

**Univerzita Pardubice**

**Fakulta zdravotnických studií**

**Nejčastější obtíže žen v šestinedělí**

**Barbora Janáková**

**Bakalářská práce**

**2013**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Janáková**  
Osobní číslo: **Z10323**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Nejčastější obtíže žen v šestinedělí**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ČECH, E. a Z. HÁJEK, B. SRP a kol. Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. LEIFER, G. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
3. MERKUNOVÁ, A. a M. OREL. Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní vědy. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
4. ROZTOČIL, A. a kol. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
5. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
6. WEIS, P. a kol. Sexuologie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.


Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zuzana Škorníčková**

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **24. června 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. srpna 2013**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. července 2013

## **Prohlášení autora**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vyžadovala, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Trutnově 15. 8. 2013

.....

Janáková Barbora

## **Poděkování**

Mé poděkování patří především Mgr. Zuzaně Škorníčkové za drahocenný čas, který mně a mé práci věnovala, za cenné rady, připomínky a profesionální přístup. Také bych velice ráda poděkovala všem respondentkám, které se podílely na vyplnění dotazníku pro výzkumnou část mé práce.

V Trutnově 18. 8. 2013

.....

Janáková Barbora

## **ANOTACE**

Tématem teoreticko – výzkumné práce je „Nejčastější obtíže žen v šestinedělí“. Teoretická část se zabývá problematikou fyziologického, patologického šestinedělí a psychickými změnami žen v tomto období.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Porodní asistentka, šestinedělí, šestinedělka

## **TITLE**

The most common problems of women in the puerperium

## **ANNOTATION**

The theme of this both theoretical and research paper is „The most common problems of women in confinement. The theoretical part is dealing with the dilemma of physiological and pathological confinement. The main goal of this thesis is to obtain information whether the problems of women in confinement are different based on their age.

## **KEYWORDS**

Midwife, confinement, woman in childbed

## Obsah

ÚVOD.....	8
CÍLE PRÁCE.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 FYZIOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ.....	10
1.1 Anatomické a fyziologické změny v šestinedělí.....	10
1.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů.....	10
1.1.2 Změny extravaginálních orgánů a celkové změny v organismu ženy.....	12
1.1.3 Laktace.....	13
2 PATOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ.....	16
2.1 Subinvoluce děložní, lochiometra.....	16
2.2 Krvácení v šestinedělí.....	16
2.2.1 Primární (časné) krvácení.....	16
2.2.2 Sekundární (pozdní) krvácení.....	17
2.3 Puerperální infekce.....	18
2.3.1 Infekce porodního poranění.....	19
2.3.2 Infekce dělohy.....	19
2.3.3 Infekce děložního okolí.....	19
2.3.4 Adnexitis puerperalis.....	20
2.3.5 Infekce pobřišnice (peritonitida).....	20
2.3.6 Zánět žil.....	21
2.3.7 Puerperální sepse.....	22
2.3.8 Mastitis puerperalis.....	22
2.4 Poruchy laktace.....	23

2.5	Poruchy bradavek.....	24
2.6	Zástava laktace.....	25
3	POPORODNÍ PSYCHICKÝ STAV .....	26
3.1	Poporodní blues.....	26
3.2	Poporodní deprese.....	26
3.3	Puerperální psychóza .....	27
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	28
4	METODIKA VÝZKUMU.....	28
4.1	Výzkumné otázky .....	28
4.2	Výzkumný vzorek.....	29
4.3	Zpracování dat .....	29
5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	30
6	DISKUZE .....	55
7	ZÁVĚR .....	58
	Použitá literatura .....	59
	Seznam příloh .....	62



## ÚVOD

Porod a následné období šestinedělí je významným mezníkem v životě každé ženy. Začíná období mateřství a péče o dítě. I role ve společnosti se mění a to ze ženy na matku. Každá žena na toto období vzpomíná jak v dobrém, tak i ve špatném. Těhotenství, porod a následné šestinedělí se velice podepisuje na tělesném a psychickém stavu ženy.

V průběhu šestinedělí se tělo navrácí do stavu jako před otěhotněním. Během tohoto období probíhají v těle ženy značné anatomické a fyziologické změny, ustupují těhotenské patologie, které mohly vzniknout během těhotenství. Mezi takové obtíže řadíme infekce, špatné hojení porodního poranění, špatná involuce dělohy, psychické změny a jiné.

Teoretická část práce se skládá ze 3 kapitol. První kapitola je věnována fyziologickému šestinedělí, v druhé kapitole je popsána problematika patologického šestinedělí a třetí kapitola se zabývá psychickými změnami, které se mohou vyskytovat v šestinedělí.

Ve výzkumné části práce jsme pomocí kvantitativního šetření, které probíhalo pomocí dotazníkové metody, se snažily zjistit zkušenosti a informovanost prvorodiček. Hlavními cíly výzkumného šetření bylo zjistit způsob porodu, porodní poranění, informovanost v oblasti péče o matku a novorozence, využívání následné poporodní péče a stav psychiky žen v tomto období.

Během praxe na oddělení šestinedělí se mi práce velice líbila, a proto jsem si toto téma zvolila.

# **CÍLE PRÁCE**

## **Cíl teoretické části**

1. Zmapovat problematiku fyziologické a patologické šestinedělí.

## **Cíle praktické části**

2. Zjistit, zda prvorodičky rodí častěji spontánně nebo operativním porodem.
3. Zjistit, jaké zdravotní obtíže v souvislosti s porodem udávají ženy nejčastěji.
4. Zjistit, zda jsou ženy po porodu informovány o průběhu šestinedělí.
5. Zjistit, zda po propuštění z nemocnice ženy vědí, jak pečovat o novorozence.
6. Zjistit, zda prvorodičky znají návaznost péče po propuštění domů.
6. Zjistit, v jakém psychickém stavu jsou ženy v šestinedělí.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 FYZIOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí, nebo-li puerperium, je období do 42. dne po ukončení těhotenství a porodu, kdy mizí anatomické a fyziologické změny a organismus ženy se navrácí do stavu před otěhotněním. Prvních 7 dní po porodu označujeme za rané šestinedělí. Poté následuje pozdní šestinedělí, které je potřebné k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů. Těhotenství a porod má velký vliv na změny v tělesné a psychické oblasti ženy. Téměř nikdy nenastává úplný návrat tělesných změn do původního stavu. Jednotlivé změny rozdělujeme na involuční, extravaginální, laktaci, hormonální a reparační. Postupně odcházejí některé vzniklé těhotenské patologie např. gestační diabetes, preeklampsie, těhotenská hepatopatie. Po porodu svou činnost zahajuje mléčná žláza. V poporodním období se v prvních 24 hodinách mohou vyskytnout akutní poporodní nebo poanesteziologické komplikace (Čech, 2006; Binder, 2011).

### 1.1 Anatomické a fyziologické změny v šestinedělí

Během šestinedělí se navracejí těhotenské anatomické a funkční změny do fyziologické podoby (Čech, 2006).

#### 1.1.1 Involuční změny pohlavních orgánů

Involuční změny se týkají dělohy a jejích částí, ale i ostatních pohlavních orgánů. **Děloha** během těhotenství prošla výraznými změnami. Proces zmenšování dělohy je označován jako involuce (zavinování dělohy), po porodu se děloha zmenšuje z cca 1000g na přibližně 70g na konci šestinedělí. Involuce dělohy probíhá pomocí retrakce svalových vláken, snížením jejich prokrvení, involucí hypertrofických svalových vláken a degenerací nově vytvořených svalových vláken v době gravidity. Děloha bezprostředně po porodu lůžka sahá zhruba 2-3 prsty pod pupek díky následným silným kontrakcím a retrakcím děložní svaloviny. Po několika hodinách fundus vystoupí do výše pupku. Tento posun fundu vzhůru je způsoben tím, že svaly pánevního dna nabudou obvyklého tonu. Od prvního dne šestinedělí klesá dolů děložní fundus o šíři jednoho prstu za 24 hodin, takže koncem prvního týdne šestinedělí je fundus zhruba jeden až dva prsty nad horním okrajem stydké spony. Koncem druhého týdne šestinedělí není děloha nad sponou stydkou hmatná, je zavinuta zpět v malé pánvi, je však stále větší než děloha před otěhotněním. Hodnocení výšky děložního fundu

je potřeba provádět s vyprázdněným močovým měchýřem, protože plný močový měchýř může zkreslovat objektivní hodnocení.

**Očistky**, nebo-li lochie, je vaginální výtok po porodu, obsahující lymfu, krev a endometriální tkáň. V postpartálním období se očistky postupně proměňují, očistky mají charakteristický nasládlý až mdlý zápach ( Čech, 2006; Koudela, 2008; Binder, 2011).

1. *Lochia rubra* – jsou červená, protože obsahují převážně krev. Vyskytují se přibližně 3 dny po porodu.
2. *Lochia fusca* – krev ubývá, převažuje tkáňový sekret, jsou zahnědlá.
3. *Lochia flava* – očistky mají žlutou barvu díky uzavření cév. Při převaze leukocytů jsou seropurulentní.
4. *Lochia alba* – mizí erytrocyty, leukocyty a žlutá barva. Očistky jsou bělavé a mají hlenovitý charakter.

**Děložní hrdlo** je na svalová vlákna chudé, je ochablé s laceracemi na okrajích a prostupné pro 2 prsty. Je široce otevřené, ale už od druhého dne se stahuje a třetí den získává válcovitý tvar. Po týdnu má délku 1-2 cm, začíná se postupně uzavírat vnitřní branka, zevní branka později. Děložní hrdlo u prvorodičky před porodem je kónické s důlkovitou zevní brankou, za pět týdnů po porodu je cylindrické a tvar zevní branky se mění na tvar příčné štěrbin.

**Pochva** se navrácí do původního stavu za 3 týdny, ale zůstává méně pružná. Poševní řasy jsou částečně či úplně vyhlazeny. Poševní stěny jsou ochablé a vulva zeje. Porodem je porušen hymenální okruh. Z něj zůstávají jen drobné útržky – carunculae myrtiformes.

**Vaječníky** sestupují zpět do pánve. Mizí prosáknutí, svalové buňky se zmenšují a mají opět vodorovný průběh. Vaječníky se zmenšují a s vejcovody jsou opět uloženy v malé pánvi. Po porodu není obnovena produkce hypofyzárních gonadotropinů. Porodem placenty je odblokována sekrece prolaktinu z hypofýzy a následkem dochází k laktační amenorhoe. Po skončení laktace přichází první krvácení, které však nebývá pravou menstruací, jelikož první cyklus po ukončení kojení bývá anovulační.

**Břišní stěna** je po porodu ochablá a přímé břišní svaly jsou částečně rozestoupené. Návrat do původního stavu trvá několik týdnů. Pro rehabilitaci břišní stěny napomáhá vhodná gymnastika. Na kůži v oblasti podbříšku, hýždí a prsou zůstávají strie, které se postupně přemění ze své narůžovělé barvy na perleťově lesklou barvu. Během několika dnů vymizí

pigmentace v okolí pupku, ve střední čáře pod pupkem, na zevních rodidlech, kolem análního otvoru, v jizvách a někdy i v obličeji(Čech, 2006; Binder, 2011).

### **1.1.2 Změny extravaginálních orgánů a celkové změny v organismu ženy**

**Ledviny a močové cesty** – po porodu je velmi zvýšená diuréza, která způsobuje snížení objemu extracelulární tekutiny. Díky ochablému močovému měchýři zůstává často močové reziduum. Reziduální moč může způsobovat zvýšené riziko infekce močových cest v šestinedělí. Postupně se pomalu zmenšují ledviny a upravuje se dilatovaný kalichopánvičkový systém ledvin. Močový měchýř vstupuje zpět do pánve a tonus uretrů se obnovuje. Mění se renální funkce, kdy se snižuje průtok krve ledvinami, glomerulární filtrace klesá a normalizuje se clearance kreatininu.

**Trávicí ústrojí** – krátce po porodu se normalizuje činnost gastrointestinálního systému. Velice rychle se navrácí chuť k jídlu a postupně se upravuje hyperacidita žaludku. V průběhu 2 týdnů po porodu dochází k normalizaci střevní motility. Obvyklé je nadýmání a obstipace.(Binder a kol. 2011; Roztočil a kol. 2008)

**Hormonální změny** - po odchodu placenty odešel veliký zdroj estrogenů, progesteronu a choriových gonadotropinů. Vylučování choriového gonadotropinu probíhá po dobu asi 8 dnů, estrogenů a progesteronu 3-4 dny, placentární laktogen mizí z oběhu už po několika hodinách po porodu. Z mozkového podvěsku je vylučován do krevního oběhu prolaktin a oxytocin.

**Krev a krevní oběh** - celkový objem krve klesá v průběh 3 týdnů po porodu na původní 4 litry z 5 až 6 litrů a klesá objem plazmy. Krevními ztrátami za porodu je ovlivněn objem krve, hodnoty erytrocytů a hematokrytu, které jsou kompenzovány aktivací kostní dřeně a vyplavováním retikulocytů do oběhu. Po porodu nepatrně vzrůstá počet leukocytů, zejména granulocytů. Množství plazmatického železa klesá a od 5. dne se zvyšuje. Na konci šestinedělí se navrácí erytropoéza do normálu. Od 5. dne po porodu se upravují hodnoty hemoglobinu a hematokrytu v krevním obraze. Od 7. dne se snižuje leukocytóza. Množství bílých krvinek po 6. dni a počet červených krvinek je po celou dobu šestinedělí zvýšené. Velký význam mají v průběhu šestinedělí hemokoagulační změny. Dochází k vzestupu počtu trombocytů a zvýšení jejich adhezivity a ke vzestupu aktivátorů plazminogenu. Trombinový čas se prodlužuje. Důsledkem hemokoagulačních změn je zvýšené riziko tromboembolických komplikací v průběhu šestinedělí(Binder, 2011; Čech, 2006).

**Metabolické změny** – metabolismus vody a elektrolytů. Poporodní úbytek na váze bývá většinou v průměru 5 kg, v průběhu šestinedělí je další hmotnostní úbytek o 4 kg díky ztrátě vody a elektrolytů nahromaděných během gravidity.

Metabolismus bílkovin, tuků a glycidů – během šestinedělí klesá množství sérových bílkovin, obzvláště globulinů. Aminokyseliny, které jsou zvýšené pár dnů po porodu, se vrací do normy. Volné mastné kyseliny se navrací k normě druhý den po porodu. Také cholesterol a triacylglyceroly vykazují rapidní pokles ihned po porodu, ale k svým normálním hodnotám se navrací až po ukončení šestinedělí. Glykémie se výrazně sníží okolo 2.-3. dne, proto u diabetiček rychle klesá potřeba vyšších dávek inzulínu.

**Kardiovaskulární změny** – Po porodu klesá bránice a srdce zaujme z příčně uložené polohy polohu původní - semivertikální. Hemodynamické změny se velice rychle navrací do normálu již v časném šestinedělí. Srdeční výdej klesne o 28% v průběhu 14 dnů, zmenší se systolický objem a klesne myokardiální kontraktilita. Šestinedělka má hlubší dech díky rozpínajícím se plicím, klesá počet dechů i tepů. Reziduální kapacita plic roste, zatím co inspirační a vitální kapacita klesá. V souvislosti s těmito změnami dochází k změnám acidobazické rovnováhy. První den po porodu se zvyšují hodnoty  $p\text{CO}_2$  s BE (base – exces) plazmatickými bikarbonáty, arteriální kyslíková saturace (Čech, 2006; Binder, 2011; Leifer, 2004).

### 1.1.3 Laktace

#### Mléčná žláza

Mléčná žláza je největší kožní žlázou lidského těla, skládá se z 15-20 laloků (lobi mammae, lobi gl. mammae) kyjovitého tvaru tvořenými lalůčky (lobuli) a acini mammae, které jsou tvořeny sekrečními buňkami. Z každého laloku vystupuje mlékovod – ductus lactifer. Každý mlékovod vyústí na bradavce (mammila). Během gravidity se připravuje na laktaci, kde estrogeny mají vliv na proliferaci mlékovodů a progesteron stimuluje epitel alveolů. Už po 10. týdnu gravidity se objevuje mlezivo (kolostrum) v mléčných žlázách. Laktogenní hormonální komplex, který se skládá z estrogenů, progesteronu, placentárního laktogenu, hypofyzárního prolaktinu, kortizolu a inzulínu se uplatňují při tvorbě mlékotvorného aparátu. Stimulace začátku laktace po porodu je způsobena poklesem estrogenů a progesteronu, ale základní pro tvorbu mléka je hypofyzární prolaktin. První dny po porodu je dekretováno mlezivo (kolostrum), které obsahuje oproti mléku více bílkovin, hlavně globulinů, více minerálních látek, především Mg a které zvyšuje střevní peristaltiku a napomáhá k rychlejšímu vypuzení smolky. Mikroskopicky jsou zjevné tukové buňky a větší

buněčné útvary nazývané kolostrální tělíska, mononukleární fagocyty, obsahující velké množství tuku. V mlezivu jsou obsaženy protilátky – imunoglobuliny IgA. Kalorická hodnota kolostra je dostačující pro novorozence první poporodní dny. Teprve za 3-4 dny se začíná tvořit vlastní mateřské mléko, které se odlišuje od mleziva svým složením, má více bílkovin, méně tuků a cukrů. Kojení stimuluje intenzitu tvorby mléka, kdy periferní dráždění bradavky sáním přechodně zvyšuje vylučování prolaktinu a zároveň neurohypofýza pulzativně zvyšuje vylučování oxytocinu. Oxytocin způsobuje kontrakce myoepiteliálních buněk a pomáhá sekreci mléka z alveolů a malých mléčných vývodů (Čech, 2006; Kudela, 2008; Binder, 2011).

### **Mateřské mléko**

Mateřské mléko je tou nejdokonalejší stravou pro novorozence a má optimální teplotu. Hlavní složkou mateřského mléka jsou bílkoviny, laktóza, voda a tuk. Proteiny – kasein, laktalbumin a laktoglobulin - tyto proteiny jsou slučovány v alveolárních sekretorických buňkách, většina mléčných proteinů jsou naprosto unikátní a jinde se nevyskytují. Syntéza laktózy s glukózou se odehrává také v alveolárních sekretorických buňkách. Dva dny po porodu dochází k rychlému vzestupu koncentrace. Laktóza z části přechází z mateřského oběhu, je vylučována ledvinami, proto je možno ji zaznamenat v moči. Ve variabilním množství se v mateřském mléce objevují vitamíny kromě vitamínu K. Železo je obsaženo v malém množství, ale je lépe absorbovatelné než z kravského mléka. Mléčná žláza podobně jako štítná žláza koncentruje jod. Z řady iontů jsou v mateřském mléce obsaženy K, Na, Cl, Ca, Mg a P. Obdobně jako v kolostru jsou v mléce obsaženy protilátky IgA. Tyto protilátky působí proti *Escherichia coli* a je známé, že u kojeného dítěte jsou méně časté střevní infekce – enterokolitidy. Protilátky IgG se v mléce neprokazují, proto se do oběhu novorozence nedostávají. Pravidelným přikládáním novorozence k prsu a dokonalým vyprázdněním prsa po kojení je podporována laktace. V prvních dnech dosahuje sekrece mléka 200-500 ml, v průběhu druhého týdne je již 1000 ml a později i více. Pohyb mateřského mléka z mlékovodů (*galaktokinéza*) je složitý děj, který je ovlivňován neuroreflektoricky a humorálně. Oxytocin, secernovaný stimulací bradavek podporuje ejakci mléka (Čech, 2006; Kudela, 2008; Leifer, 2004; Binder, 2011).

### ***Fáze produkce mléka***

- 1. Kolostrum** – v prvních dnech po porodu. Nažloutlá tekutina bohatá na protilátky. Obsahuje proteiny, vitaminy A a E a základní minerály. Obsahuje méně kalorií než mléko. Má laxativní účinek, který napomáhá odchodu mekonia.
- 2. Přejídné mléko** – objevuje se po 7-10 dnech. Prsy přestanou vylučovat kolostrum a začínají vylučovat mléko. Obsahuje méně imunoglobulinů a proteinů, obsahuje však více laktózy, tuků a kalorií.
- 3. Zralé mléko** – je vylučováno po 14 dnech. Má namodralé zbarvení a obsahuje dostatek živin a energetických hodnot (Leifer, 2004).



## 2 PATOLOGICKÉ ŠESTINEDĚLÍ

Patologické šestinedělí je specifické odchylkami od normálního průběhu šestinedělí, které mohou šestinedělku ohrozit na zdraví. Jedná se hlavně o krvácení v šestinedělí, infekční komplikace, cévní komplikace a poruchy laktace (Binder, 2011).

### 2.1 Subinvoluce děložní, lochiometra

**Subinvoluce děložní** je pomalé zavinování dělohy, které se projevuje v prvních dnech šestinedělí, kdy děložní fundus sahá výše, děloha je měkká, očistky jsou hojnější a hrdlo se neuzavírá. Subinvoluce děložní bývá způsobena nedokonalým uzávěrem retroplacentárních cév tromby, které se odplavují např. při tlaku na stolicí, zakašlání, vstávání. Vyskytuje se častěji u vícerodiček, u nichž převládají v děložní stěně vazivová vlákna a děložní retrakce je snižena po vypuzení nadměrného obsahu děložní dutiny. Subinvoluce děložní se také může vyskytovat po protražovaném nebo operačním porodu. Banální příčinou může být přeplněný močový měchýř nebo rektum (Čech, 2006; Kudela, 2008).

**Lochiometrase** vyskytuje u šestinedělek se zpomalenou děložní involucí, kdy se očistky či krev nahromadí v dutině děložní a nejsou děložní retrakcí vypuzovány. Hromadění očistků může vznikat uzavřením vnitřní branky či jejím spazmem, retroverzí dělohy a následkem zánětu endometria (Čech, 2006).

**Diagnóza** se stanovuje pomocí ultrasonografického vyšetření děložní dutiny, kde se zobrazí zmnožení děložního obsahu a vyloučí se placentární zbytky (Čech, 2006).

**Léčba** spočívá v zevní děložní masáži, podání uterotonik (Oxytocin intravenózně nebo intramuskulárně). U lochiometry je často nutná dilatace vnitřní branky (Čech, 2006).

### 2.2 Krvácení v šestinedělí

Krvácení v šestinedělí se dělí na primární (do 24 hodin po porodu) a sekundární, které se objevuje déle.

#### 2.2.1 Primární (časné) krvácení

Primární nebo-li časné krvácení může být velice silné intenzity a mezi příčiny řadíme – nepoznané nebo nedokonale ošetřené porodní poranění, hypotonii a atonii děložní, lacerace

reprodukčního systému, patologický obsah dutiny děložní. Příčiny krvácení lze odhalit pomocí vyšetření v zrcadlech, bimanuálním vyšetřením a ultrazvukem (Leifer, 2004; Binder, 2011).

### 2.2.2 Sekundární (pozdní) krvácení

Sekundární krvácení se vyskytuje po 24 hodinách po porodu. Intenzita krvácení může být jednak se silným a prudkým začátkem, ale i protrahované krvácení menší intenzity, které vede k postupné anemizaci pacientky. Toto krvácení může být způsobeno zbytky placentární tkáně nebo plodových blan v děloze při subinvoluci děložní, endometritidou, lochiometrou, karcinomem děložního hrdla, placentárním a deciduálním polypem, menstruační a funkčním krvácením (Čech, 2006; Leifer, 2004; Binder, 2011; Kudela, 2008; Hájek, 2004).

**Placentární polyp** - vzniká na základě retinované části placentární tkáně, která si po určitý čas zachovává svůj oběh, přiléhá pevně k děložní stěně a nedělka nějakou dobu nekrvácí. Část lůžka za čas degeneruje, částečně se odlučuje a otevírají se uteroplacentární cévy. Na zbytku placentární tkáně se usazuje fibrin a následně se zvětšuje v polypózní útvar, který vyplňuje děložní dutinu a je křehký. Děloha pomocí kontrakcí snaží vypudit polyp, který vnímá jako cizí těleso. Nepravidelné zesilující krvácení může být velice nebezpečné (Čech, 2006).

**Deciduální polyp** - vytváří se z nalepeného fibrinu v místě inzerce placenty na přerušovaných uteroplacentárních septech. Diagnózu lze stanovit na základě palpačního vyšetření za přísných aseptických podmínek. Děloha je větší než by měla být v poporodní období, děložní hrdlo je v celém rozsahu prostupné pro prst a často je i hmatatelná část polypózní tkáně. Diagnózu potvrdí ultrasonografické vyšetření dutiny děložní. Léčba probíhá revizí děložní dutiny tupou kyretou pod clonou antibiotik a podáním uterotonik. Odebraný materiál je histologicky vyšetřen, a tenodlišný typ polypů (Čech, 2006).

**Endometritida** - je zánět sliznice děložní dutiny a je doprovázen páchnoucími očištěnými v hojném množství, slabým krvácením, mírnými bolestmi v podbřišku a zvýšenou tělní teplotou.

**Menstruace** - na konci šestinedělí se objeví krvácení, které připomíná menstruační krvácení. Může se objevit jak u kojících tak i u nekojících nedělek. Ale vzhledem k tomu, že se jedná o anovulační krvácení, je nazýváno taky jako pseudomenstruace (Čech, 2006).

### **2.3 Puerperální infekce**

Puerperální infekce je celkový název pro celou řadu patologických stavů, které mají rozlišnou etiopatogenezi a liší se i svou závažností. Tento chorobný proces známý dříve jako horečka omladnic byla již popisována za času Hippokrata a dlouho dobu byl považován za následek retence očístků. Jde o infekci genitálního ústrojí po porodu, kdy je společným znakem horečka, která značí probíhající zánětlivý proces. Infekční proces vzniká endogenní (autogenní) nebo exogenní cestou. Vznik zánětu je usnadněn díky snížené obranyschopnosti šestinedělky po porodu (Binder, 2011; Kudela, 2008).

Puerperální infekce jsou mnohdy častou příčinou mateřské morbidity, a tak mohou ohrozit šestinedělku i na životě vývojem sepse. Infekce se vyskytují častěji po porodupre sectionem caesaream než po porodu pre vias naturales.

Mezi původce infekce rodidel mohou patřit mikrobiální druhy osidlující zevní rodidla a pochvu či mikroby zavlečené do pochvy a na zevní rodidla během vyšetřování, diagnostických či léčebných výkonech apod. Infekce může vznikat dvojím způsobem – infekce heterogenní nebo infekce autogenní. Při heterogenní nákaze byla infekce zanesena do rodidel zvenčí – nedělkou při nedodržení hygienických zásad, nesterilními nástroji, rukavicemi, tampony. Autogenní infekce může vznikat vzestupem mikrobů, které se vyskytovaly v genitálním traktu už před porodem nebo per continuitatem při infekčním ložisku v břišní dutině (apendicitida)(Čech, 2006; Binder, 2011).

Průběh infekce závisí na pohotovosti organismu nedělký bránit se infekci, na změnách vnitřních rodidel, na druhu a virulenci infekčního agens.

Lokální klinické projevy puerperální infekce jsou infekce vulvy a pochvy, dělohy, děložního okolí, peritonea a cév. Mezi celkové klinické projevy patří puerperální seps (Čech, 2006).

### 2.3.1 Infekce porodního poranění

Infikovaná porodní poranění jsou edematózní, zarudlá a bolestivá. Z rány secernuje hnisavý sekret a stehy prořezávají. Může docházet k rozpadu sutury, kde spodina je povleklá s purulentní sekrecí. Tento stav může být doprovázen subfebriliemi až febriliemi. Laboratorně dochází k vzestupu zánětlivých markerů (leukocytóza, elevace CRP, vzestup trombocytů). Postupně je zánětlivý proces ohraničen a na spodině rány se objevuje granulační tkáň.

**Léčba** je lokální. Odběr vzorku sekretu z rány se provádí na vyšetření citlivosti a kultivaci. Při výskytu abscesu probíhá léčba vypuštěním, výplachem peroxidem, drenáží. Při dehiscenci sutury se odstraňuje povlak z povrchu, snese se granulační tkáň a provede se resutura rány. Podávají se antibiotika, lokálně se provádí oplachy např. 3% peroxidem vodíku, při čistých granulacích lze použít hydrogel s alginátem. Dále se mohou aplikovat zásypy s antibiotiky, Nu-gel (Čech, 2006; Binder, 2011; Leifer, 2004).

### 2.3.2 Infekce dělohy

Endometritida je jednou z nejčastějších puerperálních infekcí jak po porodu, ale také i po potratu či interrupci. Obvykle vzniká v místě po odloučení placenty, kde zůstává rozsáhlá raná plocha. Patogeny vstupují do dělohy ascenzí. Specifickými známkami endometritidy jsou – citlivost dělohy, zvětšení dělohy, silně zapáchající očišky, prodloužené a bolestivé křeče. V laboratorních výsledcích je zvýšen počet leukocytů a CRP. Nespolehlivý může být bakteriologický nález z kultivace očišek. Anaerobní streptokoky, gram – negativní bakteroides, chlamydie a mykoplazmata patří mezi nejčastější původce infekce.

Celkově se podávají antibiotika dle původce a závažnosti onemocnění, Ampicilin, Gentamicin, aminoglykosidy. K lepší involuci děložní se podávají současně uterotonika, doporučuje se klid na lůžku (Čech, 2006; Leifer, 2004; Binder, 2011).

### 2.3.3 Infekce děložního okolí

Parametritida – do parametria se přesunuje zánět lymfatickou nebo krevní cestou při infikovaném poranění děložního hrdla, při císařském řezu a z incize dělohy. Mezi lišty širokého vazů se vytváří zprvu exsudát a infiltráty odlišného rozsahu. Zánět se dostává k pánevní stěně, nahoře se ohraničuje a kaudálním směrem je ohraničení nezřetelné. U jednostranných procesů je děloha vytlačována k opačné straně a v průběhu hojení zkracováním parametria se naopak přitahuje k postižené straně, oboustranné procesy dělohu zcela zaujímají. Exsudát se může rozšiřovat všemi směry, dopředu k močovému měchýři

nebo dozadu do rektovaginálního septa. Exsudativní infiltráty mohou zhnisat a v postižených místech tak vznikají abscesy.

Klinický obraz je velice prudký, s vysokými teplotami až septického rázu, bolestmi v podbříšku vystřelujícími do stehů, častým nucením močení a tenezmy, alterací celkového stavu, peritoneálním drážděním. Během vyšetření je děloha odchýlena laterálně, pohyby dělohou jsou velmi bolestivé, je hmatatelný infiltrát dosahující k pánevním kostem, zpočátku měkký s fluktací, poté tuhý, bolestivý, nepohyblivý. Infiltráty se mohou vstřebat, ale také může vzniknout absces s následujícím provalením do okolních orgánů a tkání. Zánětlivé postižení pánevních žil patří mezi závažnou komplikaci.

Při léčbě jsou podávána širokospektrá antibiotika, infuze, MLWH v prevenci tromboembolické nemoci, přikládá se led na podbříšek a je nutný absolutní klid na lůžku. Abscesy je potřeba vyprázdnit a drénovat. Prodělaná puerperální parametritida způsobuje bolesti v kříži, dyspareunii. Parametria jsou tuhá, zkrácená a tvoří obraz chronického zánětu (Čech, 2006; Binder, 2011).

### 2.3.4 Adnexitis puerperalis

Adnexitis puerperalis vzniká intrakanalárním prostupem bakterií z dělohy na adnexa. Postihnout může buď pouze vejcovody – *salpingitis puerperalis*, ovaria – *oophortis puerperalis* nebo celá adnexa. Klinicky nejde odlišit postižení tuby či ovaria. Průběh je prudký s horečkou, bolestmi v podbříšku, s příznaky peritoneálního dráždění, nauzeou, zvracením a poruchou peristaltiky. V průběhu vyšetření je podél děložní hrany hmatatelný bolestivý, omezeně pohyblivý konvolut.

**Léčba** probíhá absolutním klidem na lůžku, podáváním širokospektrých antibiotik a infuzní léčbou. Neúplně vyléčený zánět přechází do chronického stádia a je později důvodem trvalých obtíží a neplodnosti (Čech, 2006; Binder, 2011).

### 2.3.5 Infekce pobříšnice (peritonitida)

Poporodní zánět pánevní pobříšnice vzniká přestupem infekce z děložních přívěšků, perforací hnisavého ložiska, lymfatickou cestou ze zánětu dělohy nebo vejcovodu, ranou infekcí po císařském řezu či ruptuře dělohy. Peritonitida probíhá dvěma formami – pelveoperitonitida a difúzní peritonitida.

**Pelveoperitonitida** – peritoneum malé pánve je prosáklé, povleklé a překrvené, výpotek je zprvu serózní, poté přechází v hnisavý. Fibrinové nálety zapříčiní slepení střevních kliček,

kteře společně s omentem tvořĩ bariéru pro šíření infekce do volné dutiny břišní. Seróznĩ výpotek a hnis stéká do nejnižšího místa malé pánve a vzniká absces Douglasova prostoru.

**Klinický průběh** je velice prudký, horečka, třesavka, zimnice, bolesti v podbřišku, nauzea, zvracení, napětí břišní stěny a tachykardie. U abscesu v Douglasově prostoru je tlak na konečník a tenezmy.

**Léčba** spočívá v absolutním klidu na lůžku, infuzní léčbou, podáním širokospektrých antibiotik intravenózně či intramuskulárně. Při abscesu Douglasova prostoru je nutná incize a drenáž zadní poševní klenby.

**Perionitis difusa** – příčinou bývá zpravidla velice prudká infekce, kdy je pobřišnice postižena v celém rozsahu, překrvená, prosáklá, exsudát je zpočátku seróznĩ prochází v hnisavý výpotek s velkým obsahem fibrinu, střevní kličky se slepují, vzniká paréza střev a příznaky paralytického ileu.

**Klinický průběh** nemoci se vyznačuje prudkým začátkem, vysokými teplotami, bolestmi břicha, tachykardií, zvracením, zástavou plynů a stolice, později klesá krevní tlak, pacientka je schvácená a má typický vzhled obličeje – facies Hippocratica – suché a promodralé rty, pleť bledá, zašpičatělý nos, zapadlé oči, úzkostný výraz.

**Léčba** spočívá v podání širokospektrých antibiotik, infuzní léčbou s kontrolou iontogramu, dále podání glukózy, vitamínů eventuálně transfuze. Pokud je potřeba, provádí se laparotomie eventuálně kuldotomie a drenáž dutiny břišní (Čech, 2006).

### 2.3.6 Záněť žil

Trombembolické příhody jsou řazeny mezi jedny z nejčastějších příčin mateřské úmrtnosti. Trombogenezi v žilním systému žen vzniká zpomalením krevního toku a plazmatickou hyperkoagulací. Komplikuje endomyometritidu, parametritidu a často se vyskytuje ve spojení s operacemi na děloze. Postiženy jsou uterovaginální plexy, děložní žíly. Trombóza s následným zánětem může zasáhnout i žíly renální, ovariální i dolní dutou žílu. Nebezpečí představuje plicní embolizace, hnisání trombu a hematogenní rozsev infekce do celého těla.

**Diagnóza** – mírná forma infekce se projevuje zvýšenou teplotou a tachykardií, bolestí v podbřišku, popřípadě otokem dolní končetiny. U virulentní infekce se střídají období vysokých teplot s třesavkou, cyanózou a tachykardií s obdobími klidu.

**Léčba** – podání antibiotik intravenózně, heparinizace a intenzivní péče (Čech, 2006; Doležal, 2007).

### 2.3.7 Puerperální seps

Puerperální seps je nejzávažnější formou infekčního procesu. Je vyvolána vyplavením virulentních mikrobů nebo jejich toxinů do krevního oběhu. V průběhu sepse je postižen endotel cév. Je zde sklon ke vzniku mikrotrombů, rozvíjejí se poruchy srážlivosti. Dle klinického průběhu je dělíme na primární sepsi, sekundární sepsi, akutní sepsi a chronickou sepsi.

**Primární seps** – choroboplodné zárodky prostupují přímo do oběhu a infekce se šíří rychle do celého těla. Nedělka umírá během 2 – 3 dnů. Po vymizení kriminálních potratů je dnes tato seps velmi vzácná.

**Sekundární seps** – vzniká z lokální infekce (endomyometritida, parametritida, tromboflebitida pánevních žil), mnohdy vznikají spíše po porodu pre sectionem caesaream. Klinicky probíhá seps akutně nebo chronicky. Diagnóza se ověřuje opakovanými hemokultivacemi se stanovením citlivosti na antibiotika.

**Akutní seps** – propuká vysokou horečkou až 40°C septické povahy, s výkyvy mezi ranní a odpolední teplotou, při tromboflebitidě se záchvaty třesavky trvajících asi 20 minut. Nemocná je vysílená, má suchý a povleklý jazyk, zažloutlou kůži, cyanotické rty, má výraznou tachykardii 100 – 140 tepů za minutu, klesá tlak, mohou se připojit septické průjmy. Celkový stav se výrazně zhoršuje a nedělka umírá na celkovou intoxikaci, kdy degenerativní změny zasáhly hlavně játra a slezinu (Čech 2006; Binder 2011).

**Chronická seps** – postupuje zvolna, občasná horečka s třesavkou jsou střídány obdobím klidu. Toto onemocnění trvá 3 – 6 týdnů. Metastatické abscesy se vytvářejí v plicích, játrech, slezině, ledvinách, kloubech, mozku, na endo- i myokardu. Postupem času je horečka trvalá, pulz rychlý a slabý, krevní tlak klesá a nemocná umírá v důsledku celkového vyčerpání (Čech, 2006).

U léčby puerperální sepse je nutná intenzivní péče, podávání intravenózně širokospektrých antibiotik a antikoagulační léčba heparinem. Pokud není jiného východiska, je nutná laparotomie s odstraněním hnisavého ložiska s rozsáhlou drenáží (Čech, 2006).

### 2.3.8 Mastitis puerperalis

Zánět prsu začíná obvykle infekcí zvenčí, poraněním bradavek nebo mlékovodů při nesprávné technice kojení nebo při infekci z nosu novorozence. Začíná obvykle v 2. – 3. týdnu laktace, plně se obvykle rozvine až po měsíci. Mívá bakteriální etiologii. Nejčastěji se vyskytuje *Staphylococcus aureus*, který může u novorozence přivodit kožní onemocnění –

pemfigus. Aby se infekce zachytila a vyléčila v jejím časném stadiu, je podstatné zabránit, aby příznaky ucpaného vývodu přešly do stadia zjevné infekce. Zánět se zpočátku projevuje jako ohraničená infekce. Vnikne-li infekce do mlékovodu, postupuje pak do žlázové tkáně a vzniká mastitis parenchymatosa. Infekce oděrkou nebo ragádou bradavky postupuje lymfatickými cévami až do vazivové tkáně prsu, šíří se velice rychle, může postihnout prso ve větším rozsahu, vzniká mastitis interstitialis. Ve vzácných případech infekce postoupí až k fascii prsního svalu, kdy se pak může vyvinout mastitis retromammaris – *basces*. Zánětem je většinou postižen zevní kvadrant, zánět parenchymu je ohraničen, intersticiální zánět prochází vazivem a vzniká flegmóna. Všechny typy mastitid mohou po kolikvaci vytvářet abscesy (Čech, 2006; Kobilková, 2005; Motlík, 2001).

**Diagnóza** u toho onemocnění je snadná. Začíná bolestivostí jednoho prsu, který je zduřelý, kůže napjatá, zarudlá, teplá. Může být přítomen otok a tlak v prsu. Zánět je doprovázen vysokou horečkou, zimnicí, třesavkou, malátností a celkovou únavou. Na počátku se objevuje palpačně hmatný bolestivý infiltrát, později při vzniku abscesu s eventuální fluktací, při intersticiálním zánětu může být postižen celý prs, při palpaci a pohybu je bolestivý.

**Léčba** – prs je potřeba vyvázat, zafixovat, přikládat studené obklady, led, protistafylokoková antibiotika s ohledem na novorozence. Pokud má nedělka teplotu přesahující 38°C nekojí, jakmile teplota klesne pod 38°C, je kojení možné. V každém případě je potřeba odstříkat mléko, aby bylo prso dokonale vyprázdněné. Absces vyžaduje incizi radiálně směrem k bradavce s rukavicovým drénem, pokud trvá sekrece. V případě léčby abscesu prsu je nutno podávat antibiotika intravenózně.

**Prevence** – v průběhu těhotenství je vhodné otužování bradavek, po porodu je velice důležitá hygiena, dezinfekce bradavek borovou vodou, Septonexem. Velký význam má také správná technika kojení (Čech, 2006; Leifer, 2004; Roztočil, 2008).

## 2.4 Poruchy laktace

Poruchy laktace mohou být ovlivněny nepravidelnostmi prsů, nepravidelnostmi bradavek či poruchami tvorby mléka.

**Hypogalaktie** – je nedostatečná tvorba mléka. Vzniká obvykle u málo vyvinutých hypoplastických prsou, nebo sekundárně za průběhu kojení jako následek špatné techniky kojení: krátké kojení, používání kloboučků, podávání jiných tekutin dítěti. Léčba spočívá především v příznivém ovlivnění šestinedělky, nácviku správné techniky přikládání a kojení



a v přívodu dostatečného množství tekutin. Velice podstatné je dokonalé vyprázdnění prsu – odstříkání, odsávání, popřípadě medikamentózní podpora vyprázdnění prsu (Oxytocin nasálně) (Binder, 2011; Roztočil, 2008).

**Hypergalakcie** – je nadměrná produkce mléka. Nedělka musí po kojení ještě značné množství mléka odsát. Nadměrná produkce mléka může způsobovat ztrátu tělesné tekutiny (dehydrataci) a bílkovin. Nedělka je vysílená a unavená. Doporučuje se omezení příjmu tekutin, stažení prsou pevnou podprsenkou a dostatečný odpočinek (Binder, 2011).

**Galaktorea** – neustálý samovolný odtok mléka i mimo kojení. V průběhu kojení odtéká samovolně mléko i z druhého prsu. Tato porucha bývá způsobena poruchou svěračů bradavek a mlékovodů nebo při nadměrné laktaci. Léčba se provádí pevným stažením prsou a přikládáním gumového kroužku na bradavky (Čech, 2006).

## 2.5 Poruchy bradavek

Poruchy bradavek mohou být dvojího původu, vrozené nebo získané. Mezi vrozené poruchy patří bradavky vpáčené, ploché nebo rozštěpené. Žena by měla být již během gravidity poučena v prenatální poradně o správné péči. Bradavky by měla povytahovat a otužovat.

V případě vpáčených bradavek lze již prenatálně ovlivnit pomůckou – formovačem bradavek. Ploché a vpáčené bradavky se vhodnou technikou upravují. Špatná technika a poloha při kojení způsobuje bolestivé a popraskané bradavky a vznik ragád (Roztočil, 2008; Binder, 2011).

I normálně konfigurované bradavky mají na svém povrchu skryté zářezy, které mohou při sání dítěte praskat a vznikat trhlinky – fisury, oděrky – eroze nebo podlomení – ragády. Tyto poruchy vznikají často na základě macerace při dlouhém kojení nebo při špatném ošetřování bradavek. Takováto drobná poranění bývají velice bolestivá, jejich hojení je zdlouhavé a stroupky při kojení bývají strženy. Tato drobná poranění mohou být vstupní branou pro infekci mléčné žlázy.

Léčba se zakládá na prevenci již v těhotenství, kdy by žena měla pečovat o bradavky. Dbát na správnou techniku kojení a dezinfekci bradavek. Pokud vzniknou u nedělky fisury nebo ragády, kojí přes klobouček nebo jen odstříká mléko. Na noc je vhodné aplikovat epitelizační masti (Čech, 2006).

## **2.6 Zástava laktace**

K zástavě laktace přistupujeme při úmrtí novorozence, porodu mrtvého plodu, potratu v druhém trimestru, při onemocnění prsu těžkou formou mastitidy, při stavech po operaci prsu a při narušení mlékovodů, při těžkém celkovém onemocnění matky a při užívání léků a drog matky, na přání matky a při ponechání dítěte k adopci (Čech, 2006).

Laktaci lze zastavit podáním léků – inhibitorů prolaktinu. V průběhu podávání léků se pevně vážou prsa, dávají se studené obklady a současně je omezen přísun tekutin (Binder, 2006).

### **3 POPORODNÍ PSYCHICKÝ STAV**

Poporodní psychický stav šestinedělky lze rozdělit do tří stupňů, které mohou v sebe přecházet. Toto období je charakteristické depresivním laděním. Mnohdy je složité zařadit ženu do správné skupiny. První největší skupinou jsou ženy, které v oblasti psychologie nevybočují z normálu netěhotné ženy. Zvládají svou novou roli matky a vnitřně prožívají spokojenost a štěstí. Druhým stupněm je poporodní blues, poté se může vyskytnout poporodní deprese a puerperální psychóza (Roztočil, 2008; Binder, 2011).

#### **3.1 Poporodní blues**

Poporodní blues je častý psychický projev v průběhu šestinedělí. Nedělka je bez známé příčiny plačtivá, přecitlivělá, úzkostlivá, psychicky labilní, s poruchami spánku. Dále může trpět poruchami komunikace s okolím, poruchami sebedůvěry, depersonalizací a nepokojem. Depresivní ladění kulminuje 4. den po porodu a většinou ustupuje kolem 10. dne po porodu. Tyto změny nálad jsou v podstatě neškodné a spontánně odeznívají, nevyžadují terapii. V tomto případě postačí poučení porodní asistentky v předporodním kurzu či na oddělení šestinedělí (Roztočil, 2008; Binder, 2011).

#### **3.2 Poporodní deprese**

Poporodní deprese se může projevit v kterémkoliv období po porodu až do jednoho roku. Zpravidla se příznaky projeví mezi 4. a 6. týdnem po porodu. Příznaky mohou být mírné formy až suicidální tendence. Rizikové faktory pro toto onemocnění jsou: svobodná, zdravotně handicapovaná, problémy ekonomické, problémy s bydlením, dítě v nekompletní rodině. Projevují se nedostatek potěšení ze života, nezájem o druhé, ztráta schopnosti se soustředit, narušení spánku, neustávající únava, panické ataky, vtíravé myšlenky, intenzivní pocity nedostatečnosti a selhání, viny, neschopnost vyrovnat se se situací. Žena trpící touto depresí je většinu času uzavřená do sebe a netečná, a to narušuje její normální funkci. Vnímání skutečnosti není narušeno. Deprese může trvat měsíce, než se dostaví zlepšení. Depresivní matka je úzkostnější a jako matka se cítí neschopná. Děti takovýchto matek bývají častěji podrážděné. Léčba zahrnuje psychoterapii, zvýšení sociální podpory a antidepresivní léky. Do léčby je zapojena celá rodina (Roztočil, 2008; Leifer, 2004).

### **3.3 Puerperální psychóza**

Puerperální laktační psychózu je zapotřebí odlišit od poporodní deprese. Mnoho žen může procházet přechodným obdobím „poporodního blues“ který vrcholí 3. den po porodu. Zhruba u 1% nedělek se rozvíjí laktační psychóza, která je charakterizována depresí, halucinacemi, deliriem, zmatením, úzkostí a deziluzí. Ve výjimečných případech se může vyskytnou agresivní chování vůči novorozenci a suicidální pokusy. Při takových stavech je nutná hospitalizace, zástava laktace a intenzivní psychiatrická terapie. K rekurenci stavu ve většině případů nedojde, pokud ano, pravděpodobně jde o pacientky se schizofrenií v anamnéze (Roztočil, 2008).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4 METODIKA VÝZKUMU

Tato bakalářská práce je prací teoreticko – výzkumnou. Ve výzkumném šetření je použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. V tomto dotazníku je 22 otázek. Z toho 4 polouzavřené otázky, 3 otázky, ve kterých mají respondentky možnost volné odpovědi a 15 uzavřených otázek, kde je vždy pouze 1 možná odpověď (viz Příloha A). Dotazník byl anonymní.

Šetření probíhalo od ledna do března roku 2013. Součástí byl i pilotní výzkum, kdy bylo rozdáno 15 dotazníků matkám na oddělení šestinedělí v nemocnici okresního typu. Cílem bylo zjistit, zda jsou otázky jasné a srozumitelné. Podle připomínek byly otázky opraveny.

Pro naše výzkumné šetření bylo rozdáno 90 dotazníků, vráceno bylo 65 dotazníků. 10 dotazníků jsme musely vyřadit z důvodu neúplnosti odpovědí a 15 pro nevyhovující vzorek respondentek dle kritérií, které byly stanoveny. Návratnost tedy byla 44 %. Celkový počet respondentek tedy činil 40.

#### 4.1 Výzkumné otázky

Na základě prostudování literatury a stanovení cílů práce jsme si zvolily tyto výzkumné otázky:

1. Rodí prvorodičky častěji spontánně nebo pomocí císařského řezu?
2. Mají prvorodičky v průběhu šestinedělí zdravotní obtíže vzniklé porodem?
3. Je v průběhu šestinedělí ovlivněna psychika žen?
4. Informují porodní asistentky prvorodičky v péči o sebe v období šestinedělí?
5. Jsou prvorodičky během hospitalizace na oddělení šestinedělí poučeny novorozeneckou sestrou o péči o novorozence?
6. Mají prvorodičky přehled o službách terénní péče?

## 4.2 Výzkumný vzorek

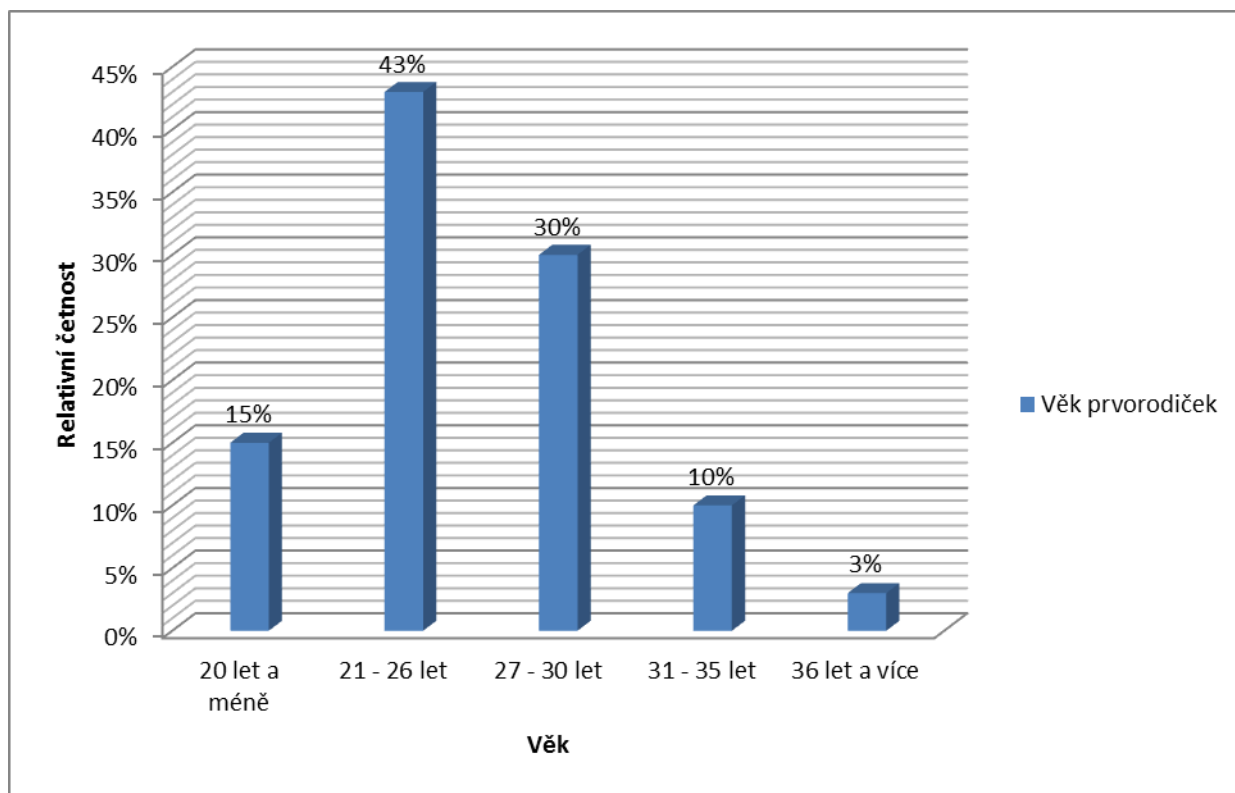
Respondentky byly prvorodičky ve všech věkových kategoriích, které byly v době vyplňování dotazníků nejdéle tři měsíce po porodu. Tato lhůta byla zvolena z toho důvodu, že si ženy dobře vybavují všechna negativa i pozitiva spojená s tímto životním obdobím. Ženy byly z celého území republiky. V průběhu dotazníkového šetření jsem se zaregistrovala na blogy (Imaminka, Maminka.cz) a oslovila matky. Byl zde umístěn odkaz, na kterém mohly vyplňovat dotazník. Dále byl k odkazu připsáno krátké povídání o tom, k čemu dotazník slouží a pro koho je určen a jak se bude nakládat se získanými daty. Dotazník byl dobrovolný a zcela anonymní.

## 4.3 Zpracování dat

Výsledky kvantitativního výzkumu byly zpracovány popisnou statistikou pomocí absolutní ( $n_i$ ) a relativní ( $f_i$ ) četnosti.  $n$  je označen rozsah souboru. Následně pak byly vytvořeny tabulky a grafy v programu Microsoft Excel. Grafy byly doplněny o stručné slovní okomentování. Pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec  $f_i = \frac{n_i}{n} * 100 [\%]$ .

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

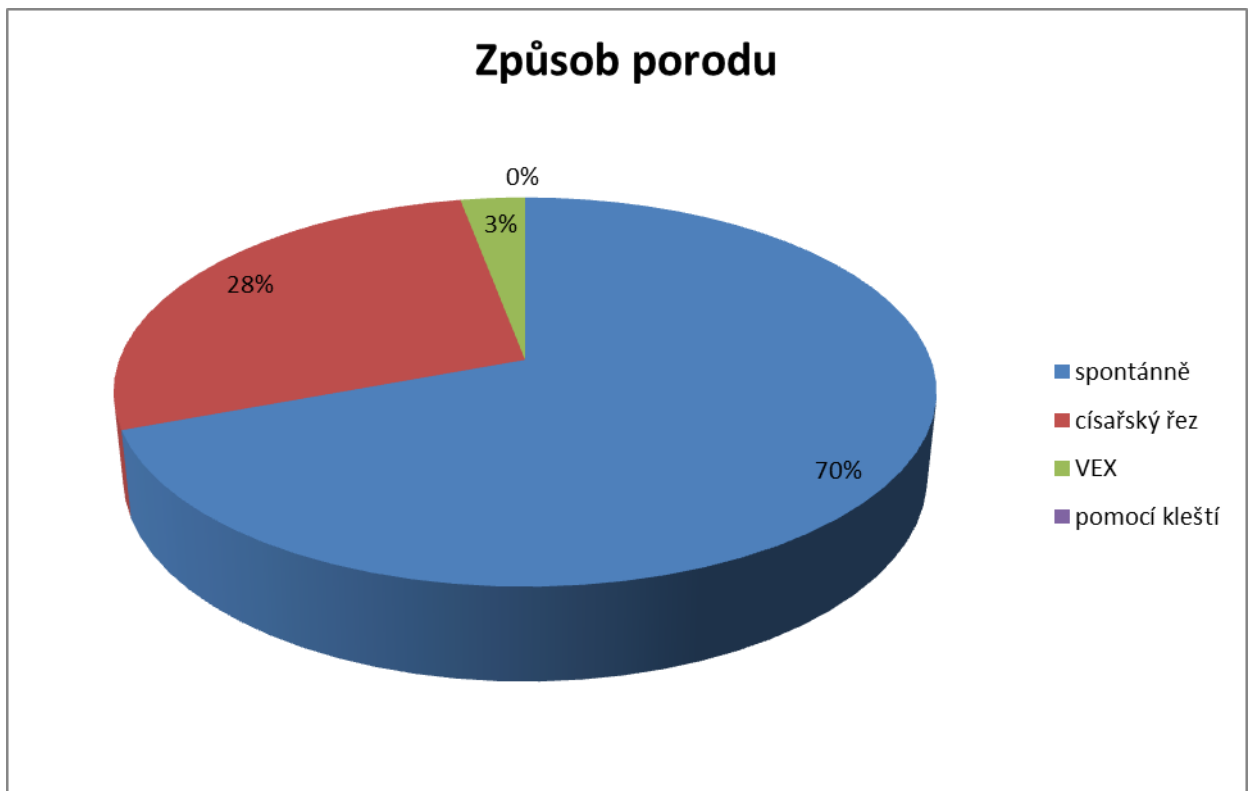
### 1. V kolika letech jste poprvé rodila?



Obrázek 1 Graf věku respondentek

V první otázce jsme zjišťovaly, v kolika letech ženy poprvé rodily. 20 let a méně bylo 6 (15%) ženám. Nejvíce byla zastoupena kategorie 21 – 26 let a to u 17 (43%) respondentek, v rozmezí let 27 – 30 rodilo 12 (30%) žen. Ve věkové kategorii 31 – 35 let rodily 4 (10%) ženy a pouze 1 (3%) žena zastupovala kategorii 36 let a více (viz Obr. 1).

## 2. Způsob porodu

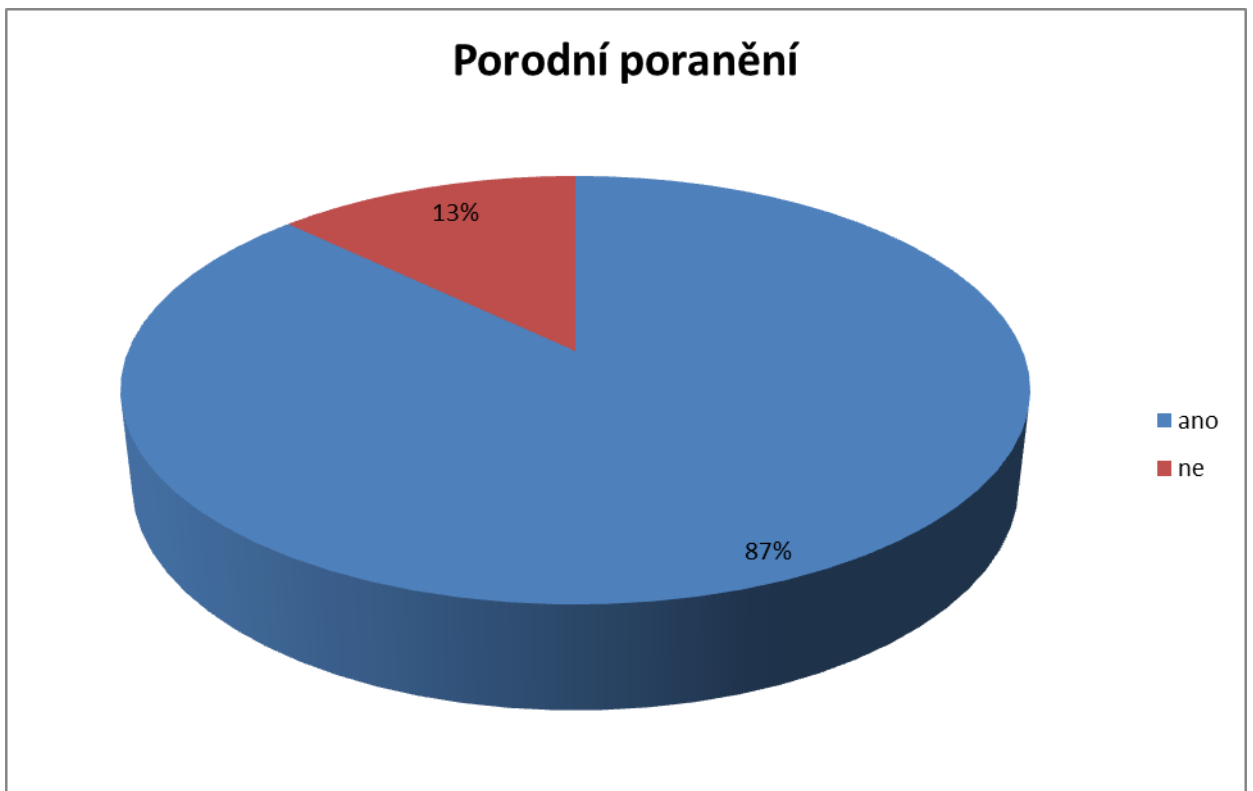


**Obrázek 2 Graf způsobu porodu**

V této otázce jsme se respondentek ptaly, jakým způsobem rodily. Spontánně rodilo 28 (70%) respondentek. Dále pak 11 (28%) respondentek rodilo císařským řezem. Pouze 1 (3%) žena rodila pomocí VEX. Klešťový porod neměla žádná respondentka (viz Obr. 2).

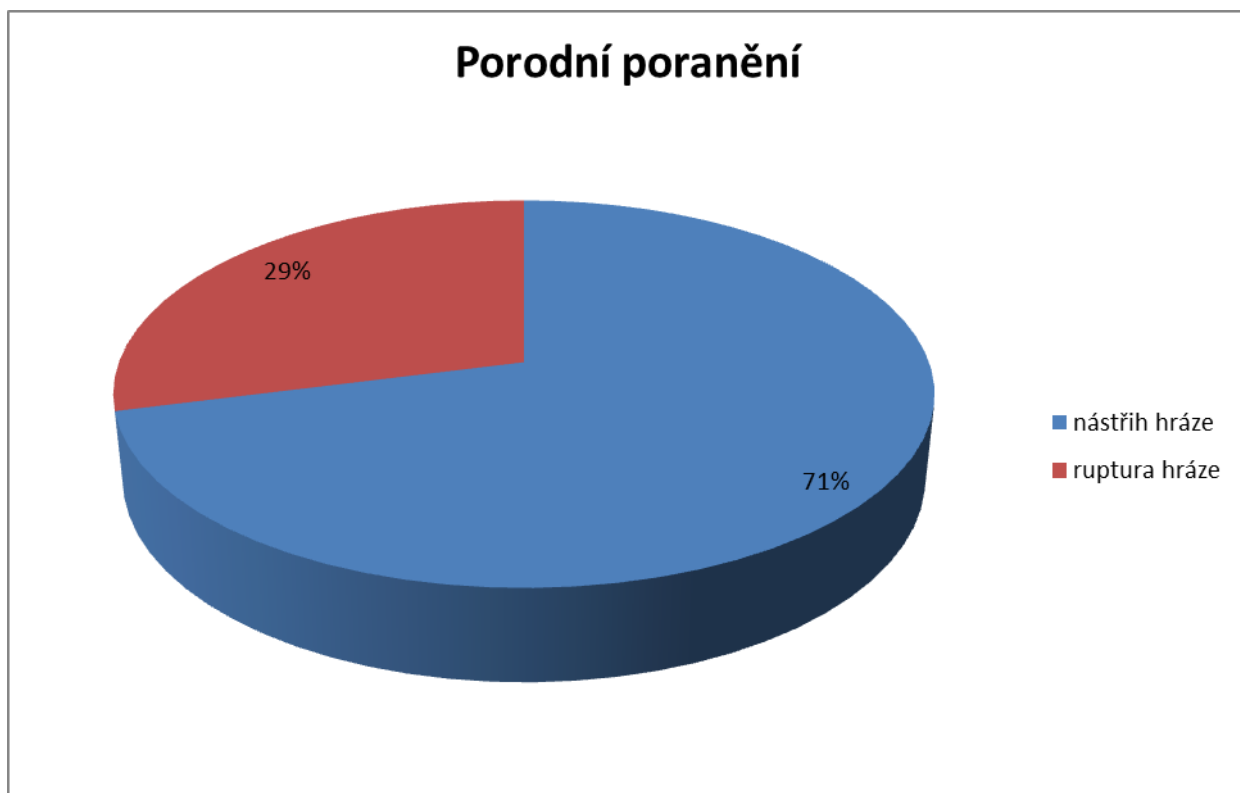


### 3. Měla jste nějaké porodní poranění?



Obrázek 3 Graf porodního poranění

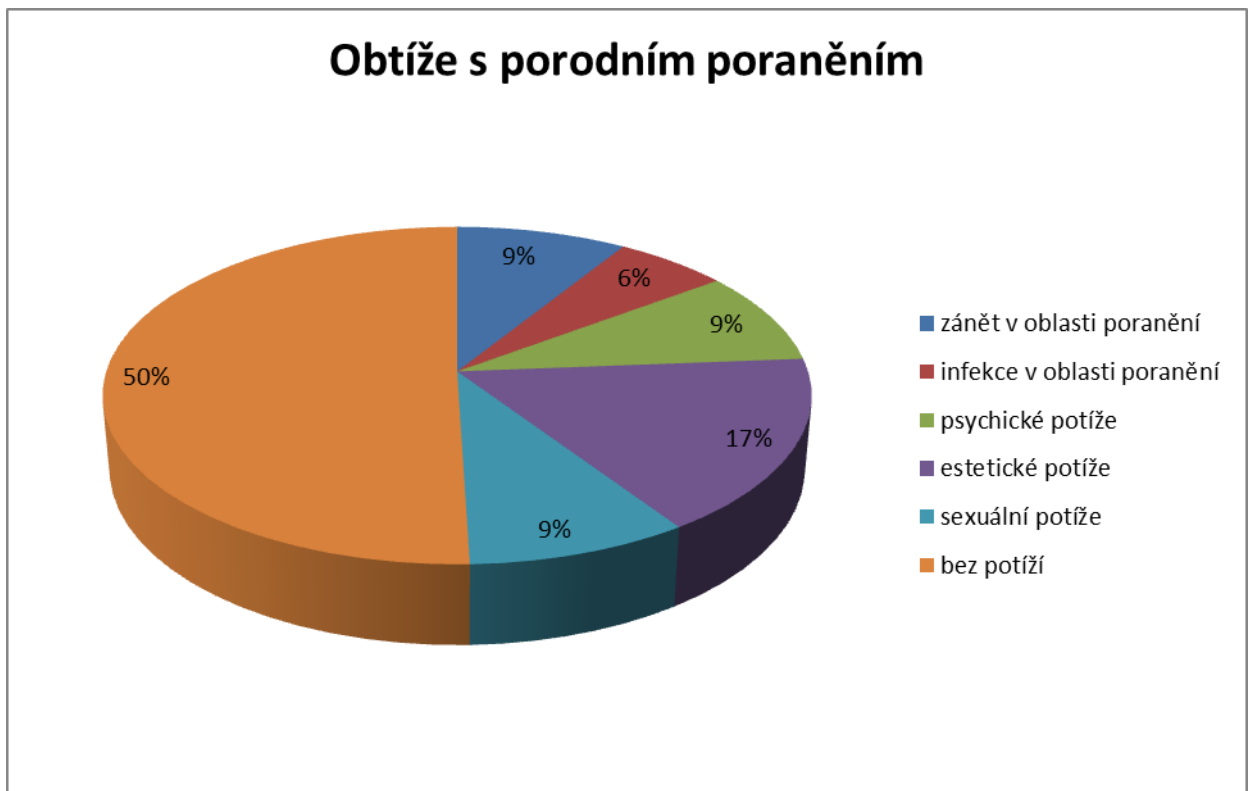
V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda měly porodní poranění. Porodní poranění uvedlo 35 (88%) respondentek a 5 (13%) respondentek žádné porodní poranění nemělo (viz Obr. 3).



**Obrázek 4 Graf druhu porodního poranění**

Součástí otázky bylo, aby respondentky napsaly, jaké porodní poranění měly. Nástřih hráze odpovědělo 17 (71%) respondentek a 7 (29%) respondentek uvedlo rupturu hráze (viz Obr. 4).

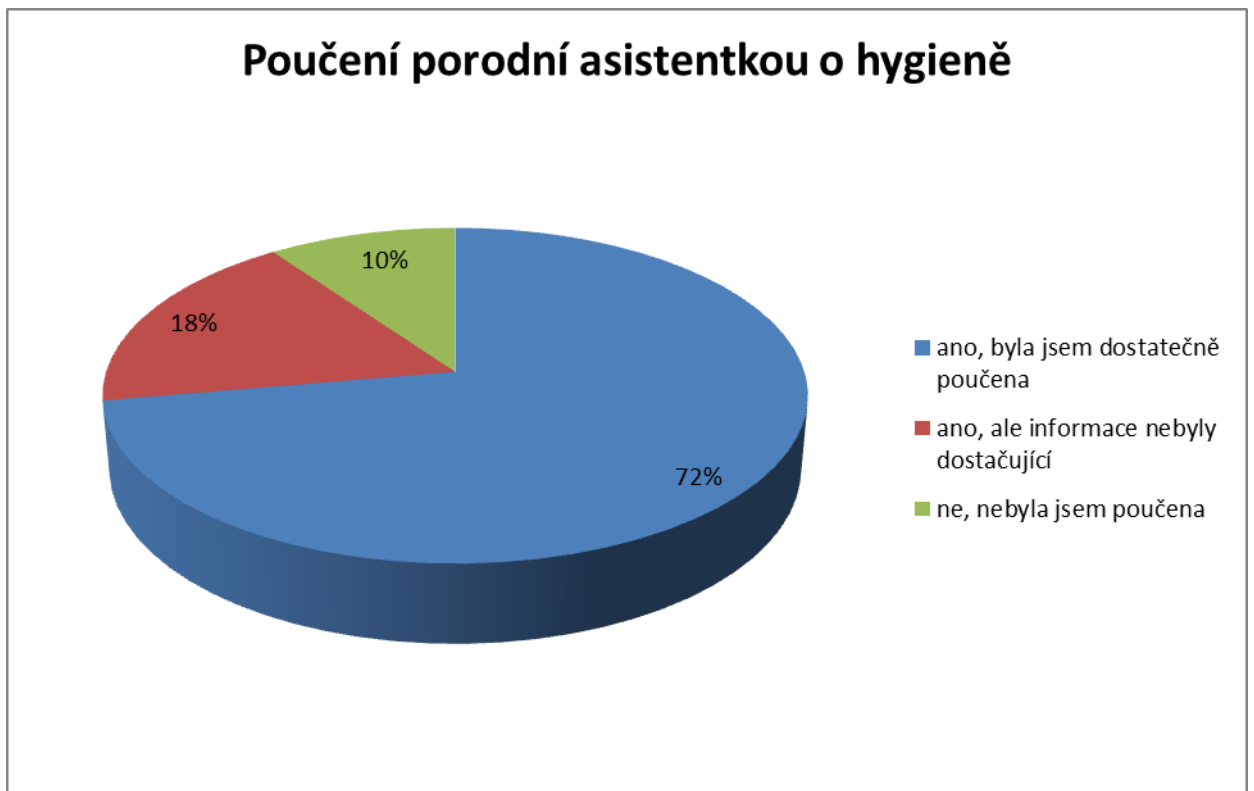
#### 4. Pokud jste měla porodní poranění, měla jste některé z uvedených potíží?



**Obrázek 5 Graf obtíží spojených s porodním poraněním**

Pomocí této otázky jsme chtěly zjistit, jaké obtíže měly respondenty s porodním poraněním. Bez obtíží bylo 18 (51%) respondentek. Na druhém místě 6 (17%) respondentek uvedlo estetické obtíže. Dále 3 (9%) ženy uvedly zánět v oblasti poranění, psychické a sexuální potíže. Pouze 2 (6%) respondentky uvedly infekci v oblasti poranění (viz Obr. 5).

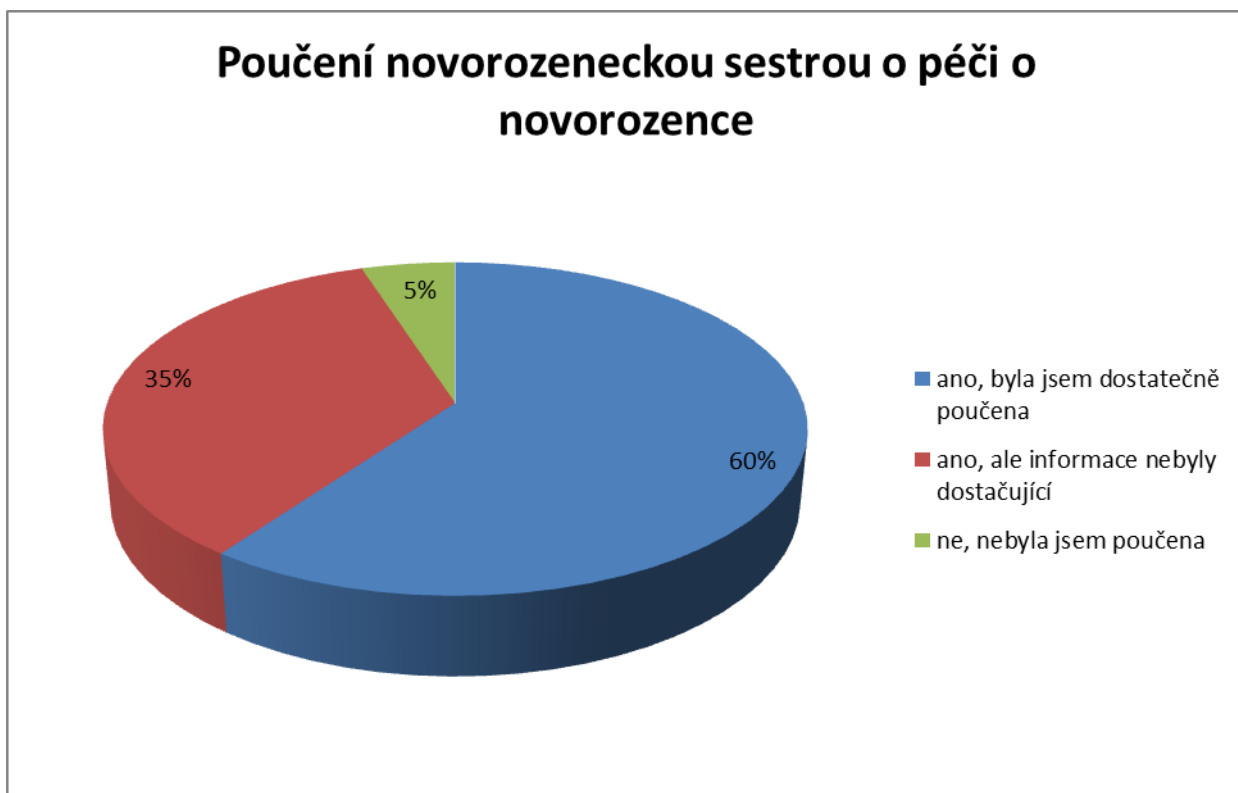
## 5. Poučila Vás porodní asistentka či novorozenecká sestra o správné hygieně po porodu?



**Obrázek 6** Graf o poučení porodní asistentkou o hygieně v šestinedělí

V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda je sestra na oddělení šestinedělí dostatečně edukovala o správné hygieně po porodu. Dostatečné poučení odpovídělo 29 (73%) respondentek. Dále pak 7 (18%) respondentek uvedlo, že sice byly informovány, ale informace nebyly dostačující. Nejméně uváděnou variantou bylo žádné poučení, kterou uvedly 4 (10%) respondentky (viz Obr. 6).

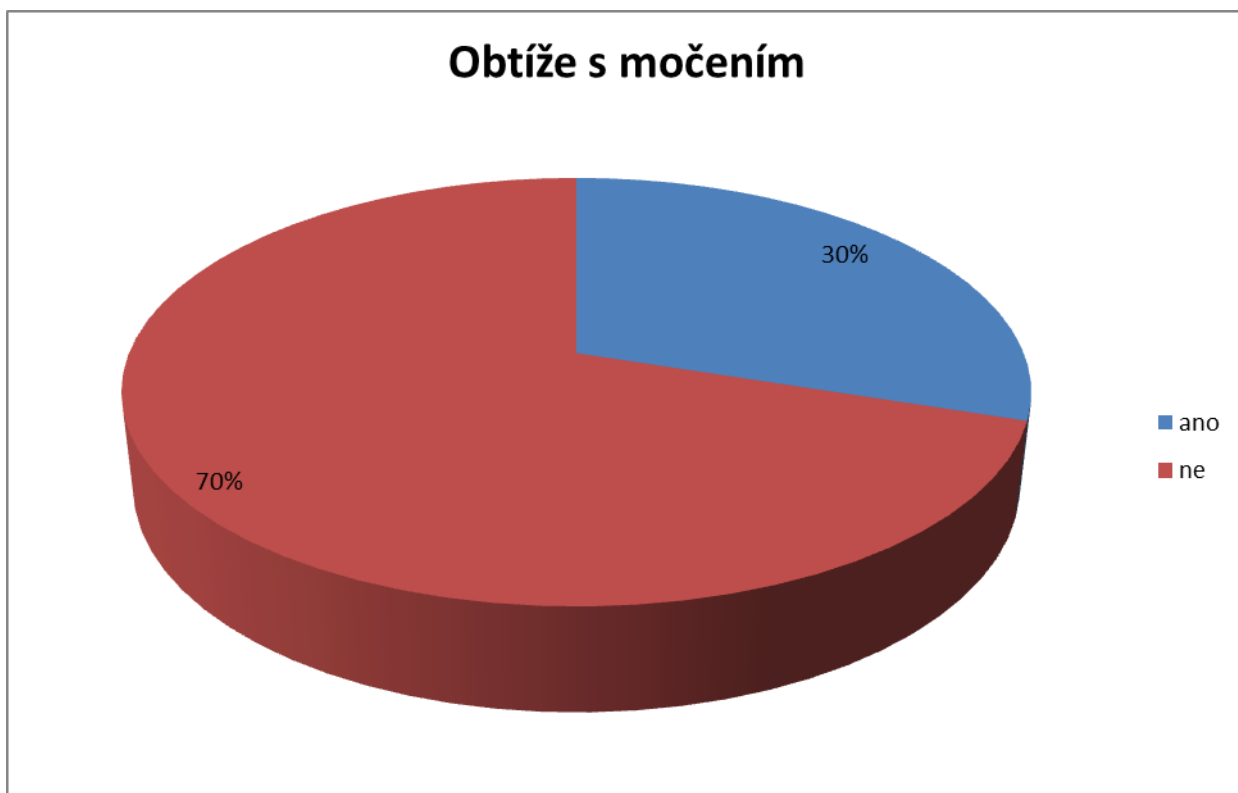
## 6. Byla jste dostatečně poučena od novorozenecké sestry o péči o novorozence?



**Obrázek 7 Graf poučení novorozeneckou sestrou o péči o novorozence**

V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda je novorozenecká sestra dostatečně poučila o péči o novorozence. Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že respondentky byly dostatečně poučeny. Tuto možnost zvolilo 24 (35%) respondentek. Dále pak 14 (35%) respondentek uvedlo, že byly informovány novorozeneckou sestrou, ale informace nebyly dostačující. Pouze 2 (5%) respondentky uvedly, že nebyly poučeny vůbec (viz Obr. 7).

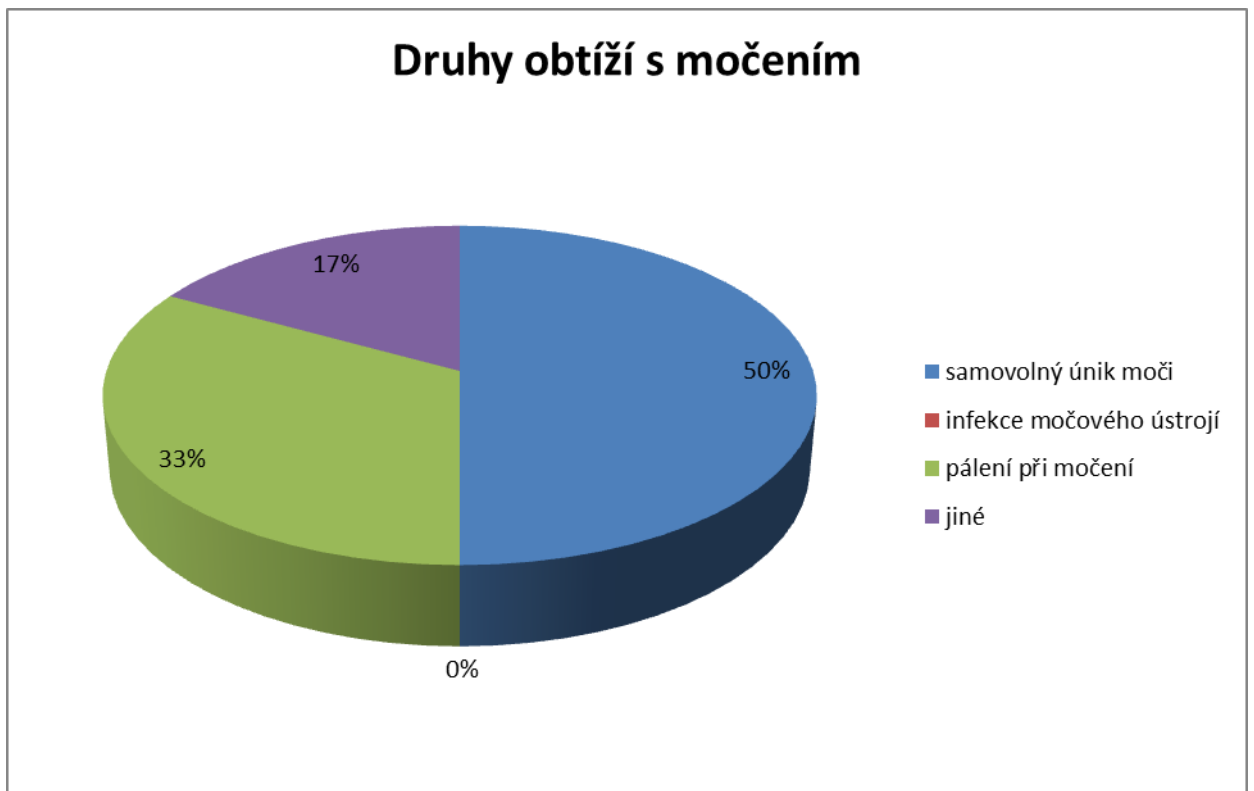
## 7. Měla jste nějaké potíže s močením během šestinedělí?



**Obrázek 8 Graf obtíží s močením**

V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda měly nějaké obtíže s močením během šestinedělí. U 28 (70%) respondentek se nevyskytly obtíže s močením. Pouze 12 (30%) respondentek obtíže mělo (viz Obr. 8).

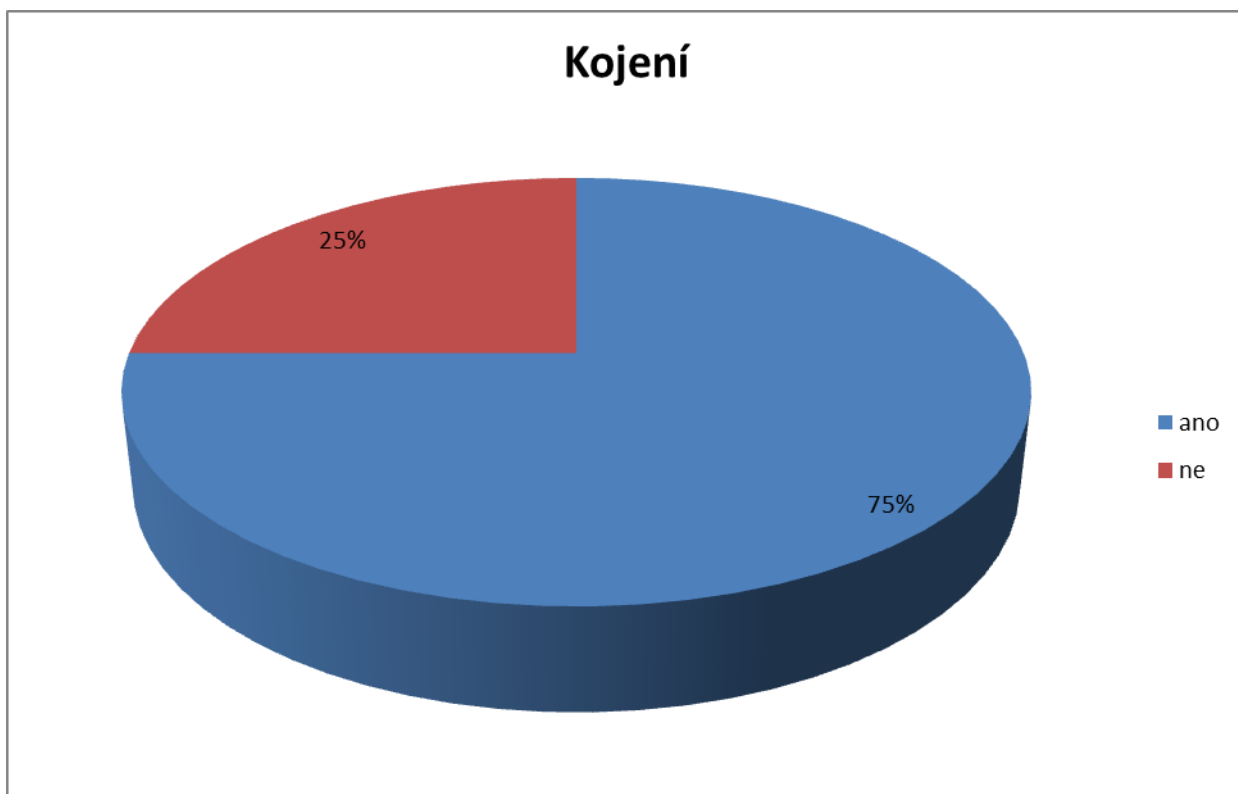
## 8. Pokud jste měla potíže s močením, jaké?



**Obrázek 9 Graf s druhy obtíží s močením**

V této otázce odpovídaly respondentky, které v předchozí otázce uvedly obtíže s močením během šestinedělí. Ptaly jsme se respondentek, jaké konkrétní obtíže s močením měly. Nejvíce zastoupenou odpovědí byl samovolný únik moči a to u 6 (50%) respondentek. Na druhém místě uváděly 4 (33%) respondentky pálení při močení a 2 (17%) respondentky uvedly jiné obtíže (viz Obr. 9).

## 9. Kojila jste?

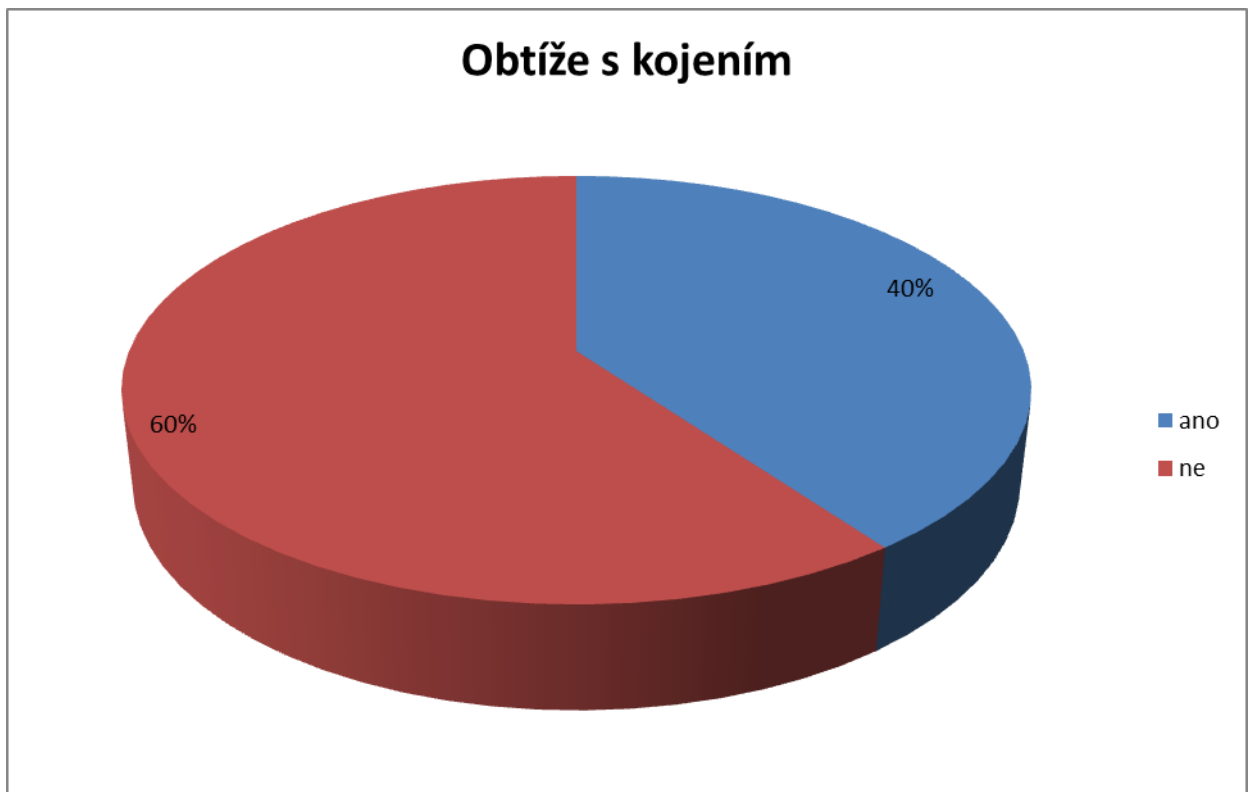


**Obrázek 10 Graf kojení**

V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda kojily. Kojilo 30 (75%) respondentek a pouze 10 (25%) respondentek uvedlo, že nekojilo (viz Obr. 10).

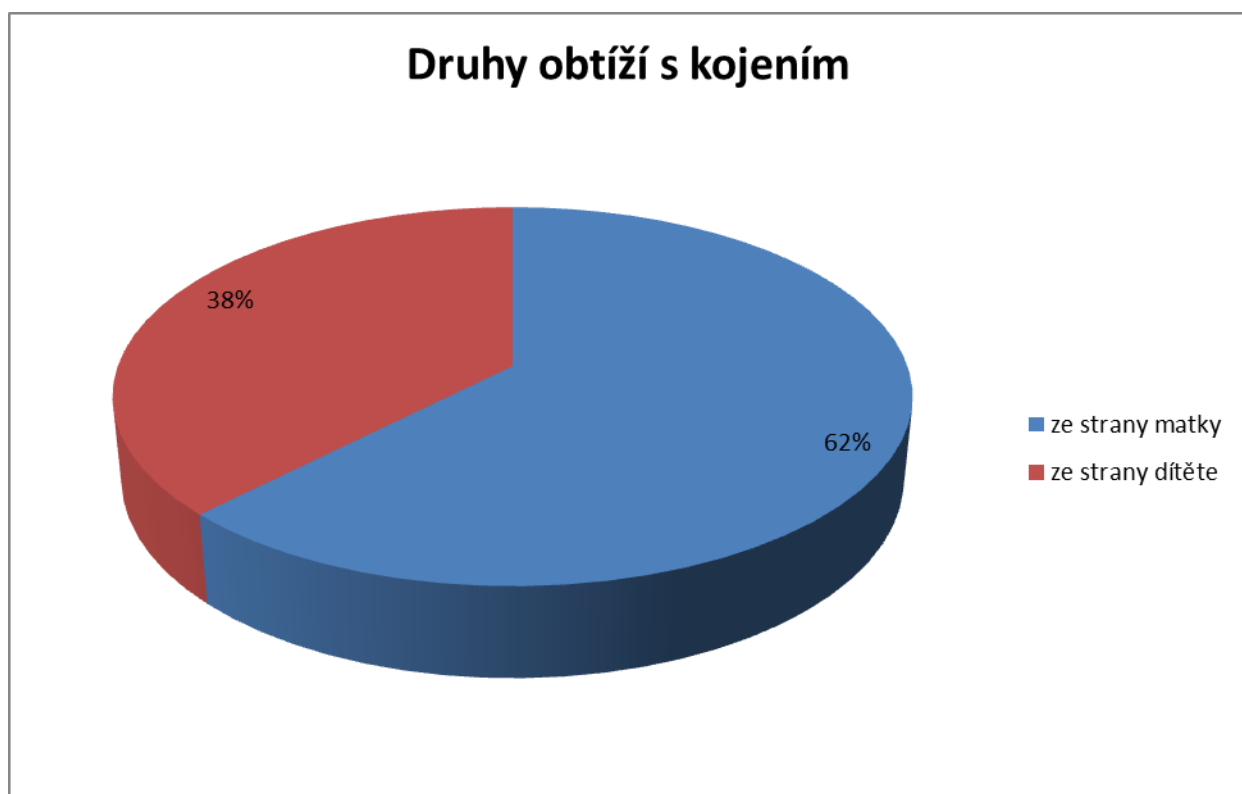


## 10. Měla jste nějaké problémy s kojením?



**Obrázek 11** Graf s obtíži s kojením

V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda měly nějaké obtíže s kojením. U 24 (60%) respondentek se žádné obtíže nevyskytly. Zatímco u 16 (40%) respondentek se obtíže s kojením vyskytly (viz Obr. 11).



**Obrázek 12 Graf obtíží s kojením**

Součástí 10. otázky v dotazníku bylo uvést, jaké obtíže respondentky měly, pokud obtíže s kojením měly. Obtíže ze strany matky uvedlo 10 (63%) respondentek. U 6 (38%) respondentek se vyskytly obtíže ze strany dítěte (viz Obr. 12).

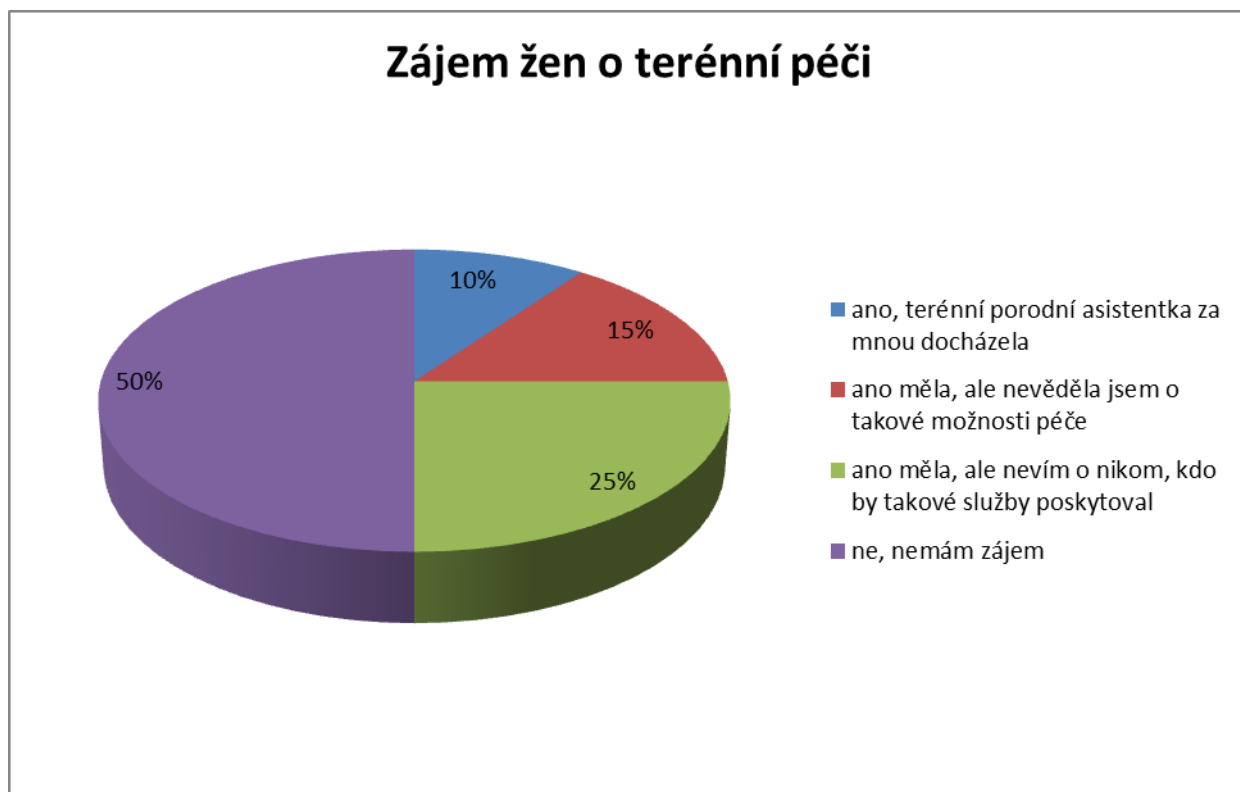
**11. Víte, že existují terénní porodní asistentky, které navštěvují ženy po porodu v jejich domácnostech?**



**Obrázek 13 Graf znalosti o terénní péči**

V této otázce nás zajímalo, zda respondentky vědí, že existují terénní porodní asistentky. Povědomí o následné terénní péči mělo 21 (53%) respondentek a 19 (48%) respondentek o možnosti následné terénní péči nevědělo (viz Obr. 13).

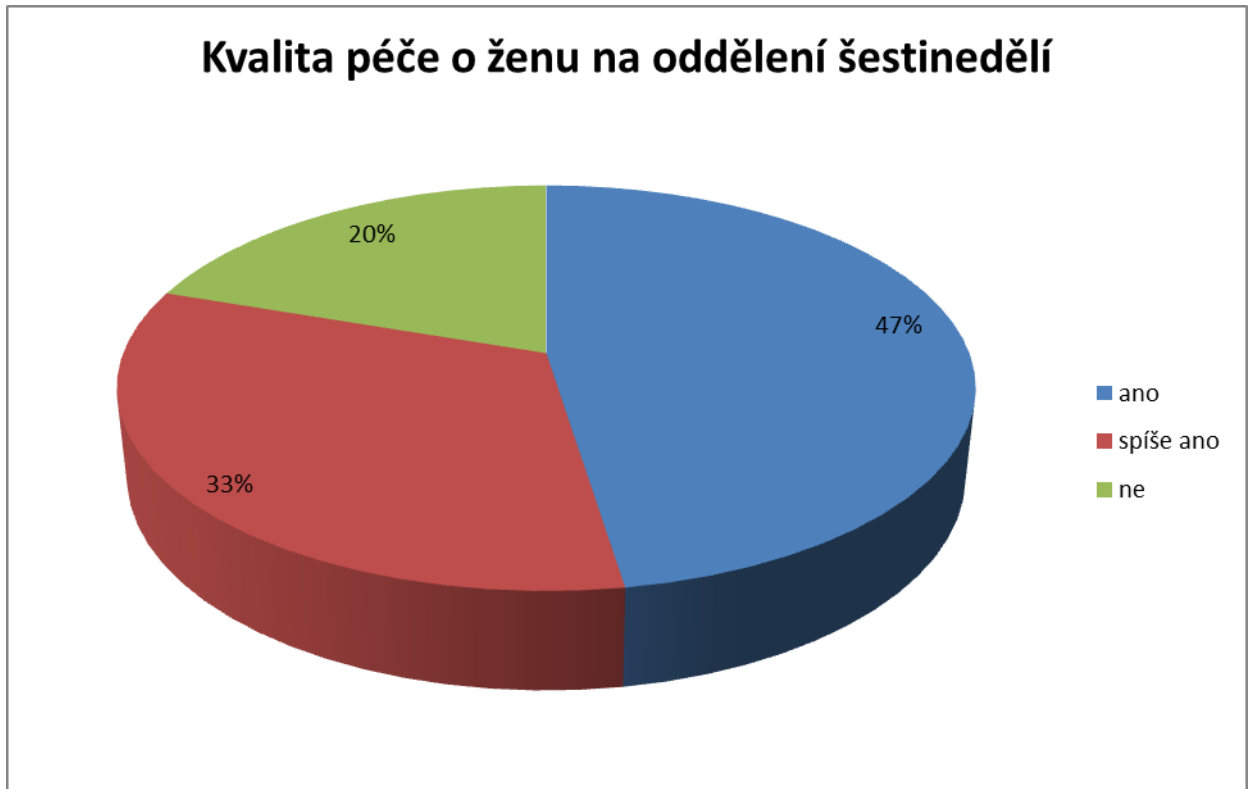
**12. Měla byste zájem o takovou to péči a kontrolu Vašeho zdravotního stavu po porodu a v šestinedělí?**



**Obrázek 14 Graf zájmu o terénní péči**

V této otázce, jsme se respondentek ptaly, zda by měly zájem o péči terénní porodní asistentky. O tuto péči nemělo zájem 20 (50%) respondentek. Dále pak 10 (25%) respondentek by zájem o tuto službu mělo, ale neví o nikom, kdo by takovou službu poskytoval. Že tato služba existuje, nevědělo 6 (15%) respondentek. A pouze k 4 (10%) respondentkám docházela terénní porodní asistentka (viz Obr. 14).

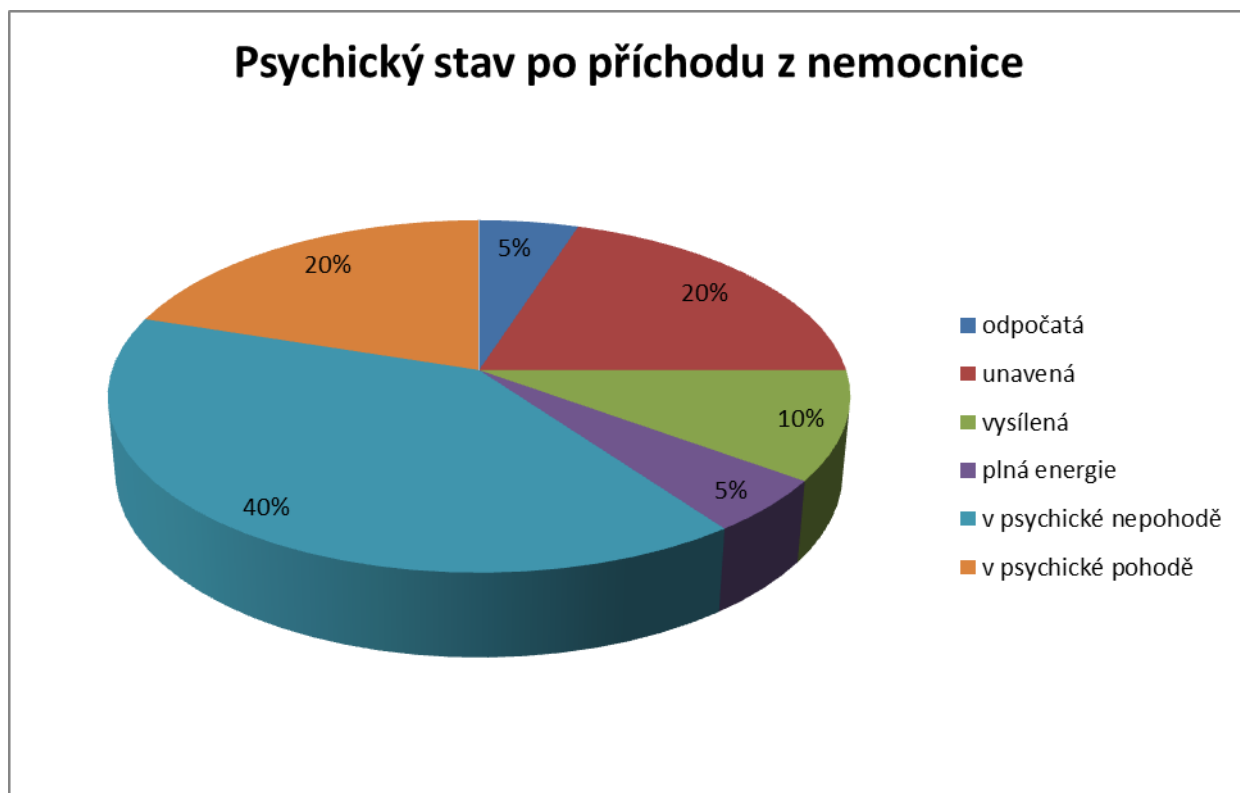
**13. Měla jste pocit, že se Vám dostávala dostatečná péče od porodních asistentek na oddělení šestinedělí?**



**Obrázek 15 Graf kvality péče na oddělení šestinedělí**

V této otázce jsme se respondentek ptaly, zda mají pocit, že se jim od porodních asistentek dostávala na oddělení šestinedělí dostatečná péče. S péčí bylo spokojeno 18 (48%) respondentek. Dále pak 13 (33%) respondentek uvedlo, že péče byla dostačující a 8 (20%) respondentek uvedlo, že nebyly s péčí spokojeny (viz Obr. 15).

#### 14. Po příchodu z nemocnice domu jste se cítila:



**Obrázek 16** Graf psychického stavu ženy po příchodu z nemocnice

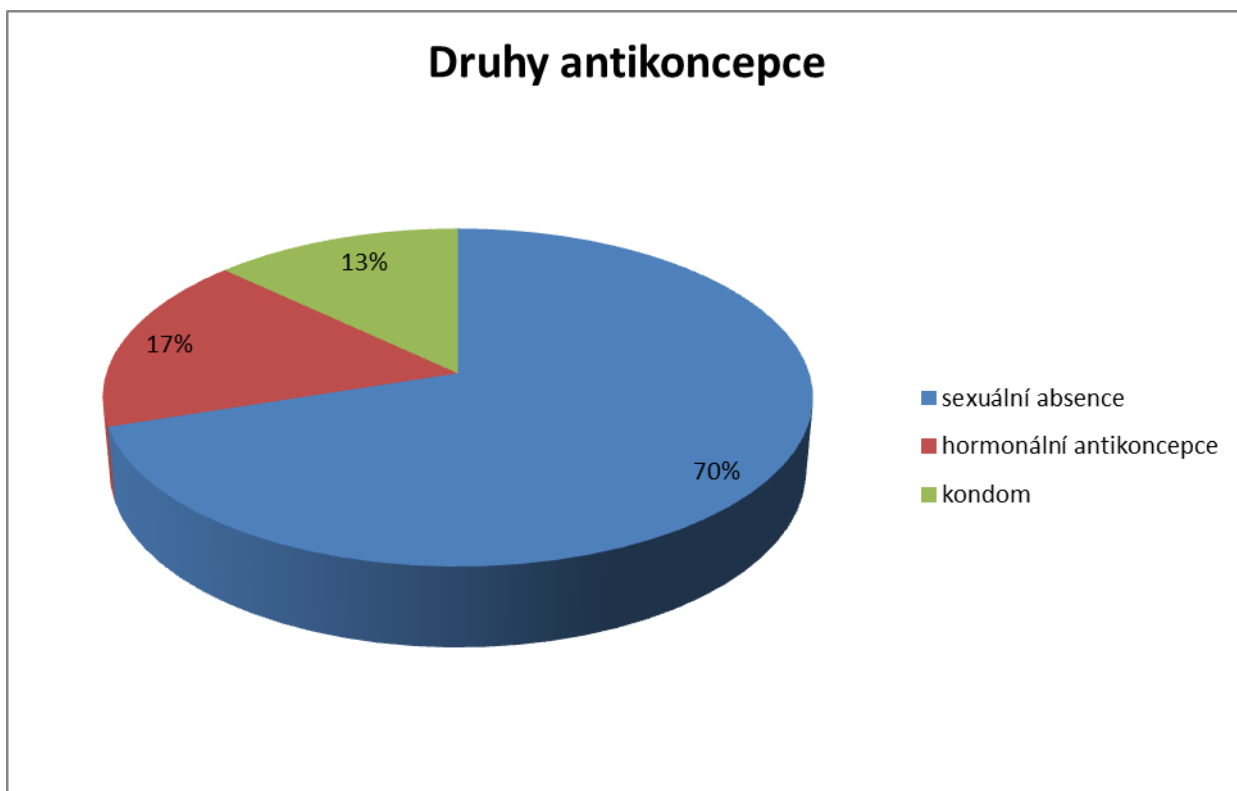
V této otázce jsme se respondentek ptaly, jak se cítily po příchodu domu z nemocnice. V psychické nepohodě se nacházelo 16 (40%) respondentek. Dále pak 8 (20%) respondentek pociťovalo únavu a 8 (20%) respondentek se cítilo v psychické pohodě. Vysílené se cítily 4 (10%) respondentky. A pouze 2 (5%) respondentky byly plné energie či odpočínuté (viz Obr. 16).

### 15. Znáte možnosti antikoncepce během šestinedělí?



**Obrázek 17 Graf znalosti antikoncepce v šestinedělí**

V této otázce jsme se respondentek ptaly na to, zda znají možnosti antikoncepce během šestinedělí. Povědomí o možnostech antikoncepce mělo 23 (58%) respondentek. Dále pak 14 (35%) respondentek nevědělo vůbec o možnostech antikoncepce a 3 (8%) respondentky se touto otázkou nezabývaly (viz Obr. 17).

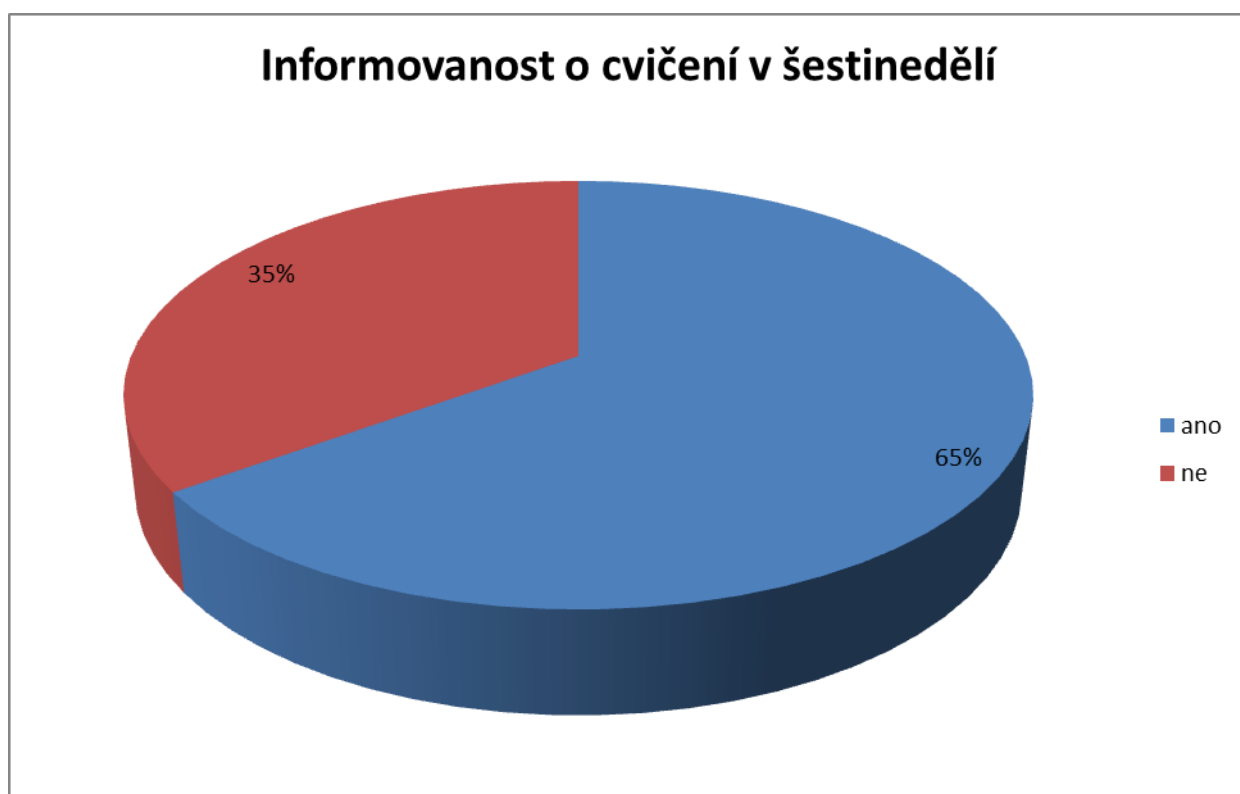


**Obrázek18** Graf druhů antikoncepce v šestinedělí

Součástí 15. otázky, která se týkala možností antikoncepce, bylo napsat, jaký druh antikoncepce znají. Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které v předchozí otázce odpověděly kladně. Sexuální absenci uvedlo 16 (70%) respondentek. Dále pak 4 (17%) respondentky uvedly hormonální antikoncepci a 3 (13%) respondentky uvedly použití kondomu (viz Obr. 18).



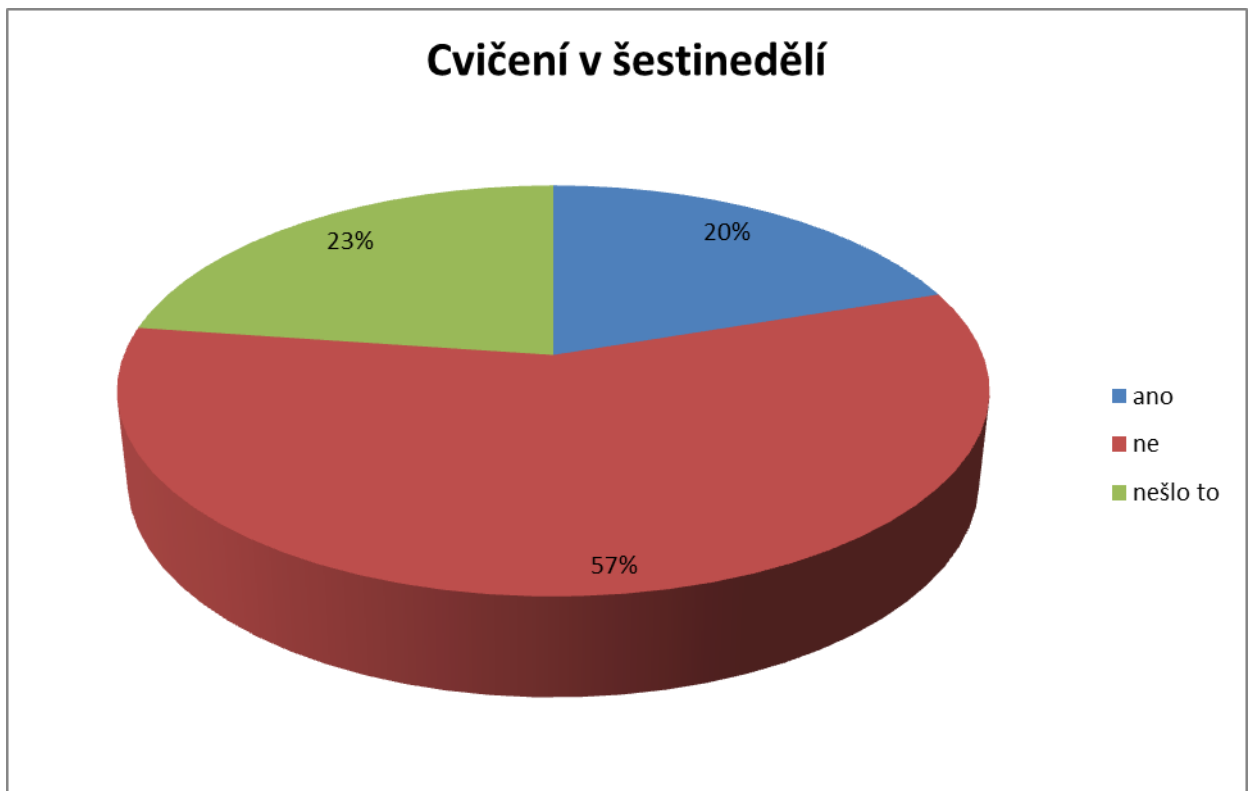
## 16. Slyšela jste o cvičení v šestinedělí?



**Obrázek 19** Graf informovanosti o cvičení v průběhu

V této otázce jsme se respondentek dotazovaly na to, zda slyšely o cvičení během šestinedělí. Informováno o cvičení bylo 26 (65%) respondentek. Zatímco 14 (35%) o možnostech cvičení nevědělo (viz Obr. 19).

### 17. Cvičila jste během šestinedělí?



**Obrázek 20** Graf cvičení v průběhu šestinedělí

V této otázce jsme se respondentek dotazovaly, zda během šestinedělí cvičily. V této otázce 23 (58%) respondentek uvedlo, že v průběhu šestinedělí necvičilo. U 9 (23%) respondentek nebylo možné cvičit a pouze 8 (20%) respondentek cvičilo (viz Obr. 20).

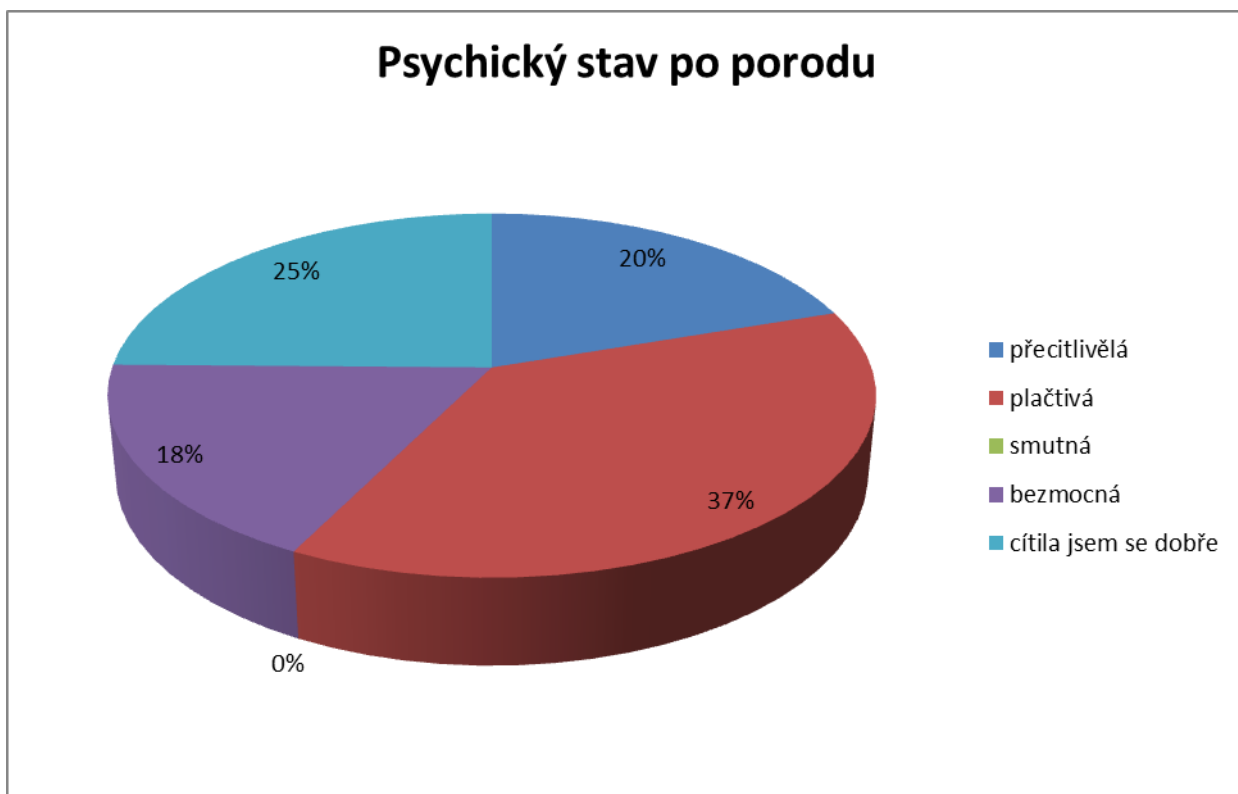
### 18. Pokud jste nemohla cvičit, co Vám v tom bránilo?



Obrázek 21 Graf zábran ve cvičení

V této otázce jsme se respondentek ptaly na to, co jím bránilo ve cvičení. Zájem o cvičení nemělo 6 (67%) respondentek. Dále pak 2 (22%) respondentky nemohly z důvodu jizvy po císařském řezu a 1 (11%) respondentka měla bolesti (viz Obr. 21).

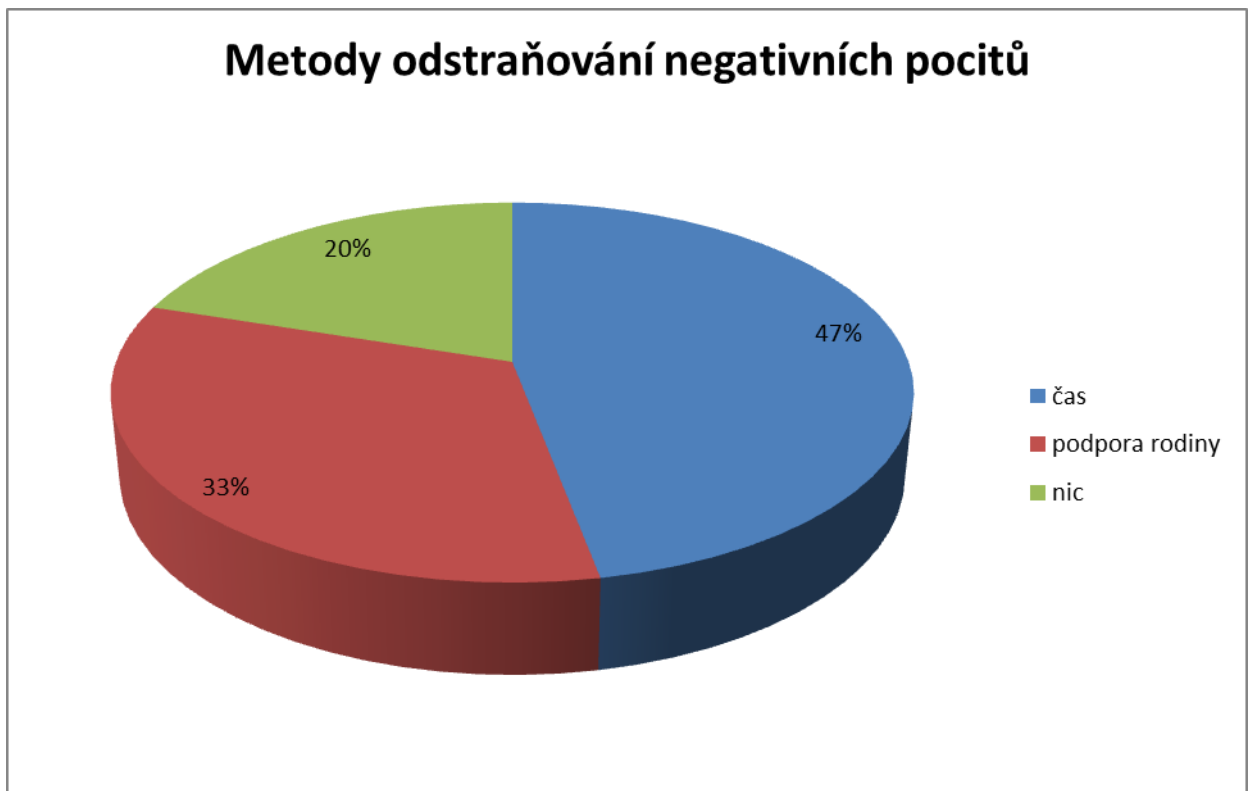
## 19. Jak jste se cítila pár dní po porodu?



**Obrázek 22** Graf psychického stavu žen po porodu

V této otázce jsme se respondentek ptaly, jak se cítily několik dnů po porodu. Plačtivých bylo 15 (38%) respondentek. Dobře se cítilo 10 (25%) respondentek. Dále pak 8 (20%) respondentek bylo přecitlivělých a bezmocně se cítilo 7 (18%) respondentek (viz Obr. 22).

## 20. Pokud jste uvedla negativní pocity, co Vám je pomohlo odstranit?



**Obrázek 23 Graf metod pro odstraňování negativních pocitů**

V této otázce nás zajímalo, co respondentkám pomáhalo k odstranění negativních pocitů. K odstranění těchto pocitů pomohl 14 (47%) respondentkám čas. Dále pak podpora rodiny pomohla 10 (33%) respondentkám a 6 (20%) respondentkám nepomohlo nic (viz Obr. 23).

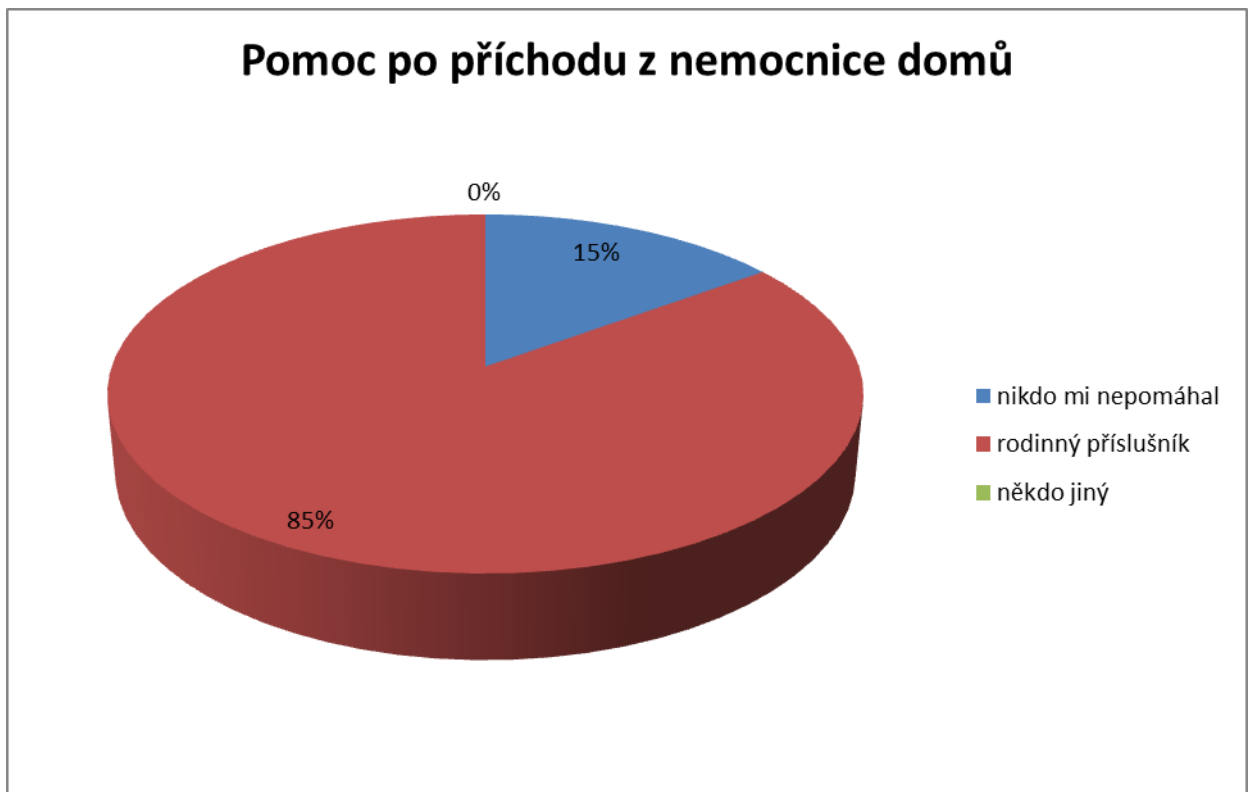
## 21. Přetrvával uvedené negativní pocity delší dobu?



**Obrázek 24** Graf přetrvávání negativních pocitů

U respondentek, které uvedly, že měly negativní pocity, jsme se dotazovaly, zda přetrvávaly delší dobu. Negativní pocity u 18 (60%) respondentek nepřetrvávaly delší dobu. Zatímco u 12 (40%) respondentek tyto pocity přetrvávaly (viz Obr. 24).

## 22. Kdo Vám pomáhal s běžnými úkony po příchodu z porodnice?



**Obrázek 25** Graf pomoci po příchodu z nemocnice domů

V poslední otázce jsme se respondentek ptaly, zda jim někdo pomáhal s běžnými úkony po příchodu z porodnice domů. Po příchodu domů pomáhala rodina 34 (85%) respondentkám. Pouze 6 (15%) respondentek zůstalo bez pomoci (viz Obr. 25).

## 6 DISKUZE

### **Výzkumná otázka č. 1: Rodí prvorodičky častěji spontánně nebo pomocí císařského řezu?**

I přestože celosvětově vzrůstá počet císařských řezů, jak uvádí článek „Epidemiologie císařských řezů“ (Mardesicová, 2010), z práce vyplynulo, že nejčastěji prvorodičky v 70% rodily spontánně. Císařským řezem rodilo 28% prvorodiček a pouze 3% prvorodiček rodila pomocí VEX. Pomocí kleští nerodila žádná z dotazovaných žen. Sedláčková (2009) ve své práci také uvádí, že 82% žen rodilo spontánně a pouze 18% žen rodilo císařským řezem. Z výše uvedených výsledků jednoznačně vyplývá, že ženy častěji rodí spontánně, nežli císařským řezem.

Z výsledků výzkumu této bakalářské práce vyplývá, že poprvé ženy rodily nejčastěji ve věku 21-26 let, o něco málo časté jsou prvorodičky mezi 27-30 rokem. Do kategorie mladších 20-ti let spadalo 15% žen. Kategorie 31-35 let zahrnuje 10% žen a nejmenší podíl 3% tvořila skupina žen ve věku 36 let a více.

### **Výzkumná otázka č. 2: Mají prvorodičky v průběhu šestinedělí zdravotní obtíže vzniklé porodem?**

Porodní poranění a následné obtíže v období šestinedělí postihuje ženy jak s operativním, tak se spontánním porodem. Zajímala nás četnost porodního poranění a jaké obtíže se nejčastěji vyskytují u prvorodiček v průběhu šestinedělí. Porodní poranění mělo 88% prvorodiček a pouze 13% prvorodiček bylo bez porodního poranění. Sedláčková (2009) ve své práci také uvedla, že více jak polovina žen má porodní poranění a pouze třetina žen porodní poranění nemá. V otázce obtíží spojených s šestinedělím jsme zjišťovaly obtíže spojené s porodním poraněním, obtíže s močením a kojením. Polovina dotazovaných žen byla bez obtíží s porodním poraněním. Na druhém místě ženy uváděly estetické obtíže a malá skupina žen uváděla zánět či infekci v oblasti porodního poranění a sexuální potíže. V problematice obtíží s močením opět ženy v 70% případech uváděly, že neměly žádné obtíže s močením, zatímco 30% dotazovaných žen uvedlo obtíže s močením. U poloviny žen, které uvedly obtíže s močením, se vyskytoval samovolný únik moči. Třetina žen trpěla pálením při močení a nejmenší skupina žen trpěla jinými, dále nespecifikovanými obtížemi s močením. V otázce kojení 60% žen nemělo obtíže a 40% obtíže mělo. Při dalším dotazování vyšlo najevo, že obtíže v 63% byly způsobeny ze strany matky a u 38% žen vznikly ze strany dítěte.



Sedláčková (2009) ve své práci uvádí nejčastější ošetrovatelské problémy v období šestinedělí, kde na prvním místě u prvorodiček byly obtíže s kojením vzniklé ze strany matky, dále pak bolest porodní hráze po porodním poranění a na posledním místě problémy s močením. Z výše uvedených dat je patrné, že většina žen má porodní poranění. V otázce obtíží v průběhu šestinedělí lze konstatovat, že většina žen spíše žádné obtíže nemá.

### **Výzkumná otázka č. 3: Je v průběhu šestinedělí ovlivněna psychika žen?**

Těhotenství, porod a následné šestinedělí se velice podepisuje na tělesném a psychickém stavu ženy. Z našeho výzkumu vyplynulo, že každá dotazovaná žena po porodu měla ovlivněnou psychiku. 38% žen uvedlo, že byly plačtivé. Dále se pak cítily dobře, nebo přecitlivěle. Bezmoc uvedla nejmenší skupina žen a smutně se necítila žádná z dotazovaných žen. MUDr. Gregorová (2009) uvádí ve svém článku „Komplikace v šestinedělí“, že 50 – 70% žen trpí po porodu poporodním blues. Z toho vyplývá, že u většiny žen je po porodu značně ovlivněn psychický stav, který většinou spontánně vymizí, nebo se může prohlubovat do závažnějších psychických stavů. Sedláčková (2009) ve své práci uvedla, že u 80% žen se projevila psychická nerovnováha.

### **Výzkumná otázka č. 4, 5: Informují porodní asistentky prvorodičky v péči o sebe v období šestinedělí? Jsou prvorodičky během hospitalizace na oddělení šestinedělí poučeny novorozeneckou sestrou o péči o novorozence?**

V dnešní moderní době se předpokládá, že informovanost matek o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí je na dostatečné úrovni. Většina dotazovaných žen, 73%, uvedla, že úroveň informací na oddělení šestinedělí bylo dostačující. Pouze malá skupina, 18% žen uvedla, že informace nebyly dostačující a 10% žen nebylo vůbec informováno o průběhu a péči během šestinedělí. Vrbová (2011) ve své práci uvedla, že ženy byly v 58% případech spokojeny s informovaností o problematice šestinedělí a 8% žen spíše nebyly spokojeny s informovaností na oddělení šestinedělí. Z výše uvedených výsledků tedy můžeme usuzovat, že informovanost porodními asistentkami je dobrá, ale má ještě nějaké rezervy. V otázce edukace o péči o novorozence, kterou poskytovaly dětské sestry, byly ženy v 60% spokojeny. U 14% žen se vyskytl problém s tím, že informace nebyly dostačující a pouze 5% žen nebylo poučeno vůbec. Vrbová (2011) ve své práci uvedla, že 68% bylo spokojeno s edukací novorozenecké sestry a pouze 32% žen spokojeno nebylo.

## **Výzkumná otázka č. 6: Mají prvorodičky přehled o službách terénní péče?**

Poporodní péče, nebo-li terénní služba zkušených a registrovaných porodních asistentek, spočívá v návštěvách matek a novorozenců u nich doma. Zajímalo nás, zda jsou prvorodičky dostatečně informovány o takové to péči a zda o ni mají zájem. Povědomí o takovéto službě mělo 53% žen a 48% žen o službě nevědělo. Překvapivě 50% žen by o službu vůbec zájem nemělo, naopak 25% žen by o terénní péči stálo. Pouze k 10% žen terénní porodní asistentka docházela. Sedláčková (2009) ve své práci uvedla opak, kdy k 91% žen docházela terénní porodní asistentka a pouze 9% žen tuto službu nevyužilo. Z výše uvedených výsledků usuzuji, že informovanost o terénní poporodní službě není na tak vysoké úrovni, a bylo by potřeba ženám více poskytovat informace v této oblasti.

## 7 ZÁVĚR

Porod a následné období šestinedělí je významným mezníkem v životě každé ženy. Na jedné straně je naplněno radostí, kdy žena dovedla těhotenství do zdárného konce, ale současně je to i uvědomění si, že skoro nic není, jak bývalo. Nedostatek spánku, celodenní péče o dítě, únava a plno dalších změn, které nastávají v životě matky. I role ve společnosti se mění a to ze ženy na matku. Každá žena na toto období vzpomíná jak v dobrém, tak i ve špatném.

Jedním z cílů této práce bylo zjistit, jakým způsobem prvorodičky nejčastěji rodí. I přes zvyšující se frekvenci císařských řezů, ženy stále ve více případech rodí spontánně. S tím je spojeno porodní poranění, které je součástí skoro každého porodu. Je překvapivé, dle výsledků našeho výzkumu, že ženy většinou nemají obtíže spojené s porodním poraněním. Prvotním předpokladem bylo, že ženy budou mít obtíže s porodním poraněním.

U obtíží spojených s kojením či močením ženy opět ve větším počtu odpovídaly, že byly bez obtíží. Menší skupina žen odpovídala, že potíže měly minimální.

U prvorodiček je informovanost jednou z nejdůležitějších věcí jak v prenatální péči, tak po porodu. Ženy bývají v tomto období velice zmatené a bezradné. Je proto velice důležité neustále s ženami komunikovat a podávané informace opakovat. Na základě výsledků této práce je podávání informací porodními asistentkami velice uspokojivé. Ženy ve většině případů byly spokojeny s podáváním informací ohledně péče a průběhu šestinedělí. I v informovanosti o péči o novorozence novorozeneckou sestrou ženy byly spokojené.

Psychické změny po porodu se vyskytly u všech dotazovaných žen. Proto je velice důležitá péče na oddělení šestinedělí, kde by přístup porodních asistentek měl být empatický. Dle výzkumného šetření jsou ženy spokojeny s péčí porodních asistentek.

Informovanost a využívání následné terénní péče matkami, je na velice nízké úrovni. Z výše uvedených výsledků vyplynulo, že jen velice malá skupina žen je o této péči informována a využila ji. Převážná většina žen o této službě nevěděla a překvapivě o ni neměla ani zájem. Domnívám se, že by bylo velice dobré, kdyby služby terénní péče spolupracovaly s nemocnicemi. Již v prenatální péči by ženy měly být seznámeny s možnostmi této péče prostřednictvím letáků, brožur a poskytnutím informací od svého ošetřujícího lékaře.

Na základě výsledků práce usuzuji, že cíle naší práce byly splněny.

## Použitá literatura

1. BINDER, Tomáš et al. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-1907-1.
2. ČECH, E., Z. HÁJEK, B. SRP a kolektiv. *Porodnictví*. 2.přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
3. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0277-6.
4. DOLEŽAL, Antonín et al. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. GREGOROVÁ, Radka. Komplikace v šestinedělí. In *SANQUIS*, 2009, 72, s.74.
6. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.
7. KUDELA, Milan et al. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc, 2011. ISBN 978-80-244-1975-6.
8. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
9. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní vědy*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
10. MOTLÍK, Karel a Jaroslav ŽIVNÝ. *Patologie v ženském lékařství*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-7169-460-6.
11. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
12. SEDLÁČKOVÁ, E. *Problematika žen v šestinedělí v péči porodní asistentky v terénu ve Zlínském kraji*. Vedoucí práce: H.Fremlová. Zlín: Bakalářská práce obhájena na UTB. Zlín, 2009. Archivováno: Ústav porodní asistence, Fakulta humanitních studií UTB Zlín.
13. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
14. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotní asistenty III. gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-8-247-2270-2.
15. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-246-1112-0.
16. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženu v šestinedělí*. Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.

17. VRBOVÁ, R. *Spokojenost s ošetrovatelskou péčí na oddělení šestinedělí FN Olomouc*. Vedoucí práce: M.Dlabačová. Olomouc: Bakalářská práce obhájena na UP. Olomouc, 2011. Archivováno: Ústav porodní asistence, Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci.
18. WEIS, Petr et al. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

## **Seznam zkratk**

VEX – vakuumextrakce

K - draslík

Na - sodík

Cl - chlor

Ca - vápník

Mg - hořčík

P - fosfor

IgA – protilátky produkované B- lymfocyty

IgG – nejvýznamnější třída protilátek schopná procházet placentou

## **Seznam příloh**

Příloha A: dotazník

Milá maminko,

jmenuji se Barbora Janáková a jsem studentkou Univerzity Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Nyní jsem ve 3. ročníku oboru porodní asistentka. Pracuji na bakalářské práci, ve které se zabývám tématem: *Nejčastější potíže žen v šestinedělí*. Součástí této práce je **dotazník, který je anonymní a dobrovolný**.

1. V kolika letech jste poprvé rodila?

.....

2. Způsob porodu:

- Spontánní
- Pomocí kleští
- Pomocí VEX
- Císařský řez

3. Měla jste nějaké poporodní poranění? (*nástřih hráze, rupturu hráze, rána po císařském řezu...*)

- Ne
  - Ano(*jaké*).....
- .....

4. Pokud jste měla poporodní poranění, měla jste některé z následujících potíží?

- Zánět v oblasti poranění
- Infekce v oblasti poranění
- Psychické potíže
- Estetické potíže
- Sexuální potíže
- Bez potíží

5. Poučila Vás porodní asistentka či novorozenecká sestra o správné hygieně po porodu? (*použití vložek, sprchování, péče o poporodní poranění, spodní prádlo...*)

- Ano, byla jsem dostatečně poučena
- Ano, ale informace nebyly dostačující
- Ne, nebyla jsem poučena



6. Byla jste dostatečně poučena od novorozenecké sestry o péči o novorozence?
- Ano, byla jsem dostatečně poučena
  - Ano, ale informace nebyly dostačující
  - Ne, nebyla jsem poučena
7. Měla jste nějaké potíže s močením během šestinedělí?
- Ne
  - Ano
8. Pokud jste měla potíže s močením, jaké?
- Samovolný únik moči (*při zakašlání, zasmání, zvedání těžkých věcí*)
  - Infekce močového ústrojí
  - Pálení při močení
  - Jiné.....  
.....
9. Kojila jste?
- Ne
  - Ano
10. Měla jste nějaké problémy s kojením?
- Ne
  - Ano
- Pokud ano, jaké?
- .....
- .....
- .....
11. Víte, že existují terénní porodní asistentky, které navštěvují ženy po porodu v jejich domácnostech?
- Ne
  - Ano
12. Měla byste zájem o takovou to péči a kontrolu Vašeho zdravotního stavu po porodu a v šestinedělí?
- Ano, terénní porodní asistentka za mnou docházela
  - Ano měla, ale nevěděla jsem o takové možnosti péče
  - Ano měla, ale nevím o nikom, kdo by takové služby poskytoval

Ne, nemám zájem

13. Měla jste pocit, že se Vám dostávala dostatečná péče od porodních asistentek na oddělení šestinedělí?

- Ano
- Spíše ano
- Ne

14. Po příchodu z nemocnice domu jste se cítila:

- Odpočatá
- Unavená
- Vysílená
- Plná energie
- V psychické nepohodě
- V psychické pohodě

15. Znáte možnosti antikoncepce během šestinedělí?

- Ne
- Ano
- Nevím

*Pokud ano tak jaké* .....

.....

16. Slyšela jste o cvičení v šestinedělí?

- Ne
- Ano

17. Cvičila jste během šestinedělí?

- Ano
- Ne
- Nešlo to

18. Pokud jste nemohla cvičit, co vám v tom bránilo?

.....  
.....  
.....

19. Jak jste se cítila pár dní po porodu?

- Přecitlivělá
- Plačtivá
- Smutná
- Bezmocná
- Cítila jsem se dobře

20. Pokud jste uvedla negativní pocity, co Vám je pomohlo odstranit?

.....

.....

.....

21. Přetrvávaly uvedené negativní pocity delší dobu?

- Ne
- Ano

22. Kdo Vám pomáhal s běžnými úkony po příchodu z porodnice?

- Nikdo mi nepomáhal
- Rodinný příslušník (manžel, matka, tchýně, sestra..)
- Někdo jiný