Epiziotomija, da ili ne, zadovoljstvo spolnim životom nakon epiziotomije

Stolica, Mirna

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:408844

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Mirna Stolica

EPIZIOTOMIJA, DA ILI NE, ZADOVOLJSTVO SPOLNIM ŽIVOTOM NAKON EPIZIOTOMIJE

Završni rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Mirna Stolica

EPIZIOTOMIJA, DA ILI NE, ZADOVOLJSTVO SPOLNIM ŽIVOTOM NAKON EPIZIOTOMIJE

EPISIOTOMY, YES OR NO, SATISFACTION WITH SEX LIFE AFTER EPISIOTOMY

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Dr. med. Zdeslav Benzon

Split, 2019.

Zahvala

Pri izradi ovog završnog rada pomogli su mi mnogi dragi ljudi te im se ovim putem zahvaljujem. Veliko hvala mom mentoru, dr. med. Zdeslavu Benzon, koji me vodio kroz temu te mi pomogao s literaturom i savjetima. Prilikom izrade upitnika najviše mi je pomogla mag. med. tech. Matea Dolić pa joj se ovim putem želim zahvaliti. Hvala mag. med. tech. Diani Aranza te mag. med. tech. Raheli Orlandini na podršci i tehničkoj pomoći oko izrade ovog završnog rada.

Hvala svakoj ženi koja se odazvala i odgovorila na anketu te svojim odgovorima doprinijela većem uzorku i točnijim podatcima.

SADRŽAJ

1. UVOD 1

1.1. Anatomija ženskog spolnog sustava 1

1.1.1. Anatomija porodnog kanala 1

1.1.2. Vanjski spolni organi 3

1.1.3. Unutrašnji spolni organi 3

1.1.4. Krvne žile unutrašnjih spolnih organa 4

1.2. Normalna trudnoća 4

1.3. Normalan tijek poroda / Četiri porodna doba 4

1.4. Epiziotomija 7

2. CILJ RADA 12

3. METODE I ISPITANICI 13

3.1. Uzorak ispitanika 13

3.2. Metoda istraživanja 13

3.3. Etička pitanja 13

4. REZULTATI 14

5.RASPRAVA 21

6. ZAKLJUČAK 24

7. LITERATURA 25

8. SAŽETAK 27

9. SUMMARY 29

10. ŽIVOTOPIS 31

PRILOG 1 32

PRILOG 2 36

1. UVOD

1.1. Anatomija ženskog spolnog sustava

Sustav spolnih organa žene se dijeli na vanjske i unutarnje spolne organe. U vanjske spolne organe (organa genitalia externa) ubrajaju se: velike usne (labia majora pudendi), male usne (labia minora pudendi), predvorje rodinice (vestibulum vaginae), žlijezde predvorja rodnice (glandulae vestibularis) te dražica (clitoris). Unutarnji spolni organi (organa genitalia interna) su smješteni u maloj zdjelici i tu ubrajamo: jajnike (ovarium), jajovode (tuba uterina), maternicu (uterus) te rodnicu (vagina). Međica (perineum) zauzima prostor između velikih usana i anusa. Ona je obično široka 3-4 cm i tijekom porođaja se može rastegnuti do 10 cm (1).

1.1.1. Anatomija porodnog kanala

Koštani dio porodnog kanala čine prednje stijenke lumbosakralnog dijela kralježnice i kosti zdjelice. Kosti zdjelice zatvaraju obruč koji je sačinjen od nekoliko kostiju. To su dvije bočne kosti, križna kost i trtična kost. Dvije bočne kosti su međusobno spojene simfizom. To je vezivno–hrskavični spoj (2). Bočne kosti su s druge strane spojene s križnom kosti pomoću sakroilijačnog zgloba. Taj zglob je amfiartroza (zglob vrlo male pokretljivosti) i jedini pomak u njemu je maleno pomicanje križne kosti u odnosu na zdjelične kosti (3). To pomicanje se može dogoditi tijekom poroda ako nam je uzdužni promjer izlaza male zdjelice premalen pa se trtična kost pomakne za 2-3 cm (2). Na mjestu gdje se trupovi zdjeličnih kostiju međusobno sastaju nalazi se acetabulum, velika jama za uzglobljavanje s bedrenom kosti. To je zglob kuka (3).

Terminalna linija dijeli zdjelicu na dva dijela. Gornji dio je velika zdjelica–pelvis major, a donji dio je mala zdjelica-pelvis minor koja je važnija za porodničare. Malu zdjelicu čine bočne kosti s prednje strane, postranično sjedne kosti i straga križna i trtična kost. U prostoru male zdjelice nalaze se, osim organa spolnog sustava, i organi

mokraćnog i probavnog sustava. U žena prostor male zdjelice je porođajni kanal. Ulaz u malu zdjelicu je poprečno ovalan. U odnosu na vodoravnu ravninu pod kutom je od 65° i otvoren je naprijed i prema gore. Sredina zdjelice je okruglog oblika, a izlaz iz male zdjelice je uzdužno ovalan, poprečnog promjera 10.5-11 cm i uzdužnog promjera 9-10 cm. Uzdužni promjer se može produžiti po potrebi na 13 cm tako što se trtična kost ugiba prema natrag (2).

Kosti zdjelice su gotovo u potpunosti nepomične i iz tog razloga možemo mjeriti promjere zdjelice. Transverzalni ili poprečni promjer zdjelice ima opseg 42 cm tj. dug je oko 13.5 cm. Lijevi i desni kosi promjer zdjelice dugi su oko 12.5 cm i spajaju sakroilijakalne zglobove s bočno – preponskom izbočinom suprotne strane. Najkraći sagitalni promjer naziva se conjugata vera i prolazi od stražnje strane simfize do najizbočenije točke promontorija, a iznosi 11 cm. Conjugata vera je jako bitan promjer, ali se ne koristimo njom kod procjene ulaza u malu zdjelicu (2). Služimo se conjugatom diagonalis koju možemo mjeriti prstom kroz rodnicu. Conjugata diagonalis proteže se od donjeg ruba simfize do promontorija i iznosi 12-13 cm (1).

Koštani dio male zdjelice oblažu mišići m. iliopsoas, m. obturator internus i m. piriformis te druga skupina mišića koja se dijeli na dvije dijafragme. Poznajemo dijafragmu urogenitale i dijafragmu pelvis (2). Dijafragma pelvis sačinjena je od 3 mišića: m. levator ani, m. coccygeus i m. sphincter ani externus. Oni zatvaraju stražnji dio dna male zdjelice i okružuju rektum (4). Dijafragma urogenitale zatvara prednji dio dna male zdjelice i sačinjena je od duboke i površinske skupine mišića. U dubokoj skupini su m. sphincter urethrae i m. transversus perinei profundus. Razdor m. transversus perinei profundus-a tijekom poroda može dovesti do slabljenja tonusa dna male zdjelice i spuštanja spolnih organa. Površnu skupinu čine mišići m. transversus perinei superficialis, m. bulbospongiosus i m. ischiocavernosus. Površni mišići dijafragme urogenitale tvore zadnje suženje porodnog kanala i često se u porodu presijecaju – epiziotomija (2).

1.1.2. Vanjski spolni organi

Velike usne se protežu od Venerinog brežuljka prema kaudalno. One su spojene u prednjem i stražnjem dijelu komisurama. Male usne su nježni nabori koji se spajaju u prednju i stražnju komisuru. Unutar krakova malih usana nalazi se dražica, a ispod dražice vanjsko ušće uretre (1,6). Dražica se sastoji od glavice, tijela i krakova (5). Stražnji kraj malih usana spaja se u frenulum pudendi koji kod poroda pukne. Predvorje rodnice je plitka udubina u koju se otvaraju mokraćna cijev, parauretralni kanalići, male i velike žlijezde predvorja te rodnica. Himen ili djevičnjak zatvara vaginalno ušće. On ima oblik polumjeseca i razdere se pri prvom spolnom odnosu (1). U vanjske ženske spolne organe spada i dojka (5).

1.1.3. Unutrašnji spolni organi

Maternica (uterus) je šuplji neparan organ koji se nalazi u sredini zdjelice i podijeljena je u tri dijela: trup, dugi suženi dio (isthmus uteri) koji se nastavlja u vrat maternice (cervix uteri) (1). Stijenka maternice se sastoji od 3 sloja: perimetrij, miometrij i endometrij (5).

Jajnik (ovarium) je parni organ i spolna žlijezda. U njemu se razvijaju spolne stanice i on djeluje kao unutarnja endokrina žlijezda. Stvara hormone estradiol i progesteron te otpušta jajne stanice. U zametnom epitelu jajnika se nalaze folikuli u svim razvojnim fazama: primordijalni, primarni, antralni i preovulacijski (Graafov) folikul (1).

Jajovod (tuba uterina) je parna pokretljiva cijev koja povezuje jajnik s maternicom. Sastoji se od 4 dijela (pars intramuralis, isthmus, ampulla te infundibulum tubae). On završava izdancima koje zovemo fimbrije od kojih najduža leži na jajniku (5).

Rodnica (vagina) je cjevasti organ, dug oko 10 cm, koji povezuje unutarnje i vanjske genitalne organe (1).

1.1.4. Krvne žile unutrašnjih spolnih organa

A. uterina i a. ovarica su glavne arterije ženskih spolnih organa. Vene prate arterije, a tijekom trudnoće se vene povećavaju pa mogu nastati varikoziteti. Glavne vene su venae uterinae (1). Limfa se drenira preko ilijakalnih, lumbalnih, ingvinalnih i paraaortalnih limfnih čvorova (5).

1.2. Normalna trudnoća

Trudnoća, drugim nazivom gestacija ili gravidnost, je razdoblje u ženinom životu kada u njenom tijelu raste embrij odnosno fetus. Normalna trudnoća započinje oplodnjom jajne stanice i spermija u jajovodu. Ona traje 280 dana ili 40 tjedana i dijeli se na 2 razdoblja: embrionalno i fetalno (5). Ishod normalne trudnoće je rađanje zdravog, zrelog, donošenog djeteta (1).

1.3. Normalan tijek poroda / Četiri porodna doba

Porod je završetak trudnoće koji završava rađanjem produkta začeća. Moraju biti ispunjena dva uvjeta: gestacijska dob od 22 tjedna ili više i porodna težina ploda od 500 grama ili više. Faktori poroda su: porodni kanal, porodni objekt i porodne snage. Porodni kanal se sastoji od koštanog i mišićnog dijela. Koštani dio je zdjelica, a meki dio čine donji uterini segment, vrat maternice, rodnica i vulva te dno zdjelice (5). Porodni objekt je dijete pa kasnije posteljica s ovojima. Porodne snage su trudovi. Uterus je građen od glatkih mišića koji su organizirani u dva spiralna sustava. Kontrakcije tog glatkog mišićja su trudovi. Aktivnost uterusa izražava se u Montevideo jedinicama (MJ). Porod se odvija u 4 porodna doba. U svakom porodnom dobu imamo različite vrste trudova (2).

Prvo porodno doba je doba širenja (dilatacije) ušća maternice. Porod može započeti trudovima ili prsnućem vodenjaka ili kombinacijom ta dva faktora (6). U prvom porodnom dobu razlikujemo prethodne trudove – dolores praesagientes i

pripravne trudove – dolores praeparantes. Zadaća trudova u prvom porodnom dobu, osim širenja ušća maternice, je nestajanje vrata maternice. Ova faza poroda dijeli se na latentnu i aktivnu fazu. Latentna faza završava kada je ušće otvoreno 2-3 cm, a nakon toga počinje rotacija glave i aktivna faza prvog porodnog doba. U aktivnoj fazi su trudovi pravilni i snažni, a ušće se otvara za 1.2-1.5 cm na sat (2). U ovoj fazi porod se nadzire kardiotokografijom i praćenjem prema partogramu. Kardiotokografom pratimo akciju čedinjeg srca, ali njime možemo pratiti i intenzitet i frekvenciju trudova. Napredovanje poroda pratimo vaginalnim pregledom žene svako 2-3 sata. Ako porod napreduje sporije imamo mogućnost davanja intravenske infuzije oksitocina („drip“) (6). Kod prvorotkinja u ovoj fazi prvo nestaje cerviks pa se otvara ušće, dok se kod višerotkinja otvaranje ušća i nestajanje grla maternice događa istodobno. Prvo porodno doba traje 5-12 sati ovisno radi li se o prvorotki ili višerotki. Vodenjak može prsnuti prijevremeno (ruptura velamentorum praecox) ili na vrijeme (a tempore) što bi označavalo pucanje vodenjaka kada je ušće otvoreno 10 cm. Otvaranje ušća na 10 cm i pucanje vodenjaka označava kraj prvog porodnog doba i početak drugog porodnog doba (2).

Drugo porodno doba je doba izgona djeteta. Počinje kada je vodenjak prsnut, a ušće u potpunosti (10 cm) otvoreno. U ovom porodnom dobu trudovi su jači i češći, a nazivaju se pravi - dolores ad partum sic dicti i potresni trudovi – dolores conquassantes. Ti trudovi traju otprilike 100 sekundi i pojavljuju se svako 2 minute. U prvorotki ova faza traje 1-2 sata, a u višerotki se često završi i za 5-10 minuta. Dijete prolazi kroz porođajni kanal čineći 4 glavne kretnje glave. To su fleksija, unutarnja rotacija, defleksija i vanjska rotacija. Prvo se glavica namjesti tako da sutura sagitalis stoji poprečno na ulazu u zdjelicu u položaju fleksije. Kada glavica prođe kroz ulaz zdjelice kaže se da se fetalna glavica angažira. Zatim glavica čini unutarnju rotaciju, a tom kretnjom se zatiljak okreće prema simfizi. Unutarnja rotacija završava kada glavica dosegne visinu spina (2). Zatiljak se podupire o donji rub simfize i glavica kreće u svoju treću kretnju, a to je defleksija. Preko međice se porodi glava i slijedi rađanje ramena koja idu istom putanjom kao i glava kroz zdjelicu. Prednje rame se podupire po simfizu i glavica se zbog toga okreće prema majčinom bedru i ta se kretnja naziva vanjska rotacija. Nakon toga se rađa stražnje rame preko međice i bez poteškoća ostatak tijela

djeteta. Porodom djeteta završava se drugo porodno doba. Nakon poroda djeteta prereže se pupčana vrpca kada prestane pulsirati i dijete se izvaže i izmjeri mu se dužina (5).

Treće porodno doba je doba istiskivanja sekundina tj. posteljice i plodovih ovoja. Ovo razdoblje započinje rođenjem djeteta, a završava rođenjem posteljice. U fiziološkim uvjetima treće porodno doba traje pola sata do jedan sat (6). Nakon rođenja djeteta kontrakcije prestanu, a ponovno se pojave 5-10 minuta nakon poroda. Posteljica se prilikom tih trudova odiže u svom središnjem dijelu gdje se stvara retroplacentarni hematom koji polako raste i odiže ostatak posteljice dok se ona u potpunosti ne odljušti. Kontrakcije se nastave i posteljica se izbaci u donji uterini segment, rodnicu (1). Doba ljuštenja posteljice nekada je trajalo jako dugo i žene su dugo krvarile. Novijim studijama došlo se do zaključka da je oporavak žene lakši i brži ako izgube manje krvi tijekom poroda pa se sada treće porodno doba vodi aktivno. Aktivnim vođenjem trećeg porodnog doba gubitak krvi smanjio se na minimum od oko 200 ml (6). Ženama se nakon rođenja djeteta intravenski daje 0.2 mg uterotonika ergometrina koji izaziva dugotrajnu kontrakciju maternice. Tako se ubrza proces ljuštenja posteljice i spriječi se prevelik gubitak krvi jer se već nakon prosječno pet minuta pojavljuje kontrakcija uterusa. Aktivno rađanje posteljice radi se metodom povlačenja za pupkovinu. Ako se posteljica ne oljušti samostalno niti nakon pola sata od poroda, u kratkotrajnoj općoj anesteziji, radi se manualno ljuštenje posteljice (liza posteljice) (2).

Četvrto porodno doba je doba ranog oporavka. Ono počinje izlaskom posteljice i predstavlja prijelaznu fazu prema puerperiju (puerperij ili babinje je razdoblje od 6 tjedana nakon poroda) (6). Doba ranog oporavka traje otprilike dva sata i u njemu se zatvaraju raskidane krvne žile i stišava se krvarenje. U ovom razdoblju se mora pratiti opće stanje rodilje, stegnutost i visinu uterusa te se moraju što prije uočiti eventualna krvarenja iz spolovila (2). Tijekom ovog porodnog doba se zbrinjavaju ozljede mekih dijelova ili se, ako je urađen, šije urez međice (epiziotomija). U ovoj fazi se mora posebna pozornost obratiti na pregled posteljice i plodovih ovoja (2,6).

1.4. Epiziotomija

Međica je područje između vanjskog spolovila i anusa. Ona čini dno male zdjelice i završni je dio mekog porodnog kanala. Sprijeda ona dopire do stražnje komisure malih usana, a straga do anusa (3).

Međica se može čuvati prilikom poroda kako se ne bi radila epiziotomija. To se radi tako da se, u vrijeme kada se glava ukaže u introitusu vagine i međica izboči, desnom raširenom rukom prekriju se anus i međica te ta ruka čuva i prebacuje međicu preko glave djeteta. Čuvanje međice je zapravo sprječavanje prebrzog rađanja glavice, a ona se mora štititi i tijekom rađanja ramena ako je glavica prošla, a međica se nije oštetila. Ako se pri ovom postupku ne uspije sačuvati međica i vidi se jako tanka međica koja blijedi ili je previsoka, opora ili ožiljkasta, treba napraviti epiziotomiju kako ne bi došlo do ruptura perineuma većeg stupnja (2).

Epiziotomija ili urez međice je opstetrička operacija kojom se reže međica u postraničnoj ili središnjoj crti. Epiziotomiju radimo kako bi, pri kraju drugog porodnog doba, proširili krajnji, izlazni dio mekog porodnog kanala (2,5,7). Epiziotomija je česta komplikacija prenaglog porođaja (partus praecipitatus) (2).

Neozlijeđena međica je dugo vremena predstavljala dokaz vještine primalja u obavljanju normalnog poroda. Nije se primjenjivala do 70.-ih godina prošlog stoljeća (8).

Prema mjestu incizije razlikujemo: medijalnu, medijalno – lateralnu i lateralnu epiziotomiju. Najčešće se rade dva oblika epiziotomije. To su medijalna i mediolateralna epiziotomija. Medijalna ili središnja epiziotomija se urezuje u medijalnoj liniji, ravno dolje prema rektumu. Prednosti su joj manje krvarenje, lakša rekonstrukcija rane, bolje cijeljenje i manja bol u babinju. Ipak, ona se ne izvodi često zbog opasnosti od daljnjeg razdora tkiva prema rektumu i nastajanja rupture trećeg i četvrtog stupnja (2). Mediolateralna epiziotomija se najčešće izvodi u Hrvatskoj i to lijeva lateralna epiziotomija (6). Urezuje se jedan centimetar od medijalne linije prema kvrgi sjedne kosti na lijevu ili desnu stranu od rektuma (8).

Epiziotomija se može raditi s ili bez analgezije i s lokalnim anestetikom (1,2,8). Lokalni anestetik se injicira lijevo i desno od predviđenog reza. On počne djelovati nakon dvije do četiri minute ili drugačije rečeno, nakon dva do tri truda. Za urezivanje međice koriste se posebne škare i urez se treba napraviti u jednom glatkom, neprekinutom rezu u dužini od tri do četiri centimetra (8). Kod rezanja zasijeca se koža, potkožno tkivo i mišići dna male zdjelice. Mišići koji se presijecaju prilikom epiziotomije su m. bulbocavernosus, m. transversus perinei profundus, m. transversus perinei superficialis, ali može biti presječen i m. levator ani (2,8).

Vrijeme je presudan faktor za epiziotomiju. Ako se urez međice napravi prerano tada može doći do unutarnjeg oštećenja dubokih tkiva tj. presijecanja stražnjeg dijela mišićja (m. levator ani) te do većeg gubitka krvi, što se pak može spriječiti kompresijom sterilnom kompresom između trudova. S druge strane, ako međica već počne pucati tada je kasno za epiziotomiju. Optimalno vrijeme je kada se u spolovilu vidi tri do četiri centimetra glavice koja je počela izlaziti. Rez se izvodi u trudu kada vodeća čest djeteta pritisne na tkivo međice. Međica mora biti istanjena i slabo prokrvljena (8).

Ovaj postupak se obavlja u interesu i majke i djeteta. Epiziotomiju u korist majke činimo kako bi se spriječio nepravilan razdor perineja (ruptura perinei). Tako se izbjegavaju oštećenja dna male zdjelice. To znači da je epiziotomija profilaksa kako kasnije ne bi nastali prolapsi i descenzusi urogenitalnih organa, nevoljno otjecanje mokraće te vezikovaginalne i retrovaginalne fistule. U korist djeteta epiziotomija se čini kako bi se skratilo drugo porodno doba i spriječio razvoj asfiksije djeteta. To je osobito bitno kod nedonoščadi, velikog djeteta i anomalija položaja, stava, rotacije djeteta i njegove glavice (8,9). Učestalost obavljanja epiziotomije prema preporukama SZO u postotcima ne bi trebao prelaziti više od 20% slučajeva, a optimum je 10% (8).

Glavne indikacije za epiziotomiju prije su bile fetalni distres, trudnica prvorotka, nepravilnosti stava, veliko dijete, sprječavanje ruptura trećeg i četvrtog stupnja, sprječavanje urinarne inkontinencije, lakše šivanje ravnih rubova epiziotomije, sprječavanje intrakranijalnog krvarenja kod djeteta (8,9). Novija saznanja kažu da je jedina opravdana indikacija za epiziotomiju fetalni distres i hitno dovršavanje poroda (8).

Zagovornici epiziotomije opravdavanju njezinu primjenu argumentima kako se njom sprječavaju rupture, kasnije urinarne inkontinencije, omogućava lakše šivanje i cijeljenje rane, skraćuje drugo porodno doba i time sprječava fetalni distres (8).

Oni koji ne zagovaraju epiziotomiju smatraju da trajanje drugog porodnog doba neće imati lošeg utjecaja na zdravo dijete, a da snažno tiskanje može postati uzrokom djetetove patnje. Njihovi argumenti protiv epiziotomije su da rodilja kod koje je rađen urez međice izgubi više krvi u porodu, epiziotomija može prouzročiti veće razdore jer prerezana međica nije otporna na pucanje kao neprerezana, rana od reza se kasnije može inficirati, mogu popustiti šavovi i može nastati apsces te se rezom može trajno oštetiti mišiće dna male zdjelice. Nadalje, smatraju da je cijeljenje epiziotomijske rane duže i bolnije od cijeljenja rupture te da epiziotomija može prouzročiti bol u poslijeporodnom razdoblju koja može trajati tjednima i mjesecima, a ponekad može izazvati i spolne tegobe, tzv. dispareuniju (8).

Epiziotomija se pokazala neutemeljenom kao razlog za sprječavanje intrakranijalnog krvarenja kod prijevremeno rođene djece ili kod djece niske porodne težine (8).

Manji razdori međice brzo zarastaju te ne izazivaju veće boli niti dugotrajne teškoće i time se razlikuju od epiziotomijskih rana (8).

Primalja može već u trudnoći predložiti ženi određene postupke koji poboljšavaju kvalitetu tkiva međice, primjerice masažu međice ili Kegelove vježbe. U drugom porodnom dobu na međicu se mogu stavljati topli oblozi kako bi se povećala elastičnost međice. Masaža međice provodi se nakon 34. tjedna trudnoće i izvodi se svaki dan. Za masažu se koristi ulje za dodatno omekšavanje međice. Izvodi se tako da se dva palca stave u vaginu 3-4 cm duboko i međica se širi na stranu i nadolje prema rektumu dok se ne osjeti peckanje, tada zadržati i nastaviti masirati gore – dolje. Kegelove vježbe zatežu i toniziraju mišiće zdjeličnog područja te time olakšavaju vaginalni porod (8). Mišići i koža međice i vulve su u trudnoći svakako jače prokrvljeni i postaju hiperemični i mekši (2).

Nakon epiziotomije i razdora mekog porodnog puta nerijetko se pojavi rano (primarno) poslijeporođajno krvarenje. To je vrsta krvarenja koje se pojavljuje u prva

24 sata nakon porođaja. Takvo krvarenje sanira se revizijom i šavovima razdora i epiziotomije (5).

Šivanje epiziotomije se radi odmah nakon poroda posteljice tj. tijekom četvrtog porodnog doba u strogo aseptičnim uvjetima. Područje epiziotomijske rane bitno je sterilno izolirati zbog blizine analnog područja i povećane mogućnosti infekcije. Prije šivanja daje se lokalna anestezija i šiva se u tri dijela jer se epiziotomijom prerežu tri sloja. To su koža, vaginalna sluznica i površinski dio mišića zdjeličnog dna. Prvo se šiva sluznica vagine i paravaginalno tkivo, zatim mišići dijafragme urogenitalis i posljednje potkožje i koža međice (2). Veće krvne žile se posebno podvezuju. Treba paziti na gustoću šavova prilikom šivanja. Ako su šavovi pregusti to može dovesti do slabe prokrvljenosti tkiva, a ako su šavovi prezategnuti to dovodi do nepravilnog zarastanja tkiva. Za šivanje ureza upotrebljava se konac koji je resorbirajući (Vicryl) i šavovi sami otpadaju (8). Hematomi su komplikacije epiziotomije, a nastaju ako se krvne žile ne podvežu i ako se ostavi slobodan međuprostor između pojedinih slojeva tkiva. Infekcije su također moguća komplikacija epiziotomije, ali rjeđe zbog dobre prokrvljenosti tkiva (2).

Epiziotomijska rana zacjeljuje primarno oko četiri tjedna. Nakon 24 sata rubovi rane su slijepljeni i mogućnost infekcije je manja, a peti dan se rubovi rane sljubljuju. Šavovi više nisu potrebni nakon četiri do sedam dana, a čvrstoća rane se naglo povećava do četrnaestog dana. Zacjeljivanje rupture je bezbolnije i traje kraće nego zacjeljivanje epiziotomije (8).

Kod poroda u uspravnim i bočnim položajima u usporedbi s ležećim postoji manji udio asistiranog porođaja i reducirane su epiziotomije te je manji porast razdora drugog stupnja. Ležeći – leđni položaj je najbolji za izvođenje opstetričkih operacija, ali u uspravnom, sjedećem, čučećem, koljeno – lakatnom položaju smanjena je incidencija epiziotomija i razdora, a u ležećem – bočnom položaju incidencija intaktne međice je do 66% (5).

Kod poroda u vodi rjeđe se radi epiziotomija jer je međica u vodi smekšana i podatna, a rjeđi su i razdori međice (8). U slučajevima kada se radi epiziotomija tijekom poroda u vodi radi se s postraničnog ruba kade, a majčin gubitak krvi se procjenjuje prema obojenosti vode u kadi ili procjenom količine potonulih krvnih ugrušaka (5).

Kod poroda na stolčiću zbog položaja gravitacije međica ostaje opuštena i njeno oštećenje je minimalno (8).

Kod poroda djeteta vakuum ekstrakcijom radi se episiotomija kako bi se dobio veći manevarski prostor za postavljanje vakuum kapice (ventuze) i za ekstrakciju djeteta (8).

Kod poroda zatkom radi se najčešće izdašna mediolateralna episiotomija u trenutku kada se u drugom porodnom dobu počne jače ukazivati vodeći dio djeteta te se vidi anus djeteta (1,2).

Kod poroda u kojem imamo anomaliju namještaja kada je glavica u dorzoposteriornom okcipitalnom stavu međica i m. levator su dodatno ugroženi i može doći do velikih razdora međice i levatora te se radi izdašna episiotomija. Ona se radi kada se rodi zatiljak i hipomohlion postane velika fontanela tada ostatak glavice koji je ostao unutra ne može izaći van jer je preširok (1,2).

Episiotomija se ponekad radi i kod dubokog poprečnog stava glave te kod defleksijskih stavova kada je potrebno porod dovršiti vakuum ekstrakcijom (1,2).

Ako se episiotomija ne napravi na vrijeme može doći do razdora međice gdje imamo ranu nepravilnih rubova, česte hematome te ako se inficiraju dovode i do septičkog parametritisa. Ruptura međice je komplikacija episiotomije i može biti: ruptura prvog stupnja (razdor rodnične sluznice i kože međice), drugog stupnja (razdor rodnice i međice te mišića maternice), ruptura trećeg stupnja (razdor mišićja sfinktera čmara) te ruptura četvrtog stupnja (razdor međice s rascjepom rektuma). Razdor može otići i u drugom smjeru, tj. prema gore, pa nastaju rupture klitorisa i labija. Ruptura klitorisa jako krvari i krvarenje samo ne prestaje. Razdori i površne ogrebotine labija nemaju osobitog značaja i ako spontano prestanu krvariti ne treba ih šivati (1,2).

2. CILJ RADA

Ciljevi ovog rada bili su:

1) Istražiti promjene kod spolnog odnosa nakon epiziotomije

2) Kvantitativno, u postotcima, prikazati posljedice epiziotomije na psihičko i fizičko zdravlje žene

Hipoteza istraživanja: Postoji razlika u zadovoljstvu spolnim životom žena nakon urađene epiziotomije.

3. METODE I ISPITANICI

3.1. Uzorak ispitanika

Uzorak ispitanika sačinjavaju žene koje su rađale. Uvjet uključenja bio je da su imale minimalno jednu ili više epiziotomija prilikom svojih poroda. U istraživanju je sudjelovalo 2479 rodilja.

3.2. Metoda istraživanja

Istraživanje je provedeno putem elektroničke ankete od travnja 2018. do lipnja 2019. godine. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno. Upitnik koji se koristio je nevalidirani upitnik i prvi je puta sastavljen u svrhu provođenja ovog istraživanja. Upitnik je sastavljen u suradnji s mag. med. tech. Mateom Šarić. Anketa se sastojala od 11 pitanja i za njeno ispunjavanje bilo je potrebno 5-10 minuta (Prilog 1).

3.3. Etička pitanja

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu (Kl. 001-01/19-01/0001, Ur. 2181-228-07-19-0034) (Prilog 2).

4. REZULTATI

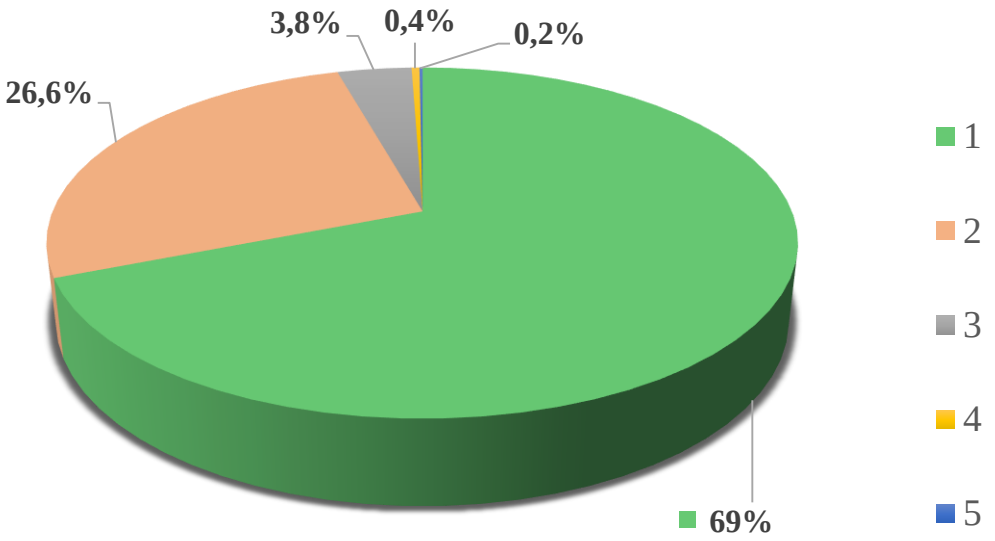
Među ispitanicama bilo je najviše onih kojima je prva/jedina epiziotomija urađena u dobi od 18-25 godina (46.2% ili 1146 ispitanica) i 26-30 godina (40.4% ili 1002 ispitanice). Onih kojima je prva/jedna epiziotomija bila urađena u dobi od 31-35 godina bilo je 10.5% ili 261 ispitanica. Žene koje su prvu epiziotomiju imale u dobi od 36-40 godina je 1.5% ili 38 ispitanica, onih koje su je imale u dobi manjoj od 18 godina je 1% ili 26 ispitanica. Najmanje je onih koje su prvu epiziotomiju imale u dobi od 41-45 godina 0.2% ili 5 ispitanica i 1 ispitanica starija od 45 godina (tablica 1).

Najviše ispitanica je srednje stručne spreme 55.6%, 15.7% je onih više stručne spreme i 28.7% je onih sa završenim fakultetskim obrazovanjem (tablica 1).

Tablica 1. Sociodemografska obilježja ispitanika, N=2479

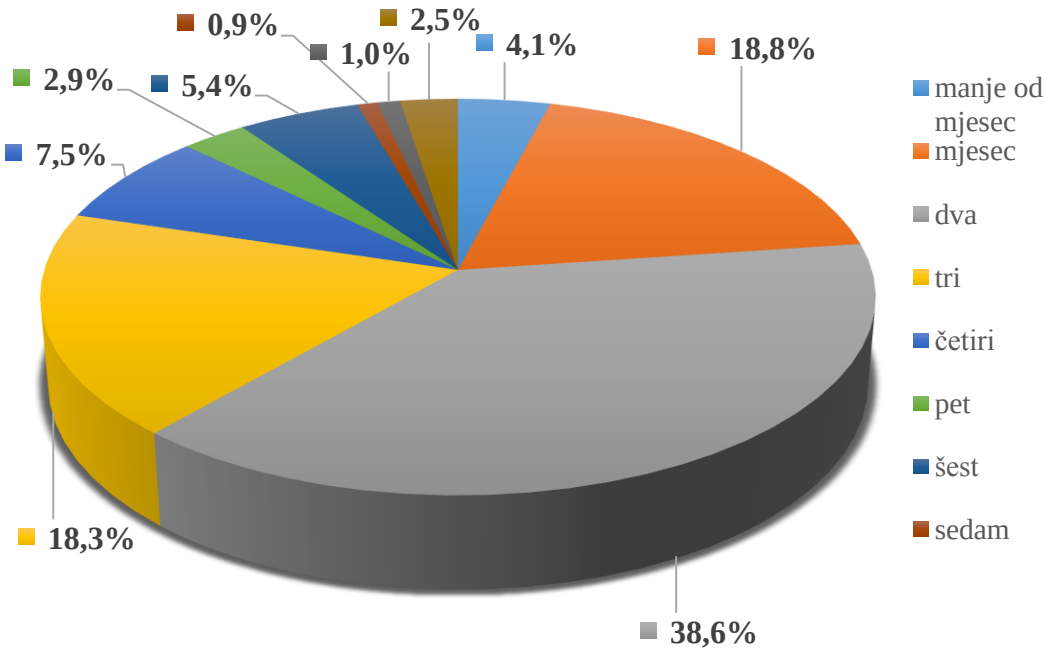
Varijabla	**Grupa**	**N**	**%**
Dob ispitanica u kojoj su imale prvu epiziotomiju	manje od 18	26	1.0%
	18-25	1146	46.2%
	26-30	1002	40.4%
	31-35	261	10.5%
	36-40	38	1.5%
	41-45	5	0.2%
	45 i više	1	0.0%
Razina obrazovanja	Srednja škola (SSS)	1378	55.6%
	Viša škola (VŠS)	388	15.7%
	Fakultetsko obrazovanje (VSS)	710	28.7%

Rodilje su među pitanjima imale pitanje o broju epiziotomija koji su imale (slika 1). Najviše rodilja odgovorilo je da su imale jednu epiziotomiju (69% ili 1711 ispitanica) i dvije epiziotomije (26.6% ili 660 ispitanica), a tri epiziotomije imalo je 3.8% ili 94 ispitanice. Četiri epiziotomije imalo je 10 ispitanica ili 0.4 %, a pet i više epiziotomija imalo je 0.2% ili 4 ispitanice.



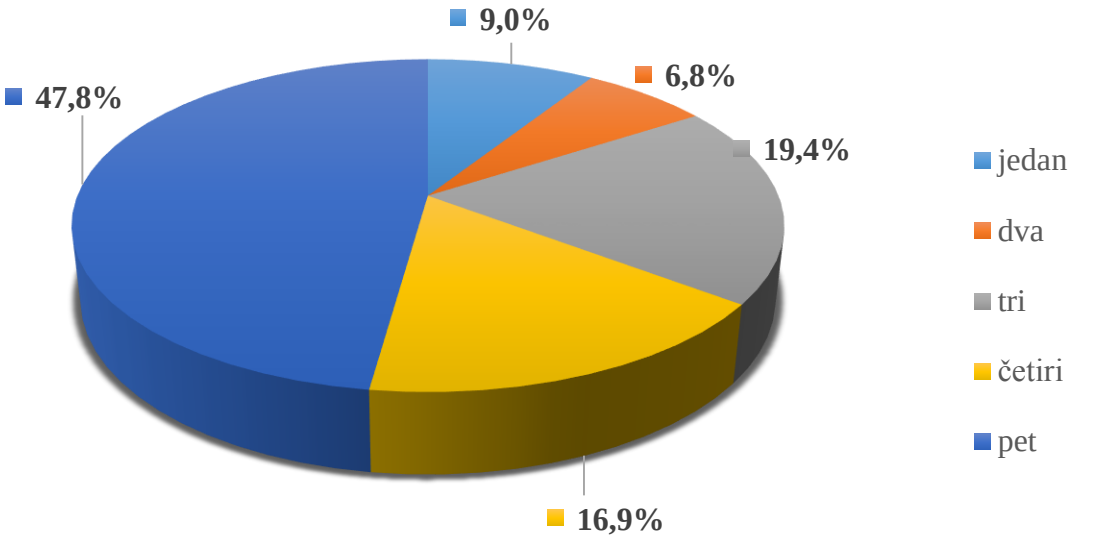
Slika 1. Broj epiziotomija koji su imale rodilje

Od spolnog odnosa nakon epiziotomije najveći broj 38.6% ili 957 rodilja se vremenski suzdržavao dva mjeseca. Mjesec dana suzdržavalo se 18.8% ili 465 rodilja, a tri mjeseca suzdržavalo se 18.3% ili 453 rodilje. Četiri mjeseca suzdržavalo se 7.5% ili 187 rodilja, 5.4% ili 134 rodilje suzdržavale su se šest mjeseci, 4.1% ili 101 rodilja suzdržavale su se manje od mjesec dana, 2.9% ili 72 rodilje suzdržavale su se pet mjeseci, 2.5% ili 63 rodilje suzdržavale su se devet ili više mjeseci, 1% ili 25 rodilja suzdržavalo se osam mjeseci, a 0.9% ili 22 rodilje suzdržavale su se sedam mjeseci (slika 2).



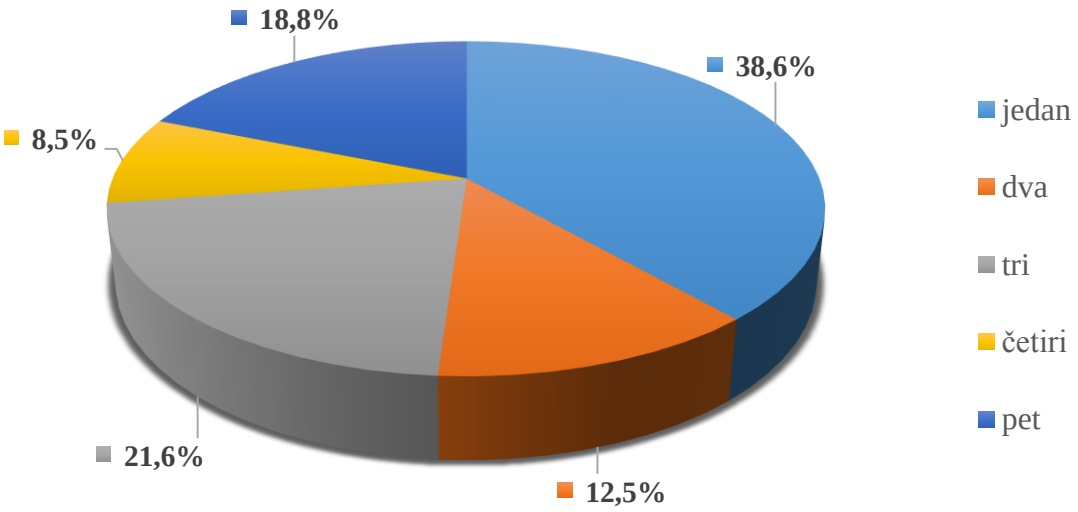
Slika 2. Vremenski period tijekom kojeg su se rodilje suzdržavale od spolnih odnosa nakon epiziotomije

Postavljena je teza „Imala sam strah od prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije“ i ženama je ponuđena Likertova ljestvica slaganja od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem) (slika 3). Najveći broj rodilja 47.8% ili 1185 je na ljestvici označilo pet što znači da se u potpunosti slažu s tezom. Broj četiri označilo je 16.9% ili 419 rodilja, 19.4% ili 482 rodilje označile su broj tri na ljestvici. Broj dva označilo je 6.8% ili 169 rodilja, a 9% ili 224 rodilje označile su broj jedan što bi značilo da se uopće ne slažu s tezom.



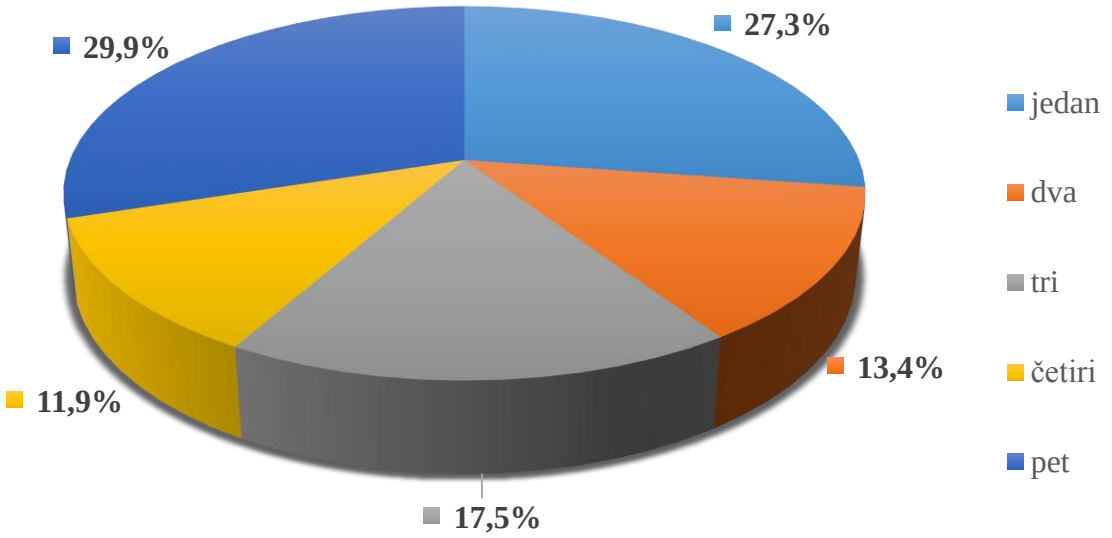
Slika 3. Osjećaj straha prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije

Iduća postavljena teza je „Ožiljak od epiziotomije mi smeta, ne volim ga“ (slika 5), a ispitanice su imale ponuđenu Likertovu ljestvicu sviđanja od 1-5 gdje jedan označava „uopće se ne slažem“, a pet „slažem se u potpunosti“ (slika 4). Broj pet označilo je 18.8% ili 467 rodilja i time reklo da im ožiljak smeta, a 8.5% ili 211 rodilja označilo je broj četiri. Broj tri označilo je 21.6% ili 535 rodilja, 12.5% ili 310 rodilja označilo je broj dva, a 38.6% ili 956 rodilja označilo je broj jedan što znači da se ne slažu s tezom i da im ožiljak ne smeta.



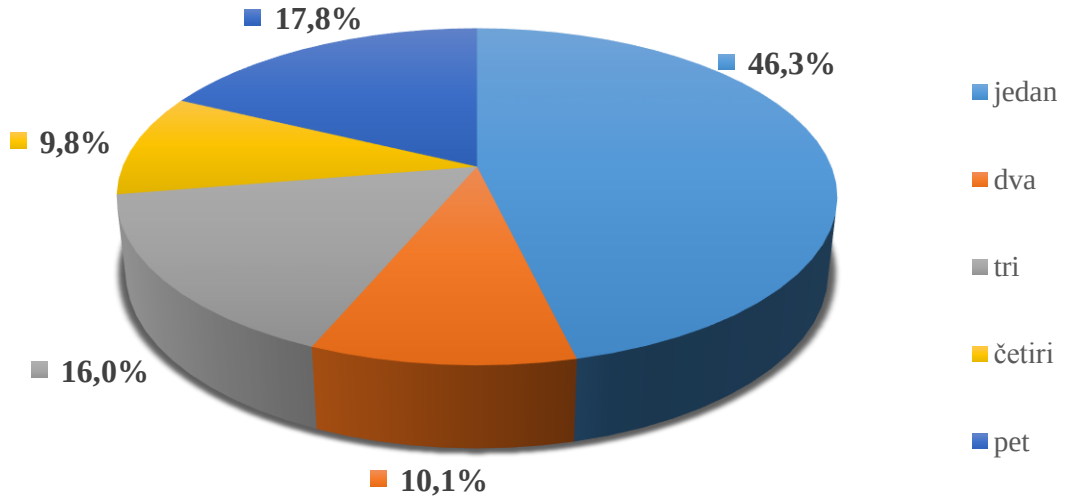
Slika 4. Mišljenje o ožiljku nastalom od epiziotomije

Na tezu „Prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije imala sam bol koja se nije prije javljala“ 29.9% ili 742 rodilja označilo je pet na ljestvici od 1-5 što bi značilo „slažem se u potpunosti“, a 11.9% ili 295 rodilja označile su četiri. Broj tri označilo je 17.5% ili 434 rodilje, 13.4% ili 331 rodilja označile su dva, a 27.3% ili 677 rodilja označilo je jedan što znači „uopće se ne slažem“. (slika 5).



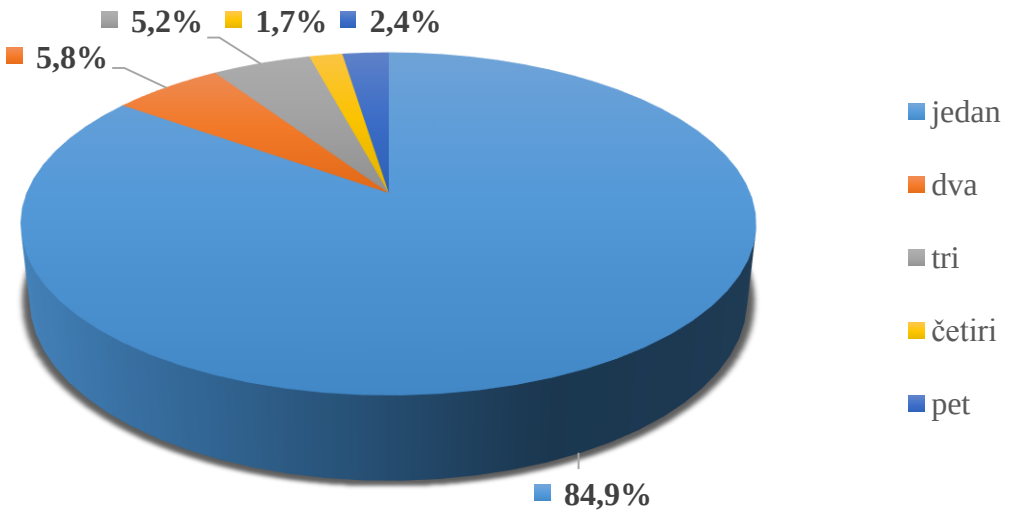
Slika 5. Osjećaj boli tijekom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije

Čak 46.3% ili 1147 rodilja je na tezu koja glasi „Nakon epiziotomije moja seksualna želja nije istog intenziteta kao prije“ odgovorilo ocjenom jedan. Ocjena jedan označavala je „uopće se ne slažem“, a 10.1% ili 250 rodilja označilo je dva. Broj tri označilo je 16% ili 397 rodilja, a 9.8% ili 243 rodilje označile su četiri. Brojem pet 17.8% ili 442 rodilje su označile da se slažu u potpunosti. (slika 6).



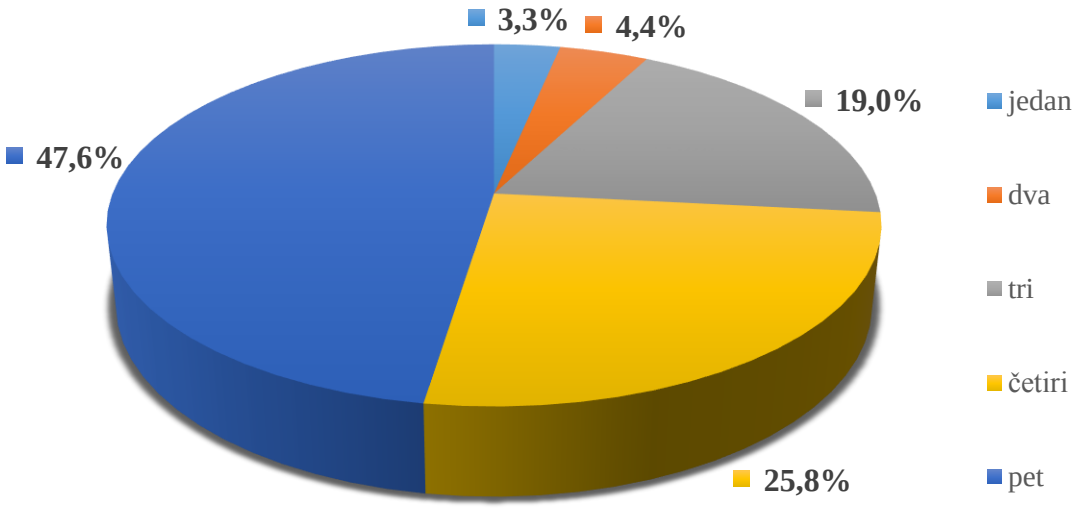
Slika 6. Ocjena intenziteta seksualne želje nakon epiziotomije

Rodilje su intenzitet seksualne želje svog partnera postavljen u tezi „Mom partneru je smanjena seksualna želja nakon epiziotomije“ također ocjenjivale na ljestvici od 1-5 gdje jedan označava „uopće se ne slažem“, a pet „slažem se u potpunosti“. Jedan je označilo 84.9% ili 2105 rodilja, a to znači da smatraju da se intenzitet seksualne želje njihovih partnera nije smanjio. Dva je označilo 5.8% ili 143 rodilje, 5.2% ili 128 rodilja označile su tri, 1.7% ili 43 rodilje označile su četiri i 2.4% ili 60 rodilja označile su pet (slika 7).



Slika 7. Ocjena intenziteta seksualne želje njihovih partnera nakon epiziotomije

Zadovoljstvo seksualnim životom, odnosno uživanje u seksualnim odnosima rodilje su ocjenjivale na ljestvici od 1-5 gdje jedan označava „ni najmanje“, a pet „izvrsno“ (slika 8). Pet (izvrsno) označilo je 47.6% ili 1179 rodilja, 25.8% ili 639 rodilja označilo je četiri, 19% ili 471 rodilja označila je tri, 4.4% ili 109 rodilja označile su dva i 3.3% ili 81 rodilja označile su jedan (ni najmanje).



Slika 8. Ocjena zadovoljstva sadašnjeg seksualnog života, odnosno uživanja u seksualnim odnosima

5.RASPRAVA

U suvremenoj opstetričkoj praksi epiziotomija je široko provedena kirurška procedura. Nedavno je došlo do smanjenja upotrebe epiziotomije tijekom porođaja jer pacijentice, koje su podvrgnute epiziotomiji, pokazuju češći gubitak krvi, oštećenje perineuma, postporođajnu dispareuniju i analnu inkontinenciju zbog oštećenja analnog sfinktera. Epiziotomija se još uvijek preporučuje kada je nastupio fetalni distres, operativni vaginalni porođaj i distocija ramena.

U istraživanju su sudjelovale žene koje su imale urađenu jednu ili više epiziotomija, a najviše ih je bilo u dobi od 18-30 godina (dvije skupine 18-25 i 25-30 godina). Od epiziotomije pa do prvog spolnog odnosa najvećem broju žena prošlo je dva do tri mjeseca, a mogući razlog, prema odgovorima žena, je strah i bol. Čak 47.8% žena reklo je da su imale strah od spolnog odnosa nakon epiziotomije, ali moguće je i da je to bio generalno strah od spolnog odnosa nakon poroda, a ne samo zbog urađene epiziotomije. Rodilje su podijeljenih mišljenja što se tiče boli prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije, ali je ipak malo više onih koje su osjećale bol prilikom prvog spolnog odnosa nakon ove intervencije. Ta bol možda i nije uzrokovana ranom od epiziotomije već samim porodom.

Istraživanje provedeno 2004. godine imalo je za cilj procijeniti učinak mediolateralne epiziotomije na snagu i disfunkciju puerperalnog dna zdjelice. Provedeno je na 519 žena podijeljenih u dvije skupine. Prva skupina su bile žene s učinjenom epiziotomijom (n=254), a druga skupina su bile žene koje nisu imale urađenu epiziotomiju prilikom poroda (n=265). Istraživanje je pokazalo, između ostalog, da je dispareunija nakon poroda 2.43 puta češća kod žena koje su imale epiziotomiju prilikom poroda u odnosu na žene koje nisu imale epiziotomiju. Također, pokazalo je da su žene koje su imale urađenu epiziotomiju tijekom poroda imale ozbiljnu dispareuniju i odgođenu spolnu aktivnost tri mjeseca nakon poroda (10). Dispareunija se opisuje kao kontinuirana bol ili povremena bol povezana sa spolnim odnosom (11). Čak 40% žena kojima je urađena epiziotomija pati od dispareunije (12). U istraživanju provedenom na 648 žena (306 mediolateralna i 342 lateralna epiziotomija) čak 6 mjeseci nakon urađene

epiziotomije 15.6% žena koje su imale mediolateralnu i 16.1% žena koje su imale lateralnu epiziotomiju patile su od dispareunije (13).

Presječna studija rađena u Sudanu na uzorku od 380 žena urađena je prikupljanjem podataka preko upitnika i pregledom vulve i vagine. Studija je pokazala kako je 53.3% žena (ili 143 žene) kojima je urađena epiziotomija na zadnjem porodu razvilo dispareuniju dok su 23.8% žena (ili 5 žena) kojima nije urađena epiziotomija također razvile ovo stanje. Postporođajnu dispareuniju je razvilo 93.9% žena (ili 46 žena) koje su imale su povijest inficirane epiziotomijske rane, a 86.9% žena (ili 53 žene) koje su razvile to stanje imale su ožiljkasto tkivo na mjestu epiziotomijskog reza (14).

Anketiranjem je provedeno i istraživanje na ženama koje su rodile u sveučilišnoj bolnici Karolinska u periodu od rujna 1997. godine i veljače 1998. godine i od lipnja 1998. godine do siječnja 1999. godine. Žene su primile poštom upitnike 12-18 mjeseci nakon poroda te su se usporedili podatci koji se odnose na 110 primipara koje su bile podvrgnute epiziotomiji i 153 žene koje nisu bile podvrgnute epiziotomiji. Žene koje su bile podvrgnute epiziotomiji imale su kompliciranije i emocionalno teže porode. Iz rezultata se zaključilo kako su te žene češće patile od dispareunije i suhoće rodnice od žena koje su rodile bez epiziotomije. Uzbuđenje, orgazam i zadovoljstvo seksualnim životom nisu bili pogođeni (15). Naše istraživanje poklopilo se u mnogo stavki s istraživanjem koje su proveli nad ženama koje su rodile u bolnici Karolinska. Naše istraživanje je pokazalo kako je seksualna želja istog intenziteta kao prije, 46.3% žena smatra da im se intenzitet seksualne želje uopće nije promijenio dok 17.8% smatra da im se intenzitet jako smanjio. Svojim seksualnim životom je zadovoljno 47.6% žena, a 25.8% je dalo odgovor četiri koji je najbliži odgovoru „izvrsno“ za zadovoljstvo seksualnim životom. Samo 3.3% žena uopće nije zadovoljno seksualnim životom. Također su žene rekle da se intenzitet spolne želje nije smanjio niti njihovim partnerima. U 87.9% ne misle da im se intenzitet spolne želje uopće promijenio, samo 2.4% žena misli da se intenzitet spolne želje smanjio njihovim partnerima. Na pitanje o boli prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije u našem istraživanju mišljenja su podijeljena. Malo je više onih koje kažu kako su imale bol prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije. Jedna skupina žena kaže kako je boljelo (29.9% ocjena 5 i 11.9% ocjena 4), druga skupina kaže kako nisu osjećale bol (27.3% ocjena 1 i 13.4% ocjena 2).

Sva ova istraživanja daju kao rezultat veći broj žena kojima je urađena epiziotomija s razvijenom postpartalnom dispareunijom od onih kojima nije urađena epiziotomija tijekom poroda.

Randomizirano kliničko istraživanje provedeno u Brazilu na 241 ženom koje su bile podijeljene u dvije skupine, neepiziotomijski protokol (eksperimentalna skupina) i na selektivnu epiziotomijsku skupinu (kontrolna skupina), dalo je zaključak kako je protokol bez epiziotomije siguran za majku i dijete, ali su također autori istakli potrebu da se istraži postoji li zapravo bilo kakva indikacija za ovaj postupak (16).

Ovo istraživanje daje na razmišljanje je li epiziotomija uopće potrebna. U svakom slučaju treba je raditi selektivno, ne svakoj ženi već samo onima kada je moguć loš ishod za majku i dijete. Epiziotomijski rez ženama uzrokuje bol i nelagodu, ali i strah od odnosa čime pati njihov spolni život. Ako uzmemo u obzir da su žene čekale na prvi spolni odnos nakon poroda dva do tri mjeseca, a spolna želja se nije smanjila niti njima niti njihovim partnerima, onda bi mogući razlog suzdržavanja od spolnih odnosa taj period mogla biti i epiziotomija odnosno rez od epiziotomije.

6. ZAKLJUČAK

Epiziotomija je opstetrička operacija kojom se reže međica u postraničnoj ili središnjoj crti, a radi se kako bi, pri kraju drugog porodnog doba, proširili krajnji, izlazni dio mekog porodnog kanala. Ima svoje prednosti i mane. Prednosti su joj manje krvarenje, lakša rekonstrukcija rane, bolje cijeljenje i manja bol u babinju. Mana je što postoji opasnost od daljnjeg razdora tkiva prema rektumu i nastajanja rupture trećeg i četvrtog stupnja. Glavnih indikacija je prije bilo puno, ali novija saznanja kažu da je jedina opravdana indikacija za epiziotomiju fetalni distres i hitno dovršavanje poroda. Istraživanja kažu i kako manji razdori međice brže zarastaju i ne izazivaju veće boli i dugotrajne teškoće.

Naše istraživanje pokazalo je kako se žene suzdržavaju od spolnih odnosa nakon poroda s epiziotomijom 1 – 3 mjeseca te da u 64.7% imaju strah prije prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije. Većini žena ne smeta ožiljak od epiziotomije (51.1%). Mišljenja oko boli prilikom prvog spolnog odnosa su podijeljena i samo je malo više onih koje kažu da su osjećale bol prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije. Intenzitet spolne želje je većini žena (56.4%) i muškaraca (90.7%) isti kao prije. Čak 73.4% žena je zadovoljno svojim seksualnim životom nakon epiziotomije.

7. LITERATURA

1. Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J i sur. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.

2. Dražančić A i sur. Porodništvo. 2. izdanje. Zagreb: Školska knjiga; 1999.

3. Bajek S. Bobinac D. Jerković R. Malnar D. Marić I. Sustavna anatomija čovjeka. Rijeka: Digital point tiskara; 2007.

4. Scott JR. DiSaia PJ. Hammond CB. Spellacy WN. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 6th. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott company; 1990.

5. Habek D. Ginekologija i porodništvo. 2. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2017.

6. Ljubojević N. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.

7. Steen M, Cummins B. How to perform an episiotomy. Nurs Stand. 2016; 30(24):36-9.

8. Moja trudnoća. Zagreb; 2014

9. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Techinique, and Association with Severe Perineal Lacerations. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016; 38(6):301-7.

10. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2004; 103(4):669-73.

11. Alimi Y, Iwanaga J, Oskouian RJ, Loukas M, Tubbs RS. The clinical anatomy of dyspareunia: A review. Clin Anat. 2018; 31(7):1013-1017.

12. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek Listy. 2009; 110(7):427-31.

13. Necesalova P, Karbanova J, Rusavy Z, Pastor Z, Jansova M, Kalis V. Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. Sex Reprod Healthc. 2016; 8:25-30.

14. Abd. Alkareem I, Ounsa M, Mohamed E, Mohamed E, Abdalla S. Prevalence and risk factors of postpartum dyspareunia at three months post- delivery in Sudanese women. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2017; DOI: http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20172901

15. Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. Gynecol Obstet Invest. 2008; 66(1):1-7.

16. M Amorim M, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health. 2017; 14(1):55.

8. SAŽETAK

Cilj: Ciljevi ovog istraživanje su istražiti promjene kod spolnog odnosa nakon epiziotomije te kvantitativno, u postotcima, prikazati posljedice epiziotomije na psihičko i fizičko zdravlje žene. Hipoteza istraživanja: Postoji razlika u zadovoljstvu spolnim životom žena nakon urađene epiziotomije.

Metode: Uzorak ispitanika sačinjavaju žene koje su rađale, a uvjet uključenja bio je da su imale minimalno jednu ili više epiziotomija prilikom svojih poroda. U istraživanju je sudjelovalo 2479 rodilja. Istraživanje je provedeno putem elektroničke ankete od travnja 2018. do lipnja 2019. godine. U istraživanju su žene sudjelovale dobrovoljno i anonimno, a upitnik koji se koristio je nevalidirani i prvi je puta sastavljen u svrhu provođenja ovog istraživanja. Istraživanje je odobrilo etičko povjerenstvo Sveučilišta u Splitu.

Rezultati: Najveći broj žena koji je odgovorio na anketu je bio dobi od 18 do 30 godina i to 86.6% ili 2148 žena. Najveći broj žena je imao jednu (69% ili 1711 žena) ili dvije (26.6% ili 660 žena) epiziotomije. Od spolnih odnosa nakon epiziotomije najveći broj žena se suzdržavao dva mjeseca (38.6% ili 957 žena), jedan mjesec (18.8% ili 465 žena) ili tri mjeseca (18.3% ili 453 žene). Strah od prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije imalo (ocjena 5 i 4 na Likertovoj skali) je 64.7% ili 1604 žene. Ocjenom 1 i 2 na Likertovoj skali 15.8% ili 393 žene rekle su da nisu osjećale strah. Ocjenom 1 i 2 na Likertovoj skali 51.1% ili 1266 žena iskazalo je nezadovoljstvo ožiljkom od epiziotomije. Ocjenom 5 i 4 na Likertovoj skali 27.3% ili 678 žena reklo je kako im ožiljak smeta. Bol prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije je imalo (ocjena 5 i 4) 41.8% ili 1037 žena, a 40.7% ili 1008 žena ocjenom 1 i 2 rekle su kako nisu imale bol prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije. Ocjenom 5 i 4 na skali 27.6% ili 665 žena reklo je kako im seksualna želja nije ista kao prije, a 56.4% ili 1397 žena ocjenom 1 i 2 reklo je kako im je seksualna želja ista kao i prije epiziotomije. Ocjenom 5 i 4 na skali samo 4.1% ili 103 žene rekle su kako misle da se njihovom partneru smanjio intenzitet seksualne želje, a 90.7% ili 2248 žena ocjenom 1 i 2 reklo je kako misle da je njihovim partnerima intenzitet seksualne želje isti. Ocjenom 5 i 4 na ljestvici

73.4% ili 1818 žena reklo je kako su zadovoljne seksualnim životom, a 7.7% ili 190 žena ocjenom 1 i 2 reklo je kako nisu zadovoljne seksualnim životom.

Zaključak: Žene su zadovoljne svojim spolnim životom nakon epiziotomije i većina smatra da im je intenzitet spolne želje isti kao i prije. Većina ih je imala strah prije prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije, a mišljenja oko osjećaja boli su podijeljena.

9. SUMMARY

Aim: To investigate changes in sex life after episiotomy and to show, in percentages, consequences episiotomy on mental and physical health.

Research Hypothesis: There is a difference in satisfaction in sex life after episiotomy.

Methods: The sample consisted of the women who gave birth and the inclusion condition was that they had at least one episiotomy during their births. 2479 women took part in the research. Research was conducted by an electronic questionnaire from April 2018. until June 2019. In the research, women participated voluntarily and anonymously, and the questionnaire used was non - validated and was first compiled for the purpose of conducting this research. The study was approved by the ethics committee of the University of Split.

Results: The highest number of women who answered the questionnaire was 18 to 30 years old and that is 86.6% or 2148 women. The largest number of women had one (69% or 1711 women) or two (26.6% or 660 women) episiotomies. The majority of women abstained from intercourse for two months (38.6% or 957 women), one month (18.8% or 465 women) or three months (18.3% or 453 women). Fear of the first intercourse after episiotomy had (grades 5 and 4 on the Likert scale) 64.7% or 1604 women. 15.8% or 393 women said they didn't feel the fear on Likert's scale at 1 and 2 grades. 51.1% or 1266 women expressed dissatisfaction with the episiotomy scar. With grades 5 and 4 on Likert's scale 27.3% or 678 women said that the scar does bother them. Pain during the first intercourse after episiotomy had (grades 5 and 4) 41.8% or 1037 women, and 40.75% or 1008 women (grades 1 and 2) said that they didn't have pain during the first intercourse after episiotomy. With grades 5 and 4 on the scale 27.6% or 665 women said their intensity of sexual desire wasn't the same as before the episiotomy, and 56.4% or 1397 women (grades 1 and 2) said their intensity of sexual desire was the same as before the episiotomy. With grades 5 and 4 on the scale, only 4.1% or 103 women said they think their partner has reduced the intensity of the sexual desire, and 90.75% or 2248 women (grades 1 and 2) said they think their partner's

sexual intensity is the same. With grades 5 and 4 on the scale 73.4% or 1818 women said they are satisfied with their sexual life, 7.7% or 190 women (grades 1 and 2) said they are not satisfied with their sexual life.

Conclusion: Women are satisfied with their sexual life after episiotomy and most of them think that their intensity of sexual desire is the same as before. Majority of them felt fear before their first sexual intercourse after episiotomy, and opinions about the feeling of pain at that first intercourse after episiotomy are divided.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i Prezime: Mirna Stolica

Datum i mjesto rođenja: 25.01.1998. u Splitu

Državljanstvo: hrvatsko

Elektronička pošta: mirna.stolica98@gmail.com

OBRAZOVANJE

2016. – Sveučilište u Splitu, preddiplomski sveučilišni studij, smjer: Primaljstvo

2012. – 2016. Zdravstvena škola, Split, smjer: farmaceutski tehničar

2004. – 2012. Osnovna škola „Kman-Kocunar“ Split

Aktivno sudjelovanje 2018. godine na XLII. simpoziju Hrvatske udruge za promicanje primaljstva. Čakovec.

VJEŠTINE

Strani jezici: Engleski jezik - aktivno u govoru i pismu

Njemački jezik – aktivno u govoru, pasivno u pismu

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na Microsoft office

PRILOG 1

Zadovoljstvo seksualnim životom nakon epiziotomije

Poštovane majke,

ispred vas je anketa koja ima za cilj istražiti promjene kod spolnog odnosa nakon epiziotomije (kirurški zahvat pri kojem se reže međica kako bi se proširio izlazni dio porodnog kanala i time olakšao porod).

Rezultati će biti upotrijebljeni u svrhu pisanja rada na temu "Zadovoljstvo seksualnim životom nakon epiziotomije". Sudjelovanje je dobrovoljno i anonimno, stoga vas molimo da iskreno odgovorite na pitanja. Sudjelovati mogu sve žene koje su imale epiziotomiju.

Unaprijed zahvaljujemo na sudjelovanju,

Studentice preddiplomskog studija primaljstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu

*Obavezno

Dobna kategorija kojoj pripadate *

1. Manje od 18
2. 18-25
3. 26-30
4. 31-35
5. 36-40
6. 41-45
7. 45 i više

Razina obrazovanja *

1. Srednja škola (SSS)
2. Viša škola (VŠS)
3. Fakultetsko obrazovanje (VSS)

Koliko ste epiziotomija imali? *

1. Jednu
2. Dvije
3. Tri
4. Četiri
5. Pet i više

S koliko godina ste imali prvu (jedinu) epiziotomiju? *

1. Manje od 18
2. 18-25
3. 26-30
4. 31-35
5. 36-40
6. 41-45
7. 45 i više

Koliko vremena ste se suzdržavali od spolnog odnosa nakon poroda i epiziotomije? *

1. Manje od mjesec dana
2. Mjesec dana
3. Dva mjeseca
4. Tri mjeseca
5. Četiri mjeseca
6. Pet mjeseci
7. Šest mjeseci
8. Sedam mjeseci
9. Osam mjeseci
10. Devet i više mjeseci

Imala sam strah od prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije *

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - ne znam

4 - uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

Ožiljak od epiziotomije mi smeta, ne volim ga. *

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - ne znam

4 - uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

Prilikom prvog spolnog odnosa nakon epiziotomije imala sam bol koja se nije prije javljala. *

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - ne znam

4 - uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

Nakon epiziotomije moja seksualna želja nije istog intenziteta kao prije. *

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - ne znam

4 - uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

Mom partneru je smanjena seksualna želja nakon epiziotomije. *

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - ne znam

4 - uglavnom se slažem

5 – u potpunosti se slažem

Ocijenite zadovoljstvo sadašnjim seksualnim životom, odnosno uživanje u seksualnim odnosima. *

1 - Ni najmanje

2

3

4

5 - Izvrsno

PRILOG 2

SVEUČILIŠTE U SPLITU
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
Etičko povjerenstvo

KLASA: 001-01/19-01/0001
URBROJ: 2181-228-07-19-0034
Split, 21. lipnja 2019.

MIŠLJENJE
Etičkog povjerenstva povodom prijave Istraživačkog projekta
„Epiziotomija, da ili ne, zadovoljstvo spolnim životom nakon epiziotomije"
- provedba istraživanja na ljudima

I.
Zaprimljen je zamolba za odobrenje provođenja znanstvenog istraživanja završnog rada na temu „Epiziotomija, da ili ne, zadovoljstvo spolnim životom nakon epiziotomije", studentice sveučilišnog preddiplomskog studijskog programa Primaljstvo, Mirne Stolica, pod mentorstvom dr. med. Zdeslava Benzona.

Glavni cilj istraživanja je istražiti promjene kod spolnog odnosa nakon epiziotomije.
Specifični ciljevi istraživanja su kvantitativno, u postocima, prikazati posljedice epiziotomije na psihičko i fizičko zdravlje žene.
Istraživanje će se provoditi putem „on-line" ankete

II.

Etičko povjerenstvo Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija je na svojoj sjednici održanoj elektroničkim putem, 21. lipnja 2019. godine uzelo u obzir sve navedeno u prijavi .
Glavni istraživači pridržavat će se interne procedure za zaštitu osobnih podataka i čuvat
III će anonimnost sudionika.

Sukladno odredbi članka 18. Etičkog kodeksa Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija u Splitu, Povjerenstvo je zauzelo stajalište kako je predmetno istraživanje u skladu s odredbama Etičkog kodeksa koje reguliraju istraživanje na ljudima u znanstvenom, istraživačkom i stručnom radu i etičkim načelima Helsinške deklaracije.

Mišljenje je doneseno jednoglasno.

REPUBLIKA HRVATSKA SVEUČILIŠTE U SPLITU 1 SPLIT PODRUŽNICA SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

Predsjednik Povjerenstva:
Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Dostaviti:
- Podnositelju prijave
- Arhiv Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija
- Arhiv Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija