

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

**EDUKACE ŽENY O PREVENCI PORODNÍHO
PORANĚNÍ PŘI VAGINÁLNÍM PORODU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA ŠVARCOVÁ

Praha 2017

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

**EDUKACE ŽENY O PREVENCI PORODNÍHO
PORANĚNÍ PŘI VAGINÁLNÍM PORODU**

Bakalářská práce

MICHAELA ŠVARCOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Vladimír Študent

Praha 2017



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

Švarcová Michaela
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Edukace ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu

*Education of Woman about the Prevention of a Birth Injury during a
Vaginal Delivery*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Vladimír Študent

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 3. 2017

.....
Švarcová Michaela

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce MUDr. Vladimíru Študentovi za vedení bakalářské práce, za poskytnuté rady, odborné informace a za čas, který mi věnoval.

Velké poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu studia velmi podporovala.

ABSTRAKT

ŠVARCOVÁ, Michaela. *Edukace ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Vladimír Študent., Praha 2017. 48 s.

Cílem této bakalářské práce je Edukace těhotné ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu. Zaměřili jsme se na edukaci těhotné ženy, která má zájem o poskytnutí rad o prevenci porodního poranění. Bakalářská práce je rozčleněna do dvou částí, a to do části teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje historii porodních poranění, epidemiologii a rizikové faktory porodních poranění, typy porodních poranění, chronické komplikace porodních poranění, prevenci porodního poranění a péči o porodní poranění. Praktická část bakalářské práce se zabývá specifickou edukací o prevenci porodního poranění. Cílem edukačního procesu bylo seznámení ženy s prevencí porodního poranění při vaginálním porodu, se základními typy porodního poranění a rizikovými faktory. Dalším cílem byla informovanost klientky o snadné péči o porodní poranění. V praktické dovednosti byla snaha o zajištění správného provedení masáže hráze bez partnerovy pomoci a správného provádění cviků na posílení svalů pánevního dna před a po porodu.

Klíčová slova

Epiziotomie. Péče o porodní poranění. Porodní poranění. Prevence porodního poranění. Ruptura hráze.

ABSTRACT

ŠVARCOVÁ, Michaela. *Education of Woman about the Prevention of a Birth Injury during a Vaginal Delivery*. MedicalCollege. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Vladimír Študent., Prague. 2017. 48 pages.

The aim of this bachelor's thesis is to educate a pregnant woman in obstetric injury prevention during vaginal delivery. We have focused on the education of a pregnant women interested in getting advice concerning obstetric injury prevention. The bachelor's thesis is divided into two parts, a theoretical part and a practical part. The theoretical part includes the history of obstetric injuries, epidemiology and risk factors of obstetric injuries, types of obstetric injuries, chronic complications of obstetric injuries, obstetric injury prevention and care of obstetric injury. The practical part of the bachelor's thesis deals with the specific education in obstetric injury prevention. The aim of the educational process was to acquaint the woman with obstetric injury prevention during vaginal delivery, basic types of obstetric injuries and their risk factors. Another aim was to inform the client about the easy care of obstetric injury. Practical skills involved the efforts to ensure correct perineal massage without partner's help, and correct exercising to strengthen the pelvic floor muscles before and after the childbirth.

Keywords

Episiotomy. Care of obstetric injury. Obstetric injury. Obstetric injury prevention. Perineal tear.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

ÚVOD.....	13
1 HISTORIE PORODNÍCH PORANĚNÍ	15
2 EPIDEMIOLOGICKÉ A RIZIKOVÉ FAKTORY PORODNÍCH PORANĚNÍ	17
3 TYPY PORODNÍCH PORANĚNÍ.....	18
3.1 EPIZIOTOMIE	19
3.2 LACERACE.....	19
3.3 RUPTURY	19
3.3.1 RUPTURA HRÁZE	20
3.3.2 RUPTURY VULVY	21
3.3.3 RUPTURY POCHVY	21
3.3.4 RUPTURY DĚLOŽNÍHO HRDLA	22
4 CHRONICKÉ KOMPLIKACE PORODNÍCH PORANĚNÍ	23
5 PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ.....	25
5.1 MASÁŽ HRÁZE	25
5.2 EPIZIOTOMIE	27
5.3 VAGINÁLNÍ DILATAČNÍ BALONKY ANIBALL A EPI-NO..	27
5.4 DIANATAL GEL.....	29
5.5 TEPLÉ OBKLADY HRÁZE	30
5.6 PŘÍRODNÍ METODY	30
5.7 HOMEOPATIE.....	30

5.8 POSÍLENÍ SVALŮ DNA PÁNEVNÍHO	31
6 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ	32
7 EDUKACE.....	34
7.1 EDUKAČNÍ PROCES	34
7.2 VÝZNAM EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	35
7.3 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU	35
7.4 EDUKAČNÍ METODY	37
8 SPECIFICKÁ EDUKACE ŽENY O PREVENCI PORODNÍHO PORANĚNÍ PŘI VAGINÁLNÍM PORODU..	38
8.1 POSUZOVÁNÍ – 1. FÁZE	38
8.2 DIAGNOSTIKA – 2. FÁZE	46
8.3 PLÁNOVÁNÍ – 3. FÁZE.....	46
8.4 REALIZACE – 4. FÁZE	48
8.5 VYHODNOCENÍ – 5. FÁZE	57
8.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CTG Kardiokografie
(VOKURKA, HUGO a kol., 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Asepsa – naprostá nepřítomnost mikroorganismů a choroboplodných zárodků

Ektropium – následek porodu, při němž zeje hrdlo dělohy uprostřed čípku

Parakolpium – vazivo po stranách pochvy, obsahuje cévy a nervy

Sepsa – těžká infekce, která je provázena celkovými projevy zánětu při výrazné aktivaci zánětových mechanismů

(VOKURKA, HUGO a kol., 2007)

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Statistika cvičících žen s Aniballem na prevenci porodního poranění..... 29

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní údaje 40

Tabulka 2 Vstupní test 45

Tabulka 3 Výstupní test 58

ÚVOD

Povolání porodní asistentka (porodní bába) je starodávné jako lidstvo samo. Zmínka o porodních asistentkách, porodních babičkách či moudrosti prázdné již byla v roce 98-138 n.l. od řeckého lékaře Soranose z Efesu (VRÁNOVÁ, 2007). Chránění hráze a masáž hráze je z mnoha dalších úkolů, které doprovázejí porodní báby od samotného počátku babictví (MARYŠKOVÁ, 2010). Edukace těhotných žen o prevenci porodního poranění je možné v dnešní době realizovat na předporodních kurzech, v prenatálních ambulancích aj.

Tématem bakalářské práce je edukace ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu. Teoretická část je zaměřena na preventivní metody, které souvisí s prevencí porodního poranění. Dále se zabývá stručnou historií o porodním poranění, rizikovými faktory porodního poranění a základními typy porodního poranění. V této části je také zahrnuta péče o porodní poranění, která s tímto tématem blízce souvisí. Těhotná žena by měla mít dostatek poskytnutých informací, které by ji pomohly předejít porodnímu poranění při vaginálním porodu.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na edukaci ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu. Základem této edukace je podat klientce dostatečné a základní informace o prevenci porodního poranění. Provedeny byly tři edukační jednotky. Výstupem této bakalářské práce je vypracovaný materiál pro těhotné ženy, kde mohou získat základní informace o prevenci a péči o porodní poranění při vaginálním porodu a tím se pokusit preventivně snížit riziko porodního poranění za porodu.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vyhledat a pročíst si domácí a zahraniční literaturu, uspořádat si získané informace, které se vztahují k danému tématu.

Cíl 2: Zpracovat aktuální přehled o metodách sloužící k prevenci porodního poranění, včetně edukačního procesu k této problematice.

Cíl 3: Zpracovat aktuální přehled o péči porodního poranění včetně edukačního procesu k této problematice.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Využít a ověřit nabyté teoretické informace v praxi.

Cíl 2: Edukovat těhotnou ženu o možné prevenci porodního poranění a o správné péči porodního poranění.

Cíl 3: Zpracovat daná témata a porozumět jim, zprostředkovat klientce klidné, pohodlné a ničím nerušené prostředí při edukaci.

Vstupní literatura

BINDER, T. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2011, 296 s. ISBN 978-80-246-1907.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: GradaPublishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Edukace ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu, proběhlo v období od října 2016 až do března 2017. Byla využita rešeršní činnost Studijní a vědecké knihovny Hradec Králové. Poskytnuto bylo 5 knih, 15 článků z periodik a 1 bakalářská práce. Z této rešerše byla využita 1 kniha a 3 články. Dále bylo použito vyhledávání na internetovém portálu Google Scholar a na online verzi časopisu *Sestra a Česká gynekologie*. Pro tvorbu edukační bakalářské práce bylo využito 19 knižních zdrojů, 10 odborných článků českých autorů a 10 článků zahraničních autorů a 5 webových stránek z let 2007 až 2016. Rešeršní protokol je obsahem Přílohy J.

1 HISTORIE PORODNÍCH PORANĚNÍ

Z důvodu skutečnosti, že lidský plod je poměrně velký, tak průchod porodními cestami je realizován pravidelným mechanismem. Často je provázen porodním poraněním, které zasahuje zejména měkké cesty porodní. Drobné trhlinky nebo odřeniny sliznice se zahojí bez jakýchkoliv potíží, ale poranění, které jsou většího rozsahu, je nutné odborně ošetřit. O budoucí zdroj infekce a krvácení by se mohlo jednat v případě neošetřeného porodního poranění (BINDER a kol., 2011). Těhotenství a následný porod může být zdrojem poranění jak závěsného, tak i podpůrného systému orgánů, které jsou lokalizovány v oblasti malé pánve. Může dojít k poruše jejich funkce, nejčastěji jako důsledek poškozené, narušené nervové či krevní inervace (MACKŮ, ČECH, 2011).

Historie porodnictví a porodnických zásahů sahá pochopitelně až do pravěku, neboť děti se rodily odjakživa. S antikou bývá spojována jedna významná porodnická metoda, jež se používá i v současné medicíně – císařský řez (sectio Caesarea). Ještě dlouho po zahájení této operační techniky jakožto císařský řez skoro vždy dopadá pro matku fatálně (neznalost anestezie, riziko sepse apod.) (FIALA, 2011). Görnerová a Smrčková (2015) uvádí, že porodní poranění představují nezbytnou součást porodu. Už od samotného počátku babictví se ženy pokoušejí rizika takových poranění maximálně eliminovat. Přežití porodu bez poškození zdraví ženy mají zabezpečit různé prostředky od odvarů až po amulety. Na základě vývoje babictví a díky zkušenostem porodních bab byly tyto neefektivní metody ze společnosti vyloučeny a ženy začínají důvěřovat jen babickým rukám. Metody, jako bylo chránění hráze, správná poloha a masáž hráze, doprovázejí porodní báby od počátku.

O prvním nástřihu hráze existují zmínky v polovině 18. století. S přesunem porodů do nemocničních zařízení pak množství epiziotomií přibývá (MARYŠKOVÁ, 2010). Ve 20. století se stává epiziotomie součástí většiny vaginálních porodů jak ve světě i u nás. Epiziotomie je považována za součást lékařsky vedeného porodu a její pozitiva by měla tkvět v urychlení porodu, zabránění nepravidelných poranění hráze a konečníku. Také má být obranou před prolapsem a poraněním močové trubice. Pozdější výzkumy však uvedené předpoklady zpochybňují, nedokládají ovšem ani

přesvědčivé důkazy o tom, že porod bez epiziotomie má v tomto ohledu lepší výsledky (DOLEŽAL a kol., 2007).

Vzhledem k historii porodních poranění lze zmínit i do dnešní doby používané porodnické kleště. První porodnické kleště jsou vytvořeny anglickým porodníkem Petrem Chamberleinem kolem roku 1600. V době svého vzniku představují obrovský průlom v porodnické praxi. Porodníkovi umožňují zakončit nepostupující porod tahem za hlavičku bez jejího předešlého zmenšení nebo jiného porušení. V době pozdní renesance však indikace použití kleští nejsou totožné s dnešními, ale používají se i za naprosto nepatřičných okolností jako např. při nepoměru mezi hlavičkou plodu a porodními cestami matky. Použití kleští nejen v takových případech, ale i při aktuální správné indikaci často znamenají rozsáhlá porodní traumata. Právě kvůli poměrně velkým porodním poraněním je dnes mnohdy nahrazuje jiný extrakční nástroj – vakuumextraktor. Pelotu vakuumextraktoru přikládáme na vedoucí bod hlavičky, vytvoříme mezi nimi podtlak a plynule táhneme v ose pánevního kanálu (ROZTOČIL, 2009).

Ve 20. letech 20. století američtí porodníci J. De Lee a R. H. Pomeroy pokládají základy aktivního lékařského vedení porodu. K zásadnímu rozvoji porodnictví po 2. světové válce dochází vzhledem ke komplexnímu pokroku ve farmakologii, zejména v léčbě antibiotik, anestezii, zásadách asepse, ve vývoji standardizovaných sofistikovaných postupů a přístrojové techniky, především ultrazvuku a elektronického monitorování stavu plodu kardiokardiografií (CTG). Porody jsou přemístěny do velkých porodnic, kde je zabezpečena celková péče o matku a dítě a mohou se začít poskytovat superkoniziliární služby ostatních medicínských oborů. Následkům poranění měkkých porodních cest je v posledních letech věnována zvýšená pozornost a také jsou realizována mnohá výzkumná šetření, jež se zaměřují na tuto problematiku. V minulosti jsou pro porodníky dominantními údaji především rozměry kostěné pánve rodičky. Ty určují, zda je možné plod porodit cestou vaginální, nebo je nutné volit císařský řez (MACKŮ, ČECH, 2011).

2 EPIDEMIOLOGICKÉ A RIZIKOVÉ FAKTORY PORODNÍCH PORANĚNÍ

Porodních poranění je více druhů a mohou se kombinovat. K nejčastějším poraněním patří epiziotomie až u 90 % porodů. Příčinami potřeby epiziotomie bývá nepoddajnost hráze, vlastnosti poševních svalů, velikost a tvar dítěte (hlava, zadeček, ramena, trup), stejně i jeho případné nepřizpůsobení se porodním cestám (MARYŠKOVÁ, 2010).

Další nejčastější zmiňované příčiny porodních poranění jsou překotný porod, abnormální rotace, deflexní polohy plodu, makrosomie plodu. Poranění jsou pochopitelně důsledkem rovněž operativních porodů. Na vzniku porodních traumatismů nesou podíl také časté kolpity a jizevnaté změny po předchozích porodech. Značný vliv má věk rodičky, zejména pak u primipar (POSPÍŠILOVÁ, 2010).

Silva et al. (2012) ve své studii zmiňují, že mladší ženy bývají nejnáchylnější k poporodnímu poranění hráze. Druhý stupeň natržení hráze a epiziotomie souvisí zejména s mladší věkovou kategorií a s použitím oxytocinu podobně jako poloha v polosedě v době vypuzovací fáze. Jiná studie vzniku závažných poranění perinea (třetího a čtvrtého stupně) během porodu potvrzuje jejich zvýšené riziko u primipar a u rodiček s velkým novorozencem. Nachází se velmi silná souvislost porodních poranění třetího a čtvrtého stupně s asijským etnikem. Dahlen, Ryana et al. (2007) mezi dalšími rizikovými faktory uvádějí nedostatek efektivní komunikace s budoucí matkou během porodu, různé porodní polohy a porodnické zásahy.

3 TYPY PORODNÍCH PORANĚNÍ

Maryšková (2010) má za to, že podíl primární péče v rámci předporodní přípravy je u nás pořád nedostatečný. Různým porodním poraněním je postižena stále značná část rodiček. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky lze na první místo mezi porodními komplikacemi zařadit právě porodní poranění hráze, pochvy anebo čípku, které postihnou až 17,9 % rodiček.

Kašíková (2012) pak doplňuje, že v posledních 10 letech se do popředí zájmu dostávají otázky, zda dochází při vaginálně vedeném porodu k závažnému poranění pánevního dna a jestli jsou taková poranění klinicky podstatná. Stávají se námětem četných výzkumů ohledně nejen rizikových faktorů pro trauma, ale i možností diagnostiky uvedených traumat. Stále však dosud neexistuje konsenzus vzhledem k posouzení míry poškození, klinického významu a možností prevence poranění pánevního dna. Mezi odborníky se tak objevují dvě názorové skupiny. První připouští poškození pánevního dna během porodu a pokládá za nezbytné v tomto ohledu ženy informovat. Druhá má za to, že jsou tato poranění nevýznamná ve spojitosti s pozdějšími následky.

Otázka porodních poranění po vaginálním porodu a jejich klinického významu je v posledním desetiletí jednou z nejčastěji řešených témat mezi urogynekology a porodníky. Během vaginálního porodu dochází k různým typům traumat, od nervových poranění, svalových poranění, poranění fascie a podpůrných struktur nebo poranění pánevních orgánů. Uvedená poranění mohou být klinicky důležitá, co se týče projevů inkontinence moči, inkontinence stolice a prolapsu pánevních orgánů. Úroveň klinického významu i možnosti prevence traumat ovšem zůstává neurčitá a rozděluje porodníky na dva vyhraněné tábory, ze kterých první vidí v porodnickém poranění kauzální příčinu zmiňovaných symptomů, kdežto druhá skupina zmíněný vztah popírá (KAŠÍKOVÁ, 2012).

Během porodu se mohou přihodit různé komplikace a problémy, které vyústí v některé porodní poranění. V této kapitole jsou představeny nejčastější typy porodního poranění.

3.1 EPIZIOTOMIE

Nástřih hráze představuje nejčastější porodnický výkon. Je realizován na konci druhé doby porodní. Epiziotomie a indikace k jejímu provedení je ve chvíli prořezávání hlavičky. Především u prvorodiček, kdy hráz brání dalšímu postupu hlavičky plodu a současně hrozí ruptura poševního introitu a perinea. V případě, že by došlo u ženy k tomuto porodnímu poranění, je jeho hojení svízelnější a problematičtější, než hojení po provedené epiziotomii (BINDER a kol., 2011). Epiziotomie je výkonem, který se provádí nejen v průběhu vaginální porodnické operace, ale také v případě, kdy je u ženy přítomna velmi pevná a vysoká hráz. Dále se provádí při hrozící nebo již počínající ruptuře hráze, u předčasných porodů a při špatně zahojených jizvách po minulých epiziotomiích. Celkem se rozlišují čtyři základní typy epiziotomie (mediální epiziotomie, mediolaterální epiziotomie, laterální epiziotomie a rozšířená laterální epiziotomie) (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). Při mediolaterální epiziotomii za normálních okolností nedochází k poškození sfinkteru, ale krvácení je intenzivnější a hojení rány může být prolongované (INDROVÁ, FAIT, 2013). Mediální epiziotomii lze provést v případě vysoké hráze, je ovšem nebezpečná pro vysoké riziko následného vzniku poranění III. a IV. stupně. Laterální typ epiziotomie je svízelnější, náročnější na provedení sutury a na proces samotného hojení (ROZTOČIL, 2011).

3.2 LACERACE

Z porodních potrhání měkkých struktur se jedná především o laceraci pochvy či hráze. Pochva a hráz bývají velmi často při vlastním porodu v důsledku působení vysokého až nadměrného tlaku rozpínány. Tím může dojít ke vzniku trhlinek různého rozsahu a závažnosti (www.porodnice.cz, 2014). Při dlouhotrvajícím tlaku na tkáň, která je díky němu vystavena ischemii, se objevuje nekrotizující tkáň, která se nazývá uzurace (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

3.3 RUPTURY

V průběhu porodu může dojít k roztržení děložního hrdla, děložního těla, pochvy i hráze (MACKŮ, ČECH, 2011). Zvýšené riziko ruptury mají ženy při opakovaném vaginálním vyšetřování, které je prováděno v průběhu celého porodu, u řízeného tlačení nebo při roztahování perinea prsty. Často dochází k ruptuře v porodnické poloze v leže

na zádech. Dále dochází k častým rupturám při kontrakcích, které jsou vyvolávané použitím oxytocinu, protože dochází k intenzivním a nepřírozeným děložním kontrakcím, tudíž je porod hlavičky nepřírozeně rychlý (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014). V případě, že po porodu placenty neustále rodička krvácí a děloha je dobře kontrahována, je nutné vždy myslet na riziko trhliny děložního hrdla. Z tohoto důvodu je nutné po každém porodu revidovat děložní hrdlo v zrcadlech. Případné trhliny je důležité adekvátně ošetřit. Jestliže porodní poranění není správně ošetřeno, může dojít k jizevnaté deformaci děložního hrdla, jeho inkompetenci v následujícím těhotenství a ke vzniku ektopia se všemi jeho důsledky v pozdějších letech (MACKŮ, ČECH, 2011).

3.3.1 RUPTURA HRÁZE

Ruptura hráze zasahuje všechny vrstvy. To je kůže, podkoží a svalstvo tvořící perineální membránu, dále musculus levator ani, musculus pubococcygeus a část pochvy. Za nejčastější příčinu ruptury hráze je považována neadekvátní ochrana hráze porodníkem, předčasná deflexe hlavičky plodu, makrosomie plodu a váznoucí (prolongovaný) porod. Příliš rychlý postup hlavičky neumožňuje hrázi přizpůsobit se. Další příčinou je příliš křehká tkáň hráze. To se stává například po nebo při probíhající mykóze, při onemocnění pojiva rodičky. Dle skutečnosti, které vrstvy hráze jsou poraněny v průběhu porodu, se rozeznávají níže uvedené stupně (MACKŮ, ČECH, 2011).

Stupně porodního poranění hráze:

- **I. stupeň** představuje poranění kůže hráze,
- **II. stupeň** se týká poranění svalstva perinea, ale není poraněn anální svěrač,
- **III. stupeň** je poranění zasahující anální sfinkter:
 - **IIIa** - poranění postihující méně jak 50% tloušťky zevního análního sfinkteru,
 - **IIIb** - poranění zasahující více jak 50% tloušťky zevního análního sfinkteru,
 - **IIIc** - poranění zevního i vnitřního sfinkteru, ale sliznice anu je intaktní,

- **IV. stupeň** představuje poranění jak zevního, tak i vnitřního svěrače a současně i poranění anální sliznice (BINDER a kol., 2011).

3.3.2 RUPTURY VULVY

V oblasti vulvy, zejména na kůži malých stydkých pysků, se tvoří drobné trhlinky, které není nutné většinou speciálně ošetřovat. Ošetřují se hlavně trhliny zasahující oblasti crura clitoridis. Všechny intenzivně krvácející ruptury vyžadují odborné ošetření (MACKŮ, ČECH, 2011). Trhliny vulvy jsou často spojené se současným poraněním oblasti hráze. Mohou zasahovat hluboko do vaginálních kleneb a do parakolpia, kde se obáváme zejména poranění cévních pletení. Za velmi závažné akutní komplikace jsou považovány paravaginální hematomy, které mohou být příčinou velkých krevních ztrát, anémie a její terapie včetně použití transfuzních přípravků. V případě nedostatečného ošetření těchto poranění mohou v budoucnu způsobovat komplikované chronické záněty a poporodní deformace. Důležité je, aby po vaginálním porodu docházelo k aspekcí rodidel, palpační kontrole stavu poševních stěn a odhalení trhlín nebo tvořících se hematomů (BINDER a kol., 2011).

3.3.3 RUPTURY POCHVY

S rupturou pochvy vznikají jednotně trhliny vulvy, hráze nebo vedlejších orgánů. K celkovému roztržení vaginy nemusí vždy dojít. Hromaděním krve mezi poševní stěnou a parakolpiem vzniká paravaginální hematoma, který se může šířit parametriem a dále v retroperitoneu až k ledvinám a ohrožovat pacientku šokem. Pokud zůstane její sliznice neporušená, hovoříme o krytém paravaginálním hematomu. Při opakovaných kolpitudách během těhotenství může během porodu vzniknout mnohem závažnější poranění pochvy. Celkové příčiny vaginálních ruptur jsou původu mechanického (ROZTOČIL, 2008), (BINDER a kol., 2011). V případě vstupu infekce vznikají také abscesy. Typickým příznakem, jak se projeví hematoma pochvy, je tlak na konečník. Bývá velmi bolestivý a u ženy dochází k projevům anemického syndromu, někdy až k život ohrožujícímu krvácení. Odtrhnutím pochvy od čípku v celém jeho obvodu vzniká cirkulární trhlina. Bývá spojena se šokovým stavem a krvácením. Příčina této vážné komplikace jsou dlouhotrvající děložní kontrakce, porodní překážky nebo klešťový porod. Hematom je možné detekovat pečlivou aspekcí a palpací ihned po dokončení sutury poranění a v průběhu časného šestinedělí. Jestliže se paravaginální

hematom vytvoří, je potřeba ho vypustit a odborně ošetřit zdroj krvácení, což se obvykle provádí v celkové anestezii (PESCHOUT, 2007). Pozornost je nutné věnovat především rodičkám, u kterých je výrazné riziko přítomnosti trhlin v oblasti pochvy nebo děložního čípku. Včas udělaná epiziotomie je jednou z prevencí ruptury pochvy (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014), (ROZTOČIL, 2014).

3.3.4 RUPTURY DĚLOŽNÍHO HRDLA

Trhliny a ruptury děložního hrdla vznikají nejčastěji při velmi rychlém otevírání porodnické branky. Důvodem může být sama rodička, která začíná předčasně tlačit, tzn. ještě před zánikem branky. Za ostatní příčiny patří jizvy po proběhlých porodech nebo operacích na děložním čípku. Poranění děložního čípku je častým zdrojem poměrně silného krvácení. Následkem trhlin a ruptur vzniká stav, při kterém děložní hrdlo zůstává lacerované a může být příčinou chronického poševního výtoku. K poranění děložního čípku častěji dochází v místě spojení jeho přední a zadní porce. V případě ruptury děložního hrdla je nutné provést suturu za použití porodnických zrcadel (MACKŮ, ČECH, 2011). Drobná poranění lokalizovaná na okrajích děložního hrdla vznikají téměř při každém porodu. Pokud nejsou větší jak 1 cm a příliš nekrvácejí, není je potřeba ošetřovat (BINDER a kol., 2011). Závažnější intenzity jsou trhliny, které se nacházejí v celé délce děložního hrdla a zasahují do oblasti poševní klenby. Hlavní příčinou těchto ruptur bývá především rigidní nebo jizevnaté děložní hrdlo (stav po předchozích operacích na děložním hrdle, po konizaci, cerkláži, po kryoterapii lézí v oblasti děložního hrdla). Hlavním symptomem je silné krvácení, což znamená, že trhlina zasáhla některou z větví uterinní arterie. Zvláště nebezpečné jsou ruptury zasahující do oblasti dolního děložního segmentu nebo dokonce do děložního těla. Tento závažný stav vyžaduje ošetření z abdominálního přístupu. Může být indikováno dokonce provedení hysterektomie (MACKŮ, ČECH, 2011).

4 CHRONICKÉ KOMPLIKACE PORODNÍCH PORANĚNÍ

Mašata (2014) z epidemiologických studií uvádí, že sestup pánevních orgánů, inkontinence moči a inkontinence stolice bývají následky porodu. Vyskytují se zejména po klešťovém porodu, následkem velkého a dlouhotrvajícího tlaku během vypuzovací fáze porodu a při neadekvátním ošetření porodního poranění (HÁJEK, ČECH, MARŠÁL a kol., 2014).

Sestup pánevních orgánů a močová inkontinence

Porod představuje výrazné zatížení pro svalstvo pánevního dna. Kontrakce a tlaky břišního lisu v době porodu působí velmi silně na močový měchýř a močovou trubici. Svaly pánevního dna jsou nucené se výrazně roztáhnout a močové cesty se deformují. Po porodu se správně dostávají do své původní anatomické polohy, ale může to nějakou dobu trvat. Po porodu si všímáme i různých stupňů descenzu pánevních orgánů, nejčastěji děložního čípku. V průběhu této doby se u ženy často objevuje močová inkontinence, neboť sfinktery nefungují správně. Jestliže k úpravě nedojde během šestinedělí, znamená to, že při porodu došlo k závažnému poškození tkáně uretry, pochvy, svalů pánevního dna a nervových zakončení (www.rehabilitace.info, 2016). Rodička by měla mít před počátkem aktivního tlačení vyprázdněný močový měchýř. Koncem první doby porodní je vhodné rodičku nechat vymočít ve sprše. Plnost močového měchýře je překážkou porodu, zároveň zvyšuje nepohodu rodičky. Jinou metodou prevence močové inkontinence je vycévkování rodičky před začátkem druhé doby porodní. Rizikem cévkování je poranění uretry, pokud je hlavička vstoupá hluboko v pánvi. To může mít za následek dočasnou močovou inkontinenci (MORAVCOVÁ, PETRŽÍLKOVÁ, 2015).

Inkontinence stolice

Anální inkontinence je stav těžce alterující kvalitu života ženy. Nejčastější příčinou anální inkontinence je vaginální porod, během kterého došlo k poškození nervových zakončení nebo jako důsledek mechanického poranění análního sfinkteru při porodu (např. ruptura hráze IV. stupně) (ROZTOČIL a kol., 2008).

Dyspareunie

Dyspareunie se vyskytuje po vaginálním porodu poměrně často. Jedná se o situaci zahrnující nepříjemné až bolestivé pocity, prezentující se při koitu. Sexuální život ženy po porodu je výrazně limitován různými faktory, mezi něž patří například porodní poranění, hormonální změny organismu, změny sociálních rolí v rodině, péče o novorozence. Ženy v souvislosti s pohlavním stykem pocítují výrazný dyskomfort v oblasti po provedené epiziotomii, krvácení z jizvy, opakované výtoky, únavnost a snížení jejich sexuální atraktivity po porodu (WEISS a kol., 2010).

5 PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ

Porod je fyziologický děj úzce spojený s rizikem poranění rodidel. Poranění různého charakteru a intenzity se prezentují v průběhu porodních cest, ale i na přilehlých orgánech, jako je například močový měchýř, rektum nebo dokonce pánevní pletenec (ROZTOČIL, 2011). Prevence poranění porodních cest je z velké části závislá na poddajnosti hráze, vlastnostech a specifikách svalů pánevního dna, na velikosti plodu (velikosti hlavy, ramének, zadečku a trupu plodu), tedy na schopnosti porodních cest přizpůsobit se plodu. S přípravou měkkých porodních cest je třeba začít již před porodem, jediné tak je možné zvýšit a zlepšit elasticitu tkáně. Mnohé metody mají za cíl zvýšení elasticity hráze a posílení možnosti jejího maximálního rozvinutí při porodu. Nutnost provedení epiziotomie a rizika vzniku ruptury je možné snížit (MARYŠKOVÁ, 2010).

V rozvinutých zemích se v posledních letech více a více věnuje pozornost péči o perineum a možnostem ochrany hráze při porodu. Ženy v České republice mají v důsledku návštěv různých těhotenských kurzů a cvičení pro těhotné znalosti týkající se například dýchání v průběhu porodu apod., zatímco informace, které se týkají prevence poranění hráze, jsou nedostatečné a často jim není věnována zasloužená pozornost. Mezi rizikové faktory vedoucí k poranění hráze patří především primiparita a vyšší věk rodičky, vaginální operační (zejména klešťový) porod, dystokie ramének, poruchy držení plodu, asijské etnikum, vysoká porodní hmotnost plodu, větší obvod hlavičky plodu, překotný porod a nedostatečně chráněná hráz (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Co se týká prevence porodního poranění, dle Světové zdravotnické organizace by měla být rodička během první doby porodní vyšetřována minimálně jednou za 4 hodiny (MACKŮ, ČECH, 2011).

5.1 MASÁŽ HRÁZE

Hlavním cílem masáže hráze je zvýšení pružnosti svalů perinea a současně snížení jejich odporu při porodu. V důsledku masáže také dojde k uvolnění a zpružnění poševního tkaniva a svalů obklopujících pochvu (ŠTROMEROVÁ, 2010). Masáže hráze by se měly vyvarovat rodičky, které mají za sebou předčasný porod, předčasný odtok plodové vody, prodělanou či akutně probíhající vaginální infekci i ty, u nichž

masáž hráze vyvolává kontrakce (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Maryšková (2010) doplňuje, že zahraniční výzkumy ukazují nezastupitelné místo masáže hráze v přípravě na porod u prvorodiček, u nás je stále podceňována. Není možné se domnívat, že jejím využitím se docílí porodu bez jakýchkoliv poranění. Lze ovšem očekávat zlepšení elasticity a poddajnosti měkkých porodních cest. Tím omezení poranění hráze, pochvy a menší počet mikrotraumat. Navíc každodenním cvičením se omezí obavy z porodu, redukuje se doba trvání první a druhé doby porodní a omezí se subjektivní vnímání bolesti při porodu.

Geranmayeh et al. (2012) se ve svém výzkumu zaměřují na účinky masáže hráze v druhé době porodní za využití vazelíny. Zjištění autorů ukazují, že perineální masáž s vazelínou ve druhé době porodní zvyšuje integritu hráze a snižuje porodní poranění hráze (nastřížení a trhliny). Autoři tak mají za to, že masáž hráze vazelínou může být efektivní způsob, jak zabránit poraněním při porodu. Beckmann a Stock (2013) dokládají účinek masáže hráze proti vzniku poporodních poranění. Uvádějí, že masáž hráze od 35. týdne těhotenství snižuje pravděpodobnost porodních poranění vyžadujících si šití po vaginálním porodu.

Masáž hráze si může provádět žena sama nebo za pomoci druhé osoby (partnera). Před masáží hráze je nutné, aby si žena umyla ruce nebo použila gumové rukavice. Žena zaujímá polohu vpolosedě s pokrčenými dolními končetinami. V případě, že masáž provádí bez partnera, je vhodné využít zrcátko, aby mohla kontrolovat správné provádění masáže. Po zvlhčení prstů (např. rostlinným olejem) si zavádí do pochvy oba palce a pomalu je od sebe roztahuje. V případě masáže s partnerovou pomocí se zavádí do pochvy ukazováček a prostředníček. Hloubka zavedení prstů je kolem 3 cm, to znamená asi po konec druhého článku prstu. Prsty po tkáni volně klouzají. Důležité je použít dostatečné množství lubrikantu. Prsty přejíždí z jedné strany na druhou a provádějí pohyb ve tvaru U, od čísla 3 k číslu 9 na pomyslném hodinovém ciferníku. Stěna pochvy se při pohybu ve tvaru U tlačí směrem dolů a dopředu. Doba masáže se pohybuje okolo 3 minut. Konečná fáze masáže hráze je zakončená mnutím hráze mezi palcem a ukazováčkem. Palec je vně a ukazováček je zaveden do pochvy. Mnutí hráze trvá zhruba 1 až 2 minuty. Délka celé masáže hráze se pohybuje kolem 5 minut, provádí se jednou až dvakrát za den. S masáží hráze těhotná žena začíná zhruba šest týdnů před stanoveným termínem porodu (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016).

5.2 EPIZIOTOMIE

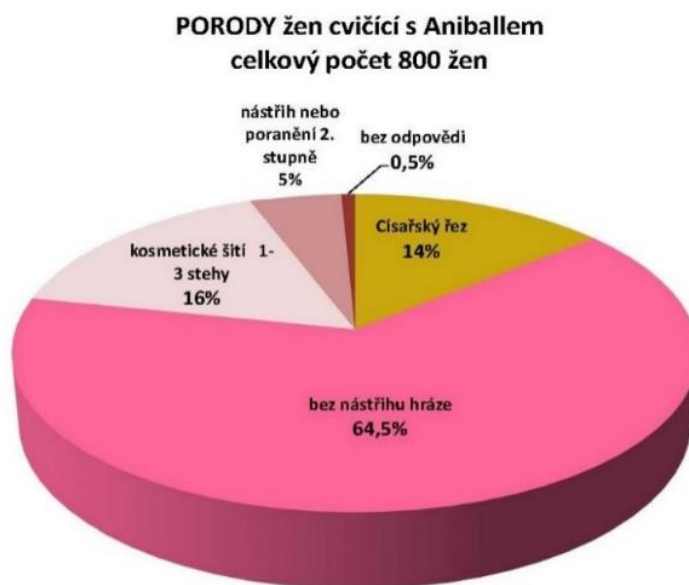
Historicky je epiziotomie pojímána jako klíčové řešení v prevenci porodního poranění hráze. Vůbec první dochovaný popis nástřihu hráze pochází z knihy *A Treatise on Midwifry*, která je napsána v roce 1742 sirem Fieldingem Ouldem. Od této doby dochází k posunu preventivního zákroku k záměrnému chirurgickému řešení (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Porodník i porodní asistentka preferují mediolaterální epiziotomii. Z hlediska skutečné prevence před poraněním hráze je důležitá délka nástřihu, hloubka nástřihu, vzdálenost epiziotomie od střední čáry a úhel, pod kterým je nástřih proveden. Rodriguez, Arenas, Osorio et al. (2008) ve výzkumu provedeném u 446 prvorodiček potvrzují, že preventivně provedená epiziotomie může u rodičích žen snížit riziko poranění hráze třetího stupně. Dnes se nástřih hráze provádí pouze v indikovaných případech, neboť tzv. preventivní epiziotomie neodvrátí případné další poranění v oblasti pánevního dna. Při realizaci epiziotomie jsou přímo protnuty svaly, cévy a nervy, které se nacházejí v jejím místě, což vede ke zvýšení intenzity krvácení a k narušení nervových pletení (INDROVÁ, FAIT, 2013).

5.3 VAGINÁLNÍ DILATAČNÍ BALONKY ANIBALL A EPI-NO

Aniball je českým výrobkem, který je k dispozici zhruba od roku 2014. Cvičení s Aniballem je těhotným ženám doporučováno od 36. týdne gravidity. Principem této pomůcky je její dostatečná dilatace v pochvě přibližně na obvod balonku 28 až 30 cm, posílení a zpevnění svalů v oblasti pánevního dna a simulace porodu za využití plynulého, šetrného rozpínání svalů pánevního dna a tkáně hráze (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Tvar balonku pochází z afrického porodnictví, kde se tímto způsobem těhotné ženy připravují na přirozený porod. Tento tvar je spojován s vytvarovanou tykví, tzv. kalabasa (www.aniball.cz, 2017). Při použití Aniballu může dojít ke slabému krvácení či zašpinění. To je obvykle způsobené dotykem balonku jemného děložního čípku připravujícího se na porod. Jestliže špinění nebo zakrvácení ustoupí během chvíle po použití balonku, nemusí se těhotná žena znepokojovat. Zvláštní opatření se věnuje ženám, které mají nízko nasedající lůžko, varixy na genitálu nebo jsou po přeléčeném zánětu pochvy. Silné krvácení, trhliny nebo bolest jsou nejčastější důvody ukončení používání Aniballu. Kontraindikace použití balonku Aniball jsou záněty pochvy, poranění pochvy, vybraná riziková těhotenství, hrozící

předčasný porod, poruchy placenty ve smyslu prorůstání nebo uložení lůžka či jiné důvody pro plánovaný císařský řez, výskyt kondylomat, aktivní genitální herpes a prekancerózy děložního čípku (www.aniball.cz, 2017). Dalším vaginálním dilatačním balónkem je tzv. EPI-NO. Tento výrobek je v prodeji od roku 2009. EPI-NO je doporučováno používat od 37. týdne těhotenství až do doby porodu. Každý den po dobu 30 minut. EPI-NO je balónek složený ze silikonu. Má tvar osmičky. Patří k němu ruční pumpa, kde buď je, nebo není ukazatel působícího tlaku. Balónek po zavedení do pochvy nejprve posiluje pánevní dno během stahování a relaxace jeho svalů po dobu 10 minut. Poté je potřeba, aby žena balónek co nejvíce nafoukla, a to do fáze, kdy cítí tlak, nikoliv bolest. Takto nafouknutý balónek ponechá v pochvě po dobu 10 minut. V závěrečné fázi žena zcela uvolní pánevní svalstvo a nechá balónek volně vyklouznout z pochvy vně. Za cílovou hodnotu dosažené dilatace se považuje 8 až 10 cm v průměru. Dilatace většího průměru nemá jakýkoli význam (MARYŠKOVÁ, 2010).

Bohatá a Dostálek (2016) prováděli vlastní šetření účinnosti těchto metod. Zjistili, že používání vaginálních dilatačních balonků (Epi-no, Aniball) před porodem signifikantně zvyšuje množství žen, které porodí s intaktní hrází oproti kontrolní skupině. Prokazují rovněž snížení rizika operačního vaginálního porodu u žen užívajících vaginální dilatační balonky oproti kontrolní skupině. Z toho vyplývá, že používání vaginálního dilatačního balonku v těhotenství znamená pro ženu benefit, pakliže se jedná o poranění hráze při porodu. Ruckhäble et al. (2009) realizovali studii v nemocnicích v Německu na 276 prvorodičkách. Autoři mají za to, že trénování s Epi-No výrazně zvyšuje pravděpodobnost porodu bez poranění hráze, stejně jako potřebu použití epiziotomie. Pilotní randomizovaná kontrolovaná studie Sheka et al. (2011) však ukazuje pouze nevýznamně nižší výskyt poranění pánevního dna u žen používajících Epi-No od 37. týdne těhotenství. Ke stejným závěrům pak dochází Brito et al. (2015) ve svém review dostupných odborných randomizovaných kontrolovaných studií. Epi-No podle nich nesnižuje riziko epiziotomie a nemá žádný vliv na snížení poranění hráze. Vzhledem k tomu, že Aniball je český výrobek, zahraniční studie chybí. Jedinou dohledatelnou studií o jeho účinnosti je výše zmíněný výzkum Bohaté a Dostálka (2016). Bylo zjištěno, že došlo k redukci porodního poranění až o 30 %. Výsledky statistiky u žen, které používaly Aniball prezentuje Obrázek 1.



Obrázek 1 Statistika cvičících žen s Aniballem na prevenci porodního poranění

Zdroj: www.aniball.cz, 2017

5.4 DIANATAL GEL

Hlavním důvodem pro užití gelů při samotném porodu je urychlení průběhu porodu a snížení bolesti vznikající třením poševních stěn při vyšetřování, během dilatace porodnické branky nebo při postupu plodu pochvou. Gel snižuje zároveň výskyt porodních poranění. Porodnický gel se využívá v průběhu vaginálního porodu. Dianatal gel je v současné době jediným speciálně vyrobeným porodnickým gelem, který je přímo indikován pro omezení vzniku porodního poranění, ulehčení porodu, zkrácení doby porodu a snížení bolesti během vaginálního porodu. Po aplikaci Dianatal gelu dochází ke snížení tření při porodu až o 50 %, neboť gel přilne k poševní stěně a následně vytvoří v pochvě fluor umožňující klouzavý pohyb (JANKŮ, 2011). Ashwal, Aviram et al. (2016) provedli šetření ohledně bezpečnosti a efektu využití Dianatalu v druhé době porodní na poporodní traumata. Z šetření na 200 porodech vyplynulo, že Dianatal gel je bezpečný pro matky i novorozence. Nezaznamenaly se žádné významné rozdíly mezi ženami, které rodily bez nebo s Dianatal gelem. Rolinska, Tomasz et al. (2015) také nepotvrzují žádná významná pozitiva použití Dianatalu

ve smyslu snížení bolesti během druhé doby porodní. Gel neomezil vyčerpání rodičky v období od zániku branky do porodu, ale nebyl ani nebezpečný.

5.5 TEPLÉ OBKLADY HRÁZE

Za efektivní metodu prevence závažného porodního poranění hráze (tj. poranění 3. až 4. stupně) je považován teplý obklad přikládající se na oblast hráze v průběhu druhé doby porodní. Teplota obkladu je v rozmezí 38°C až 44°C. Působením tepla dojde k uvolnění tkáně hráze. Hráz poté neklade takový odpor hlavičce plodu a není tím vystavena tlaku takové intenzity (RATISLAVOVÁ, 2008).

5.6 PŘÍRODNÍ METODY

Do této skupiny patří zejména popíjení čaje z malinovníku nebo užívání lněného semínka. Maliník údajně stimuluje stahy hladkého svaloviny, pozitivně ovlivňuje průběh porodu a zkracuje dobu porodu. Doporučuje se pít 1 až 2 šálky denně od 36. týdne gravidity. Lněné semínko navozuje relaxaci hladké svaloviny a napomáhá otevírání děložního hrdla. Doporučuje se užívat i několikrát za den a to od druhé poloviny těhotenství (BOHATÁ, DOSTÁLEK, 2016). Bohatá a Dostálek (2016) však uvádějí, že u čaje z maliníku ani u lněného semínka nebyl prokázán statisticky významný účinek na prevenci poranění perinea.

5.7 HOMEOPATIE

Období před porodem je zcela neodmyslitelně naplněno vlastní přípravou ženy k přirozenému porodu. K psychické pohodě lze využít také homeopatii. Arnica montana 15 C představuje preventivně působící prostředek proti porodnímu poranění, údajně zvyšuje odolnost tkání při vlastním porodu. Připravené cévní řečiště na budoucí zátěž v době porodu může snížit velikost peripartální krevní ztráty a usnadnit vstřebávání porodních hematomů a snížit riziko tromboembolie. Arnica montana 15 C lze podávat až tři měsíce před porodem. Dalším přípravkem, homeopaty doporučovaným přibližně měsíc před porodem, je Sepia officinalis 15CH. Má mít vliv na sílu vazivového aparátu, který je nezbytný k adekvátnímu průběhu vaginálního porodu. K uvolnění hrdla děložního a k přípravě porodních cest je doporučován Actaearacemosa 15CH. Užívá se jeden týden před očekávaným termínem porodu (www.ulekare.cz, 2014).

5.8 POSÍLENÍ SVALŮ DNA PÁNEVNÍHO

V těhotenství se fyziologicky povoluje a oslabuje pánevní svalstvo. Po porodu může dojít k potížím vedoucím k nechtěnému úniku moči například při kýchnutí, smíchu, kašli. Doporučená cvičení k posílení svalů pánevního dna se provádějí před porodem i po porodu. Cvičí se denně po 25 stažení. Cvičení se provádí stažením svalů okolo pochvy a anu. Po zatnutí se svaly povolí a postup se dokola opakuje. Po porodu se cvičí co nejdříve v závislosti na hojení porodního poranění. Pokud je rodička bez poranění, může s cvičením začít ihned po porodu. Pokud došlo k rozsáhlým poraněním svalstva, je vhodné začít po šestinedělí. Cvičení nemá být bolestivé. Posilování svalů pánevního dna pomáhá proti inkontinenci moči (STOPPARD, 2007).

Jednou z variant jsou Kegelovy cviky. Jejich přínosem za porodu je získání lepší schopnosti maximální relaxace svalů pánevního dna. Zlepšení sebekontroly a uvědomění si postavení svalů pánevního dna rodička využívá při vstupování hlavičky nebo zadečku plodu a během prostupu plodu porodním kanálem. Při cvičení jde o pravidelné střídavé uvolňování a napínání jednotlivých svalů a svalových skupin v oblasti pochvy, uretry či anu. Poloha, ze které by se mělo vycházet, je poloha vleže na zádech s pokrčenými koleny. Hlavu má těhotná žena lehce podloženou malým polštářkem či složeným ručníkem. Ruce má podél těla a vzdálenost dolních končetin od sebe jsou okolo 40 cm. Zjednodušeně jde při cvičení o potlačení močení. Tyto cviky je nutné provádět alespoň dvakrát nebo třikrát denně při opakování v počtu deseti až dvaceti stažení a uvolnění. Pomůcka pro těhotnou ženu ke zjištění, zda tyto cviky provádí dobře, je vyzkoušet si při močení na chvíli zastavit proud moči. Jestli se to těhotné podaří, je to náznak toho, že cvičí správně (BEHINOVÁ a kol., 2007), (www.rehabilitace.info, 2016).

6 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ

Po porodu je hráz velmi často zduřelá a rozbolavělá. Pokud je u rodičky provedená epiziotomie nebo došlo k samovolnému poškození hráze při porodu, je nutné se o hráz speciálně „starat“. V této kapitole budou prezentovány možnosti péče o hráz po porodu jako důležitá specifika edukace u rodičky. V případě, že dojde k poranění hráze III. stupně, je důležité, aby šestinedělka dostávala léky na změkčování stolice ve formě perorálních laxativ (10 dní) a při poranění rektální sliznice podávat bezsezbytkovou dietní stravu 5 dní.

V péči o suturu rodidel je kladen důraz na osobní hygienu nedělky. Ženu musíme vždy důkladně poučit, aby si během šestinedělí oplachovala genitál po každém vykonání potřeby (močení a stolice), čímž je zajištěna prevence vzniku ascendentní lokální i celkové infekce. Sprchování vlažnou, spíše studenou vodou zároveň snižuje bolestivost. Speciální mýdla pro intimní hygienu mohou v tomto období zbytečně dráždit. Po sprchování je vhodné vždy oblast sutury dostatečně osušit (provádí se tzv. „tupkání“) a vyměnit vložky. Nedělka kontroluje vzhled a zápach lochií. Hojení ran podporují odvary z heřmánku lékařského a z řepíku lékařského, ty mohou pomoci i při léčbě v tomto období častých hemeroidů. Pro pocit úlevy od bolesti při rozsáhlých poraněních hráze se doporučuje sedět na nafukovacím kruhu. Na poraněnou hráz lze aplikovat éterické oleje (levandulový, z cypřiše, z čajovníku, z růže, dubové kůry apod.), dále je vhodné zařadit tzv. sedací koupele (KOUDELKOVÁ, 2013).

Ledování

Led zabalený do igelitu a čisté látky se pokládá na oblast hráze, kde byla poraněna. Ledování je vhodné provádět zhruba 20 minut v rozmezí každých dvou až tří hodin. Prostřednictvím ledování dochází ke snížení bolestivosti poraněné tkáně a také se snižuje krvácení (DUMOULIN, 2006). Je možné místo speciálního igelitu použít obyčejnou gumovou rukavici či prezervativ, nalít do nich vodu a dát je do mrazáku. Poté si vzít čistou hadrovou plenu či ručník a přiložit na oteklá nebo bolestivá místa.

Masírování jizvy

Masáže se doporučují ženám, u kterých byla provedena epiziotomie nebo došlo k ruptuře či laceraci hráze. Masírováním se zjemní jizva, povolí srůsty a ustoupí bolest i další nepříjemné pocity. Tři až čtyři týdny po porodu je vhodné zahájit masáž hráze. Provádí se masáž krouživého charakteru a masáž napříč. Začíná se jemně a každým dnem se pomalu přidává intenzita masírování. Masáž krouživého charakteru se provádí v polosedě nebo vsedě s pokrčenýma nohama. Jeden prst se zavádí dovnitř pochvy a druhý vně. Provádějí se jimi krouživé pohyby podél jizvy, aby se uvolnila. Vhodné je užívat masážní krém. Masáž napříč se provádí ve stejné poloze jako masáž krouživá. Dva prsty se položí naplocho přes jizvu, obvykle mezi pochvu a řitní otvor, a pohyb je veden zprava doleva. Masáže se provádějí 1 až 2krát denně 20 minut, po dobu dvou týdnů i déle, dle potřeby klientky (DUMOULIN, 2006).

Uzamčení hráze

Tato technika je využívána především při kašli, kýchání, vstávání z lůžka, při chůzi a zvedání miminka. Snižuje bolestivost poraněné hráze. Před zakašláním nebo kýchnutím je nutné stáhnout svaly pánevního dna, aby došlo k minimalizaci tlaku na hráz a tím i na suturu (DUMOULIN, 2006).

Lehké kontrakce svalů pánevního dna

Lehkým zatěžováním svalů pánevního dna selepší hojení poranění na principu zvýšeného prokrvení tkáně, snížení otoku a bolestivosti rány. Cvičení se provádí vleže nebo vsedě. Stahují se svaly pánevního dna. Cvičení se opakuje po dobu 2 minut každé 2 až 3 hodiny (DUMOULIN, 2006). Obdobně provádíme Kegelovy cviky. Varovným příznakem je bolest, její hranici nepřekračujeme. Opět cvičením mj. snižujeme riziko nechtěného úniku moči a sestupu dělohy po porodu (STOPPARD, 2007).

7 EDUKACE

K tématu edukace Juřeníková (2010, s. 9) prezentuje, že edukaci je možné definovat jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“. Edukace znamená jak proces výchovy, tak i vzdělávání. Jedná se tedy o dva procesy, které se vzájemně prolínají, podněcují a především doplňují. Z tohoto důvodu je nelze od sebe oddělovat (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

7.1 EDUKAČNÍ PROCES

Za edukační aktivity je považována taková činnost lidí, při které je realizován proces učení, které je buď záměrného, tj. intencionálního, nebo nezáměrného charakteru, tj. učení incidentální. Je třeba podotknout, že základní edukační procesy probíhají u jedince již od doby prenatálního vývoje a poté následně celý jeho život, tedy až do smrti.

Do edukačního procesu při jeho realizaci vstupují čtyři základní determinanty a subjekty, kterými jsou:

- edukanti,
- edukátor,
- edukační konstrukty,
- edukační prostředí (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukantem je osoba, která je podrobena procesu vzdělávání.

Edukátor je chápán jako hlavní iniciátor a aktér celé edukační aktivity. Ve zdravotnictví za edukátora považujeme nejčastěji lékaře, zdravotní sestru, porodní asistentku, rehabilitačního pracovníka a další (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukační konstrukty jsou konkrétní předpisy, normy a plány (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukační prostředí představuje místo edukace, kde probíhá (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

Edukační standard je předem naplánovaný proces edukace, který je vytvořen pro konkrétního pacienta či klienta (VONDRÁČEK a kol., 2011).

7.2 VÝZNAM EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Edukace má významnou roli v rámci prevence, která je jak primárního, tak sekundárního a terciárního charakteru. Primární prevence se zaměřuje především na zdravé jedince, kdy se snaží, aby u nich nedošlo k poškození zdraví a aby se naopak podařilo u nich zdraví udržet co nejdéle. Sekundární prevence představuje edukaci, která je realizována u již nemocných jedinců, u kterých se snaží v důsledku jejich znalostí a schopností ovlivňovat jejich budoucí zdravotní stav a vývoj onemocnění a také budoucí a prognózu onemocnění. Terciární prevence se zaměřuje na jedince, kteří mají, již v důsledku proběhlé choroby, nevratné změny, které mohou významným způsobem zasahovat do jejich kvality života. Její pozornost je tedy věnována především zlepšení kvality života, kterou je možné u pacientů ovlivňovat například prostřednictvím edukace, tak aby nedocházelo k rozvoji a následnému vzniku dalších případných komplikací (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

7.3 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU

Edukační proces je realizován v logické návaznosti pěti základních fází. Jedná se o proces, který je záměrného, cílevědomého, řízeného a především naplánovaného charakteru. Vlastní edukační proces je realizován v rámci souběžného a vzájemného působení edukátora i edukanta (KUBEROVÁ, 2010).

FÁZE POSUZOVÁNÍ

Aby mohl být edukační proces kvalitně zrealizován, je potřebné, aby veškerá data a informace o pacientovi či klientovi byla odebrána a zpracována pečlivě. Údaje o pacientech či klientech jsou získávány na základě rozhovoru a pozorováním, prostřednictvím fyzikálních vyšetření anebo ze zdravotnické dokumentace z minulých hospitalizací. Na podkladě těchto údajů a informací je nutné analyzovat schopnosti, dovednosti a kompetence pacienta učít se „novému“ a zároveň zhodnotit veškeré faktory a aspekty, které mohou ovlivnit průběh a kvalitu edukačního procesu. Důležitou oblastí jsou i vlastní postoje nemocného vůči sobě samému, sebehodnocení

a sebezpetí, jako i vztah ke své chorobě, k aktuálnímu životu a kvalitě života (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

FÁZE DIAGNOSTIKY

Po fázi získání, hodnocení a analýzy zjištěných informací o nemocném je realizována druhá fáze edukačního procesu, což je definování a vymezení tzv. edukační diagnózy (KUBEROVÁ, 2010). Edukační diagnóza v sobě zahrnuje jak elementární problémy a potřeby jedince, jejich příčiny vzniku, tak i následky těchto problémů. Edukační diagnózy je možné diferencovat dle jejich závažnosti a s ohledem na důležitost z hlediska samotného pacienta či klienta (JUŘENÍKOVÁ, 2010).

FÁZE PLÁNOVÁNÍ

Hlavním cílem této fáze je snaha o vytvoření a definování edukačního plánu. Při procesu jeho tvorby jsou definovány a stanoveny konkrétní cíle a záměry, kterých má být dosaženo a které napomáhají vést k upevnění zdraví osoby nebo k eliminaci či odstranění jeho zdravotního problému. V této fázi je také rozhodováno o aktivitách a činnostech, s jejichž pomocí by mělo dojít k možnosti naplnění předem definovaných cílů edukace (KUBEROVÁ, 2010). Kuberová například uvádí, že: *"plánování musí brát v úvahu všechny determinanty zdraví"* (KUBEROVÁ, 2010, s. 26).

FÁZE REALIZACE

V rámci fáze realizace edukátor aplikuje své odborné teoretické znalosti i své praktické dovednosti a zkušenosti z oboru. Celý průběh učebního procesu mohou velmi výrazně zefektivnit také adekvátně zvolené metody, techniky a strategie výuky a volené učební pomůcky a prostředky. Platí, že výběr edukační metody a strategie by měl být v souladu se stanovenými cíli edukace (KUBEROVÁ, 2010).

FÁZE VYHODNOCENÍ

V této fázi edukátor poskytuje edukujícím se osobám zpětnou vazbu rozmanitými způsoby, například odměnou, pochvalou i kritikou. Tento projev edukátora má efektivní vliv na edukující se osobu a současně také napomáhá procesu edukace. Hodnocení jako takové by mělo být procesem průběžným a závěrečným. V této

poslední fázi edukátor spolu s pacientem či klientem hodnotí, čeho se podařilo dosáhnout, jaké změny nastaly aj. (KUBEROVÁ, 2010).

7.4 EDUKAČNÍ METODY

Edukační metody je možné diferencovat do tří základních skupin: teoretické, teoreticko-praktické a praktické. Do teoretické skupiny můžeme zařadit klasickou přednášku, přednáška tzv. ex cathedra, přednášku s diskuzí, cvičení a také seminář. Mezi techniky teoreticko-praktické metody zařazujeme diskuzní metody, problémové metody, programovou výuku, diagnostické a klasifikační metody a strategie a také metody projektového charakteru. Do skupiny praktického výcviku zařazujeme například coaching, instruktáž, asistování, stáž, exkurze aj. (VONDRÁČEK a kol., 2011).

8 SPECIFICKÁ EDUKACE ŽENY O PREVENCI PORODNÍHO PORANĚNÍ PŘI VAGINÁLNÍM PORODU

Cílem edukace je informovanost těhotné ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu. Těhotná žena bude seznámena s rizikovými faktory porodních poranění. Dále se seznámí s různými typy porodních poranění. Klientka bude seznámena s péčí o porodní poranění. Těhotná žena bude schopna samostatně provádět masáž hráze a bude umět posilovat svaly dna pánevního. V rámci edukačního procesu je nutné vytvořit edukační plán, který je zapotřebí dodržovat z důvodu komplexnosti a efektivity.

8.1 POSUZOVÁNÍ – 1. FÁZE

Klientka pro tento edukační proces byla vybrána na základě setkání v prenatalní poradně u společné gynekoložky s cílem dozvědět se více informací o prevenci porodního poranění. V tomto případě nám bylo umožněno sledovat klientku během celého těhotenství včetně porodu a poporodního období.

Dne 26. 10. 2016 přišla těhotná žena do prenatalní poradny na pravidelnou kontrolu. Je tercigravida/sekundipara (stav po císařském řezu pro polohu plodu koncem pánevním) v 31+4 týdnu těhotenství. Probíhá pravidelná kontrola váhy, která je 77,2 kg, moč je negativní, otoky nejsou žádné, tlak krve těhotné je 125/76 mmHg a puls 83 za minutu, voda plodová je zachovalá a v normálním množství, pohyby plodu cítí a CTG je fyziologické. Poslední menstruace byla 26. 3. 2016 a termín porodu těhotné je 24. 12. 2016. Vývoj gravidity je fyziologický, plod odpovídá délce těhotenství. Vzdálenost spona fundus je 32 cm a poloha plodu podélná. Těhotná žena udává pocit napětí z blížícího se porodu, jiné obtíže nemá.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno: J. B.

Datum narození: 4. 9. 1984

Věk: 32 let

Vzdělání: vysokoškolské (titul Ing.)

Pohlaví: žena

Bydliště: Lhota pod Libčany

Etnikum: slovanské

Zaměstnání: referentka Lesů ČR (nyní přerušeno z důvodu probíhající mateřské dovolené)

Rodinný stav: vdaná

Státní příslušnost: Česká republika

Anamnéza

Rodinná anamnéza: vrozené vývojové vady a poruchy krevní srážlivosti se u těhotné klientky v rodině nevyskytují. U babičky a své matky udává zvýšený krevní cukr, ale zatím se s ním v rodině nikdo neléčí. Zvýšený krevní tlak má babička a maminka, které berou pravidelně léky. Závislost v rodině na alkoholu, kouření a jiných návykových látkách se v rodině nevyskytuje.

Osobní anamnéza: těhotná žena uvádí obvyklé dětské nemoci. Transfuzi doposud neměla.

Gynekologická anamnéza: menarché od 13ti let, pravidelná, bolestivá, cyklus 28/5, střední intenzity. V roce 2012 prodělala missed abortion (zamlklý potrat) s následnou revizí dutiny děložní. V roce 2013 byl naplánovaný sectio caesarea pro podélnou polohu koncem pánevním (děvče, 3570 g, kojila 8,5 měsíců). Od 16 let do 24 let užívala antikoncepční pilulky, po osmi letech užívání byly vysazeny.

Počet porodů: 1, počet potratů: 1, počet umělých těhotenství: 0

Gravidita/parita: III/II

Poslední menstruace: 26. 3. 2016

Termín těhotné dle prvotrimestrálního screeningu: 24. 12. 2016

Farmakologická anamnéza: kyselinu listovou těhotná žena užívala první tři měsíce na doporučení gynekoložky. Po třech měsících gravidity se rozhodla užívat Omega-3 nenasycené mastné kyseliny, které bude brát po zbylou dobu těhotenství. Těhotná žena se s ničím momentálně neléčí a žádné léky trvale neužívá.

Abúzy: závislosti na kouření, alkoholu a jiných psychotropních látkách neudává.

Alergologická anamnéza: klientka udává alergii na Acylpirin. Na Penicilin nebo jiná antibiotika klientka alergickou reakci neudává.

Sociální anamnéza: těhotná žena bydlí s manželem a jejich tříletou dcerou v rodinném dvougeneračním domě spolu s manžegovými rodiči.

Pracovní anamnéza: klientka je momentálně na mateřské dovolené. Dříve pracovala jako referentka Lesů ČR.

Tabulka 1 Základní údaje

Tělesný stav	fyzilogický, bez patologických náležitostí
Mentální úroveň	vyhovující, orientovaná místem, časem i osobou
Komunikace	výborná
Zrak, sluch	bez známek patologií, žádné omezení
Řečový projev	zřetelný
Paměť	dlouhodobá a krátkodobá paměť bez narušení
Motivace	dostačující, udává zájem o získání vědomostí
Pozornost	odpovídající vzhledem k pokročilému těhotenství
Typové vlastnosti	těhotná klientka uvádí, že se cítí jako typ sangvinik
Vnímavost	dostatečná
Pohotovost	reakce jsou dostatečné
Nálada	na počátku gravidity pozitivní, v rámci časového posunu a vzhledem k pokročilému stavu těhotenství rozpačitá, lehce v napětí a ve stresu
Sebevědomí	normální
Charakter	citlivá, příjemná, vtipná, hodná, důvěryhodná, spolehlivá, přátelská, rozumná
Poruchy myšlení	žádné poruchy myšlení se neprojevují
Chování	přátelské
Učení	typ - emocionální styl - auditivní, názorný, vizuální, systematický postoj - zajímá se o nové informace v oblasti prevence porodního poranění bariéry - bez bariéry

Zdroj: vlastní zpracování

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU, ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ A EDUKAČNÍCH POTŘEB PODLE MARJORY GORDON:

Posouzení podle 13 domén taxonomie II NANDA-I

1. Podpora zdraví: těhotná žena své zdraví vnímá velmi pozitivně, snaží se dodržovat zdravý životní styl včetně venkovních procházek dvakrát denně. V posledním trimestru těhotenství se občas cítí v napětí a v mírném stresu z blížícího se porodu. Těhotenství už ji přijde dlouhé, ale vše zvládá velmi dobře, i když je v pokročilém stádiu těhotenství. Klientka dodržuje pravidelné prenatalní prohlídky u svého obvodního gynekologa, praktického lékaře a stomatologa.

2. Výživa: těhotná žena váží 77,2 kg ve 31+4 týdnu těhotenství, před těhotenstvím vážila 68 kg a měří 170 cm. Hodnota BMI byla před těhotenstvím 23,5, což znamená, že je to v rozmezí normálních hodnot. Speciální dietu nedrží. Před těhotenstvím vypila dvakrát do týdne skleničku vína, ale v těhotenství žádný alkohol nepije. Nekouří a vyhýbá se zakouřeným prostorám. Na začátku těhotenství užívala tři měsíce kyselinu listovou na doporučení obvodního gynekologa. Po třech měsících přestala užívat kyselinu listovou a užívá Omega-3 nenasycené mastné kyseliny. Denní pravidelnou stravu dodržuje. Těhotná klientka vypije 2 až 2,5 litrů tekutin denně. Během těhotenství ráda pije neperlivou vodu s ovocnou šťávou, těhotenské bylinkové čaje a teplé mléko. Kůže je normální, žádné modřiny nebo poranění nemá. Případná poranění se hojí bez jakýchkoliv problémů. Vlasy má jemné, nehty má zarovnané a upravené. Zuby jsou rovné, bílé a bez kazů. Tělesná teplota se pohybuje v rozmezí 36, 5°C.

3. Vylučování: několikrát denně během dne spontánně močí bez jakýchkoliv problémů. Těhotná žena chodí na stolicí pravidelně jednou za 24 hodin. V těhotenství se potí o trochu více, ale nevadí jí to.

4. Aktivita a odpočinek: předporodní cvičení ani žádné další aktivity klientka zatím neabsolvovala. Tělesnou kondici si těhotná žena udržuje pravidelnými denními procházkami s tříletou dcerou. Denní režim má každý den skoro stejný. Těhotná žena ráno odveze dceru do školky, poté jede na nákup, zařídí si potřebné věci a doma uvaří oběd. V odpoledních hodinách dojde pro dceru do školky a hraje si s ní. Každý večer, když ukládá dceru ke spánku, tak ji čte pohádky na dobrou noc. Po večerech si s manželem povídá u televize a rozebírají, jaký byl jejich den a co je v dalších dnech

čeká. Těhotná žena před spaním čte pravidelně knihu. Usíná při otevřeném okně. Poloha, která, ji při usínání nejvíce vyhovuje, je hlava podložená dvěma polštáři. Hygienu pravidelně dodržuje. Žádné pravidelné cviky neprovádí. V těhotenství velmi ráda chodí na procházky, které dodržuje dvakrát denně (ráno, odpoledne). Cítí se soběstačná a fyzicky v dobré tělesné kondici.

5. Vnímání, poznávání: klientka je velmi komunikativní, orientovaná časem, prostorem, osobou a je plně při vědomí. Odpočívat chodí odpoledne po obědě a poté se cítí odpočatá. Relaxuje večer u televize, u které si povídá s manželem. Chodí spát kolem desáté hodiny a usíná při otevřeném okně, jelikož má ráda čerstvý vzduch. Ráno se cítí velmi dobře vyspalá, odpočatá a nabitá energií.

6. Sebepečení: těhotná žena se cítí jako optimistická žena, která je velmi přátelská, cílevědomá, spolehlivá, empatická a vyrovnaná. Zvládá se každou situací vyřešit, i když by byla sebevíc složitá. Je emotivní a citlivá žena se smyslem pro humor. Držení těla má vzpřímené. V rámci svého pokročilého těhotenství se pohybuje velice dobře. Oční kontakt udržuje. Těhotná žena má jemný a příjemný hlas.

7. Role - mezilidské vztahy: vyrůstala v úplné rodině v panelovém bytě. Roli matky a zároveň roli manželky přijímá v pozitivním smyslu. Je si vědoma, že je to velmi zodpovědná role, být zároveň skvělou matkou a manželkou. Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako referentka Lesů ČR. Tuto roli plnila ve svém nejlepším vědomí a svědomí. Jako matka, manželka a referentka si plně důvěřuje, že tyto role v budoucnosti bude zvládat výborně, i když ví, že to bude velice náročné.

8. Sexualita: z těhotné ženy vyzařuje tzv. ženskost, která je pro tuto ženu velice důležitá. O tomto tématu se nestydí plně hovořit, jelikož je to součástí lidského života. První pohlavní styk měla v 16ti letech. Od 16 let do 24 let užívala antikoncepční pilulky, po osmi letech užívání je vysadila a chránila se používáním spermicidních gelů, prezervativů či přerušovanou souloží. V oblasti sexuálního života nepocítuje žádný problém a je nadmíru spokojena. Žije normálním sexuálním životem. Pohlavní styk s manželem má třikrát týdně. Menarché začalo ve 13ti letech. Před těhotenstvím měla pravidelnou menstruaci. Při menstruaci měla velmi silné bolesti v podbřišku. Od bolesti si pomáhala nahřátým polštářkem, který přikládala na podbřišek.

9. Zvládání zátěže: těhotná žena je optimistická a sebevědomá osobnost, která je celý den usměvavá a jen tak nic ji nerozhodí. Stresové situace se snaží zvládnout co v největším klidu. V zátěžových situacích si umí poradit bez jakýchkoliv problémů. Občasný stres se objevuje se začátkem blížícího se porodu, ale i tak je schopna vše zvládnout a nemyslet na to. Na porod se i přes uvedený stres velice těší a nemůže se dočkat. Výraznější změnu těhotná žena prožila, když se za manželem přestěhovala z města na vesnici do rodinného domu, kde žijí s manželovými rodiči. Za podpory rodiny, příbuzných a známých tuto situaci zvládla velice dobře.

10. Životní hodnoty: pro těhotnou ženu jsou životní hodnoty velmi důležité. Jedna z hlavních a prvních životních hodnot je pro ni zdraví. Další životní hodnoty, o kterých hovoří, jsou láska, peníze, štěstí a zázemí rodinného života. Do budoucna si s manželem plánuje pořídit vlastní dům na vesnici. Do budoucna si dokáže představit i třetího potomka. V žádnou náboženskou víru nevěří, ale neodsuzuje ji.

11. Bezpečnost, ochrana: těhotná žena se cítí bezpečně v obklopení své rodiny.

12. Komfort: těhotná žena pociťuje bolesti zad v bederní oblasti, ale v ničem ji to neomezuje a přikládá to k pokročilému týdnu těhotenství. Snížení komfortu nepociťuje. Cítí se dobře, i když udává nevýrazné bolesti zad.

13. Jiné (růst a vývoj): těhotenství má zcela fyziologický průběh, žena i plod jsou v pořádku.

Profil rodiny

Těhotná žena žije s manželem a jejich tříletou dcerou ve dvougeneračním rodinném domě s manželovými rodiči na vesnici. Pochází z úplné rodiny a má mladšího bratra. Rodinné vazby jsou velmi pevné jak ze strany manžela, tak ze strany těhotné ženy. V rodině se nevyskytla žádná vrozená vývojová vada.

Sociálně - ekonomický stav

Těhotná žena je momentálně se svoji tříletou dcerou na mateřské dovolené. Dříve byla zaměstnána jako referentka Lesů ČR. Manžel pracuje jako podnikatel zabývající se získáváním dotačních prostředků z evropských, národních a krajských programů. Na vesnici se sousedy a v okolních vesnicích má tento manželský pár velmi přívětivé

vztahy. V očekávání je druhý potomek. Dle ultrazvukového vyšetření by to měl být chlapec, na kterého se moc těší. Finanční situace u mladého páru je velice dobrá a stabilní. Sociální zázemí je pro tuto rodinu vyhovující.

Životní styl

Těhotná žena se snaží dodržovat stravovací návyky, ale není to vždy stoprocentní. Snaží se jíst 5x denně a vypít minimálně 2,5 l neperlivé vody. Jelikož má těhotná žena tříletou dceru, vstává brzy. Denní režim mají skoro každý den stejný. Ráno se celá rodina nasnídá, manžel odjede do práce a těhotná žena se stará o tříletou dceru, kterou ráno dovede do školky. Dopoledne uvaří oběd nebo si zařídí věci, které potřebuje. Po obědě vyzvedává dceru ze školky, jde si s ní odpočinout a nasbírat energii. Poté si dají svačinu, jdou ven na procházku nebo si společně hrají. Večer dceru vykoupe, udělá večeři, pustí jí večerníček, anebo přečte pohádku. Poté mají na sebe s manželem čas a povídají si u televize, jaký byl jejich den. Těhotná žena usíná s otevřeným oknem, které zavírá až k ránu. Má ráda čerstvý vzduch před spánkem i během spánku.

Kultura

Těhotná žena ráda navštěvuje divadla, kina, muzikály a činohry. Také se ráda účastní různých výstav týkajících se domácích nebo exotických zvířat, historických památek či obrazů. Nenechá si ujít i návštěvy muzeí. Posezení s přáteli na kávu nebo na dobré jídlo určitě neodmítá. Nepohrdne ani jakoukoliv zajímavou knihou na čtení.

Náboženství

Těhotná klientka je bez náboženské víry. Nadpřirozenou sílu nebo něco magického ze svých postojů nevyvracuje. Myslí si, že určitě něco mystického existuje, ale náboženství neuznává.

Hodnota

Pro těhotnou ženu hraje hlavní roli v životě jako nejvýznamnější hodnota zdraví. Další hodnoty, které žena zmiňuje, jsou láska, peníze, štěstí a rodinná pohoda.

Adekvátnost a neadekvátnost rodinných funkcí

Celá rodina má blízký a velmi tolerantní vztah. Navzájem si pomáhají, akceptují se a udržují kontakt se svými příbuznými. Rodina pro těhotnou ženu z manžellovy strany zajišťuje velkou podporu a splní jí jakákoliv reálná přání. Krizové situace, které mohou nastat, vždy žena řeší se svým manželem. Bere ho jako nejlepšího přítele, zpovědníka a člověka, který ji se vším pomůže a udělá pro svou ženu cokoli, když je to v jeho silách. S manželem dojde vždy k jednotnému řešení. Nehádají se a snaží se vše probrat v klidu a s respektem k druhému. Jeden druhému si naslouchají.

Porozumění současné situaci rodinou

Těhotná žena i její manžel jsou velmi ochotní spolupracovat.

Na zjištění vědomostí těhotné ženy byl použit následující vstupní test, který obsahoval následující otázky:

Tabulka 2 Vstupní test

Vstupní test	Ano/Ne/Nevím
1. Zajímáte se o prevenci porodního poranění?	Ano
2. Absolvovala jste někdy předporodní kurz?	Ne
3. Máte povědomí nebo znáte, jaké jsou možnosti pro prevenci porodního poranění?	Ano
4. Myslíte si, že je možné předejít porodnímu poranění při vaginálním porodu?	Nevím
5. Poučil Vás někdo, jaká je možnost prevence porodního poranění? (Porodní asistentka, lékař)	Ne
6. Myslíte si, že jsou těhotné ženy dostatečně informovány o prevenci porodního poranění?	Ne
7. Použila jste některou z metod prevence porodního poranění?	Ne
8. Poučil Vás někdo o tom, jak pečovat o porodní poranění? (Porodní asistentka, lékař)	Ne
9. Víte, jak pečovat o porodní poranění?	Nevím

Zdroj: vlastní zpracování

Na základě vstupního testu jsme zjistili, že těhotná klientka se zajímá o prevenci porodního poranění. Předporodní kurzy zatím žádné neabsolvovala. Těhotná žena má povědomí o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu. Klientka si myslí, že je možné předejít porodnímu poranění. Těhotné ženě, zatím nikdo neporadil ani nedoporučil, jaká je možnost prevence porodního poranění. Těhotná klientka si myslí, že těhotné ženy nejsou dostatečně informovány o prevenci porodního poranění, jelikož žádný letáček ani brožuru zatím nikde u lékaře v čekárně neviděla. Vzhledem k nedostatečným vědomostem jsme se rozhodli edukovat těhotnou klientku v rámci výše uvedené záležitosti.

8.2 DIAGNOSTIKA – 2. FÁZE

Deficit vědomostí:

- o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu
- o typech porodních poranění při vaginálním porodu
- o péči o porodní poranění po vaginálním porodu

Deficit zručnosti:

- v samostatném provádění masáže hráze
- v samostatném provádění krouživé masáže a masáže hráze napříč
- o správném provedení cviků na posílení svalů pánevního dna

Deficit v postojích:

- obavy z blížícího se termínu porodu
- obavy z nezvládnutí samostatné masáže hráze a provádění cviků na posílení svalů dna pánevního
- obavy z péče o porodní poranění

8.3 PLÁNOVÁNÍ – 3. FÁZE

Podle priorit:

- informace o typech porodního poranění
- informace o prevenci porodního poranění
- informace o péči o porodního poranění

Podle struktury:

- 3 edukační jednotky po 30, 50 a 30 minutách

Záměr edukace:

- zajistit, co nejvíce informací o prevenci porodního poranění
- zajistit správné provedení masírování hráze
- zajistit správné provedení cviků na posílení svalů dna pánevního
- zajistit dostatečné informace o péči porodního poranění při vaginálním porodu

Podle cílů:

- **Kognitivní** – těhotná žena má vědomosti o prevenci porodního poranění, typech porodních poranění a má dostatečné informace jak pečovat o porodní poranění při vaginálním porodu.
- **Afektivní** – těhotná žena má kladný přístup k informacím, je velmi vstřícná ke spolupráci a ochotna se zúčastnit všech edukačních jednotek. Chce se dozvědět, co nejvíce nových a zajímavých informací o daném tématu.
- **Behaviorální** – těhotná žena umí dodržovat správný samostatný postup masáže hráze bez partnerovy pomoci. Umí správně provádět cviky na posílení svalů dna pánevního. Dokáže využít masážní techniky hráze i v případě porodního poranění. Získala dostatek informací o péči o porodní poranění.

Podle místa realizace:

- edukace těhotné klientky bude prováděna v nemocničním prostředí, v prenatální ambulanci na porodnicko-gynekologické klinice. Bude zajištěno klidné prostředí, soukromí a vzájemná důvěra.

Podle času:

- po naplánované pravidelné prenatální prohlídce u gynekoložky budou provedeny 3 edukační jednotky v dokončeném 31. týdnu těhotenství, 35. týdnu těhotenství a 36. týdnu těhotenství.

Podle výběru:

- vstupní test, výklad, vysvětlování, názorná a praktická ukázka, rozhovor, diskuze, výstupní test a brožura.

Podle formy:

- individuální.

Typ edukace:

- komplexní.

Pomůcky:

- papír a psací potřeby, obrázky, publikace, zrcátko, latexové rukavice, olej na masáž hráze.

Struktura edukace

- 1. Edukační jednotka:** Typy porodních poranění, rizikové faktory porodního poranění a komplikace porodního poranění.
- 2. Edukační jednotka:** Prevence porodního poranění při vaginálním porodu s praktickou ukázkou masáže hráze a cviků na posílení svalů dna pánevního.
- 3. Edukační jednotka:** Péče o porodní poranění při vaginálním porodu s praktickou ukázkou masáže krouživé a masáže hráze napříč.

Časový harmonogram edukace

- 1. Edukační jednotka:** 26. 10. 2016 od 15:00 do 15:30 (30 minut)
- 2. Edukační jednotka:** 23. 11. 2016 od 15:00 do 15:50 (50 minut)
- 3. Edukační jednotka:** 30. 11. 2016 od 15:00 do 15:30 (30 minut)

Časový harmonogram edukace byl realizován dle přání klientky.

8.4 REALIZACE – 4. FÁZE**1. EDUKAČNÍ JEDNOTKA**

Téma: Typy porodních poranění, rizikové faktory porodního poranění a komplikace porodního poranění

Místo edukace: Prenatální ambulance porodnicko-gynekologické kliniky.

Časový harmonogram: 26. 10. 2016 od 15:00 do 15:30 (30 minut).

Edukační forma: individuální.

Metody: vstupní test, výklad, vysvětlování, diskuze a zodpovězení otázek edukantky.

Pomůcky: papír, psací potřeby, publikace.

Cíl:

- **Kognitivní** – těhotná klientka získala povědomí o typech porodního poranění, o rizikových faktorech způsobující porodní poranění a o komplikacích porodního poranění.
- **Afektivní** – těhotná klientka je informována o rizikových faktorech porodního poranění a je si plně vědoma komplikací, které mohou a nemusí nastat. Těhotná klientka je velmi spokojena s novými získanými vědomostmi a informacemi o porodním poranění.
- **Behaviorální** – těhotná žena si je vědoma rizikových faktorů pro vznik porodního poranění a komplikací porodního poranění při vaginálním porodu.

Realizace 1. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit a následně se představit své klientce. Poté připravit vyhovující, klidné a příjemné edukační prostředí pro těhotnou klientku. Dále je důležité se zabývat a zaměřit se na nové znalosti a informace, které budou klientce podány. Edukantku se snažíme podporovat, zaujmout a vést ji ke společné kooperaci a motivovat ji na další sezení v rámci druhé edukační jednotky.
- **Expoziční fáze:** (15 minut)

Porodní poranění

Porod je fyziologický děj, který je spojen s rizikem poranění rodidel při spontánním vaginálním porodu. Porodní poranění vzniká v porodních cestách, vnitřních a zevních rodidlech a na přilehlých orgánech jako je močový měchýř či trubice, rektum nebo pánevní pletenec. Dle statistiky Ústavu zdravotnických informací České republiky lze na první místo mezi nejčastější porodní poranění zařadit poranění hráze.

Mezi nejčastější typ porodního poranění patří epiziotomie neboli nástřih hráze, lacerace nebo ruptury hráze, vulvy a děložního hrdla. Epiziotomie je nejčastější porodnický výkon, který je prováděn na konci druhé doby porodní. Epiziotomie se dělí na mediální, mediolaterální, laterální a rozšířenou laterální avšak nejvyužívanější je epiziotomie mediolaterální. Nástřih hráze se provádí při vysoké a nepoddajné hrázi

a u předčasných porodů. K laceraci může dojít při nadměrném tlaku a rozpínání v průběhu porodu a mohou vzniknout trhlinky různého rozsahu. Ruptury se dělí na ruptury hráze, vulvy a děložního hrdla. Ruptura hráze se dělí na čtyři stupně, kdy první stupeň představuje poranění kůže s podkožím perinea, druhý stupeň poranění svalstva perinea, třetí stupeň je spojen navíc s poraněním zasahující do análního sfinkteru a poslední čtvrtý stupeň je spjat s poraněním sliznice anu. Ruptury pochvy mohou vznikat při opakovaných a častých kolpitudách během těhotenství. Jednou z prevencí ruptury pochvy je včas udělaná epiziotomie. Ruptury děložního hrdla nejčastěji vznikají při rychlém otevírání děložního hrdla nebo při brzkém samostatném tlačení rodičky. Další podíl na trhlíně děložního hrdla může být jizevnaté hrdlo po cerkláži, konizaci či po jeho dalších předchozích operacích.

Rizikové faktory ovlivňující porodní poranění

K nejčastějším rizikovým faktorům ovlivňujícím porodní poranění patří nepoddajná a vysoká hráz, velikost a tvar dítěte, dále deflexní polohy, nedostatečně chráněná hráz, primiparita, překotný porod nebo naopak protrahovaný porod, větší obvod hlavičky plodu, dystokie ramének, operační porod. Na vzniku porodních poranění se také podílí často prodělané kolpitudy a věk rodičky, zejména u prvorodiček.

Komplikace porodního poranění

Během porodu mohou nastat různé komplikace a problémy, které jsou zapříčiněny porodním poraněním. Mezi ně patří paravaginální hematom, který se projevuje hromaděním krve mezi poševní stěnou a parakolpiem. Typický příznak pro tento hematom je neustupující tlak na konečník po porodu. V období šestinedělí se orgány malé pánve dostávají zpět do své původní polohy. Poranění močových cest a svalů pánevního dna se po porodu nejčastěji projeví inkontinencí moči a sestupem dělohy a poševních stěn. Pokud při porodu došlo k poranění análního svěrače, může se rozvinout inkontinence plynů a stolice. Dyspareunie jako další následek porodního poranění zahrnuje nepříjemné až bolestivé pocity při pohlavním styku s partnerem. Může se objevit v oblasti porodního poranění.

- **Fixační fáze:** (5 minut) souhrn hlavních poznatků edukantce, rekapitulace základních informací a vysvětlení eventuálních nejasností.

- **Hodnoticí fáze:** (5 minut) rozhovor, umožnění doplňujících otázek od edukantky, zodpovězení odpovědí edukantce na otázky. Pochvala za naslouchání a zapamatování si informací.

Kontrolní otázky pro klientku:

Jaké jsou typy porodního poranění?

Jaké je nejčastější porodní poranění?

Dokážete vyjmenovat alespoň tři rizikové faktory porodního poranění?

Jaké si pamatujete komplikace porodního poranění?

Dovedete ukázat, kde se provádí nejčastěji nástřih hráze?

Zhodnocení edukační jednotky

Těhotná klientka se po celou dobu první edukační jednotky pečlivě soustředila a naslouchala novým informacím, které byly předneseny. Dotazované kontrolní otázky byly zodpovězeny správně. Těhotná žena je velmi potěšena novými informacemi, které mohla získat během této edukační jednotky. Edukační jednotka probíhala v délce 30 minut.

2. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma: Prevence porodního poranění při vaginálním porodu s praktickou ukázkou masáže hráze a cviků na posílení svalů dna pánevního

Místo edukace: Prenatální ambulance porodnicko-gynekologické kliniky.

Časový harmonogram: 23. 11. 2016 od 15:00 do 15:50 (50 minut).

Edukační forma: individuální.

Metody: výklad, vysvětlování, názorná a praktická ukázka, zodpovězení otázek, diskuze.

Pomůcky: papír, psací potřeby, zrcátko, publikace, latexová rukavice, masážní olej na hráze.

Cíl:

- **Kognitivní** – těhotná klientka nabyla vědomosti a seznámila se s možnostmi, které mohou být použity jako prevence porodního poranění při vaginálním porodu.

- **Afektivní** – těhotná klientka vyjadřuje spokojenost s novými získanými informacemi.
- **Behaviorální** – těhotná klientka je schopna provádět masáž hráze bez partnera, ale i s partnerovou pomocí. Umí provádět cviky na posílení svalů pánevního dna.

Realizace 2. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) přivítat a pozdravit se s klientkou, vytvořit vhodné, příjemné, klidné a vyhovující zázemí. Zaměřit se na důležitost nově nabytých znalostí k samostatnému provedení masírování hráze a k zajištění správného provedení cviků na posílení svalů dna pánevního. Edukantku se snažit zaujmout a navázat vztah k další spolupráci.
- **Expoziční fáze:** (30 minut)

Prevence porodního poranění

S přípravou měkkých porodních cest je důležité začít již v době před porodem, kdy je možné zvýšit elasticitu tkáně a maximální rozvinutí při porodu, čímž je možné snížit provedení epiziotomie nebo riziko vzniku ruptury. V rámci prevence porodního poranění, lze doporučit masáž hráze, použití Aniball či Epi-no balonku, Dianatal gelu v průběhu porodu, teplé obklady hráze či z přírodních metod Maliník, který stimuluje stahy hladké svaloviny nebo lněné semínko a z porodnického hlediska se využívá epiziotomii.

Masáž hráze může žena provádět sama nebo za pomoci partnera. Doporučit lze masáž minimálně 6 týdnů před porodem, obvykle od 34. nebo od 35. týdne těhotenství. Hlavním cílem masáže je zvýšení pružnosti svalů perinea a současně snížení jejich odporu při porodu. Důsledek toho je, že dojde k uvolnění a zpružnění tkáně pochvy včetně okolních svalů. Masáž by se neměla provádět u probíhající vaginální infekce, po odtoku vody plodové, u žen, které mají za sebou předčasný porod a u těhotných, u kterých vyvolává masáž kontrakce. Epiziotomii je možné zařadit také do prevence porodního poranění, protože včas a správně provedená epiziotomie může snížit riziko poranění hráze třetího stupně.

Vaginální dilatační balonek Aniball je možné používat od 36. týdne těhotenství až do doby porodu a Epi-no balonek je možné používat od 37. týdne těhotenství každý den po dobu 30 minut až do doby porodu. Balonky se dilatují v pochvě na obvod 28 až 30 cm. Cvičení s nimi pomáhá v koordinaci svalů pánevního dna a simuluje průběh porodu. Při jejich použití může dojít ke slabému krvácení nebo zašpinění. Důvodem toho může být, že se balonek dotkl děložního čípku, který se vlivem hormonů připravuje na porod. Jestliže špinění nebo krvácení ustoupí během chvíle, není nutné se znepokojovat. Těhotné ženy, které mají varixy na genitálu, nízko nasedající lůžko (zjistí těhotná žena u svého obvodního gynekologa), léčenou kolpitidu, mají výskyt kondylomat nebo aktivní genitální herpes a prekancerózy děložního hrdla, by vaginální dilatační balonky neměly užívat.

Dianatal gel je možno použít během dilatace porodnické branky nebo při postupu plodu pochvou. Využívá se v průběhu vaginálního porodu. Indikován je pro omezení vzniku porodního poranění, ulehčení porodu, zkrácení doby porodu a snížení bolesti během vaginálního porodu. Teplé obklady hráze se přikládají na oblast hráze v průběhu druhé doby porodní. Působením tepla dochází k uvolnění tkáně hráze a ta potom neklade takový odpor plodu. Maliník pozitivně ovlivňuje průběh porodu, stimuluje stahy hladkého svalstva a zkracuje dobu porodu. Doporučuje se pít od 36. týdne těhotenství v množství 1 až 2 šálky denně. Lněné semínko navozuje relaxaci hladké svaloviny a tím napomáhá otevírání děložního hrdla. Z homeopatie lze využít například prostředek Arnica montana 15 C, který působí proti porodnímu poranění a měl by zvýšit odolnost tkání při vlastním porodu. K uvolnění děložního hrdla a k přípravě porodních cest je doporučována Actaeracemosa 15CH.

Posílení svalů dna pánevního před porodem je vhodné pro získání schopnosti jejich ovládnutí. Zlepší se sebekontrola a uvědomění si postavení svalů pánevního dna při vstupování hlavičky nebo zadečku a během prostupu plodu porodním kanálem.

Způsob správného provedení masáže hráze:

Před masáží je potřebné si připravit masážní olej, zrcátko a rukavice. Poté je důležité důkladně si omýt ruce mýdlem. Žena zaujme polohu v polosedě s pokrčenými dolními končetinami. Může a nemusí si navléct rukavice. Připraví si zrcátko, aby viděla, jaký pohyb provádí. Nakape si olej na obě ruce a následně palce zavede jemně

do pochvy po konec druhého článku (cca 3 cm). V zrcátku sleduje prováděný pohyb ve tvaru písmene „U“ z jedné strany na druhou. Po tkáni prsty volně klouže a tlačí je směrem dolů a dopředu. Masáž se provádí přibližně 3 minuty. Zakončení masáže se provádí mnutím hráze jednou rukou. Ukazováček se zavede do pochvy a palec zůstává zevně. Masáž by celkově neměla trvat déle jak 5 minut. Masáž by se měla provádět jednou nebo dvakrát denně

Způsob provedení cviků na posílení svalů dna pánevního:

Těhotná žena si před cvičením připraví podložku a malý polštářek, kterým si mírně podloží hlavu. Polohu, kterou těhotná žena zaujme, je poloha vleže na zádech s pokrčenými nohami. Při cvičení má ruce podél těla a vzdálenost mezi dolními končetinami je kolem 40 cm. Žena při cvičení stahuje svaly pánevního dna na principu potlačení močení. Další cvik žena provádí vleže s mírně podloženou hlavou a s nataženými dolními končetinami. Provádí se opět tak, že žena stahuje svaly pánevního dna. Cviky je nutné provádět dvakrát nebo třikrát denně v počtu deseti nebo dvaceti stlačení a uvolnění.

- **Fixační fáze:** (10 minut) připomenutí a zopakování důležitých informací edukantce, případné zhodnocení nejasného postupu při praktické ukázce masáže hráze a cviků na posílení svalů dna pánevního.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) edukátor v roli porodní asistentky vyhodnotí, zda těhotná žena v rámci edukace porozuměla správnému postupu v rámci praktické ukázky masáže hráze a zda nemá ještě případné dotazy, které by chtěla zodpovědět.

Kontrolní otázky pro klientku:

Jaké jsou možnosti prevence porodního poranění?

Od jakého týdne těhotenství je možné provádět masáž hráze?

Od jakého týdne těhotenství se doporučuje používat vaginální dilatační balonek?

Od jakého týdne těhotenství je vhodné popíjet maliník?

Kdy se nesmí provádět masáž hráze?

Kdy se nesmí používat vaginální dilatační balonek?

Jakou z metod prevence porodního poranění byste využila?

Jak se provádí masáž hráze?

Jak se provádí cviky na posílení svalů dna pánevního?

Zhodnocení edukační jednotky

Těhotné klientce byly podány opět kontrolní otázky na konci edukační jednotky. Všechny otázky byly správně a přesně zodpovězeny. Na kontrolní otázku: „Jakou z metod prevence porodního poranění byste využila?“, uvedla masáž hráze a cviky na posílení svalů dna pánevního. Byla aktivní, šikovná a u praktické ukázky bez ostychu spolupracující. Masáž hráze klientku velmi zaujala a chtěla si zopakovat celý postup znovu. Tuto edukační jednotku těhotná klientka vnímala velmi pozorně a naslouchala s velkým zájmem. Edukační jednotka trvala 50 minut.

3. EDUKAČNÍ JEDNOTKA

Téma: Péče o porodní poranění při vaginálním porodu s praktickou ukázkou masáže krouživé a masáže hráze napříč

Místo edukace: Prenatální ambulance porodnicko-gynekologické kliniky.

Časový harmonogram: 30. 11. 2016 od 15:00 do 15:30 (30 minut).

Edukační forma: individuální.

Metody: vysvětlování, výklad, praktická ukázka, rozhovor, zodpovězení otázek edukantky, výstupní test, brožura.

Pomůcky: papír, psací potřeby, zrcátko a brožura.

Cíl:

- **Kognitivní** - těhotná klientka nabyla a získala dostatečné vědomosti, jak pečovat o porodní poranění po vaginálním porodu.
- **Afektivní** - těhotná klientka vyjadřuje spokojenost s dalšími získanými novými informacemi v této edukační jednotce.
- **Behaviorální** – těhotná klientka se naučila provádět masáž hráze napříč a krouživou masáž hráze a zapamatovala si jak cvičit po porodu.

Realizace 3. edukační jednotky

- **Motivační fáze:** (5 minut) pozdravit a přivítat těhotnou klientku, zajistit příjemnou atmosféru, klidné a vyhovující prostředí, vyložit a ujasnit klientce důležitost nově získaných informací.

- **Expoziční fáze:** (15 minut)

Péče o porodní poranění

Po vaginálním porodu je hráz oteklá a bolestivá. Pokud u rodičky byla provedena epiziotomie nebo došlo k samovolnému poškození hráze je nutné se o ni speciálně starat. Důležité je porodní poranění dostatečně větrat, důkladně omývat genitál vlažnější vodou (snižuje to bolestivost) po vykonání potřeby (močení a stolice). Žena se tímto preventivně vyvarovává riziku vzniku infekce. Dále je potřebné často měnit použité vložky. Pro úlevu od bolesti a otoku je možné dát na postižené místo led, který je obalen čistou hadrovou plenou.

Masírování jizvy se doporučuje ženám, u kterých byl proveden nástřih hráze. Zahájit tuto masáž je vhodné tři až čtyři týdny po porodu. Masáž je dvojího charakteru, provádí se napříč anebo krouživá masáž hráze. Doba masírování probíhá okolo 20 minut, jednou až dvakrát denně. Na poraněnou hráz je možné aplikovat éterické oleje (levandulový nebo olej z dubové kůry). Uzamčení hráze se využívá především u bolestivosti poraněné hráze. Před zakašláním, kýchnutím, vstáním z lůžka nebo zvedání miminka žena stáhne svaly pánevního dna a tím dochází k menšímu tlaku na hráz. Lehkým zatěžováním svalů dna pánevního je možné zlepšení hojení porodního poranění na principu zlepšené cirkulace krve ve tkáni, tím urychlení vstřebání otoku a celkově dřívější úleva od bolesti rány. Cvičení se provádí vleže nebo vsedě a stahují se svaly pánevního dna, provádí se každé dvě až tři hodiny. Bolest je varovným příznakem, jež bychom neměli překračovat.

Způsob správného provedení krouživé masáže hráze a masáže hráze napříč:

Masáž hráze se doporučuje u žen, u kterých byla provedena epiziotomie nebo došlo k jakémukoliv poškození hráze. S masírováním jizvy začínáme nejdříve po třech až čtyřech týdnech po vaginálním porodu s použitím vepřového sádla nebo jiného vhodného masážního krému na jizvy, případně s aplikací hojivého éterického oleje. Žena si připraví podložku, masážní přípravek, rukavici a zrcátko. Před masáží je důležité si omýt důkladně ruce. Žena zaujme polohu vsedě s pokrčenými dolními končetinami. Poté zavede jeden prst dovnitř do pochvy, druhý vně a provádí se krouživý pohyb. Masáž napříč klientka provádí ve stejné poloze jako masáž krouživého

charakteru. Klientka si přes jizvu položí ukazováček a prostředníček a vykonává pohyb zprava do leva, pro jemnou masáž použije nedráždivý olejíček nebo krém určený k masáži. Masáž se provádí jednou až dvakrát denně po dobu 20 minut

Způsob provedení cviků na posílení svalů dna pánevního:

Klientka si po porodu před cvičením připraví podložku a malý polštářek, kterým si mírně podloží hlavu. Zaujme polohu vsedě nebo vleže s pažemi podél těla a pokrčenými dolními končetinami, které mezi sebou mají rozstup 40 cm. Cvičení je charakterizováno pocitem, jako kdyby žena chtěla potlačit močení. Provádí po dvaceti opakování stažení svalů pánevního dna (potlačení močení). Sníží se tím riziko nechtěného úniku moči, sestupu dělohy, snížení otoku a bolestivosti rány.

- **Fixační fáze:** (5 minut) shrnutí důležitých informací a zopakování praktických technik o porodní poranění.
- **Hodnotící fáze:** (5 minut) rozhovor, možnost odpovědi na dotazy, výstupní test a zjištění pochopení správnosti prováděné krouživé masáže a masáže napříč.

Kontrolní otázky pro klientku:

Jak správně pečovat o porodní poranění?

Pochopila jste rozdíl mezi masáží krouživého charakteru a masáží napříč? Vysvětlete.

Jak provádět lehké kontrakce svalů pánevního dna po porodu?

Zhodnocení edukační jednotky

V této edukační jednotce byla opět těhotná klientka zkontrolována otázkami na konci edukační jednotky. Všechny otázky odpověděla s velkou přesností a vše si velmi dobře zapamatovala. Klientka k této edukaci přistupovala velmi aktivně, pozorně naslouchala, aby si vše zapamatovala. Velmi ocenila radu o ledování. Edukační jednotka trvala 30 minut.

8.5 VYHODNOCENÍ – 5. FÁZE

V rámci závěrečného edukačního procesu klientka absolvovala výstupní kontrolní test, který byl stejný jako test vstupní.

Tabulka 3 Výstupní test

	Vstupní test	Výstupní test
	Ano/Ne/Nevím	Ano/Ne/Nevím
1. Zajímáte se o prevenci porodního poranění?	Ano	Ano
2. Absolvovala jste někdy předporodní kurz?	Ne	Ne
3. Máte povědomí nebo znáte, jaké jsou možnosti pro prevenci porodního poranění?	Ano	Ano
4. Myslíte si, že je možné předejít porodnímu poranění při vaginálním porodu?	Nevím	Ano
5. Poučil Vás někdo, jaká je možnost prevence porodního poranění? (Porodní asistentka, lékař)	Ne	Ano
6. Myslíte si, že jsou těhotné ženy dostatečně informovány o prevenci porodního poranění?	Ne	Ne
7. Použila jste některou z metod prevence porodního poranění?	Ne	Ano
8. Poučil Vás někdo o tom, jak pečovat o porodní poranění? (Porodní asistentka, lékař)	Ne	Ano
9. Víte, jak pečovat o porodní poranění?	Nevím	Ano

Zdroj: vlastní zpracování

V poslední fázi edukačního procesu byl klientce podán výstupní test pro kontrolu a ověření cílů, které byly stanoveny. Těhotná klientka dostala a získala potřebné informace o typech a komplikacích porodního poranění, o prevenci porodního poranění a péči o porodní poranění. Těhotná žena si zapamatovala a nabyla dostatečné znalosti, které se probíraly ve všech třech edukačních jednotkách.

Těhotná žena si je vědoma, že u porodního poranění mohou vzniknout komplikace. Podle názoru klientky by měly být ženy více informovány o prevenci poranění, když je možnost pro sebe něco udělat. Také si myslí, že by informace měly být podány od porodní asistentky nebo přírodním letáčkem, který by byl k dispozici u gynekologa.

Klientka měla na výběr z více možností, které mohla vyzkoušet pro prevenci porodního poranění. Vybrala si masáž hráze bez partnerovy pomoci i s partnerovou pomocí, posilovala pánevní dno, pila čaj z maliníku a dělala si odvar z lněného semínka.

Edukace, která byla poskytnuta ve třech edukačních jednotkách, se klientce velmi líbila. Vždy byla velmi aktivní, zvědavá a milá. Je velmi spokojena s nabytými informacemi, které jí byly poskytnuty. Edukační cíle se podařilo splnit a tím edukaci úspěšně ukončit. Z vyplněného námi podaného výstupního testu edukační proces hodnotíme jako vydařený a úspěšný.

8.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ze zjištěných údajů podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky lze zařadit na první místo mezi porodní komplikace právě porodní poranění hráze, pochvy anebo čípku. Porodní poranění postihne až 17, 9 % rodiček. Otázka zabývající se v posledním desetiletí porodními poraněními po vaginálním porodu a jejich klinického významu je jednou z nejčastěji řešených témat mezi porodníky. Důležitou roli v prevenci porodního poranění hrají porodní asistentky nebo také obvodní gynekolog, který se stará o svou klientku v době pravidelných prenatálních prohlídek. Ženám se nedostává komplexní a odborný materiál, který řeší prevenci a péči o porodní poranění. Jednoduché poskytnutí rad a shrnutí informací o prevenci porodního poranění by mohlo zlepšit psychický i fyzický stav klientky před a v průběhu porodu. Do praxe by bylo dobré zavést informativní edukační brožuru zabývající se prevencí a péčí o porodní poranění, která by těhotným ženám umožnila zjistit si základní informace o tomto tématu.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo utřídění poznatků po pečlivém prostudování tuzemské i zahraniční literatury v dané oblasti edukace o prevenci porodního poranění. Poté bylo možné dojít k utřídění poznatků, které by se mohly bakalářskou prací zabývat. Praktická část měla stanoveny tři cíle. Jeden z prvních cílů bylo ověřit si získané informace v praxi, kde bylo využito znalostí a informací z teoretické části bakalářské práce a tímto bylo možné tyto poznatky využít a zahrnout je do praktické části této práce. Druhým cílem, kterým se praktická část bakalářské práce zabývá je edukace těhotné ženy o prevenci porodního poranění a o správné péči o porodní poranění. Naší klientkou byla těhotná žena, která ještě nerodila a zajímala se o prevenci porodního poranění. Neabsolvovala žádnou předporodní přípravu a informace získávala z internetových stránek. Na všech edukačních jednotkách byl projeven velký zájem o podané informace. S těhotnou ženou byla na základě dlouhodobého kontaktu navázána důvěra a ochota spolupracovat. Témata, která byla v každé edukační jednotce probrána, byla pochopena a následně některé poznatky z nich i klientka realizovala. Těhotná žena velmi dobře spolupracovala a jevila zájem o dané téma v každé edukační jednotce. Stanovené cíle této práce byly splněny, a to včetně cílů kognitivních, afektivních i behaviorálních, které byly stanoveny na začátku ve všech třech edukačních jednotkách.

Na základě poskytnutých informací a rad žena vyzkoušela masáž hráze bez partnerovy pomoci i s partnerovou pomocí, posilovala pánevní dno a pila čaj z maliníku a dělala si odvar z lněného semínka.

Na získané důvěře, která byla vytvořena s těhotnou klientkou, byla možnost pečovat o těhotnou ženu ve všech čtyřech dobách porodních a vést spontánní porod pod dohledem lékaře za fyziologického hlediska. Nebylo nutné dělat epiziotomii z důvodu, pružné a poddajné hráze. Vzniklá lacerace zadní komisury a ruptura hrdla děložního byla ošetřena lékařem. Epiziotomie by neovlivnila rupturu děložního hrdla a co do rozsahu je větším poraněním než drobná lacerace zadní komisury.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASHWAL, E., A. AVIRAM et al. 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*. 2016, 29 (18), p. 3024-3029.
2. BECKMANN, MM., OM. STOCK. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, 4, p. 60.
3. BEHINOVÁ, M., K. KAISEROVÁ, P. KARGER, *Velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 2. rozšířené vydání Praha: Mladá fronta, 2007, 372 s. ISBN 978-80-204-1749-7.
4. BINDER, T. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2011, 296 s. ISBN 978-80-246-1907.
5. BOHATÁ P., L. DOSTÁLEK. *Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu*. Česká Gynekologie, 2016, 81 (3), s. 192–201.
6. BRITO, LGO., CHJ. FERREIRA et al. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. *International Urogynecology Journal*. 2015, 26 (10), p. 1429–1436.
7. DAHLEN, HG., M. RYANA et al. An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*. 2007, 23 (2), p. 196–203.
8. DOLEŽAL, A. a kol. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
9. DUMOULIN, CH. *Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 95 s. ISBN 80-7367-080-1.
10. FIALA, D. *Z dějin porodnictví II*. Zdravotnictví a medicína. 2011, 6, s. 28.

11. GERANMAYEH, M., Z. REZAEI, H. BIJAN et al. Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2012, 285 (1), p. 77–81.
12. GÖRNEROVÁ, L.; SMRČKOVÁ, D. *Porodní asistentky a porodní poranění*. Logos Polytechnikos. 2015, 6 (1), s. 55-66.
13. HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. INDROVÁ, D. a T. FAIT. Mediolaterální epiziotomie vpravo, či vlevo? *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. 2013, roč. 17, č. 2, 121-122. ISSN 1211-6645.
15. JANKŮ, P. Význam porodnického gelu při ulehčení porodu. První zkušenosti s Dianatalem. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2011, roč. 20, (1-Supp. C), s. 150-152. ISSN 1214-2093.
16. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. KAŠÍKOVÁ, E. *Vaginální porod a pánevní trauma*. Postgraduální medicína. 2012, 3, s. 274-277.
18. KOUDELKOVÁ, V. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
19. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2010. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
20. MACKŮ, F., E. ČECH. *Gynekologie*. Praha: Informatorium, 2011. ISBN 978-80-7333-001-9.
21. MARYŠKOVÁ, A. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2010, 20 (3), s. 80-81. ISSN 1210-0404.
22. MORAVCOVÁ, M. a H. PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu*:

- přehled péče o fyziologického novorozence*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015, 158 s. ISBN 978-80-7395-859-6.
23. PESCHOUT, R. *Www.levret.cz* [online]. Čtvrtá doba porodní. 2007. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z:<https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=22>.
24. POSPÍŠILOVÁ, P. *Těžké poranění rekta při spontánním porodu*. Sestra. 2010, 9, s. 64-65.
25. RODRIGUEZ, A., EA. ARENAS, AL. OSORIO et al. Selective routine midline episiotomy for the prevention of third - or fourth – degree lacerations in nulliparous women. *American journal of obstetrica and gynekology*, 2008, 198 (3), p. 285. e1-285. e4.
26. ROLINSKA, AA., G. TOMASZ et al. Searching for Medical Substances Safe for Mother and Child, Facilitating the Delivery of Pain Management and Decreasing Exhaustion—Evaluation of Obstetric Gel by Pregnant Women. *Pain Management Nursing*. 2015. 16 (4), p. 493–498.
27. ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
28. ROZTOČIL, A. *Dnešní místo kleští v porodnictví*. Příloha: Lékařské listy. 2009, 9, s. 6-7.
29. ROZTOČIL, A., P. BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
30. RUCKHÄBERLE, E., K. JUNDT, M. BÄUERLE. Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO® for the prevention of perineal trauma. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 49 (5), p. 478–483.
31. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

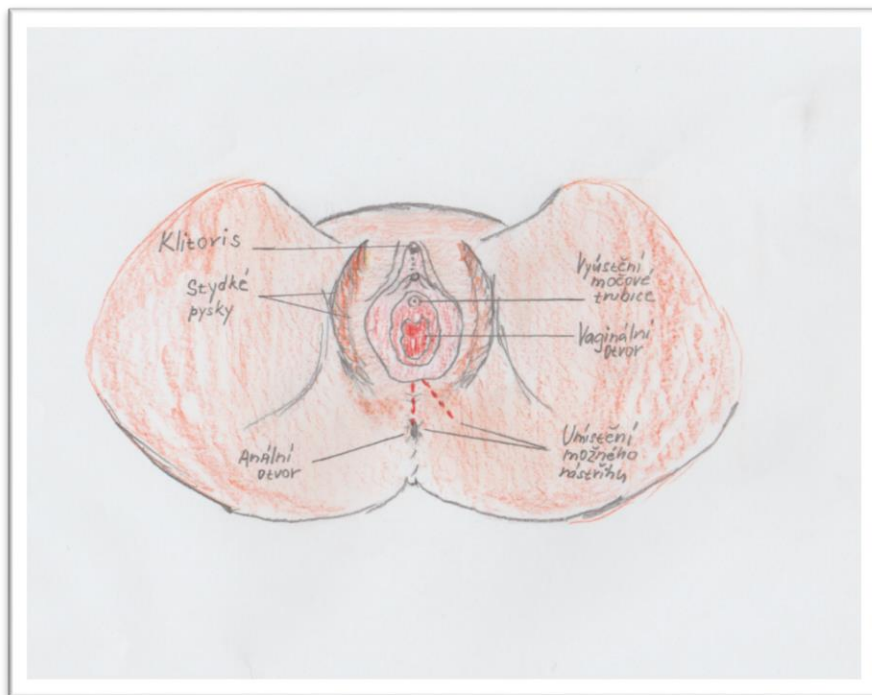
32. SHEK, KL., V. CHANTARASORN. Does the Epi-No Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 2011, 22 (12), p. 1521–1528.
33. SILVA, FD., S. OLIVEIRA, D. BICK, RH. OSAVA. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *Journal of Clinical Nursing*. 2012, 21 (15-16), p. 2209–2218.
34. STOPPARD, M. *Těhotenství od početí k porodu*. Praha: Fragment, 2007, 374 s. ISBN 978-80-253-0438-9.
35. ŠTROMEROVÁ, Z. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
36. VOKURKA, M. a J. HUGO. *Velký lékařský slovník*. 7. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2007, 1069 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-130-1.
37. VONDRÁČEK, L., V. WIRTHOVÁ a J. PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011, 136 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3697-6.
38. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 203 s. Monografie. ISBN 978-80-244-1764-6.
39. WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 744 s. ISBN: 978-80-247-2492-8.
40. *Www.aniball.cz* [online]. Co je Aniball. 2017. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.aniball.cz/aniball/co-je-aniball/>.
41. *Www.porodnice.cz* [online]. Hojení porodních poranění. 2014. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanky/hojeni-porodnich-poraneni-1>.
42. *Www.rehabilitace.info* [online]. Inkontinence po porodu – jak na ni? 2016. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/tehotenstvi-materska/inkontinence-po-porodu-jak-na-ni/>.

43. *Www.ulekare.cz* [online]. Homeopatika pro těhulky: těhotenství a příprava na porod. 2014. [cit. 2017-01 - 24]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/homeopatika-pro-tehulky-tehotenstvi-a-priprava-na-porod-17239>.

PŘÍLOHY

Příloha A - Provedení možného nástřihu hráze	II
Příloha B - Masáž hráze bez partnerovy pomoci	III
Příloha C - Masáž hráze s partnerovou pomocí	III
Příloha D - Vaginální dilatační balonek Aniball	IV
Příloha E - Vaginální dilatační balonek Epi-no	IV
Příloha F - Cviky na posílení svalů dna pánevního	V
Příloha G - Masáž hráze napříč.....	VI
Příloha H - Krouživá masáž hráze	VI
Příloha I - Brožura „Prevence porodního poranění“	VII
Příloha J - Rešeršní protokol.....	VIII
Příloha L - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	IX

Příloha A - Provedení možného nástřihu hráze



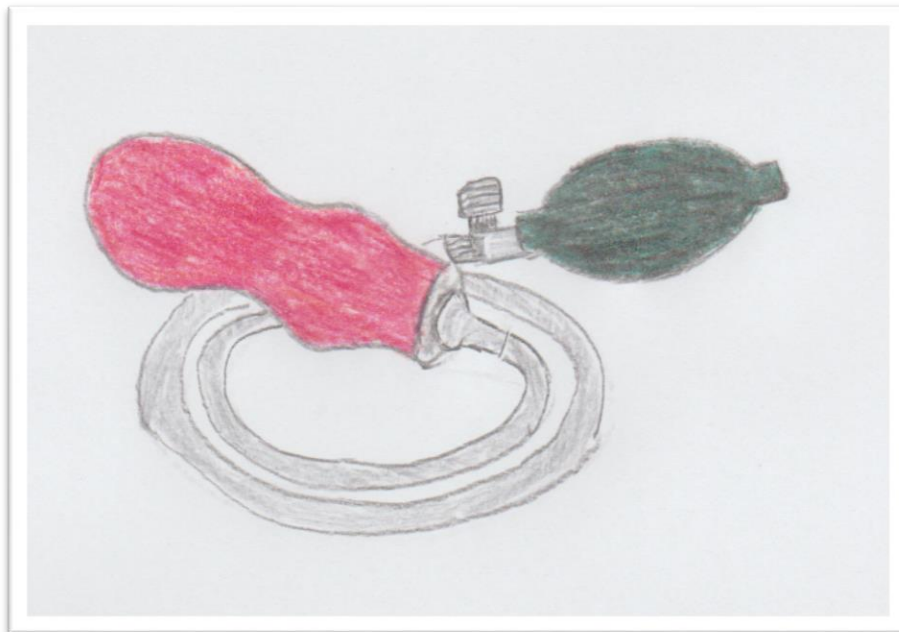
Příloha B - Masáž hráze bez partnerovy pomoci



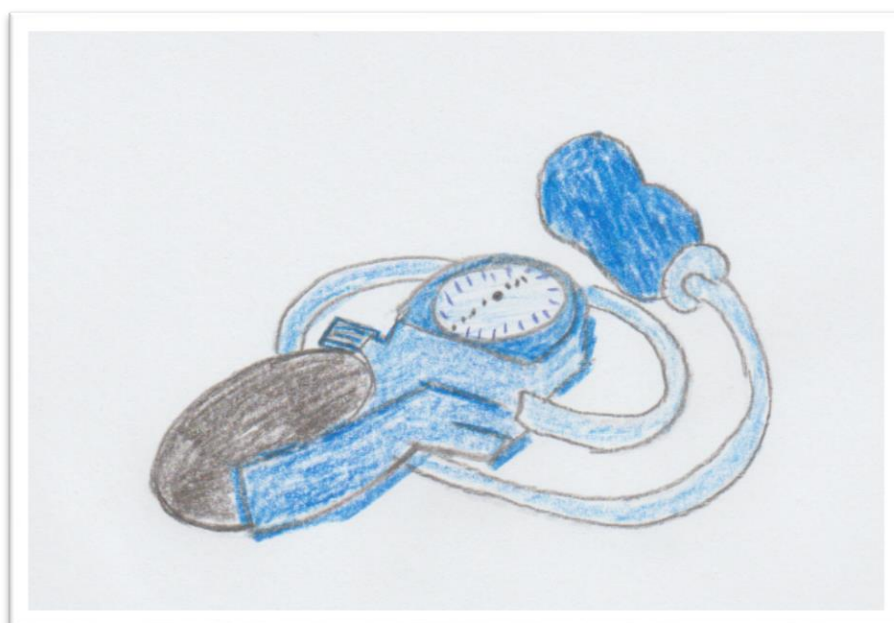
Příloha C - Masáž hráze s partnerovou pomocí



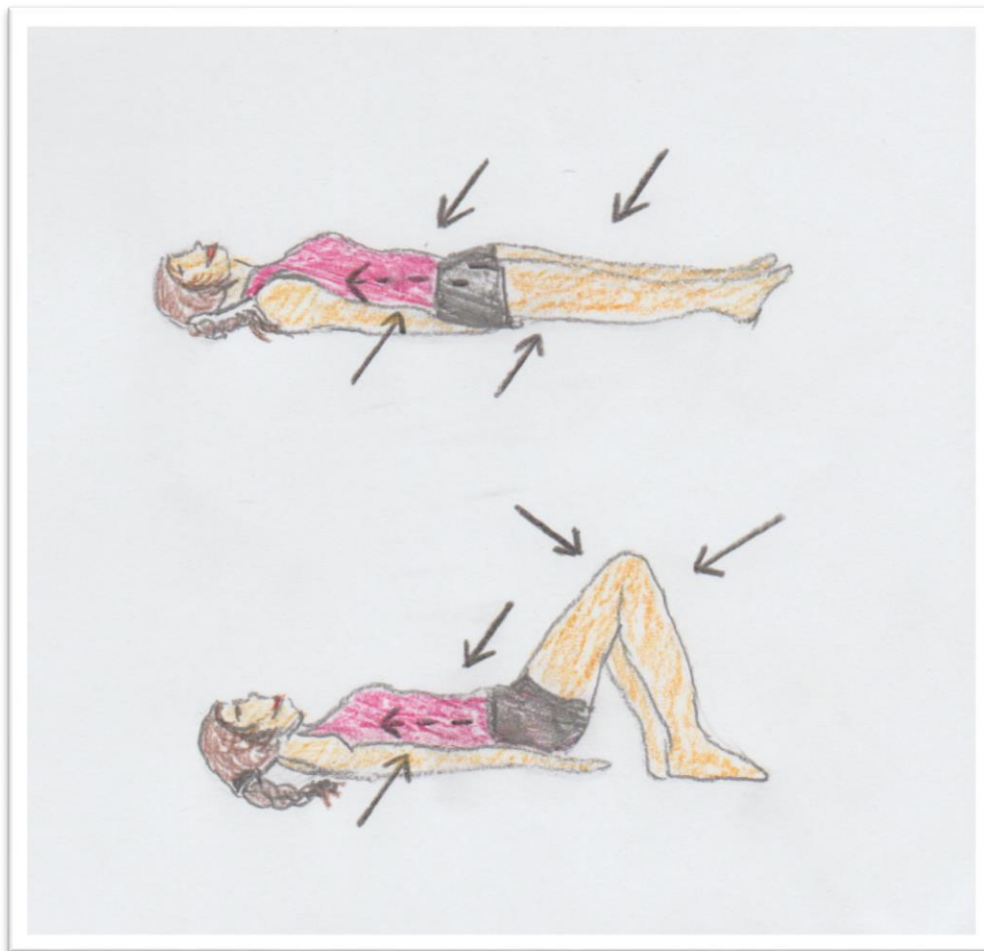
Příloha D - Vaginální dilatační balonek Aniball



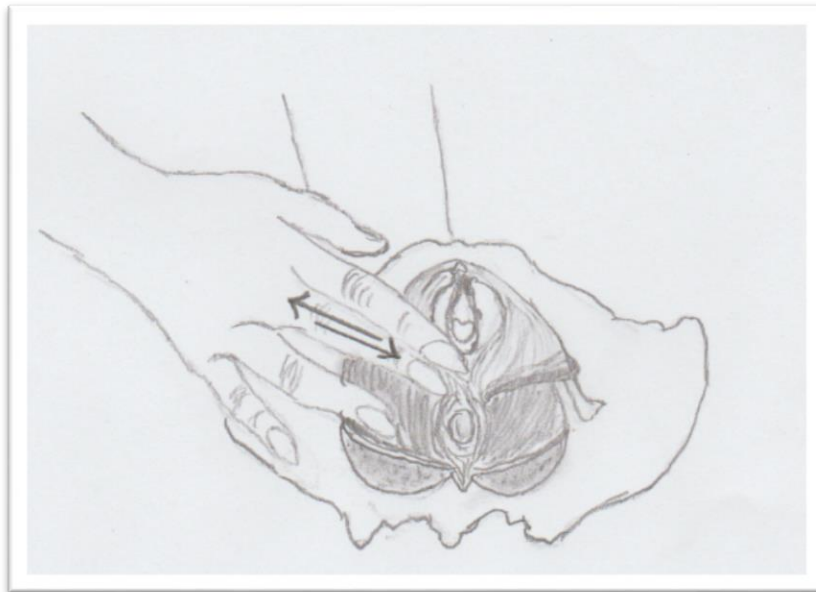
Příloha E - Vaginální dilatační balonek Epi-no



Příloha F - Cviky na posílení svalů dna pánevního



Příloha G - Masáž hráze napříč



Příloha H - Krouživá masáž hráze



Příloha I - Brožura „Prevence porodního poranění“

PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ

Masáž hráže

Proč? Pro zvýšení pružnosti a uvolnění svalů hráže.
Provádí se: Od 34. – 35. týdne těhotenství.
Neprovádí se: Při probíhající vaginální infekci, při masáži vyvolávající kontrakce.

Masáž hráže s partnerovou pomocí

1. Poloha v polo sedu s pokrčenými dolními končetinami.
2. Namazat si masážní olej na hráz (předem si důkladně omýt ruce).
3. Ukazováček a prostředníček zavést do pochvy po konec druhého článku (cca 3 cm).
4. Klouzat ve tvaru písmene „U“ a tlačit směrem dopředu a dozadu 3 minuty.
5. Zakončit masáž hráže mnutím, a to s palcem vně a ukazováček zůstane v pochvě (cca 1-2 minuty).
6. Celková doba masáže 5 minut.



Masáž hráže bez partnerovy pomoci

1. Poloha v polo sedu s pokrčenými dolními končetinami.
2. Namazat si masážní olej na hráz (předem si důkladně omýt ruce).
3. Oba palce zavést do pochvy po konec druhého článku (cca 3 cm).
4. Klouzat ve tvaru písmene „U“ a tlačit směrem dopředu a dozadu 3 minuty.
5. Zakončit masáž hráže mnutím s palcem vně a ukazováček zůstane v pochvě (1-2 minuty).
6. Celková doba masáže 5 minut.



Aniuball

Proč? Zpevní svaly pánevního dna a simuluje porod za využití plynuého, šetrného rozpínání svalů dna pánevního a tkáně hráže.

Používá se: Od 36. týdne těhotenství.

Nepoužívá se: Při zánětu pochvy, poranění pochvy, rizikovém těhotenství, hrozícím předčasném porodu, výskytu kondylomatu, poruchy placenty (uložení) nebo prekancerózy děložního čípku.



Dianatal gel

- Používá se v průběhu porodu.
- Snižuje bolest a výskyt porodního poranění.
- Urychluje a ulehčuje porod.

Posílení svalů dna pánevního

Proč? Pro zlepšení sebekontroly a uvědomění si postavení svalů pánevního dna rodičky, čehož využívá při vstupování hlavičky nebo zadku plodu během prostupu plodu porodním kanálem. Po porodu se těmito cviky snižuje riziko nechtěného úniku moči a sestupu dělohy po porodu.

Postup:

1. Poloha vleže na zádech s podloženu hlavou, rukama podél těla a s pokrčenými dolními končetinami od sebe (cca 40 cm). Další poloha vleže na zádech s podloženu hlavou, rukama podél těla ale nohy jsou natažené.
2. Provádí se 25 stažení a uvolnění svalů pánevního dna na principu „potlačení močení“.
3. Provádí se 2x až 3x denně po 20ti minutách.



PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ

Porodní poranění je důležité větrat, často měnit vložky, omývat genitál po každé potřebě (močení, stolice), oplachovat studenou až vlažnou vodou, možné jsou i sedací koupele v heřmánkovém odvaru a aplikace éterických olejů (dubová kůra, levandulový olej).

Krouživá masáž a masáž napříč

Proč? Zjemní se jizva, uvolní srůsty a následně se snižuje bolest a nepříjemné pocity.

Provádí se: 3. až 4. týden po porodu. 1x až 2x denně 20 minut po dobu dvou týdnů klidně i děle.

Neprovádí se: Při masáži způsobující bolest.

Krouživá masáž

1. Poloha vsedě.
2. Prst do pochvy dovnitř a druhý vně (předem si důkladně omýt ruce).
3. Krouživý pohyb podél jizvy, aby se uvolnila.



Masáž napříč

1. Poloha vsedě.
2. Dva prsty namazat masážním krémem (předem si důkladně omýt ruce).
3. Pohyb provádět zprava doleva, prostředníčkem a ukazováčkem.



Uzamčení hráže - stažení svalů pánevního dna

Když stáhnete svaly pánevního dna, snižuje se tím bolestivost hráže. Např. při vstávání, kýchnutí, zakáslání, zvedání miminka aj.

PORODNÍ PORANĚNÍ

Rizikové faktory

Velký plod, vysoká nepoddajná hráz, deflexní polohy plodu, překotný porod, prolongovaný porod, časté kolpitidy, jizevnaté změny po předchozích porodech.

Typy porodního poranění

Epiziotomie - nástřih hráže.

Lacerace - trhlinky měkkých struktur.

Ruptury - potrhání neboli roztržení struktur (ruptury vulvy, hráže, pochvy a děložního hrdla).

Zdroje:

1. BEHNOVÁ, M., K. KAISEROVÁ, P. KARGER, *Faštila kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 2. rozšířené vydání Praha: Mladá fronta, 2007, 372 s. ISBN 978-80-204-1749-7.
2. BOHATA, P., L. DOSTÁLEK, *Anteparturní močnový preventivní epiziotomie a vaginální hráz při porodu*. Česká Gynekologie, 2016, 81 (3), s. 193-201.
3. DUMOULIN, CH. *Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 95 s. ISBN 80-7367-080-1.
4. GÖRNEROVÁ, L.; SMRČKOVÁ, D. *Porodní asistenty a porodní poranění*. Logos Polytechnikos, 2015, 6 (1), s. 55-66.
5. HAJEK, Z., E. CECH a K. MARŠAL. *Porodnictví 3. zrna přepunecovně a doplňkové vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. JANKŮ, Petr. *Význam porodnického gelu při úlehčení porodu*. První zkušenosti s Dianatalem. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2011, roč. 20, (1-Supp. C), s. 150-152. ISSN 1214-2093.
7. KOUDELKOVÁ, V. *Obstetrická péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Tinton, 2013, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
8. MARYŠKOVÁ, A. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráže*. *Sestra: odborný dvojměsíčník pro zdravotní sestry*, 2010, 20 (3), s. 80-81. ISSN 1210-0404.
9. STOPPARD, Mariam. *Těhotenství od početí k porodu*. Praha: Fragment, 2007, 374 s. ISBN 978-80-253-0458-9.
10. ŠTRONEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentka: kniha se zvláštním: praktický návod pro porodní asistentky (a cvičení rodiček)*. Praha: Argo, 2010, 315 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
11. WEISS, P. a kol. *Semologie 1*. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 744 s. ISBN: 978-80-247-2492-8.
12. *Www.aniuball.cz* [online]. Co je Aniuball, 2017. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.aniuball.cz/aniuball-co-je-aniuball>
13. *Www.rehabilitace.info* [online]. Inkontinence po porodu - jak na ni?, 2016. [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/tehotenstvi-materika/inkontinence-po-porodu-jak-na-ni/>



Vytvořeno pro účely bakalářské práce.
 Edkace ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu.
 Svárovca Michalaa
 Obor Porodní asistence
 Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha 5

**EDUKACE ŽENY O PREVENCI PORODNÍHO PORANĚNÍ PŘI
VAGINÁLNÍM PORODU**

Švarcová Michaela

Vypracováno:	Studijní a vědecká knihovna Hradec Králové
Jazykové vymezení:	CZ
Klíčová slova:	Porodní poranění, Prevence porodního poranění, Epiziotomie, Ruptura hráze, Péče o porodní poranění
Časové vymezení:	Knihy max. 10 let, články max. 5 let
Druhy dokumentů:	Knihy/články
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
Počet záznamů:	30
Počet najitých záznamů:	21 (5 knih, 16 článků z periodik)
Druh výstupu:	Elektronicky

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Edukace ženy o prevenci porodního poranění při vaginálním porodu v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 se souhlasem klientky.

V Praze dne 31. 3. 2017

.....

Michaela Švarcová