**VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA**

Katedra zdravotnických studií

# Porodní poranění perinea a jeho prevence

bakalářská práce

Autor práce: Veronika Koubková

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2020

Vysoká škola polytechnická Jihlava

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

| | |
|---|---|
| Autor práce: | **Veronika Koubková** |
| Studijní program: | Porodní asistence |
| Obor: | Porodní asistentka |
| Název práce: | **Porodní poranění perinea a jeho prevence** |
| Cíl práce: | Zjistit, zda jsou ženy informovány o problematice porodního poranění perinea. |

**Mgr. Marie Dočekalová**
vedoucí bakalářské práce

**PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.**
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

# Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na téma Porodní poranění perinea a jeho prevence. Práce je rozdělena na současný stav problematiky a výzkumnou část. Současný stav problematiky popisuje anatomii pánevního dna a perinea, klasifikaci porodního poranění perinea, ošetření a ošetřovatelskou péči v šestinedělí. Následně se zmiňuje o prevenci před porodem a v průběhu porodu. Ve výzkumné části bakalářské práce jsou představeny výsledky výzkumu, které byly získány pomocí dotazníkového šetření. Na konci práce jsou zhodnoceny výsledky výzkumu a doporučení pro praxi.



# Klíčová slova

Porodní poranění; perineum; epiziotomie; masáž hráze; porodní poloha



# Abstract

The bachelor thesis is focused on the theme of Perineal trauma and its prevention. The thesis is divided into the current state of the issue and the research part. The current state of the issue describes the anatomy of the pelvic floor and the perineum, classification of perineal trauma, treatment and nursing care in the puerperium. Then it mentions prevention before and during birth. In the research part of the thesis are presented the results of the research, which were obtained through a questionnaire survey. At the end of the work the results of research and recommendations for practice are evaluated.



# Key words

Birth injury; perineum; episiotomy; massage of the perineum; birth position

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „**AZ**“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 23. dubna 2020

…….
Podpis studenta/ky

## Poděkování

*Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Marii Dočekalové za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu a čas, který mi během psaní práce věnovala. Dále bych ráda poděkovala Nemocnici Pelhřimov p. o. za umožnění výzkumu a všem respondentkám, které se ho zúčastnily. V neposlední řádě děkuji rodině a mému příteli za podporu po celou dobu mého studia.*

# Obsah

Seznam grafů ..... 7
Úvod ..... 9
Motivace ..... 10
Cíl práce ..... 10
1 Současný stav problematiky ..... 11
1.1 Anatomie ..... 11
1.1.1 Svaly pánevního dna ..... 11
1.1.2 Hráz ..... 11
1.2 Porodní poranění ..... 13
1.2.1 Poranění hráze ..... 13
1.2.2 Epiziotomie ..... 15
1.2.3 Ošetření porodních poranění ..... 16
1.3 Ošetřovatelská péče v šestinedělí ..... 16
1.4 Antepartální možnosti prevence porodního poranění perinea ..... 17
1.4.1 Masáž hráze ..... 18
1.4.2 Čaj z maliníku a lněné semínko ..... 18
1.4.3 Nahřívání hráze ..... 19
1.4.4 Kegelovy cviky ..... 19
1.4.5 Vaginální dilatační balonky ..... 19
1.5 Intrapartální možnosti prevence porodního poranění ..... 20
1.5.1 Chránění hráze ..... 21
1.5.2 Poloha rodičky při porodu ..... 21
1.5.3 Porodnický gel ..... 22
2 Výzkumná část ..... 23
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky ..... 23
2.2 Metodika výzkumu ..... 23
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí ..... 23
2.4 Průběh výzkumu ..... 24
2.5 Zpracování získaných dat ..... 24
2.6 Výsledky výzkumu ..... 25
2.7 Diskuze ..... 42
2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi ..... 48
Závěr ..... 49
Seznam použité literatury ..... 50
Přílohy ..... 53

# Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentek ..... 25
Graf 2 Vzdělání respondentek ..... 26
Graf 3 Parita žen ..... 27
Graf 4 Poranění hráze u respondentek ..... 28
Graf 5 Porodní poranění u vícerodiček ..... 29
Graf 6 Zdroj informací o porodním poranění ..... 30
Graf 7 Zdroj informací o možnostech přípravy hráze ..... 31
Graf 8 Využití metod přípravy hráze ..... 32
Graf 9 Metody přípravy hráze ..... 33
Graf 10 Příprava hráze v těhotenství ..... 34
Graf 11 Informovanost o provedení epiziotomie dle časového hlediska ..... 35
Graf 12 Informovanost žen o provedení epiziotomie ze strany personálu ..... 36
Graf 13 Důvody epiziotomie ..... 37
Graf 14 Informovanost v péči o porodní poranění ..... 38
Graf 15 Porod dle týdnu těhotenství ..... 39
Graf 16 Porodní poloha ..... 40
Graf 17 Porodní váha miminka ..... 41

# Seznam použitých zkratek

| | |
|---|---|
| a kol. | a kolektiv |
| cca | circa |
| cm | centimetr |
| m. | musculus |
| ml | mililitr |
| p. o. | příspěvková organizace |
| sir. | sirup |
| tzn. | to znamená |
| VEX | vakuumextraktor |

# Úvod

Hlavním tématem této bakalářské práce je porodní poranění perinea a jeho prevence. Chtěla jsem zjistit, zda jsou ženy informovány o problematice porodního poranění. Porod dítěte je pro ženy nezapomenutelným zážitkem. Většina žen má po porodu pocity radosti a štěstí. Udávají, že při pohledu na své miminko nevnímají, jak byl pro ně porod náročný. Jestliže během porodu utrpěly porodní poranění, může být pro ně období šestinedělí náročné. Pokud však rodičky budou mít informace o problematice porodního poranění, může jim to pomoc vyrovnat se s tímto nelehkým obdobím. Porod bez poranění je snem každé ženy. Ideální by bylo tomuto jevu zabránit. Nicméně to není možné. Avšak není nic jednoduššího než se o danou problematiku zajímat a být alespoň psychicky, když ne fyzicky, připravena. Jak jistě víme psychika dokáže mnoho. V dnešní době mají ženy na výběr tolik možností, kde mohou získat potřebné informace. Každá rodička má jistě ve svém okolí možnost navštěvovat předporodní kurzy, kde jí kromě informací o porodním poraněním, budou podány i informace týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí. Nejvíce potřebných informací by měly dostat ženy v gynekologické ambulanci, kam chodí od samého začátku těhotenství a některé již dávno předtím. Nasnadě jim může být i dobrá znalost prostředí a personálu.

Tato bakalářská práce je zaměřena na ženy po vaginálním porodu. Soubor respondentek tvoří rodičky z porodnice v Pelhřimově.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část je věnována současnému stavu problematiky a druhá část se zabývá samotným výzkumem.

Současný stav problematiky popisuje anatomii svalů pánevního dna a hráze, druhy porodního poranění a péči o porodní poranění. Dále se zabývá prevencí vzniku porodního poranění jak před porodem, tak v jeho průběhu.

Poté následuje výzkumná část, ve které je popsáno a vyhodnoceno dotazníkové šetření. Dotazník byl zaměřen na informovanost žen o problematice porodního poranění.

## Motivace

Ve své bakalářské práci se věnuji porodnímu poranění perinea a jeho prevenci. Toto téma jsem si vybrala, protože porodní poranění perinea se po porodu diagnostikuje velmi často. Zajímalo mě, zda jsou ženy informovány a této problematice a zda vědí o možné prevenci. Výzkum jsem prováděla v Nemocnici Pelhřimov p. o., kam jsem během studia docházela na praxi a kde bych v budoucnu ráda pracovala.

## Cíl práce

Cílem této práce bylo zjistit, zda jsou ženy informovány o problematice porodního poranění perinea. V návaznosti na zvolený cíl byly formulovány čtyři výzkumné otázky.

1. Kde ženy nejčastěji získávají informace o problematice porodního poranění?
2. Jaké možnosti prevence porodního poranění perinea ženy znají?
3. Jaký vliv má předporodní příprava hráze na porodní poranění?
4. Jaké faktory ovlivňují vznik porodního poranění perinea?

# 1 Současný stav problematiky

## 1.1 Anatomie

### 1.1.1 Svaly pánevního dna

Pánevní dno (diaphragma pelvis) má funkci podpůrného aparátu. Jedná se o soubor svalů a fascií, které uzavírají pánevní dutinu. Svým tvarem připomíná trychtýř. Základ je připojen na stěnu malé pánve a kaudálně se spojuje ke štěrbině, kterou prochází v zadní části konečník. V přední části štěrbiny prochází u žen pochva a nad ní močová trubice. Svaly pánevního dna svou pružností hrají za porodu velmi důležitou roli. Ovlivňují prostupnost plodu pánví. Během porodu hlavičky se mohou poranit svaly tvořící štěrbinu, kterou prochází pochva a močová trubice. Vlivem poranění svalu se zvyšuje riziko sestupu pánevních orgánů (Roztočil a kol., 2011, Hájek a kol., 2014).

Pánevní dno je inervováno z křížové pleteně (plexus sacralis). Největší část pánevního dna zaujímá řitní zdvihač (m. levator ani), který má několik částí a přispívá k udržení moče a stolice (Kachlík, 2018).

Pánevní dno je tvořeno komplexem svalů musculus levator ani a musculus coccygeus. M. levator ani se dělí na dvě části m. pubococcygeus (pars pubica) a m. iliococcygeus (pars iliaca). Pars pubica tvoří okraj urogenitální štěrbiny. Pars iliaca tvoří zadní část m. levator ani. Hájek a kolektiv (2014) ke komplexu m. levator ani přiřazují sval m. puborectalis. Tento sval vytváří dolní hranici diaphragma pelvis. Podílí se také na udržení stolice tím, že obemyká rektum a při defekaci relaxuje. V neposlední řadě zmíníme m. coccygeus, který není součástí komplexu m. levator ani, ale je považován za samostatnou součást. Je veden od spina ischiadica k laterálnímu okraji kostrče a kosti křížové. Tvoří zadní část diaphragma pelvis (Hájek a kol., 2014).

### 1.1.2 Hráz

Hráz (perineum) u žen je 3-4 cm prostor mezi zadním okrajem poševního vchodu (vestibulum vaginae) a řitním otvorem (anus). Centrum tvoří hrázové těleso (corpus perineale) spolu se svalstvem. Kůže hráze je hojně inervována a je jednou z erotogenních zón. Svaly hráze se nacházejí pod diaphragma pelvis a zdola překrývají štěrbinu, kterou prostupuje pochva a močová trubice (hiatus urogenitalis). Můžeme je rozdělit do dvou skupin: svaly, které jsou podkladem diaphragma urogenitale, a svaly upínající se

k zevním pohlavním orgánům a k rektu (Kachlík, 2018, Roztočil a kol., 2011, Hájek a kol., 2014).

Diaphragma urogenitale (perineální membrána) má trojúhelníkovitý tvar a jedná se o vazivově svalovou ploténku. Leží pod diaphragma pelvis. Rozprostírá se mezi ramena kostí stydkých a sedacích a dozadu k řitnímu otvoru. Obklopuje uretru a pochvu. U žen je z velké části tvořena pouze vazivem. Mezi vlastní svaly perineální membrány se řadí m. transversus perinei profundus, m. transverus perinei superficialis a m. sphincter urethrae externus (Hájek a kol., 2014, Kachlík, 2018).

M. transversus perinei profundus není u ženy vytvořen a nahrazuje jej vazivová trojúhelníková blána se svalovými vlákny. Stejně tak jako přítomnost m. transversus perinei superficialis, která je u žen proměnlivá (Kachlík, 2018, Roztočil a kol., 2011).

Mezi rektem a zadní poševní stěnou je umístěno centrum perinei. Z anatomického hlediska se jedná o složitou oblast z hlediska výskytu různých struktur. K jejich rozlišení nám napomáhá nukleární magnetická rezonance s vysokým rozlišením. Podíl na stavbě centrum perinei mají tyto svaly: m. transversus perinei superficialis, m. bulbospongiosus, m. sphincter ani externus, m. pubococcegeus a m. compressor urethrae (Hájek a kol., 2014).

Povrchněji můžeme nalézt nepárové svaly, které jsou orientovány nad sebou a plynule v sebe přecházejí. Jedná se o m. sphincter urethrae externus (vnější močotrubicový svěrač), m. compressor urethrae (močotrubicocý stlačovač) a m. sphincter urethrovaginalis (trubicopoševní svěrač) (Kachlík, 2018).

Druhou skupinu svalů hráze tvoří svaly upínající se k zevním pohlavním orgánům a rektu. Jedná se o svaly obklopující topořivá tělesa a zevní svěrač konečníku (m. sphincter ani externus). Poslední zmíněný, m. sphincter ani externus, je upevněn pomocí vazu mezi kostrčí a análním částí rekta. Obklopuje anální otvor a část směřuje do centrum perinei. Upíná se k němu část m. levator ani. Mezi svaly kryjící topořivá tělesa patří m. ischiocavernosus a m. bulbospongiosus. Oba tyto svaly jsou párové. M. ischiocavernosus má u žen podobnou funkci jako u mužů. Při sexuálním vzrušení se účastní na zbytnění poštěváčku a při orgasmu rytmicky kontrahuje. M. bulbospongiosus funguje jako svěrač poševního vchodu a podporuje zvlhčení poševního vchodu vyprázdněním velké vestibulární žlázy při pohlavním styku (Kachlík, 2018, Roztočil a kol., 2011, Hájek a kol., 2014).

## 1.2 Porodní poranění

Během porodního procesu může u rodičky vzniknout poranění především měkkých cest porodních. Porodní poranění se může vyskytnout v kterémkoli místě porodních cest – na vnitřních a zevních rodidlech, nebo na přilehlých orgánech jako je močový měchýř a konečník. Je důležité tuto problematiku nepodceňovat, jelikož neošetřená či nesprávně ošetřená poranění mohou být příčinou velkých krevních ztrát a pozdějších anatomických a funkčních poruch (Roztočil a kol., 2017).

Největší změna hráze nastává po sestupu hlavičky. Štěrbina mezi svalstvem diaphragma urogenitale společně s kůží se napíná a roztahuje. V důsledku vyklenutí perinea, vytažení rekta a otevření prstence řitního svěrače, kdy se objevuje sliznice rekta, se nám postupně vytváří porodnická hráz. Kromě m. levator ani a kůže se také roztahují m. transversus perinei superficialis a profundus, a nakonec m. bulbospongiosus. Hráz zvětší svoji plochu na cca 15-20 cm. Při prostupu hlavičky přes hráz, tzn. při prořezávání, je pánevní dno maximálně namáháno a nastává jeho největší distenze. Mezi hlavičkou a porodními cestami dochází k největšímu tření. Roztažení poševní stěny a svalů pánevního dna je nejvíce patrné ve vypuzovací době a při prořezávání hlavičky (Doležal a kol., 2007).

Těhotenství a samotný porod mohou způsobit poranění závěsného a podpůrného aparátu orgánů malé pánve nebo poruchy funkce. Následkem je vznik inkontinence moči, inkontinence stolice a sestup pánevních orgánů (Hájek a kol., 2014).

### 1.2.1 Poranění hráze

Trhliny hráze jsou nejčastějším poraněním při porodu. Mohou být různého rozsahu a lokalizace. Obvykle postihují všechny vrstvy, které tvoří hráz. Řadíme sem kůži, podkoží, svalstvo tvořící diaphragma urogenitale, m. levator ani a m. pubococcegeuss. Zároveň ruptury hráze mohou zasahovat do pochvy. Nejčastější příčinou bývá nesprávná technika chránění hráze nebo rychlý postup hlavičky, který neumožní hrázi, aby se přizpůsobila. Jinou příčinou může být křehká tkáň hráze po prodělaných infekcích nebo vrozená chabost. Roztočil a kolektiv (2017) dělí příčiny vzniku poranění hráze na základě účastníků porodního procesu. Rizikové faktory vzniku mohou být, jak ze strany rodičky, tak ze strany plodu či průběhu porodu (Hájek a kol., 2014, Roztočil a kol., 2017).

Příčiny vzniku poranění hráze:

1. ze strany rodičky: věk, vysoká či pevná hráz, jizvy, prodělané záněty, vrozená chabost

2. ze strany plodu: velká porodní hmotnost plodu, deflekční polohy, rychlý postup hlavičky
3. průběh porodu: překotný porod, nedostatečné chránění hráze či nesprávná technika (Roztočil a kol., 2017, Hájek a kol., 2014)

Od roku 2001 se používá nová klasifikace ruptur perinea, která byla navržena a schválena Royal College og Obstetricians and Gynaecologists a používá se i v České republice. Stupeň ruptury hráze rozpoznáváme podle toho, které vrstvy jsou poraněny. Prvním stupněm rozumíme poranění kůže, podkoží a části poševní sliznice. Druhý stupeň zahrnuje poranění kůže, podkoží a svalů hráze. Třetí stupeň postihuje análního kanál a lze jej dále rozdělit podle míry poškození análního svěrače. (<50% tloušťky zevního svěrače, >50% tloušťky zevního svěrače, poranění zevního a vnitřního svěrače, anální sliznice je intaktní. Čtvrtý stupeň je kombinací třetího stupně s poraněním anální sliznice (Pařízek a kol., 2012, Lajtman, Dvořáková, 2019).

Hlavním příznakem ruptur je krvácení. Stanovení diagnózy záleží na vyšetření v poševních zrcadlech, rektovaginálním vyšetřením po porodu a sledováním stavu rodičky (Lajtman, Dvořáková, 2019).

Vzhledem k dobrému prokrvení oblasti perinea se tato poranění dobře hojí, samozřejmě za dodržení podmínek patřičné sutury. V případě otoku je doporučeno chladné sprchování či podání ledu na hráz (Hájek a kol., 2014).

Lékař řešící porodní poranění perinea zajišťuje primární, sekundární a terciární prevenci. Primární prevencí je myšleno zjištění rizikových faktorů a jejich vyhodnocení, snížení vlivu těchto faktorů a výběr přijatelného postupu. Mezi nejčastější rizikové faktory patří vaginální porod prvorodičky, klešťový porod a mediální epiziotomie. Primární prevence v praxi znamená náhrada klešťového porodu vakuumextrakcí či snaha nepoužívat mediální epiziotomii. Objektem sekundární prevence je správná diagnostika poranění, volba správného operačního postupu a odpovídající ošetření. Terciární prevencí je míněno především shromažďování pacientek se závažným poraněním perinea a svalstva konečníku ve specializovaných ambulancích, jejich pečlivé pooperační sledování, řešení možných komplikací a spolupráce s dalšími odborníky. Všechny rodičky po ošetření závažného poranění perinea a svalstva konečníku by měly používat laxativa, aby tlak při obtížné defekaci nezpůsobil roztržení provedené sutury. Vhodným přípravkem je Lactulosa Infusia sir., 10-15 ml denně až do dávky 60 ml denně. Léčba by měla probíhat až do zhojení sutury. Sporadicky se doporučuje bezezbytková či kašovitá dieta. Pacientka by měla být co nejdříve poučena o této skutečnosti (Pařízek a kol., 2012).

### 1.2.2 Epiziotomie

Epiziotomií rozumíme rozšíření poševního vchodu nastřihnutím hráze na konci druhé doby porodní. Zabraňuje nepravidelným trhlinám hráze. Jedná se o jeden z nejčastějších chirurgických výkonů u žen. Hlavní indikací je zkrácení druhé doby porodní při podezření na tíseň plodu. Kromě tísně plodu je další indikací pro nástřih hráze operativní vaginální porod (VEX i forceps) a hrozící ruptura hráze, která se projevuje napjatou a lesklou kůží. V dnešní době je snaha omezit provádění rutinních epiziotomií. V případě, že je hráz pružná a rodička dobře spolupracuje neměla by být epiziotomie provedena. Pokud je epiziotomie provedena na vrcholu kontrakce při napnuté a anemické hrázi, není potřeba lokální anestezie (Rušavý, Kališ, 2019, Roztočil a kol., 2017).

Indikace k provedení epiziotomie:

- operativní vaginální porod (VEX i forceps)
- porod u žen s tuhou, vysokou nebo zjizvenou hrází
- hrozící ruptura hráze
- porod velkého plodu
- deflexní poloha hlavičky (Roztočil a kol., 2017, Hájek a kol., 2014)

Typy epiziotomií dělíme podle počátku nástřihu, směru a délky. Nejčastějšími typy jsou mediální, laterální a mediolaterální epiziotomie. U mediální epiziotomie je nástřih veden ve středové čáře hráze směrem ke konečníku cca do poloviny délky hráze. Výhodou je symetrická rána, která se dobře zašívá. Naopak nevýhodou je možnost rozšíření k análnímu sfinkteru. Laterální epiziotomie je vedena 2-3 cm od středové čáry v poševním introitu a postupuje vodorovně k hrbolu sedací kosti. Mediolaterální epiziotomie začíná ve středové čáře poševního vchodu a postupuje šikmo podobně jako je tomu u laterálního typu (Rušavý, Kališ, 2019, Hájek a kol., 2014).

Technika epiziotomie spočívá především v provedení nástřihu při rozvinuté hrázi a prořezávající hlavičce na vrcholu kontrakce speciálními nůžkami. Střih je veden kolmo na rozvinutou hráz, směrem do pochvy i na perineum mezi dvěma prsty druhé ruky, které brání rychlému prostupu hlavičky plodu. Směr epiziotomie může být levostranný či pravostranný dle zvyklostí porodníka. V případě jizvy po předešlém porodu se směr nástřihu řídí tímto (Hájek a kol., 2014).

Sutura epiziotomie se provádí po důkladné revizi měkkých porodních cest v zrcadlech. Před výkonem je nutná aplikace lokální anestezie či celková anestezie, pokud je diagnostikováno rozsáhlejší poranění. Epiziotomie se začíná šít od horního pólu poševní

sliznice dohromady s podslizničními tkáněmi. Dle zvyklostí se používají pokračující nebo jednotlivé stehy. Sutura je vedena se až po hymenální okraj. Potom se šijí porušené svaly perinea, podkožní vazivo a kůže. Sutura se realizuje pomocí vstřebatelných vláken (Hájek a kol., 2014).

Vhodný výběr analgezie, šicího materiálu a techniky sutury snižuje dyskomfort ženy při sutuře a následky po porodu. Výskyt komplikací spojených s hojením epiziotomie je velmi nízký. Nejčastější příčinou dehiscence (rozestupu) rány je infekce. Mezi rizikové faktory dehiscence sutury epiziotomie patří krátká hráz, technika sutury a výběr šicího materiálu, obezita, poranění análního svěrače, operativně vaginálně vedený porod a zkušenosti porodníka. Mezi časté komplikace epiziotomie patří hematom. Vzniká při nesprávném ošetření, kdy se krev hromadí v parakolpiu (Rušavý, Kališ, 2019, Procházka, Pilka, 2016).

Jako následek epiziotomie se může vyskytnout dyspareunie (bolestivý pohlavní styk) po porodu. Vliv na rozsah a trvání dyspareunie má technika sutury. Nástřih hráze nemá dopad na vznik inkontinence moči a stolice po porodu (Rušavý, Kališ 2019).

### 1.2.3 Ošetření porodních poranění

Ruptury hráze či epiziotomie odhalené při revizi porodních cest a zevních rodidel po porodu se ošetřují dle chirurgických zásad. Ke kontrole porodního poranění by měla porodní asistentka nachystat sterilní stolek. Ten by měl obsahovat sterilní nástroje a potřebný materiál – dezinfekci, nůžky, pinzety, poševní zrcadla, peán, jehelec, šicí matriál a tampony, vše dle zvyklostí oddělení. Po ošetření porodního poranění se rodidla opláchnou dezinfekčním roztokem a osuší. Před rodidla se vloží sterilní vložky a na lůžku se vymění čisté podložky. Pacientce je zkontrolován tlak, puls a teplota. Na porodním sále pacientka setrvá dvě hodiny. Během této doby je porodní asistentkou kontrolován celkový stav pacientky a také ošetřené porodní poranění hráze. Každou nepravidelnost oznámí lékaři (Macků, Čech, 2002).

## 1.3 Ošetřovatelská péče v šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je obdobím šesti týdnů po ukončení gravidity a porodu. Člení se na časné (do 7. dne) a pozdní (do 42. dne). Organismus ženy se vrací do stavu před otěhotněním. V tomto období nastává hojení poranění na vnitřních a vnějších rodidlech, pokud nějaká během porodu vznikla. V tomto období také dochází k zahájení

činnosti mléčné žlázy. Těhotenství a porod jsou pro ženu tělesnou a psychickou změnou (Slezáková a kol., 2017).

Porodní asistentka edukuje šestinedělku v oblasti hygieny, zejména potřebě častého sprchování. Seznámí ji s možností aplikace chladivých prostředků. Upozorní ženu na nutnost časté výměny vložek a sprchování po močení a stolici. Porodní asistentka pacientce vysvětlí, jaké změny absolvuje pánevní dno po porodu. Těhotenstvím a porodem bylo svalstvo pánevního dna namáháno. Návrat pružnosti a pevnosti může trvat několik dní. Důsledkem snížené pružnosti bývá problém s močovou inkontinencí. S cvičením lze začít již první den po porodu, pokud se žena cítí dobře (Dušová a kol., 2019, Čermáková 2017).

Po vaginálním porodu si mnoho žen stěžuje na otok perinea a bolest, která bývá silnější u rodiček s epiziotomií či s rupturou hráze. Otok je následkem napínání a traumatem hráze za porodu. Při poranění hráze je povinností porodní asistentky poučit ženu o způsobu sezení, který pro ni bude nejvhodnější a nejméně bolestivý. Doporučuje se sezení na nafukovacím plovacím kruhu, aby se snížil tlak na hráz. Porodní asistentka ženě doporučí možnost aplikace chladivých prostředků a taktéž ji seznámí s důležitostí hygieny (Dušová a kol., 2019, Procházka, Pilka, 2016).

Dalším předmětem edukace by mělo být cvičení. Fyzická aktivita v šestinedělí má velký význam pro návrat původní postavy a kondice. Úkolem porodní asistentky je vysvětlit pacientce význam cvičení na zlepšení jak tělesné, tak psychické pohody a jeho vliv na involuci dělohy, vyprazdňování, zlepšení průtoku v žilách dolních končetin, zásobování organismu kyslíkem, posilování břišní stěny, perinea, pánevního dna a prsou (Dušová a kol., 2019).

## 1.4 Antepartální možnosti prevence porodního poranění perinea

Vliv na porodní poranění perinea má nejenom velikost dítěte, ale také elasticita perinea a vlastnosti svalů. S přípravou měkkých porodních cest je důležité začít již několik týdnů před porodem. Jedině tak má předporodní příprava smysl a efekt na elasticitu a poddajnost tkáně. Všechny metody přípravy perinea mají za úkol zvýšit elasticitu perinea a posílit schopnost rozvinutí při porodu a tím snížit potřebu epiziotomie a minimalizovat riziko porodního poranění. Předporodní příprava perinea má jistě vliv na psychiku rodičky, neboť jí napomůže přiblížit pocity při vypuzování plodu (Maryšková, 2010).

### 1.4.1 Masáž hráze

Masáž hráze je jednou z možností prevence porodního poranění. Je jedním ze způsobů, jak zlepšit pružnost v oblasti perinea a snížit tak odpor. Proto při porodu dochází k roztažení hráze bez jejího poranění. Těhotná žena si může masírovat hráz sama nebo s pomocí partnera v závěru těhotenství zhruba od 35. týdne těhotenství za pomoci olejů. Provádí se dvěma prsty vloženými do poševního vchodu, kterými se pohybuje ve tvaru písmene U či od čísla 3 k číslu 9 na ciferníku. Měla by se provádět každý den alespoň pět minut. Když je hráz dostatečně změkčená vlivem masáže, po tlaku hlavičky plodu znecitliví. Při sestupu plodu se snadněji rozvine a umožní mu hladký pohyb směrem dolů a z pochvy. Během masáže by žena neměla vnímat žádné nepříjemné pocity. Může se požívat olivový olej, meruňkový olej či přípravky určené na masáž hráze. Masáž hráze není povinná a nikdy nezaručí dokonalou ochranu před porodním poraněním. Podmínkou pro masáž hráze je mít čisté ruce. Pokud ruce nejsou jemné, ale hrubé doporučuje se použít rukavice. Žena zaujme polohu v polosedě s pokrčenými končetinami mírně od sebe. Nakape si pár kapek oleje na prsty. Lze použít palec či ukazováček s prostředníčkem, které se vsunou 5-7 cm do pochvy. Prsty by měly po tkáni klouzat. Mírně tlačí směrem dolů mezi oblast pochvy a konečníku. Olej vtírá do dolní stěny pochvy a okraje hráze. Pořád vytváří stejný tlak a pohybuje prstem po stranách pochvy do tvaru písmene U. Ze začátku ženy cítí napětí ve svalech, ale po pravidelné masáži se tkáň uvolní (Bohatá, Dostálek, 2016, Monganová, 2010, Maryšková, 2010).

### 1.4.2 Čaj z maliníku a lněné semínko

Maliník má vliv na tonizaci dělohy a napomáhá k uvolnění svalstva dělohy a pánve. Měl by tak ovlivnit porod a zkrátit jeho průběh. Po porodu podporuje stahování dělohy a laktaci. Zároveň má vliv na činnost střev a peristaltiku. Čaj z maliníku se doporučuje popíjet od 36. týdně denně v množství 1-2 šálky. Maliník lze kombinovat i s ostružiníkem a jahodníkem. Podobné vlastnosti má i lněné semínko, které má vliv na délku porodu. Jelikož relaxuje hladké svalstvo a otevírá děložní hrdlo. Jako další účinek se uvádí zvýšení množství poševního sekretu. Lněné semínko má i blahodárný vliv na střevní peristaltiku, a tudíž působí proti zácpě. Doporučuje se užívat drcená semínka či odvar od druhé poloviny těhotenství, a to několikrát denně (Bohatá, Dostálek, 2016, Anniball, 2018, Stadelmann, 2009).

### 1.4.3 Nahřívání hráze

Nahřívání hráze na konci těhotenství zmiňuje i německá porodní asistentka Ingeborg Stadelmann ve své knize Zdravé těhotenství, přirozený porod. Doporučuje ženám provádět sedací koupele se sennými květy na změkčení porodních cest. Nahřívání hráze, popřípadě bylinné napářky, které začínají být v současnosti populární, je doporučováno provádět od ukončeného 38. týdne těhotenství. Z důvodu vyvolání porodu. Teplo, uvolnění měkkých porodních cest a použití bylin může ovlivnit průběh porodu pára svým účinkem změkčuje hráz, která se stává elastičtější. Proto se můžeme setkat s nahříváním hráze během druhé doby porodní, kde má stejný účinek. Směsi k napařování porodních cest před porodem obsahují mateřídoušku, levanduli, maliník a měsíček. Dle norské studie z roku 2017 má nahřívání hráze ve druhé době porodní vliv na snížení poranění perinea 3. a 4. stupně, avšak nebyl ovlivněn počet žen s neporušeným perineem (Stadelmann, 2009, Valová, 2018, Aasheim, Nilsen, Reinar, Lukasse, 2017).

### 1.4.4 Kegelovy cviky

Cílem cvičení je posílit svaly pánevního dna, které jsou používané během porodu. Tyto cviky lze dále praktikovat po porodu, aby se oblast pánevního dna vrátila rychleji do původního stavu. Mohou pomoci při prevenci problémů s inkontinencí. Provádět se mohou kdekoli a v jakékoli pozici. Nejprve je důležité uvědomit si, kde se svaly pánevního dna nachází. Žena si zkusí stáhnout močovou trubici, pochvu a řitní otvor tak jako by chtěla zadržet moč a stolici bez nutnosti provádět toto cvičení na toaletě. Při tomto výkonu by měla cítit pohyb pánevního svalstva směrem nahoru. Nesmějí se při tom stahovat jiné svaly např. hýžďové nebo břišní. Důležité je pravidelné dýchání. Princip cviku je stejný jako při hledání správných svalů. Někomu může pomoci počítání od jedné do desíti, při čemž u každé čísla zvýší napětí a poté je zase uvolní. Cvik se provádí třikrát denně po deseti opakování (Monganová, 2010, Kegelovy cviky – posilování svalů pánevního dna, 2013).

### 1.4.5 Vaginální dilatační balonky

Posilování svalů pánevního dna před porodem má své kořeny hluboko v historii. Africké ženy se připravovaly na porod tím, že při cvičení svalů v oblasti pánve

využívaly vhodně tvarovanou tykev. Z této zvyklosti vznikly vaginální dilatační balonky posilující pánevní dno a svaly hráze. V současnosti se prodávají pod názvy Epi – no a Aniball. Pravděpodobnost poranění perinea je u žen rodících vaginálně poprvé vyšší než u těch, které již vaginálně rodily. Důvodem je menší odpor tkání vůči prostupu hlavičky u vícerodiček. V důsledku toho, že při prvním porodu došlo k dilataci měkkých tkání pochvy a perinea. Tyto zdravotnické prostředky je vhodné používat od ukončeného 36. týdne těhotenství. Principy fungování jsou u obou uvedených výrobků totožné. Pomůcky se skládají z balonku a ruční pumpy. Průměrná doba cvičení trvá přibližně 15-30 minut, ale záleží na každé ženě, jak rychle se dokáže uvolnit, a tudíž je doba trvání individuální. Důležité je zaujmout, co nejkomfortnější polohu. Díky tomu si žena může vyzkoušet jaká poloha jí bude eventuálně vyhovovat při porodu. Před zavedením je doporučeno balonek zvlhčit pomocí lubrikačního gelu na bázi vody určeného k vnitřnímu užití z důvodu bezpečnosti. Balonek se zavede do pochvy vyfouknutý či nafouknutý pomocí dvěma stlačeními pumpy. Po zavedení se nejprve posiluje pánevní dno vtahováním balonku a následným uvolňováním. Poté se balonek nafoukne do maximálního možného tlaku. Nikdy by to nemělo být pro ženu bolestivé. Během nafukování se zvětšuje objem a tím i tlak v pochvě. Podobný tlak je pociťován při porodu. Na závěr se nechá vyklouznout z pochvy. Balonek umožňuje nácvik uvolnění pánevního svalstva v době prořezávání hlavičky. Cvičení by se mělo provádět jednou denně po dobu 15-30 minut. Po 3-4 týdnech cvičení je možné dosáhnout obvodu balonku 28-30 cm, což přibližně představuje obvod hlavičky plodu při průchodu porodním kanálem. Kontraindikací pro použití vaginálního dilatačního balonku je hrozící předčasný porod, vaginální krvácení, při infekcích pochvy, rizikové těhotenství a patologie děložního čípku (Marysková, 2010, Bohatá, Dostálek, 2016, Aniball, 2018).

## 1.5 Intrapartální možnosti prevence porodního poranění

Stejně jako před porodem tak i během porodu můžeme snížit riziko porodního poranění. Existují různé techniky, které zpomalují rychlý prostup hlavičky plodu a umožňují pomalé rozvinutí perinea, aby se zabránilo vzniku porodního traumatu. Mezi tyto techniky patří chránění hráze, poloha rodičky při porodu, lubrikace porodních cest, nahřívání hráze a její masáž. Úkolem porodní asistentky je zajištění těchto technik (World Health Organization, 2018, Aasheim, Nilsen, Reinar, Lukasse, 2017).

### 1.5.1 Chránění hráze

Chránění hráze snižuje riziko vzniku ruptur hráze a okolních částí pochvy. Zároveň také napomáhá vhodnému mechanismu porodu hlavičky. Hráz je nutné chránit při jejím napínání, když hráz bledne a hlavička plodu zůstává v pootevřené pochvě a zároveň se za kontrakce nevtahuje zpět. Metoda chránění hráze spočívá v přiložení levé ruky shora na porozenou část hlavičky a položení pravé ruky se sterilní rouškou na hráz, tak abychom přehledně viděli zadní komisuru a zároveň zakryli řitní otvor. Levou rukou za kontrakce zpomalujeme prostup hlavičky. Roušku držíme tak, aby palec pravé ruky byl na straně pravé a ostatní prsty na levé straně hráze. Snažíme se snižovat napětí hráze. Toho docílíme přibližováním palce a ostatních prstů k sobě. Za kontrakce přetahujeme hráz přes rodící se čelo a obličej hlavičky. V tomto okamžiku se provádí epiziotomie, pokud hrozí ruptura hráze (Roztočil a kol., 2017, Macků, Čech, 2002).

### 1.5.2 Poloha rodičky při porodu

Polohy, které může rodička zaujímat během druhé doby porodní jsou velice podobné úlevovým polohám v první době porodní. Můžeme je rozdělit na polohy horizontální a vertikální. Mezi horizontální polohy řadíme leh na zádech nebo leh na boku. Leh na zádech je nejméně výhodný. Snažíme se jej vyvarovat. Jelikož není využíváno zemské gravitace a plod je vypuzován horizontálním směrem a vzhůru, což může vést k prodloužení vypuzovací fáze. Tato poloha je zejména výhodná z důvodu možnosti rychlého zásahu lékaře. Leh na boku má pro plod příznivější podmínky z hlediska vstupu do porodních cest. Do poloh vertikálních spadá sed, dřep a stoj. V sedě lze rodit na porodní stoličce, na porodním vaku, ve vaně či posteli. Tato poloha napomáhá uvolňovat hráz. V dřepu rodička nevynakládá tak velké úsilí při tlačení, jelikož je vyvíjen tlak na děložní fundus. Poloha vestoje může rodičku více nutit ke tlačení. V současnosti nejčastěji vídáme polohu v polosedě. Je to jakýsi kompromis mezi horizontální a vertikální polohou. Uplatňuje se zde zemská gravitace a zároveň zůstává oblast rodidel přehledná. Nicméně bychom neměli zapomínat na samotnou rodičku. Ta si za porodu nachází pro ni nejméně bolestivou a nejkomfortnější polohu (Čermáková, 2017, Roztočil a kol., 2017).

### 1.5.3 Porodnický gel

Porodnický gel je známý pod názvem Dianatal. Používá se jako ochrana svalů pánevního dna, pochvy a hráze. Díky jeho aplikaci je sníženo tření při porodu sníženo. Gel přilne k poševní stěně a vytvoří v pochvě vrstvu, která usnadňuje klouzavý pohyb při porodu. Dianatal je zaváděn již v první době porodní vždy po vaginálním vyšetření. Použití gelu snižuje výskyt poranění perinea. Neobsahuje žádné léčivo. Má pouze fyzikální účinek. Nedráždí sliznice ani oči, a proto je bezpečný jak pro matku, tak plod. Lze jej využít u prvorodiček i vícerodiček (Maryšková, 2010, Hanulíková, 2014).

# 2 Výzkumná část

Tato část bakalářské práce se zabývá analýzou dat, která byla získána pomocí dotazníkového šetření. Je zde představen cíl práce spolu s výzkumnými otázkami a výsledky provedeného výzkumu. Dále je v této části prezentován návrh řešení a doporučení pro praxi.

## 2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

**Cíl:** Zjistit, zda jsou ženy informovány o problematice porodního poranění perinea.

**Výzkumné otázky:**

1. Kde ženy nejčastěji získávají informace o problematice porodního poranění?
2. Jaké možnosti prevence porodního poranění perinea ženy znají?
3. Jaký vliv má předporodní příprava hráze na porodní poranění?
4. Jaké faktory ovlivňují vznik porodního poranění perinea?

## 2.2 Metodika výzkumu

Data byla získána pomocí kvantitativního výzkumu na základě dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu byly použity pouze pro účely bakalářské práce. Dotazník obsahuje celkem 17 otázek, kde 12 otázek bylo uzavřených a 5 otázek polouzavřených. Tvoří součást bakalářské práce jako *Příloha A*.

## 2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření týkající se porodního poranění perinea a jeho prevence bylo provedeno u žen po vaginálním porodu v raném šestinedělí na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Pelhřimov p. o. Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Celkem bylo rozdáno 103 dotazníků, z toho bylo vráceno a vyplněno 100 dotazníků, tudíž návratnost činí 97 %.

## 2.4 Průběh výzkumu

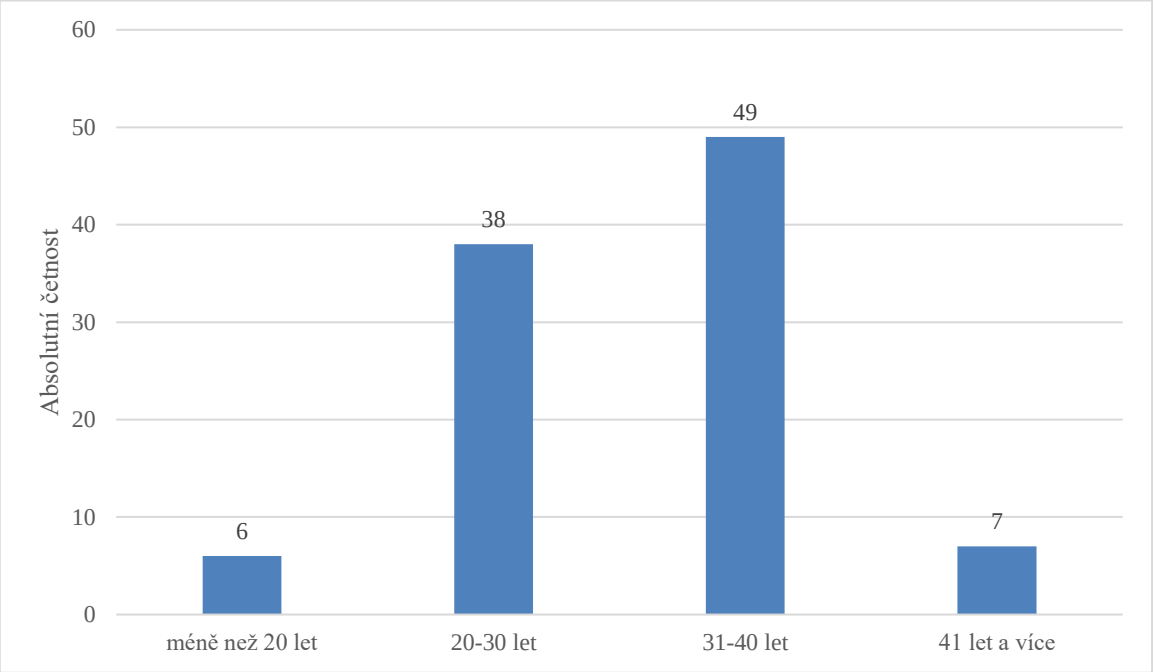
Výzkum probíhal od prosince 2019 po dobu čtyř měsíců do března 2020 po schválení Dotazníky byly rozdány autorem bakalářské práce.

## 2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla vyhodnocena a zpracována za pomoci grafů, které byly vytvořeny programem Microsoft Office Excel a okomentovány v programu Microsoft Office Word.

## 2.6 Výsledky výzkumu

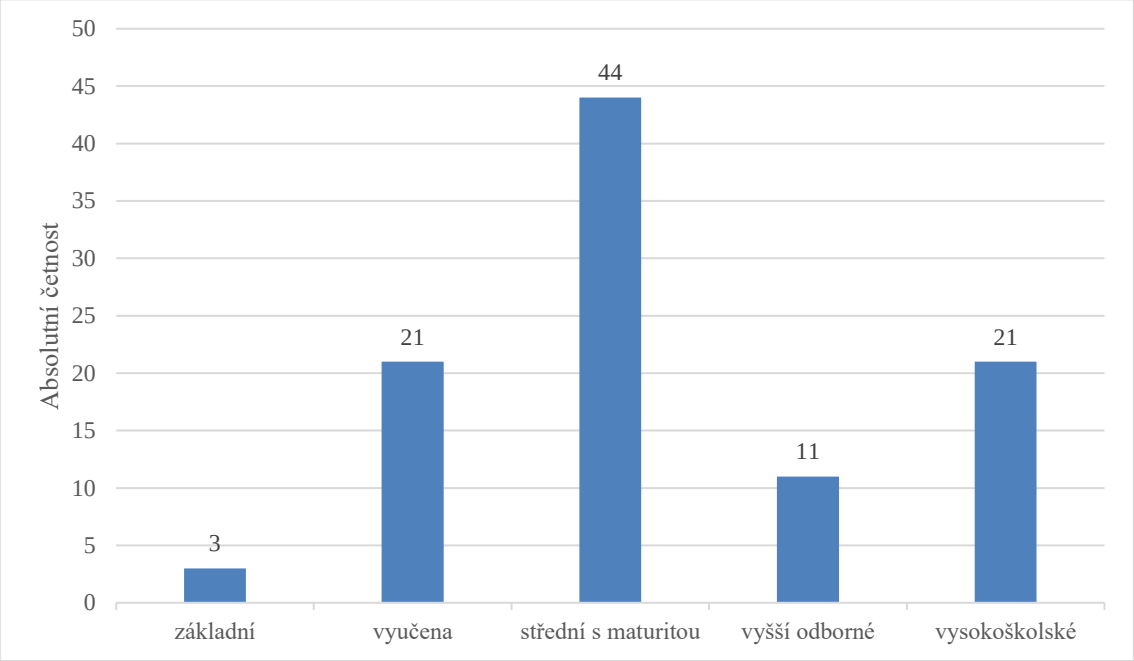
**Otázka č. 1** Váš věk?




**Graf 1 Věk respondentek**

Otázka č. 1 je zaměřena na věk respondentek, které měly čtyři možnosti výběru dle věkových kategorií. Z celkového počtu 100 dotazovaných bylo největší zastoupení respondentek ve věkové kategorii 31-40 let. Tuto možnost zaškrtlo 49 (49 %) respondentů. Další velkou skupinou respondentek tvořil věk 20-30 let, a to 38 (38 %). Věkovou kategorii 41 let a více tvoří 7 (7 %) respondentek. A podobné zastoupení jako u předchozí kategorie je i ve věku méně než 20 let a to 6 (6 %) respondentek. Vše je prezentováno v grafu č. 1.

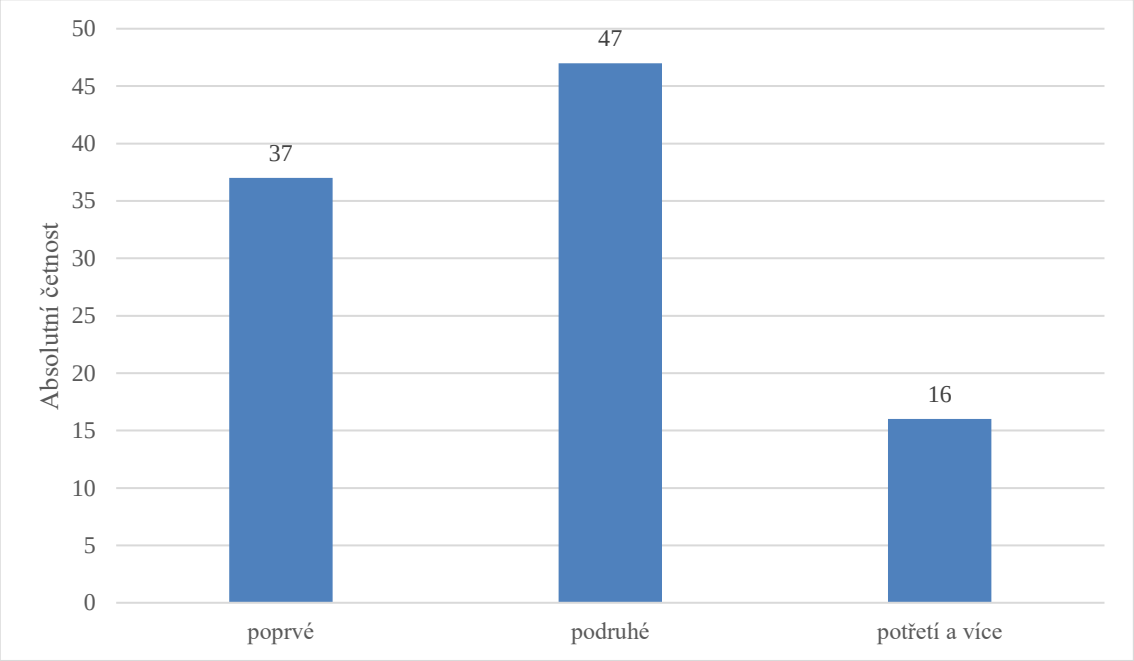
**Otázka č. 2** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?




**Graf 2 Vzdělání respondentek**

Graf č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Největší zastoupení mají respondentky se střední školou s maturitou a to 44 (44 %). Respondentky s vysokoškolským vzděláním a vyučené jsou zastoupeny ve stejném počtu 21 (21 %). 11 (11 %) respondentek má vyšší odborné vzdělání. Kategorii základní vzdělání označily pouhé 3 (3 %) respondentky.

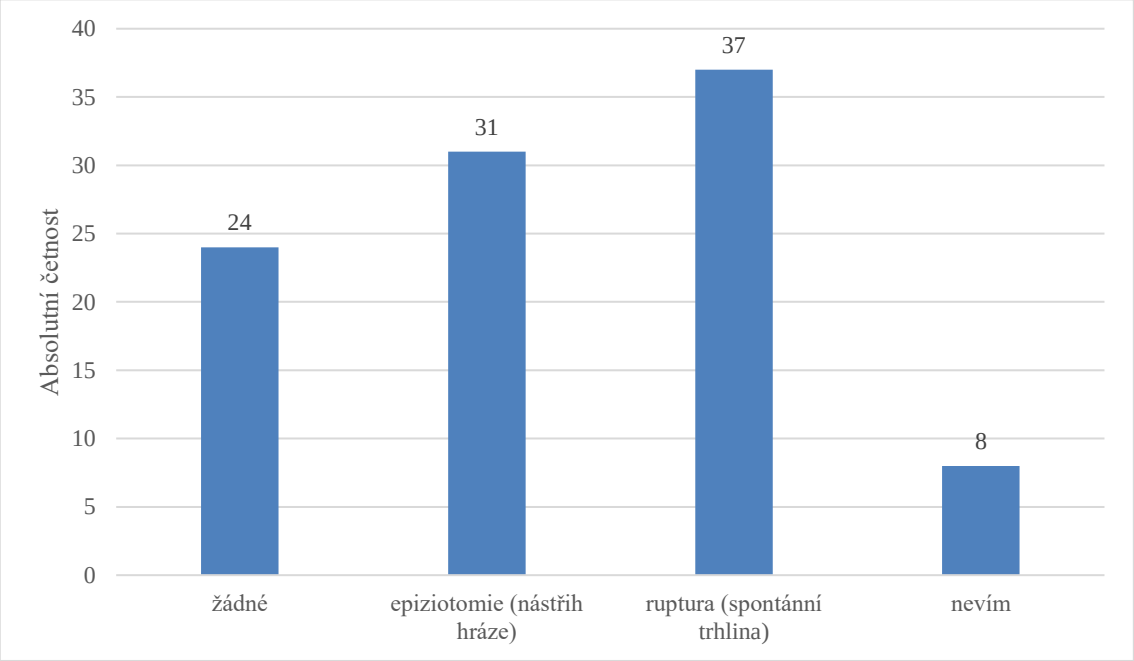
**Otázka č. 3** Po kolikáté jste rodila?




**Graf 3 Parita žen**

V otázce č. 3 nás zajímalo po kolikáté respondentky rodily. 47 (47 %) respondentek odpovědělo, že rodily podruhé. Další početnou skupinu tvoří respondentky, které rodily poprvé a to 37 (37 %). A možnost *potřetí a více* zvolilo 16 (16 %) respondentek. Vše znázorňuje graf č. 3.

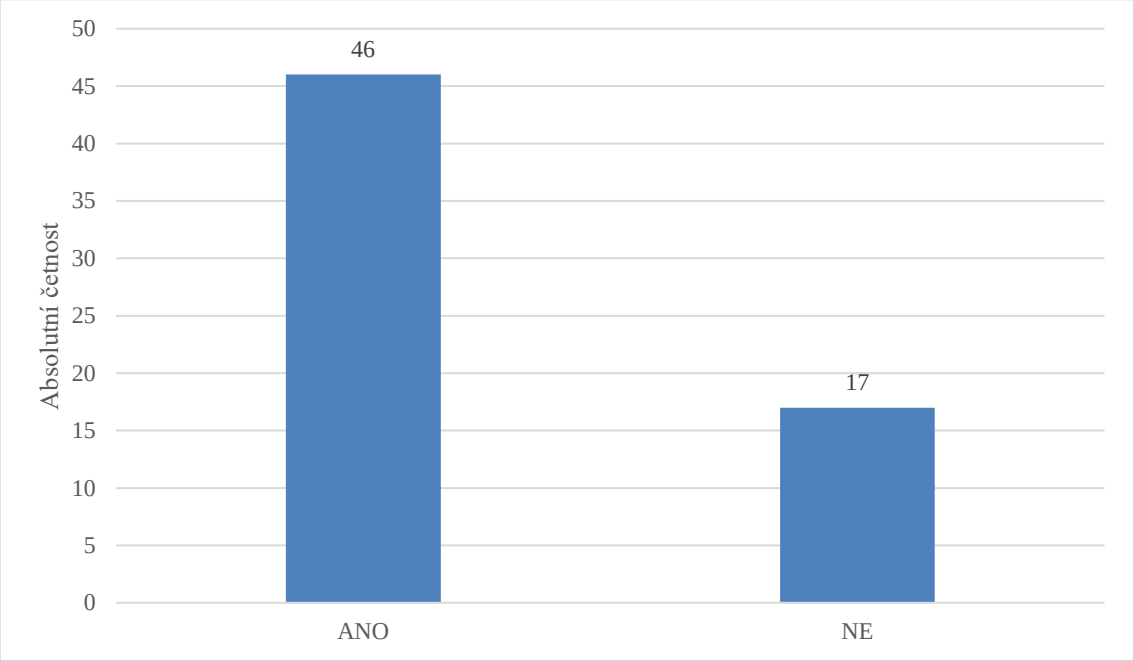
**Otázka č. 4** Víte, jaké poranění hráze máte?




**Graf 4 Poranění hráze u respondentek**

V grafu č. 4 je znázorněn výskyt poranění u respondentek. 37 (37 %) respondentek při vaginálním porodu utrpělo rupturu (spontánní trhlina). Epiziotomie (nástřih hráze) byl proveden 31 (31 %) ženám. 24 (24 %) dotazovaných uvedlo, že během porodu neměly žádné poranění a 8 (8 %) jich nevědělo jaké poranění mají.

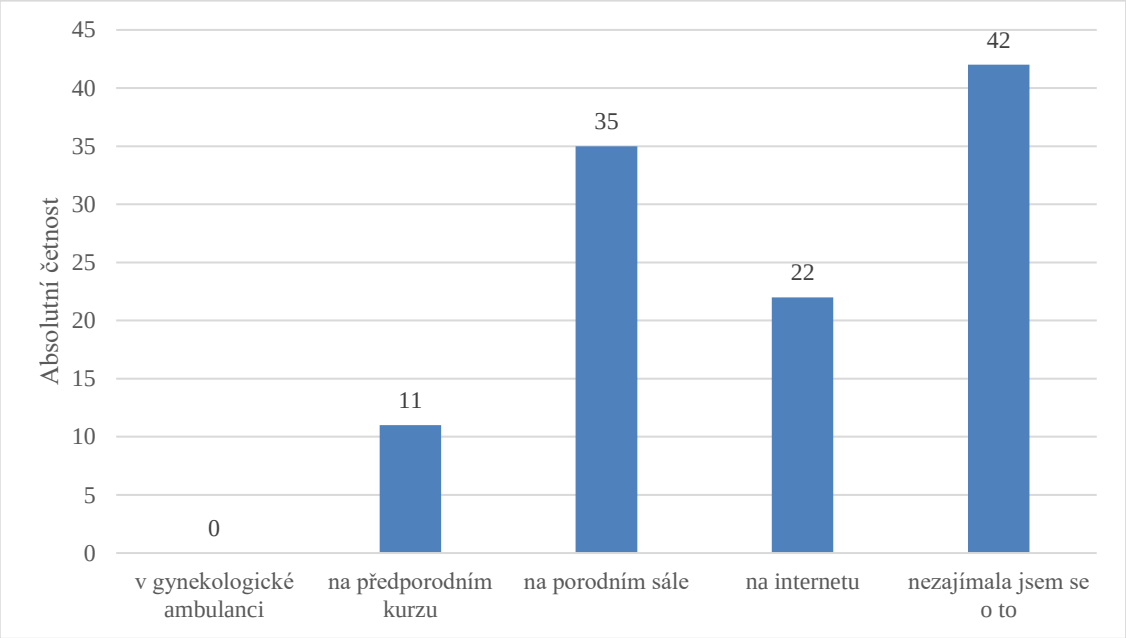
**Otázka č. 5** Jste-li vícerodička, měla jste při každém porodu porodní poranění?




**Graf 5 Porodní poranění u vícerodiček**

V otázce č. 5 jsme zkoumali, zda vícerodičky utrpěli při každém porodu porodní poranění. Na tuto otázku odpovídalo 63 respondentek. 46 (73 %) respondentek odpovědělo, že mělo porodní poranění při každém porodu a zbývajících 17 (27 %) respondentek odpovědělo, že porodní poranění nemělo. Výsledky můžeme vidět v grafu č. 5.

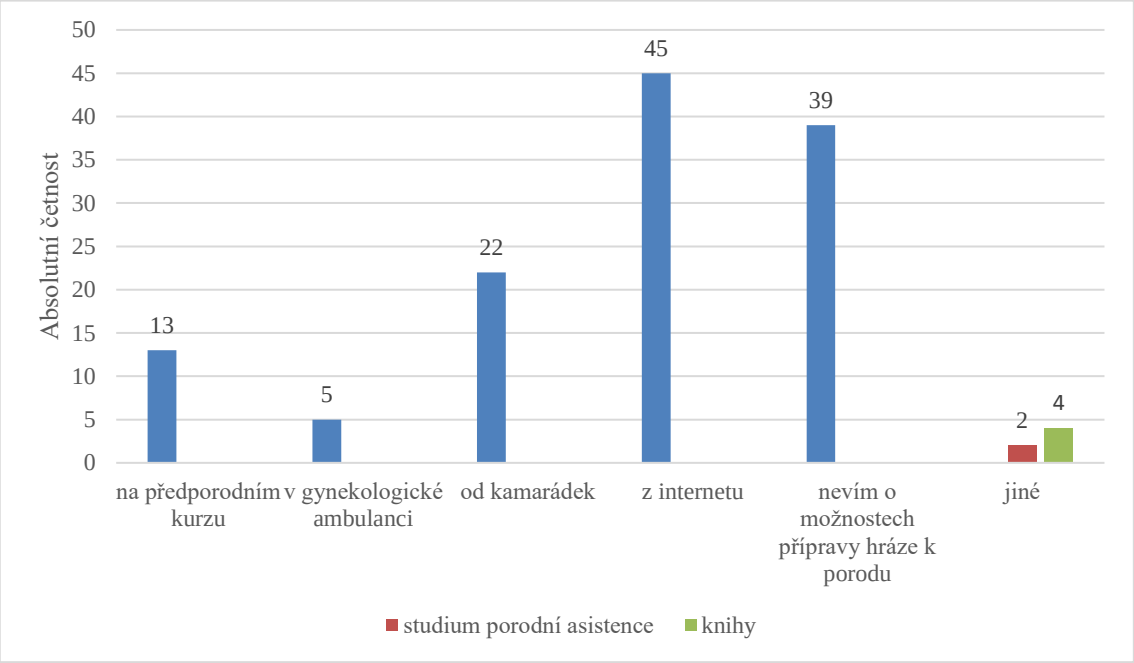
**Otázka č. 6** Kde jste získávala informace o poranění vzniklém v průběhu porodu? (můžete vybrat i více možností)




**Graf 6 Zdroj informací o porodním poranění**

Graf č. 6 znázorňuje, kde respondentky nejčastěji získávaly informace o poranění vzniklém v průběhu porodu. Mohly zvolit i více možností. Nejvíce respondentek označilo možnost *nezajímala jsem se o to* a to 42 (42 %). 35 (35 %) respondentek uvedlo, že informace získávaly na porodním sále. Další skupinu tvoří 22 (22 %) respondentek, které se informovaly na internetu. Na předporodním kurzu získalo informace 11 (11 %) respondentek. Možnost *v gynekologické ambulanci* nezvolil nikdo.

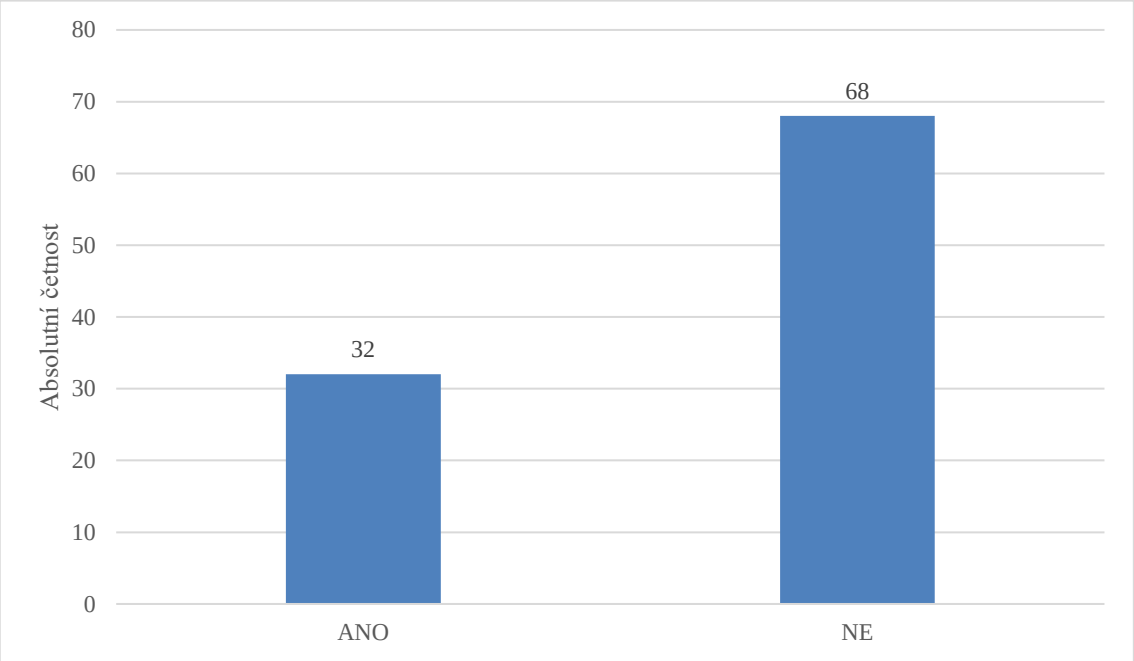
**Otázka č. 7** Kde jste získávala informace o možnostech přípravy hráze k porodu? (můžete zaškrtnout i více možností)




**Graf 7 Zdroj informací o možnostech přípravy hráze**

V otázce č. 7 jsme zjišťovali jaké zdroje informací o možnostech přípravy hráze k porodu ženy využívaly. Mohly zaškrtnout i více možností a zároveň vepsat i vlastní odpověď do možnosti *jiné*. 45 (45 %) respondentek zvolilo možnost *z internetu*. 39 (39 %) respondentek neví o možnostech přípravy hráze k porodu. Další skupinu tvoří respondentky, které se informovaly od kamarádek a to 22 (22 %). Na předporodním kurzu si zjišťovalo informace 13 (13 %) respondentek. Pouhých 5 (5 %) respondentek mělo informace z gynekologické ambulance. Poslední kategorii tvoří respondentky, které zvolily možnost *jiné* a napsaly svoji odpověď. Nejčastější odpovědí byly knihy, kterou zvolily 4 (4 %) respondentky. A 2 (2 %) respondentky do této kategorie uvedly, že studovaly porodní asistenci.

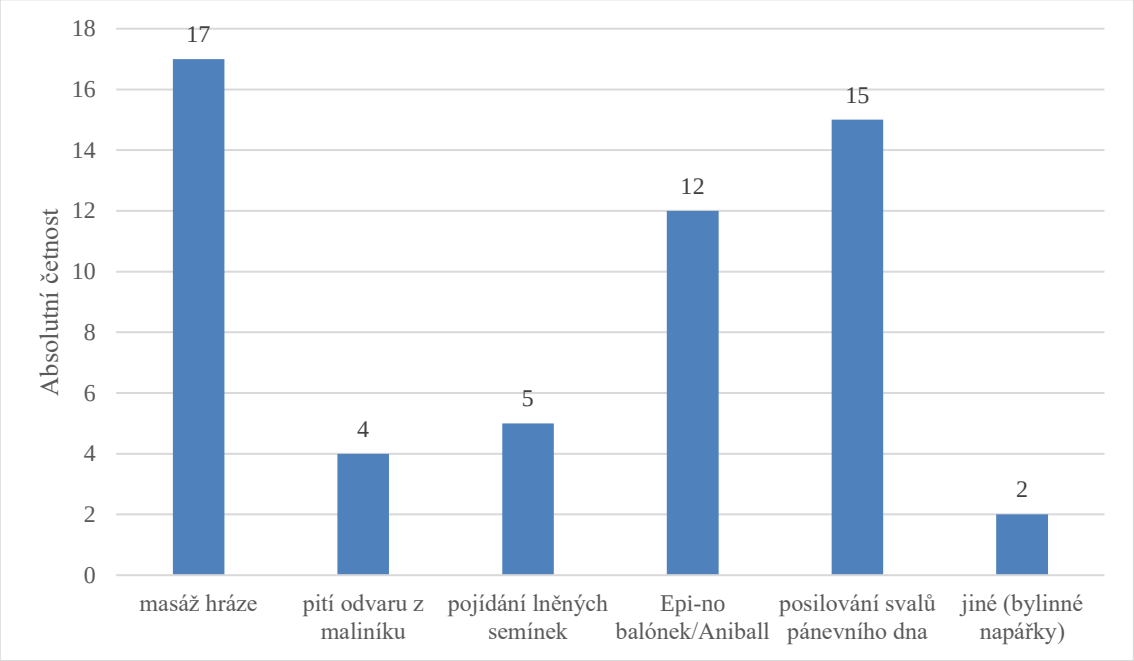
**Otázka č. 8** Využívala jste nějaké metody přípravy hráze k porodu? (pokud jste odpověděla NE, pokračujte na otázku č. 11)




**Graf 8 Využití metod přípravy hráze**

Z grafu č. 8 můžeme vidět, kolik respondentek využívalo nějakou metodu přípravy hráze k porodu. 68 (68 %) dotazovaných odpovědělo, že metody přípravy hráze nevyužívaly. Zatímco 32 (32 %) dotazovaných je využívaly.

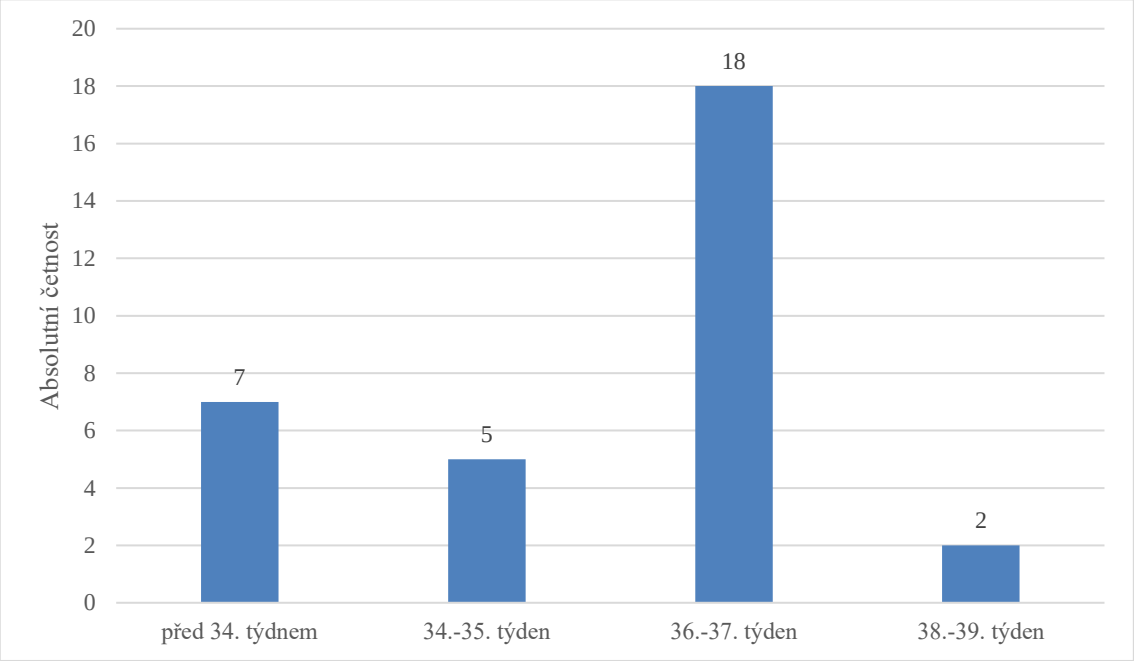
**Otázka č. 9** Jaké metody to byly? (můžete vybrat i více možností)




**Graf 9 Metody přípravy hráze**

Na otázku č. 9 odpovídaly pouze ženy, které využívaly některou z metod přípravy hráze k porodu. Celkem na tuto otázku odpovědělo 32 respondentek. Graf č. 9 tyto metody vyobrazuje. Dotazované mohly zvolit i více možností. 17 (53 %) respondentek uvedlo, že využívaly masáž hráze. Další početnou skupinu tvoří 15 (47 %) respondentek, které posilovaly svaly pánevního dna. Epi-no balónek či Aniball používalo 12 (38 %) dotazovaných. Možnost *pojídání lněných semínek* zvolilo 5 (16 %) dotazovaných a *pití odvaru z maliníku* zvolili 4 (13 %) dotazované. Do možnosti *jiné* mohly respondentky napsat jinou metodu, kterou využívaly. 2 (6 %) respondentky uvedly, že využívaly bylinné napářky.

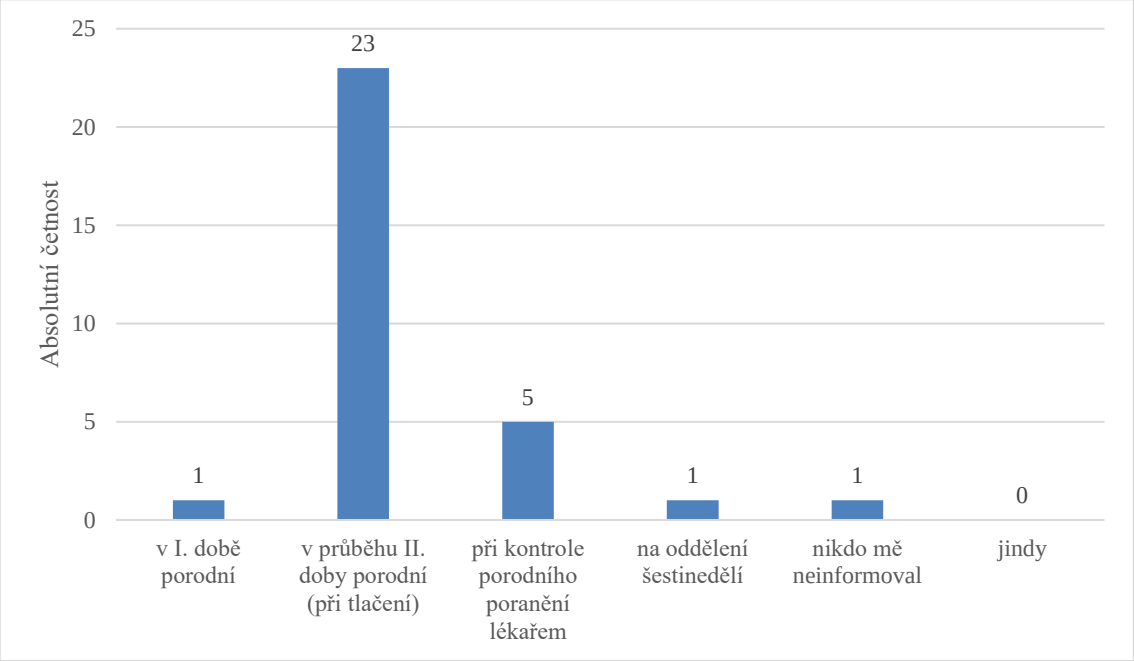
**Otázka č. 10** Od kolikátého týdne těhotenství jste se začala připravovat?




**Graf 10 Příprava hráze v těhotenství**

Otázka č. 10 se také týkala pouze žen, které uvedly, že využívaly některou z možností příprav hráze. Celkem na tuto otázku odpovědělo 32 respondentek. Graf č. 10 nám ukazuje od kolikátého týdne těhotenství si respondentky začaly připravovat hráz k porodu. Nejčastější odpovědí byla možnost *36.-37. týden*, kterou označilo 18 (56 %) respondentek. 7 (22 %) respondentek se připravovalo již před 34. týdnem. Další skupinu tvoří respondentky, které uvedly, že se připravovaly 34.-35. týden a to 5 (16 %). A poslední možnost *38.-39. týden* zvolily 2 (6 %) respondentky.

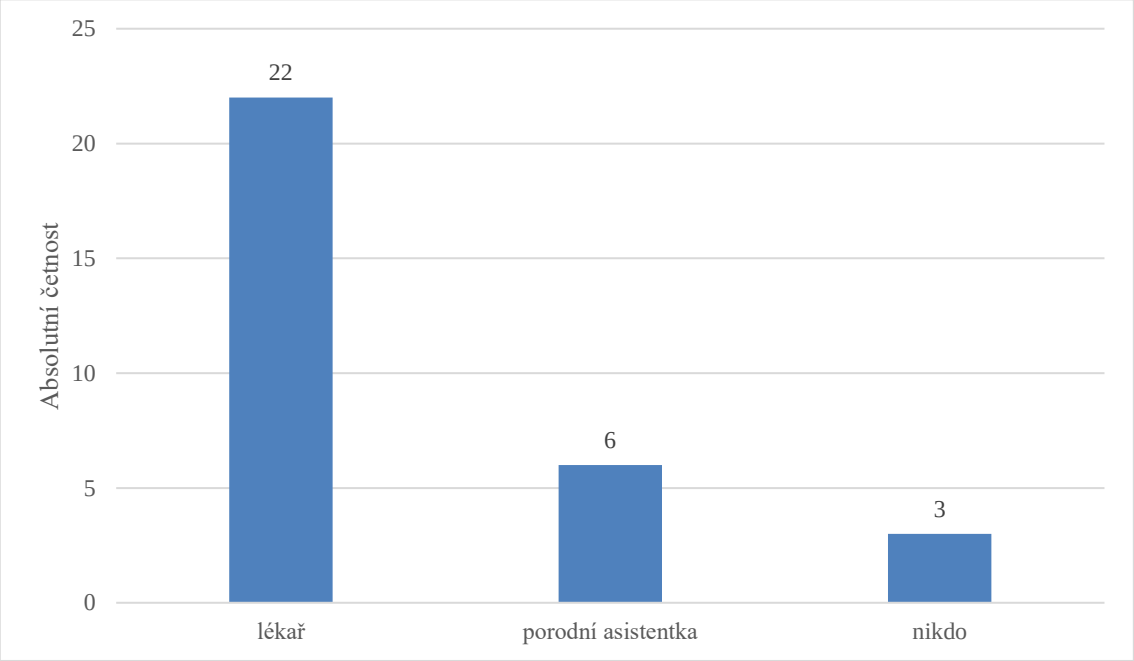
**Otázka č. 11** Kdy Vás informovali o provedení epiziotomie?




**Graf 11 Informovanost o provedení epiziotomie dle časového hlediska**

Otázku č. 11 vyplňovaly pouze respondentky, kterým byla provedena epiziotomie. Na tuto otázku odpovídalo 31 respondentek. V této otázce nás zajímalo, kdy byly respondentky informovány o provedení epiziotomie. 23 (74 %) respondentek uvedlo, že byly informovány v průběhu II. doby porodní (při tlačení). Při kontrole porodního poranění lékařem bylo informováno 5 (16 %) respondentek. Možnost *v I. době porodní* uvedla 1 (3 %) respondentka, stejně tak jako možnost *na oddělení šestinedělí* a *nikdo mě neinformoval*, kterou uvedla také 1 (3 %) respondentka. Možnost *jindy* si nevybrala žádná dotazovaná.

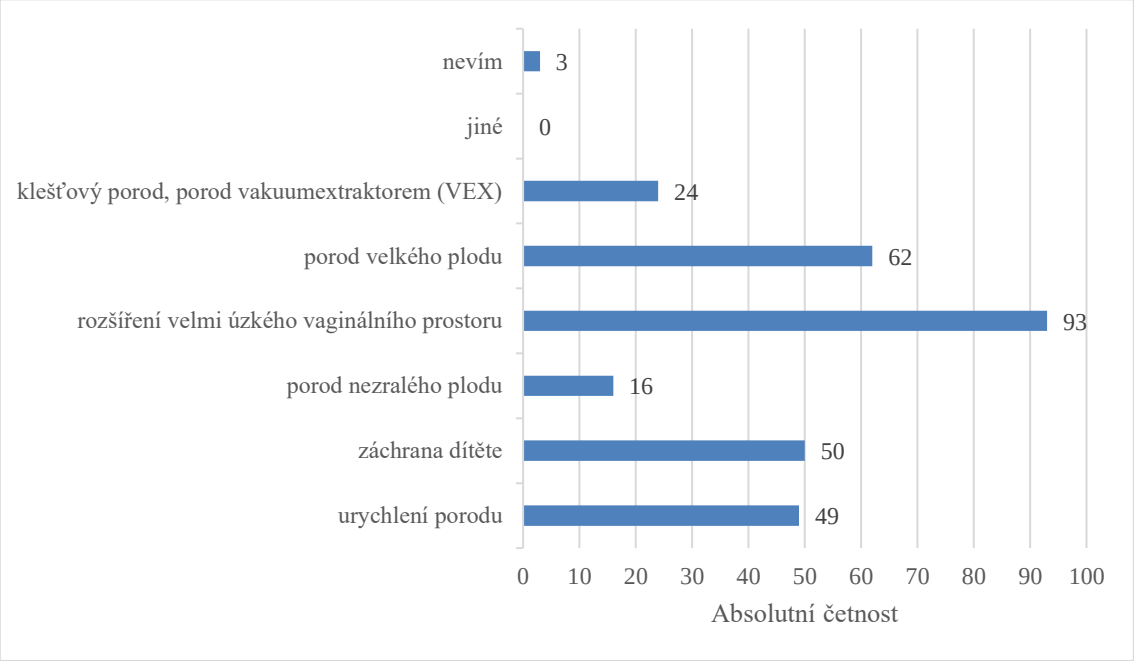
**Otázka č. 12** Kdo Vás informoval o provedení epiziotomie?




**Graf 12 Informovanost žen o provedení epiziotomie ze strany personálu**

Otázku č. 12 vyplňovaly respondentky, kterým byla provedena epiziotomie. Celkem na tuto otázku odpovídalo 31 respondentek. Zajímalo nás, kdo ženy informoval o provedení epiziotomie. Lékař respondentky informoval ve 22 (71 %) případech. 6 (19 %) respondentek uvedlo, že byly informovány porodní asistentkou. A 3 (10 %) respondentky nebyly informovány nikým.

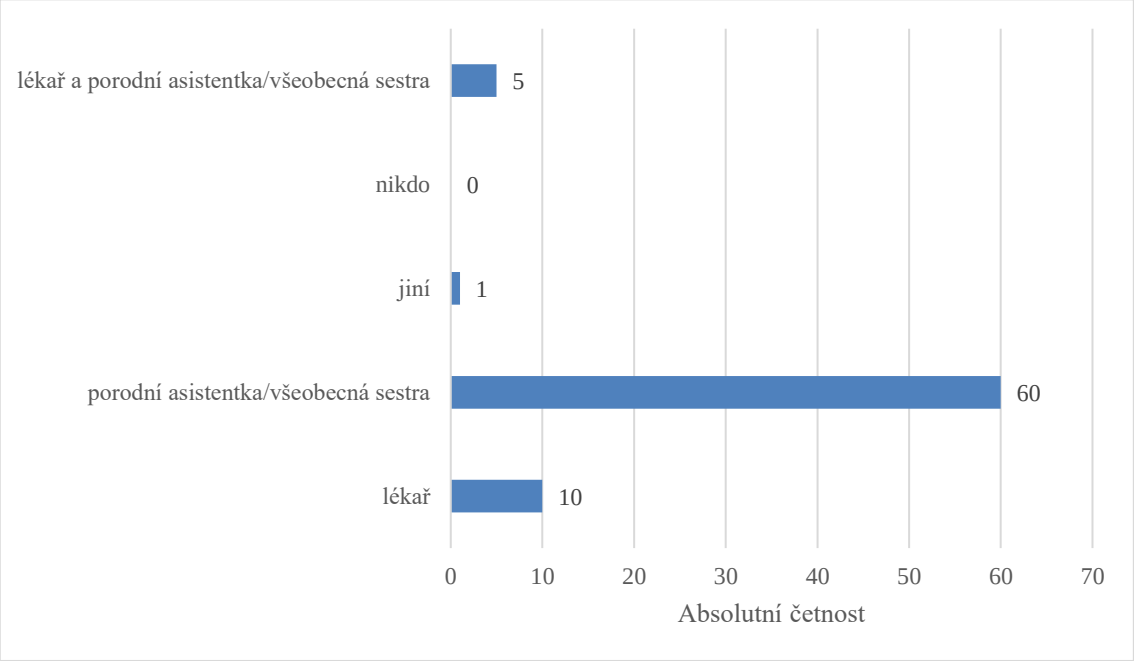
**Otázka č. 13** Ve kterých případech je epiziotomie nutná? (můžete vybrat i více možností)




**Graf 13 Důvody epiziotomie**

Na otázku č. 13 odpovídalo všech 100 dotazovaných a mohly zvolit i více možností. Otázka je zaměřena na povědomí respondentek, ve kterých případech je epiziotomie nutná. Nejčastější odpověď tvoří možnost *rozšíření velmi úzkého vaginálního prostoru*, kterou zvolilo 93 (93 %) dotazovaných. Další početnou skupinu tvoří možnost *porod velkého plodu*, kterou zakroužkovalo 62 (62 %) dotazovaných. 50 (50 %) respondentek uvedlo, že je epiziotomie nutná v případě záchrany dítěte. 49 (49 %) respondentek zvolilo možnost *urychlení porodu*. Možnost *klešťový porod, porod vakuumextraktorem (VEX)* zaškrtlo 24 (24 %) respondentek. 16 (16 %) respondentek uvedlo, že je epiziotomie nutná v případě porodu nezralého plodu. 3 (3 %) respondentek neví o případech nutnosti epiziotomie. Možnost *jiné* nezvolil nikdo.

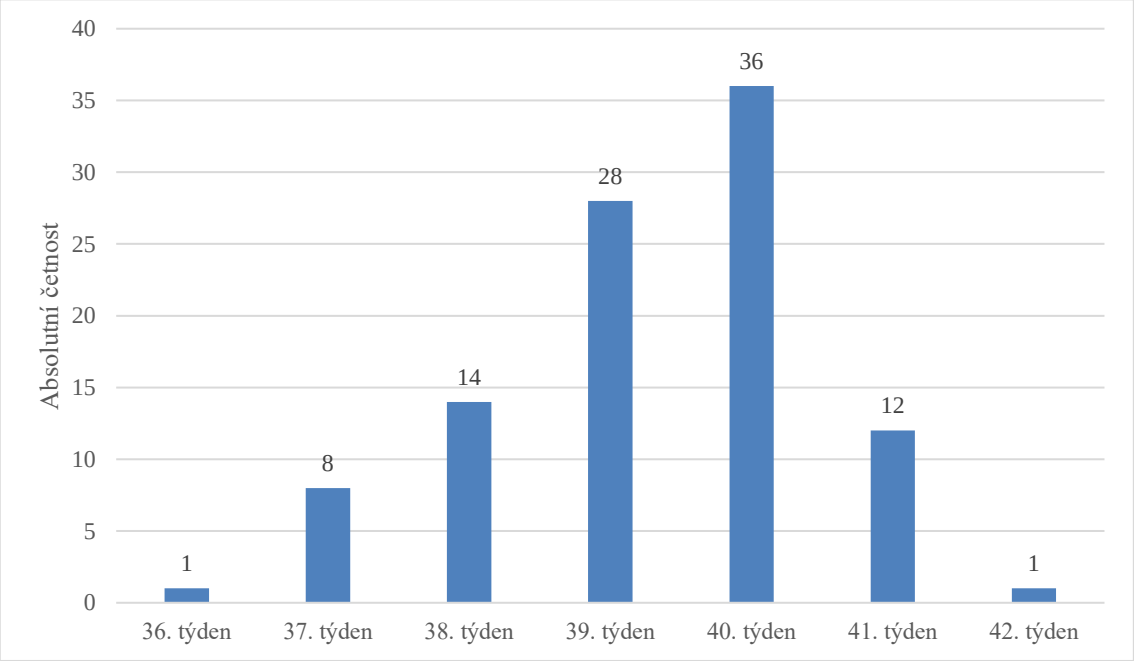
**Otázka č. 14** Kdo Vás informoval v péči o porodní poranění (epiziotomie i ruptury)?




**Graf 14 Informovanost v péči o porodní poranění**

Otázka č. 14 se týkala pouze respondentek, které měly porodní poranění. Na tuto otázku odpovídalo 76 respondentek. Graf č. 14 znázorňuje, kým byly respondentky informovány v péči o porodní poranění. Největší skupinu tvoří respondentky, které uvedly, že byly informovány porodní asistentkou/všeobecnou sestrou a to 60 (79 %). 10 (13 %) respondentek informoval lékař. 5 (7 %) respondentek zakroužkovalo možnosti *lékař* i *porodní asistentka/všeobecná sestra*. Možnost *jiní* uvedla 1 (1 %) respondentka. A možnost *nikdo* nezvolila žádná z dotazovaných.

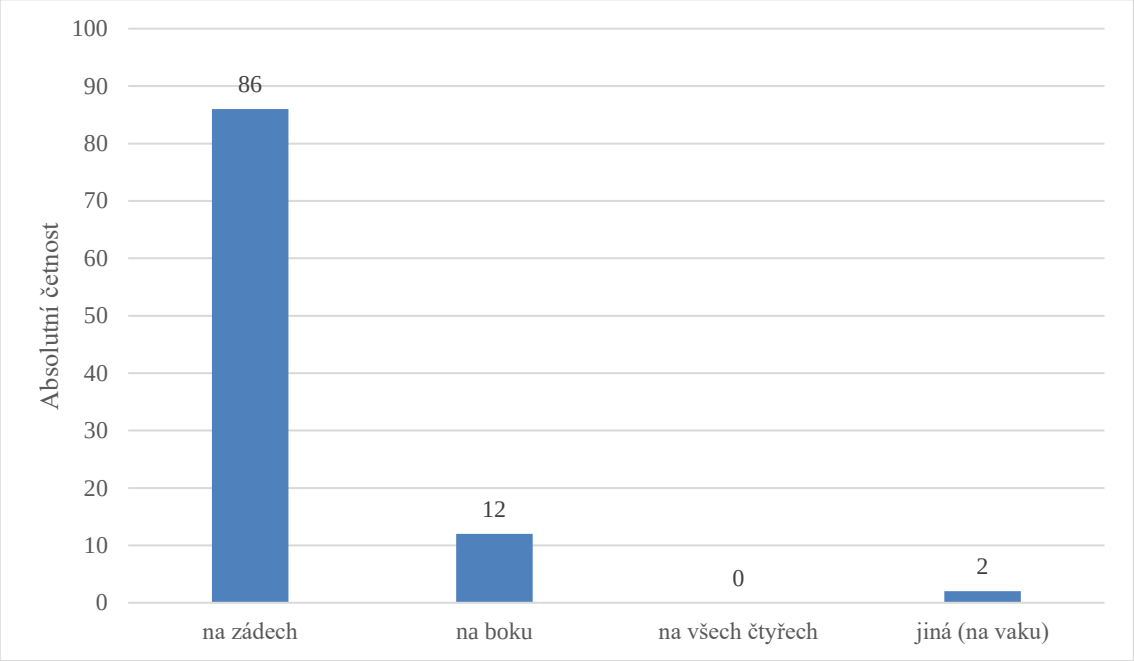
**Otázka č. 15** V kolikátém týdnu těhotenství jste porodila? (napište, prosím, číslo)




**Graf 15 Porod dle týdnu těhotenství**

V otázce č. 15 nás zajímalo, v kolikátém týdnu těhotenství respondentky porodily. Nebyly na výběr žádné možnosti, jelikož respondentky měly napsat číslo. Nejčastěji respondentky porodily ve 40. týdnů. Tuto odpověď uvedlo 36 (36 %) respondentek. 28 (28 %) respondentek porodilo ve 39. týdnu. Odpověď *38. týden* napsalo 14 (14 %) dotazovaných. Ve 41. týdnu porodilo 12 (12 %) dotazovaných. 8 (8 %) dotazovaných uvedlo, že porodily ve 37. týdnu. Odpověď *36. týden* uvedla 1 (1 %) respondentka stejně tak jako odpověď *42. týden*.

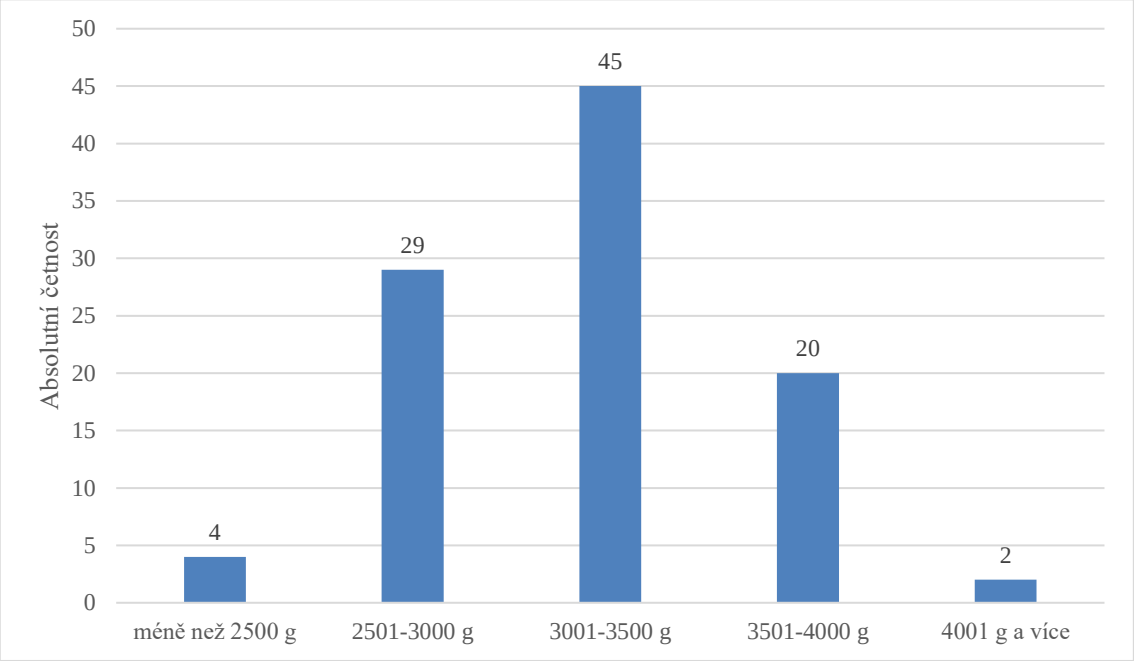
**Otázka č. 16** V jaké poloze jste rodila?




**Graf 16 Porodní poloha**

V grafu č. 16 můžeme vidět, v jaké poloze respondentky nejčastěji rodily. 86 (86 %) respondentek rodilo v poloze na zádech. V poloze na boku rodilo 12 (12 %) respondentek. Do možnosti *jiná* uvedly 2 (2 %) respondentky polohu na vaku. Možnost *na všech čtyřech* nezvolila žádná dotazovaná.

**Otázka č. 17** Jaká byla porodní váha Vašeho miminka?




**Graf 17 Porodní váha miminka**

Otázka č. 17 se týkala porodní váhy narozeného miminka. Největší zastoupení měla porodní váha 3001-3500 g, kterou označilo 45 (45 %) respondentek. 29 (29 %) respondentek uvedlo porodní váhu miminka 2501-3000 g. Možnost *3501-4000 g* vybralo 20 (20 %) respondentek. 4 (4 %) respondentek měly porodní váhu svého miminka méně než 2500 g. Možnost *4001 g a více* zvolily 2 (2 %) respondentek.

## 2.7 Diskuze

Na začátku výzkumné části bakalářské práci byl stanoven jeden cíl a k němu čtyři výzkumné otázky. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou ženy informovány o problematice porodního poranění perinea. K tomuto tématu byl vytvořen dotazník, který obsahoval 17 otázek.

**Výzkumná otázka č. 1: Kde ženy nejčastěji získávají informace o problematice porodního poranění?**

Pro posouzení, kde ženy nejčastěji získávají informace o problematice porodního poranění, slouží otázky č. 6, 7, 11, 12 a č. 14.

Na otázku č. 6 a č. 7 odpovědělo všech 100 respondentek. Z provedeného výzkumu vyšlo najevo, že 42 žen se nezajímala o informace týkající se porodního poranění. Žádná z dotazovaných nezískala informace v gynekologické ambulanci. Nejčastější odpověď, kde se ženy informují v oblasti porodního poranění, byla na porodním sále. Tuto možnost uvedlo 35 dotazovaných. Domnívám se, že na porodním sále jsou ženám poskytnuty informace o problematice porodního poranění až během porodu či bezprostředně po něm. Je naopak důležité, aby tyto poznatky ženy věděly již v těhotenství. Proto je velkým zklamáním, že v gynekologické ambulanci nebyly ženám podány dostatečné informace. Další zdroj informací byla internet, kde se informovalo 22 žen. 11 žen získalo informace o porodním poranění na předporodním kurzu. Ringlová (2017) ve své práci uvádí, že nejčastějším zdrojem informací pro ženy je internet, který využilo 31 respondentek, což je v jejím případě 50 % dotazovaných. Pouhé 2 ženy, což jsou 3 % respondentek, získaly informace od svého gynekologa.

Naopak co se týká informovanosti o možnostech přípravy hráze před porodem, zde byl nejčastějším zdrojem internet, který využilo 45 dotazovaných. Poměrně velkou část opět tvořily ženy, které nemají povědomí o možnostech přípravy hráze před porodem. Tuto skupinu tvořilo 39 žen. Od kamarádek získalo informace 22 žen. Na předporodním kurzu se dozvědělo 13 žen o možnostech přípravy hráze před porodem. V gynekologické ambulanci se informovalo 5 žen. Mezi dotazovanými byly i 2 ženy, které studovaly porodní asistenci, a tudíž to uvedly jako zdroj. 4 ženy vyhledávaly informace o metodách přípravy hráze před porodem z knih.

Jedenáctá dotazníková položka byla určena ženám, kterým byla provedena epiziotomie. Zajímalo nás, kdy byly ženy informovány o provedení epiziotomie. Na tuto otázku

odpovědělo 31 žen z celkového počtu 100 dotazovaných. Největší skupinu tvoří 23 žen, které byly informovány v průběhu II. doby porodní. 5 žen bylo informováno o provedení epiziotomie až při kontrole porodního poranění lékařem. Jedna z dotazovaných uvedla, že nebyla o provedení informována. Stejně tak jako jedna z žen uvedla, že byla informována již v I. době porodní. Až na oddělení šestinedělí byla informace o provedení epiziotomie podána jedné ženě.

Dále nás zajímalo, kdo ženy informoval o provedení epiziotomie. Tuto otázku vyplnilo také 31 žen z celkového počtu 100 dotazovaných. Ve 22 případech informoval ženy lékař. 6 žen dostalo informaci o provedení epiziotomie od porodní asistentky. Mezi dotazovanými byly i 3 ženy, které nikdo neinformoval o provedení epiziotomie.

Ve čtrnácté dotazníkové položce jsme zjišťovali, kdo ženy informoval v péči o porodní poranění. Na tuto otázku odpovědělo 76 žen. Nejčastěji byly ženy informovány od porodní asistentky/všeobecné sestry a to v 60 případech. Domnívám se, že je to tím, že porodní asistentka/všeobecná sestra se ženě věnuje větší část dne a jsou spolu delší dobu v kontaktu. Lékař ženy informoval v 10 případech. 5 dotazovaných uvedlo, že dostalo informace ohledně péče o porodní poranění jak od lékaře, tak od porodní asistentky/všeobecné sestry. Jedna respondentka uvedla, že ji informoval někdo jiný, ale bohužel neuvedla zdroj.

**Výzkumná otázka č. 2: Jaké možnosti prevence porodního poranění perinea ženy znají?**

K výzkumné otázce č. 2, která zkoumá, jaké možnosti prevence porodního poranění perinea ženy znají, se vztahují otázky č. 6, 7, 8, 9 a č. 10.

Dotazníkovou položku č. 6 a č. 7 jsme vyhodnotili ve výzkumné otázce č. 1. Tyto položky sloužily ke zjištění, kde nejčastěji ženy získávají informace o problematice porodního poranění a o metodách prevence porodního poranění hráze. V obou případech jsou do informovanosti žen zapojeni gynekologové pouze v malé míře.

V osmé dotazníkové položce nás zajímalo, zda ženy využívaly některou z metod příprav hráze k porodu. Na tuto otázku odpovídalo všech 100 dotazovaných. Velká část žen a to celkem 68 z nich uvedlo, že žádnou metodu nevyužívaly. Předpokládám, že je to tím, že ženy nejsou dostatečně informovány jak o porodním poranění jako takovém, tak o možné prevenci. 32 žen odpovědělo, že některou z metod přípravy hráze před porodem využívalo. Naopak Řezníčková (2017) ve své práci uvádí, že více jak 75 % žen aktivně přistupovalo k metodám přípravy hráze k porodu a některou z nich praktikovalo.

Dále jsme zjišťovali, jaké metody přípravy hráze před porodem ženy využívaly. Na tuto otázku odpovídalo 32 žen, které uvedly, že některé z metod přípravy hráze využívaly. U této otázky ženy mohly vybrat i více možností. Některé z nich kombinovaly několik metod. Nejčastější využívanou metodou byla masáž hráze, kterou zakroužkovalo 17 žen. Další oblíbená metoda byla posilování svalů pánevního dna, kterou využilo 15 žen. Epi-no balónek nebo Aniball používalo 12 dotazovaných. Přírodní metody, mezi které patří pití odvaru z maliníku využily 4 ženy, pojídání lněných semínek využilo 5 žen a jiné metody jako bylinné napářky aplikovaly 2 ženy.

V souvislosti s metodami přípravy hráze před porodem nás zajímalo od kolikátého týdne těhotenství se ženy začaly připravovat. V rozmezí 36. a 37. týdne těhotenství se připravovalo 18 žen. Před 34. týdnem využilo metody přípravy hráze před porodem 7 žen. 5 žen uvedlo, že se připravovaly mezi 34. a 35. týdnem těhotenství. V období mezi 38. a 39. týdnem těhotenství připravovaly svou hráz k porodu 2 ženy.

**Výzkumná otázka č. 3: Jaký vliv má předporodní příprava hráze na porodní poranění?**

Ke třetí výzkumné otázce se vztahují dotazníkové položky č. 4, 8, 9, 10 a č. 15.

Zajímalo nás, zda u žen, které využívaly některé metody přípravy hráze, bylo sníženo riziko výskytu porodního poranění hráze. Z celkového počtu 100 respondentek nemělo 24 žen žádné poranění. Z tohoto počtu 13 z nich využívalo metody přípravy hráze k porodu. Dotazované mohly zvolit i více možností. Nejčastější používanou metodou byly vaginální dilatační balónky Epi-no a Aniball, které používalo 10 žen. Na dalším místě se umístila masáž hráze, kterou provádělo 9 žen. 6 žen posilovalo svaly pánevního dna. V možnosti *jiné* ženy třikrát uvedly bylinné napářky. Jedna žena zakroužkovala pojídání lněných semínek. Kategorie žen bez poranění se nejčastěji připravovala mezi 36. a 37. týdnem. Dvě ženy zahájily přípravu mezi 34. a 35. týdnem. Pouze jedna žena se připravovala již před 34. týdnem. V nižších týdnem těhotenství se ženy zpravidla připravují pomocí posilování svalů pánevního dna. Domnívám se, že kategorie žen porodila bez poranění díky tomu, že využívaly některou z metod přípravy hráze. Zároveň 9 žen uvedlo, že porodily ve 40. týdnu těhotenství a 4 ženy porodily ve 41. týdnu těhotenství. I toto má vliv na porod bez poranění, jelikož tyto ženy měly dostatek času na přípravu hráze k porodu.

31 ženám z celkového počtu 100 dotazovaných byla provedena epiziotomie. V našem výzkumu 5 žen s epiziotomií uvedlo použití některé z metod přípravy hráze k porodu.

3 ženy posilovaly svaly pánevního dna. Masáž hráze prováděla jedna žena stejně tak jako pojídání lněných semínek a pití odvaru z maliníku. Dotazované mohly zvolit i více možností. 3 ženy se připravovaly mezi 34. a 35. týdnem těhotenství. Mezi 36. a 37. týdnem těhotenství se připravovala jedna žena stejně tak jako mezi 38. a 39. týdnem těhotenství. Ve 40. týdnu těhotenství porodily 2 ženy jako je tomu i ve 39. týdnu těhotenství. Jedna z dotazovaných uvedla, že porodila ve 38. týdnu těhotenství. Předpokládám, že provedení epiziotomie mohlo být způsobeno nedostatečnou přípravou hráze, ale samozřejmě i jinými faktory.

Rupturu hráze utrpělo 37 žen. Z tohoto počtu 14 žen využívalo některou z metod přípravy hráze k porodu. Respondentky mohly volit více možností. Nejčastější metodou byla masáž hráze prováděná 7 ženami. Další kategorií je posilování svalů pánevního dna, které provádělo 6 žen. Vždy dvě ženy zakroužkovaly možnost pití odvaru z maliníku, pojídání lněného semínka a použití vaginálních dilatačních balónků Epi-no a Aniball. Nejčastější období začátku příprav bylo mezi 36. a 37. týdnem těhotenství. Tuto možnost zvolilo 7 žen. Dále se 4 ženy připravovaly před 34. týdnem těhotenství. 2 ženy využívaly metody přípravy hráze k porodu mezi 34. a 35. týdnem těhotenství. Pouze jedna žena uvedla začátek příprav mezi 38. a 39. týdnem těhotenství. 5 žen uvedlo 40. týden těhotenství jako ten, ve kterém rodily. 4 ženy porodily ve 38. týdnu těhotenství. Dále 3 ženy uvedly, že porodily ve 39. týdnu těhotenství. Poslední kategorii tvoří 2 ženy, které porodily ve 37. týdnu těhotenství. Domnívám se, že vznik ruptury hráze při porodu nemá svůj původ v nedostatečné přípravě, nýbrž v jiných faktorech. Tyto faktory budou dále rozebrány ve výzkumné otázce č. 4.

V otázce, která se týká druhu poranění, uvedlo 8 žen nevědomost jaké porodní poranění hráze mají. Všechny tyto ženy dále uvedly, že nevyužívaly metody přípravy hráze k porodu. Z tohoto důvodu se jimi v této výzkumné otázce dále nezaobírám.

Z důvodu malého vzorku respondentek, které využívaly metody přípravy hráze k porodu, nelze jednoznačně tvrdit, zda má předporodní příprava hráze velký vliv na vznik porodního poranění hráze. Avšak více jak polovina žen, které jsou bez porodního poranění využívalo metody prevence porodního poranění. Na druhou stranu skoro stejný počet žen neutrpěl porodní poranění a nepřipravoval se. Pro úplný důkaz je zapotřebí větší počet respondentek. Řezníčková (2017) ve své práci zjistila nižší výskyt porodního poranění u žen, které používaly masáž hráze.

**Výzkumná otázka č. 4: Jaké faktory ovlivňují vznik porodního poranění?**

Poslední dotazníková otázka byla vyhodnocena podle dotazníkových otázek č. 1, 3, 4, 5, 16 a č. 17.

Epiziotomie byla nejčastěji provedena ženám ve věkové kategorii 31-40 let a to přesně 37 ženám. Zároveň v té samé věkové kategorii utrpělo 16 žen rupturu hráze. 8 ženám byla epiziotomie provedena ve věkové kategorii 20-30 let. Ruptura hráze se u věkové kategorie 20-30 let vyskytla v 16 případech. Z důvodu malého počtu respondentek ve věkové kategorii 41 let a více nelze tvrdit, zda má vyšší věk vliv na vznik porodního poranění. Ve věkové kategorii 31-40 let se nachází 12 žen, které nemají porodní poranění stejně tak jako 11 žen ve věkové kategorii 20-30 let. Ve věku méně než 20 let máme malé množství respondentek, tudíž také nelze tvrdit, zda má tato věková kategorie vliv na porodní poranění.

Co se týče parity žen, zde můžeme vidět menší nárůst počtu žen s porodním poraněním u druhorodiček. Epiziotomie byla provedena u 16 druhorodiček. Rupturu hráze utrpělo 18 druhorodiček. Naopak 10 žen, které rodily poprvé nemá žádné porodní poranění. Z důvodu malého vzorku respondentek, které rodily potřetí a více nelze jednoznačně říci, zda parita žen ovlivňuje vznik porodního poranění.

S paritou žen souvisí také otázka, která se týká výskytu porodní poranění při každém porodu. U žen, které při nynějším porodu mají porodní poranění, se některé z druhu porodního poranění vyskytlo i u předchozích porodů. 18 vícerodiček, kterým byla provedena epiziotomie uvedlo, že v minulosti také utrpěly porodní poranění. Stejně tak jako je tomu i u 20 vícerodiček s rupturou hráze. Naopak 9 žen bez porodního poranění uvedlo, že se při předchozím porodu nesetkali s porodním poraněním. Pouze 5 žen bez porodního poranění se v minulosti setkalo s tímto problémem.

Další faktor, který jsme hodnotily je vliv porodní polohy na vznik porodního poranění. Z odpovědí na otázku můžeme zcela jasně vidět, že nejčastěji ženy rodily v poloze vleže na zádech. Všech 31 žen s epiziotomií rodilo v této poloze stejně jako je tomu i u 37 žen s rupturou hráze. 12 žen bez poranění v této poloze ale také rodilo. Naopak 11 žen bez poranění rodilo v poloze na boku. Pouze 2 ženy ze 100 dotazovaných rodilo v poloze na vaku. Z důvodu malé variability porodních poloh u našeho vzorku respondentek nelze stoprocentně říci, zda má porodní poloha vliv na vznik porodního poranění. Elvander a kol. (2015) ve švédské studii zkoumaly také vliv poloh na porodní poranění. Zjistily, že

laterální polohy snižují výskyt porodního poranění. Naopak poloha vleže na zádech výskyt porodního poranění zvyšuje.

Posledním faktorem, kterým jsme se zabývaly je vliv porodní váhy miminka na vznik porodního poranění. Nejčastější porodní váhou miminka napříč vzorkem respondentek je kategorie 3001-3500 g. Tato porodní váha miminka se vyskytuje u 19 žen s rupturou hráze. 13 žen s provedenou epiziotomií zvolilo také tuto možnost. 3 ženy, které nemají porodní poranění porodily miminko o porodní váze méně než 2500 g. Naopak 2 ženy, které jsou také bez porodního poranění měly porodní váhu miminka 3501-4000 g. 2 ženy porodily miminko o porodní váze 4001 g a více a byla jim provedena epiziotomie.

Z výsledků je patrný mírný nárůst v počtu porodního poranění se stoupající porodní váhou.

## 2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

V dnešní době je velkým trendem co možná nejpřirozenější porod. Avšak dle mých zjištění nejsou ženy dostatečně informovány o problematice porodní poranění hráze, které s tím souvisí. Ženy mnohdy netuší, jaké existují metody prevence porodního poranění. Mým doporučením je rozšířit informace týkající se porodního poranění hráze. Je důležité, aby ženy měly povědomí o možném poranění během porodu a preventivních opatřeních, které mohou v těhotenství a při samotném porodu využívat. Ze zjištění, že ze strany gynekologů má minimální počet žen potřebné informace o problematice porodního poranění, doporučuji vytvoření informačního letáčku. V něm by byly uvedeny obecné informace týkající se porodního poranění. Byla by zde vysvětlena epiziotomie, aby ženy věděly důvody, proč se provádí. Důležité je vědět, jak pečovat o jakékoli porodní poranění. Dále by zde byly informace týkající se možností prevence porodního poranění hráze. Některé ženy nejsou schopny využívat pomůcky, které by jakkoli aplikovaly na svém těle. Proto je potřeba znát i přírodní metody prevence porodního poranění či posilování svalů pánevního dna nebo využití vaginálních bylinných napářek.

Tento letáček by dostala každá těhotná žena u svého gynekologa. Gynekolog či porodní asistentka pracující v gynekologické ambulanci by měly umět ženu informovat ve všech oblastech porodního poranění.

# Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na porodní poranění v oblasti perinea a jeho prevenci a je rozdělena na současný stav problematiky a výzkumnou část. Současný stav problematiky zahrnuje anatomii svalů pánevního dna a hráze, druhy porodního poranění a péče o něj. Dále se zabývá antepartálními a intrapartálními možnostmi prevence vzniku porodního poranění.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, zda jsou ženy informovány o problematice porodního poranění perinea. Ve výzkumné části bakalářské práce jsou představeny výsledky z dotazníkového šetření. Pomocí dotazníkového šetření bylo osloveno 103 žen na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici Pelhřimov p. o. Do našeho výzkumu bylo zahrnuto rovných 100 dotazníků, které byly odevzdány a řádně vyplněny. Výsledek výzkumu ukázal, že ženy nejsou dostatečně informovány o problematice porodní poranění perinea. Žádná z dotazovaných žen nebyla informována od svého gynekologa ohledně problematiky porodního poranění perinea a pouze minimum žen od něj dostalo informaci týkající se metod přípravy hráze k porodu. Naopak v péči o porodní poranění byly informovány všechny respondentky buď lékařem nebo porodní asistentkou/všeobecnou sestrou. Abychom mohli splnit cíl, odpověděli jsme na výzkumné otázky, které jsme si stanovili na začátku výzkumu. Otázky se týkaly získávání informací o problematice porodního poranění, možnostech prevence porodního poranění perinea, vlivu předporodní přípravy hráze na vznik porodního poranění a jaké faktory ovlivňují vznik porodního poranění.

Zároveň jsme z dotazníkového šetření zjistili, že více jak ¾ žen z našeho vzorku respondentek rodilo v poloze na zádech. V této poloze rodily všechny ženy, které utrpěly porodní poranění, jakým je epiziotomie či ruptura perinea. Tento výsledek může být nápomocen gynekologicko-porodnickému oddělení, kde byl výzkum prováděn, ke snížení počtu porodního poranění vlivem nevyhovující polohy během porodu plodu.

V závěru praktické části jsme uvedli návrh řešení a doporučení pro praxi, které by mohli pomoci k vyřešení problému. Cíl bakalářské práce byl splněn.

# Seznam použité literatury

AASHEIM, Vigdis, Anne NILSEN, Liv REINAR a Mirjam LUKASSE. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma* [online]. 2017 [cit. 2020-03-22]. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3. Dostupné z: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/pdf/CDSR/CD006672/CD006672_abstract.pdf

Aniball. *Aniball* [online]. c2018 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: https://www.aniball.cz/

BOHATÁ, Pavla a Lukáš DOSTÁLEK. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie* [online]. 2016, 2016, **81**(3), 192-201 [cit. 2020-03-22]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-3-13/antepartalni-moznosti-prevence-epiziotomie-a-ruptury-hraze-pri-porodu-59620

ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, 2017. ISBN 978-80-265-0579-2.

DOLEŽAL, Antonín a kol. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.

DUŠOVÁ, Bohdana a kol. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

ELVANDER, Charlotte a kol. *Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births* [online]. 2015 [cit. 2020-04-19]. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-015-0689-7. Dostupné z: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0689-7

HANULÍKOVÁ, Petra. Použití porodnického gelu Dianatal® v českém porodnictví. *Porodnice.cz* [online]. Kamenice, c2014 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: http://www.porodnice.cz/clanky/pouziti-porodnickeho-gelu-dianatalr-v-ceskem-porodnictvi

HÁJEK, Zdeněk a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.

Kegelovy cviky – posilování svalů pánevního dna. *Rehabilitace.info: Magazín o zdraví* [online]. 2013 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: https://www.rehabilitace.info/lidske-telo/kegelovy-cviky-posilovani-svalu-panevniho-dna/

LAJTMAN, Erik a Vlasta DVOŘÁKOVÁ. *Akutní stavy v porodnictví a gynekologii*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2019. ISBN 978-80-88064-39-8.

MACKŮ, František a Evžen ČECH. *Porodnictví*. Praha: Informatorium, 2006. ISBN 978-80-86073-92-7.

MARYŠKOVÁ, Andrea. Možnosti zlepšení prevence poraněné hráze. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha, 2010, 11.3.2010 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/moznosti-zlepseni-prevence-poraneni-hraze-450458

MONGAN, Marie F. *Hypnoporod*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-364-6.

PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

PROCHÁZKA, Martin a Radovan PILKA. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.

RINGLOVÁ, Monika. *Prevence porodního poranění při vaginálním porodu* [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/68545/RinglovaM_PrevencePorodniho_ZS_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

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

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7

RUŠAVÝ, Zdeněk a Vladimír KALIŠ. Epiziotomie. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: A-medi, 2019, **26**(2), 125-133. ISSN 1211-1058.

ŘEZNÍČKOVÁ, Dana. *Prevence maternálního porodního poranění* [online]. Zlín, 2017 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: https://portal2.utb.cz/portal/studium/prohlizeni.html?pc_pagenavigationalstate=AAAAAQAENzg1NBMBAAAAAQAIc3RhdGVLZXkAAAABABQtOTIyMzM3MjAzNjg1NDc3Mzg4NAAAAAA*. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3., přepracované vydání. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

VALOVÁ, Monika. Uvolnění porodních cest – bylinná napářka před porodem a při něm. *Sebevedomarodina.cz* [online]. 2018, 2018 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: https://www.sebevedomarodina.cz/uvolneni-porodnich-cest-bylinna-naparka-pred-porodem-a-pri-nem/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* [online]. Geneva, 2018 [cit. 2020-03-22]. ISBN 978-92-4-155021-5. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=008C116FB8C239B2BD1BFEFCAC87657E?sequence=1

# Přílohy

*Příloha* A Dotazník

*Příloha* B Žádost o povolení dotazníkového šetření