

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Problematika žen v poporodním období**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce:

PhDr. Drahomíra Filausová

Autor práce:

Jana Charvátová DiS.

2010

## **Problems of Women in Postnatal Time Period**

In the bachelor thesis bearing the title “ Problems of Women in Postnatal Time Period”, the basic information not only about the physiological confinement, but also about possible complications that may occur in the course of this time period are summarized.. Childbirth and the time of confinement is a short phase in the life of a woman and it is marked with many events more or less affecting her previous life and besides physical changes it brings along also a whole range of emotional symptoms. For the most women, the postnatal time is a reason to feel happy and to experience the feeling of success. But there are also some women suffering from a great number of problems, both physical and psychical. Therefore, the medical staff taking care of women during the time of their postnatal time period should be aware that they are a very important factor in the matter concerning the care of them and of their new-born children.

The purpose of the aims stated in this bachelor thesis was to find out what kind of problems the women in the postnatal time during their hospitalization in the confinement ward go through and how far are the women in the postnatal time informed about the care of themselves. Another aim of the bachelor work was to find out, if the women in the confinement ward have information about postnatal physical training. Three hypotheses have been determined for this purpose and on the basis of these hypotheses an anonymous questionnaire have been set up. The questionnaire involved 33 questions. The group of questioned women consisted of women from the 3<sup>th</sup> to the 6<sup>th</sup> day after the childbirth. In the whole, 110 questionnaires were handed out, of which 90 (82%) were returned as for the research purpose suitable and properly filled in. The research itself was realized in the obstetrical ward of the hospital in Strakonice, a.s. and in the obstetrical ward of the hospital in Písek, a.s.

The first hypothesis was supposed to confirm, that women in the postnatal time see the priority of the problems in the care of the new-born baby than in the care of themselves. The questionnaire investigation proved that the hypothesis was confirmed. With the women in postnatal time, the care of the new-born baby really prevails over that one of themselves.

The second hypothesis had to confirm, that women in the postnatal time are informed about taking care of themselves. The hypothesis was confirmed. Most women in the postnatal time are informed about the care of themselves. They get this information mostly from the midwife in the obstetrical ward, secondly from the midwives working in the operating ward. In this relation, only a very small part of doctors participate in giving information to women after the childbirth.

The purpose of the third hypothesis was to confirm that the women in the postnatal time period are informed about the physical training in the postnatal time. This hypothesis was confirmed by the questionnaire investigation. The women in the confinement ward are informed about the postnatal physical training.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika žen v poporodním období“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47 b zákona č. 111 / 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

Podpis

## **Poděkování**

Děkuji především vedoucí bakalářské práce PhDr. Drahomíře Filausové za poskytnutí informací, podporu, ochotu a cenné rady, které mi pomohly při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji porodním asistentkám ve vybraných nemocnicích za jejich spolupráci a vstřícné jednání. Též děkuji všem členům rodiny a kolegyním v zaměstnání za trpělivost, kterou se mnou měli po dobu mého studia.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	3
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	5
<b>1.1 Fyziologické šestinedělí</b> .....	5
<b>1.2 Patologické šestinedělí</b> .....	8
<b>1.3 Kojení a jeho problémy</b> .....	11
1.3.1 Fyziologie kojení .....	12
1.3.2 Problémy při kojení .....	13
<b>1.4 Psychika ženy v období šestinedělí</b> .....	15
1.4.1 Poporodní blues .....	16
1.4.2 Poporodní deprese .....	17
1.4.3 Poporodní psychóza .....	17
<b>1.5 Ošetrovatelská péče o ženu na oddělení šestinedělí</b> .....	18
1.5.1 Ošetrovatelská péče o ženu po spontánním porodu .....	18
1.5.2 Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu .....	19
1.5.3 Ošetrovatelská péče o ženu s nepravidelným nebo patologickým průběhem šestinedělí .....	20
<b>1.6 Edukační činnost v ošetrovatelství</b> .....	22
1.6.1 Edukační činnost porodní asistentky na oddělení šestinedělí .....	23
<b>1.7 Strava ženy v období kojení</b> .....	24
<b>1.8 Léky a kojení</b> .....	27
<b>1.9 Sexuální a partnerský život po porodu</b> .....	28
1.9.1 Sexuální dysfunkce u žen po porodu .....	29
<b>1.10 Antikoncepce po porodu</b> .....	30
<b>1.11 Cvičení žen po porodu na oddělení šestinedělí</b> .....	31
1.11.1 Cvičení po spontánním porodu .....	32
1.11.2 Cvičení po císařském řezu .....	32
<b>1.12 Základní sociální zabezpečení žen po porodu</b> .....	33
1.12.1 Mateřská a rodičovská dovolená .....	33

1.12.2 Dávky státní sociální podpory související s porodem .....	34
1.12.3 Sociální služby pro ženy po porodu .....	35
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>37</b>
<b>2.1. Cíle práce</b> .....	<b>37</b>
<b>2.2. Hypotézy</b> .....	<b>37</b>
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>38</b>
<b>3.1. Použitá metodika</b> .....	<b>38</b>
<b>3.2. Charakteristika výzkumného souboru</b> .....	<b>38</b>
<b>4. VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>39</b>
<b>5. DISKUSE</b> .....	<b>58</b>
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	<b>72</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>74</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>78</b>
<b>9. SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>79</b>

## ÚVOD

Poporodní období je velmi zvláštní fáze života ženy a jejího dítěte. Pro ženy, které prožívají porod poprvé, patří toto období mezi nejvýznamnější událost, která změní jejich dosavadní život. Porod a období šestinedělí je poznamenáno silnými emocemi, tělesnými změnami, novými vztahy a předpokladem přizpůsobení se novým rolím. Pro většinu žen nepředstavuje žádné velké drama a je důvodem k oslavě a pocitu úspěchu.

Poporodní období (puerperium) začíná po porodu plodu a placenty a přetrvává po dobu následujících šesti až osmi týdnů. Protože poporodní období tvoří přirozenou součást fyziologického pokračování reprodukčního cyklu, měl by se tento fakt odrazit jak v předporodní, tak i v poporodní péči o ženu. Do poporodní péče by měly být zahrnuty veškeré potřeby matky a dítěte a měly by mezi ně náležet prevence, včasná detekce a léčba komplikací a nemoci, poskytnutí poradenství a praktické pomoci při kojení, dále informace o plánovaném rodičovství, imunizaci, výživě matky, hygieně a cvičení. (33).

Zahájení a udržení kojení by mělo patřit mezi prvořadě hlavní cíle v poporodní péči. Mateřské mléko poskytuje optimální výživu pro novorozence, chrání ho proti infekcím a alergiím, posiluje vazbu mezi matkou a dítětem. Dítě by se mělo dát matce na břicho co nejdříve po porodu, aby se vytvořil tzv. kontakt „skin-to-skin“, který dítěti umožní časně zahájení kojení. Systém „rooming-in“, umožňující společný pobyt matky s novorozencem na pokoji, by v dnešní době měl být již standardní záležitostí.

Mezi potřeby žen v poporodním období patří informace a poradenství o sexuálním životě a o antikoncepčních metodách. Je známo, že v průběhu těhotenství a šestinedělí mnoho žen méně inklinuje k pohlavnímu styku, ale více k jiným druhům intimnosti a tyto praktiky se mohou lišit od přání partnera. Únava a nedostatek spánku patří mezi nejčastější uváděné charakteristiky tohoto období. To má samozřejmě vliv na sexuální a partnerský život. Aby zdravotničtí pracovníci mohli reagovat na tyto potřeby žen, měli by mít dostatečné informace o sexuálním životě žen v poporodním období a o možnostech volby antikoncepčních přípravků (33).



Přesto, že dny po porodu se obecně považují za šťastné období, mohou se vyskytnout méně či více závažné komplikace, které ženu vyčerpávají nebo ohrožují na životě. Poporodní období by se mělo považovat za citlivé období pro rozvoj emocionálních, psychologických a somatických poruch. Konec těhotenství a porod mohou být problematické. Tělo šestinedělky prochází rychlými změnami, včetně změn hormonálních. Pravidelná péče o novorozence vyžaduje zvládnání nových úkolů, nese s sebou nejistotu a narušuje odpočinek a spánek. Porodní asistentka by si měla uvědomit, že je pro ženu důležitým modelem v péči o ní a o novorozence, a měla by tak ženě podat všechny důležité informace týkající se péče o ženu v šestinedělí a o její dítě. Dále by měla umožnit co nejlepší podmínky pro vazbu matky a dítěte jak na porodním sále, tak i na oddělení šestinedělí. Poporodní péče musí být založena na spolupráci mezi matkou a otcem jejího dítěte, rodinami, kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky a pečujícími osobami, státními orgány, politiky a orgány pro plánování zdravotní péče (33).

V této bakalářské práci bude pojednáno nejen o fyziologickém šestinedělí, ale i o možných komplikacích, které v průběhu tohoto období mohou nastat. Do celé problematiky bude zahrnuta oblast zdravotní, psychická a sociální. Výzkumná část bude zaměřena na ženy po porodu a na jejich problémy, které mohou vzniknout v průběhu hospitalizace na porodnickém oddělení, a také na problematiku informovanosti těchto žen.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Fyziologické šestinedělí

Šestinedělí, latinským názvem puerperium, je období 6-8 týdnů po skončení těhotenství a porodu. V této době dochází k postupnému vymizení fyziologických a anatomických těhotenských změn a organismus se tak částečně navrácí do původního stavu jako před otěhotněním. Šestinedělí můžeme z časového hlediska rozdělit na rané a pozdní. Rané šestinedělí zahrnuje prvních 7 dní po porodu. Pozdní šestinedělí končí 42. dnem po porodu (2).

V šestinedělí probíhají dva typy změn. Jedná se o změny involuční, kdy těhotensky změněné orgány se dostávají do původního stavu, a progresivní, kdy dochází k rozvoji některých orgánových funkcí, jako je například nástup laktace (26).

Největšími involučními změnami prochází reprodukční orgány. *Děloha* má po porodu oválný tvar, děložní dutina je šterbinovitého tvaru. Stěna dělohy zesiluje z 1cm na 3,5 cm. Děloha rychle retrahuje a na konci šestinedělí z původních 1000 g váží okolo 80 g. Díky retrakci a kontrakci myometria dochází k involuci (zavinování) dělohy. Ta je často, zejména u vícerodiček, vnímána podobně jako porodní bolest, ale v menší intenzitě. Bolestivost stoupá při kojení účinkem hormonu oxytocinu, který je vyplavován z hypofýzy. Po porodu plodu dosahuje děložní fundus úrovně pupku, v dalších dnech se snižuje přibližně o 1 prst denně směrem k symfýze. Od desátého dne není fundus děložní zevně hmatný (viz. příloha 2).

V místě inzerce placenty po porodu dochází pod vlivem hormonálních změn, retrakcí a kontrakcí hladké svaloviny děložní k postupnému zmenšení ranné plochy a k uzavření otevřených cév. Dále dochází k vytvoření tzv. demarkačního (obranného) valu, který obsahuje nahromaděné leukocyty a fibrin. Po odloučení placenty povrchová vrstva deciduy nekrotizuje a je vypuzena z dělohy ve formě očístků. Bazální vrstva deciduy dává základ pro vytvoření nového endometria. Regenerace endometria je ukončena za tři týdny, v místě inzerce placenty za šest týdnů.

Očistky (lochia) se hojně vyskytují první týden po porodu, pak jich postupně ubývá. Obsahují krev, krevní sraženiny, zbytky deciduy, sekret z děložního hrdla a pochvy.

Mají charakteristický nasládlý až mdlý zápach a alkalickou reakci. Ta mění kyselé poševní prostředí a původně sterilní očišťky odcházejí pochvou jako vysoce infekční. Lochia rubra jsou červené očišťky, které obsahují převážně krev a objevují se v prvních dvou dnech po porodu. Lochia fusca jsou zahnědlé, sanquinolentní očišťky, které se objevují třetí až pátý den po porodu. Ve druhém týdnu jsou očišťky žlutavé - lochia flava. Ve třetím týdnu očišťky bělavé - lochia alba, obsahují hlen a hojné množství leukocytů. Lochia alba se mění později v očišťky hlenové - lochia mucosa (2, 4, 8, 16, 21).

*Hrdlo děložní* je po porodu ochablé, má tenkou stěnu a na jeho povrchu mohou být drobná poranění. Po porodu je hrdlo prostupné pro dva prsty, po týdnu pro prst a za tři týdny po porodu je již uzavřené. Vnitřní branka se uzavírá rychleji než branka zevní. Zevní branka má po uzavření děložního hrdla tvar příčné štěrbin. Dochází k epitelizaci endometria a ektocervixu.

*Pochva* ztrácí elasticitu, mizí slizniční řasy a stěny pochvy se snižují. Hymen se mění v carunculae myrtiformes. Pochva se vrací do původního stavu přibližně po třech týdnech.

*Děložní přívěsky*, mezi které patří vejcovody a vaječníky, klesají do malé pánve, mizí prosáknutí a dochází k jejich zmenšení.

Dále se zmenšuje prokrvení *zevních rodidel*, mizí jejich pigmentace a prosáknutí. *Svaly pánevního dna* získávají tonus a postupně se vrací do původní polohy.

Vrací se pružnost a napětí svalů *břišní stěny*. Diastáza (rozestoupení) přímých břišních svalů se vyskytuje často po porodu velkého plodu. Strie, vzniklé napnutím kůže během těhotenství, mohou přetrvávat a přecházet ve stříbřitě šedou barvu.

Celkové změny v organismu ženy se týkají kardiovaskulárního, krevního a hemokoagulačního systému, gastrointestinálního traktu a v neposlední řadě i močového a svalového systému. Dále dochází k metabolickým a hormonálním změnám, které se podílejí na nástupu laktace a ovlivňují i psychický stav šestinedělky.

Změny v *kardiovaskulárním systému* jsou po porodu ovlivněné poklesem bránice a postupným návratem srdce do své původní polohy. V průběhu šestinedělí dochází k poklesu srdečního výdeje, k prohloubení dýchání, klesá počet pulzů a dechů.

Z původních 5 - 6 litrů krve poklesne v šestinedělí celkový *objem krve* na 4 litry. Po porodu se fyziologicky zvyšuje hladina leukocytů. Krvetvorba se vrací k normálním hodnotám na konci šestinedělí. *Hemokoagulační systém* se po porodu rychle mění. Dochází ke zvýšené tvorbě trombocytů, fibrinogen zpočátku klesá, později dosahuje netěhotenských hodnot. Nadměrně zvýšená koncentrace hemokoagulačních faktorů může být příčinou tromboembolické nemoci.

*Metabolické změny* se týkají metabolismu vody a elektrolytů, metabolismu bílkovin, tuků a cukrů. V důsledku ztrát vody a elektrolytů dochází po porodu a v průběhu šestinedělí k úbytku hmotnosti. Produkty metabolismu bílkovin, tuků a cukrů se navrací k původním hodnotám ke konci šestinedělí.

V *gastrointestinálním traktu* je zpočátku běžná pomalejší peristaltika a nepříjemné nadýmání, ale během dvou týdnů dochází k úpravě střevní mobility.

*Močový měchýř* je po porodu rozepjatý a nedokonale se vyprazdňuje. Dochází k hromadění zbytkové moče. V prvních poporodních dnech dochází ke zvýšené diuréze. Reziduální moč při hypotonii močového měchýře a ureteru je častou příčinou infekce močových cest.

V *endokrinním systému* po porodu rychle klesá hladina estrogenů, progesteronu a placentárních hormonů. Hladina prolaktinu dosahuje zvýšených hodnot a je závislá na frekvenci kojení. K ovulaci a k první menstruaci u nekojících žen dochází nejčastěji po skončení šestinedělí, u žen kojících se rozvíjí laktační amenorea (2, 4, 21, 26, 28).

*Mléčná žláza* je hormonálně připravována na kojení v průběhu celého těhotenství. Estrogeny působí na rozvoj mlékovodů, progesteron na tvorbu alveolů. Hypofyzární hormon prolaktin stimuluje začátek laktace. Prolaktin spolu s oxytocinem se vyplavuje na základě stimulace bradavek sáním kojence. Zpočátku se tvoří mlezivo (kolostrum), které je po 2-3 dnech nahrazeno mlékem zralým (2, 26).

## ***1.2 Patologické šestinedělí***

Šestinedělka může být po porodu postižena různými zdravotními problémy, které můžeme podle doby svého vzniku rozdělit na komplikace rané a pozdní. Rané komplikace vznikají do jednoho týdne po porodu, pozdní komplikace do konce šestinedělí. K nejčastějším problémům patří krvácení, tromboembolické nemoci, infekce, subinvoluce dělohy a psychické poruchy (18, 26).

*Subinvoluce děložní* znamená pomalejší zavinování dělohy. Projevuje se v prvních dnech šestinedělí. Děložní fundus sahá výše, děloha je měkká, očistky jsou hojnější, hrdlo se neuzavírá. Subinvoluce je častěji patrna u vícerodiček, při protražovaném nebo operačním porodu. Nejčastější příčinou jsou infekce, retence částí placenty, ale i přeplněný močový měchýř nebo rektum.

*Lochiometra, hematometra* znamená hromadění krve nebo očistků v děložní dutině. Městnání očistků může být způsobeno uzavřením vnitřní branky, retroverzí dělohy nebo zánětem endometria. Diagnóza se stanoví pomocí ultrazvukového vyšetření děložní dutiny. Léčba spočívá v zevní masáži dělohy a podání uterotonik. Někdy je nutná dilatace vnitřní branky.

*Krvácení v šestinedělí* se nejčastěji objevuje bezprostředně po porodu, ale může se vyskytnout i v pozdějším období. V časném šestinedělí může být příčinou krvácení porucha retrakce dělohy (hypotonie až atonie děložní, subinvoluce), špatné ošetření porodního poranění (uzurace, trhliny hrdla děložního, pochvy a vulvy), poporodní rezidua (zbytky obalů nebo placentární tkáně) a hemokoagulační poruchy (diseminovaná intravaskulární koagulopatie). V pozdním šestinedělí je nejčastější příčinou krvácení placentární či deciduální polyp, zánět sliznice děložní dutiny, menstruace a nádory – choriokarcinom a karcinom děložního hrdla (2, 12, 18, 26).

*Infekce v šestinedělí (puerperální infekce)* byly v minulosti častou příčinou úmrtí žen na tzv. horečku omladnic. Teprve po zavedení asepse a s nástupem antibiotické léčby došlo k významnému poklesu rizika tohoto onemocnění. Mezi klinické příznaky patří teplota, bolest v podbřišku, příznaky peritoneálního dráždění, nauzea, zvracení a poruchy peristaltiky. Zdrojem může být autoinfekce (endogenní, exogenní) nebo heteroinfekce (přímá, nepřímá). Zánětem jsou nejčastěji ohroženy ženy s předčasným

otokem plodové vody, s protrahovaným porodem, s poraněním pochvy a děložního hrdla, ženy po manuální lýze a po císařském řezu. Mezi ložiskové infekce v šestinedělí zařazujeme infekce vulvy, pochvy, dělohy, infekce děložního okolí, generalizovaný zánět pobřišnice a cévní infekce. K celkové infekci patří puerperální sepse (septický šok). Záněty v šestinedělí představují stále vysoké riziko a mohou i přes intenzivní léčbu skončit smrtí šestinedělky (8, 16).

Poranění *vulvy, pochvy a děložního hrdla* se zpravidla dobře hojí i přesto, že jsou již od porodu infikovány. K riziku vzniku infekce a dehiscence rány přispívají rozsáhlé lacerace a episiotomie, poranění svěrače a rekta. Infekce se projevuje bolestivostí hráze, otokem, zarudnutím a sekrecí hnisu. Zánět probíhá lokálně bez celkových příznaků. Při laceraci pochvy je sliznice edematózní, hyperemická, může být přítomna nekróza. Infekce děložního hrdla při šíření do okolí je většinou diagnostikována primárně jako parametritis (2).

*Infekce dělohy*, mezi které patří endometritida a myometritida. Endometritis, která postihuje děložní výstelku, je provázena zvýšenou teplotou, třesavkou, schváceností, bolestmi v podbřišku a páchnoucími očišky. Děloha je měkká, lehce palpačně citlivá. Infekce zůstává často lokalizována v ranné ploše po odloučení placenty. Na postiženém místě se tvoří leukocytární val, který se pokrývá fibrinem. Zvyšuje se leukocytóza a fagocytóza a dochází k tvorbě protilátek proti infekci. Myometritis (zánět děložní svaloviny) vzniká přestupem infekce z endometria. Komplikací může být tvorba abscesu, který při provalení vede ke vzniku peritonitidy. Myometritidu provází vysoké teploty, zimnice, třesavka a hnisavý výtok. Děloha je zvětšena a na pohmat bolestivá.

*Parametritida* neboli zánět vaziva děložního okolí. Do parametrií se infekce šíří lymfatickou nebo krevní cestou. Zdrojem jsou infikovaná poranění děložního hrdla. Dochází ke tvorbě exudátu. Parametritida se projevuje vysokou teplotou, bolestmi v podbřišku vystřelujícími do stehien, častým nucením na močení, tenesmy, peritoneálním drážděním a celkovým zhoršením stavu. Při vyšetření je děloha vychýlena ke straně, pohyb dělohou je bolestivý, je hmatný infiltrát. Léčba spočívá v absolutním klidu na lůžku, podání ledu na podbřišek, širokospektrých antibiotik a infuzní terapie. Při vytvoření abscesu je třeba provést jeho vyprázdnění.

Izolovaný zánět vaječníků a vejcovodů (*adnexitis puerperalis*) je v šestinedělí vzácný. Infekce se může šířit do této oblasti z okolí slepého střeva lymfatickou cestou nebo vejcovodem z děložní dutiny. Následkem zánětu se mohou vytvořit srůsty, které vedou k sekundární sterilitě.

*Peritonitis* (zánět pobřišnice) začíná nejdříve jako zánět peritonea v malé pánvi, později se rozšíří do celé břišní dutiny a vzniká difúzní peritonitis. Projevem pelveoperitonitidy je horečka, třesavka, zimnice, tachykardie, nauzea, zvracení a bolesti v podbřišku. Vaginální vyšetření je bolestivé, vyklenutá zadní klenba poševní svědčí pro výskyt abscesu v Douglasově prostoru. Při difúzní peritonitidě je zachváčena pobřišnice v celém rozsahu. Jedná se o prudkou infekci, při které může dojít k paréze střev v důsledku slepení střevních kliček.

K *cévním infekcím* řadíme tromboflebitidu. Tromboflebitida je bolestivý zánět žil, který postihuje jak povrchový, tak i hluboký žilní systém. Při hluboké tromboflebitidě dolních končetin a malé pánve může dojít k embolizaci plicního systému. Trombóza dále může postihnout žíly ovariální a renální.

*Ranné infekce* se mohou objevit u žen po porodu císařským řezem, u žen s episiotomií či laceracích. Rána je zarudlá, oteklá, teplá a bolestivá. Je přítomna sekrece, která může silně zapáchat. Závažnou komplikací po porodu císařským řezem je zánětlivá dehiscence děložní sutury, která vede k provedení hysterektomie.

*Puerperální sepse (septický šok)*. Jde o septický stav, kdy mikroby a jejich toxiny pronikají do krevního oběhu a vyvolávají reakci celého organismu. Podle průběhu je rozdělujeme na akutní a chronické. Akutní sepse se projevuje vysokou horečkou, tachykardií, cyanózou, zežloutnutím kůže, suchým a povleklým jazykem. Tento akutní stav trvá tři až deset dnů a často končí smrtí. Chronická sepse se vyvíjí pozvolna, onemocnění trvá tři až šest týdnů. Občasná horečka s třesavkou se střídá s obdobím klidu, tvoří se metastatické abscesy v plicích, játrech, ve slezině, v ledvinách, kloubech, mozku, na endokardu a myokardu. Někdy dochází k nekróze ledvin. Nedělka umírá na celkové vyčerpání.

Ke vzniku *infekcí močových cest* přispívá hypotonie močového měchýře a ureterů, dále nedokonalé vyprazdňování močového měchýře, přítomnost vesikoureterálního

reflexu, cévkování nebo porodní trauma. Při výskytu močové infekce je důležité dodržovat dostatečný pitný režim, antibiotická léčba se volí dle kultivace a citlivosti.

*Respirační infekce* častěji vznikají u žen s chronickou plicní obstrukční chorobou, u kuřáček a u žen po celkové anestézii. Příznaky a průběh onemocnění je stejný jako u netěhotných žen.

*Mastitis puerperalis* (zánět prsu) vzniká zpravidla zanesením infekce zvenčí při traumatech bradavek a mlékovodů. Nejčastějším vyvolávajícím činitelem je *Staphylococcus aureus*. K projevům mastitidy patří bolestivost a zduření jednoho prsu, kůže prsu je teplá, napjatá a zarudlá. Zánět prsu je doprovázen horečkou, zimnicí, třesavkou, malátností a únavou. Na začátku onemocnění je hmatný bolestivý infiltrát. Při vzniku abscesu je nutné provést jeho incizi, evakuaci hnisu a drenáž (2, 16, 18, 26).

### **1.3 Kojení a jeho problémy**

Zdravý start do života je tím nejcennějším darem, jaký novorozenému dítěti můžeme dát. Malé dítě potřebuje fyzickou blízkost a teplo své matky, stejně jako optimální výživu. Jen málokdo by dnes popíral, že kojení splňuje jak fyzické, tak psychické i sociální potřeby dítěte.

Základem výživy novorozence je po staletí přirozená výživa kojením. Matka má právo rozhodnout se, zda bude své dítě kojit, či dá přednost umělé výživě. Ještě než uskuteční svou volbu, musí být dokonale informována. Ze strany zdravotníků by se měl zájem projevovat informovanou pomocí již před porodem, neboť v tomto období se rozhoduje z velké části o tom, zda vůbec a také jak dlouho bude matka své dítě kojit.

Kojení je přirozená funkce, ke které je organismus ženy přizpůsoben. Proto je většina žen schopna své dítě kojit. Nezáleží ani tak na velikosti a tvaru prsu ani na tvaru bradavek, ale velmi záleží na správném přístupu ke kojení. Umělá mléčná výživa pak bude používána tak, jak to původně bylo zamýšleno, jako náhrada mateřského mléka v indikovaných případech, a ne jako běžná praxe.

Některé ženy kojí své dítě snadno od prvního dne, jiné se od začátku potýkají s problémy, které jim ubírají na odvaze. Proto většina matek potřebuje při kojení



povzbuzení a odbornou pomoc. Tu právem očekávají především od zdravotnického personálu (10, 15, 33).

### ***1.3.1 Fyziologie kojení***

Mateřské mléko se tvoří v alveolách mléčné žlázy. Ta je rozdělena na několik oddílů, navzájem oddělených vazivovými přepážkami. Z alveolů se formují vývodné kanálky, které se směrem k bradavce spojují ve větší vývody. Mléko se shromažďuje v úseku vývodů těchto kanálků pod dvorcem v tzv. sinusech. Mléčná žláza se na produkci mléka připravuje v průběhu celého těhotenství. Velikost a tvar prsní žlázy neovlivňuje množství a produkci mateřského mléka (15, 21).

Řízení tvorby a regulace množství mléka závisí na hormonech oxytocinu a prolaktinu. Oxytocin je hormon zadního laloku hypofýzy a zajišťuje uvolňování vytvořeného mateřského mléka. Prvotní vypuzovací oxytocinový reflex (let-down-reflex) je nepodmíněný, později v průběhu kojení se stává reflexem podmíněným. Prolaktin je hormon produkováný předním lalokem hypofýzy a působí na tvorbu mateřského mléka v průběhu kojení (2, 15).

Mateřské mléko prochází vývojem. Z počátku se tvoří mlezivo (kolostrum). Jedná se o mléko přechodné, s vysokým obsahem bílkovin, globulinů a minerálních látek. Druhý až třetí den se mění ve zralé mléko. To dále můžeme rozdělit na přední mléko, které v průběhu sání plynule přechází v zadní mléko. Přední mléko je určené na zahánění žízně u dítěte, zadní pak na jeho zasyčení (15, 21, 31).

Mateřské mléko je nutričně optimální, tuky, uhlohydráty, proteiny, voda, vitamíny, minerály a stopové prvky – vše, co kojenci potřebují, je ve správném poměru. Tyto poměry jsou důležité pro jejich zdravý růst a tělesný vývoj. Mateřské mléko je lehčí a snadněji stravitelné než mléko kravské, proto u novorozence nedochází k zácpě. Kojené děti jsou méně náchylné k onemocnění, méně často trpí průjmy, nemocemi trávicího ústrojí a dýchacího systému. S mateřským mlékem dostává dítě protilátky, které jej chrání před infekcí a zabezpečují mu tak vyšší imunitu proti infekčním chorobám. Mateřské mléko s důležitými trávicími enzymy má vliv na dozrávání imunitního a centrálního enzymatického systému, centrální nervové soustavy

a ostatních orgánů. Kojení snižuje výskyt alergií a alergických reakcí. Kojení působí pozitivně na citový a psychický vývoj dítěte. Ale ani u matky nesmíme opomenout zdravotní výhody kojení. Oxytocin, který je při kojení vyplavován, stahuje dělohu a pomáhá při zástavě krvácení po porodu. Kojení ženu chrání před rakovinou prsů, vaječníků a osteoporózou. Mléko má vždy stejnou teplotu, je sterilní a kdykoliv dostupné pro dítě. Pro matku je kojení pohodlnější a levnější metodou, než kdyby musela své dítě krmit přípravky umělé mléčné výživy (10, 15, 26, 30).

Mateřské mléko v prvních měsících života plně zajistí dodávku potřebných živin a vody a svým složením nejlépe odpovídá potřebám kojence. Složení mateřského mléka se mění podle potřeb dítěte, aktuálně se přizpůsobuje během celého období kojení (26).

K imunologickým složkám mateřského mléka patří zejména imunoglobulin A, lysozym a laktoferin. Hlavními bílkovinami jsou laktalbumin a kasein. Tuky tvoří proměnlivou složku, mění se v průběhu dne i v průběhu samotného kojení. Jsou tvořeny převážně triglyceridy. Hlavním cukrem je laktóza (mléčný cukr). Ve zralém mléce je více cukru než v mlezivu nebo v mléce kravském. Mateřské mléko obsahuje řadu vitamínů, které jsou ovlivněny příjmem a složením stravy matky. Mateřské mléko obsahuje dostatečné množství minerálních látek - vápník, fosfor, hořčík, sodík, draslík a stopových prvků- měď, kobalt, zinek, selen (2, 15, 26, 30).

Aby kojení bylo úspěšné a matka kojila své dítě co nejdéle, je potřeba podporovat veškeré faktory, které vedou k úspěšnému kojení. Proto je nezbytné, aby všichni zdravotníci postupovali jednotně a dodržovali zásady, které byly shrnuty ve společném prohlášení WHO a UNICEF „Ochrana, prosazování a podpora kojení“ a hlavní zásady, které jsou vyjádřeny v „Deseti krocích k úspěšnému kojení“ (viz. příloha 3, 26).

### ***1.3.2 Problémy při kojení***

Některé ženy mají opožděný nástup laktace. Opožděná laktace se dostavuje až pátý nebo šestý den po porodu. Důležité je podpořit sebedůvěru ženy ve schopnosti kojit i po odchodu z porodnice. K dalším problémům patří nedostatek či nadbytek mateřského mléka. Při *nedostatku mléka* (hypogalaktii) je třeba matku uklidnit, poučit jí o důležitosti kojení a zkontrolovat techniku kojení, která bývá nejčastější příčinou

nedostatku mléka (viz příloha 4). Při *nadbytku mléka* (hypergalakcii) novorozence přikládáme častěji k prsu a před kojením trochu mléka odstříkáme. Někdy se vyskytne problém s uvolňováním mléka. Může to být nepříznivě ovlivněno stresem, dokrmováním dítěte či omezením v kojení. Matku uklidníme, edukujeme ji v provádění masáže prsů a v jejich vytrásání. Před kojením doporučíme přiložit na prsy teplý vlhký obklad.

*Problémy s bradavkami.* Bradavky mohou mít různé tvary (normální, plochá, dlouhá, vpáčená). Důležitější než tvar bradavek je jejich protraktilita (jak vystupují bradavky při dráždění). Pokud u ženy zjistíme vpáčené bradavky, lze již prenatálně použít tzv. formovače bradavek, které si žena vkládá do podprsenky. Při výskytu bolestivých a popraskaných bradavek je nutné zkontrolovat polohu dítěte u prsu, často ji měnit a po kojení nechat zaschnout na bradavkách několik kapek mateřského mléka. Mateřské mléko spolu se vzduchem působí hojivě.

Mezi časté překážky vzniklé v průběhu kojení patří problémy s prsy. *Bolestivé nalití prsů* se vyskytuje nejčastěji třetí až pátý den po porodu. Prsy jsou oteklé, horké, tvrdé a bolestivé. Matce doporučujeme častěji kojit dítě z obou prsů, stimulovat uvolnění mléka masážemi nebo odstříkat před kojením malé množství mléka na změkčení dvorce. Před kojením podáváme teplé vlhké obklady k uvolnění mléka, mezi kojením studené obklady na otok prsu. *Ucpání mlékovodu a retence mléka* je opět častou příčinou nesprávné techniky kojení. Prs je zduřelý a může dojít i k zvýšení tělesné teploty u ženy. Prevence i léčba spočívá v úpravě techniky sání. Závažný problém představuje *mastitida*. Jedná se o zánětlivý proces prsu, který vzniká kdykoliv v průběhu kojení. Nejčastější výskyt je třetí týden po porodu. Žena je unavená, udává bolest hlavy, kloubů svalů a přítomnost horečky. Prsy jsou bolestivé a zarudlé. Léčba mastitidy se provádí pomocí antibiotik, někdy je nutná incize s drenáží (absces v prsu) a hospitalizace. Pokud to zdravotní stav ženy dovolí, měla by i nadále pokračovat v kojení, upřednostňovat kojení ze zdravého prsu a z postižené strany mléko odstříkávat. Pro zmírnění tlaku a bolestivosti prsu se doporučuje použít studené obklady či tvaroh. Před kojením je třeba prs prohřát teplým obkladem a mléko trochu odstříkat. Při kojení je důležité změnit

polohu dítěte tak, aby brada směřovala k postiženému místu a dbát na správnou techniku kojení.

Někdy je *překážka* v kojení *na straně dítěte*. Dítě se může špatně přisávat, v průběhu kojení pouštět prs nebo jeden z prsů odmítat. Je třeba opět zkontrolovat techniku kojení a vzájemnou polohu matky a dítěte. Dítě před přiložením k prsu zklidnit, vyhýbat se zbytečným dotekům na tváři a nechat ho nejdříve sát z prsu, kterému dává přednost (7, 10, 15, 26, 30).

Pokud matka v průběhu kojení onemocní, může kojit i při teplotě, pokud to její stav dovolí. Běžná onemocnění matky nejsou důvodem k ukončení kojení. Zvýšenou opatrnost je třeba věnovat při výskytu oparu. Pokud je opar na bradavce, nesmí prs přijít do styku s dítětem. Matka by měla být poučena o dalších postupech v oblasti kojení, které by zaručily dostatečnou výživu dítěte (11, 26).

Někdy dojde k situacím, kdy je kojení zcela kontraindikováno a je třeba zastavit laktaci. Ta se provádí medikamentózně nebo fyzikálně kompresí prsů. K nejčastějším kontraindikacím kojení patří orgánové onemocnění matky (těžká srdeční onemocnění, onemocnění ledvin, jater a plic), některá psychiatrická onemocnění (schizoafektivní porucha), virové infekce, užívání některých farmak. Ze strany dítěte jsou to jejich vrozená metabolická onemocnění, jako je galaktosémie či fenylketonurie. K zástavě laktace dále přistupujeme při úmrtí novorozence, jeho adopci nebo porodu mrtvého plodu (8, 26, 31).

#### ***1.4 Psychika ženy v období šestinedělí***

Šestinedělí, jeho hormonální a fyzické změny probíhající v organismu ženy, únava, vyčerpání z porodu, ale i adaptace na novou roli matky, kojení a péče o novorozence, patří mezi významné období ovlivňující psychiku ženy.

Ve dnech bezprostředně po porodu je žena zpravidla zranitelnější a podléhá prudkým změnám nálad. Po intenzivní radosti z narození dítěte následuje pláč, pochybnosti, obtížné ztotožňování vysněného dítěte s tím, které přišlo na svět, později přichází problémy s obnovením milostného vztahu.

V prvních dnech po porodu zaměřuje matka svůj citový vztah na své dítě, pečuje o něj, komunikuje s ním, učí se zvládat techniku kojení. V představách se znovu vrací k průběhu porodu, sblíží se svojí mateřskou rolí. Starost a péče o dítě spojená s nedostatkem spánku a únavou může u matky vyvolat pocit neschopnosti. Proto je v tomto období velmi důležitá podpora žen ze strany porodních asistentek.

Porodní asistentka by měla podporovat časný poporodní kontakt matky s dítětem, na oddělení šestinedělí celodenní režim roaming-in a metody klokánkování, které pomáhají utvářet silný vzájemný citový vztah mezi ženou a dítětem (14, 24).

#### ***1.4.1 Poporodní blues***

Poporodní blues (baby blues, poporodní splín, poporodní dysforie, poporodní lehká deprese) je přechodná poporodní epizoda. Jedná se o běžný psychický projev šestinedělí. Je to přirozená reakce organismu ženy po porodu, která se vyskytuje ve všech kulturách. Poporodní blues nezařazujeme do patologických psychických změn. Objevuje se po porodu třetí až šestý den u 50 – 80 % žen. Je charakterizován přechodným stavem plačtivosti, úzkosti, podrážděnosti, psychickou labilitou, náladovostí, zmateností, únavou, pocitu osamělosti, poruchami komunikace s okolím, poruchami spánku, sebedůvěry a nepokojem. Mezi somatické příznaky řadíme bolesti hlavy, bolesti v zádech, žaludeční a střevní potíže (zácpa, průjem). Poporodní změny nálad jsou relativně neškodné a spontánně odeznívají kolem desátého dne po porodu. Nevyžadují terapii, stačí pouze ženu na tento problém upozornit nejlépe již v době těhotenství, po porodu pak ženu podpořit v péči o dítě. Zde má zdravotnický personál opět nezaměnitelnou úlohu. Pokud příznaky přetrvávají déle než dva týdny, mohou vést k rozvoji vážnějších stavů, jako je např. poporodní deprese. Pak je nutné vyhledat pomoc odborníka, který tento stav dále posoudí (18, 21, 23, 24, 26).

V časném poporodním období je práce porodní asistentky v oblasti péče o ženu velice důležitá. Kromě řešení somatických problémů a poskytování informací ohledně šestinedělí je třeba klást velký důraz na péči o psychiku ženy. Porodní asistentka by měla se šestinedělkou otevřeně komunikovat, navázat u ženy pocit jistoty a důvěry.

Vstřícné jednání, povzbuzování a posilování sebedůvěry k přijetí nové mateřské role by mělo být prvořadým úkolem každé porodní asistentky (24).

V případě výskytu jakéhokoliv odlišného projevu chování šestinedělky je třeba neprodleně informovat lékaře, sledovat celkový stav ženy, zajistit klidný pokoj, dostatek spánku, tekutin a výživy. Důležitá je zde opět komunikace se šestinedělkou a navázání pocitu důvěry. Do péče o ženu můžeme zapojit i její nejbližší rodinné příslušníky. V případě, že matka nezvládá péči o novorozence, zajišťuje ošetrovatelskou činnost u dítěte personál novorozeneckého oddělení (23, 29).

#### **1.4.2 Poporodní deprese**

Objevuje se po porodu, potratu i po mimoděložním těhotenství do období až jednoho roku. Vyskytuje se u 10 – 15 % všech nedělek, u žen s depresivní atakou v anamnéze asi ve 30 %. Mezi první rizikové období patří příchod ženy s novorozencem domů, kdy je šestinedělka zatížena péčí o dítě, domácími pracemi a ostatními povinnostmi. Dalším obdobím výskytu je druhý a třetí týden pobytu v domácím prostředí, kdy se snižuje pomoc rodiny. K rizikovým faktorům patří předchozí psychiatrická anamnéza, kulturní faktory a faktory psychosociální (partnerské problémy, nepřijetí role matky, nízká socioekonomická úroveň). Poporodní deprese je charakterizována úbytkem na váze, nespavostí, neschopností milovat svoji rodinu, uzavřeností i ambivalentními vztahy k ostatním. Mírné a středně těžké formy deprese léčíme psychoterapeutickými metodami. Léčba vážnějších stavů vyžaduje zástavu laktace, psychoterapii a podávání antidepressivních léků (18, 23, 25, 26).

#### **1.4.3 Poporodní psychóza**

Poporodní psychóza vzniká většinou v prvním týdnu po porodu, nejčastěji mezi 3. a 4. – 15. poporodním dnem. Vyskytuje se u 0,1 – 0,2 % nedělek. Toto onemocnění bylo dříve nesprávně označované jako tzv. laktační psychóza. Postihuje častěji prvorodičky, má rychlý a krátký průběh, většinou bez následků.

Poporodní psychózu rozdělujeme na tři formy. *Amentní forma* poporodní psychózy má zpravidla náhlý začátek, bouřlivý průběh, často je spojena se zrakovými

a sluchovými halucinacemi a dezorientací. Bludy se vztahují k mateřství, dítěti, porodu, hrozí sebepoškození. Po prodělaných atakách následuje amnézie. *Manická forma* poporodní psychózy je charakterizována euforickou náladou, chorobným pocitem štěstí, megalomanií, rozdávačností a možným přechodem v amentní formu. U obou forem je při dlouhodobé léčbě dobrá prognóza. *Endogenní depresivní a schizofrenní formy* vznikají po čtvrtém poporodním dni. Projevují se plačtivostí, apatií, pocitem bezmoci, neschopností se postarat o dítě nebo přehnanou starostlivostí o jeho potřeby, dále nespavostí a poruchou laktace. Hrozí zde sebepoškození ženy i poškození dítěte. Největší nebezpečí vzniká zejména v domácím prostředí. U této formy poporodní psychózy hrozí její opakování.

Léčba poporodní psychózy spočívá v podávání psychofarmak, někdy je nutná psychiatrická péče a spolupráce s rodinou ženy. Zástava laktace je nutná pouze v případech hrozícího přestupu psychofarmak do mateřského mléka (8, 18, 23, 24, 25, 26).

### ***1.5 Ošetrovatelská péče o ženu na oddělení šestinedělí***

Ošetrovatelská péče probíhá na oddělení šestinedělí lůžkového porodnicko-gynekologického oddělení. Délka pobytu na oddělení pro fyziologickou nedětku a novorozence je individuální a záleží na jejich zdravotním stavu. Minimální pobyt fyziologického novorozence dle doporučení České neonatologické společnosti je 72 hodin po porodu. Pobyt šestinedělky při fyziologickém průběhu šestinedělí po vaginálním porodu se pohybuje kolem čtyř dnů, po operativním porodu s průběhem bez komplikací pět dní (3, 26).

#### ***1.5.1 Ošetrovatelská péče o ženu po spontánním porodu***

Na oddělení šestinedělí je žena po spontánním porodu přeložena z porodního sálu nejdříve za dvě hodiny po porodu. Povinností porodní asistentky z oddělení šestinedělí je při převzetí šestinedělky ověřit si její totožnost, zhodnotit celkový zdravotní stav, zjistit stav močení, krvácení, zkontrolovat výšku děložního fundu a fyziologické funkce. Porodní asistentka převezme kompletní dokumentaci a svým podpisem potvrdí příjem

šestinedělky na oddělení a doplní potřebné údaje. Ošetrovatelskou péčí o novorozence zpravidla zajišťuje dětská sestra.

Porodní asistentka na pokoji rooming - in informuje ženu o prvním poporodním vstávání a o dodržování hygienických zásad v šestinedělí. Poskytne ženě stravu a dostatek tekutin. Sestra (porodní asistentka, dětská sestra), která se stará o novorozence, seznámí matku se základními pravidly ošetřování dítěte a s technikou kojení. O novorozence se dále stará do doby, než žena vstane a je schopna převzít péči o své dítě sama.

Porodní asistentka pomáhá ženě při prvním vstávání asi za šest hodin po porodu. Po osprchování je šestinedělka seznámena s oddělením, domovním řádem a denním harmonogramem.

Porodní asistentka v průběhu hospitalizace sleduje u ženy celkový fyzický a duševní stav (bledost, vyčerpanost, nervozitu, plačtivost, nerozhodnost, depresi), vitální funkce (teplotu, tlak, puls), krvácení, odchod a charakter očištěk, zavinování dělohy, hojení porodních poranění (otok, hematoma, krvácení), stav dolních končetin (otoky, varixy), vztah matky k novorozenci a nástup laktace. Dále sleduje u ženy močení, odchod stolice, výskyt hemoroidů. První močení by mělo být do 6 hodin (nejdéle do 8 hodin) po porodu, stolice druhý den po porodu. Veškeré potřebné údaje porodní asistentka zaznamenává do dokumentace šestinedělky (7, 18, 19, 32, 37).

Součástí práce porodní asistentky je i edukační činnost (viz. kapitola 1.6.1).

### ***1.5.2 Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu***

Císařský řez je porodnická operace, při níž je plod vybaven z dělohy cestou břišní. Průběh, sledování a léčba ženy po provedeném císařském řezu jsou poněkud odlišné, než u ženy po vaginálním porodu. Císařský řez patří mezi velké porodnické operace, a proto musí být nedělka v časném pooperačním stádiu adekvátně sledována. Po císařském řezu je klientka z operačního sálu předána na gynekologickou jednotku intenzivní péče, kde zůstává dle zdravotního stavu po dobu 24 až 72 hodin, eventuelně i déle. Poté je přeložena na oddělení šestinedělí.



Cílem ošetrovatelské péče u žen po císařském řezu je zajistit co nejmenší traumatizaci a adekvátní informovanost ženy, neboť tato operace klade na ženu zvýšené nároky jak somatické, tak psychické.

Porodní asistentka by v časném pooperačním období měla věnovat pozornost kontrole fyziologických funkcí (krevního tlaku, pulsů, tělesné teploty, dechu) a saturaci krve kyslíkem. Při zavedeném permanentním močovém katétru sleduje diurézu a barvu moči. Pokud je zaveden drén, sleduje místo zavedení drénu (známky zánětu, prosáknutí krví), množství a vzhled tekutiny, kterou odvádí. Vše zapisuje do dokumentace. Dle ordinace lékaře aplikuje infuzní terapii, podává antibiotika, ostatní léky a sleduje místo žilního vstupu. Porodní asistentka dále sleduje odchod očístků, zavinování dělohy a hydrataci klientky. Pečuje o operační ránu pravidelnými převazy. Důležitá je zde péče o prsa šestinedělky a prevence tromboembolické nemoci edukací o léčebné tělesné výchově po porodu císařským řezem. Pro pohodlí klientky a dobrou pooperační rekonvalescenci je nutné zajistit bezbolestné pooperační období aplikací analgetik (dle ordinace lékaře). Bolest trvale monitorujeme a stupeň bolesti pravidelně zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace. Pozornost také věnujeme úpravě stravy. Porodní asistentka na oddělení šestinedělí poučí ženu o komplexní péči, o nácvičku vstávání a ulehání na lůžko, o hygieně a vyprazdňování moče a stolice.

Po dobu přítomnosti ženy na jednotce intenzivní péče se o novorozence stará porodní asistentka nebo dětská sestra, která za matkou pravidelně dochází a přikládá dítě ke kojení. Tím se minimalizuje separační období. Další péče o ženu a dítě probíhá na oddělení šestinedělí stejným způsobem jako u ženy po spontánním porodu (27, 29).

### ***1.5.3 Ošetrovatelská péče o ženu s nepravidelným nebo patologickým průběhem šestinedělí***

Většina žen se po těhotenství a porodu zotavuje bez vážnějších problémů. Někdy však nastanou menší či větší komplikace, které mohou negativně ovlivnit zdraví ženy. Povinností porodní asistentky na oddělení šestinedělí je dohlédnout na celkový tělesný a psychický zdravotní stav šestinedělky a při výskytu komplikací informovat lékaře (18).

Pravidelné vyprazdňování moče a stolice je po porodu důležité zejména pro dobré zavínování dělohy. V těhotenství je močový měchýř vysunován z malé pánve, při porodu je vystaven tahu a tlaku a po porodu dochází k ochabnutí stěny močového měchýře. Při výskytu mikrotrhlin v okolí močové trubice dochází k jejímu otoku a ke zpomalenému vylučování moče nebo vzniku potíží při močení až nemožnosti se vymočit. Problémy s vylučováním moče se většinou vytráčí do 24 hodin po porodu. Porodní asistentka nabídne ženě dostatek tekutin, eventuelně ji umožní vymočit se ve sprše. Když se rodička do 6-8 hodin po porodu nevymočí, je nutné ji vycévkovat. Do dokumentace se provede zápis o cévkování (čas cévkování, množství moče) a dále je nutné sledovat močení u šestinedělky po dobu 24 hodin.

Porodní asistentka by měla šestinedělku poučit o vyprazdňování stolice. K vyprázdnění stolice by mělo dojít do dvou dnů po spontánním porodu a po porodu císařským řezem nejdéle do čtvrtého dne. Porodní asistentka ženě doporučí vhodnou stravu, dostatek tekutin a pohybu. Pokud se žena nevyprázdní do dvou dnů, podáváme dle ordinace lékaře laxativa. Při úporné zácpě provedeme klyzma. Všechny údaje zaznamenáváme do dokumentace klientky.

Někdy dojde následkem dlouhého tlačení k výhřezu konečníku. Jedná se o patologický stav. Porodní asistentka by měla poučit ženu, jakým způsobem pečovat o výhřez konečníku (péče o pravidelnou stolici, hygiena konečníku, životospráva, dostatek tekutin). Porodní asistentka sleduje u ženy známky zánětu a krvácení. Dle ordinace lékaře aplikuje čípky a masti. Při propuštění do domácí péče je třeba ženu upozornit na nutnou kontrolu u obvodního gynekologa a při neustupujících problémech šestinedělku odkázat na následnou léčbu u proktologa.

Porodní asistentka pátrá po změnách zavínování dělohy, krvácení, odchodu lochií, známkách infekce a tromboembolických onemocněních. U ženy kontroluje fyziologické funkce. Jedenkrát denně sleduje výšku děložního fundu. Po porodu dosahuje děloha k pupku a každý den by měla klesnout o 1 cm směrem k symfýze. Při nezavínování dělohy doporučí porodní asistentka šestinedělce polohu na břicho s podloženým polštářem a možnost cvičení. Dále pátrá po známkách zánětu. Ženu poučí o nutnosti dodržování zvýšené osobní hygieny v šestinedělí. Při zápachu očístků, nadměrném

krvácení nebo jiných zjištěných netypických projevech šestinedělí neprodleně informuje lékaře.

Do ošetrovatelské péče patří i pravidelná kontrola hojení porodního poranění. Porodní asistentka pátrá zejména po hematomech na vulvě a aproximaci (neporušenosti zašité rány). Hematomy jsou výsledkem porodního traumatu. Jedná se o krevní výron ve tkáních, obvykle se vyskytuje na hrázi, vulvě nebo v pochvě. Projevují se jako prominující, modravé nebo purpurové útvary. Hematomy hluboko uložené v pochvě nemusí být zvenčí vidět. Porodní asistentka sleduje přítomnost typických příznaků jako je bolest v oblasti sutury, tlak na hrázi nebo v pochvě a nemožnost vymočit se. Malé hematomy se obvykle obejdou bez léčby, větší si někdy vyžádají incizi a evakuaci sraženin. U většiny malých hematomů postačí aplikovat ledový obklad a sledovat jejich případné zvětšování. Pokud dojde k rozpadu zašité rány, je třeba provést její resuturu v celkové anestézii a šestinedělku informovat o jejím následném ošetřování (18, 29).

Do ošetrovatelské péče o šestinedělku s patologickým průběhem šestinedělí spadá dále problematika poruchy a tvorby mateřského mléka, onemocnění prsů a psychické poruchy (viz. předchozí kapitoly).

### ***1.6 Edukační činnost v ošetrovatelství***

Slovo edukace znamená výchovu a vzdělávání. Na edukaci se podílí edukátor a edukant. Edukátor je člověk, který provádí edukaci a edukant je člověk, který je edukován. Mezi edukátorem a edukantem probíhá edukační proces. Edukační proces ve zdravotnictví představuje jednu z forem předávání informací mezi zdravotníkem a nemocným, a proto je součástí diagnostického, léčebného a ošetrovatelského procesu. Edukační činnost v ošetrovatelství je tedy výchovný a vzdělávací proces.

Edukace probíhá v edukačním prostředí za specifických podmínek. Předpokladem edukace v ošetrovatelství je změna, která může být plánovaná nebo neplánovaná. Na začátku edukace je potřeba stanovit cíle tak, aby vycházely z potřeb konkrétního jedince nebo skupiny. Edukátor by měl využít všech vědomostí, které edukovaný zná, a společně s novými informacemi by mu měl pomoci naučit se nové dovednosti.

Edukace má různé formy a pět fází. K edukačním formám patří např. písemné informace, edukační plány a standardy, vzdělávací programy, kurzy nebo ústně sdělené informace. Při edukaci klienta může edukátor využít více forem již připravených edukačních materiálů, nebo si je může vytvořit sám (viz. příloha 9). K fázím edukačního procesu patří posouzení (sběr údajů), stanovení edukační diagnózy, vytvoření edukačního plánu, realizace edukačního plánu, kontrola a vyhodnocení. Jednotlivé fáze edukačního procesu jsou podobné fázím ošetrovatelského procesu. V první fázi dochází k zjištění důležitých údajů a k určení oblastí edukačních témat. Edukátor si položí otázky proč má edukovat a koho má edukovat. Ve druhé fázi si stanoví cíle a formy edukace a edukační diagnózy. Je potřeba přesně specifikovat, o jaký deficit vědomostí se u klienta jedná, a určit potřebu učít se. Ve třetí fázi následuje příprava edukačního plánu. Ten se uskutečňuje ve více etapách a je zhotoven písemně. Ve čtvrté fázi proběhne vlastní realizace edukačního plánu. V této fázi dochází k naplnění cíle a edukace přináší výsledky. Edukátor má za úkol zjištěné výsledky průběžně vyhodnocovat a zjistit, zda jsou příznivé či nikoliv. V páté fázi edukátor vyhodnotí, zda bylo dosaženo stanovených cílů, a společně s klientem se eventuelně zaměří na případné nedostatky.

K důležitým náležitostem při provádění edukace v ošetrovatelství patří dokumentace. Ta je součástí edukačního procesu a zaručuje kontinuitu vzdělávání. Dokumentace poskytuje záznam o plánované a vykonané edukaci klienta a také o jejich výstupech. Dále informuje ostatní členy zdravotnického týmu o tom, co již bylo provedeno, a tak zaručuje, že nedochází k duplicitě. Edukace klienta je tedy jedna z nejdůležitějších částí ošetrovatelské péče, která významným způsobem zlepšuje kvalitu života člověka (39).

### ***1.6.1 Edukační činnost porodní asistentky na oddělení šestinedělí***

Porodní asistentka poskytuje ženám po porodu poradenskou činnost tak, aby uměly o sebe a o svoje dítě v tomto období co nejlépe pečovat, a tím tak minimalizovaly riziko vzniku infekce. Veškerý zdravotnický personál starající se o ženu na oddělení šestinedělí by měl využít každé příležitosti během tohoto krátkého pobytu rodičky v porodnici k tomu, aby jí zprostředkoval co nejvíce informací. Ty by měly být předány

nejen ústní formou, ale i formou písemnou. Matky by proto v průběhu hospitalizace měly obdržet dostatečné množství tištěných materiálů o péči o sebe samu i o dítě tak, aby si mohly později v paměti oživit informace, které jim byly předkládány za ne vždy příznivých okolností (18.).

Po převozu ženy na oddělení šestinedělí podává porodní asistentka šestinedělce první informace týkající se prvního vstávání po porodu. Před prvním vstáváním je třeba zajistit ženě dostatečné množství tekutin, popřípadě i jídla, jako prevence kolapsu. Před samotným vstáváním porodní asistentka ženu poučí, jakým způsobem bude vstávat, jak bude provádět kompletní osobní hygienu (sprchování, mytí rukou, péče o prsa, manipulace s vložkami jako s infekčním materiálem) a jak bude postupovat v péči o episiotomii nebo o operační ránu po císařském řezu. Dále ženu informuje o významu kojení pro ni a dítě, seznámí ji s jednotlivými polohami při kojení (viz. příloha 5), s technikou kojení a s celkovou péčí o novorozence. Porodní asistentka ženu co nejdříve poučí o výživě, vyprazdňování a o fyziologických změnách probíhajících v reprodukčním systému (zavinování dělohy, tvorba očístků). Do edukace šestinedělky by měla také zařadit informace o významu poporodního cvičení a eventuelně ženu s jednotlivými cviky seznámit. V průběhu hospitalizace je dobré provést tzv. reedukaci. Ta navazuje na předcházející vědomosti, zahrnuje opakování a aktualizaci základních informací a poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám. Před propuštěním do domácí péče porodní asistentka informuje šestinedělku o následné péči (návštěvní služba porodní asistentky, agentura domácí péče), o dalším průběhu šestinedělí, vhodné antikoncepci v době kojení a o kontrolní prohlídce u svého obvodního gynekologa po skončení šestinedělí (18, 29).

### ***1.7 Strava ženy v období kojení***

Výživa kojící ženy ovlivňuje její zdravotní stav a prostřednictvím mateřského mléka i výživu a zdraví jejího dítěte. Porod, tvorba mateřského mléka a kojení přispívá ke zvýšenému výdeji energie, živin, vitamínů, minerálních látek a esenciálních mastných kyselin. Proto je důležité v tomto období zajistit dostatečné množství energeticky vyvážené stravy s dostatkem ovoce, zeleniny a tekutin.

Období kojení je z hlediska energie na složení a množství stravy nejnáročnější. Energetický příjem stravy a živin by měl být vyrovnaný. Množství energie, kterou kojící žena potřebuje na pokrytí svých potřeb, je zvýšena jen o 400 kalorií (1600 kJ) na den oproti běžné stravě. Nadbytečný příjem energie nevede ke zvýšené tvorbě mléka, jak se ženy mnohdy domnívají, ale spíše ke zdravotním potížím spojeným s nadváhou. Při nedostatečném nebo nízkém příjmu potravy může žena strádat, aniž by byla ovlivněna tvorba mateřského mléka. Stravu vhodnou pro kojící matky můžeme vyjádřit modelem potravinové pyramidy. Základnu potravinové pyramidy tvoří potraviny, které se doporučují pravidelně konzumovat. Vrchol pyramidy tvoří potraviny, které je lépe ve stravě maximálně omezit (viz. příloha 8) (13, 15).

Mezi hlavní zásady výživy kojící ženy patří konzumace pestré stravy, dostatečný příjem vitamínů, minerálů (železo, jód) a vlákniny. Naopak příjem cukrů, tuků, cholesterolu a soli by měla omezit. Kojící žena by se měla vyvarovat alkoholickým nápojům a nápojům s obsahem kofeinu. Ve stravě by měla zvýšit příjem vápníku (nízkotučné mléko, mléčné výrobky). Dále by měla věnovat pozornost dostatečnému příjmu tekutin (2,5 – 3,5 litrů denně), upřednostňovat vody s nízkým obsahem kalorií, neslazené ovocné a bylinkové čaje, ovocné šťávy používat v menším množství a ovocné džusy před konzumací zředit stolní neperlivou vodou (1, 26).

Mezi nejdůležitější živiny pro výživový systém v období kojení patří následující složky. *Tuky* jsou nejbohatším zdrojem energie a slouží ke vstřebávání vitamínů (A, D, E, K). Příjem tuků a jejich kvalitní složení ovlivňuje mateřské mléko. Kojící žena by proto měla přijímat větší množství zejména nenasycených mastných kyselin (rybí tuk, rostlinné oleje). *Cukry* tvoří rychlý zdroj energie, ale v době těhotenství a kojení se jejich nadměrné konzumaci snažíme vyhýbat. *Bílkoviny* tvoří základní složku potravy. Aminokyseliny získané jejich trávením slouží tělu jako zdroj pro tvorbu vlastních buněk. V období kojení může být kladen větší nárok organismu na jejich příjem. *Vitamíny* jsou pro lidský organismus velice důležité. Zatímco vitamíny rozpustné v tucích představují určitý zdroj rezervy pro náš organismus, vitamíny rozpustné ve vodě je nutné denně doplňovat. K nejvýznamnějším vitamínům v době kojení patří vitamin A, B (B<sub>12</sub>, kyselina listová) a C. Řada vitamínů je dostupná

v ovoci a zelenině. Při konzumaci dáváme přednost syrové a čerstvé zelenině před mraženou či dušenou. Nedostatečný příjem *minerálních látek* v potravě matky může ovlivnit kvalitu mateřského mléka. Mezi důležité minerální látky zařazujeme především vápník, železo, jód a selen. Vápník je důležitý minerální prvek, který se podílí na stavbě kostí, ovlivňuje činnost srdečního svalu a podílí se na srážení krve. Železo je důležité pro krvetvorbu a transport kyslíku. Železo se nachází nejvíce v mase, vnitřnostech, zelenině a v mléčných výrobcích. Jód je důležitým prvkem pro metabolismus a tvorbu hormonů štítné žlázy. Nejvíce jódu obsahují výrobky z mořských živočichů, mořské ryby, vajíčka, cibule, česnek a citron. Selen je součástí enzymů, které brání buňky lidského těla proti působení škodlivých radikálů a je nejvíce přítomen v mořských rybách. *Vláknina* zastoupena v potravinách (celozrnný chléb, rýže, ovoce, zelenina) pozitivně ovlivňuje trávicí systém a působí jako prevence zácpy (13, 15, 17).

Na kvalitu a množství stravy musíme dbát nejen u žen, které mají odlišné stravovací návyky (vegetariánství), ale také u žen, které mají stravu upravenou z důvodu nějakého onemocnění (alergie, laktózová intolerance, cukrovka). Pokud ve stravě dochází k omezení důležitých živin, je třeba tyto živiny nahradit buď jinými přírodními zdroji nebo je dodat do těla uměle (doplňky stravy, vitamínové a minerální preparáty).

Kojící žena by si měla dávat pozor i na některé těkavé látky (silice aromatických druhů zeleniny, koření). Tyto látky velice rychle přecházejí z potravy do mateřského mléka a stávají se součástí potravy dítěte. Některé mohou nepříjemně ovlivnit zažívací systém dítěte a způsobit mu tak nepříjemné komplikace (zvýšená flatulence, kolika). Pokud je kojící žena kuřačka, měla by se snažit počet vykouřených cigaret omezit nebo nejlépe s kouřením úplně přestat. Nikotin přechází do mateřského mléka, mění jeho chuť a má negativní vliv na prospívání dítěte (1, 10, 13, 15).

## 1.8 Léky a kojení

Ve většině případů se léky do mateřského mléka dostávají ve velmi malých dávkách. Některé ale mohou mít významný vliv na dítě. Základním předpokladem při užívání léků v době kojení je posoudit výhody pro dítě při následném kojení a nevýhody účinků léků po přechodu do mateřského mléka. Obecně platí zásada, že léky během kojení by se měly užívat po co nejkratší dobu a v co nejnižší, ale účinné dávce. Z hlediska léku záleží na jeho molekulové hmotnosti, rozpustnosti v tucích, vazbě na plazmatické bílkoviny a na stupni ionizace. Z hlediska ženy jde o to, jak je její tělo schopno daný lék metabolizovat, jak dlouho, v jakých dávkách a v jaké formě bude daný lék užívat. Z hlediska dítěte záleží na jeho stáří a množství dávek mateřského mléka (5).

Léky užívané ženami v době kojení lze podle účinků na dítě rozdělit do tří základních skupin. Do první skupiny zařazujeme *léky kontraindikované*. Tyto léky přecházejí do mateřského mléka a nepříznivě působí na dítě. Patří sem cytostatika, imunosupresiva, radiofarmaka, návykové látky, lithium, látky snižující laktaci nebo látky snižující vypuzovací reflex (alkohol). Při užívání těchto léků je možné na nějakou dobu kojení přerušit a po ukončení léčby kojení opět zahájit. Tvorbu mléka v této době udržujeme pravidelným odstříkáváním. Druhou skupinu tvoří *léky s možnou toxicitou*. Negativní účinek na dítě je možný při delším užívání a vyšším dávkování. Řadíme sem většinu léků ovlivňující centrální nervový systém (antidepresiva, anxiolytika, epileptika). Kojící žena by měla být poučena o možných negativních účincích léku na dítě a měla by sama zvážit, zda bude pokračovat v kojení či nikoliv. Třetí skupinu pak tvoří *léky bezpečné* (léky běžně užívané při kojení). Těchto léků je většina. Do této skupiny zařazujeme analgetika, antipyretika, bronchodilatancia, diuretika, některá antihypertenziva, antikoagulancia, vitamíny a většinu antibiotik. Antibiotika ovlivňují střevní floru u dítěte. Při užívání antibiotik může dojít k senzibilizaci a časem ke vzniku alergie u dítěte (5, 9, 15, 31).



### ***1.9 Sexuální a partnerský život po porodu***

V šestinedělí dochází k proměnám sexuality páru jako celku. Vstupuje nová role v podobě rodičovství a dítěte. K obnovení pohlavního života dochází obvykle 4 - 6 týdnů po porodu, samozřejmě, pokud není šestinedělí komplikováno infekcí nebo špatným hojením porodního poranění. Jako prevence vzniku puerperální infekce je nutno dodržovat pravidla sexuální hygieny (23, 24).

Začátek pohlavního života po porodu je zcela individuální stejně tak jako provozované sexuální aktivity. Sex po porodu obvykle nepřináší zvláštní problémy ženám, které žijí v uspokojivém partnerském vztahu a ani před otěhotněním neměly v této záležitosti problémy. U části žen se však v průběhu šestinedělí i po něm objevuje snížený zájem o sex. Příčina může být biologická nebo psychogenní. Na sníženém zájmu o sex se mohou samozřejmě podílet tělesné i duševní faktory současně. Z biologických faktorů se uplatňuje zejména kojení, které je doprovázeno vysokou hladinou hormonu prolaktinu v krvi. Dále to mohou být anatomické změny pánevního dna po porodu, obtížné hojení porodního poranění, zjizvení hráze, únava po porodu a vyčerpání v důsledku intenzivní péče o novorozence. Psychologická příčina poklesu zájmu o sex u žen po porodu je zřejmě častější. Příchodem dítěte na svět se mění psychosociální situace partnerů. Dítě se stává středem zájmu ženy a péče o něj vede k její výraznější emoční zátěži. Naléhání partnera na obnovení sexuálního života nechť ženy k sexu ještě zvyšuje. Dalšími psychologickými faktory, které mohou vést ke snížení sexuální aktivity ženy po porodu, může být strach z opětovného otěhotnění či obava z trvalých změn postavy. Některé ženy se po porodu samy sobě nelíbí. Žena si přijde v tomto období málo přitažlivá, může se před partnerem stydět za zjizvenou hráz či odkapávající mléko z bradavek (1, 22, 23).

Těhotenství, porod a šestinedělí mohou přinést vážné změny v sexuálním prožívání zvláště u žen, které měly v této oblasti problémy již dříve, před otěhotněním. Proto v období snížené sexuální touhy ženy by měl partner přestat styk vyžadovat a měl by nechat na ženě, aby sama dala najevo, kdy chce sexuální styk znovu obnovit. Ženu by neměl do pohlavního styku v žádném případě nutit, měl by být trpělivý a ohleduplný. Podle možností může pár po porodu využít metody sexuálního uspokojení nekoitálním

způsobem, který je pro ženu přijatelnější než samotný pohlavní styk. Doporučuje se i využití autoerotiky jako ohleduplného způsobu řešení vyšší sexuální potřeby partnera. Dvojice by neměla omezovat nesexuální dotyky, objetí, polibky hlavně v období, kdy jeden z partnerů po sexu netouží. Je to jeden z dobrých způsobů, jak si projevit lásku. Partneři by neměli dopustit, aby tento přechodný sexuální nesoulad pokazil jejich jinak dobře fungující vztah. Nezbytnost dobré otevřené komunikace o sexu a pocitech s ním spojených je prvním z důležitých předpokladů dlouhodobé dobré sexuální perspektivy dvojice. Při přetrvávajícím problémem v partnerském vztahu je pak nejlepším krokem návštěva odborníka (21).

### *1.9.1 Sexuální dysfunkce žen po porodu*

Ženská sexuální dysfunkce je definována jako porucha sexuální touhy, vzrušení, bolesti orgastické nebo koitální, způsobující psychické obtíže. Sexuální dysfunkce u ženy ovlivňuje významným způsobem kvalitu jejího života (38).

Mezi nejčastější sexuální poruchy po porodu patří snížená sexuální apetence. Někdy dochází k její úplné ztrátě. Roli v této poruše hraje více faktorů. Jedním z nich je vysoká hladina prolaktinu, který chuť snižuje, náhlá změna životního stereotypu i změna psychického stavu ženy, jako je zvýšená úzkostnost jako projev starosti a zodpovědnosti za dítě (21).

K dalším poruchám sexuální aktivity po porodu patří porucha sexuálního vzrušení. Jde o neschopnost dosáhnout uspokojivého sexuálního zážitku, způsobující tíseň a úzkost. Může se projevit jako nedostatek subjektivních prožitků nebo nedostatek genitálních či jiných somatických reakcí.

Mezi poruchy spojené se sexuální bolestivostí patří dyspareunie. Jde o stavy koitálního dyskomfortu, při kterých pohyby penisu v pochvě vyvolávají nepříjemné pocity (dyspareunie) až bolest (algotpareunie). Mezi nejčastější příčiny patří špatně zhojené poranění hráze po porodu, endometrióza, chronický zánět poševní sliznice nebo porucha funkce svalů pánevního dna (38).

### ***1.10 Antikoncepce po porodu***

Výběr vhodné antikoncepční metody v současné době není problémem. Na trhu existuje celá řada přípravků a metod zabraňujících početí. Mezi mužské antikoncepční metody zahrnujeme přerušovaný pohlavní styk, prezervativ a sterilizaci. K ženským antikoncepčním metodám patří přirozené metody antikoncepce (tzv. plodné a neplodné dny), bariérové metody, chemické metody, nitroděložní tělísko, hormonální antikoncepce, postkoitální antikoncepce a sterilizace. Po poradě s gynekologem lze pro většinu žen nalézt optimální řešení, které respektuje její individuální potřeby (21).

Specifická situace nastává v životním období ženy po porodu. Pokud žena po porodu své dítě nekojí a nechce znovu otěhotnět, požádá svého gynekologa o předpis na svojí hormonální antikoncepci nebo zvolí po domluvě s lékařem jinou antikoncepční metodu. Ženy, které své děti kojí, musí počítat s možností otěhotnění, neboť ani dlouhé a intenzivní kojení neposkytuje tak spolehlivou ochranu jako jiné antikoncepční metody, které dnes máme k dispozici. Kojení jako ochrana proti početí má sice přirozený antikoncepční účinek, ale je relativní a závisí na tom, jak často a po jakou dobu je dítě kojeno, a dále na hladině hormonu prolaktinu, který zprostředkovává tvorbu mléka a blokuje menstruační cyklus (11).

Výběr antikoncepce pro kojící ženy je sice poměrně široký, ale platí zde zvláštní pravidla. Prostředkem první volby jsou všechny nehormonální metody (kondomy), chemická antikoncepce (spermicidy), intramuskulární antikoncepční injekce hormonálního přípravku, nitroděložní tělísko. Na hormonální metody zabránění početí je třeba během kojení pohlížet diferencovaně. Kombinovaná pilulka by neměla být používána, protože v ní obsažené estrogeny a gestageny mohou ovlivňovat laktaci. Proto při užívání orální hormonální antikoncepce dáváme jednoznačně přednost preparátům obsahující pouze gestagen (hormon žlutého tělíska). Tím je třeba minipilulka. Do mateřského mléka přechází pouze nepatrné množství gestagenů, aniž by nějakým způsobem ovlivňovaly množství a složení mateřského mléka. Minipilulka ale působí spolehlivě jenom tehdy, pokud se užívá v pravidelných intervalech. Pokud si žena zvolí tuto metodu antikoncepce, je vhodné začít užívat minipilulku alespoň 14 dní před předpokládaným začátkem sexuálního života (21, 40).

Z dalších prostředků antikoncepčních metod mají kojící ženy k dispozici metody nitroděložní, tj. klasické tělísko (IUD) nebo hormonální nitroděložní systém (IUS). Klasické tělísko uvolňuje měď, stříbro nebo zlato, IUS uvolňuje hormon. Většina nitroděložních tělísek se zavádí ambulantně po skončení šestinedělí a jsou funkční po dobu 5 let. Velkou výhodou je, že žena na rozdíl od užívání perorální antikoncepce nemusí při zavedení nitroděložního tělíska na nitroděložní systém myslet, a přitom je antikoncepční efekt zcela zajištěn (8, 14).

U žen, které již další těhotenství neplánují, je vhodné provést sterilizaci. Tu lze provést již za několik dnů po porodu. Jedná se o chirurgické přerušování vejcovodů v celkové anestézii. Provedení tohoto zákroku má své specifické indikace (40).

### ***1.11 Cvičení žen po porodu na oddělení šestinedělí***

Rehabilitace je součástí komplexní ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických oborech. Je to souhrn opatření, která směřují ke zlepšení nebo zachování funkční zdatnosti nemocného nebo ohroženého organismu.

Léčebná tělesná výchova v šestinedělí hraje velice důležitou roli a je významným činitelem v tomto období. Má význam léčebný, preventivní, estetický i psychický. Správným cvičením dochází k postupnému odstranění změn, které v těle nastaly během těhotenství a při porodu, a tím pomáhá navrátit ženu do plného zdraví (26, 34).

Hlavním účelem cvičení v šestinedělí je povzbudit krevní oběh a zabránit tak vzniku tromboembolické nemoci, upevnit a posílit svaly břišní, bederní a svaly, které byly při porodu narušeny (svaly pánevního dna), urychlit zavinování dělohy a zajistit správné uložení dělohy v malé pánvi, povzbudit činnost mléčných žláz (laktaci), urychlit návrat do celkové psychické a tělesné kondice (21, 26, 34, 36).

Na rehabilitační péči v porodnictví a gynekologii se kromě rehabilitačních pracovníků v poslední době stále častěji podílejí i porodní asistentky. Z jejich náplně práce vyplývá, že mají vést tělocvik pro těhotné, šestinedělky a ženy po gynekologických operacích (34).

### ***1.11.1 Cvičení po spontánním porodu***

S cvičením začínáme za 12 až 24 hodin po porodu, podle ordinace lékaře. Nedělký cvičí vleže na lůžku, z kterého odstraníme polštáře. Před cvičením je nutné vyprázdnit močový měchýř. Lépe je cvičit po kojení. Cvičení by nemělo přesáhnout 20 minut. Cviky nesmí být namáhavé. Každý cvik je třeba 5 - 10 x zopakovat. Jestliže je nedělka unavená, prokládáme cvičení dechovým cvičením a relaxací. Po ukončení cvičení je vhodné, aby žena zaujala polohu vleže na břiše (21, 26, 34).

Cvičení šestinedělek můžeme rozdělit do tří skupin v závislosti na době, která uplynula od porodu. První skupinu tvoří ženy, které jsou první den po porodu. Sem zařazujeme dechová cvičení hrudní a břišní, dále cviky malých kloubů horních a dolních končetin, cviky na zpevnění svalstva pánevního dna a cviky pro podporu prsního svalstva. Do druhé skupiny zařazujeme ženy, které jsou druhý a třetí den po porodu. Cvičení zahajujeme cviky předchozího dne, postupně zvyšujeme zátěž na cviky pánevního dna. Dále přidáváme cviky velkých kloubů dolních končetin. Cvičíme vleže na boku a vleže na břiše. Třetí skupinu tvoří ženy, které jsou čtvrtý a další den po porodu. Do tohoto cvičení zařazujeme cviky předchozích dvou skupin, dále cviky na posílení přímých a šikmých břišních svalů a cviky na posílení zejména bederní páteře. Cvičení se provádí v poloze na zádech, na boku, na břiše, v sedu i ve stoji tak, jak je uvedeno v příloze 6 (26, 34, 36).

Kontraindikací cvičení jsou horečnaté stavy, větší poporodní poranění, větší krevní ztráta za porodu a veškeré odchylky od fyziologicky probíhajícího šestinedělí. Břišní svaly posilujeme pouze v případě, že nedošlo v průběhu těhotenství k jejich rozestupu tzv. diastáze (21, 34).

### ***1.11.2 Cvičení po císařském řezu***

Účelem léčebné tělesné výchovy po císařském řezu je především zabránit vzniku pooperačních komplikací (zánětu žil, zácpě, inkontinenci). Cílené cviky zlepší prokrvení v malé pánvi a tím urychlí látkovou výměnu a hojení v pooperačním poli. Dále cvičení vede k posílení svalů, které byly operací narušeny a ke zlepšení celkové fyzické i psychické kondice.

Cvičení trvá 10-15 minut. Před cvičením by měl být vyprázdněn močový měchýř. Každý cvik opakujeme 5 – 8 x. Cvičení v průběhu dne se doporučuje 2-3x opakovat. Do tří týdnů provádí pacientka cviky jako šestý den po operaci (viz. příloha 7). Do šesti týdnů by se žena měla vyvarovat zvedání těžkých břemen.

Po odstranění stehů provádíme jemnou tlakovou masáž jizvy v poloze na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Prsty přiložíme na okraj jizvy. Lehce tlačíme směrem dolů a kroužíme. Tímto způsobem promasírujeme jizvu v celém průběhu. Masáž provádíme nasucho. Po zhojení rány provádíme masáž jizvy a okolí nejlépe olejem nebo krémem s vitamínem E. Masáž opakujeme několikrát denně (6).

### ***1.12 Základní sociální zabezpečení žen po porodu***

Sociální právní ochrana žen v těhotenství a po porodu je zakotvena v několika zákonech. Jedním z nich je zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, který upravuje pracovní podmínky zaměstnankyň, zaměstnaných matek, zaměstnanců pečující o dítě a o jiné fyzické osoby, a zákon č. 88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené a o dávkách v mateřství a o přídavcích na dětech z nemocenského pojištění.

Další oporou pro ženy po porodu je systém státní sociální podpory, který je upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Dalším zákonem, pomáhajícím ženám v nepříznivé sociální situaci, je zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dalším zákonem, který je pro ženu oporou v tíživé sociální situaci je zákon 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi a zákon 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu (20).

#### ***1.12.1 Mateřská a rodičovská dovolená***

Mateřská dovolená souvisí s porodem a péčí o narozené dítě a trvá 28 týdnů. Přijdou-li na svět dvě děti a více, může žena zůstat doma 37 týdnů. Mateřskou dovolenou nastupuje těhotná žena 6 – 8 týdnů před termínem porodu. Porodí – li dříve, než určí lékař, a žena (zaměstnankyně) tak vyčerpá méně než 6 týdnů mateřské dovolené, náleží ji mateřská dovolená ode dne jejího nástupu až do uplynutí 28 týdnů.

Pokud ale vyčerpá z mateřské dovolené méně než 6 týdnů z jiného důvodu, náleží jí mateřská dovolená ode dne porodu pouze do uplynutí 22 týdnů, popřípadě 31 týdnů, jde-li o zaměstnankyni, která porodila dvě nebo více dětí. Mateřská dovolená nesmí být v souvislosti s porodem kratší než 14 týdnů. A neměla by končit ani být přerušena před uplynutím 6 týdnů ode dne porodu. Pokud se dítě narodilo mrtvé, náleží zaměstnankyni mateřská dovolená po dobu 14 týdnů.

K prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnankyni či zaměstnanci rodičovskou dovolenou, která začíná po skončení mateřské dovolené a trvá do 3 let věku dítěte. Rodičovská dovolená musí být čerpána vcelku a o nástupu na rodičovskou dovolenou je vhodné zaměstnavatele požádat, nejlépe písemnou formou.

Nárok na peněžitou pomoc v mateřství má i pojištěnec, který je otcem dítěte nebo manželem ženy, která dítě porodila, jestliže s matkou dítěte uzavře písemnou dohodu o jeho péči (20, 35).

### ***1.12.2 Dávky státní sociální podpory související s porodem***

*Porodné* je dávka, kterou dostává každá matka po porodu dítěte, která má trvalý pobyt na území České republiky. Jedná se o jednorázovou dávku, která je upravená zákonem o státní sociální podpoře. Nárok na porodné má rovněž otec dítěte, jestliže žena po porodu zemřela a porodné nebylo vyplaceno matce ani jiné osobě, tento nárok vzniká dnem porodu. V případě úmrtí dítě má rodič či osoba, jež vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti, nárok na *pohřebné*, a to za podmínek daných v zákoně.

*Rodičovský příspěvek* je dávka, na kterou má nárok rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině. Rodič si může zvolit čerpání rodičovského příspěvku po dobu dvou, tří nebo čtyř let dítěte. Rodičovský příspěvek náleží i v případě, kdy dítě, které je mladší tří let, navštěvuje jesle nebo jiné obdobné zařízení po dobu nejvýše pěti kalendářních dnů v kalendářním měsíci. Dále dítě, které dovršilo tří let věku a navštěvuje mateřskou školu nebo jiné obdobné zařízení v rozsahu nepřevyšujícím čtyři hodiny denně nebo pět dnů v kalendářním měsíci, anebo když dítě pravidelně navštěvuje léčebně rehabilitační

zařízení nebo mateřskou školu nebo její třídu zřízenou pro zdravotně postižené děti či jesle se zaměřením na vady zraku, sluchu, řeči, a pro děti tělesně postižené a mentálně retardované v rozsahu nepřevyšujícím čtyři hodiny denně.

*Přídavek na dítě* je základní, dlouhodobou dávkou, poskytovanou rodinám s dětmi, která jim pomáhá krýt náklady spojené s výchovou a výživou nezaopatřených dětí. Nárok na vyplácení přídavku závisí na věku dítěte, výši čistého měsíčního příjmu rodiny a na výši částek životního minima. Nárok na přídavek vzniká narozením dítěte a trvá po dobu jeho nezaopatřenosti, nejdéle však do věku 26 let.

*Sociální příplatek.* Cílem sociálního příplatku je pomáhat rodinám s nízkými příjmy, krýt náklady spojené se zabezpečováním jejich potřeb. Nárok na sociální příplatek je vázán na péči o nezaopatřené dítě (s výjimkou dítěte svěřeného do pěstounské péče) a na stavenou hranici příjmů v rodině v předchozím kalendářním čtvrtletí. Ve výši dávky se odráží nejen příjmy rodiny, ale i další rodinné situace. Sociální příplatek se zvyšuje v případech, kdy dítě je dlouhodobě těžce zdravotně postižené nebo nemocné, zohledněny jsou také zdravotní postižení nebo osamělost rodiče.

*Příspěvek na bydlení* přispívá na krytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy. Poskytnutí příspěvku podléhá testování příjmů rodiny za předchozí kalendářní čtvrtletí. Za příjem se považují i přídavek na dítě a rodičovský příspěvek. Na příspěvek na bydlení má nárok vlastník nebo nájemce bytu, který je v bytě přihlášen k trvalému pobytu.

Nárok na přídavek na dítě, sociální příplatek či příspěvek na bydlení záleží na výši příjmů rodiny, zda na ně bude mít rodič nárok či nikoliv, a proto je dobré se na ně informovat na kontaktních místech Úřadu práce - Odbor státní sociální podpory ve spádové oblasti (20, 35).

### ***1.12.3 Sociální služby pro ženy po porodu***

Z pohledu rodinné politiky lze rozlišit tři typy aktivit zaměřených na podporu rodiny. Jsou to sociální služby (sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence), služby na podporu fungující rodiny (komerčně a nekomerčně poskytované



služby) a činnosti poskytované v rámci sociálně-právní ochrany dětí. Mezi nekomerčně poskytované služby na podporu fungující rodiny patří např. mateřská centra.

Ženy, které se dostanou do nepříznivé sociální situace, mohou využít sociálních služeb. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. V oblasti sociálního poradenství mohou ženy využít základního i odborného sociálního poradenství, které poskytují státní i soukromé organizace. V oblasti sociální péče mohou využít nabízenou pomoc zejména ženy, kterým se narodilo dítě se zdravotními potížemi, nebo ženy, které prožívají složitou životní situaci z jiného důvodu. Díky sociálnímu poradenství se jim může dostat sociálně terapeutická pomoc, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí (20).

## **2. CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíle práce***

Cíl 1 Zjistit problémy žen, které prožívají v poporodním období 3 – 6 dní po porodu.

Cíl 2 Zjistit informovanost žen o péči o sebe samu v poporodním období.

Cíl 3 Zjistit informovanost žen o poporodním cvičení na oddělení šestinedělí.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotéza 1 Ženy v poporodním období vidí prioritu problémů v péči o novorozence než v péči o sebe samu.

Hypotéza 2 Ženy v poporodním období mají informace o péči o sebe samu.

Hypotéza 3 Ženy mají informace o cvičení v poporodním období na oddělení šestinedělí.

### **3. METODIKA**

#### ***3.1 Použitá metoda***

K ověření hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku (viz. příloha 1). Dotazník měly ženy k dispozici na porodnickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. a Nemocnice Strakonice, a.s.. Dotazník byl určen ženám 3. – 6. den po porodu a obsahoval 33 otázek. Otázky v dotazníku byly uzavřené, otevřené i polootevřené. Zpočátku byly položeny otázky identifikační, následně zjišťovací. Otázky se týkaly průběhu šestinedělí, možných poporodních komplikací a informovanosti žen o péči v šestinedělí. V závěru dotazníku ženy odpovídaly na otázky týkající se cvičení v poporodním období.

Dotazníky byly rozdávány osobně, dále ve spolupráci s porodními asistentkami z Nemocnice Strakonice, a.s. a mými kolegyněmi z porodnického oddělení Nemocnice Písek, a.s.

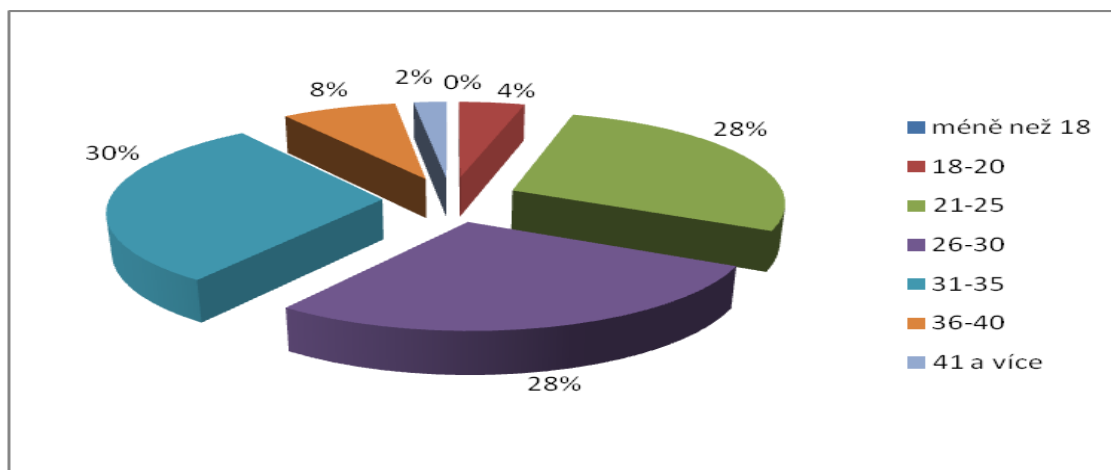
Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, z nichž řádně vyplněných a vhodných k výzkumu bylo vráceno 90. Vyplněné dotazníky jsou zdrojem potřebných dat pro účely výzkumu v bakalářské práci.

#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily ženy 3. - 6. den po porodu, které rodily v Nemocnici Písek, a.s. a v Nemocnici Strakonice, a.s. od druhé poloviny února do první poloviny dubna roku 2010. Výzkumný soubor tvoří celkem 90 dotázaných respondentek, což představuje 82 % všech rozdaných dotazníků.

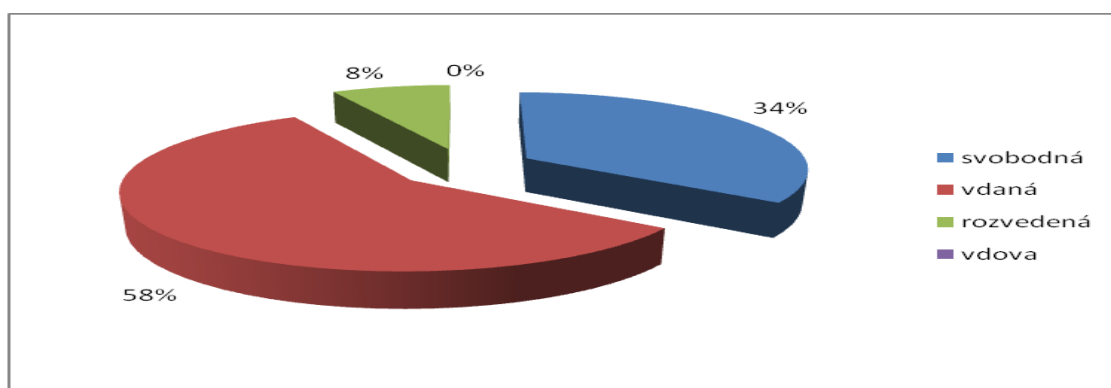
## 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

**Graf 1 Věk respondentek**



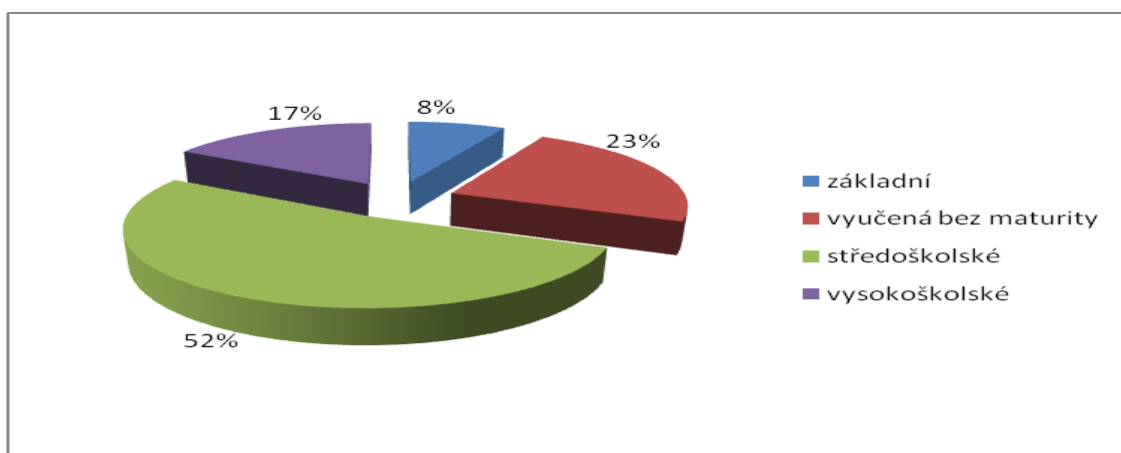
27 (30 %) dotazovaných žen spadá do věkového rozmezí 31-35 let. Věkovou kategorií 21-25 let tvořilo 25 (28 %) žen a věkovou kategorií 26-30 let tvořilo také 25 (28 %) žen. 7 (8 %) žen bylo ve věku 36-40 let. Další věkovou kategorií 18 - 20 let zastupovaly 4 (4 %) ženy a 41 a více let 2 (2 %) ženy. Možnost „méně než 18“ neoznačila žádná (0 %) respondentka.

**Graf 2 Rodinný stav respondentek**



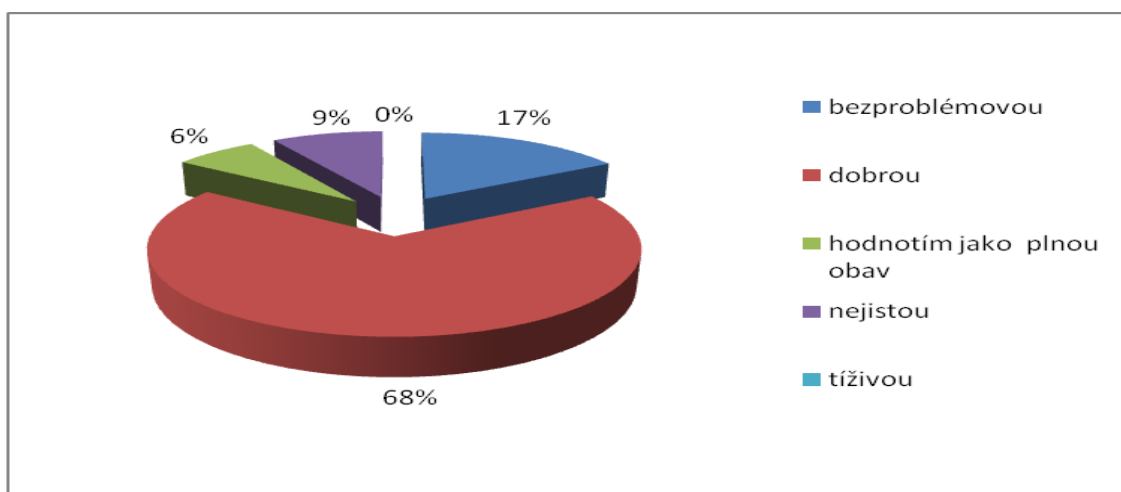
Z 90 (100 %) dotazovaných žen udává svůj rodinný stav vdaná 52 (58 %) respondentek. 31 (34 %) respondentek udává svůj rodinný stav svobodná, 7 (8 %) respondentek tvoří matky rozvedené. Možnost „vdova“ neoznačila žádná respondentka.

**Graf 3 Vzdělání respondentek**



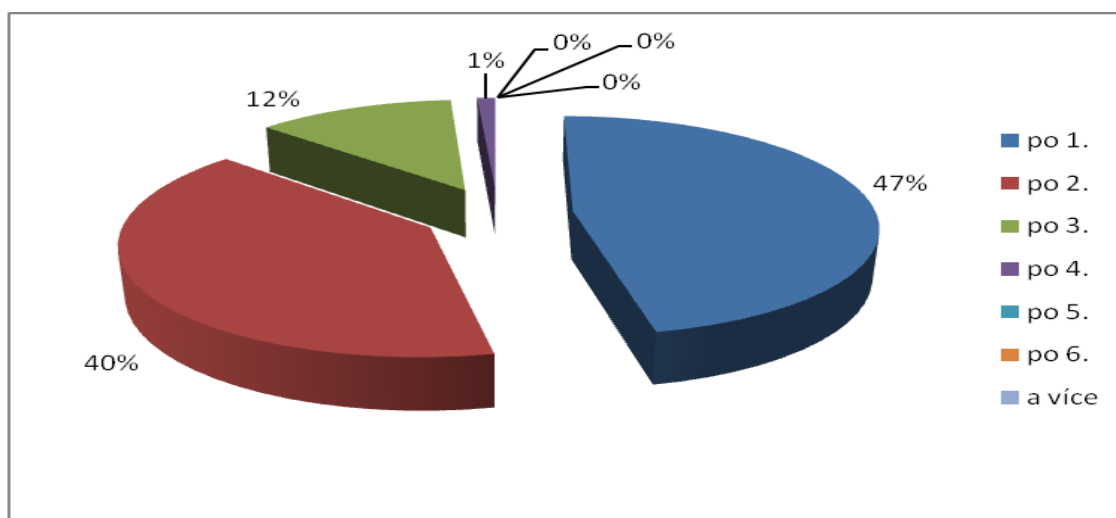
47 (52 %) dotazovaných žen mělo středoškolské vzdělání, 21 (23 %) žen uvedlo vyučená bez maturity, 15 (17 %) žen mělo vysokoškolské vzdělání a 7 (8 %) respondentek uvedlo základní vzdělání.

**Graf 4 Sociální situace respondentek**



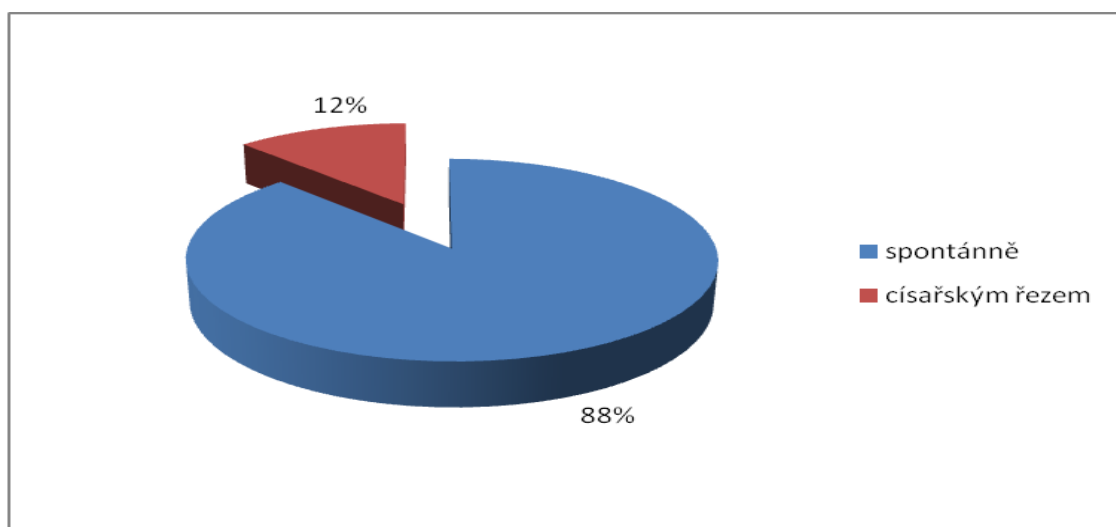
61 (68 %) respondentek uvedlo jako svou sociální situaci dobrou a 15 (17 %) bezproblémovou. 8 (9 %) žen hodnotí svojí sociální situaci jako nejistou a 6 (6 %) žen jako plnou obav. Možnost označení sociální situace jako tíživé neuvádla žádná respondentka.

**Graf 5 Parita respondentek**



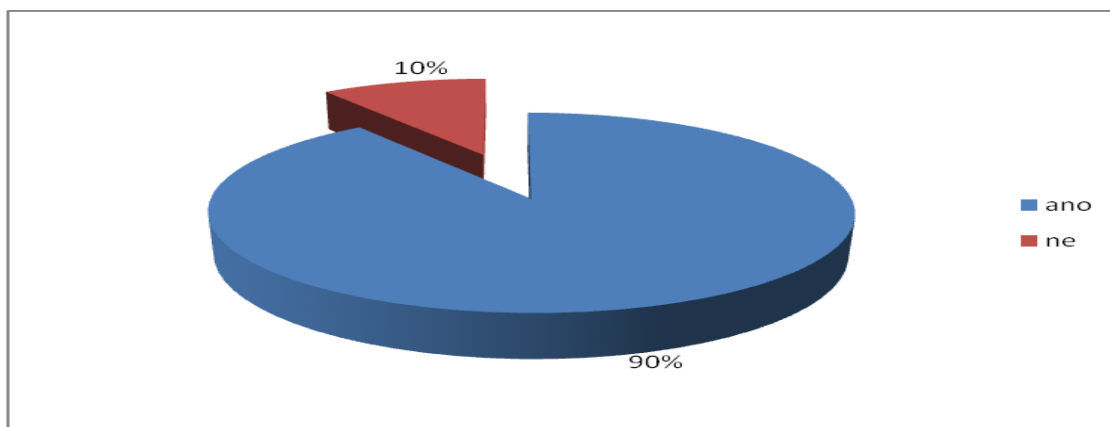
42 (47 %) respondentek rodilo poprvé, 36 (40 %) žen podruhé, 11 (12 %) žen potřetí a 1 (1 %) žena počtvrté. Možnost porodu popáté, pošesté a více neoznačila žádná respondentka.

**Graf 6 Druh porodu**



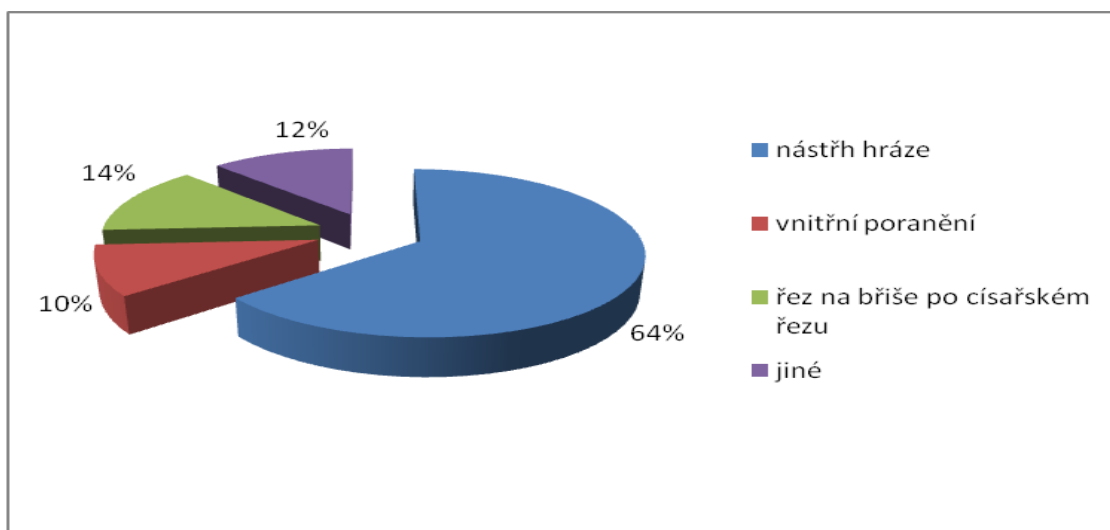
V dotazníkovém šetření 79 (88 %) respondentek uvedlo, že své dítě porodilo spontánně a 11 (12 %) žen pomocí císařského řezu.

**Graf 7 Přítomnost porodního poranění**



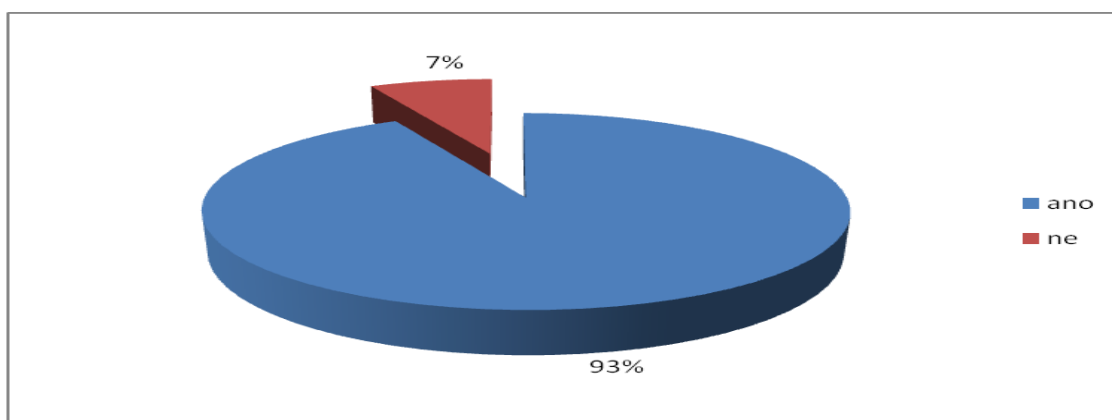
Z 90 (100 %) dotázaných respondentek 81 (90 %) uvedlo, že mělo poporodní poranění. 9 (10 %) respondentek žádné porodní poranění neudává.

**Graf 8 Druh porodního poranění**



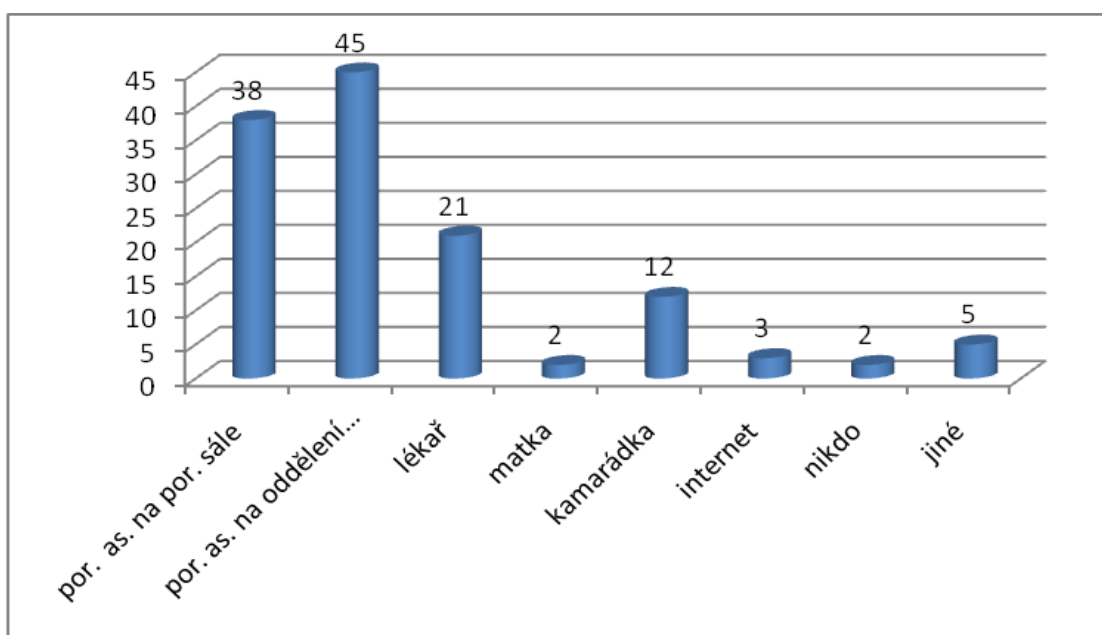
Z celkového počtu 81 (100 %) respondentek uvedlo 52 (64 %) žen, že při porodu byl proveden nástřih hráze. 11 (14 %) žen mělo po porodu císařským řezem řez na břicho. 10 (12 %) respondentek uvádí v možnosti „jiné“, že měly zevní i vnitřní poranění a 8 (10 %) žen uvedlo pouze poranění vnitřní.

**Graf 9 Informovanost respondentek ohledně péče o porodní poranění**



Z celkového počtu 81 (100 %) respondentek uvádí 75 (93 %) žen, že byly v dostatečném množství informovány ohledně péče o porodní poranění. 6 (7 %) žen uvedlo, že informovány nebyly.

**Graf 10 Zdroje informací ohledně péče o porodní poranění**



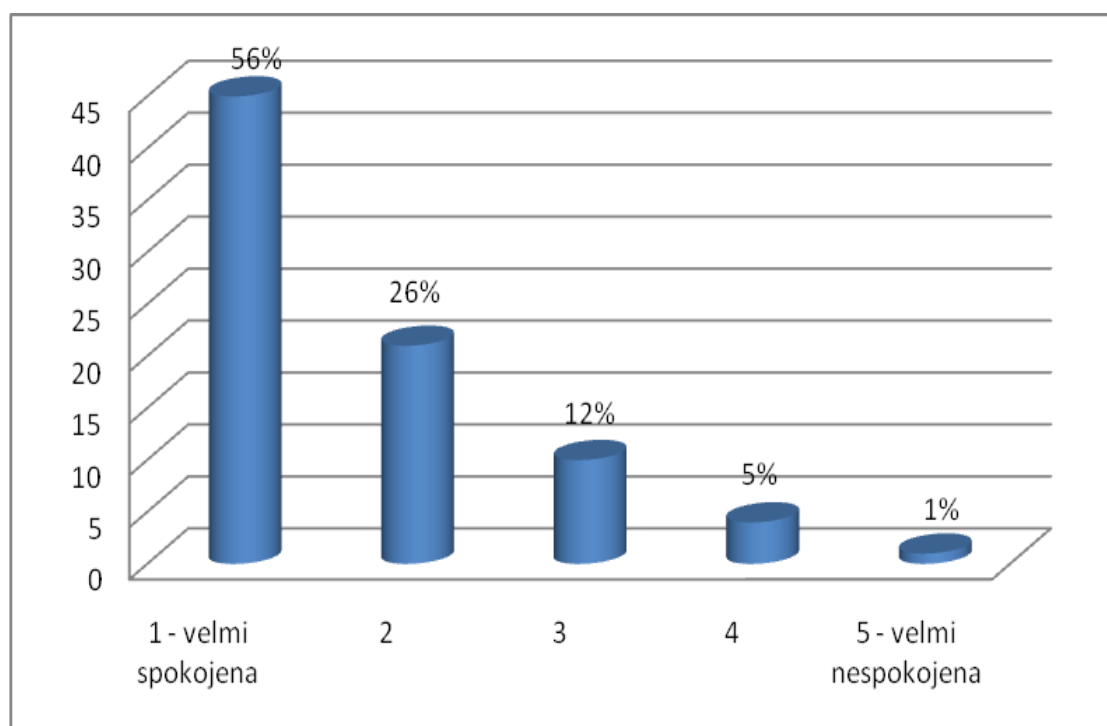
Graf znázorňuje četnost odpovědí, nikoliv jejich procentuální zastoupení, neboť zde respondentky mohly uvést více odpovědí. Odpovídalo 81 žen, které v otázce 7



odpověděly, že měly nějaké porodní poranění a byly šity. Celkem bylo získáno 128 odpovědí.

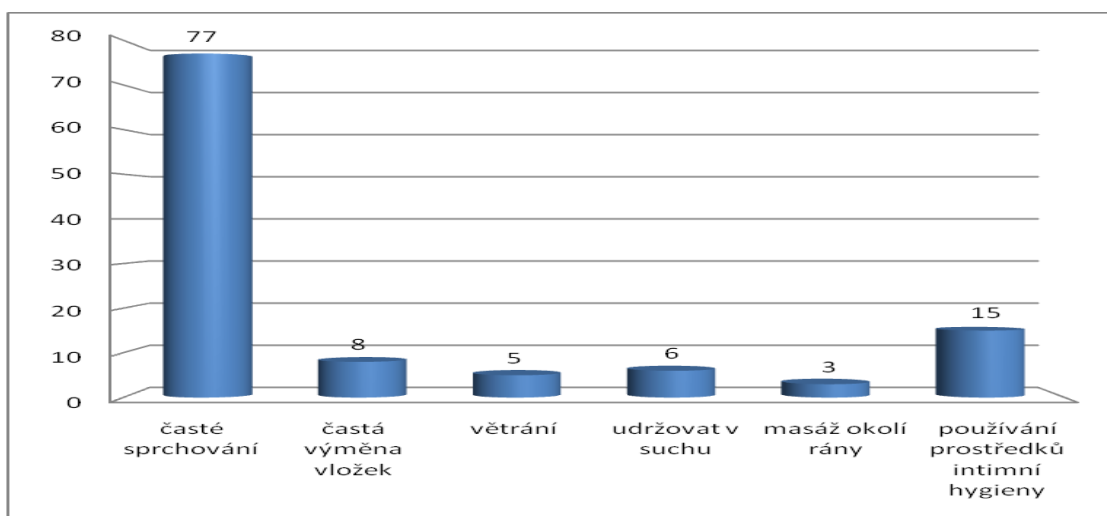
45x byla uvedena porodní asistentka na oddělení šestinedělí, 38x porodní asistentka na porodním sále, 21x lékař, 12x kamarádka, 5x pod možností „jiné“ uvedly respondenty porodní asistentku na předporodním kurzu, 3x byl označen internet, 2x nikdo, 2x poskytla respondentkám informace ohledně péče o porodní poranění jejich matka.

**Graf 11 Spokojenost respondentek s mírou podaných informací zdravotnickým personálem ohledně péče o porodní poranění**



Z celkového počtu 81 (100 %) respondentek označilo 45 (56 %) žen spokojenost s mírou poskytnutých informací ohledně péče o porodní poranění od zdravotnického personálu na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 21 (26 %) jich označilo bod 2, 10 (12 %) žen označilo bod 3, 4 (5 %) respondentky bod 4 a 1 (1 %) žena označila bod 5 (tzn. velmi nespokojena).

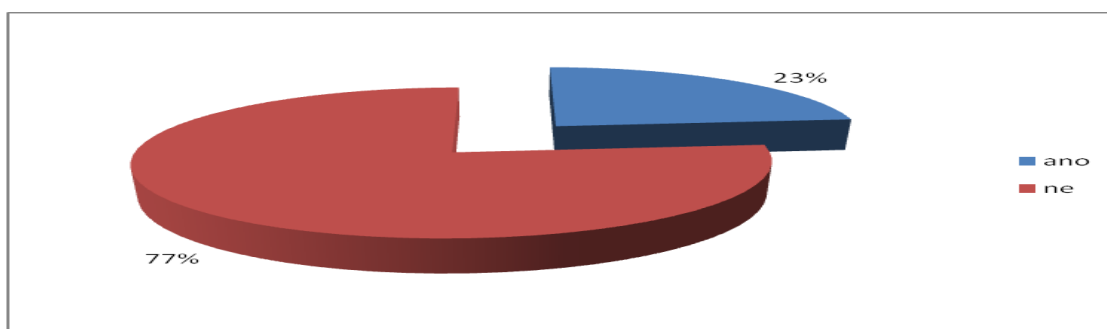
**Graf 12 Způsob péče respondentek o porodní poranění**



Graf znázorňuje četnost odpovědí, nikoliv jejich procentuální zastoupení, neboť zde respondentky mohly vypsát více odpovědí. Odpovídalo 81 žen a bylo získáno 114 odpovědí.

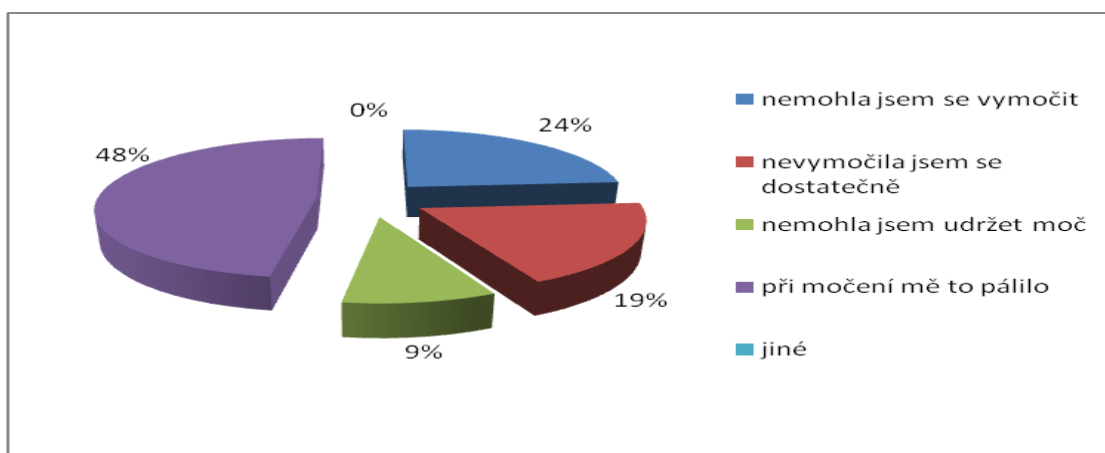
77x bylo uvedeno v péči o porodní poranění časté sprchování, 15x používání prostředků intimní hygieny, 8x respondentky uvedly častou výměnu vložek a 5x nechat ránu větrat. Respondentky po císařském řezu kromě častého sprchování uvedly 6x udržovat ránu a okolí rány v suchu a 5x masáž okolí rány.

**Graf 13 Potíže s vyprazdňováním moče**



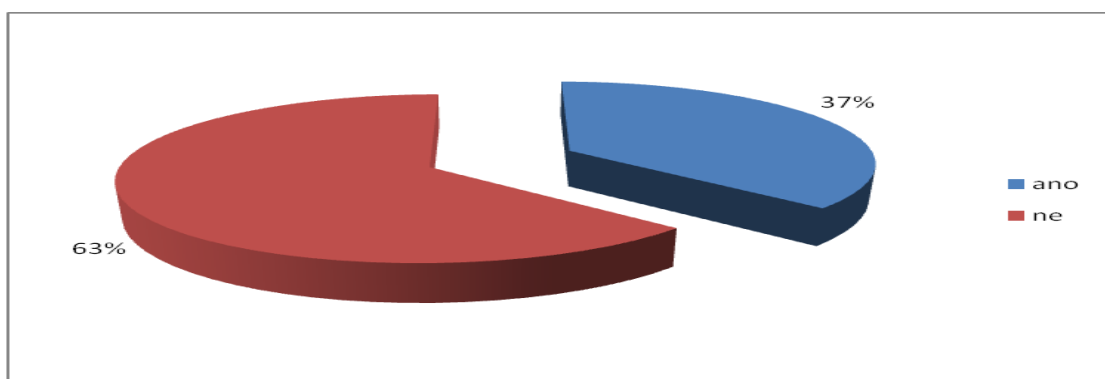
21 (23 %) respondentek na otázku, zda se po porodu objevily problémy s vyprazdňováním moče, odpovědělo ano. Většina žen, tedy 69 (77 %) žádné potíže s vyprazdňováním moče po porodu neudává.

**Graf 14 Konkrétní potíží při vyprazdňování močového měchýře**



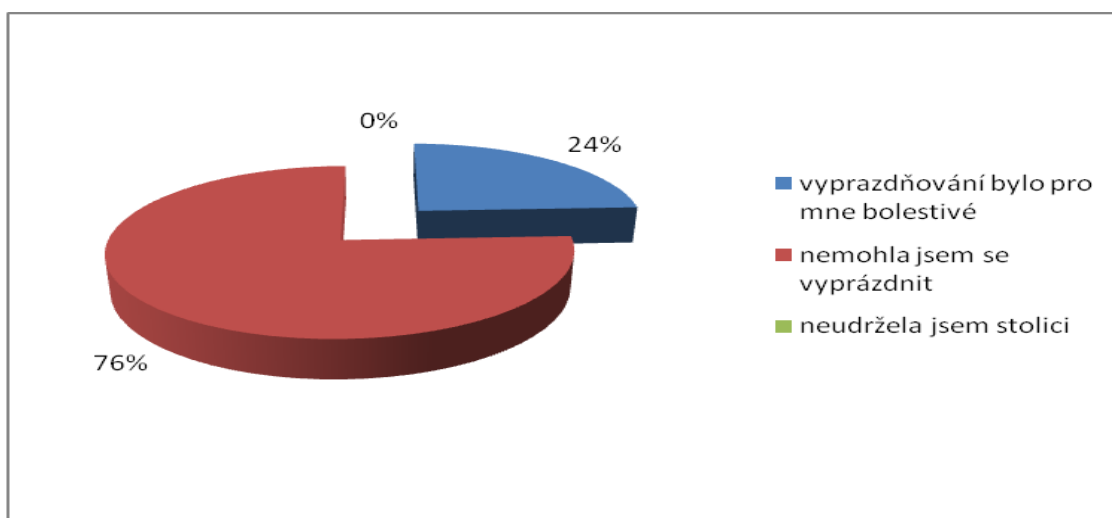
Z celkového počtu 21 respondentek, které si v dotazníku stěžovaly na potíže s vyprazdňováním moče, jich 5 (24 %) udalo, že se u nich objevily potíže ve smyslu pocitu plného močového měchýře, ale nemožnosti vymočení se. 4 (19 %) respondentky si stěžovaly na problém, kdy se sice trochu vymočily, ale v močovém měchýři zůstalo zbytkové reziduum moče. 2 (9 %) respondentky měly potíže s udržením moče. 10 (48 %) respondentek udává, že při močení pociťovaly nepříjemné pálení. Možnost „jiné“ neoznačila žádná z respondentek.

**Graf 15 Potíže s vyprazdňováním stolice**



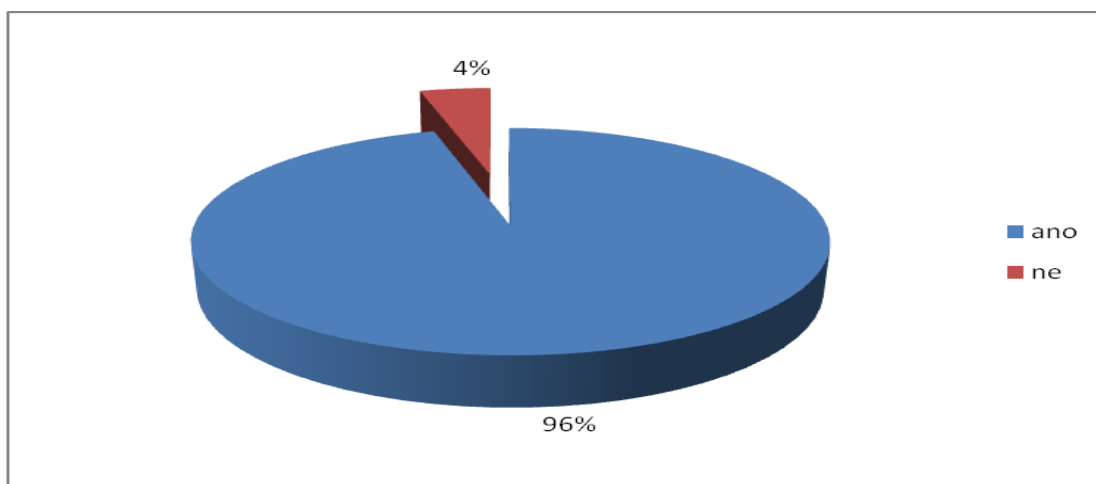
33 (37 %) respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že se u nich po porodu objevily problémy s vyprazdňováním stolice. 57 (63 %) žen uvedlo, že se u nich po porodu žádné potíže s vyprazdňováním stolice neobjevily.

**Graf 16 Konkrétní potíže při vyprazdňování stolice**



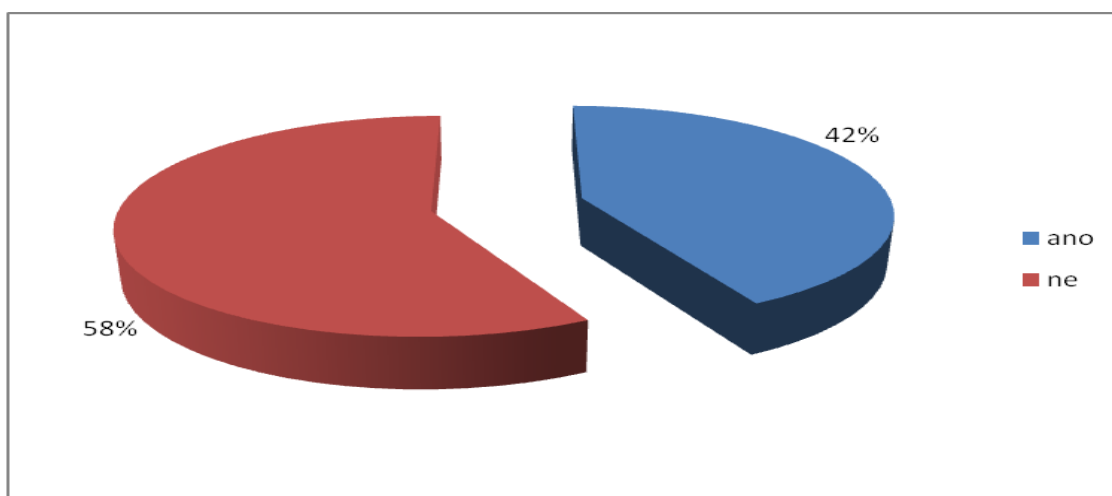
8 (24 %) respondentek z celkového počtu 33 žen, které v dotazníkovém šetření udaly problémy s vyprazdňováním stolice, pociťovalo při vyprazdňování stolice nepříjemnou bolest. 25 (76 %) respondentek se nemohlo vyprázdnit. Možnost „neudržela jsem stolici“ neoznačila žádná z respondentek.

**Graf 17 Kojení dítěte**



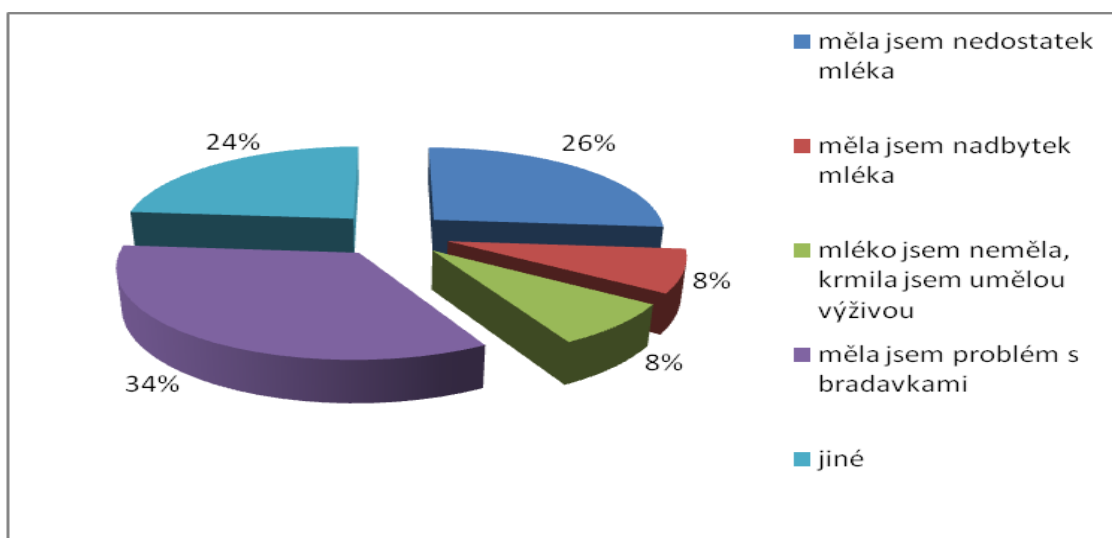
88 (96 %) respondentek uvedlo, že své narozené dítě kojilo. 4 (4 %) žen své dítě z nějakého důvodu nekojilo.

**Graf 18 Problémy s kojením po porodu**



Na otázku, zda se vyskytly po porodu nějaké problémy s kojením, 38 (42 %) respondentek uvedlo, že ano. 52 (58 %) žen v dotazníku vyplnilo, že po porodu žádné problémy s kojením nemělo.

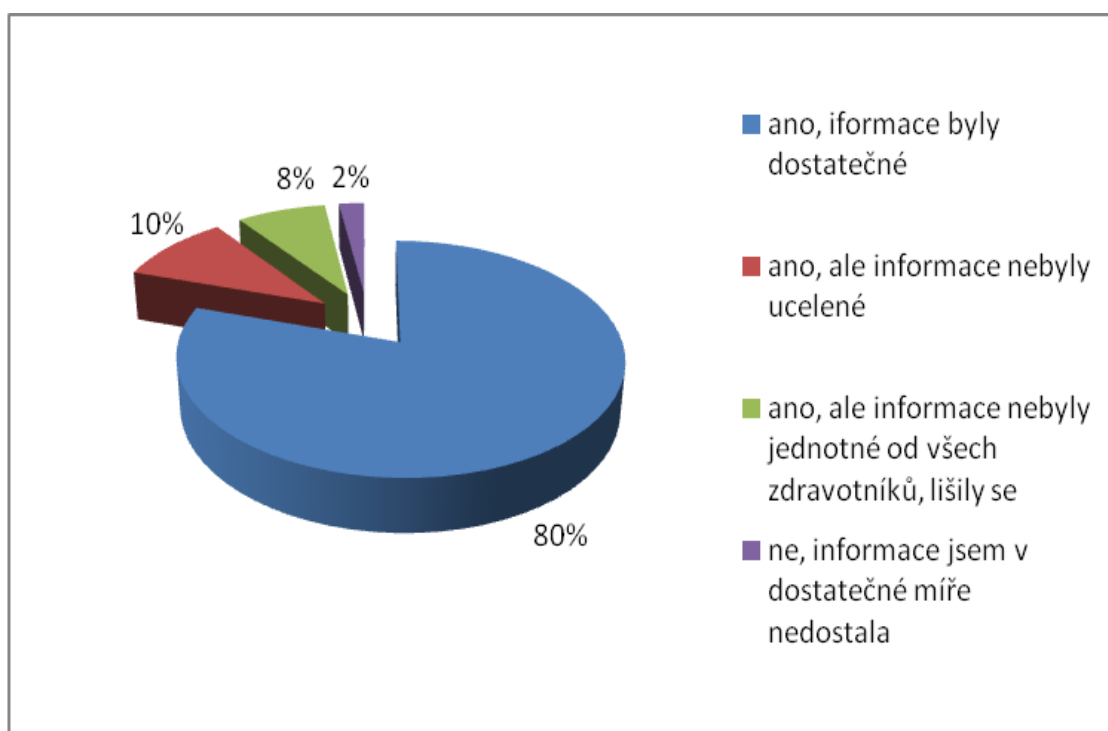
**Graf 19 Konkrétní problémy s kojením**



Z celkového počtu 38 respondentek mělo 16 (42 %) žen v dotazníkovém šetření problém s bradavkami. 8 (21 %) žen popsalo problémy ve smyslu nedostatku mateřského mléka a 3 (8 %) ženy trápil zas nadbytek mateřského mléka. 2 (5 %)

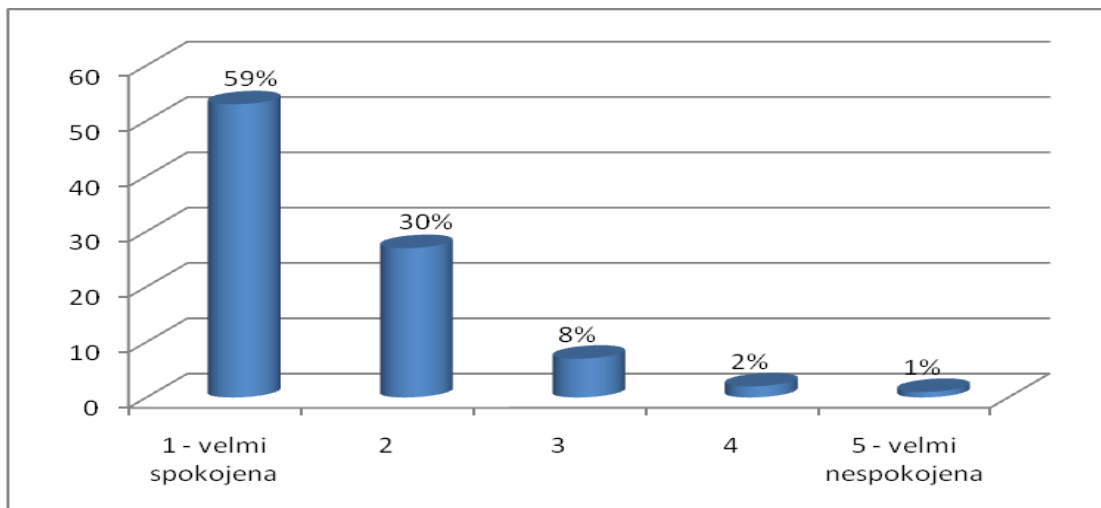
respondentky v dotazníku uvedly, že své dítě musely krmit umělou výživou. 9 (24 %) žen uvedlo jiné problémy s kojením. Z těchto 9 žen si 7 respondentek v dotazníku stěžovalo, že dítě nechtělo sát z prsu a 2 respondentky nemohly své dítě kojit ze zdravotních důvodů.

**Graf 20 Informovanost respondentek ohledně kojení a řešení problémů s kojením**



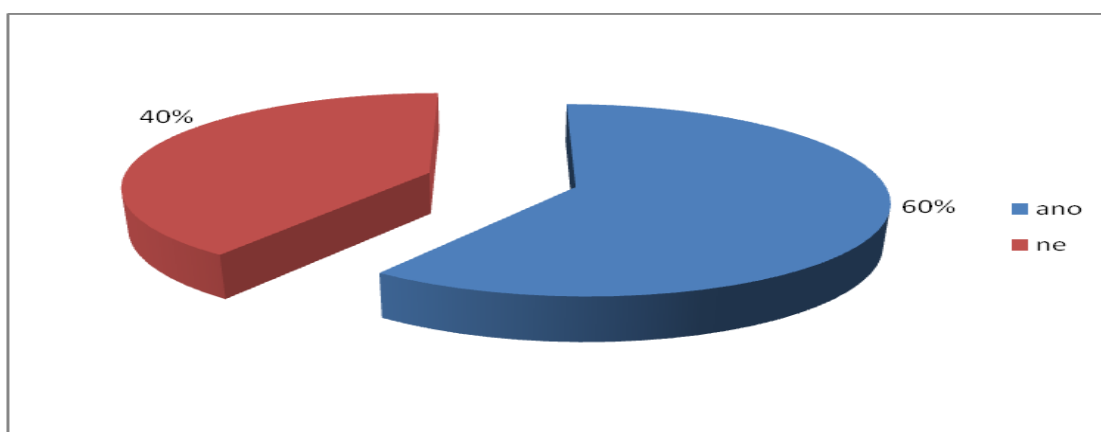
72 (80 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že byly zdravotnickým personálem informovány ohledně kojení a řešení problémů s kojením, a že tyto informace byly dostatečné. 9 (10 %) uvedlo, že byly informovány, ale podané informace nebyly ucelené. 7 (8 %) respondentkám byly poskytnuté informace o kojení a řešení problémů s kojením, ale tyto informace nebyly od všech zdravotníků jednotné, lišily se. 2 (2 %) ženy v dotazníku vyplnily, že jim informace v dostatečné míře nebyly podány.

**Graf 21 Spokojenost respondentek s mírou podaných informací ohledně kojení od zdravotnického personálu**



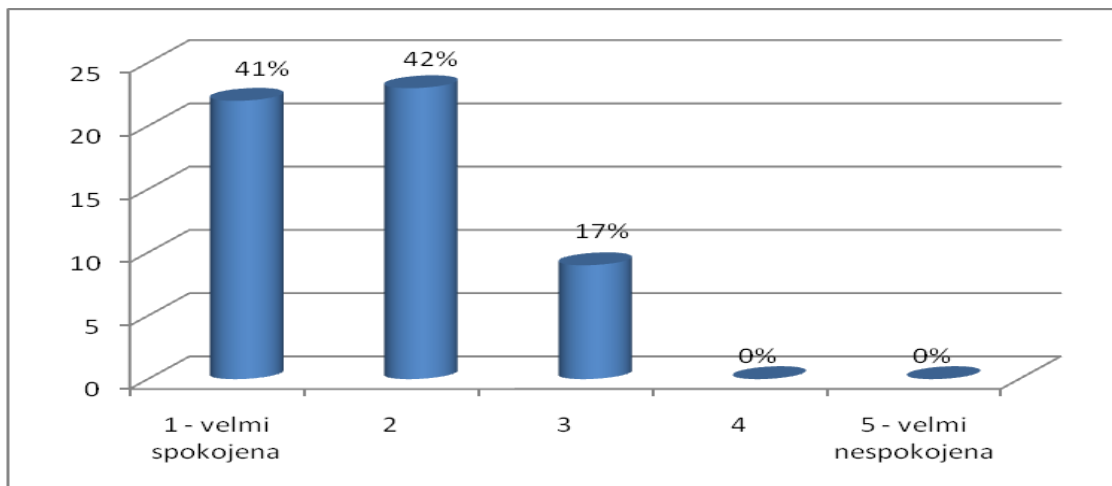
53 (59 %) respondentek označilo spokojenost s mírou poskytnutých informací zdravotnickým personálem ohledně kojení na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 27 (30 %) jich označilo bod 2, 7 (8 %) žen označilo bod 3, 2 (2 %) respondentky bod 4 a 1 (1 %) žena označila bod 5 (tzn. velmi nespokojena).

**Graf 22 Informovanost respondentek ohledně jejich výživy při kojení**



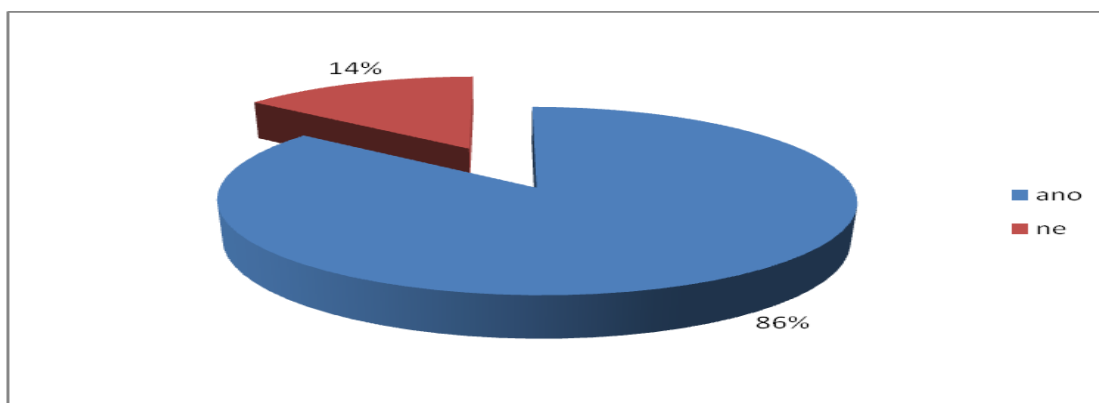
54 (60 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že byly zdravotnickým personálem informovány ohledně jejich výživy při kojení, 36 (40 %) v dotazníku vyplnilo, že informovány ohledně stravy nebyly.

**Graf 23 Spokojenost respondentek s mírou podaných informací ohledně stravy při kojení**



Z celkového počtu 54 respondentek, které uvedly, že byly informovány zdravotnickým personálem ohledně jejich výživy při kojení, jich 22 (41 %) označilo spokojenost s mírou poskytnutých informací na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 42 (42 %) jich označilo bod 2 a 9 (17 %) žen označilo bod 3. Bod 4 (0 %) a 5 (tzn. velmi nespokojena) neoznačila žádná z respondentek.

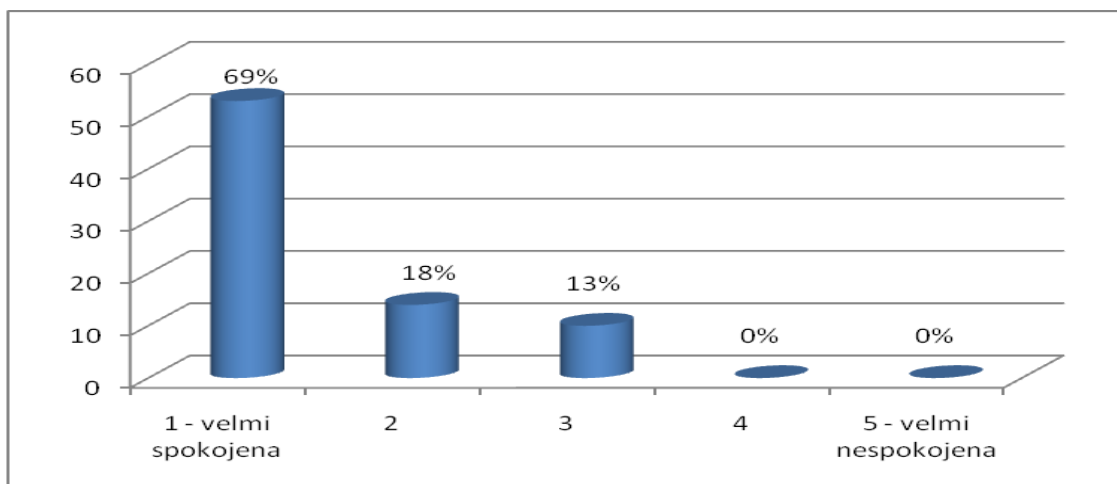
**Graf 24 Informovanost respondentek ohledně hygieny v šestinedělí**



77 (86 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že byly informovány zdravotnickým personálem ohledně hygieny v šestinedělí, 13 (14 %) v dotazníku vyplnilo, že informovány ohledně hygieny v šestinedělí nebyly.

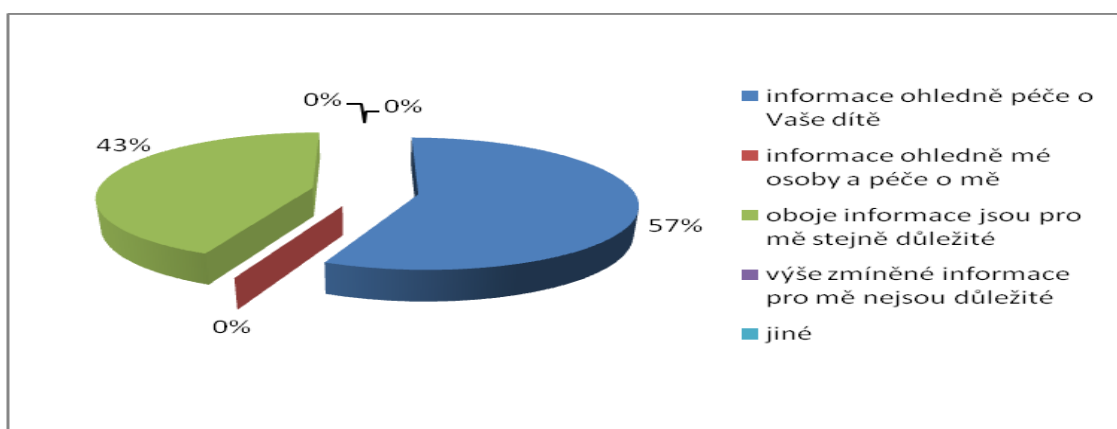


**Graf 25 Spokojenost respondentek s mírou poskytnutých informací ohledně hygieny v šestinedělí**



Z celkového počtu 77 respondentek, které uvedly, že byly informovány ohledně hygieny v šestinedělí, jich 53 (69 %) označilo spokojenost s mírou poskytnutých informací ohledně hygieny v šestinedělí na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 14 (18 %) jich označilo bod 2 a 10 (13 %) žen označilo bod 3. Bod 4 a 5 (tzn. velmi nespokojena) neoznačila žádná z respondentek.

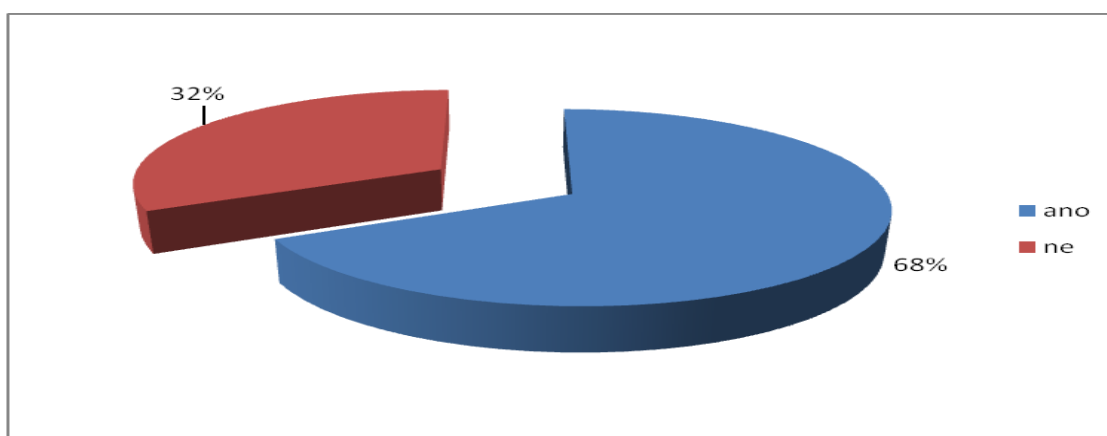
**Graf 26 Důležitost informací**



51 (57 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že jsou pro ně nejdůležitější poskytnuté informace týkající se péče o jejich dítě. 39 (43 %) respondentek pak uvádí, že jsou

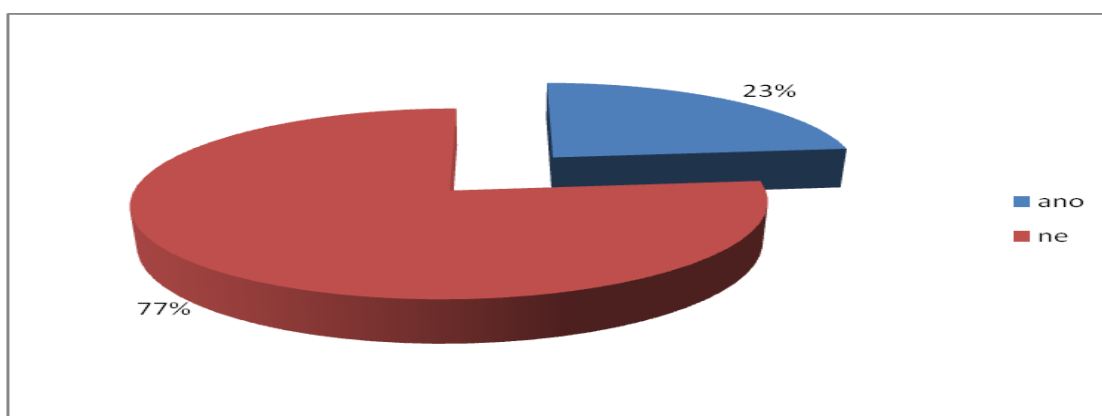
pro ně důležité jak informace týkající se péče o dítě, tak i informace týkající se jejich osoby. Možnost „informace ohledně mé osoby a péče o mě“, „výše zmíněné informace pro mě nejsou důležité“ a možnost „jiné“ neoznačila žádná z respondentek.

**Graf 27 Přehlušení starostí o dítě před tělesnými problémy respondentek**



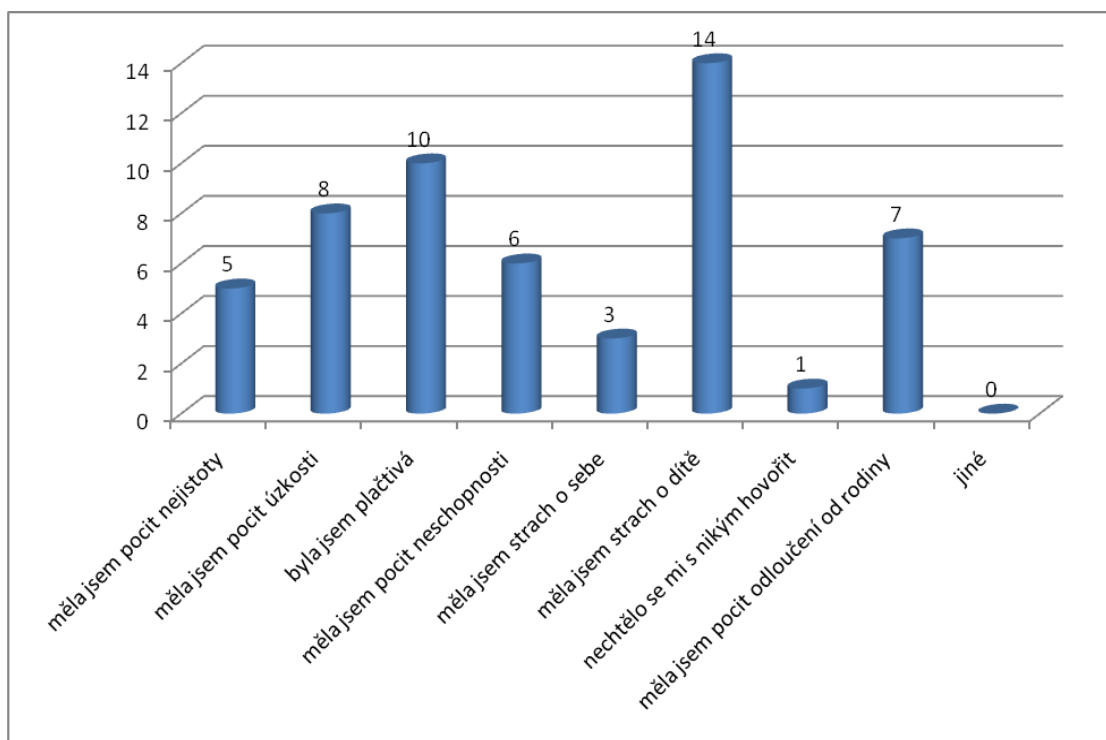
Na otázku zda starost o dítě přehluší tělesné problémy respondentek, odpovědělo 61 (68 %) z nich ano. 29 (32 %) žen uvedlo, že jejich tělesné problémy nepřehluší starost o jejich narozené dítě.

**Graf 28 Pobyt na oddělení šestinedělí - náročná psychická situace**



21 (23 %) žen uvedlo, že prožívaly pobyt na oddělení šestinedělí jako náročnou psychickou situaci. 69 (77 %) respondentek uvedlo, že pobyt na oddělení šestinedělí neprožívaly jako náročnou psychickou situaci.

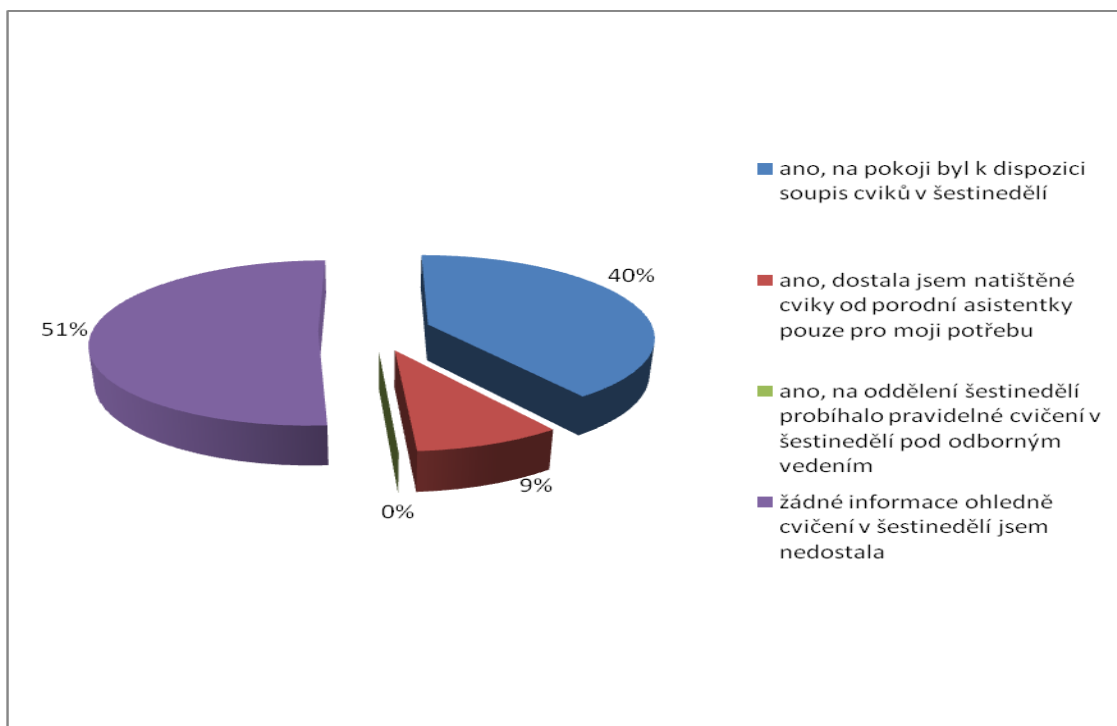
**Graf 29 Druhy psychických problémů po porodu**



Graf znázorňuje četnost odpovědí, nikoliv jejich procentuální zastoupení, neboť zde respondenty mohly označit více odpovědí. Odpovídalo 21 žen, které v předešlé otázce uvedly, že pobyt na oddělení šestinedělí prožívaly jako náročnou psychickou situaci. Celkem bylo získáno 54 odpovědí.

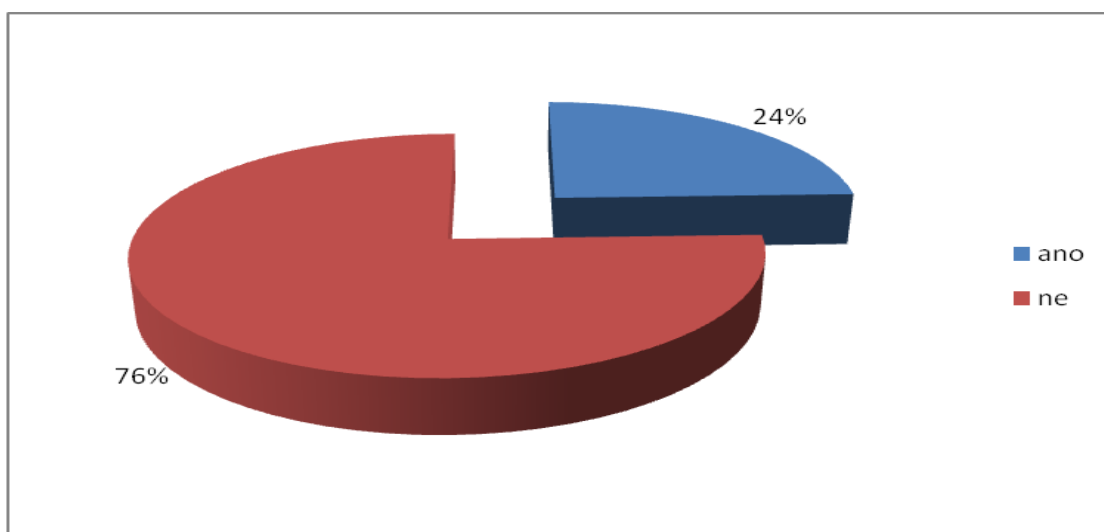
14x bylo v dotazníkovém šetření uvedeno, že ženy měly strach o dítě. 10x uvedly, že jejich hlavním problémem, se kterým se po porodu potýkaly, byla pláčtivost a 8x pocit úzkosti. 7x respondenty uvedly, že měly pocit odloučení od rodiny, 6x pocit neschopnosti, 5x pocit nejistoty, 3x strach o sebe. 1 respondentka uvedla, že se jí po porodu nechtělo s nikým hovořit.

**Graf 30 Informovanost žen o cvičení v šestinedělí**



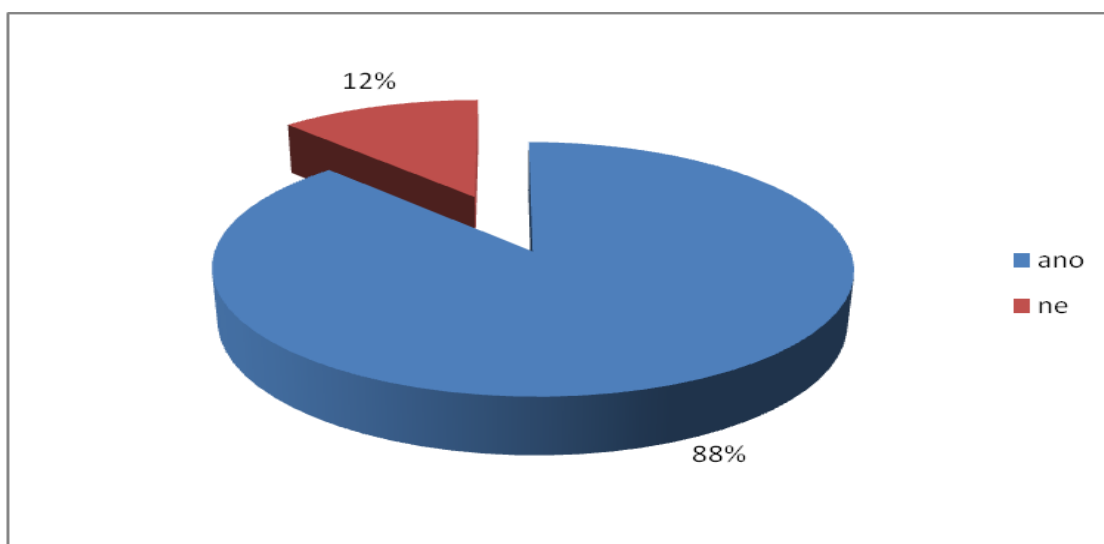
36 (40 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že měly k dispozici na pokoji soupis cviků v šestinedělí, 8 (9 %) žen dostalo natištěné cviky od porodní asistentky pouze pro jejich potřebu a 46 (51 %) v dotazníku vyplnilo, že žádné informace od zdravotnického personálu ohledně cvičení v šestinedělí nedostalo. Možnost „ano, na oddělení šestinedělí probíhalo pravidelné cvičení v šestinedělí pod odborným dohledem“ neoznačila žádná z respondentek.

**Graf 31 Cvičení respondentek po porodu**



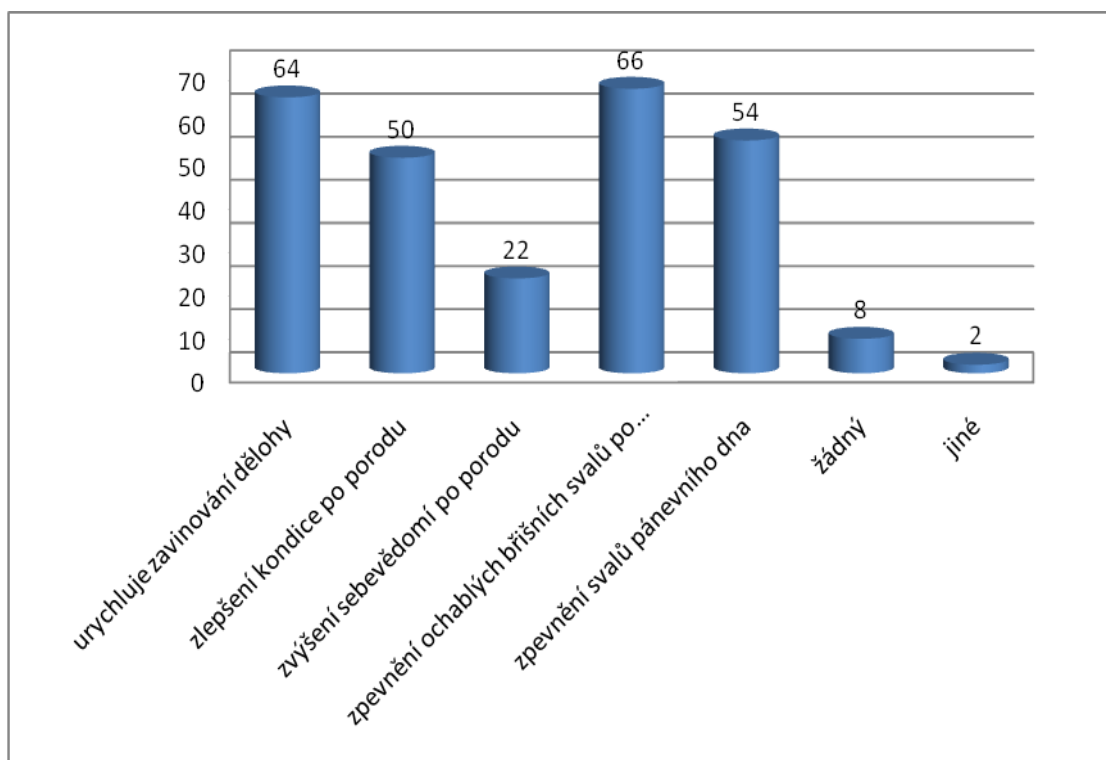
Z celkového počtu 90 (100%) respondentek uvádí 22 (24%) žen, že po porodu na oddělení šestinedělí pravidelně cvičila. 68 (76 %) respondentek poporodní cvičení neprováděla.

**Graf 32 Důležitost cvičení po porodu**



79 (88 %) respondentek na položenou otázku zda si myslí, že je cvičení po porodu důležité odpovědělo ano. 11(12 %) žen se domnívá, že cvičení po porodu není důležité.

**Graf 33 Význam poporodního cvičení podle respondentek**



Graf znázorňuje četnost odpovědí, nikoliv jejich procentuální zastoupení, neboť zde respondenty mohly označit více odpovědí. Odpovídalo 90 (100 %) žen a bylo získáno 266 odpovědí.

66x bylo v dotazníkovém šetření uvedeno, že poporodní cvičení má význam na zpevnění ochablých břišních svalů po porodu, 64x na urychlení zavinování dělohy, 54x na zpevnění svalů pánevního dna, 50x na zlepšení kondice po porodu. 22x bylo uvedeno, že cvičení má význam na zvýšení sebevědomí po porodu. 8x respondenty uvedly, že cvičení po porodu nemá žádný význam a 2x byla označená možnost „jiné“. Zde 1 respondentka uvedla, že cvičení po porodu je důležité jako prevence v předcházení inkontinence a 1x bylo uvedeno, že cvičení po porodu je ztráta času.

## 5. DISKUSE

Tato bakalářská práce pojednává nejen o fyziologickém šestinedělí, ale i o možných komplikacích, které v průběhu tohoto období mohou nastat. Do celé problematiky je zahrnuta oblast zdravotní, psychická a sociální. Výzkumná část této práce byla zpracovávána formou kvantitativní za pomoci anonymního dotazníku. Je zaměřena na ženy po porodu a na jejich problémy, které mohou vzniknout v průběhu hospitalizace na porodnickém oddělení, a také na problematiku informovanosti těchto žen. V diskusi se zamýšlím nad získanými výsledky dotazníkového šetření a porovnávám je s uvedenou literaturou, vlastními názory a zkušenostmi z práce porodní asistentky.

V Grafu 1 je znázorněn věk respondentek. Nejvíce žen, tedy 27 (30 %), bylo ve věku 31-35 let. Druhou nejpočetnější věkovou kategorií 21-25 let tvořilo 25 (28 %) žen. Tuto samou pozici obsadilo také 25 (28 %) žen ve věku 26-30 let. 7 (8 %) respondentek bylo ve věku 36-40 let. Věkovou kategorii 18-20 let zastupovaly 4 (4 %) ženy a věkovou kategorii 41 a více let 2 (2 %) ženy. Možnost „méně než 18“ neoznačila žádná (0 %) respondentka.

Ve vyspělých zemích již několik let panuje trend odsouvání těhotenství a zakládání rodiny do pozdější doby. Tento trend je často spojený s finanční otázkou, protože většina žen chce mít pro mateřství zajištěné dobré zázemí. Také studium a postavení v zaměstnání má vliv na odložení prvního těhotenství. Z biologického i genetického hlediska je optimální věk ženy pro první těhotenství mezi 20. – 24. rokem. S přibývajícím věkem plodnost ženy klesá a stoupá riziko vzniku nejrůznějších těhotenských komplikací a riziko vzniku vývojových vad u plodu. Pařízek uvádí, že těhotné nad 35 let jsou považovány za rizikové rodičky a má jim být proto také věnována zvýšená pozornost nejen v poradně pro těhotné, ale i při samotném průběhu porodu (21). Na druhé straně i velmi mladý věk ženy (18 let a méně) není pro těhotenství optimální. Těhotenství a porod je velmi náročné období v životě ženy, které klade zvýšené nároky nejen na somatickou, ale i na psychickou stránku. Porod a období šestinedělí je poznamenáno silnými emocemi, tělesnými změnami, novými vztahy a předpokladem přizpůsobení se novým rolím. Právě pro velmi mladé dívky může toto období představovat urychlený přechod do nové identity jako ženy a matky,

neboť v takto mladém věku nejsou ještě zcela duševně připraveny na těhotenství a mateřství (33). Jak z grafu 1 vyplývá, největší procentuální zastoupení zauímají ženy ve věkovém rozmezí 21-25 let a 26-30 let. Do této věkové skupiny spadá také většina prvorodiček.

Rodinný stav respondentek je patrný z Grafu 2. Z 90 (100 %) dotazovaných žen udává svůj rodinný stav vdaná 52 (58 %) respondentek. 31 (34 %) respondentek udává svůj rodinný stav svobodná, 7 (8 %) respondentek tvoří matky rozvedené. Možnost „vdova“ neoznačila žádná respondentka.

Sociální situace respondentek je patrna z Grafu 4. Zde 61 (68 %) respondentek uvedlo, že svoji sociální situaci považují za dobrou. 15 (17 %) respondentek ji považuje za bezproblémovou. 8 (9 %) žen hodnotí svoji sociální situaci jako nejistou a 6 (6 %) žen jako plnou obav. Žádná z respondentek neoznačila svoji sociální situaci jako tíživou. Přesto, že většina žen uvedla, že považuje svoji sociální situaci za dobrou či bezproblémovou, 14 (15 %) žen udává svoji sociální situaci za nejistou nebo plnou obav.

Ještě v nedávné době byly svobodné matky okolím odsuzovány, v současné době jsou společností běžně tolerovány a pro ženu tento stav není žádným stigmatem. Ve své praxi se denně setkávám s páry, které do manželství nespěchají a odsouvají ho na pozdější dobu. Při bližším rozboru výsledků dotazníkového šetření bylo ale zjištěno, že největší část žen, které v dotazníku uvedly, že jejich sociální situace je nejistá či plná obav, tvořily právě svobodné matky prvorodičky ve věku 18-20 let a 21-25 let. Dle mého názoru by si každá porodní asistentka pracující na oddělení šestinedělí měla uvědomit, že nepříznivá sociální situace ženy může negativně ovlivnit začátek mateřství a přispět tak i k řadě somatických a psychických problémů, které se v průběhu šestinedělí mohou vyskytnout. Měla by umět ženě poradit, nebo doporučit odborníka, který by jí v její nejisté sociální situaci odborně poradil a pomohl.

Graf 5 znázorňuje, kolikáté dítě žena porodila. V dotazníkovém šetření uvedlo 42 (47 %) respondentek, že jejich porod byl prvním v pořadí. Podruhé porodilo 36 (40 %) respondentek, 11 (12 %) ženám se narodilo třetí dítě a 1 (1 %) žena rodila již počtvrté. Možnost porodu popáté, pošesté a více neoznačila žádná respondentka.



Graf 6 znázorňuje, jakým způsobem respondentky své dítě porodily. V dotazníkovém šetření 79 (88 %) respondentek uvedlo, že své dítě porodilo spontánně a 11 (12 %) žen přivedlo své dítě na svět pomocí císařského řezu.

Počet porodů císařským řezem v posledních letech přibývá, proto je třeba problematice poporodní péče u žen po císařském řezu věnovat zvláštní pozornost a to nejen z medicínského, ale i zejména z ošetrovatelského hlediska. Jak uvádí Roztočil, patří císařský řez mezi velké porodnické operace a proto průběh, sledování a léčba šestinedělky po císařském řezu jsou odlišné, než u ženy po porodu vaginálním (27).

Graf 7 znázorňuje přítomnost porodního poranění. Z 90 (100 %) dotázaných respondentek uvedlo 81 (90 %) z nich, že mělo poporodní poranění, které si žádalo chirurgické ošetření. 9 (10 %) respondentek žádné porodní poranění neudalo.

Graf 8 znázorňuje druh porodního poranění. Z celkového počtu 81 respondentek 52 (64 %) žen uvedlo, že jim byl při porodu proveden nástřih hráze. 11 (14 %) žen mělo po porodu císařským řezem řez na břicho. 10 (12 %) respondentek uvedlo v možnosti „jiné“, že měly zevní i vnitřní poranění a 8 (10 %) žen uvedlo pouze poranění vnitřní.

Ošetřování poranění po epiziotomii má své zásady. Místo šití se nachází v oblasti, kde je zvýšené riziko vzniku infekce. Rána je drážděna při chůzi, stále odcházející očistky a neprodyšné spodní prádlo může bránit dobrému hojení. Porodní asistentka by proto měla žene poskytnout kvalitní informace týkající se péče o suturu. Měla by jí informovat o důležitosti dodržování hygieny, časté výměně vložek a doporučit jí, aby ránu udržovala v čistotě a v suchu. Dále by ženě měla doporučit používání nedráždivých mýdel, nošení prodyšného prádla a při sezení použít nafukovací kruh. Pokud šestinedělka dodržuje veškerá hygienická doporučení, rána se ve většině případů hojí bez větších potíží. Pokud dojde ke komplikaci v hojení epiziotomie, postačí ženě doporučit bylinnou koupel v řepíku. Jen zřídka se přistupuje k resuturě (18). Velkým, ale stále málo diskutovaným nepříjemným problémem je pro ženu po spontánním porodu bolest v oblasti perinea a vulvy, zvláště pokud došlo během porodu k jejich traumatu. Při testu na zjištění problémů v oblasti perinea uvádělo více než 20 % žen, že po deseti dnech po porodu ještě stále cítily bolest v této oblasti a u 7,5 % žen přetrvávaly tyto problémy i po 3 měsících. Jako prevenci těchto problémů doporučuje

WHO omezení provádění epiziotomií (33). Osobně si myslím, že v porodnictví má provádění nástřihu své oprávnění. K epiziotomii by se však mělo přistupovat s rozmyslem a v indikovaných případech. Denně se setkávám s přístupem některých porodníků, kteří nástřih dělají automaticky, aniž by předem zhodnotili, zda je opravdu nutný. Přitom provedená epiziotomie může být jednou z poporodních tělesných změn, která ovlivní následný sexuální život ženy. Jak uvádí Ratislavová, žena se může před partnerem stydět za zjizvenou hráz a odmítat pohlavní styk z důvodu estetických (23). Špatně zhojené poranění hráze po porodu může být i příčinou přetrvávající dyspareunie (38).

Graf 9 uvádí informovanost respondentek ohledně péče o porodní poranění. Z celkového počtu 81 respondentek z nich 75 (93 %) uvádí, že byly v dostatečném množství informovány ohledně péče o porodní poranění. 6 (7 %) žen uvedlo, že informovány nebyly.

S Grafem 9 souvisí i Graf 10, ve kterém jsou uvedeny zdroje informací ohledně péče o porodní poranění. Graf 10 znázorňuje četnost odpovědí, nikoliv jejich procentuální zastoupení. Respondentky zde mohly uvést více odpovědí. 81 žen odpovídalo na otázku, kdo jim poskytl informace ohledně péče o porodní poranění. Celkem bylo získáno 128 odpovědí. 45x byla v dotazníku uvedena, jako jeden ze zdrojů poskytnutí informací o péči o porodní poranění, porodní asistentka na oddělení šestinedělí. 38x uvedly respondentky porodní asistentku na porodním sále jako osobu, která je informovala o péči o porodní poranění, 21x byl v dotazníku uveden lékař, 12x kamarádka, 5x pod možností „jiné“ uvedly respondentky porodní asistentku na předporodním kurzu, 3x byl označen internet, 2x nikdo, 2x poskytla respondentkám informace ohledně péče o porodní poranění jejich matka.

Jak je patrné z tohoto grafu tyto informace jsou nejčastěji podávány porodní asistentkou na oddělení šestinedělí, na druhém místě se umístily porodní asistentky pracující na porodním sále. Lékaři, jak vyplývá z dotazníkového šetření, se na edukaci žen v péči o porodní poranění podílejí z řad zdravotníků nejméně. Zarážející je skutečnost, že přes veškerou edukaci zdravotnickým personálem nebylo 7 % žen vůbec informováno ohledně péče o porodní poranění.

Graf 11 ukazuje spokojenost respondentek s mírou podaných informací zdravotnickým personálem ohledně péče o porodní poranění. Z 81 žen, které měly nějaké porodní poranění, označilo 45 (56 %) respondentek spokojenost s mírou poskytnutých informací ohledně péče o porodní poranění od zdravotnického personálu na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 21 (26 %) jich označilo bod 2, 10 (12 %) žen označilo bod 3, 4 (5 %) respondentky bod 4 a 1 (1 %) žena označila bod 5 (tzn. velmi nespokojena).

Jak tento graf ukazuje, většina žen je spokojena s mírou poskytnutých informací ohledně péče o porodní poranění zdravotnickým personálem. 18 % dotázaných žen označilo spokojenost s mírou poskytnutých informací na číselné ose čísly 3-5. Myslím si, že v dnešní době patří mezi prvořadé úkoly zdravotnického personálu poskytnout ženám po porodu kompletní informace týkající se péče o porodní poranění. Je zde třeba zdůraznit, že kvalitně poskytnuté informace ohledně péče o porodní poranění a dodržování zásad osobní hygieny v šestinedělí, mohou zabránit vzniku nejrůznějších komplikací (18). A právě proto má na oddělení šestinedělí nezastupitelnou roli porodní asistentka, která s rodičkou tráví nejvíce času a může jí v péči o suturu správně a opakovaně edukovat.

Graf 12 ukazuje způsob péče o porodní poranění na oddělení šestinedělí respondentkami. Na otázku 12 z dotazníku odpovídalo 81 žen a bylo získáno 114 odpovědí. 77x bylo uvedeno v péči o porodní poranění časté sprchování, 15x používání prostředků intimní hygieny, 8x respondentky uvedly častou výměnu vložek a 5x nechat ránu větrat. Respondentky po císařském řezu kromě častého sprchování uvedly 6x udržovat ránu a okolí rány v suchu a 5x masáž okolí rány.

Z těchto odpovědí vyplývá, že ženy mají alespoň základní informace o péči o ránu a o suturu. Zajímavé je, že jen malá část respondentek uvádí častou výměnu vložek a žádná z nich neuváděla používání kvalitního a pohodlného spodního prádla či jednorázových síťovaných kalhotek. Přitom udržování rány v čistotě a v suchu za použití vzdušných materiálů patří mezi základní prvky osobní hygieny ženy v šestinedělí.

Graf 13 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, zda po porodu měly nějaké potíže s močením. 21 (23 %) respondentek v dotazníku uvedlo, že se u nich po porodu objevily problémy s vyprazdňováním moče. Většina žen, tedy 69 (77 %) žádné potíže s vyprazdňováním moče po porodu neudala.

S Grafem 13 souvisí i Graf 14, který se zabývá již konkrétními problémy žen v oblasti vylučování moče. Z celkového počtu 21 respondentek, které si v dotazníku stěžovaly na potíže s vyprazdňováním moče, jich 5 (24 %) udalo, že se u nich objevily potíže ve smyslu pocitu plného močového měchýře, ale nemožnosti vymočení se. 4 (19 %) respondentky si stěžovaly na problém, kdy se sice trochu vymočily, ale v močovém měchýři zůstalo zbytkové reziduum moče. 2 (9 %) respondentky měly potíže s udržení moče. 10 (48 %) respondentek udalo, že při močení pocítovaly nepříjemné pálení.

Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, mají ženy po porodu různé potíže s vylučováním moče. Bezprostředně po porodu dělá ženám největší problém se spontánně vymočit. Nejčastější příčinou může být ochablý močový měchýř, ochablý břišní lis, neobvyklá poloha vleže či tělesná vyčerpanost. Z ošetřovatelského hlediska je třeba, aby porodní asistentka měla v patrnosti první močení ženy po porodu. Žena by se měla vymočit do 6 hodin, nejdéle však do 8 hodin po porodu. Při neúspěchu je nutné šestinedělku vycévkovat (29, 32). V přístupu k ženě po porodu v souvislosti s vylučováním moče je důležité na rodičku s prvním močením nechvátat, umožnit jí přísun dostatku tekutin, zajistit soukromí, klidné prostředí, dát jí možnost vymočit se i ve sprše. Velká část žen také uvádí přítomnost pocitu pálení při močení. To může poukazovat na zcela běžný jev, kdy poraněná část kůže při styku s často koncentrovanou močí reaguje tímto způsobem, nebo se může jednat o projev počáteční infekce močových cest, ke kterým má žena po porodu velice blízko. Ke vzniku infekcí močových cest přispívá hypotonie močového měchýře a ureterů, dále nedokonalé vyprazdňování močového měchýře, přítomnost vesikoureterálního reflexu, cévkování nebo porodní trauma (2, 16, 18, 26). Co se týče poruch močení ve smyslu inkontinence, hraje zde opět velkou úlohu porodní asistentka. Ta by měla ženu poučit nejen

o vhodném cvičení po porodu, které vede k posílení svalů pánevního dna, ale měla by pro ni být i psychickou oporou při zvládání potíží s močením po porodu (34).

Graf 15 znázorňuje problémy žen s vyprazdňováním stolice. 33 (37 %) respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že se u nich po porodu objevily problémy s vyprazdňováním stolice. 57 (63 %) žen uvedlo, že se u nich po porodu žádné potíže s vyprazdňováním stolice neobjevily.

S Grafem 15 souvisí i Graf 16, který se zabývá již konkrétními problémy žen s vyprazdňováním stolice. 8 (24 %) respondentek z celkového počtu 33 žen, které v dotazníkovém šetření udaly problémy s vyprazdňováním stolice, pocíťovalo při vyprazdňování stolice nepříjemnou bolest. 25 (76 %) respondentek se nemohlo vyprázdnit. Možnost v dotazníku „neudržela jsem stolicí“, neoznačila žádná z respondentek.

Problémy s vyprazdňováním stolice, ať už se jedná o problém ve smyslu zácpy nebo bolestivosti při vyprazdňování je poměrně častým problémem. Souvisí to hlavně s porodním poraněním v oblasti hráze a se vznikem hemeroidů v těhotenství. Ženy po porodu se často obávají, aby si při defekaci nějakým způsobem nepoškodily ránu v oblasti sešití. Proto je třeba, aby porodní asistentka ženu řádně edukovala v prevenci předcházení zácpy a v případě výskytu problémů pomohla šestinedělce navrhnout optimální řešení ke konkrétnímu problému s vyprazdňováním stolice (18). Šestinedělka by do svého jídelníčku kromě dostatečného množství tekutin měla také zahrnout potraviny s vyšším podílem vlákniny, ovoce, zeleninu, kompoty a potraviny s acidofilní složkou. Na dobré vyprázdnění má vliv i poporodní cvičení (6).

V Grafu 17 jsou znázorněny odpovědi žen, zda své dítě kojily či ne. 88 (96 %) respondentek uvedlo, že své narozené dítě kojilo. 4 (4 %) žen své dítě z nějakého důvodu nekojily.

V dnešní době, kdy se matky mohou svobodně rozhodnout, zda své dítě budou kojit či nikoliv, vypovídá tento graf, dle mého názoru, o dostatečné informovanosti žen o této problematice. Ukazuje se zde, že ženy ke kojení přistupují zodpovědně a výhody kojení si plně uvědomují.

V Grafu 18 jsou znázorněny odpovědi žen na otázku, zda se po porodu vyskytly nějaké problémy s kojením. 38 (42 %) respondentek uvedlo, že ano. 52 (58 %) žen v dotazníku vyplnilo, že po porodu žádné problémy s kojením nemělo.

S Grafem 18 souvisí i Graf 19 kde jsou znázorněny konkrétní problémy žen, které se vyskytly v souvislosti s kojením dítěte. Odpovídalo 38 respondentek. 16 (42 %) žen v dotazníkovém šetření mělo problém s bradavkami. 8 (21 %) žen popsalo problémy ve smyslu nedostatku mateřského mléka a 3 (8 %) ženy trápil zas nadbytek mateřského mléka. 2 (5 %) respondentky v dotazníku uvedly, že své dítě krmily umělou výživou. 9 (24 %) žen uvedlo jiné problémy s kojením. Z těchto 9 žen si 7 respondentek v dotazníku stěžovalo, že dítě nechtělo sát z prsu a 2 respondentky nemohly své dítě kojit ze zdravotních důvodů.

Aby kojení bylo úspěšné a matka kojila své dítě co nejdéle, je potřeba podporovat veškeré faktory, které vedou k úspěšnému kojení. Proto je nezbytné, aby všichni zdravotníci postupovali jednotně a dodržovali zásady, které byly shrnuty ve společném prohlášení WHO a UNICEF „Ochrana, prosazování a podpora kojení“ a hlavní zásady, které jsou vyjádřeny v dokumentu s názvem „Deset kroků k úspěšnému kojení“ (26, 33).

Graf 20 uvádí informovanost respondentek zdravotnickým personálem ohledně kojení a řešení problémů s kojením. 72 (80 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že byly zdravotnickým personálem informovány ohledně kojení a řešení problémů s kojením, a že tyto informace byly dostatečné. 9 (10 %) uvedlo, že byly informovány, ale podané informace nebyly ucelené. 7 (8 %) respondentkám byly poskytnuté informace o kojení a řešení problémů s kojením, ale tyto informace nebyly od všech zdravotníků jednotné, v určitých ohledech se lišily. 2 (2 %) ženy v dotazníku vyplnily, že jim informace v dostatečné míře podány nebyly.

Z výsledků vyplývá, že jsou ženy informovány o kojení a o řešení problémů spojených s kojením. Přesto je potřeba upozornit zdravotnické pracovníky, aby při podávání těchto informací postupovali jednotně a uceleně a v případě výskytu potíží posuzovali problém individuálně tak, aby se matce dostalo kvalitních informací a postupů, které jí pomohou konkrétní problém vyřešit. Zdravotničtí pracovníci by také

měli při řešení problémů s kojením mezi sebou více komunikovat, předávat si informace, aby mohli problém řešit co nejrychleji a nejefektivněji.

Graf 21 uvádí spokojenost respondentek s mírou podaných informací ohledně kojení od zdravotnického personálu. 53 (59 %) respondentek označilo spokojenost s mírou poskytnutých informací zdravotnickým personálem ohledně kojení na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 27 (30 %) jich označilo bod 2, 7 (8 %) žen označilo bod 3, 2 (2 %) respondentky bod 4 a 1 (1 %) žena označila bod 5 (tzn. velmi nespokojena).

Graf 22 uvádí informovanost respondentek zdravotnickým personálem ohledně jejich výživy při kojení. 54 (60 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že byly zdravotnickým personálem informovány ohledně jejich výživy při kojení, 36 (40 %) v dotazníku vyplnilo, že informovány ohledně stravy v období kojení nebyly.

Výživa kojící ženy ovlivňuje její zdravotní stav a prostřednictvím mateřského mléka i výživu a zdraví jejího dítěte, jak uvádí Hronek ve své knize Výživa ženy v období těhotenství a kojení. Proto je důležité v tomto období zajistit ženě dostatečné množství energeticky vyvážené stravy s dostatkem ovoce, zeleniny a tekutin (13). Ženy po císařském řezu je třeba zejména zpočátku informovat o dodržování dietního opatření a stravu zavádět postupně.

S Grafem 22 souvisí i Graf 23, který znázorňuje spokojenost respondentek s mírou podaných informací ohledně zásad stravování při kojení. Z celkového počtu 54 respondentek, které uvedly, že byly informovány zdravotnickým personálem ohledně jejich výživy při kojení, jich 22 (41 %) označilo spokojenost s mírou poskytnutých informací na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 42 (42 %) jich označilo bod 2 a 9 (17 %) žen označilo bod 3. Bod 4 (0 %) a 5 (tzn. velmi nespokojena) neoznačila žádná z respondentek.

Informovanost respondentek zdravotnickým personálem ohledně hygieny v šestinedělí znázorňuje Graf 24. 77 (86 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že byly informovány zdravotnickým personálem ohledně hygieny v šestinedělí, 13 (14 %) v dotazníku vyplnilo, že informovány ohledně hygieny v šestinedělí nebyly.

Pro mne osobně je tento výsledek překvapující. Dle mého názoru patří mezi základní pracovní povinnosti každé porodní asistentky náležitě každou ženu po porodu poučit o hygienických návycích v šestinedělí a o celkové péči o sebe samu. Tyto informace mohou ženám pomoci vrátit se rychleji do stejné fyzické i psychické kondice jako před těhotenstvím. Většina respondentek sice uvedla, že byla zdravotnickým personálem ohledně hygieny v šestinedělí informovaná, přesto celých 14 % žen žádné informace nedostalo. Takto vysoké procento neinformovaných žen je tématem k zamyšlení se nad možným zlepšením informovanosti šestinedělek ohledně hygieny v šestinedělí, neboť míra a kvalita podaných informací zvyšuje celkovou spokojenost rodiček a tím i kvalitu poskytnuté ošetrovatelské péče.

Graf 25 uvádí spokojenost responderek s mírou poskytnutých informací ohledně hygieny v šestinedělí. Z celkového počtu 77 respondentek, které uvedly, že byly informovány ohledně hygieny v šestinedělí, jich 53 (69 %) označilo spokojenost s mírou poskytnutých informací ohledně hygieny v šestinedělí na číselné ose bodem 1 (tzn. jako velmi spokojena), 14 (18 %) jich označilo bod 2 a 10 (13 %) žen označilo bod 3. Bod 4 a 5 (tzn. velmi nespokojena) neoznačila žádná z respondentek.

V Grafu 26 je uvedeno, který druh informací je pro respondentky prioritní a považují je za důležitější než ostatní. 51 (57 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že jsou pro ně nejdůležitější poskytnuté informace týkající se péče o jejich dítě. 39 (43 %) respondentek pak uvádí, že jsou pro ně důležité jak informace týkající se péče o dítě, tak i informace týkající se jejich osoby. Možnost „informace ohledně mé osoby a péče o mě“, „výše zmíněné informace pro mě nejsou důležité“ a možnost „jiné“ neoznačila žádná z respondentek.

Tento výsledek je pochopitelný a očekávaný. Žena se po porodu maximálně soustředí na své narozené dítě a ostatní informace pro ni nejsou již tak důležité. Její dítě se pro ni ve většině případů stává středobodem jejího života a ona k němu soustředí veškerou svou energii, péči a lásku.

S Grafem 26 souvisí i Graf 27 kde respondentky uvádějí, zda starost o dítě přehluší jejich tělesné problémy. 61 (68 %) respondentek odpovědělo, že starost o dítě jejich



tělesné problémy přehluší. 29 (32 %) žen uvedlo, že starost o jejich narozené dítě jejich tělesné problémy nepřehluší.

Graf 28 uvádí, zda respondentky prožívaly pobyt na oddělení jako náročnou psychickou situaci. 21 (23 %) respondentek uvedlo, že pro ně bylo období, které prožívaly bezprostředně po porodu na porodnickém oddělení psychicky náročné. 69 (77 %) respondentek uvedlo, že pro ně toto období nebylo psychicky více náročné.

V Grafu 29 byly zmíněny některé psychické problémy, které mohou ženy po porodu sužovat. Graf znázorňuje četnost odpovědí, nikoliv jejich procentuální zastoupení, neboť zde respondentky mohly označit více odpovědí. Odpovídalo 21 žen, které v předešlé otázce uvedly, že pobyt na oddělení šestinedělí prožívaly jako náročnou psychickou situaci. Celkem bylo získáno 54 odpovědí. 14x bylo v dotazníkovém šetření uvedeno, že ženy měly strach o dítě. 10x uvedly, že jejich hlavním problémem se kterým se po porodu potýkaly, byla plačtivost a 8x pocit úzkosti. 7x respondentky uvedly, že měly pocit odloučení od rodiny, 6x pocit neschopnosti, 5x pocit nejistoty, 3x strach o sebe. 1 respondentka uvedla, že se jí po porodu nechtělo s nikým hovořit.

Určité psychické problémy žen po porodu jsou obvyklé. Jak uvádí Ratislavová ve své knize Aplikovaná psychologie porodnictví, je psychika žen v období šestinedělí vystavena velké zátěži a tím i zvýšenému riziku vzniku nějakého psychického onemocnění. Ženy v poporodním období se musí adaptovat na novou roli matky, potýkají se s hormonálními změnami, odloučením od rodiny, od známého prostředí, působí na ně vliv ostatních žen a zdravotnického personálu. Je to pro ně určité složité období, se kterým se musí vypořádat (23).

Poporodní změny nálad jsou v celku neškodné a spontánně odezní. Je ale potřeba již od samého začátku pomocí otevřené komunikace vytvořit důvěryhodný vztah mezi matkou a zdravotnickým personálem. Zdravotnický personál by měl ženu povzbuzovat v přijetí nové mateřské role, poskytnout ženě emoční oporu a při výskytu nejistoty, obav a psychických problémů, tyto projevy odstranit nebo alespoň zmírnit (23, 24).

Graf 30 uvádí poskytnutí informací zdravotnickým personálem ohledně cvičení v šestinedělí. 36 (40 %) žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že měly k dispozici na pokoji soupis cviků v šestinedělí, 8 (9 %) žen dostalo natištěné cviky od porodní

asistentky pouze pro jejich potřebu a 46 (51 %) v dotazníku vyplnilo, že žádné informace od zdravotnického personálu ohledně cvičení v šestinedělí nedostalo. Žádná z respondentek neuvedla, že by na porodnickém oddělení probíhalo poporodní cvičení pod odborným dohledem.

Léčebná tělesná výchova v šestinedělí hraje velice důležitou roli a je významným činitelem v tomto období. Má význam léčebný, preventivní, estetický i psychický. Správným cvičením dochází k postupnému odstranění změn, které v těle nastaly během těhotenství a při porodu, a tím pomáhá navrátit ženu do plného zdraví (26, 34). Roztočil ve své knize Moderní porodnictví uvádí, že šestinedělka by měla být zdravotnickým personálem poučena o důležitosti cvičení v poporodním období, měla by být na cvičení psychicky připravena a správně motivována (26). Jak je patrné z výsledků dotazníkového šetření, většina žen žádné informace o cvičení ze zdravotnického personálu nedostala. Při porovnání výsledků mezi Nemocnicí Písek, a.s. a Nemocnicí Strakonice, a.s. docházíme k zajímavému zjištění. V Nemocnici Strakonice, a.s. z celkového počtu 45 respondentek 39 žen žádné informace ohledně cvičení v šestinedělí nedostalo, zatím co v Nemocnici Písek, a.s., kde z celkového počtu 45 respondentek nedostalo žádné informace ohledně poporodního cvičení pouze 7 žen.

Graf 31 uvádí, zda respondentky po porodu během pobytu na porodnickém oddělení cvičily. Z celkového počtu 90 (100%) respondentek pravidelně cvičilo na oddělení šestinedělí 22 (24%) žen, 68 (76 %) respondentek poporodní cvičení z nějakého důvodu neprovádělo.

Jednotně záporný výsledek na tuto otázku možná svědčí o malé motivaci žen ke cvičení jak ze strany jich samotných, tak i z řad zdravotnických pracovníků. Jak uvádí Volejníková ve své knize Cvičení v práci porodní asistentky, na rehabilitační péči v porodnictví se kromě rehabilitačních pracovníků v poslední době stále častěji podílejí i porodní asistentky. Z jejich náplně práce vyplývá, že mají vést tělocvik jak pro těhotné, tak i pro šestinedělky (34). Roztočil dále uvádí, že rehabilitace v šestinedělí je důležitou součástí poporodní péče o ženu, splňuje však požadované výsledky pouze tehdy, je-li prováděna včas, pravidelně a na odborné úrovni (26).

Graf 32 uvádí, zda si respondentky myslí, že je po porodu cvičení důležité. 79 (88 %) respondentek na tuto položenou otázku odpovědělo ano. 11 (12 %) žen se domnívá, že cvičení po porodu důležité není.

Rehabilitace je součástí komplexní ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických oborech. Je to souhrn opatření, která směřují ke zlepšení nebo zachování funkční zdatnosti nemocného nebo ohroženého organismu (34). Přesto, že většina (88 %) žen si myslí, že je cvičení po porodu důležité, cvičila pouze nepatrná část (12 %) ze sledovaného výzkumného souboru.

Graf 33 uvádí význam poporodního cvičení podle respondentek. Odpovídalo 90 (100 %) žen a bylo získáno 266 odpovědí. Ženy mohly volit i více odpovědí. 66x bylo v dotazníkovém šetření uvedeno, že poporodní cvičení má význam na zpevnění ochablých břišních svalů po porodu, 64x na urychlení zavinování dělohy, 54x na zpevnění svalů pánevního dna, 50x na zlepšení kondice po porodu. 22x bylo uvedeno, že cvičení má význam na zvýšení sebevědomí po porodu. 8x respondentky uvedly, že cvičení po porodu nemá žádný význam a 2x byla označená možnost „jiné“. Zde 1 respondentka uvedla, že cvičení po porodu je důležité jako prevence v předcházení inkontinence a 1x bylo uvedeno, že cvičení po porodu je ztráta času.

Hlavním účelem cvičení v šestinedělí je povzbudit krevní oběh a zabránit tak vzniku tromboembolické nemoci, upevnit a posílit svaly břišní, bederní a svaly, které byly při porodu narušeny (svaly pánevního dna), urychlit zavinování dělohy a zajistit správné uložení dělohy v malé pánvi, povzbudit činnost mléčných žláz (laktaci), urychlit návrat do celkové psychické a tělesné kondice (21, 26, 34, 36). Z tohoto grafu vyplývá, že respondentky mají informace o vlivu poporodního cvičení na jejich organismus.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké problémy prožívají ženy v poporodním období v průběhu hospitalizace na oddělení šestinedělí. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou ženy v poporodním období informovány o péči o sebe samu. Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají ženy na oddělení šestinedělí informace o poporodním cvičení. Všechny cíle bakalářské práce byly splněny. Pro dosažení cílů byly stanoveny hypotézy.

Hypotéza 1: Ženy v poporodním období vidí prioritu problémů v péči o novorozence

než v péči o sebe samu. Hypotéza byla dotazníkovým šetřením potvrzena, jak vyplývá zejména z Grafů 26 a 27.

Hypotéza 2: Ženy v poporodním období mají informace o péči o sebe samu. Hypotéza se potvrdila. Většina žen v poporodním období má informace o péči o sebe samu. Tyto informace jsou ze zdravotnického personálu podávány nejčastěji porodní asistentkou na oddělení šestinedělí, na druhém místě se umístily porodní asistentky pracující na porodním sále. Jen velmi malá část z řad lékařů se podílí na podání informací ženám po porodu ohledně péče o ně samotné. Tuto hypotézu potvrzují výsledky z Grafů 9, 10, 11, 12, 24, 25.

Hypotéza 3: Ženy mají informace o cvičení v poporodním období na oddělení šestinedělí. Hypotézu se podařilo potvrdit. Většina dotázaných respondentek na oddělení šestinedělí má informace o cvičení v poporodním období, jak vyplývá z porovnání Grafů 30, 32 a 33.

## 6. ZÁVĚR

Porod a období šestinedělí je krátká etapa v životě ženy, která je poznamenána mnohými událostmi, které v menší či větší míře mohou ovlivnit její dosavadní život. Období šestinedělí, zejména jeho první dny, přináší s sebou kromě velkých tělesných změn také řadu emocionálních projevů. Pro většinu žen představuje toto období důvod k radosti a pocitu úspěchu, přesto jsou i ženy, které v průběhu tohoto období provází řada problémů. Ty se týkají nejen tělesné, ale i psychické stránky. Zodpovědnost a pravidelná péče o dítě klade na matku zvýšené nároky a může s sebou nést pocit nejistoty či neschopnosti. Proto by si všichni zdravotničtí pracovníci, kteří přicházejí do styku s ženami v průběhu poporodního období, měli uvědomit, že jsou důležitým prvkem týkající se péče o ně a o jejich děti, a měli by tak být vzorem pro poskytnutí kvalitních informací týkající se problematiky šestinedělí a péče o dítě.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké problémy prožívají ženy v poporodním období v průběhu hospitalizace na oddělení šestinedělí. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou ženy v poporodním období informovány o péči o sebe samu. Posledním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají ženy na oddělení šestinedělí informace o poporodním cvičení. Pro výzkum bylo zvoleno porodnické oddělení Nemocnice Strakonice, a.s. a porodnické oddělení Nemocnice Písek, a.s. Všechny cíle bakalářské práce byly splněny. Pro dosažení cílů bylo stanoveno několik hypotéz.

Hypotéza 1: Ženy v poporodním období vidí prioritu problémů v péči o novorozence než v péči o sebe samu. Hypotézu se dotazníkovým šetřením podařilo potvrdit. Ženy v poporodním období vidí opravdu prioritu problémů v péči o novorozence, než v péči o sebe samu.

Hypotéza 2: Ženy v poporodním období mají informace o péči o sebe samu. Hypotéza se potvrdila. Většina žen v poporodním období má informace o péči o sebe samu.

Hypotéza 3: Ženy mají informace o cvičení v poporodním období na oddělení šestinedělí. Hypotézu se dotazníkovým šetřením podařilo potvrdit. Většina dotázaných respondentek na oddělení šestinedělí má informace o cvičení v poporodním období.

Bakalářskou práci lze využít pro odbornou práci porodních asistentek pracujících na porodnickém oddělení se ženami po porodu. Každá žena je osobností, prožívá své specifické pocity, emoce, starosti a obavy. Proto je tak důležité k ženě přistupovat individuálně, citlivě a zároveň velice profesionálně.

Bakalářská práce může pomoci porodním asistentkám rozšířit si povědomí o možných komplikacích po porodu a v raném šestinedělí, které ženám mohou činit velké obtíže a být tak zdrojem nepohody. Bakalářská práce může sloužit i studentům ZSF jako studijní materiál.

V příloze bakalářské práce je k dispozici i edukační materiál, který byl vytvořen pro ženy po porodu. Tato informační brožura obsahuje základní informace o šestinedělí, změnách, které se odehrávají v těle šestinedělky, dále informace o hygienických opatřeních a o stravě ženy v šestinedělí. Šestinedělka v brožuře dále najde informace ohledně péče o prsy, cvičení v šestinedělí, obnovení menstruačního cyklu a pohlavního styku a o antikoncepci po porodu. Je zde zmíněna i lékařská kontrola po šestinedělí. Součástí tohoto materiálu jsou i odkazy na internetové zdroje pojednávající o mateřství.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALBRECHT- ENGEL, I., ALBRECHT. M. *Těhotenství a porod. Co se děje v ženském těle měsíc za měsícem.* 1. vyd. Praha: Jan Vašut s.r.o., 2008. 184 s. ISBN 978-80-7236-604-0.
2. ČECH, E., HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
3. ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence.* Příručka pro gynekology- porodníky. 1. vyd. Praha: Levret s.r.o., 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8.
4. ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře.* Postgraduální učebnice gynekologie a porodnictví pro praktického lékaře, příručka k atestaci, pomocník v běžné praxi praktického lékaře. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
5. ČERNÁ, M. Léky a kojení. *Moderní gynekologie a porodnictví – komplikace šestinedělí a laktace.* Praha: 2009, vol. 18, č. 2, s. 26-29, ISBN 978- 80- 87070-30-7.
6. DUMOULIN, CH. *Ve formě po porodu.* Cvičení a praktické rady. První české vydání. Praha: Portál, 2006. 95 s. ISBN 80-7367-080-1.
7. ENKIN, M., KEIRSE, M., et. al. *Efektivní péče v perinatologii.* První české vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1998. 386 s. ISBN 80-7169-417-7.
8. FAIT, T. Šestinedělí. *Moderní babičtví – odborný časopis pro gynekologii a porodnictví,* Praha: 2006, roč. 6, č. 9, s. 43-51. ISBN 1214-5572.
9. FENDRYCHOVÁ, J., BOREK, I. a kolektiv autorů. *Intenzivní péče o novorozence.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7013-447.
10. GREGORA, M., PAULOVÁ, M. *Výživa kojenců. Maminčina kuchařka. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 148 s. ISBN 80-247-1291-1.
11. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Čekáme děťátko.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1489-9.

12. HÁJEK, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418- 8.
13. HRONEK, M. *Výživa ženy v období těhotenství a kojení*. 1. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. 309 s. ISBN 80-7345-013-5.
14. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
15. KLÍMOVÁ, A. a kol. *Kojení – dar pro život*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1998. 104 s. ISBN 80-7169-490-8.
16. KOBILKOVÁ, J. et. al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
17. KOPŘIVOVÁ, D. Kojící matka a výživa. *Moderní babičtví- odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: 2006, roč. 6, č. 10, s. 16-18, ISSN 1214-5572.
18. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. První české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
19. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod. Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2004. 160 s. ISBN 80-251-0205-X.
20. MPSV.cz [online]. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1>
21. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti. Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím až do dvou let dítěte*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
22. PROCHÁZKA, L. Sexuální problémy po porodu. *Časopis Lékař přítelem – speciál pro maminky*. Břeclav: ADAMIRA, s.r.o., 2009, IV. vydání, s. 76-77.
23. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 94 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
24. RATISLAVOVÁ, K. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babičtví – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: 2008, roč. 6, č. 15, s. 26-30.
25. ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. *Intenzivní péče na porodním sále*. 1.vyd. Brno: IDVZ, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.



26. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
27. ROZTOČIL, A. Pooperační péče po císařském řezu. *Moderní babictví – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: 2008, roč. 8, č. 15, s. 19-26.
28. ROZTOČIL, A. Šestinedělí. *Moderní babictví – odborný časopis pro porodnictví a Gynekologii*. Praha:2004, roč. 4, č. 3, s. 34-38, ISSN 1214-5572.
29. SÁK, P., OTÁSKOVÁ, J. et. al. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008. 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2.
30. SCHNEIDROVÁ, D. a kolektiv. *Kojení- nejčastější problémy a jejich řešení*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006. 131 s. ISBN 80-247-1427-X.
31. SCHÓNDORFOVÁ, D. Fyziologie kojení. *Moderní gynekologie a porodnictví – komplikace šestinedělí a laktace*. Praha: 2009, vol. 18, č. 2, s. 189-193, ISBN 978-80-87070-30-7.
32. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
33. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Strategické dokumenty (3)*. Praktické příručky pro porodní asistentky. Péče v průběhu normálního porodu. Poporodní péče o matku a novorozence. Edice bezpečné mateřství. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.
34. VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3., upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 51 s. ISBN 80-7013-351-1.
35. Vyplata.cz. [online]. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z : <http://www.vyplata.cz/statnisocialnipodpora/druhydavekssp.php>.
36. WESSELS, M., OELLERICH, H. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. 1. vyd. Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1427-2.

37. ZÁČEKOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., KONTROVÁ, L. a kolektiv. *Štandardy v porodnej asistencii*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 120 s. ISBN 80-8063-221-9.
38. ZÁMEČNÍK, L., DVOŘAČEK, J. Ženská sexuální dysfunkce. *Urologie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 2, s. 64-66. ISBN 1803-5299.
39. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2., přepracované a doplněné vydání. Martin: Osveta, 2005. 119 s. ISBN 80-8063-193-X.
40. Zdrave.cz [online]. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z:  
<http://www.zdrave.cz/magazin/miminkovani-11/druhy-antikoncepce-pro-kojici-zeny-454/>

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Antikoncepce po porodu

Cvičení po porodu

Kojení

Ošetrovatelská péče

Poporodní období

Psychika ženy

Šestinedělí

Šestinedělka

## **9. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Involuce dělohy po porodu

Příloha 3 10 kroků k úspěšnému kojení

Příloha 4 Hlavní zásady správné techniky kojení

Příloha 5 Polohy při kojení

Příloha 6 Cvičení v šestinedělí po spontánním porodu

Příloha 7 Cvičení v šestinedělí po porodu císařským řezem

Příloha 8 Potravinová pyramida

Příloha 9 Edukační příloha – Co by měla vědět každá žena po porodu

## Příloha 1

### DOTAZNÍK

Vážená maminko,  
jmenuji se Jana Charvátová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka. Součástí ukončení studia je vypracování bakalářské práce. Téma mé bakalářské práce zní: “Problematika žen v poporodním období“.

Dotazník, který Vám předkládám, je anonymní a zjištěné údaje budou využity pouze pro potřebu bakalářské práce. Touto cestou Vás prosím o zodpovězení všech otázek, neboť jen kompletně vyplněný dotazník mohu zařadit do výzkumné části bakalářské práce. Odpovědi, prosím, zakroužkujte, nebo stručně a čitelně vypište na vyznačené řádky.

Předem děkuji za spolupráci

Jana Charvátová

1. Kolik je Vám let?
  - a) méně než 18
  - b) 18-20
  - c) 21-25
  - d) 26-30
  - e) 31-35
  - f) 36-40
  - g) 41 a více
  
2. Jaký je Váš rodinný stav?
  - a) svobodná
  - b) vdaná
  - c) rozvedená
  - d) vdova
  
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) základní
  - b) vyučená bez maturity
  - c) středoškolské
  - d) vysokoškolské
  
4. Hodnotíte Vaší sociální situaci (finance, bydlení) jako?
  - a) bezproblémovou
  - b) dobrou
  - c) hodnotím jako plnou obav
  - d) nejistou
  - e) tíživou

5. Pokolikáté jste rodila? (*Prosím zakroužkujte.*)

1.    2.    3.    4.    5.    6. a více

6. Jakým způsobem jste rodila?

- a) spontánně
- b) císařským řezem

7. Měla jste nějaké porodní poranění? (Byla jste šitá?)

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste odpověděla ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 13.*

8. O jaké poranění se jednalo? (Kde jste byla šitá?)

- a) nástřih hráze
- b) vnitřní poranění (poranění děložního čípku, poranění pochvy)
- c) řez na břicho po císařském řezu
- d) jiné, uveďte, prosím.....

9. Dostalo se Vám dostatečného množství informací ohledně péče o porodní poranění (šití)?

- a) ano
- b) ne

10. Kdo Vám poskytl informace ohledně péče o porodní poranění (šití)?

*(Můžete zaškrtnout více odpovědí.)*

- a) porodní asistentka na porodním sále
- b) porodní asistentka na oddělení šestinedělí
- c) lékař
- d) matka
- e) kamarádka
- f) internet
- g) nikdo
- h) jiné, uveďte, prosím.....

11. Jak jste byla spokojena s mírou informací ohledně péče o porodní poranění od zdravotnického personálu?

Prosím zakroužkujte (1 velmi spokojena, 5 velmi nespokojena)

1    2    3    4    5

12. Jak jste pečovala o porodní poranění (šití)?

Prosím, doplňte.....  
.....  
.....

13. Měla jste po porodu potíže s močením?

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste odpověděla ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 15.*

14. Jaké potíže s močením jste měla?

- a) měla jsem pocit plného močového měchýře, ale nemohla jsem se vymočit
- b) měla jsem pocit, že jsem se nevymočila dostatečně
- c) nemohla jsem udržet moč
- d) při močení mě to páliło
- e) jiné, uveďte, prosím.....

15. Měla jste po porodu potíže s vyprazdňováním stolice?

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste odpověděla ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 17.*

16. Jaké potíže s vyprazdňováním stolice jste měla?

- a) vyprazdňování bylo pro mne bolestivé
- b) nemohla jsem se vyprázdnit
- c) neudržela jsem stolicí

17. Kojila jste Vaše narozené dítě?

- a) ano
- b) ne

18. Vyskytly se po porodu nějaké problémy s kojením?

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste odpověděla ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 20.*

19. Jaké z uvedených problémů s kojením jste měla?

- a) měla jsem nedostatek mléka
- b) měla jsem nadbytek mléka
- c) mléko jsem neměla, krmila jsem umělou výživou
- d) měla jsem problém s bradavkami
- e) jiné, uveďte, prosím.....

20. Dostalo se Vám dostatečného množství informací od zdravotnického personálu ohledně kojení a řešení problémů s kojením?

- a) ano, informace byly dostatečné
- b) ano, ale informace nebyly ucelené
- c) ano, ale informace nebyly jednotné od všech zdravotníků, lišily se
- d) ne, informace jsem v dostatečné míře nedostala

21. Jak jste byla spokojena s mírou poskytnutých informací ohledně kojení od zdravotnického personálu?

Prosím zakroužkujte (1 velmi spokojena, 5 velmi nespokojena).

1    2    3    4    5

22. Informoval Vás zdravotnický personál ohledně Vaší výživy (stravy) při kojení?

a) ano

b) ne

*Pokud jste odpověděla ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 24.*

23. Byla jste spokojena s mírou informací ohledně Vaší výživy (stravy) při kojení?

Prosím zakroužkujte (1 velmi spokojena, 5 velmi nespokojena).

1    2    3    4    5

24. Informoval Vás zdravotnický personál ohledně hygieny v šestinedělí?

a) ano

b) ne

*Pokud jste odpověděla ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 26.*

25. Jak jste byla spokojena s mírou poskytnutých informací ohledně hygieny v šestinedělí? Prosím zakroužkujte (1 velmi spokojena, 5 velmi nespokojena).

1    2    3    4    5

26. Jaké informace jsou pro Vás důležitější?

a) informace ohledně péče o Vaše dítě

b) informace ohledně mé osoby a péče o mě

c) oboje informace jsou pro mě stejně důležité

d) výše zmíněné informace pro mě nejsou důležité

e) jiné, uveďte, prosím.....

.....

27. Přehluší starost o Vaše dítě, Vaše tělesné problémy?

a) ano

b) ne

28. Prožívala jste pobyt na oddělení šestinedělí jako náročnou psychickou situaci?

a) ano

b) ne

*Pokud jste odpověděla ne, pokračujte, prosím, otázkou č. 30.*



29. Jaké z uvedených problémů jste pocítovala? (Můžete zaškrtnout více odpovědí.)

- a) měla jsem pocit nejistoty
  - b) měla jsem pocit úzkosti
  - c) byla jsem plačtivá
  - d) měla jsem pocit neschopnosti
  - e) měla jsem strach o sebe
  - f) měla jsem strach o dítě
  - g) nechtělo se mi s nikým hovořit
  - h) měla jsem pocit odloučení od rodiny
  - ch) jiné, uveďte, prosím.....
- .....

30. Dostala jste od zdravotnického personálu po porodu informace o cvičení v šestinedělí?

- a) ano, na pokoji byl k dispozici soupis cviků v šestinedělí
- b) ano, dostala jsem natištěné cviky od porodní asistentky pouze pro moji potřebu
- c) ano, na oddělení šestinedělí probíhalo pravidelné cvičení v šestinedělí pod odborným vedením
- d) žádné informace ohledně cvičení v šestinedělí jsem nedostala

31. Cvičila jste během pobytu na porodnickém oddělení?

- a) ano
- b) ne

32. Myslíte si, že je po porodu cvičení důležité?

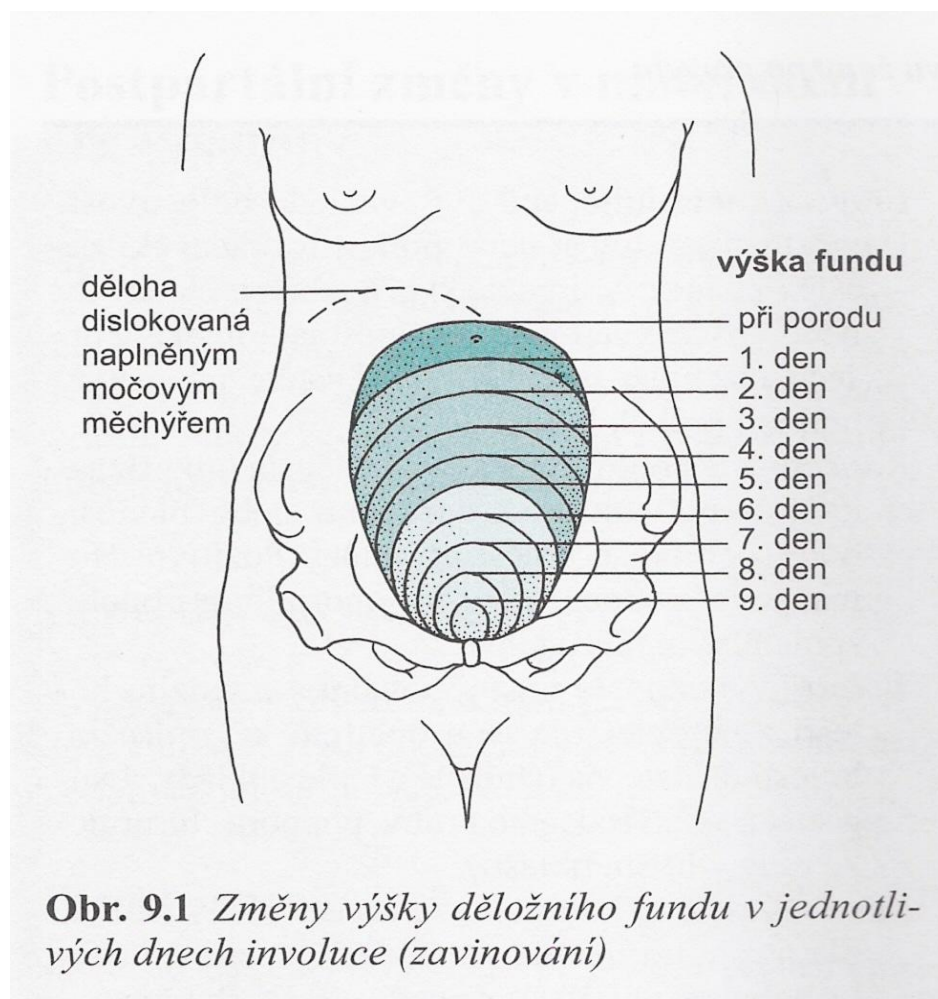
- a) ano
- b) ne

33. Jaký má podle Vás poporodní cvičení význam? (Můžete zaškrtnout více odpovědí.)

- a) urychluje zavínování dělohy
  - b) zlepšení kondice po porodu
  - c) zvýšení sebevědomí po porodu
  - d) zpevnění ochablých břišních svalů po porodu
  - e) zpevnění svalů pánevního dna
  - f) žádný
  - g) jiné, uveďte, prosím.....
- .....

## Příloha 2

### Involuce dělohy po porodu



Zdroj:

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7. str. 236.

## Příloha 3

10 kroků k úspěšnému kojení



## Deset kroků k podpoře kojení

**Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:**

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných matek pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

Zdroj:

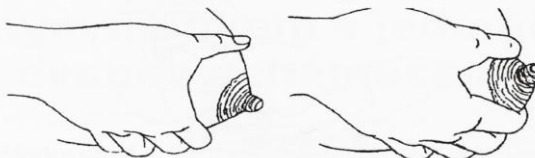
Deset kroků k podpoře kojení. Laktační liga [online]. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z:  
<http://www.kojeni.cz/10kroku.php>

## Příloha 4

### Hlavní zásady správné techniky kojení

#### *Hlavní zásady správné techniky*

1. Zvolit pohodlnou pozici pro matku a dítě.
2. Platí zásada: dítě k prsu, ne prs k dítěti.
3. Matka přidržuje prs tak, aby se prsty nedotýkaly dvorce, prs podepírá zespodu.



**Obr. 8.1** Správné a špatné uchopení prsu

4. Bradavka vždy v úrovni úst dítěte.
5. Drážděním úst bradavkou se vyvolá hledací reflex.
6. Prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo bradavku a co největší část dvorce, a to více pod bradavkou než nad ní.
7. Nikdy nepřikládat k prsu křičící dítě.
8. U dobře sajícího dítěte dolní ret a jazyk překrývají oblast pod bradavkou.
9. Špička nosu a brada dítěte se musí dotýkat prsu.
10. Matka nesmí odtahovat prs prsty.
11. Ucho, rameno a kyčle dítěte musí být v jedné linii.



**Obr. 8.2** Vyvolání hledacího reflexu

Zdroj:

ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2. str. 135-136.

## **Příloha 5**

### Polohy při kojení

#### **Poloha „kolébka“**



Hlavička dítěte je položena v ohbí Vaší paže. Podložte si ruku polštářkem, abyste do ní během dlouhého kojení nedostala křeč. Existují i speciální kojící polštářky, které umožňují držet dítě ve vyšší pozici a Vy se tak nemusíte předklánět dopředu. Tato poloha může být nevhodná po matky, jenž prodělaly císařský řez, a to kvůli poloze nohou miminka přes Vaše břicho.

#### **Poloha tanečnicka**



Miminko leží na matčině předloktí, druhou rukou si matka přidržuje prs. Je vhodné podepřít předloktí polštářem. Výhodou této polohy je, že maminka může během kojení měnit prsy, aniž by změnila způsob držení dítěte. Maminka má také kontrolu nad pohyby hlavy dítěte. Tato poloha je vhodná pro předčasně narození děti nebo děti mající problémy se správně přisát.

## Boční (fotbalové) držení



Miminko leží opět na matčině předloktí, nohy dítěte jsou položeny podél matčina boku. Tato poloha je vhodná pro děti slabé, neklidné a předčasně narozené. Maminka po císařském řezu si chrání své jizvy před kontaktem s tělem miminka. Může se zdát, že v této poloze nemůže dítě správně dýchat. Opak je pravdou. Miminka mají malý tupý nosík, který zaručuje dostatečný prostor mezi nosem a bradavkou. Při obtížích s dýcháním by dítě okamžitě uvolnilo bradavku.

## Poloha vleže



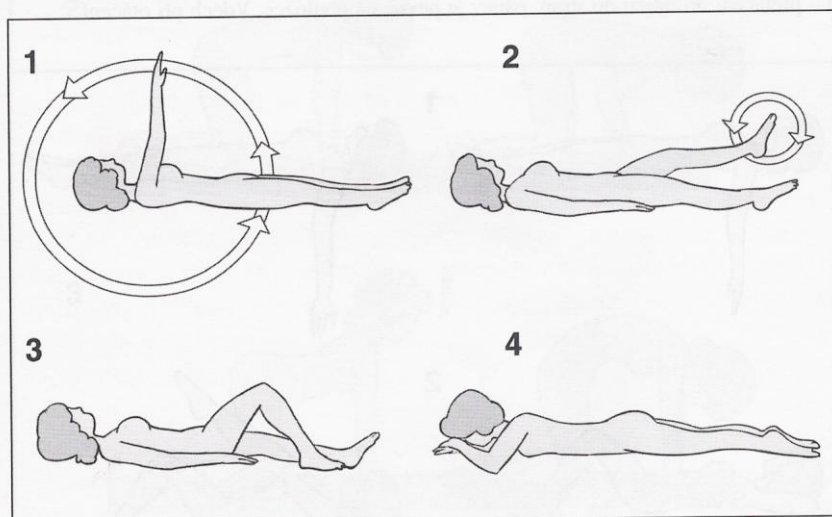
Dítě leží na boku podél boku matky, tělo má přitisknuté k matčinu tělu, obličej přivracený k matce. Matka je poněkud prohnutá v kříži, aby její břicho nebránilo těsnému přiložení dítěte.

Zdroj:

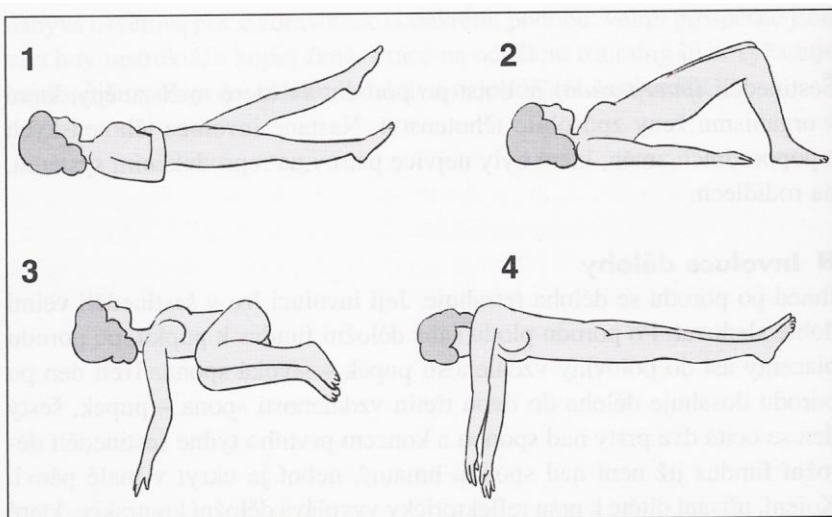
Polohy při kojení. Medela [online]. [cit. 2010-3-1]. Dostupné z: <http://www.medela.cz/informace-o-kojeni/?polohy-pri-kojeni>

## Příloha 6

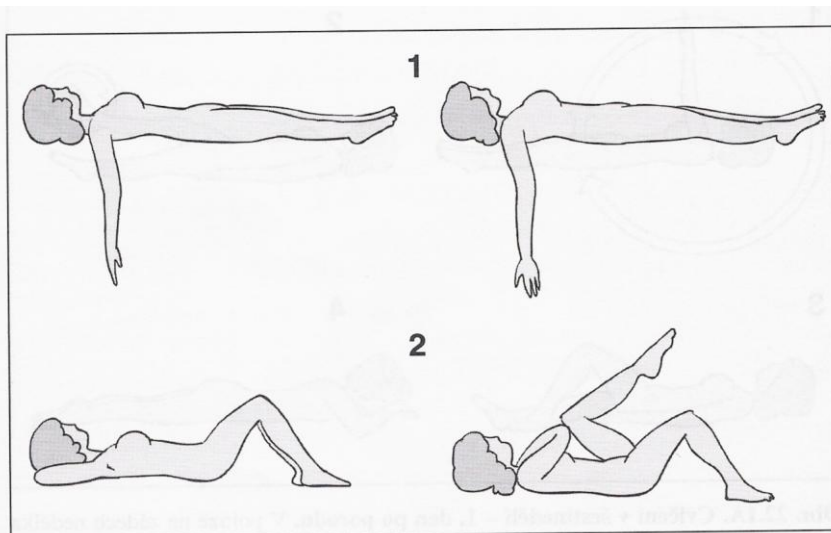
### Cvičení v šestinedělí po spontánním porodu



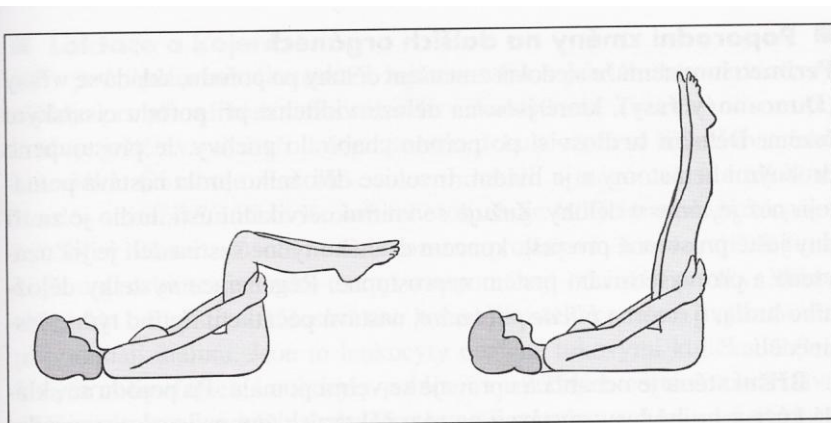
**Obr. 22.1A. Cvičení v šestinedělí – 1. den po porodu.** V poloze na zádech nedělka cvičí rukama a nohama. 1 – při vdechu zdvíhá paže nad hlavu, při výdechu upaží; 2 – zdvíhá dolní končetiny 20 cm nad podložku, krouží v kotnících; 3 – při výdechu ohýbá střídavě nohy v kolenou; 4 – otáčí se na břicho, uchopí pravou rukou levý okraj lůžka, přitáhne se a otočí, totéž provede na druhou stranu. Cvičení napomáhá cévnímu systému, posiluje svaly a závěsný aparát dělohy.



**Obr. 22.1B. Cvičení v šestinedělí – 2. den po porodu.** Nedělka provádí cviky velmi pomalu a plynule; 1 – v poloze na zádech zvedá nohy nad podložku do 30 cm, ruce položí na břicho a během zvedání nohou vydechne; 2 – nadzvedne pánev, ruce se opírají o podložku; 3 – přetáčí se do stran s pokrčenými dolními končetinami (každý cvik 5krát); 4 – přetáčení hrudníku do stran, pánev je pevně na podložce. Vdech při otáčení.

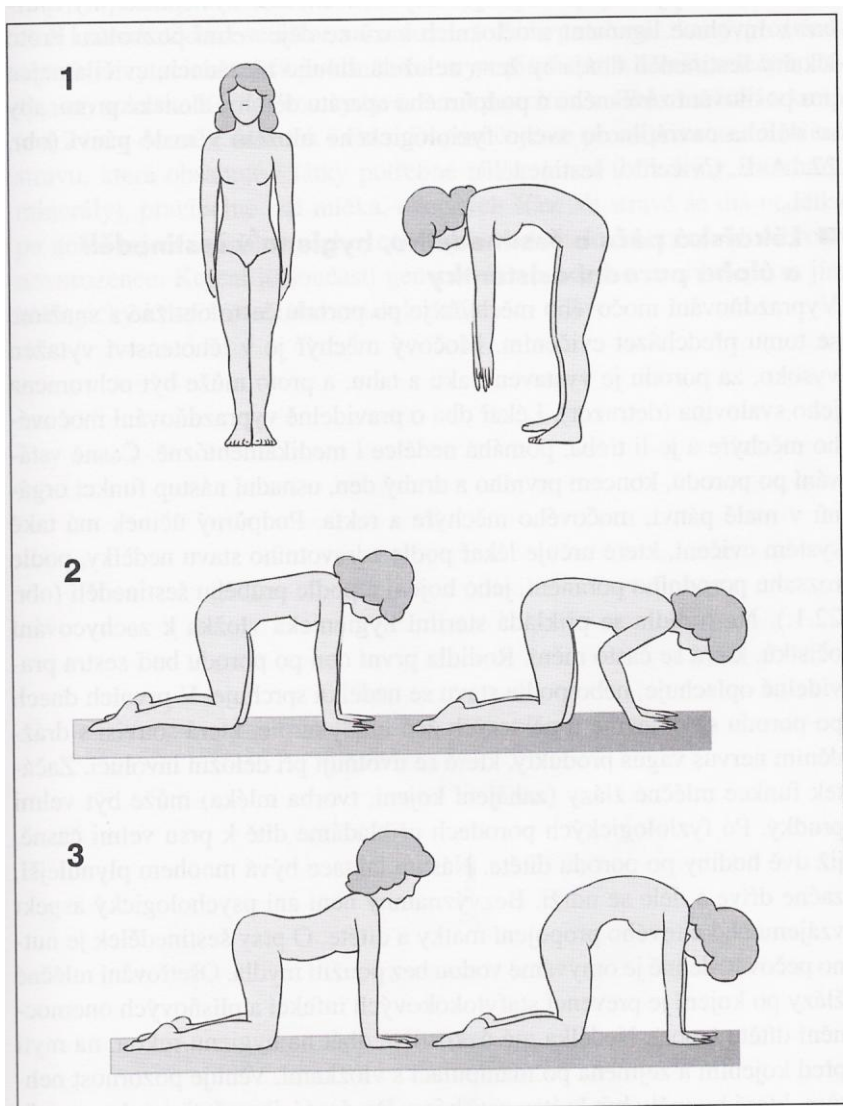


**Obr. 22.1C. Cvičení v šestinedělí – 3. den po porodu.** Nedělka cvičí v poloze na zádech; 1 – nadzvedne hrudník, lopatky stáhne k sobě, vydechne a hrudníkem se položí; 2 – ruce složí v týl, při výdechu přibližuje pravý loket k levému kolenu, střídá strany.



**Obr. 22.1D. Cvičení v šestinedělí – 4. den po porodu.** V poloze na zádech nedělka zvedá ohnuté nohy v kolenu, oběma rukama je pod koleny podrží a potom obě nohy zvedne.





**Obr. 22.1E. Cvičení v šestinedělí – 5. den a další dny.** Cvičení se provádí vstoje nebo v kleku. 1 – nedělka se postaví rovně, špičky nohou dá od sebe, ruce připaží, nadechne se a předkloní a během výdechu spustí ruce dolů; 2 – nedělka si klekne, rukama se opře o podložku, při výdechu pokrčí ruce v lokti; 3 – klečí na všech čtyřech a cvičí tzv. »kočičí hřbet«, nadechne se a prohne páteř, při výdechu záda zakulatí

Zdroj:

KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X. str. 261-263.

## **Příloha 7**

Cvičení v šestinedělí po porodu císařským řezem

### **Cvičební jednotka 1. den po operaci**

Začínáme odkašláváním s přidržením (fixací) operační rány. Při fixování břišní stěny dlaně obou rukou položíme na operační ránu, při zakašlání tlačíme dlaněmi mírně dolů.

#### **Leh na zádech**

1. dolní končetiny natažené, paže podél těla, kroužíme v kotnících oběma směry
2. poloha stejná, přitáhnout a propnout špičky
3. poloha stejná, s nádechem vzpažit, s výdechem připažit
4. poloha stejná, stisknout dolní končetiny k sobě, stáhnout hýždě, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici a uvolnit
5. poloha stejná, nádech – propnout kolena do podložky, stáhnout hýždě, vtáhnout břicho, výdrž 5 sec., výdech, uvolnit
6. dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, paže podél těla, stáhnout hýždě, zvednout pánev, vtáhnout břicho – vydržet 5 sec., položit
7. zaháknout prsty proti sobě – nádech, roztahujeme od sebe – výdrž 5 sec., výdech – uvolnit
8. dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, ruce položené na břicho, nádech do břicha (vyklenout břicho), výdech – břicho stáhnout
9. dlaně proti sobě, zatlačit do dlaní, držet 5 sec., uvolnit

### **Cvičební jednotka 2. - 3. den po operaci**

#### **Leh na boku**

1. přitahovat a propínat špičky
2. zdvihnout horní nohu maximálně o 30 cm, zpět
3. horní nohu přitáhnout k břichu, do bolesti, zpět
4. propnout kolena, pánev tlačit dopředu, stáhnout hýždě, výdrž, uvolnit
5. přednožovat a zanožovat

**totéž opakujeme i na druhém boku**

### Stoj u lůžka

1. stoj na špičkách, ruce se drží pelesti, stáhnout hýždě, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici – výdrž, zpět
2. stoj, ruce opřeny o pelest, mírný podřep, zpět do základního postavení
3. stejná poloha, skrčit pravou nohu, přitáhnout k břichu, zpět, totéž levou
4. stejná poloha, unožit pravou, zpět, totéž levou

### **Cvičební jednotka 4. - 5. den po operaci**

#### Leh na břicho

1. nádech, přitáhnout paty k hýždím a zpět (nohy ohýbáme v kolenou)
2. opřít palce nohou o podložku, propnout kolena vzhůru, stisknout hýždě, k sobě, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, uvolnit, kolena položit
3. stisknout hýždě, vtáhnout břicho, zanožovat střídavě pravou a levou nohu
4. střídavě suneme pravou a levou nohu do strany po podložce
5. ruce pod čelo, zvedáme pouze lokty nahoru (hlava zůstává na podložce)

#### Leh na zádech

6. poloha stejná, střídavě suneme pravou a levou nohu do strany po podložce
7. poloha stejná, skrčit pravou dolní končetinu, zpět, totéž levou

### **Cvičební jednotka 6. - 7. den po operaci**

#### Leh na zádech

1. dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, upažit, obě kolena položit vpravo a totéž vlevo
2. dolní končetiny natažené, ruce v týl, nádech – zatlačit lokty do podložky, výdech – zvednout hlavu a přitáhnout špičky
3. poloha stejná, ruce v týl, nádech – s výdechem přitáhnout pravé koleno a levý loket, zpět nádech, totéž levé koleno a pravý loket
4. poloha stejná, stisknout hýždě, přitáhnout kolena k břichu, položit obě končetiny vpravo, kolena k lokti, zpět, totéž vlevo

5. poloha stejná, ruce v týl, s výdechem zvedáme hlavu obratel po obratli až k dolnímu úhlu lopatek (bedra přitisknutá k podložce)
6. dolní končetiny pokrčené - „jízda na kole“ z počátku nejdříve pravou a pak levou
7. poloha stejná, paže podél těla – stáhnout hýždě a stehenní svaly, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, zvednout pánev a přednožit pravou (levou) – položit a uvolnit

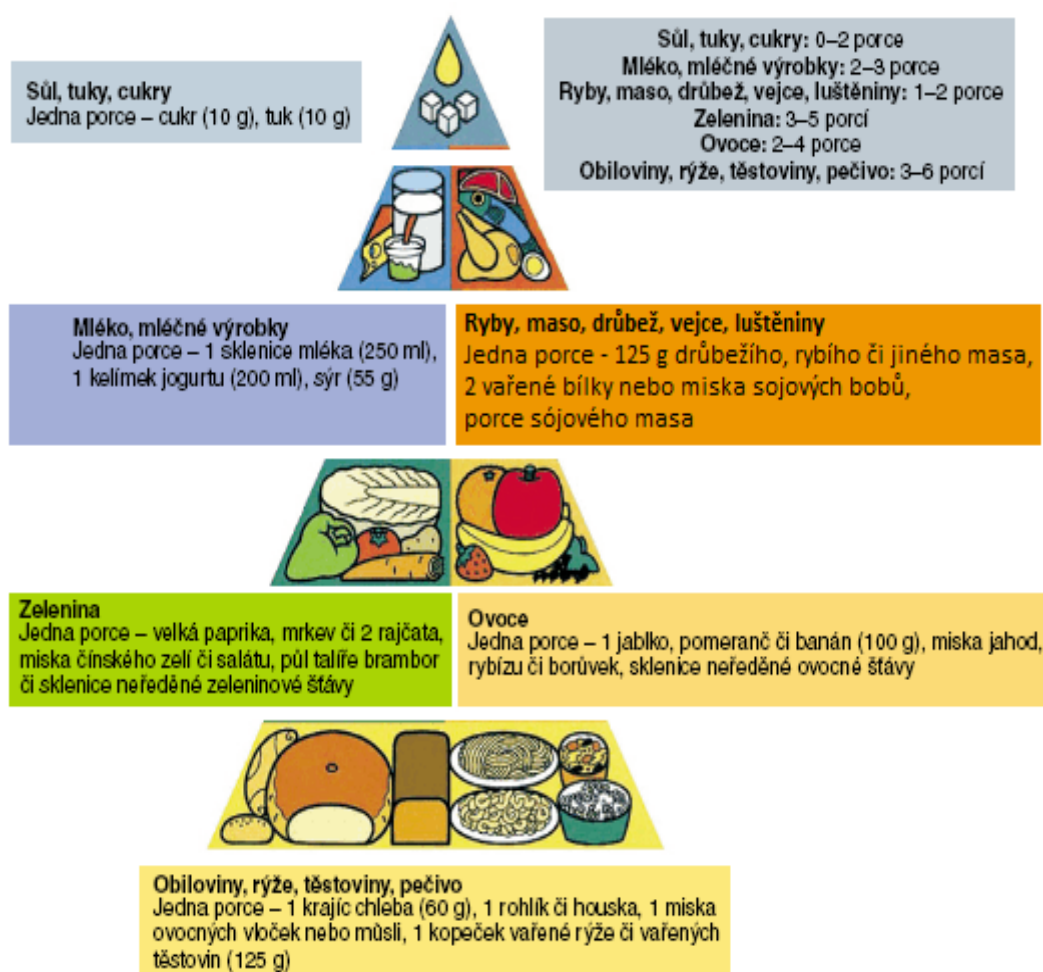
Zdroj:

VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 51s. ISBN 80-7013-351-1.

## Příloha 8

### Potravinová pyramida

## Potravinová pyramida



Zdroj:

Potravinová pyramida. Zdraví.foodnet.cz [online]. [cit. 2010-03-25]. Dostupné z:  
<http://www.zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida>

## **Příloha 9**

Edukační příloha – Co by měla vědět každá žena po porodu

### **Co by měla vědět každá žena po porodu**



#### ***CO PŘINÁŠÍ ŠESTINEDĚLÍ?***

#### **Šestinedělí - návrat do stavu před otěhotněním**

Šestinedělí (puerperium) je dosti náročné období v životě ženy (matky), které začíná porodem dítěte a trvá zhruba šest až osm týdnů. Během tohoto období se organismus ženy pozvolna navrácí do stavu před otěhotněním.

#### **Toto období zahrnuje:**

- tělesné změny
- hojení porodního poranění
- rozvoj laktace (kojení)
- obnovení menstruačního cyklu
- obnovení pohlavního styku
- antikoncepci po porodu
- cvičení v šestinedělí

## **ZMĚNY V TĚLE:**

### ***Zavinování dělohy:***

Největší změny probíhají v děloze, která během těhotenství vážila okolo 1 000 g. Už v prvním týdnu se rychle zmenšuje a na konci šestinedělí váží v průměru 80 g.

Po odloučení placenty nastávají hormonální změny, které podporují zmenšování svalových buněk a smršťování svalových vláken. Při tomto procesu mohou ženy (hlavně vícerodičky) v prvních dnech po porodu pociťovat bolesti podobné kontrakcím. Bolestivost se zvyšuje při kojení.

### ***Změny v místě uložení placenty:***

Hned po porodu placenty se místo jejího uložení zmenší o polovinu. Povrchová vrstva sliznice dělohy odumírá a odlučuje se (obnova této sliznice končí za 3 týdny a v místě uložení placenty za 6 týdnů) v podobě očístek (lochií).

Očistky mají charakteristický nasládlý mdlý zápach a po průchodu porodními cestami ven z těla se mohou stát živnou půdou pro bakterie. Proto je třeba během šestinedělí dbát o zvýšenou hygienu celého těla.

### ***Změny děložního krčku (hrdla)***

Po porodu je děložní krček ochablý a tenkostěnný, s narušenými okraji, mírně pootevřený. Postupně se uzavírá a na konci prvního týdne je otevřený na 1 cm. Uzavírá se od vnitřní branky směrem k vnější. Na konci šestinedělí získává hrdlo cylindrický tvar a vnější branka krčku má tvar příčné štěrbiny (dokud žena neporodí, má branka okrouhlý tvar).

### ***Změny v pochvě***

Po neoperačním porodu se pochva vrací do původního stavu za 3 týdny, zůstává však méně pružná, její povrch je vyhlazenější a stěny pochvy se mírně sníží.

### ***Změny vnějších částí a pánevního dna***

Po porodu se zmenšuje prokrvení vnějších rodidel, postupně mizí jejich prosáknutí a pigmentace (tmavší zbarvení), případné křečové žíly se zmenší nebo celkem vymizí.

Svaly pánevního dna získávají svůj tvar a postupně se vrací do původní polohy.

### ***Změna břišní stěny***

Vrací se jí opět elasticita a tonus přímých svalů, trvá to přibližně 6–7 týdnů. Napínání břišní stěny v těhotenství může způsobit drobné trhlinky elastických vláken, tzv. strie, které mohou přetrvávat a postupně zešednout.

### **S čím dalším se můžete v šestinedělí setkat:**

- Šestinedělky mají hlubší dýchání, klesá počet tepů i vdechů.
- Ženy v šestinedělí mají **sníženou peristaltiku** (pohyb střev). V důsledku toho jsou u šestinedělek problémy s vyprazdňováním stolice poměrně časté.
- **Močový měchýř** je po porodu ochablý a první dny se nedostatečně vyprazdňuje. První hodiny po porodu dochází k bolestivosti při močení, často kombinované s utlumeným nutkáním na močení. Všechny popsané stavy mohou být příčinou vzniku infekce močových cest v šestinedělí. Je důležité v tomto období sledovat častost močení, přijímat dostatek tekutin a v případě problémů využít dostupné podpůrné metody jako oplach genitálií teplou vodou, teplou sprchu, pouštění vody z vodovodu či jinou metodu podporující močení.
- **Hormonální změny:** po porodu rychle klesá hladina placentárních hormonů a hodnota estrogenů a progesteronu. Jejich další vzestup závisí na laktaci (kojení). Během laktace se uvolňuje hormon oxytocin, který nesouvisí jen s produkcí mléka, ale také napomáhá stahování dělohy.
- Změny hladin hormonů podněcují i ostatní změny v těle, což se odráží nejen v tělesné stránce ženy, ale i v její psychice. Podle statistik 50–75 % rodiček zažívá tzv. "**baby blues**". Objevuje se 3. či 4. den po porodu, vrcholí okolo 6. dne a spontánně mizí okolo 12 dne po porodu. Pokud tento stav trvá více než dva týdny, může přejít do poporodní deprese (ta postihuje 5–20 % maminek).
- Je důležité rozlišit prvotní příznaky **poporodní deprese**. V případě, že baby blues přeroste do deprese, je nutné vyhledat odbornou pomoc. Čím dříve to uděláte, tím větší je šance, že se Váš psychický stav co nejdříve zlepší.

### **Očistky a hojení ran po porodu**

V děloze jsou po porodu zbytky krevních sraženin, zbytky placenty a plodových obalů. Tkáně, které byly vlivem porodu potřhané, postupně odumírají. Z dělohy vytéká sekret, tekutina, která se nazývá očistky a ta všechny tyto zbytky odplavuje. Jejich vzhled se postupem šestinedělí mění. Jeden typ přechází plynule v další.

První tři dny po porodu jsou očistky krvavé. Na konci prvního týdne krev ubývá, očistky jsou více vodnaté. Během druhého týdne po porodu v očisticích přibývá více bílých krvinek, očistky jsou špinavě žluté a jsou v nich stále ještě útržky tkání. Ve třetím týdnu šestinedělí se v nich objevuje hlen, dostávají šedobílou barvu. V šestém týdnu by měly očistky úplně přestat odcházet.

Trhliny hráze, rány po nástřihu hráze a trhlinky na děložním hrdle se díky řádnému chirurgickému ošetření obvykle hojí bez komplikací.



### **Hygiena a péče o prsy v šestinedělí**

V dutině dělohy se nevyskytují žádné bakterie, ale v pochvě ano. Proto dochází k tomu, že se zde očistky zcela běžně infikují. **Do vložek zachycené očistky jsou tak vysoce infekční.** Při výměně vložek je proto nutné dodržovat přísnou hygienu a vždy si řádně umýt ruce teplou vodou a mýdlem. Jen tak lze ochránit dítě i např. prsní bradavky před možnou infekcí. Vložky by se měly často měnit.

Zvýšená hygienická opatření by měla žena dodržovat po celou dobu šestinedělí. Rodidla by se hlavně zpočátku měla oplachovat vodou po každém vymočení, stolici i kojení. **Koupele není během šestinedělí vhodná**, je třeba se pouze sprchovat.

Každá kojící žena by si měla pořídit kvalitní bavlněnou **mateřskou podprsenku**. Aby nedocházelo ke znečišťování prádla, ale i bradavek, je nutné používat do podprsenek **speciální prsní vložky**, které mají schopnost vsát samovolně odcházející mléko. Prsní vložky je vhodné často měnit, minimálně však po každém kojení. Před každou manipulací s prsy, je potřeba **důkladně si umýt ruce**, aby nedošlo k možnému přenosu infekce. Prsy by měly být denně omyty vlažnou vodou bez mýdla. Nikdy je netřete osuškou, sušení by mělo být provedeno pouhým dotykem ručníku.

Mnoho kojících žen má **popraskané bradavky**, které jsou častou příčinou nesprávné techniky kojení. Proto je při kojení třeba dbát nejen na správný postup přiložení dítěte k prsu, ale také na správné ošetření prsů před i po kojení. K prevenci i léčbě popraskaných bradavek používáme různé epitelizační prostředky (mastě) nebo jen využijeme pár kapek mateřského mléka, které necháme po kojení na bradavkách volně zaschnout.

### **Strava v šestinedělí**

Na stravování kojících maminek je kladen velký důraz. **Kojící ženy by měly omezit nebo úplně vynechat:** černou kávu, černý čaj, těžká, kořeněná a tučná jídla, alkohol, kouření. Kojící maminky by měly konzumovat pouze vyváženou stravu bohatou na kvalitní živočišné proteiny, na vitamíny, vápník a železo. Nesmí chybět zelenina, ovoce a dostatečné množství tekutin. Uvědomte si, že většina složek pevné i tekuté stravy kojící ženy, přechází do mateřského mléka!!!

### **Léky v šestinedělí**

Do mateřského mléka přechází nejen pevná a tekutá strava, kterou matka zkonzumuje, ale také léky. Při kojení nesmí žena přijímat žádné léky, které nepředepsal lékař informovaný o tom, že žena kojí.

***Zákaz se netýká vitamínových a potravinových přípravků určených speciálně kojícím ženám.***

### **Cvičení v šestinedělí**

Cvičení v období šestinedělí hraje velice důležitou roli. Organismus ženy se tak rychleji regeneruje. Cvičení zabraňuje poporodním problémům, jako je: bolest zad, únik moči, sestup dělohy. Cvičit můžete začít již 24 hodin po porodu. **Čím dříve začnete cvičit, tím rychleji se tělo bude po porodu zotavovat a vrátet do původního stavu.** Zkuste si proto vyhradit každý den čas, který budete věnovat jen sobě a této činnosti. Cvičením se ochablé svalstvo posiluje a naopak přetěžované svaly se uvolňují.

#### Poporodní cvičení zaměřte především na posílení:

- svalů pánevního dna, které bývají porodem poškozeny
- svalů dolních končetin (zabránění vzniku trombózy)
- břišních svalů (to neplatí v případě, že žena trpěla během těhotenství rozestupem přímých břišních svalů)
- zavinování dělohy

Cvičení má nejen zdravotní a estetický efekt, ale díky vyplavování endorfinů má i psychický účinek na zlepšení Vaší nálady a zvýšení duševní pohody.

### **Obnovení menstruačního cyklu**

Přítomnost laktace (kojení) a stimulace bradavek matky kojencem navozuje zvýšenou sekreci hormonu prolaktinu, který způsobuje vynechání měsíčků po určitou dobu kojení, brzdí ovulaci a má tudíž antikoncepční účinek. Rozhodně se ale na to nedá spoléhat. Nástup menstruace je zcela individuální. U nekojících žen se menstruace zpravidla objeví do šesti týdnů, u kojících žen nastoupí okolo dvanáctého týdne.

### **Obnovení pohlavního styku**

Během šestinedělí, kdy hrozí bakteriální infekce, by ještě k pohlavnímu styku dojít nemělo. Strach z bolestivého pohlavního styku v této době obvykle pramení z poporodního poranění, proto často ženy samy pohlavní styk odmítají.

Vzhledem k nepravidelnosti menstruačního krvácení je začátek sexuálního života u párů individuální. Iniciátorkou je obvykle žena a partner by měl **její přání respektovat**. Často je v této fázi rozhodující slovo lékaře, od kterého žena sama žádá svolení. Neměla-li žena vážné poranění, může mít pohlavní styk s ukončením sekrece očístků s patřičnou ochranou.

### **Antikoncepce po porodu**

Vzhledem k tomu, co bylo již výše řečeno, se jako nejvhodnější ochrana pro první dny nabízí prezervativ. Přesto i kojící ženy mají možnost vhodné hormonální antikoncepce ve formě tablet, které se nasazují při obnovení menstruačního cyklu i v době kojení. Také je vhodné zavedení nitroděložního tělíska, nebo bezprostředně po skončení šestinedělí aplikace injekce s dlouhodobým účinkem. Nejlépe se domluvíte při Vaší první návštěvě u svého gynekologa.

### **Lékařská kontrola po šestinedělí**

Po uplynutí šestinedělí byste se **měla dostavit ke gynekologické prohlídce**, během níž lékař zkontroluje porodní poranění, stav hráze a poševních stěn, stav děložního hrdla a uložení vnitřních rodidel. Součástí této prohlídky je kolposkopické vyšetření děložního čípku a odběr stěru na cytologické vyšetření.

### **Jak Vy sama můžete přispět ke své dobré pohodě?**

- Mluvte o svých pocitech – s manželem (partnerem), kamarádkou či jiným blízkým člověkem.
- Zkuste odpočívat vždy, když Vaše miminko spí.
- Najděte si čas pro sebe, choďte ven (cvičení, plavání, procházka, poslech dobré hudby, příjemný film... jakákoli aktivita je dobrá).
- Setkávejte se s jinými maminkami – vhodným místem jsou mateřská centra, kde pořádají např. kurzy masáže miminka, nošení dětí v šátku apod.

### **Internetové odkazy:**

<http://www.antikoncepce.cz>

<http://www.babyonline.cz>

<http://www.9mesicu.cz>

<http://www.kojeni.cz>

<http://www.laktacniliga.cz>

<http://www.mamaaja.cz>

<http://mamita.cz>

<http://www.miminet.cz>

<http://www.naseporodnice.cz>

<http://www.naseantikoncepce.cz>

<http://www.porodnice.cz>

<http://www.rodina.cz>



