

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Tereza Michálková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Tereza Michálková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PÁNEVNÍ DNO – VLIV TĚHOTENSTVÍ A PORODU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Věra Váňová

PLZEŇ 2016

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Bc. Věře Váňové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své rodině a nejbližšímu okolí za obrovskou podporu během mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Michálková Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Pánevní dno – vliv těhotenství a porodu

Vedoucí práce: Bc. Věra Váňová

Počet stran – číslované: 55

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 25

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: pánevní dno – těhotenství – porod – cvičení – porodní poranění

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá tím, jaký vliv má těhotenství a porod na pánevní dno. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána anatomie pánevního dna, jednotlivá období v životě ženy, která pánevní dno ovlivňují. Dále jsou probrány metody, jak si udržet pánevní dno ve formě. Jedna z kapitol se zabývá také vztahem pánevního dna a porodu, porodním poraněním a péčí o něj. V závěru práce jsou pak popsány důsledky, které může porod a těhotenství na pánevní dno mít. Praktická část je zpracována kvantitativním výzkumem, formou dotazníků, které byly ženám rozdány v gynekologických ambulancích.

Annotation

Surname and name: Michálková Tereza

Department: Nursing and Midwifery assistance

Title of thesis: Pelvic Floor - The Effect of Pregnancy And Childbirth

Consultant: Bc. Věra Váňová

Number of pages – numbered: 55

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 25

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 28

Keywords: pelvic floor – pregnancy – birth – excercises – birth injury

Summary:

Bachelor thesis deals with the influence of the pregnancy and childbirth on the pelvic floor. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part describes the anatomy of the pelvic floor, individual periods in a woman's life that affect the pelvic floor. There are also discussed methods of how to keep the pelvic floor in good condition. One of the chapters also deals with the relationship of the pelvic floor and childbirth, injuries during delivery and care of it. In the conclusion there are then described the consequences that may childbirth and pregnancy cause on pelvic floor. The practical part is quantitative research, in the form of questionnaires that were distributed to the women in gynecologist ambulances.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA	12
1.1 Diaphragma pelvis	12
1.2 Diaphragma urogenitale.....	13
1.3 Inervace pánevního dna	14
2 PÁNEVNÍ DNO V ŽIVOTĚ ŽENY	15
2.1 Role pánevního dna	15
2.2 Životní události a období ovlivňující pánevní dno	16
2.2.1 Menstruace.....	16
2.2.2 Sexualita	16
2.2.3 Těhotenství	16
2.2.4 Porod.....	17
2.2.5 Menopauza.....	18
3 PÁNEVNÍ DNO V KONDICI	19
3.1 Cviky pro posílení pánevního dna	19
3.2 Cviky pro relaxaci pánevního dna	20
3.3 Prevence porodního poranění	20
3.3.1 Čaj z maliníku.....	21
3.3.2 Lněné semínko.....	21
3.3.3 Masáž hráze	21
3.3.4 Aniball	22
4 PÁNEVNÍ DNO A POROD.....	24
4.1 Porodní poranění.....	25
4.1.1 Poranění svaloviny	25
4.1.2 Poranění závěsného aparátu.....	25
4.1.3 Poranění nervových struktur.....	26
4.1.4 Poranění hráze	26
4.1.5 Epiziotomie.....	27
4.2 Péče o porodní poranění	28
4.2.1 Fyzikální metody	28
4.2.2 Bylinky	28
4.2.3 Aromaterapie	28
4.2.4 Masti	28
5 PORUCHY PÁNEVNÍHO DNA	29
5.1 Močová inkontinence.....	29

5.2 Prolaps pánevních orgánů	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
6 FORMULACE PROBLÉMU	33
6.1 Hlavní problém	33
6.2 Hlavní cíl.....	33
6.3 Dílčí cíle.....	33
6.4 Charakteristika souboru	35
6.5 Metoda sběru dat.....	35
6.6 Organizace výzkumu	35
7 ANALÝZA ÚDAJŮ	36
8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	57
9 DISKUZE	60
10 ZÁVĚR	64
SEZNAM LITERATURY	66
SEZNAM GRAFŮ	69
SEZNAM TABULEK	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	72
SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

Říká se, že těhotenství patří mezi nejkrásnější období a porod mezi nejemotivnější zážitky v životě ženy. Aby na tyto události vzpomínala žena s úsměvem na tváři a ráda se k nim vracela, je důležité, aby vše probíhalo pokud možno s minimálním narušením jak tělesné schránky ženy, tak i psychické. Jednou takovou oblastí, u které mohou být narušeny obě tyto schránky ženy, je pánevní dno. Právě jeho forma, v jaké do těhotenství vstupuje, má zásadní vliv nejen na těhotenství a průběh porodu jako takový, ale také na budoucí život ženy po porodu a to jak na soukromý, tak i společenský. Už dávno není běžnou praxí, že by se ženy při porodu měly rutinně nastříhávat (jako tomu bylo na počátku 20. století, kdy míra epiziotomie dramaticky stoupla v souvislosti s přesunem porodů z domova do nemocnic), jen proto, aby šel porod snadněji, rychleji nebo aby nedošlo k samovolnému natržení ženy, ale je tomu opravdu tak?

Během mé praxe v nemocnicích a soukromých ambulancích, které jsem v rámci studia absolvovala, si nešlo nevšimnout, jak vysoké je procento žen, u kterých při porodu došlo k rozsáhlejšímu porodnímu poranění – ať už se žena natrhla sama nebo byla provedena epiziotomie. Zajímalo mě proto, proč tomu tak je. Chtěla jsem zjistit, zda ženy věnují pánevnímu dnu vůbec nějakou pozornost a jestli se zajímají o to, jak by mohly snížit riziko toho, že dojde při porodu k poranění v oblasti pánevního dna a mohly tak minimalizovat vznik obtíží, které rozsáhlejší porodní poranění po porodu způsobují. Domnívám se, že jeho role bývá často podceňována a péče o něj zanedbávána. Ráda bych touto prací proto zjistila, zda je moje domněnka oprávněná a ženy skutečně o své pánevní dno mnoho zájmu nejeví.

Na začátku své práce popisuji anatomii pánevního dna. Jeho jednotlivé svalové vrstvy, do kterých je uspořádáno a také jeho inervaci. Dále pokračuji kapitolou, kde se zabývám jednotlivými fázemi života ženy a obdobími, které různým způsobem, ať už pozitivním nebo negativním ovlivňují pánevní dno. V kapitole, která se zabývá kondicí pánevního dna, jsou popsány jednotlivé cviky, které pomáhají udržet pánevní dno ve správné formě, a také se věnuji metodám, které snižují riziko poranění pánevního dna při porodu. V následujících kapitolách je pak popsán dopad porodu na pánevní dno, druhy porodních poranění a péče o ně. Poslední kapitola je věnována poruchám pánevního dna, tzn. dopadům, které těhotenství a porod na pánevní dno může mít.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaká je informovanost žen o roli pánevního dna během těhotenství a porodu. Mezi dílčí cíle pak patřilo zjistit, zda ženy vůbec vědí, co pánevní dno je a jakou funkci má v jejich těle. Jestli své pánevní dno na těhotenství a porod nějakým způsobem připravovaly. Jaká je míra informovanosti o porodním poranění a také jaké potíže spojené s pánevním dnem ženy po porodu nejčastěji trápily.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE PÁNEVNÍHO DNA

Svalstvo, které pánevní dno tvoří, můžeme funkčně přiřadit k souboru svalů hráze, tzv. muscoli perinei - ty se vyvinuly v souvislosti s vývojem orgánů. Můžeme je ale také přiřadit ke svalstvu kosternímu, ze kterého vznikly a mají s ním společné některé funkce a souhyby. Svaly, které jsou spíše na povrchu hráze, vznikly z původního svěrače kloaky a rozdělily se tím na musculus sphincter ani a musculus sphincter urogenitalis. Svaly hráze pak vznikly právě z již zmiňovaného musculus sphincter urogenitalis a svojí funkcí zasahují do systému urogenitálního. Pánevní dno jako takové jsou vlastně změněné svaly kaudální neboli ocasní části páteře a nachází se ve východu pánevním, kraniálně od svalů hráze. (Čihák 2006, str. 368)

1.1 Diaphragma pelvis

Pánevní dno, latinsky diaphragma pelvis svým uzpůsobením připomíná mělkou nálevku, která se upíná na stěnách malé pánve a pokračuje směrem dolů až k průchodu konečníku. Před průchodem konečníku se nachází také průchod pro močovou trubici a za ním dále u ženy ještě průchod pochvy. Pánevní dno tvoří tyto dva hlavní svaly: musculus levator ani a musculus coccygeus.

Musculus levator ani se podílí na tvorbě nálevkovité diaphragma pelvis svými bočními a ventrálními úseky. Skládá se z musculus iliococcygeus, který tvoří širší boční iliackou část (pars iliaca) a z musculus pubococcygeus, který tvoří část přední, pubickou (pars pubica). Musculus pubococcygeus jde od kosti stydké, přesněji od její zadní části – začíná přibližně 1cm zevně od symfyzy. V oblasti mezi pars pubica levé a pravé strany se vpředu (myšleno od symfyzy dozadu) nachází štěrbina, tzv. hiatus urogenitalis, kterou prochází močová trubice a u žen za ní pak i vagína. Hiatus urogenitalis je svalovými snopci musculus pubococcygeus lemován ze stran, dále ho obkružují a zezadu uzavírají. Tím se vlastně stávají jakýmsi podpůrným aparátem pro pánevní orgány. Další snopce tohoto svalu pak obkružují také rectum a upínají se za ním. Mají tak významnou funkci a to funkci svěrací, tyto svalové snopce tvoří musculus puborectalis. Musculus iliococcygeus tvoří boční část pánevního dna a začíná na os pubis a končí u spina ischiadica. Zdola od hráze se pak ještě k celému komplexu levatoru připojuje z dolní části od hráze musculus sphincter ani externus. Musculus coccygeus poté dotváří diaphragma urogenitale svými svalovými snopci, které jsou přiložené k vnitřní ploše ligamentum sacrospinale.

Diaphragma pelvis plní tyto funkce: vytváří pružnou spodinu pánve, podpírá orgány, které vystupují skrze pánevní dno – zezadu obkružuje a podchycuje vaginu pars pubica a vytváří v ní tak hranu, díky které je podepřena a ve správné poloze děloha. Pars pubica funguje tedy jako tzv. podpůrný aparát děložní. Musculus puborectalis je považován za hlavní uzavírací sval konečníku. Další svalové snopce (musculus compressor vaginae a musculus pubovaginalis), které obemykají vaginu, pak také zdvihají zadní stěnu pochvy. (Čihák 2006, str. 368 – 370)

1.2 Diaphragma urogenitale

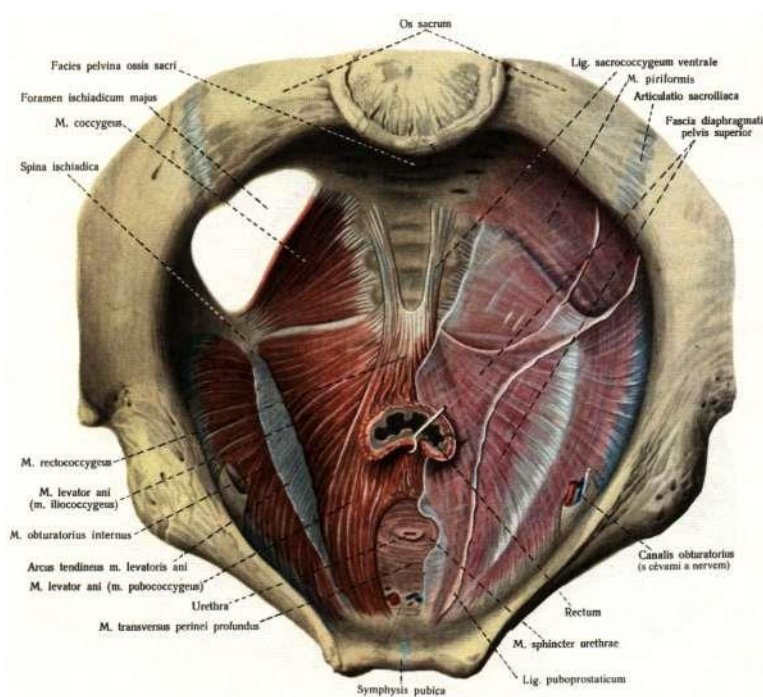
Diaphragma urogenitale, dnes již označováno jako perineální membrána je struktura, která se nachází na úrovni hymenu a připojuje uretru, společně s pochvou a centrum perineale k os pubis, přesněji k jejímu dolnímu raménku. Jedná se o pevnou membránu, která má tvar trojúhelníku a tvoří přepážku v pánevním východu v jeho přední části. Jedná se o pojivovou tkáň, která má variabilně rozmístěna svalová vlákna. Tyto vlákna společným spojením s centrum perineale utváří vrstvu, která zabraňuje sestupu rekta.

Svalová vlákna v perineu mohou tvořit někdy svalové snopce, které se společně sbíhají do středu perinea tzv. centrum perineale. Anatomie svalů hráze není vůbec jednoduchá. Je dosti nejednotná a nekonstantní. Bylo proto provedeno studium ultratenkých řezů z magnetické rezonance a zjistilo se, že jsou svaly hráze uspořádané do tří vrstev a to vrstvy povrchové, střední a vrstvy hluboké. Vrstva povrchová, která se nachází v úrovni bulbus vestibuli je tvořena čtyřmi svaly: musculus bulbospongiosus, který inzeruje do perineálního centra, přesněji do jeho laterálních okrajů, musculus transversus perinei superficialis a musculus sphincter ani externus, který prochází centrum perineale příčně. Ve střední vrstvě se nachází musculus puboperinealis, který je součástí musculus pubococcygeus, tzn., že je součástí komplexu musculus levator ani. Musculus puboperinealis přistupuje k laterálním okrajům centrum perineale, při horním okraji musculus transversus perinei superficialis. V této střední vrstvě je také popisována distální část vnitřního análního svěrače a musculus puboanalis, který se upíná mezi vnitřní a zevní anální svěrač. Poslední, hluboká vrstva se nachází v úrovni středního průběhu uretry a musculus puborectalis. Nachází se zde musculus pubovaginalis, který zde splývá se

stěnou pochvy a podél ní pak jdou vlákna dorzálním směrem až k centru perineale. Zasahují sem také ještě dva svaly a to musculus puboanalis a musculus sphincter ani internus. (www.lfp.cuni.cz)

1.3 Inervace pánevního dna

Inervace svalů pánevního dna je velice důležitá a to proto, aby tyto svaly fungovaly tak, jak mají. Nervy, které zodpovídají za správnou polohu pánevních orgánů a jsou dva a to: nervus musculi levatoris ani, který jde ze sakrálního plexu v úrovni míšních kořenů S3 – S5 a jde po ventrální straně diaphragma pelvis a má za úkol inervovat všechny svaly z komplexu musculus levator ani. A dále je to nervus pudendus, který jde ze sakrálního plexu na úrovni míšních kořenů S2 – S4 a jde kaudálním směrem od musculus levator ani. Inervuje svěrače uretry, rekta a svaly hráze. Poškozením těchto nervů pak může dojít k prolapsu pánevních orgánů. Svaly komplexu musculus levator ani mají většinou dvojitou inervaci od obou výše popsaných nervů. (www.lfp.cuni.cz)



Obr. č. 1 – Svaly pánevního dna

Zdroj: (www.google.com)

2 PÁNEVNÍ DNO V ŽIVOTĚ ŽENY

Pánevní dno by se dalo považovat za jakousi bránu k ženské energii. Nefunguje pouze po stránce mechanické - jako těžiště lidského těla, ale také jako těžiště životní energie, vitality a v neposlední řadě také životního projevu. (www.skolapanevnihodna.cz)

2.1 Role pánevního dna

Pánevní dno ovlivňuje v těle proto hned několik rovin a to rovinu tělesnou, psychosomatickou a rovinu energetickou. Naše tělo je díky tomu tak propojeno s našimi emocemi a energií a vzájemně na sebe působí.

Fyzická (tělesná) rovina plní čtyři funkce: svírací – v pánevním dnu se nacházejí svěrače, které uzavírají tři otvory a to otvor močové trubice, pochvy a konečníku. Podpůrná – již z názvu vyplývá, že hlavní funkcí je podpora orgánů, které jsou v pánvi uloženy, tzn. podpora močového měchýře, ženských pohlavních orgánů a konečníku a podílí se také na podpoře jejich správné funkce. Dechová – podílí se také na dechovém mechanismu, pokud žena správně dýchá. Stabilizační – společně s bránicí, hlubokými břišními svaly a zádovými svaly tvoří hluboký stabilizační systém a udržuje tak postavení těla.

Psychosomatická rovina plní dvě funkce: emoční barometr – pánevní dno je velice citlivé na emoce a adekvátně na ně reaguje. Úložiště emocí – ukládají se zde emoce různého druhu, ať už to jsou emoce radostné a příjemné, ale stejně tak i emoce nepříjemné, potlačené nebo nezpracované.

Energetické rovina plní jednu funkci: energetické čerpadlo – dochází zde k čerpání životní energie a jejímu následnému šíření po celém těle.

Do pánevního dna se ukládají všechny prožitky, které žena v životě nezpracovala a ukládají se také do ženských orgánů. Dochází tak k negativnímu ovlivnění těla, ale i prožívání. Je proto důležité, aby pánevní dno fungovalo správně jak fyzicky, emočně tak energeticky, protože je ve velmi blízkém kontaktu s ženskými orgány – pochvou, dělohou, vejcovody a vaječníky a jedině tak tyto orgány budou fyzicky, emočně a energeticky zdravé.

Pokud pánevní dno není ve formě, může se to projevit následujícími obtížemi: bolesti kostrče, v zádech, poklesem dělohy, funkční neplodností, močovou inkontinencí, vznikají sexuální problémy nebo problémy menstruační – nepravidelnost a bolest při menstruaci. (Levá 2015, str. 7-9)

2.2 Životní události a období ovlivňující pánevní dno

2.2.1 Menstruace

Životní období dospívání a s ním i související a očekávaný příchod první menstruace. Pro dívku doposud nepoznaný prožitek, začátek něčeho nového, začíná se probouzet v ženu. Tato chvíle je, co se ženského života týče, velmi výjimečná. Jedná se o jakýsi přechodový okamžik. Je proto důležité a rozhodující, jak na první menstruaci zareagují rodiče. Od jejich reakce se totiž pak odvíjí to, jak dívka/žena bude vnímat a přijímat samu sebe a svůj cyklický projev – menstruaci. Pocity, které se v dívce reakcí okolí na první menstruaci vyvolaly, se totiž dále ukládají v ženských orgánech a také v pánevním dnu a žena si je tak nese v sobě. To se v budoucnosti může projevit na tom, jak žena ke své menstruaci bude přistupovat. Jestli ji bude vnímat jako symbol plodnosti, tvořivosti, očisty těla i duše nebo jen jako období bolesti, utrpení a nervové lability, zkrátka období, které se musí prostě přečkat. Pokud příchod první menstruace neproběhl podle očekávání a žena s vnímáním své menstruace není spokojená, může vyhledat lektorku, která právě rituálem menarche či měsíční chýše provází a pomůže tak ženě prožít příchod menstruace ještě jednou, podle toho jak si ona sama přeje. (Levá 2015, str. 10-12)

2.2.2 Sexualita

Forma v jaké se pánevní dno nachází, má velký vliv na to, jak intenzivní a kvalitní jsou prožitky při milování. Žena může vnímat milování jako pronikání partnera skrze její pánevní dno až do jejího středu – ke zdroji ženské síly. Na tom, zda se ženy cítí ve svém těle bezpečně, a jak se jako ženy samy vnímají, se výrazně podílí prožitky, které má žena se sexualitou spojené. (Levá 2015, str. 13-14)

2.2.3 Těhotenství

Toto období je většinou první doba, kdy se žena začne o pánevní dno zajímat. V těhotenství dochází k velkým hormonálním změnám, které zasahují také do pánve. Vazivo se v ní rozvolňuje a jakoby měkne. Na pánevní dno je také vyvíjen mnohem větší tlak vlivem rostoucí dělohy (společně s miminkem, plodovou vodou a placentou). Vlivem zvyšující tlaku dochází často k poklesu pánevního dna, což se zejména pokud se nejedná o

těhotenství první, může projevit únikem moči nebo jinými potížemi s pánevním dnem spojené. Společně s vazy se rozvolňuje symfyza a také SI skloubení. Proto je nejlepší těmto obtížím předcházet a do těhotenství vstupovat jako žena fyzicky zdatná, která má tak zdravé i pánevní dno. To ale způsobem dnešního života, kdy se lidé obecně málo hýbou a mají spíše sedavá zaměstnání, není vůbec jednoduché. Proto pokud se žena necítí úplně v kondici a pánevní dno má tendenci klesat, je nejlepší s ním pracovat v období II. trimestru.

Pokud u ženy v průběhu těhotenství vycházejí na povrch silné emoce a prožitky a jsou doprovázeny emočním dyskomfortem např. pocitem strachu, selhání a nedůvěry není dobré je ignorovat. Při porodu pak mohou totiž ženě bránit, aby se v oblasti pánevního dna zcela otevřela. (Levá 2015, str. 15-17)

2.2.4 Porod

Forma pánevního dna může také velice zásadně zasáhnout do porodu. Může výrazně ovlivnit to, jak bude porod probíhat, jak dlouho bude trvat, ale také to, jak se žena při porodu bude cítit a jak ho bude prožívat. V jeho průběhu totiž nastává největší otevření pánevního dna, které žena může během svého života prožít – a to jak v rovině fyzické, emoční, tak v rovině energetické. Žena je proto velmi vnímavá a citlivá vůči tomu, co se kolem ní při porodu děje, ale i na to, co se odehrává uvnitř jejího těla. Aby při porodu bylo pánevní dno úplně doširoka otevřené a předešlo se tak porodnímu poranění hráze, je nutné, aby žena udržovala kontakt se svým tělem – nejlépe, aby byla schopna vnímat oblast pánevního dna a dokázala tak rozpoznat, zda je v napětí či uvolnění. K tomu lze dojít pomocí toho, že žena bude pracovat se svojí myslí a tělem (např. relaxační techniky, meditace nebo vizualizace). Aby u ženy došlo k uvědomění si pánevního dna, popř. k jeho uvolnění, je možné dosáhnout toho prováděním masáže hráze nebo užitím pomůcek, které slouží k nácviku průchodu hlavičky miminka (jedná se o nafukovací balónky, u kterých se postupně zvyšuje jejich průměr a žena se je snaží z pochvy vypudit ven). Po porodu, který probíhal přirozenou cestou, tzn. po porodu vaginálním je pánevní dno pokleslé. To mohou ženy vnímat jako pocit příliš velké otevřenosti nebo také jako pocit, že jejich orgány z pánve vypadnou. Vlivem hormonálních změn, které po porodu nastávají, a postupné fyzické aktivity se toto vnímání začne pomalu zlepšovat. Nejlepší proto je podpořit pánevní dno jeho vhodnou aktivací, ale nejen jeho, ale také dalších hlubokých svalů (tj. záda, břicho a bránice). Pokud se zaktivuje pánevní dno, dochází také ke správné činnosti

hlubokých svalů trupu. Kdyby tomu tak nebylo, ženě by hrozily bolesti v oblasti beder, kříže, docházelo by k nesprávnému dýchání a diastáze (rozestupu břišních svalů).

Pokud ženě byla při porodu provedena epiziotomie – nástřih hráze, má to také své následky. Jizva, která po provedeném nástřihu zůstane, může způsobovat mnohé obtíže v intimním životě, ale ne jen v něm. Ty mohou přetrvávat v řádu několika týdnů, měsíců a u některých žen i několik let – hlavně pokud byla epiziotomie provedena proti ženě vůli. Nese v sobě také veškeré emoce spojené s tím, za jakých okolností k jejímu vzniku došlo. Proto jizva potřebuje, aby se žena na ni zaměřila a pečovala o ni. Je důležité, aby ji přijmala jako nedílnou součást svého těla, nebála se jí dotýkat a jemně masírovat a vnímat u toho i své pocity. (Levá 2015, str. 18-20)

2.2.5 Menopauza

Menopauza neboli klimakterium, je vlastně takovým přechodem ženy z jejího plodného období do období moudrosti, vnitřní síly a v neposlední řadě období životního nadhledu. Dochází k poklesu hladiny ženských pohlavních hormonů a žena postupně přestává menstruuovat. Svou tvořivou energii, kterou by dříve vkládala do možného plození dětí, má teď šanci zúročit zcela novým způsobem. I v menopauze mají na kondici pánevního dna velký vliv hormonální změny. Dochází zde stejně jako u těhotenství k rozvolnění a měknutí dna pánevního. Dojde opět k jeho poklesu, a pokud žena nevyvíjí v tomto období dostatečnou fyzickou aktivitu, mohou se objevit i potíže a to ve formě močové inkontinence. Proto základem dlouhodobě zdravého pánevního dna, které má tendenci klesat je cvičení a je dobré se také naučit, jak ho zapojit v průběhu dne při zcela rutinních aktivitách. Je to určitě lepší varianta než se smířit s doživotním používáním inkontinenčních vložek. (Levá 2015, str. 21-22)

3 PÁNEVNÍ DNO V KONDICI

Pánevní dno hraje v našem těle důležitou roli. Nejen, že se svoji polohou nachází vlastně ve středu našeho těla, ale také velice významně ovlivňuje naše vnitřní orgány. Jedná se hlavně o orgány pohlavní a močové. Tím, že se nachází ve středu našeho těla, musí unést velkou tíhu a tlak. Navzdory tomu, jak důležité pro nás pánevní dno je, se péče o něj často zanedbává. Tíha a tlak na pánevní dno se těhotenstvím a porodem ženy často ještě zvětšuje. Pokud proto nebylo před těhotenstvím a během něj prováděno správné posilování, nácvik jeho aktivace, relaxace a cvičení jeho pružnosti, může dojít po porodu k poruše jeho podpůrné, nosné a svírací funkce. Bohužel, člověk se většinou začne o pánevní dno zajímat a starat, až když se stane zdrojem jeho obtíží. Se cvičením je dobré začít co nejdříve, co by prevence do budoucna – tzn. již v mladistvém věku ženy. Jak už bylo řečeno, během porodu je pánevní dno extrémně zatíženo a často i přímo zasaženo – natrženo nebo nastříženo. Dojde – li k jedné z těchto možností, trvá určitou dobu, než se dá zase vše do pořádku a je dobré tomu pomoci. V čím lepší formě pánevní dno před tím bylo, tím rychlejší bude jeho fáze uzdravení. (Höflerová 2004, str. 7 - 15)

Smyslem cvičení, které je na posílení svalů dna pánevního zaměřené, je naučit se vědomě a cíleně tyto svaly řídit – ovládat. Naučit se jeho stáhnutí – kontrakci, ale také je důležité umět pánevní dno uvolnit – zrelaxovat. Pravidelným cvičením se žena naučí tyto svaly ovládat a např. schopnost relaxace svalů v pánevní oblasti může pomoci urychlit druhou dobu porodní. Dojde také ke správnému svalovému napětí a pružnosti a díky tomu pak svaly lépe zvládnou extrémní napínání při porodu. (Vitíková 2007, str. 28 – 30)

3.1 Cviky pro posílení pánevního dna

Cvik č. 1 : Tento cvik se provádí vleže na zádech s lýtkami položenými na gymnastickém míči, nebo židli. Touto polohou se dosáhne naklopení pánve směrem vpřed a bedra snadněji přilnou k podložce, čímž nebude tolik napínána břišní stěna. Nejprve vtahujeme konečník, dále pochvu a nakonec močovou trubici. Vydržíme cca 5s a s výdechem svaly opět postupně povolujeme. Při tomto cviku by měly hýžděové svaly zůstat povolené, stejně tak břišní stěna. (příloha 3);(Vitíková 2007, str. 30 – 32)

Cvik č. 2 : Uložíme se opět do polohy na zádech, nohy pokrčené v kolenou. Ruce dáme volně podél těla. Nadechneme se a s výdechem zvedáme pánev od podložky a současně s tím vtahujeme konečník, pochvu a močovou trubici – viz cvik č. 1.

Vydržíme nahoře 5 – 10s a následně pokládáme pomalu pánev zpět na podložku. (příloha 4);(Sikorová 2006, str. 78)

Cvik č. 3 : Usadíme se na židli a sevřeme míč (overball) mezi kolena. Ruce jsou volně puštěné podél těla. Míč se snažíme oběma nohama silně zmáčknout – při čemž vtahujeme svaly dna pánevního dovnitř a volně dýcháme. V napětí setrváme 5 – 10 s a povolíme. (příloha 5);(Höflerová 2004, str. 59 – 60)

Cvik č. 4 : Lehne si na záda, pokrčíme nohy a necháme je volně spadnout do stran. Chodidla zůstávají spojená. Pokud se v této pozici necítíme dobře v oblasti kyčlí, je možné vypodložit kolena polštářky. Zhluboka se nadechneme a s výdechem se snažíme přitisknout spodní část zad tzn. bedra k podložce, zaktivujeme pánevní dno a zároveň zatlačíme bříšky prstů na nohou proti sobě. S nádechem povolíme a vrátíme se zpět do výchozí pozice. (příloha 6);(Lang – Reeves 2008, str. 62)

3.2 Cviky pro relaxaci pánevního dna

Podle výzkumu, který prováděl Dr. Kegel vyšlo najevo, že zdrojem problémů pánevního dna není jeho příliš uvolněné svalstvo, ale naopak, jeho chronická napjatost, která způsobuje, že nemůže správně pracovat. U žen, které byly vedeny k tomu, aby příliš velkou napjatost pánevního dna uměly uvolnit, došlo k upravení svalového tonu a celkově se funkce pánevního dna zlepšila.

Cvik č. 5: Cvik nazývaný šeptané á vychází z Alexandrovky techniky a má za úkol uvolnit svalové napětí, které brání správné dechové činnosti. Jedná se zejména o svaly krku, šíje a zad. Pokud je zachována správná dechová činnost, dochází při nádechu k jemnému uvolnění pánevního dna a při výdechu k jeho stažení. Šeptané á je velice dobrým cvikem pro jeho uvolnění právě díky vztahu napětí v čelisti a okolo úst a napětí pánevního dna. Provedete tedy nádech a při výdechu šeptáte á. Zároveň si můžete představit, jak z Vás vydechovaný vzduch vychází právě skrze pánevní dno, čímž podpoříte ještě více uvolnění svalů v této oblasti. (Hromádková 2007, str. 28 – 30)

3.3 Prevence porodního poranění

K poranění při porodu dojde téměř u valné většiny žen. Zasaženy jsou v různých stupních jednotlivé struktury pánevního dna. Podle toho, v jakém rozsahu k poranění došlo, jsou jeho následky krátkodobé nebo dlouhodobé. Nepříjemný pocit až bolest nebo komplikované hojení poranění, může ženě bránit v péči o novorozence a může mít také

psychické následky. Bolestivý pohlavní styk, inkontinence moči nebo dokonce stolice, mohou ženu zcela vyloučit ze společenských aktivit. Tyto obtíže mají většinou jeden společný zdroj, ze kterého vycházejí – poraněné pánevní dno. Je proto důležité, snažit se předejít tomu, aby vůbec k nějakému porodnímu poranění došlo, a když, tak v minimálním rozsahu bez dalších následků. (www.lfp.cuni.cz)

3.3.1 Čaj z maliníku

Od 34. týdne těhotenství je ženám doporučováno užívat v pravidelných dávkách čaj z malinového listí (2 čajové lžičky přelít vařící vodou a nechat 10 min louhovat a vypít 2 - 3 hrnky denně). Vědecky jeho účinky na těhotné ženy zatím prokázány sice nebyly, ale mnoho porodních asistentek ho opěvuje a doporučuje a to je dostatečný důkaz. K jeho účinkům se řadí uvolnění svalů malé pánve, změkčení a příprava porodních cest. (Stadelmann 2006, str. 167)

3.3.2 Lněné semínko

Stejně tak jako čaj z maliníku, se od 34. týdne doporučuje sníst jednou denně jednu polévkovou lžici namletých nebo nadrcených lněných semínek. Jejich konzumace taktéž uvolňuje porodní cesty, zjemňuje svaly a tím podporuje otevření děložního hrdla. Pokud těhotná užívá lněné semínko pravidelně, časem začne pociťovat větší množství hlenu v pochvě – lidově se proto říká, že len nechá děti prostě vyklouznout. Mezi další účinky se řadí také ovlivnění správné funkce střev – jejich pravidelná činnost a dobrá střevní peristaltika. A protože střevo se nachází hned vedle dělohy, dochází tak k její neustálé aktivaci. Je důležité, aby se dodržoval pitný režim, pokud se lněné semínko užívá, aby nedošlo k pravému opaku – zácpě. (Stadelmann 2006, str. 168)

3.3.3 Masáž hráze

Pokud ženy už praktikují některé metody, které by snížily riziko vzniku porodního poranění, patří k nejčastějším metodám právě masáž hráze. Pravidelným prováděním této masáže, se hráz změkčí a lépe se tak připraví na její extrémní roztahování, ke kterému vlivem postupující hlavičky během porodu dochází. Je dobré začít s ní přibližně šest týdnů před termínem porodu. K masáži se používá olej k tomu určený – směs oleje třezalkového, z pšeničných klíčků, s přídavkem muškátové šalvěje a růže. Technika masáže spočívá v tom, že se masíruje lehkým tlakem a zároveň roztahuje hráz, tzn. oblast mezi zadní stěnou pochvy a řitní otvorem. Ze začátku se masáž provádí pouze jedním prstem, až si žena po čase zvykne, může masírovat dvěma prsty a později klidně i třemi. Prsty se vsunou do pochvy, přibližně asi 3 cm, nahmatá a uchopí se hráz. Ta se pak masíruje ve tvaru

písmene U. S postupně blížícím se porodem je také dobré lehce namasírovat a potřít olejem stydké pysky, jelikož při porodu může dojít i k jejich drobným poraněním. (Stadelmann 2006, str. 168-170)



Obrázek č. 2 – Masáž hráze
Zdroj: www.google.com

3.3.4 Aniball

Jedná se o jednu z nejkontroverznějších zdravotnických pomůcek v oblasti gynekologie a porodnictví poslední doby. Jejím používáním údajně ženy výrazně eliminují riziko nástřihu hráze při porodu. Není to ale jediný přínos, který tato pomůcka má. Uvádí se, že aniball je vhodný pro ženy také z důvodu toho, aby si zpočátku byly schopné uvědomit své pánevní dno, svalstvo v něm a princip jakým v těle funguje. Je vhodný také na poporodní období, kdy slouží ke zpevnění ochablých svalů po porodu. Tvar balónku, do kterého byl koncipován, vychází již z afrického porodnictví, kde se africké ženy na porod také připravují a to s tzv. kalabasou – vytvarovaná tykev. Veškeré účinky, které aniball na tělo ženy má, jsou již prokazatelně známé. Jedná se hlavně o: snížení rizika případného natržení nebo nastřížení hráze, jak už bylo zmíněno. Dále pak zkrácení II. doby porodní, nácvik vypuzení hlavičky dítěte, méně obav a stresu z porodu a posílení svalů dna pánevního. Začít s užíváním této pomůcky se doporučuje 3-4 týdny před termínem porodu, 15min denně.

Princip používání: žena si zavede větší zaoblenou část balónku do pochvy. Pokud je balónek zavedený a nezpůsobuje ženě nepříjemné pocity či bolest, stiskne několikrát ruční pumpičku (pokud jde o první cvičení, stiskne ji max. 5x). Při prvním cvičení je dobré si uvědomit, v jaké poloze se balónek v pochvě nachází a jeho chování uvnitř pochvy, ovlivňující svaly dna pánevního. Vtahováním a uvolňováním svalů dochází k mírnému pohybu balónku uvnitř pochvy. Tento cvik se ještě několikrát zopakuje

a přechází se k další fázi a to fázi vypuzovací, kdy se žena snaží balónek vypudit z pochvy ven. Tlak, který při tom vyvíjí, by měl jít pouze z pánevního dna. Častou chybou bývá, že žena cítí tlak spíše v hlavě – to je špatně. Čím déle žena bude aniball používat, tím více si vždy zvětší obvod nafouknutého balónku. Vhodným dosaženým obvodem se považuje rozměr 28 – 30cm, což si žena může ověřit pomocí metru, který je součástí balení.(www.aniball.cz)

Aniball doporučují lékaři, porodní asistentky i duly. Zde jsou názory některých z nich: *„O Aniballu můžu říct, že je to výborná pomůcka, která pomáhá ženám dobře zvládnout porod. Ženy, které ho před porodem používaly, jsou na porod lépe připraveny, dokážou dobře koordinovat své svaly v závěrečné fázi porodu. Ze svých zkušeností můžu potvrdit, že většinou není nutný nástřih hráze a dochází taky méně často k jejímu poranění.“* (MUDr. Aleš Jurčík, gynekolog)

„Aniball je výborná podpora psychologické stránky věci – aby se žena zbavila strachu z velikosti „předmětu“, který bude procházet. Stejně tak je toto cvičení důležité po porodu – zpevnění svalstva. Je to užitečná pomůcka a vzhledem k tomu, že jde o naprosto nenásilnou formu cvičení, není se čeho bát.“ (Barbara Kosfeld, MA, MSC.,MBA, přední německá porodní asistentka)

Na stejném principu funguje také přístroj s názvem Epi – No. Ten byl vyvinut v těsné spolupráci týmů gynekologů, fyzioterapeutů a samotných uživatelék. Přístroj způsobil, že došlo k velké kontroverzi ať už mezi porodními asistentkami, tak i mezi ženami. Jedny jsou z něj nadšené, druhé vůbec. Jedny ho berou jako pomocníka při smysluplné přípravě na porod a druhé se obávají, že se jim užíváním přístroje pánev rozvolní až příliš. (Stadelmann 20016, str. 170)

4 PÁNEVNÍ DNO A POROD

V okamžiku, kdy dítě začne prostupovat porodním kanálem, tzn. měkkými porodními cestami je na pánevní dno vyvinut extrémní tlak a je zde velké riziko toho, že dojde při porodu k jeho poranění. Základní patofyziologické mechanismy, které vedou k poranění měkkých tkání za porodu, jsou známy už delší dobu. Avšak údaje o jejich výskytu a zároveň dopadu na kvalitu života žen jsou dostupné až v posledních letech. Je tomu tak hlavně díky větší dostupnosti magnetické rezonance a prostorového ultrazvuku. (Otčenášek 2009, str. 24)

Díky dostupným údajům ohledně poranění pánevního dna se toto téma stává tématem velice vyhledávaným a zkoumaným ze všech stran. Značný podíl na tom má i fakt, že plánovaný císařský řez je v některých vybraných společnostech brán jako preventivní opatření těchto porodních poranění. Mezi hlavní rizikové faktory pro vznik porodního poranění se řadí hlavně vyšší porodní hmotnost plodu a protrahovaná II. doba porodní. (Kašíková 2008, str. 22)

Mechanismus poškození svalů dna pánevního v průběhu porodu zkoumá práce De Lanceyho z roku 2004, kdy za pomoci magnetické rezonance pánve stvořil její počítačový model. Ten dokáže vyhodnotit a analyzovat změny, které probíhají ve svalech pánevního dna během probíhající II. doby porodní. Pomocí toho pak stanovil prodloužení jednotlivých svalových částí pánevního dna a zjistil, že nejvíce bývá zatížena nejkaudálnější a nejmediálnější část levátorového uskupení s indexem natažení až do 3,5. Právě tato zmíněná oblast je za porodu nejvíce ohrožena vznikem porodního poranění. (Lien 2004)

Využití magnetické rezonance v tomto oboru je používána přibližně od 90. let 20. století a J. De Lancey je považován za jakého si průkopníka této metody. Za jeho převratný objev se považuje studie, kdy porovnával skupinu žen – nulipary a primipary, z nichž polovina trpěla stresovou inkontinencí. Výsledkem bylo, že postižení svalových partií se u žádné nulipary nepotvrdilo. Oproti tomu 20% primipar mělo znatelný defekt levatoru a 73% žen s tímto defektem mělo zároveň příznaky stresové inkontinence. (Kašíková 2008, str. 23)

4.1 Porodní poranění

Důsledkům, které porodní poranění měkkých tkání způsobuje, se v posledních letech věnuje intenzivní výzkum. Těhotenství společně s porodem může mít pak přímo za následek poranění jednotlivých struktur – závěsného a podpůrného systému orgánů v malé pánvi a nepřímo pak může způsobit poruchu jejich funkce, způsobenou narušením jejich inervace. Ze studií, které proběhly, bylo prokázáno, že jako následek těhotenství a porodu se u žen objevuje inkontinence moči, stolice a sestup pánevních orgánů. Tím, že počet žen, u kterých se inkontinence moče a sestup pánevních orgánů objevuje (až v 50%), začínají se objevovat zcela nové indikace pro vedení porodu císařským řezem. (Hájek 2014, str. 439)

Poranění měkkých tkání dna pánevního se dělí na poranění svalů, závěsného aparátu, poranění nervů, orgánů malé pánve, poranění perineální membrány, svěrače anu a v neposlední řadě také poranění vulvy. (Otčenášek 2009, str. 24)

4.1.1 Poranění svaloviny

Jak už bylo popsáno v kapitole o anatomii pánevního dna, tvoří jeho svaly v pánvi jakousi nálevku. Aby touto nálevkou při porodu mohla projít hlavička plodu, musí se svalová vlákna velmi roztáhnout. Nejpřetěžovanější při tomto mechanismu průchodu je distální část levatoru, tzn. musculus puborectalis, který se roztahuje až na trojnásobek své klidové délky. Je zde proto riziko, že dojde k avulzi – odtržení od kosti stydké. V literatuře se uvádí, že k jednostranné avulzi dojde u normálního porodu přibližně v 20%, k té oboustranné pak v 5%. Pokud bylo u porodu potřeba zasáhnout forcepsem – kleštěmi, k poranění svalstva dochází v 60 – 70%. (Otčenášek 2009, str. 25)

4.1.2 Poranění závěsného aparátu

Viscerální pánevní fascii tvoří několik buněk hladké svaloviny, kolagen a elastin. Skrze tento systém prostupují cévy a nervy k orgánům, které zásobují. Fascií rozlišujeme v těle několik: pubocervikální, rektovaginální, pubouretrální, uterosakrální apod. I tento komplex se za porodu značně roztahuje. A protože za porodu dochází k aktivaci a použití břišního lisu, je tento celý komplex dislokován směrem kaudálním, což má pak za následek odtrhnutí větších nebo menších částí fascie od jejich úponů. Defekty, které tímto vzniknou, způsobují pak různé obtíže. Narušení, ke kterému dojde v oblasti močové trubice, vede později k její hypermobilitě a je zde předpoklad vzniku stresové inkontinence moči. Při poranění ligament uterosakrálních a kardiálních pak dochází k sestupu dělohy a pochvy – převážně její horní části. Podle toho kdy k defektu viscerální pánevní fascie dojde, ho rozlišujeme na primární a sekundární. Primární znamená, že k poranění došlo při porodu

a k sekundárnímu dochází až s časovým odstupem v řádu několika let, způsobené vlivem porušené podpůrné funkce svalstva, což způsobuje přetížení fascie. (Otčenášek 2009, str. 25)

4.1.3 Poranění nervových struktur

Poranění nervových struktur, které mají za úkol inervovat orgány v pánvi a samozřejmě také svalstvo v ní uložené, je častým důsledkem proběhlého porodu. Hlavička, která při porodu prochází porodními cestami, totiž způsobuje útlak těchto nervů. Je proto důležité, aby trvání II. doby porodní nebylo příliš dlouhé. Rizikovým faktorem pro poranění nervů je také velikost plodu. Mezi nervy, které při porodu bývají postiženy nejvíce, patří nejčastěji nervus pudendus, u kterého byla zkoumána a prokázána jeho neuropatie po vaginálním porodu až u 80 % žen. Je tomu tak proto, že pokud dojde k roztažení jakéhokoliv nervu o více jak 15% jeho normální klidové délky, dochází k jeho poškození. Bylo prokázáno, že tato hranice 15% bývá často překročena hlavně u větví inervující musculus sphincter ani externus. Díky tomu, že nervové pleteně, jsou párové, nedochází k závažné a nevratné dysfunkci v pánevní oblasti, kterou zásobují. (www.lfp.cuni.cz ; Otčenášek 2009, str. 25-26)

4.1.4 Poranění hráze

Poranění hráze patří vůbec k nejčastějším poraněním, ke kterým při porodu dochází. Podle toho jak rozsáhlé poranění je, zasahuje do určitých vrstev, které hráz tvoří. Jedná se o kůži, podkoží, svaly, které tvoří perineální membránu, musculus levator ani, zejména pak musculus pubococcygeus. Příčiny, kvůli kterým k poranění dojde, jsou různé. Nejčastěji se však uvádí: špatné chránění hráze porodníkem nebo porodní asistentkou, příliš rychle prostupující hlavička a křehká hráz z důvodu opakujících se zánětů. Podle toho, jaké vrstvy hráze byly zasaženy, rozlišujeme několik stupňů poranění - 1. stupeň: poranění kůže hráze, 2. stupeň: poranění svalů perinea, bez poranění svěrače, 3. stupeň: poranění v takovém rozsahu, že byl zasáhnut i anální kanál. Podle toho jak moc je postižený, se 3. stupeň dále rozlišuje na poranění postihující < 50% tloušťky análního svěrače, poranění postihující >50% tloušťky análního svěrače, poranění zevního a vnitřního svěrače, anální sliznice je zde neporušena a poslední 4. stupeň: poranění zevního a vnitřního svěrače a zde došlo i k poruše anální sliznice. Pokud dojde k poranění 3. – 4. stupně, je důležité ženu důkladně vyšetřit. Provede se tzv. bidigitální vyšetření, kterým se posoudí ucelenost análního kanálu (ukazováček směrem k rektu a palec zůstává na perineu). Tím to způsobem se vyvrátí nebo potvrdí porušení sliznice rekta nad svěračem.

Vyspravení takto rozsáhlých poranění je poněkud komplikované. Okraje rány jsou často nepravidelné, pohmožděné a krvácení je dosti silné. Je proto důležité, aby ošetření prováděl lékař, který má s takto rozsáhlými poraněními zkušenosti. (Hájek 2014, str. 441 – 442)

4.1.5 Epiziotomie

Epiziotomie, neboli nástřih hráze se řadí do přípravných porodnických operací, které mají za úkol rozšířit měkké porodní cesty. Právě epiziotomie je jednou z nejčastějších z nich. Provádí se, až když hlavička plodu prořezává a hráz pro ni představuje jakousi překážku nebo také pokud je patrné, že by došlo k jejímu porušení – světlá napjatá hráz. Mezi další indikace, kdy je vhodné epiziotomii provést, se řadí: makrosomní plod, zjizvená rigidní hráz, poloha plodu koncem pánevním a také před použitím forcepsu nebo vakuumextrakce. Pokud se epiziotomie provede ve správný čas a je k ní indikace, je to mnohem lepší, než aby došlo k samotné ruptuře hráze, protože ta se ošetřuje i hojí hůře. Epiziotomie se dělí na několik typů, podle toho, jakým směrem je prováděna: mediální – ve střední čáře směrem k análnímu otvoru, mediolaterální – ze střední čáry introitu šikmo k hrbolu kosti sedací, laterální – začíná se 2-3cm laterálně od středu introitu k hrbolu sedací kosti a rozšířená laterální – provádí se skalpelem, směr má stejný jako předešlá epiziotomie, je ale mírně poloobloukovitá a rozsáhlejší. Tento typ se využívá hlavně, když je třeba užití kleští pro vytažení plodu z vyšších pánevních rovin. Epiziotomie se provádí na zcela rozvinuté hrázi a na vrcholu kontrakce, kdy je hráz nejvíce rozpjatá. Nůžky, kterými se provádí, jsou speciální se zaobleným okrajem. Střih porodník vede mezi dvěma prsty, které má v pochvě a kterými hráz lehce oddaluje od hlavičky plodu. Pokud se jedná o porod předčasný nebo konce pánevního, provádí se nástřih ještě na nerozvinuté hrázi – zde je potřeba užití pudendální anestezie, nejčastěji 1% Mesocainu. Sutura se pak provádí samovstřebatelným materiálem – vikrylem a šijí se jím jednotlivé porušené vrstvy. Pokud je ale hráz pružná, měkká a poddajná, rodička spolupracuje a vše probíhá bez dalších komplikací, měl by se porod vést takovým způsobem, aby k nástřihu vůbec nemuselo dojít. (Hájek 2014, str. 467 – 469)

4.2 Péče o porodní poranění

Pokud žena utrpěla při porodu nějaké poranění, je dobré ji informovat a zároveň uklidnit tím, že se jí cit v oblasti pánevního dna zase vrátí. Je téměř jasné, že se každá žena bojí, jak vypadají její pohlavní orgány po proběhlém porodu. Je proto důležité, aby se žena nebála co nejdříve podívat zrcátkem a sama si zkontrolovala, jak místo poranění vypadá. Snadněji si pak ujasní své pocity a vnímání své intimní oblasti. To nejlepší, co žena může pro své pánevní dno po porodu udělat, je dopřát mu klid, tzn. odpočívat a jen tak polehávat. (Stadelmann 2006, str. 286 – 288)

4.2.1 Fyzikální metody

Sem můžeme zařadit klasické studené obklady, které jsou nabízeny ženám s rozsáhlejším porodním poraněním snad ve všech porodnicích. Obklad se přikládá nejlépe ihned po porodu. Vhodné je také využití ledových kostek, které se potřou arnikou nebo měsíčkem. Arnika je vhodná, pokud v místě sutury vznikne hematoma, měsíček pak pokud byla u ženy provedena epiziotomie nebo při celkovém otoku pochvy. Stejně jako studené obklady je vhodné oplachování poranění čistou vodou. (Stadelmann 2006, str. 291)

4.2.2 Bylinky

Bylinky je vhodné použít v kombinaci se sedací koupelí, kterou mají ženy velice rády. Je možné do ní přidat dubovou kůru, která má v sobě třísloviny, které pomáhají ránu stáhnout a působí protizánětlivě. V pozdním šestinedělí je pak možné do sedací koupele přidat heřmánek. (Stadelmann 2006, str. 292)

4.2.3 Aromaterapie

Aromaterapii je vhodné použít také, co by doplněk do sedací koupele. Celá tahle kombinace se pak nazývá „Hojivá lázeň“ – ta v sobě obsahuje sůl z Mrtvého moře, která má dezinfekční a čistící účinky. Dále pak heřmánek, růži, levanduli, řebříček a geranium (růžové). (Stadelmann 2006, str. 292)

4.2.4 Masti

U déle se hojícího porodního poranění je vhodné přiložit obklad s pravou měsíčkovou mastí. Na poranění, která jsou široce otevřená a hluboká, zabírá moc dobře mast kostivalová. Kostival velice dobře hojí, protože mezi účinky kořene z kostivalu patří zejména obnova buněk. Pokud je rána jakkoliv zanícená a její hojení je obtížné, doporučuje se „Růžovo – čajovníkový balzám.“ Mezi masti, které mají hojivé účinky, patří také „Traumeel – S- Salbe“ což je mast, která obsahuje směs homeopatik. (Stadelmann 2006, str. 293 – 294)

5 PORUCHY PÁNEVNÍHO DNA

Pokud došlo při porodu k rozsáhlejšímu porodnímu poranění, dá se v budoucnosti předpokládat, že se u ženy mohou objevit potíže, které způsobuje právě narušené pánevní dno. Po porodu bývá svalstvo často povolené a ochablé a to může u ženy způsobit hned několik problémů: močovou inkontinenci – stresovou, urgentní nebo smíšenou, prolaps pánevních orgánů a také může dojít ke ztrátě sexuální citlivosti, k pocitu uvolněné nebo naopak příliš stažené pochvě. (www.iuga.com)

5.1 Močová inkontinence

Inkontinence moči je definována jako stav nedobrovolného úniku moči a právě těhotenství a porod vaginální cestou patří mezi potvrzené rizikové faktory pro vznik stresové močové inkontinence. Proto, abychom mohly stanovit diagnózu a potvrdit tak, že žena trpí únikem moči, je důležitá správná diagnostika. V té využíváme důkladné anamnézy, dotazníky, mikční deníky, rozborů moči apod. Mezi speciálnější vyšetření řadíme vyšetření urodynamické, ultrasonografické a funkční testování. (Krčmář 2010, str. 46)

Inkontinence rozlišujeme několik druhů: urgentní - která je popisována jako únik moči, spojený s velice silným nucením na močení. Žena při ní často pociťuje velice silné nucení na močení, a pokud ihned nevyhledá toaletu, dojde k úniku moči. Stresová – zde dochází ke zcela náhlému a mimovolnému úniku, který je způsobený zvýšeným nitrobřišním tlakem, který může způsobit např. zakašláání, kýchnutí, skok nebo zvednutí těžkého předmětu. Inkontinence smíšená – jedná se kombinaci předešlých popsanych druhů inkontinence. (www.promed.cz)

Možnosti léčby močové inkontinence je hned několik. Mezi konzervativní metody se řadí úprava každodenních návyků v životě ženy, protože např. kouření (kdy nikotin negativně ovlivňuje sliznici močového měchýře), alkohol, špatné stravovací návyky, obezita nebo chronická zácpa, to vše se může podílet na problému s udržením moči. Dále je zde možnost využití pomůcek, které byly speciálně vyrobené pro řešení močové inkontinence. Jedná se o jakési vaginální kuličky se závěsem, kdy se vaginální kulička zavede do pochvy a na závěs se připevní závaží. Jeho zátěž se pak může postupně zvyšovat. Další metodou je pak samotné provádění cviků ke zpevnění pánevního dna – Kegelovy cviky. (www.medilady.cz ; www.pomucky-inkontinence.cz)

Mnoho žen se ale bohužel snaží problém s únikem moči vyřešit samy. Pod vlivem reklamy si pak kupují nejrůznější hygienické pomůcky apod. Dalším řešením je pro ně minimální příjem tekutin, který ale může mít za následek častý výskyt infekce močových cest a dostávají se tak do začarovaného kruhu. Mnohým ženám je jako volba první pomoci inkontinence nabídnuta operace – TVT, TOT, což není dobře. Sestavením cvičební jednotky a jejím pravidelným cvičením, se hlavně ženy mladší věkové skupiny mohou svého problému téměř zbavit nebo ho aspoň dostat pod kontrolu ve spolupráci s porodní asistentkou. Ona je totiž ta osoba, která vnímá problém již v těhotenství, u porodu a dále pak v čase poporodním a také v čase, kdy ženy vstupují do klimakteria. “ *Práce porodní asistentky se v celém světě považuje za poslání. Žena patří do naší péče od narození do pozdního stáří. Jestli chceme dosáhnout úcty k naší práci, musíme při ženě stát a pomáhat jí nejen v čase, kdy přivádí na svět své dítě, ale po celý její život.* “ (Kopřivová 2006, str. 25)

5.2 Prolaps pánevních orgánů

Prolaps pánevních orgánů můžeme chápat jako sestup dělohy, jednotlivých stěn pochvy a poševního pahýlu v porodním kanálu směrem dolů. Jedná se o problém, který má závažný dopad na kvalitu života ženy. K sestupu se řadí mnoho symptomů, které s ním mohou souviset. Jedná se o: tlak v pánvi, porucha funkce močového měchýře, sexuální problémy, boule v pochvě nebo její výhřez. V rané fázi je sestup často bez příznaků. A pokud se již příznaky objeví, jen velmi málo žen přijde k vyšetření. K prolapsu dochází vlivem selhání svalové a vazivové struktury, která v malé pánvi funguje jako podpora pro výše uvedené orgány. S rostoucím věkem ženy pak dochází k náhradě svalových vláken za vlákna vazivová a s úbytkem estrogenů je oslabení tkání ještě podpořeno. K narušení statiky pánevního dna dochází také vlivem porodního poranění či operace. (www.lfp.cuni.cz)

Možnosti, jak tento problém řešit můžeme rozdělit na chirurgické a nechirurgické. Mezi ty nechirurgické se řadí neřešení problému, tzn., nedělat nic. Pokud není výhřez život ohrožující, žena je bez obtíží a netrpí žádným dyskomfortem, často se rozhodne zůstat bez léčby. V takovém případě se ženě doporučí, aby se vyhýbala zvedání těžkých předmětů, příčinám, které způsobují zvýšení nitrobřišního tlaku (chronická zácpa, obezita). Další možností je užití pesaru. Ten ženě poskytne mechanickou podporu a tím se zmírní příznaky výhřezu. Tato volba je vhodná pro ženy, které operaci nechtějí podstoupit nebo ji chtějí jen odložit. Je důležité zvolit jeho správný typ a velikost a proto výběr a zavádění pesaru má na starosti vždy lékař. Vhodné je pak opět cvičit oslabené pánevní svaly.

Mezi chirurgické možnosti řešení prolapsu patří rekonstrukční operace a uzavírací operace. Rekonstrukční operace si klade za cíl vrácení vyhrzlých pánevních orgánů zpět do jejich správné pozice a ponechání sexuálních funkcí. Poševní uzavírací operace, tzv. kolpoklezia, se provádí u žen s vysokým stupněm výhřezu, které již nejsou sexuálně aktivní a ze zdravotních důvodů a lékařského úsudku není možná rekonstrukční operace. Při tomto výkonu dochází k sešití stěn pochvy a tím se zamezí výhřezu pánevních orgánů. Předností toho operačního výkonu je poměrně krátká pooperační rekonvalescence a míra úspěšnosti (90 – 95%). (www.iuga.org.)

Jak už bylo řečeno, vaginální porod výrazně ovlivňuje statiku dna pánevního. K jeho narušení dochází už v těhotenství, vlivem těhotenských hormonů. Svalové roztážení a útlak nervů, ke kterému při porodu dochází, může vést v budoucnu k nevratným změnám a následkům v oblasti dna pánevního. Vlivem porodu, při kterém dojde k porušení svalů, může dojít k otevření urogenitálního hiátu, který pokud jsou svaly neporušené, je normálně uzavřený. Otevřením hiátu dojde k prolapsu pánevního dna společně s orgány malé pánve, které začnou být vytlačovány směrem ven. V dnešní době je proto hodně sledovaným výzkumem právě výzkum, který se snaží přijít na to, jak vzniku porodního poranění předejít. V budoucnu je možné také očekávat, že téma poranění pánevního dna bude nabývat na významu a porody se povedou takovým způsobem, aby porodní poranění dna pánevního bylo co možná nejmenší. (www.lfp.cuni.cz)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

6.1 Hlavní problém

Pánevní dno má tvar mělké nálevky a je tvořeno skupinou svalů a vaziva, které společně tvoří podpůrný aparát orgánům malé pánve. Pánevní svalové dno, tedy nese celou hmotnost pánevních orgánů a podílí se také na jejich fixaci, odpružení a na uzávěru dutých tubicovitých orgánů, které pánevním dnem prostupují. Pánevní dno u ženy je mimořádně zatíženo hlavně v období těhotenství a při porodu. V těhotenství vlivem hormonů a rostoucí dělohy dochází k roztažení a povolání těchto svalů a vaziva, které pánevní dno tvoří. Porod pak pánevní dno maximálně zatěžuje, kdy se tkáň roztáhne a téměř ve většině případů dojde až už k mírnějšímu, tak rozsáhlejšímu porodnímu poranění, které pak mohou do budoucna negativně ovlivnit jeho funkci. (Dylevský 2005, str. 254; Stadelmann 2006, str. 286)

A právě proto jsem si jako oblast výzkumu vybrala toto téma. Role pánevního dna v našem těle bývá často podceňována. Domnívám se, že je zde malá informovanost žen o vlivu těhotenství a porodu na pánevní dno. Taktéž o metodách, které snižují riziko vzniku porodního poranění. Chtěla bych zjistit, zda ženy vůbec vědí, co pánevní dno je a jakou úlohu v těle má, zda dělají něco proto, aby u nich při porodu nedošlo k poranění. Nevím také, co je po porodu nejvíce trápí a na koho by se s případnými obtížemi obrátily. A proto by mě zajímalo: „ Jaká je informovanost žen o roli pánevního dna během těhotenství a porodu?“

6.2 Hlavní cíl

Zjistit, jaká je informovanost žen o roli pánevního dna během těhotenství a porodu.

6.3 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, zda ženy ví, co pánevní dno je a jakou funkci má v jejich těle.

Předpoklad 1: Domnívám se, že většina žen bude vědět, co pánevní dno je.

Otázka č. 3, 4, 5

Kritérium : většina = více než 50%

znalost = zodpoví správně 2 vědomostní otázky ze 3

Cíl 2: Zjistit, zda ženy své pánevní dno na těhotenství a porod připravují.

Předpoklad 2 : Domnívám se, že více než polovina žen označí období těhotenství, jako vhodnou dobu k přípravě pánevního dna.

Otázka č. 6, 7

Předpoklad 3 : Domnívám se, že více než polovina žen podnikla aktivně kroky k tomu, aby snížila riziko vzniku porodního poranění.

Otázka č. 8, 9

Cíl 3 : Zjistit, jaká je informovanost žen o porodním poranění pánevního dna.

Předpoklad 4 : Domnívám se, že více než polovina žen byla při porodu poraněná.

Otázka č. 10, 11, 12, 13, 14

Předpoklad 5 : Domnívám se, že více než polovina žen o své porodní poranění pečovala.

Otázka č. 10, 13

Cíl 4: Zjistit, zda ženy ví, kdy začít znovu pánevní dno po porodu aktivovat a jaké potíže s pánevním dnem spojené je nejčastěji po porodu trápí.

Předpoklad 6 : Domnívám se, že mezi nejčastější obtíže, které ženy po porodu trápí, patří samovolný únik moči.

Otázka č. 15,16

Předpoklad 7 : Domnívám se, že více než žen označí období po šestinedělí jako období, kdy vhodné, začít pánevní dno po porodu znovu aktivovat.

Otázka č. 17,18

6.4 Charakteristika souboru

Výběr respondentek do mého výzkumu byl záměrný. Byly do něho zahrnuty ženy, které měly v anamnéze minimálně jeden porod. Maximální časový odstup od porodu byl 2 roky, z toho důvodu, aby ženy měly porod ještě v dobré paměti. Předpokládaný počet respondentek byl 120.

6.5 Metoda sběru dat

Pro svůj výzkum jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu, což je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu. Popisuje zkoumanou skutečnost pomocí proměnných (znaků), které lze vyjádřit čísly. Vyžaduje větší soubory dat a respondentů. Klademe otázky: Kolik? Co? Jak? (Punch 2008)

Pro sběr dat jsem zvolila strukturovaný dotazník. Dotazník obsahuje celkem 18 otázek, z nichž 12 otázek je uzavřených, 4 otázky polootevřené a 2 filtrující. První 2 otázky zkoumají věk respondentek a jejich paritu. Dále jsou v dotazníku otázky zkoumající vědomosti v oblasti pánevního dna. Následují otázky, které jsou zaměřeny na přípravu pánevního dna. Také jsou v dotazníku otázky, zkoumající vše kolem porodního poranění, pokud žena nějaké utrpěla a poslední část otázek je zaměřena na pánevní dno po porodu.

6.6 Organizace výzkumu

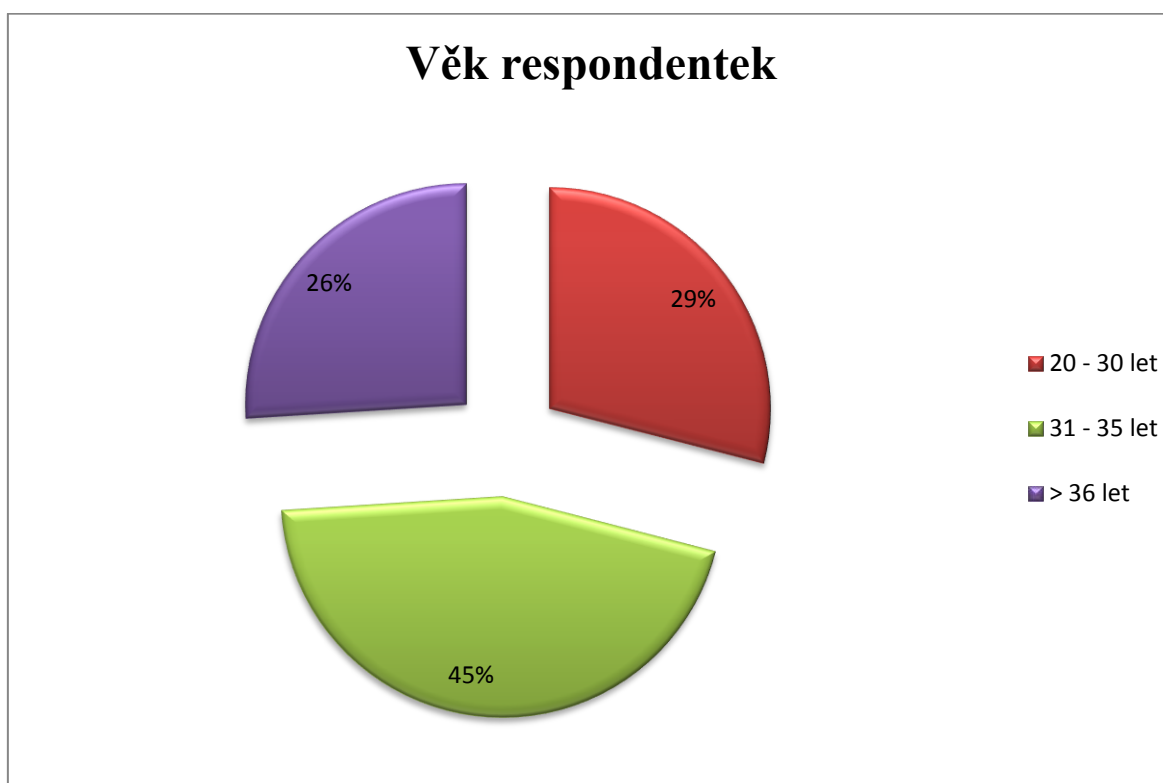
Výzkum probíhal od prosince 2015 do března 2016. Část dotazníků byla rozdána v soukromých gynekologických ambulancích a některé jsem rozdala nebo rozeslala elektronickou poštou blízkým osobám v mém okolí, které splňovaly daná kritéria pro výzkum. Mezi soukromé gynekologické ambulance, kde byly dotazníky rozdány, patří ambulance MUDr. Bořivoje Mejchara, MUDr. Evy Fínkové, MUDr. Jana Nového, Mudr. Ivy Huclové a ambulance Gynekologicko porodnické kliniky FN Plzeň. Celkem jsem rozdala 120 dotazníků. Nazpět se mi jich vrátilo rovných 100. Při zpracovávání výzkumu jsem tedy pracovala se 100 dotazníky.

7 ANALÝZA ÚDAJŮ

Filtrující otázky: otázky č. 1 a 2 zjišťovaly, jaký je věk a parita dotazovaných žen.

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

Graf č. 1 - Věk respondentek

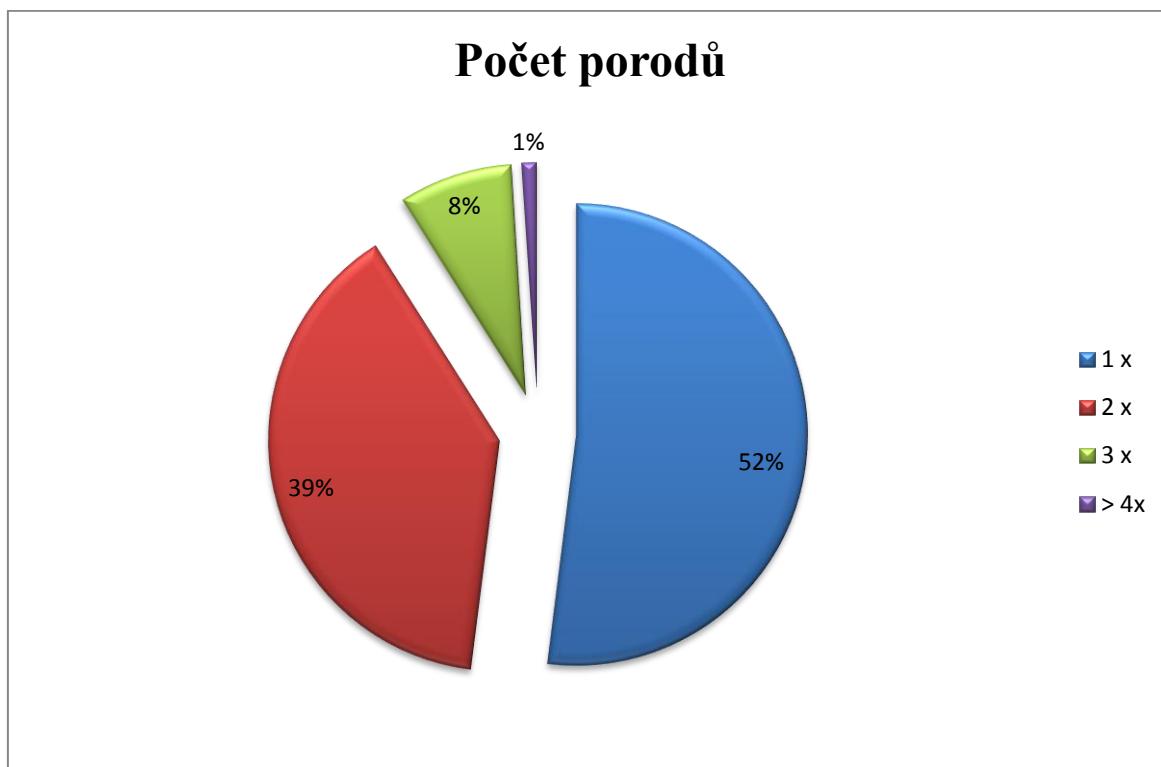


Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen je rozdělení dotazované věkové skupiny následující: 26 ženám (26%) je 36 let a více, 29 ženám (29%) je v rozmezí věku 20 – 30 let a 45 ženám (45%) je mezi 31 – 35 lety.

Otázka č. 2 : Kolikrát jste rodila?

Graf č. 2 - Počet porodů



Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen jedna (1%) rodila více jak 4x, osm žen (8%) rodilo 3x, 39 žen (39%) rodilo 2x a 52 žen (52%) rodilo 1x.

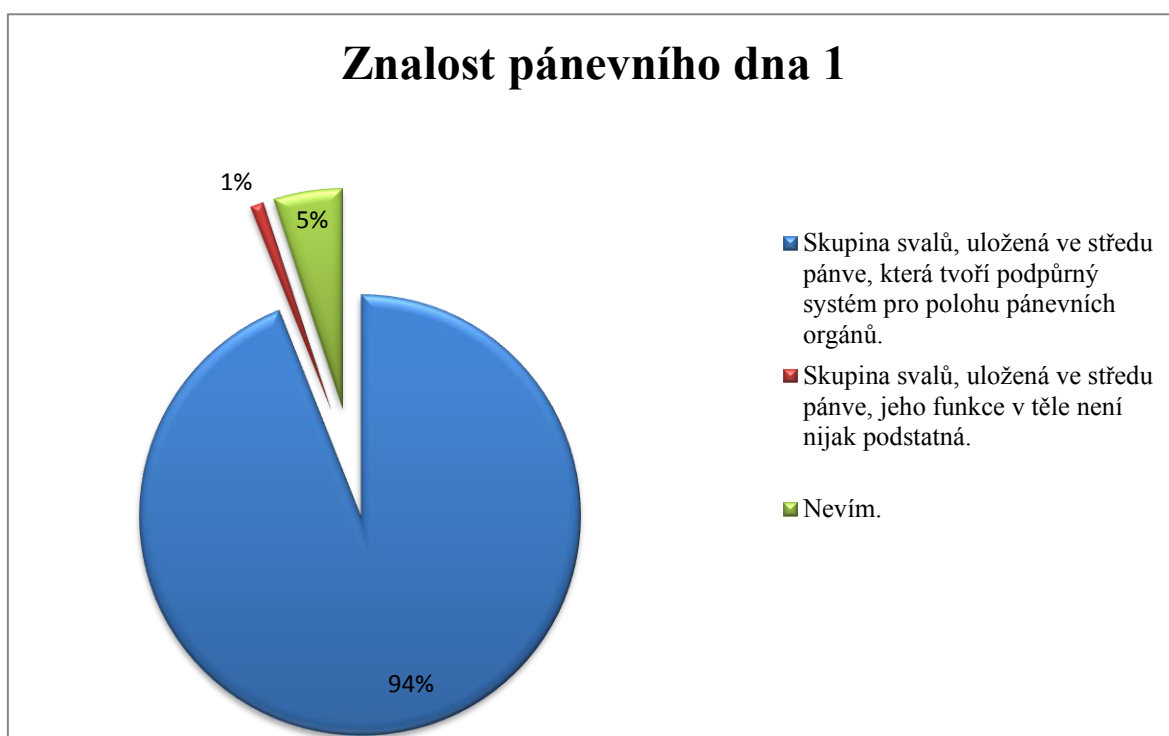
Cíl 1: Zjistit, zda ženy ví, co pánevní dno je a jakou funkci má v jejich těle.

Předpoklad 1: Domnívám se, že většina žen bude vědět, co pánevní dno je. (otázky č. 3, 4, 5)

Kritérium: většina = více než 50%

Otázka č. 3: Co je pánevní dno?

Graf č. 3 – Znalost pánevního dna 1

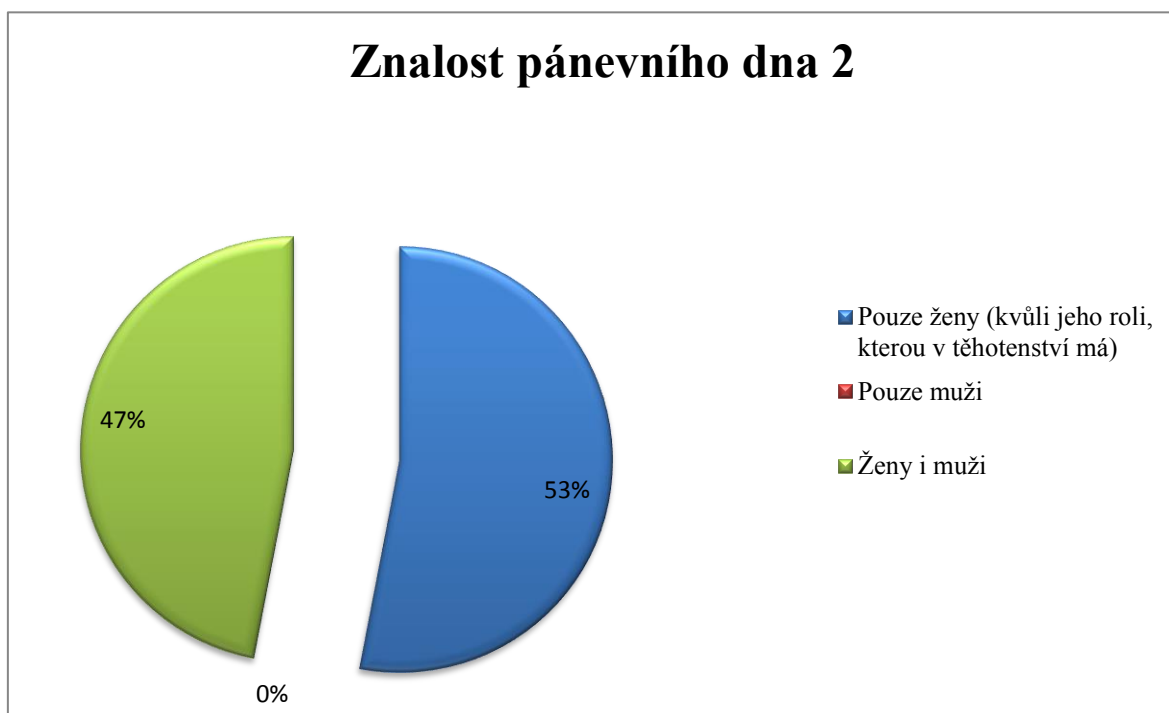


Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen, se jedna (1%) domnívala, že pánevní dno je skupina svalů uložená ve středu pánve a jeho funkce v těle není nijak podstatná. Dalších 5 žen (5%) vůbec nevědělo, co pánevní dno je a 94 žen (94%) správně odpovědělo, že pánevní dno je skupina svalů, uložená ve středu pánve, která tvoří podpůrný systém pro polohu pánevních orgánů.

Otázka č. 4 : Pánevní dno mají?

Graf č. 4 – Znalost pánevního dna 2

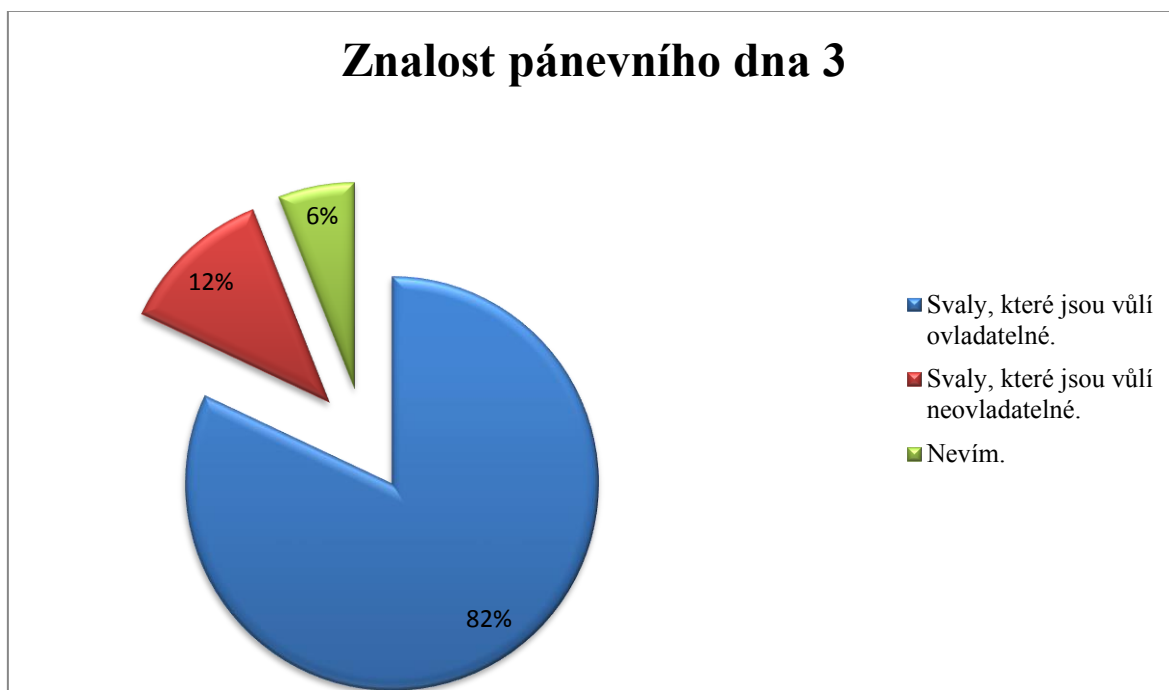


Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen, žádná neopověděla (0%), že pánevní dno mají pouze muži, 47 žen (47%) zvolilo správnou odpověď a to, že pánevní dno mají muži i ženy a 53 žen (53%) zvolilo špatnou odpověď, že pánevní dno mají pouze ženy.

Otázka č. 5 : Pánevní dno je tvořeno?

Graf č. 5 – Znalost pánevního dna 3



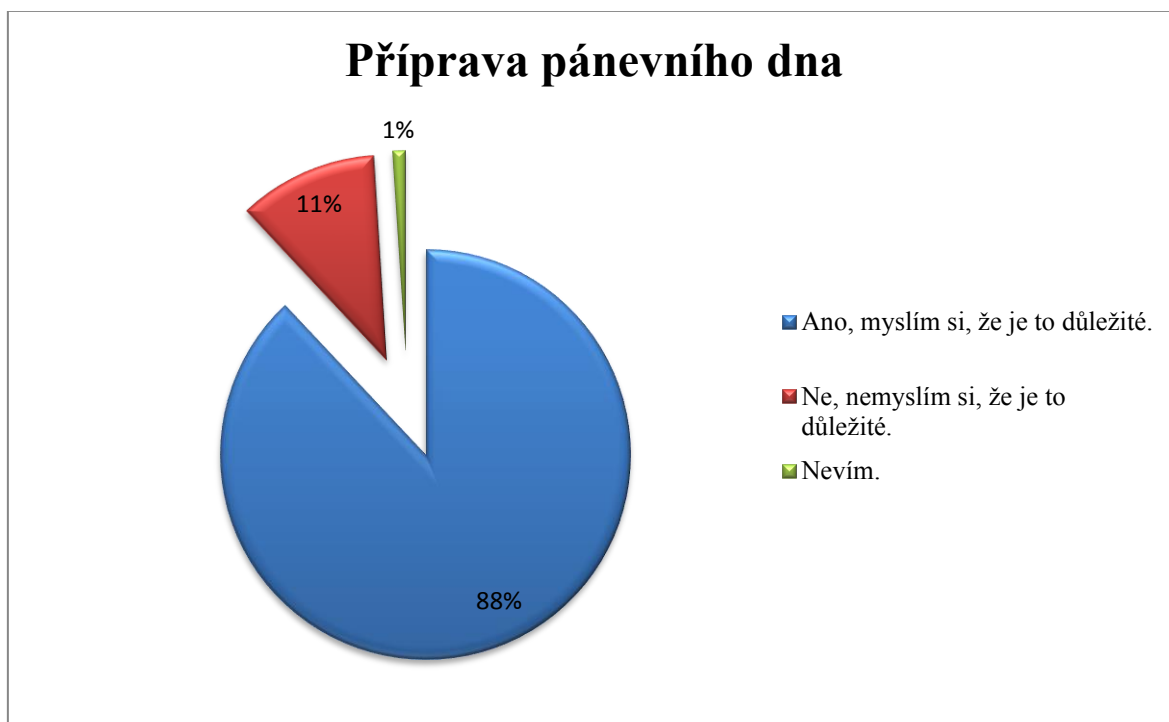
Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen jich šest (6%) nevědělo, čím je pánevní dno tvořeno, dvanáct žen (12%) chybně odpovědělo, že je pánevní dno tvořeno svaly, které jsou vůlí neovladatelné a celých 82 žen (82%) zvolilo správnou odpověď, že pánevní dno je tvořeno svaly, které jsou vůlí ovladatelné.

Cíl 2 : Zjistit, zda ženy své pánevní dno na těhotenství a porod připravují.

Otázka č. 6: Myslíte si, že je důležité pánevní dno na těhotenství a porod připravit?

Graf č. 6 – příprava pánevního dna



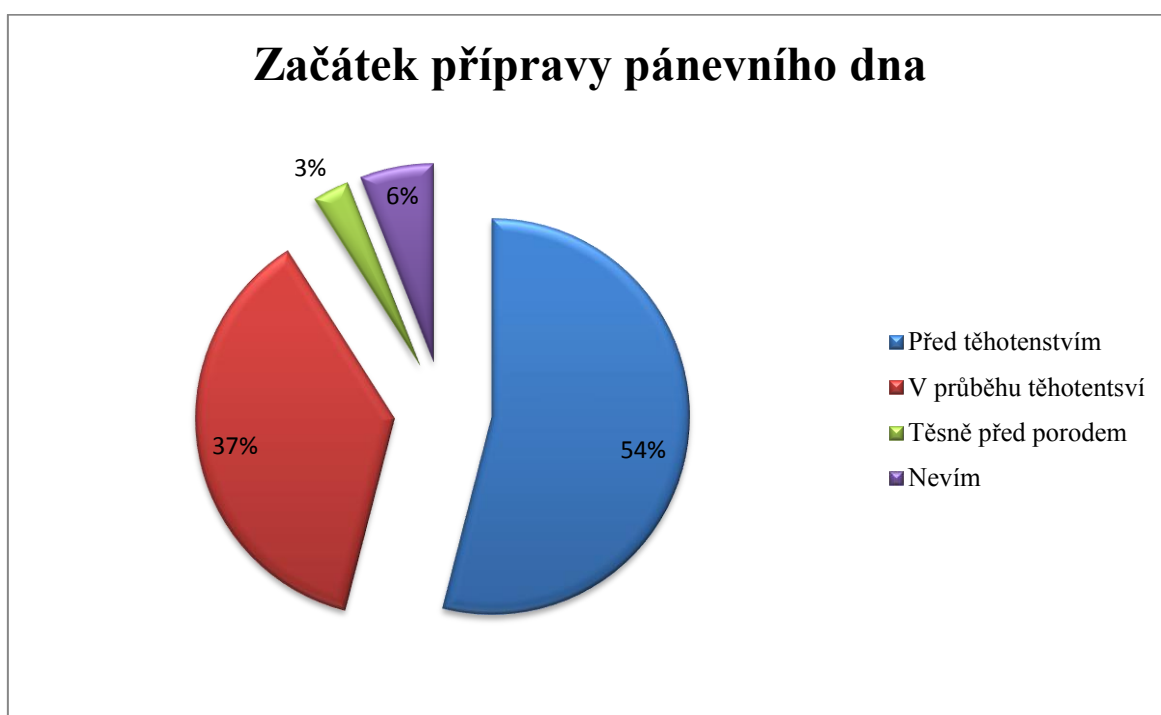
Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen jedna (1%) zvolila odpověď nevím, jedenáct žen (11%) si myslí, že to není důležité a 88 žen (88%) si myslí, že je důležité pánevní dno na těhotenství a porod připravit.

Otázka č. 7: Kdy si myslíte, že je vhodné s přípravou začít?

Předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina žen označí těhotenství, jako vhodnou dobu k přípravě pánevního dna. (otázky č. 6,7)

Graf č. 7 – Začátek přípravy pánevního dna



Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen si tři (3%) myslí, že je vhodné začít s přípravou až těsně před porodem, šest žen (6%) zvolilo odpověď nevím, 37 žen (37%) se domnívá, že s přípravou je vhodné začít až v průběhu těhotenství a 54 žen (54%) odpovědělo správně, že vhodné je s přípravou začít ještě před těhotenstvím.

Předpoklad 3 : Domnívám se, že více než polovina žen podnikla aktivně kroky k tomu, aby snížila riziko vzniku porodního poranění. (otázky 8, 9)

Otázka č. 8: Informovala jste se někde o metodách, které pomáhají zvýšit elasticitu hráze před porodem a je tak možné prováděním těchto metod snížit riziko vzniku porodního poranění?

Graf č. 8 – Informovanost o snížení rizika vzniku porodního poranění

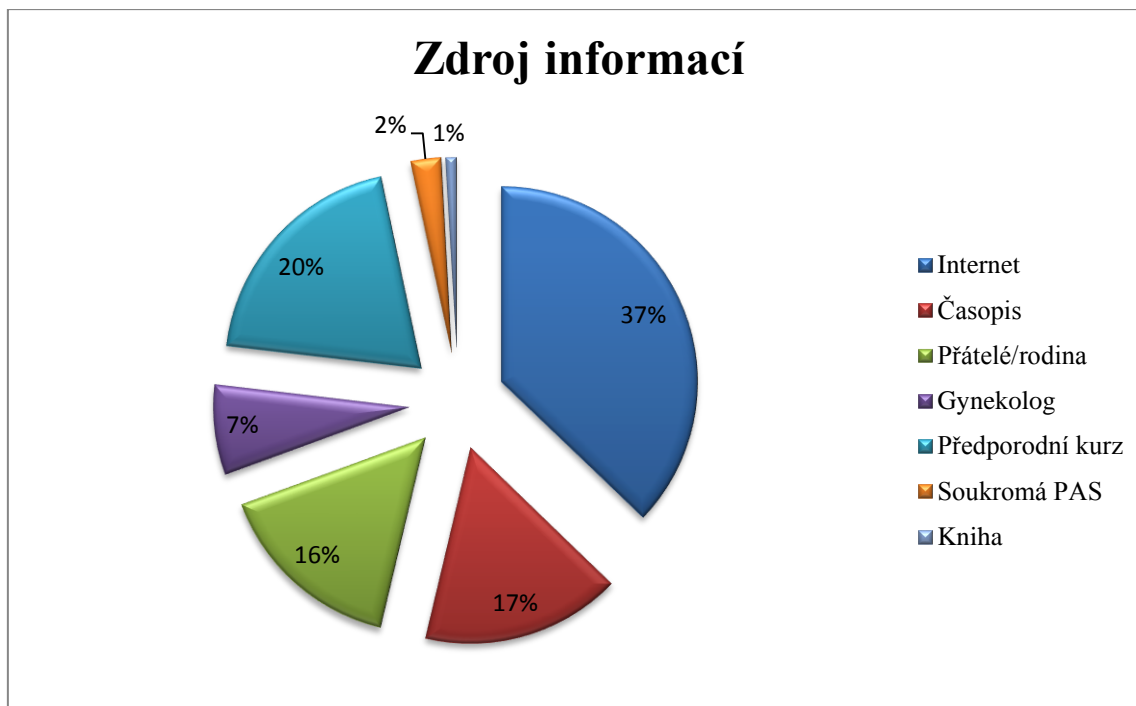


Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se ženy vůbec informují o možnostech, které snižují riziko vzniku porodního poranění. Ze 100 dotazovaných žen se 44 (44%) nikde neinformovalo a 56 žen (56%) se informovalo o tom, jak mohou snížit riziko vzniku porodního poranění.

Doplňující otázka k otázce č. 8 : Pokud „ANO“, od koho jste se o těchto metodách dozvěděla (lze zaškrtnout více odpovědí)

Graf č. 9 - Zdroj informací



Zdroj: vlastní

Tabulka č.1: Přehled zdrojů, odkud ženy čerpaly informace

Odpověď	Počet odpovědí	% četnost odpovědí
Internet	45	37
Časopis	20	17
Přátelé/rodina	19	16
Gynekolog	9	7
Předporodní kurz	24	20
Soukromá PAS	3	2
Kniha	1	1

Zdroj: vlastní

56 žen (100%), které odpověděly kladně na otázku č. 8, hledaly informace následujícím způsobem: 1% hledalo informace v knize, 2% získaly informace od soukromé porodní asistentky, 7% od svého gynekologa, 16% od svých přátel či rodiny, 17% hledalo informace v časopisech, 20% získalo informace na předporodním kurzu a 37% si vyhledalo informace na internetu. Jelikož zde šlo označit více odpovědí, nejčastější kombinací pak byl internet + přátelé/rodina.

Otázka č. 9: Dělala jste v průběhu těhotenství něco pro to, abyste snížila riziko vzniku porodního poranění?

Graf č. 10 – Aktivity ke snížení rizika vzniku porodního poranění

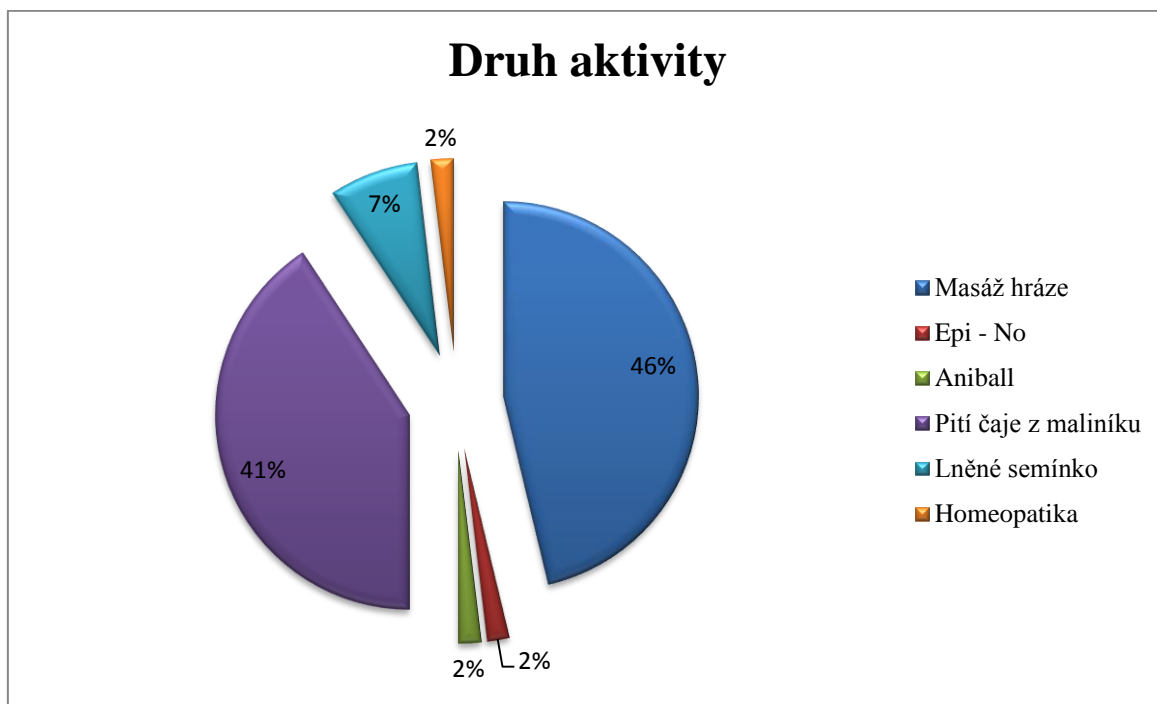


Zdroj: vlastní

Otázkou č. 9 jsem chtěla zjistit, jestli ženy dělají něco proto, aby snížilo riziko toho, že u nich při porodu dojde k poranění. Ze 100 dotazovaných žen jich 72 (72%) nedělalo nic a 28 (28%) dělaly něco pro to, aby snížilo riziko vzniku porodního poranění.

Doplňující otázka k otázce č. 9: Pokud „ANO“, tak co? (lze zaškrtnou více odpovědí)

Graf č. 11 – Druh aktivity



Zdroj: vlastní

Tabulka č. 2: Druhy aktivit, které ženy prováděly

Odpověď	Počet odpovědí	% četnost odpovědí
Masáž hráze	25	46
Epi - No	1	2
Aniball	1	2
Pití čaje z maliníku	22	41
Lněné semínko	4	7
Homeopatika	1	2

Zdroj: vlastní

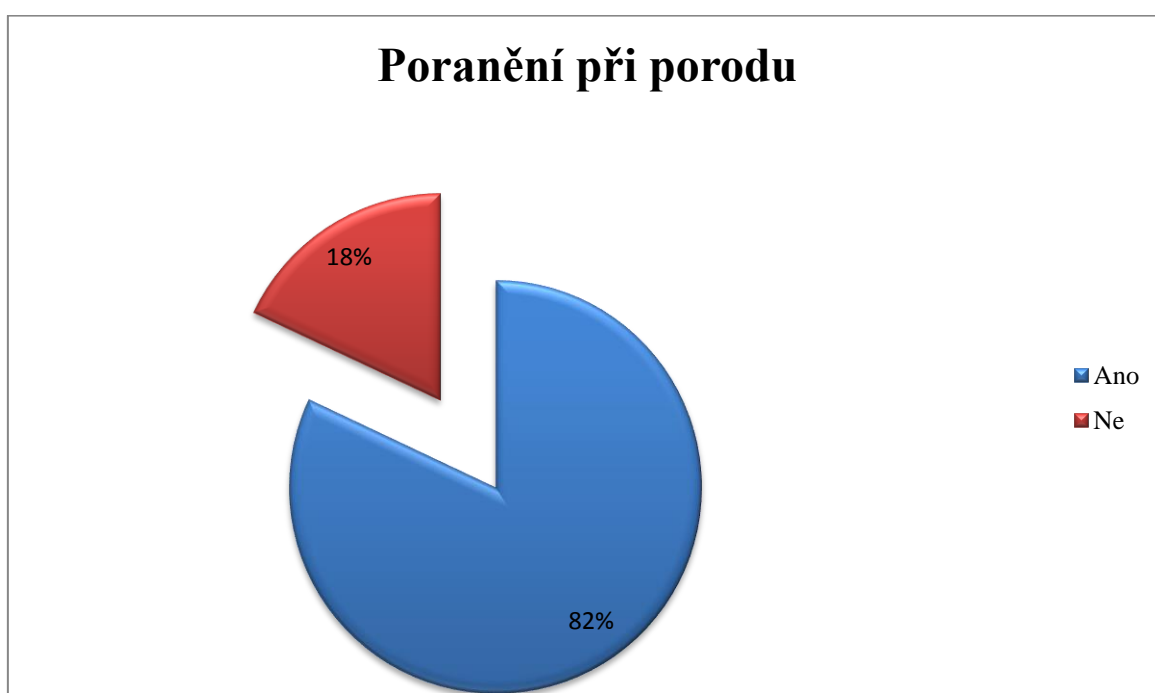
Z 28 žen (100%), které odpověděly kladně na otázku č. 9, provozovaly následující aktivity: 2% používaly speciální pomůcku Epi – No, další 2% používaly speciální pomůcky Aniball, 2% užívala homeopatika, 7% užívalo Lněné semínko, 41% užívalo pravidelně čaj z maliníku a 46% žen si masírovalo hráz. Ženy zde mohly rovněž zvolit více odpovědí, nejčastější kombinací zde tvořila masáž hráze + pití čaje z maliníku.

Cíl 3: Zjistit, jaká je informovanost žen o porodním poranění.

Předpoklad 4: Domnívám se, že více než polovina žen byla u porodu poraněna. (otázky č. 10, 11, 12, 13, 14)

Otázka č. 10: Došlo u Vás při porodu k porodnímu poranění (poranění v takovém rozsahu, že ho bylo třeba ošetřit šitím)?

Graf č. 12 – Poranění při porodu



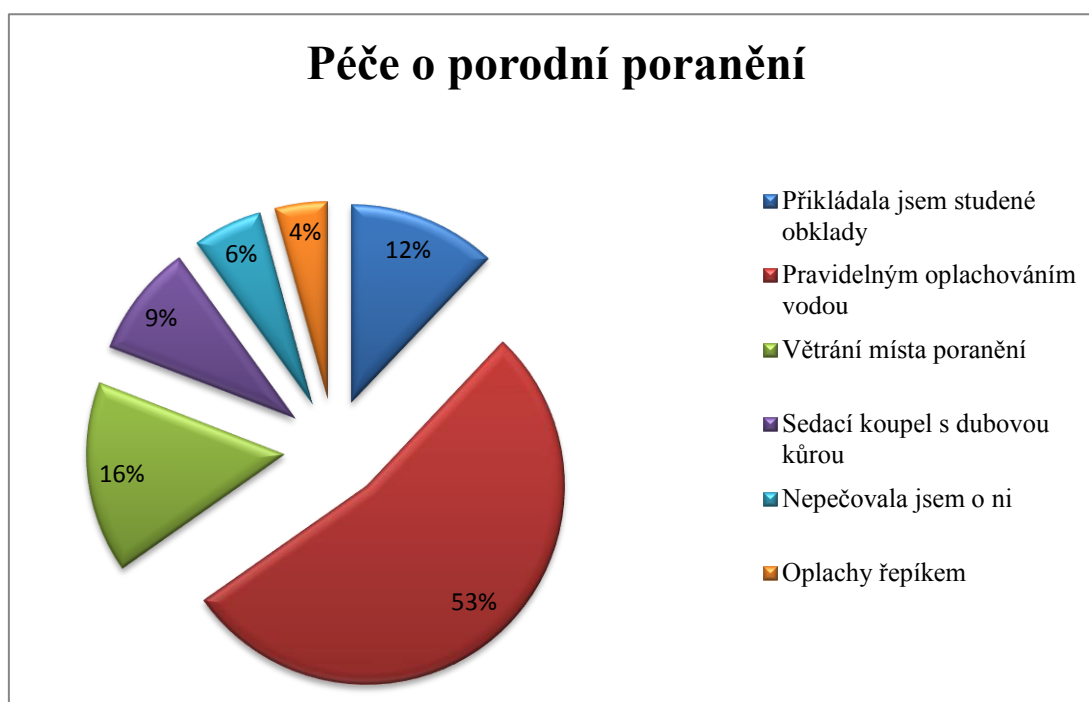
Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen: u 18 z nich (18%) porod proběhl bez poranění a 82 žen (82%) bylo při porodu poraněno.

Předpoklad 5: Domnívám se, že více jak polovina žen o své porodní poranění pečovala.

Doplňující otázka k otázce č. 10: Pokud „ANO“, jak jste o suturu (šití) v oblasti zevních rodidel pečovala? (lze zaškrtnou více odpovědí)

Graf č. 12 – Péče o porodní poranění



Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3: Způsob péče o porodní poranění

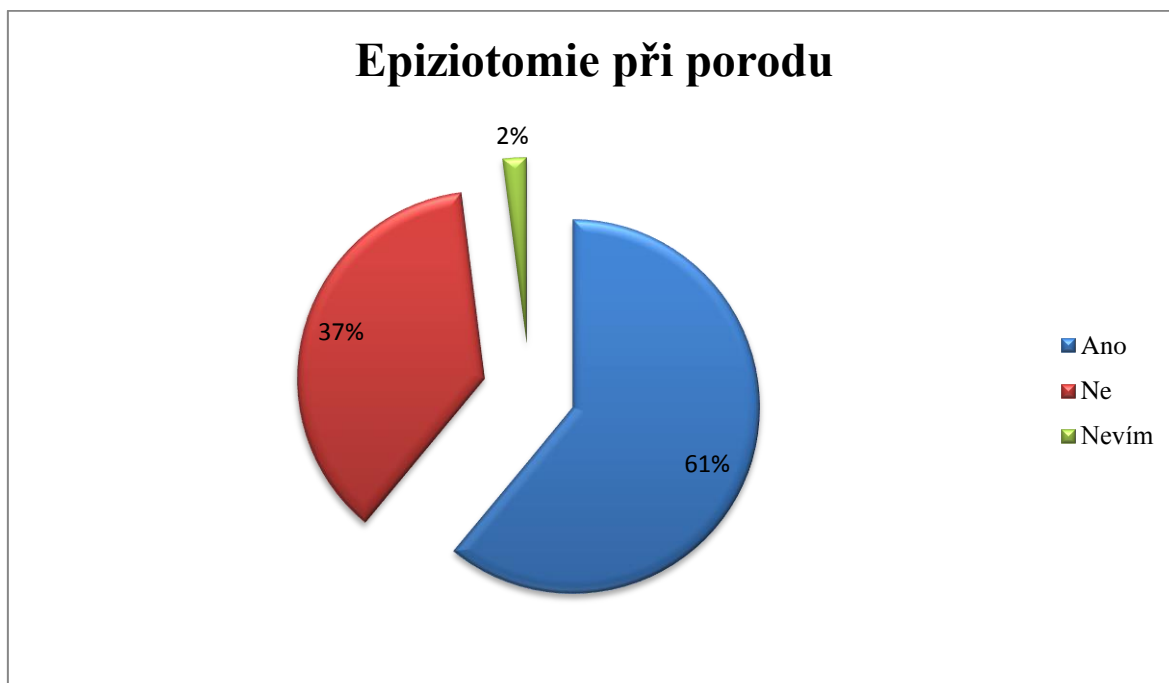
Odpověď	Počet odpovědí	% četnost odpovědí
Přikládala jsem studené obklady	17	12
Pravidelným oplachováním vodou	75	53
Větrání místa poranění	22	16
Sedací koupel s dubovou kůrou	13	9
Nepečovala jsem o ni	8	6
Oplachy řepíkem	6	4

Zdroj: vlastní

Z 82 žen (100%), které odpověděly kladně na otázku č. 10, pečovaly o suturu takto: oplachování řepíkem 4%, 6% žen o ni nepečovalo vůbec, 9% využilo sedací koupele s dubovou kůrou, 16% místo poranění větralo a 53% pečovalo o poranění pravidelným oplachováním. Protože šlo opět zvolit více odpovědí, nejčastější kombinací zde byla péče pravidelným oplachováním vodou + přikládání studených obkladů.

Otázka č. 11 : Byla u Vás provedena epiziotomie (nástřih hráze)?

Graf č. 13 – Epiziotomie při porodu

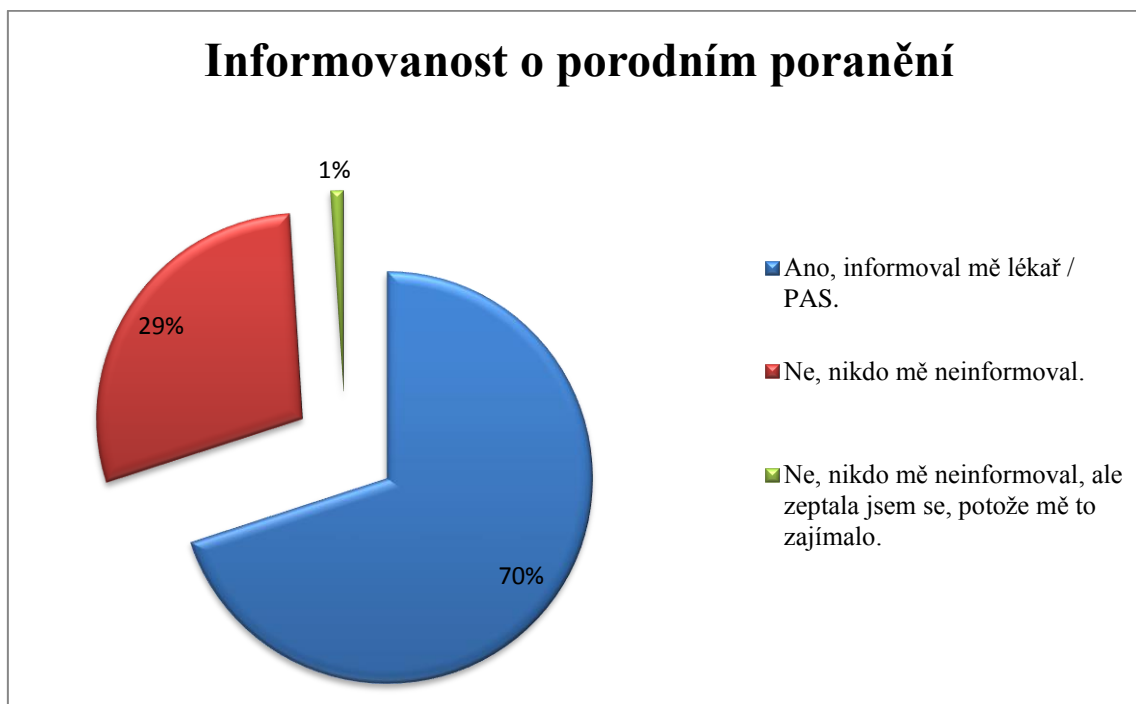


Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen odpověděly na otázku ohledně epiziotomie takto: 2 ženy (2%) nevěděly, jestli u nich epiziotomie byla provedena, u 37 žen (37%) epiziotomie provedena nebyla a u 61 žen (61%) provedena byla.

Otázka č. 12: Informoval Vás někdo o tom, jak rozsáhlé Vaše porodní poranění bylo?

Graf č. 14 – Informovanost o porodním poranění

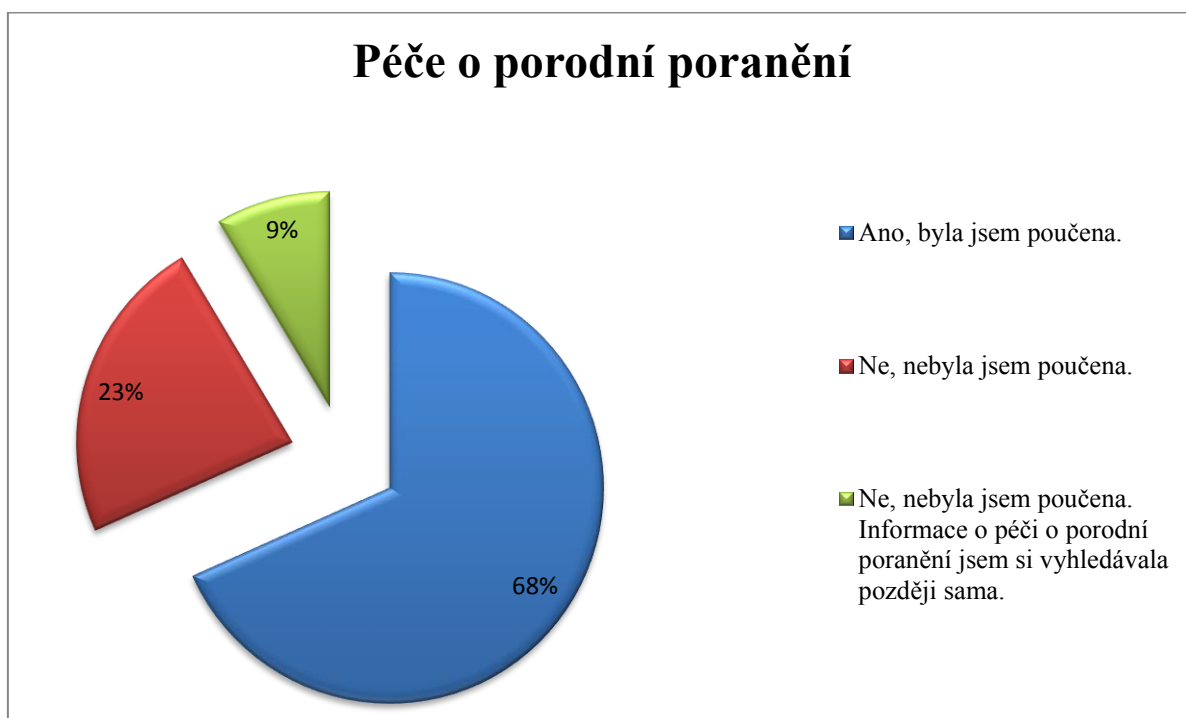


Zdroj: vlastní

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda jsou ženy v porodnicích informovány o rozsahu porodního poranění, ke kterému u nich při porodu došlo. 100 dotazovaných žen bylo informováno následujícím způsobem: 1 žena (1%) nebyla informována, ale sama se zeptala, protože jí to zajímalo, 29 žen (29%) informováno vůbec nebylo a 70 žen (70%) informoval lékař nebo porodní asistentka.

Otázka č. 13: Byla jste poučena o tom, jak o porodní poranění pečovat?

Graf č. 15 – Péče o porodní poranění

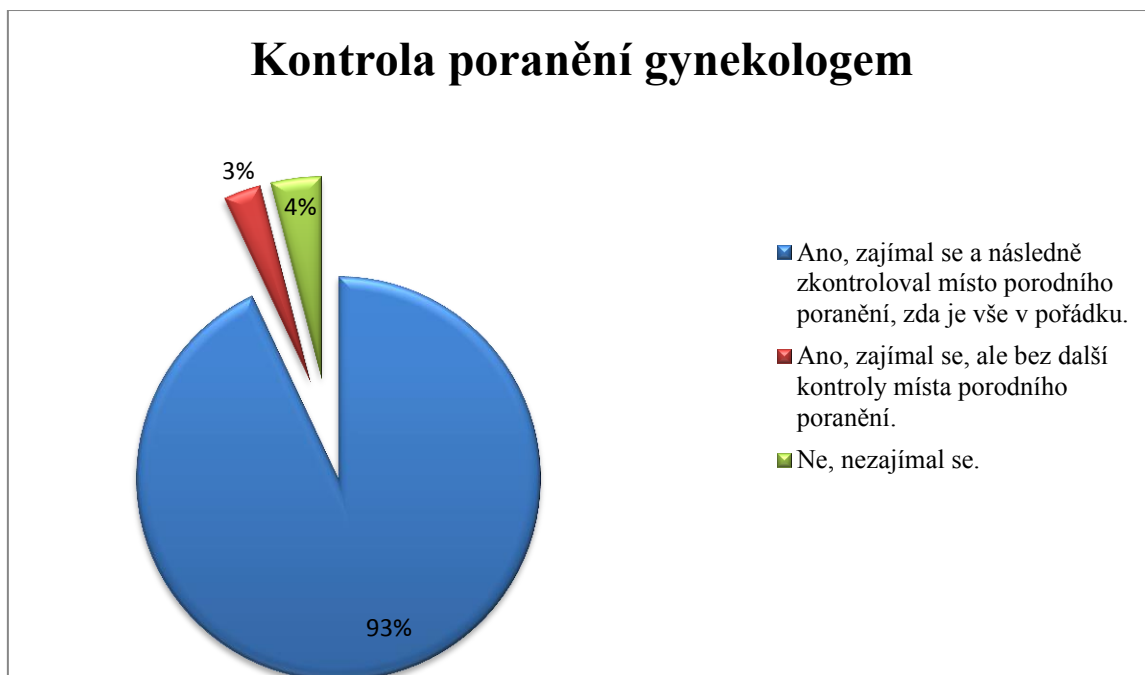


Zdroj: vlastní

Z 82 žen (100%) u kterých při porodu došlo k porodnímu poranění jich: 7 (9%) nebylo poučeno a informace si později vyhledávaly samy, 19 žen (23%) poučeno nebylo a 56 žen (68%) bylo poučeno, jak o porodní poranění pečovat.

Otázka č. 14: Zajímal se Váš gynekolog na kontrole po šestinedělí, zda - li při porodu došlo k porodnímu poranění, popř. v jakém rozsahu?

Graf č. 16 – Kontrola poranění gynekologem



Zdroj: vlastní

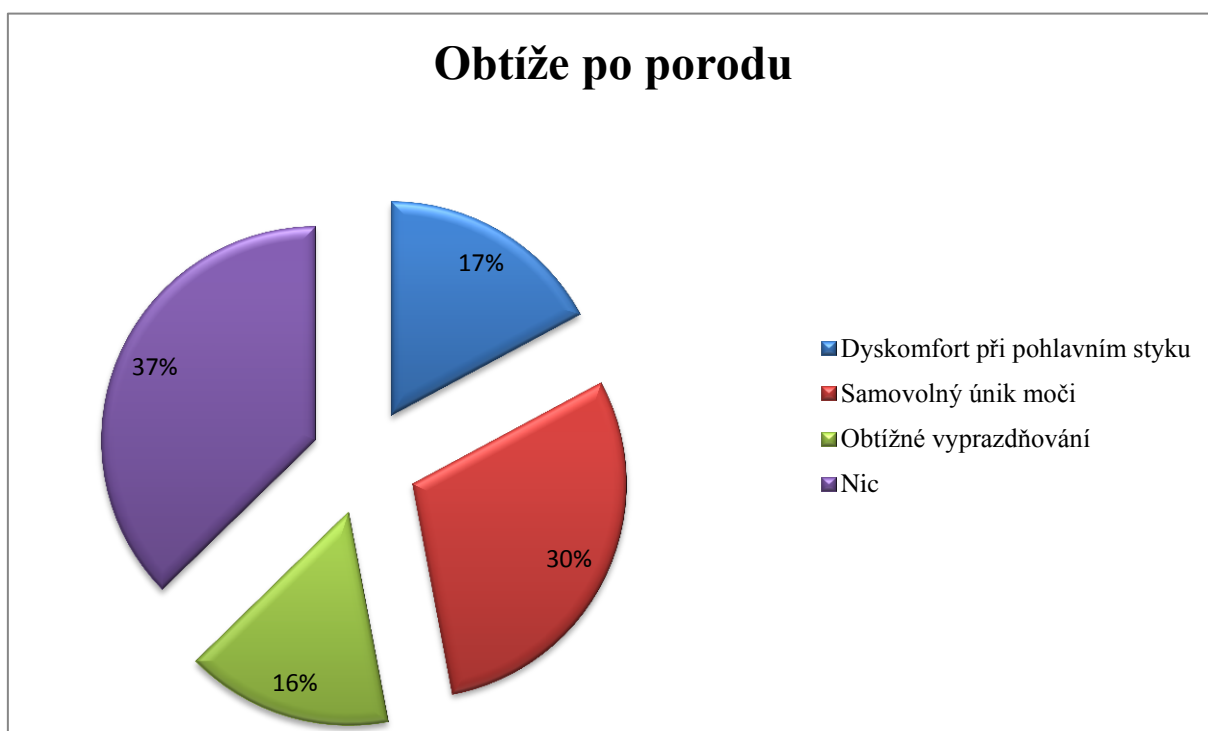
U 100 dotazovaných žen, probíhala kontrola poranění následovně: u 3 žen (3%) se gynekolog zajímal o porodní poranění, ale bez další kontroly místa poranění, u 4 žen (4%) se nezajímal vůbec a u 93 žen (93%) se gynekolog zajímal o porodní poranění a následně místo i zkontroloval.

Cíl 4: Zjistit, zda ženy ví, kdy začít znovu pánevní dno po porodu aktivovat a jaké potíže s pánevním dnem spojené je nejčastěji po porodu trápí.

Předpoklad 6: Domnívám se, že mezi nejčastější obtíže, které ženy po porodu trápí, patří samovolný únik moči. (otázky č. 15, 16)

Otázka č. 15: Trápilo Vás po porodu následující?

Graf č. 17 – Obtíže po porodu

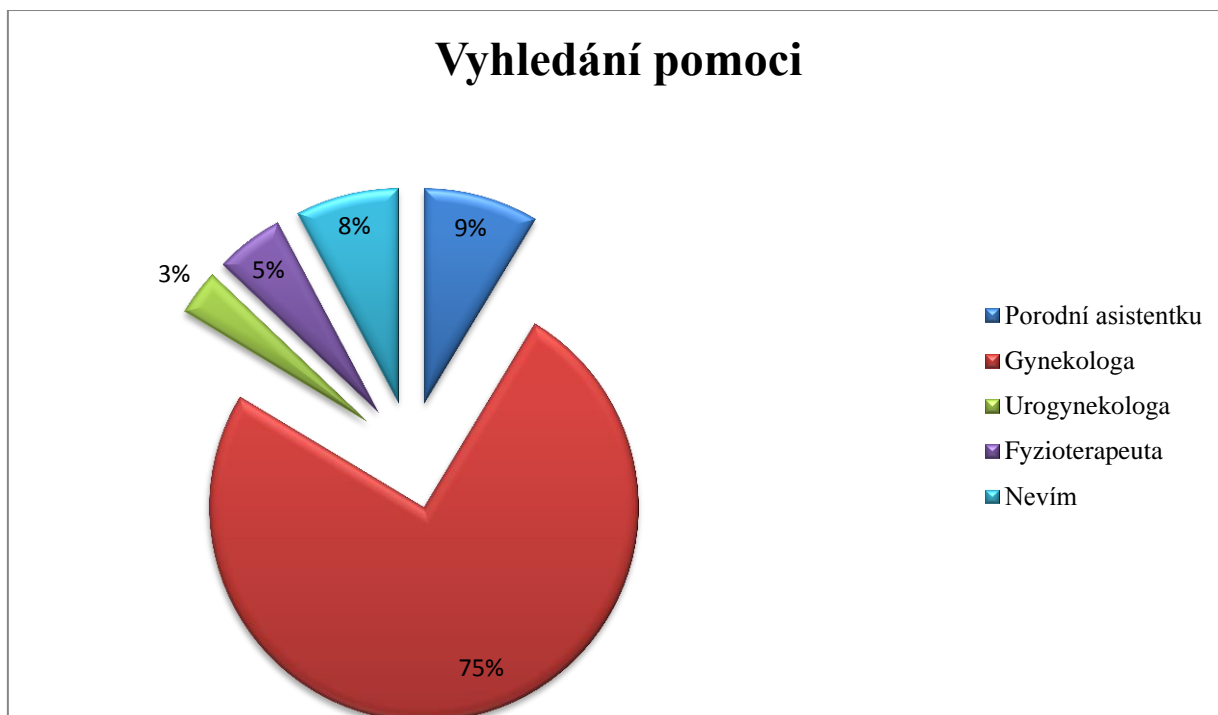


Zdroj: vlastní

U této otázky jsem chtěla zjistit, pokud ženy po porodu něco trápí, co to bývá nejčastěji. U 100 dotazovaných žen, se po porodu objevovaly tyto obtíže: 16 žen (16%) trápilo obtížné vyprazdňování, 17 žen (17%) pociťovalo dyskomfort při pohlavním styku, 30 žen (30%) trápil samovolný únik moči a 37 žen (37%) netrápilo po porodu nic.

Otázka č. 16: Koho byste v případě výše uvedených potíží vyhledala, aby Vám pomohl?

Graf č. 18 – Vyhledání pomoci



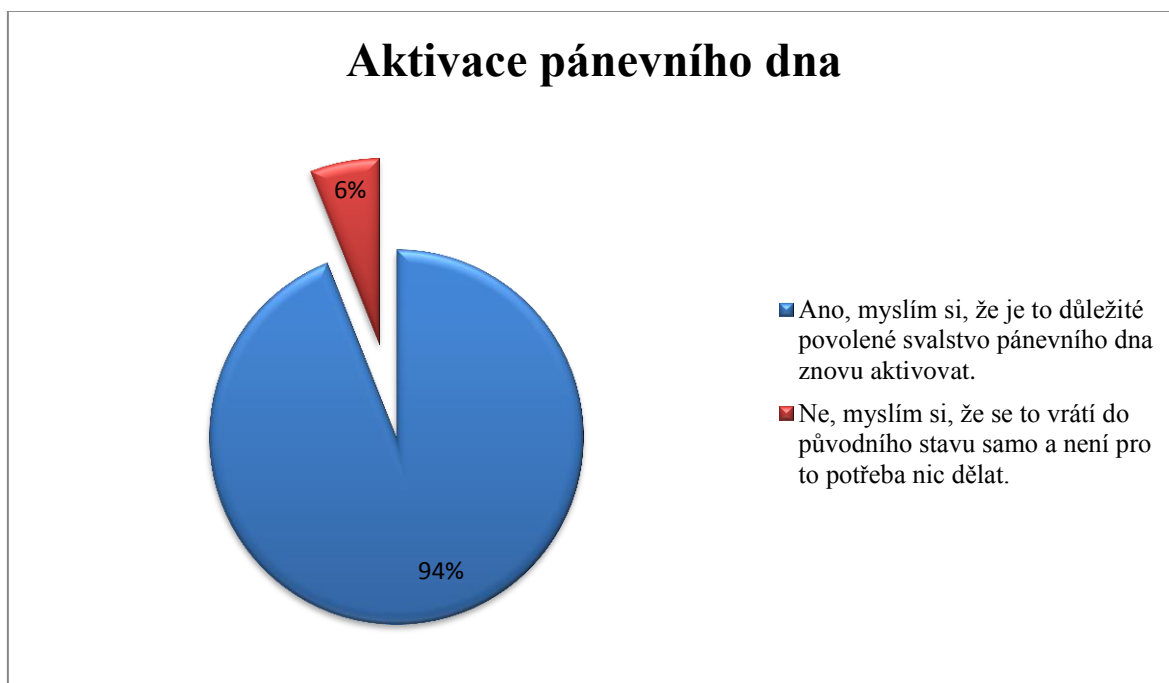
Zdroj: vlastní

V této otázce mě zajímalo, koho by ženy primárně vyhledaly, pokud by trpěly nějakou z výše uvedených obtíží. Ze 100 dotazovaných žen by návštěvnost u odborníka byla následující: 3 ženy (3%) by vyhledaly urogynekologa, 5 žen (5%) fyzioterapeuta, 8 žen (8%) neví, za kým by šlo, 9 žen (9%) by vyhledalo porodní asistentku a 75 žen (75%) svého gynekologa.

Předpoklad 7: Domnívám se, že více než polovina žen označí období po šestinedělí, jako období, kdy je vhodné opět začít s aktivací pánevního dna. (otázka č. 17, 18)

Otázka č. 17: Myslíte si, že je důležité aktivovat pánevní dno po porodu?

Graf č. 19 – Aktivace pánevního dna

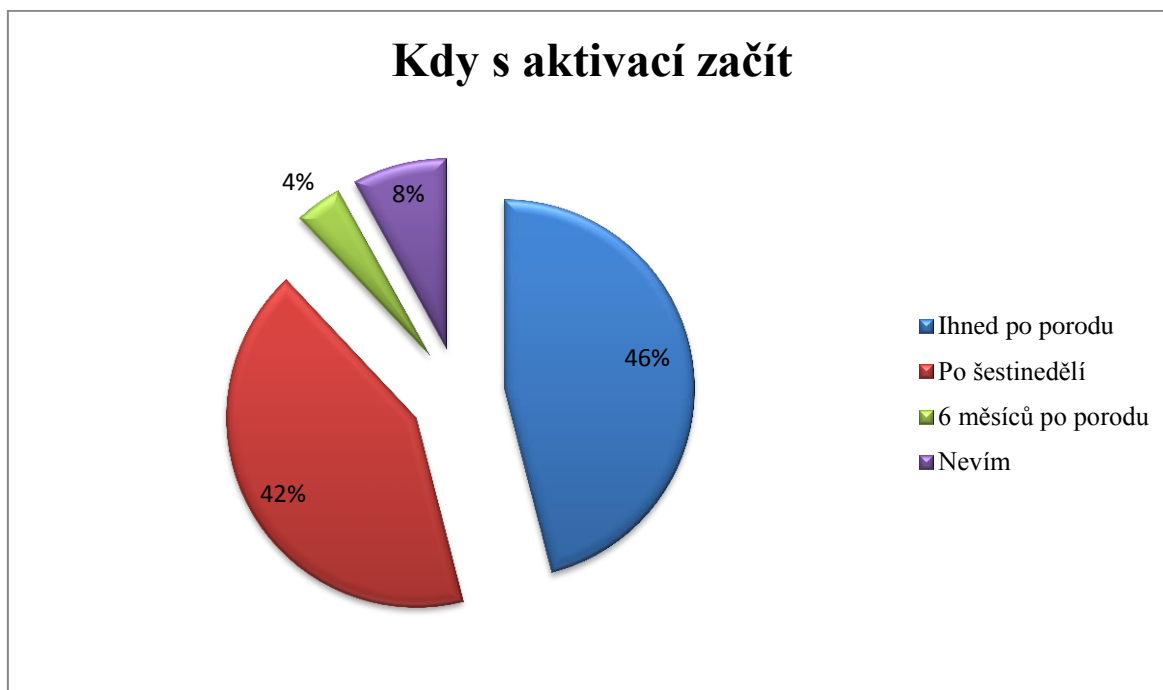


Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen si: 6 žen (6%) myslí, že pánevní dno po porodu není důležité aktivovat a že se to vše vrátí do původního stavu samo a 94 žen (94%) si myslí, že je důležité povolené svalstvo pánevního dna znovu aktivovat.

Otázka č. 18: Od kdy si myslíte, že je vhodné pánevní dno začít aktivovat?

Graf č. 20 – Kdy s aktivací začít



Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných žen si 4 ženy (4%) myslí, že s aktivací je vhodné začít až šest měsíců po porodu, 8 žen (8%) neví, kdy je vhodné začít, 42 žen (42%) by s aktivací začalo až po šestinedělí a 46 žen (46%) zvolilo správnou odpověď a to, že s aktivací je vhodné začít ihned po porodu.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, zda ženy ví, co pánevní dno je a jakou funkci má v jejich těle.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č.: 3, 4, 5. Tyto otázky byly vědomostní a šlo o to, zjistit, jak na tom ženy vědomostně jsou, co se pánevního dna týče. Tzn. co pánevní dno je, jakou funkci v těle má a také kdo pánevní dno vlastně má.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 1: Domnívám se, že většina žen bude vědět, co pánevní dno je** (*kritérium pro vědomost, zodpoví správně 2 z 3 otázek*). Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 3, 4 a 5. V otázce č. 3 jsem se ptala na anatomii pánevního dna. Ze 100 dotazovaných žen (100%) byly odpovědi následující: 1 žena (1%) se domnívala, že pánevní dno je skupina svalů, uložená ve středu pánve a jeho funkce není nijak podstatná, 5 žen (5%) nevědělo, co pánevní dno je a zbylých 94 žen (94%) zvolilo správnou odpověď a to, že pánevní dno je skupina svalů, uložená ve středu pánve, která tvoří podpůrný systém pro polohu pánevních orgánů. Další otázka zkoumala, jestli ženy ví, kdo pánevní dno má. Ze 100 dotazovaných žen (100%) ženy odpověděly následujícím způsobem: žádná z nich (0%) si nemyslí, že pánevní dno mají pouze muži, 47 žen (47%) odpovědělo správně a to, že pánevní dno mají muži i ženy a 53 žen (53%) se domnívá, že pánevní dno mají pouze ženy. Poslední vědomostní otázka, otázka č. 3, zkoumala, zda ženy ví, jakými svaly je pánevní dno tvořeno, ze 100 tázaných (100%) odpověděly ženy takto: 6 žen (6%) nevědělo, jakými svaly je pánevní dno tvořené, 12 žen (12%) chybně zvolilo odpověď, že pánevní dno je tvořeno svaly, které jsou vůlí neovladatelné a 82 žen (82%) zvolilo správnou odpověď, že dno pánevní je tvořeno svaly, které jsou vůlí ovladatelné. U 2 ze 3 otázek více jak polovina žen zvolila správnou odpověď. **Předpoklad č. 1 se mi potvrdil.**

Cíl 2: Zjistit, zda ženy své pánevní dno na těhotenství a porod připravují.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č.: 6, 7, 8, 9. Tyto otázky měly za úkol zjistit, zda ženy ví, kdy je vhodné začít pánevní dno na těhotenství a porod připravovat, jestli

přípravu považují za důležitou. Také jaká je informovanost o metodách snižující riziko vzniku porodního poranění.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 2: Domnívám se, že více než polovina žen označí těhotenství, jako vhodnou dobu k přípravě pánevního dna.** Předpoklad 2 jsem si ověřila otázkou č. 7, kde jsem zjišťovala, kdy si ženy myslí, že je vhodné s přípravou pánevního dna na těhotenství a porod začít. Ze 100 žen (100%) si: 3 ženy (3%) myslí, že je vhodné začít s přípravou až těsně před porodem, 6 žen (6%) neví, kdy by se mělo začít, 37 žen (37%) se domnívá, že stačí začít až v průběhu těhotenství a zbylých 54 žen (54%) odpovědělo správně a to, že s přípravou pánevního dna by se mělo začít ještě před těhotenstvím. **Předpoklad 2 se mi nepotvrdil.**

Další předpoklad, který se k cíli vztahoval, byl předpoklad 3: **Domnívám se, že více než polovina žen podnikla aktivně kroky k tomu, aby snížila riziko vzniku porodního poranění.** Předpoklad 3 jsem si ověřila otázkou č. 9, kde jsem zkoumala, jestli ženy dělaly v průběhu těhotenství něco pro to, aby snížily riziko vzniku porodního poranění. Ze 100 dotazovaných žen (100%), jich 72 (72%) nedělalo nic a 28 žen (28%) dělalo něco proto, aby riziko vzniku porodního poranění snížilo. **Předpoklad 3 se mi nepotvrdil.**

Cíl 3: Zjistit, jaká je informovanost žen o porodním poranění.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 10, 11, 12, 13, 14. Které zkoumaly, zda u žen došlo k porodnímu poranění, četnost epiziotomie, zda byly poučeny jak o své porodní poranění pečovat, zda tak činily a jestli se o porodní poranění zajímal jejich gynekolog na návštěvě po šestinedělí.

K tomu cíli se vztahoval **předpoklad 4: Domnívám se, že více než polovina žen byla u porodu poraněna.** Předpoklad 4 jsem si ověřila otázkou č. 10, kde jsem zkoumala, jestli u žen došlo k porodnímu poranění v takovém rozsahu, že ho bylo potřeba ošetřit šitím. Ze 100 dotazovaných žen (100%) proběhl porod následovně: 18 žen (18%) nebylo při porodu poraněno a u 82 žen (82%) k poranění při porodu došlo. **Předpoklad 4 se mi potvrdil.**

Další předpoklad, který se k tomuto cíli vztahoval, byl **předpoklad 5: Domnívám se, že více než polovina žen o své porodní poranění pečovala.** Tento předpoklad měla ověřit doplňující otázka u otázky č. 10, která zkoumala, jestli ženy o porodní poranění pečovaly, popř. jakým způsobem. Z 82 žen (100%) u kterých došlo při porodu k porodnímu poranění, byla péče o suturu následující: 4% oplachovaly poranění řepíkem, 6% o ni nepečovalo vůbec, 9% využilo možnosti sedací koupele s dubovou kůrou, 16% místo poranění větralo a 53% pečovalo o poranění pravidelných oplachováním vodou. **Předpoklad 5 se mi potvrdil.**

Cíl 4: Zjistit, zda ženy ví, kdy začít znovu pánevní dno po porodu aktivovat a jaké potíže s pánevním dnem spojené je nejčastěji trápí.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 15, 16, 17 a 18. Otázky měly za cíl zjistit, jaké obtíže ženy po porodu nejčastěji mají a na koho by se s případnými obtížemi obrátily. Také zda považují za důležité pánevní dno po porodu začít znovu aktivovat a kdy je správné s aktivací začít.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 6: Domnívám se, že mezi nejčastější obtíže, které ženy po porodu trápí, patří samovolný únik moči.** Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 15, kde jsem pátrala po tom, jaké obtíže ženy po porodu nejčastěji měly. Ze 100 žen (100%) jich: 16 (16%) trápilo obtížné vyprazdňování, 17 žen (17%) trpělo dyskomfortem při pohlavním styku, 37 žen (37%) netrápilo nic a mezi nejčastější obtíže patřil samovolný únik moči, který trápil 30 žen (30%). **Předpoklad 6 se mi potvrdil.**

Další předpoklad, **předpoklad 7: Domnívám se, že více než polovina žen označí období po šestinedělí, jako období, kdy je vhodné opět začít s aktivací pánevního dna.** Tento předpoklad jsem si ověřila otázkou č. 18, kde jsem pátrala potom, kdy si ženy myslí, že je vhodné začít s aktivací pánevního dna po porodu. Ze 100 žen (100%) si 4 ženy (4%) myslí, že s aktivací je vhodné začít až šest měsíců po porodu, 8 žen (8%) zvolilo odpověď nevím, 42 žen (42%) by začalo s aktivací až po šestinedělí a 46 žen (46%) zvolilo správnou odpověď a to, že s aktivací je vhodné začít ihned po porodu. **Předpoklad 7 se mi nepotvrdil.**

9 DISKUZE

V praktické části mé bakalářské práce jsem zkoumala, zda ženy vůbec vědí, co pánevní dno je a jakou funkci v jejich těle má. K tomuto výzkumnému cíli se vztahoval první předpoklad, kde jsem se domnívala, že více než polovina dotazovaných žen bude vědět, co pánevní dno je. Podmínkou zde bylo, že ženy zodpoví správně aspoň dvě ze tří vědomostních otázek. Tento předpoklad se mi následně potvrdil. Všechny ženy zodpověděly správně stejné dvě otázky a to, že pánevní dno je skupina svalů, uložená ve středu pánve, která tvoří podpůrný systém pro polohu pánevních orgánů a že se skládá ze svalů, které jsou vůlí ovladatelné. Překvapily mě ale odpovědi, u vědomostní otázky č. 4, kde se 53% dotazovaných žen domnívalo, že pánevní dno mají pouze ony. Zde se hezky ukázalo, že když se o něčem nemluví, jakoby to neexistovalo. Tímto tématem se ve své práci zabývá také Markéta Glejdurová (Pánevní dno) – nejen, že muži pánevní dno mají, ale také má velký vliv na kvalitu jejich sexuálního života, protože ochablé svaly pánevního dna u mužů, často způsobují poruchy erekce, potažmo předčasnou ejakulaci. Dle jejího dotazníkové šetření ale, 50% respondentů nepovažuje za zdroj těchto problémů tu možnost, že mají ochablé svalstvo pánevního dna.

Dále jsem se zabývala otázkou, zda ženy považují za smysluplné a důležité, připravit pánevní dno na těhotenství a porod. Zde mě potěšilo, že naprostá většina respondentek se domnívá, že ano. Předpokládala jsem ale, že nebudou vědět, kdy je vhodné s přípravou začít. Zde se mi předpoklad nepotvrdil, protože 54% žen správně odpovědělo, že zahájit přípravu pánevního dna je důležité ještě před tím, než žena otěhotní.

Dále jsem se ve výzkumu zabývala tím, jestli ženy pátrají po informacích, zda existují metody, které by pomohly snížit riziko vzniku porodního poranění. Z šetření vyplynulo, že 56% se o tyto metody zajímá. Když přišla ale řada na doplňující otázku, na kterou odpovídaly jen ženy, které odpověděly kladně v předchozí otázce, nebyla jsem ani tak moc výsledkem překvapena, jako zklamána. Za nejčastější zdroj informací, kde se ženy o těchto metodách dozvěděly, totiž označily internet a to v 37 % případu a za ním hned časopis. Možnosti odpovědi jako gynekolog a soukromá porodní asistentka, od kterých by tyto informace měly jít primárně, měly po 7% (gynekolog) a 2% (soukromá porodní asistentka).

Na otázku č. 8, navazovala otázka, kde jsem se zajímala o to, zda ženy praktikovaly nějaké metody v praxi, aby snížily riziko vzniku porodního poranění. Z kladné odpovědi v otázce č. 8, kde se o tyto metody zajímalo 56 %, jsem se domnívala, že odpověď zde bude také kladná, opak byl ale pravdou. Celých 72 % žen proto, aby snížila riziko toho, že u nich při porodu dojde k poranění, nedělala vůbec nic. Čímž se mi můj předpoklad, kdy jsem se domnívala, že více než polovina žen podnikla aktivně kroky ke snížení rizika vzniku porodního poranění, nepotvrdil. U žen, které odpověděly kladně a nějakou aktivitu vyvíjely, pak dominovala v přípravě masáž hráze (celých 46%) a dále následovalo pití čaje z maliníku (41%). Otázkou masáže hráze se ve své práci zabývá také Martina Baková (Ošetřování porodních poranění), kde z výzkumného šetření vyplynulo, že 84 % dotázaných žen už někdy slyšelo o masáži hráze a za zdroj informací označilo ve valné většině také internet – 42,6%. A 85,7% pak považovala tyto informace za dostatečně vyčerpávající. Za nejčastější výhody toho, proč masáž hráze před porodem dělat pak ženy označily psychickou a fyzickou přípravu na porod a upevnění vztahu s partnerem.

Téměř shodné výsledky pak vyšly z výzkumu Antepartální intervence, který probíhal na GPK FN Plzeň od června 2015 do října 2015 a na kterém jsem měla tu možnost se podílet. MUDr. Zdeněk Rušavý v něm pátral potom, zda těhotné ženy využívají metody zvyšující elasticitu hráze před porodem. Z výsledků, které jsem později pomáhala zpracovávat vyplynulo, že 84 % dotazovaných žen o těchto metodách ví. Nejčastějším zdrojem informací byl pak opět internet – 45% a za ním pak předporodní kurz – 20%. Přestože jsou ženy o těchto metodách informované a jsou seznámeny s jejich výhodami, vyplývá z tohoto výzkumu, že většina žen pro minimalizaci porodního poranění nedělala nic a to konkrétně 69% sekundipar, 55% primipar a 78% multipar. A pokud ženy nějakou metodu provozovaly, byla to nejčastěji opět masáž hráze. Výsledky byly zveřejněny na XX. Pracovním setkání gynekologů 21. 11. 2015.

Dále mě také zajímalo, jak je to s četností porodních poranění. Protože v průběhu mé praxe během studií, jsem se setkala s velkým množstvím žen, u kterých došlo k porodnímu poranění, ať už došlo k samovolnému poranění nebo jí byla provedena epiziotomie. Předpokládala jsem tedy, že u více než poloviny dotazovaných žen, které můj dotazník vyplňovaly, došlo k porodnímu poranění v takovém rozsahu, že ho bylo potřeba ošetřit šitím. Zde se mi předpoklad bohužel potvrdil. Na otázku odpovědělo kladně 82% žen. Věděla jsem, že tento údaj není zcela validní, protože při mnoha porodech dojde třeba jen k menšímu poranění, natržení labii apod., které se také ošetřuje šitím.

Následovala proto otázka, zda byla u žen provedena epiziotomie, zde odpovědělo kladně 61%. Těžko říct, co je hlavním důvodem takto vysokých čísel. Domnívám se a z části to i můj výzkum potvrdil, že je to z toho důvodu, že ženy proto, aby minimalizovaly riziko vzniku porodního poranění, nedělají vlastně nic.

Otázkou porodního poranění se zabývá Ivana Bulová (Porodní poranění ženy při vaginálním porodu), která se ve své bakalářské práci zabývá tím, jak se staví porodníci a porodní asistentky k provádění epiziotomie ve Fakultní nemocnici v Brně. Na otázku zda by dali přednost epiziotomii nebo spontánní ruptuře odpověděli lékaři, kteří mají na porodním sále praxi méně než 5 let takto: 85% by raději udělalo epiziotomii a 15 % by dalo přednost spontánní ruptuře, jako nejčastější důvody pak uváděly že, epiziotomie se lépe šije a lépe hojí. Na otázku kdy epiziotomii u fyziologického porodu provádějí, pak 53 % odpovědělo, když je hráz moc tuhá a vysoká a když to tzv. nejde (průchod hlavičky při tlačení není dostatečně rychlý). Za zkušenost s účinnou metodou prováděnou v těhotenství, která snižuje riziko výskytu porodního poranění, pak nejčastěji označili masáž hráze a speciální pomůcku balónek Epi – No.

Vzhledem k vysokému počtu žen, u kterých došlo k porodnímu poranění, mě také zajímalo, zda o své porodní poranění ženy pečovaly. Domnívala jsem se, že více než polovina žen ano, vzhledem k tomu, že jsem byla několikrát svědkem toho, že je žena edukována v péči o porodní poranění lékařem nebo porodní asistentkou. Tento předpoklad se mi potvrdil, pouze 6 % žen, u kterých k poranění došlo, o suturu nepečovalo vůbec, jinak mezi nejčastější druh péče patřil pravidelný oplach vodou společně s větráním místa poranění a také přikládání studeného obkladu, který ženy často dostávají již v porodnici na odd. šestinedělí. Ženy odpověděly také kladně na otázku, zda v péči o porodní poranění byly dostatečně poučeny.

Můj předposlední předpoklad patřil k cíli č. 4, kde jsem chtěla zjistit, jestli ženy ví, kdy je vhodné pánevní dno po porodu znovu začít aktivovat a také jaké potíže je nejčastěji po porodu trápí. Domnívala jsem se, že mezi nejčastější obtíže, které ženy po porodu trápí, patří samovolný únik moči, což se mi také potvrdilo (30 %), dalším problémem, který ženy po porodu měly, byl dyskomfort při pohlavním styku a obtížné vyprazdňování.

Na otázku, zda si ženy myslí, že je důležité aktivovat pánevní dno po porodu, téměř většina odpověděla, že ano. Předpokládala jsem ale, že nebudou vědět, kdy je vhodné s aktivací začít. Tento poslední předpoklad se mi ale nepotvrdil, protože 46% žen správně

odpovědělo, že s aktivací je vhodné začít ihned po porodu. Mnoho žen (42%) se ale také domnívalo, že je vhodné začít až po již zmíněném šestinedělí.

10 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem informovanosti žen o vlivu těhotenství a porodu na pánevní dno. V teoretické části byly probrány oblasti anatomie pánevního dna, jednotlivé životní etapy ženy, které pánevní dno ovlivňují. Zaměřila jsem se také na způsob, jakým si pánevní dno žena může udržovat v „kondici“. Na preventivní metody, které snižují riziko toho, že u ženy dojde při porodu k poranění. Zabývala jsem se také tím, jaký vliv má samotný porod na dno pánevní a jaký je mechanismus porodního poranění. Pokud již v poranění dojde, je důležité o něj také správně pečovat, což je probráno v samostatné podkapitole. V závěru své práce se pak zabývám nejčastějším problémem, který ženy po porodu trápí – což vyplynulo z mého dotazníkového šetření a to močovou inkontinencí. Zmínka je tam pak také o mnohem vážnějším důsledku a to je prolaps pánevních orgánů.

S praktickou částí, potažmo s celým dotazníkovým šetřením jsem velice spokojená. Mým cílem od začátku bylo zjistit, jak se ženy k celé problematice kolem pánevního dna staví. Metodu výzkumu jsem proto zvolila kvantitativní – tedy dotazníkovou formou. Dotazníky ženám byly rozdány převážně v soukromých gynekologických ambulancích. Překvapily mě hlavně výsledky v oblasti přípravy pánevního dna na porod a pak také otázka porodního poranění. Domnívám se, že je zapotřebí ženy více edukovat v gynekologických ambulancích o možnostech prevence porodního poranění, popř. více zviditelnit možnost využití soukromé porodní asistentky. Ženy si, jak i vyplynulo z mého výzkumu, pak vyhledávají informace nejčastěji na internetu, kde jsou ale informace často nepřesné a neúplné. To může mít pak za následek to, že téměř většina žen pro to, aby se u porodu neporanila, nedělá vůbec nic. Bylo by tak potřeba o těchto metodách mluvit více a vyzdvihnout jejich přínos pro ženu.

Celkově mě toto téma moc bavilo a určitě to pro mě znamená velký přínos a obohacení mé dosavadní praxe v gynekologii a porodnictví.

„Pánevní dno není pouhý sval, je to „živá bytost“, podobná svalové květině a květině se poručit nedá, musí se pěstovat a hýčkat.“ (Renata Sahani Skálová)

Závěrem mi dovoluji mnou navržená doporučení pro praxi:

Všeobecná doporučení pro praxi na základě výsledků získaných dotazníkovým šetřením:

- Informovat ženy, které nejsou ještě těhotné o výhodách toho, proč mít pánevní dno ve správné kondici (a vstupovat s ním tak i do těhotenství).
- Více edukovat ženy o metodách, které výrazně snižují riziko vzniku porodního poranění a jejich výhodách, v gynekologických ambulancích.
- Doporučit ženám vhodného odborníka k řešení obtíží, které je po porodu nejčastěji trápí.
- Vytvořit letáček o prevenci vzniku porodního poranění.

SEZNAM LITERATURY

BAKOVÁ, Martina. *Ošetřování porodních poranění*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Bc. Štěpánka Bubeníková.

BULOVÁ, Ivana. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu*. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta. Katedra porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Miloslava Kameníková

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. 2.vyd. Praha: Grada, 2006, 552 s. ISBN: 80-7169-970-5.

DAUBER Wolfgang. *Feneisův obrazový slovník anatomie*. 9.vyd. Praha: Grada, 2007, 536 s. ISBN: 978-80-247-1456-1.

DUMOULIN, Chantale. *Cvičíme v těhotenství*. 1.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2006, 100 s. ISBN: 80-7367-078-X.

DUMOULIN, Chantale. *Ve formě po porodu*. 1.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2006, 91 s. ISBN: 80-7367-080-1.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN: 978-80-247-3240-4.

GLEJDRUVÁ, Barbora. *Pánevní dno*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

HÁJEK Zdeněk, Čech Evžen, MARŠÁL Karel a kolektiv. *Porodnictví*. 3.vyd. Praha: Grada, 2014. 538s. ISBN: 978-80-247-4529-9.

HLAVOVÁ, Soňa. [Online] *Inkontinence slovy lékaře*. [cit. 2016-1-3]. Dostupný z: <http://www.medilady.cz>

HÓFLEROVÁ, Heide. *Cvičení ke zpevnění pánevního dna pro ženy a muže*. 1.vyd. Praha: BeTa a Jiří Ševčík, 2004. ISBN: 80-7306-148-1.

HROMÁDKOVÁ, Veronika. *Fyzioterapie u stresové inkontinence*. Praha, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 3. Lékařská fakulta. Klinika rehabilitačního lékařství FNKV. Vedoucí práce PhDr. Alena Herbenová

International urogynecological association. [Online] Washington, 2016. [cit. 2016-2-16]

Dostupný z:

http://c.ymcdn.com/sites/www.iuga.org/resource/resmgr/Brochures/cze_pop.pdf

KAŠÍKOVÁ, Eva. Pánevní dno a porod. *Moderní babičtví*. Praha: Levret s.r.o., 2008, (16), s.22-25. ISBN 1214-5572.

Kompletní řada pomůcek pro posílení svalů pánevního dna. [Online] Hradec Králové.

Dostupný z: <http://www.pomucky-inkontinence.cz>

KOPŘIVOVÁ, Darina. Inkontinence a descensus v rukou porodní asistentky. *Moderní babičtví*. Praha: Levret s.r.o., 2006, (10), s.25-27. ISBN 1214-55-2.

LANGR-REEVES, Irene. *Pánevní dno, jak využít běžný den jako trénink*. 1.vyd. Praha: Vašut s.r.o., 2008, 126 s. ISBN: 978-80-7236-390.

LEVÁ, Petra [Online] *Proměny pánevního dna v životě ženy*. [cit. 2016-14-2]. Dostupný z: <http://www.cvicenipanevnihodna.cz/e-booky/ebook-zdarma>

LIEN, Money, De Lancey, Ashton-Miller. *Levator ani Muscle stretch induced by simulated vaginal birth*. *Obstet. Gynecol.* 103:31,2004.

OTČENÁŠEK, Michal. Mechanismus poranění pánevního dna při vaginálním porodu. *Moderní babičtví*. Praha: Levret s.r.o., 2009, (17), s. 24-27. ISBN 1214-5572.

Pro.Med.CS [Online] Praha,2016 [cit. 2016-2-7] Dostupný z: <http://www.promed.cz>

PUNCH, F. Keith. *Základy kvantitativního šetření*. 1.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2008, 152 s. ISBN: 8073673819.

RUŠAVÝ Zdeněk. [Online] *Pánevní dno a porod*. [cit. 2015-12-4] Dostupný z: <http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=485>. ISSN: 1804-4409.

SKÁLOVÁ, Sahani Renata. [Online] *Škola pánevního dna*. [cit. 2015-22-12]. Dostupný z: <http://www.skolapanevnihodna.cz/rubriky/prectete-si/co-je-panevni-dno>

SIKOROVÁ, Ludmila. *Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství*. 1.vyd. Brno: Computer Press a.s., 2006, 126 s. ISBN: 80-251-1202-0.

STADELMANN, Ingebor. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. 3.vyd. Praha: Women Press, 20016, 512 s. ISBN: 978-80-86356-50-1.

VITÍKOVÁ, Radka. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007, 127 s. ISBN: 978-80-7262-409-6.

ZWINGER, Antonín et al. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2004, 532 s. ISBN: 80-72-62-257-9.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk respondentek.....	36
Graf č. 2: Počet porodů.....	37
Graf č. 3: Znalost pánevního dna 1.....	38
Graf č. 4: Znalost pánevního dna 2.....	39
Graf č. 5: Znalost pánevního dna 3.....	40
Graf č. 6: Příprava pánevního dna.....	41
Graf č. 7: Začátek přípravy pánevního dna.....	42
Graf č. 8: Informovanost o snížení rizika vzniku porodního poranění.....	43
Graf č. 9: Zdroj informací.....	44
Graf č. 10: Aktivity ke snížení rizika vzniku porodního poranění.....	45
Graf č. 11: Druh aktivity.....	46
Graf č. 12: Poranění při porodu.....	47
Graf č. 13: Péče o porodní poranění.....	48
Graf č. 14 Epiziotomie při porodu.....	49
Graf č. 15: Informovanost o porodním poranění.....	50
Graf č. 16: Péče o porodní poranění.....	51
Graf č. 17: Kontrola poranění gynekologem.....	52
Graf č. 18 : Obtíže po porodu.....	53
Graf č. 19: Vyhledání pomoci.....	54
Graf č. 20: Aktivace pánevního dna.....	55
Graf č. 21: Kdy s aktivací začít.....	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Přehled zdrojů, odkud ženy čerpaly informace.....	44
Tabulka č. 2: Druhy aktivit, které ženy prováděly.....	46
Tabulka č. 3: Způsob péče o porodní poranění.....	48

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Svaly pánevního dna.....	14
Obrázek č. 2: Masáž hráze.....	22

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Tzn. – to znamená

Tzv. – takzvaný

Tj. – to jsou

Např. – například

Apod. – a podobně

MUDr. – lékař

PAS – porodní asistentka

Odd. - oddělení

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Informovaný souhlas

Příloha 3: Cvik pro posílení svalů pánevního dna

Příloha 4: Nácvik posílení pánevního dna

Příloha 5: Posílení pánevního dna pomocí overballu

Příloha 6: Cvik Motýlek

Příloha 7: Edukační letáček o metodách, které minimalizují riziko vzniku porodního poranění (viz. zadní část bakalářské práce)

Příloha 1 – Dotazník

ANONYMNÍ DOTAZNÍK

PÁNEVNÍ DNO – VLIV TĚHOTENSTVÍ A PORODU

Dobrý den, jsem Tereza Michálková, studentka 3. ročníku oboru porodní asistence na ZČU v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k praktické části mé bakalářské práce.

Zaškrtněte prosím vždy jen jednu odpověď, není – li uvedeno jinak.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

1. Jaký je Váš věk?

- a) méně než 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) 31 – 35 let
- d) 36 let a více

2. Kolikrát jste rodila?

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) 4x a více

3. Co je pánevní dno?

- a) Skupina svalů, uložená ve středu pánve, která tvoří podpurný systém pro polohu pánevních orgánů.
- b) Skupina svalů, uložená ve středu pánve, jeho funkce v těle není nijak podstatná.
- c) Nevím.

4. Pánevní dno mají :

- a) Pouze ženy (kvůli jeho roli, kterou má v těhotenství a při porodu)
- b) Pouze muži
- c) Ženy i muži

5. Pánevní dno je tvořeno :

- a) Svaly, které jsou vůlí ovladatelné.
- b) Svaly, které jsou vůlí neovladatelné.
- c) Nevím.

6. Myslíte si, že je důležité pánevní dno na těhotenství a porod připravit?

- a) Ano, myslím si, že je to důležité.
- b) Ne, nemyslím si, že je to důležité.
- c) Nevím.

7. Kdy si myslíte, že je vhodné s přípravou začít?

- a) Před těhotenstvím
- b) V průběhu těhotenství
- c) Těsně před porodem
- d) Nevím

8. Informovala jste se někde o metodách, které pomáhají zvýšit elasticitu hráze před porodem a je tak možné prováděním těchto metod snížit riziko vzniku porodního poranění?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud „ANO“ , od koho jste se o těchto metodách dozvěděla? (lze zaškrtnout více odpovědí)

- a) Internet
- b) Časopis
- c) Přátelé/rodina
- d) Gynekolog
- e) Předporodní kurz
- f) Soukromá porodní asistentka
- g) Jiné, prosím uveďte :

9. Dělal(a) jste v průběhu těhotenství něco pro to, abyste snížila riziko vzniku porodního poranění?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud „ANO“, tak co? (lze zaškrtnout více odpovědí)

- a) Masáž hráze
- b) Epi-No (speciální pomůcka)
- c) Aniball (speciální pomůcka)
- d) Pití čaje z maliníku
- e) Jiné, prosím uveďte :

10. Došlo u Vás při porodu k porodnímu poranění (poranění v takovém rozsahu, že ho bylo třeba ošetřit šitím)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**Pokud „ANO“, jak jste o suturu (šití) v oblasti zevních rodidel pečovala?
(lze zaškrtnout více odpovědí)**

- a) Přikládala jsem studené obklady
- b) Pravidelným oplachováním poranění vodou
- c) Větrání místa poranění
- d) Sedací koupel s dubovou kůrou
- e) Nepečovala jsem o ni
- f) Jiné, prosím uveďte :

11. Byla u Vás provedena epiziotomie (nástřih hráze při porodu)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Informoval Vás někdo o tom, jak rozsáhlé Vaše porodní poranění bylo?

- a) Ano, informoval mě lékař/ porodní asistentka.
- b) Ne, nikdo mě neinformoval.
- c) Ne, nikdo mě neinformoval, ale zeptala jsem se, protože mě to zajímalo.

13. Byla jste poučena o tom, jak o porodní poranění pečovat?

- a) Ano, byla jsem poučena.
- b) Ne, nebyla jsem poučena.
- c) Ne, nebyla jsem poučena. Informace o péči o porodní poranění jsem si vyhledávala později sama.

14. Zajímal se Váš gynekolog na kontrole po šestinedělí, zda-li při porodu došlo k poranění, popř. v jakém rozsahu?

- a) Ano, zajímal se a následně zkontroloval místo porodního poranění , zda je vše v pořádku.
- b) Ano zajímal se, ale bez další kontroly místa porodního poranění.
- c) Ne, nezajímal se.

15. Trápilo Vás po porodu následující:

- a) Dyskomfort při pohlavním styku
- b) Samovolný únik moči – při větší námaze (např. zvedání těžkých věcí), kýchnutí apod.
- c) Obtížné vyprazdňování
- d) Netrápilo mě nic
- e) Jiné, prosím uveďte :

16. Koho byste v případě výše uvedených potíží vyhledala, aby Vám pomohl?

- a) Porodní asistentku
- b) Gynekologa
- c) Urogynekologa
- d) Fyzioterapeuta
- e) Nevím

17. Myslíte si, že je důležité aktivovat pánevní dno po porodu?

- a) Ano, myslím si, že je důležité povolené svalstvo pánevního dna znovu aktivovat.
- b) Ne, myslím si, že se to vrátí do původního stavu samo a není pro to potřeba něco dělat.

18. Od kdy si myslíte, že je vhodné pánevní dno po porodu začít aktivovat?

- a) Ihned po porodu
- b) Po šestinedělí
- c) 6 měsíců po porodu
- d) Nevím

Příloha 2 – Informovaný souhlas s výzkumem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: PÁNEVNÍ DNO – VLIV TĚHOTENSTVÍ A PORODU

STUDENT

Tereza Michálková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail : terez.michalkova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Bc. Věra Vaňová
Fakultní nemocnice Plzeň
Gynekologicko – porodnická klinika
e-mail : vanovav@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jestli jsou ženy dostatečně informované o změnách v pánevní oblasti, které probíhají během těhotenství a porodu. Jaké obtíže s pánevním dnem spojené je po porodu nejvíce trápí, o jejich prevenci a o možnosti řešení těchto obtíží.

S Vaším svolením budou pacientkám Vaší ordinace rozdány dotazníky, které byly vytvořeny pro sběr informací k praktické části mé BP. Vyplněné dotazníky a informace v něm obsažené nebudou sdíleny s nikým jiným, než studentem a vedoucím bakalářské práce. Dotazníky jsou anonymní a ihned po kompletaci studie budou zničeny.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Jásouhlasím s umístěním anonymních dotazníků v naší ambulanci, které budou použity pro výzkumné účely praktické části bakalářské práce.

Razítko a podpis ambulance.....Datum:

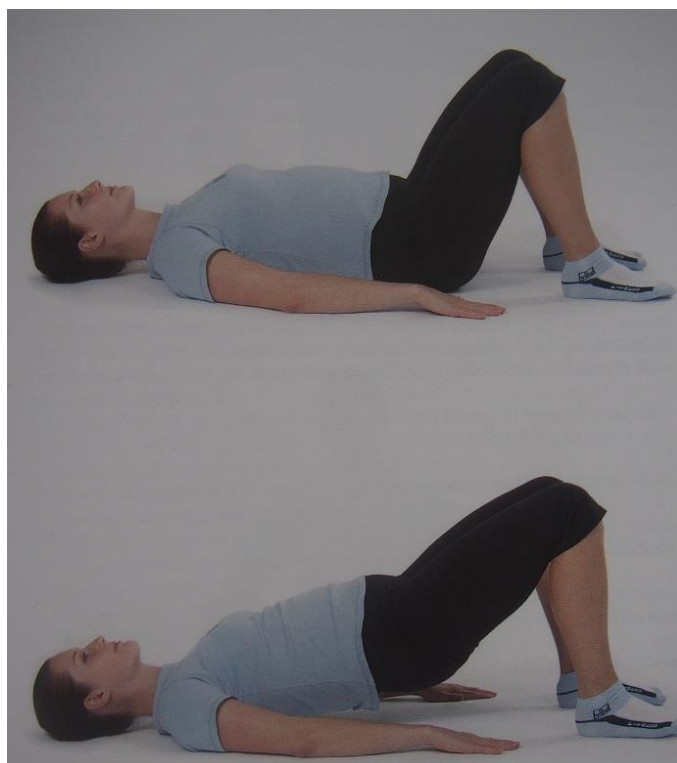
Podpis studenta:.....Datum:

Příloha 3 – Cvik pro posílení svalů pánevního dna



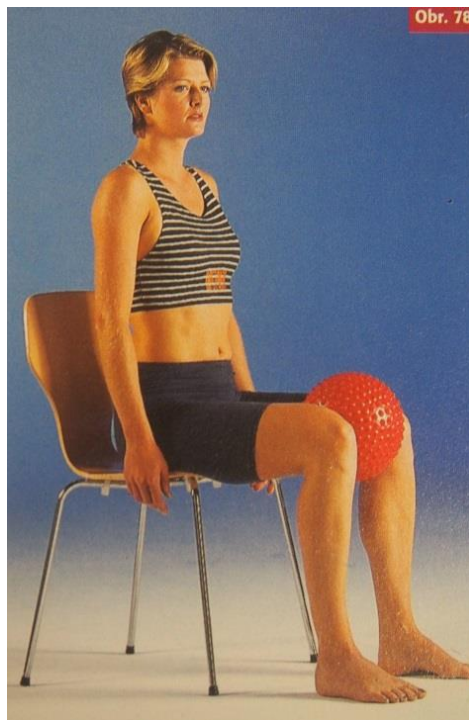
Zdroj: Vitíková 2007, str. 32

Příloha 4 – Návčik posílení pánevního dna



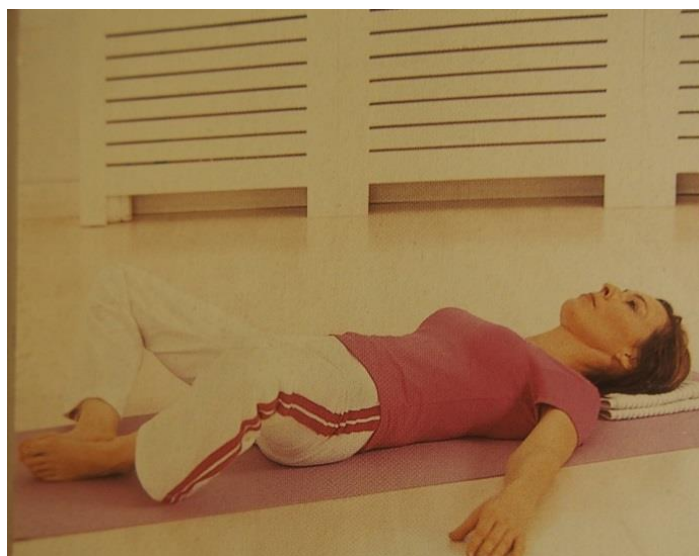
Zdroj: Sikorová 2006, str. 79

Příloha 5 – Posílení pánevního dna pomocí overballu



Zdroj: Höflerová 2004, str. 59

Příloha 6 - Motýlek



Zdroj: Lang – Reeves 2008, str. 62

