

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Pavla Filipová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Dopady porodního poranění na ženu

Pavla Filipová

2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Pavla Filipová**
Osobní číslo: **Z17131**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Dopady porodního poranění na ženu**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2019, 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
3. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
4. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, 2013, 136 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
5. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2017, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sabina Dušková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 5. 2020

.....

Pavla Filipová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Sabině Duškové za cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych také chtěla poděkovat respondentkám za vyplnění dotazníku a porodní asistentce z gynekologické ambulance, bez které by nebylo možné provést průzkumnou část bakalářské práce.

ANOTACE

Při porodu se ženy často setkávají s porodním poraněním, které může mít následný dopad na jejich život. Bakalářská práce na téma dopady porodního poranění na ženu má za cíl zjistit nejčastější obtíže porodního poranění a informovanost žen o jejich porodním poranění a o průběhu související péče. Teoretická část se zabývá základy anatomie porodních cest, definicí porodu, porodního poranění, dopadů poranění a péče žen o vzniklé porodní poranění. V druhé části bakalářské práce jsou následně rozebrány výsledky dotazníkového šetření a vyhodnoceny zadané cíle práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

porodní poranění, porod, epiziotomie, dopady porodního poranění, inkontinence, péče v porodní asistenci

TITLE

Impact of perineal injury on woman

ANNOTATION

Throughout childbirth women often sustain childbirth injuries that can have a long-term impact on their life. The main theme of this bachelor's thesis is focused on the impact of perineal injury on woman and its aim is to find determine the most frequent consequences of childbirth injuries and women's awareness of these injuries and the course of related care. The theoretical part of this bachelor's thesis briefly the describes anatomy of birth canal, the definitions of childbirth, birth injuries, the impacts of perineal injury and the following treatment of delivery injuries. The second part of the bachelor's thesis examines the results of the questionnaire survey and evaluates the goals set at the beginning.

KEYWORDS

childbirth injures, birth, episiotomy, impact of perineal injury, incontinence, care in midwifery

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce	12
Teoretická část	13
1 Základní anatomie porodních cest	13
1.1 Kostěná pánev	13
1.2 Měkké porodní cesty	13
1.2.1 Vnitřní pohlavní orgány	13
1.2.2 Zevní pohlavní orgány	14
1.2.3 Perineum	14
1.2.4 Pánevní dno.....	15
2 Porod.....	16
2.1 Operační vaginální porod	17
3 Porodní poranění.....	18
3.1 Poranění měkkých porodních cest	18
3.1.1 Poranění hráze.....	18
3.1.2 Epiziotomie	19
3.1.3 Poranění pochvy	20
3.1.4 Poranění hrdla děložního	20
3.1.5 Poranění děložního těla.....	21
3.1.6 Uzurace	21
3.2 Poranění tvrdých porodních cest.....	21
3.3 Poranění močového měchýře	22
3.4 Ošetření porodního poranění.....	22
4 Dopady porodního poranění na ženu	24
4.1 Močová inkontinence	24

4.2	Anální inkontinence	25
4.3	Sexuální obtíže	25
5	Péče a edukace PA o ženu po porodu	27
5.1	Ošetrovatelská péče porodní asistentky o vyprazdňování u ženy po porodu.....	27
5.2	Edukace porodní asistentky v péči o porodní poranění	27
5.3	Cvičení po porodu	29
	Průzkumná část	31
6	Metodika průzkumu	31
6.1	Cíle a průzkumné otázky.....	31
6.2	Charakteristika průzkumného souboru	31
6.3	Zpracování dat.....	32
7	Analýza a interpretace výsledků průzkumu.....	33
8	Diskuze	51
9	Závěr	56
10	Použitá literatura	57
11	Přílohy.....	60

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1 Období po porodu.....	33
Graf 2 Termín porodu	34
Graf 3 Porodní váha	35
Graf 4 Porod.....	36
Graf 5 Porodní poranění	37
Graf 6 Druh porodního poranění	38
Graf 7 Informovanost o porodním poranění	39
Graf 8 Informovanost v péči o porodní poranění	40
Graf 9 Péče o porodní poranění	41
Graf 10 Informace v péči o porodní poranění.....	42
Graf 11 Obtíže s vyprazdňováním stolice.....	43
Graf 12 Obtíže s vyprazdňováním moči	44
Graf 13 Obtíže v souvislosti s porodním poraněním	45
Graf 14 Změny v sexuálním životě.....	47
Graf 15 Sexuální obtíže	48
Graf 16 Obtíže přetrvávající dodnes	49
Tabulka 1 Obtíže a omezení	46
Tabulka 2 Přetrvávající obtíže	49
Tabulka 3 Oblast života	50

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

m.	musculus
VEX	vakuumextrakce
EAS	externí anální svěrač
BMI	body mass index
PA	porodní asistentka
AI	anální inkontinence
např.	například
tzv.	takzvaný

ÚVOD

I přesto, že je vaginální porod fyziologický děj, je často spjatý se vznikem porodního poranění, které může zanechat určité negativní následky a ovlivnit způsob, ale i kvalitu života ženy. Tyto dopady porodního poranění se mohou projevit jak krátce po porodu, tak i za delší dobu. V dnešní době se o porod zajímá více a více rodiček. Ženy mnohem častěji provádějí v těhotenství kroky, kterými se snaží předejít či zmírnit vznik porodního poranění, avšak samotná péče o již vzniklé porodní poranění je často opomíjená. Porodník či porodní asistentka by během porodu měli provádět kroky ke zmírnění či předejití vzniku porodního poranění. V případě, kdy porodní poranění vznikne, mělo by být adekvátně ošetřeno. Rozsáhlé porodní poranění, které nebylo správně či dostatečně ošetřeno a následně opečováváno, může mít za následek nepříjemný dopad na život ženy. Mezi nejčastější negativní následky, které jsou spjaté s porodním poraněním, se řadí prolaps pánevních orgánů, inkontinence moči či inkontinence stolice. Porodní poranění může mít ale také vliv na sexuální život ženy, nebo dokonce může snižovat kvalitu života ženy.

Bakalářská práce je rozdělaná na teoretickou a průzkumnou část. V teoretické části práce jsou shrnuty aktuální teoretické poznatky na dané téma. Pozornost je zaměřena na anatomii porodních cest a definici porodu, včetně popisu fyziologického i operačně vedeného porodu. Dále jsou popsány druhy porodního poranění a jejich možné dopady. Poslední část je zaměřená na edukaci a péči o porodní poranění.

V rámci průzkumné části byl realizován průzkum pomocí dotazníkového šetření. Výsledky byly zpracované a následně interpretované. Mým cílem bylo zjistit informovanost žen o jejich porodním poranění a průběhu související péče a dále také zjistit nejčastější obtíže (dopady) vyskytující se u žen s porodním poraněním.

CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem teoretické části je poskytnout základy anatomie porodních cest, charakterizovat nejčastější porodní poranění a definovat fyziologický a operačně vedený vaginální porod. Dále také popsat dopady porodního poranění na ženu a následnou péči o porodní poranění.

Hlavním cílem č. 1 v průzkumné části je zjistit informovanost žen o jejich porodním poranění a o průběhu související péče. Cílem č. 2 je zjistit nejčastější obtíže (dopady) vyskytující se u žen s porodním poraněním.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ ANATOMIE PORODNÍCH CEST

1.1 Kostěná pánev

Kostěná pánev je kostnatý útvar sloužící k ochraně vnitřních orgánů malé a velké pánve (Roztočil et al., 2017, s. 60). Vzniká spojením pánevních kostí, kosti křížové (os sacrum) a kostrče (os coccygis). Pánevní kost (os coxae) se skládá ze tří samostatných kostí – kosti kyčelní (os ilium), kosti sedací (os ischii) a stydké kosti (os pubis). V oblasti těchto tří kostí vzniká jamka kyčelního kloubu – acetabulum. Přední okraje pánevních kostí jsou spojené pomocí stydké spony (symphysis pubica), kterou je možné u žen hmatat per vaginam. Působením hormonů na konci těhotenství je vazivové spojení symfýzy rozvolněné a při porodu dovoluje mírné rozšíření pánevních cest (Hájek et al., 2014, s. 7-8).

Mezi základní roviny ženské pánve patří rovina pánevního vchodu (aditus pelvis), rovina pánevní šíře (amplitudo pelvis), rovina pánevní úžiny (angustia pelvis) a rovina pánevního východu (exitus pelvis) (Hájek et. al., 2014, s. 8-10).

1.2 Měkké porodní cesty

Měkké porodní cesty představují rozpínatelný porodní kanál tvořený měkkými tkáněmi, které se rozdělují na vnitřní a vnější měkké porodní cesty. Mezi vnitřní měkké porodní cesty se řadí dolní děložní segment, cervix, vagina a vulva. Vnější měkké porodní cesty jsou tvořeny pánevním dnem s příčně pruhovanými svaly, přičemž musculus levator ani je jeden z nejdůležitějších součástí. Svaly pánevního dna se při porodu výrazně roztahují a ovlivňují postup plodu, což zvyšuje riziko možného poranění svalu (nejčastěji odtržení či přetržení) a tím zvyšují riziko následného sestupu pánevních orgánů (Binder et al., 2011, s. 40, Hájek et. al., 2014, s. 10-12).

1.2.1 Vnitřní pohlavní orgány

Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme vaječník (ovarium), vejcovod (tuba uterina), dělohu (uterus) a pochvu (vagina) (Roztočil et al., 2017, s. 62-71).

Děloha představuje dutý svalový orgán hruškovitého tvaru. Přijímá, vyživuje a chrání oplozené vajíčko, které je později jako zralý plod při porodu vypuzen. Dělohu tvoří corpus uteri a cervix uteri, mezi kterými se nachází zúžená část – isthmus uteri. Velikost a tvar dělohy jsou ovlivněny

věkem a funkčním stavem dělohy. Avšak u žen, které vícekrát rodily, jsou rozměry dělohy podstatně větší než u žen, které doposud nerodily. Děloha se také zvětšuje při menstruaci, kdy je děložní stěna prosáklá tekutinou (Čihák, 2016, s. 369, 372).

Pochva je svalově-vazivový trubicový orgán, spojující dělohu se zevními rodidly. Poševní vchod (ostium vaginae) je uložen v prostoru mezi malými stydkými pysky a je neúplně uzavřen panenskou blánou (hymen). Horní konec pochvy se nachází okolo čípku, čímž tvoří poševní klenbu, ve které se po souloži shromažďuje ejakulát. Svalová vrstva pochvy je pomocí elastických vláken pružná a měkká, což umožňuje výrazné roztažení při porodu, involuci v šestinedělí či možnost vyšetření přilehlých orgánů při vaginálním vyšetření (Roztočil et al., 2017, s. 71-72, Hájek et. al., 2014, s. 18-19).

Vejcovod je párový dutý orgán, který svým tvarem připomíná trubici. Jeho laterální strana směřuje do pobřišnicové dutiny a mediální konec do dutiny děložní. Fixaci vejcovodu zajišťuje převážně mesosalpinx, který zároveň umožňuje stejnou polohu děložního těla při těhotenství (Roztočil et al., 2011, s. 21).

Vaječník je párová ženská žláza ovoidního tvaru produkující vajíčka. Nachází se pod vejcovodem intraperitoneálně v břišní dutině a za pomoci mesovaria je volně zavěšen k zadní straně lig. latum uteri. Váha ovaria mimo těhotenství, kdy se jeho váha zvyšuje, se pohybuje okolo 6–10 g (Čihák, 2016, s. 358).

1.2.2 Zevní pohlavní orgány

Zevní rodidla tvoří vestibulum vaginae, neboli předsíň poševní, kterou obklopují labia minora pudendi a labia majora pudendi. Vpředu od ústí urethry vystupuje clitoris a glans clitoridis, který představuje vnější zakončení clitorisu a řadí se též mezi zevní rodidla. V sagitální vkleslině se nachází ostium vaginae a ostium urethrae externus (Čihák, 2016, s. 392).

1.2.3 Perineum

Perineum neboli hráz je oblast dlouhá 3-4 cm a nachází se mezi řitním otvorem a dorzální hranicí vestibulum vaginae. Hráz je tvořena z vazivové tkáně, která za pomoci svalů vyplňuje oblast známou jako trigonum urogenitale. Mezi svaly hráze se řadí musculus transversus perinei superficialis a m. transversus perinei profundus. Povrchověji se nachází svaly kryjící topořivá tělesa - m. ischiocavernosus a m. bulbospongiosus. Perineum je součástí pánevního dna a při porodu se stává součástí měkkých porodních cest (Roztočil et al., 2011, s. 31).

1.2.4 Pánevní dno

Diaphragma pelvis je vyplněn souborem svalů a fasciemi, jejímž cílem je chránit a podpírat pánevní orgány a v případě nutnosti ventrálně elevovat. Skládá se ze svalů m. levator ani a m. coccygeus, přičemž na m. levator se dále rozeznává m. puborectalis, m. pubococcygeus a m. iliococcygeus. K pánevnímu dnu se dále povrchově upíná diafragma urogenitale, která je tvořena vazivovými a svalovými snopci, uloženými mezi rameny kosti sedací a kosti stydké (Dubová a Zikán, 2019, s. 120-121, Čihák, 2016, s. 392).

2 POROD

Porod je děj, při němž dochází k úplnému vypuzení plodového vejce, ať už se jedná o porození či vynětí plodu z těla matky. Pod pojmem plodové vejce se skrývá plod, placenta, pupečník, plodová voda a plodové obaly (Moravcová a Petržílková, 2018, s. 26).

Dubová ve své knize popisuje porod jako ukončení těhotenství narozením živého či mrtvého plodu (Dubová a Zikán, 2019, s. 492).

Za **fyziologický porod** je chápán porod, při kterém dochází ke spontánnímu vyvolání porodu a končí spontánním vypuzením plodu v poloze podélné záhlavím, kdy je matka i dítě v pořádku. Průběh porodu se rozděluje na 4 doby porodní, kdy I. doba porodní je nazývána jako otevírací a dochází při ní vlivem pravidelných děložních kontrakcí k dilataci a zkracování děložního hrdla. V II. době porodní neboli v době vypuzovací vzniká zánik branky a následné vypuzení plodu. Porod lůžka a plodových blan nastává v III. době porodní a doba poporodní neboli IV. doba porodní trvá 2 hodiny po porodu a dochází v ní k vyššímu riziku poporodního krvácení (Moravcová a Petržílková, 2018, s. 26-27).

Předčasný porod je definován jako ukončení těhotenství porodem, který se uskuteční do 37. týdne. Rozděluje se na spontánní předčasný porod a iatrogenní předčasný porod, který se vyskytuje ve 20-30 %. Spontánní předčasný porod se dále dělí na spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan a na předčasný odtok plodové vody. Příčina předčasného porodu nebyla doposud zcela objasněna, je však známo, že se na této patologii podílí velké množství faktorů, jejichž včasná diagnostika může vést k predikci předčasného porodu. Tyto tzv. rizikové faktory pro předčasný porod je možné rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné je možné řadit předchozí předčasný porod, afroamerickou rasu, předchozí výkony na děložním hrdle či vícečetné těhotenství. Ovlivnitelné faktory jsou nadále infekce močových cest, kouření, abúzus drog nebo nadměrný stres těhotné. Každý předčasný porod by měl být veden v perinatologickém centru intenzivní nebo intermediární péče. Jestliže je porod veden vaginálně, je doporučována epidurální analgezie, přičemž provedení preventivní epiziotomie při porodu není nutné. Při porodu v týdnu těhotenství 34+0 a dříve je kontraindikováno využití vakuumextrakce (Kacerovský et al., 2017, s. 160-161, 165).

Porod v termínu neboli porod včasný je ukončení těhotenství v rozmezí od 37+0 do 41+6 týdne (Dubová a Zikán, 2019, s. 493, Moravcová a Petržílková, 2018, s. 26-27).

Opožděný porod se definuje jako ukončení těhotenství po 42. týdnu těhotenství. Nicméně již mezi týdny 41+0 až 42+0, by měly být podniknuty kroky, které povedou k ukončení těhotenství, a to za pomoci preindukce či indukce porodu. Těhotenství by mělo být ukončené do týdne 42+0 (Měchurová, 2016, s. 85-86, Hájek, 2014, s. 175).

2.1 Operační vaginální porod

Mezi operační vaginální porod se řadí vakuumextrakce a forceps, které slouží k snazšímu porodu hlavičky v případě komplikací. Tyto metody se převážně provádí při urgentních a neodkladných situacích, avšak jejich využití může být i ve vzácnějších případech plánované. Indikace k extrakční operaci ze strany matky je prodloužená II. doba porodní, vyčerpání rodičky, nedostatečné děložní kontrakce či nutnost rychlého ukončení porodu. Ze strany plodu je indikací hrozící hypoxie plodu nebo využití forceps na porod hlavičky při porodu koncem pánevním. Ovšem operační vaginální porod má také své kontraindikace, mezi nich se řadí komplikace, které neumožňují vaginální porod, obličejová a čelní poloha či při potvrzení poruchy mineralizace u plodu. Využití extrakčních metod je také omezeno stářím plodu. V případě vakuumextrakce je kontraindikací plod v týdnu těhotenství nižší než 34+0 a využití forceps v týdnu těhotenství nižší než 36+0 (Šimětka, 2016, 93-94). Před použitím porodnických kleští je také zapotřebí myslet na vycévkování ženy, aby se předešlo poranění močového měchýře a na provedení epiziotomie. Při vakuumextrakci provedení epiziotomie není nutné (Dubová a Zikán, 2019, s. 492-493).

3 PORODNÍ PORANĚNÍ

Ačkoliv je vaginální porod fyziologický děj, je mnohdy provázen rizikem poranění porodních cest. Během porodu může dojít k poranění různého rozsahu a poškození jakýchkoliv částí porodního kanálu. Poraněná mohou být nejen zevní rodidla, kdy je nejčastěji poraněné perineum, ale může také dojít k poranění zevních rodidel. V tomto případě se nejčastěji jedná o trhliny v pochvě, na děložním hrdle či v závažnějších případech může dojít až k poranění těla děložního. Avšak porodní poranění nemusí být pouze na rodidlech. Pozornost by měla být dána i přilehlým orgánům, kdy může dojít k poškození močového měchýře, konečníku či pánevního pletence (Roztočil et al., 2017, s. 444).

3.1 Poranění měkkých porodních cest

Za poranění měkkých porodních cest je považováno poškození perinea, které může být různého rozsahu, provedení epiziotomie, poškození pochvy či poranění děložního hrdla. V závažnějších případech se mohou vyskytnout ruptury děložního těla nebo může dojít ke vzniku uzurací (Moravcová a Petržílková, 2018, s. 61-62).

3.1.1 Poranění hráze

Mezi nejčastější spontánní porodní poranění se řadí ruptury a trhliny hráze různého rozsahu a lokalizace, které se často pojí s poraněním okolních částí. Mohou postihnout přilehlé části pochvy, svalstva pánevního dna či konečníku (Kramná a Vrublová, 2016, s. 25). Příčin vedoucích ke vzniku poranění hráze je celé řada. Nedostatečná či nesprávná technika chránění hráze během druhé doby porodní je jednou z nejčastějších příčin vzniku poškození hráze. Mezi další rizikové faktory vzniku se řadí deflekční poloha plodu či rychlý postup hlavičky, kdy se hráz nedokáže dostatečně a včas přizpůsobit (Hájek et al., 2014, s. 441). Poranění hráze během porodu je také častěji předpokládáno u žen, které mají příliš vysokou a pevnou hráz nebo se na perineu objevují předchozí jizvy či zánětlivé změny (Binder et al., 2011, s. 228).

Čtyřstupňová klasifikace poranění perinea, dle rozsahu:

- I. stupeň – dochází k poranění vaginální sliznice a kůže, poranění hráze, svaly zůstávají neporušeny
- II. stupeň – dochází navíc k poranění svalů hráze, anální sfinkter zůstává neporušen
- III. stupeň – dochází k poranění svalů perinea společně s přetržením musculus sfinkter ani
 - a) ruptura méně než 50 % tloušťky m. sphincter ani externus
 - b) ruptura více než 50 % tloušťky m. sphincter ani externus
 - c) ruptura m. sphincter ani externus a m. sphincter ani internus

IV. stupeň – dochází k poranění m. sphincter ani internus a m. sphincter ani externus, včetně poranění mukózy rekta (Bohatá a Dostálek, 2016, s. 193)

Dle výzkumu, který prováděl Smith et al., vzniká ruptura 1. stupně při 5-18 % vaginálních porodů, přičemž poranění 2. stupně vzniká až u 20–30 % porodů. Rozsáhlejší poranění s rupturou análního sfinkteru se objevila u 1-4 % vaginálních porodů (Kramná a Vrublová, 2016, s. 25).

3.1.2 Epiziotomie

Epiziotomie neboli nástřih hráze je záměrně vytvořené porodní poranění, jehož cílem je zabránit nepravidelným a nechtěným trhlinám hráze. Provádí se v závěru druhé doby porodní při prořezávání hlavičky plodu, kdy je kůže perinea napjatá a zcela rozvinutá. Mezi indikace k provedení epiziotomie patří předchozí zjizvení hráze, velký plod bránící snadnému porodu nebo naopak malý nezralý plod, u kterého hrozí traumatizace. Indikace je také v případě porodu plodu koncem pánevním, při vaginální porodnické operaci (VEX, porod per forcipem) či u deflexní polohy hlavičky. Epiziotomie se dále také provádí při velmi pevné a vysoké hrázi, u předčasných porodů a pokud hrozí či už nastává ruptura hráze. Před samotnou epiziotomií je také vhodné využít lokální anestezii. Nejčastěji se využívá 1% roztok Mesocainu (Hájek et al., 2014, s. 467-468). Epiziotomii je možné provést několika směry, avšak nejčastěji se využívá **mediální**, **laterální** nebo **mediolaterální**. Mediální epiziotomie se provádí ve střední čáře, která vede až k řitnímu svěračí a narušuje m. transversus perinei profundus a superficialis. U této epiziotomie zároveň dochází k nejvyššímu riziku poranění análního svěrače. Mediolaterální epiziotomie začíná rovněž ve střední čáře a směřuje k hrbolu kosti sedací, kde navíc protíná i m. bulbocavernosus. Laterální epiziotomie vede laterálně 2–3 cm od střední čáry k hrbolu kosti sedací a narušuje taktéž navíc i m. bulbocavernosus. Tento druh epiziotomie je spjat s náročnější suturou a hojením, ovšem riziko poranění análního svěrače je při ní podstatně nižší (Dubová a Zikán, 2019, s. 522).

Mezi výhody provedení epiziotomie patří urychlení druhé doby porodní, prevence vzniku skrytých trhlin v oblasti pánevního dna či sestupu rodidel a vzniku močové inkontinence. V důsledku nesprávného ošetření porodního poranění hráze dochází často u vícerodiček k descendenci a prolapsu rodidel, zatímco u pečlivě ošetřené epiziotomie se dá tomuto problému předejít. Ovšem i přesto, že epiziotomie stále patří mezi velmi využívané porodnické operace, je spjatá s možným vznikem komplikací. Mezi časné komplikace patří infekce v místě šití, dehiscence rány či vznik hematomů. V pozdějších komplikacích se u ženy může

objevit bolest v místě jizvy, vznik inkluzních cyst či morfologické změny na vulvě, které mohou mít za následek chronický výtok či zející poševní vchod. I proto je vhodné vždy zvážit nutnost provedení epiziotomie a provádět ji pouze v případech opravdu opodstatněných (Roztočil et al., 2017, s. 171, 482).

3.1.3 Poranění pochvy

Ruptury pochvy jsou často spojeny se vznikem trhlin okolních orgánů, vulvy či hráze. Nejčastěji vznikají trhliny v horní části pochvy a v poševních klenbách, kde jsou trhliny příčně orientované. Ojedinelými komplikacemi je oddělení pochvy od čípku, jehož příčinou mohou být dlouhotrvající děložní kontrakce způsobené vlivem porodní překážky či provedení klešťového porodu. Toto poranění může mít za následek silné krvácení až šokový stav ženy (Roztočil et al., 2017, s. 444-445).

Nedostatečné nebo nesprávně ošetřené poranění pochvy může mít za následek komplikované záněty či poporodní deformace. Po porodu je tedy vždy nutné provést ošetření za pomoci porodnických zrcadel a důsledně provést kontrolu poševní stěny a trhlin. V případě nedostatečného ošetření epiziotomie nebo poševních ruptur se zvyšuje riziko vzniku paravaginálního hematomu. Žena při této komplikaci udává bolestivé tlaky na konečník a postupně se vlivem těžkých krevních ztrát stává anemickou. Léčba spočívá v dodání potřebných erytrocytů, chirurgickém odstranění hematomu a následném zavedení drénu do paravaginálního prostoru (Penka et al., 2014, s. 314).

3.1.4 Poranění hrdla děložního

K poranění děložního hrdla dochází nejčastěji z důvodu rychle postupujícího porodu, kdy dojde k předčasnému zániku porodnické branky, která se nestihne dostatečně přizpůsobit. Častou příčinou je také předčasný tlak samotných rodiček, kdy porodnická branka ještě není plně otevřena. Mezi další příčiny se řadí jizvy z předchozích porodů, porod velkého plodu či operativní porod (Binder et al., 2011, s. 229-230).

Poranění děložního hrdla je nejčastěji lokalizováno v místě spojení předního a zadního labia. Tato poranění obvykle vyžadují suturu za pomoci porodnických zrcadel. Jestliže však trhlina dosahuje až k poševní klenbě či dokonce k dolnímu děložnímu segmentu je třeba dbát vyšší pozornosti. Takové případy jsou spojeny s velkou ztrátou krve a z důvodu špatného přístupu při ošetření může být tato komplikace indikací až k hysterektomii. Při nedostatečném či nesprávně provedeném ošetření hrozí deformace děložního hrdla a s tím spjatá inkompetence v příštím těhotenství (Penka et al., 2014, s. 314, Hájek et al., 2014, s. 440).

3.1.5 Poranění děložního těla

V dnešní době se ruptura dělohy vyskytuje již velmi zřídka, nicméně stále se s ní můžeme setkat. Ruptura dělohy je velmi vážná a náhle vzniklá porodnická příhoda, při které dochází k profuznímu krvácení a následnému šokovému stavu. Při této komplikaci dochází k ohrožení života nejen plodu, ale i samotné rodičky (Penka et al., 2014, s. 314).

Ruptura dělohy nejčastěji vzniká v místě jizvy z předchozího císařského řezu. V současnosti je využíván řez v dolním děložním segmentu, který výrazně snižuje riziko spontánní ruptury dělohy v dalším těhotenství. Mezi další příčiny vzniku ruptury se řadí například autohavárie, kdy může dojít ke zhmoždění břicha s následnou rupturou dělohy a s tím spojené riziko předčasného odloučení placenty (Hájek et al., 2014, s. 443-444).

Nejvýznamnějším příznakem hrozící ruptury je vzrůstající Bandlova rýha, která se nachází mezi dolním děložním segmentem a svalovinou těla děložního. Žena pociťuje silné bolesti, které přetrvávají i mimo kontrakce a má nutkové pocity na tlačení. Dále lze pozorovat příznaky intrauterinní tísně plodu pomocí kardiokografie. V takových případech je nezbytné okamžité ukončení vaginálního vedení porodu a žena musí být ihned dopravena na operační sál, kde dojde k operační extrakci plodu s následným sešitím či odstraněním dělohy. V případě, kdy dojde k ruptuře dělohy, žena pocítí náhle vzniklou a velmi silnou bolest v oblasti dělohy. S nástupem děložních kontrakcí však tato prudká bolest odezní a u ženy následně dojde k tachykardii a hypotenzi. Při této komplikaci se prognóza odvíjí od časného rozpoznání ruptury a vybavení plodu z dělohy (Roztočil et al., 2017, s. 446–447, 565).

3.1.6 Uzurace

Vlivem dlouhodobého tlaku vyvíjejícího hlavičkou plodu na okolní tkáň, hrozí ischemie až nekróza poševní stěny, močové trubice a močového měchýře. Hlavním projevem poranění je vznik píštělí mezi 4.–5. dnem po porodu, kdy se u ženy vyskytne odchod moči a stolice přes pochvu. Toto poranění se ovšem řadí mezi výjimečné a lze se s ním setkat spíše v méně rozvojových zemích (Dubová a Zikán, 2019, s. 819).

3.2 Poranění tvrdých porodních cest

Působením hormonů, které se vyplavují během těhotenství, se stává pánev citlivější a zvyšuje se riziko vzniku poranění. Častěji než se samotným poraněním během porodu, se žena spíše setká s poškozením pánve během těhotenství. V tomto případě se může jednat o tzv. symfyzeolýzu. Vlivem rozšíření štěrbin mezi stydkými kostmi žena pociťuje bolest v oblasti kyčlí, což způsobuje silnou bolest při chůzi. Porod je vhodné vést pomocí císařského

řezu a po porodu je nutné pánev fixovat (Roztočil et al., 2017, s. 447, Binder et al., 2011, s. 232-233).

Poranění pánve může vzniknout při spontánním porodu velkého plodu či při provedení extrakce plodu. V případě, kdy dojde k ruptuře symfýzy, žena pocítí během nebo i po porodu silnou bolest, která je přítomná i v klidu a není schopná chůze. Fraktura kostrče je pravděpodobnější u žen, které mají deformaci kostrče již z předchozího úrazu. Při fraktuře žena pocítuje úpornou bolest v kocygeální krajině a v krajním případě je nutné provedení částečného či úplného odstranění kostrče. Ovšem dnes se všechna tato poranění řadí spíše mezi vzácná (Binder et al., 2011, s. 232-233).

3.3 Poranění močového měchýře

Nejvyšší riziko poranění močového měchýře vzniká při provádění opětovného císařského řezu. Riziko je ovšem také při vaginálním porodu, a to převážně pokud je nutné porod ukončit s pomocí porodnických kleští či vakuumextraktoru. Aby se předešlo, či omezilo poranění močového měchýře, je vhodné vždy před výkonem vyprázdnit močový měchýř. V případě, kdy k poranění dojde, je zapotřebí provést chirurgické ošetření. Prognóza je však příznivá, jelikož močový měchýř se značně dobře hojí (Binder et al., 2011, s. 233).

3.4 Ošetření porodního poranění

Před každým samotným ošetřením porodního poranění je potřeba provést důkladnou kontrolu rozsahu poranění pomocí porodnických zrcadel. Při vyšetření se mohou v zrcadlech objevit skrytá poranění či hematomy, které na první pohled nemusí být zcela jasné. Dále je také doporučováno vyšetření per rectum, které může odhalit poškození análního svěrače. Při šití se nejčastěji využívá anestetikum Mesocain 1 % či Xylocain 10 %, který se aplikuje postříkem přímo na kůži (Moravcová a Petrzílková, 2018, s. 61, Záhumenský a Kališ, 2013, s. 61).

Při vzniku drobných odřenin a trhlin na slizničním povrchu není zapotřebí poranění dále více ošetřovat a většinou se zahojí bez potíží. Naopak větší a závažnější poranění a trhliny je nezbytné ihned po porodu pečlivě ošetřit. Ženské genitálie jsou hojně zásobovány krví, což může při poranění způsobovat závažné krevní ztráty. Veškerá špatně či pozdně ošetřená porodní poranění mohou mít za následek nejen krvácení, ale také vznik infekce či následné funkční a anatomické poruchy (Binder et al., 2011, s. 228, Penka, 2014 s. 313).

Při poškození anální sliznice a vnitřního i zevního svěrače je zapotřebí provést suturu jednotlivých částí, a to za celkové či svodné anestezie. Ošetření análního svěrače by mělo být

prováděno lékařem, který prošel odpovídajícím kurzem, a který má dostatek zkušeností se suturou análního svěrače. Při poranění stupně 3a, kdy dojde k ruptuře m. sfinkter ani externus z méně než 50 %, se provádí sutura metodou end-to-end. Za pomoci dvou stehů se přichytí porušené části EAS a postupně se přiblíží k sobě. V případě poranění 3b, kdy je narušen m. sfinkter ani externus z méně než 50 %, či v případě, kdy dojde celkové ruptuře EAS je doporučeno provést overlapping sfinkteroplastiku. Při poranění interního análního svěrače se provádí samostatné jednotlivé stehy tzv. adaptační stehy za pomoci end-to-end metody. Během operace by měla být aplikována intravenózní antibiotická profylaxe, která by měla být dále podávána i v perorální formě 5–10 dní po operaci. Dále je také vhodné ženě doporučit změkčovadla stolice (Lactulosa, Infusia sirup...), aby se předešlo poškození sutury, v případě zvýšeného tlaku při obtížné defekaci (Kališ et al., 2010, s. 285–290).

Porodní asistentka, dle kompetencí stanovených § 5 vyhláškou č. 55/2011 Sb., je mimo jiné oprávněná ošetřovat porodní a poporodní poranění (MZCR, 2014).

4 DOPADY PORODNÍHO PORANĚNÍ NA ŽENU

U ženy po porodu se mohou objevit zdravotní či psychické obtíže, které mohou souviset s porodním poraněním. Při vaginálním porodu dochází ke zvýšení rizika vzniku poranění svalů pánevního dna, což může mít za následek inkontinenci moči či stolice a prolaps pánevních orgánů. Tyto obtíže se mohou objevit jak krátce po porodu, tak i v pozdější době a mohou mít za následek psychické potíže či narušení harmonie mezi partnery. Ve všech těchto případech je důležitá včasná diagnostika a vhodně zvolená léčba, která by těmto obtížím předcházela. Avšak je známo, že žena vyhledá pomoc lékaře pouze v 8 % případech problému, a to většinou až při výskytu některých ze sexuálních dysfunkcí (Zemanová, 2013, s. 93, Michalec et al., 2015, s. 12).

4.1 Močová inkontinence

Inkontinence moči je definována jako samovolný nebo také nechtěný únik moči. Močová inkontinence se rozděluje na stresovou, urgentní (hyperaktivní měchýř), smíšenou, paradoxní a reflexní. Nechtěný únik moči se může objevit již v průběhu těhotenství, a to nejčastěji ve třetím trimestru, kdy dochází ke zvyšování tlaku na močový měchýř a svaly pánevního dna vlivem zvětšující se dělohy. Dalším predisponujícím faktorem pro vznik inkontinence během těhotenství je hormonální vliv progesteronu. Avšak tato komplikace může přetrvávat i po porodu, a to převážně v souvislosti s porodním poraněním, kdy se nejčastěji jedná o stresovou inkontinenci. Během vaginálního porodu může dojít nejen k významnému narušení okolních měkkých tkání, perinea či jiných podpůrných struktur malé pánve, ale také k nervovému poškození pánevního dna. Nervové pleteně zásobující pánevní orgány a svaly mohou být v průběhu porodu poškozeny a díky tomu může dojít k vyššímu riziku vzniku poporodní inkontinence. Jedná se převážně o nervus pudendi, u kterého díky jeho uložení dochází nejčastěji k poškození. Mezi další významné poranění, které může během vaginálního porodu nastat, se řadí avulzní poranění musculus levator ani. Toto poranění bylo prokázáno u 15-35 % žen, které rodily vaginální cestou a je bráno jako zásadní rizikový faktor prolapsu pánevních orgánů (Vašek et al., 2019, s. 73-75, Michalec et al., 2015, s. 12).

Mezi nejvýznamnější rizika vzniku stresové inkontinence patří porod plodu nad 4000 g, první porod, prodloužená druhá doba porodní či porod za pomoci porodnických kleští. Ze strany rodičky je zvýšené riziko u žen starších 30 let nebo u žen s BMI nad 30. Dále se uvádí, že pokud ženy trpěly močovou inkontinencí v prvním těhotenství, je velká pravděpodobnost výskytu stresové inkontinence i v průběhu jejich života. Dle výzkumů je až 33 % inkontinence moči

připisována vaginálnímu porodu (Vašek et al., 2019, s. 75). Stresová inkontinence je popisována jako nechtěný únik moči, ke kterému nejčastěji dochází při fyzické námaze, kýchnutí či kašli. K úniku moči u ženy nejčastěji dochází v případě, kdy se zvýší nitrobřišní tlak (Čepický, 2018, s. 29).

4.2 Anální inkontinence

Anální inkontinence se definuje jako nechtěný odchod obsahu konečníku, ať už se jedná o plyny, hleny, tekutou či pevnou stravu. V případě, kdy během porodu dojde k poranění análního svěrače, hrozí až 50 % riziko vzniku anální inkontinence. Avšak jedná se převážně o anální inkontinenci těsně po porodu a nejčastěji se komplikace během jednoho roku pozvolna sníží či zcela upraví. Jestliže žena trpí inkontinencí moči či prolapsem pánevních orgánů, zvyšuje se u ní riziko vzniku anální inkontinence až o 21 %. Porod a s ním spojené poranění análního sfinkteru patří mezi hlavní rizikové faktory vzniku idiopatické anální inkontinence. Toto poranění je ovšem také často spjato s trakčním poraněním pudendálního nervu, které vzniká při tlaku hlavičky na pánevní dno. Mezi další rizikové faktory vzniku je možné řadit vyšší věk rodičky, provedení epiziotomie mediálním směrem či využití porodnických kleští během porodu (Záhumenský, 2010, s. 292-293, Štěpán et al., 2010, s. 4).

Ruptura análního sfinkteru se rozděluje na zjevnou a skrytou. V případě, kdy dojde k zjevné ruptuře, je možné poranění včas odhalit a ošetřit. Ovšem pokud během porodu dojde ke skryté ruptuře, poranění tak může vzniknout i pod neporušeným perineem a jeho odhalení je mnohem složitější. K diagnostice skryté ruptury je poté zapotřebí využití ultrasonografie či magnetické rezonance (Zemanová, 2013, s. 94).

Anální inkontinence či jiné potíže s vyprazdňováním stolice mají na život ženy nesmírně negativní dopad a v mnoha případech markantně snižují kvalitu života. Žena se často oddaluje od společenského života a pracovního uplatnění (Záhumenský, 2010, s. 292).

4.3 Sexuální obtíže

Zahájení sexuálního života po porodu je obecně ženám doporučováno až po ukončení šestinedělí. Toto období je ovšem pouze orientační a převážně záleží na uvážení ženy. Avšak pokud dojde k brzkému zahájení sexuálního života, hrozí ženě riziko infekce či nesprávné zahojení porodního poranění. K obnovení sexuálního života nejčastěji nastává mezi druhým až třetím měsícem po porodu, avšak ženy po operativním vaginálním porodu zahajují pohlavní styk značněji déle. V období po porodu u většiny žen klesá zájem o pohlavní styk. Příčinou může být únava a vyčerpání z péče o dítě, ale také strach z dalšího otěhotnění. Ženy se také

často obávají prvního pohlavního styku po porodu. Nejčastějším důvodem bývá strach z bolesti při pohlavním styku, a to převážně pokud měly rozsáhlejší porodní poranění či obava, že nejsou po porodu dostatečně přitažlivé pro partnera. Velký vliv na libido ženy má také kojení. Kojící ženy mají nižší hladinu estrogenu a androgenu, což může způsobovat hypoestrogenizaci pochvy, která má za následek snížení lubrikace a následnou bolest při pohlavním styku. V případě porodního poranění může také dojít ke komplikacím v hojení, což může mít za následek sexuální dysfunkci (Langrová a Vrublová, 2013, s. 585, Dušová et al., 2019, s. 121-122).

Mezi nejčastější faktor způsobující bolest při pohlavním styku se řadí operativní vedení porodu, ať už pomocí vakuumextrakce či porodnických kleští. Tento způsob ukončení vaginálního porodu je častěji spjat s rozsáhlejší porodním poraněním a provedením mediolaterální epiziotomie. Důsledkem toho ženy častěji uvádějí bolest při penetraci, složitější dosažení orgasmu a celkové snížení sexuální spokojenosti (Langrová a Vrublová, 2013, s. 587).

Sexuální obtíže související s porodním poraněním jsou po porodu velmi časté. Potíže pociťuje až 80 % žen v prvních třech měsících po porodu a po půl roce až 34 % žen. Přičemž potíže může žena pociťovat ještě čtyři roky po porodu (Langrová a Vrublová, 2013, s. 585).

5 PÉČE A EDUKACE PA O ŽENU PO PORODU

5.1 Ošetřovatelská péče porodní asistentky o vyprazdňování u ženy po porodu

Potíže související s vyprazdňováním po porodu jsou nejčastěji způsobené studem a strachem. Ženy se často obávají bolesti při vyprazdňování, a to převážně pokud mají rozsáhlejší porodní poranění. Proto je zapotřebí dostatečná edukace a empatický přístup PA. Při prvním močení po porodu je vhodné doporučit ženě se vymočit ve sprše. Žena se ve sprše lépe uvolní a eliminuje se obávané pálení a řezání při močení, které může být způsobené drážděním kyseliny močové na porodní poranění. PA ženu doprovodí do sprchy a informuje jí o případném hlášení jakékoliv závratě či nevolnosti. Zároveň je zapotřebí ženě nechat dostatek soukromí při vyprazdňování. V souvislosti s močením, a celkově s vyprazdňováním, je potřeba ženu poučit o zvýšeném pitném režimu. PA ženě doporučí vypít minimálně 2–3 l denně. Příčinou nemožnosti se vymočit po porodu může být hypotonie močového měchýře či stlačení močové trubice způsobené otokem, který vzniká nejčastěji v souvislosti s porodním poraněním. Avšak žena by se měla vymočit nejdéle do šesti hodin po porodu. V případě, kdy se žena do šesti hodin po porodu nevymočí je zapotřebí informovat lékaře a ženu následně vycévkovat. Poté PA sleduje následné spontánní vymočení (Koudelková, 2013, s. 48, Dušová et al., 2019, s. 91).

U žen po porodu také stoupá riziko vzniku zácpy. Je to dáno nejen dilatací střevních kliček, které po porodu ještě nejsou plně ve své fyziologické poloze, ale převážně ze strachu z bolesti při defekaci. I když k bolesti při defekaci může dojít, je zapotřebí, aby PA ženu dostatečně edukovala o tom, že nesmí vyprazdňování oddalovat. PA by ženě měla doporučit dostatek pohybu, vhodnou dietu a upozornit ji na dostatečný příjem tekutin. Pokud probíhá vše v pořádku, žena by měla pociťovat odchod plynů ihned po porodu a spontánní defekace by měla proběhnout do dvou až tří dnů po porodu. V případě rozsáhlejšího poranění, kdy došlo k ruptuře análního sfinkteru, je nezbytné zajistit změkčení stolice. Dle ordinace lékaře PA podává dvakrát denně 15 ml laktulózy, jako prevenci zácpy (Koudelková, 2013, s. 48-49, Kališ et al., 2010, s. 290).

5.2 Edukace porodní asistentky v péči o porodní poranění

Při vaginálním porodu se většina žen setká s porodním poraněním, které si po porodu žádá adekvátní péči. Již při samotném ošetření by žena měla být informována o rozsahu poranění a o způsobu ošetření. Dále by PA měla ženu poučit o správné péči o šití a o nutnosti držet ránu

v suchu a v čistotě. PA pravidelně kontroluje hojení porodního poranění a případné změny konzultuje s lékařem. Důležité je také poučit samotnou ženu o sledování rány a o hlášení při začervení, otoku či dehiscenci rány, nebo pokud se u ženy objeví zvýšená teplota či zvýšená bolestivost v místě rány (Dušová et al., 2019, s. 80, 93).

Pro zajištění nekomplikovaného hojení per primam je zapotřebí ženu edukovat o dodržování správné hygieny. PA poučí ženu o častém sprchování poranění s možností použití intimního gelu s pH 5,5. Žena by se měla vysprchovat vždy po návštěvě toalety a po kojení, jelikož při kojení dochází k vyplavování oxytocinu a tím pádem k vyššímu odchodu očístků. Po sprše by se žena měla důkladně osušit a vyměnit si vložky za čisté. Ženě by mělo být doporučeno používat hygienické prodyšné vložky a jednorázové kalhotky, které zabraňují nadměrnému zapařování. Také je možné ženě doporučit nechat hráz volně větrat, například pokud leží a odpočívá. Z počátku, kdy je pro ženu bolestivé a nepříjemné sedět na tvrdé podložce, je vhodné doporučit využívání podložního kola, které zároveň předchází povolení stehů. PA by ženě také měla alespoň ze začátku doporučit vstávání z postele přes bok a zvedání miminka provádět v podřepu s rovnými zády, aby nedošlo k namáhání břišních a zádových svalů. Pokud je porodní poranění oteklé a bolestivé je možné ženě navrhnout využití studených obkladů (Koudelková, 2013, s. 31-32, Dušová et al., 2019, s. 93).

Pro podporu správného hojení je možné ženě doporučit dubovou kůru, kterou je možné aplikovat pomocí oplachů či ve formě hojivého gelu. Při dostatku mléka může PA ženě doporučit sedací koupel v mateřském mléce, jelikož mateřské mléko obsahuje látky tělu vlastní, a tím pádem dochází k lepší podpoře hojení rány. V dnešní době ženy častěji vyhledávají a využívají alternativnější metody, mezi něž se často řadí tzv. homeopatie. Po porodu se nejčastěji používají homeopatické přípravky Arnica Montana, Rosalgin a Staphysagria, které urychlují hojení porodního poranění a celkovou rekonvalescenci po porodu. Rosalgin má navíc protizánětlivý účinek a ženy si ho aplikují pomocí oplachu. Měsíček lékařský neboli *Calendula officinalis* je možný využít k zastavení krvácení po porodu či k ošetření otevřených ran v pochvě a na hrázi, a to buď ve formě teplých oplachů nebo mastí (Dušová et al., 2019, s. 93).

PA při edukaci žen po porodu často nedostatečně informuje ženy o vhodnosti masírování jizvy po porodu. Častěji jsou ženy informovány pouze o masáži hráze před porodem, ovšem na péči o jizvu po porodu se často zapomíná, přičemž i malá nenápadná jizva může mít dlouhodobé následky. Jizva by ze začátku měla být uvolňována a masírována alespoň jednu minutu každý

den a v pozdější době párkrát za měsíc. Pokud žena o jizvu dostatečně pečovala, měla by být rovná a měkká, okolí jizvy by mělo být klidné a žena by neměla pociťovat žádný odpor při dotyku. V případě, kdy o jizvu nebylo pečováno, tak žena cítí odpor a při dotyku je jizva bolestivá a tvrdá (Tuzarová, 2020).

5.3 Cvičení po porodu

V období po porodu dochází u žen k několika rychlým změnám. Během chvíle žena přijde o několik kilogramů a svaly se na tuto skutečnost musí rychle adaptovat. V průběhu 6 týdnů dochází také k zavínování dělohy, kdy se vrací děloha do své původní polohy a velikosti. Při kojení žena může pociťovat zavínování dělohy bolestivěji, a to díky oxytocinu, který se během kojení uvolňuje, a který napomáhá ke stahování dělohy (Dušová et al., 2019, s. 97). Pro lepší podporu zavínování dělohy může PA mimo jiné ženám doporučit ležení na břicho s vypodloženou pánví, a to ihned po dvou hodinách po porodu na oddělení šestinedělí. S cvičením je možné začít ihned po porodu, zdali to ovšem ženě dovolí její fyzický a zdravotní stav. Poporodní cvičení může provádět jak porodní asistentka, tak i fyzioterapeutka (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 101, Koudelková, 2013, s. 66, 68).

Zpočátku je zapotřebí ženu dostatečně a správně edukovat o významu cvičení v šestinedělí. Cvičení je vhodné provádět nejen pro posílení a zpevnění ochablých svalů, ale také se při cvičení vyplavuje hormon endorfin, který kladně působí na náladu a celkový stav ženy. V časném šestinedělí se PA zaměřuje na cviky k podpoře krevního oběhu, které působí jako prevence tromboembolických onemocnění. PA také kontroluje a edukuje ženu o správném dýchání a postupně zařazuje cviky na podporu pánevních a břišních svalů (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 101, Koudelková, 2013, s. 68). Cvičení by mělo být prováděné na rovném lůžku, tedy bez pokrývky a polštáře. PA by měla ženu před cvičením edukovat o tom, že by měla mít vyprázdněný močový měchýř a cvičení by nejlépe mělo probíhat po kojení, aby žena neměla tolik těžká a bolestivá prsa. Před cvičením by PA měla pokoj vyvětrat a zařadit cvičení před jídlem. Cviky by se měly opakovat 10krát a neměly by přesáhnout 20 minut (Dušová et al., 2019, s. 98).

Pro ženu po porodu je důležité posilování pánevního dna, jelikož při porodu dochází k jeho poškození, a to může mít za následek inkontinenci moči i stolice. Posilování by žena měla provádět nejen před samotným porodem a po porodu, ale cvičení by mělo být prováděno celoživotně. S cvičením by se mělo začít 1. poporodní den, tedy již v časném šestinedělí, kdy se začíná s aktivním posilováním svalstva pánevního dna. Tato cvičení zahrnují 4 fáze,

které mají za cíl posílit svalovou oblast a vrátit ji předchozí funkci. První fáze je zaměřená na pochopení svalů pánevního svalstva a obvykle trvá 4-6 týdnů. Jestliže si žena umí správně aktivovat pánevní dno, hráz se patrně vysune směrem nahoru. V druhé fázi je potřebné vyloučit při posilování pánevního dna zatahování okolních svalů. Žena by při cvičení neměla zatahovat břišní, sedací a svaly nohou, nýbrž pouze svaly pánevního dna, na které by se měla zaměřit. V případě, kdy žena zvládá stahovat a pracovat pouze se svaly pánevního dna, může přestoupit na třetí fázi. Toto cvičení neboli základní trénink žena provádí během celého dne a spočívá ve vtažení konečníku, pochvy a močové trubice, a to pokaždé během výdechu. Za čtvrtou fázi je považováno vědomé využívání svalstva pánevního dna ve stresujících situacích (Roztočil, 2017, s. 241-242).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 METODIKA PRŮZKUMU

Tato bakalářská práce, na téma dopady porodního poranění na ženu, je teoreticko-průzkumná. K provedení průzkumu byla použita kvantitativní metoda, kdy k získání potřebných dat byl vytvořen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (Příloha A).

Dotazník se skládal z 19 různých typů otázek, kdy na základě odpovědí byl vyhodnocen průzkum. Do dotazníku bylo zařazeno 5 otázek trichotomických, kdy respondentky volily ze tří možných odpovědí (otázky č. 6, 8, 9, 14, 16) a 9 polytomických, které byly dále rozděleny na výběrové a výčtové. Výběrové otázky umožňovaly ženám vybrat jednu jasnou odpověď z více než tří možností (otázky č. 2, 3, 5,) zatímco výčtové nabízely respondentkám zvolit více možných odpovědí (otázky č. 7, 10, 11, 12, 13, 17). V otevřených otázkách (otázky 1, 4, 15, 18, 19) dostaly ženy prostor pro vypsání vlastní odpovědi. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků. Jejich návratnost činila 40 dotazníků, tedy 100 %. Těchto 40 dotazníků bylo zpracováno v průzkumné části bakalářské práce. Průzkumné šetření probíhalo v období od 6. 1. 2020 do 19. 2. 2020 v nemocnici krajského typu v gynekologickém zdravotním zařízení ambulantního typu za souhlasu vedoucí sestry a manažerky operačních oborů.

6.1 Cíle a průzkumné otázky

V rámci průzkumné části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl č. 1: Zjistit informovanost žen o jejich porodním poranění a o průběhu související péče.

Cíl č. 2: Zjistit nejčastější obtíže (dopady) vyskytující se u žen s porodním poraněním.

Na základě výše uvedených cílů byly definovány tyto průzkumné otázky:

PO č. 1: Jaká je informovanost žen o jejich porodním poranění a o průběhu související péče?

PO č. 2: Jaké jsou nejčastější obtíže (dopady) vyskytující se u žen s porodním poraněním?

6.2 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumným souborem byly plnoleté ženy, které jednou vaginálně rodily, a doba od porodu nepřesáhla 5 let. Tyto klientky byly po předchozí domluvě autorky s PA pracující v gynekologické ambulanci požádány o dobrovolné a anonymní vyplnění dotazníku. Pro zachování anonymity byly vyplněné dotazníky klientkami odevzdány do předem připraveného boxu v gynekologické ambulanci.

První otázka dotazníku byla zaměřená na věk respondentek, který byl pro větší přehlednost rozdělen do věkových skupin. Výsledky ukázaly, že nejvíce respondentek uvedlo věk v rozmezí 26-30 let, a to přesněji 21 respondentek (52,5 %) z celkového počtu 40. Druhé nejčastější věkové rozmezí bylo 31-35 let, které sdělilo celkově 9 respondentek (22,5 %). Věk v rozmezí 21-25 let uvedlo 5 respondentek (12,5 %). Stejně tak tomu bylo i u věkové skupiny 36-40 let, kdy věk v tomto rozmezí uvedlo taktéž 5 respondentek neboli 12,5 %.

6.3 Zpracování dat

Pro vytvoření teoretické písemné části byl využit počítačový program Microsoft Office Word. Ke zpracování získaných dat z dotazníkového šetření a následnému vytvoření grafů a tabulek byl použit počítačový program Microsoft Office Excel. Výsledky v průzkumné části byly zpracovány pomocí absolutní a relativní četnosti. Relativní četnost v procentech byla vypočítána vzorcem $f_1 = n_1/n \times 100$. Pro přehlednější znázornění byly použity následující četnostní veličiny: n (celková četnost), n_1 (absolutní četnost), f_1 (relativní četnost), Σ (suma neboli celkový součet) (Chráška, 2016, s. 35).

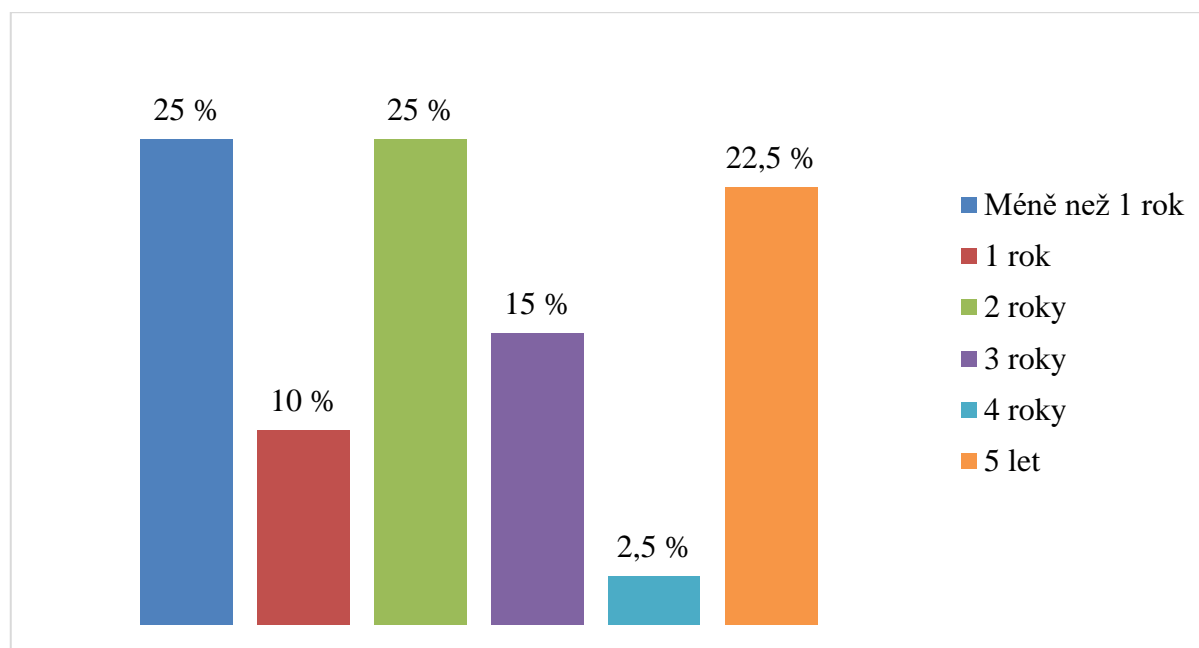
7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝLEDKŮ PRŮZKUMU

Tato část bakalářské práce analyzuje a představuje výsledky z průzkumného šetření. Výsledky dotazníku jsou zpracované v grafech, popřípadě v tabulkách a následně podrobně popsány.

Otázka č.1, zjišťující věk respondentek, je zahrnuta v charakteristice souboru a data jsou zpracována v kapitole 6.2 Charakteristika průzkumného souboru.

Otázka č. 2: Jak dlouho jste po porodu?

- 1) Méně než 1 rok
- 2) 1 rok
- 3) 2 roky
- 4) 3 roky
- 5) 4 roky
- 6) 5 let

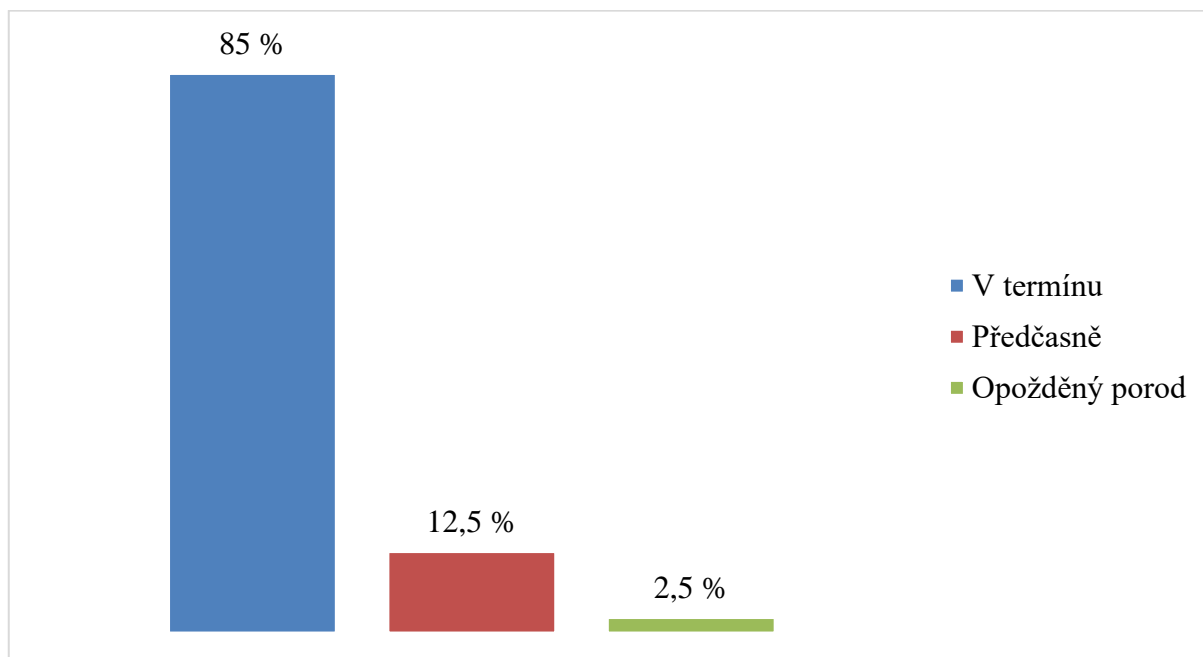


Graf 1 Období po porodu

Tato otázka byla určena pro zjištění délky období respondentek po porodu. Avšak nejdelší období bylo pět let, jelikož dotazníky byly poskytnuty pouze ženám, které rodily nejvýše před 5 lety. Nejvíce respondentek uvedlo porod před méně než 1 rokem a před 2 lety, a to přesněji 10 respondentkami (25 %) v obou případech. Respondentek, které rodily před 5 lety, bylo celkem 9 (22,5 %), přičemž před 3 lety uvedlo porod 6 (15 %) respondentek. V období před 1 rokem rodily 4 respondentky (10 %) a před 4 lety rodila pouze 1 (2,5 %) respondentka z celkového počtu 40 žen (100 %) (Graf 1).

Otázka č. 3: Kdy jste rodila?

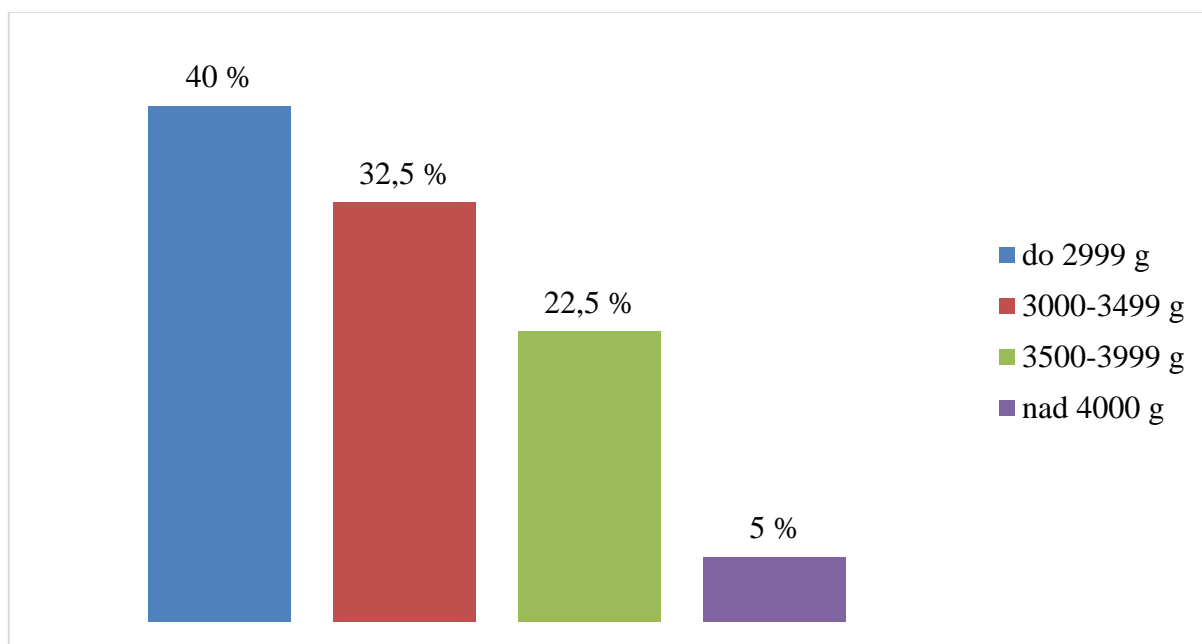
- a) V termínu (38. – 42. týden)
- b) Předčasně (do 37. týdne)
- c) Opožděný porod (po 42. týdnu)
- 7) Nevím



Graf 2 Termín porodu

Otázka č. 3 byla zaměřena na termín porodu respondentek, tedy přesněji zda se jednalo o porod v termínu, předčasný či opožděný porod. Nejvíce žen rodilo v termínu porodu neboli v rozmezí 38.–42. týdnu těhotenství, a to celkově 34 respondentek (85 %). S předčasným porodem do 37. týdne těhotenství se setkala celkem 5 respondentek (12,5 %), zatímco opožděný porod byl pouze u 1 respondentky (2,5 %). Žádná z respondentek nevedla odpověď „nevím“ (Graf 2).

Otázka č. 4: Jaká byla porodní váha Vašeho dítěte?

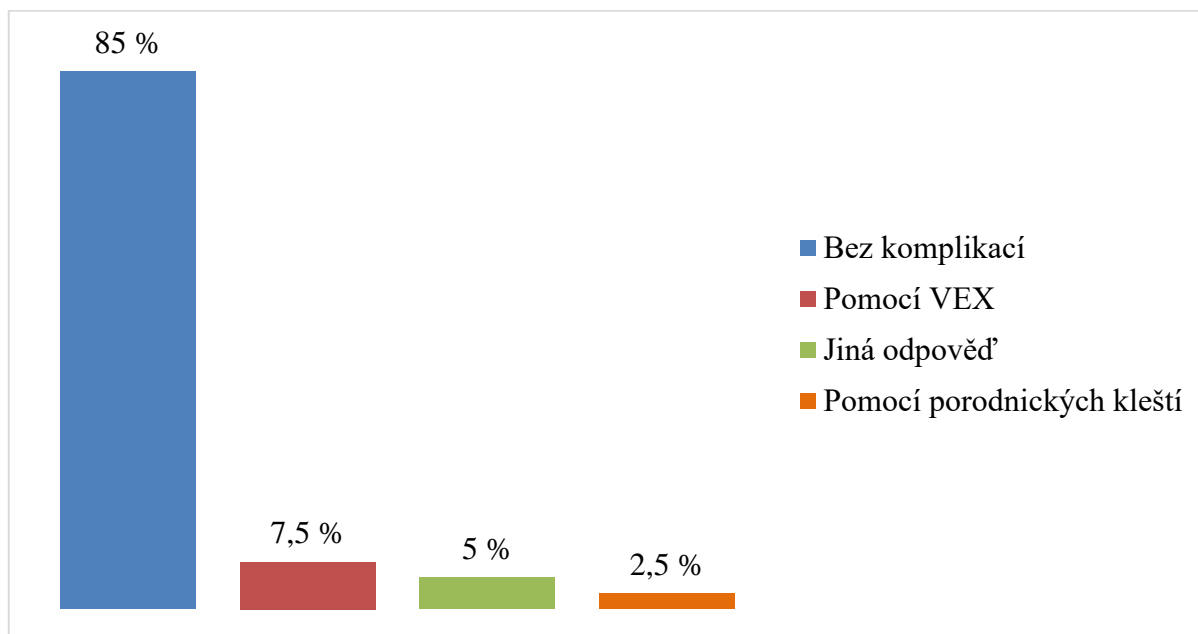


Graf 3 Porodní váha

Porodní váha dítěte byla zjišťována pomocí otevřené otázky, kdy ženy vypisovaly porodní váhu, která byla následně do grafu zpracována ve váhovém rozmezí. Nejpočetnější skupinou byla porodní váha do 2999 g, kterou uvedlo celkově 16 respondentek (40 %). Porodní váhu v rozmezí 3000-3499 g uvedlo 13 respondentek (32,5 %) a váhu 3500-3999 g napsalo 9 respondentek (22,5 %). Nejmenší zastoupení bylo při porodní váze nad 4000 g, kterou napsaly přesně 2 respondentky (5 %) (Graf 3).

Otázka č. 5: Jak probíhal Váš porod?

- 1) Bez komplikací
- 2) Pomocí VEX (Vakuumextrakce)
- 3) Pomocí porodnických kleští
- 4) Jiná odpověď (prosím vyplňte):

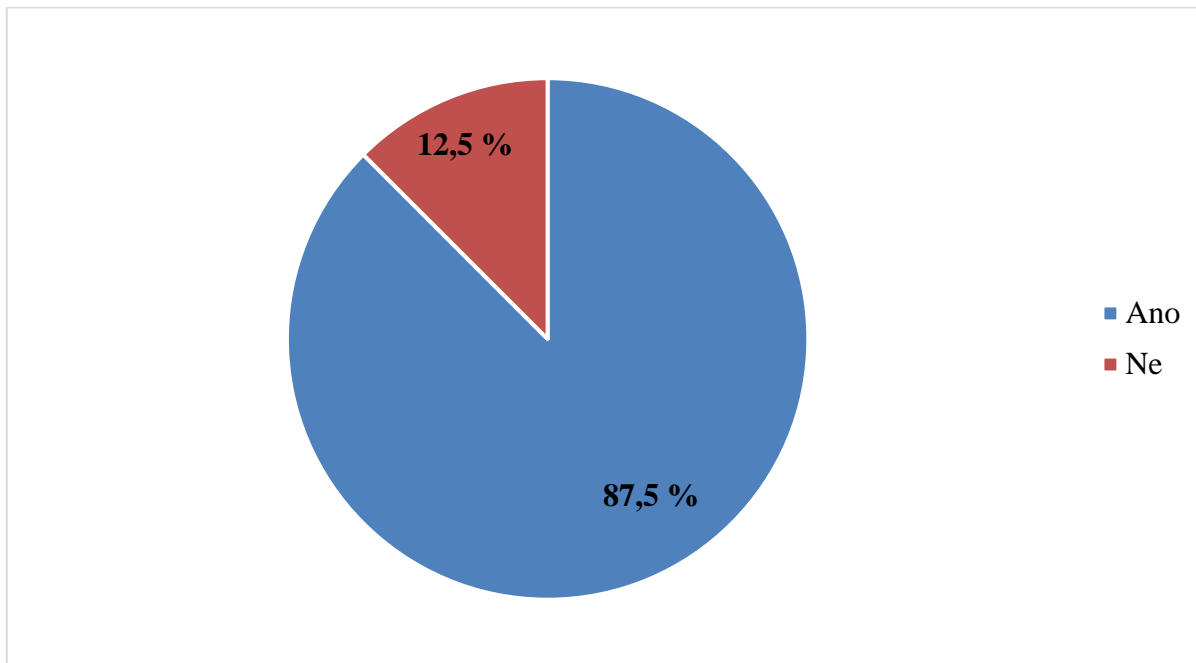


Graf 4 Porod

Na otázku č. 5, jak probíhal Váš porod, odpovědělo přesně 34 respondentek (85 %) „bez komplikací“. Operativně vedený vaginální porod pomocí vakuumextrakce uvedly 3 respondentky (7,5 %), přičemž užití porodnických kleští uvedla pouze 1 respondentka (2,5 %) z celkového počtu 40 respondentek (100 %). Možnost „jiná odpověď“ využily 2 respondentky (5 %), které uvedly, že při jejich porodu se vyskytla dystokie ramének (Graf 4).

Otázka č. 6: Měla jste nějaké porodní poranění?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

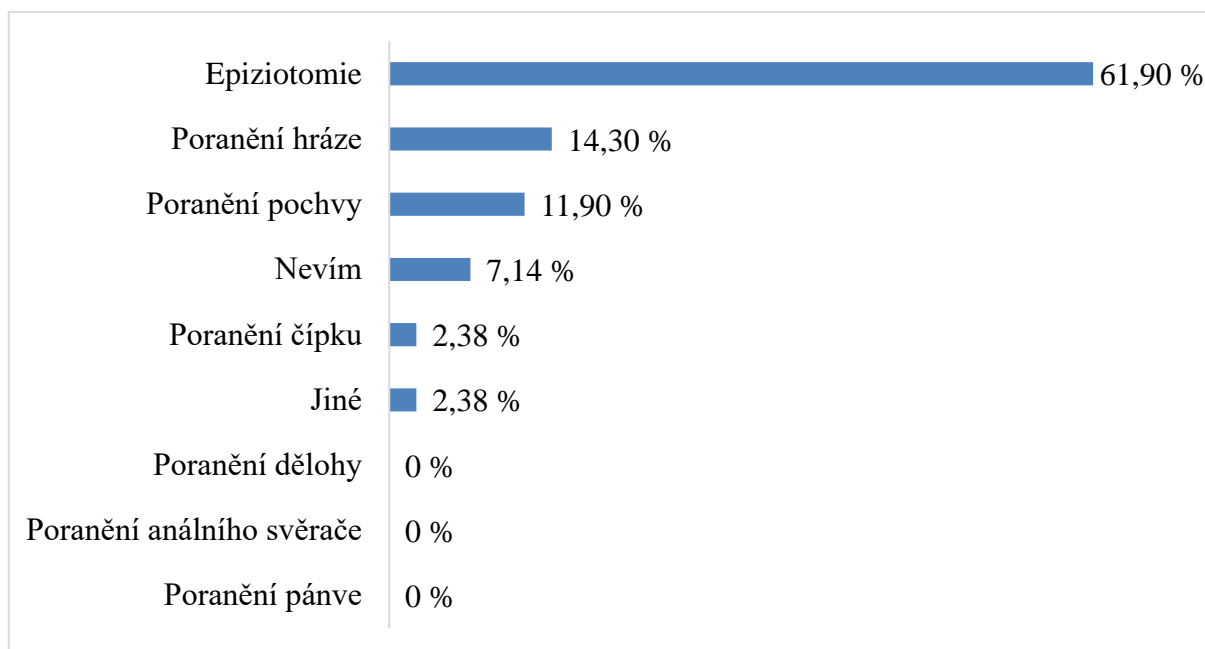


Graf 5 Porodní poranění

Za pomoci otázky č. 6 bylo zjišťováno, zda vzniklo u respondentek během porodu porodní poranění. Z grafu vyplývá, že až 35 respondentek (87,5 %) mělo nějaké porodní poranění. Žádné porodní poranění uvedlo 5 respondentek (12,5 %), přičemž odpověď „nevím“ ne zvolila žádná z respondentek. Zároveň také tato otázka ovlivnila to, zda respondentky budou dotazník dále vyplňovat. V případě, kdy respondentky odpověděly, že žádné porodní poranění neměly, další otázky již nevyplňovaly a ukončily dotazník touto otázkou (Graf 5).

Otázka č. 7: Jestliže víte, o jaké poranění se jednalo? (více možných odpovědí)

- 1) Epiziotomie (nástřih hráze)
- 2) Poranění hráze
- 3) Poranění pochvy
- 4) Poranění čípku
- 5) Poranění dělohy
- 6) Poranění análního svěrače
- 7) Poranění pánve
- 8) Nevím
- 9) Jiná odpověď (prosím vypište):

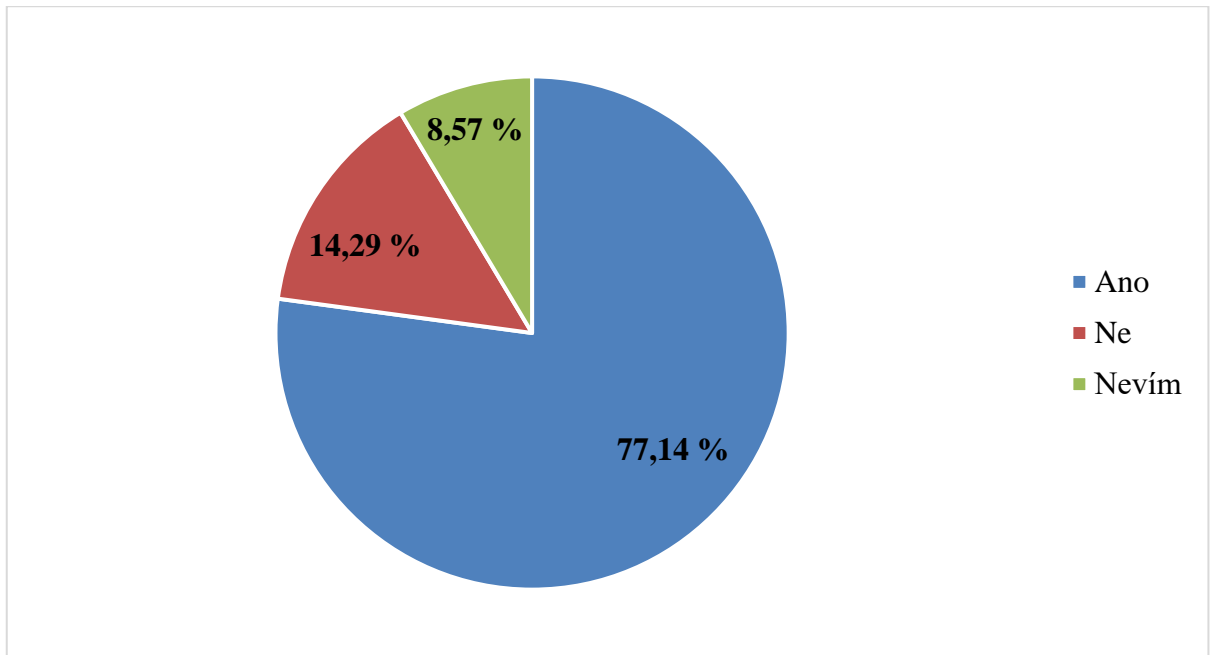


Graf 6 Druh porodního poranění

V otázce č. 7 respondenty odpovídaly, s jakým porodním poraněním se setkaly, kde zároveň mohly zvolit více možných odpovědí. Celkově se jednalo o 42 odpovědí (100 %). Z grafu je patrné, že nejpočetnějším porodním poraněním byla epiziotomie, kterou uvedlo 26 respondentek (61,90 %). Mezi další časté poranění se řadilo poranění hráze, které uvedlo 6 respondentek (14,30 %) a poranění pochvy, které se objevilo u 5 respondentek (11,90 %). O jaké porodní poranění se jednalo, nevěděly celkem 3 respondenty (7,14 %). Možnost „jiná odpověď“ využila 1 respondentka (2,38 %), která uvedla prasknutí varixu v pochvě při porodu společně s epiziotomií. Poranění čípku uvedla pouze 1 respondentka (2,38 %), která zároveň uvedla jako další porodní poranění taktéž epiziotomii (Graf 6).

Otázka č. 8: Byla jste dle Vašeho názoru dostatečně informovaná o Vašem porodním poranění?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

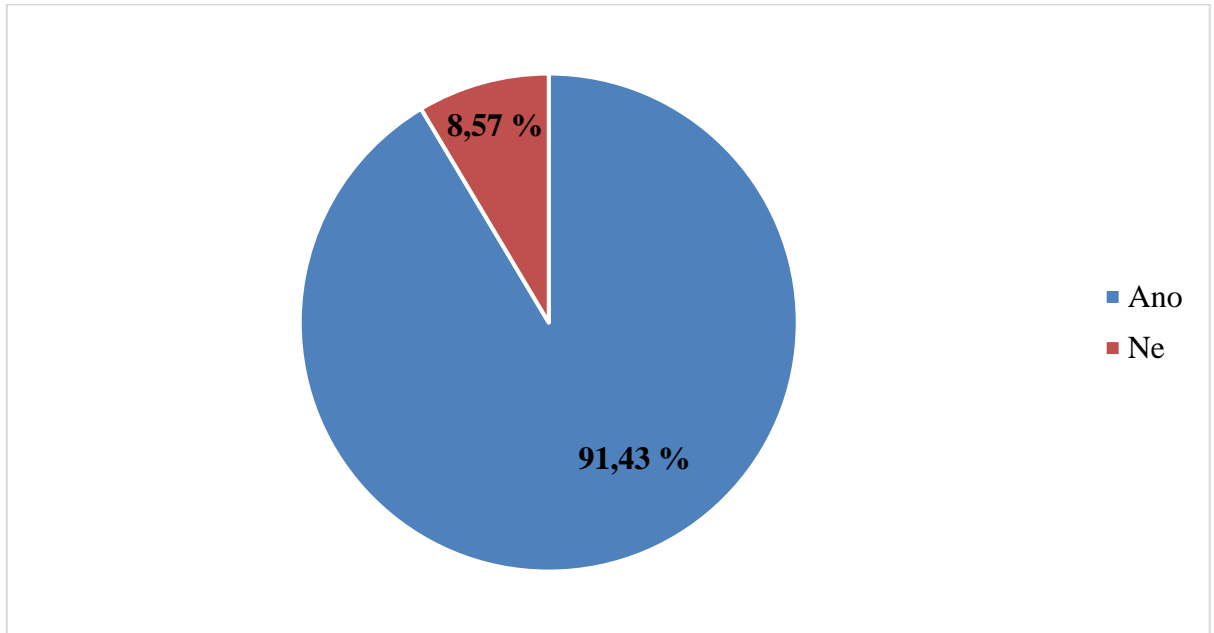


Graf 7 Informovanost o porodním poranění

V této otázce respondenty odpovídaly, zda byly dle jejich názoru, dostatečně informovány o jejich porodním poranění. Nejvíce respondentek, a to přesněji 27 respondentek (77,14 %) uvedlo, že byly dostatečně informovány. Respondentek, které označily, že nebyly dostatečně informovány bylo 5 (14,29 %) a nejmenší zastoupení se vyskytlo u odpovědi „nevím“, kterou zvolily dohromady pouze 3 respondenty (8,57 %) (Graf 7).

Otázka č. 9: Bylo Vám vysvětleno, jak máte o porodní poranění dále pečovat?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

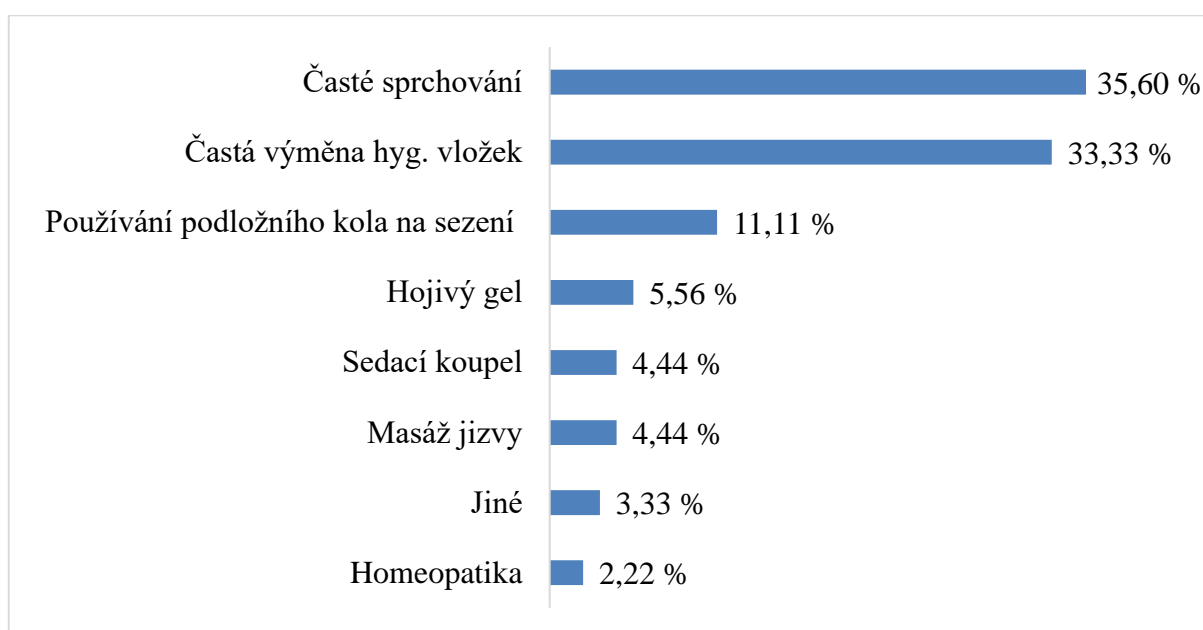


Graf 8 Informovanost v péči o porodní poranění

Dle grafu je patrné, že respondentky na otázku č. 9 nejčastěji odpovídaly, že jim bylo vysvětleno, jak mají o porodní poranění dále pečovat. Celkově tuto odpověď uvedlo 32 respondentek (91,43 %), pro které dále byla určena otázka č. 10, kde podrobněji popsaly jejich následnou péči o porodní poranění. Nejméně respondentek, a to pouze 3 (8,57 %) odpovědělo, že nebyly dostatečně informovány o tom, jak mají o porodní poranění pečovat. Odpověď „nevím“ nezvolila žádná z respondentek (Graf 8).

Otázka č. 10: Pokud ANO, jak jste pečovala o porodní poranění? (více možných odpovědí)

- a) Časté sprchování
- b) Častá výměna hygienických vložek
- c) Používání podložního kola na sezení
- d) Masáž jizvy
- e) Sedací koupele
- f) Hojivý gel
- g) Homeopatika
- h) Jiná odpověď (prosím vypište):

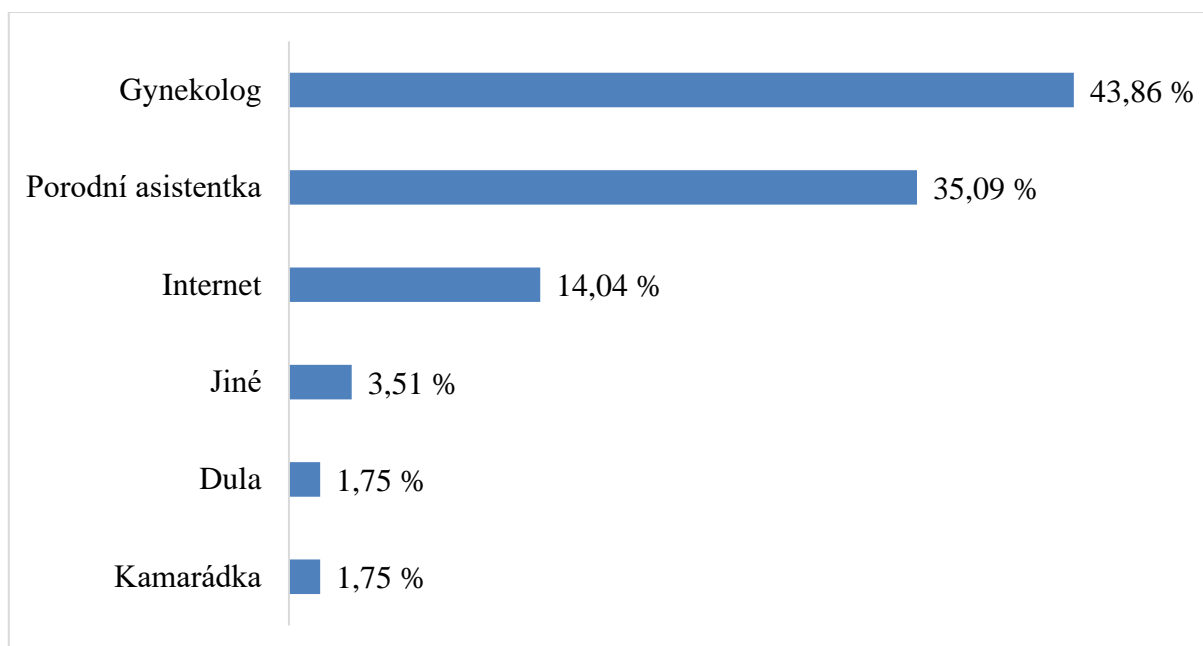


Graf 9 Péče o porodní poranění

Otázka č. 10, navazující na předchozí otázku, umožňovala respondentkám více možných odpovědí a tím pádem se vyskytlo celkově 90 odpovědí (100 %). Z grafu je patrné, že respondentky nejčastěji uváděly dvě možnosti. Časté sprchování uvedlo celkem 32 respondentek (35,60 %) a častou výměnu hygienických vložek byla respondentkami vybrána 30krát (33,33 %). Podložní kolo po porodu využívalo 10 respondentek (11,11 %), přičemž hojivý gel aplikovalo pouze 5 respondentek (5,56 %). Sedací koupel využívaly 4 respondentky (4,44 %) stejně tak, jako masáž jizvy, kterou uvedly taktéž 4 respondentky (4,44 %). Nejmenší zastoupení mělo používání homeopatik, které užívaly pouhé 2 respondentky (2,22 %). Možnost „jiné“ využily 3 respondentky (3,33 %), které následně uvedly oplachy a výplachy léčebným roztokem a větrání rány (Graf 9).

Otázka č. 11: Kdo Vás informoval ohledně péče o porodní poranění? (Více možných odpovědí)

- a) Gynekolog
- b) Porodní asistentka
- c) Dula
- d) Kamarádka
- e) Internet
- f) Jiná odpověď (prosím vypište):

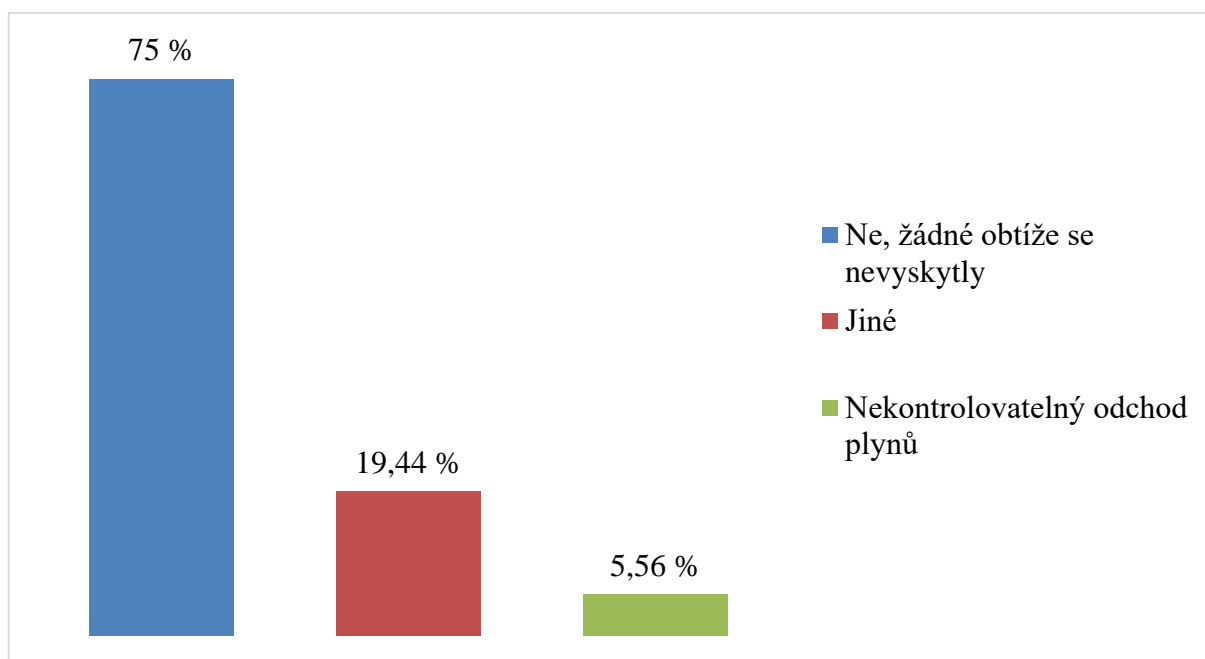


Graf 10 Informace v péči o porodní poranění

Pomocí této otázky bylo zjišťováno, kým byly nejčastěji respondentky informovány, co se týče jejich péče o porodní poranění. Jak v otázce předchozí, tak i v této bylo možné zaznamenat více možných odpovědí. Celkově se jednalo o 57 odpovědí (100 %). Dle výsledku je patrné, že respondentky nejčastěji dostávaly informace od gynekologa a porodní asistentky. Gynekologa uvedlo 25 respondentek (43,86 %) a porodní asistentku 20 respondentek (35,09 %). Internet pro zjištění informací využilo 8 respondentek (14,04 %) a odpověď „jiné“, kde respondentky dostaly možnost uvést jiný zdroj informací využily celkem 2 respondentky (3,51 %), které uvedly zdravotní sestru a lékárnici. Mezi nejméně časté odpovědi patřily „dula“ a „kamarádka“, kdy tuto možnost v obou případech uvedla pouze 1 respondentka (1,75 %) (Graf 10).

Otázka č. 12: Vyskytly se u Vás po porodu nějaké obtíže s vyprazdňováním stolice? (Více možných odpovědí)

- a) Nekontrolovatelný odchod plynů
- b) Samovolný únik stolice
- c) Ne, žádné obtíže se nevyskytly
- d) Jiná odpověď (prosím vypište):

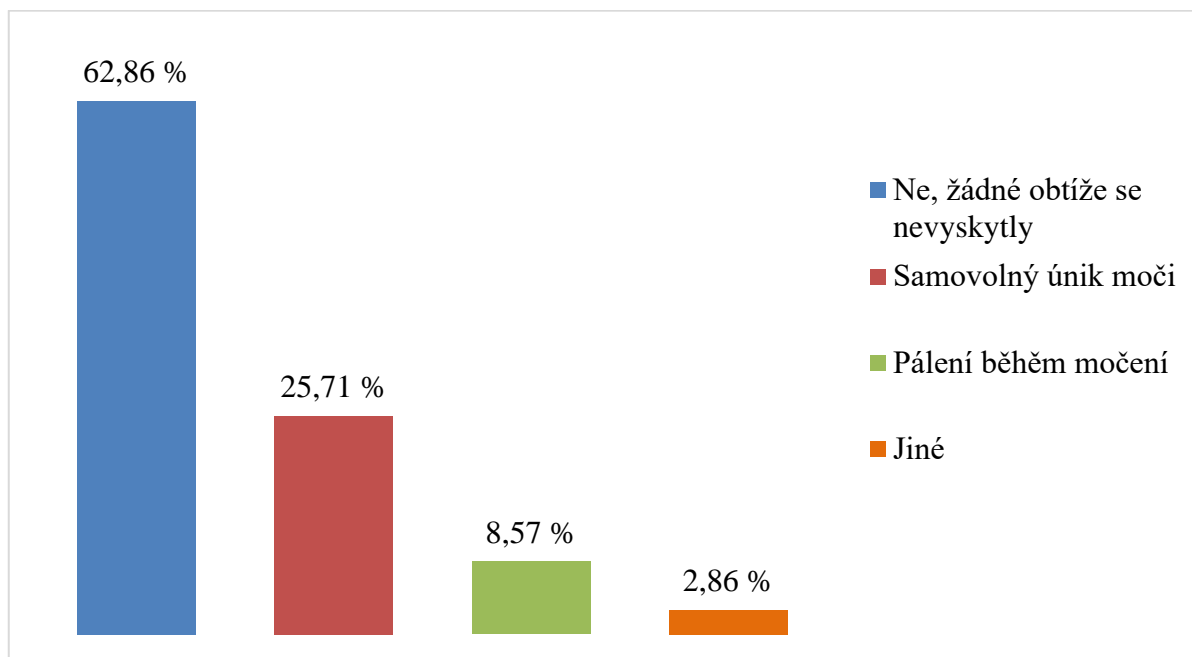


Graf 11 Obtíže s vyprazdňováním stolice

Z otázky zaměřující se na obtíže s vyprazdňováním stolice po porodu je patrné, že většina žen žádné obtíže v této oblasti nepocítuje. Přesněji 27 neboli 75 % respondentek odpovědělo, že se u nich žádné obtíže nevyskytly. Možnost, kde respondentky mohly uvést jinou odpověď, než která byla na výběr, využilo celkem 7 respondentek (19,44 %). Nejčastěji uváděly zácpu (3 respondentky), obtížné vyprazdňování (2 respondentky) a 1 z respondentek výskyt hemeroidů. Nekontrolovatelný odchod plynů se objevil u 2 z respondentek (5,56 %), z nichž jedna zároveň uvedla i výskyt zácpy. Samovolný únik stolice se nevyskytl u žádné z respondentek (Graf 11).

Otázka č. 13: Vyskytly se u Vás po porodu nějaké obtíže s vyprazdňováním moči? (Více možných odpovědí)

- a) Samovolný únik moči (při zakašlání, zvedání těžkých břemen, zasmání...)
- b) Pálení během močení
- c) Zánět močových cest
- d) Ne, žádné obtíže se nevyskytly
- e) Jiná odpověď (prosím vypište):

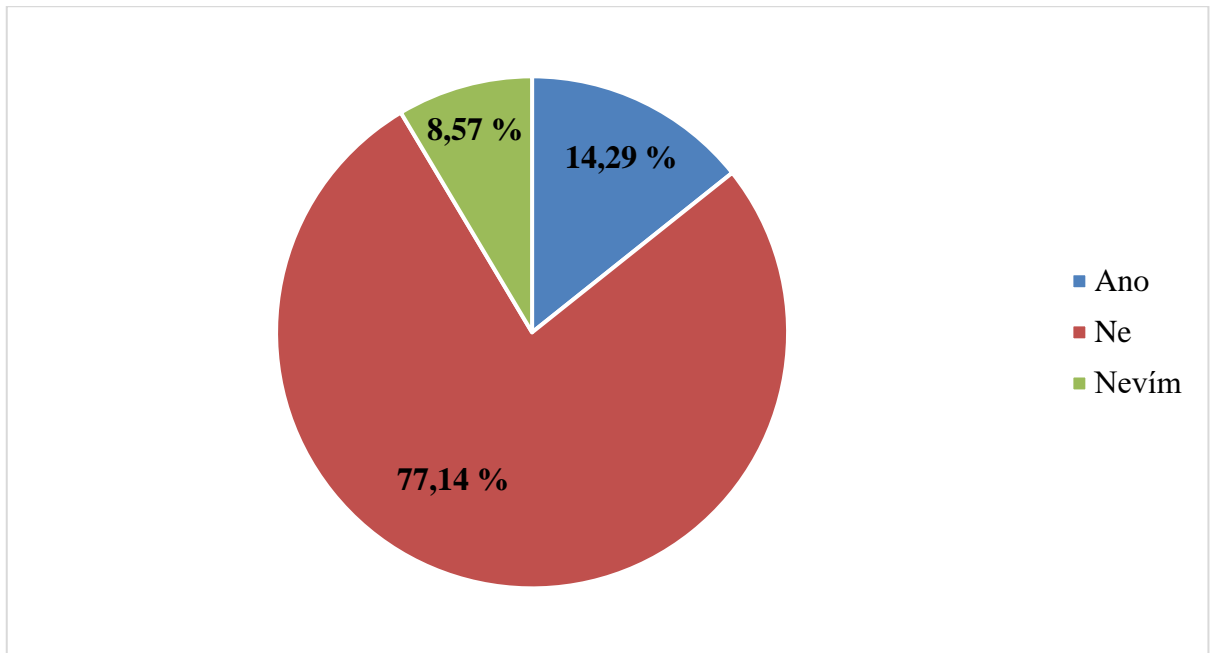


Graf 12 Obtíže s vyprazdňováním moči

Otázka č. 13 měla za cíl zjistit výskyt obtíží související s vyprazdňováním moči po porodu. Nejvíce respondentek však uvedlo, že se u nich žádné obtíže nevyskytly, a to přesně 22 respondentek (62,86 %). Mezi nejčastější obtíže, které respondentky uvedly, patří samovolný únik moči, který uvedlo celkem 9 respondentek (25,71 %). Pálení během močení uvedly 3 respondentky (8,57 %) a jinou odpověď mimo uvedenou zvolila 1 respondentka (2,86 %), u které se po porodu vyskytla nemožnost se vymočit na WC v sedě. Zánět močových cest se nevyskytl u žádné z respondentek (Graf 12).

Otázka č. 14: Vyskytly se u Vás nějaké obtíže v souvislosti s porodním poraněním, které měly vliv na Váš život?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím



Graf 13 Obtíže v souvislosti s porodním poraněním

Porodní poranění, dle výsledků z dotazníku, nemělo žádný vliv na život po porodu u 27 respondentek (77,14 %) z celkového počtu 35. Odpověď „ano“, že porodní poranění mělo nějaký vliv na jejich život, uvedlo 5 respondentek (14,29 %) a možnost „nevím“ využily 3 respondentky (8,57 %) (Graf 13).

Otázka č. 15: Pokud ANO, o jaké obtíže se jednalo a v čem Vás popřípadě omezovaly?

Tato otázka byla určena pro respondentky, které v předchozí otázce odpověděly „ano“. V této otázce měly respondentky možnost přesně vypsát dané obtíže a popřípadě popsat, v čem je omezovaly. Odpovědi respondentek jsou uvedené v tabulce (Tabulka 1).

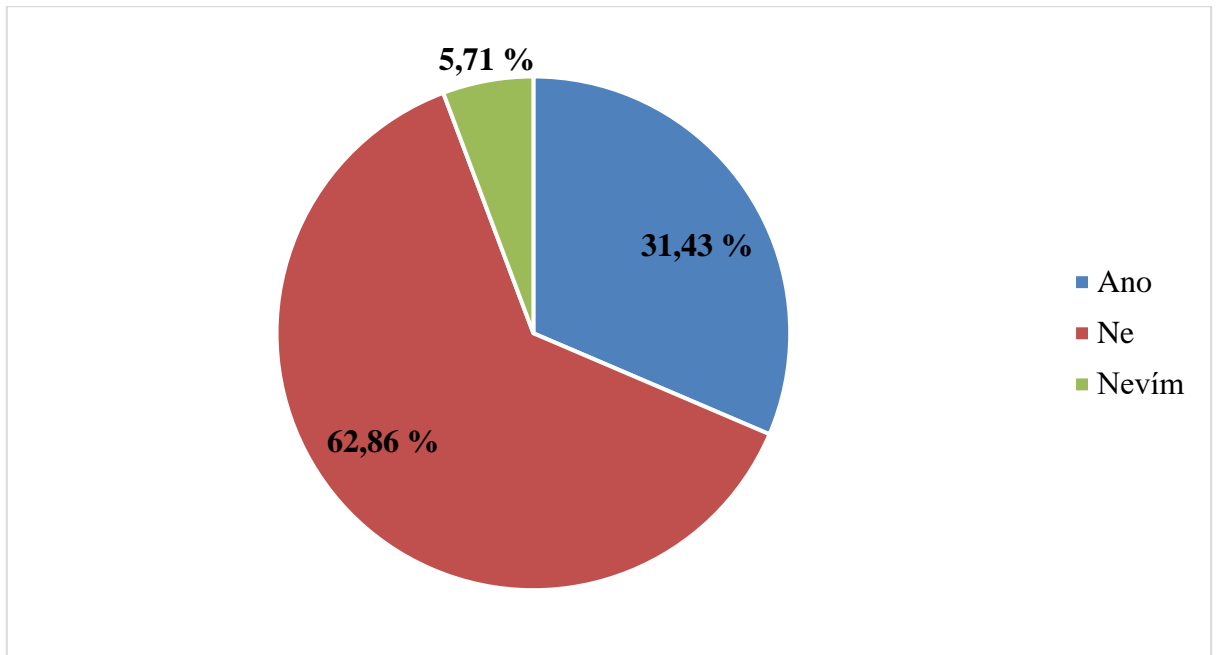
Tabulka 1 Obtíže a omezení

Odpovědi	n_i	f_i
Sexuální život	2	40 %
Sport	1	20 %
Obtíže s jizvou	1	20 %
Inkontinence	1	20 %
Σ	5	100 %

U dvou respondentek (40 %) se po porodu objevily obtíže v sexuálním životě. Jedna z respondentek uvedla občasnou bolest při sexu a u druhé z respondentek nebyl možný pohlavní styk kvůli velké bolesti více než 6 měsíců. Jedna z respondentek (20 %) popsala omezení v oblasti sportu, a to přesněji v tom, že přestala pravidelně chodit běhat. U jedné respondentky (20 %) nastala obtíž v souvislosti s jizvou po porodu, kdy u ní došlo k uvolnění stehu a následnému rozjetí jizvy. Poslední respondentka (20 %) popsala stresovou inkontinenci, a to konkrétně při volejbalových doskocích, zakašlání a kýčání (Tabulka 1).

Otázka č. 16: Pociťujete změny ve Vašem sexuálním životě v porovnání před a po porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

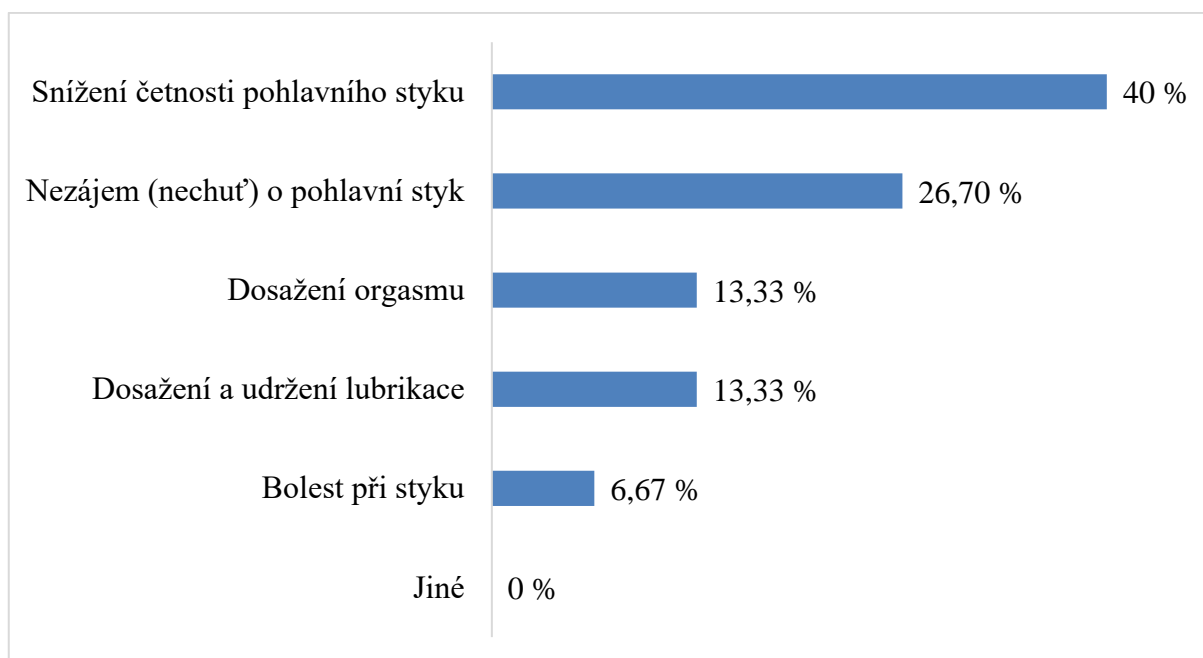


Graf 14 Změny v sexuálním životě

Na otázku, zda respondentky pociťují nějaké změny v jejich sexuálním životě po porodu, více než polovina z nich uvedla, že se žádné změny nevyskytly, a to přesněji u 22 respondentek (62,86 %). Avšak 11 respondentek neboli 31,43 % uvedlo, že se u nich některé změny vyskytly a 2 respondentky (5,71 %), že neví. V případě, kdy respondentky uvedly, že se u nich nějaké změny v sexuálním životě po porodu objevily, tak dále dané změny podrobněji popsaly v následující otázce č. 17 (Graf 14).

Otázka č. 17: Pokud ANO, označte případné problémy, které se u Vás vyskytují. (Více možných odpovědí)

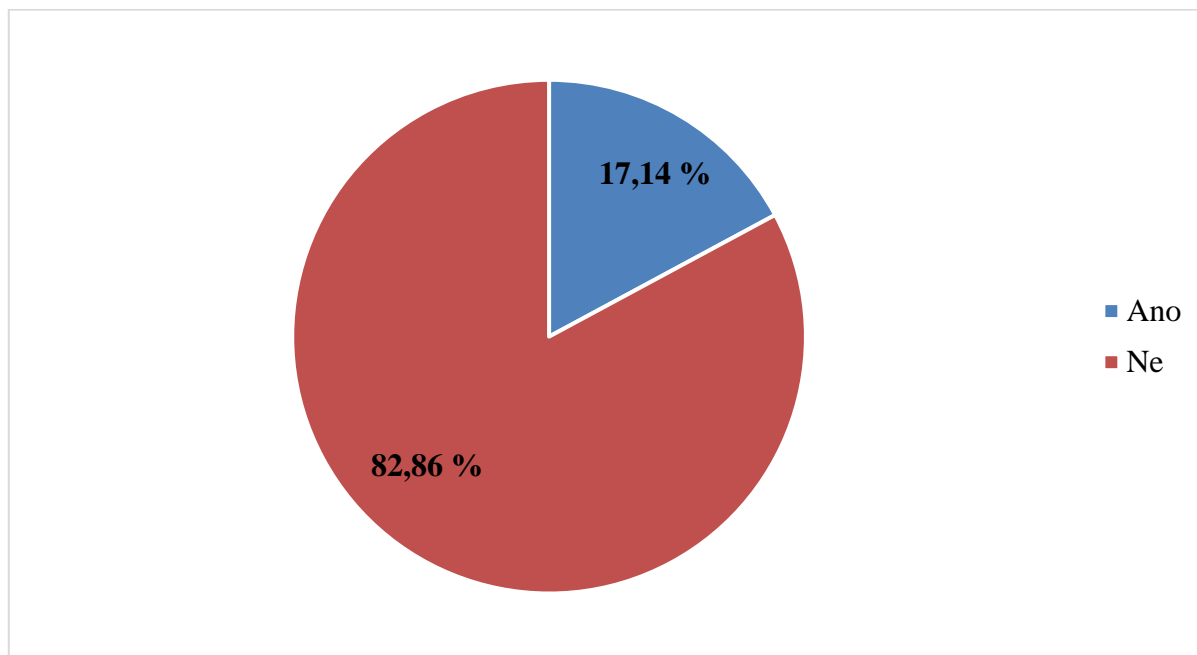
- a) Dosažení a udržení lubrikace
- b) Bolest při styku
- c) Dosažení orgasmu
- d) Nezám (nechuť) o pohlavní styk
- e) Snížení četnosti pohlavního styku
- f) Jiná odpověď (vypište):



Graf 15 Sexuální obtíže

Nejčastější obtíží, kterou popsalo celkem 6 respondentek (40 %), bylo snížení četnosti pohlavního styku a nezám o pohlavní styk, které uvedly 4 z respondentek (26,70 %). Mezi další problém se řadilo dosažení orgasmu a dosažení (udržení) lubrikace, které bylo v obou případech uvedeno 2 respondentkami (13,33 %). Nejméně byla uváděna bolest při styku, a to přesněji pouze 1 respondentkou (6,67 %). Odpověď „jiné“, kdy dostaly respondentky možnost uvést jiný problém než z uvedených, nevyužila žádná respondentka (Graf 15).

**Otázka č. 18: Vyskytly se u Vás nějaké obtíže po porodu, které u Vás přetrvávají dodnes?
Pokud ano, o jaké obtíže se jednalo?**



Graf 16 Obtíže přetrvávající dodnes

Obtíže v souvislosti s porodním poraněním, které u respondentek přetrvávají po porodu až dodnes, nepociťuje 29 respondentek (82,86 %). Naopak 6 respondentek (17,14 %) z celkového počtu 35 uvedlo, že potíže nadále pociťují (Graf 16).

Tabulka 2 Přetrvávající obtíže

Odpovědi	n_i	f_i
Únik moči	3	50 %
Bolestivost jizvy	2	33,33 %
Hemeroidy	1	16,67 %
Σ	6	100 %

Nejčastěji respondentky uváděly přetrvávající únik moči (50 %), a to převážně při sportovní zátěži či při dlouhodobém kýchání. Dále 33,33 % respondentek uvedlo občasnou bolestivost jizvy a jedna z respondentek (16,67 %) výskyt hemeroidů (Tabulka 2).

Otázka č. 19: Na jakou oblast Vašeho života, dle Vašeho názoru, mělo porodní poranění největší dopad?

Tabulka 3 Oblast života

Odpovědi	n_i	f_i
Sexuální život	8	61,5 %
Psychický stav	2	15,4 %
Sport	1	7,7 %
Vyprazdňování	1	7,7 %
Starost o novorozeneč	1	7,7 %
Σ	13	100,0 %

Na otázku odpovědělo přesně 13 respondentek, ostatních 12 respondentek uvedlo, že porodní poranění nemělo žádný dopad na jejich život nebo otázku vůbec nevyplňovaly. Ze 13 respondentek z nich 8 (61,5 %) uvedlo dopad na sexuální a partnerský život. Z těchto 8 respondentek dvě konkrétně uvedly strach a bolest při pohlavním styku, která však po zahojení postupně odezněla. Dvě respondentky (15,4 %) uvedly dopad na psychický stav, přičemž jedna z nich přesněji uvedla, že to bylo psychicky velmi náročné a u druhé respondentky se objevil dopad na psychický stav z důvodu úniku moči. Mezi další odpovědi, které vždy uvedla 1 z respondentek, patřil dopad porodního poranění na sport (7,7 %), dopad v oblasti vyprazdňování (7,7 %) a starost o novorozeneč (7,7 %) (Tabulka 3).

8 DISKUZE

Diskuze se zabývá porovnáním výsledků výzkumu z předem vytvořených výzkumných otázek.

Otázky v dotazníku č. 1 – č. 5 měly identifikační charakter a zjišťovaly věk respondentek, dobu od porodu, v jakém termínu porodu respondentky rodily, váhu novorozence a průběh, popřípadě komplikace u porodu. Následující otázka č. 6 byla zvolena pro pokračování žen v dotazníku. V případě, kdy se u respondentky žádné porodní poranění nevyskytlo, následující otázky již nevyplňovala. Celkem tedy následující otázky zařazené mezi průzkumné otázky, vyplňovalo 35 respondentek.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká je informovanost žen o jejich porodním poranění a o průběhu související péče?

K průzkumné otázce č. 1 se vztahují dotazníkové otázky č. **7** (*Jestliže víte, o jaké poranění se jednalo?*), č. **8** (*Byla jste dle Vašeho názoru dostatečně informovaná o Vašem porodním poranění?*), č. **9** (*Bylo vám vysvětleno, jak máte o porodní poranění dále pečovat?*), č. **10** (*Pokud ano, jak jste pečovala o porodní poranění?*) a otázka č. **11** (*Kdo Vás informoval ohledně péče o porodní poranění?*).

V otázce č. 7 respondentky uváděly druh porodního poranění, který se u nich vyskytl, a to poté, co v předchozí otázce uvedly, že nějaké poranění po porodu měly. Nejčastěji se jednalo o provedení epiziotomie (61,90 %) a poranění hráze (14,30 %). Dále bylo uvedeno poranění pochvy (11,90 %), poranění čípku (2,38 %) a poslední z respondentek (2,38 %) uvedla prasknutí varixů v pochvě. Respondentek, které uvedly více porodních poranění, bylo celkem 8. Nejčastěji se jednalo o poranění pochvy společně s epiziotomií, a to přesněji u 4 respondentek, a poranění hráze rovněž s epiziotomií u 2 respondentek. Vyšší výskyt epiziotomie může být dán také tím, že všechny respondentky v dotazníkovém šetření byly prvorodičky. Výsledky dotazníkového šetření byly porovnávány s výsledky Pustějovské (2018). Z výzkumu, který prováděla ve své diplomové práci, je patrné, že právě u prvorodiček je vyšší výskyt provedení epiziotomie než u vícerodiček. Výsledky její práce také ukázaly, že nejčastějším spontánně vzniklým poraněním během porodu, bylo taktéž poranění hráze. K mému překvapení vědělo, o jaké porodní poranění se jedná 32 respondentek (91,43 %) a pouze 3 respondentky uvedly, že neví, jaké porodní poranění se u nich vyskytlo. Ovšem některé odpovědi, týkající se druhu poranění, nemusely být zcela pravdivé či úplné, jelikož v následující otázce č. 8 uvedlo 14,29 % dotazovaných, že dle jejich názoru nebyly dostatečně informovány a 8,57 %, že neví, zda byly dostatečně informovány o vzniku porodního poranění.

Otázka č. 9, která se ptala, zda bylo respondentkám vysvětleno, jak mají o poranění pečovat, zjistila, že většině dotazovaným (91,43 %) byla vysvětlena péče o porodní poranění. Podobnou otázkou se zabývala ve svém dotazníkovém šetření také Švarcová (2020), která se dotazovaných ptala, zda si myslí, že jsou ženy po porodu dostatečně informovány v péči o porodní poranění. Výsledky však byly rozdílné a ukázaly, že ze 300 respondentek si pouhých 36 % myslí, že informace byly dostatečné a opak, že informace nejsou dostatečné poznamenalo 48,3 %. Zbýlých 15,7 % uvedlo, že neví, zda jsou informace dostatečné.

V otázce č. 10 respondentky vybíraly, jak o porodní poranění pečovaly. Nejčastěji byla vybrána odpověď časté sprchování, které provádělo 33,56 % respondentek a častá výměna vložek, kterou zvolilo 33,33 % respondentek. Dále dotazované používaly podložní kolo (11,11 %), hojivý gel (5,56 %), sedací koupel (4,44 %), masáž jizvy (4,44 %) a homeopatika (2,22 %). Odpověď, kdy respondentky mohly napsat jinou formu péče, než které byly na výběr, zvolily 3 respondentky (3,33 %), které uvedly oplachy a výplachy léčebným roztokem a větrání rány. Jelikož se otázka zaměřovala na péči o porodní poranění, respondentky měly na výběr více možných odpovědí. Nejvíce se ze všech odpovědí objevovala kombinace dvou, a to přesněji časté sprchování a častá výměna hygienických vložek. Většina žen však uvedla, že využívala více než 3 možnosti v péči o porodní poranění, což hodnotím jako dostatečnou informovanost v možnostech péče a jako adekvátní následnou péči. Kořínková (2013) ve své bakalářské práci položila respondentkám podobnou otázku, kdy zjistila, že na oddělení šestinedělí nejvíce z nich dodržovalo taktéž správnou hygienu, větrání rány, promazávání řepíkovou masťou, udržování v suchu a ledování. Co se týče péče po propuštění, tak respondentky uváděly opět nejvíce hygienu a k tomu ve stejném počtu častou výměnu vložek. Dále popisovaly vhodné spodní prádlo, cviky na posílení pánevního dna a nenamáhání se.

Otázka č. 11 se respondentek tázala, kdo je informoval ohledně péče o porodní poranění. Nejvíce respondentek, a to přesněji 43,86 % uvedlo gynekologa a 35,09 % porodní asistentku. Jelikož mohly respondentky zvolit více odpovědí, kombinaci porodní asistentky a gynekologa uvedlo 8 respondentek. Internet využilo 14,04 % a dříve s kamarádkou, využila v obou případech 1 respondentka (1,75 %). Dále 1,75 % respondentek dopsalo zdravotní sestru a taktéž 1,75 % respondentek lékárnici jako zdroj informací. Švarcová (2020) ve své diplomové práci taktéž zjišťovala, kdo respondentky edukuje v péči o porodní poranění. Jako nejčastější zdroj informací se rovněž v jejím výzkumu stal lékař, kterého z celkových 451 odpovědí uvedlo 26,4 % respondentek. Rozdíl v odpovědích se objevil u porodní asistentky, kterou respondentky uvedly až na třetím místě (24 %), a to až po informacích získaných z internetu (25,5 %).

Průzkumná otázka č. 2: Jaké jsou nejčastější obtíže (dopady) vyskytující se u žen s porodním poraněním?

K průzkumné otázce č. 2 se vztahují dotazníkové otázky č. **12** (*Vyskytly se u vás po porodu nějaká obtíže s vyprazdňováním stolice?*), č. **13**. (*Vyskytly se u Vás po porodu nějaké obtíže s vyprazdňováním moči?*), č. **14** (*Vyskytly se u Vás nějaké obtíže v souvislosti s porodním poraněním, které měly vliv na Váš život?*) a s tím související otázka č. **15** (*Pokud ano, o jaké obtíže se jednalo a v čem Vás popřípadě omezovaly?*), č. **16** (*Pocítujete změny ve Vašem sexuálním životě v porovnání před a po porodu?*), č. **17** (*Pokud ano, označte případné problémy, které se u Vás vyskytují.*), č. **18** (*Vyskytly se u Vás nějaké obtíže po porodu, které u Vás přetrvávají dodnes? Pokud ano o jaké obtíže se jedná?*) a z otázky č. **19** (*Na jakou oblast Vašeho života, dle Vašeho názoru, mělo porodní poranění největší dopad?*).

Výskyt obtíží spojených s vyprazdňováním stolice, zkoumala otázka č. 12. Výsledky respondentek ukázaly, že 77,41 % dotazovaných respondentek obtíže s vyprazdňováním nepocítuje. Ostatní respondentky využily možnost „jiná odpověď“, kdy 4 z nich uvedly zácpu či těžké a obtížné vyprazdňování a zbylá 1 uvedla výskyt hemeroidů. Nekontrolovatelný odchod plynů pocítovaly 2 respondentky, z nichž jedna zároveň uvedla zácpu. Samovolný únik stolice neuvedla žádná z dotazovaných respondentek. Žádné, popřípadě mírné obtíže s vyprazdňováním stolice po porodu, je možné připsat k nízkému počtu dotazovaných žen a k druhu porodního poranění, které se u dotazovaných objevil. Z dotazovaných, které uvedly zácpu a těžké vyprazdňování 2 respondentky uvedly provedení epiziotomie, 2 respondentky provedení epiziotomie zároveň s poraněním pochvy, 1 respondentka poranění hráze. Pouze 1 z respondentek uvedla, že neví, jaké porodní poranění měla. U respondentky, která uvedla výskyt hemeroidů, byla během porodu provedena epiziotomie a respondentka s výskytem nekontrolovatelného odchodu plynů rovněž nevěděla, o jaký druh poranění se u ní během porodu vyskytl. Žádná z žen tedy neuvedla, že se u ní vyskytlo závažnější poranění, jako je např. poranění análního svěrače, které by mohlo mít za následek vyšší obtíže s vyprazdňováním stolice, tak jak to uvádí Záhumenský (2010) ve své práci, která se právě touto problematikou zabývá.

Na rozdíl od předchozí otázky, se v otázce č. 13 vyskytlo obtíží v oblasti vyprazdňování moči více. Žádné z obtíží se nevyskytlo u 62,86 % respondentek, ovšem samovolný únik moči pocítovalo ze 35 dotazovaných respondentek 25,71 %. Dále z obtíží respondentky uváděly pálení během močení (8,37 %) a nemožnost se vymočit na WC v sedě (2,86 %). Diplomová

práce Surovíkové (2011) zjistila, že 37,50 % respondentek se po porodu taktéž setkala s problémem udržení moči, a to převážně při kýchnutí, kašli, smíchu či při zvedání těžkých břemen. Stadnicka (2019) se ve svém výzkumu rovněž zabýval výskytem inkontinence moči po porodu. Celkově bylo do výzkumu zařazeno 193 žen, z nichž 16,6 % uvedlo, že pociťují příznaky stresové inkontinence a to po 3 až 6 měsících po porodu.

Obtíže spojené se sexuálním životem zjišťovala otázka č. 16 a 17. Respondentek, které označily, že žádné obtíže nepociťují bylo, 62,86 % a respondentek, které nevěděly, zda se obtíže vyskytly, bylo 5,71 %. Zbytek dotazovaných neboli 31,34 % však obtíže popsalo, a to podrobněji v následující otázce č. 17. Nejčastěji se jednalo o snížení četnosti pohlavního styku, které popsalo 40 % respondentek a nezám (nechut') o pohlavní styk u 26,67 % respondentek. Dále se objevily obtíže spojené s dosažením orgasmu a udržením (dosažením) lubrikace, a to v obou případech u 13,33 %. Bolest při styku pociťuje 1 z respondentek (6,57 %). Otázku vyplňovalo celkem 11 respondentek, z nichž 7 z nich uvedlo pouze jeden z problémů v sexuálním životě a zbylé 4 respondentky kombinaci dvou problémů. S porovnáním s Daňkovou (2014), která ve své práci rovněž zjišťovala sexualitu po porodu, jsou výsledky totožné. Přesně 38,3 % dotazovaných s porodním poraněním taktéž uvedlo zhoršení sexuálního prožívání po porodu. Ovšem co se týče důvodů zhoršení, tak zde se výsledky již zcela neshodovaly. Daňková jako nejčastěji vyskytující se obtíž uváděla bolestivost při pohlavním styku (35,1 %), sníženou chuť na sex (21,2 %) či poruchu vzrušivosti, kterou trpělo 17,5 % respondentek.

Otázka č. 14 zjišťovala, zda se u žen vyskytly obtíže, které by měly nějaký vliv na jejich život. 77,14 % respondentek nepociťuje žádné obtíže, které by následně ovlivňovaly jejich život, a 8,57 % uvedlo, že neví. U zbylých 14,29 % respondentek se obtíže mající vliv na jejich život vyskytly a dále tyto obtíže popsaly v otázce č. 15. Nejčastěji se jednalo o obtíže spojené s pohlavním stykem. Jedna z respondentek uvedla občasnou bolest při sexu a druhá respondentka nemohla mít díky velké bolesti pohlavní styk více než 6 měsíců. Dále respondentky trápil uvolněný steh, který měl za následek rozjetí jizvy a omezení sportu, kdy respondentka musela přestat chodit pravidelně běhat. Poslední z dotazovaných popsala výskyt stresové inkontinence, a to převážně při sportu, zakašlání a kýchání.

Odpovědi vyplývající z otázky č. 18 ukázaly, že většině respondentek obtíže dodnes nepřetrvávají (82,86 %). Pouze 17,14 % respondentek uvedlo některé obtíže, které dodnes po porodu pociťují. 3 respondentky uvedly únik moči, z čehož jedna z nich i v předchozích

otázkách uváděla, že jí převážně při sportu tento problém trápí. Další 2 respondentky uvedly potíže s jizvou po porodním poranění, a to přesněji občasnou citlivost a bolest. Poslední respondentka uvedla hemeroidy. Co se týče časového rozmezí od porodu, tak respondentky uvádějící únik moči uvedly porod mezi 2 až 5 lety. V případě respondentek popisující potíže s jizvou a hemeroidy byla doba od porodu 5 let.

Na otázku zjišťující, na jakou oblast života mělo porodní poranění vliv, napsalo odpověď celkem 13 respondentek. Většina z nich (61,5 %) odpověděla, že porodní poranění u nich nejvíce ovlivnilo sexuální a partnerskou oblast. Dále popisovaly dopad na psychiku (15,4 %), z čehož to jedna z uvedených připsala úniku moči, který se u ní objevuje. Zbývající tři respondentky uvedly oblast vyprazdňování (7,7 %), sportu (7,7 %) a starost o novorozene (7,7 %).

9 ZÁVĚR

Tato teoreticko-průzkumná bakalářská práce měla v teoretické části za cíl popsat základy anatomie porodních cest, nejčastější porodní poranění a definovat fyziologický a operativně vedený porod. Dále se teoretická část zabývala dopady porodního poranění na ženu a následné péči a edukaci o porodní poranění.

Prvním cílem průzkumné části bylo zjistit informovanost žen o jejich porodním poranění a o průběhu související péče. Druhým cílem bylo zjistit nejčastější obtíže (dopady) vyskytující se u žen s porodním poraněním.

Pomocí strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce bylo zjištěno, že většina žen je dostatečně informována o jejich porodním poranění. Ženy ve většině případů uvedly nejen, že byly dle jejich názoru dostatečně informovány, ale také většina z nich konkrétně uvedla, jaké porodní poranění se u nich vyskytlo. Tato skutečnost mě velmi potěšila a doufám, že bude důsledná informovanost a edukace v tomto odvětví samozřejmostí nejen pro porodní asistentky, ale i pro lékaře.

Výsledky druhého průzkumného cíle byly pro mě překvapující, a to převážně v oblasti vyprazdňování moči a sexuálního života po porodu. Obtíže s vyprazdňováním moči uvedlo z celkového počtu 35 respondentek 37,14 % z čehož 25,71 % dotazovaných uvedlo samovolný únik moči. Výskyt sexuálních obtíží respondentky uváděly obdobně, a to přesněji 31,24 % respondentek. Nejčastěji se jednalo o obtíže související se snížením četnosti pohlavního styku a nezájem (nechut') o pohlavní styk. Obtíže spojené se sexuálním životem byly také nejčastější odpovědí respondentek v otázce týkající se, na jakou oblast v jejich životě mělo porodní poranění největší dopad.

Přínosem této práce bylo optimistické zjištění, že většina žen je, dle jejich názoru, dostatečně informovaná o možnostech péče o porodní poranění a také, že nejvíce informací dostávají od lékaře či porodní asistentky. Dále mě také překvapila vcelku vysoká incidence obtíží spojená se sexuálním životem a vyprazdňováním moči, kterou respondentky nejčastěji uváděly jako obtíž, která u nich přetrvává i dodnes.

10 POUŽITÁ LITERATURA

- BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 298 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- BOHATÁ Pavla. a Lukáš DOSTÁLEK, Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie*. 2016, 81(3), 192-201. ISSN 1210-7832.
- ČEPICKÝ, Pavel, ed. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018, 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. 3., uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
- DAŇKOVÁ, Nika. *Vliv porodního poranění na sexuální život žen po porodu*. Ostrava, 2014. 66 s. Bakalářská práce. Ostravská Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Langrová.
- DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, 2019, 866 s. ISBN 978-80-7345-599-6.
- DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019, 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
- DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019, 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing, 2017, 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vydání. Praha: Grada, 2016, 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- KACEROVSKÝ, Marian, Zuzana KOKRDOVÁ, Michal KOUCKÝ, et al. Spontánní předčasný porod – Doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2017, 82(2), 160-165. ISSN 1210-7832.
- KALIŠ, Vladimír, Barbora BEDNÁŘOVÁ a Jiří ŠTĚPÁN, et al. Sutura ruptury perinea 3. a 4. stupně. *Česká gynekologie*. 2010, 75(4), 284-291. ISSN 1210-7832.

KOŘÍNKOVÁ, Pavla. *Prevence a péče porodní asistentky o porodní poranění*. Pardubice, 2013, 62 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, 2013, 136 s. ISBN 978-80-7387-624-1.

KRAMNÁ, Petra a Yveta VRUBLOVÁ. Porodní poranění hráze a jeho vliv na pánevní dno a močovou inkontinenci u žen. *Profese online*. 2016, 9(2), 24-32. ISSN 1803-4330

LANGROVÁ, Petra a Yveta VRUBLOVÁ. Vliv způsobu porodu na ženskou sexualitu. *Česká gynekologie*. 2013, 78(6), 584-588. ISSN 1210-7832.

MĚCHUROVÁ, Alena. Potermínové těhotenství – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2016, 81(2), 85-86. ISSN 1210-7832.

MICHALEC, Igor, Michaela TOMANOVÁ, Marie NAVRÁTILOVÁ, et al. Rizikové faktory poškození svalů pánevního dna v souvislosti s vaginálním porodem. *Česká gynekologie*. 2015, 80(1), 11-15. ISSN 1210-7832.

MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí: péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 2., přeprac. a rozšíř. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2018, 180 s. ISBN 978-80-7560-132-2.

MZČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014, s.1-59. Datum zveřejnění 14.5. 2014 [cit-2020-5-03]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html

PENKA, Miroslav, Igor PENKA a Jaromír GUMULEC. *Krvácení*. Praha: Grada, 2014, 336 s. ISBN 978-80-247-0689-4.

PUSTĚJOVSKÁ, Andrea. *Výskyt a rizikové faktory poranění hráze žen při vaginálním porodu*. Ostrava, 2018. 88 s. Diplomová práce. Ostravská Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Kramná, Ph. D.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

ŠIMETKA, Ondřej a MICHALEC Igor. Operační vaginální porod – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2016, 81(2), 93-94. ISSN 1210-7832.

ŠTĚPÁN, Jiří, Jana KARBANOVÁ a Vladimír KALIŠ, et al., Porodní poranění a anální inkontinence v dlouhodobé perspektivě. *Česká gynekologie*. 2010, 75(1), 4-8. ISSN 1210-7832.

STADNICKA, Grazyna, Anna STODOLAK a Anna B PILEWSKA-KOZAK, Stress urinary incontinence after labor and satisfaction with sex life. *Ginekologia Polska*. 2019, 90(9), 500-506. ISSN 0017-0011.

SUROVÍKOVÁ, Daniela. *Porod a riziko vzniku močové inkontinence*. Ostrava, 2011. 84 s. Diplomová práce. Ostravská Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Bohdana Dušková, Ph.D.

ŠVARCOVÁ, Michaela. *Informovanost žen o prevenci a péči o porodní poranění v případě vaginálního porodu*. Olomouc, 2020, 133 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph. D.

TUZAROVÁ, Klára. *Vitalia*. [online]. 2020 [cit. 2020-26-2]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/jak-jizva-zmeni-fascialni-system-a-proc-vas-kvuli-ni-boli-zada/?fbclid=IwAR1wKZo-YPpg4VmvrKyfw4dSbuTai9JkX1c1Lf7FbuAsxae8FcTfJni0H8Q>

VAŠEK, Petr, Marcel GÄRTNER, Olga SZABOVÁ, et al. Močová inkontinence v těhotenství. *Česká gynekologie*. 2019, 84(1), 73-76. ISSN 1210-7832.

ZÁHUMENSKÝ, Jozef a Vladimír KALIŠ. Péče o ženy se závažným poraněním hráze – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, 78 suppl., 61. ISSN 1210-7832.

ZÁHUMENSKÝ, Jozef. Závažné porodnické poranění a anální inkontinence. *Česká gynekologie*. 2010, 75(4), 292-296. ISSN 1210-7832.

ZEMANOVÁ, Helena. Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace a ním spojené. *Praktické gynekologie*. 2013, 17(1), 93-95. ISSN 1211-6645.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník vlastní tvorby</i>	61
--	----

Příloha A – *Dotazník vlastní tvorby*

Dobrý den,

Jmenuji se Pavla Filipová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování průzkumné části mé bakalářské práce na téma Dopady porodního poranění na ženu.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný.

Velmi Vám děkuji za Váš čas, který věnujete vyplněním tohoto dotazníku.

1. Kolik Vám je let?

.....

2. Jak dlouho jste po porodu?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 rok
- c) 2 roky
- d) 3 roky
- e) 4 roky
- f) 5 let

3. Kdy jste rodila?

- a) V termínu (38. – 42. týden)
- b) Předčasně (do 37. týdne)
- c) Opožděný porod (po 42. týdnu)
- d) Nevím

4. Jaká byla porodní váha Vašeho dítěte?

.....

5. Jak probíhal Váš porod?

- a) Bez komplikací
- b) Pomocí VEX (Vakuumextraktor)
- c) Pomocí porodnických kleští
- d) Jiná odpověď (prosím vypište):

6. Měla jste nějaké porodní poranění? (nástřih hráze, trhliny...)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud jste žádné porodní poranění neměla, následující otázky již nevyplňujte.

7. Jestliže víte, o jaké poranění se jednalo? (více možných odpovědí)
- Epiziotomie (nástřih hráze)
 - Poranění hráze
 - Poranění pochvy
 - Poranění čípku
 - Poranění dělohy
 - Poranění análního svěrače
 - Poranění pánve
 - Nevím
 - Jiná odpověď (prosím vypište):
8. Byla jste, dle Vašeho názoru, dostatečně informovaná o Vašem porodním poranění?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
9. Bylo Vám vysvětleno, jak máte o porodní poranění dále pečovat?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
10. Pokud ANO, jak jste pečovala o porodní poranění? (více možných odpovědí)
- Časté sprchování
 - Častá výměna hygienických vložek
 - Používání podložního kola na sezení
 - Masáž jizvy
 - Sedací koupele
 - Hojivý gel
 - Homeopatika
 - Jiná odpověď (prosím vypište):
11. Kdo Vás informoval ohledně péče o porodní poranění? (více možných odpovědí)
- Gynekolog
 - Porodní asistentka
 - Dula
 - Kamarádka
 - Internet
 - Jiná odpověď (prosím vypište):
12. Vyskytly se u Vás po porodu nějaké obtíže s vyprazdňováním stolice? (Více možných odpovědí)
- Nekontrolovatelný odchod plynů
 - Samovolný únik stolice
 - Ne, žádné obtíže se nevyskytly
 - Jiná odpověď (prosím vypište):

13. Vyskytly se u Vás po porodu nějaké obtíže s vyprazdňováním moči? (více možných odpovědí)
- a) Samovolný únik moči (při zakašlání, zvedání těžkých břemen, zasmání...)
 - b) Pálení během močení
 - c) Zánět močových cest
 - d) Ne, žádné obtíže se nevyskytly
 - e) Jiná odpověď (prosím vypište):
14. Vyskytly se u Vás nějaké obtíže v souvislosti s porodním poraněním, které měly vliv na Váš život?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
15. Pokud ano, o jaké obtíže se jednalo a v čem Vás popřípadě omezovaly?
-
-
-
16. Pociťujete změny ve Vašem sexuálním životě v porovnání před a po porodu?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím
17. Pokud ANO, označte případné problémy, které se u Vás vyskytují. (Více možných odpovědí)
- a) Dosažení a udržení lubrikace
 - b) Bolest při styku
 - c) Dosažení orgasmu
 - d) Nezájem (nechuť) o pohlavní styk
 - e) Snížení četnosti pohlavního styku
 - f) Jiná odpověď (vypište):
18. Vyskytly se u Vás nějaké obtíže po porodu, které u Vás přetrvávají dodnes? Pokud ano o jaké obtíže se jedná?
-
-
19. Na jakou oblast Vašeho života, dle Vašeho názoru, mělo porodní poranění největší dopad?
-
-