

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc 2020

Bc. Michaela Švarcová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Michaela Švarcová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Informovanost žen o prevenci a péči o porodní poranění v případě
vaginálního porodu**

Olomouc 2020

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, řádně jsem citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného neakademického titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své diplomové práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne 20. 4. 2020

Bc. Švarcová Michaela

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za vedení diplomové práce, za poskytnuté rady, odborné informace a za čas, který mi věnovala. Také bych ráda poděkovala panu MUDr. Vladimíru Mašínovi, Ph.D. za statistické zpracování dat a velmi vřelý a srdečný dík patří i Zuzaně Maurové z knihovny Oblastní nemocnice Náchod. Nadále velký dík patří i Petru Suchánkovi za designové zpracování edukační brožurky. Velké poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia velmi podporovala.

OBSAH

ÚVOD	7
1 Cíl práce	8
I. TEORETICKÉ POZNATKY.....	10
2 PORODNÍ PORANĚNÍ.....	11
2.1 Epiziotomie	13
2.2 Komplikace porodního poranění.....	16
3 PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ	19
3.1 Masáž hráze.....	19
3.2 Vaginální dilatační balónky Aniball, Epi-no	21
3.3 Přírodní metody.....	23
3.4 Posilování pánevního dna	25
3.5 Prevence porodního poranění během porodu.....	26
3.5.1 Perineální masáž během vaginálního porodu	27
3.5.2 Dianatal gel	27
3.5.3 Poloha při vaginálním porodu.....	28
3.5.4 Teplé obklady hráze.....	28
3.5.5 Technika hands-on vs. hands off	29
4 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ PO VAGINÁLNÍM PORODU	30
4.1 Obklady, koupele a homeopatie	31
4.2 Masti.....	31
4.3 Masírování jizvy.....	32
4.4 Uzamčení hráze	32
4.5 Cvičení po vaginálním porodu	32
5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY	33
6 METODIKA REŠERŠNÍHO POSTUPU	35
II. PRAKTICKÉ POZNATKY	37
7 METODIKA PRÁCE	38
7.1 Předvýzkum.....	39
7.2 Dotazník	40
7.3 Výzkumné šetření.....	40
7.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
7.5 Organizace výzkumného šetření	40
7.6 Zpracování získaných dat.....	41

7.7	Statistické zpracování.....	41
8	VÝSLEDKY	42
8.1	Statistická analýza výsledků	80
9	DISKUZE.....	81
	ZÁVĚR.....	87
	SOUHRN.....	90
	SUMMARY	91
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	102
	SEZNAM TABULEK	103
	SEZNAM GRAFŮ	105
	SEZNAM OBRÁZKŮ	107
	SEZNAM PŘÍLOH.....	107
	ANOTACE.....	133

ÚVOD

Účinnost prevence porodního poranění byla, je a bude velmi diskutovaným tématem. Porodní poranění vznikají během porodu a může se jednat o poranění hrdla, hráze či pochvy nebo těla děložního a také konečníku. Porod dítěte je pro každou ženu náročným životním momentem, avšak nakonec jej téměř vždy hodnotí jako jeden z nejdůležitějších a nejkrásnějších okamžiků svého života. Porod vyvolává řadu emocí, je ale doprovázen i určitými fyziologickými změnami v organismu ženy. Vaginální porod je poměrně často doprovázen některou z forem porodního poranění, k němuž dochází buď spontánně, či jde o výsledek porodnické intervence při provedení epiziotomie. Porodní poranění mají v některých případech za následek komplikace, které mohou mít podobu inkontinence moči nebo stolice, chronické nebo akutní bolesti či sexuální dysfunkce apod. Jelikož porodní poranění mohou ženám zkomplikovat život, je nutné je o této problematice dostatečně informovat.

Klíčovou roli při porodu hrají zkušenosti porodníka a porodní asistentky, ale také schopnost spolupráce rodičky. Mezi nejčastější porodní poranění patří epiziotomie, tedy nástřih hráze. Provádí se v okamžiku, kdy se začne objevovat hlavička dítěte a napíná se hráz. Porod, jakkoliv probíhá fyziologicky, je spojen s pohmožděním nebo poraněním porodních cest. Důležitá je taktéž problematika ošetřování poporodních poranění, které se odvíjí od typu poranění. U lehčích poranění není nutná žádná speciální péče, avšak vždy je nutné ženu předem edukovat, jak by měla postupovat, a to i z hlediska dodržování hygieny postižené oblasti. Ve většině případů trvá hojení poporodních poranění okolo deseti dnů.

1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je zjistit informovanost žen o prevenci a péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu a předložit aktuální poznatky o této problematice.

Dílčí cíle

1. Zjistit, zda existuje rozdíl mezi informovaností o prevenci porodního poranění a o péči o porodní poranění žen, které rodily jednou, a žen, které rodily minimálně dvakrát.
2. Zjistit, zda existuje rozdíl mezi počtem porodních poranění žen, které využily některou z metod k jejich prevenci, a žen, které žádnou metodu nevyužily.
3. Zjistit, zda se liší četnost porodních poranění u primipar a multipar.

Hypotézy

H1

H1₀: Mezi informovaností žen, které rodily poprvé, a žen, které rodily minimálně podruhé, neexistuje statisticky významný rozdíl.

H1_A: Mezi informovaností žen, které rodily poprvé, a žen, které rodily minimálně podruhé, existuje statisticky významný rozdíl.

H2

H2₀: Mezi počtem porodních poranění žen, které využily některou z metod k jejich prevenci, a počtem porodních poranění žen, které žádnou metodu k jejich prevenci nevyužily, neexistuje statisticky významný rozdíl.

H2_A: Mezi počtem porodních poranění žen, které využily některou z metod k jejich prevenci, a počtem porodních poranění žen, které žádnou metodu k jejich prevenci nevyužily, existuje statisticky významný rozdíl.

H3

H3₀: Mezi četností porodních poranění u primipar a četností porodních poranění u multipar neexistuje statisticky významný rozdíl.

H3_A: Mezi četností porodních poranění u primipar a četností porodních poranění u multipar existuje statisticky významný rozdíl

I. TEORETICKÉ POZNATKY

2 PORODNÍ PORANĚNÍ

Od samého počátku babictví se ženy pokoušejí eliminovat rizika porodního poranění při vaginálním porodu. Různé metody jako chránění hráze, správná poloha při porodu či masáž hráze doprovázejí porodní báby od počátku. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky lze na první místo mezi porodní poranění zařadit porodní poranění hráze, pochvy nebo čípku, které postihnou až 17,7 % rodiček (ÚZIS ČR, 2017). Maryšková (2010) se domnívá, že podíl základní péče v působnosti České republiky na základě předporodní přípravy je stále velmi nedostačující. Dle autorek Kramné a Vrublové (2016) je porodní poranění hodně diskutované téma. Existují lidé, kteří se zasazují o včasnou a preventivní epiziotomii, anebo ti, kteří ji vidí jako poslední možnost. Profesionální péče o ženy během porodu vyžaduje mezi porodníky a porodními asistentkami potřebné individuální zhodnocení přístupu během první a druhé doby porodní, aby se minimalizovalo perineální trauma.

Porod představuje fyziologický proces, avšak i během něj může dojít k lehkým nebo závažnějším poraněním na vnitřních zevních rodidlech a na ostatních přilehlých orgánech. Porodní poranění se mohou kombinovat, a proto je klíčové toto poranění adekvátně a včas ošetřit, aby nedošlo k případným komplikacím (Roztočil, 2017; Maryšková 2010). V průběhu porodu může dojít k ruptuře děložního hrdla, děložního těla, vulvy, pochvy i perinea. Ruptura perinea vzniká v místě, kde tkáň není dostatečně pružná a připravená na průchod plodu. Nejčastěji k ní dochází v momentě prořezávání hlavičky nebo při porodu ramínek plodu. V případě, že by došlo u ženy k tomuto porodnímu poranění, je jeho hojení svízelnější a problematičtější než hojení po provedené epiziotomii (Binder et al., 2011). O laceraci pochvy či hráze se jedná v případě porodního potrhání měkkých struktur. V důsledku dlouhotrvajícího tlaku na tkáň, která je vystavena nedostatečnému prokrvení, se následně objevuje nekróza, uzurace (Hájek et al., 2014). V krajním případě dochází k poranění až k poševním klenbám nebo dokonce odtržení pochvy od děložního čípku. Pokud dojde k natržení pochvy bez poškození sliznice, pak je nutné přejít k chirurgickému zákroku (Binder, Vavřínková, 2016). Poranění děložního těla během porodu většinou dochází u žen, které prodělaly před těhotenstvím operaci či předchozí porod prodělaly císařským řezem. Mezi nejzávažnější komplikace vaginálního porodu patří ruptura dělohy. Worku et al. (2018) provedli průřezovou studii, která byla zaměřena na posouzení prevalence a související faktory ruptury dělohy v nemocnicích státu

Amhara v severní Etiopii. Tato studie byla provedena v období od května 2017 do ledna 2018. Autoři ve studii zmiňují, že ruptura dělohy je jednou ze závažných komplikací, která způsobuje jedno z třinácti úmrtí matek. Celková prevalence ruptury dělohy byla 16,7 %. Tato studie ukazuje, že prevalence ruptury dělohy je vysoká. Jako faktory spojené s rupturou dělohy uvádějí například věk žen, vzdálenost těhotných více než 10 km od nemocnice, parita, porodní hmotnost plodu, morbidně adherentní placenta nebo předchozí porod císařským řezem. Sharmin et al. (2019) v průřezové deskriptivní studii, kterou provedli na porodnicko–gynekologické klinice Mymensingh Medical College Hospital v Bangladéši v období od července 2012 do června 2013 uvádějí, že ruptura dělohy si vyžádala mnoho životů matek i plodů. Za tuto skutečnost je zodpovědno několik faktorů, včetně nedostatečné předporodní a intrapartální péče a špatné komunikace. Do této studie bylo zahrnuto celkem 100 pacientek s rupturou dělohy. Incidence perinatální úmrtnosti byla 89 % a mateřská úmrtnost byla 14 %. Studie naznačuje, že mateřská a perinatální morbidita a úmrtnost je vysoká v důsledku ruptury dělohy.

Porodní poranění může ovlivnit vznik častých kolpitid, jizevnaté změny z již proběhlých vaginálních porodů nebo operativních porodů. Mezi nejvíce zmiňované příčiny patří překotný porod, abnormální rotace hlavičky plodu, deflexní polohy či makrosomie plodu (Roztočil, 2017; Pospíšilová, 2010). Dahlen et al. (2007) uvádějí, že mezi rizikové faktory, které mohou ovlivnit porodní poranění, patří nedostatečná a neefektivní komunikace s rodičkou během porodu, různé porodní polohy či porodnické zásahy, které mohou ovlivnit porodní poranění. Mezi další vyskytující se faktory patří dystokie ramínek plodu a porod plodu koncem pánevním, věk rodičky, délka a poddajnost hráze, délka druhé porodní doby, epiziotomie, podání oxytocinu a mechanické manévry prováděné porodní asistentkou nebo lékařem (Herbuck, 2008). Během porodu může k poranění hráze docházet samovolně, ale může být způsobeno také při epiziotomii. Ruptury se vyskytují především u prvorodiček, protože hráz nemusí být dostatečně pružná, avšak není výjimkou, že k poranění dojde i u rodičky, která rodí druhé nebo třetí dítě (Gould, 2007). Rozsah většího porodního poranění způsobují u rodičky klešťové operace, které jsou spojené s mortalitou a morbiditou rodičky (Hájek et al., 2014). Pokud došlo během porodu k menším trhlinkám, většinou se zahojí samy a zpravidla ani nekrvácí. Pokud však došlo k poranění hráze, pak je nutné zjistit, o jaký stupeň porodního poranění se jedná (Roztočil, 2017).

Stupně porodního poranění:

- I. stupeň – poranění kůže hráze,
- II. stupeň – poranění svalstva perinea, ale není poraněn anální sfinkter,
- III. stupeň – poranění zasahující anální sfinkter:
 - IIIa – poranění zasahující méně než 50 % tloušťky vnějšího análního svěrače,
 - IIIb – poranění postihující více než 50 % tloušťky vnějšího análního sfinkteru,
 - IIIc – poranění vnějšího i vnitřního svěrače, ale sliznice anu je nepoškozená,
- IV. stupeň – poranění jak vnějšího, tak vnitřního svěrače a současně i poranění anální sliznice (Binder et al., 2011).

Silva et al. (2012) ve své studii uvádějí, že výskyt epiziotomie a druhý stupeň ruptury perinea se vyskytuje u mladších žen, které rodily s použitím oxytocinu nebo v poloze polosedě ve vypuzovací fázi. Třetí a čtvrtý stupeň porodního poranění, tzn. porodní poranění análního svěrače, během porodu může mít za následek anální inkontinenci a psychosociální problémy a tyto ženy vyžadují pokračující léčbu (Bidwell et al., 2018).

2.1 Epiziotomie

Epiziotomie představuje jeden z nejčastějších chirurgických zákroků prováděných během konce druhé doby porodní a patří k nejčastějšímu porodnímu poranění (až 90 %) (Doležal, 2007; Maryšková, 2010). Epiziotomie byla značně rozšířena v první polovině 20. století. Prováděna byla mediolaterálně u všech žen, které dosud nerodily, ve snaze chránit hlavičku plodu před traumatem a pánevní dno před poraněním (Živković et al., 2016). Epiziotomie jsou různého typu mediální, mediolaterální a laterální.

Mediální epiziotomie je prováděna v délce 2 až 3 cm uprostřed rozvinuté hráze a končí u řitního svěrače. Na ciferníku hodin by se jednalo o pozici šestky. Hojí se lépe, vyskytuje se také méně krvácení. Dolní část nástrihu se však může rozšířit až k ruptuře III. stupně, což může vést k inkontinenci plynů (Doležal, 2007). Tento nástřih se nedoporučuje u větších plodů, nízké hrázi a při rychlém prořezávání hlavičky.

Mediolaterální epiziotomie představuje nejčastější nástřih, který je veden od střední čáry poševního introitu v úhlu 45° směrem k sedacím hrbolům. Na ciferníku hodin by se jednalo o pozici mezi 4 až 5, nebo 7 až 8. Krvácení je v tomto případě větší. Jako komplikace je možné uvést inkontinenci stolice nebo moči, výskyt rektovaginální píštěle

a dyspareunii. Protektivní efekt tohoto zákroku není prokázán (Karbanová et al., 2009). Rušavý et al. (2016) uvádějí, že pokud je nutná včasná epiziotomie, měla by být upřednostňována mediolaterální. Verghese et al. (2016) uvádějí, že mediolaterální epiziotomie je vhodná při prevenci OASI. Marschalek et al. (2018) uvádějí, že je vhodné restriktivní využití mediolaterální epiziotomie u spontánních vaginálních porodů a vaginálních operativních porodů, u kterých může mediolaterální epiziotomie pomoci předcházet porodnímu poranění análního svěrače. Ducarme et al. (2019) uvádějí, že při provádění epiziotomie se doporučuje mediolaterální epiziotomie. Nadále zmiňují, že indikace pro epiziotomii by měla být ženě vysvětlena a před jejím provedením by měla souhlasit. Na základě toho lze vyvodit, že je vhodné informovat o výkonu epiziotomie rodičku a získat její následný souhlas. V běžných případech je nejvhodnější způsob vyhnout se nástřihu hráze, a naopak epiziotomii využít při instrumentálních porodech jako prevenci poranění análního svěrače.

Laterální epiziotomie se provádí 2 až 3 cm nad introitem v úhlu 45° v délce 4 až 5 cm. Pozitivem je menší riziko poranění análního svěrače, ale hojení je náročnější. Kromě toho je výhodou také fakt, že očištění následně neodchází přes ránu. Provádí se jako prevence ruptury III. stupně (Doležal, 2007). Karbanová et al. (2014a) uvádějí, že incidence a rozsah bolesti v prvních 10 dnech po laterální epiziotomii, odpovídají těm po adekvátně provedené mediolaterální epiziotomii. Dále Karbanová et al. (2014b) uvádějí, že riziko dalšího vaginálního a perineálního traumatu a poranění análního svěrače po adekvátně provedené mediolaterální epiziotomii je relativně nízké a odpovídá riziku laterální epiziotomie. Nelze v tomto případě dostatečně odůvodnit, zda je výhodnější laterální či mediolaterální epiziotomie.

V souvislosti s nástřihem hráze je nutné zmínit Schuchardův řez, který se používá velmi zřídka. Neprovádí se nůžkami, ale skalpelem. Směr řezu je stejný jako v případě laterálního nástřihu, ale je veden do tvaru polooblouku v délce 6 až 7 cm. Krvácení je v tomto případě vyššího rozsahu (Pařízek a Honzík, 2015).

Nástřih hráze je jedno z velmi aktuálních témat posledních let. Mnoho odborníků diskutuje o tom, zda je nástřih hráze nutný, nebo se jedná jen o usnadnění průběhu porodu (Doležal, 2007; Maryšková, 2010). Boujenahab et al. (2019) uvádějí v retrospektivní kohortové studii, že epiziotomie může přispět ke snížení rizika porodního poranění análního svěrače u nulliparózní žen s operativním vaginálním porodem. Důvodem potřeby nástřihu hráze může být pevné či nepoddajné perineum, rozměr a tvar hlavičky plodu či vlastnosti

poševních svalů (Maryšková, 2010). Riethmuller et al. (2018) uvádějí, že indikace nástřihu hráze během porodu závisí na individuálních rizikových faktorech a porodnických podmínkách. Doporučuje se vysvětlit indikaci epiziotomie a získat souhlas ženy před jejím provedením. V důsledku nástřihu hráze může dojít k různým komplikacím jako dyspareunii, změně poporodního vaginálního tonu, vzniku hematomu, zánětu nebo dehiscence na sutuře (Kališ, 2005).

Corrêa a Passini (2016) uvádějí, že selektivní nástřih hráze snižuje riziko závažných tržných poranění. Použití správné chirurgické techniky je zásadní pro dosažení lepších výsledků, zmíněn je úhel nástřihu hráze, vzdálenosti od vaginálního introitu a správné načasování provedení zákroku. Neprovedení epiziotomie, pokud je indikována nebo není použita správná technika, může zvýšit riziko závažných perineálních trhlin. Odůvodněná epiziotomie prováděná správnou technikou chrání proti perineálním trhlinám a brání vzniku vážných následků, jako je například anální inkontinence. Jiang et al. (2017) taktéž uvádějí, že výsledkem selektivní epiziotomie je nižší počet žen s těžkým vaginálním traumatem. Na druhou stranu zmiňují, že není dokázáno, zda rutinní epiziotomie snižuje vaginální poranění.

Serati a Salvatore (2019) uvádějí, že v Cochrane Library (odborné periodikum nezávislé neziskové nevládní organizace Cochrane Collaboration) poprvé zveřejnila metaanalýzu o úloze epiziotomie v moderní klinické praxi v roce 2000. Autoři na základě důkazů porovnávali rutinní epiziotomii se selektivní a dospěli k závěru, že pouze selektivní epiziotomie je přijatelná ke zlepšení zdraví matek. O mnoho let později však nová metaanalýza Cochrane Collaboration změnila předchozí doporučení v tom, že selektivní použití epiziotomie nelze ve všech případech považovat za prospěšné. Uvádí, že selektivní epiziotomie je spojena se statisticky významným snížením závažného perineálního traumatu.

Sangkomkamhang et al. (2019) provedli randomizovanou kontrolovanou studii, která porovnávala rutinní epiziotomii a restriktivní epiziotomii u thajských žen, které rodily vaginálně. Restriktivní epiziotomie měla za následek více intaktní perineum u těch žen, které nerodily poprvé než u žen, které rodily poprvé. Závěrem lze tedy vyvodit, že restriktivní nástřih hráze nabízí značné výhody, pokud jde o neporušené perineum po porodu a menších lacerací u žen, které nerodily poprvé. Doporučují restriktivní epiziotomii pro všechny ženy, které rodily vícekrát a očekávají vaginální porod. Hlavním zjištěním v této studii vedla restriktivní epiziotomie ve srovnání s rutinní epiziotomií k neporušení perinea po porodu

a k menším perineálním laceracím u vícerodiček. Restriktivní epiziotomie zvýšila riziko lacerace vaginální stěny u prvorodiček a vícerodiček, ale nevedla k větší potřebě šití. Je tedy velmi obtížné uvést jednoznačný závěr k tomu, zdali je nutné a nezbytné tento úkon provádět, či nikoli. Klíčové tedy je brát tento zákrok selektivně, nikoli jej aplikovat během každého porodu bez výjimky (Doležal, 2007).

2.2 Komplikace porodního poranění

K výskytu komplikací porodního poranění dochází při neadekvátně provedeném ošetření porodního poranění, při klešťovém porodu nebo při nadměrném dlouhotrvajícím tlaku během vypuzovací fáze při porodu (Hájek et al., 2014).

Mezi další komplikace spojené s porodním poraněním lze zařadit sestup pánevních orgánů, močovou či anální inkontinenci a dyspareunii. Živković et al. (2016) uvádějí, že dle dostupné literatury předpokládají, že stresová inkontinence moči není spojena s nástřihem hráze. Pravděpodobně se u žen snížila svalová síla pánevního dna související s epiziotomií, což umožňuje vývoj jevu pánevní relaxace u těchto žen.

Abedzadeh-Kalahroudi et al. (2019) zmiňují, že porodní poranění může vést ke krátkodobým a dlouhodobým komplikacím pro matku. Účelem této průřezové studie bylo zjistit výskyt porodního poranění a souvisejících faktorů u žen, které porodily v nemocnicích v Kashanu, která se nachází v Isfahánské provincii Írán. Odborná literatura ukazuje několik prediktorů perineálního traumatu, jako je věk matky, parita, indukce porodu, gestační věk a porodní hmotnost novorozence. Incidence porodního poranění byla 84,3 %. Epiziotomii mělo 95 % žen, které rodily poprvé a 43,9 % multipar. Incidence perineálního traumatu byla v této studii vysoká a měla by být minimalizována. Doporučuje se, aby porodní asistentky a porodníci věnovali více pozornosti ženám, které jsou více ohrožené porodním poraněním. Výsledky této studie naznačily, že počet porodních poranění je vysoký a se stávající literaturou se shodují v zjištění, že s perineálním poraněním je spojen věk matky, parita, indukce porodu, gestační věk a národnost. Neshodují se, ale s prediktory jako je porodní hmotnost novorozence, fetální tíseň plodu, trvání druhé doby porodní či typ nemocnice. Závěrem studie uvádí, že tato data by mohla být použita k implementaci protokolů ke snížení počtu rutinních epiziotomií. Lincová et al. (2019, s. 22) uvádějí, že: *„Porodní poranění análního sfinkteru je zatíženo výraznou morbiditou rodičky. Mezi nejzávažnější následky patří anální inkontinence, dyspareunie a perineální bolest. Důležité je nejen správné ošetření poranění, ale zejména jeho diagnostika. Naším cílem by*

měla být prevence vzniku poranění svěrače a v případě výskytu této porodnické komplikace komplexní péče o ženu zahrnující primární suturu sfinkteru, edukaci a pravidelné sledování.“ Lincová et al. (2019) zmiňují, že nejzávažnějším následkem poranění análního svěrače je anální inkontinence. Nejčastější obtíže, které se vyskytovaly u žen tři měsíce po porodu, jsou bolest při pohlavním styku, perineální bolest či občasný únik plynů, a to může vést zároveň u ženy k psychosociálním problémům. Vhodná je důkladná léčba, která snižuje riziko komplikací. Ženy po porodu jsou v sexuálním životě limitovány mnoha faktory, jako jsou nepříjemné, někdy až bolestivé pocity. Následně mohou pociťovat dyskomfort v určité oblasti, např. po provedeném nástřihu hráze (Weiss et al., 2010).

Lacross et al. (2015) zmiňují, že cílem studie, kterou provedli, bylo systematické přezkoumání současných důkazů o vztahu mezi porodním poraněním análního svěrače a anální inkontinencí u žen. Zmiňují, že anální inkontinence je převládajícím a choulostivým klinickým problémem pro ženy všech věkových skupin. Porodní poranění třetího nebo čtvrtého stupně jsou významně spojena s anální inkontinencí. Díky těmto klinicky významným nálezům dochází k implementaci současných důkazů do porodnické praxe. Celkově by se měla zvážit rizika, přínosy a alternativy použití epiziotomie a udržovat integritu hráze, aby se snížilo perineální trauma a tím i možnost anální inkontinence.

Tsakiridis et al. (2018) uvádí, že u mnoha žen dojde během vaginálního porodu k traumatu. Přibližně 1 z 10 těchto ruptur bude závažné porodní poranění análního sfinkteru (svěrače) (OASI, obstetric anal sphincter injury). V této studii byly použity různé intervence k prevenci porodního poranění análního svěrače, včetně perineální masáže u matky, ruční perineální podpory, aplikace teplých obkladů, různých pozic při porodu či zpožděného tlačení. Souhrnně lze říci, že OASI mohou mít vážný dopad na kvalitu života žen. Proto by měla být v porodnictví věnována zvláštní pozornost prevenci tohoto stavu.

Evans et al. (2019) provedli retrospektivní studii skupin žen postižených poraněním análního svěrače. Většina údajů o porodním poraněním análního svěrače odráží krátkodobý (<12 měsíců) nebo mnohem delší (> 10 let) dopad. Cílem této studie bylo porovnat rozsah střednědobé symptomatologie (1 až 6 let) a pozorovat vliv na budoucí výběr porodu k vyhodnocení kumulativního dopadu OASI u postižených žen. Z 265 způsobilých a kontaktovatelných žen bylo obdrženo 210 dotazníků (míra odpovědi 79 %) v průměru 4 roky po OASI. Více než polovina (54 %) žen zažila nepříznivé kompozitní výsledkové skóre pro OASI. Ve studii uvádějí, že celkový dopad OASI na ženy je značný. Více než polovina žen zažívá přetrvávající příznaky a téměř polovina uvádí dopad na jejich budoucí

výběr porodu. Ve studii jsou uvedené specifické příznaky, kdy 93 žen uvedlo, že poranění análního svěrače mělo dopad na jejich každodenní život. Hlášené dopady na každodenní život ukazují, že 92 žen má fyzické následky, 81 žen zažívá dopad do sexuálního styku, 68 žen hlásí emocionální dopad, 60 žen hlásí, že je ovlivněna jejich schopnost pohybu, 46 žen hlásilo, že byly ovlivněny jejich běžné každodenní činnosti, a 21 žen hlásilo potíže s návratem do práce. Dvacet dva procent žen uvedlo, že zažilo denní nebo týdenní inkontinenci moči.

Bidwell et al. (2018) provedli implementaci velmi zajímavého balíčku OASI Care Bundle. Od ledna 2017 se studie zúčastnilo šestnáct porodnic po celé Anglii, Walesu a Skotsku po dobu 15 měsíců, s postupným zaváděním tohoto intervenčního balíčku. Primárním klinickým výsledkem je míra OASI. V rámci anglického národního zdravotnického systému se míra OASI postupně zvyšovala. Jako odpověď byl vyvinut balíček péče zahrnující čtyři prvky: za prvé poskytnout předporodní informace pro ženy, za druhé zajistit manuální perineální ochranu během všech vaginálních porodů, za třetí provést mediolaterální epiziotomii, která má být provedena při 60° středním úhlu při prořezávání hlavičky plodu (pokud je klinicky indikováno) a za čtvrté perineální vyšetření, včetně vyšetření per rectum po porodu.

3 PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ

Na základě využití metod prevence porodního poranění je možné předpokládat určité ovlivnění a snížení výskytu poranění hráze a pochvy (Pospíšilová, 2010). Veverková et al. (2017) uvádějí v prospektivní dotazníkové studii, kterou realizovali na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici Plzeň ke zjištění informací, do jaké míry se rodičky reálně prevenci porodního poranění věnují a jaký je jejich přístup k posilování svalů pánevního dna. Do studie bylo zařazeno 202 žen. Nejčastěji používanou metodou byla masáž perinea 29 %, dále byly využívány vaginální dilatační balóanky (7 % žen), Epi-no (1 %) a Aniball využily 4 % žen. Čaj z maliníku popíjela 4 % žen a homeopatika využilo 1 % žen. Zkušenosti s cviky svalů pánevního dna mělo 79 % žen a 90 % žen chtělo cvičit po porodu. Žádné prevenci porodního poranění se nevěnovalo 65 % žen, což znamená, že reálné prevenci porodního poranění se věnovalo pouhých 35 % žen. Aasheim et al. (2017) uvádí, že je nutný další výzkum k zhodnocení různých perineálních technik i k zodpovězení otázky, jak minimalizovat perineální trauma. Zmiňují, že neexistují dostatečné důkazy o zkušenostech a názorech žen. Pro budoucí výzkum je důležité zjistit, zda jsou tyto intervence pro ženy přijatelné a zajímat se o jejich názor.

3.1 Masáž hráze

V poslední době stále více probíranou a oblíbenou metodou prevence poranění perinea je masáž hráze. Je prokázáno, že u rodiček, které prováděly pravidelnou masáž hráze, je menší riziko epiziotomií a ruptur perinea, a to i u prvorodiček. Cílem masáže perinea je zvýšit poddajnost svalů hráze a připravit ji na odpor, který vytváří hlavička při prořezávání. Hráz je tak připravená na napětí a nedojde k jejímu poranění, nebo poranění není tak vážné. Žena si lépe uvědomí svaly hráze a je schopná lépe spolupracovat během porodu. Jedná se o tzv. antenatální masáže perinea (Bohatá, Dostálek, 2016).

Masáž perinea je možné zahájit zhruba šest týdnů před porodem, to je od 34. do 35. týdne těhotenství a je vhodné ji provádět jednou až dvakrát denně. Doporučuje se masírovat zhruba 5 až 10 minut, při čemž by masáž neměla přesáhnout 10 minut. Masáž perinea si může žena provádět sama nebo může požádat o pomoc svého partnera (Maryšková, 2010). K masáži hráze je vhodné využít speciální oleje. Využít se pro masáž může kokosový olej nebo lubrikační gel. Třezalkový olej se doporučuje používat na posílení citlivých nervů. Kromě toho se k masáži hráze využívá i olej z pšeničných klíčků, který

obsahuje vitamín E a napomáhá zvyšovat elasticitu a zlepšovat činnosti svalů. Z éterických olejů je velmi oblíben olej z růže pro své protizánětlivé účinky a schopnost uvolňovat křeče. Důležité je však dbát na opatrné zacházení (Stadelmann, 2009; Maryšková, 2010). Masáž hráze se provádí v pozici v polosedu s pokrčenýma nohama. Následně se do pochvy zavádí ukazováček a prostředníček (potřený lubrikantem nebo olejem) zhruba do hloubky 3 až 4 cm, je možné použít také palce. Prsty postupně přejíždí ze strany na stranu a vytváří písmeno U. Tlak na stěnu by měl působit směrem dolů a dopředu (Maryšková, 2010). Masáž je zakončena mnutím hráze mezi palcem a ukazováčkem po dobu jedné minuty (Kališ, 2007). Nutné je dodržovat hygienické zásady a umýt si před i po masáži hráze ruce. Masáž by také neměla být pro ženu bolestivá (Maryšková, 2010).

Na základě provedení masáže se elasticita hráze zvyšuje a je schopná se během porodu více a snadněji rozvinout (Maryšková, 2010). Kromě toho, že se snižuje riziko porodního poranění, snižuje se i počet žen, u kterých muselo dojít k provedení epiziotomie. „*Digitální masáž perinea prováděná 6 týdnů před porodem snižuje výskyt poranění perinea, které by vyžadovalo suturu, zvláště incidenci epiziotomie*“ (Kališ, 2007, s. 80). Perineální masáž však není doporučována u všech žen. Pokud má žena potíže s výtoky, mykózami nebo vaginálními opary, pak by měla masáž hráze raději vynechat (Beckmann, Stock, 2013). Poranění perinea během porodu čeká až 70 % žen a masáž hráze může snížit tuto bilanci až o 9 % žen, které si pravidelně masírovaly hráz a následně neměly porodní poranění (Hastings-Tolsma, 2014).

Aasheim et al. (2017) uvádějí, že většina vaginálních porodů je spojena s porodním poraněním. Studie se zabývala použitím různých intervencí včetně perineální masáže. Výskyt intaktního perinea byl vyšší ve skupině žen s perineální masáží. Skupina, která prováděla masáž hráze zaznamenala menší výskyt třetího nebo čtvrtého stupně porodního poranění. Schantz (2018) zmiňuje, že perineální masáž v průběhu těhotenství snižuje výskyt epiziotomie, poporodní perineální bolesti a inkontinenci plynů, ale nesnižuje výskyt vzniku OASI, ani poporodní inkontinenci moči. Ugwu et al. (2018) provedli ve Fakultní nemocnici v Nigérii v Enugu randomizovanou kontrolovanou studii se 108 ženami, které byly poprvé těhotné. Cílem studie bylo zhodnotit účinnost prenatální perineální masáže při snižování výskytu porodního poranění a porodních morbidit. Intervenční skupina obdržela informace o prenatální perineální masáži, zatímco kontrolní skupina neobdržela informace o masáži hráze. U žen, které prováděly masáž hráze, byla signifikantně vyšší pravděpodobnost intaktního perinea po porodu. Incidence epiziotomie byla nižší v intervenční skupině

(37,7 %) oproti kontrolní skupině (58,2 %). Toto významné snížení výskytu epiziotomie může pravděpodobně snížit poporodní bolest matek a tím zlepšit vazbu matek s novorozenci. U žen, které prováděly masáž hráze, byla signifikantně menší pravděpodobnost vzniku úniku plynů (8,3 %) oproti kontrolní skupině, která masáž hráze neprováděla (26 %). Závěrem studie bylo, že masáž hráze snižuje výskyt epiziotomie a zvyšuje výskyt žen s neporušenou hrází po vaginálním porodu a rovněž snižuje riziko úniku plynů po vaginálním porodu. Ženy by proto měly být informovány o pravděpodobných přínosech této techniky a měly by jim být poskytnuty informace o tom, jak ji nejlépe provádět. Měla by se zároveň považovat za součást rutinní prenatální péče o ženy, které dosud nerodily, neboť snižuje výskyt porodního poranění během vaginálního porodu. Vieira et al. (2018) uvádějí, že perineální masáž s lubrikantem u žen měla velmi příznivý účinek pro perineální ochranu při vaginálním porodu.

3.2 Vaginální dilatační balónky Aniball, Epi-no

Praxe posilování pánevního dna jako prevence porodního poranění při porodu je již poměrně stará. Africké ženy svou hráz připravovaly na porod napínáním pánevního dna. K tomuto účelu využívaly tykev vhodného tvaru (Maryšková, 2010). V současné době mohou ženy použít např. jeden z vaginálních dilatačních balónků německý výrobek Epi-no nebo český Aniball (v prodeji od roku 2014). Použití obou balónků je v podstatě identické (Veverková et al., 2017).

Na cvičení s vaginálním dilatačním balónkem by si žena měla vyhradit zhruba 15 až 30 minut denně a rozhodně by se neměla cvičení s balónkem snažit urychlit. Balónek je nutné nejdříve očistit vodou o teplotě 100°C a nechat vyschnout. Možné je použít balónek suchý nebo k tomuto účelu použít lubrikant na bázi vody. Nesmí se používat oleje ani lubrikant na bázi oleje, protože by mohlo dojít k poškození balónku. Dilatační balónek se zavede do pochvy z jedné poloviny, v případě potřeby je možné jej i zcela vyfouknout. Následně se přechází k samotnému cvičení. V první fázi se střídavě po dobu deseti sekund provádí vtahování (výdech) a uvolňování svalstva (nádech). Balónek se tak pomalu posouvá v pochvě dovnitř a ven. První fáze by měla trvat zhruba deset minut. V další fázi se balónek napumpuje. Při prvním použití by se měl napumpovat zhruba třikrát a při dalším použití je možné objem balónku zvyšovat. Balónek se ponechá po dobu několika minut, ideálně cca 10 minut v pochvě. Pokud žena cvičí pečlivě a pravidelně, pak je ke konci schopná vydržet tlak balónku ve velikosti hlavičky dítěte. V poslední fázi dochází k vypuzení

balónku. Balonek se žena snaží opatrně vytlačit z pochvy pomocí nádechu. Při výdechu už ale balónek není vtahován zpět, žena se jej snaží udržet ve stejné pozici. Pro celkové vytažení si žena pomáhá tahem, který by měl probíhat pomalu, aby nedošlo k poranění. Pokud cítí během cvičení bolest, je nutné přerušit cvičení. Cvičení by mělo probíhat postupně, aby se předešlo riziku poranění (RR Medical, 2018). Balónek lze použít i v rámci regenerace po porodu a na stažení pánevního dna. Cvičení je možné zahájit zhruba v době tří až šesti měsíců po porodu.

Výrobce dilatačního balónku Aniball na svých stránkách uvádí: „*Pro snadnější porod Aniball účinným způsobem napomáhá procvičovat napínání a uvolňování svalů pánevního dna, pozitivně stimuluje poševní svalstvo a zlepšuje elasticitu hráze během předporodní přípravy. Výsledkem cvičení může být usnadnění vypuzování novorozence a významné snížení rizika poranění hráze*“ (RR Medical, 2018). Cvičení s vaginálním dilatačním balónkem pomáhá ženě uvědomit si vlastní tělo a možnosti pánevního dna, což lze následně využít v druhé době porodní a výrazně ji tak zkrátit. Aniball nebo Epi-no slouží i jako prevence nástřihu nebo natržení hráze. Pomáhá ženě i po psychické stránce, protože ji postupně připravuje na tlak v pochvě a pocit, že ovládá své vlastní tělo. Balónek lze využít jako pomůcku pro zvládnutí inkontinence a posílení pánevního dna po porodu (RR Medical, 2018).

Vaginální dilatační balónek Aniball není vhodný pro všechny ženy, klíčové je poradit se svým lékařem či porodní asistentkou. Kontraindikace použití vaginálního dilatačního balónku Aniball jsou poranění či záněty pochvy, rizikové těhotenství, hrozící předčasný porod, výskyt kondylomat, aktivní genitální herpes, prekancerózy děložního čípku či poruchy placenty, prorůstání nebo uložení lůžka pro indikaci císařského řezu a křečové žíly na rodidlech. Cvičení s balónkem je možné zahájit od ukončeného 36. týdnu těhotenství. Při cvičení s vaginálním dilatačním balónkem může dojít ke špinění či mírnějšímu zakrvácení. Tento jev je způsoben jemným dotykem balónku na děložní čípek, který se připravuje k porodu. Po použití balónku by mělo toto špinění či slabé zakrvácení po chvíli ustoupit a těhotná žena by se neměla znepokojovat. Pokud, ale žena po použití vaginálního dilatačního balónku silně krvácí, má bolesti či trhliny, je to důvod k ukončení používání balónku (RR Medical, 2018).

Vaginální dilatační balónek Epi-no by se měl používat přibližně 3 týdny před porodem, tzn. od dokončeného 37. týdne těhotenství, aby se zvýšila elasticita svalů pánevního dna. Cvičení by mělo probíhat stejně jako u vaginálního dilatačního balónku

Aniball 15 až 30 minut denně. Používat by se neměl ve stejných případech, jako u masáže hráze, tedy při zánětech, mykózách, vaginálních oparech a také při křečových žilách na rodidlech. Používat by se neměl ani při možném riziku předčasného odtoku plodové vody a hrozbě předčasného porodu. Dále se nedoporučuje používat při špatné poloze plodu nebo v případě, kdy není možné realizovat vaginální porod. Další kontraindikace jsou stejné jako u vaginálního dilatačního balónku Aniball (Tescana, 2020).

Bohatá a Dostálek (2016) hodnotili efektivitu metod vaginálních dilatačních balónků. Došli k závěru, že užití vaginálních dilatačních balónků Aniball nebo Epi-no před porodem významně ovlivňuje zvýšení počtu žen, které porodily s nepoškozenou hrází na rozdíl od kontrolní skupiny. Dále dokazují u žen, které použili vaginální dilatační balónky snížení nebezpečí či rizika vaginálního operačního porodu ve srovnání s kontrolní skupinou. Lze soudit, že používání vaginálních dilatačních balónků v těhotenství může pro ženu znamenat výhodu v prevenci porodního poranění. Hillebrenner et al. (2001) do prospektivní studie zařadili padesát těhotných žen, které se zúčastnily předporodního tréninkového programu Epi-no. Ve skupině žen, které využili vaginální dilatační balónek Epi-no (49 %), bylo zjištěno výrazné snížení počtu epiziotomií ve srovnání se ženami, které tento vaginální dilatační balónek nepoužily. Shek et al. (2011) uvádí, že se v pilotní randomizované kontrolované studii ukázal nezanedbatelně nižší výskyt poškození svalů pánevního dna u žen, které používaly balónek Epi-no od 37. týdne těhotenství.

3.3 Přírodní metody

Mezi preventivní opatření proti porodnímu poranění během vaginálního porodu patří i přírodní produkty. Jedním z nejčastějších přírodních prostředků je pití čaje z maliníku. Doporučuje se používat zhruba od 34. týdne, a to jeden šálek denně, a od 35. týdne od dvou do tří šálků denně. Maliník lze koupit jako sypaný nebo balený čaj prakticky v každém obchodě se zdravou výživou. O možnosti použití je doporučeno dohodnout se předem s lékařem. Maliník má schopnost uvolňovat svaly malé pánve a vyvolávat stahy dělohy. Čaj z této rostliny se doporučuje pít také po porodu, protože působí blahodárně na zavínání dělohy a laktaci. Maliník také urychluje porod (Stadelmann, 2009). Důležité je, aby byla bylina čerstvá a uchovávala se v suchém prostředí. Holst et al. (2009) přezkoumali literaturu o bezpečnosti a účinnosti listu maliníku. Uvádějí, že použití listů maliníku v těhotenství je tradiční bylinná terapie a některé porodní asistentky maliník doporučují. Vzhledem k nedostatku důkazů o bezpečnosti a účinnosti jsou taková doporučení sporná.

Doporučují další výzkum, který by účinky listu maliníku zhodnotil. Holst et al. (2011) následně zkoumali vědeckou literaturu o účinnosti a bezpečnosti nejběžněji používaných bylin. Průzkum probíhal na prenatální klinice v Norfolku a v Norwichské nemocnici od listopadu 2007 do února 2008. Dotazník byl poskytnut ženám nejdříve ve 20. týdnu těhotenství. Celkem se vrátilo 578 dotazníků. Nejčastěji používanými bylinnými přípravky během těhotenství byly zázvor, brusinka, list maliníku, heřmánek, máta peprná a echinacea. List maliníku použilo 146 respondentek. Nejčastějším důvodem pro použití maliníku byl názor, že snadněji vyvolává porod, ulehčuje porod a připravuje dělohu k porodu, k přípravě a změkčení děložního čípku a k posílení dělohy. Na závěr autoři zmiňují, že by porodní asistentky měly o použití bylin v těhotenství poskytovat rady založené na důkazech. Pokud je jediným dostupným doporučením, že se jedná o „tradiční použití“, měla by o tom být těhotná žena informována, aby se mohla o případném použití rozhodnout. Foster et al. (2006) realizovali studii v australské porodnici Melbourne, ve které oslovili ženy mezi 36. až 38. týdnem těhotenství a celkový počet respondentek byl 588. V této studii autoři uvádějí, že o rozsahu užívání rostlinných léčivých přípravků ženami v těhotenství je k dispozici jen omezené množství informací. Jedním z cílů této studie, bylo zaměřit se na prevalenci užívaných léků v této skupině těhotných žen. Respondentek, které užívaly během současného těhotenství alespoň jeden bylinný doplněk, bylo 36 %. Nejběžnějšími doplňky byly list maliníku (14 %), zázvor (12 %) a heřmánek (11 %). Ženy, které častěji užívaly bylinné doplňky, byly starší, vysokoškolsky vzdělané, anglicky mluvící, nekouřily, a ženy a rodily poprvé. Maliník pro posílení dělohy připravené k porodu nejčastěji ženy užívaly ve formě čaje. Závěrem autoři uvádějí, že užívání bylinných doplňků v těhotenství bude pravděpodobně relativně vysoké a je důležité zjistit, jaké doplňky ženy užívají. Poskytovatelé těhotenské péče by měli znát běžné bylinné doplňky používané ženami a měli by vědět o jejich potenciálních výhodách nebo rizicích (Stadelmann, 2009).

Mezi další přírodní metodu patří konzumace lněného semínka, které se obecně doporučuje konzumovat i před otěhotněním. Lněné semínko má schopnost otevírat děložní hrdlo a stejně jako maliník působí na kontraktilitu dělohy. Při pravidelném užívání se v pochvě produkuje více hlenu. Doporučuje se také pro tvorbu laktace. Denní dávka by neměla přesáhnout jednu lžici. Lněné semínko musí být před konzumací rozdrceno, jinak není účinné. Je vhodné jej přidávat do jogurtu, kaše, koktejlu nebo z něj provádět odvar. Užívat se může od 34. týdne (Bohatá, Dostálek, 2016).

3.4 Posilování pánevního dna

Pokud žena v těhotenství posiluje, pak je nutné, aby se předem dostatečně informovala o tom, jaké cviky je vhodné provádět. Obecně se nedoporučují cviky na břišní stěnu, aby nedošlo k rozestupům. Vhodné je naopak zařadit jógu pro těhotné. Dobrá fyzická kondice může ženě výrazně pomoci k hladšímu průběhu porodu.

Pánevní dno by měla posilovat v podstatě každá žena. Nejjednodušším cvikem na posilování pánevního dna je vtahování konečníku směrem dovnitř a následně jeho uvolňování. Tento cvik se dá provádět i při tzv. kočičím hřbetu. Dalším vhodným cvikem je stahování a povolování svalů kolem močové trubice. Klíčové je myslet na dýchání. V zatnuté poloze by žena měla vydržet pět vteřin a poté povolit. Doporučuje se alespoň 30 opakování denně (Murkoff, 2012). Cviky na pánevní dno jsou známy jako Kegelovy cviky, které pomáhají ženě s uvolněním během porodu. Skládají se z rytmického stahování a uvolňování svalů. Sestavu těchto cviků se doporučuje provádět až třikrát denně po dvaceti opakováních. Cviky na pánevní dno se doporučují i po porodu jako součást hojení. Leon-Larios et. al. (2017) provedli jednorázovou zaslepenou randomizovanou kontrolovanou studii se dvěma skupinami, a to standardní péči a intervenční péči. Studie byla provedena v Metropolitní nemocnici v Seville ve Španělsku na základě výcvikového programu složeného ze cvičení pánevního dna a perineální masáže, která může předcházet epiziotomii a porodnímu poranění u prvorodiček. Tento výcvikový program byl spojen s výrazněji nižším výskytem epiziotomií a s nižším výskytem závažnějšího porodního poranění a vyšším výskytem intaktního perinea ve srovnání se ženami, které dostávaly standardní péči. Výcvikový program byl doporučen ženám ve 32. týdnu těhotenství v návaznosti na prevenci porodního poranění. Tento program má základ ve cvičení pánevního dna a perineální masáži, která byla prováděna denně ženou nebo jejím partnerem po dobu osmi minut, kdy jeden až dva prsty byly zavedeny do pochvy 3 až 4 centimetry a byl použit tlak dolů a do stran. Při masáži byl použit olej, který byl určen pro masáž perinea. Svalový trénink pánevního dna zahrnuje cvičení dvakrát denně. Spočívá v deseti až patnácti svalových kontrakcích svalů dna pánevního. Cviky byly prováděny po dobu pěti sekund s uvolněním pánevního dna po každém z nich. Další cvičení zahrnovala stahování svalů a postupné zvyšování intenzity, jako by svaly byly výtahem, který jede nahoru. Frekvence byla také 10 až 15 minut dvakrát denně. Výsledek této studie ukázal, že tento program snižuje pravděpodobný výskyt neporušeného perinea a snižuje míru nástřihu hráze. Naopak Schantz (2018) uvádí, že prenatální trénink svalů na posílení pánevního dna

nesnižuje riziko perineálních lacerací, ale snižují prevalenci inkontinence moči po porodu mezi 3 až 6 měsíci, ale nesnižují prevalenci inkontinence moči za 12 měsíců po porodu. Veverková et al. (2017) provedli prospektivní dotazníkovou studii na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice Plzeň zaměřenou na zjištění zdrojů informací v oblasti zhodnocení primární prevence poruch pánevního dna po porodu. Dalším cílem této studie bylo zjistit, do jaké míry se rodičky reálně prevenci porodního poranění věnují a jaký je jejich přístup k posilování svalů pánevního dna. Do studie bylo zařazeno 202 žen v období šestinedělí po vaginálním porodu. Na základě dosažených výsledků bylo zjištěno, že 83 % dotazovaných žen bylo informováno o různých možnostech primární prevence porodního poranění, ale mnohem lépe byly informovány prvorodičky (88 %) než druhorodičky či vícero-dičky. Mezi hlavní zdroj informací patřil internet (46 %), 5 % žen obdrželo informace od svého lékaře a 19 % obdržených informací bylo získáno v předporodních kurzech. Přes vysoké povědomí o prevenci porodního poranění ve skutečnosti provedla následnou prevenci méně než polovina dotazovaných žen (35 %). Povědomí žen o primární a sekundární prevenci poruch pánevního dna je uspokojivé. Informace od lékařů jsou však nedostatečné. Navzdory vysoké informovanosti se metody prevence před porodem používají poměrně málokdy. Bylo by mnohem vhodnější, kdyby byly ženy více informovány na základě absolvování předporodních kurzů nebo získaly dostatečné informace od lékaře či porodní asistentky.

3.5 Prevence porodního poranění během porodu

Mezi prevence porodního poranění patří i velmi důležitá ochrana hráze bezprostředně při porodu, kterou provádí lékař nebo porodní asistentka. Jakmile začne hlavička dítěte sestupovat k východu, porodník nebo porodní asistentka chrání nejčastěji pravou rukou hráz, kdy na ní vyvíjí tlak pomocí sterilní roušky nebo vložky, a levou rukou drží hlavičku dítěte. Důležité také je, aby byl porod hlavičky a zadního raménka co možná nejpomalejší (Balaskas, 2010). Následující preventivní metody jsou aplikovány již bezprostředně během porodu. Část z nich už v podstatě rodička nemůže ovlivnit, ale jsou závislé na práci lékaře nebo porodní asistentky. Velmi záleží na tom, jaké postupy jsou součástí běžné praxe v dané nemocnici.

3.5.1 Perineální masáž během vaginálního porodu

Geranmayeh et al. (2011) uvádějí, že perineální masáž vazelínou ve druhé době porodní zvyšuje integritu perinea a snižuje perineální poranění. Masáž hráze by tedy mohla být doporučována za efektivní způsob, jak udržet intaktní perineum během porodu. Demirel a Golbasi (2015) uskutečnili randomizovanou kontrolovanou studii, která byla provedena v centru v Sivasu v Turecku mezi 1. lednem 2010 a 31. květnem 2011. Cílem studie bylo prozkoumat účinky perineální masáže během vaginálního porodu na frekvenci výskytu epiziotomie a porodních lacerací. Do studie byly zařazeny zdravé těhotné ženy, které rodily poprvé nebo podruhé mezi 37. až 42. týdnem těhotenství. Participující ženy (celkem 142) byly náhodně rozděleny do dvou skupin. Jedné skupině byla prováděna perineální masáž deset minut glycerolem čtyřikrát během první doby porodní a jednou v druhé době porodní. Druhé skupině byla poskytována rutinní péče. Následně byla porovnána frekvence epiziotomie a perineální lacerace. Epiziotomie byla provedena u 44 (31 %) žen ve skupině, které byla prováděna masáž, a u 99 žen (69,7 %) v kontrolní skupině. Perineální lacerace byly zaznamenány u 13 žen (4,2 %) ve skupině, které byla prováděna masáž, a u 6 žen (4,2 %) z kontrolní skupiny. Autoři došli k závěru, že perineální masáže během první a druhé doby porodní snížily frekvenci nástřihu hráze a zkrátily druhou dobu porodní. Vieira et al. (2018) uvádějí, že perineální masáž během porodu, pokud jsou použita jiná intervenční opatření, nemá ochranný účinek na perineální integritu při vaginálním porodu.

3.5.2 Dianatal gel

Možností, jak předejít poranění perinea je více. Jednou z dalších možností je například porodnický gel Dianatal. Tento gel byl speciálně vyvinut jako prevence poranění pánevního dna, pochvy a hráze. Pokud by žena chtěla využít při porodu Dianatal gel je důležité, aby informovala svého lékaře (porodníka) nebo porodní asistentku. Dianatal gel neobsahuje léčivé složky. Jakmile je aplikován, pak dochází ke snížení tření až o 50 %. Dianatal gel usnadňuje a zkracuje první a druhou dobu porodní. První dvě tuby gelu se aplikují během první doby porodní a třetí tuba během druhé doby porodní. Aplikuje se během prvního vaginálního vyšetření a nejpozději by se měl použít při brance 4 cm (HBC Happy Child Birth Holding AG, 2020).

Dianatal gel by se však neměl používat, pokud je u rodičky podezření na fetální asfyxii nebo při alergii na obsah gelu (Maryšková, 2010). Odrazovat může jeho pořizovací

cena, která je okolo 1 600 Kč. Schaub et al. (2008) provedli randomizovanou kontrolovanou studii na základě prozkoumání účinků speciálně navrženého Dianatal gelu, kdy jedním z cílů bylo zjistit, zda dojde ke snížení výskytu porodního poranění. Systematická vaginální aplikace porodního gelu ukázala významné snížení času druhé doby porodní a významné snížení porodního poranění. Ashwal et al. (2016) prováděli randomizovanou kontrolní studii, na zjištění dopadu porodního gelu Dianatal na druhou dobu porodní a na perineální neporušenost. Uvádějí, že ve výsledku průměrná délka druhé fáze porodu byla srovnatelná s kontrolní skupinou. U žen ani novorozenců nebyly pozorovány nežádoucí účinky na základě aplikace porodnického gelu Dianatal.

3.5.3 Poloha při vaginálním porodu

Jednou z dalších metod je poloha během vaginálního porodu. Pokud nic nebrání přirozenému porodu, jako například špatná poloha plodu nebo jiné komplikace, pak by měla být volba polohy čistě na rodičce. Nejméně vhodnou polohou je právě poloha na zádech, protože se rodičce nemůže volně pohybovat kostrč. Vhodné je vydržet v tzv. gravitační poloze. Tedy v dřepu a ve stoje, kdy je možné pomáhat partnerce šátkem. Šátek je vhodné také zavázat nad břichem a pomáhat tak dítěti i jemným tlakem směrem dolů. Porodnická židlička je také velmi oblíbená, ale žena by v ní neměla být příliš dlouho, aby nedošlo k otoku rodidel, což je z hlediska prevence natržení perinea rizikové. Mezi další oblíbenou polohou se řadí poloha v kleku. Často se stává, že ke konci porodu je rodička vyčerpaná a zvolí si polohu vleže. V tomto případě je vhodné zvolit pozici na boku (Goldberg, Sultana, 2004).

3.5.4 Teplé obklady hráze

Další preventivní metodou během porodu je nahřívání hráze neboli aplikace teplých obkladů v druhé době porodní. Prohříváním tkáně se hráz uvolní a působí nižší odpor proti prořezávání hlavičky. Perineum je více uvolněné a rodička necítí tak intenzivní tlak. Klíčové je nahřívání hráze při průchodu hlavičky. Používá se k tomu žínka nebo sterilní rouška, která se namáčí do vody o teplotě 45° až 59 °C. Sterilní rouška se během kontrakcí přikládá na perineum. Vodu je vhodné měnit dle potřeby (Dahlen, 2007). Kramná a Vrublová, (2016, s. 120) uvádějí, že „Podle prozkoumaných odborných zdrojů lze konstatovat, že masáž hráze a aplikace teplých obkladů prokazatelně snižují výskyt rozsáhlých porodních poranění hráze. V praxi by tedy k redukci poranění měla být preferována masáž hráze a aplikace

teplých obkladů.“ Nahřívání provádí porodní asistentka stejně jako masáž hráze. Díky nahřívání se postupně uvolňuje prostor pro hlavičku.

3.5.5 Technika hands-on vs. hands off

Technika „hands-on“ chrání hráz, která spočívá v přiložení dominantní ruky se sterilní rouškou na perineum a druhá ruka přidržuje prořezávající se hlavičku plodu. Tímto způsobem se usměrňuje hlavička plodu a následný tlak na hráz při porodu (Trochez et al., 2011). „Hands off“ technika naopak spočívá v nedotknutelnosti hráze rukou v průběhu prořezávání se hlavičky u porodu. Porodní asistentka pozoruje rodící ženu a prořezávající se hlavičku plodu. Při této technice se porodní asistentka nedotýká hráze během druhé porodní, zatímco se rodí hlavička plodu. Dochází pouze k přiložení rukou na hlavičku plodu, čímž se snižuje rychlost porodu hlavičky plodu (Foroughipour et al., 2011). Zhou et al. (2019) provedli v období od 1. října 2017 do 31. prosince 2017 celostátní průřezový online průzkum s respondenty z 31 čínských provincií, do kterého se zapojilo celkem 6 425 porodních asistentek, z nichž 55,8 % preferovalo metodu „hands-off“. V situacích se zvýšeným rizikem porodního poranění análního svěrače se vyjádřilo 100 % porodních asistentek, že by byla ochotna změnit metodu „hands-off“ na metodu „hands-on“, pokud existuje obava z hrozícího porodního poranění análního svěrače. Aasheim et al. (2017) uvádí, že většina vaginálních porodů je spojena s porodním poraněním. K zabránění porodního poranění byly použity různé intervence včetně perineální masáže, teplých obkladů a perineálních technik. Technika „hands-on“ nebo techniky „hands off“ neprokázaly jasný rozdíl ve výskytu intaktního perinea. Epiziotomie byla častější ve skupině „hands-on“, ale nezměnil se počet žen bez porodního poranění. Vieira et al. (2018) zmiňují, že perineální podpora techniky „hands on“ může snížit výskyt těžkého perineálního poranění.

4 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ PO VAGINÁLNÍM PORODU

Základní péči o porodní poranění hráze představuje především hygiena. Hygiena po porodu musí být zvýšená, aby se předešlo případné infekci. O tom, jak správně dbát o hygienu genitálu, by měla rodičku informovat porodní asistentka. Pokud došlo k nástřihu, je nutné sledovat hojení a otok porodního poranění. Pokud je oblast nástřihu růžová a lehce oteklá, pak se jedná o fyziologický jev. K urychlení hojení se doporučuje oblast poranění ledovat a snižovat tak otoky. Ledové obklady se doporučují po dobu 24 hodin. Na poraněnou oblast se může také používat mast. Vložku se doporučuje měnit několikrát denně a po každém použití toalety je nutné oblast genitálií vysprchovat jako prevenci proti vzniku infekce. Důležité je, aby oblast genitálií mohla volně dýchat, a proto je důležité doporučovat síťové kalhotky. V rámci hygieny je možné používat neparfémovaný intimní gel nebo gel z dubové kůry. Nedoporučují se koupele, které by mohly zanítit děložní čípek. Příliš tvrdá stolice by mohla způsobovat u porodního poranění bolest, proto je vhodné myslet na příjem vlákniny a dostatek tekutin. Doporučuje se laktóza a lněné semínko. Se sexuálním životem by měla žena počkat. Doporučuje se vydržet období šestinedělí, ale při nejmenším je nutné vydržet do zahojení a momentu, kdy rána přestane krváčet. S návratem do sexuálního života má mnoho žen potíže kvůli bolestivosti způsobené možným porodním poraněním, proto je klíčové myslet především na komfort a pohodlí ženy (Leifer, 2004).

Opatrná by měla být žena také při vstávání z postele. Klíčové je, aby vstávala přes bok a nedocházelo tak k napínání přímých břišních svalů, při čemž jsou zapojovány i svaly pánevního dna. Z počátku může ženě způsobovat bolest i sezení, proto je vhodné si pánevní dno podpírat polštářkem. Léčbu poranění by žena měla vnímat komplexně a najít variantu, která bude vyhovovat především jí (Albrecht-Engel a Albrecht, 2008).

Záhumenský J. a V. Kališ (2013) uvádějí, že je velmi důležité pro ženy po porodu s vážnějším porodním poraněním edukovat o možných komplikacích. Nadále doporučují jako následnou péči o porodní poranění včasné zahájení cviků na posílení svalů pánevního dna. Taktéž uvádí Zemanová (2013), že u závažnějšího porodního poranění je velmi důležitá péče. Mezi nejdůležitější prvek patří dostatečná hygiena v oblasti vzniklého porodního poranění, dále by měla být žena seznámena s cviky na posilování pánevního dna od fyzioterapeuta.

4.1 Obklady, koupele a homeopatie

Po porodu se doporučují především ledové obklady, které pomáhají eliminovat otoky a tyto obklady se aplikují 24 hodin. Kromě obkladů je další možností používat i teplé sedací koupele. Tyto koupele se dají používat po odeznění bolesti z poranění. Mají antiseptický, hojivý a uklidňující účinek. K její přípravě se využívá kokoška pastuší tobolka, medvědice lékařská, kostival lékařský a česnek (Balaskas, 2010). Další možností je přidávat do koupele dubovou kůru, která má stahovací a protizánětlivé účinky. Naopak se nedoporučuje heřmánek, a to minimálně v období šestinedělí, protože by mohlo dojít k otevření rány. Další variantou je i tzv. hojivá lázeň. Do té se přidává sůl z mrtvého moře, která dezinfikuje. Lázeň obsahuje také geránii, jež podporuje tvorbu nových sliznic. Přidává se také levandule lékařská na zmírnění bolesti a marockou růží na likvidaci bakterií a bolesti. S hojením hlubších ran napomáhá hřebíček (Stadelmann, 2009).

Možná a účinná je i homeopatická léčba. K tomuto účelu se používá *Arnica montana* a to konkrétně tinktura z čerstvé rostliny. Je využívána pro své hojivé účinky. Pomáhá snadnějšímu hojení měkké tkáně. Vhodná je především pro rodičky, u kterých bylo nutné použít porodnické kleště nebo u žen, které porodily větší plod či při porodu docházelo k nadměrnému tlačení. Používá se také tinktura z *Calenduly officinalis*, která podporuje hojení odřenin a lacerací. Působí jako preventivní opatření proti infekci. Dá se používat jako roztok na otevřenou tkáň nebo jako mast, kterou žena aplikuje mezi koupelemi. Tinktura ze semen *Staphysagria* napomáhá především při hojení rány po nástřihu hráze nebo císařském řezu. Zmírňuje bolestivost místa rány (Moskowitz, 2008).

4.2 Masti

Občas je však nutné hojení trochu pomoci. K tomuto účelu jsou vhodné také masti a krémy, které se aplikují na postižené místo po důkladném osušení dvakrát denně. Rodička by měla pečlivě vybírat, jakou mast si zvolí. Obecně se doporučuje najít takovou, která obsahuje přírodní složky bez chemie a konzervačních látek. Oblíbená je měsíčková mast, která je vhodná na zarudlou červenou tkáň. Obsahuje lanolin, propolis a včelí vosk. Vhodná je i kostivalová mast, která aktivně podporuje hojení u rozsáhlejšího porodního poranění. V jejím složení je tinktura z propolisu, lanolinu, třezalkového oleje a měsíčkového oleje. V lékárně lze sehnat i mastičky, které už nejsou vyloženě přírodního charakteru. Další možností je i Mithra gel, který se užívá při poranění hráze. Působí analgeticky a protiinfekčně. Obsahuje mandlový olej, lecitin, vitamín C, karbomer a éterické oleje.

Variantou je i mast Heparoid, a to především u žen, kterým byla hráz nastřížena nebo se jim vytvořil po porodu hematoma. Mast je z heparinoidu, tekutého parafínu a včelího vosku. Podobný účinek má i Hemagel (Stadelmann, 2009).

4.3 Masírování jizvy

Masáž jizvy po epiziotomii, laceraci nebo ruptury hráze je doporučována ženám po vaginálním porodu. Vzniklá jizva po vaginálním porodu se masáží poskytuje kůži zjemnění, povolení srůstů v jizvě, postupné ustoupení bolesti v jizvě či ostatní nepříjemné pocity. Masáž jizvy by se měla provádět okolo třetího až čtvrtého týdne po vaginálním porodu. Masírování vzniklé jizvy se může provádět dvěma různými způsoby. První způsob je masáž krouživého charakteru a druhá je masáž jizvy napříč. Při masáži je vhodné využít krém přímo určený k masáži. Krouživá masáž spočívá v krouživých pohybech podél jizvy, aby povolila či uvolnila. Masáž napříč je prováděna masáží dvěma prsty, které se položí naplocho přes vzniklou jizvu po vaginálním porodu. Tato masáž je vedena pohybem zprava doleva. Krouživá masáž či masáž napříč je možno provádět jednou až dvakrát denně po dobu dvaceti minut a dvou týdnů nebo po dobu dle potřeby ženy (Dumoulin, 2006).

4.4 Uzamčení hráze

Využívání techniky uzamčení hráze spočívá ve snížení bolestivosti poraněného perinea po vaginálním porodu. Pokud žena po vaginálním porodu vstává z lůžka, zakašle nebo si kýchne, mělo by dojít ke stáhnutí svalů dna pánevního. Tímto způsobem by mělo dojít ke snížení tlaku na perineum a suturu. Uzamčení hráze je možné využít i při chůzi i zvedání novorozence, aby došlo k minimalizaci bolestivosti porodního poranění (Dumoulin, 2006).

4.5 Cvičení po vaginálním porodu

Cviky na posílení pánevního dna jsou vhodné i bezprostředně po porodu. Tyto cviky pomohou eliminovat únik moči a jsou známy jako Kegelovy cviky. Důležité je, aby si žena uvědomila vnímání možnosti vlastního těla. Je nutné, aby počkala, než se jí zahojí porodní poranění. Následně je nutné zpevnit pánevní dno a až poté začít s posilováním (Albrecht-Engel a Albrecht, 2008).

5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

Klíčovou roli při péči o těhotnou ženu během porodu i po něm sehraává porodní asistentka, která je zodpovědným zdravotnickým pracovníkem. Poskytuje ženám psychickou i odbornou oporu. Mezi její kompetence patří řízení porodu, pokud se jedná o fyziologický porod.

Mezinárodní etický kodex porodních asistentek přijala Česká Komora porodních asistentek v roce 2008 na Mezinárodním kongresu v Glasgow (ČKPA, 2014). Taktéž o několik let později v roce 2015 pro členky Unie porodních asistentek byl přijat Mezinárodní etický kodex porodních asistentek jako závazný dokument „*Cílem Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) je zlepšit standardy péče poskytované ženám, dětem a jejich rodinám na celém světě cestou rozvoje, vzděláváním a vhodným využitím služeb profesionálních porodních asistentek*“ (UNIPA, 2015). Mezinárodní etický kodex porodních asistentek uvádí, že porodní asistentka podporuje právo žen a rodin na aktivní účast na rozhodování o jejich péči, využívají nejnovější poznatky založené na důkazech, udržuje si přehled o nejnovějších vědecky podložených odborných znalostí, aby mohla poskytovat v rámci svých kompetencí bezpečné praktiky ve všech prostředích a kulturách (ICM, 2018). Mezi kompetence porodní asistentky patří také předcházení porodnímu poranění během vaginálního porodu. V rámci předporodních kurzů nebo individuální přípravy připravuje porodní asistentka těhotnou ženu na možná rizika porodního poranění. Vysvětluje ženě, k čemu může dojít a jak tomu sama rodička může alespoň částečně předejít. Předporodní příprava je velmi důležitá, napomáhá těhotné ženě naladit se na porod a předejít tak strachu z porodu, porodního poranění, šestinedělí i následné péče o miminko (MZ ČR, 2010). Pokud není možné porodnímu poranění zabránit, patří podle § 5 Vyhlášky č. 55/20011 Sb. mezi povinnosti porodní asistentky porodní poranění následně ošetřit (MZ ČR, 2011). Pokud došlo k rozsáhlejšímu poranění perinea jako je tomu v případě ruptury III. a IV. stupně, pak se ošetření a šití ujímá lékař. Porodní asistentka však nadále o ženu dbá na oddělení šestinedělí, kde jí vysvětluje, jak probíhá správná hygiena. Poučí rodičku o ideální výměně vložek a sítovaných kalhotek a kontroluje, jak probíhá hojení. Pokud má žena otoky, doporučí ledování (Koudelková, 2013). V rámci primární prevence musí umět porodní asistentka odhadnout a stanovit různé rizikové faktory a na jejich základě stanovit průběh porodu. Mnoho rodiček se dnes chce na porodu a jeho

průběhu aktivně podílet, proto si předem sepíše porodní plán, který je většinou sestaven z plánu na tři doby porodní i následnou péči o novorozence.

Ne vždy porod probíhá tak, jak si klientka představuje, a je nutný zásah lékaře a porodní asistentky. V rámci sekundární prevence je klíčová vhodná diagnostika vzniklého porodního poranění a na tomto základě stanovení adekvátního ošetření porodního poranění. Terciální prevence je následný monitoring porodního poranění (Kališ, 2010). Cronin et al. (2018) uskutečnili zajímavou průřezovou studii, kterou provedli v průběhu šesti týdnů v roce 2013. Respondentkami byly novozélandské porodní asistentky, které provádějí ošetření porodního poranění druhého stupně. Mezi faktory, které ovlivňovaly porodní asistentky ošetřovaného porodního poranění druhého stupně patřily: zaměstnanecký statut (samostatně výdělečně činné porodní asistentky, porodní asistentky zaměstnané v nemocnicích), důvěra v sebe sama, roky praxe a zkušenosti s ošetřením porodního poranění. Studie doporučuje častější vyžívání pokynů založených na důkazech a průběžné vzdělávání.

6 METODIKA REŠERŠNÍHO POSTUPU

Široká rešerše byla provedena ve třech e-zdrojích literatury: Bibliographia medica Čechoslovaca, PubMed Central, Google Scholar

Primární hesla pro přípravu rešeršní strategie byla formulována takto:

Epiziotomie; porodní poranění; rizikové faktory; prevence porodního poranění; péče o porodní poranění

- 1) Databáze Bibliographia medica Čechoslovaca (portál Medvik, <https://www.medvik.cz/bmc/>)
- 2) PubMed Central (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>)
- 3) Google Scholar (<https://scholar.google.cz/>)

Primární hesla byla rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy takto:

Použita byla následující klíčová slova a jejich kombinace:

Episiotomy (epiziotomie); **episiotomy/education** (epiziotomie/výchova, vzdělávání); **episiotomy/nursing** (epiziotomie/ošetřovatelství); **episiotomy/trends** (epiziotomie/trendy); **urinary incontinence** (inkontinence moči); **facal incontinence** (fekální inkontinence); **risk factors** (rizikové faktory); **birth injuries** (porodní poranění); **delivery, obstetric** (vedení porodu); **hodnocení rizik** (risk assessment)

Datum provedení rešerše: 31. 10. 2019

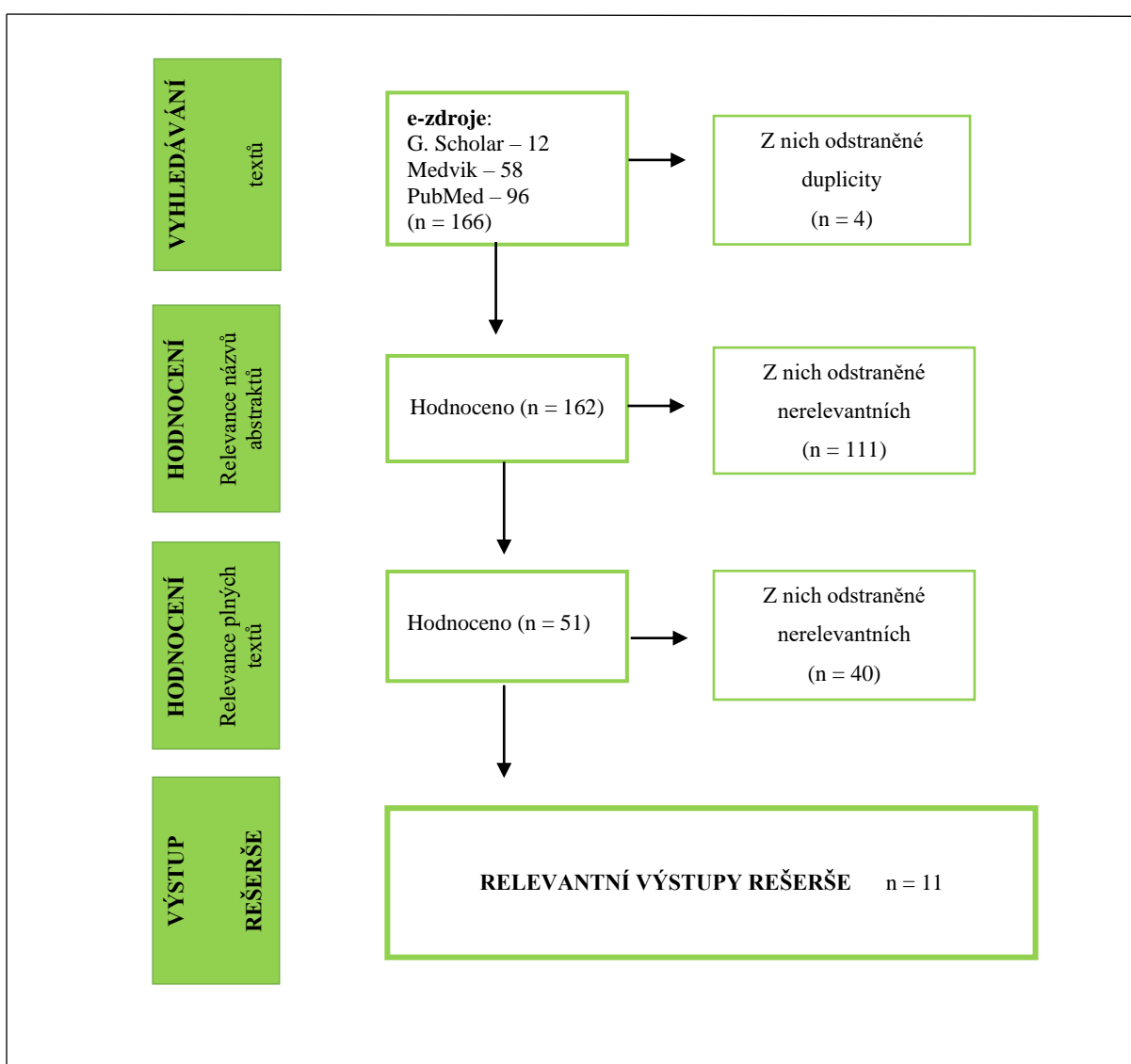
Vyhledávač: Medvik, PubMed, Google Scholar

Pro rešerši byla využita tato omezení: hlavní téma článku; 10 years; Czech; English; review

Publikační období: 2010 – 2019

Popis výstupů ve 3 zdrojů literatury

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo celkem vyhledáno 166 literárních zdrojů. Ve vyhledávači Google Scholar 12 relevantních zdrojů, v databázi Medvik 58 (z toho 18 relevantních) v PubMed 96, z toho 25 relevantních. Celkem bylo vyhodnoceno jako relevantní 55 zdrojů. Dále bylo hodnoceno dle relevance názvů v abstraktu a z nich relevantních 51. Po zhodnocení relevance plných textů vyšlo pro použití rešerše 11 relevantních výstupů.



Obrázek 1. Postupový diagram široké literární rešerše

II. PRAKTICKÉ POZNATKY

7 METODIKA PRÁCE

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je zjistit informovanost žen o prevenci porodního poranění a o péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu. Po předběžné teoretické analýze problematiky byly na základě stanoveného cíle formulovány dílčí cíle. Zvolenou metodou šetření je kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum zachycuje skutečnost pomocí proměnných, které musí být měřitelné (Vévodová et al., 2015). K dosažení stanoveného cíle byly stanoveny dílčí cíle a hypotézy.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda existuje rozdíl mezi informovaností o prevenci porodního poranění a o péči o porodní poranění žen, které rodily jednou, a žen, které rodily minimálně dvakrát.

Hypotéza k dílčímu cíli 1

H1₀: Mezi informovaností žen, které rodily poprvé, a žen, které rodily minimálně podruhé, neexistuje statisticky významný rozdíl.

H1_A: Mezi informovaností žen, které rodily poprvé, a žen, které rodily minimálně podruhé, existuje statisticky významný rozdíl.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda existuje rozdíl mezi počtem porodních poranění žen, které využily některou z metod k jejich prevenci, a žen, které žádnou metodu nevyužily.

Hypotéza k dílčímu cíli 2

H2₀: Mezi počtem porodních poranění žen, které využily některou z metod k jejich prevenci, a počtem porodních poranění žen, které žádnou metodu k jejich prevenci nevyužily, neexistuje statisticky významný rozdíl.

H2_A: Mezi počtem porodních poranění žen, které využily některou z metod k jejich prevenci, a počtem porodních poranění žen, které žádnou metodu k jejich prevenci nevyužily, existuje statisticky významný rozdíl.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda se liší četnost porodních poranění u primipar a multipar.

H3

H3₀: Mezi četností porodních poranění u primipar a četností porodních poranění u multipar neexistuje statisticky významný rozdíl.

H3_A: Mezi četností porodních poranění u primipar a četností porodních poranění u multipar existuje statisticky významný rozdíl.

Definice pojmů

Informovanost – množství informací, kterými jedinec či určitá skupina disponují, a které mohou aktivně šířit (Nešpor, 2017).

Multipara – žena, která vícekrát rodila (Vokurka a Hugo, 2015).

Primipara – prvorodička (Vokurka a Hugo, 2015).

Porodní poranění – vzniká během porodu. Jedná se o poranění hráze, hrdla, těla děložního, pochvy nebo konečníku (Dušová, 2019).

Prevence porodního poranění – předcházení vzniku porodního poranění (masáž hráze, Epi-no, Aniball, Dianatal, bylinné čaje...).

Péče o porodní poranění – strategie zmírnění bolesti, urychlení hojení a zmírnění dyskomfortu (obklady, koupele, masti, cvičení...).

7.1 Předvýzkum

Na základě hypotéz byly stanoveny proměnné, jež budou sledovány na výzkumném vzorku. K ověření hypotéz byl vyvinut dotazník obsahující 22 otázek, který byl testován v pilotním průzkumu na 37 respondentkách v období měsíce prosince roku 2019. Cílem pilotního průzkumu bylo ověřit srozumitelnost a jednoznačnost otázek. Po vyhodnocení dat z tohoto průzkumu a odstranění nedostatků (úprava pěti otázek a jedna doplněna) obsahuje dotazník celkem 22 otázek. Změněno bylo i kritérium pro výběr respondentek.

7.2 Dotazník

Dotazník je metoda založená na subjektivní výpovědi respondenta (Vévodová et al., 2015). Obsah a uspořádání dotazníku odrážejí zájem výzkumníka. Jedná se o univerzální nástroj získání dat (Hendl a Remr, 2017).

Konečná verze nestandardizovaného dotazníku použitá pro kvantitativní výzkumné šetření obsahuje 22 položek (viz Příloha 6). Dotazník byl vytvořen tak, aby na sebe otázky racionálně a systematicky navazovaly. Dotazník obsahuje deset uzavřených otázek s možností jedné odpovědi (multiple-choice) (č. 1, 2, 4, 7, 10, 14, 16, 17, 18, 22), dále osm otázek bylo polouzavřených (č. 5, 6, 8, 9, 13, 15, 20, 21) s možností zaškrtnout jednu z navrhovaných odpovědí nebo vybrat odpověď „jiné“ a doplnit odpověď vlastní. U dvou otázek (č. 3, 12) bylo možno vybrat jednu odpověď, která poté vyžadovala slovní komentář. Otázka (č. 11) vyžadovala odpověď **ano** nebo **ne**, s možností uvést další metodu, která popřípadě nebyla zmíněna. U otázky č. 19 vybíraly respondentky na škále **ano**, **spíše ano**, **spíše ne** a **ne** (rating scale). Poslední otázka (č. 22) je sociodemografická a zjišťuje věk respondentky.

Úvodní část dotazníku představuje autorku diplomové práce a seznamuje s důvodem šetření, cíli práce a pokyny pro vyplnění dotazníku. Stěžejní část dotazníku tvoří otázky, v závěru je poděkování. Odhadovaný čas pro vyplnění dotazníku je cca 20 až 25 minut.

7.3 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření probíhalo mezi lednem a únorem 2020. Nejprve byl distribuován dotazník a následně analyzována získaná data.

7.4 Charakteristika výzkumného souboru

Respondentkami dotazníkového průzkumu byly ženy (primipary i multipary), u kterých proběhl alespoň jeden vaginální porod v posledních pěti letech (2015–2019).

7.5 Organizace výzkumného šetření

Pro kvantitativní výzkumné dotazníkové šetření byl nestandardizovaný dotazník zpřístupněn pomocí internetové aplikace Google Forms (Formuláře Google) související s webovým vyhledávačem www.google.com. Internetový dotazník Google Forms byl vybrán z důvodu lepší přístupnosti, přehlednosti a možnosti přesnějšího zpracování otázek,

což bylo důležité pro tento vytvořený nestandardizovaný dotazník. Dotazník byl rozeslán pomocí zkráceného URL internetového odkazu pro snadnější sdílení. Sdílen byl nejčastěji na internetových fórech pro maminky, ženy po porodu aj. Další sdílení probíhalo pomocí sociálních sítí a následně pomocí sociálních vazeb, v podobě metody sněhové koule. Dotazníkové výzkumné šetření probíhalo v období od 26. ledna 2020 do 11. února 2020.

7.6 Zpracování získaných dat

Celkové množství odevzdaných dotazníků bylo 348. Pro neúplnost bylo vyřazeno 48 dotazníků. Získaná hromadná data z uzavřených položek byla zpracována a ukončena pomocí internetové aplikace Google Forms a vyexportována do tabulky pro MS Excel. Následně byly do tabulky výsledků ručně doplněny odpovědi na otevřené a polootevřené otázky. Otázky, které obsahovaly odpověď s možností *uved'te jiné*, je uveden přímo komentář dotazovaných respondentek zkoumaného souboru. Nejčastější odpověď u každé výzkumné otázky je zvýrazněna, uvedena je absolutní (n_i) a relativní četnost (f_i). Schéma vytvořené tabulky bylo provedeno pomocí programu Microsoft Office Word, graf byl vytvořen v programu Microsoft Office Excel.

7.7 Statistické zpracování

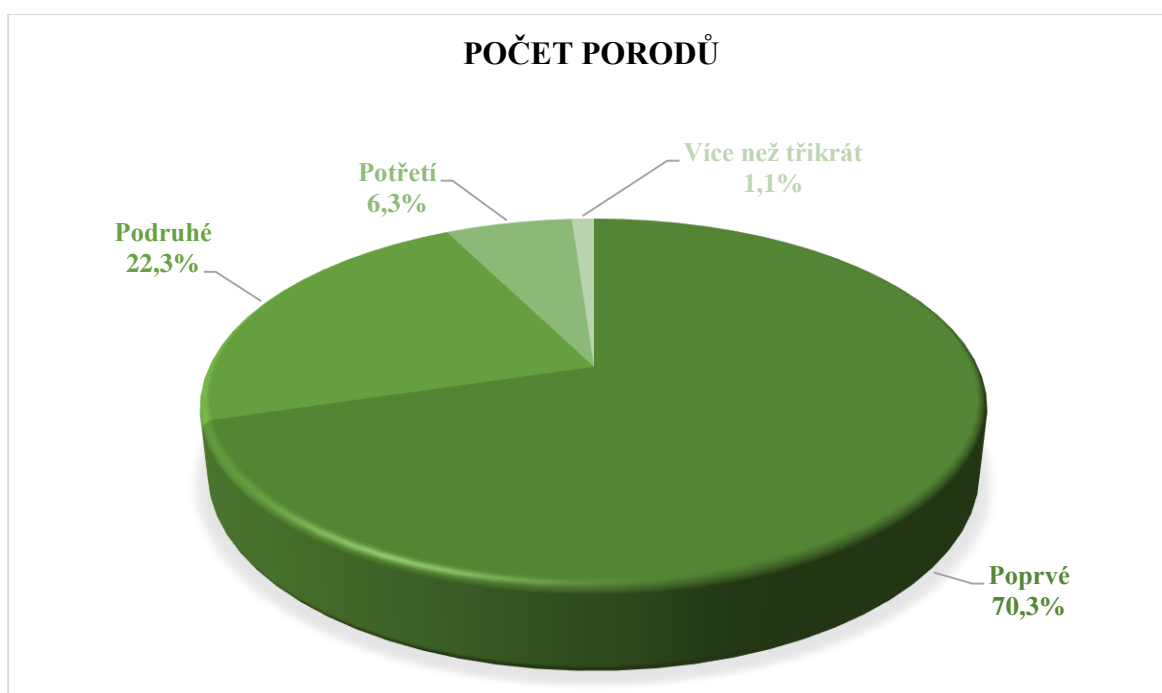
Shromážděná data jsou analyzována matematicko-statistickými metodami. Jako vhodný se jeví pro dva soubory respondentů (primipary a multipary) Mann–Whitneyův test (data byla počítána pomocí volně dostupného online kalkulátoru VassarStats.net) a chí–kvadrát test (počítán v Excelu).

8 VÝSLEDKY

Položka číslo 1: *Pokolikáté jste rodila?*

Tabulka 1. Počet porodů

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Poprvé	211	70,3 %
Podruhé	67	22,3 %
Potřetí	19	6,3 %
Více než třikrát	3	1,1 %
Celkový součet	300	100 %



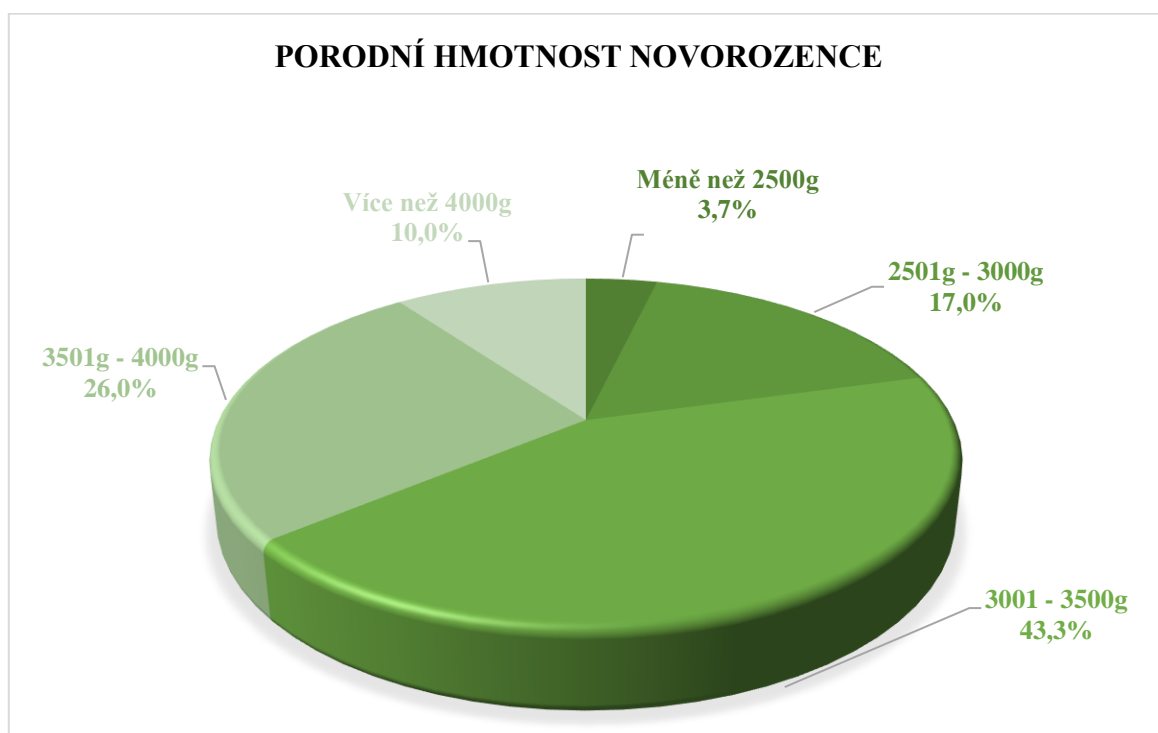
Graf 1. Počet porodů

Z tabulky 1 a grafu 1 je patrné, že nejvíce respondentek (211; 70,3 %), rodilo poprvé, druhou nejpočetnější skupinou byly ženy, které rodily podruhé 67 (22,3 %). Žen, které rodily potřetí, bylo 19 (6,3 %) a poslední skupinu tvořily 3 (1,1 %) respondentky, které rodily více než třikrát.

Položka číslo 2: Jaká byla porodní hmotnost Vašeho miminka?

Tabulka 2. Porodní hmotnost novorozence

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Méně než 2500g	11	3,7 %
2501g – 3000g	51	17,0 %
3001g – 3500g	130	43,3 %
3501g – 4000g	78	26,0 %
Více než 4000g	30	10,0 %
Celkový součet	300	100 %



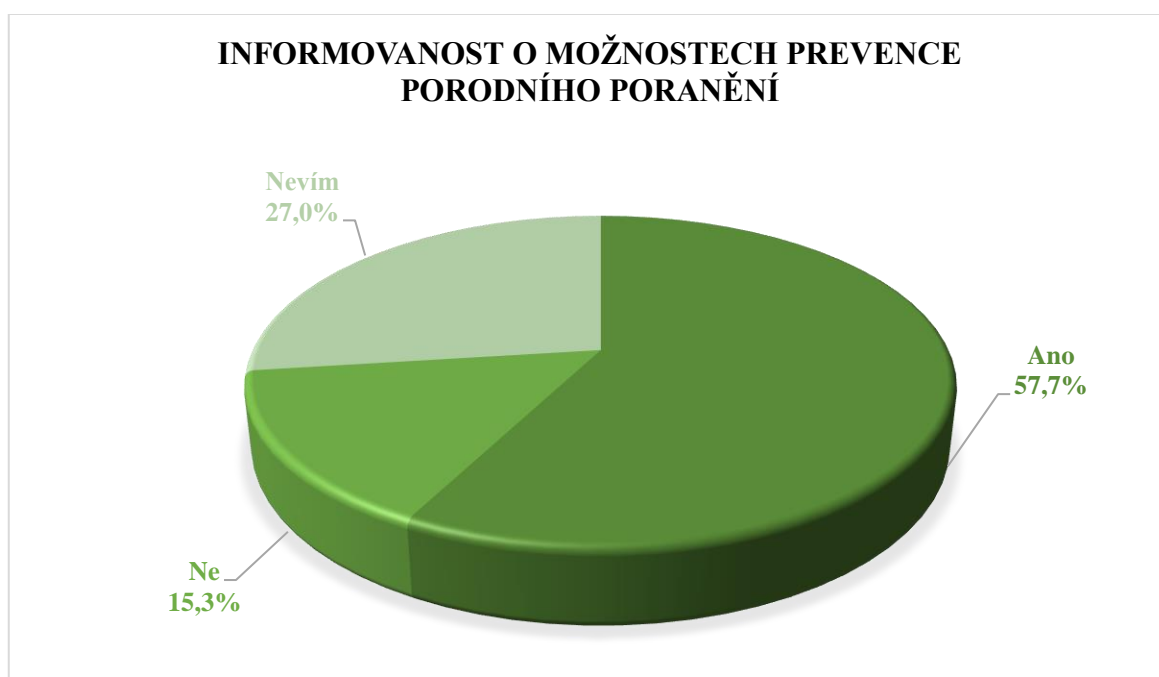
Graf 2. Porodní hmotnost novorozence

Porodní hmotnost novorozence znázorňuje tabulka 2 a graf 2. Porodní hmotnost novorozence byla udávána nejčastěji v rozmezí 3001g – 3500g (130 novorozenců; 43,3 %). Druhá nejčastěji zmiňovaná porodní hmotnost miminka byla udávána 3501g – 4000g (78 novorozenců; 26 %). Celkem 51 (17 %) novorozenců vážilo 2501g – 3000g. Více než 4 000g uvedlo 30 (10 %) respondentek zkoumaného souboru. Porodní hmotnost novorozence 2 500g nebo nižší uvedlo 11 (3,7 %) respondentek.

Položka číslo 3: *Myslíte si, že je možné u spontánního porodu předejít porodnímu poranění?*

Tabulka 3. Informovanost o možnostech prevence porodního poranění

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	173	57,7 %
Ne	46	15,3 %
Nevím	81	27,0 %
Celkový součet	300	100 %



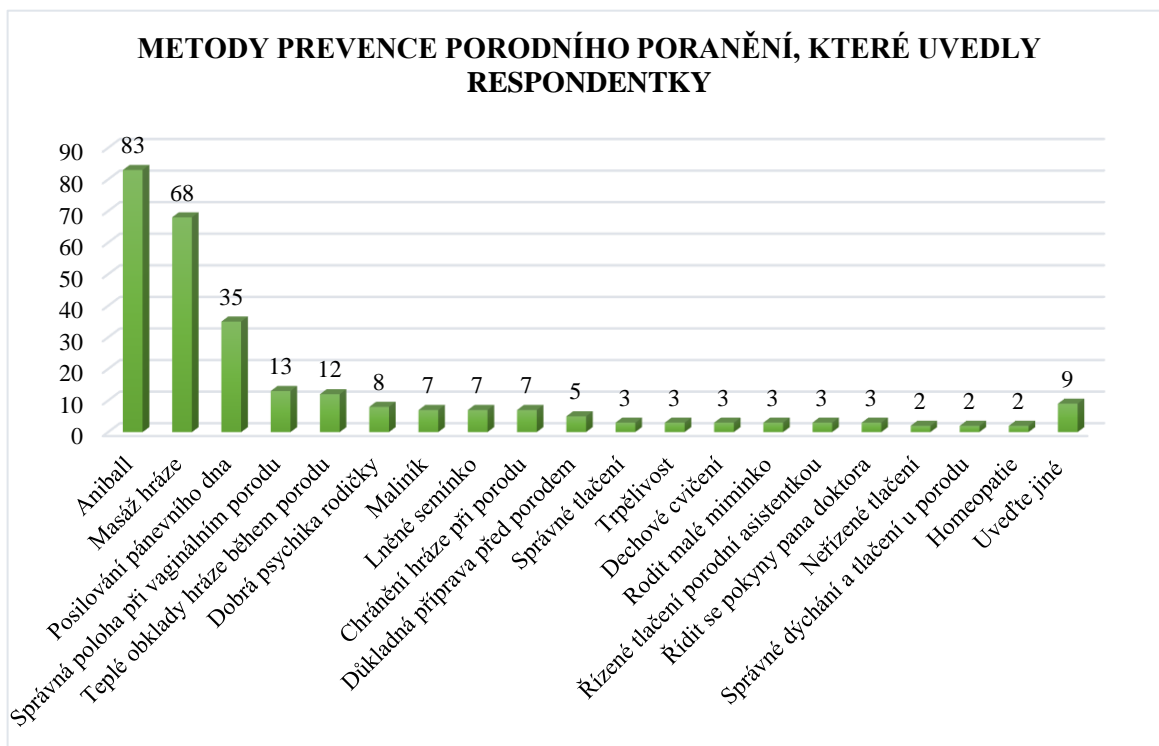
Graf 3. Informovanost o možnostech prevence porodního poranění

Z tabulky 3 a grafu 3 vyplývá, že celkem 173 (57,7 %) respondentek si myslí, že je možné u spontánního porodu předejít porodnímu poranění, zatímco 46 (15,3 %) je opačného názoru. Odpověď „nevím“ zvolilo 81 (27 %) dotazovaných žen.

Položka číslo 4: *Myslíte si, že je možné u spontánního porodu předejít porodnímu poranění? Pokud ano, uveďte jak?*

Tabulka 4. Metody prevence porodního poranění, které uvedly respondentky

Uvedené metody prevence porodního poranění	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Aniball	83	29,9 %
Masáž hráze	68	24,4 %
Posilování pánevního dna	35	12,5 %
Správná poloha při vaginálním porodu	13	4,6 %
Teplé obklady hráze během porodu	12	4,3 %
Dobrá psychika rodičky	8	2,8 %
Maliník	7	2,5 %
Lněné semínko	7	2,5 %
Chránění hráze při porodu	7	2,5 %
Důkladná příprava před porodem	5	1,8 %
Správné tlačení	3	1,1 %
Trpělivost	3	1,1 %
Dechové cvičení	3	1,1 %
Rodit malé miminko	3	1,1 %
Řízené tlačení porodní asistentkou	3	1,1 %
Řídit se pokyny pana doktora	3	1,1 %
Neřízené tlačení	2	0,7 %
Správné dýchání, uvolnění a tlačení u porodu	2	0,7 %
Homeopatie	2	0,7 %
Uveďte jiné	9	3,2 %
Celkový součet	278	100 %



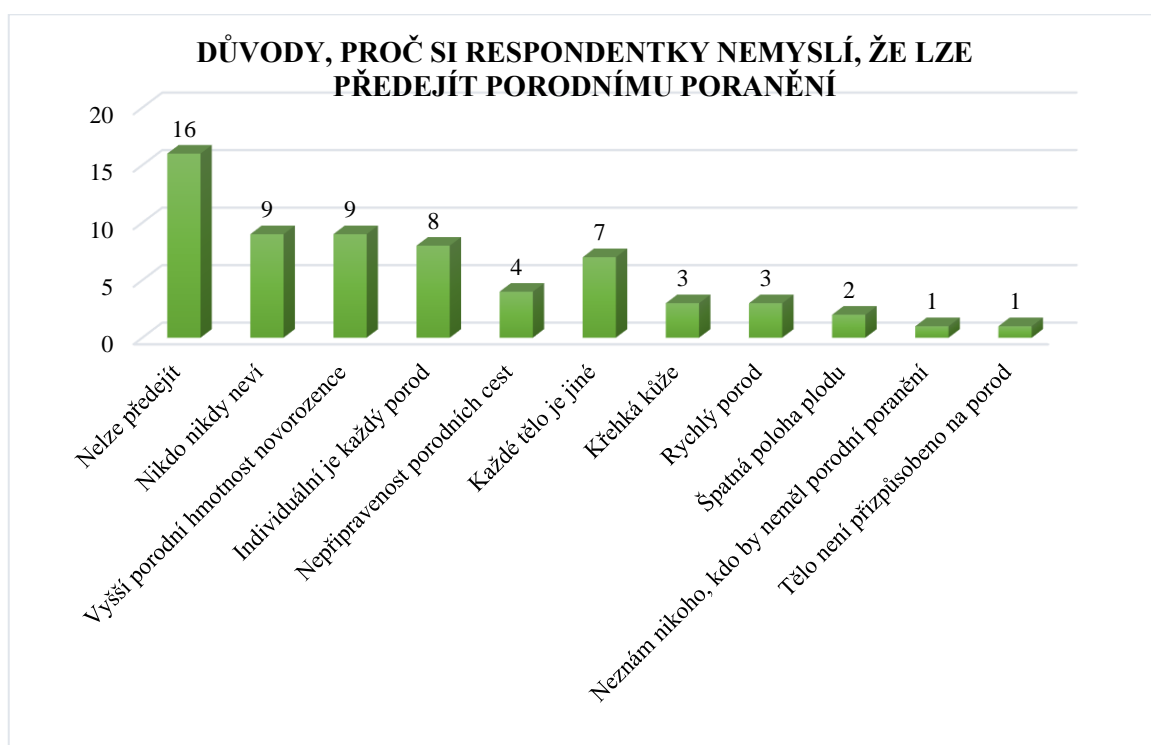
Graf 4. Metody prevence porodního poranění, které uvedly respondentky

V tabulce 4 a grafu 4 jsou znázorněny odpovědi respondentek, které si myslí, že lze porodnímu poranění předcházet. Nejvíce (83; 29,9 %) jich uvedlo vaginální dilatační balónek Aniball. Následovala masáž hráze, kterou uvedlo 68 (24,4 %) respondentek, a posilování pánevního dna, kterou uvedlo 35 (12,5 %) dotázaných žen, dalšími uváděnými metodami byly správná poloha při vaginálním porodu (13; 4,6 %), teplé obklady hráze (12; 4,3 %) a dobrá psychika rodičky (8; 2,8 %). Z přírodních metod uvedlo po 7 dotazovaných ženách (2,5 %) maliník, lněné semínko a chránění hráze během vaginálního porodu. Důkladná příprava před porodem byla uvedena v 5 (1,8 %) odpovědích. Shodný počet dotazovaných žen 3 (1,1 %) odpověděl správné tlačení, trpělivost, dechové cvičení, rodit malé miminko, řízené tlačení porodní asistentkou a řídit se pokyny lékaře. Po 2 (0,7 %) respondentkách uvedlo neřízené tlačení, správné dýchání, uvolnění, tlačení u porodu a homeopatii. Možnost *Uveďte jiné* vybralo 9 respondentek, po jedné (3,2 %) byly uvedeny odpovědi: správné vedení porodu, jóga, individuální přístup personálu, dřívější porod, mít štěstí, datle, hydroterapie, nechat porod plynout, nespěchat a poslouchat své vlastní tělo a kurz hypnoporodu jemného zrození.

Položka číslo 5: *Myslíte si, že je možné u spontánního porodu předejít porodnímu poranění? Pokud ne, uveďte proč?*

Tabulka 5. Důvody, proč si respondentky nemyslí, že lze předejít porodnímu poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Nelze předejít	16	25,4 %
Nikdo nikdy neví	9	14,3 %
Vyšší porodní hmotnost novorozence	9	14,3 %
Individuální je každý porod	8	12,6 %
Nepřipravenost porodních cest	4	6,3 %
Každé tělo je jiné	7	11,1 %
Křehká kůže	3	4,8 %
Rychlý porod	3	4,8 %
Špatná poloha plodu	2	3,2 %
Neznám nikoho, kdo by neměl porodní poranění	1	1,6 %
Tělo není přizpůsobeno na porod	1	1,6 %
Celkový součet	63	100 %



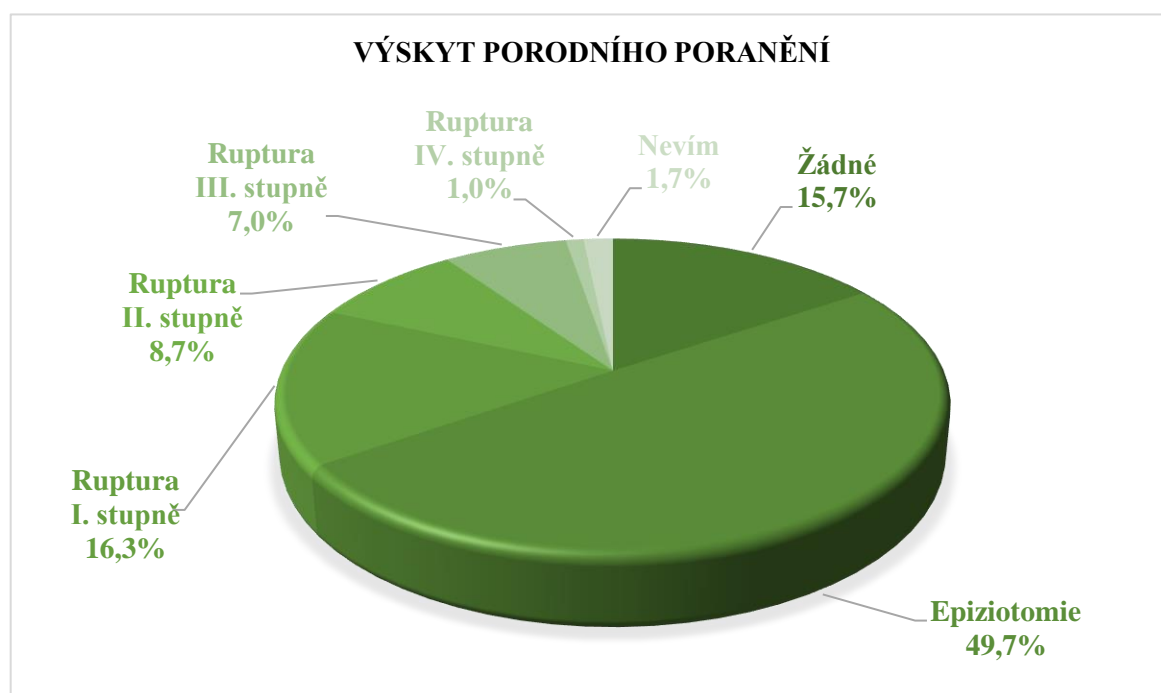
Graf 5. Důvody, proč si respondentky nemyslí, že lze předejít porodnímu poranění

Podle tabulky 5 a grafu 5 nejvíce respondentek (16; 25,4 %) z celkového počtu 63 (100 %) odpovědělo, že porodnímu poranění nelze předejít. Celkem 9 (14,3 %) dotázaných žen si myslí, že nikdo nikdy neví, zda lze porodnímu poranění předejít. Stejný počet žen, tedy 9 (14,3 %), se domnívá, že porodnímu poranění nelze předejít v případě vyšší porodní hmotnosti novorozence a o jednu méně, tedy 8 (12,6 %), vybralo odpověď: „*Individuální je každý porod.*“ „*Každé tělo je jiné*“ odpovědělo 7 (11,1 %) dotázaných žen. Nepřipravenost porodních cest vybraly 4 (6, 3 %) respondentky, rychlý porod 3 (4,8 %), křehkou kůží 3 (4,8 %), špatnou polohu plodu 2 (3,2 %), „*Neznám nikoho, kdo by neměl porodní poranění*“ 1 (1,6 %) a „*Tělo není přizpůsobeno na porod*“ také 1 (1,6 %) žena.

Položka číslo 6: *Měla jste porodní poranění? (Ruptura = trhlina, epiziotomie – nástřih hráze)*

Tabulka 6. Výskyt porodního poranění

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Žádné	47	15,7 %
Epiziotomie	149	49,7 %
Ruptura I. stupně	49	16,3 %
Ruptura II. stupně	26	8,7 %
Ruptura III. stupně	21	7,0 %
Ruptura IV. stupně	3	1,0 %
Nevím	5	1,7 %
Celkový součet	300	100 %



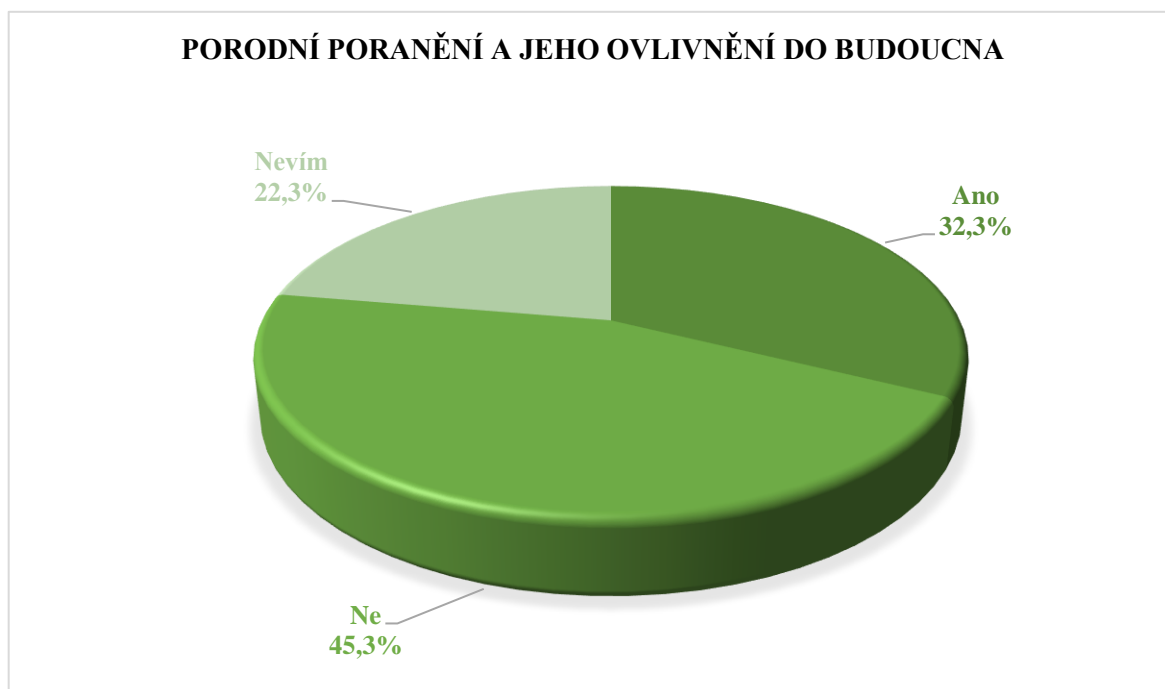
Graf 6. Výskyt porodního poranění

Tabulka 6 a graf 6 ukazují zastoupení různých druhů porodních poranění v našem souboru. Nejčastější formou porodního poranění je u našich respondentek epiziotomie, uvedlo ji 149 (49,7 %) žen. Rupturu I. stupně uvedlo 49 (16,3 %) respondentek a téměř shodný počet žen (47; 15,7 %) uvedl, že neměly žádné porodní poranění. Rupturu II. stupně utrpělo 26 (8,7 %) a rupturu III. stupně 21 (7 %) žen. Nejméně časté byly ruptury IV. stupně, které se v našem souboru vyskytly pouze u 3 (1 %) respondentek. Zda k porodnímu poranění došlo či jaké bylo, neví 5 (1,7 %) žen.

Položka číslo 7: *Myslíte si, že Vás do budoucna může porodní poranění ovlivnit?*

Tabulka 7. Porodní poranění a jeho vliv do budoucna

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Ano	97	32,3 %
Ne	136	45,3 %
Nevím	67	22,3 %
Celkový součet	300	100 %



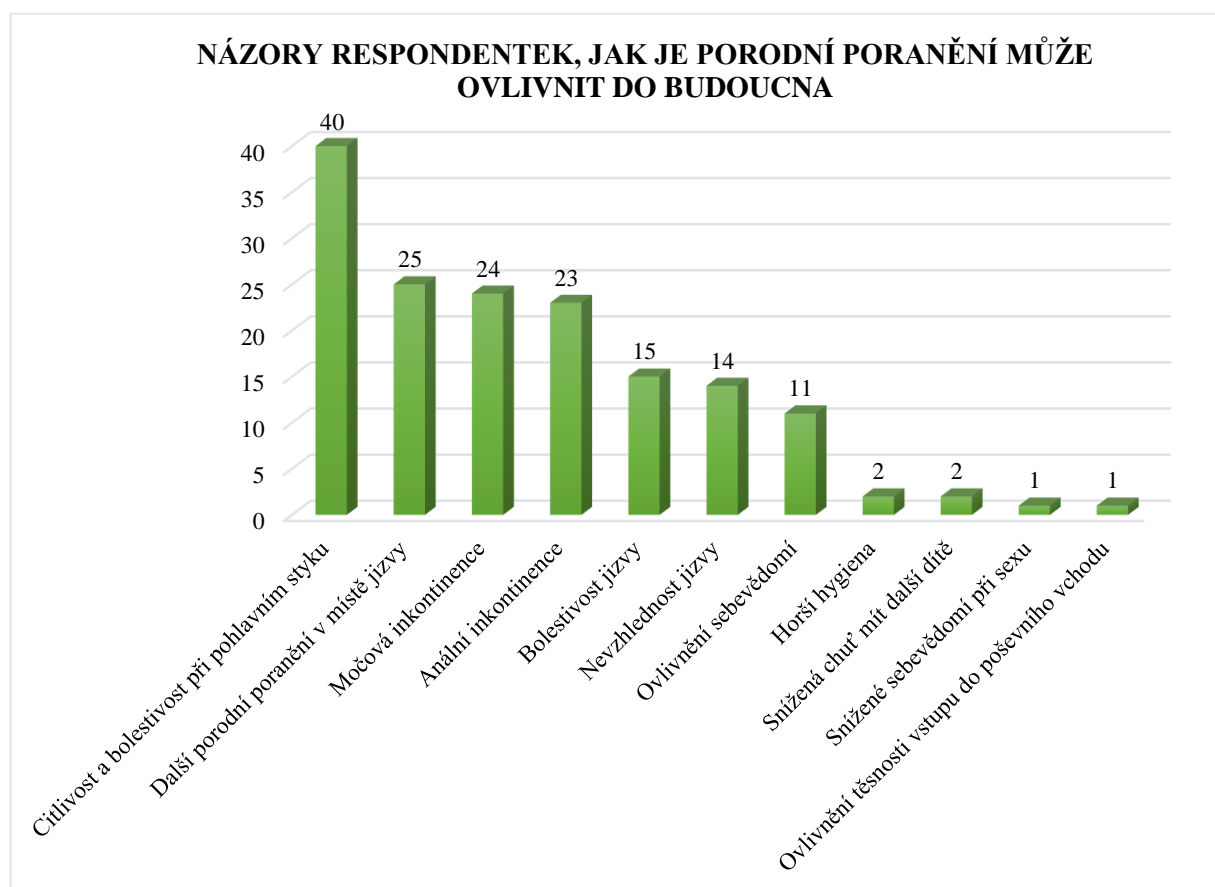
Graf 7. Porodní poranění a jeho ovlivnění do budoucna

Podle tabulky 7 a grafu 7 si nejčastěji naše respondentky myslí (136 žen; 45,3 %), že porodní poranění nemůže ženu v budoucnu ovlivnit. Necelá třetina (97; 32,3 %) dotazovaných žen je názoru, že porodní poranění může jejich budoucnost ovlivnit. Zda porodní poranění může ženu ovlivnit do budoucna, neví 67 (22,3 %) respondentek.

Položka číslo 8: *Myslíte si, že Vás do budoucna může porodní poranění ovlivnit? Pokud ano, uveďte jak?*

Tabulka 8. Názory respondentek, jak je porodní poranění může ovlivnit do budoucna

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Citlivost a bolestivost při pohlavním styku	40	25,3 %
Další porodní poranění v místě jizvy	25	15,8 %
Močová inkontinence	24	15,2 %
Anální inkontinence	23	14,6 %
Bolestivost jizvy	15	9,6 %
Nevzhlednost jizvy	14	8,9 %
Ovlivnění sebevědomí	11	7,0 %
Horší hygiena	2	1,2 %
Snížená chuť mít další dítě	2	1,2 %
Snížené sebevědomí při sexu	1	0,6 %
Ovlivnění těsnosti vstupu do poševního vchodu	1	0,6 %
Celkový součet	158	100 %



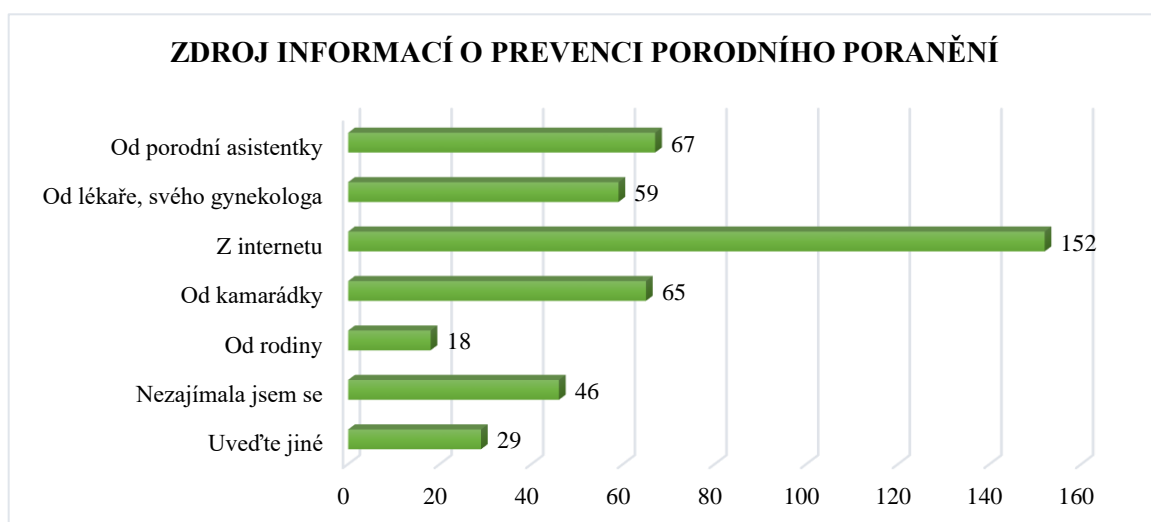
Graf 8. Názory respondentek, jak je porodní poranění může ovlivnit do budoucna

Tabulka 8 a graf 8 jsou zaměřeny na názor respondentek zkoumaného souboru, jak je může porodní poranění ovlivnit v budoucnu. Nejčastěji zmiňovaná byla citlivost a bolestivost při pohlavním styku, kterou uvedlo 40 (25,3 %) dotazovaných žen. Pravděpodobnost dalšího porodního poranění v místě jizvy u dalšího porodu byla uvedena 25krát (15,8 %). Močová inkontinence byla uvedena 24krát (15,2 %) a téměř stejný počet respondentek (23; 14,6 %) uvedl anální inkontinenci. Bolestivost jizvy byla uvedena v 15 (9,6 %) případech a podobný počet respondentek (14; 8,9 %) uvedl nevzhlednost. Ovlivnění sebevědomí bylo uvedeno 11krát (7 %). Horší hygiena byla zmíněna 2krát (1,2 %), snížená chuť mít další dítě rovněž 2krát (1,2 %). Snížené sebevědomí při sexu bylo zmíněno 1krát (0,6 %), stejně jako ovlivnění těsnosti vstupu do poševního vchodu (1; 0,6 %).

Položka číslo 9. *Od koho jste získala nejvíce informací o prevenci porodního poranění?
(Můžete zaškrtnout více odpovědí)*

Tabulka 9. Zdroj informací o prevenci porodního poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Od porodní asistentky	67	15,3 %
Od lékaře, svého gynekologa	59	13,5 %
Z internetu	152	36,8 %
Od kamarádky	65	14,9 %
Od rodiny	18	4,1 %
Nezajímala jsem se	46	10,5 %
Uveďte jiné	29	6,5 %
Celkový součet	436	100 %



Graf 9. Zdroj informací o prevenci porodního poranění

Tabulka 9 a graf 9 ukazují, že většina našich respondentek získala informace o prevenci porodního poranění z internetu v počtu 152 (36,8 %), až dalším zdrojem informací jsou porodní asistentky. Informace od nich získalo 67 (15,3 %) respondentek, od svého gynekologa či lékaře pak 59 (13,5 %). Od kamarádky získalo informace 65 (14,9 %) respondentek. O informace se nezajímalo 46 (10,5 %) dotazovaných žen. Nejméně informací získaly ženy od rodiny, a to pouze 18 (4,1 %) z celého souboru. V odpovědi „Uveďte jiné“ zazněly tyto reakce: 12x předporodní kurz, 5x žádné informace jsem nikde nedostala, 4x odborné články, studie, 2x jsem porodní asistentka, 2x z knihy, 1x ze zdravotnické školy, 1x až na porodním sále, 1x psala jsem na to bakalářskou práci, 1x od dudy.

Položka číslo 10: *Chodila jste na předporodní kurzy?*

Tabulka 10. Absolvování předporodních kurzů

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	106	35,3 %
Ne	194	64,7 %
Celkový součet	300	100 %



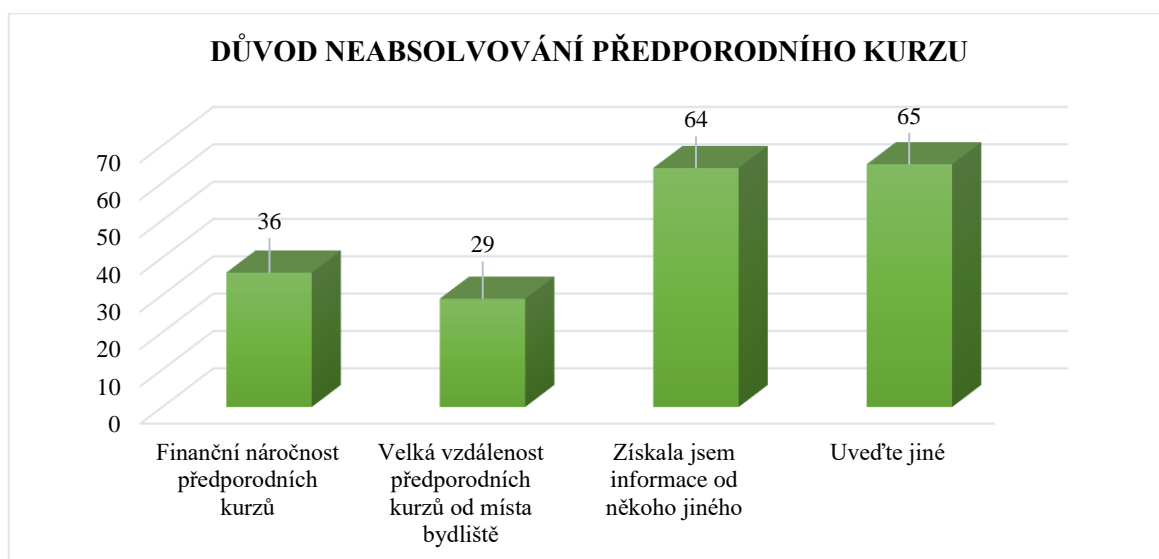
Graf 10. Absolvování předporodních kurzů

Tabulka 10 a graf 10 znázorňují, že předporodní kurz neabsolvovalo 194 (64,7 %) respondentek, kurz naopak navštívilo 106 (35,3 %) dotázaných žen.

Položka číslo 11: Z jakého důvodu jste nechodila na předporodní kurz?

Tabulka 11. Důvod neabsolvování předporodního kurzu

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Finanční náročnost předporodních kurzů	36	18,5 %
Velká vzdálenost předporodních kurzů od místa bydliště	29	15,0 %
Získala jsem informace od někoho jiného	64	33,0 %
Uveďte jiné	65	33,5 %
Celkový součet	194	100 %



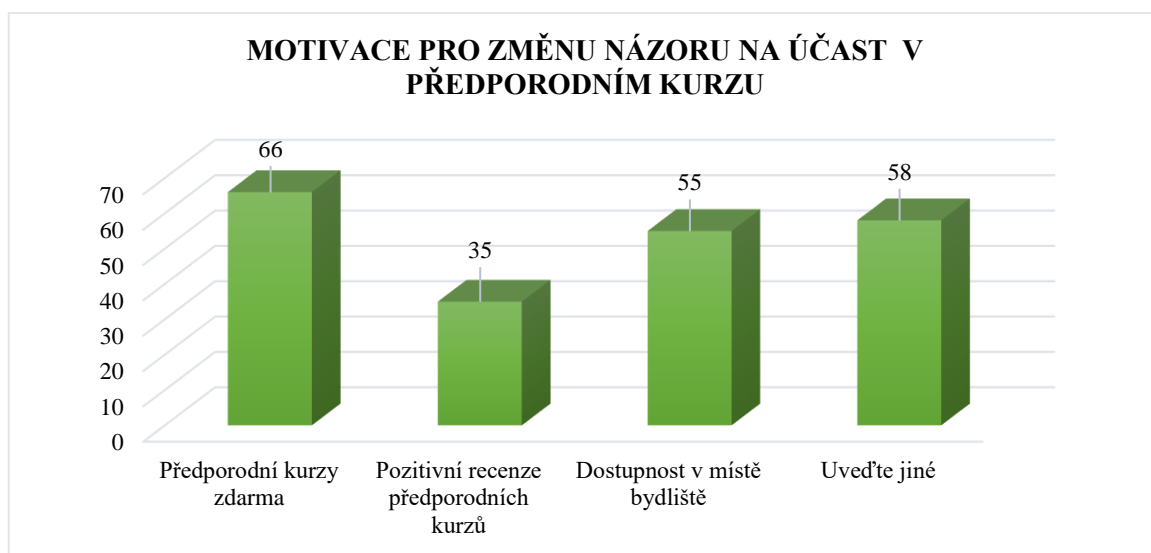
Graf 11. Důvod neabsolvování předporodního kurzu

Tabulka 11 a graf 11 znázorňují nejčastější důvody pro neabsolvování předporodních kurzů. Celkem se rozhodlo nenavštěvovat předporodní kurz 194 (100 %) respondentek, z nichž 64 (33 %) uvedlo jako důvod, že získaly informace od někoho jiného. Pro 36 (18,5 %) dotazovaných žen byla překážkou cena kurzu a pro 29 (15 %) velká vzdálenost od místa bydliště. Celkem 65 (33,5 %) respondentek se rozhodlo uvést jiný důvod, jímž bylo v patnácti případech, že „je to zbytečné“, dvanáctkrát „znala jsem to“, devětkrát „nebylo to potřeba“, sedmkrát „nedostatek času“, čtyři respondentky odpověděly „jsem porodní asistentka“ a čtyři „bylo plno“. Zbývající odpovědi jsou uvedeny v Příloze 7.

Položka číslo 12: *Co by ovlivnilo Váš názor, abyste se zúčastnila předporodního kurzu?*

Tabulka 12. Motivace pro změnu názoru na účast v předporodním kurzu

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Předporodní kurzy zdarma	66	32,9 %
Pozitivní recenze předporodních kurzů	35	18,0 %
Dostupnost v místě bydliště	55	28,2 %
Uveďte jiné	58	29,9 %
Celkový součet	194	100 %



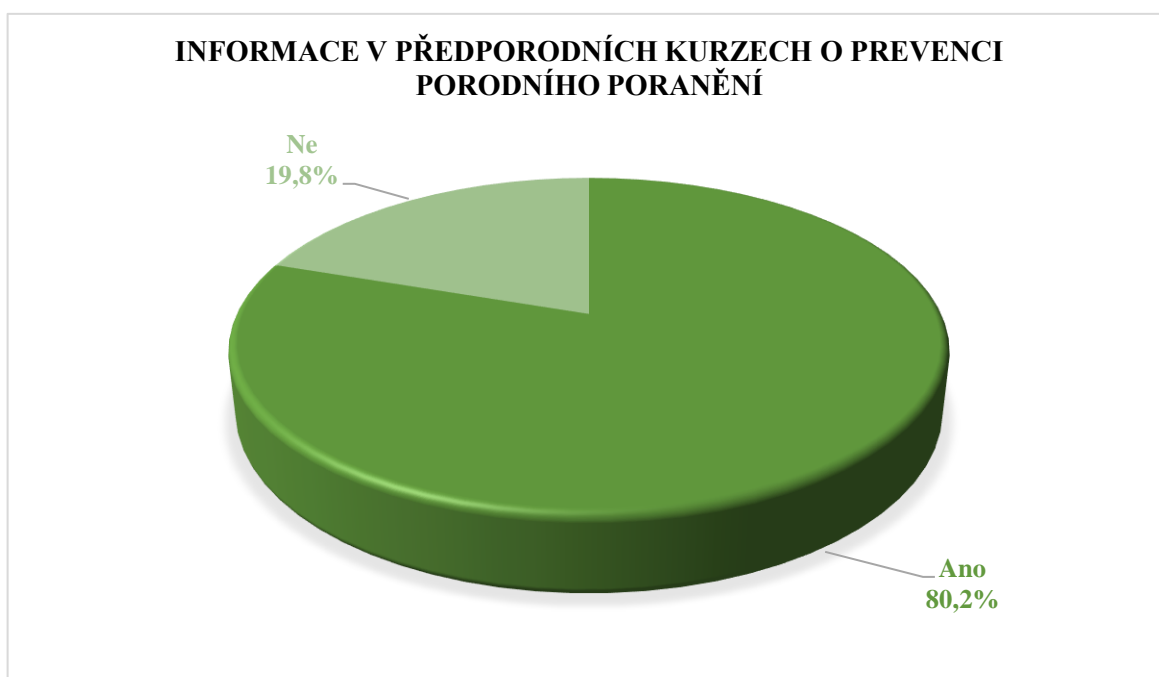
Graf 12. Motivace pro změnu názoru na účast v předporodním kurzu

Tabulka 12 a graf 12 znázorňují motivaci, která by změnila názor respondentek na účast v předporodním kurzu. Na otázku odpovědělo celkem 194 (100 %) žen, které se předporodních kurzů nezúčastnily. Názor 66 (32,9 %) z nich by ovlivnilo, pokud by kurzy byly zdarma. Dostupnost v místě bydliště uvedlo 55 (28,2 %) respondentek. Pozitivní recenze předporodních kurzů by změnila rozhodnutí 35 (18 %) dotázaných žen. Téměř třetina žen (58; 29,9 %) uvedla jinou odpověď. Rozhodnutí 29 z nich by nezměnilo nic, 7 si myslí, že „to není potřeba“, 5 by šlo, „kdyby šel i manžel“, 4 nemají „o takové věci zájem“, čtyřikrát se objevila odpověď, že „levnější porodní kurzy nemusí být zdarma“. Zbývající odpovědi viz. Příloha 8.

Položka číslo 13: *Dostala jste na předporodních kurzech informace, jaké jsou možnosti prevence porodního poranění?*

Tabulka 13. Informace v předporodních kurzech o prevenci porodního poranění

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	85	80,2 %
Ne	21	19,8 %
Celkový součet	106	100 %



Graf 13. Informace v předporodních kurzech o prevenci porodního poranění

Z tabulky 13 a grafu 13 je jasně patrné, že informace o prevenci porodního poranění získala v předporodních kurzech významná většina (85; 80,2 %) respondentek z celkového počtu 106 (100 %), které kurzy navštěvovaly. Pouze 21 (19,8 %) nezískalo informace o prevenci porodního poranění před vaginálním porodem.

Položka číslo 14: *Dostala jste na předporodních kurzech informace, jaké jsou možnosti prevence porodního poranění? Pokud ano, uveďte konkrétně které?*

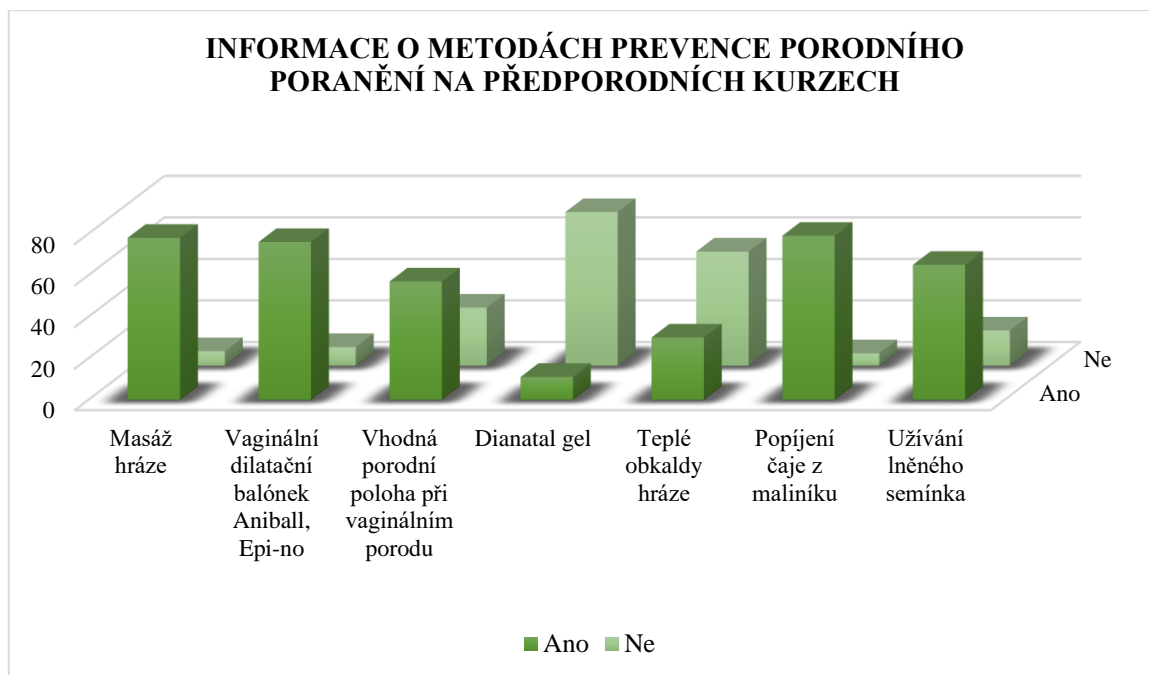
Tabulka 14. Informace o metodách prevence porodního poranění na předporodních kurzech

	Ano		Ne		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Masáž hráze	80	20,1	5	2,6	85	14,3
Vaginální dilatační balónek Aniball, Epi-no	79	19,8	6	3,1	85	14,3
Vhodná porodní poloha při vaginálním porodu	57	14,3	28	14,3	85	14,3
Dianatal gel	11	2,8	74	37,8	85	14,3
Teplé obklady hráze	30	7,5	55	28,1	85	14,3
Popíjení čaje z maliníku	77	19,3	8	4,1	85	14,3
Užívání lněného semínka	65	16,3	20	10,2	85	14,3
Celkový součet	399	100	196	100	595	100

Vysvětlivky:

n – absolutní četnost

% – relativní četnost



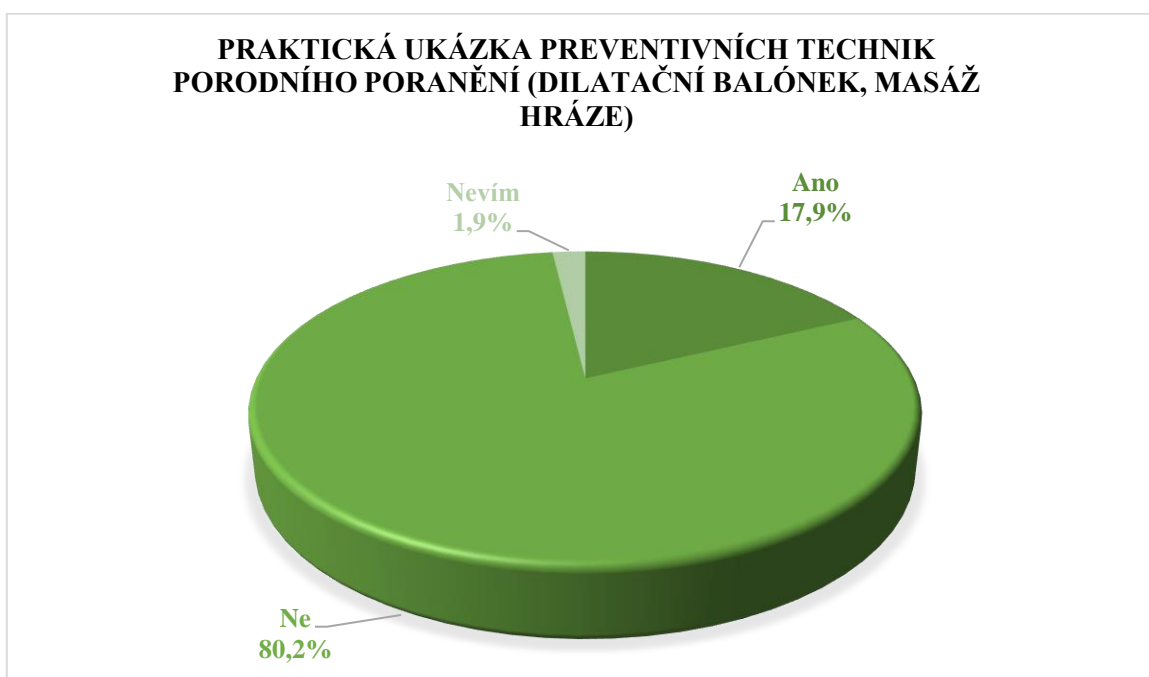
Graf 14. Informace o metodách prevence porodního poranění na předporodních kurzech

Tabulka 14 a graf 14 znázorňují, s jakými metodami prevence se respondentky seznámily na předporodních kurzech. Nejčastěji byla zmiňována masáž hráze (80krát; 20,1 %), pouze 5 (2,6 %) respondentek tuto informaci nezískalo. Druhou nejčastěji zmiňovanou metodou byl vaginální dilatační balónek (Aniball, Epi-no) (79krát; 19,8 %). Pouze 6 (3,1 %) žen tuto informaci na předporodních kurzech nezískalo. Následovalo popíjení čaje z malinovníku, které uvedlo 77 (19,3 %) žen, pouhých 8 (4,1 %) respondentek tuto informaci na předporodních kurzech nezískalo. Informaci o užívání lněného semínka dostalo 65 (16,3 %) respondentek a 20 (10,2 %) tuto informaci nedostalo. Jako další metoda prevence porodního poranění byla zmíněna vhodná porodní poloha, tuto informaci dostalo 57 (14,3 %) dotázaných žen a 28 (14,3 %) tuto informaci nedostalo. Informaci o teplých obkladech hráze dostalo 30 (7,5 %) respondentek a nedostalo 55 (28,1 %). O využití Dianatal gelu bylo informováno 11 (2,8 %) respondentky, zatímco 74 (37,8 %) tuto informaci neobdrželo. Jako jiné metody byly uvedeny (vždy 1krát): trpělivost, cvičení, jíst každý den datle, správné dýchání do podbřišku, cvičení na pánevní dno.

Položka číslo 15: *Byla součástí předporodních kurzů praktická ukázka, jak používat např. Aniball, Epi-no (vaginální dilatační balónek) nebo jak se provádí masáž hráze?*

Tabulka 15. Praktická ukázka preventivních technik porodního poranění (dilatační balónek, masáž hráze)

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	19	17,9 %
Ne	85	80,2 %
Nevím	2	1,9 %
Celkový součet	106	100 %



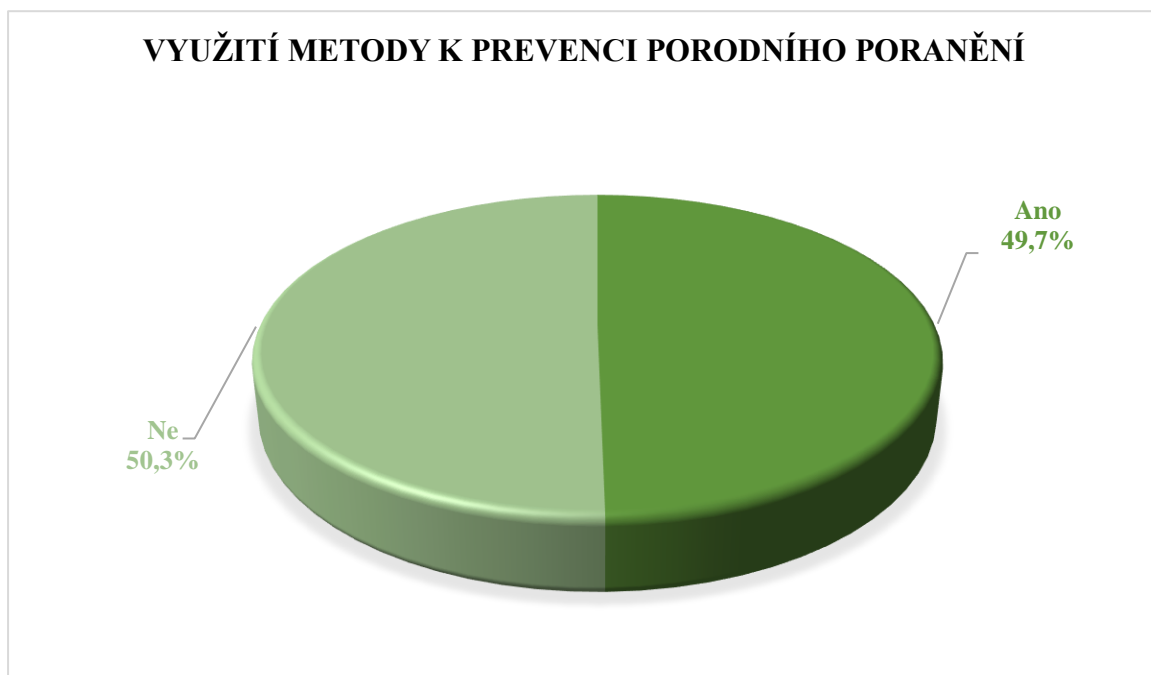
Graf 15. Praktická ukázka preventivních technik porodního poranění (dilatační balónek, masáž hráze)

Tabulka 15 a graf 15 znázorňují je 85 (80,2 %) respondentkám nebyla předvedena praktická ukázka technik k předcházení porodnímu poranění. Pouze necelá čtvrtina respondentek, tj. 19 (17,9 %), uvedla, že byly prakticky seznámeny s použitím vaginálního dilatačního balónku Aniball či Epi-no a bylo jim předvedeno provedení masáže hráze. Celkem 2 (1,9 %) respondentky neví, zda byla praktická ukázka součástí kurzu.

Položka číslo 16: *Využila jste sama některou z metod na prevenci porodního poranění?*

Tabulka 16. Využití metody k prevenci porodního poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	149	49,7 %
Ne	151	50,3 %
Celkový součet	300	100 %



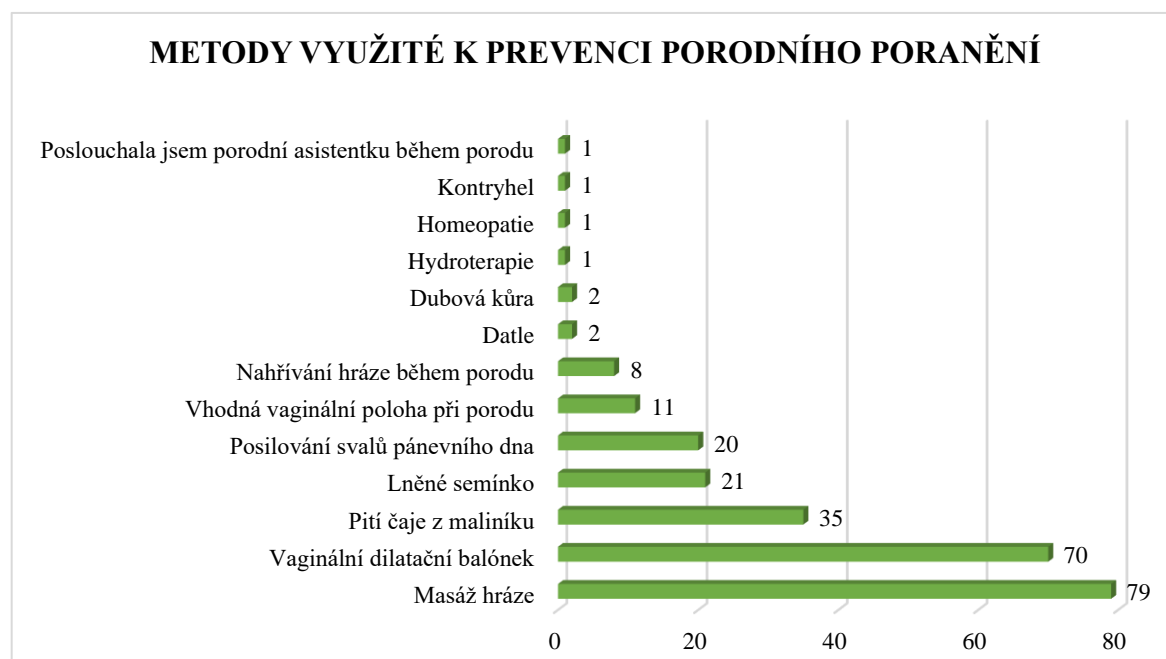
Graf 16. Využití metody k prevenci porodního poranění

Tabulka 16 a graf 16 znázorňují, že některou z metod prevence porodního poranění využilo 149 (49,7 %) respondentek a téměř stejný počet, tj. 151 (50,3 %), žádnou z metod nepoužila.

Položka číslo 17: *Využila jste sama některou z metod na prevenci porodního poranění? Pokud ano, uveďte jakou?*

Tabulka 17. Metody využití k prevenci porodního poranění

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Masáž hráže	79	31,3 %
Vaginální dilatační balónek	70	27,7 %
Pití čaje z maliníku	35	13,8 %
Lněné semínko	21	8,3 %
Posilování svalů pánevního dna	20	7,9 %
Vhodná vaginální poloha při porodu	11	4,3 %
Nahřívání hráže během porodu	8	3,2 %
Datle	2	0,7 %
Dubová kůra	2	0,7 %
Hydroterapie	1	0,3 %
Homeopatie	1	0,3 %
Kontryhel	1	0,3 %
Poslouchala jsem porodní asistentku během porodu	1	0,3 %
Celkový součet	252	100 %



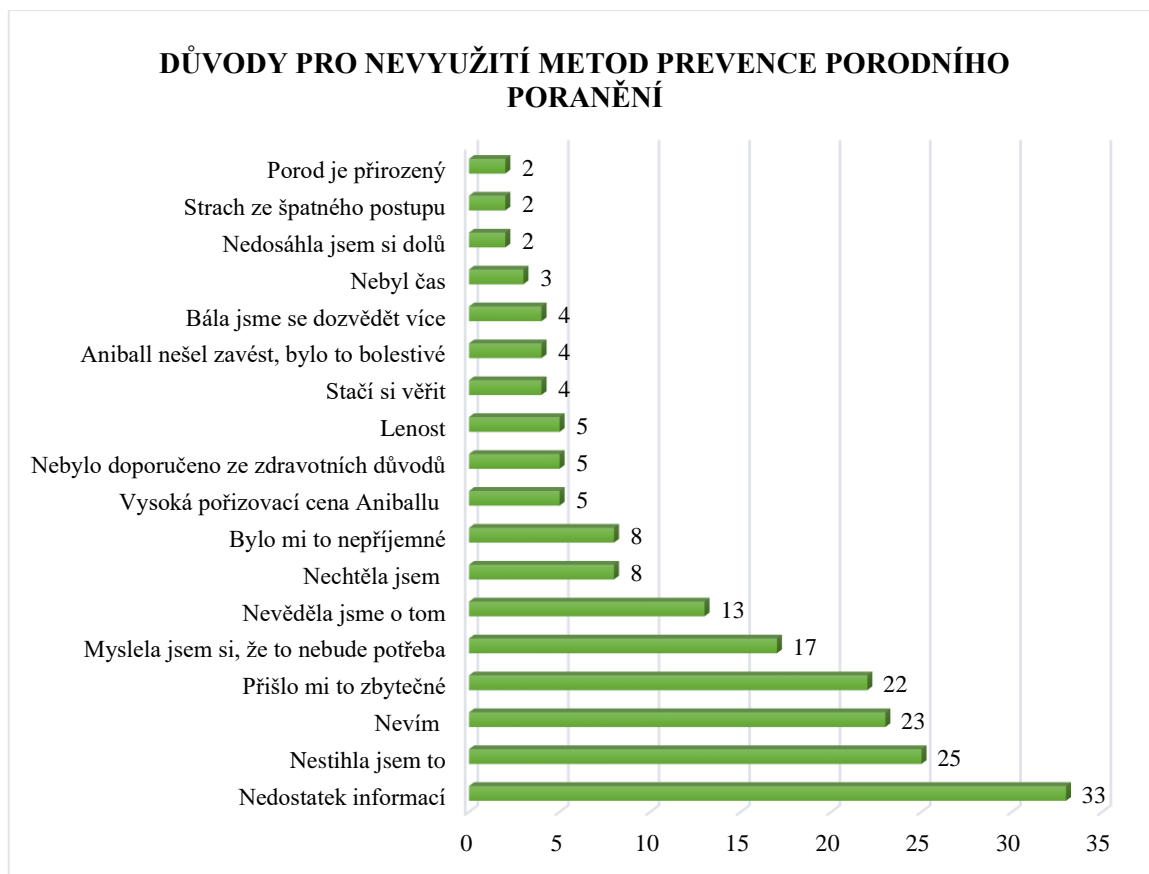
Graf 17. Metody využití k prevenci porodního poranění

Tabulka 17 a graf 17 ukazují, ukazují, že respondenty jako prevenci porodního poranění nejčastěji prováděly masáž hráze (79; 31,3 %), dále jich 70 (27,7 %) využilo vaginální dilatační balónek. Mezi další využívané metody patří bylinné přípravky jako maliník (35; 13,8 %) a lněné semínko (21; 8,3 %). Další využívanou metodou bylo posilování dna pánevních svalů, které provádělo 20 (7,9 %) respondentek. Během vaginální porodu byla využita vhodná vaginální poloha při porodu 11krát (4,3 %). Nahřívání hráze během porodu využilo 8 (3,2 %) dotázaných žen. Dvě (0,7 %) respondenty uvedly datle a stejný počet žen uvedlo dubovou kůru. Po jedné (0,3 %) odpovědi byla ještě uvedena hydroterapie, homeopatie a kontryhel. Jedna (0,3 %) respondentka také uvedla: „*Poslouchala jsem porodní asistentku během porodu*“.

Položka číslo 18: *Využila jste sama některou z metod na prevenci porodního poranění? Pokud ne, uveďte proč?*

Tabulka 18. Důvody pro nevyužití metod prevence porodního poranění

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Nedostatek informací	33	17,8 %
Nestihla jsem to	25	13,5 %
Nevím	23	12,4 %
Přišlo mi to zbytečné	22	11,8 %
Myslela jsem si, že to nebude potřeba	17	9,2 %
Nevěděla jsme o tom	13	7,0 %
Nechtěla jsem	8	4,3 %
Bylo mi to nepříjemné	8	4,3 %
Vysoká pořizovací cena Aniballu	5	2,7 %
Nebylo doporučeno ze zdravotních důvodů	5	2,7 %
Lenost	5	2,7 %
Stačí si věřit	4	2,2 %
Aniball nešel zavést, bylo to bolestivé	4	2,2 %
Bála jsme se dozvědět více	4	2,2 %
Nebyl čas	3	1,7 %
Nedosáhla jsem si dolů	2	1,1 %
Strach ze špatného postupu	2	1,1 %
Porod je přirozený	2	1,1 %
Celkový součet	185	100 %



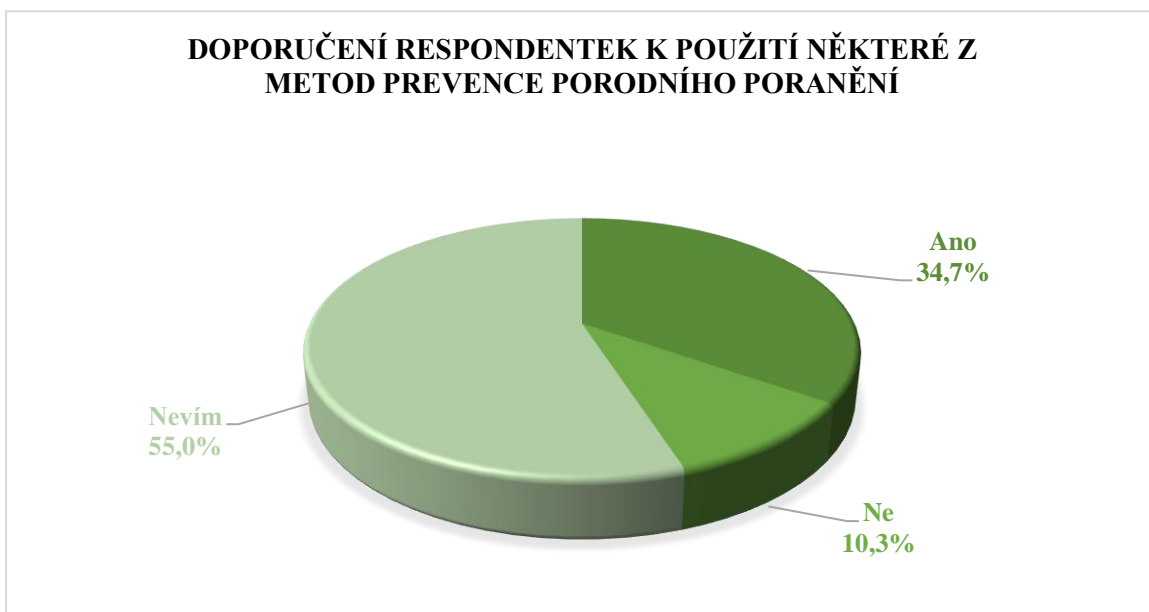
Graf 18. Důvody pro nevyužití metod prevence porodního poranění

Tabulka 18 a graf 18 ukazují, že 33 (17,8 %) respondentek nevyužilo žádnou metodu k prevenci porodního poranění z důvodu nedostatku informací a 25 (13,5 %) ji využít nestihlo. Celkem 23 (12,4 %) respondentek neví, proč žádnou z metod nevyužily. Celkem 22 (11,8 %) dotazovaných žen si myslí, že jsou tyto metody zbytečné, a 17 (9,2 %), že to není potřeba. O metodách, které se využívají k prevenci porodního poranění, vůbec nevědělo 13 (7 %) dotázaných žen. Znat informace o prevenci porodního poranění se zdálo nepříjemné 8 (4,3 %) respondentkám a stejný počet žen (8; 4,3 %) nechtěl žádnou z těchto metod využívat. Lenost v tomto ohledu přiznalo 5 (2,7 %) dotázaných žen, po 5 (2,7 %) ženách také uvedlo vysokou pořizovací cenu vaginálního dilatačního balónku a že jim tyto metody nebyly doporučeny ze zdravotních důvodů. Celkem 4 (2,2 %) ženy jsou názoru, že si stačí věřit, stejný počet (4; 2,2 %) žen uvedl, že „Aniball nešel zavést, bylo to bolestivé“ a také „Bála jsem se dozvědět více“. Nebyl čas uvedly 3 ženy (1,7 %). Po 2 (1,1 %) ženách vybralo odpověď: „Nedosáhla jsem si dolů“, „Strach ze špatného porodu“ a „Porod je přirozená věc“.

Položka číslo 19: *Doporučila byste některou z metod prevence porodního poranění?*

Tabulka 19. Doporučení respondentek k použití některé z metod prevence porodního poranění

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	104	34,7 %
Ne	31	10,3 %
Nevím	165	55,0 %
Celkový součet	300	100 %



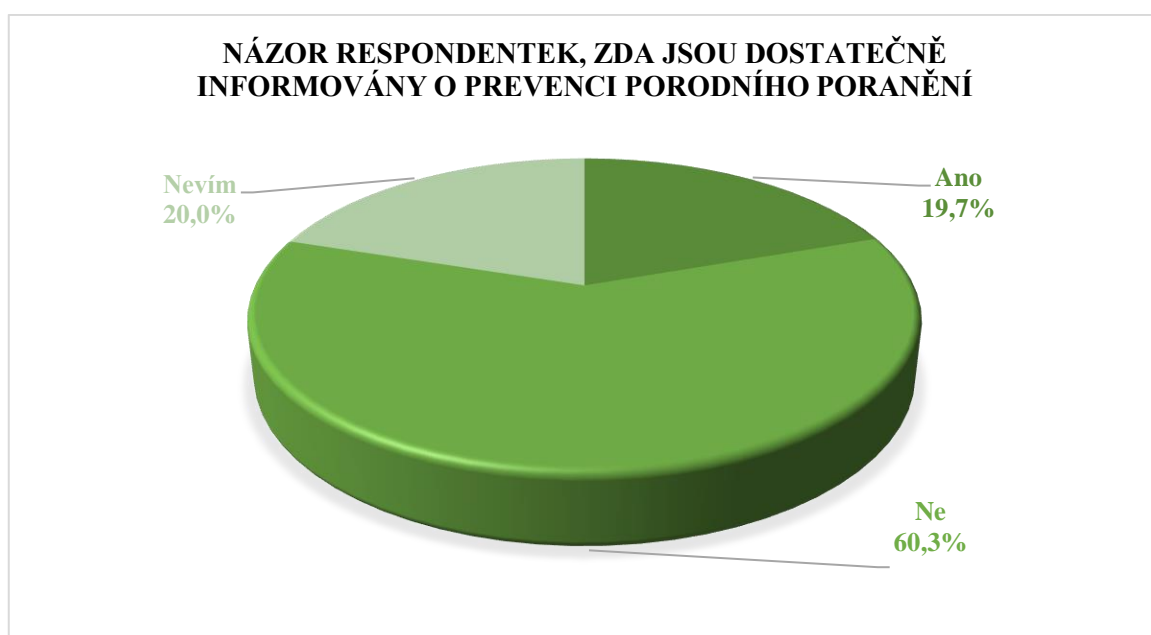
Graf 19. Doporučení respondentek k použití některé z metod prevence porodního poranění

Tabulka 19 a graf 19 ukazují, zda by respondentky doporučily některou z metod prevence porodního poranění. V případě odpovědi ano u této otázky bylo dále zjišťováno jakou metodu by dotazovaná žena doporučila a proč. Některou z metod by doporučilo 104 respondentek (34,7 %), z tohoto počtu by 19 (18,2 %) žen doporučilo vaginální dilatační balónek z důvodu lepšího uvědomění a přípravy na tlačení při porodu. Metodu masáže hráze by 18 (17,3 %) respondentek doporučilo kvůli zvýšení elasticity kůže. Celkem 5 (4,8 %) dotázaných žen by doporučilo teplé obklady hráze k podpoře uvolnění tkáně. Dvě respondentky (1,9 %) by doporučily popíjení čaje z maliníku pro zlepšení prostupnosti porodních cest a 1 (0,9 %) lněné semínko pro zlepšení poddajnosti porodních cest. Zbývající odpovědi jsou uvedeny v Příloze 9.

Položka číslo 20: *Myslíte si, že těhotné ženy jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění?*

Tabulka 20. Názor respondentek, zda jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Ano	59	19,7 %
Ne	181	60,3 %
Nevím	60	20,0 %
Celkový součet	300	100 %



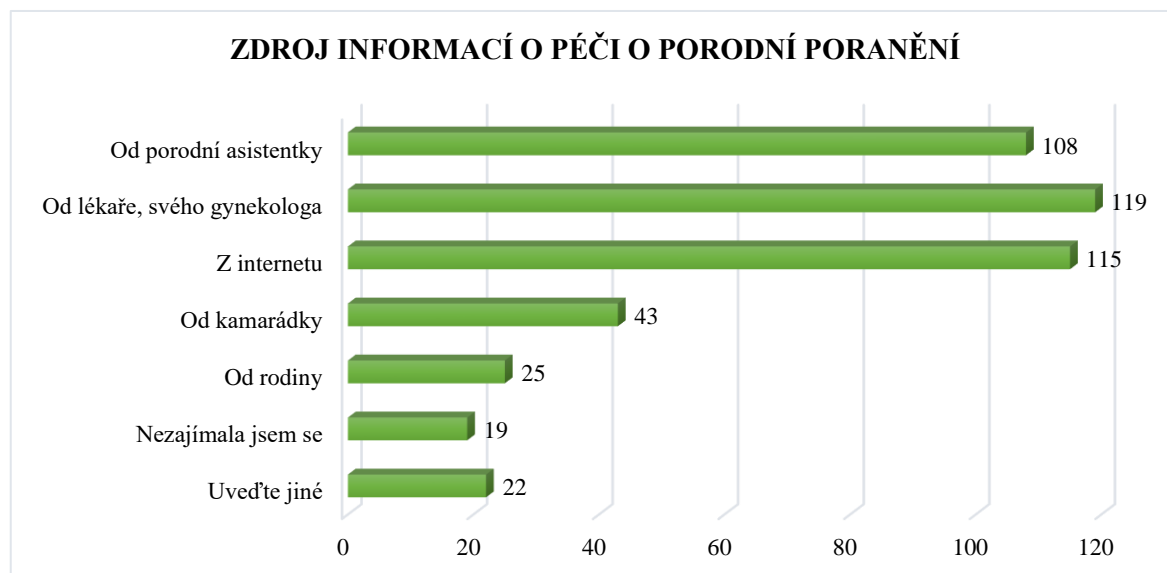
Graf 20. Názor respondentek, zda jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění

Z tabulky 20 a grafu 20 je patrné, že většina respondentek (181; 60,3 %) si nemyslí, že by byla dostatečně informována o prevenci porodního poranění. Pouze 59 (19,7 %) dotázaných žen je názoru, že dostatečně informovány jsou. Téměř stejný počet, tj. 60 (20 %), neví.

Položka číslo 21: *Od koho jste získala nejvíce informací o tom, jak pečovat o možné porodní poranění? (Můžete zaškrtnout více odpovědi)*

Tabulka 21. Zdroj informací o péči o porodní poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Od porodní asistentky	108	24,0 %
Od lékaře, svého gynekologa	119	26,4 %
Z internetu	115	25,5 %
Od kamarádky	43	9,5 %
Od rodiny	25	5,6 %
Nezajímala jsem se	19	4,2 %
Uveďte jiné.	22	4,8 %
Celkový součet	451	100 %



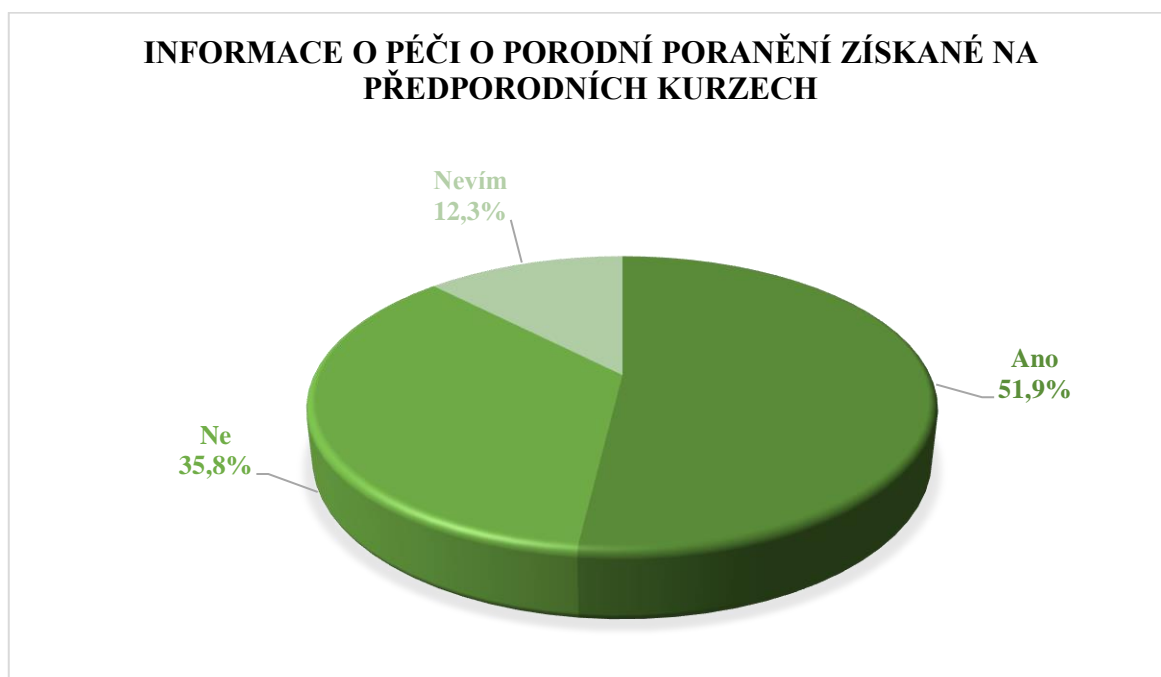
Graf 21. Zdroj informací o péči o porodní poranění

Tabulka 21 a graf 21 ukazují, že nejvíce žen, a to 119 (26,4 %) získalo informace o péči o porodní poranění od svého lékaře nebo gynekologa. Jen o něco méně, tj. 115 (25,5 %) respondentek, čerpalo informace z internetu a 108 získalo informace (24 %) od porodní asistentky. Od kamarádky získalo informace 43 (9,5 %) dotázaných žen, od rodiny 25 (5,6 %) a 19 (4,2 %) se o tyto informace nezajímalo. V jiných zdrojích informací byl 7x uveden předporodní kurz, 5x materiály z porodnice, 3x kniha a po jedné odpovědi: „jsem porodní asistentka“, „od laktační poradkyně“, „z odborných článků“, „od soukromé sestry“, „zjišťovala jsem si sama“, „od doly“, „nikdo neposkytl radu“.

Položka číslo: 22 *Dostala jste na předporodních kurzech informaci, jak pečovat o případně vzniklé porodní poranění?*

Tabulka 22. Informace o péči o porodní poranění získané na předporodních kurzech

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	55	51,9 %
Ne	38	35,8 %
Nevím	13	12,3 %
Celkový součet	106	100 %



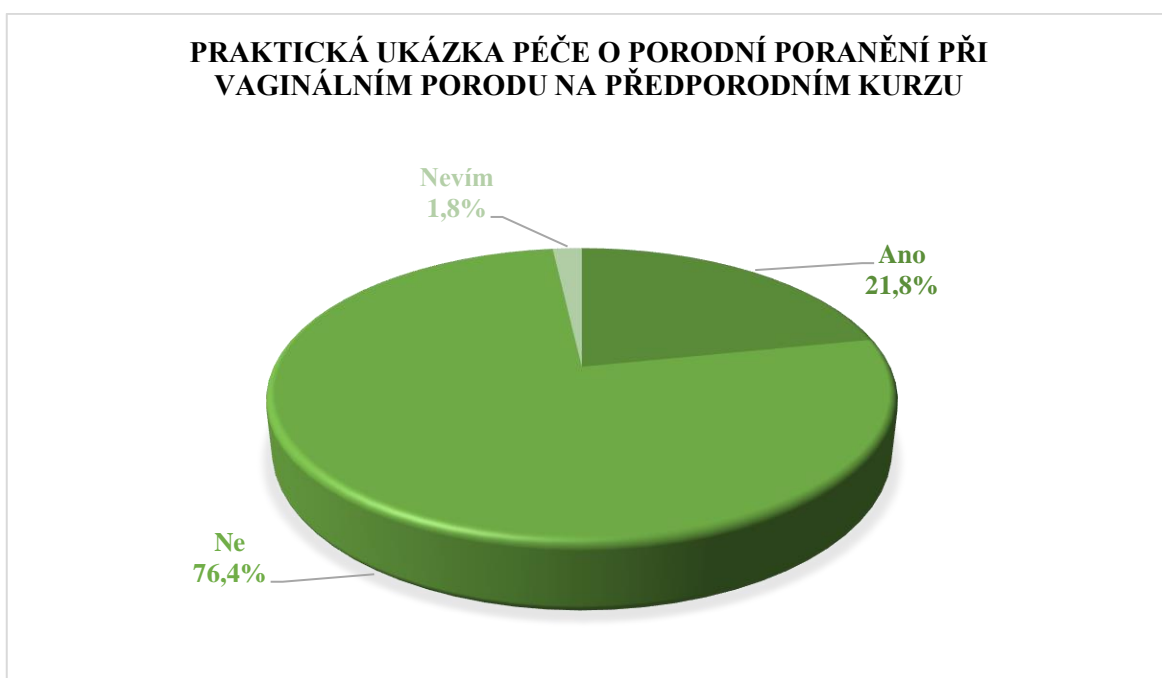
Graf 22. Informace o péči o porodní poranění získané na předporodních kurzech

Z tabulky 22 a grafu 22 je patrné, že celkem 51,9 % (55) dotázaných žen na předporodním kurzu informace o péči o porodní poranění získalo, zatímco 35,8 % (38) respondentek tyto informace nezískalo. Překvapivý počet, 13 (12,3 %) respondentek odpověděl, že neví, zda informaci dostaly.

Položka číslo 23: *Byla součástí předporodních kurzů praktická ukázka, jak pečovat o porodní poranění?*

Tabulka 23. Praktická ukázka péče o porodní poranění při vaginálním porodu na předporodním kurzu

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	12	21,8 %
Ne	42	76,4 %
Nevím	1	1,8 %
Celkový součet	55	100 %



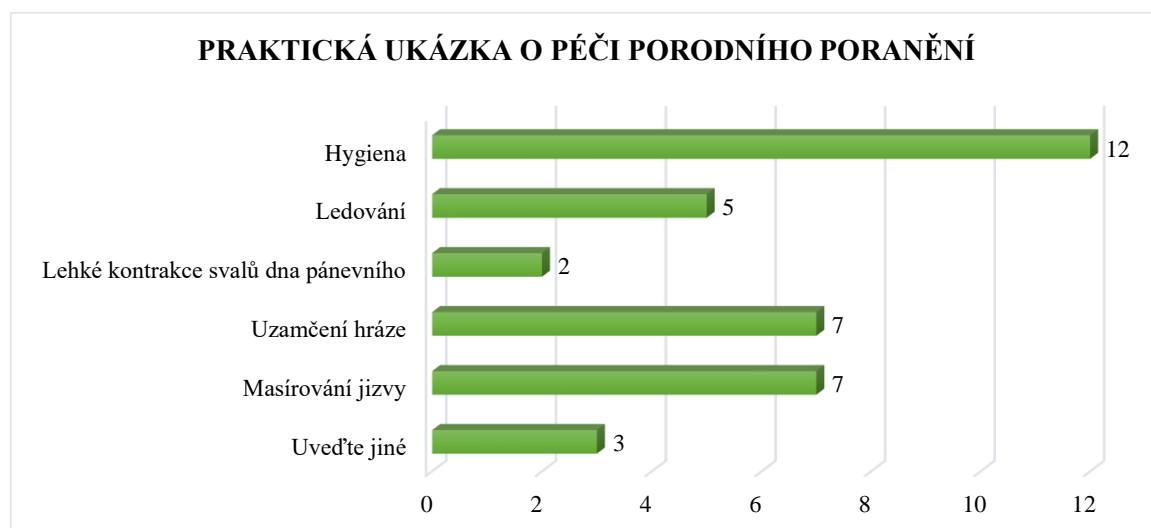
Graf 23. Praktická ukázka péče o porodní poranění při vaginálním porodu na předporodním kurzu

Tabulka 23 a graf 23 ukazují, že více respondentek, celkem 42 (76,4 %), nemělo na předporodním kurzu praktickou ukázkou péči o porodní poranění. Předporodní kurz s praktickou ukázkou navštívilo 12 (21,8 %) respondentek. Jedna (1,8 %) z dotázaných žen neví, zda na kurzu praktická ukáзка byla.

Položka číslo 24: Byla součástí předporodních kurzů praktická ukázka, jak pečovat o porodní poranění? Pokud ano, vyberte z těchto možností? (Možné zakroužkovat více odpovědí)

Tabulka 24. Praktická ukázka o péči porodního poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Hygiena	12	33,3 %
Ledování	5	14,0 %
Lehké kontrakce svalů dna pánevního	2	5,6 %
Uzamčení hráze	7	19,4 %
Masírování jizvy	7	19,4 %
Uveďte jiné	3	8,3 %
Celkový součet	36	100 %



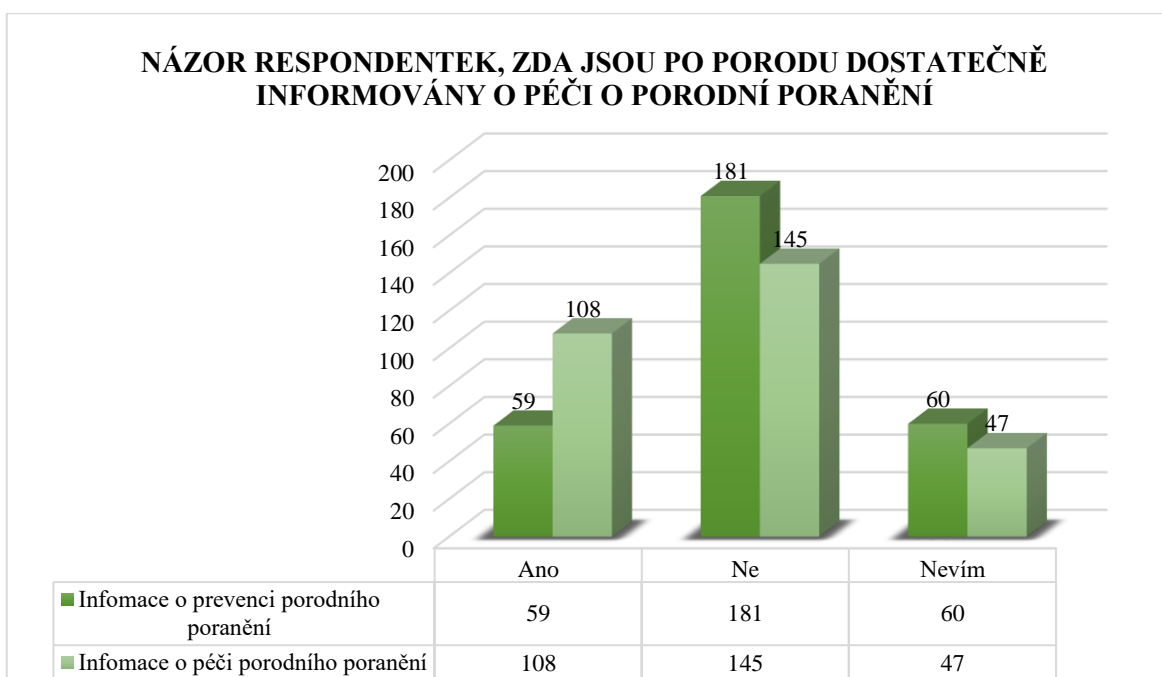
Graf 24. Praktická ukázka o péči porodního poranění

Tabulka 24 a graf 24 ukazují, jaká praktická ukázka byla součástí předporodního kurzu. Praktickou ukázkou mělo pouze 36 respondentek (100 %), které absolvovaly předporodní kurzy. S tím, jak správně provádět hygienu, bylo seznámeno všech 12 (33,3 %) žen. Po 7 (19,4 %) respondentkách bylo prakticky seznámeno s masírováním jizvy po porodu a prováděním uzamčení hráze. Praktické ukázky ledování se dostalo 5 (14 %) ženám a praktickou ukázkou provádění lehkých kontrakcí svalů dna pánevního viděly pouze 2 (5,6 %) respondentky. V možnosti „Uveďte jiné“ bylo po jedné odpovědi: močení ve sprše; sprchování hráze, vulvy, bylinky vhodné k omývání, borová voda; Octenisept pokaždé po stolici i močení.

Položka 25: *Myslíte si, že jsou ženy po porodu dostatečně informovány o péči o porodní poranění?*

Tabulka 25. Názor respondentek, zda jsou po porodu dostatečně informovány o péči o porodní poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Ano	108	36,0 %
Ne	145	48,3 %
Nevím	47	15,7 %
Celkový součet	300	100 %



Graf 25. Názor respondentek, zda jsou po porodu dostatečně informovány o péči o porodní poranění

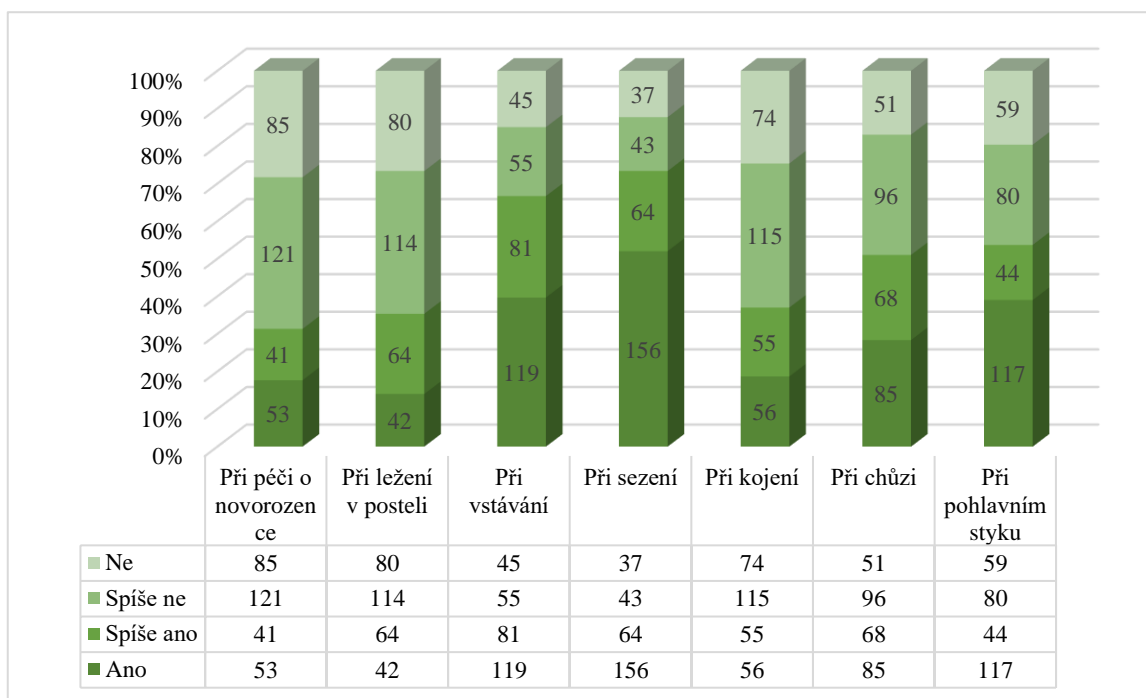
Z tabulky 25 a grafu 25 vyplývá, že si 36 % (108) respondentek myslí, že jsou po porodu dostatečně informovány o **péči** o porodní poranění. Opak si myslí 145 (48,3 %) dotázaných žena a počet 47 (15,7 %) neví zda jsou dostatečně informovány o péči o porodní poranění. Pro srovnání je v grafu 20 také názor žen na informovanost o **prevenci** porodního poranění. Výsledky ukazují, že se 59 (19,7 %) žen domnívá, že byly o prevenci dostatečně informovány, zatímco 181 (60,3 %) dotázaných žen si myslí, že dostatečně informovány nebyly. Celkem 60 (20 %) respondentek neví, zda byly o prevenci porodního poranění dostatečně informovány.

Položka číslo 26: Ovlivnilo Vás porodní poranění po vaginálním porodu?

Tabulka 26. Ovlivnění porodním poraněním po vaginálním porodu

	Ano		Spíše ano		Spíše ne		Ne		Celkem	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
Při péči o novorozence	53	17,6	41	13,7	121	40,3	85	28,4	300	100
Při ležení v posteli	42	14,0	64	21,4	114	38,0	80	26,6	300	100
Při vstávání	119	39,6	81	27,0	55	18,4	45	15,0	300	100
Při sezení	156	52,0	64	21,3	43	14,3	37	12,4	300	100
Při kojení	56	18,6	55	18,4	115	38,3	74	24,7	300	100
Při chůzi	85	28,3	68	22,7	96	32,0	51	17,0	300	100
Při pohlavním styku	117	39,0	44	14,7	80	26,6	59	19,7	300	100

Vysvětlivka: n = absolutní četnost; % = relativní četnost



Graf 26. Ovlivnění ženy porodní poranění po vaginálním porodu

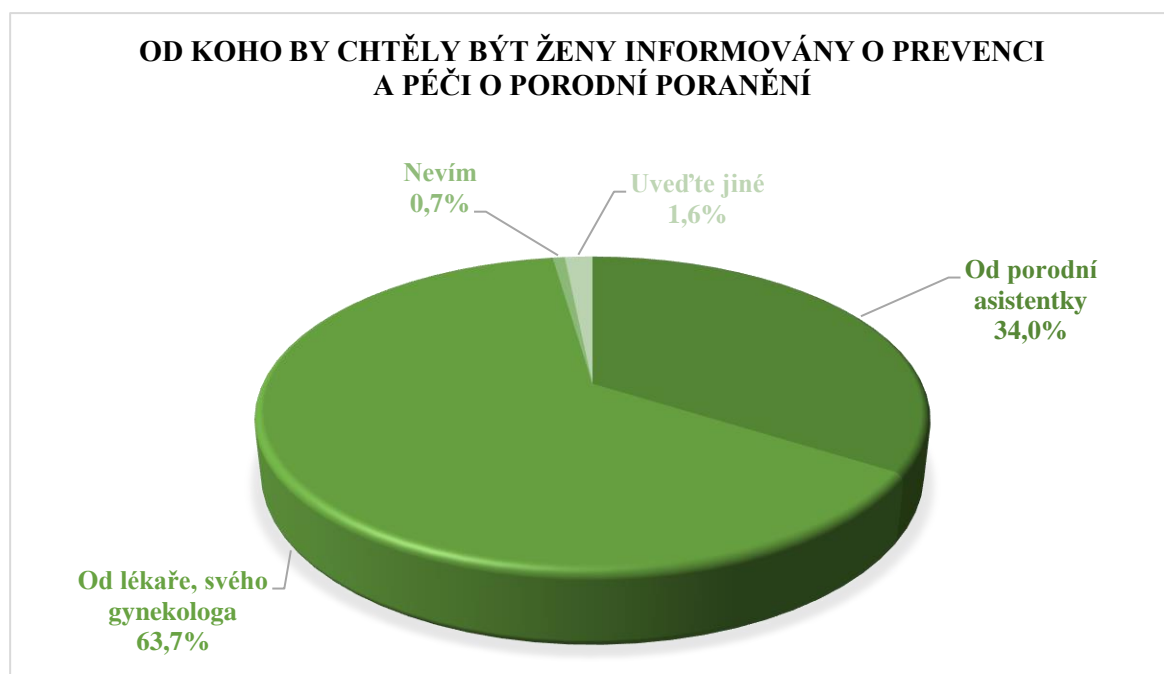
V tabulce 26 a grafu 26 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda (a jaké) porodní poranění respondentky ovlivnilo. Nejvíce bylo těch, kdo měly problémy **při sezení**, *ano* odpovědělo 156 (52 %) respondentek a *spíše ano* 64 (21,3 %). Při sezení nemělo velký problém 43 (14,3 %) respondentek, které odpověděly *spíše ne* a žádné problémy při sezení nepocíťovalo 37 (12,4 %) dotázaných žen. **Při vstávání** se cítilo porodním poraněním ovlivněno 119 (39,6 %) dotázaných žen (odpověď *ano*) a 81 (27 %), které odpověděly *spíše ano*. Problémy při vstávání neuvádí 55 (18,4 %) žen, které odpověděly *spíše ne*, a 45 (15 %) těch, které odpověděly *ne*. **Při pohlavním styku** pocíťovalo omezení 117 (39 %) dotázaných žen, které odpověděly *ano*, a 44 (14,7 %), které odpověděly *spíše ano*. Omezení nepocíťuje 80 (26,6 %), které odpověděly *spíše ne*, a 59 (19,7 %), které odpověděly *ne*. Významněji zastoupená byla ještě skupina těch, kdo mají problémy **při chůzi**. Omezení při chůzi udalo 85 (28,3 %) respondentek (odpověď *ano*), a *spíše ano* 68 (22,7 %). Potíže při chůzi *spíše nepocíťuje* 96 (32 %) respondentek, které uvedly v odpovědi *spíše ne*. Žádné omezení při chůzi nepocíťovalo 51 (17 %) dotázaných žen, které uvedly *ne*. Mezi další obtíže patří problémy **při kojení**, 56 (18,6 %) respondentek odpovědělo *ano* a 55 (18,4 %) žen uvedlo *spíše ano*. V odpovědi *spíše ne* 115 (38,3 %) a odpověď *ne* byla respondentkami uvedena v počtu 74 (24,7 %). **Při péči o novorozence** uvedlo 53 (17,6 %) respondentek odpověď *ano* a 41 (13,7 %), *spíše ano*. Odpověď *spíše ne* byla

respondentkami zaznamenána v počtu 121 (40,3 %) a odpověď *ne* uvedlo 85 (28,4 %) dotázaných žen. Jako nejmenší problém se ukázalo **ležení v posteli**, které označilo za problematické 42 (14 %) dotázaných žen, které odpověděly *ano*, a 64 (21,4 %) žen, které odpověděly *spíše ano*. Odpověď *spíše ne* byla zaznamenána v počtu 114 (38 %) a odpověď *ne* uvedlo 80 (26,6 %) respondentek.

Položka číslo 27: *Od koho byste chtěla získat informace o prevenci a péči o porodní poranění?*

Tabulka 27. Od koho by chtěly být ženy informovány o prevenci a péči o porodní poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Od porodní asistentky	102	34,0 %
Od lékaře, svého gynekologa	191	63,7 %
Nevím	2	0,7 %
Uveďte jiné	5	1,6 %
Celkový součet	300	100 %



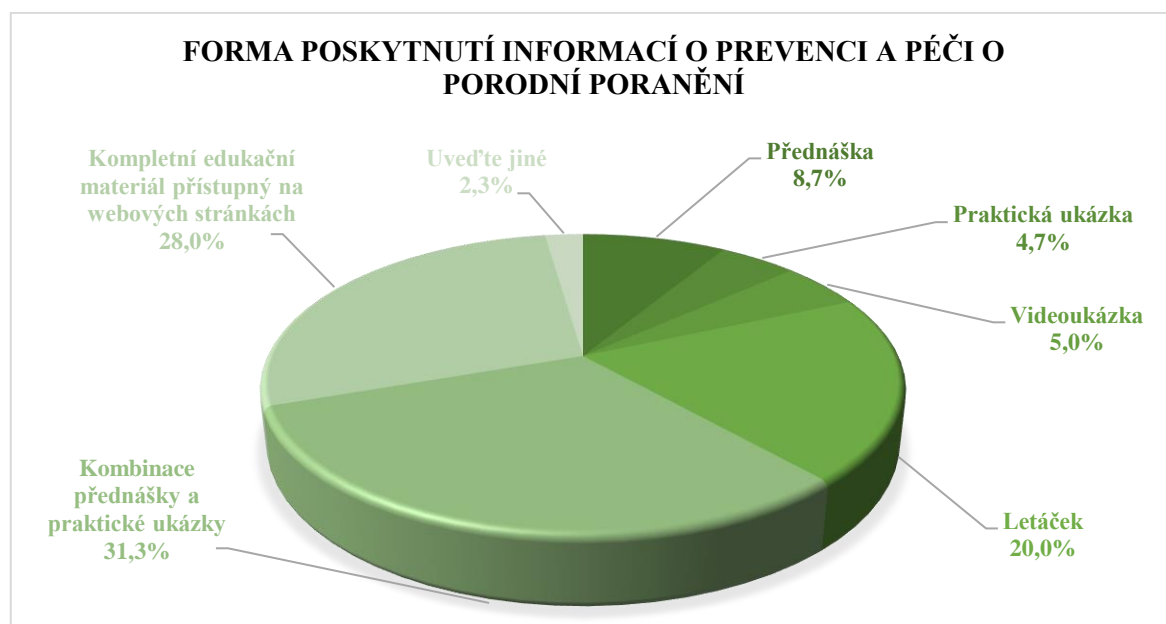
Graf 27. Od koho by chtěly být ženy informovány o prevenci a péči o porodní poranění

Z tabulky 27 a grafu 27 je zřejmé, že nejvíce žen by si přálo být informováno od svého lékaře nebo gynekologa, celkem se jich vyjádřilo v tomto smyslu 191 (63,7 %). Druhá největší skupina by chtěla být informována porodní asistentkou, 102 (34 %). Dvě (0,7 %) respondentky neví, kým by chtěly být informovány, a 5 (1,6 %) uvedlo jiný zdroj (Příloha 10).

Položka číslo 28: *Jaká forma poskytnutí informací o prevenci a péči o porodní poranění by Vám nejlépe vyhovovala?*

Tabulka 28. Forma poskytnutí informací o prevenci a péči o porodní poranění

	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Přednáška	26	8,7 %
Praktická ukázka	14	4,7 %
Videoukázka	15	5,0 %
Letáček	60	20,0 %
Kombinace přednášky a praktické ukázky	94	31,3 %
Kompletní edukační materiál přístupný na webových stránkách	84	28,0 %
Uveďte jiné	7	2,3 %
Celkový součet	300	100 %



Graf 28. Forma poskytnutí informací o prevenci a péči o porodní poranění

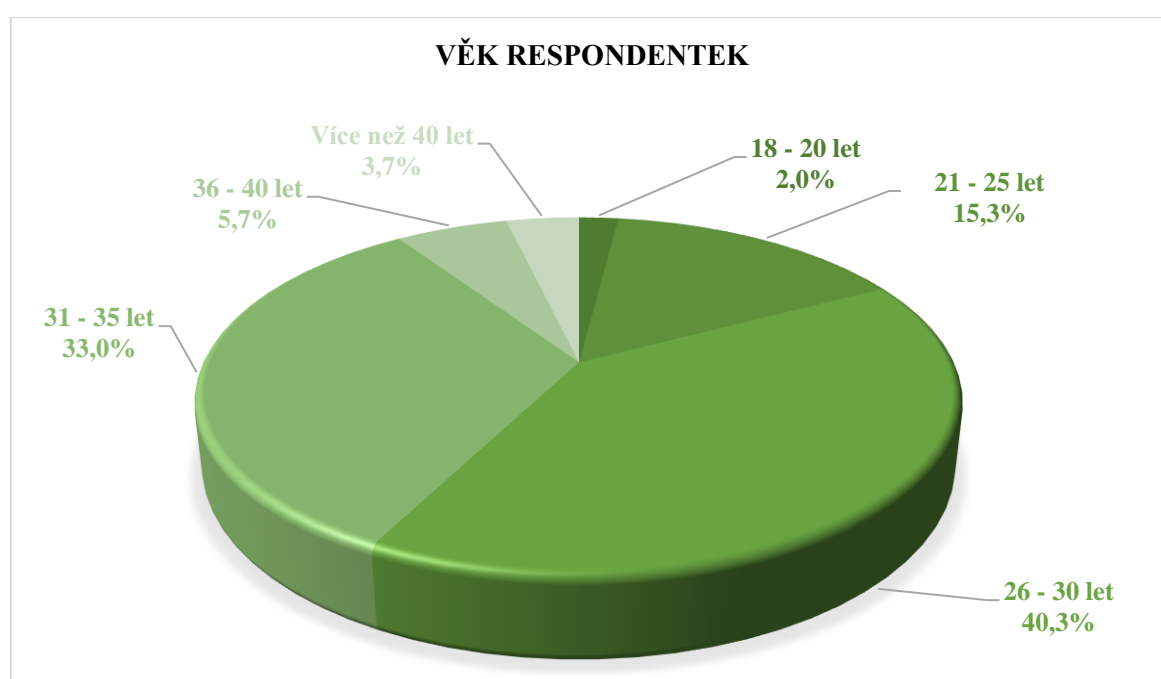
Z tabulky 28 a grafu 28 je patrné, že by největšímu počtu respondentek vyhovovaly informace získané z přednášky v kombinaci s praktickou ukázkou. Tuto možnost vybralo 94 (31,3 %) respondentek. Celkem 84 (28 %) by si vybralo edukační materiál přístupný na webových stránkách a 60 (20 %) letáček. Videoukázka by vyhovovala 15 (5 %) respondentkám, praktická ukázka 14 (4,7 %). Možnost „Uveďte jiné“ vybralo 7 (2,3 %) dotázaných žen. Po jedné odpovědi byly uvedeny možnosti: „videoukázka a praktická

ukázka v rámci těhotenské poradny a na oddělení šestinedělí“; „letáček, přednáška a info na internetu“; „osobní popovídání a přístup“; „diskuze s gynekologem“; „vlastní poznámky z jiného předporodního kurzu“; 1x „stačí normálně si promluvit s porodní asistentkou“; „jak pečovat o jizvu po nástřihu hráze říkájí již na porodním boxu, případně hned na oddělení šestinedělí (sprchovat, sprchovat, sprchovat...). Navíc maminka může otevřít pusu a v případě nejasností či komplikací (např. štípání stehů z důvodu špatné hygieny) se zeptat. Na to letáček ani jiný materiál nepotřebuje.“

Položka číslo 29: Kolik je Vám let?

Tabulka 29. Věk respondentek

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
18 – 20 let	6	2,0 %
21 – 25 let	46	15,3 %
26 – 30 let	121	40,3 %
31 – 35 let	99	33,0 %
36 – 40 let	17	5,7 %
Více než 40 let	11	3,7 %
Celkový součet	300	100 %



Graf 29. Věk respondentek

Z tabulky 29 a grafu 29 je zřejmé, že nejpočetnější věkovou skupinou byly ženy mezi 26 až 30 lety, celkem se jich výzkumu zúčastnilo 121 (40,3 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky ve věku 31 až 35 let, kterých bylo 99 (33 %). Ve věkové skupině 21 až 25 let bylo 46 (15,3 %) respondentek a skupině 36 až 40 let v počtu 17 (5,7 %), poté věková kategorie více než 40 let v počtu 11 (3,7 %) a poslední věkovou kategorií, která se zúčastnila výzkumného dotazníkového šetření v počtu 6 (2 %) respondentek.

8.1 Statistická analýza výsledků

Hypotéza 1 se zabývala porovnáním míry informovanosti o problematice porodního poranění žen, které rodily poprvé, a žen, které rodily minimálně podruhé. K této hypotéze se vztahují otázky 1, 3, 5, 10, 11, 16 a 17. V našem souboru bylo 70,3 % primipar a 29,7 % multipar. Data byla zpracována pomocí Mann-Whitneyova testu. Ze statistického zpracování shromážděných dat vyplývá, že mezi informovaností žen v obou skupinách se neprokázal žádný významný rozdíl (p-hodnota 0,811), **potvrdila se H_{10}** , H_{1A} byla zamítnuta.

Hypotéza 2 zjišťovala rozdíl mezi počtem porodních poranění žen, které během vaginálního porodu využily některou z metod k jejich prevenci, a žen, které žádnou metodu nevyužily. K této hypotéze se vztahují otázky č. 5 a 12. Soubor byl rozdělen podle otázky č. 12 na rodičky, které využily metody prevence porodního poranění, a ostatní. Tato hypotéza byla statisticky zpracována pomocí chí-kvadrát testu. Odpověď „žádné“ je považována za absenci porodního poranění, ostatní odpovědi, včetně preventivní epiziotomie, jsou považovány za porodní poranění. Výsledek této hypotézy opět neprokázal žádný statistický významný rozdíl (p-hodnota 0,399). **Potvrdila se H_{20}** , H_{2A} byla zamítnuta.

Hypotéza 3 zjišťovala, zda existuje rozdíl v četnosti porodních poranění u primipar a četnosti poranění u multipar. Epiziotomie byla považována za porodní poranění. K porodnímu poranění došlo u 185 (61,7 %) prvorodiček, oproti 26 (8,7 %) prvorodiček porodní poranění neměl. Ve skupině multipar 68 (22,7 %) porodní poranění utrpělo, bez poranění bylo 21 (3 %). Hypotéza byla statisticky zpracována pomocí chí-kvadrát testu. V tomto případě vyšel mezi oběma skupinami statistický významný rozdíl, porodní poranění je častější u primipar než multipar (p-hodnota 0,0141). Hypotéza H_{30} byla zamítnuta, **potvrdila se H_{3A}** .

9 DISKUZE

Prevence porodního poranění při vaginálním porodu a případná péče o porodní poranění po vaginálním porodu je velmi diskutovaným tématem, jak mezi zdravotníky, tak mezi ženami.

Porodní poranění hráze se vyskytují až u 85 % vaginálních porodů. Patří k nim spontánní ruptury hráze (klasifikovány podle čtyř stupňů) a epiziotomie.

Počet provedených epiziotomií se v různých státech výrazně liší, i když může být její provedení v některých případech přínosné, po celém světě se extrémně nadužívá. Ačkoliv výsledky ukazují, že pokud ženám, u nichž se očekává normální porod bez kleští, není provedena epiziotomie, tak vykazují méně vážných perineálních poranění. Pokud není její použití ospravedlněno prevencí vážného perineálního traumatu, pak podle současných poznatků nepředstavuje žádnou výhodu pro dítě ani pro matku. V USA například klesl počet epiziotomií z 25 % v roce 2004 na 14 % v roce 2012 (Hodin, 2017). Podle údajů Státního zdravotního ústavu (2017) bylo v roce 2015 v České republice provedeno při 107 618 porodech 29 390 (27,4 %) epiziotomií. WHO (2018) zařadila rutinní nebo volitelné užití epiziotomie mezi porodnické praktiky, které se pro zdravé těhotné ženy nedoporučují.

Ruptury hráze, zvláště ty rozsáhlé, mají vážné následky, u 30 až 50 % takto poraněných žen se rozvine v anální inkontinence, i když je poranění okamžitě po porodu ošetřeno. Problémy mohou přetrvávat několik let (Kramná a Vrublová, 2016). Abedzadeh–Kalahrودي et al. (2019) uvádí, že kromě anální inkontinence patří mezi budoucí rizika pro život ženy močová inkontinence, sestup pánevních orgánů či dyspareunie. Lincová et al. (2019) považují anální inkontinenci za nejzávažnější následek poranění análního svěrače, stejnému problému se stejným výsledkem se věnují ve své studii i Lacross et al. (2015) a Evans et al. (2019), kteří upřednostňují dopady anální inkontinence na každodenní život ženy: fyzické následky, diskomfort v oblasti pohlavního styku, emocionální dopad, schopnost pohybu, ovlivnění běžných každodenních činností a potíže s návratem do práce.

Některé ženy uvedly, že zažily po porodu inkontinenci moči. Ke komplikacím močové inkontinence provedly studii Langrová a Vrublová (2014), které zjišťovaly v průřezové studii vztah mezi epiziotomií a prevalencí močové inkontinence u žen. Výsledná data porovnávala ženy, které během porodu utrpěly porodní poranění prvního nebo druhého stupně, a ženy s neporušenou hrází. V této studii nebyly zjištěny žádné rozdíly

v prevalenci močové inkontinence u žen s epiziotomií a žen se spontánními porodními poraněními nebo s intaktní hrází. Živković et al. (2016) uvádí, že dle dostupné literatury epiziotomie nechrání před výskytem stresové inkontinence moči.

Ženy by měly být o možnostech, které se jim k prevenci, a tím i k minimalizaci porodního poranění nabízejí, dostatečně informovány. Stejně důležité jsou informace, jak o porodní poranění pečovat. Dostatečná informovanost přispívá k předcházení budoucím komplikacím spojeným s porodním poraněním, v jejichž důsledku dochází ke snížení kvality života ženy i k možným psychickým problémům.

V našem souboru (70,3 % primipar a 29,7 % multipar) se neprokázal v informovanosti obou skupin žádný statisticky významný rozdíl (p-hodnota 0,811).

Toto naše zjištění se neshoduje se studií publikovanou v roce 2017 Veverkovou, Kališem a Rušavým. Autoři provedli dotazníkové šetření informovanosti rodiček o primární prevenci poruch pánevního dna po porodu na Gynekologicko-porodnické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni v roce 2015. Do studie bylo zařazeno 202 šestinedělek po vaginálním porodu. O možnosti primární prevence bylo informováno celkem 83 % respondentek, lépe informované byly prvorodičky (88 %).

Porodní asistentky i porodníci mají k dispozici řadu metod, kterými se snaží redukovat výskyt poranění hráze. Mezi základní lze zařadit masáž hráze, aplikaci teplých obkladů a metodu „hand on“. Výsledky metaanalýzy provedené ve Velké Británii naznačují významnou redukci rizika OASI při rutinním použití „hands on“ metody nebo manuální perineální protekce. Autoři analýzy si povšimli, že dvě studie testovaly intervence, které zahrnovaly kromě manuální perineální protekce i další aspekty kontrolovaného porodu, jako je např. dobrá komunikace s rodičkou nebo porodní pozice poskytující vizualizaci perinea v posledních minutách porodu. Na základě těchto studií se domnívají, že by manuální metody neměly být posuzovány izolovaně, ale jako součást série koordinovaných strategií, které se užívají během posledních minut porodu (Bulchandani et al., 2015).

V našem souboru je 57,7 % rodiček názoru, že porodnímu poranění lze předejít, 15,3 % má opačný názor. Čtvrtina (25,4 %) respondentek, které se domnívají, že porodnímu poranění nelze předejít, nevedla pro svůj názor žádný konkrétní důvod, 14,3 % si myslelo, že důvodem může být vyšší porodní hmotnost novorozence, 6,3 % uvedla nepřipravenost porodních cest. O něco více než čtvrtina (27 %) dotázaných žen neví, zda je porodnímu poranění možné předejít. Z metod prevence zná nejvíce žen použití Aniballu (29,9 %), masáž hráze (24,4 %) a posilování pánevního dna (12,5 %).

Bohatá a Dostálek (2016) zhodnotili efektivitu metod vaginálních dilatačních balónek. Došli k závěru, že užití vaginálních dilatačních balónek Aniball nebo Epi-no před porodem významně ovlivňuje zvýšení počtu žen, které porodily s nepoškozenou hrází na rozdíl od kontrolní skupiny. Dále dokazují u žen, které použily vaginální dilatační balónek, snížení nebezpečí či rizika vaginálního operačního porodu ve srovnání s kontrolní skupinou. Ruckhäberle et al. (2009) ve studii ukazuje, že použití dilatačního balónku zvyšuje pravděpodobnost nepoškození perinea. Domnívá se, že používání vaginálních dilatačních balónek v těhotenství může pro ženu znamenat výhodu v prevenci porodního poranění. Naopak studie z let 2015 (Brito et al.) a 2018 (Schantz) došli k závěru, že dilatační balónek Epi-no nesnižuje riziko nástřihu hráze a nemá žádný vliv na eliminaci či snížení počtu porodních poranění při vaginálním porodu.

Bohatá a Dostálek (2016) došli k závěru, že u rodiček, které prováděly pravidelnou masáž hráze, je menší riziko epiziotomií a ruptur perinea, a to i u prvorodiček. Pokud žena provádí masáž perinea, připravuje hráz na napětí při vaginálním porodu a nedojde k jejímu poranění, případně poranění není tak vážné. Žena si lépe uvědomí svaly hráze a je schopná lépe spolupracovat během porodu. Ke stejnému závěru dospěl také Hastings-Tolsma (2014) a Ugwu et al. (2018), kteří uvádějí, že masáž hráze snižuje výskyt nástřihu hráze a zvyšuje výskyt žen s neporušenou hrází po vaginálním porodu, rovněž snižuje riziko inkontinence plynů po vaginálním porodu. V závěru vyjadřují názor, že by ženy měly být informovány o pravděpodobných přínosech této techniky a měly by jim být poskytnuty informace o tom, jak ji nejlépe provádět. Masáž hráze by měla být považována za součást rutinní prenatální péče o ženy, které dosud nerodily, neboť během vaginálního porodu snižuje výskyt porodního poranění.

Kramná a Vrublová, (2016) považují za prokázané, že výskyt rozsáhlých porodních poranění snižuje provádění masáže hráze, kterou v našem souboru znala necelá čtvrtina respondentek. Asheim et al. (2017) doporučují ke zhodnocení, jak minimalizovat perineální trauma pomocí různých perineálních technik, další výzkum.

Většina (45,3 %) respondentek si myslí, že je porodní poranění nemůže v budoucnu ovlivnit a 22,3 % neví. Důsledky porodního poranění připouští pouze třetina (32,3 %) žen. Za nejpravděpodobnější následek považují v 25,3 % citlivost a bolestivost při pohlavním styku, pravděpodobnost dalšího porodního poranění v místě jizvy u dalšího porodu (15,8 %). Riziko močové a anální inkontinence si uvědomovalo 15,2 %, respektive 14,6 % respondentek.

Dvě třetiny (64,7 %) respondentek neabsolvovaly předporodní kurz, z nich polovina (33 %) proto, že získaly informace jinde. Finanční náročnost uvedlo 18,5 % a velkou vzdálenost od místa bydliště 15 % žen. K účasti na předporodním kurzu by pomohlo, kdyby byly kurzy zdarma (32,9 %), dostupnost v místě bydliště (28,2 %) a pozitivní recenze (18 %).

Zbývající třetina (35,3 %) žen se pro návštěvu předporodních kurzů rozhodla. Z nich 80,2 % respondentek uvedlo, že získaly informaci o porodním poranění, ale pouze 17,9 % vidělo také praktickou ukázkou některé z preventivních metod. Informaci o péči o porodní poranění dostalo 51,9 % žen, praktickou ukázkou vidělo opět pouze 21,8 %, nejčastěji to byla hygiena (33,3 %), uzamčení hráze (19,4 %), masírování jizvy (19,4 %) a ledování (14 %).

Záhumenský a Kališ (2013) v doporučeném postupu zdůrazňují, že je u rozsáhlejšího porodního poranění velmi důležité zahájit včas následnou péči o porodní poranění. Vhodné je včasné zahájení cviků na posílení svalů pánevního dna. Taktéž Zemanová (2013) uvádí, že u závažnějšího porodního poranění je velmi důležitá péče. Mezi nejdůležitější řadí dostatečnou hygienu v oblasti vzniklého porodního poranění a seznámení s cviky na posilování pánevního dna, nejlépe fyzioterapeutem. Veverková et al. (2017) zkoumali, jaký je přístup rodiček k posilování pánevního dna a zjistili, že z 202 žen mělo 79 % zkušenosti s cviky pánevního dna, a 90 % žen chtělo cvičit po porodu. Z našeho souboru se seznámily prakticky s metodou lehkých kontrakcí svalů pánevního dna pouze 2 respondentky (5,6 %).

Nejčastějším porodním poraněním byla v našem výzkumu epiziotomie, která byla provedena 49,7 % žen. Bez porodního poranění bylo 15,7 % respondentek, rupturu I. stupně utrpělo 16,3 % rupturu, II. stupně 8,7 %, rupturu III. stupně 7 % a rupturu IV. stupně 1 % respondentek. Vysoký byl zejména počet provedených epiziotomií. Odůvodněná epiziotomie prováděná správnou technikou chrání proti perineálním trhlinám a brání vzniku vážných následků, jako je například anální inkontinence. Corrêa a Passini (2016) uvádí, že selektivní nástřih hráze snižuje riziko závažných tržných poranění. Jiang et al. (2017) taktéž uvádějí, že výsledkem selektivní epiziotomie je nižší počet žen s těžkým porodním poraněním. V roce 2019 formulovala své stanovisko k epiziotomii Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví (FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics). FIGO na základě všech dostupných důkazů podporuje restriktivní použití epiziotomie v případech, v nichž je tento postup omezen na situace, kdy již začala ruptura

perinea, existuje bezprostřední hrozba perineálního roztržení nebo se jedná o naléhavý porod. Doporučují další výzkum, aby bylo možné určit strategie, které povedou jak ke snížení počtu epiziotomií, tak ke snížení počtu ruptur 3. a 4. stupně (Nassar et al., 2019). Závěrem lze shrnout, že epiziotomie by se neměla provádět u každé rodičky, ale pouze v neodkladných situacích a žena by o tomto zákroku měla být informována.

Na základě provedeného dotazníkového šetření u zkoumaného souboru bylo zjištěno, že některou metodu prevence porodního poranění využila téměř polovina žen (49,7 %), druhá polovina (50,3 %) žádnou z metod nevyužila. Nejčastěji použitými metodami byla masáž hráze (31,3 %) a vaginální dilatační balónky (27,7 %). Oblíbenými přírodními metodami jsou pití čaje z maliníku (13,8 %) a lněné semínko (8,3 %). V již zmiňované studii Veverkové, Kališe a Rušavého (2017) byla taktéž nejčastěji využívanou metodou masáž hráze, kterou provádělo 29 % respondentek, což je počet téměř shodný s výsledkem našeho výzkumu. Vaginální dilatační balónek Aniball však využilo v jejich souboru pouhých 12,4 % a Epi-no dokonce jen 1 % žen. V našem případě se jednalo o druhou nejoblíbenější metodu. Většina (57,7 %) žen v našem souboru se domnívá, že porodnímu poranění lze předejít, ale překvapivě některou metodu k prevenci porodního poranění nevyužila více než polovina (50,3 %) žen. Veverková et al. (2017) došli ke stejnému závěru. Ačkoli o prevenci porodního poranění má povědomí většina žen, ve skutečnosti prevenci praktikovala jen zhruba třetina z nich (35 %).

Maryšková (2010) se domnívá, že sice použití preventivních metod není zárukou porodu bez jakýchkoli poranění, lze však očekávat zlepšení elasticity a poddajnosti měkkých porodních cest, a tím snížení poranění hráze, pochvy a méně mikrolézií. Dostálek a Bohatá (2016) hodnotili různé druhy prevence, v jejich souboru se významně zvýšil počet žen, které v těhotenství používaly některý z vaginálních dilatačních balónků a následně rodily s intaktní hrází. Prokázali i výrazné snížení počtu epiziotomií. U masáže hráze, čaje z maliníku ani lněného semínka žádný statisticky významný efekt na prevenci poranění perinea neprokázali. Naš výzkum snížení počtu porodních poranění ve skupině žen, které prováděly některou z metod prevence, neprokázal.

Naš výzkum také zjišťoval, zda se liší počet porodních poranění ve skupině primipar a multipar. Z celkového počtu bylo primipar 70,3 %, multipar 29,7 %. Ve skupině primipar bylo bez poranění 12,3 % žen, poranění utrpělo 87,7 %. Ve skupině multipar utrpělo poranění 76,4 % žen, zatímco bez poranění bylo 23,6 %, což je téměř dvojnásobek než u primipar. Ke stejnému závěru došli například autoři národního průzkumu perineálních

poranění ve Velké Británii. Incidence perineálních traumat byla u primipar 3,5krát vyšší než u multipar (Thiagamoorthy et al., 2014). V našem souboru mělo porodní poranění 84 % všech dotázaných žen, dvakrát více bylo porodních poranění ve skupině primipar než ve skupině multipar.

Doporučení pro praxi

Ze zjištěných informací je zřejmé, že je nutné šířit relevantní informace o prevenci porodního poranění a o péči o porodní poranění. K tomuto účelu by bylo vhodné vyhledávat a nabízet, např. na webových stránkách nemocnice ověřené internetové zdroje, které prezentují informace a vědecké poznatky založené na důkazech. Povědomí o této problematice by se mohlo zvýšit prostřednictvím tištěných letáčků a brožurek, které by zároveň mohly být elektronicky dostupné také na webových stránkách nemocnice. Pro tento účel byla vytvořena edukační brožura o prevenci porodního poranění a o péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu (Příloha 11). Doporučení pro předporodní kurzy je zařadit více praktických ukázek jak metod prevence porodního poranění, tak metod následné péče o porodní poranění.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá prevencí porodního poranění a péčí o porodní poranění. Jejím cílem bylo zjistit informovanost žen o prevenci porodního poranění a péči o porodní poranění u vaginálního porodu.

Teoretická část, založená na studiu pramenů, krátce shrnuje problematiku porodních poranění, typy porodních poranění a jejich případné komplikace, podrobně se pak věnuje jejich prevenci a péči o ně. Ze shromážděných studií vyplývá, že incidence porodních poranění je vysoká. Toto zjištění se shoduje i s našimi výsledky, v našem souboru rodilo bez poranění pouze necelých 16 % žen. Každoročně porodní poranění negativně ovlivňují kvalitu života bezpočtu žen. Proto je od nepaměti snahou najít metody, které by výskyt těchto poranění snížily. Práce se věnuje detailněji prevenci porodního poranění. Jedná se o masáž hráze, vaginální dilatační balónky, posilování pánevního dna a některé přírodní metody. Popsána je taktéž prevence během porodu. Jedná se o perineální masáž, použití Dianatal gelu, teplé obklady hráze, polohy při vaginálním porodu a techniky hands-on versus hands-off. Všechny uvedené metody mají za cíl eliminovat riziko porodního poranění a předejít komplikacím porodního poranění. Názory se shodují v případě masáže hráze i použití vaginálních dilatačních balónků, kdy všechny studie potvrdily jejich účinnost. V případě používání přírodních produktů doporučují autoři studií další výzkum, neboť není dostatek důkazů o jejich bezpečnosti a účinnosti. O tomto faktu také doporučují ženy informovat. Ohledně účinnosti perineální masáže během vaginálního porodu nepadají mezi autory jednota, stejně tak i u použití Dianatal gelu nebo techniky hands-on.

Na kapitulu o prevenci navazuje kapitola zabývající se péčí o případná porodní poranění. Popsány jsou obklady, koupele a homeopatická léčba, masti, masírování jizvy, uzamčení hráze a cvičení po vaginálním porodu. Závěr této části tvoří kapitola o roli porodní asistentky v péči o těhotnou ženu během porodu i po něm.

Praktická část diplomové práce vychází z teoretických poznatků, popisuje metodiku výzkumu, postup sběru dat a jejich vyhodnocení. Výsledky online kvantitativního dotazníkového šetření jsou analyzovány a interpretovány. Odevzdáno bylo 300 správně vyplněných dotazníků, respondentkami byly ženy ve věku 18 let a starší, ať už primipary nebo multipary. K dosažení hlavního cíle práce byly stanoveny tři dílčí cíle a k nim formulovány tři hypotézy, které byly následně testovány. Výsledky výzkumu jsou shrnuty v diskuzi.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda existuje **rozdíl mezi informovaností primipar a multipar o prevenci porodního poranění a péči o ně**. Z našeho výzkumu vyplývá, že mezi informovaností primipar a multipar o problematice porodního poranění neexistuje žádný statisticky významný rozdíl. **Potvrdila se H1₀, H1_A byla zamítnuta.**

I když si 60,3 % respondentek z našeho souboru myslí, že nejsou o prevenci dostatečně informovány, předporodní kurzy navštívilo pouze 35,3 % z celkového počtu. Většinu informací o prevenci porodního poranění respondentky získaly z internetu, což je velmi znepokojivé zjištění. Zdá se, že dostatečná informovanost by mohla být důležitým krokem k minimalizaci výskytu porodního poranění. Podle názoru respondentek by k vyšší návštěvnosti kurzů přispěla jejich lepší dostupnost, jak finanční, tak i místní. Respondentky by také ocenily zařazení praktických ukázek nejen prevence porodních poranění, ale také péče o ně. Informace, jak pečovat o porodní poranění dostaly ženy od porodníka a od porodní asistentky častěji (celkem 50,4 % žen). I zde respondentky často uváděly jako zdroj svých informací internet. **První dílčí cíl byl splněn.**

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda **existuje rozdíl v počtu porodních poranění žen, které použily některou z metod jejich prevence, a těch, které žádnou z metod nevyužily**. Z našeho výzkumu vyplývá, že mezi počtem porodních poranění žen, které využily některou z metod k jejich prevenci, a počtem porodních poranění žen, které žádnou metodu k jejich prevenci nevyužily, neexistuje statisticky významný rozdíl. **Potvrdila se H2₀, H2_A byla zamítnuta.**

To je v rozporu se studiiemi, které prokázaly, že tyto metody jsou velkou měrou spojeny s minimalizací porodního poranění či neporušenou hrází při vaginálním porodu. Udávají nižší výskyt porodních poranění při využití masáže hráze a vaginálních dilatačních balónek, což jsou techniky, které použilo téměř 60 % našich respondentek. Zajímavé je, že 57,7 % našich respondentek uvedlo, že je možné předejít porodnímu poranění, tak žádnou z metod nevyužilo 50,3 % dotázaných. Ženy, které nevyužily žádnou metodu k prevenci porodního poranění, uvádějí jako nejčastější důvod nedostatek informací. Považujeme za důležité zvážit, jak ženám lépe poskytnout dostatečné informace o prevenci porodního poranění. Například vytvořením edukačního materiálu zpřístupněného na webových stránkách nemocnice a v čekárnách těhotenských poraden. **Druhý dílčí cíl byl splněn.**

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda se liší **četnost porodních poranění primipar a multipar**. Z našeho výzkumu vyplývá, že mezi četností porodních poranění u primipar

a četností porodních poranění u multipar existuje statisticky významný rozdíl. **Hypotéza H3₀ byla zamítnuta, potvrdila se H3_A.**

Ve skupině multipar utrpělo porodní poranění výrazně méně žen. V národní studii ve Velké Británii dospěli k podobnému závěru, kdy incidence porodního poranění byla u prvorodiček 3,5krát vyšší než u vícerodiček. V našem souboru mělo porodní poranění 84 % všech dotázaných žen, dvakrát více bylo porodních poranění ve skupině primipar než ve skupině multipar. Třetina žen v dotazníku uvedla, že je porodní poranění může v budoucnu ovlivnit, zejména udávaly bolestivost při pohlavním styku, pravděpodobnost dalšího porodního poranění v místě jizvy při dalším porodu, močovou a anální inkontinenci, bolestivost a nevhlednost jizvy. Po porodu za největší problém ženy považovaly bolest při pohlavním styku, při sezení a při vstávání. **Třetí dílčí cíl byl splněn.**

Závěrem lze říci, že nadpoloviční většina žen se domnívá, že není dostatečně informována ani o prevenci porodního poranění (60,3 %) a ani o péči o porodní poranění (48,3 %). Za dostatečné informace o prevenci porodního poranění považuje pouze 19,7 % respondentek a 36 % respondentek považuje za dostatečné informace o péči o porodní poranění. Ačkoliv by si více než polovina žen (63,7 %) přála dostat informaci jak o prevenci, tak i o péči o porodní poranění od svého gynekologa. Lékaře uvedlo jako zdroj informací o prevenci porodního poranění jen 13,5 % žen. Porodní asistentku jako zdroj informací o prevenci porodního poranění uvedlo 15,3 % dotázaných žen. Převážným zdrojem informací o prevenci je internet (36,8 %) a kamarádky (14,9 %). Informaci, jak správně pečovat o porodní poranění dostalo 26,4 % žen od gynekologa a 24 % od porodní asistentky. Dalším zdrojem byl opět internet (25,5 %) a kamarádky (9,5 %). **Cíl práce byl splněn.**

Náš výzkum ukazuje potřebu většího zapojení zdravotnických pracovníků do informovanosti těhotných žen a šestinedělek. Porodní asistentky i gynekologové by měli hledat cesty, jak ženám poskytnout relevantní informace založené na důkazech.

SOUHRN

Diplomová práce je zaměřena na problematiku zabývající se informovaností o prevenci a péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu. Hlavním cílem práce bylo zjistit informovanost žen o prevenci a péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu a předložit aktuální poznatky o této problematice. Diplomová práce je zpracována prostřednictvím kvantitativní metody pomocí výzkumného dotazníkového nástroje. Zkoumaný soubor tvořilo 300 respondentek, které jsou po vaginálním porodu během posledních pěti let (2014 – 2019). Sběr dat byl realizován nestandardizovaným dotazníkem. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že si ženy po porodu myslí, že nemají dostatečné informace o prevenci a péči o porodní poranění. Dále bylo zjištěno, že informace o prevenci porodního poranění, ženy získaly nejvíce z internetu, což je velmi znepokojivé zjištění. Na základě dotazníkového šetření bylo dále zjištěno, že informace o prevenci a péči by ženy chtěly získat od lékaře (svého gynekologa) nebo porodní asistentky. Nadále z výzkumného šetření vyplynulo, že by si ženy přály být informovány o prevenci a péči o porodní poranění formou kombinace přednášky a praktické ukázky. V porovnání s výskytem porodního poranění se potvrdilo, že primipary mají vyšší výskyt porodního poranění oproti ženám, které rodily více než jednou.

Klíčová slova:

Epiziotomie. Péče o porodní poranění. Porodní poranění. Prevence porodního poranění. Rizikové faktory.

SUMMARY

The diploma thesis is focused on the issues related to the awareness of prevention and care of childbirth injury caused during vaginal birth. The main objective of the thesis was to determine the awareness of women about the prevention and care of birth injuries caused during vaginal birth and to present current findings on this issue. The diploma thesis utilizes a quantitative method using a research questionnaire as a tool. The sample consisted of 300 respondents who have gone through vaginal birth in the last five years (2014–2019). Data collection was carried out by a non-standardized questionnaire. The research found that postpartum women think that they do not have sufficient information on the prevention and care of childbirth injuries. Furthermore, it was found that women obtained information about the prevention of birth injuries mostly from the Internet, which is a very alarming finding. One of the findings of the questionnaire survey was also that women would like to obtain information on prevention and care of birth injury from a doctor (their gynecologist) or a midwife. The research further indicated that women would like for information on the prevention and care of childbirth injuries to be provided as a combination of a lecture and a practical demonstration. A comparison of the incidence of birth injury confirmed that primiparas have a higher incidence of birth injury compared to women who have given birth more than once.

Keywords:

Episiotomy. Care of birth injury. Childbirth injuries. Prevention of birth injuries. Risk factors.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. AASHEIM, V. et al. 2017. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. (6) [cit. 2020-02-06]. ISSN 1469-493X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
2. ABEDZADEH-KALAHROUDI, M. et al. 2019. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. **39**(2), 206-211 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1476473>
3. ALBRECHT-ENGEL, I. a M. ALBRECHT. 2008. *Těhotenství a porod: co se děje v ženském těle měsíc za měsícem*. Praha: Vašut. ISBN 978-80-7236-604-0.
4. ASHWAL, E. et al. 2016. The impact of obstetric gel on the second stage of labor and perineal integrity: a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [online]. **29**(18), 3024-3029 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1476-4954. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1114079>.
5. BALASKAS, J. 2010. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0178-2.
6. BECKMANN, M.M. a O.M. STOCK. 2013. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. (4), 1-50 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1469-493X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>. ISSN 1469-493X.
7. BIDWELL, P. et al. 2018. A multi-centre quality improvement project to reduce the incidence of obstetric anal sphincter injury (OASI): study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **18**(331), 1-11 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1965-0>.
8. BINDER, T. a B. VAVŘINKOVÁ. 2016. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. ISBN 978-80-7561-020-1.
9. BINDER, T. et al. 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907.
10. BOHATÁ, P. a L. DOSTÁLEK. 2016. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie*. **81**(3), 192-201. ISSN 1210-7832.
11. BOUJENAHAB, J. et al. 2019. Is episiotomy worthwhile to prevent obstetric anal sphincter injury during operative vaginal delivery in nulliparous women? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. **232**, 60-64 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1872-7654.. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.11.014>

12. BRITO, L. G. et al. 2015. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. *International Urogynecology Journal* [online]. **26**(10), 1429-1436 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1433-3023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2687-8>
13. BULCHANDANI, S. et al. 2015. Manual perineal suppoer at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *British journal of obstetrics and gynaecology: an international journal of obstetrics and gynaecology* [online]. **122**(9), 1157-1165 [cit. 2020-03-20]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13431>
14. CORRÊA, M.D.J. a R.P. JÚNIOR. 2016. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics* [online]. **38**(06), 301-307 [cit. 2020-01-04]. ISSN 0100-7203. Dostupné z: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1584942>
15. CRONIN, R. S. et al. 2018. Midwifery management of second-degree perineal tears in New Zealand: A cross-sectional survey of practice. *Women Birth* [online]. **31**(5), 422-429 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1878-1799. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.010>
16. ČKPA. 2014. *Etický kodex* [online]. Česká komora porodních asistentek [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/porodni-asistentky/pracovni-uplatneni/eticky-kodex.html>
17. DAHLEN H. G. et al. 2007. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* [online]. **34**(4), 282-290 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1523-536X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00186.x>
18. DA SILVA, F. M. et al. 2012. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **21**(15-16), 2209-2218 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x>
19. DEMIREL, G. a Z. GOLBASI. 2015. Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [online]. **131**(2), 183-186 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0020-7292. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.048>
20. DOLEŽAL, A. 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
21. DUCARME, G. et al. 2019. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human*

- Reproduction* [online]. **48**(7), 455-460 [cit. 2020-02-06]. ISSN 2468-7847. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>
22. DUMOULIN, C., 2006. *Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-080-1.
 23. DUŠOVÁ, B. et al., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.
 24. EVANS, E. et al. 2019. What is the total impact of an obstetric anal sphincter injury? An Australian retrospective study. *International Urogynecology Journal* [online]. **31**, 227-566 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1433-3023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04108-3>
 25. FOROUGHPOUR, A. et al. 2011. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *Journal of Research in Medical Sciences* [online]. **16**(8), 1040-1046 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1735-7136. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1011328894?accountid=16730>
 26. FOSTER, D.A. et al. 2006. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **6**(21) [cit. 2020-02-06]. DOI: 10.1186/1471-2393-6-21. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-6-21>
 27. GERANMAYEH, M. et al. 2012. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of gynecology and obstetrics* [online]. **285**(1), 77–81 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1432-0711. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00404-011-1919-5>
 28. GOLDBERG, J. a C. SULTANA. 2004. Prevence poranění perinea v průběhu porodu. *Gynekologie po promoci*. **4**(6), 12-15. ISSN 1213-2578.
 29. GOULD, D. 2007. Perineal tears and episiotomy. *Nursing Standard* [online]. **21**(52), 41-46 [cit. 2020-02-06]. ISSN 2047-9018. Dostupné z: <https://doi.org/10.7748/ns2007.09.21.52.41.c6596>
 30. HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL et al. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
 31. HASTINGS-TOLSMA, M. 2014. Antenatal perineal massage decreases risk of perineal trauma during birth. *Evidence-based nursing* [online]. **17**(3), 77 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1367-6539. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/eb-2013-101451>

32. HBC Happy Child Birth Holding AG. 2020. *Dianatal®: porodnický gel* [online]. [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <http://dianatal.cz/>
33. HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
34. HERBUCK, L. F. 2008. The Impact of Childbirth on the Pelvic Floor. *Urologic nursing* [online]. **2**(3), 173-184 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1053-816X. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/220150170?accountid=16730>
35. HILLEBRENNER, J. et al. 2001. Erste klinische Erfahrungen bei Erstgebärenden mit einem neuartigen Geburtstrainer Epi-no®. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* [online]. **205**(1), 12-19 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1439-1651. Dostupné z: <https://doi.org/10.1055/s-2001-14552>
36. HODIN, S. 2017. *Advancing and evidence-based approach to episiotomy* [online]. Maternal Health Task Force. May 30, 2017 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.mhtf.org/2017/05/30/advancing-an-evidence-based-approach-to-episiotomy>
37. HOLST, L., S. HAAVIK. a H. NORDENG. 2009. Raspberry leaf – Should it be recommended to pregnant women? *Complementary Therapies in Clinical Practice* [online]. **15**(4), 204-208 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1873-6947. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.05.003>.
38. HOLST, L. et al. 2011. Safety and efficacy of herbal remedies in obstetrics-review and clinical implications. *Midwifery* [online]. **27**(1), 80-86 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.05.010>
39. ICM. 2008. *International code of ethics for midwives* [online]. Adopted at Glasgow International Council meeting 2008. Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014 [cit. 2020-01-06]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
40. JIANG, H. et al. 2017. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. **2**(2) [cit. 2020-02-06]. ISSN 1469-493X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
41. KALIŠ, V. et al. 2005. Délka hráze a porodní poranění. *Česká gynekologie*. **70**(5), 355-361. ISSN 1210-7832.
42. KALIŠ, V. et al. 2007. Masáž perinea před nebo při porodu. *Gynekolog*. **16**(2), 77-81. ISSN 1210-1133.

43. KALIŠ, V. et al. 2010. Sutura ruptury perinea 3. a 4.stupně. *Česká gynekologie*. **75**(4), 284-291. ISSN 1210-7832.
44. KARBANOVÁ, J. et al. 2009. Mediolaterální epiziotomie a poranění análního sfinkteru. *Česká gynekologie*. **74**(4), 247-25. ISSN 1210-7832.
45. KARBANOVA, J. et al. 2014a. Clinical evaluation of peripartum outcomes of mediolateral versus lateral episiotomy. *International journal of gynaecology and obstetrics* [online]. **124**(1), 72-76 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0020-7292. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.07.011>
46. KARBANOVA, J. et al. 2014b, Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. *International journal of gynaecology and obstetrics* [online]. **127**(2), 152-156 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0020-7292. Dostupné z: <https://doi.org/10.016/j.ijgo.2014.05.025>
47. KOUDELKOVÁ, V. 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.
48. KRAMNÁ, P. a Y. VRUBLOVÁ. 2016. Intervence během porodu a porodní poranění - evidence based practice. In: *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*, s. 113-121. ISBN 978-80-7464-826-7.
49. LACROSS, A., M. GROFF a A. SMALDONE. 2015. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis [online]. *Journal of midwifery & women's health*. **60**(1), 37-47 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1542-2011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12283>
50. LANGROVÁ, P. a Y. VRUBLOVÁ. 2014. Relationship between episiotomy and prevalence of urinary incontinence in women 2-5 years after childbirth. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **5**(3), 94-98 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2014.05.0002>.
51. LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
52. LEON-LARIOS, F. et al. 2017. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery* [online]. **50**, 72-77 [cit. 2020-02-06]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.015>.
53. LINCOVÁ, M. et al. 2019 Porodní poranění análního sfinkteru – analýza vlastního souboru rodiček mezi lety 2015–2017. *Česká gynekologie*. **84**(1), 18-22. ISSN 1210-7832

54. MARSCHALEK, M. L. et al. 2018. Risk and protective factors for obstetric anal sphincter injuries: A retrospective nationwide study. *Birth* [online]. **45**(4), 409-415 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1523-536X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/birt.12346>
55. MARYŠKOVÁ, A. 2010. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. *Sestra*. **20**(3), 80-81. ISSN 1210-0404.
56. MOSKOWITZ, R. 2008. *Homeopatie pro těhotenství a porod*. Praha: Alternativa. ISBN 978-80-86936-05-5.
57. MURKOFF, H. E., A. EISENBERG a S. E. HATHAWAY. 2012. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Slovart. ISBN 978-80-7391-626-8.
58. MZ ČR. 2010. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-ajak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html
59. MZ ČR. 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 482–543. ISSN 1211-1244.
60. NASSAR, A. H., 2019. FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *International journal of gynaecology and obstetrics : the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* [online]. **146**(1), 17-19. ISSN 1879-3479. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12843>
61. NEŠPOR, Zdeněk R., ed. 2017. *Sociologická encyklopedie* [online]. Sociologický ústav AV ČR. Stránka naposledy editována 11. 12. 2017 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Informovanost>
62. PAŘÍZEK, A. a T. HONZÍK. 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
63. POSPÍŠILOVÁ, P. 2010. Těžké poranění rekta při spontánním porodu. *Sestra*. **20**(9), 64-65. ISSN 1210-0404.
64. RIETHMULLER D., R. RAMANAH a N. MOTTET. 2018. [Fetal expulsion: which interventions for perineal prevention? CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines]. *Gynécologie, obstétrique, fertilité & sénologie* [online]. **46**(12), 937-947 [cit. 2020-02-06]. ISSN 2468-7189. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.029>
65. *Rodička a novorozenec 2014-2015*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. Zdravotnická statistika. ISBN 978-80-7472-087-1. ISSN 1213-2683

66. ROZTOČIL, A. 2017. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
67. RR Medical. 2018. *Aniball* [online]. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/aniball/>
68. RUCKHÄBERLE, E. et al. 2009. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO (R) for the prevention of perineal trauma. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. **49**(5), 478-483 [cit. 2020-02-06]. 0004-8666. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01044.x>
69. RUSAVY, Z. et al. 2016. Anal incontinence and fecal urgency following vaginal delivery with episiotomy among primiparous patients. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [online]. **135**(3), 290-294 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1600-0412. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.025>
70. RUSAVY, Z., J. KARBANOVA a V. KALIS. 2016. Timing of episiotomy and outcome of a non-instrumental vaginal delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [online]. **95**(2), 190-196 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1600-0412. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/aogs.12814>.
71. SANGKOMKAMHANG, U. et al. 2020. Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. **127**(3), 397-403 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1471-0528. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15982>.
72. SERATI, M., S. SALVATORE, S. a D. Rizk. 2019. Episiotomy in modern clinical practice: friend or foe? *International Urogynecology Journal* [online]. **30**(5), 669–671 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1433-3023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03912-1>
73. SHARMIN, T. et al. 2019. Clinical study on rupture uterus in Mymensingh Medical College Hospital. *Mymensingh Medical Journal* [online]. **28**(3), 520-526 [cit. 2020-02-06]. ISSN 2408-8757. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31391421>
74. SHEK, K. L. et al. 2011. Does the Epi-No Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *International Urogynecology Journal* [online]. 2011, **22**(12), 1521–1528 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1433-3023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1517-x>
75. SCHANTZ, C. 2018. Methods of preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal prevention and protection in obstetrics. *Gynécologie*,

- obstétrique, fertilité & sénologie* [online]. **46**(12), 922-927. [cit. 2020-02-06]. ISSN 2468-7189. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.027>
76. SCHAUB, A. F. et al. 2008. Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation. *Journal of Perinatal Medicine* [online]. **36**(2), 129-35 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1619-3997. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/JPM.2008.024>
77. STADELMANN, I. 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-50-1.
78. SZÚ. 2017. *Rodička a novorozenec 2014-2015*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISBN 978-80-7472-160-1.
79. TESCANA, 2020. *Epi-no: birth preparation* [online]. Munich: Tescana [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.epino.de/en/epi-no.html>
80. THIAGAMOORTHY, G. et al., 2014. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *International urogynecology journal*. **25**(12), 1621-1627. ISSN 0937-3462.
81. TROCHEZ, R., M. WATERFIELD, M. a R.M. FREEMAN. 2011. Hands on or hands off the perineum: a survey of care of the perineum in labour (HOOPS). *International Urogynecology Journal* [online]. **22**(10), 1279-1285 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1433-3023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1454-8>
82. TSAKIRIDIS, I. et al. 2018. Obstetric Anal Sphincter Injuries at Vaginal Delivery: A Review of Recently Published National Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey* [online]. **73**(12), 695-702 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1533-9866. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000622>
83. UGWU, E.O. et al. 2018. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics Gynaecology Research* [online]. **44**(7), 1252-1258 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1447-0756. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jog.13640>
84. UNIPA. 2015. *Mezinárodní etický kodex porodních asistentek (ICM)* [online]. Unie porodních asistentek [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/mezinarodni-eticky-kodex-porodnich-asistentek-icm/>

85. VERGHESE, T. S. et al. 2016. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal* [online]. 2016, **27**(10), 1459-1467 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1433-3023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00192-016-2956-1>
86. VEVERKOVÁ, A., V. KALIŠ a Z. RUŠAVÝ. 2017. Informovanost rodiček v oblasti primární a sekundární prevence poruch pánevního dna po porodu. *Česká gynekologie*. **82**(4), 327-332. ISSN 1210-7832.
87. VÉVODOVÁ, Šárka et al. 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4770-4.
88. VIEIRA, F. et al. 2018. Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. **223**, 18-25 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1872-7654. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.036>
89. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
90. WEISS, P. et al. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.
91. WHO. 2018. *WHO recommendation on episiotomy polici* [online]. 17 February 2018 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0>
92. WORKU, T. G. et al. 2018. Uterine rupture among mothers admitted for obstetrics care and associated factors in referral hospitals of Amhara regional state, institution-based cross-sectional study, Northern Ethiopia, 2013-2017. *Plos One* [online]. **13**(2) [cit. 2020-02-06]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208470>
93. ZÁHUMENSKÝ, J. a V. KALIŠ. 2013. Péče o ženy se závažným porodním poraněním hráze – doporučený postup. *Česká gynekologie*. **78**(Supplementum), 61. ISSN 1210-7832.
94. ZEMANOVÁ, H. 2013. Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené. *Praktická gynekologie*. **17**(1), 93-95. ISSN 1211-6645.
95. ZHOU X. et al. 2019. 'Hands-off/poised' or 'Hands-on' method among Chinese midwives: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **28**(15-16), 2889-2898 [cit. 2020-02-06]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.14879>
96. ŽIVKOVIĆ, K. et al. 2016. Effect of delivery and episiotomy on the emergence of urinary incontinence in women: review of literature. *Acta clinica Croatica* [online]. **55**(4), 615-624

[cit. 2020-02-06]. ISSN 1333-9451. Dostupné z:
<https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.04.12>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OASI – Obstetric anal sphincter injury – poranění análního svěrače

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics – Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Počet porodů	42
Tabulka 2. Porodní hmotnost novorozence	43
Tabulka 3. Informovanost o možnostech prevence porodního poranění	44
Tabulka 4. Metody prevence porodního poranění, které uvedly respondentky	45
Tabulka 5. Důvody, proč si respondentky nemyslí, že lze předejít porodnímu poranění ..	47
Tabulka 6. Výskyt porodního poranění	49
Tabulka 7. Porodní poranění a jeho vliv do budoucna	50
Tabulka 8. Názory respondentek, jak je porodní poranění může ovlivnit do budoucna ...	51
Tabulka 9. Zdroj informací o prevenci porodního poranění	53
Tabulka 10. Absolvování předporodních kurzů	54
Tabulka 11. Důvod neabsolvování předporodního kurzu	55
Tabulka 12. Motivace pro změnu názoru na účast v předporodním kurzu	56
Tabulka 13. Informace v předporodních kurzech o prevenci porodního poranění	57
Tabulka 14. Informace o metodách prevence porodního poranění na předporodních kurzech	58
Tabulka 15. Praktická ukázka preventivních technik porodního poranění (dilatační balónek, masáž hráze)	60
Tabulka 16. Využití metody k prevenci porodního poranění	61
Tabulka 17. Metody využití k prevenci porodního poranění	62
Tabulka 18. Důvody pro nevyužití metod prevence porodního poranění	64
Tabulka 19. Doporučení respondentek k použití některé z metod prevence porodního poranění	66
Tabulka 20. Názor respondentek, zda jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění	67
Tabulka 21. Zdroj informací o péči o porodní poranění	68
Tabulka 22. Informace o péči o porodní poranění získané na předporodních kurzech	69
Tabulka 23. Praktická ukázka péče o porodní poranění při vaginálním porodu na předporodním kurzu	70
Tabulka 24. Praktická ukázka o péči porodního poranění	71
Tabulka 25. Názor respondentek, zda jsou po porodu dostatečně informovány o péči o porodní poranění	72

Tabulka 26. Ovlivnění porodním poraněním po vaginálním porodu.....	73
Tabulka 27. Od koho by chtěly být ženy informovány o prevenci a péči o porodní poranění	76
Tabulka 28. Forma poskytnutí informací o prevenci a péči o porodní poranění.....	77
Tabulka 29. Věk respondentek.....	79

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Počet porodů.....	42
Graf 2. Porodní hmotnost novorozence	43
Graf 3. Informovanost o možnostech prevence porodního poranění	44
Graf 4. Metody prevence porodního poranění, které uvedly respondentky	46
Graf 5. Důvody, proč si respondentky nemyslí, že lze předejít porodnímu poranění	47
Graf 6. Výskyt porodního poranění	49
Graf 7. Porodní poranění a jeho ovlivnění do budoucna	50
Graf 8. Názory respondentek, jak je porodní poranění může ovlivnit do budoucna	51
Graf 9. Zdroj informací o prevenci porodního poranění	53
Graf 10. Absolvování předporodních kurzů	54
Graf 11. Důvod neabsolvování předporodního kurzu	55
Graf 12. Motivace pro změnu názoru na účast v předporodním kurzu.....	56
Graf 13. Informace v předporodních kurzech o prevenci porodního poranění	57
Graf 14. Informace o metodách prevence porodního poranění na předporodních kurzech	59
Graf 15. Praktická ukázka preventivních technik porodního poranění (dilatační balónek, masáž hráze)	60
Graf 16. Využití metody k prevenci porodního poranění	61
Graf 17. Metody využití k prevenci porodního poranění	62
Graf 18. Důvody pro nevyužití metod prevence porodního poranění	65
Graf 19. Doporučení respondentek k použití některé z metod prevence porodního poranění	66
Graf 20. Názor respondentek, zda jsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění	67
Graf 21. Zdroj informací o péči o porodní poranění	68
Graf 22. Informace o péči o porodní poranění získané na předporodních kurzech	69
Graf 23. Praktická ukázka péče o porodní poranění při vaginálním porodu na předporodním kurzu	70
Graf 24. Praktická ukázka o péči porodního poranění	71
Graf 25. Názor respondentek, zda jsou po porodu dostatečně informovány o péči o porodní poranění	72

Graf 26. Ovlivnění ženy porodní poranění po vaginálním porodu	74
Graf 27. Od koho by chtěly být ženy informovány o prevenci a péči o porodní poranění	76
Graf 28. Forma poskytnutí informací o prevenci a péči o porodní poranění	77
Graf 29. Věk respondentek.....	79

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Postupový diagram široké literární rešerše	36
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 OASI Care Bundle
Příloha 2 Vaginální dilatační balónek Epi-no
Příloha 3 Vaginální dilatační balónek Aniball
Příloha 4 Aplikace Dianatal gelu
Příloha 5 Porodní plán
Příloha 6 Dotazník
Příloha 7 Zbývající odpovědi na otázku č. 11
Příloha 8 Zbývající odpovědi na otázku č. 12
Příloha 9 Zbývající odpovědi na otázku č. 19
Příloha 10 Zbývající odpovědi na otázku č. 27
Příloha 11 Edukační brožurka

Příloha 1 OASI Care Bundle



The OASI Care Bundle

- 1** Inform the woman about OASI and what steps can be taken to minimize her risk. (an information leaflet will be provided)
- 2** Use of manual perineal protection
 - Spontaneous births if position allows it (women who give birth in water are excluded)
 - All assisted births (forceps and ventouse)
- 3** Medio-lateral episiotomy (60 degree angle) at crowning to be used when indicated.
- 4** Perineum must be **examined after delivery** and any tears graded according to the RCOG guidelines. Examination should include a **per rectum** check, even when the perineum appears intact.

Zdroj: Burnett, 2020

Příloha 2 Vaginální dilatační balónek Epi-no



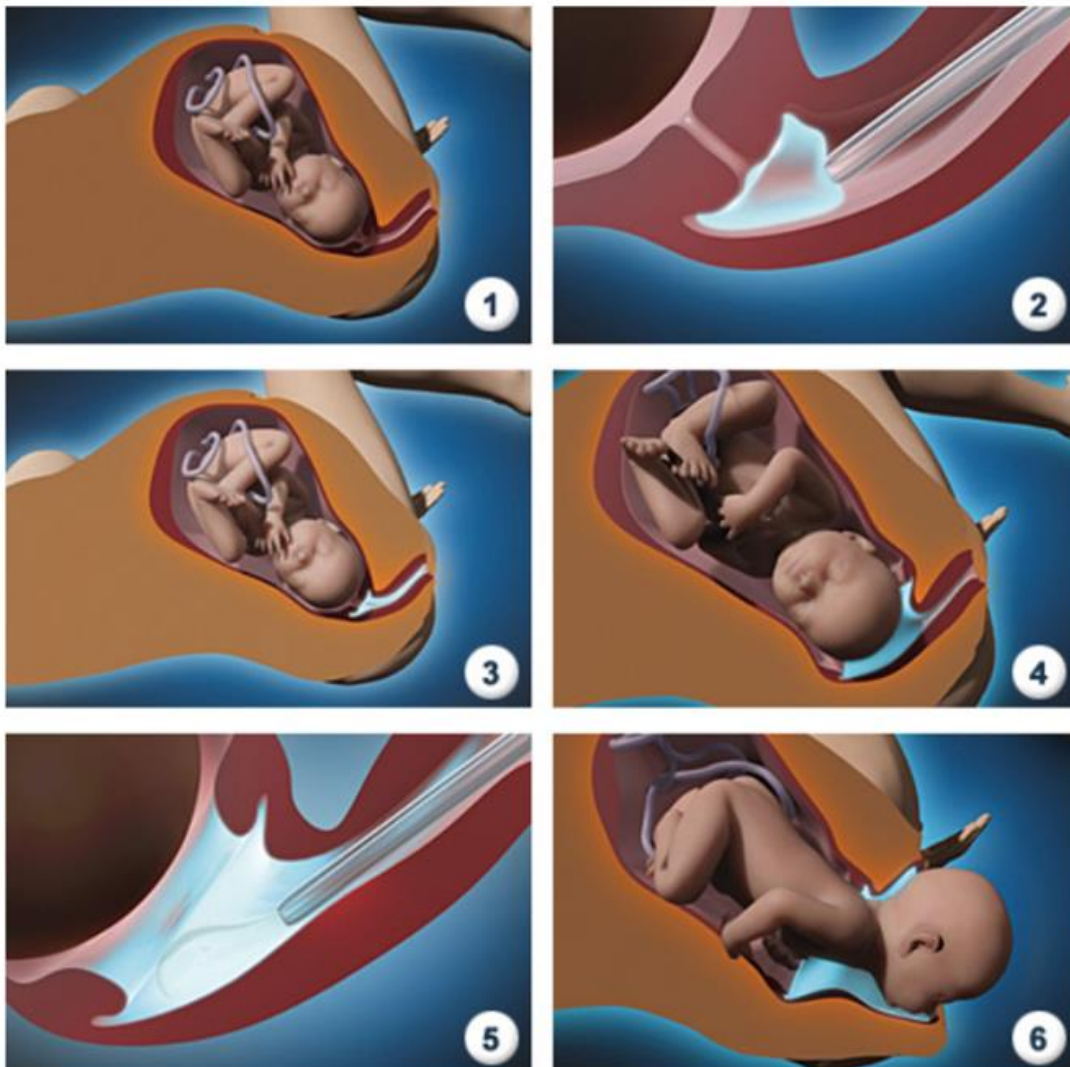
Zdroj: Tescana, 2020

Příloha 3 Vaginální dilatační balónek Aniball



Zdroj: RR Medical, 2018

Příloha 4 Aplikace Dianatal gelu



Zdroj: HCB Happy Child Birth Holding AG, 2020

Příloha 5 Porodní plán

1. doba porodní	2. doba porodní	3. doba porodní	Péče o novorozence
Bez medikace a urychlování porodu.	Příjemné tmavé prostředí.	Nestříhat hned pupečník a nechat dotepat na břiše matky: bonding.	Neoddělovat dítě od matky a otce.
Přirozený porod.	Neřídít dýchání a netlačit na fundus.	Ticho, přítmi a teplo.	Vyšetření na těle matky.
Možnost volného pohybu.	Nenastříhávat hráz.	Dotepání pupečníku a následné přestřihnutí otcem.	Počkat s vážením a měřením.
Možnost využití vany/sprchy.	Volná poloha při porodu.	Fyziologický porod placenty bez tahání.	Nekoupat
Možnost jíst a pít.	Teplé obklady hráze při tlačení.		
Minimální vnitřní vyšetření.	Neurychlovat porod.		
Spontánní prasknutí plodové vody			

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 6 Dotazník

DOTAZNÍK

Dotazník je určen pro ženy, které jsou po vaginálním porodu během posledních pěti let (2014 - 2019).

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Švarcová a studuji 2. ročník navazujícího magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci na Pedagogické fakultě, obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí diplomové práce na téma: Prevence a péče o porodní poranění v případě vaginálním porodu.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a spolupráci.

Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pro další výzkumné účely.

Vyplněním dotazníku prohlašuji, že **SOUHLASÍM S ÚČASTÍ NA VÝŠE UVEDENÉM VÝZKUMU.**

Pokyny k vyplnění

Pokud není uvedeno jinak, prosím zakroužkujte jednu odpověď.

Pokud je u zakroužkované odpovědi slovo uveďte, doplňte prosím požadovanou informaci pomocí slovní odpovědi.

Po vyplnění dotazníku klikněte prosím na tlačítko ODESLAT.

1. Pokolikáté jste rodila?

- A. Poprvé
- B. Podruhé
- C. Potřetí
- D. Více než třikrát

2. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho miminka?

- A. Méně než 2500g
- B. 2501g – 3000g
- C. 3001g – 3500g
- D. 3501g – 4000g
- E. 4000g a více

Prevence porodního poranění

3. Myslíte si, že je možné u spontánního porodu předejít porodnímu poranění?

- A. Ano (uveďte jak.....)
- B. Ne (uveďte proč.....)
- C. Nevím

4. Měla jste porodní poranění? (Ruptury = trhliny, epiziotomie – nástřih hráze)

- A. Žádné
- B. Epiziotomie
- C. Rupturu I. stupně
- D. Rupturu II. stupně
- E. Rupturu III. stupně
- F. Rupturu IV. stupně
- G. Nevím

5. Myslíte si, že Vás do budoucna může porodní poranění ovlivnit?

- A. Ano (uveďte jak.....)
- B. Ne
- C. Nevím

6. Od koho jste získala nejvíce informací o prevenci porodního poranění?

(Můžete zakroužkovat více odpovědí)

- A. Od porodní asistentky
- B. Od lékaře, svého gynekologa
- C. Z internetu
- D. Od kamarádky
- E. Od rodiny
- F. Nezajímala jsem se
- G. Uveďte jiné.....

7. Chodila jste na předporodní kurzy?

- A. Ano (přeskočte na otázku č. 10)
- B. Ne (**pokračujte** na otázku č. 9, vynechte otázky č. 10, 11, 16, 17)

8. Z jakého důvodu jste nechodila na předporodní kurz?

- A. Finanční náročnost předporodních kurzů
- B. Velká vzdálenost předporodních kurzů od místa bydliště
- C. Získala jsem dostatečné informace od někoho jiného
- D. Uveďte jiné

9. Co by ovlivnilo Váš názor, abyste se zúčastnila předporodního kurzu?

- A. Předporodní kurzy zdarma
- B. Pozitivní recenze předporodních kurzů
- C. Dostupnost v místě bydliště
- D. Uveďte jiné.....

10. Dostala jste na předporodních kurzech informace, jaké jsou možnosti prevence porodního poranění?

- A. Ano
- B. Ne (přeskočte na otázku č. 16)

Pokud ANO, uveďte konkrétně které:

	ANO	NE
Masáž hráze		
Vaginální dilatační balónek Aniball, Epi-no		
Dianatal gel		
Teplé obklady hráze		
Popíjení čaje z malinovníku		
Užívání lněného semínka		
Vhodná porodní poloha při porodu		

Popřípadě uveďte další.....

11. Byla součástí předporodních kurzů praktická ukázka, jak používat např. Aniball, Epi-no (vaginální dilatační balónek) nebo jak se provádí masáž hráze?

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

12. Využila jste sama některou z metod prevence porodního poranění?

- A. Ano (uveďte jakou)
- B. Ne (uveďte proč)

13. Doporučila byste některou z metod prevence porodního poranění?

- A. Ano (uveďte jakou a proč)
- B. Ne
- C. Nevím

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

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

Péče o porodní poranění

15. Od koho jste získala nejvíce informací o tom, jak pečovat o možné porodní poranění? (Můžete zakroužkovat více odpovědí)

- A. Od porodní asistentky
- B. Od lékaře, svého gynekologa
- C. Z internetu
- D. Od kamarádky
- E. Od rodiny
- F. Nezajímala jsem se
- G. Uveďte jiné.....

16. Dostala jste na předporodních kurzech informaci, jak pečovat o případně vzniklé porodní poranění?

- A. Ano
- B. Ne (přeskočte na otázku č. 12)
- C. Nevím (přeskočte na otázku č. 12)

17. Byla součástí předporodních kurzů praktická ukázka, jak pečovat o porodní poranění?

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

Pokud **ANO** vyberte z těchto možností (Možné zakroužkovat více odpovědí)

- a. Hygiena
- b. Ledování
- c. Lehké kontrakce svalů pánevního dna
- d. Uzamčení hráze (stažení svalů pánevního dna před kýchnutím, zakašláním)
- e. Masírování jizvy
- f. Uveďte jiné.....

18. Myslíte si, že jsou ženy po porodu dostatečně informovány o péči o porodní poranění?

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

19. Ovlivnilo Vás porodní poranění po vaginálním porodu?

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
<i>Při péči o novorozence</i>				
<i>Při ležení v posteli</i>				
<i>Při vstávání</i>				
<i>Při sezení</i>				
<i>Při kojení</i>				
<i>Při chůzi</i>				
<i>Při pohlavním styku</i>				

20. Od koho byste chtěla získat informace o prevenci a péči o porodní poranění?

- A. Od porodní asistentky
- B. Od lékaře
- C. Nevím
- D. Uveďte jiné.....

21. Jaká forma poskytnutí informací o prevenci a péči o porodní poranění by Vám nejlépe vyhovovala?

- A. Přednáška
- B. Praktická ukázka
- C. Videoukázka
- D. Letáček
- E. Kombinace přednášky a praktické ukázky
- D. Kompletní edukační materiál přístupný na webových stránkách
- E. Uveďte jiné.....

22. Kolik je Vám let?

- A. 18 – 20 let
- B. 21 – 25 let
- C. 26 – 30 let
- D. 31 – 35 let
- E. 36 – 40 let
- F. 41 let a více

Děkuji mockrát za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Příloha 7 Zbývající odpovědi na otázku č. 11

Jaký byl důvod, proč jste nechodila na předporodní kurz?

3x odpověď: - Kurz mne nezaujal.

2x odpověď: - Nevhodný termín.

1x odpověď: - Každý porodí.

- Předporodní kurz zrušili.

- Strach z nabytých vědomostí.

- Byla jsem na neschopence, nevycházely časy.

- Kurz u nás ve městě je promítání prezentace na plátno a rozdání letáků.

- Dojíždět se mi nikam nechtělo. A nastudovala jsem si knihy o porodu.

- Načetla jsem si informace a nechtěla jsem se před porodem stresovat...vím, že na kurzu se použije i video a nechtěla jsem se tím nechat rozptýlit.

- Věřím, že porod je přirozená věc a každá žena si musí přijít sama na to, co jí ulevuje a jak tlačit. Také jsem byla informována od kamarádek, které měly již porod za sebou. A také z důvodu toho, že pokud bych věděla více, více bych se i bála.

- Od mnoha maminek jsem slyšela, že je to sice fajn, ale na porod to žádnou nepřipravilo. Všechny se shodly, že samotný porod je úplně jiný a zcela individuální a nic z kurzu jim nepomohlo. Navíc mnohdy uváděly, že do porodu stejné pokyny např. dýchání zapoměly a musela jim to PA na sále připomínat. Já se spolehla teda na to, že na sále dostanu instrukce, jak dýchat, kdy a jak tlačit, což se stalo. Předporodní kurz mi nijak nechyběl a nechybí.

- Nesouhlasím s některými praktikami, které se tam učí.

Příloha 8 Zbývající odpovědi na otázku č. 12

Co by ovlivnilo Váš názor, abyste se zúčastnila předporodního kurzu?

2x odpověď: - Kdyby mi to doporučil lékař z nějakého vážného důvodu.

1x odpověď: - Dostupnost dobrého kurzu v místě bydliště. Ale teď po porodu vím, že je to zbytečnost. Zvládla jsem porod v podstatě bez zásahu, jediný zásah byl nástřih. Jinak mě nechávali rodit podle sebe. PA mi jen vysvětlila, jak dýchat. První doba porodní trvala 5 hodin a druhá 40 minut. Na porod nijak špatně nevzpomínám.

- Příště už nebudu chodit do práce a hezky si to těhotenství užiju 😊 jinak na kurzy přispívá pojišťovna, v místě bydliště kurz byl a recenze mě moc nezajímala, kdyby to šlo šla bych na něj i bez doporučení.
- Musel by být jedině bez video ukázky z porodu.
- Kdyby byla možnost menších skupinek např. 2-4.

Příloha 9 Zbývající odpovědi na otázku č. 19

Doporučila byste některou z metod prevence porodního poranění? Pokud ano, uveďte jakou?

- Aniball...ale věřím, že není pro každou ženu...ale mě pomohl i psychicky, že jsem věděla, jak správně tlačit a dýchat.
- Vaginální dilatační balónek – maminka co se mnou byla na pokoji porodila syna 4,7kg bez nástřihu hráze, mimo jiné díky používání balónku.
- Mě myslím zachránila masáž hráze od partnera, Iněné semínko a maliník.
- Aniball-psychická vyrovnanost u porodu a správné tlačení, masáž hráze a piti maliníku-o tom jsem jen četla a příště zkusím.
- Aniball, protože jsem nástřih neměla.
- Obklady: řepíček lékařský, dubová kůra.
- Klidný porod bez spěchu a ponižování lékařů.
- Posílit psychickou připravenost na porod-hlavně na předporodním kurzu.
- Aniball – uvědomění si pohybu svalů pánevního dna, naučila jsem se správně tlačit, uklidnilo mě to, že vím, co dělat a jak dýchat.
- Při porodu zejména zklidnění a naladění se na své tělo, jako prevenci Aniball. Usnadní to porod, minimalizuje zranění.
- Masáž hráze – prokrvení, elasticnost hráze.
- Rozhodně cvičení s Aniballem. Žena si zvykne na tlak způsobený nafouknutím míčku a vyzkouší si, jak má správně tlačit. Kdybych neměla komplikovaný porod, tak věřím, že jsem téměř bez poranění.
- U Aniballu nalezení vhodné porodní polohy.
- Asi ten Aniball potom som četla na nete že viacerim ženam pomohlo.
- Dobré zkušenosti s balonkem Aniballem.
- Jak jsem už psala, rozhodne ze zkušenosti kamarádek, pomáhá jako prevence Aniball – nemam ale informaci, jak potom dolehne jeho preventivní uzívaní na problémy poporodního problému se zadrženi moci a podobně. Já měla mini nástřih, rozhodne z vlastní zkušenosti doporučuji správné dýchání, pro prvorodičky předporodní kurz – bez nej bych nevěděla nic. A když už jde někdo rodit neinformovaný, pak určite jako prevenci doporučuji poslouchat alespoň rady PA u 2. fáze porodní, kdy tlačit,

kam tlačit. Kamarádčina sestra neposlechla, že tlačit nemá, zatlačila, syna porodila, ale porodní cesty měla velmi dotrhané. :(

- Masáž hráze = elasticnost hráze.
- Aniball, alespoň si člověk muže natrénovat dýchání a vypuzování balonku.
- Maliník, je to bylinka, chystá porodní cesty.
- Ze své osobní zkušenosti a praxe doly: vaginální masáž a napářka, hydroterapie, neurychlovaný bezzásahový porod, ochrana hráze PA/doktorem.
- Jógové cvičení na uvolnění kyčlí a pánevního dna, lněné semínko.
- Určitě vaginální dilatační balónek, naučí si představit průběh porodu a nepřekvapí ten tlak, když se mi dcera tlačila ven.
- Masáž hráze spojení s partnerem.
- Aniball naučí vytlačovat hlavičku, zpevní svaly, nepřekvapí porod ženu.
- Aniball – když nepomůže fyzicky, tak alespoň psychicky (člověk se snaží připravit a to uklidňuje). Mám kolem sebe více maminek, kterým Aniball pomohl. Mně by možná také pomohl, ale měla jsem porod vyvolaný o 3 týdny dříve, takže jsem toho moc nenacvičila.
- Doporučovala jsem Aniball, protože jsem věřila tomu, že mi pomůže a opravdu jsem nemela nástřih hráze, netuším, zda to bylo tím, ale pro můj lepší pocit, že jsem pro to udělala maximum.
- Masáž hráze, maliník jako čaj je výborný a rodit při vhodné poloze, určitě to hodně ovlivní.
- Aniball a masáže, myslím že mi pomohly.
- Aniball – věděla jsem, jak přibližně tlačit, nepřekvapil mě ten tlak.
- Doporučila bych Aniball už jen kvůli tomu, že pak člověk ví, na co se má připravit, jakým způsobem tlačit atd. Nicméně epiziotomii jsem se nevyhnula, ale Aniball doporučuji i tak.
- Já jsem se řídila selským rozumem a babskými radami.
- Olej z dubové kůry olej promaštění kůže.
- Vertikální polohu a neřízené tlačení, umožňují citlivé prořezávání.
- Všechny dostupné od cvičení s Aniballem až po ochranu hráze při porodu, aby měla žena sama možnost vybrat si co jí vyhovuje.
- Vaginální dilatační balónek. Protože všechny známe, které ho používaly měly prakticky bezbolestný porod bez poranění.

- Aniball věděla jsem, jak tlačit při porodu, velmi se osvědčil mě i kamarádkám z okolí
- Je na každé z nás, jak se k tomu postavit. Osobně si myslím že sex v těhotenství není nic špatného, a navíc věřím že to opravdu pomáhá jako prevence.
- Aniball – cvičení, jak dýchat a uvolnit se u porodu, aby miminko co nejrychleji postupovalo ven.
- Masáž hráze s partnerem, hodně to partner začne víc prožívat.
- Spoustu kamarádkám se osvědčilo používání balónku.
- Aniball, žena se naučí správně tlačit.
- Aniball, slyšela jsem samou chválu.
- Vše, co jsem sama vyzkoušela, hlavně Aniball.
- Aniball, masáže, a hlavně aby třeba gynekolog naučil nebo vysvětlil, jak hráz správně masírovat.
- Masáž a mazání olejíčkem hráze zajistí elasticnost.
- Aniball. Dodal mi jistotu. Reálné procvičení hráze se nedá posoudit, nemám s čím porovnat.
- Masáž hráze, myslím ze maminkám co nemají děti o váze přes 4kg by to mohlo hodně pomoci a předejít nástřihu.
- Aniball. Žena si přivykne na pocit při tlačení. Maliník i lněné semínko jako prevence
- Opět výběr vhodné porodní polohy. Žena cítí, jak má své miminko porodit.
- Přirozený porod bez jakýkoliv zásahů a říkání kdy tlačit apod. Bohužel u nás nereálné.
- Masáž hráze, i když jsem se nástřihu nakonec nevyhnula, ale alespoň jsem se o to pokusila. Jakákoliv prevence je podle mě dobrá.
- Masáž hráze, žena pozná své tělo a zjistí pružnost.
- Masáž hráze.
- Aniball, masáž hráze, malinovník. Mě to sice moc nepomohlo, ale kdoví, jak by to vypadalo bez prevence.
- Cvičení jóga, teple obklady hráze, dobrá poloha při porodu, když vyjde persona vstříc.
- Aniball či masáž hráze, já používala Aniball, nedostala jsem se úplně na obvod hlavičky, jen na nějakých 24 cm, pak už mne to hodně bolelo a nechtěla jsem se doma poranit, ale nástřih hráze jsem neměla nijak extrémně veliký. Více mne vyděsilo to, jak moc jsem byla potřhaná uvnitř.

- Aniball, vzpřímena poloha v 2.době porodní a možná homeopatika, to ale nevím, jestli nějak pomohly. Proč? Vlastní zkušenosti. Bez poranění a bez nástřihu.
- Myslím si, že cvičení v těhotenství je dobré na celkové otevírání u porodu.

Příloha 10 Zbývající odpovědi na otázku č. 27

Od koho byste chtěla získat informace o prevenci a péči o porodní poranění?

Po jedné odpovědi:

- Já jsem pro ty předporodní kurzy, ať už by byly v rámci prevence hrazeny pojišťovnou nebo komerční agenturou. Žena je sice od přírody vybavena k porodu, ALE instinkty jsou v dnešní době upozaděny a u mě měl kurz neskutečný přínos na celkovou psychickou pohodu jak v těhotenství, tak při porodu. Na porod jsem se těšila, nebyl vůbec dramaticky a vše proběhlo výborně a krásně přirozeně bez komplikací. Psychika je velmi důležitá prevence proti komplikacím a poraněním.
- od porodní asistentky na předporodním kurzu,
- od kamarádky,
- z prospektu,
- od dudy,
- od blízké zkušené ženy.



**PREVENCE
A PÉČE O PORODNÍ
PORANĚNÍ**

Zdroj: Vlastní zpracování

PORODNÍ PORANĚNÍ

Porod dítěte je pro každou ženu náročným životním momentem, avšak nakonec jej téměř vždy hodnotí jako jeden z nejdůležitějších a také nejkrásnějších okamžiků svého života. Porod vyvolává řadu emocí, je ale doprovázen i určitými fyziologickými změnami v organismu ženy. Vaginální porod je poměrně často doprovázen některou z forem porodního poranění, k němuž dochází buď spontánně či jde o výsledek porodnické intervence při provedení epiziotomie. Porodní poranění mají v některých případech za následek komplikace, které mohou mít podobu inkontinence moči nebo stolice, chronické nebo akutní bolesti či sexuální dysfunkce apod. Jelikož porodní poranění mohou ženám zkomplikovat život, je nutné je o této problematice dostatečně informovat.

Rizikové faktory

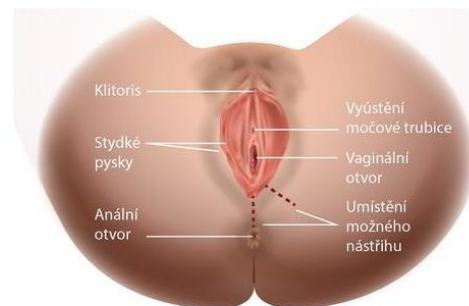
- Velký plod
- Vysoká nepoddajná hráz
- Deflexní polohy plodu
- Překotný porod
- Prolongovaný porod
- Časté kolpity
- Jizevnaté změny po předchozích porodech.

Typy porodního poranění

Epiziotomie - nástřih hráze.

Lacerace - trhlinky měkkých struktur.

Ruptury - potrhání neboli roztržení struktur (ruptury vulvy, hráze, pochvy a děložního hrdla).



PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ

Masáž hráze

Proč? Pro zvýšení pružnosti a uvolnění svalů hráze.

Provádí se: Od 34. – 35. týdne těhotenství.

Neprovádí se: Při probíhající vaginální infekci, při masáži vyvolávající kontrakce.

Pomůcky: Lubrikační gel nebo olejíček určený k masáži hráze.

Masáž hráze si může žena provádět sama nebo za pomoci partnera.

Pro masáž hráze se může použít kokosový olej nebo lubrikační gel. Také se může použít třezalkový olej, který se doporučuje používat na posílení citlivých nervů. Kromě toho se k masáži hráze využívá i olej z pšeničných klíčků, který obsahuje vitamín E a napomáhá tak při elasticitě a činnosti svalů. Z éterických olejů je velmi oblíben olej z růže pro své protizánětlivé účinky a uvolnění křečí.



Před masáží hráze je důležité si umýt ruce a mít k dispozici masážní olej na hráz nebo lubrikační gel.

Masáž hráze bez partnerovy pomoci

1. Poloha v polosedu s pokrčenými dolními končetinami.
2. Namazat si masážní olej na hráz (předem si důkladně omýt ruce).
3. Oba palce zavést do pochvy po konec druhého článku (cca 3 cm).
4. Klouzat ve tvaru písmene „U“ a tlačit směrem dopředu a dozadu 3 minuty. Tlak na stěnu by měl působit směrem dolů a dopředu.
5. Zakončit masáž hráze mnutím s palcem vně a ukazováček zůstane v pochvě (1-2 minuty).
6. Zakončit masáž hráze mnutím s palcem vně a ukazováček zůstane v pochvě (1-2 minuty).

Masáž hráze s partnerovou pomocí

1. Poloha v polosedu s pokrčenými dolními končetinami.
2. Namazat si masážní olej na hráz (předem si důkladně omýt ruce).
3. Ukazováček a prostředníček zavést do pochvy po konec druhého článku (cca 3 cm).
4. Klouzat ve tvaru písmene „U“ a tlačit směrem dopředu a dozadu (cca 3 minuty).
5. Zakončit masáž hráze mnutím, a to s palcem vně a ukazováček zůstane v pochvě (cca 1-2 minuty).
6. Celková doba masáže 5 minut.



Aniball

Proč? Zpevní svaly pánevního dna a simuluje porod za využití plynulého, šetrného rozpínání svalů dna. postupně připravuje ženu na tlak v pochvě a pocit hráze.

Používá se: Od 36. týdne těhotenství.

Nepoužívá se: Při zánětu pochvy, poranění pochvy, rizikovém těhotenství, hrozícím předčasném porodu, výskytu kondylomat, poruchy placenty (uložení), křečové žíly na rodidlech.

Čaj z maliníku

Proč? Schopnost uvolňovat svaly malé pánve a vyvolávat stahy dělohy a také urychluje porod.

Kdy? Od 34. týdne těhotenství a od 35. týdne těhotenství

Použití: 1 šálek od 34. týdne těhotenství, 2-3 šálky denně od 35. týdne těhotenství

Lněné semínko

Proč? Lněné semínko má schopnost otevírat děložní hrdlo a stejně jako maliník působí na kontraktilitu dělohy.

Kdy? Užívat se může od 34. týdne.

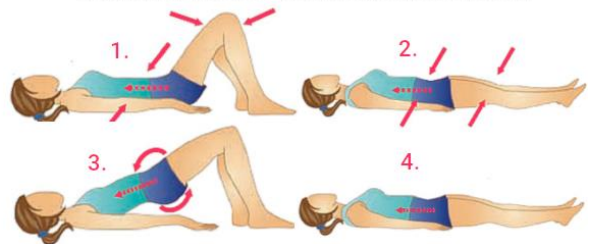
Použití: Denní dávka by neměla přesáhnout jednu lžici denně. Lněné semínko musí být před konzumací rozdrceno, jinak není účinné. Je vhodné jej přidávat do jogurtu, kaše, koktejlu nebo z něj provádět odvar. Při pravidelném užívání se v pochvě produkuje více hlenu.

Posílení svalů dna pánevního

Proč? Pro zlepšení sebekontroly a uvědomění si postavení svalů pánevního dna rodičky, čehož využívá při vstupování hlavičky nebo zadečku plodu během prostupu plodu porodním kanálem.

Postup:

1. Poloha vleže na zádech s rukami podél těla a s pokrčenými dolními končetinami od sebe (cca 40 cm). Kolena, stehna a hýždě tlačit do podložky. Zatnout svaly břicha, konečnicku, pochvy a močové trubice. Chvilku držet zatnuté a zase povolit.
2. Poloha vleže na zádech s rukami podél těla ale nohy jsou natažené. Kolena, stehna a hýždě společně tlačit do podložky, a přitom zatnout svaly břicha, konečnicku, pochvy a močové trubice. Chvilku udržet zatnuté a poté zase povolit.
3. Poloha vleže na zádech s rukami podél těla a nohy jsou natažené. Stáhnout svaly konečnicku ve třech fázích.
První fáze – mírné zatažení,
Druhá fáze – intenzivnější zatažení
Třetí fáze – nejintenzivnější zatažení svalů a poté následné uvolnění svalů.
4. Poloha vleže na zádech s rukama podél těla a s pokrčenými dolními končetinami od sebe (cca 40 cm). Následně nadzvednout pánev, zatnout svaly břicha, pochvy, močové trubice a konečnicku. Chvilku vydržet a povolit. Provádí se 25 stažení a uvolnění svalů pánevního dna na principu „potlačení močení“.



PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ V PRŮBĚHU VAGINÁLNÍHO PORODU

Dianatal gel

Proč? Snižuje bolest a výskyt porodního poranění. Urychluje a ulehčuje porod.

Používá se: V průběhu porodu.

Jak použít při porodu Dianatal porodnický gel?

Informovat porodníka či porodní asistentku.

Kde obdržet Dianatal gel? V e-shopu (www.Dianatal.cz), lékárnách, u gynekologů, porodních asistentek a v nemocnicích.

Nepoužívá se: Při podezření na fetální asfyxii (plod s nedostatkem vzduchu) nebo při alergii na obsah gelu.

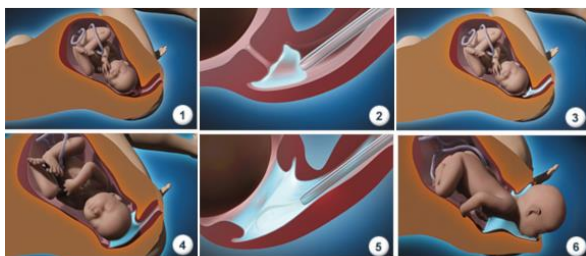
Dianatal gel není hrazen z veřejného zdravotního pojištění

Postup aplikace při porodu:

První tuba se aplikuje během prvního vaginálního vyšetření v první době porodní.

Druhá tuba se aplikuje při vyšetření nejpozději při brance 4 cm v první době porodní.

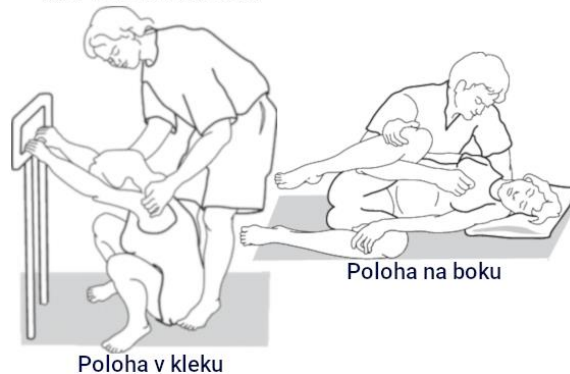
Třetí tuba se aplikuje během druhé doby porodní.



Poloha při vaginálním porodu

Pokud nic nebrání přirozenému porodu, jako například špatná poloha plodu nebo jiné komplikace, pak by měla být volba polohy čistě na rodiče

Typy porodních poloh:



Teplé obklady hráze (nahřívání hráze)

Proč? Na základě prohřátí se tkáň, se hráz uvolní a působí nižší odpor proti prořezávání hlavičky. Perineum je více uvolněné a rodička necítí tak intenzivní tlak.

Kdy: Během porodu v druhé době porodní.

Pomůcky: Sterilní rouška a voda o teplotě 45° až 59°C.

Použití:

Sterilní rouška, která se namáčí do vody o teplotě 45° až 59°C. Sterilní rouška se během kontrakcí přikládá na perineum. Vodu je vhodné měnit dle potřeby.

PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ

Omyvat studenou až vlažnou vodou po každé potřebě (močení, stolice).

Větrat.

Často měnit vložky.

Aplikace éterických olejů (dubová kúra, levandulový olej).

Sedací koupele v heřmánkovém odvaru.

Masáž jizvy po epiziotomii

Doporučení: – 3 až 4 týdny po porodu, 1x2 denně 20 minut

Krouživá masáž

1. Poloha vsedě.
2. Prst do vagíny dovnitř a druhý vně.
3. Krouživý pohyb podél jizvy, aby se uvolnila.

Masáž napříč

1. Poloha vsedě.
2. Dva prsty namazat masážním krémem.
3. Pohyb provádět zprava doleva, prostředníčkem a ukazováčkem.

Uzamčení hráze

Snižuje bolestivost hráze.

Při kýchnutí, zakašlání, vstávání stáhnout svaly pánevního dna.

Mastičky

Aplikace: po důkladném osušení nanášet dvakrát denně jemnou masáží hráze.

Např. Mithra gel, měsíčková mast, hemagel.

Zdroje:

- BEHINOVÁ, M., K. KAISEROVÁ, P. KARGER. Velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let. 2. rozšířené vydání Praha: Mladá fronta. 2007. 372 s. ISBN 978-80-204-1749-7.
- BOHATÁ P., L. DOSTÁLEK. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. Česká Gynekologie, 2016, 81 (3), s. 192–201.
- DUMOULIN, CH. Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 95 s. ISBN 80-7367-080-1.
- GÖRNEROVÁ, L., SMRČKOVÁ, D. Porodní asistentky a porodní poranění. Logos Polytechnikos. 2015, 6 (1), s. 55-66.
- HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARSÁL. Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- JANKŮ, Petr. Význam porodnického gelu při ulehčení porodu. První zkušenosti s Dianatalem. Moderní gynekologie a porodnictví. 2011, roč. 20, (1-Supp. C), s. 150-152. ISSN 1214-2093.
- MARYŠKOVÁ, A. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2010, 20 (3), s. 80-81. ISSN 1210-0404.
- STADELMANN, I. 2009. Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 3., přeprac. vyd. Přeložil Barbora SÁDLÍKOVÁ, přeložila Barbora TOMĚČKOVÁ. Praha: One Woman Press. ISBN 978-80-86356-50-1.
- STOPPARD, Miriam. Těhotenství od početí k porodu. Praha: Fragment, 2007. 374 s. ISBN 978-80-253-0438-9.
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Porodní asistentkou krok za krokem: praktický ráčec pro porodní asistentky (a zvidavé rodiče). Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3. www.aniball.cz [online]. Co je Aniball. 2017. [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz/aniball/co-je-aniball/>.
- www.rehabilitace.info [online]. Inkontinence po porodu – Jak na ni?. 2016. [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/tehotenstvi-materska/inkontinence-po-porodu-jak-na-ni/>.
- Kresba těhotné ženy silueta. In: Clipart-library [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <http://clipart-library.com/clip-art/drawing-of-pregnant-woman-silhouette-16.htm?fbclid=IwAR21ozExbivoE540PojEDIMl3cl1nn1toz8N5qLdbvixbGkvvisigMmlQ>
- Dianatal gel. In: Dianatal [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <http://dianatal.cz/obsah/4-dianatal-gel-pouziti>
- Doporučené cviky na posílení svalů dna pánevního. In: Mojezdřavi [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.mojezdřavi.cz/zdravy-zivotni-styl/kegelovy-cviky-zlepsit-sex-odstrani-bolesti-zad-a-posili-zdravi-5180.html>
- Boční poloha k tlačení. In: Rodina [online]. 2007 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.rodina.cz/scripts/printpreview.asp?id=5876>
- Dřep. In: Rodina [online]. 2007 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.rodina.cz/scripts/printpreview.asp?id=5840>
- Epiziotomie. In: Modrykonik [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/rodim/epiziotomie/>
- Doporučené zdroje:**
- www.Aniball.cz – informace o vaginálním dilatačním balóčku
- www.Dianatal.cz – informace o Dianatal porodnickém gelu
- MARYŠKOVÁ, A. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2010, 20 (3), s. 80-81. ISSN 1210-0404
- BOHATÁ P., L. DOSTÁLEK. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. Česká Gynekologie, 2016, 81 (3), s. 192–201.
- www.unipa.cz/poradna – online poradna porodní asistentky
- Zajímavá videa:**
- www.dianatal.com/en/html/application.html – aplikace Dianatal gelu
- www.youtube.com/watch?v=OSsDCCC5ID0 - what is perineal massage?
- <https://www.youtube.com/watch?v=932D2-Whp8c> - cvičení na zpevnění pánevního dna a břišních svalů po porodu
- <https://www.dentimedshop.cz/cs/posilovani-panevniho-dna.html> – posilování pánevního dna

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Michaela Švarcová, Bc.
Katedra:	Pedagogická fakulta, UPOL, Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Informovanost žen o prevenci a péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu
Název v angličtině:	Awareness of women about the prevention and care of birth injuries caused during vaginal birth
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou informovaností žen o prevenci a péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu. Teoretická část diplomové práce shrnuje problematiku porodních poranění, typy porodních poranění a jejich případné komplikace, podrobně se poté věnuje prevenci a péči o porodní poranění. Praktická část diplomové práce vychází z teoretických poznatků, popisuje metodiku výzkumu, postup sběru dat a jejich vyhodnocení. Sběr dat byl realizován pomocí nestandardizovaného dotazníku. Výsledky práce ukazují větší potřebu zapojení zdravotnických pracovníků do informovanosti těhotných žen a šestinedělek.
Klíčová slova:	Epiziotomie. Péče o porodní poranění. Porodní poranění. Prevence porodního poranění. Rizikové faktory.
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the issue of women's awareness of the prevention and care of birth injuries caused during vaginal birth. The theoretical part of the thesis summarizes the issues related to birth injuries, types of birth injuries and their possible complications. Then, it focuses on describing the prevention and care of birth injuries in detail. The practical part of the diploma thesis is based on theoretical knowledge and it describes the research methodology, the procedure of data collection and their evaluation. Data collection was performed using a non-standardized questionnaire. The results show a greater need for the involvement of health professionals in providing information to pregnant and postpartum women.
Klíčová slova v angličtině:	Episiotomy. Care of birth injury. Childbirth injuries. Prevention of birth injuries. Risk factors.
Přílohy vázané v práci:	11
Rozsah práce:	107
Jazyk práce:	Český