

Episiotomie nebo ruptura pohledem porodní asistentky

Aneta Rokosová

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Aneta Rokosová
Osobní číslo:	H18466
Studijní program:	B5349 Porodní asistence
Studijní obor:	Porodní asistentka
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Epiziotomie nebo ruptury pohledem porodní asistentky

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti epiziotomie nebo ruptury pohledem porodní asistentky.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace formou dotazníků.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

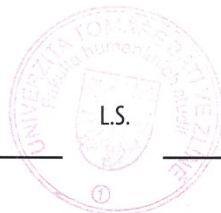
Seznam doporučené literatury:

- DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7
- SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3
- VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babičství a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6
- International journal of gynaecology and obstetrics* [online], © 1999-2020. Spojené státy americké, Irsko [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/>. ISSN: 0020-7292

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Eva Bednářová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlině dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávatečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

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

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

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem mé bakalářské práce je epiziotomie nebo ruptura pohledem porodní asistentky. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zabývám stručnou historií o zavádění epiziotomie do praxe a současné využití. Následuje anatomie, rozdělení porodních poranění, ošetření a péče o porodní poranění a metody prevence porodního poranění.

Hlavním cílem mé praktické části bylo zjistit, zda porodní asistentky provádějí epiziotomii rutinně nebo na základě indikace. Práce je zpracována na základě kvantitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaného dotazníku. Dotazník byl určen pro porodní asistentky po celé české republice.

Klíčová slova: porodní poranění, epiziotomie, ruptura perinea, sutura, péče, metody prevence

ABSTRACT

The topic of this bachelor thesis is the episiotomy or the incision of the perineum from a midwife's point of view. The thesis has two parts; theoretical and practical. The theoretical part contains a brief history about the first use of episiotomy and its current uses. Anatomy, types of birth injuries, treating of birth injuries and subsequent care of these; and different forms of prevention of birth injuries are described next.

The main goal of the thesis was to find out whether midwives perform episiotomy routinely or on the basis of indications. Quantitative research with semistructured questionnaire was used for the purpose of the thesis's goal. The questionnaire was designed for midwives across all Czech Republic.

Keywords: birth injuries, episiotomy, incision of the perineum, suture, care, forms of prevention

Chtěla bych touhle cestou poděkovat paní Ing. Evě Bednářové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za podporu mé rodině a všech mých blízkých. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem porodním asistentkám, které se výzkumného šetření účastnily.

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

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 HISTORICKÝ PŘEHLED.....	13
1.1 EPIZIOTOMIE V 19. STOLETÍ.....	13
1.2 EPIZIOTOMIE VE 20. STOLETÍ	13
1.3 EPIZIOTOMIE V SOUČASNOSTI.....	13
2 ANATOMIE PORODNÍCH CEST	14
2.1 KOSTĚNÁ PÁNEV	14
2.2 VNITŘNÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY	15
2.3 ZEVNÍ ŽENSKÉ POHLAVNÍ ORGÁNY.....	16
2.4 PÁNEVNÍ DNO.....	17
2.5 HRÁZ.....	17
3 PORODNÍ PORANĚNÍ.....	18
3.1 PORANĚNÍ MĚKKÝCH PORODNÍCH CEST.....	18
3.2 PORANĚNÍ PÁNVE	20
3.3 EPIZIOTOMIE	20
3.3.1 Indikace k epiziotomii.....	20
3.3.2 Technika k provedení epiziotomie	20
3.3.3 Rozdělení epiziotomií	21
3.3.4 Komplikace epiziotomie	21
4 OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ	23
4.1 OŠETŘENÍ EPIZIOTOMIE A RUPTURA I. A II. STUPNĚ	23
4.2 OŠETŘENÍ RUPTURY III. A IV STUPNĚ	23
5 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ.....	25
6 METODY PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ.....	27
6.1 METODY PREVENCE V TĚHOTENSTVÍ.....	27

6.1.1	Přírodní metody.....	27
6.1.2	Masáž hráze.....	27
6.1.3	Vaginální dilatační balónek.....	28
6.1.4	Kegelovy cviky	29
6.1.5	Vaginální napářka	29
6.2	METODY PREVENCE BĚHEM PORODU.....	29
6.2.1	Poloha při porodu.....	29
6.2.2	Nahřívání hráze	30
6.2.3	Chránění hráze	31
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
7	METODIKA PRÁCE.....	33
7.1	STANOVENÍ CÍLŮ	33
7.1.1	dílčí cíle.....	33
7.2	METODA SBĚRU DAT	33
7.3	METODA ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	33
8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34
	DISKUZE	55
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	61
	SEZNAM GRAFŮ	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Termín epiziotomie neboli nástřih hráze je definována jako nejčastější porodnický výkon, který se provádí v druhé době porodní. Podle Roztočila, který píše, že z velkého počtu různých operací k rozšíření měkkých porodních cest si pouze epiziotomie zanechala své opodstatnění (Roztočil, 2017). Doležal uvádí, že epiziotomie byla pokládána za součást lékařsky vedeného porodu a její výhoda měla spočívat v urychlení porodu, uchránění hráze a konečníku od nepravidelných poranění (Doležal, 2007).

Popis prvních zásahů na hrázi, které měly urychlit porod, jsou dohledatelné v odborné literatuře již od 18. století. V 19. století byla porodníky přijata a postupně zavedena do porodnické praxe. Ve 20. století se většina porodů přesouvala do nemocnic, kde se epiziotomie stala rutinní součástí všech vaginálních porodů, nejen ve světě, ale i u nás (Bednářová, 2011). V dnešní době můžeme sledovat trend snižování počtu epiziotomií (Bohatá, 2016). V roce 2008 bylo v ČR provedeno 43 916 epiziotomií, v roce 2009 provedeno 42 922 epiziotomií, v roce 2010 40 763 epiziotomií, v roce 2011 37 110 epiziotomií, v roce 2012 35 834 epiziotomií, v roce 2013 32 817 epiziotomií, v roce 2014 31 598 epiziotomií a v roce 2015 29 390 epiziotomií. Ze statistiky vyplývá, že počet epiziotomií pomalu klesá (www.uzis.cz).

V teoretické části se budu zabývat poraněním ruptur perinea a epiziotomií. Jejich rozdělením, indikací, ošetřením poranění a vhodnou technikou šití, péči o porodní poranění a metody prevence, které mohou předejít porodnímu poranění.

V praktické části bude mým hlavním cílem zjistit, zda provádějí porodní asistentky epiziotomii rutinně nebo na základě indikace. Následujícím cílem bude zjistit, jakou metodu prevence využívají porodní asistentky k předejití epiziotomie.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ PŘEHLED

Mnoho autorů uvádí, že první nástřih hráze provedl Sir Fielding Ould (1710-1789). Byl to irský porodník, který pobýval v Rotunda Hospital v Dublinu. Jeho hlavní dílo je „*Pojednání o porodnictví*“, kde popisuje provedení „řezu od řitního otvoru směrem i introitu“ u žen, které obtížně rodí (Bednářová, 2011).

1.1 Epiziotomie v 19. století

O zavádění epiziotomie mezi porodnické operace je nejvíce důkazů u německých autorů. V té době měla epiziotomie své zastánce i odpůrce. Christian Ludvik Musina (1744-1823), porodník a chirurg z Charité v Berlíně nesouhlasil s prováděním epiziotomie. Tvrdil, že „je nesmysl rozřezat hráz, aby nebyla roztrhaná“, ale mnozí porodníci se spíše přikláněli kladně k tomuto zákroku. Začínají vycházet různé články o provádění epiziotomie. Český lékař Dr. Čeněk Křížek ve své učebnici „*Základové porodnictví pro lékaře*“ popisuje různé způsoby provádění řezů na hrázi. Podle Křížka jsou důvody k provedení epiziotomie nepoddajná a tuhá hráz, potřeba rychle ukončit porod u prvorodičky, zabránění vzniku ruptury III. a IV. Stupně (Bednářová, 2011).

1.2 Epiziotomie ve 20. století

Ve 20. století bylo mnoho publikací o způsobů provádění epiziotomií. Profesor Klaus ve své knize „*Porodnické operace*“ popisuje provedení nástřihu mediální, laterální a Schuchardtův řez. Epiziotomii nastřihává nůžkami, zavedením prstů do pochvy. Mnoho porodníků preferuje buď způsob mediální, jiní mediolaterální a druzí pouze laterální (Bednářová, 2011). V době, kdy se porody zaměřovali do nemocnic, se stala epiziotomie rutinním zákrokem. Nástřih se chápal jako něco „normálního“, bez čeho by žena neprodila (Štromerová, 2010). Koncem 20. století se epiziotomie neprováděla rutinně, ale pro nástřih hráze byla důležitá jasná indikace (Takács, Sobotková, 2015).

1.3 Epiziotomie v současnosti

V dnešní době se nástřih hráze neprovádí tolik jako v předešlých letech. Pokud se provádí epiziotomie, tak z důvodu indikací k provedení nástřihu hráze. Ženy v dnešní době se často připravují k porodu a využívají různé metody prevence vzniku porodního poranění.

2 ANATOMIE PORODNÍCH CEST

2.1 Kostěná pánev

Ženská pánev je součástí kostry dolních končetin. Pánev (*Pelvis*) se skládá ze dvou pánevních kostí (*ossa coxae*), zadní část je spojena s nepárovou kostí křížovou (*os sacrum*) a přední část je vzájemně spojena sponou stydkou (*symphysis pubica*) (porodni asistence). Pánevní kost vzniká spojením tří samostatných kostí, a to jsou kosti kyčelní (*os ilium*), kosti stydké (*os pubis*) a kosti sedací (*os ischii*) a splynutím kosti křížové s pěti křížovými obratli - *vertebrae sacrales*. Pánev se rozděluje na velkou a malou pánev a hranicí mezi nimi je hraniční čára - *linea terminalis*. Ženská pánev se od mužské pánve liší, a to hlavně tvarem a postavením jednotlivých částí, které mají velký význam v těhotenství a při porodu (Roztočil, 2017).

Velice důležitými znaky v porodnictví jsou pánevní roviny malé pánve. Tyto rozměry odpovídají fyziologickým rozměrům hlavičky novorozence (Roztočil, 2017).

Rovina pánevního vchodu (apertura pelvis superior aditus pelvis) je ohraničena pomocí *linea terminalis*. Pánevní vchod se podobá příčně orientovanému oválu s vystupujícím promontorium. V této rovině rozděluje několik rozměrů, jako jsou tři přímé, jeden příčný a dva šikmé průměry. Mezi přímé průměry řadíme *diameter recta aditus pelvis*, který měří 11 cm, *diameter obstetrica*, který je jeden z nejhlavnějších rozměrů pánevního vchodu. Je to nejkratší vzdálenost mezi zadní stranou symfýzy a předním okrajem promontoria a jeho rozměr je okolo 10,5 cm a *conjugata diagonalis*, který měří 12,5 - 13 cm. Příčný průměr *diameter transversa* měří asi 13 cm. Šikmé průměry se rozdělují na I. šikmý (*diameter obliqua I. dextra*) a II. šikmý (*diameter obliqua II. sinistra*), oba tyto průměry měří okolo 12,5 cm (Hájek, 2014).

Rovina pánevní šíře (amplitudo pelvis) je vzdálenost mezi spojením S2 a S3 a středem *symphysis retabula*. Pánevní šíře má dva průměry. Jedním je *diameter recta amplitudinis pelvis* a měří 12 cm, druhým je *diameter transversa amplitudinis pelvis* měřící asi 12 cm (Hájek, 2014).

Rovina pánevní úžiny (angustia pelvis) je ohraničena kaudálním koncem *os sacrum*, okrajem *spina ossis* a dolním okrajem *symphysis pubica*. Má oválný tvar. Dva základní rozměry jsou *diameter recta* měřící 11 cm a *diameter transversa* měřící 10 cm (Hájek, 2014).

Rovina pánevního východu (exitus pelvis inferior, exitus pelvis) je ohraničení od konce os *coccygis*, *tuber ischiadicum* a dolní okraj *symphysis pubica*. V této rovině se určují dva základní rozměry. *Diameter transversa* měřící 11 cm. *Diameter recta*, který spojuje kaudální okraj symfýzy a hrotu kostrče asi 9 cm. Hrot kostrče se při porodu hlavičky odstrčí a tím se vzdálenost mezi dolním okrajem symfýzy a hrotem kostrče zvětší na 11 - 11,5 cm (Hájek, 2014).

2.2 Vnitřní ženské pohlavní orgány

Pochva (*vagina*) je dutý svalový orgán dlouhý přibližně 10 cm. Dolní část ústí do poševní předsíně a v zadní části navazuje na děložní hrdlo. Epitel pochvy je vrstevnatý dlaždicový epitel a stěnu sliznice pokrývá sekret, který tvoří hlen z cervixu a odloupané epitélie. Pochva je velmi elastická a poddajná, což má velký vliv během porodu pro postup dítěte (Slezáková, 2017).

Děloha (*uterus*) je dutý svalový orgán, který má podobu hruškovitého tvaru. Děloha je dlouhá asi 8 cm. Její hlavní funkcí je vývoj zárodku nebo plodu a vypuzení plodu při porodu. Děloha je umístěna v malé pánvi a mezi močovým měchýřem a konečníkem. Dělohu jako orgán členíme na tři části:

- Děložní hrdlo (cervix uteri)
- děložní úžina (istmus uteri)
- děložní tělo (corpus uteri)

Děložní stěna je tvořena třemi vrstvami. První vrstvou je *perimetrium*, druhou vrstvou je *myometrium*, což je vrstva svalová a poslední částí je *endometrium*, který vystýlá sliznici děložní dutiny. Děloha se během života ženy velmi mění a nejčastějšími faktory mohou být věk, fáze menstruačního cyklu, různé patologické útvary a gravidita (Slezáková, 2017).

Vejcovod (*utera uterina*) je párový trubicovitý orgán, dlouhý přibližně 9-12 cm. Hlavní funkcí vejcovodu je transport vajíček do dělohy. Na začátku vejcovodu jsou fimbrie, což jsou pohyblivé řasinky a ty při ovulaci obklopují vaječník, aby zachytili uvolněné vajíčko. Vejcovody ústí do dělohy v rozích děložních. Oplodnění vajíčka se nejčastěji stává právě ve vejcovodu (Slezáková, 2017).

Vaječník (*ovarium*) je párová pohlavní žláza o velikosti švestky. Hlavní funkcí vaječnicků je tvorba a uvolňování vajíček a tvoří se zde ženské pohlavní hormony, jako jsou estrogen a progesteron od puberty až do klimakteria. Nachází se na boční stěně malé pánve. Před začátkem menstruačního cyklu je vaječník hladký a po nástupu menstruace se tvoří jizvičky po uvolněných vajíčkách (Slezáková, 2017).

2.3 Zevní ženské pohlavní orgány

Hrma (*mons pubis, mons veneris*) je vyvýšení před dolní částí podbřišku a před sponou stydkou. Je pokryta tukovým polštářem a na kůži se v pubertě tvoří chlupy (*pubes*). V kůži se nachází mazové a potní žlázy (Procházka, 2020).

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) jsou kožní valy vystupující od *mons pubis* okolo *symphysis pubica*. Mají tvar podélných váľů v předozadní rovině, dlouhé přibližně 8 cm a široké 2 - 3 cm. V přední části velkých stydkých pysků je méně zřetelná *commissura labarum anterior* a zadní *commissura labarum posteriori*. Mezi stydkými pysky je stydká štěrbina (*rima pudendi*). Zevní povrch pysků je podobný vzhledu kůže, což znamená hojnou pigmentaci, přítomnost potních a mazových žláz. *Labia majora* jsou pokryta chlupy (*pubes*) stejně jako *mons pubis* (Roztočil, 2017).

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) jsou umístěny mezi velkými stydkými pysky. Jejich kůže má charakter narůžovělé sliznice, bez ochlupení a neobsahují potní žlázy. Obsahují však žlázy mazové, které tvoří jejich sekret spolu s odloupanými epitelii. Vazivová tkáň *labia minora* je tvořena elastickými vlákny, proto jsou lehce erektilní. Horní části malých stydkých pysků se rozebíhají do dvou řas, kde je mezi nimi uložen klitoris (Hájek, 2014).

Pošťeváček (*clitoris*) je topořivé těleso homologní s penisem. Klitoris se skládá ze zakrnělého žaludu (*glans clitoridis*) a těla (*corpus clitoridis*). *Glans clitoridis* pokrývají řasy malých stydkých pysků. Základem klitorisu jsou párová topořivá tělesa (*corpora cavernosa clitoridis*), (Hájek, 2014).

2.4 Pánevní dno

Pánevní dno (*diaphragma pelvis*) je tvořeno souborem příčně pruhovaných svalů a vazů, které následně tvoří pánevní dno. Funkcí pánevního dna je podpora břišních a pánevních orgánů. Má tvar nálevky. Pánevní dno se skládá ze dvou vrstev:

Diaphragma pelvis je svalová vrstva, která se svým širokým okrajem upíná na vnitřní plochu pánve směřující dolů, kde se zužuje. Hlavními svaly *diaphragma pelvis* jsou *m. levator ani* a *m. piriformis*. V přední části pro vstup močové trubice a pochvy se nachází štěrbinovitý *hilus urogenitalis* a zadní části štěrbinou *hiatus ani* pro vstup konečníku (Binder, 2011).

Diafragma urogenitale je svalově vazivová přepážka, která je umístěna vpředu pod *hiatem urogenitalis*. Svaly, které tvoří *diafragma urogenitale*: *m. transversus perinei profundus*, *m. bulbocavernosus*, *m. transversus perinei superficialis*, *m. ischiocavernosus* a *m. sfinkter ani externus*, který je umístěn okolo řitního otvoru (Binder, 2011). (příloha II)

V průběhu těhotenství a porodu je pánevní dno velmi zatíženo a může hrozit přetrhnutí *hiatus urogenitalis* kvůli tlaku hlavičky při průchodu porodními cestami (Procházková, 2020).

2.5 Hráz

Hráz (*perineum*) je silná svalová oblast mezi *vestibulum vaginae* a řitním otvorem. Tento prostor je dlouhý přibližně 3 - 4 cm (Roztočil, 2017). Svaly hráze (*mm. perinei*) jsou uloženy pod pánevním dnem a zakrývají zespodu *hiatus urogenitalis*. Rozdělují se na dvě skupiny: Jedny jsou podkladem *diafragma urogenitalis* a druhé jsou připojené k zevním pohlavním orgánům. Tyto svaly jsou řízené *n. pudendus* (Hájek, 2014).

Perineální membrána (membrána perinei) je vazivově svalová ploténka, která se rozpíná mezi rozestupujícími se rameny stydkých kostí a kostí sedacích, v rozsahu mezi kaudálním okrajem *syphysis pubica* a spojnicí *tubera ischiadica*. Nachází se pod pánevním dnem a upíná se na dolní hranici kostěné pánve a obklopuje uretru a pochvu (Hájek, 2014).

3 PORODNÍ PORANĚNÍ

Porod je považován za fyziologický děj, u kterého mohou vzniknout porodní poranění, v těchto případech je nutné vždy důsledně a pečlivě ránu zkontrolovat a ošetřit. Za vznik poranění má vliv řada faktorů. Mezi rizikové faktory pro vznik porodních poranění patří překotný porod, špatné chránění hráze při druhé době porodní, časté zasahování do porodního děje, porod za pomoci nástrojů. Porodní poranění lze rozdělit na ruptury měkkých cest a pánevní poranění (Procházka, 2020).

3.1 Poranění měkkých porodních cest

3.1.1 Ruptury perinea

Poranění hráze řadíme mezi měkké porodní poranění. Ruptury perinea jsou častým poraněním při porodu. Trhliny hráze se rozdělují do následujících čtyř stupňů:

- I. stupně - první stupeň postihuje vaginální sliznici a kůži hráze, svalstvo hráze je neporušené.
- II. stupně - druhý stupeň poškození postihuje kůži, svalstvo hráze, sliznici a podslizniční vazivo pochvy ve větším rozsahu. Poranění nezasahuje do análního svěrače.
- III. stupeň - třetí stupeň je podobné s rupturou II. stupně, ale zde dochází ke poškození análního svěrače. Dále se dělí dle rozsahu poranění svěrače:
 - IIIa - postihuje méně než 50 % zevního svěrače
 - IIIb - postihuje více než 50 % zevního svěrače
 - IIIc - Postihuje zevní i vnitřní anální svěrač, ale bez porušení anální sliznice
- IV. stupeň - čtvrtý stupeň postihuje poranění celého análního svěrače včetně anální sliznice. (Příloha III)

(Roztočil, 2017)

U ruptur perinea mohou vzniknout i atypické trhliny hráze jako jsou latentní ruptura a kapsovitá trhlina (Procházka, 2020). Prevencí před vznikem ruptur je správné vedení porodu, chránění hráze, epiziotomie (roztočil, 2020).

3.1.2 Ruptury pochvy

Poranění pochvy vzniká zároveň s trhlinami vedlejších orgánů, vulvy a perinea. Izolované trhliny vznikají ve střední čáře a jsou po porodu poměrně zřídka. Příčně orientované trhliny bývají v horní části pochvy a v poševních klenbách. Mezi vzácnější poranění patří odtržení pochvy od čípku v celém jeho obvodu. *kolpaporrhaxis*. Příčinou vzniku těchto poranění jsou cervikokorporální dystokie, dlouhotrvající děložní kontrakce při porodních překážkách a operační výkony. V případě kdy nedojde k roztržení pochvy a sliznice zůstane neporušená, dochází k hromadění krve mezi poševní stěnou a *fascie pelvina*, tímto vzniká hematoma pochvy (Roztočil, 2020). Mezi hematomy pochvy se řadí *supralevátorové a infralevátorové*. (příloha IV). Hematomy supralevátorové jsou vzácnější, které se šíří do *retroperitonea* a je těžší zjistit zdroj krvácení (Hájek, 2014).

3.1.3 Ruptury děložního hrdla

Téměř u každého porodu dochází k povrchným trhlinám. Velmi dobře se hojí a nezanechávají žádné následky. Závažnější jsou ruptury vedoucí po celé délce hrdla až do poševní klenby. Častou příčinou těchto poranění jsou rigidní nebo zjizvené hrdlo, předčasné tlačení v kontrakci při nerozvinuté brance. Krvácení je hlavním příznakem těchto poranění, a pokud postihne *a. uterinu* způsobí velmi silné krvácení (Hájek, 2014).

3.1.4 Ruptura dělohy

S rupturou dělohy se v dnešní době tolik nesetkáváme. V minulosti byly nejčastější příčiny patologické pánve a z toho plynoucí nepoměr, dnes se tohle objevuje jen výjimečně (Hájek, 2014). Ruptury dělohy vznikají v těhotenství nebo za porodu při porušení citlivosti děložní stěny v oblasti děložního těla nebo v dolním segmentu děložním. Dělí se podle rozsahu anatomického poškození na **kompletní** (kdy je postižená celá děložní stěna) a **inkompletní** (postižení subperitoneální a extramukózní) a podle mechanismu vzniku na **spontánní** a **násilné**. V těhotenství je hrozícím faktorem vzniku ruptury dělohy stav po císařském řezu, operace na děloze, vrozená vývojová vada dělohy, obezita, zánětlivé procesy. V průběhu porodu má za následek poranění dělohy kefalopelvický nepoměr, hypertonus, Kristellerovy exprese, vnitřní obrat plodu. Výraznou známkou hrozící ruptury je tzv. **Bandlova rýha** (příloha V), to znamená, že je viditelná hranice mezi svalovinou těla děložního a mezi dilatovaným dolním děložním segmentem. Bandlova rýha se při

hrozící ruptuře posouvá k pupku a obvykle ji předchází silná bolest a následně vymizí kontrakce (Procházka, 2020).

3.2 Poranění pánve

Během těhotenství vznikají pod vlivem estrogenů a progesteronů změny ve vazivu, chrupavkách a v kloubních spojích. V průběhu spontánního porodu mohou vzniknout poranění symfýzy, sakroiliakálního kloubu, poranění kostrče (Roztočil, 2020).

3.3 Epiziotomie

Epiziotomie neboli nástřih hráze je častým zákrokem v průběhu spontánního porodu. V současné době se epiziotomie řadí mezi nejčastější porodnické operace, které se provádějí v druhé době porodní. Výkon se nejčastěji provádí při prořezávání hlavičky, a to převážně u prvorodiček, kdy se *perineum* napíná a hrozí ruptura poševního introitu a perinea v různém rozsahu (Hájek, 2014).

3.3.1 Indikace k epiziotomii

Indikacemi k provádění epiziotomií můžeme řadit mnoho faktorů. Provádí se při klešťových operacích, vakuumextrakce, dystokie ramének, alterace ozev nebo u porodu velkého plodu. Dalšími indikacemi mohou být např. rigidita nebo zjizvení tkáně, malý a nezralý plod, aby se předešlo traumatizaci a deflexní poloha hlavičky. Epiziotomii neprovádíme, když je hráz pružná, elastická a žena spolupracuje. Rodička by vždy měla dát slovní souhlas o nástřihnutí a nástřih by měl být v co nejmenším rozsahu (Hájek, 2014).

3.3.2 Technika k provedení epiziotomie

Nástřih hráze se provádí při zcela rozvinuté hrázi u prořezávající se hlavičce při vrcholu kontrakce. Epiziotomie se provádí speciálními nůžkami se zevním zaoblením a tupým zakončením jedné branže. Porodní asistentka nebo porodník zavede ukazováček a prsteníček do pochvy, kde brání rychlému prostupu hlavičky a druhou rukou vede stříh kolmo na roztaženou hráz rovnoměrně směrem do pochvy. Lékař nebo porodní asistentka si zvolí, na jakou stranu se provede nástřih (Hájek, 2014).

3.3.3 Rozdělení epiziotomií

- *Mediální* - nástřih je veden od středu perinea k análnímu otvoru. Je dlouhý nejvýše 2 - 4 cm. Vede skrz *m. transversus perinei superficialis* a *profundus*. Výhodou tohoto typu epiziotomie je snadné šití a dobré hojení rány. Neprovádí se však často a to při nízké hrázi, velkému plodu a při rychlému prořezávání hlavičky kdy může dojít k pokračující ruptuře a poranění *m. sphincter ani* (Hájek, 2014). Podle Doležala tato epiziotomie zasahuje centrum *tendineum*, kde ústí i vlákna *m. levatoris ani*, *bulbospongiosi* i svěrače. Tím se může rozšířit na svěrač a vznikne ruptura III. stupně (Doležal, 2017). (Příloha VI)
- *Mediolaterální* - mediolaterální epiziotomie se provádí od introitu k hrbolu sedací kosti pod úhlem 45-60° a je dlouhá nejvýše 2 - 4 cm. Je to nejčastěji používaný typ epiziotomie. Nástřih vede před stejné svaly jako epiziotomie mediální, navíc protíná i *m. bulbocavernosus*. Výhodou je, že nedojde k ruptuře análního svěrače, ale žena více krvácí a rána se může špatně hojit (Hájek, 2014).
- *Laterální epiziotomie* - Hájek popisuje, že tato epiziotomie se provádí od středu introitu stejně jako epiziotomie mediolaterální v délce 4 - 5 cm k hrbolu kosti sedací. Nástřih zasahuje více *m. bulbocavernosus* a nevýhodou je náročnější sutura i hojení (Hájek, 2014). Naopak Doležal zastává názor, že nástřih se provádí 2 cm nad introitem v úhlu 45° směrem k hrbolům sedacích kostí, v případě porodu s kleštěmi se volí větší rozsah. Laterální epiziotomie vytváří větší prostor pro snadnější a rychlejší prostup hlavičky u spontánního porodu. Laterální řez zasahuje do *m. bulbocavernosus*, *transversus perinei superficialis* a *profundus*, při rozsáhlejším poranění i *levator ani* a povrchní větve *vasa pudenda* (Doležal, 2017).
- *Rozšířená laterální epiziotomie (Schuchardtův řez)* - vychází z laterální epiziotomie, je však poloobloukovitá a rozsáhlejší okolo 6 - 7 cm. Protíná pubickou i ilickou část *m. levator ani*. Výhodou je lepší přístup pro náročné vaginální operace. Tento typ je málo využívaný, z toho důvodu, že hrozí silné krvácení a rána je velmi náročná na rekonstrukci svalů pánevního dna (Hájek, 2014).

3.3.4 Komplikace epiziotomie

Stejně jako u jiných chirurgických zákroků existují rizika spojená s epiziotomií. Komplikace, které nastanou bezprostředně po provedení epiziotomie, mohou bohužel

ovlivnit i ženy dlouho po této skutečnosti. Epiziotomie znamená nejen krátkodobý a někdy velmi bolestivý proces hojení, ale také dlouhodobé komplikace, které mohou vážně narušit každodenní život (Episiotomy Complications, 2021).

Ranné komplikace

Jednou z nejčastějších ranných komplikací epiziotomií je hematoma, který může být způsoben nezastaveným nebo pokračujícím krvácením. V tomto případě se provádí revize dutiny děložní se zastavením krvácení. Druhotnou komplikací může být zánět. Zánět je způsoben sekundární infekcí hematomu v šestinedělí. Třetí komplikací je dehiscence rány, která může nastat při nedokonalém vyčištění epiziotomie, infektu rány nebo nedostatečné odstranění hematomu při revizi dutiny děložní. Znovu zašití rány se provádí až po odstranění příčin a dokonalém vyčištění rány (Procházka, 2020).

Pozdní komplikace

Pozdější komplikací můžou být celkový dlouhodobý diskomfort, nejen v běžném životě, ale hlavně při pohlavním styku. Žena může trpět bolestmi v oblasti hráze i několik týdnů, proto je vhodné využívat při pohlavním styku lubrikační gel.

Jako pozdní komplikace při poranění pánevního dna se může objevit tzv. funkční stresová inkontinence. V ČR trpí přibližně 1/3 žen únikem moči, ženy s tímto problémem nechodí k lékaři. Projevuje se při zvýšeném nitrobršním tlaku, nejčastější faktory jsou (kašel, smích, běh, zvedání těžkých věcí). Při poruchách pánevního dna by měla být neinvazivní terapie, která zahrnuje cvičení pánevního dna, popřípadě elektrostimulace a úprava rizikových faktorů (Dlasková, 2016). Inkontinence u poranění hráze III. a IV. stupně, při kterých je poraněn i řitní svěrač, mohou mít za následek inkontinenci stolice a střevních plynů. Pokud k tomu dojde, následuje operace upravující funkci svěrače (Episiotomy: Procedure, Complications, and Recovery, 2016).

4 OŠETŘENÍ PORODNÍCH PORANĚNÍ

Po ukončení III. doby porodní je důležité pro ženu, aby porodník či porodní asistentka ošetřili porodní poranění. Po porodu je nutné provést revizi porodních cest a zkontrolovat rozsah porodního poranění za pomoci zrcadel a sterilních tampónů, které se využívají na vysušení tkáně. Provádí se za přísných aseptických podmínek. Po zhodnocení rozsahu poranění se aplikuje lokální anestetikum. Při poranění na kůži se aplikuje postříkové anestetikum Xylocain 10% a u hlubších poranění se aplikuje injekční roztok Mesocain 1%. V případech rozsáhlého poranění se může užít celková anestezie. Při poruše sliznic se nejčastěji používá Traumacel (Procházka, 2020).

4.1 Ošetření Epiziotomie a ruptura I. a II. stupně

Nekomplikovaná epiziotomie se šije od horního vrcholu poševní sliznice zároveň s podslizničními tkáněmi, buď pokračujícími nebo jednotlivými stehy až k hymenálnímu okraji. Poté následují svaly hráze, které se rekonstruuje jednotlivými stehy a v další vrstvě podkožní vazivo. Kůže se šije nejlépe adaptačními stehy. Sutura se provádí vstřebatelnými vlákny. Stejný postup se provádí u ruptur I. a II. stupně (Hájek, 2014).

4.2 Ošetření Ruptury III. a IV stupně

Před začátkem vyšetření je indikované bidigitální vyšetření, kdy ukazovák ruky je zaveden do konečníku a palcem je palpačně hodnocený stav análního svěrače.

Sutura ruptury perinea 3a (poranění méně než 50% EAS) ošetření poranění se provádí metodou end-to-end. Roztržená vlákna EAS jsou zachycena dvěma stehy a aproximována.

Sutura ruptury perinea 3b (poranění více než 50% EAS) při ošetření poranění zevního análního svěrače a větších poranění se používá end-to-end aproximace i overlapping sfinkteroplastika.

Sutura ruptury 3c (ruptura IAS) poranění vnitřního análního svěrače se šije samostatným jednotlivým adaptačním stehem metodou end-to-end za použití nejlépe monofilamentního stehu.

Sutura ruptury perinea 4. stupně (ruptura EAS&IAS a mukózy rekta) při sutuře sliznice rekta se šije jednotlivými stehy absorbovatelného pletence stehu (3-0 vicryl

Ethycon) s uzly vázanými v análním lumen či pokračujícím submukózním stehem. (Příloha VII)

End-to-end aproximace pomocí stehů jsou přetržené konce aproximovány k sobě (end-to-end) bez napnutí. Je vhodné použít 4 stehy a okraje EAS sblížit na 4 místech. Jako další možností je využití stehů ve tvaru čísla „8“.

Overlapping sfinkteroplastika je metoda, kdy sval musí být mobilizován tak, aby mohl být ve své konečné pozici přetažen jeden konec přes druhý (overlap). Materiál na šití se používá monofilamentní (Záhumenský, 2013).

Ošetření ruptury III. a IV. stupně by měl vždy provádět zkušený porodník či chirurg za přítomnosti druhého kolegy (Fabiánová, 2018), (Záhumenský, 2013).

V závěrečné fázi sutury by měl porodník vždy zkontrolovat *per rektum*. Porodní asistentka nebo lékař seznámí ženu s rozsahem porodního poranění a poté je následující dvě hodiny monitorována porodní asistentkou na porodním sále. Kontrolují se fyziologické funkce, krevní ztráta a zavinování dělohy (Hájek, 2014).

5 PÉČE O PORODNÍ PORANĚNÍ

Během porodu dochází k porodnímu poranění, kdy může vzniknout poranění hráze, hrdla, děložního těla, pochvy a někdy i konečniku. K základnímu ošetření dochází již na porodním sále, kde se ošetřuje poporodní poranění. Po sutuře poranění provede porodní asistentka očištění zevních rodidel a dá rodičku tzv. „do sucha“. Vhodná poloha je nejlépe na zádech. Není vhodné zvedat ruce nad hlavu, může hrozit krvácení z důvodu napínání dělohy. Kontrolují se fyziologické funkce, krvácení z poranění, zavinování dělohy a celkový stav ženy. Následná péče a edukace šestinedělky probíhá na oddělení šestinedělí.

V prvních 72 hodinách je pro šestinedělku důležitá hygiena v oblasti porodního poranění. Pravidelné sprchování v oblasti poranění vlažnou vodou. Vhodné k hygieně je používat neparfémovaná mýdla, pouze jen čistou vodu nebo intimní gel s pH 5,5. Po omytí následuje důkladné osušení poranění a používání prodyšných porodnických vložek (Koudelková, 2013). Vložky je potřeba měnit co nejvíce, ze začátku po každém kojení. Při kojení je uvolňuje hormon oxytocin, který způsobuje zvýšené odcházení očištěk (*lochií*). *Lochia* jsou směsí povrchové vrstvy endometria, krve a lymfatických tkání. Zvyšují riziko infekce, proto je nutné dbát na důslednou hygienu rukou, aby nedošlo k nakažení novorozence a vzniku mastitidy (Roztočil, 2017). Šestinedělky musí dbát na řádné sušení a větrání porodního poranění. Doporučuje se nosit prodyšné síťové kalhotky (Koudelková, 2013).

Při větším poranění je vhodné, aby lékař naordinoval změkčovadla stolice (laktulóza) 10-15 ml denně, pomáhá při stolice jako laxativum. Vhodné je používat masti, které neobsahují chemické a konzervační látky. Doporučuje se užívat měsíčková mast, která je vhodná na zarudlá místa kolem rány a kostivalová mast na oblast otevřené rány (Stadelmann, 2001).

Na zmírnění otoků a bolestivosti hráze se doporučují používat studené obklady. Jsou vhodné u hemeroidů či hematomů. Hematom se díky chlazení rychle vstřebává a snižuje bolest. Pociťuje-li žena nepříjemné pocity při sezení, doporučuje se využít nafukovací kruh či poporodní polštář (Dušová et al., 2019).

Po zahojení rány se doporučují koupele s příměsí dubové kůry, která má díky obsahu třísloviny stahovací a protizánětlivý účinek. Stadelmann doporučuje při koupeli chladnou až vlažnou vodu v prvních dnech po zahojení. Teplota vody se postupem času zvyšuje (Stadelmann, 2009).

Šestinedělka může začít cvičit s Kegelovy cviky již po porodu. Cvičením dochází k posílení krevní cirkulace a tím k rychlejšímu hojení poporodního poranění.

Ženy během těhotenství hledají různé alternativní metody, aby nezatěžovaly tělo léky. Právě homeopatie nabízí široké spektrum využití. *Arnica montana* homeopatický přípravek vyroben z prhy chlumní, tlumí bolest, zlepšuje hojení ran, cév, kostí a svalů a napomáhá k rekonvalescenci. Vhodné užívání i před porodem. *Calendula officinalis* (měsíček lékařský) pro svůj antibiotický účinek je vhodný na sliznici, kůži a otevřená poranění (Dušová et al., 2019).

6 METODY PREVENCE PORODNÍHO PORANĚNÍ

6.1 Metody prevence v těhotenství

6.1.1 Přírodní metody

Čaj z maliníku

V těhotenství je vhodné užívat čaj z maliníku od 34. týdne, v doporučeném dávkování 1-2 šálky denně. Maliník stimuluje stahy hladkého svalstva, což může ovlivnit podle mnohých porodních bab, má schopnost uvolnit svaly malé pánve. Ženám pozitivně napomáhá se stahováním dělohy a produkcí laktace (Bohatá, 2016).

Lněné semínko

Lněné semínko je v těhotenství běžným doplňkem stravy. Jeho účinek napomáhá k otevření děložního hrdla. Velmi pozitivní vliv má na střevní sliznici, kde dochází k úpravě stolice. Žena při užívání lněného semínka musí dbát na dostatečný příjem tekutin, aby předešla obstipacím (Stadelmann, 2009).

6.1.2 Masáž hráze

Masáž hráze je jednou z možností prevence porodního poranění, kterou může provádět žena sama nebo za pomoci druhé osoby (partner). Masáž hráze mohou ženy využít k nácviku uvolnění hráze, která je při porodu velice žádoucí.

Postup provedení masáže hráze:

Žena zaujímá pohodlnou polohu vpolosedě s pokrčenýma nohama od sebe. Za použití speciálních olejů na masáž hráze si nenese olej na prsty, do oblasti hráze a spodní části pochvy. Oba palce vloží do pochvy a masíruje perineum směrem dolů ke konečníku a zase zpět. Zároveň natahuje palce jemně do stran. Až ucítí jemné brnění, tak v poloze vydrží, dokud brnění neustoupí a současně masíruje pochvu dozadu a dopředu včetně do stran a vpřed. Na závěr masíruje přibližně 1 minutu, palce proti ukazováčkům, kdy palce jsou v pochvě a ukazováčky na hrázi, proti palcům (Mlčoch, 2009).

Celkově by masáž měla trvat okolo 5 minut. Žena by s touto metodou prevence měla začít přibližně od 35. týdne těhotenství (Hradecká, 2010).

6.1.3 Vaginální dilatační balónek

Aniball je speciální zdravotnická pomůcka, která napomáhá těhotným ženám připravit se k porodu. Aniball nebo také „balónek“ je český výrobek, který vychází z afrického porodnictví. Africké ženy se připravují k porodu pomocí vytvarované tykve (kalabasa). Jedná se o pomůcku, která se skládá z pěti částí: (Příloha VIII)

1. Balónek z lékařského silikonu
2. Mechanická pumpička
3. Hadička
4. Spojovací redukce
5. Obousměrný ventil

Používání aniballu podporuje posílení pánevního dna a zlepšuje elasticitu perinea a je vhodné jej používat od 36. týdne gravidity. Pozitivně stimuluje poševní svalstvo při procvičování střídavého zatahování a uvolňování svalstva pánevního dna. Při cvičení s aniballem je vhodné vyzkoušet různé polohy. Důležité je si vyzkoušet všechny polohy a pak si sama určit takovou, ve které se budete cítit nejpohodlněji. Důležitá je fyzická i psychická příprava na porod, kdy se těhotná žena může připravit na průchod hlavičky porodními cestami. Při samotném porodu usnadňuje vypuzení miminka. Snižuje se riziko vzniku nástřihu hráze (Košňarová, 2019).

Zavedení aniballu

Samotné zavádění aniballu je velmi jednoduché. Při zavedení balónku je důležité nebyt křečovitě stažená, ale snažit se uvolnit a zklidnit. Zavedení balónku do pochvy je možné buď zcela vyfouklý či mírně nafouklý, který tím získá odpor. Pro lepší manipulaci je vhodné povrch balónku zvlhčit lubrikačním gelem na vodní bázi. Následuje uchopení za krček a zavedení větší zaoblené části do pochvy. Jestliže nepocítíte žádnou bolest či jiné nepříjemnosti, znamená to, že máte balónek správně zavedený a můžete začít s nafukováním pomocí pumpičky s ventilem.

Cvičení s aniballem

Velikost nafouknutého balónku je velice individuální. Doporučený postup při prvním cvičení je zmáčknout maximálně 5 krát, kdy se balónek mírně zvětší. Po zavedení se posiluje pánevní dno stahováním a uvolněním po dobu 10 minut. Ve chvíli, kdy si na

balónek zvyknete, můžete počet zmáčknutí navyšovat. Můžete cítit tlak, ale ne bolest. V téhle pozici je vhodné vydržet 10 minut. V závěrečné fázi žena uvolní pánevní dno a balónek pomalu vytlačuje z pochvy. Dbejte především na vlastní zdraví a možnosti svého těla (Košnarová, 2019).

6.1.4 Kegellovy cviky

Kegellovy cviky byly vyvinuté ve 20. století známým americkým gynekologem Arnoldem Kegelem. Navrhl soubor cvičení, které slouží k procvičování a zpevnění svalů pochvy, močové trubice a svalů pánevního dna. (Příloha IX)

Postup při cvičení

Ze začátku cvičení byste měli volit polohu na zádech a postupem času vsedě nebo vestoje. Začněte stahováním a uvolňováním svalů pánevního dna, poznáte je tak, že jimi zastavíte proud moči. Při správném cvičení ucítíte svaly pánve, které se mírně zvednou k trupu. Nejprve zatněte svaly na 2 vteřiny a poté uvolněte na 10 vteřin. Postupně čas sevření prodlužujte až na 10 vteřin. Jedna série Kegellových cviků je desetkrát zatnutí svalů. Cvičení provádějte přibližně 3-4 denně v různou dobu. Nezapomínat na pravidelné dýchání a nezadržovat dech. Při cvičení nezapojujte ostatní svaly (hýžd'ové, zádové, břišní) (Bezděková, 2019).

6.1.5 Vaginální napářka

Vaginální napářka neboli ženská bylinná napářka je alternativní zdravotní léčba, při které žena dřepí nebo sedí nad párou stoupající z horké vody obsahující byliny, jako je například pelyněk, rozmarýn a bazalka. Napářka připravuje a uvolňuje pánevní dno, zvlhčuje porodní cesty, dokáže ženu uvolnit a pomáhá přirozenému nástupu porodu. Směs bylinek se zalije 1 - 2 litry horké vody a nechá se pár minut vylouhovat. Bylinnou směs nalijeme do keramické nádoby a nádobu umístíme pod stoličku, která má kulatý otvor ve středu, kterým půjde přímo pára na porodní cesty (Válová, 2017).

6.2 Metody prevence během porodu

6.2.1 Poloha při porodu

Rodící žena si během druhé doby porodní může sama říct, ve které poloze by chtěla родit a která je pro ni nejpříjemnější. Ovšem při některých polohách musí porodní

asistentka poučít rodičku o omezených možnostech chránění hráze, a tedy o možnosti vzniku nekontrolovatelných ruptur (Kališ, 2007).

Poloha na zádech - horizontální

Jednou z nejběžnějších poloh při porodu je poloha na zádech s abdukovanými dolními končetinami. Tahle poloha je nejlepší na monitoraci plodu. Polohy na zádech rozdělujeme:

- a) supinní poloha – poloha vleže na zádech, snadný přístup monitorace plodu
- b) poloha vpolosedě – horní část těla vzpřímená do 30 - 45°
- c) litotomická poloha – rodička má dolní končetiny fixované ve třmenech, vhodné při ošetřování poporodního poranění
- d) poloha vleže na boku – výhodou je snížení rizika kavální komprese dělohou
- e) McRobertsova poloha – poloha při dystokii ramének, kdy dochází k hyperflexi

Poloha vzpřímená

Mezi polohy vzpřímené můžeme zařadit polohy ve vestoje s podporou (například partner), v kleče, kterou můžeme dělit na polohu „na všech čtyřech“, ve dřepu či na porodnické židli. (příloha) Poloha ve dřepu se považuje na nejpřirozenější při porodu, ale nevýhodou je, že rodící ženy dlouho nevydrží v téhle poloze kvůli nedostatečné svalové výbavě. Výhodou těchto poloh je gravitační efekt, při porodu jsou efektivnější kontrakce, snížené riziko útlaku dolní duté žíly a druhá doba porodní je zkrácena. Kališ uvádí, že ženám, které rodí ve vzpřímené poloze nelze dostatečně chránit hráz, jako v poloze na zádech (kališ, 2007).

6.2.2 Nahřívání hráze

Během druhé doby porodní přikládáme rodící ženě teplé obklady o teplotě okolo 38°C a 44°C. Je vhodné obklady navlhčit čistou vodou či rostlinnými oleji. Hlavní účinek nahřívání hráze je snížení odporu tkáně hráze vůči hlavičce. Podle metaanalýzy, která hodnotila osm randomizovaných studií zahrnující 11 651 žen na téma, zdali nahřívání hráze má pozitivní vliv na poranění hráze v druhé době porodní. Dle studií bylo zjištěno, že díky působení teplých obkladů na hráz je snížený výskyt ruptur perinea III. a IV. stupně. Nahřívání hráze neovlivňuje výskyt méně závažných poranění, jako jsou ruptury I. a II. stupně či drobné oděrky. Dalším zjištěním bylo, že ženy, které nahřívaly hráz v druhé době

porodní, mají po porodu v prvních dnech méně bolestí a diskomfortu (Aasheim et al., 2011).

6.2.3 Chránění hráze

Chránění hráze je jednou z nejužívanějších metod při druhé době porodní. Porodní asistentka začíná chránit hráz, když se napíná a vyhlazuje, a když hlavička zůstává v polootevřené vulvě a nevtahuje se zpět při kontrakci do pochvy. Při prořezávání hlavičky chráníme jednou rukou porozenou část hlavičky shora a druhou rukou, ve které máme sterilní roušku, přiložíme na hráz tak, abychom viděli na zadní komisuru a zakryli řitní otvor. V kontrakci se snažíme brzdít jednou rukou hlavičku a druhou držíme roušku tak, že palec máme na jedné straně a ostatní prsty na druhé. V případě hrozící ruptury perinea III. a IV. stupně je vhodné provést nástřih hráze (Roztočil, 2017).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Stanovení cílů

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zdali porodní asistentky provádějí epiziotomii rutinně nebo na základě indikace.

7.1.1 dílčí cíle

Cíl č. 1

Zjistit, zda porodní asistentky preferují epiziotomii před možnou rupturou perinea.

Cíl č. 2

Zjistit, jakou metodu prevence využívají porodní asistentky k předejití epiziotomie.

7.2 Metoda sběru dat

Ke zpracování své bakalářské práce jsem zvolila metodu kvantitativního průzkumu. V praktické části jsem zvolila výzkumné šetření formou polostrukturovaného dotazníku, který byl vytvořený na webové stránce Survio. Dotazník byl anonymní a zaměřený pro porodní asistentky po celé české republice. Dotazník byl vyplňován pomocí internetových stránek prostřednictvím sdílení odkazu mnou do soukromých skupin porodních asistentek.

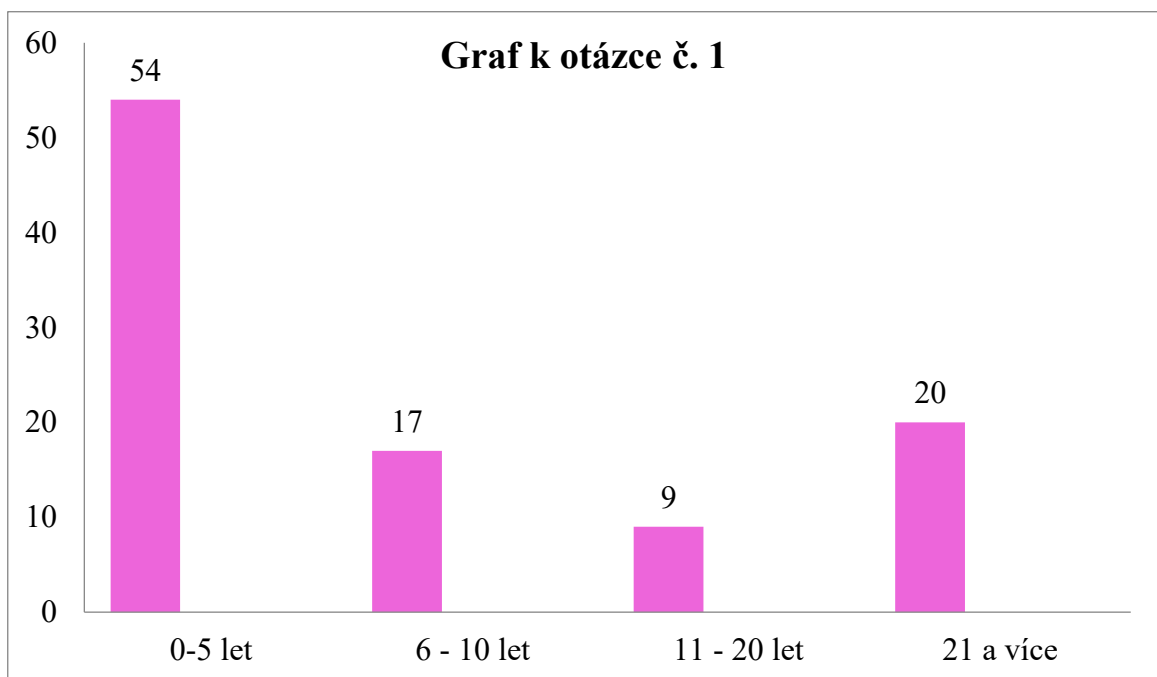
7.3 Metoda zpracování a analýzy dat

Dotazník má 18 otázek, první dvě otázky jsou identifikační. Otázky č. 3 - 4 jsou zaměřené na zjištění, zda porodní asistentky provádějí epiziotomii rutinně nebo na základě indikace. Otázky č. 5 - 10 jsou určeny k zjištění, zda porodní asistentky preferují epiziotomii před možnou spontánní rupturou perinea. Otázky č. 11 - 18 mají zjistit, jakou metodou prevence využívají porodní asistentky k předejití epiziotomie. Otázky č. 6 a 14 jsou otevřené, kde mohou porodní asistentky napsat svůj názor na danou věc. Dotazník vyplnilo celkem 100 porodních asistentek.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 20 let
- d) 21 a více

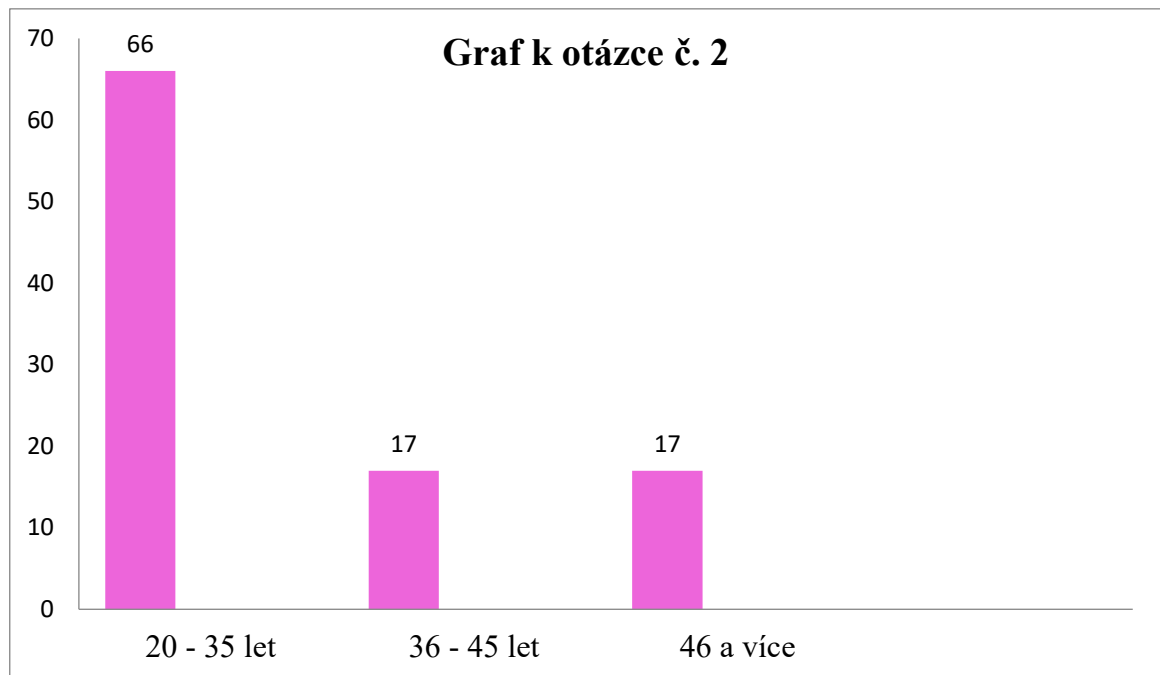


Graf. 1: Praxe porodních asistentek

Na otázku č. 1 odpovědělo 100 % respondentů. Nejvíce porodních asistentek odpovědělo na možnost a) 54 (54%). Následujících 17 (17%) zvolilo odpověď b). Na možnost c) odpovědělo 9 (9%) respondentů. Zbýlých 20 (20%) respondentů odpovědělo na možnost d).

Otázka č. 2: Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) 20 - 35 let
- b) 36 - 45 let
- c) 46 a více

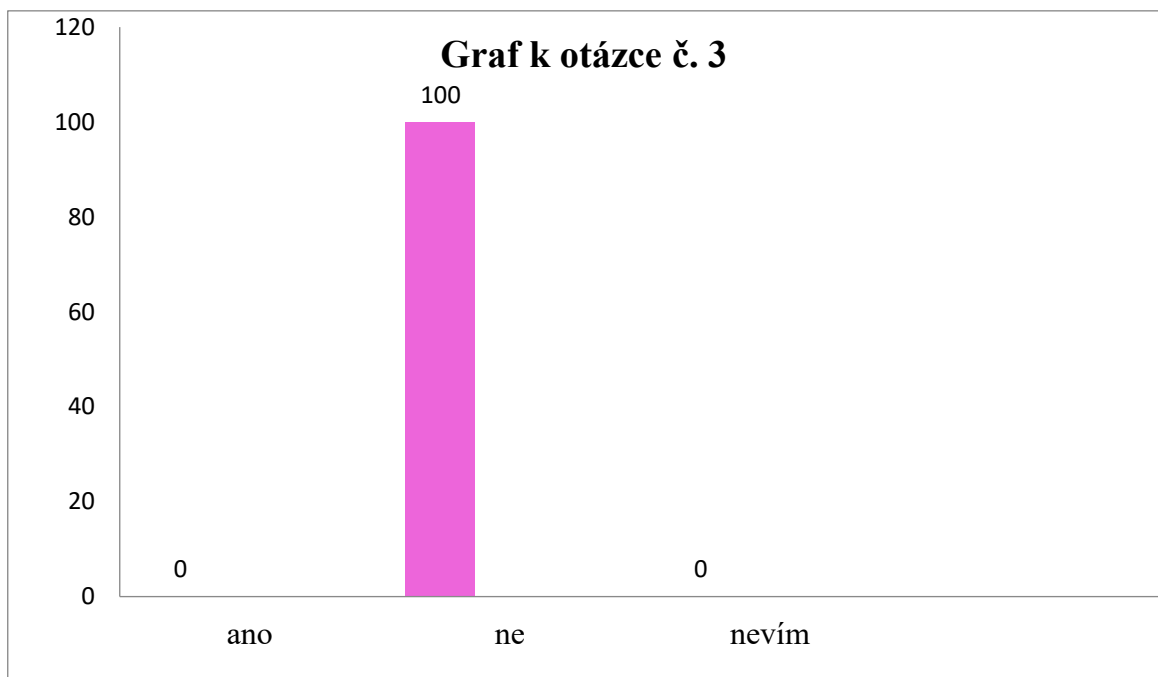


Graf. 2: věkové kategorie

V otázce č. 2 odpovědělo 100% respondentů, kde bylo zjištěno, že 66 (66%) porodních asistentek je ve skupině 20 - 35 let. Ve skupině 36 - 45 let je 17 (17%) respondentů a stejný počet respondentů 17 (17%) je ve věkové skupině 46 a více.

Otázka č. 3: Provádíte epiziotomii rutinně?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

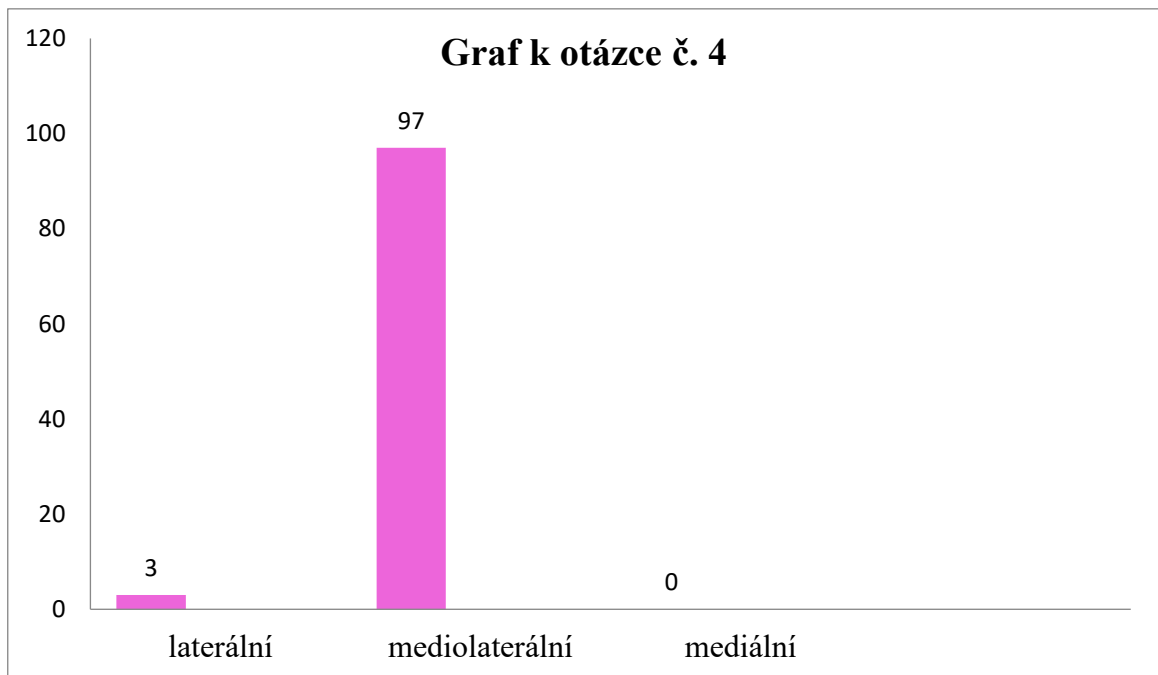


Graf. 3: provádění rutinní epiziotomie

U otázky č. 3 odpovědělo 100% respondentů a bylo zjištěno, že rutinně nedělá žádná porodní asistentka nástřih hráze. Odpověď b) proto zvolilo 100 (100%) respondentů.

Otázka č. 4: Jaký typ epiziotomie nejčastěji provádíte?

- a) laterální
- b) mediolaterální
- c) mediální

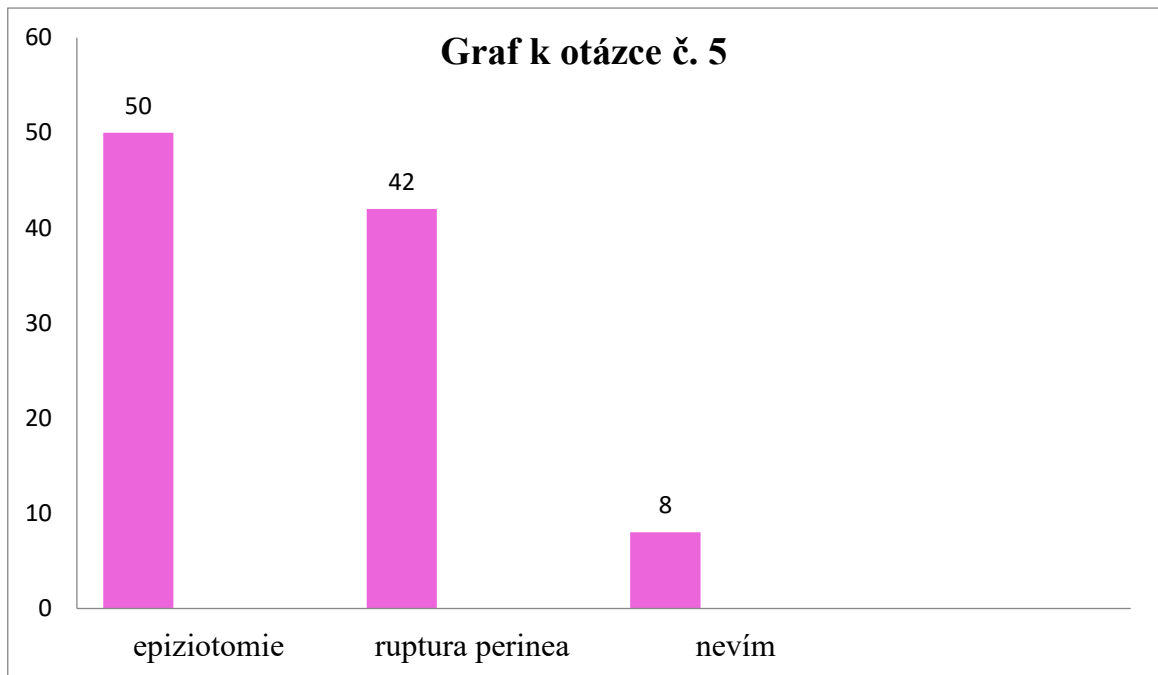


Graf. 4: typ epiziotomie

U otázky č. 4 se zúčastnilo 100% respondentů. Na možnost a) laterální odpovědělo 3 (3%) respondentů. Následujících 97 (97%) odpovědělo na možnost b) mediolaterální. Na možnost c) mediální neodpověděla ani jedna porodní asistentka.

Otázka č. 5: Je podle Vás v případě nutnosti lepší epiziotomie nebo spontánní ruptura perinea?

- a) epiziotomie
- b) ruptura perinea
- c) nevím

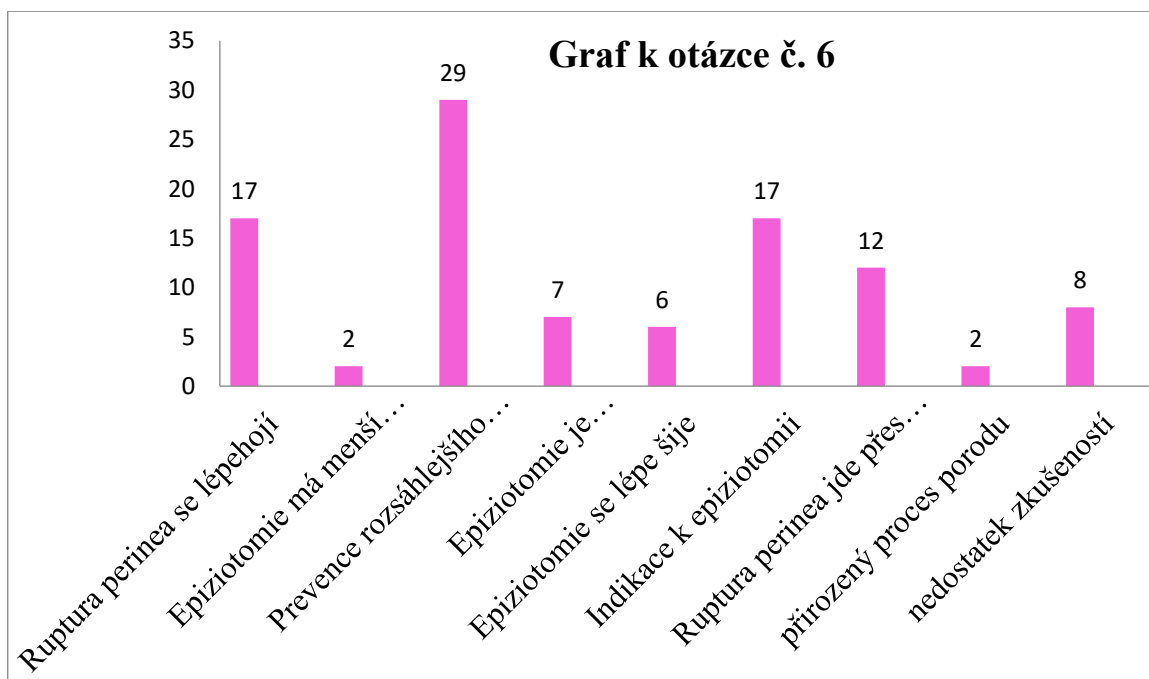


Graf. 5: epiziotomie nebo ruptura perinea

Na otázku č. 5 zda v případě nutnosti volí porodní asistentky epiziotomie nebo spontánní ruptura perinea odpovědělo 50 (50%) na možnost a) epiziotomie. Následujících 42 (42%) porodních asistentek odpovědělo na možnost b) ruptura perinea. Zbýlých 8 (8%) zvolilo možnost c) nevím.

Otázka č. 6: Proč si myslíte, že je lepší epiziotomie nebo ruptura perinea?

- a) ruptura perinea se lépe hojí
- b) epiziotomie má menší krevní ztrátu
- c) prevence rozsáhlého poranění
- d) epiziotomie kontrolovaná, lépe se hojí
- e) lepší šití epiziotomie
- f) indikace
- g) ruptura perinea jde přes nejtenčí místo
- h) přirozený proces
- i) nedostatek zkušeností



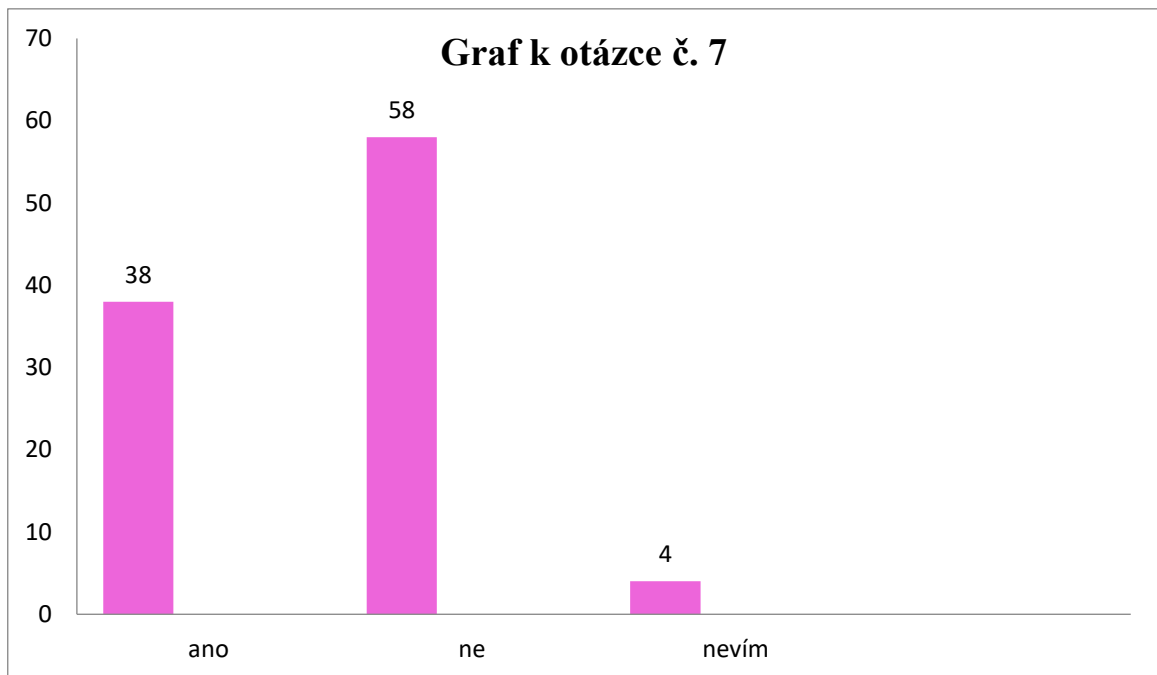
Graf. 6: vlastní názor na epiziotomie či rupturu perinea

Na otázku č. 6, zda preferují porodní asistentky epiziotomie nebo spontánní rupturu perinea, odpovědělo 100% respondentů. Otázka byla otevřená a každá porodní asistentka mohla napsat svůj názor na danou věc. Ze 100 odpovědí jsem vyhodnotila 9 různých variant odpovědí. Nejčastěji porodní asistentky odpovídaly možnosti c) prevence rozsáhlejšího poranění 29 (29%), na možnost a) ruptura perinea se lépe hojí, odpovědělo

17 (17%) respondentů, stejně tak odpověděli i na možnost e) indikace k epiziotomii 17 (17%) respondentů. Na možnost f) ruptura perinea jde přes nejtenčí místo, odpovědělo 12 (12%) respondentů. Následujících 8 (8%) respondentů odpovědělo, že nemá dostatek zkušeností, aby mohly odpovědět na otázku. Dalších 7 (7%) respondentů odpovědělo na možnost d), že je epiziotomie kontrolovaná a lépe se hojí. Následujících 6 (6%) respondentů odpovědělo na možnost e) epiziotomie se lépe ošetřuje. Zbýlých 2 (2%) respondentů zvolilo možnost b) epiziotomie má menší krevní ztrátu a možnost h) přirozený proces, taktéž odpovědělo 2 (2%) respondentů.

Otázka č. 7: Myslíte si, že epiziotomie je prevencí před vznikem natržení hráze?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím



Graf. 7: Je epiziotomie prevence před vznikem poranění?

Na otázku č. 7 zda je epiziotomie prevencí před vznikem natržení hráze odpovědělo 100% respondentů. Na možnost a) zda si myslí, že je epiziotomie prevencí odpovědělo 38 (38%) porodních asistentek. Následujících 58 (58%) odpovědělo na možnost b), kdy si nemyslí, že je epiziotomie prevence před vznikem poranění. Zbýlých 4 (4%) respondentů odpovědělo možností c) nevím.

Otázka č. 8: Informujete ženy o tom, že v případě nevyhnutelné situace bude provedena epiziotomie?

- a) ano
- b) občas
- c) ne
- d) nevím

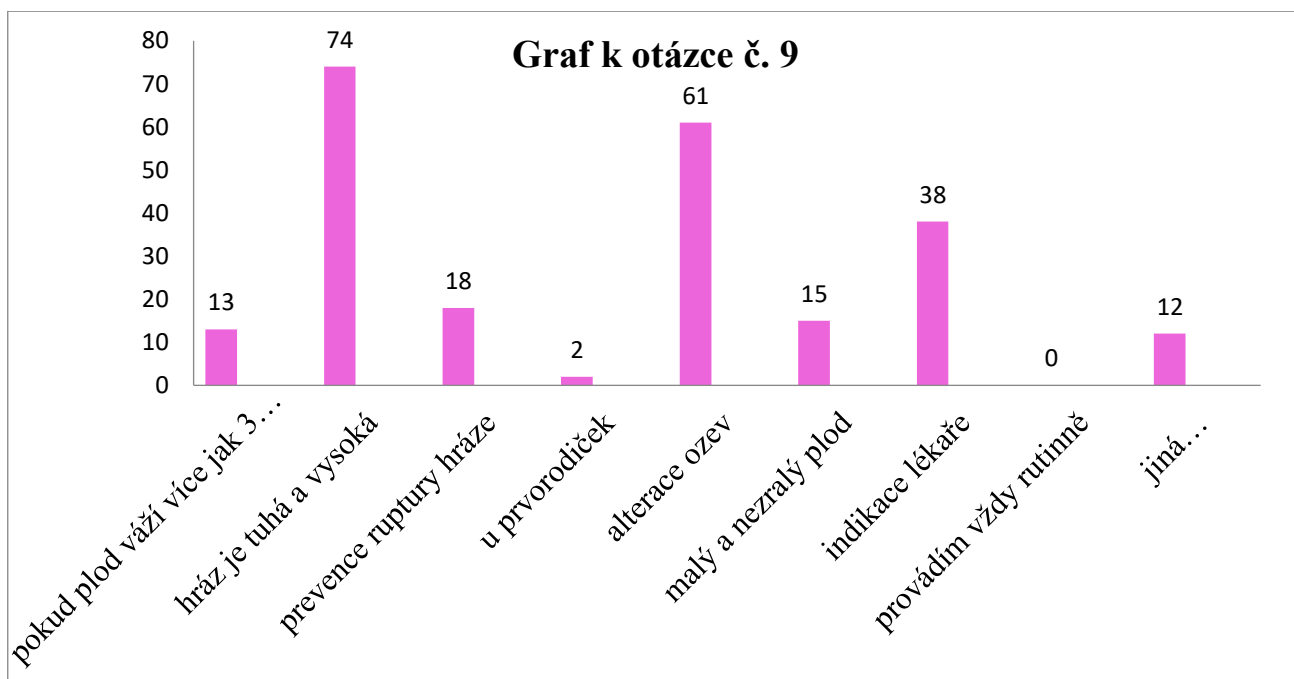


Graf. 8: informovanost žen

Otázka č. 8 zjišťuje, zda porodní asistentky informují ženy o tom, že v případě nevyhnutelné situace bude provedena epiziotomie. Na možnost a) ano odpovědělo 78 (78%) respondentů. Následujících 16 (16%) odpovědělo na možnost b) občas. Možnost c) ne zvolilo 6 (6%) respondentů a možnost d) nevedli nikdo z respondentů.

Otázka č. 9: Z jakého důvodu provádíte epiziotomii? (možnost více odpovědí)

- a) pokud plod váží více jak 3 500g
- b) hráz je tuhá a vysoká
- c) prevence ruptury hráze
- d) u prvorodiček
- e) alterace ozev
- f) malý a nezralý plod
- g) indikace lékaře
- h) provádím vždy rutinně
- i) jiná...



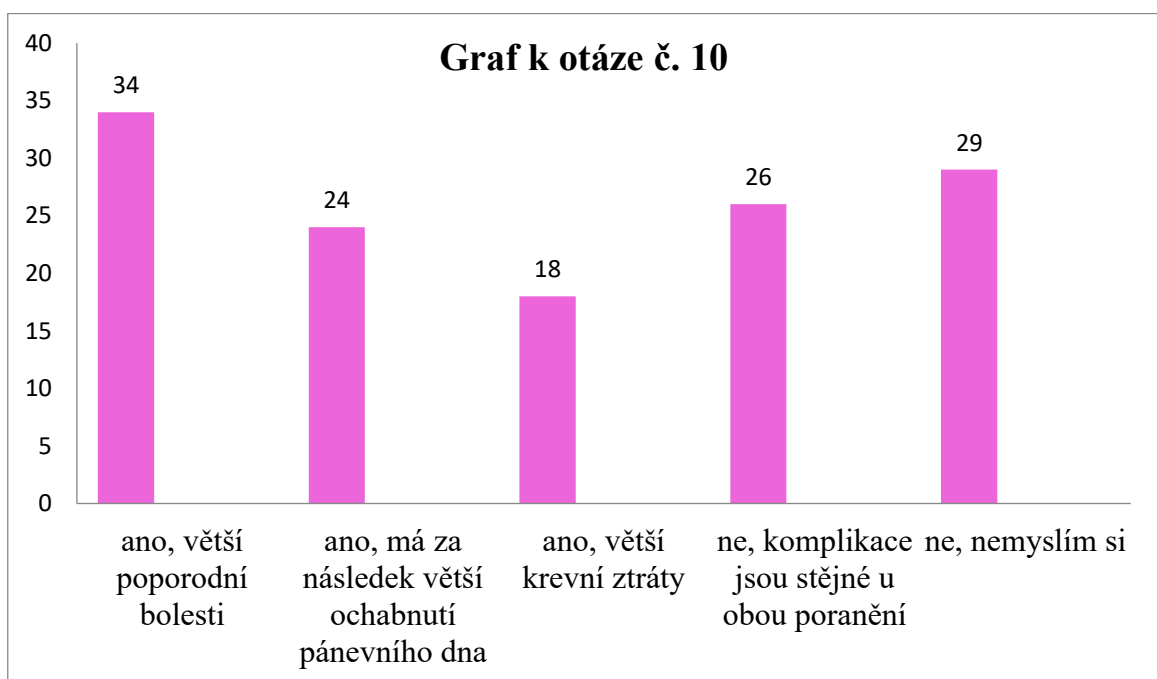
Graf. 9: důvod k provedení epiziotomie

Otázka č. 9 je jedna z otevřených otázek, kde mohly porodní asistentky zvolit více odpovědí. V této otázce nepočítáme počet respondentů, ale počet odpovědí. Odpovědí bylo 233. Nejčastějšími důvody k provádění epiziotomie jsou, když je hráz tuhá a vysoká 74 (31,76%), alterace ozev 61 (26,18%) a indikace lékaře 38 (16,31%). Méně častými jsou prevence ruptury hráze 18 (7,72%), malý a nezralý plod 15 (6,44%), pokud plod váží více jak 3 500g 13 (5,58%), u prvorodiček 2 (0,86%). Nikdo z respondentů neodpověděl

možností, provádím vždy rutinně. Následujících 12 (5,15%) respondentů by zvolili možnost jiné důvody.

Otázka č. 10: Myslíte si, že epiziotomie přináší více komplikací než ruptura I. a II. stupně? (výběr z více možností)

- a) ano, větší poporodní poranění
- b) ano, má za následek větší ochabnutí pánevního dna
- c) ano, větší krevní ztráty
- d) ne, komplikace jsou stejné u obou poranění
- e) ne, nemyslím si

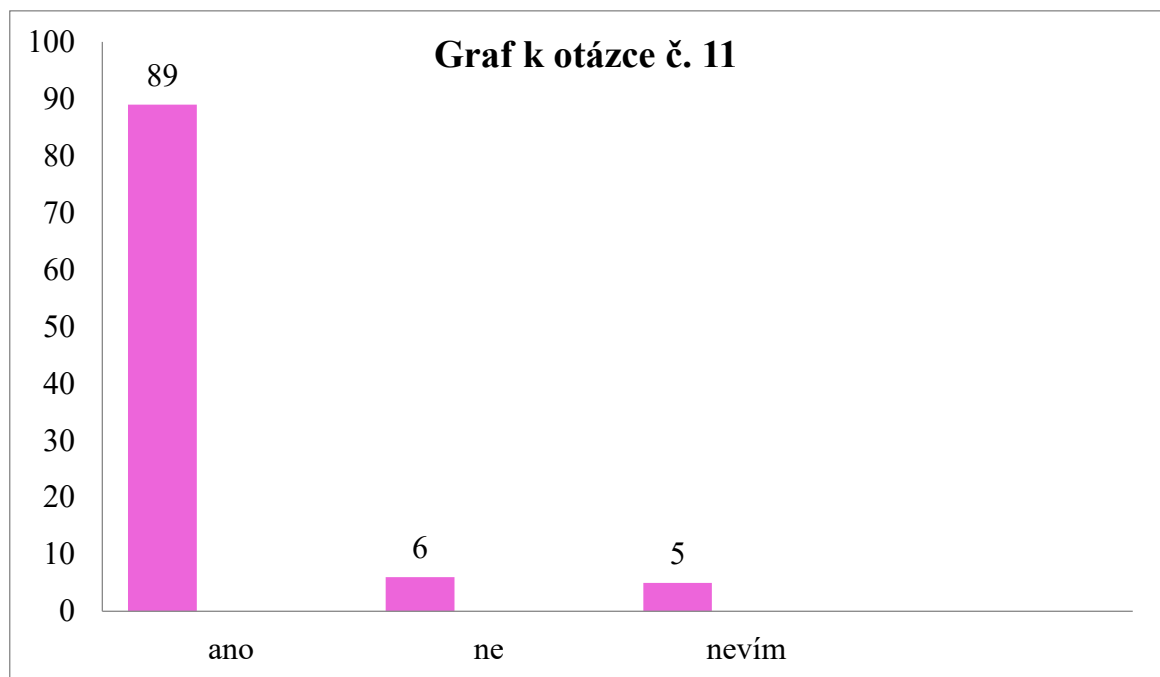


Graf. 10: přináší epiziotomie více komplikaci než ruptury I. a II. stupně

Na otázku č. 10 zda nástřih hráze přináší více komplikací než ruptura I. a II. stupně. V této otázce nepočítáme počet respondentů, ale počet odpovědí. Odpovědí bylo 131. Měli na výběr více odpovědí. Na možnost a) ano, má větší poporodní bolesti odpovědělo 34 (25,95%) respondentů. Odpověď b) ano, má za následek větší ochabnutí pánevního dna zvolilo 24 (18,32%) respondentů. Odpověď c) ano, má větší krevní ztráty dalo 18 (13,74%) respondentů. Možnost d) ne, komplikace jsou stejné u obou poranění, odpovědělo 26 (16,85%) respondentů. Následuje možnost e) ne, nemyslím si, odpovědělo 29 (22,14%) respondentů.

Otázka č. 11: Myslíte si, že příprava hráze má vliv na porodní poranění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

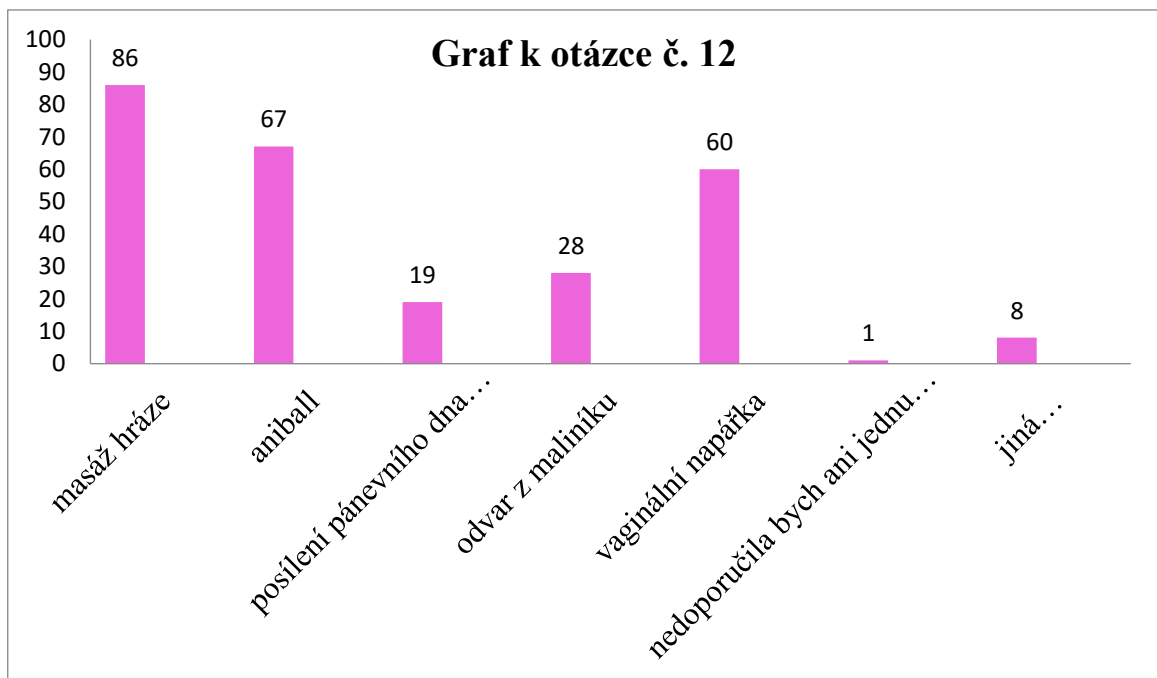


Graf. 11: příprava hráze na porodní poranění

Otázka č. 11 měla zjistit, zda si porodní asistentky myslí, že příprava hráze má vliv na porodní poranění. Ze 100 porodních asistentek si 89 (89%) myslí, že příprava hráze má vliv na porodní poranění. Následujících 6 (6%) si to nemyslí. Zbýlých 5 (5%) na otázku nevědělo odpovědět.

Otázka č. 12: Jakou metodu prevence byste doporučila těhotné ženě, aby se snížilo riziko porodního poranění? (možnost více odpovědí)

- a) masáž hráže
- b) aniball
- c) posílení pánevního dna Kegellovými cviky
- d) odvar z maliníku
- e) vaginální napářka
- f) nedoporučila bych ani jednu metodu
- g) jiná...

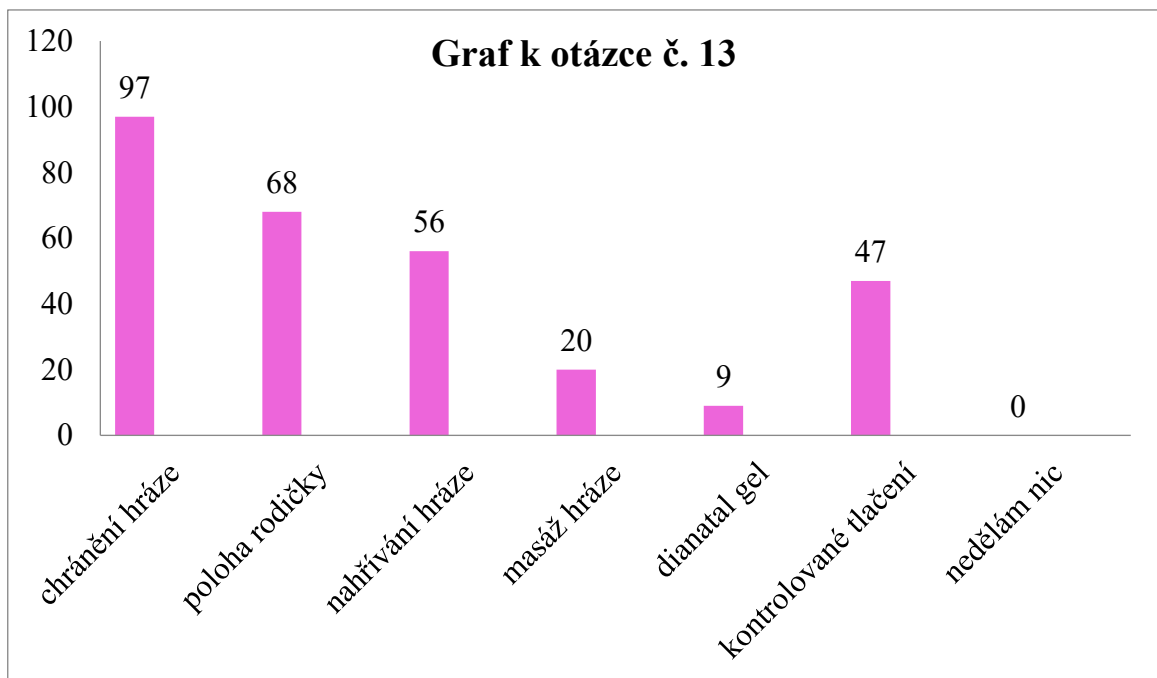


Graf. 12: metody prevence těhotné ženy

Na otázku č. 12 odpovědělo 100 respondentů a mělo na výběr více odpovědí. V této otázce nepočítáme počet respondentů, ale počet odpovědí. Odpovědí bylo 269. Nejvíce doporučujícími metodami mezi porodními asistentkami jsou např. masáž hráže 86 (31,97%), aniball 67 (24,91%), vaginální napářka 60 (22,30%). Další metody jako např. odvar z maliníku odpovědělo 28 (10,41%), posílení pánevního dna odpovědělo 19 (7,07%). Následujících 8 (2,97%) respondentů odpovědělo, že by doporučili jiné metody prevence. Pouze 1 (0,37%) porodní asistentka odpověděla, že by nedoporučila ani jednu metodu prevence.

Otázka č. 13: Jakou metodu prevence během druhé porodní preferujete? (možnost více odpovědí)

- a) chránění hráze
- b) poloha rodičky
- c) nahřívání hráze
- d) masáž hráze
- e) dianatal gel
- f) kontrolované tlačení
- g) nedělám nic



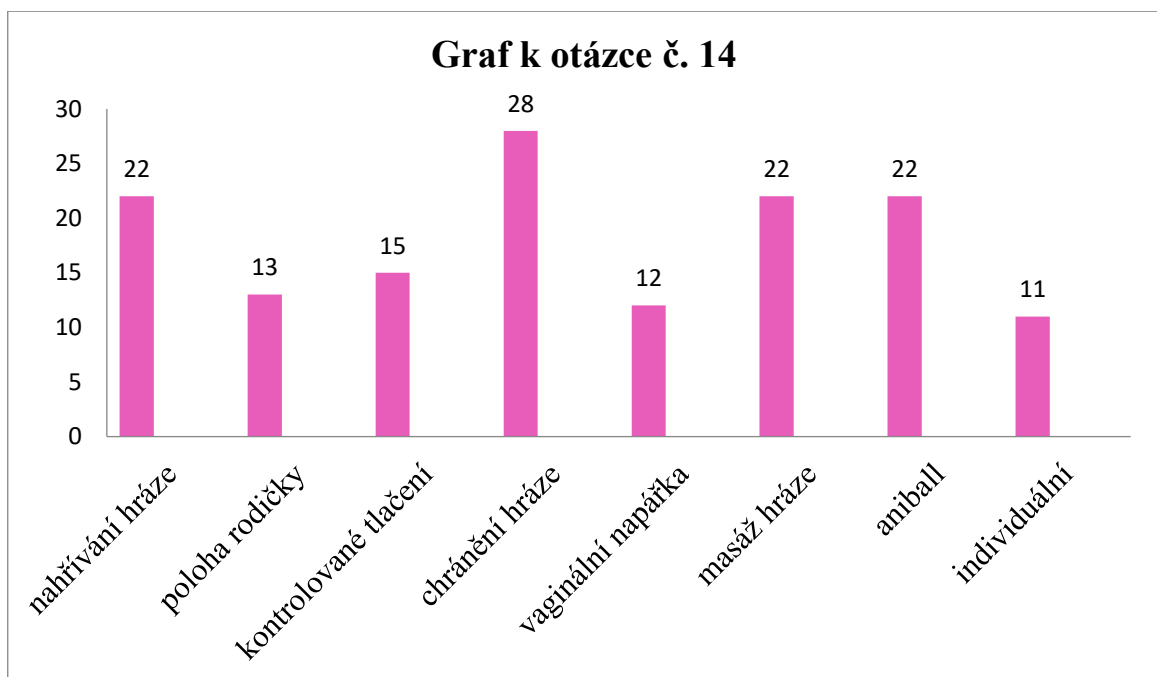
Graf. 13: metoda prevence během druhé doby porodní

Na otázku č. 12 bylo na výběr více odpovědí. V této otázce nepočítáme počet respondentů, ale počet odpovědí. Odpovědí bylo 294. Porodní asistentky nejvíce preferují v druhé době porodní chránění hráze 94 (31,97%). Dalšími častými metodami, které porodní asistentky doporučují, je polohování rodičky 68 (23,13%), nahřívání hráze 56 (19,05%) a kontrolované tlačení 47 (15,99%). Následujících 20 (6,80%) respondentů preferuje masáž hráze a 9 (3,06%) dianatal gel.

Otázka č. 14 S jakou metodou prevence porodního poranění máte nejlepší zkušenost?

(otevřená otázka)

- a) nahřívání hráze
- b) poloha rodičky
- c) kontrolované tlačení
- d) chránění hráze
- e) vaginální napáčka
- f) masáž hráze
- g) aniball
- h) individuální



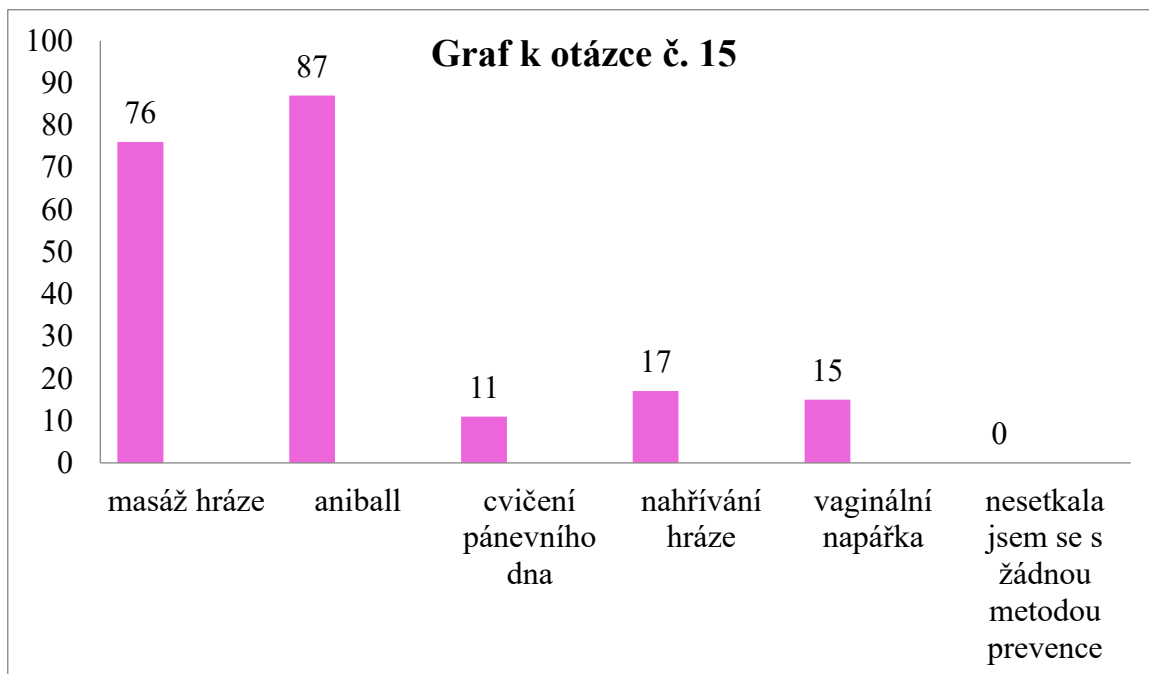
Graf. 14: nejlepší zkušenost s metodou prevence

Na otázku č. 14, s jakými metodami prevence mají porodní asistentky nejlepší zkušenosti, nepočítáme počet respondentů, ale počet odpovědí. Odpovědí bylo 145. Otázka byla otevřená a každá porodní asistentka mohla napsat jakoukoliv metodou prevence, se kterou má nejlepší zkušenost. Každá porodní asistentka má jiné zkušenosti s metodami prevence porodního poranění. Na možnosti prevence porodní asistentky odpovídaly různě. Nahřívání hráze 22 (15,17%), poloha rodičky 13 (8,97%), kontrolované tlačení 15

(10,34%) chránění hráze 28 (19,31%), vaginální napárka 12 (8,28%), masáž hráze 22 (15,17%), aniball 22 (15,17%), individuální 11 (7,59%).

Otázka č. 15: S jakou metodou prevence porodního poranění, jste se setkala u rodiček nejvíce? (možnost více odpovědí)

- a) masáž hráze
- b) aniball
- c) cvičení pánevního dna
- d) nahřívání hráze
- e) vaginální napářka
- f) nesetkala jsem se s žádnou metodou prevence

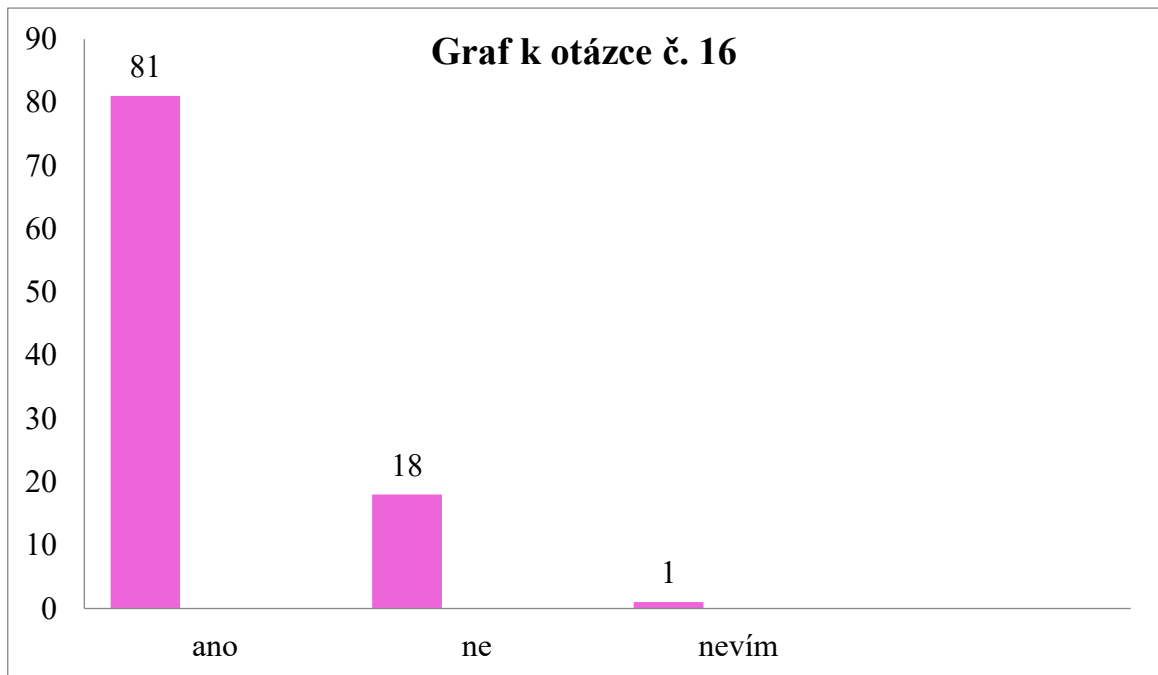


Graf. 15: jaké metody prevence využívají těhotné ženy

Na otázku č. 15 mělo na výběr více odpovědí. V této otázce nepočítáme počet respondentů, ale počet odpovědí. Odpovědí bylo 206. Porodní asistentky měly odpovědět, s jakou metodou prevence se nejvíce setkaly u rodiček. Porodní asistentky se nejvíce setkaly se ženami, které využívají k prevenci porodního poranění nejvíce aniball 87 (42,23%) a masáž hráze 76 (36,89%). K méně častým metodám patří nahřívání hráze 17 (8,26%), vaginální napářka 15 (7,28%), cvičení pánevního dna 11 (5,34%).

Otázka č. 16: Myslíte si, že je důležitá poloha rodičky během druhé doby porodní, aby se předešlo porodnímu poranění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím



Graf. 16: je důležitá poloha rodičky během druhé doby porodní

Na otázku č. 16. zda poloha rodičky v druhé době porodní může předejít porodnímu poranění, odpovědělo 100 % respondentů. Na možnost a) ano odpovědělo 81 (81%) respondentů. Následujících 18 (18%) odpovědělo na možnost b) ne. Zbýlých 1 (1%) odpovědělo na možnost c) nevím.

**Otázka č. 17: Jakou polohu byste doporučila rodičce během druhé doby porodní?
(možnost více odpovědí)**

- a) na boku
- b) na zádech
- c) alavache (na všech čtyřech)
- d) nechávám rodičku, aby si sama zvolila polohu, která je pro ni příjemná
- e) nevím

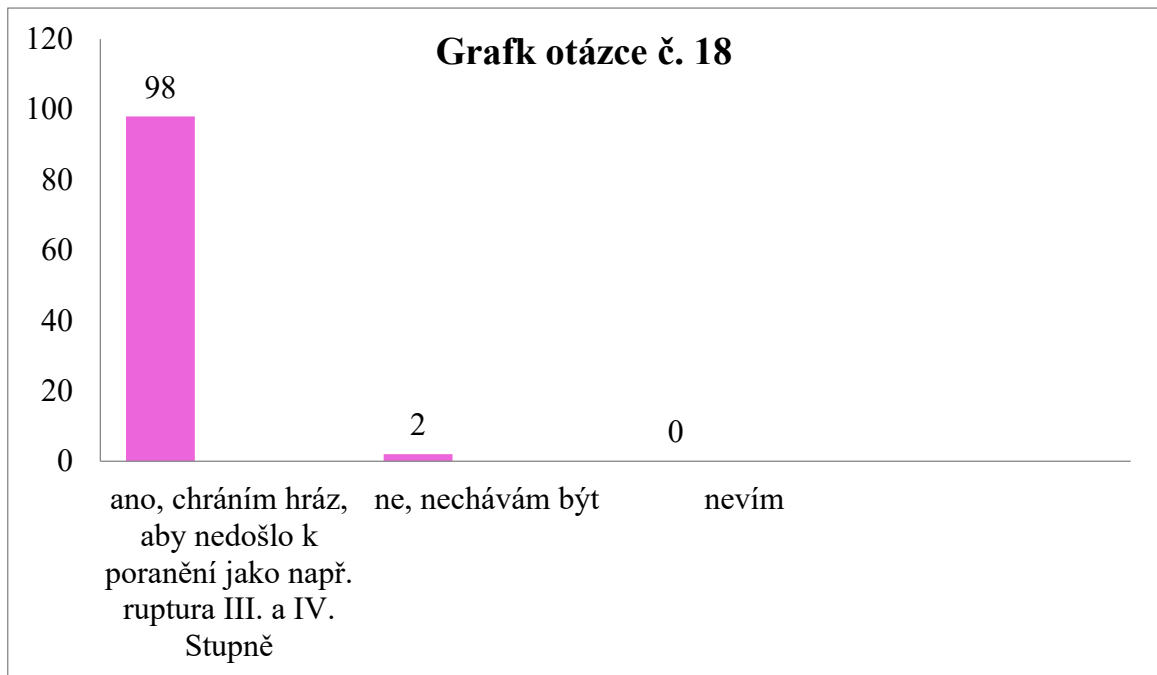


Graf. 17: vhodná poloha během druhé doby porodní

Na otázku č. 17 jakou polohu doporučují porodní asistentky během druhé doby porodní, mohly odpovědět na více možností. V této otázce nepočítáme počet respondentů, ale počet odpovědí. Odpovědí bylo 160. Na možnost a) na boku odpovědělo 37 (23,12%), možnost b) na zádech odpovědělo 11 (6,88%) a možnost c) alavache (na všech čtyřech) odpovědělo 25 (15,63%) respondentů. Následujících 86 (53,75%) odpovědělo na možnost d) kdy nechávají rodičku, aby si sama zvolila polohu, která je pro ni příjemná. Zbýlých 1 (0,63%) odpovědělo na možnost e) nevím.

Otázka č. 18: Myslíte si, že chránění hráze je důležitá metoda před vznikem poranění?

- a) ano, chráním hráz, aby nedošlo k poranění jako např. III. a IV. stupně
- b) ne, nechávám být
- c) nevím



Graf. 18: chránění hráze

Na otázku č. 18, zda metoda chránění hráze je důležitá metoda prevence před porodním poraněním odpovědělo 100% respondentů. Ze 100 porodních asistentek si 98 (98%) myslí, že chránění hráze je důležitá metoda k předejití porodnímu poranění. Zbýlých 2 (2%) nechrání hráz.

DISKUZE

V praktické části bylo hlavním cílem zjistit, zda porodní asistentky provádějí epiziotomii rutinně nebo na základě indikace. Pracovala jsem s informacemi, získanými z dotazníkového šetření určený pro porodní asistentky. Všechny porodní asistentky jsou obeznámeny s problematikou a mají praxi jako porodní asistentky. Podle získaných výsledků žádná porodní asistentka, která vyplňovala dotazník, neprovádí epiziotomii rutinně. Názory porodních asistentek se shodují s názorem Pařízka (Pařízek, 2015), který ve své knize uvádí, že epiziotomie by se neměla provádět rutinně, ale jen v opodstatněných případech. To znamená, že nástřih hráze by se měl provádět jen tehdy, pokud hrozí známky nebezpečí roztržení a pokud je ohrožen plod na životě. Měl by se dělat v co nejmenším rozsahu a se slovním souhlasem rodičky.

Prvním cílem z dílčích cílů bylo zjistit, zda porodní asistentky preferují epiziotomii před možnou rupturou perinea. Podle výsledků z dotazníků bylo zjištěno, že 50% respondentů by v případě indikace provedlo epiziotomii. Následujících 42 % se přiklání ke spontánní ruptuře perinea. Názory porodních asistentek jsou velmi odlišné. Některé se domnívají, že epiziotomie snižuje riziko ruptury III. a IV stupně poranění, je kontrolovaná, lépe se šije a hojí. Jiné si myslí, že ruptura perinea jde pouze přes nejtěsnější místo a lépe se hojí. V konečné fázi z toho vyplývá, že pokud nehrozí rodící ženě velké poranění a plod není ohrožen na životě, tak se epiziotomie neprovádí.

Druhým cílem bylo zjistit, jakou metodu prevence využívají porodní asistentky k předejití epiziotomie. V dnešní době je mnoho možností k prevenci porodního poranění. Nelze však tvrdit, že díky použití metod docílíme porodu bez jakýchkoli poranění. Podle výsledků výzkumu by porodní asistentky v těhotenství nejvíce doporučily metody jako např. masáž hráze, aniball či vaginální napárku. Podle Bohaté a Dostálka (Bohatá, Dostálek, 2016), kteří ve svém výzkumu uvádí, že používání vaginálního dilatačního balonku v těhotenství představuje pro rodičku jednoznačný benefit, pokud jde o poranění hráze při porodu. Snižuje též pravděpodobnost vaginálního operačního porodu. Vůbec nejvíce využívanou metodu v II. době porodní je chránění hráze a poloha rodičky. Jak zmiňuje Zuzana Štrometerová (Štrometerová, 2010) ve své knize, že při prořezávání hlavičky je zvykem aktivní chránění hráze, aby se předešlo k porodnímu poranění. S tímto tvrzením, že chránění perinea je důležitá metoda před vznikem poranění, souhlasí podle výsledků až 98% porodních asistentek. Ve své práci jsem zjistila, že porodní asistentky nechávají rodící

ženy, aby si samy zvolily polohu, která je pro ně příjemná. Kališ ve své práci uvádí (Kališ, 2007), že při průběhu fyziologického porodu v II. době porodní není důvod zakazovat rodičce polohu, kterou si přeje. Je však nutné oznámit, že v určitých polohách dochází k omezené možnosti chránit hráz před poraněním. Bohatá ve výzkumu popisuje (Bohatá, 2016), že je vhodné provádět alespoň nějakou prevenci, nežli žádnou. Ženy by měly být informovány o dostupných metodách prevence a o jejich účinnosti – ať už v rámci prenatální poradny nebo předporodních kurzů.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část je část teoretická, která je rozdělena do několika kapitol, kde se věnuji anatomii ženských porodních cest. Dále se zabývám jednotlivými druhy porodního poranění, kde se nejvíce zaměřuji na epiziotomii a ruptury perinea. Jejich samotné ošetření a péči o porodní poranění již na porodním sále, ale i na šestinedělí. Následuje poslední kapitola a to jsou metody prevence porodního poranění, které jsou rozděleny na metody v průběhu těhotenství a průběhu porodu.

Druhá část je část praktická, kde bylo mým hlavním cílem zjistit, zda porodní asistentky provádějí epiziotomii rutinně nebo na základě indikace. K získání potřebných informací bylo zvoleno dotazníkové šetření pomocí polostrukturovaného dotazníku, který byl zvolen pro porodní asistentky po celé české republice. Pro vyhodnocení výsledků byly zvoleny grafy s popisem dat. Na základě zjištěných výsledků můžeme říci, že porodní asistentky rutinně epiziotomii neprovádí. Záleží však na mnoha faktorech. Pokud je žena ohrožena velkým poraněním nebo je ohrožen život dítěte, pak je nástřih hráze proveden. Úplně nejlepší by bylo родit bez jakéhokoliv poranění. To jak dobře víme, se tomu nedá za každou cenu vyhnout. V dnešní době máme mnoho způsobů metod prevence, které nás připraví k porodu. Z výsledků vyplývá, že porodní asistentky jsou obeznámeny s metodami prevence a ve velké míře a u těhotných či rodících žen je využívají.

V případě následujícího výzkumu, bych se chtěla více zaměřit na porodní poranění III. a IV. stupně a detailně prozkoumat, s jakými problémy se potýkají ženy po porodu s takovýmto typem poranění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AASHEIM, V. et al., 2011. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. The Cochrane Database Of Systematic Reviews [online]. vol. 12, CD006672. [cit. 2021-04-11]. ISSN 1469493X. Dostupné z: EBSCOhost.
- BEDNÁŘOVÁ, E, 2011. Historie epiziotomie a její využití v práci porodní asistentky. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
- BEZDĚKOVÁ, M, 2019. Kegellovy cviky: Zlepší sex, odstraní bolesti zad a posílí zdraví [online]. [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://www.mojezdravi.cz/zdravy-zivotni-styl/kegelovy-cviky-zlepsi-sex-odstrani-bolesti-zad-a-posili-zdravi-5180.html>
- BINDER, T., et. al., Porodnictví. Praha: Karolinum. 2011. ISBN: 978-80-246-1907-1
- BOHATÁ, P. a L. DOSTÁLEK, 2016. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. Česká gynekologie. [online]. 81(3), 192-201 [cit. 2021-04-09]. ISSN 1805- 4455. dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-3-13/antepartalni-moznosti-prevence-epiziotomie-a-ruptury-hraze-pri-porodu-59620>
- DLASKOVÁ, L, 2016. Pánevní dno není sprosté slovo. Fyzioterapie U Císařského pluku [online]. Praha [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://www.fyzioterapie-praha10.cz/>
- DOLEŽAL, A, Porodnické operace. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. ISBN: 978-80-247- 0881-2
- DUŠOVÁ, B et al., Edukace v porodní asistenci. Praha: Grada Publishing. 2019. ISBN: 978-80-271-0836-7
- Episiotomy Complications [online], 2021. Copyright [cit. 2021-03-06]. Dostupné z: <https://www.birthinjuryhelpcenter.org/episiotomy-complications.html>
- Episiotomy: Procedure, Complications, and Recovery [online], 2016. Healthline Media a Red Ventures Company [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/episiotomy-complications#bottom-line>
- FABIÁNOVÁ, P, 2018. Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Mgr. Miluše Kulhavá.

HÁJEK, Z., et. al.,. Porodnictví. 3. zcela přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 2014. ISBN: 978-80-247-4529-9

HRADECKÁ, L, 2010. Možnosti zlepšení prevence poranění hráze. [online]. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/moznosti-zlepseni-prevence-poraneni-hraze-450458>

JOHNSON, R a W. TAYLOR,. Skills for Midwifery Practice. 4. Elsevier Health Sciences. 2016. ISBN 9780702065071

KALIŠ, V., et al., 2007. Poloha matky při porodu a poranění perinea. Česká gynekologie., [online]. [cit. 2021-04-11]. roč. 72, č. 4, s. 241-246. ISSN: 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2007-4/poloha-matky-pri-porodu-a-poraneni-perinea-3536/download?hl=cs>

KOŠŇAROVÁ, B, 2019. S přípravou na porod vám může pomoci Aniball. Jak ho používat? [online]. [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/aniball-priprava-na-porod>

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

MLČOCH, Z. 2009. Masáž hráze [online]. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/video-fotografie-obrazek/masazhraze-video-postup-prevence-nastrihu-hraze>

PROCHÁZKA, M., et. al., Porodní asistence. Praha: Maxdorf. 2020. ISBN:978-80-7345-618-4

ROZTOČIL, A., et. al., Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: 2017. Grada. ISBN: 978-80-247-5753-7

ROZTOČIL, A, Porodnictví v kostce. Praha: Grada Publishing. 2020. ISBN 978-80-271-2098-7

SLEZÁKOVÁ, L. et al., Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada. 2017. ISBN: 978-80-271-0214-3

STADELMANN, I., Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto

obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 1. vyd. Praha: One Woman Press. 2001. ISBN 80-86356-04-3.

STADELMANN, I., Zdravé těhotenství, přirozený porod. Vyd. 3. přeprac. Praha: One Woman Press. 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

ŠTROMEROVÁ, Z., Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče). Praha: Argo. 2010. ISBN 978-80-257-0324-3

TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D. a L. ŠULOVÁ, et. al., Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-5127-6

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, Rodička a novorozenec [online]. © ÚZIS 2010-2018 [cit. 2021-04-30]. Dostupné z: www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodicka-novorozenec

VALOVÁ, M. Jak si provést vaginální napářku. SebevedomaRodina.cz [online]. 2017-07-31 [cit. 2021-04-26]. Dostupné z: <https://www.sebevedomarodina.cz/jak-si-provest-vaginalni-naparku/>

ZÁHUMENSKÝ, J.; V. KALIŠ, 2013. Péče o ženy se závažným poraněním hráze doporučený postup. Česká gynekologie., [online]. [cit. 2021-04-10]. roč. 78, Supplementum, s. 61. ISSN: 1210-7832. Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/wp-content/uploads/2016/08/p-2012-pece-o-zeny-se-zavaznym-porodnim-poranenim-hraze.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

např. například

ČR Česká republika

Dr. doktor

cm centimetr

m. musculus (lat. sval)

n. nervus (lat. nerv)

č. číslo

Sb. sbírky

°C stupeň Celsia

a. arteria (lat. tepna)

SEZNAM GRAFŮ

Graf. 1: Praxe porodních asistentek	34
Graf. 2: věkové kategorie.....	35
Graf. 3: provádění rutinní epiziotomie	36
Graf. 4: typ epiziotomie	37
Graf. 5: epiziotomie nebo ruptura perinea	38
Graf. 6: vlastní názor na epiziotomie či rupturu perinea	39
Graf. 7: Je epiziotomie prevence před vznikem poranění?	41
Graf. 8: informovanost žen	42
Graf. 9: důvod k provedení epiziotomie	43
Graf. 10: přináší epiziotomie více komplikaci než ruptury I. a II. stupně	45
Graf. 11: příprava hráze na porodní poranění	46
Graf. 12: metody prevence těhotné ženy	47
Graf. 13: metoda prevence během druhé doby porodní.....	48
Graf. 14: nejlepší zkušenost s metodou prevence.....	49
Graf. 15: jaké metody prevence využívají těhotné ženy.....	51
Graf. 16: je důležitá poloha rodičky během druhé doby porodní	52
Graf. 17: vhodná poloha během druhé doby porodní	53
Graf. 18: chránění hráze.....	54

SEZNAM PŘÍLOH

příloha 1: dotazník pro porodní asistentky	64
příloha 2 svaly pánevního dna	68
příloha 3: ruptury III. a IV. stupně.....	69
příloha 4: hematomy	70
příloha 5: bandlova rýha	71
příloha 6: rozdělení epiziotomie	71
příloha 7: sutura epiziotomie	72
příloha 8: aniball	72
příloha 9: Kegelovy cviky.....	72

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK PRO PORODNÍ ASISTENTKY

Vážená porodní asistentko,

Jmenuji se Aneta Rokosová a studuji 3. ročník na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně obor porodní asistentka. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění krátkého dotazníku, na téma **epiziotomie nebo ruptura pohledem porodní asistentky**. Dotazníky budou vyhodnoceny v mé bakalářské práci.

Předem Vám velice děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Aneta Rokosová

Studentka 3. ročníku porodní asistence

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

příloha 1: Dotazník pro porodní asistentky

1. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 20 let
- d) 21 a více

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) 20 - 35 let
- b) 36 - 45 let
- c) 46 a více

3. Provádíte epiziotomii rutinně?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

4. Jaký typ epiziotomie nejčastěji provádíte?

- a) laterální
- b) mediolaterální
- c) mediální

5. Je podle Vás v případě nutnosti lepší epiziotomie nebo spontánní ruptura perinea?

- a) epiziotomie
- b) ruptura perinea

c) nevím

6. Proč si myslíte, že je lepší epiziotomie nebo ruptura perinea?

otázka č. 6 se vztahuje k otázce č. 5 (vypište)

.....
.....

7. Myslíte si, že epiziotomie je prevencí před vznikem natržení hráze?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Informujete ženy o tom, že v případě nevyhnutelné situace bude provedena epiziotomie?

- a) ano
- b) občas
- c) ne
- d) nevím

9. Z jakého důvodu provádíte epiziotomii? (možnost více odpovědí)

- a) pokud plod váží více jak 3500 g
- b) hráz je tuhá a vysoká
- c) prevence ruptury hráze
- d) u prvorodiček
- e) alterace ozev
- f) malý a nezralý plod
- g) indikace lékaře
- h) provádím vždy rutinně

10. Myslíte si, že epiziotomie přináší více komplikací než ruptura I. a II. stupně?

- a) ano, větší poporodní bolesti
- b) ano, má za následek větší ochabnutí pánevního dna
- c) ano, větší krevní ztráty
- d) ne, komplikace jsou stejné u obou poranění
- e) ne, nemyslím si

11. Myslíte si, že příprava hráze má vliv na porodní poranění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Jakou metodu prevence byste doporučila těhotné ženě, aby se snížilo riziko porodního poranění? (možnost více odpovědí)

- a) masáž hráze
- b) aniball
- c) posílení pánevního dna Kegellovými cviky
- d) odvar z maliníku
- e) vaginální napářka
- f) nedoporučila bych ani jednu metodu
- g) znám jiné metody
(jaké)?.....

13. Jakou metodu během druhé doby porodní preferujete? (možnost více odpovědí)

- a) chránění hráze
- b) poloha rodičky
- c) nahřívání hráze
- d) masáž hráze
- e) dianatal gel
- f) kontrolované tlačení
- g) nedělám nic

14. S jakou metodou prevence porodního poranění máte nejlepší zkušenost? (vypište tu, se kterou máte nejlepší zkušenost a proč)

.....

15. S jakou metodou prevence porodního poranění, jste se setkala u rodiček nejvíce? (možnost více odpovědí)

- a) masáž hráze
- b) aniball
- c) nahřívání hráze
- d) vaginální napářka

- e) cvičení pánevního dna
- f) nesetkala jsem se s žádnou metodou prevence

16. Myslíte si, že je důležitá poloha rodičky během druhé doby porodní, aby se předešlo porodnímu poranění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

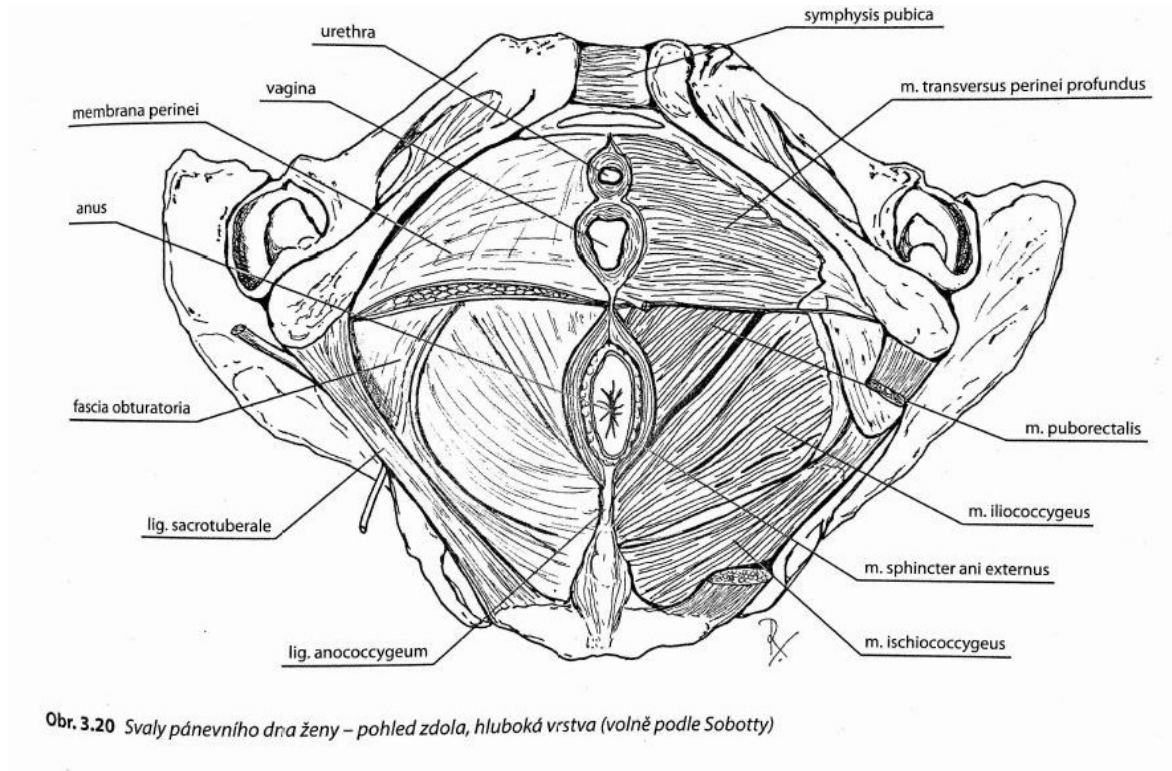
17. Jakou polohu byste doporučila rodičce během druhé doby porodní?

- a) na boku
- b) na zádech
- c) alavache (na všech čtyřech)
- d) nechávám rodičku, aby si sama zvolila polohu, která je pro ni příjemná
- e) nevím

18. Myslíte si, že chránění hráze je důležitá metoda před vznikem poranění?

- a) ano, chráním hráz, aby nedošlo k poranění jako např. ruptura III. a IV. stupně
- b) ne, nechávám to být
- c) nevím

PŘÍLOHA II: SVALY PÁNEVNÍHO DNA

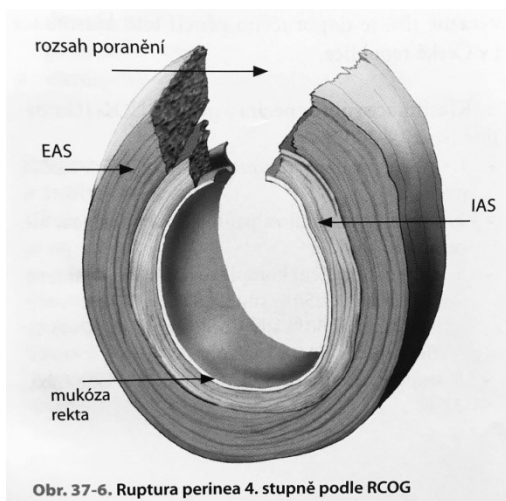
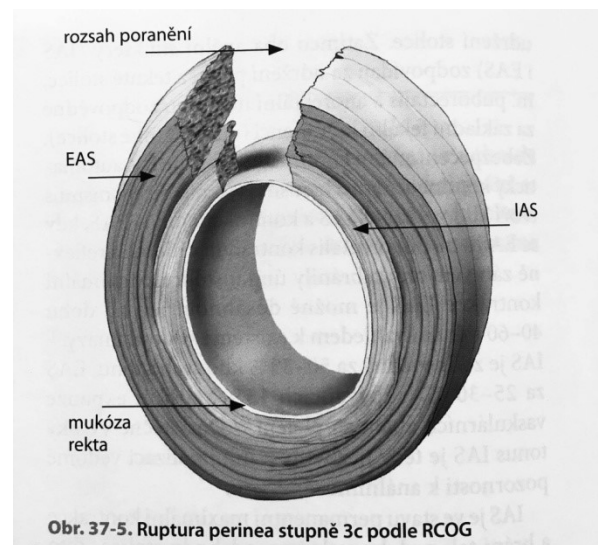
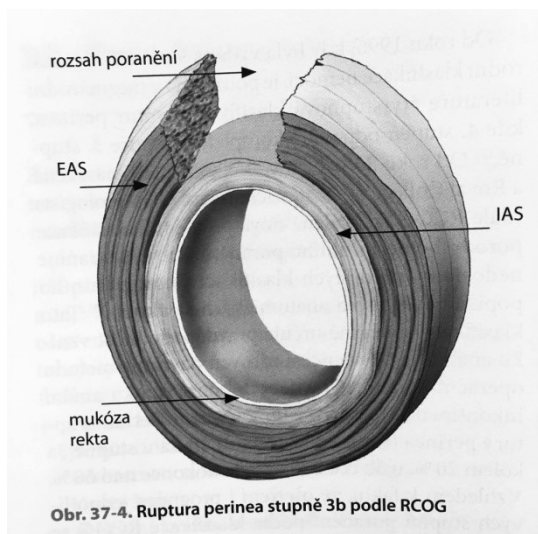
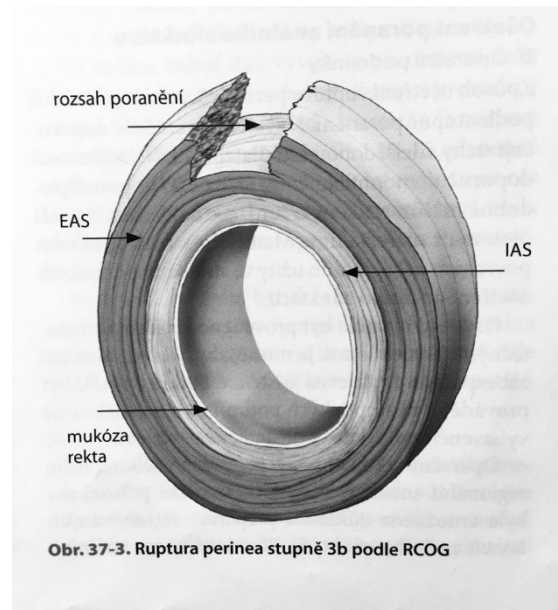
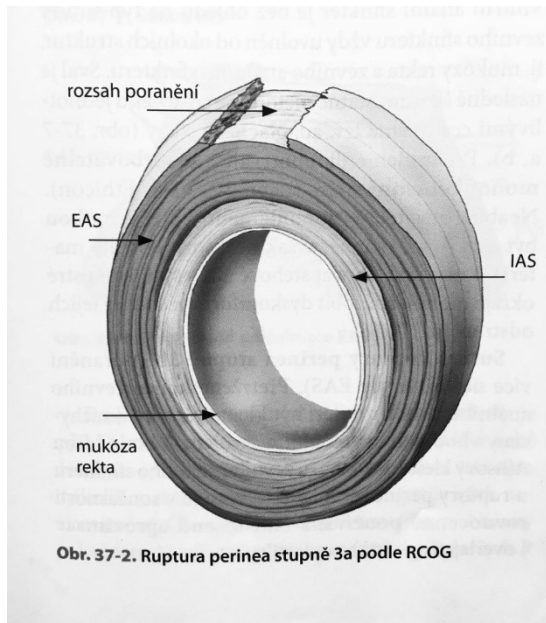


příloha 2 Svaly pánevního dna

Svaly pánevního dna zdroj: ROZTOČIL, A., et. al., 2017. Moderní porodnictví. 2. vyd.

Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5753-7

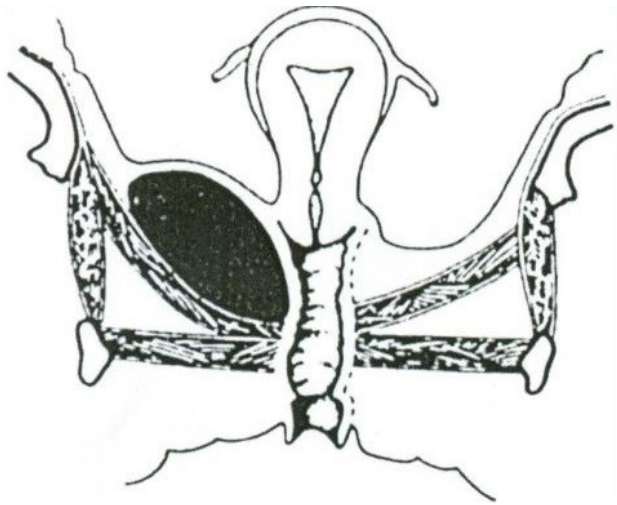
PŘÍLOHA III: RUPTURY III. A IV STUPNĚ



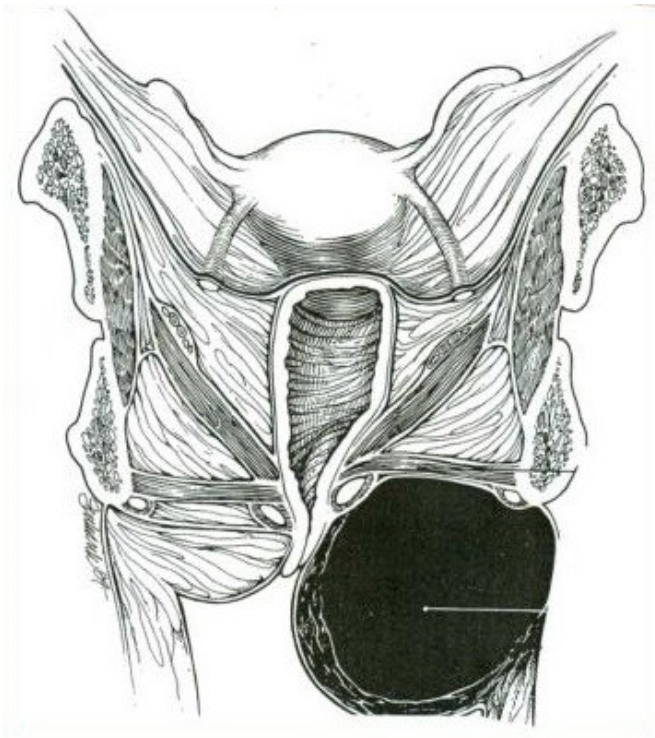
příloha 3: Ruptury III. a IV. stupně

zdroj: PAŘÍZEK, A. *Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. ISBN: 978-80-7262-949-7*

PŘÍLOHA IV: HEMATOMY



hematom supralevátorové



hematom infralevátorové

příloha 4: hematomy

Zdroj: <https://www.slideserve.com/bertha/patofyzi-o-logie-poporodn-ho-krv-cen>

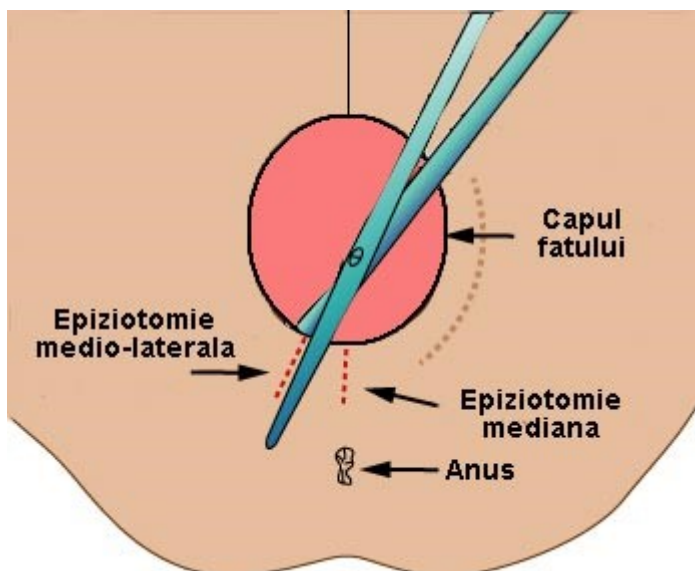
PŘÍLOHA V: BANDLOVA RÝHA



příloha 5: bandlova rýha

Bandlova rýha zdroj: ROZTOČIL, A., et. al., 2017. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5753-7

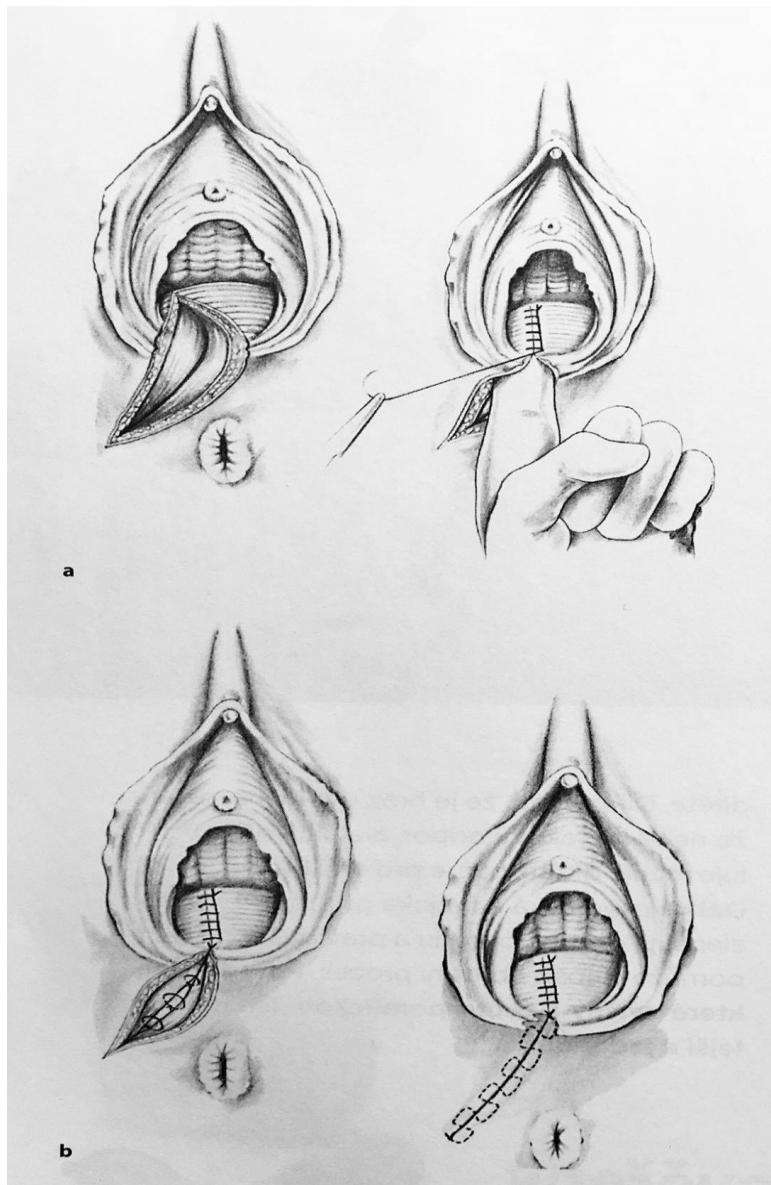
PŘÍLOHA VI: ROZDĚLENÍ EPIZIOTOMIE



příloha 6: rozdělení epiziotomie

Rozdělení epiziotomie zdroj: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Epiziotomie.jpg>

PŘÍLOHA VII: SUTURA EPIZIOTOMIE



příloha 7: sutura epiziotomie

Sutura epiziotomie zdroj: ROZTOČIL, A., et. al., 2017. Moderní porodnictví. 2. vyd.
Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5753-7

PŘÍLOHA VIII: ANIBALL



příloha 8: aniball

Aniballzdroj:

<https://www.aniball.cz/>

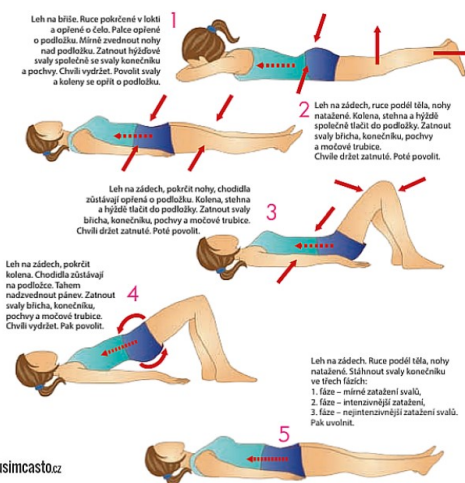
PŘÍLOHA IX: KEGELOVY CVIKY

Kegelovy cviky zdroj:

<https://www.musimcasto.cz/clanky/49-trapi-vas-caste-moceni-zkuste-kegelovy-cviky-na-posileni-panevniho-dna>

DOPORUČENÉ CVIKY

NA POSÍLENÍ PÁNEVNÍHO DŇA



Musimcasto.cz

příloha 9: Kegelovy cviky