

Problematika poranění matky při vaginálním porodu se zaměřením na jejich prevenci

Nikola Geherová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Geherová**
Osobní číslo: **H15104**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Problematika poranění matky při vaginálním porodu se zaměřením na jejich prevenci**

Zásady pro vypracování:

Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení a formulace cílů, vyhledávání a studium odborné literatury.

Vypracování teoretické části bakalářské práce.

Volba výzkumné metody.

Pilotní studie.

Realizace výzkumného šetření pomocí zvolené výzkumné metody.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Prezentace výsledků, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BINDER, Tomáš. Porodnictví. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

PAŘÍZEK, Antonín. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

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

STADELMANN, Ingeborg. Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 3., přeprac. vyd. Přeložil Barbora SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

The EPI-No Story [online]. Starnberg Německo Icit. 2017-11-30]. Dostupné z: <http://www.epi-no.com.au/the-epi-no-story/>.

Vedoucí bakalářské práce:

prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

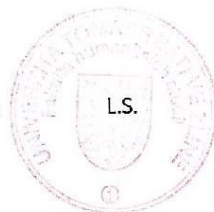
5. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

18. května 2018

Ve Zlině dne 5. ledna 2018


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- o podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 26-02-2018



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 nezávisle zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být již nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení 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 zasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nebo-li za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

3). Odpůdčí-li autor takového díla udělit svolení bez věcného 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 užit 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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licencí 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 ke větší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá porodním poraněním matky, možnostmi jejich prevence a následnou podpůrnou léčbou porodního poranění. V teoretické části je pro celkové pochopení dané problematiky stručně popsána anatomie pánve a porodní mechanismus spontánního porodu. Dále jsou zde podrobně popsány porodní poranění a jejich problematika. Následně jsou v bakalářské práci zmiňovány možnosti prevence porodního poranění, které jsou rozděleny na prevenci antepartální, kdy ženy mají možnost se na porod připravovat v domácím prostředí, dále na prevenci intrapartální, kterou poskytuje porodní asistentka či porodník a v neposlední řadě je zde popsána prevence postpartální, kterou ženy mohou využít v období šestinedělí. V praktické části jsou uvedeny výsledky dotazníkové šetření a jejich zhodnocení.

Klíčová slova: anatomie pánve, epiziotomie, komplikace, porodní mechanismus, porodní poranění, prevence, ruptura hráze

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the mother's birth injuries, the possibilities of their prevention and the subsequent supportive treatment of the birth injuries. In the theoretical part, the anatomy of the pelvis and the birth mechanism of the spontaneous delivery is briefly described. for the global understanding of the subject,. In addition, there is a detailed description of the birth injuries and their problems. Subsequently, the bachelor thesis mentions the possibilities of prevention of birth injuries, which are divided into antepartal prevention, where women have the opportunity to prepare for childbirth in the home environment, the intrapartal prevention provided by a midwife or obstetrician and, last but not least, postpartum prevention is described here that women can use during the puerperium. The practical part presents the results of the questionnaire survey and their evaluation.

Key words: pelvic anatomy, episiotomy, complications, birth mechanism, birth injuries, prevention, rupture of the dam

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří vedoucímu práce prof. MUDr. Milanu Kudelovi, CSc. za cenné připomínky, rady, za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi poskytl během vypracování bakalářské práce. Dále bych poděkovala všem maminkám, které mi věnovaly svůj čas a cenné odpovědi v rámci dotazníkového sběru dat.

V neposlední řadě patří velké poděkování mé rodině za podporu, trpělivost a péči v průběhu celého studia.

„Vítězství není všechno, ale vůle k vítězství ano.“

Zig Ziglar

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

OBSAH

ÚVOD	10
1. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE PÁNVE	12
1.1 TVRDÉ CESTY PORODNÍ (KOSTĚNÁ PÁNEV)	12
1.1.1 Pohlavní rozdíly pánve.....	12
1.1.2 Pánevní roviny	12
1.2 MĚKKÉ CESTY PORODNÍ	13
2 PORODNÍ MECHANISMUS	15
2.1 PORODNÍ MECHANISMUS SPONTÁNNÍHO PORODU ZÁHLAVÍM	15
2.1.1 Mechanismus porodu hlavičky	15
2.1.2 Mechanismus porodu ramének:	17
2.2 PORODNÍ MECHANISMUS PORODU KONCEM PÁNEVNÍM	17
2.2.1 Mechanismus porodu hýždí	17
2.2.2 Mechanismus porodu ramének	18
2.2.3 Mechanismus porodu hlavičky	18
3 PORODNÍ PORANĚNÍ	19
3.1 PORANĚNÍ MĚKKÝCH PORODNÍCH CEST	19
3.1.1 Uzurace	19
3.1.2 Poranění zevních rodidel a hráze	19
3.1.3 Poranění pochvy.....	20
3.1.4 Ruptura dělohy	20
4 PORODNICKÉ VAGINÁLNÍ OPERACE	21
4.1 EPIZIOTOMIE	21
4.1.1 Rozdělení epiziotomií:	21
4.1.2 Ošetření epiziotomie	21
4.1.3 Komplikace epiziotomie	22
4.2 CERCLAGE	22
4.3 POROD PORODNICKÝMI KLEŠTĚMI (PARTUS PER FORCIPEM)	22
4.4 VAKUUMEXTRAKCE (VEX)	23
5 KOMPLIKACE PORODNÍHO PORANĚNÍ	24
6 RIZIKOVÉ FAKTORY PORODNÍHO PORANĚNÍ	25
7 MOŽNOSTI PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ	26
7.1 ANTEPARTÁLNÍ PREVENCE	26
7.1.1 Masáž hráze.....	26
7.1.2 Čaj z maliníku	27
7.1.3 Lněná semínka	27
7.1.4 Epi No	27
7.2 INTRAPARTALNÍ PREVENCE	28
7.2.1 Vhodná porodní poloha	28
7.2.2 Chránění hráze	29
7.2.3 Podpůrné techniky.....	29
7.2.4 Super crowning (zpomalení prořezávání hlavičky)	30

7.3	POSTPARTÁLNÍ PREVENCE	30
II.	PPRAKTICKÁ ČÁST	32
8	METODIKA PRÁCE.....	33
8.1	CÍLE PRÁCE.....	33
8.2	UŽITÁ FORMA VÝZKUMU	33
8.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	33
9	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	34
10	DISKUZE	60
10.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	63
10.2	DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM	63
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ	69
	SEZNAM GRAFŮ	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je porodní poranění se zaměřením na jejich prevenci. Při studiu porodní asistence jsem se v průběhu praxe setkala s různými názory a doporučeními na předporodní přípravu a následně ošetření porodního poranění ze strany personálu. K napsání práce mne inspirovaly dotazy a neznalost matek o této problematice.

Hlavním cílem předkládané bakalářské práce je zjistit, v jakém rozsahu jsou znalosti matek o této problematice. Úkolem dílčích cílů je zjistit, jakým způsobem ženy získávají informace na toto téma a zda předporodní příprava má vliv na porodní poranění. V neposlední řadě je našim úkolem získat co nejobjektivnější odpovědi na to, jakým způsobem ženy pečují o vzniklé poranění.

V práci se chci komplexně zaměřit na dané téma, proto systematicky uvedu základy anatomie pánve, porodní mechanismus pro upřesnění postupu dítěte porodními cestami. Dalším bodem bude porodní poranění zaměřené na rizikové faktory porodního poranění a jeho komplikace. Samostatná kapitola je věnovaná možnostem prevence porodního poranění zaměřených na antepartální přípravu porodních cest, kdy žena sama může ovlivnit poranění související s porodem. V dalším bodě se bude pojednávat o intrapartální prevenci, která je v kompetencích hlavně porodní asistentky. V případě vzniklého porodního poranění, by měla žena vědět jakým způsobem je možné o porodní poranění pečovat.

V teoretické části se budu věnovat zmíněným bodům především s důrazem na prevenci a ošetření. V praktické části bude mým cílem sesbírat a analyzovat dotazníky a vyhodnotit dosažené výsledky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE PÁNVE

1.1 Tvrdé cesty porodní (kostěná pánev)

Pánev se dělí na velkou pánev (*pelvis major*) a malou pánev (*pelvis minor*), která je rozdělena čarou *linea terminalis*. *Linea terminalis* probíhá přes promontorium přes kosti kyčelní k hornímu okraji symfýzy. Velká pánev je součástí dutiny břišní, udržuje zvětšující se dělohu a směřuje plod do malé pánve. Malá pánev ohraničuje vlastní pánevní dutinu a tvoří pevné pouzdro čímž chrání orgány v ní uložené (konečník, část močových a pohlavních orgánů). Tvoří tvrdé porodní cesty, kterými při porodu plod prochází (Hájek, 2014, s. 8).

1.1.1 Pohlavní rozdíly pánve

Ženská pánev se výrazně liší od pánve mužské. Při porodu je pánev ženy součástí porodních cest a plod jí musí v průběhu porodu projít. Ženská pánev proto vykazuje některé rozdíly proti tvaru pánve mužské, jako je výraznější šířka a nižší poloha pánve (Čech, 1999, str. 22).

1.1.2 Pánevní roviny

Rozlišujeme čtyři pánevní roviny: rovina pánevního vchodu, rovina pánevní šíře, rovina pánevní úžiny a rovina pánevního východu (Roztočil a kol., 2008).

Rovinu pánevního vchodu (*aditus pelvis*) ohraničuje *linea terminalis*, která probíhá od promontoria k hornímu okraji symfýzy. Má tvar příčně orientovaného oválu. V této rovině můžeme určit několik pánevních rozměrů.

- Příčný průměr: **Diameter recta aditus pelvis** (*conjugata anatomica*) je spojnicí promontoria a horního okraje symfýzy, měří asi 11 cm. **Diameter obstetrica** (*conjugata vera obstetrica*) je nejkratší vzdálenost mezi zadní stranou symfýzy (*eminentia retropubica*) a předním krajem promontoria, měří asi 10,5cm. **Conjugata diagonalis** je vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy a předním okrajem promontoria, měří asi 12,5 – 13 cm. Tuto vzdálenost lze měřit při vaginálním vyšetření.
- Příčný průměr: **Diameter transversa** je největší příčnou vzdáleností mezi *linea terminalis*, měří asi 13 cm.

- Šikmé průměry: **Diametres obliquae** jsou spojnicemi mezi articulatio sacroiliaca a eminentia iliopubica. Pravý rozměr (diameter obliqua dextra), levý rozměr (diameter obliqua sinistra), měří asi 12,5 cm (Hájek a kolektiv, Gloria Leifer, str.34).

Rovina pánevní šíře (*amplitudo pelvis*). Pánevní šíře je vymezena čarou, která spojuje rozhraní mezi S2 a S3, střed spodin obou acetabul a střed symfýzy. Má přibližně kruhový tvar. Průměry pánevní šíře měří přibližně 12,5cm.

Rovina pánevní úžiny (*angustia pelvis*). Pánevní úžina je ohraničena čarou, spojující dolní okraj symfýzy, spina ischiadica a hrot kosti křížové. Má oválný tvar s největším předozadním rozměrem (diameter recta) 11,5cm.

Rovina pánevního východu (*apertura pelvis inferior s., exitus pelvis*). Pánevní východ má tvar kosočtverce a nachází se mezi dolním okrajem symfýzy, tuber ischiadicum a hrotem kostrče. Tato rovina je tvořena dvěma trojúhelníky, které mají společnou základnu, a to spojnicí obou tubera ischiadica. Diameter recta je spojnicí mezi dolním okrajem symfýzy a hrotem kostrče – největší předozadní rozměr 9 – 9,5 cm. Během porodu se vzhledem k pohyblivosti kostrče může zvětšit na 11 až 11,5 cm (Hájek a kolektiv str. 9-10; Roztočil str. 43).

1.2 Měkké cesty porodní

Měkké porodní cesty jsou tvořeny svaly a vazy uloženými v oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve. Pánevní východ je uzavřen svalově-vazivovými přepážkami neboli pánevním dnem. Funkcí pánevního dna je podpírání orgánů pánevní dutiny. Kraniálně, v pánevním východu, jsou uloženy svaly tvořící vlastní pánevní dno (diaphragma pelvis). Povrchověji jsou uloženy svaly mm. perinei, které leží v oblasti hiatus urogenitalis a vážou se na vyústění konečníku a na zevní pohlavní orgány (m. shincter urethrae externus a m. sphincter ani externus et internus, m. transversus perinei superficialis a profundus, m. ischiocavernosus a bulbocavernosus) (Hájek, 2014, str.10).

Pánevní dno (*diaphragma pelvis*) je souvislá svalová vrstva nálevkovitého tvaru, která odstupuje od stěn malé pánve, kaudálně se zužuje a sbíhá ke štěrbině, kterou v zadní části prochází konečník (*hiatus analis*). Přední částí prochází pochva a močová trubice (*hiatus urogenitale*). V centru se nachází vazivový uzel (*centrum perineale*),

na který navazuje septum rectovaginale. Do septa rectovaginale se upínají i některé perineální svaly (Hájek, 2014, str. 10). Pánevní dno je tvořeno komplexem svalů m.levator ani a m. coccygeus. M.levator je jeho nejdůležitější součástí a dělí se na m. pubococcygeus a m. iliococcygeus. Ke komplexu svalů se také přiřazuje samostatný sval m. puborectalis.

Svaly hráze (*mm. perinei*) jsou uloženy pod diaphragma pelvis a zespodu překrývají hiatus urogenitalis. Můžeme je rozdělit na dvě skupiny: svaly, které jsou podkladem diaphragma urogenitale, a svaly připojené k zevním pohlavním orgánům a m.sphincter ani externus. Svaly této skupiny jsou inervovány z n.pudendus (Čech, str.24).

Svaly perineální membrány (*diaphragma urogenitale*) tvoří vazivově-svalovou přepážku trojúhelníkového tvaru, která je uložena pod diaphragma pelvis. Diaphragma urogenitale je rozepjata mezi rozestupujícími se rameny kostí stydkých a sedacích (Hájek, 2014, str.11). Tvoří ji svaly: m.transversus perinei profundus je hlavním podkladem diafragma urogenitale, m.sphincter urethrae se odděluje z jeho kranální strany a m.transversus perinei superficialis tvoří hlavní část urogenitální přepážky. Dalšími svaly jsou m.bulbospongiosus, který působí jako svěrač poševního vchodu a m.ischiocavernosus napomáhá svými kontrakcemi k erekci. K daným svalům zevních pohlavních orgánů řadíme také zevní svěrač konečníku (*m.sphincter ani externus*) (Hájek, 2014, str.11, (Binder, 2011, str. 40).

2 PORODNÍ MECHANISMUS

Ke konci těhotenství je zahájen proces biologické přípravy těhotné i plodu k porodu. Tento děj se projevuje pozvolným nárůstem děložní motility a dráždivosti, který vede k rozvoji nízké kontrakční činnosti (Braxtonovy-Hicksovy kontrakce). Tyto kontrakce můžeme pozorovat již od 20. týdne gravidity, ale pouze s velice nízkými amplitudami a dlouhodobými intervaly. V období kolem 39. až 40. týdne gravidity se objevují již v kratších intervalech s vyššími amplitudami, které zpravidla dosahují prahu vnímání kontrakce. Tyto bolesti jsou nazývány dolores praesagientes (Hájek a kol., str. 178).

V průběhu tohoto období se u primipar snižuje děložní fundus (v důsledku vstupování hlavičky do pánve) a tím se zmenší tlak v epigastrium a rodičkám se snáze dýchá. Mění se tvar, konzistence i uložení děložního hrdla, stupeň vyklenutí přední poševní klenby a také se zvyšuje tlak těhotné dělohy na močový měchýř. Na začátku porodu, při pootevření zevní branky často odchází z děložního hrdla hlenová zátka.

Děložní kontrakce rozvíjejí dolní děložní segment a zahajují tak počátek I. doby porodní (Hájek, a kol. 178).

2.1 Porodní mechanismus spontánního porodu záhlavím

Porodní mechanismus je způsob, kterým jednotlivé části rodícího se plodu procházejí porodními cestami. Plod se přizpůsobuje tvaru jednotlivých pánevních rovin. Za fyziologických podmínek má mechanismus porodu určité pravidla. Vedoucím bodem je nejnižše uložená část plodu. Vedoucí bod za porodu prochází pánví vždy v její ose. Při vnitřní rotaci v pánvi se vždy stáčí pod symfýzu. Místo, kde se plod opírá a rotuje okolo spony se nazývá hypomochlion.

Postup plodu porodními cestami má tři základní fáze: vstup do pánevního kanálu, sestup porodním kanálem a výstup z porodních cest (Binder, 2011, s.68-69).

2.1.1 Mechanismus porodu hlavičky

Za normálních okolností je hlavička plodu před začátkem porodu nejnižše uloženou částí těla. Dolní děložní segment má aretační schopnost, kdy koncem těhotenství zachytí hlavičku volně se pohybujícího se plodu. "Hlavička na pánevní vchod naléhá indiferentně – v mírné flexi, malá i velká fontanela jsou přibližně ve stejné výši,

centricky – uprostřed pánve v její ose, a synkliticky – šev šípový je přibližně uprostřed mezi sponou a promontoriem“ (Binder, 2011, s.69).

Mechanismus porodu hlavičky můžeme rozdělit do 5 etap:

Iniciativní flexe a vstup hlavičky do roviny pánevního vchodu

Hlavička dítěte se při vstupu do roviny pánevního vchodu flektuje tak, že se při poloze záhlavím snižuje okciput a vedoucím bodem se stává nejnižší uložený bod-malá fontanela (Hájek a kol., 2014, str.185).

Progrese hlavičky do pánevní šíře a úžiny

Po vstupu do pánevního vchodu prostupuje hlavička působením porodních sil do prostorné pánevní šíře a dále přechází do pánevní úžiny, kde dochází k odporu pánevního dna. V této chvíli se rodička aktivně zapojuje do porodního děje a použitím břišního lisu značně zesiluje intenzitu porodních sil. Pozitivně se zde uplatňuje fyzická příprava rodičky v těhotenství s nácvikem dýchání, zapojováním svalstva a posílením celkové fyzické kondice (Hájek a kol., 2014, str.185).

Vnitřní rotace hlavičky

Nižší pánevní roviny mají tvar podélně oválný, a proto hlavička nemůže postupovat pánví dále ve stejném průměru jako v rovině pánevního vchodu a šíře a vykonává vnitřní rotaci. Vedoucí bod tedy malá fontanela se stáčí pod sponu. Hlavička rotuje švem šípovým do přímého průměru pánevní úžiny a malá fontanela je vpředu. Působením porodních sil hlavička sestupuje do roviny pánevního východu. Pod sponou se začíná objevovat záhlaví. Obecné pravidlo pro normální vnitřní rotaci, platné pro všechny polohy hlavičky plodu zní, že vedoucí bod se při normální rotaci otáčí dopředu za sponu, bez zřetele na to, kde se před touto rotací nacházel.

Během abnormální rotace hlavičky vedoucí bod rotuje dozadu směrem ke kostrči. Při poloze záhlavím se po skončené abnormální vnitřní rotaci ocitne bregma vpředu za sponou. Vedoucí bod malá fontanela se stočí dozadu a subokciput je uložen před hrotem kostrče pánevního východu (Hájek a kol., 2011, str. 186, Binder, 2011, str.70).

Rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony – deflexe

Po dokončené vnitřní rotaci se hlavička dostává do pánevního východu se švem šípovým v jeho přímém průměru. Při poloze záhlavím se hlavička

posune svým subociputem pod arcus pubis a opře se o dolní okraj stydké spony. Kolem tohoto bodu se postupně deflektuje. Místo na hlavičce, které se opírá o dolní okraj spony, se nazývá hypomochlion.

Pro rotaci hlavičky kolem dolního okraje spony platí obecné pravidlo, a to že *hypomochlion je uložen vždy na jednom z pólů příslušného prostupujícího obvodu hlavičky*. Pro polohu záhlavím platí, že hlavička, která prostupuje pánví subocipitobregmatickým obvodem, má po normální vnitřní rotaci hypomochlion v oblasti subociputu a při abnormální rotaci v oblasti bregmatu (Hájek a kol., 2014, str.186-187).

Zevní rotace hlavičky

Po porodu hlavičky probíhá v pánvi vnitřní rotace ramének. Hlavička porozená švem šípovým v přímém průměru pánevního východu, se stáčí o 90° na tu stranu, kam směřuje ještě neporozený hřbet plodu. Tato rotace je způsobena mechanismem porodu ramének (Hájek a kol., 2014, str. 188).

2.1.2 Mechanismus porodu ramének:

Raménka vstupují do pánve v době, kdy se hlavička nalézá v pánevní úžině a východu. Při vstupu probíhá biakromiální průměr v opačném šikmém průměru než šev šípový. Po porodu hlavičky raménka dospívají k rovině pánevní úžiny, kde se rotují tak, že se vedoucí raménko stáčí dopředu pod sponu a rodí se po oblast úponu deltového svalu. Tím vzniká opěrný bod – hypomochlion, kolem kterého trup vykoná lateroflexi a přes hráz se rodí zadní raménko. Trup a konec pánevní se rodí bez určitého mechanismu (Binder, 2011, str.71; Hájek a kol., 2014, str.188).

2.2 Porodní mechanismus porodu koncem pánevním

Na rozdíl od polohy podélné hlavičkou, kde je nejdůležitější mechanismus porodu hlavičky a ramének, u polohy koncem pánevním se uplatňují tři porodní mechanismy.

2.2.1 Mechanismus porodu hýždí

Při vstupování plodu do pánevního vchodu se orientujeme dle genitoanální rýhy, která je dle postavení plodu v I. nebo II. šikmém průměru. Při postavení I. obyčejném probíhá genitoanální rýha v I. šikmém průměru pánevního vchodu, kdy kostrč je hmatatelná vlevo předu. Vedoucím bodem se stává přední hýždě. Při sestupu plodu do pánevní šíře dochází k vnitřní rotaci a hýždě se dostávají do přímého průměru

pánevního východu. Rotují svým vedoucím bodem za sponu stydkou, kdy hypomochliem je hřeben lopaty kosti kyčelní. Celý trup plodu provádí lateroflexi. V poševním introitu se postupně rodí přední a po ní zadní hýždě (Čech, 2006, str. 233; Kudela, 2008, str. 174).

2.2.2 Mechanismus porodu ramének

Po vstupu hýždí do pánevního východu, vstupují do pánve raménka. Biakromiální průměrem se dostávají do šikmého průměru, a to obráceně než probíhala genitoanální rýha. Přední raménko rotuje za symfýzu a tím se biakromiální průměr dostává do přímého průměru pánevního východu. Ve předu uložené raménko, se posunuje pod arcus pubis a svým hypomochliem tedy paží v oblasti humeru se opírá o dolní okraj symfýzy. Zvětšuje se lateroflexe trupu a rodí se vpředu uložené raménko, pak zadní anebo obě raménka současně (Čech, 2006, str. 233; Kudela, 2008, str. 174).

2.2.3 Mechanismus porodu hlavičky

V době, kdy se porodí trup plodu, začne do pánve vstupovat hlavička. V této fázi dochází ke kompresi pupečníku mezi hlavičkou plodu a kostěnou pánví. Fetoplacentární cirkulace je narušena, a proto je třeba porod urychleně ukončit. Hlavička je flektována, prostupuje obvodem subokcipitobregmatickým, vedoucím bodem je bradička a hypomochliem se stává subokciput. Šev šípový se nachází buď v šikmém či příčném průměru pánevního chodu dle postavení dítěte. V době, kdy se rodí raménka, se hlavička plodu ocitá v pánevní úžině, kde nastává vnitřní rotace. Hlavička se svým záhlavím otáčí dopředu k symfýze, opírá se o dolní okraj symfýzy a kolem tohoto bodu rotuje. Nejdříve se rodí bradička, ústa, nos, čelo a nakonec záhlaví (Čech, 2006, str. 233; Kudela, 2008, str. 174).

3 PORODNÍ PORANĚNÍ

3.1 Poranění měkkých porodních cest

3.1.1 Uzurace

Uzurace vznikají po dlouhotrvajícím tlaku na tkáň, který způsobuje ischemii. Naléhající část plodu (hlavička či konec pánevní) při prostupu pánví komprimuje poševní stěnu, močový měchýř, uretru a děložní hrdlo proti kostěné pánvi. Při dlouhodobé zástavě postupu plodu, se komprimovaná část ischemizuje a vzniká nekróza. Nekrózy se hojí jizvou, která může deformovat hrdlo (Hájek a kol., 2014, str.439 – 440).

3.1.2 Poranění zevních rodidel a hráze

K poranění hráze a poševní sliznice dochází nejčastěji u žen, které mají pevnou, vysokou nebo zjizvenou hráz nebo při zánětlivých změnách v pochvě či na hrázi. Ke vzniku poranění také přispívá rychlý nebo naopak váznoucí porod, deflexní polohy plodu a makrosomie plodu. Na vzniku se také podílí špatná technika porodu, chybějící pomoc při porodu nebo extrakční operace. Podle Roztočila (2017, str. 444) můžeme ruptury rozdělit dle rozsahu do 4 stupňů:

- **Ruptura perinea I.** stupně postihuje kůži hráze a pochvy, svalová vrstva je neporušeno.
- **Ruptura perinea II.** stupně postihuje kůži, podkoží a svalstvo perinea. Ve větším rozsahu postihuje sliznici a podslizniční vazivo pochvy.
- **Ruptura perinea III.** stupně postihuje anální svěrač a to:
 - < 50 % poranění tloušťky zevního svěrače,
 - > 50 % poranění tloušťky zevního svěrače,
 - poranění vnitřního i zevního svěrače, anální sliznice intaktní.
- **Ruptura perinea IV.** stupně postihuje zevní i vnitřní svěrač a také anální sliznici.
- **Atypické trhliny hráze:** V případě, kdy dojde k roztržení svalstva hráze bez porušení integrity kožního krytu hráze a poševní sliznice, nazýváme tento jev jako latentní poranění. Jako další může vzniknout kapsovitá trhlina, kdy dojde k ruptuře poševní stěny bez porušení kůže na hrázi. Vznikne-li otvor mezi

zadní komisurou a análním otvorem, mluvíme o trhlině centrální (Roztočil, 2017, str. 144).

3.1.3 Poranění pochvy

Ruptury pochvy bývají nejčastěji spojeny s poraněním hráze, ale i s poraněním sousedních orgánů a většinou silně krvácejí. Závažné jsou velké paravaginální hematomy, které se mohou šířit vysoko až k ledvinám. Příčinou vzniku hematomu mohou být chybně ošetřené epiziotomie nebo poševní ruptury. Může rovněž dojít k trhlinám v horních částech pochvy a poševních klenbách. Vzácně může dojít k odtržení celé pochvy od čípku (Roztočil, 2017, str. 444).

3.1.4 Ruptura dělohy

Ruptura uteri je velmi závažná náhlá porodnická příhoda, spojená se šokovým stavem a bezprostředním ohrožením života plodu i rodičky. Klasická ruptura dělohy vzniká náhle během porodu. V průběhu těhotenství se můžeme setkat s latentní rupturou dělohy (postupná dehiscence děložní stěny v místě jizvy) a to u žen, které mají v anamnéze operace na děloze jako je císařský řez, enukleace myomů nebo plastické operace VVV dělohy. Při hrozící ruptuře je nutné podat tokolytika a těhotenství ukončit císařským řezem (Binder a kol., 2011, str. 230-232; Hájek a kol., 2014, str. 445).

4 PORODNICKÉ VAGINÁLNÍ OPERACE

4.1 Epiziotomie

Epiziotomie je nejrozšířenější porodnickou operací. V současné době můžeme zaznamenat celosvětovou tendenci ke snížení jejího užívání (Takács, 2015, str. 61). Řada výzkumů zpochybňuje, zda provedení epiziotomie má lepší výsledky než porod sine nebo s rupturou hráze jelikož nejsou doloženy přesvědčivé důkazy (Doležal, 2017, str. 36).

Nejčastější je epiziotomie indikována u primipar. Další indikací k provedení epiziotomie je makrosomie plodu, deflexní polohy hlavičky, vaginální porodnické operace (vakuumextrakce, forceps), rigidita a zjizvení tkáně a poloha plodu koncem pánevním (Čech, 2006, str. 486).

4.1.1 Rozdělení epiziotomií:

Mediální epiziotomie se provádí ve střední čáře směrem k análnímu otvoru do vzdálenosti 3 cm. Tato epiziotomie není vhodná, pokud je hráz příliš nízká nebo pokud se hlavička prořezává příliš rychle. Důvodem je riziko rozšíření ruptury a poranění m.sphincter ani. Výhodou je velmi snadná sutura a dobré hojení (Čech, 2006, str. 487).

Mediolaterální epiziotomie začíná ve středu hráze a směřuje šikmo k hrbolu sedací kosti. Toto provedení je nejpoužívanější, ale je spojeno se silnějším krvácením, někdy horším hojením, ale menším rizikem poškození m.sphincter ani (Čech, 2006, str. 487).

Laterální epiziotomie začíná cca 2 cm laterálně od středu perinea ve směru k hrbolu sedací kosti. Dle Roztočila (2008) se tento typ epiziotomie již neprovádí z důvodu, že daná oblast je hojně zásobená cévami a při nástřihu dochází k větším krevním ztrátám. Je také náročnější na suturu a hojení (Čech, 2006, str. 487).

Schuchardův řez se provádí výjimečně a pokračuje z laterální epiziotomie, která se zvětšuje na cca 6-7 cm až na pubickou a ilickou část m. levatoris ani (Doležal, 2007, str. 37).

4.1.2 Ošetření epiziotomie

Epiziotomie ošetřujeme suturou. Výkon se provádí v lokální anestezii nebo při rozsáhlejších poranění v celkové anestezii. Při šití je nutné najít vrchol poranění a začít 1 cm nad jeho začátkem. Jako první se sešívá poševní sliznice a podslizniční tkáň.

Pak se sešívají porušené svaly hráze a následně podkožní vazivo a kůži. Sutura provádíme vstřebatelnými vlákny (Čech, 2006, str. 487-488).

4.1.3 Komplikace epiziotomie

Nejčastější komplikací je hematoma, který je způsoben krvácením při špatně provedeném ošetření. V tom případě je nutné provést neodkladnou revizi epiziotomie se zástavou krvácení. Časté jsou i záněty způsobené sekundární infekcí hematoma nebo předporodní neléčenou kolpítidou. Léčbou je drenáž a antibiotika podávaná celkově nebo lokálně. Komplikací může být i dehiscence rány. Resutura epiziotomie se provádí až po zvládnutí zánětu (Čech, 2006, str. 488).

4.2 Cerclage

„Cerclage je operativní metoda, při níž na hrdlo děložní ve výši vnitřní branky zakládáme cirkulární steh.“ (Kudela, 2008, str. 191). Cílem operace je zamezení předčasného porodu v důsledku inkompetence děložního hrdla v průběhu druhého trimestru. Indikací k výkonu je opakované potrácení při objektivně prokázané cervikální inkompetenci. Tato operativní metoda je kontraindikována v případě děložních kontrakcí, krvácení z rodidel, infekce rodidel, odteklé plodové vody, mrtvého plodu či horečnatého stavu. Steh se ponechává in situ do 38. týdne těhotenství, kdy jej odstraníme. Dříve jej musíme uvolnit při vzniklých komplikacích, které jsou kontraindikací této metody.

4.3 Porod porodnickými kleštěmi (partus per forcipem)

Porodnické kleště jsou nástrojem, který slouží k vybavení vstouplé, fixované hlavičky (Kudela, 2008, str. 199). Indikací k provedení klešťového porodu je prodloužená II. doba porodní, porušení porodních sil nebo hrozící hypoxie u plodu. Komplikacemi klešťového porodu u matky může být krvácení, poranění perinea, poranění pochvy a nadměrná bolest perinea v prvních 24 hodinách po porodu. U novorozence může dojít k poranění hlavičky, dystokii ramének, kefalhematomu s následnou fetální hyperbilirubinemií a retinální hemoragií (Pařízek a kol., 2012, str. 174). Při správně provedeném klešťovém porodu však nedochází k žádnému poranění jak u matky, tak i u novorozence (Kudela, 2008, str. 202-205).

4.4 Vakuumextrakce (VEX)

Vakuumextraktor je nástroj umožňující vybavení hlavičky pomocí podtlaku v pelotě přiložené na hlavičku plodu. Je to metoda, která slouží k usnadnění porodu hlavičky ve II. době porodní a má podobné indikace jako porodnické kleště. Indikací jsou sekundárně slabé kontrakce, potřeba snížení námahy rodičky u patologických stavů v důsledku některých očních vad nebo kardiopatií, ochrana před rupturou dělohy z důvodu předešlé operace na děloze, vyčerpání rodičky, eklampsie nebo febris intra partum. V porovnání s porodními kleštěmi je použití VEXU snadnější a šetrnější vůči matce. Je zde ale nižší úspěšnost než použití kleští. Kleště jsou však pro plod šetrnější. Vakuumextraktor nepoužíváme u předčasných porodů pod 34. týden pro vyšší riziko vzniku kefalhematomu (Čech, 1999, str. 108-409; Pařízek a kol, 2012, str. 177-179; Kudela, 2008, str. 205).

5 KOMPLIKACE PORODNÍHO PORANĚNÍ

Období šestinedělí je spojené s možnými komplikacemi, které mohou zanechat pozdní následky. Komplikace se mohou projevit časně po porodu nebo s odstupem času a negativně ovlivnit život ženy.

Krevní ztráty. Větší krevní ztráty po porodu jsou definovány jako ztráty krve převyšující 500ml. Krevní ztráty vznikají nejčastěji z důvodu porodního poranění, děložní atonie nebo koagulopatie (Hájek, 2004, str. 365).

Dispareunie. Dispareunie je bolest při pohlavním styku. Jako nově vzniklý problém jej udává 14 – 18 % žen. 45 % žen trpělo dispareunií již před porodem. Tato porucha může být způsobena rozsáhlejším poraněním nebo psychickou poruchou po předešlém porodu (Záhumenský, 2006).

Ochabnutí pánevního svalstva. Ochabnutí pánevního svalstva může být způsobené tlakem rodícího se plodu na pánevní dno zejména po extrakčních vaginálních operacích. Ochabnutí této svaloviny může mít za následek únik moči, pokles dělohy nebo bolesti v oblasti pánve (Roztočil, 2017, str. 241), (Hanáková, 2017, str. 94).

Močová inkontinence. Je to samovolný únik moči, který se o porodu spojuje s rozsáhlejším poporodním poraněním. Dělí se na inkontinenci stresovou, urgentní, smíšenou či paradoxní.

Nejčastější je inkontinence stresová. Po ukončení šestinedělí ji udává až 40 % žen, po 3 měsících 15 % žen. Dlouhodobě může přetrvávat až u 8 % žen po porodu. Její léčba je individuální. Primární léčbou inkontinence je rehabilitace – Kegelovy cviky a elektro-stimulace. Stresová inkontinence se může léčit i pomocí farmak či operativně (Holý, 2013)

Anální inkontinence. Anální inkontinence závisí na stupni poškození jednotlivých struktur kontrolující defekaci. Vnější i vnitřní anální sfinkter udržuje stolicí a plyny. Nejčastěji bývá po porodu s částečnou či úplnou úpravou. U 36 % původně inkontinentních žen dojde do 4 měsíců k částečné nebo úplné úpravě. U zbylých procent žen dochází ke zlepšení do 9 měsíců od porodu nebo později (Kališ et al., 2003).

6 RIZIKOVÉ FAKTORY PORODNÍHO PORANĚNÍ

Mezi rizikové faktory porodního poranění obecně řadíme makrosomii plodu, primipary a vysokou nebo tuhou hráz a v neposlední řadě prolongovanou druhou dobu porodní a hluboký příčný stav hlavičky.

Makrosomie plodu a Primipary

Makrosomie plodu a primipary jsou obecně považovány za rizikové faktory pro vznik porodního poranění.

Vysoká nebo tuhá hráz

Při vysoké nebo tuhé hrázi většinou nepomáhají nejrůznější techniky k přípravě hráze k porodu a je potřebné provést epiziotomii. V případě neprovedení epiziotomie, se vyskytuje větší riziko ruptury hráze III. stupně.

Prolongovaná druhá doba porodní

Trvání druhé doby porodní u primipar je 5 – 50 minut u multipar 5 – 20 minut. Druhá doba porodní by neměla přesáhnout 1 – 2 hodiny (Tkács, Sobotková a Štulová a kol., 2015, str.38), (Leifer, 2004, str.147). Pokud druhá doba porodní trvá déle jak 120 minut je zde vyšší riziko hypoxie plodu a celkově vyšší riziko perinatální morbidity a mortality (Doležal, 2007, str.81).

Hluboký příčný stav hlavičky

Hlavička plodu vstoupí do nižších pánevních rovin bez provedení vnitřní rotace a šev šípový zůstává v příčném průměru což znemožňuje průchod hlavičky bez poškození. V případě selhání léčby spočívající v polohování rodičky, zesílení slabých kontrakcí oxytocinem je nutné vybavení plodu per forcipem (Binder, 2011, str.219).

7 MOŽNOSTI PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ

7.1 Antepartální prevence

Jedná se o prevenci, která se provádí před porodem v průběhu těhotenství a má za cíl snížit porodní poranění.

7.1.1 Masáž hráze

Dle Stadelmanna (2004, str.176) patří k antepartální přípravě pravidelná masáž hráze. Díky olejům, které se využívají při masáži je hráz změkčená, hydratovaná a více prokrvená.

Z olejů, které se používají k masáži hráze, jsou to nejčastěji směsi éterických olejů z růže a šalvěje muškátové smíchané s nosnými oleji, a to třezalkovým olejem (posiluje nervy) a olejem z obilných klíčků (zvyšuje elasticitu tkáně) (Stadelmann, 2004, str. 176).

Doporučený začátek masáže hráze je 6 týdnů před termínem porodu, a to proto, aby tkáň byla dostatečně pružná a poddajná. Když žena s masáží začíná, používá pouze jeden prst či palec a postupně přechází na masáž prsty. Pokud žena využije k masáži palec, tak stlačuje hráz mezi palcem a prsty. Pokud žena provádí masáž prsty zavede je asi 3 cm do pochvy a masíruje hráz ve tvaru písmene Ú. Postupně se mohou přidávat další prsty či druhý palec. Masáž hráze se provádí každý den dvě až pět minut. Na přání ženy může masáž provádět partner nebo porodní asistentka (Stadelmann, 2004, str. 176-178).



Obrázek 1. Masáž hráze s použitím palců
(Masáž hráze, 2013)

7.1.2 Čaj z maliníku

Malinové listy působí příznivě na hladké svalstvo a tím napomáhají uvolnit svaly malé pánve. Povzbuzují látkovou výměnu ve střevě a tím podporují celkový zdravotní stav. Pravidelná střevní činnost znamená dobrou peristaltiku, a tak může aktivovat děložní svalstvo. Proto se doporučuje užívat čaj z malinového listí smíchaný s těhotenskou směsí až od 34. týdne gravidity (Stadelmann, 2004, str. 175).

7.1.3 Lněná semínka

Hlavní příčinou obstipace v těhotenství je zvýšená hladina progesteronu, který zpomaluje střevní peristaltiku. Proto jsou drcená či mletá lněná semínka obvyklým doplňkem stravy v těhotenství. Podporují střevní peristaltiku a zvyšují sekreci hlenu v pochvě. Stadelmann (2004, str. 176) doporučuje užívat lněné semínko od 34. týdne gravidity, a to polévkovou lžící jednou denně. Je velmi důležité zapít lněné semínko dostatečným množstvím tekutin.

7.1.4 Epi No

Dr. Wilhelm Horkel v polovině osmdesátých let navštívil při lékařské misi Afriku, kde se nechal inspirovat ženami a jejich přípravou k porodu. Tamější ženy si zaváděly dýně zvětšující se velikostí do pochvy, jako přípravu k porodu (Horkel, c2018).

Ve spolupráci s porodními asistentkami vznikl koncept EpiNo pro rovnoměrné roztažení perinea. Jedná se o silikonový balónek s ručním čerpadlem, tlakoměrem a ventilem pro uvolnění vzduchu. Bylo prokázáno že EpiNo prospívá ženám jak ke snížení rizika poranění při porodu, tak ke snížení úzkosti a zkrácení druhé doby porodní (Horkel, c2018).

EPI-NO lze využít k přípravě na porod, ale i následně k regeneraci pánevního dna po porodu a jako podpůrnou léčbu močové inkontinence (Epi-no, b.r.).

Použití EPI-NO balónku:

Balónek můžeme použít ve třech stupních předporodní přípravy:

1. **Cvičení pánevního dna** – žena posiluje pánevní dno a tím se připravuje na porod.
2. **Napínací cvičení** – postupné napínání tkání a svalstva před porodem – svaly hráze a poševního vchodu.

3. Simulační cvičení – příprava k druhé době porodní (návik vypuzovací) (Epi-no, b.r.)

EPI-NO balónek je kontraindikován v případech neobvyklé polohy plodu, při nebezpečí vzestupné infekce, při předčasném odtoku plodové vody nebo poševní infekci. Dále se EPI-NO balónek nemá používat při krvácení z rodidel nebo při nedolčených zraněních v oblasti genitálu (Horkel, c2018).

Cvičení s dilatačním balónkem se začíná po dokončeném 36. týdnu gravidity a pokračuje až do porodu. Cviky pro větší pružnost perinea se provádějí každý den po dobu 20 minut a skládají se z několika cyklů. Ženy, které pravidelně trénují, dosahují roztažení pochvy na 8,5 – 10 cm po 3-4 týdnech cvičení (Horkel, c2018).

7.2 Intrapartální prevence

Intrapartální prevence klade důraz na prevenci během porodu. Může se jednat o vhodnou porodní polohu, chránění hráze, podpůrné techniky jako jsou aromaterapie, hydroanalgezie, hypnóza, audioanalgezie, akupunktura, akupresura a v neposlední řadě také supercrowning.

7.2.1 Vhodná porodní poloha

Již na přelomu 16. a 17. století byla do praxe zavedena horizontální poloha při porodu. To znamená polohu na zádech s abdukovanými dolními končetinami. Tato poloha je vhodná pro vizuální kontrolu prořezávající se části plodu, pro usnadnění klešťového porodu či provedení epiziotomie a také z hygienických požadavků. S odstupem času a rozvojem techniky byla zkonstruována porodnická lůžka, která je možno ovládat elektronicky a zvolit si optimální polohu. Nejčastěji využívanou polohou při porodu je poloha na zádech v polosedu.

Alternativou horizontální polohy je poloha vertikální, jako je poloha v kleče, vsedě, ve stoje či v podřepu. Při této poloze se využívá další síla usnadňující porod, a to gravitace. Je ale je nutné brát v úvahu bezpečnost plodu a zdravotní stav matky (Bašková, 2015, str. 78-79), (Doležal, 2007, str. 33).

7.2.2 Chránění hráze

Chránění hráze je důležité tehdy, kdy se hráz roztahuje, napíná a vyhlazuje. Tato metoda zabraňuje vzniku trhlin hráze a přilehlých částech pochvy (Roztočil, 2008, str. 121-122).

Postup chránění hráze dle Roztočila (2008, str. 122)

Pravou rukou uchopíme roušku a přiložíme na hráz. Roušku přikládáme tak abychom vždy viděli zadní komisuru. Levou ruku s roztaženými prsty přiložíme na rodící se hlavičku.

- Při kontrakci, je nutné levou rukou brzdít progresi hlavičky, aby měla hráz dostatek času se rozvolnit. Pravou rukou držíme roušku tak, aby palec byl na straně pravé a ostatní prsty na straně levé.
- Během kontrakce se snažíme hráz lehce přetáhnout přes rodící se hlavičku.
- Pokud hrozí ruptura hráze, je nutné provést episiotomii.

Doležal (2007, str. 33) poukazuje na to, že pokud porodník nebo porodní asistentka vykonává příliš velký tlak proti hlavičce, vzniká anemizace hráze a tím se zvýší riziko vzniku ruptury. Zároveň takový tlak může způsobit předčasnou deflexi hlavičky.

7.2.3 Podpůrné techniky

Pro zlepšení psychického stavu rodičky a k uvolnění je možné využít několik relaxačních technik. Snížení psychické tenze rodičky má i mírně analgetický účinek. Je však nutný individuální přístup porodní asistentky ke každé ženě.

Aromaterapie je velmi vhodná pro uvolnění, zklidnění rodiček a k vytvoření příjemného prostředí. Je důležitý individuální přístup a přání rodičky. Aromaterapie se může provádět pomocí aromalamp, masáží nebo přidáním éterických olejů do koupele či přiložení aromaterapeutických kompresí. Mezi nejčastěji využívané oleje patří levandule, mandarinka, jasmín a heřmánek (Nováková, 2016, s.22).

Hydroanalgezie je metoda, která využívá působení teplé vody. Má relaxační vlastnosti, snižuje bolestivost a psychické napětí rodičky, a také urychluje dilataci porodních cest.

Hypnóza je metoda, která má izolovat nepříjemný zážitek a soustředit se na jiný a příjemnější zážitek. Hypnóza je účinná asi jen u 25 % rodiček.

Audioanalgezie stimulací sluchového nervu zmírňuje nebo potlačuje pocit bolesti. Je možné využít relaxační hudbu, kterou si ženy samy vyberou před porodem.

Akupunktura nebo Akupresura spočívá ve stimulaci aktivních bodů na povrchu těla. Dle paní Oesting akupunktura může během porodu potlačit nevolnost, urychlovat a zesilovat kontrakce a zmírňovat jejich bolestivost

Pomáhá též při odlučování placenty a zmírňuje porodní krvácení (Pařízek, 2006, str. 286).

7.2.4 Super crowning (zpomalení prořezávání hlavičky)

Supercrowning přispívá ke snížení porodního poranění. Jde o techniku, kdy porodník vyvíjí mírný tlak ruky na hlavičku a tím brzdí její příliš rychlý postup. Prodlužuje tím druhou dobu porodní o jednu či dvě kontrakce. Tato metoda dává více času k pomalému a přirozenému roztažení pochvy a hráze. Dochází tím ke snížení počtu poranění hráze zejména třetího stupně. Snižuje se tím i počet epiziotomií (Goldberg a Sultana, 2004).

7.3 Postpartální prevence

V období šestinedělí je velmi důležitá péče o drobné poranění či poranění většího rozsahu. Je nutné dodržovat hygienická opatření, a po každém použití toalety si rodidla osprchovat vlažnou vodou. Při silné bolestivosti je možné užít nesteroidní antiflogistika (Roztočil, 2008, str. 127-131).

Pro usnadnění a urychlení hojení ruptur hráze či epiziotomií doporučuje Stadelmann (2004, str. 334-340) několik metod:

- **Využití chladu:** Studené obklady se využívají ke zmírnění bolesti a otoku. Současně s ledem se dají použít i další prostředky např. arniková mast (při otocích či hemeroidech) nebo měsíčková mast (při natržení hráze nebo otocích vulvy). Je nutné dbát na to, aby aplikovaný led byl řádně zabalen.
- **Sedací koupele:** Tyto koupele patří k nejuspěšnějším a pro šestinedělky velmi příjemným metodám. Je možné je využít již od prvního dne po porodu při drobném poranění. Důležitá je správná teplota vody, která by první den měla být vlažnější a nepřesáhnout 28°C. Po odeznění bolestí se teplota může zvýšit na teplotu tělesnou. Do sedacích koupelí se nejčastěji využívá dubová kůra pro

své protizánětlivé účinky. Dále je možné použít směs éterických olejů a soli z Mrtvého moře (dezinfekční a imunitu podporující účinek).

- **Obklady:** Obklady se využívají při špatně se hojícím poranění.
 - Měsíčková mast při zarudlé, lehce červené ráně
 - Kostivalová mast při hlubokých poranění hráze
- **Mateřské mléko:** Obsahuje tělu vlastní ochranné látky, které podporují léčebné procesy. Ženy, které mají přebytek vlastního mléka ho mohou využít v sedacích koupelích nebo jako obklady (Stadelmann, 2004, str.340).

V případě inkontinence po porodu v důsledku poškození pánevního dna se doporučují Kegelovy cviky. Jedná se o zlepšení a upevnění svalů pánevního dna a úpravu anatomických změn vzniklých v důsledku těhotenství a porodu. Toto cvičení v roce 1948 vymyslel Arnold Kegel. Jedná se o cviky, které by žena měla používat nejen po porodu, ale také během těhotenství a v průběhu celého života (Roztočil, 2011, str. 429), (Vernová, 2014, str. 93).

Kegelovy cviky mají čtyři fáze:

- **Vizualizace.** Žena by měla znát své genitále, aby si je při cvičení mohla kdykoliv vybavit. V první fázi se doporučuje stahování pochvy, konečníku a močové trubice s občasnou kontrolou v zrcátku.
- **Relaxace.** Cviky se ze začátku doporučují provádět vleže na zádech. Kolena je možné vypodložit stočenou dekou pro snížení břišního napětí.
- **Izolace.** Je to nácvik izolovaného, samostatného stahu konečníku, pochvy a močové trubice. Je velmi důležité dbát na pravidelné dýchání a nezaměňovat stahy pánevního dna se stahy břišních a hýžd'ových svalů. Pro nácvik se doporučuje přerušovaná mikce nebo zavedení dvou prstů do pochvy a snaha o jejich stažení.
- **Vlastní posilování.** V této fázi již dochází k vlastnímu posilování pánevního dna. Cviky by se měly opakovat v rozmezí od 80 do 300 stahů za den. Je možné je rozdělit do několika cvičení v průběhu dne.

Po zvládnutí základních cviků v leže, je možné zvolit jiné polohy jako jsou polohy v sedě vkleče či ve stoje. Je třeba střídat rychlé stahy s krátkou výdrží a pomalé stahy s dlouhou výdrží (Roztočil, 2011, str. 429).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODIKA PRÁCE

Výzkumné šetření bylo prováděno formou elektronických dotazníků, které byly nabídnuty ženám po spontánním porodu.

8.1 Cíle práce

Cíl č.1: Zjistit informovanost žen o možných technikách přípravy k vaginálnímu porodu.

Cíl č.2: Zmapovat, jaká technika se v praxi využívá nejvíce.

Cíl č.3: Zjistit, kterou techniku ženy nejvíce využívají k ošetření porodního poranění a zda má poranění vliv na konečný stav po porodu.

8.2 Užitá forma výzkumu

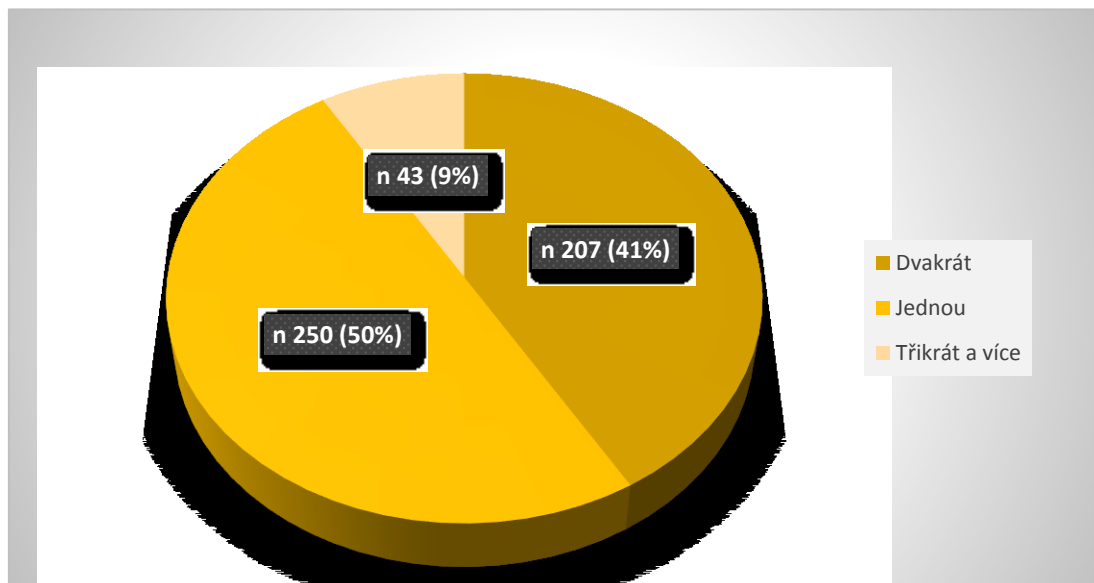
Výzkum byl realizován pomocí kvantitativního sběru dat. Ke sběru dat bylo zvoleno dotazníkové šetření probíhající během února 2018. Anonymní dotazník obsahoval celkem 24 otázek a celkem bylo zpracováno 500 dotazníků. Pro zodpovězení výzkumných otázek byla analyzována data z dotazníku pomocí grafů, tabulek či obojí s absolutní a relativní četností v Microsoft Office Excel.

8.3 Charakteristika souboru

Cílovou skupinou byly ženy po spontánním vaginálním porodu. Tyto respondentky byly požádány o vyplnění dotazníku na zjištění znalostí o metodách prevence vzniku porodního poranění o jejich využití a následném zjištění znalostí o ošetření porodního poranění. Účast na vyplnění dotazníku byla zcela dobrovolná.

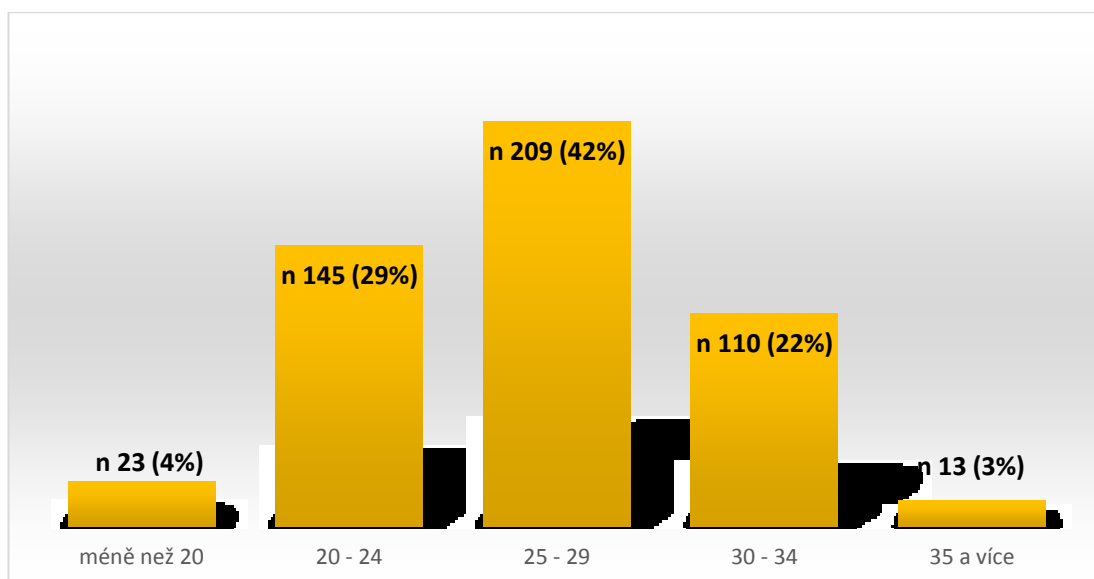
9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka 1: *Kolikrát jste rodila spontánně?*



Graf 1: Parita žen.

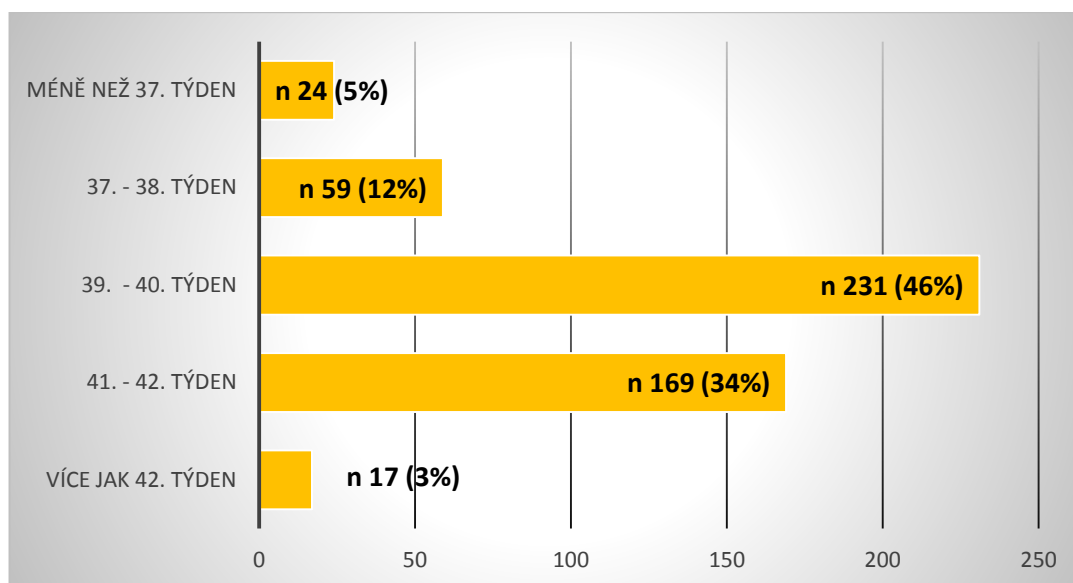
Komentář: První skupinou byly druhorodičky v počtu 207 tedy 41 %. Druhou a nejpočetnější skupinu dotazovaných respondentek tvořily prvorodičky, a to v počtu 250 žen (50 %). Nejmenší skupinu dotazovaných respondentek tvořili ženy, které rodily třikrát a více, a to v zastoupení 43 žen (9 %) z celkového počtu 500 respondentek.

Otázka 2: *Jaký byl Váš věk v době prvního porodu?*

Graf 2: Věk respondentek.

Komentář: V otázce číslo dvě, ženy odpovídaly na jejich věk v době prvního porodu. První skupinou byly ženy rodící v rozmezí 20-24 let zastoupené v počtu 145 (29 %). Největší zastoupení respondentek rodilo ve věku 25–29 let, a to v počtu 209 žen (42 %). Další početnou skupinou byly ženy rodící ve věku 30-34 let v počtu 110 (22 %). Nejmenší skupina žen rodila ve věku 35 let a více tvořila pouze 3 % z celkového počtu respondentek. Ve věku nižším než 20 let bylo zastoupeno pouze 23 žen (4 %).

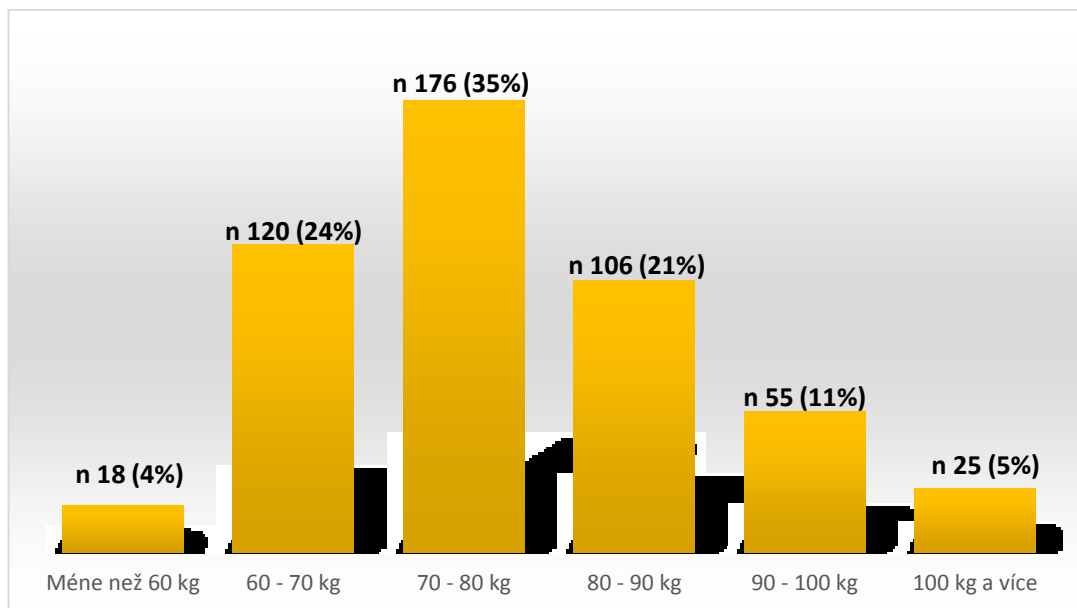
Otázka 3: *Týden těhotenství, ve kterém jste poprvé porodila.*



Graf 3: Gestační týden porodu.

Komentář: Před 37. týdnem gestace porodilo 24 žen, což činilo 5 % z celkového počtu respondentek. 59 porodů proběhlo mezi 37. a 38. týdnem gestace, což činilo 12 %. Ve 46 % (231) proběhl porod v rozmezí 39. a 40. týdne gestace. V rozmezí 41. a 42. týdne gestace bylo 34 % (169) porodů. Po 42. týdnu gestace proběhlo z celkového počtu pouze 17 porodů tedy 3 %.

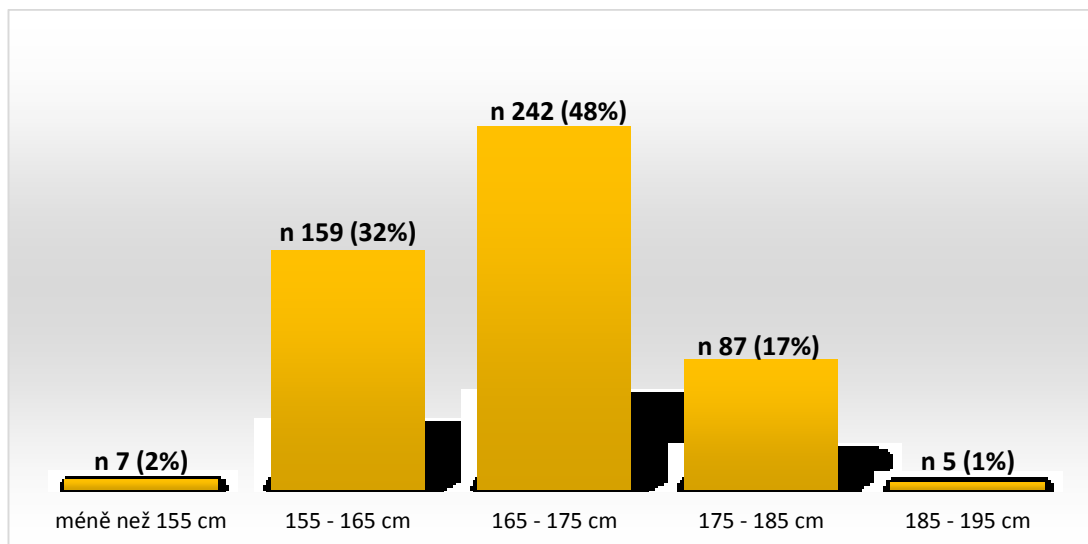
Otázka 4: *Jaká byla Vaše váha v době porodu?*



Graf 4: Váha respondentek.

Komentář: Nejmenší skupinu respondentek tvořily rodičky vážící méně než 60 kg, které byly zastoupeny v 4 % (18) z celkového počtu 500 respondentek. Ženy, které v době porodu vážily 60–70 kg tvořily druhou největší skupinu v počtu 120 (24 %). Největší počet respondentek, tedy 176 rodiček mělo porodní váhu od 70–80 kg, což činilo 35 %. Ženy vážící 80–90 kg byly zastoupeny v 21 %, tj. v počtu 106. Další skupinu tvořily ženy vážící 90–100, v počtu 55 (11 %). V zastoupení 5 % (tj. 25 rodiček) měly ženy porodní váhu v rozmezí 100 kg a více.

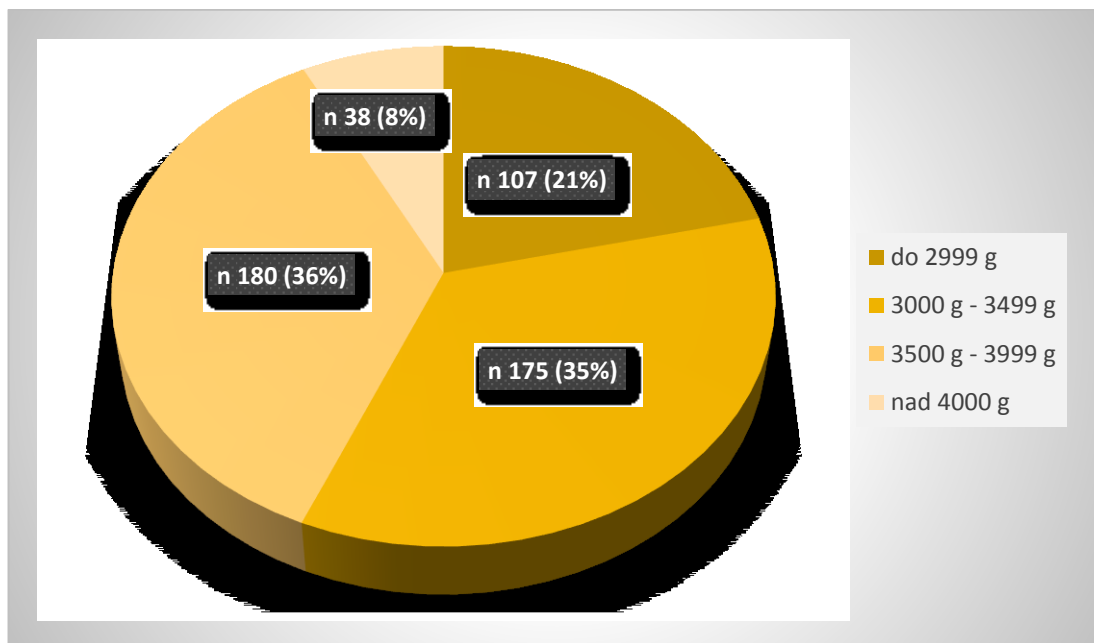
Otázka 5: *Jaká je Vaše výška?*



Graf 5: Výška respondentek.

Komentář: Výška respondentek byla rozdělena do 5 skupin. První skupinu tvořily ženy, jejichž výška byla 155–165 cm v počtu 159, tedy 32 %. Nejpočetnější skupinu v počtu 242 (48 %) tvořily ženy, které měřily 165–175 cm. 87 žen měřilo 175–185 cm, tj. 17 % z celkového počtu respondentek. Nejmenší zastoupenou skupinou byly ženy měřící 185–195 cm, které byly zastoupeny v počtu 5 žen, tedy 1 %. Méně, než 155 cm mělo pouze 7 rodiček (2 %).

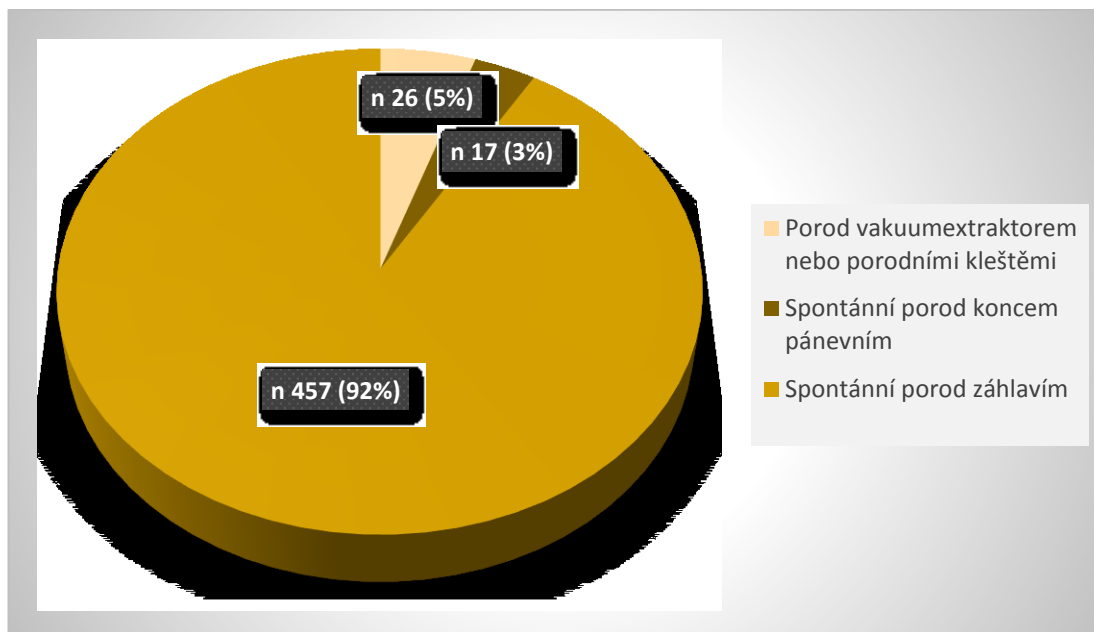
Otázka 6: *Jaká byla porodní váha dítěte?*



Graf 6: Porodní váha dítěte.

Komentář: V této otázce ženy vybíraly ze 4 možných kategorií hmotnostního rozmezí dítěte. Nejpočetnější skupinu zahrnovaly děti s porodní vahou 3000–3499 g v počtu 175 dětí (35 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly děti s porodní hmotností 3500–3999 g v zastoupení 36 % (tj. 180 dětí). 107 dětí se narodilo s porodní hmotností do 2999 g (21 %). V zastoupení 8 % (38 dětí) měly děti porodní váhu nad 4000 g.

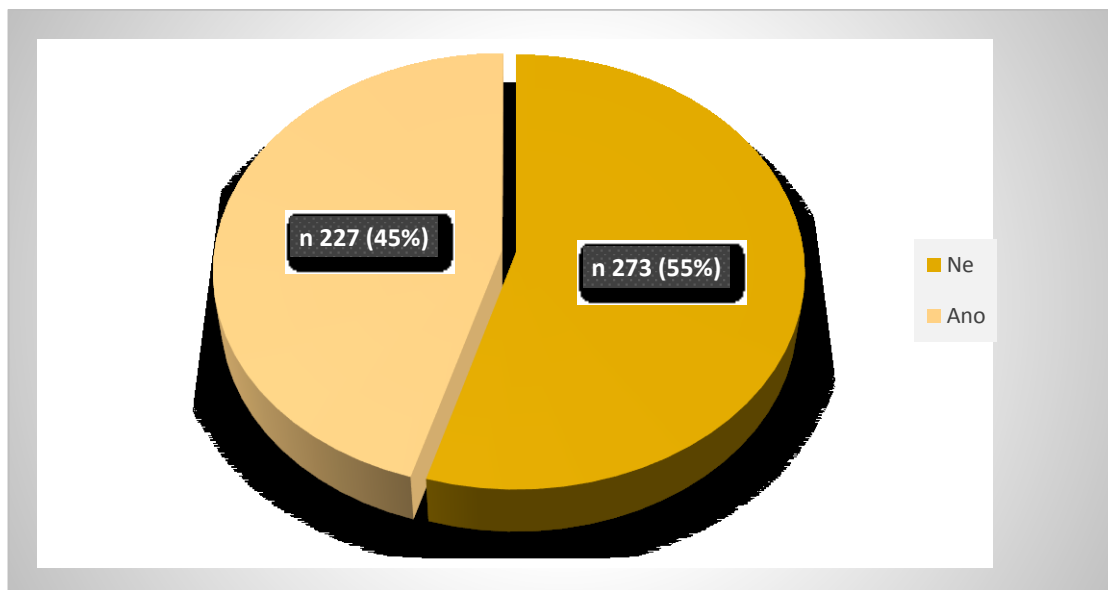
Otázka 7: *Způsob porodu prvního dítěte.*



Graf 7: Způsob porodu.

Komentář: Naprostá většina všech vaginálních porodů byla spontánní, kdy vedoucím bodem bylo záhlaví. Přesné procento z celkového počtu 500 respondentek činilo 92 %, tedy 457 rodiček. Další skupinu tvořily ženy, u kterých byl porod vedený instrumentálně, a to v počtu 26 (5 %). Poslední skupinu tvořily ženy, kdy vedoucím bodem byl konec pánevní, a to v počtu 17 respondentek, tedy pouze 3 % z celkového počtu 500.

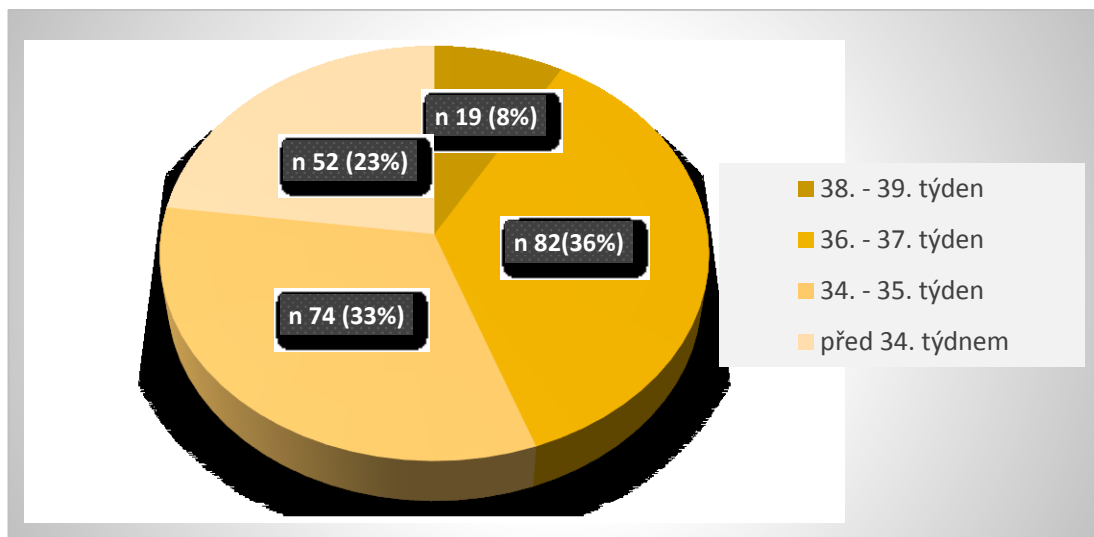
Otázka 8: *Připravovala jste se na porod doma?*



Graf 8: Příprava na porod.

Komentář: Více než polovina dotazovaných respondentek, tedy 273 (55 %) odpověděla, že se na porod žádným způsobem nepřipravovala. Druhá skupina zastoupená v počtu 227 (45 %) se doma na porod připravovala.

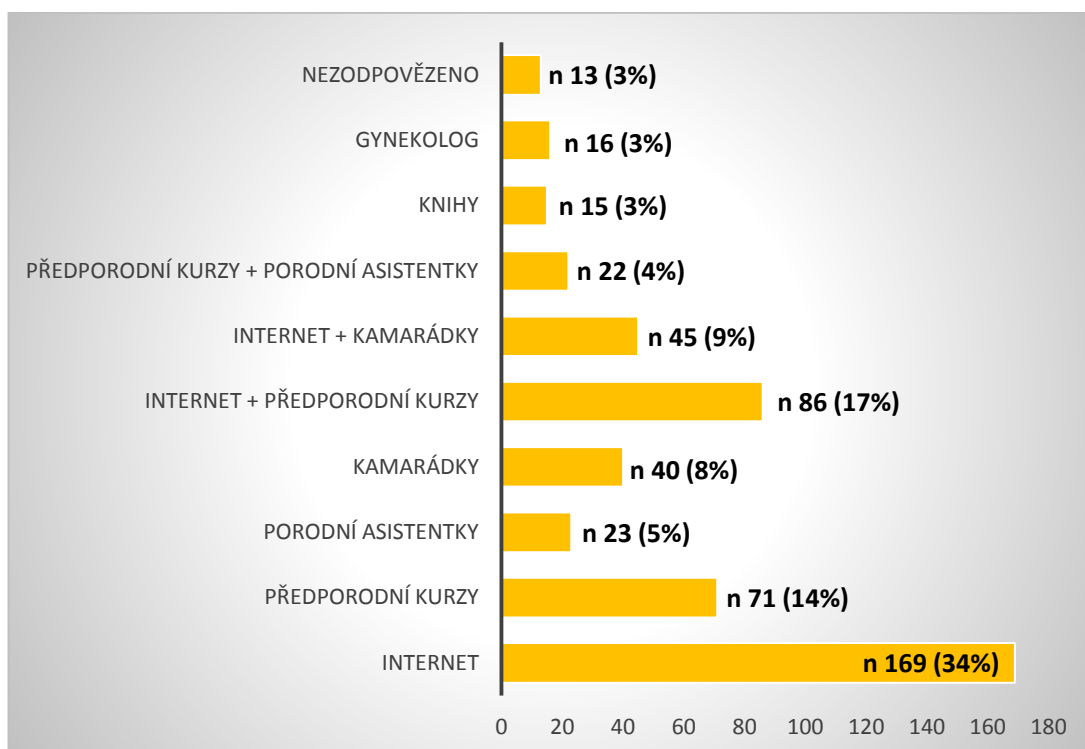
Otázka 9: *Od kterého týdne jste se připravovala?*



Graf 9: Týden přípravy.

Komentář: Do této otázky byly zařazeny pouze ty respondentky, které se na porod připravovaly. Celkový počet takových odpovědí byl 227. Nejméně se ženy připravovaly od 38. – 39. týdne gravidity, kdy byly zastoupeny pouze v 19 (8 %). V rozmezí 36.-37. týdne gravidity se ženy připravovaly nejvíce, a to v počtu 82 (36 %). 33 % žen se připravovalo mezi 34. – 35. týdne gravidity. Již před 34. týdnem se z celkového počtu 227 respondentek připravovalo 23 % (tj. 52 žen).

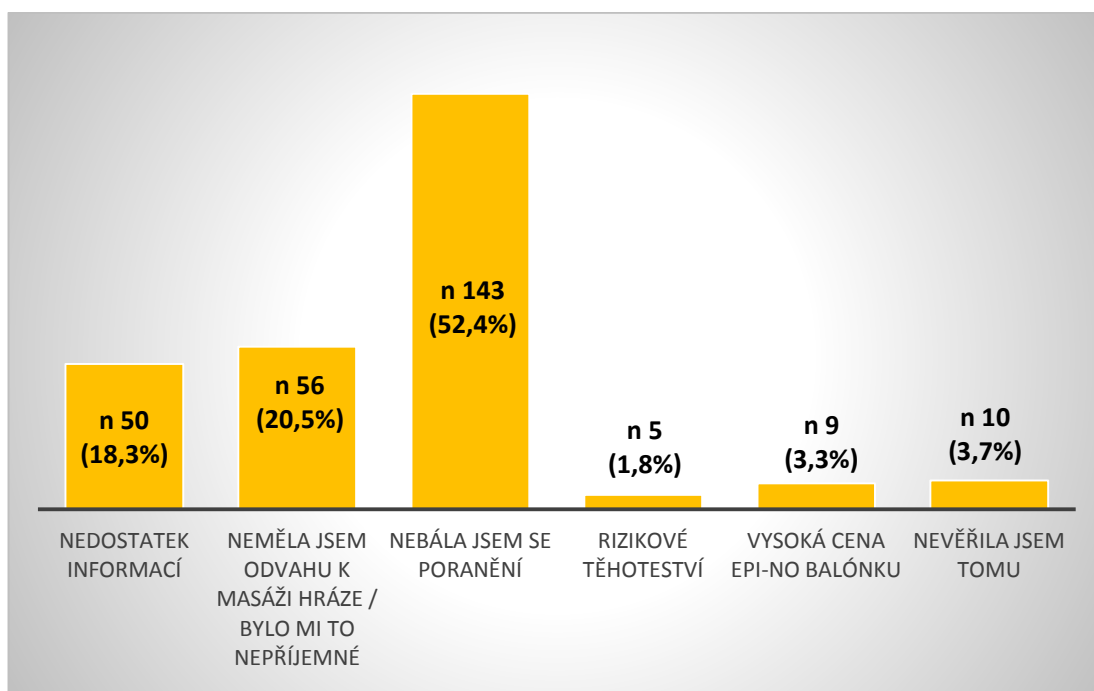
Otázka 10: *Kde jste získala informace o možnostech přípravy k porodu?*



Graf 10: Informovanost o možnostech přípravy.

Komentář: V této otázce jsem se dotazovala žen, kde se dozvěděly o možnostech prevence poranění. Celkový počet odpovědí byl 500. Nejčastěji ženy uvedly, že zdrojem informací byl internet, a to v počtu 169, tedy ve 34 %. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo, že ženy získaly informace z kombinace předporodních kurzů a internetu (17 %). Ve 14 % (tj. 71) měly ženy informace pouze z předporodních kurzů. Kombinaci internetu a kamarádek využilo 45 žen, tedy 9 %. Ženy, které využily pouze znalosti svých kamarádek byly v zastoupení 8 % (40 žen). Od porodních asistentek tyto informace získalo 23 žen (5 %). Kombinaci předporodního kurzu s porodní asistentkou využilo 22 respondentek (tj. 4 %). 16 respondentek dostalo informace od gynekologa (3 %). Pouze 15 žen získalo informace o metodách prevence z knih (3 %).

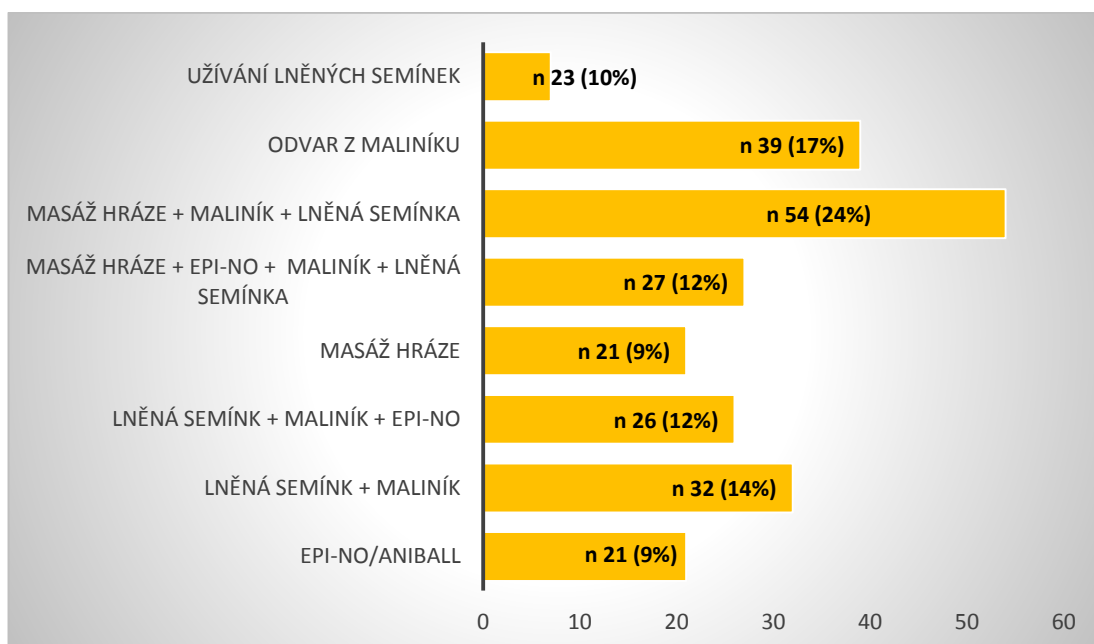
Otázka 11: *Pokud jste se nepřipravovala, tak proč?*



Graf 11: Důvod, proč se ženy nepřipravovaly.

Komentář: Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které se na porod žádným způsobem nepřipravovaly, tedy celkem 273 žen. 143 (tj. 52,4 %) z nich se porodního poranění nebálo, a proto se nepřipravovaly. 56 respondentek nemělo odvalu k masáži hráze a bylo jim to nepříjemné (20,5 %). Nedostatkem informací bylo ovlivněno 50 (18,5 %) žen. Další skupinu tvořily ženy, které v předporodní přípravu nevěřily a byly zastoupeny v počtu 10 (3,7 %). 9 (3,3 %) žen se nepřipravovalo z důvodu vysoké ceny EPI-NO balónku. Kvůli rizikovému těhotenství se nepřipravovalo 5 (1,8 %) žen.

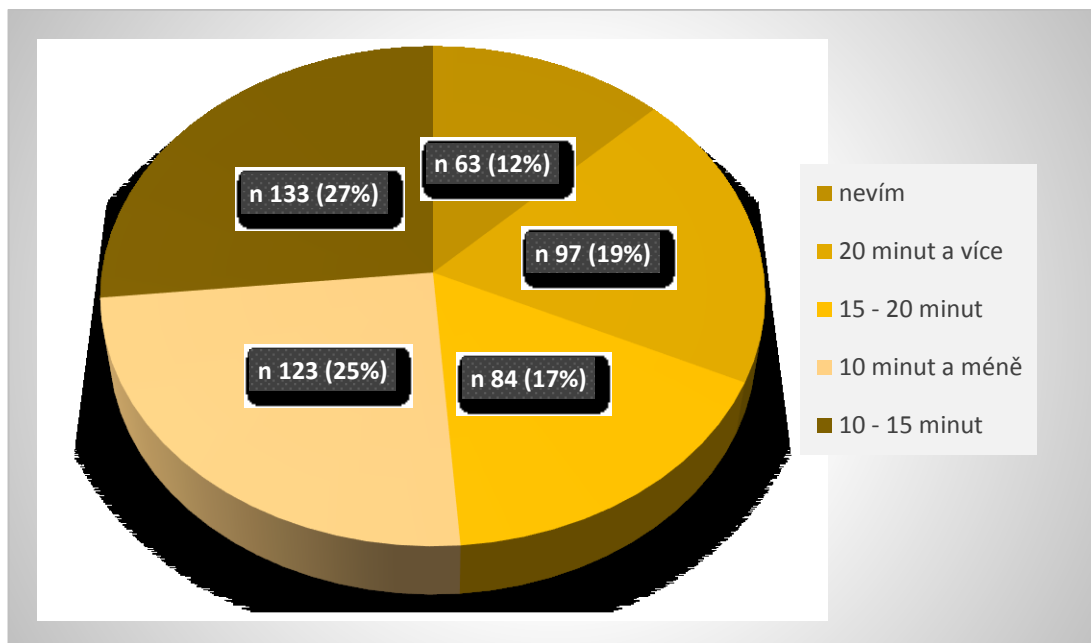
Otázka 12: Pokud jste se na porod připravovala, kterou metodu jste využila?



Graf 12: Antepartální příprava na porod.

Komentář: Na tuto otázku odpovídaly jen ty ženy, které se na porod připravovaly. Celkový počet odpovídajících žen byl 227. Nejvíce žen k antepartální přípravě využívalo kombinaci masáže hráze + maliníku a lněných semínek, a to v počtu 54 (24 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy (39; 17 %) využívající k přípravě pouze odvar z maliníku. Kombinaci lněných semínek maliníku a EPI-No použilo 26 žen, což činilo 12 %. Všechny čtyři metody přípravy uvedené v dotazníku využilo 12 % (27) z celkového počtu 227 respondentek. 21 žen (tj. 9 %) využilo k přípravě buď EPI-NO/Aniball či masáž hráze. Samostatné užívání lněných semínek využilo pouze 7 žen, což činilo pouhé 3 %. Mezi respondentkami, které se připravovali k porodu, se našly i ty, které k uvedeným cvikům využily i Kegellovy cviky na posílení pánevního dna, a to v počtu 10 žen.

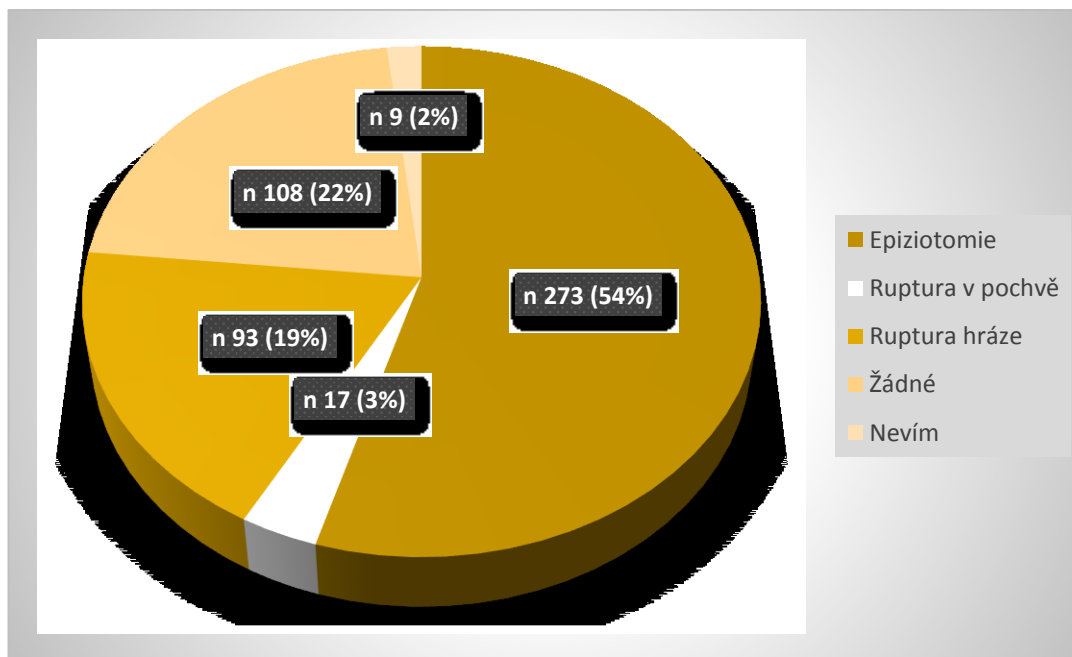
Otázka 13: *Jak dlouho trvala II. doba porodní?*



Graf 13: Trvání II. doby porodní.

Komentář: Z celkového počtu 500 respondentek 123 (25 %) odpovědělo, že II. doba porodní trvala méně než 10 minut. 133 (27 %) odpovědělo, že II. doba porodní nepřesáhla 15 minut. 17 % rodiček porodilo v rozmezí 15-20 minut. Více jak 20 minut trvala II. doba porodní u 97 žen (tj.19 %). Nejmenší skupinu tvořily ženy, které nevěděly, jak dlouho trvala II. doba porodní a byly zastoupeny v počtu 63 žen (12 %) z celkového počtu respondentek.

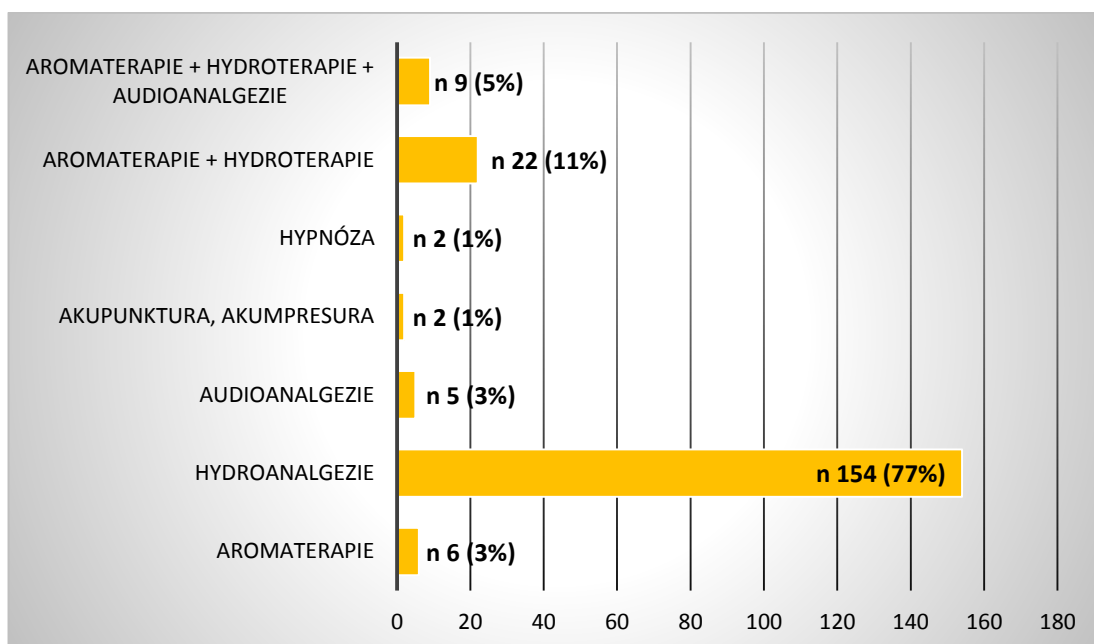
Otázka 14: *Jaké jste měla porodní poranění?*



Graf 14: Porodní poranění.

Komentář: Na otázku číslo 14 odpovědělo všech 500 respondentek. Do odpovědi žádné poranění byla zahrnuta dobrá poranění, jako jsou oděrky či drobné ruptury labia. Mezi nejčastější vzniklé porodní poranění patřila epiziotomie. U tázaných respondentek byla epiziotomie provedena v 55 % (273). K ruptuře hráze došlo při porodu u 93 žen (19 %). K ruptuře v pochvě došlo při porodu 17 žen (3 %). 108 žen (tj. 22 %) uvedlo, že při porodu nevzniklo žádné poranění a 9 (2 %) respondentek neví, jaké mělo poranění.

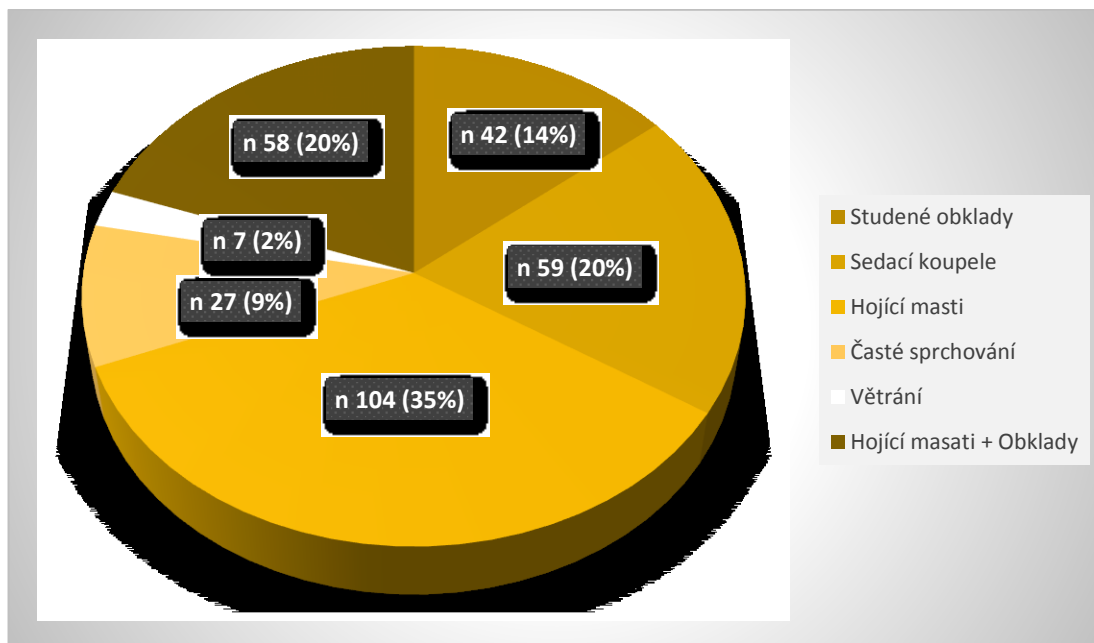
Otázka 15: *Využila jste některou z podpůrných technik během I. doby porodní?*



Graf 15: Podpůrné techniky I. doby porodní.

Komentář: Na otázku číslo 15 odpovědělo pouze 202 respondentek. 298 žen se k této otázce nevyjádřilo. 154 žen odpovědělo, že v průběhu I. doby porodní upřednostnilo hydro-analgezi, což činilo 77 %. Hydro-analgezi v kombinaci s aromaterapií využilo 22 (tj. 11 %) žen. Další skupinu tvořily ženy, které v I. době porodní použily kombinaci hydro-analgezie, aromaterapie a audio-analgezie. Tyto ženy byly zastoupeny v počtu 9 (5 %). Aromaterapii jako samostatnou techniku využilo 6 žen (3 %), audio-analgezi použilo 5 žen (3 %). Pouze v 1 % byly zastoupeny metody hypnózy, akupunktury a akupresury.

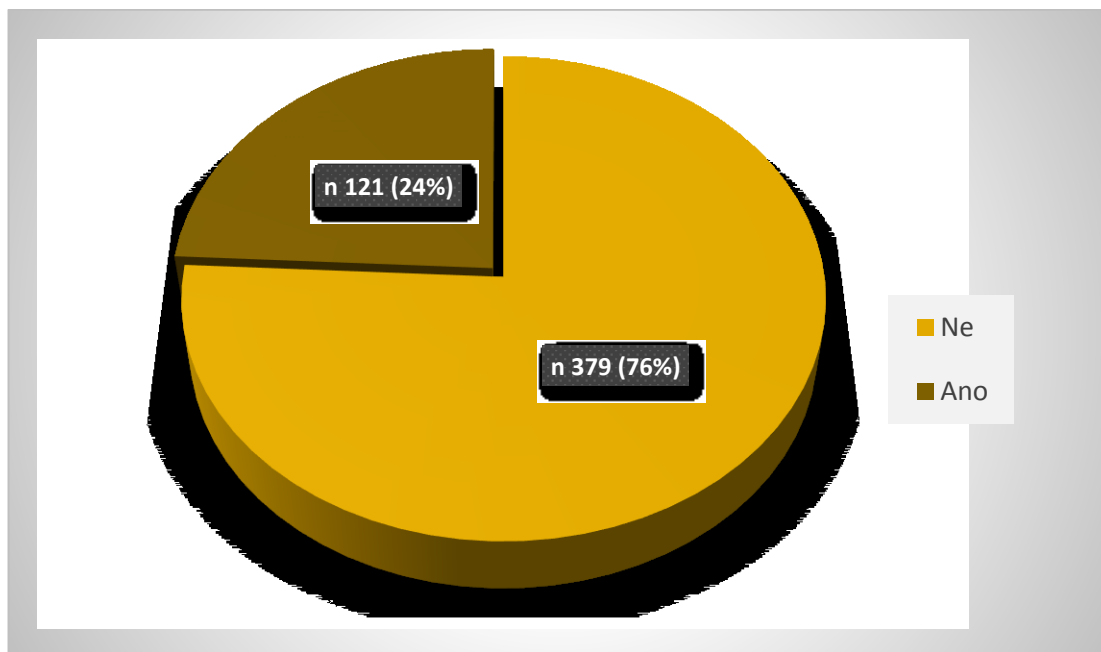
Otázka 16: *Jakou metodu jste využila k ošetření porodního poranění.*



Graf 16: Nejčastější metody ošetření poranění.

Komentář: Na tuto otázku odpovědělo pouze 297 respondentek z celkového počtu 500. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které k ošetření poranění používaly hojící masti. Druhá nejpočetnější skupina zahrnovala využití sedacích koupelí. Celkem jich bylo 59 (tj. 20 %). 20 % (58) žen využilo k ošetření kombinaci hojících masatí a studených obkladů. Pouze studené obklady použilo 42 žen (14 %). Menší procentuální zastoupení měla metoda častého sprchování, která byla zastoupena v 9 % (27 žen). Jako nejméně četná byla metoda, která klade důraz na časté větrání. Tuto metodu využilo pouze 7 (2 %) respondentek z celkového počtu 297.

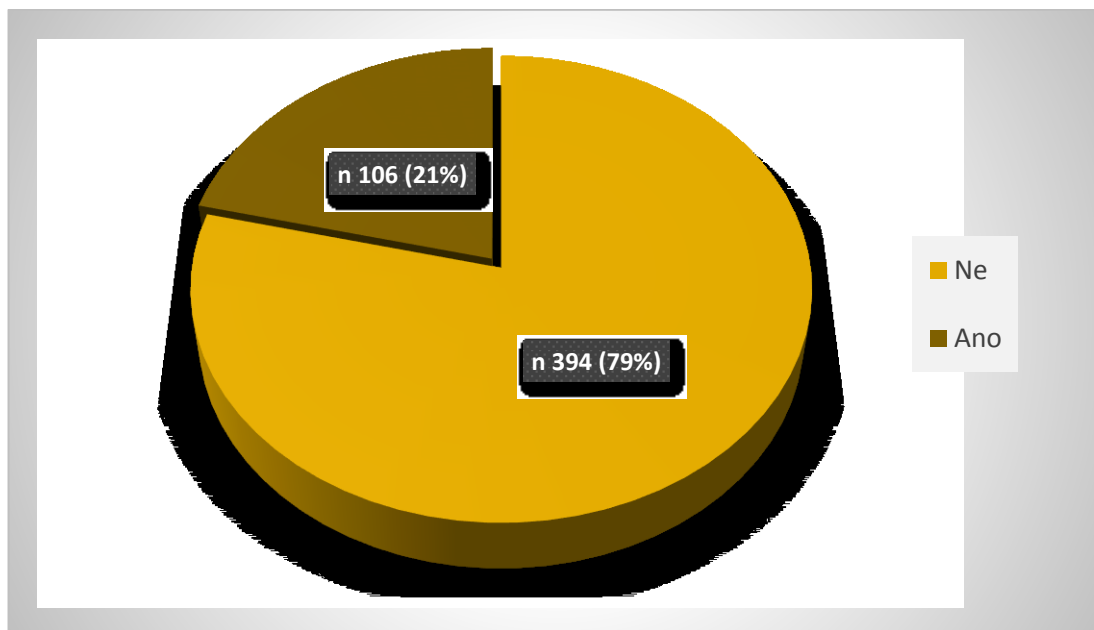
Otázka 17: *Měla jste k porodu sepsaný porodní plán?*



Graf 17: Porodní plán.

Komentář: V této otázce respondentky uváděly, zda si k porodu sepsaly porodní plán či ne. Celkem 379 respondentek odpovědělo, že k porodu sepsaný porodní plán neměly (76 %). Druhou skupinu tvořily ženy, které si porodní plán nepřipravovaly. Tyto ženy byly zastoupeny ve 24 % (tj. 121 žen).

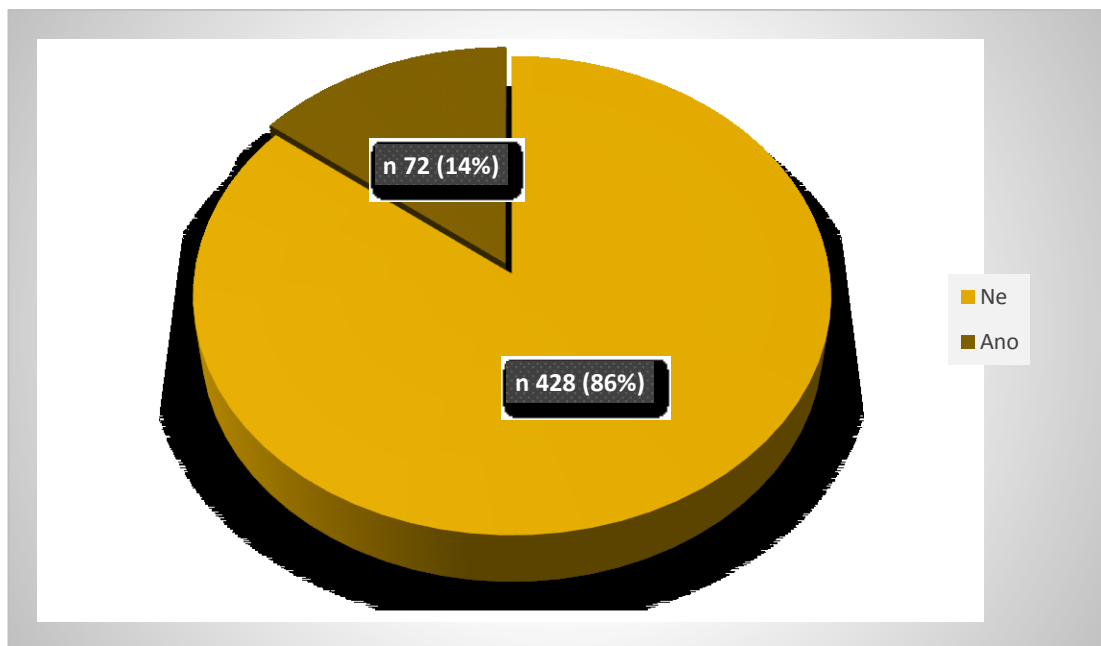
Otázka 18: *Odmítla jste provedení episiotomie?*



Graf 18: Provedení episiotomie.

Komentář: V této otázce respondenty odpovídaly, zda odmítly provedení episiotomie či ne. 394 respondentek z celkového počtu 500 odpovědělo, že episiotomii neodmítly (79 %). Menší skupinu tvořily ženy, které episiotomii odmítly. Tyto respondenty byly zastoupeny v počtu 106 (tj. 21 %).

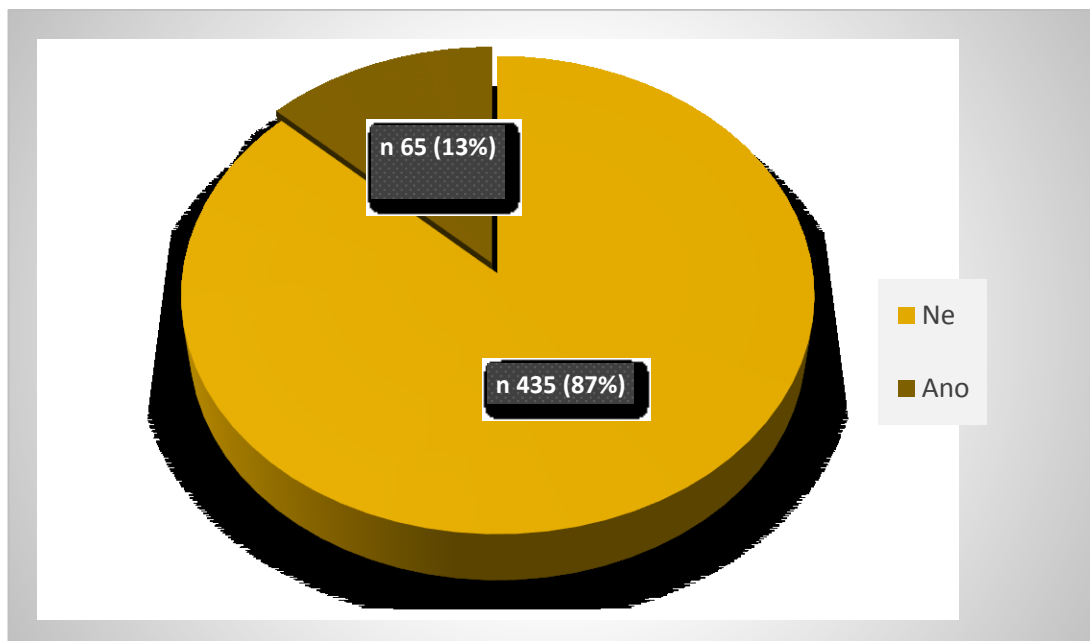
Otázka 19: *Využila jste během porodu epidurální analgesii?*



Graf 19: Využití epidurální analgesie.

Komentář: Otázka číslo 19 byla zaměřena na zjištění využití epidurální analgesie v průběhu porodu. Většina respondentek epidurální analgezi nevyužila. Přesný počet byl 428, což činilo 86 %. 72 žen z celkového počtu 500 tuto metodu využilo (14 %).

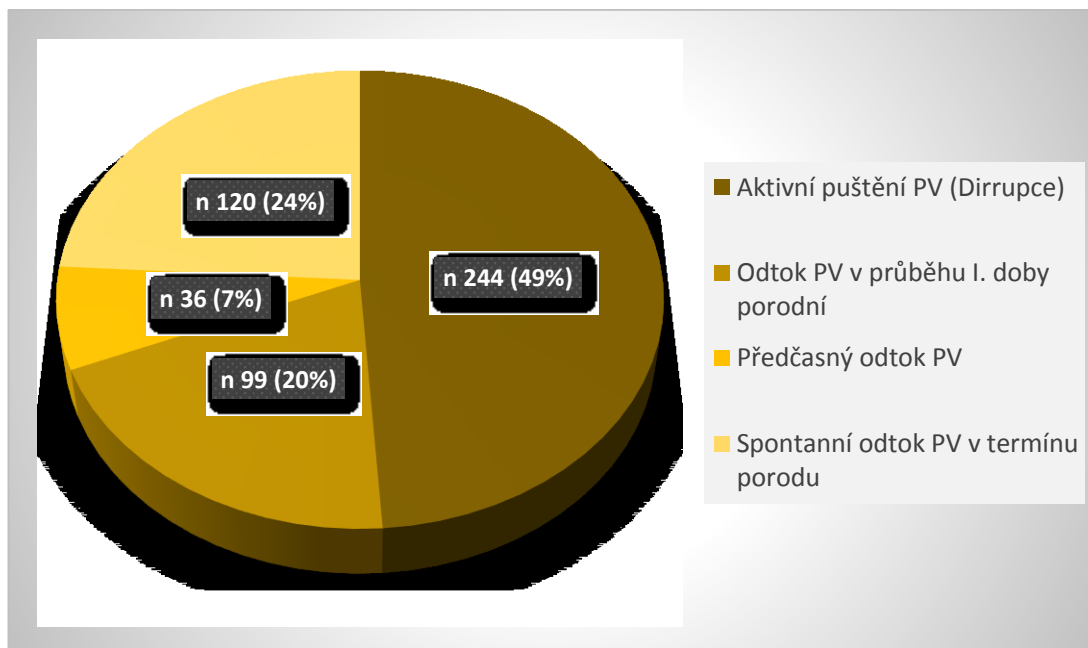
Otázka 20: *Byly v průběhu porodu nějaké známky asfyxie plodu?*



Graf 20: Asfyxie plodu.

Komentář: V otázce číslo 21 byly ženy tázány, zda v průběhu porodu byly zaznamenány nějaké známky asfyxie u plodu. 435 (tj. 87 %) respondentek z celkového počtu 500 odpovědělo, že žádné známky hypoxie u plodu nebyly zaznamenány. 65 žen uvedlo, že známky asfyxie v průběhu porodu byly zaznamenány.

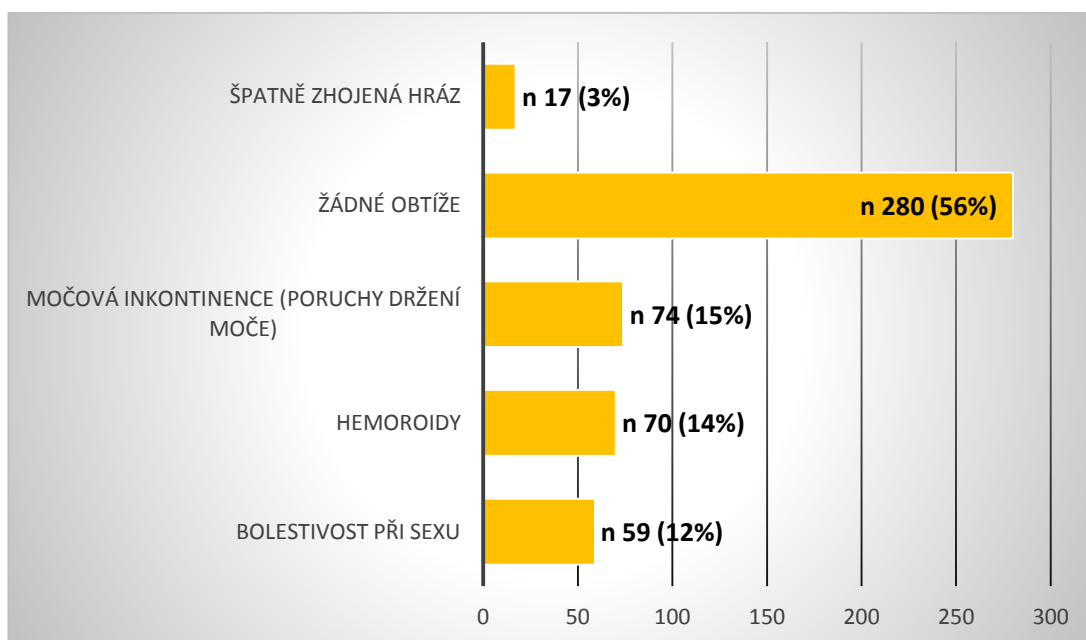
Otázka 21: *Jakým způsobem Vám odtekla plodová voda?*



Graf 21: Odtok plodové vody.

Komentář: Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, u kterých bylo přistoupeno k aktivnímu puštění plodové vody. Tato skupina byla zastoupena v počtu 244 žen (tj. 49 %). 120 (24 %) dotazovaných žen odpovědělo, že jim plodová voda spontánně odtekla v termínu porodu. Odtok plodové vody v průběhu I. doby porodní uvedlo 99 (20 %) respondentek. Poslední skupinu tvořily ženy, u kterých došlo k předčasnému odtoku PV.

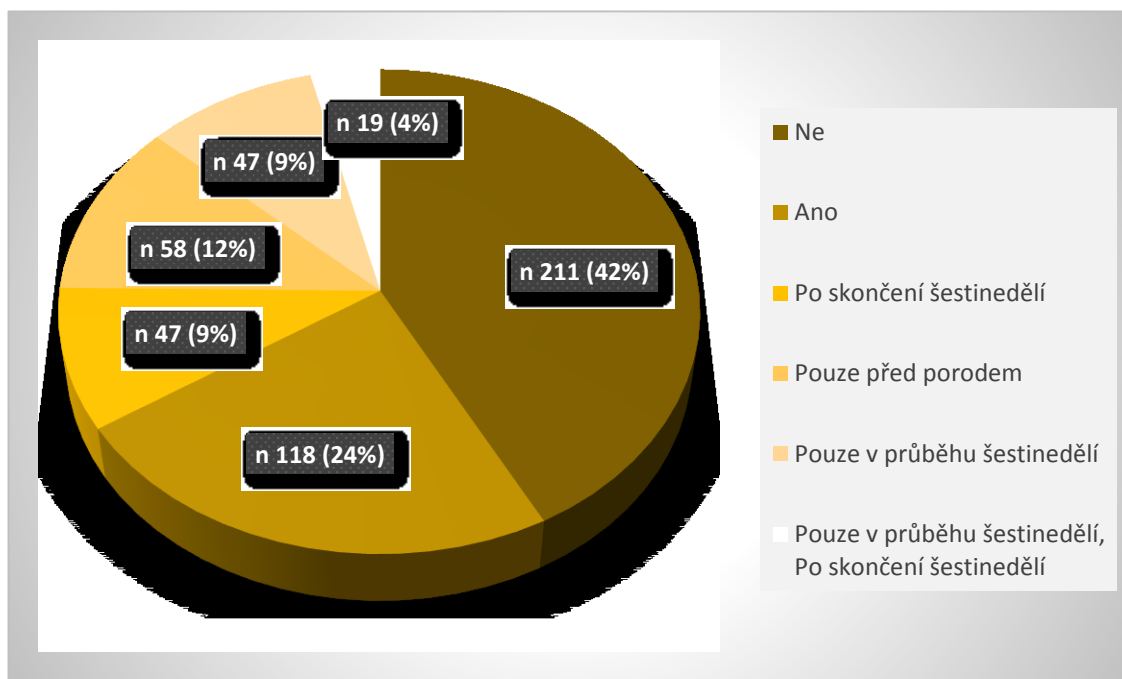
Otázka 22: *Měla jste v době po porodu nějaké potíže související s porodem?*



Graf 22: Poporodní potíže.

Komentář: V této otázce ženy odpovídaly, zda po porodu mají či nemají nějaké potíže. Z celkového počtu 500 respondentek 280 (tj. 56 %) odpovědělo že nemělo žádné potíže. 74 (15 %) žen uvedlo močovou inkontinenci jako potíž spojenou s porodem. 70 (14 %) žen uvádí vznik hemeroidů. Bolestivost při pohlavním styku uvedlo 59 (tj. 12 %) žen. 17 respondentek mělo špatně zhojenou hráz (3 %).

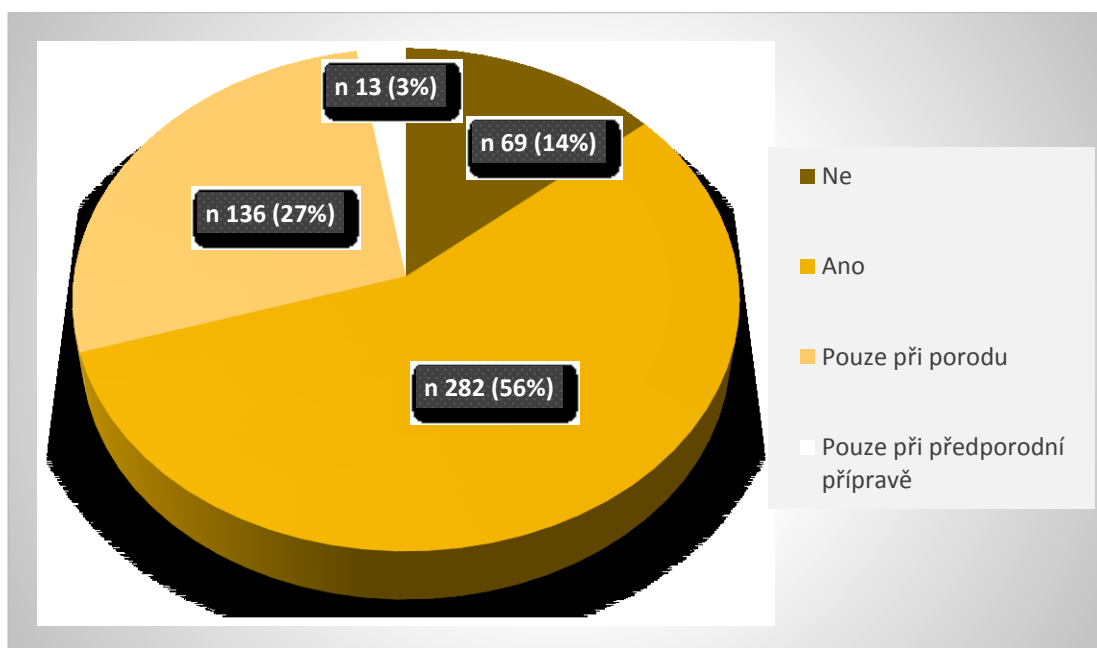
Otázka 23: Posilovala jste pánevní dno před porodem, v období šestinedělí a po jeho skončení?



Graf 23: Posilování pánevního dna.

Komentář: 211 (42 %) žen uvádí, že pánevní dno v průběhu těhotenství, v období šestinedělí nebo po jeho skončení vůbec neposilovalo. 118 (24 %) uvedlo, že pánevní dno posilovalo během všech 3 období. Po skončení šestinedělí posilovalo pánevní dno 9 % (47) žen. Pouze před porodem posilovalo pánevní dno 12 % (tj. 58 žen). 47 (9 %) respondentek se posilování pánevního dna věnovalo pouze v průběhu šestinedělí a 19 (4 %) žen se cvičení věnovalo v průběhu šestinedělí i po jeho skončení.

Otázka 24: *Byl manžel/přítel přítomen u porodu či při předporodní přípravě?*



Graf 24: Přítomnost partnera u porodu.

Komentář: 282 (56 %) respondentek mělo manžela/přítele u porodu i předporodní přípravě. Pouze při porodu byl partner přítomen v 136 případech, což činilo 27 %. 13 % respondentek mělo partnera pouze při předporodní přípravě. Při porodu ani u předporodní přípravě nebylo přítomno 69 (14%) partnerů.

Porovnání porodního poranění a jeho následného ošetření.

Tabulka 1: Porodního poranění X ošetření porodní poranění.

	Epiziotomie		Ruptura hráze		Ruptura v pochvě		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Studené obklady	45	54,9 %	35	42,7 %	2	2,4 %	82	100 %
Sedací koupele	41	69,5 %	18	30,5 %			59	100 %
Hojící masti	68	55,7 %	47	38,5 %	7	5,7 %	122	100 %
Časté sprchování	16	59,3 %	9	33,3 %	2	7,4 %	27	100 %
Větrání	5	71,4 %	2	28,6 %			7	100 %
Celkový součet	175	58,9 %	111	37,4 %	11	3,7 %	297	100 %

Komentář: Byly porovnány otázky z dotazníku (14,16). Hodnoty vycházejí z otázky 16: Jakou metodu ženy využívaly k ošetření porodní poranění, na kterou odpovědělo 297 respondentek a otázky 14: Jaké jste měla porodní poranění.

Porovnání porodního poranění s následným stavem po porodu.

Tabulka 2: Porodního poranění X následný stav po porodu.

	Epiziotomie		Ruptura hráze		Ruptura v pochvě		Žádné		Celkem	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Špatně zhojená hráz	12	63,2 %	7	36,8 %					19	100 %
Močová inkontinence	36	52,9 %	19	27,9 %	1	1,5 %	12	17,7 %	68	100 %
Hemero- idy	38	50 %	22	28,9 %	3	3,9 %	13	17,2 %	76	100 %
Bolesti- vost při sexu	39	54,1 %	18	25 %	13	18,1 %	2	2,8 %	72	100 %
Žádné	148	55,9 %	27	10,1 %	4	1,5 %	86	32,5 %	265	100 %
Celkový součet	273	54,6 %	93	18,6 %	21	4,2 %	113	22,6 %	500	100 %

Komentář: Byly porovnány otázky z dotazníku (14, 22). Hodnoty vycházejí z otázky 14: Jaké jste měla porodní poranění a otázky 22: Měla jste v době po porodu nějaké potíže?

10 DISKUZE

Získaná data byla zpracována pomocí aplikace Microsoft Excel 2016, kde pomocí grafů byly analyzovány jednotlivé odpovědi. Diskuze se bude zabývat porovnáním předem stanovených výzkumných otázek/cílů s konečnými výsledky.

Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o možných technikách přípravy k vaginálnímu porodu. K tomuto cíli se vztahují 3 otázky z dotazníku, a to otázka 8 (*Připravovala jste se na porod doma?*), otázka 10 (*Kde jste získala informace o možnostech přípravy k porodu?*) a otázka 11 (*Pokud jste se nepřipravovala, tak proč?*)

Důležité bylo zjištění, že méně než polovina, konkrétně 45 % respondentek se aktivně snažilo předejít porodnímu poranění. Při porovnání práce Řezníčkové (2017) bylo zjištěno, že v roce 2017 se před porodem nepřipravovalo 21,6 %, nyní v roce 2018 se nepřipravovalo 55 % žen. Výrazný vzestup může být dán tím, že Řezníčková prováděla výzkum pouze v krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. s nižším počtem respondentek. V případě porovnání prvorodiček, které prováděly antepartální přípravu s těmi, které se nepřipravovaly, nebylo zjištěno, že by příprava měla velký vliv na rozsah porodního poranění. Výsledky se tedy shodují s výsledky práce Řezníčkové.

Více než 143 žen (52,4 %) se nepřipravovalo z toho důvodu, že se nebály porodního poranění. 56 žen nemělo odvalu k masáži hráze a bylo jim to nepříjemné (20,5 %). Nedostatkem informací bylo ovlivněno 50 respondentek (18,3 %). Další menší skupiny tvořily ženy, které v dané techniky nevěřily, měly rizikové těhotenství nebo se nepřipravovaly z důvodu vysoké ceny EPI-NO/ANIBALL balónku.

Informace o metodách prevence porodního poranění mají ženy možnost získat z několika různých zdrojů. Nejčastějším zdrojem pro získání informací byl internet, který využilo 34 % (169 respondentek). Jako druhý nejčastější zdroj ženy uvedly kombinaci předporodních kurzů a internetu. 86 žen (17 %) uvedlo tuto kombinaci jako hlavní zdroj informací. 71 respondentek (14 %) využilo pouze předporodní kurzy jako zdroj informací. Od zdravotnického personálu, tedy od porodních asistentek získalo informace 23 žen (5 %), od gynekologa již pouze 16 respondentek (3%). Kombinaci internetu a informací od kamarádek využilo 45 žen, tedy 9 %. Ženy, které využily pouze znalosti svých kamarádek, byly zastoupeny v 8 % (40 žen). Pouze 15 žen získalo informace o metodách prevence z knih (3 %).

Dalším cílem bylo zmapovat, která technika se v praxi využívá nejvíce. K tomuto cíli se vztahují 3 otázky z dotazníku, a to otázka 12 (*Pokud jste se na porod připravovala, kterou metodu jste využila?*), otázka 15 (*Využila jste některou z podpůrných technik během I. doby porodní?*), otázka 23 (*Posilovala jste pánevní dno před porodem, v období šestinedělí a po jeho skončení?*).

Ve skupině žen, které se k porodu připravovaly jednoznačně vedla kombinace potravinových doplňků jako je užívání odvaru z malinikového listí nebo lněných semínek s masáží hráze. Tato skupina byla zastoupena v 24 % (54 respondentek). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy (39; 17 %) využívající k přípravě pouze odvar z maliníku. Avšak kombinaci lněných semínek a odvaru z maliníku užívalo 32 žen (14 %). 21 žen (9%) využilo balónek EPI-NO či ANIBALL. Masáž hráze využilo pouze 21 žen (9%). Můžeme se domnívat, že nižší procento využití masáže hráze jako samostatnou techniku přípravy, je dáno nedostatečnou informovaností žen o využití a provedení této metody. Kombinaci potravinových doplňků a balónku EPI-NO či ANIBALL použilo 26 respondentek (12 %). Všechny čtyři metody přípravy uvedené v dotazníku využilo 27 žen (12 %).

V dnešní době má mnoho žen snahu předcházet porodnímu poranění a také následným komplikacím, které vyplývají z poranění pánevního dna. Posilování pánevního dna je známo jako posílení svalů v oblasti pánevního dna, které zabraňuje inkontinenci a působí jako prevence prolapsu pochvy a dělohy. Vzhledem k důležitosti posilování pánevního dna, z hlediska možných poporodních komplikací jej stále mnoho žen nevyužívá, bere jej na lehkou váhu anebo nejsou dostatečně informovány. Z tázaných respondentek jich 211 (42 %) odpovědělo, že posilování pánevního dna neprováděly ani před porodem ani po porodu či po skončení šestinedělí. 118 žen (24 %) uvedlo, že posilovaly pánevní dno jak před porodem, v období šestinedělí i po jeho skončení. 58 žen (12 %) posilovalo pánevní dno pouze před porodem. Pouze v průběhu šestinedělí ženy posilovaly pánevní dno v zastoupení 9 % (47 žen). 47 respondentek také posilovalo pánevní dno pouze po skončení šestinedělí.

Existuje také několik metod prevence porodních poranění, které se využívají až v průběhu porodu. Mezi nejefektivnější metody patří chránění hráze, super crowning, nahřívání hráze, masáž hráze či vhodná poloha rodičky během porodu. Během I. doby porodní ženy mohou také využít podpůrné techniky, jako jsou hydroanalgezie, aromaterapie, audionalgezie, akupunktura, akupresura, hypnóza

či kombinace těchto technik. Jednou z nejpoužívanějších a neúčinnějších je hydroanalgezie, kterou využilo 154 žen (77 %) a následně se nejčastěji využívá i aromaterapie. Hypnózu využily pouze 2 ženy a akupunkturu či akupresuru využily rovněž jen 2 respondentky. Co je důvodem skutečnosti, že se některé metody využívají méně? Jedním z důvodů může být, že porodní asistentky nepoužívají tyto metody například z nedostatku znalostí, nedostatku času, z nedostatečného vybavení porodních sálů či financí. Dalším důvodem, proč se tyto metody nevyžívají tak často, mohou být nedostatečně podložené studie na toto téma.

Posledním cílem bylo zjistit, kterou techniku využívají ženy k ošetření porodního poranění nejčastěji a zda má porodní poranění vliv na konečný stav po porodu. Otázky vztahující se k tomuto cíli jsou: otázka 14 (*Jakou metodu jste využila k ošetření porodního poranění?*) a otázka 22 (*Měla jste v době po porodu nějaké potíže?*).

Jak již bylo zmíněno ve druhém cíli, řada žen v dnešní době má zájem předcházet porodnímu poranění. V tomto směru jsme se zaměřili na metody ošetření porodního poranění s cílem zjistit, kterou metodu ženy využívají nejčastěji. Naše respondentky uvedly jako jednu z nejvyžívanějších a neúčinnějších metod hojící masti. Nejvíce je využívaly ženy po prodělané epiziotomii či ruptuře hráze. Ženy nedaly dopustit ani na další metody ošetření pomocí studených obkladů či sedacích koupelí, které však není vhodné využívat krátce po porodu. Za zmínku také stojí metody ošetření poranění, které nejsou ženami využívány tak často, zato jsou neméně důležité. Jedná se o metody jako je časté sprchování a „větrání“ porodního poranění. Důvodem proč se tyto metody nevyžívají častěji, může být nedostatečná informovanost o účincích nebo nedůvěra v tyto metody.

Na otázku, jaké měly ženy potíže po prodělaném porodu, odpověděla větší polovina našich respondentek, že neměly žádné poranění. Ostatní dotazované ženy nejčastěji po prodělané epiziotomii uváděly dispareunii, hemoroidy, močovou inkontinenci a špatně zhojenou rázu. Při ruptuře hráze byly následky porodního poranění méně časté, ale je otázka, zda oba typy porodů jsou srovnatelné co do obtížnosti průběhu samotného porodu. Nejčastější komplikací po prodělané ruptuře pochvy byla dispareunie.

10.1 Doporučení pro praxi

Vzhledem ke znalostem matek v péči o porodní poranění, kdy ve velmi malém zastoupení využívají základních technik pro ošetření poranění, by bylo vhodné ženy v tomto směru edukovat, jak porodní asistentkou, tak i poskytnutím informačního letáku.

10.2 Doporučení pro další výzkum

Pro další výzkum v oblasti porodního poranění, jeho prevenci a následném ošetření bychom doporučili sledovat další faktory, které mohou mít vliv na porodní poranění, rozšířit soubor na větší sestavy a sledovat nové porodnické postupy ve vztahu k porodnickému poranění.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku porodního poranění při spontánním vaginálním porodu.

V teoretické části jsme se zabývali anatomii pánevního dna, porodním mechanismem, komplikacemi porodního poranění, rizikovými faktory poranění a v neposlední řadě možnostmi prevence porodního poranění.

V praktické části jsme si stanovili 3 cíle. Odpovědi na stanovené cíle jsme získali pomocí kvantitativního průzkumu. Hlavním cílem bylo zjistit informovanost žen o možných technikách přípravy k vaginálnímu porodu. Druhým cílem bylo zjistit, kterou techniku ženy v praxi využívají nejčastěji. Třetím cílem bylo zjistit, kterou techniku ženy nejvíce využívají k ošetření porodního poranění. A podcílem pak bylo zjistit, zda má poranění vliv na konečný stav po porodu.

„Zjistit informovanost žen o možných technikách přípravy k vaginálnímu porodu.“

Stanoveného cíle se nám podařilo dosáhnout. Zjistili jsme, že hlavním zdrojem pro rodičky je internet a dnes již více využívané předporodní kurzy. Více jak polovina dotazovaných respondentek se však k porodu nepřipravovala. Z toho více jak 52 % se nepřipravovalo z důvodu toho, že neměli odvahu k masáži hráže či neměli dostatek informací.

„Zjistit, kterou techniku ženy v praxi využívají nejčastěji.“

Stanoveného cíle jsme dosáhli. Z našeho dotazníku vyplynulo, že 45 % respondentek se aktivně snažilo předejít porodnímu poranění. Nejvíce žen přistupovalo k prevenci poranění využitím potravinových doplňků jako je užívání lněného semínka či odvaru z maliníkového listí. Domníváme se, že v dnešní době ženy přistupují k těmto metodám z důvodu časové nenáročnosti a jednoduchosti užití.

„Zjistiti, kterou techniku ženy nejvíce využívají k ošetření porodního poranění. Zjistit, zda porodní poranění má vliv na konečný stav po porodu.“

Stanoveného cíle se nám podařilo dosáhnout. Z dotazovaných respondentek jich více jak třetina odpověděla, že nejvíce využívanou a účinnou metodu ošetření porodního poranění jsou hojící masti. Méně často se však využívají metody, na které se neklade takový důraz, a to časté sprchování a „větrání“ porodního poranění. Za důsledek tohoto

rozhodnutí při volbě ošetření pokládáme nedostatečnou informovanost žen. V tomto případě zde hraje velkou roli ošetřující personál a také zájem žen o tuto problematiku.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že porodní poranění má určitý vliv na konečný stav po porodu. Ženy po prodělané epiziotomii nejčastěji uváděly dispareunii, hemoroidy, močovou inkontinenci a špatně zhojenou hráz. Je však otázkou, kterým následkům můžou ženy předcházet. Například močová inkontinence je dobře ovlivnitelná a lze ji předcházet správným cvičením již před či v průběhu těhotenství. V případě již vzniklé inkontinence je ženy třeba upozornit na důležitost posilování pánevního dna i po porodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

NOVÁKOVÁ, Milena, 2016. Časopis pro zdraví a krásu [online]. 1. Aromaterapeutická KH a. s., (1) [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://www.karelhadek.eu/upload/journal/files/1_16_aromka_web.pdf

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 112s. ISBN 978-80-247-5361-4.

BINDER, Tomáš, 2011 *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 297 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1907-1.

ČECH, Evžen, 2006. *Porodnictví. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 544 s., [2] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1303-9.

ČECH, Evžen, 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada.. ISBN 80-7169-355-3.

DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/200703/contents/nkc20071706690_1.pdf

EI-NO: Předporodní příprava a léčba inkontinence [online], [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: <http://www.epino.cz/>

GOLDBERG, Jay a Carmen SULTANA, 2004. Prevence poranění perinea v průběhu porodu. Medical tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků [online]. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/6668-prevence-poraneni-perinea-v-pruhehu-porodu>

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HOLÝ, Petr, 2013. Únik moči (močová inkontinence). Česká urologická společnost ČLS JEP [online]. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/unik-moci-mocova-inkontinence/>

HRUBAN, Lukáš, Petr JANKŮ, Pavel VENTRUBA a Martin PROCHÁZKA, 2016. *Vaginální vedení porodu koncem pánevním*. Praha: Maxdorf. *Porodnictví krok za krokem*, 4. ISBN 978-80-7345-480-7.

KALIŠ, Vladimír et al., 2003. Ruptura perinea 3. stupně a/nebo anální inkontinence po prvním porodu: Riziko a management druhé gravidity. Praktická gynekologie [online]. (1), 33-36 [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_03_01_10.pdf

KUDELA, Milan, 2008. Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 273 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-1975-6.

LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

Masáž hráze, In: Modrý koník [online]. [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: <https://www.modrykonik.cz/rodim/masaz-hraze/>

PAŘÍZEK, Antonín, 2006. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, ISBN 80-7262-411-3.

PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7

PENKA, Miroslav, Igor PENKA a Jaromír GUMULEC, 2014. Krvácení. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0689-4.

ROZTOČIL, Aleš, 2017. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.

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

STADELMANN, Ingeborg, 2004. Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 2. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 80-86356-31-0.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, 2015. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

HORKEL, WILHELM, C2018. THE EPI-NO STORY. IN: EPI-NO [ONLINE]. [CIT. 2018-04-23]. DOSTUPNÉ Z: [HTTP://WWW.EPI-NO.COM.AU/THE-EPI-NO-STORY/](http://www.epi-no.com.au/the-epi-no-story/)

VERNON, Betony. Budoárová bible: průvodce sexuálním potěšením pro moderní dobu. Praha: Dybbuk, 2014. ISBN 978-80-7438-109-6.

ZÁHUMENSKÝ, Jozef, 2016. Močová inkontinence a sexualita v těhotenství a po porodu [online]. Praha [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/133301/>. Disertační práce. Karlova Univerzita Praha. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jaroslav Zveřina, CSc.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Masáž hráze s použitím palců.....26

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Parita žen.	34
Graf 2: Věk respondentek.	35
Graf 3: Gestační týden porodu.	36
Graf 4: Váha respondentek.	37
Graf 5: Výška respondentek.	38
Graf 6: Porodní váha dítěte.	39
Graf 7: Způsob porodu.	40
Graf 8: Příprava na porod.	41
Graf 9: Týden přípravy.	42
Graf 10: Informovanost o možnostech přípravy.	43
Graf 11: Důvod, proč se ženy nepřipravovaly.	44
Graf 12: Antepartální příprava na porod.	45
Graf 13: Trvání II. doby porodní.	46
Graf 14: Porodní poranění.	47
Graf 15: Podpůrné techniky I. doby porodní.	48
Graf 16: Nejčastější metody ošetření poranění.	49
Graf 17: Porodní plán.	50
Graf 18: Provedení episiotomie.	51
Graf 19: Využití epidurální analgesie.	52
Graf 20: Asfyxie plodu.	53
Graf 21: Odtok plodové vody.	54
Graf 22: Poporodní potíže.	55
Graf 23: Posilování pánevního dna.	56
Graf 24: Přítomnost partnera u porodu.	57

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Porodního poranění X ošetření porodní poranění..... 58
Tabulka 2: Porodního poranění X následný stav po porodu..... 59

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Edukační leták

PŘÍLOHA I.

Dobrý den,

jmenuji se Nikola Geherová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřen na porodní poranění, jejich prevenci a následky porodního poranění. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity ke zpracování bakalářské práce v rámci mého studia.

Předem mnohokrát děkuji za pár minut Vašeho času a ochotu mi vypomoct.

Nikola Geherová.

1. Kolikrát jste rodila spontánně? (ne operativní porod)
 - a. Po prvé
 - b. Po druhé
 - c. Třikrát a více

2. Jaký byl váš věk v době prvního porodu?
 - a. Méně než 20
 - b. 20 – 24
 - c. 25 – 29
 - d. 30 – 34
 - e. 35 a více

3. Týden těhotenství, kdy jste poprvé porodila:
 - a. Méně než 37. týden
 - b. 37. – 38. týden
 - c. 39. – 40. týden
 - d. 41. – 42. týden
 - e. Více jak 42. týden

4. Jaká byla Vaše váha v době porodu?
 - a. Méně jak 60 kg
 - b. 60 – 70 kg
 - c. 70 – 80 kg
 - d. 80 – 90 kg
 - e. 90 – 100 kg
 - f. 100 kg a více

5. Jaká je Vaše výška?
 - a. Méně než 155 cm
 - b. 155 – 165 cm

- c. 165 – 175 cm
- d. 175 – 185 cm
- e. 185 – 195 cm
- f. Více

6. Jaký byla porodní váha/míra plodu?

- a. Napište:

7. Způsob porodu

- a. Spontánní porod záhlavím
- b. Spontánní porod koncem pánevním
- c. Porod vakuumextraktorem nebo porodními kleštěmi

8. Přípravovala jste se k porodu doma? (prevence porodního poranění hráze)

- a. Ano
- b. Ne

9. Od kterého týdne jste se připravovala? (pokud jste se nepřipravovala, otázku vynechte)

- a. Před 34. týdnem
- b. 34. – 35. týden
- c. 36. – 37. týden
- d. 38. – 39. týden
- e. Jiné:

10. Kde jste získala informace a možnostech přípravy k porodu?

- a. Na internetu (nadbytečný řádek)
- b. V předporodních kurzech
- c. Od porodních asistentek
- d. Od kamarádek
- e. Jiné:

11. Pokud jste se nepřipravovala, tak proč?

- a. Neměla jsem dostatek informací
- b. Neměla jsem odvahu k masáži/bylo mi to nepříjemné
- c. Nebála jsem se poranění
- d. Jiné:

12. Pokud jste se připravovala, kterou metodu jste využila?

- a. Masáž hráze
- b. Užívání lněných semínek
- c. Popíjení maliníkového odvaru
- d. Používání balónku Epi – No nebo Aniball
- e. Jiné:

13. Jak dlouho trvala II. doba porodní?

- a. 10 min a méně
- b. 10 – 15 minut
- c. 15 – 20 minut
- d. 20 a více

14. Porodní poranění:

- a. Žádné
- b. Epiziotomie – nástřih hráze
- c. Rupturu hráze
- d. Ruptura v pochvě
- e. Nevím

15. Využila jste některou z podpůrných technik během I. doby porodní?

- a. Aromaterapie
- b. Hydroterapie – využití vany/sprchy s teplou/horkou vodou
- c. Audioanalgezie – využití relaxační hudby
- d. Akupunktura, Akupresura
- e. Hypnóza
- f. Jiné:

16. Jakou metodu jste využila k ošetřování porodního poranění?

- a. Studené obklady
- b. Sedací koupele
- c. Hojící masti
- d. Jiné:

17. Měla jste sepsaný porodní plán?

- a. Ano
- b. Ne

18. Odmítla jste provedení epiziotomie?

- a. Ano
- b. Ne

19. Využila jste během porodu epidurální analgesii?
- Ano
 - Ne
20. Byly v průběhu porodu nějaké známky asfyxie plodu? (bezdeší dle KTG záznamu)
- Ano
 - Ne
21. Jakým způsobem Vám otekla plodová voda – PV?
- Předčasný odtok PV
 - Spontánní odtok PV v termínu porodu
 - Odtok PV v průběhu I. doby porodní
 - Aktivní puštění PV (Dirrupce)
22. Měla jste v době po porodu nějaké potíže, související s porodem?
- Močová inkontinence (poruchy držení moče)
 - Špatně zhojená hráz
 - Bolestivost při sexu
 - Hemoroidy
 - Jiné
23. Posilovala jste pánevní dno před porodem, v období šestinedělí a po jeho skončení?
- Ano
 - Ne
 - Pouze před porodem
 - Pouze v průběhu šestinedělí
 - Po skončení šestinedělí
24. Byl manžel/přítel přítomen u porodu či při předporodní přípravě?
- Ano
 - Ne
 - Pouze při porodu
 - Pouze při předporodní přípravě

PŘÍLOHA II.

OŠETŘENÍ PORODNÍHO PORANĚNÍ

V období šestinedělí je velmi důležitá péče o porodní poranění. Jak o drobné oděrky, tak i poranění většího rozsahu.

PRO URYCHLENÍ HOJENÍ PORODNÍHO PORANĚNÍ JAKO JE RUPTURA POCOVY, HRÁZE, EPIZIOTOMIE MŮŽETE VYUŽÍT.

Základem pro dobré hojení porodního poranění:

- ✘ Správná hygiena a častá výměna vložek (po každém požití toalety by žena měla jít do sprchy a poranění opláchnout).
- ✘ Časté větrání poranění.
- ✘ V prvních dnech je potřeba co nejvíce ležet, vyhýbat se delšímu chození, stání či sezení. Zejména po prodělané epiziotomii či ruptuře hráze.

Podpůrné techniky pro hojení porodního poranění:

- ✘ **Studené obklady** = Zmírnění bolesti a otoku zejména v prvních 12 hodinách po porodu (můžete přidat tenkou vrstvu hojících mastí).
- ✘ **Hojící masti**
 - Arniková mast – na otoky, hematomy, hemoroidy
 - Měsíčková či Kostivalová mast – na otoky a hůře se hojící poranění
 - Mast z dubové kůry – na hemeroidy, ruptury hráze či epiziotomii
 - Hemagel – na otoky a hůře se hojící rány
- ✘ **Sedací koupele či oplach** = zlepšují prokrvení a hojení. Aplikace po 24 hodinách od porodu.
 - Odvar z dubové kůry – protizánětlivý a stahující účinek
 - Odvar z řebříčku – protizánětlivý účinek,
 - Odvar z kontryhelu – stahující a dezinfekční účinek
 - Soli z Mrtvého moře s kombinací éterických olejů např. levandulí – dezinfekční, imunitu podporující