

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ U PRVORODIČEK

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANNA STEHLÍKOVÁ

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ U PRVORODIČEK

Bakalářská práce

ANNA STEHLÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Stehlíková Anna
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 5. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Prevence porodních poranění u prvorodiček

Prevention of Primipara Delivery Injuries

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou chci na prvním místě poděkovat Mgr. Evě Markové, Ph.D., za vedení mé bakalářské práce, plné vstřícné a laskavé péče, poskytování rad a důvěry ve mně. Dále děkuji MUDr. Kateřině Běhávkové za její odborný pohled na věc z hlediska lékaře, flexibilitu a laskavost. Mgr. Lucii Kochánkové děkuji za její čas a rady z pohledu zkušené porodní báby. Ing. Soně Jexové, PhD. děkuji za podrobné rady ohledně statistického zpracování praktické části bakalářské práce. Moje veliké díky patří mé rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou, obzvláště ve chvílích, kdy se má cesta kvůli různým překážkám vzdalovala svému cíli. Děkuji „druhé rodině“ ERA CZ, která ve mně, coby budoucí porodní bábu, nikdy nepřestala věřit a podporovala mě modlitbou. Vladimíru Stříteskému, Bc. Veronice Šlampové, Bc. Tomáši Černému a Bc. Tereze Lutovské děkuji za jejich upřímnou podporu a rady, a v neposlední řadě chci poděkovat všem svým ostatním přátelům, hlavně pak těm, kteří mi již za studia důvěřovali natolik, že mi umožnili sdílet s nimi zázrak zrození dítěte, mnohdy svého prvního. Děkuji Bohu, že jsem našla svou cestu.

ABSTRAKT

STEHLÍKOVÁ, Anna. *Prevence porodních poranění u prvorodiček*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2017. 66 s.

Téma bakalářské práce je prevence porodních poranění u prvorodiček. Teoretická část přibližuje mimo samotných možností, pomocí kterých můžeme předejít vzniku porodních poranění, také rizika zvyšující jejich výskyt a vhodné zdroje pro získání objektivních informací k výše uvedené problematice. V této práci je zmíněn také význam a charakteristika období prvního těhotenství. Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti prvorodiček k prevenci porodních poranění, dále jaká poranění prvorodičky při porodu utrpěly, a ty, kterým byla při porodu provedena epiziotomie, hodnotily její efekt. Sledovali jsme také možný vztah mezi věkem prvorodiček a jejich potřebou vyhledávat si informace k prevenci porodních poranění. Zaměřili jsme se také na nejvyšší dosažené vzdělání těchto žen. Závěrem jsme sledovali četnost využití preventivních metod snižující počet zmíněných poranění u zkoumaného souboru žen. Kvantitativního průzkumu se zúčastnilo 50 žen, bezprostředně hospitalizovaných po porodu prvního dítěte na oddělení šestinedělí. Sběr dat proběhl technikou strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce. Získané údaje byly statisticky zpracovány. Zjistili jsme, že naprostá většina prvorodiček nějaké informace k prevenci porodních poranění má a hledala je zejména na internetu. Nejčastějším porodním poraněním byla epiziotomie, kterou dotázané prvorodičky hodnotí vesměs pozitivně. Získaná data neukazují žádnou spojitost mezi věkem žen ze sledovaného souboru a jejich potřebou vyhledávat informace k prevenci porodních poranění, ať už před prvním porodem, či v případě dalšího těhotenství. Naprostá většina dotázaných prvorodiček má vysokoškolský titul. Výsledky naší studie ukazují, že nejčastější užívanou preventivní metodou vzniku porodních poranění bylo pití odvaru z Maliníku a druhou nejčastější metodou těhotenské cvičení.

Klíčová slova:

Porodní poranění. Prevence porodních poranění. Prvorodička. Rizikové faktory pro vznik porodních poranění.

ABSTRACT

STEHLÍKOVÁ, Anna. *Prevention of primipara delivery injuries*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2017. 66 pages.

The subject of this thesis is prevention of primipara delivery injuries. Theoretic part describes preventive measures to avoid delivery injuries, risk factors increasing their occurrence as well as lists unbiased sources suitable as informational source. The aim of the practical part was to measure primiparas' awareness of preventive measures, identify injuries inflicted and whether primiparas who undergone episiotomy perceive it as effective solution. The thesis examines possible connection between primiparas' age with their need to access the information on the subject of delivery injuries and surveyed their education. Thesis also examines frequency of preventive methods used to decrease frequency of beforementioned injuries in our sample. Quantitative research included 50 primiparas hospitalized on maternity unit immediately after giving birth. Data were collected via structured questionnaire created by the author of this thesis. Collected data were statistically analyzed. Majority of subjects had awareness of delivery injuries, gained mostly via internet. The most frequent injury is episiotomy, which was perceived mostly positively by primiparas. Data suggest no link between the age of the primipara and her need to access relevant information regardless of time period before and after giving first birth. Vast majority of subjects hold college degree. The most common preventive method in our sample is drinking raspberry leaf tea followed by pregnancy exercise.

Key words:

Delivery injuries. Prevention of delivery injuries. Primipara. Risk factors of delivery injuries.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	14
1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	16
1.1 KOSTĚNÁ PÁNEV	16
1.2 ČLENĚNÍ PÁNVE	16
1.3 ZEVNÍ A VNITŘNÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY	17
1.4 TVRDÉ A MĚKKÉ PORODNÍ CESTY	17
1.5 SVALSTVO PÁNEVNÍHO DNA	17
1.6 HRÁZ.....	19
2 RIZIKA PRO VZNIK PORODNÍCH PORANĚNÍ	20
2.1 RIZIKA ZE STRANY MATKY	20
2.2 RIZIKA ZE STRANY PLODU	20
2.3 RIZIKA ZE ZPŮSOBU VEDENÍ PORODU	21
3 PORODNÍ PORANĚNÍ.....	22
3.1 TRHLINY	22
3.2 EPIZIOTOMIE	23
3.3 OSTATNÍ MĚNĚ ČASTÁ PORANĚNÍ	25
4 PRVORODIČKA	26
5 PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ	28

5.1 PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ	28
5.1.1 ANIBALL	28
5.1.2 EPI-NO	30
5.1.3 ODVAR Z MALINÍKU.....	32
5.1.4 MASÁŽ HRÁZE.....	33
5.1.5 LNĚNÉ SEMÍNKO	34
5.2 PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ V PRŮBĚHU PORODU	35
5.2.1 MASÁŽ HRÁZE ZA PORODU	35
5.2.2 PORODNÍ POLOHA RODIČKY	35
5.2.3 INTRAPARTÁLNÍ CHRÁNĚNÍ HRÁZE.....	36
5.2.4 RITGENŮV MANÉVR.....	37
5.2.5 DIANATAL® GEL.....	39
6 ZDROJE ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ PRO TĚHOTNÉ ...	40
6.1 PŘEDPORODNÍ KURZY	40
6.2 WEBOVÉ DISKUZNÍ PORTÁLY	42
6.3 ODBORNÁ TIŠTĚNÁ LITERATURA.....	43
7 POPIS PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
7.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	45
7.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	45
7.3 METODIKA PRŮZKUMU	46
7.4 CÍLOVÁ SKUPINA	46
7.5 CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ	47
7.6 REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
7.7 ANALÝZA DAT	48

7.8 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT A CRAMERŮV KOEFICIENT	66
7.9 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU	70
8 DISKUZE	75
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	77
ZÁVĚR	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DDS – dolní děložní segment

i. v. – intravenózní

UUT – umělé ukončení těhotenství

UZV – ultrazvukový, ultrazvuk, ultrazvukové vyšetření

VEX – vakuumextrakce, vakuumextraktor

VP – voda plodová

(HUGO a kol., 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Apyrogenní – nezpůsobující horečku. A. materiály, a. roztoky k infuzím. Opak: pyrogenní

Baktericidní – ničící či hubící bakterie

Bulbus vestibuli – lat. párový topořivý orgán v oblasti vestibula na diaphragma urogenitale a krytý m. Bulbospongiosus. Zvýšeně se plní krví při pohlavním vzrušení.

Dystokie – porucha mechanismu porodu vzniklá z mechanických nebo funkčních příčin. Např. d. ramen plodu, d. vznikající z poruch dělohy, děložního čípku (cervikální d.).

Forceps – lat. kleště, např. porodnické [pův. nástroj na uchopení horkých předmětů; lat. formus horký; capio chytat]

Glandula vestibularis maior – lat. Bartholiniho žláza

Hiatus genitalis – lat. prostor v diaphragma pelvis, kterým prochází rektum, uretra a u ženy vagina. Je mezi okraji levostranného a pravostranného m. pubococcygeus corpus perineale – lat. epifýza

Intrapartální – během porodu. Srov. antepartální, postpartální

Introitus – lat. vstup I. vaginae – poševní vchod [lat. introeo vejít; intro dovnitř; eo, itum jít]

Kondylomata – kožní výrůstky podobné bradavici, viz condyloma [řec. kondylos hlavička, viz kondylus; - om ohraničený útvar]

Kontraindikace – jakýkoliv stav pacienta, který znemožňuje (zakazuje) provedení určitého léčebného nebo diagnostického výkonu včetně určitých léků. Podobně jako indikace jsou k. absolutní (ty nelze překročit) a relativní (převažuje-li léčebný účinek jednoznačně nad záporným působením – např. záchrana života) [kontra-; indikace]

Nullipara – žena, která dosud nerodila. Srov. primipara, sekundipara [lat. nullus žádný; - para]

Paracolpium – vazivo po stranách pochvy, obsahuje cévy a nervy

Parametrium – závěsný aparát dělohy tvořený několika vazy. Vazivo mezi dvěma listy – lig. latum uteri. Fixuje krček dělohy, zatímco děložní tělo zůstává relativně volné. Toto uspořádání má význam pro zvětšování dělohy v těhotenství. Viz lig. cardinale

uteri, lig. sacrouterinum, lig. vesicouterinum, lig. teres uteri. Srov. Perimetrium [para-; -metrium]

Postmaturita – stav prodlouženého těhotenství a vývoje plodu v děloze

Retroperitoneum – část břišní oblasti, která je uložena za břišní dutinou vystlanou pobřišnicí (peritoneum). Obsahuje např. ledviny s močovody, slinivku břišní, aortu a další cévy, nervové pleteně, mízní uzliny [retro-; peritoneum]

Vakuumextrakce – druh porodnického zákroku, který používá podtlaku k ukončení komplikovaného porodu [lat. vacuum prázdno, vacuus prázdný; extrakce]

(VOKURKA, HUGO, 2007), (VOKURKA a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Prevence porodních poranění	48
Tabulka 2 Typ porodního poranění	50
Tabulka 3 Efekt Epiziotomie	52
Tabulka 4 Informace k prevenci	54
Tabulka 5 Nejčastější zdroj informací	55
Tabulka 6 Metody prevence porodních poranění	57
Tabulka 7 Důvod nevyužití žádné prevence	59
Tabulka 8 Vzdělávání se do budoucna	61
Tabulka 9 Nejvyšší dosažené vzdělání	63
Tabulka 10 Věk prvorodiček	64
Tabulka 11 Skutečné četnosti	67
Tabulka 12 Očekávané četnosti	67
Tabulka 13 Skutečné četnosti	69
Tabulka 14 Očekávané četnosti	69
Graf 1 Prevence porodních poranění	49
Graf 2 Typ porodního poranění	51
Graf 3 Efekt Epiziotomie	53
Graf 4 Informace k prevenci	54
Graf 5 Nejčastější zdroj informací	56
Graf 6 Metody prevence porodních poranění	58
Graf 7 Důvod nevyužití žádné prevence	60
Graf 8 Vzdělávání se do budoucna	62
Graf 9 Nejvyšší dosažené vzdělání	63
Graf 10 Věk prvorodiček	65
Graf 11 Skutečné četnosti	67
Graf 12 Očekávané četnosti	68
Graf 13 Skutečné četnosti	69
Graf 14 Očekávané četnosti	70

ÚVOD

Téma prevence porodních poranění je aktuální již mnoho let, ovšem v poslední době přibývá na jeho pozornosti, zřejmě i díky trendu dnešní doby, kdy se společnost snaží o zajištění vysoké kvality a komfortu co možná v nejvíce oblastech lidského života. Pokusit se předcházet možným následkům porodu, které pak mohou ovlivnit a mnohdy zhoršit právě zmíněnou kvalitu života ženy nejen dočasně, např. v období šestinedělí, ale v některých případech i trvale, je třeba zvláště v případě prvorodičky, na kterou se zaměřuje tato práce. Žena, která utrpí při porodu minimum poranění, nebo je dokonce bez poranění (lat. sine vulnere), je poté mnohem rychleji samostatná, dříve zvládá péči o dítě a intenzivněji se věnuje rozvoji vztahu matka – dítě. Díky tomu má na porod pozitivnější vzpomínky, které ji žádným způsobem neodrazují od případného dalšího těhotenství. To, aby si žena pamatovala porod jako jeden z nešťastnějších okamžiků svého života, by mělo být prioritou v případě právě již zmíněných prvorodiček, u kterých je např. už samotný status „prvně rodící“ rizikovým faktorem pro poranění hráze při vaginálním porodu, které je nejčastější komplikací při porodu dítěte (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Akademickým záměrem je zvýšit povědomí prvorodiček především o možnostech prevence porodních poranění. Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací nejen pro prvorodičky a porodní asistentky.

Tato bakalářská práce obsahuje dvě části – část teoretickou a část praktickou.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

CÍL 1: Zjistit míru informovanosti rodiček ze zkoumaného vzorku k prevenci porodních poranění.

CÍL 2: Zjistit četnost využití preventivních metod snižující počet porodních poranění ve zkoumané skupině žen.

CÍL 3: Zjistit, jaká porodní poranění respondentky při porodu utrpěly a zda ty, kterým byla při porodu provedena episiotomie, si myslí, že byla epiziotomie dostatečně efektivním řešením dané situace.

CÍL 4: Zjistit, zda nějak souvisí věk respondentek s vyhledáváním informací k prevenci porodních poranění a jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání.

Před objasněním zkoumaného problému a zahájením vyhledávací strategie byla nastudována vstupní studijní literatura:

NĚMCOVÁ, J. a kol. 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 3. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.

ČECH, E. a kol. 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

DOLEŽAL, A. a kol. 2007. *Porodnické operace*. 1. Vydání. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-08811.

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

Popis rešeršní strategie:

Pro vyhledávací strategii jsme zvolili několik metod. První metodou bylo sepsání klíčových slov autorkou, dle kterých byla vyhledávána knihovnicí školy a autorkou této práce vhodná bibliografie z katalogu Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a z kvalifikačních prací (thesis, cuni). Rešerše byla provedena za vyhledávací období let 2006 – současnost. Dále jsme čerpali z Jednotné informační brány (www.jib.cz), ze Souborného katalogu ČR (<http://sigma.nkp.cz>) a online katalogu NCO NZO. Pro pokrytí vhodné bibliografie v angličtině bylo hledáno i v databázi MEDLINE (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) a poslední metodou rešeršní strategie autorky bylo zaměření se na volný internet. Nalezeno bylo celkem 57 záznamů, z čehož je 14 monografií, 6 kvalifikační práce a 37 ostatních záznamů.

Celkem bylo v bakalářské práci parafrázováno 27 zdrojů.

1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Pro potřeby této bakalářské práce zde nebude popsána detailní anatomie ženských pohlavních orgánů, ale pouze stručné shrnutí informací, které jsou podstatné pro téma této bakalářské práce. Všechny latinské názvy užitě v této kapitole jsou uvedeny v závorkách (VOKURKA a kol., 2007), není-li uvedeno jinak.

1.1 KOSTĚNÁ PÁNEV

Kostěná pánev (pelvis), se skládá ze spojení několika kostí a to kostí křížové (os sacrum), kostrče (os coccygis), a dvou kostí pánevních (os coxae). V dospělosti se kost pánevní jeví jako jednotná, ovšem srostla ze tří samostatných částí – kosti sedací (os ischii), kosti stydké (os pubis) a kosti kyčelní (os ilium). Kloubní spojení mezi kostí křížovou a kostí pánevní (articulatio sacroiliaca), díky němuž se vlastně pánev připojuje k páteři, je tvořeno silnými vazy, které na konci těhotenství vyvěrají a tím umožňují pánvi více se rozestoupit při porodu dítěte (ČECH a kol., 2014). Druh pevného spoje mezi stydkými kostmi, jež můžeme hmatat v podbřišku, se nazývá symfýza či spona stydká, lat. symphysis pubica (SYMFÝZA, 2017).

1.2 ČLENĚNÍ PÁNVE

Pánev se dělí na velkou pánev (pelvis maior) a malou pánev (pelvis minor). Zatímco velká pánev je součástí dutiny břišní, malá pánev tvoří sama dutinu pánevní. Přejít obou jmenovaných částí pánve je ohraničen pomyslnou čarou (linea terminalis), vedoucí od vyklenutí (promontorium) horní části kosti křížové do dutiny pánevní (PROMONTORIUM, 2017), přes linii na vnitřním okraji kosti kyčelní (linea arcuata) až k hornímu střednímu okraji spony stydké (symphysis pubica). Oblast malé pánve je prostorem uložení významných orgánů, jako jsou konečník, část močových a pohlavních orgánů, přičemž zároveň jde také o tvrdé cesty porodní, kterými při porodu prostupuje plod na svět (ČECH a kol., 2014).

1.3 ZEVNÍ A VNITŘNÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY

Ženské pohlavní orgány se nachází v dutině malé pánve, stejně jako močový měchýř (vesica urinaria), močová trubice (urethra), konečník (rectum) a řitní otvor (anus). Tyto orgány můžeme rozdělit do dvou skupin – zevní a vnitřní. Mezi zevní se řadí velké a malé stydké pysky (labia maiora pudendi et labia minora pudendi), topořivá tělesa (corpus cavernosum clitoridis, bulbus vestibuli) a vestibulární žlázy velké a malé (glandulae vestibulares maiores et minores). Vnitřními ženskými pohlavními orgány jsou pak děloha (uterus), vejcovod (tuba uterina) a vaječník (ovarium). Propojení mezi těmito skupinami je zajištěno díky pochvě, lat. vagina (ROZTOČIL, 2011).

1.4 TVRDÉ A MĚKKÉ PORODNÍ CESTY

Tvrdé porodní cesty jsou tvořeny kostěnou pávní (viz 1. 1 Kostěná pánev) a jež se jako celek v podstatě nemění. Jako výjimku je ale třeba uvést kostrč (os coccygis), která mění ke konci těhotenství a při porodu svou pozici v oblasti sakrokokcygeálního skloubení (BINDER a kol., 2011), a také sponu stydkou (symphysis pubica), která se ve III. trimestru těhotenství, tedy ke konci těhotenství, vlivem hormonů mírně rozvolňuje a tím je možné mírné rozšíření kostěné pánve, tedy tvrdých cest porodních (ČECH a kol., 2014). Měkké porodní cesty tvoří porodní kanál, který má schopnost roztáhnout se. Tento kanál připomíná dvě do sebe zapadající a zároveň proti sobě jdoucí trubice, které můžeme rozdělit takto:

- vnitřní měkké porodní cesty – dolní děložní segment, hrdlo děložní (cervix), pochva (vagina) a vulva,
- vnější měkké porodní cesty – pánevní dno (BINDER a kol., 2011), viz 1. 5 Svalstvo pánevního dna.

1.5 SVALSTVO PÁNEVNÍHO DNA

Svalový útvar v podobě trychtýře, jehož vyústění směřuje ke konečníku a naopak jeho nejvzdálenější okraje jsou připojeny na stěnu malé pánve, se nazývá pánevní dno (diaphragma pelvis). Mezi jeho funkční úkoly patří podpora orgánů malé pánve, podíl na nádechové fázi klidového dýchání a z pohledu porodu je jeho důležitou funkcí podíl na tvorbě břišního lisu. Je tvořen dvěma trojúhelníky, které mají společnou bázi mezi hrboly sedacích kostí. První z dvou trojúhelníků se nazývá diaphragma pelvis tvořící

trigonum anale, jehož vrchol se nachází u kostrče. Tvoří jej m. levator ani a m. coccygeus. Diaphragma urogenitale tvoří trojúhelník trigonum urogenitale, má vrchol u dolního okraje symfýzy (ZWINGER a kol., 2004). Je tvořen svaly m. transversus perinei profundus, jehož součástí je m. sphincter urethrae, dále m. ischiocavernosus a m. bulbocavernosus (sphincter vaginae). První ze jmenovaných, tedy **musculus levator anii** (zdvíhač řitě) je soubor několika svalových snopců, který se nejvíce podílí na tvorbě pánevního uzávěru, tedy z hlediska zabrané plochy. Jde o párový sval, u kterého je velmi individuální, jakou má tloušťku. Má tři části označované jako: m. iliococcygeus, m. pubococcygeus a m. puborectalis (ROZTOČIL, 2011). **Pars pubococcygea** začíná na vnitřní straně os pubis a symfýzy a pokračuje laterálně od uretry, pochvy a rekta. Upíná se do sakrokokcygeálního vaziva a do ligamentum anococcygeum. Svalovina pravé a levé strany obkružuje hiatus genitális. Parspubococcygea je v podstatě vodorovný, vlákna jeho snopců jsou spjata s periuretrálními svaly, přičemž vybíhají do stěny pochvy (vagina) a konečníku (rectum). Pars puborectalis můžeme pozorovat, jak se ubírá k přechodu konečníku (rectum) a řitě (anus), v jejichž zadní části přechází ve spojení s druhostrannými vlákny a vyměňuje si snopce s vnějším řitním svěračem (musculus sphincter ani externus), čímž v těchto místech tvoří funkční smyčku, která se význačně podílí na kontinenci. Plochá **pars iliococcygea** začíná od arcus tendineus směřující od spina ischiadica k hornímu ramenu os pubis a nachází se pod canalis obturatorius. Jeho zadní mediální část se upíná na laterální části kostrče a do ligamentum anococcygeum. Některé snopce překřijí střední linii. **Pars puborectalis** začíná od těla a sestupného ramene os pubis (za m. pubococcygeus), probíhá kolem rekta, svalové snopce překřijí střední čáru a upínají se do ligamentum anococcygeum (ZWINGER a kol., 2004). **M. coccygeus** je tvořen svalovými snopci a vazivovými aponeurózami, které začínají od spina ischiadica a upínají se k dolní části křížové kosti a ke kostrči. **Musculus sphincter ani externus** tvoří kruh kolem konečníku (rectum) a skládá se ze tří částí – nejhlubší je pars profunda, střední úroveň, po stranách konečníku, zastává pars superficialis a na povrchu, tedy v okolí řitě (anus) najdeme pars subcutanea. Tento sval je také mimo funkce, dle které obdržel svůj latinský ekvivalent – řitní svěrač, aktivní při změnách velikosti hiatus genitális, konkrétně při defekaci a mikci (ROZTOČIL, 2011).

1.6 HRÁZ

Hráz (perineum) je prostor o průměru 3 – 4 cm mezi vaginálním otvorem (vestibulum vaginae) a řitním otvorem (anus), který je složen z vazů a svalů vyplňujícími trigonum urogenitale, dříve diaphragma urogenitale. Podstatná je zejména vazivová ploténka corpus perineale, zastaralejším názvem centrum tendineum perinei, která se postupně ztenčuje a vytváří tak perineální klín. Svalstvo hráze se dělí do několika úrovní. Hlouběji uložená vodorovně jdoucí vazivová ploténka, pomyslně tvořící trojúhelník, se skládá z musculus transversus perinei superficialis et profundus a táhne se od spony stydké (symphysis pubica) přes dolní vrcholy kosti stydké (os pubis) až k trnům kosti sedací (tubera ischiadica). Naopak více na povrchu nacházíme musculus ischiocavernosus a musculus bulbospongiosus, jejichž funkcí je mj. také ochranné krytí topořivých těles. Svaly musculus compressor urethrae a musculus urethrovaginalis, které se nachází v blízkosti poševního vchodu (vestibulum vaginae) a močové trubice (urethra), lze pozorovat od výše zmíněné ploténky směrem k povrchu. Párový sval musculus urethrovaginalis podílející se na kontinenci moči má jeden svůj konec v corpus perineale a druhý ve spojení s druhostranným m. urethrovaginalis tvořící smyčku, která ovlivňuje polohu močové trubice při jejím stahu. Již zmíněný musculus compressor urethrae běží pánevním dnem podél crus clitoridis až k močové trubici (urethrae), blízko níž se spojuje se svým druhostranným svalem. Toto spojení se nachází nad vlákny musculus urethrovaginalis. Ještě blíže povrchu jsou ty svaly, které chrání topořivá tělesa – musculus ischiocavernosus a musculus bulbospongiosus. První ze jmenovaných svalů začíná na crus clitoridis, ubírá se vpřed a jeho úpon končí na hřbetu poštváčku (clitoris). Musculus bulbospongiosus, tedy opět párový sval, chrání bulbus vestibuli, přičemž oboustranně probíhá podél stydkých pysků (labia minora), spojení můžeme najít nedaleko poštváčku (clitoris) a dorsálně se upínají do corpus perineale, takže dokonale obepínají vestibulum vaginae. Tento typ svalů se podílí na ztopoření poštváčku (clitoris) podobným způsobem jako musculus ischiocavernosus a také na zvlhčení poševního vchodu (vestibulum vaginae) za komprese glandula vestibularis maior. Všechny snopce zasahující do corpus perineale si mění vlákna s přítomným musculus sphincter ani externus, který tvoří tři vrstvy příčně pruhované svaloviny v oblasti konečníku (anus) a v této době díky jeho funkci řadíme ke svalům pánevního dna diaphragma pelvis - viz 1.5 Svalstvo pánevního dna (ROZTOČIL, 2011).

2 RIZIKA PRO VZNIK PORODNÍCH PORANĚNÍ

Tato kapitola se zabývá rizikovými faktory pro vznik porodních poranění, ovšem zaměřili jsme se zejména na ty, které se týkají prvorodiček.

2.1 RIZIKA ZE STRANY MATKY

Mezi rizikové faktory mateřské počítáme věk matky, zejména pokud se jedná o prvorodičku, která je mladší 18 let či starší 35 let (ROZTOČIL, 2008). Dále status nullipary jako takový, stav po častých vaginálních zánětech, kdy je tkáň velmi křehká a tedy náchylnější k natrhnutí se, odchylky ve vzhledu perinea (vysoká hráz) a tedy náchylnější k natrhnutí se, odchylky ve vzhledu perinea (vysoká hráz) aj. genetické faktory. Vysoká hráz značně prodlužuje II. dobu porodní, což často vede k únavě rodičky, spasmu porodních cest a tím pádem zvyšuje riziko operativně vedených vaginálních porodů (forceps, VEX), které končí většinou rozsáhlejšími porodními poraněními (KALIŠ et al., 2005). Pro některá specifická poranění jako ruptura děložního hrdla je typickou častou příčinou tlačení matky při neúplně otevřené brance porodní.

2.2 RIZIKA ZE STRANY PLODU

Příčinou porodních poranění může být i dítě samotné. Jde zejména o jeho hmotnost, či o předčasnou deflexi hlavičky v porodních cestách, která poté prochází perineálními strukturami dříve, než dojde k svalovému přizpůsobení se nastalé situaci, tedy příliš rychlý postup hlavičky mnohdy může za natržení okolních svalů či jejich avulzi. Také abnormální rotace dítěte vede k uměle zvětšenému reálnému průměru rodící se hlavičky, na což nemusí být porodní cesty rodičky připraveny natolik, aby tento tlak vydržely bez poranění (LIEN, 2004 in SMOLKOVÁ, 2016). V případě velké hmotnosti dítěte, za čímž stojí např. těhotenský diabetes mellitus, genetické předpoklady či postmaturita gravidity je velmi dobré znát váhový odhad plodu měřený ultrazvukem, přičemž musíme počítat s odchylkou + - 500g. Pokud se odhadovaná porodní hmotnost plodu pohybuje kolem 4000 g, je dobré s těhotnou diskutovat další postup těhotenství a porodu, ve smyslu jeho dřívějšího vyvolání, abychom se vyhnuli situaci, kdy žena rodí velký plod, což zvyšuje riziko rozsáhlejší porodní poranění či dystokie ramének, čemuž se tímto snažíme předejít.

2.3 RIZIKA ZE ZPŮSOBU VEDENÍ PORODU

Porod vedený kleštěmi (per forcipem) zvyšuje riziko pro vznik porodních poranění. Klešťový porod známe již od 17. století a využíváme jich k trakci i rotaci hlavičky dítěte. U matky může dojít k poranění perinea, pochvy, paravaginální tkáně či děložního hrdla (cervix). Při tomto vedení porodu je pak častější poranění svalstva pánevního dna, které se posléze může stát příčinou jak inkontinence moči, tak stolice a větrů. V pozdějším věku ženy po tomto poranění navíc často dochází k prolapsu pánevních orgánů. Pro tyto uvedené důvody by mělo být upřednostňováno užití vakuumextrakce, která je k pánevnímu dnu výrazně šetrnější (ŠIMETKA a kol., 2016). Jak vychází z článku MUDr. I. Michalce a kol., souvislost mezi klešťovými porody a poraněním svalstva pánevního dna prvorodičky, zejména pak poraněním svěrače konečníku (musculus levator ani), které může vést k inkontinenci moči i stolice, je významná (MICHALEC a kol., 2015). Dalším rizikem porodních poranění objevujícím se při porodu je běžně prováděná porodnická operace, zvaná epiziotomie (viz 3.2 Epiziotomie), která se sice často provádí v obavě ze vzniku rozsáhlých porodních poranění, ale sama je jistým způsobem rizikem samotným (ŠIMETKA a kol., 2016). Někdy se totiž ani jejím provedením nezabrání vzniku dalších poranění, ba právě naopak, rutinní provedení samotné epiziotomie je spojeno s vyšší incidencí poranění análního svěrače či poranění rektu (CUNNINGHAM et al., 2014). Komplikací (nejen) epiziotomie může být paravaginální hematoma, kdy se krev hromadí v paracolpiu, šíří se dále do parametrií a může vytvářet rozsáhlé hematomy v retroperitoneu. Žena po porodu udává velkou bolestivost a tlak na konečník. Prokázat jej můžeme při palpačním vyšetření per vaginam i per rectum, kdy hmatáme vyklenutí poševní stěny. Terapií této komplikace je pak resutura, případně drenáž. Je vhodné podat antibiotickou i. v. terapii a v případě vysokých krevních ztrát je nutné podat krevní transfuze. Není vyloučena náročná a dlouho trvající rekonvalescence (ŠIMETKA a kol., 2016). Do rizik porodních poranění vzniklých za porodu počítáme i překotný porod (porod trvající méně než dvě hodiny času), prodlouženou II. dobu porodní či špatně provedenou techniku chránění hráze porodníkem či porodní asistentkou.

3 PORODNÍ PORANĚNÍ

Po každém porodu standardně ženu vyšetřujeme v porodnických zrcadlech, kdy kontrolujeme, zda došlo k porodnímu poranění. Jsou případy, ve kterých již na první pohled vidíme, že např. hráze poraněná je, ale je třeba zkontrolovat, jak moc velké toto poranění je a také, zda nedošlo k poranění dalších struktur porodních cest. Pokud gynekolog-porodník či porodní asistentka zjistí, že k poranění došlo, zjišťuje, jakým způsobem je třeba jej ošetřit. Jelikož se v této bakalářské práci věnujeme zejména poraněním perinea, záměrně zde nepopisujeme poranění ženy vzniklé v souvislosti s abdominálním operativním porodem per sectionem caesaream, tedy císařským řezem.

3.1 TRHLINY

Trhliny hráze, latinsky rupturae perinei, jsou nejčastějším porodním poraněním ženy po vaginálním porodu. Příčinami se více zabýváme v kap. 2 Rizika pro vznik porodních poranění.

Poranění hráze můžeme klasifikovat asi takto:

- ruptura perinei I. stupně: zasažení kůže hráze a pochvy, svalstvo pánevního dna je bez porušení,
- ruptura perinei II. stupně: rozsáhlejší poškození kůže hráze, podkoží a svalstva perinea, sliznice a vaziva vagíny,
- ruptura perinei III. stupně: struktury uvedené u poranění perinea II. stupně + poranění zevního řitního svěrače (musculus sphincter ani externus) v různém rozsahu,
- ruptura perinei IV. stupně: struktury uvedené u poranění perinea III. stupně, kdy dále dochází k poranění střešní stěny a odhalení lumen střeva - poraněn je tedy zevní i vnitřní anální svěrač (CUNNINGHAM, 2014).

Mezi atypické ruptury hráze počítáme latentní trhlinu (poškození perineálního svalstva se zachovalou kožní schránkou a nepoškozenou vaginální sliznicí), kapsovitou trhlinu (poranění stěny pochvy při nepoškozené kůži perinea) a centrální trhlinu, tedy zející otvor v hrázi mezi zadní stěnou poševní a konečníkem (ROZTOČIL, 2008).

Dalším častým porodním poraněním jsou **trhliny pochvy**, které se nemusí nutně pojit s poškozením okolních orgánů, vulvy, či hráze. Dochází k nim mechanicky, tedy při kontrakcích děložních, kdy je pochva vytahována vzhůru a hlavička dítěte ji přitom tlačí směrem dolů. Ne vždy musí být pochva roztržena v celé své šíři a sliznice může zůstat intaktní. Krev se vylévá většinou mezi poševní stěnu a povázky, čímž vzniká poševní hematoma. Nejvzácnějším typem poranění pochvy je případ odtržení vagíny od cervixu v celém svém obvodu, jehož důvodem jsou cervikokorporální dystokie, porody per forcipem či dlouho trvající děložní kontrakce při porodních překážkách. Takové poranění je klasifikováno jako velmi nebezpečné i pro vysokou krevní ztrátu a následné šokové stavy. K snadnějšímu vzniku poranění pochvy přispívá stav po opakovaně prodělaných zánětlivých onemocněních.

Trhliny děložního hrdla (cervix) jsou hůře prokazatelné a vznikají nezávisle na paritě, tedy po kolikáté daná žena rodí. Je důležité zkontrolovat hrdlo za pomoci porodnických zrcadel po kterémkoliv porodu a u všech žen, neboť špatně ošetřené či neošetřené poraněné děložní hrdlo je základem jeho deformit, chronických cervicitid a prekanceróz. Důsledky těchto onemocnění mohou vést k častým potratům, sterilitě či předčasným porodům. Nejčastěji se hrdlo poraní po stranách, což může pokračovat až do DDS, následkem může vzniknout krevní podlitina v parakolpiu mnohdy vedoucí k život ohrožujícímu krvácení a infekci. Vzácně dochází až k odtržení celého čípku, jehož branka nepovolila roztažení se. Při vaginálním porodu může dojít i k trhlinám malých stydkých pysků, ale ty většinou nepotřebují ošetřit, hojí se bez lékařského ošetření. Řešíme je, pokud nám pysky krvácejí a nedá se to zastavit kompresí sterilními tampony (ROZTOČIL, 2008).

3.2 EPIZIOTOMIE

Jedním ze zajímavých porodních poranění je právě epiziotomie. Zajímavá je pro svoje zařazení jak k preventivním metodám porodních poranění a rizikům pro vznik rozsáhlejších poranění, tak právě k porodním poraněním samotným. Provádí se ve II. době porodní a to nejčastěji u nullipar. Název tohoto aktuálně ve světě nejčastějšího porodnického zákroku pochází z řečtiny – ze slov episeion (ženský zevní genitál) a temno (řezat). Ač je její provedení relativně jednoduché, dříve se počítala mezi porodnické operace, pro které musel být sepsán operační protokol. Epiziotomie má za

úkol pomoci matce snáze porodit dítě v tom případě, kdy hlavička již prořezává v perineální oblasti, ale hráz (perineum) vykazuje patologické známky svědčící pro riziko ruptury (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Patologickými známkami se myslí přílišné napnutí a zbělání hráze. V takovém případě by měl ten odborník, který porod vede, tedy gynekolog-porodník či porodní asistentka, vzít sterilní hrotnato-tupé nůžky k tomu určené, zavést do pochvy dva prsty opačné ruky, než kterou bude provádět zákrok a to proto, aby jimi chránil hlavičku dítěte před poraněním od nůžek a zároveň posléze příliš rychlému porodu. Mezi děložními kontrakcemi se tedy zavedou dva prsty jedné ruky do pochvy – mezi hlavičku a perineum -, druhou ruku, která svírá připravené nůžky, držíme nedaleko perinea a jakmile začne kontrakce, zavedeme nůžky do pochvy a na vrcholu kontrakce provedeme jedním tahem rychlý řez, jehož délka závisí na potřebách daného momentu. Protože jsme takto výrazně zvětšili průměr porodních cest, hlavička dítěte má tendenci rychle se posunout ven z pochvy, proto musíme jednou rukou ihned bránit tomuto rychlému posunu a ve druhé vyměnit nůžky za sterilní roušku, kterou hbitě chráníme perineum před dalším porodním poraněním.

V této době známe tyto druhy epiziotomie:

- **mediální:** provedení v přímé čáře od středu poševního introitu k otvoru řitnímu; výhodou je její snadné ošetření a dobré hojení, nevýhodou zvýšené riziko poranění análního svěrače,
- **mediolaterální:** provedení od střední čáry poševního introitu šikmo k hrbolům kosti sedací; výhodou je možnost vybrat stranu provedení a menší riziko poranění řitního svěrače oproti mediální epiziotomii, nevýhodou pak větší riziko krvácení než epiziotomie mediální,
- **laterální:** provedení cca 2 cm od poševního introitu a pokračuje šikmo,
- **rozšířená laterální (Schuchardtův řez):** provedení pomocí skalpelu ve stejné linii jako laterální, ovšem rozsáhleji, přičemž ošetření rány (sutura) je náročnější a hůře se hojí.

Jistě můžeme být rádi, že tento zákrok známe a umíme provést, ovšem neměli bychom jej užívat rutinně, jak tomu bylo dříve zejména v případě prvorodiček. Je velmi pozitivní, že za posledních 30 let se tento trend snižuje, bohužel ne však ve všech

porodnicích (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Doufejme, že i v takových zařízeních proběhne edukace k prevenci porodních poranění a pokud již proběhla, tak že v takových ústavech „dostanou odborníci větší chuť“ objektivně hodnotit situaci a užívat epiziotomie jen ve skutečně oprávněných případech.

3.3 OSTATNÍ MÉNĚ ČASTÁ PORANĚNÍ

Mimo již jmenovaných a častých porodních poranění jsou tu také méně častá, která postihují i okolní struktury, jako např. močový měchýř a močovou trubici, dělohu, konečník či pánevní pletenec. Jsou to většinou poranění závažná, v případě dělohy až život ohrožující, které je nutné řešit komplexně a rychle, aby nedošlo ke katastrofálním důsledkům.

4 PRVORODIČKA

Zdravotní dokumentace má pro ženy, které jsou lidově řečeno v pozeňnaném stavu, zkratku udávanou v římských číslicích odkazující na dva údaje pocházející z latiny – graviditu a paritu. Gravidita znamená v přesném překladu těhotenství, jinými slovy kolikrát byla žena doposud těhotná, odkud taky pojem gravidní žena, a parita zase říká, kolikrát dosud daná žena rodila, přičemž bohužel kvůli UUT, různým druhům spontánních abortů, ukončení gravidity z genetické indikace apod. se číslo gravidity nemusí shodovat s číslem parity. Český pojem prvorodička znamená, že tato žena doposud nikdy nerodila. Pro takovou ženu jsme ve světě dříve, v českém porodnictví pak oficiálně ještě donedávna, nacházeli latinské označení primipara. Nyní se ovšem již i v České republice dbá na to, aby zdravotnický personál používal novější označení pro prvorodičky - nullipara, které pochází z anglosaské literatury. Starý název primipara by se dnes měl užívat pouze v dokumentaci té rodičky, která porodila právě jednou (ČECH a kol., 2014). Bohužel se dosud běžně stává, že zdravotníci toto nové pravidlo opomíjejí, nebo na jednom oddělení porodnického zařízení se latinský název zapíše správně, ale na dalším oddělení zastarale, čímž dochází ke zmatení dalších, např. nově zainteresovaných odborníků. Správným označením pro prvorodičku v průběhu těhotenství je ale I/0, tedy primigravida, nullipara, po porodu prvního dítěte se pak označení mění na I/I a v případě dalšího těhotenství na II/I (secundigravida, primipara). První těhotenství je pro ženu a jejího partnera většinou tím nejkrásnějším mj. i z toho důvodu, že na něj mají čas, tzn. čas pozorně sledovat každý nový jev (začátek ženou vnímaných pohybů plodu, růst těhotného břicha, těhotenské chutě, růst prsou, zjištění pohlaví dítěte aj.), sdílení radostí i strastí, které s sebou těhotenství v důsledku vyplavovaných hormonů v těle ženy přináší, či příprava domácnosti na příchod nového člena rodiny na svět. Zeptáme-li se vícenásobných matek, zda měly stejně času na zmíněné záležitosti při druhých a dalších těhotenstvích, většina odpoví, že ne – byly příliš zaměstnány péčí o již narozené děti. To, aby prvorodička vzpomínala na období gravidity v dobrém, záleží ale i na průběhu samotného porodu dítěte, při kterém může dojít k různým nepředvídatelným situacím, ale také ke vzniku porodních poranění, které většinou očekávat lze a přitom vhodně zvolená metoda prevence může tyto negativní důsledky porodu minimalizovat, či je eliminovat úplně. Prioritou registrujícího gynekologa – porodníka a porodní asistentky v péči především o nullipary, kteří se

s ženou v době jejího těhotenství setkávají, by tedy mělo být i prodiskutování a příp. návrh vhodné předporodní prevence, jak tomu ale mnohdy nebývá. Velmi pravděpodobně to pak může bohužel přispívat k tomu, že se prvorodičky snaží vzdělat samy pomocí vyhledávání si rad k tomuto tématu, k čemuž využívají zejména internetové zdroje, kde nalézají mnohdy laické a zkreslené informace, které je zbytečně vylekají, ba dokonce odrazují od přípravy na porod s použitím právě některé z preventivních metod (viz kap. 6 Zdroje získávání informací pro těhotné). Pro zajímavost v této kapitole ještě zmiňujeme věk ženy, který je ideální pro porod prvního dítěte – 22 let, přičemž ale v současné době není výjimkou, že se v porodnici sejde prvorodička statisticky ideálního věku s prvorodičkou starší (30 – 35 let) či dokonce se starou primiparou, které je přes 35 let. Rizika pro vznik porodních komplikací, včetně větších porodních poranění, přitom závisí i na věku matek, zejména prvně rodících. Příliš mladé, tedy do 18 let věku, a naopak staré prvorodičky – 35 let a více – jsou v tomto ohledu tou nejohroženější skupinou (ROZTOČIL, 2008).

5 PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ

Každá komplikace porodu je více či méně pro rodičku zátěží, a obzvláště je škoda, pokud jde o zátěž, jejíž vznik je zbytečný. Některým porodním poraněním se samozřejmě vyhnout nedá, protože se u porodu střetává hned několik faktorů, na nichž záleží. Pro ta poranění, kterým ale můžeme zkusit předejít vhodnou přípravou, máme v dnešní době již mnoho metod, které si kladou za cíl mj. i připravit ženu na porod nejen fyzicky, ale i psychicky. Jsou mezi nimi jak ty „babské“, dlouho známé nebo znovuobjevené, tak nové, jejichž účinky ještě nejsou ani oficiálně podloženy klinickými studii, ale přesto jsou doporučovány např. porodními asistentkami díky pozitivním zkušenostem z praxe, či ty, jejichž pozitivní efekt je klinicky prokázán, ovšem teprve krátce. Tyto metody dělíme na ty, kterým je možné se věnovat již v průběhu těhotenství a ty, které se užívají v průběhu porodu, z nichž ne všechny může rodička zastat sama, tedy k některým je potřeba zkušeného porodnického personálu. V této kapitole nalezneme informace k těm nejznámějším prevencím porodních poranění, se zahrnutými výsledky klinických studií v případě, že máme taková data k dispozici.

5.1 PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ

Do této podkapitoly jsou začleněny nejčastější typy prevence porodních poranění dnešní doby, které jsou určeny pro použití v průběhu těhotenství.

5.1.1 ANIBALL

Aniball je zdravotnická pomůcka, vynalezená a nadále vyráběná v České republice za účelem pomoci nastávajícím matkám lépe připravit své porodní cesty na porod, které jsou při tomto ději velmi namáhány. Dále pomáhá zkrátit trvání II. doby porodní a ulehčit tlačení při vypuzování dítěte. Je navíc prokázána nižší potřeba rodiček užít analgetika při porodu. Pro ženy po porodu je Aniball vhodným prostředkem k posílení svalů pánevního dna, tedy k předejití močové inkontinence nejen v prvních poporodních měsících, ale i v pozdějším věku, přičemž u žen, které tímto problémem již trpí, je kvalitní pomůckou k posílení svalů pánevního dna. Je nasnadě říci, že Aniball není moderní záležitostí dnešní doby, ale že se skrze něj vracíme k moudrosti našich

předků, konkrétně afrických kmenů, kde se inspiroval cvičením se speciálně upravenou tykví – kalabasou. Tato pomůcka funguje na principu střídání tlaku v silikonovém balonku, který uživatelka reguluje ruční pumpičkou napojenou na zmíněný balonek.

Pro co nejvyšší možný efekt cvičení, je třeba dodržet několik pravidel:

- začít cvičit s Anibalem **nejprve** od ukončeného 36. týdne těhotenství,
- cvičit pravidelně, pokud možno každý den,
- doba každého cvičení aspoň 15 minut, ideálně 15 – 30 minut,
- nalézt polohu, ve které se žena bude cítit nejvíce uvolněná (polosed, leh s mírně pokrčenýma nohama, poklek, stoj, podřep...),
- při vypuzování balonku z pochvy užívat tlaku vycházejícího ze svalů pánevního dna, nikoliv tlak v hlavě,
- **nepoužívat** ke zvlhčení Aniballu přípravky na bázi oleje.

Samotné cvičení začíná žena po zaujetí jí vybranou polohou, ve které je schopna uvolnit se a soustředit se po celou dobu cvičení. Po zavedení větší části balonku (cca 7 cm) do pochvy, kdy by žena neměla cítit bolest, se pokračuje střídavě navyšováním a snižováním tlaku v balonku pomocí ventilu ruční pumpičky, která je napojena přímo na zmíněný balonek. Při prvním cvičení je lepší první 1 – 2 minuty opakovat v intervalu 10 sec vtahování a uvolňování svalstva pánevního dna, kterým bude mírně pohybováno s Anibalem uvnitř pochvy. Ve druhé části cvičení se žena snaží vytlačit balonek z pochvy ven, pouze ale s použitím svalů pánevního dna, nikoliv tlaku v hlavě, jak tomu často chybně bývá. V tuto chvíli žena zažívá pocity tlaku na stolicí, což je způsobeno pozvolným napnutím hráze následované vyklouznutím balonku z pochvy ven. Celý postup se několikrát opakuje a účinek či posun se dá změřit speciálním metrem. Ideálním cílem za 3-4 týdny cvičení s Anibalem je dosažení 28-30 cm obvodu balonku, který se přibližuje rozměrům obvodu hlavičky dítěte při porodu.

Při těchto jevech je **kontraindikováno** užívat pomůcky Aniball:

- rizikové těhotenství,
- hrozící předčasný porod,
- jakékoliv poševní krvácení,
- plánovaný porod císařským řezem,

- kondylomata/ jiná infekce v pochvě či v oblasti poševního vchodu,
- zánět pochvy,
- genitální herpes,
- poranění pochvy,
- prekancerózy/ jiné patologie děložního čípku.

Existují i další porodnické jevy, ve kterých je třeba řešit velmi individuálně, zda je vhodné cvičit s balonkem Aniball, proto by se měla každá těhotná žena před pořízením balonku vždy poradit se svou porodní asistentkou či gynekologem (ANIBALL, 2017). Jak je vidět z výsledků odborné studie porodnice v Českém Krumlově, která zkoumala vlivy předporodní prevence na vznik porodních poranění, pomůcka **Aniball dosahuje signifikantně pozitivních výsledků v zabránění spontánního poranění hráze**, pokles v nutnosti provedení nástřihu hráze a také v omezení počtu vaginálních operačních porodů u prvorodiček (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Tato studie tak může pomoci ženám při rozhodování se při výběru typu předporodní prevence porodních poranění.

5.1.2 EPI-NO

Dalším, anatomicky tvarovaným, dilatačním a ze zdravotnického silikonu vyráběným balonkem pro předporodní cvičení pánevního dna, je EPI-NO, který je v současnosti na českém trhu k dostání ve dvou produktech, a to EPI-NO Delphine a EPI-NO Delphine Plus, který je oproti prvnímu typu vylepšen o ukazatel tlaku. I tento typ prevence porodních poranění ocení zejména prvorodičky, neboť jim pomáhá dilatovat porodní cesty do rozměrů blížících se průměru hlavičky plodu, který má za porodu, a také lépe si navyknout na pocity, které žena při porodu dítěte má – což je obojí něco, čehož jinak žena, která dosud nikdy nerodila, není schopna. EPI-NO je vhodný nejen pro cvičení pánevního dna před porodem, ale také po porodu a to pro efektivnější regeneraci povoleného a namoženého svalstva v oblasti malé pánve a také při léčbě inkontinence. Cvičení před porodem je možno rozdělit do tří úrovní – předporodní cvičení pánevního dna, nácvik vypuzovací fáze dítěte při porodu a nácvik postupné dilatace porodních cest.

Při používání této pomůcky je vhodné řídit se těmito doporučeními:

- začít cvičit až po ukončeném 37. týdnu těhotenství, tedy od 37 + 0 t. t.,
- ukončit jeho používání, pokud žena pociťuje při cvičení bolest,
- neužívat EPI-NO více než v průběhu dvou těhotenství a po datu lhůty trvanlivosti,
- čistit přístroj pouze přípravky na vodní bázi, nikoliv na bázi oleje, aby nedošlo k poškození balonku,
- nenechávat tento produkt na přímém slunci,
- skladovat jej mimo dosah dětí.

Neboť ne ve všech případech je vhodné EPI-NO užívat, pro představu uvádíme situace, kdy je cvičení **kontraindikováno**:

- plánovaný porod císařským řezem,
- předčasný odtok plodové vody,
- poševní infekce,
- nevléčené zranění v oblasti genitálií,
- poševní krvácení,
- zhoubné nádory (např. rakovina cervixu).

Protože jsou i další případy, ve kterých je lepší s EPI-NO necvičit, je pro jistotu dobré poradit se se svým lékařem dříve, než jej zakoupíme (EPINO, 2016). Pozitivním vlivům na perineum nasvědčuje i studie provedená na skupině 315 primipar, kdy **byl prokázán nejen pokles provedených epiziotomií, ale také pozitivní vztah mezi intaktní hrází a užívání balonku EPINO**, ovšem vysloveně signifikantní byly výsledky až od dosažené dilatace 24 cm a výše. Autoři studie rovněž prokázali i snížené riziko pro operační vaginální porod u žen, které užily jednoho z vaginálních dilatačních balonků, oproti skupině ostatních, které těchto pomůcek nevyužily. Dalším pozitivem je i to, že ženy, které cvičily s balonky Aniball a EPINO si zvykly na tlak, který vyvolává hlavička dítěte v porodních cestách, čehož se poté už při porodu nezalekly, věděly jak efektivně tlačit a neměly obavu z porodních poranění (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016).

5.1.3 ODVAR Z MALINÍKU

Jednou z tradičních a pomalu historických babských rad pro těhotné je pití odvaru z Maliníku, tedy čaje z maliníkového listí a to nejen proto, že jde o zdroj hned několika vitamínů a jiných potřebných látek pro lidské tělo, jako jsou např. vitamín B, C a E či vápník a draslík (SMRČKOVÁ, 2014), ale také z důvodu detoxikačních účinků ve střevě a schopnosti uvolňování svalstva pánevního dna, což napomáhá chránit namáhané tkáně porodních cest při porodu dítěte (STADELMANN, 2009). Tento odvar se může pít nejdříve od ukončeného 34. týdne těhotenství, ovšem doporučuje se spíše až od ukončeného 36. týdne těhotenství, přičemž denní dávka je jeden šálek (250 ml) čaje a s každým dalším ukončeným týdnem zvyšovat denní dávku o jeden šálek, tedy dávky jsou takovéto: od 37 + 0 t. t. dva šálky denně, od 38 + 0 t. t. tři šálky denně a od 39 + 0 t. t. čtyři šálky denně, což je nejvyšší doporučená dávka, kterou je ale možné pít až do porodu. Těhotná by měla užívat tuto dávku nejdříve jeden týden před termínem porodu, protože již čtyři šálky denně způsobují stahy dělohy, tzn. je velmi pravděpodobné, že vyvolají porod. (SMRČKOVÁ, 2014). U některých žen se pití odvaru z Maliníku projeví formou vyrážky, obzvláště na břicho, což ale nemusí znamenat alergickou reakci, nýbrž zvýšené vylučování jedů z těla, které je pro játra a ledviny aktuálně tak náročné, že je tělo vylučuje pokožkou (BULOVÁ, 2012). Takovým ženám je doporučeno zvýšit denní přísun tekutin, díky kterému vyrážka ustupuje.

Případy, ve kterých pití odvaru z Maliníku **není doporučováno**:

- žena po předchozím císařském řezu,
- vícečetné těhotenství,
- zkrácené děložní hrdlo,
- předchozí překotný porod (SMRČKOVÁ, 2014).

Stejně jako u užívání lněného semínka, MUDr. Bohatá s MUDr. Dostálkem porovnávali pití odvaru z Maliníku s dalšími metodami ve smyslu posouzení výsledného efektu na skupině prvorodiček. Bylo prokázáno, že nezpůsobuje žádné riziko pro matku ani plod, ovšem to, zda tato přírodní metoda prevence porodních poranění skutečně funguje, bylo ovlivněno sdružením do jedné skupiny s užíváním lněného semínka a tím, že z počtu skupiny žen, které užívaly některé ze jmenovaných přírodních metod, jich zároveň hodně použilo i dilatační balonky či masáž hráze, proto

se nedá s určitostí říci, zda tato metoda prevence skutečně brání vzniku porodních poranění (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016).

5.1.4 MASÁŽ HRÁZE

Tento druh masáže je další velmi dobrou, nenáročnou, bezpečnou a navíc asi finančně nejméně náročnou prevencí porodních poranění. Těhotná žena k této metodě potřebuje za prvé pohodlí a za druhé nějaký vhodný druh oleje, např. směs třezalkového oleje s olejem z obilných klíčků a výtažkem z muškátové šalvěže a růže. Třezalka obecně je vhodná pro posílení nervů a vitamin E, který zvyšuje elasticitu tkáně, najdeme v oleji z obilných klíčků, díky kterému lze pravidelnou masáží dosáhnout vyšší schopnosti relaxace svalů hráze – dosáhnout lepší ochrany oblasti hráze před porodním poraněním. Výtažky z růže, které jsou velmi vzácné, užíváme pro tuto směs kvůli pozitivním vlivům na poševní prostředí (STADELMANN, 2009). Masáž hráze je doporučené praktikovat až od ukončeného 34. týdne těhotenství nejdříve, kdy už má ale většina maminek poměrně velké břicho, proto je v tomto případě vhodné zapojit partnera. Samozřejmě, že ale nastávající matka může masírovat hráz i sama, oba případy jsou dobré a bezpečné. Ideální doba každodenní masáže je 5 minut a kontrola čistoty rukou, které budou masírovat, je zcela na místě, aby poté nezanesly do pochvy nějakou infekci. Samotná masáž je prováděna v pohodlné poloze pro rodičku, např. v polosedě s mírně pokrčenýma nohama, přičemž po dostatečném zvlhčení rukou připraveným olejem vložíme do pochvy palec zhruba 3-4 cm hluboko, ostatní prsty ponecháme zvenku poševní tkáně. Palci přejíždíme po vnitřní straně hráze zhruba 2-3 minuty, ve kterých celkově rukama pohybujeme střídavě od sebe k sobě (ze středu pochvy směrem do stran a zpět) a přitom na pochvu tlačíme směrem dopředu a dolů. Je důležité, aby žena **nepocit'ovala bolest**, pouze mírný tlak. Při takových pocitech je přínosné nacvičovat pomalé a hluboké dýchání. Masáž je zakončena asi 1-2 min trvajícím mnutím hráze palcem a ukazováčkem zvenčí pochvy. Pokud tyto úkony dělá partner rodičky a ne ona sama, využije k masáži vnitřní strany hráze ukazováčků a prostředníčků. Protože partner nemůže sám vycítit, zda vynakládá prsty efektivní sílu tlaku v pochvě, je nezbytné, aby s ním těhotná o svých pocitech mluvila. Doporučená doba trvání celé masáže je mezi 5-10 minutami (srov. MICHALÍKOVÁ, 2013, s. 26-27 a srov. SMRČKOVÁ, 2014, s. 15-16 a srov. BULOVÁ, 2012, s. 15-16). Kvůli objektivnímu zhodnocení efektu byla na metodu masáže hráze provedena již řada studií

v mnoha zemích. Dosud se můžeme dozvědět asi nejvíce z australské práce hodnotící čtyři studie s celkovým počtem 2497 zkoumaných žen, která stejně jako ostatní prokázala **výrazně vyšší počet intaktních hrází po porodu u prvorodiček**. Českokrumlovská studie až tak výrazný pozitivní účinek na hráz nezaznamenala, což ale může být způsobeno menším počtem žen ve studii, které této metody užily (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016).

5.1.5 LNĚNÉ SEMÍNKO

Obsah plodu lnu setého – lněné semínko – se doporučuje užívat těm ženám, které v těhotenství (nejen v tomto období) trpí zácpami, a to od ukončeného 34. týdne těhotenství (MRÁKOTOVÁ, 2010). Aby byl i další, pro nás významný efekt správný, tzn. relaxace hladké svaloviny v oblasti porodního kanálu, tedy ochrana měkkých porodních cest, díky čemuž se zároveň rychleji otvírá děložní hrdlo (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016), měla by žena vědět, jak správně tuto plodinu konzumovat. Existuje několik způsobů konzumace, jako např. přidání 1-2 čaj. lžiček semínek do jogurtu, müsli či do pečiva, další alternativou je zalít 1 lžící semínek 250 ml vroucí vody, nápoj nechat odstát a jako vlažný jej vypít. Pro svůj slizký vzhled ale tento způsob přípravy není všem příjemný. Samozřejmě je možné konzumovat 1-2 čaj. lžiček lněných semínek přímo, ovšem je třeba je řádně rozkousat, protože jinak se tvrdá tobolka plodiny nenaruší, takže se nerozloží a jsou poté vyloučena z těla ven bez jakéhokoliv efektu. Pro vysoký obsah vlákniny musí žena, která lněná semínka užívá, dodržovat zároveň zdravý pitný režim, aby nedošlo k námi nechtěnému účinku - k zácpě. Diabetičky, ženy alergické na některé potraviny nebo s krvácivými projevy by měly konzumaci lněných semínek nejprve konzultovat se svým lékařem (MRÁKOTOVÁ, 2010). Studie MUDr. Bohaté a MUDr. Dostálka z roku 2016 na souboru 315 primipar zahrnovala i užívání lněného semínka. Prokázalo se signifikantní snížení počtu provedených epiziotomií a zvýšení porodů s intaktní hrází, což ale mohlo být ovlivněno shrnutím několika přírodních preventivních metod do jedné skupiny a navíc z počtu 128 žen v této skupině jich 45 zároveň používalo vaginální dilatační balonek a 64 pak masírovalo v průběhu těhotenství hráz (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016).

5.2 PREVENCE PORODNÍCH PORANĚNÍ V PRŮBĚHU PORODU

V této podkapitole popisujeme druhou skupinu preventivních metod vzniku porodních poranění a to ty, jichž se dá využít v průběhu porodu, tedy intrapartálně. Jsou to úkony jak zvládnutelné laikem (např. otcem dítěte či jinou osobou přítomnou u porodu ze strany rodičky), tak ty, jež jsou určené pro toho, kdo vede porod, tedy odborník – gynekolog-porodník či porodní asistentka.

5.2.1 MASÁŽ HRÁZE ZA PORODU

Masáž hráze za porodu je velmi podobná té, kterou provádí rodička či její partner v průběhu těhotenství. V I. době porodní ji lze provádět za použití olejíčku rostlinné báze, který by měla mít těhotná s sebou, ovšem jsou i takové porodnice, které mají porodní sál vybaven baterií nejrůznějších olejů, ať už samostatně určených k masáži či se dají vhodně kombinovat, abych měla masáž co největší efekt. Ve II. době porodní se většinou olej vymění za nějaký vhodný anestetický gel, který bude nejen hráz uvolňovat, ale také ji znecitliví. Při masáži hráze může porodní asistentka rodičku snáze vaginálně vyšetřit a mít tedy pravidelně přehled o naléhání hlavičky dítěte na pánevní vchod, posléze pak sleduje její postup porodními cestami.

5.2.2 PORODNÍ POLOHA RODIČKY

Porodní poloha je často diskutovaným tématem v kruhu matek a nastávajících matek. Ty méně zkušené ženy samozřejmě chtějí radu, zda je lepší родit v této či oné poloze, zda jsou porodníci a porodní asistentky ti „zlí“ a nutí každou rodičku striktně ležet na zádech jako prkno, přičemž jim zdvihnou nohy do opěrek a kolem nich utáhnou tzv. bezpečnostní pásy..., na což jim jiné ženy nabízí širokou škálu možností a někdy subjektivně zbarvených názorů. Jenže kde je tedy pravda – jaká poloha je ta špatná a jaká je ta nejlepší? Při zmíněných diskuzích se často zapomíná, že každý porod je velmi individuálního průběhu a stejně tak každé ženě je při porodu pohodlná jiná poloha. Zjednodušeně můžeme říci, že máme porodní polohy vertikální a horizontální. Ať už jde ale o polohy vestoje, vkleče, v dřepu či vsedě, tedy polohy vertikální, studie domorodých národů Země ukázaly, že tato byla volena až v 85 % porodů. Na území naší republiky je ale běžnou porodní polohou ta horizontální - konkrétně vleže na zádech se zdviženýma nohama. V historických pramenech se k ní začalo přistupovat

v 16. - 17. století, kdy k porodům začínají přistupovat lékaři. Díky ní má porodník nejen dobrý přístup k porodním cestám při nutnosti operativního vedení porodu (VEX, FORCEPS), ale také může účinně chránit perineum (hráz) a další struktury před vznikem rozsáhlých porodních poranění. Proti rození vleže na zádech mluví nepřirozené vypuzování dítěte de facto směrem vzhůru a dohromady s tím, že se nevyužívá gravitace coby ženina pomocníka zařaditelného do porodních sil, navíc zvyšuje bolest a míru vyčerpání, které rodička při porodu zažívá. Při výběru porodní polohy musíme ale brát na zřetel oba objekty porodního děje, tedy jak rodící ženu, tak dítě. Tedy měli bychom respektovat polohu, ve které se žena cítí uvolněná, ale také musíme uvažovat rizika ohrožení dítěte a zdraví matky. Zkušenosti většiny porodnic, kde se rodí ve vertikálních polohách, udávají zvýšený počet porodních poranění (ROZTOČIL a kol., 2008), ovšem oproti tomu zase klinická studie ze Sao Paola, která statisticky zpracovala výsledky 1079 porodů, uvádí, že poloha v polosedě je zvýšeně spjata s rupturou hráze II. stupně a nutností provést epiziotomii, čili doporučuje využívat vzpřímenou pozici při porodu mj. pro snížení poranění hráze natržením (DA SILVA, F. M., 2012). Nabízí se tak závěr, že bude třeba dalších studií, aby odborná veřejnost mohla jasně doporučit ve všech směrech nejvýhodnější porodní polohu.

5.2.3 INTRAPARTÁLNÍ CHRÁNĚNÍ HRÁZE

Tento způsob intrapartální prevence porodních poranění se řadí k těm, které může provádět jen odborný zdravotnický personál – lékař gynekolog-porodník či porodní asistentka. Tuto techniku započneme v moment, kdy jsou nejen splněny všechny podmínky pro tlačení (zašlá branka, odtékající VP, dostatečně silné KD, dokončená rotace hlavičky dítěte), ale také až při fixaci hlavičky v poševním introitu, tedy když už hlavička nemá tendenci se vracet v době mimo kontrakce. Levou rukou bráníme rychlému porodu hlavy dítěte a zároveň pomalu přehrnujeme labia maiora, zatímco pravou rukou svíráme mezi ukazovákem a palcem sterilní roušku na oblasti perinea tak, že prsty opřeme o perineum z obou stran tím, že jimi vytvoříme tvar „U“. Abychom opravdu efektivně chránili hráz před poraněním, musíme na ni přes roušku neustále vidět, což je nezbytně nutné pro objektivní průběžné hodnocení vzhledu perinea, aby se dala včas provést epiziotomie, tedy zákrok pro odlehčení náporu na perineální tkáň a urychlení konce II. doby porodní, pokud by bylo třeba. Jakmile dojde k porodu záhlaví dítěte, hlavička provede záklon a porodí se čelo, nadočnice, nos, ústa a nakonec

bradička dítěte. Pohotově sterilně odložíme roušku a poté, co hlavička vykoná rotaci směrem doleva či doprava, aktivně pomůžeme s porodem předního raménka, kdy oběma rukama přes sebe vytvoříme tzv. vidličku a jejím středem tlačíme na krček dítěte směrem dolů, ke konečníku. V okamžiku, kdy je porozeno přední raménko po deltový sval, levou rukou podepřeme hlavu dítěte a tlačíme směrem vzhůru a pravačkou, která již pracuje opět přes sterilní roušku, chráníme perineum, které by mohlo utrpět poranění v důsledku porodu zadního raménka dítěte. Když máme porozený deltový sval i u zadního raménka, odložíme sterilní roušku a oběma rukama porodíme zbytek těla pomocí tzv. C úchyty v obou podpaždích dítěte. Je velmi důležité, aby porodní asistentky a porodníci tuto techniku ovládali, neboť je velmi účinnou prevencí porodních poranění.

5.2.4 RITGENŮV MANÉVR

I tento typ předcházení porodním poraněním je určen pouze erudovanému porodnickému personálu, který ovšem tento manévr často vůbec nezná, neboť z učebnic porodnictví téměř vymizel, stejně jako z osnov přednášek určeným pro studenty medicíny a porodní asistence, nebo jej nepoužívá pro různorodost jeho zveřejněných modifikací, které se zásadně rozcházejí jak v důležitých bodech jeho popisu či ve výsledcích klinických studií jeho efektu. Již v roce 1855 představil Němec Ferdinand August Marie Franz von Ritgen metodu, která má za úkol pomoci deflexi hlavičky dítěte v závěru II. doby porodní, tedy době vypuzovací a taky procházení hlavičky oblastí perinea suboccipitobregmatickým obvodem - měřící 32 cm - a protože je tím nejmenším možným, zatěžuje oblast porodních cest nejméně. Ritgen svou metodu prezentoval jako „protlačení“ hlavičky skrz perineum v době mezi kontrakcemi dělohy, kdy porodník špičkami čtyř prstů tlačí dovnitř a dopředu na bradu dítěte přes zadní část hráze, čímž se rozumí prostor mezi análním otvorem a kostrčí, přičemž druhou rukou porodník nejen chrání hlavičku dítěte, ale také jí brání v příliš rychlém prostupu vaginou. V době kontrakce mají naopak ruce zastavit veškerou svou snahu, zůstat v místech, kde jsou a vyčkat konce kontrakce k opětovnému výše popsanému úsilí. Díky úspěchům ve smyslu snížení počtu porodních perineálních poranění došlo k rychlému rozšíření do nejrůznějších končin světa. Původně byl Ritgenův manévr hojně doporučován v učebních publikacích, ale bohužel začal být také rychle nesprávně modifikován, např. – místo tlaku prstů v oblasti mezi řitním otvorem a kostrčí na

bradičku dítěte, jako vytlačování hlavičky prsty zavedenými do rekta, což ale muselo být pro rodičku přímo nesnesitelné a přesto tuto nesprávnou modifikaci bere stále hodně porodníků jako tu původně znějící. I v klasické americké učebnici porodnictví Williams Obstetrics najdeme několik zásadních rozdílů v interpretaci tohoto manévru. Oproti prvním vydáním ze začátku 20. století, kde najdeme více méně původní Ritgenem vyjádřenou myšlenku, včetně časování „mezi kontrakcemi“, se v těch dalších dočteme sice podrobně, o efektu této metody a jak ji provádět, ovšem časování je buďto popsáno mylně jako „za kontrakce“ či v učebnici zcela chybí. Z českých odborných publikací bychom ty, v nichž najdeme kapitolu věnovanou Ritgenově manévru, mohli spočítat na prstech jedné ruky, přičemž v jedné je doporučeno provádět jej prstem zavedeným v rektu bez udání časování, v druhé relativně správný postup, ovšem opět bez udání časování a v jiné doporučení užít této metody při domácím porodu coby náhradní řešení za VEX a to v době kontrakce. Bohužel se objevují i od původní myšlenky zcela obrácená vysvětlení řadící tento um mezi metody uspíšení porodu, ovšem za cenu rozsáhlých porodních poranění. Skandinávská modifikace prováděná pokrčeným prostředníkem při chránění hráze palcem a ukazovákem pomohla např. v Norsku ke snížení výskytu ruptur svalů análního svěrače ze 4,03 % roku 2002 na 1,17 % v roce 2007, což je velmi pozitivní rozdíl. Jako další využití je uváděno dokončení porodu vedeného per forcipem právě Ritgenovým manévrem, kdy jej použijeme po sejmutí kleští před prořezáním hlavičky dítěte, abychom snížili perineální trauma (RUŠAVÝ a kol., 2014). Dnešní mínění o této metodě ovlivnila i studie vycházející z výsledků porodů 1623 nullipar, jejímž výsledkem bylo, že Ritgenův manévr užitý za kontrakce nesnižuje riziko poranění análního svěrače, ovšem autoři uvádějí, že pokud Ritgen prováděl tento typ chránění hráze mimo kontrakci, nemohou se jejich výsledky objektivně vztahovat k původnímu popisu metody (JÖNSSON et al., 2008). Bylo provedeno mnoho dalších studií, které se ale výrazně ve svých výsledcích rozcházejí, což je způsobeno již výše zmíněnou různorodostí v dnešních charakteristikách provedení. Objektivní náhled by nám mohlo přinést oficiální sjednocení popisu deflexních technik, na základě kterých budoucí studie ukážou, jaký vztah je mezi Ritgenovým manévrem a vznikem porodních poranění (RUŠAVÝ a kol., 2014).

5.2.5 DIANATAL® GEL

Dianatal® gel je přípravek vyráběný v Lucembursku. Je to porodnický gel usnadňující porod dítěte v podobě zkrácení délky trvání II. doby porodní **u prvorodiček** až o 30 %, obecně pak u všech rodiček může zkrátit celou délku porodního děje až o 30 %, navíc díky vlastnostem gelu je porod méně bolestivý (DIANATAL, 2008). Snížením tření za porodu a to jak statického při děložních kontrakcích, tak dynamického při samotném vypuzování plodu z těla matčina, gel mj. pomáhá chránit svalstvo pánevního dna a hráze (MICHALÍKOVÁ, 2013). Aplikace gelu je snadná, ale určená **výhradně** pro lékaře či porodní asistentky, kteří jej buďto na prstech či pomocí aplikátorů zavedou do pochvy rodičky, kde se vytvoří tenká, ale za to dobře přilnavá vrstva povlaku, která snižuje tření v poševním kanále, takže hlavička plodu tak v porodních cestách lépe klouže - snadněji prochází. V balení Dianatal® jsou celkově tři sterilně balené stříkačky s již připraveným gelem – dvě stříkačky s bílým pístem jsou určeny pro I. dobu porodní a jedna modrá stříkačka pro aplikaci ve II. době porodní. Dianatal® přípravek je apyrogenní, baktericidní, elektrovodivý, neobsahuje latex, bez konzervačních látek, nevyvolává alergie a nemá negativní účinky ani sliznice ani oči. Dle mezinárodních směrnic působí tento přípravek čistě fyzikálně a neobsahuje žádná léčiva - je bezpečný nejen pro matku, ale i pro novorozené dítě (DIANATAL, 2008). Je patrné, že povědomí rodiček o porodnickém gelu při porodu je v ČR stále ve svých začátcích, např. i díky tomu, si jej rodička musí přinést k porodu sama. V této době je možné jej pořídit v lékárnách či přes internetové obchody kolem 1500,- Kč.

Při těchto jevech je **kontraindikováno** použít Dianatal® gel:

- známky fetální asfyxie,
- podezření na infekci plodových obalů,
- alergie ženy na kteroukoliv složku gelu,
- plánovaný porod císařským řezem (DIANATAL, 2008).

Zahraniční studie potvrzuje bezpečnost užití Dianatal® gelu, ovšem zdůrazňuje, že efekt zkrácení II. doby porodní, tedy doby vypuzovací se na vzorku 200 porodů nepotvrdil. Spekuluje se, že bude třeba více klinických studií o větším počtu zkoumaných žen (ASHWAL, 2015).

6 ZDROJE ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ PRO TĚHOTNÉ

Na těhotenství, porod, šestinedělí a i následný život s dítětem, je pro ženu dobré se připravit. Mnohdy k tomu stačí vyrůstat ve větší rodině, tedy být v podstatě neustále mezi dětmi a těmi, co se o ně starají a jindy se u ženy přirozeně spustí mateřský pud, který ve spolupráci s hormonální změnou, ke které dochází v těhotenství a v období raného mateřství, a malou počáteční dopomocí jak erudovaného personálu porodnice, tak blízkých, stačí k tomu, aby si žena uměla poradit a i přesto, že jí mohou určité neočekávané situace v těchto obdobích překvapit, nezhroutí se a péči jak o sebe, tak posléze o novorozence zvládá. Existují ale takové těhotné, které pro svůj klid potřebují více informací, ba dokonce vyhledávají co nejvíce informací prostřednictvím různých zdrojů. Ale ví, kterým zdrojům může důvěřovat a kterým se vyhnout? Touha vzdělat se je samozřejmě přirozená a některým z nás opravdu velmi pomůže. Těhotná žena je ale díky hormonálním změnám mnohem náchylnější k pláči, úzkosti, obavám či dokonce k vyděšení se, k čemuž by jí přesně mohly dovést neodborné informace o porodních poraněních - obzvláště pak prvorodička, pro kterou je období těhotenství a porodu zcela novou zkušeností a nemá úplně jasno, jaké informace jsou důvěryhodné a které ne. V této kapitole proto doporučujeme, jaké zdroje jsou vhodné a kterým by se měla těhotná, zejména prvorodička, spíše vyhnout.

6.1 PŘEDPORODNÍ KURZY

Velmi dobrým a důvěryhodným zdrojem k získání informací mj. k prevenci porodních poranění jsou předporodní kurzy, které může těhotná navštěvovat jak ve státních zařízeních, většinou přímo v porodnicích, tak i v praxích privátních porodních asistentek. Měly by být rozloženy do šesti lekcí po 60 minutách, přičemž první dvě hodiny se absolvují v polovině těhotenství a čtyři zbývající lekce po ukončeném 32. týdnu těhotenství. Tato psychoprofylaktická příprava si klade za cíl seznámit nastávající matky a příp. i jejich partnery s porodním dějem a péčí o novorozence. S předchůdcem dnešní podoby předporodních kurzů začal již ve 30. letech 20. století Angličan Dick Read, který se snažil odstranit z mysli nastávajících matek zejména strach (pomocí ovládnutí svalového tonu svalovou relaxací), a *doporučoval také přítomnost manžela při porodu a okamžitý kontakt matky s novorozencem* (ROZTOČIL, 2008, s. 150). Také v jiných státech, jako např. na Ukrajině, se začíná toto

téma přípravy rozvíjet ve stejné době, když si Velvovský a Platonov připraví teorii, že pokud je žena na porod správně připravena, pak jí porod nebude bolet, a proto se snažili vymyslet obsah ideální psychoprofylaxe. V 50. letech minulého století na tyto myšlenky navázal i Francouz Lamaze, který mj. opět zdůraznil, jak důležitý je v těhotenství a při porodu manžel, coby ženin průvodce a opora. Lamaze byl mezi prvními, kteří mezi metody přípravy na porod uvedli také speciální techniku dýchání. Na území nynější České republiky se teorii předporodní přípravy ukrajinských kolegů věnovali porodníci zejména v 50. letech minulého století, ovšem rychle od ní bylo ustupováno pro přecenění jejích účinků. Od 80. let, kdy se navrácí přirozená lidskost do našeho porodnictví, dochází k nové éře předporodní přípravy, ovšem s vytyčenými reálnými cíli. Mimo obecné informace k období těhotenství, porodu a šestinedělí se nastávající matky učí i technice správného dýchání, ovládat svalovou relaxaci či jak správně zvládat porod a zároveň spolupracovat s přítomným zdravotnickým personálem. Kurzy vede zkušená porodní asistentka, ale dle obsahu jednotlivých lekcí zve ke spolupráci více či méně také další odborníky, jako jsou fyzioterapeut, neonatolog, psycholog, laktační poradkyně či porodník. Velmi dobré je, když žena navštěvuje předporodní kurzy přímo v ústavu, kde se chystá porodit své dítě. Díky docházení tam na lekce zná totiž rodička nejen prostředí porodnice, ale také některé zdravotníky, nemluvě o tom, že většina státních porodnic obstarává v rámci kurzů i návštěvu porodních sálů, díky čemuž se nastávající matky a jejich partneři zbavují strachu z neznámého prostředí, ve kterém ale mají přitom prožít zázrak zrození. Aby byly informace na kurzech předány efektivně, probíhá každá lekce formou diskuze a to pouze v malém počtu párů, cca kolem 8. Obsah každé hodiny má por. asistentka připravený jen rámcově, neboť se ubírá většinou směrem odpovědí na otázky položené přítomnými těhotnými či jejich partnery. Mimo základní úrovně předporodních kurzů se začínají rozmáhat i nástavbové kurzy, které jsou určeny těm ženám, kterým z jakýchkoliv důvodů nestačí informace z lekcí základních. Tuto přípravu pak vede psycholog, či porodník se zkušenostmi z oboru psychosomatika. Na otázku pozitivních efektů takovéto přípravy k porodu se dá odpovědět hned několika klady, jako je eliminace úzkosti, bolesti a nutnosti užít některá léčiva při porodu, dále podpora rodičky do počátku vztahu matka – novorozenec, zvýšení sebevědomí rodičky sama v sebe či předpoklad fyziologického průběhu šestinedělí (ROZTOČIL, 2008).

6.2 WEBOVÉ DISKUZNÍ PORTÁLY

Internet je v dnešní době velmi častým zdrojem vyhledávání informací v nejrůznějších oborech, k nejrůznějším tématům. Těhotné takto vyhledávají nejen obecné porodnické informace k období očekávání dítěte a jeho příchodu na svět, ale také nejrůznější tipy a rady v otázkách cvičení, jídla, sexu, relaxace apod., tedy co jim je doporučováno a čeho se naopak vyvarovat. Problém je to, na jakých webových portálech tyto vědomosti shánějí. Existují jak internetové stránky odborné, tak laické. Rozpoznat tento rozdíl přitom nebývá tak náročné. Již na první pohled můžeme na mnoha webových stránkách vidět, kde těhotné nejen otázky kladou, ale také na ně dávají odpovědi (laické webové portály), což může být mnohdy zavádějící a ve většině případů velmi subjektivní. Tyto ženy totiž radí ostatním na základě svých vlastních zkušeností, které mohou být zkresleny v rámci jejich pocitů, které zažívaly v průběhu svého vlastního těhotenství a posléze porodu či šestinedělí. Často zde můžeme číst, že porod trval 48 hodin, či že personál nějaké určité porodnice nechal ženu protrpět porod bez podání epidurální analgezie, přestože o ni opakovaně žádala. Pokud bychom ale měli možnost prodiskutovat tyto konkrétní případy se zdravotnickým personálem, který byl porodu přítomen, dozvěděli bychom se možná to, že od prokazatelných známek začátku porodu do příchodu dítěte na svět uběhlo pouze 11 hodin, předchozí bolesti či cokoliv jiného, co žena cítila, porodu teprve předcházelo a ani žena nebyla přítomna na porodním sále, v případě druhém pak to, že v okamžiku, kdy žena o epidurální analgezií žádala, nebylo z nějakých určitých důvodů možné, jinak by jí personál samozřejmě aplikoval. Samozřejmě takhle pak snadno dojde k tomu, že prvně těhotná, tedy žena bez zkušeností, hledající si informace o porodních poraněních nebo o jejich následném hojení se na takovýchto laických webech, se vyděsí či dostane z porodu vysloveně strach, přitom by stačilo, aby místo toho využila odborných webů, které poznáme dle kontaktů či profilů redaktorů na daných internetových stránkách – tedy pokud jsou tam vypsaní lékaři, porodní asistentky a jiní vzhledem k problematice témat odborní specialisté. Informace na odborných portálech sice nemusí být vždy jen pozitivní, ale rozhodně si můžeme být jistí jejich objektivitou. Protože je ale velmi jednoduché vydávat se na internetu za někoho jiného, tedy že i zdánlivý redaktor odborník může být osobou se vzděláním naprosto odlišného charakteru než je gynekologie – porodnictví, je vůbec nejlepší vzdělávat se raději pomocí zdrojů jako je předporodní kurz nebo odborná tištěná literatura.

6.3 ODBORNÁ TIŠTĚNÁ LITERATURA

Odbornou tištěnou literaturu můžeme pokládat jistojistě za důvěryhodný zdroj informací, protože na rozdíl od internetu, zde se autor nemůže vydávat za odborníka, aniž by jím byl. Knihy jako takové prochází před vydáním obsáhlou kontrolou, nejen text a úprava, ale také autor jako takový. Pokud chce těhotná využít tohoto zdroje k získání informací, ale bojí se, že jde o nákladnou záležitost, vyvedeme ji z omylu. V dnešní době si lze téměř jakoukoliv publikaci nejen zakoupit, ale také vypůjčit, jak v městských knihovnách, tak v těch odborných. Navíc si těhotné mohou vybrat mj., jaký typ literatury jim vyhovuje. Vedle těch nejodbornějších knih, tedy učebnic pro studenty medicíny či nelékařských zdravotnických oborů, jsou na trhu také mírně beletrizované, které jsou psány tak, aby je pochopil i nezdravotník.

7 POPIS PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato bakalářská práce nese název Prevence porodních poranění prvorodičky a v praktické části jsme se prostřednictvím dotazníku soustředili na míru povědomí prvorodiček o tématu prevence porodních poranění, k čemuž jsme využili metody dotazníku, který nese stejný název jako celá práce. Porodní poranění jsou velmi diskutovaná, obzvláště v případě prvně rodících žen. Jde o komplikaci, která je častým negativním důsledkem porodu, ovšem při dnešním množství metod prevence, lze mnohým typům poranění či míře jejich projevu předejít. Takové objektivně podané informace by se měly dostat zejména k prvně rodícím ženám, proto je velmi zajímavé, že tomu tak často není.

Pro realizaci sběru dat jsme zvolili jedno ze tří oddělení šestinedělí nejvytíženější pražské porodnice – Ústav pro péči o matku a dítě v Praze 4 – a to pro jeho velkou kapacitu (přes 30 lůžek), kde je vyšší předpoklad výskytu prvorodiček, kterých bylo třeba pro náš průzkum.

Cílem průzkumu je zjistit, zda si prvorodičky v průběhu těhotenství vyhledávají informace k prevencím porodních poranění a také objasnit, jaký zdroj využívají nejčastěji, pokud se právě chtějí více vzdělat v tomto směru. Těhotné ženy mohou získat pocit, že není třeba preventivní přípravy a zvládnou porodit bez poranění i bez ní či se rovnou uchýlí např. pouze k jedné jediné metodě, aniž by se předem informovaly z odborného zdroje, jestli je pro ně právě tento typ prevence porodních poranění vhodný. Zkoumáme počet provedených episiotomií a jejich účinek prostřednictvím názoru prvorodiček, které hodnotí, jak moc efektivní tento zákrok v jejich případě byl, přičemž pro účely této práce jsme jako kritérium rozhodování se uvedli množství dalších utrpených porodních poranění. Závěrem hodnotíme také možný vztah mezi věkem prvorodiček a hledáním si informací samotné charakteristiky a o využití široké škály existujících preventivních metod vzniku porodního poranění. Je pravděpodobné, že starší prvorodičky jsou více opatrné komplexně na celý průběh těhotenství včetně porodu, tedy že si taková žena hledá více informací k tématu než mladá prvorodička, či velmi mladá.

7.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Jsou ženy ze sledovaného vzorku dostatečně informovány o možnostech, kterých mohou využít jako prevenci porodních poranění? Mají tyto znalosti odborný a objektivní charakter? Necítí prvoroďičky po porodu zvýšenou potřebu získat k tématu více informací v případě dalšího těhotenství? Nejsou tyto ženy nespokojené s výsledkem preventivně provedené episiotomie? Jsme toho názoru, že vznikají různá porodní poranění, ovšem nejčastěji v takové míře, která je veřejností považována za běžnou porodní „oběť“, kterou musí přinést každá rodička a proto metody snižující výskyt těchto komplikací zná a využívá stále ještě málo z nich.

7.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

CÍL 1: Zjistit míru informovanosti rodiček ze zkoumaného vzorku k prevenci porodních poranění.

Průzkumná otázka č. 1a: Jak by ženy podle svého úsudku charakterizovaly pojem prevence porodních poranění?

Průzkumná otázka č. 1b: Z jakého zdroje čerpaly ženy nejčastěji informace k tématu Prevence porodních poranění?

CÍL 2: Zjistit četnost využití preventivních metod snižující počet porodních poranění ve zkoumané skupině žen.

Průzkumná otázka č. 2a: Jakého typu prevence porodních poranění ženy během svého těhotenství využily?

Průzkumná otázka č. 2b: Proč ženy žádné preventivní metody porodních poranění nevyužily?

CÍL 3: Zjistit, jaká porodní poranění respondentky při porodu utrpěly a zda ty, kterým byla při porodu provedena episiotomie, si myslí, že byla epiziotomie dostatečně efektivním řešením dané situace.

Průzkumná otázka č. 3a: Jaké porodní poranění ženy při porodu utrpěly?

Průzkumná otázka č. 3b: Myslí si ženy, kterým byla při porodu provedena episiotomie, že byl tento zákrok dostatečně efektivním řešením dané situace?

CÍL 4: Zjistit, zda nějak souvisí věk respondentek s vyhledáváním informací k prevenci porodních poranění a jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání.

Průzkumná otázka č. 4a: Má věk prvorodičky vliv na vyhledávání informací k prevenci porodních poranění?

Průzkumná otázka č. 4b: Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání prvorodiček?

Průzkumná otázka č. 4c: Má věk prvorodičky vliv na touhu dozvědět se více v případě dalšího těhotenství o prevenci porodních poranění?

7.3 METODIKA PRŮZKUMU

Pro získání dat k vyhodnocení průzkumu jsme využili kvantitativní metody zkoumání a vzhledem k tomu, že jde o empirický průzkum, zvolili jsme metodu anonymního strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce, který vyplňovali respondenti ručně v tištěné formě, a dotazník jim byl předáván ve spolupráci s porodními asistentkami daného oddělení. Dotazovaní byli slovem i písmem ujištěni o zachování anonymity a o využití získaných dat pouze pro účely bakalářské práce. Dotazník obsahuje deset otázek, k nimž jsme stanovili tři cíle. Na cíl č. 1 jsou zaměřeny položky č. 1 a 5, na určený cíl 2 odpovídají položky č. 6 a 7, cíl 3 je zjišťován položkami 2 a 3, a cíl 4 jsme sledovali položkami 4, 8, 9 a 10.

7.4 CÍLOVÁ SKUPINA

Cílovou skupinou byly pouze ženy prvorodičky, tedy ty, které dosud porodily pouze jednou a to jak po vaginálním porodu, tak po porodu per sectionem caesarea (porod vedený císařským řezem). Studie se nemohly zúčastnit ženy, které zatím nikdy nerodily, protože by nebyly schopny objektivně zhodnotit otázky z hlediska ženy po

porodu, a ty, které již rodily více než jednou, jejichž odpovědi by byly zkreslené zkušenostmi i z dalších proběhlých porodů.

7.5 CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ

Dotazníky pro zpracování praktické části této bakalářské práce byly po schválení sběru dat předány na oddělení P1 (šestinedělí) v pražské porodnici Ústav pro péči o matku a dítě, konkrétně porodním asistentkám zde pracujícím, aby je pak dávaly nově přijímaným primiparám k vyplnění. Tento ústav má tři oddělení šestinedělí, ovšem kapacitně největší je oddělení P1, kde měl autor práce jistotu velkého počtu zde soustředěných primipar a také, že celková doba průzkumu nebude tak dlouhá. Oslovené ženy vyplňovaly dotazník většinou na pokoji, kde byly hospitalizovány, v době, kdy jejich miminko spalo, tedy nepotřebovalo jejich péči. Jelikož každá žena je v prvních dnech po porodu velmi unavená a potřebuje využít co nejvíce času k rozvoji vztahu matka – dítě, byly všechny respondentky autorem práce osobně či v zastoupení porodních asistentek, které na daném oddělení pracují, ujištěny, že mají pro vyplnění dotazníku čas až do propuštění do domácí péče, tedy minimálně 72 hodin od porodu.

7.6 REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro účely průzkumu byl sepsán dotazník obsahující deset položek. Struktura dotazníku byla tvořena v průběhu listopadu 2016 a v prosinci téhož roku byla provedena pilotní studie, kdy bylo za účelem vyplnění dotazníku osloveno několik náhodně vybraných prvorodiček. Jelikož všechny oslovené ženy dotazníku rozuměli, nedošlo k žádným úpravám.

Dne 9. 1. 2017 byl dotazník poskytnut hlavní sestře ÚPMD (Gabriele Kalouskové) pro kontrolu a jeho schválení a 16. 1. 2017 byl schválený dotazník umístěn na oddělení P1 šestinedělí, kde byla nejdříve oslovena staniční sestra Bc. Tereza Švarcová a přítomné porodní asistentky zde pracující z důvodu porozumění tématu a kritérií studie. Všechny porodní asistentky byly požádány o spolupráci v přímé distribuci dotazníku hospitalizovaným prvorodičkám. Celkem se zpracovalo 50 dotazníků.

7.7 ANALÝZA DAT

V této části práce jsou zobrazeny výsledky dotazníkové studie pomocí slovní interpretace, tabulek a grafů. Slovní hodnocení a tabulky, které byly zhodnoceny formou absolutní a relativní četnosti, byly vytvořeny v programu MS Word 2010 a grafy pak v programu MS Excell 2010. Pro zhodnocení některých získaných dat bylo použito statistického zpracování dat - testu nezávislosti chí-kvadrát (χ^2), přičemž sílu závislosti jsme vypočítali pomocí Cramerova koeficientu. K testování jsme využili aplikace z webové stránky <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/final.php>.

Položka 1 Co znamená podle Vás termín prevence porodních poranění?

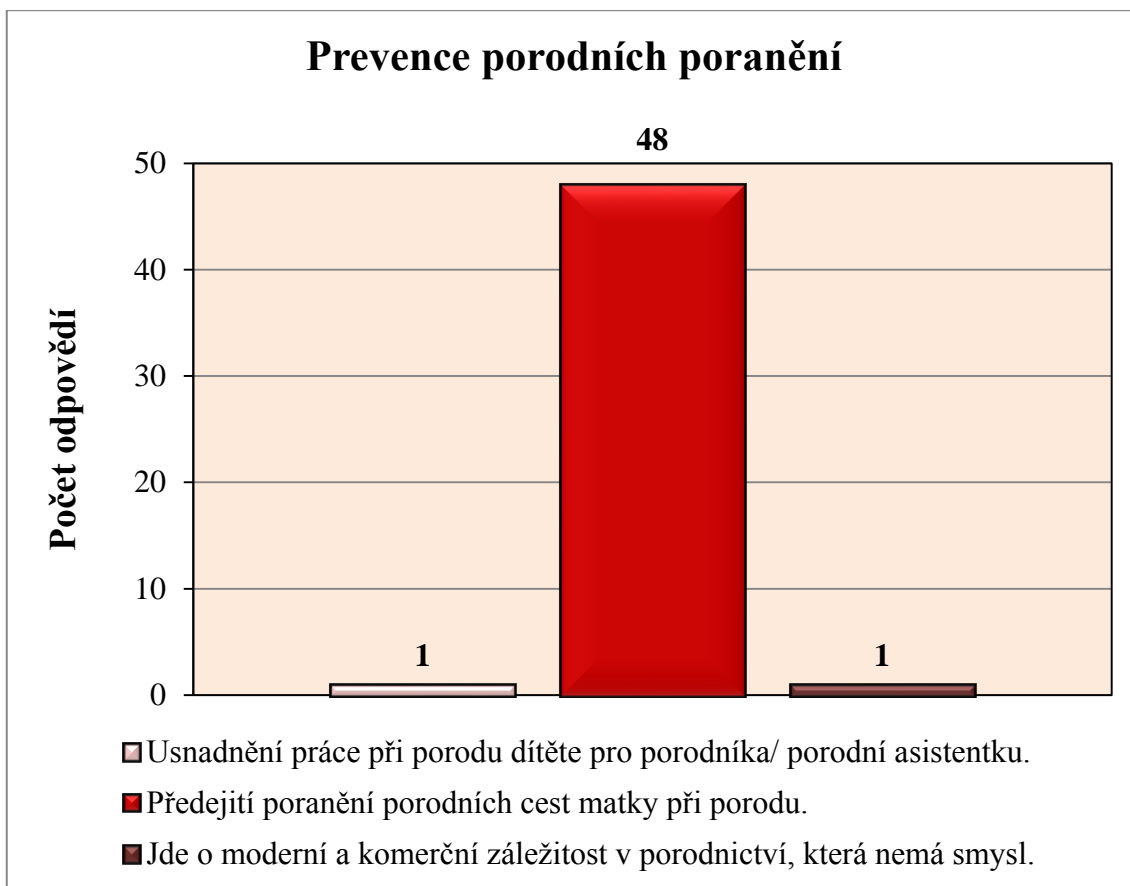
- a) Usnadnění práce při porodu dítěte pro porodníka/ porodní asistentku.
- b) Předejítí poranění porodních cest matky při porodu.
- c) Jde o moderní a komerční záležitost v porodnictví, která nemá smysl.

Tabulka 1 Prevence porodních poranění

Prevence porodních poranění		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Usnadnění práce při porodu dítěte pro porodníka/ porodní asistentku.	1	2,00 %
Předejítí poranění porodních cest matky při porodu.	48	96,00 %
Jde o moderní a komerční záležitost v porodnictví, která nemá smysl.	1	2,00 %
Celkem	50	100,00 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 1 Prevence porodních poranění



Zdroj: autor, 2017

První otázkou jsme zkoumali míru vzdělanosti žen v prevenci porodních poranění. Použili jsme k tomu jednoduchý dotaz, co podle jejich mínění tento pojem znamená. Původně jsme očekávali, že všechny respondenty označí možnost „Předejití poranění porodních cest matky při porodu.“, ovšem výsledky byly jiné. 1 žena z 50 odpověděla, že se jedná o usnadnění práce při porodu dítěte pro porodníka/ porodní asistentku, což činí 2,00 %, další 1 žena z 50 si myslí, že jde o moderní a komerční záležitost v porodnictví, která nemá smysl, ale zbylých 48 dotázaných rodiček činící 96,00 % bylo dle předpokladu pro odpověď b, tedy předejití poranění porodních cest matky při porodu.

Položka 2 Jaké porodní poranění jste při porodu utrpěla?

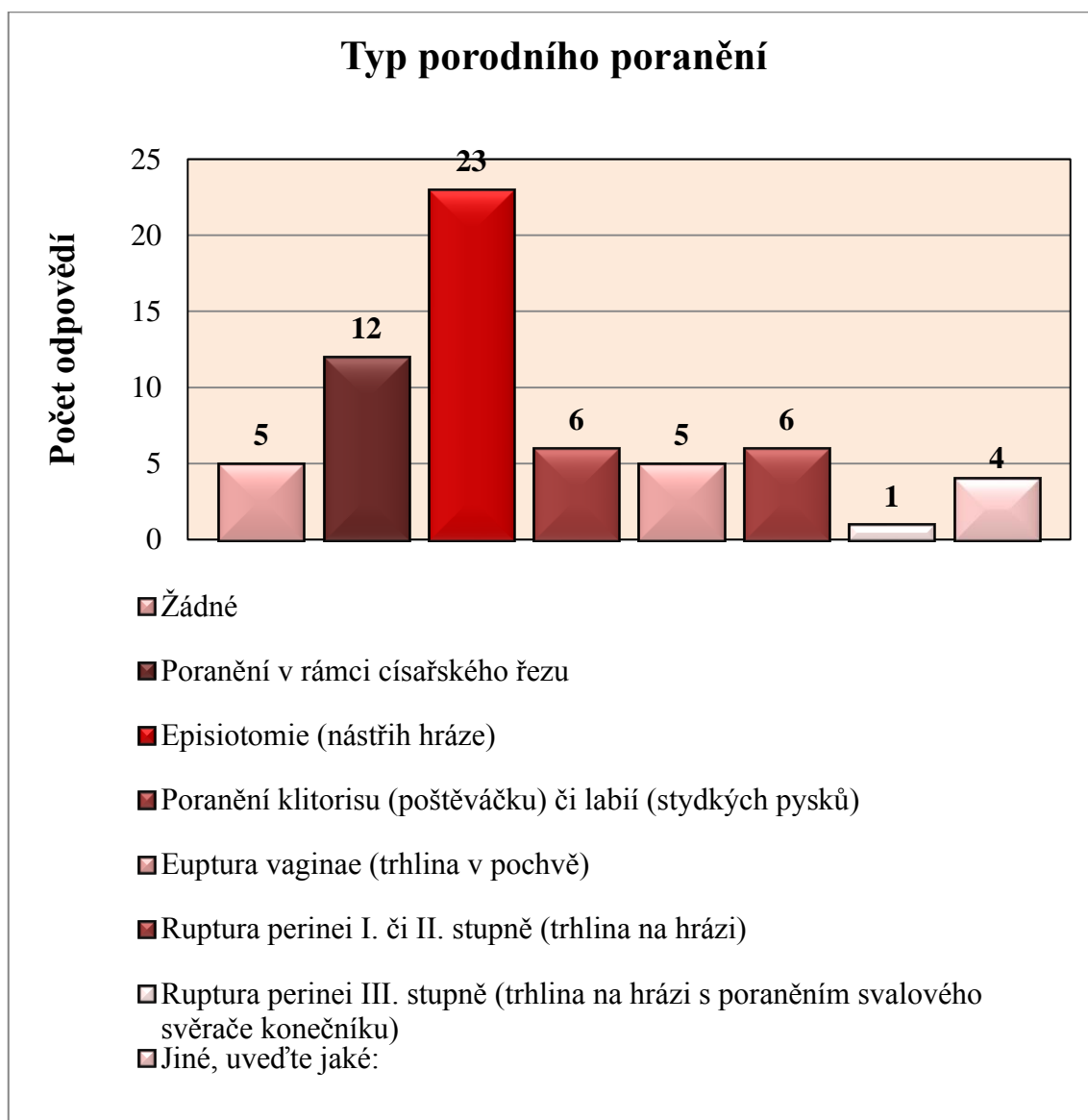
- a) Žádné
- b) Poranění v rámci císařského řezu
- c) Epiziotomie (nástřih hráze)
- d) Poranění klitorisu (poštěváčku) či labií (stydkých pysků)
- e) Ruptura vaginae (trhlina v pochvě)
- f) Ruptura perinei I. či II. stupně (trhlina na hrázi)
- g) Ruptura perinei III. stupně (trhlina na hrázi s poraněním svalového svěrače konečníku)
- h) jiné, uveďte jaké:

Tabulka 2 Typ porodního poranění

Typ porodního poranění		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné	5	10,00 %
Poranění v rámci císařského řezu	12	24,00 %
Epiziotomie (nástřih hráze)	23	46,00 %
Poranění klitorisu (poštěváčku) či labií (stydkých pysků)	6	12,00 %
Ruptura vaginae (trhlina v pochvě)	5	10,00 %
Ruptura perinei I. či II. stupně (trhlina na hrázi)	6	12,00 %
Ruptura perinei III. stupně (trhlina na hrázi s poraněním svalového svěrače konečníku)	1	2,00 %
Jiné, uveďte jaké:	4	8,00 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 2 Typ porodního poranění



Zdroj: autor, 2017

Druhou otázkou sledujeme četnost a typ porodních poranění, která jednotlivé respondentky při porodu utrpěly. Na tuto otázku bylo povinné odpovědět, ovšem dotazované mohly zvolit více odpovědí, ze kterých jsme vyčetli 12 označených poranění v rámci císařského řezu, 46,00 % respondentek označilo nástřih hráze, tedy epiziotomii, která je nejčetnější odpovědí na tuto otázku. Zbylé odpovědi již nebyly svým počtem až tak výrazné, zajímavé ale je souhra v množství odpovědí poranění klitorisu (poštěváčku) či labií (stydkých pysků) a ruptura perinei I. či II. stupně (trhlina na hrázi), které označilo vždy 6 respondentek. 5 dotázaných utrpělo rupturu vaginae (trhlinu v pochvě) a nad naše očekávání, 5 žen neutrpělo žádné poranění a velmi pozitivní je, že pouze jedna žena ze sledovaného vzorku označila rupturu perinei III.

stupně (trhlina na hrázi s poraněním svalového svěrače konečníku). Zbýlých 8,00 % respondentek, konkrétně 4 z celkových 62, utrpělo jiná poranění, přičemž jedna žena má 3 stehy, ale neví přesně proč, další respondentka měla poraněné děložní hrdlo (cervix), jedna žena se zotavovala z trhliny v děloze a poslední z této skupiny odpovědí uvedla prasknutí dělohy při šití (vysoká krevní ztráta).

Položka 3 Pokud Vám byla při porodu provedena epiziotomie, do jaké míry byla podle Vašeho názoru efektivním řešením dané situace?

1 = Absolutně neefektivní, utrpěla jsem mnoho dalších porodních poranění.

2 = Málo efektivní, utrpěla jsem min. jedno další porodní poranění.

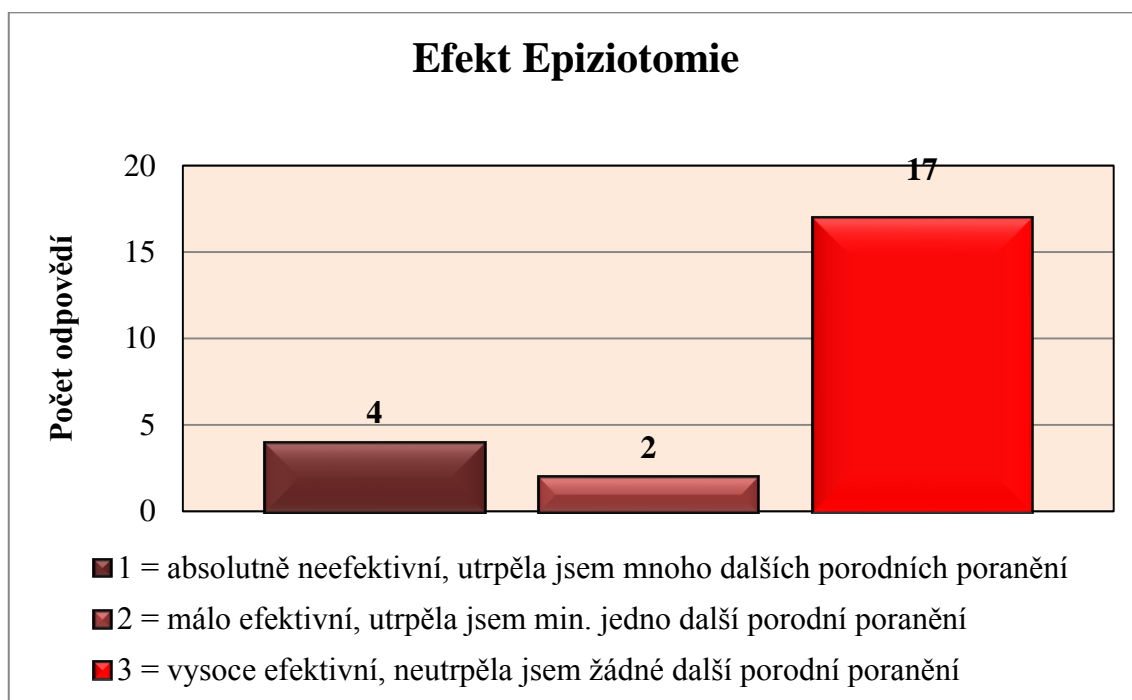
3 = Vysoce efektivní, neutrpěla jsem žádné další porodní poranění.

Tabulka 3 Efekt Epiziotomie

Efekt Epiziotomie		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 = absolutně neefektivní, utrpěla jsem mnoho dalších porodních poranění	4	17,39 %
2 = málo efektivní, utrpěla jsem min. jedno další porodní poranění	2	8,70 %
3 = vysoce efektivní, neutrpěla jsem žádné další porodní poranění	17	73,91 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 3 Efekt Epiziotomie



Zdroj: autor, 2017

Ve třetí otázce nás zajímal názor na provedení epiziotomie, konkrétně těch dotázaných, kterým byl při porodu tento zákrok proveden, ostatní respondentky tedy tuto položku přeskočily a pokračovaly k otázce č. 4. Pro potřeby této práce jsme jako posuzovací faktor efektu epiziotomie zvolili fakt, zda daná žena utrpěla ještě nějaká další porodní poranění, či nikoliv. Z celkově 23 respondentek jich pouze 17,39 % považuje tuto porodnickou operaci za absolutně neefektivní, neboť utrpěly mnoho dalších poranění, kdežto 17 respondentek (73,91 %), tedy většina, označila možnost vysoce efektivní, neboť to bylo jejich jediné porodní poranění a zbylé 2 ženy, což činí 8,70 % z celku, si myslí, že šlo o málo efektivní řešení dané situace, protože utrpěly minimálně ještě jedno další porodní poranění.

Položka 4 Vyhledávala jste někdy informace k prevenci porodních poranění?

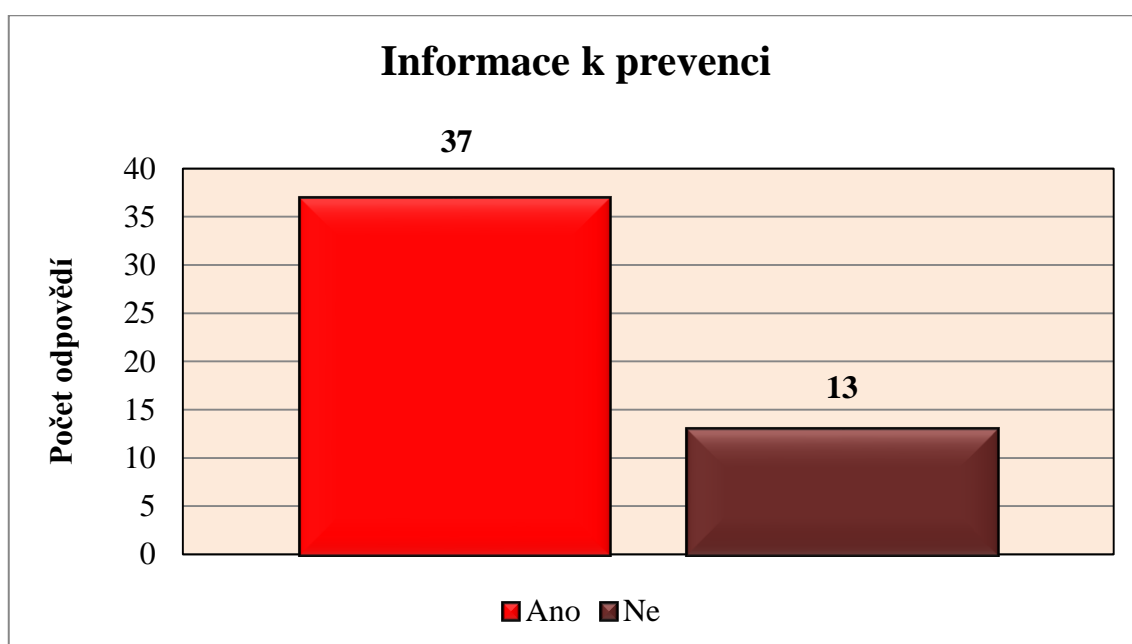
- a) Ano
- b) Ne

Tabulka 4 Informace k prevenci

Informace k prevenci		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	74,00 %
Ne	13	26,00 %
Celkem	50	100,00 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 4 Informace k prevenci



Zdroj: autor, 2017

Naše další otázka, v pořadí čtvrtá, zjišťovala, kolik žen si někdy vyhledávalo informace k prevenci porodních poranění. Tato otázka byla povinná opět pro všechny respondentky, dostali jsme tedy 50 odpovědí, a jelikož jsme očekávali převahu pozitivních odpovědí, kterých skutečně byla většina o 37 odpovědích, překvapilo nás pouze to, kolik žen tomuto tématu ještě stále nepřikládá takový význam, aby se o možnostech předejití porodních poranění informovala. Takových žen bylo v našem sledovaném vzorku 13 (26,00 %).

Položka 5 Pokud jste na otázku č. 4 odpověděla ano, z jakého zdroje jste čerpala nejčastěji informace k prevenci porodních poranění?

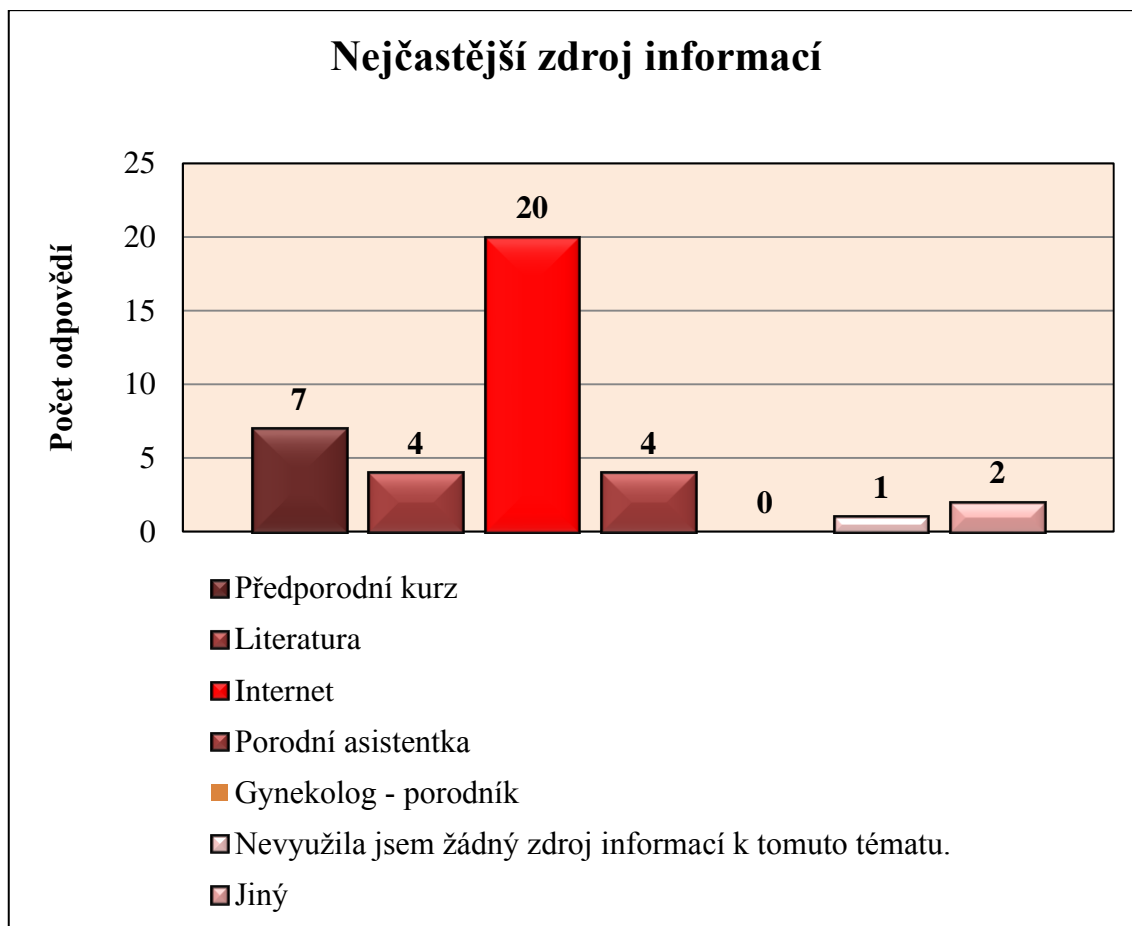
- a) Předporodní kurz
- b) Literatura
- c) Internet
- d) Porodní asistentka
- e) Gynekolog – porodník
- f) Jiný zdroj, uveďte jaký:
- g) Nevyužila jsem žádný zdroj informací k tomuto tématu.

Tabulka 5 Nejčastější zdroj informací

Nejčastější zdroj informací		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Předporodní kurz	7	18,42 %
Literatura	4	10,53 %
Internet	20	52,63 %
Porodní asistentka	4	10,53 %
Gynekolog - porodník	0	0,00 %
Nevyužila jsem žádný zdroj informací k tomuto tématu.	1	2,63 %
Jiný	2	5,26 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 5 Nejčastější zdroj informací



Zdroj: autor, 2017

Otázka pátá byla jen pro respondentky, které v předchozím dotazu odpověděly, že již někdy vyhledávaly informace k prevenci porodních poranění. Tyto ženy mohly u otázky č. 5 zvolit pouze jednu odpověď. Jak jsme předpokládali, nejvyšší početní zastoupení, v otázce nejčastěji využívaného zdroje informací k prevenci porodních poranění, měl internet, ze kterého se vzdělávalo 20 žen. Zbýlých 18 odpovědí se rozdělilo mezi předporodní kurz (7 žen), literaturu (4 ženy), porodní asistentku, kterou volily také 4 ženy (10,53 %), 1 žena napsala, že nevyužila žádného zdroje a 2 ženy se nejčastěji informovaly u jiného zdroje, než bylo zmíněno – u fyzioterapeutky a u kamarádky. Pro zajímavost, možnost gynekolog-porodník nevybrala ani jedna respondentka, což ale znamená pouze to, že lékař nebyl nejčastějším zdrojem informací k tématu, nikoliv, že by jej ženy vynechaly úplně.

Položka 6 Jaké způsoby prevence porodních poranění jste během Vašeho těhotenství využila?

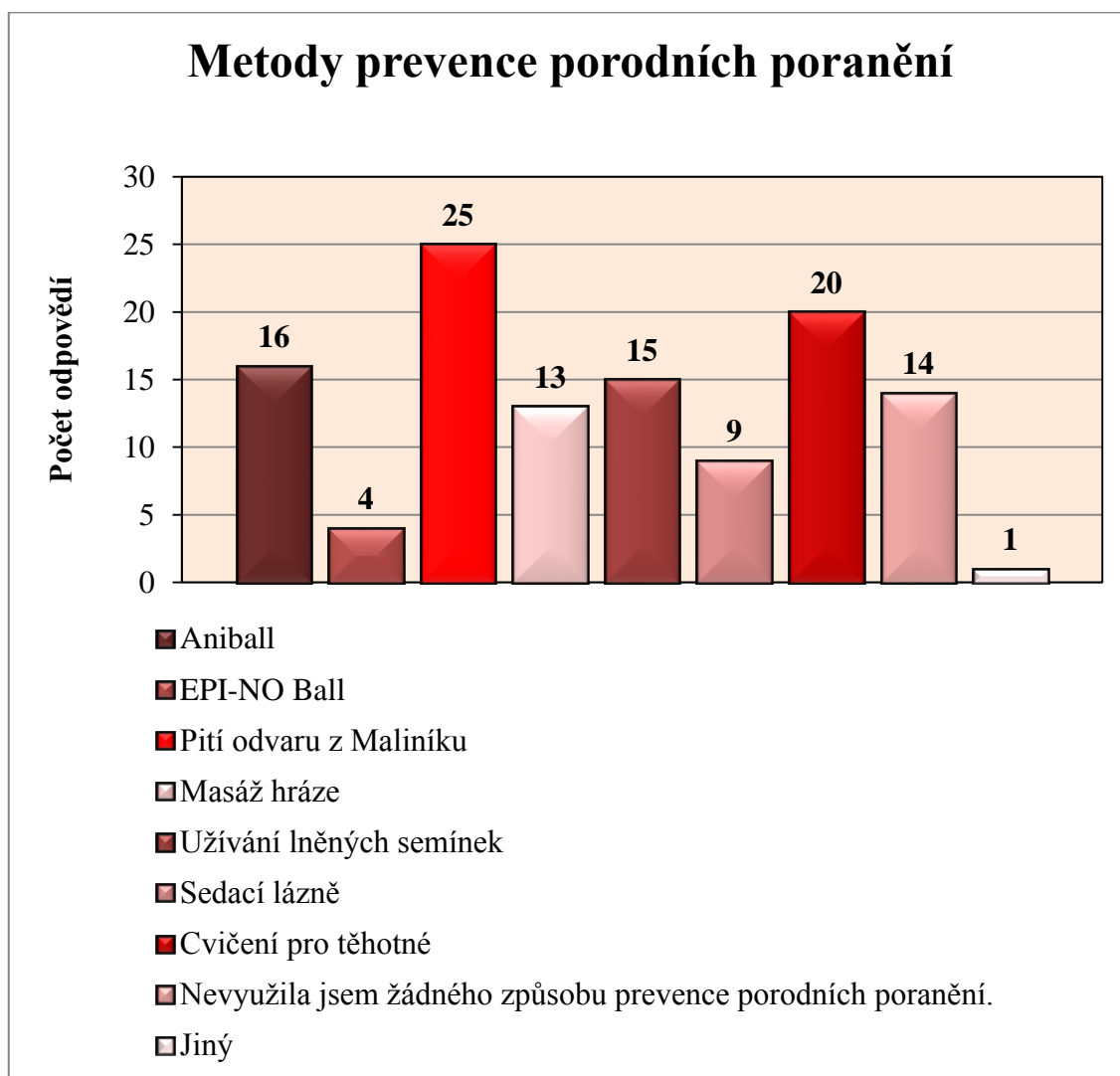
- a) Aniball
- b) EPI-NO Ball
- c) Pití odvaru z Maliníku
- d) Masáž hráze
- e) Užívání lněných semínek
- f) Sedací lázně
- g) Cvičení pro těhotné
- h) jiný způsob, uveďte jaký:
- i) Nevyužila jsem žádného způsobu prevence porodních poranění.

Tabulka 6 Metody prevence porodních poranění

Metody prevence porodních poranění		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Aniball	16	32,00 %
EPI-NO Ball	4	8,00 %
Pití odvaru z Maliníku	25	50,00 %
Masáž hráze	13	26,00 %
Užívání lněných semínek	15	30,00 %
Sedací lázně	9	18,00 %
Cvičení pro těhotné	20	40,00 %
Nevyužila jsem žádného způsobu prevence porodních poranění.	14	28,00 %
Jiný	1	2,00 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 6 Metody prevence porodních poranění



Zdroj: autor, 2017

S přibývajícím počtem dokončených klinických studií začíná být jasné, které preventivní metody mají opravdu pozitivní vliv na vznik porodních poranění a naopak. Jelikož se k těmto informacím ale zatím dostávají spíše odborníci než veřejnost, vložili jsme do dotazníku i povinně zodpověditelnou otázku pro všechny respondentky s možností vybrat více odpovědí, a to, jaké způsoby prevence porodních poranění v průběhu těhotenství využily, abychom zjistili míru informovanosti prvorodiček ohledně prokázaných účinků některých metod a obráceně. Vyšly nám velmi rozdílná čísla: 25 žen pilo v těhotenství odvar z maliníkového listí, ale také nezanedbatelné číslo hovořilo pro těhotenské cvičení (20 respondentek). K používání českého, vaginálního, dilatačního balonku Aniball se přihlásilo 16 žen a 15 žen, které tvoří 30,00 % odpovědí, zase označilo užívání lněných semínek. Masáž hráze, která má prokazatelně pozitivní účinky na perineum, provádělo 14 žen a 9 respondentek si dopřávalo pravidelné sedací

lázně. Pouze 4 odpovědi z celkových 117 získaných ukazovaly na EPI-NO ball, který je zahraniční alternativou českého Aniballu, a pouze jediná dotázaná zvolila možnost jiného užívaného způsobu prevence, který popsala jako homeopatika. V celku výrazných 14 respondentek nevyužilo žádné preventivní metody porodních poranění, které nám důvody pro toto rozhodnutí popsaly v další otázce.

Položka 7 Pokud jste na otázku č. 6 odpověděla „nevyužila jsem žádného způsobu prevence porodních poranění“, uveďte proč?

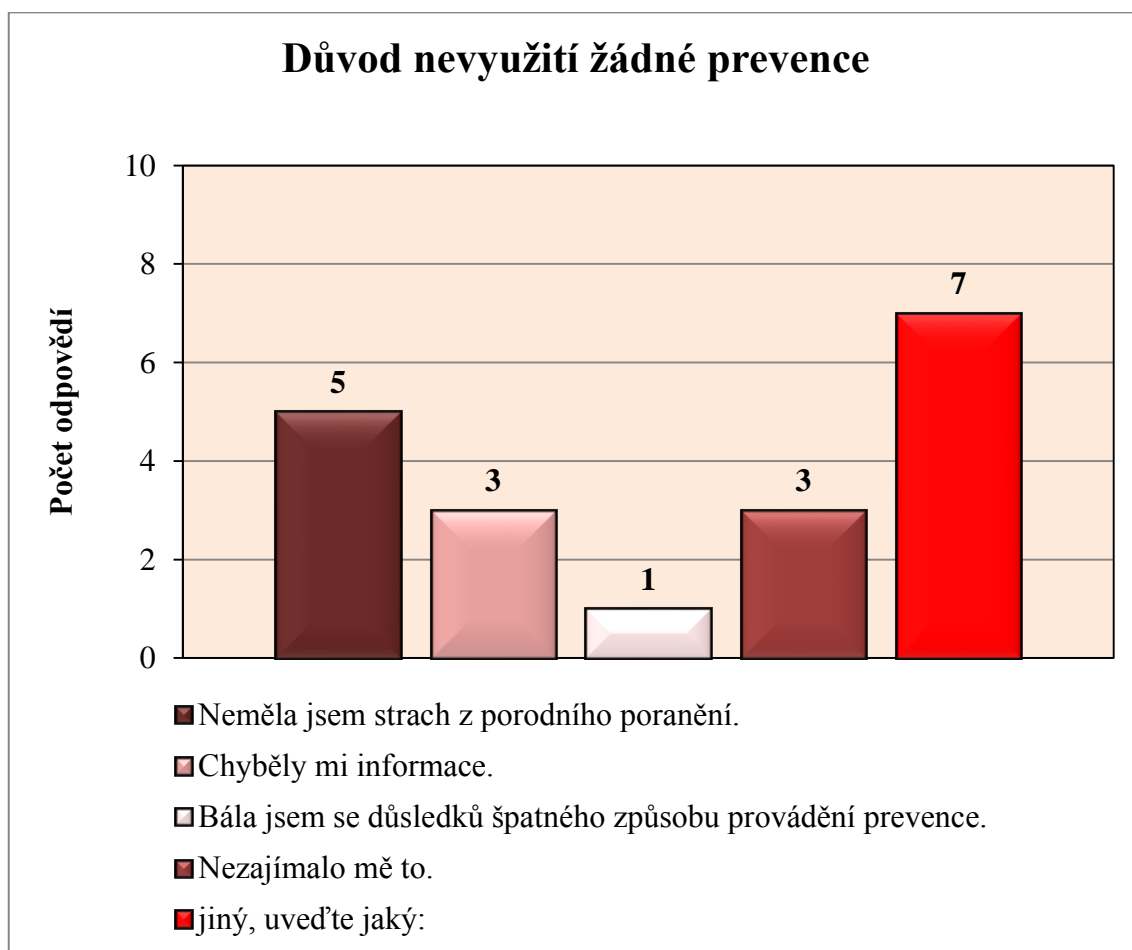
- a) Neměla jsem strach z porodního poranění.
- b) Chyběly mi informace.
- c) Bála jsem se důsledků špatného způsobu provádění prevence.
- d) Nezajímalo mě to.
- e) Jiný důvod, uveďte jaký:

Tabulka 7 Důvod nevyužití žádné prevence

Důvod nevyužití žádné prevence		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neměla jsem strach z porodního poranění.	5	35,71 %
Chyběly mi informace.	3	21,43 %
Bála jsem se důsledků špatného způsobu provádění prevence.	1	7,14 %
Nezajímalo mě to.	3	21,43 %
jiný	7	49,98 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 7 Důvod nevyužití žádné prevence



Zdroj: autor, 2017

Jelikož je důležité pokusit se předejít vzniku porodních poranění a předpokládali jsme existenci mnoha různých zdrojů, odkud se o takové prevenci můžeme dozvědět, položili jsme 14 respondentkám ze sledovaného vzorku, které žádného způsobu prevence nevyužily, otázku, proč tomu tak bylo, přičemž mohly vybrat více odpovědí. Pouze jedna žena se bála důsledků špatného způsobu provádění zmíněné prevence, zato 3 ženy to nezajímalo, dalším 3 chyběly informace a 5 žen (téměř 36 %) nemělo strach z porodních poranění. Nejpočetnější odpovědí této otázky byl jiný důvod, kde 2 ženy z celkových 7 uvedly důvěru v mínění a rozhodování personálu porodnice, 2 ženám z této skupiny se po získání informací zdály veškeré metody prevence jako „hloupost“ a další žena ze zmíněných 7 uvedla, že neužila žádné preventivní metody porodních poranění, aby nedošlo k roztažení svalstva a díky tomu neměla poté nekvalitní sex. Jedna respondentka se tomuto tématu nestihla věnovat a poslední odpověď poukázala na plánovaný císařský řez. V takovém případě není preventivních metod dost vhodná, neboť žádná z nich nedokáže zabránit poranění, které žena utrpí v rámci tohoto zákroku.

Položka 8 Chcete se v případě dalšího těhotenství více vzdělat v prevenci porodních poranění?

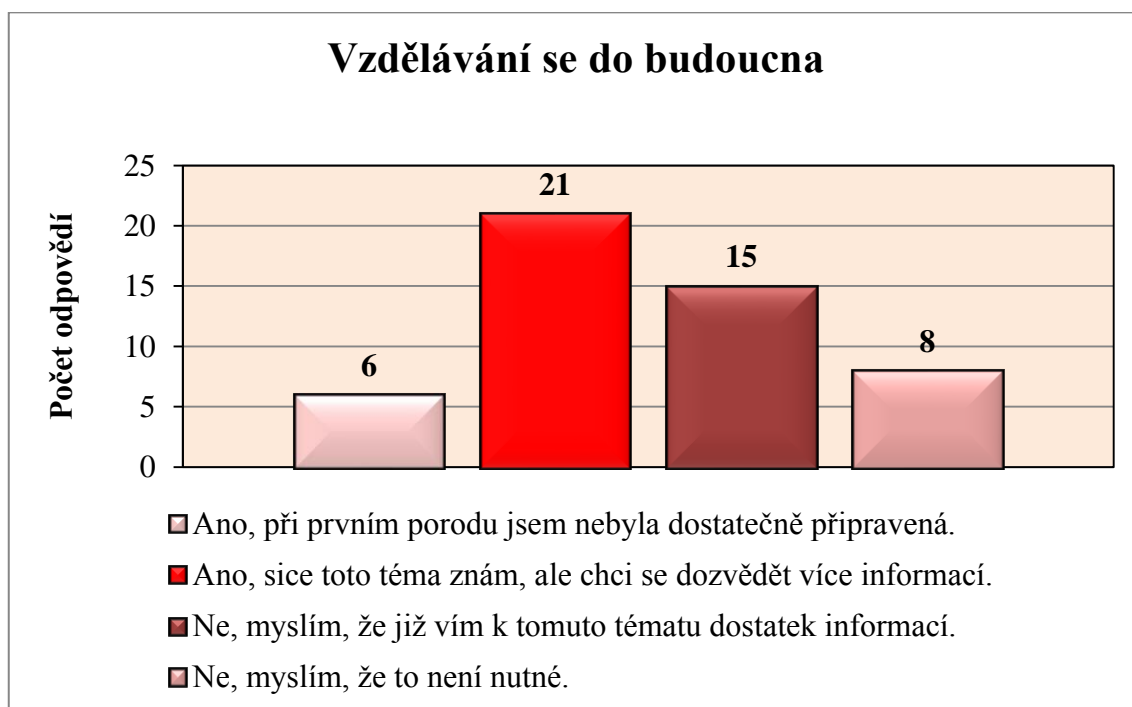
- a) Ano, při prvním porodu jsem nebyla dostatečně připravená.
- b) Ano, sice toto téma znám, ale chci se dozvědět více informací.
- c) Ne, myslím, že již vím k tomuto tématu dostatek informací.
- d) Ne, myslím, že to není nutné.

Tabulka 8 Vzdělávání se do budoucna

Vzdělávání se do budoucna		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, při prvním porodu jsem nebyla dostatečně připravená.	6	12,00 %
Ano, sice toto téma znám, ale chci se dozvědět více informací.	21	42,00 %
Ne, myslím, že již vím k tomuto tématu dostatek informací.	15	30,00 %
Ne, myslím, že to není nutné.	8	16,00 %
Celkem	50	100,00 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 8 Vzdělávání se do budoucna



Zdroj: autor, 2017

Všech 50 respondentek mělo povinnost odpovědět i na otázku č. 8, mohly volit pouze jednu odpověď. Je zajímavé, že 42,00 % žen (21 respondentek) se chce v případě dalšího těhotenství dozvědět více informací, ale zároveň dalších 30,00 % dotázaných (15 žen) je toho názoru, že již má k prevenci porodních poranění dostatek informací, tedy není třeba se k této problematice vzdělávat dál. Pro dalších 8 žen není nutné se dále více vzdělávat, oproti tomu 6 zbývajících prvorodiček se při prvním porodu cítila málo připravená a v budoucnu se chce k prevenci vzniku porodních poranění určitě vrátit.

Položka 9 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

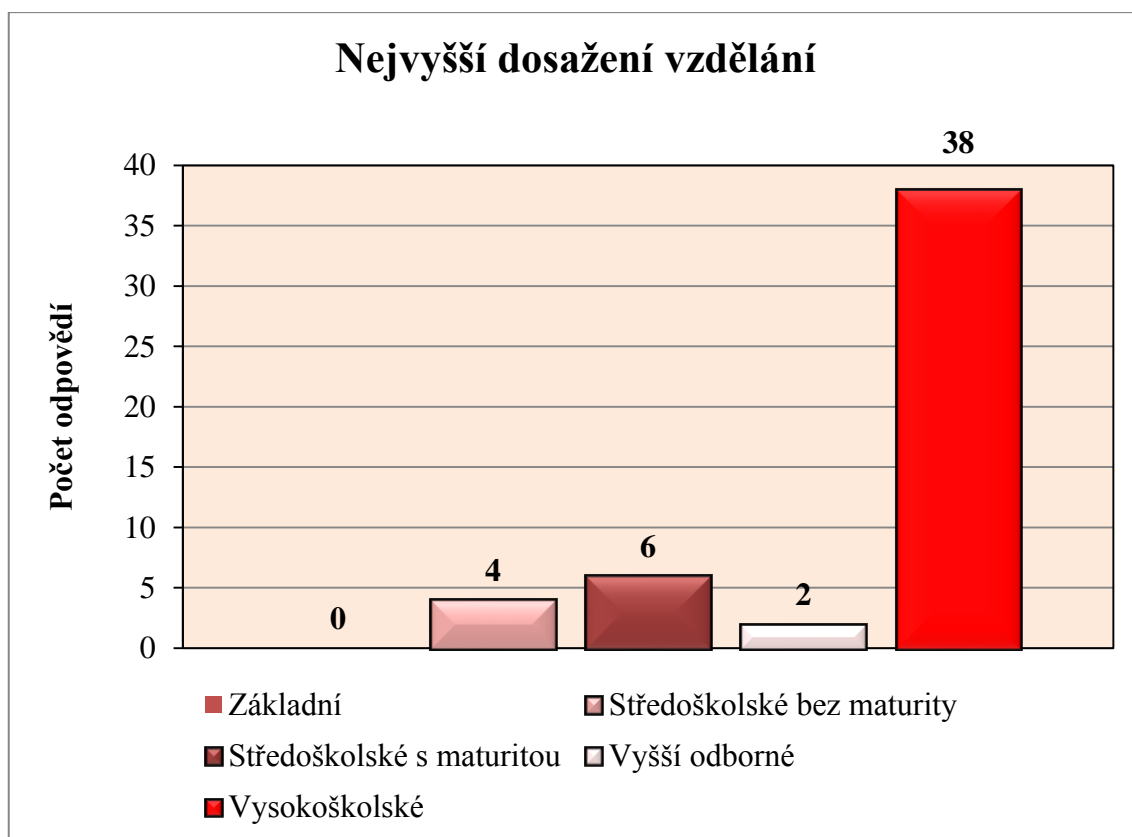
- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

Tabulka 9 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	0	0,00 %
Středoškolské bez maturity	4	8,00 %
Středoškolské s maturitou	6	12,00 %
Vyšší odborné	2	4,00 %
Vysokoškolské	38	76,00 %
Celkem	50	100,00 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 9 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: autor, 2017

Otázka č. 9 se zaměřila na zjištění nejvyššího dosaženého vzdělání všech 50 žen, které se zúčastnily tohoto průzkumu. Nadpoloviční většina 38 žen (76,00 %) ze

sledovaného vzorku má vysokoškolský titul, dále 6 žen dokončilo střední školu a maturitou a jen o dvě označení méně poukazuje na střední vzdělání bez maturity. Na fakt, že absolventi středních škol s maturitou, kteří chtějí pokračovat ve studiu, se hlásí spíše na vysoké školy, ukazuje i malý počet respondentek s nejvyšším dosaženým vzděláním - vyšší odbornou školou, kterých v našem průzkumu byly pouze 4,00% (2 ženy). Nulová četnost odpovědi a, tedy základní vzdělání, zase poukazuje na vyspělost regionu, v němž se náš průzkum realizoval.

Položka 10 Kolik je Vám let?

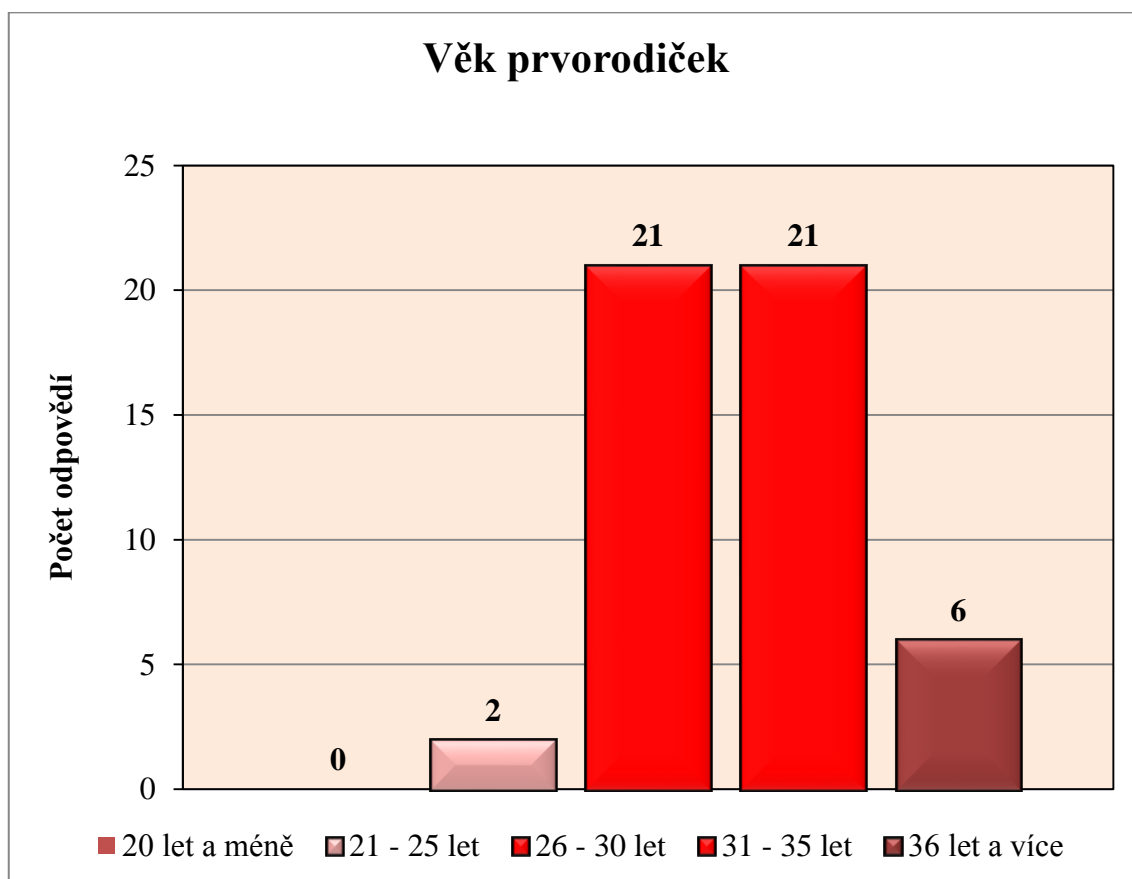
- a) 20 let a méně
- b) 21 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) 36 let a více

Tabulka 10 Věk prvorodiček

Věk prvorodiček		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 let a méně	0	0,00 %
21 - 25 let	2	4,00 %
26 - 30 let	21	42,00 %
31 - 35 let	21	42,00 %
36 let a více	6	12,00 %
Celkem	50	100,00 %

Zdroj: autor, 2017

Graf 10 Věk prvorodiček



Zdroj: autor, 2017

V poslední otázce jsme se ptali respondentek na jejich aktuální věk. I tato otázka byla povinnou pro všechny dotazované. Odpověď 20 a méně let zůstala na čísle 0, téměř stejně tomu bylo tak i u skupiny 21-25 let, ve které se nacházely pouze 2 dotázané. Přesto, že ideální věk pro první porod je kolem 22 let, některé prameny uvádějí 22-26 let, 12,00 % respondentek z našeho průzkumu bylo v době prvního porodu starší 36 let. Zajímavě nám vyšly zbylé dvě možnosti odpovědi, které se shodují v četnosti odpovědí. V našem sledovaném vzorku bylo 21 žen věku 26-30 let a stejně tak věku 31-35 let, což můžeme zhodnotit i tak, že 84 % našich respondentek bylo v době realizace průzkumu mezi 26-35 lety, což poukazuje na stále proměnlivý trend průměrného věku prvorodiček.

7.8 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT A CRAMERŮV KOEFICIENT

Pro vybrané položky jsme provedli testování pomocí testu nezávislosti chí kvadrát a pro zjištění míry závislosti byl vypočten Cramerův koeficient. Nejprve jsme vytvořili kontingenční tabulky, ve kterých byly uvedeny skutečné četnosti, a poté byl proveden výpočet očekávaných četností, za pomoci kterých jsme učinili kontrolu, zda skutečně můžeme použít test nezávislosti. Abychom mohli pracovat s chí kvadrátem, nesmí být žádná z hodnot menší než jedna a pouze 20 % hodnot smí být menší jak pět. Porovnávali jsme spočtené hodnoty testového kritéria s kritickou hodnotou tabulky pro daný počet stupňů volnosti, včetně hladiny významnosti, kterou jsme určili 10 %. Počet stupňů volnosti udávající počet sloupců a řádků je roven součinu počtu řádků mínus jedna a stejně tak u sloupců (tedy počet sloupců mínus jedna). V případě, že je kritická hodnota menší než vypočtená hodnota testového kritéria, je třeba rozhodnout, jestli se mezi sledovanými znaky nachází nějaká závislost. Jestliže je kritická hodnota větší než hodnota vypočtená, jde o znaky nezávislé a na sílu vztahu poukazuje Cramerův koeficient. Čím více se však kritická hodnota blíží jedné, tím je závislost větší a významnější. Za situace, kdy se kritická hodnota rovná nule, musíme říci, že mezi znaky závislost není. Pro výpočet chí kvadrátu a Cramerova koeficientu jsme v našem průzkumu zvolili otázku 10 proti otázce 4 a 8. Jak otázka 4 proti otázce 10, tak ani otázka 8 proti otázce 10 nevykazuje závislost. Výpočty závislosti otázek 4 a 8 proti otázce 10 můžeme shlédnout v následujících tabulkách a grafech. V otázce 10 jsme odpovědi 20 a méně let, 21-25 let a 26-30 let sloučili do odpovědi Méně než 30 let a možnosti 31-35 let s 36 let a více byly sloučeny v odpověď 31 let a více. Toto jsme použili pro oba zkoumané případy testu závislosti.

Zkoušeli jsme použít test nezávislosti i u dalších otázek, ovšem nebylo možné jej použít ani po sloučení jednotlivých odpovědí daných otázek do skupin.

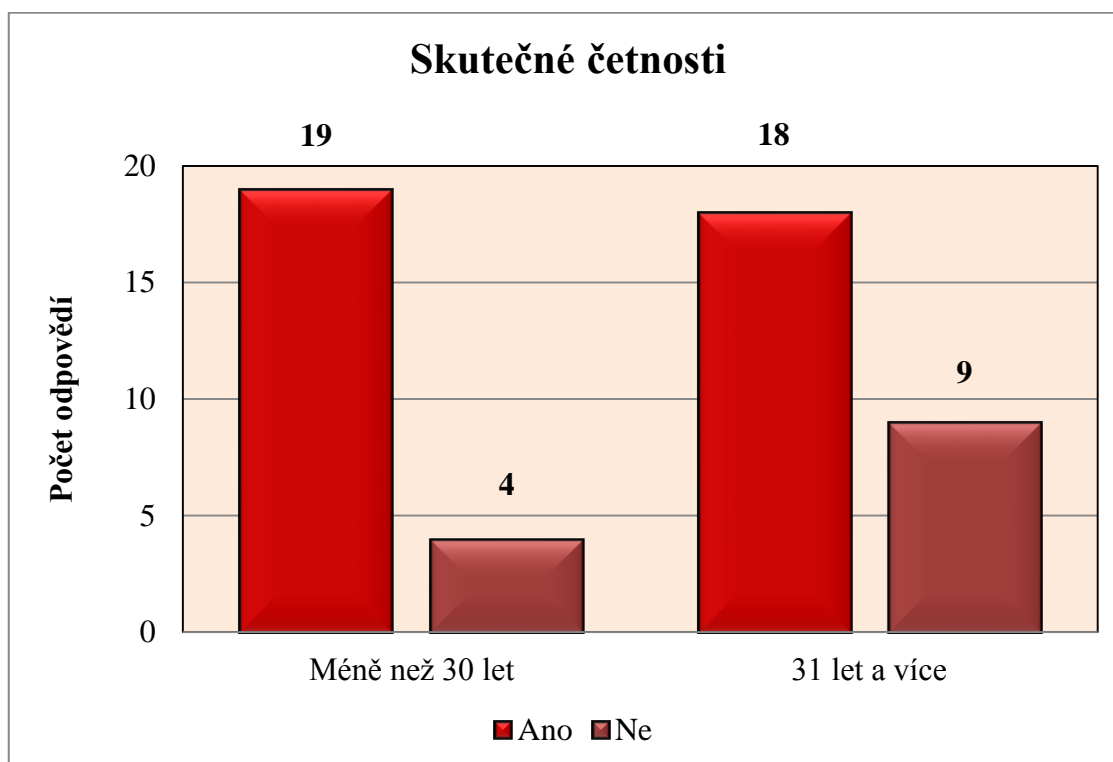
Otázka 4 Vyhledávala jste někdy informace k prevenci porodních poranění?

Otázka 10 Kolik je Vám let?

Tabulka 11 Skutečné četnosti

Skutečné četnosti	Méně než 30 let	31 let a více	Celkem
Ano	19	18	37
Ne	4	9	13
Celkem	23	27	50

Zdroj: autor, 2017

Graf 11 Skutečné četnosti

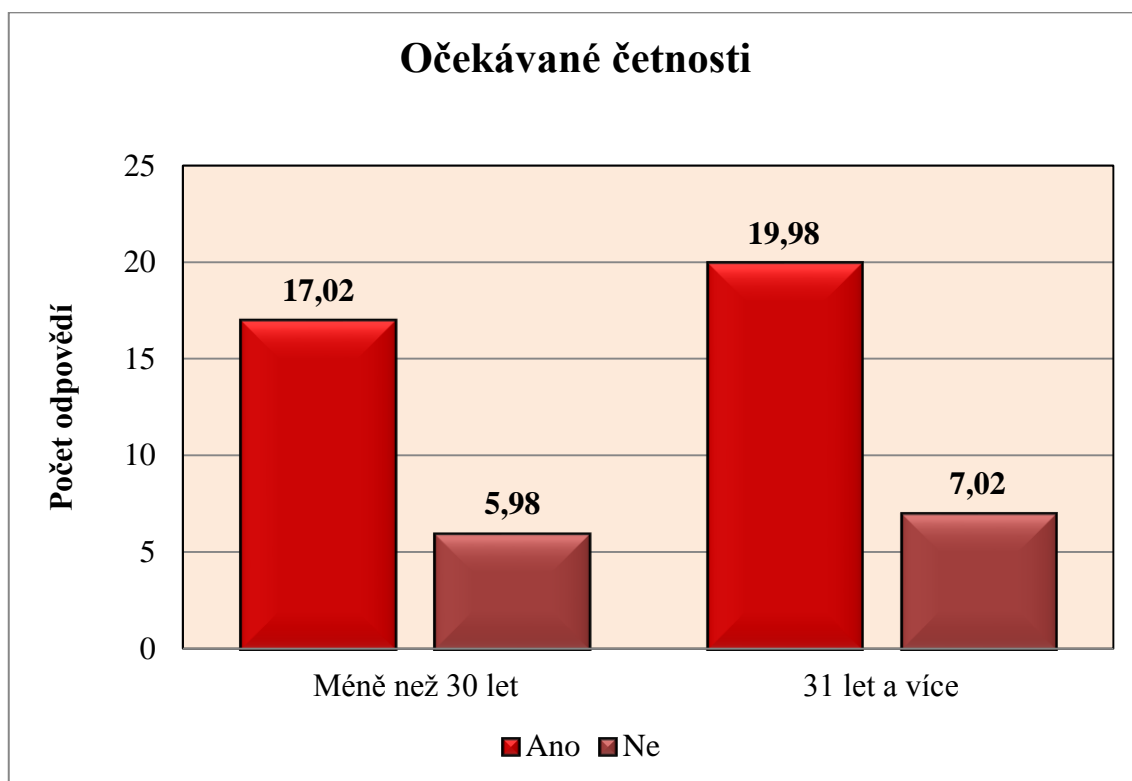
Zdroj: autor, 2017

Tabulka 12 Očekávané četnosti

Očekávané četnosti	Méně než 30 let	31 let a více	Celkem
Ano	17,02	19,98	37
Ne	5,98	7,02	13
Celkem	23	27	50

Zdroj: autor, 2017

Graf 12 Očekávané četnosti



Zdroj: autor, 2017

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: $G = 1,641$, přičemž kritická hodnota je $\chi(1-\alpha);df = 2,706$. Na základě těchto zkušeností jsme učinili rozhodnutí, že na hladině významnosti 10 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

$$\text{Cramerův koeficient } V = \sqrt{\frac{G}{n \cdot (m-1)}} = \sqrt{\frac{1,641}{50}} = 0,181$$

Hodnota Cramerova koeficientu se rovná 0,181. Tato hodnota znamená, že síla vztahu není silná.

Otázka 8 Chcete se v případě dalšího těhotenství více vzdělat v prevenci porodních poranění?

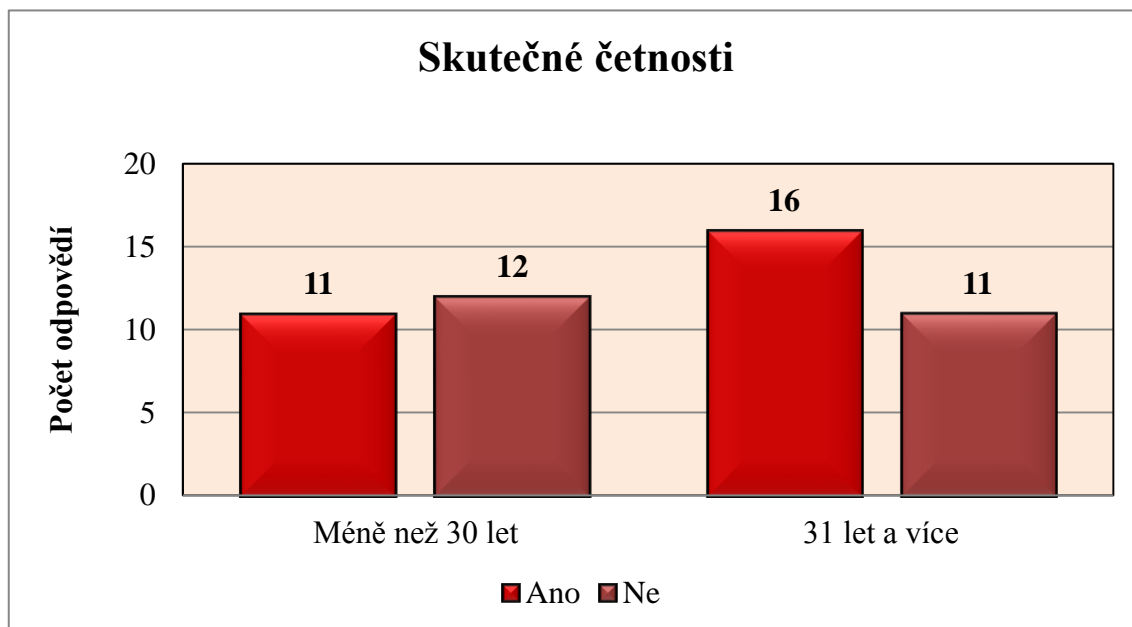
Otázka 10 Kolik je Vám let? – odpovědi: a, Méně než 30 let a b, 31 let a více

Tabulka 13 Skutečné četnosti

Skutečné četnosti	Méně než 30 let	31 let a více	Celkem
Ano	11	16	27
Ne	12	11	23
Celkem	23	27	50

Zdroj: autor, 2017

Graf 13 Skutečné četnosti



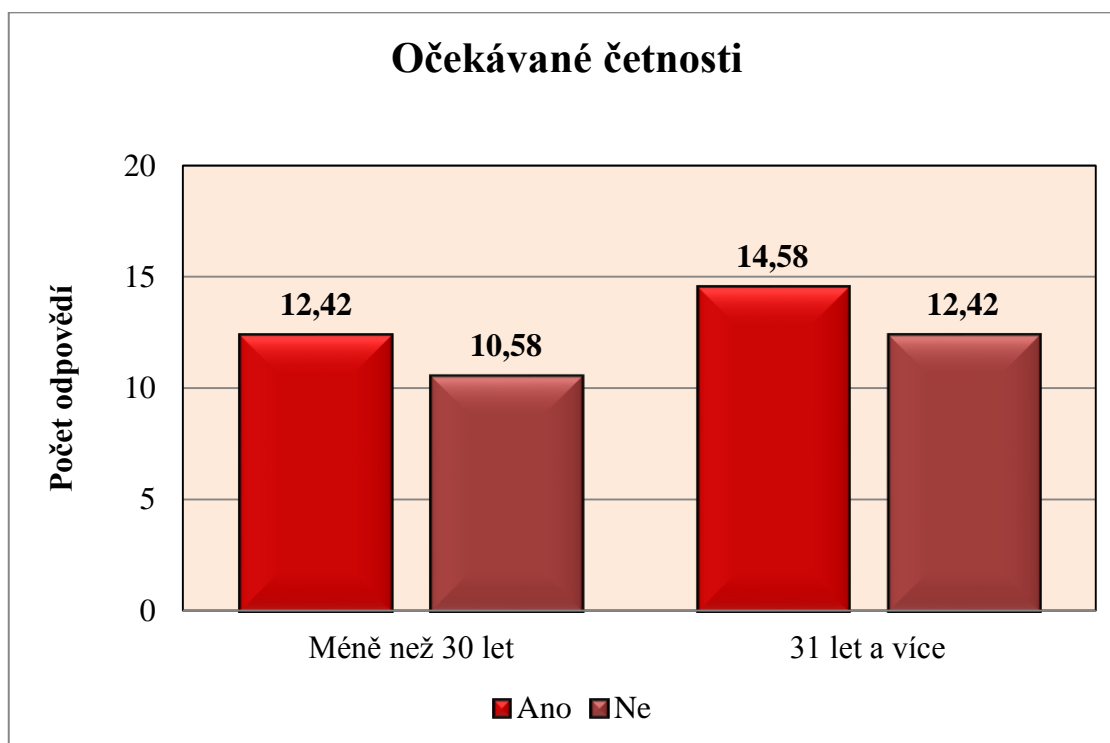
Zdroj: autor, 2017

Tabulka 14 Očekávané četnosti

Očekávané četnosti	Méně než 30 let	31 let a více	Celkem
Ano	12,42	14,58	27
Ne	10,58	12,42	23
Celkem	23	27	50

Zdroj: autor, 2017

Graf 14 Očekávané četnosti



Zdroj: autor, 2017

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium: $G = 0,654$, přičemž kritická hodnota je $\chi(1-\alpha);df = 2,706$. Na základě těchto zkušeností jsme učinili rozhodnutí, že na hladině významnosti 10 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme.

$$\text{Cramerův koeficient } V = \sqrt{\frac{G}{n \cdot (m-1)}} = \sqrt{\frac{0,654}{50}} = 0,161$$

Hodnota Cramerova koeficientu se rovná 0,161. Tato hodnota tedy opět znamená, že síla vztahu není silná.

7.9 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Průzkumného šetření se zúčastnilo 50 (100 %) respondentek, přičemž všechny tyto ženy byly prvorodičky (primipary), hospitalizované po porodu prvního dítěte právě na oddělení šestinedělí. Byly určeny 4 cíle a 10 průzkumných otázek, které jsou níže vyhodnoceny.

CÍL 1: Zjistit míru informovanosti rodiček ze zkoumaného vzorku k prevenci porodních poranění.

CÍL 2: Zjistit četnost využití preventivních metod snižující počet porodních poranění ve zkoumané skupině žen.

CÍL 3: Zjistit, jaká porodní poranění respondentky při porodu utrpěly a zda ty, kterým byla při porodu provedena episiotomie, si myslí, že byla epiziotomie dostatečně efektivním řešením dané situace.

CÍL 4: Zjistit, zda nějak souvisí věk respondentek s vyhledáváním informací k prevenci porodních poranění a jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání.

Průzkumné otázky:

Otázka č. 1a: Jak by ženy podle svého úsudku charakterizovaly pojem prevence porodních poranění?

Verifikace dotazníku: otázka 1

Po zhodnocení získaných odpovědí na tuto otázku jsme zjistili, že 96,00 % prvorodiček dle svého úsudku považuje prevenci porodních poranění za metodu předejití porodním poraněním matky při porodu.

Otázka č. 1b: Z jakého zdroje čerpaly ženy nejčastěji informace k tématu prevence porodních poranění?

Verifikace dotazníku: otázka 5

V této otázce mohly ženy, které již někdy vyhledávaly informace k prevenci porodních poranění, označit pouze jednu nabízenou odpověď, přičemž to, že jich většina zvolí internet (52, 63 %) jsme předpokládali, neboť je nejdostupnější a téměř nejlevnější možností z uvedených. Jako důležitý se zdá být pro prvorodičky i předporodní kurz, minimálně z pohledu vzdělávání se, neboť jej jako nejčastější zdroj informací označilo 7 žen, po 4 ženách nejvíce důvěřovalo literatuře a porodní asistenci a 1 žena nevyužila žádného zdroje informací k tomuto tématu. Zbýlých 5,26 %

odpovědělo, že nejčastěji čerpalo informace z jiného zdroje, přičemž se jednalo o prvním případě o fyzioterapeutku a ve druhém o kamarádku.

Otázka č. 2a: Jakého typu prevence porodních poranění ženy během svého těhotenství využily?

Verifikace dotazníku: otázka 6

Pro mnohé by bylo jistě překvapením, kdyby si přečetli, že 50,00 % všech respondentek (tedy 25 žen) pilo v průběhu svého těhotenství odvar z Maliníku, neboť tato možnost by se dala zařadit do alternativních metod prevence, a k těm se většinou veřejnost staví skepticky. Nezanedbatelně vysoký počet respondentek (20 žen) vykonával nějakou formu těhotenského cvičení a 16 prvorodiček ze sledovaného souboru užívalo český vaginální dilatační balonek Aniball, aby lépe připravily svou hráz na průměrnou míru obvodu hlavičky dítěte, která přes oblast hráze přichází na svět a mnohdy zde působí rozsáhlá poranění. Za zmínku stojí 15x zvolená odpověď užívání lněného semínka, neboť nás stejně jako v případě odvaru z Maliníku příjemně překvapuje, kolik žen přisuzuje pozitivní účinky alternativním metodám prevence porodních poranění. Co je ale zároveň zarážející, je počet 14 žen, které uvedly, že neuzily žádné nabízené prevence vzniku těchto poranění, neboť by se zdálo, že „společenský strašák“ důsledků porodních poranění bude dostatečným podnětem k výběru nějakého způsobu, kterým lze předejít těmto porodním komplikacím.

Otázka č. 2b: Proč ženy žádné preventivní metody porodních poranění nevyžily?

Verifikace dotazníku: otázka 7

Odpovědi na tuto otázku byly velmi rozdílné, můžeme však říci, že tyto prvorodičky nevyžily nabízených metod prevence zejména na základě důvěry v rozhodování se personálu porodnice či že se porodních poranění nebály. Velmi pozitivním výsledkem je, že pouze 3 ženy ze souboru sledovaných měly pocit nedostatku podaných informací k tomuto tématu.

Otázka č. 3a: Jaké porodní poranění ženy při porodu utrpěly?

Verifikace dotazníku: otázka 2

Jelikož je epiziotomie běžnou porodnickou operací, která se provádí při vaginálním porodu velmi často, nepřekvapilo nás, když největší počet ze všech dotázaných utrpělo právě epiziotomii, tedy 23 žen z celkových 50. Za zmínku stojí možnost poranění v rámci císařského řezu, který označilo 12 žen, což poukazuje na aktuální potřebu společnosti snažící se zjistit, jestli se císařský řez provádí opravdu v oprávněných případech, obzvláště u prvorodiček. Další odpovědi nebyly již tak výrazné, ale velmi potěšující bylo zjištění, že se v našem sledovaném souboru vyskytovalo i 5 žen (10,00 %) zcela bez poranění a pouze 1 žena (2,00 %) s vážným rozsáhlým poraněním – rupturou perinei III. stupně.

Otázka č. 3b: Myslí si ženy, kterým byla při porodu provedena epiziotomie, že byl tento zákrok dostatečně efektivním řešením dané situace?

Verifikace dotazníku: otázka 3

Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou vesměs pozitivní, jelikož celkem 17 žen z celkových 23, kterým byla provedena epiziotomie, je přesvědčena o vysoce efektivním řešení tohoto zákroku dané situace, neboť neutrpěla žádné další poranění. Dalších 8,70 % žen hodnotí tuto porodnickou operaci za málo efektivní řešení kvůli dalším utrpěným porodním poraněním a pouze 4 zbylé ženy (17,39 %) spokojené nebyly vůbec, protože v jejich případě epiziotomie nezabránila vzniku mnoha dalším porodním poraněním, což se bohužel může stát. K zamyšlení ovšem je, na základě čeho se tak skutečně stalo, neboť zde mohlo hrát roli také špatné provedení intrapartálního chránění hráze porodníkem/ porodní asistentkou či hmotnost rodičů se dítěte mohla být příliš velká pro charakter hráze daných žen.

Otázka č. 4a: Má věk prvorodičky vliv na vyhledávání informací k prevenci porodních poranění?

Verifikace dotazníku: otázka 10 proti 4

Pro účely zhodnocení tohoto vlivu jsme v otázce 10 sloučili odpovědi 20 let a méně, 21-25 let a 26-30 let do jedné možnosti, a to méně než 30 let, ostatní odpovědi

byly sloučeny do možnosti 31 let a více. Výsledky byly v podstatě totožné. 19 žen, kterým bylo v době průzkumu maximálně 30 let, informace k prevenci porodních poranění vyhledávalo a pouze 4 ženy z této skupiny ne. Podobně věková skupina 31 a více let (27 žen) nám v 18 odpovědích naznačila, že informace k tomuto tématu již někdy vyhledávala a pouze 9 z nich nikdy. Závěrem této studie tedy je, že věk prvorodiček nemá zásadní vliv na potřebu vyhledávat si informace k prevenci vzniku porodních poranění.

Otázka č. 4b: Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání žen?

Verifikace dotazníku: otázka 9

Velmi výraznou odpovědí na tuto otázku bylo vysokoškolské vzdělání, které označilo 38 žen z celkových 50, což činí 76,00 %, 2 ženy pak dosáhly vyššího odborného vzdělání, 6 dalších žen dokončilo střední školu zakončenou maturitou a zbylé 4 ženy (8,00 %) dostudovaly střední školu bez maturity.

Otázka č. 4c: Má věk prvorodičky vliv na touhu dozvědět se více v případě dalšího těhotenství o prevenci porodních poranění?

Verifikace dotazníku: otázka 10 proti 8

I pro tuto studii jsme sloučili několik odpovědí v jednu. V otázce č. 10 jsme pět původních věkových skupin shrnuli do dvou, tedy výsledně Méně než 30 let a 31 let a více. Z otázky č. 8, jsme 4 existující možnosti odpovědí rozdělili do dvou, kdy jedna znamená, že se rodička chce v budoucnu dozvědět více o prevenci porodních poranění a druhá možná odpověď naopak to, že již ví žena dost informací, či má jiný důvod k tomu, aby se již více v této oblasti vzdělávat nechtěla. Z první věkové skupiny (méně než 30 let), která činila 23 žen, jich 11 chce v případě dalšího těhotenství získat více informací, jak účinně provádět prevenci vzniku porodních poranění a 12 z nich je přesvědčena, že již ví dost, tudíž se k tomuto tématu v budoucnu nehodlá vracet. Ve věkové skupině druhé, tedy ženy věku 31 let a více, kde jich bylo 27, odpovědělo 16 respondentek kladně ve smyslu budoucího vzdělávání se a zbylých 11 se již příště vzdělávat v této oblasti nechce. Ze získaných dat jsme usoudili, že věk prvorodičky nemá vliv na budoucí potřebu získání nových informací k prevenci porodních poranění.

8 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme zkoumali téma prevence porodních poranění u prvorodiček. Práce si vzala za cíl zjistit míru informovanosti prvně rodících žen ve věci předcházení vzniku porodních poranění, dále zjišťovala vztah mezi jejich věkem a potřebou vzdělávat se k tomuto tématu, a zkoumali jsme také druhy využívaných prevencí, stejně jako typy poranění vzniklých v průběhu porodu či důvody pro nevyužití žádné z dnes již mnoha nabízených metod prevence. Sledovaný byl také typ nejčastěji využívaného zdroje informací prvorodiček ve vztahu k předmětu našeho zkoumání.

K objektivnímu porovnání výsledků naší studie jsme se snažili vyhledat nějaké jiné kvalifikační práce zabývající se podobnou problematikou, jako tato práce. Byly nalezeny čtyři bakalářské práce s podobným názvem, ale žádná z nich nebyla zaměřena pouze na prvorodičky.

Smolková (SMOLKOVÁ, 2016) píše ve své bakalářské práci, pro jejíž praktickou část využila metodu rozhovoru, že se ženy z její studie cítily být na porod málo připraveny ve smyslu porodních poranění, které pro ně následně znamenaly velkou stresovou zátěž a někdy i komplikace v péči o sebe, natož pak o novorozence. Oproti tomu naše studie dokládá, že ženy sice jsou znalé této problematiky, akorát se mezi nimi najde dost těch, které nabitých informací k prevenci často nevyužijí, neboť jim nepřipadá důležitá. Příčinou tohoto mylného úsudku může být chybné či neúplné předávání těchto informací gynekologem či porodní asistentkou, kteří, jak vyplynulo z výsledků kvalifikační práce Smrčkové (SMRČKOVÁ, 2014), o existenci preventivních metod vzniku porodních poranění buďto informují velmi málo, či vůbec, neboť zastávají názor, že tato prevence je vesměs neúčinná a tvrdí, že na edukaci rodiček navíc nemají čas. Práce Smrčkové (SMRČKOVÁ, 2014) je jediná z nalezených prací podobného názvu, která svou výzkumnou metodu – dotazník – zaměřila na porodní asistentky s více letou zkušeností, místo na rodičky.

V porovnávání naší práce s kvalifikační prací Bulové (BULOVÁ, 2012) je patrná shoda v nejčastěji využívaném zdroji pro hledání si informací, kterým je internet, u kterého ale lze přesně pochybovat o míře objektivity.

Michalíková (MICHALÍKOVÁ, 2013) se oproti tomu ve svém dotazníku ptala na konkrétní typy preventivních metod, které její respondentky užívaly v praxi. Oproti naší studii, která vykazala jako nejčastější prováděnou prevenci pití odvaru z Maliníku a těhotenské cvičení, Michalíková zmiňuje nejčastěji masáž hráze a posléze cvičení pánevního dna. V čem jsme se ale s prací Michalíkové shodly, je nejčastější utržené porodní poranění žen - jednoznačně epiziotomie. Tento zákrok je sice běžnou porodnickou operací, užíván jako prevence rozsáhlejších porodních poranění, ovšem zároveň je také samotným traumatem, které se mnohdy špatně hojí, proto se dnes snažíme primárně od takového typu prevence porodních poranění ustupovat.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výsledky našeho průzkumu poukazují na fakt, že stále existuje mnoho prvorodiček, které neznají možnosti prevence porodních poranění či jim nepřikládají patřičný význam, který by si přitom tyto metody, pro své mnohdy již klinicky ověřené účinky, zasloužily. Domníváme se, že je to i díky zanedbávané edukaci žen ze strany jejich registrujících gynekologů-porodníků, případně porodních asistentek, které se přitom s těhotnými ženami setkávají často jak formou předporodních kurzů, či návštěv v prenatálních ambulancích. Důkazem nedostatečně předávaných informací ze strany gynekologů a porodních asistentek je i skutečnost, že rodičky ze sledovaného souboru uvedly jako zdroj informací nejčastěji internet, kterému tedy daly jasně přednost před osobním rozhovorem se svým lékařem či porodní asistentkou.

Do budoucna proto doporučujeme více se zaměřit na edukační činnost v této oblasti, zejména u prvorodiček, aby ženy již při prvním porodu věděly, jak mohou vzniku aspoň těch nejčastějších porodních poranění předejít. Domníváme se, že by se tak mohl rovněž snížit i počet psychických traumat s těmito komplikacemi spojených, která si mnohdy rodičky, u kterých k nějakým poraněním následkem porodu došlo, velmi často nesou do svých dalších těhotenství a porodů. Lze předpokládat, že s přibýváním žen s dobrou porodní zkušeností, se zvýší i porodnost, která za poslední roky v naší republice má spíše sestupnou tendenci.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se soustředili na téma prevence porodních poranění u prvorodiček, která obsahovala část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části jsme přiblížili anatomii ženských pohlavních cest, pro lepší orientování a jsme shrnuli do třech skupin, tedy rizika ze strany matky, plodu a v neposlední řadě také ze způsobu vedení porodu. Dále jsme se zabývali charakteristikou nejčastějších typů těchto poranění a prostor byl věnován také specifikacím prvního těhotenství a porodu. Další kapitola seznámila čtenáře se samotnými metodami, které pomáhají rodičkám snížit a v některých případech dokonce zcela eliminovat tyto možné doprovodné jevy porodu. Zmínili jsme se jak o metodách, které může žena využít již v průběhu těhotenství, tak o těch, za pomoci kterých je možno předejít vzniku poranění v průběhu porodu. Závěr teoretické části byl věnován zdrojům, prostřednictvím nichž se prvorodička obvykle k tomuto tématu vzdělává. Splnit cíl a přiblížit tak toto téma i v oboru málo vzdělanému čtenáři nám pomohlo několik dohledaných publikací.

Pro studii praktické části jsme využili metodu anonymního dotazníku, který obsahoval deset otázek. Tento dotazník byl vyplňován prvorodičkami na oddělení šestinedělí ÚPMD Praha, podmínkou bylo, aby porodily právě jednou. Celkem bylo vyplněno 50 dotazníků. Dotazníky byly následně statisticky zpracovány.

Prvním cílem našeho průzkumu bylo zjistit míru informovanosti rodiček ze zkoumaného vzorku k prevenci porodních poranění. Ze získaných odpovědí jsme se přesvědčili, že většina prvorodiček již o metodách prevence takových poranění ví, ale ne všechny jim přikládají význam a některé se v případě dalšího těhotenství dokonce touží dozvědět více, neboť poprvé se cítily málo připraveny. Analýzou těchto odpovědí jsme splnili první stanovený cíl.

Druhým úkolem bylo vyhodnotit četnost využití preventivních metod snižující počet porodních poranění ve zkoumané skupině žen, kdy se ukázalo, že velmi oblíbenou

prevencí vzniku porodních poranění je pití odvaru z Maliníku a hned za ním těhotenské cvičení. I tento cíl byl splněn.

Třetím cílem jsme sledovali, jaká porodní poranění respondentky při porodu utrpěly a zda ty, kterým byla při porodu provedena epiziotomie, si myslí, že byl tento zákrok dostatečně efektivním řešením dané situace, přičemž nás nepřekvapilo, v kolika případech byla právě zmíněná epiziotomie provedena. Pozitivní je kladné hodnocení této porodnické operace rodičkami, kde byl hodnotícím kritériem fakt, zda ženy mimo nástřihu hráze utrpěly ještě nějaká další poranění. Zhodnocením těchto odpovědí jsme splnili i třetí cíl.

Čtvrtým a posledním cílem bylo objasnění možné existence souvislosti mezi věkem respondentek a vyhledáváním informací k výše uvedené problematice a jaké nejvyšší dosažené vzdělání dané ženy mají. K závěru, že věk prvorodiček míru hledávání informací k našemu tématu nijak zásadně neovlivňuje, nás dovedla právě zhodnocená data z dotazníku. Nadpoloviční většina žen, které se zúčastnily naší studie, měla vysokoškolský titul. Tímto byl splněn i čtvrtý úkol.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANIBALL. 2017. *Aniball* [online]. Troubsko: RR Medicals s.r.o. [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz/aniball/>

ASHWAL, E. et al. 2015. The impact of obstetric gel on the second stage of labor and perineal integrity: a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [online]. 1-6 [cit. 2017-02-13]. DOI: 10.3109/14767058.2015.1114079. ISSN 1476-7058. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2015.1114079>

BINDER, T. a kol. 2011. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-243-1907-1.

BOHATÁ, P., DOSTÁLEK, L. 2016. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 81(3), 192-201. ISSN 1210-7832.

BULOVÁ, I. 2012. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu* [online]. Brno. [cit. 2017-01-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Miloslava Kameníková. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/359022/lf_b/Porodni_poraneni_zeny_pri_vaginalnim_porodu.pdf/

CUNNINGHAM, G. et al. 2014. *WILLIAMS OBSTETRICS*. 24. edition. New York: McGraw-Hill Medical, ISBN 9780071798938 0071798935.

ČECH, E. a kol. 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

DA SILVA, F. et al. 2012. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 21(15-16), 2209-

2218 [cit. 2017-02-16]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x. ISSN 09621067.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x/>

DIANATAL. 2008. *Dianatal* [online]. Praha: HCB Womens Health. [cit. 2017-02-28].
Dostupné z: <http://dianatal.cz/>

EPI-NO. 2016. *Epino*. [online]. [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <http://www.epino.cz/>.

JÖNSSON, ER. et al. 2008. Modified Ritgen's Maneuver for Anal Sphincter Injury at Delivery. *Obstetrics & Gynecology* [online]. 112(2, Part 1), 212-217 [cit. 2017-03-01]. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31817f2867. ISSN 0029-7844. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006250-200808000-00003/>

KALIŠ, V. et al. 2005. Délka hráze a porodní poranění. In: SMOLKOVÁ, M. 2016. *Prevence porodního poranění v oblasti perina*. [online]. České Budějovice. [cit. 2017-01-25]. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová. Dostupné z: <http://theses.cz/id/vfyp8r/>

LIEN, K. et al. 2004. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. In: SMOLKOVÁ, M. 2016. *Prevence porodního poranění v oblasti perina*. [online]. České Budějovice. [cit. 2017-01-25]. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová. Dostupné z: <http://theses.cz/id/vfyp8r/>

MICHALEC, I. a kol. 2015. Rizikové faktory poškození svalů pánevního dna v souvislosti s vaginálním porodem. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 80(1), 11-15. ISSN 1210-7832.

MICHALÍKOVÁ, Š. 2013. *Preventivní opatření vedoucí ke snížení rizika rozvoje perineálního poranění*. [online]. Zlín. [cit. 2016-12-29]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Moravcová.

Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21051/michal%c3%adkov%c3%a1_2013_bp.pdf/

MRÁKOTOVÁ, A. 2010. Lněné semínko – pomocník proti zácpě. In: *Zdravě.cz* [online]. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <https://bylinky.zdrave.cz/lnene-seminko-proti-zacpe/>

PROMONTORIUM. 2017. *Velký lékařský slovník* [online]. Praha: Maxdorf, [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/promontorium/>

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

ROZTOČIL, A. a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

RUŠAVÝ, Z. a kol. 2014. Ritgenův manévr a jeho modifikace. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 79(1), 64-67. ISSN 1210-7832.

SMRČKOVÁ, D. 2014. *Porodní poranění z pohledu porodní asistentky*. [online]. Jihlava. [cit. 2017-02-22]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Görnerová, DiS. Dostupné z: <http://theses.cz/id/zykh3j/>

SYMFÝZA. 2017. *Velký lékařský slovník* [online]. Praha: Maxdorf, [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/symfyza/>

ŠIMETKA, O. a kol. 2016. Porodnické operace. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 194-201. ISBN 978-80-906280-0-7.

VOKURKA, M. a kol. 2007, *Velký lékařský slovník*, 7. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-130-1.

VOKURKA, M. a kol. 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOKURKA, M. a kol. 2016. *Slovník lékařských zkratk*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

ZWINGER, A. a kol. 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9.

PŘÍLOHY

Příloha A - Protokol k Provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	II
Příloha B - Dotazník	III
Příloha C - Rešeršní protokol	VI
Příloha D - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	VII

Příloha A - Protokol k Provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	STEHLÍKOVÁ Anna	
Studijní obor	Porodní asistence	Ročník 3APA
Téma práce	Prevence porodních poranění u primipary	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Ústav pro péči o matku a dítě, Praha 4	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Eva Marková, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

Eva Marková
podpis

Gabriela Kalousková
podpis

V Praze, dne 9. 1. 2017

Anna Stehlíková
podpis studenta

Souhlasím s předkládaným dotazníkem.
16/1/2017
Gabriela Kalousková
hlavní sestra

Dotazník na téma: Prevence porodních poranění prvorodiček

Vážené respondentky,

jmenuji se Anna Stehlíková a v současné době studuji 3. ročník studijního oboru Porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze 5. Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku na téma „Prevence porodních poranění u prvorodiček“, které je stejné jako název mé bakalářské práce. Výsledky tohoto dotazníku mají za cíl ověřit, zda se prvorodičky o dané téma zajímají a mají-li k němu dostatečné množství zdrojů informací. Vaše odpovědi budou anonymní a i informace z nich získané budou použity pouze pro účely této práce. Prosím Vás o kroužkování odpovědí, v případě, že chcete odpověď změnit, špatnou odpověď přeškrtněte jednou čarou a zakroužkujte odpověď novou. Dotazník prosím nevyplňujte, pokud jste dosud nikdy nerodila či jste porodila vícekrát než jednou.

Děkuji za Váš čas a spolupráci,

s přáním pěkného dne

Anna Stehlíková

1. Co znamená podle Vás termín prevence porodních poranění? (vyberte jednu správnou odpověď)
 - a) Usnadnění práce při porodu dítěte pro porodníka/ porodní asistentku.
 - b) Předejití poranění porodních cest matky při porodu.
 - c) Jde o moderní a komerční záležitost v porodnictví, která nemá smysl.

2. Jaké porodní poranění jste při porodu utrpěla? (můžete vybrat více možností)
 - a) žádné
 - b) poranění v rámci císařského řezu
 - c) epiziotomie (nástřih hráze)
 - d) poranění klitorisu (poštěváčku) či labií (stydkých pysků)
 - e) ruptura vaginae (trhlina v pochvě)
 - f) ruptura perinei I. či II. Stupně (trhlina na hrázi)
 - g) ruptura perinei III. Stupně (trhlina na hrázi s poraněním svalového svěrače konečníku)
 - h) jiné, uveďte jaké: _____.

3. Pokud Vám byla při porodu provedena epiziotomie, do jaké míry byla podle Vašeho názoru efektivním řešením dané situace? (označte na stupnici 1 – 3 míru efektivitu řešení)
- 1 = absolutně neefektivní, utrpěla jsem mnoho dalších porodních poranění
2 = málo efektivní, utrpěla jsem min. jedno další porodní poranění
3 = vysoce efektivní, neutrpěla jsem žádné další porodní poranění
4. Vyhledávala jste někdy informace k prevenci porodních poranění?
- a) ano
b) ne
5. Pokud jste na otázku č. 4 odpověděla ano, z jakého zdroje jste čerpala nejčastěji informace k prevenci porodních poranění? (vyberte pouze jednu odpověď)
- a) předporodní kurz
b) literatura
c) internet
d) porodní asistentka
e) gynekolog-porodník
f) jiný zdroj, uveďte jaký: _____.
g) nevyužila jsem žádný zdroj informací k tomuto tématu
6. Jaké způsoby prevence porodních poranění jste během Vašeho těhotenství využila? (můžete vybrat více odpovědí)
- a) Aniball
b) EPI-NO Ball
c) pití odvaru z Maliníku
d) masáž hráze
e) užívání lněných semínek
f) sedací lázně
g) cvičení pro těhotné
h) jiný způsob, uveďte jaký: _____.
i) nevyužila jsem žádného způsobu prevence porodních poranění.

7. Pokud jste na otázku č. 6 odpověděla „nevyužila jsem žádného způsobu prevence porodních poranění“, uveďte proč?

(můžete vybrat více odpovědí)

- a) Neměla jsem strach z porodního poranění.
- b) Chyběly mi informace.
- c) Bála jsem se důsledků špatného způsobu provádění prevence.
- d) Nezajímalo mě to.
- e) Jiný důvod, uveďte jaký: _____.

8. Chcete se v případě dalšího těhotenství více vzdělat v prevenci porodních poranění?

- a) Ano, při prvním porodu jsem nebyla dostatečně připravená.
- b) Ano, sice toto téma znám, ale chci se dozvědět více informací.
- c) Ne, myslím, že již vím k tomuto tématu dostatek informací.
- d) Ne, myslím, že to není nutné.

9. Jaké je Vaše nejvyšší dosažení vzdělání?

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

10. Kolik je Vám let?

- a) 20 let a méně
- b) 21 – 25 let
- c) 26 – 30 let
- d) 31 – 35 let
- e) 36 let a více

Děkuji Vám za spolupráci a přeji mnoho radostných chvil s Vaším miminkem,
Anna Stehlíková

REŠERŠNÍ PROTOKOL

- Jazykové vymezení:** čeština, angličtina, slovenština
- Klíčová slova:** prevence porodních poranění, porodní poranění, prvorodička, rizikové faktory pro vznik porodních poranění.
- Počet záznamů:** celkem 57 záznamů
(kvalifikační práce – 6, monografie – 14, ostatní – 37)
- Časové omezení:** 2006-2017
- Druh literatury:** knihy – monografie, sborníky, články, kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta, kvalifikační – bakalářské práce
- Použitý styl citací:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
- Základní prameny:** katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), kvalifikační práce (thesis, cuni), Jednotná informační brána (www.jib.cz), Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>), Online katalog NCO NZO, databáze MEDLINE (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), volný internet

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické,
o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta