

Techniky cvičení po spontánním porodu zaměřené na pánevní dno

Pavla Paskudová

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla PASKUDOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Techniky cvičení po spontánním porodu zaměřené na pánevní dno**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části: Anatomie a fyziologie pánevního dna. Problematika pánevního dna po porodu a jejich možných komplikací. Význam cvičení pánevního dna v době šestinedělí.

Zpracování praktické části: Edukace ženy o cvičení v době po porodu pomocí videonahrávky a brožury. Vypracování dotazníků, jeho zhodnocení a vyhodnocení závěrů plynoucích z názvu práce.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Porodnictví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001
2. ČECH, E., HÁJEK, Z. et al. Porodnictví. Praha: Grada, 1999
3. CITTERBART, K. a kol. Gynekologie. Praha: 1. vydání, Karolinum,
4. VOLEJNÍKOVÁ, H., CHLUBNOVÁ, B. Rehabilitace v práci porodní asistentky Brno: 1993
5. VOLEJNÍKOVÁ, H., HÁLOVÁ, H. Rehabilitační ošetřovatelství pro porodní asistentku. Poznámky k semináři. Brno: 1997
6. KOLEKTIV AUTORU. Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové. 1. vydání Havlíčkův Brod, 1996

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Helena Fremlová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

23. února 2007

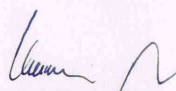
Termín odevzdání bakalářské práce:

1. června 2007

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.


Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka


MUDr. František Grossmann, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Cílem této práce je pozastavit se nad problematikou poporodního cvičení zaměřené na pánevní dno, které je v běžné praxi opomíjeno a kterému se zdravotnický personál málo věnuje a ještě méně ženy po porodu informuje o vhodnosti a účelu poporodního cvičení. V teoretické části se snažím seznámit s anatomíí pánevního dna, dále ve věnuji porodnímu poranění a péčí o perineum a následnou rehabilitací pomocí ukázek cvičení nejen dna pánevního, ale i ostatních cvičebních jednotek zaměřených na dýchání, cévní gymnastiku či cvičení břišních svalů. Analytická část seznamuje s výsledky dotazníkového šetření, ve kterém zjišťuji jak jsou ženy informované o technikách cvičení po spontánním porodu. V rámci edukace žen, jsem vytvořila edukační materiál v podobě videonahrávky a brožury se cvičením po porodu.

Klíčová slova:

Pánevní dno, hráz, epiziotomie, ruptura, hluboký stabilizační systém páteře, šestinedělí, rehabilitace

ABSTRACT

The aim of this work is to take exception to problems of post partum exercise that is aimed to pelvic floor, which is in standard practise neglected. Health workers are only little interested in this type of exercising and lesser they educate in availability and purpose of post partum exercise. I have tried to introduce the anatomy of pelvic floor in theoretic section, further I have devoted me to post partum injury and care for perineum and post physiotherapy with help of showing not only exercise of pelvic floor but also other exercises aimed to breathing, vascular gymnastics or exercise of abdominal muscles. The analytic section introduces the questionnaire results: I have found, how the women are informed about techniques of exercise after spontaneous delivery. Within the framework of women education I have created education supplies in form of video record and a booklet with post partum exercise.

Keywords:

Pelvic floor, dike, cut – in dike, rupture, deep stabilization system of spinal cord, childbed, physiotherapy

Děkuji Mgr. Heleně Fremlové za vedení celé mé práce, za cenné rady, připomínky a za trpělivost při shromažďování informací a materiálů potřebných pro vytvoření této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Pavle Mikeskové, která pracuje na rehabilitačním oddělení v Městské nemocnici Ostrava – Fifejdy, za odbornou pomoc při vytvoření edukačního materiálu.

Díky patří také Fakultě multimediálních komunikací za technické zázemí pro vytvoření videonahrávky.

A v neposlední řadě bych ráda poděkovala všem ženám po porodu na oddělení šestinedělí, které mi věnovaly svůj drahocenný čas k vyplnění dotazníků.

„ Ti, kteří mají trpělivost dělat prosté věci dokonale, osvojují si umění dělat nesnadné věci lehce. “

Johann Christopher Friedrich Schiller

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 SVALY DNA PÁNEVNÍHO	10
1.1 DIAPHRAGMA PELVIS.....	10
1.1.1 Musculus levator ani	10
1.1.1.1 Pars pubica – musculus pubococcygeus	10
1.1.1.2 Pars iliaca – musculus iliococcygeus	11
1.1.2 Musculus coccygeus.....	12
1.1.3 Funkce a inervace diaphragma pelvis	12
1.2 MUSCULI PERINEI – SVALY HRÁZE.....	12
1.2.1 Diaphragma urogenitale	12
1.2.1.1 Musculus transversus perinei profundus.....	13
1.2.1.2 Musculus sphincter urethrae	14
1.2.1.3 Musculus transversus perinei superficiales.....	14
1.2.1.4 Ligamentum transversum perinei.....	14
1.2.2 Svaly uložené povrchově od diaphragma urogenitale.....	14
1.2.2.1 Musculus bulbospongiosus	14
1.2.2.2 Musculus ischiocavernosus.....	15
1.2.2.3 Musculus compressor urethrae	15
1.2.2.4 Musculus sphincter ani externus.....	15
2 ROZŠÍŘENÍ MĚKKÝCH PORODNÍCH CEST	16
2.1 PÉČE O HRÁZ PŘED PORODEM	16
2.1.1 Předporodní masáž perinea	16
2.2 EPIZIOTOMIE.....	18
2.3 RUPTURY A LACERACE	22
2.4 OŠETŘENÍ EPIZIOTOMIÍ A RUPTUR	23
2.5 PÉČE O HRÁZ PO PORODU.....	23
3 REHABILITACE SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA	25
3.1 PÁNEVNÍ DNO ZA PORODU	25
3.2 POLOHA RODIČKY ZA PORODU A JEJÍ VLIV NA PÁNEVNÍ DNO.....	28
3.3 PATOFYZIOLOGIE PÁNEVNÍHO DNA.....	29
3.3.1 Inkontinence	30
3.3.2 Descensus uteri a prolapsus uteri	30
3.3.3 Sexuální poruchy.....	30
4 REHABILITACE V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY	32
4.1 ŠESTINEDEĹÍ.....	32
4.1.1 Psychosomatika v šestinedělí	33
4.1.2 Cíl léčebné tělesné výchovy v šestinedělí	34
4.1.3 Cvičení po spontánním porodu	34

4.2	HLUBOKÝ STABILIZAČNÍ SYSTÉM PÁTEŘE (HSSP).....	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
5	METODOLOGIE PRŮZKUMU	39
5.1	CÍLE A HYPOTÉZY	40
5.2	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	41
5.3	ZPRACOVÁNÍ EDUKAČNÍHO MATERIÁLU	41
5.4	SPOLUPRÁCE S ŽENAMI PO SPONTÁNNÍM PORODU	41
6	ROZBOR A VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ.....	43
6.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ I. ČÁSTI DOTAZNÍKŮ	43
6.2	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ II. ČÁSTI DOTAZNÍKŮ	59
7	DISKUZE	69
7.1	VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	69
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Téma, o kterém bych chtěla psát a které jsem si následně vybrala souvisí s jedním pravdivým příběhem, který mě inspiroval k tomu, abych více popřemýšlela a více se zaměřila na tuto problematiku, která je často opomíjená a na kterou není kladen žádný důraz z hlediska edukace žen po porodu.

Je úterý ráno a přede mnou dvanáctihodinová služba na oddělení šestinedělí. Pracuji s dokumentací na sesterně, když v tom slyším zvonek – signalizace, která se šíří od pokoje číslo 11 a její zvuk se táhne celým oddělením až k mým uším. Zvednu sluchátku a ptám se: „Paní N, co potřebujete, stalo se něco?“ Hlas na druhé straně je tichý a rozechvělý a žádá mě, zda bych nemohla za ní přijít. Zvedám se, chvátám k pokoji a při tom mi hlavou prolétne spousta věcí, které by se mohly stát. Říkám si, paní asi hodně krvácí?, nebo se stalo něco s miminkem?, nebo snad omdlela a při tom si ublížila? Ani jedno z toho nebyla ta správná myšlenka. Otvírám dveře a paní na mě kouká smutnými očima, sklopenými k zemi a říká mi: „Sestřičko, moc se Vám omlouvám, ale chtěla jsem se jen přetočit z jednoho boku na druhý a při tom jsem něco upustila. Myslela jsem si, že asi trochu krvácím, ale já neuměla asi udržet moč, protože pode mnou je velká kaluž a krev to není. Nějak samo se mi to uvolnilo, nedovedu si to vysvětlit. Prosím doneste mi nové povlečení, já si to sama všechno uklidím, moc se Vám za to omlouvám!!!“

Je zcela zřejmé, že za tento problém může pánevní dno, které je po porodu tolik oslabené a ochablé a málokdo se tímto problémem zabývá a věnuje mu pozornost. Proto jsem se více zaměřila na tuto problematiku, abych upozornila všechny náhodné, ale i ostatní čtenáře, kteří budou listovat mou bakalářskou prací za účelem dovědět se něco více o pánevním dnu a technikách cvičení po spontánním porodu. Ve své práci popisuji anatomii svalů pánevního dna, dále se zabývám prováděním epiziotomií a vzniku spontánních ruptur, péčí o pánevní hráz před porodem a po porodu, patofyziologií pánevního dna a s ní související inkontinence, prolapsy a sexuální poruchy a také je zde zmínka o stabilizačním systému páteře, který je důležitou součástí pánevního dna. Ovšem největší část je věnovaná rehabilitaci nebo chcete-li cvičení pánevního dna po porodu v období šestinedělí, kde se snažím ženám vysvětlit techniky cvičení a upozornit je na potřebu a nutnost cvičení pánevního dna.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SVALY DNA PÁNEVNÍHO

Když člověk zaujal ve vývoji trvale vzpřímené držení těla, dostal se pánevní východ na nejnižší místo břišní dutiny, kde byl největší intraabdominální tlak, vyvinul se podpůrný systém – svalové pánevní dno – který brání výhřezu pánevních orgánů a u žen umožňuje průchod plodu při porodu. Spodina dna pánevního je uzavřena příčně pruhovanými svaly a souborem vazivových pruhů. V oblasti pánevního východu jsou umístěny dvě vrstvy svalů, nad sebou uloženými: *diaphragma pelvis* a *diaphragma urogenitale*. Svaly pánevního dna jsou složeny podle polohy a podle svého vývoje. Kraniálně od východu pánevního jsou uloženy svaly, které se vyvinuly z ocasního konce páteře. Známe je pod názvem *diaphragma pelvis*. Další svalovou skupinou, která je umístěna zevně od *diaphragma pelvis* jsou svaly hráze - *mm. perinei*.

1.1 Diaphragma pelvis

Mělká, plochá nálevka, odstupující od stěn malé pánve a kaudálně se sbíhající ke štěrbině, kterou v zadu prochází konečný úsek střeva, který nazýváme *canalis analis* a zepředu ji vidíme jako *hiatus urogenitalis*, přes kterou prochází močová trubice a u žen i pochva. Mezi oběma otvory se nachází zahuštěný vazivový uzel – *centrum perineale*. Na něj u žen kraniálně navazuje *septum rectovaginale*, do kterého se upínají některé perineální svaly. Na základní stavbě *diaphragma pelvis* se podílejí *m. levator ani* a *m. coccygeus*, které se dále větví na další svaly a jejich části.

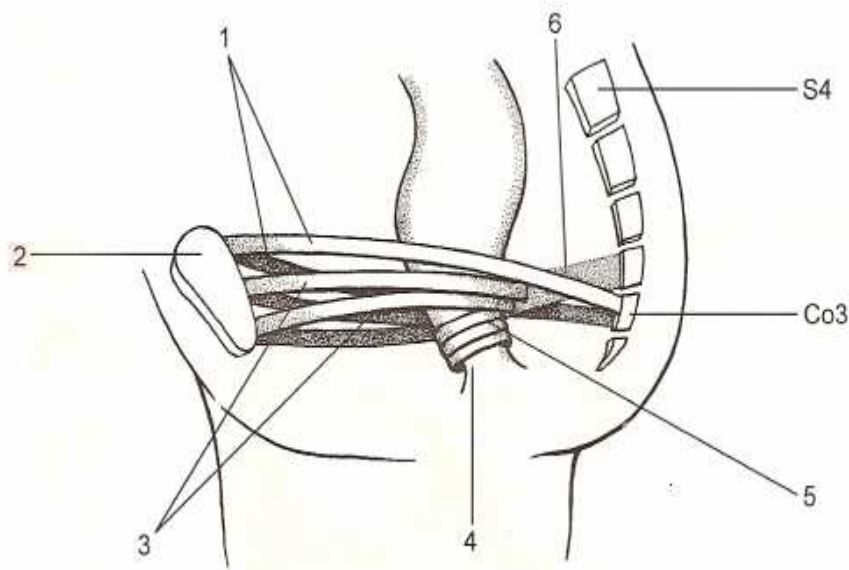
1.1.1 Musculus levator ani

M. levator ani je silný plochý sval, který tvoří pravou, levou a ventrální stranu a boční úseky nálevkovitého *diaphragma pelvis*. Je složen z přední, pubické části, *pars pubica*, nazvané *m. pubococcygeus* a *m. puborectalis* a z boční širší, ilické části, *pars iliaca*, označované jako *m. iliococcygeus*.

1.1.1.1 Pars pubica – musculus pubococcygeus

Začíná na zadní ploše *os pubis* (kost stydká), asi 1 cm zevně od symfysy a je rozdělený kraniálně na *m. pubococcygeus* a kaudálně na *m. puborectalis*. Snopce těchto svalů ohraničují *hiatus urogenitalis* a až za ním se vzájemně proplétají. *M. pubococcygeus* má spoustu úponových míst. Jedna část vláken končí na *os coccygis*, druhá část na centrum

perineale a třetí část jde podélně okolo análního kanálu. Mimo jiné se jeho úpony dotýkají z boční strany vagíny, kde za ní tvoří smyčku, která se nazývá *m. pubovaginalis*, zatímco u muže se tato smyčka stáčí k prostatě – *m. puboprostaticus*. Sval, který naléhá na konečník se nazývá *m. puborectalis*. Na zadní straně konečníku tvoří kličku a další jeho části snopců se upínají na *lig. anococcygeum*, což je vazivový pruh, který leží mezi kostrčí a zadní stěnou rekta.



Obr. 1. Anatomie svalů dna pánevního [7]

1 – musculus pubococcygeus, 2 – symphysis pubica, 3 – musculus puborectalis, 4 – anus, 5 – musculus sphincter ani externus, 6 – ligamentum anococcygeum

1.1.1.2 Pars iliaca – musculus iliococcygeus

Svalové snopce této části jsou přiřazené k boční partií diaphragma pelvis. Začátek tohoto svalu je v *arcus tendineus musculi levatoris ani*, což je vazivově ztlustělá část *fascií m. obturatorius internus*, který přechází od os pubis dozadu ke *spina ischiadica*. I tento sval se upíná k *lig. anococcygeu*.

1.1.2 Musculus coccygeus

Je druhým důležitým svalem, který se podílí na stavbě diaphragma pelvis. Skládá se ze svalových snopců přiložených k vnitřní ploše *lig. sacrospinale*. *M. coccygeus* je slabý sval probíhající od *spina ischiadica* k laterálnímu okraji kosti křížové a kostrče.

1.1.3 Funkce a inervace diaphragma pelvis

Svaly diaphragma pelvis představují pružnou spodinu pánve, které jsou současně aktivní a napínají se v souhybu se zádonými svaly a se svaly tělní stěny. Tyto svaly také podpírají orgány pánve, které prostupují přes hiatus urogenitalis, zvláště *pars pubica muscoli levatoris ani*, která zezadu podpírá a obepíná vaginu, vtláčuje se do ní tak, že vytváří hranu, kterou je podpírána děloha a ta je pak držena ve správné poloze. *Pars pubica* tedy funguje jako podpůrný děložní aparát. Další funkcí pánevního dna je ovlivňování zadní poševní stěny díky svalu nazývaném *m. pubovaginalis*. A v neposlední řadě je důležitá funkce dalších dvou svalů pánevního dna, které jsou nezbytné pro uzávěr trubice konečníku. Tyto svaly svým tahem ovlivňují svěrač a zvedač konečníku, nazývají se *m. puborectalis* a *m. iliococcygeus*. Nervové zásobování svalů pánevního dna přicházejí z přímých větví z plexu sacralis; kořenová inervace z S3 a S4.

1.2 Musculi perinei – svaly hráze

Musculi perinei neboli svaly hráze je komplex svalů, které jsou přiložené zezdola k diaphragma pelvis a jsou jejich součástí ze strany hráze okolo pánevního východu. *M. sphincter cloacae* - svěrač kloaky vytvořil základ pro tuto skupinu svalů. Tato oblast svalů je inervována z míšních kořenů S3 a S4, přesněji řečeno z větvení *n. pudendu*. Svaly hráze se větví na další dva celky. Jeden z nich je *diaphragma urogenitale* a ten druhý se skládá ze svalů, které jsou uloženy povrchově od diaphragma urogenitale.

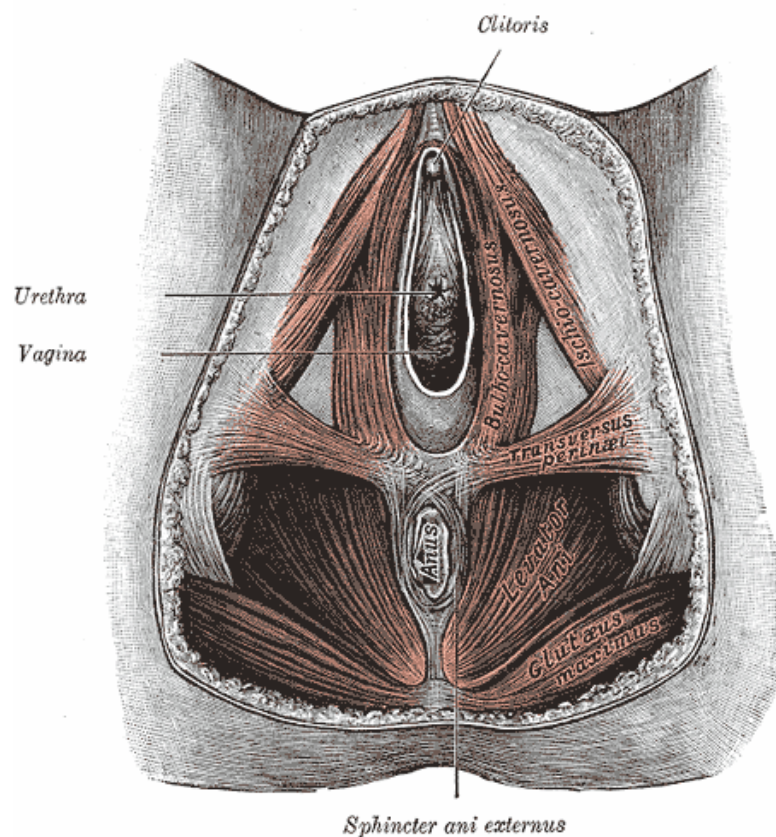
1.2.1 Diaphragma urogenitale

Tato vazivově svalová ploténka trojúhelníkového tvaru, tvoří přepážku pod spodním okrajem spony stydké a spojnicí tubera ischiadica a dále pokračuje mezi rozestupujícími se rameny kostí stydkých a sedacích. U žen je diaphragma urogenitale pouze z vaziva s příměsí hladké svalové tkáně, proto má důležitou funkci pro orgány přední poloviny pánve. Cévní zásobení diaphragma urogenitale prochází pod dolním okrajem symfysy,

odtud se větví dále. Hlavním podkladem pro diaphragma urogenitale jsou svaly a vazy. Jsou to *m. transversus perinei profundus*, *m. sphincter urethrae*, *m. transversus perinei superficiales* a *lig. transversum perinei*.

1.2.1.1 *Musculus transversus perinei profundus*

Je to plochý, mezi dvěma fasciemi uložený sval, tvořený příčně pruhovaným, zčásti hladkým svalstvem a zčásti vazivem je základ diaphragma urogenitale. Jeho snopce směřují mediálně od *ramus inferior ossis pubis* a od *ramus ossis pubis* až k *tuber ischadicum*, kde ve střední rovině končí v centrum perineale (zesílená vazivová vrstva mezi vaginou a rektum). *M. transversus perinei profundus* se zanořuje do *gl. vestibularis major*, zesiluje oblast *hiatus urogenitalis* a je oporou pro pánevní orgány.



Obr. 2. Svaly pánevního dna

1.2.1.2 Musculus sphincter urethrae

Svalová vlákna *m. sphincter urethrae* prochází otvorem diaphragma urogenitale a obkružují do hloubky membranózní část močové trubice. Tato svalová část je oddělena od *m. transversus perinei profundus* vazivem.

1.2.1.3 Musculus transversus perinei superficiales

Skupina vláken *m. transversus perinei superficiales* jsou značně variabilní, většinou slabé svaly, lemující na povrchové straně zadní okraj diaphragma urogenitale. Sval postupuje napříč od centrum perineale laterálně k okraji tuber ischiadicum. Uprostřed se zčásti spojuje s protilehlým svalem a některé snopce přecházejí do *m. bulbospongiosus*. Ovšem u žen většinou tento sval chybí.

1.2.1.4 Ligamentum transversum perinei

Přední okraj *m. transversus perinei profundus* je vazivově změněný na *lig. transversus perinei*, který dopředu sahá až k *lig. arcuatum pubis*. Mezi těmito dvěma strukturami je příčně uložená štěrbina, kterou prochází *v. dorsalis penis (clitoridis) prof.* do dutiny pánevní.

1.2.2 Svaly uložené povrchově od diaphragma urogenitale

Všechny tyto svaly mají blízký vztah k hrázovým partiím orgánů urogenitálního aparátu. Řadíme zde *m. bulbospongiosus*, *m. ischiocavernosus*, *m. compressor urethrae* a *m. sphincter ani externus*.

1.2.2.1 Musculus bulbospongiosus

Je to párový sval, který má jinou stavbu svalových vláken u ženy a u muže. U žen je tento sval rozdělený na dvě jednotky obepínající vestibulum vaginy, které začínají na centrum perineale a jejich směr je určen podél poševního vchodu k poštváčku. Na centrum perineale některé snopce přecházejí na *m. sphincter ani externus*. *M. bulbospongiosus* kryje bulbus vestibuli, také kryje *gl. vestibularis major* a působí jako svěrač poševního vchodu. Tlakem na vestibuli a žíly clitoris podporuje jejich dobré prokrvení a tlakem na *gl. vestibularis major* pomáhá jejímu vyprazdňování při souloží.

1.2.2.2 Musculus ischiocavernosus

I tento sval je párový. Začíná od spodního okraje kosti sedací a stydké a od *crura clitoridis*. U ženy je *m. ischiocavernosus* připojen k povrchu *crus clitoridis*, probíhá kolem něho a přechází na *dorsum clitoridis*, kde se upíná do *fascia clitoridis*. Má významý podíl na erekci u mužů, díky kontrakcím, které sval vykonává – sval stlačuje *v. dorsalis clitoridis* a tak zmenšuje odtok krve z kavernosních těles.

1.2.2.3 Musculus compressor urethrae

Je vytvořen pouze u ženy a jeho začátek je hluboko pod *m. ischiocavernosus*. Rovnoběžně od *m. ischiocavernosus* jde až před urethru, kde se svaly z obou stran spojují kraniálně od snopců *m. sphincter urethrae*. Další část jeho snopců vchází mediální osou do stěny vagíny.

1.2.2.4 Musculus sphincter ani externus

Zevní svěrač konečníku je složitý komplex příčně pruhovaných svalů konečníku, které jsou připojeny z kaudální strany k *diaphragma pelvis*. Tyto svaly se stýkají v místě *centrum perineale* se svaly hráze. Část svalových snopců hráze a *m. sphincter ani externus* přes sebe a do sebe vzájemně přecházejí.

2 ROZŠÍŘENÍ MĚKKÝCH PORODNÍCH CEST

Z velké nabídky různých modifikací i nekrvavých operací k rozšíření měkkých porodnických cest, myslí se tím, hrdlo, pochva a hráz, se v dnešní době zachovala pouze epiziotomie. Nejen farmakologické ovlivnění spasmů hrdla spasmololytiky a místně používané preparáty zvané prostaglandiny, ale i léčba cervikokorporální dystokie paracervikální blokádou či technika epidurální analgézie zcela vytlačily používání mechanické dilatátory (metreurynter), ale také nástřih branky.

2.1 Péče o hráz před porodem

Příprava perinea na porod může omezit poporodní riziko vzniku perineálního traumatu. Je důležité věnovat nemalou pozornost v péči o hráz před porodem, abychom toto riziko minimalizovali jak jen to bude možné, protože následný dyskomfort může matku vést k výrazné nechuti mít další dítě. Hrozící riziko můžeme minimalizovat tím, že náš zásah do porodního mechanismu ve vypuzovací době, ve II. době porodní, omezíme jen na nezbytně nutné indikace jak ze strany matky, tak ze strany plodu. Zranění perinea může být způsobena buď našim zásahem – epiziotomií nebo spontánní rupturou – lacerací. Přestože v dnešní době existuje spousta porodních asistentek a porodníků, kteří dokážou hráz uchránit tak, že perineální traumata jsou minimální, je jisté, že u převážné většiny prvorodiček se perienum poškodí natolik, že vyžaduje šití. Rozdíl mezi spontánním natržením hráze a cíleným nástřihem je v tom, že natržení hráze se jedná o přirozené zranění, kdy se tkáň natrhne na nejslabším místě. Jen zřídka kdy dojde k tomu, že by došlo k poranění cév. Naopak u cíleného nástřihu dochází k tomu, že cévy jsou vždy přestřiženy, přičemž často vznikají krevní výrony, které mohou ztížit normální průběh hojení a způsobují větší bolesti. Abychom snížili riziko poškození měkkých struktur perinea, doporučuje se připravit hráz těhotné ženy již v předporodním období.

2.1.1 Předporodní masáž perinea

Masáže hráze před porodem mají úkol změkčit a připravit na roztažení perinea během porodu tak, že hlavička plodu projde porodními cestami, aniž by hráz byla jakkoli poraněna samovolnou rupturou či nástřihem. Samozřejmě, že ne vždy se dá vyhnout drobným trhlinkám na hrázi. Ale i přesto, že tyto trhlinky vzniknou, je známo, že se hojí lépe, rychleji a snadněji než epiziotomie. Výsledky výzkumu dokazují, že ženy u kterých došlo

k natržení hráze, mají v šestinedělí a následujících měsících méně obtíží než ženy s nástřihem hráze. S přípravou hráze na porod pomocí masírování a roztahováním své hráze, aby byla měkká a poddajná by se mělo začít asi šest týdnů před výpočtem termínu porodu. K masáží je vhodná éterická směs různých olejíčků, známými pod názvy: třezalka, obilné klíčky, muškátová šalvěj či růže, které přispívají a vylepšují elasticitu tkání, podporují činnost svalů a žláz, mají antiseptický účinek či dokonce přispívají k dobré psychické kondici.

V prvních dnech se doporučuje provádět masáž jedním prstem. V průběhu dalších dní se přidávají prsty dva a poté tři, přičemž prsty se vsunou asi tři centimetry do vaginy, uchopí se hráz, která se masíruje do tvaru U. Přitom hráz se roztahuje směrem dolů ke střevům. Tím si zajistíme její měkkost, poddajnost, roztažitelnost a ještě docílíme dobrého prokrvení. Pár dnů před termínem porodu se doporučuje připojit k masáži hráze i masáž stydkých pysků, protože se stává, že při porodu hráz zůstane sice nepoškozena, ale stydké pysky jsou lehce poraněny. Masírování hráze a posléze i stydkých pysků by žena (nebo její partner) měla alespoň 5 minut denně.

Nejen pravidelné masáže připravují perineální hráz k porodu, ale také je ověřený účinek parní sedací lázně s přídavkem senných květů, který je doporučen od 38. týdne těhotenství, které pomáhají změkčit a zvláčnit tkáň. Tato technika je nejvíce vhodná pro prvoroďičky, u kterých se předpokládá, že mají pevné svaly pánevního dna. Ale i pro multipary je tato lázeň doporučována, zvláště pro ty, které měly u předchozích porodů provedený nástřih. Od 38. týdne se ženám radí provádět parní lázeň 1x týdně a v termínu porodu ji lze uskutečňovat tak často, jak jen si žena přeje. Parní sedací lázeň je vhodná i při začátku porodních stahů, aby pánevní dno změklo a stalo se více poddajné. Ne však všechna naše zdravotnická zařízení tuto alternativní metodu přivítají. Lázeň spočívá v tom, že do nádoby, kde umístíme květy seny přilijeme vařící vodu, nádobu postavíme do bidetu nebo do záchodové mísy a těhotná žena nad tím sedí tak dlouho, dokud se tvoří pára. Kontraindikace této parní sedací lázně jsou pro ženy, které trpí sennou rýmou. Méně vhodné je i pro ženy, které mají v oblasti vulvy křečové žíly, protože parní lázeň pro ně může být vnímána jako bolestivá.

2.2 Epiziotomie

Je chirurgická incize pochvy a perinea (hráze) před porodem ve II. době porodní. Epiziotomie a její korekci má v kompetenci porodní asistentka nebo lékař. Nástřih hráze neboli epiziotomie se provádí z důvodů prevence tržné rány, jednak se provádí profylakticky před instrumentální extrakcí plodu, ale také při prořezávání hlavičky a to tehdy, jestliže hrozí ruptura hráze, která se projevuje lesklou, napjatou a anemickou kůží. Profylaktickou epiziotomií provádíme po lokální infiltraci (lokální omrtvení) perinea anestetikem.

Anestésie při nástřihu hráze, která se provádí při napnuté a anemické hrázi není nutná, pokud je provedena během kontrakce. V některých českých zdravotnických zařízeních se dříve epiziotomie prováděla rutinně u všech primipar a velkého procenta multipar. Jako výhody k provádění epiziotomie se uvádělo:

- ❖ urychlení II. doby porodní
- ❖ zamezení traumatizace hlavičky novorozence
- ❖ prevence ruptury hráze a pochvy
- ❖ lepší funkční a kosmetický stav vulvy po šestinedělí
- ❖ prevence skrytých ruptur pánevního dna
- ❖ sestup rodidel a močová inkontinence

Otázkou však je, zda – li je rutinní provádění nástřihu hráze vždy nutné, protože příznivý účinek rutinně prováděných epiziotomií však nebyl statisticky dokázán.

Prvně provedená profylaktická epiziotomie byla ve dvacátých letech 20. století a asi od roku 1945 se stala běžně užívanou součástí porodů. V současnosti je snaha omezit rutinní provádění epiziotomie na nezbytně nutné indikace. Indikace k provedení epiziotomie mohou být jak ze strany matky, tak ze strany plodu.

Ze strany matky to může být:

- ❖ porod staré primipary (více než 30 let)
- ❖ hrozící ruptura hráze
- ❖ obtížný porod hlavičky přes hráz

- ❖ zúžený pánevní introitus u vysoké hráze
- ❖ porod kleštěmi či VEXem

Ze strany plodu:

- ❖ porod nezralého plodu
- ❖ placentární dysfunkce
- ❖ patologie fetální tepové frekvence

Frekvenci provádění nástřihu hráze lze také snižovat vhodně vedenou psychoprofylaxí nejen rodičky, ale i manželského páru s rehabilitačním nácvikem s využitím břišního lisu ve druhé době porodní, umožněním vertikální polohy klientky až do prořezávání hlavičky, vyloučením uspěchané druhé doby porodní předčasným užitím břišního lisu ihned po zajetí branky.

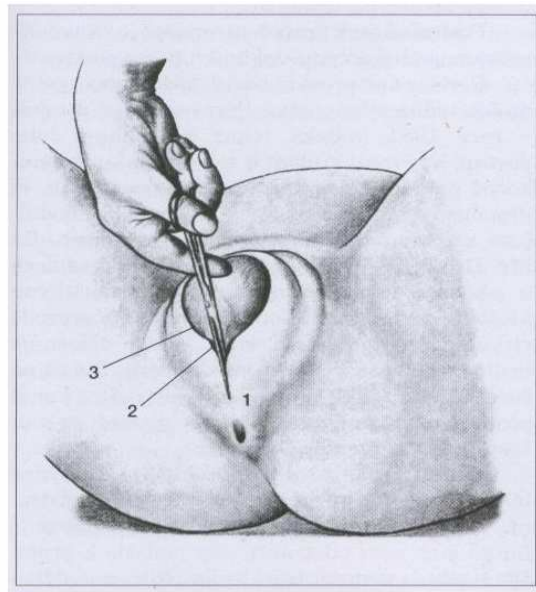
Chránění hráze při porodu zabraňuje nejen vzniku spontánních trhlin na hrázi a na přilehlých částech pochvy, ale napomáhá i správnému mechanismu při porodu hlavičky. Správný okamžik pro chránění hráze je tehdy, kdy se hráz napíná a vyhlazuje a hlavička zůstává v pootevřené vulvě a nevtahuje se zpět do pochvy během kontrakce. Abychom správně hráz uchránili, je třeba souhra obou rukou a to tak, že levou ruku přiložíme se shora na téměř porozenou hlavičku a pravou rukou uchopíme sterilní roušku, kterou přiložíme na hráz tak, abychom viděli zadní komisuru a rouškou zakryli řitní otvor. Spolu se začátkem kontrakce přiložíme levou ruku na rodící se hlavičku a pomalu brzdíme progresi hlavičky. Pravou ruku s rouškou držíme tak, aby palec byl na pravé polovině hráze a ostatní prsty na levé polovině hráze. Se stupňující se kontrakcí stahujeme prsty k sobě, aby vzrůstající napětí na hrázi bylo oslabeno a přitom se snažíme přetáhnout hráz přes rodící se hlavičku. V případě hrozící ruptury hráze je nutno provést epiziotomii.

Epiziotomii lze dělit na:

1. *mediální* - incize nůžkami se vede v centrum tendineum perinei ve střední čáře do vzdálenosti 3 - 4 cm přímo od spodního okraje vaginy směrem k anu. Po nástřihu je nutné řádně chránit hráz k zabránění vzniku ruptury řitního svěrače a střevní stěny. Výhodou tohoto nástřihu hráze je minimální krevní ztráta, dobré hojení, příznivý kosmetický efekt a snadné ošetření. Tento druh incize upřednostňujeme tehdy, pokud je hráz dostatečně vysoká a nepředpokládá se extrakční vaginální operaci.

Střední epiziotomie se lépe šije, dobře a pevně se hojí, ale nevýhodou je, že nedovoluje rozšířit vaginální vchod do takové míry, jako mediolaterální epiziotomie.

2. *laterální* – tento nástřih se vede od střední čáry poševního introitu šikmo, asi 2-3 cm, většinou k pravé straně směrem k hrbolu sedací kosti asi 4 cm v délce. Nástřih tohoto typu se v dnešní době moc nepoužívá, protože se obtížně ošetřuje a má sklon k časté deformaci poševního vchodu po zajizvení sutury.
3. *mediolaterální* – v dnešní době u nás nejčastěji používaná epiziotomie perinea, která začíná ve střední čáře poševního introitu a která je vedená šikmo, aby při možné ruptuře nebyl zasažen sfinkter. Mediolaterálním nástřihem sice vytvoříme více prostoru, ale následné hojení způsobuje větší bolest při pohlavním styku.



Obr. 3. Epiziotomie [10]

1 – mediální, 2 – mediolaterální, 3 – laterální

4. *Schuchardův řez* – tato modifikovaná verze ve tvaru hokejky je používána spíše v zahraničí, kde je doporučována pro nižší riziko vzniku dyspareunie. Řez je pokračováním laterální epiziotomie perineálně a je na místě, aby se dbalo na to, aby nedošlo

ke kompletnímu přetěti puborektálního svalu. Jeho použití u nás je velice obsolentní a u nás se nepoužívá.

5. *epiproctotomie* – tento zcela výjimečně prováděný mediální nástřih hráze s protětim análního svěrače a stěny rekta se u nás stejně jako Schuchardův řez neprovádí. Jeho použití je omezeno na některé případy dystokie ramének.

Ve většině zemí a především u nás v České republice se provádí mediolaterální epiziotomie, popřípadě epiziotomie laterální nebo mediální. Schuchardův řez a epiproctotomie je u nás zcela výjimečná a velice málo používaná.

Epiziotomie a její rizika:

- ❖ nadměrná krevní ztráta
- ❖ vytvoření hematomu
- ❖ infekce
- ❖ a pokud poranění postihne i anální svěrač a rektální sliznici může vzniknout
 - rektovaginální píštěl
 - ztráta rektálního tonu, což zapříčiňuje fekální inkontinenci a samovolný odchod plynů
 - perineální absces

Komplikace epiziotomie:

- ❖ **Zarudnutí** - pokud se neobjeví nadměrná citlivost, jde nejspíše o fyziologicky se hojící poporodní poranění. Jestliže bude žena subjektivně udávat bolest, nastává zřejmě infekce.
- ❖ **Edém** - mírný otok je běžný, ovšem vznikne – li otok většího průměru, je zde překážka v procesu hojení.
- ❖ **Výtok** - někdy se stává, že vznikne výtok ze zašité rány, je důležité předejít tomuto stavu a poranění pečlivě sledovat.
- ❖ **Hematom** - je obvykle časnou komplikací, která je způsobená krvácením. Je to následek ruptury cév a krevního výronu do podkoží i sliznice během porodu,

tak i v časném poporodním období. Proto je nutno provést neodkladnou revizi epiziotomie se zástavou krvácení.

- ❖ **Zánět rány** - je způsobené následnou sekundární infekcí hematomu nebo také může vzniknout při neléčené poporodní kolpitudě. Léčí se stejně jako lokální infekce se zavedením drenáže a při horečnatém stavu se nasazují antibiotika.
- ❖ **Dehiscence rány** – často vzniká v důsledku neexaktního primárního ošetření nástřihu hráze nebo dokonce jako výsledek rozsáhlého hematomu či zánětu rány. Nutno provést resuturu, ale až po odstranění příčiny a dokonalém vyčištění vaginy, což může trvat několik dní.

2.3 Ruptury a lacerace

Perineum (hráz) je po porodu často nateklé, citlivější a v neposlední řadě i pohmožděné v důsledku rozšíření měkkých porodních cest metodou akutně plánované epiziotomie nebo spontánní lacerace či ruptury. Ruptury hráze obvykle postihují všechny vrstvy tvořící hráz – kůže, podkoží, svalstvo (tvořící diaphragma urogenitale a pars pubococcygeae m. levator ani) a část pochvy. Příčinou bývá špatné chránění hráze, předčasná reflexe hlavičky, příliš rychlý postup prořezávání hlavičky a předcházející zánět hráze.

Perineální lacerace a ruptury se běžně popisují dle toho, do jaké hloubky jsou zasažené:

- **První stupeň** = postižena je jen povrchová část vaginální sliznice či kůže perinea, ve většině případů nejsou doprovázené žádné komplikace.
- **Druhý stupeň** = zde je postižena opět vaginální sliznice, kůže na perineu a také ruptura zasahuje do hlubších tkání perinea. I v tomto případě tento stupeň poranění probíhá bez komplikací.
- **Třetí stupeň** = postižení vaginální sliznice, kůže perinea a navíc je narušen i řitní svěrač.
- **Čtvrtý stupeň** = stejné jako ve třetím stupni lacerace s tím, že řitní svěrač je postižený až na rektální sliznici.

2.4 Ošetření epiziotomií a ruptur

Nejen epiziotomií je poraněna poševní stěna a hráz, tzn. kůže, podkoží, sliznice, fascie a svaly pánevního dna, především m. transversus perinei profundus, m. bulbocavernosus a někdy i m. levator ani, ale poranění těchto částí vznikají i při spontánních rupturách. Ošetření takovýchto poranění by vždy mělo být kryto anestetikem. Samozřejmě, že záleží na hloubce rány. U nás se převážně používá k ošetření 1% Mesocain v množství 10 – 20 ml. Pokud je porodní poranění jen povrchové, záleží na rozhodnutí lékaře, zda suturu ošetří nebo ne. V tomto případě k ošetření použije anestetikum ve formě spreje známým pod názvem Xylocain. K šití sliznice, svalů, fascie a podkoží se u nás používají resorbovatelné materiály jako je Vicryl, Dexon, Catgut nebo nejméně vhodný chromovaný Catgut. Kůže stejně jako svaly, fascie a další vrstvy se také šijí resorbovatelnými materiály (Vicryl, Catgut), ale také se mohou ošetřit neresorbovatelnými materiály – Silon, Monofil a hedvábí. Sutura pochvy se začíná nad vrcholem poranění asi 0,5 – 1 cm a šije se buď jednotlivými nebo pokračujícím stehy. U sliznice a podslizniční tkáně se musí dbát na to, aby při šití nevznikaly tzv. kapsy neboli prázdné prostory. Dobře provedený první steh je prevencí vzniku hematomu. Stejně jako u futury pochvy se u podkoží a kůže pokračuje buď jednotlivými nebo pokračujícími stehy a s šitím se končí u hymenálního okraje, kde se konce zauzlí.

2.5 Péče o hráz po porodu

Pokud byla provedena epiziotomie nebo nastala spontánní ruptura, oděrka či jiné porodní poranění, doporučuje se přiložit na ránu ledový obklad, který zabrání posttraumatickému edému. Je samozřejmostí, že hráz by se měla sprchovat vždy po močení a po stolici z důvodu prevence vzniku infekce. Také se doporučuje hodně pít, poněvadž sterilní moč podporuje hojení rány. Na některých gynekologicko – porodnických odděleních se můžeme setkat s aplikací infračerveného světla – biolampy, která má podpořit hojení rány. Tato procedura suchého tepla je doporučována lékařem, při počínajících nebo pokročilejších známkách zánětu rány, kdy začínají být viditelné známky mokvání v okolí rány. Pokud žena udává bolesti v okolí pánevního vchodu, je vhodné, aby lékař naordinoval tisíci léky proti bolesti. Správný dietní režim je součástí procesu hojení porodního poranění, předchází totiž možným komplikacím, jako je zácpa, meteorismus či nadýmání. A v neposlední řadě má především porodní asistentka povinnost vizuálně sledovat

epiziotomii, kontrolovat fázi hojení per primam a informovat lékaře při jakýkoliv odchylkách od spontánního hojení.

Z alternativního hlediska v péči o hráz po porodu ženy využívají možnost sedavé koupele (spíše v domácím prostředí), popř. v aplikaci obkladů z dubové kůry, heřmánku, soli z Mrtvého moře nebo používají přípravky s názvem Tantum Rosa (už za pobytu v porodnici). Málokdo ale ví, že nejjednodušším a velice účinnou léčebnou metodou jsou obklady a potírání mateřským mlékem, které obsahuje tělu známé a vlastní ochranné látky.

V neposlední řadě v péči o hráz po porodu by se nemělo zapomenout na cvičení pánevního dna, které pomáhá hojení per primam, protože způsobuje větší prokrvení v oblasti malé pánve a přispívá k dobrému a rychlejšímu hojení. Proto se od porodní asistentky očekává, že bude ovládat tuto oblast cvičebních prvků a bude edukovat ženy po porodu o tom, jak urychlit hojení poporodního poranění a jak se vyhnout delším poporodním bolestem.

3 REHABILITACE SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

Rehabilitace pánevního dna je neriziková a efektivní terapie, která významně redukuje možné budoucí změny, jež mohou nastat. Je to například inkontinence moči (samovolný únik moče), descensus dělohy (sestup dělohy), který vzniká díky ochablému závěsnému aparátu dělohy a následně se děloha ukládá do špatné polohy. Efektivitu cvičení pánevního dna prokázalo spousta studií, které tvrdí, že efekt lze očekávat, pokud se do cvičení řádně zapojí svaly pánevního dna a pokud žena umí během cvičení tyto svaly správně používat. Proto je velice důležité, aby nejen rehabilitační pracovník, ale zvláště porodní asistentka, která edukuje a seznamuje ženu se cvičením po porodu, perfektně ovládala získané znalosti v oblasti cvičení svalů pánevního dna. Měla by ženu informovat a varovat před tím, co by se mohlo stát za určitou řadu let a měla by ženu zasvětit do tajů poporodního cvičení, které je tolik významné.

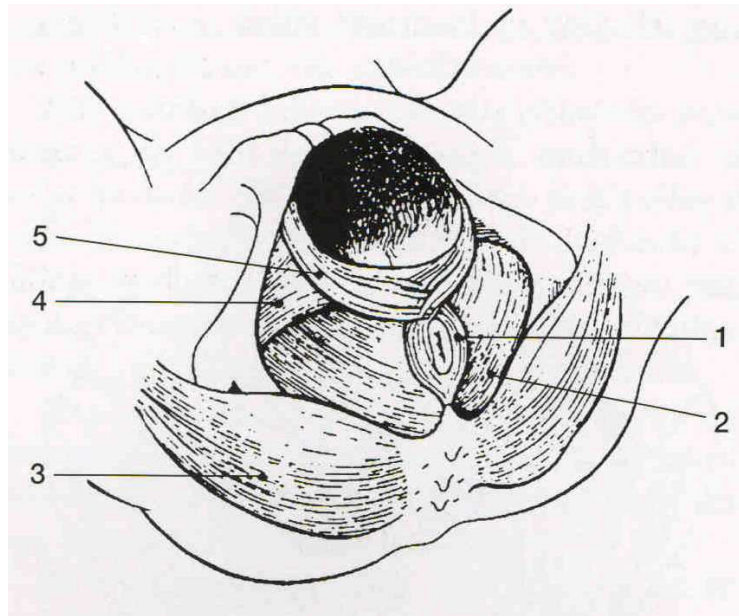
Funkční svaly pánevního dna obsahují třetinu pomalých, tonických vláken, přičemž ostatní vlákna jsou rychle se kontrahující. Pomalé kontrakce svalů se podílejí na výkonnosti a vytrvalosti, které jsou rozvíjeny nízkou frekvencí opakování a opakem jsou stahy rychlé s častým opakováním, ve kterých se skrývá síla stahu. Závěrem lze říci, že ke zvyšování síly stahu musí být vyvíjena větší denní aktivita a ke zvyšující se vytrvalosti musí být vynaložena větší a delší kontrakce svalů. Důraz je také kladen na maximální sílu tahu a častého opakování.

3.1 Pánevní dno za porodu

Organismus se v průběhu celého těhotenství připravuje na porod tím, že pozvolna rozvolňuje a zvyšuje elasticitu tkání pánevního dna. Tento proces uvolňování je největší na konci těhotenství díky přirůstající hmotnosti dítěte, které se s přibývajícím počtem týdnů v těhotenství postupně tlačí směrem dolů.

V první fázi porodu hlava tlačí dno pánevní kaudálním směrem. Rozsah rozestupu je dán především tonem a elasticitou svalů m. levator ani a m. bulbocavernosus, vazivovým spojením s pánevními kostmi a ostatními přidruženými svaly, které dopomáhají k tomu, aby se pánevní dno a perineum rozepínalo až do průměru 15 – 20 cm. Vytváření porodního kanálu ve vypuzovací době a zejména při prořezávání hlavičky se poševní stěna a svalstvo

pánevního dna (výše uvedené dva nejdůležitější svaly) roztáhne a touto postupně připravovanou cestou se hlavička prodírá směrem k pánevnímu východu.



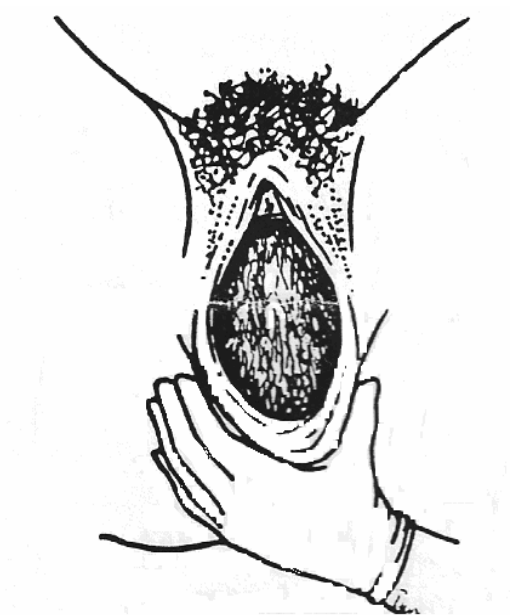
Obr. 4. Svalové dno pánevní během porodu [14]

- 1 – m. sphincter ani ext., 2 – m. levator ani,
 3. m. gluteaeus maximus, 4 – m. transversus perinei prof.,
 5 – m. bulbospongiosus

Cílem svalů pánevního dna je natahovat a ztenčovat perineum pro lepší prořezávání hlavičky. Čím jsou svaly hráze kratší, tím je méně prostoru pro napínání a ztenčování a hlavní nápor pak zůstává na perineální svalovině a na svěrači. U nízké hráze při tlačení svěrač vystupuje ven a perineum se stahuje dolů, zatímco by se mělo ztenčovat a hlavičku plodu obepínat. Je zde méně prostoru na rozložení tlaku a proto častěji dochází k poranění.

Někdy se také setkáváme se shrnováním hráze ve II. době porodní – tzn., že přes rodící se obličej dítěte se pomalu přetahují okraje hráze a nebo se snažíme o vytvoření tzv. průvěsu, aby se vytvořila rezerva popřípadě se na hráz přikládají bylinné obklady, teplá voda či nahřátá rouška, která má za úkol hráz uvolnit k lepší prořezávání hlavičky. Tohle je jeden ze způsobů chránění hráze, ale nesmíme zapomenout na větší riziko

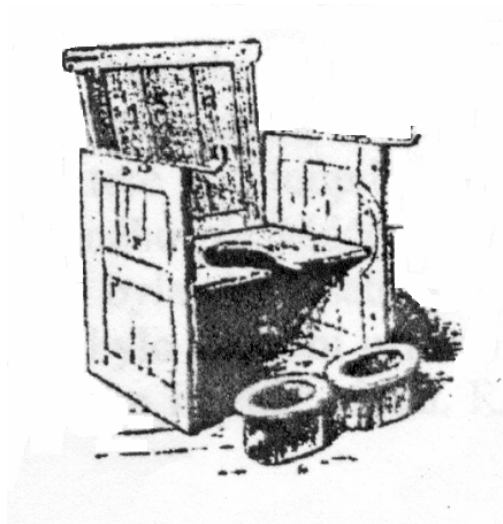
poranění uretry, labií nebo klitorisu. Proto v některých případech není vhodné věnovat velkou pozornost chránění hráze na úkor poranění uretry či klitorisu.



Obr. 5. Chránění hráze za porodu [10]

3.2 Poloha rodičky za porodu a její vliv na pánevní dno

Již naši předkové využívali zemskou přitažlivost a proto nejrozšířenější porodní pozicí bylo sedět s ohnutými koleny a s podporou někoho za zády. Poloha vleže byla odmítána, proto ženy rodily ve stoje, na boku nebo na porodní stoličce.



Obr. 6. Historická porodní stolička [12]

Zatím nejsou zaznamenány žádné studie, které by dokazovaly vliv polohy rodičky na porodní poranění. Jistě, existují polohy, které rodičce vyhovují, které ji přinášejí úlevu nebo při kterých cítí, že je v dané situaci pro ni nejlepší. Ovšem nesmíme opomenout to, že každá rodící žena je individuální a že literární zdroje, které uvádí jaká poloha je pro ženu nejvhodnější nemusí být vždy pravdivé. Z dlouhodobé praxe porodní asistentky uvádí, že nejideálnější poloha (podotýkám, že ne u každé ženy) je taková poloha, kde dosáhneme maximálního pohybu kosti křížové, které snižuje napětí a tlak na hrázi na minimum při vzdálenosti kolen asi 40 cm od sebe a rovněž se uvádí, že tato poloha přispívá k účinným děložním kontrakcím. Je to porodnická poloha, která má původ ve Francii a nazývá se - A la vache, neboli koleno – prsní poloha, kdy žena klečí a je opřena o lokty, přičemž záda jsou prohnutá (je vytvořen tzv. kočící hřbet) a hýždě jsou vystrčené směrem nahoru do vzduchu. Další vyhledávanou, přístupnou a velmi vhodnou polohou při porodu je poloha na boku, kdy tlak na perineum je sice jednostranný, ale žena vnímá bolest o něco méně intenzivněji. Ostatní polohy, jako je poloha ve stoje, v podřepu či na stoličce jsou sice méně využitelné, ale i přesto se s těmito polohami v dnešní praxi setkáváme. Nejběžnější a nejvíce využívanou je klasická poloha na zádech, která je v některých případech ze strany porodní asistentky nejvíce vítána, protože porodní

asistentku nijak více nezaměstnává. Některé zdroje uvádí, že v poloze na zádech není využito zemské gravitace jako porodní síla a že plod musí být vypuzován horizontálním směrem a někdy i zčásti vzhůru, což prý prodlužuje vypuzovací dobu a pro rodičku je tato poloha velmi vyčerpávající a více bolestivá. Je důležité, aby si těhotná žena polohu při porodu vybrala sama. Nemělo by se brát ohled na to, jak tato poloha je či není příjemná pro porodní asistentku, protože kdo rodí a prožívá porodní bolesti je těhotná žena a ne porodní asistentka. Při klasické poloze na zádech je dobré nechat hýždě v prohlubíně, která je na porodnickém lůžku a nenutit ženu dávat nohy příliš od sebe. Dávno každá porodní asistentka ví, že nestačí jen jeden přístup. Doporučené postupy je třeba kombinovat, myslet na porod jako na celek a přistupovat ke každé ženě individuálně - tzn., že při využívání poloh při porodu ovlivňující pánevní dno a porodní poranění by se nemělo zapomínat na: výšku pánevní hráze, na předporodní péči, kterou těhotná žena věnovala své hrázi a na ostatní související okolnosti jako je délka porodu, síla, kterou žena během porodu vyvine, váha a velikost rodícího se plodu a dokonce i zkušenosti porodní asistentky, která se nemalou částí podílí na poloze rodičky při porodu.

3.3 Patofyziologie pánevního dna

Víme, že pánevní dno, které se skládá ze svalů a vazů, podporuje obsah dutiny břišní. Oslabené svaly pánevního dna mohou u žen vést k řadě velmi nepříjemných obtíží, protože pánevní dno je oporou pro močový měchýř, konečník a dělohu. Z mnoha studií stále vyplývají fakta, že vaginálně vedeném porodu může dojít k poškození svalů pánevního dna, jehož následky se mohou projevit až ve věku okolo 50 - ti let nebo ještě později. Vaginálním porodem se zvyšuje pravděpodobnost vzniku inkontinence moči či stolice, sestup pánevních orgánů známých pod názvem descensus a prolapsus reprodukčních orgánů nebo také mohou vzniknout sexuální poruchy, zvláště dyspareunie a s ní související nechuť vést sexuální život. Přesné příčiny poškození pánevního dna nejsou dosud známy, pravděpodobně se jedná o kombinaci všech níže uvedených příčin. Jedním z nejvýznamnějších faktorů poruch funkce pánevního dna je těhotenství, vaginálně vedený porod a vyšší věk matky v termínu porodu.

3.3.1 Inkontinence

Jedním z důsledků oslabení svalů pánevního dna je inkontinence moči, což znamená samovolný nebo mimovolný únik moče při ochablosti svalů pánevního dna. Jedná se o symptom vyjadřující poruchu souhry plnicí a vyprazdňovací fáze funkce močového měchýře. Převážná část poruch inkontinence je z funkčního hlediska, které jsou charakterizovány změnou tlakového gradientu měchýř – uretra na základě nedostatečnosti uzávěrového systému močové trubice a ochablostí svalů pánevního dna. Nutno říct, že inkontinence nejčastěji bývá stresová a urgentní, ojediněle pak reflexní a přetlaková forma. Terapie diagnostikované inkontinence moči spočívá v posílení pánevního dna dle speciálních cviků, které známe pod názvem - Kegelovo cvičení.

3.3.2 Descensus uteri a prolapsus uteri

Porod se etiologicky podílí na uterovaginálním descensu nebo dokonce prolapsu. Tyto dva pojmy řadíme mezi poruchy závěsného aparátu dělohy, přesněji řečeno jsou to změny uložení dělohy ve smyslu kranio – kaudálním směrem. Descensus uteri neboli sestup dělohy je mírnějším stupněm ochablosti závěsného aparátu dělohy, kdy děložní hrdlo pozvolna dosahuje úrovně poševního introitu. Prolaps uteri známým pod českým názvem výhřez dělohy je, když děloha zcela opouští poševní introitus včetně invertovaných poševních stěn. Všeobecně doporučovanou terapií je léčba hormonální, elektrostimulační či operační, ale především se zaměřujeme na gymnastiku pánevního dna.

3.3.3 Sexuální poruchy

Mezi nejzávažnější sexuální poruchu spojenou s pánevním dnem je dyspareunie. Některé literární zdroje rozlišují dyspareunii a algopareunii. Dyspareunie jsou nepříjemné pocity v pochvě během soulože a algopareunie je bolest během soulože. Toto rozlišení je dosti subjektivní a proto oba názvy sdružujeme do jednoho pojmu zvaného dyspareunie. V praxi je dosti složité odlišit pravou dyspareunii, protože jediným jejím symptomem je bolestivost během soulože, která je ovšem doprovázená poruchou lubrikace nebo špatně vysvětlitelnou obrannou kontrakcí svalů dna pánevního a stehenních adduktorů. Z etiologického hlediska rozlišujeme faktory psychické a somatické, které se ovšem složitě prolínají. Nejčastěji uváděná somatická příčina dyspareunie je způsobená epiziotomií a také díky následnému hojení tohoto porodního poranění. Proto důležitou součástí terapie je kombinace

konzervativního přístupu, tzn. posilování pánevního dna, s přístupem psychoterapeutickým, protože dobře fungující svaly pánevního dna jednak zabraňují uvedeným potížím a navíc umožňují intenzivnější prožití pohlavního styku.

4 REHABILITACE V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY

Rehabilitace je medicínský obor, který je nezbytnou součástí celistvé ošetrovatelské péče ve všech lékařských oborech. Jsou to zdravotnická, sociální, ekonomická a další opatření, která směřují ke zlepšení, vylepšení a zachování funkční zdatnosti nemocného nebo nemocí ohroženého organismu. Jeho cílem je brzké společenské uplatnění, znovuoobnovení pracovního zapojení a začlenění člověka do běžného života.

V porodnictví a gynekologii mají na rehabilitační péči velmi výrazný podíl porodní asistentky, které mají v náplni práce vedení tělocviku pro těhotné ženy, ženy v šestinedělí a ženy po gynekologických operacích. První ze zdravotnických pracovníků, s kým se žena přicházející na jakékoli gynekologicko – porodnické oddělení setkává je většinou porodní asistentka. Ta má za úkol a je jejím posláním, aby působila na ženy ve smyslu edukace a instruktáže ke cvičení. Spolupráce s rehabilitačním pracovníkem je zcela jistě na místě, ale v dnešní době a v dnešních zdravotnických podmínkách málokde potkáte rehabilitační sestru, která by se věnovala těhotným ženám, ženám po porodu nebo ženy, jež mají gynekologické potíže a které jsou odkázané do rukou lékařů. Proto porodní asistentka často zůstane jediná, která by měla klientku edukovat o základním cvičení. Z toho pro porodní asistentku vyplývá nesmírná důležitost posláním a informování provádět cvičení v porodnictví a gynekologii.

4.1 Šestinedělí

Latinské slovíčko *puerperium*, znamená šestinedělí, což je období šesti týdnů po porodu, kdy se organizmus ženy, zejména porodní cesty, vrací do původního stavu, v jakém byl před otěhotněním a porodem. Je to náročné období, kdy se žena musí vyrovnat s dočasným handicapem, který může mít i trvalé následky, ať již v osobním či partnerském životě. Správně zaměřená cvičební jednotka v době šestinedělí, může minimalizovat škody, které se mohou objevit až po delší době v podobě sestupu rodidel, děložní retroverze, močová inkontinence a další nepříjemné změny a problémy, mezi které také řadíme i vertebrogenní potíže, jež mohou mít počátek v oslabení břišního a pánevního svalstva a špatném držení pánve po porodu. Podle toho, jak byl na těhotenství, porod a šestinedělí organismus správně připravený, bude žena zvládat či překonávat toto období.

Léčebná tělesná výchova je v tomto procesu významným činitelem a tím pomáhá navrátit ženu po porodu do plného zdraví a pracovní schopnosti.

4.1.1 Psychosomatika v šestinedělí

Ženy po spontánním porodu mají větší prožitek z porodu než ženy, které rodily císařským řezem – Sectio Caesare (dále SC). Jde o to, že prožitek z přirozeného ukončení těhotenství je psychologicky kompletní a nevytváří žádnou tenzi, tak jako u SC. Téměř každá žena zažívá v období před porodem strach, úzkost a obavy, jak porod dopadne, zda jej zvládne či ne. Je to pro ní jistá nová zkušenost, nabídka, kterou ona přijímá a se kterou se seznamuje a po porodu se stává skutečností, ve které prožívá pocity štěstí, radosti, úlevy, naplnění a začíná si zvykat na novou roli, roli matky – mateřství.

Mezi psychosomatické aspekty v době šestinedělí řadíme poporodní blues, poporodní deprese a psychózy, ale také zde zařazujeme bolest, která se výrazně podílí na regeneraci celého organismu po porodu a která může ovlivnit fázi zotavování. Poporodní blues se někdy pozoruje jako elace nálady, která je velmi přechodná, kdy ženy prožívají chvíle plačtivosti, smutku, trpí pocity bezmocnosti, úzkosti, neklidem a únavou, mají labilitu nálady a další jiné příznaky. Termín poporodní deprese je stav, který se nachází mezi poporodním blues a poporodní depresivní psychózou. Může vzniknout kdykoliv po porodu během šesti měsíců. Tento stav vrcholí v období, kdy žena je propuštěna domů, kde je nedělka zatížena jednak péčí o dítě, ale i prací o domácnost. Nejčastější somatické projevy poporodní deprese jsou problémy s gastrointestinálním systémem. Suicidní myšlenky jsou vzácné a rizika suicidy jsou výrazně malé, díky vlivu ochranného pudu postarat se o dítě. Poporodní psychóza vzniká náhle v prvním až třetím týdnu po porodu. Do klinického obrazu řadíme psychotickou depresi, mánií, rychlou změnu vědomí, která se střídá se zmateností, dezorientací a amencí, sluchové či zrakové halucinace a je zde velké riziko suicidity. Nejen naši psychiku, ale i somatiku výrazně ovlivňuje bolest. Zvláště po porodu ji přikládáme velký význam, protože ovlivňuje fázi zotavování, rekondice a hojení. Všechny výše zmiňované psychosomatické aspekty ovlivňují nedělky v šestinedělí.

Myslím si, že i v této době je vhodné začít se cvičením, protože cvičení vyplavuje řadu hormonů, zvláště to jsou endorfiny, kterým také říkáme hormony štěstí. Chápeme – li to dobře, cvičení nám nejen pomáhá z regenerací celého organismu,

přispívá k hojení poporodních změn, ale ženu uzdravuje i na duši, což přispívá k dobrému psychickému zdraví.

4.1.2 Cíl léčebné tělesné výchovy v šestinedělí

Tělesná výchova v době šestinedělí má význam léčebný, preventivní, estetický a v neposlední řadě i psychický, protože cvičením se vyplaví řada hormonů, především endorfinů, čímž se dosáhne lepší nálady a duševní pohody. Převísle břicho, plotýnkové onemocnění páteře, bolesti v zádech, bolestivá menstruace a další potíže jsou příznaky slabých a ochablých svalů břišního a pánevního svalstva. Pravidelným cvičením se rychleji vrátí i správné držení těla.

Hlavním cílem cvičení po porodu je:

- ❖ povzbudit krevní oběh a tím zabránit vzniku krevních sráženin – embolů a tromboembolické nemoci
- ❖ zpevnit a posílit břišní a bederní svaly, jež v těhotenství byly zatěžovány a svaly, které při porodu poškozeny (pánevní dno)
- ❖ podpořit a urychlit zavínování dělohy (involuci) a zajistit její správné uložení v malé pánvi
- ❖ povzbudit laktaci – činnost mléčné žlázy, cvičením prsních svalů
- ❖ podpořit návrat do tělesné a duševní kondice
- ❖ působit jako prevence budoucích gynekologických onemocnění (inkontinence, sestup nebo nesprávné uložení dělohy, plotýnkové onemocnění páteře, ...)

4.1.3 Cvičení po spontánním porodu

Cvičení je zaměřeno na hrudní a břišní dýchání, dolní končetiny, prsní a břišní svaly, zavínování dělohy a především na pánevní dno. Cvičit již začínáme od prvního dne po porodu s intenzitou, která odpovídá zdravotnímu stavu ženy. Není dobré se přemáhat, cvičení by mělo přinášet dobrý pocit a mělo by být určitým relaxováním. Cvičíme – li jednu partii těla, jako je například svaly pánevního dna, často se nám stane, že k tomuto cvičení se zapojí svaly i jiných partií. Myslím tím svaly břišní. Proto je během rehabilitace – cvičení vhodné se zaměřit a soustředit na cílovou svalovou skupinu, kterou jsme

si vybrali. Stane – li se, že žena cvičit nemůže či neumí z důvodů bolesti (epiziotomie, velké šití, tvrdnutí prsou, atd.) je vhodné a doporučuje se, aby cvičení omezila, tzn. že stačí jen protahovat špičky a paty nebo se zaměřit na hrudní a břišní dýchání. I tyhle nenápadné cviky přispívají k lepšímu prokrvení a zdárnému hojení.

Kontraindikace cvičení:

- ❖ horečnaté stavy
- ❖ symfyseolýza – rozestup symfýzy
- ❖ diastáza břišních svalů – rozestup přímého břišního svalu
- ❖ komplikovaný porod – porod kleštěmi, vakuumextraktorem, velké porodní šití

Cvičit by neměly ani ženy, které se cítí unavené a slabé. V tomto případě je cvičení vhodné odložit na dobu, kdy jim bude lépe nebo cvičení prokládat dechovými prvky či relaxací. Všechny výše uvedené kontraindikace musejí být určeny lékařem, který nedoporučí provádět poporodní cviky až do doby odvolání. Je vhodné, aby lékař a porodní asistentka spolupracovali s rehabilitačním oddělením, které se spolupodílí nejen na ošetrovatelské péči o ženu. Před začátkem cvičení je vhodné vyprázdnit močový měchýř a vyvětrat si pokoj. Doporučuje se cvičit 2x denně 10 až 20 minut, každý cvik opakovat minimálně 5 – 10x a cvičení začít vleže na rovné posteli (nejlépe je odstranit polštář a přikrývku, aby byl ke cvičení k dispozici prostor).

Cvičení žen na oddělení šestinedělí se většinou rozděluje do tří skupin:

- ❖ cviky, které začínáme praktikovat 1. – 2. den po porodu
Zde řadíme dechová cvičení zaměřená na dýchání hrudní a břišní, cviky malých kloubů dolních končetin, cviky na zpevnění prsního svalstva a především se soustředíme na svalstva pánevního dna.
- ❖ cviky, které začínáme praktikovat 3. den po porodu
Dříve než se začne se cvičením třetího dne po porodu, je dobré si zopakovat cviky prvního a druhého dne. Po té v tomto období zintenzivníme cvičení svalů pánevního dna.

- ❖ cviky, které začínáme praktikovat 4. a další den po porodu

Do čtvrtého a dalšího dne po porodu se řadí mimo jiné cviky z předešlých dní, které se ženy naučily a k tomuto cvičení přidají cviky velkých kloubů dolních končetin, cviky, ve kterých se zaměřujeme na posílení přímých a šikmých břišních svalů a cviky na uvědomělé vyrovnání nadměrného prohnutí bederní páteře.

Cvičení je možné provádět kdekoli, kdykoli, ve stoje, v leže, popřípadě i v sedě. Především mám na mysli cviky zaměřené na pánevní dno, kdy žena stahuje hýžděové svaly, vtahuje konečník, pochvu a močovou trubici. Cvičit by ženy měly po kojení, kdy jsou prsa vyprázdněná a po ukončení cvičební jednotky se doporučuje 5 minut ležet na břichu, což podporuje a zrychluje zavinování dělohy. Porodní asistentka má za úkol šestinedělkám vysvětlit význam cvičení po porodu a nutnost jeho zařazení do denního režimu nejen v nemocnici na oddělení šestinedělí, ale také v domácí péči. Některé ženy často podceňují význam cvičení. Myslí si, že práce v domácnosti jim cvičení nahradí. Opak je však pravdou, protože domácí práce přetěžují ty svaly, které byly již v těhotenství namáhány a svaly, které by bylo třeba zapojit a posílit, jsou zapomenuty.

4.2 Hluboký stabilizační systém páteře (HSSP)

Hluboký stabilizační systém páteře představuje souhrn svalů, která zabezpečuje stabilizaci, nebo – li zpevnění páteře během všech našich pohybů. Svaly HSSP jsou aktivovány i při jakémkoliv statickém pohybu, zatížení jako je například stojí nebo sedu. Doprovází každý cílený pohyb horních, ale i dolních končetin a hraje významnou ochrannou roli páteře proti nepříznivě působícím silám. Zapojení svalů do stabilizace páteře je automatické. Pro jednoduchou představu se dá použít model páteře jako pružný prut, který je ze stran přitahován stabilizačním svalstvem páteř (HSSP). Je dobré si uvědomit, že všechny tyto svaly přednostně udržují stabilitu páteře a jejich cílem by při správné funkci mělo být udržení páteře v neutrální poloze. Mezi stabilizační svaly páteře patří příčný břišní sval s bránicí, svaly pánevního dna, hluboké flexory krku a některé zádové svaly, které obepínají páteř (svaly a vlákna vnějších obratlových destiček). Stabilizační svaly jakoby vystylají břišní stěnu a chrání ji před poškozením. Břišní dutina je shora ohraničena bránicí, zezdola a zepředu příčným břišním svalem a zezadu svaly páteře. Proto je důležité mít všechny tyto svaly v rovnováze, zejména těhotné ženy, protože s přibývajícím těhotenstvím jsou tyto svaly čím dál více zatěžovány a přetěžovány. Správně fungující hluboký

stabilizační systém páteře ovlivňuje nejen správný chod procesu dýchání a při cvičení umožňuje udržení stálého vnitřního tlaku dutiny břišní, ale v těhotenství přispívá k dobré výměně plynů mezi matkou – placentou – dítětem. K dysfunkci HSSP nedochází jen vlivem nesprávného vývoje či cvičení, ale i díky dalším vlivům, jako jsou sedavá zaměstnání, těhotenství či porod. Při sedavém zaměstnání člověk uvolňuje na mnoho hodin břišní dutinu a mimo jiné i zakřivuje bez opory páteř do nepřírozené polohy. V těhotenství to je naopak, kdy zvláště přímý břišní sval spolu se šikmými břišními svaly a svaly bederní páteře jsou přetěžovány. Rostoucí břicho nás nutí k tomu, že se více prohýbáme dozadu, což pro břišní svaly znamená zvýšenou zátěž stejně jako pro bederní páteř, která má sklon k velké lordóze.

Po porodu se tyto svaly postupně vrací do původního postavení a hluboký stabilizační systém páteře má být tomuto procesu nápomocen. Nemá za úkol posílit důležité svaly, protože rehabilitace HSSP není cílené posilování, ale jeho hlavním kritériem je zlepšení stability celého těla se zapojením drobných svalů okolo páteře.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE PRŮZKUMU

V analytické části se zabývám edukací žen po spontánním porodu zaměřenou na techniky cvičení. Inspirací, proč jsem si vybrala toto téma mi byla nedostatečná edukace žen o technikách cvičení po spontánním porodu, vlastní praxe, kde se mě ženy dotazovaly jak a kdy mají začít cvičit a nemalou součástí mé inspirace bylo i zamýšlení nad tím, že by ženy měly znát techniky cvičení, aby se aktivně podílely na svém zotavování a své rekondici.

V podkapitole 5.3 a 5.4 se dočteme jaké cíle a hypotézy jsem si v této práci stanovila. Cíle jsem si stanovila celkem tři a ke každému cíli mám uvedeny tři hypotézy (viz níže). Ke zpracování výsledků byla použita metoda dotazníku, který byl rozdělen na dvě části a který byl rozdán dvěma skupinám respondentek.

I. část obsahuje 9 otázek. Zjišťuje věkovou kategorii žen, paritu, zda byly ženy seznámeny se cvičením a kdo je edukoval, dále zjišťuji úroveň informovanosti o technikách cvičení po spontánním porodu, kolik cviků ženy znají, zda jim byla věnována dostatečná pozornost ze strany zdravotnického personálu, předporodních psychoprofylaktických kurzů či edukace z pohledu porodních asistentek. Nedílnou součástí I. části dotazníků je, zda ženy považují za důležité cvičit po porodu, jakou metodu edukace upřednostňují a kdo by je měl včas informovat o technikách cvičení.

II. část dotazníků obsahuje otázky, které souvisí s vytvořenou videonahrávkou a brožurou. Otázky jsou zaměřené na spokojenost žen s edukačním materiálem, na to, zda se jim daří dodržet správný postup demonstrováný na videonahrávce a v brožuře, zda jim ukázky cviků pomohly a kolik si jich zapamatovaly. Ve II. části dotazníků také zjišťuji, zda ženy cvičí, co jim cvičení přináší a zda – li budou cviky praktikovat v domácí péči.

Na začátku metodologie výzkumu jsem se zmínila, že dotazník byl rozdělen pro dvě skupiny respondentek. V první skupině jsou ženy vícerodíčky (multipary) a ve druhé skupině jsou ženy, které rodily poprvé (primipary). V kapitole č. 6 jsou pomocí tabulek a grafů rozpracovány jednotlivé otázky z I. a z II. části dotazníků. U některých otázek se čtenář může setkat se značením např. Tabulka č. 1 – A a Tabulka č. 1 – B. U takových to otázek symbol A – vyjadřuje označení pro multipary a symbol B – je značení pro primipary.

5.1 Cíle a hypotézy

Cíl 1: Zvýšit informovanost ženy o technikách cvičení po spontánním porodu zaměřených na pánevní dno.

- H 1 Předpokládám, že větší polovina žen po spontánním porodu je nedostatečně seznámená s technikami cvičení.
- H 2 Předpokládám, že multipary mají větší znalosti v oblasti cvičení po porodu než primipary.
- H 3 Předpokládám, že větší polovina žen bude považovat za důležité, aby je o technikách cvičení někdo více informoval.

Cíl 2: Vytvořím edukační materiál, který ženám pomůže k tomu, aby lépe pochopily techniky cvičení po porodu

- H 1 Předpokládám, že ženy budou edukační materiál pokládat za prostředek, který jim dopomůže při cvičení.
- H 2 Předpokládám, že větší polovina žen bude mít zájem více o edukační materiál než o krátké vysvětlení, jak mají cvičit nebo rozhlas na pokoji, přes který se pouští cvičení.
- H 3 Předpokládám, že videonahrávka a brožurka mi pomohou k tomu, aby si ženy po spontánním porodu zapamatovaly více cviků po edukaci než před edukací.

Cíl 3: Podpořit ženu k aktivnímu postoji ke svému zdraví.

- H 1 Předpokládám, že žena zná důvody ke cvičení.
- H 2 Předpokládám, že větší polovina žen bude denně cvičit aspoň 10 minut.
- H 3 Předpokládám, že videonahrávka bude ženy motivovat k tomu, aby cviky prakticovaly i v domácím prostředí.

5.2 Zpracování získaných dat

Průzkum byl prováděn na gynekologicko – porodnickém oddělení šestinedělí pomocí dotazníků, vytvořené videonahrávky a brožurky. Dotazník byl osobně rozdán 90. – ti ženám, které byly pouze po spontánním porodu a u kterých nebyla kontraindikace cvičení po porodu. Výsledný počet vrácených dotazníků byl od 70 -ti respondentek (téměř 78 % úspěšnost návratnosti dotazníků). Průzkum trval asi 3 měsíce (od února do dubna). Zpracované výsledky jsou uvedeny v kapitole č. 6 – rozbor výsledků průzkumu, kde jednotlivé dotazníkové položky jsou uvedeny v grafech různého typu. Součástí těchto grafů je tabulka, ze které lze vyčíst procentuální (%) zastoupení odpovědí, počet jednotlivých odpovědí a druh odpovědí.

5.3 Zpracování edukačního materiálu

Ke svému průzkumu jsem vytvořila edukační materiál v podobě videonahrávky a brožurky, které jsou součástí mé bakalářské práce. Tato videonahrávka byla vytvořena ve spolupráci s Fakultou multimediálních komunikací, která mi zajistila technické zázemí, jež bylo nutné pro vytvoření edukačního materiálu. Příprava a realizace videonahrávky trvala asi 3 měsíce. Ihned po této době byla distribuována na oddělení šestinedělí k edukaci žen po spontánním porodu.

5.4 Spolupráce s ženami po spontánním porodu

Průzkumové šetření bylo prováděno na oddělení šestinedělí, kde jsem se zaměřovala na ženy po spontánním porodu. Výběr žen byl závislý na datu porodu, proto jsem si vybírala ženy, které byly po porodu maximálně dva dny (aby stihly projít celou cvičební jednotkou a odpovědět na vytvořený dotazník) a na průběhu jejich porodu. Dbala jsem na to, abych si nevybírala ženy, u kterých byly kontraindikace ke cvičení, proto bylo samozřejmostí, že jsem spolupracovala s dokumentací, kde jsem vyčetla celý průběh porodu, komplikace při porodu, poranění, krevní ztrátu a jiné souvislosti, které by zamezovaly možnost cvičit po porodu. Na oddělení šestinedělí jsem docházela 2 - 3x týdně, kde jsem ženám v odpoledních hodinách (po obědě - čas přizpůsobený chodu oddělení) pouštěla 15 minutovou videonahrávku s ukázkami technik cvičení po spontánním porodu. Před tím než jsem ženám videonahrávku pustila, jsem se šla s vybranými respondentkami

seznámit, vysvětlit jim důvod mé návštěvy a vyžádat si souhlas ke spoluúčasti na mé závěrečné práci pomocí vyplnění dotazníků. Ženy, které souhlasily s vyplněním dotazníků měly za úkol vyplnit I. část, která zjišťovala, jak jsou ženy informované v oblasti cvičení po porodu. Po shlédnutí videa jsem šestinedělkám rozdala manuál ke cvičení v podobě brožurky, které si mohly vzít s sebou domů a dle kterých mohly v domácím prostředí cvičit. Také jsem je informovala o tom, že dříve než půjdou domů, mají vyplnit II. část dotazníků, ve kterém jsem zjišťovala, jak na ně zapůsobil edukační materiál. Při odchodu do domácího zotavování, ženy odevzdaly vyplněný dotazník (I. a II. část) porodním asistentkám na oddělení šestinedělí, u kterých jsem si je později vyzvedla.

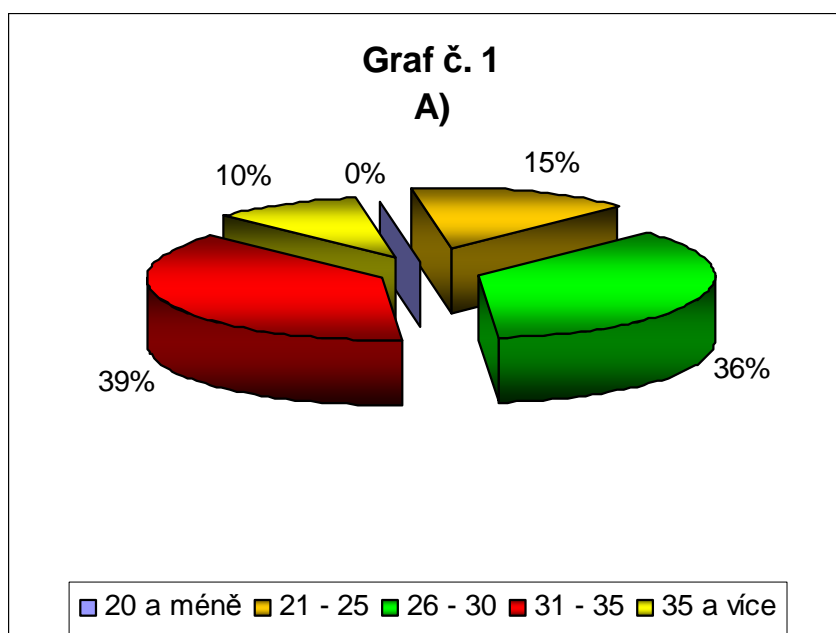
6 ROZBOR A VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

6.1 Grafické zpracování I. části dotazníků

Otázka č. 1 Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 - A

MULTIPARA	Počet respondentek	Procenta %
20 a méně	0	0 %
21 - 25	6	15 %
26 - 30	14	36 %
31 - 35	15	39 %
35 a více	4	10 %
CELKEM	39	100 %



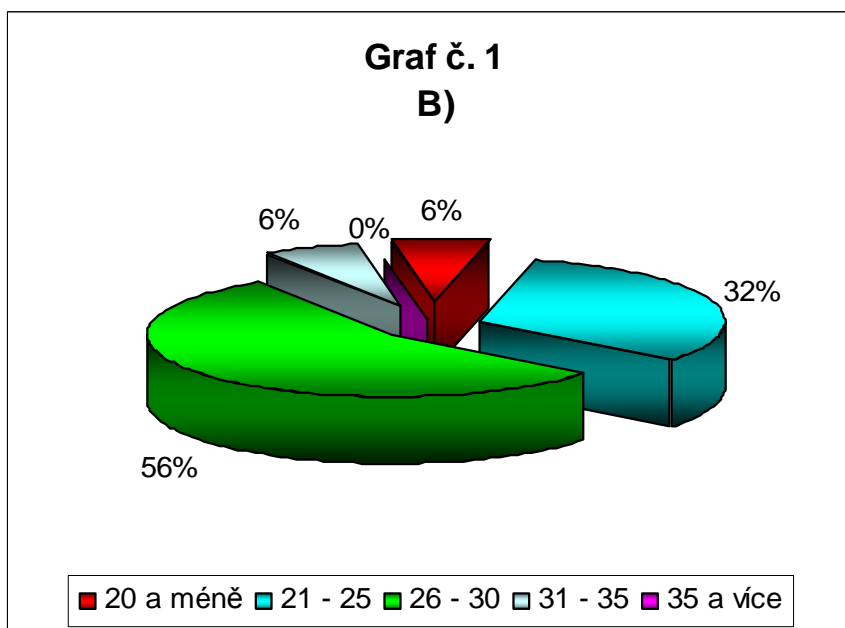
Komentář:

Průzkumem bylo zjištěno, že ženy vícerodičky (viz multipary) o počtu 39 respondentek, se pohybují ve věkové hranici od 21 do 35 let a více. Také bylo zjištěno, že ženy pod 20. rok věku nebyly v této kategorii zastoupeny vůbec, ženy od 21 – 25 let byly v počtu 6 respondentek (15 %). Věková kategorie od 26 – 30 let zastoupená

14 respondentkami (36 %). Kategorie 31 – 35 let obsahuje 15 respondentek (39 %) a nakonec ženy ve věkové hranici 35 a více let vyplnily dotazník o počtu 4 respondentek (10 %).

Tabulka č. 1 - B

PRIMIPARA	Počet respondentek	Procenta %
20 a méně	2	6 %
21 - 25	10	32 %
26 - 30	17	56 %
31 - 35	2	6 %
35 a více	0	0 %
CELKEM	31	100 %



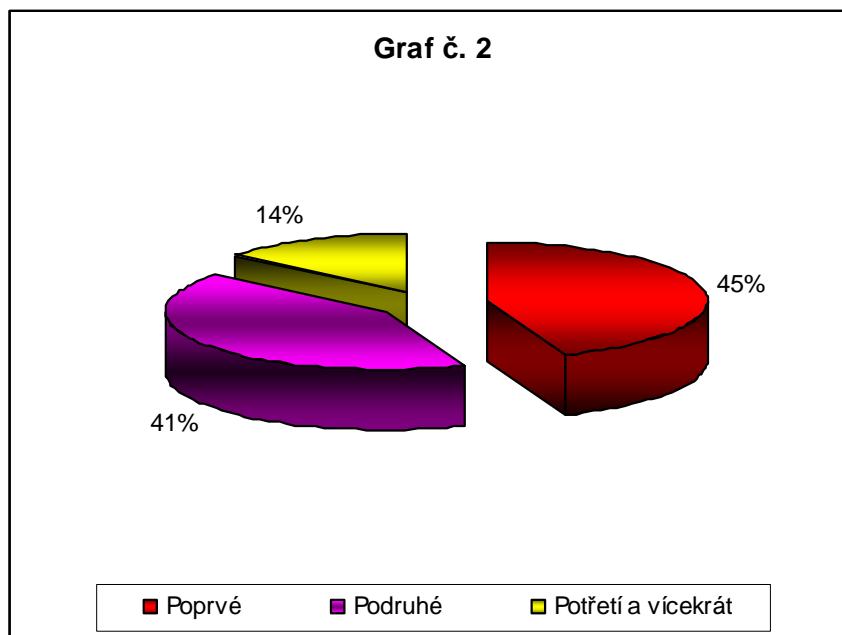
Komentář:

Mezi dotazovanými prvorodičkami (viz primipary) byly 2 respondentky pod věkovou kategorií 20 – ti let (6 %), 10 respondentek ve věku 21 – 25 let (32 %). Nejpočetněji zastoupenou skupinou byly ženy ve věku 26 – 30 let o počtu 17 respondentek (56 %). Respondentky ve věku 31 – 35 let byly 2 (6 %). Věková kategorie 35 a více let nebyla zastoupená žádnou primiparou.

Otázka č. 2 Po kolikáte jste rodila?

Tabulka č. 2

Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Poprvé	31	45 %
Podruhé	29	41 %
Potřetí a vícekrát	10	14 %
CELKEM	70	100 %

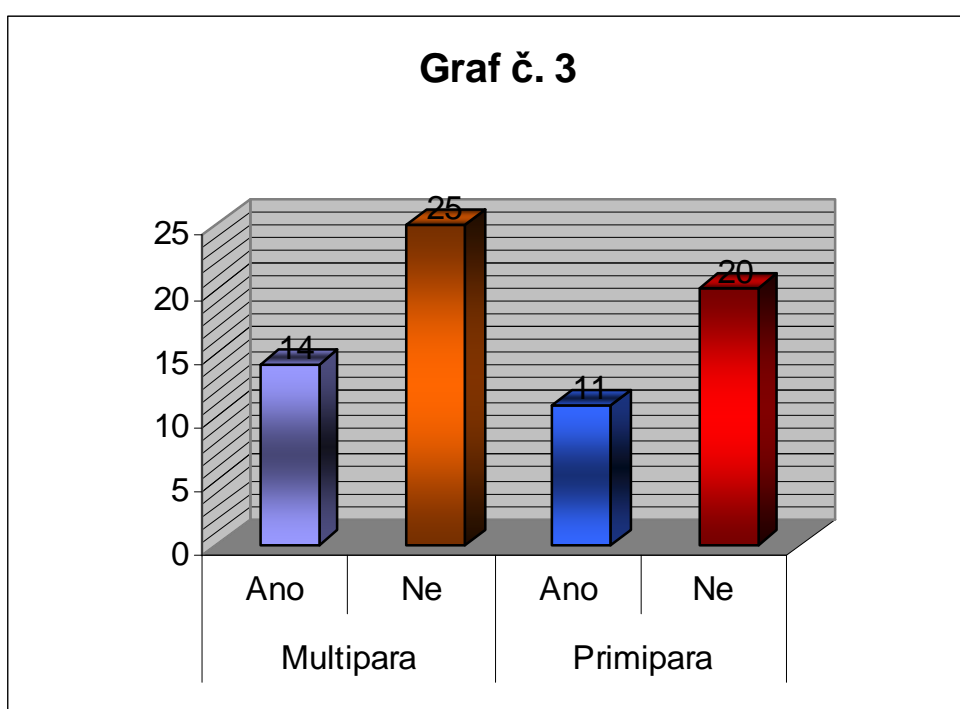
**Komentář:**

Celkový počet v průzkumovém šetření pomocí dotazníků bylo 70 respondentek. Z toho 31 respondentek byly primipary (45 %), 29 žen byly druhorodičky (41 %) a žen, které rodily potřetí a vícekrát bylo 10 respondentek (14 %).

Otázka č. 3 Seznámil Vás někdo se cvičením po porodu?

Tabulka č. 3

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	14	36 %
	Ne	25	64 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	11	35 %
	Ne	20	65 %
CELKEM		31	100 %

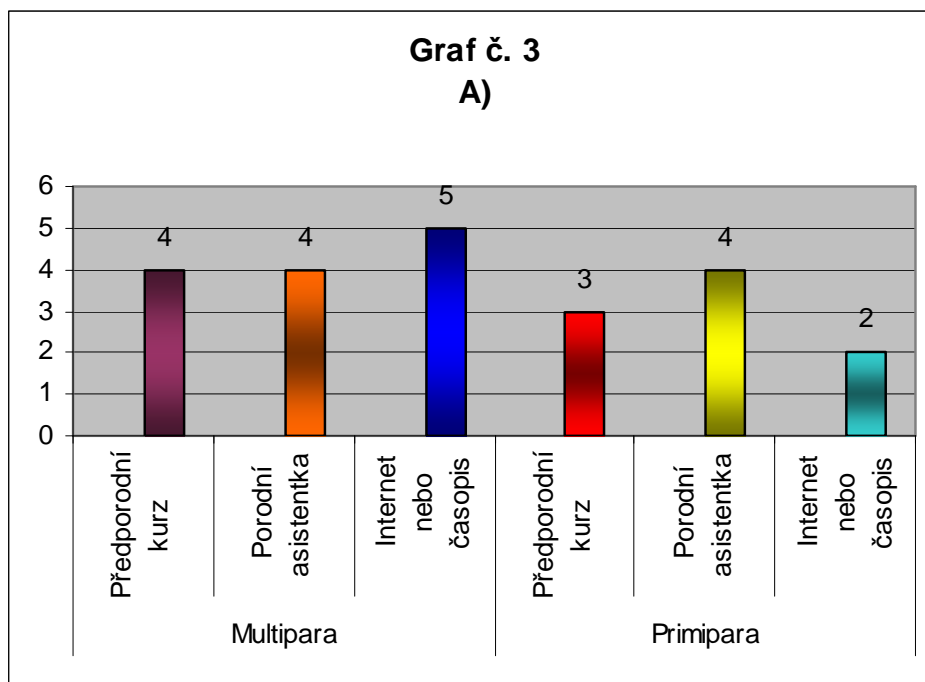
**Komentář:**

Z tabulky č. 3 vyčteme, kolik žen bylo či nebylo seznámeno se cvičením po porodu. U žen multipar odpovědělo „ANO“ 14 respondentek (36 %) a odpověď „NE“ označilo 25 respondentek (64 %).

Podobně byly na tom i primipary. „ANO“ odpovědělo 11 žen (35 %) a odpověď „NE“ si vybralo 20 žen (65 %).

Ženy, které kladně odpověděly na otázku, zda jich někdo seznámil se cvičením po porodu nebo ne, měly možnost napsat, kdo je edukoval. Ve většině případů, uváděly: předporodní

kurz, porodní asistentka, internet nebo časopis. Pro srovnání multipar a primipar uvádím graf. č. 3 – A. Jen bych chtěla připomenout, že ne všechny ženy, které odpověděly kladně napsaly, kdo je se cvičením seznamoval.

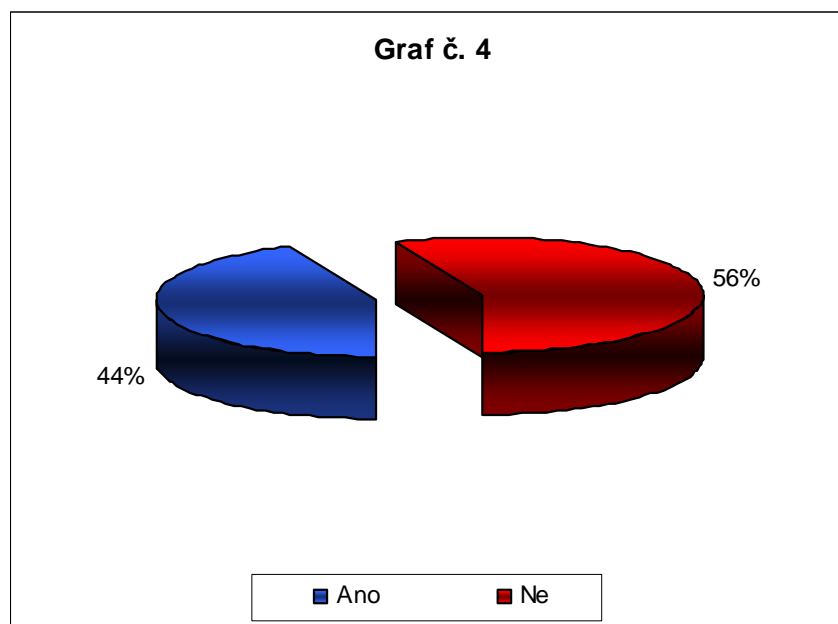


Otázka č. 4 Cvičila jste v době šestinedělí po předchozích porodech?

(odpovídají jen vícerodičky)

Tabulka č. 4

Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
ANO	17	44 %
NE	22	56 %
CELKEM	39	100 %

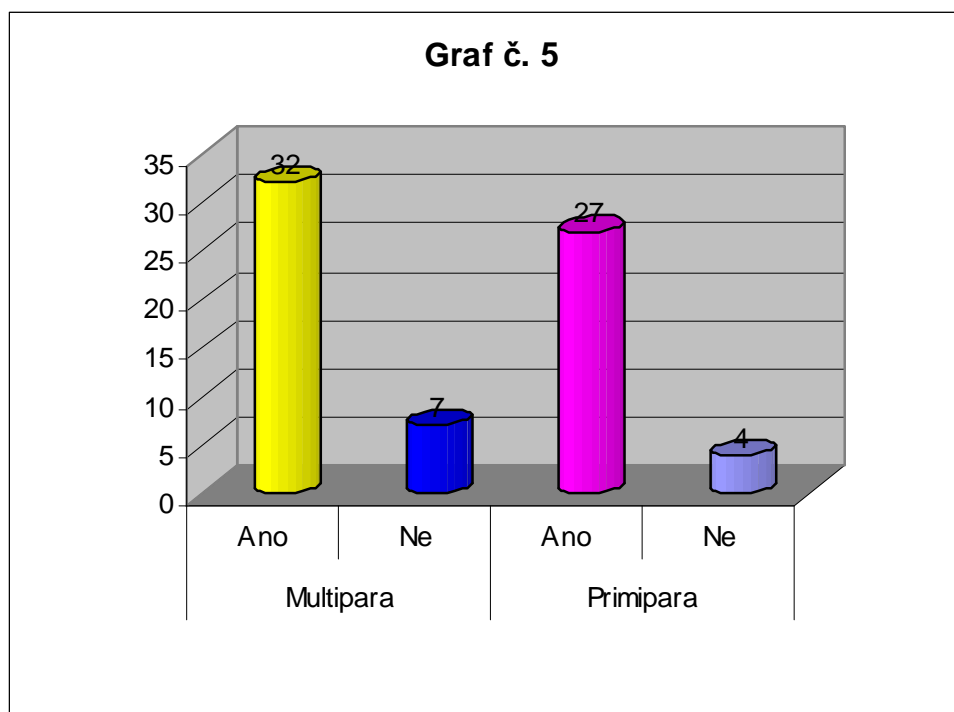
**Komentář:**

Na tuto otázku měly odpovídat jen ženy, které rodily podruhé a vícekrát. Celkem 17 respondentek po předchozích porodech označily, že cvičily (44 %). Zbýlá část žen, 22 respondentek po předchozích porodech necvičila (56 %).

Otázka č. 5 Považujete za důležité cvičit v době šestinedělí?

Tabulka č. 5

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	32	82 %
	Ne	7	18 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	27	87 %
	Ne	4	13 %
CELKEM		31	100 %

**Komentář:**

Zda – li ženy považují či nepovažují za důležité cvičit po porodu se dočteme v následujícím popisku:

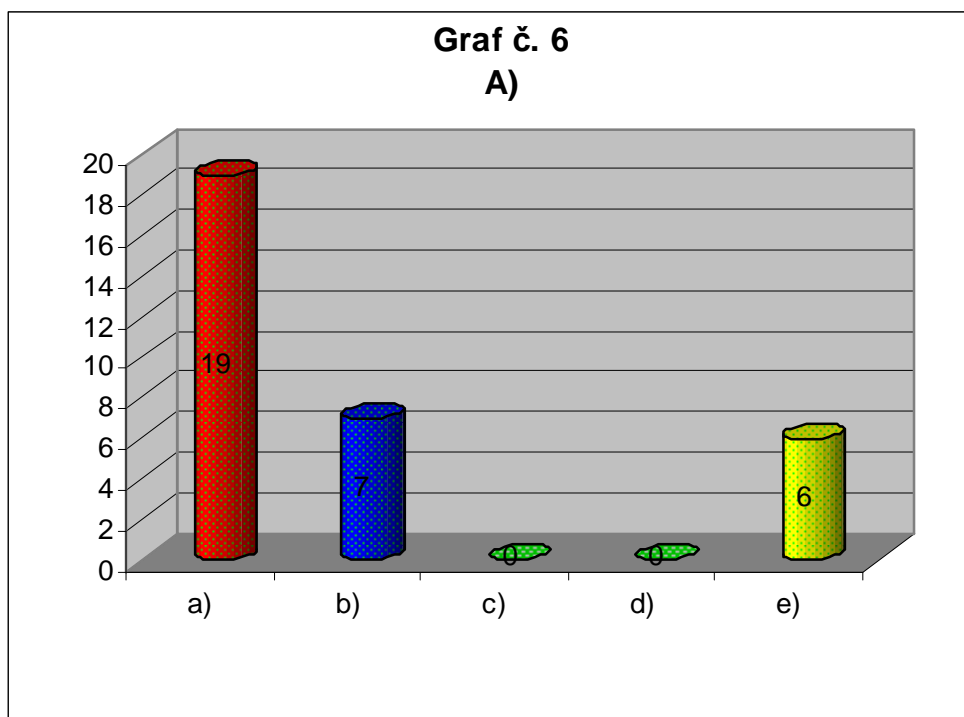
MULTIPARY – odpověď „ANO“ označilo 32 respondentek (82 %) a odpověď „NE“ zaznamenalo 7 žen (18 %).

PRIMIPARY – v odpovědi „ANO“ se angažovalo 27 žen (87 %) a v odpovědi „NE“ se ztotožnily 4 ženy (13 %).

Otázka č. 6 Proč je dobré cvičit po porodu?

Tabulka č. 6 – A

MULTIPARA	Počet respondentek	Procenta %
a) prevence komplikací	19	48 %
b) lepší prokrvení	7	18 %
c) jsem nucena cvičit	0	0 %
d) nudím se	0	0 %
e) jiná odpověď	6	15 %

**Komentář:**

Tabulka č. 6 – A se týká pouze multipar, které odpovídaly následujícím způsobem:

Odpověď a) Cvičením předcházím možným budoucím komplikacím jako je samovolný únik moče, nesprávné uložení dělohy a ochabnutí svalstva pánevního dna, označilo 19 respondentek (48 %), za b) Cvičení způsobí lepší prokrvení svalů pánevního dna a následně přispívá k dobrému hojení porodního poranění, tuhle odpověď označilo 7 respondentek (18 %), odpověď c) Do cvičení mě nutí zdravotnický personál a nechci si narušit náš vztah neoznačila žádná respondentka, za d) Nemám co dělat, nudím se,

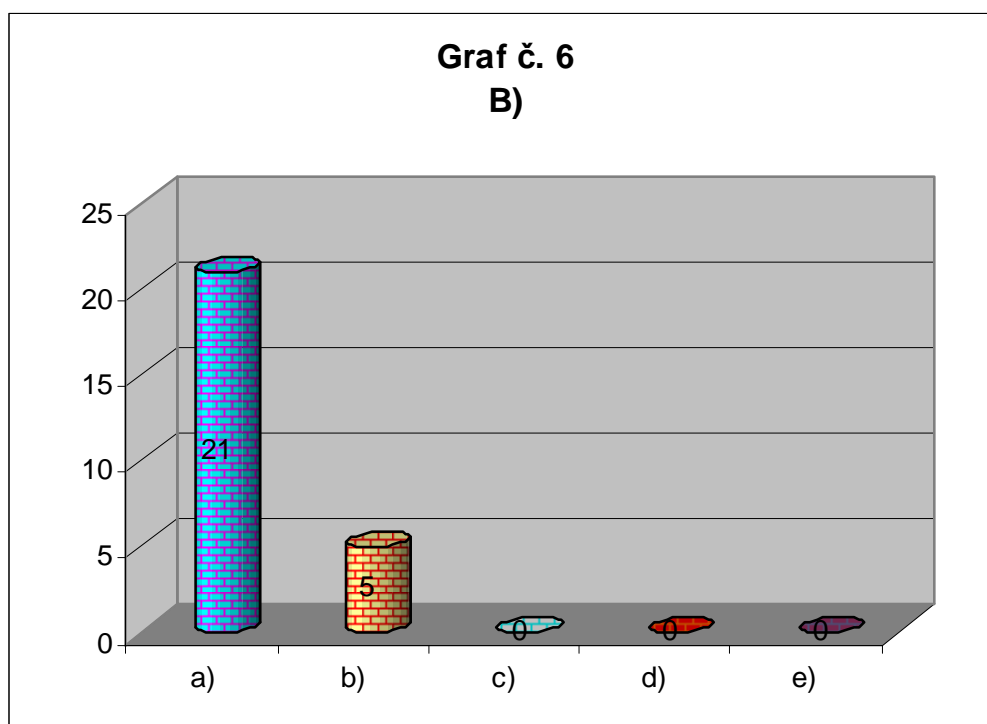
opět – tuto odpověď také neoznačila žádná z žen a za e) jiná odpověď – označilo 6 respondentek (15 %).

Jako e) jinou odpověď uvedlo 5 žen, že cvičení přispívá ke zpevnění břišních svalů a 2 ženy napsaly, že cvičení je také jako prevence zácpy.

Z 39 multipar označilo 7 respondentek (okolo 19 %) místo jedné odpovědi, odpovědi dvě, proto v tabulce není zaznamenáno celkový počet respondentek a výsledné procentuální zastoupení.

Tabulka č. 6 - B

PRIMIPARA	Počet respondentek	Procenta %
a) prevence komplikací	21	68 %
b) lepší prokrvení	5	16 %
c) jsem nucena cvičit	0	0 %
d) nudím se	0	0 %
e) jiná odpověď	0	0 %

**Komentář:**

Tabulka č. 6 – B znázorňuje odpovědi žen, které rodily poprvé.

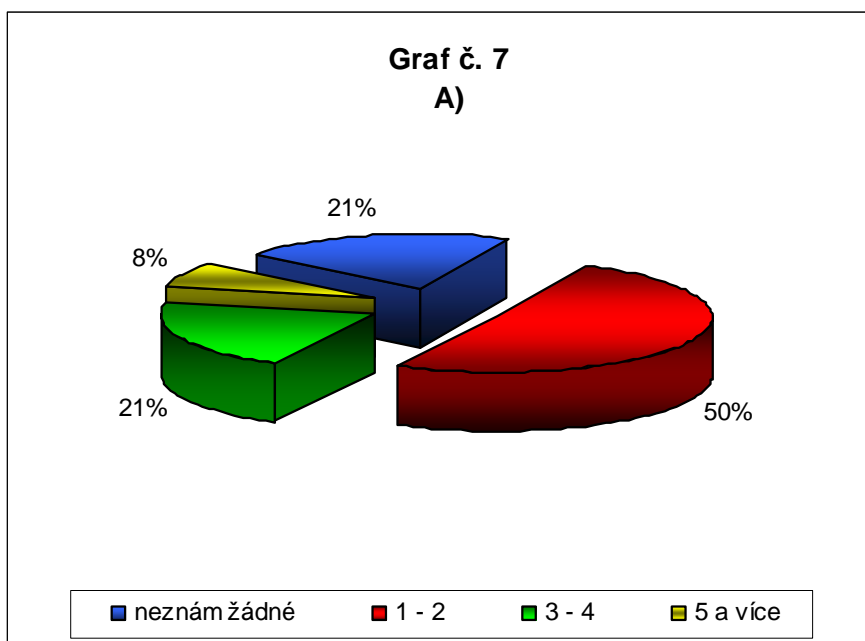
Primipary využily jen odpovědi za a) Cvičením předcházím možným budoucím komplikacím jako je samovolný únik moče, nesprávné uložení dělohy a ochabnutí svalstva pánevního dna a za b) Cvičení způsobí lepší prokrvení svalů pánevního dna a následně přispívá k dobrému hojení porodního poranění a to v počtu – a) 21 a b) 5 respondentek.

Stejně jako multipary odpovědělo 5 primipar (okolo 16 %) z celkového počtu dotazovaných (z 31 respondentek) na tuto otázku dvěma odpověďmi, proto také v tabulce není zaznačený celkový počet respondentek a výsledné procentuální zastoupení.

Otázka č. 7 Kolik znáte cviků, které by jste měla cvičit po porodu?

Tabulka č. 7 - A

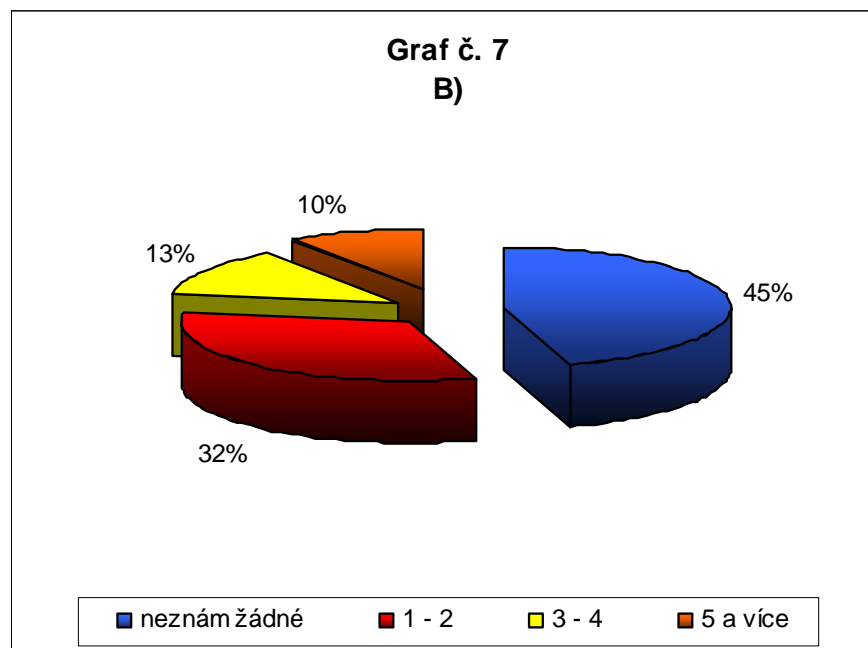
MULTIPARA	Počet respondentek	Procenta %
Neznám žádné	8	21 %
1 - 2	20	50 %
3 - 4	8	21 %
5 a více	3	8 %
CELKEM	39	100 %

**Komentář:**

Z celkového počtu 39 žen bylo 8 klientek (21 %), které neznaly žádné poporodní cviky, 20 klientek (50 %), které znaly 1 – 2 cviky, 8 klientek (21 %), které znaly 3 – 4 cviky a 3 klientky (8 %), které ovládaly 5 a více poporodních cviků.

Tabulka č. 7 - B

PRIMIPARA	Počet respondentek	Procenta %
Neznám žádné	14	45 %
1 - 2	10	32 %
3 - 4	4	13 %
5 a více	3	10 %
CELKEM	31	100 %

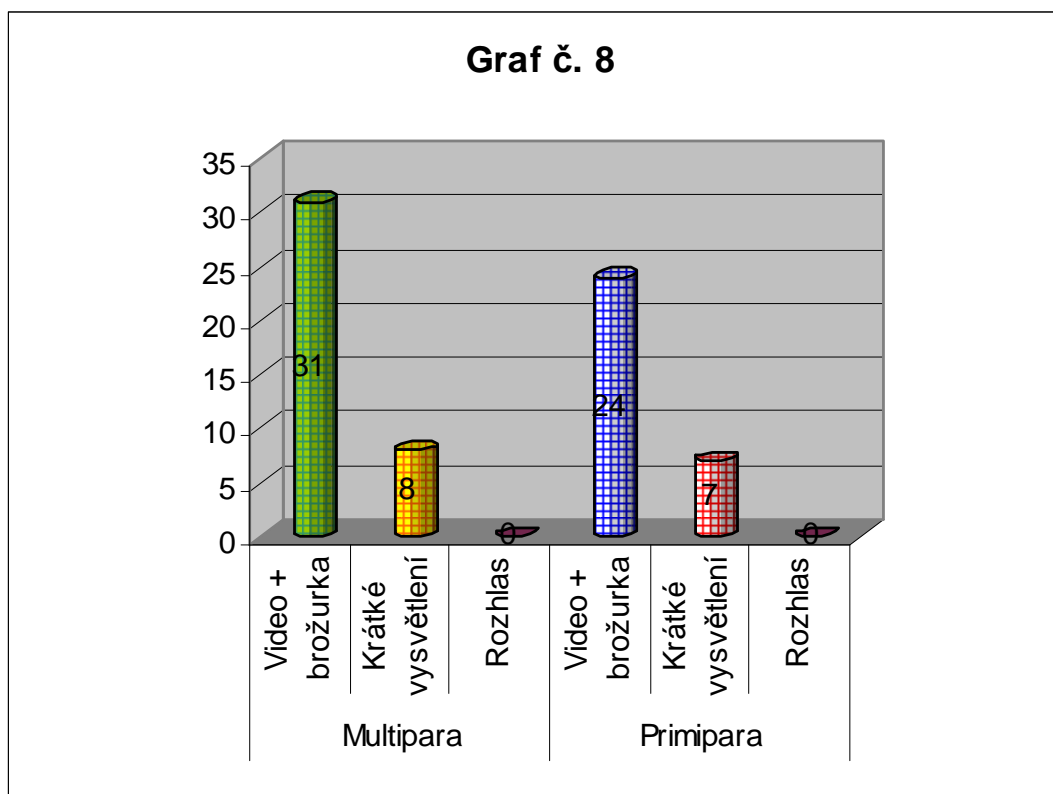
**Komentář:**

Mezi 31 dotazovanými primiparami bylo 14 žen (45 %), které neznaly žádné poporodní cviky, 10 žen (32 %), které ovládaly 1 – 2 cviky, 4 ženy (13 %), které věděly o 3 – 4 cvicích a jen 3 ženy (10 %), které znaly 5 a více poporodních cviků.

Otázka č. 8 Co více upřednostňujete?

Tabulka č. 8

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Video + brožurka	31	79 %
	Krátké vysvětlení	8	21 %
	Rozhlas	0	0 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Video + brožurka	24	77 %
	Krátké vysvětlení	7	23 %
	Rozhlas	0	0 %
CELKEM		31	100 %

**Komentář:**

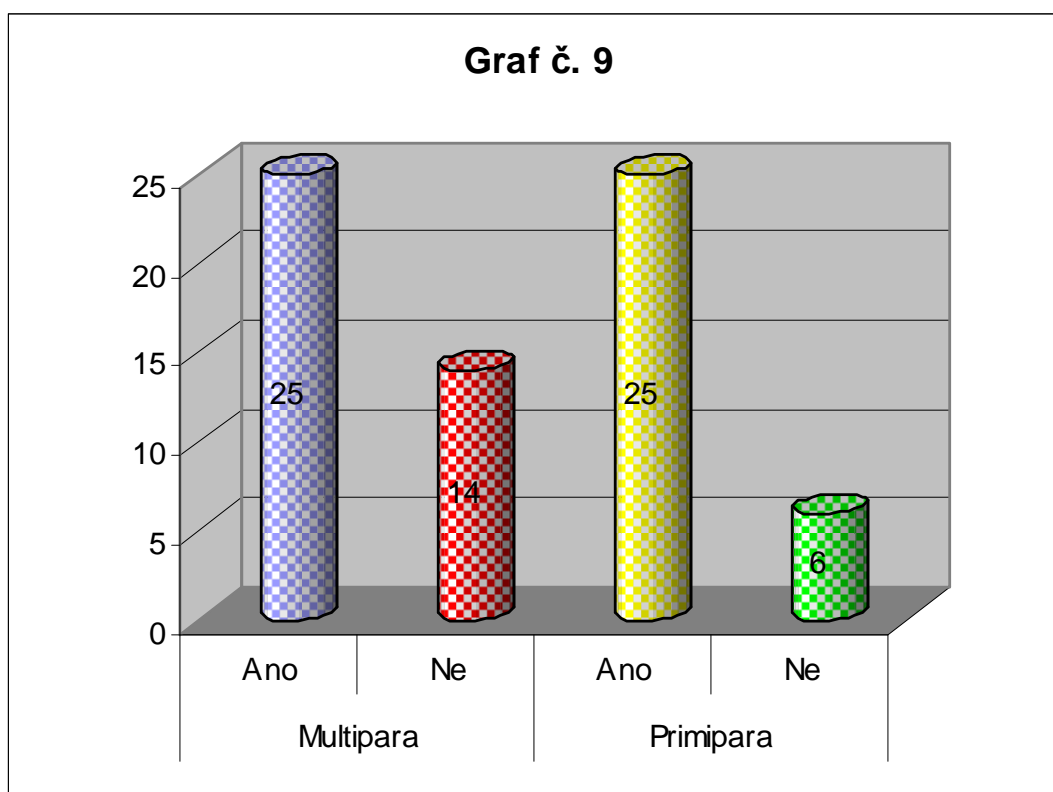
MULTIPARY – z 39 dotazovaných žen jich 31 uvedlo (79 %), že nejvíce upřednostňují za a) Ukázky cviků na videu, v brožurce a individuální vysvětlení a po té 8 žen (21 %) upřednostňuje za b) Krátké vysvětlení, jak mají cvičit. Žádná respondentka nevedla možnost c) Rozhlas, který mají na pokoji, přes který se doví, jak má cvičit.

PRIMIPARY – celkový počet respondentek byl opět 31. Výsledky šetření jsou podobné jako u multipar, přičemž 24 dotazovaných (77 %) primipar uvedlo, že nejvíce upřednostňují za a) Ukázky cviků na videu, v brožurce a individuální vysvětlení. 7 žen (23 %) se přikláněly k možnosti b) Krátké vysvětlení, jak mají cvičit. Odpověď c) neoznačila žádná z žen.

Otázka č. 9 Myslíte si, že by Vás měl někdo o technikách cvičení a jejich důležitosti více informovat?

Tabulka č. 9

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	25	64 %
	Ne	14	36 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	25	81 %
	Ne	6	19 %
CELKEM		31	100 %

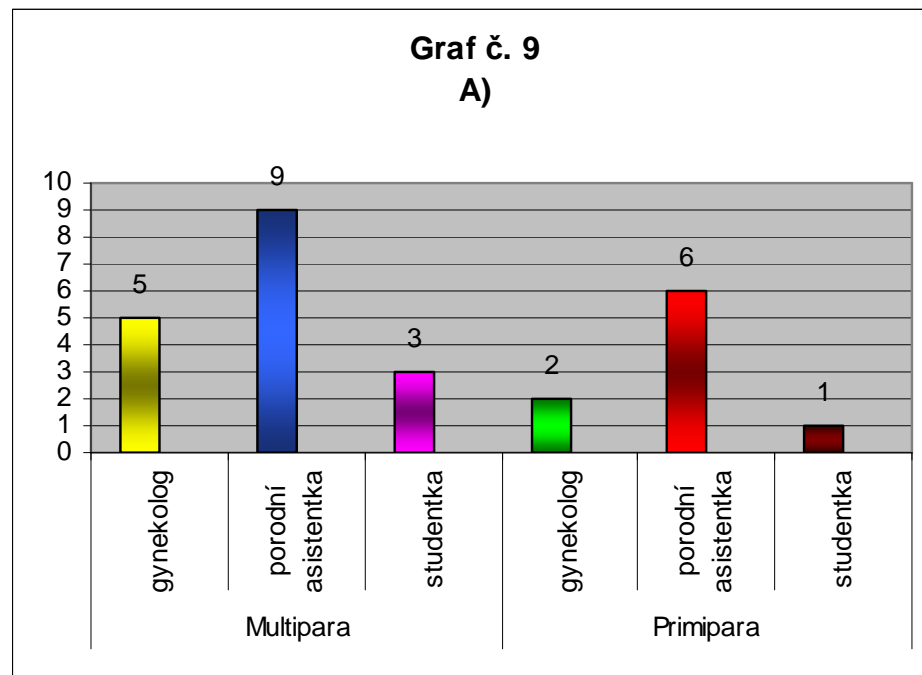


Komentář:

Z celkového počtu 39 multipar, odpovědělo kladně 25 dotazovaných žen (64 %). Odpověď NE zazněla jen ve 14 případech (36 %).

Ze skupiny 31 primipar odpovědělo kladně 25 respondentek (81 %) a záporně 6 respondentek (19 %).

V grafu č. 9 – A uvádím nejčastější odpovědi žen, které kladně odpověděly na otázku zda – li si myslí, že by je měl někdo o technikách cvičení více informovat. Ženy si myslí, že nejvíce této problematice by se měly věnovat porodní asistentky, lékaři – gynekologové, ale nemalou částí by měly přispět i studentky studující tento obor.

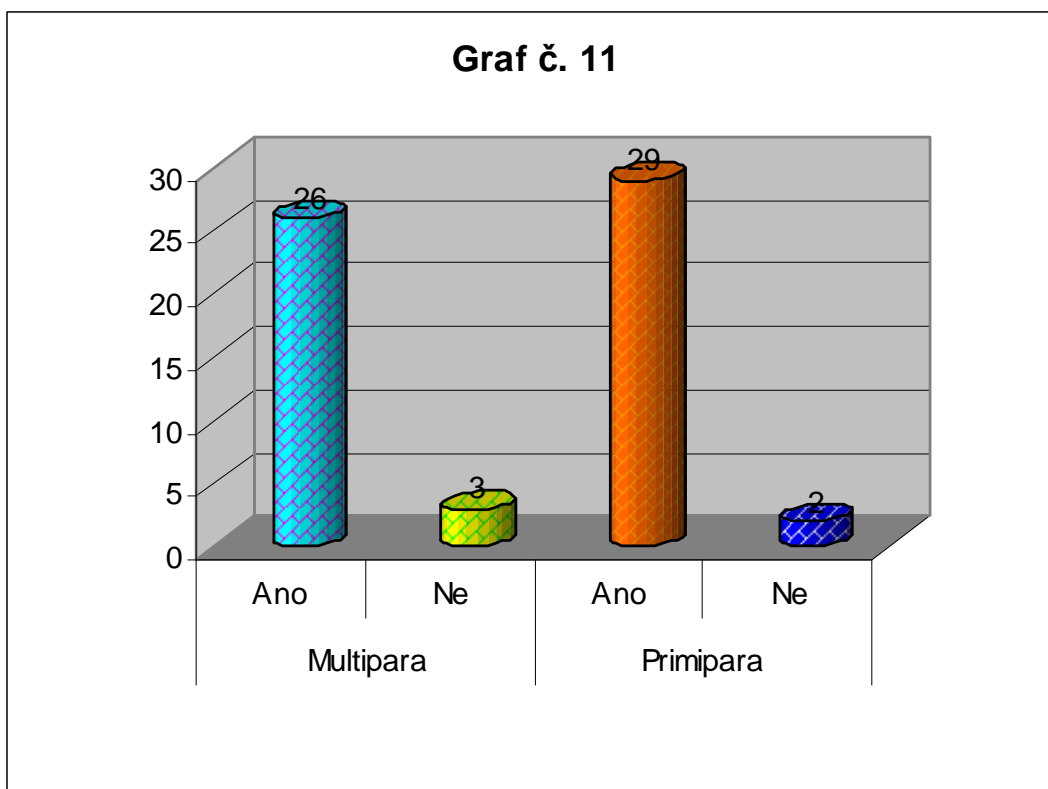


6.2 Grafické zpracování II. části dotazníků

Otázka č. 1 Máte pocit, že Vám videonahrávka a manuál při cvičení pomohl?

Tabulka č. 10

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	32	82 %
	Ne	7	18 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	27	87 %
	Ne	4	13 %
CELKEM		31	100 %



Komentář:

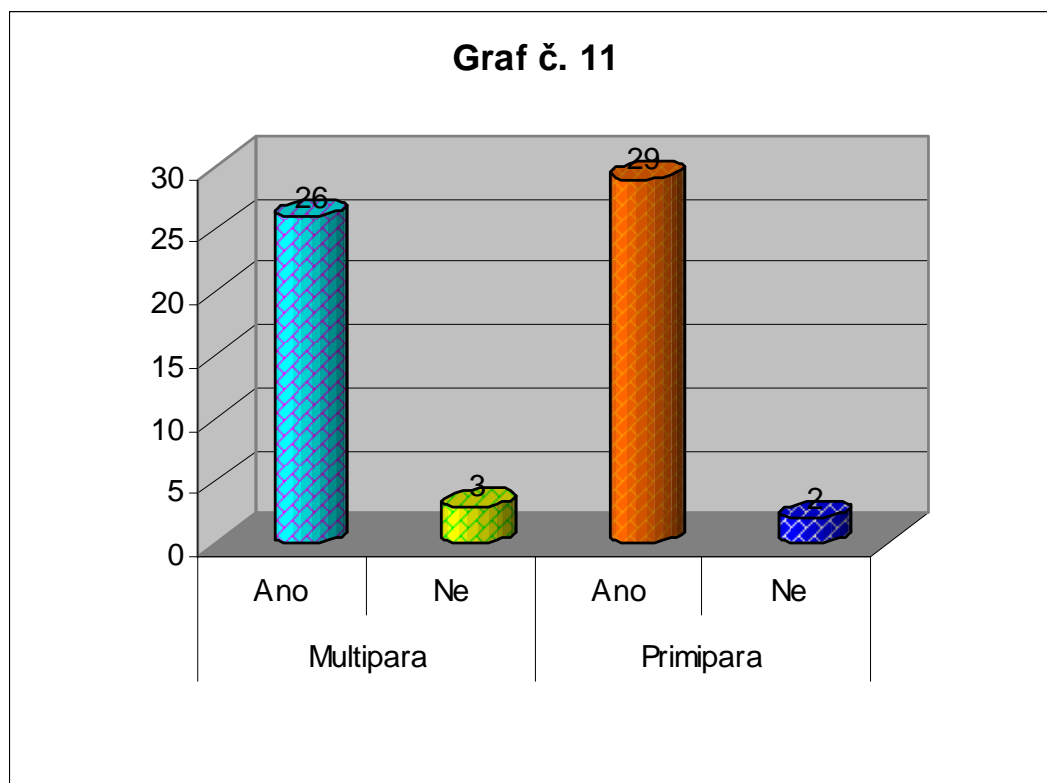
Na tuto otázku odpovědělo pozitivně 32 multipar (82 %) a negativně pouze 7 multipar (18 %) z celkového počtu 39 žen.

U primipar odpověď „ANO“ zazněla 27x (87 %) a „NE“ se objevila u 4 žen (13 %). Celkový počet primipar byl opět 31.

Otázka č. 2 Zdá se Vám, že videonahrávka a brožurka je dostatečně srozumitelná?

Tabulka č. 11

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	36	92 %
	Ne	3	8 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	29	94 %
	Ne	2	6 %
CELKEM		31	100 %



Komentář:

Výsledky této otázky jsou téměř shodné jak u multipar, tak u primipar. „ANO“ označilo 36 respondentek (92 %) a „NE“ se objevilo ve 3 případech (8 %) v řadách multipar.

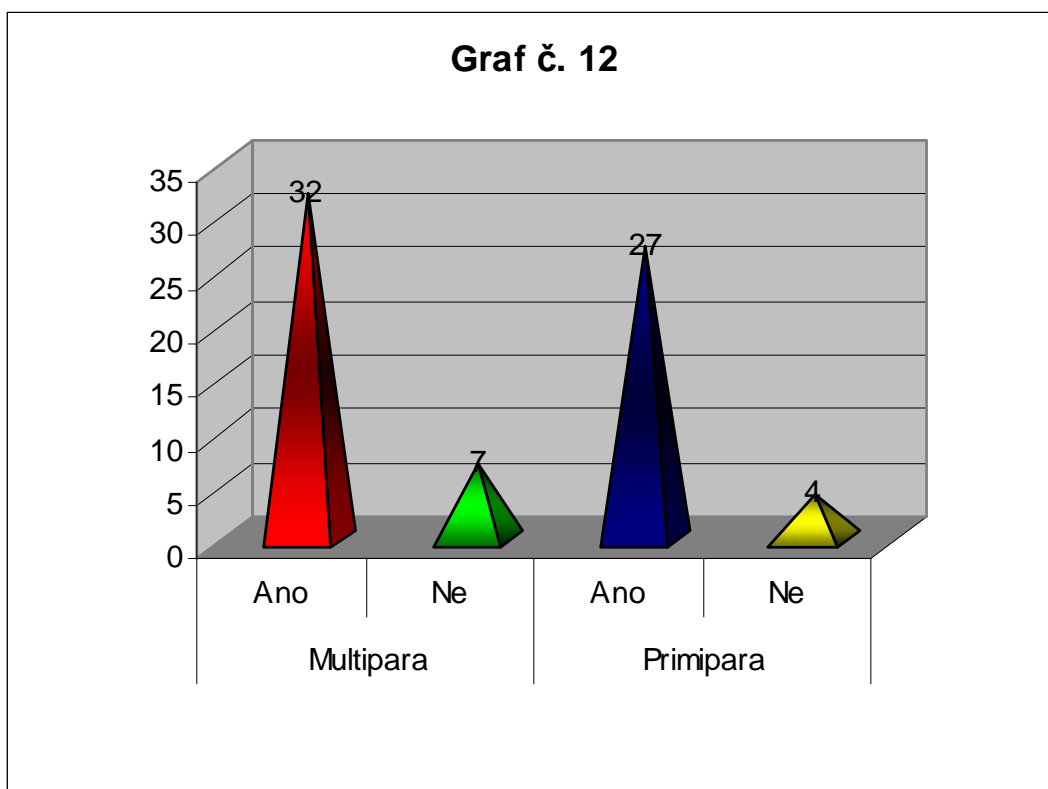
Výsledky primipar jsou následující: „ANO“ označilo 29 žen (94 %) a odpověď „NE“ jsem zaznamenala pouze u 2 respondentek (6 %).

Otázka č. 3 Daří se Vám dodržet správný postup demonstrovaný na videonahrávce a v brožurce?

Tabulka č. 12

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	32	82 %
	Ne	7	18 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	27	87 %
	Ne	4	13 %
CELKEM		31	100 %

Graf č. 12



Komentář:

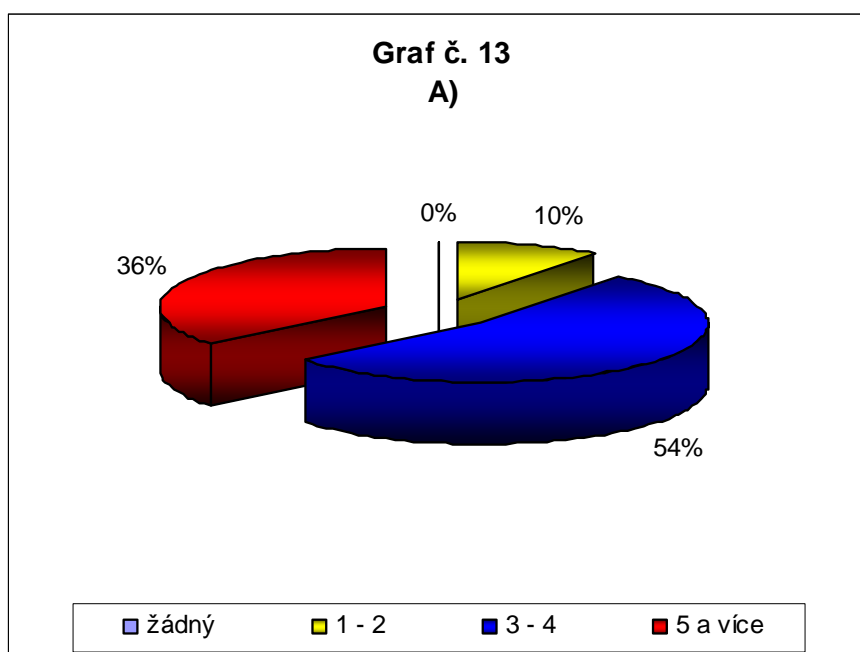
Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 39 multipar označilo odpověď „ANO“ v 32 případech (82 %). Opověď „NE“ zazněla u 7 multipar (18 %).

Při zaznamenávání odpovědí u primipar zvítězila odpověď „ANO“. Zazněla celkem 27x (87 %). „NE“ odpověděly jen 4 primipary (13 %).

Otázka č. 4 Kolik jste si zapamatovala cviků?

Tabulka č. 13 - A

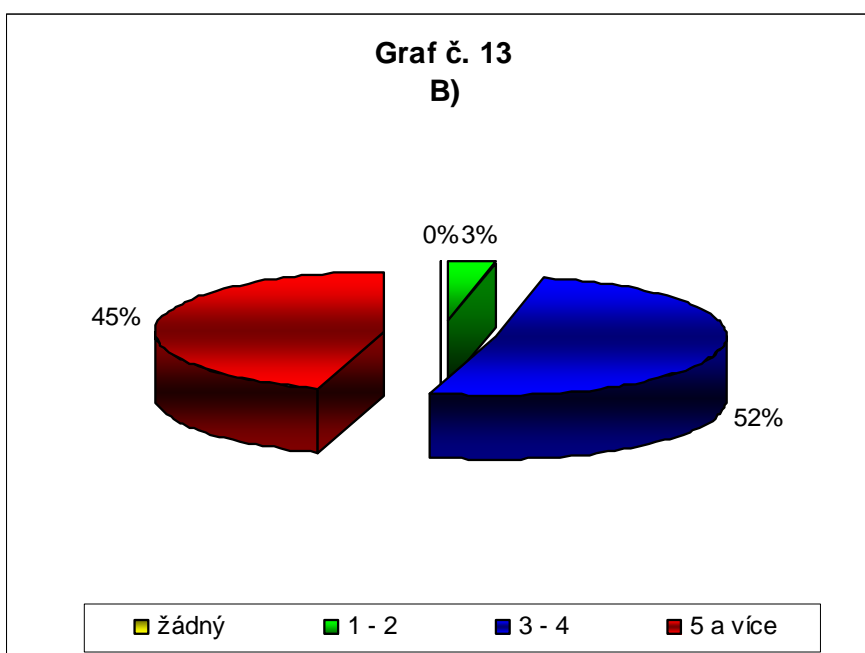
MULTIPARA	Počet respondentek	Procenta %
Žádný	0	0 %
1 - 2	4	10 %
3 - 4	21	54 %
5 a více	14	36 %
CELKEM	39	100 %

**Komentář:**

Mezi dotazovanými 39 multiparami nebyla žádná, která by jsi nezapamatovala ani jeden cvik. 4 respondentky (10 %) si zapamatovaly 1 – 2 poporodní cviky. Největší počet žen 21 respondentek (54 %) hlasovaly pro odpověď, že si zapamatovaly 3 – 4 cviky. A 14 žen (36 %) si zapamatovaly 5 a více poporodních cviků.

Tabulka č. 13 - B

PRIMIPARA	Počet respondentek	Procenta %
Žádný	0	0 %
1 - 2	1	3 %
3 - 4	16	52 %
5 a více	14	45 %
CELKEM	31	100 %

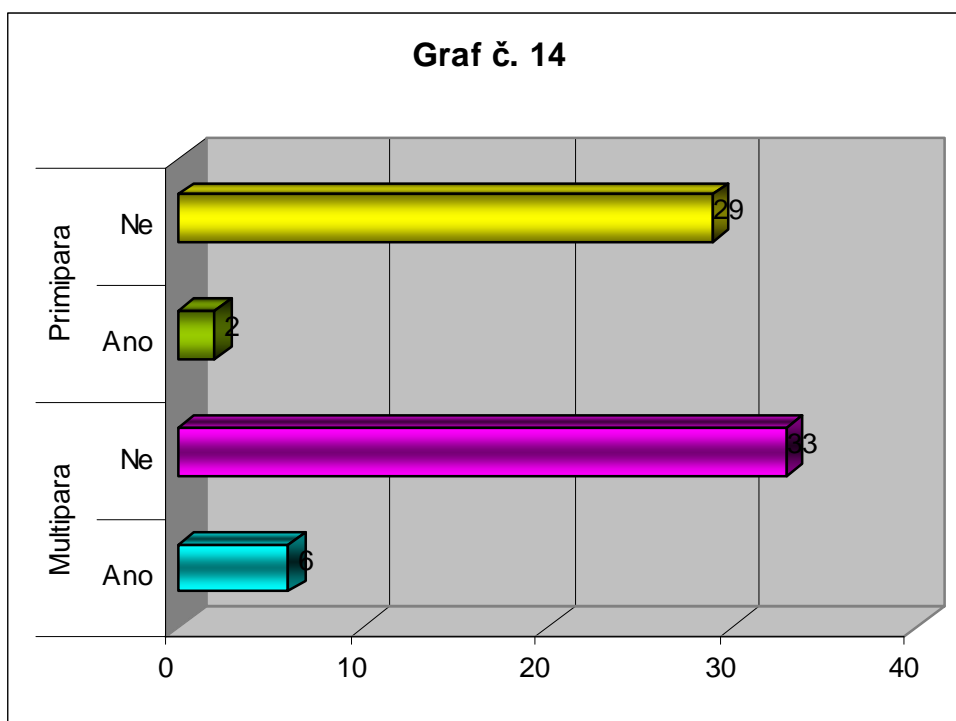
**Komentář:**

Z výsledků znázorněných v tabulce a grafu č. 13 – B vyplývá, že z 31 primipar si ani jedna žena nezapamatovala žádný poporodní cvik. 1 žena (3 %) si zapamatovala 1 nebo 2 cviky. A nejen procentuální, ale i téměř podobný počet primipar odpovědělo, že si zapamatovaly 3 – 4 a 5 a více cviků po porodu. Z toho 16 žen (52 %) uvedlo, že si zapamatovaly 3 – 4 cviky a 14 ženy (45 %) si zapamatovaly 5 a více cviků po porodu.

Otázka č. 5 Změnila nebo přidala byste něco do videonahrávky a brožurky?

Tabulka č. 14

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	6	15 %
	Ne	33	85 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	2	6 %
	Ne	29	94 %
CELKEM		31	100 %

**Komentář:**

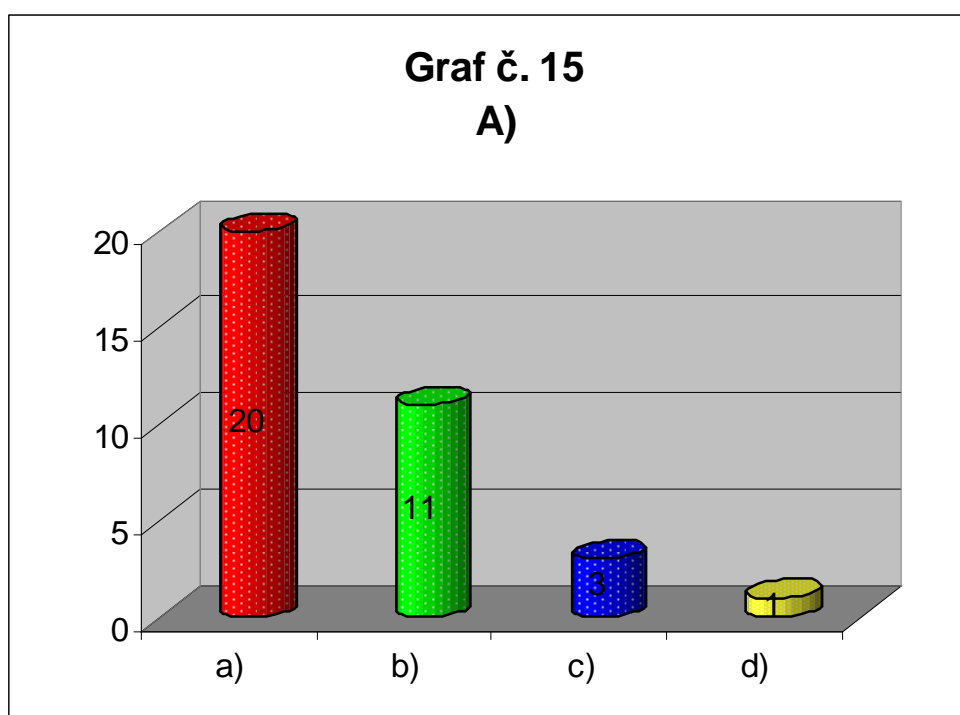
Ze všech 39 multipar kladně odpovědělo pouze 6 žen (15 %). Ve většině případů ženy odpovídaly záporně – 33 žen (85 %).

Z celkového počtu primipar (31), odpovědělo pozitivně jen malá část žen a to 2 ženy (6 %). K zápornému stanovisku se přiklánělo 29 žen (94 %). Z dotazníkového šetření jsem se dověděla, že ženy, které kladně odpověděly na otázku, zda – li by něco změnily ve videonahrávce nebo v brožurce, se shodly na tom, že by změnily nakreslené cvičící postavičky v brožurce.

Otázka č. 6 Co Vám cvičení přináší?

Tabulka č. 15 - A

MULTIPARA	Počet respondentek	Procenta %
a) relaxaci	20	54 %
b) dobrou náladu	11	28 %
c) únavu	3	7 %
d) nic	1	2 %

**Komentář:**

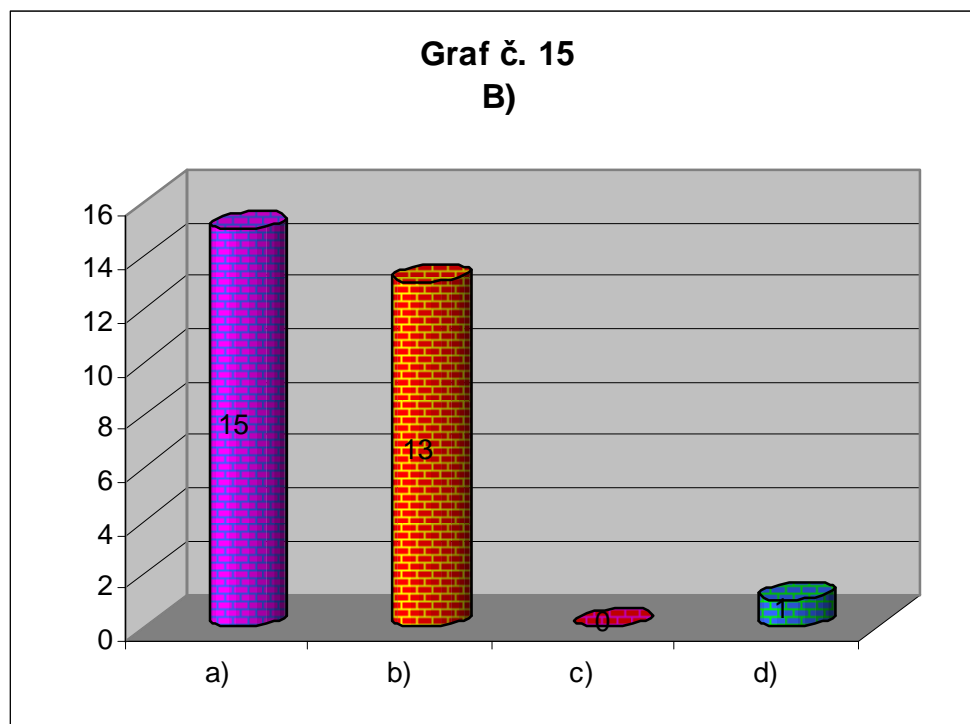
Stejně jako v I. části dotazníků, tak i na tuto otázku odpovídaly ženy více než jednou odpovědí, proto v tabulce nenaleznete výsledné procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.

Celkem odpovědí za a) Cvičení je pro mě určitý druh relaxace bylo u 20 multipar, za b) Příjemný pocit a dobrou náladu označilo 11 respondentek, c) Únavu pocítovaly 3 respondentky a odpověď za d) nic označila 1 respondentka.

I zde se objevily ženy, které odpověděly více než 1 možnou odpovědí. Těchto žen bylo 4 (okolo 9 %, z 39 multipar), které volily za odpověď za a) a za b).

Tabulka č. 15 - B

PRIMIPARA	Počet respondentek	Procenta %
a) relaxaci	15	48 %
b) dobrou náladu	13	41 %
c) únavu	0	0 %
d) nic	1	3 %

**Komentář:**

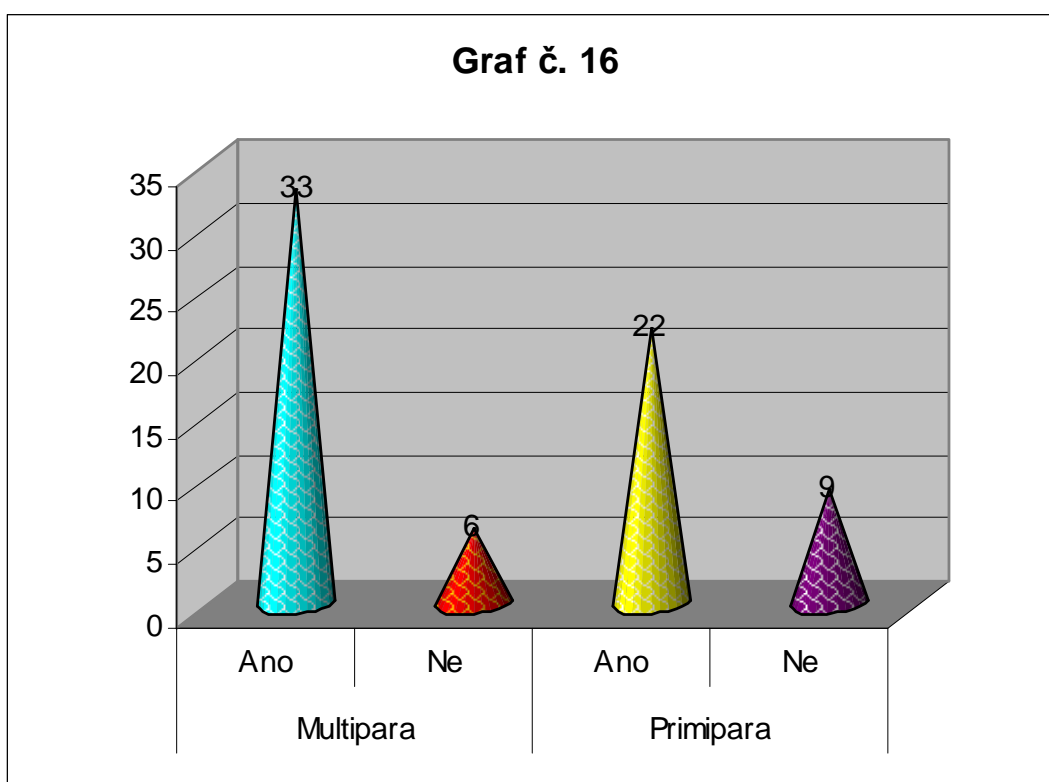
Z odpovědí primipar vyplývá, že pro 15 respondentek je cvičení určitou relaxací, dalším 13 respondentkám cvičení přináší dobrou náladu. Únavu neoznačila žádná žena. Jen 1 respondentka označila, že cvičení ji nepřináší nic.

Z 31 respondentek zastupující řadu primipar označily 2 ženy (okolo 8 %) více než jednu odpověď, proto i zde neuvádím výsledné procentuální zastoupení.

Otázka č. 7 Cvičíte aspoň 10 minut denně?

Tabulka č. 16

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	33	85 %
	Ne	6	15 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	22	71 %
	Ne	9	29 %
CELKEM		31	100 %

**Komentář:**

Zda – li ženy cvičí nebo ne, se dočteme v tabulce a grafu č. 16:

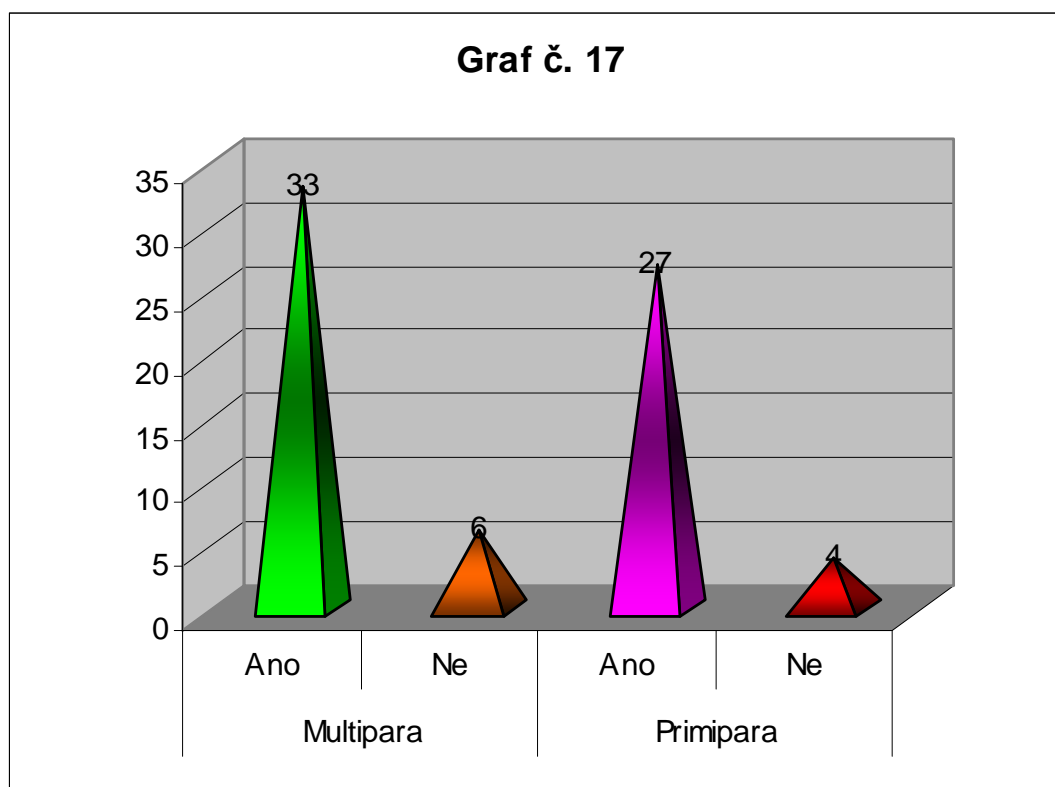
MULTIPARY – převážná část dotazovaných – 33 žen (85 %), odpověděla, že se jim daří dodržet denní 10 minutový interval. Zbylým 6 ženám (15 %) se tento interval nedaří naplnit.

PRIMIPARY – ve většině případů označovaly odpověď „ANO“ – 22 žen (71 %). 9 žen (29 %) během dne 10 minut necvičilo.

Otázka č. 8 Budete cviky, které jste se tady naučila praktikovat doma?

Tabulka č. 17

Parita	Odpověď	Počet respondentek	Procenta %
Multipara	Ano	33	85 %
	Ne	6	15 %
CELKEM		39	100 %
Primipara	Ano	27	87 %
	Ne	4	13 %
CELKEM		31	100 %

**Komentář:**

Z uvedených výsledků vyplývá, že z 39 multipar se 33 žen (85 %) rozhodlo, že v domácím prostředí cvičit budou. Zbýlých 6 respondentek (15 %) cvičit doma nebude.

Dotazované primipary označily odpověď „ANO“ ve 27 případech (87 %) a odpověď „NE“ zazněla jen u 4 žen (13 %), které cvičit v domácím prostředí nechtějí.

7 DISKUZE

Pomocí dotazníku se mi podařilo zjistit několik faktů, na které bych chtěla poukázat a které se týkaly mnou vytvořených cílů a hypotéz. Dříve než je vyhodnotím, bych chtěla všeobecně shrnout nejdůležitější zjištěné poznatky: ženy po spontánním porodu jsou nedostatečně informované v oblasti týkající se cvičení po porodu, ženy znají málo cvičebních okruhů – jednotlivé cviky, které mají cvičit po porodu. Dle výsledků průzkumu bylo také zjištěno, že ženy považují za důležité, aby byly dostatečně informovány o této problematice a jsou názoru, že opravdu je důležité po porodu cvičit. Dále z dotazníkového šetření vyšlo, že vytvořený edukační materiál přispívá k lepšímu pochopení principu cvičení a že ženy motivoval k tomu, aby začaly po porodu cvičit. V neposlední řadě přispěl k tomu, aby se ženy spolupodílely na procesu zotavování a zaujaly aktivní postoj ke svému zdraví.

7.1 Vyhodnocení cílů a hypotéz

V bakalářské práci, v analytické části, jsem si stanovila 3 cíle a každý cíl obsahuje 3 hypotézy. Splněné či nesplněné hypotézy jsou uvedeny níže.

Cíl 1: Zvýšit informovanost ženy o technikách cvičení po spontánním porodu zaměřené na pánevní dno.

H 1: Předpokládám, že větší polovina žen po spontánním porodu je nedostatečně seznámena s technikami cvičení.

Na základě získaných výsledků bylo zjištěno, že 64 % multipar nebylo dostatečně seznámeno se cvičením po porodu, tudíž zbylých 36 % seznámeno s poporodním cvičením bylo. U primipar je to podobné, 65 % jich seznámeno nebylo a ostatních 35 % někdo o technikách cvičení již informoval. **Stanovená hypotéza se potvrdila.**

H 2: Předpokládám, že multipary mají větší znalosti v oblasti cvičení po porodu než primipary.

Průzkumem bylo zjištěno, že 21 % multipar nezná žádné poporodní cviky, dalších 50 % zná 1 – 2 cviky, 21 % multipar ovládá 3 – 4 cviky a pouhých 8 % multipar zná 5 a více poporodních cviků. U primipar bylo zjištěno, že 45 % nezná žádné cviky, 32 % slyšelo

o 1 – 2 cvicích, 13 % primipar ovládá 3 – 4 poporodní cviky a jen 10 % umí a ovládá 5 a více cviků. **Můžeme tedy říci, že stanovená hypotéza se opět potvrdila.**

H 3: Předpokládám, že větší polovina žen bude považovat za důležité, aby je o technikách cvičení někdo více informoval.

Ze 70 respondentek je 39 multipar, které považují za důležité, aby je o technikách cvičení někdo více informoval a to z 64 %. Ostatní multipary – 36 %, nepovažují za důležité informovat je o technikách cvičení. Primipar je o něco méně, 31 respondentek 81% z nich si myslí, že je důležité, aby je informovali o technikách cvičení a zbylých 19 % téhož názoru není. **Proto stanovený předpoklad je splněn.**

Cíl 2: Vytvořím edukační materiál, který ženám pomůže k tomu, aby lépe pochopily techniky cvičení po porodu.

H 1: Předpokládám, že větší polovina žen bude edukační materiál pokládat za prostředek, který jim dopomůže při cvičení.

82 % multipar je názoru, že jim edukační materiál pomohl k lepšímu pochopení cvičení po porodu. Ostatních 18 % multipar téhož názoru nejsou. Edukační materiál v podobě videonahrávky a brožurky primiparám v 87 % pomohl, ostatních 13 % primipar si myslí, že ne. **Lze tedy říci, že stanovená hypotéza se potvrdila.**

H 2: Předpokládám, že větší polovina žen bude mít zájem více o edukační materiál než o krátké vysvětlení, jak mají cvičit nebo o rozhlas na pokoji, přes který se použít cvičení.

Všechny ženy (multipary a primipary) dávají přednost edukačnímu materiálu před krátkým vysvětlením, jak mají cvičit nebo před rozhlasem, který mají na pokoji. Procentuální zastoupení edukačního materiálu u multipar je proto 79 % a u primipar je 77 %. **Stanovená hypotéza se opět potvrdila.**

H 3: Předpokládám, že videonahrávka a brožurka pomohou k tomu, aby si ženy po spontánním porodu zapamatovaly více cviků po edukaci než před edukací.

Na základě dotazníkového šetření v I. části dotazníků bylo zjištěno, že 21 % multipar nezná žádné cviky, 50 % žen zná 1 – 2 cviky, 21 % multipar ovládá 3 – 4 cviky a pouhých 8 % multipar zná 5 a více poporodních cviků. U prvorodiček bylo zjištěno, že 45 % nezná žádné cviky, 32 % slyšelo o 1 – 2 cvicích, dalších 13 % primipar ovládá 3 – 4 poporodní cviky a jen 10 % zná 5 a více poporodních cviků.

Ve II. části dotazníků (otázky, které byly kladeny po edukaci o technikách cvičení) dle výsledků vyšlo, že multipary si zapamatovaly 1 – 2 cviky, což bylo 10 % žen, 3 – 4 cviky, které zastupovalo 54 % žen a 5 a více cviků si zapamatovalo 36 % žen. Primipary na tom byly o trochu lépe s tím, že 3 % žen si zapamatovaly 1 – 2 cviky, 52 % žen si pamatovaly 3 – 4 poporodní cviky a 45 % žen si dokázaly vybavit 5 a více cviků. Ani jedna žena z obou skupin neoznačila odpověď, že si nezapamatovaly ani jeden poporodní cvik. **I tato stanovená hypotéza se mi potvrdila.**

Cíl 3: Podpořit ženu k aktivnímu postoji o své zdraví.

H 1: Předpokládám, že žena zná důvody ke cvičení.

Na otázku č. 6 v I. části dotazníků, ženy nejčastěji odpovídaly:

Multipary odpověděly 26x, že cvičením předcházejí možným budoucím komplikacím jako je samovolný únik moče, nesprávné uložení dělohy a ochabnutí svalů pánevního dna a 14 žen označila možnost b) tzn., že cvičení způsobí lepší prokrvení svalů pánevního dna a následně přispívá k dobrému hojení porodního poranění. Žádná žena z celkového počtu 39 multipar neoznačila možnost c) do cvičení mě nutí zdravotnický personál, tudíž si nechci narušit náš vztah a d) nemám co dělat, nudím se. Pouhých 6 žen označilo možnost e) kde mohly vyjádřit svůj názor (zpevnění břišních svalů a prevence zácpy).

U primipar to bylo podobné: 26 žen odpovědělo za a) cvičením předcházím možným budoucím komplikacím jako je samovolný únik moče, nesprávné uložení dělohy a ochabnutí svalů pánevního dna a 10 žen označilo možnost b) cvičení způsobí lepší prokrvení svalů pánevního dna a následně přispívá k dobrému hojení porodního poranění.

Možnost odpovědi c), d) a e) nevyužila žádná z primipar. **Opět tedy můžeme říci, že stanovená hypotéza se také potvrdila.**

H 2: Předpokládám, že větší polovina žen bude denně cvičit aspoň 10 minut.

Průzkumem bylo zjištěno, že 85 % multipar denně cvičí alespoň 10 minut, ostatních 15 % se cvičení nevěnuje. Odpověď „ANO“ označilo 71 % primipar, které se cvičení věnují a zbylých 29 % klade malý důraz na cvičení alespoň 10 minut denně. **Lze tedy říci, že stanovený předpoklad se potvrdil.**

H 3: Předpokládám, že videonahrávka bude ženy motivovat k tomu, aby cviky praktikovaly i v domácím prostředí.

Z 39 multipar bude 85 % žen cviky praktikovat v domácím prostředí. Zbylých 15 % ne.
Z 31 primipar bude 87 % žen cviky praktikovat v domácím prostředí. Ostatních 13 % ne.
I tato poslední hypotéza se mi potvrdila.

ZÁVĚR

Při zpracování mé bakalářské práce jsem měla možnost prostudovat spoustu zajímavých materiálů týkajících se svalů pánevního dna a s ní související rehabilitace po porodu. Rukama mi prošlo nemalé množství knih, časopisů, internetových odkazů, ale i podkladů na konference, které již proběhly. Všechny tyto literární zdroje se zabývaly tím, co jsem ve své práci použila - anatomie svalů pánevního dna, péče o perineum, porodní poranění, rehabilitace v práci porodní asistentky, rehabilitace svalů pánevního dna, aj.

Nezkoumáním a rozborem této problematiky jsem chtěla poukázat na důležitost informovat ženy po spontánním porodu o technikách cvičení. Ženy jsem edukovala prostřednictvím vytvořené videonahrávky a brožurky, se kterými byly ženy spokojené. Tento edukační materiál si dokonce několik žen po domluvě odneslo domů. Edukační materiál se jevil jako dostupná a jednoduchá metoda, která by zdravotnickému personálu mohla pomoci v edukaci žen o technikách cvičení. Ideálním řešením by ovšem bylo zajištění optimálního prostředí na oddělení šestinedělí, kde by ženám byla dostupná místnost vybavená pomůckami ke cvičení. Také by bylo vhodné určit jednu pověřenou osobu, která by dohlížela na správnost cvičení a ženám by se plně věnovala. Tato žena by měla být moudrá, nejlépe z řad porodních asistentek či rehabilitačních pracovníků, měla by se dobře orientovat v technikách cvičení po porodu a dostatečně tyto techniky ovládat. Myslím si, že vytvořit takovéto zázemí pro ženy, s kterými bychom se více zaměřili na cvičení po porodu, by nebylo pro vedení nemocnice velkým finančním problémem, ale zcela jistě přínosem, stejně jako pro samotné ženy a také pro edukující personál, který by se spolupodílel na zotavování žen po porodu.

Předpokládám, že většina čtenářů, kterým se do rukou dostane tato práce, budou z řad především porodních asistentek a věřím, že jim tato bakalářská práce bude motivací a třeba i hnacím pohonem k tomu, aby se více zaměřily na tuto problematiku a udělaly první krok k podpoře dostupnosti poporodního cvičení na oddělení šestinedělí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vydání Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80 – 7262 – 094 – 0.
- [2] ČECH, E., HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 1. vydání Praha: Grada, 1999. 432 s. ISBN 80 – 7169 – 355 – 3.
- [3] ČIHÁK, R. *Anatomie 1*. 2. vydání Praha: Grada, 2001. s. 368 – 370, ISBN 80 – 7169 – 970 – 5.
- [4] ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vydání Praha: Grada, 2002. s. 374 – 376, ISBN 80 – 247 – 0143 – X.
- [5] GRIM, M., DRUGA, R. et al. *Základy anatomie*. 1. Obecná anatomie a pohybový systém. 1. vydání Praha: Galén, 2001. s.120 – 121, ISBN 80 – 7262 – 111 – 4.
- [6] KOLEKTIV AUTORŮ. *Léčebná rehabilitace, léčebná tělesná výchova – I. díl*. 1. vydání Brno: IDVPZ, 1989. 177 s. ISBN 80 – 7013 – 022 – 9.
- [7] KOLEKTIV AUTORŮ. *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové*. 1. vydání Havlíčkův Brod: 1996. 216 s. ISBN 80 – 7169 – 187 – 9.
- [8] KOTÁSEK, A. a kolektiv. *Porodnictví*. 1. vydání Praha: Avicenum, 1972. s. 28 – 32 a 360 – 366, ISBN neuvedeno.
- [9] LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vydání Praha: Grada, 952 s. ISBN 80 – 247 – 0668 – 7.
- [10] MACKŮ, F., ČECH, E. *Porodnictví*. 1. vydání Praha: Informatorium, 2002. 143 s. ISBN 80 – 86073 – 92 – 0.
- [11] MODERNÍ GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ. *Pánevní dno a jeho poruchy*. vol. 12, č. 1, Levret: březen 2003. 163 s. ISSN 1211 – 1058.
- [12] MAREK, V. *Nová doba porodní - Život před životem, Porod jako zázrak, První tři minuty a jak dál, Přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Eminent. 48. s. ISBN 80 – 7281 – 090 – I.
- [13] ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: IDVPZ, 1996. s. 200 – 202, ISBN 80 – 7013 – 230 – 2.

- [14] ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Porodnictví*. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80 – 7013 – 339 – 2.
- [15] VOLEJNÍKOVÁ, H., CHLUBNOVÁ, B. *Rehabilitace v práci porodní asistentky*. Brno: IDVPZ, 1993. 68 s. ISBN 80 – 7013 – 150 – 0.

Časopisy:

- [16] *Gynekologie po promoci: Myalgie pánevního dna jako příčina dyspareunie*. Praha: Medical Tribune. 2006, ročník 6, číslo 1, dvouměsíčník, Leden/Únor, s. 25 – 31, ISSN 1213 – 2478.
- [17] *Gynekologie po promoci: Nové postupy úpravy vaginálního prolapsu*. Praha: Medical Tribune. 2005, ročník V, číslo 6, dvouměsíčník, Listopad/Prosinec, s. 40 – 46, ISSN 1213 – 2578.

Konference:

- [17] *Konference pro porodní asistentky Zlín: Doporučené postupy při vedení porodu, prevence porodního poranění*. RPA Bednářová Eva, KNTB a.s. Zlín, konference konaná dne 1. 12. 2006.
- [18] *Konference pro porodní asistentky Zlín: Epiziotomie nebo ruptura?* RPA Bednářová Eva, KNTB a.s. Zlín, Mgr. Fremlová Helena, konference konaná 1. 12. 2006.
- [19] *Konference pro porodní asistentky Zlín: Porodnická poranění*. Mudr. Brychtová Pavla, KNTB a.s. Zlín, konference konaná 1. 12. 2006.
- [20] *Konference pro porodní asistentky Zlín: Prevence ruptury perinea*. RPA Hoffmannová Renata, KNTB a.s. Zlín, konference konaná 1. 12. 2006.

Internetové odkazy:

- [21] http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php, [11.3.2007]
- [22] http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2006_10/koprivova2.htm, [29.1.2007]

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

gl.	Glandulae
HSSP	Hluboký stabilizační systém páteře
lig.	Ligamentum
m.	Musculus
mm.	Musculi
n.	Nervus
SC	Sectio Caesare
v.	Vena

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Anatomie svalů dna pánevního.....	11
Obrázek č. 2: Svaly pánevního dna.....	13
Obrázek č. 3: Epiziotomie.....	20
Obrázek č. 4: Svalové dno pánevní během porodu.....	26
Obrázek č. 5: Chránění hráze za porodu.....	27
Obrázek č. 6: Historická porodní stolička.....	28

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – A	Věk multipar.....	41
Tabulka č. 1 – B	Věk primipar.....	42
Tabulka č. 2	Parita.....	43
Tabulka č. 3	Kdo seznamoval se cvičením?.....	44
Tabulka č. 4	Kolik multipar cvičilo po předchozích porodech?.....	46
Tabulka č. 5	Je důležité cvičit po porodu?.....	47
Tabulka č. 6 – A	Názor multipar na cvičení po porodu.....	48
Tabulka č. 6 – B	Názor primipar na cvičení po porodu.....	50
Tabulka č. 7 – A	Kolik cviků po porodu znají multipary?.....	51
Tabulka č. 7 – B	Kolik cviků po porodu znají primipary?.....	52
Tabulka č. 8	Co ženy upřednostňují?.....	53
Tabulka č. 9	Měly by ženy být více informované o technikách cvičení?.....	55
Tabulka č. 10	Pomohl edukační materiál ženám při cvičení?.....	57
Tabulka č. 11	Je edukační materiál dostatečně srozumitelný?.....	58
Tabulka č. 12	Správně demonstrováný postup při cvičení.....	59
Tabulka č. 13 – A	Kolik cviků si zapamatovaly multipary?.....	60
Tabulka č. 13 – B	Kolik cviků si zapamatovaly primipary?.....	61
Tabulka č. 14	Připomínky žen na edukační materiál.....	62
Tabulka č. 15 – A	Co cvičení přináší multiparám?.....	63
Tabulka č. 15 – B	Co cvičení přináší primiparám?.....	64
Tabulka č. 16	Cvičí ženy 10 minut denně?.....	65
Tabulka č. 17	Cvičení pro ženy v domácím prostředí.....	66

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Umožnění dotazníkového šetření

Příloha P II: Ukázka vytvořeného dotazníku

Příloha P III: Ukázka vyplněného dotazníku

Příloha P IV: Svaly pánevního dna

Příloha P V: Svaly pánevního dna – kraniální pohled

Příloha P VI: Cvičební jednotka svalů pánevního dna z oddělení šestinedělí

PŘÍLOHA P I: UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Univerzitní institut
Ústav zdravotnických studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Porodní asistentka.

Jméno a příjmení studenta	Pavla Paskudová
Téma bakalářské práce	Problematika pánevního dna – Techniky cvičení po spontánním porodu
Skupina respondentů	60
Pracoviště	Gynekologicko-porodnické, oddělení šestinedělí

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne

tel.: +420 577 008 137
fax: +420 577 008 137
e-mail: sekretariat.uzs@szsvszlin.cz
korespondenční adresa: Příluky 372, 760 01 Zlín


.....
doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc.
ředitel ústavu

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA VYTVOŘENÉHO DOTAZNÍKU

☺ Milé maminky! ☺

Do rukou se Vám dostal dotazník, který mi pomůže zjistit úroveň informovanosti o cvičení po porodu. Dotazník je rozdělen na dvě části. První část obsahuje otázky, které jsou zaměřeny na období před začátkem cvičení. Druhá část se soustředí na období po seznámení se cvičením. Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který jste ochotna mi poskytnout. Přeji Vám pěkný pobyt na tomto oddělení a doufám, že na něj budete vzpomínat v dobrém ☺

Pavla Paskudová, studentka univerzity Tomáše Bati 3.ročníku oboru Porodní asistentka

Část I.

1. Kolik Vám je let ?

- ☺ 20 a méně
- ☺ 21 - 25
- ☺ 26 - 30
- ☺ 31 – 35
- ☺ 35 a více

2. Po kolikáte jste rodila ?

- ☺ Poprvé
- ☺ Podruhé
- ☺ Potřetí a vícekrát

3. Seznámil Vás někdo se cvičením po porodu ?

- ☺ Ano napište kdo:
- ☺ Ne

4. Cvičila jste v době šestinedělí po předchozích porodech ? (odpovídají pouze vícerodičky)

- ☺ Ano
- ☺ Ne

5. Považujete za důležité cvičit v době šestinedělí ?

- ☺ Ano
- ☺ Ne

6. Proč je dobré cvičit po porodu? (odpovídejte tehdy, pokud jste kladně odpověděly na otázku č.5)

- Cvičením předcházím možným budoucím komplikacím jako je samovolný únik moče, nesprávné uložení dělohy a ochabnutí svalstva pánevního dna
- Cvičení způsobí lepší prokrvení svalů pánevního dna a následně přispívá k dobrému hojení porodního poranění
- Do cvičení mě nutí zdravotnický personál a nechci si narušit náš vztah
- Nemám co dělat, nudím se
- Jiná odpověď:

7. Kolik znáte cviků, které by jste měla cvičit po porodu ?

- Neznám žádné
- 1 – 2
- 3 – 4
- 5 a více

8. Co více upřednostňujete ?

- Ukázky cviků na videu, v brožurce a individuální vysvětlení
- Krátké vysvětlení, jak máte cvičit
- Rozhlas, který máte na pokoji, kde se dovíte, jak máte cvičit

9. Myslíte si, že by Vás měl někdo o technikách cvičení a jejich důležitosti více informovat ?

- Ano napište kdo:
- Ne

Část II.

1. Máte pocit, že Vám videonahrávka a manuál při cvičení pomohl ?

- Ano
- Ne

2. Zdá se Vám, že videonahrávka a brožurka je dostatečně srozumitelná ?

- Ano
- Ne

3. Daří se Vám dodržet správný postup demonstrovaný na videonahrávce a v brožurce ?

- Ano
- Ne

4. Kolik jste si zapamatovala cviků ?

- Žádný
- 1 – 2
- 3 – 4
- 5 a více

5. Změnila nebo přidala byste něco do videonahrávky nebo brožurky ?

- Ano - napište co:
- Ne

6. Co Vám cvičení přináší?

- Cvičení je pro mě určitý druh relaxování
- Příjemný pocit a dobrou náladu
- Únavu
- Nic

7. Cvičíte aspoň 10 minut denně?

- Ano
- Ne

8. Budete cviky, které jste se tady naučila praktikovat doma ?

- Ano
- Ne

PŘÍLOHA P III: UKÁZKA VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU

☺ Milé maminky! ☺

Do rukou se Vám dostal dotazník, který mi pomůže zjistit úroveň informovanosti o cvičení po porodu. Dotazník je rozdělen na dvě části. První část obsahuje otázky, které jsou zaměřeny na období před začátkem cvičení. Druhá část se soustředí na období po seznámení se cvičením. Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který jste ochotna mi poskytnout. Přeji Vám pěkný pobyt na tomto oddělení a doufám, že na něj budete vzpomínat v dobrém ☺

Pavla Paskudová, studentka univerzity Tomáše Bati 3.ročníku oboru Porodní asistentka

1. Kolik Vám je let ?

- 20 a méně
- 21 - 25
- 26 - 30
- 31 - 35
- 35 a více

2. Po kolikáte jste rodila ?

- Poprvé
- Podruhé
- Potřetí a vícekrát

3. Seznámil Vás někdo se cvičením po porodu ?

- Ano napište kdo:
- Ne

4. Cvičila jste v době šestinedělí po předchozích porodech ? (odpovídají pouze vícerodičky)

- Ano
- Ne

5. Považujete za důležité cvičit v době šestinedělí ?

- Ano
- Ne

6. Proč je dobré cvičit po porodu? (odpovídejte tehdy, pokud jste kladně odpověděly na otázku č.5)

- Cvičením předcházím možným budoucím komplikacím jako je samovolný únik moče, nesprávné uložení dělohy a ochabnutí svalstva pánevního dna
- Cvičení způsobí lepší prokrvení svalů pánevního dna a následně přispívá k dobrému hojení porodního poranění
- Do cvičení mě nutí zdravotnický personál a nechci si narušit náš vztah
- Nemám co dělat, nudím se
- Jiná odpověď:

7. Kolik znáte cviků, které by jste měla cvičit po porodu ?

- Neznám žádné
- 1 - 2
- 3 - 4
- 5 a více

8. Co více upřednostňujete ?

- Ukázky cviků na videu, v brožurce a individuální vysvětlení
- Krátké vysvětlení, jak máte cvičit
- Rozhlas, který máte na pokoji, kde se dovíte, jak máte cvičit

9. Myslíte si, že by Vás měl někdo o technikách cvičení a jejich důležitosti více informovat ?

- Ano napište kdo: ženšská sestra, popř. studentka 2. ro. stoly
- Ne

II. část

1. Máte pocit, že Vám videonahrávka a manuál při cvičení pomohl ?

- Ano
 Ne

2. Zdá se Vám, že videonahrávka a brožurka je dostatečně srozumitelná ?

- Ano
 Ne

3. Daří se Vám dodržet správný postup demonstrovaný na videonahrávce a v brožurce ?

- Ano
 Ne

4. Kolik jste si zapamatovala cviků ?

- Žádný
 1 – 2
 3 – 4
 5 a více

5. Změnila nebo přidala byste něco do videonahrávky nebo brožurky ?

- Ano - napište co:
 Ne

6. Co Vám cvičení přináší?

- Cvičení je pro mě určitý druh relaxování
 Příjemný pocit a dobrou náladu
 Únavu
 Nic

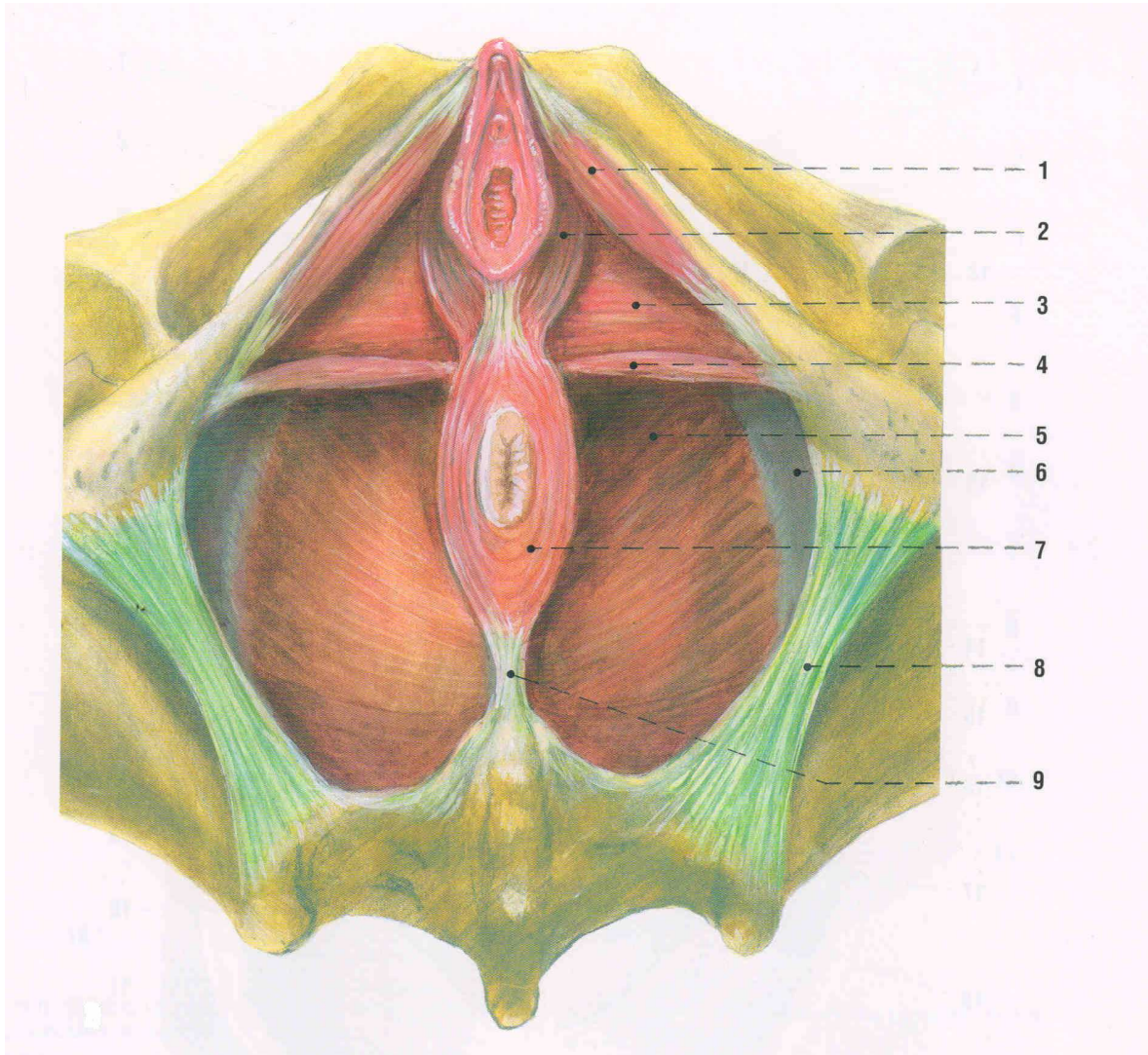
7. Cvičíte aspoň 10 minut denně?

- Ano
 Ne

8. Budete cviky, které jste se tady naučila praktikovat doma ?

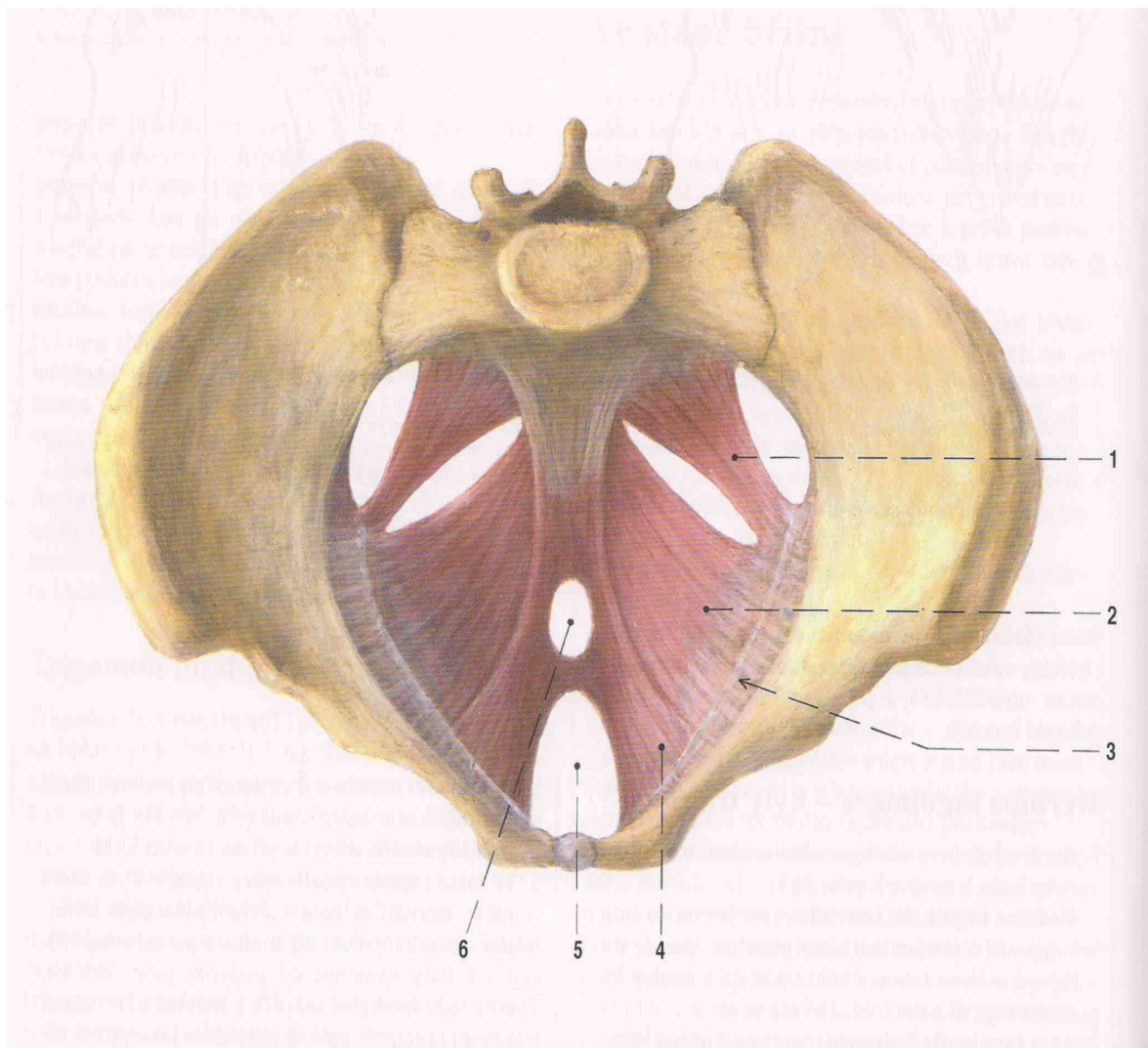
- Ano
 Ne

PŘÍLOHA P IV: SVALY PÁNEVNÍHO DNA



1 – m. ischiocavernosus, 2 – m. bulbospongiosus, 3 – diaphragma urogenitale, 4 – m. transversus perinei superficialis, 5 – m. levator ani, 6 – m. obturatorius internus a jeho facie, 7 – m. sphincter ani externus, 8 – lig. sacrotuberale, 9 – lig. anococcygeum

PŘÍLOHA P V: SVALY PÁNEVNÍHO DNA–KRANIÁLNÍ POHLED



1 – m. coccygeus, 2 až 4 – m. levator ani, 2 – m. illiococcygeus, 3 – arcus tendineus musculi levatoris ani, 4 – m. pubococcygeus, 5 – hiatus urogenitalis, 6 – otvor pro rectum

PŘÍLOHA P VI: CVIČEBNÍ JEDNOTKA SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA Z ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ

Cvičíme nejlépe na přikrývce na podlaze, v klidu a tichu. Cvičíme pomalu, zvolna, nezadržujeme dech, mezi jednotlivými cviky vkládáme malou přestávku. Opakujeme každý cvik 3 – 5x, později 10x. Při každém cviku je nutné při vtažení konečníku, pochvy a močové trubice navodit si pocit zadržení stolice a močení!

1. Leh na břicho, ruce složené pod čelem, nohy natažené, palce nohou opřeny o zem. Odlepit kolena od země, napnout celé nohy, stáhnout k sobě sedací svaly, vtáhnout konečník, pochvu a močovou trubici. Výdrž. Položit kolena na zem, uvolnit všechny svaly.
2. Leh na zádech, paže podél těla, nohy natažené. Stisknout kolena, stehna, sedací svaly k sobě, vtáhnout břicho, konečník, pochvu, močovou trubici. Výdrž. Uvolnění.
3. Tatáž poloha, nohy skrčeny, chodidla na zemi. Stisknout kolena, stehna sedací svaly, vtáhnout břicho, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici. Výdrž. Uvolnění.
4. Tatáž poloha jako v předchozím cviku. Zdvihnout pánev od země, stisknout sedací svaly, vtáhnout břicho, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici. Výdrž. Uvolnění.
5. Leh na záda, paže podél těla, nohy nataženy. Vtahování konečníku na tři doby.
1. doba – mírně vtáhnout. 2. doba – více vtáhnout. 3. doba co nejvíc vtáhnout. Uvolnit.
6. Leh na zádech, paže podél těla, nohy skrčeny, chodidla na zemi. Zdvihnout pánev, stisknout sedací svaly, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici. Pohyb pánví dolů, nahoru a to 3x, stále vtažený konečník. Položit pánev, uvolnit.
7. Leh na zádech, paže podél těla, nohy natažené, mírně od sebe. Stisknout sedací svaly, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici. Výdrž. Uvolnit.
8. Klek. Ruce opřít o zem. Brada na prsa, vykulatit záda, vtáhnout břicho, stisknout sedací svaly, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici. Výdrž. Prohnout záda, hlavu vzhůru, uvolnit svaly, které se napínaly a vtahovaly. Uvolnění.