

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
BABIŠTVO, 1. STOPNJA**

Katja Cukjati

**DISPAREUNIJA PO PORODU Z EPIZIOTOMIJO
DYSPAREUNIA AFTER DELIVERY WITH
EPISIOTOMY**

Mentorica: doc. dr. Ana Polona Mivšek, dipl. bab.

Somentorica: doc. dr. Anita Jug Došler, univ. dipl. ped.

Recenzent: viš. pred. Teja Škodič Zakšek, dipl. bab., MsC (UK)

Ljubljana, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Ani Poloni Mivšek, dipl. bab. in somentorici doc. dr. Aniti Jug Došler, univ. dipl. ped. za vodenje in strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se svoji družini in fantu, saj so mi med celotnim študijem stali ob strani in me spodbujali.

IZVLEČEK

Uvod: Poporodno obdobje je čas neizmerne sreče, obenem pa lahko čas težkih preizkušenj. Gre za obdobje, ki je prepleteno z veliko telesnih, hormonskih in čustvenih sprememb ob sočasnem sprejemanju nove socialne vloge. Kako bo potekalo to obdobje, je odvisno od številnih dejavnikov. Eno od težav po porodu, s katero se lahko soočajo ženske, je tudi dispareunija. Dispareunija lahko povzroči psihosocialne težave pri ženskah ali pa tudi težave v partnerskem odnosu. **Namen** diplomskega dela je proučiti, kako epiziotomija vpliva na poporodno spolno življenje, kakšne so razlike v pojavnosti dispareunije med vrstami epiziotomije ter kolikšna je pojavnost dispareunije v primerjavi z opravljeno epiziotomijo ob porodu in morebitnimi obporodnimi poškodbami presredka. Ob tem nas bo zanimalo tudi, ali dolžina epiziotomijskega reza vpliva na pojav dispareunije. **Metode dela:** V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno in kavzalno-neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja s pregledom znanstvene in strokovne literature. Pri iskanju smo uporabili časovni okvir 20 let. Literatura je bila iskana v angleškem in slovenskem jeziku, s ključnimi besedami in besednimi zvezami: poporodno obdobje, spolnost po porodu, epiziotomija, dispareunija oziroma dyspareunia, sexual problems, painful intercourse, postpartum, medial episiotomy, mediolateral episiotomy. Literaturo smo poiskali s pomočjo naslednjih brskalnikov: COBISS, DiKUL, Medline, CINAHL, Cochrane in spletnega vira Google Učenjak. **Rezultati:** 69 % žensk je po porodu občutilo dispareunijo, od tega je imelo 75 % žensk epiziotomijo. Pri 79 % žensk so izvedli mediolateralno epiziotomijo, pri ostalih pa mediano. Največ žensk je imelo mediolateralno epiziotomijo, dolgo do dva cm. Takih je bilo 45 %. 35 % žensk je s spolnimi odnosi začelo med osmim tednom in tremi meseci, najmanj je bilo tistih, ki so s spolnimi odnosi začele pred šestim tednom (14 %). Redne spolne odnose pa je največ žensk začelo po treh mesecih od poroda, in sicer 56 %. V prvih šestih mesecih po porodu je močno bolečino pri spolnih odnosih občutilo 19 % žensk z epiziotomijo in 8 % brez nje. Po dvanajstih mesecih od poroda pa je hudo bolečino občutil le 1 % žensk z epiziotomijo in niti ena ženska brez nje. Zaradi bolečine je moralo spolni odnos prekiniti 56 % žensk. **Razprava in sklep:** Ugotovili smo, da na pojavnost, jakost bolečine in trajanje dispareunije močno vpliva epiziotomija. Pomembno je, da se epiziotomija ne izvaja rutinsko ter da se izvajalci obporodne nege zavedajo posledic, ki jih pusti v življenju ženske. Prav tako je pomembno, da se ženske pouči o preventivnih ukrepih za preprečevanje epiziotomije in s tem tudi dispareunije.

Ključne besede: spolne motnje, poporodno obdobje, boleči spolni odnosi, epiziotomija

ABSTRACT

Introduction: The postpartum period is the time of immense happiness. At the same time, however, it can be a difficult time. It is a period that is intertwined with many bodily, hormonal, and emotional changes, while simultaneously adopting a new social role. How this period will go depends on a number of factors. After the birth, women often experience painful sexual intercourse, dyspareunia. **Purpose:** The purpose of the bachelor's thesis is to examine, how episiotomy influences sexual life after childbirth, what are the differences in the incidence of dyspareunia among many types of episiotomy, and how common is for dyspareunia to appear in comparison with the performed episiotomy at birth and also possible transient injuries to the intercourse. **Methods:** For my bachelor's thesis, I used the descriptive and casual non-experimental method of empirical research, with a review of the scientific and technical literature. When looking for literature, I used the time frame, so that nothing will be older than 20 years. I was searching in English and Slovene with next keywords and word associations: postpartum, sexuality after delivery, episiotomy, dyspareunia, dyspareunia sexual problems, painful intercourse, postpartum, medial episiotomy, and dyspareunia after episiotomy. The literature was searched using the following browsers: COBISS, DiKUL, Medline, CINAHL, scholar web source Google Učenjaki and Cochrane. **Results:** 69% of women felt dyspareunia after childbirth. 75% of these women also had an episiotomy. In 79% of women, mediolateral episiotomy was performed, while the median was performed on other 21% of women. Most women (45% of them) had a mediolateral episiotomy, up to two centimeters long. 35% of women started sexual intercourse between 8 weeks and 3 months after the childbirth and the smallest amount of women had sexual intercourse before the 6th week (only 14%). The majority of women started with regular sexual intercourse 3 months after the childbirth (56% of women). 19% of women with episiotomy and 8% of women without episiotomy experienced severe pain in the first 6 months after the birth. 12 months after the childbirth, only 1% of women with episiotomy felt severe pain, while women without it didn't feel any pain. 56% of women had to stop sexual intercourse because of pain. **Discussion and conclusion:** We found out that episiotomy strongly affects the incidence, pain, and duration of dyspareunia. It is important that episiotomy is not performed routinely and that the healthcare workers are aware of the consequences that episiotomy leaves on women and their everyday life. It is also important that women learn about preventive measures to prevent episiotomy and Dyspareunia.

Keywords: sexual disorders, postpartum, painful sexual intercourse, episiotomy

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	NAMEN	2
3	METODE DELA.....	3
4	POŠKODBE PRESREDKA MED PORODOM.....	4
4.1	Definicija epiziotomije.....	4
4.2	Zgodovina epiziotomije.....	5
4.3	Indikacije za izvedbo epiziotomije.....	5
4.4	Vrste epiziotomije	5
4.5	Postopek epiziotomije	6
4.6	Šivanje epiziotomije.....	7
4.7	Ukrepi za preprečevanje poškodb presredka.....	7
5	DISPAREUNIJA.....	9
5.1	Definicija in prevalenca dispareunije	9
5.2	Vrste dispareunije.....	9
5.3	Diagnosticiranje dispareunije.....	10
5.4	Vzroki za dispareunijo	10
6	DISPAREUNIJA PO PORODU Z EPIZIOTOMIJO	12
6.1	Vrste epiziotomije in pojav dispareunije po porodu.....	12
6.2	Jakost dispareunije po porodu z epiziotomijo	15
6.3	Velikost reza in pojav dispareunije po porodu z epiziotomijo	15
6.4	Zdravljenje poporodne dispareunije.....	16
6.5	Preprečevanje poporodne dispareunije.....	16
7	REZULTATI.....	18
7.1	Pojavnost dispareunije po porodu	18
7.2	Pojavnost poroda z epiziotomijo in pojavnost poroda z raztrganino	18
7.3	Vrsta izvedene epiziotomije	19
7.4	Dolžina reza pri epiziotomiji.....	19
7.5	Čas do prvega spolnega odnosa po porodu in čas do rednih spolnih odnosov po porodu	20
7.6	Jakost bolečine med spolnimi odnosi 6 in 12 mesecev po porodu.....	22
8	RAZPRAVA	26
9	ZAKLJUČEK.....	29
10	LITERATURA IN VIRI	30

KAZALO SLIK

Slika 1: Odstotek pojava raztrganin in epiziotomije pri ženskah s poporodno dispareunijo.....	18
Slika 2: Vrsta epiziotomije pri anketirankah ki so navajale prisotnost dispareunije po porodu.....	19
Slika 3: Dolžina epiziotomije pri udeleženkah z dispareunijo po porodu.....	20
Slika 4: Čas od poroda do prvega spolnega odnosa pri ženskah z dispareunijo v poporodnem obdobju.....	20
Slika 5: Čas od poroda do prvega spolnega odnosa pri ženskah z epiziotomijo	21
Slika 6: Čas od poroda do rednih spolnih odnosov pri ženskah z dispareunijo po porodu	21
Slika 7: Čas od poroda do rednih spolnih odnosov pri ženskah z epiziotomijo	22
Slika 8: Jakost bolečine pri spolnem odnosu po 6-ih mesecih po porodu.....	23
Slika 9: Jakost bolečine pri spolnih odnosih po 6-ih mesecih od poroda z epiziotomijo	23
Slika 10: Jakost bolečine med spolnim odnosom po 12ih mesecih od poroda.....	24
Slika 11: Jakost bolečine med spolnim odnosom po 12-ih mesecih od poroda z epiziotomijo	24
Slika 12: Prvi spolni odnos po porodu pri ženskah, ki so morale zaradi bolečine prekiniti spolni odnos	25

1 UVOD

Poporodno obdobje je čas neizmerne sreče, obenem pa lahko čas težkih preizkušenj. Gre za obdobje, ki je prepleteno z veliko telesnih, hormonskih in čustvenih sprememb ob sočasnem sprejemanju nove socialne vloge. Kako bo potekala adaptacija ženske na to obdobje, je odvisno od številnih dejavnikov, tudi porodne izkušnje. Eden od pomembnih dejavnikov okrevanja po porodu je tudi prisotnost prereza presredka.

Prerez presredka oziroma epiziotomija je definirana kot nameren rez presredka v drugi porodni dobi, z namenom, da se omogoči lažji in hitrejši iztis plodovega vodilnega dela (Jovanovic et al., 2011). Običajno se izvajata mediana ali mediolateralna epiziotomija, pri čemer pri mediani epiziotomiji rez poteka proti anusu, pri mediolateralni pa je narejen proti levi ali desni sednični grči pod kotom 45 % (Downe, 2009). Epiziotomija je kljub malo dokazanim prednostim za mater ena najbolj pogostih operacijskih intervencij, izvedenih med porodom (Binik, 2010).

Po porodu pa ženske pogosto občutijo boleče spolne odnose oziroma dispareunijo. Ta se definira kot kakršna koli bolečina, ki se pojavi med spolnim odnosom (Tennfjord, 2014). Ženske se pogosto ne zavedajo, da je to v zgodnjem času po porodu lahko zelo pogost pojav. Učinki epiziotomije na dispareunijo še niso popolnoma znani.

Zdravstveni delavci bi morali porodnico informirati o namenu ter prednostih in slabostih epiziotomije. Že nosečnicam bi morali zdravstveni delavci predstaviti različne ukrepe, s katerimi lahko znižajo potrebo po izvedbi epiziotomije. V primeru, da je bila izvedena epiziotomija, morajo zdravstveni delavci nosečnicam omogočiti lajšanje bolečine in jim svetovati glede oskrbe rane. Ker je spolnost še vedno tema, o kateri se ne govori veliko, je še bolj pomembno, da zdravstveni delavci ponudijo tudi nasvete o spolnosti po porodu z epiziotomijo.

Dispareunija na splošno zmanjša pogostost spolnih odnosov (Barrett et al., 2000). Z raziskavo, predstavljeno v diplomskem delu, smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri se pojavlja dispareunija po porodu, v primeru, da je bila izvedena epiziotomija. To področje nas je zanimalo, ker smo med študijem ugotovili, da se epiziotomija zelo pogosto izvaja.

Pred predstavitevijo empiričnega dela smo najprej predstavili glavna dejstva o epiziotomiji in dispareuniji.

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je proučiti, kako epiziotomija vpliva na kasnejše spolno življenje, kakšne so razlike v pojavnosti dispareunije med vrstami epiziotomije ter kolikšna je pojavnost dispareunije v primerjavi z epiziotomijo ob porodu oziroma pri morebitnih spontanah obporodnih poškodbah presredka. Ob tem nas bo zanimalo tudi, ali dolžina epiziotomijskega reza vpliva na pojav dispareunije.

Relevantnost te teme je ravno zaradi pogostosti izvedbe epiziotomije. V Sloveniji epiziotomijo izvedejo pri 31,3 % porodov (Jug Došler et al., 2017). Izhodišče diplomskega dela je predpostavka, da naj bi epiziotomija vplivala na pojav dispareunije po porodu. Glavno raziskovalno vprašanje, ki izvira iz tega, pa je, kako izvedba epiziotomije kasneje vpliva na spolne odnose.

Hipoteze študije, predstavljene v diplomskem delu, so:

H1: Pojavnost dispareunije je pogostejša pri ženskah, ki so jim med porodom izvedli epiziotomijo.

H2: Več kot polovica žensk z epiziotomijo, vključenih v anketo, je po porodu občutila dispareunijo.

H3: Manj kot polovica žensk, vključenih v anketo, je morala po porodu zaradi bolečine prekiniti spolni odnos.

H4: Ženske, ki so imele epiziotomijo, začnejo redne spolne odnose po porodu kasneje kot ženske, ki so imele nepoškodovan presredek.

H5: Ženske z epiziotomijo občutijo močnejšo bolečino med spolnimi odnosi tako šest kot tudi 12 mesecev po porodu kot ženske brez poškodbe presredka.

H6: Dolžina epiziotomijskega reza vpliva na pojav dispareunije po porodu.

3 METODE DELA

V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno in kavzalno-neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja s pregledom znanstvene in strokovne literature.

Literaturo smo poiskali s pomočjo naslednjih brskalnikov: COBISS, DiKUL, Medline, CINAHL in spletnega vira Google Učenjak ter baze podatkov Cochrane, in sicer s ključnimi besedami in besednimi zvezami: poporodno obdobje, spolnost po porodu, epiziotomija, dispareunija oziroma v angleškem jeziku dyspareunia, sexual problems, painful intercourse, dyspareunia postpartum, medial episiotomy, dyspareunia after episiotomy, mediolateral episiotomy.

Uporabili smo literaturo, ki ni starejša od 20 let, predvsem pa novejše raziskave. Izborno merilo je bil tudi jezik; uporabljena literatura je bila v angleškem in slovenskem jeziku.

Empirični del diplomskega dela je bil zasnovan in izveden kot kvantitativna študija. Raziskovalni instrument je bil anketni vprašalnik, ki je zajemal 12 vprašanj. Prva tri vprašanja so bila kriterijska vprašanja izključitvenega tipa. Anketirance smo najprej vprašali po spolu, saj smo v spletno anketo želeli vključiti samo ženske. Merilo za sodelovanje je bilo tudi, da smo vključili ženske, ki so že rodile – to smo ugotovili z drugim izključitvenim vprašanjem. Zadnje, tretje izključitveno vprašanje je bilo namenjeno temu, da naslednja vprašanja izpolnjujejo le ženske, ki so imele po porodu boleče spolne odnose. Vprašanja so bila zaprtega tipa. Anketa je bila razvita za namen spletnega anketiranja, s pomočjo orodja 1KA. Izbor enot v vzorec je potekal po metodi snežne kepe; udeleženke so bile naprošene, da anketo posredujejo prijateljicam/znankam, ki so že rodile. Anketa je bila objavljena na spletnih socialnih omrežjih, kot sta Facebook in Dojiva se, aktivna pa je bila v času od 17. 8. 2017 do 24. 8. 2017.

Vzorec je bil neslučajnostni namenski, v katerega smo vključili 176 anketirancev. Zaradi prvih treh izključitvenih vprašanj je dejanski vzorec vključeval 121 žensk, ki so že rodile in se soočajo z bolečinami med spolnimi odnosi.

Podatke iz anketnega vprašalnika smo obdelali s pomočjo opisne statistike, z izračuni frekvenc in odstotkov. Rezultati so v diplomskem delu predstavljeni grafično.

4 POŠKODBE PRESREDKA MED PORODOM

Pri porodu lahko pride do različnih stopenj raztrganin vagine in/ali okoliškega tkiva. Raztrganine se pri vseh porodih pojavijo v približno 85 % (Kettle, 2008). Catling-Paule in sodelavci (2013) so ugotovili, da so imeli 4 % žensk le poškodbe kože presredka, 34 % žensk pa je imelo raztrganine prve ali druge stopnje. Raztrganine, do katerih lahko pride med porodom, klasificiramo v štiri kategorije:

- prva stopnja: poškodba vključuje kožo presredka in sluznico vagine, brez fascije in mišic;
- druga stopnja: poškodba poleg zgornjega vključuje še površinske mišice presredka;
- tretja stopnja: 3a) poškodba vključuje še manj kot 50 % zunanega analnega sfinktra,
3b) poškodovanega je več kot 50 % zunanega analnega sfinktra,
3c) vključuje poškodbo notranjega in zunanega sfinktra;
- četrta stopnja: poškodba poleg vsega zgoraj naštetega vključuje še poškodbo analnega epitelija (Fernando et al., 2013).

Da bi se izognili raztrganinam tretje in četrte kategorije, strokovnjaki predlagajo kirurški rez. Ta se imenuje epiziotomija. Tako kot raztrganine tudi epiziotomija lahko po porodu privede do močne bolečine, krvavenja, bolečin pri spolnem odnosu in dolgotrajne urinske inkontinence (Jiang et al., 2017).

4.1 Definicija epiziotomije

Epiziotomija je rez, ki se opravi ob porajanju vodilnega plodovega dela za razširitev porodnega izhoda. Epiziotomijo opravimo z namenom, da se prepreči huda travma presredka in analnega sfinktra (Jovanovic et al., 2011). Nekateri avtorji menijo, da s pomočjo epiziotomije lahko preprečimo rupturo. Je ena najpogostejših porodniških operacij (Čeh, 2011). Gre za invaziven poseg, zato mora biti izveden s privolitvijo porodnice (Fraser in Cooper, 2009); porodnica se mora z izvedbo epiziotomije strinjati in svoje soglasje pisno podati. O potrebi/indikaciji za izvedbo epiziotomije, možnih zapletih in oskrbi po epiziotomiji jo moramo seznaniti že med nosečnostjo (Hendy, 2006).

4.2 Zgodovina epiziotomije

Epiziotomija je bila sporna že od začetkov njene uporabe. Uvedba posega ni temeljila na dokazih o učinkovitosti. Sprva je bila uporabljena rutinsko, dokler niso leta 1990 ugotovili, da ima več negativnih kot pozitivnih učinkov (Bertozzi et al., 2011). Pogostost izvedbe epiziotomije se je v zadnjih 20 letih bistveno znižala. Njena priporočena raba danes je restriktivna. Tako je bila v Združenih državah Amerike leta 1980 izvedena pri 64 % vaginalnih porodov, leta 2004 pa se je pogostost znižala na 24,5 % (Frankman et al., 2009).

V Sloveniji se je med letoma 2005 in 2010 pri prvorodkah epiziotomija izvedla pri 50,9 %, kar kaže, da je bil odstotek opravljenih epiziotomij zelo visok. V severni in zahodni Evropi je delež opravljenih epiziotomij pod 25 % (Čeh, 2011). Jug Došler in sodelavci (2017) so ugotovili, da je delež porodov z epiziotomijo v Sloveniji v povprečju še vedno 31,3 % porodov, čeprav je priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije za izvedbo epiziotomij do 20 %, optimalen delež opravljenih epiziotomij pa bi bil pod 10 % (WHO, 2015a).

4.3 Indikacije za izvedbo epiziotomije

Lavrič (2016) je o indikacijah za epiziotomijo navedel, da se lahko izvede v primeru, če se presredek začne trgati, je presredek visok, brazgotinast, neraztezen in preprečuje porajanje glavice, v primeru nepravilnih plodovih srčnih utripov, v primeru, da je plod v medenični vstavi in v primeru, da je plod nedonošen. Danes so indikacije za izvedbo epiziotomijo samo še prezgodnji porod, instrumentalni porod, trganje presredka in fetalni distress (Pairman et al., 2006). Medtem Steen in Roberts (2011) navajata, da se izvede le v primeru, ko obstaja možnost za pojav fetalnega distresa. Klossner (2006) poleg zgornjih indikacij med upravičene uvršča še distocijo ramen, okcipitoposteriorni položaj, medenično vstavo in uporabo vakuumske ekstrakcije.

4.4 Vrste epiziotomije

Običajno se izvajata dve vrsti epiziotomij. To sta mediolateralna ali mediana. Mediolateralni razrez je rez, ki se začne na sredini zadnje ustične vezi in poteka proti desni sednični grči. Izveden je pod kotom 45°–60°. Ta tip reza se največ uporablja v Veliki Britaniji. Drugi najbolj uporabljen rez pa je mediana. O mediani oziroma sredinski

epiziotomiji govorimo, kadar je rez izveden proti anusu. Ta rez največ uporabljajo v Ameriki (Downe, 2009). Najmanj uporabljen rez je lateralni, ki poteka popolnoma vstran, pod kotom 90°. Pri lateralnem rezu v primerjavi z mediolateralnim in medianim rezom lahko pogosteje pride do krvavitev ali poškodb Bartholinijeve žleze. Porodnice imajo lahko več težav v spolnosti (Necosalova et al., 2016).

Sooklim in sodelavci (2007) so v svoji raziskavi ugotovili, da z vidika infekcij, izgube krvi, dispareunije, hematoma po opravljenih epiziotomijah ni bilo nobenih razlik. Razlika med mediolateralno in mediano epiziotomijo se je izkazala v vplivu na sočasni pojav raztrganin tretje in četrte stopnje. Ugotovili so, da je imelo pri mediolateralni epiziotomiji 7 % žensk globoko raztrganino ob epiziotomiji, v primerjavi z mediano, kjer je bilo 14,8 % raztrganin ob opravljeni epiziotomiji.

V Sloveniji se v večini primerov uporablja mediolateralna epiziotomija, redkeje mediana. Prednost mediolateralne epiziotomije je, da zmanjša možnost poškodbe analnega sfinktra in Bartholinijeve žleze (Sooklim et al., 2007). NICE (2014) priporoča mediolateralno epiziotomijo, ki se običajno izvede v smeri desne sednične grče. Vendar se pri mediolateralni epiziotomiji pojavljajo večja izguba krvi, hujša bolečina, težje celjenje in večje tveganje za dolgoročne težave pri spolnih odnosih. Mediana epiziotomija pa povzroča manj bolečine in krvavenja (Pairman et al., 2006). Prednost je tudi v tem, da je rekonstrukcija rane lažja, slabost pa je povečana možnost za pridružene raztrganine tretje in četrte stopnje (Pairman et al., 2006).

4.5 Postopek epiziotomije

Epiziotomija vključuje rez kože presredka, sluznice nožnice in povrhnje plasti mišic medeničnega dna. Pomemben je čas zareza epiziotomije, ki se opravi med popadkom, kadar vodilni plodov del pritisne na tkiva (Downe, 2009). Epiziotomija se tako opravi v drugi porodni dobi, ko je presredok stanjššan in ko se glavica že krona. Pred izvedbo epiziotomije se vbrizga lokalni anestetik, za omrtvičenje presredka (ACOG, 2006). V primeru, da se rez opravi prehitro, to predstavlja nevarnost za še dodatno krvavitev. Prav tako epiziotomija ne sme biti izvedena prepozno, saj v nasprotnem primeru pride do notranjih raztrganin. Pri rezu se uporabljajo tako imenovane Mayo škarje, ki imajo ravna ostra rezila (Downe, 2009). Nekateri za izvedbo epiziotomije uporabljajo tudi skalpel, ker

je bolj oster. Pomembno je, da v nožnico vstavimo dva prsta in nato zarezemo, saj tako preprečimo morebitno poškodbo otroka (Pairman et al., 2006). Rez mora biti enkratni, dolg štiri do pet centimetrov pod pravilnim kotom glede na način opravljene epiziotomije. Vodilni plodov del je treba poroditi takoj po rezu in kontrolirati silo njegovega iztisa, njegovo pot, da se epiziotomija ne podaljša oziroma da se prepreči pojav dodatnih raztrganin (Downe, 2009).

4.6 Šivanje epiziotomije

Po porodu placente mora babica dobro pregledati presredka in okolno tkivo. Šivanje epiziotomijske rane je priporočljivo izvesti čim prej po porodu. V nasprotnem primeru lahko nastanejo hematomi in kasnejše krvavitve na mestu prereza. Šivanje poteka v aseptični tehniki in z uporabo lokalnega anestetika, ki se injicira pod kožo v mišice presredka, na podoben način kot pred izvedbo epiziotomije. Pred izvedbo šivanja je pomembno, da se počaka štiri do pet minut, da lokalni anestetik začne delovati. Nato pa moramo biti pazljivi, da šivamo vsako plast posebej, da so robovi rane skupaj in šivi ravno prav napeti (Pairman et al., 2006). Uporabljata se dve tehniki šivanja; z neprekinjenim in prekinjenim šivom. Za neprekinjen šiv je značilno, da ni močno zategnjen in neprekinjeno združi vaginalno sluznico in mišice plasti presredka. Šiv se zaključi v vaginalni sluznici pred deviško kožico. Prekinjen šiv je sestavljen iz treh delov; prvi del zapre vaginalno sluznico in se začne en centimeter nad rano, naslednji šiv približa mišice presredka, zadnji šiv pa je namenjen temu, da se zašije koža presredka. Pri šivanju epiziotomije se uporabljajo absorpcijski šivi različnih debelih in dolžin, odvisno od velikosti poškodbe tkiva (Mandade in Bhavthankar, 2016).

4.7 Ukrepi za preprečevanje poškodb presredka

Ukrepa v nosečnosti za preprečevanje poškodb presredka sta: masaža presredka, ki se je izkazala za učinkovito, če se pravilno izvaja po 34. tednu nosečnosti (Pairman et al., 2006), in izvajanje vaj za krepitev mišic medeničnega dna (Laine et al., 2012). Ženske, ki izvajajo masažo presredka, imajo manj možnosti za poškodbe presredka med porodom. Pogostost epiziotomije se pri teh ženskah zmanjša kar za 16 %. Še posebej se tveganje za epiziotomijo zmanjša pri ženskah, ki še niso imele vaginalnega poroda. Tudi ženske, ki

masažo izvajajo pogosteje, imajo manjše tveganje za epiziotomijo in tudi za bolečino v presredku tri mesece po porodu (Beckmann in Stock, 2013).

Na zmanjšano možnost poškodb presredka med porodom vplivajo tudi porodni položaji. Za najbolj učinkovitega opisujejo čepeči položaj. Pri tem položaju so mišice vagine in presredka bolj raztegnjene, kar olajša porod (Pairman et al., 2006). Pozitivno na znižano potrebo po epiziotomiji vpliva prisotnost bodočih očetov med porodom. Babice bodoče očete spodbujajo k prisotnosti pri porodu, prav tako pa jim tudi pred porodom povejo, kaj je njihova vloga pri podpori med porodom (Coutinho et al., 2016). Uporaba toplih obkladkov pozitivno vpliva na zmanjšanje pogostosti ruptur tretje in četrte stopnje, medtem ko mrzli obkladki nimajo nikakršnih pozitivnih učinkov na znižanje pogostosti poškodb presredka (Aasheim et al., 2017).

Ker epiziotomija pogosto privede do dispareunije, to podrobneje predstavljamo v naslednjem poglavju.

5 DISPAREUNIJA

Vzroki za spolne motnje so lahko različni. Spolne motnje pri ženskah delimo na zmanjšano željo po spolnih odnosih, motnjo v vznurjanju, motnjo orgazma in genitalno-pelvično bolečino (Ishak in Tobia, 2013). Dispareunija je ponavljajoča se ali stalna genitalna bolečina, povezana s spolnimi odnosi, kot kombinacijo različnih dejavnikov (Binik, 2010).

5.1 Definicija in prevalenca dispareunije

Dispareunija je perzistentna ponavljajoča se bolečina ali nelagodnost med spolnim odnosom (WHO, 2015b). Basoon in sodelavci so pod definicijo dispareunije navedli bolečino pri poskusu penetracije, med ali po končani penetraciji (Goldstein et al., 2009). Pojavnost dispareunije se glede na različne študije zelo razlikuje. Chayachinda in sodelavci (2015) menijo, da je dispareunija po treh mesecih po porodu prisotna pri 30,1 % žensk, po šestih mesecih pa pri 2,3 % žensk. McDonald in sodelavci (2015) menijo, da za dispareunijo trpi 40 % žensk po treh mesecih po porodu, po 12 mesecih po porodu pa je prisotna pri 28 % žensk. Tennfjord in sodelavci (2014) so ugotovili, da dispareunijo občuti 44,6 % žensk po šestih mesecih po porodu, po 12 mesecih pa je še vedno prisotna pri 33,1 % žensk.

5.2 Vrste dispareunije

Dispareunijo delimo na globoko in površinsko oziroma superficialno dispareunijo. Za superficialno dispareunijo je značilno, da se bolečina pojavi ob začetni penetraciji na vulvi. Druga vrsta dispareunije je tako imenovana globoka dispareunija. Ta se čuti med penetracijo; med spolnim odnosom (Johnson et al., 2004).

SeeHusen in sodelavci (2014) dispareunijo delijo na primarno in sekundarno, pri čemer primarna dispareunija pomeni, da je prisotna od začetka spolnih odnosov, za sekundarno dispareunijo pa so značilne bolečine kasneje v spolnem življenju.

5.3 Diagnosticiranje dispareunije

Pri diagnosticiranju dispareunije je ključnega pomena, da strokovnjak in pacient vzpostavita zaupanja vreden odnos. Pomembna je anamneza; pomembno je povprašati o jemanju zdravil, saj imajo lahko nekatera zdravila stranske učinke (znižajo libido, povečajo suhost vagine), kar pa nato lahko vodi v boleč spolni odnos. Antidepresivi povzročajo zmanjšano željo po spolnosti in težave v ženskem spolnem odzivu. Oba sindroma povzročata zmanjšano lubrikacijo in posledično dispareunijo (Goldstein et al., 2009). Dolgotrajno jemanje antibiotikov lahko povzroči glivične okužbe, ki lahko vodijo v občutek bolečine pri spolnem odnosu. Na to lahko vplivajo tudi oralni kontraceptivi oziroma mehanska kontracepcija, na primer vaginalni obročki.

V postopku diagnostike se izvede pregled, ki je osredotočen na urogenitalni predel. Za bolj natančen pregled se uporabi kolposkop. Veš čas pregleda se opazuje vaginalni izcedek. Z brisom se vzame vzorec izcedka, da se ugotovi pH. Vaginalni biopsija pride v poštev, kadar so prisotne dermatoze in neoplazije (Goldstein et al., 2009).

Ker je hormonsko neravnovesje velikokrat vzrok za seksualno bolečino, je treba pregledati tudi kri. Če je bolečina prisotna okoli ščetavčka, je treba narediti serološke teste za ugotavljanje herpesa. Med pregledom se ugotovi, ali je treba izvesti še ultrazvočni pregled oziroma elektromiogram – s tem opazujemo delovanje oziroma disfunkcijo mišic medeničnega dna. Računalniška tomografija – CT se izvede pri bolečini ob globoki penetraciji, saj se z njim lahko ugotovi tudi morebitna patologija v gastrointestinalnem traktu, ki se lahko kaže tudi kot boleč spolni odnos (Goldstein et al., 2009).

5.4 Vzroki za dispareunijo

Vzrok za kronične pelvične bolečine, med katere uvrščamo tudi dispareunijo, je lahko anatomski ovira, oziroma gre za neko bolezensko spremembo, ali pa je vzrok psihosocialnega izvora (Arko et al., 2006).

Superficialno dispareunijo ponavadi povzročajo infekcije, alergijske reakcije na milo ipd. ter poškodovana sluznica od predhodnih spolnih odnosov. Med vzroke za superficialno dispareunijo uvrščamo tudi uretritis, suhost nožnice, ki je posledica bolezni ali blokade Bartholinijeve žleze in njihovih izvodil. Lahko pa je tudi posledica neelastičnosti

introitus, povzročene zaradi lokalnih adhezij, trde deviške kožice in brazgotin od epiziotomije oziroma ruptur presredka (Johnson et al., 2004).

Globoka dispareunija je lahko povzročena zaradi lezij na maternici (npr. endometrioza), materničnih tumorjev, brazgotin v zgornji vagini kot posledic operativnih posegov (Johnson et al., 2004).

Vzrok za dispareunijo je lahko tudi neznanega vzroka, psihičnega ali fizičnega izvora. Fizični vzrok so lahko travme, atrofija, vnetja in obstrukcije, psihični izvor pa je povezan s težavami v družini in z zadovoljstvom oziroma pričakovanjem o spolnem odnosu (Lamont, 2011).

6 DISPAREUNIJA PO PORODU Z EPIZIOTOMIJO

V poporodnem obdobju lahko pride do problemov in težav v spolnosti. Po porodu pride do psiholoških, emocionalnih in socialnih sprememb, ki vplivajo na žensko spolno potrebo (Rathfisch et al., 2010). Najpogosteje se ženske po porodu soočajo z zmanjšano željo po spolnosti, zmanjšano lubrikacijo, krajšimi ter blažjimi orgazmi in dispareunijo (Rathfisch et al., 2010). Frekvenca težav v spolnosti po porodu variira med 22 % in 86 % (Hicks et al., 2004). Barret in sodelavci (2000) so ugotovili, da približno 90 % žensk začne s spolnimi odnosi v prvih šestih tednih po porodu, od tega kar 64 % žensk doživi nelagodje med spolnimi odnosi. Veliko parov se boji prvih spolnih odnosov po porodu, še posebej, če je bil med porodom poškodovan presredok (Abdool et al., 2009). Sekundarna dispareunija se pojavi pri 42 % žensk pri prvem spolnem odnosu po porodu, po osmih tednih incidenca pade na 22 %, pri 12 tednih pa je prisotna še pri 10 % žensk. Disporeunija se v večji meri pojavlja pri ženskah, ki so rodile s pomočjo instrumentalnega poroda (Rathfisch et al., 2010).

6.1 Vrste epiziotomije in pojav disporeunije po porodu

V diplomskem delu nas je zanimalo, kako različne vrste epiziotomij vplivajo na pojav disporeunije. Kot omenjeno v poglavju o epiziotomiji, poznamo več vrst epiziotomij, mediano, mediolateralno in lateralno epiziotomijo.

Necsalova in sodelavci (2016) v svoji raziskavi primerjajo mediolateralno in lateralno epiziotomijo. V anketi je avtorje zanimalo, v kolikšni meri se disporeunija pojavlja po treh in po šestih mesecih po porodu in kakšna je intenziteta bolečine. Raziskava je potekala od 1. aprila 2010 do istega dne leta 2012 na Češkem. Veljavnih vprašalnikov je bilo skupaj 648, od tega je bilo 306 udeleženk z mediolateralno epiziotomijo ter 342 z lateralno epiziotomijo. Avtorji so ugotovili, da so ženske v obeh skupinah s spolnimi odnosi ponovno začele v relativno istem časovnem obdobju po porodu. Po treh mesecih je imelo spolne odnose že 89,5 % žensk, po šestih mesecih pa 98 % žensk.

Po treh mesecih je bila v skupini žensk z mediolateralno epiziotomijo pojavnost zmerne disporeunije 49,1 %, v skupini z lateralno epiziotomijo pa je bila disporeunija prisotna v 48,9 %. Po šestih mesecih po porodu se je odstotek bistveno znižal; pri ženskah z mediolateralno epiziotomijo se je zmerna disporeunija kazala v 31,5 %, v skupini z

lateralno epiziotomijo pa v 32,4 %. Močno dispareunijo je pri treh mesecih navedlo 27,6 % žensk z mediolateralno in 29,3 % z lateralno epiziotomijo. Po šestih mesecih je bil v skupini z mediolateralno epiziotomijo delež hude dispareunije 15,6 %, pri lateralni epiziotomiji pa 16,1 % (Necsalova et al., 2016).

Tudi Fodstad in sodelavci (2014) so v svoji raziskavi primerjali razlike med bolečino presredka po treh mesecih po porodu v odnosu do različnih tehnik epiziotomije. Odstotki dispareunije različnih tipov epiziotomij so si bili zelo podobni.

Sartore in sodelavci (2004) so v raziskavi, ki je potekala v Italiji, primerjali ženske tri mesece po porodu v odnosu do tega, ali so rodile s poškodbami presredka ali ne. Iz raziskave so bile izključene vse tiste ženske, ki so rodile s carskim rezom, prav tako so bile izključene ženske z raztrganinami tretje in četrte stopnje, ženske, ki so imele prezgodnji porod, če so imele že prisotno urinsko inkontinenco in če so imele kadar koli v življenju kakšen poseg na rodilih. Preostale udeleženske so razdelili v dve skupini. V prvi so bile ženske, ki so rodile z epiziotomijo oziroma prvo in drugo stopnjo raztrganin, v drugi skupini pa tiste, ki so rodile brez zapletov. Prva skupina je zajemala 254 žensk, v drugi pa jih je bilo 265. V obeh skupinah so bile ženske s podobno starostjo, primerljivim številom pridobljenih kilogramov v nosečnosti in podobno porodno težo otroka. Skupini sta se razlikovali le v deležu lajšanja porodne bolečine; pri ženskah z izvedeno epiziotomijo je bil delež epiduralne analgezije 14,2 %, v drugi skupini pa je imelo epiduralno analgezijo 7,9 % žensk. Poleg pojava dispareunije po porodu so jih spraševali tudi o pojavu stresne urinske inkontinence, fekalne inkontinence in perinealne bolečine. Dispareunija je bila po treh mesecih po porodu pri ženskah z epiziotomijo prisotna v 7,9 %, pri ženskah, ki so imele porod brez epiziotomije, pa v 3,4 %. Prav tako je bila ugotovljena tudi razlika v pogostosti perinealne bolečine; v prvi skupini je bila ta 6,7 %, v drugi pa 2,3 %. Malo manj vidne so bile razlike v prisotnosti stresne urinske in fekalne inkontinence, kjer pa so bili odstotki prav tako višji pri prvi skupini žensk, pri katerih je bila izvedena epiziotomija. Bertozzi in sodelavci (2011) so v svoji raziskavi prav tako ugotovili, da se dispareunija pogosteje pojavi pri ženskah, ki jim je bila med porodom izvedena epiziotomija. Prav tako izvedbo epiziotomije povezujejo z višjim deležem urinske inkontinence.

Zanimala nas je tudi razlika v pojavnosti dispareunije po časovnem obdobju, v primeru izvedene epiziotomije oziroma v primeru, če je bil presredek nepoškodovan. Po šestih mesecih po porodu je bila dispareunija prisotna pri 46,4 % žensk po izvedeni epiziotomiji,

pri ženskah z nepoškodovanim presredkom pa je bila 31,2 %. Po 18 mesecih po porodu se je dispareunija pojavila pri 19,8 % žensk, v primeru, da je bila izvedena epiziotomija. Nekoliko nižji odstotek je v primeru, če je bil presredek nepoškodovan, in sicer 16,8 % (McDonald et al., 2015).

V diplomskem delu nas zanima tudi zveza med pojavom dispareunije in poškodbo presredka. V primeru, da pride do poškodb presredka tretje ali četrte stopnje, se tveganje za dispareunijo poveča kar za štirikrat v primerjavi z ženskami, pri katerih ne pride do poškodb presredka (Fodstad et al., 2016).

Prav tako so razlike v deležu dispareunije pri porodih z epiziotomijo, raztrganinami in brez poškodb presredka proučevali tudi Rathfisch s sodelavci (2010). Ugotovili so, da je bil v skupini, kjer so imele ženske nepoškodovan presredek, povprečen čas do prvega spolnega odnosa po porodu 28,5 dneva, pri tistih z epiziotomijo 32,3 dneva, pri tistih, kjer je poleg epiziotomije prišlo še do raztrganin mehke porodne poti, pa 30,6 dneva. Prav tako so našli povezavo med dispareunijo in epiziotomijo. Na osnovi podatkov so zaključili, da je bila dispareunija bolj pogosta v skupini žensk z epiziotomijo (Rathfisch et al., 2010).

Fodstad in sodelavci (2016) poročajo, da je v osmih tednih po porodu polovica od 561 anketirank (51,4 %) ponovno začela s spolnimi odnosi, do 12. tedna je s spolnimi odnosi začelo 75,2 % žensk in eno leto po porodu 94,7 % žensk. Šest žensk (1,1 %) je poročalo o poskusu spolnega odnosa, vendar so poskus prekinile. 23 žensk (4 %) ni poskusilo s spolnim odnosom. Dve nista odgovorili na to vprašanje, ena je opredelila svoj odgovor kot »drugo«. Čas od poroda do prvega spolnega odnosa oziroma poskusa spolnega odnosa se je gibal med dvema in 12 tedni, povprečno je ta bil osem tednov (Fodstad et al., 2014). Avtorji so ugotovili, da je poškodba presredka zakasnila spolni odnos v primerjavi s tistimi, kjer je bil presredek nepoškodovan.

Fodstad in sodelavci (2016) so v nadaljevanju primerjali ženske z epiziotomijo (120 žensk) in ženske z drugo stopnjo raztrganine presredka (N = 42), kjer pa ni bilo razlik med obema skupinama v povezavi s prvim spolnim odnosom po porodu. Ženske, ki so poročale, da po 12 mesecih še niso imele spolnega odnosa (N = 23), so navedle naslednje razloge: 30 % žensk je poročalo, da niso bile v zvezi, 44 % žensk je navedlo, da niso imele spolne sle, 9 % žensk je poročalo, da s spolnimi odnosi niso nadaljevale, so se bale bolečine med odnosom. Ostalih 17 % žensk ni navedlo razlogov (Fodstad et al., 2016).

Singnorello in sodelavci (2001) so ugotovili, da je pri šestih tednih po porodu s spolnimi odnosi začelo 54 % žensk z nepoškodovanim presredkom, 39 % žensk z obporodnimi raztrganinami druge stopnje, 25 % žensk z raztrganinami tretje in četrte stopnje. Prav tako so ugotovili, da so imele tiste ženske, ki niso imele poškodovanega presredka, boljše občutenje in so orgazem doživele močnejše v primerjavi s tistimi, ki so imele poškodovan presredok. Rathfisch in sodelavci (2010) so ugotovili še, da je bil povprečni čas do prvega spolnega odnosa po porodu 28,5 dneva pri ženskah, ki med porodom niso doživele poškodb presredka, 32,3 dneva pri tistih, ki so jim med porodom izvedli epiziotomijo in 30,4 dneva v primeru raztrganin presredka druge stopnje.

6.2 Jakost dispareunije po porodu z epiziotomijo

V diplomskem delu nas je zanimala tudi jakost bolečine pri spolnem odnosu v primeru, da je bila izvedena epiziotomija. To povezavo so raziskovali McDonald in sodelavci (2016). Zanimalo jih je, v kolikšnem obsegu se pojavlja blaga oziroma močna dispareunija po šestih mesecih po porodu. Ugotovili so, da se blaga dispareunija po izvedbi epiziotomije pri ženskah pojavlja v 51,1 %, močna dispareunija pa v 48,9 %. Rathfisch in sodelavci (2010) so ugotovili, da obstaja povezava med pritiskom na fundus in pojavom dispareunije. Ugotovili so, da se, če je izveden pritisk na fundus, z njim poveča tveganje za izvedbo epiziotomije in raztrganine in da je odstotek dispareunije ravno zaradi tega višji. Chayachinda et al. (2015) je prav tako zanimalo, v kolikšnem obsegu se pojavlja blaga, zmerna in močna dispareunija. Želeli so izvedeti še razliko v jakosti dispareunije po šestih in po 12 mesecih po porodu. Po šestih mesecih po porodu je od 128 žensk 31,1 % navedlo blago dispareunijo, 11,8 % zmerno, močna pa se je pojavila pri 1,1 % žensk. Da je dispareunija trajala dlje kot 12 mesecev, je odgovorilo 68 % žensk. Bolečino so v raziskavah ocenjevali na osnovi samoocene.

6.3 Velikost reza in pojav dispareunije po porodu z epiziotomijo

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako dolžina epiziotomijskega reza vpliva na pojav dispareunije. Signorello in sodelavci (2001) so v svoji raziskavi ugotavljali, kako obsežnost poškodbe presredka med porodom vpliva na pojav dispareunije. V raziskavi so enačili drugo stopnjo raztrganin z nepodaljšano epiziotomijo in podaljšano epiziotomijo z

raztrganinami tretje in četrte stopnje. Ugotovili so, da se po treh mesecih po porodu dispareunija v skupini s podaljšano epiziotomijo pojavlja v 61 %, pri epiziotomiji, pri nepodaljšani epiziotomiji pa je bil delež dispareunije 48 %. Bistveno nižji odstotek dispareunije pa je bil pri ženskah, ki so imele nepoškodovan presredok; v tem primeru se je dispareunija pojavila pri 33 % žensk.

6.4 Zdravljenje poporodne dispareunije

Ženske po porodu pogosto občutijo dispareunijo (Goldstein et al., 2009). Pri večini žensk proti dispareuniji pomaga že uporaba lubrikanta, ki je tudi prva stvar, ki jo svetujejo strokovnjaki. V primeru, da se dispareunija pojavlja zaradi brazgotin presredka, se svetuje perineoplastika (Seehusen et al., 2014). Gre za kirurški poseg, v področju presredka, s katerim rekonstruirajo perinealne mišice. S tem popravijo vse morebitne nepravilnosti, ki so nastale ob poškodbi presredka (Cihan et al., 2015).

Murina in sodelavci (2008) so izvedli raziskavo o lajšanju bolečine z vbrizgavanjem anestetika. V raziskavi je sodelovalo 22 žensk, ki so imele superficialno dispareunijo. V vestibulum so enkrat tedensko injicirali raztopino Methilprednisolone (40 mg/mL) in Lidokain (10 mg/mL). To so izvajali tri tedne. Dozo so tedensko nižali. Nobena od žensk ni navedla stranskih učinkov zdravljenja. 68 % žensk se je na zdravljenje pozitivno odzvalo; 32 % žensk težav ni več navajalo, 36,6 % žensk pa je navedlo izboljšanje. 32 % žensk se ni odzvalo na zdravljenje, čeprav so po 30 dneh dobile še četrto dozo.

6.5 Preprečevanje poporodne dispareunije

Največkrat je dispareunija po porodu prisotna, kadar med porodom pride do poškodb presredka (Goldstein et al., 2009). Dejavnik, ki pozitivno vpliva na dispareunijo po porodu, je zato masaža presredka v času pred porodom (Goldstein et al., 2009), ki preprečuje perinealne poškodbe med porodom. Na izvedbo epiziotomije vplivajo tudi porodni položaji, zato je pomembno, da babica porodnici omogoči čim bolj optimalen položaj, ki zmanjša potrebo po epiziotomiji (Pairman et al., 2006). Prav tako je med porodom pomembno, da porodnica babici lahko zaupa. Pomembno je, da babica porodnici nudi podporo ves čas poroda. Babica mora paziti, da druga porodna doba poteka s kontroliranim

pritiskom in da se glavica otroka počasi krona ob prisotnosti zgolj fiziološkega pritiskanja (Pairman et al., 2006). Dahlen in sodelavci (2007) so ugotovili, da topli obkladki, ki se uporabljajo med drugo porodno dobo, znižajo pojav tretje in četrte stopnje raztrganin.

O varovanju presredka med porodom različni avtorji navajajo nasprotujoča mnenja. Za tako imenovano »hands on« tehniko velja, da babica otrokovo glavico s kontroliranim pritiskom spušča preko presredka. Mayerhofer in sodelavci (2002) so ugotovili, da do raztrganin tretje in četrte stopnje pogosteje pride, kadar babica ne zadržuje otrokove glavice. Smernice NICE navajajo, da »hands on« tehnika (kateri koli položaj rok, ki ga babica izvaja), lahko prepreči poškodbe presredka (NICE, 2007). Battut in Nizard (2016) sta v svoji proučevala vpliv masaže presredka med drugo porodno dobo na kasnejše občutke dispareunije. Ugotovila sta, da masaža in topli obkladki v drugi porodni dobi ne zmanjšajo občutka dispareunije po porodu.

V naslednjem poglavju so predstavljeni rezultati naše raziskave.

7 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati našega anketnega vprašalnika. Predstavljene so ugotovitve, na osnovi katerih smo odgovarjali na raziskovalno vprašanje in hipoteze.

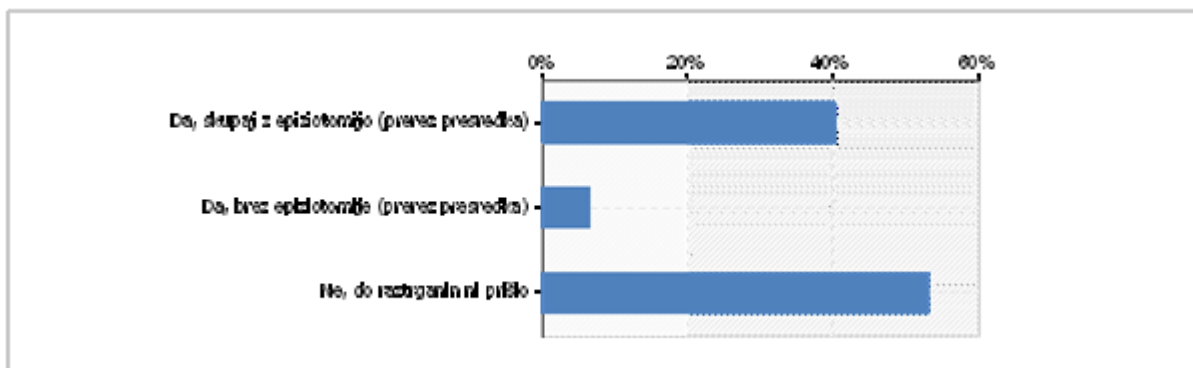
7.1 Pojavnost dispareunije po porodu

Zanimalo nas je, koliko žensk, vključenih v anketo, je po porodu občutilo dispareunijo. Na vprašanje je odgovorilo 115 žensk, od tega jih je 69 % (N = 107) odgovorilo, da so po porodu trpele za dispareunijo. Na nadaljnja vprašanja v anketi so odgovarjale le ženske, ki so pri tem vprašanju navedle prisotnost dispareunije.

7.2 Pojavnost poroda z epiziotomijo in pojavnost poroda z raztrganino

Z naslednjim vprašanjem smo želeli ugotoviti, pri kolikšnem številu žensk, ki so po porodu občutile dispareunijo, je bila med porodom opravljena epiziotomija. Ta je bila izvedena pri 75 % žensk. Ostalih 25 % žensk je odgovorilo, da epiziotomija ni bila izvedena.

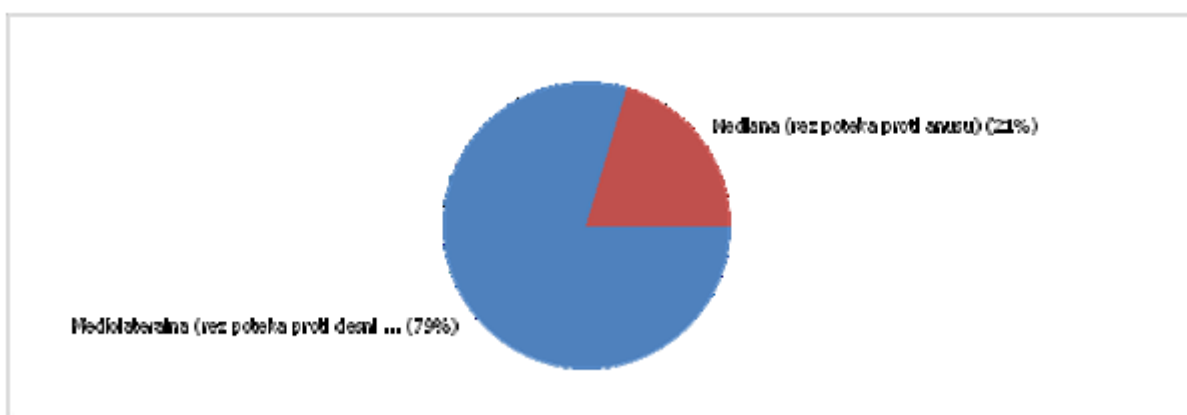
Rezultati o odstotkih pojava dispareunije pri spontanah poškodbah presredka so prikazani na Grafu 1. 40 % žensk je odgovorilo, da je prišlo do raztrganin presredka, kljub že izvedeni epiziotomiji. 6 % žensk je odgovorilo, da je prišlo do raztrganin presredka, brez izvedene epiziotomije. 53 % žensk je odgovorilo, da niso imele obporodnih poškodb presredka.



Slika 1: Odstotek pojava raztrganin in epiziotomije pri ženskah s poporodno dispareunijo

7.3 Vrsta izvedene epiziotomije

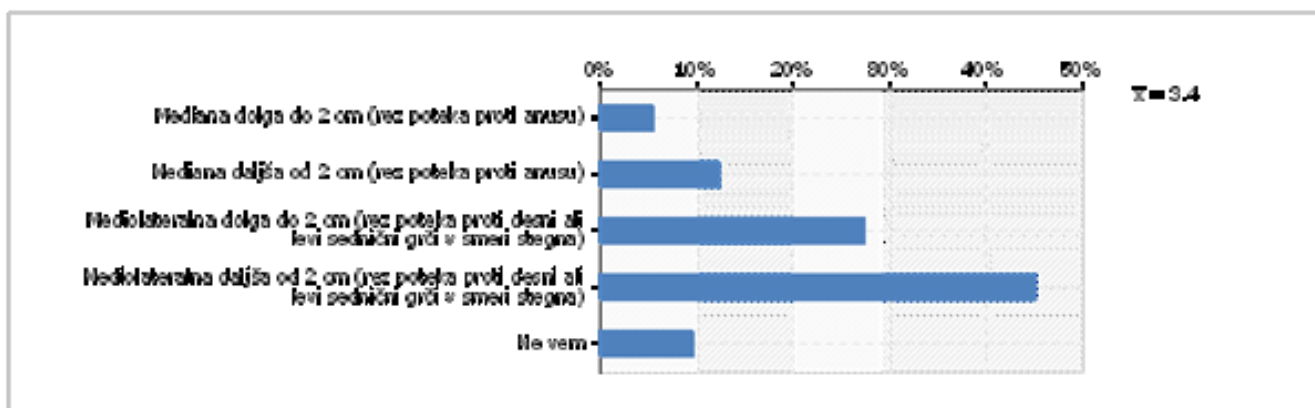
Želeli smo ugotoviti, v kolikšnem deležu se pri ženskah z dispareunijo pojavljata mediana in mediolateralna epiziotomija. Na Grafu 2 lahko vidimo, da je bila pri 21 % (N = 22) žensk z dispareunijo po porodu med porodom izvedena mediana epiziotomija. Pri 79 % (N = 84) žensk pa je bila izvedena mediolateralna epiziotomija.



Slika 2: Vrsta epiziotomije pri anketirankah, ki so navajale prisotnost dispareunije po porodu

7.4 Dolžina reza pri epiziotomiji

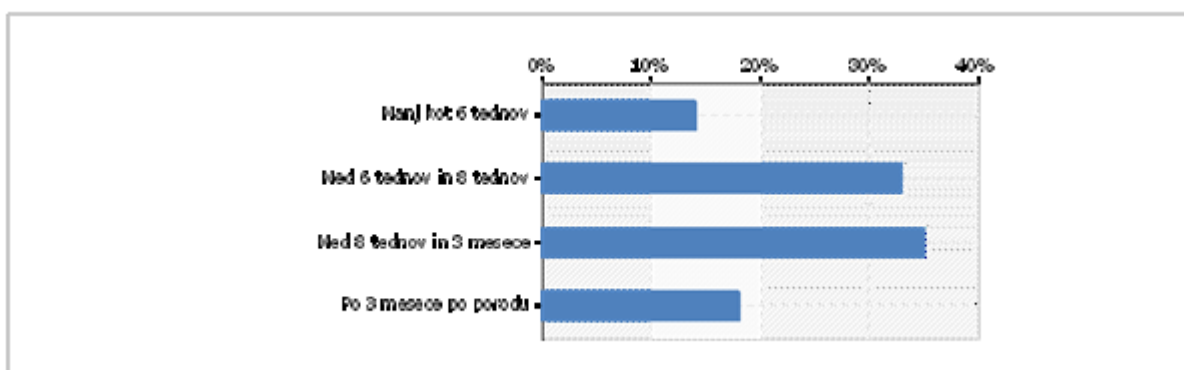
Anketiranke z dispareunijo smo vprašali tudi po dolžini epiziotomije, kar je prikazano na Grafu 3. Ženske so dolžino reza ocenile same. Mediana epiziotomija, dolga do 2 cm, je bila izvedena pri 5 % žensk z dispareunijo. Mediana epiziotomija, daljša od 2 cm, je bila izvedena pri 12 % žensk. 27 % žensk je odgovorilo, da je bila med porodom izvedena mediolateralna epiziotomija, dolga do 2 cm, 45 % žensk pa je imelo izvedeno mediolateralno epiziotomijo, daljšo od 2 cm. Ostalih 10 % žensk je navedlo, da ne vejo, kolikšna je bila dolžina izvedene epiziotomije.



Slika 3: Dolžina epiziotomije pri udeleženkah z dispareunijo po porodu

7.5 Čas do prvega spolnega odnosa po porodu in čas do rednih spolnih odnosov po porodu

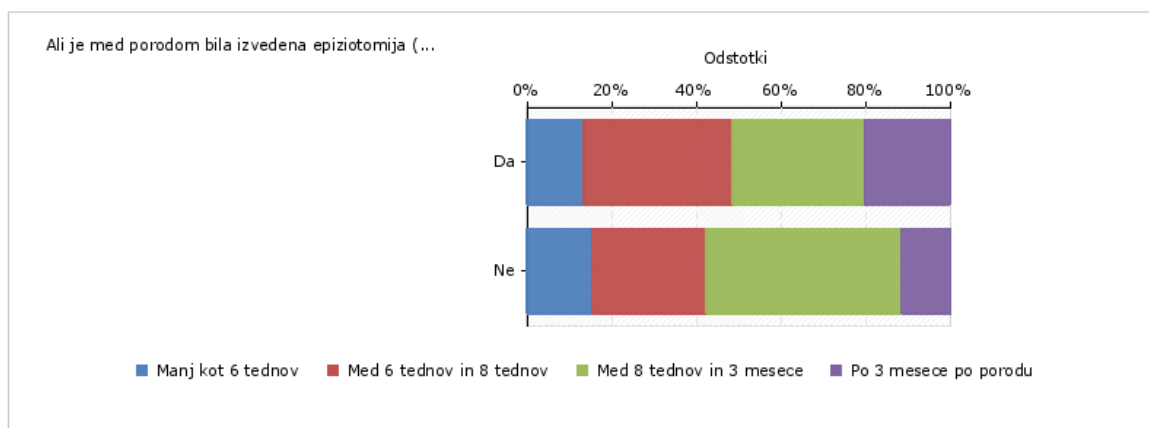
Zanimal nas je čas od poroda do prvega spolnega odnosa. Vključene so bile ženske, ki so navajale dispareunijo. Da je bil prvi spolni odnos pred šestimi tedni, je odgovorilo 14 % žensk. 33 % žensk je odgovorilo, da so imele prvi spolni odnos po porodu v času med šestimi tedni in osmimi tedni po porodu. 35 % žensk je imelo prvi spolni odnos med osmimi tedni in tremi meseci po porodu. Ostalih 18 % žensk je imelo prvi spolni odnos tri mesece po porodu, kar je razvidno na Grafu 4.



Slika 4: Čas od poroda do prvega spolnega odnosa pri ženskah z dispareunijo v poporodnem obdobju

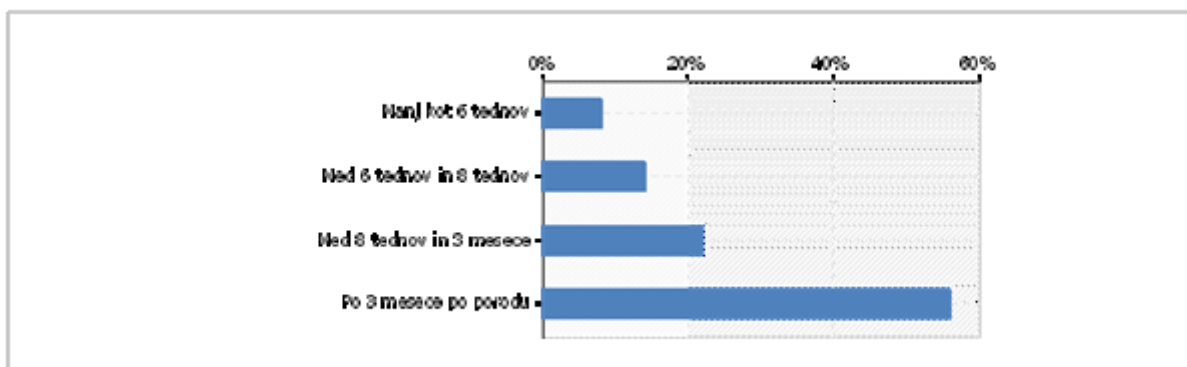
Iz Grafa 5 je razvidno, kdaj so s spolnimi odnosi začele ženske z epiziotomijo, v primerjavi s tistimi, pri katerih ni bila izvedena. 14 % žensk z izvedeno epiziotomijo je s spolnimi odnosi prej kot šest tednov po porodu, medtem ko je v istem obdobju po porodu s spolnimi odnosi začelo 15 % žensk brez epiziotomije. Med šestim in osmim tednom po porodu je s

spolnimi odnosi začelo 35 % žensk z epiziotomijo in 27 % žensk brez nje. Še nekoliko večja razlika je bila v obdobju med osmimi tedni in tremi meseci. Takrat je s spolnimi odnosi začelo 31 % žensk z epiziotomijo in 46 % brez epiziotomije. Po treh mesecih od poroda pa je s spolnimi odnosi začelo 20 % žensk z epiziotomijo in 12 % žensk, ki jim epiziotomije niso izvedli.



Slika 5: Čas od poroda do prvega spolnega odnosa pri ženskah z epiziotomijo

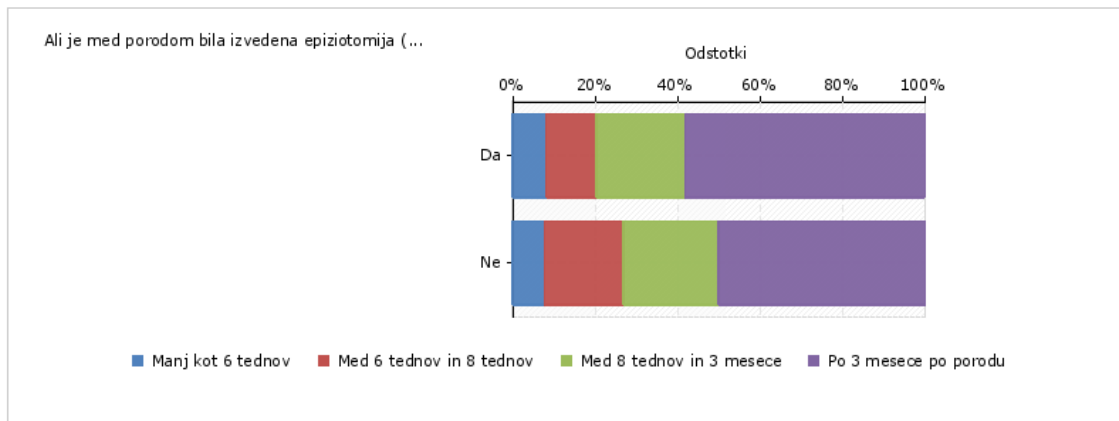
Na Grafu 6 je prikazan čas od poroda do rednih spolnih odnosov. 8 % žensk z dispareunijo je odgovorilo, da so z rednimi spolnimi odnosi začele v manj kot šestih tednih po porodu. 14 % žensk je odgovorilo, da so z rednimi spolnimi odnosi začele v obdobju med šestimi in osmimi tedni po porodu. 22 % žensk je imelo redne spolne odnose med osmimi tedni in tremi meseci po porodu. Največ, 56 %, žensk pa je imelo redne spolne odnose tri mesece po porodu.



Slika 6: Čas od poroda do rednih spolnih odnosov pri ženskah z dispareunijo po porodu

Na Grafu 7 smo podatke o začetku rednih spolnih odnosov ločili glede na to, ali je bila pri ženski med porodom izvedena epiziotomija. Odstotek žensk, ki so z rednimi spolnimi

odnosi začele prej kot v šestih tednih po porodu, je bil enak ne glede na prisotnost epiziotomije; znašal je 8 %. 12 % žensk z epiziotomijo in 19 % žensk brez epiziotomije je z rednimi spolnimi odnosi začelo med šestim in osmim tednom po porodu. Med osmim tednom in tremi meseci je z rednimi spolnimi odnosi začelo 22 % žensk z epiziotomijo in 23 % brez nje. Kar 58 % žensk z epiziotomijo in 50 % žensk brez nje pa je z rednimi spolnimi odnosi začelo po treh mesecih od poroda.

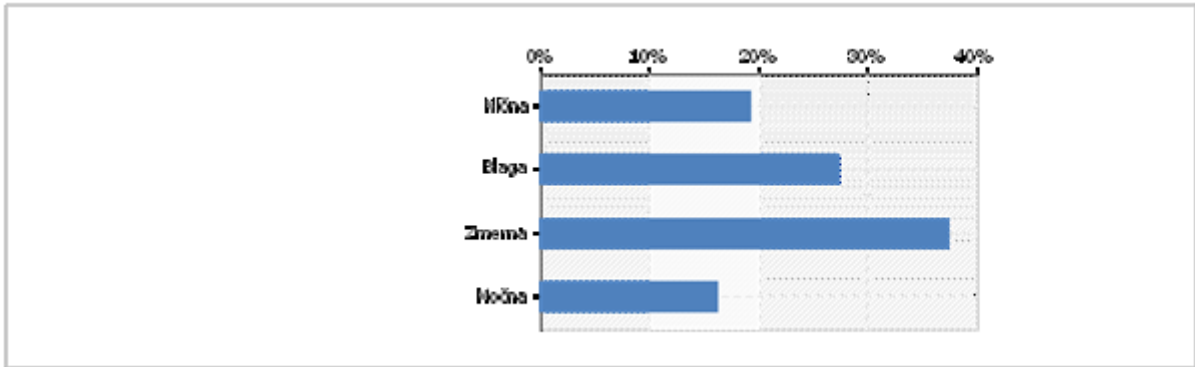


Slika 7: Čas od poroda do rednih spolnih odnosov pri ženskah z epiziotomijo

7.6 Jakost bolečine med spolnimi odnosi šest in 12 mesecev po porodu

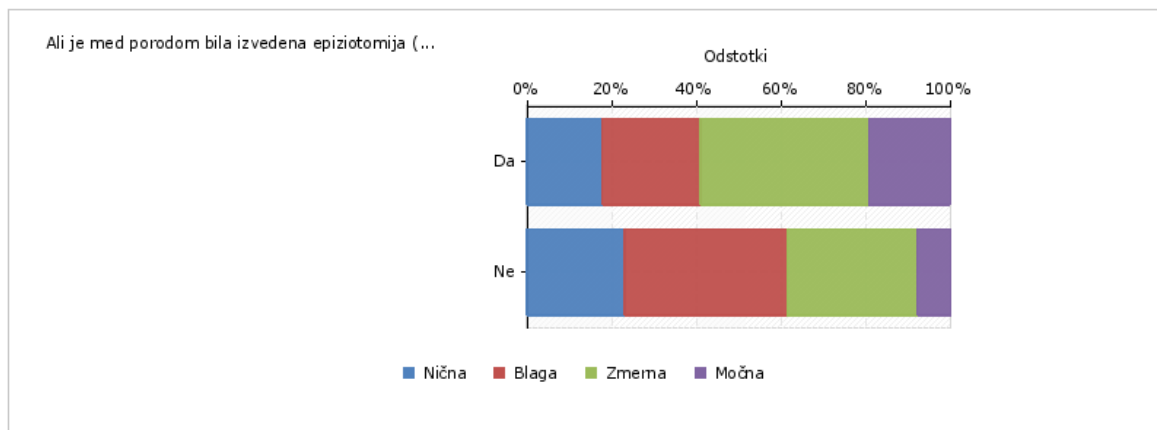
Z anketnim vprašalnikom smo želeli ugotoviti jakost bolečine med spolnim odnosom, v primeru epiziotomije in v primeru, ko ni bila izvedena. Na Grafu 8 je prikazana bolečina po šestih mesecih po porodu, na Grafu 10 pa bolečina po 12 mesecih po porodu. Jakost bolečine je določena s samooceno.

Po šestih mesecih po porodu 19 % žensk med spolnim odnosom ni imelo bolečine. 27 % žensk je odgovorilo, da je bila bolečina blaga. Zmerno bolečino med spolnimi odnosi šest mesecev po porodu je navedlo 37 % žensk. Ostalih 16 % žensk je navedlo močno bolečino med spolnimi odnosi šest mesecev po porodu.



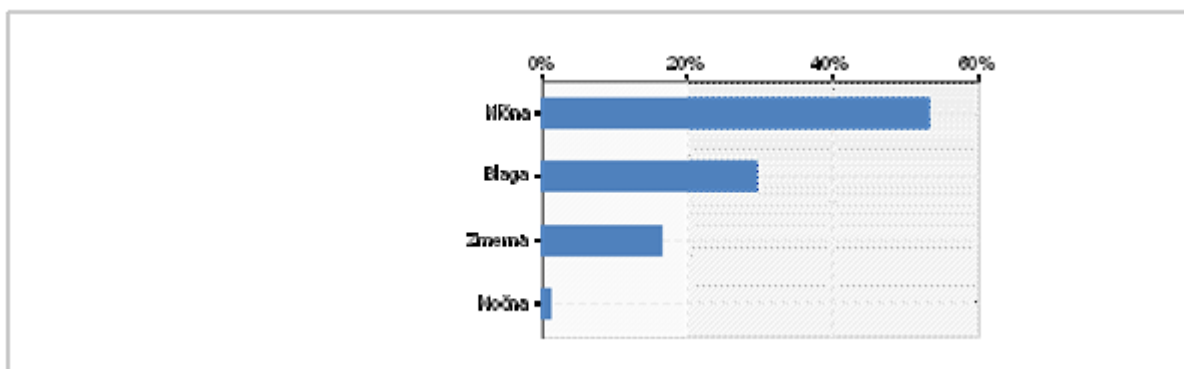
Slika 8: Jakost bolečine pri spolnem odnosu po šestih mesecih po porodu

Na grafu 9 je prikazana primerjava med jakostjo bolečine pri spolnem odnosu šest mesecev po porodu glede na prisotnost epiziotomije. Nično bolečino je navedlo 18 % žensk z opravljeno epiziotomijo in 23 % žensk brez nje. Nekoliko večja razlika je bila pri občutkih blage bolečine; to je navedlo 23 % žensk z epiziotomijo ter 38 % brez nje. Zmerno bolečino je navedlo 40 % žensk z epiziotomijo in 31 % brez epiziotomije. Kot močno pa je bolečino občutilo 19 % žensk z epiziotomijo in le 8 % brez nje.



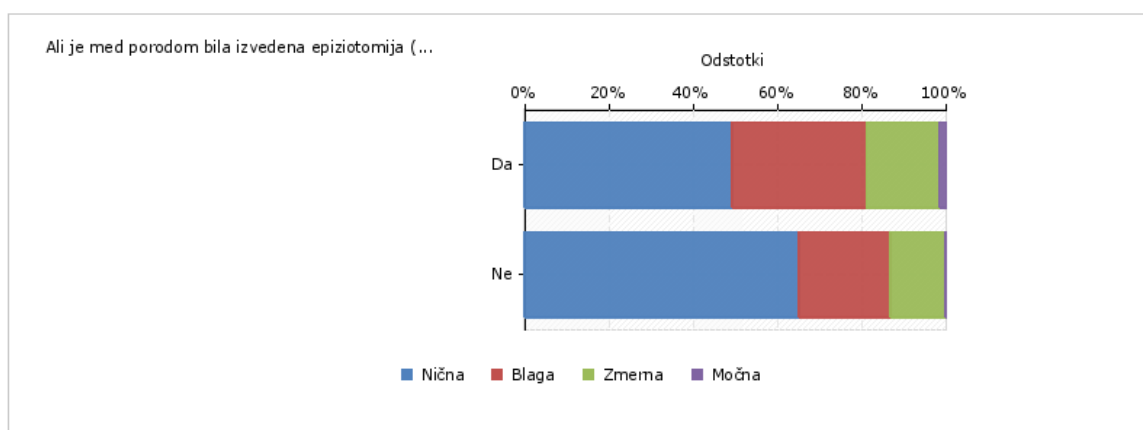
Slika 9: Jakost bolečine pri spolnih odnosih po šestih mesecih od poroda z epiziotomijo

Na Grafu 10 je prikazana bolečina med spolnimi odnosi po 12 mesecih po porodu. 53 % žensk je navedlo, da po 12 mesecev do poroda niso imele več bolečine, 29 % žensk je navedlo blago bolečino, zmerno bolečino po 12 mesecih po porodu je navedlo 16 % žensk. 1 % žensk je še vedno navedel močno bolečino po 12 mesecih po porodu.



Slika 10: Jakost bolečine med spolnim odnosom po 12 mesecih od poroda

12 mesecev po porodu je imelo neboleče spolne odnose 49 % žensk z epiziotomijo in 65 % brez nje. Blago bolečino je navedlo 32 % žensk z epiziotomijo in 22 % brez nje. Kot zmerno je bolečino med spolnimi odnosi ocenilo 17 % žensk z epiziotomijo in 13 % brez nje. Močno bolečino pa je občutil 1 % žensk z epiziotomijo. Podatki so prikazani na Grafu 11.

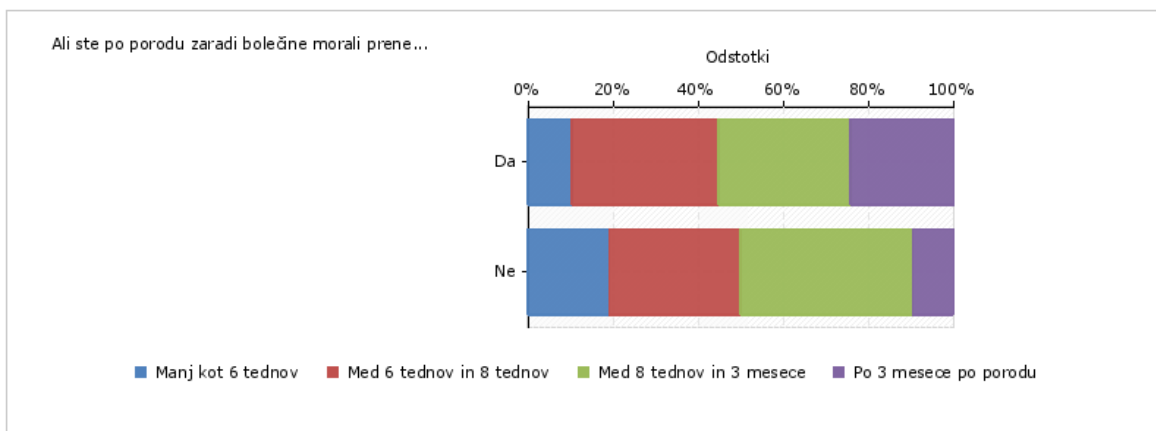


Slika 11: Jakost bolečine med spolnim odnosom po 12 mesecih od poroda z epiziotomijo

Ob tem pa nas je zanimalo tudi, koliko žensk je moralo zaradi bolečine med spolnim odnosom tega prekiniti. 56 % žensk (N = 60) je moralo s spolnimi odnosi po porodu prenehati zaradi bolečine. 44 % (N = 47) žensk je odgovorilo, da spolnega odnosa, kljub bolečini, ni bilo potrebno prekiniti.

V grafu 12 je prikazan čas prvega spolnega odnosa po porodu pri ženskah, ki so morale zaradi hude bolečine spolni odnos prekiniti. Največ žensk, ki so morale prekiniti spolni odnos zaradi bolečine (34 %), je imelo spolni odnos med šestim in osmim tednom po

porodu. Z 31 % jim sledijo tiste, ki so imele spolni odnos med osmimi tedni in tremi meseci po porodu.



Slika 12: Prvi spolni odnos po porodu pri ženskah, ki so morale zaradi bolečine prekiniti spolni odnos

8 RAZPRAVA

Z raziskavo smo ugotavljali, v kolikšni meri se pojavlja dispareunija po porodu z epiziotomijo.

S prvo hipotezo smo predvidevali, da je dispareunija pogostejša pri ženskah, ki so jim med porodom izvedli epiziotomijo. Kar 75 % žensk, vključenih v našo raziskavo, ki so po porodu občutile dispareunijo, je bilo takih, ki so jim med porodom izvedli epiziotomijo. Glede na visok odstotek lahko predvidevamo, da epiziotomija vsekakor vpliva na občutke dispareunije po porodu. Sartore in sodelavci (2004) so v svoji raziskavi, prav tako kot mi, proučevali vpliv epiziotomije na poporodno dispareunijo. V njihovi raziskavi je bila dispareunija tri mesece po porodu pri ženskah z epiziotomijo prisotna v 7,9 %, pri ženskah, ki so imele porod brez epiziotomije, pa v 3,4 %. To je nekoliko nižji odstotek, kot smo ga pridobili z našo raziskavo, vendar je bil vzorec žensk v prej omenjeni raziskavi precej večji, saj so vključil 619 žensk. Glede na to, da je tudi v njihovi raziskavi, tako kot v naši, večji delež žensk z epiziotomijo občutilo dispareunijo, lahko zaključimo, da je dispareunija pogostejša pri ženskah z epiziotomijo. Zato smo prvo hipotezo potrdili.

Zanimalo nas je, kolikšen delež žensk, ki so bile vključene v anketo, je po porodu občutil dispareunijo. V hipotezi smo predvidevali, da bo ta delež večji od 50 %. Ob analizi odgovorov smo ugotovili, da je kar 69 % žensk po porodu občutilo dispareunijo. Tako smo glede na pridobljene rezultate iz naše študije to hipotezo lahko potrdili. Za primerjavo lahko vzamemo raziskavo Fodstada in sodelavcev (2013). V njihovi raziskavi je poporodno dispareunijo občutilo 18 % žensk. Tudi tu rezultati naše raziskave nekoliko odstopajo. Nekoliko bolj so se ujemali z raziskavo McDonalda in sodelavcev (2016). Tu je dispareunijo ob prvem spolnem odnosu po porodu občutilo 85,7 % žensk; 44,7 % še tri mesece po porodu in 22,6 % celo osemnajst mesecev po porodu.

Raziskovali smo, ali so morale ženske po porodu zaradi bolečine prenehati s spolnimi odnosi. Rezultati naše raziskave so pokazali, da je 56 % žensk z epiziotomijo odgovorilo, da so morale s spolnim odnosom prekiniti zaradi bolečine. V hipotezi smo predvidevali, da bo ta delež predstavljal manj kot polovico anketirank, zato smo to hipotezo ovrgli. Če rezultat primerjamo z raziskavo, ki so jo naredili Fodstad in sodelavci (2016), je bil odstotek takih žensk bistveno nižji, saj poročajo, da je 1,1 % žensk prekinilo s spolnim

odnosom po porodu zaradi bolečin. V tej raziskavi je bil vzorec večji, in sicer 561 žensk, v primerjavi z našim, kjer je sodelovalo 121 žensk.

Rathfisch in sodelavci (2010) so ugotovili, da so imele ženske, ki so rodile z epiziotomijo ali z epiziotomijo in pridruženimi raztrganinami, po treh mesecih nižji libido ter nižje zadovoljstvo z orgazmi. Na osnovi tega smo želeli izvedeti, koliko časa je minilo od poroda do rednih spolnih odnosov. Možne odgovore smo razdelili v štiri časovna obdobja. Prvo obdobje je bilo omejeno na prvih šest tednov po porodu. Tu sta bila deleža žensk, ki so s spolnimi odnosi začele ne glede na epiziotomijo, popolnoma enaka. Nekoliko večja razlika je bila v obdobju med šestim in osmim tednom po porodu. Takrat je z rednimi spolnimi odnosi začelo 7 % več žensk brez epiziotomije, v primerjavi s tistimi, ki so jo imele. Kar 8 % več žensk z epiziotomijo pa je z rednimi spolnimi odnosi začelo po preteku treh mesecev od poroda. V anketi smo vključili tudi podobno vprašanje, ki pa se je nanašalo na prvi spolni odnos po porodu. Tu je bila v prvih šestih tednih po porodu razlika med ženskami z epiziotomijo in brez nje le 1 %. To pomeni, da je s spolnimi odnosi prej začel le 1 % žensk brez epiziotomije. S pregledom literature smo ugotovili, da ženske z epiziotomijo po 32,5 dneva od poroda poskusijo s prvim spolnim odnosom. Nekoliko prej (28,5 dneva) pa s prvim spolnim odnosom začnejo ženske brez poškodb presredka (Rathfisch et al., 2010). Med tem je v raziskavi, ki so jo izvedli Fodstad in sodelavci (2016), v osmih tednih po porodu s spolnimi odnosi začelo 51,4 % anketirank. V hipotezi smo predvidevali, da epiziotomija vpliva na čas začetka rednih spolnih odnosov po porodu, kar smo z rezultati naše ankete le delno potrdili.

Dve vprašanji v anketi sta se nanašali na jakost bolečine med spolnimi odnosi. Eno je bilo omejeno na obdobje šestih mesecev po porodu, drugo pa na čas 12 mesecev po porodu. Nično bolečino je šest mesecev po porodu občutilo 5 % manj žensk z epiziotomijo, v primerjavi s tistimi brez epiziotomije. Tudi pri zmerni in močni bolečini je bil višji odstotek tistih, ki so jim med porodom izvedli epiziotomijo. V nadaljevanju bomo za primerjavo povzeli nekaj že obstoječih raziskav. McDonald in sodelavci (2016) so v svoji raziskavi ugotovili, da se blaga dispareunija po porodu z epiziotomijo pojavlja v 51,1 %, močna pa v 48,9 %. Nekoliko nižji odstotek so ugotovili Necosalova et al., (2016), kjer je šest mesecev po porodu 31,5 % žensk navedlo zmerno dispareunijo, hudo dispareunijo pa je navedlo 15,6 % žensk, pri katerih je bila izvedena epiziotomija. Naši rezultati so bistveno bolj podobni drugi raziskavi, vendar so imeli McDonald in sodelavci (2016) veliko večji vzorec (1507 žensk). Chayachinda in sodelavci (2015) so proučevali pogostost

dispareunije po 12 mesecih od poroda, pri katerem je bila izvedena epiziotomija. Še vedno se je pojavljala pri 67,9 % žensk. Med tem McDonald in sodelavci (2015) navajajo, da se po 18 mesecih od poroda dispareunija po izvedeni epiziotomiji pojavlja pri 19,8 % žensk. V naši raziskavi je šest mesecev po porodu bolečino občutilo 82 % žensk z epiziotomijo in 77 % žensk brez nje. 12 mesecev po porodu pa je bolečino občutilo 51 % žensk z epiziotomijo in le 35 % brez nje. Zaključimo lahko, da epiziotomija med porodom bistveno vpliva na pogostejši občutek dispareunije tako šest mesecev po porodu kot tudi 12 mesecev po porodu. Glede na pridobljene rezultate smo peto hipotezo potrdili.

Naša zadnja hipoteza je predvidevala, da dolžina reza epiziotomije vpliva na pojav dispareunije po porodu. Dolžino reza so ocenile ženske same. Med ženskami, ki so po porodu občutile bolečino med spolnimi odnosi, je bilo največ tistih, ki so jim med porodom izvedli mediolateralno epiziotomijo, daljšo od 2 cm. Teh je bilo kar 45 %. S 27 % odstotki pa so jim sledile ženske, ki so jim izvedli mediolateralno epiziotomijo, krajšo od 2 cm. Na osnovi tega lahko potrdimo tudi zadnjo hipotezo. Ob pregledu literature smo ugotovili, da mediana epiziotomija povzroča manj bolečine in krvavenja, vendar predstavlja višje tveganje za pridružene raztrganine tretje in četrte stopnje (Pairman et al., 2006). Med tem Foodstad in sodelavci (2014) menijo, da dispareunija ni povezana z nobeno tehniko epiziotomije. Tudi drugi so v raziskavah ugotovili, da vrsta epiziotomije ne spremeni bistveno pogostosti dispareunije po porodu. V nasprotju s tem so Necesova et al. (2016) ugotovili, da je bil tri mesece po porodu nekoliko višji odstotek dispareunije pri ženskah z mediolateralno epiziotomijo, medtem ko je bila šest mesecev po porodu dispareunija bolj pogosta pri ženskah z lateralno dispareunijo.

Na analize pridobljenih rezultatov smo potrdili pet hipotez, eno pa smo ovrgli. Rezultati kažejo, da je poporodna dispareunija zelo pogost pojav po porodu. Glede na to bi ji morali posvetiti več pozornosti v poporodni negi žensk.

9 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo ugotovili, da na jakost in trajanje bolečin pri spolnem odnosu po porodu močno vpliva epiziotomija. Ženske, ki so jim med porodom izvedli epiziotomijo, so po porodu občutile močnejšo bolečino, ki je bila prisotna dalj časa. To je vplivalo tudi na čas prvega spolnega odnosa ter na začetek rednih spolnih odnosov. Za večjo zanesljivost izsledkov bi bilo treba izvesti bolj obsežno raziskavo, primerjalno med ženskami brez epiziotomije, z epiziotomijo ter z raztrganinami.

Zdravstveni delavci bi morali ženskam, ki imajo po porodu težave v spolnosti, ponuditi nasvete. Prav tako bi morali z možnimi težavami v spolnosti po porodu seznaniti oba partnerja. Za zdravstvene delavce je pomembno, da se zavedajo, da je treba epiziotomijo izvajati restriktivno ter okrepiti njihovo poznavanje in uporabo ukrepov za zmanjšanje potrebe po epiziotomiji.

10 LITERATURA IN VIRI

Aasheim V, Nilsen A, Reinar L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3

Abdool Z, Thakar R, Sultan AH (2009). Postpartum female sexual function. *Eur j obstet gynecol reprod biol* 145 (2): 133–7.

Acele EÖ, Karaçam Z (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J clin nurs* 21 (7–8): 929–37.

ACOG – American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2006). ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. *Obstet gynecol* 107 (4): 957–62.

Andreucci CB, Bussadori JC, Pacagnella RC et al. (2015). Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 15 (1): 307.

Andrews V, Thakar R, Sultan AH et al. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 137 (2): 152–6.

Arko D, Borko E, Breznik R et al. (2006). *Ginekologija*. 2. Izdaja. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 89–95.

Barrett G, Pendry E, Peacock J et al. (2000). Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 107 (2): 186–95.

Battut A, Nizard J (2016). Impact of pelvic floor muscle training on prevention of perineal pain and dyspareunia in postpartum. *Prog Urol* 26 (4): 237–44.

Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3

Bertozzi S, Londero AP, Fruscalzo A et al. (2011). Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC womens health* 11 (1): 1–7.

Binik YM (2010). The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch sex behav* 39 (2): 292–303.

Buhling KJ, Schmidt S, Robins JN et al. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 124 (1): 42–6.

Burroughs A, Leifer G (2001). *Maternity nursing: an introductory text*. 8th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 562–6.

Callahan T, Caughey A (1997). *Obstetrics & gynecology*. 1st ed. Massachusetts: Blackwell Science, 27–9.

Catling-Paull C, Coddington RL, Foureur MJ et al. (2013). Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *Medical Journal of Australia* 198 (11): 616–20.

Chang SR, Chen KH, Lin HH et al. (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies* 48 (4): 409–18.

Chayachinda C, Titapant V, Ungkanungdech A (2015). Dyspareunia and sexual dysfunction after vaginal delivery in Thai primiparous women with episiotomy. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (5): 1275–82.

Cihan I, Meric CA, Fulya GS et al. (2015). Assessment of the Effects of Perineoplasty on Female Sexual Function. *Balkan med* 32(3): 260–5.

Coutinho Carvalho E, Gomes Vilaça Cardoso Antunes J, Carvalho Duarte J et al. (2016). Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 217 (2): 435–42.

Čeh A (2011). Vpliv epiziotomije na pogostost poškodb perineja III. in IV. stopnje pri prvorođnicah v Sloveniji. *Obzor Zdr N* 45 (2): 100–4.

Dahlen HG, Homer CS, Cooke M et al. (2007). Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 34 (4): 282–90.

De Souza A, Dwyer PL, Charity M et al. (2015). The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. *BJOG* 122 (10): 1410–8.

Dowe S (2009). The transition and the second stage of labour: physiology and the role of the midwife. In: Fraser D in Cooper M. *Myles textbook for midwives*. 15th ed. London: Churchill livingstone, 523–7.

Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD002866. DOI: 10.1002/14651858.CD002866.pub3

Fodstad K, Staff AC, Laine K (2014). Effect of different episiotomy techniques on perineal pain and sexual activity 3 months after delivery. *Int Urogynecol J* 25 (12): 1629–37.

Fodstad K, Staff AC, Laine K (2016). Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J* 27 (10): 1513–23.

Frankman EA, Wang L, Bunker CH et al. (2009). Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol* 200 (5): 573.

Gabbe SG, Niebyl JR, Leight Simpson J (1991). *Obstetrics normal and problem pregnancies*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 431–32.

Goldstein AT, Pukall CF, Goldstein I (2009). *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*. 1st ed. England: Oxford, 208–17.

Hendy S (2006). Maintaining the integrity of pelvic floor. In: Pairman S, Pincombe J, Thorogood C, Tracy S. *Midwifery: preparation for practice*, 1th ed. Australia: Elsevier, 447–53.

Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM et al. (2004). Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health* 49 (5): 430–6.

IsHak WW, Tobia G (2013). DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. *Reprod sys sexual disorders* 2 (2): 1–3.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3

Johnson SD, Phelps DL, Cottler LB (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Arch Sex Behav* 33 (1): 55–63.

Jovanovic NS, Kocijancic DM, Terzic MM (2011). Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary. *Cent eur j med* 6 (6): 685–90.

Jug Došler A, Mivšek AP, Verbenik I et al. (2017). Incidence of episiotomy in Slovenia: The story behind the numbers. *Nurs Health Sci* 19 (3): 351–7.

Kettle C, Tohill S (2008). Perineal care. *BMJ Clin Evid* 24 (9): 1401.

Klossner NJ (2006). *Introductory Maternity Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 252-8.

Laine K, Skjeldestad FE, Sandvik L et al. (2012). Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. *BMJ open* 2 (5).

Lamont AJ. *Dyspareunia and Vaginismus*. The Global Library of Women's Medicine (2011). Dostopno na: https://www.glowm.com/section_view/heading/Dyspareunia%20and%20Vaginismus/item/429 <10. 8. 2017>

Lavrič M (2016). *Porodništvo*. Celje: Visoka šola za zdravstvo, 190–210.

Lipschuetz M, Cohen SM, Liebergall-Wischnitzer M et al. (2015). Degree of bother from pelvic floor dysfunction in women one year after first delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 191 (8): 90–4.

Mandade K, Bhavthankar DP (2016). Comparative study of continuous vs. intermittent technique of episiotomy suturing in rural population of India. *IJMSCI* 3 (10): 2281–4.

Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K et al. (2002). Traditional care of the perineum during birth: A prospective, randomized, multicenter study of 1076 women. *J Reprod Med* 47 (6): 477–82.

McDonald EA, Gartland D, Small R et al. (2015). Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG* 122 (5): 672–9.

McDonald EA, Gartland D, Small R et al. (2016). Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery* 34 (3): 15–20.

Monga A (2006). *Gynaecology by ten teachers*. 18th ed. London: Hodder education, 226–30.

Necosalova P, Karbanova J, Rusavy Z et al. (2016). Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. *Sex Reprod Healthc* 8 (6): 25–30.

Olds SB, London M, Ladewig P (1999). *Maternal-Newborn Nursing: A family and community-based approach*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall, 665–7.

Olds SB, London M, Ladewig P et al. (2004). *Maternal-newborn nursing and women's health care*. 7th ed. New Jersey: Prentice Hall: 753–54.

Rathfisch G, Kucuk Dikencik B, Kizilkaya Beji N et al. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs* 66 (12): 2640–9.

Reeder SJ, Koniak-Griffin D, Leonide LM (1997). *Maternity nursing: family, newborn, and women's health care*. 18th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 562–66.

- Sartore A, De Seta F, Maso G et al. (2004). The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 103 (4): 669–73.
- Sayasneh A, Pandeva I (2010). Postpartum Sexual Dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *BJMP* 3 (2): 316.
- Seehusen A D, Baird C A, Bode V D (2014). Dyspareunia in women. *Am Fam Physician* 90 (7): 465–70.
- Shiow-Ru C, Kuang-Ho C, Ho-hsiung L, Yu-Mei YC, Yeur-Hur L (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud* 48(4): 409–18.
- Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 184 (5): 881–8.
- Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P et al. (2007). The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health* 4 (10): 1–5.
- Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen B, Øian P (2014). Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women: a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. *BMC Womens Health* 14 (12): 157.
- Steen M, Roberts T (2011). The consequences of pregnancy and birth for the pelvic floor. 14th ed. *British Journal of Midwifery*. London: Elsevier, 692–8.
- Tennfjord MK, Hilde G, Stær-Jensen J, Ellström Engh M, Bø K (2014). Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth. *Int Urogynecol J* 25 (9): 1227–35.
- WHO (2013). Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization. Dostopno na:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/ <11. 7. 2017>

WHO (2015a). Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice (3rd edn). Dostopno na:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326678/pdf/Bookshelf_NBK326678.pdf
<15. 7. 2017>

WHO (2015b). Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes.

Geneva: World Health Organization. Dostopno na: [http://www.who.](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guidelines/en/)

[int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guidelines/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guidelines/en/)
<8. 7. 2017>.

PRILOGE

ANKETNI VPRAŠALNIK

DISPAREUNIJA PO PORODU Z EPIZIOTOMIJO

Pozdravljeni, sem Katja Cukjati, absolventka visokošolskega strokovnega študija babištva na Zdravstveni fakulteti. V sklopu diplomskega dela opravljam raziskavo na temo dispareunije po porodu z epiziotomijo. Dispareunija je bolečina ali nelagodnost, ki se pojavlja med spolnim odnosom, epiziotomija pa je rez, ki se opravi v zadnjem delu druge porodne dobe. Anketa je anonimna. Podatki bodo uporabljeni izključno v raziskovalne namene. Prosila bi vas za pomoč in sodelovanje v anketi, saj mi boste s tem pomagali pri pridobivanju podatkov za diplomsko delo.

V primeru, da ste rodili večkrat, vas prosim, da se osredotočite na tisti porod, v okviru katerega ste trpeli za bolečinami med spolnimi odnosi.

1. Spol (obkrožite).
 - a) Ž
 - b) M

2. Ali ste kdaj rodili?
 - a) Da
 - b) Ne

3. Ali ste imeli pri katerem od porodov boleče spolne odnose?
 - a) Da
 - b) Ne

4. Ali ste morali po porodu zaradi bolečine prenehati s spolnimi odnosi?
 - a) Da
 - b) Ne

5. Ali je bila med porodom izvedena epiziotomija?
 - a) Da
 - b) Ne

6. Ali je med porodom prišlo do raztrganin presredka?
 - a) Da, skupaj z epiziotomijo
 - b) Da, brez epiziotomije
 - c) Ne

7. Kakšna je bila vrsta epiziotomije? (V primeru, da niste prepričani, vam za 7. in 8. vprašanje svetujem, da svoj rez sami pregledate z zrcalom.)
 - a) Mediana (rez poteka proti anusu)
 - b) Mediolateralna (rez poteka prosti desni ali levi sednični grči v smeri stegna)

8. Kolikšna je bila dolžina epiziotomije?
 - c) Mediana, dolga do 2 cm
 - d) Mediana, daljša od 2 cm
 - e) Mediolateralna, dolga do 2 cm
 - f) Mediolateralna, daljša od 2 cm
 - g) Ne vem

9. Koliko časa je minilo od poroda do prvega spolnega odnosa?
 - a) Manj kot šest tednov
 - b) Med šestimi tedni in osmimi tedni
 - c) Med osmimi tedni in tremi meseci
 - d) Več kot tri mesece po porodu

10. Koliko časa je minilo od poroda do rednih spolnih odnosov?
 - e) Manj kot šest tednov
 - f) Med šestimi tedni in osmimi tedni
 - g) Med osmimi tedni in tremi meseci
 - h) Več kot tri mesece po porodu

11. Kako bi ocenili vašo bolečino med spolnimi odnosi po šestih mesecih po porodu?

- a) Nična
- b) Blaga
- c) Zmerna
- d) Močna

12. Kako bi ocenili vašo bolečino med spolnimi odnosi po 12 mesecih po porodu?

- a) Nična
- b) Blaga
- c) Zmerna
- d) Močna

Vprašanje	Vir
1. Spol	Opis vzorca
2. Ali ste kdaj rodili?	Opis vzorca
3. Ali ste imeli pri katerem od porodov boleče spolne odnose?	Opis vzorca
4. Ali ste morali po porodu zaradi bolečine prenehati s spolnim odnosom?	Fodstad K, Staff A C, Laine (2016). Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma.
5. Ali je bila med porodom izvedena epiziotomija?	Čeh A (2011). Vpliv epiziotomije na pogostost poškodb perineja III. in IV. S stopnje pri prvorodnicah v Sloveniji.
6. Ali je med porodom prišlo do raztrganin presredka?	Nacesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V (2016). Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum.

7. Kakšna je bila vrsta epiziotomije?	Hendy S (2006). Midwifery preparation for practice.
8. Kolikšna je bila dolžina epiziotomije?	Hendy S (2006). Midwifery preparation for practice.
9. Koliko časa je minilo od poroda do prvega spolnega odnosa?	Rathfisch G, Dikencik B K, Beyi K N, Comert N, Tekirdag A I, Kadioglu A (2010). Effect of perineal trauma on postpartum sexual functioning.
10. Koliko časa je minilo od poroda do rednih spolnih odnosov?	Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I (2000). Women's sexual health after childbirth.
11. Kako bi ocenili vašo bolečino med spolnimi odnosi po šestih mesecih po porodu?	Nacesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V (2016). Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum.
12. Kako bi ocenili vašo bolečino med spolnimi odnosi po 12 mesecih po porodu?	McDonald A E, Gartland D, Small R, Brown S (2016). Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study.