

Problematika poranění ženy za porodu

Zita Kubincová

Bakalářská práce
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických studií
akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zita KUBINCOVÁ**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Problematika poranění ženy za porodu**

Zásady pro vypracování:

1. Zpracování dané literatury.
2. Zpracování teoretické části – historie porodního poranění, dělení porodního poranění, způsob hojení porodního poranění, episiotomie, péče o hráz před porodem, sutura po císařském řezu, péče o poranění v šestinedělí.
3. Zpracování praktické části – vytvoření dotazníku, zpracování dotazníkového šetření a vyhodnocení poznatků, diskuze.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DRÁČ, P., KŘUPKA, J. Trvalé zmeny po tehotnosti. Martin: Osveta, 1992. ISBN 80-217-0235-4.

PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-7262-411-3.

STADELMANN, I. Zdravé těhotenství, přirozený porod. 2. vydání. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-31-0.

VÍTKOVÁ, R. Těhotenství a šestinedělí v kondici. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-409-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Fremlová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

31. ledna 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2008

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

MUDr. František Grossmar
ředitel ústavu AB

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zjistit, které porodní poranění se vyskytuje nejčastěji a srovnat rupturu a epiziotomii v období šestinedělí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisují anatomii pánevního dna a ženských pohlavních orgánů. Dále zde rozděluji porodní poranění, popisují jejich možné předcházení, období hojení a léčbu. V praktické části zkoumám dotazníkovým šetřením nejčastěji se vyskytující porodní poranění, faktory ovlivňující vznik porodního poranění, problémy, které tyto poranění přináší a zda ženy v těhotenství používaly metody sloužící k zabránění či snížení rizika poranění při porodu.

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

ABSTRACT

Purpose of my bachelor work is find out which birth injury is the most frequent and compare rupture and episiotomy during childbed.

Bachelor work consists of theoretic and practical part.

In the theoretical part I describe anatomy of pelvic gout and female genitals. I divide kinds of birth injury and describe their possible prevention, healing and treatment.

In practical part I investigate the most often birth injury by questionnaire, factors which influence rise of obstetric injury and problems, which make these injuries. I want find if women used some method in pregnancy which serve as a prevention or reducing risk of rise of injury during childbirth.

Keywords: perineum, labour tear, perineal tear, episiotomy, labour, birth canal

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Heleně Fremlové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Mé poděkování patří také porodní asistentce Evě Bednářové za odbornou konzultaci.

Dále bych chtěla poděkovat Gynekologicko-porodnickému oddělení KNTB ve Zlíně za umožnění dotazníkového šetření při výzkumu a všem ženám v období šestinedělí, které ochotně vyplnily dotazník k bakalářské práci.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Zita Kubincová

Ve Zlíně dne 1. června 2008

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	11
1.1 VNITŘNÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY – ORGANA GENITALIA FEMININA INTERNA	11
1.2 VNĚJŠÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY – ORGANA GENITALIA FEMININA EXTERNA.....	13
1.3 OSTATNÍ ORGÁNY MALÉ PÁNVE.....	14
1.4 PÁNEVNÍ DNO	15
1.5 VAZY A ZÁVĚSNÝ APARÁT.....	15
1.6 PŘEDNÍ BŘÍŠNÍ STĚNA	16
1.7 ARTÉRIE A VĚNY	17
1.8 MÍZNÍ SYSTÉM (CÉVY A UZLINY)	17
1.9 INERVACE MALÉ PÁNVE.....	17
2 PORODNÍ PORANĚNÍ	18
2.1 HISTORIE PORANĚNÍ PERINEA	18
2.2 PORANĚNÍ PÁNVE.....	19
2.3 PORANĚNÍ MĚKKÝCH PORODNÍCH CEST.....	19
2.3.1 Usury.....	19
2.3.2 Ruptury čípku	19
2.3.3 Trhliny děložního těla (<i>ruptura corporis uteri</i>)	19
2.3.4 Ruptura hráze a pochvy (<i>ruptura perinei et vagina</i>)	21
2.3.4.1 Rozdělení ruptury :	21
2.3.4.2 Obtíže spojené s rupturou	22
2.3.4.3 Sutura ruptury	23
2.4 EPIZIOTOMIE.....	23
2.4.1 Dělení epiziotomií	23
2.4.2 Proč se epiziotomie provádí	25
2.4.3 Komplikace.....	26
2.5 PREVENCE PORANĚNÍ PERINEA	27
2.5.1 Pravidelné cvičení a sportování.....	27
2.5.2 Masáž hráze	27
2.5.3 Porodnický trenažér EPI-NO®	29
2.5.4 Kegelovy cviky	29
2.5.5 Porod ve vzpřímené poloze	29
2.5.6 Vlastní kontrola tláčení a vědomé uvolnění svalů pánevního dna.....	30
2.5.7 Vicerodičky	30
2.5.8 Chránění hráze za porodu.....	30
2.5.9 Super crowning – metoda zpomaleného prořezávání hlavičky.....	31

2.6	POMOC PŘI PORODNÍM PORANĚNÍ V OBDOBÍ ŠESTINEDEŘÍ.....	32
2.6.1	Pomoc při bolesti.....	32
2.6.2	Urychlení hojení.....	33
2.6.3	Vnímání vlastního těla po porodu.....	35
2.6.4	Vzhled intimní oblasti.....	35
2.6.5	Klid pánevního dna.....	35
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
3	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	37
3.1	CÍLE A HYPOTÉZY.....	37
3.2	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	38
3.2.1	Vyhodnocování dotazníků.....	38
3.2.2	Výsledky výzkumu.....	39
4	ZHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	78
4.1	VÝSLEDEK STANOVENÝCH CÍLŮ A HYPOTÉZ A STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	78
	ZÁVĚR.....	84
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	88
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	89
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM GRAFŮ.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

„Ruce jsou naše nejumělečtější nástroje, které vykonávají všechno a mají především v pomoci při porodu velkou úlohu.“ [16]

Porodním poraněním se zabývají porodní asistentky a porodníci již od pradávna. Dobré uchránění hráze proti ruptuře bylo obrázkem a vizitkou porodní asistentky. Vždyť právě trpělivost, lidskost, manuální zručnost a odborné znalosti, jí dělají dobrou porodní asistentkou.

Téma „Problematika poranění ženy za porodu“ jsem si zvolila, protože mě zajímal vznik, důvod a obtíže spojené s porodním poraněním z pohledu matky. Zároveň bych chtěla přispět ke snížení těchto nepříjemností, nebo alespoň k minimalizaci obtíží při již vzniklém poranění. Porodní poranění bylo, je a bude provázet porody, ale riziko jeho vzniku lze alespoň zmírnit. Vždyť porod má být jedním z nejutkvělejších zážitků v paměti ženy, a proto se snažme pomoci ženě jej maximálně prožít. Porodní poranění by nemělo bránit matce v seznamování se s dítětem a s péčí o něj v prvních chvilkách života. Zároveň by žena neměla pociťovat dyskomfort, teprve pak se může plnohodnotně věnovat svému dítěti.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit faktory ovlivňující četnost porodního poranění. Dále by mě zajímalo, zda má medikace za porodu vliv na vznik porodního poranění. Posledním bodem výzkumu bylo zjistit vliv porodního poranění na schopnost péče ženy o sebe samu a o dítě.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

1.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány – organa genitalia feminina interna

Pochva (*kolpos, vagina*) – Funkce je kopulační, odvádí menstruační krev, slouží jako porodní kanál a tvoří měkké porodní cesty. Je 8-10 cm dlouhý vazivově-svalový rourovitý orgán. Pochva spojuje dělohu se zevními rodidly. Její část obkružuje děložní čípek, kde tvoří poševní přední, zadní a postranní klenby – *fornix vaginae*.

Zadní klenba sousedí kraniálně s Douglasovým prostorem.

Kaudálně je poševní vchod - *ostium vaginae* a poševní předsíň – *vestibulum vaginae* s panenskou blánou - *hymenem*.

Pochva je kryta nerohovatějícím dlaždicovým epitelem a nemá žádné žlázy. Sliznice je řasovitá a vlhkost je zajištěna produkcí cervikálního hlenu, helenových žlázek vulvy a transudací přes poševní stěny. Vně stěny pochvy je řídké vazivo *paracolpium*., vpředu sousedí s močovou trubicí - *uretrou* a močovým měchýřem - *vesica urinaria*, vzadu s konečníkem - *rektem*.

Děloha (*uterus*) – Její funkcí je přijetí a vývoji embrya, slouží k výživě a ochraně zárodku a plodu a na konci těhotenství k jeho vypuzení. V reprodukčním věku se cyklicky odlučuje sliznice – menstruace.

Dutý orgán z hladké svaloviny hruškovitého tvaru. Rozměry 8 -10x 5x 3,5 .Tloušťka stěny je 10-15 mm. Váží asi 70 gramů a na konci těhotenství 1000gramů. Děloha je v anteverzi a anteflexi. Osa těla a pochvy svírá 70 - 100°, osa cervixu a těla 160 - 170°.

1. **Čípek, krček (*cervix uteri*)** je zúžená válcovitá část dělohy měřící 3 cm.

- **Vaginální část** – vyčnívá do pochvy. Rozlišujeme přední a zadní pysk čípku. Uprostřed je zevní ústí cervikálního kanálu je kruhové nebo šěrbinovité. Tvar čípku je ovlivněn věkem a paritou. U žen, které nerodily je tvar konický, po porodu válcovitý.

- **Supravaginální část** – nad úponem pochvy.

Osou čípku vede cervikální kanál ústící do dutiny těla děložního. Ve sliznici cervikálního kanálu je řada žlázek tvořících cervikální sekret.

2. Tělo (*corpus uteri*) – skládá se z přední a zadní stěny, hran, rohů a fundu. Uvnitř těla je dutina (*cavum uteri*) dělohy, která má trojúhelníkový tvar a přechází v rozích v dutiny vejcovodů.

3. Isthmus uteri – zúžená část mezi cervix uteri a corpus uteri, která je 6 mm dlouhá. V těhotenství se stává součástí těla děložního.

Dutina děložní (*cavum uteri*) - Oploštělý prostor trojhranného tvaru. Kapacita je asi 3ml. V rozích přechází do dutiny vejcovodů a ve spodu do cervikálního kanálu (*canalis isthmi a cervicis*). Cervikální kanál je ohraničen zevní a vnitřní brankou. Délka děložní dutiny je 6 cm .

Stěna dělohy – skládá se ze tří vrstev (endometrium, myometrium, perimetrium).

- **Endometrium** – sliznice vystylající dutinu děložní s částí basální a funkční, má sílu 2-10 mm,
- **Myometrium** – vrstva z hladkého svalu o tloušťce 1-1,5 cm.
- **Perimetrium** – serosní povrch části dělohy zasahující do dutiny břišní, tvoří ho peritoneum pevně srostlé s dělohou. Vpředu ve výši isthmu přechází na močový měchýř a tvoří zde řasu a vesicouterinní prostor. Vzadu přechází na rectum až ze zadní poševní klenby. Tvoří se zde Douglasův prostor. Od děložních hran přechází na široký vaz.

Vejcovody (*tuba uterina, salpinx*) – párový trubicový orgán odstupující od děložních rohů. Tuba je 10 -15 cm dlouhá a 0,5 cm široká. Rozšiřuje se směrem od rohu laterálně. Rozlišujeme část *intramurální, isthmickou, ampulární, infundibulum, fimbriální*.

Vrstvy vejcovodu :

- **peritoneum**
- **hladký sval**

- **sliznice**

Sliznice je značně členitá a je kryta řasinkovým cylindrickým epitelem. Tuba probíhá v horním okraji širokého vazů a je k němu připojena *mesosalpinxem*.

Vaječník (*ovarium*) – intraperitoneální párová pohlavní žláza s vnitřní sekrecí a zásobou oogonií. Měří 5x2,5x1 cm a váží kolem 6 gramů. Má tvar sušené švestky. Rozlišujeme volnou část a hilus, v místě hilu je zavěšeno *mesovarium* k širokému vazů (*ligamentum latum uteri*). V dětství je povrch hladký, ve fertilním věku hrbolatý. Na povrchu je bílá tuhá slupka (*tunica albuginea*), zevní vrstvu tvoří kůra s folikulárním aparátem a oocyty, vnitřní vrstvu dřev s vazivem, cévami, nervy.

1.2 Vnější ženské pohlavní orgány – **organa genitalia feminina externa**

Zevní rodidla (*vulva*) - jsou uložena povrchově v urogenitální krajině. Ohraničuje je hypogastrium, perineum a genitofemorální rýhy. Jsou uložena kolem poševního vchodu (*vestibulum vaginae*).

Hrma (*mons veneris, mons pubis*) – trojúhelníkový tukový polštář ležící nad sponou stydkou, který je pokrytý silnou kůží s ochlupením, potními a mazovými žlázkami.

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) – kožní řasy, které nahoře přecházejí do *mons veneris*, ohraničují pudendální rýhu a ve tvaru U tvoří dorsálně zadní řasu (*commissura labiorum posterior*). Jsou kryté kůží a ochlupením.

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) – obklopují poševní předsíň (*vestibulum vaginae*) ve tvaru obráceného V. Jsou 3 cm dlouhé a 5 mm široké. Vpředu se spojují a tvoří *praeputium clitoridis*. Labia obsahují vazivo, jsou kryty sliznicí a nemají ochlupení, jen mazové žlázy.

Poštěváček (*clitoris*) – žilní topořivé těleso, které je dvěma rameny přichyceno ke stydké kosti a pod symfýzou tvoří tělo zakončené *glans clitoridis*. Glans je částečně kryt preputiem z malých pysků, je bohatě inervován. Měří 8 cm, ale viditelný je 1 cm.

1.3 Ostatní orgány malé pánve

Močový měchýř (*vesica urinaria*) - je uložen retroperitoneálně za symfýzou. Od dělohy je oddělen vesicouterinní plikou.

Močová trubice (*uretra*) - je 3,5 - 5 cm dlouhá. Sousedí s přední stěnou pochvy a ústí do poševní předsíně.

Močovody (*uretery*) - vycházejí z ledvin retroperitoneálně do pánve a v basi širokého vazů se stáčí k močovému měchýři, 2 cm od hrany cervixu se kříží s děložními tepnami

Konečník (*rektum*) – probíhá ve vyhloubení křížové kosti, kde má 10 cm dlouhou část pánevní (*ampula*) a prochází pánevním dnem 3 cm dlouhou perineální částí. Končí na kůži řitním otvorem (*annus*) s řitním svěračem (*sfinkter*).

Douglasův prostor - Hluboký prostor mezi zadní děložní stěnou a rektum. Na dně těsně sousedí se zadní poševní klenbou.

Hráz (*perineum*) – navazuje na zevní rodidla dorsálně mezi zadní komisurou stydkých pysků a řitním otvorem. Tvoří ji část pánevního dna zesílená zevním řitním svěračem.

1.4 Pánevní dno

Pánevní dno tvoří svaly a vazy. Uzavírá břišní dutinu, vyrovnává nitrobřišní tlaky, podílí se na pružné a stabilní topografii orgánů pánve. Je součástí vnějších úseků uretry, rekta a měkkých porodních cest. Je uchyceno uvnitř ke kostře pánve.

Diaphragma pelvis – má tvar nálevky, tvoří ji mohutný sval *m. levator ani*, který má část *iliaca a pubica*. Pars pubica obkružuje *hiatus urogenitalis*. V diafragmě jsou dva otvory: vpředu je *hiatus urogenitalis*, 3 cm široká štěrbina pro uretru a vaginu a uprostřed *hiatus rectalis* (pro rektum).

Mezi oběma otvory je vazivově zpevněná část – *centrum perineale*.

Diaphragma urogenitale – tenká trojúhelníková svalově-vazivová plotna uzavírá z vnější strany *hiatus urogenitalis*. Vede napříč mezi dolními rameny stydkých kostí. Tvoří ji svaly *m. transversus perinei*, *m. sphincter urethrae*, *ligamentum transversum perinei*.

Svaly připojené k zevním pohlavním orgánům – patří zde drobné svaly zevního genitálu (*m. ischiocavernosus*, *m. bulbospongiosus* a *m. sphincter ani externum*).

1.5 Vazy a závěsný aparát

Vnitřní genitálie jsou v malé pánvi síťovitě zavěšeny a podepřeny pomocí vazů, pánevního dna a peritonea (závěsný a podpurný aparát). Orgány mají stabilní polohu, ale také potřebnou pohyblivost.

Parametria (závěsný aparát) – mají důležitý podíl na udržení normální topografie. Vazivové struktury se táhnou od pánevních stěn do středu pánve. Zajišťují pružné zavěšení.

Parametria fixující dělohu

Ligamentum cardinale – postranní parametria, nejmohutnější. Jsou v bazi širokého vazů.

Lig.sacrouterinum – fixují cervix v oblasti vnitřní branky směrem ke křížové kosti, obkružují rektum.

Lig.vesicouterinum – směrem k pubické kosti.

Lig.uteroinguinale (*ligamentum teres uteri*, oblý vaz) – vazivový „provazec“ od rohu děložního, laterálně do tříselného kanálu.

Parametria fixující adnexa

Lig.ovarium proprium – od ovaria k rohu dělohy

Lig.suspensorium ovarii – laterálně od ovaria ke stěně pánve

Peritoneální závěsy

Lig.latum uteri (široký vaz) – je tvořen dvěma listy peritonea, které jdou od hran dělohy laterálně. Mezi nimi je řídké vazivo, v bazi jsou *lig.cardinalia* a také cévy a nervy.

Mesosalpinx – závěs tub na širokém vazů.

Mesovarium – závěs ovarii, upíná se k hilu ovaria - ovaria jsou jinak volná.

1.6 Přední břišní stěna

Ohraničuje vpředu velkou pánev. Tvoří ji párově uspořádané svaly břišní (přímé – *recti*, příčné – *transversi*, a šikmé – *obliqui*). Svaly se překrývají a spolu s *fascií* tvoří pevnou stěnu. Další vrstvy jsou nástěnné peritoneum, podkoží a kůže.

Vrstvy břišní stěny :

- Břišní svaly
- Facie
- Nástěnné peritoneum

- Podkoží
- Kůže

1.7 Artérie a vény

Břišní aorta se ve výši 4. lumbálního obratle rozděluje na dvě větve, z nichž každá pokračuje dále do dolních končetin (stehenní tepny *a. femoralis*), v pánvi z nich vycházejí pánevní tepny zásobující pánev a pánevní orgány. Z *a. iliaca communia* se odděluje hlavní *a. iliaca interna* z níž se odděluje děložní tepna (*arteria uterina*) pro dělohu a řada dalších větví pro ostatní orgány a části pánve (vesikální, rektální, poševní). Adnexa jsou dále zásobena krví ze dvou arterií ovariálních (*a. ovaricae*) . Pravá odstupuje přímo z aorty a levá z levé renální větve. Přes adnexa jsou ovariální tepny propojeny s větvemi tepen děložních. Průběh tepen sledují žilní systémy. Cévy tvoří hustou síť zásobující jednotlivé orgány a části pánve.

1.8 Mízní systém (cévy a uzliny)

Lymfatické cévy jsou v pánvi hojné, provází cévní systém a tvoří regionální uzlinové shluky (lumbální, sakrální, iliakální, cervikální).

1.9 Inervace malé pánve

Inervace pánevního dna a orgánů pánve je zajištěna řadou nervů motorických a vegetativních. Jednotlivé nervy se tvoří ve svazcích vycházejících z lumbální a sakrální části páteře. Vegetativní nervstvo tvoří pleteně podél cév - *plexus uterovaginali a sacralis*, které vycházejí ze segmentů Th, L a S. Ze senzitivní nervů je důležitý *nervus pudendus*, *n. ilioinguinalis* a *n. genitofemoralis*. [10]

2 PORODNÍ PORANĚNÍ

2.1 Historie poranění perinea

O ochraně hráze se diskutuje již dlouhá léta. V minulosti byla velká poranění hráze pro porodní báby velkým zahanbením a problémem. Proto se snažily o důkladné chránění, aby se vyhnuly velkému poranění. Pokud opravdu došlo k ruptuře, volaly k ošetření lékaře, aby provedl suturu. Tuto možnost však všechny dřívější porodní báby neměly. První epiziotomie byla provedena v roce 1740 irským sirem Fielding Ould (1710-1789). V knize Die Frau als Hausärztin (Žena domácím lékařem), vydané na jaře 1905 ve Stuttgartu, popisuje praktická lékařka Dr. Med. Anna Fischer Dückelmann těhotenství, porod, starostlivosti o děti a krásu na počátcích 20. století. Zmiňuje se zde o ochraně a ošetření natržení hráze.

Na následujícím obrázku z této knihy je znázorněn způsob dřívějšího možného chránění hráze a je popsán takto: *I když zdravá žena může porodit úplně sama bez podpory, působí dobře promyšlená a zkušenostmi potvrzená pomoc, nejen blahodárně, ale chrání i před nehodami. Roztržení hráze náhlým prořezáním hlavičky, které může nejčastěji způsobit, při silných bolestech a slabých tkáních velkou ztrátu krve, zamotání dítěte do pupeční šňůry, prolaps některých z malých částí těla dítěte a další. To jsou nejčastější nehody, kterým je možné se vyhnout, anebo je rychle odstranit díky přítomnosti zkušené porodní babičky. Obrázek nám ukazuje jednoduchou pomoc, uskutečněnou pouze s pomocí dvou zaučených rukou.*

Obrázek 1 Chránění hráze z historie



Na počátku 20. století, kdy se porody přesunuly z domácího prostředí do porodnic, se epiziotomie staly standardní a rutinní součástí většiny vaginálních porodů. Porodníci se dříve domnívaly, že provedení nástřihu hráze minimalizuje riziko poranění, vzniku infekce, poškození mozku novorozence a poporodních bolestí. Navíc podle nich zkrácení druhé doby porodní teoreticky zabraňuje poškození pánevního dna a snižuje se počet žen následně léčených pro inkontinenci nebo pokles pánevních orgánů. [3]

2.2 Poranění pánve

Vlivem hormonů vznikají v době těhotenství ve vazivu, chrupavkách a kloubních spojeních změny. Estrogen způsobuje proliferaci vaziva a progesteron vaskularizaci a prosáknutí.

Při spontánním nebo operačním porodu může vzniknout **pelveolýza - poranění symfýzy, lumbosakrálního skloubení, sakroiliakálního kloubu a kostrče**. [10]

2.3 Poranění měkkých porodních cest

2.3.1 Usury

Usury vznikají z dlouhodobého tlaku hlavičky plodu na tkáň pochvy. Následně vzniká nekróza. V dnešní době se s usurou můžeme setkat pouze ojediněle.

2.3.2 Ruptury čípku

Povrchní ruptury čípku vznikají téměř u každého porodu, při zacházející brance. Hojí se snadno a nezanechávají dlouhodobější problémy a komplikace. Větší trhliny se šíří do kleneb poševních či na strany hrdla. Mohou sahat až k dolnímu segmentu dělohy. Také může dojít k odtržení části čípku mimo zevní branku. Výjimečně dochází k odtržení čípku celého.

2.3.3 Trhliny děložního těla (*ruptura corporis uteri*)

Porušení stěny děložní v oblasti těla děložního nebo v dolním segmentu dělohy. Vznikají buď samovolně či násilně. Může se vyskytnout v těhotenství nebo za porodu.

Dělí se na trhliny :

- **Kompletní** : Je zasažena celá stěna.
- **Inkompletní** : Je zasaženo subperitoneum či extramukóza.

Spontánní ruptura dělohy vzniká v důsledku zvýšeného intrauterinního tlaku za kontrakcí , vyskytne-li se překážka naléhající části, jako je kefalopelvický nepoměr, zúžená pánev nebo vcestný myom. Vznik ruptury podporuje lokalizace placenty v místě jizvy, prorůstání choriových klků do hlubší vrstvy dělohy. Nejčastějším místem ruptury je ztenčený dolní děložní segment, kdy vzniká na boku podélná trhlina. Příčné trhliny jsou vzácné.

Nejčastějším místem trhliny děložního těla bývá jizva po předešlém císařském řezu, místo po kyretáži či odstraněném myomu. Je způsobena nedostatečnou pevností děložní svaloviny při vývojových vadách děložních, po poškození stěny děložní zánětem nebo při děložní hypoplasii. Příčinou je zvýšení intrauterinního tlaku.

Mezi příznaky řadíme neurčitý tlak či bodnutí v břiše. Dále se může objevit krvácení a začít rozvíjet hemoragický šok. Plod se může dostat do dutiny břišní a jeho části mohou být hmatné pod břišní stěnou mimo dělohu. Některé ruptury však mohou vzniknout nepozorovaně a bez příznaků. Proto je nutná zvýšená opatrnost u žen po předchozím císařském řezu, znatelně velkému plodu či porodu vedenému s uterotoniky.

Při hrozící ruptuře zesilují kontrakce děložní, které vedou k hypertonu a jsou velmi bolestivé a nutí rodičku tlačit. Naléhající části plodu se nalézají nad vchodem. Na břiše rodičky bývá Bandlova rýha, která rozděluje dilatovaný dolní děložní segment a svalovinu děložního těla. Postupně se posouvá k pupku, oblé vazy jsou a napjaté, bolestivé a hmatné přes stěnu břišní. Děloha je často nekloněna na pravou stranu. Pokud dojde k ruptuře dělohy, dochází k patologickému KTG záznamu plodu, jako známka intrauterinní tísně plodu. Příčinou je snížený průtok krve placentou. V některých případech nelze ozvy plodu vůbec zachytit. To, pokud se plod dostal rupturou do dutiny děložní. [10]

Prognóza v dřívějších dobách byla pro záchranu dítěte a matky nepříznivá. Nyní závisí na délce doby vybavení plodu a lokalizaci ruptury (příznivější je v istmické části, kde se neporuší velké cévy). Komplikacemi je vzduchová embolie nebo embolie plodovou vodou. Porod je nutno akutně ukončit císařským řezem a hysterektomií.

2.3.4 Ruptura hráze a pochvy (*ruptura perinei et vagina*)

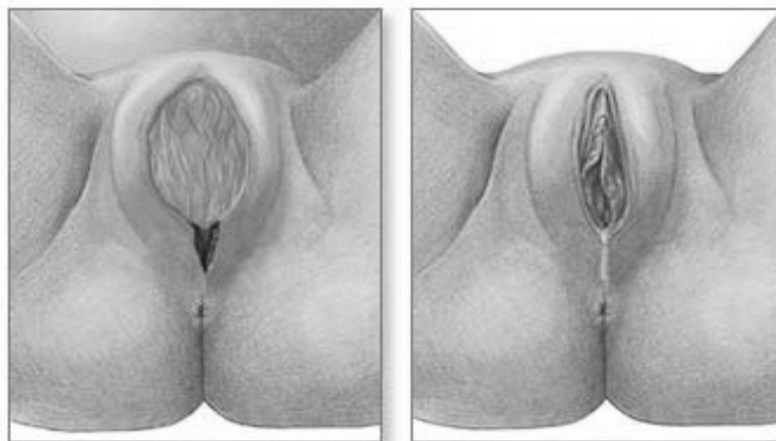
Ruptury jsou nejčastějším poraněním za porodu. Při většině porodů vznikají trhliny zevních labií, které většinou nekrvácejí a často se nemusí ani sešívát. Dále se ruptury mohou utvářet na vulvě, hrázi a sfinkteru. Pokud nedojde k ruptuře celé stěny pochvy a sliznice zůstává neporušená, může se začít hromadit krev mezi poševní stěnou a fascií pelvina - vzniká vaginální hematom, který může vyplňovat celou pochvu. Trhliny v horní části pochvy a v poševních klenbách bývají příčné. Vzácně může dojít k odtržení pochvy od čípku v celém obvodu, které je způsobeno dlouhotrvajícími kontrakcemi při porodních překážkách a operačních porodech. Tato komplikace bývá provázena silným krvácením až šokovým stavem.

Příčinou ruptur jsou silné kontrakce, které vytahují pochvu směrem nahoru a sestupující hlavička rozpíná pochvu. Sliznice pochvy může být ztenčená a křehčí po předchozích opakovaných vaginitidách.

Ruptury se projevují silným krvácením a citlivostí. V pochvě se v některých případech vytvoří hematom a tumor, který pochvu zužuje. Ženy udávají velký tlak na konečník a jsou anemické. [13]

2.3.4.1 Rozdělení ruptury :

- **Ruptura 1. stupně** - zasahuje kůži a pojivovou tkáň.
- **Ruptura 2. stupně** – zasahuje kůži, podkoží, svalstvo, sliznice a podslizniční vazivo kůže.
- **Ruptura 3. stupně** - zasahuje i anální sfinkter. Inkompletní částečné natržení zasahuje část sfinkteru, kompletní natržení zasahuje sfinkter celý.
- **Ruptura 4. stupně** - prochází napříč análním svěračem, zasahuje jeho sliznici.

Obrázek 2 *Ruptura perinei a její zhojení*

Klasifikace rozsahu poranění není snadná a zcela jednotná. Některá literatura uvádí pouze tři stupně ruptury, kde třetí stupeň poranění a čtvrtý stupeň jsou zahrnuty do jednoho.

2.3.4.2 Obtíže spojené s rupturou

Vznik močové a fekální inkontinence, urgentní nucení na stolicí, bolesti v oblasti hráze a dysparuenie, je způsoben nejčastěji poraněním třetího či čtvrtého stupně. První tři měsíce po porodu se může vyskytnout nechtěný únik plynů, řídké stolice či dokonce tuhé formované. Poranění třetího stupně nemusí být odhaleno fyzikálním vyšetřením. Jsou to takzvané skryté ruptury. K diagnostice může pomoci ultrasonografické vyšetření. Pokud je ruptura sfinkteru ihned po porodu zrevidována a sešita, výrazně klesá riziko dlouhodobých obtíží. U žen s rupturou se vyskytují dysparuenie přibližně tři měsíce po porodu a je u nich zhruba trojnásobná pravděpodobnost sexuálního problému než u žen bez poranění. Pět let po vaginálním porodu se příznaky anální inkontinence v souvislosti s věkem, předchozím poraněním nebo následujícím porodem zvyšují. Riziko vzniku ruptury v průběhu dalšího porodu se u žen s již prodělaným poraněním zvyšuje dvakrát až pětkrát ve srovnání s ženami bez prodělaného porodního poranění. Pokud žena prodělala takto velké poranění, doporučuje se při dalším těhotenství ukončení per SC. [13]

Natržení také způsobuje rozšíření poševního vchodu, které snižuje obklopení penisu, a proto snižuje u muže vzrušivé působení potřebné u pohlavního aktu. Jeho prožitek je při každém pohlavním spojení nižší a žena o tomto problému nemusí ani tušit. Sexuální poruchy mají vliv na fungování páru či celé rodiny.

2.3.4.3 *Sutura ruptury*

Ruptura se šije vstřebávacím vláknem. Místo vpichu je znecitlivěno místním anestetikem. Pokud je v pochvě hematoma, je nutno jej evakuovat nebo zadrénovat. Hlavním doporučením pro ženy, které utrpěly natržení hráze, jež nebylo sešito, je ležet v posteli a vyhýbat se roztážení nohou. Do tureckého sedu si ženy sedají většinou až po několika dnech. Stejně příkázání platí v případě natržení stydkých pysků. V nemocnici bývá toto poranění částečně šito, ale někdy je ponecháno samovolnému procesu hojení. Toto natržení se dobře hojí, protože se sliznice snadno regenerují. [12]

Při většině porodů s aplikovanou lokální masáží a kontrolou tlačení se však vaginální tkáň bez problémů roztáhne a vrátí do původní polohy sama. A když se náhodou stane, že se přirozeně natrhne, rána je menší a méně bolestivá než chirurgický nástřih a obvykle vyžaduje méně stehů než epiziotomie. Navíc při přirozeném natržení hrozí menší riziko infekce než při epiziotomii. [13]

2.4 Epiziotomie

Epiziotomie je chirurgický nástřih v oblasti perinea (hráze) prováděný v druhé době porodní. Při porodu se tyto tkáně roztahují, aby se mohla hlavička novorozence dostat z těla matky ven. Jejím smyslem je zvětšení poševního otvoru a ochrana ženy před spontánním natržením v oblasti perinea. Správně provedený nástřih představuje poranění 2. stupně.

2.4.1 Dělení epiziotomií

- **Mediální**
- **Mediolaterální**
- **Laterální**

Jsou případy, kdy je epiziotomie nevyhnutelná nebo prospěšná. Když se objeví hlavička a hrdlo dělohy je maximálně roztážené, tak se na vrcholu kontrakce provede nástřih pochvy v úhlu směrem od konečníku. Vhodný okamžik, velikost a směr závisí na zkušenostech porodníka. Nástřih může být vedený přímo ke konečníku (mediální neboli středová

epiziotomie), šikmo do strany (mediolaterální epiziotomie) nebo rovně do strany (laterální). Laterální epiziotomie se dnes již nepoužívá. U nás se provádí hlavně mediolaterální epiziotomie. Nastříhnuté nebo natržené místo se zašije v lokální anestézii okamžitě po narození dítěte a vypuzení placenty. Stehy se kladou po vrstvách, nejprve se zašijí vnitřní svaly a potom vnější, odděleně od ostatní tkáně a kůže. [13]

Při nastřížení hráze přetrvává bolest déle. Podobně jako u jiných řezných ran záleží na její velikosti a hloubce. Místní bolest je v prvních dnech překryta celkovou vyčerpaností, teprve druhý až třetí den se rozvíjí výrazná bolest v místě nástřihu. Vrcholu často dosahuje čtvrtý až pátý den, protože šicí materiál nabobtná a tím vyvolá větší napětí. Výrazná úleva je pociťována při uvolnění a vypadnutí stehu. Jelikož je používána různá škála šicích materiálů, je rozpadová doba mezi pěti dny až třemi týdny. Je vhodné začít již čtvrtý den po porodu s částečným vytahováním stehů. Je však třeba u žen rozhodovat individuálně. Po několika dnech jsou stehy rušivým elementem. Kůže je v probodnutých místech zarudlá a podrážděná. Vytažení stehů ženu osvobozuje od štípání a pnutí. U stehů vedených pod povrchem kůže je vhodné odstranit alespoň uzel a tím částečně tah zmírnit. [12]

Obrázek 3 *Epiziotomie*

a) mediolaterální



b) mediální



2.4.2 Proč se epiziotomie provádí

Případy, kdy se epiziotomie obvykle provádí:

- *urychlení porodu dítěte při patologickém KTG záznamu*
- *porodu nezralého plodu, ulehčení porodu pánevním koncem* - není bezpodmínečnou indikací k epiziotomii.
- *rozšíření velmi úzkého vaginálního otvoru* - hráz je napjatá, bledá a nepoddajná.
- *Nespolupracující rodička* - rodička odmítá tlačit, je neklidná, nevnímá instrukce porodní asistentky či lékaře. [17]

Mnoho studií se zabývalo v minulých letech právě otázkou epiziotomie. Bylo v nich prokázáno, že epiziotomie není tak nezbytná a je naopak potencionálně škodlivá. Pokud je to možné, je lepší se jí vyhnout. Epiziotomie zvyšuje četnost poranění hráze třetího a čtvrtého stupně. Zvyšuje výskyt možných následků poporodních obtíží (až desetinásobně), jako je močová a anální inkontinence. Zhodnocení výsledků výzkumů publikovaných v časopise *Obstetrics and Gynecology* ukazuje, že se zmiňovaná procedura dělá příliš často, je dokonce mnoho lékařů, kteří přistupují k rutinní epiziotomii. Jsou přesvědčeni, že epiziotomie chrání při vaginálním porodu svalstvo pánevního dna před natržením, pomáhá urychlit porod, je prevencí poškození mozku plodu zkrácením doby mezi dosažením plné dilatace děložního čípku a vlastním příchodem dítěte na svět. Dále je názor ten, že se hojí lépe než přirozené natržení. Epiziotomie je používána ve většině států střední Evropy. Ve Spojených státech amerických se procento žen, které podstoupily epiziotomii, v posledních 20 letech snížilo z 64 % na 30 %. Avšak hodně odborníků tvrdí, že je to stále mnoho. Po přezkoumání průkazných materiálů se dá říci, že by toto číslo nemělo za normálních okolností přesáhnout 20 %.

Výzkumy poukazují na to, že riziko rutinních epiziotomií převažuje jejich výhody. American College of Obstetricians and Gynecologists nedoporučuje vykonávání rutinních epiziotomií.

Světová zdravotnická organizace má oficiální doporučení: „*Systematické vykonávání epiziotomie nemá opodstatnění. Na ochranu perinea by měly být použity alternativní*

metody“. [cit. 8] S výjimkou případů, kdy je dítě v nouzi, výzkumy dokazují, že epiziotomie přináší většinou více bolesti a utrpení pro matky než užítka pro děti.

Epiziotomie byla zavedena zároveň se zavedením lékařských porodů. Porodníci byli a často stále ještě jsou přesvědčeni o jejím pozitivním účinku navzdory tomu, že oficiální zahraniční studie její pozitivní účinky nepotvrdily. Mezi jednotlivými porodníky a porodnicemi jsou však značné rozdíly. Podle informací společnosti Aperio v loňském roce provedli v porodnici ve Vrchlabí epiziotomii jen u 3 % fyziologických porodů, ve FN Hradec Králové u 19 % porodů a v Českém Krumlově u 24 %. Na druhém konci pomyslného žebříčku jsou porodnice ve Svitavách s 82 % porodů, při kterých byl nástřih hráze proveden, dále Jablonec nad Nisou s 81 % a porodnice v Písku, Kolíně a Čáslavi s 80 %. Pražský Ústav pro péči o matku a dítě uvádí v roce 2005 37 % uskutečněných epiziotomií, Motol 35 % a Bulovka 33 %. Porodnice U Apolináře a ve Fakultní Thomayerově nemocnici podobnou statistiku nezveřejnily. [13]

V KNTB ve Zlíně bylo v roce 2007 celkem 2650 porodů. Počet spontánních porodů byl 2012 a císařských řezů 638. Z celkového množství spontánních porodů bylo bez poranění 660 žen (32,8%). Rupturu utrpělo 617 žen (30,7 %) a epiziotomie byla provedena 735 ženám (36,5%).

2.4.3 Komplikace

Krevní ztráty. Při nástřihu hráze dochází ke zvýšené ztrátě krve, odborné studie udávají zvýšení pravděpodobnosti krvácení až o 450 %.

Velké poporodní bolesti. Epiziotomie je většinou mnohem bolestivější než spontánně vzniklé ruptuře. Vzhledem k tomu, že při spontánním ruptuře se obvykle poraní jen vrchní vrstva tkáně - říkáme tomu ruptura 1. stupně, epiziotomie je vždy minimálně poraněním 2. stupně. Bolest po nástřihu hráze trvá týdny, někdy dokonce i celé měsíce.

Ochabnutí pánevního svalstva. Nejpevnější pánevní dno mají po porodu ty ženy, jejichž hráz nebyla nastřížena.

Inkontinence. Samovolný únik moči v případě epiziotomie nebo přirozeného natrhnutí od 2. stupně výše je mnohem častější než u žen, jejichž hráz zůstala nepoškozená.

Neschopnost nebo opožděná **schopnost mít pohlavní styk**, což úzce souvisí se sešíváním stehů a zmíněnými bolestmi po porodu. [13]

2.5 Prevence poranění perinea

K menšímu výskytu poranění hráze třetího a čtvrtého stupně přispívá zavedení techniky zpomaleného prořezávání hlavičky plodu tzv. super crowning. Vyhnutí se provedení epiziotomie a preference použití vakuumextraktoru před kleštěmi při indikaci operativního ukončení porodu. Přestože k poranění tkání pochvy a hráze dochází během vaginálního porodu často, mnoho lékařů se nedomnívá, že by tato poranění představovala významné riziko pro zdraví rodičky, alespoň srovnatelné s poporodními komplikacemi – masivním krvácením, plicní embólií nebo infekcí. Poranění těchto tkání může mít vážné dlouhodobé následky. Spontánní vaginální porod, je-li spojený s epiziotomií, mohou vést k poškození paravaginálních struktur, ruptuře análního sfinkteru a k poškození pudendálních nervů. Následkem může být močová inkontinence nebo pokles orgánů pánevního dna. Poranění hráze třetího a čtvrtého stupně je takové, které narušuje strukturu análního sfinkteru a je spojováno s únikem plynů a stolice. Mezi rizikové faktory vzniku patří etnická příslušnost, první porod, prodloužená druhá doba porodní, abnormální rotace hlavičky a epiziotomie. Některé z těchto rizikových faktorů nemohou být ovlivněny, ale některé ano.

2.5.1 Pravidelné cvičení a sportování

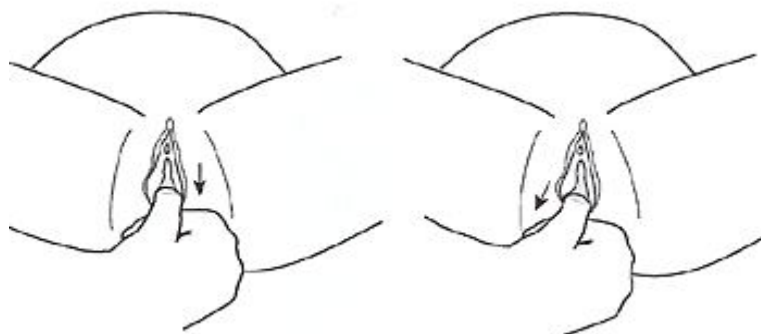
Výzkumy dokazují, že ženy, které pravidelně sportují a jsou aktivnější bývají méně náchylné k dalšímu natrhnutí v případě nástřihu. Tyto ženy si i po porodu zachovávají silnější a pevnější pánevní svalstvo.

2.5.2 Masáž hráze

Masáž hráze slouží ke změkčení tkáně, která bývá zpočátku pevná, ale po pravidelném provádění masáže se hráz stane jemnou a poddajnou. S masáží hráze se začíná čtyři až šest týdnů před termínem porodu, což je období mateřské dovolené. Žena by měla zaujmout pohodlnou polohu v polosedě, pokrčít nohy a mírně rozkročit. Je nutné mít čisté a hladké ruce nebo se mohou použít gumové rukavice. Ruce se zvlhčují několika kapkami oleje

(nedoporučuje se používat dětský olejíček nebo minerální oleje pro možné vysušování tkáně). Doporučován je slunečnicový olej. Dostatečné množství oleje je nutné vmasírovat do hráze. Prsty by měly po tkáni klouzat a jemně snižovat poševní vchod (viz. Obrázek 2). Vloženým palcem do poševního otvoru a ostatními prsty se na vnější straně pohybuje ve směru písmene "U" okolo zadní části poševního otvoru . Masáž se provádí přibližně 5 minut. Zakončuje se minutovým mnutím kůže na hrázi mezi palcem a ukazovákem (palec je vně a ukazovák uvnitř pochvy). Pokud masíruje hráz partner, v tom případě by jeho prsty měly být na vnější straně a palce na vnitřní, používá ukazováček (může to být pro pár zajímavá předehra). Asi po pěti minutách je nutno vyvinout větší tlak, tak aby žena měla mírně pálivý pocit v okolí hráze. [13]

Obrázek 4 *Masáž hráze*



Pravidelná masáž hráze může být prospěšná při přípravě k porodu. Napomůže hrázi, aby byla pružnou a při porodu se dostatečně roztáhla a urychlila průchod hlavičky pánevním východem. Sníží se tak nutnost nástřihu a také možnost vzniku ruptury, hlavně třetího stupně. Nemá na průběh porodu a porodní poranění žádné negativní účinky a nebolí. Nedoporučuje se provádět, pokud žena trpí vaginálním herpesem, vaginálním fluorem nebo jiným vaginálním onemocněním. Masáž by mohla toto onemocnění ještě zhoršit a infekci rozšířit. Masáž může provádět nastávající maminka, její partner či porodní asistentka.

V cizích zemích bylo provedeno mnoho studií na prokázání efektivity masáže hráze. Do masáže bylo zahrnuto posilování pánevního dna. Bylo zjištěno, že porody bez velkého porodního poranění byly ve skupině žen, které prováděly masáž hráze. Jednalo se hlavně o snížení ruptur hráze třetího stupně. Zkrátila se také druhá doba porodní a byla snížena poporodní bolestivost a urychlilo se hojení poranění.

2.5.3 Porodnický тренаžér EPI-NO®

Trenažér byl vyvinut pro postupné protahování tkání pochvy a perinea postupnou dilatací s objemem zhruba hlavičky dítěte. Po zavedení je balónek maximálně nafouknut do dosažení jeho pevnosti a dále, dokud žena nepociťuje tlak v oblasti pochvy a perinea. Simulací konečné fáze porodu a zapojením břišního lisu a svalů pánevního dna, se žena snaží uvolnit přístroj z pochvy. První studie na použití balónku je z roku 2001 prováděna v Německu. Na 50 primiparách bylo zjištěno snížení počtu epiziotomií a zkrácení délky druhé doby porodní. Ženy trénink naučil, jak mají používat vlastní svalstvo pánevního dna a naučit se tlačit. U nás se trenažér používá jen zřídka. [5] Nesetkala jsem se rodičkou, která by tuto metodu v těhotenství aplikovala.

2.5.4 Kegelovy cviky

Kegelovy cviky posilují vaginální svalstvo tak, že se dokáže během porodu maximálně uvolnit. Cviky se skládají z napínání a uvolňování svalů v okolí močovodu, vaginy a análního otvoru. Střídavě se stlačují a uvolňují svaly pánevního dna, jako by se chtělo zastavit močení, s frekvencí 10 - až 20 krát za sebou, dvakrát až třikrát denně. [13]

2.5.5 Porod ve vzpřímené poloze

Porod ve vzpřímené poloze může snížit riziko natržení. Přirozenou polohou se rozumí taková poloha, kdy ženy tlačí dítě v souladu s působením gravitační síly, např. v sedu, ve dřepu, ve stoje, v kleku či na boku. Když žena leží na zádech, tak jako při klasickém porodu, tlačí dítě s námahou proti působení gravitační síly a tento tlak způsobuje zvýšení tlaku na hráz. To je důvodem jejího roztržení, resp. důvodem provádění zbytečných epiziotomií. Pokud je hráz natažená už vlivem polohy, kterou rodička zaujímá, nemá další možnost se více roztáhnout, aby jí prošla hlavička. Vzpřímená poloha navíc redukuje výskyt přirozených trhlin většího stupně, potřebu epiziotomie (šestinásobně nižší výskyt epiziotomií), trhlin sahajících až k análnímu otvoru (čtrnáctinásobně nižší výskyt) a otoku perinea. Pokud žena rodí v poloze na zádech, dochází k nasměrování hlavičky dítěte dozadu a tím dochází k otoku porodních cest, protože nelze provést potřebnou relaxaci svaloviny pánevního dna. Vzpřímená poloha zkracuje také druhou dobu porodní .

Další výhodou porodu ve vzpřímené poloze je vliv gravitační síly, snížení rizika kavární komprese, zesílení kontrakcí děložních, vhodnější poloha plodu k rovinám pánve a větší předozadní a transverzální rozměr pánevního východu.

Při porodu ve vzpřímené poloze dochází k větším krevním ztrátám (nad 500 ml) z důvodu lepšího odtoku krve z dělohy pochvou ven, než při poloze v leže. Nelze také dostatečně manuálně chránit hráz jako v poloze v leže.

Nejčastěji volenou polohou v porodnicích je poloha v leže na zádech. Rodičky však mají možnost svobodné volby polohy . Porodní asistentka by v první době porodní měla rodičce nabídnout možné polohy při porodu a nechat ji samotnou si vybrat polohu dle vlastního přání a uvážení.

2.5.6 Vlastní kontrola tlačení a vědomé uvolnění svalů pánevního dna

Vlastní kontrolou tlačení a vědomým uvolněním svalů pánevního dna (opak napnutí v Kegelových cvicích), ještě před příchodem hlavičky, si žena sama určuje, kdy má potřebu zatlačit.

Porodní asistentka nebo lékař podle některých výzkumů může pomoci přiložením teplého obkladu, natřením hráze lubrikantem nebo olejem. [13]

2.5.7 Vícerodičky

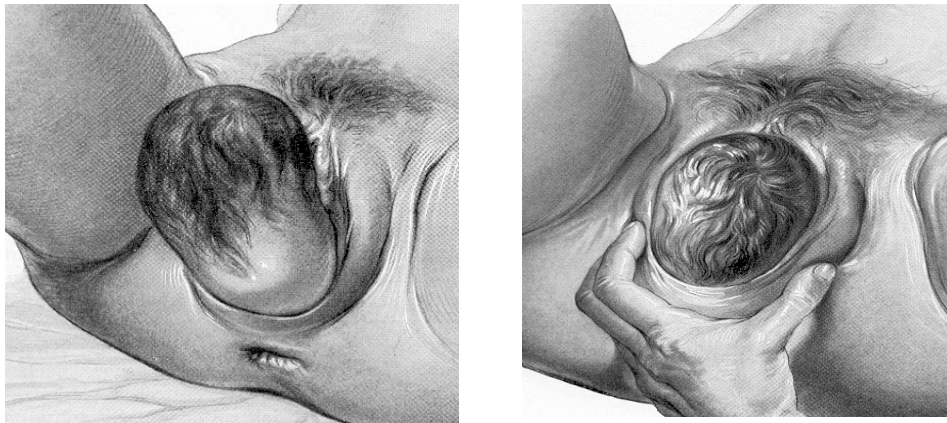
Vícerodičky mají riziko porodního poranění nižší. Pokud žena již jedno dítě porodila, je pravděpodobné, že se při dalším porodu nástřihu vyhne. I když může být hráz zjizvenatělá, obvykle se roztáhne dostatečně na to, aby druhoroďka porodila své dítě bez nástřihu.

2.5.8 Chránění hráze za porodu

Chránění hráze za porodu je prováděno prsty jedné ruky (obvykle pravé). Ta chrání perineum, zatímco druhá ruka tlačí na hlavu, a kontroluje tak rychlost vypuzení plodu, čímž se předchází nebo mírní poškození perineálních tkání. Je možné, že se tímto manévrem předejde ruptuře perinea, ale je také možné, že tlak na hlavu plodu brání deflekčnímu pohybu hlavy a odvádí ji ze stydkého oblouku k perineu, čímž se riziko perineálního

poškození zvětší. Není možno přesně určit, zda je vhodnější chránit hráz či se jí nedotýkat a nechat volně vystupovat hlavičku. Technika ochrany perinea rukama porodníka se lépe provádí v poloze vleže na zádech. Je-li žena ve vzpřímené poloze, může asistující osoba perineum chránit "naslepo" nebo ji nezbyvá, než nijak nezasahovat.

Obrázek 5 *Volné vykluzování hlavičky a chránění hráze*



2.5.9 Super crowning – metoda zpomaleného prořezávání hlavičky

Super crowning může také snížit výskyt porodního poranění. Při prořezávání hlavičky, se místo spontánního ponechání, provádí manévr mírně prodlužující druhou dobu porodní o jednu až dvě kontrakce.

Na hlavičku se vyvíjí mírný protitlak ruky a tím ji brzdí (viz. Obrázek 5). Při ponechání tkáním více času na jejich pomalé a přirozené mírné natržení, dochází k velké redukci počtu poranění hráze třetího a čtvrtého stupně. Tato metoda není doporučována, pokud je patologický kardiokografický záznam nebo při nutnosti rychle ukončit druhou dobu porodní. Touto metodou se zatím nezabývala žádná státní studie. Super crowning může být použitý i při porodu s vakumextraktorem. S pomocí tahu dostaneme hlavičku do úrovně pánevního východu, sejme se vakumextraktor a provede se super crowning. Výhodou je nižší potřeba epiziotomie. [3]

Obrázek 6 Zpomalování hlavičky



2.6 Pomoc při porodním poranění v období šestinedělí

U každé ženy trvá různě dlouho, než začne normálně chodit, sedět a delší dobu stát. Jde o individuální proces, který závisí na některých již zmíněných okolnostech. Ani partneři, ani šestinedělky se nesmí srovnávat s jinými šestinedělkami, které vše zvládly rychleji. Srovnávání vede často k většímu nátlaku, stresu a pocitu méněcennosti. Porod tkáň pánve maximálně zatíží, tkáň se neuvěřitelně roztáhne a téměř vždy dojde k lehkému poranění. Již během těhotenství se svalstvo na tuto událost hormonálně, tělesným cvičením a přírodními léčebnými postupy připravuje. V ranném šestinedělí potřebuje tato část těla klid a uvolnění, aby se mohla zotavit a vyléčit. V pozdním šestinedělí se svalstvo začne opět zpevňovat a zotavovat. Tento proces probíhá pod vlivem hormonů a může se podpořit cílenou gymnastikou a některými přírodními metodami.

2.6.1 Pomoc při bolesti

V prvních dnech musí žena dostatečně odpočívat a hlavně ležet v posteli a vyhýbat se zatížení sezením, stáním či chozením. V lehu je vhodným odlehčením leh na břichu s podložením polštáře. Střídavě ležet na boku, aby nedocházelo ke křečím. V porodnici je vhodná malá stolička pro podložení nohou při sezení na nemocničním lůžku nebo při vstávání. Tím zamezíme roztahování nohou. Z domácí postele je doporučováno vstávat skoro po čtyřech či přes bok. Při vstávání tak jsou bolesti menší.

Pro pomoc při sezení je vhodný plovací nafukovací kruh. V nouzi je možno kruh nahradit stočeným ručníkem, či otvorem vystřiženým do molitanu.

Při stání se žena může zapřít o stůl nebo židli a tím ulevit pánevnímu dnu. Chůze představuje nejpříjemnější změnu, i když pravděpodobně bude moci šestinedělka dělat pouze malé kroky, jinak by byly bolesti příliš silné. Je také vhodné nosit boty na podpatcích, protože uleví pánevnímu dnu.

2.6.2 Urychlení hojení

Pro snížení otoku a bolesti je možno použít ledový obklad. Může se použít ihned po porodu i v prvních dnech šestinedělí. Na oddělení šestinedělí jsou používány ledové pytlíky či ledové čtverečky s Mesocain gelem. Při domácí péči jsou vhodné ledové kostky s arnikou nebo měsíčkem. Arnikové kostky jsou vhodné při vzniku krevního výronu. Hematom často vzniká v místě nástřihu hráze, ale pokud se na něj přiloží ledový obklad, stáhne se rychleji zpět. Podobně to platí pro hemeroidy. Led zmenší sraženinu a hemeroidy se dají během několika dní zasunout zpět. Měsíčkové ledové kostky mají dobré využití při natržení hráze či otoku vulvy. Ledové kostky je nutno řádně zabalit do nejméně třech obalů, jinak by žena v prvních hodinách po porodu chlad nesnesla. Jakmile pocítí chlad ledu, je nutno s ledováním přestat. Samozřejmě je nutno řádně dodržovat intimní hygienu a porodní poranění často sprchovat a udržovat v suchu.

I slunce a vzduch lze velmi dobře využít k hojení poranění. Jde o starou a osvědčenou metodu. Pravidelné vytahování vložky umožňuje proudění vzduchu kolem rány. U špatně hojící se rány se doporučuje osprchovat genitál po každém použití toalety a řádně se osušit (fénem). Při sprchování je vhodné použít intimní mycí gel, který poranění vysuší a zbaví nežádoucích bakterií. Samozřejmě se může hojení podpořit ozařováním červeným světlem. Toto světlo je snesitelné až po několika dnech po porodu.

Sedací koupel se řadí k nejúspěšnějším a pro šestinedělky příjemným metodám na podporu hojení. V některých porodnicích koupel doporučují od prvního dne i vícekrát denně, v jiných ji zavrhují. Je doporučováno posazení do sedací nádoby. Sedací koupel se doporučuje již od prvního dne, a nezáleží na tom, zda máte neporušenou, odřenou či natrženou nebo nastřiženou hráz. Musí se však dbát na správnou teplotu vody. První den se doporučuje chladná až lehce vlažná voda (asi 28°C), druhý a třetí den vlažnou

(asi 32°C) a když odezní bolesti, může se teplota zvýšit na teplotu tělesnou. Do sedací koupele na hojení ran se používá dubová kůra, která má díky obsahu třísloviny stahovací a protizánětlivé účinky. Heřmáněk by neměl být používán v ranném šestinedělí, ale spíše až v pozdním na podporu hojení. Pokud je použit příliš brzy, dojde k rychlému zhojení povrchu, ale následně pak dochází k zčervenání a podráždění či znovuotevření rány. Rány se mají hojit zevnitř. Dále lze použít do sedací koupele sůl z Mrtvého moře, která má funkci dezinfekční, čistící a podporuje imunitu. I vysoušení kůže je u porodních ran žádoucí.

Bohužel se někdy stane, že se nastřížení hráze hojí špatně nebo dokonce se následkem infekce dojde k dehiscenci rány. Ženy, jejichž hojení nástřihu hráze probíhá obtížněji, by si měli po sedací lázni ránu osušit na vzduchu nebo si ji vyfénovat. Navíc si mohou na ránu dvakrát denně přiložit obklad s mastí. Při zarudlé, lehce červené ráně se doporučuje měsíčková mast. Na široce otevřené, hluboké rány je vhodná mast z kostivalu. Kořen kostivalu má neobyčejně hojivé schopnosti, dokáže hojit hluboké rány, výrazně podporuje obnovu buněk. Sekundární léčbu nástřihu hráze můžeme podpořit omýváním měsíčkovou esencí nebo obklady s ní. Dobré účinky měsíčku se již mnohokrát osvědčily při ošetřování porodních poranění. Mezi další úspěšnou metodu patří ošetřování mateřským mlékem. Je známo, že mateřské mléko léčí, obsahuje totiž tělu vlastní ochranné látky, které podporují léčebné procesy. Matka může nakapat trochu mléka na nějakou látku, kterou pak přiloží jako obklad na hráz. Ženy, které mají přebytek mateřského mléka, mohou mléko odstříkávat a použít jej do sedací koupele. Každá žena se musí sama rozhodnout, který prostředek na podporu hojení je jí příjemný.

Bez ohledu na to, zda žena měla stehy po přirozeném natržení nebo epiziotomii, bude se cítit bolavá nebo opuchlá několik dní až týdnů po porodu. Správně provedený a ošetřený nástřih nebo malá trhлина by se měla hojit rychle (do 2 až 3 týdnů) a bez následků. Pokud ve výjimečných případech nastanou komplikace spojené s infekcí, vznikem výhřezu v ráně nebo nesnášenlivostí šicích materiálů, může dojít k tzv. sekundárnímu hojení, jehož následky jsou hrubší a mají bolestivé jizvy, případně deformace poševního vchodu, což vyžaduje další chirurgický zásah. [13]

2.6.3 Vnímání vlastního těla po porodu

Je důležité všechny ženy ujistit, že se jim cit v oblasti pánevního dna opět vrátí. Přestože to těhotné nevysloví nahlas, tak se všechny obávají, jak budou jejich pohlavní orgány vypadat a jak budou schopny vnímat cit. Stejnými problémy se trápí i mladí otcové, kteří se ptají, jaký bude pohlavní styk po porodu. V prvních hodinách po porodu jsou stydké pysky nateklé, ale normálně uzavírají vaginální otvor. Někdo cizí, kdo by po několika hodinách porodu na ženský genitál pohlédl, by neřekl, že tato žena právě porodila.

V prvních dnech po porodu má každá žena v pánevním dně nezvyklý pocit. Šestinedělka necítí žádné napětí, roztahování, zatížení a může si připadat bez citu. Ženy, které neměly nastříženou hráz, se často diví, že nejsou tak zcela bez obtíží. Ani není možné, aby hodinu po porodu bylo vše pryč a zapomenuto. Ženy obvykle říkají, že mají pocit, jakoby bylo vše vytahané nebo nateklé. Tyto pocity přetrvávají zhruba tři dny. Pak se citění v oblasti pánve opět navrátí, pokud ovšem nebylo žádné výrazné poranění.

2.6.4 Vzhled intimní oblasti

Je dobré, aby se žena pozorovala pomocí zrcátka. Stejně tak pohmatem mohou zjistit změny. Ženy se však často bojí samy sebe dotknout. Není vhodné ihned po porodu přepadat ženy se zrcátkem. Pečujícím osobám musí být jasné, že se díky porodu cítí žena zraněna ve své nejintimnější oblasti a musí si nejdříve sama pro sebe ujasnit své vlastní pocity. Potřebují dostatek času. Také porodní asistentky musí respektovat intimní oblast ženy, když přijdou na návštěvu po porodu, a nechat ji rozhodnou na kterém místě nám dovolí, abychom si udělaly obrázek o průběhu hojení jejich porodních ran.

2.6.5 Klid pánevního dna

Každá šestinedělka, i ta bez porodního poranění, by měla dostatečně odpočívat a dopřávat svému pánevnímu dnu klid. Stažená děloha je velice těžká a při stání zatěžuje pánevní dno. Díky necitlivosti často nelze pocit tlaku vnímat. [12]

PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce se zabývám výzkumem porodního poranění mezi ženami na oddělení šestinedělí. K zjištění požadovaných informací jsem si zvolila dotazníkové šetření, které probíhalo v období ledna až února 2008 v KNTB ve Zlíně. Dotazníky byly rozdány v tištěné formě a neshledala jsem se s negativním ohlasem matek na požádání o jejich vyplnění. Celkový počet dotazovaných žen v období šestinedělí byl 100. Rozdaných dotazníků bylo 108, návratnost dotazníků byla 92,5 %. Všechny tyto ženy byly po spontánním vaginálním porodu.

3.1 Cíle a hypotézy

Cíl 1 : Zjistit faktory ovlivňující četnost porodního poranění

Hypotéza 1: Domnívám se, že nejčastějším poraněním je ruptura.

Hypotéza 2: Domnívám se, že hmotnost dítěte nad 3500 g má za následek zvýšené riziko vzniku porodního poranění.

Hypotéza 3: Domnívám se, že u vícerodiček po epiziotomii z předešlého porodu je riziko porodního poranění při dalším porodu vyšší, než u žen po ruptuře perinei.

Hypotéza 4: Domnívám se, že je vhodnější přirozená malá ruptura než nástřih hráze.

Hypotéza 5: Domnívám se, že provádění masáže hráze v období před porodem snižuje četnost porodního poranění.

Cíl 2 : Zjistit závislost porodního poranění na medikaci za porodu

Hypotéza 1: Domnívám se, že při indukci porodu prostaglandiny je četnost porodních poranění vyšší než při porodu bez medikace.

Hypotéza 2: Domnívám se, že při použití oxytocinu za porodu, je četnost porodních poranění vyšší než při porodu bez medikace

Cíl 3 : Zjistit vliv porodního poranění na schopnost péče o sebe samu a o dítě

Hypotéza 3: Domnívám se, že epiziotomie má vliv na snížení schopnosti sebepéče a péče o dítě.

3.2 Dotazníkové šetření

Dotazník se skládá ze 23 otázek. U všech otázek, s výjimkou otázky číslo 11 a 12, je pouze jedna možná odpověď. U otázky 11 a 12 je možno zaznačit více bodů odpovědí. Odpovědi jsou již dané, na žádnou není odpověď vlastními slovy. Úvodní otázky 1 – 5 obsahují zjišťování údajů o ženě, předešlých porodech a o novorozenci. V následujících otázkách se dotazují na období těhotenství, na medikaci za porodu a průběhu poporodního období. Otázky 16 – 23 zjišťují ošetřovatelské problémy žen po porodu a problémy v sebepéči a péči o dítě.

3.2.1 Vyhodnocování dotazníků

Dotazník jsem nejprve zpracovala v tabulkách Excel a vytvořila grafy. Dále jsem rozpracovala odpovědi do bakalářské práce v tabulkách Word. Každá otázka obsahuje svou tabulku, graf a shrnutí. U vybraných otázek jsou tabulky dvě, tři či dva, tři grafy. První Tabulka a graf je základní, s celkovým množstvím žen (100) a s celkovou hodnotou procent (100 %) - ženy bez porodního poranění, s oděrkou, s rupturou perinei a epiziotomií. Druhá tabulka a graf se zaměřuje podrobněji na rozdíly v odpovědích žen, kterým byla při porodu provedena epiziotomie a které prodělaly samovolnou rupturu perinei. Procenta zde jsou již znázorněna k danému poranění. Žen s rupturou perinei je 42 a žen po prodělané epiziotomii je 30. Celý dotazník je uveden v Příloze I.

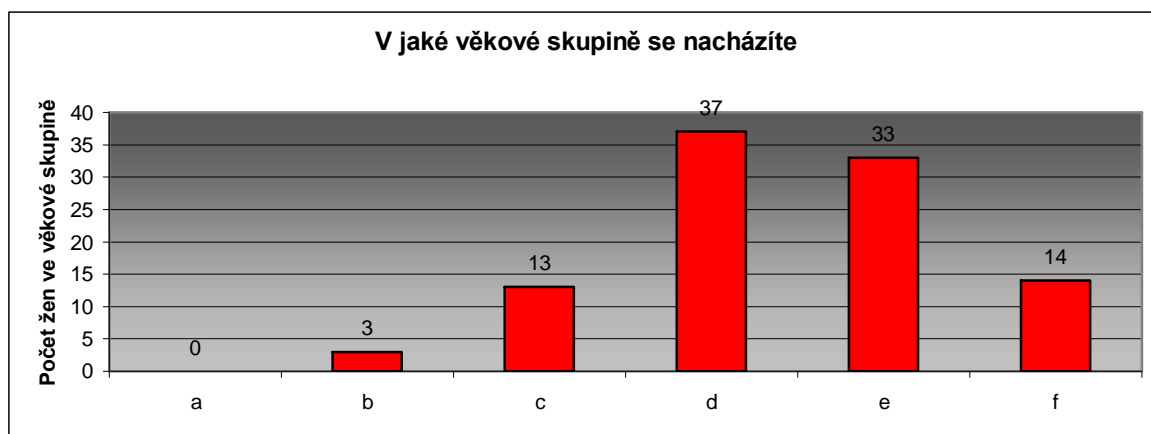
3.2.2 Výsledky výzkumu

Otázka číslo 1. V jaké věkové skupině se nacházíte?

Tabulka 1

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Méně než 18	0	0 %
b	18-20 let	3	3 %
c	21-25 let	13	13 %
d	26-30 let	37	37 %
e	31-35 let	33	33 %
f	35 a více	14	14 %
	Celkem	100	100 %

Graf 1



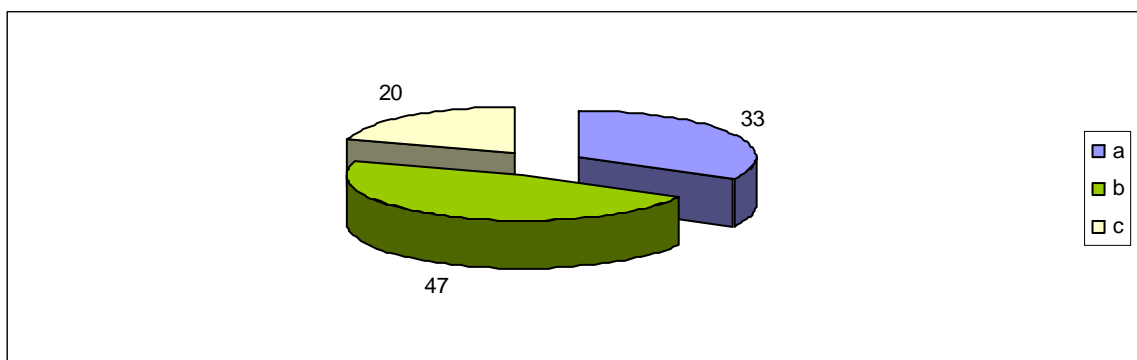
Nejčastější věkovou skupinou dotazovaných žen bylo rozmezí 26 – 30 let. Tyto respondentky zaujímaly 37 % . Věk 31 – 35 let byl zastoupen 33. ženami (33 %), 14 žen (14 %) bylo ve věku 35 let a více, 13 žen (13 %) bylo ve věku 21 - 25 let, 3 ženy (3 %) byly ve věku 18 – 20 let a pod 18 let zde nebyla žádná žena (0 %).

Otázka číslo 2. Celkem jste rodila:

Tabulka 2

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Jedenkrát	33	33 %
b	Dvakrát	47	47 %
c	Třikrát a více	20	20 %
	Celkem	100	100 %

Graf 2



V otázce číslo 2 jsem chtěla zjistit, zda na mé otázky odpovídá více primipar, sekundipar či terciipar a multipar. Nezáleželo zde, zda byl jejich dřívější porod spontánní či ukončen sectio cesarea (zkoumání v otázce 3 a 4). Nejvíce bylo sekundipar v počtu 47 žen (47 %), primipar odpovídalo 33 žen (33 %) a terciipar či multipar bylo 20 (20 %).

Otázka číslo 3. Rodila jste spontánním porodem:

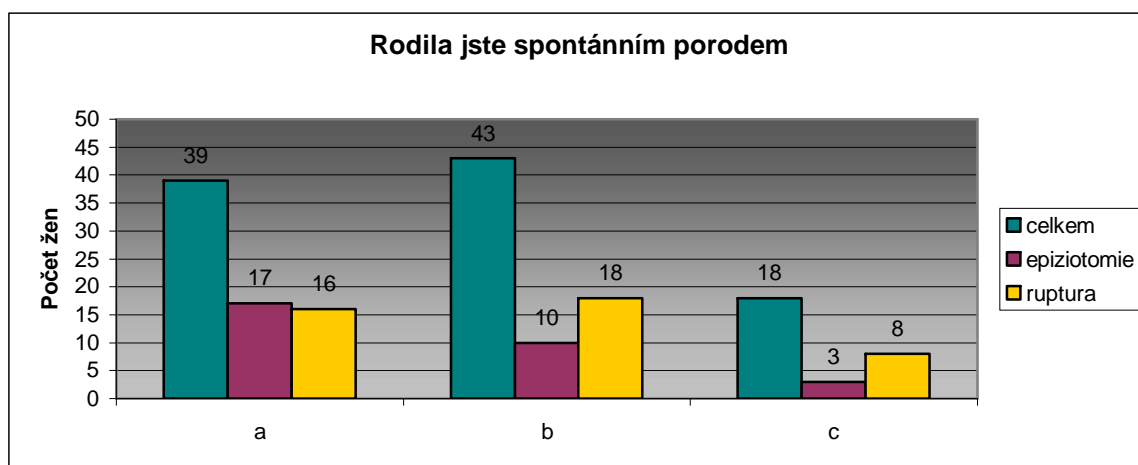
Tabulka 3 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Poprvé	39	39 %
b	Podruhé	43	43 %
c	Potřetí a více	18	18 %
Celkem		100	100 %

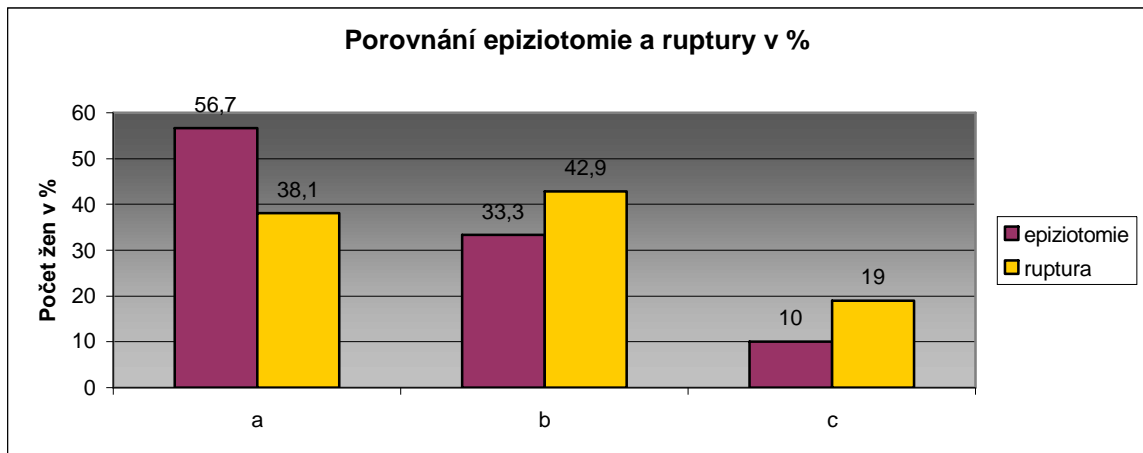
Tabulka 3 b

		epiziotomie		ruptura	
Odpověď		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Poprvé	17	56,7 %	16	38,1 %
b	Podruhé	10	33,3 %	18	42,9 %
c	Potřetí a více	3	10 %	8	19,0 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 3 a



Graf 3 b



Nejvíce žen rodilo spontánním porodem již podruhé a to celkem 43 (43 %). Sekundipar, které prodělaly při nynějším porodu epiziotomii bylo 10 (33,3 %) a žen s rupturou 18 (42,9 %). Žen, které rodily spontánním porodem poprvé celkem bylo 39 (39 %). Primipar, které prodělaly při nynějším porodu epiziotomii bylo 17 (56,7 %) a žen s rupturou 16 (38,1 %). Žen rodících spontánním porodem potřetí a více bylo celkem 18 (18 %). Tercipary a multipary, které prodělaly při nynějším porodu epiziotomii byly 3 (10 %) a žen s rupturou bylo 8 (19 %).

Otázka číslo 4. Rodila jste císařským řezem? (při dřívějším porodu)

Tabulka 4

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Ne	94	94 %
b	Ano	6	6 %
	Celkem	100	100 %

Graf 4



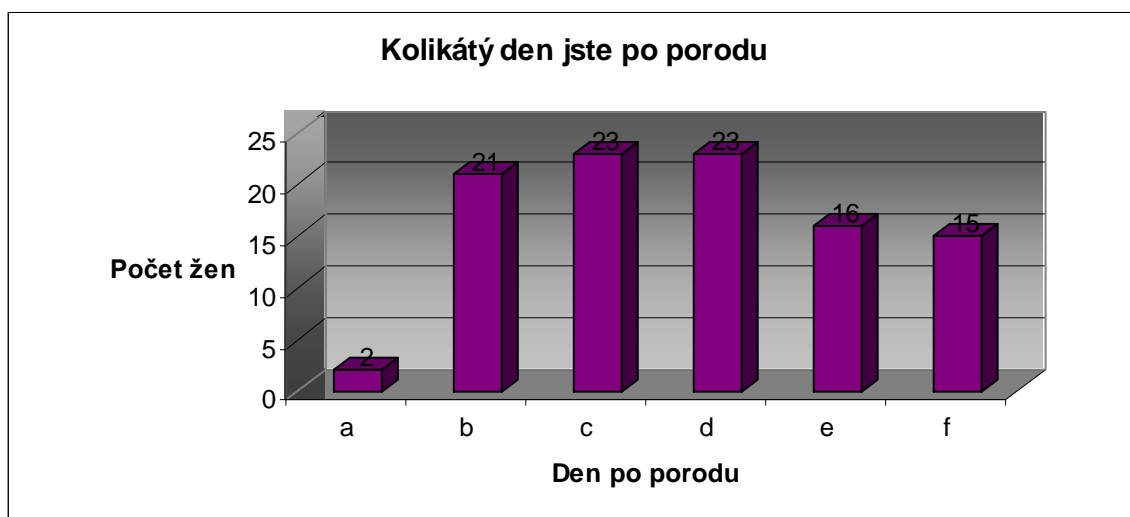
Z celkového množství 100 respondentek (100 %), 94 žen (94 %) nerodilo při dřívějším porodu sectiem caesarea a 6 žen (6 %) sectiem caesarea rodilo.

Otázka číslo 5. Kolikátý den jste po porodu?

Tabulka 5

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Nultý	2	2 %
b	První	21	21 %
c	Druhý	23	23 %
d	Třetí	23	23 %
e	Čtvrtý	16	16 %
f	Pátý a více	15	15 %
	Celkem	100	100 %

Graf 5



Mezi respondentkami byl největší počet zastoupen ženami druhý a třetí den po porodu, kterých bylo 23 (23 %). Žen první den po porodu bylo 21 (21 %), čtvrtý den po porodu 16 (16 %), pátý den a více 15 (15 %) a nultý den 2 (2 %).

Otázka číslo 6. Jaká byla porodní váha dítěte?

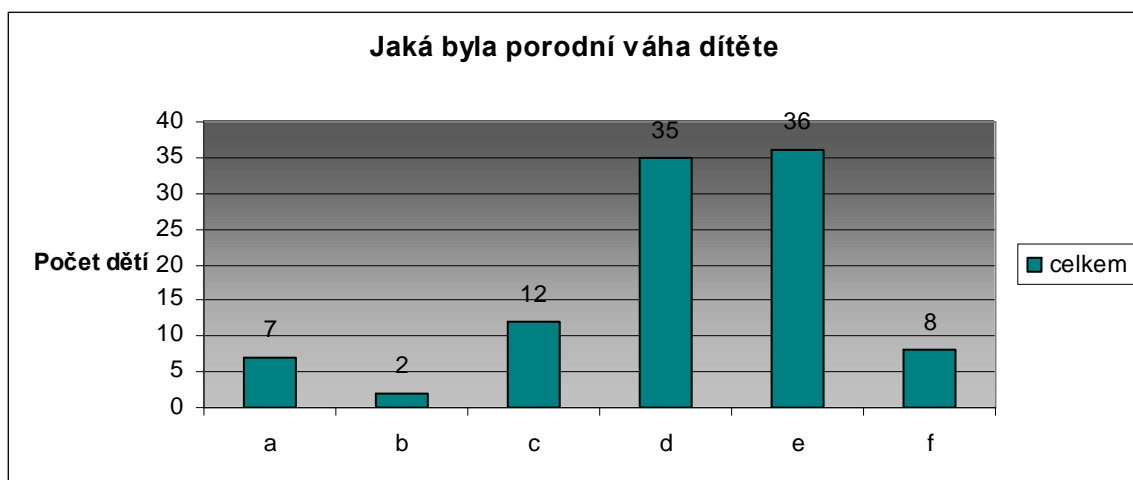
Tabulka 6 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Méně než 1999g	7	7 %
b	2000 g - 2499 g	2	2 %
c	2500 g - 2999 g	12	12 %
d	3000 g – 3499 g	35	35 %
e	3500 g – 3999 g	36	36 %
f	4000 g a více	8	8 %
Celkem		100	100 %

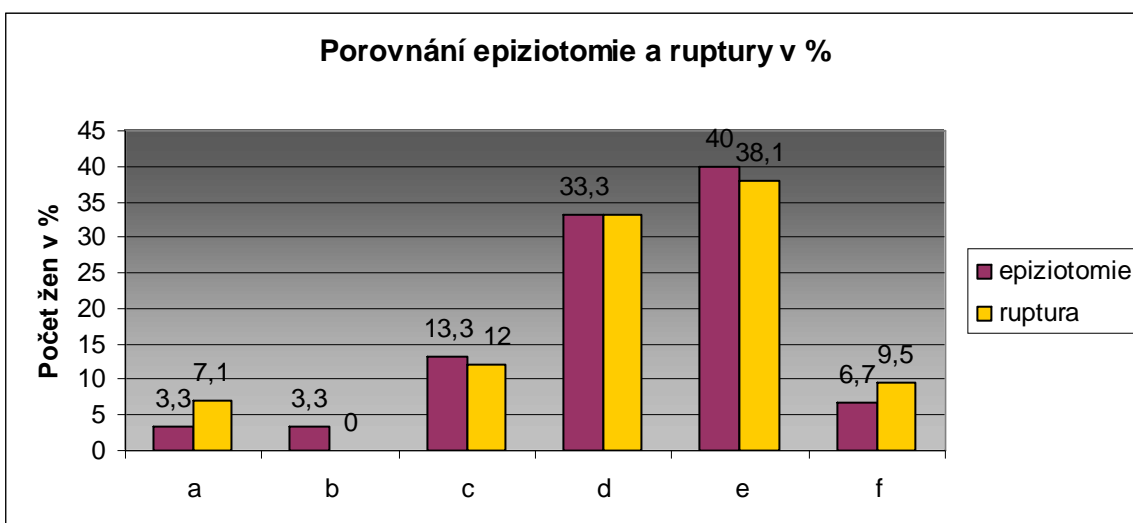
Tabulka 6 b

Odpověď		epiziotomie		ruptura	
		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Méně než 1999g	1	3,3 %	3	7,1 %
b	2000 g - 2499 g	1	3,3 %	0	0 %
c	2500 g - 2999 g	4	13,3 %	5	12 %
d	3000 g – 3499 g	10	33,3 %	14	33,3 %
e	3500 g – 3999 g	12	40 %	16	38,1 %
f	4000 g a více	2	6,7 %	4	9,5 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 6 a



Graf 6 b



Nejčastější porodní hmotností dítěte byla váha 3500g – 3999g v hodnotě 39. žen (39 %), dále následovala porodní hmotnost 3000g – 3499g u 35. žen (35 %). Hmotnost 2500g – 2999g uvádí 12 dotazovaných žen (12 %), 4000g a více 8 žen (8 %). Méně než 1999g uvádí 7 žen (7 %) a 2 ženy (2 %) uvádí porodní hmotnost 2000g – 2499g.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii, se nejvíce vyskytovala porodní hmotnost 3500g – 3999g a to u 12 žen (40 %). Dále byla u 10. žen (33,3 %) porodní hmotnost dítěte 3000g – 3499g, 4 ženy (13,3 %) udávají porodní hmotnost dítěte 2500g – 2999g

a u 2 žen (6,7 %) byla hmotnost 4000 g a více. Hmotnost dítěte méně než 1900g uvádí 1 žena (3,3 %) a 1 žena (3,3 %) hmotnost v rozmezí 2000g – 2499g.

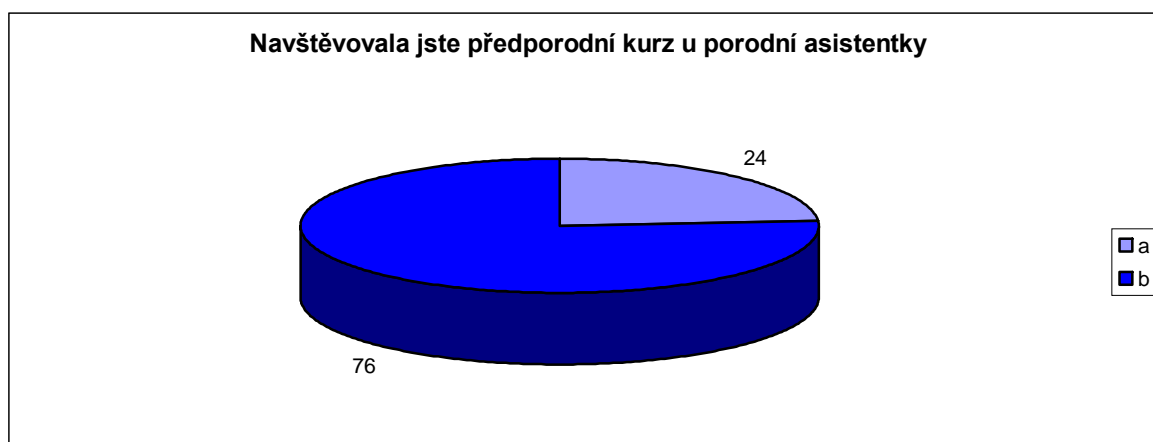
Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze, se nejčastěji vyskytovala porodní hmotnost 3500g – 3999g a to u 16. žen (38,1 %). Dále byla u 14 žen (33,3 %) porodní hmotnost dítěte 3000g – 3499g, 5 žen (12 %) udává porodní hmotnost dítěte 2500g – 2999g a u 4 žen (9,5 %) byla hmotnost 4000 g a více. Hmotnost dítěte méně než 1900g uvádí 3 ženy (7,1 %) a 1 žena (3,3 %) hmotnost v rozmezí 2000g – 2499g.

Otázka číslo 7. Navštěvovala jste předporodní kurz u porodní asistentky?

Tabulka 7

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Ano	24	24 %
b	Ne	76	76 %
	Celkem	100	100 %

Graf 7



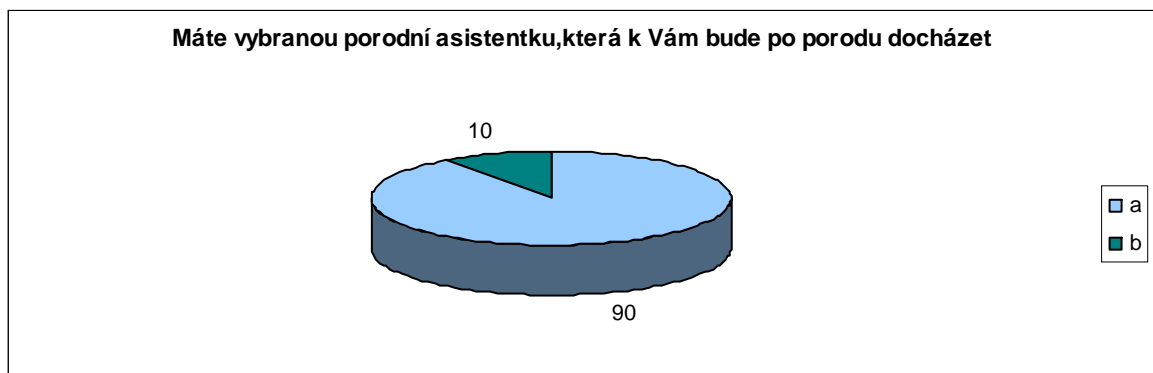
Ze 100 respondentek využívalo možnosti přípravy na porod u soukromé porodní asistentky pouze 24 žen (24 %). Zbýlých 76 žen (76 %) tuto možnost nevyužilo.

Otázka číslo 8. Máte vybranou porodní asistentku, která k Vám bude po porodu docházet domů?

Tabulka 8

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Ano	90	90 %
b	Ne	10	10 %
	Celkem	100	100 %

Graf 8



Nabídku péče terénní porodní asistentky po propuštění z porodnice využilo rovných 90 dotazovaných žen (90 %), 10 žen (10 %) tuto možnost domácí péče v šestinedělí nevyužilo.

Otázka číslo 9. Prováděla jste na konci těhotenství masáž hráze?

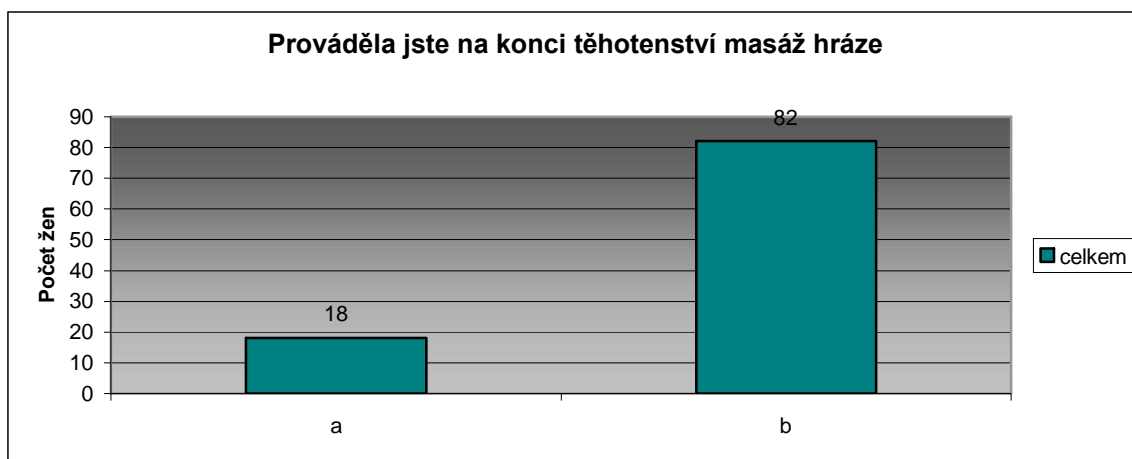
Tabulka 9 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Ano	18	18 %
b	Ne	82	82 %
Celkem		100	100 %

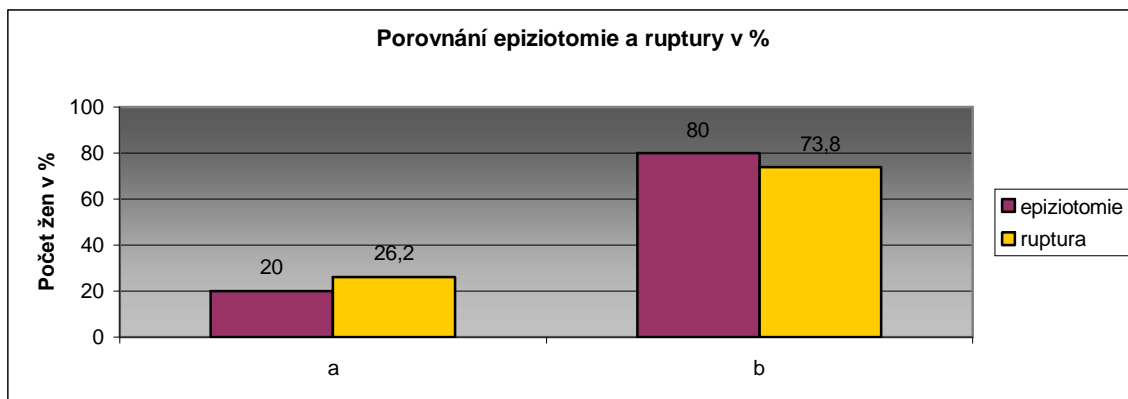
Tabulka 9 b

		epiziotomie		ruptura	
Odpověď		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Ano	6	20 %	11	26,2 %
b	Ne	24	80 %	31	73,8 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 9 a



Graf 9 b



Masáž hráze před porodem provádělo 18 dotazovaných žen (18 %), 6. ženám (20 %) byla při porodu provedena epiziotomie a 11 žen (26,2 %) prodělalo rupturu.

Zbýlých 82 žen (82 %) masáž hráze neprovádělo, 24. ženám (80 %) byla provedena při porodu epiziotomie a 31 žen (73,8 %) prodělalo rupturu.

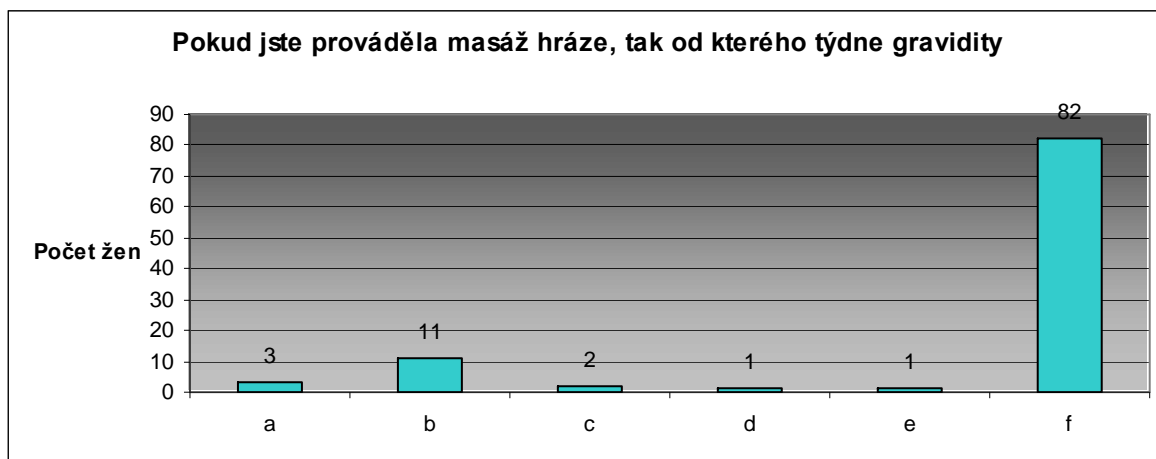
Z celkového množství 100 žen bylo 28 žen (28 %) bez porodního poranění nebo utrpělo oděrku bez nutnosti sutury.

Otázka číslo 10. Pokud jste prováděla masáž hráže, tak od kterého týdne gravidity?

Tabulka 10

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Od 35. týdne	3	3 %
b	Od 36. týdne	11	11 %
c	Od 37. týdne	2	2 %
d	Od 38. týdne	1	1 %
e	Od 39. týdne	1	1 %
f	Neprováděla jsem masáž hráže	82	82 %
	Celkem	100	100 %

Graf 10



Masáž hráže neprovádělo v těhotenství 82 žen (82 %). Zbýlých 18 respondentek (18 %), které prováděly masáž hráže, provádělo od 36. týdne gravidity masáž 11 žen (11 %) ze 100, od 35. týdne gravidity ženy (3 %), od 37. týdne gravidity 2 ženy (2 %) a od 38. a 39. týdne gravidity 1 žena (1 %).

Otázka číslo 11. Pokud jste prodělala porodní poranění, tak jaké?

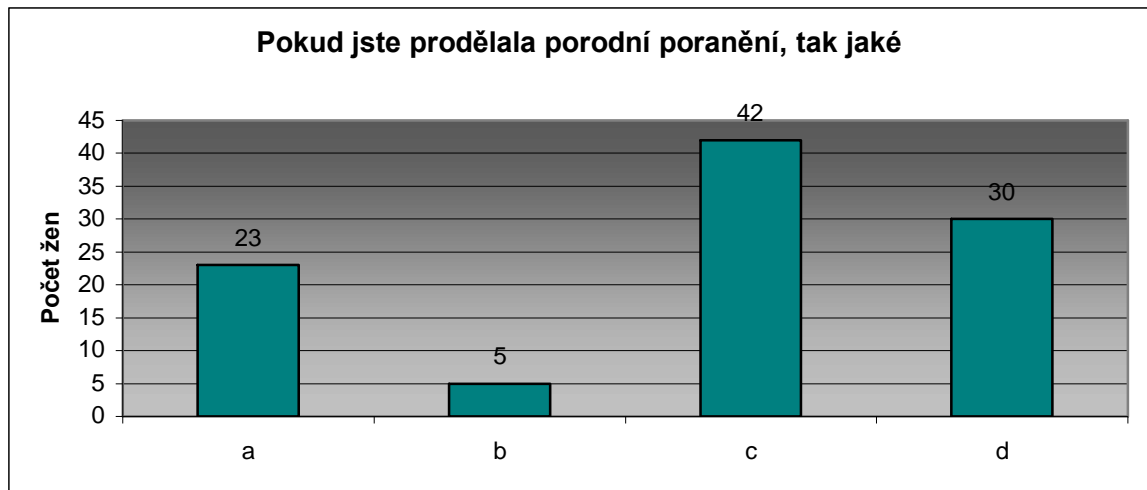
Tabulka 11 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Žádné porodní poranění jsem neprodělala	23	23 %
b	Rupturu bez sutury	5	5 %
c	Rupturu s nutností sutury	42	42 %
d	Epiziotomii	30	30 %
Celkem		100	100 %

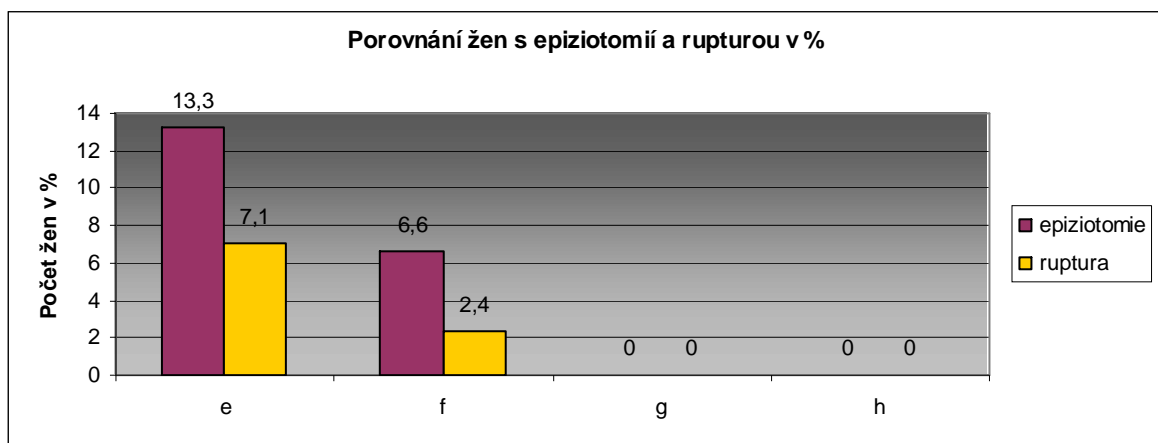
Tabulka 11 b

Odpověď		epiziotomie		ruptura	
		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
e	Hematom hráze	4	13,3 %	3	7,1 %
f	Poranění řitního svěrače	2	6,6 %	1	2,4 %
g	Poranění močové trubice	0	0 %	0	0 %
h	Poranění hráze, močové trubice a svěrače konečníku	0	0 %	0	0 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 11 a



Graf 11 b



Nejčastějším druhem porodního poranění byla ruptura s nutností sutury, kterou prodělalo 42 žen (42 %). Epiziotomie byla provedena 30. ženám (30 %), 26 žen (26 %) porodilo bez porodního poranění, 4 ženy (4 %) utrpěly pouze oděrku hráze bez nutnosti sutury.

Hematom hráze udává celkem 7 žen, z toho po epiziotomii jsou 4 ženy (13,3 %) a po ruptuře 3 ženy (7,1 %). Z celkového počtu 3 ženy udávají poranění řitního svěrače, po epiziotomii jsou s tímto poraněním ženy 2 (6,6 %) a po ruptuře žena 1 (2,4 %). Poranění hráze, močové trubice a svěrače konečníku se u žádné ženy nevyskytlo.

Otázka číslo 12. Pokud jste rodila spontánně již podruhé nebo potřetí, prodělala jste při předešlém porodu poranění? Jaké?

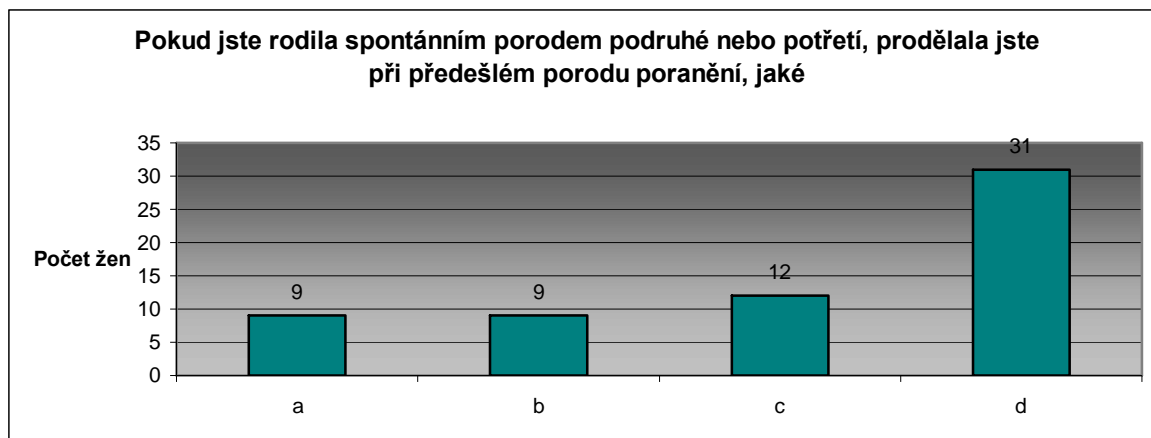
Tabulka 12 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Žádné porodní poranění jsem neprodělala	9	14,7 %
b	Rupturu bez sutury	9	14,7 %
c	Rupturu s nutností sutury	12	19,7 %
d	Epiziotomii	31	50,9 %
Celkem		61	100 %

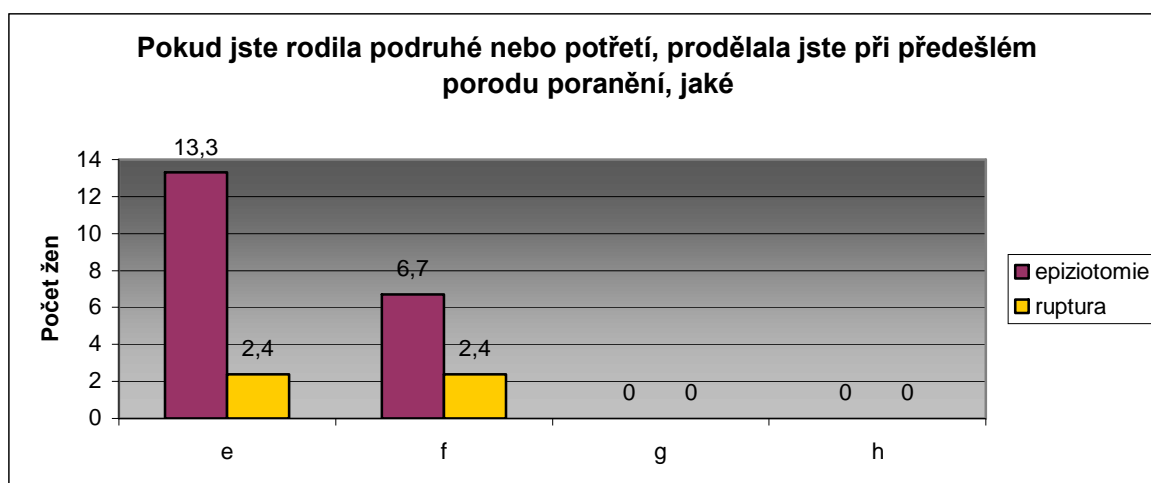
Tabulka 12 b

Odpověď		epiziotomie		ruptura	
		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
e	Hematom hráze	4	13,3 %	1	2,4 %
f	Poranění řitního svěrače	2	6,7 %	1	2,4 %
g	Poranění močové trubice	0	0 %	0	0 %
h	Poranění hráze, močové trubice a svěrače konečníku	0	0 %	0	0 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 12 a



Graf 12 b



Podruhé a více rodilo 61 žen (61 %) ze 100 dotazovaných. Tuto otázku jsem rozpracovala do tří tabulek (Tabulka a, b,c) a dvou grafů (Graf a, b,c) pro lepší názornost.

Nejčastějším druhem porodního poranění při předešlém porodu byla epiziotomie, která byla provedena 31. ženám (50,9 %). Rupturu prodělalo 12 žen (19,7 %), 9 žen (14,7 %) porodilo bez porodního poranění a 9 žen (14,7 %) utrpělo pouze oděrku hráze bez nutnosti sutury.

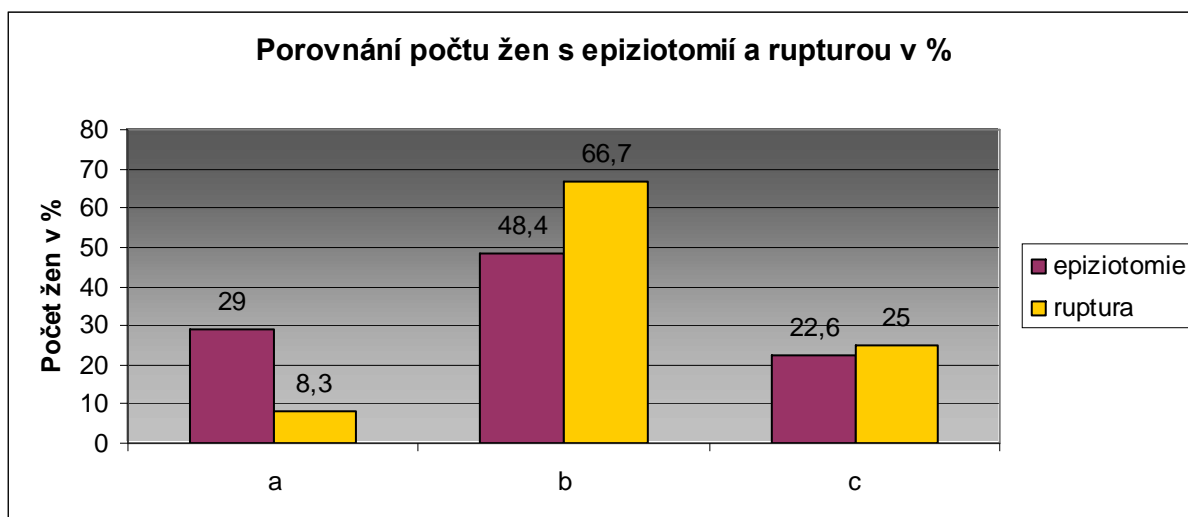
Hematom hráze udává celkem 5 žen ze 100, z toho po epiziotomii jsou 4 ženy (13,3 %) a po ruptuře 1 žena (2,4 %). Z celkového počtu 3 ženy udávají poranění řitního svěrače,

po epiziotomii jsou s tímto poraněním ženy 2 (6,7 %) a po ruptuře žena 1 (2,4 %). Poranění hráze, močové trubice a svěrače konečníku se u žádné ženy nevyskytlo.

Tabulka 12 c

Odpověď		epiziotomie	Při předešlém porodu	ruptura	Při předešlém porodu
		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Epiziotomie nyní	9	29 %	1	8,3 %
b	Ruptura nyní	15	48,4 %	8	66,7 %
c	Bez poranění, pouze oděrka, ruptura bez nutnosti sutury	7	22,6 %	3	25 %
Celkem		31	100 %	12	100 %

Graf 12 c



Tabulka a graf 12 c znázorňují vliv předchozího porodního poranění na porodní poranění při nynějším porodu. Celkový počet žen s poraněním při předešlém porodu byl 43 (70,6 %). Po epiziotomii bylo 31 žen (50,9 %) a po ruptuře 12 žen (19,7 %). Žen po epiziotomii bylo při nynějším porodu bez poranění 7 (22,6 %), epiziotomii opět prodělalo 9 žen (29 %) a rupturu utrpělo 15 žen (48,4 %). Ženy po ruptuře perinei et vagina byly při nynějším porodu bez poranění 3 (25 %), epiziotomii prodělala 1 žena (8,3 %) a rupturu opět utrpělo 8 žen (6,7 %).

Otázka číslo 13. Byl Váš porod vyvoláván Prostinem (tableta se zavádí na porodním sále do pochvy)?

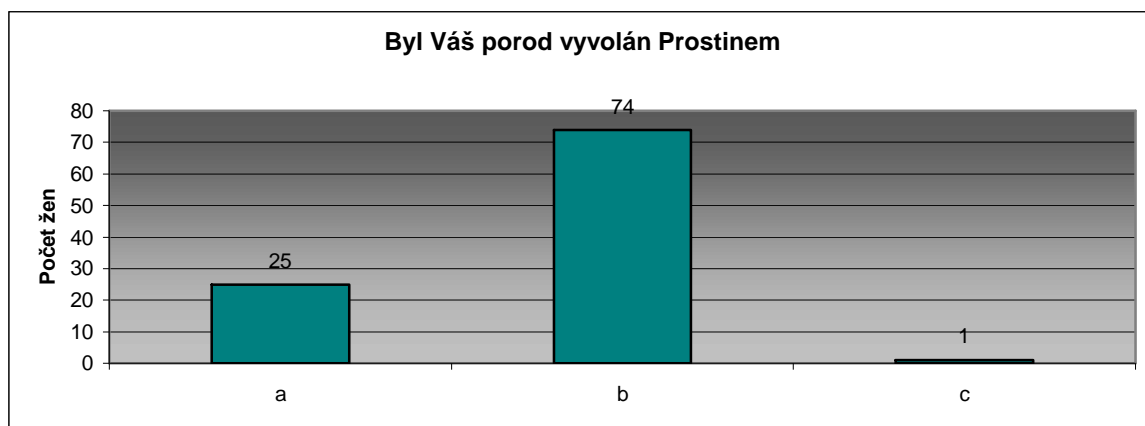
Tabulka 13 a

	Odpověď	Počet	Procenta
a	Ano	25	25 %
b	Ne	74	74 %
c	Nevím	1	1 %
	Celkem	100	100 %

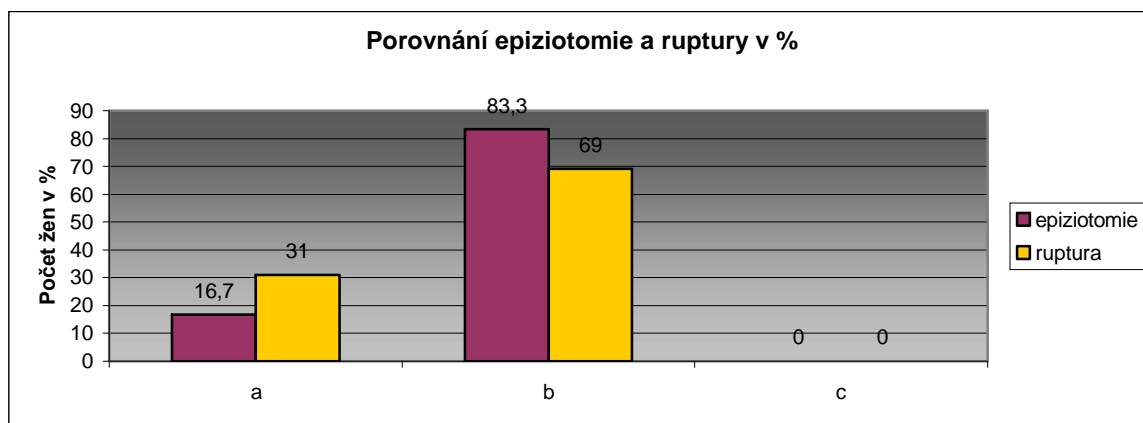
Tabulka 13 b

		epiziotomie		ruptura	
	Odpověď	Počet	Procenta	Počet	Procenta
a	Ano	5	16,7 %	13	31 %
b	Ne	25	83,3 %	29	69 %
c	Nevím	0	0 %	0	0 %
	Celkem	30	100 %	42	100 %

Graf 13 a



Graf 13 b



V první tabulce znázorní celkový počet 100 respondentek. Žen, u kterých byl porod vyvolán Prostinem je 25 (25 %) a u 74. žen (74 %) probíhal porod spontánně bez indukce prostaglandiny (PG). V tabulce druhé jsou ženy po epiziotomii a ruptuře.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii, byl porod vyvolán Prostinem 5. ženám (16,7 %) a 25 žen (83,3 %) porodilo bez indukce porodu PG.

Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze, byl indukován porod Prostinem 13. ženám (31 %) a bez indukce porodu PG porodilo 29 žen (69 %).

Otázka číslo 14. Byla Vám aplikovaná při porodu infuze s Oxytocinem pro zesílení kontrakcí?

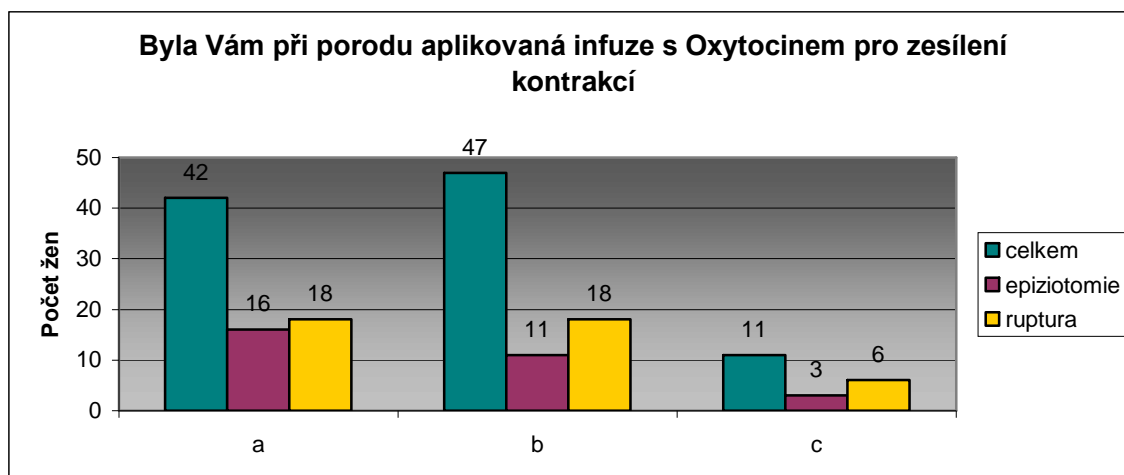
Tabulka 14 a

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Ano	42	42 %
b	Ne	47	47 %
c	Nevím	11	11 %
	Celkem	100	100 %

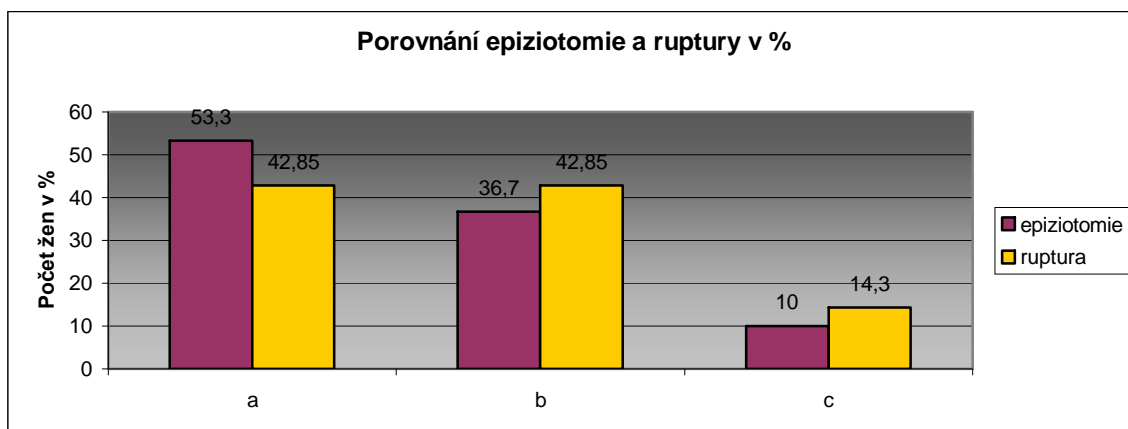
Tabulka 14 b

		epiziotomie		ruptura	
	Odpověď	Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Ano	16	53,3 %	18	42,85 %
b	Ne	11	36,7 %	18	42,85 %
c	Nevím	3	10 %	6	14,3 %
	Celkem	30	100 %	42	100 %

Graf 14 a



Graf 14 b



Z celkového počtu 100 žen byl porod vedený Oxytocinem v infuzi 42. ženám (42 %) a u 47 žen (47 %) probíhal porod bez medikace Oxytocinu infúzně. Zbylých 11 žen (11 %) neví, zda jim byla za porodu infúze s Oxytocinem aplikována.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii, byl porod veden Oxytocinem v infuzi 16. ženám (53,3 %) a 11 žen (36,7 %) porodilo bez Oxytocinu, 3 ženy (10 %) neví, zda jim byla infúze za porodu aplikována.

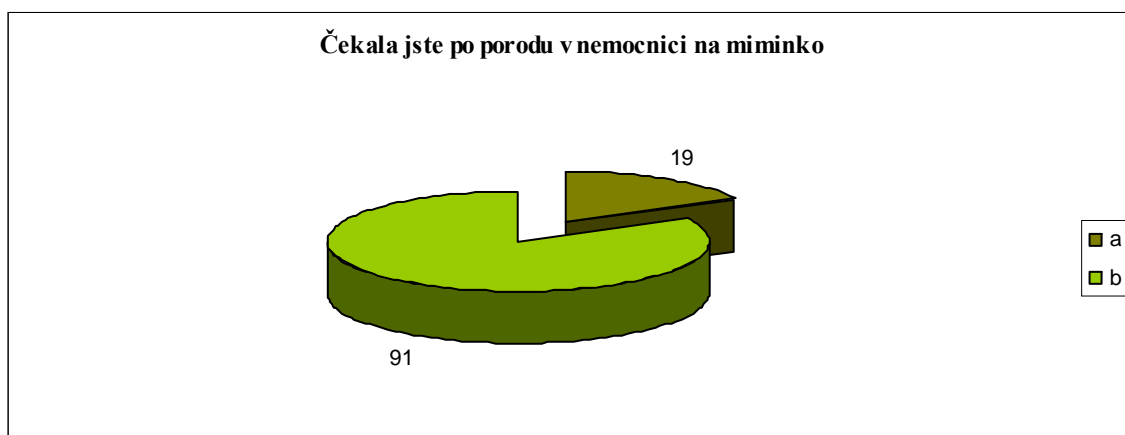
Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze, byl porod veden Oxytocinem 18. ženám (42,85 %) a bez indukce porodu PG porodilo 18 žen (42,85 %), 6 žen (14,3 %) neví, zda jim byla infúze za porodu aplikovaná.

Otázka číslo 15. Čekala jste po porodu v porodnici na miminko? (IMP, JIP)

Tabulka 15

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Ano	9	9 %
b	Ne	91	91 %
	Celkem	100	100 %

Graf 15



V otázce jsem zjišťovala, zda žena v porodnici čekala na dítě, které měla umístěné buď na jednotce intenzivní péče či intermediálním oddělení. Ze 100 žen čekalo na dítě 9 žen (9 %) a 91 žen (91 %) na dítě po porodu čekat nemuselo.

Otázka číslo 16. Kdy jste se poprvé po porodu vymočila?

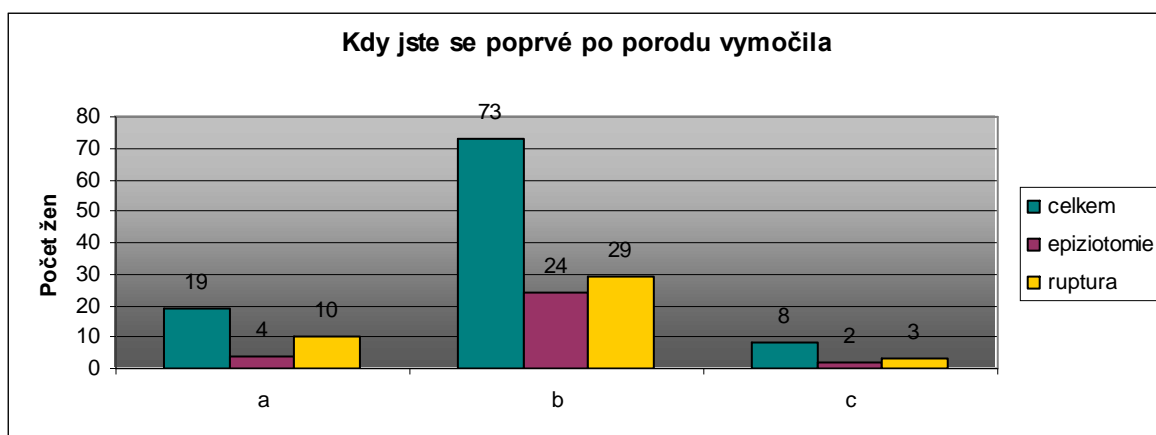
Tabulka 16 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Na porodním sále do 2 hodin po porodu	19	19 %
b	Do šesti hodin po porodu	73	73 %
c	Musela jsem být vycévkovaná	8	8 %
Celkem		100	100 %

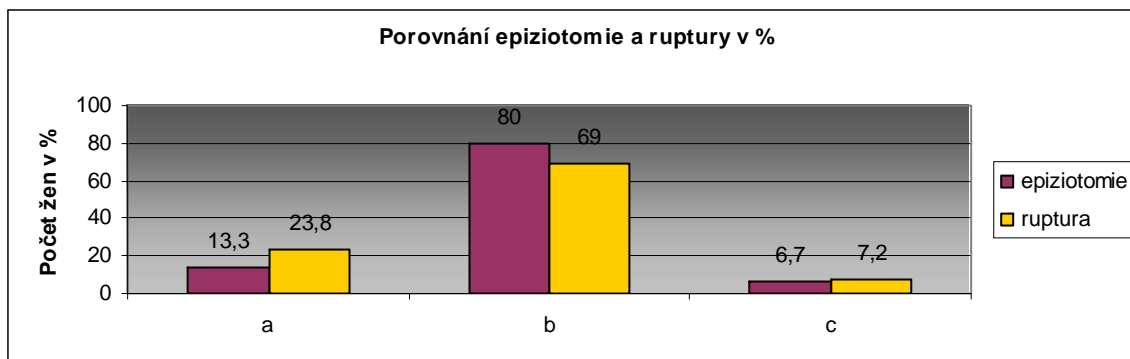
Tabulka 16 b

Odpověď		epiziotomie		ruptura	
		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Na porodním sále do 2 hodin po porodu	4	13,3 %	10	23,8 %
b	Do šesti hodin po porodu	24	80 %	29	69 %
c	Musela jsem být vycévkovaná	2	6,7 %	3	7,2 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 16 a



Graf 16 b



K této otázce jsem opět rozpracovala daný problém zvlášť u epiziotomie a zvlášť u ruptury hráze. Z celkového počtu 100 žen se do šesti hodin po porodu vymočilo 73 žen (73 %), 19 žen (19 %) močilo hned na porodním sále do dvou hodin po porodu a 8 žen (8 %) muselo být vycévkováno.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii se do šesti hodin po porodu vymočilo 24 žen (80 %), 4 ženy (13,3 %) ženy se vymočily na porodním sále do dvou hodin po porodu a zbylé 2 ženy (6,7 %) musely být vycévkované.

Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze se do šesti hodin po porodu vymočilo 29 žen (69 %), 10 žen (23,8 %) se vymočilo na porodním sále do dvou hodin po porodu a 3 ženy (7,2 %) musely být vycévkované.

Otázka číslo 17. Kolikátý den po porodu jste šla na stolicí?

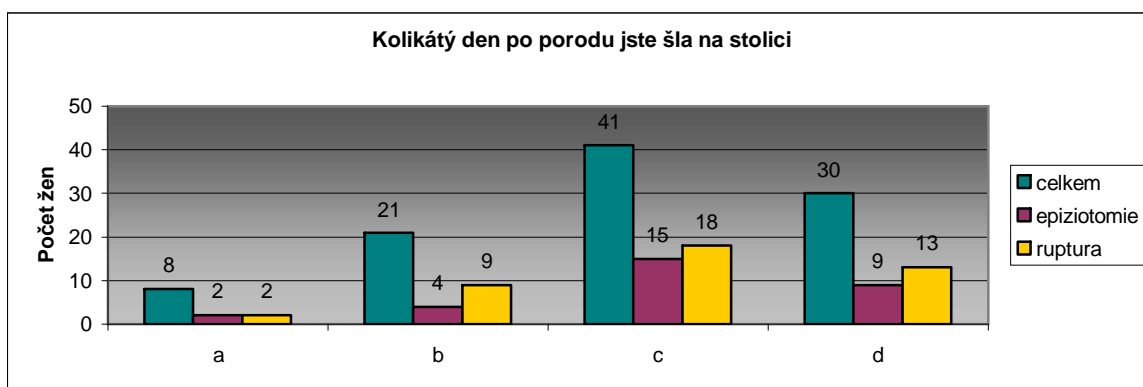
Tabulka 17 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	První	8	8 %
b	Druhý	21	21 %
c	Třetí	41	41 %
d	Zatím jsem na stoličce nebyla	30	30 %
Celkem		100	100 %

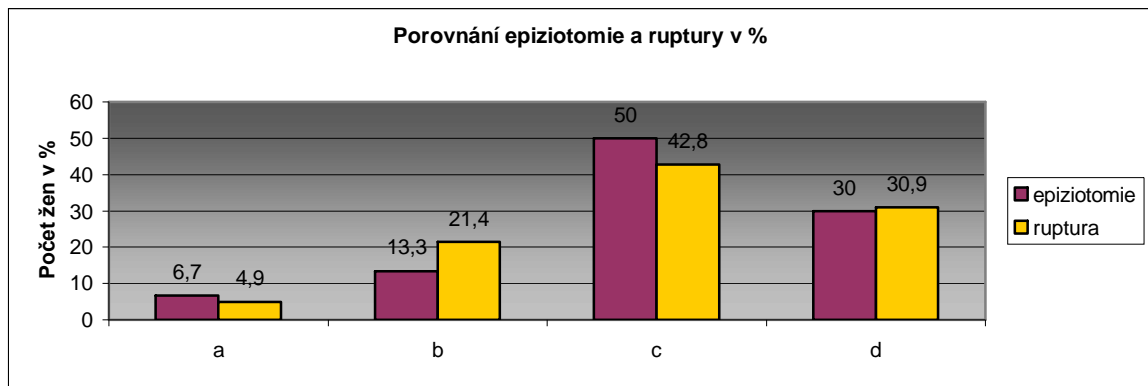
Tabulka 17 b

Odpověď		epiziotomie		ruptura	
		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	První	2	6,7 %	2	4,9 %
b	Druhý	4	13,3 %	9	21,4 %
c	Třetí	15	50 %	18	42,8 %
d	Zatím jsem na stoličce nešla	9	30 %	13	30,9 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 17 a



Graf 17 b



V této otázce zjišťují, zda má druh porodního poranění vliv na schopnost vyprázdnění střev. Z dotázaných 100 žen bylo 41 žen (41 %) na stolici třetí den, 30 žen (30 %) na stolici zatím nebylo, ať již z důvodu brzké doby dotazování po porodu nebo z důvodu zpomalené peristaltiky střev. Druhý den bylo na stolici 21 žen (21 %) a 8 žen (8 %) bylo na stolici hned první den po porodu.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii se třetí den po porodu vyprázdnilo 15 žen (50 %), 9 žen (30 %) zatím na stolici nebylo, 4 ženy (13,3 %) se vyprázdnily druhý den po porodu a 2 ženy (6,7 %) se vyprázdnily první den.

Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze se třetí den po porodu vyprázdnilo 18 žen (42,8 %), 13 žen (30,9 %) zatím na stolici nebylo, 9 žen (21,4 %) se vyprázdnilo druhý den po porodu a 2 ženy (4,9 %) se vyprázdnily první den.

Otázka číslo 18. Bylo zapotřebí Vám na stoličce pomoci?

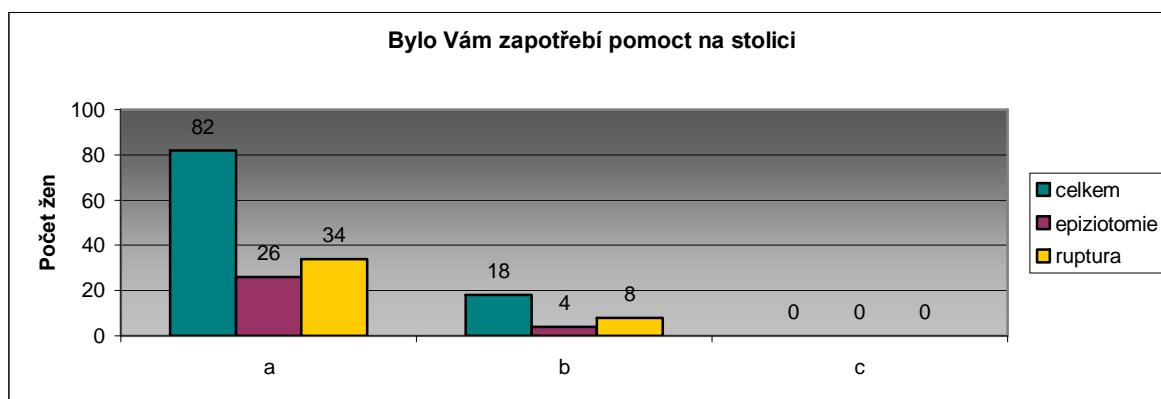
Tabulka 18 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Ne	82	82 %
b	Ano - Glycerinovým čípkem	18	18 %
c	Ano - Klystýrem	0	0 %
Celkem		100	100 %

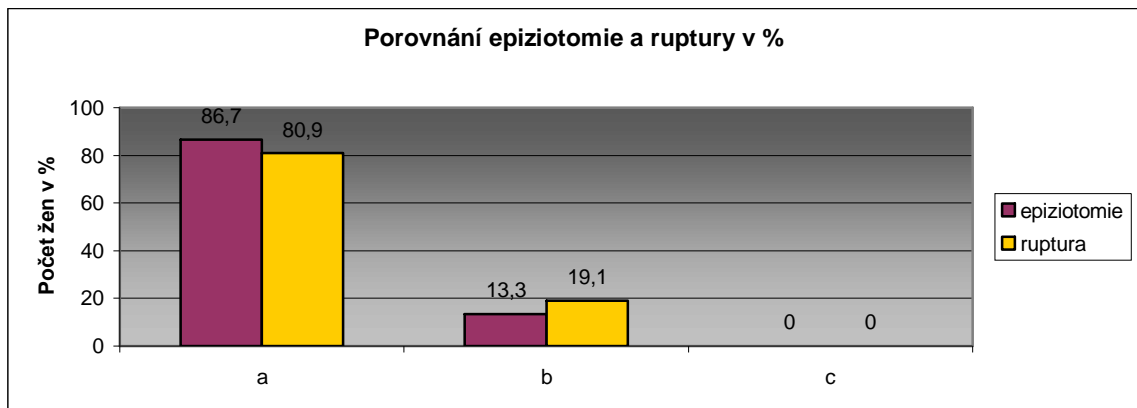
Tabulka 18 b

Odpověď		epiziotomie		ruptura	
		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Ne	26	86,7 %	34	80,9 %
b	Ano - Glycerinovým čípkem	4	13,3 %	8	19,1 %
c	Ano - Klystýrem	0	0 %	0	0 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 18 a



Graf 18 b



Tato otázka navazuje na otázku předchozí. Zjišťuji zde, zda se ženy po porodu vyprázdnily spontánně, či jim bylo zapotřebí pomoci. V tabulce první ze 100 žen nebylo zapotřebí 82. ženám (82 %) na stolici pomoci, 18. ženám (18 %) byl podán Glycerinový čípek a žádné ženě nebylo zapotřebí aplikovat klystýr.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii, nebylo zapotřebí na stolici pomoci 26. ženám (86,7 %) a 4. ženám (13,3 %) byl podán Glycerinový čípek.

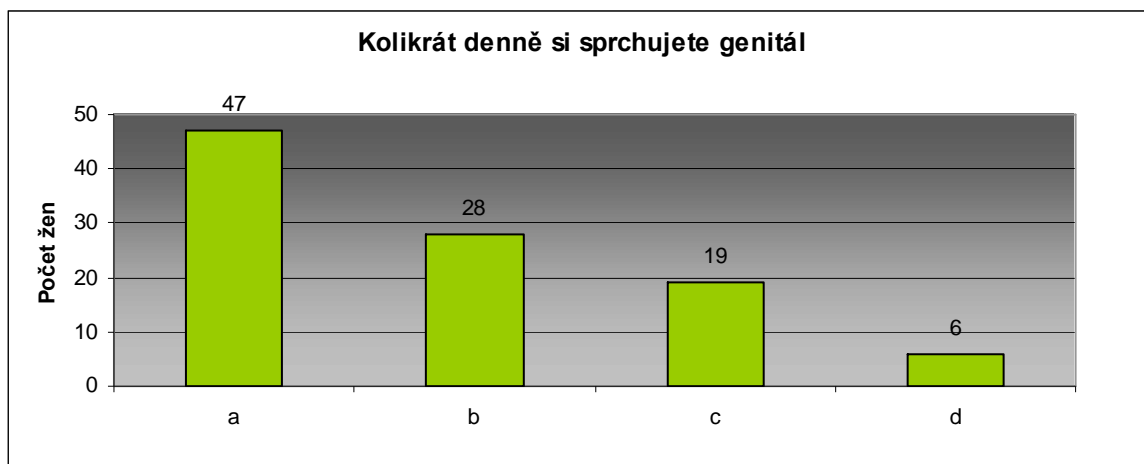
Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze, nebylo zapotřebí na stolici pomoci 34. ženám (80,9 %) a 8. ženám (19,1 %) byl podán Glycerinový čípek.

Otázka číslo 19. Kolikrát denně si sprchujete genitál?

Tabulka 19

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	2 x denně	47	47 %
b	3 x denně	28	28 %
c	4 x denně a více	19	19 %
d	Po každém použití WC	6	6 %
	Celkem	100	100 %

Graf 19



Otázka zjišťuje intimní hygienu ženy, jelikož zvýšená intimní hygiena má pozitivní vliv na hojení poranění. Z celkového počtu žen si sprchuje genitál 2x denně 47 žen (47 %), 3x denně 28 žen (28 %), 4x denně a více 19 žen (19 %) a po každém použití WC si genitál sprchuje 6 žen (6 %).

Otázka číslo 20. Používala jste po porodu k sezení nafukovací kruh?

Tabulka 20

	Odpověď	Počet žen	Procenta
a	Ano	5	5 %
b	Ne	95	95 %
	Celkem	100	100 %

Graf 20



V této otázce se mi zdály ženy málo informované o možnosti využití dětského nafukovacího kruhu k sezení po bolestivém poranění. Ze 100 žen, jich 95 (95 %) sezení na kruhu nevyužilo a pouhých 5 žen (5 %) používalo na sezení nafukovací kruh.

Otázka číslo 21. Byla jste v porodnici poučena o ošetřování poranění?

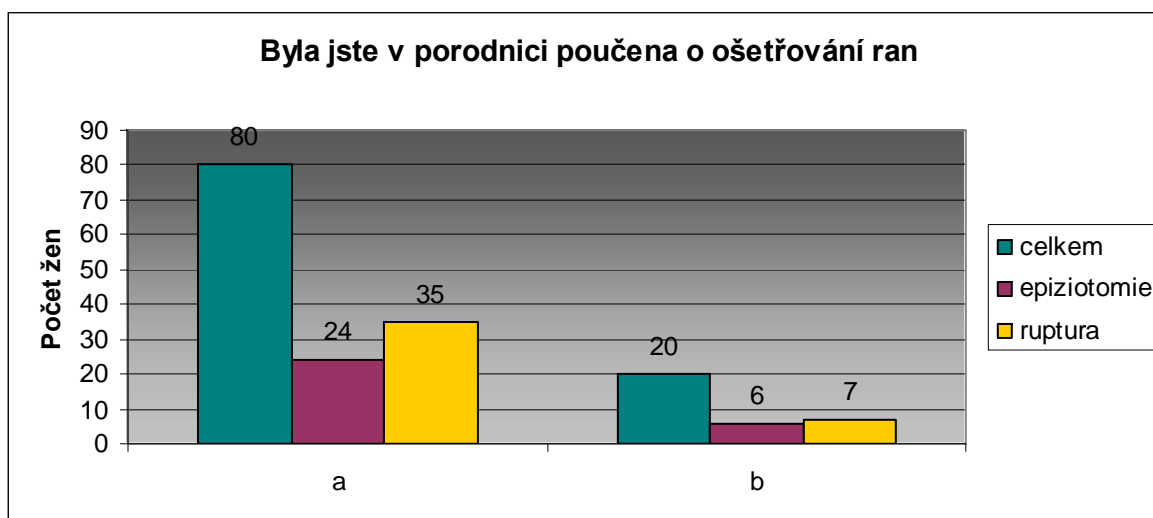
Tabulka 21 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Ano	80	80 %
b	Ne	20	20 %
Celkem		100	100 %

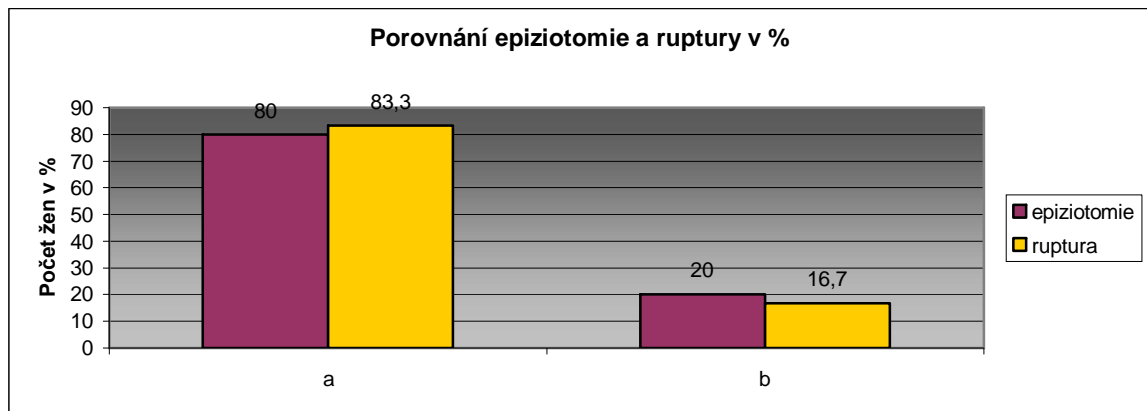
Tabulka 21 b

		epiziotomie		ruptura	
Odpověď		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Ano	24	80 %	35	83,3 %
b	Ne	6	20 %	7	16,7 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 21 a



Graf 21 b



Ze 100 dotazovaných žen jsem opět rozpracovala v druhé tabulce odpovědi od žen po prodělané epiziotomii a ruptuře. Poučeno o ošetřování porodního poranění bylo celkem 80 žen (80 %) a 20 žen (20 %) poučeno nebylo.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii, bylo o ošetřování porodního poranění poučeno 24 žen (80 %) a 6 žen (20 %) poučeno nebylo.

Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze, bylo o ošetřování porodního poranění poučeno 35 žen (83,3 %) a 7 žen (16,7 %) poučeno nebylo.

Otázka číslo 22. Bránilo Vám Vaše porodní poranění v péči o sebe samu?

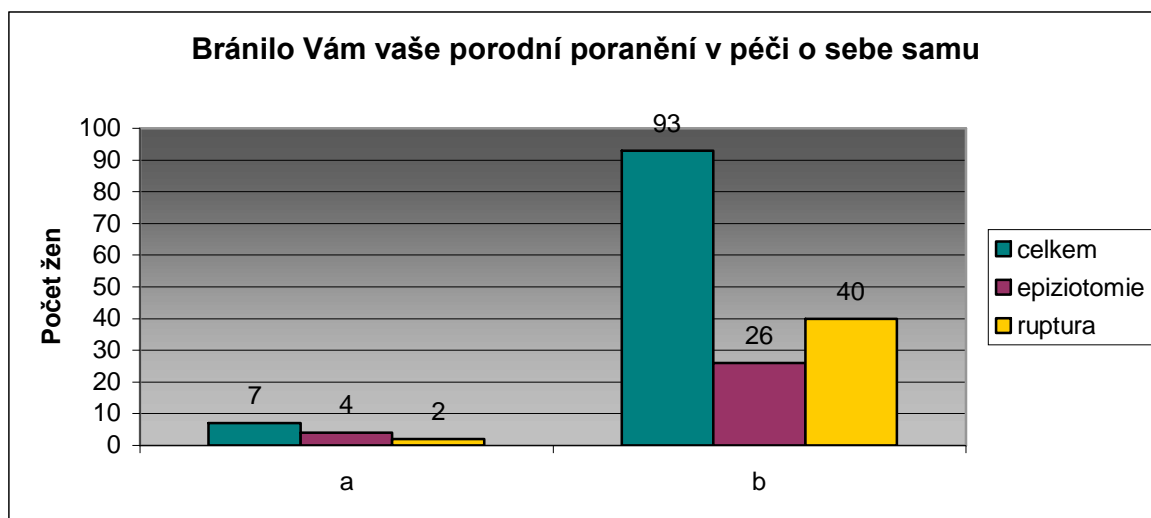
Tabulka 22 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Ano	7	7 %
b	Ne	93	93 %
Celkem		100	100 %

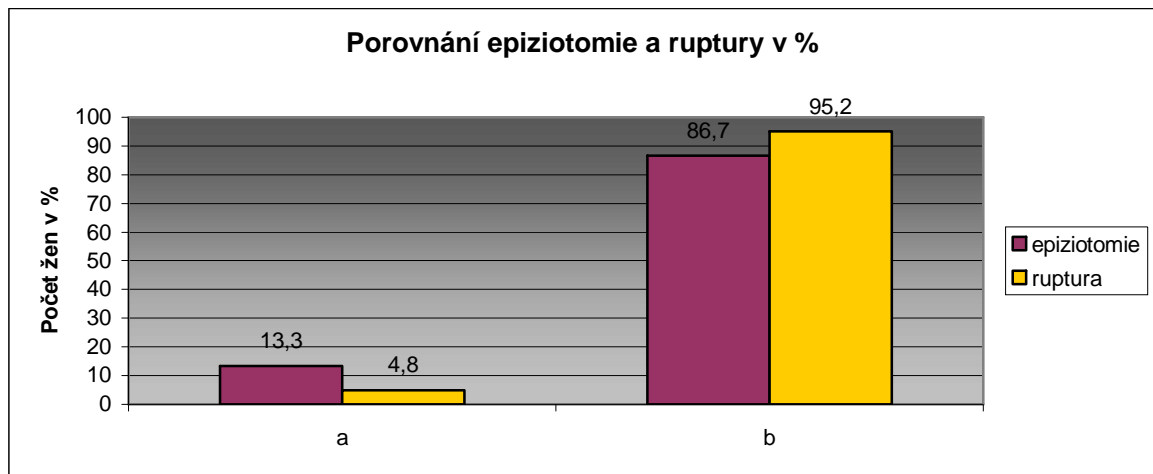
Tabulka 22 b

		epiziotomie		ruptura	
Odpověď		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Ano	4	13,3 %	2	4,8 %
b	Ne	26	86,7 %	40	95,2 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 22 a



Graf 22 b



Tabulka první znázorňuje celkový počet 100 žen, tabulka druhá ženy po epiziotomii a ruptuře. 7 dotazovaných žen (7 %) uvádí, že jim bránilo porodní poranění v péči o sebe samu a 93. ženám (93 %) porodní poranění v péči o sebe samu nebránilo.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii, uvádí 4 ženy (13,3 %) bránění porodního poranění v péči o sebe samu a 26. ženám (86,7 %) porodní poranění v péči o sebe samu nebránilo.

Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze, uvádí 2 ženy (4,8 %) bránění porodního poranění v péči o sebe samu a 40. ženám (95,2 %) porodní poranění v péči o sebe samu nebránilo.

Otázka číslo 23. Bránilo Vám Vaše porodní poranění v péči o dítě?

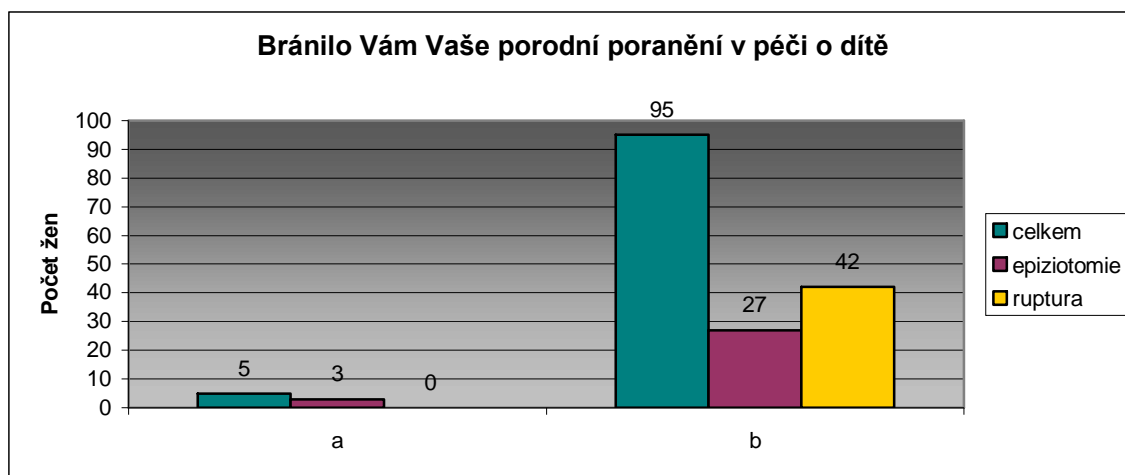
Tabulka 23 a

Odpověď		Počet žen	Procenta
a	Ano	5	5 %
b	Ne	95	95 %
Celkem		100	100 %

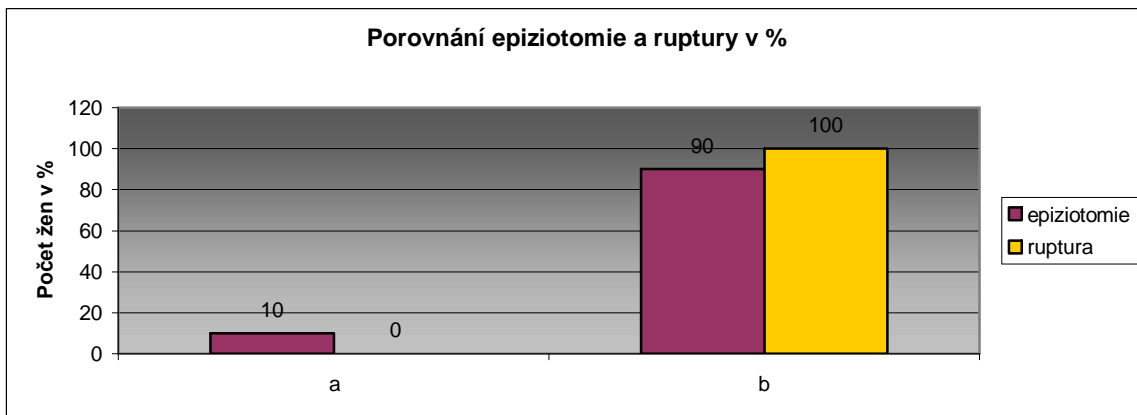
Tabulka 23 b

		epiziotomie		ruptura	
Odpověď		Počet žen	Procenta	Počet žen	Procenta
a	Ano	3	10 %	0	0 %
b	Ne	27	90 %	42	100 %
Celkem		30	100 %	42	100 %

Graf 23 a



Graf 23 b



Tabulka první znázorňuje celkový počet 100 žen, tabulka druhá ženy po epiziotomii a ruptuře. Dotazovaných 5 žen (5 %) uvádí, že jim bránilo porodní poranění v péči o dítě a 95. ženám (95 %) porodní poranění v péči o dítě nebránilo.

Ze 30 žen po prodělané epiziotomii, uvádí 3 ženy (10 %) bránění porodního poranění v péči o dítě a 27. ženám (90 %) porodní poranění v péči o dítě nebránilo.

Ze 42 žen, které prodělaly rupturu hráze neuvádí žádná žena bránění porodního poranění v péči o dítě a 42. ženám (100 %) porodní poranění v péči o dítě nebránilo.

4 ZHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Z celkového množství respondentek vyplývá, že největší množství žen po porodu utrpělo rupturu hráze. Výzkumem jsem také zjistila, že je velký počet žen nedostatečně informovaný o problematice porodního poranění. Velmi málo žen ví, jak mu předcházet třeba právě masáží hráze. A pokud ženy masáž hráze provádí, tak nejsou pravděpodobně dostatečně informované o správné masážní technice. Možná právě proto je zjišťovaná účinnost masáže hráze mezi respondentami tak nízká. Také je velmi zarážející intimní hygiena v období šestinedělí. Právě čistotnost je pro správné hojení porodních poranění velmi důležitá. Pozitivní zjištění bylo, že porodní poranění omezuje v péči o sebe samu a o dítě menší množství dotazovaných žen. Všechny ženy byly ochotné odpovědět na uvedené otázky a žádnou otázku při vyplňování nevynechaly.

4.1 Výsledek stanovených cílů a hypotéz a statistické zpracování

Cíl 1 : Zjistit faktory ovlivňující četnost porodního poranění

- *Hypotéza 1: Domnívám se, že nejčastějším poraněním je ruptura s nutností sutury.*

Otázka číslo 11 směřovala k ověření hypotézy, ve které se domnívám, který druh porodní poranění se nejčastěji vyskytuje. Z celkového počtu 100 dotazovaných žen, prodělalo 42 žen (42 %) rupturu (perinei et vagina) , 30 žen (30 %) epiziotomii, bez poranění bylo 23 žen (23 %) a rupturu/oděrku bez sutury mělo 5 žen (5 %).

Hypotéza se potvrdila.

- *Hypotéza 2: Domnívám se, že hmotnost dítěte nad 3500 g má za následek zvýšené riziko vzniku porodního poranění.*

Zde byla určena otázka číslo 6. Z dotazovaných 100 žen, mělo 36 žen (36 %) porodní hmotnost dítěte v rozmezí 3500g – 3999g. U 30 žen po prodělané epiziotomii, se nejvíce vyskytovala porodní hmotnost 3500g – 3999g a to u 12. žen (40 %). Ze 42 žen,

kteřé prodělaly rupturu hráze, se opět nejčastěji vyskytovala porodní hmotnost 3500g – 3999g a to u 16. žen (38,1 %). Zbýlých 8 žen (22,2 %) porodní poranění, při této hmotnosti dítěte, neprodělalo.

Hypotéza se potvrdila.

Statistické zpracování hypotézy pomocí Chí-kvadrátu χ^2

Alternativní hypotéza : Riziko porodního poranění je ovlivněno hmotností dítěte nad 3500g .

Nulová hypotéza : Riziko porodního poranění není ovlivněno hmotností dítěte nad 3500g.

Tabulka 24

Hmotnost dítěte nad 3500g

Poranění	P-Pozorovaná četnost	O-Očekávaná četnost	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² : O
Ženy bez porodního poranění	1	9	-8	64	7,1
Ženy s porodním poraněním	17	9	8	64	7,1
Suma	$\Sigma = 18$	$\Sigma =$ (18 : 2)	$\Sigma = 0$		$\Sigma =$ 14,2

$$\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$$

Určený stupeň volnosti v tabulkách četností 1

Protože platí, že $14,2 > 6,635$ přijímám *alternativní hypotézu*.

- *Hypotéza 3: Domnívám se, že u vícerodiček po epiziotomii z předešlého porodu je riziko porodního poranění při dalším porodu vyšší, než u žen po ruptuře (perinei et vagina).*

Tuto hypotézu si ověřuji v otázce číslo 12. Je pro ni určena tabulka a graf 12 c. Celkový počet žen s poraněním při předešlém porodu byl 43. Po epiziotomii bylo 31 žen a po ruptuře perinei žen 12. Ženy po epiziotomii bylo při nynějším porodu bez poranění 7 (22,6 %), epiziotomii opět prodělalo 9 žen (29 %) a rupturu mělo 15 žen (48,4 %). Ženy po ruptuře perinei byly při nynějším porodu bez poranění 3 (25 %), epiziotomii prodělala 1 žena (8,3 %) a rupturu opět mělo 8 žen (66,7 %). U žen po prodělané epiziotomii z dřívějšího porodu je riziko opětovného porodního poranění vyšší, než u žen po ruptuře.

Hypotéza se potvrdila.

Statistické zpracování hypotézy pomocí Chí-kvadrátu χ^2

Alternativní hypotéza : Riziko porodního poranění je ovlivněno předchozí epiziotomií.

Nulová hypotéza : Riziko porodního poranění není ovlivněno předchozí epiziotomií.

Tabulka 25

Počet žen, které prodělaly při nynějším porodu epiziotomii a při předešlém porodu utrpěly rupturu, epiziotomii, či neměly porodní poranění

Poranění	P-Pozorovaná četnost	O-Očekávaná četnost	P-O	(P-O) ²	(P-O) ² : O
Ženy, které prodělaly při nynějším porodu poranění	24	15,5	8,5	72,25	4,66
Ženy, které neprodělaly při nynějším porodu porodní poranění	7	15,5	-8,5	72,25	4,66
Suma	$\Sigma = 31$	$\Sigma = 31$	$\Sigma = 0$		$\Sigma = 9,32$

$$\chi^2_{0,01} (1) = 6,635$$

Určený stupeň volnosti v tabulkách četností 1

Protože platí, že $9,32 > 6,635$ přijímám *alternativní hypotézu* .

- ***Hypotéza 4: Domnívám se, že je vhodnější přirozená malá ruptura než nástřih hráze.***

K ověření této hypotézy byla určena otázka číslo 16, 17, 18, 22, 23.

Z otázky číslo 16 vyplývá, že u žen po epiziotomii se vyskytlo méně nutností cévkování po porodu (2 ženy, 6,7 %) než u žen po ruptuře (3 ženy, 7,2 %), ale do dvou hodin po porodu se vymočilo více žen po ruptuře (10 žen, 23,8 %) než po epiziotomii (4 ženy, 13,3 %).

V otázce číslo 17 udávají 2 ženy (6,7 %) po epiziotomii vyprázdnění první den po porodu a 2 ženy (4,9 %) po ruptuře. Druhý den po epiziotomii se vyprázdnily 4 ženy (13,3 %) a 9 žen (21,4 %) po ruptuře. Třetí den se po epiziotomii se vyprázdnilo 15 žen (50 %) a 18 žen (42,8 %) po ruptuře.

V další otázce číslo 18 jsem zjišťovala, zda bylo zapotřebí ženám po porodu k vyprázdnění střev pomoci. Pomoc potřebovaly 4 žen (13,3 %) po epiziotomii a 8 žen (19,1 %) po ruptuře

V otázce 22 udávaly 4 ženy po epiziotomii (13,3 %) sníženou schopnost péče o sebe samu a 2 ženy po ruptuře (4,8 %).

V otázce 23 udávaly 3 ženy po epiziotomii (10 %) sníženou schopnost péče o dítě a žádná žena po ruptuře nebyla omezena v péči o dítě. Procenta žen po prodělané epiziotomii jsou vyšší, než u žen po ruptuře perineí.

Hypotéza se potvrdila.

- ***Hypotéza 5: Domnívám se, že provádění masáže hráze v období před porodem snižuje četnost porodního poranění.***

K této hypotéze patří otázka číslo 9. Masáž hráze provádělo celkem 18 žen ze 100. Počet žen, které prodělaly porodní poranění a prováděly masáž hráze bylo 17 (94,4 %), 1 žena (6 %) porodní poranění neprodělala.

Hypotéza se nepotvrdila.

Cíl 2 : Zjistit závislost porodního poranění na medikaci za porodu

- ***Hypotéza 1: Domnívám se, že při indukci porodu prostaglandiny je četnost porodních poranění vyšší než při porodu bez medikace.***

K této hypotéze je určena otázka číslo 13. Počet žen s prodělaným porodním poraněním při indukci porodu je celkem 18 (25 %). Počet žen s porodním poraněním bez indukce prostaglandiny je 54 (75 %). Vyšší hodnota porodního poranění je u žen bez indukce PG.

Hypotéza se nepotvrdila.

- ***Hypotéza 2: Domnívám se, že při použití oxytocinu za porodu, je četnost porodních poranění vyšší než při porodu bez medikace***

K této hypotéze patří otázka číslo 14. Počet žen s prodělaným porodním poraněním při medikaci oxytocinem za porodu je celkem 34 (47,2 %). Počet žen s porodním poraněním bez medikace oxytocinem je 29 (40,3 %). K této otázce se nevyjádřilo 9 žen (12,5 %). Vyšší hodnota porodního poranění je u žen s medikací oxytocinu.

Tato hypotéza se potvrdila.

Cíl 3 : Zjistit vliv porodního poranění na schopnost péče o sebe samu a o dítě

- ***Hypotéza 1: Domnívám se, že epiziotomie má větší vliv na snížení schopnosti sebepéče a péče o dítě než ruptura.***

K ověření hypotézy sloužila otázka číslo 22 a 23. V otázce číslo 22 udávaly 4 ženy po epiziotomii (13,3 %) sníženou schopnost péče o sebe samu a 2 ženy po ruptuře

(4,8 %). V otázce 23 udávaly 3 ženy po epiziotomii (10 %) sníženou schopnost péče o dítě a žádná žena po ruptuře nebyla omezena v péči o dítě. Procenta žen po prodělané epiziotomii jsou vyšší, než u žen po ruptuře perinei.

Tato hypotéza se potvrdila.

ZÁVĚR

Porodní poranění byly, jsou a budou, a proto je nutné vést alespoň k předcházení, zmírnění zasažení tkání při již vzniklém poraněním a snížení obtíží v šestinedělí ženy.

Závěrem bych chtěla uvést doporučení, která by mohla pomoci ke zkvalitnění péče o nastávající matky a šestinedělky. Tím by se mohly zmírnit jejich obavy a strach z možného porodního poranění a obtíží spojené s ním.

Vhodné pro edukaci žen v šestinedělí jsou kurzy prenatální přípravy, kde se ženy mohou dozvědět od porodní asistentky velice mnoho důležitých informací ohledně předcházení porodního poranění. Zde je možná edukace žen právě o správné technice provádění masáže hráze a doporučení vhodného masážního přípravku určeného přímo k těmto účelům. Masáž hráze je účinná tehdy, provádí-li se správně, denně a dlouhodobě. Dále porodní asistentka může vysvětlit druhy cvičení, kterým se zvýší pohybová aktivita a výkonnost organismu těhotné ženy a připravit ji dobře na zátěž při porodu. Také je vhodné ženu alespoň z části poučit o ošetřování hráze v případě prodělání porodního poranění. Bohužel nabídku získávání informací z kurzu od vzdělané porodní asistentky využívá menší procento žen.

Ženy mají také velmi málo informací o správné hygieně intimních partií těla. Docela zarážející je zjištění častosti hygieny genitálu z výzkumu. Právě správná hygiena intimních partií zlepšuje hojení porodního poranění a zkracuje délku zacelování rány a bolestivosti. Proto by ženy měly být řádně edukované nejen v hygienické péči. Edukace může probíhat v kurzu prenatální přípravy, na porodním sále, oddělení šestinedělí, u terénní porodní asistentky nebo v ordinaci gynekologického lékaře.

V předcházení porodního poranění je velice důležitá trpělivost ženy a porodnického týmu. Pokud ženy budou alespoň z část znát problematiku porodního poranění, tak se také mohou lépe psychicky připravit na porod, snažit se být při porodu trpělivé a budou snáze chápat pokyny porodní asistentky.

Bakalářská práce mi rozšířila pohled na problematiku porodního poranění. Myslím si, že je zapotřebí snažit se pro ženy dělat maximum, aby si poporodní období mohly příjemně vychutnat spolu s dítětem a partnerem a nemusely se trápit obtížemi spojenými s porodem.

Myslím si, že ženy se velice zaměřují na přípravu příchodu dítěte či péči o dítě a často zapomínají na sebe samy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ABED, H., ROGERS, R. *Jak postupovat u dalších těhotenství po závažném poranění hráze*. Gynekologie po promoci, 2006, č. 5, str. 40. ISSN 1213-2578
- [2] DRÁČ, P., KŘUPKA, J. *Trvalé zmeny po tehotnosti*. Martin: Osveta, 1992. ISBN 80-217-0235-4.
- [3] GOLDBERG, J., SULTANA, C. *Prevence poranění perinea v průběhu porodu*. Gynekologie po promoci, 2004, č. 6, str. 12. ISSN 1213-2578.
- [4] KALIŠ, V., CHALOUPKA, P., TUREK, J., ROKYTA, Z. *Délka hráze a porodní poranění*. Česká gynekologie, 2005, č. 5, str. 355. ISSN
- [5] KALIŠ, V., ŠTĚPÁN, J., KARBANOVÁ, J., ŽLŮVOVÁ, P., ROKYTA, Z. *Masáž perinea před nebo při porodu*. Gynekolog, 2007, č. 2, str. 77. ISSN 1210-1133
- [6] KALIŠ, V., ŠTĚPÁN, J., KRÁLÍČKOVÁ, M., ŽLŮVOVÁ, P., ROKYTA, Z. *Poloha matky při porodu a poranění perinea*. Česká gynekologie, 2007, č. 4, str. 241. ISSN 1210-7832.
- [7] PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4.
- [8] PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha : Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
- [9] ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno:IDVPZ v Brně, 1996. ISBN 80-7013-230-2.
- [10] ROZTOČIL, A. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: IDVPZ v Brně, 2001. ISBN: 80-7013-339-2.
- [11] VÍTKOVÁ, R. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-409-6.
- [12] STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 2. vydání. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-86356-31-0. (Z Německého originálu přeložila Barbora Sadílková)

Elektronická literatura :

- [13] *Epiziotomie* [online]. [cit. 10.2.2008] Dostupný z WWW: <http://www.rodina.cz/clanek5473.htm>
- [14] *Pictures Episiotomy* [online] Dostupný z WWW: : <http://images.google.cz/images?q=episiotomy+pictures&ndsp=20&um=1&hl=cs&lr=&start=0&sa=N> [cit. 2.5.2008]
- [15] PAŘÍZEK, A. *Episiotomie ano či ne* [online]. 21.10.2004 [cit. 28.10.2007]. Český. Dostupný z WWW: <<http://www.zena-in.cz/plaintext.asp?id=10950>>.
- [16] *Natrhnutí při porodu-pohled před 100 lety.* [online]. [cit. 10.2.2008] Dostupný z WWW : <http://www.rodina.cz/clanek2957.htm>
- [17] *Risk Factors for Vaginal Laceration* [online]. [cit. 3.10.2007] Dostupný z WWW :<http://www.healthline.com/yodocontent/pregnancy/risk-factors-vaginal-laceration.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- a. Arteria, tepna
- g Gram
- KTG Kardiokotograf
- lig. Ligamentum, vaz
- m. Musculus, sval
- n. Nervus, nerv
- PG Prostaglandin
- SC Sectio caesarea, císařský řez
- v. Vena, žíla

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 <i>Chránění hráze z historie</i>	18
Obrázek 2 <i>Ruptura perinei a její zhojení</i>	22
Obrázek 3 <i>Epiziotomie</i>	24
Obrázek 4 <i>Masáž hráze</i>	28
Obrázek 5 <i>Volné vykluzování hlavičky a chránění hráze</i>	31
Obrázek 6 <i>Zpomalování hlavičky</i>	32

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	39
Tabulka 2	40
Tabulka 3 a,b.....	41
Tabulka 4	43
Tabulka 5	44
Tabulka 6 a,b.....	45
Tabulka 7	48
Tabulka 8	49
Tabulka 9 a,b.....	50
Tabulka 10	52
Tabulka 11 a,b.....	53
Tabulka 12 a,b,c	55
Tabulka 13 a,b.....	59
Tabulka 14 a,b.....	61
Tabulka 15	63
Tabulka 16 a,b.....	64
Tabulka 17 a,b.....	66
Tabulka 18 a,b.....	68
Tabulka 19	70
Tabulka 20	71
Tabulka 21 a,b.....	72
Tabulka 22 a,b.....	74
Tabulka 23 a,b.....	76
Tabulka 24	79
Tabulka 25	80

SEZNAM GRAFŮ


Graf 1.....	39
Graf 2.....	40
Graf 3 a,b	41
Graf 4.....	43
Graf 5.....	44
Graf 6 a,b	46
Graf 7.....	48
Graf 8.....	49
Graf 9 a,b	50
Graf 10.....	52
Graf 11 a,b	54
Graf 12 a,b,c.....	56
Graf 13 a,b	59
Graf 14 a,b	61
Graf 15.....	63
Graf 16 a,b	64
Graf 17 a,b	66
Graf 18 a,b	68
Graf 19.....	70
Graf 20.....	71
Graf 21 a,b	72
Graf 22 a,b	74
Graf 23 a,b	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. : Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P II. : Dotazník

PŘÍLOHA P I : ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

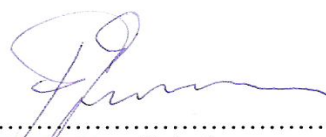
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	Zita KUBINCOVÁ
Téma bakalářské práce	Problematika poranění ženy za porodu
Skupina respondentů	Ženy v šestinedělí
Pracoviště	Oddělení šestinedělí

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4.1.2008


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu zdravotnických studií


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P II : DOTAZNÍK

Vážená paní,

jmenuji se Zita Kubincová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, ze kterého budu vycházet při zpracování mé bakalářské práce na téma: „ Problematika poranění ženy za porodu“. Dotazník je čistě anonymní a informace zde uvedené budou zpracovány v procentech.

Děkuji za Váš čas, který věnujete tomuto dotazníku.

Zita Kubincová

Prosím o zakroužkování, či zakřížkování správných odpovědí. Děkuji.

1. V jaké věkové skupině se nacházíte?

- a. Méně než 18 let
- b. 18 - 20 let
- c. 21 - 25 let
- d. 26 - 30 let
- e. 31 - 35 let
- f. 35 a více let

2. Celkem jste rodila :

- a. Jedenkrát
- b. Dvakrát
- c. Třikrát a více

3. Rodila jste nyní spontánním porodem:

- a. Poprvé
- b. Podruhé
- c. Potřetí a více

4. Rodila jste císařským řezem?

- a. Ne
- b. Ano

5. Kolikátý den jste po porodu?

- a. Nultý
- b. První
- c. Druhý
- d. Třetí
- e. Čtvrtý
- f. Pátý a více

6. Jaká byla porodní váha dítěte?

- a. Méně než 1999 g
- b. 2000 g - 2499 g
- c. 2500 g - 2999 g
- d. 3000 g - 3499 g
- e. 3500 g - 3999 g
- f. 4000 g – více

7. Navštěvovala jste předporodní kurz u porodní asistentky?

- a. Ano
- b. Ne

8. Máte vybranou porodní asistentku, která k Vám bude po porodu docházet domů?

- a. Ano
- b. Ne

9. Prováděla jste na konci těhotenství masáž hráže?

- a. Ano
- b. Ne

10. Pokud jste prováděla masáž hráze, tak od kterého týdne gravidity:

- a. Od 35. týdne
- b. Od 36. týdne
- c. Od 37. týdne
- d. Od 38. týdne
- e. Od 39. týdne
- f. Neprováděla jsem masáž hráze

11. Pokud jste prodělala porodní poranění, tak jaké?

- a. Žádné porodní poranění jsem neprodělala
- b. Trhlinku hráze bez šití
- c. Trhlinku hráze s nutností šití
- d. Nástřih hráze – episiotomii
- e. Hematom hráze – modřina s otokem
- f. Poranění řitního svěrače
- g. Poranění močové trubice
- h. Poranění hráze, močové trubice a svěrače konečníku

12. Pokud jste rodila spontánně již podruhé nebo potřetí, prodělala jste při předešlém porodu poranění? Jaké?

- a. Žádné porodní poranění jsem neprodělala
- b. Trhlinku hráze bez šití
- c. Trhlinku hráze s nutností šití
- d. Nástřih hráze – episiotomii
- e. Hematom hráze – modřina s otokem
- f. Poranění řitního svěrače
- g. Poranění močové trubice
- h. Poranění hráze, močové trubice a svěrače konečníku

13. Byl Váš porod vyvoláván Prostinem (tableta se zavádí na porodním sále do pochvy) ?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
14. Byla Vám aplikovaná při porodu infuze s Oxytocinem pro zesílení kontrakcí?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
15. Čekala jste po porodu v porodnici na miminko? JIP, IMP
- Ano
 - Ne
16. Kdy jste se poprvé po porodu vymočila?
- Na porodním sále do 2 hodin po porodu
 - Do šesti hodin po porodu
 - Musela jsem být vycévkovaná
17. Kolikátý den po porodu jste šla na stolicí?
- První
 - Druhý
 - Třetí
 - Zatím jsem nešla
18. Bylo zapotřebí Vám na stolicí pomoci?
- Ne
 - Ano - Glycerinovým čípkem
 - Ano - Klystýrem

19. Kolikrát denně si sprchujete genitál?

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

20. Používala jste po porodu k sezení nafukovací kruh?

- a. Ano
- b. Ne

21. Byla jste v porodnici poučena o ošetřování poranění?

- a. Ano
- b. Ne

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

- a. Ano
- b. Ne

23. Bránilo Vám Vaše porodní poranění v péči o dítě?

- a. Ano
- b. Ne

Ještě jedenkrát Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Zita Kubincová