci porodních poranění, kdy porodní asistentky potřebují spolupráci rodičky.

EPI-NO je tvarovaný silikonový balónek s ruční pumpou. Lze ho využít před porodem k posílení svalů dna pánevního, tak i k navykání tkání k lepšímu roztahování

a k tréninku vypuzování. Balónek si žena od 37. týdne těhotenství zavádí z jedné poloviny do pochvy. Objem balónku se nafukováním postupně zvětšuje až do pocitu maximálního napětí (bez pocitu bolesti). Na závěr posilovacího cvičení se těhotná žena snaží vytlačit balónek z pochvy. Cvičení by mělo probíhat jednou až dvakrát denně po dobu 15-30 minut. Pro používání EPI-NO balónku před porodem byla většina dotazovaných porodních asistentek (PA1,PA2,PA3,PA4,PA5, PA7,PA9,PA10), které měly s jeho používáním kladné zkušenosti. Shodně uvedly, že pokud s ním těhotné ženy pracují podle návodu, jsou porodní poranění menší než u rodiček, které ho nepoužívaly. Porodní asistentky (PA6,PA8), které uvedly, že na tuto metodu mají negativní názor, shodně uvedly, že tuto metodu nedoporučují. Myslí si, že provokuje předčasné porody a není vyloučena ani epiziotomie a do budoucna se neví co pravidelné používání EPI-NO balónku udělá s pánevním dnem. Maryšková (2006) však hodnotí tuto metodu pozitivně, jak v používání před porodem, tak i po porodu k regeneraci pánevního dna. Myslíme si, že tato metoda je vhodná jako prevence porodních poranění. Vše závisí, ale spíše na anatomii a elasticitě pochvy a velkou roli zde také hrají předešlé gynekologické potíže a samozřejmě spolupráce rodičky.

Další možností jak zabránit poranění hráze je provádění masáže hráze před porodem. Účelem této masáže je docílit změkčení zpočátku pevné tkáně, která se pravidelnou stimulací stává jemnou a poddajnou. Napomáhá hrázi, aby byla pružnou a aby se při porodu dostatečně roztáhla a urychlila průchod hlavičky východem. S masáží hráze se začíná 4 týdny před termínem porodu. Proto nás zajímalo, jaký názor na masáž hráze mají porodní asistentky. Pět porodních asistentek (PA1,PA2,PA3,PA9,PA10) uvedlo, že se hráz stává jemnější a pružnější. Porodní asistentky (PA5,PA6,PA8) uvedly, že nedoporučují masáž hráze ke konci těhotenství, upřesnily, že ji úplně nezavrhují, ale doporučují kombinaci s používáním EPI-NO balónku a hydroterapií. Hirsch (2007) uvádí, že tato metoda může být přínosná v prevenci porodních poranění, ale na druhé straně říká, že není vyloučeno provedení epiziotomie nebo ruptur perinea i po pravidelných masáží hráze. S názorem, že tato metoda může být přínosná v prevenci porodního poranění souhlasíme, ze zkušeností však víme, že i přes provádění masáže hráze může dojít k porodním poraněním.

Dianatal gel je porodnický gel, který se aplikuje v průběhu porodu, chrání svaly pánevního dna, pochvy a hráze. Vlivem aplikace gelu je tření při porodu sníženo až o 50 %. Gel přilne k poševní stěně a utvoří v pochvě ochranný film, který usnadňuje klouzavý pohyb při porodu. Pohled PA na používání Dianatal gelu při porodu je různý. Převážná část respondentek (PA2, PA3, PA4, PA7, PA8) ho nedoporučuje. PA4 říká: „*Porodnický gel Dianatal nedoporučuji. Myslím si, že je to pouze módní hit, který bere klientkám peníze z kapes, bez jakékoliv odezvy v podobě menšího poranění*“. Ty, které tento gel doporučují (PA6,PA9,PA10), řekly, že usnadňuje průchod hlavičky porodními cestami, prý i zjemňuje hráz a tím napomáhá prevenci porodních poranění. Maryšková (2009) uvádí, že použití gelu snižuje výskyt poranění hráze a zvyšuje pravděpodobnost intaktního perinea, mimo jiné usnadňuje operativní ukončení porodu (vakuumextraktor, forceps).

Další metodou zmírňující porodní poranění je hydroterapie. Jde o soubor metod, které využívají vodu jako prostředek v průběhu těhotenství, tak i při porodu. Do hydroterapeutických metod řadíme relaxační koupele, sprchy, teplé nebo studené obklady. V aktivní části má voda pozitivní vliv na prohřátí organismu, na snadnější otevírání, také mění elasticitu hráze. Názory porodních asistentek na hydroterapii se rozcházejí. Čtyři porodní asistentky (PA2,PA5,PA9,PA10) si myslí, že i pouhá hydroterapie je dostačující jako jediná vhodná metoda ke snížení porodních poranění, dle jejich názoru mírní bolest při porodu, ale také zjemňuje hráz, ta se tak stává pružnější. Tři PA (PA1, PA4,PA6) by hydroterapii doporučily v kombinaci s masáží hráze nebo jinou metodou a zbylé tři PA (PA3,PA7,PA8) uvedly, že použití hydroterapie samostatně jako prevence porodních poranění je nedostačující. Odent (2011) uvádí, že hydroterapie má pozitivní účinky pro rodící ženu ve všech fázích porodu. Podle mého názoru je hydroterapie spíše vhodnou formou analgezie v průběhu porodu, než jako prevence porodních poranění. Z mé vlastní praxe mám velmi dobré zkušenosti s touto metodou během první doby porodní, neboť rodička se uvolní a porodní cesty lépe otevírají. Ale domnívám se, že vliv na snížení vzniku porodních poranění to v podstatě nemá.

Superbrowning je způsob vedení porodu, kdy při prořezávání hlavičky vyvíjí porodní asistentka nebo lékař na hlavičku plodu mírný protitlak rukou, aby zpomalili její prořezávání. Pokud se ponechá tkáním více času na jejich pomalé a přirozené roztážení, dochází k velké redukci poranění hráze. O Superbrowningu si porodní asistentky myslí, že se dá použít při vedení porodu jak s chirurgickým nástřihem (epiziotomií) tak i bez něj, ale pouze u fyziologického porodu, kdy není žádná překážka při jeho využití. Vyžaduje však spolupráci rodičky a nesmí dojít k alteraci ozev plodu. Devět oslovených porodních asistentek (PA1,PA2,PA3,PA4,PA5,PA6, PA7,PA8,PA10) tento způsob porodu doporučuje při splnění podmínek fyziologického porodu. Myslím si, že tato metoda je dostatečně rozšířena a automaticky využívána, proto mě překvapila odpověď jedné z porodních asistentek (PA9), která řekla: „*Při přirozeném spontánním porodu, není nutný jakýkoliv zásah zvenčí, ať už se jedná o masáž hráze, řízené tlačení nebo chránění hráze. Pokud má hráz prasknout praskne, ať hráz chráním nebo ne. Jsem zásadně proti jakémukoliv zásahu zvenčí, ať už se jedná o porodní asistentku nebo lékaře. Myslím si, že stačí nechat rodičku dělat to, k čemu jí průběh porodu nutí a moc do něj nezasahovat. Všechny případné patologie vznikají jen v důsledku řízeného zásahu zdravotnických pracovníků*“. Všechny PA se shodly na tom, že tuto metodu musí používat zkušený odborník jako je porodní asistentka nebo lékař a musí být spolupráce ze strany rodičky, a to bezpodmínečně. Záhumenský (2009) uvádí že, „*Superbrowning není vhodný při patologických kardiografických záznamech, nebo pokud je nutné rychlé ukončení porodu*“, což se téměř shoduje s názory porodních asistentek. Z našeho pohledu je tato metoda účinná za podmínek zmíněných výše.

Na první výzkumnou otázku, jakým způsobem předcházejí porodním poraněním u rodiček, bylo porodními asistentkami odpovězeno, že doporučují těhotným ženám předporodní kurzy, těhotenské cvičení, EPI-NO balónek a v průběhu porodu používají Superbrowning případně epiziotomii. Masáže hráze, těhotenskou jógu, hydroterapii a doporučují spíše ještě v kombinaci s jinou alternativou například EPI-NO balónkem... Dianatal gel porodní asistentky nedoporučují, protože s ním nemají velké zkušenosti a myslí si, že je to pouze modní hit.

Druhým cílem bylo zjistit jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení epiziotomie u rodiček. Epiziotomie je chirurgické nastřížení perinea, kožní a svalové tkáně mezi pochvou a konečníkem. Jejím cílem je zvětšení vaginálního vstupu. Je prováděna obvykle jako nutné opatření při porodu, kdy nastane alterace ozev plodu, nutnost instrumentálního porodu nebo pro nedostatek prostoru v porodních cestách. Převážná část porodních asistentek uvedla prakticky stejné důvody pro případnou epiziotomii během porodu. Nejdůležitějšími aspekty, kdy ji provést, byly alterace ozev na konci druhé doby porodní, kdy je nutné rychlé ukončení porodu, velký plod nebo vysoká nepružná hráz a strach z možnosti, aby vzniklé poranění nebylo většího stupně, než je epiziotomie samotná. Dvě porodní asistentky uvedly, že pro ně je důvod k epiziotomii i primipara, ale víceméně se shodly, že jednájí u každého porodu podle jeho průběhu a respektují přání rodičky. V literatuře je mnoho rozdílných názorů na to, zda provést epiziotomii či nikoliv. Dle Doležala (2007) jsou indikací k epiziotomii komplikace, které se vyskytnou v závěru vaginálně vedeného porodu. Souhlasím s výše uvedeným názorem v uvedené literatuře. Pokud se jedná o zcela fyziologický porod bez komplikací, snažím se nejdříve domluvit s klientkou, zda a v jakém případě mohu epiziotomii provést. Dle mého názoru je lépe provést bezdůvodně menší nástřih hráze, než vzniklá ruptura třetího nebo dokonce čtvrtého stupně.

Z druhé výzkumné otázky vyplynulo, že porodní asistentky respektují podmínky, za kterých musí být epiziotomie provedena. Při fyziologickém průběhu porodu jednájí individuálně a snaží se respektovat přání rodičky.

Posledním cílem bylo zjistit jakým způsobem edukují porodní asistentky v péči o porodní poranění u rodiček. Na otázku položenou dotazovaným porodním asistentkám, zda si myslí, že se epiziotomie hojí lépe než ruptury, odpověděly čtyři asistentky (PA2, PA5, PA6, PA7), že se hojí lépe, čtyři asistentky (PA1, PA3, PA4, PA8), že nevidí žádný rozdíl mezi hojením epiziotomie a ruptury perinea a dvě asistentky (PA9, PA10) si myslí, že se epiziotomie hojí hůře než spontánně vzniklá ruptura hráze. Čech uvádí, že předpokladem hojení porodních poranění je správné ošetření za aseptických kautel s přesnou adaptací a přiložením okrajů. Oproti tomu,

Štomerová (2010) uvádí, že v zahraničí, probíhají diskuze mezi porodními asistentkami, zda šít poranění do velikosti ruptury druhého stupně, které nekrvácí. Podle některých porodních asistentek se porodní poranění zhojí lépe samo. Myslíme si, že hojení porodních poranění je velice individuální. I ruptura hráze se může zahojit stejně dobře jako nástřih hráze a přikláníme se k názoru, že větší poranění i menší ruptury, které krvácejí, by měly být odborně ošetřeny.

Také intimní hygiena rodičky po porodu je důležitým faktorem. Všech deset porodních asistentek (PA1,PA2,PA3,PA4,PA5,PA6,PA7,PA8,PA9,PA10) se shodlo na tom, že hygiena v období šestinedělí má nezastupitelnou roli a bez důkladné hygieny se nemůže porodní poranění dobře zahojit. PA doporučují důkladnou hygienu po každém použití toalety. Stačí vlažná voda a eventuelně neparfémované mýdlo, důkladné osušení porodního poranění, nechávat ho větrat, nesesat na stranu porodního poranění a využít při otoku hráze chladivé obklady na poranění. Murkhof (2010) uvádí, že klientka by měla být takto edukována. Navíc radí klientkám močení ve sprše, fénování porodního poranění či použití plovacího kruhu na sezení jako prevence povolení stehů.

Dále jsme zjišťovaly názor porodních asistentek na hojivé koupele po porodu v péči o porodní poranění. Šest porodních asistentek (PA1,PA2,PA5,PA7,PA8,PA9) uvedlo, že by hojivé koupele doporučilo až s odstupem několika dnů a pouze v případě zhoršeného hojení porodních poranění. Jen jedna PA (PA10) uvedla, že hojivé koupele doporučuje ihned po porodu bez ohledu na to, v jakém stavu se porodní poranění nachází a dvě porodní asistentky by koupel nedoporučily, neboť s nimi nemají žádné zkušenosti. Stadelmann (2010) doporučuje koupele, až s odstupem několika dnů a za použití spíše chladnější vody a teplou vodu doporučuje až po odeznění bolesti porodního poranění. Do koupele se dá přidat i léčivá složka např. odvar z dubové kůry nebo směs nazvaná Hojící lázeň (Příloha 4).

Na otázku, zda doporučují porodní asistentky při sekundárním hojení poranění na jeho podporu masti, pět (PA1,PA2,PA3,PA9,PA10) porodních asistentek uvedlo, že by jejich použití doporučilo, tři PA (PA4,PA5,PA7) s nimi nemá žádné zkušenosti a jedna PA (PA3) odpověděla, že jejich účinku nepřikládá velký význam a proto je nedoporučuje. Stadelmann (2010) doporučuje při sekundárním hojení ran především

Měsíčkovou nebo Kostivalovou mast, ale také uvádí, že hojivé účinky má i mateřské mléko, které se dá využít ve formě obkladů nebo koupele. Myslíme si, že masti na hojení porodních poranění můžeme doporučit za předpokladu dodržení hygieny v šestinedělí a řádného vysušení oblasti porodního poranění. Velice zajímavým názorem je využití obkladů z mateřského mléka. Léčivé účinky mateřského mléka jsou sice všeobecně známy, ale otázkou zůstává, jaké množství mateřského mléka je zapotřebí k obkladu a jaké na koupel. Odpověď bych asi spíše nechala na rozhodnutí té které klientky, jen bych jí o této možnosti informovala.

Používání homeopatik nemohou doporučit tři porodní asistentky (PA1, PA2, PA3), protože s nimi nemají žádné zkušenosti. Tři porodní asistentky je nedoporučují (PA4, PA5, PA6), protože si myslí, že jde o pouhý „placebo efekt“. Čtyři porodní asistentky by homeopatii doporučily (PA7, PA8, PA9, PA10), neboť jsou přesvědčeny o pozitivním vlivu homeopatik na lepší hojení hráze. Moskowitz (2008) uvádí, že používání homeopatik není příliš rozšířené a jsou na ně spíše negativní ohlasy. Nicméně také říká, že některé porodnice ji využívají jak při porodu, tak i v období šestinedělí.

V této části bylo odpovězeno na třetí výzkumnou otázku: Jakým způsobem porodní asistentky edukují v péči o porodní poranění u rodiček. Z výzkumu vyplynulo, že porodní asistentky mají nedostatky v edukaci rodiček ohledně péče o porodní poranění, a doporučují pouze léty ověřená doporučení a o alternativní metody se příliš nezajímají.

6 Závěr:

Porodní poranění mohou vzniknout v průběhu fyziologického i patologického porodu. Jsou způsobeny tlakem hlavičky nebo konce pánevního na měkké cesty porodní. Ruptury perinea a epiziotomie jsou nejčastější vzniklá porodní poranění.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký názor mají porodní asistentky na problematiku porodních poranění. Při zpracování této bakalářské práce byl využit kvalitativní výzkum. Na počátku výzkumu byl stanoven jeden cíl. Cílem bylo, zjistit jakým způsobem porodní asistentky nahlíží na porodní poranění u rodiček. Z tohoto stanoveného cíle vyplynuly tři výzkumné otázky, ve kterých bylo zjišťováno, jakým způsobem porodní asistentky předcházejí porodním poraněním u rodiček, jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení epiziotomie u rodiček a jakým způsobem edukují porodní asistentky rodičky v péči o porodní poranění.

Na tyto výzkumné otázky byly v této práci hledány odpovědi při získávání a následném zpracovávání jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů.

První výzkumná otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem porodní asistentky předcházejí porodním poraněním u rodiček. Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní asistentky předcházejí porodním poraněním tím, že doporučují těhotným ženám předporodní kurzy, těhotenské cvičení, EPI-NO balónek a v průběhu porodu používají Superbrowning případně epiziotomii. Masáže hráze, těhotenskou jógu, hydroterapii a doporučují spíše v kombinaci s jinou alternativou předcházení porodním poraněním. Dianatal gel porodní asistentky nedoporučují, protože s ním nemají velké zkušenosti a myslí si, že je to pouze modní hit.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na postoj porodních asistentek k provedení epiziotomie u rodiček. Porodní asistentky si myslí, že provedení epiziotomie je nutné zejména v případech alterace ozev, velkého plodu, vysoké hráze

nebo klešťového porodu. Ale všechny se víceméně shodly, že přesto jednají individuálně u každého porodu, podle jeho průběhu a respektují přání rodičky.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na edukaci rodiček v péči o porodní poranění. Zjistilo se, že porodní asistentky mají nedostatky v edukaci rodiček. V péči o porodní poranění převážně doporučují důkladnou hygienu po každém použití toalety, důkladné osušení porodního poranění, větrání, nesedat na stranu porodního poranění a využít chladivé obklady na poranění při otoku hráze. Hojivé koupele a masti doporučují, až v případech sekundárního hojení a homeopatika by doporučily pouze čtyři porodní asistentky, ostatní zastávají názor, že se jedná o „placebo efekt“ nebo s nimi nemají žádné zkušenosti.

Tato bakalářská práce může být využita při přednáškách celoživotního vzdělávání zaměřených na odbornou i laickou veřejnost. Bylo by vhodné, se více věnovat budoucím maminkám v těhotenských poradnách z hlediska edukace předcházení porodním poraněním a následné péče o poranění již vzniklé. A samozřejmostí je celoživotní vzdělávání porodních asistentek v nových trendech v péči o porodní poranění.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABED, Husam; REBECCA, Rogers. *Jak postupovat u dalších těhotenství po závažném poranění hráze*. Gynekologie po promoci. r.2006, roč.6 č.5, s.40-44 ISSN 1213-2578
2. DOLEŽAL, Antonín, et al. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2
3. EVANS, Nancy. *Těhotenství a porod od A do Z*. Kateřina Zárybnická. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997. 343 s. ISBN 80-7205-510-0
4. GERHARD, Martius, et al. *Gynekologie a porodnictví*. Vladimír Šabata. 1. vyd. Bánská bystrica : Osveta, 1997. 648 s. ISBN 80-88824-56-7
5. HÁJEK, Zdeněk, et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
6. HAMPLOVÁ, Ludmila. *Císařský řez – manuál pro spokojené uživatelsky*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <<http://www.vitalia.cz/clanky/cisarsky-rez-manual-pro-spokojene-uzivatelky/>>.
7. HIRSCH, Emmet. *Ochrana perinea během operačního vaginálního porodu*. Gynekologie po promoci. r. 2007, roč. 7, č. 4, s. 48-51. ISSN 1213-2578
8. CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha:Grada, 2005 s. s.116 ISBN 80-247-1124-9
9. KALIŠ, V, et al. *Porodnické operace a ruptura hráze 3. stupně a anální inkontinence*. Česká gynekologie. r. 2005, roč. 70, č. 6, s. 411-418. ISSN 1803-6597
10. KALIŠ, V, et al. *Délka hráze a porodní poranění*. Česká gynekologie. r. 2005, roč. 70, č. 5, s. 355-361. ISSN 1803-6597
11. KALIŠ, V, et al. *Rizikové faktory ruptury perinea 3. (a 4.) stupně*. Česká gynekologie. r. 2005, roč. 70, č. 1, s. 30-36. ISSN 1803-6597
12. KAŠÍKOVÁ, E. *Pánevní dno a porod*. Moderní babictví. r. 2008, roč. 16, s. 22-25. ISSN 1214-5572
13. *Kegelovy cviky*. [online].[cit. 10.2.2008] Dostupný z WWW: <http://www.rodina.cz/clanek5473.htm>
14. KOBILKOVÁ, Jitka, et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
15. KREJČÍ, V., et al. *Bagately v šestinedělí*. Moderní gynekologie a porodnictví. r. 2007, roč. 16, č. 2, s. 362-363. ISSN 1211-1058
16. KROFTA, L. *Poranění pánevního dna v souvislosti s vaginálně vedeným porodem* Moderní gynekologie a porodnictví. r. 2009, roč. 18, č. 3, s. 317-327. ISSN 1211-1058

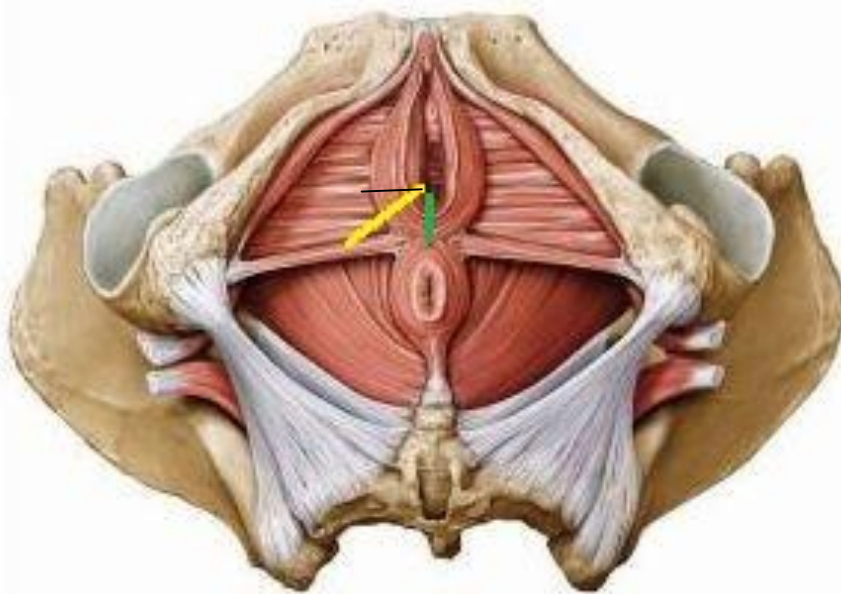
17. KUBINCOVÁ, Zita. *Problematika poranění ženy za porodu*. Zlín, 2008. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
18. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Ota Flégr. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s., 5. ISBN 80-247-0668-7
19. MARYŠKOVÁ, Andrea. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. Sestra. r. 2010, č. 3, s. 80-81. ISSN 1210-0404
20. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4
21. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 160 s. ISBN 80-251-0205-X
22. MOSKOWITZ, Richard. *Homeopatie pro těhotenství a porod*. Praha: Alternativa 2008. ISBN 978-80-86936-05-5
23. OTČENÁŠEK, Michal. *Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu*. Moderní babičství. r. 2009, roč. 17, s. 24-27. ISSN 1214-5572
24. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha: Galén, 2005. s.414 ISBN 80-7262-411-3
25. *Péče o hráz*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <http://www.9mesicu.cz/pece-o-hraz>>. 25) ROZTOČIL, Aleš; PESCHOUT, Roman. *Císařský řez na přání těhotné*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/cisarsky-rez-na-prani-tehotne-358803>>.
26. ROZTOČIL, Aleš. *Šestinedělí* [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php>.
27. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 408 ISBN 978-80-247-1941-2
28. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2
29. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci: Ošetrovatelská péče v šestinedělí o epiziotomii*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice a.s., r. 2008. s. 100 ISSN 978-80-3774-2
30. *Strategické dokumenty 3 : Praktická příručka po porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 159 s. Bezpečné mateřství. ISBN 80-85047-22-5
31. SULTANA, C. *Prevence poranění perinea v průběhu porodu*. Gynekologie po promoci. r. 2004, roč. 6, s. 12-14. ISSN 1213-2578
32. ŠTROMEROVÁ Zuzana, BSc. a kolektiv *Porodní asistentkou krok za krokem praktický rádce pro porodní asistentky (a zvidavé rodiče)*, r.2010, s.205-206 ISBN 978-80-257-0324-3
33. ZÁHUMENSKÝ, J. *Porodní poranění po porodnických operacích*. Moderní gynekologie a porodnictví. r. 2009, roč. 18, č. 3, s. 330-337. ISSN 1211-1058 33
34. ZWINGER, Antonín, et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9

8 Přílohy

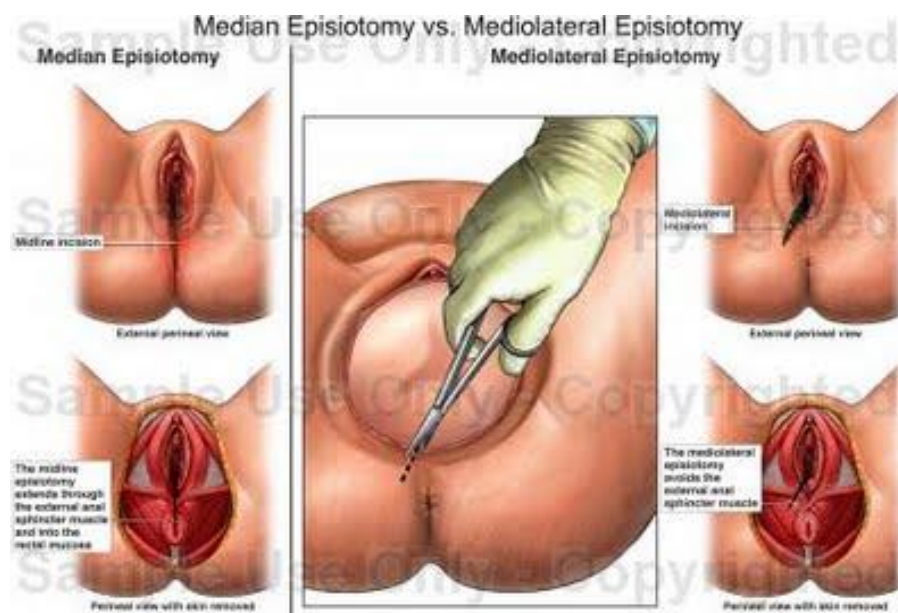
- Příloha 1 Epiziotomie – laterální, mediolaterální, mediální
- Příloha 2 EPI-NO balónek
- Příloha 3 Masáž hráze
- Příloha 4 Hojící lázeň
- Příloha 5 Otázky rozhovoru s porodními asistentkami

Příloha 1

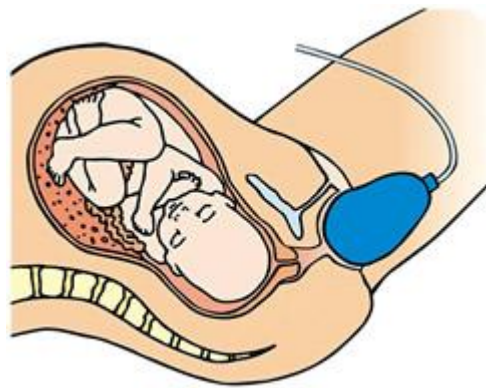
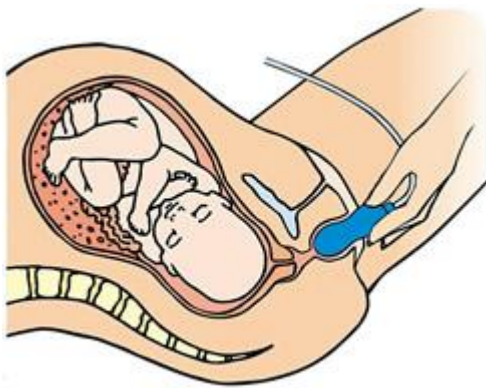
Epiziotomie: laterální
mediolaterální
mediální



Mediální epiziotomie vs. Mediolaterální epiziotomie



Příloha 2 EPI-NO balónek



Příloha 3 Masáž hráze



Příloha 4 Hojící lázeň

Hojící lázeň - základ sůl z Mrtvého moře – desinfekční a imunoprotivní účinky

Geranie - která podporuje tvorbu nových sliznic,

Pravý heřmánek - působí jako spasmolytikum

Levandule - chladící složku na zmírnění bolesti

Růže marocká - která patří k mateřství a ženství, navíc pomáhá hubit bakterie a tlumí bolest

Řebříček – využívá se pro svůj obsah Azulénu, čímž podporuje hojení hlubších ran, a to nejen fyzických, ale i psychických

(Stadelman, 2000, s. 335,336).

Příloha 5 Otázky k rozhovoru s porodními asistentkami

1. Jaký názor máte na předporodní kurzy.
2. Jaký význam má těhotenské cvičení v prevenci porodních poranění?
3. Jaký názor máte na těhotenskou Jógu.
4. Jaký názor máte na používání EPI-NO balónku?
5. Jaký názor máte na masáže hráze v těhotenství?
6. Doporučujete k porodu Dianatal gel?
7. Jaký máte názor na hydroterapii jako prevenci porodních poranění?
8. Jaký máte názor na Superbrowning při porodu?
9. Jaký názor máte na preventivní provedení epiziotomie a upozorňujete klientky, když k preventivní epiziotomii přistupujete?
10. V jakých situacích epiziotomii provádíte?
11. Myslíte si, že se epiziotomie hojí lépe než ruptury perinea?
12. Jakou péči doporučujete v péči o porodní poranění?
13. Doporučuje ženám na hojení ran nějaké koupele?
14. Máte nějaký názor na používání mastí v péči o porodní poranění?
15. Co si myslíte o používání homeopatik v péči o porodní poranění?

