

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

Petra Mohar

**SOOČANJE ŽENSK S POSLEDICAMI HUJŠIH
POŠKODB PRESREDKA PO PORODU**

diplomsko delo

**WOMEN'S CONFRONTATION WITH SEVERE
PERINEAL TEARS AFTER BIRTH**

diploma work

Mentorica: doc. dr. Ana Polona Mivšek

Somentorica: viš. pred. Petra Petročnik

Recenzentka: viš. pred. Anita Prelec

Ljubljana, 2019

ZAHVALA

Ob koncu študijske poti bi se želela posebej zahvaliti mentorici doc. dr. Ani Poloni Mivšek in somentorici viš. pred. Petri Petročnik za razumevanje, pomoč, spodbudne besede in podporo pri pisanju diplomskega dela. Hvala tudi viš. pred. Aniti Prelec za prijaznost in recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi moji družini, ki mi je v času študija stala ob strani in me brezpogojno podpirala. Hvala tebi, draga moja mami, da si me vedno podpirala pri mojih odločitvah in da si mi vedno priskočila na pomoč, ko sem jo potrebovala. Hvala ti, da si marsikdaj nesebično vzela Svita za kakšno urico ali dve, da sem lahko pisala diplomu in hvala tudi tebi Svit, da sem s tvojim rojstvom lahko še dodatno razumela pomen babištva. Prav posebna zahvala pa gre tudi tebi, moj dragi Nejc, da si poskrbel za Svita, ko je bilo to potrebno in da si prenašal mojo slabo voljo, ko mi kaj ni šlo in mi pri študiju vedno stal ob strani.

Hvala sošolkam in prijateljicam, ki ste vedno priskočile na pomoč in katerim lahko brezpogojno zaupam. Še posebej hvala tebi, draga moja Anja, ker si mi vedno stala ob strani, tako med študijem in na praksi kot med porodom. Res si bila opora in s tvojo pomočjo je bilo marsikaj lažje.

IZVLEČEK

Uvod: Hujše poškodbe presredka definiramo kot poškodbe presredka 3. in 4. stopnje. Poškodba presredka je lahko posledica epiziotomije ali raztezanja in raztrganja med spontanim ali asistiranim porodom. Med porodom se z vsakim popadkom glavica otroka počasi pomika iz porodnega kanala in tako počasi razteguje tkivo presredka. Pri tem imajo mišice medeničnega dna, nožnica in presredek izjemno pomembno vlogo. Poškodbe presredka med porodom lahko pomembno vplivajo na kakovost življenja žensk, tako kratkoročno kot dolgoročno. **Namen:** Namen diplomskega dela je s pomočjo pregleda literature raziskati, kako se ženske soočajo s poškodbami presredka 3. in 4. stopnje, ki so jih utrpeli pri porodu, raziskati njihove občutke in dožemanja ter proučiti, kakšnih informacij so bile deležne s strani zdravstvenih strokovnjakov v času obravnave. **Metode dela:** Uporabljena je bila opisna oziroma deskriptivna metoda raziskovanja s sistematičnim pregledom strokovne in znanstvene literature. Literaturo smo poiskali s pomočjo slovenske podatkovne baze DIKUL in tujih podatkovnih baz Pubmed, Cinahl in Science Direct. Vključeni so bili dostopni članki v angleškem jeziku od leta 2000 do leta 2018. **Rezultati:** Rezultati študij, vključenih v diplomsko delo, so pokazali, da hujše poškodbe presredka močno vplivajo na samopodobo žensk, saj te pogosto opisujejo občutek neuspeha, ker jim ni uspelo izpolniti svojih pričakovanj v vlogi mame in partnerke. Pogosto pri skrbi za novorojenčka in gospodinjstvu potrebujejo pomoč, zaradi česar imajo občutek, da jim je spodletelo. Zaradi posledic hujših poškodb presredka se socialno izolirajo, kar pa lahko vodi v občutek osamljenosti. Največkrat je razlog za strah prisoten zaradi pomanjkljive podpore in neustreznih informacij v času obravnave. **Razprava in sklep:** Kljub temu, da so hujše poškodbe presredka pri porodu pogoste, obstaja malo študij, ki bi raziskovale izkušnje žensk, ki so pri porodu utrpeli hujše poškodbe presredka. Veliko poškodb je tudi prikritih in se jih ne odkrije takoj po porodu, lahko pa močno vplivajo na kakovost življenja žensk. Pomembno je, da ima zdravstveno osebje dovolj znanja in izkušenj, da zna oceniti stopnjo poškodbe presredka in ustrezno ukrepati v primeru hujših poškodb presredka ter napotiti ženske v nadaljnjo obravnavo k ustreznim specialistom. Ženskam je potrebno zagotoviti ustrezne informacije in podporo v času obravnave.

Ključne besede: poškodbe, presredek, porod, izkušnje, ženske.

ABSTRACT

Introduction: Severe perineal trauma is defined as a damage of the perineum to the third and fourth degree perineal tear. Perineal injuries can be a consequence of episiotomy, or stretching and perineal tearing during spontaneous or assisted labor. During childbirth, each contraction slowly moves the child's head from birth canal and so slowly stretches the perineal tissue. In this, the pelvic floor muscles, vagina and perineum have an extremely important role. Injuries of the perineum during childbirth can have a significant impact on the quality of life of women, both in the short and long term. **Aim:** The purpose of the diploma work is to review literature on how women face with injuries of 3rd and 4th degree perineal tears that they suffered at giving birth; to explore their feelings and perceptions; and to examine what information have women obtained by health professionals during the postpartum care. **Methods:** A descriptive method of research with a systematic review of professional and scientific literature was used. Literature was searched using the Slovenian database DIKUL and foreign databases Pubmed, Cinahl and Science Direct. Articles in English language, published from 2000 to 2018 were included. **Results:** The results of the studies included in the diploma work show that severe injuries to the perineum have a major impact on the self-esteem of women, as they often describe a sense of failure because they failed to meet their expectations in the role of a mother and a partner. Women often need help in the care of a newborn and in a household, which makes them feel that they have failed. They are social isolated because of the consequences of severe injuries, which can lead to a sense of loneliness. Most often, the reason for the fear is due to the lack of support and inadequate information at the time of the postpartum care. **Discussion and conclusion:** Despite the fact that severe perineal injuries are common during childbirth, there are few studies that explore the experience of women who suffered severe injuries of perineum at giving birth. There are also many occult injuries that are not detected at giving birth, and which can greatly affect the quality of women's life. It is important that healthcare professionals have sufficient knowledge and experience to evaluate the degree of perineal trauma and take appropriate action in the event of serious injuries. It is important that they refer women to further treatment to appropriate specialists and provide women with adequate information and support at postpartum period.

Keywords: injuries, perineum, childbirth, experiences, women.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Teoretična izhodišča	3
1.1.1	Anatomija presredka in analnega sfinktra	3
1.1.2	Raztrganine presredka	4
1.1.3	Hujše poškodbe presredka	5
2	NAMEN	8
3	METODE DELA	9
4	REZULTATI	10
4.1	Značilnosti raziskav	11
4.2	Soočanje žensk s poškodbami presredka 3. in 4. stopnje	14
4.3	Obravnava žensk, ki so utrpele hujše poškodbe presredka.....	15
4.4	Informiranje žensk o nadaljnji obravnavi	16
5	RAZPRAVA.....	18
6	ZAKLJUČEK	23
7	LITERATURA IN VIRI.....	24

KAZALO SLIK

Slika 1: Diagram poteka izbora literature skozi faze sistematičnega pregleda literature... 10

KAZALO TABEL

Tabela 1: Klasifikacija raztrganin presredka 4

Tabela 2: Karakteristike izbranih raziskav 12

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV

NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Nacionalni inštitut za odličnost zdravja in oskrbe)
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Kraljevo združenje porodničarjev in ginekologov)
SPT	Severe Perineal Trauma (Hujše poškodbe presredka)
PLR	Perineal Laceration Register (Register poškodb presredka)
WHO	World Health Organization (Svetovna zdravstvena organizacija)

1 UVOD

Poškodbe presredka so najpogostejše poškodbe mehke porodne poti, ki jih ženske utrpijo med porodom. Lahko so posledica epiziotomije ali raztezanja in raztrganja med spontanim ali asistiranim porodom (Way, 2006). Primarna poporodna krvavitev (krvavitev v prvih 24 urah po porodu) naj bi bila posledica poškodb porodne poti v vsaj 7 %. Najpogosteje jo povzročajo poškodbe presredka (raztrganine in epiziotomija), redkeje pa so to poškodbe nožnice in raztrganine materničnega vratu (Steblovník, 2016).

Poškodbe presredka med porodom lahko pomembno vplivajo na kakovost življenja žensk, tako kratkoročno kot dolgoročno (Harvey et al., 2015). Simptomi in posledice po hujših poškodbah presredka se lahko med ženskami razlikujejo. Ena izmed stresnih komplikacij hujših poškodb presredka je perinealna bolečina. Kratkotrajna perinealna bolečina je lahko povezana s perinealnim edemom in podplutbami, ki so lahko posledica tesnih šivov ali okužbe (Harvey et al., 2015). Harvey in sodelavci (2015) navajajo, da lahko dolgoročne perinealne bolečine vodijo v disparevnijo (boleči spolni odnosi) in posledično težave v partnerskem odnosu. Priddis in sodelavci (2013) poleg perinealnih bolečin navajajo tudi druge zaplete, kot na primer urinska inkontinenca (nezmožnost zadrževanja urina), fekalna inkontinenca (nezmožnost zadrževanja blata), vezikovaginalne fistule (patološka povezava med sečnim mehurjem in vagino ali sečnico) in hemeroidi, ki največkrat niso posledica hujših poškodb presredka, ampak bolj posledica nerednega odvajanja blata po porodu zaradi bolečin in strahu pred ponovno poškodbo šivanega predela.

Če želimo razumeti izkušnje in občutke žensk po porodu, pri katerem je prišlo do hujših poškodb presredka, je najprej potrebno razumeti pomen in funkcijo presredka med porodnim procesom. Med porodom se z vsakim popadkom glavica otroka počasi pomika navzdol in tako počasi razteguje tkivo presredka. S tem se presredek tanjša in razteguje, da se glavica lahko porodi skozi porodni kanal. Pri tem imajo mišice medeničnega dna, nožnica in presredek izjemno pomembno vlogo (Way, 2006).

Petročnik in sodelavci (2018) so na podlagi analize podatkov, pridobljenih iz Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema o pojavnosti poškodb presredka v slovenskih porodnišnicah v obdobju od leta 2013 do leta 2015 ugotovili, da se pogostost poškodb presredka pri vaginalnem porodu v vseh 14 slovenskih porodnišnicah razlikuje. Po podatkih naj bi bile najbolj pogoste poškodbe presredka 1. stopnje in sicer v 26,1 %, medtem ko naj

bi bile poškodbe presredka 4. stopnje najmanj pogoste, in sicer v 0,1 %. Po podatkih Europeristata (2010) naj bi bile poškodbe presredka 3. in 4. stopnje v Sloveniji prisotne v 0,2 % in naj bi tako Slovenija med evropskimi državami skupaj z Romunijo in Poljsko (0,1 %) imela najnižjo incidenco teh poškodb. Do razlik v odstotkih prihaja, ker so podatki iz Europeristata (2010) pridobljeni iz leta 2004 in 2010, medtem ko so podatki slovenske raziskave (Petročnik et al., 2018) pridobljeni iz Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema v obdobju med letoma 2013 in 2015. Kljub temu pa so zaskrbljujoči rezultati iz raziskave, ki so jo izvedli Jakopič in sodelavci (2009), kjer so s pomočjo endoanalnega ultrazvoka pregledali 26 žensk drugi oziroma tretji dan po vaginalnem porodu. Pri kar 12 ženskah so odkrili okultne (prikrite) poškodbe analnega sfinktra, kar predstavlja velik odstotek žensk (46 %), ki so utrpeli poškodbe, ki pri porodu niso bile odkrite. Nobena izmed žensk pred porodom ali po njem ni navajala kakršnihkoli novo nastalih težav z zadrževanjem vetrov ali blata oziroma poslabšanjem tovrstnih težav, se pa pojavi vprašanje, koliko jih ima težave kasneje v življenju. Skozi rezultate te raziskave lahko sklepamo, da hujše poškodbe presredka vseeno niso prisotne v tako nizkem odstotku in da je potrebno stremeti k temu, da se poškodbe odkrije čim prej po porodu ter ženske napoti na obravnavo k ustreznemu specialistu (Jakopič et al., 2009). Zaradi krvavitve in edema presredka po porodu je težko odkriti poškodbe analnega sfinktra in zato te pogosto ostanejo neodkrite, kar lahko kasneje v življenju vodi v analno inkontinenco in s tem povezano slabšo kakovost življenja žensk.

V diplomskem delu smo se osredotočili predvsem na hujše poškodbe presredka (3. in 4. stopnje), ki lahko pustijo fizične in psihološke posledice na ženskah. V teoretičnem delu diplomskega dela smo podrobneje predstavili anatomijo presredka in analnega sfinktra, predstavili raztrganine presredka (*perineal trauma*) in klasifikacijo raztrganin po Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2015). V nadaljevanju smo obrazložili in opisali hujše poškodbe presredka (*severe perineal trauma - SPT*), predstavili dejavnike tveganja za nastanek le-teh, ter navedli aktivnosti za preprečevanja hujših poškodb presredka.

1.1 Teoretična izhodišča

Dahlen in sodelavci (2007) navajajo, da večina žensk doživlja blažje do zmerne bolečine in nelagodje v predelu presredka v prvih dneh po porodu. Pri ženskah, ki so utrpele poškodbe presredka, so te bolečine po navadi intenzivnejše in trajajo dlje časa, kot pri tistih ženskah, ki poškodb niso utrpele. Posledično ženske, ki so utrpele poškodbe presredka, zaradi močnih bolečin pogosteje posegajo po analgetikih in uporabi ledenih obkladkov. Bolečine, prisotne v perinealnem predelu, lahko otežijo njihove vsakodnevne aktivnosti, kot so hoja, sedenje, skrb za osebno higieno, skrb za nego otroka in odvajanje (East et al., 2012). Poleg tega poškodbe presredka vplivajo na telesno, psihološko in socialno počutje žensk neposredno po porodu in kasneje. Lahko vplivajo tudi na vzpostavitev dojenja, družinsko življenje in na spolne odnose (Kettle, Tohill, 2008). Priddis in sodelavci (2013) navajajo, da lahko hujše poškodbe presredka povzročijo fekalno inkontinenco in boleče spolne odnose. Skoraj pri vseh ženskah po porodu so prisotne bolečine pri spolnem odnosu, navajajo McDonald in sodelavci (2015). O disparevniji po porodu poroča kar 45 % žensk po 3 mesecih; 43 % žensk po 6 mesecih; 28 % žensk po 12 mesecih in 23 % žensk po 18 mesecih (McDonald et al., 2015). Ženske, ki pri porodu niso utrpele hujših poškodb presredka ali epiziotomije, so prej pripravljene imeti spolne odnose, hkrati pa so spolni odnosi tudi manj boleči. Poročajo tudi o večjem zadovoljstvu med spolnimi odnosi (Aasheim et al., 2017).

1.1.1 Anatomija presredka in analnega sfinktra

Presredek je območje med urogenitalno in analno regijo oziroma med zunanjim spolovilom in anusom. Na površini je koža, ki prekriva telo presredka. V perinealnem telesu se prepletajo snopi mišic *musculus transversus perinei profundus* in *musculus transversus perinei superficialis*, *musculus bulbospongiosus*, *sphincter ani externus*, *musculus levator ani* ter vezivo perinealne membrane, povrhnje perinealne membrane, povrhnje perinealne fascije in rektovaginalnega septuma (Steblovnik, 2016). Thakar in sodelavci (2014) navajajo, da presredek po obliki ustreza izhodu medenice in je romboidne oblike. Spredaj je omejen s sramničnim lokom, zadaj ga omejuje trtica, ob straneh pa ga omejujejo sednično sramnična veja, sednična kost in križnično sednični ligament. Presredek lahko razdelimo na dva trikotna dela, ki ju ločuje prečna linija med sedničnimi kostmi. Sprednji trikotnik, ki vsebuje zunanje urogenitalne organe, je znan kot urogenitalni trikotnik, zadnji trikotnik, ki vsebuje konec analnega kanala, pa je znan kot analni trikotnik (Thakar et al., 2014). Analni

sfinkter sestavljata zunanji in notranji analni sfinkter. Kljub temu, da tvorita eno samo enoto, se razlikujeta po strukturi in funkciji. Zunanji analni sfinkter je sestavljen iz prečnoprogastih mišic in je rdeče barve (spominja na surovo rdeče meso). Okvara zunanjega analnega sfinktra lahko povzroči urgentno fekalno inkontinenco. Notranji analni sfinkter je zgoščeno nadaljevanje krožne gladke mišice črevesja, ki se konča z jasno zaobljenim robom 6–8 mm nad analnim robom na stičišču površinskega in podkožnega dela zunanjega analnega sfinktra. Ta mišica je blede bele barve in spominja na surovo belo ribo. Okvara notranjega analnega sfinktra lahko prav tako povzroči fekalno inkontinenco (Thakar et al., 2014).

1.1.2 Raztrganine presredka

Raztrganine presredka so poškodbe presredka, do katerih pride spontano pri porajanju ploda skozi nožnico proti medeničnemu izhodu (Thakar et al., 2014). Poškodbe presredka so posledica porodnih sil ob koncu druge porodne dobe, saj pritiskajo na notranji del presredka. Ta se običajno poškoduje na mestu, kjer je tkivo najtanjše, kar pomeni, da je velika večina poškodb usmerjena proti analnemu sfinktru. V tabeli 1 je predstavljena klasifikacija raztrganin presredka (RCOG, 2015). Pride lahko tudi do poškodb zunanjega spolovila (Čeh, 2011).

Tabela 1: Klasifikacija raztrganin presredka (RCOG, 2015).

Stopnja 1	Poškodba kože presredka in sluznice vagine
Stopnja 2	Poleg poškodbe kože presredka in sluznice vagine, poškodovane tudi povrhnje mišice medeničnega dna
Stopnja 3	3a – poškodovano manj kot 50 % zunanjega analnega sfinktra
	3b – poškodovano več kot 50 % zunanjega analnega sfinktra
	3c – poškodovan zunanji in notranji analni sfinkter
Stopnja 4	Poškodovan celoten analni sfinkter in analni epitelij

Kettle in Tohill (2008) sta v svoji raziskavi definirala poškodbo presredka kot poškodbo genitalij med porodom, ki nastanejo spontano ali namerno s kirurškim rezom (epiziotomija). Anteriorne poškodbe presredka so poškodbe sramnih ustnic, prednje stene vagine, sečnice ali klitorisa, medtem ko so posteriorne poškodbe presredka poškodbe zadnje vaginalne stene, perinealnih mišic ali analnega sfinktra (Thakar et al., 2014).

1.1.3 Hujše poškodbe presredka

Hujša poškodba presredka je opredeljena kot poškodba presredka 3. ali 4. stopnje (Priddis et al., 2013). Hujša poškodba presredka je lahko povezana s pomembnimi kratkoročnimi in dolgoročnimi zdravstvenimi težavami, ki imajo znatne negativne učinke na dobro počutje in kakovost življenja žensk. Zato je nujno potrebno, da so babice in ostalo zdravstveno osebje, ki skrbijo za ženske v predporodnem obdobju, med porodom in po porodu, izobražene in usposobljene za zagotavljanje najboljše možne oskrbe poškodbe presredka na podlagi najnovejših dokazov (Steen, Diaz, 2018). Poškodba presredka 3. ali 4. stopnje je namreč resen neželen izid vaginalnega poroda, ki lahko vodi do trajnih perinealnih bolečin, spolnih težav in do fekalne inkontinence, kar lahko znatno vpliva na fizično in psihično počutje žensk po porodu (Belihu et al., 2017). Hendy (2006) poleg vseh naštetih posledic navaja tudi nastanek vezikovaginalne fistule, ki skupaj z analno inkontinenco lahko predstavlja resne zaplete in dolgotrajne telesne in psihične posledice. Harvey s sodelavci (2015) so v svoji študiji izpostavili, kako pomemben je natančen pregled presredka po porodu pri vseh ženskah pred šivanjem, vključno z rektalnim pregledom pri tistih ženskah, ki so doživele hujše poškodbe presredka. Thakar in sodelavci (2014) so izpostavili pomembnost pridobitve informiranega pristanka pred vaginalnim in rektalnim pregledom. Smernice National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014) navajajo, da je pred pregledom potrebno ženski razložiti situacijo, ponuditi analgezijo, zagotoviti dobro osvetlitev in žensko namestiti v udoben položaj, hkrati pa zagotoviti, da se jasno vidi predel, ki ga je potrebno pregledati, pregled pa naj se opravi nežno in z občutkom. Tako RCOG (2015) kot NICE (2014) navajata, da je potrebno šivanje hujših poškodb presredka izvajati v operacijskem prostoru, in sicer v regionalni ali splošni anesteziji, z dobro osvetljavo in ustreznimi instrumenti. RCOG (2015) izpostavlja tudi pomembnost rektalnega pregleda, ki sledi šivanju, s katerim se preveri, ali anorektalna sluznica ni nenamerno zašita skupaj.

Hauck in sodelavci (2015) so kot pomembne dejavnike tveganja za nastanek hujših poškodb presredka izpostavili naslednje dejavnike tveganja: prvorodnost, podaljšana 2. porodna doba, porodna teža novorojenčka nad 4000g, malpozicija ploda (okcipitoposteriorna vstava), rojevanje v litotomnem položaju, operativno dokončan porod (vakuumska ekstrakcija ali forceps), rutinska epiziotomija (mediana bolj verjetno kot mediolateralna) in določene etične pripadnosti (ugotovljeno je bilo, da imajo azijske ženske krajši presredki v primerjavi z drugimi etničnimi skupinami, kar predstavlja večje možnosti za hujše poškodbe presredka) (Wheeler et al., 2012). Hendy (2006) je poleg naštetih dejavnikov tveganja izpostavila še neizkušenost zdravstvenega osebja, anestezijo (lokalno in epiduralno) in uporabo oksitocina za pospeševanje poroda. Smith in sodelavci (2013) so dodali še načrtovan bolnišnični porod (indukcija poroda), usmerjeno potiskanje med iztisom ploda in distocijo ramen.

Študije kažejo, da lahko s preprostimi ukrepi bistveno zmanjšamo možnost nastanka poškodb presredka. Dahlen in sodelavci (2007) so ugotovili, da uporaba toplih obkladkov na presredku v prvi porodni dobi sicer ne zmanjša verjetnosti, da bo pri prvorodnicah potrebno šivanje, znatno pa zmanjšajo pojav poškodb 3. in 4. stopnje, bolečine med porodom ter urinsko inkontinenco. Svetujejo tudi, da se uporaba toplih obkladkov vključi v drugo fazo poroda. Tudi najnovejše smernice World Health Organization (WHO) (2018) priporočajo uporabo toplih obkladkov na presredku v drugi porodni dobi, saj so ugotovili, da njihova uporaba zmanjša pogostost poškodb presredka 3. in 4. stopnje. Beckmann in Stock (2013) sta na podlagi pregleda štirih raziskav, v katerih je sodelovalo 2497 žensk, ugotovila, da masaža presredka v nosečnosti pri prvorodnicah zmanjša možnost nastanka poškodb presredka, učinkovito zmanjša potrebo po izvedbi epiziotomije in zmanjša bolečine v predelu presredka po porodu. Za mnogorodnice ti učinki niso bili jasno opredeljeni. Kljub temu, da NICE (2014) navaja, da masaža presredka v času druge porodne dobe nima pomembnega vpliva na zmanjšanje pojavnosti poškodb presredka in ne priporočajo njenega izvajanja, pa najnovejše smernice WHO (2018) navajajo, da lahko masaža presredka v drugi porodni dobi znatno zmanjša pogostost poškodb presredka 3. in 4. stopnje in svetujejo njeno uporabo med porodom. NICE (2014) med drugo porodno dobo svetuje rabo pokončnih položajev, saj dokazano zmanjšajo možnosti poškodb presredka, prav tako pa svetujejo, da ženska med porodom potiska takrat, ko in kolikor sama čuti potrebo za to in ne takrat, ko ji to naroči babica ali zdravnik. Da naj bi pokončni položaji pri porodu, t.i. »hands off« tehnika varovanja presredka in okcipitoanteriorna vstava zmanjšali tveganje za nastanek hujših

poškodb presredka, so ugotovili tudi Smith in sodelavci (2013). Rezaei in sodelavci (2014) so ugotovili, da ima uporaba »hands off« tehnike pri porodu pozitivne učinke na zmanjšanje pogostosti epiziotomij in poškodb presredka 3. stopnje, zaradi česar sklepajo, da tehnika »hands off« ponuja varnejšo alternativo za kontrolo nad presredkom med porodom. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Aasheim in sodelavci (2017), in sicer, da »hands off« tehnika vpliva na zmanjšanje pogostosti epiziotomij, niso pa ugotovili, ali vplivajo tudi na zmanjšanje pogostosti poškodb presredka 3. in 4. stopnje. Jiang in sodelavci (2017) so po pregledu dvanajstih raziskav primerjali uporabo selektivne epiziotomije z uporabo rutinske uporabe epiziotomije. Ugotovili so, da dokazi ne podpirajo rutinske rabe epiziotomije, saj le-ta poveča tveganje za nastanek hujših poškodb presredka pri porodu. Priporoča se uporaba selektivne epiziotomije ob upravičenih indikacijah, ki naj bi znatno zmanjšala možnost nastanka hujših poškodb presredka. Tudi smernice WHO (2018) odsvetujejo rutinsko uporabo epiziotomije.

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je s pomočjo pregleda strokovne in znanstvene literature raziskati, kako se ženske soočajo s poškodbami presredka 3. in 4. stopnje, ki so jih utrpele pri porodu. Z diplomskim delom želimo raziskati občutke in dožemanja žensk ter proučiti, kakšne obravnave so bile deležne v času med porodom in po porodu.

Raziskovalna vprašanja diplomskega dela so:

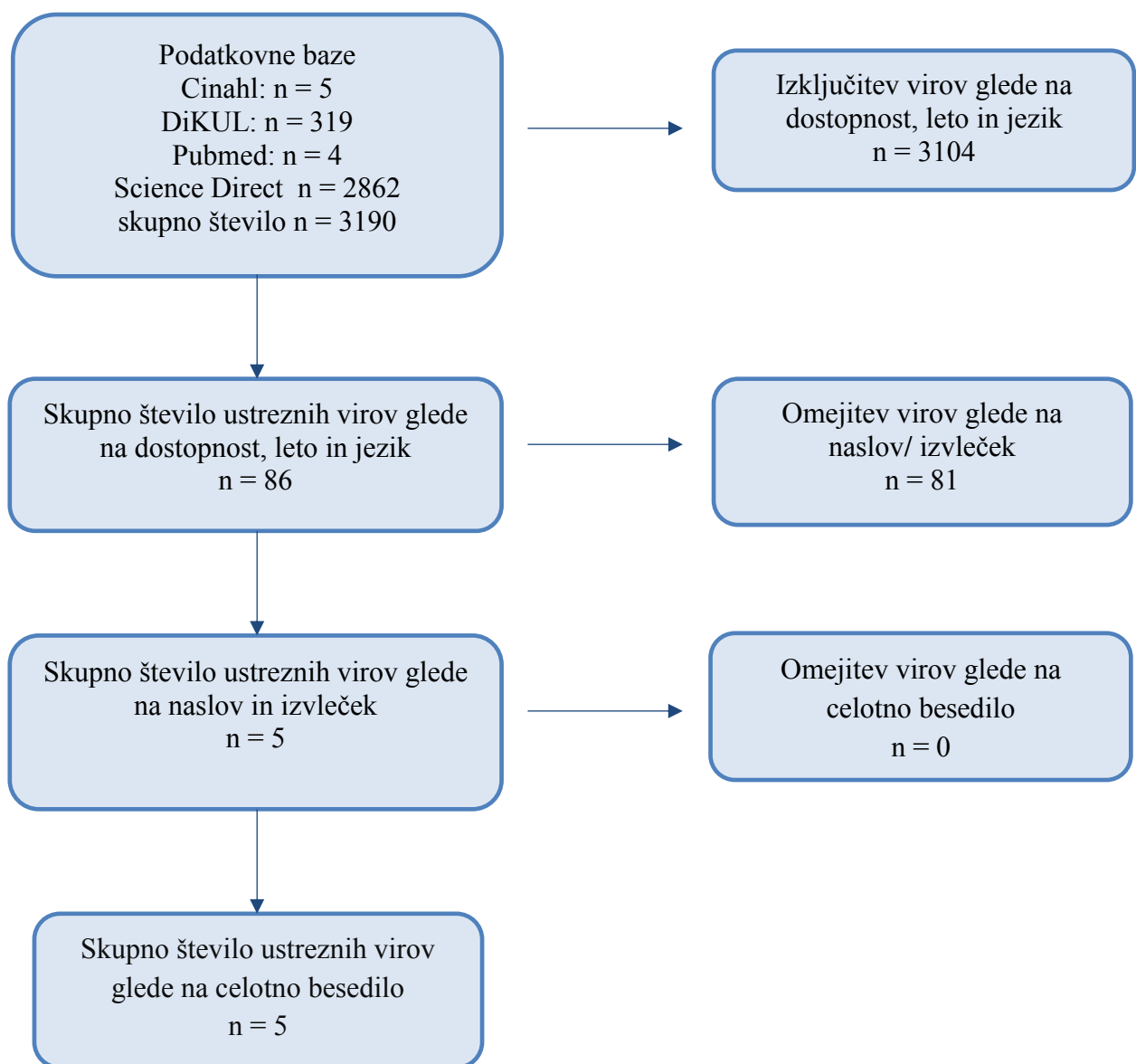
- Kako se ženske soočajo s poškodbami presredka 3. in 4. stopnje?
- Kakšne obravnave so bile deležne ženske med porodom, pri katerem so utrpele poškodbe 3. in 4. stopnje?
- Kakšnih informacij glede nadaljnje obravnave so bile deležne ženske, ki so utrpele poškodbe presredka 3. in 4. stopnje?

3 METODE DELA

Za izdelavo diplomskega dela je bila uporabljena opisna oziroma deskriptivna metoda raziskovanja s sistematičnim pregledom strokovne in znanstvene literature. Literaturo smo poiskali s pomočjo slovenske podatkovne baze DIKUL in tujih podatkovnih baz Pubmed, Cinahl in Science Direct. Ključne besede v slovenskem jeziku so bile: poškodbe presredka 3. in 4. stopnje in izkušnje žensk z in brez operaterja IN. Ključne besede za iskanje v angleškem jeziku so bile: »severe perineal trauma« in »women's experiences«, z in brez operaterja AND. Izključene so bile tiste raziskave, ki so bile povezane s poškodbami presredka 1. in 2. stopnje in tiste, ki so raziskovale izkušnje očetov. Vključene pa so bile raziskave, ki so opisovale izkušnje žensk, ki so pri porodu utrpeli hujše poškodbe presredka in tiste, ki so se nanašale na poškodbe presredka 3. in 4. stopnje. Za izbor študij, vključenih v ta pregled, smo uporabili članke, ki so bili dostopni s celotno vsebino, in sicer od leta 2000 do leta 2018. Pri izboru študij se nismo omejili na države, v katerih so bile študije narejene, omejili pa smo se na članke v slovenskem in angleškem jeziku.

4 REZULTATI

V diplomsko delo je bilo po pregledu literature in omejitvi virov zajetih 5 študij, ki so ustrezale raziskovalnim vprašanjem, saj so opisovale izkušnje žensk, ki so pri porodu doživele hude poškodbe presredka. Vse izbrane študije so bile v angleškem jeziku. Dve izmed raziskav sta bili narejeni na Švedskem, dve v Avstraliji in ena v Združenem kraljestvu. Na sliki 1 je predstavljen diagram poteka raziskave skozi faze sistematičnega pregleda literature.



Slika 1: Diagram poteka izbora literature skozi faze sistematičnega pregleda literature. (Prerejeno po: Moher et al., 2009)

4.1 Značilnosti raziskav

V raziskavah, ki so jih opravili Lindqvist et al., (2018), Elden et al., (2015), Priddis et al., (2014a) in Williams et al., (2005) so bile preiskovanke ženske po porodu, ki so utrpeli hujše poškodbe presredka, v raziskavi Priddis et al., (2014b) so bili preiskovanci poleg žensk tudi klinično osebje (babice). Velikost vzorca je bila od 10 (Williams et al., 2005) pa do 1248 žensk (Lindqvist et al., 2018). V dveh raziskavah (Elden et al., 2015 in Priddis et al., 2014a) so podatke pridobili s pomočjo kvalitativne metode dela z uporabo intervjuja. Priddis in sodelavci (2014b) so podatke pridobili s pomočjo deskriptivne kvalitativne metode dela z uporabo fokusne skupine z zdravstvenimi strokovnjaki (babicami) in poglobljenimi intervjuji z ženskami, ki so utrpeli hude poškodbe presredka, medtem ko so Williams in sodelavci (2005) pridobili podatke s pomočjo kvalitativne metode dela z uporabo dveh fokusnih skupin, Lindqvist in sodelavci (2018) pa so podatke pridobili iz Perineal Laceration Register (PLR) s pomočjo deskriptivne kvalitativne metode dela. Williams in sodelavci (2005) so v svoji študiji raziskovali poškodbe presredka 3. stopnje, medtem ko so se vse ostale izbrane študije poleg poškodb presredka 3. stopnje osredotočale tudi na poškodbe presredka 4. stopnje. V tabeli 2 so prikazane karakteristike raziskav, ki smo jih zajeli v pregled literature.

Tabela 2: Karakteristike izbranih raziskav.

Avtorji študije	Naslov študije	Namen in cilji	Metode dela	Vzorec	Država	Ključne ugotovitve
Elden et al., 2015	»Feeling old in a young body: Women's experiences of living with severe consequences of an obstetric anal sphincter rupture: An interview study«	Opisati izkušnje žensk, ki živijo s hudimi posledicami poškodb presredka 8 ali več tednov po porodu.	Kvalitativna analiza vsebine z uporabo intervjuja	20 žensk	Švedska	Ugotovitve te študije kažejo, da lahko hude poškodbe analnega sfinktra vplivajo na fizično, psihološko in družbeno življenje žensk zelo dolgo časa. Ugotovili so, da so ženske zmožne ustvariti fizične strategije, da lahko prikrijejo in preprečijo uhajanje blata.
Lindqvist et al., 2018	»"A worse nightmare than expected" – a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury«	Raziskati izkušnje žensk v prvih dveh mesecih po porodu, ki so utpele hude poškodbe analnega sfinktra s poudarkom na problematičnem okrevanju.	Kvalitativna analiza vsebine	1248 žensk	Švedska	Ugotovili so, da ženske dva meseca po hujših poškodbah presredka opisujejo svoj položaj kot najhujšo nočno moro, ki je niso pričakovale. Obsežne bolečine privedejo do fizičnih in psiholoških omejitev ter uničenih pričakovanj o družinskem življenju.

Avtorji študije	Naslov študije	Namen in cilji	Metode dela	Vzorec	Država	Ključne ugotovitve
Priddis et al., 2014a	»Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study«	Raziskati, kako ženske doživljajo hude poškodbe presredka in kaj to pomeni za njihovo nadaljnje življenje.	Kvalitativna metoda dela z uporabo intervjuja in tematske analize	12 žensk	Avstralija	Ugotovitve iz te raziskave so poudarile kompleksen fizični in psihosocialni učinek ter težave, s katerimi se soočajo ženske, ki so utpele hude poškodbe presredka.
Priddis et al., 2014b	»"A patchwork of services" – caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales – from the perspective of women and midwives«	Opisati zdravstvene storitve, ki jih nudijo ženskam v New South Wales-u, ki so doživele hudo poškodbo presredka z vidika batic in žensk.	Deskriptivna kvalitativna metoda z uporabo polstrukturirane diskusijske skupine in intervjuja	14 batic in 12 žensk	Avstralija	Ugotovitve iz te študije kažejo, da zdravstvene storitve v New South Walesu predstavljajo mozaik storitev za ženske, ki so utpele hude poškodbe presredka. Ženske, ki so utpele hude poškodbe presredka med porodom, so iskale sočutno oskrbo in podporo, ki je temeljila na jasni izmenjavi informacij, kar je potrebno upoštevati pri razmisleku o oblikovanju zdravstvenih storitev.
Williams et al., 2005	»Women's experiences after a third degree obstetric anal sphincter tear: a qualitative study«	Raziskati stališča in izkušnje žensk, ki so po porodu doživele poškodbo presredka 3 stopnje.	Kvalitativna študija z uporabo fokusnih skupin	10 žensk	Združen o Kraljestv o	Avtorji članka so ugotovili, da poškodbe presredka 3. stopnje povzročajo občuten čustveni in psihološki učinek pri ženskah. Menijo, da je potrebno ustrezno izobraziti zdravstveno osebje, na katere se te ženske lahko obrnejo, ko potrebujejo pomoč in odgovore.

4.2 Soočanje žensk s poškodbami presredka 3. in 4. stopnje

Avtorji študij (Lindqvist et al., 2018; Elden et al., 2015; Priddis et al., 2014a; Williams et al., 2005) so ugotovili, da hujše poškodbe presredka in posledice le-teh močno vplivajo na samopodobo žensk, saj te pogosto opisujejo občutek neuspeha, ker jim ni uspelo izpolniti svojih pričakovanj v vlogi mame in partnerke. Pogosto se morajo zanašati na pomoč partnerja ali sorodnikov, kar negativno vpliva na njihovo samozavest. Kljub temu pa nekatere ženske pomoč partnerja doživljajo kot krepitev odnosa med njima. Tako Lindqvist in sodelavci (2018) kot Priddis in sodelavci (2014a) so izpostavili, da je zaradi poškodb presredka, ki jih utrpijo ženske pri porodu, največkrat omejena skrb za novorojenčka, vzpostavitev dojenja in navezovanje stika z otrokom. Ženske zaradi močnih bolečin v predelu presredka pogosto ne vedo, v kakšnem položaju bi jim bilo najbolj udobno pri dojenju, zato hitro obupajo. Avtorji (Lindqvist et al., 2018; Elden et al., 2015; Priddis et al., 2014a in Williams et al., 2005) v svojih raziskavah navajajo, da je pri ženskah, ki niso zmožne nadzorovati osnovnih telesnih funkcij (uhajanje urina/blata/vetrov), stalno prisoten občutek nelagodja in zadrege. Zaradi urinske ali fekalne inkontinence se morajo pogosto izogibati številnim fizičnim dejavnostim (npr. plavanje z otroki). Tako Lindqvist in sodelavci (2018) kot Elden in sodelavci (2015) v raziskavah opisujejo, da so ženske primorane prilagoditi življenje in si ustvariti različne strategije, s pomočjo katerih lažje živijo in opravljajo dnevna opravila (spalnica v bližini stranišča, uporaba odišavljenih vložkov za zmanjšanje neprijetnega vonja, uporaba različnih zdravil, ki preprečujejo napenjanje, uporaba vložkov podnevi in ponoči). Avtorji raziskav (Lindqvist et al., 2018; Elden et al., 2015; Priddis et al., 2014a in Williams et al., 2005) tudi navajajo, da se ženske zaradi občutka sramu (ob nezmožnosti zadrževanja urina/blata) pogosto izolirajo in ostajajo doma, zaradi česar se pojavi občutek osamljenosti. Pogosto se o svojih težavah težko pogovarjajo s partnerji, družino in prijatelji, saj ne želijo, da bi jih zanje skrbelo. Elden in sodelavci (2015) navajajo, da se ženske v družbi pogosto počutijo nesproščene zaradi strahu pred uhajanjem urina ali blata. Lindqvist in sodelavci (2018) v svoji raziskavi izpostavljajo, da se pri teh ženskah pogosto pojavi poporodna depresija in zaskrbljenost, panični napadi in občutek nepravilnosti, nekatere ženske pa pomislijo celo na samomor. Lindqvist in sodelavci (2018) prav tako navajajo, da stalna prisotnost bolečine v predelu brazgotine, hemeroidov in spolovila po hujših poškodbah presredka predstavlja velik stres za ženske in omejitve pri osnovnih življenjskih funkcijah (oteženo sedenje, hoja, gibanje, odvajanje in skrb za osebno

higieno). Bolečina je pogosto razlog, da ženske odlašajo s spolnimi odnosi po porodu (Lindqvist et al., 2018; Elden et al., 2015; Priddis et al., 2014a; Williams et al., 2005), kolikor dolgo je mogoče, pogosto pa zaradi hudih bolečin med spolnimi odnosi posegajo tudi po protibolečinskih zdravilih pred in po odnosu (Priddis et al., 2014a). Avtorji nekaterih raziskav (Elden et al., 2015 in Priddis et al., 2014a) navajajo, da je poleg bolečin pogosto razlog za odlašanje spolnih odnosov tudi strah pred uhajanjem urina ali blata. Lindqvist in sodelavci (2018) dodajajo, da je odlašanje s spolnimi odnosi pri ženskah pogosto vzbujalo slabo vest in občutek, da niso dovolj dobre za svojega partnerja. Avtorji štirih študij (Lindqvist et al., 2018; Elden et al., 2015; Priddis et al., 2014a in Williams et al., 2005) so enotni glede nadaljnjih nosečnosti in poroda. Izpostavljajo, da je ženske strah ponovne zanositve, saj se bojijo, da bi prišlo do ponovnih poškodb presredka in zato največkrat ne razmišljajo o nadaljnjih otrocih. Elden in sodelavci (2015) pa v svoji raziskavi navajajo, da tiste ženske, ki si želijo več otrok, pogosto razmišljajo o alternativah, kot so carski rez in posvojitve. Williams in sodelavci (2005) v svoji študiji zaključijo, da je jasno, da poškodbe presredka povzročajo znatno čustveno in psihično stisko pri ženskah, ki so utrpele hujše poškodbe presredka in da sta strah in vznemirjenost pogosto izpostavljena. Pri ženskah so zaradi hujših poškodb presredka pogosto uničena pričakovanja o družinskem življenju (Lindqvist et al., 2018).

4.3 Obravnava žensk, ki so utrpele hujše poškodbe presredka

Avtorji (Lindqvist et al., 2018; Priddis et al., 2014a; Priddis et al., 2014b, Williams et al., 2005) so v svojih raziskavah navedli, da so ženske, ki so utrpele hujše poškodbe presredka, pogosto izpostavile pomanjkanje podpore zdravstvenega osebja oziroma da je bila pri obravnavanju njihovih potreb stopnja podpore neustrezna. Ženske v zajeti raziskavi so izpostavile tudi nemoč in pomanjkanje nadzora nad dogajanjem (Priddis et al., 2014a). Lindqvist in sodelavci (2018) izpostavijo, da zdravstveno osebje pogosto ne jemlje resno žensk, ko opisujejo svoje težave. Zaradi takšnih zavrnitev in neuspehov pri prepoznavanju težav s strani zdravstvenega osebja so ženske pogosto razočarane. Po drugi strani pa so ženske, ki se pri iskanju podpore srečajo s sočutjem in razumevanjem, počutijo razbremenjene in lažje sprejmejo nastalo situacijo (Lindqvist et al., 2018). Priddis in sodelavci (2014a) opisujejo, kako se ženske, ki so utrpele hujše poškodbe presredka, počutijo ranljive in izpostavljene v času poroda, med procesom šivanja in po porodu. Izpostavijo tudi,

da so ta občutja neposredno povezana z dejanji zdravstvenega osebja, ki so skrbeli zanje. Ženske so bile mnenja, da je bil fokus zdravstvenega osebja usmerjen na novorojenčka in ne na njih, ki so prav tako potrebovale podporo in pomoč (Priddis et al., 2014a; Priddis et al., 2014b). Prav tako so ženske izpostavile, da so bile v času obravnave zelo pozorne na mimiko obraza, na besede in dejanja zdravstvenega osebja, in da je bila neverbalna komunikacija pogosto neprimerna. Ženske so bile mnenja, da zagotavljanje podpore, odnosa in ustrezne oskrbe s strani zdravstvenega osebja predstavlja velik pomen (Priddis et al., 2014b). Tudi Lindqvist in sodelavci (2018) so mnenja, da ima zdravstveno osebje edinstveno vlogo pri podpori in zagotavljanju zdravstvene oskrbe ženskam, ki trpijo zaradi hujših poškodb presredka. Priddis in sodelavci (2014b) pa so mnenja, da lahko kontinuirana skrb zagotovi doslednost pri obravnavi žensk, ki so utrpeli hujše poškodbe presredka. Ugotovljeno je bilo namreč, da je kontinuirana skrb za ženske zelo pomembna, saj se ženske lahko ob težavah obrnejo na nekoga, ki ga že poznajo in komur zaupajo, hkrati pa so deležne tudi sočutne obravnave (Priddis et al., 2014b). Priddis in sodelavci (2014b) navajajo tudi, da so ženske izpostavile potrebo po poporodnem pregledu, ki bi bil izveden prej kot 6 tednov po porodu. V tem času so imele veliko vprašanj in potrebovale veliko podpore. Prav tako pa so bile mnenja, da bi bila stalna podpora preko podpornih skupin, v katerih bi sodelovalo tudi zdravstveno osebje, koristna, saj bi tako lahko ženske med seboj izmenjale izkušnje in lažje razumele fiziološki in psihološki vpliv hujših poškodb presredka. Williams in sodelavci (2005) v raziskavi svetujejo zagotovitev posebne ekipe za spremljanje in svetovanje vsem ženskam, ki utrpijo hujše poškodbe presredka.

4.4 Informiranje žensk o nadaljnji obravnavi

Vsi avtorji zajetih raziskav so bili enotni glede tega, da ženske, ki so utrpeli hujše poškodbe presredka, niso prejele zadostnih informacij glede nadaljnje obravnave. Tako Lindqvist in sodelavci (2018) kot Priddis s sodelavci (2014b) so navedli, da so ženske pridobile premalo informacij o skrbi zase in za presredek po porodu, o morebitnih simptomih in posledicah, ki se lahko pojavijo zaradi hujših poškodb presredka. Izpostavili so, da je bilo večino informacij namenjenih skrbi za novorojenčka. Lindqvist in sodelavci (2018) so dodali, da so morale ženske pogosto same kontaktirati zdravstveno osebje za več informacij. Priddis in sodelavci (2014b) so ugotovili, da se raven podpore in podajanja informacij v okviru priprav na odpust iz porodnišnice razlikuje glede na posamezne izvajalce zdravstvenih storitev, modele oskrbe

in zdravstvene storitve. Medtem ko so nekatere ženske dobile napotke glede endoanalnega ultrazvoka, so druge ženske v raziskavi izpostavile, da le-teh napotkov niso bile deležne (Priddis et al., 2014b). Williams in sodelavci (2005) so izpostavili, da ustne informacije niso dovolj in da bi bile potrebne tudi pisne informacije, ki bi jih ženske lahko kadarkoli prebrale. Priddis in sodelavci (2014b) so dodali še, da bi podajanje informacij v obliki zložen, knjižic ali spletnih virov koristilo, saj bi tako ženske lažje prišle do informacij tudi kasneje, ko bi le-te potrebovale, hkrati pa bi do teh informacij lahko prišel tudi njihov partner. Tako Lindqvist in sodelavci (2018) kot Priddis in sodelavci (2014b) so bili mnenja, da je problem tudi v tem, da zdravstveni delavci nimajo dovolj znanja o hujših poškodbah presredka in o posledicah le-teh. Williams in sodelavci (2005) pa se zavedajo pomena znanja zdravstvenega osebja, ki se ukvarja z oskrbo žensk po porodu. Priddis in sodelavci (2014a) so izpostavili, da je bilo sicer malo žensk, ki so sodelovale v raziskavi, deležnih prisotnosti zdravstvenega osebja skozi celoten proces poroda, vendar so te ženske pridobile mnogo več informacij in imele večji občutek varnosti kot tiste ženske, ki tega niso bile deležne. Williams in sodelavci (2005) so ugotovili, da pomanjkanje informacij in slaba komunikacija pomembno vplivata na nezadovoljstvo žensk. Izpostavili so tudi, da so ženske po porodu lahko zaradi vsega, kar se jim je zgodilo, manj sprejemljive za pridobivanje informacij, zato so mnenja, da je potrebno informacije večkrat ponoviti, da se zagotovi ustrezno razumevanje. Pogosto je namreč ravno pomanjkanje informacij in podpore vzrok za pojav strahov in vznemirjenosti pri ženskah.

5 RAZPRAVA

Porod naj bi bil za žensko in njenega partnerja najlepši dogodek, ki izpolni vsa pričakovanja preteklih 9 mesecev. Pogosto se zgodi, da se ob rojstvu otroka ta pričakovanja nenadoma porušijo zaradi različnih zapletov. Resnejši zaplet predstavljajo tudi hujše poškodbe presredka, ki lahko pri porodu pustijo tako fizične kot psihosocialne posledice in s tem vplivajo na kakovost življenja žensk. Razumevanje občutij žensk, ki so pri porodu utrpele hujše poškodbe presredka in njihov psihosocialni vpliv na ženske igra pomembno vlogo, da lažje celostno pristopimo in jim nudimo oporo, informacije in pomoč, ki jo potrebujejo. S sistematičnim pregledom literature smo ugotovili, da obstaja malo študij, ki celostno opisujejo izkušnje žensk, ki so med porodom utrpele poškodbe presredka 3. in 4. stopnje, hkrati pa smo ugotovili, da v Sloveniji raziskav, ki bi zajemale občutja žensk, ki so pri porodu utrpele hujše poškodbe presredka in njihove izkušnje z obravnavo v času poroda in po porodu, še ni bilo.

Po podatkih Europeristata (2010) se pogostost poškodb presredka 3. in 4. stopnje razlikuje med posameznimi evropskimi državami. Najvišji odstotek poškodb presredka imajo Nizozemska, Danska in Islandija, in sicer več kot 4 %, medtem ko med države z najnižjim odstotkom poškodb presredka v Evropi spadajo Poljska, Romunija in Slovenija, kjer so hujše poškodbe presredka prisotne v manj kot 1 %. Kljub temu, da podatki Europeristata (2010) kažejo, da naj bi imela Slovenija nizek odstotek poškodb presredka 3. in 4. stopnje (0,2 %), pa ne gre zanemariti dejstva slovenske raziskave (Jakopič et al., 2009), da je imelo kar 12 od 26 žensk (46 %), ki so bile pregledane z endoanalnim ultrazvokom 2. ali 3. dan po porodu, prikrita oziroma okultne poškodbe analnega sfinktra, ki jih brez pomoči endoanalnega ultrazvoka ni možno odkriti. Sklepamo lahko, da te poškodbe pogosto ostanejo neodkrita, ker jih s samim kliničnim pregledom niso odkrili. Iz raziskave lahko razberemo, da pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovosti življenja žensk igra ravno prepoznavanje poškodb presredka, ki bi bilo možno s pomočjo uporabe endoanalnega ultrazvoka pri vseh ženskah po porodu z določenimi dejavniki tveganja (prvorodnost, prolongirana 2. porodna doba, porodna teža novorojenčka nad 4000g, rojevanje v litotomnem položaju, malpozicija ploda, operativno dokončan porod) in ustrezno ukrepanje že takoj po porodu, saj se lahko pri ženskah kljub temu, da v času po porodu nimajo pomembnih simptomov, ki bi nakazovali na hujše poškodbe presredka, lahko pojavijo težave kasneje v življenju (Jakopič et al., 2009). Kettle in Tohill (2008) sta namreč ugotovila, da zgodnje odkrivanje in ustrezno

šivanje poškodb presredka pomembno zmanjšata možnost uhajanja blata in s tem analno inkontinenco.

Rezultati študij, zajetih v pregled literature, kažejo, da hujše poškodbe presredka pri porodu močno vplivajo na samozavest žensk, saj uničijo sanje in pričakovanja o materinstvu in skrbi za otroka, zaradi česar so ženske pogosto jezne in frustrirane. Že v času nosečnosti so ženske v polnem pričakovanju in se pripravljajo na rojstvo otroka. Večina bodočih staršev se udeleži predavanj v sklopu šole za starše, kjer dobijo veliko informacij o skrbi za novorojenčka po porodu, premalo informacij pa zdravstveno osebje, ki deluje na področju izobraževanja bodočih staršev, usmeri v skrb za mamo po porodu. Staršem bi bilo potrebno že v času nosečnosti podati informacije glede poškodb presredka, ki jih lahko utrpijo med porodom, hkrati pa jih informirati tudi o dejavnikih tveganja ter o možnostih, s katerimi lahko vplivajo na preprečevanje nastanka poškodb, in sicer uporabo toplih obkladkov na presredek v drugi porodni dobi (Dahlen et al., 2007), masažo presredka v času nosečnosti (Beckmann et al., 2013) in uporabo pokončnih položajev med drugo porodno dobo (NICE, 2014). S tem bi dosegli, da bi bile ženske informirane že pred prihodom v porodnišnico, kar bi lahko pripomoglo k manjši pojavnosti hujših poškodb presredka.

Na podlagi pridobljenih rezultatov smo ugotovili, da sta perinealna bolečina in pojav inkontinence po porodu, kjer je prišlo do hujših poškodb presredka, eden izmed bolj izpostavljenih simptomov, ki negativno vplivata na kakovost življenje žensk po porodu. Inkontinenca močno zaznamuje ženske, saj so zaradi uhajanja blata ali urina pogosto primorane prenehati z dejavnostmi, ki so bile prej za njih samoumevne. Crookall in sodelavci (2018) so v svoji raziskavi prišli do podobnih ugotovitev; da sta glavna simptoma, ki bremenita življenje žensk po porodu, bolečina v predelu presredka in inkontinenca. Prav tako so izpostavili, da se ženske vsakodnevno borijo z obvladovanjem simptomov, izolacijo in osamljenostjo ter da so ženske zaradi socialne stigme (inkontinenca pomeni nekaj umazanega) mnenja, da ni kulturno in primerno govoriti o svojih težavah s prijatelji in družino. Količina informacij o bolečinah v predelu presredka in o posledicah hujših poškodb presredka, ki jih ženske delijo s svojimi partnerji, se močno razlikujejo. Pogosto tiste ženske, ki so dlje časa v zvezi, bolj zaupajo svojim partnerjem in se z njimi tudi lažje pogovorijo o situaciji (Priddis et al., 2014a). Hude bolečine pogosto ženske omejujejo pri osnovnih življenjskih funkcijah, kot so hoja, sedenje, skrb za osebno higieno, spolnost in celo odvajanje blata (ženske so izpostavile, da so imele občutek kot da bi odvajale nože).

Perinealna bolečina in inkontinenca pa sta pogosto tudi glavni razlog, da ženske odlašajo s spolnimi odnosi po porodu, saj je vedno prisoten strah pred disparevniijo in uhajanjem urina ali blata. Velikokrat se zato pri ženskah pojavi občutek krivde. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Crookall in sodelavci (2018), ki so ugotovili, da so ženske pogosto navajale težave s spolnostjo, še posebno tiste, ki so doživele hujše poškodbe presredka. Bolečina in inkontinenca pa nista edina razloga za izogibanje spolnim odnosom. Ženske se pogosto izogibajo spolnosti zaradi strahu pred ponovno zanositvijo, saj bi to lahko pomenilo ponovno poškodbo presredka. Najverjetneje je razlog za strah tudi pomanjkanje informacij, zato bi morala biti vsem ženskam, ki so utrpele hujše poškodbe presredka, na voljo dodatna podpora in pomoč v obliki dodatnih poporodnih obiskov s strani diplomirane babice, ki bi se še dodatno izobraževale o hujših poškodbah presredka, da bi s tem zagotovili ustrezno znanje in zagotavljanje podpore in pomoči. Prav tako bi lahko te ženske po porodu napotili v nadaljnjo zdravstveno obravnavo (npr. babiška ambulanta, v kateri bi bila zaposlena diplomirana babica z dodatnimi znanji o hujših poškodbah presredka), kjer bi lahko ženske dostopale do potrebnih informacij, hkrati pa bi se jih nadalje usmerjalo k specialistom, ki bi jim ustrezno pomagali in s tem pripomogli k boljši kakovosti življenja teh žensk. Na podlagi izsledkov študij smo ugotovili, da je kontinuirana skrb za ženske, ki so utrpele hujše poškodbe presredka izredno pomembna, saj zagotavlja večje zadovoljstvo z vidika emocionalne podpore, boljše informiranosti in večje možnosti soodločanja kot standardna obravnava. Tudi Kettle in Tohill (2008) sta v svoji raziskavi izpostavila, da kontinuirana skrb v času nosečnosti, med porodom in poporodnem obdobju vpliva na manjše število asistiranih porodov in s tem poškodb presredka.

Ženske pogosto izpostavljajo pomanjkanje podpore s strani zdravstvenega osebja in opisujejo občutke zmedenosti in negotovosti o tem, kdaj in kje poiskati podporo. Ženske si namreč želijo, da bi bili zdravstveni delavci bolj osredotočeni na njih in na njihove potrebe, vključno z zagotavljanjem informacij o tem, kako skrbeti za presredek po odpustu, o morebitnih simptomih in posledicah, ki se lahko pojavijo zaradi hujših poškodb presredka ter napotitev k ustreznim specialistom (Priddis et al., 2014b). Tudi Crookall in sodelavci (2018) so ugotovili, da se ženskam, ki so utrpele hujše poškodbe presredka, nameni premalo pozornosti in zadostnih informacij. Ženske imajo pogosto občutek, da so njihova pričakovanja neizpolnjena in pogosto ne dobijo ustreznih odgovorov na postavljena vprašanja glede skrbi zase po porodu, zaradi česar so razočarane. Na podlagi rezultatov smo ugotovili, da se stopnja podpore in podajanja informacij razlikuje med posameznimi

izvajalci zdravstvenih storitev. Medtem ko so bile nekatere ženske napotene na endoanalni ultrazvok, kjer se kontrolira stanje in funkcionalnost analnega sfinktra, druge ženske tja niso bile napotene. Razlog za to je najverjetneje v tem, da se standardi in protokoli med zdravstvenimi izvajalci storitev razlikujejo. Rezultati kažejo tudi, da je največkrat pozornost usmerjena na novorojenčka in ne nanje, ki prav tako potrebujejo pomoč in podporo. Zdravstveno osebje se vse premalo zaveda, da je tako kot novorojenček pomembna tudi ženska in njeno počutje. Navsezadnje bo ob odhodu domov primorana poskrbeti za novorojenega otroka kljub vsem posledicam, ki jih je utrpela. Ugotovili smo tudi, da so ženske v času obravnave zelo osredotočene na okolico dogajanja in da so še posebej pozorne na mimiko obraza ter na besede in besedne zveze, ki jih zdravstveno osebje uporablja, zato je pomembno, kako se zdravstveno osebje obnaša do žensk v času obravnave in da ženskam ne dajo občutka manjvrednosti. Iz dobljenih rezultatov lahko sklepamo, da pomanjkanje informacij in slaba komunikacija pomembno vplivata na nezadovoljstvo. Ženske so mnenja, da podajanje ustnih informacij pogosto ne zadostuje, saj so ženske po porodu manj sprejemljive za pridobivanje informacij in da bi bile potrebne tudi pisne informacije v obliki zloženk, brošur, knjižic in spletnih virov, do katerih bi lahko dostopale tako one, kot njihovi partnerji (Williams et al., 2005). Williams in sodelavci (2005) so tudi navedli, da si ženske želijo razumeti anatomijo in fiziologijo presredka, kar bi lahko dosegli na šolah za starše preko vizualizacije presredka z uporabo modelov.

Ključnega pomena je izobraževanje zdravstvenega osebja, ki deluje na področju skrbi za ženske v času nosečnosti, poroda in po porodu, zato bi bilo smiselno uvesti dodatna izobraževanja, kjer bi zdravstveno osebje in študenti zdravstvenih smeri pridobilo dodatno znanje o dejavnih tveganja za nastanek hujših poškodb presredka in preprečevanju le-teh ter o svetovanju in podpori tem ženskam. Svetujemo tudi uvedbo Registra perinealnih poškodb, kjer bi se zbiralo podatke o dejanskem številu poškodb presredka 3. in 4. stopnje, ki bi bili pridobljeni na podlagi rezultatov endoanalnega ultrazvoka in o posledicah, ki so sledile poškodbam, saj bi na ta način imeli boljši pregled in nadzor nad situacijo v Sloveniji, obenem pa bi na podlagi rezultatov lahko sprejeli strokovna priporočila na nacionalni ravni, ki bi jih uporabljale vse slovenske porodnišnice. Del teh priporočil bi bil tudi endoanalni ultrazvok v prvih dneh po porodu pri ženskah z določenimi dejavniki tveganja. Tako bi okultne oziroma prikrite poškodbe presredka lažje odkrivali, hkrati pa bi te ženske usmerili v nadaljnjo obravnavo, kjer bi jim zagotovili ustrezno pomoč in podporo. V Sloveniji sicer vse ženske, ki pri porodu utrpijo hujše poškodbe presredka, napotijo na pregled 6–8 tednov

po porodu, kjer z endoanalnim ultrazvokom preverijo stanje analnih sfinktrov in nadalje napotijo v ambulanto za fizioterapijo, kjer ženske pod nadzorom fizioterapevtke izvajajo vaje za krepitev mišic medeničnega dna.

Menimo, da bi morali v Sloveniji uvesti podporne skupine, kjer bi ženske s hujšimi poškodbami presredka lahko izmenjale izkušnje z drugimi ženskami in kjer bi sodelovalo tudi zdravstveno osebje, ki bi podajalo ustrezne informacije, pomoč in podporo tem ženskam. Podporne skupine bi delovale na področju celotne Slovenije, kjer bi se posebej za to tematiko usposobljena in dodatno izobražena diplomirana babica, zaposlena v ginekološkem dispanzerju, enkrat mesečno srečevala s temi ženskami.

6 ZAKLJUČEK

Hujše poškodbe presredka imajo lahko velik vpliv na kakovost življenja žensk po porodu. Rezultati diplomskega dela kažejo, da se ženske, ki ob porodu doživijo hujše poškodbe presredka, pogosto počutijo prestrašene, zaskrbljene, jezne in žalostne. Takrat je ključno, da imajo ženske ob sebi strokovno izobraženo in navsezadnje tudi sočutno zdravstveno osebje, ki jim zna svetovati glede nadaljnje obravnave. S pregledom literature smo ugotovili, da so ženske po porodu pogosto postavljene v ozadje, saj središče pozornosti postane novorojenček. Ženske tako velikokrat ne dobijo ustrezne podpore in informacij, ki bi bile ključne pri njihovi obravnavi in kasneje pri skrbi zase in novorojenčka. Raziskave kažejo tudi, da se ženske zaradi strahu pred bolečino pogosto izogibajo spolnim odnosom. Izogibajo pa se tudi ponovni zanositvi zaradi strahu pred ponovno poškodbo presredka.

Zagotovo bi k doseganju kakovostne obravnave, ki bi ženskam omogočila zadostne informacije. Pripomogla bi kontinuirana skrb, kjer bi za žensko celoten čas zdravstvene obravnave skrbela babica. K natančnejši identifikaciji žensk s hujšimi poškodbami presredka po porodu bi pripomogla tudi uporaba endoanalnega ultrazvoka pri ženskah z določenimi dejavniki tveganja, saj bi na ta način odkrili tudi prikrita poškodba, ki jih s kliničnim pregledom ni možno, in bi jih lahko pravočasno napotili k ustreznim specialistom.

Pri pregledu literature smo ugotovili, da obstaja malo študij, ki bi raziskovale izkušnje žensk, ki so ob porodu utrpele hujše poškodbe presredka in da je večina študij usmerjena v odkrivanje dejavnikov tveganja in preprečevanje nastanka hujših poškodb presredka. Ker smo ugotovili, da na slovenskem področju še ni bilo izvedenih raziskav o občutjih žensk, ki so doživele hujše poškodbe presredka pri porodu, predlagamo izvedbo raziskave, pri katerih bi se poslužili fokusnih skupin, na katerih bi ženske, ki so utrpele hujše poškodbe presredka, lahko diskutirale z drugimi udeleženkami in zdravstvenim osebjem in izmenjale svoje izkušnje. Na ta način bi pridobili informacije o njihovih izkušnjah in potrebnih spremembah, da se jih, kljub hudim porodnim posledicam, opolnomoči in podpre.

7 LITERATURA IN VIRI

Aasheim V, Nilsen A, Reinar L, Lukasse M (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* Issue 6. Doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

Beckmann MM, Stock OM (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* Issue 4. Doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.

Belihu FB, Small R, Davey M (2017). Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: a population based study in Victoria, Australia. *Women Birth* 30(4): 282 – 90. Doi: 10.1016/j.wombi.2016.11.008.

Crookall R, Fowler G, Wood C, Slade P (2018). A systematic mixed studies review of women's experiences of perineal trauma sustained during childbirth. *J Adv Nurs* 74(9): 2038 – 52. Doi: 10.1111/jan.13724.

Čeh A (2011). Vpliv epiziotomije na pogostost poškodb perineja III. in IV. Stopnje pri prvorodnicah v Sloveniji. *Obzor Zdrav Neg* 45(2): 101 – 4.

Dahlen H, Homer C, Cooke M, Upton A, Nunn R, Brodrick B (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. Doi: doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00186.x.

East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D (2012). Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*, 28(1): 93 – 7. Doi:10.1016/j.midw.2010.11.009.

Elden H, Olesen A, Svahn L, Lindgren H (2015). Feeling old in a young body: Women's experiences of living with severe consequences of an obstetric anal sphincter rupture: an interview study. *Clin Nurs Stud* 3(1): 20 – 8. Doi: 10.5430/cns.v3n1p20.

EURO-PERISTAT (2010). European Perinatal Health Report. Dostopno na: <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf> <14. 10. 2018>.

Harvey MA, Pierce M, Alter JE et al. (2015). Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition and Repair. *J Obstet Gynaecol Can* 37(12): 1131 – 48.

Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA (2015). Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth* 28(1): 16 – 20. Doi: 10.1016/j.wombi.2014.10.007.

- Hendy S (2006). Maintaining the integrity of the pelvic floor. In: Pairman S, Pincombe J, Thorogood C, Tracy S. *Midwifery: preparation for practice*. 1st ed. Australia: Churchill Livingstone, 445 – 53.
- Jakopič K, Lukanović A, Gruden A (2009). Prikrite poškodbe analnega sfinktra v porodnišnici Ljubljana – incidenca in dejavniki tveganja. *Zdrav Vestn* 78 (Suppl 1): 301 – 3.
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2. Doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- Kettle C, Tohill S (2008). Perineal care. *BMJ Clin Evid* 9(1401): 1 – 18.
- Lindqvist M, Persson M, Nilsson M, Uustal E, Lindberg I (2018). "A worse nightmare than expected" - a Swedish qualitative study of women's experiences two months after obstetric anal sphincter muscle injury. *Midwifery* 61: 22 – 8. Doi: 10.1016/j.midw.2018.02.015.
- McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SC (2015). Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG* 122(5): 672 – 9. Doi: 10.1111/1471-0528.13263.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Prisma group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. Doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. London: Clinical guideline, 75 – 8. Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> <3.10.2018>.
- Petročnik P, Mivšek AP, Škodič Zakšek T, Verdenik I, Jug Došler A (2018). Poškodbe presredka pri vaginalnem porodu v Sloveniji: analiza nacionalnih podatkov za obdobje od 2013 do 2015. *Obzor Zdrav Neg* 52(3): 153 – 9. Doi: 10.14528/snr.2018.52.3.209.
- Priddis HS, Schmied V, Dahlen H (2013). Women's experiences following severe perineal trauma: a metaetnographic synthesis. *J Adv Nurs* 69(4): 748 – 59. Doi: 10.1111/jan.12005.
- Priddis HS, Schmied V, Dahlen H (2014a). Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Womens health* 14(32): 1 – 11. Doi: doi.org/10.1186/1472-6874-14-32.
- Priddis HS, Schmied V, Kettle C, Sneddon A, Dahlen HG (2014b). »A patchwork of services« - caring for women who sustain severe perineal trauma in New South Wales – from the perspective of women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth* 14(1): 1 – 14. Doi: doi.org/10.1186/1471-2393-14-236.

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). The management of third and fourth degree perineal tears. Green-top Guideline No. 29: 1 – 19. Dostopno na: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf> <12.9.2018>.

Rezaei R, Saatsaz S, Chan YH, Nia HS (2014). A Comparison of the “Hands-Off” and “Hands-On” Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial. *J Obstet Gynaecol India* 64(6): 425 – 9. Doi: 10.1007/s13224-014-0535-2.

Smith AL, Price N, Simonite V, Burns E (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* 13(59): 1 – 9. Doi: doi.org/10.1186/1471-2393-13-59.

Steblovnik L (2016). Krvavitve po porodu. In: Takač I, Geršak K eds. *Ginekologija in Perinatologija* 1. izdaja. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, 638 – 48.

Steen M, Diaz M (2018). Perineal trauma: A women's health and wellbeing issue. *BR J Midwifery* 26(9): 574 – 84. Doi: 10.12968/bjom.2018.26.9.574.

Thakar R, Sultan AH, Raynor MD, McCormick C, Clarke K (2014). The female pelvis and the reproductive organs. In: Marshall JE, Raynor M, eds. *Myles textbook for midwives*. 16th ed. London: Churchill Livingstone, 55 – 80.

Way S (2006). Women's experiences of their perineum following childbirth: expectations, reality and returning to normality. Doctor dissertation. United Kingdom: Bournemouth University, 18. Dostopno na: http://eprints.bournemouth.ac.uk/10544/1/Susan_Way.pdf <3. 10. 2018>.

Wheeler J, Davis D, Fry M, Brodie P, Homer CS (2012). Is Asian ethnicity an independent risk factor for severe perineal trauma in childbirth? A systematic review of the literature. *Women Birth* 25(3): 107 – 113. Doi: 10.1016/j.wombi.2011.08.003.

WHO – World Health Organization (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 139 – 52. Dostopno na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf> <13. 1. 2019>.

Williams A, Lavender T, Richmond DH, Tincello DG (2005). Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: a qualitative study. *Birth* 32(2): 129–36. Doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00356.x.