

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2022**

**Lada Fuchsová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

**Lada Fuchsová**

**PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

PLZEŇ 2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29.3.2022.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Fuchsová Lada

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Prevence porodního poranění

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 72

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: porodní poranění – epiziotomie – příprava na porod – pánevní dno – prevence – porodní asistentka – porodní přání – péče o jizvu

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce je zaměřena na vliv předporodní přípravy měkkých porodních cest vůči porodnímu poranění. Obsahem práce je teoretická a praktická část. V teoretické části je popsána anatomie reprodukčních orgánů ženy, druhy poranění na rodidlech, které mohou vznikat při porodu, role porodní asistentky a její edukace žen o možnosti prevence a následná péče o jizvu v šestinedělí.

Praktická část práce je vypracována pomocí kvantitativního výzkumu za použití polostrukturovaného dotazníku vytvořeného na webových stránkách a sdíleného na internetových sítích. Dotazník byl určen ženám v období do 6 měsíců po prvním vaginálním porodu. Výzkum probíhal od 25. listopadu 2021 do 31. ledna 2022. Dotazník vyplnilo celkově 129 žen, z nichž bylo 14 žen vyřazených, protože nespĺňovaly podmínky pro vyplnění. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký vliv má předporodní příprava měkkých porodních cest na porodní poranění ženy.

## **Abstract**

Surname and name: Fuchsová Lada

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Prevention of delivery injuries

Consultant: Mgr. Eva Henrdych Lorenzová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 72

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 42

Keywords: delivery injuries – episiotomy – preparation for childbirth – pelvic floor – prevention – midwife – birth wishes – scar care

### Summary:

This bachelor thesis is focused on the influence of prenatal preparation of soft birth canals to birth injuries. The content of the work is a theoretical and practical part. The theoretical part describes the anatomy of a woman's reproductive organs, the types of injuries to the birth canal that may arise during the childbirth, the role of midwives and her education of women about the possibility of prevention and subsequent care of scars in the puerperium.

The practical part of the work is developed using quantitative research using a semi-structured questionnaire created on the website and shared on the Internet. The questionnaire was designed for women within 6 months after the first vaginal birth. The research took place from November 25, 2021 to January 31, 2022. The questionnaire was completed by a total of 129 women, of whom 14 women were excluded because they did not meet the conditions for completion. The main goal was to find out what effect prenatal preparation of soft birth canals has on a woman's birth injury.

## **Předmluva**

V současné době se čím dál, tím více začínají objevovat různé možnosti přípravy měkkých porodních cest, které mají zvýšit pravděpodobnost, že žena při porodu neutrpí velké porodní poranění. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má předporodní příprava na měkké porodní cesty, jak jsou o možnostech předporodní přípravy ženy informovány a zda možnosti předporodní přípravy využívají. Odpovědi dotazovaných respondentek by měly vést ke zjištění funkčnosti pomůcek a technik a ke zjištění míry informovanosti žen.

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Evě Hendrych Lorenzové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem respondentkám, které vyplnily dotazník a podělily se tak se mnou o své názory a zkušenosti. Také děkuji své rodině za jejich podporu při studiu.

# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	10
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	11
SEZNAM TABULEK .....	12
SEZNAM ZKRATEK .....	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST .....	16
1 ANATOMIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ .....	16
1.1 Anatomie vnitřního genitálu ženy.....	16
1.1.1 Děloha.....	16
1.1.2 Vaječník.....	18
1.1.3 Vejcovod.....	18
1.1.4 Pochva .....	18
1.2 Anatomie zevního genitálu ženy.....	18
1.2.1 Velké stydké pysky.....	18
1.2.2 Malé stydké pysky .....	19
1.2.3 Hrma .....	19
1.2.4 Poševní předsíň.....	19
1.2.5 Poštěváček .....	19
1.2.6 Bulbus vestibuli .....	20
1.2.7 Panenská blána .....	20
1.2.8 Malé a velké předsíňové žlázy.....	20
1.3 Tvrdé a měkké porodní cesty .....	20
1.3.1 Tvrdé porodní cesty .....	20
1.3.2 Měkké porodní cesty .....	21
1.4 Proměny reprodukčních orgánů v těhotenství a při porodu.....	22
2 PORODNÍ PORANĚNÍ MATKY .....	24
2.1 Poranění pánve.....	24
2.2 Poranění měkkých porodních cest .....	24
2.2.1 Uzury .....	24
2.2.2 Ruptury perinea .....	25
2.2.3 Ruptury vulvy a pochvy .....	25
2.2.4 Trhliny děložního hrdla .....	25
2.2.5 Ruptura dělohy .....	26
2.3 Komplikace porodního poranění.....	26
3 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI V PREVENCI PORODNÍHO PORANĚNÍ	
27	

3.1	Definice porodní asistentky .....	27
3.2	Možnosti prevence porodního poranění před porodem .....	28
3.2.1	Masáž hráze .....	28
3.2.2	Aniball, epi-no .....	28
3.2.3	Cviky na posílení pánevního dna.....	29
3.2.4	Čaj z maliníku.....	29
3.2.5	Lněná semínko.....	30
3.2.6	Psychofyzická příprava.....	30
3.3	Možnosti prevence porodního poranění při porodu.....	30
3.3.1	Aromaterapie .....	30
3.3.2	Bylinná napárka.....	31
3.3.3	Poloha rodičky při porodu .....	32
3.3.4	Chránění hráze porodní asistentkou .....	33
3.4	Porod do vody .....	33
4	EPIZIOTOMIE PERINEA .....	34
4.1	Historie.....	34
4.2	Druhy epiziotomie .....	34
4.2.1	Mediální epiziotomie.....	34
4.2.2	Mediolaterální epiziotomie.....	35
4.2.3	Laterální epiziotomie.....	35
4.3	Porodní přání.....	35
5	PÉČE V ŠESTINEDĚLÍ.....	37
5.1	Teorie péče o jizvu.....	37
5.2	Péče o jizvu .....	37
5.3	Poporodní cvičení .....	38
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	39
6	FORMULACE PROBLÉMU .....	39
7	CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY .....	39
7.1	Hlavní cíl.....	39
7.2	Dílčí cíle.....	39
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	41
9	METODIKA PRÁCE .....	42
10	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	43
11	ANALÝZA ÚDAJŮ .....	44
12	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	73
	DISKUZE .....	77
	ZÁVĚR.....	85



SEZNAM LITERATURY .....	86
SEZNAM PŘÍLOH .....	90
PŘÍLOHY .....	91
Příloha A – Aniball.....	91
Příloha B – Bylinná napářka.....	92
Příloha C – Chránění hráze.....	92
Příloha D – Dotazník „Prevence porodního poranění“ .....	93

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Období do 6 měsíců po porodu .....	44
Graf 2 Porod v termínu 37+0-41+6.....	45
Graf 3 Věk maminek při prvním vaginálním porodu .....	46
Graf 4 Vzdělání respondentek .....	47
Graf 5 Zdroje informací o možnostech předporodní přípravy porodních cest .....	48
Graf 6 Účast na předporodních kurzech .....	49
Graf 7 Respektování porodního přání .....	50
Graf 8 Váha novorozence po porodu.....	54
Graf 9 Délka porodu .....	55
Graf 10 Délka samotné II. doby porodní .....	56
Graf 11 Využití VEX nebo kleští .....	57
Graf 12 Četnost vaginálních mykóz před či během těhotenství .....	58
Graf 13 Využití pomůcek před porodem .....	61
Graf 14 Jednotlivé pomůcky využívané před porodem.....	62
Graf 15 Využití pomůcek během porodu .....	63
Graf 16 Jednotlivé pomůcky využívané během porodu .....	64
Graf 17 Vznik porodního poranění.....	65
Graf 18 Nutnost šití porodního poranění .....	66
Graf 19 Druhy porodních poranění ženy .....	67
Graf 20 Edukace na oddělení šestinedělí.....	68
Graf 21 Nutnost vyhledání pomoci po porodu s porodním poraněním.....	69
Graf 22 Následky po porodu .....	70
Graf 23 Druhy následků po porodu .....	71
Graf 24 Vliv předporodní přípravy.....	72

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Aniball.....	91
Obrázek 2: Bylinná napářka .....	92
Obrázek 3 Chránění hráze .....	92

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Jednotlivá doporučení pro porodní asistentky .....	51
Tabulka 2 Druhy pomůcek a metod pro přípravu porodních cest .....	59
Tabulka 3 Neznámější druhy pomůcek a technik pro přípravu měkkých cest porodních..	80
Tabulka 4 Nejpoužívanější pomůcky a techniky před porodem pro přípravu měkkých cest porodních .....	80
Tabulka 5 Nejpoužívanější pomůcky či metody během porodu pro přípravu měkkých cest porodních .....	81

## SEZNAM ZKRATEK

- VEX ..... Vakuumextrakce (metoda sloužící k usnadnění porodu hlavičky v indikovaných situacích)
- EBM..... Evidence-based medicine (medicína založená na důkazech, praxe založená na důkazech)
- WHO ..... World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## ÚVOD

Porod je přirozená součást života ženy. Je to velmi náročný, avšak pro většinu rodiček nezapomenutelný zážitek plný emocí. Spousty žen i přes obrovskou bolest, kterou zažily, zpětně hodnotí první setkání se svým děťátkem jako jeden z nekrásnějších okamžiků v jejich životě. Při porodu však může dojít ke vzniku porodního poranění, které následně může negativně ovlivnit prožívání šestinedělí. To už je samo o sobě velmi náročné. Pro co nejméně traumatizující poporodní období, jak pro tělo ženy, tak pro její mysl, je důležité, aby porodní asistentky ženy dostatečně informovaly o možnostech, jak své tělo co nejlépe připravit na náročný porodní děj.

Téma prevence porodního poranění je aktuální a současně jde napříč dobou i kulturou. V minulosti se rutinně využívaly různé prostředky, které měly ovlivnit vznik porodního poranění. Do 50. let 20. století probíhaly porody velmi často v domácím prostředí. Ve většině případech byla u porodu přítomna ze zdravotnického personálu pouze porodní bába, která si ženu vedla v průběhu celého těhotenství, kdy jí poskytovala kontinuální péči. Porodní báby většinu porodních poranění nešily a volaly lékaře, proto se snažily si ženy připravit na porod postupně a předcházet poranění hráze a pochvy různými metodami. Zároveň se porodní báby snažily předejít vzniku možných komplikací v poporodním období, jako je třeba silné krvácení nebo případně infekce vzniklá v porodním poranění. Proto zde bylo běžné využívání protektivních bylinek přidávajících se do bylinných napárek, hojně se využívaly oleje, zkoušely se různé porodní polohy. Změna přišla v době socialismu, kdy se porody přemístily z domácího prostředí do nemocničního. Zde se začaly provádět rutinní nástřihy hráze u prvorodiček, ženy mohly rodit pouze vleže na zádech s připoutanými nohama na takzvané „koze“ a využití nějakých metod či pomůcek k prevenci bylo najednou ojedinělé.

V současné době existuje větší množství různých pomůcek i metod, které mají snížit riziko vzniku porodního poranění ženy. Krásné by bylo, kdyby existoval způsob, jak tomu na 100 % zabránit, avšak společně s možnostmi prevence existuje i řada rizikových faktorů, které se velmi významně podílejí na vzniku poranění. Jejich dopad zatím nejsme schopni zvrátit. Zájem o pomůcky i metody pro prevenci porodního poranění se v současné době zvyšuje. Ženy myslí i na pozdější dopady porodního poranění, kdy se mohou komplikace objevit vcelku brzy po porodu nebo klidně až ve starším věku ženy. U ženy může vlivem porodního poranění dojít k narušení vztahu k jejímu tělu, k diskomfortu v místě poranění či

strachu z vylučování. Zároveň může porodní poranění negativně ovlivnit pohlavní styk a jeho prožívání. Problémy s inkontinencí moči či stolice se mohou objevit v blízké době po porodu, nebo klidně až v pozdějším věku, kdy se narušené pánevní dno po menopauze více povolí. To zároveň může vést k prolapsu, neboli vypadnutí dělohy či močového měchýře. Rutinní nástřihy by se již v současné době objevovat neměly, ale záleží, kam si žena vybere jít родit a na koho při porodu narazí.

Cílem této práce bude zjištění, zda jsou ženy seznámeny s možnostmi prevence porodního poranění, zda tyto možnosti využívají a zda zpětně hodnotí jejich využití pozitivně. Zároveň budou předloženy výsledky o informovanosti žen o těchto možnostech.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ

Anatomii ženských reprodukčních orgánů rozdělujeme na orgány zevní a vnitřní. (1, s. 75)

### 1.1 Anatomie vnitřního genitálu ženy

Mezi anatomii vnitřního genitálu ženy řadíme dělohu (uterus), vaječníky (ovaria), vejcovody (tubae uterinae), pochvu (vagina). (1, s. 75)

#### 1.1.1 Děloha

Děloha (uterus) je nepárový dutý orgán hruškovitého tvaru sloužící k přijetí oplozeného vajíčka a k výživě a ochraně plodu až do porodu. Do kraniální části dělohy vstupují vejcovody, kaudální část navazuje na vaginu. Děloha je tvořena silnou, převážně svalovou stěnou. Délka dělohy je okolo 7-8 cm, šířka 5 cm a předozadní průměr je 2-3 cm. Váha dělohy se u žen mimo těhotenství pohybuje okolo 50 g, zatímco během těhotenství se její hmotnost zvýší až na 1 kg. Velikost dělohy je také ovlivněná menstruačním cyklem, kdy během menstruace se může lehce zvětšit, kvůli prosáknutí děložní stěny tkáňovým mokem. Po klimaktériu děloha atrofuje. (1, s. 80)

Dělohu lze rozdělit na děložní hrdlo (cervix uteri) a tělo (corpus uteri). Tyto dva útvary spojuje isthmus uteri, který se v těhotenství stává součástí dolního děložního segmentu. Děložní tělo (corpus uteri), tvořící největší část dělohy, se postupně od fundu směrem k isthmu zužuje. Přední plocha dělohy (facies vesicalis) je kvůli naléhání na močový měchýř lehce konkávní (plocha vydutá směrem dovnitř). Zadní plocha dělohy (facies intestinalis) je naopak konvexní (vypouklá, vyklenutá směrem ven) a naléhají na ní kličky tenkého střeva. Přední a zadní plocha se stýkají v okrajích (margo uteri sinister, dexter). Děložní hrdlo (cervix uteri) je kaudální zúžená část dělohy. Jeho hlavní funkcí je být uzavřený – tvoří bariéru a má udržet těhotenství. Na cervix se následně upíná pochva. Rozlišujeme dvě části hrdla: horní část (portio supravaginalis) ležící nad poševním úponem a dolní část (portio vaginalis cervicis uteri) ležící pod úponem a zároveň vyčnívající do pochvy jako čípek, který je dlouhý asi 1 cm. Uprostřed děložního čípku je u nullipar (ženy, které ještě nerodily) kruhový nebo oválný otvor – zevní děložní branka (ostium uteri). U žen, které rodily, má tvar příčné štěrbin. Portio vaginalis cervicis má dva epitely. Na povrchu je vícevrstevný dlaždicový



nerohovějící epitel a uvnitř je cylindrický epitel. Přejít těchto dvou epitelů tvoří transformační zónu, kde může docházet k dysplazii buněk. (3, s. 14-16)

Stěna dělohy je silná 10-15 mm. Skládá se ze sliznice – endometrium, hladké svaloviny – myometrium, subserózní vrstvy vaziva, a nakonec serózní povlak – perimetrium. Endometrium je šedorůžová vrstva kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Součástí endometria jsou tubulózní serózní žlázy děložní (glandulae uterinae), které zasahují až do myometria. Tyto žlázy produkují hlen a výživné produkty pro oplodnění. Endometrium se dělí na dvě vrstvy: pars basalis (stabilní, regenerující) a pars functionalis (funkční, odlučuje se → nastává menstruace). Myometrium je tlusté asi 1,25 cm. Jedná se o vrstvu hladké svaloviny s vazivem. Je uzpůsobena pro zvětšování se dělohy v těhotenství a zároveň pro vypuzování plodu za porodu. Dělí se na tři vrstvy: vnitřní vrstva (stratum submucosum) – zde jsou svalové trávce uzpůsobeny do kruhů, silná střední vrstva (stratum vasculosum) – svalové trávce do systému dvou protichůdných spirál a slabá povrchová vrstva (stratum supravasculare) – svalové trávce jdou vertikálně. V těhotenství dochází u svalových vláken jak k hypertrofii (zvětšení buněk), tak i k hyperplazii (zmnožení počtu buněk). Právě kvůli hyperplazii se děloha nevrátí do původních rozměrů, ale zůstane o trochu větší. Perimetrium je viscerální peritoneum, které je spojeno se svalovou vrstvou. Perimetrium vytváří mezi dělohou a močovým měchýřem mělký vkleslinu – excavatio vesicouterina a mezi zadní stěnou poševní a konečníkem vytváří hlubší excavatio rectouterina – Douglasův prostor. (1, s. 81)

Děloha společně s pochvou jsou udržovány podpurným a závěsným aparátem. Závěsný aparát se dělí do třech úrovní. Děloha a pochva jsou v první úrovni fixovány na laterální pánevní stěnu přes paracolpia a parametria. Pochva je následně ve druhé úrovni fixována i na arcus tendineus fascies pelvis a ve třetí úrovni splývá s okolními strukturami perinální membránou. Parametrium je soubor vazů udržujících dělohu ve správné poloze. Řadíme sem ligamentum cardinale uteri, což je nejsilnější vaz dělohy, který jde napříč a prochází skrz něj hlavní děložní tepna – arterie uterina, ligamentum sacrouterinum jdoucí k cervixu, ligamentum teres uteri směřující od děložního rohu ke tříselnému kanálu a ligamentum vesicouterina, který jde od cervixu k močovému měchýři. (3, s. 17)

### **1.1.2 Vaječník**

Vaječník (ovarium) je párový orgán, který má dvě funkce – germinativní (produkce vajíček) a endokrinní (produkce ženských pohlavních hormonů). Je to šedorůžový orgán s délkou 4 cm a šířkou 2 cm. Ovarium je uložen intraperitoneálně v břišní dutině. (2, s. 11)

Vaječník je fixován ligamentem ovarii proprium k děložnímu rohu a ligamentem suspensorium ovarii k děložní stěně. Zároveň přes ligamentum suspensorium ovarii přichází hlavní tepna – arteria ovarica. (1, s. 75)

### **1.1.3 Vejcovod**

Vejcovod (tuba uterina) je párový orgán, který zajišťuje transport vajíčka z ovaria do děložní dutiny. Je dlouhý asi 10 cm a dělíme ho na čtyři části: infundibulum – tvar nálevky, ampula – střední rozšířená část ohýbající se nad ovariem, zde dochází k oplození, isthmus – mediální zúžená třetina a pars uterina – ústí do dělohy. (1, s. 79)

### **1.1.4 Pochva**

Pochva (vagina) je trubicovitý orgán, který má mnoho funkcí. Zajišťuje cestu pro odtok menstruační krve, je to kopulační orgán, při porodu tvoří spolu s dalšími orgány měkké porodní cesty. Je tedy spojnicí mezi dělohou a zevními rodidly. Přední stěna pochvy je dlouhá 8-10 cm, zadní stěna 10-12 cm. Poševní vchod (ostium vaginae) je nejužší částí pochvy nacházející se na jejím dolním konci. Shora ji obemyká děložní čípek, který lehce vyčnívá do pochvy. Kolem čípku je zadní poševní klenba (pars posterior) a přední poševní klenba (pars anterior). Zadní poševní klenba je hlubší a prostornější, proto je označována za receptaculum seminis (rezervoár spermatu). Sliznice pochvy je tvořena z příčných slizničních řas (rugae vaginales), které dovolují pochvě se více roztáhnout. V pochvě nalezneme dlaždicový nerohovějící epitel. Je zde kyselé prostředí, které brání přemnožení bakterií. (3, s. 18)

## **1.2 Anatomie zevního genitálu ženy**

Mezi anatomii zevního genitálu ženy řadíme malé a velké stydké pysky (labia minora pudendi et majora pudendi), hrmu (mons pubis, mons Veneris), poševní předsíň (vestibulum vaginae), poštváček (clitoris), bulbus vestibuli, panenská blána (hymen), malé a velké předsíňové žlázy (glandulae vestibulares minores et majores). (1, s. 86)

### **1.2.1 Velké stydké pysky**

Velké stydké pysky (labia majora pudendi) jsou dva ventrodorsálně probíhající valy 3 cm široké, které leží pod mons pubis. Vpředu jsou širší a vytváří zde svým spojením

commissura labiorum anterior, zatímco vzadu nejsou plně spojeny, ale jsou zde označovány jako commissura labiorum posterior. Mezi commissura labiorum posterior a řitním otvorem vzniká tak prostor, který označujeme jako perineum. (2, s. 5)

Velké stydké pysky jsou laterálně oddělena od stehna zřetelnou rýhou (sulcus genitofemoralis). Mezi velkými a malými pysky je mělká rýha (sulcus interlabialis). Do velkým stydkých pysků se upíná ligamentum teres uteri, který prostupuje skrz tříselný kanál (canalis inguinalis). V těhotenství se ligamentum teres uteri hodně napíná, a tak mohou vznikat křeče těchto vazů. Pod velkými stydkými pysky se nachází erektilní tkáň (bulbus vestibuli) a glandulae vestibulares majores. (3, s. 19)

### **1.2.2 Malé stydké pysky**

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) se nachází mediálně od velkých stydkých pysků. Je to párová kožní duplikatura, která není pokryta ochlupením. Tvar je variabilní, často asymetrický. Ventrálně se štěpí na dva listy: frenulum clitoridis (uzdička klitorisu) a praeputium clitoridis (předkožka klitorisu). Dorsálně se spojují ve frenulum labiorum pudendi (uzdičku stydkých pysků) obvykle u nullipar. (2, s. 5)

Mezi frenulem labiorum pudendi a zadní komisurou se nachází fossa navicularis, která bývá často poškozena u mladých dívek při znásilnění, zároveň se však frenulum labiorum po prvním vaginálním porodu trhá a následně s fossa navicularis zaniká. (3, s. 20)

### **1.2.3 Hrma**

Hrma (mons pubis, mons Veneris) je trojúhelníkovitá vyvýšenina nad sponou stydkou. Podklad tvoří podkožní tukový polštář prostoupený vazivem. Je kryta silnou vrstvou kůže, která od puberty začíná být kryta ochlupením. (5, s. 73)

### **1.2.4 Poševní předsíň**

Poševní předsíň (vestibulum vaginae) se nachází mezi malými stydkými pysky. Je to nepárový útvar řadící se k zevním rodidlům. Uprostřed se nachází vstup do ústí pochvy (ostium vaginae). Těsně nad ústím do pochvy se nachází ostium urethrae externum (zevní ústí močové trubice). Dorzálně se nachází fossa navicularis. (1, s. 86-87)

### **1.2.5 Poštěvák**

Poštěvák (clitoris) je orgán, který je tvořen dvěma kavernózními tělesy obsahujícími erektilní tkáň pokrytou vazivovou membránou. Tato erektilní tkáň se při vzrušení naplní krví, což vede ke zvýšené citlivosti při pohlavním styku, čímž se dá vyvolat u ženy orgasmus. Poštěvák se skládá ze dvou ramen (crura clitoridis), které začínají na os pubis, pod

sponou se pojí do corpus clitoridis (tělo) a končí v zakrnělý žalud (glans clitoridis), který je neúplně rozdělen septem. (3, s. 20)

### **1.2.6 Bulbus vestibuli**

Bulbus vestibuli (cibulka poševní) je párová, velice tlustá žilní pleteň, která zduřuje (překrvuje se). Je to druhý erektilní orgán, který je uložen pod spodinou labia majora pudendi kolem stěny poševní. Vzhledem k umístění slouží při pohlavním styku jako poševní manžeta, která zvyšuje tlak na penis. Bulbus vestibuli má tvar kapky asi 3 cm dlouhé a 1 cm široké. Přední zúžené části se spojují mezi vyústěním močové trubice a glans clitoridis. (3, s. 20-21)

### **1.2.7 Panenská blána**

Panenská blána (hymen) blána zesílněná různým množstvím vaziva, je krytá z obou stran sliznicí, neúplně uzavírá introitus. Uprostřed se většinou nachází otvor různého tvaru a velikosti, který slouží pro odtok menstruační krve. V případě, že tento otvor chybí, došlo tedy k hymenální atrezii, kdy je důležité uměle otvor vytvořit. Po defloraci (protržení) vznikají carunculae hymenales (zbytky hymenu) a následně po porodu carunculae myrtiformes (ze zbytků). Důležitá je v dětském věku, kdy chrání před vstupem infekce. (3, s. 20)

### **1.2.8 Malé a velké předsíňové žlázy**

Malé předsíňové žlázy (glandulae vestibulares minores) jsou mikroskopické mucinózní žlázy rozesté po celém vestibule. Četný výskyt je hlavně kolem zevního ústí močové trubice. Jejich úkolem je udržet sliznici poševní předsíně neustále vlhkou. (3, s. 20)

Velké předsíňové žlázy (glandulae vestibulares majores, Bartholiniho žlázy) jsou párové mucinózní žlázy velikosti hrachu. Jejich vývod vyúsťuje mezi hymenem a labium minus. Sekret se produkuje při pohlavním styku, aby usnadnil zavedení penisu do pochvy. (3, s. 20)

## **1.3 Tvrdé a měkké porodní cesty**

Tvrdé cesty porodní představuje kostěná pánev a měkké cesty porodní tvoří tkáň. (4, s. 7)

### **1.3.1 Tvrdé porodní cesty**

Lidská pánev má odlišný sklon. Rozdíly jsou jak mezi pohlavím, tak i rasami, ale i u jedinců stejné rasy rozdíly mohou být. Obecně popisujeme 4 druhy pánve: gynekoidní (typická), antropoidní (přímý ovál), androidní (připomínající mužskou) a platypeloidní (široká). Ženská pánev se rozděluje na malou a velkou pánev. Rozděluje jí tvz. linea terminalis,

kteřá probíhá od promontoria po linea arcuata, kteřá probíhá po vnitřním okraji kyčelní kosti, k hornímu okraji symfýzy. Porodnický významná je malá pánev tvořící kostěnou součást porodnických cest. (4, s. 7)

Malá pánev neboli pelvis minor se skládá z pánevního vchodu, šíře, úžiny a východu. Pánevní vchod (aditus pelvis) má tvar příčného oválu. Hranici tvoří horní okraj symfýzy a promontorium. Nejkratší vzdálenost zde najdeme mezi zadní stranou symfýzy a promontoriem, kteřá se nazývá conjugata vera obstetrica a měří 10,5 až 11 cm. Mezi dolním okrajem symfýzy a promontoriem je conjugata diagonalis s délkou 12,5 cm a mezi horním okrajem a promontoriem je conjugata anatomica s délkou 10,5 cm. Předozadní průměr se tedy pohybuje kolem 11 cm. Šikmý průměr pánevního vchodu je kolem 12 cm a příčný kolem 13 cm. Hlavička plodu do vchodu pánevního vstupuje buďto v příčném, nebo šikmém průměru. Pánevní šíře (amplitudo pelvis) má tvar kruhu a je ohraničena středem symfýzy, středy acetabul a přechodem 2. a 3. sakrálního obratle. Průměr kruhu je 12-13 cm a hlava plodu zde projde nejlépe. Pánevní úžina (angustio pelvis) je nejužším místem s tvarem příčného oválu. Je ohraničena dolním okrajem symfýzy, trny sedacích kostí a sacrococcygeálním spojením. Příčný průměr je 10-11 cm a přímý průměr je 12-13 cm. Pánevní východ (exitus pelvis) má tvar kosočtverce. Hranicí je dolní okraj symfýzy, hrboly sedacích kostí a konec kostrče. Délka mezi hrboly je 11 cm. Spojnice mezi kostrčí a symfýzou má délku 9 cm, ale během porodu se může zvětšit až na 11 cm. To je zapříčiněno odsunutím kostrče. (4, s. 7-8)

Pánevní rozměry se hodně využívali hlavně v minulosti k posouzení velikosti pánve a predikci možnosti vaginálního porodu. Zevní rozměry se měří pelvimetrem a zjištěné údaje se zaznamenávají do těhotenské průkazky. Rozlišujeme distantia bicristalis (29 cm), bispinalis (28 cm), bitrochanterica (32) a conjugata externa (20 cm). Distantia bicristalis se měří mezi pravým a levým bodem crista iliaca, distantia bispinalis mezi pravým a levým bodem spinae anterior superior, distantia bitrochanterica mezi pravým a levým bodem trochanterů, avšak není pánevním rozměrem. Conjugata externa je nejdůležitějším pánevním rozměrem určujícím, jestli hlava plodu projde. Měří se od středu horního okraje symfýzy k trnu pátého bederního obratle. (4, s. 8)

### **1.3.2 Měkké porodní cesty**

Měkké porodní cesty tvoří soubor příčně pruhovaných svalů uložených v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve. Pánevní východ je uzavřen pánevním dnem, které

zároveň podpírá orgány pánevní dutiny. Rozlišujeme zde svaly pánve (diaphragma pelvis) a svaly hráze (diaphragma urogenitale). (3, s. 10)

Pánevní dno (diaphragma pelvis) tvarově připomíná plochou nálevku odstupující od stěn malé pánve a jdoucí kaudálně ke štěrbině, kterou prochází močová trubice, pochva a konečník. Mezi částmi štěrbiny je zahuštěný vazivový uzel. Pánevní dno tvoří musculus levator ani a musculus coccygeus, což jsou párové příčně pruhované svaly. Musculus levator ani napomáhá vnitřní rotaci plodu. Skládá se ze dvou částí: pubococcygeální (vnitřní) a iliococcygeální (vnější, zadní). Pubococcygeální část aktivně podpírá pánevní orgány. Samostatný sval musculus puborectalis se s výhradami přiřazuje ke komplexu musculus levator ani. Musculus puborectalis je jedním z významných faktorů podílejících se na udržení stolice. Musculus coccygeus se považuje za samostatnou část pánevního dna, která jde od spina ischiadica k laterálnímu okraji kostrče a nejspodnější části os sacrum. (3, s. 10-11)

Svaly hráze (musculi perinei) jsou uloženy pod diaphragma pelvis. Lze je rozdělit na svaly připojené k zevním pohlavním orgánům a na svaly, které podkládají diaphragma urogenitale. Obě skupiny inervuje nervus pudendus. Centrum hráze (perineum) je lokalizováno pod zadní poševní klenbou a zároveň před rektum. Na centrum hráze se kříží nebo upíná musculus bulbospongiosus (okružuje vaginu), musculus sphincter ani externus (obkružuje anus), musculus pubococcygeus, musculus transversus perinei superficialis a musculus ischiocavernosus, který jde od dolního okraje kosti sedací a stydké do crura clitoridis a tak svými kontrakcemi napomáhá erekci. (3, s. 11)

#### **1.4 Proměny reprodukčních orgánů v těhotenství a při porodu**

Děloha se z váhy 50-80 g před otěhotněním dostává v těhotenství až na váhu 1 kg. Objem její dutiny se ze 2-3 ml dostane až na 4500 až 5000 ml. Zvýší se i zásobení krve ze 30-50 ml/min u netěhotné na 800-900 ml/min u konce těhotenství. Od 4. měsíce těhotenství vzniká dolní děložní segment. Ten se vytváří mezi děložním hrdlem a tělem, kdy se isthmus přeměňuje, pasivně roztahuje. Na konci těhotenství je široký 8-10 cm. Mění se i barva, která je v důsledku většího prokrvení nafialovělá. (6, s. 63)

Děložní hrdlo se během těhotenství také více prokrvuje. Během těhotenství (hlavně ke konci) se děložní hrdlo postupně zkracuje a pootevřává až k vnitřní brance. Žlázy sliznice vytváří vazký, čirý hlen, který slouží jako zátka a uzavírá a chrání hrdlo před infekcemi. Tato hlenová zátka před porodem odchází. Při porodu se z hrdla stává branka, která před vypuzením plodu zaniká. (6, s. 63, 68)

Vejcovody a vaječníky se během těhotenství vysouvají směrem nahoru a ve 4. měsíci těhotenství vystupují z malé pánve. Ovariální cyklus je zároveň během těhotenství přerušen a obnovuje se většinou až po skončení laktace. (6, s. 68)

Pochva a vulva se v těhotenství více prosakují a překrvují. Poševní sliznice se i zde více zbarvuje do fialové. Poševní stěny jsou kypré a více poddajné. Poševní epitel během těhotenství prodělává změny, kdy se od 3. měsíce těhotenství objevují v cytologických ná-  
těrech specifické, loďkovité (navikulární) buňky. Před termínem porodu se epitel opět mění. Objevuje se více buněk se známkami estrogenního působení. Lze také pozorovat zvýšené ukládání kožního pigmentu na vulvě, hrázi i kolem řitního otvoru. (6, s. 68)

## 2 PORODNÍ PORANĚNÍ MATKY

Rozlišujeme zde poranění pánve a poranění měkkých porodních cest. Na vznik porodního poranění se podílí spousta faktorů, které ovlivňují elasticitu, pevnost a poddajnost tkáně. Mezi rizikové faktory ze strany matky patří zánětlivé procesy v oblasti perinea, vyšší věk rodičky, vysoká a rigidní hráz nebo přítomnost již dřívějších jizev. Ze strany plodu se jedná hlavně o makrosomii plodu. Z hlediska průběhu porodu mezi rizikové faktory patří porod překotný, špatně chráněná hráz, instrumentální porod či přílišné zasahování do porodního děje. Případné porodní poranění je důležitě důkladně zkontrolovat a ošetřit. (1, s. 439)

### 2.1 Poranění pánve

V průběhu těhotenství dochází ke změnám ve chrupavkách, vazivu a v kloubních spojeních v oblasti pánve vlivem hormonů. Během spontánního porodu pak může dojít k poranění pánve, zejména poranění symfýzy, kostrče nebo sacroiliakálního kloubu. (1, s. 442)

Symfyzeolýza je rozestup pánevní spony. Symfýza umožňuje flexibilitu pánve při chůzi, při otřesech a u žen se dokáže přizpůsobit rozměrům plodu při porodu. Během těhotenství dochází k uvolňování vazů kvůli hormonálním změnám. Zde se jedná jak o uvolnění symfýzy, tak i uvolnění vazů v křížokyčelním kloubu. To má za cíl zvýšení pružnosti pánve při porodu. Normální rozvolnění je zhruba o 3-8 mm. Pokud bude symfýza mít odstup větší jak 10 a více mm, jedná se o příznak patologického rozvolnění. Pokud je mezera 25 mm, tak mluvíme o ruptuře. Tak velké rozvolnění již narušuje statiku, způsobuje bolest a znemožňuje normální chůzi. Hlavním příznakem, kromě bolesti v oblasti symfýzy a kostrče, je kolísavá neboli „kachní“ chůze. Řešení se nachází zejména v hormonální záležitosti. Dále lze využít stahovací pásy, případně bandáže, nezatěžování. Poslední možností je plastika pánevní spony. (29)

### 2.2 Poranění měkkých porodních cest

U poranění měkkých cest porodních rozlišujeme uzury, ruptury perinea a její stupně, ruptury vulvy a pochvy, trhliny děložního hrdla a ruptury dělohy. (1, s. 439-440)

#### 2.2.1 Uzury

Uzury se v dnešní době již moc často nevyskytují, je to spíše problematika v rozvojových zemích. K uzurám dochází v důsledku dlouhotrvajícího tlaku naléhající části plodu na tkáň měkkých cest. Jedná se o tlakovou nekrózu. Často dochází k následnému vzniku



píštěle, nejčastěji vesicovaginální nebo uretrovaginální píštěle, které způsobují inkontinenci. Může vzniknout i rectovaginální píštěl, který zapříčiní odchod stolice skrz vaginu. (1, s. 439)

### **2.2.2 Ruptury perinea**

Ruptury perinea (ruptury hráze) jsou nejčastějším porodním poraněním matky. Mají různý rozsah i různou lokalizaci. Dělíme je dle rozsahu do 4 stupňů: při 1. stupni je poškozená pouze vaginální sliznice a kůže perinea, poranění nezasahuje do svalu, při 2. stupni je zasaženo navíc i svalstvo hráze, ale nedošlo k poranění análního svěrače, při 3. stupni je již poškozen anus, zde se pak poškození dělí na 3a, kdy je zevní anální svěrač poraněn v méně než 50 %, 3b, kdy je zevní anální svěrač poškozen ve více než 50 % a 3c, kdy je poškozen zevní i vnitřní anální svěrač, anální sliznice je intaktní, a při 4. stupni je poškozen zevní i vnitřní anální svěrač zároveň i s anální sliznicí. Ruptury je nutné chirurgicky ošetřit. Při stupni 1 a 2 stačí většinou využití lokální anestezie, avšak při stupni 3 a 4 by měla být využita celková anestezie nebo prohloubená epidurální analgezie. Příčinou ruptury může být špatné chránění hráze, rychlý průchod hlavičky, vysoká či rigidní hráz, velký plod, křehká hráz po probíhajícím zánětu (mykózy) nebo často rupturu způsobí zadní raménko. (3, s. 441-443)

### **2.2.3 Ruptury vulvy a pochvy**

Ruptury vulvy a pochvy jsou většinou drobné, povrchové. Často jsou v podobě lacerací na vnitřní straně malých stydkých pysků. Většinou výrazně nekrvácí a nevyžadují ošetření, ale v případě, že krvácí, se ošetřují vsřebatelným materiálem. Ruptura pochvy často vzniká společně s rupturou perinea. V případě izolované trhliny je její umístění většinou ve středové části pochvy. Je důležité dávat pozor na skrytá poranění, která mohou vzniknout v případě roztržení pochvy bez poškození sliznice, což vede ke vzniku hematomu. Hematom se ve většině případech projevuje jako pružný tumor, který deformuje stěnu pochvy. Pacientka následně udává bolestivý tlak na konečník, dochází k hypotenzi, anemii a následně se může rozvinout hemoragický šok. U drobného hematomu stav pacientky pouze hlídáme, léčba není nutná, ale u větších hematomů je nutné je v celkové anestezii odsát a prostor drenovat. Vzácně může dojít k odtržení pochvy od čípku po celém obvodu. (1, s. 440)

### **2.2.4 Trhliny děložního hrdla**

Drobné trhliny na okrajích děložního hrdla vznikají celkem často. Trhliny do 1 cm, které nekrvácí, se nemusí šít, ale pokud trhlina krvácí nebo má více jak 1 cm, je lepší to zašít, abychom měli možnost předejít následné inkompetenci hrdla. Nejčastější trhliny jsou u čísla 3 nebo 9. Většinou k nim dochází z důvodu předčasného tlačení, ale důvodem může být také rigidní či zjizvené hrdlo. Hodně nebezpečné jsou ruptury sahající až do dolního děložního

segmentu. Tyto ruptury se zároveň špatně ošetřují z vaginálního přístupu, a tak mohou být indikací k hysterektomii. (3, s. 440)

### **2.2.5 Ruptura dělohy**

Ruptura dělohy je nejtěžším poraněním. Může vzniknout i v průběhu těhotenství v důsledku porušení stěny děložní nebo za porodu například v případě kefalopelvického nepoměru, kdy se dolní segment extrémně roztahuje a vzniká tak Bandlova rýha, která upozorňuje na hrozící rupturu. Ruptuře obvykle předchází obrovská bolest a v případě, že dojde k ruptuře dělohy dochází k úlevě a vymizení kontrakcí. Zároveň však žena začne krváčet do dutiny břišní a v pár minutách začne těžký hemoragický šok. Příčinou může být i hypertonus děložní, vnitřní obrat plodu, použití Kristellorovy exprese, plod s váhou nad 4000 g nebo stav po císařském řezu či jiné operaci na děloze. Je nutné rozeznat stav ve stádiu rýhy a začít jednat. (1, s. 440-441)

## **2.3 Komplikace porodního poranění**

Rozsáhlé porodní poranění může způsobit nepříjemné komplikace mezi které patří močová inkontinence, ztráta kontroly nad kontinencí plynů až anální inkontinence. Lékařskou pomoc vyhledává přibližně 8 % žen po porodu, hlavně při výskytu sexuální dysfunkce. Včasná diagnostika a léčba může předcházet zhoršeným projevům jak fyzickým, tak i psychickým, které se mohou s komplikacemi rozjet. Důležité je ženu správně edukovat o následné péči o porodní poranění. Žena by měla dbát na zvýšenou hygienu postižené oblasti. Je vhodné, aby zároveň byla seznámena fyzioterapeutem o vhodném cvičení na posílení pánevního dna. Anální inkontinence může vzniknout při 3. nebo 4. stupni ruptury perinea. (7)

## **3 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI V PREVENCI PORODNÍHO PORANĚNÍ**

### **3.1 Definice porodní asistentky**

Mezinárodní definicí profese porodní asistentka je osoba, která úspěšně dokončila příslušný vzdělávací program, který je řádně uznáván v zemi, kde sídlí, a kde chce praxi vykonávat. Zároveň však získala kvalifikaci potřebnou k legálnímu výkonu profese, a která prokazuje způsobilost v praxi. (8, s. 5)

Dle zákona je porodní asistentka definována jednak skrze podmínky odbornosti, které musí splňovat, a jednak kompetencemi. Všeobecně lze říct, že porodní asistentka se stará o ženu během těhotenství, porodu i šestinedělí, o novorozeně po porodu, ale zároveň poskytuje péči i ženě gynekologicky nemocné. To z ní dělá unikátní poskytovatelku zdravotnických služeb. Právní postavení se odvíjí z vnitrostátních pravidel a z předpisů přijatých příslušnými orgány Evropských společenství. (1, s. 29-30)

V České republice je v současné době k výkonu praxe nutné vystudovat tříletý bakalářský obor, který je ukončen praktickou komisionální zkouškou společně se státní závěrečnou zkouškou obsahující obhajobu zpracované bakalářské práce, porodnictví a behaviorální vědy. Zároveň je nutné během studia získat povinný počet porodních intervencí. Následně je možné pokračovat v magisterském a doktorském studiu. Odborné praxe je nutné vykonávat v certifikovaných zařízeních. (1, s. 25-26)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., konkrétně § 5, udává přesné kompetence porodní asistentky. Porodní asistentka poskytuje základní i specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným i rodícím ženám a ženám v šestinedělí sama bez odborného dohledu. Porodní asistentka funguje v období těhotenství jako průvodkyně a rádkyně. Ženu s fyziologickou graviditou sleduje celé těhotenství, edukuje ji a poskytuje cenné rady a informace. Zároveň porodní asistentka provádí předporodní přípravu jak pro ženu, tak i pro jejího partnera. Je schopná rozpoznávat patologie u matky, plodu či novorozence. Při porodu může o ženu pečovat ve všech porodních dobách. Má právo na vedení fyziologického porodu, včetně provedení nutné epiziotomie. V případě zjištění rizikových či patologických faktorů v kterékoliv fázi těhotenství či porodu předává ženu do péče lékaře specializovaného v oboru gynekologie-porodnictví. Ke kompetencím porodní asistentky zároveň patří vzdělávání žen v oblasti antikoncepce, prevence pohlavně přenosných chorob, prevence rakoviny prsu,

ovaria, dělohy či děložního čípku. Porodní asistentka může pracovat na porodním sále, oddělení gynekologie, šestinedělí, rizikového těhotenství, na klinikách reprodukční asistence, v prostorách operačních sálů, gynekologické ambulance či prenatálních poraden. (1, s. 25-27)

## **3.2 Možnosti prevence porodního poranění před porodem**

Preventivními opatřeními lze ovlivnit některé faktory, které mohou zvyšovat riziko porodního poranění. Žena by měla být informována o těchto opatřeních v prenatální ambulanci porodní asistentkou. Lze sem například zařadit masáž hráze či cviky na pánevní dno. (1, s. 442)

### **3.2.1 Masáž hráze**

Při masáži hráze dochází k podpoře pružnosti a přípravě perinea pro porod plodu. Provádí se nejlépe každý den od 36. týdne těhotenství a může si ji rodička provádět sama nebo může využít partnera či jinou osobu. Při provádění masáže je důležité mít umyté ruce a upravené nehty, aby nedošlo k vniknutí infekce nebo poranění hráze a sliznice v pochvě. Masáž hráze není vhodné provádět v případě, že má žena sklon k předčasným kontrakcím nebo je na rizikovém těhotenství. Postup je jednoduchý: žena zaujme gynekologickou polohu v polosedě a zavede do pochvy prsty, na které nanese hodným gel či masážní olej. Následně prsty tlačí směrem ke konečníku a projíždí jimi ode dna vzhůru po stranách hráze. Žena masáž hráze provádí v případě, že jí není nepříjemná. Měla by cítit silná až palčivý tlak na hráz způsobený jejím roztahováním, který následně bude cítit při prořezávání se hlavičky. Nelze jednoznačně říct, že pravidelná masáž zajistí porod bez poranění, jelikož na vznik porodního poranění má vliv řada jiných faktorů. (1, s. 442)

Masáž hráze lze provádět prakticky s jakýmkoliv olejem, ale některé oleje mohou být díky svým účinným látkám vhodnější. Základ tvoří vždy rostlinný olej, nejčastěji madlový, sezamový, slunečnicový, panenský a olivový, které se často vzájemně kombinují. K rostlinným olejům se následně přidávají 100% esenciální oleje, které přispívají k celkovému zklidnění a uvolnění organismu. (14) Často se jako esenciální olej přidává růže damašská, šalvěj muškátová nebo například levandule. Připravené masážní oleje vyrábí spousta firem, proto není problém je v drogeriích či v lékárnách kdykoliv zakoupit. (17)

### **3.2.2 Aniball, epi-no**

Aniball je vhodný pro nácvik vědomého uvolnění pánevního dna a pro jeho posilování, kdy si žena zároveň vyzkouší vtahování a vypuzování balónku. Je to osvědčený

zdravotnický prostředek, který má pomoci s přípravou na porod. Při nácviku se také využívá hlubokého nádechu, který má pomoci pánevní dno relaxovat. Zároveň si žena vyzkouší různé porodní polohy a zjistí jaký tlak bude zhruba při porodu cítit. Balónek i pumpička jsou vyrobeny z kvalitního biokompatibilního silikonu, který by při správném použití neměl prsknout. Při použití by se balónek měl nafouknout pouze do pocitu mírného pnutí, který by měl být ženě ještě komfortní. Nesmí způsobovat ženě bolest. Cena aniballu se pohybuje kolem 1400 korun českých. (24)

Epi-no je zdravotnický tréninkový prostředek pro lepší přípravu ženského těla na porod. Posiluje a protahuje svaly, aby byly pružnější a elasticitější. Epi-no a aniball mají stejnou funkci, jen se jedná o jiného výrobce. Epi-no je rozšířen spíše v zahraničí, kde se jeho cena pohybuje převodem kolem 3 000 korun českých. (25)

### **3.2.3 Cviky na posílení pánevního dna**

Nejznámější cviky na posílení pánevního dna jsou Kegelovy cviky, které jsou zároveň účinnou prevencí proti inkontinenci i rektokéle. Je plno vhodných cviků pro posílení. Základním a obyčejným cvikem je přitahování nohou, kdy uchopíme jednu nohu pod kolenem a přitáhneme ji směrem k hrudníku, vydržíme pár vteřin, pustíme nohu a přitáhneme druhou. Dalším cvikem je překřížení nohou ve stoje, kdy se zároveň pokusíte dlaněmi dotknout země. Zde je důležité nekmitat, ale pozvolna se předklánět obratel po obratli. Existují i cviky v kleče nebo v sed-lehu. (26)

Existují i názory, že jsou Kegelovy cviky nevhodné. Dle fyzioterapeutů způsobují přeposilování svalů. Přetížení svalů pánevního dna může následně způsobit řadu komplikací, jako je bolest beder, bolesti hlavy, psychická nevyrovnanost. Zároveň může vést k bolestivé menstruaci, neplodnosti nebo komplikovanému porodu, kdy vznikne porodní poranění. Také přispívají k zvýšenému riziku vzniku infekce v močových cestách. (30)

### **3.2.4 Čaj z maliníku**

Čaj z maliníku je zdraví velmi prospěšný, obsahuje vitamín C, E, B1, B3, B12 a spoustu minerálních látek. Má prospěšné účinky na činnosti hladké svaloviny v malé pánvi. Lépe připraví porodní cesty, vyvolává děložní kontrakce a zkracuje druhou dobu porodní. Účinky jsou samozřejmě individuální. Doporučuje se těhotným ženám ho začít pít přibližně 4-6 týdnů před termínem porodu. Není vhodné ho užívat dříve než 6 týdnů před porodem, aby nevyvolal předčasný porod. Zároveň není vhodné ho používat v případě, kdy se žena

v těhotenství setkala s krvácením, zkracováním děložního čípku, vysokým krevním tlakem nebo jinými komplikacemi a v případě, že má indikovaný porod císařským řezem. (23)

### **3.2.5 Lněná semínko**

Lněné semínko po zalití vodou vytvoří „sliz“, který změkčuje stolicí a následně usnadňuje vyprazdňování. Zároveň provlhcuje porodní cesty, a tak se v pochvě tvoří více sekretu. Lze ho využívat celé těhotenství, jelikož nezpůsobuje kontrakce, ale obvykle se začíná užívat od třicátého týdne těhotenství. Lze ho rozmixovat, povařit, zalít horkou vodou nebo ho nechat namočené přes noc ve vodě. Je žádoucí, aby semínko pustilo sliz. Je možné ho přidat do jogurtů, pomazánek či jinam, ale zároveň je lepší ho vždy zapít větším množstvím vody. (10)

### **3.2.6 Psychofyzická příprava**

K psychofyzické přípravě slouží například předporodní kurzy, které žena může společně s partnerem v těhotenství navštívit. Většinou se provádí ve III. trimestru v podobě několika sezení. Žena či její partner zde mohou probrat svoje emoce z porodu, z bolesti, obavy o dítě či něco jiného. Žena by zde zároveň měla být poučena o dýchání u porodu, o možnostech tlumení bolesti během porodu nebo například o možnosti sepsání porodního přání, se kterým by jí edukátor měl pomoci. Kurzy mohou být individuální nebo skupinové. (6, s. 143)

V případě, že žena nemá čas nebo nechce navštívit předporodní kurzy, je možné se individuálně dohodnout buď se soukromou porodní asistentkou, nebo si promluvit alespoň s porodní asistentkou v prenatální poradně. (6, s. 141)

## **3.3 Možnosti prevence porodního poranění při porodu**

V prevenci porodního poranění při porodu se využívá aromaterapie, bylinná napářka, volba vhodné polohy při porodu, chránění hráze porodní asistentkou či doktorem. (1, s. 443)

### **3.3.1 Aromaterapie**

Aromaterapie se využívá pro zpříjemnění prostředí porodních místností a zároveň má pomoci ulevit od nežádoucích příznaků. Éterické oleje musí být 100% přírodní, jelikož oleje s nižším procentuálním zastoupením přírodních látek obsahují syntetické přísady, které naopak zatěžují organismus. Éterické oleje lze využít k masážím, do koupele nebo do aromalampy. V případě využití na masáže se vždy přidává éterický olej do mandlového, olivového, sezamového nebo panenského oleje. Poměr by měl být zhruba 4 lžice rostlinného oleje smíchané se 4 kapky 100% přírodního éterického oleje. Pro využití do koupele zůstává poměr

stejný, ale místo rostlinných olejů lze využít mořskou sůl či mléko nebo med. U aromalampy je poměr 2 lžice vody smíchané se 3 kapky éterického oleje. Éterické oleje je vždy nutno naředit, jelikož by mohlo dojít k podráždění kůže. Při porodu lze využít levanduli, která pomáhá uklidnění rodičky se silnými bolestmi, heřmánek římský, který je vhodný pro přecitlivělé ženy nezvládající silné bolesti, rozmarýn je skvělý při nízkém tlaku a únavě rodičky nebo například růžovou vodu, která je vhodná během celého porodu. Je možné využít i předpřipravené směsi bylinek či květin, které se vyrábí speciálně pro určitou dobu porodní. (9)

### 3.3.2 Bylinná napářka

K nahřívání hráze lze využít bylinnou napářku, která má mnoho účinků využívajících jak v těhotenství od 38. týdne těhotenství, tak i při porodu. Jejím úkolem je důkladně a do hloubky prohřát svaly v oblasti pánevního dna. V momentu přidání bylinek můžeme efekt bylinné napářky zvýraznit silou bylinek a zároveň tak využijeme i aromaterapeutické účinky. Mezi účinky napařování u porodu patří: prohřívání, zvlhčování, zkracování děložního čípku, uvolňování svalů a porodních cest, zmírňování bolesti, prokrvení, podpora kontrakcí a je močopudná, což nám zajistí více prostoru pro plod. Existují speciální stoličky pro napářku nebo lze využít toaletu, do které se vloží mísa s připravenými bylinkami. Žena se tedy posadí nad snesitelně teplou páru (zhruba kolem 60 stupňů), která stoupá a ohřívá celou oblast hráze. Zároveň je dobré ženu zabalit do deky, aby se prohřálo celé tělo, a ztlumit okolní světla pro zvýšení klidu. Bylinná napářka funguje v případě vhodně uloženého plodu a jedinou zábranou jejího fungování je přílišné napětí svalů. Vhodné je bylinnou napářku provádět dvakrát až třikrát týdně po dobu alespoň 30 minut. (11)

Do směsi pro bylinnou napářku lze přidat různé druhy bylinek. **Maliník** pomáhá k přípravě porodních cest, posiluje imunitu, může navodit dělohu k tréninku stahů, po porodu zmírňuje krvácení a urychluje zavínování dělohy. **Mateřídouška** by měla těhotnou osvěžit a pomoci zrychlit druhou dobu porodní. **Levandule** má desinfekční účinky a mnoho žen má rádo její vůni, která uklidňuje. **Měsíček** působí proti kvasinkovým infekcím. (18) **Rozmarýn** uvolňuje hladké svalstvo, zmírňuje bolest, uklidňuje a prohřívá. Mateřídouška také mírní bolest, prohřívá a uvolňuje křečové stahy, a zároveň zvyšuje tvorbu mléka. **Kokoška pastuší tobolka** zastavuje krvácení, podporuje děložní stahy. **Verbena** je doporučena už před porodem pro jeho vyvolání, podněcuje dělohu k efektivním kontrakcím. (27)

### 3.3.3 Poloha rodičky při porodu

Dle studií prováděných u kmenů v Africe, na Nové Guinei a v Austrálii se ukázalo, že pro místní ženy je přirozené родit v poloze „na bobku“, vkleče nebo v polosedě. Tyto polohy jsou vyobrazené i v lékařských středověkých spisech a v obrazech středověkých malířů. Poloha vleže na zádech a na boku byla zavedena lékaři z potřeby uchránit hráz před trhlínkami. Proti této poloze je namítáno kvůli její nepřirozenosti a změně směru porodního kanálu, což vede k prodloužení vypuzovací doby. Důvodem pro jinou polohu, než vleže na zádech je gravitace, která má pomoci plodu prostoupit porodními cestami. (6, s. 250)

U polohy vsedě nebo polosedě je zvednutá zadní část lůžka, brada směřuje k hrudi, při tlačení si žena může nohy opřít o madla nebo si je chytit pod kolena. Je zde využívána gravitace a proto je i velký tlak dolů na oblast perinea. Poloha vleže na zádech nevyužívá gravitaci a obecně není příliš využívána. Je zde i riziko komprese dolní duté žíly. Poloha vleže na boku je gravitačně neutrální. Vhodná je u příliš rychle postupujícího porodu nebo při problému s hemeroidy, jelikož je zde snížen tlak na oblast perinea a recta. Zároveň je skvělá pro správné dorotování hlavičky. Žena vždy leží na straně, kde jsou uloženy záda plodu. Horní nohu si může položit do držáků nebo si ji při kontrakci přitáhnout směrem k hrudi. V případě pozastavení porodu by rodička měla přejít do polohy jiné. Výborně se využije gravitace na porodní stoličce, kde se zvětšuje pánevní dno. Tato poloha však není vhodná při zadním postavení plodu a zároveň se nedoporučuje v ní zůstat moc dlouhou dobu, aby nedošlo k otoku vnějších rodidel. Je zde i zvýšené riziko poranění rodičky. Riziko otoku rodidel a poranění rodičky je zvýšené i u polohy ve dřepu. Do této polohy je lepší jít až po dorotování hlavičky a po jejím sestupu do pánevní úžiny. Plod pak postupuje rychleji dolů. Poloha ve stoje v předklonu je dobrá pro zmírnění sakralgií a pro zvětšení pánevního vchodu. Stoj zároveň vede k lepší rotaci plodu. Poloha na čtyřech také pomůže v rotaci plodu. Zároveň snižuje otok zevních rodidel. V případě bolesti rukou se lze opřít o hromadu polštářů. Existuje i spousta asymetrických polohy, díky kterým si žena může ulevit od bolesti. (22)

Během II. doby porodní by žena měla zaujmout polohu, která je jí nejpříjemnější a ve které se jí bude dobře tlačit. Dnešní porodnice jsou již vybaveny moderními pomůckami, které žena může během porodu využít. Porodní asistentky se snaží zajišťovat na porodní boxy žíněnky, speciální židličky, porodní vaky, žebřiny, gymnastické míče nebo i závěsná lana. Zároveň jsou již vyvinutá moderní porodnická lůžka, které umožňují ženě vyzkoušet někdy i dost zajímavé polohy. **Výsledná poloha při porodu by měla vždy být výsledkem**



**dohody mezi rodičkou a porodní asistentkou nebo porodníkem, aby porod probíhal hladce, nebyl ohrožen plod a zároveň bylo co nejmenší riziko poranění ženy. (12, s. 426-428)**

### **3.3.4 Chránění hráze porodní asistentkou**

V případě chránění hráze u porodu hlavičky nebo ramének se setkáváme s různými názory. Řada odborníků považuje za nejideálnější ochranu spontánnost II. doby porodní, ale setkáváme se i s rutinním chráněním hráze, kdy porodní asistentka nebo porodník chrání hráz za využití sterilní roušky, kdy pomocí pravé ruky se snaží palcem lehce přitáhnout tkáň hráze proti prstům. (13, s. 63)

Vznikl výzkum využívající stereofotogrammetrii hráze, kdy bylo cílem popsat, co se s hrází děje během II. doby porodní a zároveň porovnat metody chránění hráze „Hands on“, kdy je hráz chráněna porodní asistentkou či porodníkem, a „Hands off“, kdy hráz chráněna není. Stereofotogrammetrie je neinvazivní metoda, která prostorově rekonstruuje povrch hráze. Pořizují se zde současně dva obrazy, kde je každý pořízený z jiné definované pozice. Výzkum zjistil, že v oblasti zadní komisury je největší napětí. Ve výsledcích je uvedeno, že chránění hráze jakoukoliv variantou snižuje oproti „Hands off“ metodě napětí na zadní komisuru. (32)

## **3.4 Porod do vody**

Metoda porodu v bazénu byla zveřejněna roku 1983 francouzským porodníkem Michelem Odentem. Popsal, že se rodička pohybuje v mělkém bazénu dvakrát 2 metry s vodou o teplotě 37 °C, avšak závěr porodu se odehrává na lůžku. Pobyt ve vodě má snížit psychické napětí rodičky a má příznivý účinek na cévní i svalový systém. Tato metoda má snížit bolest, omezit podávání léků a celkově snížit zásahy do průběhu porodu. (6, s. 250-251)

Výhodou porodu do vody je snížení perineálního traumatu. V průběhu II. doby porodní by ženám měly být nabídnuty či rovnou aplikovány teplé obklady na oblast perinea, případně by měl ženám být umožněn přístup do teplé vody. Aplikaci teplých obkladů na oblast perinea ve II. době porodní zkoumá randomizovaná kontrolovaná studie, která neudává sníženou potřebu šití, ale ukazuje na menší riziko poranění III. a IV. stupně. V porovnání se ženami, které rodily na stoličce, ženy při porodu do vody měly hráz buď intaktní, nebo měly poranění I. či II. stupně. (20, s. 78)

## 4 EPIZIOTOMIE PERINEA

Epiziotomie perinea neboli nástřih, znamená rozšíření měkkých cest porodních pomocí nůžek, které se zavádí kulatou branží do pochvy. Nástřih provádíme pod kontrolou 2. a 3. prstu. Epiziotomii provádíme buď na plně rozvinuté, napjaté a odkrvené hrázi, kdy není potřeba lokální anestezie, nebo jako přípravnou operaci na nerozvinuté hrázi za nutnosti využití lokální anestezie před jinou vaginální operací jako je VEX nebo forceps. (14, s. 196)

### 4.1 Historie

První dochovaný popis epiziotomie pochází z knihy *A Treatise on midwifery* od spisovatele Sira Fieldinga Oulda z roku 1742. Od této doby se o nástřihu již mluvilo, ale stále se moc nepoužíval. Při porodu v domácím prostředí se totiž porodní báby snažily o co nejmenší poranění, jelikož se poranění v minulosti prakticky nešila. To se změnilo až začátkem 20. století, kdy se do porodnictví začali více začleňovat mužští porodníci a zároveň se porody přemístili z domácího prostředí do nemocničního prostředí. V tomto století navrhl porodník Joseph DeLee z Chicaga rutinní využívání epiziotomie, aby zkrátil druhou dobu porodní. Ralph Hayward Pomeroy, další americký porodník, sdílel stejný názor a tento postoj převládal až do roku 1980. Rutinní nástřih se z USA dostal v 60. letech do Velké Británie a zvýšila se tak jeho četnost, kdy se prováděl až u 71 % multipar a až u 90 % primipar. Měla zaručovat jednak jednodušší nápravu poranění a zároveň její lepší hojení, a jednak snížení rozsahu poranění matky i snížení traumatu u hlavy plodu. Zlom přišel až v 70. letech, kdy byla provedena studie, která vedla k upouštění od rutinního nástřihu. V roce 1985 Světová zdravotnická organizace doporučila celkové omezení epiziotomie s tím, že oprávněný nástřih je zhruba jen u 5-20 % porodů. Studie uvádí, že žena nemá z epiziotomie zmíněné výhody, spíše naopak je žena ohrožena z větší ztráty krve a má větší riziko vstupu infekce. Toto tvrzení podporuje i další studie z roku 2017. (15, s. 13-15)

### 4.2 Druhy epiziotomie

Existují 3 druhy epiziotomie: mediální, mediolaterální, laterální. (14, s. 196)

#### 4.2.1 Mediální epiziotomie

U mediální epiziotomie se nůžky zavádí do střední čáry mezi naléhající část a hráz. Epiziotomie v délce zhruba 3 cm je vedena směrem k anu. Při tomto stříhu protínáme *musculus transversus perinei superficialis et profundus*. Mediální epiziotomie má výhodu v dobrém hojení sutury, která se zároveň dobře zašívá, avšak nevýhodou je možnost rozšíření poranění

až k anu, kdy můžeme ohrozit funkci svěrače, proto se v praxi moc nevyužívá. (14, s. 196-197)

#### **4.2.2 Mediolaterální epiziotomie**

Mediolaterální epiziotomie je vedena od střední čáry poševního introitu k tuber ischiadicum. Zde dochází k porušení snopců musculus bulbocavernosus a musculus levatoris ani společně s musculus transversus perinei superficialis et profundus. Mediolaterální epiziotomie má výhodu v nižším riziku poranění anu, zároveň se opět vcelku snadno provádí sutura. Je zde i možnost si v případě nutnosti epiziotomii ještě prodloužit. Mezi nevýhody se zde řadí silnější krvácení, avšak i přes tuto skutečnost se mediolaterální epiziotomie provádí nejčastěji. (14, s. 197)

#### **4.2.3 Laterální epiziotomie**

Epiziotomie laterální se vede z místa, které je asi 2 cm od střední čáry introitu k tuber ischiadicum. Stříhem se zde protne musculus bulbocavernosus. Mezi výhody můžeme zařadit snadné prodloužení stříhu při kterém si vytvoříme maximální rozšíření měkkých porodních cest a zároveň je zde nejméně ohrožen svěrač řitní. Nevýhodou je složitější ošetření. (14, s. 197)

### **4.3 Porodní přání**

Porodní přání je matkou sepsaný seznam věcí, co by si u porodu přála a co ne. Porodní přání by si žena měla sepsat během těhotenství a konzultovat ho s porodní asistentkou v prenatálních poradnách, aby si společně řekly, co je reálné a co reálné není. Porodní přání je jistým prostředníkem mezi personálem a rodičkou. Skládá se většinou z úvodu pro personál a následně žena vypisuje svá přání k jednotlivým dobám porodním. Dále je možnost do dalšího odstavce zmínit přání k pobytu na oddělení šestinedělí. Na konci by se klasicky mělo objevit poděkování personálu za respektování porodního přání. Sporným bodem bývá často epiziotomie, kterou si většina rodiček nepřeje, nebo o ní chce alespoň vědět dopředu. (12, s. 381)

Z právního hlediska lze porodní přání rozdělit na tři oblasti: dříve vyslovené přání, souhlas s poskytováním zdravotních služeb a odmítání navrhovaných služeb. Právě tyto tři oblasti a jejich vzájemné prolínání dělá z porodního plánu poměrně komplikovaný dokument. Porodní plán by měl respektovat pravidla vzatahující se ke všem třem oblastem. Od těchto pravidel se následně odvíjí možné právní důsledky. V případě, že pacientka v porodním přání odmítá některé výkony, je nutná písemná forma odmítnutí (revers).

Zároveň je nutné pacientce podat informace o jejím zdravotním stavu a uvést rizika, která mohou nastat. V případě odsouhlasení poskytnutí dané zdravotnické služby je možné tento souhlas i odvolat, ale pouze do doby, než byla daná služba započata. Nejkomplikovanější části jsou ty s charakterem dříve vyslovených přání. Pacientka může svůj souhlas či nesouhlas předem vyslovit pro případ, že by se dostala do stavu, ve kterém by nebyla schopna jej vyslovit. Avšak předem vyslovené přání bude respektováno jen v případě, že bylo učiněno po písemném poučení pacientky o jeho důsledcích. Je nutné, aby dříve vyslovené přání bylo v písemné formě. Pokud je přání vysloveno ještě před nástupem do zdravotnického zařízení, musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacientky. U přání vysloveného při nástupu do nemocnice nebo již v průběhu hospitalizace je nutná přítomnost zdravotního pracovníka společně s dalším svědkem. Dříve vyslovené přání nemusíme respektovat například v situaci, kdy přání nabádá k postupům vedoucím k aktivnímu způsobení smrti nebo v případě, že by splnění přání vedlo k ohrožení jiné osoby. V porodnictví je často sporným bodem epiziotomie, kterou si většina žen nepřeje. (5, s. 577-578)

## 5 PÉČE V ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí je definováno jako období 6 týdnů po porodu. Toto období se rozděluje na časné, které trvá prvních 7 dní po porodu, a pozdní, které trvá od 7. dne do 42. dne po porodu. Dochází v něm ke spoustě tělesným změnám, k rozvoji laktace a k hojení případného porodního poranění. (16, s. 8)

### 5.1 Teorie péče o jizvu

Porodní poranění se v období šestinedělí většinou velmi dobře hojí, a to díky dobremu prokrvení oblasti. Důležitým faktorem pro rychlé a snadné hojení je správně provedená sutura. Základem je vždy řádná kontrola porodních cest, respektování anatomických struktur, splnění triviálních postupů a závěrečná kontrola per rectum. V případě poranění stupně III. nebo IV. je základem nasazení antibiotik, abychom zamezili vzniku infekce, která by proces hojení narušila. Zároveň je důležitá péče o stolici, kdy ji ve III. a IV. stupni změkčujeme laxativy, pro její usnadněný odchod. Špatná péče o poranění může zapříčinit problémy s vyprazdňováním moče i stolice, diskomfort při běžných denních aktivitách nebo při pohlavním styku. (16, s. 23)

Psychologické zhojení jizvy může trvat déle než trvá období šestinedělí. Žena může být rozbolavělá, stále se cítit potřhaně či poníženě hrubým zacházením při porodu. Na zpracování těchto pocitů ovšem není moc času, jelikož je zde dítě, o které je nutno se postarat, věnovat se mu a naplňovat všechny jeho potřeby. Takové situace mohou zapříčinit prožívání obrovské úzkosti, která se obvykle stupňuje kolem šesté hodiny večerní, což je nejnáročnější denní doba pro dítě. U některých žen se k tomu může přidat i pocit osamělosti, prázdnoty. Po narození obzvláště prvního dítěte může u žen dojít až k pocitu ztráty své identity. (19, s. 33-34)

### 5.2 Péče o jizvu

Po vaginálním porodu, při kterém vzniklo porodní poranění, je běžný vznik otoků a citlivost v místě poranění. K prevenci doporučíme časté sprchování, větrání a ledování poranění. Důležitá je i častá výměna spodního prádla a vložek. Zároveň doporučíme využívat síťované kalhotky v prvních dnech po porodu. V případě silící bolesti doporučíme zajistit si nafukovací sedací kruh, vstávat přes bok a je možné podání nesteroidních analgetik. Když zaznamenáme zarudnutí, zvýšenou teplotu, induraci (zatvrdnutí tkáně množstvím vaziva) nebo purulentní (hnisavý) výtok, může se jednat o příznaky vznikající infekce. U méně závažné infekce lze využít koupele z dubové kůry a měsíčku lékařského, obklady z mateřského

mléka, chlazení poranění nebo homeopatika. U rozsáhlejší infekce hráze poskytneme léčbu nesteroidními antiflogistiky, lokálním anestetickým sprejem a doporučíme sedací koupele. V případě vytvoření abscesu zajistíme jeho drenáž a zahájíme širokospektrální antibiotickou léčbu. (1, s. 599-600, 604-605)

Do péče o jizvu lze zahrnout i její masírování, se kterým je vhodné začít tři týdny po propuštění z porodnice nebo po jejím zahojení. Pro zvýšení účinku masáže je dobré si před ní dát dvacetiminutovou teplou koupel. Pro své pohodlí je dobré být buď vsedě, nebo v polosedě s pokrčenými koleny. Dvěma prsty jemně sevřeme jizvu na hrázi. Jeden prst je z vnější strany a druhý z vnitřní. Pro uvolnění jizvy se provádí podélně krouživé pohyby. Pro usnadnění lze použít krém s vitamínem E. Lze také provést masáž napříč, kdy se dva prsty položí naplocho přes jizvu. Jizvu jemně masírujeme pohyby zprava doleva. Obě techniky je dobré provádět jednou denně 2 až 3 minuty po dobu dvou či více týdnů, dle potřeby. Masírování jizvy vede k jejímu změkčení, uvolnění srůstů a povolení bolesti. Může být díky tomu snazší opětovné zahájení sexuálního života. (21, s. 20-21)

Pánevní dno je pro ženu centrem ženskosti, sebevědomí a energie. Proto její narušení při porodu, a obzvlášť když je zdravotníky způsobené, může způsobit i psychické problémy a může vést až k posttraumatické stresové poruše. Nástřih může zapříčinit nejen fyzické problémy, ale i psychicky narušený vztah k vlastnímu tělu. (33)

### **5.3 Poporodní cvičení**

Poporodní cvičení je dobré pro zpevnění svalů pánevního dna a předejetí riziku jejich ochabnutí, které může vést i ke stresové inkontinenci. Cviky po porodu jsou vhodné i pro ženy, které prodělaly nástřih hráze, kdy dochází k přerušování svalů pánevního dna. Doporučuje se se cvičením začít nejdříve šest týdnů po porodu a po zahojení porodního poranění. Cvičit by se mělo 10 až 15 minut denně. Je možné k tomu využít i prostředky jako je Aniball nebo Aniball Inco. Zároveň i po porodu lze cvičit Kegelovy cviky, které jsou popsány v kapitole *Cviky na posílení pánevního dna*. (28)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

V dnešní době se více rozmáhá trend prevence porodního poranění. Ženy se začínají více zajímat o předporodní přípravu, a to jak v psychickém, tak i fyzickém ohledu. Je proto velmi důležité, aby porodní asistentka uměla dobře ženě poradit, kdy je tato příprava vhodná a jakou možnost prevence vybrat. Výzkumným cílem je tedy zjistit, jaký vliv má předporodní příprava měkkých cest porodních na porodní poranění ženy. Dále zjišťuji, v jaké míře byly ženy před porodem informovány o možnostech prevence porodního poranění a zda některé z možností využily.

*„Mají ženy povědomí o možnostech prevence porodního poranění?“*

## 7 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

### 7.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem daného výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má předporodní příprava měkkých porodních cest na porodní poranění ženy.

### 7.2 Dílčí cíle

Na základě hlavního cíle jsem si stanovila cíle dílčí, které pomáhají lépe specifikovat oblasti, kterými se zabývám v rámci výzkumu.

**Cíl 1:** Zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o předporodní přípravě porodních cest a možnostech prevence porodního poranění.

**Výzkumný problém:** Vědí ženy o možnostech předporodní přípravy porodních cest a o možnostech prevence porodního poranění?

Otázka č. 10, 11, 17, 26

**Cíl 2:** Zjistit možné faktory, které ovlivňují rozsah porodního poranění.

**Výzkumný problém:** Jaké faktory mohou mít vliv na vznik porodního poranění ženy?

Otázka č. 5, 6, 7, 8, 9

**Cíl 3:** Zjistit, jaké pomůcky/techniky pro přípravu hráze a pánevního dna ženy před a během porodu nejvíce využívají.

**Výzkumný problém:** Jakou pomůcku či techniku prevence porodního poranění ženy nejvíce využívají?

Otázka č. 12, 13, 14, 15,16

**Cíl 4:** Zjistit, jak porodní poranění ovlivnilo kvalitu života ženy.

**Výzkumný problém:** Ovlivňuje porodní poranění kvalitu života ženy?

Otázka č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

**Cíl 5:** Zjistit, zda byly pomůcky/metody prevence porodního poranění efektivní.

**Výzkumný problém:** Má využití pomůcek/metod prevence porodního poranění před nebo během porodu efekt na vznik porodního poranění?

Otázka č. 13, 15, 18, 25



## 8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů byl zaměřený na ženy, které byly v období do 6 měsíců po prvním vaginálním porodu, který proběhl v období kolem termínu porodu, tedy mezi 37+0 až 41+6. To znamená buďto prvorodičky nebo vícero-dičky, které rodily vaginálně po předchozích císařských řezech. Toto kritérium je nastavené z důvodu, že vícero-dičky mají po proběhlých vaginálních porodech již povolené porodní cesty a tak porodní poranění nemusí vzniknout bez ohledu na to, zda žena metody a pomůcky k prevenci porodního poranění využila. Dotazník byl vytvořen v online podobě a umístěn na internetovou stránku „Modrý koník“ a do skupin na sociálních sítích ve skupinách na Facebooku, kde u některých skupin bylo zapotřebí schválení příspěvku správcem, aby si zajistili vhodnost tématu práce a správné poučení respondentů. Dotazník byl následně vložen do skupin: „Rodíme v ÚPMD Podolí“, „Rodíme 2020/2021 – maminky a miminka“, „Maminky, těhulky a snažilky“ a „eMimino.cz“. Zároveň byl dotazník umístěn na osobní facebookový profil, kde byl sdílen lidmi dál. Ženy mají možnost si v případě zájmu napsat o výsledky šetření na mail uvedený v hlavičce dotazníku.

## 9 METODIKA PRÁCE

Ke sběru informací k mé bakalářské práci jsem si vybrala kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu. Jeho úkolem je posbírat data, následně je statisticky analyzovat a popsat. Ke sběru dat pro kvantitativní výzkum lze využít dotazníky, standardizované rozhovory či například analýzy dat. Je zde většinou zapotřebí větší množství respondentů. Kvalitativní výzkum se považuje za vědu „těžkou“ s logickým a deduktivním usuzováním. Ověřují se zde teorie a hypotézy, dochází ke kontrole, kdy se nejčastěji využívají čísla, jakožto základní elementy analýzy. Snaží se mít stručné a jasné zaměření. (31, s. 21-22)

Dotazník by měl kromě souboru otázek obsahovat úvod, ve kterém je zhruba představení autora, důvod vytvoření dotazníku a téma dotazníku. Také by na začátku mělo být zmíněno, zda je dotazník anonymní či nikoliv. Pokud není anonymní, je důležité nezapomenout na informovaný souhlas respondenta. Důležité při tvorbě dotazníku je zahrnout tam všechny důležité problémy v celé jejich šíři, na které hledáme odpověď, dále sestavit dotazník tak, aby jeho konstrukce respondenty přitahovala. Výhodou bývá zpracování dotazníku, kdy ho lze zpracovat hromadně a počítačově. Nevýhodou může být neporozumění otázce či například nízká návratnost. (31, s. 41)

Zvolila jsem si polostrukturovaný dotazník, pomocí kterého jsem zjišťovala míru užitelnosti pomůcek pro prevenci porodního poranění a zároveň informovanost žen o možnostech prevence porodního poranění. Tento dotazník obsahoval 26 otázek. Skládal se z 24 uzavřených otázek, kde byla buďto pouze jedna správná odpověď nebo respondentky měly možnost výběru více možností, a z 2 otevřených otázek, kde respondentky měly možnost rozepsat své názory a znalosti. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 15 minut. První otázky dotazníku se zabývají zjištěním základních údajů. Další otázky zjišťují informovanost žen o možnostech prevence porodního poranění. Následně jsou již zaměřeny na využití těchto možností, následné dojmy z jejich funkčnosti a jejich vliv u porodu. Výsledky jsou graficky uvedeny v tabulkách a grafech a jsou statisticky popsány.

## 10 ORGANIZACE VÝZKUMU

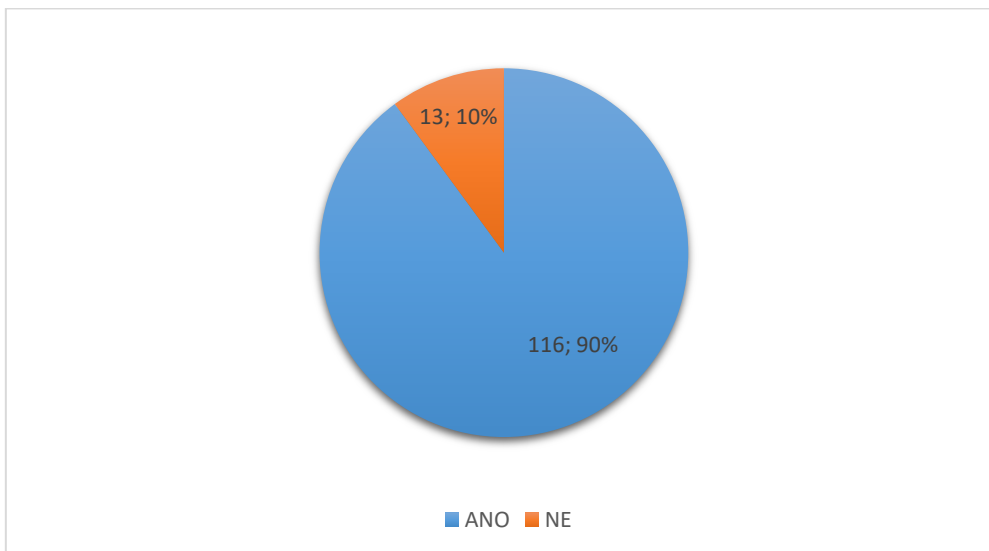
Výzkum probíhal od 25. listopadu 2021 do 31. ledna 2022. Dotazník obsahující 27 otázek byl vytvořen přes server SURVIO a nasdílen na webovou stránku „Modrý koník“ a rozeslán po sociálních sítích ve skupinách na Facebooku „Rodíme v ÚPMD Podolí“, „Rodíme 2020/2021 – maminky a miminka“, „Maminky, těhulky a snažilky“ a „eMimino.cz“. Zároveň byl dotazník umístěn na osobní profil, kde byl sdílen lidmi dál. Cílem bylo získat minimálně 100 respondentů. Dotazník nakonec vyplnilo celkem 129 žen (N=129). Z těchto žen, kdy N=129, bylo následně z šetření vyřazeno 13 žen, protože se nenacházely v období do 6 měsíců po porodu. Nyní je N=116. Následně jsem z N=116 vyřadila ještě jednu ženu, protože porodila předčasně, a tak jsem se dostala na **N=115**, kdy toto je konečný vzorek žen, se kterým budu pracovat.

## 11 ANALÝZA ÚDAJŮ

**Demografické otázky** (Otázka č. 1, 2, 3, 4 zjišťovaly, zda je žena v období 6 měsíců po prvním vaginálním porodu, ve kterém týdnu těhotenství rodila, věk, a nejvyšší dosažené vzdělání)

Otázka č. 1 – **Jste v období do 6 měsíců po prvním vaginálním porodu?**

*Graf 1 Období do 6 měsíců po porodu*

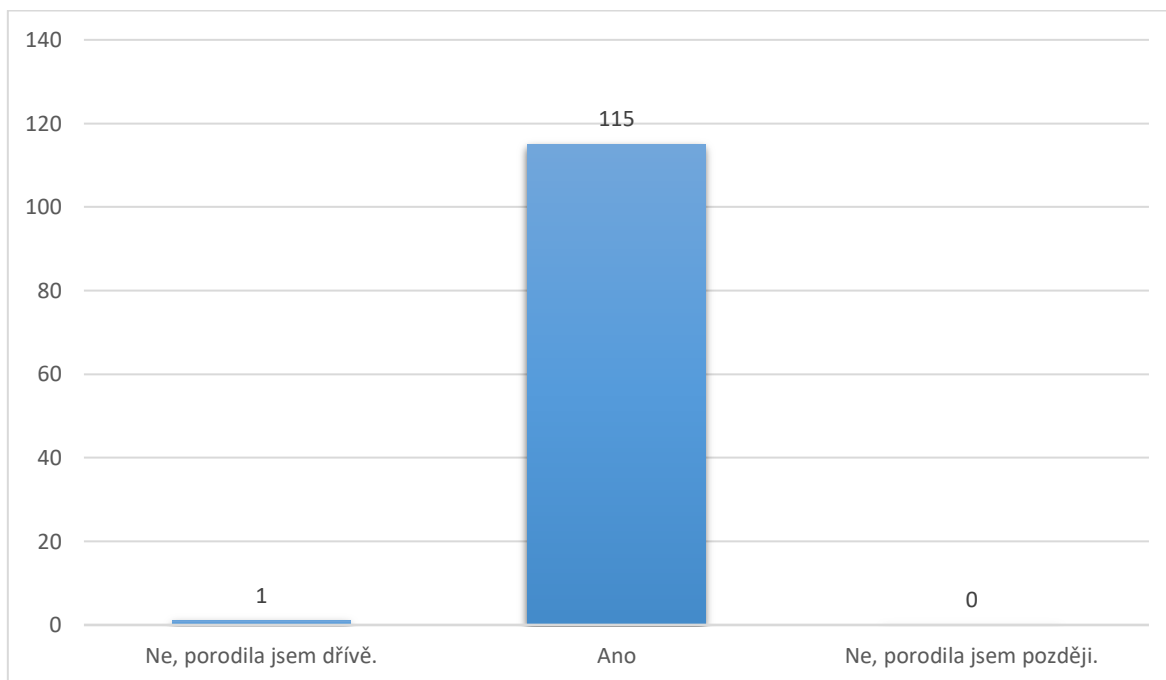


Zdroj: Vlastní

Celkově zde odpovědělo 129 žen, kdy 116 z nich (90 %) odpovědělo, že se právě nachází v období 6 měsíců po prvním vaginálním porodu. Dalších 13 žen (10 %) uvedlo, že v tomto období není, a tak byly z šetření vyřazeny, kvůli možnému udání nepřesných údajů vzhledem k délce uběhlého času. Nyní je N=116.

## Otázka č. 2 – Porodila jste mezi ukončeným 37. – 42. týdnem těhotenství?

Graf 2 Porod v termínu 37+0-41+6

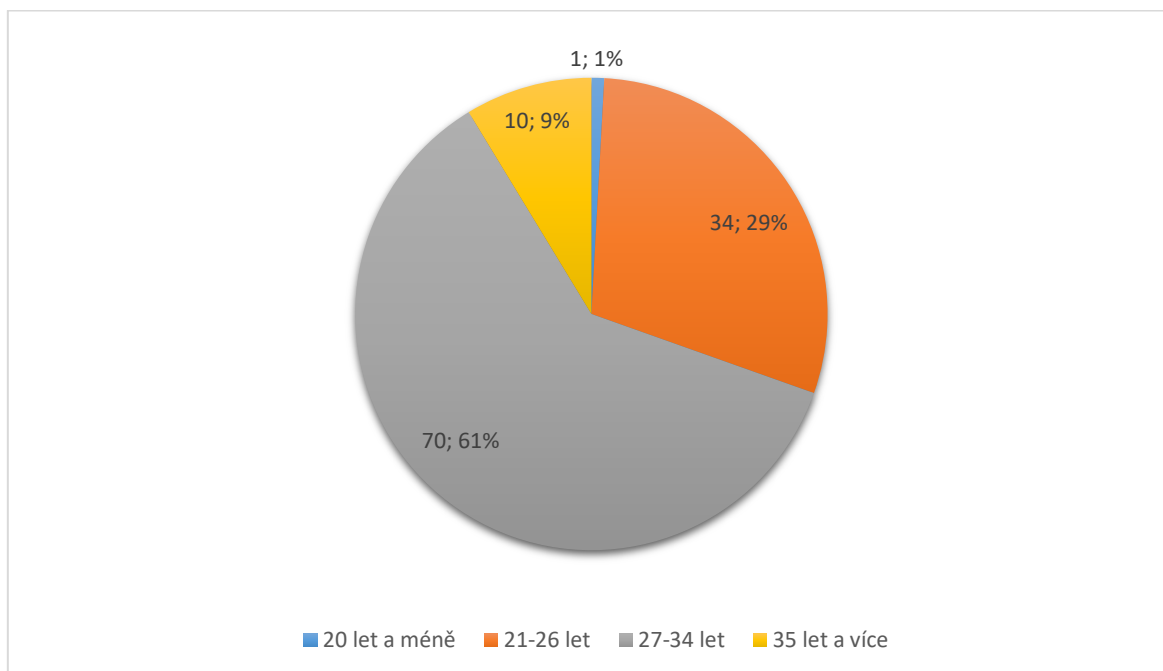


Zdroj: Vlastní

Z N=116 odpovědělo 115 (99 %), že rodilo v termínu od 37+0 do 41+6. Pouze 1 žena (1 %) uvedla, že rodila před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Tato žena byla z šetření vyřazena, protože je pravděpodobné, že zde byla kvůli nízkému gestačnímu týdnu dítěte indikována epiziotomie bez ohledu na připravenost porodních cest. Žádná žena neporodila po 42. týdnu těhotenství. **Konečný vzorek žen, se kterým zde pracuji, je N=115.**

### Otázka č. 3 – V kolika letech jste poprvé vaginálně rodila?

Graf 3 Věk maminek při prvním vaginálním porodu

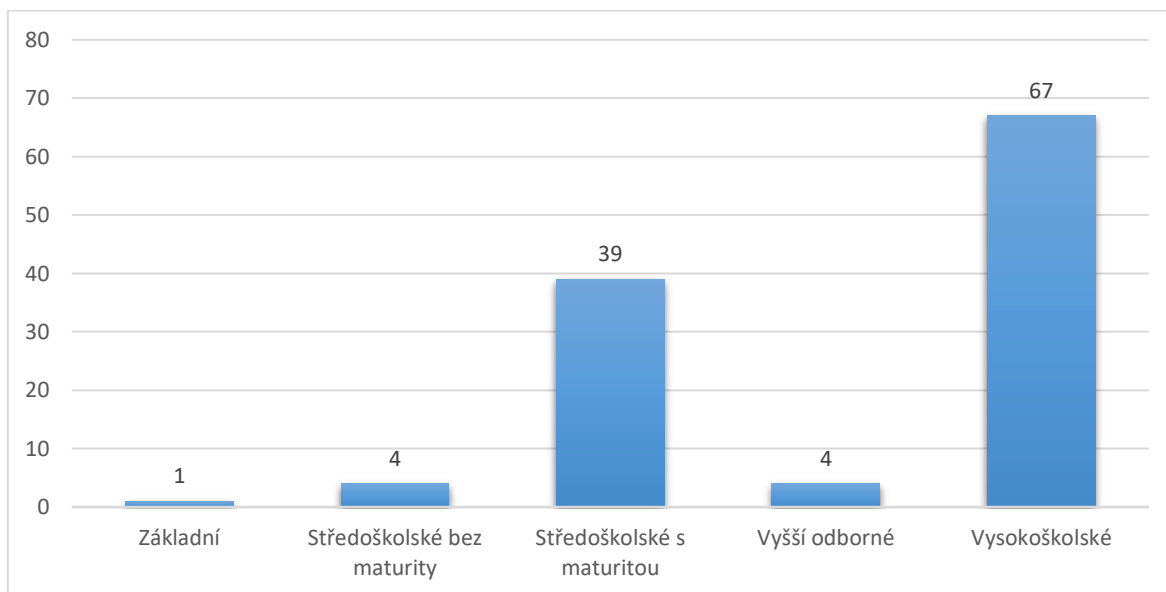


Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 115 zbylých žen 70 (61 %) uvádí, že jim v době prvního vaginálního porodu bylo mezi 27-34 lety. Dalších 34 žen (29 %) uvedlo věk mezi 21-26 lety. Věkové rozhraní 35 let a více v době prvního vaginálního porodu mělo 10 žen (9 %) a pouze 1 žena (1 %) uvedla věk 20 let a méně.

#### Otázka č. 4 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 4 Vzdělání respondentek



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 115 žen jich 67 (58 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Dalších 39 žen (34 %) má středoškolské vzdělání s maturitou. Vyšší odborné vzdělání mají 4 ženy (3,5 %) a další 4 ženy (3,5 %) mají středoškolské vzdělání bez maturity. Pouze 1 žena (1 %) uvedla, že jejím nevyšším dosaženým vzděláním je vzdělání základní.

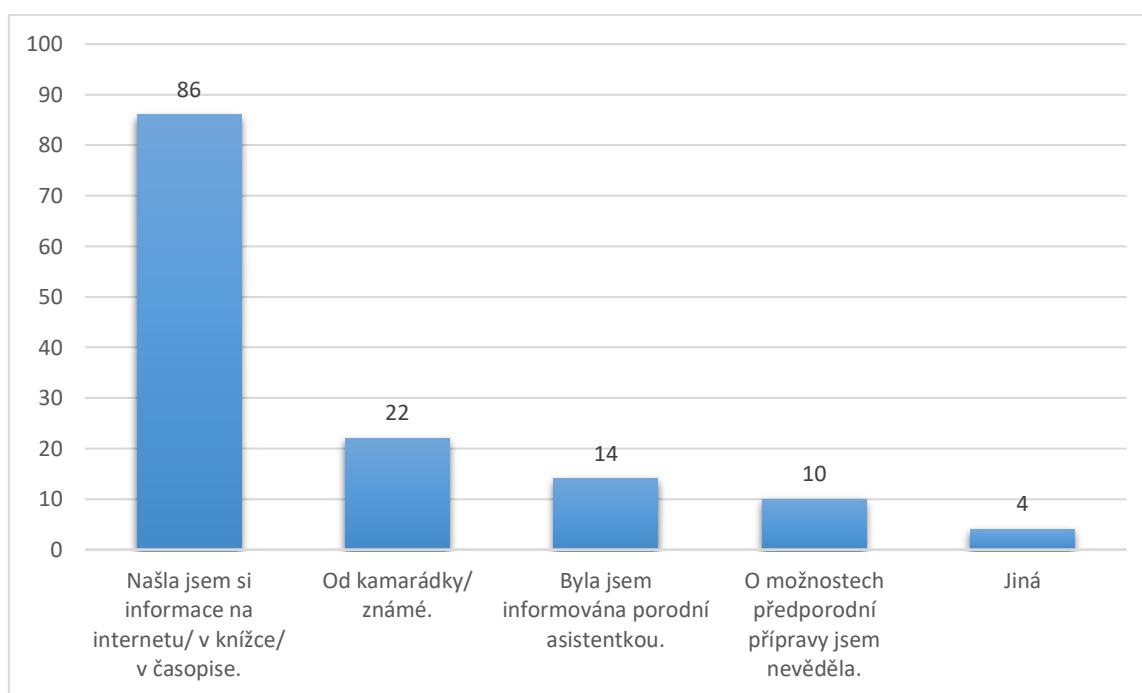
**Cíl 1:** Zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o předporodní přípravě porodních cest a možnostech prevence porodního poranění.

**Výzkumný problém:** Vědí ženy o možnostech předporodní přípravy porodních cest a o možnostech prevence porodního poranění?

Otázka č. 10, 11, 17, 26

Otázka č. 10 – **Kde jste se dozvěděla o možnostech předporodní přípravy porodních cest?**

*Graf 5 Zdroje informací o možnostech předporodní přípravy porodních cest*



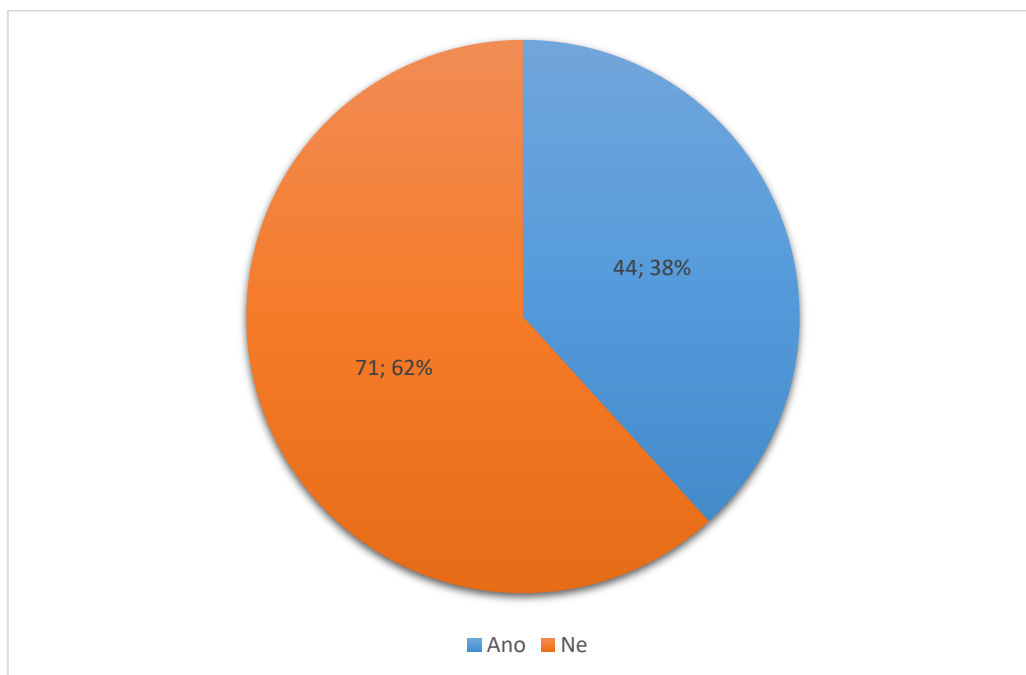
Zdroj: Vlastní

V této otázce měly respondentky možnost vybrat více odpovědí. Z celkového počtu odpovědí, kdy **N=136**, bylo 86x (63 %) zaškrtnuta možnost, že si ženy nacházely informace na internetu, v knížce nebo v časopise. Další odpověď byla vybrána 22x (16 %), kdy se ženy o možnostech dozvěděly od kamarádky či známé. Možnost, kdy ženy byly informované porodní asistentkou, byla označena 14x (11 %). Odpověď „O možnostech předporodní přípravy jsem nevěděla“ byla vybrána 10x (7 %). Pouze 4x (3 %) byla zaškrtnutá odpověď „Jiná“, kdy jednou se týkala zúčastnění se kurzu hypnoporodu a třikrát na klasickém předporodním kurzu, kde jsou ženám informace poskytovány.



Otázka č. 11 – **Zúčastnila jste se předporodních kurzů?**

*Graf 6 Účast na předporodních kurzech*

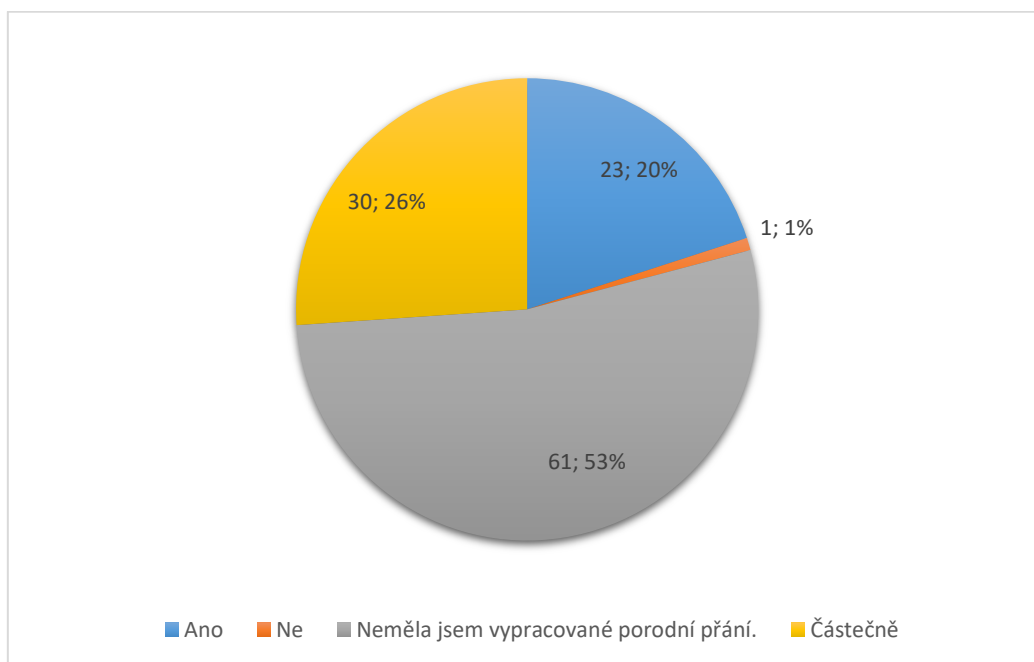


Zdroj: Vlastní

Ze 115 dotazovaných žen se předporodních kurzů zúčastnilo pouze 44 žen (38 %). Zbýlých 71 žen (62 %) se jich neúčastnilo.

Otázka č. 17 – **V případě, že jste měly vypracované porodní přání, bylo personálem respektováno?**

Graf 7 Respektování porodního přání



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 115 dotazovaných žen 61 (53 %) neměla vůbec vypracované porodní přání. Dalších 30 žen udává, že jejich vypracované přání bylo částečně respektováno. Kompletně respektované porodní přání udává 23 žen (20 %) a pouze u 1 ženy (1 %) nebylo její porodní přání personálem respektováno vůbec.

**Otázka č. 26 – Co byste doporučila porodním asistentkám pro zlepšení edukace v rámci předporodní přípravy porodního poranění?**

*Tabulka 1 Jednotlivá doporučení pro porodní asistentky*

Odpovědi respondentek	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Nevím	54	40,9 %
Zlepšit komunikaci	14	10,6 %
Informovat ženu o možnosti prevence porodního poranění	13	9,8 %
Více empatie	9	6,8 %
Více času – individuálněji	7	5,3 %
Informovanost obecně	6	4,6 %
Nechat ženu zvolit si polohu	5	3,8 %
Nastudovat si důkladně problematiku, studie týkající se tohoto tématu, vzdělávat se	4	3 %
Informovat o péči po porodu – jizva, hojení, přípravky, zmírnění bolesti	3	2 %
Nabízení napářky	2	1,5 %
Více vstřícnější, naslouchat	2	1,5 %
Vysvětlovat, co se proč dělá	2	1,5 %
Větší zájem o přírodní metody	2	1,5 %
Znát dobře fyziologii pánve a pánevního dna, u porodu podporovat přirozený porod	1	0,8 %
Klást důraz na psychiku – uvolnění	1	0,8 %

Kompletně popsat nástřih – co se stane před, co po, jak pečovat o jizvu	1	0,8 %
Setkání s porodními asistentkami ještě před porodem – vše s ním probrat	1	0,8 %
Netlačit ženu do ničeho	1	0,8 %
Odpovídat na otázky	1	0,8 %
Vyjet ze zajetých kolejí	1	0,8 %
Řídit se porodním přáním	1	0,8 %
Otázka je nesmyslně položená	1	0,8 %
<b>Celkový počet odpovědí (N)</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

V této otázce se ženy mohly volně vyjádřit. Některá jejich doporučení se však shodovala. Celkově bylo zaznamenáno **132 odpovědí (100 %)**, kdy 54x jich uvádí (40,9 %), že neví, co by porodním asistentkám doporučily pro zlepšení edukace v rámci předporodní přípravy porodního poranění. Většina to uvedla v souvislosti se spokojeností vůči jak porodnicím, tak i porodním asistentkám, od kterých měly dostatečné informace. Následná doporučení se týkala zejména oblasti komunikace, kde 14x (10,6 %) je doporučováno zlepšit celkovou komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, dále je 13x (9,8 %) doporučováno více informovat ženy o možnostech předporodní přípravy. Dalších 9 odpovědí (6,8 %) zmiňuje, že je potřeba zlepšit schopnost empatie. Kdyby si porodní asistentka udělala více času na ženy, aby tak byl zajištěn více individuální přístup, bylo zmíněno 7x (5,3 %). Chybějící informovanost obecně vůči průběhu celého těhotenství i porodu byla zmíněna 6x (4,6 %). V dalších 5 odpovědích (3,8 %) je doporučení nechat ženu samotnou rozhodnout a své porodní poloze. Další odpověď byla zaznamenána 4x (3 %) a doporučuje si důkladně nastudovat problematiku tohoto tématu, věnovat čas vědeckým studiím a celkově se v tomto směru vzdělávat. Další 3 odpovědi navrhují, aby porodní asistentky více informovaly i v péči o jizvu, o průběhu hojení se a o možnostech zmírnění bolesti v období po porodu. Ve 2 (1,5 %) odpovědích by uvítaly, kdyby porodní asistentky více nabízely bylinnou napáрку. Po 2 odpovědích (1,5 %) jsou i doporučení jako být více vstřícnější, více ženám naslouchat, vždy

vysvětlovat, co se proč dělá, více se zajímat o přírodní metody a následně je doporučovat. Je zde jedno doporučení (0,8 %), aby porodní asistentky dobře znaly fyziologii pánve a pánevního dna, a aby podporovaly přirozený porod. Klást důraz na psychiku ženy a více jí pomoci s uvolněním je zaznamenáno v další jedné odpovědi (0,8 %). Je zde i jedno doporučení (0,8 %), aby byl ženám kompletně popsán nástřih – co se stane před, co se stane po a jak následně pečovat o poranění. Další jedna odpověď (0,8 %) doporučuje se více zaměřit i na setkávání s porodními asistentkami ještě před porodem, kde by byla možnost, aby žena probrala vše, co ji zajímá a co se porodu týká. Po 1 odpovědi (0,8 %) jsou zde i doporučení jako do ničeho ženu netlačit, odpovídat na otázky, řídit se porodním přáním a vyjet ze zaještějších kolejí. Pouze 1 odpověď (0,8 %) udává, že otázka je nesmyslně položená.

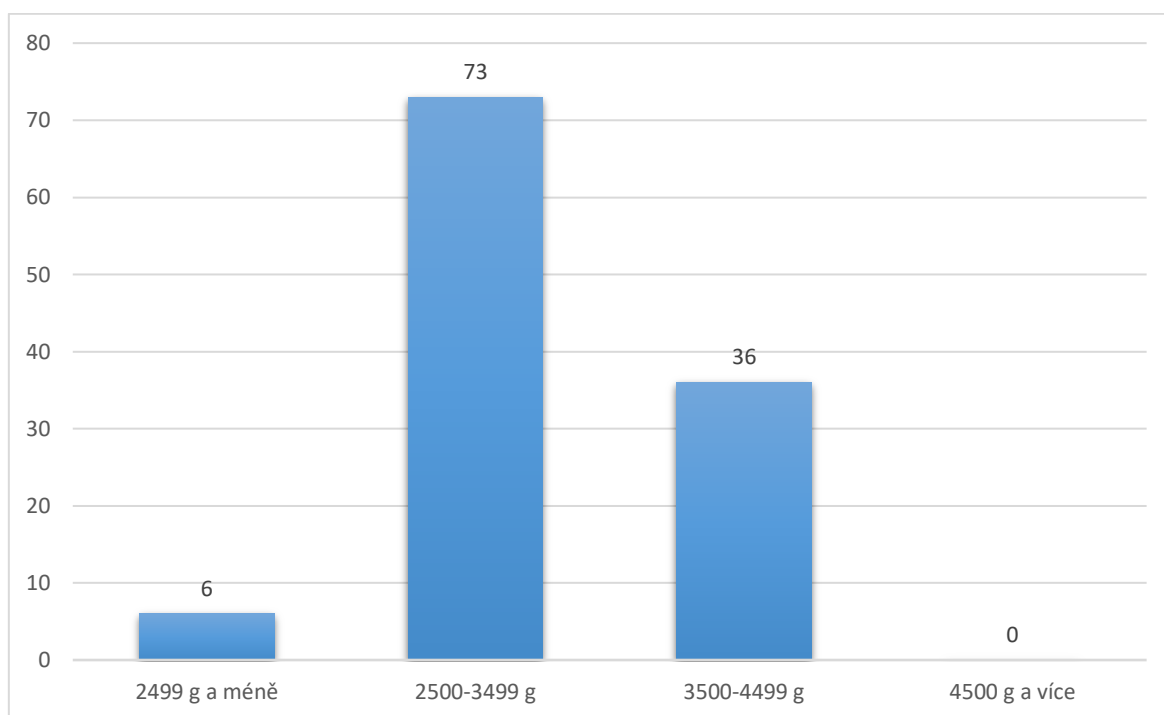
**Cíl 2:** Zjistit možné faktory, které ovlivňují rozsah porodního poranění.

**Výzkumný problém:** Jaké faktory mohou mít vliv na vznik porodního poranění ženy?

Otázka č. 5, 6, 7, 8, 9

Otázka č. 5 – **Kolik vážilo Vaše dítě při narození?**

*Graf 8 Váha novorozence po porodu*

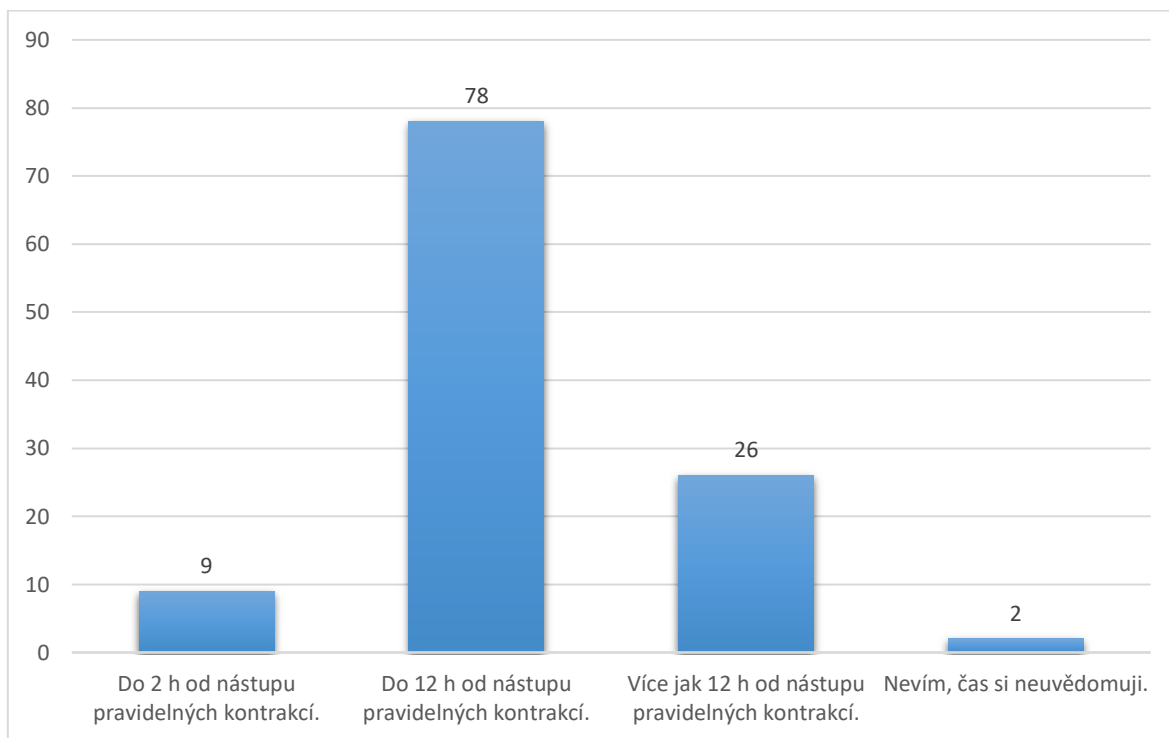


Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 115 žen, jich 73 uvedlo, že jejich dítě při narození vážilo v rozmezí 2500-3499 g. 36 žen porodilo dítě s porodní vahou 3500-4499 g a pouze novorozenci u 6 žen měli 2499 g a méně. Žádná ze 115 žen neuvedla, že by vaginálně porodila dítě vážící 4500 g a více.

## Otázka č. 6 – Jak dlouho porod trval?

Graf 9 Délka porodu

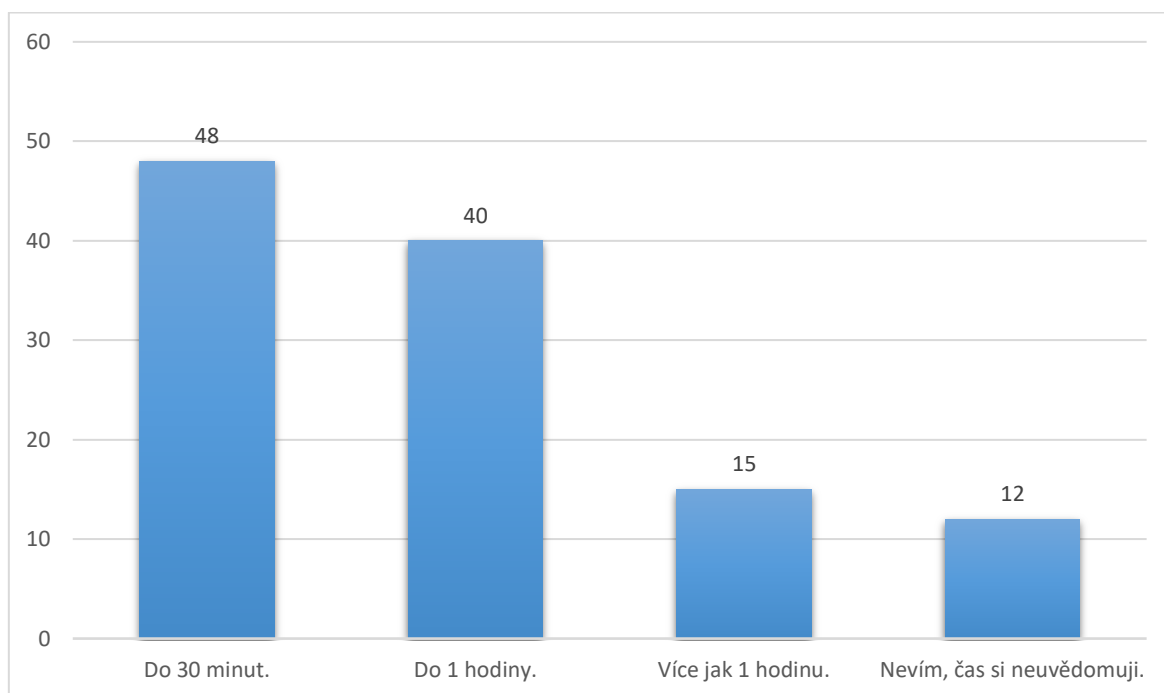


Zdroj: Vlastní

Nejvíce žen, a to 78 ze 115 dotazovaných, porodilo do 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí. Dalších 26 žen rodilo déle jak 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí a pouze 9 žen mělo překotný porod, kdy porodily do dvou hodin od nástupu pravidelných kontrakcí. 2 ženy si čas neuvědomují.

## Otázka č. 7 – Jak dlouho trvala II. doba porodní?

Graf 10 Délka samotné II. doby porodní



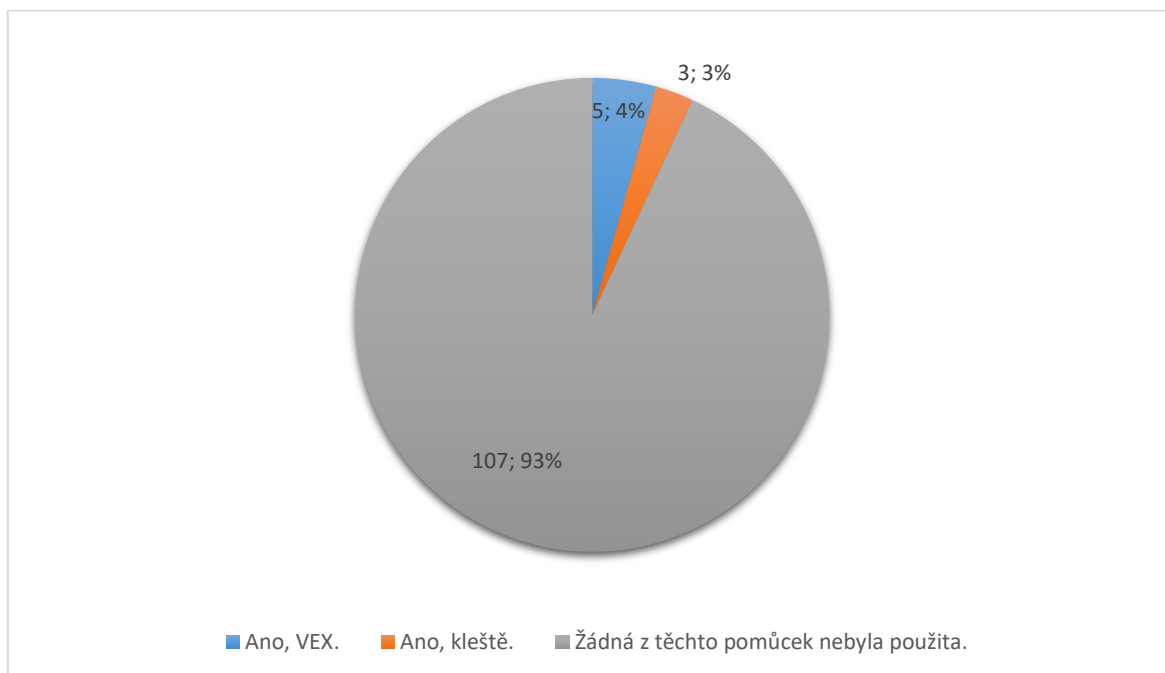
Zdroj: Vlastní

U 48 ze 115 žen trvala II. doba porodní maximálně 30 minut. Dalších 40 žen udává, že u nich II. doba porodní trvala maximálně 1 hodinu a u 15 žen trvala déle jak 1 hodinu. 12 žen neví, čas si během této fáze porodu neuvědomovaly.



Otázka č. 8 – **Bylo při porodu hlavičky využito VEX nebo kleště?**

Graf 11 *Využití VEX nebo kleští*

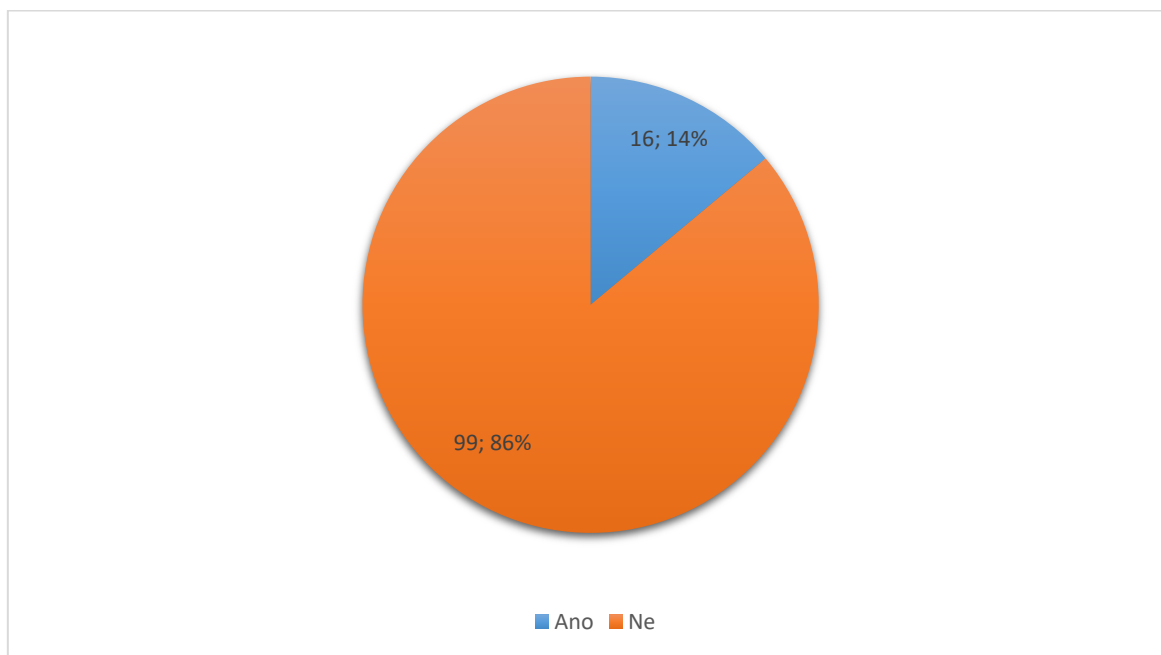


Zdroj: Vlastní

Ze 115 žen odpověděla většina a to 107 žen (93 %), že ani jedna z uvedených pomůcek při porodu použita nebyla. U 5 žen (4 %) bylo využito vakuumextraktoru a u 3 žen (3 %) bylo využito porodnických kleští.

Otázka č. 9 – Trpěla jste před těhotenstvím nebo během těhotenství na časté mykóza?

Graf 12 Četnost vaginálních mykóz před či během těhotenství



Zdroj: Vlastní

Většina žen a to 99 (86 %) uvádí, že před těhotenstvím ani během těhotenství netrpěly na častý výskyt vaginálních mykóz a pouze 16 žen (14 %) ze 115 na časté mykózy před nebo během těhotenství trpělo.

**Cíl 3:** Zjistit, jaké pomůcky/techniky pro přípravu hráze a pánevního dna ženy před a během porodu nejvíce využívají.

**Výzkumný problém:** Jakou pomůcku či techniku prevence porodního poranění ženy nejvíce využívají?

Otázka č. 12, 13, 14,15, 16

Otázka č. 12 – **Jaké znáte pomůcky či metody pro přípravu porodních cest?**

*Tabulka 2 Druhy pomůcek a metod pro přípravu porodních cest*

Druhy pomůcek	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Aniball	94	37,3 %
Masáž hráze	63	24,3 %
Čaj z maliníku	29	11,1 %
Bylinná napářka	16	6,2 %
Lněné semínko	9	3,5 %
Cviky na posílení pánevní dna	9	3,5 %
Neznám	7	2,7 %
Datle	6	2,3 %
Horká vana	6	2,3 %
Pohlavní styk	4	1,6 %
Jóga	4	1,6 %
Volba polohy při porodu	3	1,2 %
Homeopatika	3	1,2 %
Stimulace bradavek	1	0,4 %

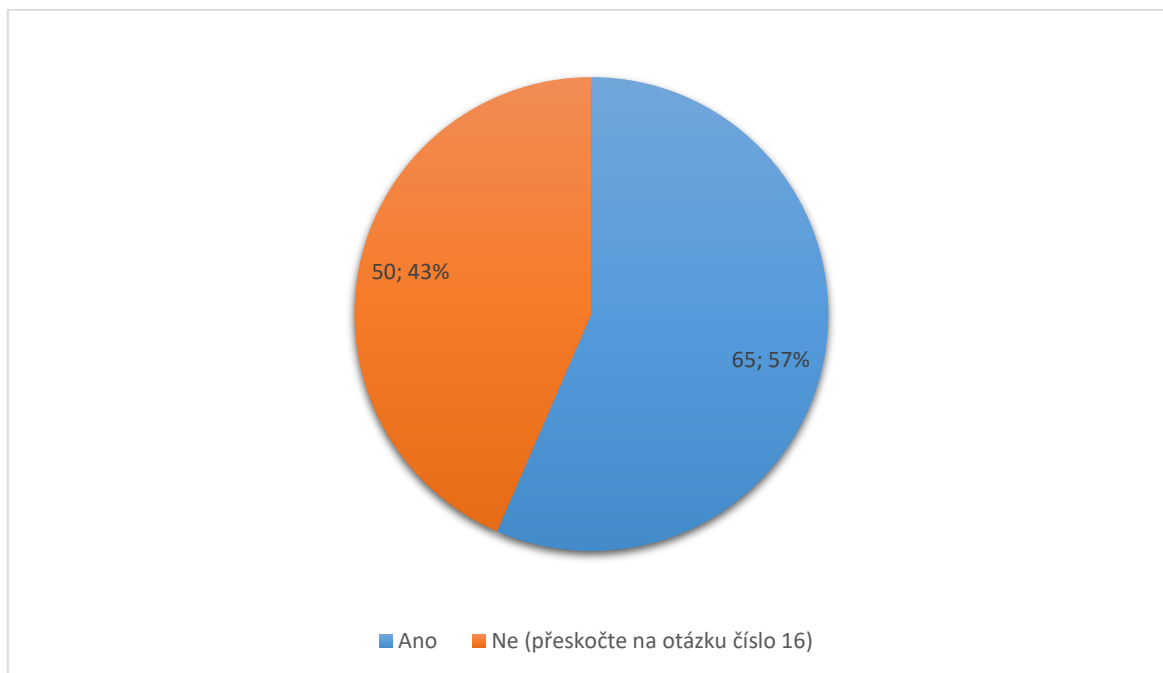
Aromaterapie	1	0,4 %
Afirmace	1	0,4 %
<b>Celkový počet odpovědí (N)</b>	<b>256</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní

V této otázce ženy samy psaly, které pomůcky či metody pro přípravu porodních cest jim jsou známy. Ženy mohly v kolonce uvést libovolný počet pomůcek/metod. Celkový počet odpovědí se tak vyšplhal až na **N=256 (100 %)**. Nejznámější je ANIBALL, který byl uveden 94x (37,3 %). Druhou nejznámější pomůckou/metodou pro přípravu porodních cest je masáž hráze, která byla uvedena 63x (24,3 %). Následně byl 29x (11,1 %) jmenován čaj z maliníku. Na čtvrtém místě se umístila bylinná napárka uvedena 16x (6,2 %). Dále byla 9x (3,5 %) uvedena odpověď týkající se konzumace lněného semínka pro přípravu porodních cest a dalších 9 odpovědí (3,5 %) představují cviky na posílení pánevního dna. Následně bylo pouze 7x (2,7 %) uvedeno, že žádná pomůcka/metoda k přípravě porodních cest známá není. Znalost konzumace datlí pro přípravu porodních cest je uvedena v 6 (2,3 %) odpovědích, dalších 6 (2,3 %) odpovědích uvádí využití horké vany. 4x (1,6 %) je uveden pohlavní styk jakožto příprava porodních cest a další 4 (1,6 %) odpovědi představují cvičení jógy. Dále byla 3x (1,2 %) uvedena volba porodní polohy a další 3 (1,2 %) odpovědi uvádí využití homeopatik. Po 1 (0,4 %) odpovědi byla následně uvedena stimulace bradavek, aromaterapie a afirmace. což je přeprogramování podvědomí, že je něco pravda.

Otázka č. 13 – **Využila jste PŘED porodem nějakou pomůcku pro přípravu porodních cest?**

*Graf 13 Využití pomůcek před porodem*

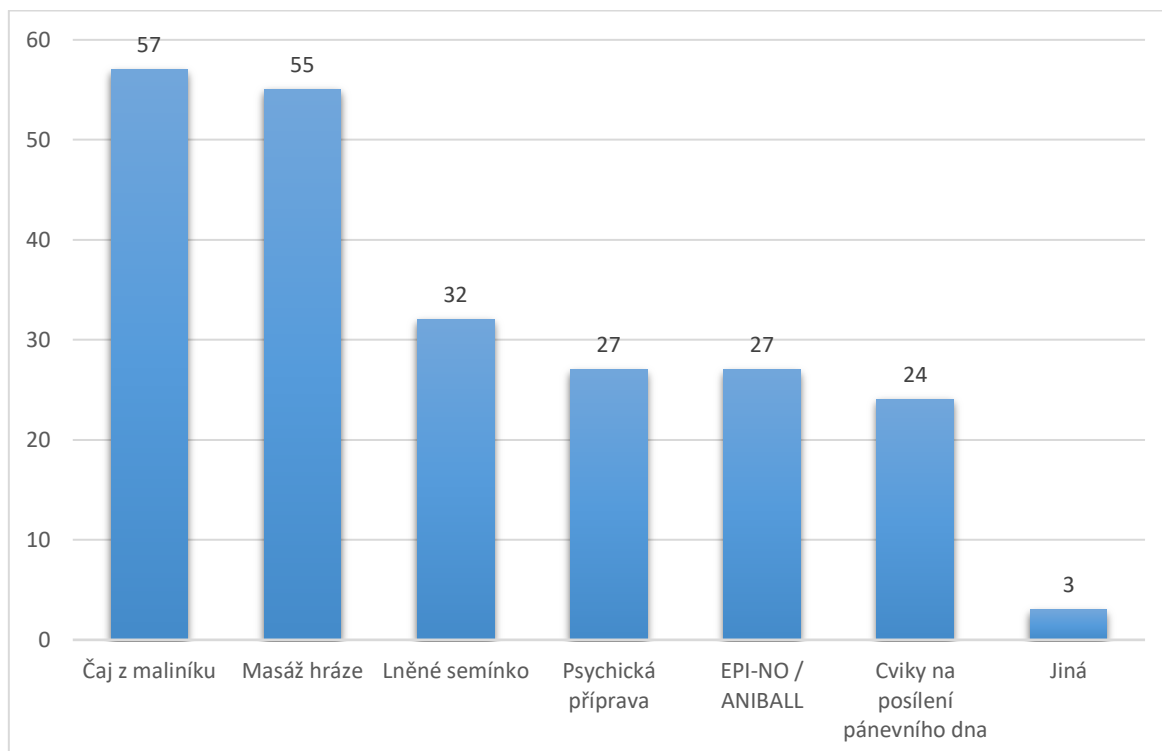


Zdroj: Vlastní

Ze 115 respondentek 65 (57 %) odpovědělo, že v období před porodem nějakou pomůcku pro prevenci porodního poranění využilo. 50 žen (43 %) uvedlo, že žádnou pomůcku před porodem nepoužily.

## Otázka č. 14 – Jakou pomůcku či techniku prevence jste PŘED porodem využila?

Graf 14 Jednotlivé pomůcky využívané před porodem

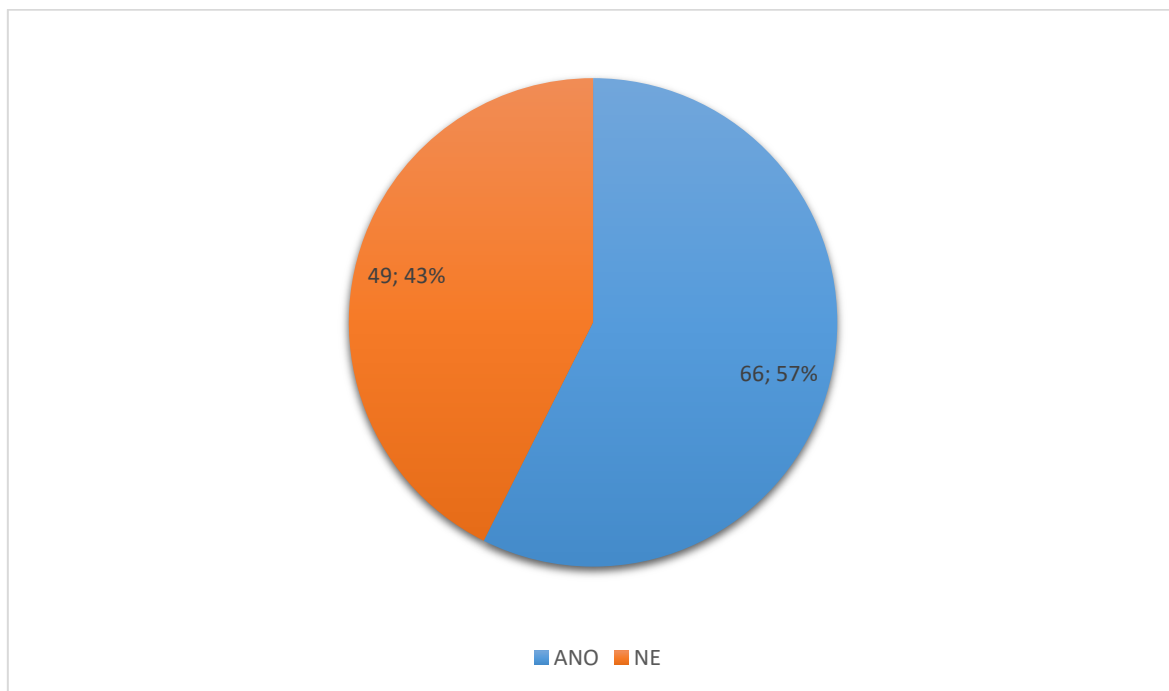


Zdroj: Vlastní

Ženy zde měly možnost zaškrtnout více odpovědí. Celkový počet odpovědí je tedy **225**, kdy odpovídalo 65 žen, které v předešlé otázce uvedly, že nějakou pomůcku před porodem využily. Nejvíce zaškrtnutá odpověď je pití čaje z maliníku, a to až 57x (25 %), následovala odpověď zaškrtnutá 55x (24 %), kdy se využívala masáž hráze. 32x (14 %) označená odpověď udává konzumaci lněného semínka před porodem. Odpověď označená 27x (12 %) udává využití psychické přípravy před porodem, kdy se navštěvují například předporodní kurzy nebo si lze zajistit individuální rozhovor s porodní asistentkou. Dalších 27 odpovědí (12 %) uvádí využití EPI-NO nebo ANIBALL. Dále bylo 24x (11 %) označena varianta, kdy ženy posilovaly pánevní dno speciálními cviky. Možnost „Jiná“ byla vybrána 3x (2 %). První odpověď uvádí využití homeopatik, druhá využití napářky již před porodem a třetí absolvování akupunktury.

Otázka č. 15 – Využila jste **BĚHEM** porodu nějakou pomůcku či techniku prevence porodního poranění?

Graf 15 Využití pomůcek během porodu

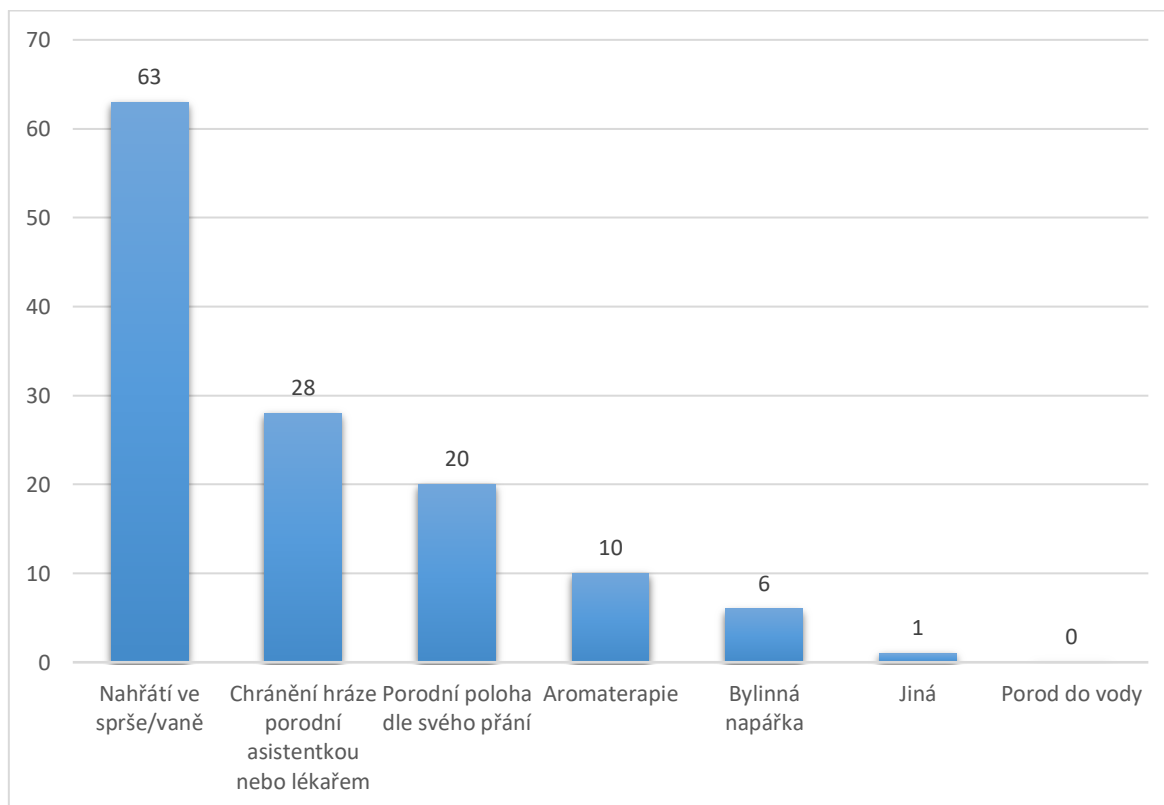


Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 115 žen odpovědělo 66 žen (57 %), že během porodu nějakou pomůcku pro prevenci porodního poranění využilo a 49 žen (43 %) uvedlo, že žádnou pomůcku nevyužilo.

## Otázka č. 16 – Jakou pomůcku či techniku jste BĚHEM porodu využila?

Graf 16 Jednotlivé pomůcky využívané během porodu



Zdroj: Vlastní

Tuto otázku vyplňovalo 66 žen, které v předešlé otázce odpověděly, že nějakou pomůcku během porodu využily. Měly zde možnost označit více odpovědí, a tak je zde **N=127**. Možnost využití vany či sprchy k nahřátí během porodu byla označena 63x (50 %). 28x (22 %) ženy označily odpověď, která říká, že jim porodní asistentka či lékař chránili hráz během porodu. Dalších 20 odpovědí (16 %) uvádí zvolení si porodní polohy dle svého přání. Následně bylo 10x označeno (8 %) využití aromaterapie během porodu. Využití bylinné napáčky během porodu bylo označeno pouze 6x (4 %). Ani jedna odpověď se netýká porodu do vody a možnosti „Jiná“.



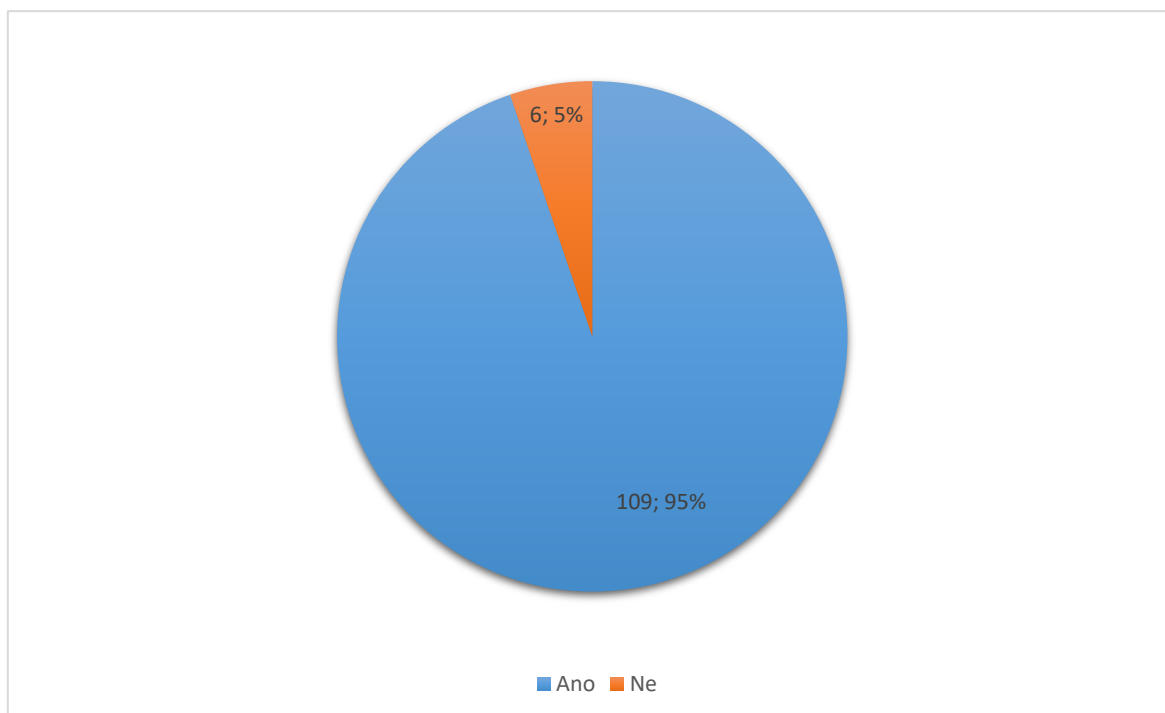
**Cíl 4:** Zjistit, jak porodní poranění ovlivnilo kvalitu života ženy.

**Výzkumný problém:** Ovlivňuje porodní poranění kvalitu života ženy?

Otázka č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Otázka č. 18 – **Utrpěla jste nějaké porodní poranění?**

*Graf 17 Vznik porodního poranění*

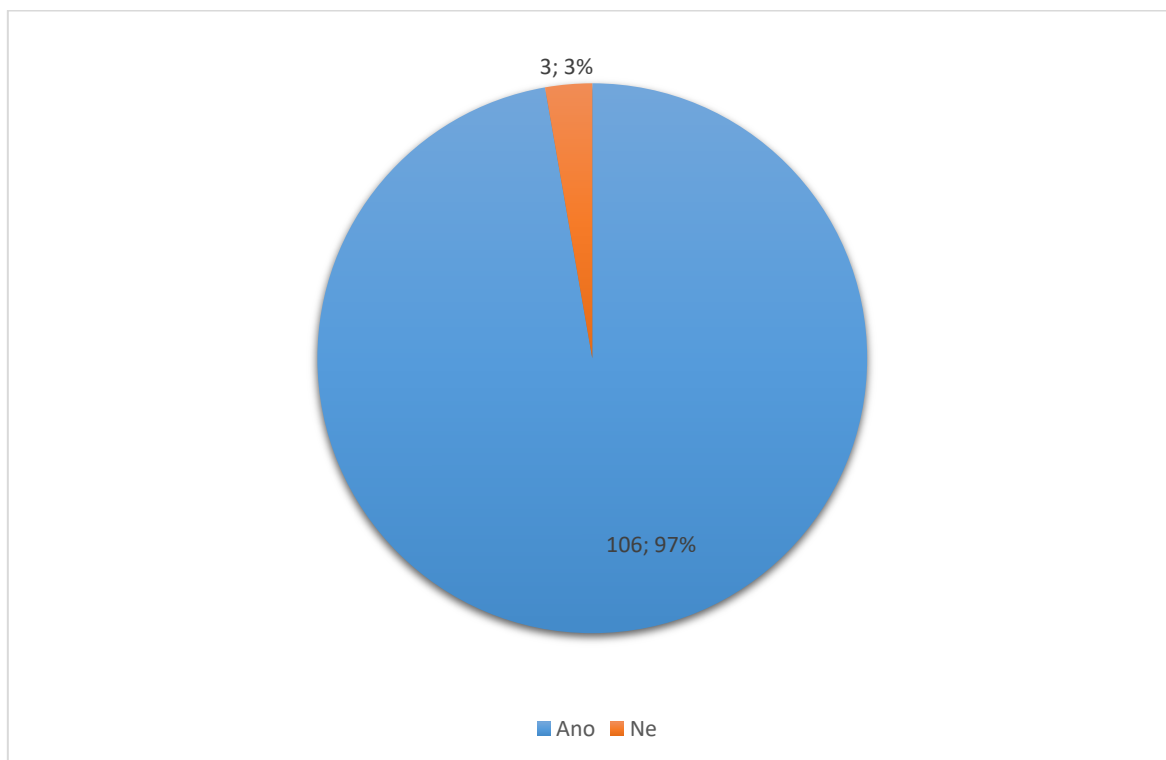


Zdroj: Vlastní

Většina žen a to je 109 (95 %) ze 115 dotazovaných uvádí, že při porodu utrpěla porodní poranění. Pouze 6 žen (5 %) při porodu žádné porodní poranění neutrpělo.

Otázka č. 19 – **Bylo nutné poranění zašít?**

Graf 18 Nutnost šití porodního poranění

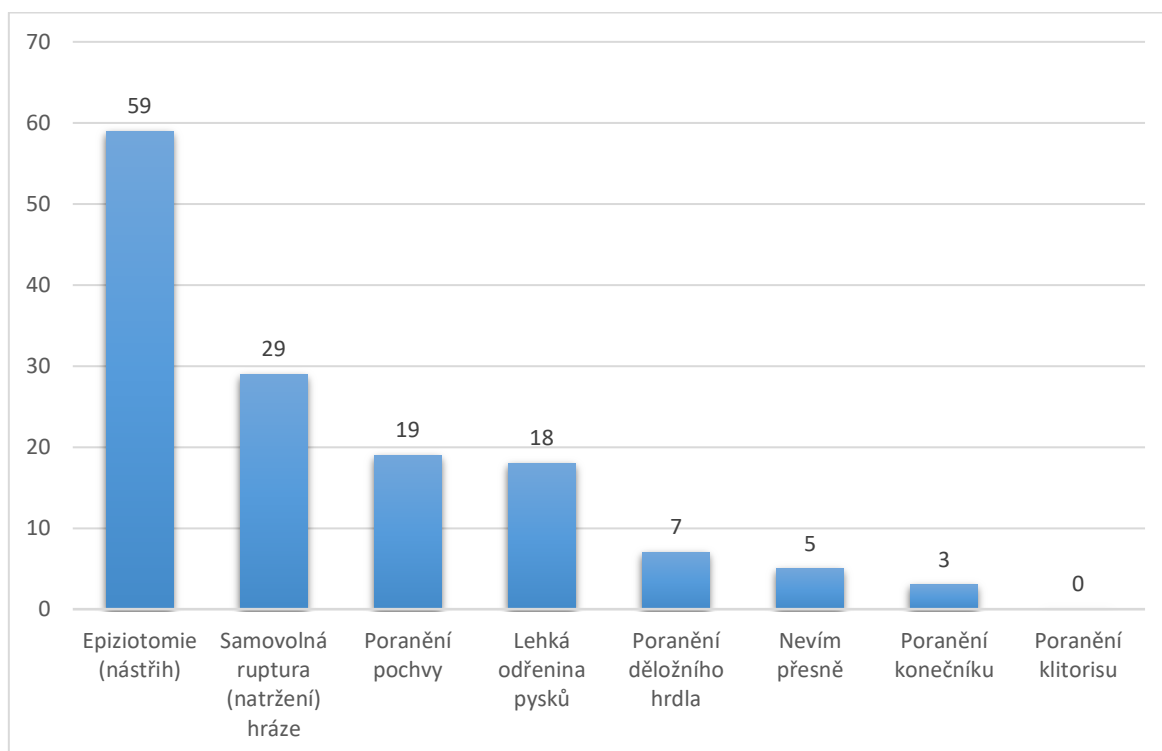


Zdroj: Vlastní

Ze 109 žen, které porodní poranění během porodu utrpěly, jich 106 (97 %) muselo podstoupit šití. Pouze 3 ženy (3 %) se obešly bez šití porodního poranění.

## Otázka č. 20 – Jaké porodní poranění jste utrpěla?

Graf 19 Druhy porodních poranění ženy

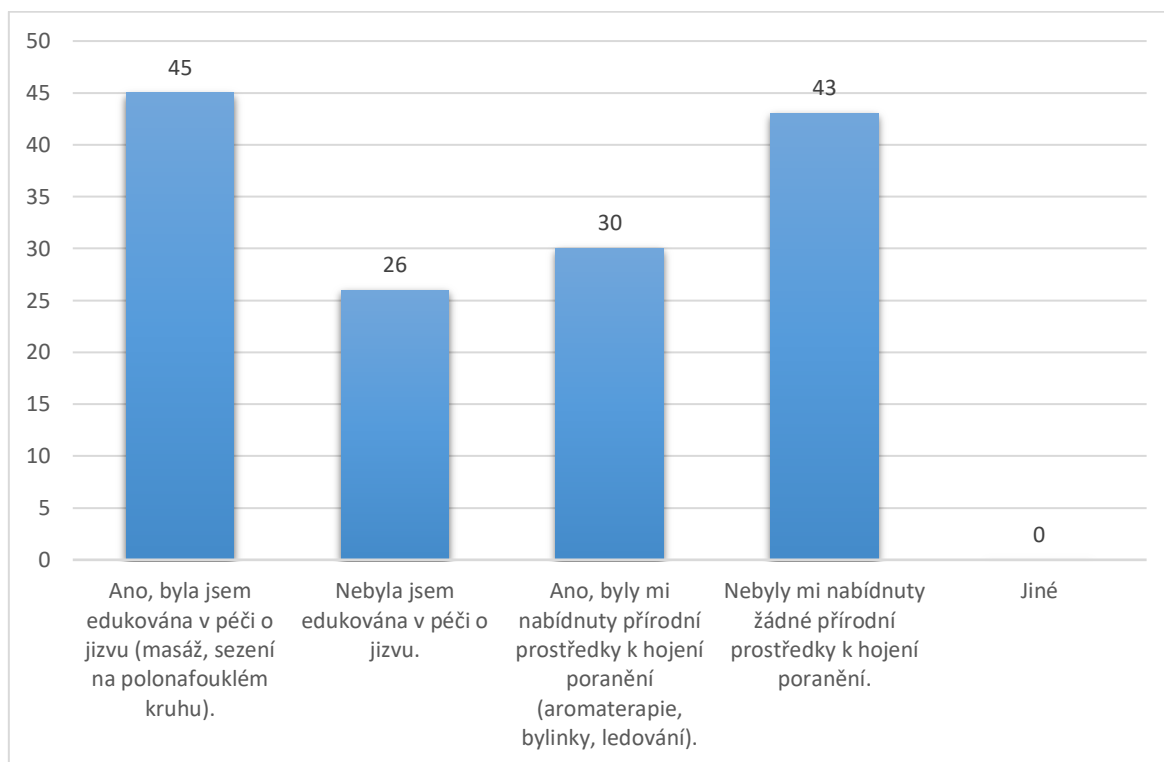


Zdroj: Vlastní

V otázce 20 odpovídalo 109 žen, které utrpěly poranění. Těchto 109 žen mělo možnost označit více odpovědí, a tak je **N=140**. Možnost nastřížení, tedy provedení epiziotomie, byla označena 59x (42 %). Možnost utrpění samovolné ruptury hráze byla označena 29x (20 %). Dalších 19 odpovědí (14 %) udává, že při porodu došlo k poranění pochvy. Lehká odřenina pysků byla označena 18x (13 %). K poranění děložního hrdla došlo 7x (5 %). Odpověď „Nevím přesně“ byla 5x označena (4 %). K poranění konečníku došlo pouze 3x (2 %). Nikdo neoznačil odpověď „Poranění klitorisu“.

## Otázka 21 – Mluvil s Vámi personál na oddělení šestinedělí o péči o poporodní poranění?

Graf 20 Edukace na oddělení šestinedělí

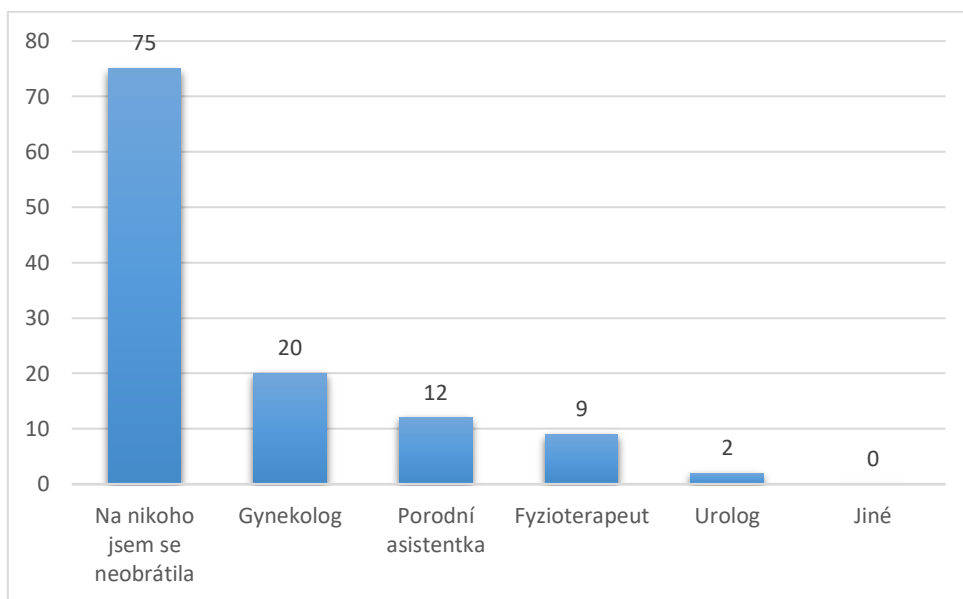


Zdroj: Vlastní

U této otázky byla možnost zaškrtnutí jedné nebo více odpovědí. Celkový počet odpovědí je tedy **144**. Označena 45x (31 %) byla odpověď, že ženy byly edukovány v péči o jizvu, kdy edukace zahrnovala například masáž jizvy a sezení na polonafouklém kruhu. Naopak 26x (18 %) bylo uvedeno, že ženy nebyly edukovány v péči o jizvu. Další odpověď byla označena 30x (21 %), a říká, že ženám byly nabídnuty přírodní prostředky k hojení poranění, kam patří například aromaterapie, bylinky či ledování. Naopak 43x (30 %) byla označena odpověď, že ženám žádné přírodní prostředky k hojení poranění nabídnuty nebyly. Možnost „Jiná“ nebyla zaškrtnutá ani jednou.

Otázka č. 24 – **Obrátila jste se po porodu, při kterém vzniklo porodní poranění, na nějakého odborníka?**

Graf 21 Nutnost vyhledání pomoci po porodu s porodním poraněním

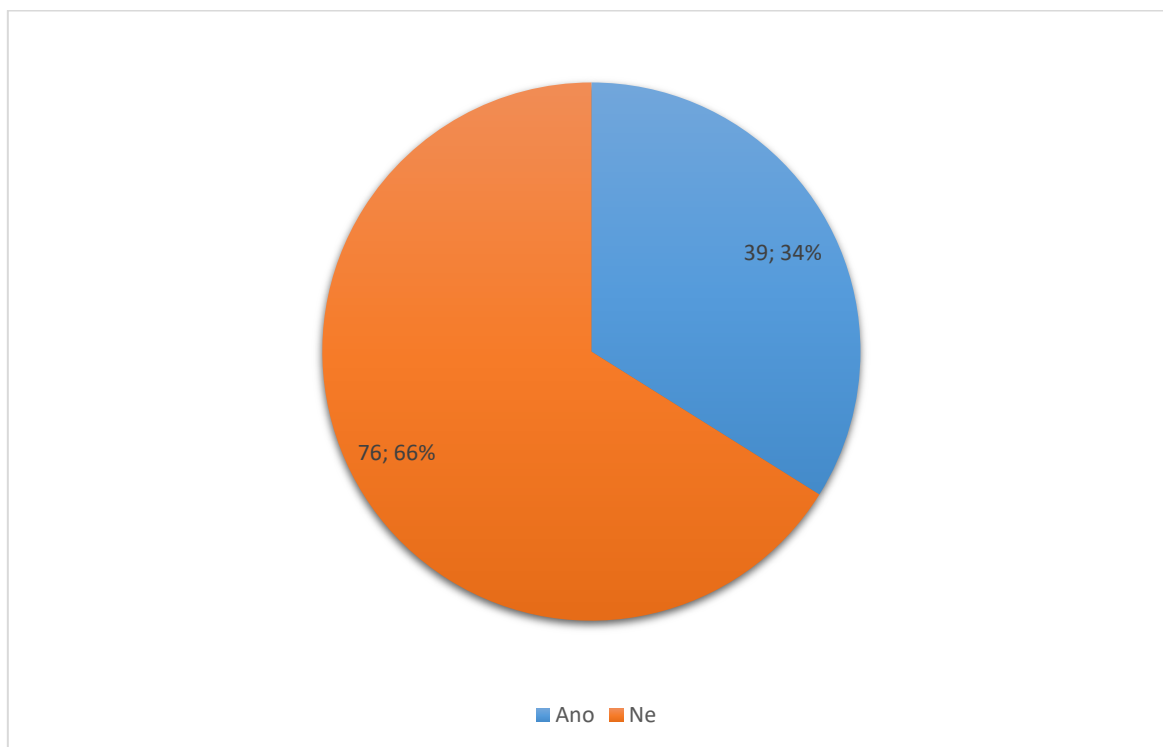


Zdroj: Vlastní

V této otázce měly ženy možnost označit jednu nebo více odpovědí, a tak 109 žen, které utrpěly porodní poranění, označilo dohromady **118 odpovědí**. Možnost, že se žena na nikoho po porodu ohledně porodního poranění obracet nemusela, byla označena 75x (63 %). Dalších 20 (17 %) označených odpovědí uvádí, že ženy musely vyhledat péči gynekologa. Varianta, kdy žena musela vyhledat pomoc porodní asistentky, byla označena 12x (10 %). Dalších 9 odpovědí (8 %) uvádí, že ženy musely vyhledat fyzioterapeuta. Pouze 2x (2 %) byl označen „Urologa“. Možnost „Jiná“ nebyla označena vůbec.

Otázka č. 23 – **Měla jste/máte po porodu nějaké následky?**

Graf 22 *Následky po porodu*

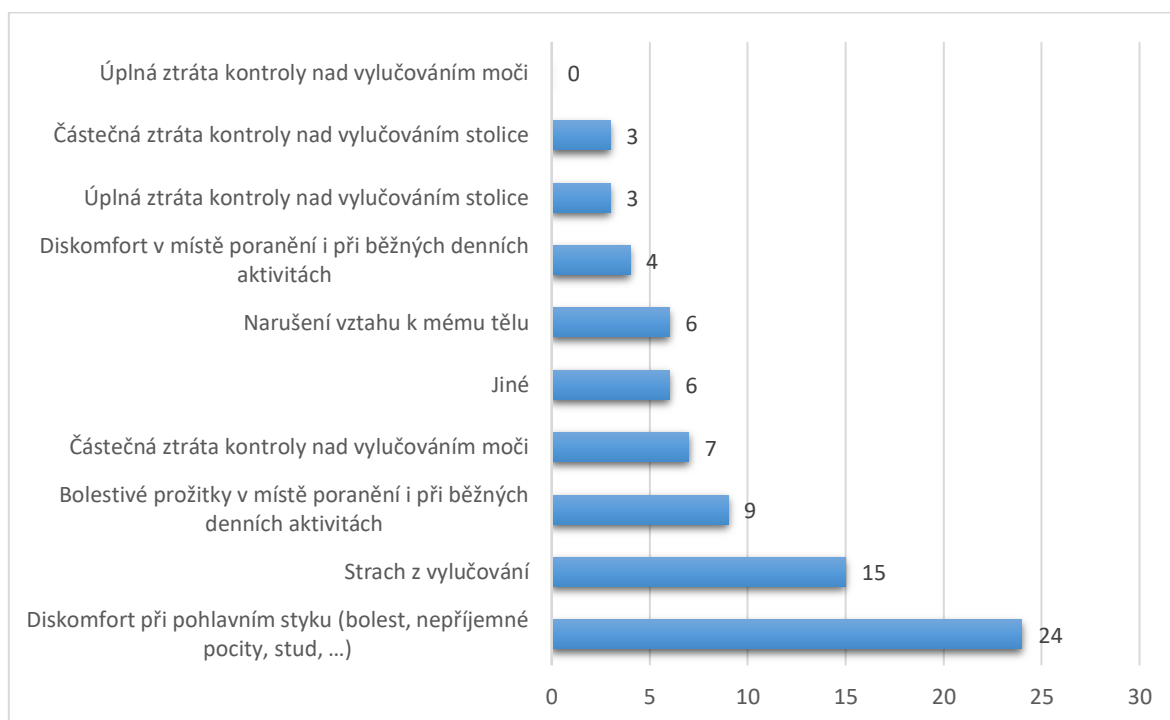


Zdroj: Vlastní

Ze 115 dotazovaných žen uvedlo 76 (66 %), že po porodu žádné následky neměly ani nemají a zbylých 39 žen (34 %) nějaké následky mělo či má.

## Otázka č. 24 – Jaké následky jste měla/máte?

Graf 23 Druhy následků po porodu



Zdroj: Vlastní 77

V této otázce bylo možné označit jednu nebo více odpovědí. Odpovídalo zde 39 žen, které dohromady označily **77 odpovědí**. Nejvíce označených odpovědí, přesně 24 (31%), uvádí jakožto následek po porodu vznik diskomfortu při pohlavním styku, který se projevuje například bolestí, nepříjemnými pocity či studem. Následných 15 odpovědí (19 %) uvádí, že došlo ke vzniku strachu z vylučování. Bolestivé prožitky v místě poranění i při běžných denních aktivitách byly označeny 9x (12 %). Částečná ztráta kontroly nad vylučováním moči byla označena 7x (9 %). Možnost „Jiná“ bylo zaškrtnuto 6x (8 %), kdy jednou byl popsán problém s vypadnutím dělohy, u druhé byla popsána blokáda kostrče, další jedna odpověď uváděla poraněný sval pánevního dna, čtvrtá odpověď udává psychické problémy po těžkém porodu a následně dvě poslední odpovědi pod možností „Jiná“ popisují problém s ránou, která se zašila, ale šití se rozpadlo a následně se muselo opětovně sešít. Dalších 6 odpovědí (8 %) popisuje u ženy narušený vztah k jejímu tělu. Diskomfort v místě poranění i při běžných denních aktivitách byl označen 4x (5 %). Problém s úplnou ztrátou kontroly nad vylučováním stolice byl označen 3x (4 %). Poslední 3 odpovědi (4 %) označují částečnou ztrátu kontroly nad vylučováním stolice. Odpověď „Částečná ztráta kontroly nad vylučováním moči“ nebyla nikým označena.

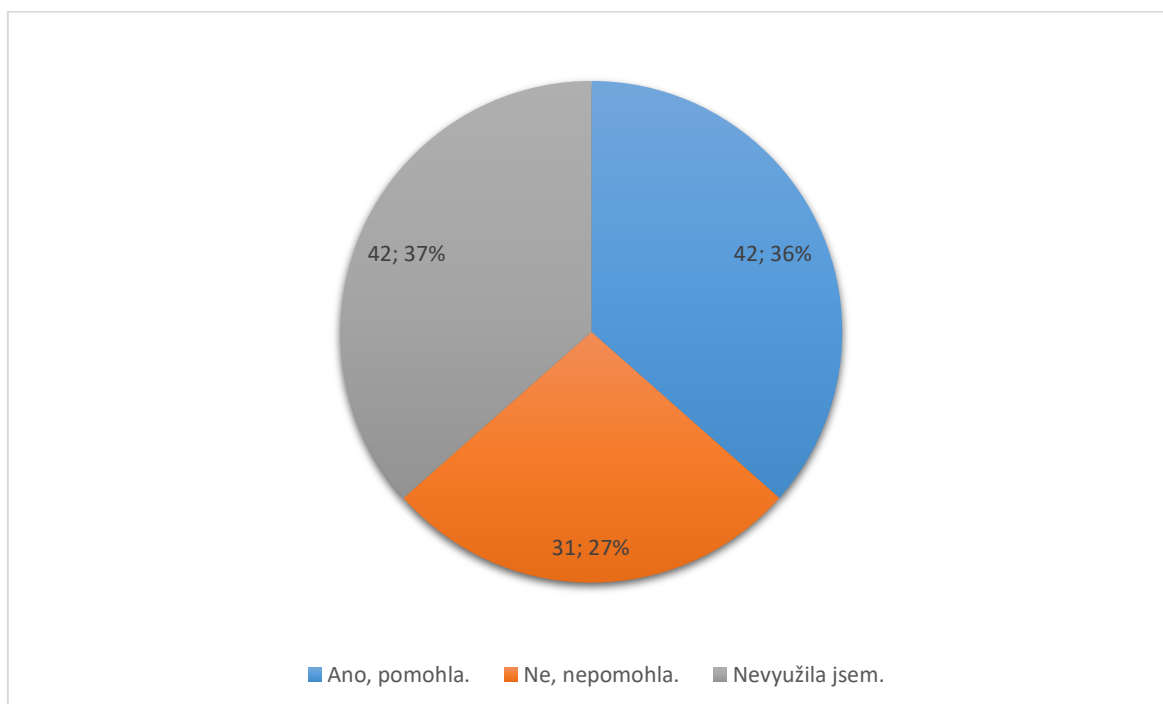
**Cíl 5:** Zjistit, zda byly pomůcky/metody prevence porodního poranění efektivní.

**Výzkumný problém:** Má využití pomůcek/metod prevence porodního poranění před nebo během porodu efekt na vznik porodního poranění?

Otázka č. 13, 15, 18, 25

Otázka č. 25 – **Jestliže jste nějakou pomůcku či metodu prevence porodního poranění využila, máte pocit, že Vám při porodu pomohla (měla u porodu vliv)?**

*Graf 24 Vliv předporodní přípravy*



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 115 dotazovaných odpovědělo 42 žen (37 %), že nevyužilo žádnou pomůcku či metodu prevence porodního poranění. Dalších 42 žen (36 %), které nějakou z metod či pomůcek využily mají pocit, že jim pomůcka pomohla. Zbýlých 31 žen (27 %), které nějakou z metod či pomůcek využily uvádí, že jim to nepomohlo.



## 12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

**Cíl 1: Zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o předporodní přípravě porodních cest a možnostech prevence porodního poranění.**

**Výzkumný problém:** Vědí ženy o možnostech předporodní přípravy porodních cest a o možnostech prevence porodního poranění?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 10, 11, 17, 26

V otázce „Kde jste se dověděla o možnostech předporodní přípravy porodních cest?“ ženy uvedly, že pouze 10 ze 115 nebylo nijak informováno o možnostech předporodní přípravy. To znamená, že **105 žen, nějakou cestou informováno bylo**. Nejčastěji však uvádí, že si informace musely najít samy přes internet nebo v nějaké knize či časopisu. Takto se informace dostaly až k 86 ženám. V otázce 11 jsem se zajímala, zda se ženy zúčastnily předporodních kurzů, kde by se k nim informace o předporodní přípravě měly dostat. 71 žen odpovědělo, že se kurzu nezúčastnilo, což by odpovídalo tomu, že si většina žen musela hledat informace o předporodní přípravě sama. V otázce číslo 17 jsem se dotazovala, zda v případě, že si ženy sepsaly porodní přání, bylo personálem toto přání respektováno, jelikož v porodním přání mohou mít ženy napsány i nějaké prosby, které souvisí s prevencí porodního poranění. Zde se ukázalo, že většina žen, přesněji 61, porodní přání vypracované nemělo. Ženy, které porodní přání vypracované měly, uvádí, že bylo u 30 žen částečně respektováno a plně respektováno bylo u 23 žen. Ve 26. otázce měly respondentky příležitost napsat, co by doporučily porodním asistentkám pro zlepšení edukace v rámci předporodní přípravy porodního poranění. Největší zastoupení měla odpověď „Nevím“, kterou napsalo 54 žen. Následně se zde však objevovalo plno různých odpovědí, kdy 14 žen doporučuje zlepšit komunikaci, dalších 13 žen doporučuje více informovat ženy o možnostech prevence porodního poranění. Také se objevovala odpověď „více empatie“, kterou napsalo 8 žen.

**Cíl 2: Zjistit možné faktory, které ovlivňují rozsah porodního poranění.**

**Výzkumný problém:** Jaké faktory mohou mít vliv na vznik porodního poranění ženy?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 5, 6, 7, 8, 9

Váha plodu je důležitým faktorem pro porodní poranění, protože čím větší plod, tím více místa potřebuje. **Novorozeně s váhou 4500 g a více neporodila vaginálně žádná ze 115 dotazovaných žen**, lze tedy opět hádat, že pro zvýšenou hmotnost plodu rodily ženy

císařským řezem. Nejvíce žen, a to 73, uvádí, že jejich dítě vážilo po porodu mezi 2500 až 3499 g, což je ideální váha pro vaginální porod, kde by nemuselo dojít k porodnímu poranění zapříčiněnému velikostí dítěte. 3500 až 4499 g vážící novorozeně porodilo 36 žen. Zde je již větší riziko vzniku porodního poranění pro zvýšenou porodní váhu dítěte. Záleží na dalších faktorech a na celkovém vedení porodu.

V otázce týkající se délky porodu ženy **nejvíce vybíraly možnost, že porod trval do 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí**. Tuto odpověď si zvolilo 78 žen. Dalších 26 žen uvádí, že porod trval déle jak 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí, což může mít vliv na vznik porodního poranění z důvodu dlouho trvajících tlaku na měkké cesty porodní, které následně mohou být ke vzniku poranění náchylnější. Do 2 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí porodilo pouze 9 žen. Zde mohou být cesty nepřipravené z příliš rychlého postupu porodu, kdy právě nepřipravenost porodních cest může vést ke vzniku porodního poranění ženy. Následující otázka se zabývala délkou samotné II. doby porodní, kdy se začíná se samotným tlačáním. Zde 48 žen uvedlo, že II. doba porodní u nich trvala do 30 minut, což naznačuje, že ženy uměly správně zapojit pánevní svalstvo. Do 1 hodiny trvala II. doba porodní u 40 žen, což je vyhovující délka z lékařského hlediska. Více jak 1 hodinu dlouhou II. dobu porodní uvádí 15 žen, kdy se zde zvyšuje vyčerpanost ženy, což může vést až k použití pomocných nástrojů, jako jsou kleště či VEX. Právě u otázky, zda byly tyto nástroje využity, **107 žen uvedlo, že kleště ani VEX využity nebyly**.

Poslední otázka vztahující se k faktorům ovlivňující vznik porodního poranění se týkala vaginálních mykóz, které narušují tkáň a ta je následně citlivější pro vznik porodního poranění. V otázce jsem se ptala, zda ženy před či během těhotenství netrpěly na časté mykózy. **Většina žen, a to přesně 99, odpovědělo, že na mykózy netrpěly**. Pouze 16 žen uvádí, že se s onemocněním potýkalo.

**Cíl 3: Zjistit, jaké pomůcky/techniky pro přípravu hráze a pánevního dna ženy před a během porodu nejvíce využívají.**

**Výzkumný problém:** Jakou pomůcku či techniku prevence porodního poranění ženy nejvíce využívají?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15, 16

U otázky číslo 12 ženy vypisovaly, jaké pomůcky přesně znají. Nejznámější pomůckou pro ně byl **aniball, který zná 94 žen**. Následně **63 žen ví o metodě masáže hráze** a na

třetím místě se umístil čaj z maliníku, o kterém ví 29 žen. V následující otázce ženy uváděly, zda nějakou pomůcku před porodem využily. Ve výsledku tedy **65 žen nějakou pomůcku před porodem využilo** a 50 žen žádnou pomůcku nevyužilo. Z 65 žen jich **57 využilo čaj z maliníku**, na který si většina z těchto žen pravděpodobně v předešlé otázce „Jaké znáte pomůcky či metody pro přípravu porodních cest?“ nevzpomněla. Masáž hráze bylo označena 55x, lněné semínko 32x, psychická příprava 27x a EPI-NO či ANIBALL byl označen pouze 27x. Další otázka se týkala využití pomůcek během porodu, kdy **66 žen odpovědělo, že nějakou pomůcku či techniku prevence porodního poranění během porodu využilo**. Tyto ženy v následující otázce označovaly, které pomůcky či metody přesně využily. Nejvíce označovanou možností bylo **nahřátí ve sprše či vaně, která byla označena 63x**. Chránění hráze porodní asistentkou či lékařem bylo označeno pouze 28x. Je ale možné, že tento úkon ženy při porodu ani nepostřehnou. Na třetím místě je volba porodní polohy dle svého přání, která byla označena 20x.

#### **Cíl 4: Zjistit, jak porodní poranění ovlivnilo kvalitu života ženy.**

**Výzkumný problém:** Ovlivňuje porodní poranění kvalitu života ženy?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Zde jsem se nejprve ptala, zda ženy vůbec utrpěly nějaké poranění při porodu. Naprostá většina odpověděla, že porodní poranění utrpěla. **Přesněji 109 žen utrpělo porodní poranění**. Pouze 6 žen žádné poranění po porodu nemělo. Ze 109 žen, které porodní poranění utrpělo, jich v následující otázce **106 uvedlo, že muselo podstoupit šití**. Následně ženy označovaly, jaké poranění přesně při porodu utrpěly. Z uvedených možností nejčastěji byla označena „**Epiziotomie (nástřih)**“, a to **přesně 59x**. Samovolná ruptura (natržení) hráze byla označena 29x, poranění pochvy 19x a lehká odřenina pysků 18x. K poranění konečníku došlo pouze 3x. V další otázce měly ženy možnost podělit se o zkušenosti s edukací porodních asistentek na oddělení šestinedělí. Možnost „Ano, byla jsem edukována v péči o jizvu (masáž, sezení na polonafouklém kruhu).“ byla označena 45x. Naopak 26x byla označena varianta „Nebyla jsem edukována v péči o jizvu.“. Dále měly ženy možnost se vyjádřit k nabízení přírodních prostředků na hojení porodního poranění od porodních asistentek, kdy ve 30 případech tyto přírodní prostředky nabídnuty byly a ve 43 případech nabídnuty nebyly.

Následovala otázka, kde jsem se žen ptala, zda se po porodu, při kterém došlo k porodnímu poranění, musely obrátit na nějakého odborníka. **Zde byla nejvíce označena**

**možnost „Na nikoho jsem neobrátila.“, a to přesně 75x.** V případě, že se ženy musely na někoho obrátit, si 20x vybraly možnost „Gynekolog“ a 12x „Porodní asistentka“. Dále ženy odpovídaly na otázku, zda měly/mají po porodu nějaké následky. Zde **76 žen odpovědělo, že po porodu žádné následky nemá a nemělo.** Zbýlých 39 žen nějaké následky po porodu má/mělo. Tyto následky ženy v následující otázce více specifikovaly. Zažívání diskomfortu při pohlavním styku, kdy ženy vnímají bolest, nepříjemné pocity nebo například stud, bylo označeno 24x. Následně strach z vylučování byl označen 15x, bolestivé prožitky v místě poranění 9x a 7x byla označena částečná ztráta kontroly nad vylučováním moči.

**Cíl 5: Zjistit, zda byly pomůcky/metody prevence porodního poranění efektivní.**

**Výzkumný problém:** Má využití pomůcek/metod prevence porodního poranění před nebo během porodu efekt na vznik porodního poranění?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 13, 15, 18, 25

Před porodem využilo pomůcky či metody pro přípravu porodních cest 65 žen. Během porodu využilo nějakou pomůcku či techniku 66 žen. Porodní poranění vzniklo celkově u 109 žen. 42 žen udává, že žádnou pomůcku před ani během porodu nevyužilo. Zbýlých 73 žen nějakou pomůcku či metodu využilo a následně se těchto 73 žen dělí na dvě skupiny. **Z toho 42 jich má pocit, že využití nějaké pomůcky či techniky jim při porodu pomohlo.** Oproti tomu 31 žen udává, že jim využití pomůcky či techniky prevence porodního poranění nepomohlo.

## DISKUZE

Téma bakalářské práce „Prevence porodního poranění“ jsem si zvolila, protože mě daná problematika zaujala a chtěla jsem zjistit, zda využití možností prevence porodního poranění ovlivňuje vznik či rozsah porodního poranění u žen. Na porodních sálech při výkonu odborné praxe jsem se běžně setkávala s ženami, které před nebo při porodu využily nějakou pomůcku či metodu k prevenci porodního poranění. Zároveň jsem se u těchto žen setkávala s různými druhy poranění v měkkých porodních cestách. Hlavním cílem bylo tedy zjistit, jaký vliv má předporodní příprava měkkých cest porodních na vznik porodního poranění. Od tohoto hlavního cíle se následně odvíjelo 5 dílčích cílů. Ke zjištění vlivu předporodní přípravy měkkých cest porodních jsem zvolila využití polostrukturovaného dotazníku, pomocí kterého jsem získávala informace pro kvantitativní výzkum. Dotazník jsem umístila na internetové a facebookové stránky.

Cílovou skupinu tvořily ženy v období do 6 měsíců po prvním vaginálním porodu, které rodily v rozmezí 37+0-41+6. Kritérium „do 6 měsíců“ jsem si zvolila z důvodu větší pravděpodobnosti zachování správných informací vztahující se k tomuto tématu. Stav po prvním vaginálním porodu je důležitý, protože porodní cesty jsou po prvním vaginálním porodu povolené, a tak u vícerodiček již nemusí mít možnosti prevence porodního poranění takový efekt. Rozmezí 37+0-41+6 je zde z důvodu zralosti a hmotnosti plodu. U nezralých plodů bývá epiziotomie rutinní záležitostí, která je prováděna za účelem snížení rizika vzniku porodního poranění plodu, který ještě nemusí být připravený na útlak způsobený průchodem porodními cestami. U pravého přenašení, které je definováno od 42+0, bývá vyšší riziko zvýšené hmotnosti plodu, kdy makrosomní plod může mít problém projít porodními cestami aniž by ženu poranil.

Demografické údaje uvádí, že dotazník nejvíce vyplňovaly ženy, které první vaginální porod zažily mezi 27 a 34 rokem života. Zároveň největší část tvořily ženy s vysokým školským vzděláním. To potvrzuje fakt, že čím více jsou ženy vzdělané, tím více se zajímají o různé možnosti a alternativy jak v porodnictví, tak i v jiných odvětvích.

V prvním dílčím cíli jsem chtěla zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o předporodní přípravě porodních cest a možnostech prevence porodního poranění. K tomuto cíli se vztahuje výzkumný problém, zda ženy vědí o možnostech předporodní přípravy porodních cest a o možnostech prevence porodního poranění. V dnešní době by člověk čekal, že edukace již bude na vyšší úrovni, avšak z tohoto šetření vyplývá, že převážná většina žen,

kteřá o možnostech prevence porodního poranění věděla, zaškrtnla možnost, že si informace o možnostech prevence porodního poranění hledala sama na internetu, v knížce nebo v časopise. Edukováno o tomto tématu bylo porodní asistentkou pouze 11 %. Výzkum studentky Stögerové v její bakalářské práci (33, s. 76) uvádí, že převážná většina porodních asistentek věnuje edukaci žen maximálně 5 minut a ve spoustě případů na to porodní asistentky vůbec čas nemají, a tak není divu, že si ženy hledají informace samy. Předporodní kurzy představují skvělou možnost, kdy edukovat těhotné o péči před porodem, během porodu a po porodu. Právě zde by se daly představit různé možnosti či techniky pro prevenci porodního poranění. Z výzkumu bakalářské práce studentky Šrámkové (32, s. 47-48) vychází, že většina jejich respondentek byla v rámci předporodního kurzu edukováno o samotném porodu, porodním mechanismu a porodních dobách, ale nikde se neuvádí edukace ohledně předporodního období a prevence vzniku porodního poranění.

V průběhu porodu by mělo docházet již automaticky k některým metodám prevence porodního poranění. Mezi základ bych určitě řadila využití vany či sprchy a chránění hráze porodní asistentkou či lékařem. Pro zajištění i širší škály pomůcek a metod pro prevenci porodního poranění si lze sepsat porodní přání. Sem žena může uvést všechny své tužby, které se týkají jak porodu, tak následně i doby po porodu. Porodní přání může sloužit ženě jako drobná jistota, že porodní asistentka či porodník vědí, co si u porodu žena přeje. Jsou však případy, kdy porodní přání není respektováno, nejčastěji však kvůli zdravotním rizikům pro matku či plod. V diplomové práci studentky Křivové (36, s. 86-90) vychází, že body porodního přání vztahující se k porodnímu sálu byly personálem respektovány, avšak v mé práci pouze u 23 respondentek bylo porodní přání plně respektováno. Odchylnka zde může nastat kvůli různému výběru porodnice, kdy v České republice není jednotný přístup k rodičkám. V historii je již zaznamenaná kauza, kdy si žena stěžovala na porodnici pro nerespektování porodního přání a provedení výkonu, přesněji epiziotomie, ke kterému nedala souhlas. Tento případ se táhnul od roku 2008, kdy šla žaloba od Okresního soudu přes Krajský, Vrchní, Nejvyšší a Ústavní soud, kdy všechny tyto instituce žalobu zamítly. V roce 2020 byla stížnost podána až k Evropskému soudu pro lidská práva, kde byla následně taktéž zamítnuta. Celý spor trval 12 let a věřím, že byl velmi vyčerpávající pro obě strany. Těžko soudit, zda bylo provedení epiziotomie správné, k takovému vyjádření je zapotřebí prostudování celé dokumentace.

Ženy měly možnost napsat nějaké své doporučení pro zlepšení edukace porodních asistentek. Nejvíce ženy radily, aby porodní asistentky celkově vylepšily své komunikační

schopnosti, byly více empatičtější, a aby pracovaly více individuálněji. V této otázce hodně žen uvádělo, že by chtěly být informovány více i o péči po porodu, což by také, dle mého názoru, mělo být alespoň základně součástí předporodních kurzů.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit možné faktory, které ovlivňují vznik i rozsah porodního poranění. Velkým faktorem pro vznik porodního poranění je váha plodu, kdy v praxi většinou zdravé ženy s odhadem hmotnosti plodu nad 5000 g (u matek s diabetem nad 4500 g) podstupují plánovaný císařský řez, avšak není to podmínkou. Z praxe vím o případu vaginálního porodu plodu s hmotností kolem 5300 g. U těchto větších váhových odhadů se často přistupuje k epiziotomii z důvodu hrozící ruptury III. či IV. stupně. V mém výzkumu však žádná žena neuvedla vaginální porod dítěte vážícího více jak 4500 g. Největší část respondentek porodila dítě vážící 2500-3499g. Délka porodu jak první i druhé doby porodní může ovlivnit vznik i rozsah porodního poranění u ženy. V případě překotného porodu, což je porod trvající maximálně 2 hodiny, může dojít k většímu porodnímu poranění, protože se vše děje velmi rychle a hráz se nestihne připravit. U protražovaného porodu dochází častěji k porodním poraněním kvůli dlouhodobému tlaku na tkáň. Ideálně by I. doba porodní neměla trvat déle jak 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí a druhá doba porodní by u prvního vaginálního porodu neměla trvat déle jak 1 hodinu. Z mého výzkumu vychází, že převážná většina žen porodila do 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí, kdy II. doba porodní trvala v průměru 30-60 minut. Vznik porodního poranění ovlivňují i porodnické nástroje, jako je VEX či kleště, u kterých většinou lékaři provádí epiziotomii pro zabránění vzniku většího porodního poranění vlivem zvětšení procházejícího obvodu o uvedené nástroje. Dalším faktorem zvyšující riziko vzniku porodního poranění jsou opakující se vaginální mykózy, které narušují tkáň. Ta je následně křehčí a je těžší jí uchránit od porodního poranění. Určitě záleží, jak časté vaginální mykózy jsou a kdy byl poslední zánět. Zde 86 % žen uvedlo, že na vaginální mykózy před těhotenstvím ani v těhotenství netrpěly.

Třetím výzkumným cílem bylo zjistit, jaké pomůcky či techniky pro přípravu hráze a pánevního dna ženy před a během porodu nejvíce využívají.

*Tabulka 3 Neznámější druhy pomůcek a technik pro přípravu měkkých cest porodních*

5 neznámější druhů pomůcek a technik:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aniball</li><li>• Masáž hráze</li><li>• Čaj z maliníku</li><li>• Bylinná napářka</li><li>• Lněné semínko</li></ul>

Zdroj: Vlastní

*Tabulka 4 Nejpoužívanější pomůcky a techniky před porodem pro přípravu měkkých cest porodních*

5 nejpoužívanějších pomůcek a technik před porodem:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Čaj z maliníku</li><li>• Masáž hráze</li><li>• Lněné semínko</li><li>• Psychická příprava</li><li>• EPI-NO/Aniball</li></ul>

Zdroj: Vlastní

Neznámější pomůckou se stal Aniball. Ten je v dnešní době známý určitě díky velké platformě reklam, které jsou dostupné jak v televizi, tak i na internetu. Aniball je však ve využití až na pátém místě. Řekla bych, že není tolik využíván, jelikož se jeho cena na trhu pohybuje kolem 1400 korun, což není málo na pomůcku, kterou žena využije párkrát. Čaj z maliníku je sice až třetí neznámější pomůcka před porodem pro přípravu měkkých cest porodních, avšak ve využití se nachází na prvním místě. Předpokládám, že ženy, které využívaly čaj z maliníku, na něj u otázky „Jaké znáte pomůcky či metody pro přípravu porodních cest?“ zapomněly. Výzkum studentky Řezníčkové (37, s. 37) uvádí rovněž jako nejpoužívanější pomůcku pro přípravu porodních cest pití čaje z maliníku. Zároveň se její výsledky shodují i v druhé nejpoužívanější pomůcce/metodě, a to v masáži hráze. Je možné, že masáž hráze je zajímavá jak pro ženy, tak i pro jejich partnery, kteří ji mohou využít v rámci partnerských her.



*Tabulka 5 Nejpoužívanější pomůcky či metody během porodu pro přípravu měkkých cest porodních*

5 nejpoužívanějších pomůcek či metod během porodu:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nahřátí ve sprše/vaně</li><li>• Chránění hráze porodní asistentkou nebo lékařem</li><li>• Porodní poloha dle svého přání</li><li>• Aromaterapie</li><li>• Bylinná napáěrka</li></ul>

Zdroj: Vlastní

Ženy jako nejpoužívanější metodu během porodu pro prevenci porodního poranění uváděly nahřátí se ve sprše či vaně. Využití vany či sprchy na porodním pokoji je dnes snad již rutinní záležitostí. Je to skvělá varianta pro nahřátí hráze, která vlivem tepla povoluje a stává se poddajnější. K tomu slouží i bylinná napáěrka, která však není moc využívána, což je nejspíš zapříčiněno tím, že o tom ženy nevědí a porodní asistentky to obecně moc nenabízí. Chránění hráze porodní asistentkou či lékařem je v dnešní době snad automaticky prováděná metoda, avšak odpověď byla označena pouze 28x. Předpokládám, že většina žen ani nepostrehla, že k chránění hráze porodní asistentkou či lékařem vůbec došlo. Oproti mému výzkumu studentka Prausová (38, s. 59) ve svém výzkumu k bakalářské práci uvádí, že porodní asistentka či lékař hráz chránili 7 z 10 ženám, 2 z 10 žen si nejsou jisté, nepamatují si, zda k chránění hráze došlo, a pouze 1 z 10 žen uvedla, že hráz chráněnou neměla. Volbu porodní polohy dle svého přání také nemělo moc žen. Ve většině porodnic si porodní asistentky či lékaři přejí mít rodičku v klasické gynekologické poloze, což je škoda. Jak uvádí Antonín Pařízek ve své knize (12, s. 426-428), tak dnešní porodnice jsou již vybaveny různými pomůckami jako jsou žebřiny, žíněnka, gymnastické míče, speciální židličky či závěsná lana, které je škoda, aby rodička při porodu nevyužila. Aromaterapie je také velmi málo využívána, kdy může být důvodem opět neinformování a nenabízení. Ovšem kapitola aromaterapie je velmi specifická, protože ne každý má rád výrazné vůně nebo vůně obecně.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jak porodní poranění ovlivnilo kvalitu života ženy. V tomto výzkumu ženy uvedly, že naprostá většina utrpěla při porodu porodní poranění, které zároveň bylo nutné u většiny žen zašít. Porod bez poranění mělo pouze malé procento respondentek, přesněji pouze 5 %, což je v rozporu s výzkumem studentky Kubincové (39, s. 53), který uvádí porod bez poranění až u 23 %. Stejný výzkum také uvádí jako nejčastější porodní poranění samovolný vznik ruptury, zatímco v tomto výzkumu byla označena

epiziotomie, jako nejčastější porodní poranění. Dle WHO by výskyt epiziotomie u vaginálních porodů neměl přesáhnout 10 %. V tomto výzkumu byla epiziotomie provedena u 59 žen ze 115, což je asi 51 %, z čehož teoreticky plyne, že u 41 % byla epiziotomie provedena nadbytečně. Vzhledem k tomu, že spousta žen utrpěla nějaké porodní poranění, bylo na místě, aby porodní asistentky ženy edukovaly o správné péči o poranění pro usnadnění hojení. Zde ženy uvedly, že ve větší míře byly edukovány v péči o jizvu, kdy jim bylo doporučeno například sezení na polonafouklém kruhu či masírování jizvy, avšak uvádí, že ve většině případech jim nebyly nabídnuty žádné přírodní prostředky k hojení poranění, kam patří například aromaterapie, bylinky, homeopatika či ledování. Výzkum studentky Filipové (40, s. 44) uvádí, že většina jejích respondentek byla edukována zdravotnickým personálem, nejčastěji gynekologem a porodní asistentkou, o péči o porodní poranění, kdy ale doporučení přírodních prostředků zde také není hojně zastoupeno. Výzkum studentky Filipové také uvádí, že většina žen po porodu neměly žádné problémy či následky, což se shoduje s výsledky tohoto výzkumu. Ženy, které uvedly, že po porodu měly či ještě mají nějaké následky, popisují nejčastěji změnu při pohlavním styku, kdy cítí jistý diskomfort, který se může projevovat například bolestí, nepříjemnými pocity či studem. Tato možnost byla označena 24x (31 %) ze 77 celkových odpovědí. Výzkum ohledně vnímání pohlavního styku po porodu provedla studentka Ťopková (42, s. 42-43), která zjistila, že 3 z 11 párů vnímá pohlavní styk hůře, kdy to není pouze o fyzickém, ale i o psychickém problému. Zároveň uvádí, že v převedení na jedince a ne na celý pár, se jedná přesně o polovinu respondentů hodnotících negativně pohlavní styk po porodu, kdy se zde však nejedná pouze o vnímání ženy, ale i muže. Ohledně inkontinence moči či stolice se jedná o minimální počty, vyšší počet respondentek spíše uvádí celkový strach z vylučování, než problém při něm. Vzhledem k vysokému počtu žen, které neměly či nemají po porodu následky, je odpovídající, že se většina nemusela obrátit na odborníka. V případě, že se žena na odborníka obrátit musela, nejčastěji se tak obrátila na gynekologa či na porodní asistentku. Fyzioterapeuta využilo jen pár žen.

Poslední cíl se zaměřoval na efektivitu pomůcek či metod prevence porodního poranění. Jednalo se zcela o subjektivní pocity respondentek. Více jak polovina dotazovaných žen uvedla, že před porodem, nebo během porodu, nebo před i během porodu nějakou pomůcku či metodu prevence porodního poranění využila. Celkově využilo nějakou možnost prevence porodního poranění 63 % ze všech respondentek. Zároveň však 95 % všech respondentek uvedlo, že při porodu porodní poranění utrpělo, což naznačuje jistou neefektivitu možností prevence porodního poranění. Zmíněných 63 % všech respondentek, které nějakou

možnost prevence využilo, se rozděluje na 36 %, které subjektivně uvádí, že jim nějaké z pomůcek či metod pomohly a měly tak u porodu vliv, a na 27 %, které naopak uvádí, že jim žádná z pomůcek či technik prevence porodního poranění nepomohla, a tak bylo jejich využití zcela zbytečné. Vědecký článek (43) uvádí, že intervence jako je cvičení pánevního dna i cvičení celkově v těhotenství, masáž hráze, změna poloh rodičky či nahřívání hráze, jsou prospěšné pro prevenci porodního poranění.

Odpovědět si na otázku „Jaký vliv má předporodní příprava měkkých cest porodních na porodní poranění ženy?“ není jednoduché. Samozřejmě záleží s jakým personálem se ženy setkaly a jaké poranění by utrpěly, kdyby žádnou pomůcku či metodu nevyužily. Bohužel se v tomto výzkumu ukázaly možnosti prevence porodního poranění jako spíše nepřínosné.

### **Limity výzkumu**

Dle mého názoru je jedním z limitů výzkumu nezjištění lokace proběhlých porodů, která by mohla ukázat oblasti země, kde jsou ženy nejvíce edukovány a informovány ohledně prevence porodního poranění. Také by se na mapě mohly objevit lokace, kde se k porodu přistupuje stále v socialistickém duchu, a naopak by bylo více patrné, které oblasti České republiky jsou otevřeny možnostem prevence porodního poranění a kde se snaží zabránit jeho vzniku. Dalším limitem mohlo být nezahrnutí některých faktorů ovlivňující vznik porodního poranění, jako je například pozice „supermana“, kdy plod prochází porodními cestami s jednou ručičkou u hlavičky, a tak zvětšuje procházející obvod a může tak více tláčit na tkáň. Mezi limity výzkumu se dle mého názoru dá řadit i období, ve kterém se výzkum prováděl. V tomto koronavirovém období bylo daleko náročnější dostat dotazník k co nejvíce ženám.

Pro další výzkum bych upravila dotazník, kam bych přidala pár otázek, které by ukázaly, ve které části České republiky jsou ženy nejvíce informované o možnostech prevence porodního poranění, kde se tyto možnosti nejvíce využívají. Více bych rozebrala faktory ovlivňující vznik porodního poranění a snažila bych se o větší rozhození dotazníku mezi co nejvíce žen po celé republice.

### **Sebereflexe výzkumníka**

Samotný výzkum byl pro mě velmi obohacující. Jsem ráda, že jsem se prostřednictvím výzkumu mohla dozvědět plno nových informací o možnostech předporodní přípravy

měkkých cest porodních. I ze samotného dotazníku jsem se od žen dozvěděla pár nových informací. Zároveň bylo vcelku překvapující, že si ženy hledají informace o možnostech prevence porodního poranění samy. Myslela jsem si, že alespoň nějaké základní informace o tomto tématu ženy získávají od porodních asistentek v rámci prenatálních poraden. To, že nejznámější pomůckou je Aniball mě moc nepřekvapilo. Myslím, že v dnešní době plného reklam jak v televizi, tak i na internetu, je již v celku těžké o tomto produktu vůbec nevědět. Zajímavé mi přišlo, že nejvíce využívaný v předporodním období je čaj z maliníku. Na tomto místě jsem očekávala spíše masáž hráze, která může být zahrnuta i do partnerských aktivit.

### **Doporučení pro praxi**

Na základě výsledků provedeného výzkumu v praktické části bakalářské práce bych navrhovala některá doporučení pro praxi porodních asistentek. Doporučila bych se více vzdělávat a zajímat se o možnosti prevence porodního poranění, aby tak mohla být zajištěna lepší edukace žen. Zároveň bych doporučila zahrnout do předporodních kurzů kapitolu o možnostech prevence porodního poranění a více bych se snažila toto téma přivést do společnosti. Ještě by bylo dobré, kdyby si porodní asistentky v prenatálních ambulancích našly chvíli a téma „prevence porodního poranění“ před ženami alespoň zmínily. V neposlední řadě bych porodním asistentkám doporučila, aby byly více trpělivé, a aby vyjely ze zajatých kolejí a snažily se ženu na porod připravovat během celého těhotenství.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá možnostmi prevence porodního poranění ženy, zda a jak jsou o těchto možnostech ženy informovány, jestli pomůcky či metody prevence porodního poranění využívají a zda mají ženy pocit, že jim tyto pomůcky při porodu pomohly. Prevence porodního poranění je stále aktuální téma, které jde napříč dobou i kulturou. Porodní asistentka by zde měla zaujímat jednak místo edukátorky, která poskytuje ženám informace o předporodní přípravě porodních cest, a jednak by měla poskytovat kompletní péči při porodu, kdy se snaží předejít porodnímu poranění ženy. Zároveň by se měly porodní asistentky zajímat o EBM a psát si statistiku svých výsledků porodního poranění, což v České republice není zvykem.

V teoretické části popisují celou anatomii reprodukčních orgánů ženy, jsou zde popsány různé druhy poranění ženy, které mohou při porodu vzniknout. Dále popisují roli porodní asistentky v edukaci o předporodní přípravě porodních cest. Jsou zde představeny a popsány možnosti prevence porodního poranění využívané před i během porodu. Další kapitola popisuje epiziotomii, neboli nástřih, a jeho vývoj a vnímání ve společnosti. Je zde zmíněné i porodní přání a jeho právní legislativa. Poslední kapitola se zabývá péčí v šestinedělí o porodní poranění.

Z dotazníkového šetření se patrně, že ženy ve většině případech jsou informovány o možnostech prevence porodního poranění, avšak informace, které by měly dostávat od porodních asistentek, nejčastěji získávají samy, kdy si informace hledají na internetu, v knížkách či v časopisech. Jako nejznámější pomůckou pro přípravu porodních cest se ukázal být ANIBALL, avšak nejčastěji používaný je před porodem čaj z maliníku a během porodu ženy nejvíce využívají sprchu či vanu, ve které se vyhřívají. Z dotazníku zároveň vyplývá, že většina žen, i přes využití pomůcek či metod prevence porodního poranění, při samotném porodu porodní poranění utrpěla, což naznačuje jistou neefektivitu možností prevence porodního poranění, avšak záleží vždy na individualitě každé ženy i situace.

Jsem ráda, že jsem si toto téma zvolila a dozvěděla se tak plno informací o možnostech předporodní přípravy porodních cest. Byla bych rády, kdyby v budoucnu bylo více prací na toto téma jak v českém, tak i v anglickém jazyce, kdy by se porodní asistentky mohly více vzdělávat v této oblasti. Ráda bych, kdyby porodní asistentky více informovaly ženy o možnostech předporodní přípravy a ženy si tak informace nemusely hledat samy.

## SEZNAM LITERATURY

1. **Procházka, Martin.** *Porodní asistence.* Praha : Maxdorf, 2020. 978-80-7345-618-4.
2. **Pilka, Radovan a Procházka, Martin.** *Gynekologie.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. 978-80-244-5158-9.
3. **Hájek, Zdeněk, Čech, Evžen a Maršál, Karel.** *Porodnictví 3., zcela přepracované a doplněné vydání.* Praha : Grada, 2014. 978-80-247-4529-9.
4. **Procházka, Martin a Pilka, Radovan.** *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence.* Olomouc : AED - Olomouc s. r. o., 2016. 978-80-906280-0-7.
5. **Roztočil, Aleš.** *Moderní porodnictví 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha : Grada, 2017. 978-80-247-5753-7.
6. **Macků, František a Macků, Jaroslava.** *Průvodce těhotenstvím a porodem.* Praha : Grada, 1998. 80-7169-589-0.
7. **Zemanová, Helena.** Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené. *proLékaře.cz.* [Online] 1. Duben 2013. [Citace: 12. Listopad 2021.] <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2013-1/problematika-rozsahleho-porodniho-poraneni-a-komplikace-s-nim-spojene-40499>.
8. **Marschall, Jayne a Raynor, Maureen.** *Myles Textbook for Midwives.* Oxford : Oxford Churchill Livingstone 2014, 2014. 9780702051463.
9. **Grygárková, Simona.** Porod a aromaterapie. *Celostnimedica.cz.* [Online] Celostnimedica.cz, 1. Únor 2008. [Citace: 16. Listopad 2021.] <https://www.celostnimedica.cz/porod-a-aromaterapie.htm>.
10. **Vlasáková, Veronika.** Jak si přírodní cestou zpříjemnit těhotenství. *vedomezrozeni.cz.* [Online] vedomezrozeni.cz, 12. Březen 2018. [Citace: 14. Listopad 2021.] <http://www.vedomezrozeni.cz/2018/03/12/jak-si-prirodni-cestou-zprijemnit-tehotenstvi/>.
11. **Fančovičová, Anna.** Bylinná napárka v těhotenství a u porodu. *porodni-asistentka.eu.* [Online] porodni-asistentka.eu, 14. Duben 2020. [Citace: 16. Listopad 2021.] <http://porodni-asistentka.eu/index.php/blog/zajimave-clanky/46-bylinna-naparka-v-tehotenstvi-a-u-porodu>.

12. **Pařízek, Antonín.** *Kniha o těhotenství a dítěti.* Praha : Galén, 2008. 978-80-7262-653-3.
13. **Moravcová, Markéta a Petržílková, Helena.** *Základy péče v porodní asistenci I.* Pardubice : Univerzita Pardubice, 2018. 978-80-7560-132-2.
14. **Kudela, Milan.** *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty .* Olomouc : Univerzita Palackého, 2008. 978-80-244-1975-6.
15. **Grygerová, Romana.** Epiziotomie. *theses.cz.* [Online] 30. Duben 2018. [Citace: 17. Listopad 2021.] [https://theses.cz/id/7x2nmp/Grygerova\\_Romana\\_Epiziotomie.pdf](https://theses.cz/id/7x2nmp/Grygerova_Romana_Epiziotomie.pdf).
16. **Fait, Tomáš.** *Šestinedělí.* Praha : Maxdorf s.r.o., 2021. 978-80-7345-685-6.
17. **Biooo.cz.** SALOOS OLEJ NA MASÁŽ HRÁZE 50 ML. *Biooo.cz.* [Online] Copyright BIOOO.CZ s.r.o., 2022. [Citace: 2. Únor 2022.] [https://www.biooo.cz/olej\\_na\\_masaz\\_hraze\\_saloos-p-396.html](https://www.biooo.cz/olej_na_masaz_hraze_saloos-p-396.html).
18. **Valová, Monika.** Uvolnění porodních cest - bylinná napárka před porodem a při něm. *Steamy.cz.* [Online] 2017 Steamy.cz, 14. Únor 2018. [Citace: 2. Únor 2022.] <https://www.steamy.cz/post/uvolneni-porodnich-cest-bylinna-naparka-pred-porodem-a-pri-nem>.
19. **Gutmanová, Laura.** *Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem.* Praha : MAITREA a.s., 2013. 978-80-87249-46-8.
20. **Hendrych Lorenzová, Eva a Raisnerová, Irena.** *Být šťastná porodní asistentka.* Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2020. 978-80-261-0985-3.
21. **Dumoulin, Chantale.** *Ve formě po porodu.* [překl.] Kateřina Bodnárová. Praha : Portál, s.r.o., 2006. 80-7367-080-1.
22. **Vlková, Alena.** V jaké poloze budete rodit? Porody na zádech jsou prý delší až o 20 minut. *maminka.cz.* [Online] CZECH NEWS CENTER, 13. Zář 2018. [Citace: 2. Únor 2022.] <https://www.maminka.cz/clanek/v-jake-poloze-budete-rodit-porody-na-zadech-jsou-pry-delsi-az-o-20-minut>.

23. **VAMARI s.r.o.** Kdy začít pít čaj z maliníku v těhotenství? *Monperi.cz*. [Online] VAMARI s.r.o., 2021. [Citace: 14. Listopad 2021.] <https://www.monperi.cz/blog/kdy-zacit-pit-caj-z-maliniku/>.
24. **RR Medical s.r.o.** O Aniballu. *Aniball.cz*. [Online] RR Medical s.r.o., 2021. [Citace: 14. Listopad 2021.] <https://www.aniball.cz/aniball/>.
25. **TECSANA GmbH**. HOME: Epi-no. *epino.de*. [Online] TECSANA GmbH, 2019. [Citace: 14. Listopad 2021.] <https://www.epino.de/en/epi-no.html>.
26. **Tena Lady**. Kegellovy cviky: způsob, jak posílit pánevní dno. *tenacz.cz*. [Online] Copyright Essity Czech Republic, s.r.o, 2017. [Citace: 14. Listopad 2021.] [https://www.tenacz.cz/tenalady/o-inkontinenci/novinky\\_cz/2lady\\_cviceni\\_kegellovy\\_cviky](https://www.tenacz.cz/tenalady/o-inkontinenci/novinky_cz/2lady_cviceni_kegellovy_cviky).
27. **Steamy.cz**. Voňavý porod. *Steamy.cz*. [Online] 2017 Steamy.cz, 2022. [Citace: 2. Únor 2022.] <https://www.steamy.cz/product-page/vonavy-porod>.
28. **Aniball.cz**. Ženské tělo po porodu. *Aniball.cz*. [Online] RR Medical s.r.o., 16. Únor 2020. [Citace: 2. Únor 2022.] <https://www.aniball.cz/zenske-telo-po-porodu/>.
29. **FYZIOklinika fyzioterapie s.r.o., Praha**. KDYŽ JE PO PORODU NEMOŽNÉ CHODIT NEBOLI CO JE TO SYMFYZEOLÝZA. *FYZIOKLINIKA.cz*. [Online] 2017. [Citace: 28. Únor 2022.] <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/kdyz-je-po-porodu-nemozne-chodit-neboli-co-je-to-symfyzeolyza>.
30. **Aniball.cz**. Kegellovy cviky – proč (ne)posilovat pánevní dno? *Aniball.cz*. [Online] RR Medical s.r.o., 16. Duben 2020. [Citace: 28. Únor 2022.] <https://www.aniball.cz/kegellovy-cviky-proc-neposilovat-panevni-dno/>.
31. **Kutnohorská, Jana**. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing a.s., 2009. 978-80-247-2713-4.
32. **Kališ, Vladimír a Rušavý, Zdeněk**. *Biomechanické principy chránění hráze*. [Prezentace] Plzeň : GPK FN Plzeň, 2017.
33. **Kohutová, Anna**. Nástřih hráze = zraněné ženství. *annakohutova.cz*. [Online] Mioweb, 14. Duben 2016. [Citace: 6. Březen 2022.] <https://annakohutova.cz/nastrih-hraze-zranene-zenstvi/>.



34. **Šrámková, Lucie.** *Předporodní příprava a její význam pro rodičky.* České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2016.
35. **Stögerová, Pavla.** *Těhotenské změny a edukace porodní asistentky.* Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2012.
36. **Křivová, Ludmila.** *Dříve vysjádřené přání - porodní plán.* Pardubice : Univerzita Pardubice, 2014.
37. **Řezníčková, Dana.** *Prevence maternálního porodního poranění.* Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2017.
38. **Prausová, Nikola.** *Poranění ženy při vaginálním porodu a jeho prevence.* Brno : Masarykova Univerzita, 2018.
39. **Kubincová, Zita.** *Problematika poranění ženy za porodu.* Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008.
40. **Filipová, Pavla.** *Dopady porodního poranění na ženu.* Pardubice : Univerzita Pardubice, 2020.
41. **Ťopková, Anna.** *Vnímání sexuality páru po porodu.* Brno : Masarykova Univerzita, 2018.
42. **Ferreira-Couto, C. a Fernandes-Carneiro, M.** Trauma perineal prevention: An integrative literature review. *Enfermería Global.* Červenec, 2017, Sv. 16, 3.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha A – Aniball
- Příloha B – Bylinná napářka
- Příloha C – Chránění hráze
- Příloha D – Dotazník „Prevence porodního poranění“

# PŘÍLOHY

## Příloha A – Aniball

*Obrázek 1: Aniball*



*Zdroj: aniball.cz*

## Příloha B – Bylinná napářka

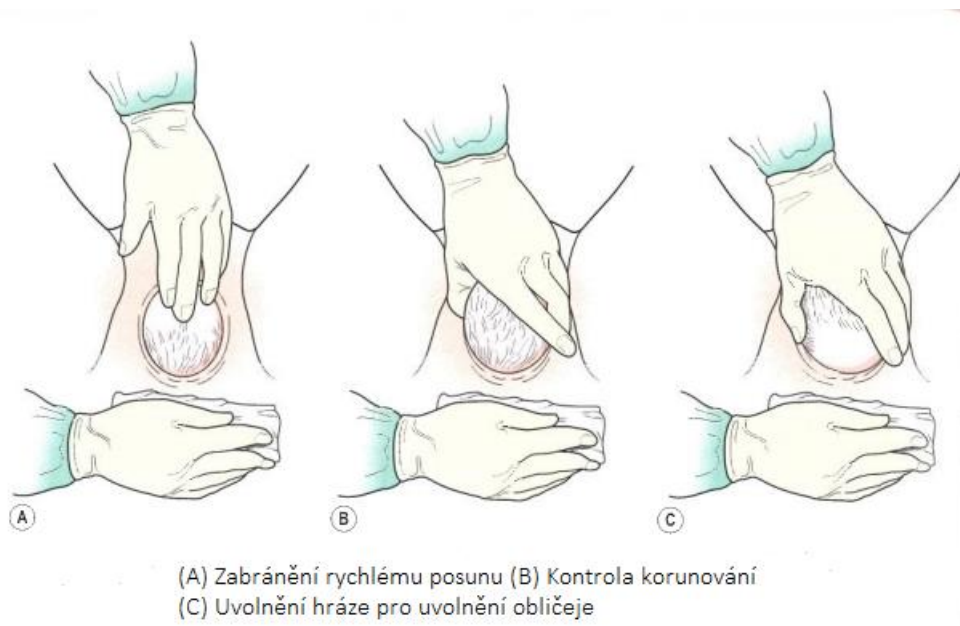
Obrázek 2: Bylinná napářka



Zdroj: *Sebevedomarodina.cz*

## Příloha C – Chránění hráze

Obrázek 3 Chránění hráze



Zdroj: *Marschall, Jayne a Raynor, Maureen. Myles Textbook for Midwives. Oxford : Oxford Churchill Livingstone 2014, 2014. 9780702051463., s. 378*

## **Příloha D – Dotazník „Prevence porodního poranění“**

Vážené respondentky,

jmenuji se Lada Fuchsová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií v Plzni oboru Porodní asistence. Obracím se na Vás s žádostí vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Prevence porodního poranění“. Chtěla bych Vás poprosit o co nejpresnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je zcela anonymní a dobrovolná.

**Podmínkou je stav po prvním vaginálním porodu, který se odehrál jednak v posledních 6 měsících a jednak kolem termínu porodu (tzv. v období mezi ukončeným 37.-42. týdnem těhotenství).**

Dotazník obsahuje 27 otázek a jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více než 15 minut.

Předem děkuji.

e-mail: fuchsova.lada@seznam.cz

1. Jste v období 6 měsíců po prvním vaginálním porodu?
  - a. Ano
  - b. Ne
2. Porodila jste mezi ukončeným 37.-42. týdnem těhotenství? (tzv. 37+0-41+6)
  - a. Ano
  - b. Ne, porodila jsem dříve.
  - c. Ne, porodila jsem později.
3. V kolika letech jste poprvé vaginálně rodila?
  - a. 20 let a méně
  - b. 21-26 let
  - c. 27-34 let
  - d. 35 let a více
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a. Základní
  - b. Středoškolské bez maturity
  - c. Středoškolské s maturitou
  - d. Vyšší odborné
  - e. Vysokoškolské

5. Kolik vážilo Vaše dítě při narození?
  - a. 2499 g a méně
  - b. 2500-3499 g
  - c. 3500-4499 g
  - d. 4500 g a více
6. Jak dlouho porod trval?
  - a. Do 2 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí. (překotný porod)
  - b. Do 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí.
  - c. Více jak 12 hodin od nástupu pravidelných kontrakcí.
  - d. Nevím, čas si neuvědomuji.
7. Jak dlouho trvala II. doba porodní? (II. doba porodní – samotné tlačení)
  - a. Do 30 minut.
  - b. Do 1 hodiny.
  - c. Více jak 1 hodinu.
  - d. Nevím, čas si neuvědomuji.
8. Bylo při porodu hlavičky využito VEX nebo kleští? (VEX – vakuumextrakce – nasazení “zvonu“ na hlavičku dítěte)
  - a. Ano, VEX.
  - b. Ano, kleště.
  - c. Žádná z těchto pomůcek nebyla použita.
9. Trpěla jste před těhotenstvím nebo během těhotenství na časté mykózy?
  - a. Ano
  - b. Ne
10. Kde jste se dozvěděla o možnostech předporodní přípravy porodních cest?
  - a. Byla jsem informována porodní asistentkou.
  - b. Našla jsem si informace na internetu/ v knížce/ v časopise.
  - c. Od kamarádky/ známé.
  - d. O možnostech předporodní přípravy jsem nevěděla.
  - e. Jiná:
11. Zúčastnila jste se předporodních kurzů?
  - a. Ano
  - b. Ne
12. Jaké znáte pomůcky či metody pro přípravu porodních cest?
  - a. Vypište:

13. Využila jste PŘED porodem nějakou pomůcku pro přípravu porodních cest?
- Ano
  - Ne (přeskočte na otázku číslo 16)
14. Jakou pomůcku či techniku prevence jste PŘED porodem využila? (Odpovězte pokud jste v předchozí otázce zaškrtnla "Ano".)
- Masáž hráze
  - EPI-NO, ANIBALL
  - Čaj z maliníku
  - Lněné semínko
  - Psychická příprava (např. návštěva předporodních kurzů, rozhovor s porodní asistentkou v prenatální poradně)
  - Cviky na posílení pánevního dna
  - Jiná:
15. Využila jste BĚHEM porodu nějakou pomůcku či techniku prevence porodního poranění?
- Ano
  - Ne (pokračujte otázkou číslo 18)
16. Jakou pomůcku či techniku jste BĚHEM porodu využila? (Odpovězte pokud jste v předchozí otázce zaškrtnla "Ano".)
- Aromaterapie
  - Bylinná napáňka
  - Nahřátí ve sprše/vaně
  - porodní poloha dle svého přání
  - Chránění hráze porodní asistentkou nebo lékařem
  - Porod do vody
  - Jiná:
17. V případě, že jste měla vypracované porodní přání, bylo personálem respektováno?
- Ano
  - Částečně
  - Ne
  - Neměla jsem vypracované porodní přání.
18. Utrpěla jste nějaké porodní poranění?
- Ano
  - Ne (pokračujte prosím otázkou číslo 24)

19. Bylo nutné porodní poranění zašít? (Odpovězte pokud jste v předchozí otázce zaškrtnula “Ano“.)
- Ano
  - Ne
20. Jaké porodní poranění jste utrpěla? (Odpovězte pouze pokud jste v otázce 19 zaškrtnula “Ano“.)
- Epiziotomie (nástřih)
  - Samovolná ruptura (natržení) hráze
  - Poranění děložního hrdla
  - Poranění pochvy
  - Poranění klitorisu
  - Poranění konečníku
  - Lehká odřenina pysků
  - Nevím přesně
21. Mluvil s Vámi personál na oddělení šestinedělí o péči o porodní poranění?
- Ano, byly mi nabídnuty přírodní prostředky k hojení poranění (aromaterapie, bylinky, ledování).
  - Nebyly mi nabídnuty žádné přírodní prostředky k hojení poranění.
  - Ano, byla jsem edukována v péči o jizvu (masáž, sezení na polonafouklém kruhu).
  - Nebyla jsem edukována v péči o jizvu.
  - Jiné:
22. Obrátila jste se po porodu, při kterém vzniklo porodní poranění, na nějakého odborníka?
- Porodní asistentka
  - Gynekolog
  - Urolog
  - Fyzioterapeut
  - Na nikoho jsem se neobrátila
  - Jiné:
23. Měla jste/máte po porodu nějaké následky
- Ano
  - Ne (pokračujte otázkou číslo 26)



24. Jaké následky jste měla/máte? (Odpovězte pouze pokud jste v předchozí otázce zaškrtnula “Ano“.)
- a. Stach z vylučování
  - b. Částečná ztráta kontroly nad vylučováním moči
  - c. Úplná ztráta kontroly nad vylučováním moči
  - d. Částečná ztráta kontroly nad vylučováním stolice
  - e. Úplná ztráta kontroly nad vylučováním stolice
  - f. Diskomfort při pohlavím styku (bolest, nepříjemné pocity, stud, ...)
  - g. Bolestivé prožitky v místě poranění i při běžných denních aktivitách
  - h. Diskomfort v místě poranění i při běžných denních aktivitách
  - i. Narušení vztahu k mému tělu
  - j. Jiné:
25. Jestliže jste nějakou pomůcku či metodu prevence porodního poranění využila, máte pocit, že Vám při porodu pomohla (měla u porodu vliv)?
- a. Ano, pomohla.
  - b. Ne, nepomohla.
  - c. Nevyžila jsem.
26. Co byste doporučila porodním asistentkám pro zlepšení edukace v rámci předporodní přípravy porodního poranění?
- a. Vypište:

*Zdroj: Vlastní*