

PORANĚNÍ SVALOVÉHO DNA PÁNEVNÍHO PŘI PORODU

Jarmila Šišáková, DiS.

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jarmila Šišáková, DiS.**

Osobní číslo: **H130062**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Poranění svalového dna pánevního při porodu**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury k danému tématu, stanovení a formulace cílů.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Volba výzkumné metody a výběr vhodných skupin respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumného šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HÁJEK, Zdeněk a kol. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0418-8.

KUDELA, Milan a kol. Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. Dotisk 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-1975-6.

ROBSON, Elizabeth a Jason WAUGH. Medical Disorders in Pregnancy: A Manual for Midwives. Chichester, West Sussex: Willey, 2013. ISBN 978-144-4337-488.

ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

ZWINGER, Antonín a kol. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

8. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- 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⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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⁾;
- 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;
- 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);
- 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

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

Ve Zlíně 23. 2. 2016


.....

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 odevzdaním 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 nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-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 vzdělávacího 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 užít 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 výdělku jim 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou poranění svalového dna pánevního při porodu. V teoretické části předkládá publikované poznatky o typech poranění, jejich komplikacích a léčbě. Obsahuje informace o možnosti prevence vzniku těchto poranění.

V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření. Hlavním cílem bylo zjistit důvody k provedení episiotomie. Dalšími cíli bylo zjistit komplikace spojené s poraněním svalového dna pánevního a zjistit informovanost žen o následné péči o svalové dno pánevní v průběhu šestinedělí.

Klíčová slova: episiotomie, ruptura hráze, svalové dno pánevní

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with problems of pelvic floor muscle damage due to childbirth.

The theoretical part presents published findings about the types of injuries, their complications and treatment. Furthermore, it contains information about prevention of childbirth injuries to the pelvic floor.

The practical part reveals the survey research results. The main aim of this part is to find out the reasons to perform an episiotomy. Other objectives are to discover complications connected to pelvic floor muscle damage as well as how informed women are about following care of pelvic floor muscle during the six weeks of childbed.

Keywords:

Episiotomy, perineal rupture, pelvic floor muscle

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a podněty, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Mé díky patří také vedení gynekologicko – porodnického oddělení KNTB, a.s. Zlín za umožnění výzkumného šetření na jejich pracovišti.

Ráda bych poděkovala své rodině za podporu, kterou mi poskytla během celé doby studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STRUKTURA PÁNEVNÍHO DNA	12
1.1 PÁNEVNÍ DNO (DIAPHRAGMA PELVIS)	12
1.2 HRÁZ – PERINEUM	12
1.2.1 Diaphragma urogenitale	13
1.2.2 Svaly připojené k zevním pohlavním orgánům	13
2 PORODNÍ PORANĚNÍ	15
2.1 UZURACE	15
2.2 TRHLINY HRÁZE – RUPTURAE PERINEI	15
2.2.1 Porodní poranění análního sfinkteru	16
2.2.2 Atypické trhliny perinea.....	17
2.3 TRHLINY POCHVY	18
2.3.1 Hematomy pochvy	18
3 EPISIOTOMIE	19
3.1 DRUHY EPIZOTOMIÍ	19
3.2 PROVEDENÍ	20
3.3 SUTURA	21
3.4 KOMPLIKACE.....	22
3.4.1 Hematom	23
3.4.2 Infekce rány.....	23
3.4.3 Dehiscence rány	23
4 PÉČE PO PORODU	24
5 PÁNEVNÍ DNO A POROD	25
6 PREVENTIVNÍ METODY PORANĚNÍ DNA PÁNEVNÍHO	27
6.1 KEGELOVO CVIČENÍ	27
6.2 MASÁŽ HRÁZE.....	28
6.3 EPI - NO BALÓNEK	28
6.4 DIANATAL GEL	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
7 METODIKA PRÁCE	31
7.1 CÍLE PRÁCE	31
7.2 UŽITÁ METODA VÝZKUMU	31
7.2.1 Charakteristika souboru	31
8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	32
9 DISKUZE	63

9.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	63
9.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
ZÁVĚR		66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		71
SEZNAM OBRÁZKŮ		72
SEZNAM TABULEK.....		73
SEZNAM GRAFŮ		74
SEZNAM PŘÍLOH.....		75

ÚVOD

Problematika poranění svalového dna pánevního při porodu, je v dnešní době často diskutovaným tématem z oblasti porodnictví. Vzhledem k větší informovanosti a možnostem žen spolurozhodovat o průběhu svého porodu je toto téma součástí předporodní přípravy žen. Je proto důležité, aby porodní asistentky měly přehled o typech poranění, jejich komplikacích a následné léčbě. Měly by se také orientovat v oblasti preventivních metod, které rodičky provádějí před samotným porodem a jež mohou ovlivnit poddajnost hráze při samotném porodu. Základní přehled jim pomůže ke správné edukaci rodičky v této oblasti.

Součástí této bakalářské práce jsou statistické výsledky porodních poranění v pětiletých intervalech na porodním sále KNTB, a.s. Zlín z let 2000 – 2015. Z dat jasně vyplývá klesající počet prováděných episiotomií. Svědčí to o lepší spolupráci porodní asistentky a rodičky, o respektování přání, ale i o vědomostech, znalostech a zkušenostech zdravotnického personálu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STRUKTURA PÁNEVNÍHO DNA

Pánevní dno patří mezi měkké porodní cesty, jež jsou tvořeny příčně pruhovanými svaly, které se nacházejí v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve. Zastává funkci podpůrného aparátu orgánů dutiny pánevní. Kraniálně jsou uloženy svaly tvořící dno pánevní. Povrchově jsou uloženy svaly hráze, jež jsou vázány na vyústění konečníku a na zevní pohlavní orgány. V průběhu gravidity všechny svaly dna pánevního hypertrofují. Při samotném porodu se roztahují a tvoří svalovou manžetu, která má vliv na prostup plodu (Čech, 2006, s. 25, Roztočil, 2008, s. 40).

1.1 Pánevní dno (diaphragma pelvis)

Má tvar ploché nálevky odstupující od stěn malé pánve a sbíhající se kaudálně ke štěrbině, kterou vzadu prochází konečník (hiatus analis) a vpředu pochva a před ní uložená močová trubice (hiatus urogenitalis). Mezi oběma částmi se nachází vazivový uzel (centrum perineale), na který navazuje septum rectovaginale, jež slouží jako úpon některým perineálním svalům (Čech, 2006, s. 24, Roztočil, 2008, s. 40).

Přehled svalů dna pánevního:

Musculus levator ani nebo zdvihač konečníku - je silný plochý sval, skládající se ze dvou částí. Přední, pubická část – pars pubica a z boční širší, ilické části – pars iliaca.

Musculus coccygeus - je slabý sval, který pokračuje od spina ischiadica ke kosti křížové a kostrči.

Oba svaly jsou inervovány pomocí drobných motorických větvíček z plexus sacralis. Funkcí svalů je vytvoření pružné spodiny pánve (Čech, 2006, s. 24, Roztočil, 2008, s. 40-41).

1.2 Hráz – perineum

Jedná se o oblast mezi análním otvorem a komisurou labiorum posterior. Je to součást pánevního dna oddělující distální část pochvy od konečníku. Je složena z tukové tkáně, z fascií svalů diaphragmy pelvis a urogenitale (Kudela, 2011, s. 12).

Délka perinea je jedním z faktorů, podílejícím se na velikosti odporu, který hráz klade vedoucí části plodu v průběhu finální části porodu. Krátká či dlouhá hráz je termín často užívaný ke zdůvodnění rozsáhlejšího porodního poranění této oblasti, které může mít dlouhodobé následky (Kališ, 2005, s. 356).

Svaly hráze (musculi perinei), jež jsou uloženy pod diaphragma pelvis a překrývají zesponu hiatus urogenitalis, lze rozdělit na svaly, tvořící podklad diaphragma urogenitale a na svaly připojené k zevním pohlavním orgánům. Všechny svaly jsou inervovány pomocí nervus pudendus (Čech, 2006, s. 25).

1.2.1 Diaphragma urogenitale

Diaphragma urogenitale je svalově vazivová ploténka, která má tvar trojúhelníku a leží pod diaphragma pelvis. Upíná se na kaudální hranici kostěné pánve a obklopuje pochvu s uretrou.

Přehled svalů:

Musculus transversus perinei profundus – tvoří hlavní základ diaphragma urogenitale a oporu pro orgány pánve.

Musculus sphincter urethrae – odstupuje z kraniální části musculus transversus perinei profundus.

Musculus transversus perinei superficialis – tenký podkožní sval. Končí u něj podkožní fascie břicha, proto mnohdy ohraničuje hematomy vznikající při krvácení do podkoží břicha. U žen bývá redukován.

Ligamentum transversum perinei – jedná se o vazivově změněný přední okraj musculus transversus perinei profundus (Čech, 2006, s. 25, Hájek, 2014, s. 11, Roztočil, 2008, s. 41, Zwinger, 2004, s. 14).

1.2.2 Svaly připojené k zevním pohlavním orgánům

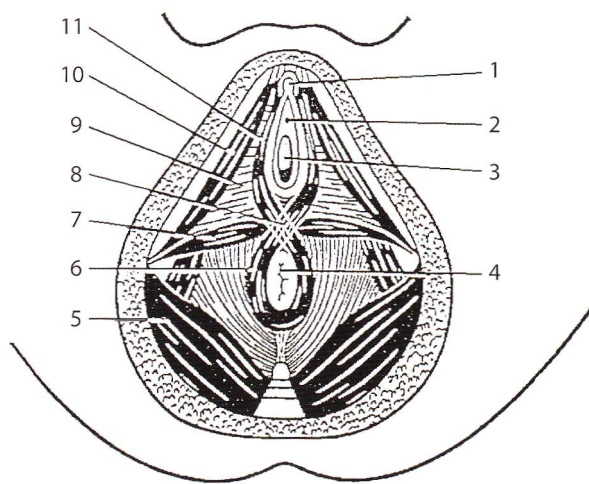
Tvoří nejpovrchnější, druhou část perinea.

Přehled svalů:

Musculus ischiocavernosus - párový sval napomáhající erekci.

Musculus bulbospongiosus - párový sval s rozdílnou úpravou u muže a ženy. Mezi pravým a levým je uložen vchod pánevní. Působí jako svěrač pochvy, napomáhá vyprázdnění glandula vestibularis major při souloži. Při porodu může být porušen, provede-li se příliš hluboká mediolaterální episiotomie.

Musculus sphincter ani externus - tzv. zevní svěrač konečníku – jedná se o sval obkružující anální kanál, jenž se upíná do centrum perineale (Čech, 2006, s. 25, Hájek, 2014, s. 11-12, Roztočil, 2008, s. 41, Zwinger, 2004, s. 14).



1 – clitoris, 2 – ostium urethrae externum, 3 – ostium vaginae, 4 – anus, 5 – m. gluteus maximus, 6 – m. sphincter ani externus, 7 – m. transversus perinei profundus, 10 – m. ischio-cavernosus, 11 – m. bulbospongiosus

Obrázek 1: Svaly dna pánevního, pohled ze spodu (zdroj: Roztočil, 2008, s. 41)

Základní funkce pánevního dna jsou následující:

- poskytuje statickou podporu pánevním a břišním orgánům (děloha, močový měchýř, střevo)
- významně se podílí na stabilitě celého trupu
- plní uzavírací funkci (svěrač konečníku, vagíny a močové trubice)
- podílí se spolu s bránicí na dýchání

(Causa Subita, 2015, s. 18).

2 PORODNÍ PORANĚNÍ

Při porodu vznikají tzv. **fyziologická poranění**, jež svědčí o tom, že žena rodila. Patří zde nekrózy a trhliny hymenu – jejich zhojením se vytváří carunculae myrtiformes, drobné trhliny svaloviny hrdla – změna konického tvaru na válcovitý a drobné trhliny perinea, která způsobí v pozdějším věku uvolnění jeho stěn. Fyziologická poranění nevyžadují ošetření.

Patologická poranění dělíme na spontánní – ruptury a úmyslná, kdy je zapotřebí rozšířit porodní cesty - episiotomie. Neošetřená spontánní poranění vedou k deformacím tkání zevních rodidel a dislokacím orgánů v malé pánvi. Vznikají sestupy a výhřezy rodidel v pozdějším věku ženy (Kobilková, 2005, s. 318).

Většina porodních poranění vzniká na měkkých částech porodního kanálu při patologickém naléhání plodu, při disporpci plodu, pánve a při nesprávně vedeném porodu medikamentózně. Charakter je ovlivněn rigiditou dolního segmentu, pochvy a perinea. Vyšší výskyt traumat je po vaginálních porodnických operacích (VEX, FORCEPS). Mohou být poraněna nejen rodidla, ale i močový měchýř, konečník či pánevní pletenec (Zwinger, 2004, s. 316).

Jako rizikový faktor pro poranění pánevního dna je také uváděna primiparita, operační porod, velký obvod hlavičky a protražovaná II. doba porodní (LAVY, 2012, s. 165).

2.1 Uzurace

Jsou způsobeny dlouhotrvajícím tlakem hlavičky plodu na měkké tkáně porodních cest s následkem nekrózy. Po jejím rozpadu následuje vznik píštělí (uretrovaginální, rektovaginální) během 4. – 5. dne po porodu anebo později, odtékáním moči pochvou. Při správném vedení porodu, se s nimi setkáváme výjimečně (Čech, 2006, s. 360).

2.2 Trhliny hráze – rupturae perinei

Jedná se o nejčastější poranění při porodu, která jsou různého rozsahu a lokalizace. Mohou zasáhnout jak pochvu, svalstvo pánevní tak i konečník.

Příčiny ze strany matky – vyšší věk způsobující rigiditu, vysoká hráz, jizvy, mykózy.

Příčiny ze strany plodu – defleční polohy, vyšší hmotnost plodu.

Příčiny stran průběhu porodu – překotný porod, nedostatečně provedená ochrana hráze (Roztočil, 2008, s. 295).

Klasifikace ruptur perinea dle RCOG (Royal College of obstetricians and Gynaecologists):

1. stupeň – zasažena vaginální sliznice a kůže perinea
2. stupeň – zasaženy svaly perinea, ale bez análního sfinkteru
3. stupeň – postižen komplex análního sfinkteru
 - 3a: méně než 50% síly EAS (zevní svěrač konečníku)
 - 3b: více než 50% síly EAS
 - 3c: ruptura EAS a IAS (vnitřní svěrač konečníku)
4. stupeň - ruptura EAS a IAS a mukózy konečníku.

(Pařízek, 2012, s. 139).

Někdy vznikají latentní ruptury, při kterých jsou postiženy hlubší vrstvy perinea, ale kůže zůstává intaktní. Nebezpečí spočívá v tom, že nedojde k ošetření a špatně zhojené ruptury mají za následek insuficienci hráze a dna pánevního a tak se mohou podílet na vzniku sestupu dělohy a poševních stěn v pozdějších letech. Jako prevence této komplikace se provádí preventivní episiotomie (Čech, 2006, s. 361).

2.2.1 Porodní poranění análního sfinkteru

Toto poranění je často spojeno s následnou mateřskou morbiditou, a proto si žádá pečlivé ošetření. Neadekvátní ošetření má za následek anální inkontinenci (nedobrovolný únik plynů či stolice), která negativně ovlivňuje kvalitu života, zhoršení kvality sexuálního života ženy a chronickou perineální bolest.

Prevence primární – identifikace rizikových faktorů a jejich vyhodnocení (vaginální porod prvoroďičky, zadní postavení, klešťový porod, mediální episiotomie).

Prevence sekundární - správná diagnostika poranění, správný operační postup a adekvátní ošetření.

Prevence terciární - centralizace pacientek do specializovaných ambulancí, jejich pooperační sledování, diagnostika možných komplikací, jejich řešení a spolupráce s dalšími odborníky (Pařízek, 2012, s. 138).

Diagnostika – při podezření je nutné provést bidigitální vyšetření celistvosti análního kanálu (ukazovák ruky je zaveden do rekta a palcem ruky je pohmatem zhodnocen stav análního svěrače). Vyloučíme tak poranění sliznice rekta nad svěračem a určíme přesný rozsah poranění. Při podezření na poranění svěrače by měl být přivolán odborník (Hájek, 2014, s. 442, Pařízek, 2012, s. 139).

Ošetření – liší se podle stupně poranění. Mělo by být provedeno lékařem, který má zkušenosti se suturou análního svěrače za pomoci asistence. V případě, že není přítomen, je možné provést provizorní suturu se zástavou krvácení a definitivní ošetření provést v následujících 24 hodinách – tzv. odložená sutura. Doporučují se stehy s delší dobou vstřebatelnosti. Sutura by měla být provedena za aseptických podmínek, na adekvátně vybaveném a dostatečně osvětleném sále. Operační výkon v celkové nebo regionální anestezii. Dle Pařízka byla prokázána výhoda jednorázového pooperačního podání cefalosporinu 2. generace, dle Hájka je nezbytné pooperačně podat profylakticky antibiotika (Hájek, 2014, s. 442 – 443, Pařízek, 2012, s. 140).

Následná péče – v šestinedělí užívat změkčovačla stolice (Lactulosa infusia sirup) po dobu 14 dní, kdy by sutura měla být již zhojena. Ojedinele je doporučena bezezbytková dieta. Pacientka by měla být detailně seznámena s touto komplikací a vědět, na koho se obrátit v případě potřeby.

Je doporučena následná kontrola zkušeným lékařem, kdy za 14 dní je zhodnocen stav hojení. Za 2-3 měsíce po porodu je doporučená kontrola k posouzení funkčnosti svěrače s vyloučením přítomnosti jiných potíží v souvislosti s poraněním perinea (Pařízek, 2012, s. 141-142).

Přestože se jedná o méně častou porodní komplikaci, následky tohoto poranění jsou dlouhodobé (Kališ, 2005, s. 31).

2.2.2 Atypické trhliny perinea

Centrální trhlina – otvor v perineu mezi zadní komisurou a análním otvorem.

Latentní trhlina – vznik roztržením svalstva perinea při zachovalém kožním krytu a intaktní sliznici pochvy.

Kapsovité trhlina – ruptura poševní stěny při intaktní kůži na perineu.

Trhliny perinea a pochvy je zapotřebí diagnostikovat a vždy ošetřit. Po porodu zrevidujeme pochvu, poševní klenby a děložní hrdlo. Pomocí zavedených zrcadel pátráme po skrytých poraněních v klenbách a v celé pochvě až do introitu. Chirurgické ošetření je nezbytné, aby se zamezilo deformaci hráze a následnému děložnímu descensu. Provádí se v lokální anestezii. Prevencí je včasná epiziotomie. Hojení bývá bez komplikací (Kobilková, 2005, s. 319, Roztočil, 2008, s. 295-296).

2.3 Trhliny pochvy

Vznikají obvykle v souvislosti s porodním poraněním hráze a děložního hrdla. Časté jsou i po překotných porodech či VEX a FORCEPS. Bývají mechanického původu.

Projevují se krvácením, při palpaci je narušena poševní stěna. Verifikujeme je vyšetřením v zrcadlech, lokalizovány jsou nejčastěji v postranních klenbách poševních a můžou zasahovat do paravaginálního vaziva. Ojedinele se může pochva úplně odtrhnout od hrdla v celém obvodu a hovoříme o tzv. colporrhaxis completa (Roztočil, 2008, s. 296, Zwinger, 2004, s. 317-318).

Terapie – každá trhlina musí být zašita. Po přesné revizi okrajů rány a její toaletě provedeme suturu vstřebatelným materiálem, stavíme krvácení z paravaginálního vaziva, abychom předešli vzniku hematomů. Pokud se vytvoří, je zapotřebí ho vyprázdnit, opichem zastavit krvácení a provést resuturu (Roztočil, 2008, s. 296, Zwinger, 2004, s. 318).

Prevence - správné vedení porodu, epiziotomie, včasná diagnóza porodních překážek (Roztočil, 2008, s. 296).

2.3.1 Hematomy pochvy

Hematomy v pochvě jsou děleny na supralevátorové a infralevátorové. Supralevátorové se šíří do retroperitonea a nelze u nich zjistit zdroj krvácení. Vyžadují revizi abdominálním přístupem.

Hematom v parakolpiu se objevuje po ukončení III. doby porodní. Rodička si stěžuje na tlak v konečníku, má hypotenzi, je bledá a rozvíjí se u ní hemoragický šok. Komplikace je řešena ve spolupráci s ARO, v celkové anestezii na operačním sále s přítomností asistentů. Někdy se musí provést hysterektomie či ligace artéria hypogastrica (Hájek, 2014, s. 440 - 441).

3 EPISIOTOMIE

Jednoduchá operace s cílem rozšíření měkkých porodních cest. I přes výrazné snížení jejího provedení, je stále nejčastěji prováděnou porodnickou operací v závěru II. doby porodní (Hájek, 2004, s. 360, Kudela, 2008, s. 196).

Nástřih perinea je často prováděné porodnické, invazivní opatření, jehož výhody jsou neustále zpochybňovány. Jedná se o operační intervenci, která je nejčastější porodnickou operací v Evropě, ke které se jen ojediněle vyžaduje souhlas pacientky (Halaška, 2004, s. 175).

Nástřih perinea se provádí jak profylakticky před operativním ukončením porodu (VEX, FORCEPS), tak i v případě prořezávání hlavičky, kdy hrozí ruptura hráze, jenž se projeví napjatou, anemickou a lesklou kůží, při porodu koncem pánevním, při předčasném porodu.

Výhody – urychlení II. doby porodní, zamezení traumatizace hlavičky novorozence, lepší funkční stav vulvy po šestinedělí, prevence skrytých ruptur dna pánevního, descensu rodidel a močové inkontinence. Včas provedená episiotomie je z hlediska hojení výhodnější než ruptura perinea stejného rozsahu (Hájek, 2014, s. 468, Roztočil, 2008, s. 323, Kudela, 2008, s. 196).

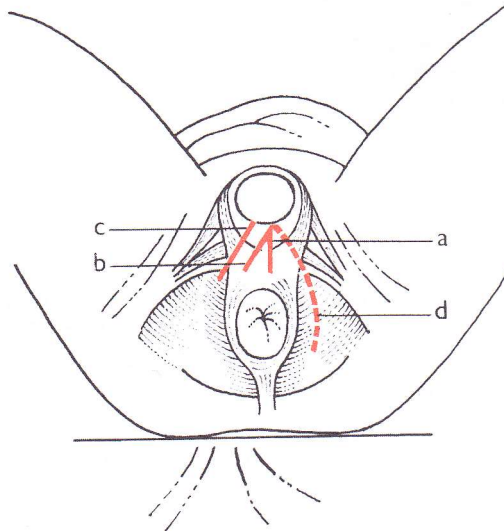
3.1 Druhy epizotomií

Epiziotomie mediální – vykonává se velmi výběrově ve střední čáře směrem k análnímu otvoru do vzdálenosti na perineu do 2 - 4 cm. Jedná se o protěti musculus transversus superficialis et profundus. Výhodou je snadná sutura a hojení. Nevýhoda spočívá v rozšíření poranění na řitní svěrač.

Epiziotomie mediolaterální – nástřih je veden ze střední čáry poševního introitu šikmo směrem k tuber ischiadicum v úhlu 45°. Jedná se o protěti musculus transversus superficialis et profundus a navíc musculus bulbocavernosus. Výhodou je snížení rizika poranění análního svěrače, snadná sutura a možnost prodloužení nástřihu v případě potřeby. Nevýhodou je větší krvácení. Je to nejčastěji prováděná epiziotomie.

Epiziotomie laterální – nástřih asi 2 cm od střední čáry poševního introitu šikmo směrem k tuber ischiadicum. Je protnut více musculus bulbocavernosus. Výhodou je nejmenší ohrožení řitního svěrače, maximální rozšíření měkkých porodních cest, nejsnazší rozšíření episiotomie. Nevýhodou však zůstává technicky nejnáročnější sutura.

Rozšířená laterální epiziotomie (Schuchardtův řez) - provedení skalpelem, stejný směr jako laterální, jen je mírně poloobloukovitá, neboť protíná široce nejen pochvu, ale ve vrcholu i pubickou část a okraj ilické části musculus levator ani. Výhodná je při porodu per forcipem z vyšších pánevních rovin. Nevýhodou je silné krvácení a náročná rekonstrukce poranění, proto není častým výkonem (Hájek, 2014, s. 468, Kudela, 2008, s. 196-197).



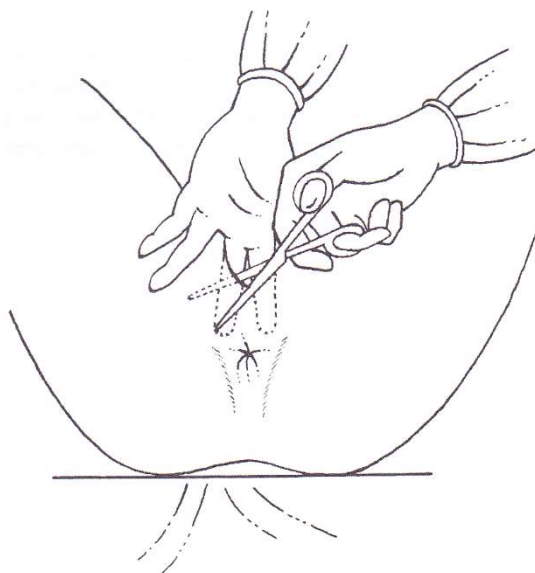
Obrázek 2: Epiziotomie: a) mediální, b) mediolaterální, c) laterální d) Schuchardtův řez (Čech, 2006, s. 487)

3.2 Provedení

Provádí se při zcela rozvinuté hrázi, prořezávající hlavičce a na vrcholu děložní kontrakce speciálními nůžkami se zevním zaoblením a tupým zakončením jedné branže. Vede se kolmý, energický stříh na rozepjatou hráz rovnoměrně, směrem do pochvy i na perineum mezi dvěma prsty druhé ruky, bránící rychlému prostupu hlavičky plodu. Dle zvyklostí porodníka může být laterální či mediolaterální epiziotomie provedena vpravo či vlevo. Při počínající ruptuře perinea nebo v případě jizvy po předešlém porodu je lateralizace určena těmito okolnostmi (Hájek, 2014, s. 468).

Neexistují žádné dostupné informace, které by srovnávaly rozdíl přínosu mediolaterální epiziotomie vpravo či vlevo. Porodník i porodní asistentka jsou odkázáni na učebnice a zvyk-

losti daného oddělení. V dostupných odborných textech, historických i současných, se s velkou převahou objevují obrázky s popisem episiotomie vpravo. Porodník by měl umět provést mediolaterální episiotomii vpravo i vlevo (Indrová, 2013, s. 121 - 122).

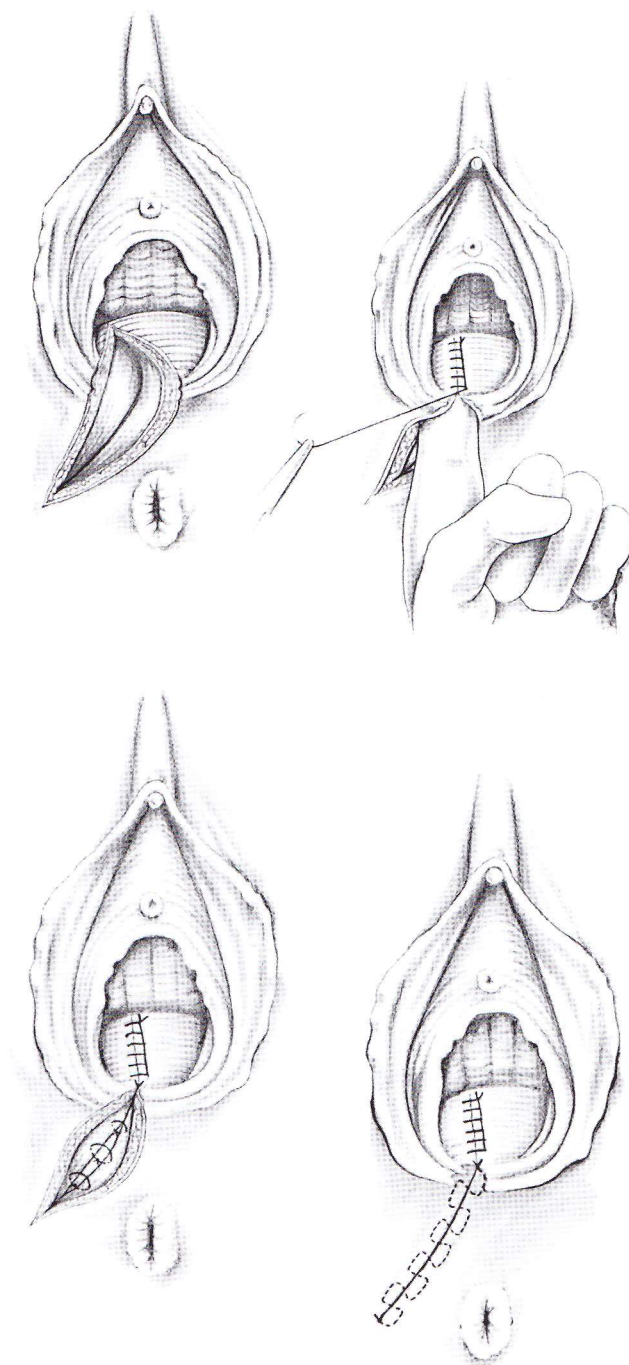


Obrázek 3: *Technika epiziotomie* (Čech, 2006, s. 487)

Při předčasném porodu, porodu koncem pánevním a před porodnickými operacemi se epiziotomie provádí na nerozvinuté hrázi, což vyžaduje pudendální svodnou anestezii 1% Mescainem (Čech, 2006, s. 487).

3.3 Sutura

Vždy po exaktní revizi měkkých porodních cest. Před výkonem se provádí lokální anestezie, při větším poranění je sutura provedena v celkové anestézii. Šije se od horního pólu poševní sliznice s podslizničními tkáněmi pokračujícími nebo jednotlivými stehy až po hymenální okraj. Poté se jednotlivými stehy rekonstruuji porušené svaly perinea, ve druhé vrstvě podkožní vazivo a nakonec kůže nejlépe adaptačními stehy (Čech, 2006, s. 487 - 488, Hájek, 2014, s. 468 – 469).



Obrázek 4: Sutura epiziotomie (Roztočil, 2008, s. 324)

3.4 Komplikace

Komplikace epiziotomií jsou děleny na **bezprostřední** – krvácení z perineálních a vaginálních cév o větším průřezu, nadměrná bolestivost u rodiček s nižším prahem bolestivosti,

trhliny pochvy, hráze a eventuální poškození análního svěrače a stěny střevní, **časné** - infekce sutury, dehiscence a vznik hematomů a **pozdní** - vznik keloidní bolestivé jizvy, inkluzních cyst, vaginoperineální fistuly, morfologické změny vulvy a chronický fluor.

Ženy vzhledem ke komplikacím trpí genitálním dyskomfortem a dyspareunií (Roztočil, 2008, s. 324).

3.4.1 Hematom

Jedná se o časnou komplikaci, vznikající na podkladě nezastaveného krvácení. Krev je hromaděna v parakolpiu. Nedojde-li k revizi, mohou se hematomy šířit až do oblasti parametrií. Žena po porodu udává bolestivý tlak na konečník, který má vzrůstající intenzitu. Per vaginam a per rectum hmatáme bolestivou rezistenci. Při vyšetření v zrcadlech vidíme v pochvě útvar modrofialového zbarvení.

Léčba – neodkladná revize v celkové anestezii. Je zapotřebí suturu rozpustit, vyhledat a ošetřit zdroj krvácení. Poté se znovu provede sutura a prostor parakolpia se drénuje. Výkon je proveden ve cloně antibiotik. Velká pozornost je věnována krevní ztrátě, která v případě potřeby musí být nahrazena krevními deriváty (Kudela, 2008, s. 198).

3.4.2 Infekce rány

Vyskytuje se v časném šestinedělí. Zánět může být způsoben sekundární infekcí hematomu nebo neléčenou předporodní kolpitudou. Klinicky se projeví zarudlým okolím s palpační bolestivostí.

Léčba – lokální aplikace antibiotik, při febrilním průběhu celkové podání antibiotik. Je-li podezření na absces, je třeba incize, evakuace a drenáž. Provádí se bakteriologické vyšetření hnisu (Hájek, 2014, s. 469, Kudela, 2008, s. 198).

3.4.3 Dehiscence rány

Vzniká jako následek nesprávně ošetřené epiziotomie nebo rané infekce.

Léčba - antibiotika, resutura se provádí po odstranění příčiny a dokonalém vyčištění spodiny. Vše může trvat i několik dní (Hájek, 2014, s. 469, Kudela, 2008, s. 198).

4 PÉČE PO PORODU

Na oddělení šestinedělí je nejdůležitější edukace šestinedělky v péči o suturu. Žena by neměla zanedbat hygienu postižené oblasti, v případě potřeby může být poučena fyzioterapeutem o vhodném cvičení na posílení svalů dna pánevního (Zemanová, 2013, s. 94).

Měla by být dostatečně poučena o častém sprchování sutury vlažnou vodou, o používání speciálních mýdel pro intimní hygienu. Vhodné je mýdlo s obsahem dubové kůry. Provádět častou výměnu vložek s prodyšným dnem, používat nejlépe síťované jednorázové kalhotky. Pokud je rána nateklá, aplikovat ledové obklady s Mesocain gelem nebo Hemagelem. Při problémech se sezením si pořídit nafukovací kruh, který odlehčí tlak na suturu při sezení. Dodržovat dostatečný pitný režim, v případě potřeby použít laxativa k vyprázdnění.

5 PÁNEVNÍ DNO A POROD

Téma poškození pánevního dna v průběhu porodu se stalo v poslední době velmi atraktivním a je mu věnována stále větší pozornost. Je to i díky faktu, že elektivní císařský řez je považován v některých společnostech za preventivní opatření těchto poranění. Tuto volbu podporují epidemiologické studie, jež ukazují spojitost specifické morbidity s vaginálním porodem. Dosud ovšem neexistuje konsenzus týkající se hodnocení míry poškození, klinického významu a možnosti prevence poranění dna pánevního (Kašíková, 2008, s. 1).

Negativní vlivy vaginálního porodu na dno pánevní jsou děleny do následujících 4 oblastí:

- **poranění nervových struktur** - nervové struktury jsou vystaveny zátěži v průběhu I. a II. doby porodní. Riziko poranění se týká somatických, ale i autonomních nervů močového měchýře a anorektální oblasti. Poškození nervus pudendus způsobí pudendální neuropatii (Krofta, 2009, s. 318).
- **poranění vazivových struktur** - řada autorů prokázala zvýšenou pánevní orgánovou mobilitu. Jsou dostupné údaje, které analyzují vliv porodu na pozici a mobilitu uretry a měchýře. Z prací jednoznačně vyplývá, že elektivní císařský řez má minimální vliv na závěsné struktury a mobilitu močového měchýře. Není zcela jasné, zda změny jsou výsledkem roztažení nebo roztržení závěsných struktur, ke kterému došlo při porodu. Lze však předpokládat, že stavy zvýšené mobility jsou až pozdním důsledkem dlouhodobého zatížení (Krofta, 2009, s. 320).
- **poranění svalových struktur** - musculus levator ani za fyziologického stavu automaticky reaguje na tlakové změny v dutině břišní. V průběhu porodu dochází k významné zátěži levátorového komplexu s jeho možnou ireverzibilní deformací. V roce 1955 byla zveřejněna Haroldem Gaineym první významnější práce zabývající se vyšetřením dna pánevního. Systém byl založen pouze na palpačním vyšetření pochvy a hráze. U žen bez epiziotomie nacházel větší poranění, a tak v ní viděl možnou prevenci porodního poranění dna pánevního. První práce, zabývající se studiem zobrazovacích technik detekujících možnou souvislost mezi morfológickou změnou a dysfunkcí pánevního dna, byly publikovány v průběhu 90. let minulého století. První práce hodnotící vliv vaginálního porodu na změny morfologie je publikována v roce 2003. De Lancey a kol. předkládá jasná data, jež hovoří o specifických změnách morfologie levátoru prostřednictvím magnetické rezonance (MRI). Využití magnetické rezonance v zobrazení dna pánevního je používáno od 90. let 20. století a průkopníkem této metody je právě J. De Lancey. Pravděpodobně první sdělení na téma

vliv levátoru na statice dna pánevního publikoval Halban v roce 1907. Další dvě práce zabývající se touto problematikou pocházejí z průběhu 60. let minulého století (Kašíková, 2008, s. 2, Krofta, 2009, s. 322).

- **poranění zevního análního svěrače** - k poranění dochází v 1 – 5 % případů. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem jsou primipary, hypertrofický plod a porod ukončený VEX či FORCEPS. S využitím ultrasonografie bylo možné prokázat, že k poranění dochází pravděpodobně podstatně častěji, dle některých autorů incidence dosahuje až 38,0 %. Poranění způsobí vznik inkontinence (Krofta, 2009, s. 326).

Nejvýznamnější faktor, který má přímou souvislost s dysfunkcí dna pánevního, probíhá pod lékařským dohledem a je jím vaginálně vedený porod. Čím je delší I. a II. doba porodní, tím větší je možnost vzniku anatomického a funkčního poškození dna pánevního. Vaginální porod je přirozený proces, ale je otázkou, zda je vhodný pro všechny typy žen. V řadě případů si žena odnáší významné trauma pánevních struktur, jehož důsledky se mohou klinicky projevit až po řadě let, kdy již selžou fungující kompenzační mechanismy (Krofta, 2009, s. 317 a 326). Poškození pánevního dna může zapříčinit stresovou močovou inkontinenci, inkontinenci stolice anebo prolaps pánevních orgánů (Lavy, 2012, s. 165).

6 PREVENTIVNÍ METODY PORANĚNÍ DNA PÁNEVNÍHO

Zamezení poranění je závislé na poddajnosti hráze, na vlastnostech poševních svalů, velikosti a s ní související hmotnosti dítěte, tak i jeho přizpůsobení se porodním cestám.

S přípravou měkkých porodních cest je třeba začít před porodem, aby se docílilo zlepšení elasticity a pružnosti tkáně. Všechny metody mají jeden společný cíl, a tím je zvýšit elasticitu hráze a posílit možnosti jejího rozvinutí při porodu. Tím se sníží potřeba epiziotomie, popřípadě vznik ruptury. V neposlední řadě také napomůžou budoucí rodiče přiblížit pocity, které bude mít během vypuzovací fáze porodu (Maryšková, 2010, s. 80).

Během gravidity dochází k uvolnění a změknutí veškerého svalstva, tedy i svalů dna pánevního. K největšímu zatížení dochází během porodu, kdy dítě prochází porodními cestami. Ochabnutí svaloviny může mít za následek únik moči, pokles dělohy, bolesti v pánevní oblasti a další zdravotní problémy. Toto se může projevit již v průběhu gravidity, ale častěji k problémům dochází po porodu nebo v pozdějším období života ženy. Potíže mají především ženy, které rodily vícekrát nebo měly dítě s větší porodní hmotností. Různé studie dokazují, že v případech, kdy ženy posilují svalstvo dna pánevního v těhotenství, mají ho pevnější a zmíněné obtíže jsou u nich minimalizovány (Sikorová, 2006, s. 77).

6.1 Kegelovo cvičení

Technika tohoto cvičení byla uvedena do praxe americkým gynekologem Arnoldem Kegelem ve čtyřicátých letech 20. století. Předvedl ho jako rehabilitaci pomáhající odstranit drobné anatomické úchytky po porodu. V současné době se objevuje v různých letáčcích jako léčba stresové inkontinence. Základem je naučit se vědomě ovládat svaly dna pánevního. Cvičení je náročné, neboť svalstvo není vidět a při správném cvičení nemají být zapojovány jiné svalové skupiny.

Kegelovo cvičení je členěno do čtyř částí: vizualizace, relaxace, izolace a vlastní posilování. Fáze **vizualizace** je důležitá k ozřejmění anatomických poměrů dna pánevního, schopnost dokázat si představit oblast, se kterou budeme pracovat, v průběhu **relaxace** probíhá celkové zklidnění a snaha o soustředění do oblasti dna pánevního, abychom snížili napětí břišních svalů, **izolací** je míněn správný nácvik Kegelova stahu, oddělení stahu konečníku a pochvy. Nesmí dojít k záměně stahu dna pánevního za práci břišních a hýžd'ových svalů, tato fáze je

problematická, proto se doporučuje zadržování proudu moči při močení. Po zvládnutí předšlých fází je možné přejít k **vlastnímu posilování** dna pánevního. Doba udržení stahu se pohybuje od jedné do sedmi sekund a počet opakování se zvyšuje od 80 do 300 stahů za den. Doba, která je nezbytná ke zvládnutí Kegelova cvičení je u každého individuální. Samotný nácvik Kegelova stahu je nejdůležitější částí celého programu. Cvičení je zapotřebí provádět v soukromí, při úplném klidu a plném soustředění. Vhodné je použití relaxační hudby (Sikorová, 2006, s. 77, Vlková, 2000, s. 7 a 8, Šupálková, 2004, s. 131).

6.2 Masáž hráze

S masáží by žena měla začít přibližně okolo 34. týdne gravidity. Provádět by se měla jednou až dvakrát denně po dobu 5 minut. Masáž si žena provádí sama nebo za pomoci druhé osoby – manžela či přítele.

Těhotná zaujme polohu v polosedě s pokrčenýma nohama. Po zvlhčení prstů (například rostlinným olejem nebo speciálními přípravky přímo určenými k masáži hráze) zavede do pochvy ukazovák a prostředník a pomalu je roztahuje. Hloubka zavedení je přibližně po konec druhého článku prstu. Prsty mají po tkáni klouzat, přejíždí z jedné strany na druhou a stěnu pochvy tlačí směrem dolů a dopředu, přibližně 3 minuty. Masáž se ukončuje mnutím hráze mezi palcem a ukazovákem po dobu 1 minuty (Maryšková, 2010, s. 80).

6.3 EPI - NO balónek

Myšlenka posilování dna pánevního je velmi stará. Například africké ženy používaly k posílení dna pánevního vhodně tvarovanou tykev. Z této tradice se vyvinul zdravotnický výrobek. S cvičením by se mělo začít zhruba 3 týdny před terminem porodu. Cílem je nejen posílení a zpevnění svalů, ale i simulace porodu pomocí plynulého a šetrného rozpínání svalů a tkání hráze.

Balónek se zavede z jedné poloviny do pochvy a objem se nafukováním postupně zvětšuje do pocitu maximálního napětí., ovšem bez pocitu bolesti. Nakonec se nechá vyklouznout z pochvy. Cvičení by se mělo opakovat jednou až dvakrát denně po dobu 15 – 30 minut (Maryšková, 2010, s. 80).

6.4 Dianatal gel

Jedná se o gel chránící svaly dna pánevního, pochvy a hráze. Účinek je čistě fyzikální bez jakékoli léčivé látky. Díky aplikaci se snižuje tření při porodu až o 50 %. Gel přilne ke stěně poševní a utvoří film usnadňující klouzavý pohyb při porodu a redukující tření. Balení obsahuje tři tuby s aplikátory, přičemž první dvě tuby jsou určeny pro I. dobu porodní a třetí pro II. dobu porodní. Gel se zavádí již od prvního porodnického vyšetření, nejpozději od dilatace 4 cm. Při každém vyšetření se aplikuje 3 – 5 ml, v případě odtoku plodové vody se má do 15 až 30 minut aplikovat nová dávka. Po porodu hlavičky se musí otřít oblast úst a nosu. Použití gelu snižuje výskyt porodního poranění a v případě potřeby usnadňuje i operativní ukončení porodu (Maryšková, 2010, s. 80 – 81).

Nelze tvrdit, že díky použití některé z metod se docílí porodu bez poranění, ale lze očekávat zlepšení elasticity a poddajnosti měkkých porodních cest. Denní cvičení snižuje nejen strach z porodu, ale redukuje dobu trvání první a druhé doby porodní (Maryšková, 2010, s. 81).

Při samotném porodu je důležitý pomalý postup hlavičky dítěte, podpora ženy ve spontánním tlačení, zvolení vhodné polohy. Výhodná je poloha na boku, vkleče. V našem porodnictví se uplatňuje aktivní chránění hráze a zabránění hlavičce v rychle deflexi jejím přidržováním (Štomerová, 2010, s. 204).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

Výzkumné šetření formou dotazníku bylo prováděno v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. Zlín na oddělení šestinedělí 4. a 5. patra.

7.1 Cíle práce

1. Zjistit hlavní důvody k provedení episiotomie jako prevence závažných poranění perinea.
2. Zjistit komplikace spojené s poraněním svalového dna pánevního.
3. Zjistit informovanost žen po porodu o následné péči o svalové dno pánevní v průběhu šestinedělí.

7.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo prováděno formou tištěných anonymních dotazníků, kterých bylo rozdáno 100 kusů a návratnost byla 78 (78,0 %) kusů. Ke sběru potřebných informací bylo zvoleno dotazníkové šetření, které probíhalo na daných odděleních v průběhu měsíce března 2016. Bylo vytvořeno 22 otázek, které měly jak otevřenou, tak i uzavřenou formu odpovědi. Otázky obsahovaly jak demografické údaje pro bližší identifikaci rodiček, tak především otázky týkající se poranění svalového dna pánevního. Byly voleny k jednotlivým cílům bakalářské práce. Ke zpracování praktické části bakalářské práce bylo zapotřebí si zajistit žádost o umožnění výzkumného šetření v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. Zlín na gynekologicko – porodnickém oddělení (P I). Poté následovala analýza získaných dat a jejich zpracování a vyhodnocení pomocí tabulek a grafů.

7.2.1 Charakteristika souboru

Cílovou skupinou respondentek byly ženy po porodu v období šestinedělí. Do výzkumu bylo zařazeno 78 respondentek ve věkovém rozmezí 18 až více než 40 let. Všechny respondentky byly po vaginálním porodu.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

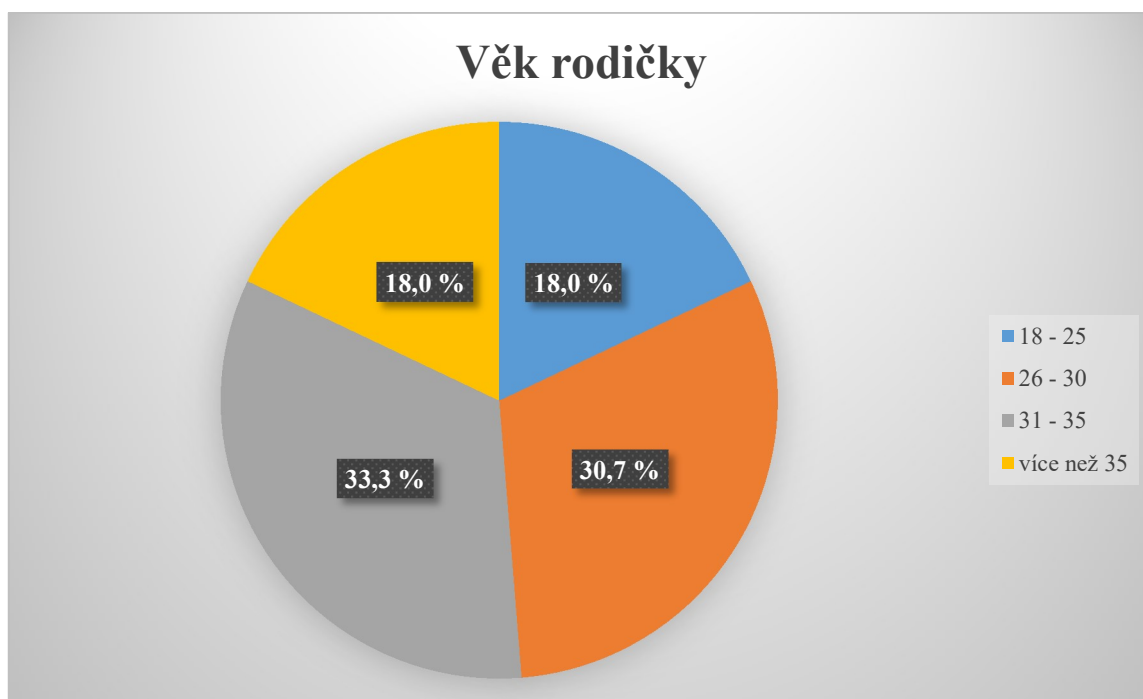
Položka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věk rodičky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 - 25	14	18,0 %
26 - 30	24	30,7 %
31 - 35	26	33,3 %
více než 35	14	18,0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 1: Věk rodičky



Zdroj: Vlastní

Komentář: výzkumu se zúčastnilo 78 žen ve věkovém rozmezí 18 a více než 35 let. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy v rozmezí 31 – 35 let, a to 33,3 %. 30,7 % následovaly ženy v rozmezí 26 – 30 let. Shodných 18,0 % měly ženy ve věku 18 – 25 let a ženy starší 35 let.

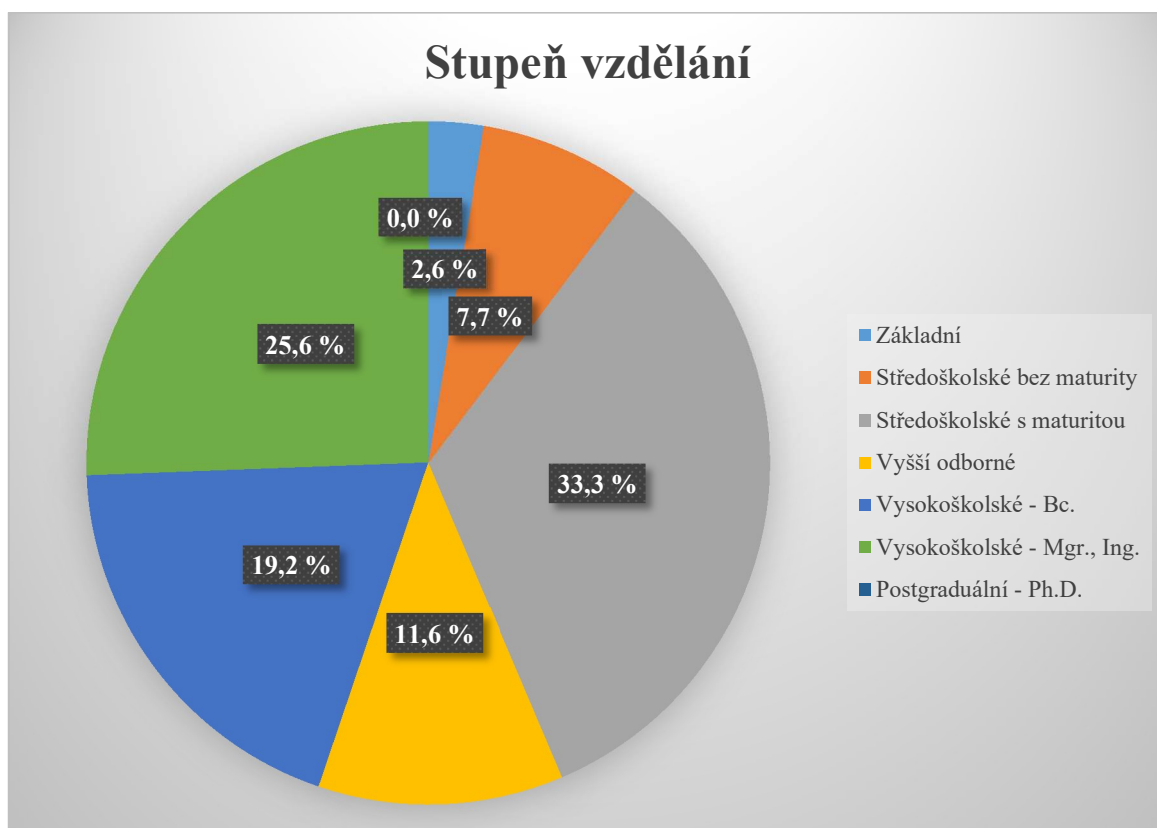
Položka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2: Stupeň vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	2	2,6 %
Středoškolské bez maturity	6	7,7 %
Středoškolské s maturitou	26	33,3 %
Vyšší odborné	9	11,6 %
Vysokoškolské - Bc.	15	19,2 %
Vysokoškolské - Mgr., Ing.	20	25,6 %
Postgraduální - Ph.D.	0	0,0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 2: Stupeň vzdělání



Zdroj: Vlastní

Komentář: nejpočetnější skupinu respondentek tvořily ženy se středoškolským vzděláním s maturitou a to 33,3 %, druhou skupinu tvořily vysokoškolsky vzdělané ženy – Mgr., Ing. a to 25,6 %. Třetí skupinou byly vysokoškolsky vzdělané ženy – Bc. 19,2 %, poté následovaly s 11,6 % ženy s vyšším odborným vzděláním, 7,7 % ženy středoškolsky vzdělané bez maturity a 2,6 % ženy se základním vzděláním. Výzkumu se nezúčastnila žádná žena s postgraduálním vzděláním.

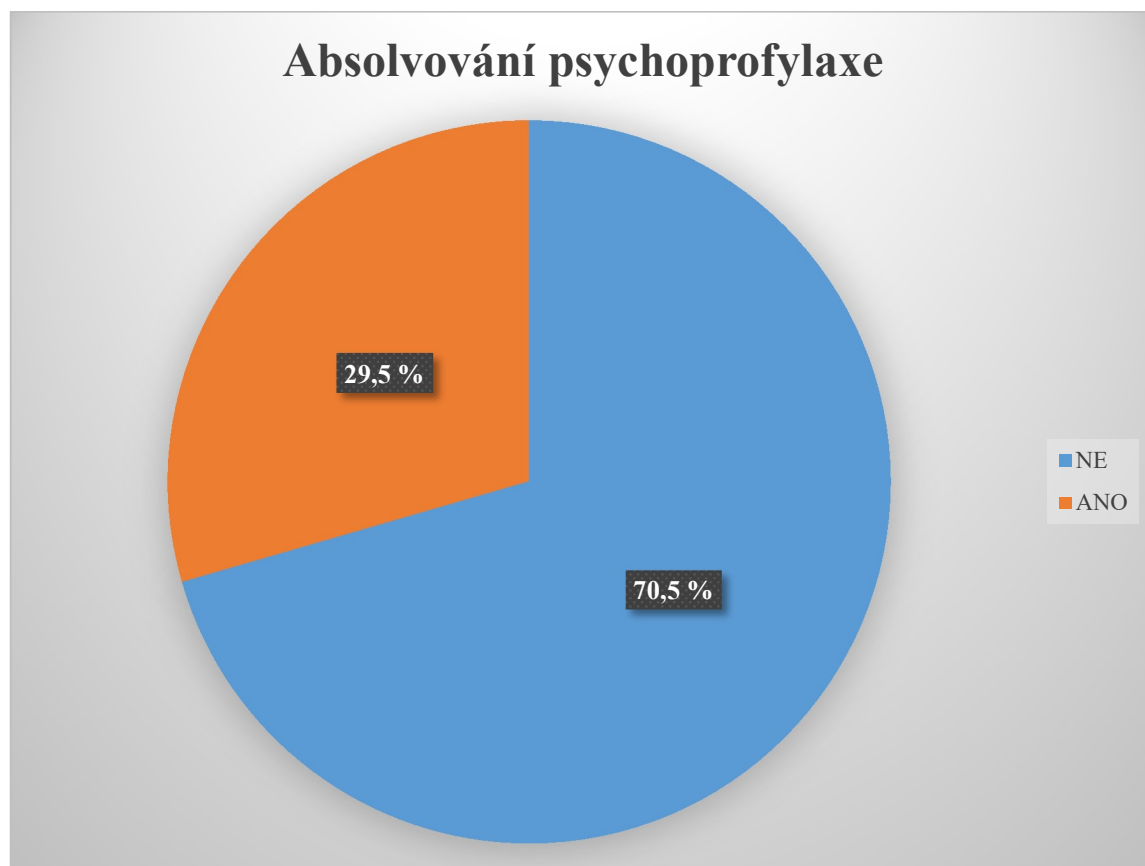
Položka č. 3: Navštěvovala jste kurzy psychosomatické přípravy rodičovských párů k těhotenství, porodu a péče o dítě?

Tabulka 3: Absolvování psychoprofylaxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost
NE	55	70,5 %
ANO	23	29,5 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 3: Absolvování psychoprofylaxe



Zdroj: Vlastní

Komentář: z celkového počtu 78 žen, se během gravidity 29,5 % žen zúčastnilo a 70,5 % žen nezúčastnilo psychosomatické přípravy rodičovských párů k těhotenství, porodu a péče o dítě.

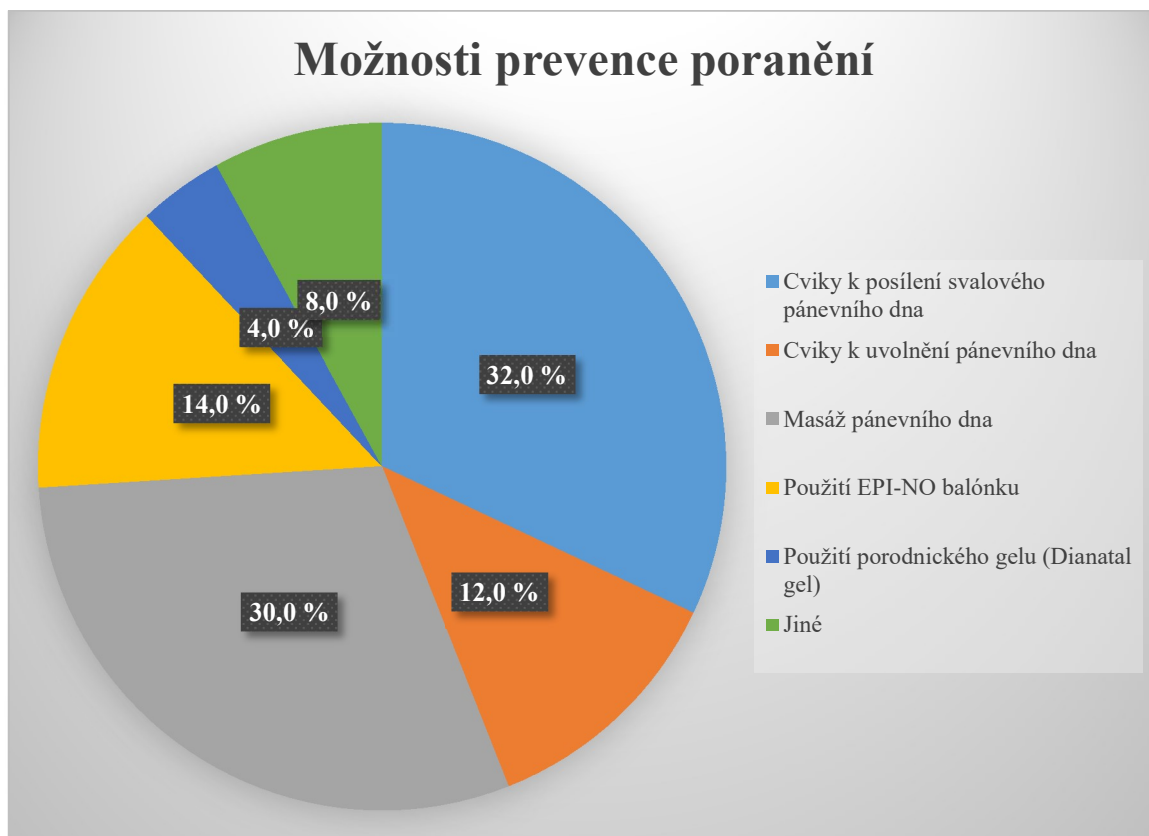
Položka č. 4: Pokud ano, byly Vám zde poskytnuty informace o tom, jaký je vhodný postup péče o hráz před porodem a v poporodním období?

Tabulka 4: Možnosti prevence poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cviky k posílení svalového pánevního dna	16	32,0 %
Cviky k uvolnění pánevního dna	6	12,0 %
Masáž pánevního dna	15	30,0 %
Použití EPI - NO balónku	7	14,0 %
Použití porodnického gelu (Dianatal gel)	2	4,0 %
Jiné	4	8,0 %
CELKEM	50	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 4: Možnosti prevence poranění



Zdroj: Vlastní

Komentář: na položku možnosti prevence poranění odpovídalo 23 žen, které se zúčastnily kursů psychosomatické přípravy. Na výběr měly možnost více odpovědí. Nejvíce informací získaly o cvicích k posílení pánevního dna – 32,0 %, poté následovaly se 30,0 % informace o masáži pánevního dna, se 14,0 % informace o použití EPI - NO balónku, s 12,0 % informace o cvicích k uvolnění pánevního dna. 8,0 % odpovědí se týkalo použití jiných metod prevence a 4,0 % odpovědí se týkalo použití Dianatal gelu.

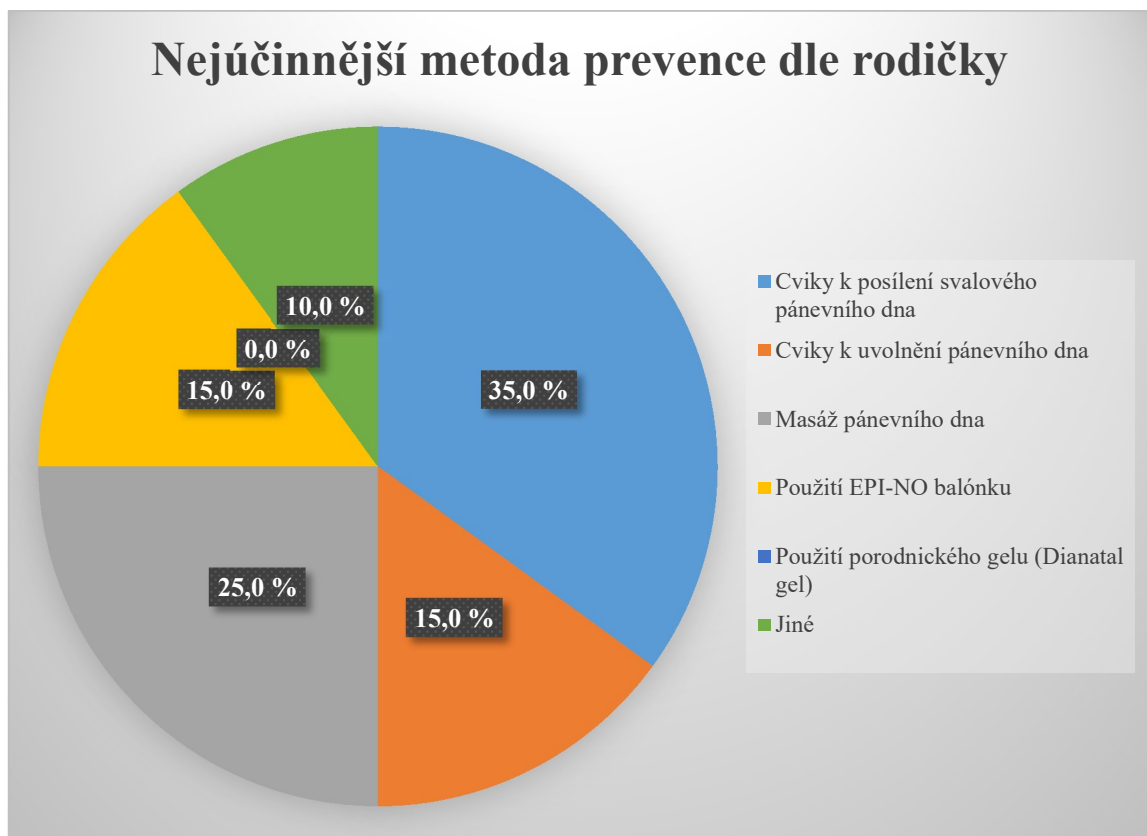
Položka č. 5: Kterou z těchto preventivních metod poranění hráze v průběhu porodu jste vy sama využila a pokládáte ji za nejúčinnější?

Tabulka 5: Nejúčinnější metoda prevence dle rodičky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Cviky k posílení svalového pánevního dna	7	35,0 %
Cviky k uvolnění pánevního dna	3	15,0 %
Masáž pánevního dna	5	25,0 %
Použití EPI - NO balónku	3	15,0 %
Použití porodnického gelu (Dianatal gel)	0	0,0 %
Jiné	2	10,0 %
CELKEM	20	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 5: Nejúčinnější metoda prevence dle rodičky



Zdroj: Vlastní

Komentář: na položku nejúčinnější a využití metody odpovídalo 23 žen a měly opět možnost více odpovědí. 35,0 % odpovědí se týkalo cviků k posílení svalového dna pánevního, 25,0 % odpovědí se týkalo masáže dna pánevního. Shodně 15,0 % odpovědí se týkalo provádění cviků k uvolnění dna pánevního a použití EPI - NO balónku a 10,0 % odpovědí bylo o použití jiné metody. Žádná z odpovědí nebyla o použití Dianatal gelu.

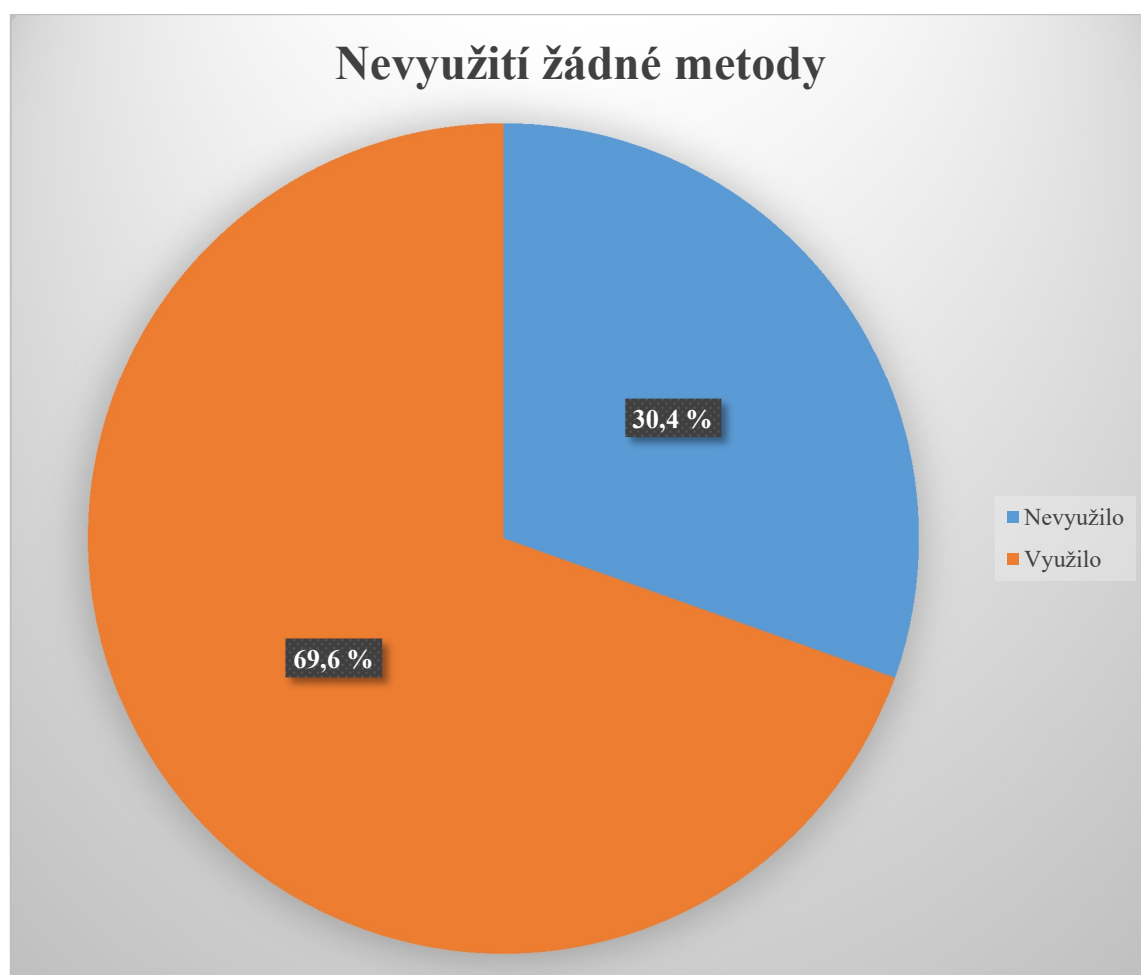
Položka č. 6: Žádnou z těchto metod jsem nevyužila.

Tabulka 6: Nevyužití žádné metody

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevyužilo	7	30,4 %
Využilo	16	69,6 %
CELKEM	23	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 6: Nevyužití žádné metody

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: z 23 klientek využilo 69,6 % preventivní metody chránění hráze a 30,4 % nevyužilo žádnou z nabízených metod.

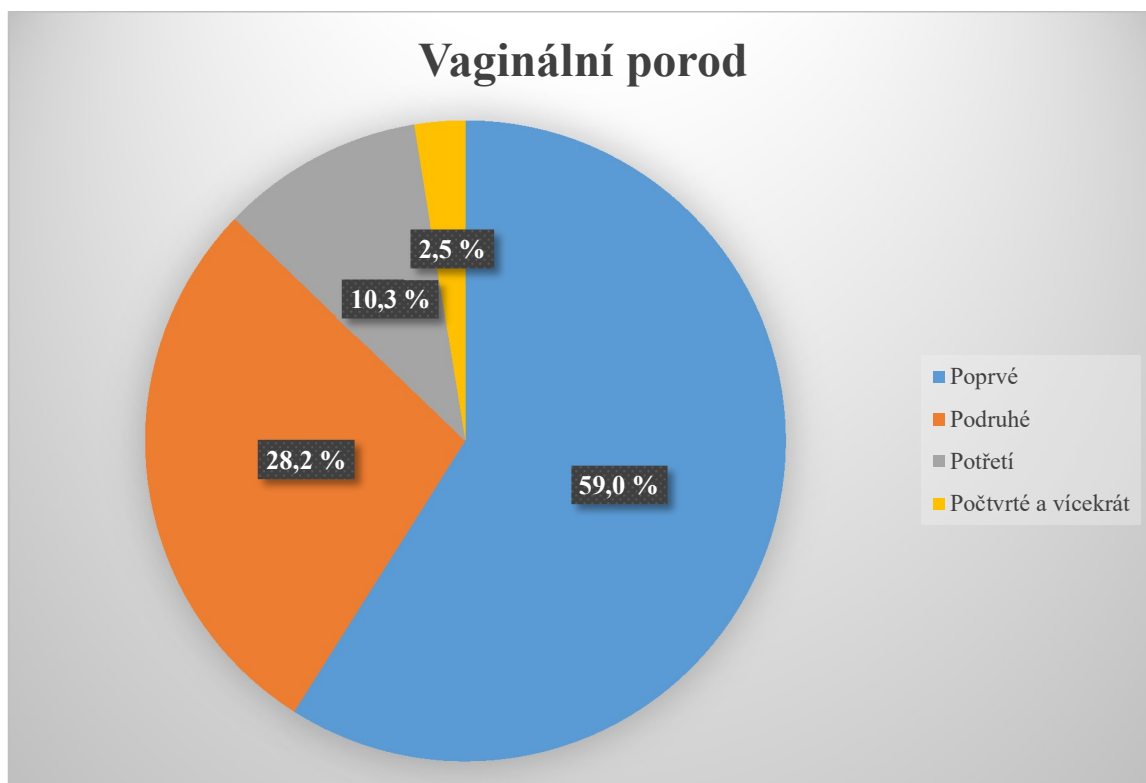
Položka č. 7: Vaginálním způsobem jste nyní rodila po kolikáté?

Tabulka 7: Vaginální porod

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poprvé	46	59,0 %
Podruhé	22	28,2 %
Potřetí	8	10,3 %
Počtvrté a vícekrát	2	2,5 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: *Vlastní*

Graf 7: Vaginální porod

Zdroj: *Vlastní*

Komentář: výzkumu se zúčastnilo 59,0 % žen, jež rodily vaginální cestou poprvé, 28,2 % žen rodících spontánně podruhé, 10,3 % žen rodících vaginálně potřetí a jen 2,5 % žen rodilo spontánně počtvrté a vícekrát.

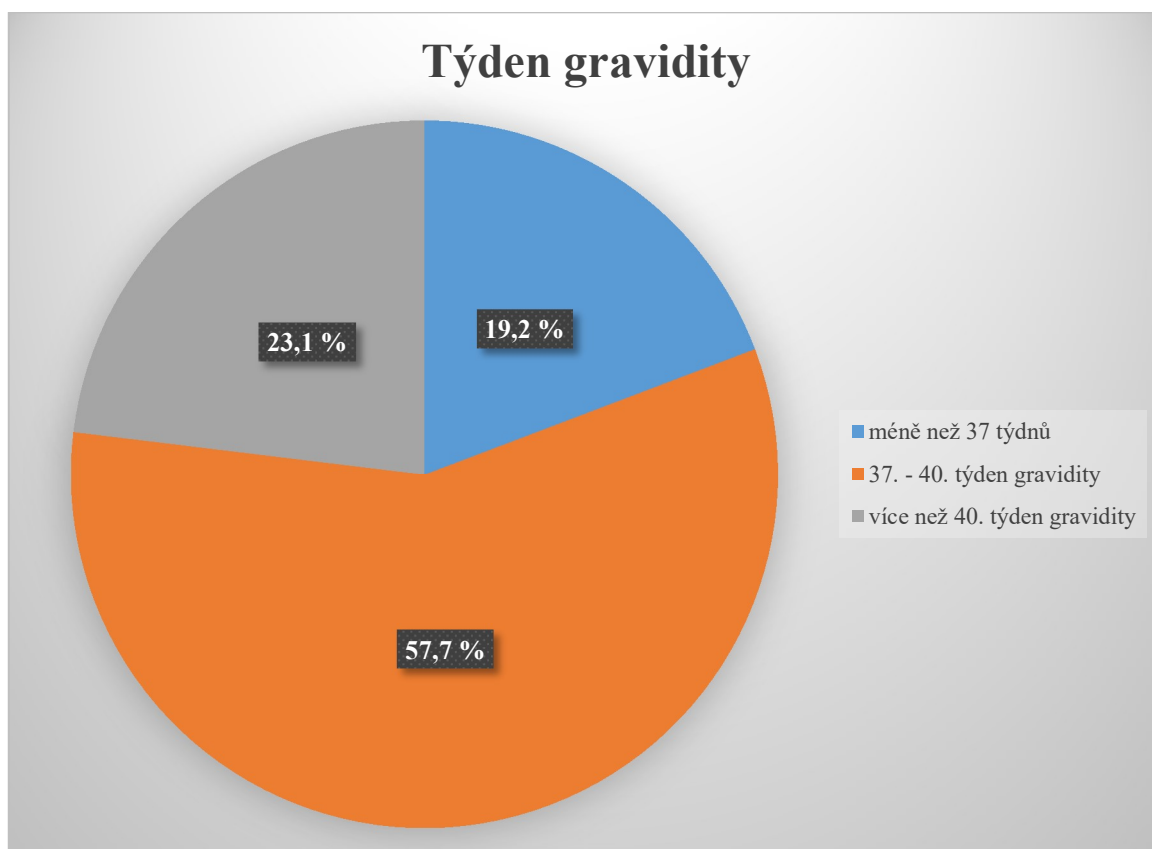
Položka č. 8: Ve kterém týdnu jste rodila?

Tabulka 8: Týden gravidity

	Absolutní četnost	Relativní četnost
méně než 37 týdnů	15	19,2 %
37. - 40. týden gravidity	45	57,7 %
více než 40. týden gravidity	18	23,1 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 8: Týden gravidity

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: nejpočetnější skupinu tvořily ženy rodící v rozmezí 37. – 40. týden gravidity a to 57,7 %, poté následovaly 23,1 % ženy rodící po 40. týdnu gravidity a 19,2 % ženy rodící před 37. týdnem gravidity.

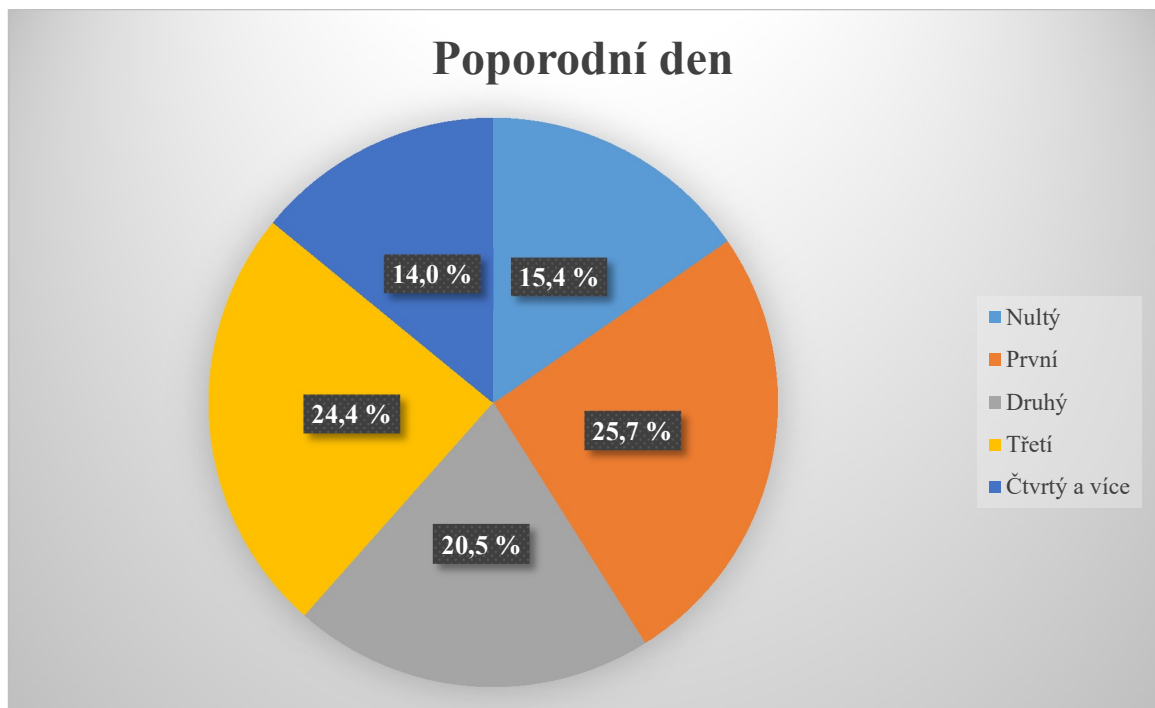
Položka č. 9: Kolikátý den po porodu jste?

Tabulka 9: Poporodní den

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nultý	12	15,4 %
První	20	25,7 %
Druhý	16	20,5 %
Třetí	19	24,4 %
Čtvrtý a více	11	14,0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 9: Poporodní den

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: v nultý poporodní den se nacházelo 15,4 % žen, první den po porodu bylo 25,7 % žen, druhý poporodní den mělo 20,5 % žen. 24,4 % žen bylo třetí den po porodu a 14,0 % žen bylo více než tři dny po porodu.

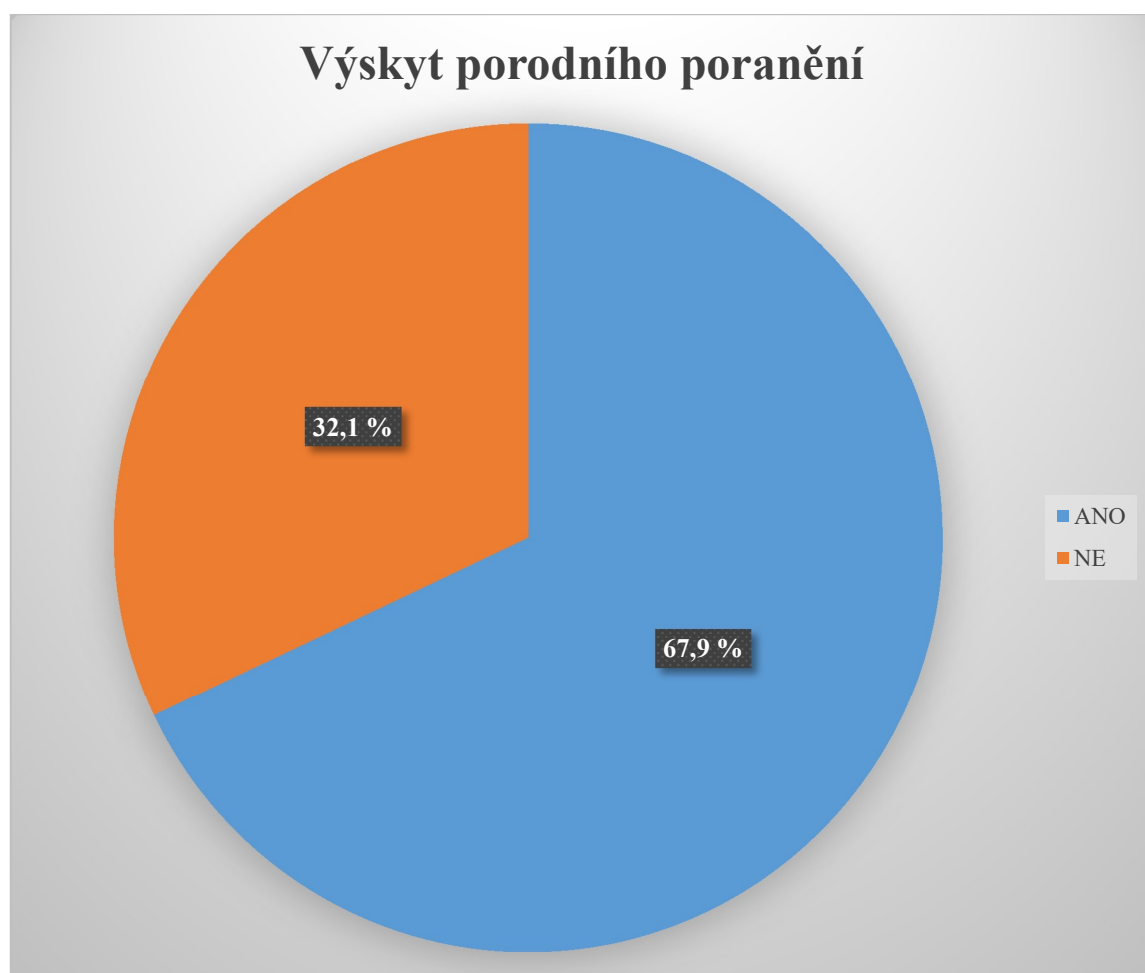
Položka č. 10: Máte nějaké porodní poranění?

Tabulka 10: Výskyt porodního poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	53	67,9 %
NE	25	32,1 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 10: Výskyt porodního poranění



Zdroj: Vlastní

Komentář: výzkumu se zúčastnilo 78 žen, z nichž 67,9 % mělo porodní poranění a 32,1 % žen bylo bez poranění.

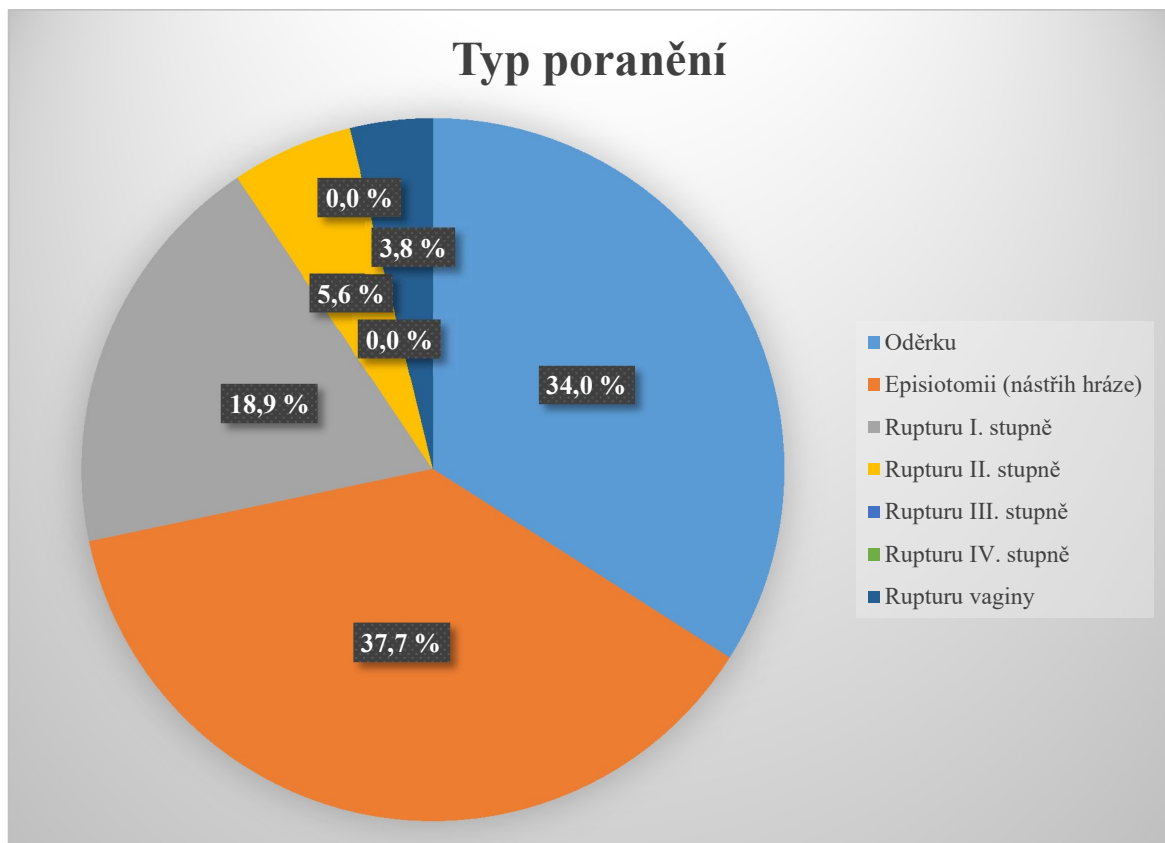
Položka č. 11: V případě, že ano, o jaký typ se jedná?

Tabulka 11: Typ poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oděrku	18	34,0 %
Episiotomii (nástřih hráze)	20	37,7 %
Rupturu I. stupně	10	18,9 %
Rupturu II. stupně	3	5,6 %
Rupturu III. stupně	0	0,0 %
Rupturu IV. stupně	0	0,0 %
Rupturu vaginy	2	3,8 %
CELKEM	53	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 11: Typ poranění



Zdroj: Vlastní

Komentář: na otázku ohledně druhu poranění odpovídalo 53 klientek. Největší skupinu tvořily ženy s episiotomií – 37,7 %, následovaly 34,0 % ženy bez poranění a 18,9 % ženy s rupturou I. stupně. Ruptura II. stupně se vyskytovala u 5,6 % žen, ruptura vaginy u 3,8 % žen. Žádná z žen neměla rupturu III. a IV. stupně.

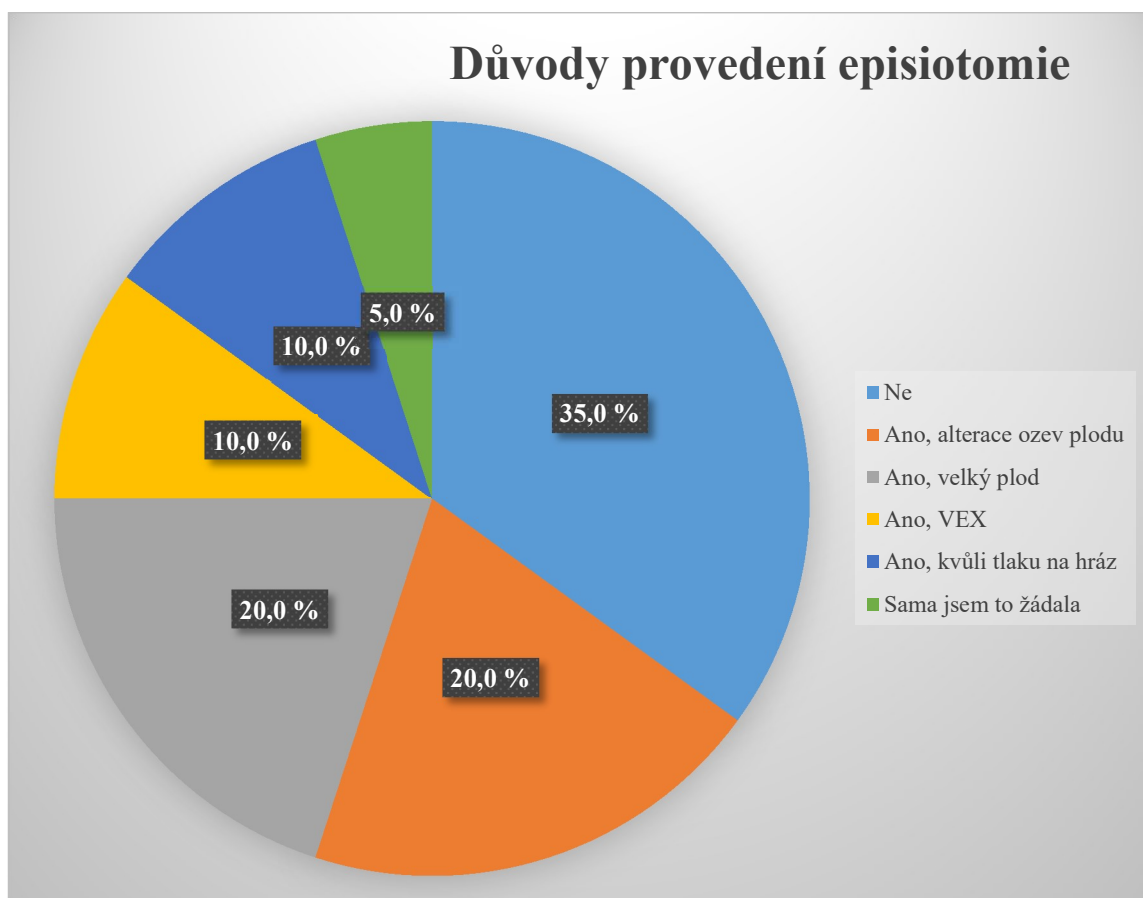
Položka č. 12: Byly Vám v případě episiotomie vysvětleny důvody jejího provedení?

Tabulka 12: Důvody provedení episiotomie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	7	35,0 %
Ano, alterace ozev plodu	4	20,0 %
Ano, velký plod	4	20,0 %
Ano, VEX	2	10,0 %
Ano, kvůli tlaku na hráz	2	10,0 %
Sama jsem to žádala	1	5,0 %
CELKEM	20	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 12: Důvody provedení episiotomie

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: z 20 žen, kterým byla provedena episiotomie, uvedlo 35,0 % žen, že o jejím provedení informovány nebyly. Z 65,0 % žen, které informovány byly, uvedlo shodně 20,0 % jako důvod alteraci ozev plodu a velký plod a shodně 10,0 % jako důvod snížení tlaku na hráz a použití VEXU. V 5,0 % byla episiotomie provedena na vlastní žádost klientky.

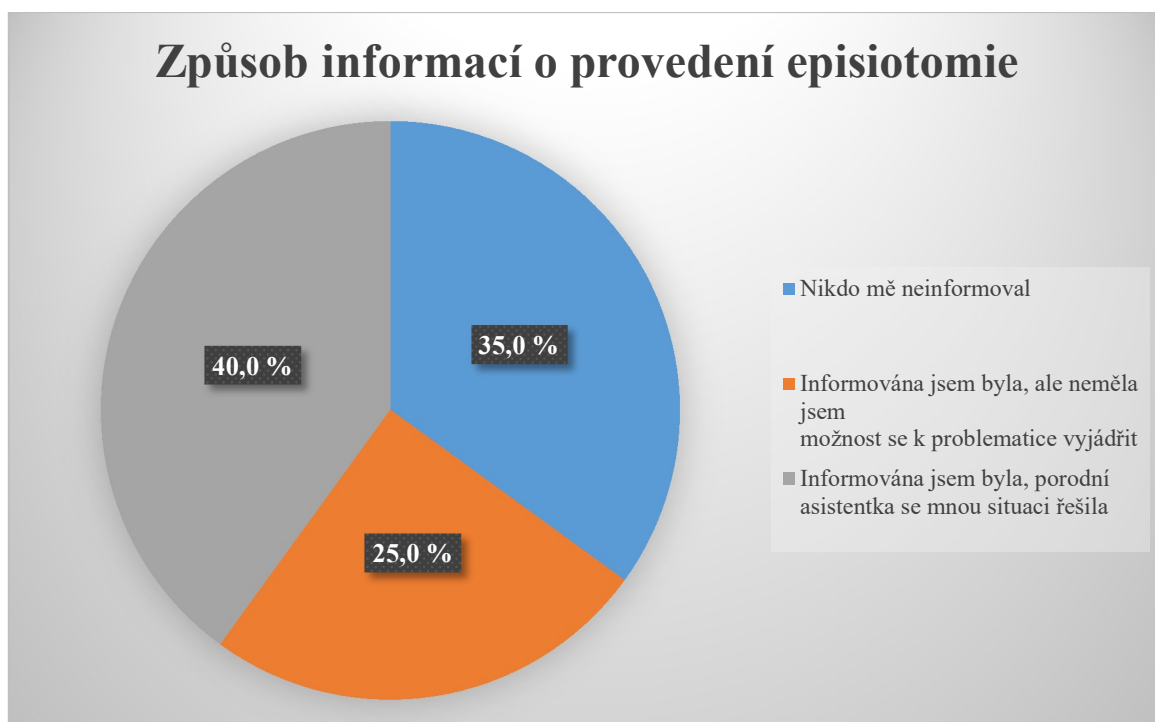
Položka č. 13: Jakým způsobem jste byla informována o jejím provedení?

Tabulka 13: Způsob informování o provedení episiotomie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdo mě neinformoval	7	35,0 %
Informována jsem byla, ale neměla jsem možnost se k problematice vyjádřit	5	25,0 %
Informována jsem byla, porodní asistentka se mnou situaci řešila	8	40,0 %
CELKEM	20	100 %

Zdroj: *Vlastní*

Graf 13: Způsob informování o provedení episiotomie



Zdroj: *Vlastní*

Komentář: jak již bylo výše uvedeno, 35,0 % žen nebylo o provedení episiotomie informováno. Z 65,0 % žen, které informovány byly, bylo 25,0 % žen informováno, ale neměly možnost se k problematice vyjádřit a 40,0 % žen informováno bylo a provedení s nimi bylo konzultováno.

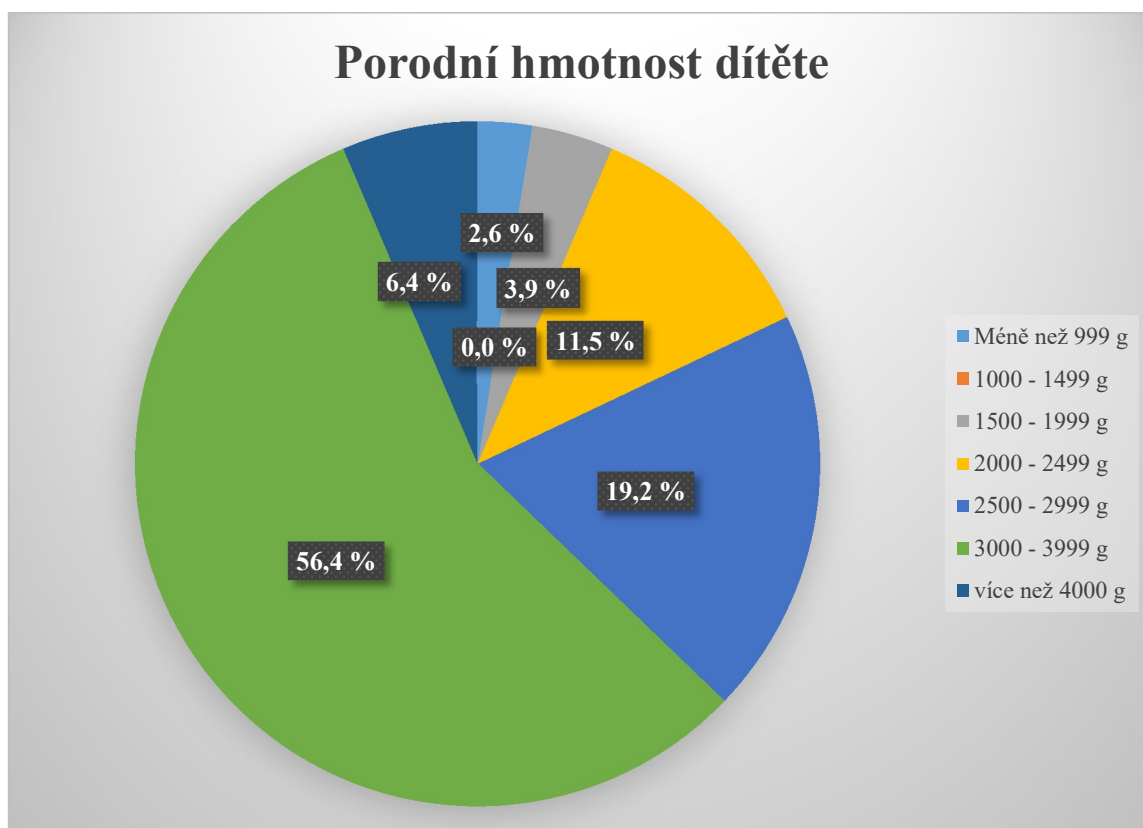
Položka č. 14: Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

Tabulka 14: Porodní hmotnost dítěte

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 999 g	2	2,6 %
1000 - 1499 g	0	0,0 %
1500 - 1999 g	3	3,9 %
2000 - 2499 g	9	11,5 %
2500 - 2999 g	15	19,2 %
3000 - 3999 g	44	56,4 %
více než 4000 g	5	6,4 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 14: Porodní hmotnost dítěte

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: 56,4 % novorozenců mělo porodní váhu v rozmezí 3000 – 3999 g, následovaly 19,2 % novorozenci s hmotností od 2500 – 2999 g, 11,5 % novorozenci s hmotností 2000 – 2499 g. Hmotnost více než 4000 g mělo 6,4 % dětí, hmotnost v rozmezí 1500 – 1999 g 3,9 % a 2,6 % novorozenců mělo hmotnost menší než 999 g. Váhu v rozmezí 1000 – 1499 g nedosáhl žádný z novorozenců.

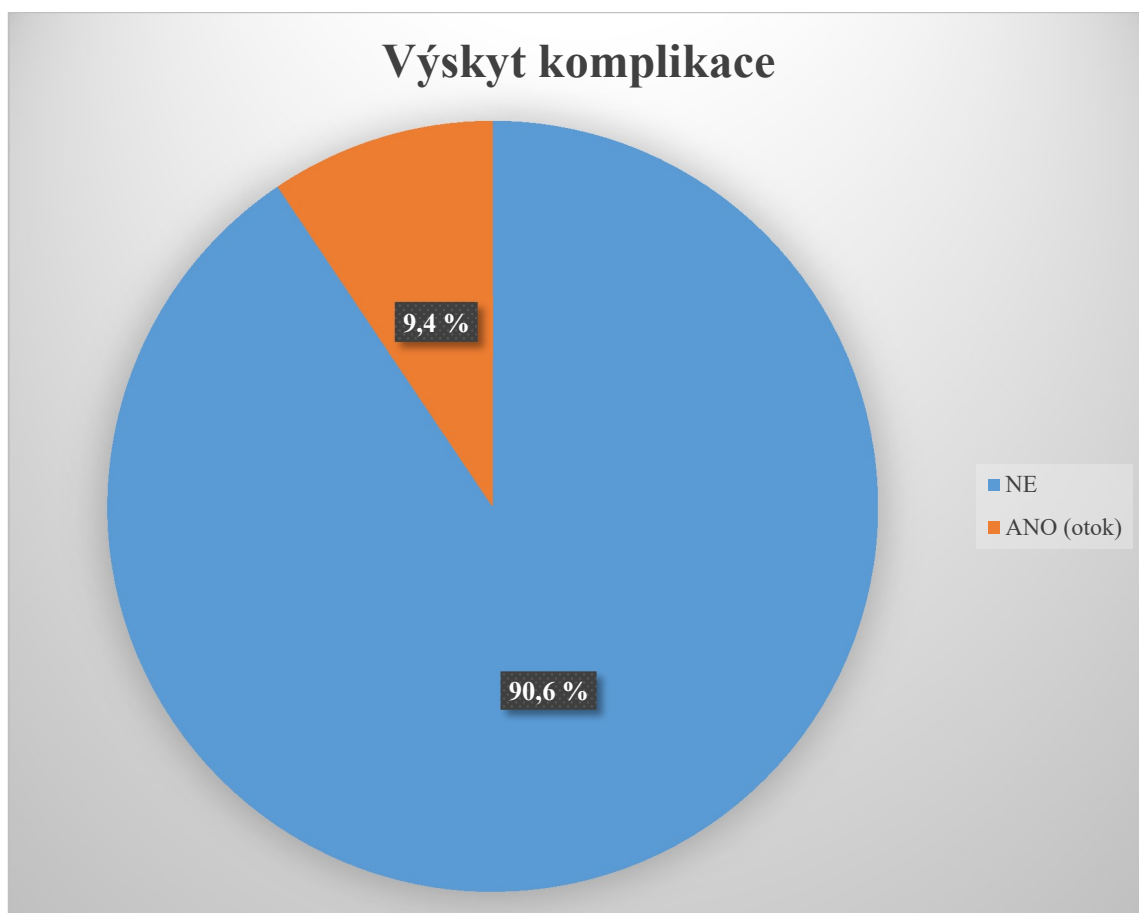
Položka č. 15: Vyskytla se nějaká komplikace v souvislosti s poraněním hráze?

Tabulka 15: Výskyt komplikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
NE	48	90,6 %
ANO (otok)	5	9,4 %
CELKEM	53	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 15: Výskyt komplikace



Zdroj: Vlastní

Komentář: na položku ohledně výskytu komplikací porodního poranění odpovídalo 53 klientek, z nichž 90,6 % nevedlo žádnou komplikaci. Zbýlých 9,4 % žen uvádělo jako komplikaci otok a bolestivost sutury.

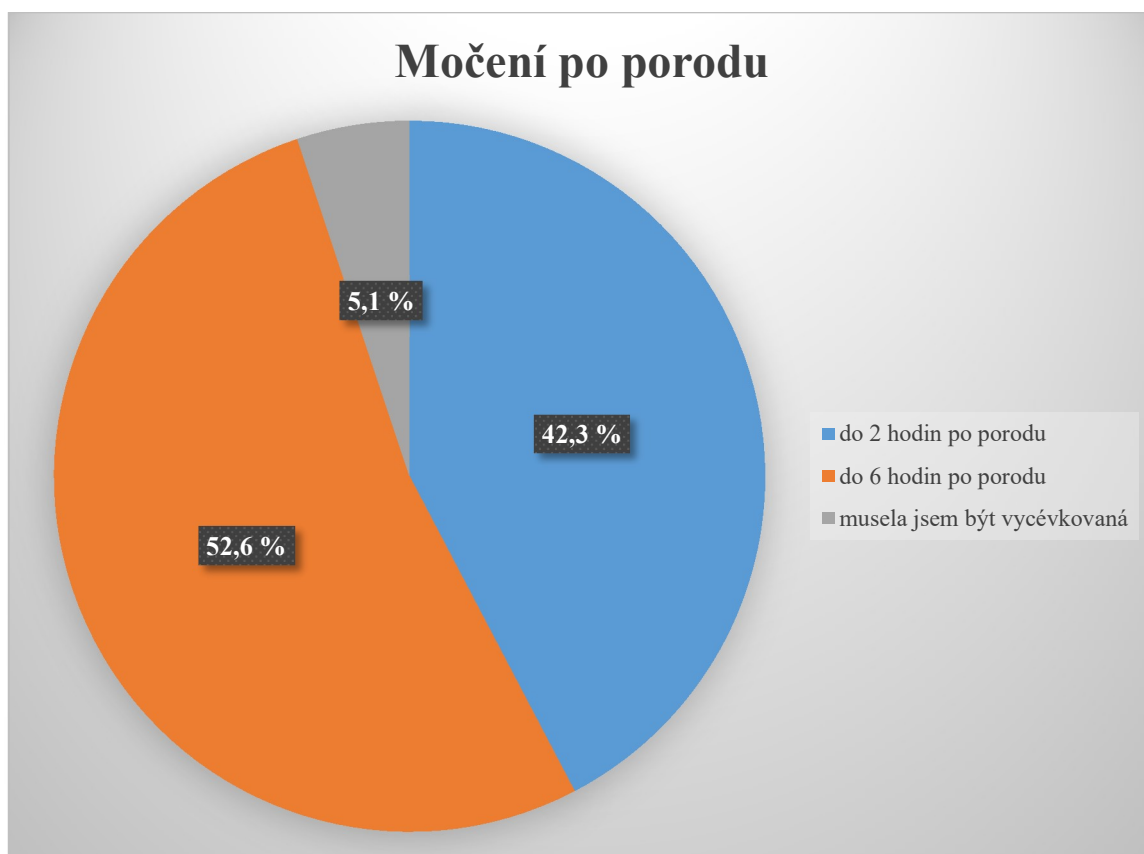
Položka č. 16: Kdy jste se poprvé po porodu vymočila?

Tabulka 16: Močení po porodu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 2 hodin po porodu	33	42,3 %
do 6 hodin po porodu	41	52,6 %
musela jsem být vycévkovaná	4	5,1 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 16: Močení po porodu

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: problém s močením po porodu uvedlo 5,1 % žen, jež musely být vycévkovány. 42,3 % žen se spontánně vymočilo již na porodním sále v průběhu čtvrté doby porodní a 52,6 % žen se spontánně vymočilo do 6 hodin po porodu na oddělení šestinedělí.

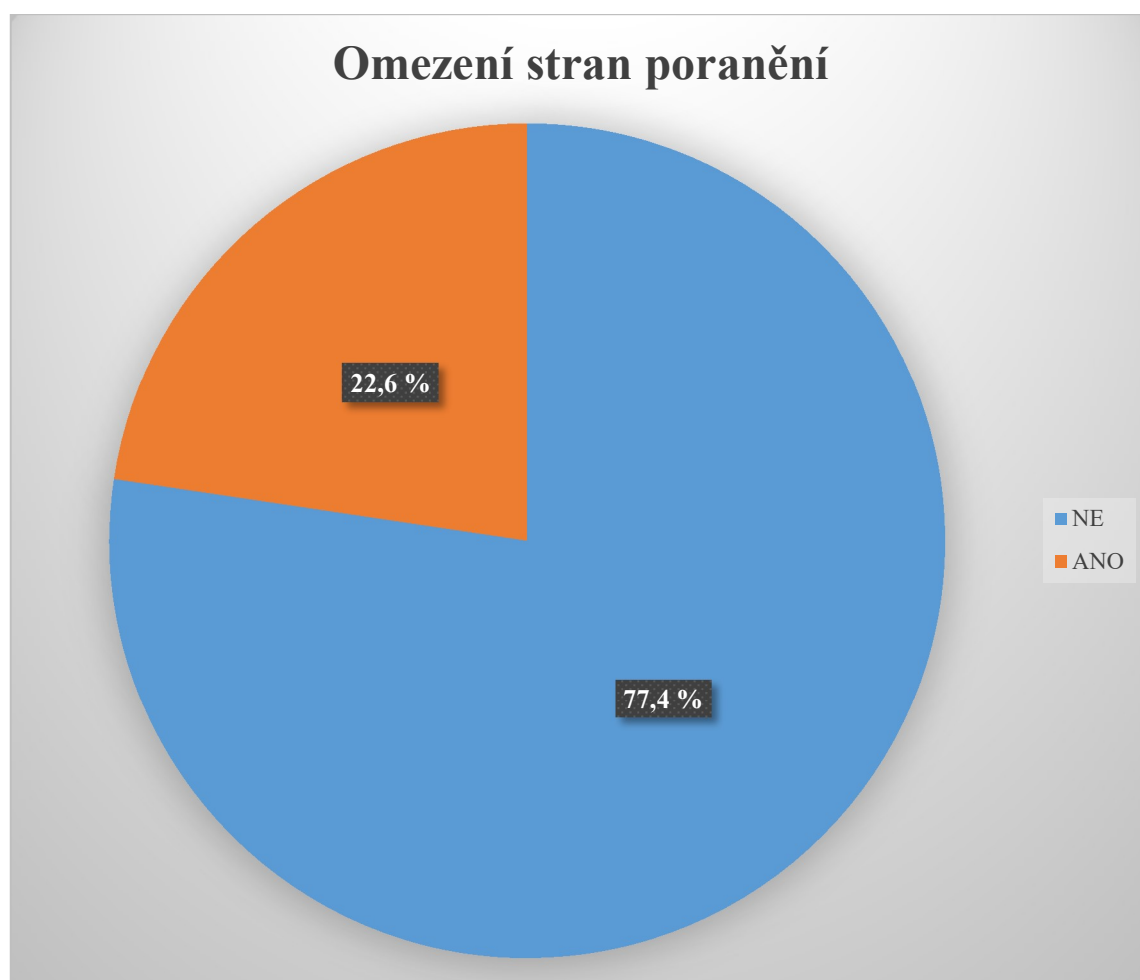
Položka č. 17: Omezilo Vás poranění v péči o sebe samu či dítě?

Tabulka 17: Omezení stran poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
NE	41	77,4 %
ANO	12	22,6 %
CELKEM	53	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 17: Omezení stran poranění



Zdroj: Vlastní

Komentář: 77,4 % žen porodní poranění nijak neomezovalo v péči o sebe či dítě. Omezení ve smyslu bolestivosti sutury uvedlo 22,6 % žen.

Položka č. 18: Poskytl Vám zdravotnický personál informace týkající se péče o suturu?

Tabulka 18: Informovanost stran zdravotníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	47	88,7 %
NE	6	11,3 %
CELKEM	53	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 18: Informovanost stran zdravotníků



Zdroj: Vlastní

Komentář: zdravotnický personál poskytl v 88,7 % informace ohledně péče o suturu a jen v 11,3 % ženy informovány nebyly.

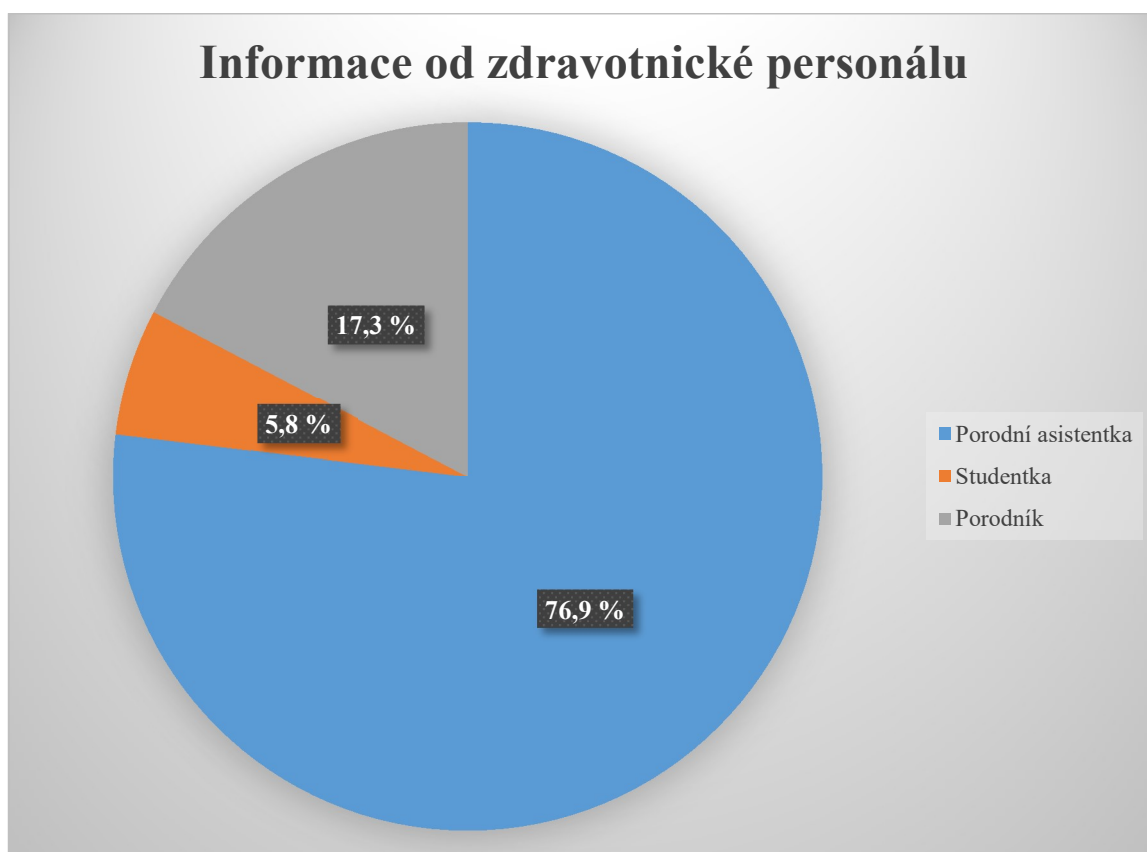
Položka č. 19: V případě, že ano, informace poskytl?

Tabulka 19: Informace od zdravotnického personálu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Porodní asistentka	40	76,9 %
Studentka	3	5,8 %
Porodník	9	17,3 %
CELKEM	52	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 19: Informace od zdravotnického personálu

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: na položku odpovídalo 47 žen, kterým byly informace poskytnuty. Měly možnost více odpovědí. Zdrojem informací byla ve velké většině odpovědí, a to v 76,9 % porodní

asistentka, druhé místo se 17,3 % odpovědí se týkalo porodníka a 5,8 % odpovědí bylo stran-
studentky porodní asistence.

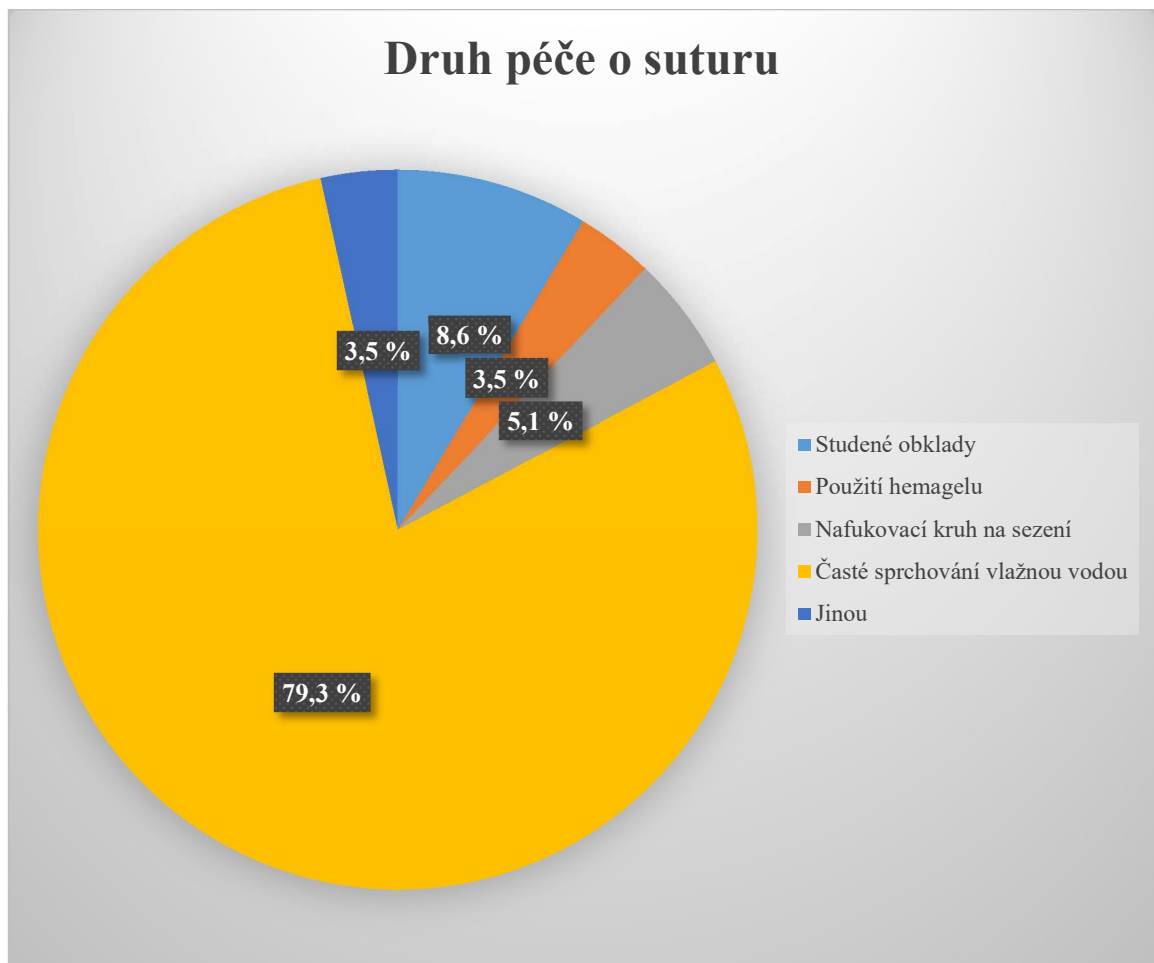
Položka č. 20: Kterou z nabízených možností péče o suturu jste si vybrala?

Tabulka 20: Druh péče o suturu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Studené obklady	5	8,6 %
Použití hemagelu	2	3,5 %
Nafukovací kruh na sezení	3	5,1 %
Časté sprchování vlažnou vodou	46	79,3 %
Jinou	2	3,5 %
CELKEM	58	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 20: Druh péče o suturu



Zdroj: Vlastní

Komentář: u této položky měly ženy možnost více odpovědí. Nejvíce využívanou možností péče o suturu je jednoznačně v 79,3 % časté sprchování vlažnou vodou. Dalšími metodami jsou v 8,6 % studené obklady, v 5,1 % použití nafukovacího kruhu k odlehčení tlaku na suturu. 3,4 % odpovědí se týkalo použití Hemagelu a 3,5 % odpovědí použití dubové kůry.

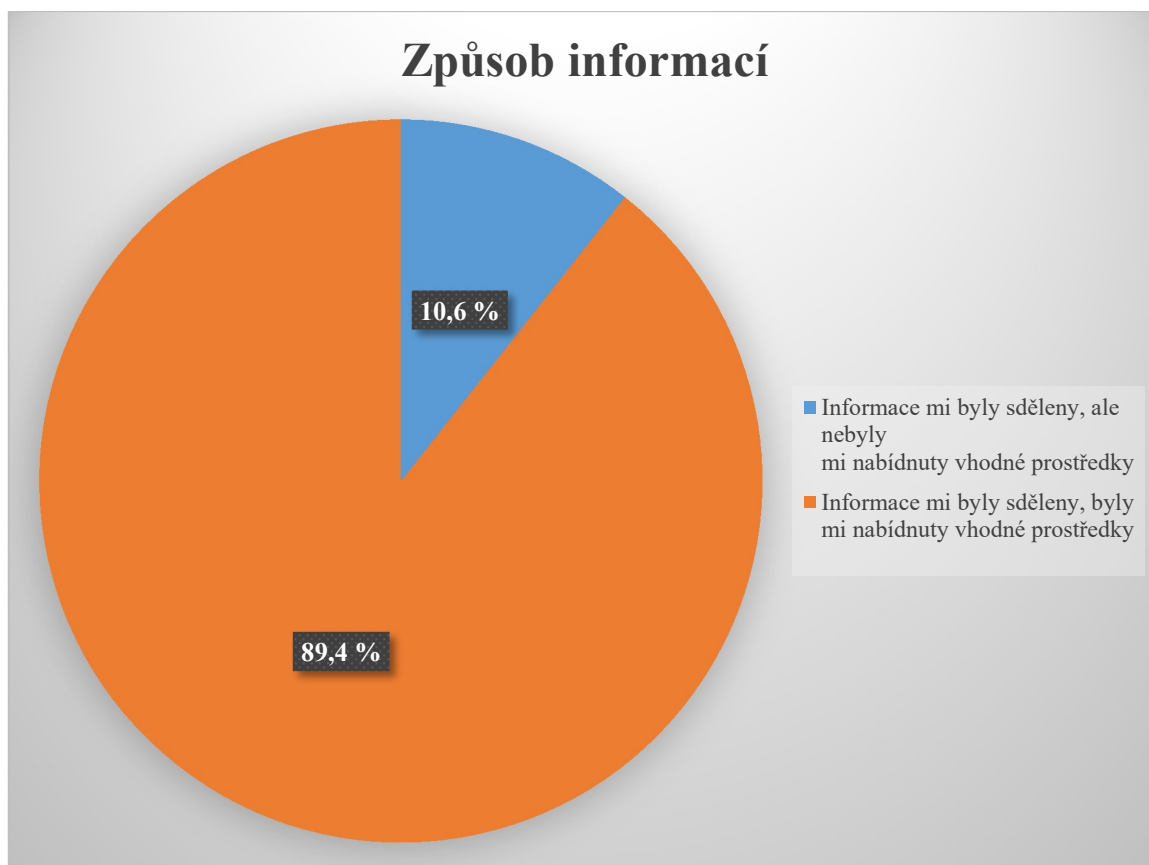
Položka č. 21: Jakým způsobem jste byla informována o péči o suturu?

Tabulka 21: Způsob informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Informace mi byly sděleny, ale nebyly mi nabídnuty vhodné prostředky	5	10,6 %
Informace mi byly sděleny, byly mi nabídnuty vhodné prostředky	42	89,4 %
CELKEM	47	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 21: Způsob informací

*Zdroj: Vlastní*

Komentář: ze 47 žen, které odpovídaly na položku, uvedlo dle očekávání 89,4 %, že byly o péči o suturu nejen informovány, ale byly jim i nabídnuty vhodné prostředky. Jen 10,6 % žen bylo pouze informováno, ale vhodné prostředky jim nabídnuty nebyly.

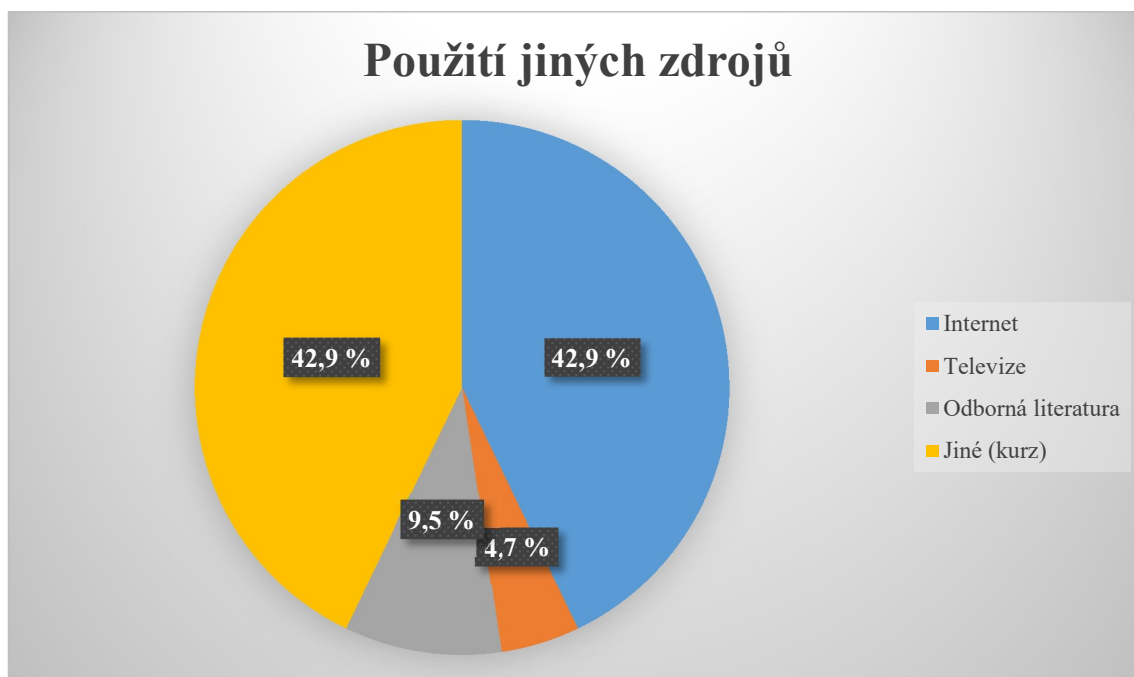
Položka č. 22: Čerpala jste i z jiných zdrojů?

Tabulka 22: Použití jiných zdrojů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	18	42,9 %
Televize	2	4,7 %
Odborná literatura	4	9,5 %
Jiné (kurz)	18	42,9 %
CELKEM	42	100 %

Zdroj: Vlastní

Graf 22: Použití jiných zdrojů



Zdroj: Vlastní

Komentář: dle očekávání, ženy čerpaly informace i z jiných zdrojů. Na výběr měly možnost více odpovědí. Informace získané s využitím internetu byly uvedeny ve 42,9 % odpovědích, 9,5 % odpovědí se týkalo informací z odborné literatury a 4,7 % odpovědí bylo o využití

televize. 42,9 % odpovědí bylo o využití jiné možnosti, která se ve většině případů shodovala. Jednalo se především o získání informací z kursu psychosomatické přípravy rodičovských párů k těhotenství, porodu a péče o dítě.

9 DISKUZE

9.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Nikola Pospíšilová ve své bakalářské práci z roku 2015 předkládá publikované poznatky o možnostech přípravy hráze k vaginálnímu porodu během těhotenství. Uvádí zde užitečnost masáže hráze před porodem. Přestože studie užitek nepotvrdily, neprokázaly ani její škodlivý vliv. Celkově ženy hodnotily masáž hráze pozitivně. Šetřením této bakalářské práce se dospělo k podobným výsledkům. Informace o masáži se vyskytla ve 30,0 % odpovědí a 25,0 % odpovědí ji doporučilo jako nejúčinnější. Výsledky cvičení s vaginálním dilatátorem EPI- NO ukazují, že je bezpečný a pomáhá vyhnout se zbytečným nástřihům hráze. Dle výsledků této bakalářské práce byly v 14,0 % odpovědí uvedeny informace o jeho použití a 15,0 % odpovědí ho doporučily jako nejúčinnější.

Barbora Kofroňová se ve své bakalářské práci z roku 2015 zabývá otázkou, jakým způsobem předcházejí porodním poraněním u rodiček porodní asistentky. Dle výsledků vyplývá, že doporučují předporodní kursy, těhotenské cvičení, EPI - NO balónek. Dle výsledků dotazníkového šetření jsem dospěla k podobným závěrům. Ženy navštěvují kursy vedené porodními asistentkami, které jim sdělují informace ohledně cviků v těhotenství k posílení a uvolnění pánevního dna, o masážích pánevního dna, použití EPI - NO balónku.

Co se týče důvodů provedení episiotomie, došla ke shodným výsledkům. Nejdůležitějšími aspekty byly alterace ozev plodu v závěru II. doby porodní, velký plod a strach z možnosti, aby vzniklé poranění nebylo většího stupně, než je samotná episiotomie.

Také v oblasti edukace rodiček o poporodní péči o suturu, jsme dospěly ke shodným výsledkům. Všechny dotazované PA doporučily důkladnou hygienu – časté sprchování vlažnou vodou. Tato metoda byla zvolena v této bakalářské práci v 79,3 % odpovědí. Ženám ji v 76,9 % nabídla PA.

Eva Bednářová ve své bakalářské práci z roku 2011 uvádí procento episiotomií provedených na porodním sále v KNTB, a.s. Zlín v pětiletých intervalech v letech 1960 až 2010. V roce 2010 je zaznamenáno 40,0 % episiotomií. V porovnání s touto bakalářskou prací bylo na tomtéž oddělení v průběhu výzkumného šetření provedeno 37,7 % episiotomií. Srovnání počtu episiotomií na tomtéž oddělení je možné v příloze č. III., kde jsou zaznamenány data z let 2000, 2005, 2010 a 2015. Z dat lze vyčíst klesající počet episiotomií v průběhu 15 let z 67,0 % na 22,0 %, ale vzrůstající počet laparotomií z 18,0 % na 28,0 %. Vzrostl jak počet

porodů bez poranění, tak i počet porodů s oděrkou z 10,0 % na 30,0 %. Vzrostl také počet porodů s rupturou I. st. z 1,0 % na 16,0 %. Ruptury II. a III. st. zůstávají prakticky na stejných hodnotách, a to je kolem 2,0 %.

Michalíková Šárka ve své bakalářské práci z roku 2013 uvádí, že informovanost žen o možnostech prevence je 90,7 % žen. Nejvíce využívanou metodou je masáž hráze - 38,5 %, následuje posilování dna pánevního - 20,0 % a nakonec použití EPI - NO balónku - 11,4 %.

Z této bakalářské práce vyplývá jako nejvíce využívaná metoda cviky k posílení svalového dna pánevního - 35,0 %, následuje masáž dna pánevního - 25,0 % a použití EPI - NO balónku - 15,0 %. Rozdíly jsou nepatrné, prohodilo se pořadí cviků k posílení s masáží hráze. Lze tedy předpokládat, že během 3 let jsou tyto metody stále nejpoužívanějšími a PA je rády doporučují. Autorka dále uvádí, že nejčastějším poraněním je episiotomie, následovaná rupturou perinea a vaginy. Výsledky nynějšího šetření také uvádí episiotomii na první místo se 37,7 %, ale poté následuje se 34,0 % oděrka. Zde je již patrný rozdíl. Dle statistiky z porodního sálu KNTB, a.s. Zlín za rok 2015, ale vyplývá, že počet odvedených porodů bez poranění nebo s oděrkou zastává první místo a episiotomie druhé (P III.).

Patrný je i rozdíl v edukaci ohledně péče o porodní poranění. Dle autorky bylo edukováno 68,5 % žen. Z nynějších výsledků ale vyplývá, že edukováno bylo celých 88,7 % žen. Dá se tedy předpokládat, že během posledních 3 let nastal rozdíl v péči a informovanosti rodiček.

Autoři **Y. Lavy, P. K. Sand, CH. I. Kaniel a D. Hochner-Celnikier** uvádí, že počet žen trpících poškozením pánevního dna stoupá spolu se zvyšujícím věkem generace, jež rodí. Primiparita, operační porody, větší obvod hlavičky a prodloužená druhá doba porodní jsou rizikové faktory pro poškození pánevního dna při porodu. Poškození má za následek stresovou močovou inkontinenci, inkontinenci stolice nebo prolaps pánevních orgánů. Provedli studii, do které zapojili 210 prvorodiček po spontánním porodu. Rozdělili je do dvou podskupin, kdy 39 žen mělo poškození svěrače konečníku detekováno 3D ultrazvukem a 171 žen nemělo. Po srovnání několika rizikových faktorů v obou skupinách nenalezli rozdíl v tom, zda je či není provedena episiotomie. Jakmile je ovšem větší hmotnost dítěte, větší obvod hlavičky (více než 35 cm) anebo prodloužená druhá doba porodní (více než 90 minut) vzrůstá nebezpečí poškození. Dle výsledků této bakalářské práce vyplývá, že provedení episiotomie nemá za následek vznik vážnějších komplikací.

9.2 Doporučení pro praxi

Ze získaných výsledků vyplývá, že episiotomie (37,7 %), již není rutinně vykonávána u každého porodu, jak tomu bylo v předešlých letech. Komunikace s rodičkou ohledně postupu porodu je také na daleko lepší úrovni, než dříve. Vlivem absolvování předporodní přípravy mají matky více možností využití preventivních metod přípravy hráze na porod, více informací o následné péči o poranění v průběhu šestinedělí. Ženy získávají informace z kursů, od gynekologa, porodních asistentek. Jejich edukace je na dobré úrovni.

Přehled porodních poranění v KNTB, a.s. Zlín v průběhu let 2000, 2005, 2010 a 2015 je součástí přílohy této bakalářské práce (P III).

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit hlavní důvody k provedení episiotomie jako prevence závažných poranění perinea, zjistit komplikace spojené s poraněním perinea a zjistit informovanost žen o následné péči o svalové dno pánevní v průběhu šestinedělí. Abychom se mohli touto problematikou zabývat, věnuji se v teoretické části anatomii svalového dna pánevního, typům poranění a preventivním metodám, jež mohou těmto poraněním zabránit.

Prvním cílem bylo zjistit hlavní důvody k provedení episiotomie jako prevence závažných poranění perinea. K tomuto cíli se vztahovaly položky č. 11, 12, 13 a 14. Episiotomie byla provedena ve 37,7 % všech poranění. V 65,0 % byly ženám vysvětleny důvody jejího provedení. Nejčastěji uváděným důvodem byla ve 20,0 % alterace ozev a velká hmotnost dítěte. Použití VEXU a snížení tlaku na hráz, bylo shodně uváděno v 10,0 %. Dokonce v 5,0 % byla episiotomie provedena na vlastní žádost rodičky. Co se týká porodní hmotnosti dítěte, tak nejpočetnější skupinou s 56,4 % jsou děti s váhou v rozmezí 3000 – 3999 g. Hmotnost plodu větší než 4000 g je u 6,4 % dětí.

Cíl splněn ✓

Druhým cílem bylo zjistit komplikace spojené s poraněním svalového dna pánevního. K cíli se vztahovaly otázky č. 15, 16 a 17. Z celkového počtu 78 žen, mělo 53 žen (67,9 %) porodní poranění. Komplikace se v 90,6 % vůbec žádná nevyskytla. Na bolestivost a otok sutury si stěžovalo pouhých 9,4 % žen. Problém s močením po porodu se vyskytl u 5,1 % žen, jež musely být vycévkovány. Ostatní ženy se bez problému spontánně vymočily v průběhu IV. doby porodní, anebo následně do 6 hodin po porodu na oddělení šestinedělí. Celých 77,4 % žen uvedlo, že je porodní poranění nijak neomezovalo v péči o sebe samu či dítě. 22,6 % žen uvedlo omezení z důvodu bolestivosti sutury.

Cíl splněn ✓

Třetím cílem bylo zjistit informovanost žen po porodu o následné péči o svalové dno pánevní v průběhu šestinedělí. K cíli se vztahovaly položky č. 10, 18, 19, 20, 21 a 22. Porodní poranění mělo 67,9 % žen. Nejčastějším druhem byla ve 37,7 % episiotomie, následována 34,0 % oděrkou. Ruptura I. stupně se vyskytovala v 18,9 %. Další typy poranění měly zanedbatelný počet. Informace o následné péči ženy získaly v 88,7 % případů. Nejčastějším zdrojem informací stran zdravotnického personálu je v 76,9 % odpovědi uváděna porodní

asistentka. Informace i vhodné prostředky byly ženám nabídnuty v 89,4 %. Nejčastěji využívanou metodou péče o suturu bylo v 79,3 % odpovědí sprchování vlažnou vodou. Jak se dalo předpokládat, ženy využívají i jiné zdroje získání informací, a to nejčastěji prostřednictvím internetu 42,9 %, ale i prostřednictvím kursů psychosomatické přípravy rodičovských párů k těhotenství, porodu a péče o dítě, od kamarádek, z televize, odborné literatury.

Cíl splněn ✓

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BEDNÁŘOVÁ, Eva. *Historie epiziotomie a její využití v práci porodní asistentky*. Olomouc, 2011.
- [2] ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1303-8.
- [3] HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- [4] HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
- [5] HALAŠKA, Michael. *Urogynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-272-2.
- [6] INDROVÁ, Dominika a Tomáš FAIT. Mediolaterální epiziotomie vpravo, či vlevo? *Praktická gynekologie*. 2013, **17**(2), 121-122. ISSN 1211-6645.
- [7] KALIŠ, Vladimír, P. CHALOUPKA, J. TUREK a Zdeněk ROKYTA. Délka hráze a porodní poranění. *Česká gynekologie*. 2005, **70**(5), 355-361. ISSN 1210-7832.
- [8] KALIŠ, Vladimír, P. CHALOUPKA, J. TUREK a Zdeněk ROKYTA. Rizikové faktory ruptury perinea 3. (a 4.) stupně během porodu. *Česká gynekologie*. 2005, **70**(1), 30-36. ISSN 1210-7832.
- [9] KAŠÍKOVÁ, Eva. Pánevní dno a porod. *Moderní babičtví* [online]. 2008, 16: 1-4 [cit. 2016-04-30]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=5>
- [10] KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.
- [11] KOFROŇOVÁ, Barbora. *Porodní poranění z pohledu porodní asistentky* [online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2016-04-28]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/yhk16t/>
- [12] KROFTA, Ladislav. Poranění pánevního dna v souvislosti s vaginálně vedeným porodem. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009, **18**(3), 317-329. ISSN 1211-1058.

- [13] KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.
- [14] LAVY, Yuval, Peter K. SAND, Chava I. KANIEL a Drorith HOCHNER-CELNIKIER. Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented? *International Urogynecology Journal* [online]. 2012, **23**(2), 165-173 [cit. 2016-04-30]. ISSN 0937-3462. Dostupné z doi: 10.1007/s00192-011-1530-0
- [15] MARYŠKOVÁ, Andrea. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. *Sestra*. 2010, **20**(3), 80-81. ISSN 1210-0404.
- [16] MICHALÍKOVÁ, Šárka. *Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perrineálního poranění* [online]. Zlín, 2013 [cit. 2016-04-28]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/tz342r/>
- [17] PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-949-7.
- [18] *Porodní knihy*. KNTB a.s. Zlín, Gynekologicko-porodnické oddělení, porodní sál, 2000-2015.
- [19] POSPÍŠILOVÁ, Nikola. *Prevence poranění hráze během vaginálního porodu* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2016-04-28]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/9l1nxw/>
- [20] ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [21] SIKOROVÁ, Ludmila. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-1202-0.
- [22] Svaly pánevního dna - jedna z nejdůležitějších a zároveň nejvíce zanedbávaných skupin u žen i u mužů. *Causa subita* [online]. 2015, **18**(1), 18-19 [cit. 2016-05-09]. Dostupné z: https://issuu.com/causa-subita/docs/causa_subita_1_2015_final
- [23] ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
- [24] ŠUPÁLKOVÁ, Jaroslava. Kegelovo cvičení při řešení stresové inkontinence. *Sestra*. 2004, **14**(4), 39. ISSN 1210-0404.

- [25] VLKOVÁ, Jana, Eva HOUŽVIČKOVÁ a Aleš DONÁT. Význam perineometru pro nácvik Kegelova cvičení. *Zdravotnické noviny*. 2000, **49**(44), 7-9. ISSN 1805-2355.
- [26] ZEMANOVÁ, Helena. Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené. *Praktická gynekologie*. 2013, **17**(1), 93-95. ISSN 1211-6645.
- [27] ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-257-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

G.	Gram
M.	Musculus
KNTB, A.S.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, akciová společnost
PA	Porodní asistentka
ST.	Stupeň
Tzv.	Takzvaný
VEX	Vakuumextrakce

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1: Svaly dna pánevního, pohled ze spodu (zdroj: Roztočil, 2008, s. 41)</i>	<i>14</i>
<i>Obrázek 2: Epiziotomie: a) mediální, b) mediolaterální, c) laterální d) Schuchardtův řez (Čech, 2006, s. 487).....</i>	<i>20</i>
<i>Obrázek 3: Technika epiziotomie (Čech, 2006, s. 487).....</i>	<i>21</i>
<i>Obrázek 4: Sutura epiziotomie (Roztočil, 2008, s. 324).....</i>	<i>22</i>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk rodičky	32
Tabulka 2: Stupeň vzdělání.....	33
Tabulka 3: Absolvování psychoprofylaxe	35
Tabulka 4: Možnosti prevence poranění.....	36
Tabulka 5: Nejúčinnější metoda prevence dle rodičky.....	38
Tabulka 6: Nevyužití žádné metody	40
Tabulka 7: Vaginální porod	41
Tabulka 8: Týden gravidity.....	42
Tabulka 9: Poporodní den.....	43
Tabulka 10: Výskyt porodního poranění	44
Tabulka 11: Typ poranění.....	45
Tabulka 12: Důvody provedení episiotomie.....	47
Tabulka 13: Způsob informování o provedení episiotomie.....	49
Tabulka 14: Porodní hmotnost dítěte.....	50
Tabulka 15: Výskyt komplikace	52
Tabulka 16: Močení po porodu.....	53
Tabulka 17: Omezení stran poranění	54
Tabulka 18: Informovanost stran zdravotníků.....	55
Tabulka 19: Informace od zdravotnického personálu.....	56
Tabulka 20: Druh péče o suturu.....	58
Tabulka 21: Způsob informací.....	60
Tabulka 22: Použití jiných zdrojů.....	61

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk rodičky	32
Graf 2: Stupeň vzdělání	33
Graf 3: Absolvování psychoprofylaxe	35
Graf 4: Možnosti prevence poranění	36
Graf 5: Nejúčinnější metoda prevence dle rodičky	38
Graf 6: Nevyužití žádné metody	40
Graf 7: Vaginální porod	41
Graf 8: Týden gravidity	42
Graf 9: Poporodní den.....	43
Graf 10: Výskyt porodního poranění	44
Graf 11: Typ poranění.....	45
Graf 12: Důvody provedení episiotomie	47
Graf 13: Způsob informování o provedení episiotomie.....	49
Graf 14: Porodní hmotnost dítěte.....	50
Graf 15: Výskyt komplikace	52
Graf 16: Močení po porodu	53
Graf 17: Omezení stran poranění	54
Graf 18: Informovanost stran zdravotníků.....	55
Graf 19: Informace od zdravotnického personálu	56
Graf 20: Druh péče o suturu	58
Graf 21: Způsob informací	60
Graf 22: Použití jiných zdrojů	61

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Žádost o umožnění výzkumného šetření.
- P II Dotazník.
- P III Statistické výsledky z KNTB, a.s. Zlín 2000 – 2015.

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní, vážený pane...*NOVOTNA*

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti...*CYN.-POR. ODD.*..., 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	<i>PORANĚNÍ SVAKOVÉHO JVA PÁNEVNÍHO PŘI PORODU</i>
Metoda výzkumného šetření	<i>DOTAŽNÍKOVÉ ŠETŘENÍ</i>
Skupina respondentů	<i>ŽENY V ŠESTI NEDELI</i>
Pracoviště	<i>KNTB A.S., CYN.-POR. ODD. - ODDĚLENÍ ŠESTINE- DELI 4. A.S. PATRO</i>
Autor bakalářské práce	<i>JARMIKA ŠÍŠÁKOVÁ, JES.</i>
Vedoucí bakalářské práce	<i>Mgr. LUDMILA RESLEROVÁ</i>

Ve Zlíně dne...*24.2.2016*.....

Z. Dorková
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Novotna
Krajské nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.
Bc. Helena Novotná

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážená maminko,

jsem studentkou 3. ročníku Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Porodní asistentka. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který bude součástí výzkumné části mé bakalářské práce na téma „**Poranění svalového dna pánevního při porodu**“.

Veškeré získané informace budou zpracovány anonymně.

Moc děkuji za Váš čas a spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku.

Jarmila Šišáková

1. Kolik je Vám let?

- 18 – 25
- 26 – 30
- 31 – 35
- více než 35

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské – Bc.
- vysokoškolské – Mgr., Ing.
- postgraduální – Ph.D.

3. Navštěvovala jste kurzy psychosomatické přípravy rodičovských párů k těhotenství, porodu a péče o dítě?

- ano
- ne

4. Pokud ano, byly Vám zde poskytnuty informace o tom, jaký je vhodný postup péče o hráz před porodem a v poporodním období? Možnost více odpovědí.

- cviky k posílení svalového pánevního dna
- cviky k uvolnění pánevního dna
- masáž pánevního dna
- použití EPI-NO balónku
- použití porodnického gelu (Dianatal gel)
- jiné

5. Kterou z těchto preventivních metod poranění hráze v průběhu porodu jste vy sama využila a pokládáte ji za nejúčinnější?

.....

.....

6. Žádnou z těchto metod jsem nevyužila.

-

7. Vaginálním způsobem jste nyní rodila:

- poprvé
- podruhé
- potřetí
- počtvrté a vícekrát

8. Ve kterém týdnu gravidity jste rodila?

- méně než 37 týdnů
- 37. - 40. týden gravidity
- více než 40. týden gravidity

9. Kolikátý den po porodu jste?

- nultý
- první
- druhý
- třetí
- čtvrtý a více

10. Máte nějaké porodní poranění?

- ano
- ne

11. V případě, že ano, jedná se o (pokud nevíte, můžete se zeptat porodní asistentky):

- oděrku
- episiotomii (nástřih hráze)
- rupturu I. stupně
- rupturu II. stupně
- rupturu III. stupně
- rupturu IV. stupně
- rupturu vagíny

12. Byly Vám v případě episiotomie vysvětleny důvody jejího provedení?

- ne
- ano, jednalo se o (vypište)
-

13. Jakým způsobem jste byla informována o jejím provedení?

- nikdo mě neinformoval
- informována jsem byla, ale neměla jsem možnost se k problematice vyjádřit
- informována jsem byla, porodní asistentka se mnou situaci řešila

14. Jaká byla porodní hmotnost Vašeho dítěte?

- méně než 999 g
- 1000 – 1499 g
- 1500 – 1999 g
- 2000 – 2499 g
- 2500 – 2999 g
- 3000 – 3999 g
- více než 4000 g

15. Vyskytla se nějaká komplikace v souvislosti s poraněním hráze?

- ne
- ano, jednalo se o (vypište)

16. Kdy jste se poprvé po porodu vymočila?

- do 2 hodin po porodu
- do 6 hodin po porodu
- musela jsem být vycévkovaná

17. Omezilo Vás poranění v péči o sebe samu či dítě?

- ano
- ne

18. Poskytl Vám zdravotnický personál informace týkající se péče o suturu?

- ano
- ne

19. V případě, že ano, informace poskytla? Možnost více odpovědí.

- porodní asistentka
- studentka
- porodník

20. Kterou z nabízených možností péče o suturu jste si vybrala? Možnost více odpovědí.

- studené obklady
- použití Hemagelu
- nafukovací kruh na sezení
- časté sprchování vlažnou vodou
- jinou (vypište)

21. Jakým způsobem jste byla informována o péči o suturu?

- informace mi byly sděleny, ale nebyly mi nabídnuty vhodné prostředky
- informace mi byly sděleny, byly mi nabídnuty vhodné prostředky.

22. Čerpala jste informace i z jiných zdrojů? (vyberte možnosti)

- internet
- televize
- odborná literatura
- jiné (vypište)

Pokud Vás napadla v průběhu vyplňování nějaká myšlenka či komentář, prosím sdělte mi ji zde:

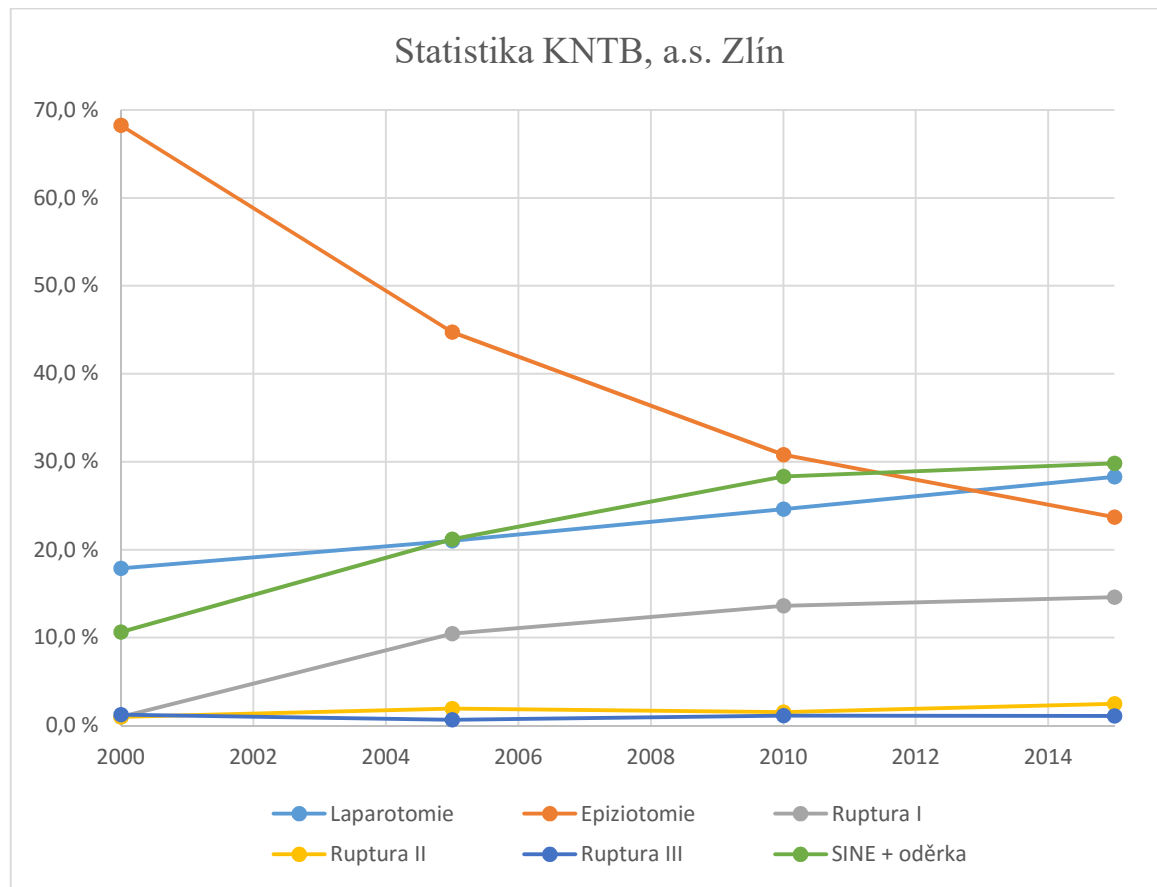
PŘÍLOHA P III: STATISTIKA KNTB, A.S. ZLÍN 2000 - 2015

Tabulka: Statistika KNTB, a.s. Zlín

	2000	2005	2010	2015
Celkový počet porodů	2325	2510	2669	2368
Laparotomie (SC)	416	527	657	670
Epiziotomie	1587	1123	822	561
Ruptura I	23	262	363	346
Ruptura II	23	49	41	59
Ruptura III	29	17	30	26
SINE + oděrka	247	532	756	706

Zdroj: Vlastní

Graf: Statistika KNTB, a.s. Zlín



Zdroj: Vlastní