



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Hitzingerová Milada

Porodní poranění a následný sexuální život ženy

Birth injury and future sexual life

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šmatláková Lenka

Konzultant : MUDr. Andrášová Martina

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. 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, 10.4.2020

Hitzingerová Milada

.....

Podpis

Identifikační záznam

HITZINGEROVÁ, Milada. *Porodní poranění a následný sexuální život ženy. [Birth injury and future sexual life]*. Praha, 2020. 67 s. 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Šmatláková, Lenka

Abstrakt

Moje bakalářská práce se zabývá problematikou poranění při porodu a jeho vlivu na sexuální život ženy. Skládá se ze dvou částí: teoretické a výzkumné. Teoretická část se zabývá definicí porodního poranění, jeho známými typy a způsoby, jak ho lze vyléčit. Dále analyzuji, jak může porodní poranění ovlivnit sexuální život žen. Teoretická část obsahuje i informace o možnostech rychlejšího zotavení ze vzniklého poranění. Výzkumná část je zaměřena na rozhovory se ženami a jejich zkušenostech s porodem. Na závěr sumarizuji informace o tom, jak moc jsou ženy informovány o metodách prevence poranění, a jak poranění ovlivňuje jejich následný sexuální život.

Pro výzkum jsem použila dotazník, který byl zveřejněn online na různých sociálních sítích ve skupinách, které souvisejí s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Otázky jsou formulovány tak, aby mohly ženy vybírat z vícero možností, nebo mohou odpovědi poskytnout přímo. Dotazník je určen pouze pro ženy, které již spontánně rodily.

Výsledky ukázaly, že matky jsou dobře informovány o možnostech prevence poranění, ale informace nepochází z relevantních zdrojů. Další výsledky ukazují, že ženy, které použily některé metody prevence porodního poranění, jako např. perineální masáž, aniball a další, měly menší porodní poranění, a následný začátek sexuálního života po porodu byl rychlejší a méně komplikovaný.

Klíčova slova

porod, porodní poranění, sexuální život ženy, šestinedělí, sexuální zdraví ženy

Abstract

My bachelor thesis deals with the issue of birth injuries and their influence on the sex life of the woman. It is composed from two parts: theoretical and research. Theoretical part deals with the definition of birth injury, its known types and ways it can be healed. Also I analyze how birth injury can affect sex life of women. The theoretical part also include information on the possibilities of faster recovery from birth injury. The research section is focused on interviewing women on their experience of labour and at the end i summarize information about how well they are informed about methods of preventing birth injury and how the injury influences their sex life.

For the research i made a questionnaire, which was posted online on different social media in groups, which are related to pregnancy. The questions are multichoice or the answers can be given directly. The questionnaire was only for women, who already gave a birth and only spontaneous delivery rather then caesar section.

The results have shown that mothers are well informed about the possibilities of preventing a birth injury but infomation are not from relevant source. Other results show that those who used some of the methodes of preventing birth injury, as perineum massage, aniball and more, had smaller birth injury and faster and less complicated start of sex life after birth.

Keywords

Childbirth, birth injury, sex life of woman, puerperium, sexual health of woman

Poděkování

Mé veliké poděkování patří Mgr. Lence Šmatlákové za odborné vedení práce, za její čas, ochotu a trpělivost a MUDr. Martině Andrášové za cenné rady a odborné konzultace. Také děkuji všem ženám, které se zúčastnily výzkumu a bez kterých by moje závěrečná práce nemohla dostat finální podobu. Na závěr děkuji rodině a přátelům, kteří mi byli neocenitelnou oporou.

Obsah

Úvod.....	9
I Teoretická část.....	10
1 Anatomie pánve.....	10
1.1 Kostěná pánev	10
1.1.1Kosti a spoje pánve	10
1.1.2 Členění pánve a pohlavní rozdíly.....	10
1.1.3 Základní roviny ženské pánve.....	10
1.2Měkké porodní cesty	10
1.3 Vnitřní rodidla.....	11
1.3.1 Děloha	11
1.3.2 Vaječník a vejcovod.....	11
1.4 Pochva	12
1.5 Zevní rodidla	12
1.5.1 Hrma.....	12
1.5.2 Poštěvák.....	12
1.5.3 Velké a malé stydké pysky.....	13
2 Porodní poranění.....	14
2.1 Poranění spontánní	14
2.1.1 Ruptury hráze	14
2.1.2 Ruptura dělohy	14
2.2 Poranění iatrogenní – epiziotomie	14
2.3 Ošetření porodního poranění.....	15
3 Prevence porodního poranění	17
3.1 Metody předcházení porodního poranění během posledního trimestru	17
3.1.1 Aniball.....	17
3.1.2 Masáž hráze.....	17
3.1.3 Vaginální napářka	18
3.1.4 Kegelovy cviky	18
3.1.5 Porodnický gel Dianatal.....	19
3.2 Intervence porodní asistentky během porodu jako prevence porodního poranění.....	19
3.2.1 Polohování rodičky v první době porodní.....	19
3.2.2 Nahřívání hráze a kofeinové obklady	19
3.2.3 Chránění hráze během druhé doby porodní	20
3.3 Péče o porodní poranění během šestinedělí	20

3.3.1 Hygiena v šestinedělí	20
3.3.2 Sedací bylinné koupele a bylinné oplachy	20
3.3.3 Homeopatie	20
3.3.4 Masáže jizvy.....	21
4 Sexualita ženy	22
4.1 Ženské sexuální dysfunkce	22
4.2 Sexualita ženy po porodu.....	23
II Praktická část	24
5 Stanovení cílů	24
5.1 Dílčí cíle práce	24
5.2 Hypotézy	24
6 Metodologie výzkumu	25
6.1 Metoda sběru dat.....	25
6.2 Výzkumný soubor a jeho charakteristika	25
6.3 Výsledky výzkumu.....	26
6.4 Vyhodnocení stanovených hypotéz.....	48
7 Diskuze	55
8 Závěr	57
Zdroje.....	58
Seznam tabulek	60
Seznam grafů	61
Přílohy.....	62
Příloha A-dotazník	62

Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala „Porodní poranění a následný sexuální život ženy“, protože si myslím, že o tomto tématu se stále málo mluví a zajímali mne zkušenosti laické veřejnosti s touto problematikou.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se zabývám problematikou související s porodním poraněním, jako anatomie pánve a porodních cest, pak samotnými typy porodního poranění a metodami, jak poranění předcházet, a v poslední kapitole teoretické části se věnuji psychologii sexuálního života žen.

V praktické části jsem si dala za cíl zjistit informovanost žen o předcházení porodního poranění a jeho následného hojení se, zda-li některou ze zmíněných metod aktivně využívaly a v jakém směru to ovlivnilo porodní poranění a jejich následný sexuální život. Abych tohoto cíle dosáhla, vytvořila jsem kvantitativní dotazník a jeho výsledky jsem sepsala v praktické části.

I Teoretická část

1 Anatomie pánve

1.1 Kostěná pánev

Pletenec dolní končetiny se skládá z kosti os coxae a třech kloubních spojení, a to ze symfýzy a dvou sakroiliakálních spojů. (Čihák, 2011)

1.1.1 Kosti a spoje pánve

Pánev se skládá z pěti kostí: os ilium, os pubis, os ischii – spojené do párové pánevní kosti, os coxae, dále os sacrum a os coccygis. Os sacrum se vyklenuje do pánevního vchodu jako promontorium a spolu s ostatními kostmi určuje kostěný vstup do malé pánve. (Čihák, 2011) Kostrč tvoří zakončení páteře, je volná a v průběhu porodu dokáže rozšířit porodní cesty až o 2 centimetry. (Hájek, 2014)

Articulatio sacroiliaca pojí os sacrum k pánevní kosti. Celé kloubní spojení je zpevněno řadou tuhých svalů, které se ale vlivem hormonů ke konci těhotenství prosáknou a povolí, čímž více rozevřou pánev. Vlivem hormonů se rozvolňuje i symphysis pubica, která spojuje pánevní kosti v přední části pánve. (Čihák, 2011)

1.1.2 Členění pánve a pohlavní rozdíly

Pánev je dělená na velkou a malou pánev (pelvis major et minor) průběhem linea terminalis, která vede od promontoria kosti křížové k hornímu okraji symfýzy. Pelvis major je součástí břišní dutiny, s pelvis minor je propojena otvorem apertura pelvis superior. Apertura pelvis inferior ohraničuje malou pánev v dolní části, kde se otevírá k povrchu těla. Malá pánev je obal pro důležité orgány pohlavní a vylučovací soustavy. U ženy je součástí kostěných porodních cest. (Hájek, 2014)

Mužská a ženská pánev se liší ve vícero aspektech. Ženská pánev musí být přizpůsobená možnému porodu, proto je širší a prostornější než mužská. Promontorium méně vyčnívá, kostrč je menší a pohyblivější. (Hájek, 2014)

1.1.3 Základní roviny ženské pánve

Před porodem si musíme být jistí, že je pánev průchodná a dostatečně velká. K tomuto zjištění slouží tzv. pánevní roviny, které získáme spojnicí několika bodů v pánvi. Definujeme čtyři roviny, a to rovinu pánevního vchodu, pánevní šíře, pánevní úžiny a pánevního východu. Velikost fyziologických porodních cest odpovídá velikosti hlavičky donošeného novorozence, která rotuje po pánevní ose, která je pro ni vedoucí linií. Pánevní osa je spojnicí nejširších průměrů jednotlivých rovin, tzv. přímých průměrů. (Hájek, 2014)

1.2 Měkké porodní cesty

Měkké porodní cesty tvoří zejména pánevní dno a svaly příčně pruhované nacházející se u pánevního východu a v malé pánvi. (Hájek, 2014)

Pánevní dno je složeno z vazů a svalů a tvoří dno malé pánve. Podpírá orgány v malé pánvi a skládá se ze dvou částí, diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale.

Diaphragma pelvis má nálevkovitý tvar a je tvořena ze svalů musculus levator ani a musculus coccygeus, které se ve prostředku spojují do vazivového centra, centrum perineale, které je uloženo mezi rektum a pochvou. (Martan, Rob, Ventruba, 2019)

Diaphragma urogenitale leží kaudálně od diaphragma pelvis a obepíná uretru a pochvu. (Hájek, 2014) Dorzálně je uložen musculus transversus perinei superficialis. Na spodní ploše můžeme najít glandulu vestibularis major a ženská topořivá tělesa. Na povrchu jsou uloženy svaly hráze, laterálně je to musculus ischiocavernosus, mediálně musculus bulbospongiosus. Kolem uretry jsou lokalizované svaly jako musculus sphincter urethrovaginalis, musculus sphincter urethrae externus a musculus compressor urethrae. Svaly jak pánevního, tak urogenitálního dna jsou pokryty fasciemi. (Martan, Rob, Ventruba, 2019)

1.3 Vnitřní rodidla

Vnitřní pohlavní orgány, jinak řečeno vnitřní rodidla, jsou uloženy v malé pánvi, patří sem vaječníky, vejcovody a děloha. (Hájek, 2014)

1.3.1 Děloha

Děloha je dutý orgán tvořený svalovinou, který přijímá oplozené vajíčko, poskytuje mu ochranu a výživu až do porodu. U prvorodičky má menší velikost a hmotnost než u víceroďičky. Pravidelně se zvětšuje při menstruaci a v období těhotenství naroste až několikanásobně.

Děloha se skládá z corpus uteri, isthmus uteri a cervix uteri. Corpus uteri, nebo-li děložní tělo, je její největší část, která se kaudálně zužuje v isthmus a pokračuje do děložního hrdla. Přední strana děložního těla se obrací k močovému měchýři, zadní naléhá na konečník a střevní kličky. Kraniální nejširší část dělohy se nazývá fundus, z kterého vybíhají děložní rohy, kam se upínají vejcovody. Děložní hrdlo má válcovitý tvar a na jeho kaudální straně je pochva. Kraniální část hrdla je uložena nad pochvou, kaudální do ní vybíhá jako tzv. čípek. Čípek je velký přibližně 1 cm, zvenku se na něm nachází tzv. zevní děložní branka. Branka má u prvorodiček kruhovitý tvar, u víceroďičky tvar vodorovné štěrbiny.

Vnitřek dělohy obsahuje dutinu děložní, tzv. cavum uteri. Děložní stěna se skládá ze tří různých vrstev – endometrium, myometrium a perimetrium. Endometrium je nejvnitřnější část dělohy, pod vlivem hormonů vaječnicků se zde dějí cyklické změny, tzv. menstruační cyklus. Menstruační cyklus ovlivňuje epitel i slizniční vazivo. V průběhu cyklu je vrstva tlustší, na konci cyklu zaniká a je odplavena s krví. Myometrium je nejtlustší vrstva, je tvořena hladkou svalovinou, která je uspořádána do několika, ne zcela rozeznatelných vrstev. Perimetrium je peritoneum ve viscerální vrstvě, napojeno na svalovou část. Na přední straně vstupuje na močový měchýř, zezadu na konečník a na zadní poševní stěnu. (Hájek, 2014)

1.3.2 Vaječník a vejcovod

Vaječník je ženská pohlavní žláza, je to párový orgán, který pravidelně uvolňuje ženský pohlavní buňky – oocyty. V průběhu života se jeho velikost mění. Vaječník je uloženy v malé pánvi, laterálně od dělohy. (Martan, Rob, Ventruba, 2019) U prvorodičky je uloženy v tzv. fossa ovarica, u víceroďičky se posouvá více distálně. (Hájek, 2014) Vaječník má na povrchu kubický epitel a pod ním se nachází vazivová část, tunica albuginea. Vnitřní prostor vaječnicku je dělený na kůru, cortex a dřev, medulla ovarii. (Martan, Rob, Ventruba, 2019)

Vejcovod je párová trubice, uložená laterálně od dělohy, napojující se na děložní rohy. V děloze se nachází jeho intramurální část, která pokračuje otvorem ostium uterini tubae, který dál pokračuje v isthmus, což je nejužší část vejcovodu. Další částí je ampulla, která končí infundibulem a otevírá se k vaječniku pomocí malého otvoru ostium abdominale tubae. Vejcovod slouží jako místo oplodnění vajíčka a vede ho směrem do dělohy. (Martan, Rob, Ventruba, 2019)

1.4 Pochva

Pochva je kopulační orgán, během menstruace pomáhá odvádět krev a u porodu je součástí měkkých porodních cest spolu s děložním hrdlem a vulvou. Nejužší část pochvy se rozprostírá mezi malými stydkými pysky jako tzv. ostium vaginae. Je to kaudální konec pochvy, který dál pokračuje jako vestibulum vaginae. Horní pól pochvy obklopuje děložní čípek, který do ní vyčnívá. Kolem čípku se tvoří tzv. poševní klenba, fornix vaginae, která se dělí na část zadní, pars posterior a přední pars anterior. Klenba pokračuje v přední a zadní stěnu, které na sebe těsně naléhají.

Stěna pochvy je tvořena třemi vrstvami a to sliznicí, svalovou vrstvou a vrstvou kolagenního vaziva. Sliznice se mění v průběhu menstruačního cyklu a těhotenství, má sekreční potenciál a její podslizniční vazivo je podklad pro rugae vaginales. Svalová vrstva se skládá z hladké svaloviny a je uložena ve dvou rovinách, vnější podélné a vnitřní cirkulární. Poslední vrstvou je tzv. adventicie, což je vrstva kolagenního vaziva, je to nejzevnější vrstva pochvy, zezadu je kryta peritoneem. Zepředu na pochvu naléhá uretra, společně jsou v pevném spojení, tzv. septum urethrovaginae, dále na ni naléhá i močový měchýř. Zadní stěna pochvy se dotýká konečníku. K zevním rodidlům prostupuje přes otvor nacházející se v pánevním dnu, hiatus urogenitalis. (Hájek, 2014)

1.5 Zevní rodidla

Zevní rodidla se nacházejí v urogenitální krajině na kaudální části trupu mezi stehny. (Hájek, 2014) Dělí se na hrmu, poštváček a velké a malé stydké pysky. (Kobilková, 2005)

1.5.1 Hrma

Hrma, jinak mons pubis, má trojúhelníkový tvar, je uložena na spodní části podbřišku kolem spony stydké. Její základ tvoří tukový polštář, kterým probíhají hojně vazivové trávce. Povrch hrmy je po pubertě pokryt tuhým ochlupením, který má u žen charakteristický horizontální charakter, přičemž u mužů pokračuje ve střední čáře k pupku. Hrma je prostoupená potními a mazivovými žlázami. (Hájek, 2014)

1.5.2 Poštěváček

Nebo-li clitoris, je analogie mužského penisu, je dlouhý asi osm centimetrů, zevně lze vidět jenom jeho malou část, tzv. glans clitoridis. Napojuje se k tělu, corpus clitoridis, které se pojí se symfýzou. Tělo se dál člení na dvě crura clitoridis. Clitoris je ukrytý mezi malými stydkými pysky, pod kterými probíhají corpora cavernosa clitoridis. Sliznice glans clitoridis je bohatě prostouplá senzitivními tělesama, které slouží jako erotogenní zóna. (Hájek, 2014)

1.5.3 Velké a malé stydké pysky

Velké stydké pysky, labia majora pudendi, jsou kožní valy táhnoucí se od hrmy, ohraničující bočně jiné zevní rodidla. Podkladem je tukově vazivová tkáň, vnější pokožka je podobně jak mons pubis pokryta ochlupením, vnitřní část je narůžovělá, vlhká a má spíš charakter sliznice. Tyto dva valy se uprostřed dotýkají a ohraničují stydkou rýhu, rima pudendi. Do tukového podkladu se upíná ligamentum teres uteri, které prochází skrz inguinální kanál. Na spodině stydkých pysků se nacházejí žlázy, tzv. glandulae vestibulares majores a toporivé těleso bulbus vestibuli.

Malé stydké pysky, labia minora pudendi, jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků, a jsou nimi zcela překryta. Kůže má z obou stran povahu sliznice, není prorostlá ochlupením a neobsahuje žádné potní žlázy, vyskytují se zde pouze mazové žlázy. Malé stydké pysky jsou hojně prostouply žilnými pleteněmi, proto mají erektilní charakter. Horní část malých stydkých pysků se nachází kolem clitorisu a tvoří jeho předkožku, praeputium clitoridis a jeho uzdičku, frenulum clitoridis. Zadní část se buď pojí s velkými stydkými pysky, nebo tvoří tzv. poloměsíčitou řasu. (Hájek, 2014)

2 Porodní poranění

Porodní poranění můžeme dělit z více hledisek. Buď je lze dělit podle způsobu vzniku, a to na spontánní a iatrogenní, nebo je dále můžeme dělit podle lokalizace na poranění dělohy, čípku, zevních rodidel a poranění kostí. (Kobilková, 2005)

2.1 Poranění spontánní

Poškození pánevního dna během porodu může mít pro ženu za následek mnoho zdravotních problémů z dlouhodobého hlediska. V budoucnu se u ženy může objevit inkontinence, bolest při styku a různé nespecifikované problémy, které se projeví až po delší době. (Horčíčka, 2014)

Neošetření spontánních poranění může mít za následek různé deformace zevních rodidel, prolapsy a výhřezy vnitřních orgánů. (Kobilková, 2005)

2.1.1 Ruptury hráze

Dle doporučených postupů RCOG (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists) č.29 (říjen 2001) lze klasifikovat ruptury perinea následovně.

Při prvním stupni je postižená sliznice pochvy a kůže hráze. Druhý stupeň zasahuje do vrstvy svalů perinea, nikoli k análnímu svěrači. Třetí stupeň se definuje poraněním komplexu svalů análního svěrače a dále se dělí na tři podskupiny, a to na: 3a je méně než 50% tloušťky zevního análního svěrače, 3b více než 50% síly zevního análního svěrače a 3c zasahuje až do vnitřní části análního svěrače, ale bez poškození sliznice rekta. Nejzávažnějším poškozením je ruptura čtvrtého stupně, kde trhлина jde přes externí i interní anální konstriktor a postihuje i mukózu konečníku. (Zemanová, 2013)

Ruptury perinea patří k nejvíce se vyskytujícím poraněním během porodu. K nejběžnějším důvodům patří slabé chránění hráze lékařem nebo porodní asistentkou, rychlý sestup hlavičky, při kterém nemá hráz možnost přizpůsobit se, nebo předčasná deflexe hlavičky.

Někdy jsou důvody ruptury porodem neovlivnitelné, a to například časté mykózy pochvy během těhotenství, nebo vrozeně slabší sliznice. (Hájek, 2014)

2.1.2 Ruptura dělohy

Jedno z nejzávažnějších porodních poranění je ruptura dělohy, která v minulosti postihovala spíše vícerodičky, se stavem po císařském řezu, ovšem dnes při stále vyvíjejících se chirurgických zákrocích postihuje i prvorodičky, např. po odstranění myomu. Po 28. týdnu těhotenství mohou symptomy nastupovat pomalu, těhotná žena si obvykle stěžuje na bolesti v podbříšku nebo v místě jizvy po předchozím císařském řezu, v malém procentu nastane traumatické protržení myometria. V průběhu porodu ke spontánní ruptuře dělohy dochází v případě výskytu mechanické překážky, kdy plod nemůže být vypuzen, anebo pro začlenění branky mezi kostěnou pánev a tělo plodu, kdy branka není vytahována nahoru přes plod a je fixována. V takovémto případě rozeznáváme typický jev nazýván Bandlova rýha, která se objeví mezi dolním děložním segmentem a horní aktivní částí dělohy. (Pařízek, 2012)

2.2 Poranění iatrogenní – epiziotomie

Epiziotomie (nebo-li nástřih hráze) patří mezi operace přípravné, připravuje a rozšiřuje porodní cesty před porodem. Provádí se ke konci druhé doby porodní, kdy je hráz

hlavičkou nejvíce roztažena a hrozí spontánní velká ruptura. Nejčastěji je prováděna u prvorodiček, kdy poševní introit a perineum nejsou tak poddajné. Spontánní neřízená ruptura se hojí ve většině případů hůře než epiziotomie, a hrozí natržení směrem mediálně ve střední čáře ke konečníku. Mezi další indikace, kdy se doporučuje využít epiziotomie, je velký váhový odhad plodu, nebo naopak malý nedonošený plod, jako prevence poškození plodu při předčasném porodu. Porod koncem pánevním, deflexní polohy hlavičky, nebo při kombinaci s jinými porodnickými operacemi, jako je použití kleští a vakuumextrakce, se epiziotomie také doporučuje, v těchto případech může být nástřih ještě rozsáhlejší. V případě vícerodičky, při hůře zhojené, nebo nepoddajné jizvě po předešlé epiziotomii, se může zdravotník nebo lékař rozhodnout udělat nástřih ve stejném místě, ale nemusí to být hned indikace k jejímu znovuprovedení.

Existuje několik typů epiziotomie: mediální, mediolaterální, laterální a rozšířená laterální. Mediální epiziotomie se dělá výjimečně, protože hrozí další natržení ve směru ke sphinkteru, protože se dělá ve střední čáře pomyslně k číslu 6 na hodinovém ciferníku. Protíná musculus transversus perinei superficialis a profundus, zasahuje až do centrum perinei. Kontraindikacemi je nízké perineum, velký plod a rychle se prořezávající hlavička. Mediolaterální epiziotomie může být buď pravá, nebo levá, proto směřuje pomyslně buď k číslům 7 a 8 na hodinovém ciferníku, v případě nástřihu vpravo, čísla čtyři a pětby patřila k nástřihu vlevo. Též protíná musculus transversus perinei superficialis a profundus jako mediální, ale navíc taky musculus bulbocavernosus. Někdy může více krváčet, nebo se hůře hojit v porovnání s mediální, ale je menší riziko natržení v pokračování nástřihu. Laterální epiziotomie začíná vprostředku vchodu poševního a táhne se směrem k hrbolu sedací kosti o délce 4-5 cm. Je tu nejmenší riziko dalšího natržení, avšak šití i hojení je poněkud horší. Rozšířená laterální epiziotomie, jinak nazývaná Schuchardtův řez, se provádí pomocí skalpelu ve stejném směru jako laterální, avšak pokračuje obloukem na vrchol pubické části a okraj ilické části, protíná musculus levator ani. Je velká přibližně 7-8 cm, používá se pro přístup při větších porodnických operacích jako např. porod per forcipem. Není ale běžně uplatňována, je považována za spíš méně častý výkon.

Epiziotomie se dělá na plně vyvinuté hrázi, na vrcholu kontrakce, když se prořezává hlavička. Používají se speciálně zaoblené nůžky s tupým zakončením branže. Jedna ruka provádějícího chrání hlavičku dítěte a mezi dvěma prsty dané ruky se vede stříh stejnoměrně a kolmo na hráz dovnitř pochvy. Stranu si volí provádějící podle jeho vedoucí ruky, v případě předešlé jizvy se vede ve stejném místě. V případě, když se nástřih nedělá na rozvinutou hráz, např. při předčasném porodu, porodu koncem pánevním a před porodnickými operacemi, umrtvuje se místo pudendální jehlou s 1% roztokem Mesocainu. (Hájek, 2014)

2.3 Ošetření porodního poranění

Po porodu se provede revize měkkých porodních cest v zrcadlech, v případě potřeby se doplní lokální anestezie a zašije se porodní poranění.

Při menším poranění a nekomplikované epiziotomii se šije od horního pólu poševní sliznice souběžně s podslizničními tkáněmi. Může se zvolit jak pokračovací steh, tak stehy jednotlivé až po hymenální okraj. Poté se přechází na oblast hráze, jednotlivými stehy se zrekonstruují svaly, v další vrstvě podkožní vazivo a v poslední fázi kůže.

Ošetřování větších ruptur je náročnější, mohou být nepravidelné a je potřeba kontrola zkušenějším lékařem pro případnou suturu análního sfinkteru. Při poranění 4.stupně se zvláště ošetřuje sliznice rekta, interní anální sfinkter a externí anální sfinkter. Při poranění označené 3a se sešívají svaly externího svalu navzájem k sobě konci, tzv. „end to end“ technika, při vyšším stupni poranění je lepší, aby se svaly navzájem kryly, tzv. overlap technika. Po došití je důležité zkontrolovat, zdali nevznikla rektovaginální píštěl a profylakticky se podávají antibiotika. (Hájek, 2014)

3 Prevence porodního poranění

3.1 Metody předcházení porodního poranění během posledního trimestru

3.1.1 Aniball

Aniball je nová zdravotnická pomůcka a metoda cvičení používaná jak v předporodní přípravě, tak po porodu, na zpevnění svalů pánevního dna. Používá se k nácviku vytlačování hlavičky dítěte, používání břišního lisu, nalezení vhodné polohy při tlačení, jako prevence poranění hráze a z psychologického hlediska zlepšuje sebedůvěru rodičky. Po porodu je cvičení doporučováno jako prevence inkontinence

Aniball se doporučuje používat po ukončeném 36. týdnu, denně 15–30 minut. Před prvním použitím je nutné nechat balónek projít varem a nadále dodržovat zásady hygienického používání. Ze začátku výrobci doporučují jenom malé nafouknutí balonku a s pravidelným cvičením postupně tlak zvětšovat. Nafouknutí balonku má velkou škálu, začíná se na 15-20 cm a může se končit na 30-32 cm. Pro bezpečnost se doporučuje nejít přes bolest a při cvičení je potřeba vědomě kontrolovat balónek. Nácvik spočívá v ovládnutí pánevního dna, stahování a uvolňování svalů a v práci s dechem. Žena by se měla vyvarovat zatínání jiných svalů, opak je známkou nedostatečné funkce svalů pánevního dna. Po dokončení cvičení, při samotném vypuzování balónku, je nutné nechat balónek volně vyjít ven z pochvy, pouze za pomoci dechu, v opačném případě může dojít k poranění.

MUDr. Miroslav Verner, gynekolog a porodník, říká, že se v minulosti téma porodního poranění a jeho vlivu na život ženy po porodu zanedbávalo a představovalo v společnosti tabu a je rád, že v dnešní době se ženy o tuto problematiku zajímají a vznikají i takové pomůcky, jako je např. Aniball. Ze své praxe má zkušenosti, že většina žen je seznámena se správnou technikou tlačení a vědí, co může mít blahodárný vliv na délku druhé doby porodní. (Zichová, 2019)

3.1.2 Masáž hráze

Studie prokazují, že masáž hráze může snížit rozsah porodního poranění až o 62 % a snížit nutnost použití episiotomie až o 37 %. (Ellington, 2017) Masáž nemá vliv jenom na průběh porodu a s ním spojené porodní poranění, ale i na rychlejší hojení tkání po porodu. Masáž se doporučuje provádět od 34. týdne těhotenství a žena může masírovat sebe sama, anebo zapojit partnera. Masáž hráze pomáhá zvětšit elasticitu perinea, snižuje bolestivost v již už vzniklé jizvě z předešlého porodu a snižuje bolestivost perinea po porodu.

S masáží je vhodné začít po sprše, když jsou svaly relaxované a cévy dilatované, hráze je více povolena. Pro hladší průběh se radí použít neparfémovaný olej, jako například olivový, slunečnicový a nedoporučuje se používat syntetické lubrikanty. Žena má zvolit pro sebe vhodnou a komfortní polohu, ať už v sedě nebo ve stoje a jednu nohu si položí do zvýšené polohy. Nesmí se opomenout hygienický průběh, a to z důvodu zánětu.

Zpočátku si žena může pomoci zrcátkem, první články palců si vloží na spodní stranu pochvy a ostatní prsty položí na hýždě. Nejprve se vyvíjí tlak směrem k rektu, do doby, dokud tlak nezačne být nepříjemný. Nikdy by se nemělo jít přes bolest, nebo pálení. Pomocí zavedených prstů se opakuje stlačování a povolování. Dalším krokem masáže je, že žena znovu prsty v pochvě mírně zatlačí a provádí pohyby ve tvaru písmene U. Žena by se měla zaměřovat spíše na masáž uvnitř pochvy nežli na povrchu. Masáž hráze by měla být

komfortní, zároveň by však měla vyvolat pocit natahování, podobný prořezávání hlavičky během porodu. Délka masáže je individuální, ale měla by se pohybovat kolem pěti minut denně. Postupem času se bude perineum stávat elastičtější, proto i tlak vyvolávaný palci je možné zvětšovat. Kontraindikací masáže hráze je vaginální herpes, gynekologické záněty, nebo pocity bolesti a pálení, v takovém případě by měla žena masáž přerušit a dále pokračovat až po projednání s lékařem či porodní asistentkou. (Oxford university hospitals NHS Trust, 2014)

3.1.3 Vaginální napářka

Vaginální napářka je starým přírodním prostředkem, o kterém se říká, že čistí pochvu a dělohu, reguluje menstruaci a zmírňuje křeče a nadýmání. Principem vaginální napářky je, že žena sedí nad nádobou naplněnou teplou vodou a nohy má zaryté, aby neunikala pára. Napařování nasměřuje páru do pochvy. Často se k napařování využívají kombinace různých bylin, jako například šalvěj, pelyněk, heřmánek, nebo měsíček. Doporučená doba napařování je kolem 20-60 minut, záleží, jak teplou vodu žena používá. Nikdy by se neměla používat tak horká voda, která by mohla způsobit popáleniny, proto je i potřeba dodržovat dostatečnou vzdálenost od nádoby s horkou vodou. (Wheaterspoon, 2017)

O vaginální napářce se říká, že má mnoho benefitů, prokrvuje tkáň a přes sliznice se absorbuje pára s léčivými bylinami. Podle směsi, kterou zvolíme, může působit na redukci hemoroidů, zmírnění křečí během menstruace, zlepšení balanci hormonů, pomáhá ženám, které mají bolesti v průběhu pohlavního styku a v posledních dnech těhotenství připraví hráze na porod. Napařování jako příprava hráze na porod se doporučuje provádět za přítomnosti zkušené porodní asistentky. Těhotenství je jinak samo o sobě kontraindikace k provádění napářky, prokrvení tkání, může vyvolat potrat nebo předčasný porod. Dalšími kontraindikacemi jsou silná menstruace, začátek šestinedělí, když odchází očištění, infekce v těle ženy, nebo jiné horečnaté stavy. (Rosicka, 2018)

Zatím nebyly dělané žádné vědecké výzkumy, které by potvrdily, nebo naopak vyvrátily účinky vaginální napářky, proto se řada doktorů spíše přiklání na stranu nepraktikování téhle metody, nicméně pokud si žena tuto metodu přeje, doporučuje se ji provádět pod vedením někoho zkušeného, aby se předešlo případným komplikacím nebo popáleninám. (Ernst, 2018)

3.1.4 Kegelovy cviky

V důsledku těhotenství a porodu může nastat oslabení pánevního dna. Oslabení může být příčinou úniku moče, stolice, sestupu orgánů v malé pánvi, ale i zhoršení sexuálního života. (Martan, Rob, Ventruba, 2019)

Na posílení pánevního dna využíváme tzv. Kegelovy cviky. Studie ukazují, že ženy, které cvičily cviky před porodem, měly lépe připravené pánevní dno k porodu, trpěly méně inkontinencí a descendencí orgánů jako např. dělohy, močového měchýře a konečníku. Cviky jsou jednoduché, začíná se postupným vtahováním svalů kolem konečníku a vaginálního otvoru. Doporučuje se počítat si v duchu čísla od 1 do 10 a s každým číslem stahovat svaly více. Při maximálním napětí je dobré chvíli vydržet, a poté tlak uvolnit. Pokud si žena není jistá, zda cviky provádí správně, lze se sama zkontrolovat zavedením jednoho prstu do pochvy. Cvičení je časově nenáročné a žena může cvičit kdykoliv během dne, důležité je, aby se cvičilo s denní pravidelností. (Monganová, 2010)

3.1.5 Porodnický gel Dianatal

Porodnický gel se aplikuje během porodu. Uvnitř porodních cest vytváří kluzkou vrstvu, plod snadněji přestupuje porodním kanálem tím, že gel snižuje koeficient tření. Aplikace se provádí do vaginálního kanálu pomocí stříkačky a sterilních rukavic. Stříkačka obsahuje 2 balení. Prvním je tzv. „Stage 1“, které se využívá v průběhu první doby porodní a „Stage 2“, které má sloužit ve vypuzovací fázi nebo při manuální lýzy placenty. Dle výrobce vychází zkrácení doby vypuzovací fáze porodu o 30 % a redukuje se počet epiziotomií. (Porodnický gel Dianatal, 2008)

3.2 Intervence porodní asistentky během porodu jako prevence porodního poranění

Porodní poranění perinea se vyskytuje až v 85 % případů, jde buď o spontánní poranění, nástřih hráze, nebo kombinace obojího. Následné poranění může ženu ovlivňovat z krátkodobého či dlouhodobého hlediska. Komplikacemi porodního poranění může být např. bolest jizvy (sutury), močová či fekální inkontinence, problémy při pohlavním styku aj.

Existuje mnoho možností, jak mohou porodní asistentka nebo porodník předcházet poranění hráze, např. aplikace teplých obkladů, masáž hráze v průběhu první doby porodní, nebo tzv. „hands on technika“, čili chránění hráze v průběhu prořezávání hlavičky a ramének dítěte. (Petra Kramná, Yvetta Vrublová, 2016)

3.2.1 Polohování rodičky v první době porodní

Studie sesbírané z celého světa ukazují, že méně civilizované národy preferují rodit vertikálně až v 85 % případů. Mezi tyto polohy patří např. poloha ve dřepu, v sedě, vkleče, nebo i ve stoje, s pomocí různých přidržovacích a podpůrných předmětů. V moderním současném porodním systému se nejčastěji využívá horizontální poloha na zádech s elevovanými a podepřenými dolními končetinami. Tato poloha byla zavedena s nástupem porodníků a přesunem rodiček z domácího prostředí do nemocnic kolem 16.-17. stol. (Aleš Roztočil, et al, 2008)

3.2.2 Nahřívání hráze a kofeinové obklady

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 kolem perinea. (Petra Kramná, Yvetta Vrublová, 2016)

Teplo z obkladů působí spasmolyticky, uvolňuje svaly hráze, ženy uvádějí menší bolest v průběhu druhé doby porodní a následně i menší dyskomfort první dny v šestinedělí. Podle výzkumu V. Aasheima teplé obklady sice neovlivňují ruptury perinea I. a II. stupně, ale mají zásadní vliv na poranění III. a IV. stupně, kdy tohle riziko rapidně snižují. (Vigdis Aasheim, et all, 2017)

3.2.3 Chránění hráze během druhé doby porodní

V okamžiku, kdy se rodí hlavička dítěte, může porodní asistentka nebo lékař, lékařka zvolit tzv. „hands on techniku“, kdy kromě chránění hráze provádí i fixaci hlavičky plodu, aby ji pomohli udržet ve zvýšené flexi a tím zamezili příliš rychlému prořezání hlavičky. Je to opositum metody „hands off“, kdy porodní asistentka nebo lékaři jenom sledují průběh porodu, ale hráze se nedotýkají, nebo metody „hands poised“, kdy mají připravené ruce na rychlejší průběh porodu. Při dvou posledních metodách se ramínka vždy rodí spontánně, na rozdíl od metody „hands on“, kdy se ramínka rodí v laterální flexi. (Petra Kramná, Yvetta Vrublová, 2016)

3.3 Péče o porodní poranění během šestinedělí

3.3.1 Hygiena v šestinedělí

Období šestinedělí slouží k vymizení změn, které nastaly během těhotenství. Tělo se vrací do původního stavu před těhotenstvím. Zahajuje se činnost mléčné žlázy, dochází k involuci dělohy, při čemž odchází lochia a hojí se porodní poranění. Z tohoto důvodu je nezbytné dbát na zvýšenou hygienu. Očistky jsou infekční a při nedbalosti by mohlo dojít k zanícení poranění, které by mohlo vyvolat horečkové stavy, dále se rozvíjet a skončit rozpadem sešité rány nebo až sepsí. Ženy by měly být edukovány, aby si pravidelně měnily vložky a ložní povlečení. Sprcha se doporučuje po každém použití toalety a po každém kojení, kdy vlivem oxytocinu působícího na vylučování mléka z mléčné žlázy i ve větším množství odchází očistky. Při sprchování se doporučuje používat minimálně dva ručníky, jeden na spodní polovinu těla a druhý na svrchní, aby se předešlo zanesení infekce do prsních žláz. (Slezáková L., et al, 2017)

3.3.2 Sedací bylinné koupele a bylinné oplachy

Drobné trhlínky a malé poranění vulvy mají tendenci k rychlému hojení, čím větší poranění, tím větší nutná starostlivost a hygiena. Jednou z možností o starostlivost jsou bylinné sedací koupele a oplachy. Dezinfekční účinky má např. levandule či čajovník. Bylinky můžeme použít jako výluh, nebo ve formě esenciálních olejů. Koupel se může dotvořit s mořskou solí. Do koupele z teplé vody se přidá hrst soli a výluh, nebo po dvou kapkách z každého oleje. Koupel by neměla trvat déle než 10 minut. Procedura by se měla provádět maximálně 2x denně. (Procházková, 2014)

3.3.3 Homeopatie

Homeopatie vychází z celkového porozumění, jak funguje lidské tělo a jak daná nemoc, nebo trauma, které chceme léčit, vzniklo. Homeopat zkoumá, jak pacient reaguje na jednotlivé podněty z okolí a snaží se najít lék, který danou situaci vystihuje nejlépe. Homeopatii je možné využít při onemocněních fyzických i psychických, při chronických stavech ale i při náhlých stavech a traumatech. (Hrabák, 2017)

Homeopatické léky může využívat šestinedělka na lepší hojení, některé ženy už i na přípravu před porodem.

Arnica Montana se využívá pro zrychlení rekonvalescence po operaci a porodu, je doporučováno ji užívat po menších oděrkách, trhlínkách ale i po nástřihu hráze. Doporučuje se užívat jak před porodem, tak po porodu.

Calendula officinalis je homeopaty doporučována v kombinaci s Arnicou Montanou

po spontánním poranění u porodu, nebo se dá použít při větší krevní ztrátě, či velké bolesti.

Staphysagria by se měla užívat také v kombinaci s Arnica Montanou, ale je nasazována v případě nástřihu hráze, ne po spontánním poranění. (Sušický A., Valentová I., 2004)

3.3.4 Masáže jizvy

V případě spontánního porodního poranění nebo epiziotomie se může po zahojení stehů vytvořit jizva. Zjizvená tkáň v okolí předešlého poranění může zůstat nepoddajná, pevná a může se připojit ke spodnějším vrstvám, což může být příčinou bolesti v průběhu pohlavního styku. Pokud bude jizva moc nepoddajná, žena pocítí bolest i v průběhu běžných denních činností. Pomocí masáže jizvy by se měla tkáň rozvolnit a zůstat poddajnější.

S masáží se doporučuje začít po šestinedělí, respektive po zahojení stehů a po ukončení odcházení očítků. Nedoporučuje se masírovat v období aktivní infekce. Žena by si měla udělat pohodlí, dát si před masáží teplou vanu nebo obklad, což způsobí větší průtok krve v genitální oblasti. Doporučuje se použít určitou formu lubrikace, např. kokosový, mandlový nebo jiný olej. Jizva se doporučuje masírovat každý den 5-10 minut ve třech směrech. Začíná se zvenku aplikováním tlaku na jizvu. Pokračuje se vertikální masáží přes jizvu, pak horizontální masáží po jizvě, a nakonec se má masírovat v kruzích přes a v okolí jizvy. Pokračuje se vnitřní masáží, kdy palec je stále zvenku na hrázi, ukazovák a prostředník se zavedou do pochvy. Jizva by měla být citelná mezi prsty. Aplikuje se tlak a promasírovává se krouživými pohyby v celé její délce. Nakonec se pomocí zavedených prstů masíruje spodní poševní okraj kolem hráze ve tvaru písmene U. Může se použít i palec. Masíruje se na pomyslném ciferníku od čísla 4 k číslu 8 a zpět. Vytváří se tlak, ale pouze do takové míry, dokud masáž nebolí. Je samozřejmě nutné brát ohled na základy hygieny, aby se do pochvy nezanesl zánět. (St. George's University Hospitals, 2018)

4 Sexualita ženy

Existuje několik definic sexuality. (Adam, 2018) Definice, která vychází od Hartla a Hartlové říká, že sexualita vychází z pohlavních rozdílů, je součástí lidského jednání a pocitů, které jsou výsledkem právě zmíněných rozdílů mezi pohlavím, a to jak tělesných, tak psychických. Pojímá různorodost reprodukční, hormonální, anatomickou a také rozlišuje sociální role. Sexualitu je možné také pojmenovat jako tělesné uspokojení a psychickou rozkoš, která je úzce spojena se sexuální činností sblížení, vzrušení, uspokojení a souloží. (Hartl Pavel, Hartlová Helena, 2009)

Ženskou sexualitu je možné teoreticky rozdělit do čtyř kategorií a to na sexuální touhu, vzrušení, orgasmus a satisfakci.

Touha je stav na úrovni myšlenek, spojující vnější a vnitřní podněty, které podněcují nutnost a žádostivost po sexuální aktivitě. Samotná touha má podklad biologický, kde sehrávají roli hormony, jako androgeny a estrogeny, pak podklad motivační, který má základ v důvěře, vztahové rovině a samotného prožitku, a nakonec podklad kognitivní, který je na bázi chůtí a rizika.

Vzrušení je zcela fyziologický stav spojený s pocitovými změnami v souvislosti se sexuální aktivitou. Je založené na třech mechanismech, centrální, který pojímá představy, fantazie a sny, pak periferní, který má na starosti fyziologickou odezvu jako pocení, erektilita bradavek, kožní vazodilatace, a nakonec genitální mechanismus, jako je kumulace v klitorise, labiích a vagíně.

Orgasmus je alterace vědomí, přenesena primárně z genitálního mechanismu vzrušení. Je založen na mnoha aferentních podnětech proudících z oblasti genitálu do supraspinálních struktur a thalamického septa. Po dostatečném podráždění nastává centrální uvolnění neurotransmiterů, které vyvolávají cyklické stahy pánevního dna, doprovázeny kontrakcemi vaginální a děložní svaloviny. Tyto příjemné pocity jsou vyhodnocovány v kortikálních centrech pro rozkoš.

Satisfakce je osobní pocit uspokojení, který je vyvolán vyplavením hormonů, hlavně endorfinů, z thalamických jader uložených ve středním mozku. (Záhumenský, 2010)

4.1 Ženské sexuální dysfunkce

Dysfunkce sexuality znepříjemňují život žen v 30-60 %. Je to stav, který je závislý na věku, u žen je více spojen s reprodukční činností. V roce 1999 byly definované poruchy ženské sexuality devatenácti profesionálními týmy pozůstávajících z mnoha profesionálů jako např. gynekologové, urologové, porodní asistentky, psychologové, psychiatři a mnoho dalších. Pro praxi se určila klasifikace do čtyř skupin poruch, první byly poruchy sexuální touhy, kam patří hypoaktivní poruchy sexuální touhy a sexuální averze, druhé byly poruchy sexuálního vzrušení, třetí poruchy orgasmu a čtvrté byly poruchy spojené s bolestí kam řadíme dyspareunie, vaginismus a jiné sexuální bolesti, jako například i bolest po porodu v oblasti jizvy.

Hypoaktivní porucha sexuální touhy je definována jako snížený nebo chybějící zájem na sexuálním životě a nepřítomnost sexuálních představ, což může způsobit subjektivní neklid a nespokojenost. Samotný nezájem je primární porucha, ale může být zapříčiněna i sekundárně při spojitosti s jinými sexuálními dysfunkcemi jako anorgasmus, nebo při partnerských neshodách, psychických poruchách, jako depresích, jiných chronických

onemocněních spojených s dlouhodobou léčbou, nebo jako vedlejší účinek určitých léčiv.

Sexuální averze, další dysfunkce poruchy sexuální touhy, je až fobická nechuť k intimnímu pohlavnímu vztahu s partnerem. V anamnéze těchto případů lze často vidět případy zneužívání nebo jiného sexuálního traumatu.

Poruchou sexuálního vzrušení je neschopnost získat nebo zachovat sexuální zájem, který se buď projeví celkovým nezaujetím nebo fyziologickou odpovědí těla, např. sníženou lubrikací. Důvody se mohou skrývat ve faktorech jak psychologických, tak i fyzických, např. v nadužívání léků, po traumatech, nebo chirurgických zákrocích v malé pánvi.

Orgasmistické poruchy jsou definované jako neschopnost dosáhnout orgasmus při jakékoliv sexuální stimulaci. Příčina může být primární, nebo sekundární. Primární anorgasmie je situace, kdy jedinec nikdy nepřežil orgasmus. Osoby, které jsou schopny dosáhnout orgasmu při masturbování, trpí sekundární, jinak nazývanou situační poruchou orgasmu.

Dyspareunie je porucha spojená s bolestí při pohlavním styku. Je nutné vzít v potaz diferenciální diagnostiku a zohlednit vaginismus, nedostatečnou lubrikaci, atrofii, ale taky příčiny jako je endometrióza, zjizvení hymenu a jiné patologie.

Vaginismus je necílené sevření poševních svalů v dolní třetině pochvy, což je komplikace penetrace penisu při pohlavním styku. Existují dva druhy a to generalizovaný, který se u jedince vyskytuje pokaždé, a situační, kdy je penetrace za určitých podmínek realizovatelná. Příčiny sexuálních poruch spojených s bolestí nejsou úplně známé, mohou doprovázet jiná onemocnění, být na úrovni interpersonálních stavů, ale taky projevem vývojových a fyziologicky strukturálních poruch.

Při problémech psychologických, kdy osoba není spokojena ani po dosažení orgasmu a po vzrušení, mluvíme o poruchách sexuální satisfakce. V některých případech až samotný orgasmus může vyvolat v jednotlivci nepříjemné pocity jako koitální a orgastické bolesti, vegetativní potíže jak pomocení u žen se stresovou inkontinencí aj. (Záhumenský, 2010)

4.2 Sexualita ženy po porodu

Intimní milostný život je jeden z nejdůležitějších faktorů v partnerském životě. Z mnoha studií vyplývá, že po prvním porodu je sexuální život omezen a spokojenost klesá. Soulož mezi partnery nevytváří jenom pohodu psychickou a sociální, ale také udržuje fyzickou kondici a tělesné zdraví jednotlivců. Po porodu můžeme u ženy sledovat snížené hladiny sexuálních hormonů nahrazených hormony pro laktaci, únavu, vyčerpání, ale i vliv bolesti po porodním poranění. Všechny faktory přispívají k tomu, že se po porodu ženy obvykle do pohlavního života nehrnou.

Z vícero studií v minulosti replikovaných vyplývá, že 2/3 párů obnoví sexuální život do dvou měsíců po porodu. Studie také ukazují, že ženám se prožitek z pohlavního styku zhoršil. Rydingová v studiích prokázala pokles žen, které zažívaly uspokojení vždy nebo téměř vždy při styku ze 62 % před porodem na 48 % po porodu. U žen, které měly orgasmus při polovině případů, nastal pokles z 20 % na 16 %. Baretová ve své studii vyzkoumala, že 83 % žen trpí problémy spojenými se sexuálními dysfunkcemi ještě 3 měsíce po porodu. Do půl roku došlo k poklesu na 64 % a v 38 % případů se prokázalo, že jejich sexuální život nenabil nikdy takové kvality jako před porodem. (Záhumenský, 2010)

II Praktická část

5 Stanovení cílů

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jestli porodní poranění ovlivňuje následný sexuální život ženy.

5.1 Dílčí cíle práce

1. Zjistit informovanost žen o metodách a možnostech prevence porodního poranění
2. Zjistit, jestli metody prevence porodního poranění jsou efektivní.
3. Zjistit, jak porodní poranění ovlivňuje následný sexuální život ženy.

5.2 Hypotézy

H1: Předpokládáme, že ženy jsou dostatečně informované o možnostech prevence porodního poranění.

H2: Předpokládáme, že zdroj informací je relevantní a ověřený.

H3: Předpokládáme, že ženy, které využívaly kteroukoliv z uváděných metod na prevenci porodního poranění mají menší výsledné poranění v srovnání se ženami, které nic nevyužívaly.

H4: Předpokládáme, že ženy s větším porodním poraněním měly i větší problémy se začátkem sexuálního života.

H5: Předpokládáme, že ženy s větším porodním poraněním měly větší bolesti při pohlavním styku v porovnání se ženami bez poranění.

H6: Předpokládáme, že ženy, které pečovaly o porodní poranění a využívaly metody pro plynulejší a lepší hojení měly lepší nástup do sexuálního života.

6 Metodologie výzkumu

6.1 Metoda sběru dat

Pro dosažení požadovaných cílů jsem vytvořila kvantitativní dotazník. Na zhotovení jsem využila internetovou stránku www.surveo.cz a výsledky jsem sbírala zveřejněním dotazníku na sociálních sítích. Dotazník se skládal z 15 uzavřených otázek (otázky č. 1-4, 9-14, 16-20), 4 polouzavřených (otázky č. 5-7, 15) a 1 otevřené (otázka č.8).

6.2 Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Jako cílovou skupinu jsem zvolila ženy jakéhokoliv věku, které už alespoň 1x spontánně rodily. Dotazník vyplňovaly všechny ženy na základě informací z úplně prvního porodu. Tyto ženy vyplnily dotazník dobrovolně a zcela anonymně.

6.3 Výsledky výzkumu

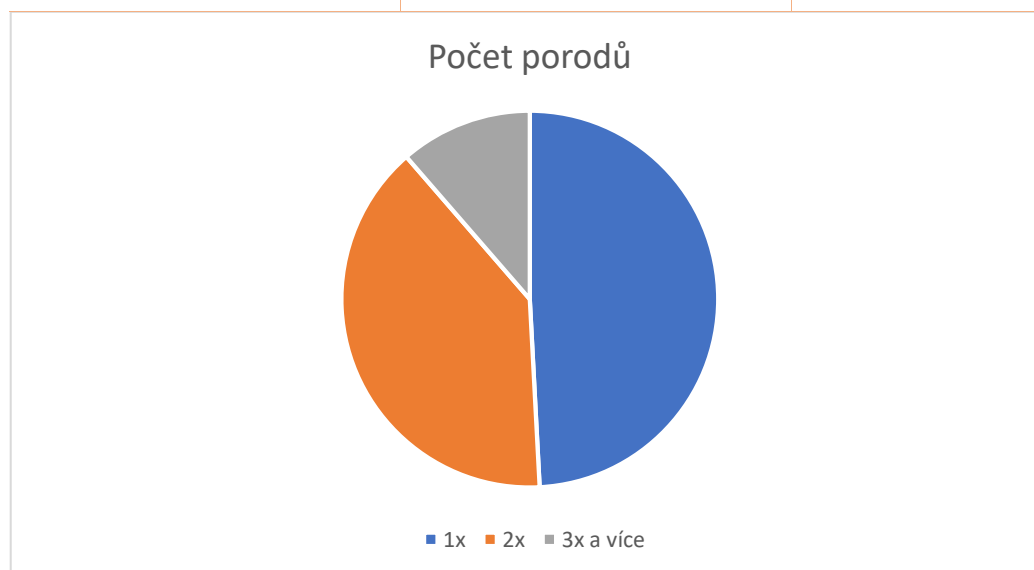
Dotazník vyplnilo 300 žen, avšak jedna se zdržela odpovědí. Na základě relevantních 299 zbylých dotazníků byly vyhodnoceny výsledky.

Otázka číslo 1:

Kolikrát jste vaginálně rodila?

Tabulka 1 počet porodů

Otázka č.1	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1x	147	49,2 %
2x	118	39,5 %
3x a více	34	11,4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 1 graf počet porodů

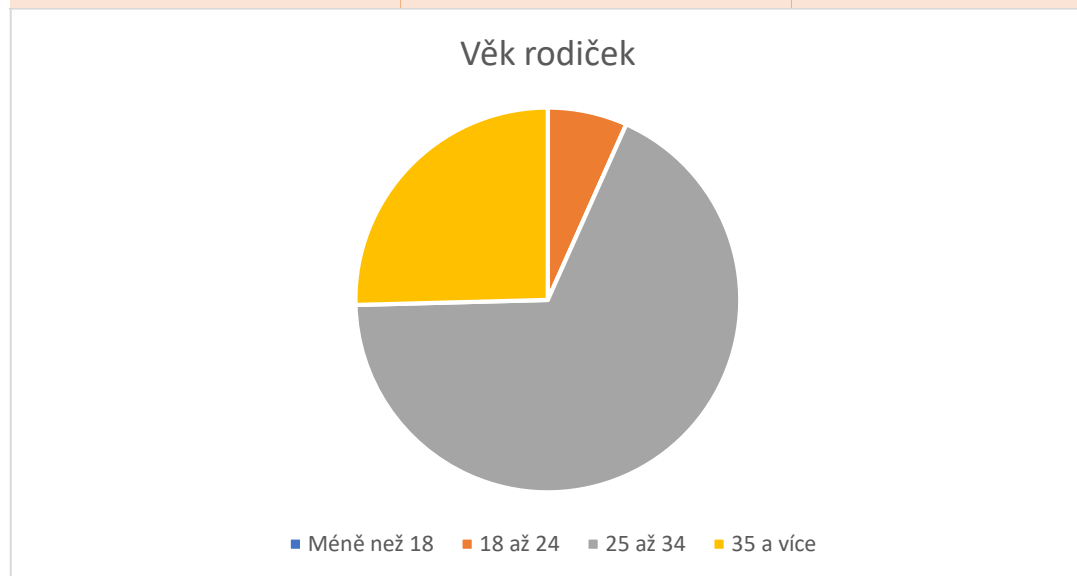
V téhle otázce jsem zjišťovala, kolikrát respondentky rodily vaginálně. Z grafu vyplývá, že nejvíc rodilo vaginálně 1x a to 49,2 %, 2x rodilo 39,5 % a nejmíň rodilo 3x a více a to 11,4 %.

Otázka číslo 2:

Kolik Vám je let?

Tabulka 2 věk respondentek

Otázka č.2	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Méně než 18	0	0 %
18 až 24	20	6,7 %
25 až 34	203	67,9 %
35 a více	76	25,4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 2 graf věk respondentek

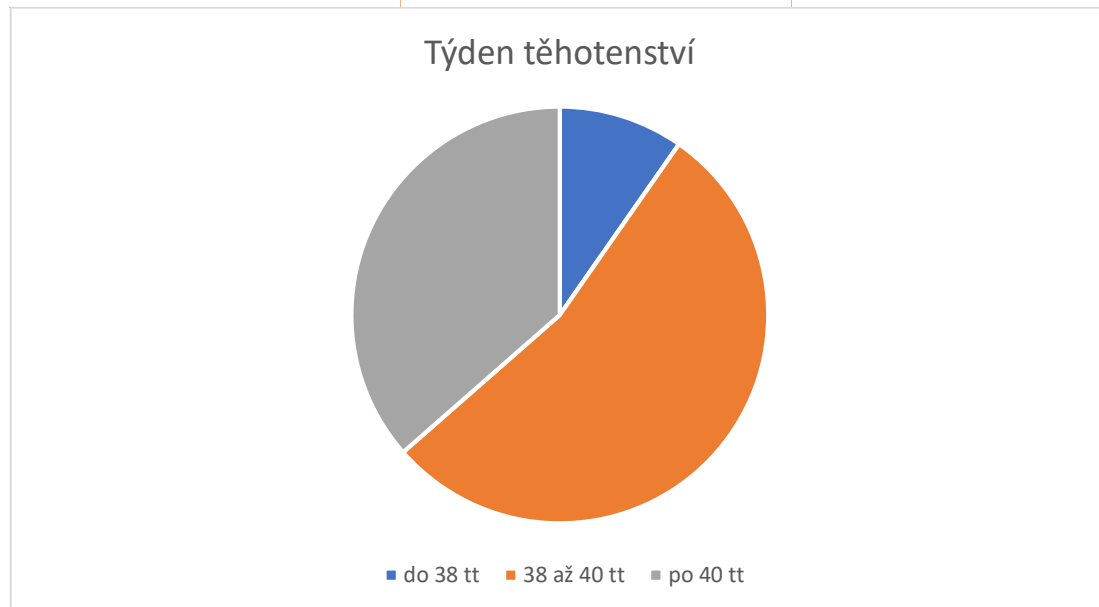
Dále jsem chtěla vědět věk respondentek. Ve skupině méně než 18let nebyla ani jedna respondentka, ve věku 18 až 24 let odpovídalo 6,7 %, největší zastoupení v dotazníku měly ženy ve věku 25 až 34let a to 67,9 %, a věk 35 a víc mělo 25,4 % žen.

Otázka číslo 3:

V kolikátém týdnu jste rodila?

Tabulka 3 gestační týden u porodu

Otázka č.3	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Do 38. týdnu	29	9,7 %
38. až 40. týden	161	53,8 %
Po 40. týdnu	109	36,5 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 3 graf gestační týden u porodu

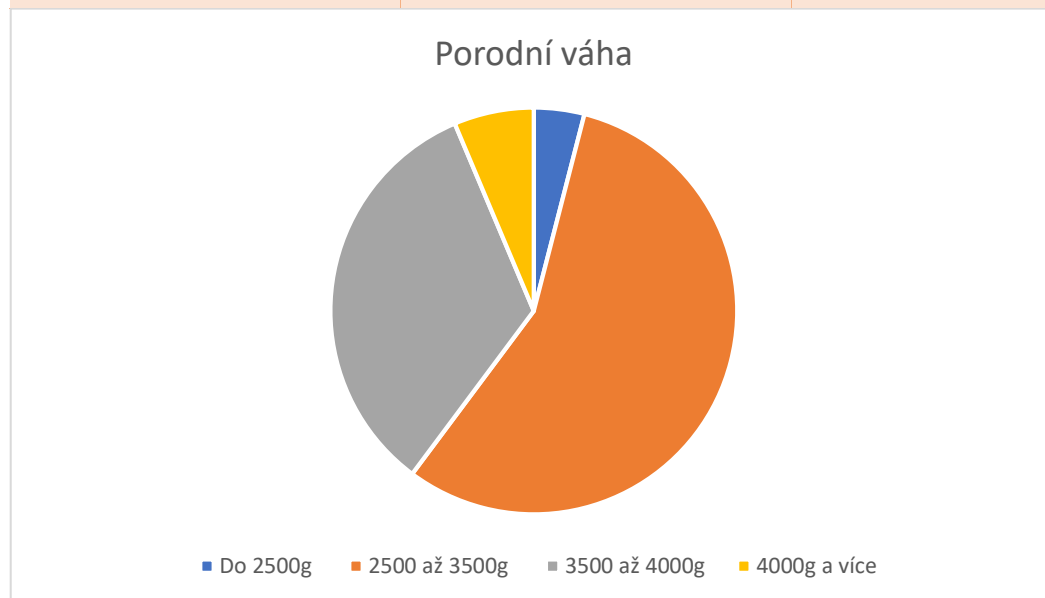
Taky jsem se respondentek ptala, v jakém gestačním týdnu rodily. 9,7 % porodilo před 38. týdnem těhotenství. Více než polovina s 53,8 % rodila mezi 38. a 40. týdnem těhotenství. Po 40. týdnu těhotenství porodilo 36,5 % žen.

Otázka číslo 4:

Jaká byla porodní váha Vašeho miminka?

Tabulka 4 porodní váha dítěte

Otázka č.4	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 2500 g	12	4 %
2500 až 3500 g	168	56,2 %
3500 až 4000 g	100	33,4 %
4000 g a více	19	6,4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 4 graf porodní váha dítěte

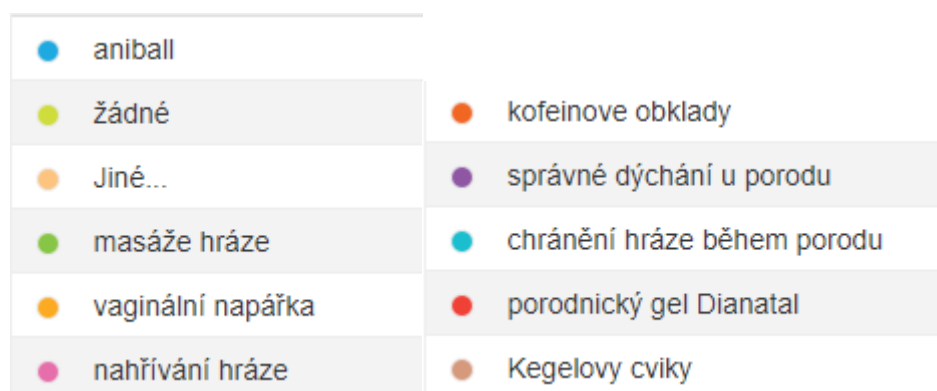
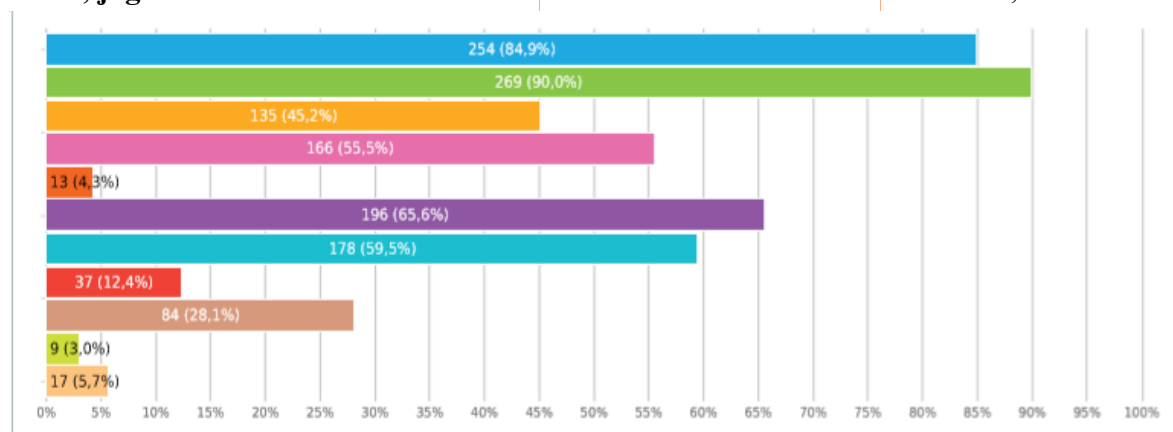
Zajímala mne i porodní váha narozených dětí. Pod 2500 g byli 4 %. Váhu 2500 až 3500 g mělo největší procento 56,2 %. 33,4 % narozených dětí vážilo 3500 až 4000 g. Nad 4000 g bylo 6,4 %.

Otázka číslo 5:

Označte, o kterých metodách prevence porodního poranění jste už slyšela.

Tabulka 5 informovanost v možnostech prevence porodního poranění

Otázka č.5	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Aniball	254	84,9 %
Masáž hráze	269	90 %
Vaginální napářka	135	45,2 %
Nahřívání hráze	166	55,5 %
Kofeinové obklady	13	4,3 %
Správné dýchání u porodu	196	65,6 %
Chránění hráze během porodu	178	59,5 %
Porodnický gel Dianatal	37	12,4 %
Kegelovy cviky	84	28,1 %
Žádné	9	3 %
Jiné, Epi – no	3	1 %
Jiné, Svobodná volba polohy	8	2,7 %
Jiné, porod bez zásahu zdravotníků	5	1,7 %
Jiné, jóga	1	0,3 %



Obrázek 5 graf informovanost v možnostech prevence porodního poranění

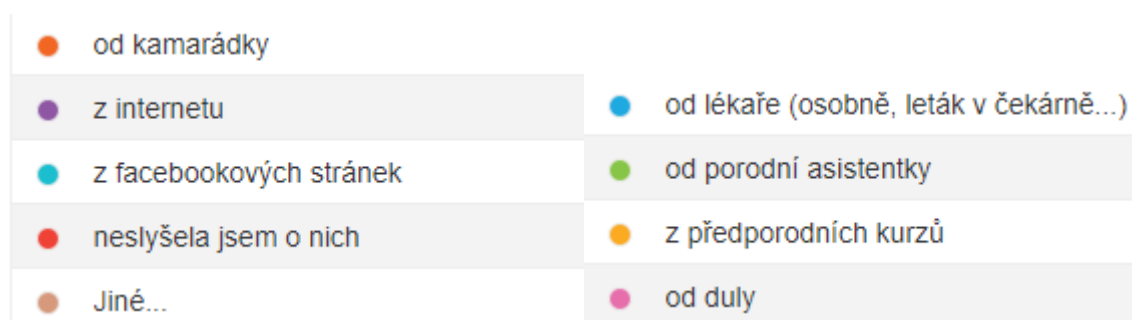
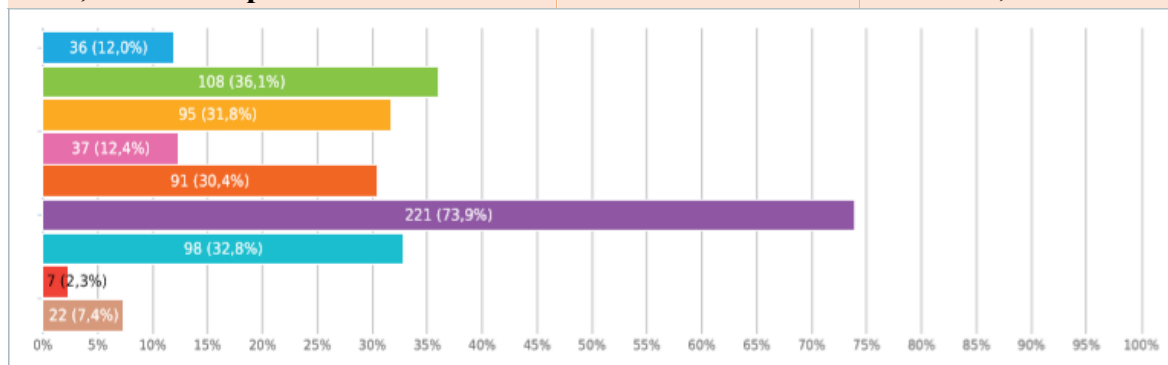
Z výsledku vidíme, že nejvíc jsou ženy informovány o masáži hráze jako metodě předcházení porodního poranění, a to až v 90 %. O Aniballu slyšelo 84,9 % dotazovaných. Vaginální napářka vyšla s 45,2 % a nahřívání hráze 55,5 %. Více než polovina žen se už také někdy doslechla o tom, jak správně dýchat u porodu a to v 65,6 % a o tom, že by se měla chránit hráz u porodu 59,5 %. Menší povědomí mají ženy o Kegellových cvicích, 28,1 % a o porodnickom gelu Dianatal 12,4 %. S pojmem kofeinové obklady se setkala 4,3 % žen. Ve 3 % dotazované odpovídaly, že neslyšely ani o jedné ze zmíněných metod. V jiných respondentky napsaly, že slyšely v 1 % o Epi -no, v 2,7 % o volbě polohy u porodu jako o metodě předcházení poranění, 1,7 % o ničím nerušeném porodu bez zásahů zdravotníků, a 1 respondentka což činí 0,3 % o józe.

Otázka číslo 6:

Odkud jste se o zmíněných metodách dozvěděla?

Tabulka 6 zdroj informací

Otázka č.6	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Od lékaře (osobně, leták v čekárně...)	36	12 %
Od porodní asistentky	108	36,1 %
Z předporodních kurzů	95	31,8 %
Od duly	37	12,4 %
Od kamarádky	91	30,4 %
Z internetu	221	73,9 %
Z facebookových stránek	98	32,8 %
Neslyšela jsem o nich	7	2,3 %
Jiné, knihy	13	4,4 %
Jiné, jsem zdravotník/samostudium	8	2,7 %
Jiné, komunitní porodní asistentka	1	0,3 %



Obrázek 6 graf zdroj informací

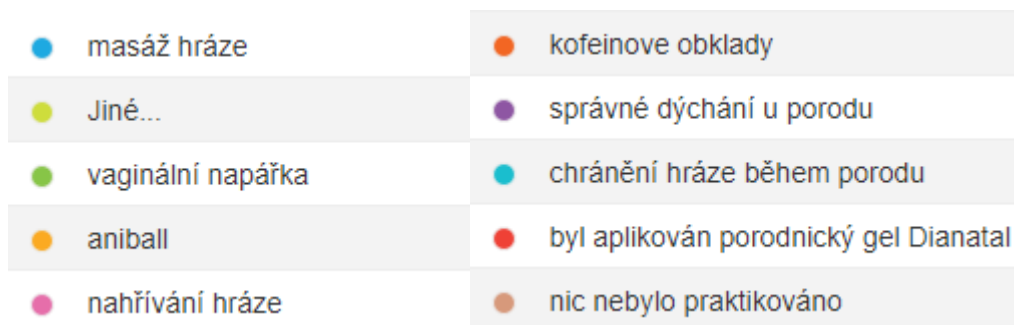
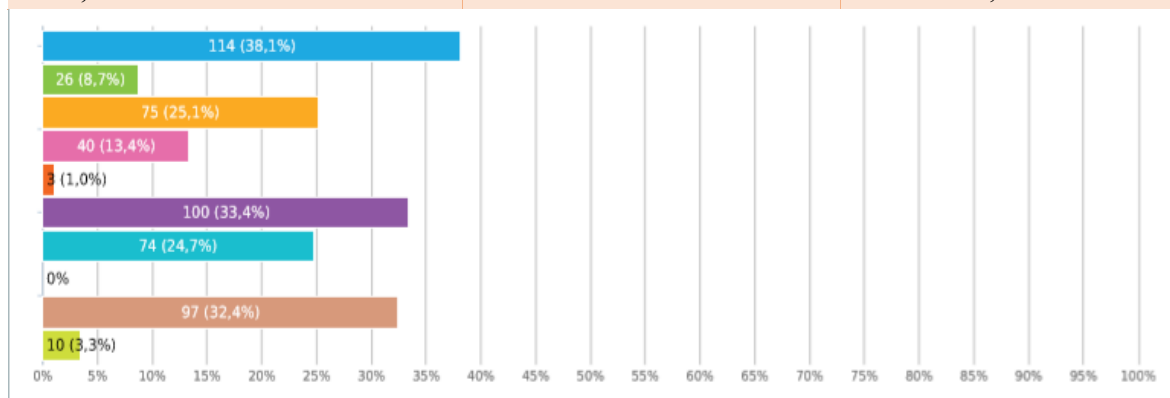
V šesté otázce mne zajímalo, odkud respondentky nejčastěji získávají informace na danou problematiku. Největší procento, 73,9 %, uvedlo jako zdroj informací internet. Od lékaře informace získalo 12 %, což je číselně srovnatelné s informací od duly 12,4 % a od porodní asistentky 36,1 %. Z předporodních kurzů 31,8 % a od kamarádek 30,4 %. Na Facebook se obrací za hledáním informací 32,8 % z dotazovaných. Odbornou literaturu vyhledává 4,4 %. Respondentů se zdravotnickým vzděláním, kteří uvedli, že informace získali během studia odpovídalo v procentech 2,7 %. 1 respondentka uvedla, že byla v kontaktu s komunitní porodní asistentkou, což činí 0,3 % a 2,3 % z respondentů informace o prevenci porodního poranění nikdy nezískalo.

Otázka číslo 7:

Praktikovala se některá metoda před porodem nebo během porodu jako prevence porodního poranění?

Tabulka 7 prevence porodního poranění

Otázka č.7	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Masáž hráze	114	38,1 %
Vaginální napářka	26	8,7 %
Aniball	75	25,1 %
Nahřívání hráze	40	13,4 %
Kofeinové obklady	3	1 %
Správné dýchání u porodu	100	33,4 %
Chránění hráze během porodu	74	24,7 %
Byl aplikován gel Dianatal	0	0 %
Nebylo nic praktikováno	97	32,4 %
Jiné, poloha u porodu	2	0,7 %
Jiné, využití bylinek	2	0,7 %
Jiné, Epi – no	1	0,3 %
Jiné, neví	5	1,6 %



Obrázek 7 graf prevence porodního poranění

V otázce, kdy jsem se ptala, které metody prevence porodního poranění respondentky aktivně využívaly před porodem, 38,1 % z dotazovaných odpovědělo masáž hráze. Aniball používalo 25,1 % a vaginální napářku 8,7 %. Hráz nahřívalo 13,4 % z dotazovaných a 1 % využilo kofeinové obklady. 33,4 % správným dýcháním u porodu

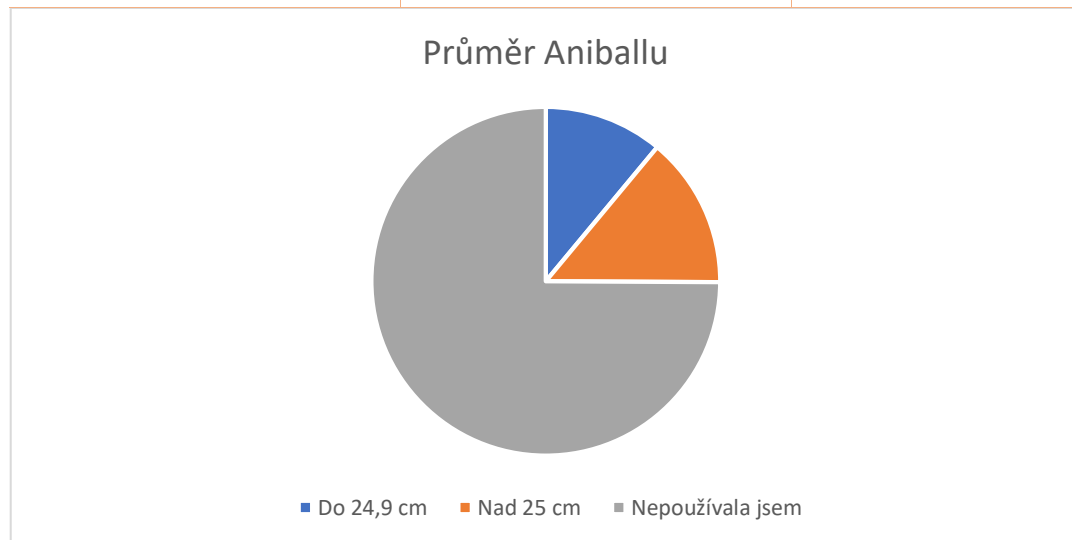
předcházelo porodnímu poranění a u 24,7 % byla aktivně chráněná hráz. Nikdo z respondentů nevyužil porodnický gel Dianatal v praxi a 32,4 % uvedlo, že nevyužily vůbec žádné metody prevence porodního poranění. V jiných 0,7 % uvedlo jako prevenci poranění zvolení polohy pro porod a stejný počet s 0,7% použití bylinek. Jedna respondentka čili 0,3 % využívala Epi – no. 1,6 % z dotazovaných neví, jestli bylo před porodem, nebo během něho něco využíváno.

Otázka číslo 8:

Na kolik centimetrů jste nafoukla Aniball při jeho použití před porodem? (při nepoužití odpovězte „nepoužívala jsem“)

Tabulka 8 rozměry Aniballu

Otázka č.8	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 24,9 cm	33	11 %
Nad 25 cm	42	14 %
„nepoužívala jsem“	224	75 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 8 graf rozměry Aniballu

Při dotazování na rozměry nafouknutí Aniballu 11 % respondentek cvičilo s Anibalem na rozměrech do 24,9 centimetrů. 14 % ho nafouklo nad 25 centimetrů. 75 % z dotazovaných nevyužívaly Aniball vůbec v průběhu těhotenství.

Otázka číslo 9:

Navštěvovala jste předporodní kurz?

Tabulka 9 předporodní kurz

Otázka č.9	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	138	46,2 %
Ne	161	53,8 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 9 graf předporodní kurz

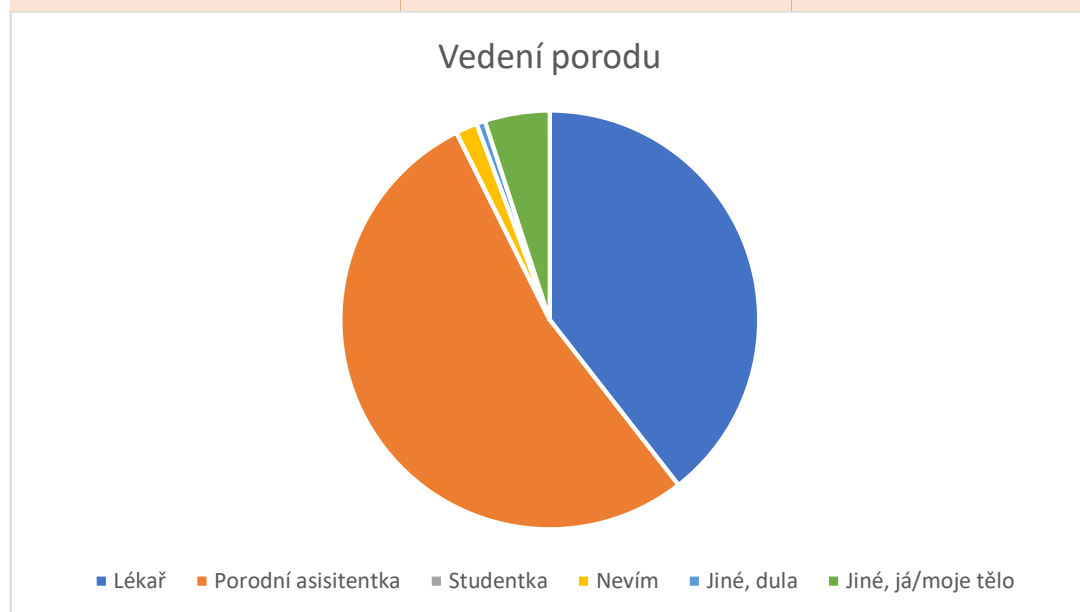
V této otázce jsem se dozvíдалa, jestli respondentky navštěvovaly předporodní kurz. 46,2 % odpovídalo, že ano. V 53,8 % případu nechodily na předporodní kurzy.

Otázka číslo 10:

Kdo vedl porod?

Tabulka 10 vedení porodu

Otázka č.10	Absolutní četnost	Relevantní četnost (%)
Lékař	118	39,5 %
Porodní asistentka	159	53,2 %
Studentka	0	0 %
Nevím	5	1,6 %
Jiné, dula	2	0,7 %
Jiné, já/moje tělo	15	5 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 10 graf vedení porodu

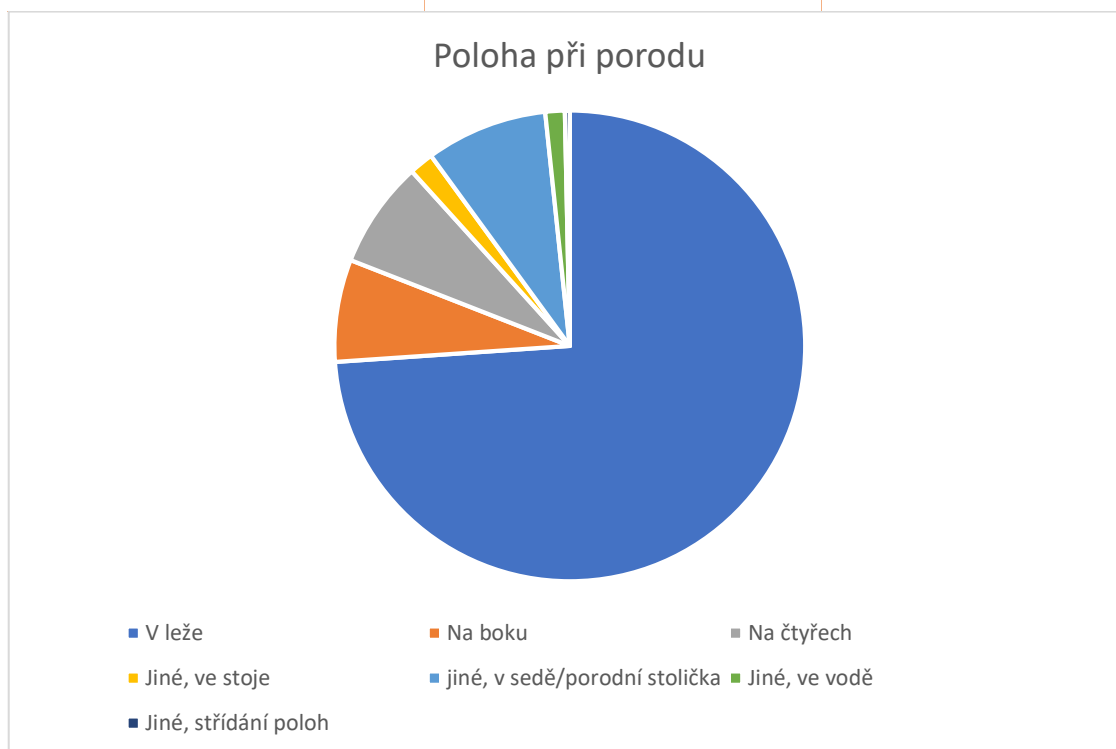
V této otázce jsem se informovala o tom, kdo vedl porod. V 39,5 % to byl lékař, porodní asistentka v 53,2 %. Studentka nevedla porod ani u jedné respondentky. 1,6 % odpovídalo, že neví a 0,7 % rodilo s dulo. 5 % odpovídalo v jiných, že porod vede ona a dítě, nebo jejich tělo.

Otázka číslo 11:

V jaké poloze jste rodila?

Tabulka 11 poloha při porodu

Otázka č.11	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
V leže	221	73,9 %
Na boku	21	7 %
Na čtyřech	22	7,4 %
Jiné, ve stoje	5	1,7 %
Jiné, v sedě/porodní stolička	25	8,4 %
Jiné, ve vodě	4	1,3 %
Jiné, střídání poloh	1	0,3 %
Celkem	229	100 %



Obrázek 11 graf poloha při porodu

Při zjišťování polohy při porodu 73,9 % respondentek rodilo v poloze vleže. 7 % zvolilo polohu naboku a 7,4 % na čtyřech. Do jiných psaly dotazované, že 1,7 % rodilo vertikálně nebo ve stoje, 8,4 % preferovalo родit v sedě nebo na porodní stoličce. 0,3 % střídala polohy a 1,3 % uvedlo porod do vody.

Otázka číslo 12:

Měla jste porodní plán?

Tabulka 12 porodní plán

Otázka č.12	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	137	45,8 %
Ne	162	54,2 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 12 graf porodní plán

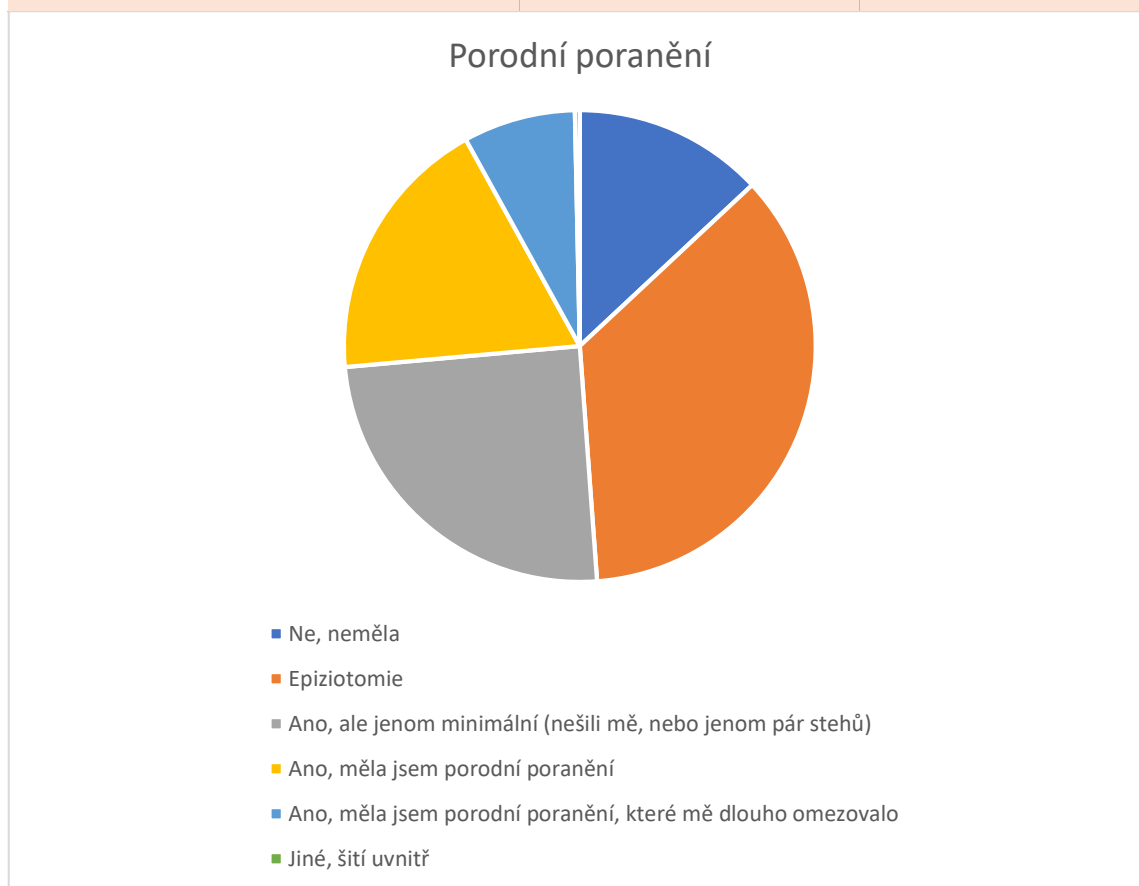
V této otázce, jsem se zaměřila na to, jestli dotazované rodily s porodním plánem. 45,8 % odpovídalo, že ano, 54,2 % porodní plán nemělo.

Otázka číslo 13:

Měla jste porodní poranění?

Tabulka 13 porodní poranění

Otázka č.13	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, neměla	39	13 %
Epiziotomie	107	35,8 %
Ano, ale jenom minimální (nešili mě, nebo jenom pár stehů)	74	24,8 %
Ano, měla jsem porodní poranění	55	18,4 %
Ano, měla jsem porodní poranění, které mě dlouho omezovalo	23	7,7 %
Jiné, šití uvnitř	1	0,3 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 13 graf porodní poranění

Zajímalo mě taky, jak velké porodní poranění respondentky prodělaly. 13 % udává, že porodily zcela bez poranění, 35,8 % mělo provedenou epiziotomii. 24,8 % mělo malé porodní poranění. O něco větší porodní poranění udává 18,4 % a 7,7 % udává velké porodní poranění, které respondentky dlouho omezovalo v životě. V jiných 0,3 %, teda 1 respondentka uvedla šití uvnitř.

Otázka číslo 14:

Byla jste poučena, jak pečovat o porodní poranění?

Tabulka 14 informovanost v péči o porodní poranění

Otázka č.14	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	155	51,8 %
Ne	104	34,8 %
Nevzpomínám si	40	13,4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 14 graf informovanost v péči o porodní poranění

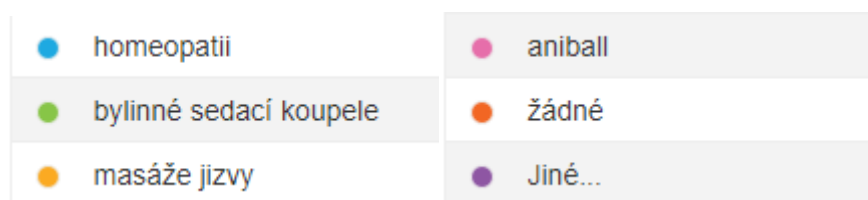
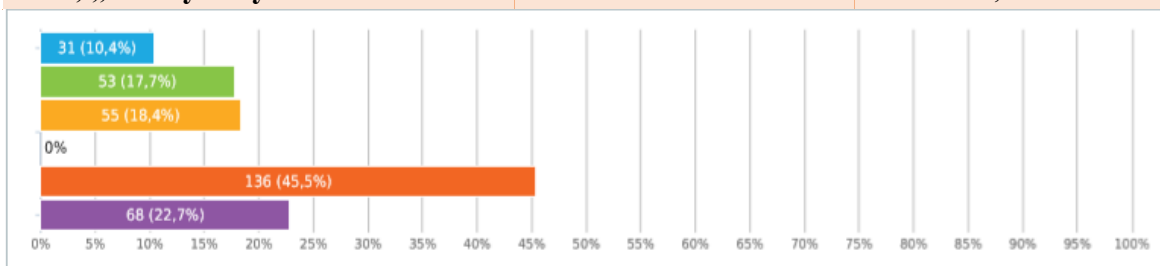
Také jsem se ptala, jestli byly respondentky po porodu poučené, jak pečovat o porodní poranění. Nadpoloviční většina 51,8 % poučeny byla. 34,8 % udává, že ne a 13,4 % si nevzpomíná.

Otázka číslo 15:

Kterou z následujících metod jste využívala na lepší hojení po porodu?

Tabulka 15 péče o porodní poranění

Otázka č.15	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Homeopatii	31	10,4 %
Bylinné sedací koupele	53	17,7 %
Masáže jizvy	55	18,4 %
Aniball	0	0 %
Žádné	138	46,2 %
Jiné, Bylinné oplachy/dubová kůra	18	6 %
Jiné, Zvýšená hygiena	22	7,4 %
Jiné, Farmakologické přípravky	18	6 %
Jiné, „Šicí bylinky“	10	3,3 %



Obrázek 15 graf péče o porodní poranění

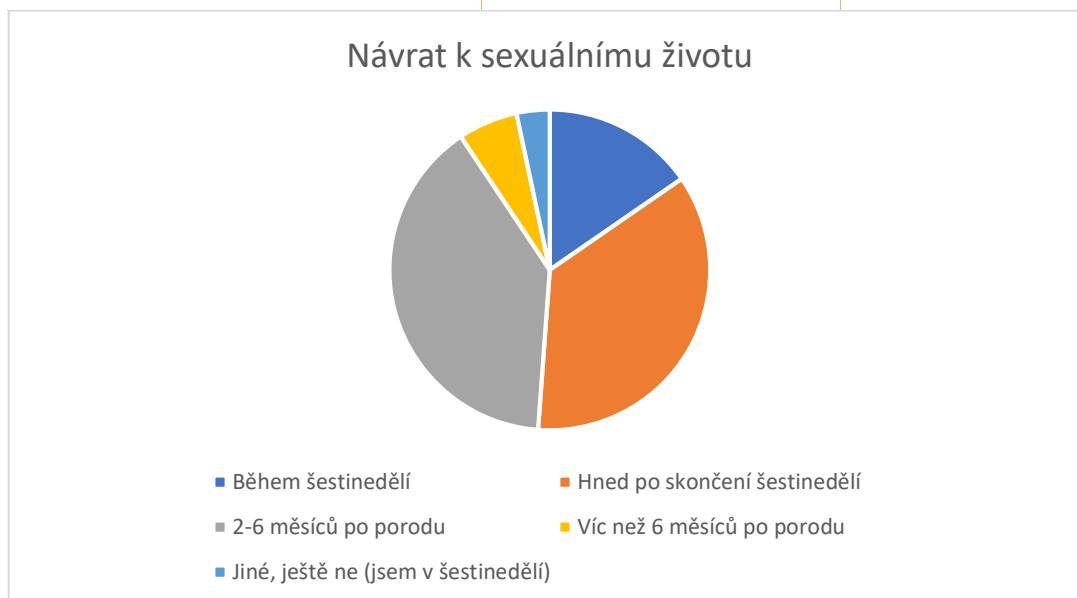
Ptala jsem se také na metody, které využívaly při hojení porodního poranění. 10,4 % využívalo homeopatii. 17,7 % žen si dělalo bylinné sedací koupele a 18,4 % masírovalo jizvu. Aniball jako prevenci inkontinenci po porodu nevyužila ani jedna respondentka. 46,2 % vyplňujících dotazník nevyužilo ani jednu ze zmiňovaných metod. V jiných dotazované psaly o použití dubové kůry a o opláších z ní či z jiných bylin a to v 6 %. 7,4 % žen dodržovalo zvýšenou hygiena, 6 % se obrátilo na farmakologicky vyráběné přípravky a 3,3 % využívalo tzv. „šicí bylinky“ s obkladem z jílu.

Otázka číslo 16:

Po jaké době jste se s partnerem poprvé milovali po porodu?

Tabulka 16 délka sexuální abstinence po porodu

Otázka č.16	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ještě během šestinedělí	46	15,4 %
Hned po skončení šestinedělí	107	35,8 %
2–6 měsíců po porodu	118	39,5 %
Víc než 6 měsíců po porodu	18	6 %
Jiné, ještě ne (jsem v šestinedělí)	10	3,3 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 16 graf délka sexuální abstinence po porodu

V této otázce jsem se ptala, za jak dlouho opět navázaly ženy sexuální vztah s partnerem. 15,4 % přiznalo, že ještě během šestinedělí. 35,8 % hned po skončení šestinedělí. Nejvíce zastoupená skupina je rozmezí 2-6 měsíců po porodu s 39,5 %. Více než půl rok po porodu čekalo se zahájením sexuálního života 6 % žen. V jiných s 3,3 % se respondentky zmínily, že s pohlavním stykem ještě nezačaly, protože jsou stále v šestinedělí.

Otázka číslo 17:

Bála jste se prvního styku po porodu?

Tabulka 17 obavy z prvního pohlavního styku

Otázka č.17	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	202	67,6 %
Ne	97	32,4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 17 graf obavy z prvního pohlavního styku

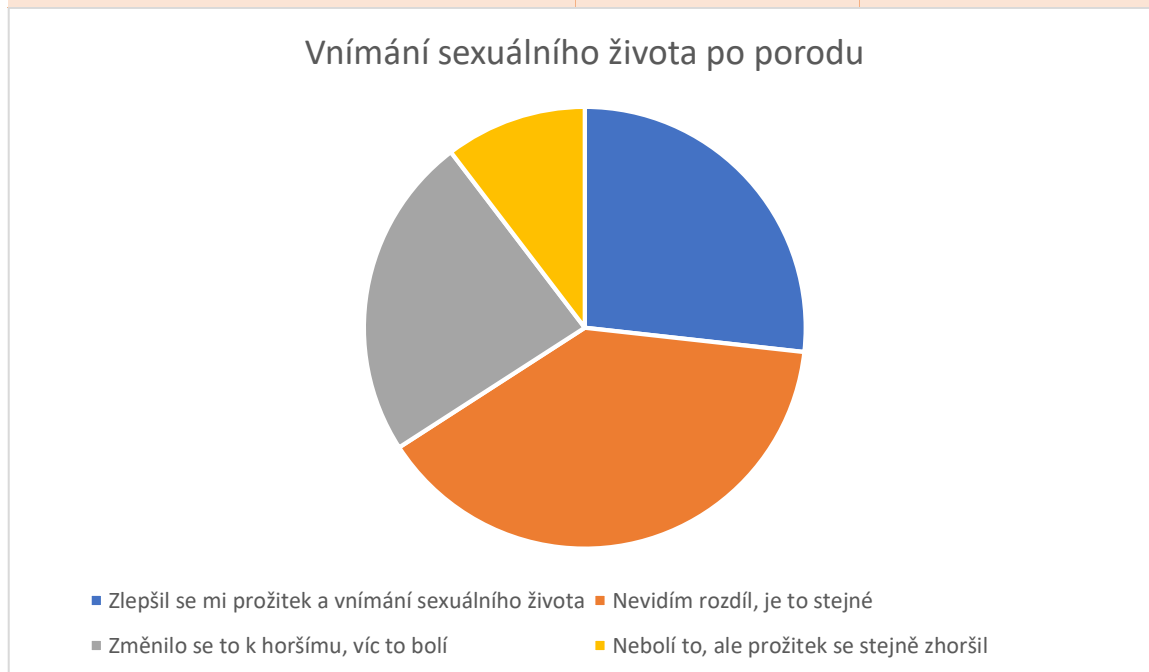
V další otázce jsem zjišťovala, jestli měly respondentky strach z prvního milování po porodu. V nadpočetné většině se 67,6 % byla odpověď, že ano. 32,4 % udalo, že obavy nemělo.

Otázka číslo 18:

Jak byste definovala sexuální život po porodu?

Tabulka 18 vnímání sexuálního života po porodu

Otázka č.18	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života	80	26,8 %
Nevidím rozdíl, je to stejné	117	39,1 %
Změnilo se to k horšímu, víc to bolí	71	23,7 %
Nebolí to, ale prožitek se stejně zhoršil	31	10,4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 18 graf vnímání sexuálního života po porodu

Otázka číslo 18 byla zaměřena na vnímání sexuálního života po porodu. 26,8 % odpovědělo, že se jejich prožitek zlepšil. 39,1 % rozdíl nevidí. 10,4 % reagovalo, že pohlavní styk sice nebolí, ale subjektivně je to horší a u 23,7 % to je nejenom horší, ale při pohlavním styku zažívají bolest.

Otázka číslo 19:

Pociťovala jste bolest při styku po porodu?

Tabulka 19 bolest při styku

Otázka č.19	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vůbec	91	30,4 %
Ano, ale jenom ze začátku pak to ustoupilo (2 měsíce po porodu)	143	47,8 %
Ano a trvalo to delší čas (6 měsíců po porodu)	42	14 %
Ano (rok po porodu)	11	3,7 %
Ano víc než rok po porodu	12	4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 19 graf bolest při styku

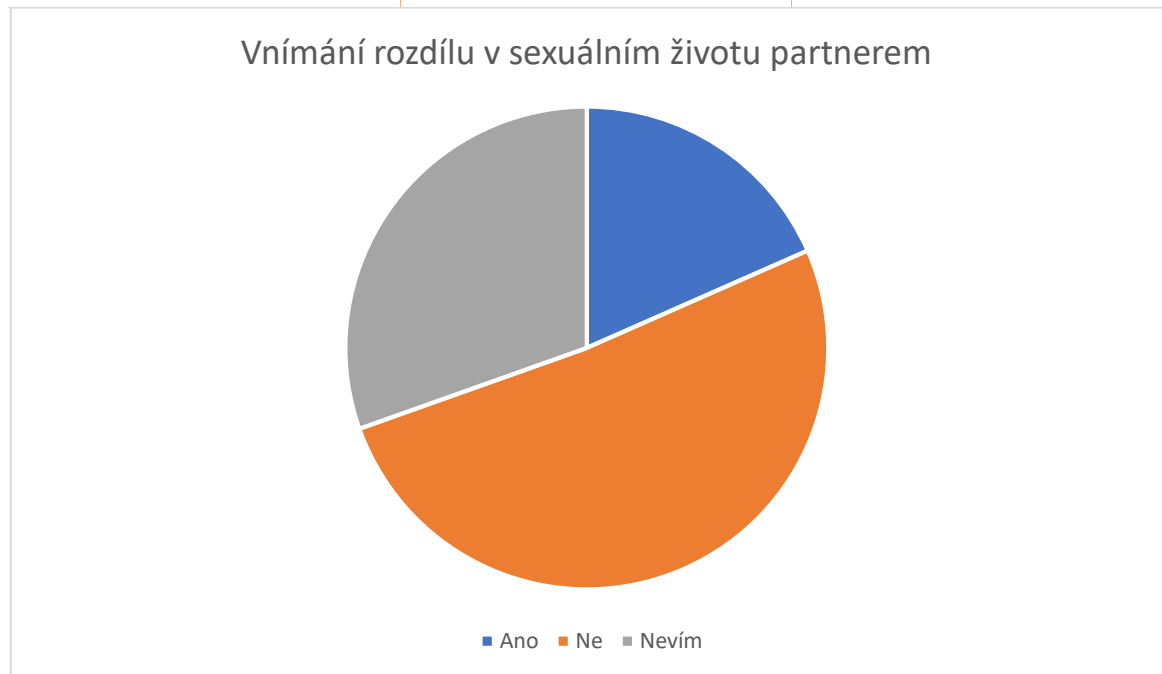
U této otázky jsem se ptala, jestli pociťovaly bolest u pohlavního styku a jestli ano, tak jak dlouho. 30,4 % nepocítilo bolest vůbec, u 47,8 % bolest přetrvávala první 2 měsíce. 14 % odpovídalo, že cítily bolest delší čas, a to přibližně první půl rok. U 3,7 % trvala rok a až 4 % cítily bolest víc než rok po porodu.

Otázka číslo 20:

Pocit'uje Váš partner změny při pohlavním styku po porodu?

Tabulka 20 vnímání sexuálního života po porodu partnerem

Otázka č.5	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	55	18,4 %
Ne	153	51,2 %
Nevím	91	30,4 %
Celkem	299	100 %



Obrázek 20 graf vnímání sexuálního života po porodu partnerem

V poslední otázce jsem se ptala, jestli partneři respondentek pocit'ují změnu po porodu v sexuálním životě. 18,4 % odpovědělo že jejich partneři změnu cítí. 51,2 % že ne a 30,4 % neví na otázku odpověď.

6.4 Vyhodnocení stanovených hypotéz

H1: Předpokládáme, že ženy jsou dostatečně informované o možnostech prevence porodního poranění.

Díky výsledkům zobrazených v tabulce č. 5 a v grafu č. 1 v otázce číslo 5 „Označte, o kterých metodách prevence porodního poranění jste už slyšela.“ vidíme, že až 84,9 % respondentek už někdy slyšelo o použití Aniballu a 90 % respondentek ví o masáži hráze. Z dalších devíti odpovědí, z kterých měly vyplňující na výběr, má vyše poloviny nadpoloviční většinu procent jako nahřívání hráze 55,5 %, správná metoda dýchání u porodu 65,5 %, chránění hráze během porodu 59,5 %. Jenom 3 % uvedly, že nikdy neslyšely o ničem ze zmíněného jako prevence porodního poranění. **Hypotéza byla potvrzena.**

H2: Předpokládáme, že zdroj informací je relevantní a ověřený, například těhotenská poradna, nebo komunitní porodní asistentka.

V tabulce č. 6 a v grafu č. 2 při otázce číslo 6: „Odkud jste se o zmíněných metodách dozvěděla?“ můžeme vidět, že největší část respondentek se informace dozvěděla z internetu a to v 73,9 %. Jenom 12 % získalo informace od svého lékaře a 36,1 % od porodní asistentky. **Hypotéza nebyla potvrzena.**

H3: Předpokládáme, že ženy, které využívaly kteroukoliv z uváděných metod na prevenci porodního poranění mají menší výsledné poranění v srovnání se ženami, které nic nevyužívaly.

Tabulka č. 7 a graf č. 3 v otázce číslo 7: „Praktikovala se některá metoda před porodem nebo během porodu jako prevence porodního poranění?“ shrnuje všechny odpovědi, ty ženy, které praktikovaly určitou metodu prevence poranění hráze, zároveň i ženy, co neprotikovaly nic. Po jejich roztřídění jsem zjistila následující fakta.

Tabulka 21 Rozsah poranění u žen, které nevyužívaly žádnou metodu jako prevenci porodního poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nebylo poranění	8	8,2 %
Epiziotomie	57	58,8 %
Bylo poranění, ale minimální	10	10,3 %
Bylo poranění	16	16,5 %
Bylo dlouhodobě limitující poranění	6	6,2 %
Celkem	97	100 %

Tabulka 22 Rozsah poranění u žen, která využívaly metody prevence porodního poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nebylo poranění	31	15,3 %
Epiziotomie	50	24,8 %
Bylo poranění, ale minimální	64	31,7 %
Bylo poranění	39	19,3 %
Bylo dlouhodobě limitující poranění	17	8,4 %
Jiné, šití uvnitř	1	0,5 %
Celkem	202	100 %

V tabulce č. 21 vidíme, že ženy, které rodily bez jakékoliv prevence poranění, měly epiziotomii v 58,8 % a bez poranění jich bylo 8,2 %. V tabulce č. 22, která hodnotí ženy, které využívaly nějakou ze zmíněných metod, vidíme pokles epiziotomie na 24,8 % a nárůst žen bez poranění na 15,3 %. V tabulce č. 22 také sledujeme mírný nárůst větších poranění přibližně o 2 %, avšak to není tak signifikantní, jako pokles epiziotomií. Proto byla **hypotéza potvrzena**.

H4: Předpokládáme, že ženy s větším porodním poraněním měly i větší problémy se začátkem sexuálního života.

Tabulka č. 13 v otázce č. 13: „Měla jste porodní poranění?“ ukazuje, že 39 respondentek nemělo žádné porodní poranění, 55 žen mělo porodní poranění a 23 žen mělo velké porodná poranění, které je dlouhodobě omezovalo.

Tabulka 23 Začátek pohlavního života po porodu bez poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ještě během šestinedělí	12	30,8 %
Hned po skončení šestinedělí	18	46,1 %
2-6 měsíců po porodu	7	17,9 %
Víc než 6 měsíců po porodu	1	2,6 %
Jiné, ještě ne (jsem v šestinedělí)	1	2,6 %
Celkem	39	100 %

Tabulka 24 Začátek pohlavního života po porodu s větším poraněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ještě během šestinedělí	6	7,7 %
Hned po skončení šestinedělí	22	28,2 %
2-6 měsíců po porodu	36	46,2 %
Víc než 6 měsíců po porodu	9	11,5 %
Jiné, ještě ne (jsem v šestinedělí)	5	6,4 %
Celkem	78	100 %

Při porovnání tabulky č. 23, kde hodnotíme začátek sexuálního života žen po porodu bez poranění a tabulky č. 24, kde hodnotíme začátek sexuálního života žen po větším poranění vidíme, že ženy bez poranění začínají s milostným životem ještě v šestinedělí nebo hned po jeho skončení v 76,9 % případů, kdyžto ženy s poraněním jenom ve 35,9 %. Respondentky bez poranění čekaly na začátek pohlavního života více než 6 měsíců v 2,6 %, v porovnání s ženami s poraněním, které čekaly v 11,5 %.

Tabulka 25 Obavy z prvního pohlavního styku u žen bez poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bála jsem se prvního styku	18	46,2 %
Nebála jsem se prvního styku	21	53,8 %
Celkem	39	100 %

Tabulka 26 Obavy z prvního pohlavního styku u žen s větším poraněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bála jsem se prvního styku	61	78,2 %
Nebála jsem se prvního styku	17	21,8 %
Celkem	78	100 %

Při srovnání tabulky č. 25, kde jsou zaznamenány výsledky respondentek bez poranění, na otázku obavy z prvního pohlavního styku, s tabulkou č. 26, kde jsou odpovědi od žen s větším porodním poraněním vidíme, že ženy, které neměly poranění se pohlavního styku bály v 46,2 %, ale ženy s poraněním v 78,2 %.

Tabulka 27 Vnímání sexuálního života po porodu žen bez poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života	18	46,2 %
Nevidím rozdíl, je to stejné	17	43,6 %
Změnilo se to k horšímu, víc to bolí	2	5,1 %
Nebolí to, ale prožitek se zhoršil	2	5,1 %
Celkem	39	100 %

Tabulka 28 Vnímání sexuálního života po porodu žen s větším poraněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zlepšil se mi prožitek a vnímání sexuálního života	15	19,2 %
Nevidím rozdíl, je to stejné	20	25,6 %
Změnilo se to k horšímu, víc to bolí	31	39,8 %
Nebolí to, ale prožitek se zhoršil	12	15,4 %
Celkem	78	100 %

Při srovnání tabulek č. 27, kde jsou výsledky žen po porodu bez poranění a tabulky č. 28, kde jsou výsledky žen po porodu s větším poraněním zjistíme, že vnímání sexuálního života u žen bez poranění se zlepšilo nebo nezměnilo v 89,8 %. U žen s větším poraněním je to 44,8 %, což je o polovinu méně. Také u žen bez poranění se zhoršil prožitek, nebo zažívaly bolest v 10,2 %, u žen s poraněním to činí 55,2 %.

Při srovnání začátku pohlavního života, ženy bez poranění začínaly s pohlavním životem mnohem dříve než ty, co měly nějaké porodní poranění, také se méně bály prvního styku a jejich prožitky hodnotily tak, že se zlepšil nebo nezměnil. Naše **hypotéza byla potvrzena.**

H5: Předpokládáme, že ženy s větším porodním poraněním měly větší bolesti při pohlavním styku v porovnání se ženami bez poranění.

Tabulka 29 Délka bolesti při styku žen po porodu bez poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bolest nepocítovaly	23	59 %
Bolest jenom do 2 měsíců po porodu	12	30,8 %
Bolest půl roku po porodu	3	7,7 %
Bolest rok po porodu	0	0 %
Bolest víc než rok po porodu	1	2,5 %
Celkem	39	100 %

Tabulka 30 Délka bolesti při styku žen po porodu s větším poraněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bolest nepocítovaly	11	14,1 %
Bolest jenom do 2 měsíců po porodu	44	56,4 %
Bolest půl roku po porodu	19	24,4 %
Bolest rok po porodu	1	1,3 %
Bolest víc než rok po porodu	3	3,8 %
Celkem	78	100 %

Z tabulky č. 13 v otázce č. 13: „Měla jste porodní poranění?“ lze zjistit, že bez poranění odpovídalo 39 žen, 55 respondentek mělo porodní poranění a 23 žen mělo větší, dlouhodobě omezující poranění.

Tabulka č. 29 poukazuje na vybrané ženy bez poranění a ukazuje, že v 89,8 % odezněla bolest při styku po 2 měsících. V tabulce č. 30 vidíme, že u žen s poraněním odezněla bolest po 2 měsících v 70,5 % případů. Bolesti rok a více po porodu sužovaly ženy bez poranění jenom ve 2,5 %, kdežto u žen s větším poraněním v 5,1 %. Proto **hypotéza byla potvrzena.**

H6: Předpokládáme, že ženy, které pečovaly o porodní poranění a využívaly metody pro plynulejší a lepší hojení měly lepší nástup do sexuálního života.

Tabulka 31 Délka bolesti při styku žen po porodu s větším poraněním

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ještě během šestinedělí	30	21,7 %
Hned po skončení šestinedělí	51	37 %
2-6 měsíců po porodu	43	31,2 %
Víc než 6 měsíců po porodu	8	5,8 %
Jiné, ještě ne (jsem v šestinedělí)	6	4,3 %
Celkem	138	100 %

Tabulka 32 Začátek pohlavního života po porodu u žen se starostlivostí o porodní poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ještě během šestinedělí	16	9,9 %
Hned po skončení šestinedělí	56	34,8 %
2-6 měsíců po porodu	76	47,2 %
Víc než 6 měsíců po porodu	8	4,9 %
Jiné, ještě ne (jsem v šestinedělí)	5	3,2 %
Celkem	161	100 %

Tabulka č. 31 ukazuje začátek s milostným životem u respondentek, které nijak výjimečně nepečovaly o jejich porodní poranění. Ještě v šestinedělí, nebo hned po skončení s pohlavním stykem začalo 58,7 % žen. V tabulce č. 32 jsou respondentky, které využívaly určitou metodu na lepší hojení poranění. Z nich se k milostnému životu v šestinedělí nebo hned po něm vrátilo 44,7 %.

Tabulka 33 Délka bolesti při pohlavním styku u žen po porodu bez péče o porodní poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bolest nepocit'ovaly	50	36,2 %
Bolest jenom do 2 měsíců po porodu	64	46,4 %
Bolest půl roku po porodu	15	10,9 %
Bolest rok po porodu	4	2,9 %
Bolest víc než rok po porodu	5	3,6 %
Celkem	138	100 %

Tabulka 34 Délka bolesti při pohlavním styku u žen po porodu s péčí o porodní poranění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Bolest nepocit'ovaly	41	25,5 %
Bolest jenom do 2 měsíců po porodu	78	48,4 %
Bolest půl roku po porodu	27	16,8 %
Bolest rok po porodu	7	4,3 %
Bolest víc než rok po porodu	8	5 %
Celkem	161	100 %

V tabulce č. 33 jsou respondentky, které nevyužívaly žádné metody na lepší léčení porodního poranění po porodu. V tabulce lze vidět, že 82,6 % žen bolel pohlavní styk první 2 měsíce. V tabulce č. 34 vidíme ženy, které pečovaly vybranými metodami o porodní poranění a udávají, že bolest odezněla do 2 měsíců v 73,9 %. Dále můžeme vidět, že ženy bez speciální péče cítily bolest více než rok v 3,6 % a ženy s péčí v 5 %.

Z výsledků vychází, že ženy, které využívaly metody pro lepší hojení porodního poranění, měly pomalejší a bolestivější návrat do milostného života. **Hypotéza nebyla potvrzena.**

7 Diskuze

Mého výzkumu se zúčastnilo 300 žen, z toho 299 z nich vyplnilo dotazník v jeho celém rozsahu, 1 žena odeslala dotazník čistý. První čtyři otázky se dotazovaly na cílovou skupinu, abych věděla, s kým pracuji. Otázky číslo 5 a 6 jsou zaměřeny na informovanost žen v dané problematice. Otázky č. 7 až 12 se zaměřují na prevenci porodního poranění. 13. – 15. otázka se ptají na porodní poranění a na jeho následnou léčbu. 16. – 20. otázka se soustřeďují na sexuální život ženy po porodu.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak moc porodní poranění ovlivňuje sexuální život ženy po porodu. Na to, abych k tomu dospěla, jsem si zvolila tři dílčí cíle.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit informovanost žen o metodách a možnostech předcházení porodního poranění. K tomuto dílčímu cíli byly přiřčeny dvě hypotézy. H1 zní, že předpokládám, že jsou ženy dostatečně informované o možnostech prevence porodního poranění. H2 je, že předpokládám, že zdroj informací je relevantní a ověřený. Z výsledků se ukázalo, že v dnešní době jsou ženy velice dobře obeznámeny se svými možnostmi v prevenci porodního poranění, jak před porodem, za pomoci alternativních metod, tak i s metodami během porodu. Toto se však neshoduje s výzkumem (Fabianová, 2018), která ve své bakalářské práci tvrdí, že jenom 30 % dotazovaných žen vědělo o metodách prevence porodního poranění. Tato odlišnost může být způsobena odlišným sběrem dat. Já jsem pro svoji práci zvolila sběr dat pomocí internetových stránek, kdežto zmínovaný výzkum (Fabianová, 2018) sbíral data pouze na oddělení šestinedělí. Jako zdroj informací respondentky využívají spíše internet, než aby získávaly informace z relevantnějších zdrojů, či osobně od odborníků. V čem se výzkum (Fabianová, 2018) zcela shoduje s mým výzkumem je, že v obou výzkumech vyšel internet jako nejvíce preferovaný zdroj v získávání informací.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zdali jsou metody prevence porodního poranění efektivní. Součástí tohoto cíle byla opět hypotéza. H3 byla, že pokud žena používá jakoukoli zmíněnou metodu prevence porodního poranění zmíněnou v dotazníku, tak má menší porodní poranění než ženy, které nevyužívají žádnou ze zmíněných metod. Srovnala jsem využívání metod s rozsahem poranění. U žen, které se připravovaly jakýmkoliv způsobem, vyšly lepší výsledky ve srovnání se ženami, které nic neproaktivovaly. Tato hypotéza byla potvrzena. Toto tvrzení potvrzuje i výzkum (Bohatá, Dostálek, 2016), která tvrdí, že příprava hráze, zejména používání vaginálních dilatačních balónků, výrazně snižuje počet epiziotomie a poranění hráze.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak moc porodní poranění ovlivňuje sexuální život ženy. Protože hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda má porodní poranění vliv na milostný život žen, stanovila jsem si tu až tři hypotézy.

H4 předpokládá, že ženy s větším porodním poraněním mají i větší problém s nástupem do sexuálního života. Toto se ukázalo jako potvrzená hypotéza. Srovnávala jsem to ve třech kritériích, a to v době po porodu, kdy začaly s pohlavním životem. Ženy bez poranění měly nástup do sexuálního života rychlejší. Co se týče obav z prvního milování s partnerem po porodu, ukázalo se, že ženy bez poranění se bály až o polovinu méně než

ženy s větším porodním poraněním. Nakonec jsem to srovnala se subjektivním prožíváním z milování, kde ženy bez poranění měly subjektivní pocity mnohem lepší než ženy s porodním poraněním.

H5 zní, že předpokládáme, že ženy s větším porodním poraněním mají i větší bolest při pohlavním styku než ženy, které neutrpěly žádné poranění. Po srovnání těchto dvou skupin jsem dospěla k závěru, že se hypotéza potvrdila. Ženy bez poranění udávaly v mnohem větším zastoupení styk bez bolesti, naopak u žen s větším porodním poraněním bylo větší zastoupení v skupině s dlouhodobou bolestí.

H6 byla, že předpokládáme, že ženy, které víc pečovaly o svoje poranění po porodu, mají lepší nástup do následného sexuálního života. V tomto případě jsem sledovala dvě kritéria, a to délku nástupu do milostného života a bolestivost při pohlavním styku. Hypotéza tady nebyla potvrzena.

Výzkum, který by zkoumal rozdíl v sexuálním životě žen v závislosti na tom, jestli měly větší či menší porodní poranění u porodu, jsem bohužel nemohla dohledat. Co ukazuje průzkum (Daňková, 2014) je, že ženy po porodním poranění cítí v 54,5 % změnu v sexuálním životě a že nejvíce žen se vrátilo k sexuálnímu životu v rozmezí hned po šestinedělí až do půlroku po porodu, což odpovídá i výsledkům mého výzkumu u žen s poraněním.

Po shrnutí všech výsledků je možné říci, že porodní poranění signifikantně ovlivňuje následný sexuální život ženy. Metody prevence porodního poranění se ukázaly jako účinné, ale metody na lepší léčbu po porodu nemají vliv na následný sexuální život. Proto by ženy měly věnovat více svého času samovzdělávání se z relevantních zdrojů a informování se o zmíněné problematice a naučit se předcházet porodnímu poranění v co největším možném rozsahu, protože jenom fakt, že porodní poranění nevznikne, má pozitivní působení na sexuální život ženy po porodu.

8 Závěr

V teoretické části jsem se věnovala čtyřem velkým skupinám. Anatomii pánve a svalů, které hrají velkou roli, při porodním poranění a jeho následným léčením. Samotným porodním poraněním, kde jsem ho klasifikovala a rozdělila do skupin. Prevenci porodního poranění, kde jsem to rozčlenila na prevenci před porodem, během porodu a léčbu v šestinedělí. Věnovala jsem se jednotlivým metodám, které by mohly být přínosem pro ženy a jejich informovanost s danou tematikou. Poslední velká teoretická skupina byla sexualita ženy a její poruchy.

Praktickou část jsem sestavila tak, abych mohla zodpovědět problematiku výzkumu. S pomocí dotazníku jsem sesbírala odpovědi od různých typů žen, či už věkově, nebo vedením porodu, které jsem následně vyhodnotila a vyznačila do tabulek a grafů pro přehlednější orientaci. Po vyčtení výsledků jsem zodpověděla dané hypotézy a následně cíle. Tak bylo zjištěno, že porodní poranění ovlivňuje sexuální život ženy.

V případě dalšího výzkumu, do další práce s větším rozsahem bych prozkoumala víc samotné jednotlivé metody prevence porodního poranění, jak jsou efektivní, která má větší a které menší účinek. Taky by bylo zajímavý zjistit nakolik jsou jednotlivé metody využívané aktivně u porodu.

Nejlepší by bylo родit úplně bez poranění, to ovšem nejde a nedá se tomu za každou cenu vyhnout. Ale v dnešní době máme mnoho technik a metod na lepší připravenost k porodu, proto by se informace o tom měly šířit, a to víc od profesionálních pracovníků v oboru.

Zdroje

- AASHEIM, V., et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2011, issue 12. ISSN: 1469-493X. Art. No.: CD006672. D10.1002/14651858.CD006672.pub2 [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/abstract>
- Aniball [online]. 2016 [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/aniball/>
- BOHATÁ, P. a L. DOSTÁLEK, 2016. Antepartální možnosti prevence epiziotomie a ruptury hráze při porodu. *Česká gynekologie* [online]. 81(3), 192-201 [cit. 2019-12-25]. ISSN 1805- 4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-3-13/antepartalni-moznosti-prevence-epiziotomie-a-ruptury-hraze-pri-porodu-59620>
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Třetí. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0.
- DAŇKOV8, Nika. Vliv porodního poranění na sexuální život žen po porodu [online]. Ostrava, 2014 [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ipu8gi/>. Bakalářská práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Langrová
- FABIÁNOVÁ, Pavlína. Porodní poranění ženy při vaginálním porodu pohledem porodní asistentky. *Delivery injuries of women during vaginal delivery from midwife's point of view]. Praha, 2018. 86 s., 15 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Kulhavá Miluše.
- HARTLOVÁ, Helena a Pavel HARTL. *Velký psychologický slovník*. Čtvrté. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví 3*, zcela přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2014, 538s. ISBN 978-80-247-4529-9
- HOLLY, Ernst a Rachel NALL. What to know about vaginal steaming. *Medical News Today* [online]. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/322657>
- HORČIČKA, Lukáš. Porodní traumata žen. *Practicus* [online]. 2014, 13(5), 21-22 [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Admin/Desktop/Hitingerov%C3%A1%20Milada%20-%20bez%20leg%20-%20230%20K%C4%8D/%C4%8Cesk%C3%A9%20zdroje%20texty/Porodn%C3%AD%20traumata%20%C5%BEen.pdf>
- HRABÁK, Václav. O Homeopatii. *Homeopatický institut* [online]. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <http://homeoinstitut.com/ohomeopatii.html>
- Journal of Womens Health, Issues and Care* [online]. 2017, 06(02) [cit. 2020-03-08]. ISSN 23259795. Dostupné z: https://www.scitechnol.com/peer-review/antenatal-perineal-massage-improves-womens-experience-of-childbirth-and-postpartum-recovery-a-review-to-facilitate-provider-and-pa-Cppl.php?article_id=6038
- KAMÍR, Adam. Sexualita. *MEDKULT* [online]. 2018(12) [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <http://medkult.upmedia.cz/Keywords/sexualita/>
- KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-246-1112-0.
- KRAMNÁ, Petra a Yvetta VRUBLOVÁ. *Intervence během porodu a porodní poranění - evidence based medicine*. Ostrava: Universitas Ostraviensis, 2016. ISBN 978-80-7464-826-7.

- MONGAN, Marie F., Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA. *Hypnoporod*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-364-6.
- Oxford university hospitals. *Antenatal perineal massage* [online]. In: . Oxford, 2017, s. 1-8 [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/10938Pmassage.pdf>
- PAŘÍZEK, A. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha : Galén ; Kamenice : MCC Publishing, 2012. xxxii, 285 s. : barev. il., 1 portrét, tab. ; 29 cm. ISBN: 978-80-7262-949-7
- Proč Dianatal porodnický gel. Dianatal® porodnický gel [online]. [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <http://www.dianatal.ch/czech/why-dianatal-obstetric-gel.html>
- PROCHÁZKOVÁ, Simona. *Šestinedělí bez slz, zácpy a padání vlasů* [online]. In: . [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/sestinedeli-bez-slz-zacpy-a-padani-vlasu/>
- ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA. *Gynekologie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-426-2.
- ROSICKA, Monika. *Vaginal Steaming for Womb Health* [online]. In: . [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://medium.com/@MidwifeMonika/vaginal-steaming-for-womb-health-e2b4c5c140d9>
- ROZTOČIL, A, et al. Moderní porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 656s. ISBN 978-80- 271-9757-6
- SLEZÁKOVÁ, L. et al. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 280s. ISBN: 978-80-271-0214-3
- ST. GEORGE´S UNIVERSITY HOSPITAL. *Scar Tissue Management Post Natal* [online]. In: . 2018 [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: https://www.stgeorges.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/THE_STM_01.pdf
- SUŠICKÝ, Aleš a Iva VALENTOVÁ. *Homeopatická léčba Akutní Materia Medica*. Brno: Vensen, 2004. ISBN 80-239-2539-3.
- WHEATERSPOON, Deborah a Annette MCDERMOT. Everything You Need to Know About Vaginal Steaming. *Healthline* [online]. 2017 [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/womens-health/vaginal-steaming>
- ZÁHUMENSKÝ, Josef. *Kvalita života žen v poporodním období*. Bratislava: ProLitera, 2010. ISBN 978-80-970253-1-1.
- ZEMANOVÁ, H. Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené. *Praktická gynekologie*, 2013, roč. 17, č. 1, s. 93-95. ISSN: 1211-6645.

Seznam tabulek

Tabulka 1 počet porodů	26
Tabulka 2 věk respondentek	27
Tabulka 3 gestační týden u porodu	28
Tabulka 4 porodní váha dítěte	29
Tabulka 5 informovanost v možnostech prevence porodního poranění	30
Tabulka 6 zdroj informací	32
Tabulka 7 prevence porodního poranění	33
Tabulka 8 rozměry Aniballu	35
Tabulka 9 předporodní kurz	36
Tabulka 10 vedení porodu	37
Tabulka 11 poloha při porodu	38
Tabulka 12 porodní plán	39
Tabulka 13 porodní poranění	40
Tabulka 14 informovanost v péči o porodní poranění	41
Tabulka 15 péče o porodní poranění	42
Tabulka 16 délka sexuální abstinence po porodu	43
Tabulka 17 obavy z prvního pohlavního styku	44
Tabulka 18 vnímání sexuálního života po porodu	45
Tabulka 19 bolest při styku	46
Tabulka 20 vnímání sexuálního života po porodu partnerem	47
Tabulka 21 Rozsah poranění u žen, které nevyužívaly žádnou metodu jako prevenci porodního poranění	49
Tabulka 22 Rozsah poranění u žen, která využívaly metody prevence porodního poranění	49
Tabulka 23 Začátek pohlavního života po porodu bez poranění	50
Tabulka 24 Začátek pohlavního života po porodu s větším poraněním	50
Tabulka 25 Obavy z prvního pohlavního styku u žen bez poranění	51
Tabulka 26 Obavy z prvního pohlavního styku u žen s větším poraněním	51
Tabulka 27 Vnímání sexuálního života po porodu žen bez poranění	51
Tabulka 28 Vnímání sexuálního života po porodu žen s větším poraněním	51
Tabulka 29 Délka bolesti při styku žen po porodu bez poranění	52
Tabulka 30 Délka bolesti při styku žen po porodu s větším poraněním	52
Tabulka 31 Délka bolesti při styku žen po porodu s větším poraněním	53
Tabulka 32 Začátek pohlavního života po porodu u žen se starostlivostí o porodní poranění	53
Tabulka 33 Délka bolesti při pohlavním styku u žen po porodu bez péče o porodní poranění	54
Tabulka 34 Délka bolesti při pohlavním styku u žen po porodu s péčí o porodní poranění	54

Seznam grafů

Obrázek 1 graf počet porodů	26
Obrázek 2 graf věk respondentek	27
Obrázek 3 graf gestační týden u porodu	28
Obrázek 4 graf porodní váha dítěte	29
Obrázek 5 graf informovanost v možnostech prevence porodního poranění.....	30
Obrázek 6 graf zdroj informací	32
Obrázek 7 graf prevence porodního poranění.....	33
Obrázek 8 graf rozměry Aniballu	35
Obrázek 9 graf předporodní kurz	36
Obrázek 10 graf vedení porodu.....	37
Obrázek 11 graf poloha při porodu	38
Obrázek 12 graf porodní plán.....	39
Obrázek 13 graf porodní poranění	40
Obrázek 14 graf informovanost v péči o porodní poranění.....	41
Obrázek 15 graf péče o porodní poranění.....	42
Obrázek 16 graf délka sexuální abstinence po porodu.....	43
Obrázek 17 graf obavy z prvního pohlavního styku.....	44
Obrázek 18 graf vnímání sexuálního života po porodu	45
Obrázek 19 graf bolest při styku.....	46
Obrázek 20 graf vnímání sexuálního života po porodu partnerem	47

Přílohy

Příloha A-dotazník

Porodní poranění a následný sexuální život ženy

Dobrý den,

jmenuji se Milada Hitzingerová, jsem studentka porodní asistence 1.lékařské fakulty. Pro ukončení studia pracuji na mé bakářské práci, která se zabývá tématem "porodní poranění a následný sexuální život po spontánním porodu". K dokončení zmiňované práce potřebuji Vaši spolupráci - proto Vás, respondentky, prosím o vyplnění tohoto dotazníku, a to pouze v případě, že jste rodily spontánně (pokud jste rodila víckrát, zaměřte se na svůj první porod). Dotazník Vám nezabere moc času, jenom pár minut. Dopředu Vám moc děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Kolikrát jste vaginálně rodila? (vyberte jednu odpověď)

- 1x
- 2x
- 3 a více

2. Kolik vám je let? (vyberte jednu odpověď)

- Méně než 18
- 18 až 24
- 25 až 34
- 35 a více

3. V kolikátém týdnu jste rodila? (vyberte jednu odpověď)

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

4. Jaká byla porodní váha Vašeho miminka? (vyberte jednu odpověď)

- Do 2500g
- 2500 až 3500g
- 3500 až 4000g
- 4000g a více

5. Označte o kterých metodách prevence porodního poranění jste už slyšela.
(vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Aniball
- Masáže hráze
- Vaginální napářka
- Nahřívání hráze
- Kofeinové obklady
- Správné dýchání u porodu
- Chránění hráze během porodu
- Porodnický gel Dianatal
- Kegelovy cviky
- Žádné
- Jiné.....

6. Odkud jste se o zmíněných metodách dozvěděla?
(vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Od lékaře (osobně, leték v čekárně....)
- Od porodní asistentky
- Z předporodních kurzů
- Od dudy
- Od kamarádky
- Z internetu
- Z facebookových stránek
- Neslyšela jsem o nich
- Jiné.....

7. Praktikovala se některá metoda před porodem nebo během porodu jako prevence porodního poranění? (vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Masáže hráze
- Vaginální napářka
- Aniball
- Nahřívání hráze
- Kofeinové obklady
- Správné dýchání u porodu
- Chránění hráze během porodu
- Byl aplikován porodnický gel Dianatal
- Nic nebylo praktikováno
- Jiné.....

8. Na kolik centimetrů jste nafoukla Aniball při jeho použití před porodem? (při nepoužívání odpovězte „nepoužívala jsem“)

Volná odpověď

9. Navštěvovala jste předporodní kurz? (vyberte jednu odpověď)

- Ano
- Ne

10. Kdo vedl porod? (vyberte jednu odpověď)

- Lékař
- Porodní asistentka
- Studentka
- Nevím
- Jiné.....

11. V jaké poloze jste rodila? (vyberte jednu odpověď)

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

12. Měla jste porodní plán? (vyberte jednu odpověď)

- Ano
- Ne

13. Měla jste porodní poranění? (vyberte jednu odpověď)

- Ne neměla
- Epiziotomii (nástřih hráze)
- Ano, ale jenom minimální (nešili mě, nebo jenom pár stehů)
- Ano, měla jsem porodní poranění
- Ano, měla jsem velké porodní poranění, které mě dlouho omezovalo
- Jiné.....

14. Byla jste poučena jak pečovat o porodní poranění? (vyberte jednu odpověď)

- Ano
- Ne
- Nevzpomínám si

15. Kterou z následujících metod jste využívala na lepší hojení po porodu?
(vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Homeopatii
- Bylinné sedací koupele
- Masáže jizvy
- Aniball
- Žádné
- Jiné.....

16. Po jaké době jste se s partnerem poprvé milovali po porodu?
(vyberte jednu odpověď)

- Ještě během šestinedělí
- Hned po skončení šestinedělí
- V rozmezí 2-6 měsíců po porodu
- Po víc než 6 měsících po porodu
- Jiné.....

17. Bála jste se prvního styku po porodu? (vyberte jednu odpověď)

- Ano
- Ne

18. Jak byste definovala sexuální život po porodu? (vyberte jednu odpověď)

- 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

19. Pociťovala jste bolest při styku po porodu? (vyberte jednu odpověď)

- Vůbec
- Ano, ale jenom ze začátku, pak to ustoupilo (2 měsíce po porodu)
- Ano a trvalo to delší čas (6 měsíců po porodu)
- Ano (1 rok po porodu)
- Ano víc než jeden rok po porodu

20. Pociťuje Váš partner změny při pohlavním styku po porodu?
(vyberte jednu odpověď)

- Ano
- Ne
- Nevím

**Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis

