

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Daniela Kalfasová

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Daniela Kalfasová

Vliv epiziotomie na zdraví žen

The impact of episiotomy on women's health

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Jan Dvořák

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26.4.2024

DANIELA KALFASOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

KALFASOVÁ, Daniela. *Vliv epiziotomie na zdraví žen. [The impact of episiotomy on women's health]*. Praha, 2024. 89 s, 1 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce MUDr. Jan Dvořák.

Abstrakt

Moje bakalářská práce se zabývá problematikou epiziotomie a jejího vlivu na zdraví žen, které spontánně rodily. Epiziotomie je porodnický výkon, který byl v minulosti často rutinně prováděn, ale v posledních letech se stal předmětem výzkumů ohledně jeho dlouhodobých důsledků na ženské zdraví.

Má práce se skládá ze dvou částí – teoretické a výzkumné. Teoretická část obsahuje anatomii pánevního dna, definici epiziotomie a její historický vývoj. Také obsahuje informace o možnostech prevence porodního poranění a rychlejšího zotavení ze vzniklého poranění. A v poslední kapitole se věnuji dlouhodobým následkům epiziotomie. Výzkumná část je zpracována formou internetového dotazníku, který byl zveřejněn na sociálních sítích ve skupinách týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí. Otázky byly formulovány tak, aby ženy mohly vybírat z vícero možností nebo mohly poskytnout otevřenou odpověď. Dotazník byl určen pouze pro ženy, které spontánně rodily.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké má epiziotomie vliv na fyzické, psychické a sexuální aspekty života ženy v porovnání se ženami, kterým epiziotomie provedena nebyla. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda ženy, které měly porodní poranění, měly dostatek informací o rychlejším zotavení ze vzniklého poranění. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou metody na lepší hojení porodního poranění efektivní.

Moje studie prokázala, že epiziotomie má signifikantní vliv na následný život ženy. Výsledky této bakalářské práce mohou poskytnout důležité informace lékařům a rodičkám ohledně volby použití epiziotomie při porodu a také přispět k zvýšení povědomí o dlouhodobých důsledcích tohoto zákroku.

Klíčová slova

epiziotomie, operační porod, spontánní porod, sexuální zdraví žen, zdraví žen, šestinedělí, porodní poranění

Abstract

My bachelor thesis deals with the issue of episiotomy and its impact on the health of women who have given birth spontaneously. An episiotomy is an obstetric procedure that was often routinely performed in the past, but in recent years has become the subject of research regarding its long-term consequences on women's health.

My thesis consists of two parts - theoretical and research. The theoretical part includes anatomy of the pelvic floor, definition of episiotomy and its historical development. It also contains information about the possibilities of prevention of birth injury and faster recovery from the resulting injury. The research part is developed in the form of an online questionnaire that was posted on social media groups related to pregnancy, childbirth and postpartum. The questions were formulated in such a way that women could choose from multiple options or provide open-ended answers. The questionnaire was intended only for women who had given birth spontaneously.

The main aim of the research was to find out how episiotomy affects the physical, psychological and sexual aspects of a woman's life compared to women who did not have an episiotomy. A sub-objective was to find out whether women who had birth injury had a good information about faster recovery from the resulting injury.

The results showed that episiotomy has a significant effect on the women's health. The results of this work may provide important information to doctors and mothers regarding the choice of using episiotomy in childbirth and also help to raise awareness of the long-term consequences of this procedure.

Key words

episiotomy, operative delivery, vaginal delivery, women's sexual health, women's health, postpartum, birth injuries.

Poděkování

Mé veliké poděkování patří MUDr. Janu Dvořákovi za odborné vedení práce, za jeho čas, cenné rady a ochotu. Také děkuji všem ženám, které se zúčastnily výzkumu a bez kterých by moje práce nemohla dostat finální podobu. Na závěr děkuji své rodině a přátelům, kteří mi byli neocenitelnou podporou.

Obsah

Úvod.....	10
<i>TEORETICKÁ ČÁST</i>	11
1. <i>Anatomie pánevního dna</i>	11
1.1. Diaphragma pelvis.....	12
1.2. Diaphragma urogenitale	13
1.3. Svaly hráze	14
2. <i>Historie epiziotomie</i>	15
2.1. První provedení epiziotomie – 18. století.....	15
2.2. Zavedení epiziotomie do praxe - 19. století	15
2.3. Porodní báby a epiziotomie	16
2.4. Epiziotomie v 20. století.....	17
3. <i>Definice epiziotomie</i>	18
3.1. Indikace	18
3.2. Komplikace epiziotomie	19
3.2.1. Bezprostřední komplikace	19
3.2.2. Ranné komplikace.....	19
3.2.3. Pozdní komplikace	19
3.3. Druhy epiziotomie	20
3.3.1. Mediální epiziotomie	20
3.3.2. Mediolaterální epiziotomie	20
3.3.3. Laterální epiziotomie	20
3.3.4. Rozšířená laterální epiziotomie	20
3.4. Rozsah epiziotomie	21
3.5. Provedení epiziotomie	21
3.6. Ošetření epiziotomie	21
4. <i>Péče o porodní poranění</i>	22
4.1. Raná péče o porodní poranění	22
4.2. Sedavé koupele	22
4.3. Péče o jizvu	23
4.4. Kegelovy cviky	23
4.5. Homeopatie	23
5. <i>Metody prevence porodního poranění</i>	24
5.1. Antepartální metody	24
5.1.1. Masáž hráze	24

5.1.2.	Aniball	24
5.2.	Intrapartální metody	25
5.2.1.	Bylinná vaginální napářka	25
5.2.2.	Nahřívání hráze	25
5.2.3.	Chránění hráze	25
6.	<i>Doporučení WHO týkající se epiziotomie</i>	26
7.	<i>Incidence epiziotomie v Česku</i>	27
8.	<i>Dlouhodobé následky epiziotomie</i>	29
8.1.	Vliv na psychické zdraví	29
8.2.	Močová inkontinence	30
8.3.	Prolaps pánevních orgánů	31
8.4.	Dyspareunie	32
VÝZKUMNÁ ČÁST.....		33
9.	<i>Stanovení cílů</i>	33
9.1.	Dílčí cíle práce	33
9.2.	Hypotézy	33
10.	<i>Metodologie výzkumu</i>	33
10.1.	Metoda sběru dat	33
10.2.	Výzkumný soubor a jeho charakteristika	34
10.3.	Výsledky výzkumu	35
11.	<i>Vyhodnocení stanovených hypotéz</i>	61
12.	<i>Diskuse</i>	74
13.	<i>Závěr</i>	77
<i>Zdroje</i>		78
<i>Seznam tabulek</i>		82
<i>Seznam grafů</i>		84
<i>Přílohy</i>		85
Příloha A – dotazník		85

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je „Vliv epiziotomie na zdraví žen“, neboť v současné době představuje tento chirurgický zákrok střed diskusí týkajících se jeho opodstatněnosti a četnosti v klinické praxi. Jedná se o celosvětově nejpoužívanější porodnický výkon, jehož provedení se procentuálně ve světě liší. V posledních letech můžeme sledovat trend snižování počtu epiziotomií. V kontextu moderní porodní péče se objevuje otázka, zda je použití epiziotomie stále rutinní záležitostí a jaké jsou její dlouhodobé dopady na ženské zdraví a kvalitu života po porodu.

Toto téma jsem si vybrala, protože minulý rok Ústav zdravotnických informací a statistiky publikoval datové sady, ze kterých se dala zjistit incidence epiziotomií v českých porodnicích. Přestože je snaha v dnešní době minimalizovat počet tohoto zákroku, stále jsou porodnice, ze kterých odchází každá druhá žena s provedenou epiziotomií. Randomizované kontrolované lékařské studie ukazují, že restriktivní epiziotomie, které jsou omezené jen v nevyhnutelných případech jsou ve srovnání s rutinní epiziotomií v mnoha ohledech výhodnější. Ženy s restriktivní epiziotomií prodělaly méně závažné poranění perinea, tímto bylo nutné méně šití, bylo méně zadního perineálního traumatu a méně komplikací při hojení.

Navíc rutinní epiziotomie je dnes považována za formu porodnického násilí, zejména pokud se provádí bez informovaného souhlasu matky. Relativně nový termín „porodní násilí“ popisuje situaci, kdy se jakákoli forma porodu považuje za patologickou a žena se automaticky transformuje na pacienta a běžné lékařské a farmakologické postupy jsou prováděny bez možnosti matčina rozhodnutí o výkonech prováděných na jejím těle.

Já jsem si proto dala za cíl zjistit, jak ovlivňuje epiziotomie život ženy a zda je tento chirurgický řez příznivější pro následné zdraví žen ve srovnání s rupturou hráze.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se zabývám anatomií svalů související s problematikou epiziotomie, definicí a její historií. A zaměřila jsem se také na alternativní přístupy k ochraně perinea. V poslední kapitole se věnuji dlouhodobým následkům epiziotomie.

V praktické části bylo hlavním cílem zhodnotit vliv epiziotomie na následný život žen a analyzovat potenciální komplikace a rizika spojená s tímto zákrokem. Zkoumala jsem, zda epiziotomie má vliv na sexuální, fyzické a psychické zdraví žen v dlouhodobém horizontu. Abych tohoto dosáhla, vytvořila jsem kvantitativní dotazník a jeho výsledky jsem analyzovala a sepsala v praktické části.

I TEORETICKÁ ČÁST

1. Anatomie pánevního dna

Pánevní dno je komplex příčně pruhovaných svalů, vazů a fascií upínající se na kostěný podklad malé pánve, čímž uzavírají pánevní východ a zajišťují tak nezbytnou podporu pánevních orgánů. Vzhledem k pánevnímu sklonu nese hlavní hmotnost břišních a pánevních orgánů stydká spona a přední část svalového dna, zatímco dorzální části dna jsou zatíženy minimálně. V souladu s těmito funkčními požadavky je svalové pánevní dno upraveno tak, že ventrálně je zdvojené a dorzálně naopak slabé, spíše vazivově pozměněné. Svalové dno pánevní je také velmi zatíženo u ženy v průběhu těhotenství a při porodu. Společně s kostěným aparátem vytvářejí složitý funkční celek, jehož normální činnost je klíčová pro zajištění kontinence, pohlavní život a umožnění průchodu plodu porodními cestami. (3,4,5,6)

Pánevní dno má nálevkovitý tvar a tvoří dvě skupiny příčně pruhovaných svalů, které jsou pokryty fasciemi. Jsou to svaly *diaphragma pelvis* a svaly hráze, *musculi perinei*. Svaly hráze tvoří komplex sestávající z *diaphragma urogenitale* a svaly připojené k zevním pohlavním orgánům. Obě membrány se stýkají v oblasti *centrum perineale*, které je důležitým bodem pro zajištění integrity pánevního dna. (1,2,3,4)

1.1. Diaphragma pelvis

Diaphragma pelvis má tvar mělké nálevky, která odstupuje od stěn malé pánve a sbíhá se kaudálně k *hiatus analis*, kudy prochází konečník. Trychtýřovitý útvar pánevního dna je tvořen vpředu a po stranách svailem *musculus levator ani* a vzadu a po stranách svailem *musculus coccygeus*. Mezi svaly levator ani se nachází průchod *hiatus urogenitalis*, kterým prochází pochva a uretra. Kraniálně jsou svaly překryty fascií *fascia diaphragmatis pelvis superior* a kaudálně fascií *fascia diaphragmatis pelvis inferior*. *Musculus levator ani* i *musculus coccygeus* inervují přímé větve z *plexus sacralis* (S3-S4). (1,2)

Musculus levator ani je párový sval, který tvoří ventrální a laterální úseky *diaphragma pelvis*. Skládá se z *musculus pubococcygeus*, který se nachází ve ventrální, pubické části a z *musculus iliococcygeus*, který tvoří laterální, ilickou část svalu. (1,2)

Musculus pubococcygeus začíná na os pubis, přibližně 1 cm zevně od symfýzy, a jeho svalové snopce se upínají do druhostranného svalu mezi vaginou a rektum. Snopce této části svalu ze stran lemují, obkružují a zezadu uzavírají *hiatus urogenitalis* a nazývají se *musculus pubovaginalis*. Svalové snopce se v průběhu kříží a vzniká tak smyčka, která tvoří aktivní podporu pánevních orgánů, zejména dělohy. Část svalových snopců se upíná až do *ligamentum anococcygeum*, které je napjato od zadní strany rekta ke kostrči. Nazývají se *musculus puborectalis*. Tyto svalové snopce obkružují rektum a mají významnou funkci pro kontinenci. Zdola od hráze je k *musculus puborectalis* připojen taky *musculus sphincter ani externus*. (1,2,5)

Musculus iliococcygeus tvoří boční a širší část *diaphragma pelvis*. Začíná jako vazivový pruh na *arcus tendineus muscoli levatoris ani*, který jde směrem od *os pubis* dozadu ke *spina ischiadica* a upíná se na *ligamentum anococcygeum* a okraj kostrče. (1,2)

Musculus coccygeus doplňuje *diaphragma pelvis* a tvoří její zadní část. Jedná se o velmi slabý a drobný sval, který obsahuje četné vazivové snopce přiložené k vnitřní ploše *ligamentum sacrospinale*. Začínají na *spina ischiadica* a upínají se do oblasti sacrococcygeálního spojení. *Musculus coccygeus* táhne kostrč ventrálně, a vrací ji tak po zaklonění při porodu nebo při defekaci do původní polohy. (1,2,6)

Diaphragma pelvis plní několik funkcí. Tvoří pružnou spodinu pánve, která je současně aktivní a napíná se v souhybu se zádovými svaly a se svaly tělní stěny. Podpírá také orgány pánve a vytváří hranu, kterou je podepřena a ve správné poloze udržována děloha. Snopce obemykající vaginu zdvihají zadní stěnu poševní. *Musculus puborectalis* je považován za hlavní uzavírací sval konečníku. (3,4,5)

1.2. Diaphragma urogenitale

Diaphragma urogenitale je trojúhelníková vazivová membrána s příměsí svaloviny. Nachází se na úrovni východu pánevního a rozpíná se mezi dolními rameny kosti stydké a rameny kosti sedací od symfýzy až k *tuber ischiadica*, kde nasedá zesponu na *diaphragma pelvis*. Skrze *diaphragma urogenitale* prochází uretra společně s vaginou a připojuje tak uretru společně s pochvou a *centrum perineale* k *os pubis*, přesněji k jejímu dolnímu raménku. Jedná se o pojivovou tkáň, která má variabilně rozmístěná svalová vlákna. (1,2,3)

Od vnitřní plochy *tuber ischiadicum* směrem k *centrum tendineum perinei* je napříč rozepjatý *musculus transversus perinei superficialis*, který je u žen velmi tenký. Ve východu pánevním od symfýzy k *tuber ischiadica* se rozpíná plochý, párový trojúhelníkový sval *musculus transversus perinei profundus*, který tvoří hlavní část *diaphragma urogenitale*. Nasedá zdola na *diaphragma pelvis* v místě *hiatus urogenitalis* a zpevňuje toto místo. Mezi snopci svalu je zanořena Bartholiniho žláza. Ke svalům *diaphragma urogenitale* patří také *musculus sphincter urethrae*, který obkružuje uretru a funguje jako svěrač urethry. Zevně od *diaphragma urogenitalis* jsou uloženy *musculi perinei*, které se přikládají k orgánům močopohlavního ústrojí. Diaphragma urogenitale má důležitou podpurnou funkci pro orgány přední poloviny pánve. (2,3,4)

Mezi rektem a urogenitálním otvorem se nachází *fascia diaphragmatis urogenitalis superior a inferior*. Tyto fascie v sebe vzájemně přecházejí a splývají a společně se svalových snopci zde vytvářejí vazivově-svalový uzel neboli *centrum tendineum perinei*, který je podkladem hráze. *Centrum tendineum* je klíčové pro stabilitu a pevnost pánevního dna. (3,4,5)

1.3. Svaly hráze

Svaly hráze jsou komplex svalů přiložený k *diaphragma pelvis* zdola, ze strany hráze a jsou připojené k zevním pohlavním orgánům. Svaly hráze podléhají velkému sexuálnímu dimorfismu. Do skupiny svalů hráze jsou zařazeny svaly *m. bulbospongiosus*, *m. ischiocavernosus*, *m. sphincter urethrovaginalis*, *m. compressor urethrae* a *m. sphincter ani externus*. (1,2,3,4)

Musculus ischiocavernosus je párový sval připojen k povrchu *crus clitoridis* a probíhá podél něho až na *dorsum clitoridis*, kde se upíná. Kryje tak raménka klitorisu z jejich perineální strany. Sval se svými kontrakcemi podílí na erekci klitorisu. (2,3,4)

Musculus bulbospongiosus obemyká *vestibulum vaginae* včetně klitorisu a v bazi stydkých pysků kryjí z hrázové strany topořivé těleso klitorisu, *bulbus vestibuli*. Dosahuje dozadu na *centrum tendineum perinei*, kde některé jejich snopce přecházejí na *musculus sphincter ani externus*. Sval kontrahuje *vestibulum vaginae* a stiskem vyprazdňuje *glandula vestibularis major*, která je v něm částečně zanořena. Tyto svaly mají významnou funkci při orgasmu, kdy se tyto svaly rytmicky stahují. Účastní se také při pohlavním vzrušení na ztopoření klitorisu a podílí se také na zvlhčování poševního vchodu. (1,2,3,4)

Musculus sphincter urethrovaginalis začíná v oblasti *centrum tendineum perinei* spolu s *musculus bulbospongiosus*. Probíhá ve stěně *vestibulum vaginae* a kolem urethry dopředu, kde se snopce obou stran spojují. Má významnou roli v udržování kontinence. (1,2,5)

Musculus compressor urethrae začíná v hloubce pod *musculus ischiocavernosus* a jde hlouběji od něho a rovnoběžně s ním až před urethru, kde se svaly obou stran spojují a část jeho snopců vyzařuje mediálně do stěny vaginy. Tento sval se také podílí na kontinenci. (1,2,4)

Musculus sphincter ani externus je složitý komplex příčně pruhovaných svalů konečníku, připojený z kaudální strany k *diaphragma pelvis*. S částí snopců hrázových svalů navzájem přechází v *centrum tendineum perinei*. (1,2,3)

2. Historie epiziotomie

Historie epiziotomie začala pravděpodobně v 18. století. Zásahy na perineu byly sice známy již dříve, ale dochované záznamy o těchto intervencích jsou neúplné a sporadické, často bez konkrétních spojitostí s praxí porodních asistentek. Dříve byly porody převážně vedeny porodními bábami, které si předávaly znalosti, jak minimalizovat riziko poranění žen během porodu. Epiziotomie byla po dobu více než dvou set let převážně v kompetenci lékařů. V průběhu historie se měnil přístup i provedení epiziotomie dle dostupných vědeckých i technických materiálů té doby. (9)

2.1. První provedení epiziotomie – 18. století

První záznam o provedení epiziotomie pochází z roku 1742 a je uveden v knize „Pojednání o porodnictví“ v originále „A treatise of midwifery“, kterou napsal irský porodník Sir Fielding Ould (1710-1789). V knize přímo popisuje provedení „řezu od řitního otvoru směrem k introitu“ jako nouzového zákroku prováděného k zachování života dítěte. Sir Ould nemusel být první a jediný, kdo provedl takový zásah, podle historických pramenů ale patří mezi první obhájce epiziotomie. Tento chirurgický zákrok byl mimořádně vzácný kvůli absenci anestézie a riziku infekce. V důsledku toho bylo použití epiziotomie během 18. století nedostatečně zdokumentováno. (8,9,10)

Přesto bylo v roce 1799 zaznamenáno první provedení mediální epiziotomie, kterou provedl německý lékař jménem Michaelis. Michaelis pracoval jako praktický lékař a porodník v oblasti dnešního Hamburгу a byl otcem známějšího Gustava Adolfa Michaelise (1798-1848), ředitele nemocnice a školy pro porodní asistentky z Kielu. (9,10)

2.2. Zavedení epiziotomie do praxe - 19. století

O zavádění epiziotomie mezi porodnické operace je nejvíce důkazů u německých autorů. V té době měla epiziotomie své zastánce i odpůrce. Christian Ludvik Musina (1744-1823), porodník a chirurg z Charité v Berlíně nesouhlasil s prováděním epiziotomie. Tvrdil, že „je nesmysl rozřezat hráz, aby nebyla roztrhaná“, ale mnozí porodníci se spíše přikláněli kladně k tomuto zákroku. V této době začínaly vycházet různé články o provádění epiziotomie. Český lékař Dr. Čeněk Křížek ve své učebnici „Základové porodnictví pro lékaře“ popisuje různé způsoby provádění řezů na hrázi. V tu dobu se „krvavé rozšíření štěrbiny stydké“, jak se epiziotomii říkalo, provádí „břitvicí kusou“, tedy skalpelem nebo nůžkami. Podle Křížka jsou důvody k epiziotomii nepoddajná a tuhá hráz, potřeba rychle ukončit porod u prvorodičky nebo zabránění vzniku ruptury III. a IV. stupně (8,9,10).

2.3. Porodní báby a epiziotomie

Epiziotomie byla zavedena a prováděná od počátku své historie pouze lékaři. Porodní báby se soustředily hlavně na chránění hráze před poraněním. Při porodu bylo středem zájmu rodičky i báby, aby nedošlo k ruptuře hráze, protože její poranění se prakticky nešila. Ke známým českým knihám pro porodní báby z doby počátků epiziotomie patří „Babictví“ od prvního českého profesora porodnictví Františka Jana Mošnera z roku 1848, kde se velmi podrobně popisuje podpírání hráze. Také například v učebnici „Učebná kniha porodnictví pro babičky“ od Webera rytíře z Ebenhofu z roku 1871, je psáno, co všechno musí babička pro zabránění roztržení udělat. Weber doporučuje rodičce zakázat samostatné tlačení a položit ji tak, aby sama tlačit nemohla, nejlépe na bok, odstranit podporu pro nohy a ruce a při roztržení hráze volat lékaře. V učebnici se mohla porodní bába také dočíst, že v případě, „že hráz obzvláště u prvniček široká a tuhá, a že štěrbina stydká úzká jest, nechť hned o pomoc lékařskou žádá. Tento dle potřeby udělá nastříženiny“. Z toho se dá usoudit, že v druhé polovině 19. století byli již zákroky na hrázi známé, ale nelze spolehlivě zjistit, jak často porodní báby z tohoto důvodu lékaře doopravdy volaly. (9,10)

Na přelomu 19. a 20. století vyšlo přepracované vydání oblíbené knihy pro porodní báby „Porodnictví pro babičky“ od Dr. Václava Rubešky. Chránění hráze je zde popsáno opět jako důležitá úloha babičky. Rubeška popisuje dva způsoby chránění hráze, v poloze na boku a na zádech, při obou je levá ruka na hrázi a pravá ruka při bolesti brzdí hlavičku. V jeho práci doporučuje „*Tak se nechá hlava milimetr po milimetru vystupovat, aby měla hráz čas se roztáhnout a přizpůsobit.*“ A dále pak „*Nejnebezpečnější doba nastává, když je velký lupínků porozen a když má prostupovat čelo. To smí jen milimetr za milimetrem prorážet, aby nepovstala trhlina.*“ V části o nepravidelnostech pak Rubeška upozorňuje, že hráz a lůno mohou být nepoddajné a úzké od přírody, nebo hráz může být chorobně změněna, což jde poznat při vyšetření. V tom případě musí volat babička lékaře dříve než „*začne hlava prorážet*“ a ten může včas hráz naříznout a zamezit tím hlubokému roztržení hráze. (9)

Další generaci porodních babiček se už jako ženské sestry učily z oblíbené učebnice té doby „Porodnictví“ od Dlhoše a Kotáska (1981). Velká pozornost je zde opět věnována ochraně hráze, píše se zde: „*Nejaktivnější úlohu, kterou má ženská sestra za porodu, je chránění hráze.*“ Epiziotomii dle této knihy už porodní asistentka provést může: „*Někdy musí ženská sestra i u jinak normálního porodu provést nástřih hráze.*“ Dále se zde popisuje, jak se epiziotomie provádí a kdy. (9)

V dnešní době už jako porodní asistentky studující bakalářský stupeň vzdělání se studentky porodní asistentek vzdělávají ze stejných učebnic porodnictví jako medicí a provést epiziotomii nebo chránit hráz se učí při praktické výuce přímo na porodním sále. (9)

2.4. Epiziotomie v 20. století

Ve 20. století byla epiziotomie mezi porodníky už dobře známá, autoři českých učebnic z té doby popisují různé způsoby provádění nástřihu. Například pan profesor Kotásek ve své publikaci „Porodnické operace“ píše, že se mediolaterální epiziotomie neosvědčuje, protože se někdy může snadno rozšířit na anální svěrač. Předejít takovéto komplikace se dá při epiziotomii šikmém. Zároveň popisuje správné ošetření sešitím jednotlivých skupin svalů. (9)

Vyšlo také mnoho dalších knih a učebnic zabývajících se epiziotomií a dávají tak přehled o tom, jaké byly v minulých stoletích názory českých porodníků na tento výkon. Bohužel v těchto knihách nenacházíme, jak často se epiziotomie prováděla. (8,9,10)

V této době se už epiziotomie stala populární díky americkému lékaři Joseph DeLee. Ten byl nazván „otcem moderního porodnictví. V podstatě Dr. Joseph DeLee nevěřil, že ženy mohou rodit samy bez chirurgické asistence. Proto jeho učení podporovalo nástřih a kleště, kterými se dítě vybavilo. Tvrdil, že je nutné ušetřit a zkrátit utrpení ženy tím, že ji nástřihneme a že nástřihem taktéž můžeme ochránit mozek novorozence, protože jeho hlava nebude tlačit dlouho na hráz. Dr. Joseph DeLee měl obrovský vliv na porodnickou praxi po celém světě. Okolní svět začal napodobovat to, co začali dělat ve Spojených státech, epiziotomie se tak stala známá po celém světě. (8,10)

Koncem 80. let, začátkem 90. let rodinný lékař Dr. Michael Klein z Kanady začal zpochybňovat tuto chirurgickou praxi. Dr. Klein chtěl tento zákrok zpochybnit, protože i když všichni věřili v prospěšnost epiziotomie, ve skutečnosti neexistoval žádný výzkum z randomizovaných studií, který by epiziotomii vnímal jako prospěšnou. Dr. Klein tak ve své studii z roku 1995 zjistil, že rutinní epiziotomie nedokázala zabránit vážným poraněním, ale naopak je způsobovala. Ve své práci popsal, že epiziotomie byla 22x vyšším rizikem vážného poranění. Také došel k závěru, že epiziotomie způsobila ženám negativní zážitek z porodu. (8,9,10)

3. Definice epiziotomie

Epiziotomie neboli nástřih hráze je porodnický výkon, který se provádí během spontánního porodu. Porodník nebo porodní asistentka, v závěru druhé doby porodní, provede kontrolovanou incizi v perineální oblasti speciálními nůžkami se zevním zaoblením a tupým zakončením jedné branže s cílem rozšíření poševního vchodu. (3,4)

Je to nerozšířenější porodnická operace, která není mnohými porodníky ani jako operace vnímána. Provádí se jak profylakticky před instrumentální extrakcí plodu, tak při prořezávání hlavičky hrozí-li například ruptura hráze III. či IV. stupně, ohrožení plodu hypoxií či makrosomie plodu. Tento výkon by měl být proveden pouze při splnění podmínek a indikací k jeho provedení. Epiziotomie zůstává i přes výrazné snížení frekvence jejího provádění stále častou porodnickou operací. (3,4,11)

3.1. Indikace

V minulosti byla epiziotomie prováděna především u primipar jako rutinní výkon. V současnosti je výrazný posun k selektivnímu provádění, neboť restriktivní přístup k provedení epiziotomie se ukazuje jako výhodnější. Mezi indikaci k provedení epiziotomie řadíme například prevenci poranění III. a IV. stupně. Při hrozící ruptuře perinea je jeho kůže napjatá, lesklá a anemická. Epiziotomie se neprovádí, když je hráz pružná, elastická a žena spolupracuje. Rodička by vždy měla dát slovní souhlas o nastřihnutí a nástřih by měl být v co nejmenším rozsahu. Další indikací je nutnost rychlejšího vybavení plodu z důvodu hrozící hypoxie nebo z důvodu prodloužené druhé doby porodní. Epiziotomie zkracuje jen krátkou, ale z hlediska přenosu kyslíku významnou fázi prořezávání. Její výhodou by měla být i ochrana proti descenzu, prolapsu a poraněním trubice močové. (3,5,11)

Řada urogynekologických výzkumů tyto předpoklady zejména pro stresovou inkontinenci zpochybnila, nepodala však přesvědčivé důkazy, že porod bez poranění nebo s rupturou hráze má prognózu v tomto směru příznivější. Na druhou stranu je třeba počítat s komplikacemi, které ji mohou provázet. Pro pozdní důsledky, které se promítají i do života sexuálního, je důležitý způsob ošetření a hojení. (3,4,11)

Epiziotomie je také nedílnou součástí porodnických operací, kterými jsou klešťové operace a vakuumextrakce. Profylaktickou epiziotomií v takovém případě provádíme vždy v znecitlivění. Výhodou je epidurální anestezie, která pokud není dostupná, provede se pudendální blok s infiltračí hráze v místě předpokládaného nástřihu. Dále se provádí při porodech v souvislosti s koncem pánevním, s dystokií ramének a porodem velkého plodu nebo naopak malého nezralého plodu. (3,5,11)

Kontraindikací je porod HIV pozitivních, je to prevence aspirace mateřské krve novorozencem. (11)

3.2. Komplikace epiziotomie

Stejně jako u jiných chirurgických zákroků existují rizika spojená s epiziotomií. Komplikace, které nastanou bezprostředně po provedení epiziotomie, mohou bohužel ovlivnit i ženy dlouho po porodu. Epiziotomie znamená nejen krátkodobý a někdy velmi bolestivý proces hojení, ale také dlouhodobé komplikace, které mohou vážně narušit každodenní život. Tím, že se epiziotomie provádí atraumatickými hydrofilními šicími materiály a díky dobré erudici porodníků, kteří sutury epiziotomie provádějí, nejsou komplikace tak časté. (5)

3.2.1. Bezprostřední komplikace

Přesto mezi bezprostřední komplikace patří krvácení z větších perineálních a vaginálních cév, nadměrná bolestivost u rodiček s nižším prahem bolestivosti a pokračující trhliny pochvy, perinea a eventuální poškození análního svěrače a stěny střevní. Častou komplikací bývá neschopnost se spontánně vymočít z důvodu stlačení močové trubice otokem v souvislosti s porodním poraněním. (5,12)

3.2.2. Ranné komplikace

Jednou z nejčastějších ranných komplikací epiziotomií je hematoma, který může být způsoben nezastaveným nebo pokračujícím krvácením. V tomto případě se provádí revize dutiny děložní se zastavením krvácení. Druhotnou komplikací může být zánět. Zánět je způsoben sekundární infekcí hematomu v šestinedělí. Další komplikací je dehiscence rány, která může nastat při nedokonalém vyčištění epiziotomie, infektu rány nebo nedostatečné odstranění hematomu při revizi dutiny děložní. Znovu zašití rány se provádí až po odstranění příčin a dokonalém vyčištění rány (5,6,11)

3.2.3. Pozdní komplikace

Mezi pozdní komplikace se řadí vznik keloidní bolestivé jizvy, vaginoperineální fistuly a morfologické změny vulvy, jako je zející poševní introitus, asymetrie rýhy a chronický fluor. Následkem těchto komplikací trpí ženy genitálním dyskomfortem a dyspareunií. Žena může trpět bolestmi v oblasti hráze i několik týdnů. Dále se může objevit funkční stresová inkontinence, která se projevuje při zvýšeném nitrobřišním tlaku, nejčastější faktory jsou kašel, smích, běh a zvedání těžkých věcí. (5,6,11)

3.3. Druhy epiziotomie

Rozlišujeme epiziotomii mediální, laterální a mediolaterální. Výjimečně se provádí Schuchardtův řez, vycházející z laterální epiziotomie, který se šikmým řezem cca 6-7 cm dlouhým rozšiřuje až na pubickou a iliickou část *musculus levator ani*. (3,11)

3.3.1. Mediální epiziotomie

Doposud je u některých lékařů oblíbená epiziotomie mediální, zejména v USA a Kanadě. Mediální epiziotomie se provádí v délce 2-3 cm od středu perinea směrem k řitnímu svěrači. Prochází *centrum tendineum*, kde je menší cévní zásobení, což může znamenat menší krvácení, lepší šití a lepší hojení. Toto provedení není vhodné u příliš nízké hráze, makrosomního plodu a rychlém prořezávání hlavičky, kdy snadno vzniká pokračující ruptura a hrozí poškození svěrače. (3,6,11)

3.3.2. Mediolaterální epiziotomie

Nejčastějším prováděným typem v dnešní době u nás je epiziotomie mediolaterální. Nástřih směřuje od introitu pod úhlem 45 až 60 stupňů k hrbolu sedací kosti. Výhodou oproti mediální epiziotomii je menší riziko poranění sfinkteru anu, ale hrozí větší krvácení a může se i hůře hojit. (3,6,11)

3.3.3. Laterální epiziotomie

Bezpečnou ochranou před rupturami III. stupně, zejména při porodnické operaci, garantuje nejlépe epiziotomie laterální, která se provádí 2 cm laterálně od středu introitu a směřuje pod úhlem 45 stupňů k hrbolu kosti sedací. Epiziotomie laterální vytváří dostatečný prostor pro rychlejší prostup hlavičky při samovolném porodu, při vaginálních operacích a je doporučitelná i u plodů, kde se předpokládá makrosomie plodu. V současnosti je velmi málo používána z důvodu náročnější sutury a možné deformaci poševního vchodu. (3,5)

3.3.4. Rozšířená laterální epiziotomie

Rozšířená laterální epiziotomie nebo-li Schuchardtův řez je typem epiziotomie, která se provádí skalpelem. Oproti laterálnímu nástřihu je obloukovitá a rozsahem delší 6 až 7 cm, ve vrcholu protíná i okraj *m. levator ani*. Využívá se zejména při operačních porodech per forcipem, ale tato metoda se používá výjimečně z důvodu náročného šití i následného hojení, navíc intenzivněji krvácí. (3,5)

3.4. Rozsah epiziotomie

Mediální epiziotomie protíná *musculus transversus perinei superficialis* a *profundus*, který udržuje *centrum tendineum perinei* a orgány pánevního dna ve střední rovině. Epiziotomie mediolaterální zasahuje také *musculus transversus superficialis* a *profundus*, ale hlavně tento druh nástřihu protíná *musculus bulbospongiosus*, který se významně podílí na sexuálním zdraví ženy. Při epiziotomii laterální jsou zasaženy stejné svaly jako u mediolaterální. Při větším rozsahu může navíc intervenovat i do *musculus levator ani*, významného svalu pro kontinenci, a povrchní větve *vasa pudenda*. (6)

Epiziotomie zasahuje inervační oblast *nervi pudendi*, *nervi perinealis* a *nervi dorsalis clitoridis*. Nervus pudendus je odpovědný za volní kontrolu sfinkterů, za erekci a je iniciálním nervem při pocitech sexuálního vzrušení. (3)

3.5. Provedení epiziotomie

Při plánované operaci provádíme epiziotomii vždy v znečitlivění. Proveďte se pudendální svodná anestézie a infiltrace hráze lokálním anestetikem v místě předpokládaného nástřihu. V gynekologické poloze zavedeme do pochvy na levé straně rodičky ukazovák a prostředník levé ruky a pravou rukou se provede za kontrakce nástřih nejčastěji mediolaterální či laterální v rozsahu 2-3 cm. (11)

Epiziotomii lze v nouzi, jsme-li zaskočeni progresí hlavičky, provést i bez místního znečitlivění až při rozvinuté hrázi. Zavedeme ukazovák a prostředník levé ruky mezi hlavičku a pochvu a na vrcholu kontrakce za maximální distenze provedeme mediolaterální epiziotomii. Pokud stříháme při prořezávání hlavičky hráz již rozepjatou a pokud následuje ihned porod, je výkon téměř bezbolestný. Hráz musí být napjatá, pokud se nástřih děje mimo kontrakci na hráz nedostatečně rozvinutou, je to výkon neobyčejně bolestivý. (11)

3.6. Ošetření epiziotomie

Před ošetřením epiziotomie lze do pochvy zasunout rozložený tampon, který pohlcuje krev a staví krvácení, umožňuje tak přehlednost šití. Před suturou se provede infiltrace tkáně lokálním anestetikem. Při nekomplikované epiziotomii začíná sutura od horního pólu poševní sliznice spolu s podslizničními tkáněmi až po hymenální okraj, šije se buď jednotlivými stehy nebo stehem pokračovacím. Poté následuje šití svalů hráze jednotlivými stehy, zde se musí dbát na to, aby byly k sobě pečlivě sešity tkáně podle jejich anatomie. Ve druhé vrstvě se šije podkožní vazivo a nakonec kůže. Sutura se provádí vstřebatelnými vlákny. Kůži lze šít i stehy nevstřebatelnými. Po celou dobu by se mělo dbát na dodržení zásad sterility. Na závěr by měl porodník zkontrolovat per rectum. (3,6)

4. Péče o porodní poranění

4.1. Raná péče o porodní poranění

Péče o porodní poranění začíná už na porodním sále po porodu. Po sutuře poranění provede porodní asistentka očištění a řádné osušení zevních rodidel. (13) Důležité je poučit ženu o péči a rozsahu poranění. (6) Následná péče a edukace ohledně porodního poranění probíhá na oddělení šestinedělí. (13)

Žena by měla být edukována o správné péči o šití a o nutnosti držet ránu v suchu a čistotě. (13) Porodní poranění je důležité často omývat čistou vodou bez použití parfémovaných mýdel, nejlépe po každém vyprazdňování. (6) Po omytí je potřeba poranění důkladně osušit čistou suchou vložkou a používat prodyšné porodnické kalhotky. Vložky je potřeba měnit co nejvíce, ze začátku po každém kojení. Při kojení se uvolňuje hormon oxytocin, který způsobuje zvýšené odcházení očištěk neboli lochií. Šestinedělky musí dbát také na větrání porodního poranění. (13)

Porodní asistentka ověřuje, zda žena porozuměla péči o porodní poranění, a pravidelně porodní poranění kontroluje. Je důležité sledovat jeho hojení, případně známky infekce, bolest perinea, hematom, zarudnutí, otok či sekreci. Dobré je také poučit samotnou ženu o sledování sutury a o hlášení jakýkoliv změn nebo pokud se u ženy objeví zvýšená teplota či zvýšená bolestivost v místě rány. (13)

Na zmírnění otoků a bolestivosti hráze se doporučují používat studené obklady. Jsou vhodné u hemoroidů či hematomů. Hematom se díky chlazení rychle vstřebává a snižuje bolest. (13)

4.2. Sedavé koupele

Sedací koupel je jednou z metod, jak může šestinedělka podpořit hojení poranění. Sedací koupel je možné doporučit již od druhého dne po porodu. Je však potřeba dbát na teplotu vody. Stadelmann doporučuje při koupeli chladnou až vlažnou vodu v prvních dnech po zahojení. Teplota vody se postupem času zvyšuje. Do sedací koupele je nejlepší použít dubovou kůru, která má díky obsahu tříslovin stahovací a protizánětlivý účinek. Při dostatku mateřského mléka je možné doporučit také sedací koupele ve vlastním mateřském mléce, jelikož mateřské mléko obsahuje látky tělu vlastní, a tím pádem dochází k lepší podpoře hojení rány. (7)

4.3. Péče o jizvu

Na péči o jizvu po porodu se často zapomíná, přičemž i malá nenápadná jizva může mít dlouhodobé následky. Jizva by ze začátku měla být uvolňována a masírována alespoň jednu minutu každý den a v pozdější době párkrát za měsíc. Péče o jizvu je důležitá pro prevenci srůstů jednotlivých vrstev tkání a zvyšuje prokrvení oblasti, čímž urychluje hojení. Pokud žena o jizvu dostatečně pečovala, měla by být rovná a měkká, okolí jizvy by mělo být klidné a žena by neměla pociťovat žádný odpor při dotyku. V případě, kdy o jizvu nebylo pečováno, zjizvená tkáň může zůstat nepoddajná, pevná a může se připojit ke spodnějším vrstvám, což může být příčinou dyspareunie. (7)

4.4. Kegelovy cviky

Pro ženu po porodu je důležité také posilování pánevního dna, jelikož během těhotenství a při porodu dochází k jeho oslabení, a to může mít za následek inkontinenci moči či prolaps pánevních orgánů. S cvičením by se mělo začít nejlépe už před otěhotněním nebo během těhotenství. V důsledku cvičení po porodu dochází k podpoře krevní cirkulace v oblasti hráze a tím se urychluje celková doba hojení porodního poranění. (6)

Nejoblíbenější technikou jsou právě Kegelovy cviky. Jde o posílení svalů pánevního dna, které se skládá ze čtyř částí. První je vizualizace a uvědomění si izolované kontrakce pochvy a konečníku pomocí zrcátka. Ve druhé fázi žena vleže na zádech zrelaxuje svaly pánevního dna. V následné fázi dochází k izolované kontrakci pochvy a konečníku, vleže na zádech s pokrčenými koleny. A v poslední části se tyto izolované kontrakce provádí ve všech pozicích. Postupně se zvyšuje délka stahu a počet opakování. Poslední část je možné cvičit kdekoliv a kdykoliv, jelikož je velmi nenápadné a krátké. (18)

4.5. Homeopatie

Ženy během těhotenství hledají různé alternativní metody, aby nezatěžovaly tělo léky. Právě homeopatie nabízí široké spektrum využití. Arnica montana homeopatický přípravek vyroben z prhy chlumní, tlumí bolest, zlepšuje hojení ran, cév, kostí a svalů a napomáhá k rekonvalescenci. Je také vhodný k užívání i před porodem. Calendula officinalis pro svůj antibiotický účinek je vhodný na sliznici, kůži a otevřená poranění. Rosalgin má navíc protizánětlivý účinek a ženy si ho aplikují pomocí oplachu. (7,13)

5. Metody prevence porodního poranění

5.1. Antepartální metody

5.1.1. Masáž hráze

Masáž hráze je jednou z preventivních metod, která podporuje pružnost a přípravu perinea na porod. Provádí se od 35. týdne těhotenství, nejlépe každý den. Vzhledem k intimitě masáží záleží na preferencích ženy, zda si je chce provádět sama nebo ji bude nápomocný partner. Důležitá je také důkladná hygiena rukou a upravené nehty. Žena během masáže zaujímá pohodlnou polohu v polosedě a do pochvy zavádí prsty, na kterých má nanesený k tomu určený masážní olej. Poté zavedenými prsty vytváří tlak směrem ke konečníku, skrze dno je nechá sklouznout a pokračuje směrem vzhůru po stranách hráze. Rodička masíruje hráz ve tvaru pomyslného písmene U. Masáž hráze by měla být doporučována ženám, kterým není tato metoda nepříjemná a těm, které budou dodržovat pravidla tak, aby nedošlo k vniknutí infekce nebo poranění perinea, případně poševní sliznice. Pokud žena masíruje hráz správně, měla by vnímat silný až palčivý tlak v oblasti hráze, což je následkem jejího roztahování. Tento pocit je stejný jako při prořezávání hlavičky během porodu. (6,7)

Nelze jednoznačně tvrdit, že prostřednictvím pravidelně prováděné masáže hráze, je možné se vyhnout všem poraněním včetně epiziotomie. Vznik poranění je následkem mnoha faktorů, ale několik studií v současné době prokázalo výrazné snížení rizika většího porodního poranění pravidelnou masáží perinea v posledních týdnech těhotenství. (14,15,16)

5.1.2. Aniball

Aniball je anatomicky přizpůsobený nafukovací balónek z lékařského silikonu s ruční pumpičkou, který slouží k nácviku uvolnění pánevního dna. Umožňuje vyzkoušet nejvhodnější porodní polohu i pocit, který způsobuje nutkání tlačit. Pomáhá tedy pochopit, jak s tímto tlakem pracovat a jak se cíleně uvolnit bez násilného tlačení, které může vést k porodnímu poranění. Rodičky se nezaleknou tlaku hlavičky a přesně vědí, jak mají s tlakem pracovat, získají potřebnou sebedůvěru. Cvičení je doporučeno nejdříve od 37. týdne těhotenství, optimálně 15-30 minut denně. Díky pravidelnému a šetrnému tréninku zlepšuje flexibilitu tkání. Výsledkem může být usnadnění II. doby porodní, snížení rizika samovolného poranění nebo nástřihu hráze. (6,22)

Tato pomůcka je dodnes předmětem diskusí ohledně její účinnosti. Někteří Aniball chválí a považují ho za smysluplnou přípravu, jiní se obávají přílišného roztažení pánve před porodem. Nejnovější kohortová studie sledující české ženy prokázala, že používání Aniballu nemá pozitivní vliv na pánevní dno po porodu a nesnižuje riziko samovolného poranění. Prokázala ale snížení rizika nástřihu hráze. (17)

5.2. Intrapartální metody

5.2.1. Bylinná vaginální napářka

Ženská bylinná napářka je parní sedací koupel, která poskytuje holistickou péči o ženské zdraví. K přípravě je potřeba sušená směs bylin, která je umístěna do hrnce nebo speciální nádoby a zalije se vroucí vodou. Žena si sedne na speciální židličku nebo toaletu nad připravenou směs ve chvíli, kdy jí teplota vycházející páry bude příjemná. Zároveň je vhodné ženu zabalit do deky pro udržení tepelného komfortu. Díky působení teplých bylinných výparů dochází k prohřátí ženských pohlavních orgánů, lepší krevní cirkulaci v oblasti malé pánve a k absorpci účinných látek z bylin krevním oběhem. Porodní cesty se díky prohřátí stávají pružnější a poddajnější. Napářka se využívá převážně v první době porodní, kdy zajistí ženě hluboké uvolnění a zároveň je brána jako účinná prevence před porodním poraněním. Kontraindikací jsou varixy v oblasti vulvy. (21,23)

5.2.2. Nahřívání hráze

Při nahřívání hráze se používá aplikace teplých obkladů, které se nahřívají v teplé vodě na teplotu přibližně 45-59 °C. Jako obklad se používá sterilní vložka a začíná se s použitím v okamžiku, kdy hlavička roztahuje hráz a je napínána kůže perinea. Aplikace teplých obkladů během II. doby porodní pomáhá rozšířit cévy, zvýšit průtok krve tkání a uvolnit svaly hráze. Díky tomu může dojít ke sníženému vnímání bolesti a k větší pružnosti kolagenu v tkáních. (21,6)

Dle výsledků nejnovějších studií vychází metoda nahřívání hráze během II. doby porodní jako efektivní. Nahřívání hráze zvyšuje výskyt porodu bez poranění, snižuje riziko provedení epiziotomie a snižuje riziko poranění III. stupně a IV. stupně. (19,20)

5.2.3. Chránění hráze

V momentě, kdy prořezává hlavička plodu je možné chránit hráz pomocí techniky „hands-on“. Princip této techniky spočívá v přiložení pravé ruky se sterilní rouškou na hráz, levá ruka přidržuje prořezávající se hlavičku plodu. Reguluje se tak rychlost porození hlavičky a její tlak na perineum. Opakem je metoda „hands-off“, kdy lékař nebo porodní asistentka pouze sledují průběh porodu bez chránění hráze. Kompromisem těchto metod je technika „hands poised“, kdy jsou ruce lékaře či porodní asistentky pouze připravené na rychlejší průběh porodu. (11,25)

Nedávná metaanalýza neprokázala rozdíl ve výskytu porodního poranění v technikách hands-on a hands-off. Zásadní je tedy nezpůsobovat rodičce iatrogeně bolest, především nehmoždit tkáň „masírováním hráze“, čímž se i zvyšuje nebezpečí rané infekce. (26)

6. Doporučení WHO týkající se epiziotomie

WHO je zkratkou pro World Health Organization, v překladu Světová zdravotnická organizace. Je nezávislou mezinárodní organizací působící v rámci OSN. Koordinuje a řídí mezinárodní zdravotnickou činnost, dále se soustředí na organizaci celosvětových programů pro kontrolu, prevenci a odstranění nemocí a epidemií a celkové zlepšení kvality života populace. Byla založena v roce 1948, aby podporovala zdraví, udržovala svět v bezpečí a sloužila zranitelným. Aby každý a všude mohl dosáhnout nejvyšší úrovně zdraví. WHO vede celosvětové úsilí o rozšíření všeobecného zdravotního pojištění. Podporuje zdravější život od těhotenství až po stáří. (27)

Doporučení WHO vypracované Ministerstvem zdravotnictví ohledně epiziotomie zní: *„Rutinní nebo libovolné provádění epiziotomie se u žen se spontánním vaginálním porodem nedoporučuje. Důkazy z přezkumu, který porovnával účinky přístupů k provádění epiziotomie, rozdělily provádění epiziotomie na selektivní/restriktivní versus rutinní/hojně. Vzhledem k příznivým účinkům selektivního/restriktivního provádění ve srovnání s rutinním/volným přístupem, nedostatku důkazů o účinnosti epiziotomie obecně a potřebě odradit od jejího nadměrného rutinního provádění napříč všemi prostředími usoudila GDG, že je třeba zdůraznit, že rutinní/hojně provádění epiziotomie „se nedoporučuje“, spíše než doporučit její selektivní/restriktivní provádění. GDG uznala, že v současné době neexistují důkazy, které by odůvodňovaly potřebu epiziotomie v běžné péči, a je obtížné určit „přijatelnou“ frekvenci jejího provádění. Přesto je doporučený procentuální počet provedených epiziotomií dle WHO do 10%. Role epiziotomie v naléhavých situacích v porodnictví, jako je např. hypoxie plodu, která vyžaduje instrumentální vaginální porod, musí být teprve určena. K provedení epiziotomie je nezbytná účinná lokální anestezie a informovaný souhlas ženy. Preferovanou technikou je mediolaterální incize vzhledem k tomu, že mediální incize jsou spojeny s vyšším rizikem vzniku porodních poranění a poranění sfinkterů (OASI). Technika šití pokračujícím stehem se upřednostňuje před přerušovaným stehem. Epiziotomie neopravňují k rutinnímu podávání profylaktických antibiotik, neboť celková opatření k řízení infekcí je třeba dodržovat za všech okolností.“* (28)

7. Incidence epiziotomie v Česku

Porodnictví je nejdůležitější preventivní složkou lékařství. Zachovává zdraví matkám při jejich reprodukční roli a životy dětí, které vstupují do svého života. Cílem porodnictví 21. století je zajistit maximální bezpečí pro matku a dítě. Základními ukazateli zdraví matky v peripartálním období jsou velikost krevní ztráty ženy u porodu, frekvence závažných poranění, spokojenost matky před odchodem z porodnického zařízení a zachování kvality do konce života ženy. (31)

V květnu roku 2023 uvolnil ÚZIS datové sady s informacemi z českých porodnic. Mezi významné osobnosti, díky kterým ÚZIS zveřejnil data veřejnosti, patří přírodovědkyně Jarmila Hnilicová, porodní asistentka Anna Škvorová, Asociace pro porodní domy a centra (APODAC) a jejich partner Havel & Partners. Podle Škvorové by už samotné zveřejnění dat i podle zkušeností ze zahraničí mělo vést k postupnému zlepšování péče a snižování škodlivé přemíry zásahů, tedy k posunu směrem k evidence based péči. Dále v rozhovoru tvrdí, že diskuse, která se okolo dat už začíná vést, může být velmi přínosná. Jednotlivá zařízení se mohou od sebe navzájem inspirovat a učit v tom, v čem jsou dobří. Zpětná vazba, možnost porovnání a výzkum na vlastních datech je další zásadní věc. Je možné sledovat a ukázat na datech z našeho prostředí vztahy mezi jednotlivými zásahy. Například vazbu mezi vyvoláváním porodu a vyšší mírou císařských řezů, porovnat tento vztah s jinými zeměmi. Je tu jistota, že zjištěné vztahy jsou pro nás relevantní, že nejsou ovlivněny odlišnými podmínkami geografickými, kulturními, rasou, etnicitou. Transparentnost a zveřejňování perinatologických ukazatelů je důležitým faktorem jak pro rozhodování ženy o místě porodu, tak i pro srovnání porodnických zařízení příslušného typu mezi sebou a vytváření tak zdravé konkurence. Avšak srovnání jednotlivých porodnických zařízení přináší různá úskalí a je tedy nutné dbát na jeho metodickou korektnost. (32)

Proto ÚZIS společně s daty zveřejnil také zásadní komentář k interpretační hodnotě dat, ve kterém přiznává, že transparentnost a zveřejňování perinatologických ukazatelů je důležitým faktorem jak pro rozhodování ženy o výběru porodnice, tak i pro vytváření zdravé konkurence mezi porodnickými zařízeními. Data je nutné hodnotit s ohledem na populační zdraví žen a porodnická rizika, která konkrétní porodnická zařízení koncentrují. V ČR je 12 perinatologických center intenzivní péče a 15 center intermediální péče, která koncentrují ty nejméně závažná rizika a patologie z daného regionu a někdy z celé ČR. Okolo 90 % předčasně narozených dětí se v ČR narodí v centru 2. nebo 3. stupně, a to je koncept, který zásadním způsobem podílí na snížení mateřské a perinatální mortality a morbidit. Je zcela logické, že tato pracoviště mohou mít v určitých kategoriích a u určitých výkonů relativně jiné parametry než porodnická zařízení, která poskytují pouze základní péči. Typickým příkladem jsou císařské řezy. (30)

Dalším faktorem, který je potřeba vzít v úvahu, je určitá nehomogenost populace v jednotlivých regionech. Výsledky pracovišť v různých částech republiky mohou být ovlivněny rozdíly ve věku těhotných, paritě, spektru těhotenských chorob, sociální úrovni žen a jiné. Samotné, číselně vyjádřené výsledky v počtech porodů, v indukcích porodu a operačních výkonů tedy nemusí být ukazatelem kvality poskytované zdravotní péče. (30)

Zcela zásadní složkou pro srovnání porodnických zařízení je posuzování stavu novorozence, perinatální a novorozenecká morbidita. V této souvislosti se nesmí opomíjet zveřejňování dat České neonatologické společnosti a České pediatrické společnosti ČLS JEP a jejich párování s perinatologickými daty z konkrétního porodnického zařízení. (30)

Přesto tyto dostupná data poukazují na fakt, že ve většině českých porodnic je každé páté ženě provedena epiziotomie. Rozdíly v počtu epiziotomiích v jednotlivých porodnicích jsou obrovské. V některých porodnicích je incidence epiziotomie nízká, pohybuje se tedy mezi 10-15 %. Toto se týká bohužel jen 12 z 88 porodnic. Pouze 4 porodnice v České republice splňují doporučení WHO a je zde prováděná epiziotomie do 10 %. (31)

V některých porodnicích je procentuální zastoupení epiziotomie dokonce přes 50%. Tedy každé druhé ženě je v takové porodnici provedena epiziotomie. Tyto procenta se navíc týkají porodnic, které nejsou perinatologickým centrem ani centrem intermediální péče, kde se koncentrují ženy s patologickým těhotenstvím. (31)

8. Dlouhodobé následky epiziotomie

U žen po porodu se mohou objevit zdravotní i psychické potíže, které mohou souviset s porodním poraněním. Dle současných výzkumů může mít epiziotomie negativní vliv na svaly pánevního dna, sexuální život a psychické zdraví ženy. Poranění svalů pánevního dna může mít za následek dysfunkce pánevního dna, mezi které spadá inkontinence moči, sexuální dysfunkce a prolaps pánevních orgánů. Ve všech těchto případech je důležitá včasná diagnostika a vhodně zvolená léčba. Avšak je známo, že žena vyhledá pomoc lékaře pouze až při výskytu závažných a omezujících symptomů. (4)

8.1. Vliv na psychické zdraví

Těhotenství, porod a šestinedělí je pro ženu velmi náročné období ve kterém se zvyšuje manifestace psychických poruch. Nejzranitelnější jsou ženy právě v období šestinedělí, kdy dochází k velké hormonální změně. Žena po porodu se cítí unavená, zvyká si na novou životní roli, celý porod se jí odehrává před očima, a navíc v případě porodního poranění se potýká i s diskomfortem v pánevní oblasti. (6,5)

Porodní asistentka Anna Kohoutová na svém blogu píše, že pánevní dno je nejen svalovina, ale je to také centrum síly, ženské energie a sebevědomí. V pánevního dnu se nachází vitální energie našeho těla. V případě jeho poranění, postrádají ženy dlouhodobě ženskou energii a sebevědomí. Je to tedy nejvýznamnější ženská svalovina. (34)

V posledních letech bylo provedeno spousta studií zkoumající vliv epiziotomie na psychické zdraví žen. Například v Anglii byla provedena longitudinální kohortová studie, která zkoumala právě poporodní psychické zdraví prvorodiček s perineálním traumatem. Studie hodnotila obraz těla, vnímání porodu, perineální bolest a vazbu mezi dítětem a matkou v šesti až dvanácti týdnech a šesti až deseti měsících po porodu. Ženy účastníci se této studie rodily v porodnicích ve Velké Británii. Srovnání bylo provedeno podle objektivní klasifikace perineálního poranění. Výsledky této studie ukazují, že ženy s epiziotomií uváděly negativnější vnímání svého tělesného obrazu než ženy se spontánním poraněním perinea. Ženy, kterým byla provedena epiziotomie a ženy s poraněním IV. stupně častěji prožívaly porod jako traumatický, trpí perineální bolestí či diskomfortem v porovnání se ženami s poraněním I. a II. stupně. Ženy s epiziotomií také uvedly, že pocítují významně více symptomů souvisejících s úzkostí než ženy s poraněním IV. stupně. (33)

8.2. Močová inkontinence

Symptom inkontinence moči je dle poslední definice ICS (International Continence Society) definován jako stížnost na jakýkoliv, vůlí neovladatelný, únik moči. Inkontinence moči není choroba v pravém slova smyslu, jde o symptom nejrozličnějších patologických stavů. V klinické praxi se inkontinence rozděluje na stresovou, urgentní, smíšenou, paradoxní a neurogenní. Nechtěný únik moči se může objevit již ve třetím trimestru těhotenství následkem zvýšeného tlaku dělohy na močový měchýř. (4)

Močová inkontinence může přetrvávat i po porodu z důvodu oslabení pánevního dna vlivem porodu a těhotenství nebo v souvislosti s porodním poraněním. Během porodu může dojít k výraznému narušení měkkých tkání a nervovému poškození *nervus pudendi*, což zvyšuje riziko vzniku poporodní inkontinence. Nejčastěji se v takovém případě jedná o stresovou inkontinenci. Při stresové inkontinenci dochází k úniku moči při zvýšení intraabdominálního tlaku, tedy při kašlání, smíchu, námaze, vstávání, chůzi do schodů a podobně. Mezi nejvýznamnější rizika vzniku stresové inkontinence patří porod plodu nad 4000g, první porod, prodloužená druhá doba porodní či porod per forceps. (4)

Dlouhodobé nervosvalové změny pánevního dna po vaginálním porodu odhalilo jen málo prospektivních studií. Cílem studie, která byla provedena v Číně, bylo zhodnotit vliv epiziotomie na elektrickou aktivitu svalů pánevního dna dva roky po vaginálním porodu a prozkoumat vztah mezi amplitudami povrchové elektromyografie (sEMG) a močovou inkontinencí. Do souboru bylo zařazeno celkem 427 prvorodiček s vaginálním porodem v plném rozsahu a 362 žen, které během dvouletého sledování již nerodily. Z nich 200 rodiček podstoupilo epiziotomii a 162 rodiček neprodělalo epiziotomii. Klinické demografické charakteristiky, vaginální EMG proměnné a skóre dotazníku specifického pro močovou inkontinenci byly zjišťovány 6 týdnů, 6, 12 a 24 měsíců po porodu. Primárním výstupem bylo srovnání hodnot sEMG mezi skupinami s epiziotomií a bez epiziotomie v průběhu 2 let. Sekundárními výsledky byla korelace mezi sEMG obou skupin a výskytem a závažností močové inkontinence. (35)

Během této studie zjistili, že amplituda maximálních rychlých a vytrvalostních kontrakcí na sEMG ve skupině s epiziotomií byla významně nižší než u žen bez epiziotomie. Tento rozdíl sEMG přetrvával po dlouhou dobu po porodu. Přestože mezi oběma skupinami nebyl zjištěn významný rozdíl ve výskytu a závažnosti močové inkontinence, mezi hodnotami EMG svalové kontrakce a symptomy močové inkontinence existovala po celou dobu negativní korelace. Závěr této studie je prokázání dlouhodobě nižší kontrakční aktivity sEMG svalů pánevního dna u prvorodiček, kterým byla provedena epiziotomie. Nižší hodnoty sEMG rychlé kontrakce souvisely se symptomy močové inkontinence. (35)

8.3. Prolaps pánevních orgánů

Pokles pánevních orgánů se může objevit, pokud má žena oslabené svaly pánevního dna. Mezi možné následky patří častější nutkání na močení, infekce a záněty v oblasti genitálií a močových cest, a také bolesti zad. Současně se vyskytuje s prolapsem dělohy také cystokéla, což je prolaps přední poševní stěny nebo rektokéla, tedy prolaps zadní poševní stěny. Prolaps pánevních orgánů u ženy se může projevit sestupem močového měchýře, dělohy a konečníku z jejich normální anatomické polohy. Rizikovými faktory jsou zejména vrozená slabost pojivové tkáně, přetížení svalů pánevního dna během těhotenství a porodu a dlouhodobé přetěžování pánevního dna v důsledku obezity, těžké fyzické práce, chronického kašle či chronické zácpy. Významným rizikovým faktorem je také poškození musculus levator ani během porodu. Možnou prevencí prolapsu jsou Kegelovy cviky. (4,11)

Ve Švédsku byla provedena prospektivní kohortová studie, které se zúčastnilo padesát osm žen, kterým byla provedena profylaktická laterální epiziotomie z důvodu provedení vakuuumextrakce. Tato studie je součástí The EVA trial, což je probíhající multicentrická randomizovaná studie, která srovnává prvorodičky, kterým byla provedena laterální epiziotomie během vakuuumextrakce s prvorodičkami, kterým laterální epiziotomie během vakuuumextrakce provedena nebyla. V této studii byly ženy vyšetřeny po šesti až dvanácti měsících po porodu v centrech pánevního dna v Karolinska University Hospital Huddinge, Danderyd Hospital ve Stockholmu a Uppsala University Hospital v Upssale v časovém rozmezí od ledna 2018 do srpna 2021. Poranění bylo hodnoceno pomocí endovaginálního 3D ultrazvuku a byly měřeny vlastnosti jizvy po epiziotomii. Předpokládali, že pokud laterální epiziotomie protne musculus levator ani, bude mít více než 50% žen deficit tohoto svalu. (36)

Výsledkem této studie bylo zjištění, že 20,7 % žen trpělo deficitem svalu levator ani. Deficitem na straně epiziotomie trpělo 50% z těchto žen. Závěrem konstatovali, že při provádění laterální epiziotomie nehrozilo nadměrné riziko přerušení svalu levator ani. Deficit tohoto svalu nebyl pozorován u žen s epiziotomií kratší než 18 mm. (36)

8.4. Dyspareunie

Sexuální zdraví je zásadní pro celkovou kvalitu života a pohodu člověka. Podle současné definice Světové zdravotnické organizace je sexuální zdraví stav fyzické, emoční, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě. Normální sexuální funkce spočívá v sexuální aktivitě s přechodem od fáze vzrušení k fázi relaxace, bez problémů a s pocitem uspokojení. Při poruše některé či více fází sexuální funkce vznikají sexuální dysfunkce, které Mezinárodní klasifikace nemocí definuje jako syndromy, jež zahrnují různé způsoby, jakými dospělí lidé mohou mít potíže s osobním uspokojením a nevy nucenou sexuální aktivitou. (4,25)

Dyspareunie je porucha spojená s bolestí při pohlavním styku. Jde o jednu z nejčastějších sexuálních dysfunkcí. Zahájení sexuálního života po porodu je ženám doporučováno po skončení šestinedělí. Pokud totiž dojde k brzkému zahájení sexuálního života, hrozí ženě riziko infekce či nesprávné zahojení porodního poranění. (4)

Metaanalýza z roku 2022 se zabývala určením rizikových faktorů sexuální dysfunkce v průběhu prvního roku po porodu. K vypracování byla použita datábase MEDLINE, Embase a CENTRAL s použitím klíčových slov „sexual dysfunction” a „obstetric events”. Kvalitu a riziko zkreslení zahrnutých studií hodnotili pomocí Newcastle-Ottawské škály. Tento systematický přehled zjistil, že poranění perinea IV. stupně bylo spojeno se zvýšenou pravděpodobností sexuální dysfunkce. Epiziotomie byla spojena s dyspareunií, ale ne sexuální dysfunkcí. Instrumentální vaginální porod zvýšil pravděpodobnost sexuální dysfunkce. Na závěr konstatovali, že perineální trauma, spíše než způsob porodu, zvyšuje pravděpodobnost sexuálních dysfunkcí v prvním roce po porodu. (37)

II PRAKTICKÁ ČÁST

9. Stanovení cílů

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak epiziotomie ovlivňuje následný život ženy a její zdraví.

9.1. Dílčí cíle práce

1. Zjistit informovanost žen o následné péči o porodní poranění.
2. Zjistit, jestli metody na lepší hojení porodního poranění jsou efektivní.
3. Zjistit, jaké komplikace spojené s porodním poraněním nejčastěji ženy trápí.

9.2. Hypotézy

- H1: Předpokládám, že ženy jsou dostatečně informované o následné péči o porodní poranění.
- H2: Předpokládám, že metody na podporu hojení porodního poranění jsou efektivní.
- H3: Předpokládám, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii měly větší problémy se začátkem sexuálního života.
- H4: Předpokládám, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii měly po porodu dysfunkci pánevního dna.
- H5: Předpokládám, že větší porodní poranění či epiziotomie má vliv i na psychické zdraví ženy.
- H6: Předpokládám, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii se setkaly v šestinedělí s komplikacemi.

10. Metodologie výzkumu

10.1. Metoda sběru dat

Pro dosažení požadovaných cílů jsem vytvořila kvantitativní dotazník, který jsem vytvořila prostřednictvím Formulářů Google. Výsledky jsem získala zveřejněním dotazníku na sociálních sítích ve skupinách týkajících se těhotenství, porodu a šestinedělí. Dotazník se skládal z 15 uzavřených otázek, 5 polouzavřených a 2 otevřených.

10.2. Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Cílovou skupinou byly ženy jakéhokoliv věku, které spontánně rodily. Ženy se v dotazníku zaměřovaly na svůj první porod. Tyto ženy vyplnily dotazník dobrovolně a zcela anonymně.

10.3. Výsledky výzkumu

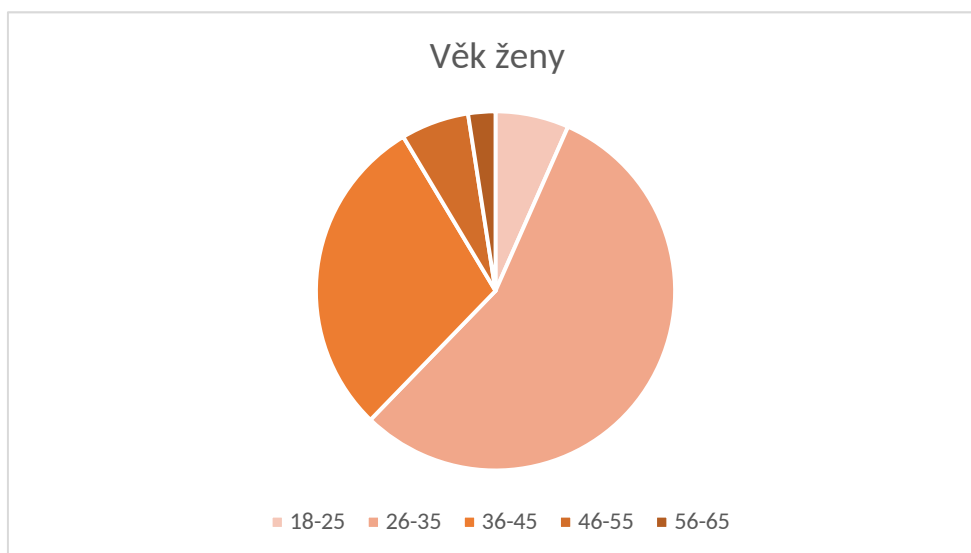
Dotazník vyplnilo 409 žen. Na základě relevantních odpovědí v dotazníku byly vyhodnoceny výsledky.

Otázka číslo 1:

Kolik je Vám let?

Tabulka 1 věk respondentek

Otázka č.1	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18-25	27	6,60%
26-35	227	55,50%
36-45	119	29,10%
46-55	25	6,10%
56-65	11	2,70%
celkem	409	100%



Obrázek 1 graf věk respondentek

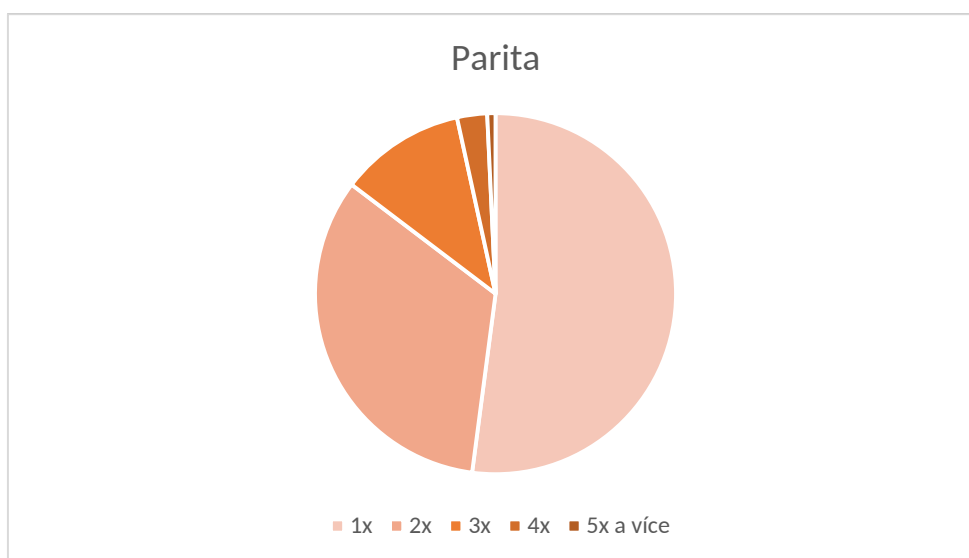
V téhle otázce jsem zjišťovala věk respondentek. Ve věku 18-25 let odpovídalo 6,6 %, největší zastoupení v dotazníku měly ženy ve věku 26-35 let a to 55,5 % a ženy ve věku 36-45 let a to 29,10 %. Ve skupině 46-55 let bylo 6,1 % respondentek a nejmenší zastoupení v dotazníku s četností 2,4 % měly ženy ve věku 56-65 let.

Otázka číslo 2:

Kolikrát jste vaginálně rodila?

Tabulka 2 počet porodů

Otázka č.2	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1x	213	52,10%
2x	136	33,30%
3x	46	11,20%
4x	11	2,70%
5x a více	3	0,70%
celkem	409	100%



Obrázek 2 graf počet porodů

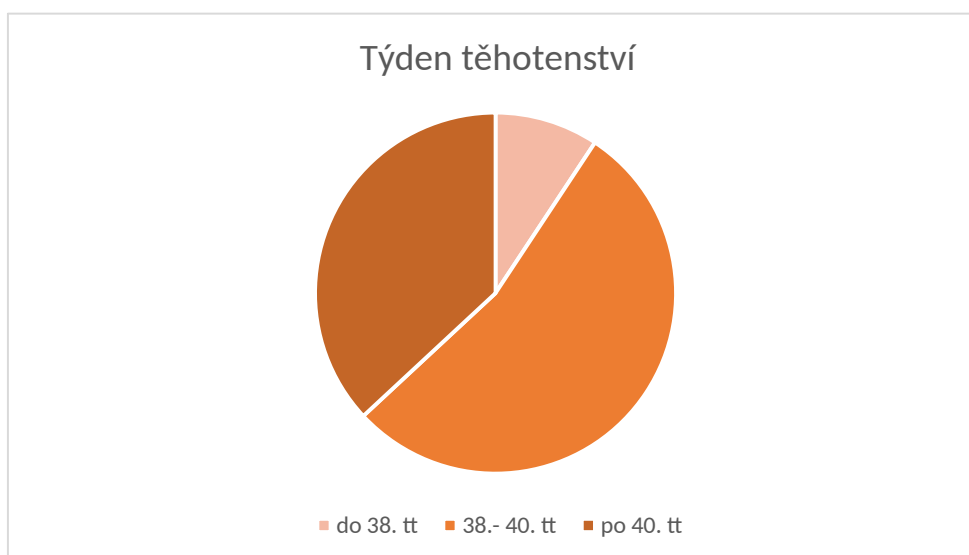
V této otázce jsem zjišťovala, kolikrát respondentky rodily vaginálně. Z grafu vyplývá, že více jak polovina žen rodilo vaginálně 1x a to 52,1 %, 2x rodilo 33,3 % žen, 3x rodilo 11,2 % žen, 4x rodilo pouze 2,7 % žen a nejméně žen rodilo 5x a více a to 0,7 %.

Otázka číslo 3:

V jakém týdnu těhotenství jste rodila?

Tabulka 3 gestační týden u porodu

Otázka č.3	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
do 38. tt	38	9,30%
38.- 40. tt	220	53,80%
po 40. tt	151	36,90%
celkem	409	100%



Obrázek 3 graf gestační týden u porodu

Taky jsem se respondentek ptala, v jakém gestačním týdnu rodily. 9,3 % porodilo před 38. týdnem těhotenství. Více než polovina, konkrétně 53,8 %, rodila mezi 38. a 40. týdnem těhotenství. Po 40. týdnu těhotenství porodilo 36,9 % žen.

Otázka číslo 4:

Kdo vedl porod?

Tabulka 4 vedení porodu

Otázka č.4	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
lékař	183	44,70%
porodní asistentka	214	52,30%
nevím	12	3,00 %
celkem	409	100%



Obrázek 4 graf vedení porodu

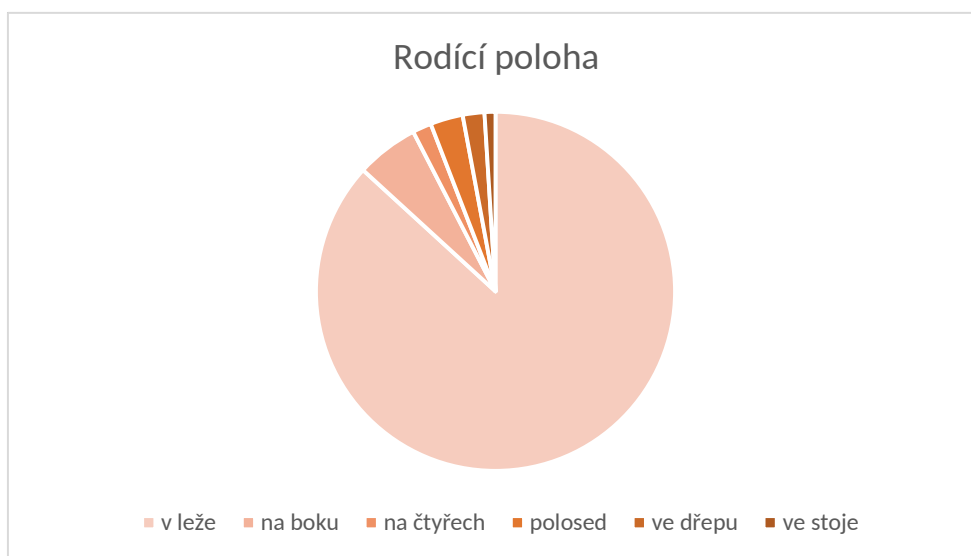
V této otázce jsem se informovala o tom, kdo vedl porod. V 44,7 % to byl lékař a více jak polovinu vedla porodní asistentka, a to v 52,3 % případů. 2,9 % žen neví, kdo vedl jejich porod.

Otázka číslo 5:

V jaké poloze jste rodila?

Tabulka 5 poloha při porodu

Otázka č.5	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
v leže	355	86,80%
na boku	23	5,60%
na čtyřech	7	1,70%
polosed	12	2,90%
ve dřepu	8	2,00%
ve stoje	4	1,00%
celkem	409	100%



Obrázek 5 graf poloha při porodu

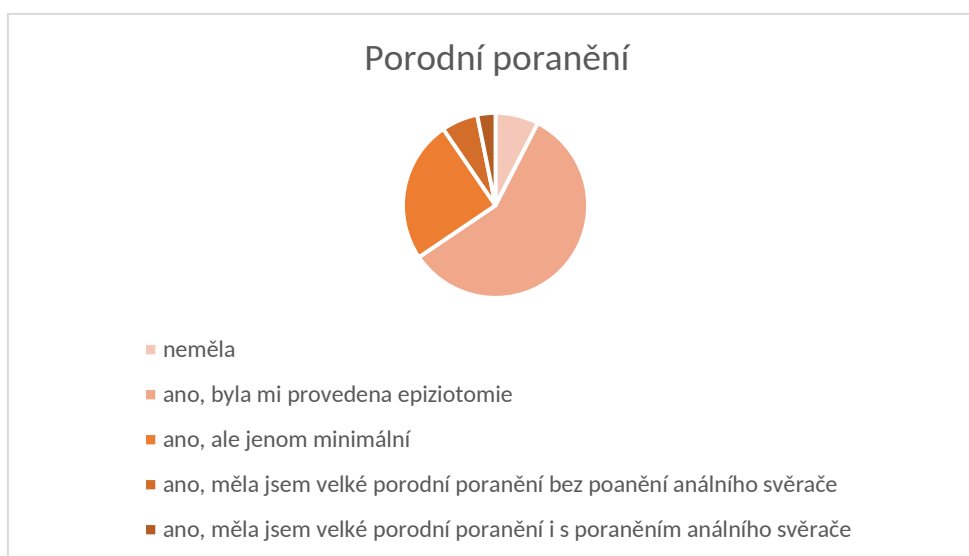
Zajímala mne i poloha, ve které ženy rodily. Valná většina žen, tedy 86,8 %, rodila v leže. Polohu na boku si zvolilo 5,6 % žen, polohu na čtyřech preferovalo 1,7 % žen, v polosedu rodilo 2,9 % žen, ve dřepu 2 % a ve stoje pouze 1 % žen.

Otázka číslo 6:

Měla jste porodní poranění?

Tabulka 6 porodní poranění

Otázka č.6	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
neměla	31	7,60%
ano, byla mi provedena epiziotomie	237	57,90%
ano, ale jenom minimální	102	24,90%
ano, měla jsem velké porodní poranění bez poanění análního svěrače	26	6,40%
ano, měla jsem velké porodní poranění i s poraněním análního svěrače	13	3,20%
celkem	409	100%



Obrázek 6 graf porodní poranění

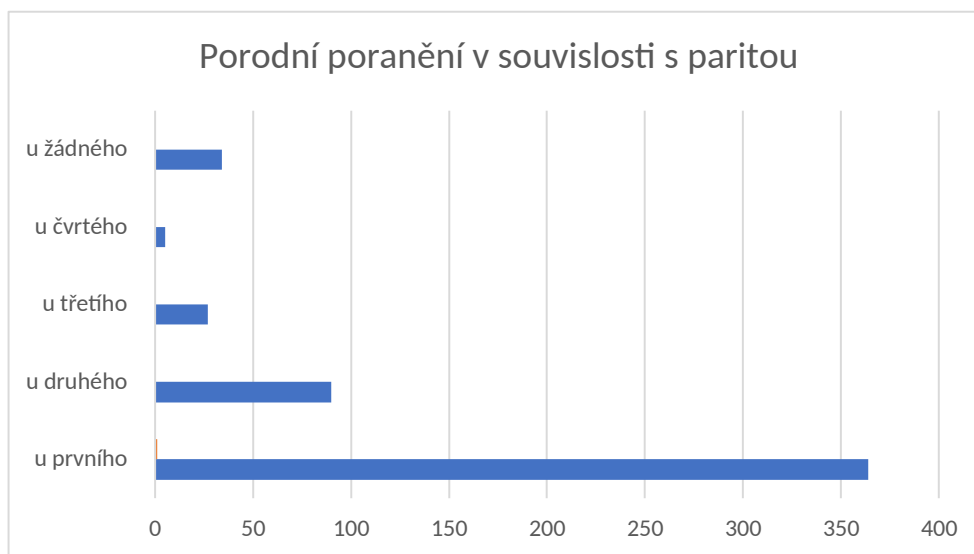
Zajímalo mě také, jak velké porodní poranění respondentky prodělaly. Bez žádného poranění porodilo 7,6 % žen, 57,9 % žen byla provedena epiziotomie, malé porodní poranění mělo 24,9 % žen. Velké porodní poranění udává 6,4 % žen a 3,2 % žen mělo velké porodní poranění i s poraněním análního svěrače.

Otázka číslo 7:

U jakého porodu jste měla porodní poranění?

Tabulka 7 porodní poranění v souvislosti s paritou

Otázka č.7	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
u prvního	364	70,40%
u druhého	90	17,40%
u třetího	27	5,20%
u čtvrtého	5	1,00%
u žádného	31	6,00%
celkem	517	100%



Obrázek 7 graf porodní poranění v souvislosti s paritou

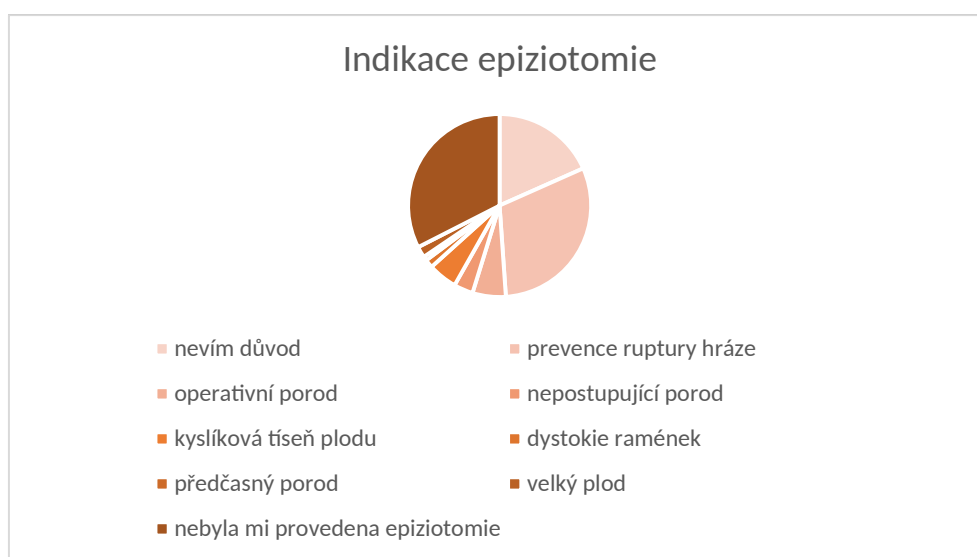
Také jsem se ptala, u jakého porodu měly ženy porodní poranění. 70,4 % žen mělo porodní poranění u prvního porodu. U druhého porodu mělo porodní poranění 17,4 % žen, u třetího 5,2% žen, u čtvrtého pouze 1% žen a 6% žen bylo bez poranění.

Otázka číslo 8:

Pokud Vám byla provedena epiziotomie, jaký byl důvod k jejímu provedení dle Vašeho lékaře/porodní asistentky?

Tabulka 8 indikace epiziotomie

Otázka č.8	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nevím důvod	75	18,34%
prevence ruptury hráze	125	30,56%
operativní porod	24	5,87%
nepostupující porod	14	3,42%
kyslíková tíseň plodu	21	5,13%
dystokie ramének	6	1,47%
předčasný porod	3	0,73%
velký plod	8	1,96%
nebyla mi provedena epiziotomie	133	32,52%
celkem	409	100%



Obrázek 8 graf indikace epiziotomie

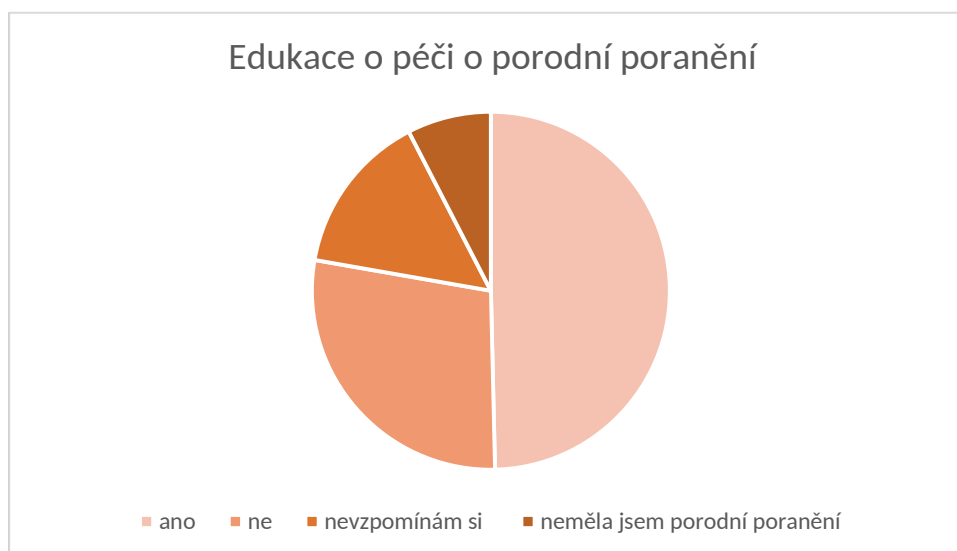
Ptala jsem se také na indikaci k provedení epiziotomie. 18,34 % žen nevědělo jaký byl důvod k provedení epiziotomie, v 30,56 % případů byla provedena epiziotomie z důvodu prevence ruptury hráze. 5,87 % žen mělo operativní porod, z důvodu nepostupujícího porodu byla provedena epiziotomie 3,42 % ženám. 5,13 % žen mělo epiziotomii z důvodu kyslíkové tísně plodu. V 1,47 % případů byla provedena epiziotomie z důvodu dystokie ramének, 0,73 % ženám z důvodu předčasného porodu, 1,96 % z důvodu velkého plodu a 32,52 % ženám nebyla provedena epiziotomie.

Otázka číslo 9:

Byla jste poučena, jak pečovat o porodní poranění?

Tabulka 9 edukace o péči o porodní poranění

Otázka č.9	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	203	49,63%
ne	115	28,12%
nevzpomínám si	60	14,67%
neměla jsem porodní poranění	31	7,58%
celkem	409	100%



Obrázek 9 graf edukace o péči o porodní poranění

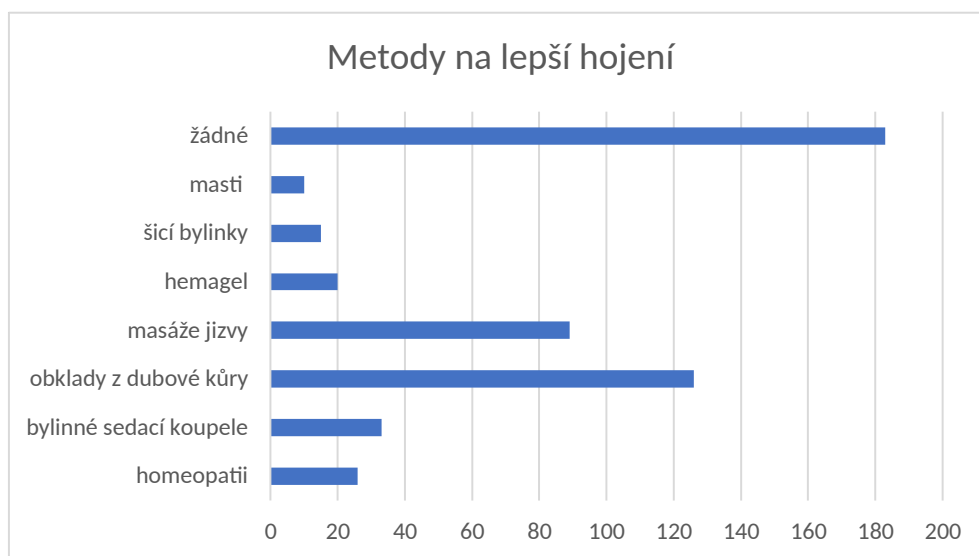
V této otázce jsem se ptala, zda byly ženy poučeny o péči o porodní poranění. 49,63 % žen uvedlo, že byly poučeny o péči o porodní poranění a 28,12 % žen nebylo edukováno o péči o porodní poranění. 14,67 % žen si na toto nepamatuje a 7,58 % žen nemělo porodní poranění.

Otázka číslo 10:

Využívala jste některé metody na lepší hojení porodního poranění? (můžete vybrat více možností)

Tabulka 10 metody na lepší hojení porodního poranění

Otázka č.10	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
homeopatii	26	5,18%
bylinné sedací koupele	33	6,57%
obklady z dubové kůry	126	25,10%
masáže jizvy	89	17,73%
hemagel	20	3,98%
šicí bylinky	15	2,99%
masti	10	1,99%
žádné	183	36,45%
celkem	502	100%



Obrázek 10 graf metody na lepší hojení porodního poranění

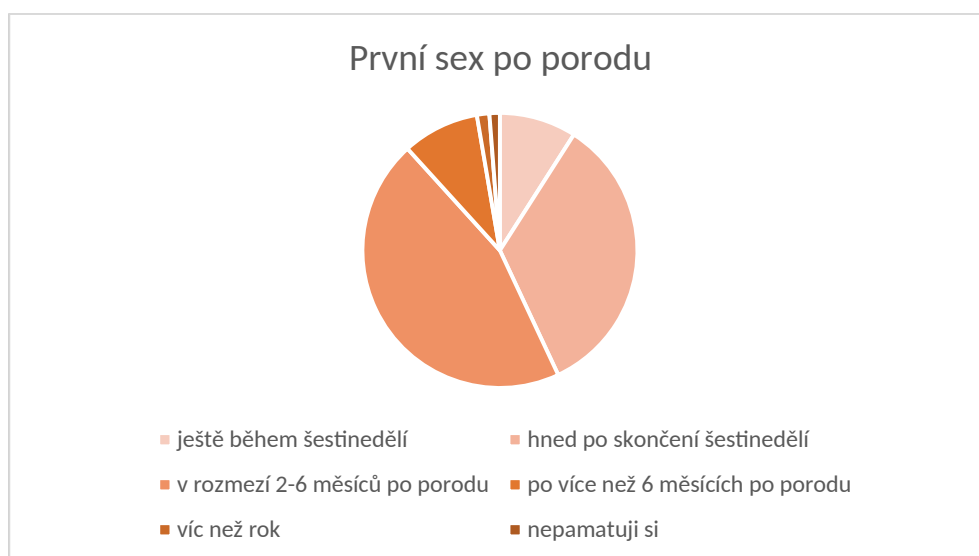
V další otázce jsem zjišťovala, zda ženy využívaly některé metody na lepší hojení porodní poranění. 36,45 % nevyužívalo žádné metody. 5,18 % užívalo homeopatii, 6,57 % praktikovalo bylinné sedací koupele, 25,10 % žen používalo obklady z dubové kůry, 17,73 % žen si masírovalo jizvu. 3,98 % žen používalo na lepší hojení hemagel, 2,99 % žen využilo šicí bylinky a 1,99 % žen používalo masti.

Otázka číslo 11:

Po jaké době jste měla první pohlavní styk po porodu?

Tabulka 11 první sex po porodu

Otázka č.11	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ještě během šestinedělí	37	9,05%
hned po skončení šestinedělí	139	33,99%
v rozmezí 2-6 měsíců po porodu	185	45,22%
po více než 6 měsících po porodu	37	9,05%
víc než rok	6	1,47%
nepamatuji si	5	1,22%
celkem	409	100%



Obrázek 11 graf první sex po porodu

Dále mě zajímalo, po jaké době měly ženy pohlavní styk po porodu. 9,07 % žen přiznalo, že měly pohlavní styk ještě během šestinedělí, hned po skončení šestinedělí mělo pohlavní styk 33,99 % žen, 45,23 % žen mělo první sex po porodu v rozmezí 2-6 měsíců, po více než 6 měsících po porodu zahájilo sexuální život 9,05 % žen, 1,47 % žen po více než roce a 1,22 % žen si to nepamatuje.

Otázka číslo 12:

Bála jste se prvního styku po porodu?

Tabulka 12 strach z prvního sexu

Otázka č.12	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	275	67,30%
ne	134	32,70%
celkem	409	100%



Obrázek 12 graf strach z prvního sexu

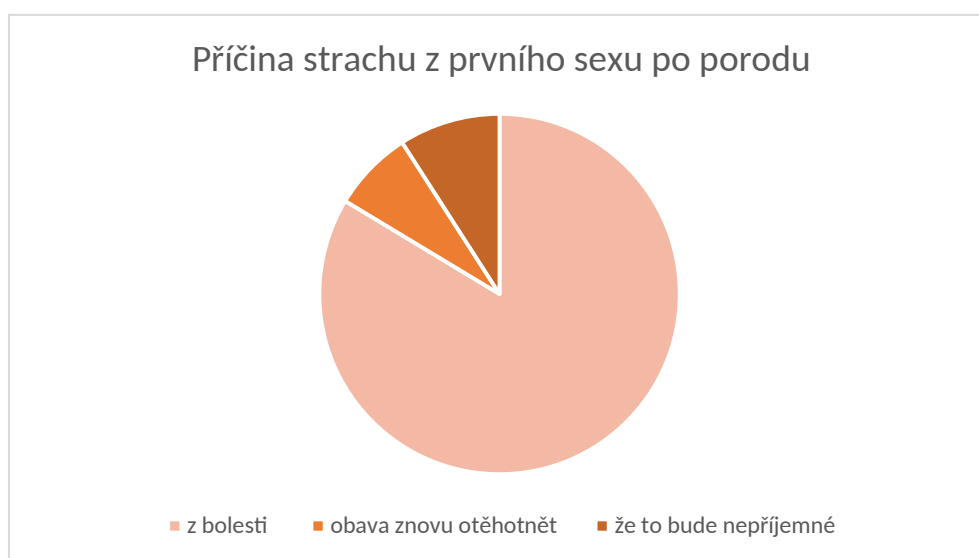
V další otázce jsem zjišťovala, zda se ženy bály prvního styku po porodu. 67,30 % žen uvedlo, že ano a 32,70 % žen uvedlo, že ne.

Otázka číslo 13:

Pokud jste v předchozí otázce zodpověděla ano, z čeho konkrétně jste měla obavy?

Tabulka 13 příčina strachu z prvního sexu po porodu

Otázka č.13	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
z bolesti	230	83,64%
obava znovu otěhotnět	20	7,27%
že to bude nepříjemné	25	9,09%
celkem	275	100%



Obrázek 13 graf příčina strachu z prvního sexu po porodu

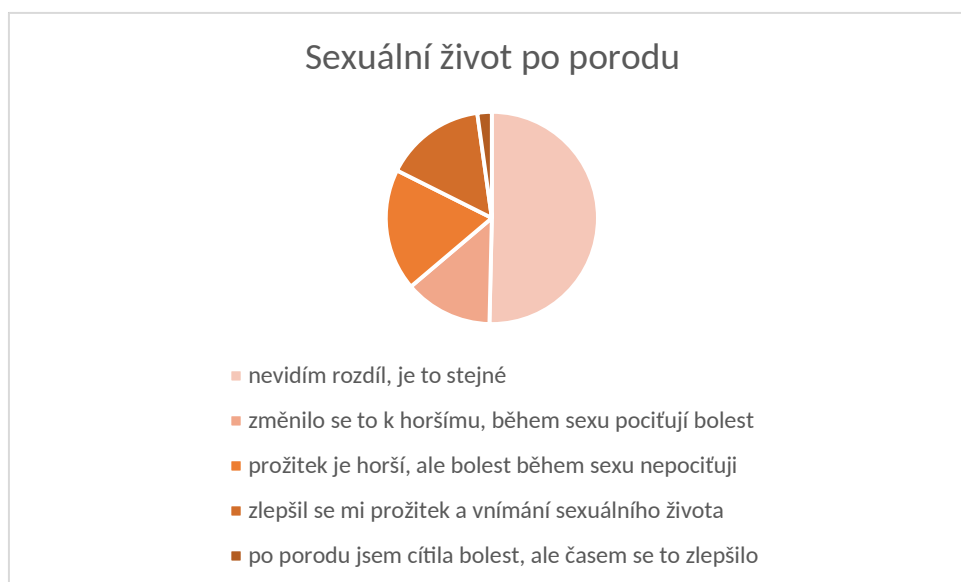
V doplňující otázce jsem se ptala na konkrétní příčinu strachu z prvního sexu po porodu. 83,63 % žen mělo strach z bolesti, 7,27 % žen mělo obavy z toho, že znovu otěhotní a 9,09 % žen se obávalo, že to bude nepříjemné.

Otázka číslo 14:

Jak byste definovala svůj sexuální život po porodu?

Tabulka 14 sexuální život po porodu

Otázka č.14	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nevidím rozdíl, je to stejné	206	50,40%
změnilo se to k horšímu, během sexu pociťuji bolest	55	13,40%
prožitek je horší, ale bolest během sexu nepociťuji	76	18,60%
zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života	63	15,40%
po porodu jsem cítila bolest, ale časem se to zlepšilo	9	2,20%
celkem	409	100%



Obrázek 14 graf sexuální život po porodu

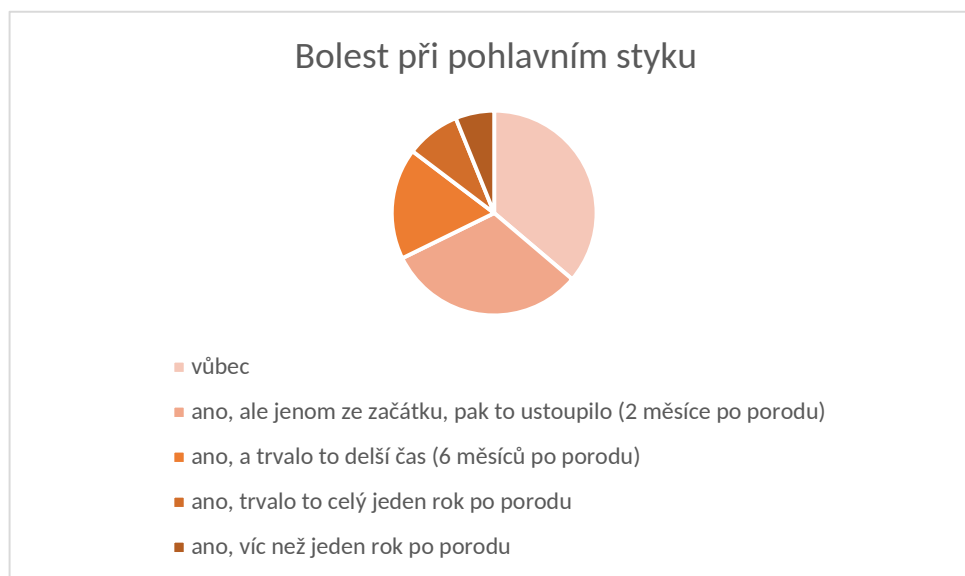
Dále jsem zjišťovala, jak by ženy definovaly svůj sexuální život po porodu. 50,40 % žen uvedlo, že nepociťují žádný rozdíl, 13,4 % ženám se sexuální život změnil k horšímu z důvodu bolesti, 18,6 % odpovědělo, že bolest během sexu nepociťují, ale prožitek z aktu se změnil k horšímu. 15,4 % ženám se prožitek a vnímání sexuálního života zlepšil a 2,2 % cítilo po porodu během sexu bolest, ale časem se to zlepšilo.

Otázka číslo 15:

Pociťovala jste bolest při pohlavním styku po porodu?

Tabulka 15 bolest při pohlavním styku

Otázka č.15	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
vůbec	148	36,60%
ano, ale jenom ze začátku, pak to ustoupilo (2 měsíce po porodu)	129	31,80%
ano, a trvalo to delší čas (6 měsíců po porodu)	72	17,50%
ano, trvalo to celý jeden rok po porodu	35	8,30%
ano, víc než jeden rok po porodu	25	5,80%
celkem	409	100%



Obrázek 15 graf bolest při pohlavním styku

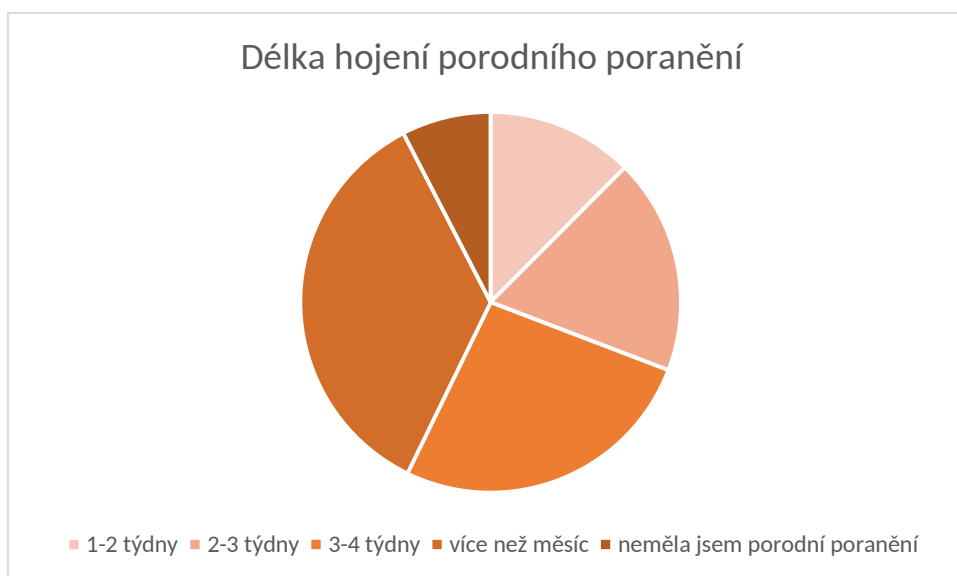
Také mě zajímalo, jestli ženy byly omezovány bolestí během sexu po porodu a jak dlouho tato nepříjemnost případně trvala. 36,6 % žen během sexu bolest necítilo, 31,8 % žen cítilo bolest pouze ze začátku a pak to ustoupilo. 17,5 % žen uvedlo, že cítilo bolest při pohlavním styku celých 6 měsíců po porodu, 8,3 % žen pociťovalo bolest při pohlavním styku celý jeden rok po porodu a u 5,8 % žen to trvalo více než jeden rok po porodu.

Otázka číslo 16:

Za jak dlouho se Vám porodní poranění zcela zahojilo?

Tabulka 16 délka hojení porodního poranění

Otázka č.16	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1-2 týdny	51	12,50%
2-3 týdny	75	18,30%
3-4 týdny	108	26,40%
více než měsíc	144	35,20%
neměla jsem porodní poranění	31	7,60%
celkem	409	100%



Obrázek 16 graf délka hojení porodního poranění

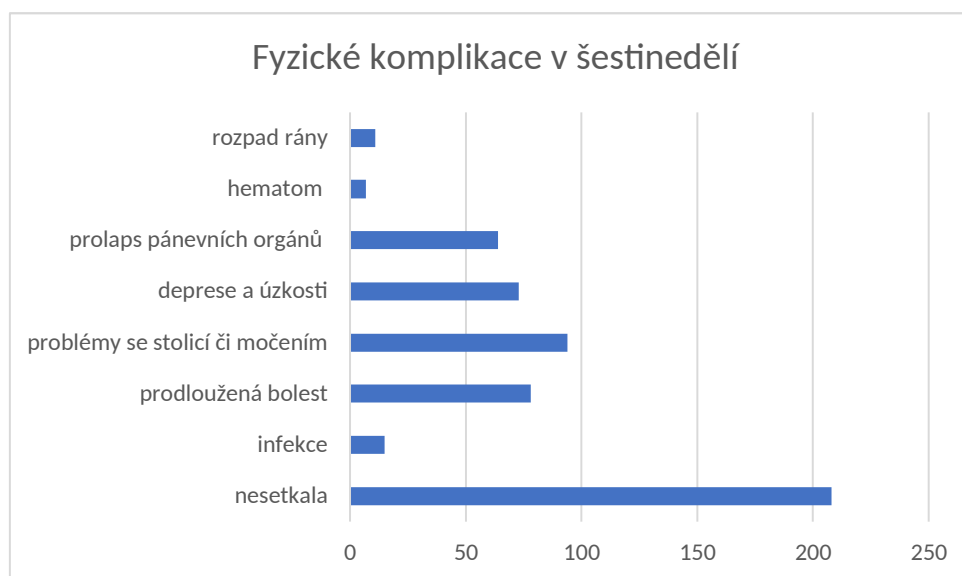
Také jsem se ptala, za jak dlouho se ženám porodní poranění zcela zahojilo. 12,5 % ženám se porodní poranění zahojilo během 1-2 týdnů po porodu, 18,3 % ženám 2-3 týdny po porodu, 26,4 % žen uvedlo, že hojení porodního poranění trvalo 3-4 týdny po porodu a více než měsíc se hojilo porodní poranění 35,2 % ženám. 7,6% žen nemělo porodní poranění.

Otázka číslo 17:

Setkala jste se s komplikacemi během šestinedělí? (můžete vybrat více možností)

Tabulka 17 fyzické komplikace v šestinedělí

Otázka č.17	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
nesetkala	208	37,80%
infekce	15	2,70%
prodloužená bolest	78	14,20%
problémy se stolicí či močením	94	17,10%
deprese a úzkosti	73	13,30%
prolaps pánevních orgánů	64	11,60%
hematom	7	1,30%
rozpad rány	11	2,00%
celkem	550	100%



Obrázek 17 graf fyzické komplikace v šestinedělí

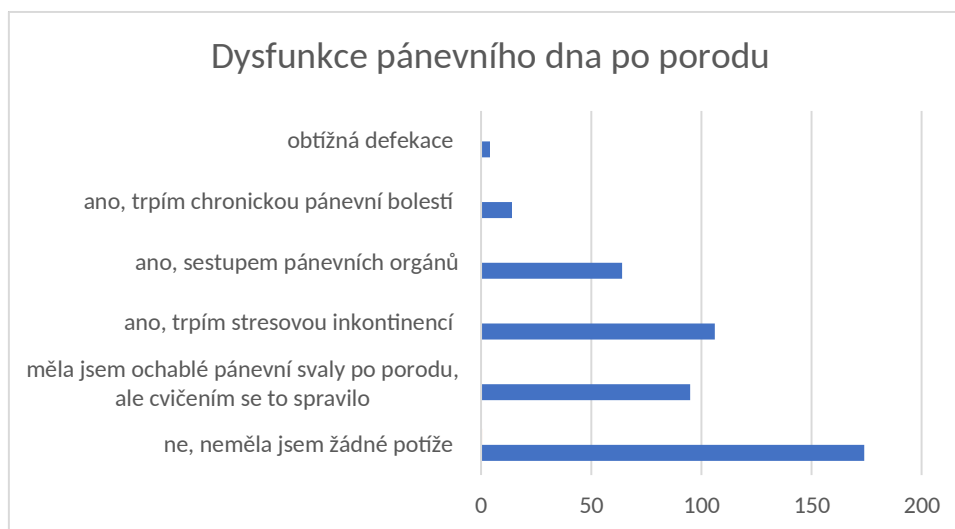
V této otázce jsem se informovala o fyzických komplikacích, se kterými se ženy potýkaly během šestinedělí. 37,8 % žen se nesetkalo s žádnými komplikacemi. 2,7 % žen se potýkalo s infekcí, 14,2 % žen trpělo prodlouženou bolestí, 17,1 % žen udává problémy se stolicí či močením, 13,3 % žen mělo deprese či úzkosti. 11,6 % mělo problémy s prolapem pánevních orgánů, 1,3 % žen mělo hematom 2 % žen se potýkalo s rozpadem rány.

Otázka číslo 18:

Projevila se u Vás dysfunkce pánevního dna po porodu?

Tabulka 18 dysfunkce pánevního dna po porodu

Otázka č.18	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ne, neměla jsem žádné potíže	174	42,50%
měla jsem ochablé pánevní svaly po porodu, ale cvičením se to spravilo	95	23,20%
ano, trpím stresovou inkontinencí	106	25,90%
ano, sestupem pánevních orgánů	64	15,60%
ano, trpím chronickou pánevní bolestí	14	3,40%
obtížná defekace	4	1,00%
celkem	457	100%



Obrázek 18 graf dysfunkce pánevního dna po porodu

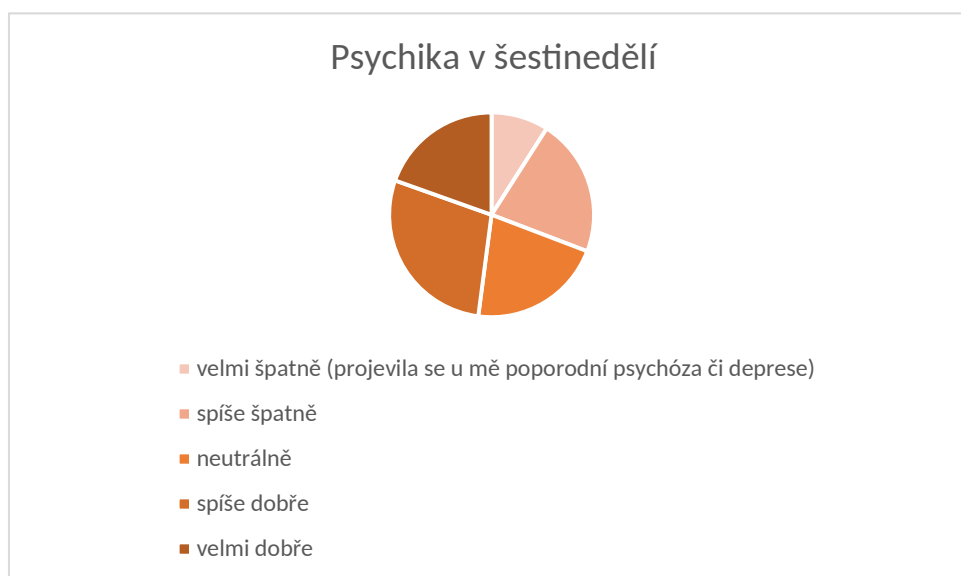
Dále mě zajímalo, jestli se u žen projevila dysfunkce pánevního dna po porodu. 42,5 % žen uvedlo, že se u nich dysfunkce pánevního dna neprojevila. 23,2 % žen mělo ochablé pánevní svalstvo, které se cvičením spravilo. 25,9 % trpí stresovou inkontinencí, 15,6 % žen se projevila prolaps pánevních orgánů, 3,4 % žen trpí chronickou pánevní bolestí a 1 % žen uvedlo obtížnou defekaci po porodu.

Otázka číslo 19:

Jak jste se cítila psychicky následující týdny po porodu?

Tabulka 19 psychika v šestinedělí

Otázka č.19	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
velmi špatně (projevila se u mě poporodní psychóza či deprese)	37	9,00%
spíše špatně	89	21,80%
neutrálně	87	21,30%
spíše dobře	116	28,40%
velmi dobře	80	19,60%
celkem	409	100%



Obrázek 19 graf psychika v šestinedělí

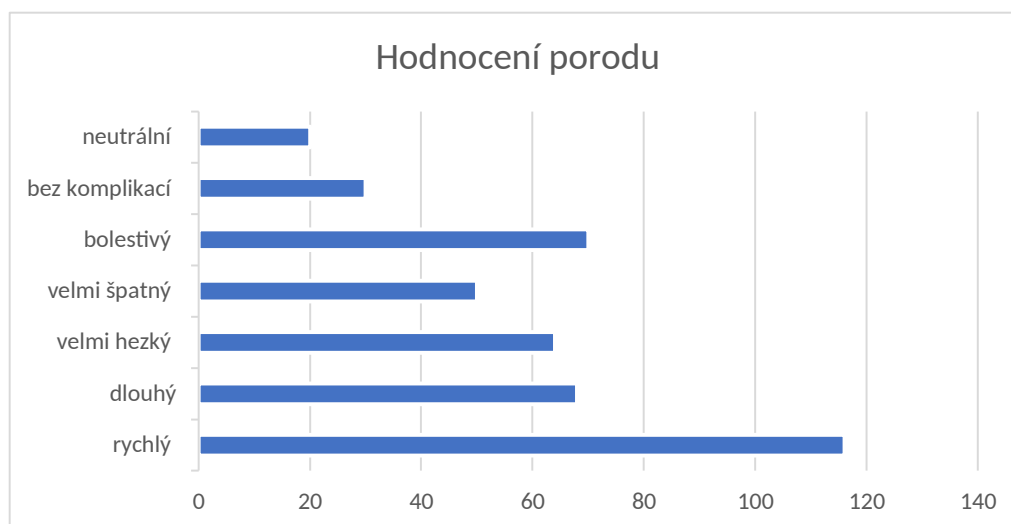
Otázka č.19 byla zaměřena na psychické zdraví ženy po porodu. 9 % žen se projevila poporodní psychóza či deprese, 21,8 % žen se cítilo po porodu spíše špatně, 21,3 % se cítilo neutrálně, 28,4 % žen uvedlo, že se cítily spíše dobře a velmi dobře se cítilo 19,6 % žen.

Otázka číslo 20:

Jak byste krátce zhodnotila svůj porod?

Tabulka 20 hodnocení porodu

Otázka č.20	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
rychlý	116	27,80%
dlouhý	68	16,30%
velmi hezký	64	15,30%
velmi špatný	50	12,00%
bolestivý	70	16,70%
bez komplikací	30	7,20%
neutrální	20	4,80%
celkem	418	100%



Obrázek 20 graf hodnocení porodu

V další otázce jsem žádala, aby ženy krátce zhodnotily svůj porod. 27,8 % žen hodnotí svůj porod jako rychlý a 16,3 % žen hodnotí svůj porod jako dlouhý. Jako velmi hezký hodnotí svůj porod 15,3 % a jako velmi špatný 12 % žen. 16,7 % žen napsalo, že byl jejich porod bolestivý, 7,2 % žen prožilo svůj porod bez komplikací a neutrální zážitek z porodu mělo 4,8 % žen.

Otázka číslo 21:

Objevil se u Vás v období šestinedělí některý z těchto příznaků? (můžete vybrat více možností)

Tabulka 21 psychické potíže v šestinedělí

Otázka č.21	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
poruchy spánku	65	8,30%
apatie	32	4,10%
odmítání kojení	26	3,30%
sebepodceňování, nenávisť k vlastnímu tělu	59	7,60%
strach či úzkost	132	16,90%
nechutenství nebo přejídání se	54	6,90%
pocity selhávání	121	15,50%
nekontrolovatelná plačtivost	111	14,20%
velká únava	15	1,90%
žádné	166	21,30%
celkem	781	100%



Obrázek 21 graf psychické potíže v šestinedělí

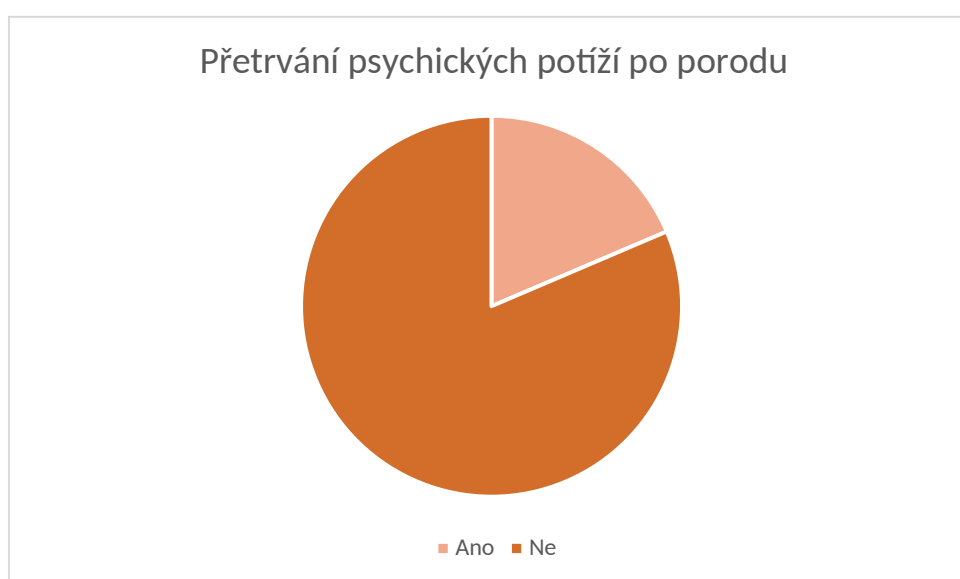
V této otázce jsem se ptala na psychické potíže v období šestinedělí. 8,3 % žen mělo poruchy spánku, 4,1 % žen uvedlo, že byly apatické a 3,3 % žen odmítalo kojení, 7,6 % žen se sebepodceňovalo, 16,9 % žen se potýkalo se strachem či úzkostmi, 6,9 % žen trpělo nechutenstvím nebo přejídáním se, 15,5 % žen mělo pocity selhávání, 14,2 % trápila nekontrolovatelná plačtivost, 1,9 % žen trpělo velkou únavou a žádné potíže uvedlo 21,3 %.

Otázka číslo 22:

Přetrvávaly nebo se u Vás objevily některé psychické potíže i po skončení šestinedělí?

Tabulka 22 přetrvání psychických potíží po porodu

Otázka č.22	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	76	18,60%
ne	333	81,40%
celkem	409	100%



Obrázek 22 graf přetrvání psychických potíží po porodu

V poslední otázce jsem zjišťovala, zda u žen přetrvávaly nebo se u nich objevily psychické potíže i po skončení šestinedělí. Většina žen, tedy 81,4 % uvedlo, že se nepotýkaly s psychickými potížemi po skončení šestinedělí. U 18,6 % žen přetrvávaly psychické potíže i po skončení šestinedělí.

11. Vyhodnocení stanovených hypotéz

H1: Předpokládám, že ženy jsou dostatečně informované o následné péči o porodní poranění

Díky výsledkům zobrazených v otázce č.9 a tabulce č.9 „Byla jste poučena, jak pečovat o porodní poranění?“ vidíme, že 63,8 % žen, které měly porodní poranění a pamatují si, zda byly edukovány či nikoliv, bylo edukováno o následné péči o porodní poranění. Zbýlých 36,2 % žen nebylo informováno o následné péči o porodní poranění.

Tabulka 23 informovanost žen, které měly porodní poranění, o péči o porodní poranění

Informovanost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	203	63,80%
ne	115	36,20%
celkem	318	100%

V otázce č.10 a tabulce č.10 „Využívala jste některé metody na lepší hojení porodního poranění?“, můžeme vidět, že 36,45 % žen včetně těch, které neměly žádné porodní poranění nevyužívalo žádné metody na lepší hojení porodního poranění. Ostatních 63,5 % žen využívalo některé zmiňované metody na lepší hojení porodního poranění. **Hypotéza byla potvrzena.**

H2: Předpokládám, že metody na podporu hojení porodního poranění jsou efektivní.

Tabulka 24 délka hojení porodního poranění u žen, které měly větší porodní poranění či epiziotomii a nevyužívaly žádné metody na podporu hojení

Délka hojení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1-2 týdny	11	10,30%
2-3 týdny	21	19,60%
3-4 týdny	34	31,80%
více jak měsíc	41	38,00%
celkem	107	100%

Tabulka 25 délka hojení porodního poranění u žen, které měly větší porodní poranění či epiziotomii a využívaly některou z metod na lepší hojení

Délka hojení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1-2 týdny	6	3,60%
2-3 týdny	21	12,40%
3-4 týdny	41	24,30%
více jak měsíc	101	59,80%
celkem	169	100,00%

V tabulce č. 24 jsou respondentky, které měly velké porodní poranění či epiziotomii a nevyužívaly žádné metody na lepší hojení porodního poranění po porodu. V tabulce lze vidět, že 29,9 % ženám se zahojilo porodní poranění do 3 týdnů. V tabulce č. 25 vidíme ženy, které měly epiziotomii či velké porodní poranění a pečovaly o něj vybranými metodami. Tyto ženy udávají, že se jim porodní poranění zahojilo do 3 týdnů v 16 %. Dále můžeme vidět, že ženám bez speciální péče se zahojilo porodní poranění za více jak měsíc v 38 % a ženám s péčí se porodní poranění zahojilo za více jak měsíc v 59,8 %.

Na základě provedené analýzy s p-hodnotou 0.0026, která je nižší než běžný práh statistické významnosti (0.05), můžu říct, že rozdíly v délce hojení mezi skupinou bez podpory a skupinou s podporou jsou statisticky významné. Data ukazují, že skupina využívající metody na podporu hojení má delší průměrnou dobu hojení než skupina, která tyto metody nevyužívala. **Hypotéza nebyla potvrzena.**

H3: Předpokládám, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii měly větší problémy se začátkem sexuálního života.

Tabulka 26 sexuální život po porodu žen, kterým byla provedena epiziotomie

Definice sexuálního života	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevidím rozdíl, je to stejné	119	50,21%
Změnilo se to k horšímu, během sexu pociťuji bolest	34	14,35%
Prožitek je horší, ale bolest během sexu nepociťuji	51	21,52%
Zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života	28	11,81%
Po porodu jsem cítila bolest, ale časem se to zlepšilo	5	2%
Celkem	237	100,00%

Tabulka 27 sexuální život po porodu žen, které měly velké porodní poranění

Definice sexuálního života	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevidím rozdíl, je to stejné	10	25,64%
Změnilo se to k horšímu, během sexu pociťuji bolest	11	28,21%
Prožitek je horší, ale bolest během sexu nepociťuji	8	20,51%
Zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života	9	23,08%
Po porodu jsem cítila bolest, ale časem se to zlepšilo	1	3%
Celkem	39	100,00%

Tabulka 28 sexuální život po porodu žen, které měly minimální porodní poranění nebo žádné

Definice sexuálního života	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevidím rozdíl, je to stejné	77	57,89%
Změnilo se to k horšímu, během sexu pociťuji bolest	10	7,52%
Prožitek je horší, ale bolest během sexu nepociťuji	19	14,29%
Zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života	24	18,05%
Po porodu jsem cítila bolest, ale časem se to zlepšilo	3	2%
Celkem	133	100%

Tabulka 29 délka trvání bolesti při styku u žen, kterým byla provedena epiziotomie

Délka trvání bolesti	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec	74	31,22%
ano, ale jenom ze začátku, pak to ustoupilo (2 měsíce po porodu)	79	33,33%
ano, a trvalo to delší čas (6 měsíců po porodu)	40	16,88%
ano, trvalo to celý jeden rok po porodu	26	10,97%
ano, víc než jeden rok po porodu	18	8%
Celkem	237	100,00%

Tabulka 30 délka trvání bolesti při styku u žen, které měly velké porodní poranění

Délka trvání bolesti	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec	8	20,51%
ano, ale jenom ze začátku, pak to ustoupilo (2 měsíce po porodu)	14	35,90%
ano, a trvalo to delší čas (6 měsíců po porodu)	10	25,64%
ano, trvalo to celý jeden rok po porodu	4	10,26%
ano, víc než jeden rok po porodu	3	8%
Celkem	39	100,00%

Tabulka 31 délka trvání bolesti při styku u žen, které měly malé porodní poranění či žádné poranění

Délka trvání bolesti	Absolutní četnost	Relativní četnost
vůbec	66	49,62%
ano, ale jenom ze začátku, pak to ustoupilo (2 měsíce po porodu)	36	27,07%
ano, a trvalo to delší čas (6 měsíců po porodu)	22	16,54%
ano, trvalo to celý jeden rok po porodu	5	3,76%
ano, víc než jeden rok po porodu	4	3%
Celkem	133	100%

V tabulce č.26, kde jsou vybrané ženy, kterým byla provedena epiziotomie ukazují, že 35,87 % se sexuální život změnil k horšímu a 50,21 % žen uvádí, že se jejich sexuální život nezměnil. V tabulce č.27, kde jsou vybrané ženy s velkým poraněním můžeme vidět, že 48,72 % žen uvádí horší sexuální prožitek po porodu a 25,64 % žen nevnímá po porodu rozdíl. A v tabulce č.28, kde jsou vybrané ženy bez poranění je vidět, že 21,81 % žen se zhoršil sexuální prožitek a 57,9 % žen nevnímá žádný rozdíl. Z tabulek týkající se otázky „Cítila jste bolest při styku po porodu?“, lze zjistit, že ženy bez poranění necítily žádnou bolest při styku v 49,62% a 23,3% těchto žen trpělo bolestí při styku delší čas. Tabulka č. 29 s ženami, kterým byla provedena epiziotomie poukazuje, že 31,22% žen necítilo bolest při styku po porodu a 35,85% trpělo bolestí při styku delší dobu. A tabulka č. 30 s ženami, které měly velké porodní poranění ukazuje, že 20,51 % žen necítilo žádnou bolest při styku po porodu a celých 43,9 % žen s velkým poraněním trpělo bolestí při styku delší dobu.

Na základě provedených statistických analýz jsem zjistila, že existují statisticky významné rozdíly mezi skupinami žen s různými typy porodních poranění ve vnímání sexuálního zdraví a bolesti při styku po porodu. Analýzy byly provedeny pomocí Chi-kvadrát testu nezávislosti, který je standardním nástrojem pro porovnávání frekvencí mezi více nezávislými skupinami.

Pro hodnocení sexuálního zdraví ukázal Chi-kvadrát test hodnotu statistiky 22.73 a p-hodnota byla 0.0037, což překračuje hranici statistické významnosti ($\alpha = 0.05$). Tyto výsledky naznačují, že typ porodního poranění má vliv na pozdější sexuální zdraví žen. **Zejména ženy, které prodělaly epiziotomii nebo měly velké porodní poranění, vykazovaly odlišné vzorce ve vnímání svého sexuálního zdraví ve srovnání se ženami s malým či žádným poraněním.**

V oblasti vnímání bolesti při styku byla hodnota Chi-kvadrát statistiky 22.24 s p-hodnotou 0.0045, což opět ukazuje na statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami. **Ženy, které prodělaly epiziotomii nebo měly velké porodní poranění, trápila bolest při pohlavním styku delší dobu ve srovnání se ženami s malým či žádným poraněním.**

Dále jsem provedla analýzu, kde jsem porovnávala pouze skupinu žen s epiziotomií se skupinou žen s velkým poraněním. Zde byla p-hodnota 0.5928, což naznačuje, že neexistuje statisticky významný rozdíl v délkách trvání bolesti při pohlavním styku po porodu mezi ženami s epiziotomií a ženami s velkým poraněním. Tento výsledek naznačuje, že dlouhodobý dopad na sexuální zdraví žen je mezi těmito dvěma skupinami podobný.

Tyto nálezy podporují závěr, **že epiziotomie může mít dlouhodobý dopad na sexuální zdraví žen po porodu. Moje hypotéza byla potvrzena.**

H4: Předpokládám, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii měly po porodu dysfunkci pánevního dna.

Tabulka 32 dysfunkce pánevního dna po porodu u žen, kterým byla provedena epiziotomie

Dysfunkce pánevního dna	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne, neměla jsem žádné potíže	100	39,84%
měla jsem ochablé pánevní svaly po porodu, ale cvičením se to spravilo	54	21,51%
ano, trpím stresovou inkontinencí	60	23,90%
ano, sestupem pánevních orgánů	28	11,16%
ano, trpím chronickou pánevní bolestí	7	3%
obtížná defekace	2	0,80%
Celkem	251	100,00%

Tabulka 33 dysfunkce pánevního dna po porodu u žen, které měly velké porodní poranění

Dysfunkce pánevního dna	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne, neměla jsem žádné potíže	6	9,52%
měla jsem ochablé pánevní svaly po porodu, ale cvičením se to spravilo	14	22,22%
ano, trpím stresovou inkontinencí	22	34,92%
ano, sestupem pánevních orgánů	15	23,81%
ano, trpím chronickou pánevní bolestí	4	6%
obtížná defekace	2	3,17%
Celkem	63	100%

Tabulka 34 dysfunkce pánevního dna po porodu u žen, které měly malé porodní poranění či žádné porodní poranění

Dysfunkce pánevního dna	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne, neměla jsem žádné potíže	68	47,55%
měla jsem ochablé pánevní svaly po porodu, ale cvičením se to spravilo	27	18,88%
ano, trpím stresovou inkontinencí	24	16,78%
ano, sestupem pánevních orgánů	21	14,69%
ano, trpím chronickou pánevní bolestí	3	2%
obtížná defekace	0	0,00%
Celkem	143	100%

Tabulka č.32 ukazuje projevy dysfunkce pánevního dna u žen, kterým byla provedena epiziotomie. 38,86 % těchto žen trpí některou dysfunkcí pánevního dna. Největší zastoupení má stresová inkontinence a prolaps pánevních orgánů. 39,84 % těchto žen uvádí, že neměly žádné potíže s pánevním dnem. V tabulce, kde jsou ženy, které měly velké porodní poranění vidíme, že více jak polovina, tedy 67,9 % žen trpí dysfunkcí pánevního dna. Pouze 9,52 % žen s velkým poraněním nemají žádné potíže s pánevním dnem po porodu. Největší zastoupení má opět stresová inkontinence a prolaps pánevních orgánů. Tabulka, kde jsou vybrány ženy bez poranění ukazuje, že 33,47 % žen trpí dysfunkcí pánevního dna a celých 47,55 % nemá žádné problémy s pánevním dnem.

Zde jsem tak provedla analýzu dat. Hodnota Chi-kvadrát testu dosáhla 37.39 a p-hodnota byla extrémně nízká, přibližně 0.0000485, což naznačuje silný statistický důkaz pro rozdíly mezi skupinami.

Na základě výsledků analýz jsem zjistila, že **ženy s velkým porodním poraněním jsou nejvíce postiženy potížemi s dysfunkcí pánevního dna v porovnání se skupinou žen s epiziotomií. Ženy s malým či žádným poraněním vykazují nejnižší prevalenci dysfunkcí pánevního dna. Proto hypotéza byla potvrzena.**

H5: Předpokládám, že větší porodní poranění či epiziotomie má vliv i na psychické zdraví ženy.

Tabulka 35 psychické zdraví po porodu u žen, kterým byla provedena epiziotomie

Psychické zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost
velmi špatně (projevila se u mě poporodní psychóza či deprese)	24	10,13%
spíše špatně	54	22,78%
neutrálně	51	21,52%
spíše dobře	64	27,00%
velmi dobře	44	19%
Celkem	237	100,00%

Tabulka 36 psychické zdraví po porodu u žen, které měly velké porodní poranění

Psychické zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost
velmi špatně (projevila se u mě poporodní psychóza či deprese)	5	12,82%
spíše špatně	12	30,77%
neutrálně	10	25,64%
spíše dobře	10	25,64%
velmi dobře	2	5%
Celkem	39	100,00%

Tabulka 37 psychické zdraví po porodu u žen, které měly malé porodní poranění či žádné porodní poranění

Psychické zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost
velmi špatně (projevila se u mě poporodní psychóza či deprese)	8	6,02%
spíše špatně	23	17,29%
neutrálně	26	19,55%
spíše dobře	42	31,58%
velmi dobře	34	26%
Celkem	133	100%

V tabulce, která ukazuje psychické zdraví žen po porodu u žen, kterým byla provedena epiziotomie vidíme, že 32,91 % se cítilo po porodu špatně a 46 % žen se cítilo po porodu dobře. Tabulka s ženami, které prodělaly velké porodní poranění poukazuje, že 43,59 % žen hodnotí své psychické zdraví po porodu jako horší a 30,64 % se cítilo výborně. V tabulce č.37 jsou respondentky, které měly malé či žádné porodní poranění. Z nich 23,31 % žen se cítilo nepříjemně a více jak polovina, tedy 57,58 % se po porodu cítila skvěle.

Pro porovnání vnímání psychického zdraví mezi různými skupinami žen po porodu byla provedena statistická analýza Chi-kvadrát test. Zde mám hodnotu statistiky 1.321 s p-hodnotou přibližně 0.517, což je mnohem vyšší než běžná hranice statistické významnosti. To značí, že neexistují statisticky významné rozdíly mezi skupinami žen bez poranění, s epiziotomií a s velkým poraněním v prevalenci psychických potíží po porodu.

Z těchto výsledků lze vyvodit, že na základě mých dat nebyl nalezen žádný statisticky významný vztah mezi typem porodního poranění a výskytem psychických potíží mezi zkoumanými skupinami. Proto moje hypotéza nebyla potvrzena.

H6: Předpokládám, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii se setkaly v šestinedělí s komplikacemi.

Tabulka 38 fyzické komplikace v šestinedělí u žen, kterým byla provedena epiziotomie

Fyzické komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
nesetkala	103	35,15%
infekce	10	3,41%
prodloužená bolest	51	17,41%
problémy se stolicí či močením	53	18,09%
deprese a úzkosti	31	10,58%
prolaps pánevních orgánů	34	11,60%
hematom	4	1,37%
rozpad rány	7	2,39%
Celkem	293	100,00%

Tabulka 39 fyzické komplikace v šestinedělí u žen, které měly velké porodní poranění

Fyzické komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
nesetkala	19	16,24%
infekce	4	3,42%
prodloužená bolest	24	20,51%
problémy se stolicí či močením	22	18,80%
deprese a úzkosti	21	17,95%
prolaps pánevních orgánů	20	17,09%
hematom	3	2,56%
rozpad rány	4	3,42%
Celkem	117	100%

Tabulka 40 fyzické komplikace v šestinedělí u žen, které měly malé porodní poranění či žádné

Fyzické komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
nesetkala	86	61,43%
infekce	1	0,71%
prodloužená bolest	3	2,14%
problémy se stolicí či močením	19	13,57%
deprese a úzkosti	21	15,00%
prolaps pánevních orgánů	10	7,14%
hematom	0	0,00%
rozpad rány	0	0,00%
Celkem	140	100,00%

V tabulce, která ukazuje fyzické komplikace u žen, kterým byla provedena epiziotomie je vidět, že 64,85 % žen se setkala v šestinedělí s komplikacemi. Největší zastoupení měla prodloužená bolest a problémy se stolicí či močením. 35,15 % žen v této skupině prožilo své šestinedělí bez komplikací. Tabulka s ženami, které měly velké porodní poranění poukazuje, že drtivá většina, tedy 83,76 % žen sužovaly během šestinedělí komplikace. Pouze 16,24 % žen, které měly velké porodní poranění, mělo nekomplikované šestinedělí. V tabulce, kde jsou vybrány ženy s malým či žádným poraněním vidíme, že 38,57 % žen trápily komplikace v šestinedělí, a to hlavně problémy se stolicí či močením. A 61,43 % žen s malým či žádným poraněním nemělo žádné komplikace během šestinedělí.

Chi-kvadrát test pro fyzické komplikace v šestinedělí vykazuje hodnotu statistiky 76.33 s p-hodnotou přibližně 0.00000000135, což je velmi daleko pod hranicí statistické významnosti. Tento výsledek ukazuje, že mezi skupinami žen existují statisticky významné rozdíly ve výskytu fyzických komplikací v šestinedělí. Z analýzy fyzických komplikací v šestinedělí mezi ženami s epiziotomií a ženami s velkým poraněním vyplývá, že **ženy s epiziotomií a ženy s velkým poraněním mají vyšší míru komplikací v šestinedělí ve srovnání se ženami, které neměly žádné nebo jen malé poranění. Moje hypotéza byla potvrzena.** Z analýzy také vyplynulo, že skupina žen s velkým porodním poraněním má větší prevalenci fyzických komplikací ve většině kategorií ve srovnání se skupinou žen, kterým byla provedena epiziotomie. Například, vyšší procento žen s velkým poraněním udává potíže jako "prodloužená bolest", "problémy se stolicí či močením", a "deprese a úzkosti" v porovnání se skupinou s epiziotomií.

12. Diskuse

Mého výzkumu se zúčastnilo 409 žen, všechny ženy vyplnily dotazník v celém rozsahu. První čtyři otázky se dotazovaly na cílovou skupinu, abych věděla, s kým pracuji. Otázky číslo 5 a 6 jsou zaměřeny na způsob porodu. V otázkách číslo 7 až 10 jsem zjišťovala informace ohledně porodního poranění a následné péči. Otázky číslo 11 až 15 jsou zaměřené na sexuální život žen po porodu, otázky číslo 16 až 18 se dotazují na fyzické zdraví žen po porodu a poslední čtyři otázky se ptají na psychické zdraví žen po porodu.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak epiziotomie ovlivňuje následné zdraví žen. Abych se dopracovala k výsledku, zvolila jsem si tři dílčí cíle, které jsem dále rozpracovala do stanovených hypotéz a ty jsem následně hodnotila.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit informovanost žen o následné péči o porodní poranění. K tomuto dílčímu cíli byla přičleněna hypotéza, ve které předpokládám, že jsou ženy dostatečně informované o péči o porodní poranění. Výsledky ukázaly, že 63,8 % žen bylo edukováno o správné péči o porodní poranění. Hypotéza se potvrdila, ale výsledky dle mého názoru nejsou tolik příznivé. Všechny ženy, které si odnesou z porodu některý typ poranění by měly být edukovány o správné péči o vzniklém poranění již na porodním sále a dále by měly být informované na oddělení šestinedělí. K této problematice jsem nenašla žádné relevantní výzkumy, se kterými bych mohla porovnat můj výsledek. Může to být způsobené tím, že většina prací zabývající se tématikou porodního poranění zkoumala primárně informovanost žen o metodách prevence porodního poranění.

Jako druhý dílčí cíl bylo zjistit, zda metody na lepší hojení porodního poranění jsou efektivní. Součástí tohoto cíle byla opět hypotéza, ve které jsem předpokládala, že metody na lepší hojení porodního poranění jsou efektivní. Porovnávala jsem využití metod na lepší hojení s délkou hojení porodního poranění. U žen, které nevyužívaly žádné metody na lepší hojení porodního poranění, vyšly lepší výsledky ve srovnání se ženami, které využívaly některou z metod. Zde hypotéza nebyla potvrzena. Ve výzkumu zkoumající vliv porodního poranění na sexuální život žen bylo také zjištěno, že ženy, které využívaly metody na lepší hojení porodního poranění, měly horší nástup do sexuálního života. (25) Tyto výsledky mohou být ovlivněny různými faktory, jako jsou rozdíly ve zdravotním stavu žen, rozsah poranění, nebo specifické metody použité na podporu hojení. Pro hlubší analýzu a potvrzení těchto závěrů by bylo vhodné provést detailnější statistické testy a zvážit další proměnné.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké komplikace spojené s porodním poraněním nejčastěji ženy trápí. Protože hlavním cílem bylo zjistit, jak epiziotomie ovlivňuje následný život ženy, stanovila jsem si tu až tři hypotézy.

Hypotéza číslo 3 předpokládá, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii měly větší problémy se začátkem sexuálního života. Toto se ukázalo jako potvrzená hypotéza. Srovnávala jsem ženy ve třech skupinách, a to podle typu porodního

poranění. Co se týče subjektivního vnímání sexuálního života po porodu, ukázalo se, že ženy s malým či žádným poraněním mají nejlepší výsledky. Také jsem zjišťovala, jestli ženy trápila bolest při pohlavním styku. Opět se ukázalo, že ženy s malým či žádným poraněním mají nejlepší výsledky. Dále jsem porovnávala ženy s velkým poraněním a epiziotomií. Zde se prokázalo, že neexistuje statisticky významný rozdíl v délkách trvání bolesti při pohlavním styku po porodu mezi ženami s epiziotomií a ženami s velkým poraněním. Tento výsledek je v souladu s důkazy prezentovanými v metaanalýze z roku 2022, kterou jsem podrobněji popsala v kapitole 8.4. Metaanalýza shrnuje data z různých studií a přichází k závěru, že zatímco epiziotomie může být spojena s dyspareunií, nebyla nalezena signifikantní spojitost s celkovou sexuální dysfunkcí. Na druhé straně, poranění perinea IV. stupně bylo spojeno se zvýšenou pravděpodobností sexuální dysfunkce. (37)

Hypotéza číslo 4 zní, že předpokládám, že ženy s větším porodním poraněním či epiziotomií měly po porodu dysfunkci pánevního dna. V tomto případě jsem sledovala projevy dysfunkce pánevního dna zvláště ve skupinách žen rozdělených dle porodního poranění. Ženy bez poranění udávaly v mnohem větším zastoupení, že neměly žádné potíže s pánevním dnem po porodu. A ženy s velkým porodním poraněním vykazují vyšší prevalenci dysfunkce pánevního dna ve srovnání s ženami s epiziotomií. Tento závěr podporuje výzkum z roku 2021, který zkoumal příznaky dysfunkce pánevního dna u žen jeden rok po porodu. Zabýval se souvislostí mezi typem porodního poranění a projevy dysfunkce pánevního dna. Zde došli k výsledku, že u žen, které utrpěly velké poranění perinea, bylo významně vyšší riziko výskytu příznaků prolapsu pánevních orgánů, urgentní inkontinence moči, anální inkontinence, dyspareunie a bolesti. (38) Také jsou moje výsledky shodné se závěrem výzkumu, který jsem popisovala v kapitole 8.3., kde došli k zjištění, že 20,7 % žen, kterým byla provedena epiziotomie trpělo deficitem svalu levator ani. Deficitem na straně epiziotomie trpělo 50 % z těchto žen. Závěrem konstatovali, že při provádění laterální epiziotomie nehrozilo nadměrné riziko přerušení svalu levator ani. (36)

Hypotéza číslo 5 byla, že předpokládám, že ženy s větším porodním poraněním či epiziotomií se setkaly s psychickými problémy po porodu. Zde jsem porovnávala subjektivní vnímání psychické pohody po porodu a výsledky ukázaly, že nebyl nalezen žádný statisticky významný vztah mezi typem porodního poranění a výskytem psychických potíží mezi zkoumanými skupinami. Ve výzkumu, kterým jsem se zabývala v kapitole 8.1. naopak došli k závěru, že ženy, kterým byla provedena epiziotomie a ženy s poraněním IV. stupně častěji prožívaly porod jako traumatický, trpí perineální bolestí či diskomfortem v porovnání se ženami s poraněním I. a II. stupně. Ženy s epiziotomií také uvedly, že pociťují významně více symptomů souvisejících s úzkostí než ženy s poraněním IV. stupně. (33) To může být způsobeno hlavně tím, že jsem v mém výzkumu různými faktory, včetně nedostatečného zohlednění dalších proměnných v mém výzkumu, jako je podpora partnera, sociální status a předchozí zkušenosti s porodem. Také by mohla hrát roli variabilita výsledků, velikost vzorku nebo použité metody a statistické analýzy. Zde je možné zvážit další výzkum zaměřený na jiné proměnné nebo použití jiných metod pro lepší porozumění této problematice.

V poslední hypotéze jsem předpokládala, že ženy, které měly větší porodní poranění či epiziotomii se setkaly v šestinedělí s komplikacemi. V tomto případě jsem sledovala fyzické komplikace, které ženy omezují během šestinedělí. U této hypotézy jsem došla k závěru, že ženy s malým či žádným poraněním mají nejmenší výskyt fyzických komplikací v šestinedělí. Ženy s velkým poraněním měly výrazně vyšší výskyt komplikací než ženy s epiziotomií. Můj výsledek podporuje výzkum, který zkoumal výskyt fyzických komplikací v šestinedělí u žen s epiziotomií. Zde došli k závěru, že mediolaterální epiziotomie nezvyšuje výskyt komplikací v šestinedělí. (12)

Po shrnutí všech výsledků je možné konstatovat, že epiziotomie signifikantně ovlivňuje následné sexuální a fyzické zdraví ženy. Moje studie potvrdila, že ženy, které podstoupily epiziotomii, vykazují vyšší míru fyzických obtíží spojených s dysfunkcí pánevního dna, bolestí během sexuální aktivity a celkově nižší sexuální spokojeností ve srovnání s ženami s malým nebo žádným poraněním. Toto tvrzení potvrzují i současné výzkumy, které jsem popsala v poslední kapitole teoretické části. Zároveň se v mé práci neprokázala statisticky významná souvislost mezi typem porodního poranění a výskytem psychických potíží mezi zkoumanými skupinami.

Dále se v mé práci prokázalo, že epiziotomie má ve srovnání s rupturami III. a IV. stupně příznivější dopad na celkové zdraví ženy.

V tomto výzkumu se metody na lepší hojení porodního poranění ukázaly jako neúčinné. To naznačuje, že prevence porodních poranění, včetně epiziotomií, by měla být prioritou v prenatální péči. Lékaři a porodní asistentky by měli pečlivě zvážit rizika spojená s epiziotomií a vždy preferovat alternativní metody ochrany perinea během porodu. Je důležité, aby ženy byly informovány o možných důsledcích epiziotomie a měly možnost sdílet své preference a obavy ohledně tohoto zákroku s poskytovateli péče.

Na závěr lze říci, že výsledky mého výzkumu podporují potřebu změny přístupu k rutinnímu používání epiziotomie během porodu a zdůrazňují význam respektování individuálních potřeb a preferencí žen v oblasti porodní péče.

13. Závěr

Výzkum provedený v rámci této práce poskytuje důležité poznatky ohledně vlivu epiziotomie na zdraví a kvalitu života žen po porodu. Na základě analýzy dostupných dat a literatury lze jednoznačně konstatovat, že epiziotomie není bez rizika a má potenciál negativně ovlivnit následné fyzické, sexuální a psychické zdraví žen. Z výsledků je také patrné, že nejčastější indikací epiziotomie je prevence ruptury hráze. Ruptura hráze ve srovnání s epiziotomií měla v mé studii horší výsledky. Tato indikace se dle mých výsledků jeví jako opodstatněná.

Má studie prokázala, že ženy, které podstoupily epiziotomii, častěji trpí bolestí během sexuální aktivity, dysfunkcí pánevního dna a komplikacemi v šestinedělí. Tyto komplikace mohou mít významný dopad na kvalitu života žen po porodu a vyžadují zvýšenou pozornost ze strany poskytovatelů porodní péče.

Na základě datových sad zveřejněných ÚZIS, které ukazují nadměrné provádění epiziotomií v některých porodnicích v porovnání s výsledky mé práce si dovoluji konstatovat, že je potřeba přehodnotit rutinní používání epiziotomie během porodu a hledat alternativní přístupy k ochraně perinea, které minimalizují rizika spojená s tímto zákrokem.

Z mých výsledků jsem se také dozvěděla, že až 31,6 % žen, kterým byla provedena epiziotomie neznají důvod provedení tohoto zákroku. Proto bych chtěla na závěr zdůraznit důležitost respektování individuálních potřeb a preferencí žen při rozhodování o použití epiziotomie a snažit se maximalizovat zdravotní výsledky a spokojenost pacientek. Jelikož porod může být nádherným a transformačním zážitkem, ale také traumatizující záležitostí, která ovlivní následný život ženy.

Tato práce přispívá k diskusi o optimálních postupech v péči o ženy při porodu a zdůrazňuje význam respektování individuálních potřeb a preferencí žen v oblasti porodní péče. Dále nabízí podněty pro budoucí výzkum a vývoj směřující ke zlepšení péče poskytované těhotným a rodícím ženám s cílem maximalizovat jejich zdravotní a psychický blahobyt.

Zdroje

- [14] ABDELHAKIM, Ahmed Mohamed, et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International urogynecology journal*, 2020, 31: 1735-1745, doi:10.1007/s00192-020-04302-8
- [15] ÁLVAREZ-GONZÁLEZ, María, et al. Prevalence of perineal tear peripartum after two antepartum perineal massage techniques: a non-randomised controlled trial. *Journal of clinical medicine*, 2021, 10.21: 4934. doi:10.3390/jcm10214934
- [36] ANKARCRONA, Victoria, et al. Episiotomy in vacuum extraction, do we cut the levator ani muscle? A prospective cohort study. *International Urogynecology Journal*, 2022, 33.12: 3391-3399. doi:10.1007/s00192-022-05188-4
- [9] BEDNÁŘOVÁ, Eva. Historie epiziotomie a její využití v práci porodní asistentky. Online. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. 2011. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6x3fr3/>
- [13] DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
- [21] BŘEZÍKOVÁ, Anna. Využití bylin během porodu. Online. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 2023. Dostupné z: <https://theses.cz/id/xwpezf/>
- [37] CATTANI, Laura, et al. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2022, 129.7: 1017-1028. doi:10.1111/1471-0528.16934
- [16] CHEN, Qiuxia, et al. Effect of prenatal perineal massage on postpartum perineal injury and postpartum complications: A meta-analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022, 2022. doi:10.1155/2022/3315638
- [1] ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3817-8.
- [11] DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
- [24] DUMOULIN, Chantale. *Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady*. PORTÁL s.r.o., 2006. ISBN 978-80-7367-080-1

- [17] FOUSEK, Karel, et al. Investigating antenatal pelvic floor training using a vaginal balloon device in Czech women. *British Journal of Midwifery*, 2023, 31.2: 82-89. ISSN 2052-4307
- [8] GHULMIYYAH, L., et al. Episiotomy: history, present and future—a review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 2022, 35.7: 1386-1391. doi:10.1080/14767058.2020.1755647
- [3] HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. *Porodnictví. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
- [32] HAŽLINSKÁ, Veronika, O datech z porodnic s porodní asistentkou Annou Škvorovou, 2023. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/o-zverejneni-dat-z-porodnic-s-porodni-asistentkou-annou-skvorovou/>
- [25] HITZINGEROVÁ, Milada. *Porodní poranění a následný sexuální život ženy.* Bakalářská práce, vedoucí Šmatláková, Lenka. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, 2020.
- [26] HUANG, Jing, et al. The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 2020, 87: 102712. doi:10.1016/j.midw.2020.102712
- [12] KHAN, Neelofur Babar, et al. Episiotomy and its complications: A cross sectional study in secondary care hospital. 2020. doi:10.5455/JPMA.290331
- [34] KOHOUTOVÁ, Anna, nástřih hráze = zraněné ženství, 2016. Dostupné z: <https://annakohutova.cz/nastrih-hraze-zranene-zenstvi/>
- [38] LIMA, Clara Taina Silva, et al. Pelvic floor ultrasound finds after episiotomy and severe perineal tear: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2022, 35.12: 2375-2386.
- [35] MIN, Li, et al. Two year follow-up and comparison of pelvic floor muscle electromyography after first vaginal delivery with and without episiotomy and its correlation with urinary incontinence: A prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2023, 102.2: 200-208. doi:10.1111/aogs.14487
- [28] WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. ISBN 978-92-4-155021-5
- [20] MODOOR, Soumaya; FOULY, Howieda; RAWAS, Hawazen. The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 2021, 7.3: 210. doi:10.33546/bnj.1452
- [33] MOLYNEUX, Rebecca; FOWLER, Gillian; SLADE, Pauline. The postnatal effects of perineal trauma on maternal psychological and emotional wellbeing: A

- longitudinal study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2024, 294: 238-244. doi:10.1016/j.ejogrb.2024.01.035
- [2] NAŇKA, Ondřej; ELIŠKOVÁ, Miloslava a ELIŠKA, Oldřich. *Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-246-1717-6.
- [27] PACIFIC, Western. *World Health Organization WHO Regional websites.* World, 2023.
- [18] PIKLOVÁ, Lenka. *Fyzioterapie v porodní a poporodní péči po spontánním porodu.* Bakalářská práce, vedoucí Aujezdská, Eva. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN, 2023.
- [6] PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence.* Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-618-4.
- [30] RADA NRRZ, *Zásadní komentář k interpretační hodnotě dat,* Praha, 2023. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008429/vybrane-ukazatele-pece-porodnice-metodicky-komentar.pdf>
- [10] RODRIGUES, Sofia B.; NÉNÉ, Manuela. The place of episiotomy in history: A sore review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2019, 9.4. ISSN 1925-4059
- [4] ROZTOČIL, Aleš a BARTOŠ, Pavel. *Moderní gynekologie.* Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024728322.
- [5] ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- [7] STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů. 3., přeprac. vyd.* Přeložil Barbora SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.
- [19] TÜRKMEN, Hülya, et al. The effect of perineal warm application on perineal pain, perineal integrity, and postpartum comfort in the second stage of labor: randomized clinical trial. *Complementary Medicine Research*, 2021, 28.1: 23-30. doi:10.1159/000507605
- [23] URBÁNKOVÁ, Jana. *Bylinky pro těhotenství, porod a šestinedělí,* [online]. 2019. 76 s. Dostupné z: <https://ebooks.cz/ebook/bylinky-pro-tehotenstvi-porod-a-sestinedeli/>
- [31] ÚZIS, *Vybrané ukazatele péče porodnice,* Praha 2024. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8429>

- [22] VACKOVÁ, Lenka. Balonek Epi-no (Aniball) jako prevence porodního poranění. Online. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2022. Dostupné z: <https://theses.cz/id/l2v2cd/>

Seznam tabulek

Tabulka 1 věk respondentek	35
Tabulka 2 počet porodů	36
Tabulka 3 gestační týden u porodu	37
Tabulka 4 vedení porodu	38
Tabulka 5 poloha při porodu	39
Tabulka 6 porodní poranění	40
Tabulka 7 porodní poranění v souvislosti s paritou	41
Tabulka 8 indikace epiziotomie	42
Tabulka 9 edukace o péči o porodní poranění	44
Tabulka 10 metody na lepší hojení porodního poranění	45
Tabulka 11 první sex po porodu.....	47
Tabulka 12 strach z prvního sexu	48
Tabulka 13 příčina strachu z prvního sexu po porodu	49
Tabulka 14 sexuální život po porodu	50
Tabulka 15 bolest při pohlavním styku	51
Tabulka 16 délka hojení porodního poranění	52
Tabulka 17 fyzické komplikace v šestinedělí	53
Tabulka 18 dysfunkce pánevního dna po porodu	55
Tabulka 19 psychika v šestinedělí.....	56
Tabulka 20 hodnocení porodu	57
Tabulka 21 psychické potíže v šestinedělí	58
Tabulka 22 přetrvání psychických potíží po porodu	60
Tabulka 23 informovanost žen o péči o porodní poranění	61
Tabulka 24 délka hojení porodního poranění u žen, které měly větší porodní poranění či epiziotomii a nevyužívaly žádné metody na podporu hojení	62
Tabulka 25 délka hojení porodního poranění u žen, které měly větší porodní poranění či epiziotomii a využívaly některou z metod na lepší hojení	62
Tabulka 26 sexuální život po porodu žen, kterým byla provedena epiziotomie	63
Tabulka 27 sexuální život po porodu žen, které měly velké porodní poranění	63
Tabulka 28 sexuální život po porodu žen, které měly minimální porodní poranění nebo žádné	64
Tabulka 29 délka trvání bolesti při styku u žen, kterým byla provedena epiziotomie	65
Tabulka 30 délka trvání bolesti při styku u žen, které měly velké porodní poranění	65
Tabulka 31 délka trvání bolesti při styku u žen, které měly malé porodní poranění či žádné poranění	66
Tabulka 32 dysfunkce pánevního dna po porodu u žen, kterým byla provedena epiziotomie	68
Tabulka 33 dysfunkce pánevního dna po porodu u žen, které měly velké porodní poranění	68

Tabulka 34 dysfunkce pánevního dna po porodu u žen, které měly malé porodní poranění či žádné porodní poranění	69
Tabulka 35 psychické zdraví po porodu u žen, kterým byla provedena epiziotomie ...	70
Tabulka 36 psychické zdraví po porodu u žen, které měly velké porodní poranění	70
Tabulka 37 psychické zdraví po porodu u žen, které měly malé porodní poranění či žádné porodní poranění	71
Tabulka 38 fyzické komplikace v šestinedělí u žen, kterým byla provedena epiziotomie	72
Tabulka 39 fyzické komplikace v šestinedělí u žen, které měly velké porodní poranění	72
Tabulka 40 fyzické komplikace v šestinedělí u žen, které měly malé porodní poranění či žádné	73

Seznam grafů

Obrázek 1 graf věk respondentek	35
Obrázek 2 graf počet porodů	36
Obrázek 3 graf gestační týden u porodu	37
Obrázek 4 graf vedení porodu	38
Obrázek 5 graf poloha při porodu	39
Obrázek 6 graf porodní poranění	40
Obrázek 7 graf porodní poranění v souvislosti s paritou	41
Obrázek 8 graf indikace epiziotomie	42
Obrázek 9 graf edukace o péči o porodní poranění	44
Obrázek 10 graf metody na lepší hojení porodního poranění	45
Obrázek 11 graf první sex po porodu	47
Obrázek 12 graf strach z prvního sexu	48
Obrázek 13 graf příčina strachu z prvního sexu po porodu	49
Obrázek 14 graf sexuální život po porodu	50
Obrázek 15 graf bolest při pohlavním styku	51
Obrázek 16 graf délka hojení porodního poranění	52
Obrázek 17 graf fyzické komplikace v šestinedělí	53
Obrázek 18 graf dysfunkce pánevního dna po porodu	55
Obrázek 19 graf psychika v šestinedělí	56
Obrázek 20 graf hodnocení porodu	57
Obrázek 21 graf psychické potíže v šestinedělí	59
Obrázek 22 graf přetrvání psychických potíží po porodu	60

Přílohy

Příloha A – dotazník

Vliv epiziotomie na zdraví žen

Dobrý den, jmenuji se Daniela Kalfasová a jsem studentkou porodní asistence 1.lékařské fakulty. Pro ukončení studia pracuji na mé bakalářské práci, která se zabývá tématem "Vliv epiziotomie na zdraví žen". K dokončení zmiňované práce potřebuji Vaši spolupráci - proto Vás, respondentky, prosím o vyplnění tohoto dotazníku, a to pouze v případě, že jste rodily vaginálně (pokud jste rodila víckrát, zaměřte se na svůj první porod).

Dotazník Vám nezabere moc času a je zcela anonymní. Dopředu Vám moc děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Kolik je Vám let?

- 18 až 25
- 26 až 35
- 36 až 45
- 46 až 55
- 56 a více

2. Kolikrát jste vaginálně rodila?

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x
- 5x a více

3. V jakém týdnu těhotenství jste rodila?

- Do 38. týdne
- 38. až 40.týden
- Po 40. týdnu

4. Kdo vedl porod?

- Lékař
- Porodní asistentka
- Nevím

5. V jaké poloze jste rodila?

- V leže
- Na boku
- Na čtyřech
- Jiné.....

6. Měla jste porodní poranění?

-Neměla

-Ano, byla mi provedena epiziotomie (nástřih hráze)

-Ano, ale jenom minimální (nešili mě, nebo jenom pár stehů)

-Ano, měla jsem velké porodní poranění bez poranění análního svěrače

-Ano, měla jsem velké porodní poranění i s poraněním análního svěrače

7. U jakého porodu jste měla porodní poranění? (Více odpovědi)

-U prvního

-U druhého

-U třetího

-U čtvrtého

-U žádného

8. Pokud vám byla provedena epiziotomie, jaký byl důvod k jejímu provedení podle vašeho lékaře/porodní asistentky?

-Nevím důvod

-Prevence ruptury hráze

-Operativní porod (vybavení miminka pomocí vakuumextraktoru nebo kleští)

-Nebyla mi provedena epiziotomie

-Jiné..

9. Byla jste poučena jak pečovat o porodní poranění?

-Ano

-Ne

-Nevzpomínám si

-Neměla jsem porodní poranění

10. Využívala jste některé metody na lepší hojení porodního poranění? (můžete vybrat více možností)

-Homeopatii

-Bylinné sedací koupele

-Masáže jizvy

-Obklady z dubové kůry

-Žádné

-Jiné.....

11. Po jaké době jste měla první pohlavní styk po porodu?

-Ještě během šestinedělí

-Hned po skončení šestinedělí

-V rozmezí 2-6 měsíců po porodu

-Po víc než 6 měsících po porodu

-Jiné.....

12. Bála jste se prvního styku po porodu?

-Ano

-Ne

13. Pokud jste v předchozí otázce zodpověděla ano, z čeho konkrétně jste měla obavy?

-otevřená odpověď

14. Jak byste definovala sexuální život po porodu?

-Zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života

-Nevidím rozdíl, je to stejné

-Změnilo se to k horšímu, víc to bolí

-Nebolí to, ale prožitek se stejně zhoršil

15. Pociťovala jste bolest při styku po porodu?

-Vůbec

-Ano, ale jenom ze začátku, pak to ustoupilo (2 měsíce po porodu)

-Ano a trvalo to delší čas (6 měsíců po porodu)

-Ano, trvalo to celý 1 rok po porodu

-Ano, víc než jeden rok po porodu

16. Za jak dlouho se vám porodní poranění zcela zahojilo?

-1-2 týdny

-2-3 týdny

-3-4 týdny

-Déle

-Neměla jsem porodní poranění

17. Setkala jste se s komplikacemi během šestinedělí? (jednu nebo více odpovědí)

-Nesetkala

-Infekce

-Prodloužená bolest

-Problémy se stolicí či močením

-Deprese či úzkosti

- Jiné...

18. Projevila se u vás dysfunkce pánevního dna po porodu?

-Ne, neměla jsem žádné potíže

-Měla jsem po porodu ochablé pánevní svaly, ale cvičením se to spravilo

-Ano, trpím stresovou inkontinencí (nechtěně uvolnění moči při kýchaní, smíchu, zvedání těžkých věcí)

-Ano, sestupem pánevních orgánů

-Ano, trpím chronickou pánevní bolestí

-Jiné..

19. Jak jste se cítila psychicky následující týdny po porodu?

- Velmi špatně
- Spíše špatně
- Neutrálně
- Spíše dobře
- Velmi dobře

20. Jak byste krátce zhodnotila svůj porod?

- Otevřená odpověď

21. Objevil se u Vás v období šestinedělí některý z těchto příznaků?

- Poruchy spánku (nemohla jsem spát, často jsem se budila)
- Apatie (necítila jsem radost ani hněv, všechno mi bylo lhostejné)
- Odmítání kojení
- Sebepodceňování, nenávisť k vlastnímu tělu
- Strach či úzkost
- Nechutenství nebo naopak přejídání se
- Pocity selhávání
- Nekontrolovatelná plačtivost
- Žádné z uvedených
- Jiné

22. Přetrvávaly nebo se u vás objevily některé psychické potíže i po skončení šestinedělí?

- Otevřená odpověď

