

Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění

Šárka Michalíková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Šárka MICHALÍKOVÁ

Osobní číslo: H10578

Studijní program: B5349 Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Forma studia: prezenční

Téma práce: Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění

Zásady pro vypracování:

Popis výchozího problému.

Výběr literatury vztahující se k danému problému.

Naplánování výzkumného šetření.

Výběr výzkumné metody.

Výběr respondentů.

Pilotní studie.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování získaných dat.

Diskuze a komentování výsledků.

Vypracování edukačního materiálu pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČECH, Evžen et al., 2006. Porodnictví. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1303-8.

DRÁČ, Pavel a Josef KŘUPKA, 1992. Trvalé změny po těhotnosti: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0235-4.

STADELMANN, Ingeborg, 2004. 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. Praha: One Woman Press. ISBN 80-863-5631-0.

PAŘÍZEK, Antonín, 2006. Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Praha: Galén. ISBN 80-726-2411-3.

VITÍKOVÁ, Radka, 2007. Těhotenství a šestinedělí v kondici. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-461-4

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Dagmar Moravčíková

Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

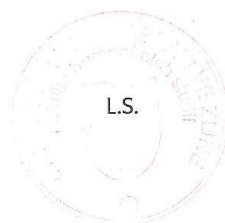
15. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 15. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně^{4.3.2013}.....

.....^{Tomáš Konečný}.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasažuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit možnosti prevence poranění perinea. Dalšími cíly bylo zjistit informovanost těhotných žen o možnostech prevence porodního poranění, zlepšit informovanost těhotných žen o preventivních opatřeních, zjistit výhody i nevýhody preventivních metod a zjistit nejčastější porodní poranění. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou rozebrány preventivní metody perineálního poranění po všech stránkách, rizikové faktory, komplikace a léčba porodního poranění. V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření.

Klíčová slova: porod, porodní cesty, ruptura hráze, epiziotomie, perineum, porodní poranění.

ABSTRACT

The main aim of this bachelor thesis was to determine options for the prevention of injury to perinea. Other objectives were to determine the awareness of pregnant women about how to prevent injuries, improve awareness of pregnant women about preventive precautions, to determine the advantages and disadvantages of preventive methods and find out the most common birth injuries. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part there are analysed preventive methods of perineal injury in all aspects, risk factors, complications and treatment of birth injuries. In the practical part there are listed the results of the research investigation.

Keywords: deliver, birth canal, rupture perinea, episiotomy, perineum, birth injury.

Touto cestou bych především chtěla poděkovat Mgr. Dagmar Moravčikové, za připomínky, cenné rady a podněty, které mi byly poskytnuty při vedení této bakalářské práce. Dále mé velké dík patří paní Bc. Radmile Dorazilové, za její vstřícnost a trpělivost při mém sběru dat výzkumného šetření. Také velké poděkování patří Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a Nemocnici s poliklinikou v Novém Jičíně, a.s., která mě podpořila při sběru dat k mému výzkumnému šetření.

Ráda bych také poděkovala své rodině a příteli, za podporu, kterou mi poskytli během celé doby studia.

„Dej nám, Bože, tři dary: smělost, vyrovnanost, rozum. Smělost na to, abychom změnili věci, které se změnit dají. Vyrovnanost na to, abychom se dokázali smířit s tím, co změnit nelze. A rozum na to, abychom mezi těmi věcmi dokázali rozlišovat.“

-Reinhold Niebuhr

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné

Ve Zlíně dne

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 HISTORICKÝ PŘEHLED VEDENÍ PORODU.....	11
1.1 PRAVĚK.....	11
1.2 STAROVĚK.....	12
1.3 STŘEDOVĚK A NOVOVĚK	12
2 STRUKTURA SVALOVÉHO DNA PÁNEVNÍHO	15
2.1 PÁNEVNÍ DNO (DIAPHRAGMA PELVIS)	15
2.2 HRÁZ (PERINEUM)	16
2.2.1 <i>Diaphragma urogenitale</i>	16
Mezi svaly zevních pohlavních orgánů patří (Čech <i>et al.</i> , 2006, s. 25):	17
3 PORODNÍ PORANĚNÍ.....	18
3.1 PORANĚNÍ MĚKKÝCH PORODNÍCH CEST.....	18
3.1.1 Uzurace	18
3.1.2 Ruptura hrdla děložního	18
3.1.3 Ruptura pochvy	18
3.1.4 Ruptura vulvy a hráze	19
3.1.5 Ruptura dělohy	20
3.2 PORANĚNÍ TVRDÝCH PORODNÍCH CEST.....	20
3.2.1 Symfyzeolýza	20
3.2.2 Ruptura symfýzy	21
3.2.3 Fraktura kostrče.....	21
3.3 EPIZIOTOMIE	21
3.3.1 Technika epiziotomie	22
3.3.2 Komplikace Epiziotomie (Čech <i>et al.</i> , 2006, s. 488).	23
4 PREVENTIVNÍ METODY PORANĚNÍ PERINEA.....	24
4.1 METODY PŘÍPRAVY HRÁZE K PORODU.....	24
4.1.1 Posilování svalů pánevního dna	24
4.1.2 Kegelovy cviky	25
4.1.3 Masáž hráze.....	25
4.1.4 Porodnický balónek EPI-NO®.....	26
4.2 JINÉ METODY	27
4.3 METODY CHRÁNĚNÍ HRÁZE PŘI PORODU.....	28
4.3.1 Masáž perinea při porodu.....	28
4.3.2 Chránění hráze při porodu.....	28
4.3.3 Porod ve zpřímené poloze	29
4.3.4 Metoda zpomaleného prořezávání hlavičky.....	30
4.3.5 Porodnický gel	30
5 OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ	31
5.1 ZÁSADY OŠETŘOVÁNÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ	31
5.1.1 Dodržování hygieny	31
5.1.2 Tlumení bolesti.....	31
5.1.3 Pohyb.....	32

5.2	ALTERNATIVNÍ METODY.....	32
5.2.1	Ledování.....	32
5.2.2	Sedací koupele	32
6	POPORODNÍ DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA.....	34
6.1	PÁNEVNÍ DNO A POROD	34
6.2	PORANĚNÍ NERVŮ.....	35
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
7	METODIKA PRÁCE.....	37
7.1	CÍLE PRÁCE	37
7.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU	37
7.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	37
8	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	38
9	DISKUZE	67
9.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	67
9.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	68
	ZÁVĚR 69	
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ	76
	SEZNAM TABULEK.....	77

ÚVOD

Každý člověk by měl zajisté znát historii svého povolání. Jak se lidově říká, kdo nezná svou minulost, nemůže žít přítomnost. Zvláště pak u zdravotnických pracovníků, kteří by se měli nad svým povoláním zamyslet a vnímat ho ne jako svou profesi, nýbrž jako své poslání. Zde se přímo nabízí myšlenka, že každý člověk tuto velmi náročnou práci vykonávat nemůže. Historie jako taková je krásný odkaz našich předků pro nás, byť ne vždy se jí můžeme nechat inspirovat, ale v mnoha případech se z ní můžeme také poučit.

Jelikož porod je starý jako lidstvo samo, patří také povolání porodní asistentky mezi nejstarší na světě. Už od samého prvopočátku se ženy snažily navzájem předávat rady a zkušenosti ohledně porodu, a stávaly se z nich opravdové porodní báby. Je známo, že porod je velmi intimní a jedinečný zážitek v životě rodičky, proto po celá tisíciletí můžeme v průběhu porodu sledovat dominující roli porodní asistentky. V dnešní době, ve 21. stol. můžeme sledovat převratné změny, co se týče těhotenství a porodu. Dnešní ženy jsou od samého počátku těhotenství sledovány v různých odborných ambulancích a poradnách, a tak jsou vystaveny vnějším tlakům okolí a různým stresujícím vyšetřením. Také jsou na ně kladeny velké psychické, ale i fyzické nároky. Některé ženy mají různé předsudky, ať už se to týká osudu těhotenství, či následného porodu. Často si kladou otázky, jaké to je rodit své vlastní dítě, jak dlouho to trvá, jak moc bolí, budu mít nástřih hráze?

Myslím si, že o prevenci porodního poranění by měla vědět každá těhotná žena. I když je to téma velmi specifické, má své opodstatnění. V praxi se nejčastěji setkávám se ženami, které žádné preventivní opatření neprováděly (např. masáže hráze, posilování svalového dna pánevního a sportování, porodnický trenažér EPI-NO®). Myslím si, že je to velká škoda, poněvadž jsou to dnes již známé a vyzkoušené techniky, které ve většině případů jsou ku prospěchu zdraví rodičky. Záleží tedy na každé ženě, jestli tyto preventivní metody ke zmírnění porodního poranění bude praktikovat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ PŘEHLED VEDENÍ PORODU

1.1 Pravěk

O porodnictví v pravěku se bohužel dochovalo velmi málo poznatků, některé informace zcela unikly, o jiných lze pouze spekulovat (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 11). Stanislav Kostka Neumann ve své knize *Dějiny ženy* uvádí: „*Porod je fyziologický akt, který za normálních okolností žena vykonává dobře a snadno jako jinou tělesnou funkci a k němuž, pokud probíhá přirozeně, potřebuje stejně málo pomoci jako samice zvířete.* Pro mnohé staré kultury býval porod odjakživa něčím přirozeným a snadným a ženy se neobávaly jeho bolestivosti. Už tehdy věřily, že plod i novorozenec jsou již vyvinuté duševní bytosti, schopné komunikace a reakce (Marek, 2002, s. 31).

Archeologické nálezy dokazují, že se ženy dožívaly kratšího věku života než muži, pravděpodobně v souvislosti s reprodukční činností. Z této doby jsou známé patologické formy pánve, dvojhroby matek s novorozenci, či hroby dětí i smrt matky za porodu. Za významný archeologický nález z paleolitického období (15 000 př. n. l.) lze považovat hliněné sošky Venuší. Byly spojené s magickými a náboženskými úkony přes celý starověk a středověk až do současnosti. Znamenaly kultu mateřství, plodnosti, dokládající tehdy existující obavy a komplikace. U nás je soška známá jako Věstonická Venuše (Roztočil a kol., 2008, s. 14). Důkazem toho, že pravěké ženy měly komplikované porody, jsou archeologické nálezy z Vedrovic. V hrobě byly nalezeny kosterní pozůstatky mladé ženy a v pánevní oblasti byly rozpoznány pozůstatky plodu. Stáří plodu je odhadováno na sedm měsíců a podle polohy lze usoudit, že paže plodu předcházela porodu hlavičky. Můžeme tedy usuzovat, že žena zemřela během předčasného porodu. (Rutová, 2005, s. 31-32, Pistulková, 2012, s. 9).

Mimo svépomoci při porodu dítěte se u rodiček objevovaly příbuzné a zkušené ženy manžela či šamanů. Lidstvo přežívalo při původních reprodukčních formách i za cenu velkých ztrát i bez odborné lékařské pomoci. Tyto přirozené přírodní ztráty by byly v dnešní době neúnosné (Roztočil a kol., 2008, s. 14).

1.2 Starověk

Pro Evropu mělo velký význam dědictví starověkého lékařství antického. V této oblasti nemusíme spoléhat jen na pouhé spekulace, ale máme zcela zachované písemné důkazy. Porodnickou praxi vykonávaly ženy omphalotomei - báby pupkořezné. Patrně to bylo jedno z nejstarších ženských povolání (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 13). Praxi „porodních báb“ můžeme vysledovat ve starém Egyptě, později v Řecku a Římě, také u Aztéků, Inků a jiných starých civilizacích (Křemenová, 2009).

Další písemné poznatky Babylonu odrážejí tehdejší představy v kultovních modlitbách týkajících se porodu, potratu, slabých plodů, kojení, smrti v šestinedělí atd. Předávání zaznamenaných zkušeností dokládá záznam o znalkyních vnitřku a o výskytu vzácných zrud (Roztočil a kol., 2008, s. 14). Úspěšný porod se ale stále přikládal různým amuletům, modlitbám či magickým úkonům. Dokonce se lidé pokoušeli ovlivnit porod farmakologicky, pomocí různých bylin (Vránová, 2007, s. 12). Nejstarší porodní polohy byly vzpřímená, nebo vkleče. Používaly se i porodní stolice, kopoře předloktí, s maximálním zapojením břišního lisu (Křemenová, 2009). Život matky měl větší cenu, než život plodu, což se prakticky při komplikacích dotýkalo dovolovaných zmenšujících porodnických operací (Roztočil a kol., 2008, s. 14). Nad tento zastaralý stav porodnictví se povzneslo několik nativních národů, které bojovaly za pokrok v této oblasti. A do tohoto období můžeme přiřadit rozvoj vlastního porodnictví. Do oboru všeobecně vymezeného ženám začali zasahovat lékaři a ranhojiči, protože pouze oni směli znát průběh fyziologického porodu. Avšak starověk znal porodnictví pouze praktikované jen ženami, z kterých se postupem času stávaly porodní pomocnice z povolání. Tak začalo vznikat prastaré povolání babictví (Rutová, 2005, s. 34).

1.3 Středověk a novověk

O neplodnosti a porodech nejsou v tomto období žádné zmínky. Všechny poznatky antické doby upadly v zapomnění a mnohá díla byla zničena. Jedině arabská a židovská kultura byla zachráncem zbylých antických poznatků. V 10. stol. byly spisy přeloženy do latiny a řečtiny a postupně se dostávaly do Evropy (Rutová, 2005, s. 54).

Středověký obraz ženy vypovídá o tom, že je žena daleko náchylnější k chorobám než muž. Tímto pojetím se ženská sexualita, děloha a menstruace, stávají patologickou záležitostí a vše, co se týká porodu a šestinedělí, se považuje za nečisté. Lékařská věda se snad proto gynekologií a porodnictvím dlouho oficiálně nezabývala. Nadále tak veškerá péče o těhotné, nedělky a novorozence zůstávala výhradně v rukou porodních báb (Křemenová, 2009).

Babictví se tak v průběhu historického vývoje změnilo z velmi váženého povolání na vysoké úrovni na nedoceňovanou a přehlíženou profesi. Péče o rodičku se tak dostala do laických rukou zcela nevzdělaných žen, které raději používaly u porodu magii (Rutová, 2005, s. 55-56). Populární porodnický spis, který byl vydán v roce 1513, byla kniha *Růžová zahrada těhotných žen a porodních báb* (*Der Schwangeren Frauen und Hebammen Rosengarten*), jehož autorem je **Eucharius Roeslin**. Byla to první učebnice pro porodní báby (Roztočil a kol., 2008, s. 16). Popularitu knihy zajišťovala vyobrazení porodního křesla, polohy plodu apod. Po stránce obsahové je kniha bezcenná, odpovídá nízké úrovni vzdělání tehdejší doby (Křemenová, 2009). Vývoj porodnictví, kdy ho vykonávaly nevzdělané porodní báby, naprosto ustrnul. Chirurgové byli porodními bábami voláni k porodům až v nejkritičtějších okamžicích, protože na rozdíl od nich ovládali chirurgické nástroje. Při komplikacích porodu tak operace rodičkám zachraňovaly životy (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 22). Rozhodující pro další rozvoj porodnických znalostí bylo zavedení dlouho zakazovaných pitev a vytvoření vědecké lidské anatomie. Trvalo však nejméně sto let, než se poznatky přemístily do praxe (Doležal, 2001, s. 35).

Ve Francii se od 17 stol. začínaly přemísťovat porody zejména nižších vrstev do nemocnic, kde byly pod dozorem zkušených porodních báb, chirurgů a badatelů (Roztočil, 2008, s. 19). Se vzdělávací činností začala v roce 1677 **Madame Marqueritte Tertre, v Hôtel Dieu v Paříži**. Pod jejím vedením byly prováděny tříměsíční kurzy, ve kterých zdůrazňovala především dobré vlastnosti kojné, nebo nebezpečí vcestného lůžka (Doležal, 2001, s. 45). Porodnictví se z tohoto města šířilo do celé Evropy (Doležal, Kuželka, Zvěřina, 2009, s. 41).

Vědecké poznatky na počátku 18. stol. musely překonávat pověry a především sporné představy. V tomto období narůstá význam přírodních věd, které se v pokročilých zemích jako je Nizozemí a Anglie vymanily ze závislosti na teologii. Evropští porodníci tvořili tzv. mírovou komunitu, kde se dobré knihy překládaly do různých jazyků, a tak se dostávaly do různých knihoven a k praktikujícím chirurgům (Doležal, 2001, s. 88).

Na počátku 19. stol. nastala ve vývoji porodnictví velká změna. V Praze byla zřízena **Univerzitní porodnická klinika**, pod vedením **Antonína Jungmanna**. V tomto ústavu, podobně jako před sto lety v Hôtel Dieu, se koncentrovaly porody a také výuka porodních bab a studentů fakulty. V polovině tohoto století byla v centru pozornosti horečka omladnic vyskytující se především v porodnicích. **Ignac Philipp Semmelwies** zjistil, že v ústavu vedeném lékaři s mediky, kteří prováděli pitvy, byla úmrtnost nedělek daleko vyšší než v porodnici vedené bábami. Semmelweis vyslovil předpoklad, že se k rodičkám dostávají mrtvolné částice lpících na ruku, které se po obyčejném umytí mýdlem neodstraní. Zavedl dezinfekci rukou chlorovým vápnem a o rok později mortalita rodiček výrazně klesla (Doležal, 2001, s. 102, Roztočil, 2008, s. 25).

2 STRUKTURA SVALOVÉHO DNA PÁNEVNÍHO

2.1 Pánevní dno (diaphragma pelvis)

Pánevní dno je soubor příčně pruhovaných svalů a vazivových pruhů, které uzavírají pánevní východ. Má tvar ploché nálevky, která odstupuje od stěn malé pánve a sbíhá se kaudálně ke štěrbině, kterou v zadní části prochází konečník. Před ním a močovou trubicí je u žen vložena pochva, u mužů močová trubice. Mezi oběma částmi uvedené štěrbině je zahuštěný vazivový uzel (*centrum perineale*). Na *centrum perineale* navazuje kraniálně *septum rectovaginale*, do kterého se upínají některé perineální svaly. Pánevní dno je tvořeno dvěma párovými svaly *m. levator ani* a *m. coccygeus* (Roztočil *et al.*, 2008, s. 40, Čech *et al.*, 2006, s. 24).

Musculus levator ani – nebo-li zdvihač konečníku. Je hlavním svalem uzavírající pánevní dno. Je to silný a plochý sval, který se skládá ze dvou částí, *pars iliaca* a *pars pubica*. Ohraničuje štěrbinovitý otvor pro průchod močové trubice a pochvy (Zwinger, 2004, s. 38, Čech *et al.*, 2006, s. 24).

Musculus coccygeus – je to slabý sval, který tvoří svalové snopce a vazivové aponeurózy začínající od *spina ischiatica* a upínající k dolní části kostí křížové a ke kostrči (Zwinger, 2004, s. 38, Čech *et al.*, 2006, s. 24).

Svaly pánevního dna jsou pružnou spodinou pánve. Poskytují statickou podporu pánevním a břišním orgánům jako jsou např. děloha, močový měchýř a střeva. Díky jejich konstrukci ovládáme anální svěrač i močovou trubicí. Dále se významně podílí na stabilitě celého trupu, také mají velký význam v sexuálním životě. Během těhotenství svaly pánevního dna hypertrofují, zvyšuje se váha dělohy a tlak na pánevní dno. Vede to k jeho výraznému oslabení. Těhotenský hormon Relaxin uvolňuje vazy pánve a způsobuje také větší pohyblivost kloubů. Tím se zvětšuje průměr pánve, aby byl při porodu usnadněn průchod dítěte. Následkem větší volnosti pánevních spojení jsou bolesti třísel, stydké oblasti, bolesti v hýždích a v sedacím nervu. Při porodu se výrazným způsobem svaly roztahují a představují svalovou manžetu, která ovlivňuje prostup plodu (Čech *et al.*, 2006, s. 25, Bulová, 2012, s. 11).

2.2 Hráz (perineum)

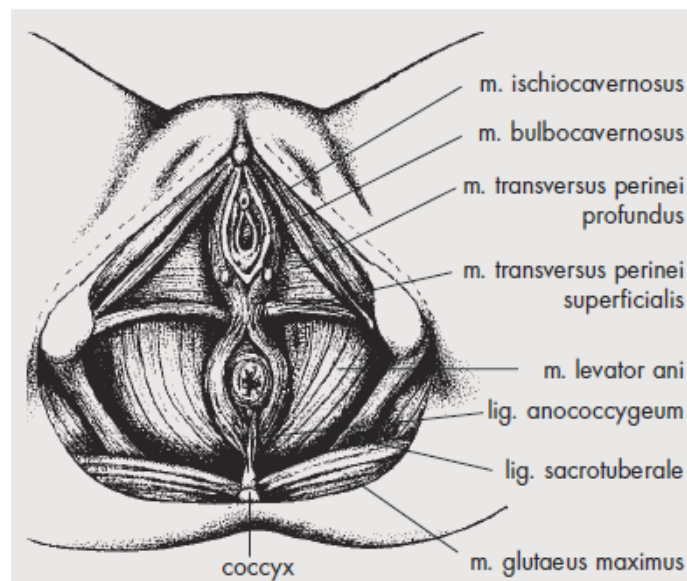
Perineum je 3 - 4 cm široká přepážka, nachází se mezi análním otvorem a komisurou *labiorum posterior*. Odděluje distální část pochvy od konečníku. Skládá se z tukové tkáně, z *fascií* a svalů *diaphragma pelvis* a *urogenitale*. Je pokryta apokrinními potními žlázami. Ve střední části koria se nachází šev *raphe perinei*. Při mediální epiziotomii se porušuje *raphe*, které snadno srůstá. Epiziotomie se nejčastěji provádí v druhé době porodní, kdy hráz brání jejímu dalšímu postupu, nebo když hrozí *ruptura* poševního *introitu a perinea*. (Citterbart *et al.*, 2001, s. 8, Kudela, 2008, s. 12, Čech *et al.*, 2006, s. 24, Zwinger *et al.*, 2004, s. 44).

Svaly *perinea* jsou uloženy pod *diaphragma pelvis* a překrývají zesponu *hiatus urogenitalis*. Tyto svaly lze rozdělit do dvou skupin – svaly tvořící podklad *diaphragma urogenitale*, a svaly zevních pohlavních orgánů. Všechny svaly jsou inervovány z *nervus pudendus* (Čech *et al.*, 2006, s. 24, Roztočil, 2008, s. 41).

2.2.1 *Diaphragma urogenitale*

Je trojúhelníková vazivově svalová ploténka, která je rozepjata mezi rameny kostí stydkých a sedacích, v rozsahu spodního okraje spony stydké a spojnicí *tubera ischiadica*. Jejím podkladem jsou svaly a vazy níže uvedené (Čech *et al.*, 2006, s. 24, Roztočil, 2008, s. 41).

1. ***Musculus transversus perinei profundus*** – je hlavním podkladem *diaphragma urogenitale*. Je oporou pro pánevní orgány.
2. ***Musculus spincter urethrae*** – jeho snopce obkružují části močové trubice a směřují do svaloviny kolem pochvy.
3. ***Musculus transversus perinei superficialis*** – je to slabý podkožní sval, u žen je značně redukován.
4. ***Ligamentum transversum perinei***.



Obrázek 1: Svaly diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale

(Zdroj: Zwinger, *et al.*, 2004, s. 13)

Mezi svaly zevních pohlavních orgánů patří (Čech *et al.*, 2006, s. 25):

1. *Musculus ischiocavernosus* – párový sval, který svými kontrakcemi napomáhá erekci.
2. *Musculus bulbospongiosus* – párový sval, je rozdílný u muže a ženy. U ženy sval působí jako svěrač vchodu poševního, napomáhá vyprazdňování *glandula vestibularis major* při souloži.
3. *Musculus spincter ani externus* – začíná od hrotu kostrče, obkružuje anální kanál a upíná se na *centrum perineale* a *m. levator ani*.

3 PORODNÍ PORANĚNÍ

3.1 Poranění měkkých porodních cest

3.1.1 Uzurace

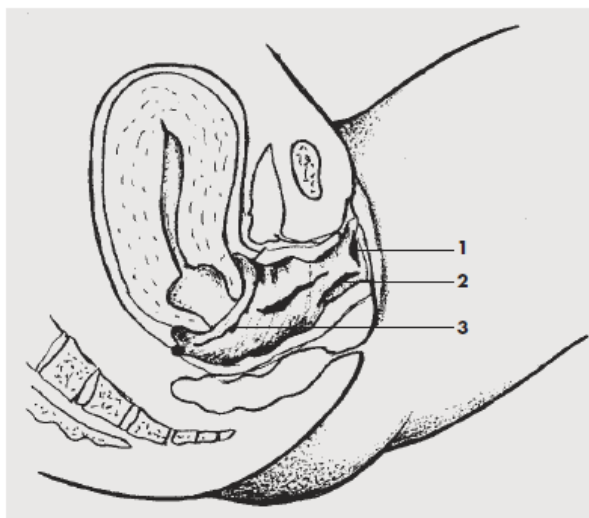
Uzurace **vznikají z nekrózy tkáně**, na kterou byl dlouhodobě vyvíjen tlak a vyvolal její ischemii. Hlavička plodu při postupu pánví stlačuje poševní stěnu, močový měchýř, *uretru*, děložní hrdlo proti kostěné pánvi. Jakmile se její postup na delší dobu zastaví, komprimovaná část ischemizuje a propadá nekróze (Čech *et al.*, 2006, s. 360).

3.1.2 Ruptura hrdla děložního

Drobné povrchové trhliny okraje hrdla vznikají téměř po každém porodu, zvláště dojde-li k němu překotně při nerozvinuté brance. Trhliny do 1 cm není třeba nijak ošetřovat (pokud nekrvácejí), většinou se spontánně zahojí. Ovšem některé porodnické operace jako jsou např. **vakuumextrakce, klešťový porod**, či **porod koncem pánevním** mohou mít za následek ruptury vedoucí po celé délce hrdla až do poševní klenby. Další příčiny ruptur hrdla bývají **nadměrně silné kontrakce a tlačení při nerozvinuté brance**. Hlavním příznakem těchto ruptur je krvácení, kdy je děloha stažená a krev jasně červená bez koagul. Velmi nebezpečné jsou ruptury sahající až do dolního děložního segmentu. Mohou být indikací k hysterektomii (Čech *et al.*, 2006, s. 360, Zwinger, *et al.*, 2004, s. 317).

3.1.3 Ruptura pochvy

Samotné trhliny pochvy po porodu **jsou méně časté**. Obvykle jsou přítomny zároveň s poraněním hráze a děložního hrdla nebo po již zmíněných porodnických operacích či překotných porodech. Špatné ošetření ruptury pochvy může mít za následek *retroperitoneální hematom* nebo *absces* (Čech *et al.*, 2006, s. 360, Zwinger, *et al.*, 2004, s. 317).



Obrázek 2: Schéma trhlin pochvy

(Zdroj: Zwinger, *et al.*, 2004, s. 318)

3.1.4 Ruptura vulvy a hráze

Patří k **nejčastějším poraněním při porodu**, kdy dochází k natržení a rozvolnění jednotlivých anatomických struktur na *lábiích*, *klitorisu* a *perinea* (Čech *et al.*, 2006, s. 361, Zwinger, *et al.*, 2004, s. 316).

Poranění obvykle postihuje všechny vrstvy tvořící *perineum* – **kůži, podkoží, svalstvo *diaphragma urogenitale* a *m. levator ani*** a také **část pochvy**. Příčinou bývá nejčastěji špatné chránění hráze porodní asistentkou či lékařem, nepoddajná hráze u primipar, rychle postupující hlavička nebo jizva po předchozím porodu. Podle rozsahu poranění anatomických vrstev tkáně **rozlišujeme ruptury do 3. stupňů** (Čech *et al.*, 2006, s. 361, Zwinger, *et al.*, 2004, s. 316).

- I. **STUPEŇ** - postížena je kůže, podkoží a poševní stěny.
- II. **STUPEŇ** - postížena je kůže, podkoží a svaly hráze.
- III. **STUPEŇ** - poranění je stejné jako u II. stupně, ale je přetržen i *m. spincter ani*.

Ošetření větších ruptur bývá nesnadné, protože okraje ruptur bývají nepravidelné, zhmožděné a krvácení je často silné. Je tedy nutné provést velmi pečlivou suturu trhliny tak, aby byla zachována anatomie jednotlivých struktur. Špatně zhojená ruptura zejména 3. stupně může mít za následek vznik *rektoperineálních* nebo *rektovaginálních* píštělí

a někdy se může rozvinout *incontinentia alvi*, porucha ovládání řitního svěrače (Čech *et al.*, 2006, s. 361, Zwinger, *et al.*, 2004, s. 316).

3.1.5 Ruptura dělohy

Rupturu dělohy dnes vidáme méně často, než tomu tak bylo v minulosti. V dnešní době může být příčinou ruptury dělohy **vyšší frekvence císařských řezů, násilná perforace stěny děložní nástrojem, ruptura hrdla nebo sekundární infekce v ráně**. Další příčiny mohou být patologická pánev matky, kdy je nepoměr mezi hlavičkou a pánví, včestný tumor, hydrocefalus, čelní poloha dítěte, jizevnaté rigidní hrdlo (Čech *et al.*, 2006, s. 361-363). Ruptura dělohy v těhotenství je vzácná. Dochází k ní po prudké kontuzi břicha ve vyšším stádiu gravidity, nejčastěji při haváriích (Čech *et al.*, 2006, s. 361).

Většinou **ruptura dělohy vzniká při porodu**. Může vzniknout spontánně, nebo iatrogenně. Dělí se na ruptury kompletní a inkompletní. Jednou z příčin ruptury dělohy bývá stálé **ztenčování dolního děložního segmentu**, kdy dochází k rozvolnění jizvy na děloze po předchozím císařském řezu. Ruptury jsou velmi nebezpečné, protože mohou být postiženy uterinní cévy a krvácení bývá silné. (Čech *et al.*, 2006, s. 361-364). Mezi závažné důsledky ruptury patří **úmrť plodu, hypoxicko - ischemická encefalopatie, nutnost provedení hysterektomie a podání krevních derivátů** (Koterová, 2010). Nicméně ruptury dělohy se vyskytují stále a patří mezi příčiny úmrť žen v souvislosti s těhotenstvím a porodem (Čech *et al.*, 2006, s. 361).

3.2 Poranění tvrdých porodních cest

Vlivem působení hormonů dochází během těhotenství ke změnám ve vazivu, chrupavkách a kloubních spojeních. Vlivem estrogenů dochází k proliferaci vaziva a vlivem relaxinu a progesteronu nastává jeho zvýšené prosáknutí. Pánev se tak proto stává více zranitelnější. Při spontánním, nebo operačním porodu mohou vzniknout různé poškození pánve. Především se jedná o **poškození symfýzy, lumbosakrálního spojení, sakroiliakálního kloubu a poranění kostrče** (Roztočil, 2008, s. 298).

3.2.1 Symfyzeolýza

Jedná se o rozestup štěrbiny mezi stydkými kostmi. Symfýza je palpačně bolestivá. Příčinou silných bolestí při chůzi je nestabilita pánevního kruhu. Bolestivost se objevuje hlavně v kyčlích, chůze připomíná pohyby kachny („kachní chůze“). Léčba v těhotenství

není příliš úspěšná. Porod je veden císařským řezem. Po porodu fixujeme pánevní pletenec bandáží např. prostěradlem, na jehož koncích umísťujeme závaží (Binder, 2011, s. 233).

3.2.2 Ruptura symfýzy

Je během porodu velmi vzácná. Projeví se bolestivostí ihned po porodu nebo při něm. Nejčasněji bývá porušeno spojení chrupavky a kosti, ruptura samotné chrupavky je výjimečná. Bolestivost je i v klidu, a právě proto chůze není prakticky možná. Diagnózu potvrdí RTG nebo UZ vyšetření. Léčba je chirurgická (Binder, 2011, s. 233).

3.2.3 Fraktura kostrče

K fraktuře kostrče nejčastěji dochází v terénu deformovaném předchozím úrazem, nebo při porodu velkého plodu či extrakční operaci. Bolesti v kocygeální krajině jsou úporné a silné. Obstřiky a konzervativní léčba bývá neúspěšná, často je nutné operační ošetření – exstirpace kostrče nebo její části (Binder, 2011, s. 233).

3.3 Epiziotomie

Z velkého počtu různých operací k rozšíření měkkých cest porodních si své opodstatnění zachovala pouze epiziotomie. Řadí se k **nejčastějším porodnickým výkonům** a je prováděna na konci druhé doby porodní při prořezávání hlavičky. Nejčastěji se epiziotomie provádí u primipar, kdy hráz brání jejímu dalšímu postupu, a kdy hrozí ruptura poševního *introitu* a *perinea*. Mezi další indikace patří velký plod, nezralý hypotrofický plod, deflexní poloha hlavičky plodu, porod plodu v poloze koncem pánevním, vaginální porodnické operace. Autor Čech (*et al.*, 2006, s. 486) rozlišuje čtyři druhy nástřihu hráze:

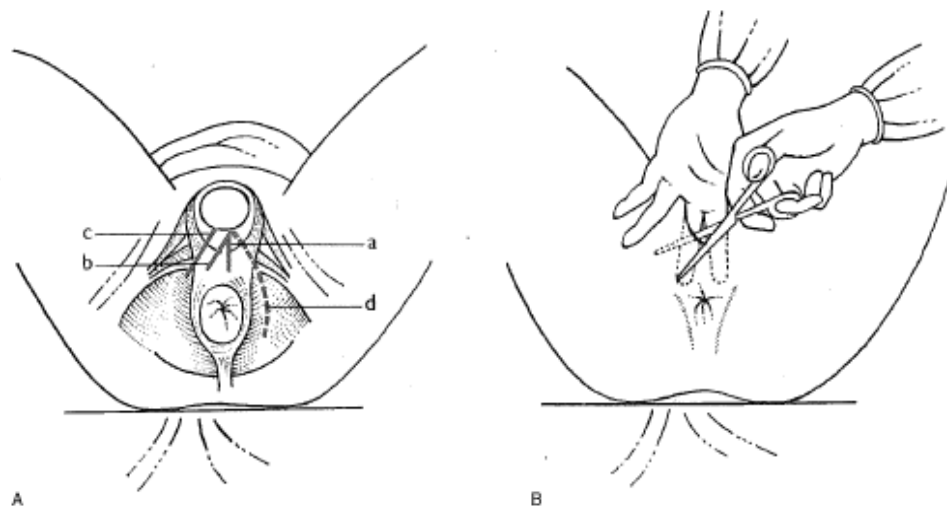
1. **Epiziotomie mediální** – incize nůžkami se vede ve střední čáře směrem k análnímu otvoru do vzdálenosti 3 – 4 cm. Není vhodná při rychlém prořezávání hlavičky a při nízké hrázi, kdy hrozí ruptura *m. spincter ani*.
2. **Epiziotomie mediolaterální** – nástřih směřuje ze střední čáry poševního vchodu šikmo k hrbolu kosti sedací. V praxi je tento typ nástřihu nejpoužívanější.
3. **Epiziotomie laterální** – nástřih je veden 2 – 3 cm laterálně od středu *introitu* k hrbolu kosti sedací v délce 4 – 5 cm. Tento typ epiziotomie lze nejlépe rozšířit směrem do pochvy i na *perineum*.

4. **Rozšířená laterální episiotomie** – nebo-li Schuchardtův řez, provádí se skalpelem, technika je stejná jako u předešlých epiziotomií, je však mírně rozsáhlejší (6-7 cm), což umožňuje nejprostornější přístup pro náročné vaginální operace.

3.3.1 Technika epiziotomie

Provádí se při prořezávání hlavičky **na vrcholu kontrakce** speciálními nůžkami se zaoblením a tupým zakončením jedné strany. Provádí se **energetický stříh**, který vede kolmo na rozepjatou hráz rovnoměrně, **směrem na perineum i do pochvy**. Dva prsty druhé ruky chrání rychlému prostupu hlavičky, v případě jizvy po předešlém porodu vedeme nástřih ve stejném místě. Směr mediolaterální nebo laterální epiziotomie může být podle zvyku porodníka pravostranný nebo levostranný (Čech *et al.*, 2006, s. 487).

Při předčasném porodu, porodu plodu koncem pánevním a před porodnickými operacemi se **epiziotomie provádí už při nerozvinuté hrázi**, což vyžaduje epidurální analgezii nebo místní anestezii. Sutura epiziotomie se provádí po porodu plodového lůžka (Čech *et al.*, 2006, s. 487). Kontraindikací epiziotomie je HIV pozitivní matka, jako prevence aspirace mateřské krve novorozencem (Doležal, 2007, s. 37).



Obrázek 3: Typy a technika epiziotomie

(Zdroj: Čech *et al.*, 2006, s. 487)

3.3.2 Komplikace Epiziotomie (Čech *et al.*, 2006, s. 488).

1. **Hematom** patří mezi časnou komplikaci, způsobenou následným, nebo nezastaveným krvácením. Je nutné provést neodkladnou revizi nástřihu se zástavou krvácení.
2. **Zánět rány** je způsoben sekundární infekcí hematomu nebo také při neléčeném předporodním zánětu pochvy. Léčba probíhá jako u lokálního infektu s včasnou drenáží, při febrilním stavu s aplikací antibiotik.
3. **Dehiscence rány** může vzniknout jako následek neexaktního primárního ošetření epiziotomie a nebo jako následek rozsáhlejšího hematomu či infektu rány. Resutura je provedena až po odstranění příčiny a dokonalém vyčištění spodiny, které může trvat několik dní.

4 PREVENTIVNÍ METODY PORANĚNÍ PERINEA

4.1 Metody přípravy hráze k porodu

4.1.1 Posilování svalů pánevního dna

V těhotenství cvičení svalů pánevního dna zpočátku nebývá nic lehkého, proto velmi často dochází k chybnému zapojování jiných svalových skupin. Je proto velmi důležité **znát techniku a pravidelnost cvičení**, které žena bude zvládat v klidu v domácím prostředí. Jako velmi dobrá kontrola správnosti provádění cviků může být zrcátko. Taková představa výrazně podporuje správnost zapínání svalových skupin při následném procvičování. Vedle zrakové představy je důležité se naučit **palpovat svaly pánevního dna**, zvláště při počátečním nácviku jednotlivých cviků. Vzhledem k tomu, že svalstvo pánevního dna nelze vidět, cviky se můžou prakticky cvičit kdykoli a kdekoli a to bez jakýchkoli pomůcek. Avšak v poslední době se s velkým úspěchem osvědčilo používání velkých a malých **gymnastických míčů**. Tyto pomůcky ženám usnadňují jak nácvik, tak i samotné cvičení v jakékoli poloze, na zádech, vsedě, vkleče, vleže (Nováková, 2010).

Cílem cvičení posilování pánevních svalů je v první řadě naučit se vědomě tyto svaly ovládat, a to jak ve smyslu kontrakce, tak i relaxace. Pravidelnost cvičení ženě zajistí schopnost relaxace a pomůže urychlit druhou dobu porodní. Dosažením správného svalového napětí a pružnosti bude velkým přínosem, díky kterému svaly lépe obstojí při napínání hráze za porodu a rychleji se zregenerují. Cvičením se také zlepší krevní oběh v malé pánvi, čímž zabrání případným potížím s hemoroidy a vyměšováním stolice (Vitíková, 2007, s. 30).

Se cvičením svalového dna pánevního je **vhodné začít již okolo 25. týdne těhotenství** až do konce 35. týdne těhotenství. V poslední době těhotenství by se ženy měly nejlépe zaměřit na postupnou aktivní relaxaci pánevního dna, s případnou masáží hráze (Nováková, 2010). Mezi další sportovní aktivity, které žena může vykonávat během těhotenství, patří chůze, jízda na kole, jóga a běh. Ovšem při každém sportu žena musí dodržovat bezpečnostní zásady, aby neohrozila život svůj, ani dítěte (Wessels, Oellerich, 2006, s. 26-28).

4.1.2 Kegelovy cviky

Jde o soubor jednoduchých cviků, které jsou zaměřené na posílení svalového dna pánevního. Tak jako u jiných svalů dochází v důsledku menšího namáhání svalů k jejich ochabnutí. Do jisté míry se na tom podílejí předchozí porody a operace, věk, nadváha a jiné další faktory. Obecně lze říci, že cviky jsou určeny pro ženy před porodem, ženám se stresovou inkontinencí a mužům majícím problémy s únikem moči. Soubor cviků představil roku 1948 gynekolog dr. Arnold Kegel, které nesou jeho jméno. Jeho cviky se staly velmi populární a velmi rozšířené. Cvičení se realizuje třikrát denně po deseti opakováních (Poněšický, 2010).

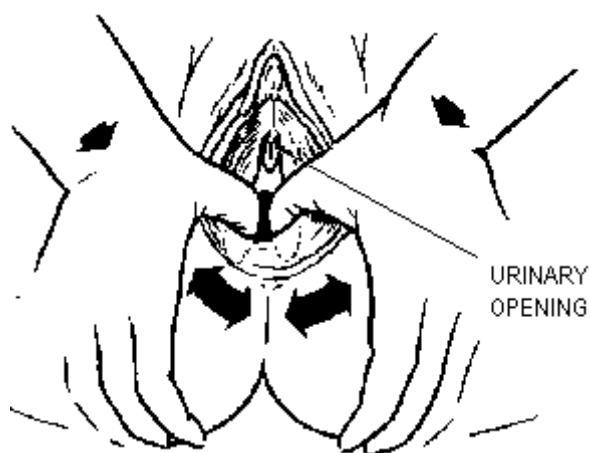
4.1.3 Masáž hráze

K nejdůležitějším opatřením při přípravě na blížící se porod jistě patří **pravidelná masáž hráze** směsí třezalkového oleje a oleje z obilných klíčků s přípravkem muškátové šalvěže a růže (Stadelmann, 2004, s. 176). Pravidelná masáž hráze napomůže, aby při porodu byla **hráz dostatečně pružná a rozvinutá** s cílem minimalizovat porodní poranění ženy (Kameníková, 2011 online). Tato procedura může být prováděna způsobem automasáže nebo za pomoci partnera, nebolí a její provedení je snadné. Důležitý je nácvik pod dohledem zkušené osoby (Kališ *et al.*, 2007, s. 77).

Masáž hráze se doporučuje **provádět 4 – 6 týdnů před termínem porodu**, za pomoci speciálně upravených olejů, které jsou pro tyto účely určeny. Tyto oleje vyživují a zjemňují hráz tak, že získává větší pružnost a poddajnost. Pozitivním efektem je, že žena dokáže při porodu pánevní dno více relaxovat, což **snižuje pravděpodobnost porodního poranění** (Stadelmann, 2004, s. 176). K masáži hráze by žena měla zaujmout pohodlnou polohu v polosedě, nohy pokrčít a mírně rozkročit. Je velmi nutné, aby žena byla **edukována o správné přípravě a o samotné technice masáže hráze**. Měla by mít čisté ruce s krátkými nehty, nebo mít rukavice na jedno použití. Na ruce si nakapat dostatečné množství oleje (olivový olej, mandlový olej) a poté vmasírovat prsty do hráze. Palec vložíme do poševního otvoru do výše 3 – 4 cm a ostatní prsty se na vnější straně pohybují ve směru písmene „U“ a přejíždíme od jedné strany ke druhé a vždy přitom stlačujeme pochvu dopředu a dolů, až do pocitu mírného natažení až pálení (**Obrázek č. 4**). Udržíme tuto pozici pod dobu 1 – 2 minut. V této chvíli je dobré vhodný nácvik pomalého hlubokého dýchání. Masáž se zakončuje minutovým mnutím kůže na hrázi

palcem a ukazovákem. **Celková masáž by neměla překročit 10 minut** (Kameníková, 2011, Kubincová, 2008, s. 27 – 28, Kališ *et al.*, 2007, s. 78).

Provádí-li masáž druhá osoba, většinou partner, užívá místo palců ukazováčků. Musí ženu připravit tak, aby uvolnila hráz, až ucítí tlak. Poté je nutno zvyšovat tlak tak, že žena cítí velmi intenzivní až bolestivý tlak způsobený napínáním hráze. Pro dobrý efekt je nezbytná komunikace mezi partnery (Kameníková, 2011, Kališ *et al.*, 2007, s. 78).



Obrázek 4: Masáž hráze

(Zdroj: Mlčoch, 2009)

4.1.4 Porodnický balónek EPI-NO®

Název tohoto trenážeru vznikl jako „**EPIZIOTOMIE NO**“, což vysvětluje jeho význam (Bulová, 2012, s. 16). Porodnický silikonový balónek EPI-NO® je **dilatátor vaginy a hráze určený k přípravě na porod**. Je určen pro těhotné ženy od 37. týdne gravidity k posílení pánevního svalstva před porodem, k postupnému napínání poševního vchodu a hráze a k nácviku vypuzovací fáze. Po porodu lze balónek použít ke **cvičení pánevního dna a podpořit léčbu inkontinence** (EPI-NO®, 2009).

Cvičení s touto pomůckou probíhá ve **třech fázích**. V první fázi je zaměřeno cvičení na pánevní dno, druhá fáze je napínací a třetí fáze je stimulační. Po zavedení EPI-NO® do pochvy se balónek maximálně nafoukne tak, až žena cítí tlak v oblasti pochvy a perinea. Na konci stimulační, tedy poslední fázi žena uvolní svaly pánevního dna a nechá balónek vyklouznout. Zpravidla by se mělo **cvičit dvakrát denně, ne déle jak 30 minut**. EPI-NO® balónek nemůže žena používat v případě nebezpečí infekce,

při krvácení z pochvy, nezvyklé poloze plodu, zraněních pochvy nebo v přítomnosti maligních nádorů pochvy (EPI-NO®, 2009).

V této praxi existují čtyři **zahraniční studie**, které dokazují efektivitu používání EPI-NO® balónku v těhotenství. V této práci uvedu jen výsledky dvou nejnovějších studií. Výzkum prováděný **v Izraeli v roce 2004 zkoumal stav perinea** 233 žen, které trénovaly s EPI-NO® s epiziotomickou křivkou prvorodiček bez tréninku ve stejném časovém úseku. Skupina žen, která trénovala s EPI-NO®, vykazovala epiziotomickou křivku ve výši 23 %, tedy minimálně o 50 % nižší než zveřejněné údaje. Výzkum druhý, prováděný **v Austrálii v roce 2003 zkoumal účinnost EPI-NO®**. V Základní skupině bylo 248 prvorodiček, z toho 48 žen cvičilo od 37. týdne těhotenství s balónkem 15 minut denně. Výsledky byly překvapující. Čtyřicet šest procent vaginálních porodů proběhlo u žen cvičících pravidelně s trenážerem s intaktním perineem, kdežto v druhé skupině rodilo jen 17 % žen bez epiziotomie nebo bez poranění (EPI-NO®, 2009).

V České republice není balónek EPI-NO® mezi těhotnými moc populární. Možná i proto, že je finančně náročnější než jiné cvičební pomůcky. Avšak ženy, které ho používaly v těhotenství, investice nelitují, a rády se k němu vracejí i v dalších těhotenstvích. Na trhu existují dva druhy balónku. EPI-NO® Delphine a EPI-NO® Delphine Plus. Jejich cena se pohybuje 2343 Kč – 2959 Kč (EPI-NO®, 2009, Bulová, 2012, s. 17).

4.2 Jiné metody

Od 34. týdne těhotenství se doporučuje pít **čaj z malinového listí**. Jeho účinky u těhotných žen zatím nejsou vědecky prokázané, ale porodní asistentky přisuzují lístkům maliníků schopnost silně uvolnit svaly malé pánve. Je všeobecně známo, že malinové listí odstraňuje jedy a nečistoty z hladkého svalstva ve střevě, a tím povzbuzuje jeho látkovou výměnu a podporuje celkový zdravotní stav organismu. Počáteční užívání čaje může u těhotných žen způsobit vyrážku na břiše, ale to nás může upozornit, že dochází k vylučování jedů z organismu. Většinou po zvýšení pitného režimu vyrážka po nějakém čase opět zmizí. Od 34. týdne těhotenství se také doporučuje užívat denně jednu polévkovou lžici rozemletých či rozdrcených **lněných semínek**. Při užívání lněného semínka by měla těhotná žena dostatečně pít, protože jinak dochází k regulaci stolice a hrozí zácpa (Stadelmann, 2004, s. 176).

4.3 Metody chránění hráze při porodu

4.3.1 Masáž perinea při porodu

Existuje minimum kvalitních studií, které se věnují problematice masáže perinea na konci druhé doby porodní (Kališ *et al.*, 2007, s. 78).

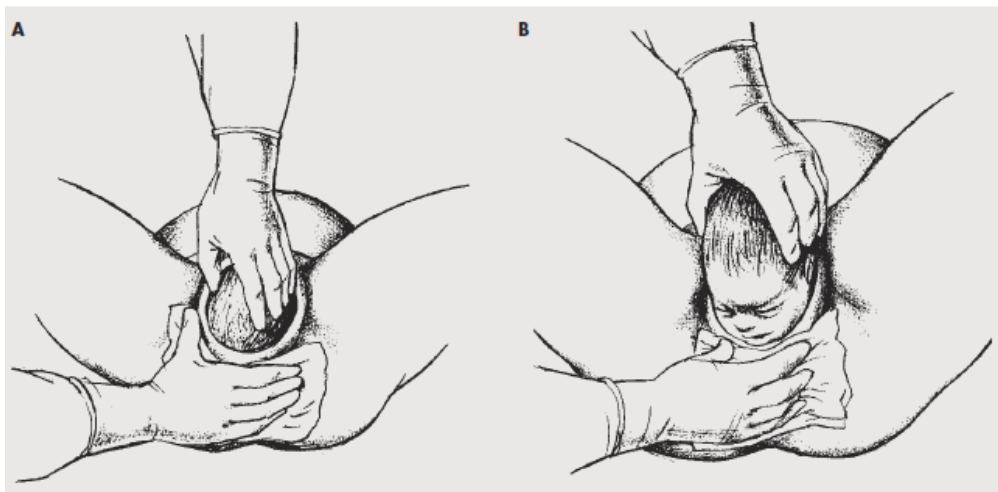
V randomizované **studii Stamp** bylo rozděleno 1340 žen na skupinu s masáží perinea během porodu (prvorodičky od branky 8 cm, multipary od branky 5 cm) a na kontrolní skupinu. Rodičky byly masírované lubrikačním gelem při každé kontrakci v průběhu druhé doby porodní. **Nebyl nalezen objektivní rozdíl** v počtu žen s intaktním perineem po porodu. Také rozdíl incidencí ruptury 1. nebo 2. stupně perinea nebyl statisticky významný. Incidence ruptury 3. a 4. stupně byl ve skupině s masáží hráze 1,7 % oproti 3,8 % v kontrolní skupině. Masáž perinea při porodu by mohla vést mimo jiné k redukci ruptury hráze 3. stupně. Je k tomu nutné zajistit další poznatky, které by studii podpořily (Kališ *et al.*, 2007, s. 78). Snížení frekvence epiziotomií ve skupině žen s masáží hráze při porodu je velmi diskutabilní. Jedná se o výkon, o kterém rozhoduje v danou chvíli subjektivní posouzení porodníka. V České republice je stále tento výkon prováděn nadměrně a často bez nutně stanovené indikace (Kališ *et al.*, 2007, s. 78).

4.3.2 Chránění hráze při porodu

Snaha o preventivní opatření poranění perinea je odvěká. V minulosti, kdy bylo poranění hráze považováno za nebezpečné kvůli vzniku a šíření puerperální infekce, je tato snaha oprávněná. Dbalo se především na to, aby hlavička při porodu neprostupovala příliš rychle, aby se hráz měla čas dostatečně přizpůsobit. Největší pýchou porodníků v dobách dávných bylo hlášení, že porodil „sine“, což znamená bez poranění. V dnešní době toto uznání nepatří mezi otázku prestiže (Zwinger, 2004, s. 148).

K chránění hráze u porodu dochází ve druhé době porodní, a současně napomáhá **správnému systému mechanismu při porodu hlavičky**. Správné chránění perinea zabraňuje vzniku ruptur na hrázi a přilehlých tkáních pochvy. Perineum začínáme chránit tehdy, když se hráz vyhlazuje a napíná, a když začíná hlavička zůstávat v introitu a nevtahuje se během kontrakce zpět do pochvy. Hráz chráníme tak, že pravou rukou uchopíme sterilní roušku a přiložíme ji na perineum tak, abychom viděli zadní komisuru a zakryli řitní otvor. Levou ruku položíme na plochu na porozenou část hlavičky, abychom zabránili její překotné progresi a snížili poranění matky. Sterilní roušku v pravé ruce

držíme tak, aby byl palec na straně pravé a ostatní prsty na straně levé. Palec se snažíme spolu s ostatními prsty k sobě přibližovat tak, aby sílicí napětí hráze bylo oslabeno. Během kontrakce usilujeme přetáhnout hráz přes rodící se čelní hrboly hlavičky. V případě, kdy hrozí ruptura perinea, je nutné provedení epiziotomie. Při porodu zadního raménka dítěte je nutné znovu chránit hráz (Roztočil, 2008, s. 122). **Způsob porodu ramének zavedl profesor Kotásek** na I. pražské porodnické klinice. Podle jeho způsobu zůstává pravá ruka s rouškou stále na místě, tedy na hrázi. Levá ruka tlačí hlavičku k perineu tak, aby se porodilo přední raménko. Poté nadhmatem levá ruka zvedá hlavičku a při ochraně hráze se porodí zadní raménko a ručka. Tato metoda má velkou výhodu v tom, že brání zvětšení porodního poranění hráze při porodu zadního raménka hlavně u velkých plodů (Čech *et al.*, 2006, s. 139).



Obrázek 4: Chránění hráze při porodu

(Zdroj: Zwinger, *et al.*, 2004, s. 149)

4.3.3 Porod ve zpřímené poloze

Již v mnoha dávných dobách a na různých zobrazeních můžeme spatřit ženy, které využívaly **při porodu gravitační nebo vzpřímené polohy**, aby byly schopné porodit své děti. Rodící ženy vyhledávaly při porodu různé sloupky či lana, aby měly během tlačení oporu. Výjimkou nebyly ani **porodní podpěry nebo stoličky**, aby se jim lépe dřepělo nebo klečelo. Poloha na zádech může rodičce způsobit pokles krevního tlaku, nevolnosti a zhoršení přívodu krve k dítěti v důsledku **syndromu vena cava inferior**. V této poloze dokonce žena tlačí proti gravitaci. **Vzpřímené polohy** jako jsou stání, dřep nebo klek **zvětšují prostornost pánve a jsou využívány pro gravitaci**, která dítěti zajišťuje **lepší**

průchodnost porodními cestami. Jsou také bezpečné, zajišťují větší komfort rodící ženě, ale patří mezi nejúnavnější polohy při porodu vůbec. Spisovatelka a respektovaná lektorka předporodní přípravy **Penny Simkin** doporučuje obzvláště při prodloužené druhé době porodní „podpurný dřep“ nebo „závěs“, kdy je žena podepírána pod pažemi, a na dolní končetiny nepřenáší téměř žádnou zátěž. Trup rodící ženy se touto polohou prodlužuje a dítě tak získává více místa k pohybu (Ruth Keen *at al.*, 2007).

Podle výzkumu Pracovní skupiny pro těhotenství a porod Cochrane je využití jakékoliv vzpřímené polohy, ve srovnání s polohou na zádech s nohama ve třmenech, spojováno s důsledky jako jsou kratší druhá doba porodní, menší riziko epiziotomie, menší patologie záznamu srdeční činnosti plodu, nepatrné zvýšení ruptury druhého stupně (Ruth Keen *at al.*, 2007).

4.3.4 Metoda zpomaleného prořezávání hlavičky

Super crowning nebo-li metoda zpomaleného prořezávání hlavičky vede k nižšímu výskytu poranění hráze třetího a čtvrtého stupně. Super crowning se provádí v době normálního prořezávání hlavičky tak, že se jemným protitlakem ruky tlačí na hlavičku. Tím, že umožníme kolagenu a ostatním pojivovým tkáním dostatek času na jejich přirozené a pomalé natažení, docílíme **významné redukce počtu poranění hráze**. Tento manévr mírně prodlouží druhou dobu porodní o jednu či dvě kontrakce. Super crowning se nedoporučuje v případě suspektního kardiokografického záznamu nebo v případech, kdy je nutné rychlé ukončení porodu. (Goldberg a Sultana, 2004, s. 13).

4.3.5 Porodnický gel

Porodnický gel, který vytváří v pochvě přilnavý kluzký film, snižuje třecí síly, a tím pádem plod lépe prochází porodním kanálem. Tím, že gel redukuje statické tření během kontrakcí dělohy a dynamické tření během vypuzování plodu, umožňuje kratší a méně bolestivý porod, chrání pánevní dno, pochvu a hráz a šetří síly dítěte a matky. Tyto poznatky vycházejí z klinických studií švýcarských gynekologů, které ukázaly, že porodnický gel redukuje třecí síly až o 50 %, a zkracuje samotný porod až o 30 %, což představuje asi jednu a půl hodiny (© Dianatal, 2008).

5 OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ

5.1 Zásady ošetřování porodních poranění

Doba po porodu se považovala za důležitou část porodu. Především domorodé ženy mohly používat celou řadu metod, jak se dostat znovu do kondice. Bylo zvykem, že žena hned po porodu vstala a chodila. Také během porodu hrály velmi důležitou roli masáže, které měly pomoci porodit placentu a zmenšit rodidla do původního stavu (Marek, 2002, s. 55). Porodní poranění, většinou epiziotomie nebo ruptura hráze, se zjišťují lékařskou prohlídkou za pomoci poševních zrcadel po porodu placenty. **Ošetřují se podle chirurgických zásad s potřebnými sterilními nástroji.** Mezi ně patří nůžky, pinzeta, tamponové kleště, poševní zrcadla, jehelec, jehly, šicí materiál, tampóny (Macků, Čech, 2002, s. 81). Po porodu placenty lékař zkontroluje porodní poranění v oblasti pochvy a hráze, děložního hrdla a provede ošetření ruptur vstřebatelným materiálem (Hujová, 2010).

5.1.1 Dodržování hygieny

Po porodu je velmi důležité provádět pravidelně hygienu genitálu, zvláště proto, aby nedošlo k zanesení infekce. Důležité je tedy **edukovat** šestinedělku, aby dodržovala správné hygienické zásady. Mezi ně patří **omývání rodidel** a také **větrání**, které výrazně podporuje hojení poranění. Doporučuje se **močení ve stoje** při současném omývání poranění, protože při močení může žena pociťovat nepříjemné štípání, protože moč stéká přímo na něj (Bulová, 2012, s. 26, Baková, 2010, s. 18). V následujících dnech by žena měla oplachovat šití po každém kojení, protože díky jemu se ve zvýšeném množství vylučuje **hormon oxytocin**, který podporuje zvýšené vylučování očístků, které představují živnou půdou pro bakterie. Důležitá je častá výměna vložek a poté důkladná hygiena rukou, poněvadž očítky jsou velmi infekční (Bulová, 2012, s. 26).

5.1.2 Tlumení bolesti

Bolest po porodu vnímá žena převážně negativně. Nejen že cítí značnou vyčerpanost, ale je i bolest, která ji do určité míry indisponuje. První dva až tři dny jsou po epiziotomii velmi náročné a bolestivé, proto by se měla žena **vyhýbat polohám vsedě, sezení, stání či chzení.** Bolest lze tlumit farmakologickými nebo alternativními metodami. Farmakologické prostředky k tišení bolesti jsou ženě podávány na základě

indikace lékaře. Existuje však i mnoho dalších metod, které zmírňují bolestivost porodního poranění. Nabízí se možnost **ledování**, které pomáhá zmírnit otok a bolestivost okolí porodního poranění. Dále je možno využívat **sedací koupele** s přísadami **dubové kůry**, **heřmánku** nebo **sůl z Mrtvého moře** (Baková, 2010, s. 18, Stadelmann, 2004, s. 333).

5.1.3 Pohyb

Pro ženu po porodu je pohyb bolestivý a nepříjemný, proto většinou vyhledávají polohu vleže. Aby se žena cítila při sezení pohodlněji, může si na židli či na postel položit **nafukovací nebo molitanový kruh**. Před usednutím by měla stáhnout svaly pánevního dna a hýždí (Baková, 2010, s. 18-19). Autor Stadelmann doporučuje **ležet šestinedělkám na břicho** s podložením malého polštáře alespoň **tříkrát denně, dvacet minut**. Stání s poraněním od porodu není příjemné. Lépe se snáší, opře-li se žena o stůl nebo židli, tím pánevnímu dnu uleví. Během šestinedělí se také doporučuje chodit na vysokých podpatkách, jež uvolňují pánevní dno (Stadelmann, 2004, s. 333). Velmi nutná je přísná hygiena a také absence sexuálních aktivit (Delahaye, 2006, s. 152).

5.2 Alternativní metody

5.2.1 Ledování

Jak již ve výše uvedeno, ledování dokáže **zmírnit bolest porodního poranění nebo hematomu**, který vznikl po epiziotomii. **Ledový obklad** snižuje a minimalizuje bolestivost tkání. Lze ho použít bezprostředně po porodu, stejně jako první den šestinedělí. Při domácím používání lze využít ledové kostky s **arnikou nebo měsíčkem**. Ledové kostky se musí zabalit nejméně do třech vrstev, protože chlad by ženy v prvních hodinách nesly (Stadelmann, 2004, s. 334-335, Baková, 2010, s. 19).

5.2.2 Sedací koupele

Radí k nejuspěšnějším příjemným metodám pro podporu hojení ran v šestinedělí. Sedací koupel si žena může dopřát **již první den po porodu**, nehledě na poranění hráze. Voda by měla být ze začátku chladná, asi 28⁰ C, další dny může být voda teplejší, 32⁰ C, a když odezní bolesti, teplota vody se může zvýšit až na tělesnou teplotu. Do sedacích koupelí na podporu hojení ran se mohou přidávat bylinky. Nejznámější přísadami jsou **odvary z dubové kůry a heřmánku**. Ty se však nedoporučují používat v raném

šestinedělí. Jako další přísadu do sedacích koupelí je možno použít **sůl z Mrtvého moře**, která má dezinfekční, čistící a imunitu podporující účinky. Ženy, jejichž hojení nástřihu hráze bývá doprovázeno komplikacemi, by si měly ránu po sedací koupeli důkladně osušit nebo nechat volně uschnout. Při zarudlé nebo lehce červené ráně je doporučována **měsíčková mast**. U široce hlubokých, široce otevřených poranění hráze je dobré používat **kostivalovou mast**, která je známá pro své neobyčejně hojivé schopnosti. Dokáže hojit hluboké rány, protože podporuje obnovu buněk (Stadelmann, 2004, s. 335-336).

6 POPORODNÍ DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA

Poruchy kontinence moči a stolice představují širokospektrý problém, kterým se v České republice zabývají urologové, gastroenterologové, gynekologové, chirurgové a rehabilitační lékaři, a přesto se jedná o problematiku, která nepatří mezi oblíbená témata diskuse laické ani odborné veřejnosti (Jurášková, 2010).

Mezi poporodní **dysfunkce pánevního dna** patří poruchy zvané **hypotonus** a **hypertonus** svalového dna pánevního, které se mohou rozvíjet u žen po porodu. Tyto obě poruchy znamenají pro ženu řadu **klinických problémů** jako je dyspareunie, bolest v podbřišku, pánve nebo perinea, fekální a močovou inkontinenci, nykturii, časté močení (Danica Parkin, 2012). Pokud bychom měli najít nějaký **společný jmenovatel** pro dysfunkci pánevního dna, je to především poškození závěsných a podpurných struktur dna pánevního (Roztočil, 2011, s. 266). **Poporodní dysfunkce pánevního dna** se vyskytuje poměrně často. Zatím neexistují žádné národní studie, které měří výskyt poporodní dysfunkci pánevního dna, ale některé studie ukazují, že pánevní bolesti po porodu u žen dosahovaly až 44 % a poporodní inkontinence se objevila u 33 % žen (Danica Parkin, 2012). Ovšem jeden z nejhojněji diskutovaných faktorů, které mají vliv na vznik prolapsu pánevních orgánů, je **vaginální porod**. Ženy, které rodily vaginálním způsobem, mají 4 - 11 krát vyšší pravděpodobnost prolapsu pánevních orgánů (Roztočil, 2011, s. 266).

Autor Roztočil uvádí možné **negativní vlivy** vaginálně vedeného porodu na pánevní dno. Rozděluje je do třech oblastí (Roztočil, 2011, s. 267).

1. Vliv porodu na funkci nervových struktur pánevního dna.
2. Vliv porodu na funkci svalových struktur pánevního dna.
3. Vliv porodu na funkci vazivových struktur pánevního dna.

6.1 Pánevní dno a porod

Schopnost pánevního dna zachovat močové i fekální kontinence je nepochybně ohrožena vaginálním porodem. Ve chvíli, kdy se hlavička dítěte porodí, svaly, fascie a nervy pánevního dna jsou maximálně rozevřeny. Je možné, že napnutí a možné natržení nitropánevních fascií a svalů a související trauma pudendálních nervů může být příčinou dysfunkce pánevního dna. Trhliny fascií mají schopnost se zahojit, ale má se za to,

že ve výsledku pojivová tkáň není tak pevná, jako byla před porodem, a že žena pravděpodobněji trpí symptomy dysfunkce pánevního dna, jako jsou inkontinence nebo prolaps pánevních orgánů. Tyto příznaky se mohou výrazněji objevit později, v důsledku procesu stárnutí a hormonálních změn v menopauze, které ovlivňují již tak oslabené fascie (Herbert, 2009).

Některé ženy kvůli **familiární nedostatečnosti** typu **kolagenu** mohou být predisponovány k rozvoji dysfunkce pánevního dna. Premenopauzální nulipary trpící stresovou močovou inkontinencí mají slabší kolagen pánevního dna než kontrolní skupiny premenopauzální nulipary bez stresové močové inkontinence. Je patrné, že zřejmě existuje skupina žen s **vrozeným oslabením pojivové tkáně** a fascií, které mohou být rizikovou skupinou pro stresovou inkontinenci a prolapsem pánevních orgánů v důsledku porodu (Herbert, 2009).

6.2 Poranění nervů

Řada studií uvádí, že stresová močová inkontinence po porodu je způsobena poškozením periferních nervů. Srovnání funkce pudendálního nervu před porodem a po něm ukazuje, že příčina denervace se objevuje během druhé doby porodní. Denervaci pudendálního nervu u 80 % žen po prvním vaginálním porodu. V této studii jsou jako rizikové faktory pro toto poranění nervu uváděny protrahovaná aktivní druhá doba porodní a vyšší porodní hmotnost dítěte (Herbert, 2009).

U mnoha žen může poškození nervů, vzniklé při porodu, přetrvávat a související dysfunkce svalů pánevního dna se může časem zhoršovat. Nervové poškození může být způsobeno výrazně nižší schopností nervové tkáně prodlužovat se ve srovnání se svaly nebo fasciemi. Bylo prokázáno, že nervy jsou schopny se prodloužit o 6 – 22 % své původní délky, než dojde k jejich poškození, zatímco kosterní svaly vydrží natažení až na 200 % své délky (Herbert, 2009).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

Průzkum byl prováděn v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s., Nemocnici s poliklinikou v Novém Jičíně a.s., v Centrum Radmila ve Zlíně.

7.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost těhotných žen o možnostech prevence porodního poranění.
2. Zjistit nejčastější používané preventivní metody poranění hráže při porodu.
3. Zjistit nejčastější porodní poranění.
4. Zjistit, jestli byla rodička edukována o ošetřování porodního poranění.

7.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo prováděno formou tištěných anonymních dotazníků, kterých bylo rozdáno 120 kusů a návrat byl 74 (61,6 %) respondentů a dále formou elektronického dotazníku, prostřednictvím kterého odpovědělo dalších 46 (38,3 %) respondentů. Ke sběru potřebných informací k vypracování praktické části bakalářské práce bylo zvoleno dotazníkové šetření, které probíhalo od února 2013 až do března 2013. Bylo vytvořeno 24 otázek, které měly jak otevřenou, tak i uzavřenou formu. Otázky zahrnovaly jak demografické údaje pro bližší identifikaci zkoumaného objektu, tak i otázky týkající se preventivního opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění. Ke zpracování praktické části bakalářské práce bylo nutné zajistit žádost o umožnění výzkumného šetření (příloha P II) v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. na gynekologicko-porodnickém oddělení, v Nemocnici s poliklinikou v Novém Jičíně a.s. na gynekologicko-porodnickém oddělení a v Centrum Radmila ve Zlíně. Poté následovala analýza získaných dat. Výsledky šetření jsou vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek.

7.3 Charakteristika souboru

Cílová skupina respondentů – ženy po porodu v období šestinedělí - byla zvolena záměrně na základě daného tématu bakalářské práce. Do průzkumu bylo zařazeno 140 respondentek, nejmladší z nich je 16 - ti letá žena, nejstarší respondentkou je 41 - ti letá žena.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

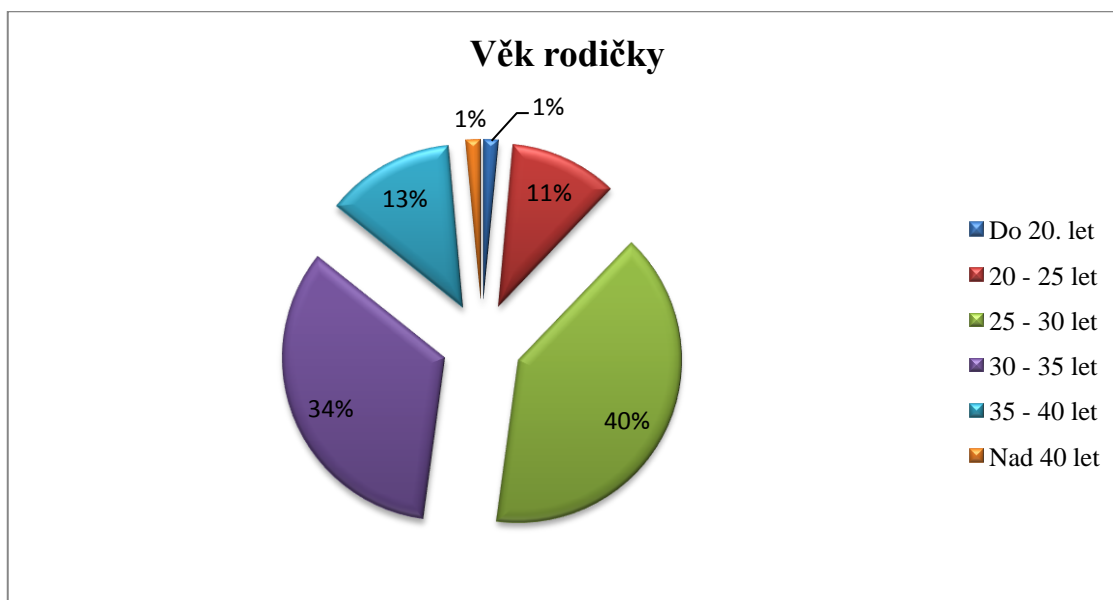
Položka 1: Věk rodičky.

Tabulka 1: Věk rodičky.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodička do 20 let věku	2	1,4 %
Rodička ve věku 20 - 25 let	15	10,7 %
Rodička ve věku 25 - 30 let	56	40,0 %
Rodička ve věku 30 - 35 let	47	33,5 %
Rodička ve věku 35 - 40 let	18	12,8 %
Rodičky nad 40 let	2	1,4 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 1: Věk rodičky.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejpočetnější skupinou jsou ženy ve věku 25 - 30 let 40,0 %. Dále následovaly ženy ve věku 30 - 35 let 33,5 %, poté následují ženy ve věku 35 - 40 let 12,8 %. Další, méně početnou skupinou jsou ženy ve věku 20 - 25 let 10,7 %. Celých 1,4 % žen rodily ve věku do 20 let a nad 40 let.

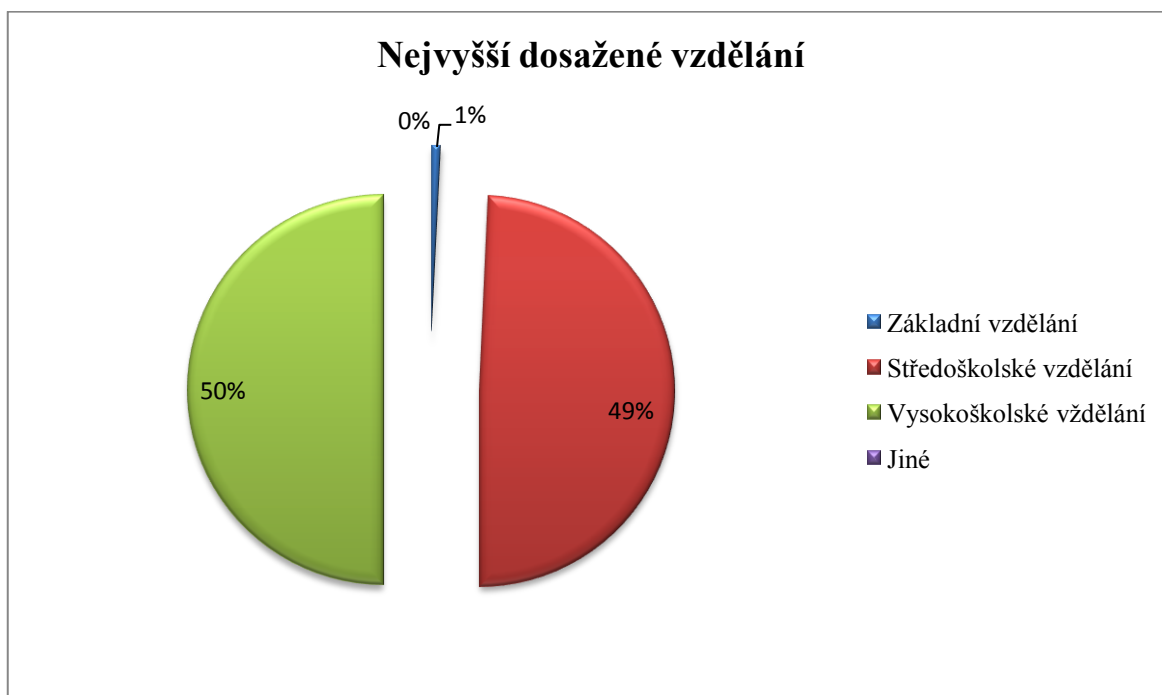
Položka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičky.

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičky.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní vzdělání	1	0,7 %
Středoškolské vzdělání	69	49,2 %
Vysokoškolské vzdělání	70	50,0 %
Jiné	0	0,0 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičky.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejvíce rodiček 50,0 % má nejvyšší ukončené vzdělání vysokoškolské. Dále celých 49,2 % rodiček má středoškolské vzdělání. Jen 0,7 % rodiček má jen základní vzdělání. Ve zkoumané skupině respondentek nedosáhl nikdo jiného vzdělání.

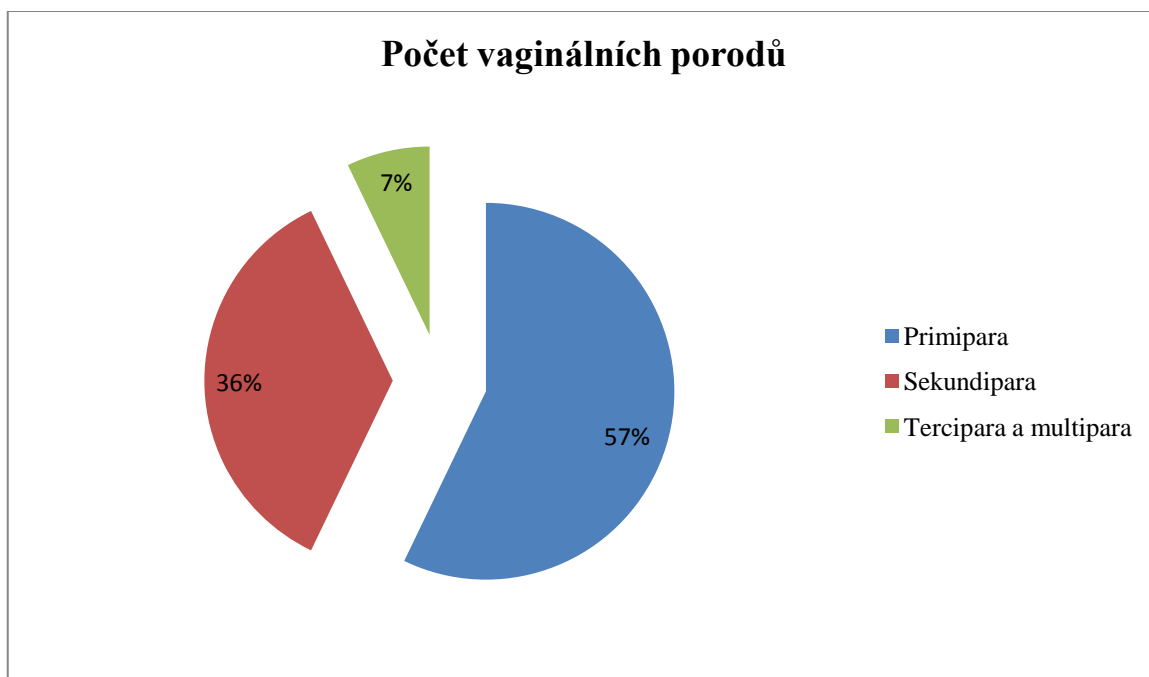
Položka 3: Počet vaginálních porodů.

Tabulka 3: Počet vaginálních porodů.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipara	80	57,1 %
Sekundipara	50	35,7 %
Tercipara a multipara	10	7,1 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 3: Počet vaginálních porodů.

*Zdroj: Vlastní.*

Komentář: Jednoznačně nepočtenější skupinou jsou primipary tvořící 57,1 %, druhorodičky 35,7 % a tercipary a multipary jsou v zastoupení 7,1 %.

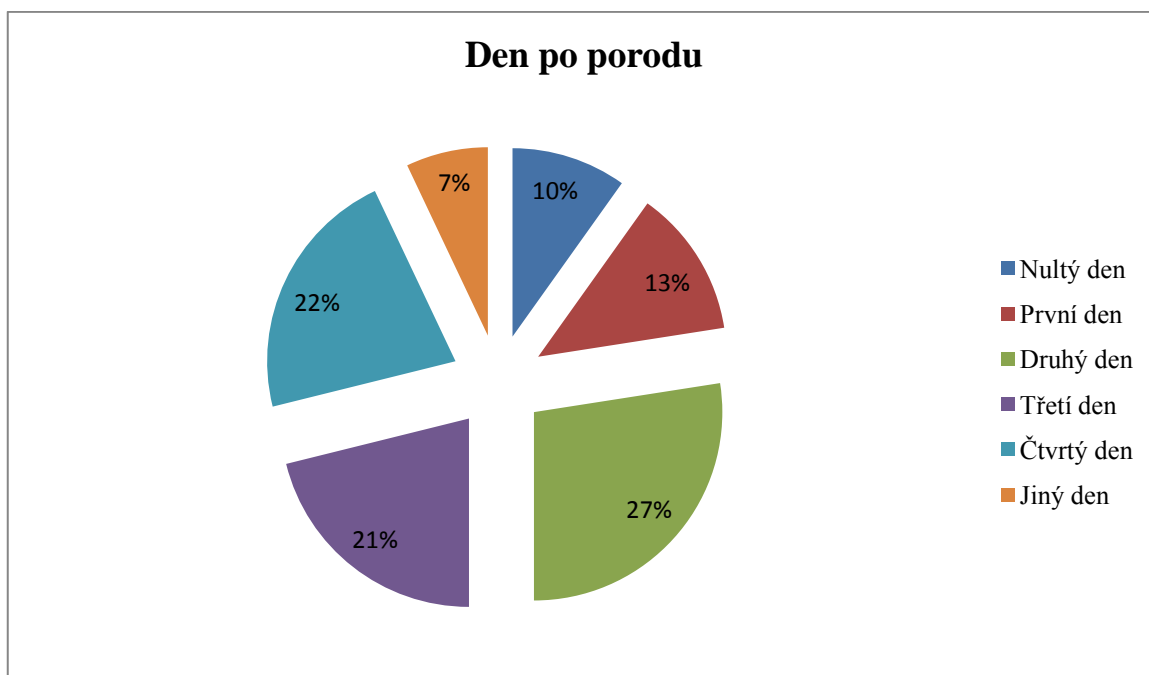
Položka 4: Den, který je žena po porodu.

Tabulka 4: Den, který je žena po porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nultý den	14	10,0 %
První den	18	12,8 %
Druhý den	39	27,8 %
Třetí den	30	21,4 %
Čtvrtý den	31	22,1 %
Jiný den	10	7,1 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 4: Den, který je žena po porodu.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Největší počet rodiček 27,8 % bylo po porodu druhý den, za nimi následovaly rodičky, které byly po porodu čtvrtý den 22,1 %. Třetí den po porodu bylo 21,4 % rodiček, 12,8 % rodiček bylo po porodu první den. V den porodu bylo 10 % rodiček a jen 7,1 % rodiček bylo po porodu 10. den.

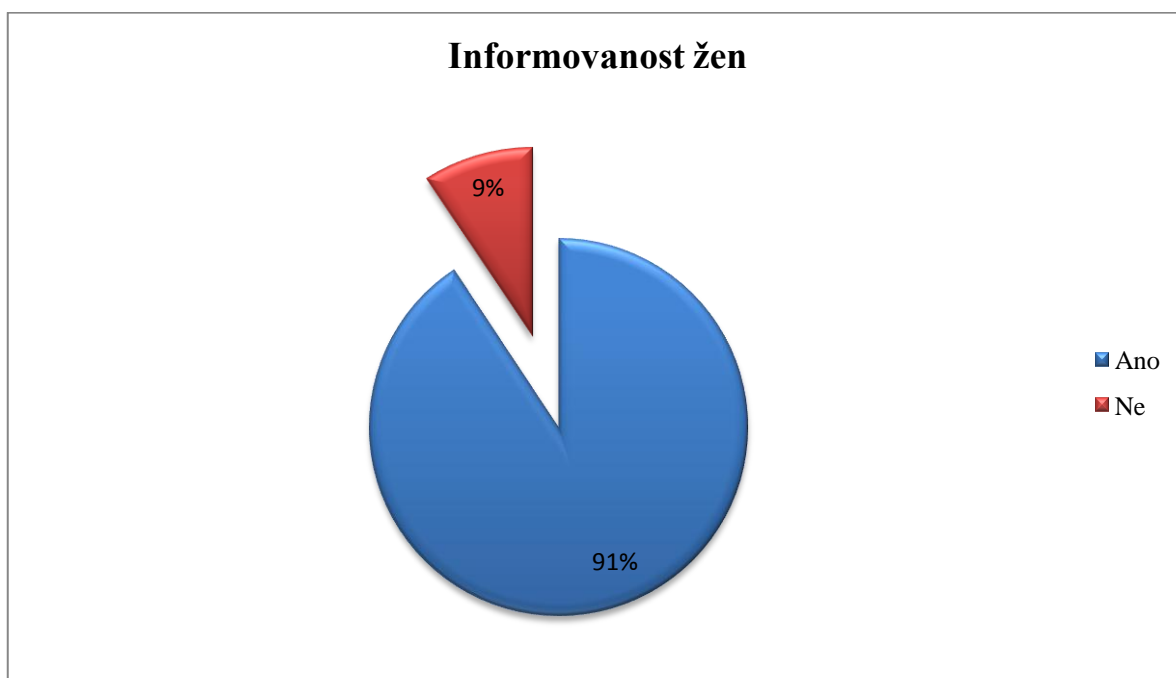
Položka 5: Informovanost o preventivních opatřeních vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění.

Tabulka 5: Informovanost žen o preventivních opatřeních.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	127	90,7 %
Ne	13	9,2 %
CELKEM	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 5: Informovanost žen o preventivních opatřeních.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Očekávaně odpovědělo 90,7 % rodiček, že bylo informováno o preventivních opatřeních vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění a jen 9,2 % žen odpovědělo, že nebylo o těchto metodách vůbec seznámeno.

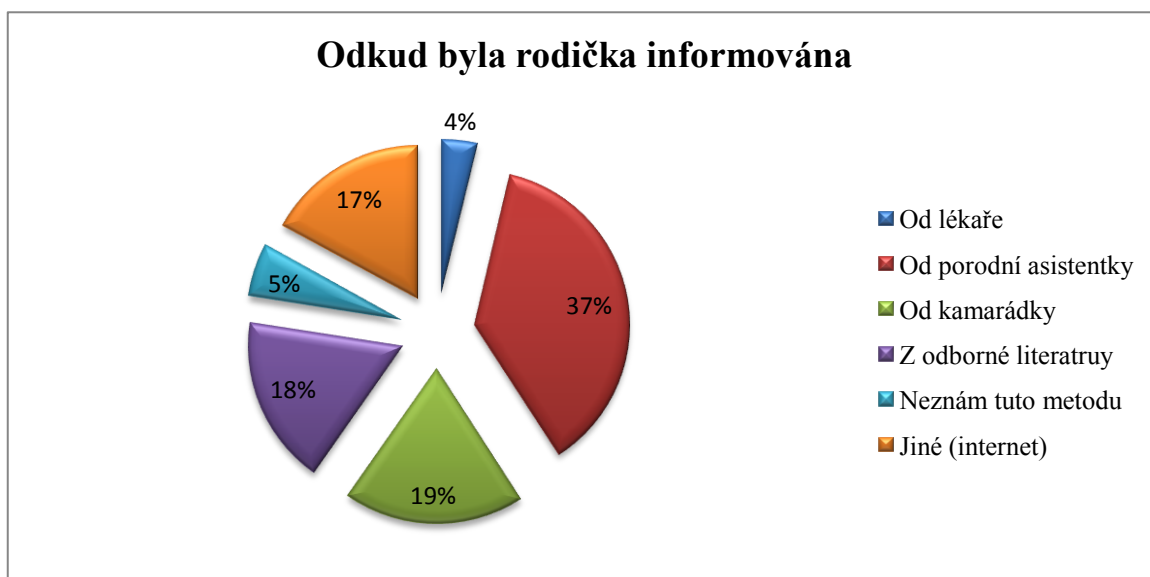
Položka 6: Odkud byla rodička informována o výše zmíněných preventivních opatřeních.

Tabulka 6: Odkud byla rodička informována.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od lékaře	6	3,6 %
Od porodní asistentky	61	37,1 %
Od kamarádky	31	18,9 %
Z odborné literatury	29	17,6 %
Neznám tuto metodu	9	5,4 %
Jiné (internet)	28	17,0 %
<u>CELKEM</u>	164	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 6: Odkud byla rodička informována.



Zdroj: Vlastní

Komentář: V této položce měly respondentky možnost výběru více odpovědí, z toho největší skupinu respondentek 37,1 % edukovaly o preventivních metodách porodní asistentky, dále pak rodičky získaly informace od kamarádek, 18,9 %, z odborné literatury 17,6 % a také z internetu 17,0 %. Nejmenší skupinu tvoří rodičky, které tuto metodu neznají 5,4 % a ženy, které edukoval lékař 3,6 %.

Položka 7: Povědomí žen, kolikrát za den/minut by se mělo posilovat pánevní dno.

Tabulka 7: Povědomí žen, kolikrát za den/minut by se mělo posilovat pánevní dno.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	22,1 %
Ne	109	77,8 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 7: Povědomí žen, kolikrát za den/minut by se mělo posilovat pánevní dno.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Podle očekávání drtivá většina respondentek 77,8 % nemá ponětí kolikrát za den a minut by se mělo v těhotenství posilovat pánevní dno. Za to 22,1 % rodiček je edukovaných a nejčastěji uvádí posilování pánevního dna 5 - 10 minut 1 - 2x denně.

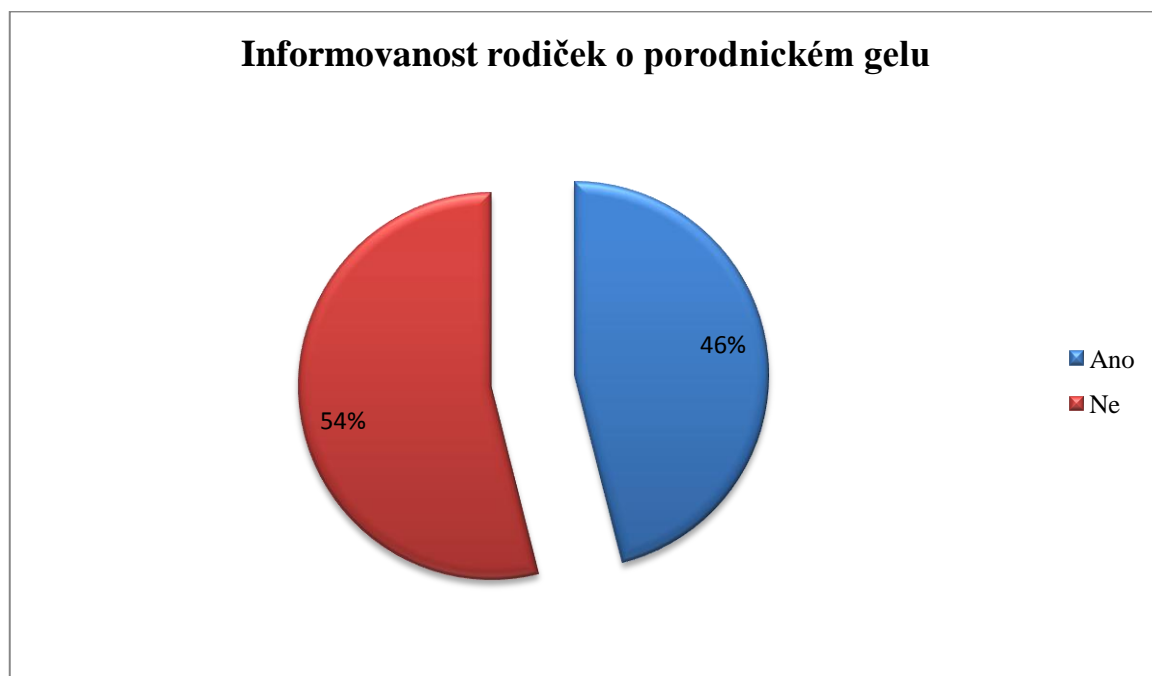
Položka 8: Informovanost rodiček o porodnickém gelu, který se používá při porodu.

Tabulka 8: Informovanost rodiček o porodnickém gelu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	64	45,7 %
Ne	75	53,5 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 8: Informovanost rodiček o porodnickém gelu.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Největší počet šestinedělek 53,5 % nezná porodnický gel, naopak 45,7 % rodiček je informovaných o porodnickém gelu.

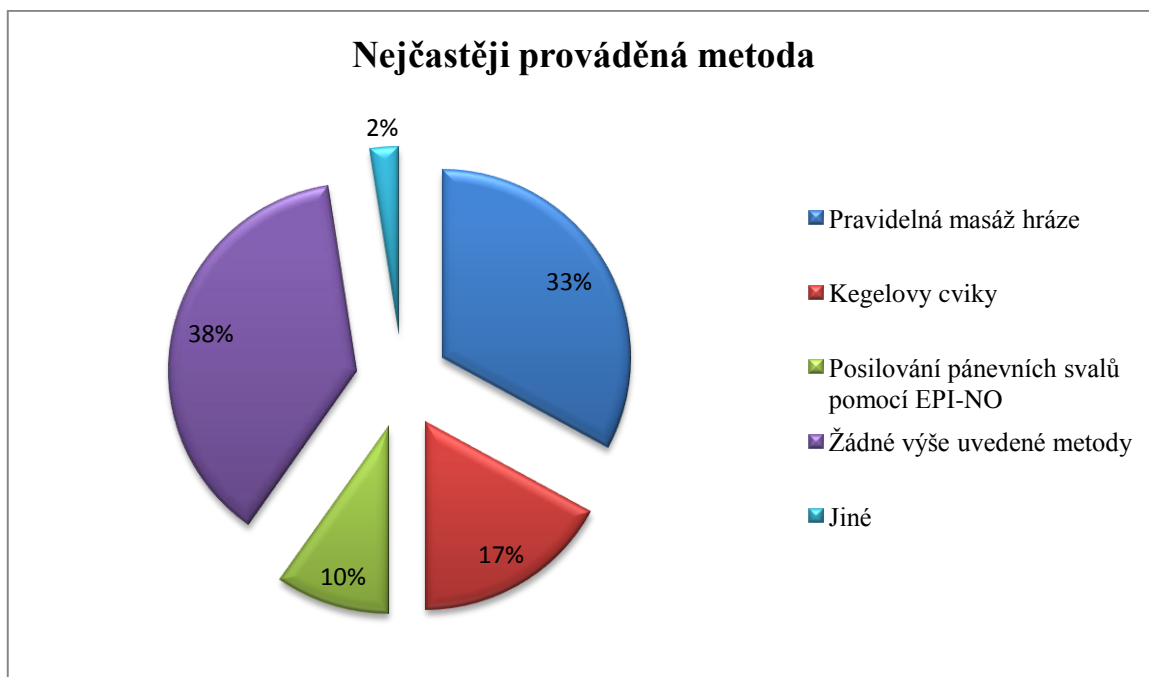
Položka 9: Nejčastěji prováděná metoda prevence poranění hráze.

Tabulka 9: Nejčastěji prováděná metoda.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pravidelná masáž hráze	54	38,5 %
Kegelovy cviky	28	20,0 %
Posilování pánevních svalů pomocí EPI-NO	16	11,4 %
Žádné výše uvedené metody	62	44,2 %
Jiné	4	2,8 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 9: Nejčastěji prováděná metoda.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Největší skupina respondentů 44,2 % uvádí, že žádné preventivní opatření během těhotenství neprováděla, druhá největší skupina 38,5 % těhotných žen prováděla v těhotenství pravidelnou masáž hráze a třetí největší skupina 20,0 % cvičila Kegelovy cviky. Jen velmi málo žen 11,4 % posilovalo pánevní dno pomocí balónku EPI-NO a jen 2,8 % žen uvedlo, že prováděly aromaterapie, pohyb, sex a občasné posilování.

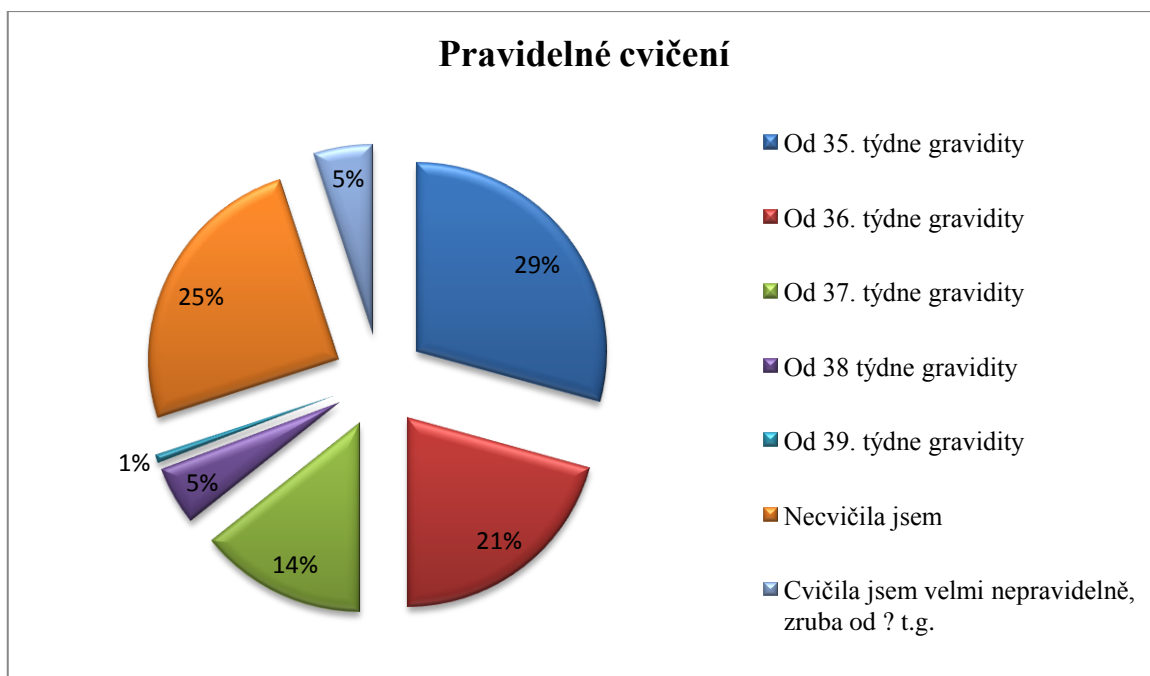
Položka 10: Od kterého týdne začaly těhotné ženy pravidelně cvičit.

Tabulka 10: Od kterého týdne začaly těhotné ženy pravidelně cvičit.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od 35. týdne gravidity	41	29,2 %
Od 36. týdne gravidity	29	20,7 %
Od 37. týdne gravidity	20	14,2 %
Od 38. týdne gravidity	7	5,0 %
Od 39. týdne gravidity	1	0,7 %
Necvičila jsem	35	25,0 %
Cvičila jsem velmi nepravidelně, zhruba od ? týdne gravidity	7	5,0 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 10: Od kterého týdne začaly těhotné ženy pravidelně cvičit.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: 29,2 % těhotných žen začalo používat preventivní metody od 35. týdne gravidity, což tvoří největší procentuální skupinu. Na druhém místě jsou respondentky, které necvičily vůbec 25,0 % a na třetím místě ženy cvičící od 36. týdne gravidity 20,7 %. Dále skupinu respondentek doplňují se 14,2 % ženy, které cvičily od 37. týdne gravidity. Stejný počet 5,0 % je zaznamenán u žen, které cvičily od 38. týdne gravidity a také které cvičily velmi nepravidelně a to od 20. – 34. týdne gravidity. Nejméně počet žen a to 0,7 % začalo cvičit od 39. týdne těhotenství.

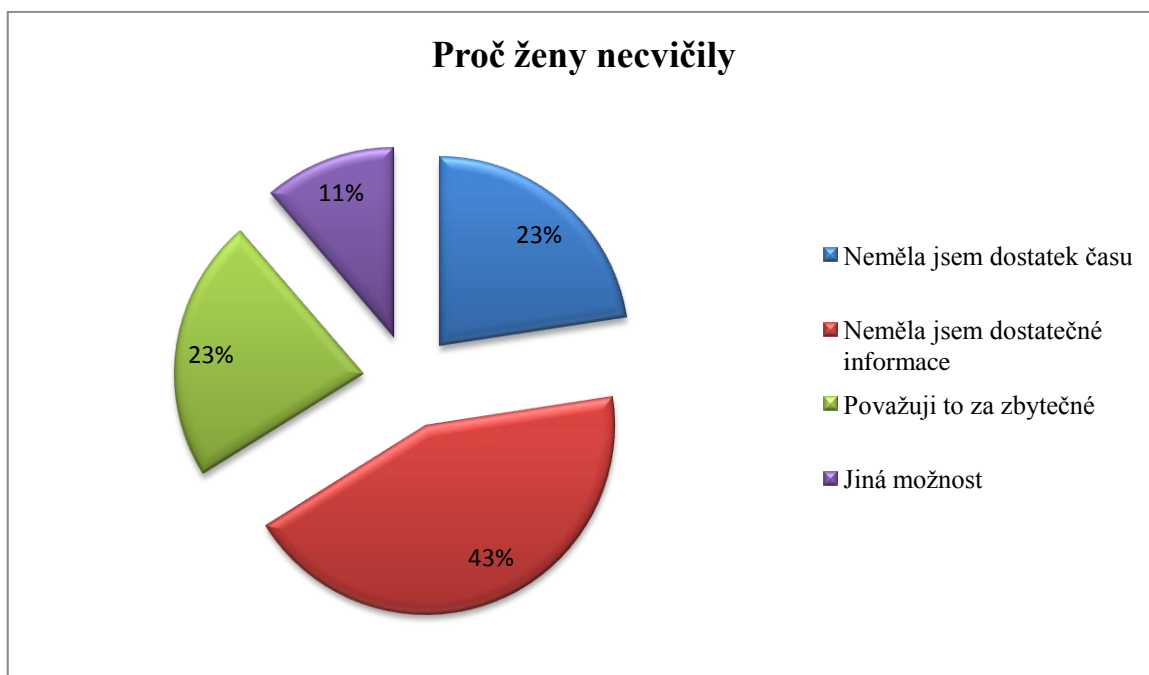
Položka 11: Proč ženy neprováděny preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění.

Tabulka 11: Proč ženy neprováděly preventivní opatření.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neměla jsem dostatek času	14	22,5 %
Neměla jsem dostatečné informace	27	43,5 %
Považuji to za zbytečné	14	22,5 %
Jiná možnost	7	11,2 %
<u>CELKEM</u>	62	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 11: Proč ženy neprováděly preventivní opatření.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Tato položka se týkala jen 62 respondentek. Největší skupinou odpovědí 43,5 % bylo, že ženy neměly dostatečné informace, aby mohly provádět preventivní opatření. Následovaly 2 skupiny se stejným počtem 22,5 %, které odpověděly, že neměly dostatek času, a považují provádění cvičení za zcela zbytečné. Nejmenší skupinou 11,2 % byly ženy, které uvedly jiný důvod, a to především vaginální mykózy, záněty, hemeroidy, klidový režim, cerkláž a nedobrá zkušenost u předchozího porodu.

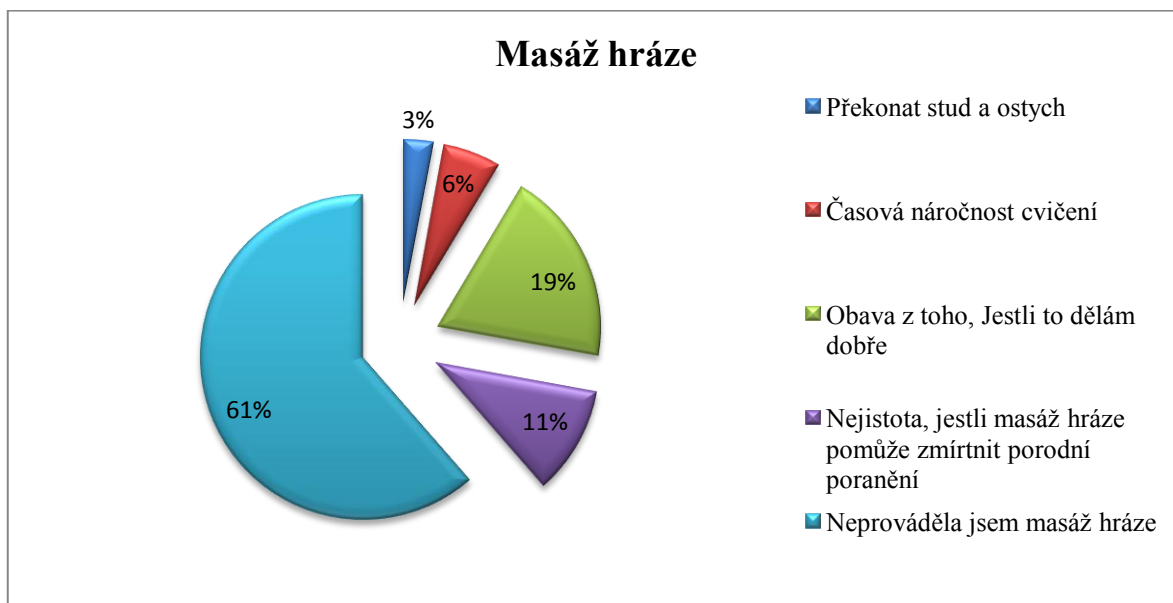
Položka 12: Co bylo nejtěžší při provádění masáže hráze?

Tabulka 12: Co bylo nejtěžší při masáži hráze?

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Překonat ostych a stud	4	2,8 %
Časová náročnost cvičení	8	5,7 %
Obava z toho, jestli to dělám dobře	27	19,2 %
Nejistota, jestli masáž hráze pomůže zmírnit porodní poranění	15	10,7 %
Neprováděla jsem masáž hráze	86	61,4 %
CELKEM	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 12: Co bylo nejtěžší při masáži hráze?



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z celkového počtu 140 dotazovaných žen, celkem 61,4 % rodiček neprovádělo během těhotenství masáž hráze. Naopak těhotné ženy, které prováděly masáž hráze (38,5 %) uvádějí, že největší problém 19,2 % byla obava, jestli provádějí cvičení v pořádku a dále 10,7 % žen uvedlo nejistotu, jestli jim cvičení pomůže zmírnit porodní poranění. 5,7 % rodiček uvedlo, že cvičení je časově náročnější a nejméně žen 2,8 % řeklo, že byl problém překonat stud.

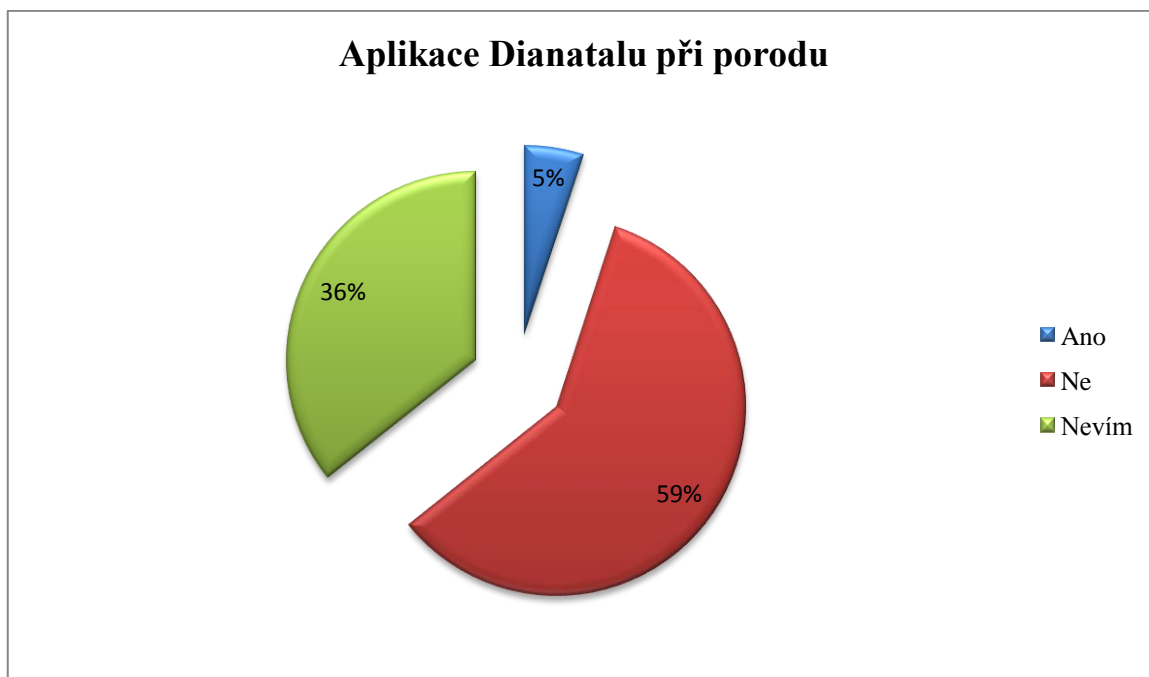
Položka 13: Aplikace porodnického gelu Dianatalu při porodu.

Tabulka 13: Aplikace porodnického gelu Dianatal.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	5,0 %
Ne	83	59,2 %
Nevím	50	35,7 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 13: Aplikace porodnického gelu Dianatal.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Očekávaně nejvíc počet žen 59,2 % uvedlo, že jim nebyl aplikován porodnický gel a 35,7 % žen uvedlo, že si nejsou jisté. Jen pouze 5,0 % rodiček uvedlo, že jim byl aplikován porodnický gel Dianatal.

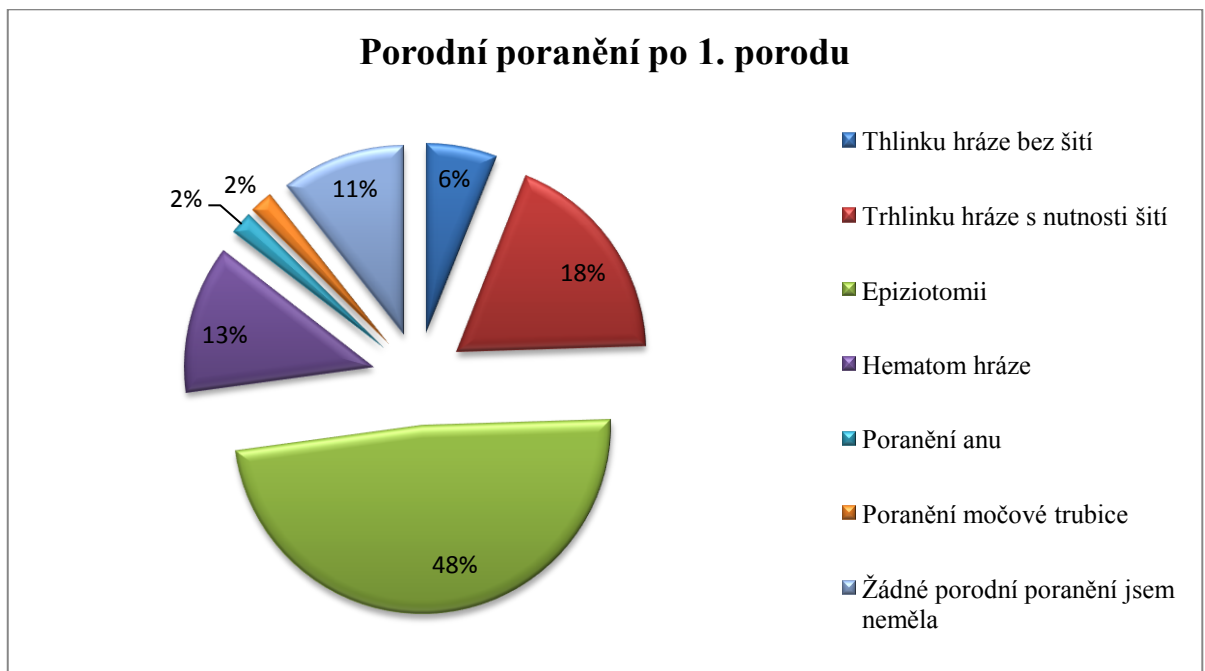
Položka 14 a: Porodní poranění po 1. porodu.

Tabulka 14: Porodní poranění po 1. porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Trhlunku hráze bez šití	9	5,9 %
Trhlunku hráze s nutností šití	28	18,5 %
Epiziotomii	73	48,3 %
Hematom perinea	19	12,5 %
Poranění konečníku	3	1,9 %
Poranění močové trubice	3	1,9 %
Žádné porodní poranění jsem neměla	16	10,5 %
CELKEM	151	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 14: Porodní poranění po 1. porodu.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: V této položce měly respondentky možnost výběru více odpovědí. Podle vlastního očekávání největší počet žen 48,3 % uvedlo, že po prvním porodu jim byla provedena epiziotomie. Druhé nejčastější porodní poranění 18,5 % u rodiček byla ruptura hráze s nutností šití. 12,5 % žen uvedlo, že měly i současně s porodním poraněním hematom perinea, za to 10,5 % žen uvedlo, že neměly žádné porodní poranění. Jen 5,9 % žen uvedlo, že měly trhlinku hráze bez šití a 1,9 % žen uvedlo, že měly poraněnou močovou trubici. Rovněž 1,9 % rodiček uvedlo, že měly poraněný i konečník.

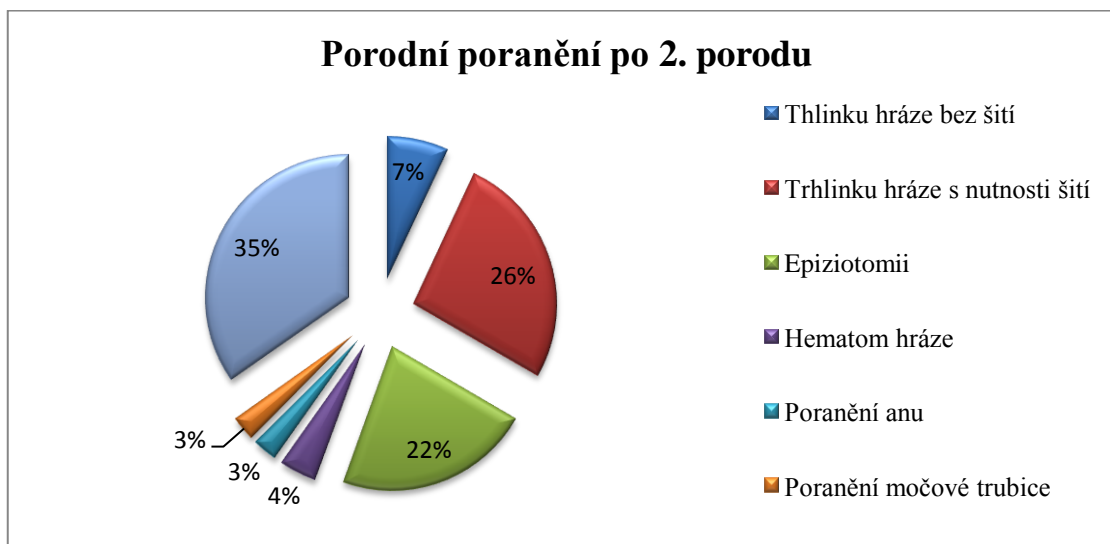
Položka 14 b: Porodní poranění po 2. porodu.

Tabulka 15: Porodní poranění po 2. porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Trhlunku hráze bez šití	5	6,9 %
Trhlunku hráze s nutností šití	19	26,3 %
Epiziotomii	16	22,2 %
Hematom perinea	3	4,1 %
Poranění konečníku	2	2,7 %
Poranění močové trubice	2	2,7 %
Žádné porodní poranění jsem neměla	25	34,7 %
CELKEM	72	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 15: Porodní poranění po 2. porodu.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Tato položka se týkala jen 72 respondentek. 34,7 % rodiček uvedlo, že neměly po porodu žádné porodní poranění, za to 26,3 % rodiček mělo po porodu rupturu perinea s nutností šití. 22,2 % rodičkám byla provedena epiziotomie. Jen 6,9 % žen měly rupturu hráze bez nutnosti šití. 4,1 % rodiček měly hematom perinea. Stejný počet žen 2,7 % žen uvedlo, že měly poranění močové trubice a poranění konečníku.

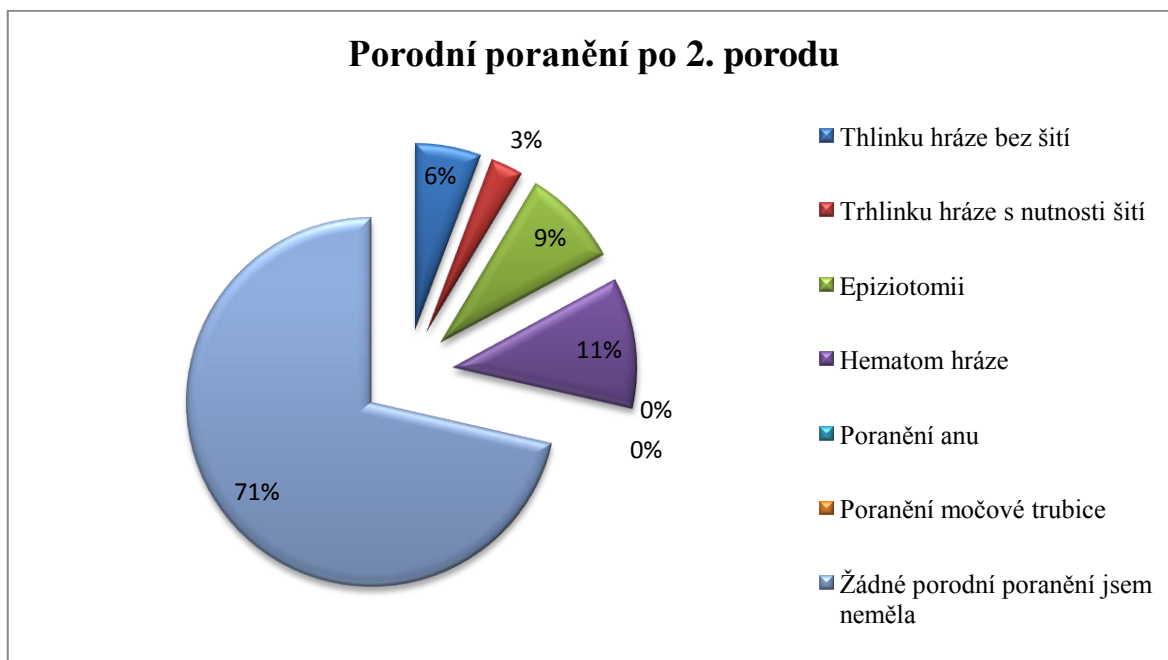
Položka 14 c: Porodní poranění po 3. porodu.

Tabulka 16: Porodní poranění po 3. porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Trhlinku hráze bez šití	2	20,0 %
Trhlinku hráze s nutností šití	1	10,0 %
Epiziotomii	3	30,0 %
Hematom perinea	4	40,0 %
Poranění konečníku	0	0,0 %
Poranění močové trubice	0	0,0 %
Žádné porodní poranění jsem neměla	0	0,0 %
<u>CELKEM</u>	10	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 16: Porodní poranění po 3. porodu.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Tato položka se týkala jen deseti tercipar. Nejčastější porodní poranění multipar 40,0 % je hematom hráze, epiziotomie 30,0 %, ruptura hráze bez šití 20,0 % a 10,0 % žen uvádí rupturu hráze s nutností šití.

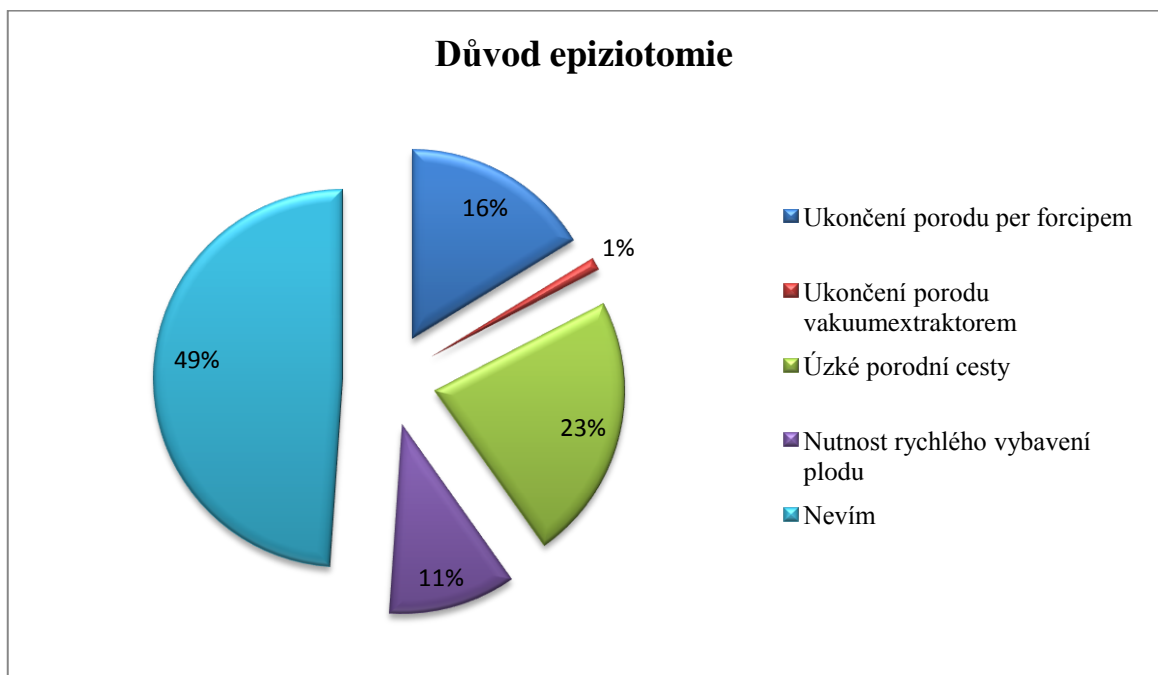
Položka 15: Z jakého důvodu byla provedena epiziotomie.

Tabulka 17: Důvod epiziotomie.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ukončení porodu per forcipem	15	16,3 %
Ukončení porodu vakuumextraktorem	1	1,0 %
Úzké porodní cesty	21	22,8 %
Nutnost rychlého vybavení plodu	10	10,8 %
Nevím	45	48,9 %
CELKEM	92	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 17: Důvod epiziotomie.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Na tuto položku odpovídalo jen 92 respondentek. Největší počet 48,9 % žen neví, proč jim byla provedena epiziotomie. 22,8 % žen uvedlo jako důvod úzké porodní cesty a 16,3 % rodiček uvedlo důvod epiziotomie vybavení plodu per forcipem. 10,8 % rodiček uvedlo jako důvod epiziotomie nutnost rychlého vybavení plodu, a jen 1,0 % žen uvedlo ukončení porodu vakuumextraktorem jako další důvod provedení nástřihu hráze.

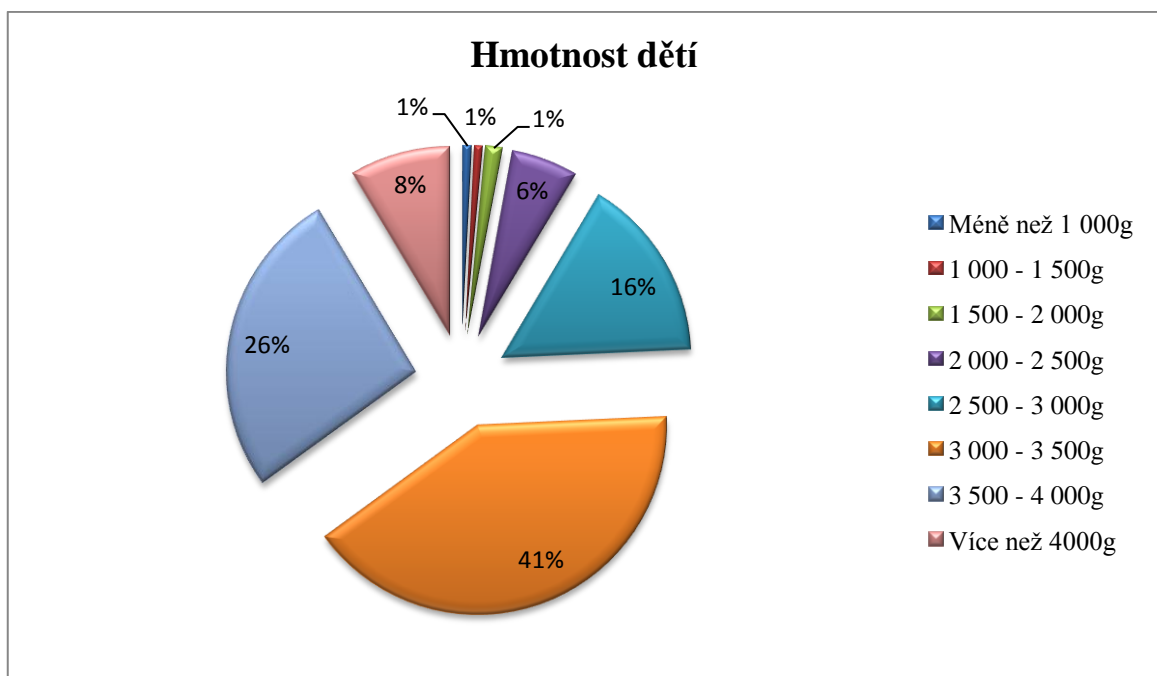
Položka 16: Hmotnost dítěte.

Tabulka 18: Hmotnost dítěte.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 000g	1	0,7 %
1 000 - 1 500g	1	0,7 %
1 500 - 2 000g	2	1,4 %
2 000 - 2 500g	8	5,7 %
2 500 - 3 000g	22	15,7 %
3 000 - 3 500g	57	40,7 %
3 500 - 4 000g	37	26,4 %
Více než 4 000g	12	8,5 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 18: Hmotnost dítěte.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Největší počet dětí 40,7 % vážilo po porodu 3 000g - 3 500g. Dále následovaly novorozenci s váhou 3 500g – 4 000g, kterých bylo 26,4 %. Další menší skupinou 15,7 % dětí vážilo 2 500g – 3 000g a 8,5 % novorozenců mělo více než 4 000g. Menší novorozenci jsou v zastoupení 5,7 %, vážili 2 000g – 2 500g a jen 1,4 % dětí mělo 1 500g – 2 000g. Nejmenších novorozenců bylo 0,7 %, měly váhu 1 500g a méně.

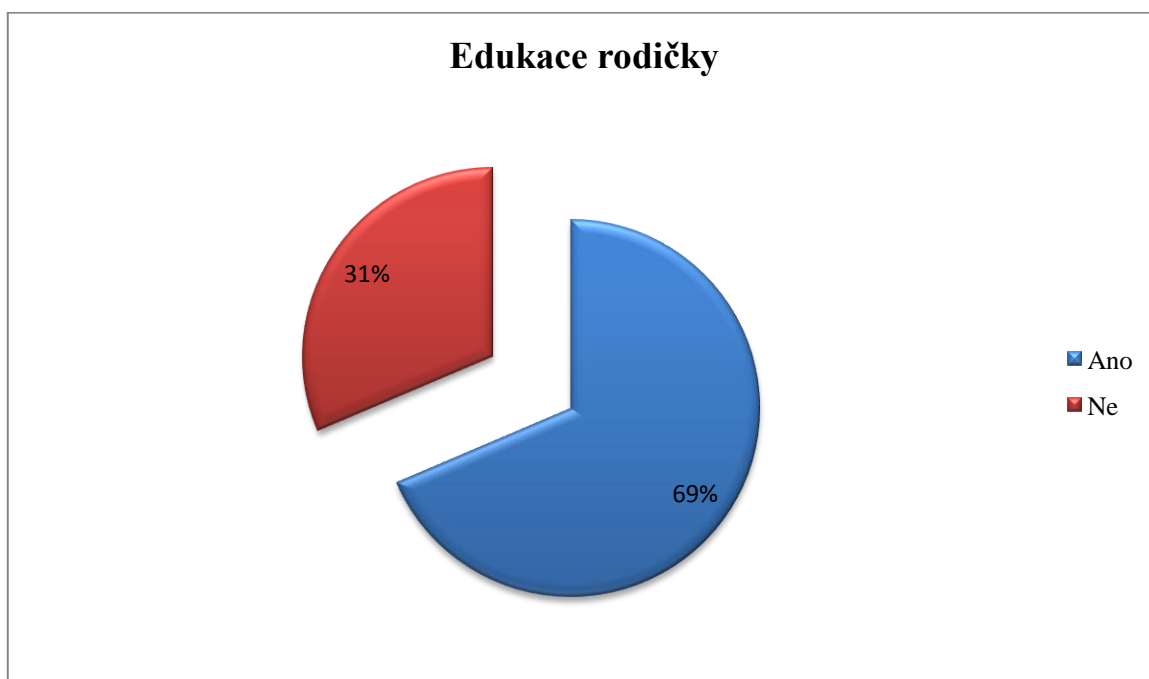
Položka 17: Edukace rodičky ohledně ošetřování porodního poranění od zdravotnického personálu.

Tabulka 19: Edukace rodičky o ošetřování porodního poranění.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	96	68,5 %
Ne	44	31,4 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 19: Edukace rodičky o ošetřování porodního poranění.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Očekávaně 68,5 % respondentek odpovědělo, že byly seznámeny a edukovány o ošetřování porodního poranění. Ovšem 31,4 % dotazovaných tvrdí, že nebyly seznámeny s péčí a ošetřováním porodního poranění.

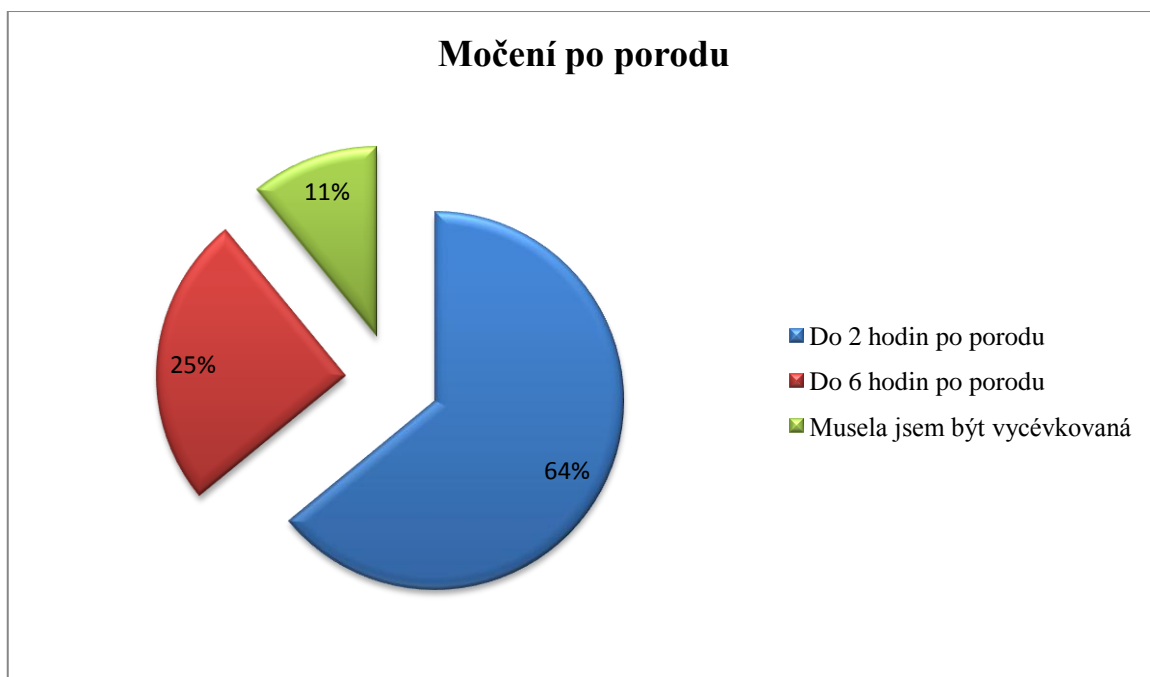
Položka 18: První močení po porodu.

Tabulka 20: První močení po porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 2 hodin po porodu	65	46,4 %
Do 6 hodin po porodu	65	46,4 %
Musela jsem být vycévkovaná	10	7,1 %
CELKEM	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 20: První močení po porodu.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Stejný počet respondentek 46,4 % se vymočily do 2 a 6 hodin po porodu. 7,1 % žen uvádí, že musely po porodu vycévkované.

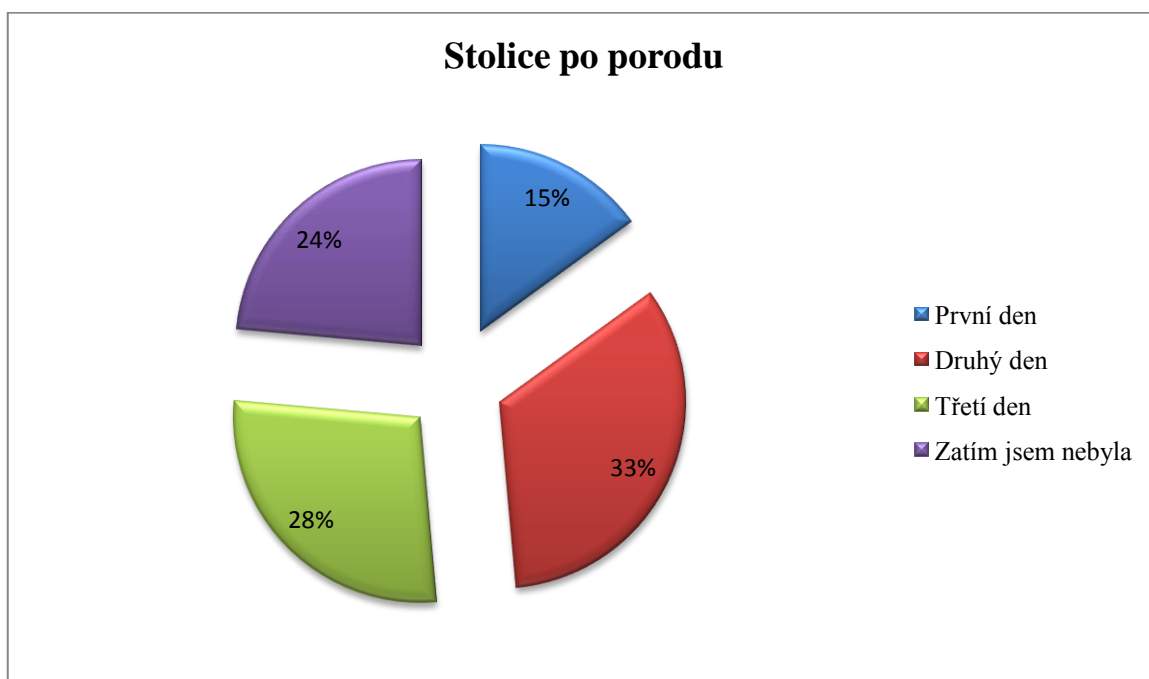
Položka 19: První stolice po porodu.

Tabulka 21: První stolice po porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
První den	21	15 %
Druhý den	47	33,5 %
Třetí den	39	27,8 %
Zatím jsem nebyla	33	23,5 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 21: První stolice po porodu.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Největší skupina žen 33,5 % se vyprázdnilo druhý den. Třetí den se vyprázdnilo 27,8 % žen. Během hospitalizace se zatím nevyprázdnilo 23,5 % rodiček. První den hospitalizace se vyprázdnilo celých 15,0 % žen.

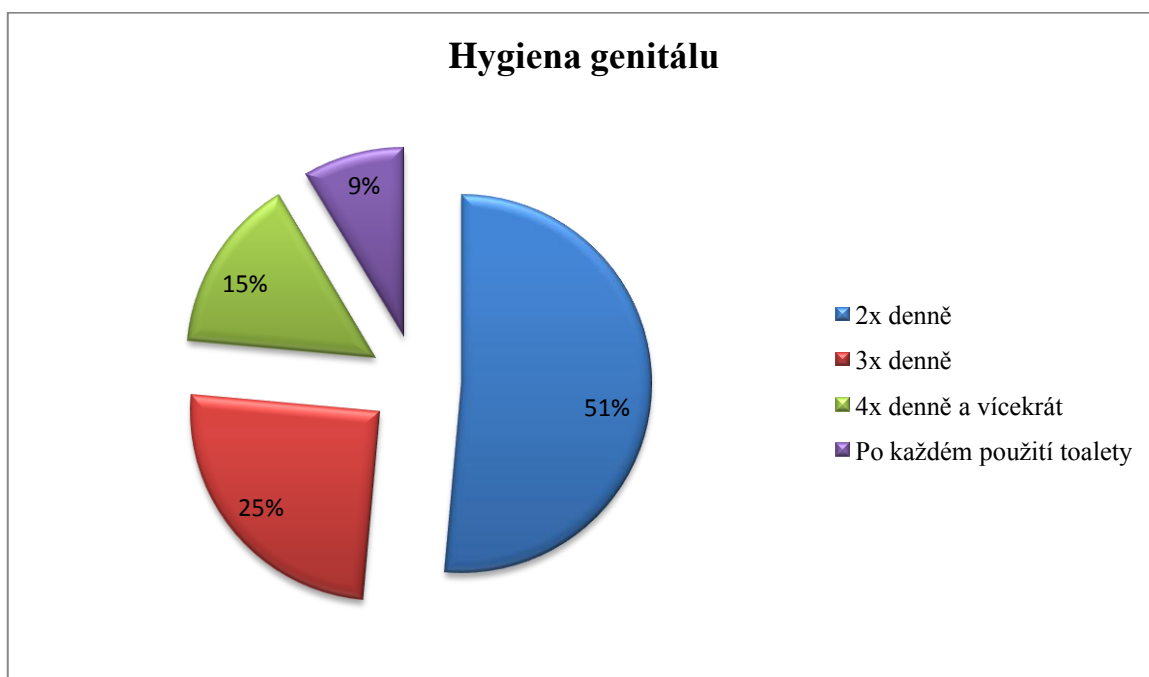
Položka 20: Hygiena genitálu po porodu.

Tabulka 22: Hygiena genitálu po porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
2x denně	72	51,4 %
3x denně	35	25,0 %
4x denně a více	21	15,0 %
Po každém použití toalety	12	8,5 %
<u>CELKEM</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 22: Hygiena genitálu po porodu.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejvíce rodiček 51,4 % si sprchuje genitál 2x denně, dále 25,0 % rodiček si oplachuje genitál 3x denně. 21,0 % rodiček uvádí, že si oplachuje genitál 4x denně či vícekrát, a jen pouze 8,5 % žen uvedlo, že se věnuje oplachu genitálu po každém použití toalety.

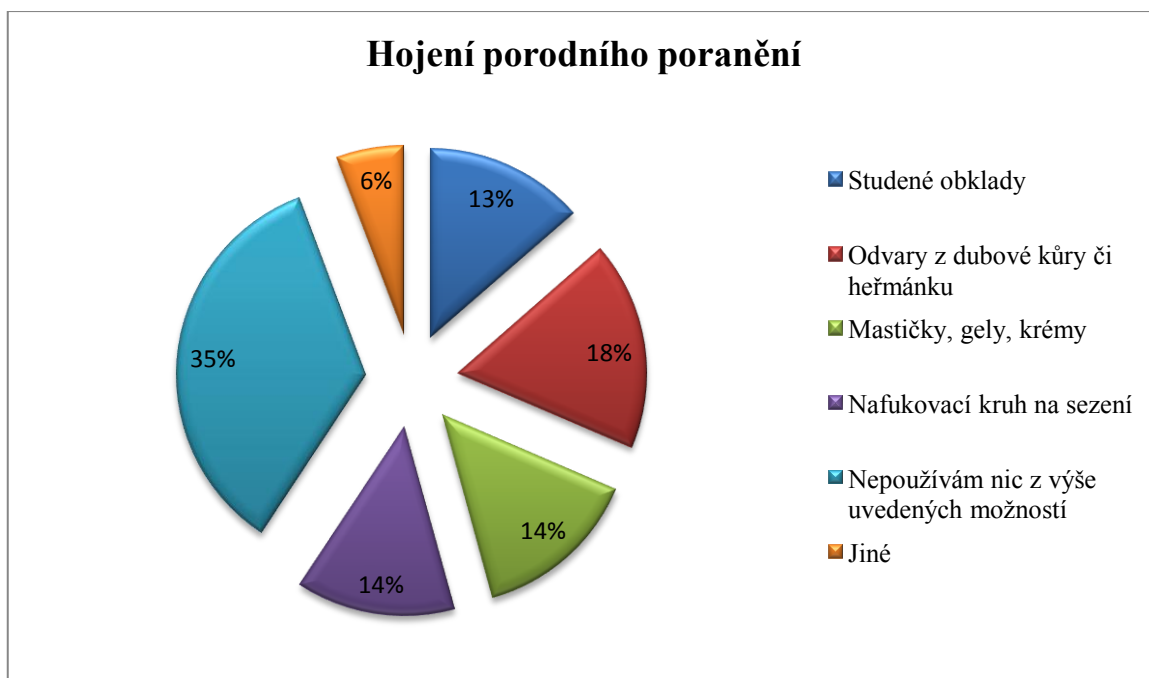
Položka 21: Prostředky ke zlepšení hojení porodního poranění.

Tabulka 23: Prostředky ke zlepšení hojení porodního poranění.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Studené obklady	19	13,5 %
Odvary z dubové kůry či heřmánku	25	17,8 %
Mastičky, gely, krémy	20	14,2 %
Nafukovací kruh na sezení	19	13,5 %
Nepoužívám nic z výše uvedených možností	49	35,0 %
Jiné	8	5,7 %
CELKEM	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 23: Prostředky ke zlepšení hojení porodního poranění.



Zdroj: Vlastní

Komentář: Největší počet respondentek 35,0 % uvedlo, že nepoužívá žádné prostředky ke zlepšení hojení porodního poranění. 17,8 % rodiček uvedlo, že používají odvary z dubové kůry nebo heřmánku. 14,2 % rodiček uvedlo, že používají různé gely, mastičky

a krémy ke zlepšení hojení poranění, jako jsou např. gely z dubové kůry, mesocain gel, měsíčkový intimní gel, šípkový olej a hydrogel. Stejný počet žen 13,5 % uvedlo, že používají studené obklady a nafukovací kruh na sezení. Jiné metody vyjádřilo 5,7 %, mezi ně patří např. porodnické mýdlo, homeopatika, Aloe Vera sprej, olej na masáž hráze s levandulí či antibiotika Doxybene.

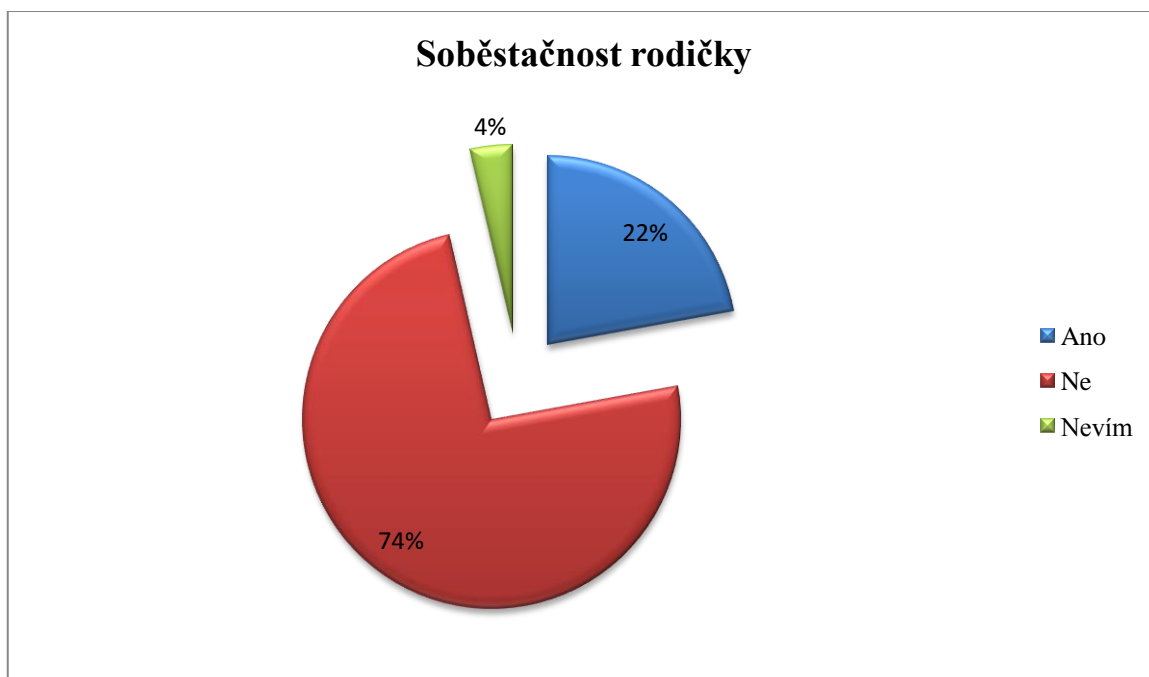
Položka 22: Soběstačnost rodičky podmíněná porodním poraněním.

Tabulka 24: Soběstačnost rodičky.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	22,1 %
Ne	104	74,2 %
Nevím	5	3,5 %
CELKEM	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 24: Soběstačnost rodičky.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Očekávaně největší počet žen 74,2 % uvedlo, že jim nijak neztěžuje soběstačnost jejich porodní poranění. Naopak 22,1 % žen uvedlo, že jim ztěžuje porodní poranění jejich soběstačnost, a 3,5 % žen uvedlo, že neví, jestli jim soběstačnost ztěžuje nebo neztěžuje jejich soběstačnost.

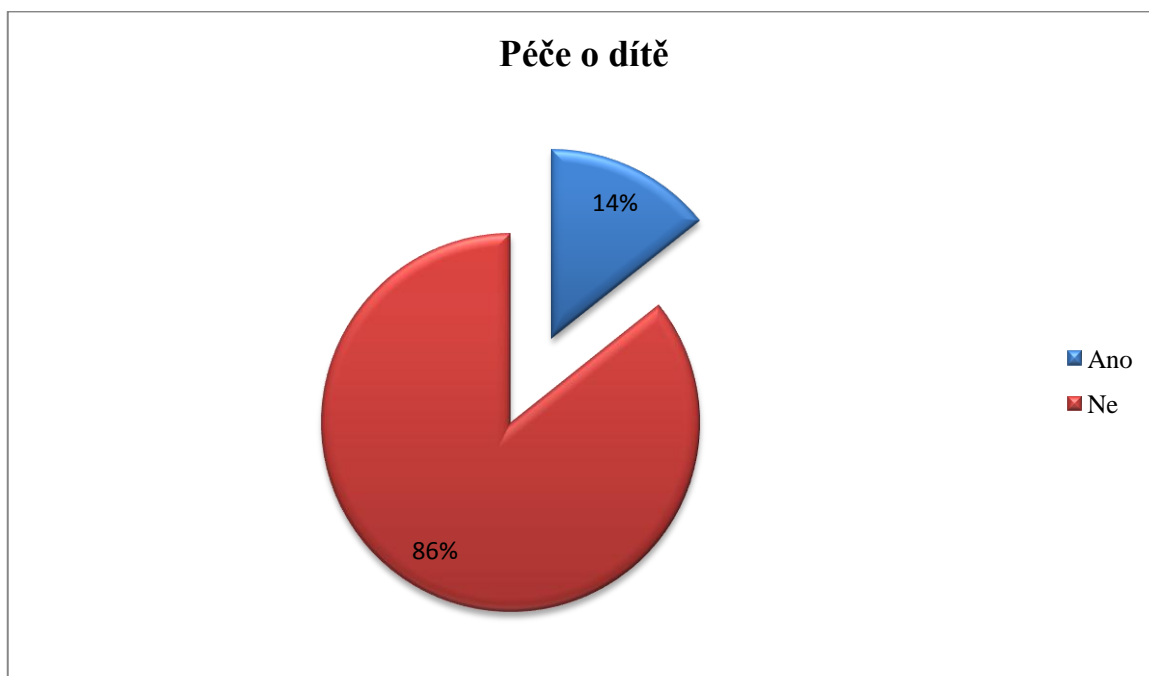
Položka 23: Péče o dítě v souvislosti s porodním poraněním.

Tabulka 25: Péče o dítě.

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	14,2 %
Ne	120	85,7 %
<u>Celkem</u>	140	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 25: Péče o dítě.

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: Drtivá většina rodiček 85,7 % uvedlo, že jim nijak nebránilo porodní poranění pečovat o své dítě, ale 14,2 % rodičkám bránilo jejich porodní poranění pečovat o své dítě.

9 DISKUZE

9.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Podle studie autorů **Beckmann MM, Garrett AJ** „*Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma*“ z roku 2009, které se zúčastnilo 2497 žen, které od 35. týdne těhotenství prováděly alespoň jednou nebo dvakrát týdně masáž hráze, byla 95 % spolehlivost této metody proti perineálnímu poranění. V porovnání s touto bakalářskou prací jsou výsledky zcela odlišné. Z celkového počtu dotazovaných prvorodiček (80) jich pouze 54,0 % pravidelně masírovalo hráz před porodem, ale 73,0 % byla při porodu provedena episiotomie. Z toho lze vyvodit závěr, že primipary tohoto průzkumu prováděly masáž hráze buď špatným, nebo nepravidelným způsobem.

Autoři **Jay Goldberg, MD a Carmen Sultana, MD** ve své intervenční studii o epiziotomii, která probíhala ve Philadelphii v roce 2004, zavedli do porodnické databáze Dotazník o indikaci k provedení episiotomie. Postup, který lékaři dodržovali, ve svém důsledku vedl k výraznému poklesu počtu epiziotomií během jediného roku. U spontánních vaginálních porodů byl pozorován pokles z 39 na 26 %. Pokles počtu episiotomií byl výsledkem taktiky, která donutila porodníka zamyslet se nad svým jednáním a postupem, zdokumentování tohoto postupu a posouzení, proč zrovna v tomto případě provedl nedoporučený a potenciálně škodlivý zákrok. Ve srovnání s touto bakalářskou prací, kdy bylo celkem osloveno 140 rodiček, bylo celkem zaznamenáno 65,7 % epiziotomií. Zde je jasně patrné, že počet epiziotomií u rodiček je stále vysoký.

Zita Kubincová ve své bakalářské práci z roku 2008 zjišťuje faktory ovlivňující četnost porodního poranění. Jako nejčastější druh porodního poranění uvádí u 42,0 % rodiček rupturu *perinei et vaginae* a u 30,0 % žen epiziotomii. Šetřením této bakalářské práce se dospělo k výsledkům podobným. U naprosté většiny žen bylo nejčastější porodní poranění, v 65,7 % případech epiziotomie, a u 34,2 % případů se vyskytla ruptura *perinei et vaginae*.

Eva Bednářová ve své bakalářské práci z roku 2011 uvádí procento epiziotomií provedených na porodním sále ve Zlíně v pětiletých intervalech v letech 1960 až 2010. První udedená hodnota 22,0 % epiziotomií je z roku 1950. Následující léta je zaznamenám prudký vzrůst epiziotomií, a to až na 98,0 % v roce 1980. Naopak prudký pokles nástřihu hráze je zaznamenám až v roce 2005, kdy bylo provedeno 55,0 % epiziotomií, a v roce

2010 je zaznamenáno dokonce 40% epiziotomií. Z porovnání s touto bakalářskou prací, byla rodičkám v 65,7 % případech provedena epiziotomie. Z tohoto průzkumu je patrné, že procento provedených epiziotomií se lehce zvýšil. Jedna z možných příčin provedení epiziotomie je zvyšující se hmotností novorozenců, kdy 40,7 % novorozenců po porodu vážilo 3 000 - 3 500g a 26,5 % novorozenců vážilo po porodu dokonce 3 500 – 4 000 g.

Ivana Bulová uvádí ve své bakalářské práci z roku 2012 informovanost rodiček o možnostech přípravy hráze k porodu. Bulová uvádí, že 21,68 % dotázaných respondentek neměly dostatek informací o metodách přípravy hráze k porodu. Zbýlých 78,32 % žen hráz buď připravovalo, nebo mělo jiný důvod k nepřipravování. S porovnání s touto bakalářskou prací nemělo dostatek informací o preventivních metodách zabraňující perineálnímu poranění jen 9,2 % respondentek. Zbýlých 90,7 % respondentek byly informované a buď hráz připravovalo k porodu (72,7 %), nebo měly jiné důvody k nepřipravování (18,0 %). Z výsledků je tedy patrné, že rodičky jsou v dnešní době ve velké míře informované o těchto preventivních metodách, ale mnohé z nich nemají dostatečné informace k posilování pánovního dna před porodem, nebo dokonce považují tyto metody přípravy hráze k porodu za zbytečné.

9.2 Doporučení pro praxi

Z výsledků vyplývajících z tohoto průzkumu, kdy bylo 90,7 % respondentek informováno o preventivních metodách, které zabraňují perineálnímu poranění při porodu, ale tyto metody používalo jen 69,9 % rodiček, můžeme vyvodit jisté doporučení pro praxi. V prvním případě by bylo vhodné povinné informování všech těhotných žen o preventivních metodách snižujících či zabraňujících perineální poranění při porodu, prostřednictvím edukačního materiálu (příloha P I), který by těhotné ženy měly k dispozici v ambulanci svého privátního gynekologa a v širším rozmezí by se touto problematikou mohly zabývat porodní asistentky vedoucí psychoprofylaktické předporodní kurzy. Dále, aby byla edukace smysluplnější a plnila svůj účel, by byl vhodný praktický nácvik masáže hráze na předporodních kurzech pomocí použití pěnového modelu perinea.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit informovanost těhotných žen o možnostech a především prevenci porodního poranění. Aby bylo možné se touto problematikou zabývat, věnuji tak se v teoretické části blíže struktuře svalového dna pánevního, preventivním metodám, které brání poranění perinea před i při porodu, a také se zabývám následným ošetřováním porodního poranění rodičky.

Prvním cílem bylo zjistit informovanost těhotných žen o možnostech prevence porodního poranění. K tomuto cíli se vztahovaly položky 5, 6, a 8. Výsledek je očekávaný, většina dotazovaných respondentek 90,7 % zná tyto preventivní metody zabraňující porodnímu poranění. 37,1 % těhotných že slyšelo o preventivních metodách zabraňující porodnímu poranění od porodní asistentky a 18,9 % žen od své kamarádky. 9,2 % respondentek o těchto metodách nikdy dříve neslyšelo.

✓ Cíl splněn

Druhým cílem bylo zjistit nejčastěji používané preventivní metody, které zabraňují poranění hráze při porodu. Na tento cíl jsou zaměřeny položky č. 9, 10 a 12. Nejvíce používanou preventivní metodou (uvedlo ji 38,5 % respondentek) jako prevence porodního poranění byla pravidelná masáž hráze, poté následovalo posilování svalů pánevního dna Kegelvými cviky 20,0 % a posilování pánevního dna pomocí porodnického trenažéru EPI-NO® 11,4 %. Z těchto výsledků nelze přesněji definovat, která z těchto metod je nejúčinnější jako prevence epiziotomie nebo ruptur perinea při porodu.

✓ Cíl splněn

Třetím cílem bylo zjistit nejčastější porodní poranění. Pro tento cíl byla stanovena položka 14. Výsledek jednoznačně ukazuje u naprosté většiny rodiček nejčastější porodní poranění v 65,7 % případech epiziotomii a druhé nejčastější porodní poranění bylo u 34,2 % dotazovaných ruptura *perinei et vaginae*.

✓ Cíl splněn

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jestli rodička byla edukována o ošetřování porodního poranění. K tomuto cíli byla určena položka 17, 20, a 21. Překvapivé výsledky ukazují, že jen 68,5 % šestinedělek bylo poučeno o ošetřování porodního poranění a 31,4 % maminek vůbec nebyly edukované od porodních asistentek o ošetřování svého porodního poranění.

✓ Cíl splněn

Na základně dotazníkového šetření a dlouhodobých zkušeností porodních asistentek a lékařů je důležité porod pohlížet s jistou úctou a respektem. Ovšem dnešní lékařské vymoženosti někdy omezují vést fyziologický a ničím nerušený porod a tím i rozvíjet přírodní komplikace. Také v dnešní době je v běžném životě tendence pečovat o sebe co nejlépe. Proto by o sebe ženy měly více pečovat v období těhotenství, především se zaměřením na posilování pánevního dna, protože to právě hraje důležitou roli v období porodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDNÁŘOVÁ, Eva. 2011. *Historie epiziotomie a její využití v práci porodní asistentky*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
- BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BULOVÁ, Ivana, 2012. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Miloslava Kameníková.
- ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP, 2007. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1303-8.
- CITTERBART, Karel, 2001. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 80-246-0318-7.
- DELAHAYE, Marie-Claude, 2006. *Praktický průvodce těhotné ženy*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7073-9.
- DIANATAL. Vaginální porod. *Dianatal.cz* [online]. ©2008 [cit. 2013-04-23].
Dostupné z: <http://www.dianatal.eu/czech/vaginal-birth.html>
- DOLEŽAL, Antonín, Vítězslav KUŽELKA a Jaroslav ZVĚŘINA, 2007. *Europe as the Cradle of Scientific Obstetrics*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2625-062.
- DOLEŽAL, Antonín, 2001. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0277-6.
- DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
- EPINO. Předporodní příprava a léčba inkontinence. *Předporodní příprava* [online]. ©2009 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.epino.cz/epi-no/predporodni-priprava.html>
- GOLDBERG, Jay a Carmen SULTANA, 2004. Prevence poranění perinea v průběhu porodu. *Gynekologie po promoci*. Roč. 4, č. 6, s. 12-15. ISSN: 1213-2578.
- HERBERT, Julia. Pregnancy and Childbirth: The Effects on Pelvic Floor Muscles: Stress Incontinence Can Follow Childbirth as Pelvic Floor Muscles Are Damaged. In: *Nursingtimes.net* [online]. Feb 24, 2009, [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/08/14/k/1/h/090224SuppGLPregnancy.pdf>

- HUJOVÁ, Alena. Těhotenství a porod. In: *Zdraví.e15: Zdravotnické noviny* [online]. 12. 4. 2010, [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/tehotenstvi-a-porod-451046>
- JURÁŠKOVÁ, Miluše. Konzervativní léčba dysfunkce pánevního dna In: *Zdraví.e15: Zdravotnické noviny* [online]. 9. 4. 2010, [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/konzervativni-lecba-dysfunkce-panevniho-dna-450955>
- KALIŠ, V., J. ŠTĚPÁN jr., J. KARBANOVÁ et al., 2007. Masáž perinea před nebo při porodu. *Gynekolog*. Roč. 16, č. 2, s. 77-81. ISSN: 1210-1133.
- KAMENÍKOVÁ, Miloslava. Předporodní masáž hráze. In: *Babyonline* [online]. 17. 9. 2011, [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/predporodni-masaz-hraze>
- KOTEROVÁ, Kateřina. Vaginální porod po císařském řezu. In: *Zdraví.e15: Postgraduální medicína* [online]. 5. 2. 2010, [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vaginalni-porod-po-cisarskem-rezu-449541>
- KUBINCOVÁ, Zita, 2008. *Problematika poranění ženy za porodu*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Helena Fremlová.
- KUDELA, Milan, 2011. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-802-4419-756.
- KŘEMENOVÁ, Jana, 2009. *Pohledy na porod* [CD-ROM]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence. 30. 4. 2009 ISBN 978-80-7318-827-6.
- MACKŮ, František a Evžen ČECH, 2002. *Porodnictví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 80-860-7392-0.
- MAREK, Vlastimil, 2002. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent. ISBN 80-728-1090-1.
- NOVÁKOVÁ, Eva. Cvičení v těhotenství a prevence inkontinence. In: *Zdraví.e15: Sestra* [online]. 9. 4. 2010, [cit. 2012-12-09]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/cviceni-v-tehotenstvi-a-prevence-inkontinence-450952>

OURSURVEY. Online dotazníky zdarma – průzkum. *Oursurvey.biz/cs* [online]. ©2013. [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.oursurvey.biz/cs>

PARKIN, Danica. Postpartum Pelvic Floor Dysfunction: Impact upon Quality of Life, Assessment, Treatment Options in Primary Care, and Barriers to Treatment. In: Washington State University [online]. Jun 11, 2012 [cit. 2012-06-11] Dostupné z: <https://research.wsulibs.wsu.edu:8443/xmlui/handle/2376/4194>

PISTULKOVÁ, Michala, 2012. *Porody v průběhu staletí*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Blanka Trojanová.

PONĚŠICKÝ, Jiří. Kegellovy cviky. In: *Inkontina* [online]. 2010, [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: <http://www.inkontina.cz/lekarsky-blog/48-ponesicky/254-kegelovy-cviky>

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-802 4719-412.

ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

RUTOVÁ, Karolina, 2005. *Antropologie porodu*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta přírodovědecká, Katedra antropologie. Vedoucí práce prof. PhDr. Jaroslav Malina, DrSc.

STADELMANN, Ingeborg, 2004. *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*. 2. vyd. Překlad Barbora Sadílková. Praha: One Woman Press. ISBN 80-863-5631-0.

ŠEST ZÁSAD ZDRAVOTNÍ PÉČE PODPORUJÍCÍCH NORMÁLNÍ POROD: Zásada zdravotní péče #5: Spontánní tlačení ve vzpřímené nebo gravitačně neutrální poloze. In: *Aperio.cz* [online]. 2003, 2007, [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://aperio.cz/data/1/Lamaze_Zasada_5.pdf

VITÍKOVÁ, Radka, 2007. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2461-6.

VRÁNOVÁ, Věra, 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4417-646.

WESSELS, Miriam a Heike OELLERICH, 2006. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*.

Praha: Grada. ISBN 80-247-1427-2.

ZBYNĚK MLČOCH. Masáž hráze – video, postup, prevence nástřihu hráze In:

Zbynekmlcoch.cz [online]. 23. 1. 2009, [cit. 2013-02-26]. Dostupné z:

<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/video-fotografie>

[obrazek/masaz-hraze-video-postup-prevence-nastrihu-hraze](http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/video-fotografie)

ZWINGER, Antonín, 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2257-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Stol.	Století.
Např.	Například.
Apod.	A podobně.
Tzv.	Takzvaný.
M.	Musculus.
N.	Nervus
RTG.	Rentgenové vyšetření.
UZ.	Ultrazvukové vyšetření.
CM.	Centimetr.
Dr.	Doktor.
Č.	Číslo.
Kč.	Korun.
G.	Gram.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Svaly diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale.....	17
Obrázek 2: Schéma trhlin pochvy.....	19
Obrázek 3: Typy a technika epiziotomie	22
Obrázek 4: Masáž hráze.....	26

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk rodičky.	38
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičky.	39
Tabulka 3: Počet vaginálních porodů.	40
Tabulka 4: Den, který je žena po porodu.	41
Tabulka 5: Informovanost žen o preventivních opatřeních.	42
Tabulka 6: Odkud byla rodička informována.	43
Tabulka 7: Povědomí žen, kolikrát za den/minut by se mělo posilovat pánevní dno.	44
Tabulka 8: Informovanost rodiček o porodnickém gelu.	45
Tabulka 9: Nejčastěji prováděná metoda.	46
Tabulka 10: Od kterého týdne začaly těhotné ženy pravidelně cvičit.	47
Tabulka 11: Proč ženy neprováděly preventivní opatření.	49
Tabulka 12: Co bylo nejtěžší při masáži hráze?	50
Tabulka 13: Aplikace porodnického gelu Dianatal.	51
Tabulka 14: Porodní poranění po 1. porodu.	52
Tabulka 15: Porodní poranění po 2. porodu.	54
Tabulka 16: Porodní poranění po 3. porodu.	55
Tabulka 17: Důvod epiziotomie.	56
Tabulka 18: Hmotnost dítěte.	57
Tabulka 19: Edukace rodičky o ošetřování porodního poranění.	59
Tabulka 20: První močení po porodu.	60
Tabulka 21: První stolice po porodu.	61
Tabulka 22: Hygiena genitálu po porodu.	62
Tabulka 23: Prostředky ke zlepšení hojení porodního poranění.	63
Tabulka 24: Soběstačnost rodičky.	65
Tabulka 25: Péče o dítě.	66

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk rodičky.	38
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání rodičky.	39
Graf 3: Počet vaginálních porodů.	40
Graf 4: Den, který je žena po porodu.	41
Graf 5: Informovanost žen o preventivních opatřeních.	42
Graf 6: Odkud byla rodička informována.	43
Graf 7: Povědomí žen, kolikrát za den/minut by se mělo posilovat pánevní dno.	44
Graf 8: Informovanost rodiček o porodnickém gelu.	45
Graf 9: Nejčastěji prováděná metoda.	46
Graf 10: Od kterého týdne začaly těhotné ženy pravidelně cvičit.	47
Graf 11: Proč ženy neprováděly preventivní opatření.	49
Graf 12: Co bylo nejtěžší při masáži hráze?	50
Graf 13: Aplikace porodnického gelu Dianatal.	51
Graf 14: Porodní poranění po 1. porodu.	52
Graf 15: Porodní poranění po 2. porodu.	54
Graf 16: Porodní poranění po 3. porodu.	55
Graf 17: Důvod epiziotomie.	56
Graf 18: Hmotnost dítěte.	57
Graf 19: Edukace rodičky o ošetřování porodního poranění.	59
Graf 20: První močení po porodu.	60
Graf 21: První stolice po porodu.	61
Graf 22: Hygiena genitálu po porodu.	62
Graf 23: Prostředky ke zlepšení hojení porodního poranění.	63
Graf 24: Soběstačnost rodičky.	65
Graf 25: Péče o dítě.	66

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Edukační materiál Prevence porodního poranění.

P II: Žádost o umožnění výzkumné šetření.

P III: Dotazníkové šetření.

P I: EDUKAČNÍ MATERIÁL PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ.

P II ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Vážená paní Novotná

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s., Gynekologicko porodnickém oddělení - oddělení šestinedělí 3. a 4. patro, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Ženy v šestinedělí
Pracoviště	Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s., Gynekologicko porodnické oddělení - oddělení šestinedělí 3. a 4. patro
Autor bakalářské práce	Šárka Michalíková
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Dagmar Moravčíková

Ve Zlíně dne..... 01.1.2012


Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence


Ústav porodní asistence
760 01 Zlín

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta


Bc. Helena Novotná

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Vážená paní Hrabcová,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Nemocnice s poliklinikou Nový Jičín Gynekologicko - porodnickém oddělení - oddělení šestinedělí, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci


Téma bakalářské práce	Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Ženy v šestinedělí
Pracoviště	Nemocnice s poliklinikou Nový Jičín, Gynekologicko porodnické oddělení - oddělení šestinedělí
Autor bakalářské práce	Šárka Michalíková
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Dagmar Moravčíková

Ve Zlíně dne 6. 2. 2018.....


Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

 Nemocnice Nový Jičín a.s.
Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín
IČO: 25886207 DIČ: CZ69900899
Tel.: 556 772 111.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Vážená paní Dorazilová,

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Centrum Radmila, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

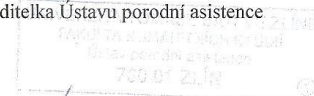
Téma bakalářské práce	Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Ženy v šestinedělí
Pracoviště	Centrum Radmila
Autor bakalářské práce	Šárka Michalíková
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Dagmar Moravčíková

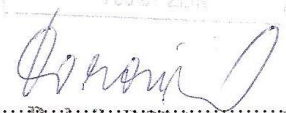
Ve Zlíně dne.....6.2.2022.....


Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta




Razítka a podpis zástupce zařízení
Nová 1074, Zlín - Malenovice 763 02
Tel.: 57 710 56 33, 604 236 266
IČO: 49158139, IČZ: 82425000

PIII DOTAZNÍK

Milá maminko,

Jmenuji se Šárka Michalíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás touto formou požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, která je na téma: „*Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění*“. Veškeré získané informace z dotazníku jsou důvěrné a slouží zcela pro potřebu mé práce. Dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za spolupráci a čas věnovaný tomuto dotazníku.

Šárka Michalíková

1. Kolik je Vám let?

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. základní
- b. středoškolské
- c. vysokoškolské
- d. jiné (uveďte)

3. Vaginálním (spontánním) způsobem jste nyní rodila:

- a. poprvé
- b. podruhé
- c. potřetí či vícekrát

4. Kolikátý den jste po porodu?

- a. nultý den (dnes jsem rodila)
- b. první den
- c. druhý den
- d. třetí den
- e. čtvrtý den
- f. jiný den – (uveďte)

5. Slyšela jste o preventivních metodách, které zabraňují nástřihu hráze?

(pravidelné posilování pánevního dna, masáž hráze, porodnický balónek EPI-NO atd.)

- a. ano
- b. ne

6. Pokud ano, odkud?

- a. od lékaře
- b. od porodní asistentky
- c. od kamarádky
- d. z odborné literatury
- e. neznám tuto metodu, nikdy dříve jsem o ní neslyšela
- f. jiné (vypište)

7. Víte kolikrát za den/minut by se mělo v těhotenství posilovat pánevní dno?

- a. ano (uved'te).....x den/ minut
- b. ne

8. Slyšela jste někdy o porodnickém gelu, který se používá při porodu?

- a. ano
- b. ne

9. Prováděla jste v těhotenství některou z následujících metod prevence poranění hráze?

- a. pravidelnou masáž hráze (každý den 10 min.)
- b. posilování svalů pánevního dna – Kegelovy cviky
- c. posilování pánevních svalů pomocí balónku EPI-NO
- d. žádné výše uvedené metody
- e. jiné (vypište)

10. Od kterého týdne těhotenství jste začala pravidelně cvičit výše zaškrtnutou metodu?

- a. od 35. týdne
- b. od 36. týdne
- c. od 37. týdne
- d. od 38. týdne
- e. od 39. týdne
- f. necvičila jsem
- g. cvičila jsem velmi nepravidelně, zhruba odtýdne gravidity

**11. Pokud jste žádné preventivní opatření během těhotenství neprováděla, proč?
(možno vybrat více možností)**

- a. neměla jsem dostatek času
- b. neměla jsem dostatečné informace
- c. považuji to za zbytečné

d. jiná možnost (uved'te)

12. Co bylo pro Vás při provádění masáže hráze nejtěžší? (možno vybrat více možností)

- a. překonat ostych a stud
- b. časová náročnost cvičení
- c. obava z toho, jestli to dělám dobře
- d. nejistota jestli masáž hráze pomůže zmírnit porodní poranění
- e. neprováděla jsem masáž hráze

13. Byl Vám aplikován během porodu do pochvy porodnický gel Dianatal?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

14. Jaké máte (jste měla) porodní poranění, jaké: (možno vybrat více odpovědí)

	po 1. porodu	po 2. porodu	po 3. porodu
Trhlínu hráze bez šití			
Trhlínu hráze s nutností šití			
Nástřih hráze – episiotomie			
Hematom hráze – modřina s otokem			
Poranění řitního svěrače			
Poranění močové trubice			
Žádné porodní poranění jsem neměla			

15. Z jakého důvodu Vám byl proveden nástřih hráze?

- a. ukončení porodu per forcipem (kleštěmi)
- b. ukončení porodu vakuumextraktorem (zvonem)
- c. úzké porodní cesty
- d. nutnost rychlého vybavení plodu (pokles ozev plodu)
- e. nevím

16. Jaká byla hmotnost vašeho dítěte? Vypište

17. Byla jste poučena zdravotnickým personálem o ošetřování porodního poranění?

- a. ano
- b. ne

18. Kdy jste se poprvé vymočila po porodu

- a. do 2 hodin po porodu
- b. do 6 hodin po porodu
- c. musela jsem být vycévkovaná

19. Kolikátý den po porodu jste šla na stolicí?

- a. první
- b. druhý
- c. třetí
- d. zatím jsem nebyla

20. Kolikrát denně si sprchujete genitál

- a. 2x
- b. 3x
- c. 4x a více
- d. po každém použití WC

21. Používáte jiné prostředky ke zlepšení hojení porodního poranění? (možno vybrat více odpovědí)

- a. studené obklady
- b. odvary z dubové kůry či heřmánku
- c. mastičky (uved'te jaké)
- d. nafukovací kruh na sezení
- e. nepoužívám nic z výše uvedených možností
- f. jiné (vypište)

22. Bránilo Vám vaše porodní poranění v péči o sebe samu?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

23. Brání Vám vaše poranění v péči o dítě

- a. ano
- b. ne

Pokud Vás napadla v průběhu vyplňování nějaká myšlenka či komentář, který byste ráda doplnila – prosím napište mi ji zde:

.....

Děkuji Vám za čas, který jste věnovali tomuto dotazníku.