

Management perineálního poranění v průběhu porodu a šestinedělí

Veronika Varmužová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Varmužová**

Osobní číslo: **H13764**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Management perineálního poranění v průběhu porodu a šestinedělí**

Zásady pro vypracování:

Výběr a studium literatury související s daným tématem bakalářské práce.

Stanovení cílů bakalářské práce.

Zvolení výzkumné metody a výběr respondentů.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Realizace kvantitativního výzkumného šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Shrnutí výsledků výzkumu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOLEŽAL, Antonín. Porodnické operace. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.

GRADY, Kate et al. Managing obstetric emergencies and trauma: the MOET course manual. 2nd ed. London: RCOG Press, 2007. ISBN 978-190-4752-219.

MAREŠOVÁ, Pavlína. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3153-0.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

VRÁNOVÁ, Věra. Historie babictví a současnost porodní asistence. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Konzultant:

Mgr. Dagmar Moravčíková

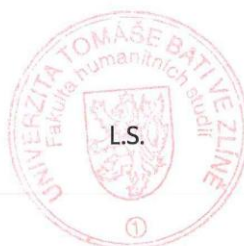
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **18. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 18. prosince 2015


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 16. 2. 2016

..... Namurová

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

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

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

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

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

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

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

ABSTRAKT

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na problematiku poranění perinea během porodu. Cílem bylo zjistit, jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení episiotomie, zjistit, jak porodní asistentky přistupují k preventivním metodám poranění perinea a jakým způsobem porodní asistentky edukují ženy o ošetřování porodního poranění. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část objasňuje typy poranění perinea během porodu, rizikové faktory, preventivní metody, komplikace, ošetření a doporučenou péči o porodní poranění. V praktické části jsou uvedeny zpracované výsledky výzkumného šetření, které bylo uskutečněno pomocí anonymního dotazníku.

Klíčová slova: perineum, ruptura hráze, episiotomie, porodní poranění, pánevní dno, prevence poranění hráze, péče o porodní poranění.

ABSTRACT

The presented bachelor thesis focuses on problems of a perineal injury during the childbirth. The aim was to find out what attitude the midwives hold to perform episiotomy, how they approach to preventive methods of a perineal injury and in which way they educate women about treatment of a birth injury. The work is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part clarifies types of a perineal injury during the childbirth, high-risk factors, preventive methods, health complications and recommended care about birth injuries. Processed results of research survey which was realised with the help of an anonymous questionnaire are stated in the practical part.

Keywords: perineum, rupture of perineum, episiotomy, birth injury, pelvic floor, prevention, care about birth injury.

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucímu práce MUDr. Zdeňku Adamíkovi, Ph.D. a konzultantce Mgr. Dagmar Moravčíkové za připomínky, cenné rady a podněty, které mi byly poskytnuty při vypracovávání této bakalářské práce. Dále poděkování patří Krajské nemocnici Tomáše Bati Zlín a.s., Nemocnici Kyjov, příspěvková organizace, a Uherskohradištské nemocnici a.s., které mi umožnily sběr dat a porodním asistentkám za pomoc a ochotu při realizaci výzkumného šetření.

Také bych ráda poděkovala své rodině a příteli za velkou podporu a trpělivost během celého studia.

„Bože, dej mi klid, abych přijímal věci, které změnit nemohu, odvahu, abych měnil věci, které měnit mohu a moudrost, abych je uměl od sebe odlišit.“

- *Arthur Miller*

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

Ve Zlíně dne

.....

Veronika Varmužová

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PORANĚNÍ PERINEA BĚHEM VAGINÁLNÍHO PORODU	12
1.1 ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA A PERINEA.....	12
1.1.1 Svaly pánevního dna	12
1.1.2 Perineum	13
1.1.2.1 Diaphragma urogenitale.....	13
1.2 TYPY PORANĚNÍ PERINEA	15
1.2.1 Ruptura hráze	15
1.2.2 Episiotomie	16
1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY PERINEÁLNÍHO PORANĚNÍ	20
1.4 PREVENCE PERINEÁLNÍHO PORANĚNÍ	22
1.4.1 Možnosti přípravy hráze k porodu	23
1.4.1.1 Cvičení zaměřené na posilování svalů pánevního dna	23
1.4.1.2 Masáž hráze v těhotenství.....	24
1.4.1.3 Balónkový тренаžér	25
1.4.2 Způsoby chránění hráze během porodu.....	26
1.4.2.1 Volba vhodné porodní pozice	26
1.4.2.2 Masáž hráze při porodu.....	27
1.4.2.3 Chránění hráze porodníkem nebo porodní asistentkou.....	28
1.4.2.4 Použití lubrikačního přípravku	29
1.4.2.5 Metoda pomalého prořezávání hlavičky.....	30
2 PÉČE O PERINEÁLNÍ PORANĚNÍ V POPRODNÍ DOBĚ A ŠESTINEDĚLÍ	31
2.1 OŠETŘENÍ PORODNÍHO PORANĚNÍ.....	31
2.1.1 Ošetření episiotomie.....	31
2.1.2 Ošetření ruptur.....	32
2.2 DOPORUČENÁ PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	33
2.2.1 Poporodní péče o perineum po jeho ošetření	34
2.2.2 Fyzická aktivita vedoucí k posílení pánevního dna po porodu	35
2.2.3 Gynekologické vyšetření po šestinedělí	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
3 METODIKA PRÁCE	38
3.1 CÍLE PRÁCE	38
3.2 UŽITÁ METODA VÝZKUMU	38
3.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	38
4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	40
5 DISKUZE	56

5.1	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	56
5.2	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	57
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ	73
	SEZNAM TABULEK.....	74
	SEZNAM GRAFŮ	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Ačkoli je porod fyziologický děj, je spojen s rizikem vzniku poranění perinea různého rozsahu, které může po porodu zanechat krátkodobé i dlouhodobé zdravotní problémy ovlivňující běžný život ženy. V posledních letech je téma poranění hráze v průběhu porodu velmi časté a je mu věnováno stále více pozornosti ze strany porodních asistentek i těhotných žen. I přes veškerou snahu lékařů a porodních asistentek a nárůst preventivních metod, které riziko poškození snižují, se poranění během porodu vyskytují poměrně v hojném počtu. Již ve starověku se lékaři snažili vyvinout metody, které by hráz změkčily a povolily a tím porod usnadnily. Používali k tomu nejrůznější alternativy, jako jsou byliny, oleje nebo masti. Dnes je snaha předejít poranění hráze různými metodami, které se provádějí v těhotenství i v průběhu porodu. Porodní asistentka by měla všem těhotným ženám zajistit informace o použití preventivních metod a sdělit jejich rizika a přínos pro optimální průběh porodu.

Poranění může vzniknout spontánně nebo instrumentálně, při provedení episiotomie. Její provedení závisí na vyhodnocení situace porodníkem či porodní asistentkou, která by měla být ve svém oboru vysoce erudována. Porodní asistentky často stojí před rozhodnutím, zda je vhodnější udělat nástřih hráze, nebo zvolit porod bez nástřihu, i za cenu spontánní ruptury hráze. Musí zhodnotit všechny přínosy i negativa, protože i neprovedení nástřihu při prokázané indikaci je chybou.

V současnosti stále více těhotných žen navštěvuje různé kurzy, kde se cíleně připravují na porod. Budoucí rodičky zde získávají informace o možné prevenci porodního poranění, především o masáži hráze a posilování svalů pánevního dna. Tyto metody jsou v současné době již známé a stále více používané. Těhotné ženy se často domnívají, že provedení episiotomie je rutinním postupem. Ženy často mají zkreslené informace od bývalých rodiček nebo z internetu, a to také způsobuje, že často přichází do porodnice s vypracovaným porodním plánem, ve kterém uvádějí, že si nástřih nepřejí. Bojí se bolesti při ošetření a hojení a často bývá způsobená újma nejen fyzická, ale i psychická, která sebou nese negativa do budoucnosti.

Téma poranění hráze je mezi porodními asistentkami jedno z nejdiskutovanějších a nepochybně má své opodstatnění. Proto je zajímavý jejich postoj k episiotomii, názor na preventivní metody poranění hráze a způsob edukace ženy o péči o porodní poranění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PORANĚNÍ PERINEA BĚHEM VAGINÁLNÍHO PORODU

Porod je fyziologický děj, který je však spojen s rizikem poranění rodidel (Roztočil, 2008, s. 295). Porodní poranění zahrnuje jakékoliv poškození v oblasti genitálií, které vyplývá ze spontánní ruptury nebo episiotomie, vyskytující se během porodu (Geranmayeh *et al.*, 2012, s. 77). Tato poranění jsou poměrně častá, ale ve většině případů nepříliš závažná, dobře se hojí a jsou bez dlouhodobých následků. Nejčastěji dochází k poranění pochvy, hráze a análního sfinkteru. Protože většinou nepředstavují významné riziko pro zdraví ženy, bývá často podceňováno správné vedení porodu a dochází k nesprávnému zhodnocení rizika poranění. Pravdou ale je, že poranění těchto tkání nemusí zůstat bez negativních následků. Hrozí vznik pozdějších anatomických či funkčních poruch, což může mít negativní dopad na kvalitu života ženy. Následkem může být inkontinence moči, stolice, plynů, či pokles orgánů dna pánevního. (Goldberg, Sultana a Vlk, 2004)

1.1 Anatomie pánevního dna a perinea

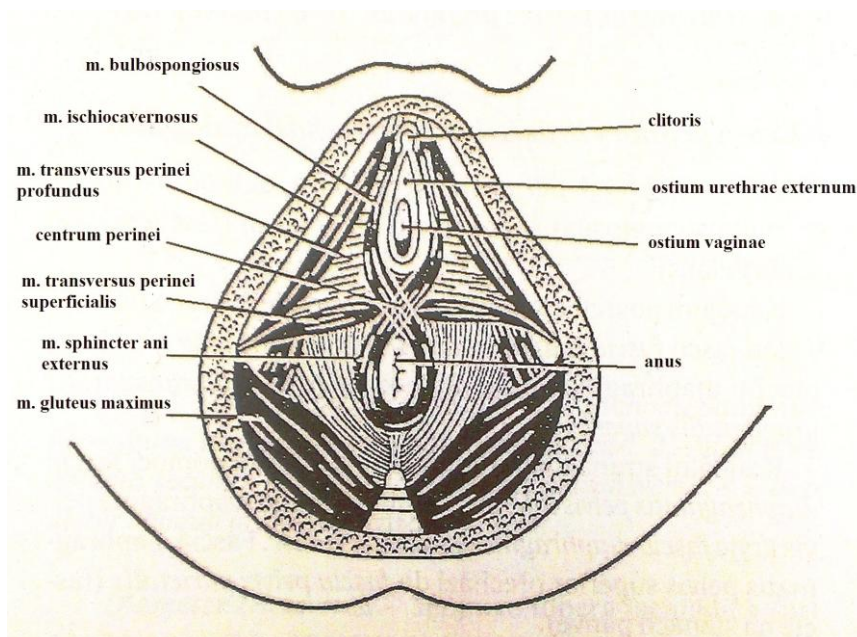
1.1.1 Svaly pánevního dna

Pánevní dno (*diaphragma pelvis*) je tvořeno skupinou příčně pruhovaných svalů a vazivem, které uzavírají pánevní východ. Má tvar ploché nálevky a tvoří podpůrný aparát orgánů pánevní dutiny. Odstupuje od stěn malé pánve a sbíhá kaudálně ke štěrbině, kterou prochází konečník (*hiatus analis*). Před ním je u žen mezi močovou trubicí a konečníkem pochva. Oblast mezi oběma otvory se nazývá *centrum perineale*, na kterou kranálně navazuje *septum rectovaginale*, do kterého se upínají některé perineální svaly. Dno pánevní má za podklad *m. levator ani* a *m. coccygeus*.

M. levator ani je silný plochý sval, který má dvě části (*pars iliace* a *pars pubica*). *M. coccygeus* je slabý sval procházející od *spina ischiadica* k laterálnímu okraji křížové kosti a kostrče. Jeho svalové snopce se přikládají k *lig. sacrospinale*, které je vazivovou součástí *diaphragma pelvis*. Oba svaly jsou inervovány z *plexus sacralis*.

Svaly *diaphragma pelvis* tvoří ohebnou spodinu pánve. *M. compressor vaginae* má funkci svěrače pochvy a *m. puborectalis* je svěračem konečníku. Vzhledem k umístění svalů dna pánevního a proto, že se jedná o svalstvo příčně pruhované, mají tyto svaly tendenci k přetažení během těhotenství a porodu. Následná menší opora močové trubice může mít

za následek únik moči. (Genadry a Mostwin, 2013, s. 23-24; Naňka a Elišková, 2009, s. 221-223; Roztočil, 2008, s. 40-41)



Obr. 1 Svaly dna pánevního (Zdroj: Roztočil, 2008, s. 41)

1.1.2 Perineum

Oblast mezi zadní komisurou stydkých pysků a análním otvorem se nazývá hráz, *perineum* (Naňka a Elišková, 2009, s. 225). Jedná se o část pánevního dna, která odděluje distální část pochvy a konečníku. Obsahuje tukovou tkáň, fascie a svaly *diaphragmy pelvis* a *urogenitale*. (Kudela, 2008, s. 12) Tento asi tři až čtyři centimetry dlouhý prostor má za podklad svalovinu, která je kryta kůží bez chloupků. Při porodu je tato oblast velmi namáhána, a proto bývá někdy nastřížena. (Hourová a Galambošová, 2015, s. 85)

Svaly hráze (*mm. perinei*) jsou uloženy pod *diaphragma pelvis* a zespodu překrývají *hiatus urogenitalis*. Tyto svaly lze rozdělit na svaly, které jsou podkladem pro *diaphragma urogenitale* a svaly připojené k zevním pohlavním orgánům. Všechny svaly této skupiny jsou inervovány z *n. pudendus*. (Roztočil, 2008 s. 41)

1.1.2.1 *Diaphragma urogenitale*

Je to vazivově svalová plotna, trojúhelníkového tvaru, která obklopuje uretru a pochvu. Mezi pochvou a rektum se spojuje v masivní strukturu zvanou *centrum perineale*.

(Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2008, s. 19) Podle Roztočila (2008, s. 41) jsou jejím podkladem následující svaly a vazy:

- *M. transversus perinei profundus* je hlavním podkladem *diaphragma urogenitalis*. Jeho snopce směřují mediálně a ve střední rovině končí v *centrum perineale*. Sval je oporou pro pánevní orgány.
- *M. sphincter uretrae* se odděluje z kraniální strany *m. transversus perinei prof.* a jeho snopce obkružují membranózní část močové trubice a vyzařují do svaloviny kolem pochvy.
- *M. transversus perinei superficialis* je slabý podkožní sval a upíná se do *centrum perineale*. U žen je značně redukován.
- *Lig. transversum perinei* je vazivově změněný přední okraj *m. transversus perinei profundus*, který dopředu sahá k *lig. arcuatum pubis*.

Kaudální strana *diaphragma urogenitale* je kryta fascií (*fascia diaphragmatis urogenitalis inferior*). Horní plochu kryje *fascia diaphragmatis urogenitalis superior*. (Roztočil, 2008, s. 42)

Svaly připojené k zevním pohlavním orgánům (Roztočil, 2008, s. 41-42):

- *M. ischiocavernosus* je párový sval, jehož snopce směřují dopředu a přecházejí na *dorsum clitoridis*, kde se upínají do *fascia clitoridis*.
- *M. bulbospongiosus* je párový sval a u ženy je rozdělen na dvě samostatné jednotky, které začínají na *centrum perineale* a směřují podél poševního vchodu k poštvěváku. Sval působí jako svěrač poševního vchodu.
- *M. sphincter ani externus* je zdola připojen k *m. levator ani*.

1.2 Typy poranění perinea

1.2.1 Ruptura hráze

Trhliny hráze (*ruptura perinei*) patří mezi nejčastější poranění při porodu. Jsou různého rozsahu a umístění. Dochází k nim při prořezávání hlavičky, kdy se hráz napíná a roztahuje. Mohou být postihnuty všechny vrstvy tvořící hráz (kůže, podkoží, svalstvo *diaphragma urogenitale* a *pars pubococcygea m. levator ani*) a zároveň mohou zasahovat do přilehlé části pochvy. Jsou ovlivněny řadou faktorů ze strany matky, plodu i lékařů či porodních asistentek. Nejčastější příčinou bývá nedostatečně chráněná hráz porodníkem nebo porodní asistentkou, předčasná deflexe hlavičky, velmi rychlý porod, který neumožní hrázi přizpůsobení či velký plod. (Čech *et al.*, 2006, s. 361; Roztočil, 2008, s. 295)

Trhliny hráze jsou podle rozsahu rozděleny do tří stupňů (Roztočil, 2008, s. 295):

- **První stupeň** – představuje natržení kůže těsně pod pochvou nebo v pochvě, avšak svalstvo je neporušené.
- **Druhý stupeň** – představuje natržení kůže těsně pod pochvou nebo v pochvě, hráze, poranění sliznice a podslizničního vaziva pochvy ve větším rozsahu.
- **Třetí stupeň** – představuje natržení kůže těsně pod pochvou, hráze, svalů hráze a zevního svěrače konečníku. Dále je autor dělí na trhlinu inkompletní (roztržený je pouze svěrač) a trhlinu kompletní (se svěračem je roztržena i stěvná stěna).

Atypické trhliny hráze (Čech *et al.*, 2006, s. 361; Roztočil, 2008, s. 296):

- **Latentní trhlina** – vzniká roztržením svalstva hráze při zachovalém kožním krytu a neporušené sliznici poševní. Neošetřená a špatně zhojená ruptura může způsobit insuficienci hráze, pánevního dna a v pozdějších letech sestup dělohy a poševních stěn.
- **Kapsovitá trhlina** – dochází k ruptuře poševní stěny při neporušené kůži na hrázi.
- **Centrální trhlina** – otvor v hrázi mezi *commissura posterior* a análním otvorem.

Chirurgické ošetření je nezbytné hlavně při poranění svalstva. Větší ruptury se ošetřují často velmi obtížně, protože okraje poranění nejsou pravidelné, jsou zhmožděné a často silně krvácí. Musí se provést bezchybná sutura svěrače, případně i stěva.

Obvykle se také špatně hojí, je nutná pečlivá hygiena v šestinedělí. (Čech *et al.*, 2006, s. 361; Roztočil, 2008, s. 296)

Mezi další poranění související s rupturou hráze autor Roztočil (2008, s. 296-297) řadí:

Poranění pochvy – ruptury vznikají současně s trhlinami vulvy a hráze. Bývají způsobeny mechanicky, kdy při kontrakcích děloha vytahuje pochvu směrem nahoru, zatímco hlavička pochvu rozpíná a táhne směrem dolů. Dalšími příčinami jsou překážky v porodních cestách, cervikokorporální dystokie, klešťové porody nebo obraty plodu.

Poranění děložního hrdla – povrchní trhliny zanikající branky vznikají téměř u každého porodu, obvykle se snadno hojí a nezanechávají žádné následky. Větší trhliny se mohou šířit do poševních kleneb a následně způsobovat deformity čípku, ektropium a chronickou cervicitidu.

Poranění děložního těla – trhlina těla děložního (*ruptura corporis uteri*) je porušení stěny dělohy, které může vzniknout v průběhu těhotenství nebo za porodu. Příčinou je zvýšený intrauterinní tlak a nedostatečnost děložní svaloviny při vývojových vadách dělohy, postižení stěny zánětem, hypoplazie děložní, obezita. Predisponujícím místem vzniku je jizva po předchozí operaci. Ruptura těla děložního je méně častým poraněním, ale velmi nebezpečným, pro matku i plod.

1.2.2 Episiotomie

Episiotomie je chirurgický nástřih na perineu, který slouží k rozšíření vaginálního otvoru (Murray a Huelsmann, 2009, s. 56). I přes výrazné snížení frekvence jejího provádění je nejčastějším porodnickým výkonem. Vykonává se v závěru porodu, při prořezávání hlavičky, jako prevence spontánní ruptury hráze, jejíž kůže je maximálně napjatá, lesklá a anemická, nebo jako ochranný zákrok, kdy je nedílnou součástí vaginálních operací. Výhodou nástřihu je urychlení vypuzovací fáze porodu, zamezení rizika traumatizace hlavičky novorozence, prevence ruptury hráze a pochvy, lepší kosmetický a funkční stav vulvy po šestinedělí. V současné době je snaha omezit provádění episiotomií na nezbytně nutné indikace. Těmi podle Roztočila (2008, s. 323) jsou hrozící ruptura hráze, porod staré primipary, obtížný porod hlavičky přes hráz, předčasný porod nezralého plodu a před operativním ukončením porodu (naložením kleští nebo vakuumextraktoru). Čech (*et al.*, 2006, s.

486) jako indikaci navíc uvádí zjizvenou a rigidní hráz, nebo porod plodu v poloze koncem pánevním. Bylo prokázáno, že některé dosud běžné indikace k provedení tohoto výkonu, jako je například ochrana před inkontinencí moči a stolice, před sestupem dělohy a porušením funkce pánevního dna, nejsou opodstatněné. Episiotomie je prováděna častěji u primipar, u multipar od ní bývá často upuštěno, protože tkáň jejich hráze bývá již poddajnější a elastičtější. Jedinou kontraindikací episiotomie je porod HIV pozitivních z důvodu prevence aspirace mateřské krve novorozencem. (Čech *et al.*, 2006, s. 486; Doležal, 2007, s. 36-38; Roztočil, 2008, s. 323-324)

Rodičky často ve svém porodním plánu uvádějí, že si nepřejí provedení episiotomie, pokud to není zcela nutné. Během porodu by žena měla být průběžně informována o aktuální situaci porodu a jeho dalším pravděpodobném vývoji. Vyskytnou-li se nějaké komplikace, je třeba rodičce situaci citlivě vysvětlit a sdělit jejich plánované řešení. Pokud je nutné nástřih hráze provést, je důležité objasnit ženě důvody pro provedení episiotomie a provést výkon pouze s jejím souhlasem. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 33, 61)

Autoři Kudela (2008, s. 196-197), Moravcová a Petržílková (2015, s. 65) a Roztočil (2008, s. 323-324) rozlišují následující druhy episiotomie:

- **Episiotomie mediální** – nůžky jsou zavedeny tupou branží do pochvy do střední čáry mezi naléhající část a hráz. Ostrá branže nůžek směřuje k anu. Nástřih je veden směrem k anu v délce 3 cm, přičemž je protínán *m. transversus perinei superficialis et profundus*. Mediální episiotomie se snadno hojí, nevýhodou je ale riziko rozšíření poranění až na řitní svěrač nebo stěnu rekta. Nutno hráz řádně chránit.
- **Episiotomie laterální** – nástřih je veden z místa asi 2 – 3 cm od střední čáry poševního introitu směrem k hrbolu sedací kosti a je protínán *m. bulbocavernosus*. Řitní svěrač není ohrožen, v případě potřeby lze nástřih prodloužit a měkké porodní cesty jsou maximálně rozšířeny. Ošetření laterální episiotomie je nejnáročnější a hrozí deformace poševního vchodu po zajizvení sutury. Tento typ se již nepoužívá.
- **Episiotomie mediolaterální** – nástřih je veden ze střední čáry poševního introitu šikmo směrem k sedacímu hrbolu v úhlu 45°, v délce asi 3 cm, tak aby při další ruptuře incize nebyl zasažen sfinkter. Je protínán *m. transversus perinei superficialis et profundus*, snopce *m. bulbocavernosus* a *m. levatoris ani*. U mediolaterální episiotomie je menší riziko poranění svěrače a v případě potřeby je možné nástřih

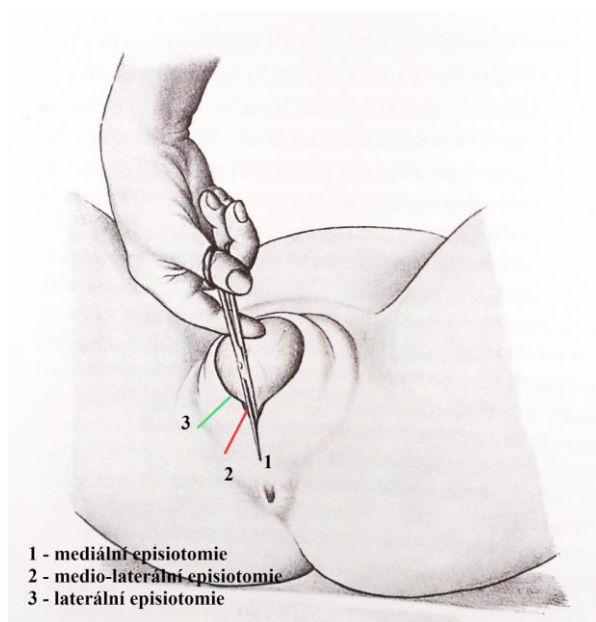
prodloužit. Nevýhodou ale je silnější krvácení. Jde o nejčastěji užívaný typ episiotomie, jehož sutura se provádí v lokální anestezii.

Autorky Moravcová a Petržílková (2015, s. 65) navíc uvádí možnost rozšíření episiotomie pomocí **Schuchardtova řezu**. Ten vychází z laterální episiotomie a využívá se výjimečně. Řez dlouhý 6 – 7 cm se provádí skalpelem a protíná pubickou a ilickou část *m. levator ani*.

Technika provedení

Porodní asistentka pod ochranou ukazováku a prostředníku levé ruku zavádí branži nůžek s tupým hrotem mezi kontrakcemi do pochvy. Ostrá branže nůžek je zvenku na hrázi. Na vrcholu kontrakce během zatlačení rodičky provede porodní asistentka plynulý jednorázový nástřih. (Moravcová a Petržílková, 2015, s. 49) V tomto případě není nutno výkon provádět v lokální anestezii. Při předčasném porodu, porodu koncem pánevním a před porodnickými operacemi se nástřih provádí při nerozvinuté hrázi s použitím anestezie. (Čech *et al.*, 2006, s. 487)

Nůžky musí být ostré. Způsobují zhmoždění tkání, a pokud není rána skrz nůžky kolmá, ale šikmá, hrozí horší podmínky pro hojení a pro následný vzhled jizvy. (Doležal, 2007, s. 41)



Obr. 2 Episiotomie (Zdroj: Roztočil, 2008, s. 324)

Komplikace

Díky atraumatickému hydrofilnímu šicímu materiálu, který se k šití sutury používá, a velmi dobré vzdělanosti porodníků, se komplikace vyskytují zřídka. Mezi bezprostřední komplikace patří krvácení z perineálních a vaginálních cév, bolestivost u rodiček s nižším prahem bolesti, trhliny pochvy, perinea a případně poškození análního svěrače a střevní stěny. (Roztočil, 2008, s. 324)

Každé provedení episiotomie musí být indikováno. Rutinní provádění nástřihu hráze je zbytečné a nesprávné. Na druhou stranu, v případě indikace je neprovedení nebo pozdní provedení episiotomie chybou, a může zapříčinit rozsáhlá poranění v pochvě a na hrázi. U takto vzniklých tržných ran je riziko komplikací daleko vyšší, než u episiotomie. Autor Kudela (2008, s. 198) mezi časné komplikace řadí:

- **Hematom** je častou komplikací, která vzniká při nezastaveném nebo následně vzniklém krvácení. Je nutné provést revizi nástřihu a zastavit krvácení. Hematom se projevuje bolestivým tlakem na konečník vzrůstající intenzity.
- **Infekce rány** je komplikací nejčastěji časného šestinedělí. Většinou se léčí lokální aplikací antibiotik. Pokud se však objeví febrilie, je nutné celkové podání antibiotik. V případě podezření na abscesové ložisko se provede incize a drenáž.
- **Dehiscence rány** může být následkem nesprávně ošetřené episiotomie nebo rané infekce. Podávají se antibiotika a lokální oplachy s protizánětlivým účinkem. Až po odstranění příčiny a vyčistění spodiny rány, které může trvat několik dní, se provádí resutura.

Do komplikací, které mohou vzniknout později, patří vznik keloidní jizvy, inkluzních cyst, vaginoperineální fistuly a morfologické změny vulvy. Následkem těchto změn ženy trpí genitálním dyskomfortem a dyspareunií. (Roztočil, 2008, s. 324)

1.3 Rizikové faktory perineálního poranění

Otázka, jak lze zabránit poranění při porodu, je komplikovaná a zahrnuje spoustu faktorů. Kromě prevence, je také nutné brát v potaz rizikové faktory, které ke vzniku poranění přispívají, ať už se jedná o faktory ovlivnitelné, či neovlivnitelné. (Pospíšilová, 2015, s. 37) Autor Roztočil (2008, s. 295) dělí rizikové faktory následovně:

- **Faktory ze strany matky:** vyšší věk prvorodičky, vysoká hráz (nad 60 mm), jizvy na hrázi, projevy hypogenitalizmu.
- **Faktory ze strany plodu:** velikost plodu, deflekční polohy.
- **Faktory porodnické:** překotný porod, nedostatečně chráněná hráz.

Byla vypracována řada studií věnující se tomuto tématu. Autor Fernando (2007, s. 238-243) ve své studii vypracované s cílem minimalizovat rizika vzniku poranění perinea popisuje tyto rizikové faktory:

Porodní pozice – je známo, že vertikální poloha při porodu vede ke zvýšenému riziku perineálního poranění. Avšak Fernandova studie ukázala, že s výjimkou možnosti vyšší krevní ztráty, nemá vzpřímená poloha škodlivý vliv na matku nebo plod. Protože ale důkazy o účinnosti různých porodních pozic jsou nedostačující, doporučuje se, aby ženy byly v poloze, která je pro ně nejpohodlnější.

Porodní hmotnost – vyšší porodní hmotnost plodu, většinou více než 4 kg, bývá spojena se vznikem porodního poranění. Větší obvod hlavy může zapříčinit dlouhý a obtížný porod, nebo porod instrumentální, což může vést k poranění dna pánevního a hráze.

Trvání a rychlost porodu – překotný porod (trvá méně než 60 minut) může být také spojen s porodním poraněním. Příčinou je nedostatek času, aby se mateřská tkáň přizpůsobila, nebo aby se v případě potřeby udělala episiotomie. Ani příliš pomalý porod (protrahovaný – trvá déle než 20 hodin) není prospěšný. Prodloužená druhá doba porodní může způsobit poškození pudendálních nervů.

Episiotomie – ačkoli je nástřih hráze nejčastěji prováděným porodnickým výkonem, nebyly zjištěny žádné výhody jejího rutinního provádění. Randomizované studie prokázaly, že při provedení mediální episiotomie je vyšší pravděpodobnost zasáhnutí análního svěrače, než u episiotomie mediolaterální. Fernandova studie ukazuje, že omezené provádění nástřihu hráze je spojeno s méně častým vznikem rozsáhlého poranění.

Instrumentální porod – jedná se o nedílnou součást porodnictví. Přestože snižuje počet císařských řezů, mateřská morbidita je vyšší než při fyziologickém porodu bez zásahu. Zranění způsobená instrumentálně vedeným porodem zahrnují trhliny hrdla a análního svěrače. I když je známo, že použití kleští způsobuje větší poranění než použití vakuumextraktoru, je důležité, aby porodník uměl použít oba nástroje. Kontraindikacemi použití vakuumextraktoru jsou například porod nedonošeného dítěte, obličejová poloha a riziko krvácení plodu. Použití kleští může způsobit matce újmu, protože zabírají téměř 10 % prostoru v pánvi. Zapříčiňují trhliny hráze a análního svěrače zejména při tažení k podpoře flexe hlavičky. Jak už bylo uvedeno, počet episiotomií během spontánního porodu byl omezen, a zatímco při aplikaci vakuumextraktoru není nástřih bezpodmínečně nutný, u kleští musí být proveden vždy. Fernandova studie uvádí, že snížení frekvence episiotomií při instrumentálních porodech z 90 % na 30 % je spojeno s méně častým výskytem poranění třetího stupně, ale nedošlo k významnému poklesu počtu poranění druhého stupně. Dále zkoumání ukazuje, že použití vakuumextraktoru při vaginálním porodu ve srovnání s kleštěmi, způsobuje podstatně menší výskyt poranění rodičky a méně časté využití anestezie. Na druhou stranu stoupá riziko výskytu novorozeneckého kefalhematomu a sítnicového krvácení.

Vladimír Kališ ve své studii z roku 2005, kterou prováděl na Karlově Univerzitě a FN v Plzni, zkoumá vztah mezi délkou perinea, vaginálním porodem a porodním poraněním. Výzkumu se zúčastnilo 318 prvorodiček po vaginálním porodu. Instrumentální porody byly vyloučeny. Podle délky perinea byly ženy rozděleny do tří skupin. První skupina s krátkou hrází (do 30 mm včetně), druhá skupina s normální hrází (od 30 do 60 mm) a třetí skupina s dlouhou hrází (nad 60 mm). Hodnotila se incidence episiotomie, délka a sklon episiotomie, nejkratší vzdálenost mezi episiotomií a konečníkem, poměr délky episiotomie a hráze. Pokud episiotomie nebyla provedena, perineální poranění bylo hodnoceno ve stupních. Výzkum zjistil, že celkový podíl provedených episiotomií byl 75 %. Úměrnost episiotomie a její úhel nedosáhl statistické významnosti mezi zkoumanými skupinami. Zato její délka byla mezi jednotlivými skupinami významná – nejkratší ve skupině s krátkou hrází a nejdelší ve skupině s dlouhou hrází. Pokud episiotomie provedena nebyla, byl nejnížší počet celkového poranění hráze ve skupině s krátkou hrází a nejvyšší ve skupině s dlouhou hrází. Závěr výzkumu tedy ukazuje, že krátká hráz není rizikovým faktorem vyššího počtu episiotomií a těžkého poranění perinea. Nicméně pokud v této skupině episiotomie provedena byla, je zde zvýšené riziko vzniku anální inkontinence. V tomto případě je

preventivní provedení nástřihu považováno za neoprávněné. Naopak u skupiny s dlouhou hrází hrozí vyšší stupeň ruptury, což by mohlo vést k rozvoji dyspareunie. (Kališ *et al.*, 2005, s. 355-361)

Další studie, jejímž cílem bylo zjistit rizikové faktory těžkého poranění perinea, probíhala v letech 2000 – 2008 v Novém Jižním Walesu. Zúčastnilo se jí 510 006 žen a 65 nemocnic. V uvedených letech došlo k nárůstu celkové míry poranění hráze o 36 %. Významně vyšší riziko závažného poranění perinea měly prvorodičky, ženy rodící v soukromé nemocnici, ženy po instrumentálním porodu, a ženy, které porodily plod mužského pohlaví. Jedná se o první studii, kdy se dítě mužského pohlaví projevuje jako možné riziko perineálního poranění. Ovšem význam tohoto výsledku by se dal potvrdit jen dalším zkoumáním. (Dahlen *et al.*, 2013, s. 1-6)

1.4 Prevence perineálního poranění

Snaha zabránit vzniku porodního poranění tu je odjakživa. Dříve, když byly obavy z možného vzniku puerperální infekce, byla tato snaha opodstatněná. Porodník se snažil hlavičku co nejvíce zbrzdit, aby nedošlo k jejímu rychlému prořezání. Chloubou každého porodníka bylo porodit *sine* – tzn. bez poranění. V současnosti tuto ctižádost nikdo nemá. (Doležal, 2007, s. 33)

Metod jak snížit riziko perineálního poranění je několik. Některé se praktikují ještě před porodem a jiné přímo v průběhu porodu (Pospíšilová, 2015, s. 37). V dnešní době většina žen navštěvuje kurzy psychosomatické přípravy na těhotenství, porod a péče o dítě, kde jsou porodními asistentkami edukovány mimo jiné o přípravě hráze na porod s cílem minimalizovat rizikové faktory a možné komplikace. Mezi preventivní postupy se řadí cvičení v těhotenství, masáž hráze a balónkový тренаžér. Tyto metody jsou dnes už poměrně známé a ověřené a většinou pozitivně ovlivňují průběh porodu a jeho důsledky. (Pospíšilová, 2015, s. 7)

I v průběhu porodu zdravotníci využívají různé techniky k zabránění vzniku perineálního poranění. Výběr těchto manévrů vyžaduje individuální přístup ke všem porodům a liší se podle informovanosti žen, zkušeností zdravotnického personálu a organizačních norem. (Karaçam *et al.*, 2012, s. 697-699) Důležité je docílení svalové relaxace pánevního

dna, což snižuje odpor porodních cest. To vede ke zkrácení trvání porodu a výraznému snížení vnímání porodních bolestí rodičkou. (Roztočil, 2008, s. 146)

1.4.1 Možnosti přípravy hráze k porodu

1.4.1.1 Cvičení zaměřené na posilování svalů pánevního dna

Jednou z hlavních náplní cvičení v těhotenství je posilování svalů pánevního dna, které je v průběhu těhotenství a porodu značně zatěžováno. Cvičení v těhotenství je dnes chápáno jako běžná součást prenatální péče a přípravy na porod, protože velmi pozitivně ovlivňuje průběh těhotenství i porodu a následnou rekonvalescenci v šestinedělí. Cílem je zabránit negativním změnám, které jsou způsobeny těhotenstvím a porodem, a příprava na porod. (Roztočil, 2008, s. 144) Zvýšené množství progesteronu v těhotenství způsobuje, že svaly pánevního dna ztrácejí tuhost a uvolňují se. Tomu se dá ale zamezit jednoduchými cviky, které ženě pomohou i při následné rehabilitaci po porodu. (Stoppardová, 1996, s. 130)

Posilovat pánevní dno se může od začátku těhotenství do 35. týdne, poté by se ženy měly soustředit především na nácvik uvolňování pánevního dna (Klimková, 2011). Je zapotřebí dosáhnout pružnosti svalových a vazivových struktur a jejich posílení (Beránková, 2002, s. 13). Nejprve se žena musí naučit lokalizovat správné svaly, aby bylo cvičení efektivní. Pro správné zapojování svalů je důležité uvědomit si, kde svaly leží a vnímat je. Dále si žena musí osvojit správnou techniku cvičení a najít klidné místo, kde se může na cvičení soustředit. O pomoc může požádat lékaře nebo fyzioterapeuta. (Toulcová, 2010) Dnes už má téměř každé porodnické pracoviště specialisty, kteří se věnují fyzické přípravě na porod (Roztočil, 2008, s. 144). Součástí těhotenského tělocviku by mělo být také mírné posilování břišních svalů, cviky na uvolnění kyčelních kloubů a cviky dechové (Klimková, 2011).

Z jiných fyzických aktivit se v těhotenství prospěšně uplatňuje plavání, turistika i speciální těhotenská gymnastika. Pohybová aktivita také ženě pomůže udržet se v kondici a uleví jí od těhotenských obtíží, jako jsou bolesti zad a kříže. Na druhou stranu je důležité vyvarovat se nadměrné a nevhodné tělesné námaze jako je například volejbal, lyžování, tenis, squash a jízda na koni, kde navíc hrozí nevhodné otřesy nebo pád. (Beránková, 2002, s. 7; Roztočil, 2008, s. 105)

Kegelovy cviky

Cviky vyvinul americký gynekolog Arnold Kegel v roce 1948 a slouží k posilování svalů pánevního dna a k úpravě anatomických odchylek na pánvi. Je vhodné je používat preventivně v období těhotenství jako součást přípravy na porod. (Roztočil, 2011, s. 429) Základem cvičení je zapojení správných svalů do kontrakce, správná zátěž a počet opakování, přenos cvičení do běžných denních aktivit jako je chůze a stoj, a udržování dosažených výsledků. Kegelovy cviky jsou využívány jak v těhotenství, tak při léčbě inkontinence moči u žen i mužů. (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2008, s. 600-601)

1.4.1.2 Masáž hráze v těhotenství

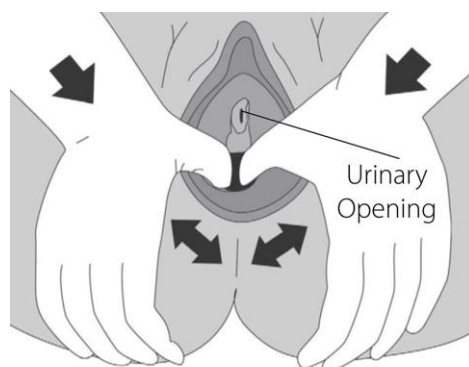
Masáž hráze patří mezi preventivní metody nástřihu při porodu. Hráz se po masáži stává pružnější a elastičtější a při porodu se lépe rozvine. Prováděním této techniky se také sníží riziko vzniku závažných trhlin, které mohou vzniknout při prořezávání hlavičky v závěru porodu. Pravidelně prováděná masáž hráze v těhotenství může rodičce přiblížit pocity, které bude mít při porodu, a může ji také využít k nácviku uvolnění hráze. S prováděním masáže se doporučuje začít 4 – 6 týdnů před termínem porodu. Hráz vícero-diček bývá již pružnější, a proto tuto přípravu provádějí spíše prvorodičky, které mají tuto oblast ještě velmi pevnou. (Maryšková, 2010; Mlčoch, 2009)

Při masáži hráze hraje podstatnou roli hygiena. Je vhodné provádět ji po sprchování nebo koupeli, kdy je tkáň poddajnější. Žena by měla mít umyté prsty a ostříhané nehty. Předchází tím riziku nepříjemného a bolestivého poranění. (Rehabilitace.info, 2014)

Je důležitá edukace o správné technice masáže. Žena masáž může provádět sama, nebo s pomocí partnera. Vhodná poloha je v pololeže s mírně pokrčenými končetinami, kdy žena nanese dostatečné množství oleje (nejčastěji používaný je rostlinný olej a olej z pšeničných klíčků) na hráz a spodní okraj pochvy. Palci zajede asi 2 cm do pochvy a hráz jemně roztahuje směrem ke konečníku a do stran. Tlak zvyšuje až do chvíle, kdy pociťuje jemné brnění až pálení. Zároveň pochvu jemně masíruje dozadu a dopředu. Nakonec mne hráz asi minutu palci proti ukazováčkům. Délka masáže by neměla přesáhnout 10 minut. (Maryšková, 2010; Muza, 2012)

Je důležité vědět, že masáž hráze v těhotenství není stoprocentní ochranou před episiotomií. O tom, jestli bude nástřih potřeba, se žena dozví až v závěru porodu od svého

porodníka nebo porodní asistentky. (Mlčoch, 2009) Účinnost perineální masáže je předmětem mnoha studií. Například v Turecku byl v letech 2012 až 2013 proveden výzkum, který zkoumal vliv masáže hráze v těhotenství a Kegellových cviků na integritu perinea u žen po vaginálním porodu. Studie se zúčastnilo 101 žen, které byly pozorovány od 33. týdne těhotenství až do 15. dne po porodu. Bylo zjištěno, že perineální masáž spolu s Kegellovými cviky snižují počet provedených episiotomií a výrazně ovlivňují poranění perinea a jeho hojení po porodu. Tyto preventivní techniky tak mají významný vliv na kvalitu života ženy a jejich provádění by mělo být podporováno zdravotnickým personálem. (Dönmez a Kavlak, 2015, s. 495-505)



Obr. 3 Masáž hráze (Zdroj: Mlčoch, 2009)

1.4.1.3 Balónkový trenažér

Další metodou jak posílit pánevní dno a minimalizovat riziko vzniku perineálního poranění je cvičení s porodnickým balónkovým trenažérem. Jedná se o anatomicky formovaný balónek s pumpou, který si žena zavádí do pochvy. Tato pomůcka účinným způsobem napomáhá posílení pánevního dna a pozitivně stimuluje poševní svalstvo. Postupným napínáním a posilováním svalstva a tkání se celá oblast pánevního dna zpevní a stává elastičtější. Obvykle se s cvičením začíná asi 3 – 4 týdny před termínem porodu. Je nutné, aby se žena vždy poradila se svým lékařem, jestli může balónek používat. Kontraindikací je plod v neobvyklé poloze, která neumožňuje vaginální porod, *placenta praevia*, nebezpečí infekce, poranění genitálií, poševní krvácení a maligní nádor v oblasti genitálií. V případě jiných závažných zdravotních problémů se balónek smí použít pouze pod dohledem lékaře nebo porodní asistentky. Z důvodu hygieny a zabránění přenosu infekce smí balónek používat

pouze jedna žena a musí být po každém použití řádně vyčištěn. Balónkový trenážér se využívá nejen před porodem v rámci předporodní přípravy, ale lze jej využít i po porodu k regeneraci oslabených svalů pánevního dna, nebo jako součást léčby inkontinence.

Celé cvičení trvá asi 15 – 30 minut. Je dobré najít si klidné místo a zaujmout pohodlnou polohu (vleže s mírně pokrčenýma nohama, v kleku, polosedu). Samotná předporodní příprava cvičení má tři fáze. První je zaměřena na posílení pánevního dna, kdy si žena zavede balónek do pochvy a stahováním svalstva vysunuje balónek vzhůru. Druhou fází je napínací cvičení, kdy žena balónek v pochvě napumpuje a ponechá ho tam až deset minut. Při každém cvičení by se měla velikost balónku zvyšovat. Třetí fáze spočívá ve stimulačním cvičení, kdy po napínací fázi nechá žena balónek volně vyklouznout a tím si přiblíží pocity při porodu hlavičky. (© Aniball, 2013; © EPI-NO, 2009)

Primář švýcarské gynekologicky-porodnické kliniky v Altstättenu Peter Böhl říká: *„Jsem schopn Vám odpovédět pouze z pozice porodníka, který může posoudit účinnost přístroje přímo při porodu. Od té doby, co u nás převládá většina žen používá balónkový trenážér (přístroj je rovněž velmi žádaný v přípravných předporodních kurzech), došlo k dramatickému poklesu počtu nástřihů a poranění. Stává se stále častěji, že prvorodičky rodí bez narušení hráze (i větší děti) a že poranění jsou často relativně malá.“* (© EPI-NO, 2009)

1.4.2 Způsoby chránění hráze během porodu

1.4.2.1 Volba vhodné porodní pozice

Mezi často využívanou praktiku, předcházející závažným poraněním hráze, patří poloha matky při porodu. Především v závěru porodu, při vypuzovací fázi, může výrazně ovlivnit průběh porodu a jeho následky. (Pospíšilová, 2015, s. 24) Žena by ale měla mít možnost zaujmout během porodu libovolnou pozici, samozřejmě podle možností porodního zařízení a podle zdravotního stavu rodičky i plodu. Každá rodička si svobodně a volně zvolí polohu, která právě jí vyhovuje. Je vhodné volit polohu spontánně až při porodu, aby žena co nejlépe snášela porodní proces. Důležité je mít dostatek informací a znát výhody a možná rizika různých porodních pozic. Také je vhodné se dopředu informovat, jaké možnosti vám vybraná porodnice nabízí. V českých porodnicích jsou nabízeny různé polohy a

pomůcky, jako je porodní stolička, vana, balón a porodní vak, nicméně v druhé době porodní nejsou příliš využívány. (Labusová, 2009)

Bylo prokázáno, že v odlehlých končinách naší planety, v zemích nedotčených vlivy naší civilizace, rodí až 85 % žen ve vertikální poloze. Nejčastěji se jedná o polohy vestoje, v dřepu, vkleče a vsedě. V civilizovaných zemích je v současném porodnictví nejčastěji používána poloha horizontální na zádech. I když je proti této poloze často namítáno, že není přirozená a výhodná, protože nevyužívá zemské gravitace jako porodní síly, která napomáhá pasivní dilataci porodních cest, je tato poloha prospěšná především v možnosti prevence porodních poranění. Pokud uvažujeme o možnosti vést porod ve vertikální poloze, musíme zvážit, zda není ohrožena bezpečnost plodu a zdraví matky. Zkušenosti porodních zařízení, kde ženy rodí ve vertikálních polohách, ukazují výrazný nárůst porodního poranění. (Roztočil, 2008, s. 155)

Výhodným kompromisem je poloha v polosedě, kdy se uplatňuje zemská gravitace a přitom je zde možnost chránění hráze a tím zamezení jejího poranění (Roztočil, 2008, s. 155). V případě potřeby se mohou nohy podepřít Schautovými podpěrkami, nebo třmeny. Zdravotnickému personálu tato poloha umožňuje dobrý přístup a zrakovou kontrolu při prořezávání hlavičky a vyhovuje i požadavkům hygienickým. V současnosti, kdy existují elektricky ovládaná porodnická lůžka, která lze nastavit do libovolné pozice, je tato poloha i velmi pohodlná a dá se v ní setrvat během celé vypuzovací fáze porodu. (Bašková, 2015, s. 67-68; Doležal, 2007, s. 33)

Další výhodnou pozicí z hlediska prevence perineálního poranění je poloha na boku. Tato poloha je výhodná i v první době porodní, kdy urychluje vstupování hlavičky a vnitřní rotaci. (Bašková, 2015, s. 68) Rodičku polohujeme na stranu hřbetu plodu (Moravcová a Petržílková, 2015, s. 41).

1.4.2.2 Masáž hráze při porodu

Další z technik používaných k prevenci perineálního poranění je masáž hráze v průběhu porodu. Masáž perinea v průběhu porodu snižuje riziko natržení pochvy a konečníku, potřebu provedení episiotomie a snižuje bolestivost hráze při průchodu hlavičky. Má také terapeutické výhody, jako je zvýšená vazodilatace, prokrvení, elasticita tkáně a relaxace. Provádí se v závěru porodu při vypuzovací fázi. Masáž má zmírnit tlak a nepříjemné pocity matky a také jí pomáhá kontrolovat vyvíjené úsilí při tlačení. Nicméně ani

perineální masáž nezaručuje, že při porodu nedojde k natržení. Až ve chvíli, kdy se bude hlavička dítěte prořezávat, rozhodne porodní asistentka či lékař, zda je otvor dostačující. (Karaçam *et al.*, 2012, s. 697-699; Winesino, 2015)

Masáž hráze musí být prováděna v souladu s náležitými pokyny, aby vedla ke snížení nepříznivých důsledků pro matku i novorozence. Porodní asistentka by měla znát správné techniky a používat je v závěru porodu za účelem ochrany matky a plodu od jakýchkoliv negativních výsledků. (Laganà *et al.*, 2015, s. 289)

Prováděné studie nemluví přesvědčivě ani ve prospěch ani v nevýhody provádění perineální masáže, přesto ale uvádí, že masáž snižuje riziko trhlin hráze a že tření kůže může mít mechanický účinek, kdy při pravidelné manipulaci pomáhá rodičku naučit ovládat své svaly a kontrolovat tak lépe své úsilí při vypuzování plodu, čímž snižuje riziko natržení. Výzkumy také uvádí, že perineální masáž nezvyšuje pravděpodobnost intaktní hráze, riziko bolestivosti, dyspareunie, nebo močových a defekačních problémů. (Karaçam *et al.*, 2012, s. 697-699; Winesino, 2015)

V Turecku byla v letech 2007 až 2009 provedena studie zkoumající zda vlivem perineální masáže prováděné při porodu došlo k poklesu vzniku poranění. Do výzkumu bylo zahrnuto 396 těhotných žen ve věku od 18 do 35 let, které měly родit poprvé a měly naprosto fyziologický průběh těhotenství. Výsledky ukázaly, že masáž hráze v druhé době porodní podstatně nesnížila počet poranění hráze, ale došlo k poklesu počtu episiotomií a zmenšení rozsahu spontánních ruptur, což vede k poklesu negativních důsledků a problémů v období po porodu. Porodní asistentky a lékaři hrají důležitou roli při ovlivnění rozsahu perineálního poranění a následných krátkodobých a dlouhodobých obtíží. Masáž hráze by měla být součástí běžné praxe při porodu. Je důležité, aby se vyvíjely školící programy pro porodní asistentky, kde se budou řešit techniky, které mají na vznik perineálního poranění vliv. (Karaçam *et al.*, 2012, s. 697-699)

1.4.2.3 Chránění hráze porodníkem nebo porodní asistentkou

Chránění hráze při porodu zabraňuje, aby na hrázi a přilehlých částech pochvy vznikaly trhliny, a současně napomáhá správnému mechanismu při porodu hlavičky (Roztočil, 2008, s. 121). Chránění hráze probíhá až v závěru porodu, kdy žena aktivně spolupracuje na vypuzování plodu používáním břišního lisu, a kdy přitlačuje dle instrukcí porodní asistentky. Ta vede hlavičku v ose porodních cest. V okamžiku, kdy se hráz napíná a vy-

hlazuje a hlavička se nevtahuje zpět do pochvy, je nutné začít hráz chránit. (Kudela, 2008, s. 168)

Porodní asistentka či lékař obvykle chrání hráz tak, že levou ruku shora přiloží na porozenou část hlavičky a pravou rukou vloží sterilní roušku na hráz, přičemž musí být viditelný okraj hráze. Roušku drží tak, že palec je na pravé straně a ostatní prsty na levé straně hráze. Přibližováním palce s ostatními prsty k sobě zmírní napětí hráze. Levou rukou se snaží za kontrakce brzdit hlavičku, aby se narodila pomalu a plynule a pravou rukou s rouškou se snaží přetáhnout hráz přes rodící se čelní hrboly hlavičky. (Moravcová a Petřílková, 2015, s. 49; Roztočil, 2008, s. 122)

Autoři Kudela (2008, s. 168) a Roztočil (2008, s. 122) se shodují, že po porodu hlavičky zůstává pravá ruka na oblasti hráze a chrání ji při porodu ramének, což snižuje riziko rozšíření poranění. Jakmile se porodí obě raménka, není nutno hráz chránit.



Obr. 4 Chránění hráze (Zdroj: Roztočil, 2008, s. 122)

1.4.2.4 Použití lubrikačního přípravku

Pro snížení tření hlavičky plodu o poševní stěny a k usnadnění vaginálního vyšetření používají porodní asistentky či lékaři různé lubrikační přípravky. Nejčastěji se používají ultrazvukové gely, které ale nejsou přímo určeny k aplikaci během porodu. (Pospíšilová, 2015, s. 29) Jediným testovaným a schváleným porodnickým gelem je Dianatal. Objevili ho švýcarští gynekologové. Studie prováděné v Curychu prokázaly až 50 % účinnost. Dle klinických studií Dianatal urychluje porod až o 30 % a přitom redukuje výskyt poranění

hráze. Vytvoří v pochvě jakýsi kluzký film, který snižuje třecí síly. Může se použít i při instrumentálních porodech a porodech do vody. Porodnický gel působí čistě fyzikálně a neobsahuje žádné farmakoaktivní látky. Obsahuje *aqua purificata*, propylenglykol, *karbomer*, *hydroxyethylcelulózu*. Nežádoucí účinky nebo interakce nebyly doposud žádnými studiemi prokázány. K aplikaci se používají speciální aplikátory, aby nebyl narušen komfort rodičky a plodu. (© Dianatal, 2008)

Na trhu jsou dva typy porodnických gelů Dianatal. *Stage 1* je hutný a používá se pro otevírací fázi porodu. *Stage 2* je řídký a je vhodný spíše pro vypuzovací fázi. (© Dianatal, 2008)

1.4.2.5 Metoda pomalého prořezávání hlavičky

Tento postup, zvaný také *supercrowning*, vede k významnému snížení počtu poranění hráze, především ruptur druhého a třetího stupně. Porodní asistentka rukou vyvíjí mírný tlak na porozenou část hlavičky plodu a tím zpomaluje její prořezávání a rychlou progresy. *Supercrowning* tak prodlužuje porod o jednu nebo dvě kontrakce a tkáň hráze má více času na přirozené a pomalé natažení. Kontraindikací tohoto manévru je suspektní kardiografický záznam, nebo nutnost rychlého ukončení porodu. (Pospíšilová, 2015, s. 32)

2 PÉČE O PERINEÁLNÍ PORANĚNÍ V POPORODNÍ DOBĚ A ŠESTINEDĚLÍ

2.1 Ošetření porodního poranění

Ošetření porodního poranění nejčastěji probíhá v období prvních dvou hodin po skončení porodu. Toto období se nazývá poporodní doba (někdy čtvrtá doba porodní), kdy už není přítomna spontánní bolest, ale bolestivě je vnímáno právě ošetření porodních zranění. (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 39) Nejprve je třeba pacientku vyšetřit v zrcadlech. Drobné trhliny a odřeniny obvykle nevyžadují žádné ošetření. Pozornost je třeba věnovat větším poraněním, jako je poškozená svalovina a episiotomie, která vyžadují chirurgické ošetření. Tím se zamezí deformaci hráze a svalstva pánevního dna. (Roztočil, 2008, s. 295-296)

Ošetření porodního poranění patří dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb. do kompetencí porodních asistentek. Pokud ví, jak to provést, mohou sešívat trhliny prvního a druhého stupně, trhliny třetího stupně by pro jejich velký rozsah měl šít lékař, nebo by alespoň měl mít nad šitím dohled. Avšak v ČR ve většině zařízení veškerá ošetření provádí lékař a porodní asistentka mu asistuje. Výkon je prováděn v gynekologické poloze. Nejprve se osuší drobná krvácení a zkontroluje rozsah poranění. Poté se aplikuje lokální anestetikum, nejčastěji *Mesocain* 1 % a na kůži *Xylocain* 10 %. K šití se obvykle ve většině zdravotnických zařízení používá vstřebatelný šicí materiál. (Gaskin, 2010, s. 340; Moravcová a Petržílková, 2015, s. 65)

2.1.1 Ošetření episiotomie

Episiotomie má tvar obráceného asymetrického „V“, kde koncová část je více retrahována. Při kontrole rozsahu poranění se sleduje, zda v pokračování episiotomie není ruptura pochvy. Nástřih se často rozšiřuje kraniálně, po instrumentálních porodech s rotací do protilehlých poševních stěn, u abnormální rotace může vzniknout trhlina směrem k svěrači. Často se pozorují trhliny zejména v pravé postranní části pochvy, které tam vznikají při zavádění kleštiny. Všechna poranění se reparují od shora dolů, pak kaudální trhliny a samotná episiotomie se šije až nakonec. (Doležal, 2007, s. 56-58) Musí být přesně lokalizován vrchol poranění a tam se začíná se suturou, která je prováděna po vrstvách. Výkon se

provádí v lokální anestezii. První steh je nakládán vždy asi 0,5 – 1 cm nad vrchol episiotomie, nebo ruptury, aby byly podchyceny poraněné cévy a předešlo se tak nebezpečnému krvácení s tvorbou hematomů. Pochva se šije pokračujícím stehem až do introitu k hymenálním okrajům. Poté je provedena rekonstrukce svalstva hráze a následuje šití podkoží. Pak už zbývá jen sutura kůže. (Kudela, 2008, s. 197-198)

Zrádné je podslizniční krvácení, kde není porušen povrch. Poznáme ho podle boulovitého vyklenutí. Při podslizničních hematomech, které zasahují až do klenby, je vhodné sliznici protnout a hematom odstranit, vysušit a vyhledat zdroj krvácení. Hrozí nebezpečí ruptury, která se může šířit do retroperitoneálního prostoru. Také pro nebezpečí diseminované intravaskulární koagulace (DIC) je nutné hematom odstranit. V případě nutnosti je nezbytná revize a drénování postiženého prostoru. (Doležal, 2007, s. 56-58)

Po dokončení šití je vhodné vyšetření prstem přes konečník, kdy se zkontroluje, zda nebyla do stehu zavzata i stěna recta. Pokud je přes konečník hmatán steh, je nutné suturu rozpustit, stehy vytáhnout a suturu provést znovu. (Kudela, 2008, s. 198)

2.1.2 Ošetření ruptur

Trhliny I. stupně nemusí být vždy sešívány, při vhodné poporodní péči se zhojí spontánně (Bašková, 2015, s. 71). **Trhliny II. stupně** se ošetřují v lokální anestezii. Začíná se kranálněji uloženým vrcholem trhliny. Pokud má ruptura pravidelnější tvar, je nejlépe po fixaci vrcholu šít pokračujícími stehy jako při episiotomii. Při nepravidelné ruptuře je nutné se přizpůsobit suturou jednotlivými odlehčujícími stehy. Hojení probíhá zpravidla bez komplikací. (Doležal, 2007, s. 59-60) **Trhliny III. stupně** mohou mít vážné následky a vždy musí být odborně ošetřeny lékařem s následným režimovým opatřením (Bašková, 2015, s. 71). Ošetření těchto ruptur bývá často velmi obtížné, protože okraje poranění jsou nepravidelné, zhmožděné a krvácení bývá často silné. Lokalizaci těchto poranění nelze předvídat a bohužel se často jedná o místa obtížně přístupná. Často je zasažen anální sfinkter, v případě úplné ruptury i střevní stěna. Je nutné provést dokonalou suturu svěrače, případně i suturu střeva. Větší sklon je u primipar, u plodů s větší hmotností, při prodloužené druhé době porodní, po instrumentálních operacích, po mediální episiotomii, u žen s nízkou hrází, u dystokie ramének. Další příčinou může být nezkušená asistence u porodu a nespolupracující, zmatená nebo špatně tlačící rodička. Důležitá je správná diagnóza a účelné rektální vyšetření. U kompletní ruptury s poraněním střevní stěny se provádí rekon-

strukce nejlépe v narkóze. Ruptury se obvykle špatně hojí. Chybně zhojená trhlina III. stupně může být příčinou rozvoje rektovaginálních nebo rektoperineálních píštělí a poruchy ovládní řitního svěrače. (Čech *et al.*, 2006, s. 361; Doležal, 2007, s. 60; Kudela, 2008, s. 198)

Současně s trhlinami vulvy a hráze často vzniká ruptura pochvy. Každá trhlina se musí zašít a krvácející cévy je nutné podvázat. Drobné hematomy se mohou vstřebat, větší je třeba rozříznout, vyprázdnit a podchytit krvácející cévy. (Roztočil, 2008, s. 296)

2.2 Doporučená péče o porodní poranění v období šestinedělí

Šestinedělí je období po porodu, kdy dochází v organizmu ženy k involučním a progresivním změnám. Dělí se na časně (rané) a pozdní, které končí 42. dnem po porodu. V těle ženy probíhají progresivní změny, kdy dochází k rozvoji funkcí orgánů, které dříve byly v klidovém stavu (nástup laktace), a změny anatomické a funkční, kterými se tělo vrací do fyziologické podoby. (Čech *et al.*, 2006, s. 153; Koudelková, 2013, s. 19; Roztočil, 2008, s. 127) Dochází ke zmenšení prokrvení zevních rodidel, svaly pánevního dna postupně získávají tonus a roztažené svaly *diaphragma urogenitale* a *diaphragma pelvis* se vracejí do původní polohy. Nutno však vědět, že těhotenství a porod zanechávají na organizmu rozsáhlé změny, takže úplný návrat do původního stavu nenastane téměř nikdy. (Čech *et al.*, 2006, s. 153, 155)

Porodní asistentka ihned po porodu edukuje rodičku o poporodní době a šestinedělí, především o péči o porodní poranění a procesu hojení (Moravcová a Petržílková, 2015, s. 71). Během porodu často dochází k různým stupňům poranění hráze, nebo k provedení episiotomie (Roztočil, 2008, s. 130). Drobná poranění, jako jsou trhliny I. stupně, se rychle zhojí, u větších trhlín pochvy, vulvy a hráze je předpokladem hojení správné ošetření. Hojili se rána bez komplikací, zůstává pouze tenká jizva, po hojení provázené komplikacemi vzniká široká jizva. (Čech *et al.*, 2006, s. 155) Pokud poranění není komplikováno rupturou svalstva pánevního dna, vznikem hematomů a sufuzí není třeba zvláštní péče kromě pravidelné očisty hráze (Roztočil, 2008, s. 130).

Během celé hospitalizace by žena měla být průběžně informována o dalším dění a měla by předem vědět o dalším plánovaném postupu (Takács, Sobotková a Šulová, 2015, s. 33). V České republice se průměrná délka pobytu v nemocnici po porodu pohybuje mezi 4

a 5 dny. Většinou se odvíjí od stavu novorozence, nikoliv od stavu matky. V každé zemi se ale délka hospitalizace liší, závisí na zdravotním povědomí obyvatelstva, vyspělosti systému ambulantní péče a systému přípravy domácnosti. (Roztočil, 2008, s. 130)

2.2.1 Poporodní péče o perineum po jeho ošetření

Porodního poranění je třeba denně kontrolovat a dodržovat hygienické návyky, které podporují hojení bez komplikací (Koudelková, 2013, s. 31). Rodička by měla dbát na dostatečnou hygienu a sprchovat porodní poranění vlažnou vodou alespoň 6x denně a nejlépe po každém použití toalety. Doporučuje se zpočátku močit ve sprše. (Moravcová a Petržílková, 2015, s. 71) Porodní asistentka také edukuje ženu o tom, aby se po stolici důkladně osprchovala a otírala se vždy ve směru zepředu dozadu, aby zamezila zanesení stolice do rodidel (Koudelková, 2013, s. 26). Rodička by měla používat neparfémovaná mýdla, která nedráždí sliznici a pokožku rodidel, udržovat poranění v suchu a často si vyměňovat vložky, které musí být prodyšné a savé. Na porodní poranění si případně může přiložit ledový obklad obalený textilií k tišení bolesti a pálení. (Moravcová a Petržílková, 2015, s. 71) Hojení také podporují sedací koupele a teplé nebo studené obklady, které zvyšují cirkulaci v oblasti poranění (Bašková, 2015, s. 87). Vhodné je poradit ženě vstávání přes bok, doporučit sezení v plaveckém kruhu a pravidelně umožnit přístup vzduchu k poranění (Moravcová a Petržílková, 2015, s. 71). Oblast poševního vchodu a hráz může žena během prvního týdne po porodu omývat jemným roztokem Betadinu (Gaskin, 2010, s. 343). Po propuštění domů musí žena dodržovat všechny hygienické návyky tak, jak byla poučena během hospitalizace (Čech *et al.*, 2006, s. 158). Infekce, vzniklá na podkladě špatné hygieny a nevhodné péče o suturu, může způsobit dehiscenci (rozestup okrajů) episiotomie (Koudelková, 2013, s. 85).

V souvislosti s větším porodním poraněním, kdy má žena strach se vyprázdnit, mohou nastat problémy s vyprazdňováním stolice (Koudelková, 2013, s. 48). Porodní asistentka musí ženu edukovat o důležitosti vyprázdnění a o opatřeních vhodných k eliminaci zácpy, jako je bohatý příjem vlákniny, příjem tekutin a pohyb (Bašková, 2015, s. 88). Důležitý je dostatečný příjem stravy bohaté na bílkoviny, vitamíny a minerální látky (Kameníková a Kyasová, 2003, s. 73). Výživa matky by měla být lehká, nesmí být dráždivá, nebo nadýmající. Mělo by převládat ovoce a zelenina, nikoliv sladkosti, tučná a ostrá jídla. Te-

kutiny ztracené kojením je dobré nahradit alespoň 1,5 litrem tekutin denně. Péče o močení a stolici také napomůže dobrému zavinování dělohy. (Čech *et al.*, 2006, s. 158)

Rodička by měla znát příznaky počínající infekce jako je bolestivost, zarudnutí, zpomalené hojení, edém, zvýšená exsudace, dehiscence. Při bolestivosti je vhodné aplikovat nesteroidní antiflogistika, při otoku hráze je vhodná aplikace ledu opakovaně na dobu 20 – 30 minut. Přetrvávající bolest může signalizovat vznik komplikací, jako je infekce nebo vznik hematomu. (Roztočil, 2008, s. 130) Rána je zarudlá, edematózní a výrazně bolestivá. U pokročilejších zánětů vytéká ze sutury purulentní zápachající obsah. Aplikují se hojivé gely, masti a oleje s příměsí například dubové kůry a je přidána terapie dle ordinace lékaře (antibiotika, čistící a granulační přípravky, metody vlhkého hojení ran). Při hlubší dehiscenci se provádí resutura s časovým odstupem až po vyčištění rány v celkové anestezii. (Koudelková, 2013, s. 32, 85)

Až do ukončení šestinedělí by se žena měla vyhnout sexuálnímu styku z důvodů hygienických, porodních poranění, která se hojí a z důvodu prevence infekce, protože tkáň porodních cest ještě nejsou plně zregenerované (Bašková, 2015, s. 90). Vše je ale zcela individuální a logicky podřízeno dostatečnému libidu ženy. Zhruba 50 % žen trpí po porodu dyspareunií nebo nepříjemnými pocity po styku. (Roztočil, 2008, s. 130)

2.2.2 Fyzická aktivita vedoucí k posílení pánevního dna po porodu

V průběhu porodu je svalová tkáň pánve maximálně zatížena, neuvěřitelně se roztáhne a často dojde k jejímu poranění. V období šestinedělí se svalstvo začne opět zpevňovat a zotavovat. Tento proces žena může podpořit cíleným cvičením. (Kubincová, 2008, s. 32)

Rehabilitace v šestinedělí je důležitou součástí péče o ženu po porodu, avšak výsledky splňuje jen tehdy, pokud je prováděna včas, pravidelně a na odborné úrovni. Napomáhá tělu k návratu do původního stavu, zpevňuje břišní stěnu a pánevní dno. Má význam preventivní, léčebný i estetický a slouží také jako prevence tromboembolických komplikací, močových a defekačních obtíží. Po nekomplikovaném porodu není fyzická aktivita výrazně omezená. Porodní asistentka by měla ženu edukovat o poporodním cvičení, o způsobu jakým bude probíhat a kdo s ní bude cvičit. Cviky však nesmějí být příliš namáhavé, mají ženě působit pocit osvěžení. Rehabilitační sestry nebo porodní asistentky poučí matku o vhodnosti různých cviků podle způsobu porodu a průběhu šestinedělí. Je vhodné cvičit

alespoň 15 – 20 minut denně. Jinak je tomu u žen po porodu císařským řezem a při větších poranění. Ty mají první dny speciální cvičení zaměřené na prevenci vzniku pooperačních komplikací. (Čech *et al.*, 2006, s. 158; Koudelková, 2013, s. 27, 75; Roztočil, 2008, s. 130, 146)

V případě, že nejsou přítomny žádné poporodní komplikace, může žena 24 hodin po porodu začít s cvičením (Roztočil, 2008, s. 146). Je doporučeno cvičit v dobře vyvětraném pokoji a dodržovat pitný režim. Nejvhodnější doba je ráno před snídaní. Žena musí být řádně o cvičení poučena a správně motivována (Koudelková, 2013, s. 67). Vhodné je cvičení střídat s dechovým cvičením a relaxací. První den po porodu provádí ženy cviky na posílení pánevního dna pouze vleže na zádech, ve vodorovné poloze, bez polštáře a příkrývky. Druhý a třetí den po porodu ženy opakují cviky z předešlého dne a snaží se je zintenzívnit. Přidávají se cviky v poloze vleže na boku a na břicho. Čtvrtý a další dny po porodu ženy cvičí to, co předešlé dny. Cvičení je náročnější a přidávají se cviky na správné držení těla. (Roztočil, 2008, s. 146-147)

2.2.3 Gynekologické vyšetření po šestinedělí

Po ukončení šestinedělí je důležité kontrolní gynekologické vyšetření. Lékař se informuje o celkovém zdravotním stavu, močení, stolici, kojení a případném krvácení. Proběhne kontrola zevních rodidel, zhodnocení hojení poranění hráze a vyšetření ženy v zrcadlech. Dále se provede kolposkopické a cytologické vyšetření, kdy lékař zhodnotí děložní hrdlo a palpační vyšetření k zjištění velikosti a uložení dělohy. Při pozdější kontrole se zhodnotí pánevní dno a definitivní zhojení porodního poranění hráze. (Čech *et al.*, 2006, s. 158-159) Pokud je vše v pořádku, gynekolog poučí ženu o nástupu menstruace a provede edukaci o vhodné antikoncepci (Koudelková, 2013, s. 80). Návštěva porodní asistentky nemá význam léčebný, ale psychologicko-konzultační (Roztočil, 2008, s. 130).

V případě, že se nějaké problémy objeví již během šestinedělí, je vhodné vyhledat lékařskou pomoc ihned. Po obtížném porodu může mít žena problémy s udržení moči, plynů, či stolice. Pokud tyto problémy přetrvávají, je třeba je začít řešit a mluvit o nich s lékařem. (Labusová, 2009)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

Výzkumné šetření bylo prováděno v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s., Nemocnici Kyjov, příspěvková organizace, Uherskohradištské nemocnici a.s. a na internetu pomocí elektronické formy dotazníků.

3.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení episiotomie.
2. Zjistit přístup porodních asistentek k preventivním metodám poranění perinea.
3. Zjistit, jakým způsobem porodní asistentky edukují ženy o ošetřování porodního poranění.

3.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkum byl realizován metodou kvantitativního sběru dat. Ke sběru informací, sloužících k vypracování praktické části bakalářské práce, bylo zvoleno dotazníkové šetření, které probíhalo od února 2016 do března 2016. Celkem bylo zpracováno 130 (100,0 %) dotazníků. Tištěných anonymních dotazníků bylo vyhodnoceno 35 kusů (26,9 %), prostřednictvím elektronického dotazníku dále odpovědělo dalších 95 (73,1 %) respondentek. Bylo sestaveno 20 uzavřených a polouzavřených dotazníkových položek. Otázky obsahovaly demografické údaje k přiblížení totožnosti respondentek a otázky související se stanovenými cíli bakalářské práce. Ke zpracování praktické části práce bylo nutné zajistit žádosti o umožnění výzkumného šetření (příloha P I). Dále následovala analýza získaných dat. Výsledky výzkumného šetření jsou vyhodnoceny prostřednictvím grafů a tabulek.

3.3 Charakteristika souboru

Cílovou skupinou respondentek byly porodní asistentky (PA) pracující na porodním sále a oddělení šestinedělí. Tato skupina byla vybrána záměrně, aby umožnila prozkoumat otázky vztahující se k cílům výzkumu. Do výzkumu bylo zařazeno 130 respondentek, s průměrným věkem 34 let, z nichž nejmladší bylo 22 a nejstarší 58 let.

Nejvíce dotazovaných PA 68 (52,3 %) má vysokoškolské vzdělání 1. stupně (Bc.), vysokoškolské vzdělání 2. stupně (Mgr., Ing.) uvádí 21 (16,2 %) respondentek, stej-

ný počet PA 21 (16,2 %) má středoškolské vzdělání a vyšší odborné vzdělání (Dis.) uvedlo 20 (15,4 %) PA.

Největší počet respondentek 51 (39,2 %) má praxi v oboru do 5 let. O něco menší skupinu 33 (25,4 %) tvoří PA s praxí 6 – 10 let, dále pak 15 (11,5 %) PA uvedlo délku praxe 21 – 30 let a 13 (10,0 %) PA má praxi v oboru 16 – 20 let. 11 – 15 let praxe uvedlo 9 (6,9 %) dotazovaných a 31 – 40 let praxe uvádí také 9 (6,9 %) PA. Žádná respondentka neměla praxi v oboru delší než 41 let.

O něco větší skupinu respondentek **69 (53,1 %) tvořily PA pracující v menší porodnici**, kde se ročně odvede do 1 500 porodů a **61 (46,9 %) PA pracuje ve větší porodnici**, kde se odvede více jak 1 500 porodů ročně.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

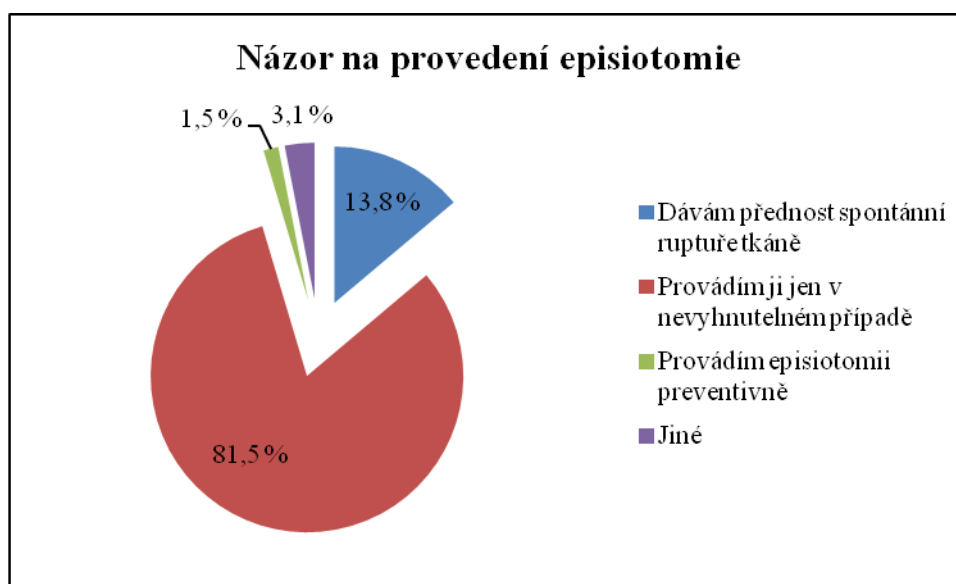
Položka 1: Jaký máte názor na provedení episiotomie?

Tabulka 1: Názor na provedení episiotomie.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dávám přednost spontánní ruptuře tkáně	18	13,8 %
Provádím ji jen v nevyhnutelném případě	106	81,5 %
Provádím episiotomii preventivně	2	1,5 %
Jiné	4	3,1 %
CELKEM	130	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 1: Názor na provedení episiotomie.



Zdroj: vlastní

Komentář: Jednoznačně nejpočetnější skupinu 81,5 % tvoří PA, které episiotomii provádí jen v nevyhnutelném případě. Přednost spontánní ruptuře tkáně dává 13,8 % PA a 3,1 % PA zvolilo možnost „jiné“ a uvádí, že se snaží podporovat prevenci poranění perinea, nebo že episiotomii považují za nesmyslné poškozování ženy. Pouze 1,5 % PA provádí episiotomii preventivně.

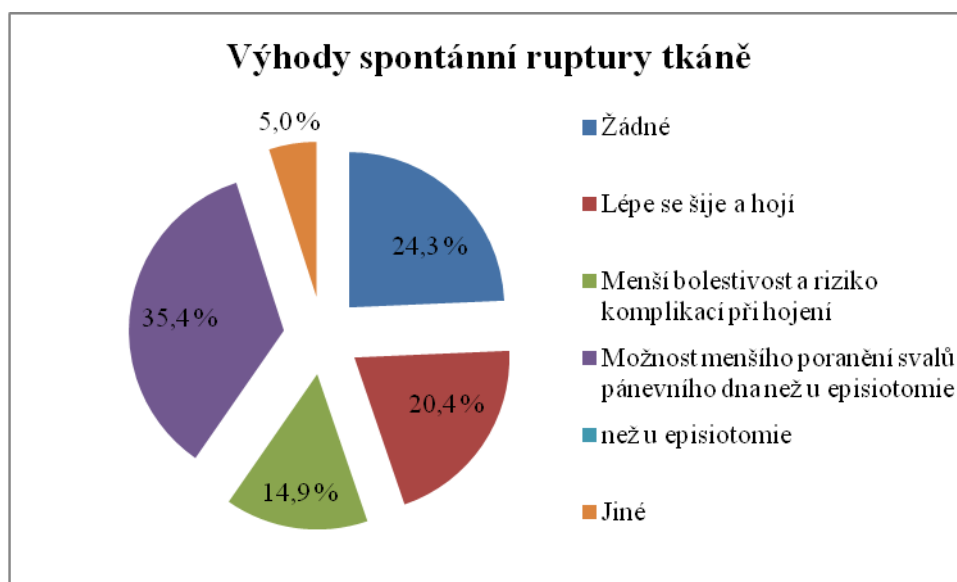
Položka 2: *Jaké jsou podle Vás výhody spontánní ruptury tkáně?*

Tabulka 2: Výhody spontánní ruptury tkáně.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné	44	24,3 %
Lépe se šije a hojí	37	20,4 %
Menší bolestivost a riziko komplikací při hojení	27	14,9 %
Možnost menšího poranění svalů pánevního dna než u episiotomie	64	35,4 %
Jiné	9	5,0 %
CELKEM	181	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 2: Výhody spontánní ruptury tkáně.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Zde měly PA možnost více odpovědí a zvolily jich celkem 181 (100 %). Jako největší výhodu spontánní ruptury tkáně vidí PA možnost menšího poranění svalů pánevního dna než u episiotomie 35,4 %, dále pak byla často označována odpověď, že nevidí žádné výhody 24,2 %. Výhoda, že se lépe šije a hojí, byla volena v 20,4 % a menší bolestivost a riziko komplikací při hojení v 14,9 %. V 5,0 % PA uvádí jako výhodu spontánní ruptury tkáně psychickou stránku ženy, kdy je ruptura lépe přijímána než episiotomie, a menší krvácení.

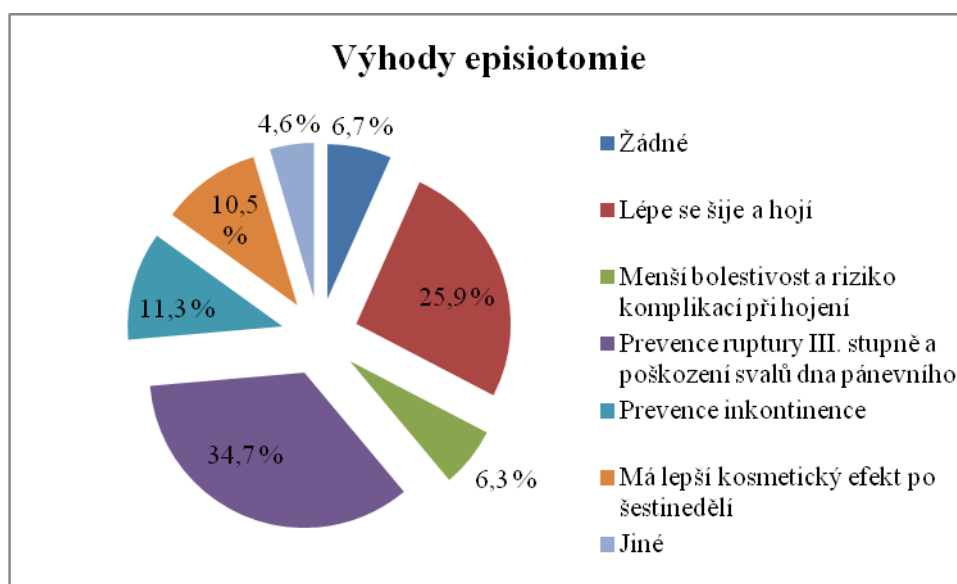
Položka 3: Jaké jsou podle Vás výhody episiotomie?

Tabulka 3: Výhody episiotomie.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Žádné	16	6,7 %
Lépe se šije a hojí	62	25,9 %
Menší bolestivost a riziko komplikací při hojení	15	6,3 %
Prevence ruptury III. stupně a poškození svalů dna pánevního	83	34,7 %
Prevence inkontinence	27	11,3 %
Má lepší kosmetický efekt po šestinedělí	25	10,5 %
Jiné	11	4,6 %
CELKEM	239	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 3: Výhody episiotomie.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: U této otázky měly PA možnost zvolit více odpovědí. Celkem jich bylo označeno 239 (100 %). Jako největší výhoda episiotomie byla označena prevence ruptury III. stupně a poškození svalů dna pánevního 34,7 %. Další výhodou bylo lepší šití a hojení 25,9 % a prevence inkontinence 11,3 %. Možnost, že má episiotomie lepší kosmetický efekt po šestinedělí, byla označena v 10,5 %, žádné výhody v 6,7 %, menší bolestivosti a riziko komplikací 6,3 %. V 4,6 % PA uvádí, že je episiotomie výhodná jen u operačního ukončení porodu a v případě nutnosti rychlého ukončení II. doby porodní při alteraci ozev plodu.

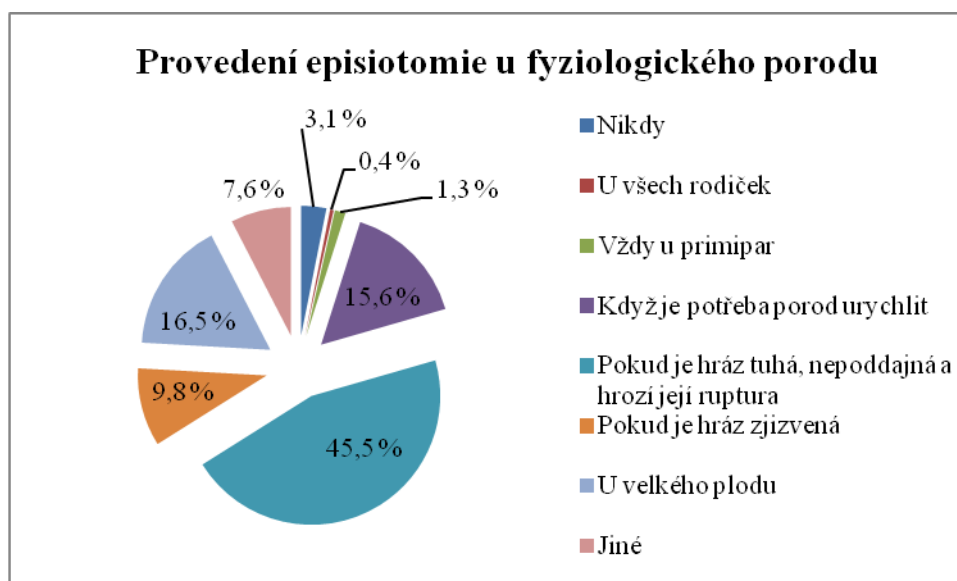
Položka 4: Kdy provádíte episiotomii u fyziologického porodu?

Tabulka 4: Provedení episiotomie u fyziologického porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nikdy	7	3,1 %
U všech rodiček	1	0,4 %
Vždy u primipar	3	1,3 %
Když je potřeba porod urychlit	35	15,6 %
Pokud je hráz tuhá, nepoddajná a hrozí její ruptura	102	45,5 %
Pokud je hráz zjizvená	22	9,8 %
U velkého plodu	37	16,5 %
Jiné	17	7,6 %
CELKEM	224	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 4: Provedení episiotomie u fyziologického porodu.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: I zde měly PA možnost označit více odpovědí. Celkem bylo zvoleno 224 (100 %) responsí. Z grafu vyplývá, že nejčastěji je episiotomie provedena pokud je hráz tuhá, nepoddajná a hrozí její ruptura 45,5 %. V 16,5 % PA volí nástřih v případě velkého plodu, v 15,6 % pokud je nutné porod urychlit a v 9,8 % pokud je hráz zjizvená. V 7,6 % je provedena jen výjimečně, v případě ohrožení matky či plodu, při akutní tísní plodu a alteraci ozev. V 3,1 % PA nástřih neprovádí nikdy, v 1,3 % u primipar a v 0,4 % u všech rodiček.

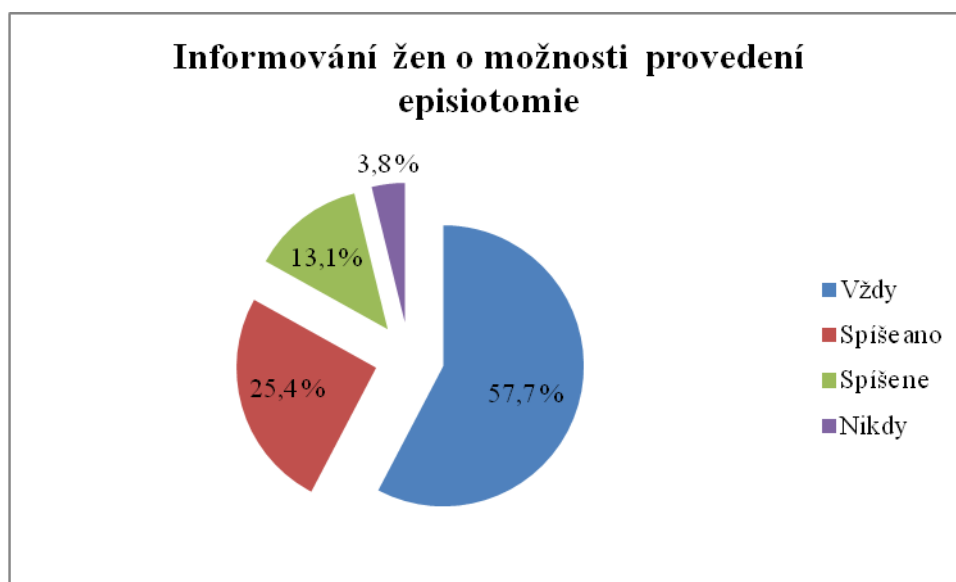
Položka 5: *Informujete ženy předem o tom, že v případě potřeby bude episiotomie provedena?*

Tabulka 5: Informování žen o možnosti provedení episiotomie.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vždy	75	57,7 %
Spíše ano	33	25,4 %
Spíše ne	17	13,1 %
Nikdy	5	3,8 %
CELKEM	130	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 5: Informování žen o možnosti provedení episiotomie.



Zdroj: vlastní

Komentář: Více než polovina dotazovaných 57,7 % vždy informuje ženy předem o provedení episiotomie, 25,4 % PA zvolilo možnost spíše ano, 13,1 % spíše ne a nikdy předem ženy neinformuje 3,8 % PA.

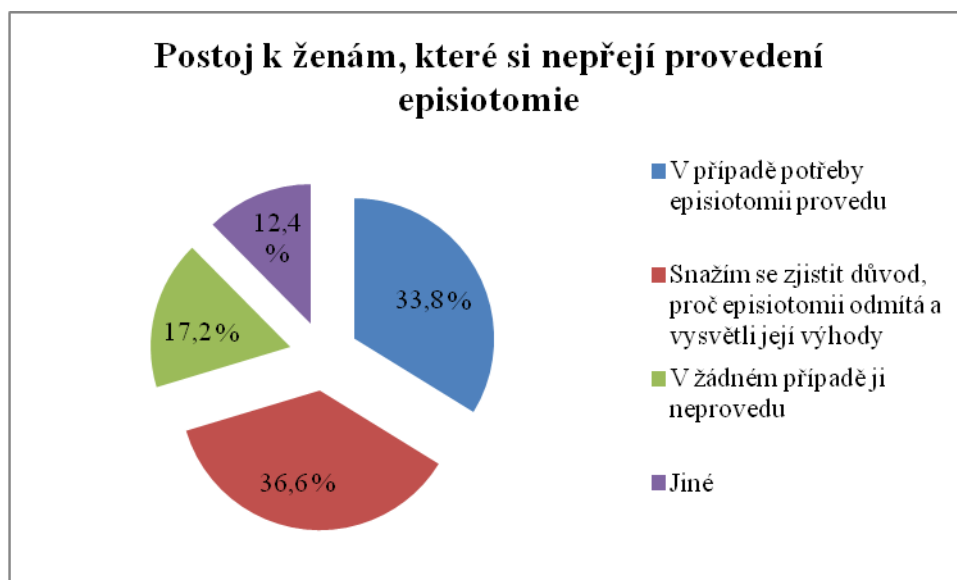
Položka 6: *Jak se stavíte k ženám, které uvádí, že si nepřejí provedení episiotomie?*

Tabulka 6: Postoj k ženám, které si nepřejí provedení episiotomie.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V případě potřeby episiotomii provedu	49	33,8 %
Snažím se zjistit důvod, proč episiotomii odmítá a vysvětlím její výhody	53	36,6 %
V žádném případě ji neprovedu	25	17,2 %
Jiné	18	12,4 %
CELKEM	145	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 6: Postoj k ženám, které si nepřejí provedení episiotomie.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: U této položky měly respondenty možnost vybrat více odpovědí. Celkem jich bylo zvoleno 145 (100 %). Z analýzy vyplynulo, že v 36,6 % se PA nejprve snaží zjistit důvod, proč žena episiotomii odmítá a vysvětlit jí její výhody. V 33,8 % PA v případě potřeby provedou episiotomii i bez ohledu na přání ženy. Možnost, že episiotomii neprovedou v žádném případě, byla vybrána v 17,2 %. V 12,4 % PA uvedly, že se podle situace snaží ženě vyhovět a případně ženě vysvětlit její nutnost.

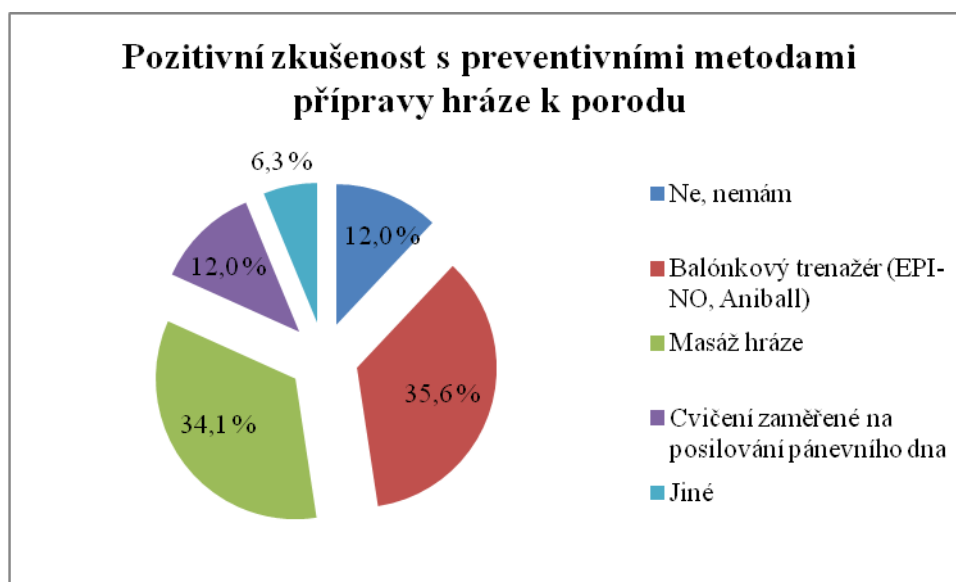
Položka 7: Máte pozitivní zkušenost s nějakou preventivní metodou prováděnou v těhotenství, která snižuje riziko vzniku porodního poranění?

Tabulka 7: Pozitivní zkušenost s preventivními metodami přípravy hráze k porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, nemám	25	12,0 %
Balónkový тренаžér (EPI-NO, Aniball)	74	35,6 %
Masáž hráze	71	34,1 %
Cvičení zaměřené na posilování pánevního dna	25	12,0 %
Jiné	13	6,3 %
CELKEM	208	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 7: Pozitivní zkušenost s preventivními metodami přípravy hráze k porodu.



Zdroj: vlastní

Komentář: Na tuto otázku odpověděly PA celkem 208 (100 %) odpověďmi. Graf ukazuje, že téměř stejného výsledku dosáhl balónkový тренаžér 35,6 % a masáž hráze 34,1 %. V 12,0 % byla uvedena pozitivní zkušenost se cvičením zaměřeným na posilování pánevního dna, avšak stejně četně, v 12,0 %, byla volena odpověď, že PA nemají žádnou pozitivní zkušenost s preventivními metodami přípravy hráze k porodu. Možnost „jiné“ byla označena v 6,3 % a PA zde uvádí, že nevidí rozdíly mezi připravenou a nepřipravenou hrází a že záleží především na vedení II. doby porodní. Jiné PA jako preventivní metody uvádí teplé obklady během porodu, použití gelu a psychickou podporu a důvěru ve vlastní tělo.

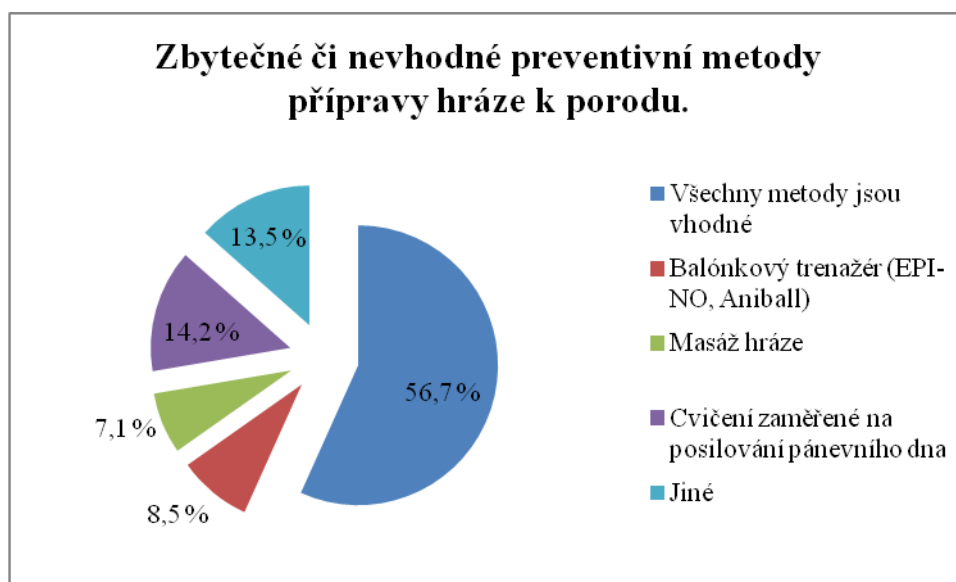
Položka 8: Je podle Vás některá z preventivních metod přípravy hráze k porodu zbytečná, nebo nevhodná?

Tabulka 8: Zbytečné či nevhodné preventivní metody přípravy hráze k porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Všechny metody jsou vhodné	80	56,7 %
Balónkový trenažér (EPI-NO, Aniball)	12	8,5 %
Masáž hráze	10	7,1 %
Cvičení zaměřené na posilování pánevního dna	20	14,2 %
Jiné	19	13,5 %
CELKEM	141	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 8: Zbytečné či nevhodné preventivní metody přípravy hráze k porodu.



Zdroj: vlastní

Komentář: Také tato položka nabízela označení více odpovědí. Celkem jich bylo zvoleno 141 (100 %). Většina PA se shodla, že všechny preventivní metody přípravy hráze k porodu jsou vhodné. Tato odpověď byla volena v 56,7 %. Jako zbytečná preventivní metoda bylo uvedeno cvičení zaměřené na posílení pánevního dna v 14,2 % a v 13,5 % PA uvádí, že přínos preventivních metod je velmi individuální a závislý na mnoha faktorech. V 8,5 % byl jako zbytečný označen balónkový trenažér a v 7,1 % masáž hráze.

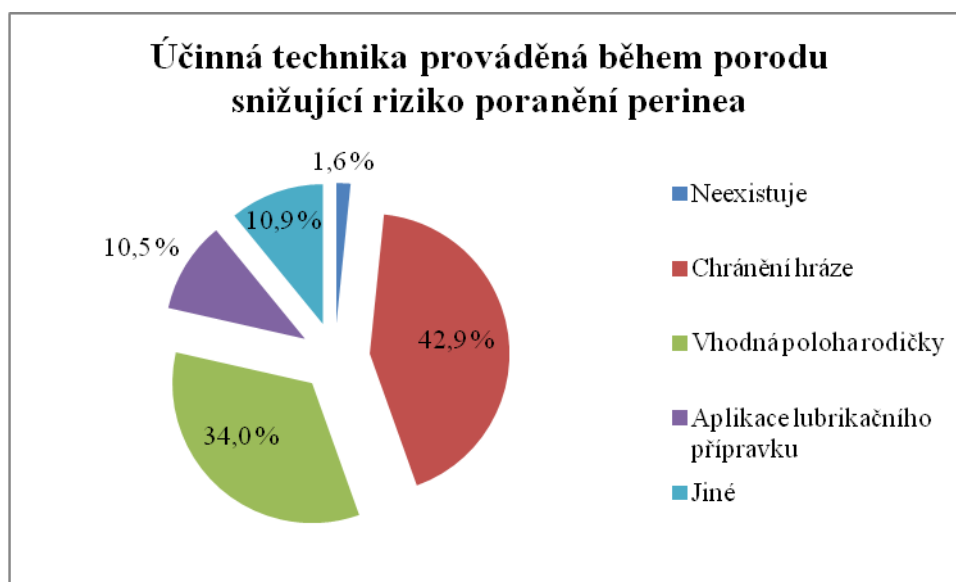
Položka 9: *Myslíte, že existuje účinná technika prováděná při porodu, která snižuje riziko poranění perinea?*

Tabulka 9: Účinná technika prováděná během porodu snižující riziko poranění perinea.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neexistuje	4	1,6 %
Chránění hráze	106	42,9 %
Vhodná poloha rodičky	84	34,0 %
Aplikace lubrikačního přípravku	26	10,5 %
Jiné	27	10,9 %
CELKEM	247	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 9: Účinná technika prováděná během porodu snižující riziko poranění perinea.



Zdroj: vlastní

Komentář: I zde měly respondentky možnost více odpovědí. Celkem jich označily 247 (100 %). Nejčastější preventivní technika prováděná během porodu je chránění hráze 42,9 %. Dále je to zvolení vhodné polohy rodičky 34,0 %. V 10,9 % byla volena odpověď „jiné“, kde jako prevenci perineálního poranění PA uvádí teplé obklady, trpělivost při vedení II. doby porodní, zpomalení průchodu hlavičky, spolupráci rodičky a PA, porod do vody a masáž hráze olejem. V 10,5 % byla označena jako vhodná technika aplikace lubrikačního přípravku. Názor, že neexistuje žádná technika, která by zaručila nulové poranění, byl označen v 1,6 %.

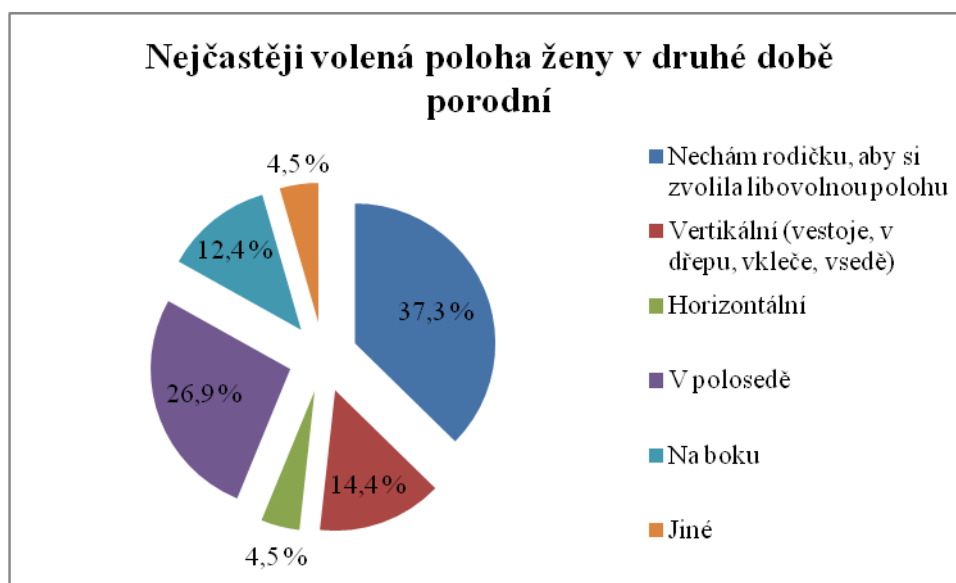
Položka 10: Kterou polohu nejčastěji volíte u ženy v druhé době porodní?

Tabulka 10: Nejčastěji volená poloha ženy v druhé době porodní.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nechám rodičku, aby si zvolila libovolnou polohu	75	37,3 %
Vertikální (vestoje, v dřepu, vkleče, vsedě)	29	14,4 %
Horizontální	9	4,5 %
V polosedě	54	26,9 %
Na boku	25	12,4 %
Jiné	9	4,5 %
CELKEM	201	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 10: Nejčastěji volená poloha ženy v druhé době porodní.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Díky možnosti zvolit více odpovědí bylo u této položky označeno celkem 201 (100 %) respondů. Graf ukazuje, že v 37,3 % PA nechají ženu, aby si zvolila libovolnou polohu během II. doby porodní. Jako nejčastější porodní pozice byla označena poloha v polosedě 26,9 %. Vertikální poloha je to v 14,5 % a poloha na boku v 12,4 %. Nejméně využívaná poloha při porodu je horizontální v 4,5 %. Ve stejné četnosti byla označena odpověď „jiné“, kde PA uvádí, že polohu volí v závislosti na poloze plodu, na stavu a únavě rodičky, anebo že jsou omezené porodním zařízením, kde pracují.

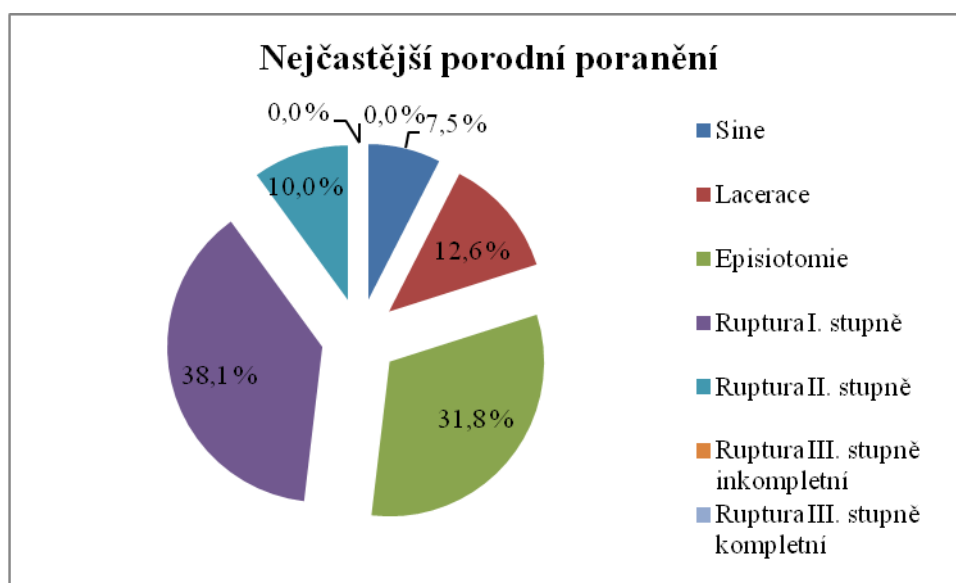
Položka 11: Jaké porodní poranění vzniká podle Vás nejčastěji?

Tabulka 11: Nejčastější porodní poranění.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sine	18	7,5 %
Lacerace	30	12,6 %
Episiotomie	76	31,8 %
Ruptura I. stupně	91	38,1 %
Ruptura II. stupně	24	10,0 %
Ruptura III. stupně inkompletní	0	0,0 %
Ruptura III. stupně kompletní	0	0,0 %
CELKEM	239	100,0%

Zdroj: vlastní

Graf 11: Nejčastější porodní poranění.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: U této položky měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Celkem jich bylo označeno 239 (100 %). Jednoznačně nejčastěji vzniká podle PA ruptura I. stupně v 38,1 % a episiotomie v 31,8 %. Lacerace lábií minoris, introitu, nebo perinea vzniká v 12,6 %. V 10,0 % byl označen vznik ruptury II. stupně a v 7,5 % bez poranění. Žádná respondentka neoznačila rupturu III. stupně inkompletní ani kompletní. U episiotomie měly PA možnost vybrat i její druh a směr. Nejčastěji to byla mediolaterální episiotomie dexter.

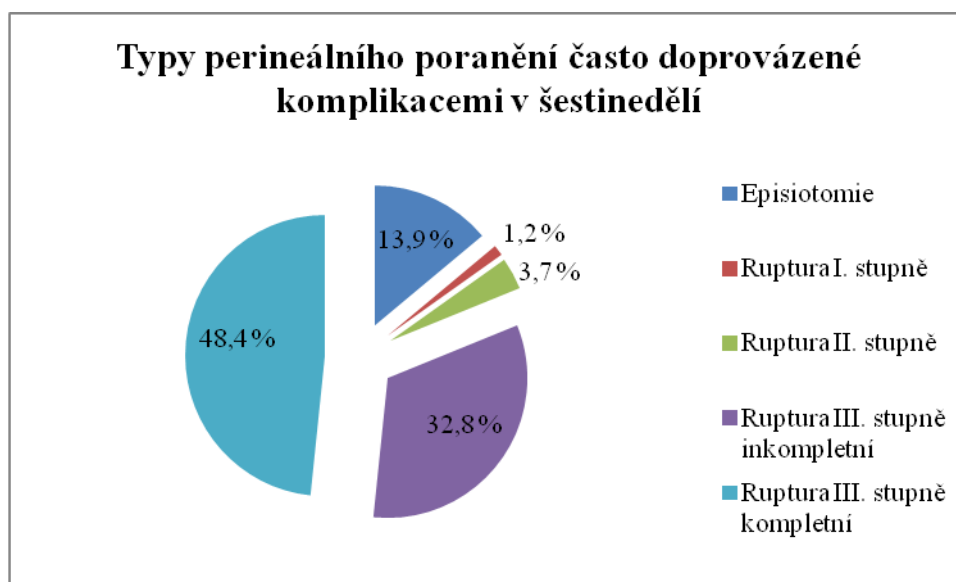
Položka 12: Který typ perineálního poranění je podle Vás častěji provázen komplikacemi v šestinedělí?

Tabulka 12: Typy perineálního poranění často doprovázené komplikacemi v šestinedělí.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Episiotomie	34	13,9 %
Ruptura I. stupně	3	1,2 %
Ruptura II. stupně	9	3,7 %
Ruptura III. stupně inkompletní	80	32,8 %
Ruptura III. stupně kompletní	118	48,4 %
CELKEM	244	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 12: Typy perineálního poranění často doprovázené komplikacemi v šestinedělí.



Zdroj: vlastní

Komentář: Také zde bylo možné označit více odpovědí. Celkem jich bylo 244 (100 %). Nejčastěji komplikovaná je podle PA ruptura III. stupně kompletní 48,4 % a ruptura III. stupně inkompletní 32,8 %. Dále pak v 13,9 % je to episiotomie. Nejméně často je provázena komplikacemi ruptura II. stupně 3,7 %, a ruptura I. stupně 1,2 %.

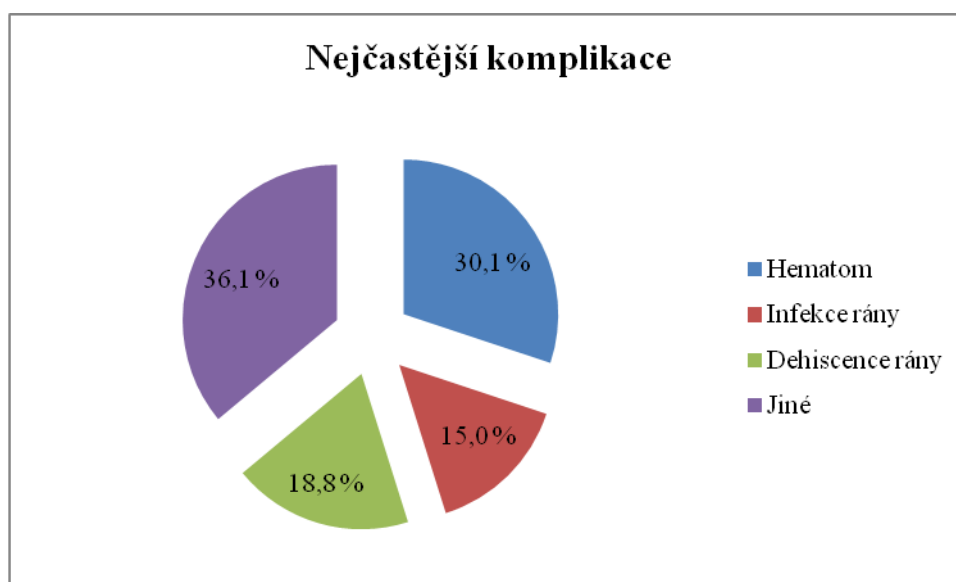
Položka 13: Které komplikace to jsou nejčastěji?

Tabulka 13: Nejčastější komplikace.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hematom	96	30,1 %
Infekce rány	48	15,0 %
Dehiscence rány	60	18,8 %
Jiné	115	36,1 %
CELKEM	319	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 13: Nejčastější komplikace.



Zdroj: vlastní

Komentář: Zde zvolily respondentky celkem 319 (100 %) responsí. Z grafu je patrné, že v 36,1 % volily PA odpověď „jiné“, kde jako častou komplikaci uvádí bolestivost, dyskomfort, otok, psychické potíže, problémy s vyprazdňováním a inkontinenci, inkontinenci větrů, dyspareunii a kosmetický defekt. Další častou komplikací perineálního poranění je podle PA hematom 30,1 %, dehiscence rány 18,8 % a infekce rány 15,0 %.

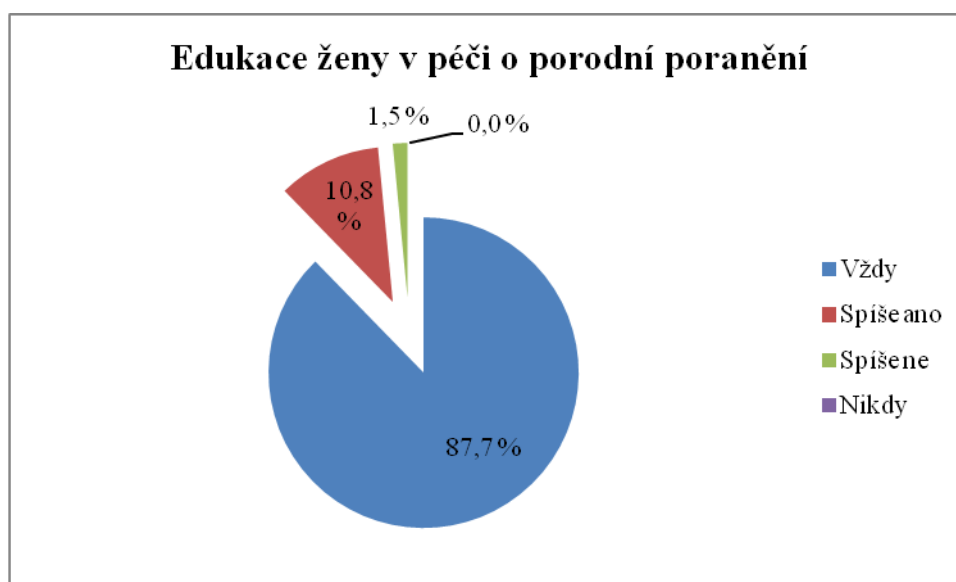
Položka 14: *Edukujete ženu v péči o porodní poranění?*

Tabulka 14: Edukace ženy v péči o porodní poranění.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vždy	114	87,7 %
Spíše ano	14	10,8 %
Spíše ne	2	1,5 %
Nikdy	0	0,0 %
CELKEM	130	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 14: Edukace ženy v péči o porodní poranění.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Převážná většina PA edukuje ženu v péči o porodní poranění vždy 87,7 %. 10,8 % PA zvolilo odpověď spíše ano, 1,5 % spíše ne a žádná PA neuváděla, že by ženu needukovala nikdy.

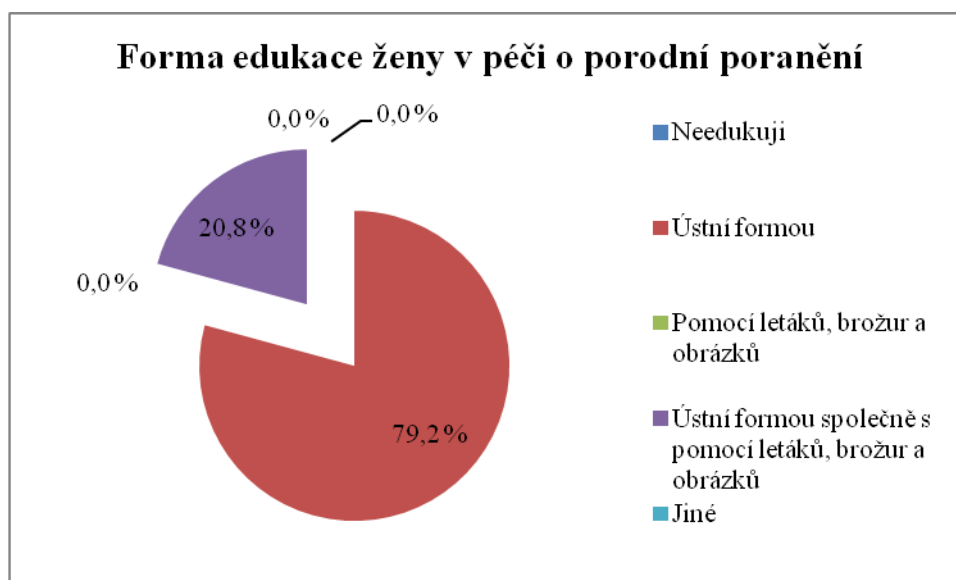
Položka 15: *Jakou formou edukujete ženy v péči o porodní poranění?*

Tabulka 15: Forma edukace ženy v péči o porodní poranění.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Needukuji	0	0,0 %
Ústní formou	103	79,2 %
Pomocí letáků, brožur a obrázků	0	0,0 %
Ústní formou společně s pomocí letáků, brožur a obrázků	27	20,8 %
Jiné	0	0,0 %
CELKEM	130	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 15: Forma edukace ženy v péči o porodní poranění.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: Z výzkumu vyplývá, že většina PA edukuje ženu v péči o porodní ústní formou 79,2 %. Ústní formu společně s pomocí letáků, brožur a obrázků volí 20,8 % PA. Žádná PA nevedla, že by ženu needukovala nikdy, nebo že by k edukaci používala pouze informační reklamní materiály bez ústního doprovodu.

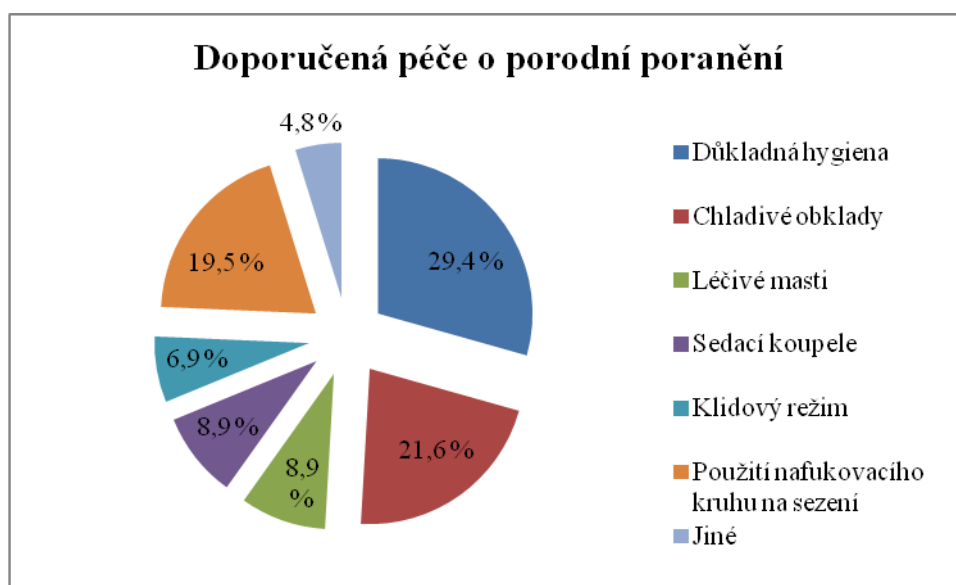
Položka 16: *Co doporučujete ženám v péči o porodní poranění?*

Tabulka 16: Doporučená péče o porodní poranění.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Důkladná hygiena	128	29,4 %
Chladivé obklady	94	21,6 %
Léčivé masti	39	8,9 %
Sedací koupele	39	8,9 %
Klidový režim	30	6,9 %
Použití nafukovacího kruhu na sezení	85	19,5 %
Jiné	21	4,8 %
CELKEM	436	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 16: Doporučená péče o porodní poranění.

*Zdroj: vlastní*

Komentář: U této položky byla možnost označit více odpovědí. Celkem bylo zvoleno 436 (100 %) responsí. Z grafu je patrné, že nejčastěji je ženám doporučována hlavně důkladná hygiena 29,4 % a chladivé obklady 21,6 %. V 19,5 % je doporučováno za vhodné použití nafukovacího kruhu na sezení a v 8,9 % léčivé masti a sedací koupele. Klidový režim je doporučován pouze v 6,9 % a v 4,8 % je jako vhodný označen přístup vzduchu k poranění, používání bavlněného prádla a hygienických vložek, hydromasáž doplněna aromaterapií a fytoterapií.

5 DISKUZE

5.1 Analýza získaných dat

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány čárkovací metodou a poté byly zaneseny do programu Microsoft® Excel do tabulek a grafů. Výsledky v procentech byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Tabulky obsahují relativní i absolutní četnosti, ale do grafů byly zaneseny pouze relativní hodnoty.

Jedním z nejdůležitějších zjištění tohoto výzkumu bylo, že episiotomie není ve většině porodnických zařízení rutinním postupem a porodní asistentky se ji snaží provádět pouze v nutných případech. Indikací je nejčastěji tuhá, nepoddajná hráz, nebo velký plod, kdy hrozí rozsáhlá ruptura. Překvapivým zjištěním bylo, že většina porodních asistentek sice ženu předem informuje o možnosti provedení episiotomie, nicméně poměrně velký počet porodních asistentek ji provede i přes přání ženy родit bez nástřihu.

Jako pozitivní lze hodnotit, že většina porodních asistentek má zkušenosti s preventivními metodami poranění hráze při porodu. Díky těmto zkušenostem tak mohou vyjádřit názor na tyto metody a doporučit těhotným ženám metodu s největším přínosem. Během porodu pak téměř všechny porodní asistentky snižují riziko poranění perinea chráněním hráze a zvolením vhodné polohy rodičky. Zde bylo podstatné zjištění, že většina porodních asistentek se snaží nechat rodičku, aby si zvolila libovolnou polohu podle sebe a že ve většině případů nevýhodná horizontální poloha už není téměř využívána.

Dalším pozitivním zjištěním bylo, že téměř všechny porodní asistentky edukují ženy v péči o porodní poranění. Většina z nich pouze ústní formou. Zde by bylo vhodné doplnit edukaci vhodným písemným materiálem, který by ženy mohly využívat i po odchodu z porodnice. V péči o porodní poranění porodní asistentky doporučují především důkladnou hygienu, chladivé obklady a v případě otoku sezení v nafukovacím kruhu. Z toho lze usoudit, že porodní asistentky upřednostňují spíše nefarmakologické a dostupné metody.

5.2 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Problematikou poranění perinea při porodu se zabývala **autorka Bulová** ve své bakalářské práci z roku 2012. Prováděla kvantitativní výzkum, kdy dotazníky rozdala 41 porodním asistentkám. Podle její studie dává přednost ruptuře pouze 15,0 % porodních asistentek. Výsledky jsou tedy téměř shodné s touto studií, kdy ruptuře dávají porodní asistentky přednost v 13,8 %. Částečně se však liší názory na hlavní výhody episiotomie. Zatímco v práci autorky Bulové je hlavní výhodou lepší šití a hojení episiotomie (32,0 %), v této práci je tento důvod až na druhém místě (25,9 %). Na prvním místě je prevence ruptury III. stupně (34,7 %). Výhody episiotomie jsou však diskutabilní, protože ve studiích věnujících se tomuto tématu právě například výhoda prevence ruptury III. stupně nebyla prokázána. V obou pracích pak porodní asistentky hodnotily i výhody ruptury. Nejčastěji to byla možnost menšího poranění svalů pánevního dna a psychická stránka ženy, kdy je spontánní ruptura lépe přijímána než episiotomie. Na psychiku ženy je pochopitelně nutné myslet a brát ji v úvahu.

Porodní asistentky v obou studiích se shodují na důvodech episiotomie. Obě skupiny jako hlavní důvod uvedly tuhou a nepoddajnou hráz. U autorky Bulové to bylo 58,0 % a v této práci 45,5 %. Dalším důvodem je urychlení porodu. V tomto případě volí episiotomii u Bulové 46,0 % porodních asistentek a v této bakalářské práci byl tento důvod označen v 15,6 %. Otázkou však je, kdy porod urychlit? Pokud porod probíhá fyziologicky a není ohrožen plod, je nutné porod urychlovat? Pokud se zdá, že porod neprobíhá tak rychle jak by měl, nabízí se například změna polohy rodičky, která porodu hlavičky napomůže.

Co se týče preventivních metod přípravy hráze k porodu prováděných v těhotenství, výsledky ve studii autorky Bulové se shodují s výsledky této studie. **Obě skupiny respondentek mají pozitivní zkušenost s balónkovým trenažérem a masáží hráze.** U Bulové masáž hráze doporučuje 35,0 % a balónkový trenažér 30,0 % porodních asistentek. V této práci je balónek doporučován porodními asistentkami v 35,6 % a masáž hráze v 34,1 %.

Také **autorka Michalíková** se ve své bakalářské práci na téma „*Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění*“ zabírala otázkou preventivních metod přípravy hráze k porodu. Ze 140 žen po porodu 54 (38,5 %) uvedlo jako nejčastěji prováděnou preventivní metodu masáž hráze a 16 (11,4 %) použití balónkového trena-

žeru. To potvrzuje názory porodních asistentek v této studii i ve výzkumu Bulové, kdy s oběma těmito metodami mají pozitivní zkušenost.

Rozdílný názor v této bakalářské práci a ve studii autorky Bulové však měly porodní asistentky na účinné techniky snižující riziko poranění perinea prováděné během porodu. Zatímco ve studii autorky Bulové byla nejčastější odpověď řízené tlačení (38,5 %), v této studii to bylo chránění hráze (42,9 %) a volba vhodné polohy rodičky (34,0 %). U Bulové se dále respondentky shodly na polohování rodičky a masáži hráze (15,4 %). Lze předpokládat, že tento výsledek může být ovlivněn délkou praxe. Autorka Bulová ve své studii měla většinu respondentek s praxí do 5 let, v této práci je délka praxe respondentek rozsáhlejší a tím se zvyšuje i míra jejich zkušeností. Dalším faktorem ovlivňujícím výsledky může být přístup a možnosti porodnického zařízení. Některé porodní asistentky uvádí omezení ve volbě polohy právě ze strany porodnice, ve které pracují.

Tato bakalářská práce také zjišťovala názory porodních asistentek na použití lubrikačního přípravku při porodu. Autoři **Avi Harlev, Gali Pariente, Roy Kessous, Barak Aricha-Tamir, Adi Y. Weintraub, Tamar Eshkoli, Doron Dukler, Saviona Ben Ayun a Eyal Sheiner** se ve své studii z roku 2013 snažili najít perfektní lubrikační přípravek pro ochranu hráze. Celkem 164 žen podstupující spontánní vaginální porod rozdělili na dvě skupiny. U jedné skupiny byl během druhé doby porodní aplikován jojobový olej a druhé skupině olej z mandlí a olivového oleje obohaceného vitamínem B1, B2, B6, E a mastnými kyselinami. Výsledky ukázaly, že není žádný významný rozdíl mezi oběma skupinami a že typ použitého lubrikačního přípravku během druhé doby porodní jako prevence perineálního poranění, nemá na integritu hráze vliv. Stupně ruptury i počty episiotomií se mezi skupinami téměř nelišily. V této bakalářské práci byla možnost aplikace lubrikačního přípravku označena pouze v 10,5 %. **Z tohoto zjištění lze předpokládat, že i kvůli nedostatku relevantních důkazů o účinnosti lubrikačního přípravku, není tato metoda příliš využívána.** Oleje jsou používány spíše při masáži hráze v těhotenství a v průběhu porodu některé porodní asistentky či lékaři používají různé lubrikační přípravky, nejčastěji však ultrazvukové gely, které nejsou přímo určeny k aplikaci během porodu. U nás je jediným schváleným porodnicím lubrikačním přípravkem Dianatal gel, který však podle této práce většina porodních asistentek považuje pouze za jakýsi módní hit, bez jakéhokoliv pozitivního účinku na prevenci porodního poranění.

Mezi účinné techniky prováděné při porodu, snižující riziko poranění perinea, byly porodními asistentkami zařazeny teplé obklady a nahřívání hráze. Efekt teplých obkladů v průběhu druhé doby porodní zkoumali ve své studii autoři **Rasha Mohamed Essa a Nemat Ismail Abdel Aziz Ismail** v roce 2015 u 160 primipar, které rozdělili na dvě skupiny po 80 ženách. První skupině byl během druhé doby porodní aplikován teplý obklad na hráz a v druhé skupině nikoliv. Výsledky první skupiny jsou následující - po porodu mělo neporušenou hráz 62,5 % žen, episiotomie byla provedena u 32,5 % žen a trhlina vznikla u 5,0 % žen. Rozdílné výsledky byly u druhé skupiny – neporušená hráz byla pouze u 2,5 % žen, episiotomie u 62,5 % žen a trhlina u 35,0 % žen. V případě vzniku trhliny se u první skupiny jednalo o trhlinu I. stupně v 100,0 %, u druhé skupiny to byla nejčastěji trhlina II. (36,0 %) a III. (48,0 %) stupně. Na základě výsledků ve studii z roku 2015 lze dospět k závěru, že teplý obklad hráze v druhé době porodní má pozitivní efekt na snížení počtu episiotomií a počtu a rozsahu ruptur hráze. **Při srovnání s touto prací, kdy teplý obklad hráze doporučuje pouze 6,2 % porodních asistentek, lze předpokládat nízkou informovanost a málo zkušeností s touto metodou předcházení poranění perinea při porodu.** Bylo by tedy vhodné zvyšovat povědomí porodních asistentek i žen o této technice, která by měla být v porodnické praxi zkoumána a podporována, aby mohla efektivně plnit svou úlohu.

Vztah mezi poraněním perinea při porodu, rizikovými faktory a následky vzniklými bezprostředně po porodu zkoumali ve svém výzkumu z roku 2013 i autoři **Hanan J. Al-Zein, Samiha Jarrah a Madi Al-Jaghibir**. Cílem studie bylo zjistit frekvenci poranění perinea a frekvenci následků poranění po porodu. Bylo zařazeno 200 (100,0 %) žen, z nichž 142 (71,0 %) mělo po porodu nějaký typ porodního poranění. Nejčastěji to byla ruptura I. stupně 52,8 %, dále pak episiotomie 40,1 %, episiotomie prodloužená rupturou 6,3 % a ruptura II. stupně u 0,7 % žen. Tato zjištění lze porovnat s výsledky této studie, kdy porodní asistentky jako nejčastější typ poranění označily ruptury I. stupně (38,1 %), episiotomii (31,8 %) a rupturu II. stupně (10,0 %). V nejčastěji vznikajícím typu poranění se tedy obě studie shodují.

Také **autorka Michalíková** se v roce 2013 v rámci své bakalářské práce zabírala otázkou nejčastěji vzniklého porodního poranění. Vypracovala studii, do níž zahrnula 140 žen po porodu (100,0 %). Z toho 19 (26,3 %) žen mělo trhlínu hráze s nutností šití a 16 (22,2 %) episiotomii. **Vzhledem k tomu, že ruptura I. stupně byla všemi třemi výzkumy zvolena jako nejčastější poranění při vaginálním porodu, je možné domnívat**

se, že je tendence snižovat frekvenci episiotomie na nezbytně nutné případy. K této domněnce se také přiklání výsledek této bakalářské práce, kdy v 81,5 % porodní asistentky označily odpověď, že episiotomii provádí jen v nevyhnutelném případě. K nízkému počtu rozsáhlých porodních poranění může také přispívat fakt, že v dnešní době je mezi ženami trendem provádět různé preventivní metody v těhotenství, které mohou mít na rozsah porodního poranění vliv.

Autorka Michalíková se dále ve své práci věnovala péči o porodní poranění. Zde je zajímavé srovnání týkající se edukace v péči o poranění. V její studii uvedlo pouze 68,5 % žen, že byly edukovány, zbylých 31,4 % žen tvrdí, že s péčí seznámeny nebyly. To ovšem neodpovídá výsledkům v této práci, kdy porodní asistentky uvádí, že ženu edukují vždy v 87,7 % a žádná neuvedla, že by ženu needukovala. Tím se také dají vysvětlit výsledky týkající se doporučené péče o porodní poranění. Zatímco v této studii jsou chladiivé obklady doporučovány v 21,6 % a použití nafukovacího kruhu na sezení v 19,5 %, podle Michalíkové studené obklady i nafukovací kruh využilo pouze 13,5 % žen. **Podle těchto výsledků se lze domnívat, že pouze ústní forma edukace, kterou podle této práce používá většina (79,2 %) porodních asistentek, je nedostatečná a je vhodné ji doplnit edukačním materiálem, který by ženy měly k dispozici.**

Jako jedny z nejčastějších komplikací porodního poranění v šestinedělí ženy ve výzkumu autorů **Al- Zeina, Jarrahs** a **Al-Jaghbira** uvádějí bolestivost (83,1 %) a flatulenci (16,2 %). Bylo také zjištěno, že ženy rodící v horizontální poloze, mají až o 82,6 % vyšší riziko vzniku flatulence. Výsledky výzkumu z roku 2013 se příliš neshodují s těmi v této bakalářské práci, kdy bolestivost a flatulenci jako jedny z častých komplikací uvádí porodní asistentky v 36,1 %. Tento výsledek však může být ovlivněn tím, že bolestivost ani flatulence nebyly přímo uvedeny v nabídce odpovědí, ale porodní asistentky je uváděly v možnosti „jiné“. Lze předpokládat, že bolestivost bude provázet téměř všechna porodní poranění. Podle této bakalářské práce horizontální polohu při porodu volí porodní asistentky pouze v 4,5 %. Z tohoto zjištění je patrné, že flatulencí po porodu trpí minimální procento žen.

Autorka Macíková se v roce 2010 ve své bakalářské práci na téma „*Kvalita péče o ženu po porodu*“, zabývala péčí o porodní poranění. Formou dotazníku u 100 (100,0 %) žen zjišťovala míru spokojenosti a informovanosti o péči o porodní poranění na oddělení šestinedělí. I zde je možné provést srovnání. Na otázku, od koho získávaly informace o

péči o poranění, 66,3 % žen zvolilo odpověď, že od porodní asistentky a 11,5 % od studentky porodní asistence. Stejně jako ve srovnání se studií autorky Michalíkové, ani tento výsledek neodpovídá výsledkům v této práci, kdy dotazované porodní asistentky v 87,7 % uvedly, že ženu vždy edukují v péči o porodní poranění.

Pozitivní je také srovnání této bakalářské práce s prací **autorky Kofroňové** z roku 2015, které zpracovala rozhovory s 10 porodními asistentkami a zjišťovala jejich pohled na porodní poranění u rodiček. Protože se jednalo o kvalitativní výzkum pouze s deseti respondentkami, není zde uvedeno procentuální vyjádření výsledků. **Názory na provedení episiotomie měly porodní asistentky podobné, jako v této bakalářské práci. Většina porodních asistentek na ni má kladný názor a myslí si, že je někdy nezbytnou nutností. Zároveň však uznávají, že by se k ní mělo přistupovat uvážlivě.** Autorka Kofroňová také zjišťovala důvody k episiotomii. Zatímco v jejím výzkumu byl nejčastější důvod alterace ozev plodu, v této práci to byla tuhá a nepoddajná hráz. Co se týče hojení episiotomie a ruptury, v práci autorky Kofroňové byly názory podobné s touto prací. Podle většiny dotazovaných porodních asistentek v obou studiích se episiotomie hojí lépe než ruptura.

Autorka také zjišťovala názory na preventivní metody prováděné v těhotenství snižující riziko poranění perinea. Z výsledků vyplývá, že většina porodních asistentek má pozitivní zkušenost s použitím balónkového trenažéru a s masáží hráze v těhotenství. Názory respondentek Kofroňové se tedy shodují s názory v této práci i ve výzkumu autorky Bulové, kdy s balónkovým trenažérem má pozitivní zkušenost také většina porodních asistentek. Zároveň jsou však všechny respondentky názoru, že ani jedna z preventivních metod nezaručí nulové poranění. Rozdílný postoj ovšem mají ke cvičení se zaměřením na posilování pánevního dna. Zatímco v této práci s ním má pozitivní zkušenost pouze necelá čtvrtina dotazovaných, ve výzkumu autorky Kofroňové je doporučováno všemi porodními asistentkami. Důvodem tohoto výsledku může být vzorek respondentů, kdy porodní asistentky ve studii autorky Kofroňové téměř všechny vedou předporodní kurzy, a předpokládá se, že o prevenci v těhotenství se více zajímají. Oproti tomu vzorek respondentů v této práci je větší a lze se domnívat, že většina porodních asistentek se věnuje spíše preventivním technikám během porodu než v těhotenství.

Mezi techniky prováděné při porodu, které snižují riziko poranění perinea, ve své práci Kofroňová zařadila Dianatal porodnický gel, hydroterapii a supercrowning. Zde lze udělat srovnání pouze s použitím lubrikačního přípravku, kdy je v této práci, stejně jako v

práci Kofroňové, doporučován pouze nepatrným počtem porodních asistentek. Výsledky obou prací jsou tedy podobné. Na hydroterapii a supercrowning nebyly respondentky v této studii přímo dotazovány, ovšem byly porodními asistentkami zmíněny v možnosti „jiné“ a obě tyto techniky doporučuje jen pár porodních asistentek. Ovšem vzhledem k tomu, že tyto metody nebyly přímo uvedeny v možnostech odpovědi, nemají tyto výsledky vypovídající hodnotu. Lze předpokládat, že hydroterapii i supercrowning používá většina porodních asistentek běžně.

Co se týče významu péče o porodní poranění, obě práce se shodují, že je velmi důležitá. Jako nejdůležitější aspekt uvedly porodní asistentky ve studii Kofroňové i v této bakalářské práci důkladnou hygienu a chladivé obklady. S tímto výsledkem nelze nesouhlasit, protože v období, kdy odcházejí očistky, které jsou vysoce infekčním materiálem, je hygiena na prvním místě. Chladivý obklad zase pomáhá zmírnit otok a bolest hráze.

5.3 Doporučení pro praxi

Z výsledků vyplývajících z tohoto výzkumu lze vyvodit jistá doporučení pro praxi. Jedním je nepochybně celoživotní vzdělání porodních asistentek ať už v nových trendech, tak o nových poznatcích, které vedou k eliminaci porodního poranění, nebo kterými ženu mohou vést ke správné sebekpěči o poranění s cílem vyloučení negativních komplikací. Porodní asistentka má na ženu vliv, ať už jako edukátor, ošetřovatel, nebo i psycholog. Svými radami a zkušenostmi ženu vede ke spolupráci a tím může minimalizovat poranění se všemi jeho důsledky. Také svým empatickým přístupem si může získat důvěru ženy, která se pak s případnými obtížemi svěří právě jí.

Důležitá je také podpora porodních asistentek ze strany porodního zařízení, kdy je nutné, aby episiotomie nebyla brána jako rutinní záležitost, ale aby byla prováděna pouze v případě reálného rizika vzniku rozsáhlé ruptury. Porodnická zařízení by rovněž měla porodní asistentky podporovat v používání preventivních metod a nových trendů, které mají na snížení rizika porodního poranění vliv. Mezi tyto metody patří například teplé obklady hráze, u kterých byl prokázán pozitivní efekt na snížení počtu episiotomií a počtu a rozsahu ruptur hráze. Dále pak možnost změny polohy rodičky, která je podle některých porodních asistentek porodnickým zařízením zakázána a ony jsou nuceny, aby všechny ženy rodily v gynekologické poloze.

Dále by bylo vhodné, aby mělo každé porodní zařízení vypracovaný edukační materiál ve formě letáku či brožury, který by doplnil ústní formu edukace v péči o porodní poranění. Ženy by jej tak měly k dispozici i po odchodu z porodnice a vedl by k efektivnější léčbě a péči o poranění vzniklé při porodu s cílem eliminace nežádoucích komplikací.

Tato bakalářská práce může být přínosná pro rodičky, studentky porodní asistence i pro porodní asistentky, protože přináší souhrn informací o poranění perinea při porodu a nabízí ucelený pohled porodních asistentek s praxí na danou problematiku.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce byla zaměřena na problematiku poranění perinea během porodu. Cílem této práce bylo zjistit, jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení episiotomie, jak se staví k preventivním metodám poranění perinea a jakým způsobem porodní asistentky edukují ženy o ošetřování porodního poranění. Aby bylo možné se touto problematikou zabývat, byly v teoretické části popsány typy poranění perinea během porodu, preventivní metody, komplikace, ošetření a doporučená péče o porodní poranění v poporodní době a období šestinedělí. V praktické části byly prezentovány výsledky dotazníkového výzkumného šetření, které zahrnovalo otázky vztahující se k cílům práce.

Prvním cílem bylo zjistit, jaký postoj zastávají porodní asistentky k provedení episiotomie. K tomuto cíli se vztahovaly položky 1, 2, 3, 4, 5 a 6. Pozitivním výsledkem bylo, že většina PA (81,5 %) episiotomii provádí jen v nevyhnutelném případě a naopak preventivně ji provádí pouze dvě respondentky (1,5 %). Přednost spontánní ruptury tkáně dává 18 PA (13,8 %). Jako největší výhodu spontánní ruptury tkáně PA vidí možnost menšího poranění svalů pánevního dna než u episiotomie (35,4 %) a jako výhoda episiotomie byla zvolena prevence ruptury III. stupně (34,7 %) a lepší šití a hojení (25,9 %). Dalším pozitivním poznatkem bylo, že u fyziologického porodu je episiotomie prováděna nejčastěji pokud je hráz tuhá, nepoddajná a hrozí její ruptura (45,5 %) a u všech rodiček je prováděna pouze jednou z dotazovaných PA (0,4 %). Více než polovina PA vždy informuje ženy předem o tom, že v případě potřeby bude episiotomie provedena (57,7 %) a pokud žena nástřih odmítá, většina PA se snaží zjistit důvod a vysvětlit ženě její výhody, případně nutnost provedení (36,6 %). O něco méně PA v případě potřeby episiotomii provede bez ohledu na přání ženy (33,8 %). **Z výsledků je tedy patrné, že většina z dotazovaných PA vidí episiotomii jako výhodnější než spontánní rupturu, nicméně snaží se ji provádět pouze v případě, kdy hrozí rozsáhlá ruptura, která by zanechala negativní následky do života ženy. Většina PA se snaží ženu o možném nástřihu předem informovat, avšak pokud je to nutné, provedou ho i bez jejího souhlasu.**

✓ Cíl splněn

Druhým cílem bylo zjistit přístup porodních asistentek k preventivním metodám poranění perinea. Pro tento cíl byly stanoveny položky 7, 8, 9 a 10. Většina PA uvedla, že

všechny dostupné preventivní metody prováděné v těhotenství jsou vhodné, pokud ženě vyhovují. Nejvíce PA se shodlo, že mají pozitivní zkušenost s balónkovým trenažérem (35,6 %) a masáží hráze (34,1 %). Během porodu pak jako neúčinnější technika bylo označeno chránění hráze (42,9 %) a zvolení vhodné polohy rodičky (34,0 %). Polohou rodičky se zabývala i další položka, ze které vyplývá, že nejčastěji PA nechají rodičku, aby si zvolila libovolnou polohu (37,3 %), nebo volí polohu v polosedě (26,9 %). Pozitivem také je, že horizontální polohu při porodu volí pouze 9 z dotazovaných PA (4,5 %). **Z výsledků lze tedy soudit, že většina PA nezavrhuje preventivní metody poranění perinea a považuje je za vhodné. Během II. doby porodní se snaží předcházet poranění různými dostupnými metodami, jako je chránění hráze a vhodná poloha rodičky, a horizontální polohu považují za nevýhodnou.**

✓ Cíl splněn

Třetím cílem bylo zjistit, jakým způsobem porodní asistentky edukují ženy o ošetřování porodního poranění. Na tento cíl jsou zaměřeny položky 11, 12, 13, 14, 15 a 16. Nejvíce PA je toho názoru, že nejčastěji vzniklé poranění je ruptura I. stupně (38,1 %) a episiotomie (31,8 %). Nejméně často pak vzniká ruptura III. stupně inkompletní i kompletní. Avšak ty jsou podle PA nejčastěji provázené komplikacemi v šestinedělí. Nejběžnější komplikací poranění perinea je podle PA hematom (41,7 %). Převážná část PA edukuje ženu v péči o porodní poranění (87,7 %), nicméně většina pouze ústně (79,2 %). Ústní formu doplňuje letáky, brožurami a obrázky 20,8 % PA. Nejčastěji je jako péče o porodní poranění doporučována důkladná hygiena (29,4 %), chladivé obklady (21,6 %) a sezení v nafukovacím kruhu (19,5 %). **Z uvedených výsledků lze tedy říci, že většina PA považuje edukaci v péči o porodní poranění za důležitou a snaží se ženám doporučit především dostupné a přirozené metody jako je důkladná hygiena, chladivé obklady, použití nafukovacího kruhu na sezení, nebo umožnit přístup vzduchu k poranění.**

✓ Cíl splněn

Závěrem lze říci, že názory porodních asistentek jsou individuální a každá se k perineálnímu poranění staví jinak. Lze se domnívat, že tu jsou jisté vlivy, které mohou tento postoj ovlivnit, ať už vzdělání, zkušenosti, nebo porodní zařízení, ve kterém porodní asistentka pracuje. Avšak každá porodní asistentka na těhotnou ženu a porod nahlíží s úctou a jistým respektem. V dnešní době je trend vést porod co nejpřirozeněji, což ovšem

může v některých případech vést k nežádoucím komplikacím. Proto je nezbytné celoživotní vzdělávání porodních asistentek a využívání nejnovějších poznatků, které vedou k eliminaci porodního poranění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANIBALL: Předporodní cvičení. 2013. *Aniball: osvědčená zdravotnická pomůcka pro těhotné* [online]. [cit. 2015-12-16]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz/predporodni-cviceni/>
- BAŠKOVÁ, Martina. 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024753614.
- BERÁNKOVÁ, Blanka. 2002. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 8072542311.
- ČECH, Evžen et al. 2006. *Porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 9788024713038.
- DAHLEN, Hannah et al. 2013. Trends and risk factors for severe perineal trauma during childbirth in New South Wales between 2000 and 2008: a population-based data study. *BMJ Open* [online]. 3(5) [cit. 2015-10-31]. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002824. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2013-002824>
- DIANATAL: porodnický gel [online]. ©2008. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://dianatal.cz/>
- DOLEŽAL, Antonín. 2007. *Porodnické operace*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024708812.
- DÖNMEZ, Sevgul a Oya KAVLAK. 2015. Effects of Prenatal Perineal Massage and Kegel Exercises on the Integrity of Postnatal Perine. *Health* [online]. 07(04) [cit. 2015-12-16]. DOI: 10.4236/health.2015.74059. ISSN 1949-4998. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/health.2015.74059>
- EPI-NO: předporodní příprava. ©2009. *EPI-NO: Předporodní příprava a léčba inkontinence* [online]. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://www.epino.cz/epino/predporodni-priprava.html>
- FERNANDO, Ruwan. 2007. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology* [online]. 17(8) [cit. 2015-10-31]. DOI:

- 10.1016/j.ogrm.2007.06.008. ISSN 17517214. Dostupné z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751721407001212>
- GASKIN, Ina May. 2010. *Zázrak porodu*. Vyd. 1. Doubice: One Woman Press. ISBN 9788086356488.
- GENADRY, Rene a Jacek Lech MOSTWIN. 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788026204800.
- GERANMAYEH, Mehrnaz et al. 2012. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. 285(1) [cit. 2015-10-31]. DOI: 10.1007/s00404-011-1919-5. ISSN 09320067. Dostupné z:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=e181a0ce-e8f9-4ae4-b1be-90229121da06%40sessionmgr115&hid=106&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=70069061&db=a9h>
- GOLDBERG, Jay, Carmen SULTANA a Radovan VLK. 2004. Prevence poranění perinea v průběhu porodu. *MEDICAL TRIBUNE CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 4(6) [cit. 2015-10-31]. Dostupné z:
<http://www.tribune.cz/clanek/6668-prevence-poraneni-perinea-v-prubehu-porodu>
- HOUROVÁ, Martina a Veronika GALAMBOŠOVÁ. 2015. *Slovníček pro těhotné*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024736662.
- KALIŠ, Vladimír et al. 2005. Délka hráze a porodní poranění. *Česká Gynekologie* [online]. 70(5) [cit. 2015-10-31]. ISSN 1805-4455. Dostupné z:
<http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/delka-hraze-a-porodni-poraneni-6052>
- KAMENÍKOVÁ, Miloslava a Miroslava KYASOVÁ. 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 8024702851.
- KARAÇAM, Zekiye, Hatice EKMEKÇI a Hüsnüye ÇALIŞIR. 2012. The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes. *Health Care for Women International* [online]. 33(8) [cit. 2015-10-

- 31]. DOI: 10.1080/07399332.2012.655385. ISSN 0739-9332. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2012.655385>
- KLIMKOVÁ, Alena. 2011. Posilování pánevního dna: Kdykoliv a kdekoliv. *E15: Ženy.cz* [online]. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://zeny.e15.cz/clanek/pro-zdravi/posilovani-panevniho-dna--kdykoliv-a-kdekoliv>
- KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. 2008. *Repetitorium gynekologie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 9788073451387.
- KOUDELKOVÁ, Vlasta. 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí.* Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 9788073876241.
- KUBINCOVÁ, Zita. 2008. *Problematika poranění ženy za porodu* [online]. Zlín [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/5344/kubincov%C3%A1_2008_bp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Helena Fremlová.
- KUDELA, Milan. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty.* Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 9788024419756.
- LABUSOVÁ, Eva. 2009. Porodní pozice. *EvaLabusová.cz* [online]. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/rady/pozice.php>
- LAGANÀ, Antonio Simone et al. 2015. Management of the second phase of labour: perineum protection techniques. *Minerva Ginecol* [online]. 67(3) [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.k.utb.cz/pubmed/25909491>
- MARYŠKOVÁ, Andrea. 2010. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. *Zdraví E15: Sestra* [online]. (3) [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/moznosti-zlepseni-prevence-poraneni-hraze-450458>
- MLČOCH, Zbyněk. 2009. Masáž hráze - video, postup, prevence nástřihu hráze. *MUDr. Zbyněk Mlčoch* [online]. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/video-fotografie-obrazek/masaz-hraze-video-postup-prevence-nastrihu-hraze>

- MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. 2015. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 9788073958596.
- MURRAY, Michelle a Gayle HUELSMANN. 2009. *Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice*. Vyd. 1. New York: Springer Publishing Company. ISBN 9780826118035.
- MUZA, Sharon. 2012. What Is the Evidence for Perineal Massage During Pregnancy to Prevent Tearing? *Science & Sensibility: A Research Blog About Healthy Pregnancy, Birth & Beyond* [online]. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://www.scienceandsensibility.org/what-is-the-evidence-for-perineal-massage-during-pregnancy-to-prevent-tearing/>
- NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072626120.
- POSPÍŠILOVÁ, Nikola. 2015. *Prevence poranění hráze během vaginálního porodu* [online]. Olomouc [cit. 2015-12-09]. Dostupné z: https://theses.cz/id/9l1nxw/Pospilov_Nikola_Prevence_porann_hrze_bhem_vaginlnh_o_porod.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Štěpánka Bubeníková.
- REHABILITACE.INFO. 2014. Masáž hráze v těhotenství – jak na to? *Rehabilitace.info: Magazín o zdraví* [online]. Prostějov [cit. 2015-12-10]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/masaze-2/masaz-hraze-v-tehotenstvi-jak-na-to/>
- ROZTOČIL, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024719412.
- ROZTOČIL, Aleš. 2011. *Moderní gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024728322.
- STOPPARD, Miriam. 1996. *Početí, těhotenství a porod*. Martin: Neografie. ISBN 8085186918.

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024751276.

TOULCOVÁ, Barbora. 2010. Kegellovy cviky na posílení pánevního dna. *Kalíšek.cz* [online]. [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: http://www.kalisek.cz/svaly_panevniho_dna.php

WINESINO. 2015. O perineální masáži. *Health.Winesino.com* [online]. [cit. 2015-10-10]. Dostupné z: <http://cs.winesino.com/family-health/womens-health/1010083533.html>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

cm	Centimetr.
č.	Číslo.
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulace.
FN	Fakultní nemocnice.
kg	Kilogram.
lig.	Ligamentum.
m.	Musculus.
mm	Milimetr.
n.	Nervus.
obr.	Obrázek.
PA.	Porodní asistentka.
s.	Strana.
Sb.	Sbírka zákonů
Tzn.	To znamená.
Vs.	Versus.

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 Svaly dna pánevního</i> (Zdroj: Roztočil, 2008, s. 41).....	13
<i>Obr. 2 Episiotomie</i> (Zdroj: Roztočil, 2008, s. 324)	18
<i>Obr. 3 Masáž hráze</i> (Zdroj: Mlčoch, 2009).....	25
<i>Obr. 4 Chránění hráze</i> (Zdroj: Roztočil, 2008, s. 122)	29

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Názor na provedení episiotomie.	40
Tabulka 2: Výhody spontánní ruptury tkáně.	41
Tabulka 3: Výhody episiotomie.	42
Tabulka 4: Provedení episiotomie u fyziologického porodu.	43
Tabulka 5: Informování žen o možnosti provedení episiotomie.	44
Tabulka 6: Postoj k ženám, které si nepřejí provedení episiotomie.	45
Tabulka 7: Pozitivní zkušenost s preventivními metodami přípravy hráze k porodu.....	46
Tabulka 8: Zbytečné či nevhodné preventivní metody přípravy hráze k porodu.....	47
Tabulka 9: Účinná technika prováděná během porodu snižující riziko poranění perinea.	48
Tabulka 10: Nejčastěji volená poloha ženy v druhé době porodní.	49
Tabulka 11: Nejčastější porodní poranění.	50
Tabulka 12: Typy perineálního poranění často doprovázené komplikacemi v šestinedělí.	51
Tabulka 13: Nejčastější komplikace.	52
Tabulka 14: Edukace ženy v péči o porodní poranění.	53
Tabulka 15: Forma edukace ženy v péči o porodní poranění.	54
Tabulka 16: Doporučená péče o porodní poranění.	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Názor na provedení episiotomie.	40
Graf 2: Výhody spontánní ruptury tkáně.....	41
Graf 3: Výhody episiotomie.....	42
Graf 4: Provedení episiotomie u fyziologického porodu.	43
Graf 5: Informování žen o možnosti provedení episiotomie.	44
Graf 6: Postoj k ženám, které si nepřejí provedení episiotomie.	45
Graf 7: Pozitivní zkušenost s preventivními metodami přípravy hráze k porodu.	46
Graf 8: Zbytečné či nevhodné preventivní metody přípravy hráze k porodu.....	47
Graf 9: Účinná technika prováděná během porodu snižující riziko poranění perinea.....	48
Graf 10: Nejčastěji volená poloha ženy v druhé době porodní.	49
Graf 11: Nejčastější porodní poranění.	50
Graf 12: Typy perineálního poranění často doprovázené komplikacemi v šestinedělí.....	51
Graf 13: Nejčastější komplikace.	52
Graf 14: Edukace ženy v péči o porodní poranění.....	53
Graf 15: Forma edukace ženy v péči o porodní poranění.	54
Graf 16: Doporučená péče o porodní poranění.	55

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Žádost o umožnění výzkumného šetření

P II: Dotazníkové šetření

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Vážená paní náměstkyně,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Nemocnici Kyjov, příspěvková organizace, Gynekologicko-porodnickém oddělení – oddělení porodní sál, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

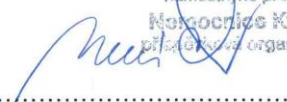
Téma bakalářské práce	Management perineálního poranění v průběhu porodu a šestinedělí
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Porodní asistentky
Pracoviště	Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, Gynekologicko-porodnické oddělení – oddělení porodní sál
Autor bakalářské práce	Veronika Varmužová
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.

Ve Zlíně dne..... - 5 - 01 - 2016


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

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta


Razítko a podpis zástupce zařízení

Mgr. Veronika Neničková
náměstkyně pro OP
Nemocnice Kyjov,
příspěvková organizace

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Novotná,

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


Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Management perineálního poranění v průběhu porodu a šestinedělí
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Porodní asistentky
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s., Gynekologicko-porodnické oddělení – oddělení porodní sál a oddělení šestinedělí 3. a 4. patro
Autor bakalářské práce	Veronika Varmužová
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.

Ve Zlíně dne..... - 5 - 01 - 2015

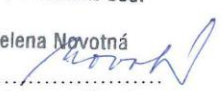
Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta


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

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Zlín
gynekologicko-porodnické odd.

Bc. Helena Novotná


Razítko a podpis zástupce zařízení

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Vážená paní Vázanová,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti Uherskohradištské nemocnice a.s., Porodnicko gynekologickém oddělení – oddělení porodní sál, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Management perineálního poranění v průběhu porodu a šestinedělí
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Porodní asistentky
Pracoviště	Uherskohradištská nemocnice a.s., Porodnicko gynekologické oddělení – oddělení porodní sál
Autor bakalářské práce	Veronika Varmužová
Vedoucí bakalářské práce	MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.

Ve Zlíně dne - 5 - 01 - 2016


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

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Uherskohradištská nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 365
686 00 Uherské Hradiště
hlavní sestra

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Anonymní dotazník k průzkumnému šetření určený pro porodní asistentky

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Varmužová a jsem studentkou třetího ročníku oboru porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace budou podkladem pro vypracování mé bakalářské práce na téma „Management perineálního poranění v průběhu porodu a šestinedělí“.

Děkuji Vám za ochotu a čas věnovaný tomuto dotazníku.

1. Jaké jsou podle Vás výhody spontánní ruptury tkáně? (můžete vybrat více možností)

- Žádné
- Lépe se hojí
- Menší bolestivost a riziko komplikací při hojení
- Možnost menšího poranění svalů pánevního dna než u episiotomie
- Jiné – uveďte:

2. Jaké jsou podle Vás výhody episiotomie? (můžete vybrat více možností)

- Žádné
- Lépe se šije a hojí
- Menší bolestivost a riziko komplikací při hojení
- Prevence ruptury III. stupně a poškození svalů dna pánevního
- Prevence inkontinence
- Má lepší kosmetický efekt po šestinedělí
- Jiné – uveďte:

3. Kdy provádíte episiotomii u fyziologického porodu? (můžete vybrat více možností)

- Nikdy
- U všech rodiček
- Vždy u primipar
- Když je potřeba porod urychlit
- Pokud je hráz tuhá, nepoddajná a hrozí její ruptura
- Pokud je hráz zjizvená
- U velkého plodu
- Jiné – uveďte:

4. Informujete ženy předem o tom, že v případě potřeby bude episiotomie provedena?

- Vždy
- Spíše ano
- Spíše ne
- Nikdy

5. **Jak se stavíte k ženám, které uvádí, že si nepřejí provedení episiotomie? (můžete vybrat více možností)**
- V případě potřeby episiotomii provedu
 - Snažím se zjistit důvod, proč episiotomii odmítá a vysvětlit její výhody
 - V žádném případě ji neprovedu
 - Jiné – uveďte:
6. **Máte pozitivní zkušenost s nějakou preventivní metodou prováděnou v těhotenství, která snižuje riziko vzniku porodního poranění? (můžete vybrat více možností)**
- Ne, nemám
 - Balónkový trenažér (EPI-NO, Aniball)
 - Masáž hráze
 - Cvičení zaměřené na posilování pánevního dna
 - Jiné – uveďte:
7. **Je podle Vás některá z preventivních metod přípravy hráze k porodu zbytečná, nebo nevhodná? (můžete vybrat více možností)**
- Všechny metody jsou vhodné
 - Balónkový trenažér (EPI-NO, Aniball)
 - Masáž hráze
 - Cvičení zaměřené na posilování pánevního dna
 - Jiné – uveďte:
8. **Myslíte, že existuje účinná technika prováděná při porodu, která snižuje riziko poranění perinea? (můžete vybrat více možností)**
- Neexistuje
 - Chránění hráze
 - Vhodná poloha rodičky
 - Aplikace lubrikačního přípravku
 - Jiné – uveďte:
9. **Kterou polohu nejčastěji volíte u ženy v druhé době porodní? (můžete vybrat více možností)**
- Nechám rodičku, aby si zvolila libovolnou polohu
 - Vertikální (vestoje, v dřepu, vkleče, vsedě)
 - Horizontální
 - V polosedě
 - Na boku
 - Jiné – uveďte:
10. **Jaké porodní poranění vzniká podle Vás nejčastěji? (můžete vybrat více možností)**
- Sine
 - Lacerace – čeho:
 - Episiotomie (zakroužkujte): med. / lat. / mdl. sin. / dx.
 - Ruptura I. stupně
 - Ruptura II. stupně
 - Ruptura III. stupně inkompletní
 - Ruptura III. stupně kompletní

11. Který typ perineálního poranění je podle Vás častěji provázen komplikacemi v šestinedělí? (můžete vybrat více možností)

- Episiotomie
- Ruptura I. stupně
- Ruptura II. stupně
- Ruptura III. stupně inkompletní
- Ruptura III. stupně kompletní

12. Které komplikace to jsou nejčastější? (můžete vybrat více možností)

- Hematom
- Infekce rány
- Dehiscence rány
- Jiné – uveďte:

13. Edukujete ženu v péči o porodní poranění?

- Vždy
- Spíše ano
- Spíše ne
- Nikdy

14. Jakou formou edukujete ženy v péči o porodní poranění?

- Needukuji
- Ústní formou
- Pomocí letáků, brožur a obrázků
- Ústní formou společně s pomocí letáků, brožur a obrázků
- Jiné – uveďte:

15. Co doporučujete ženám v péči o porodní poranění? (můžete vybrat více možností)

- Důkladná hygiena
- Chladivé obklady
- Léčivé masti
- Sedací koupele
- Klidový režim
- Použití nafukovacího kruhu na sezení
- Jiné – uveďte:

16. Kolik Vám je let? _____

17. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné (Dis.)
- Vysokoškolské - 1. stupeň (Bc.)
- Vysokoškolské -2. stupeň (Mgr., Ing.)

18. Kolik let pracujete v oboru? _____

19. Kolik porodů se ročně odvede v porodnici, ve které pracujete?

- Do 1 500 porodů ročně
- Nad 1 500 porodů ročně

Zde mi můžete zanechat vlastní názor, nebo sdělení: