Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Diplomová práce

2009 **Bc. Jitka Kaiferová**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Zdravotně sociální dopady u žen po komplikovaných porodech

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Autor práce:

PhDr. Vlasta Koudelková 2009 Bc. Jitka Kaiferová

SUMMARY

The diploma thesis entitled Medical and Social Impacts of Complicated Childbirth on Women deals with the topic of complicated childbirth and its impacts on the physical, mental, social area of life of a woman, her child and the whole family. The issue of complicated childbirth, in particular Cesarean sections, has been discussed a lot recently. Globally, the number of Cesarean sections keeps growing, there is the on-request Cesarean section phenomenon and obstetrics are moving away from traditional methods to the sphere of instrumental deliveries.

In the diploma thesis, objectives were set that were intended to find out medical, mental and social problems of women after complicated childbirth and to compare the problems with those of women after physiological childbirth. The other objective was to find out what kinds of complicated deliveries occur in Nemocnice Písek, a.s. /Písek Hospital/ the most. Hypotheses were set for the objectives.

The first hypothesis was to confirm that birth injuries after complicated childbirth are healed per secundam. In statistic comparison of both variables it was proved that complicated deliveries and healing of birth injuries are dependent. The more complicated deliveries, the higher the probability of per secundam healing of birth injuries. The set hypothesis was confirmed.

The second hypothesis was to confirm that women after complicated childbirth feel that they will not manage care for their family. The hypothesis was not confirmed, dependence of the two variables was not found out in statistic testing.

The third hypothesis was to confirm problems with economic support of a family in the cases of single mothers after complicated childbirth. The hypothesis was confirmed in statistic evaluation. Dependence between the single-mother status and economic support of a family was found out.

The fourth hypothesis was to confirm that women after complicated childbirth do not have enough information about social security. The hypothesis was disconfirmed in statistic testing. It means that the way of childbirth does not affect informedness of women about social security.

The fifth hypothesis was to confirm that in Písek Hospital, the most frequent complicated deliveries include Cesarean sections. The hypothesis was confirmed according to the obtained statistic data from the Gynecology and Obstetrics Department of Písek Hospital from years 2006 - 2008. The first place in complicated deliveries is taken up by Cesarean sections.

The last, i.e. the seventh hypothesis was to confirm that women after complicated childbirth have more problems than women after physiological childbirth. The hypothesis was not confirmed. In statistic research it was found out that women after complicated childbirth have more frequent sexual and mental problems and consequently more problems after leaving hospital. However, women after physiological childbirth have more problems in urination and defecation, breast-feeding and financial support of the family.

The research set for the questionnaire survey was made up of women within two years after childbirth in Písek Hospital. After filling in the questionnaire, no other criteria were set. The research set comprises 200 respondents.

Childbirth is the climax of a several-month period when partners are getting ready for a new family member. It is a big event in life of a woman and the whole family. It is not only because it happens only a few times in life, but in particular because a new person is born. It is a big gift when a healthy child is born. Unfortunately, even at the time of advanced medicine there can be complications that can affect life of a mother and the whole family till the end of life. And it is not the only reason why each expectant mother and her family should be approached individually, with understanding, with adequate patience, empathy and understanding.

ABSTRAKT

Diplomová práce s názvem Zdravotně sociální dopady u žen po komplikovaných porodech se zabývá problematikou komplikovaných porodů a jejich dopady na fyzickou, psychickou a sociální oblast života ženy, jejího dítěte i celé rodiny. Problematika komplikovaných porodů, hlavně porodů císařským řezem, je v dnešní době poměrně hodně diskutované téma. Celosvětově dochází k nárůstu počtu porodů císařským řezem, objevuje se fenomén císařského řezu na přání a porodnictví se čím dál více vzdaluje od tradičních postupů a ubírá se do sféry instrumentálně vedených porodů.

V diplomové práci byly stanoveny cíle, které měli zjistit zdravotní, psychické a sociální problémy žen po komplikovaných porodech a tyto problémy porovnat s ženami po porodech fyziologických. Dalším cílem bylo zjistit, které komplikované porody se vyskytují v Nemocnici Písek, a.s. nejčastěji. Pro tyto cíle byly stanoveny hypotézy.

První hypotéza měla potvrdit, že se ženám po komplikovaných porodech hojí porodní poranění per secundam. Ve statistickém porovnání obou proměnných se ukázalo, že přítomnost komplikací při porodu a hojení porodního poranění jsou na sobě závislé. Čím více se vyskytuje komplikovaných porodů, tím je vyšší pravděpodobnost hojení porodního poranění per secundam. Stanovená hypotéza se potvrdila.

Druhá hypotéza měla potvrdit, že ženy po komplikovaných porodech zažívají pocit, že nezvládnou péči o svoji rodinu. Tato hypotéza se nepotvrdila, ve statistickém testování nebyla zjištěna závislost mezi těmito dvěma proměnnými.

Třetí hypotéza měla potvrdit problémy s ekonomickým zajištěním rodiny u žen samoživitelek po komplikovaném porodu. Tato hypotéza se při statistickém zkoumání potvrdila. Byla zjištěna závislost mezi statutem samoživitelky a ekonomickým zajištěním rodiny.

Čtvrtá hypotéza měla potvrdit, že ženy po komplikovaných porodech mají nedostatek informací o sociálním zabezpečení. Tato hypotéza byla ve statistickém testování vyvrácena. Znamená to tedy, že způsob porodu neovlivňuje informovanost žen o sociálním zabezpečení.

Pátou hypotézou mělo být potvrzeno, že ženy po komplikovaných porodech mají více problémů než ženy po fyziologických porodech. Tato hypotéza se nepotvrdila. Ve statistickém šetření bylo zjištěno, že tyto dvě proměnné na sobě nejsou závislé.

Šestou, poslední hypotézou se mělo potvrdit, že v Nemocnici Písek, a.s. jsou na prvním místě komplikovaných porodů zastoupeny císařské řezy. Tato hypotéza byla potvrzena na základě získaných statistických údajů z gynekologicko – porodnického oddělení Nemocnice Písek, a.s. za rok 2006-2008. První místo v komplikovaných porodech zaujímají císařské řezy.

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily ženy do dvou let po porodu v Nemocnici Písek, a.s.. Pro vyplnění dotazníku nebyla stanovena žádná jiná kritéria. Výzkumný soubor sestává z 200 dotázaných respondentek.

Porod je završením období několika měsíců, kdy se partneři připravují na příchod nového člena rodiny. Je v životě ženy i celé rodiny velkou událostí. Nejen proto, že se opakuje jen párkrát za život, ale hlavně proto, že se rodí nový člověk. Je velkým darem, když se narodí zdravé dítě. Bohužel i nyní, v období vyspělé medicíny, může dojít ke komplikacím, které mohou život rodičky i celé její rodiny poznamenat do konce života. Nejen proto je důležité ke každé rodičce a její rodině přistupovat individuálně, s porozuměním, notnou dávkou trpělivosti, empatie a pochopení.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Zdravotně sociální dopady u žen po komplikovaných porodech“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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 dne:……..

……..

Podpis

Poděkování

Velice děkuji PhDr. Vlastě Koudelkové za cenné rady, připomínky a podporu při zpracování diplomové práce. Dále děkuji svým spolupracovnicím na porodním sále v Nemocnici Písek, a.s. za trpělivost a podporu a v neposlední řadě i mé rodině, která mi byla po celou dobu psaní diplomové práce oporou.

OBSAH

ÚVOD 11

1. SOUČASNÝ STAV 12

1.1 Porod 12

1.1.1 Předčasný porod 12

1.1.1.1 Nejčastější příčiny předčasného porodu 12

1.1.1.2 Rozdělení nedonošených novorozenců 13

1.1.1.3 Rizika pro novorozence při předčasném porodu 14

1.1.1.4 Vztah rodičů a předčasně narozeného dítěte 14

1.1.2 Porod císařským řezem 15

1.1.2.1 Zdravotní rizika pro rodičku a její dítě při císařském řezu 15

1.1.2.2 Psychologické aspekty císařského řezu 16

1.1.2.3 Prevence psychologických komplikací po císařském řezu 17

1.1.3 Porod pomocí porodnických kleští 18

1.1.3.1 Komplikace porodnických kleští pro matku a dítě 18

1.1.4 Porod pomocí vakuumextraktoru 19

1.1.4.1 Komplikace porodu pomocí vakuumextraktoru 19

1.1.5 Porod komplikovaný episiotomií a jiným porodním poraněním 20

1.1.5.1 Hojení porodního poranění 20

1.1.5.2 Komplikace hojení porodního poranění 20

1.1.6 Porod komplikovaný nadměrným krvácením 21

1.1.6.1 Následky nadměrného krvácení při porodu pro ženu 22

1.1.7 Porod komplikovaný intrapartální hypoxií plodu 22

1.1.8 Intrauterinní smrt plodu 23

1.1.8.1 Psychosociální důsledky intrauterinní smrti plodu pro rodinu 23

1.1.8.2 Sdělení a přijetí nepříznivé diagnózy intrauterinní smrti plodu 24

1.2 Inkontinence moči 25

1.2.1 Důsledky inkontinence na psychosociální prožívání ženy 27

1.3 Inkontinence stolice 27

1.4 Sexuální a partnerský život po porodu 29

1.4.1 Sexuální dysfunkce žen po porodu 30
1.5 Osamělá žena po porodu 31
1.6 Sociálně právní ochrana žen po porodu 32
1.6.1 Mateřská dovolená 32
1.6.1.1 Podmínky nároku na peněžitou pomoc v mateřství 33
1.6.1.2 Výplata peněžité pomoci v mateřství 34
1.6.2 Porodné 34
1.6.3 Rodičovský příspěvek 34
1.6.3.1 Možnosti volby rodičovského příspěvku 34
1.6.3.2 Rodičovský příspěvek a postižené dítě 36
1.6.4 Přídavek na dítě 37
1.6.5 Sociální příplatek 37
1.6.6 Příspěvek na bydlení 37
1.6.7 Pohřebné v případě porodu mrtvého plodu 38
1.6.8. Pomoc v hmotné nouzi 38
1.6.9. Sociální služby pro ženy po porodu 39
2. CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY 40
2.1 Cíle práce 40
2.2 Hypotézy 40
3. METODIKA 41
3.1 Použitá metoda 41
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru 41
4. VÝSLEDKY 42
4.1 Kvantitativní vyhodnocení dotazníkového šetření 42
4.2 Porovnání statistických korelací 92
5. DISKUSE 102
6. ZÁVĚR 120
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 122
8. KLÍČOVÁ SLOVA 126
9. SEZNAM PŘÍLOH 127

ÚVOD

Porod je v životě ženy velkou událostí. Nejen proto, že se opakuje jen párkrát za život, ale hlavně proto, že se rodí nový člověk. Těhotenství je plné otazníků. Rodiče přemýšlí, jak bude jejich dítě vypadat, komu bude podobné, zda to bude chlapec či děvče, jakou bude mít povahu, domlouvají se na jménu dítěte a celý tento zázračný proces vývoje nového jedince většinou velice intenzivně prožívají.

Porod je završením období několika měsíců, kdy se partneři připravují na příchod nového člena rodiny. Je sice zprvu zahalen do nepříjemných bolestí, nepohodlí a stresu, který může trvat několik nekonečně dlouhých hodin, ale narozením zdravého dítěte zaplavuje ženu i jejího partnera pocit úlevy, štěstí a radosti. Žena rychle zapomene na předchozí náročné hodiny a většinou pociťuje obrovskou lásku a vnitřní sílu.

Tento scénář je ideální, partneři se na dítě těší, porod probíhá bez komplikací, dítě i matka jsou v pořádku a celá rodina je šťastná. Jsou ale i případy, kdy to takto ideálně nebývá. I v dnešní společnosti moderní vědy a techniky, pokroku ve všech oborech, porodnictví nevyjímaje, může při porodu dojít ke komplikacím. Tyto komplikace mohou zásadně ovlivnit život rodičky, jejího dítěte i celé rodiny.

V dnešní době se žena může na porod důkladně připravit. Může navštěvovat různé předporodní kurzy, najít si informace všeho druhu na internetu i v knihách, přečíst si osobní zkušenosti ostatních rodiček na internetovém chatu a své těhotenství prožívat naplno. Bohužel i žena, která do přípravy na porod dala vše, maximum svého času i úsilí, nemá jistotu, že její porod proběhne hladce a bez komplikací. Někdy se objevují komplikace méně závažné, někdy jsou zase natolik závažné, že mohou dítě i matku ohrozit na životě.

V diplomové práci bych ráda pojednala o možných komplikacích při porodu, ale hlavně o jejich dopadech na další život ženy a její celé rodiny. Zaměřím se na problémy žen po porodu, hlavně po porodu, při kterém došlo k nějakým komplikacím. Do celé problematiky zahrnu nejen oblast zdravotní, ale i psychickou a sociální. Ve výzkumné části budou zjišťovány problémy žen po komplikovaných porodech a porovnány s problémy žen po porodech fyziologických.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Porod

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodu porodními cestami z organizmu matky. Za porod považujeme porod dítěte, které jeví známky života (cca od ukončeného 24. týdne gravidity), nebo bez známek života s porodní hmotností více než 1000g. Známkami života rozumíme akci srdeční, dýchací pohyby, pulzaci pupečníku a aktivní pohyb svalstva novorozence (39).

Pokud má plod porodní hmotnost nižší než 500g, je považován za novorozence pouze v případě, pokud projevuje alespoň jednu známku života déle než 24 hodin. Pokud tuto podmínku nesplní, je klasifikován jako potrat. U vícečetného těhotenství rozhoduje o klasifikaci stav a hmotnost největšího z plodů (39).

1.1.1 Předčasný porod

Předčasný porod (partus praematurus) je definován jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity. Nejčastěji se uvádějí čtyři příčiny vedoucí k předčasnému porodu. Patří mezi ně předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody, stres plodu a v neposlední řadě iatrogenní příčiny, tzn. předčasně vyvolaný porod lékařským zásahem z důvodu onemocnění matky nebo plodu (13).

Předčasný porod je stále v českém zdravotnictví považován za závažný problém, který má dopad nejen zdravotní, ale i rodinný, sociální a ekonomický. Jeho frekvence se pohybuje od 6 do 12 % (13)**.**

1.1.1.1 Nejčastější příčiny předčasného porodu

Nejčastější příčinou předčasného porodu je infekce. Mikroorganismy se dostávají do plodového vejce ascendentní cestou z pochvy a cervixu. Vzácnější je přenos přes vejcovody z peritoneální dutiny při některých diagnostických výkonech jako např. při amniocentéze (13).

Věk matky hraje ve vztahu k předčasnému porodu také svoji roli. Rodičkám ve věku pod 20 let je obvykle přisuzována vyšší frekvence předčasných porodů. Je to

způsobeno hlavně nedokončeným tělesným vývojem i v souvislosti např. s hypoplazií dělohy. V dnešní době je těhotenství u ženy pod 20 let většinou neplánované, žena má často zhoršené sociálně ekonomické podmínky a větší stresy spojené s graviditou. Rovněž starší ženy nad 35 let rodí častěji předčasně. Trpí ve větší míře nějakým celkovým onemocněním jako hypertenze, diabetes mellitus atd. (13).

Výskyt předčasného porodu v anamnéze těhotné je rizikovým faktorem pro další předčasný porod. Žena, která již jednou předčasně porodila, je v dalším těhotenství vystavena 2,2x většímu riziku předčasného porodu. Toto riziko stoupá s množstvím předčasných porodů v anamnéze (13).

Na předčasném porodu má velký podíl i přítomnost vícečetné gravidity. Polovina těhotných žen rodí předčasně do dokončeného 37. týdne gravidity. Nejvyšší riziko je u trojčat a monochoriálních dvojčat (13).

Riziko předčasného porodu zvyšují i některá onemocnění k těhotenství přidružená. Jedná se zejména o neuropatie, hepatopatie, preeklampsii, krvácení, polyhydramnion, IUGR, děložní malformace, placentární insuficienci a iatrogenní faktory (13).

Kouření a užívání drog v těhotenství má také svůj podíl na předčasném porodu. U žen, které kouří, je prokázána přímá souvislost s růstovou retardací plodu (13).

1.1.1.2 Rozdělení nedonošených novorozenců

Mezi nejčastější riziko ohrožující zdraví a život plodu je jeho nízká porodní hmotnost. Za novorozence s nízkou porodní hmotností jsou považováni ti, kteří mají porodní hmotnost 2500g a nižší. V závislosti na hmotnosti a gestačním věku dítěte se nedonošenci rozdělují do 4 skupin (41).

Do první skupiny patří děti narozené před 28. týdnem gravidity, které váží 500–999g (extrémně nezralí novorozenci). Ve druhé skupině jsou děti narozené do 32. týdne gravidity. Děti v této skupině váží 1000–1499g (velmi nezralí novorozenci). Do třetí skupiny jsou zařazeny děti narozené před 34. týdnem gravidity vážící 1500–1999g (nezralí novorozenci) a do poslední čtvrté skupiny patří děti narozené před 38. týdnem gravidity, vážící 2000–2499g. Děti, které se narodí předčasně, tvoří 2/3

novorozenců s nízkou porodní hmotností. Tato skupina je zatížena vysokou mortalitou a morbiditou. Výše morbidity a mortality je závislá na gestačním věku dítěte (41).

1.1.1.3 Rizika pro novorozence při předčasném porodu

U nedonošeného dítěte je nezralá centrální nervová soustava. Dochází u něj k termolabilitě. Její příčinou je u nedonošených dětí nedokonalá termoregulace, velký povrch těla a nedostatečné množství podkožního tuku. Proto musí být nedonošenci ošetřováni v inkubátorech nebo výhřevných lůžkách (41).

Předčasně narozené dítě je ohroženo vznikem RDS (Respiratory Distress Syndrom), který ohrožuje dítě respiračním selháním. Dochází k tomu vzhledem k nezralé plicní tkáni, nedostatku surfaktantu (antiatelektatického faktoru) a omezené alveolární ploše. Další komplikací, která se může u předčasně narozeného dítěte objevit, je nedostatečná funkce ledvin s následným selháním, intolerance stravy a často i nutnost parenterálního podávání stravy z důvodu nedostatečně vyvinutého trávicího systému. Nedonošenec je ve větší míře ohrožen novorozeneckou žloutenkou, která vzniká kvůli nedostatečné tvorbě enzymů. Také imunitní systém je u nedonošeného dítěte nezralý a často zapříčiňuje až těžké septické stavy s vysokou mortalitou (41).

1.1.1.4 Vztah rodičů a předčasně narozeného dítěte

Nedonošený novorozenec tráví po porodu několik týdnů i měsíců na jednotce intenzivní péče. V této době je důležité, aby docházelo k jeho psychické stimulaci. Nedonošené dítě potřebuje někoho, kdo se ho bude dotýkat, hladit, držet a mluvit na něj (2).

V ideálním případě provádí psychickou stimulaci rodiče. Umožněním vzájemného kontaktu mezi dítětem a rodiči se utváří vzájemný láskyplný vztah. Při péči o nedonošeného novorozence se rodičům dítěte dostávají nové znalosti, vědomosti a společně se učí porozumět potřebám dítěte. Společnou péčí o dítě dochází i k upevňování vztahu mezi oběma rodiči. Za pomoci zdravotnického personálu se rodiče postupně zbavují negativních pocitů spojených s předčasným porodem a péčí o malé a bezbranné dítě (2).

Zapojování rodičů do péče o novorozence začíná takovými maličkostmi, jako je hlazení, měření tělesné teploty, přebalování, a to i v době, kdy je dítě na řízené ventilaci. Jakmile to zdravotní stav dítěte dovolí, začíná se s kangaroo metodou. Při této metodě se dá jednomu z rodičů na hrudník přímo na kůži miminko a přikryje se peřinkou. Rodič chování dítěte doplňuje doteky a miminko konejší hlasem. Dítě je přitom neustále napojené na oxymetr a v případě potřeby mu je inhalačně podáván kyslík. Někteří rodiče používají i muzikoterapii, kdy děťátku přehrávají relaxační hudbu (14).

Psychická pohoda matky a pocit jistoty, že je o dítě dobře postaráno, možnost kdykoli jej vidět a podílet se na jeho ošetřování, napomáhá rozvoji a udržení laktace. Miminko se k prsu přikládá hned, jak je to možné, byť někdy jen jednou denně a na krátkou dobu. Pro maminky je důležité naučit se rozumět potřebám předčasně narozeného miminka. Zármutek z odloučení snáze překonají, pokud mají dostatek empaticky a vhodně podaných informací o jejich dítěti a důležitosti jeho ošetřování právě způsobem, kterým je ošetřováno (14).

1.1.2 Porod císařským řezem

Císařský řez je porodnická operace, při které je plod vybaven dutinou břišní z těla rodičky. Jeho frekvence v moderním porodnictví stále stoupá. Dnes se pohybuje kolem 20 – 30 % ze všech porodů. Císařský řez se provádí z důvodu onemocnění matky, dítěte nebo objevením se porodní komplikace, která znemožňuje porod spontánní (19).

1.1.2.1 Zdravotní rizika pro rodičku a její dítě při císařském řezu

Císařský řez představuje pro matku i její dítě určitá rizika. Komplikace, které mohou nastat, se dělí na komplikace anesteziologické, chirurgické, neonatologické a pooperační. Mezi anesteziologické komplikace patří Mendelsonův syndrom, při kterém dochází k aspiraci žaludečního obsahu, k akutnímu plicnímu edému, poruchám ventilace, laryngospasmu, hypotenzi a krvácení. Dále se do této skupiny anesteziologických komplikací řadí postpunkční cefalea, která se objevuje jako komplikace spinální nebo epidurální anestézie (41).

Mezi chirurgické komplikace patří krvácení, které může vést až k hemoragickému šoku či rozvoji syndromu DIC. Krvácení může být způsobeno poraněním dělohy, děložní atonií a v neposlední řadě placentou praevií či placentou accretou. Z dalších chirurgických komplikací přichází v úvahu poranění močového měchýře (41).

Z neonatologických komplikací je nutno zmínit poranění novorozence incizí skalpelem při těsném naléhání velké části plodu na dolní děložní segment. K poranění plodu může dojít i při jeho extrakci, zejména u plodů, které jsou nezralé, kde může dojít k poranění hlavičky i intrakraniálních struktur, parenchymatózních orgánů a končetin (41).

Mezi pooperační komplikace patří komplikace infekční, embolické, hemoragické, algické, respirační, urologické a gastroenterologické. Frekvence těchto komplikací se při současné technice provádění císařského řezu snižuje na minimum. Za specifickou pooperační komplikaci císařského řezu se považuje uterovezikální fistula, pro kterou je charakteristická absolutní inkontinence. Některé komplikace císařského řezu se mohou objevit až v následující graviditě. Jde zejména o vznik děložní dystokie, poruch placentace a rizika dehiscence a ruptury děložní jizvy. Frekvence komplikací císařského řezu klesá s četností jeho provádění v zařízení (41).

1.1.2.2 Psychologické aspekty císařského řezu

V pocitech prožívaných rodičkou je rozdíl, pokud se jedná o plánovaný císařský řez, anebo císařský řez akutní, kdy je o něm rozhodnuto v průběhu porodu, náhle a nečekaně. Při plánovaném císařském řezu má žena více času zjistit si dostatek informací o důvodech provedení císařského řezu a má čas se na císařský řez připravit. Na psychologickou přípravu k operaci potřebuje žena alespoň 2 hodiny. Během této doby má možnost všechny podrobnosti operace prodiskutovat s lékařem, ošetřovatelským personálem a se svojí rodinou (4).

Při akutním císařském řezu nebývá dostatek času na dlouhé vysvětlování, často jde o akutní ohrožení plodu nebo rodičky na zdraví nebo životě. V případě, kdy se rozhodne císařský řez v průběhu porodu, kdy žena prožívá porodní bolesti jako nesnesitelné, je pro ni velice často rozhodnutí o císařském řezu „vysvobozením“. Toto rozhodnutí

je obvykle doprovázeno pocity úlevy, rychle však následují pocity strachu z operace, strachu o sebe a o dítě. Běžné jsou i pocity hněvu na zdravotnický personál, který obviňuje, že tento vývoj porodu zavinil. Asi čtvrtina žen obviňuje z porodního neúspěchu sama sebe. Tyto ženy mají pocity osobního selhání, pocitů viny za nesplněné sociální očekávání (4).

Pozitivní vliv na snížení úzkosti má podpora partnera a především kvalitní informovanost od lékařského personálu. Méně negativních pocitů mají ženy v případě, kde je porod veden v epidurální anestézii a také v případě, kdy je u porodu přítomen partner. Ženy rozhodnutí o provedení císařského řezu snášejí lépe, pokud se mohou na jeho rozhodnutí spolupodílet (4).

Po porodu císařským řezem je v literatuře opakovně zmiňován vyšší výskyt různých psychosomatických problémů, které mohou přetrvávat až rok. Byl také popsán vysoký výskyt poruch spánku. Z psychologického hlediska mohou přetrvávat pocity viny, ženy se vnímají jako pomalé a málo výkonné. Je zvýšené riziko závažnějších stupňů poporodního blues (4).

Závažným, často podceňovaným stavem, který je reakcí na nadhraniční stres, je posttraumatická stresová porucha po porodu císařským řezem. Posttraumatická stresová porucha může být i v případě císařského řezu akutní nebo chronická. Může přetrvávat měsíce i roky a může se projevit i po několikaměsíčním latentním intervalu. Typické je opakované prožívání traumatické události, výskyt nočních děsů, sociální izolace, emoční oploštění, netečnost k okolí i k vlastním potřebám. Ženy po porodu akutním císařským řezem v celkové anestézii mají na porod amnézii a první kontakt s novorozencem se odehrává později. S tím souvisí i jev, kdy matky po císařském řezu své děti méně chovají a méně kojí (4).

1.1.2.3 Prevence psychologických komplikací po císařském řezu

Pro dobrý pooperační průběh po císařském řezu je třeba zdůraznit význam komunikace, edukace a přípravy na možný císařský řez již v těhotenství. Je účelné o porodu císařským řezem hovořit v kurzech předporodní přípravy, aby byly ženy informovány ještě dříve, než se jich tato varianta porodu může týkat. V okamžiku

indikace je žádoucí vzít do rozhodovacího procesu i ženu samotnou a umožnit jí určitou dobu psychologické přípravy na operaci. Z hlediska anestézie je z psychologického pohledu jednoznačně preferována epidurální anestezie, ovšem s podrobným vysvětlením od anesteziologa. V pooperačním období je velice důležité klást důraz na dostatečné léčení bolesti a včasný kontakt s novorozencem. Žena by se měla začít starat o dítě v okamžiku, kdy to dovoluje její zdravotní stav, pokud možno co nejdříve (4).

1.1.3 Porod pomocí porodnických kleští

Porodnické kleště jsou nástroj, který slouží k extrakci plodu z porodních cest matky. Tuto operaci je možno provést pouze při hlavičce vstouplé do pánve minimálně velkým oddílem (41).

Porodnické kleště slouží výhradně pro ukončení porodu ve II. době porodní, kdy již není možné provést císařský řez. V České republice se rodí pomocí porodnických kleští asi ve 2 – 3 % porodů. Tuto operaci smí provádět pouze zkušený porodník (33).

Ze strany matky je klešťový porod indikován v případě, kdy je rodička fyzicky a psychicky vyčerpaná, nespolupracující, nemůže z důvodu onemocnění použít břišní lis, dále při silném krvácení ve II. d.p., pokud porod ve II. d. p. nepostupuje a v případě, kdy rodička trpí horečkou více než 38,0 °C (13).

Ze strany plodu se ke klešťovému porodu přistupuje z důvodu hrozící hypoxie plodu v době, kdy již není možné provést císařský řez. Mnohdy je pro rodičku i její dítě mnohem šetrnější ukončit porod porodnickými kleštěmi, než nadměrně prodlužovat II. dobu porodní, anebo se snažit pomáhat ženě tlakem na břicho (34).

1.1.3.1 Komplikace porodnických kleští pro matku a dítě

Komplikace porodnických kleští mohou postihnout jak matku, tak plod. K závažným komplikacím dochází zejména při sesmeknutí kleštiny z hlavičky plodu. Stane se tak tehdy, když nejsou kleště dobře založeny a uzavřeny (13).

Mezi komplikace klešťového porodu postihující matku patří trhliny děložního hrdla, pochvy a hráze. Závažnými komplikacemi, které značí nezvládnutí klešťového porodu porodníkem, jsou poranění močového měchýře, uretry a rekta. Naštěstí jsou tato

poškození vzácná. K větší krevní ztrátě při porodu per forcipem dochází v souvislosti s vydatnou epiziotomií a dalším poraněním porodních cest. (13)

Mezi časné následky klešťového porodu lze zařadit vznik hematomů, sekundární hojení sutur, jejich dehiscence, infekce a vznik poporodní retence moče. Do pozdních následků klešťového porodu se řadí morfologické změny děložního hrdla, vznik píštělí, keloidních jizev v pochvě a na perineu, poruchy závěsného děložního aparátu dále v souvislosti se stresovou inkontinencí moči a inkontinencí střevních plynů a stolice. Jako následek komplikací výše vyjmenovaných je dyspareunie a psychické poruchy ženy. Dochází k poruchám v partnerském a rodinném soužití a sociálním styku s okolím (13).

1.1.4 Porod pomocí vakuumextraktoru

Porod pomocí vakuumextraktoru je v zahraničí velmi rozšířen. V České republice se tato metoda používá podstatně méně. Extrakce plodu se provádí za pomoci peloty, která se nasadí na hlavičku plodu. Mezi hlavičkou a pelotou se vytvoří podtlak, jehož pomocí je plod extrahován (27).

Hlavní rozdíl mezi porodem kleštěmi a vakuumextrakcí je v tom, že vakuumextraktor se nesmí provádět při výraznější poruše zásobení dítěte okysličenou krví. To je významná nevýhoda vakuumextraktoru, protože porucha zásobení plodu kyslíkem je nejčastější důvod operačního ukončení porodu ve II. době porodní (34).

1.1.4.1 Komplikace porodu pomocí vakuumextraktoru

Komplikace při použití vakuumextraktoru jsou pro matku méně časté než při použití porodnických kleští. Při špatném naložení peloty vakuumextraktoru, kdy dojde k zachycení části branky nebo děložní stěny mezi okraj peloty a hlavičku plodu, může dojít k jejich odtržení a rozsáhlému poranění. Riziko tohoto poranění je ale při postupu lege artis a šetrné trakci minimální (13).

Častější jsou ale komplikace postihující novorozence. Morbidita novorozence je naopak vyšší, než při porodu per forcipem. Častěji dochází ke vzniku kefalhematomu. Méně časté je intrakraniální krvácení se vznikem subdurálního hematomu (13).

1.1.5 Porod komplikovaný epiziotomií a jiným porodním poraněním

Epiziotomie neboli nástřih hráze je stále nejčastěji prováděnou porodnickou operací. Provádí ji porodník nebo porodní asistentka v případě, kdy hrozí při porodu plodu ruptura hráze a její rozsáhlé poškození. Dále se využívá před klešťovým porodem nebo v případě, kdy je potřeba II. dobu porodní urychlit (13).

Mezi bezprostřední komplikace epiziotomie patří krvácení z perineálních a vaginálních cév o větším průsvitu, nadměrná bolestivost, poškození análního svěrače a střevní stěny. Mezi časné komplikace patří infekce sutury, dehiscence rány a vznik hematomu. Mezi pozdní komplikace patří vznik keloidní bolestivé jizvy, inkluzních cyst, vaginoperineální fistuly a morfologických změn na vulvě. Následkem těchto komplikací trpí ženy genitálním dyskomfortem a dyspareunií (40).

1.1.5.1 Hojení porodního poranění

Drobná poranění pochvy a zevního genitálu se po porodu většinou rychle zhojí. Nástřih hráze se hojí asi dva týdny. Při hojení poranění může žena pociťovat pálení, štípání, tahání a mírné bolesti. Aby se rána dobře hojila, je nutné o ni vhodným způsobem pečovat. Žena musí zevní rodidla udržovat v čistotě, hráz sprchovat po každé stolici, po močení a po každém kojení. Je s výhodou nechávat ránu „větrat“ na vzduchu a používat síťované kalhotky, které umožňují proudění vzduchu. V prvních dnech po porodu se ženám doporučuje používání nafukovacího kruh, na kterém není při sezení rána stlačována (51).

Ošetřovatelská péče o episiotomii nebo jiné porodní poranění začíná již ve čtvrté době porodní. Studené obklady aplikujeme prvních 12 hodin k redukci bolesti, podlitin a otoků. Po 12 hodinách se místo studených aplikují obklady teplé nebo sedací koupele, které zlepšují prokrvení a hojení a zvyšují pocit komfortu (23).

1.1.5.2 Komplikace hojení porodního poranění

Lacerace a drobné trhliny děložního hrdla jsou zřídka příčinou masivního krvácení rodičky. Rozsáhlé trhliny, jdoucí až do kleneb poševních, mohou způsobit silné krvácení, zvláště je-li poraněna větev artéria uterinae zásobující děložní hrdlo. Zvláště

nebezpečné jsou trhliny jdoucí až do dolního děložního segmentu, které nelze ošetřit vaginálně a musíme provést abdominální hysterektomii. Při ruptuře pochvy se krev hromadí v parakolpiu, dále se šíří vzhůru do parametria a může vytvořit i rozsáhlé retroperitoneální hematomy. Rozdělujeme je na supralevátorové a infralevátorové. Vážnější jsou supralevátorové, které se často šíří do retroperitonea a možnost najít zdroj krvácení je prakticky mizivá. Pokud se infikují, mohou vzniknout nebezpečné abscesy (13).

Hematom v parakolpiu se projeví krátce po ukončení III. doby porodní, kdy je rodička ještě na porodním sále a stěžuje si na výraznou tlakovou bolestivost v konečníku a podbřišku. Má pokles krevního tlaku, je bledá, rozvíjí se u ní hemoragický šok. Přitom navenek z rodidel nekrvácí. Při palpačním vyšetření zjišťujeme výrazně vyklenutou poševní stěnu. Řešení této komplikace je obvykle spojeno s dramatickým průběhem, kdy hematom v parakolpiu může obsahovat až 1000 ml krve. Tuto komplikaci musíme řešit v součinnosti s pracovníky ARO na operačním sále v celkové anestézii. Důležité je zajištění protišokové terapie a prevence DIC syndromu. Krevní ztrátu nahrazujeme dostatečný množstvím krevní plazmy a erymasy (13).

1.1.6 Porod komplikovaný nadměrným krvácením

Nadměrné krvácení je v těhotenství a při porodu považováno za závažnou porodní komplikaci ohrožující zdraví a život matky i plodu. Patologické krvácení v souvislosti s těhotenstvím a porodem bývá podmíněno předčasným odlučováním normálně nasedající placenty a vcestným lůžkem (19).

Poporodní krvácení je charakterizováno jako krevní ztráta větší než 500 ml po vaginálním porodu, anebo větší než 1000 ml po císařském řezu. Poporodní krvácení se objevuje většinou bezprostředně po porodu, ale může přijít i několik týdnů po porodu. Časné poporodní krvácení se objevuje do 24 hodin po porodu, pozdní poporodní krvácení až po 24 hodinách až do období šesti týdnů po porodu (23).

Příčinou časného poporodního krvácení bývá nejčastěji atonie děložní, poranění rodidel, tvorba hematomu po provedení sutury rány a retence placentárního kotyledonu. Méně často dochází ke krvácení z důvodu koagulopatie a inverze dělohy (19).

Pozdní poporodní krvácení se objevuje často až po propuštění z porodnice. Objevuje se náhle a bývá perfúzní. Příčinou pozdního poporodního krvácení bývá retence části placenty a subinvoluce dělohy (23).

1.1.6.1 Následky nadměrného krvácení při porodu pro ženu

Následkem nadměrného krvácení v těhotenství a po porodu vzniká anémie. Žena je po porodu unavená, pociťuje závratě nebo slabosti a může u ní dojít až k mdlobě. Tyto symptomy jsou pravděpodobnější, když žena rychle mění polohu, zvláště z horizontální polohy do vertikální. Dokud se hodnoty hemoglobinu a hematokritu nevrátí k normálu, může se rodička cítit vyčerpaná a mít potíže s naplňováním potřeb svých i svého dítěte. Má sníženou obranyschopnost a je náchylnější k infekci (23).

V tomto období je důležitý profesionální a empatický přístup zdravotnického personálu, na rodičku nechvátat, pomáhat jí se všemi úkony potřebné při péči o dítě i o rodičku samu. (23)

1.1.7 Porod komplikovaný intrapartální hypoxií plodu

Hypoxií plodu označujeme stav, kdy je plod ohrožen omezenou nebo žádnou výměnou krevních plynů mezi matkou a plodem, který vede ke snížení saturace fetální krve kyslíkem a k akumulaci CO_2. Dochází k poklesu pH a k respirační acidóze. V odborné literatuře je obecně uznávaná klasifikace rozdělena do tří stupňů. Prvním stupněm je hypoxémie, která je počátečním stádiem nedostatku kyslíku a hypoxického stavu plodu. Tento stav ovlivňuje pouze arteriální krev plodu. Druhým stupněm je hypoxie. Hypoxie již ovlivňuje i periferní tkáně plodu. Tok krve je k periferním orgánům omezen a směřuje hlavně k orgánům centrálním. Posledním stupněm je asfyxie. Tento stav značí úplnou zástavu kyslíku do organismu plodu. Dochází k orgánovému selhání mozku a kardiovaskulárního aparátu (13).

1.1.8 Intrauterinní smrt plodu

Intrauterinní odumření plodu se vyskytuje v České republice v míře 2 – 3 $^{o}/_{oo}$. Riziko úmrtí plodu se s gestačním věkem mění. Nejvyšší je ve 26. týdnu gravidity a nejnižší v období termínu porodu. Po termínu se opět zvyšuje. Ve 20 – 50 % se příčina smrti plodu s jistotou neprokáže (19).

V problému mrtvorozenosti hraje zvláštní roli zvyšující se věk rodiček. Vyšší věk rodičky s sebou přináší problém v tom, že si žena přináší do těhotenství více chronických onemocnění, především stoupá riziko vzniku hypertenze a diabetu mellitu (3).

1.1.8.2 Psychosociální důsledky intrauterinní smrti plodu pro rodinu

Rozhodnutí otěhotnět většinou ženy v dnešní době plánují mnohem pečlivěji než dříve. Narození dítěte je většinou v životě páru nebo ženy samotné přesně načasováno a nezdar je pak v souvislosti s těmito plány prožíván tragičtěji, než tomu bylo v minulosti. Bez ohledu na tento fakt, je pro ženu odumření plodu smutná a velmi traumatizující záležitost (3).

Intrauterinní smrt plodu nastává často bez předchozích varovných známek jinak normálně probíhajícího těhotenství a znamená pro ženu vážné psychické trauma a vážně ohrožuje i její zdraví. (28)

Čím neočekávanější smrt plodu nastane, tím větší psychický šok ženě připraví. Čím blíže k termínu porodu dojde k odumření plodu, tím větší tragédii způsobí ženě samotné, rodičovskému páru i ostatním blízkým příbuzným. V takových případech je obvykle snaha ze strany rodičů nalézt viníka, obzvláště v případech, kdy příčina není jasná a ani pitva ji neodhalí. Psychicky velmi traumatizujícím obdobím pro těhotnou je doba od stanovení diagnózy do vlastního porodu. Nošení mrtvého plodu vyvolává u ženy pocity deprese a úzkosti. Časem narůstá nervozita a rostou obavy o vlastní zdraví a možnosti další koncepce. Obavy o zdraví ženy jsou akcentovány hlavně u nejbližších příbuzných. Tlak na okamžité ukončení těhotenství císařským řezem bývá někdy značný. Primárně však diagnóza mrtvého plodu indikací k císařskému řezu sama o sobě není (3).

Pocit nejistoty a obavy z toho, co bude dál, jsou pro ženu, jejího partnera i nejbližší příbuzné velmi stresující. Vyřkneme li ortel, že osud plodu je velmi nejistý a pokud přežije, bude velmi pravděpodobně závažně postižen, může intrauterinní smrt plodu rodičovskému páru paradoxně psychicky ulevit. Výjimku představují silně věřící páry. Porod pak, jako definitivní tečka za neúspěšnou graviditou vyvolá alespoň na čas psychickou úlevu prakticky u všech žen. U určitého procenta žen, zvláště u těch, u kterých se neúspěšné těhotenství opakovalo, se dostavují pocity osobního selhání. Žena se obává ztráty partnera s pocitem, že selhává ve svém základním poslání – mateřství (3).

1.1.8.2 Sdělení a přijetí nepříznivé diagnózy intrauterinní smrti plodu

Sdělit ženě nepříjemnou skutečnost, že plod v děloze odumřel, je pro lékaře velmi těžkým krokem. Při sdělování takové informace je velice důležité dodržet etická pravidla. Sdělující osoba se musí zamyslet nad tím, kdy, jak, kde a jakým způsobem informaci rodině sdělí. Obvykle se diagnóza definitivně potvrdí na ultrazvukovém pracovišti. Informaci by měl sdělovat některý z vedoucích pracovníků tohoto pracoviště. Doprovází – li těhotnou ženu partner, měl by být sdělování diagnózy přítomen. Přítomnost ostatních osob, jako mediků a jiných studentů, je při sdělování diagnózy mrtvého plodu nepřípustná. Informace podávané personálem pracoviště by rozhodně měly být shodné, neměly by zahrnovat spekulace a měly by být pro ženu i blízké příbuzné dostatečně srozumitelné (3).

Rodiče na cestě k postoji ke ztrátě dítěte a ke smíření se s touto ztrátou prochází určitými fázemi. Aby vůbec mohl postoj vzniknout, musí si nejprve připustit svoji ztrátu: Je tu, je to tak, toto je moje realita. Připustit si realitu, ztratili jsme dítě, to vyžaduje odvahu vstoupit do svého smutku, prožívat zármutek a žal. Otevřít se bolesti a naplno prožít ztrátu je velmi těžké. Zcela přirozeně přicházejí obranné mechanismy, které blahodárně zjemňují a zkreslují realitu ztráty dítěte. Je ale zřejmé, že trvalé zabydlení v obranných mechanismech blokuje dialogický charakter existence. Otevření se bolestné realitě má vždy svůj čas, který je u každého jiný. Psychoterapeut

může citlivě pomoci tomuto otevření tím, že se ptá tam, kde se přirozeně lidé neptají. Terapeut by měl mít odvahu zeptat se na bolestivé věci. To laik většinou neudělá (18).

Nejdříve se ptá na celou situaci, pak i na konkrétní detaily a podrobnosti. Důležitým signálem pro trpícího je, když mu terapeut nabídne pocit, že s ním cítí a že se zabývá jeho situací. V rozhovoru znovu zpřítomňujeme bolestivou situaci v celém prožitku. Znamená to připustit slzy a pláč. Pláč, který je vyjádřením hloubky bolestné ztráty. Pláč, kterým lze procítit hloubku vztahu a hodnotu ztraceného dítěte. Psychoterapeut napomáhá rodičům najít nový vztah ke ztracenému dítěti a najít nový vztah k budoucnosti. Nalézt odpověď na otázky: Co bude dát? Pro co žít? Co nás ještě čeká?, znamená najít důvod, proč má cenu žít dál. Smysl musí být nalezen. Trvá někdy dlouho, než člověk najde navzdory utrpení svůj důvod a smysl, ale schopnost nést své utrpení a zacházet s ním smysluplně, člověku zůstává (18).

1.2 Inkontinence moči jako poporodní komplikace

Inkontinence moči u žen nepředstavuje jednu chorobu, nýbrž příznak, který může mít různé příčiny. Za močovou inkontinenci je považován každý stav subjektivní stížnosti ze strany ženy na jakýkoli vůlí neovladatelný únik moči (45).

Inkontinenci dělíme na dva hlavní typy, extrauretrální a uretrální. Extrauretrální inkontinence může vzniknout vrozeně, anebo získaně. Vrozenou vadou vedoucí k inkontinenci může být extrofie močového měchýře. Mezi získané vady patří vznik píštělí (47).

Uretrální typ inkontinence se dále dělí na stresovou, urgentní, reflexní a overflow – paradoxní. Při stresové inkontinenci dochází k pasivnímu úniku moči v okamžiku zvýšeného nitrobřišního tlaku při insuficienci uzávěrového mechanismu. Ke zvýšení nitrobřišního tlaku dochází např. při kašli, kýchání, smíchu či zvedání těžkých břemen (10).

Urgentní inkontinence je definována jako nechtěný únik moči při imperativním nucení na močení. Patofyziologicky může být urgentní inkontinence moči způsobena nadměrnými senzorickými impulsy z receptorů ve stěně močového měchýře nebo nedostatečnou inhibicí mikčního reflexu. Odhaduje se, že 30 – 50 % žen udává

občasný únik moči a přibližně u 30 % z nich jde o urgentní typ inkontinence. Až 20 % rodiček trápí inkontinence moči (24).

Urgentní inkontinence je nejzávažnějším příznakem syndromu hyperaktivního močového měchýře (overactive bladder – OAB) je podle Mezinárodní společnosti pro kontinenci definován jako soubor příznaků dysfunkce dolních močových cest. Tento soubor příznaků zahrnuje urgenci jako primární symptom OAB, spojenou s inkontinencí nebo bez ní a obvykle rovněž s častým močením a nykturií. Tento syndrom má značně negativní dopad na kvalitu života pacientek a může jej zcela změnit. V běžné populaci ve věku nad 40 let dosahuje prevalence OAB 12 – 22 %. Prevalence se zvyšuje s věkem. U osob nad 75 let se pohybuje v rozmezí 31 – 42 % (21).

Při potížích s inkontinencí moči hrají nejdůležitější roli diagnostické metody. Díky těmto metodám se může gynekolog či urolog rozhodnout pro správnou metodu léčby. Základní diagnostickou metodou je anamnéza doplněná specializovaným dotazníkem. Dále je to gynekologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření malé pánve a dolních cest močových, laboratorní vyšetření moči, specializované testy na objektivizaci úniku moči, měření tlakových poměrů v močové trubici, měchýři a v dutině břišní, fakultativně měření elektrické aktivity svalů pánevního dna, test vyprazdňování měchýře s měřením tzv. postmikčního rezidua a měření průchodnosti močové trubice a eventuální přímé endoskopické vyšetření měchýře (24).

Terapie stresové inkontinence spočívá ve cvičení svalů pánevního dna, Kegelových cviků, použití farmakoterapie zvláště u žen v menopauze podáváním estrogenů, pesaroterapii a chirurgickém řešení. Jako chirurgické řešení stresové inkontinence se dnes nejčastěji využívají tahu prosté pásky TVT. Tahuprostá páska se uloží pod distální uretru. Mechanismus účinku je takový, že při stresu dojde k ohnutí uretry o pásku a tím k jejímu uzavření. Použitá páska musí být tahuprostá, aby mohlo dojít ke spontánní mikci (47).

Urgentní inkontinence je léčena farmakologicky, operace by mohla problémy pacientky ještě zhoršit. Další metodou léčby je denervace močového měchýře a distenze močového měchýře v anestézii. U 20 % inkontinentních žen jde o kombinaci stresové a urgentní inkontinence, pak hovoříme o inkontinenci smíšené (26).

1.2.1 Důsledky inkontinence na psychosociální stav ženy

Močová inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti. Nezávisle na věku je 15 – 30 % žen s močovou inkontinencí ovlivněno ve všech oblastech svého života. Žena pociťuje omezení v oblasti fyzické, sociální, psychické a sexuální. Potýká se s těmito problémy doma i ve společnosti (16).

Ženy trpící močovou inkontinencí se vzdávají mnohého ze svého běžného životního stylu a dochází tak ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Také starost o domácnost, odpočinek a zájmové aktivity jsou částečně ovlivněny a nemocné ženy nově organizují svůj život podle rozmístění toalet s důsledným vyhýbáním se eventuálním nepříjemným situacím. Více jak 50 % inkontinentních žen nikdy nevyhledá pomoc, anebo tak učiní až po mnoha letech strádání (16).

Nechtěný únik moče, který není možné řídit, přináší celou škálu pocitů. Od úzkosti a strachu, zda budu schopen moč udržet, až po zlost na sebe, že už to nejde. Čím více se stupňuje napětí mezi hlavními emocemi strachu a zlosti, tím více se tvoří myšlenky na samotný akt mikce. To velmi silně ovlivňuje kvalitu spánku, náladu a chování ve všech denních činnostech. Přibývá pocit studu, bezradnosti, která po delším čase vede k projevům deprese. V sociální oblasti ovlivňují poruchy močení sociální kontakty. Inkontinentní osoba se obává navštívit kulturní zařízení, jít na návštěvu, vyřídit záležitosti na úřadech, jít nakoupit, atd. Trvá-li inkontinence delší dobu, dochází k tomu, že postižení jedinci snižují příjem tekutin, snaží se nejíst potraviny, které je nutí k většímu močení (17).

1.3 Inkontinence stolice

Fekální inkontinence je popisována u 3 % - 8 % populace a její prevalence vzrůstá s věkem. Fekální inkontinence může být definována jako nechtěný odchod stolice v nevhodný čas na nevhodném místě, vyskytující se více jak dvakrát do měsíce. Mezi nejčastější příčiny inkontinence stolice patří malformace anorekta, traumata perinea (zejména u žen po vaginálním porodu), poškození svěračů periproktální píštělí, záněty anorekta - Morbus Crohn, ulcerózní kolitida, dále jsou to neurogenní příčiny,

zejména postižení pudendálního nervu, postižení distálních motoneuronů (para-kvadruplegie, myelomeningokéle) aj. Vzhledem k tomu, že příčina inkontinence stolice může mít různou patofyziologii, musí být provedena precizní diagnostika a následně vybrán optimální léčebný postup (8).

Inkontinence stolice se dělí na motorickou a senzorickou. Motorická inkontinence stolice vzniká při mechanickém poškození složitého nervosvalového aparátu svalového dna pánevního. Ženy nejsou schopny udržet stolici. Je to stav, který se vyvíjí řádově desítky roků. Vzniká např. v období porodu rupturou nebo nešetrnou epiziotomií (nástřih) hráze, poraněním či ochabnutím svěračů, což může způsobit operace, píštěl, úraz či celková nedostatečnost pánevního dna. Klinická manifestace se projeví třeba až za 25 - 30 roků (9).

Sensorická inkontinence se projevuje poruchou vnímání přítomnosti stolice a plynů v rektu a análním kanále. Je to velice složitý akt, který probíhá mimo naše úsilí a my si ho ani neuvědomujeme. Přitom vyžaduje souhru spousty orgánů včetně pánevního dna. Tato inkontinence postihuje např. paraplegiky, pacienty s nervovým poraněním, s lokálním drážděním u proktitidy (zánětu) sliznice konečníku, hemoroidech atd. Může k ní dojít po porodu velkých plodů, při diabetické neuropatii (onemocnění nervů), po opakované operaci plotýnek a také po nešetrné operaci hemoroidů podle Whiteheada, která se dnes již neprovádí (9).

Nechirurgická léčba inkontinence stolice spočívá v rehabilitaci, posilování svalů pánevního dna, dietě bohaté na vlákninu a myofeedback terapii. Myofeedback terapie stimuluje svaly pánevního dna. Pacientce poskytuje viditelnou a slyšitelnou zpětnou informaci o správné aktivaci svalů pánevního dna (8).

Chirurgická léčba inkontinence stolice spočívá v přímé či nepřímé rekonstrukci svěračů. Tyto metody se využívají pro traumatické, iatrogenní a poporodní poranění svěračů, když funkce pudendálního nervu je zachována. Úspěch léčby závisí na věku, délce trvání inkontinence a morfologii zevního svěrače (8).

Hodnocení míry kontinence je znázorněna dle modifikované Williamsovy klasifikace. První stupeň znamená kontinenci tuhé stolice, tekuté stolice a větrů. Druhý stupeň je kontinence tuhé stolice, tekuté stolice, ale větry pacient neudrží. Třetí stupeň

je kontinence tuhé stolice a občasně tekuté stolice. Čtvrtý stupeň znamená občasné zadržení jen tuhé stolice a pátý stupeň je úplná inkontinence. Na stupni inkontinence stolice závisí i život pacienta. Čím závažnější inkontinencí stolice je pacient postižen, tím je pro něj složitější udržovat uspokojivý rodinný a pracovní život a ostatní sociální kontakty. Inkontinencí stolice se pro ženu stává závažným psychosociálním problémem, který zasahuje do všech oblastí jejího života (8).

1.4 Sexuální a partnerský život po porodu

V šestinedělí dochází k proměnám sexuality páru jako celku. Vstupuje nový fenomén v podobě rodičovství a dítěte. Pohlavní život může být obnoven podle doporučení odborníků, když se žena cítí připravena, 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 (36).

Začátek pohlavního života je zcela individuální stejně tak jako provozované sexuální aktivity. Logickou premisou pohlavního styku je dostatečné libido ženy. Po porodu a hlavně po porodu komplikovaném trpí mnoho žen nějakou z forem sexuální dysfunkce. Cca 50 % žen trpí poporodní dyspareunií a relativně velký počet žen má nepříjemné pocity po styku i rok po porodu. Tyto změny nejsou vázány pouze na vaginální porod, ale mohou se vyskytnout i u žen po císařském řezu (40).

Problematika ženských sexuálních poruch je velmi složitá. Pro přesnou diagnózu je důležitá především podrobná anamnéza. Lékaři by se měli ptát na užívané léky, zdravotní stav, psychické faktory, partnerské problémy a předchozí či současné psychické či sexuální zneužívání, týrání nebo zastrašování. Sexuologická anamnéza vyžaduje citlivý, neodsuzující přístup. Na začátek jsou vhodné jednoduché, základní otázky. Po odebrání přesné anamnézy je pro diagnózu některých sexuálních poruch, jako je například vaginismus nebo dyspareunie, nutné klinické vyšetření (44).

Sexuální poruchy mají pochopitelně negativní dopad na partnerský vztah. Ženy mají pocit nízkého fyzického a citového uspokojení partnerem a zároveň si uvědomují neuspokojení partnera. Protože sexuální uspokojení je nevyhnutelně spojeno

s vnímáním kvality vztahu, jsou sexuální poruchy žen zcela evidentně problémem celého páru (44).

Trpělivost a ohleduplnost partnera je na místě. Partner by měl vyčkat na spontánní návrat ženiny touhy. Ženu by neměl do pohlavního styku nutit. Podle možností může pár po porodu využít metody sexuálního uspokojení nekoitálním způsobem, který je pro ženu přijatelnější než samotný pohlavní styk. Doporučené je samozřejmě i využití autoerotiky jako ohleduplný způsob řešení vyšší sexuální potřeby partnera. Dvojice by neměla omezovat nesexuální dotyky, objetí, polibky. Naopak v období, kdy jeden z partnerů po sexu netouží, je to dobrý způsob, jak si projevit lásku. Partneři by neměli dopustit, aby přechodný sexuální nesoulad pokazil dobře fungující vztah. Nezbytnost dobré otevřené komunikace o sexu a pocitech s ním spojených není posledním, ale prvním z důležitých předpokladů dlouhodobé dobré sexuální perspektivy dvojice. Při přetrvávajících problémem v partnerském vztahu je nejlepším krokem návštěva odborníka (34).

1.4.1 Sexuální dysfunkce žen po porodu

Ženská sexuální dysfunkce je definována jako porucha sexuální touhy, vzrušení, bolesti orgastické a/nebo koitální, způsobující psychické obtíže a mající významný vliv na kvalitu života ženy (50).

Mezi nejčastější sexuální poruchy po porodu patří snížená sexuální apetence. Někdy dochází k úplnému chybění sexuální apetence. Roli v této poruše hraje více faktorů. Jedním z nich je vysoká hladina prolaktinu, který chuť snižuje, prudká změna životního stereotypu i změna psychického stavu ženy jako je zvýšená úzkostnost jako projev starosti a zodpovědnosti za miminko (34).

K dalším poruchám sexuální aktivity po porodu patří porucha sexuálního vzrušení. Jde o recidivující nebo přetrvávající neschopnost dosáhnout uspokojivého sexuálního zážitku, působící tíseň a úzkost. Může se projevit jako nedostatek subjektivních prožitků nebo nedostatek genitálních či jiných somatických reakcí (50).

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 (algopareunie). Mezi nejčastější příčiny patří špatně zhojené poranění hráze po porodu, endometrióza, chronický zánět poševní sliznice a porucha funkce svalů pánevního dna (50).

1.5 Osamělá žena po porodu

Počet dětí narozených mimo manželství se rapidně zvyšuje. V roce 2005 činil více než 31,7% narozených dětí. Určité sociální stigma svobodných matek se zmenšuje, dříve byly svobodné matky odsuzovány, negativně hodnoceny, dnes jsou většinou ženy těchto hodnotících projevů ušetřeny (5).

Osamělé ženy jsou ženy, kterým manžel nebo druh zemřel. Tyto ženy hodnotí společnost tolerantně, spíše je lituje, neboť vdovy si své postavení samy nezavinily. Postoje společnosti k matkám, které mají děti z rozpadlého vztahu, jsou ambivalentní. Na jedné straně jsou názory obviňující, na druhé straně názory, které tvrdí, že je lépe vychovávat dítě v nekonfliktním a relativně klidném prostředí (43).

Mezi osamělé matky se řadí i ty, které si svoji samotu vybraly samy. Záměrně chtějí být svobodné a dítě mají s mužem, se kterým nechtějí mít trvalý vztah. Rozhodnutí pro život svobodné matky může být ovšem ovlivněno mnoha faktory, například nezralostí ženy, nároky na individuální štěstí a nároky na vybudování a udržení stabilního vztahu jsou vysoké, proto je pro některé ženy narození dítěte určitou jistotou nového a nadějného blízkého vztahu (43).

Přestože si některé ženy svůj statut osamělé ženy vybraly samy, ocitají se často ve velmi svízelné situaci jako ženy, které k této situaci nebyly donuceny vlastní vůlí. Místo příjemného očekávání příchodu dítěte a vychutnávání si každé chvilky s ním a s partnerem, řeší existenční problémy, aby své narozené dítě zaopatřily a staly se dobře pečujícími matkami (34).

Rozsáhlé studie o průběhu těhotenství a porodu v závislosti na sociálních podmínkách, rodinném stavu, rodinných poměrech, vzdělání, zaměstnání a jeho zátěži, na finanční a bytové situaci, zátěži v domácnosti a podobných vlivech prokázaly, že svobodné a osamělé ženy žijící v nepříznivých sociálních podmínkách mají více

těhotenských komplikací, jako jsou potraty, předčasné porody a porodní nepravidelnosti, zvláště poruchy činnosti dělohy během porodu (34).

Problematika neúplných rodin je široká. Ve srovnání s matkami, jež jsou vdané nebo žijí společně s partnerem, trpí osamělé matky dvakrát častěji nejrozmanitějšími psychickými i fyzickými chorobami. Důsledkem je i zvýšená spotřeba léků proti bolesti, na uklidnění nebo na spaní, stejně jako léků potlačujících stres a deprese. Základem všech potíží jsou zvýšené požadavky, s nimiž jsou matky samoživitelky denně konfrontovány (6).

Často potlačují vlastní potřeby ve prospěch dětí, musí čelit finanční tísni, neutěšeným bytovým poměrům, vyrovnávají se s nedostatečnými společenskými kontakty a mají velice často potíže najít a udržet si dobré zaměstnání, které je uspokojuje (6).

1.6 Sociálně právní ochrana žen po porodu

Sociálně právní ochrana žen v těhotenství a po porodu je pevně zakotvena v několika zákonech. Jedním z nich je zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, který ustanovuje pracovní podmínky zaměstnankyň, zaměstnankyň - matek, zaměstnanců pečujících o dítě a o jiné fyzické osoby a zákon č.88/1968 Sb., o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění (38).

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 (15).

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 (42).

1.6.1 Mateřská dovolená

Mateřská dovolená je zakotvena v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoníku práce. V souvislosti s porodem a péčí o narozené dítě náleží ženě mateřská dovolená po dobu

28 týdnů. Porodila – li zároveň dvě nebo více dětí, náleží jí mateřská dovolená po dobu 37 týdnů. Mateřskou dovolenou může nastoupit mezi šestým až osmým týdnem před očekávaným termínem porodu, který stanoví ošetřující lékař (11).

Nastane-li porod dříve, než určil lékař a žena tak vyčerpá méně než 6 týdnů mateřské dovolené, náleží jí mateřská dovolená ode dne jejího nástupu až do uplynutí 28 týdnů. Vyčerpá-li zaměstnankyně z mateřské dovolené méně než 6 týdnů z jiného důvodu, náleží jí mateřská dovolená ode dne porodu pouze do uplynutí 22 týdnů (v případě narození dvou a více dětí 37 týdnů). Zaměstnankyni, jíž se narodilo mrtvé dítě, náleží mateřská dovolená po dobu 14 týdnů (34).

1.6.1.1 Podmínky nároku na peněžitou pomoc v mateřství

Peněžitá pomoc v mateřství je dávkou z nemocenského pojištění. Vypočítává se jako 70 % z denního vyměřovacího základu. Peněžitá pomoc v mateřství náleží zaměstnankyni, která byla v posledních dvou letech před porodem účastna alespoň 270 dnů nemocenského pojištění. Osoba samostatně výdělečně činná musí navíc být účastna nemocenského pojištění nejméně 180 kalendářních dní v posledním roce před porodem (11).

Pokud žena nesplňuje 270 dnů placení nemocenského pojištění, ale nemocenské pojištění si platila kratší dobu, má nárok na nemocenskou dávku 6 týdnů před a 6 týdnů po porodu. Nově má nárok na peněžitou pomoc v mateřství i otec dítěte, ale až od 7. týdne po narození dítěte. Otec může o peněžitou pomoc v mateřství žádat na základě písemné dohody s matkou, ve které se ona sama vzdává nároku na pobírání peněžité pomoci v mateřství. V péči o dítě i v pobírání peněžité pomoci v mateřství se mohou rodiče dítěte od 7. týdne po porodu střídat (53).

Od ledna 2008 nemají nárok na peněžitou pomoc v mateřství ženy, které byly před nástupem na mateřskou dovolenou vedené v evidenci úřadu práce. V tomto případě dostane žena ihned po porodu rodičovský příspěvek v pomalém čerpání. (46)

1.6.1.2 Výplata peněžité pomoci v mateřství

Od 1.1.2009 vyplácí nemocenské dávky, tedy i peněžitou pomoc v mateřství, pouze Okresní správa sociálního zabezpečení. Dávku vyplácí do 1 měsíce po dni doručení žádosti na OSSZ. Pro zaměstnankyně, kterým skončil pracovní poměr v době těhotenství, platí šestiměsíční ochranná lhůta. Mají tedy nárok na nemocenské i PPM (46).

1.6.2 Porodné

Porodné je dávka, kterou se matce jednorázově přispívá na náklady související s narozením dítěte. Tato dávka je upravena zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Při poskytnutí dávky není zkoumán příjem rodiny. Jestliže žena, která dítě porodila, zemřela a porodné jí nebo jiné osobě nebylo vyplaceno, má na něj nárok otec dítěte. Nárok na porodné má rovněž osoba, která převzala dítě mladší jednoho roku do trvalé péče, nahrazující péči rodičů. Porodné je stanoveno pevnou částkou v jednotné výši 13 000 Kč na každé narozené dítě (31).

V případě porodu mrtvého plodu je na matričním úřadě na toto dítě vystaven rodný list. Po předložení rodného listu na příslušném úřadu státní sociální podpory je matce vyplaceno porodné (31).

1.6.3 Rodičovský příspěvek

Rodičovský příspěvek je dávkou, kterou upravuje zákon 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Na rodičovský příspěvek 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 do dvou, tří nebo čtyř let dítěte (31).

1.6.3.1 Možnosti volby rodičovského příspěvku

Rodičovský příspěvek je stanoven ve čtyřech výších daných v pevných měsíčních částkách: zvýšená výměra 11 400 Kč, základní výměra 7 600 Kč, snížená výměra

3 800 Kč a nižší výměra 3 000 Kč. Volbou doby čerpání si rodič zároveň volí i k ní příslušnou výši příspěvku (31).

O rychlejší čerpání rodičovského příspěvku ve zvýšené výměře 11 400 Kč do 24 měsíců věku dítěte může požádat pouze rodič, který má nárok na peněžitou pomoc v mateřství ve výši alespoň 380 Kč za kalendářní den. O klasické čerpání rodičovského příspěvku v základní výměře 7600 Kč do 36 měsíců věku dítěte může požádat pouze rodič, který má nárok na peněžitou pomoc v mateřství nebo nemocenské poskytované v souvislosti s porodem. Pomalejší čerpání rodičovského příspěvku v základní výměře 7 600 Kč do 21 měsíců věku dítěte a dále ve snížené výměře 3 800 Kč do 48 měsíců věku dítěte je poskytnuto rodiči po peněžité pomoci v mateřství nebo od narození dítěte, pokud neměl nárok na peněžitou pomoc v mateřství (34).

O vybranou dobu a výši čerpání rodičovského příspěvku musí rodič písemně požádat příslušný úřad státní sociální podpory na předepsaném formuláři. O rychlejší čerpání musí rodič požádat nejpozději ve druhém kalendářním měsíci následujícím po měsíci, ve kterém nejmladší dítě dosáhne 22 týdnů života, resp. ve kterém současně narozené nejmladší děti dosáhnou věku 31 týdnů života (doba pobírání PPM, která je dávkou nemocenského pojištění, je 28 týdnů, resp. 37 týdnů po porodu vícerčat). O klasické čerpání musí rodič požádat nejpozději v kalendářním měsíci, ve kterém nejmladší dítě dosáhne 21. měsíce věku. Pokud rodič nepožádá o rychlejší či klasické čerpání rodičovského příspěvku, je mu po 21. měsíci věku dítěte vyplácen rodičovský příspěvek v režimu pomalejšího čerpání, tzn. ve snížené výměře (31).

Rodičovský příspěvek náleží i v případech, kdy dítě, které je mladší 3 let, navštěvuje jesle nebo jiné obdobné zařízení po dobu nejvýše pěti kalendářních dnů v kalendářním měsíci. Dále dítě, které dovršilo 3 léta věku, navštěvuje mateřskou školu nebo jiné obdobné zařízení v rozsahu nepřevyšujícím čtyři hodiny denně nebo 5 dní 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 na děti tělesně postižené a mentálně retardované v rozsahu nepřevyšujícím čtyři hodiny denně (31).

Rodičovský příspěvek náleží i rodiči dlouhodobě zdravotně postiženého dítěte nebo dlouhodobě těžce zdravotně postiženého dítěte, které pravidelně navštěvuje předškolní zařízení v rozsahu nepřevyšujícím šest hodin denně a dítě školního věku navštěvuje přípravnou třídu základní školy nebo školu poskytující základní nebo střední vzdělání. Rodičovský příspěvek náleží i v případě, kdy dítě navštěvuje předškolní zařízení v rozsahu nepřevyšujícím čtyři hodiny denně, pokud je zdravotní postižení sluchu či zraku obou rodičů (osamělého rodiče) v rozsahu 50 % a více (31).

Příjem rodiče není sledován. To znamená, že při nároku na výplatu rodičovského příspěvku může rodič výdělečnou činností zlepšovat sociální situaci rodiny. Po dobu své výdělečné činnosti však musí rodič pobírající rodičovský příspěvek zajistit péči o dítě jinou zletilou osobou. Nezkoumá se ani nárok na podporu v nezaměstnanosti a při rekvalifikaci, ani příspěvky náležející občanům se změněnou pracovní schopností v době jejich pracovní rehabilitace (31).

1.6.3.2 Rodičovský příspěvek a zdravotně postižené dítě

U zdravotně postižených dětí má rodič nárok nejdříve ode dne posouzení dítěte jako dítěte dlouhodobě zdravotně postiženého nebo dlouhodobě těžce zdravotně postiženého nebo po skončení čerpání rodičovského příspěvku ve zvýšené výměře na rodičovský příspěvek v základní výměře 7 600 Kč do 7 let věku dítěte, a to bez ohledu na to, jakou možnost čerpání rodičovského příspěvku zvolil před posouzením zdravotního stavu dítěte. Pokud je dítěti, o které rodič pečuje a které zakládá nárok na rodičovský příspěvek, přiznán příspěvek na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má rodič nárok na rodičovský příspěvek v poloviční výši (45).

Pokud dítě, o které rodič pečuje a které zakládá nárok na rodičovský příspěvek, je posouzeno jako dítě dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené a tomuto dítěti nebyl přiznán příspěvek na péči, náleží rodičovský příspěvek v nižší výměře 3 000 Kč od 7 do 10 let věku dítěte. Nárok na rodičovský příspěvek v základní výměře do 7 let věku dítěte náleží i v případech, kdy dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě není nejmladším dítětem v rodině, pokud by jinak náležel rodičovský příspěvek na nejmladší dítě v rodině

ve snížené výměře anebo by nárok na rodičovský příspěvek na nejmladší dítě v rodině již nebyl (31).

1.6.4 Přídavek na dítě

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 přídavek na dítě má nezaopatřené dítě, které žije v rodině, jejíž rozhodný příjem je nižší než 2,4 násobek částky životního minima rodiny. Pro nárok na dávku se posuzuje příjem za předchozí kalendářní rok, za příjem se považuje i rodičovský příspěvek. Přídavek je vyplácen ve třech výších podle věku nezaopatřeného dítěte (31).

1.6.5 Sociální příplatek

Cílem dávky je pomáhat rodinám s nízkými příjmy krýt náklady spojené se zabezpečováním potřeb jejich dětí. U této dávky je testován příjem rodiny za kalendářní čtvrtletí. Za příjem se považuje i rodičovský příspěvek a přídavek na dítě (31).

Nárok na sociální příplatek je vázán na péči o nezaopatřené dítě (s výjimkou dítěte svěřeného do pěstounské péče) a na stanovenou hranici příjmů v rodině v předchozím kalendářním čtvrtletí. Tato hranice nesmí překročit 2,0 násobek životního minima rodiny. Ve výši dávky se odráží nejen příjmy rodiny, kdy s rostoucím příjmem sociální příplatek postupně klesá, ale i další rodinné situace. Sociální příplatek se zvyšuje v případech, kdy dítě je dlouhodobě těžce zdravotně postižené, dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě nemocné, zohledněny jsou také zdravotní postižení nebo osamělost rodiče. Vyšší sociální příplatek se poskytuje i rodinám, kde se narodilo více dětí současně, a to v době do tří let jejich věku, rodinám, kde dítě studuje na střední škole v denní formě studia nebo na vysoké škole v prezenční formě studia (31).

1.6.6 Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení přispívá na krytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy. Poskytování 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. Náklady na bydlení tvoří u nájemních bytů nájemné a náklady za plnění poskytované v souvislosti s užíváním bytu (náklady za energie, vodné a stočné, odpady, vytápění) (31).

Pro nárok a výši příspěvku se berou v úvahu průměrné náklady zaplacené za předchozí kalendářní čtvrtletí. Normativní náklady na bydlení jsou stanoveny jako průměrné náklady na bydlení podle velikosti obce a počtu členů domácnosti. Dále jsou do nich zahrnuty ceny služeb a energií. Normativní náklady na bydlení jsou propočítány na přiměřené velikosti bytů pro daný počet osob v nich trvale bydlících. Výše příspěvku na bydlení se stanoví jako rozdíl mezi normativními náklady na bydlení a násobkem rozhodného příjmu a koeficientu 0,30 (v Praze 0,35) (31).

1.6.7 Pohřebné v případě porodu mrtvého plodu

Na pohřebné má nárok osoba, jež vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti, nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte, a to za podmínky, že zemřelá osoba měla ke dni úmrtí trvalý pobyt na území ČR. Výše pohřebného je stanovena pevnou částkou 5 000 Kč (47).

V případě mrtvého plodu se dítěti nevystavuje úmrtní list. Proto musí matka na příslušném úřadě státní sociální podpory doložit doklad ze zdravotnického zařízení, které potvrdí, že došlo k porodu mrtvého plodu. Po předložení tohoto dokladu jí bude poskytnuto pohřebné, pokud dítěti pohřeb vypraví (31).

1.6.8 Pomoc v hmotné nouzi

Pomoc v hmotné nouzi upravuje zákon 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Tento zákon upravuje poskytování pomoci k zajištění základních životních podmínek fyzickým osobám, které se nacházejí v hmotné nouzi, prostřednictvím dávek pomoci v hmotné nouzi. Pro účely posuzování stavu hmotné nouze se příjmy, sociální a majetkové poměry osoby, která žádá o dávku, posuzují společně s příjmy a sociálními a majetkovými poměry dalších osob. Okruh těchto společně posuzovaných osob

se posuzuje podle zákona o životním a existenčním minimu. V systému pomoci v hmotné nouzi se poskytuje příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc (42).

1.6.9 Sociální služby pro ženy po porodu

Ženy, které se dostanou do nepříznivé sociální situace, mohou využít sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. 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. Díky sociálnímu poradenství se jim může dostat sociálně terapeutická pomoc, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (42).

V oblasti sociální péče mohou využít nabízenou pomoc zejména ženy, kterým se narodilo dítě se zdravotními potížemi, anebo ženy, které prožívají složitou životní situaci z jiného důvodu (42).

Sociální prevence, jako další sociální služba, napomáhá zabránit sociálnímu vyloučení ženám či rodinám, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (42).

Součástí zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou informace ohledně příspěvku na péči, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci (42).

2. CÍLE PRÁCE A STANOVENÉ HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit zdravotní problémy žen po komplikovaných porodech.

Cíl 2 Zjistit psychické problémy žen po komplikovaných porodech.

Cíl 3 Zjistit sociální problémy žen po komplikovaných porodech.

Cíl 4 Srovnat zdravotní, psychické a sociální problémy žen po komplikovaných porodech s problémy žen po fyziologických porodech.

Cíl 5 Zjistit, které komplikované porody se vyskytují v dané lokalitě nejčastěji.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Ženám po komplikovaných porodech se hojí porodní poranění per secundam.

Hypotéza 2 Ženy po komplikovaných porodech mají pocit, že nezvládnou péči o svoji rodinu.

Hypotéza 3 Ženy samoživitelky po komplikovaných porodech mají problémy s ekonomickým zajištěním rodiny.

Hypotéza 4 Ženy po komplikovaných porodech nemají dostatek informací o sociálním zabezpečení.

Hypotéza 5 Ženy po komplikovaných porodech mají více problémů než ženy po fyziologických porodech.

Hypotéza 6 Ve vybrané lokalitě jsou na prvním místě komplikovaných porodů zastoupeny císařské řezy.

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

K ověření hypotéz byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku (viz. příloha 1) v jihočeském městě Písek. Dotazník měly ženy k dispozici v soukromých gynekologických ambulancích a na porodnickém oddělení Nemocnice Písek, a.s.. Dotazník byl určen do dvou let po porodu a obsahoval 47 otázek. Otázky v dotazníku byly uzavřené, otevřené i polootevřené. Zpočátku byly otázky identifikační a následně zjišťovací, zaměřené na průběh porodu a možné komplikace po porodu a v neposlední řadě i na psychické a sociální problémy žen.

Při rozdávání dotazníků jsem poprosila o spolupráci obvodní gynekology v Písku, kteří mi vyšli vstříc a ženám do dvou let po porodu ho nabízeli. Dále jsem osobně rozdávala dotazníky na porodnickém oddělení Nemocnice Písek, a.s. a následně i v předporodním kurzu, který osobně vedu. Návratnost vyplněných dotazníků od žen po komplikovaném porodu byla nedostatečná, proto jsem musela přistoupit i k rozesílání dotazníku konkrétním ženám elektronickou cestou.

Celkem bylo dáno do oběhu 300 dotazníků, z nichž řádně vyplněných a vhodných k výzkumu bylo vráceno 200. Vyplněné dotazníky jsou zdrojem potřebných dat pro účely výzkumu v diplomové práci.

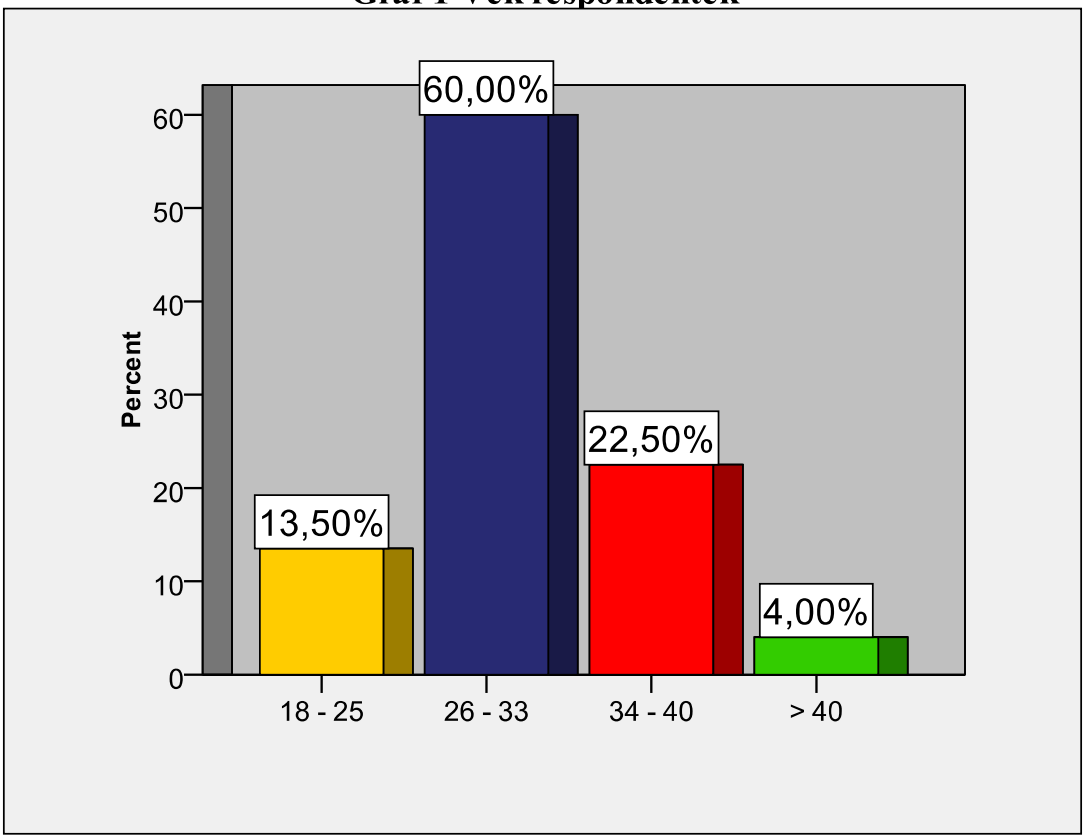
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily ženy od půl roku do dvou let po porodu v Nemocnici Písek, a.s.. Pro vyplnění dotazníku jsem neměla žádnou jinou podmínku. Výzkumný soubor tvoří celkem 200 dotázaných respondentek.

4. VÝSLEDKY

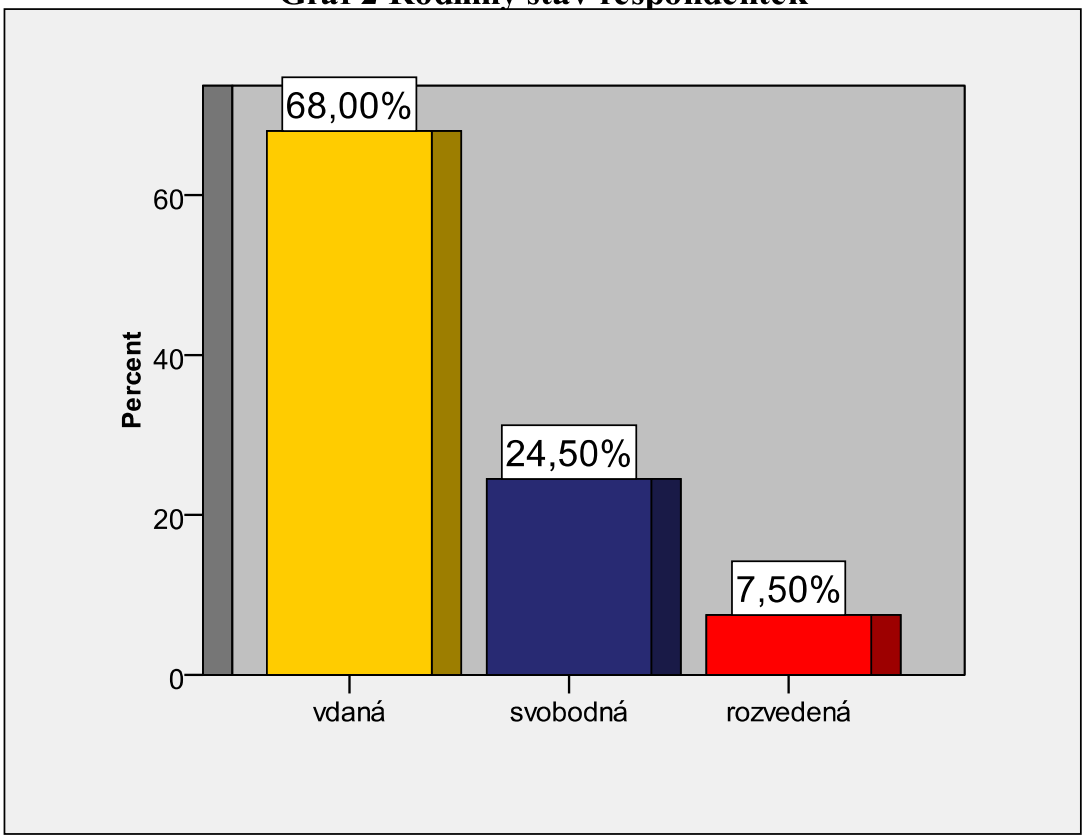
4.1 Kvantitativní vyhodnocení dotazníkového šetření

Graf 1 Věk respondentek



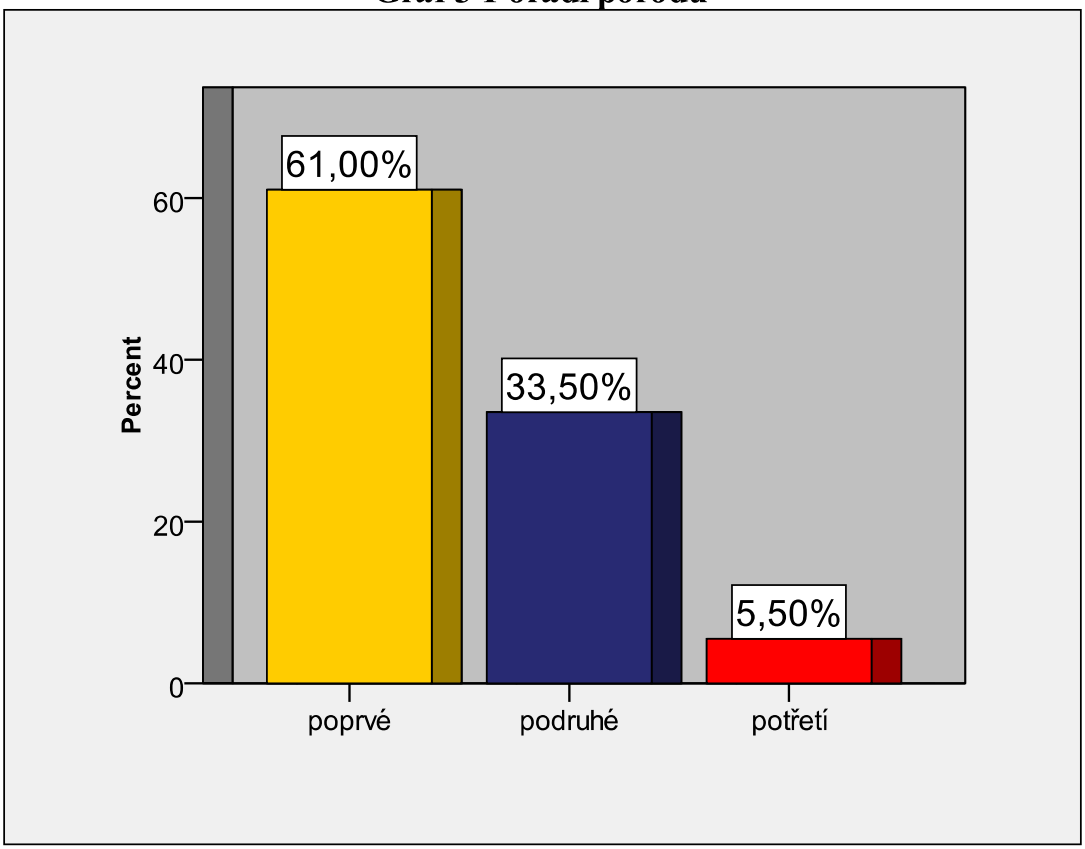
Z celkového počtu 200 (100 %) dotazovaných respondentek vyplnilo dotazník 13,5 % žen ve věku od 18 do 25 let. Počet respondentek ve věkové kategorii 26–33 let činí 60 %, tj. 120 žen. Ve věku 34–40 let vyplnilo dotazník 45 respondentek, tedy 22,5 %. Ve věku nad 40 let vyplnilo dotazník 8 rodiček, což jsou 4 % z celkového počtu respondentek.

Graf 2 Rodinný stav respondentek



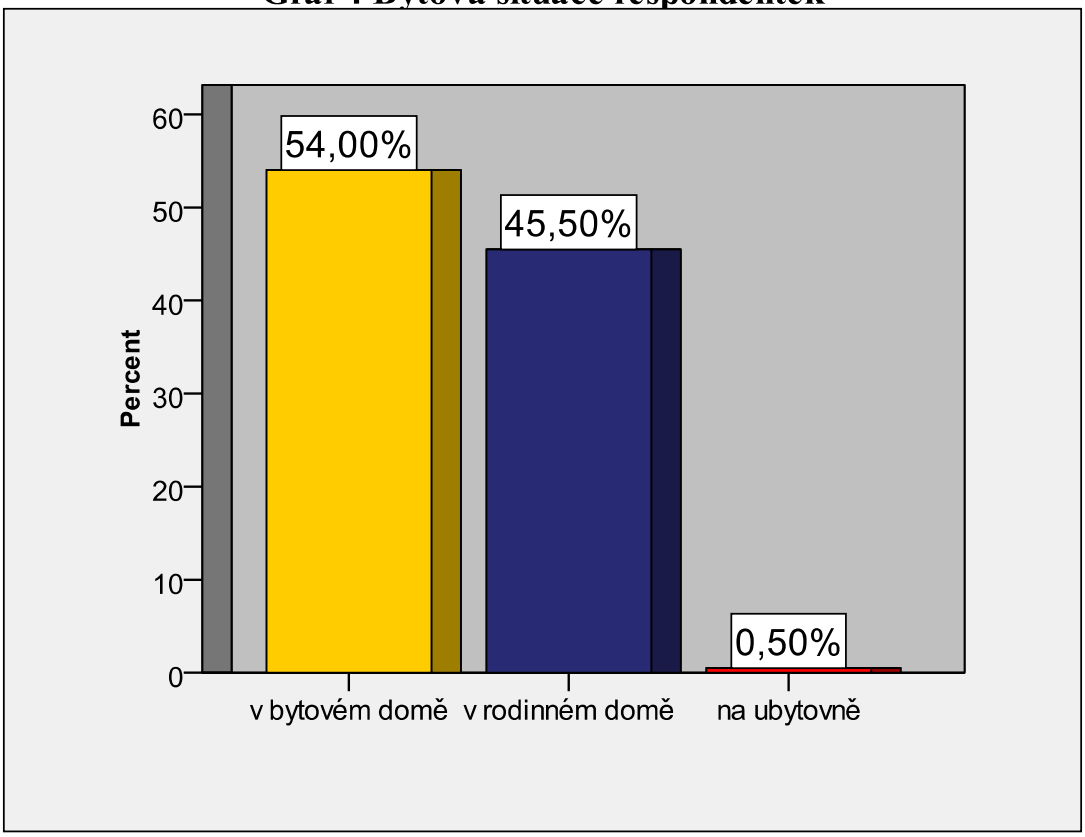
Ze 100 % dotázaných udává svůj rodinný stav vdaná 136 respondentek, tedy 68 %. 24,5 % respondentek udává svůj rodinný stav svobodná, 7,5 % respondentek tvoří matky rozvedené.

Graf 3 Pořadí porodu



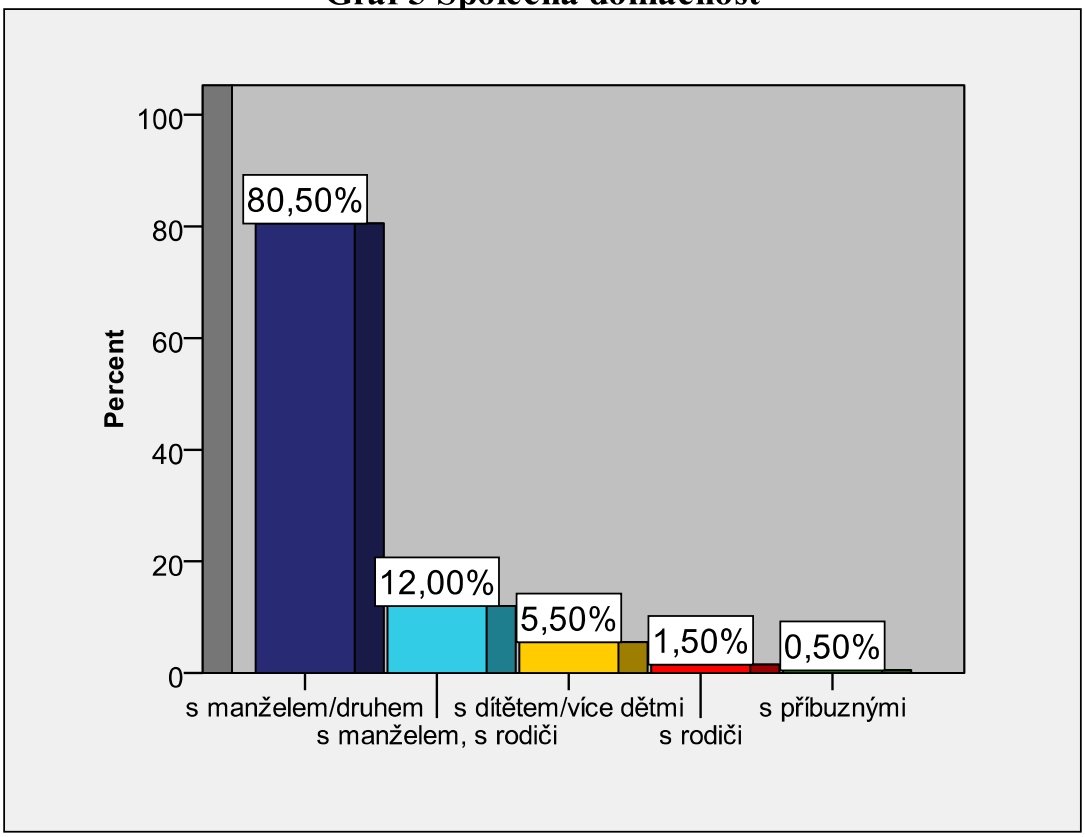
V dotazníkovém šetření uvedlo 122 respondentek, tedy 61 %, že jejich porod byl prvním v pořadí. Podruhé rodilo 33,5 % respondentek, tedy 67 z celkového počtu. Nejmenší skupinu tvořily respondentky, které rodily potřetí, tzn. 5,5 % dotázaných žen.

Graf 4 Bytová situace respondentek



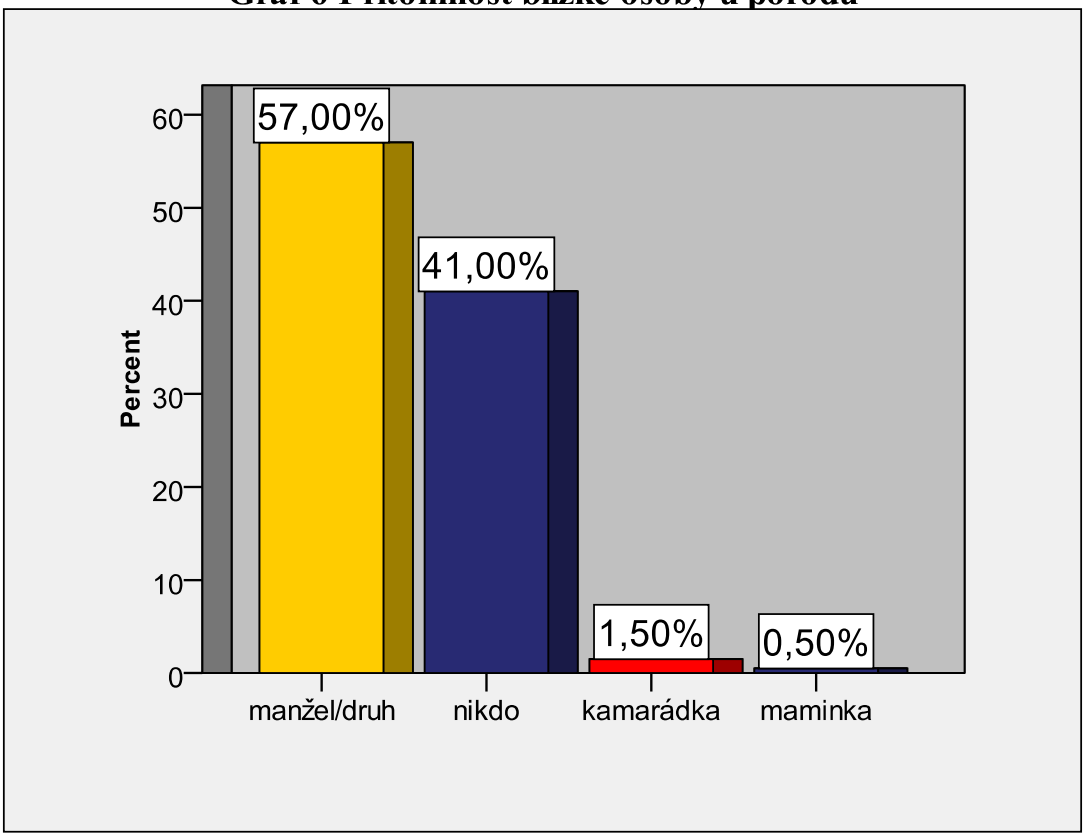
54 % dotázaných v dotazníku uvedlo, že bydlí v bytovém domě. 45 %, tedy 91 respondentek bydlí v rodinném domě a 1 respondentka, tedy 0,5 % ze všech dotázaných, bydlí na ubytovně.

Graf 5 Společná domácnost



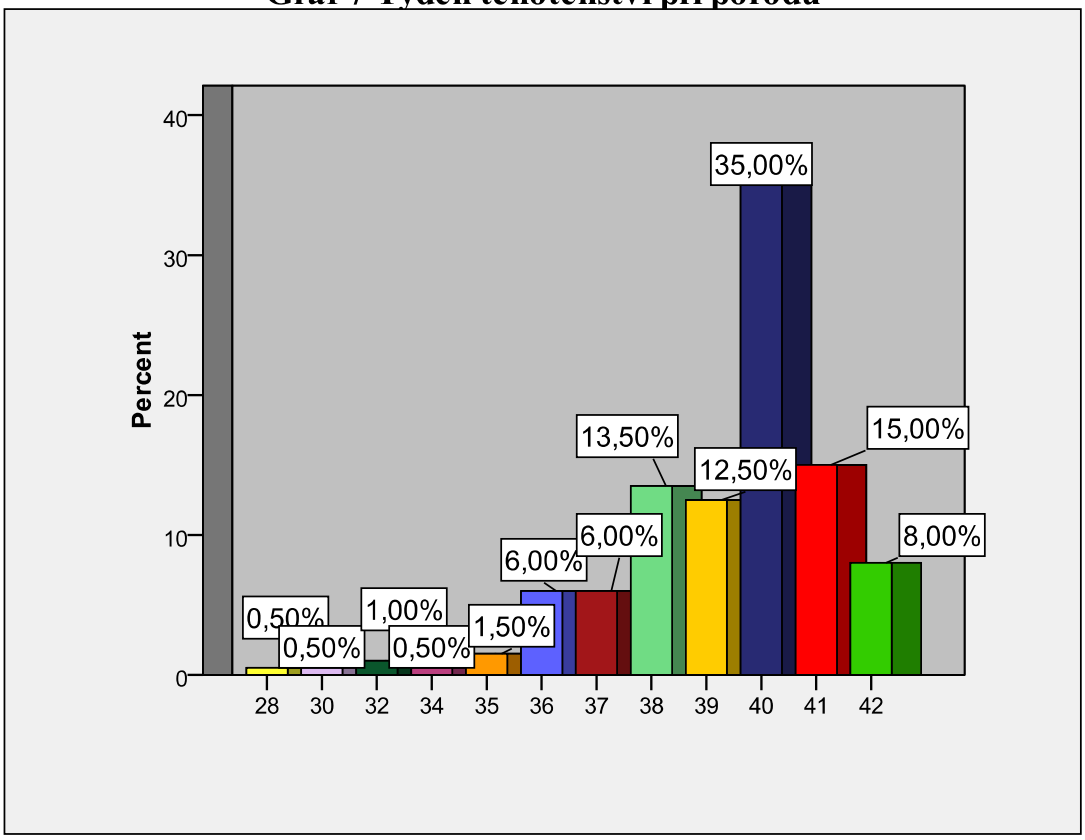
Nejvíce, tedy 80,5 % respondentek v dotazníku uvádí, že žije ve společné domácnosti kromě dítěte i s manželem. 12 % respondentek žije ve společné domácnosti s manželem a se svými nebo manželovými rodiči. 5,5 % žen, tedy 11 respondentek, žije osamoceně pouze se svým dítětem. 1,5 % dotázaných žen žije ve společné domácnosti se svými rodiči. 1 respondentka žije ve společné domácnosti se svými příbuznými. Z tabulky 5 je zřejmé, že 15 respondentek, což činí 7,5 %, žije bez otce dítěte.

Graf 6 Přítomnost blízké osoby u porodu



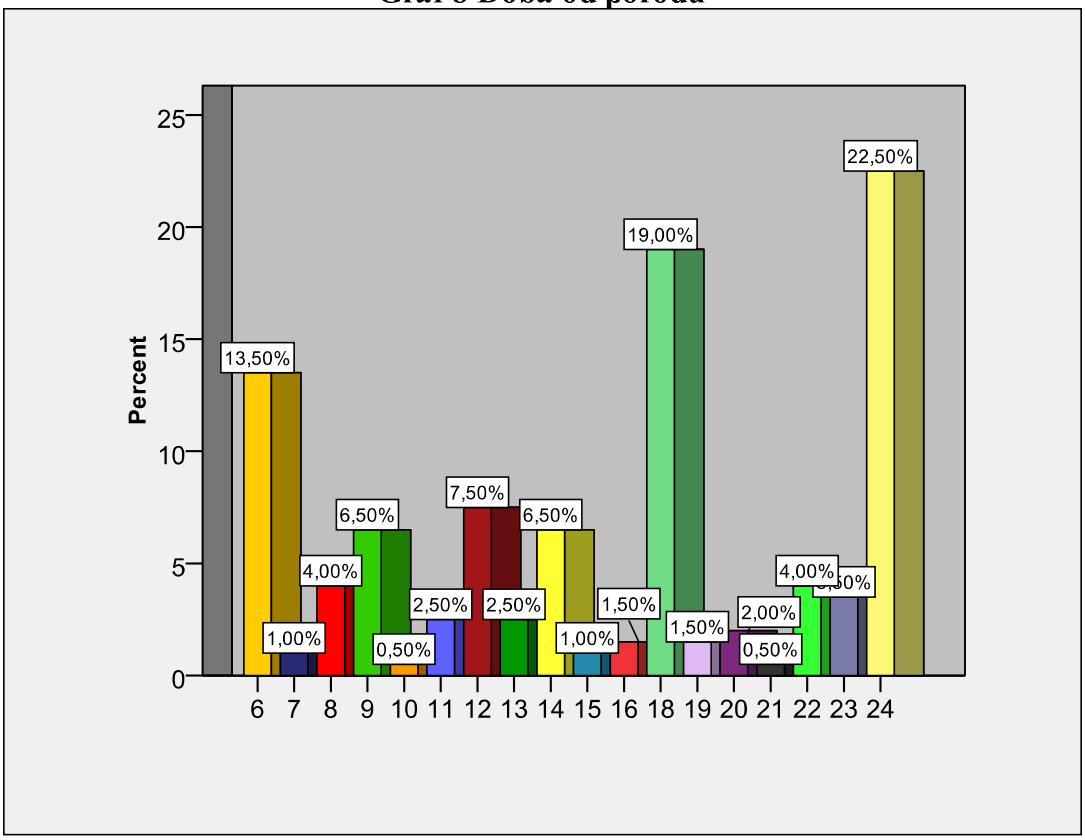
V dotazníku vyplnilo 57 % dotazovaných, že při porodu byl přítomen jejich partner. 41 % respondentek udává, že u porodu nebyl přítomen nikdo. Kamarádka, jako blízká osoba, doprovázela při porodu 3 respondentky, tedy 1,5 % ze všech dotázaných. 0,5 % ze všech respondentek udává při porodu přítomnost matky rodičky.

Graf 7 Týden těhotenství při porodu



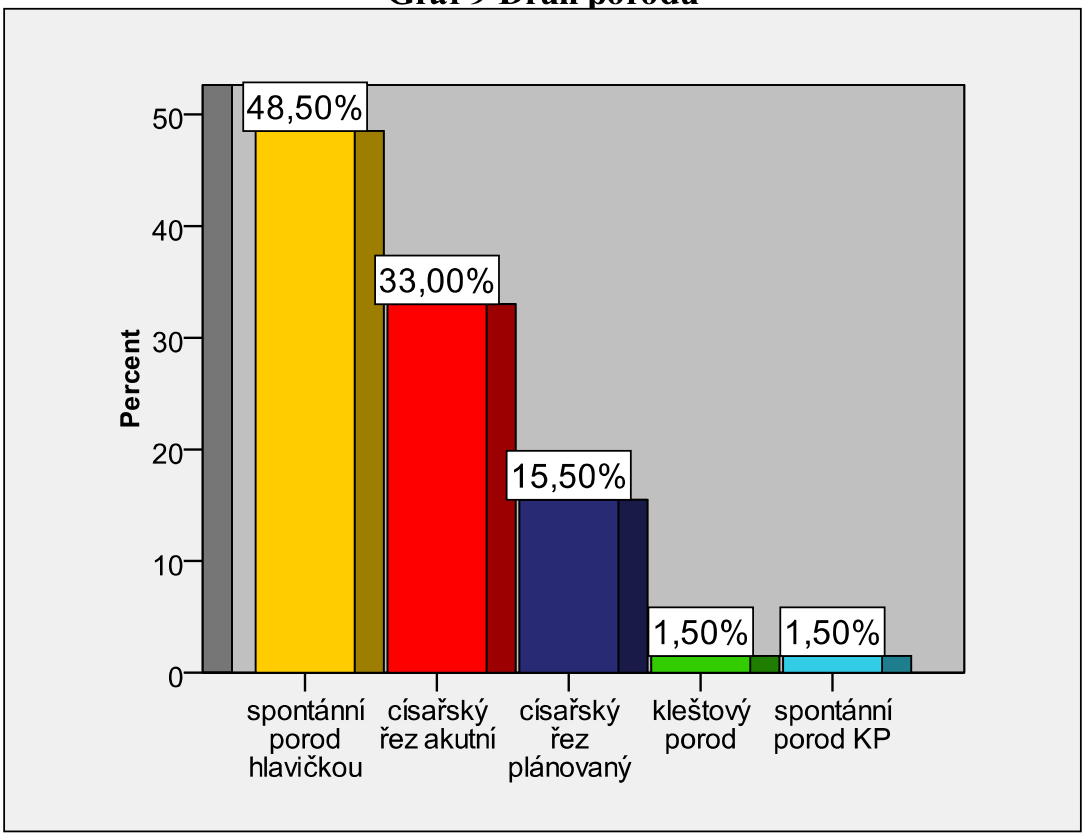
Většina dotázaných, tedy 84 %, odpověděla, že jejich porod proběhl od 38. do 42. týdne těhotenství. 12 respondentek, tedy 6 % dotázaných, rodilo ve 37. týdnu gravidity. Stejný počet žen uvedl, že jejich porod proběhl ve 36. týdnu gravidity. 3 respondentky, tedy 1,5 % všech dotázaných, rodily ve 35. týdnu gravidity. Ve 34. týdnu těhotenství porodila pouze 1 žena. Ve 32. týdnu těhotenství porodily dvě respondentky, tedy 1 % ze všech dotázaných. Pod 30. týden gravidity porodily dvě respondentky, z toho jedna ve 30. týdnu gravidity, druhá ve 28. týdnu gravidity.

Graf 8 Doba od porodu



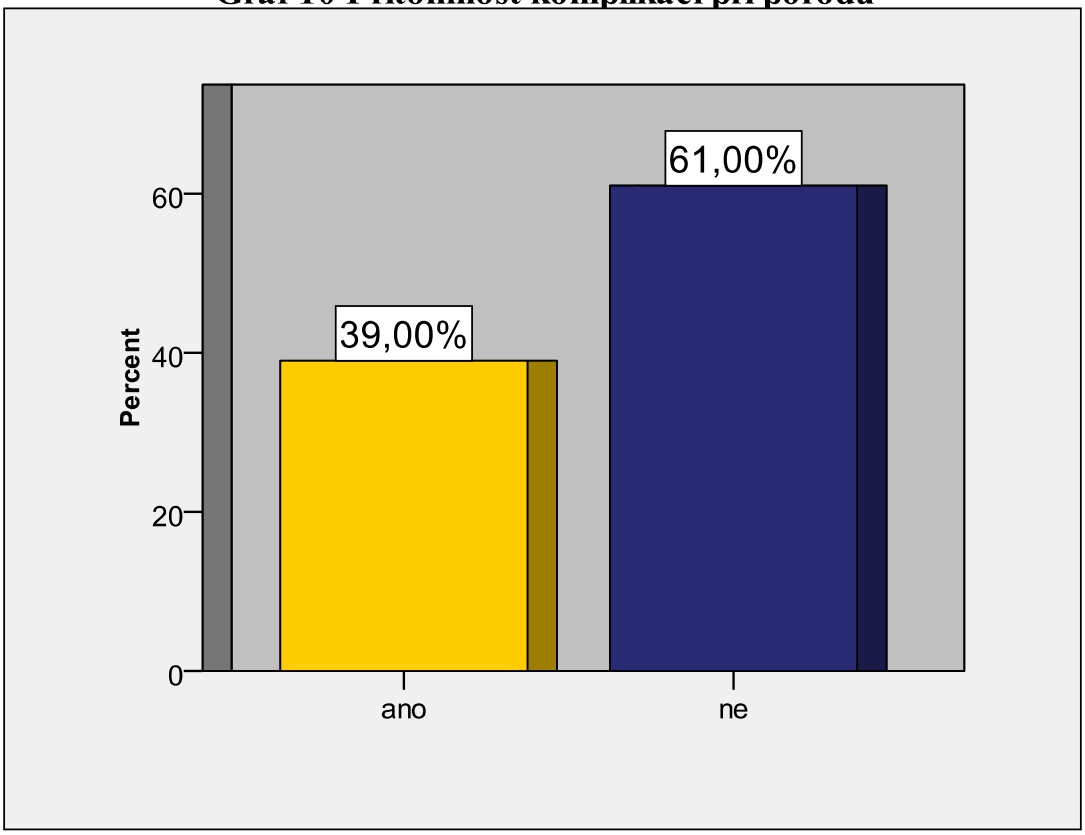
Všechny respondentky patří do skupiny žen, které jsou od 0,5 roku do 2 let po porodu. Z toho v období před 0,5 rokem až 1 rokem rodilo 35,5 % respondentek. V období od 1 do 1,5 roku porodilo 30,5 % žen. 34 % respondentek je již 1,5-2 roky po porodu svého dítěte.

Graf 9 Druh porodu



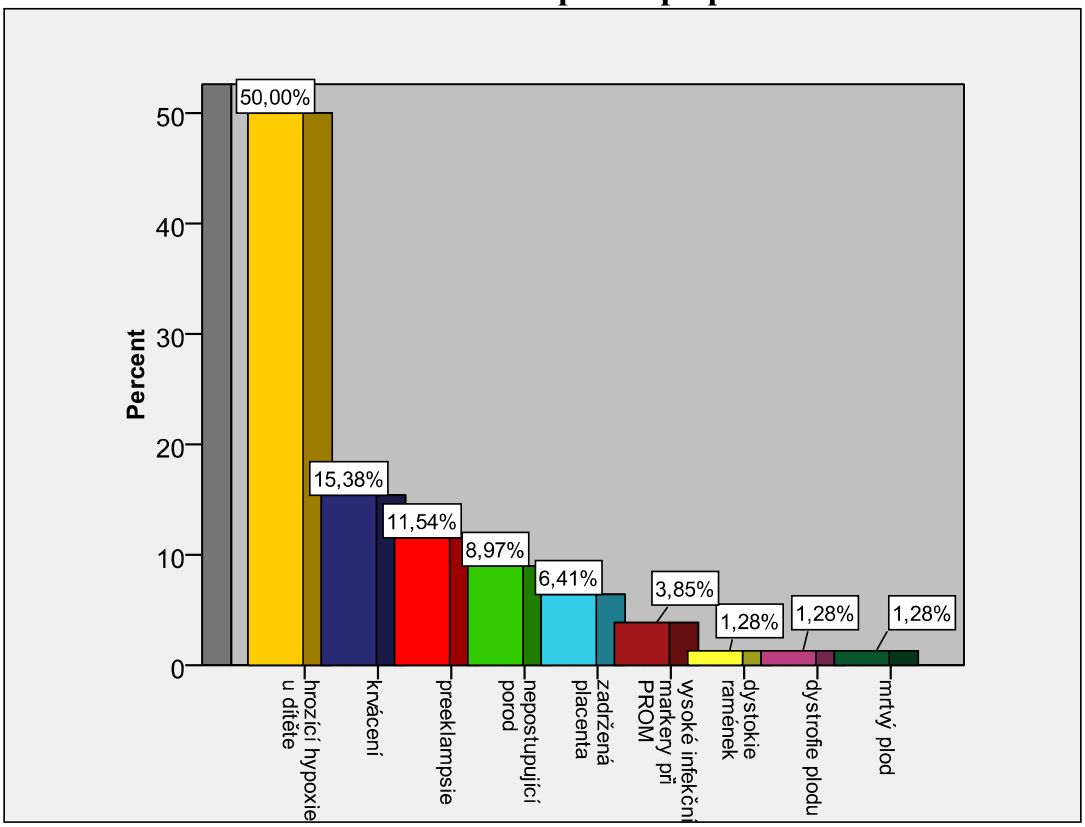
V dotazníkovém šetření 48,5 % respondentek uvedlo, že své dítě porodilo spontánně hlavičkou. 33 % žen porodilo své dítě plánovaným císařským řezem a 15,5 % žen císařským řezem akutním. Porodem per forcipem rodilo 1,5 % žen, tedy 3 respondentky. Spontánním porodem koncem pánevním porodilo své dítě 1,5 % dotázaných respondentek.

Graf 10 Přítomnost komplikací při porodu



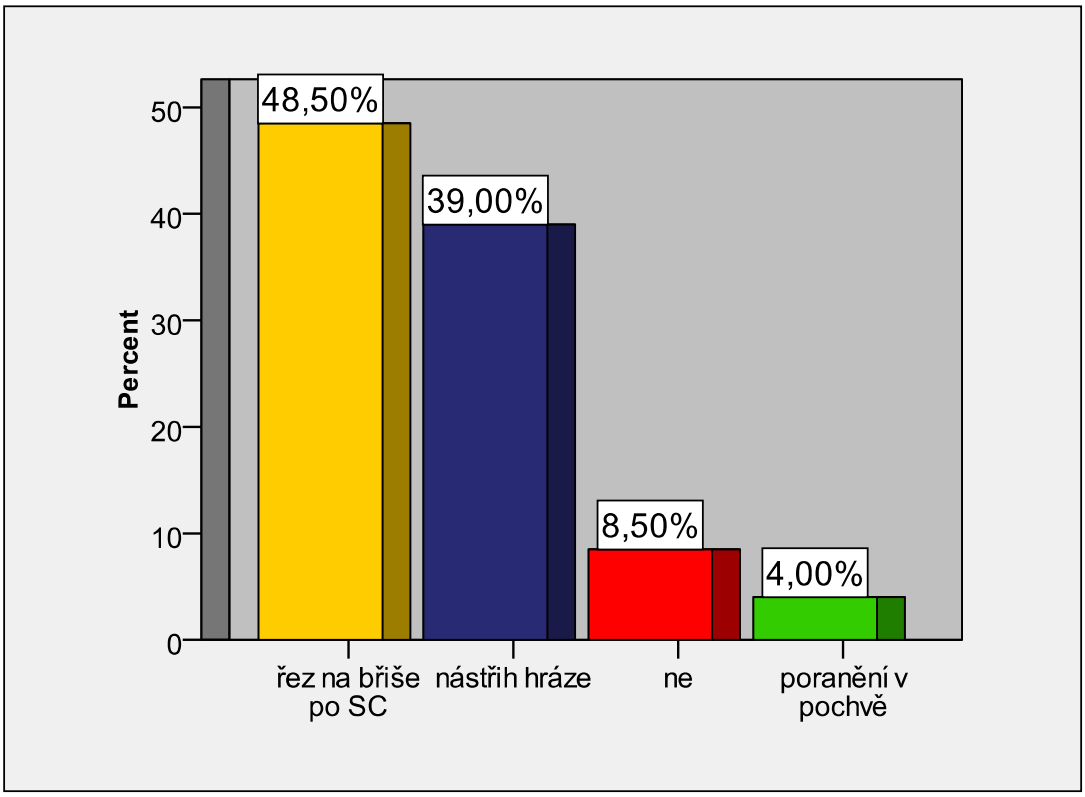
Ze 100 % dotázaných respondentek se u 39 % z nich objevily nějaké komplikace při porodu. 61 % žen v dotazníkovém šetření žádné komplikace při porodu neuvádí.

Graf 10a Druh komplikací při porodu



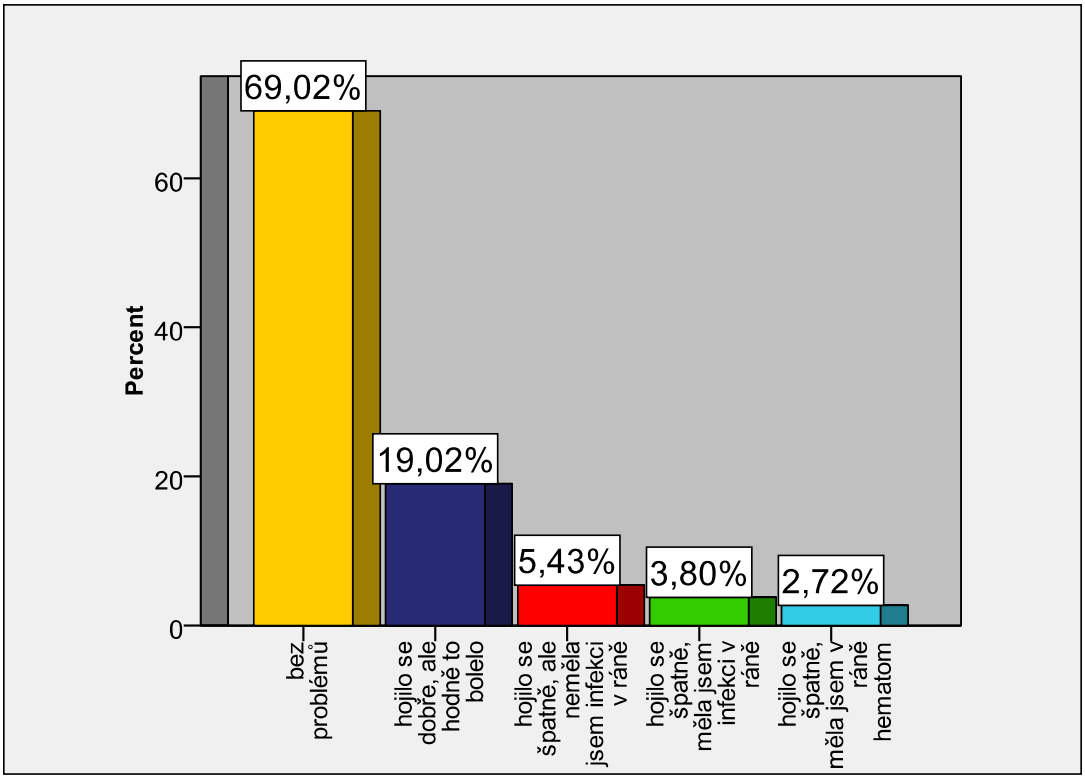
Na předchozí graf 10, kde zjišťuji, zda se při porodu objevily nějaké komplikace, navazuje graf 10a, který již konkrétně znázorňuje konkrétní problémy respondentek. 50 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že komplikací při jejich porodu byla hrozící hypoxie plodu. 15,38 % žen uvedlo, že při porodu nastalo velké krvácení a 11,54 % žen mělo problémy s preeklampsií. 8,97 % respondentek uvádí jako komplikaci porodu nepostupující porod. Placentu adherens popisuje v dotazníkovém šetření 6,41 % respondentek. 3 respondentky, tedy 3,85 % žen, v dotazníku uvádí, že jejich porod byl komplikován předčasným odtokem plodové vody a vysokými infekčními hodnotami v provedených laboratorních testech. 1,28 % žen, tedy 1 respondentka, uvedla, že její porod komplikovala dystokie ramének. Jedna respondentka, tedy 1,28 % z celkového počtu respondentek s kompikovaným porodem, uvedla jako komplikaci porodu dystrofii plodu. 1 respondentka, tedy 1,28 % z respondentek, uvedla mrtvý plod.

Graf 11 Přítomnost porodního poranění



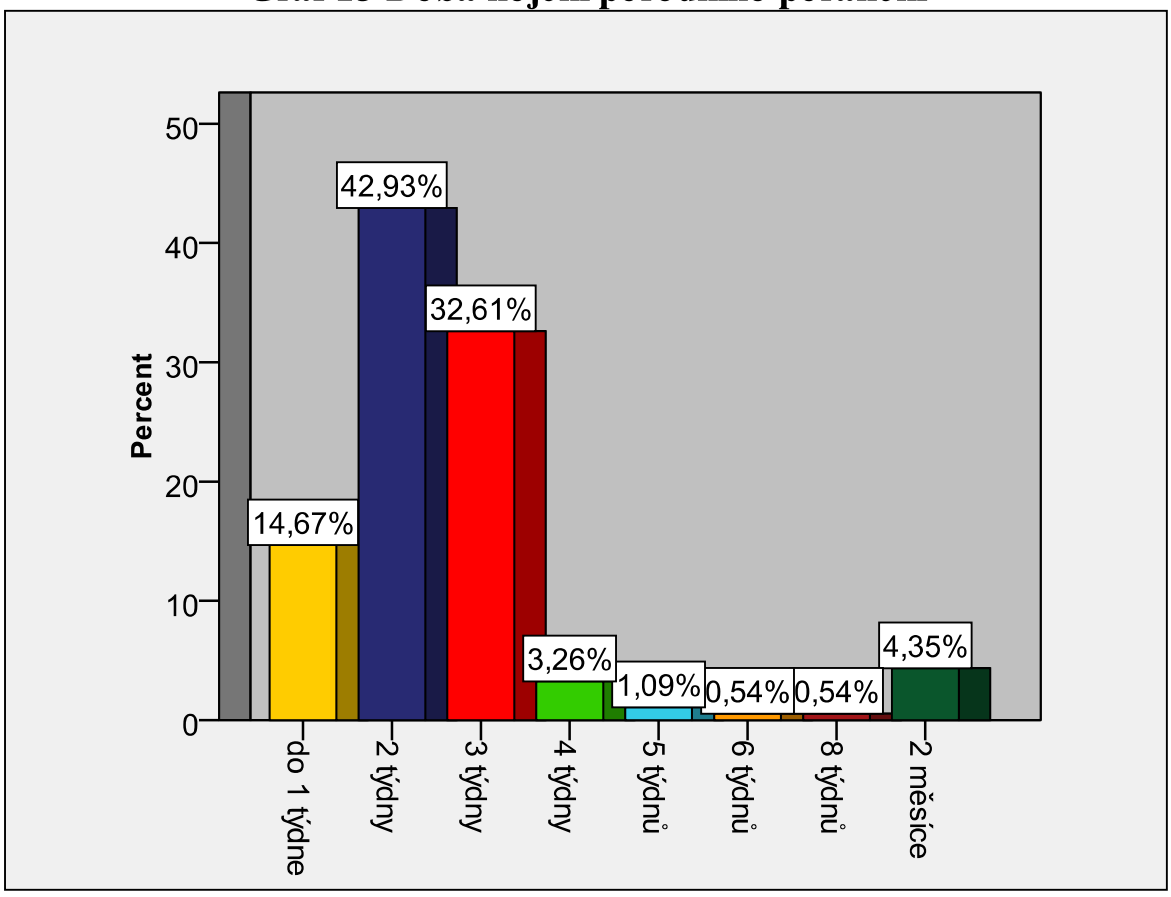
Z celkového počtu 200 respondentek (100 %) pouze 8,5 % žen uvedlo, že při porodu nedošlo k žádnému poranění. 91,5 % respondentek uvádí, že při porodu k nějakému poranění došlo. 39 % ze všech respondentek uvedlo, že při porodu byl proveden nástřih hráze. 4 %, tedy 8 respondentek uvedlo, že při porodu došlo k poranění v pochvě. 48,5% z celkového počtu všech dotázaných žen uvedlo porodní poranění ve smyslu řezu na břiše po provedeném císařském řezu.

Graf 12 Hojení porodního poranění



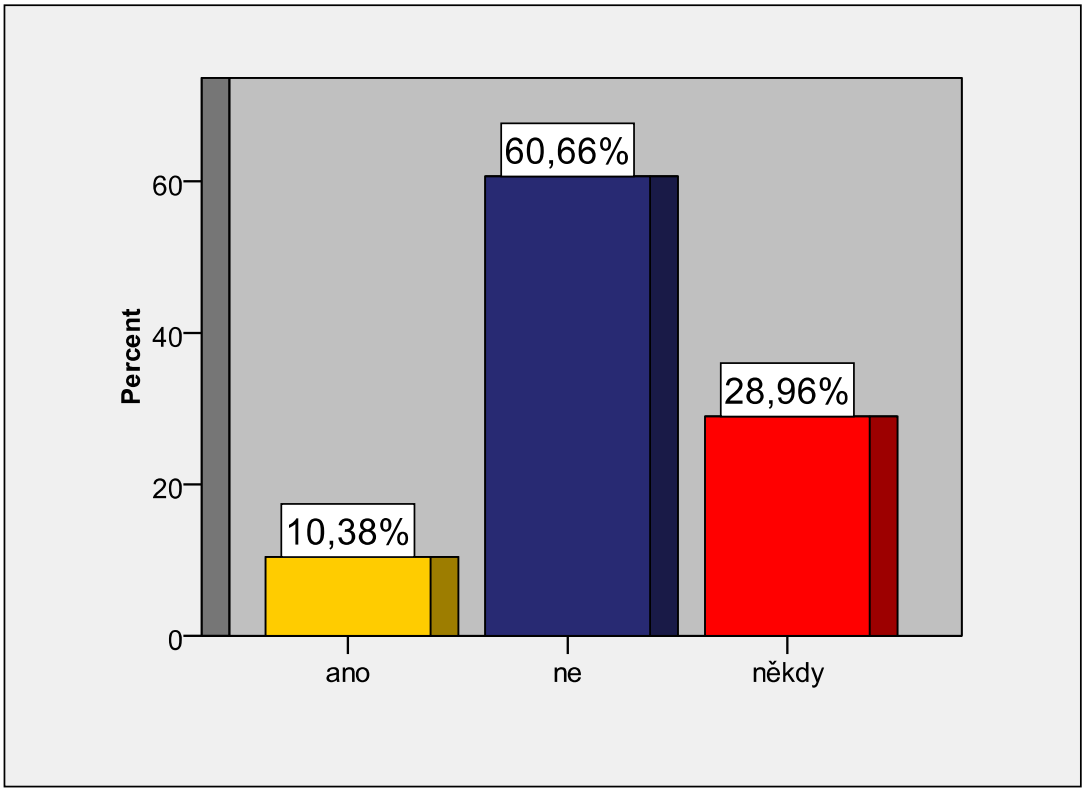
V dotazníkovém šetření uvedlo 69,02 % respondentek, že se jim porodní poranění hojilo bez jakýchkoliv problémů. 19,02 % žen se porodní poranění hojilo dobře, ale hojení vnímaly respondentky jako hodně bolestivé. 5,43 % respondentek v dotazníku uvedlo, že se jim porodní poranění hojilo špatně, ale infekce v ráně přítomna nebyla. 3,7 % respondentek si v dotazníku stěžovalo na špatné hojení porodního poranění s přítomností infekce. 2,72 % žen uvedlo, že se jim porodní poranění hojilo špatně, protože se jim v ráně vytvořil hematom.

Graf 13 Doba hojení porodního poranění



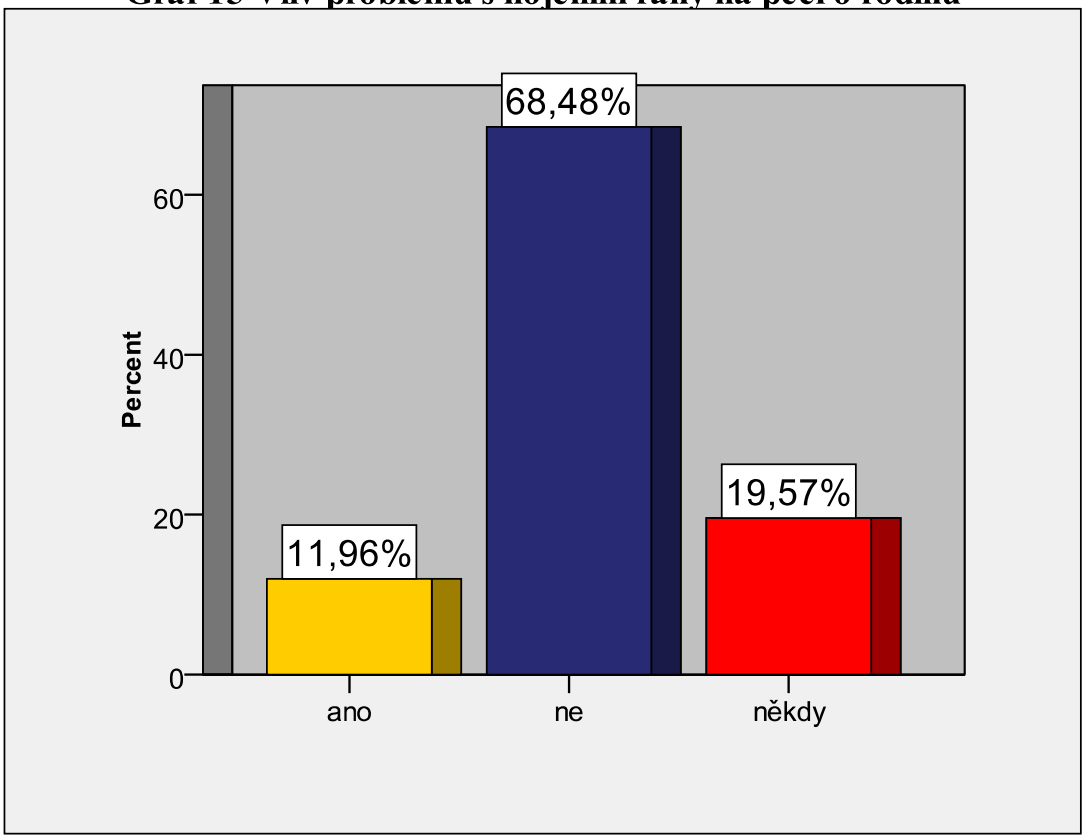
14,67 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že se jim porodní poranění hojilo do 1 týdne. Největší skupině žen, tedy 42,93 % respondentek se porodní poranění hojilo 2 týdny. 3 týdny v dotazníku uvedlo 32,61 % žen. 3,26 % žen uvedlo, že se jim poranění hojilo 4 týdny. 5 týdnů se porodní poranění hojilo dvěma respondentkám, tedy 1,09 %. Jedné respondentce, tedy 0,54 % se hojilo porodní poranění 6 týdnů a 1, tedy 0,54 % respondentek, 8 týdnů. Nejdéle se hojilo porodní poranění 8 respondentkám, tedy 4,35 %, a to 2 měsíce po porodu.

Graf 14 Vliv problémů s hojením rány na péči o narozené dítě



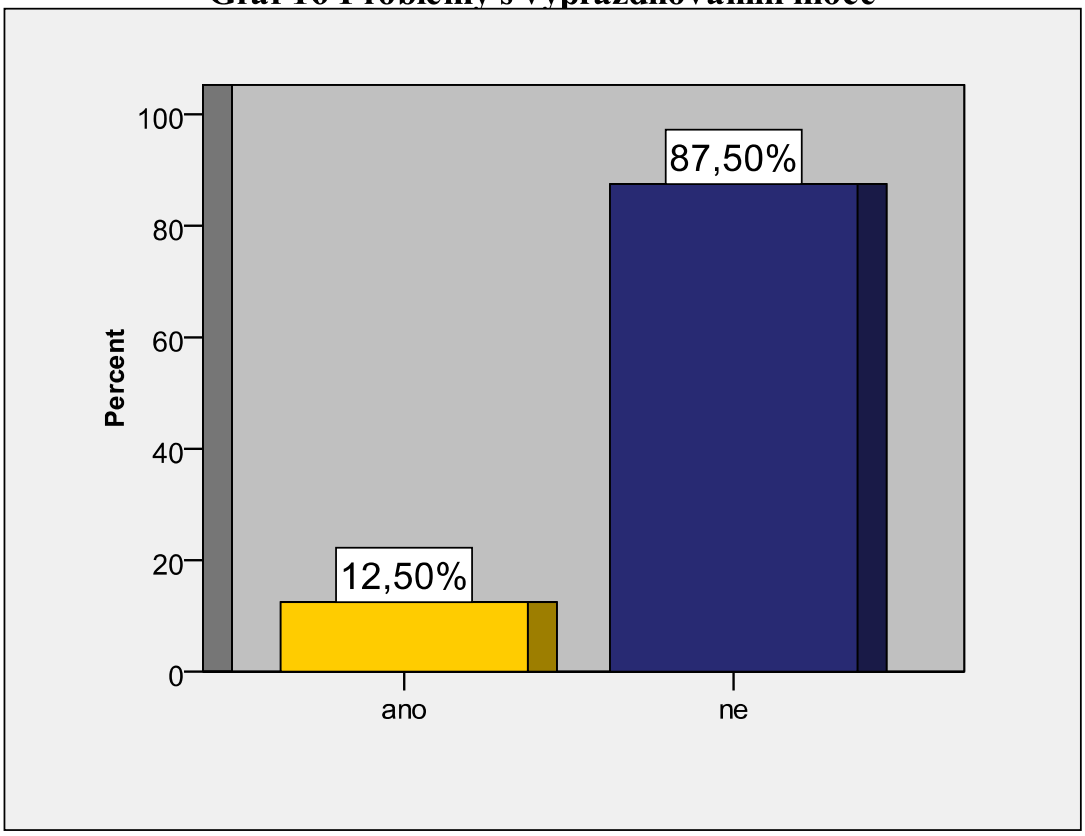
10,38 % respondentek uvedlo, že jim hojení porodního poranění bránilo v péči o narozené dítě. 28,96 % respondentek uvedlo, že jim hojení rány bránilo v péči o dítě pouze někdy. Největší skupinu, tedy 60,66 % respondentek, tvoří ženy, kterým hojení porodního poranění při péči o dítě nebránilo.

Graf 15 Vliv problémů s hojením rány na péči o rodinu



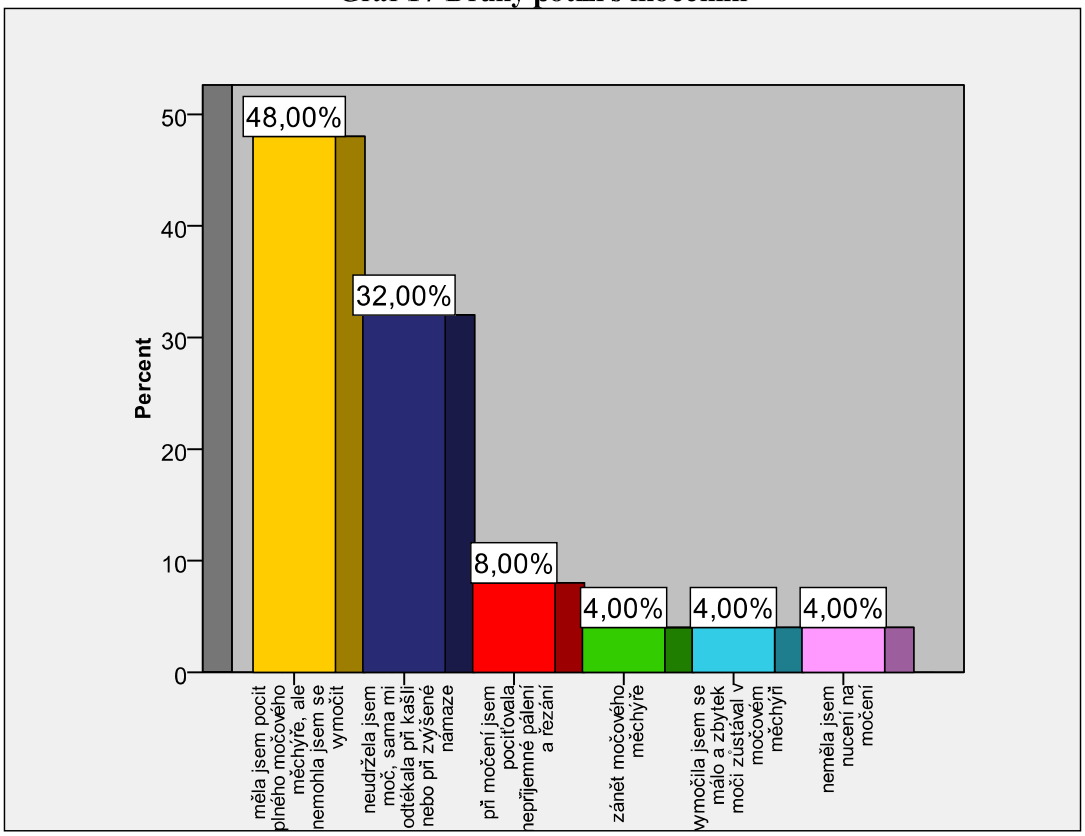
11,96 % respondentek v dotazníku uvedlo, že jim problémy s hojením rány bránily v péči o rodinu. 68,48 % žen uvedlo, že jim hojení rány nijak v péči o rodinu nebránilo. 19,57 % respondentek v dotazníku uvedlo, že jim problémy s hojením rány bránily v péči o rodinu pouze někdy.

Graf 16 Problémy s vyprazdňováním moče



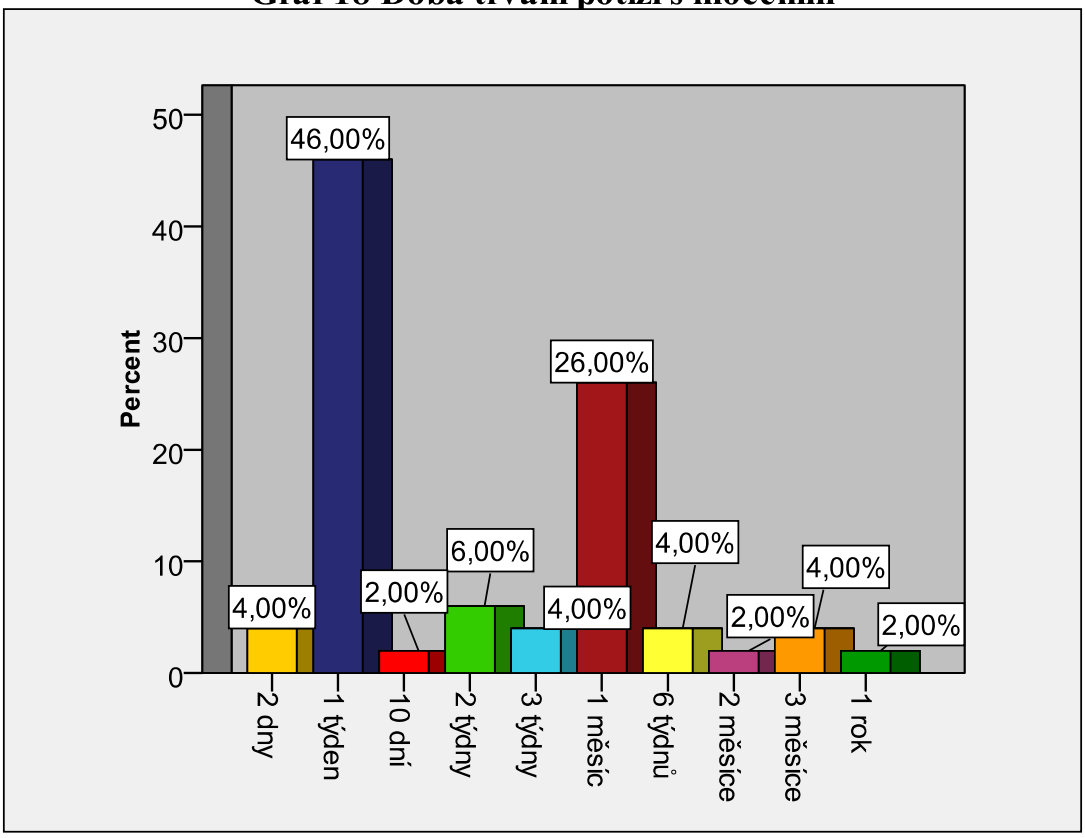
25 žen, tedy 12,5 % respondentek, na otázku, zda se po porodu objevily problémy s vyprazdňováním moče, odpovědělo ano. Většina žen, tedy 87,5 %, žádné potíže s vyprazdňováním moče po porodu neudává.

Graf 17 Druhy potíží s močením



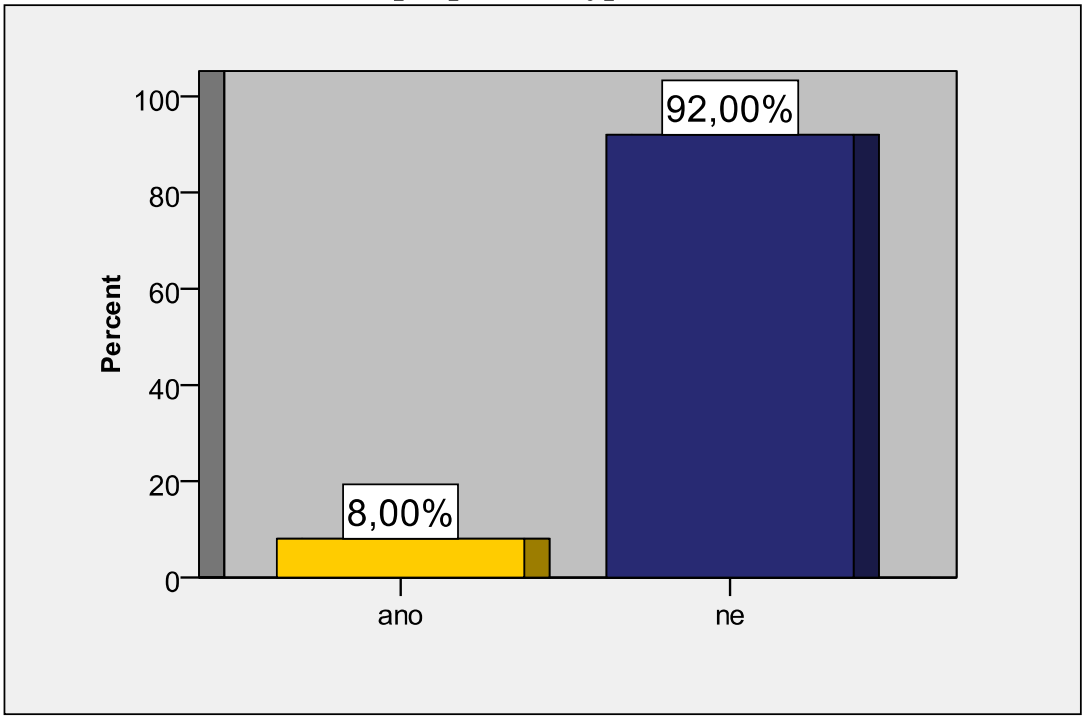
Z celkového počtu 25 respondentek, které si v dotazníku stěžovaly na potíže s vyprazdňováním moče, jich 48 % udalo, že se u nich objevily potíže ve smyslu pocitu plného močového měchýře, ale nemožnosti vymočení se. 1 respondentka, tedy 4 % žen, si stěžuje na problém, kdy se sice trochu vymočila, ale v močovém měchýři zůstalo zbytkové reziduum moče. 32 % žen v dotazníku zmínilo problémy s inkontinencí moče při zvýšené námaze nebo kašli. Dvě respondentky, tedy 4 %, udávají, že při močení pociťovaly nepříjemné pálení a řezání. 4 % žen popisují, že neměla pocit nucení na močení. Na zánět močového měchýře si v dotazníkovém šetření stěžují 4 % respondentek.

Graf 18 Doba trvání potíží s močením



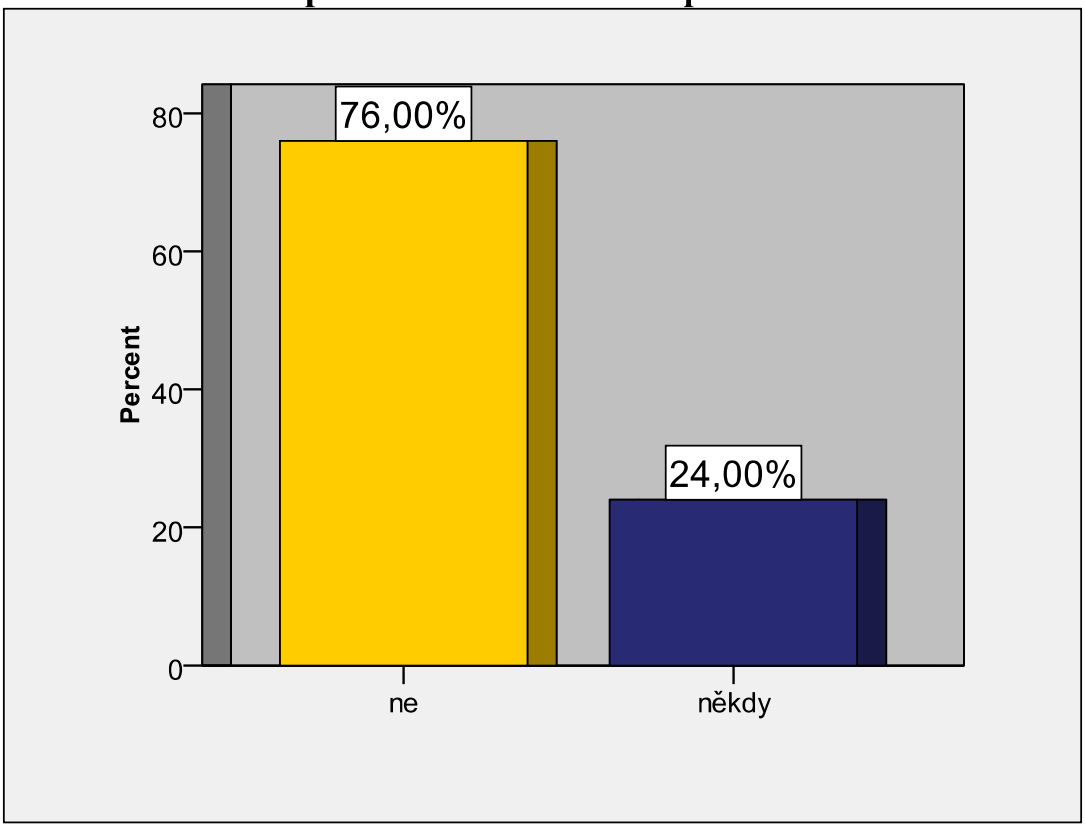
Nejkratší dobu, tedy 3 hodiny, trvaly potíže s močením u 4 % respondentek. Největší skupinu, tedy 36 % žen, tvořily respondentky, kterým potíže s močením přetrvávaly 3 dny po porodu. 4 % respondentek si v dotazníkovém šetření stěžovala na potíže přetrvávající 1 týden. 2 týdny obtěžovaly potíže s močením 12 % respondentek. 5 týdnů si stěžovalo na potíže 16 % respondentek. 8 % žen trvaly potíže s močením 1 měsíc. 2 měsíce pociťovaly potíže s močením 4 % žen. 12 % respondentek mělo potíže s močením 3 měsíce po porodu. 6 měsíců trvaly potíže 4 % respondentek.

Graf 19 Terapie poruch vyprazdňování moče



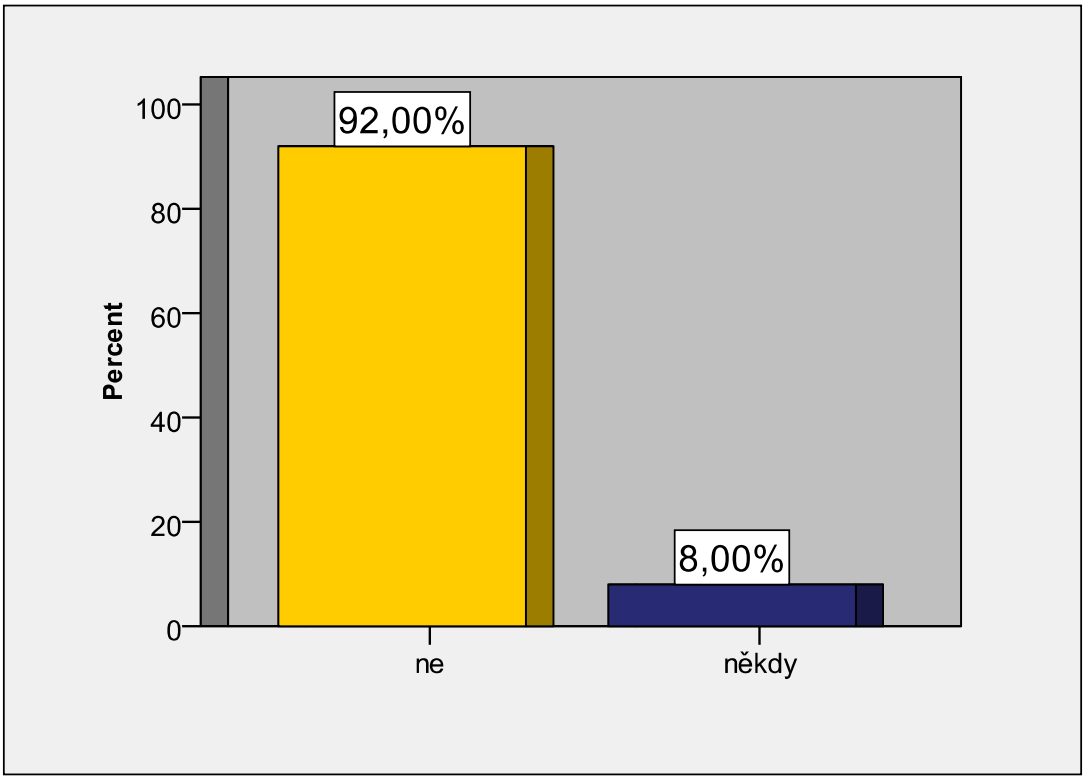
Dvě respondentky, tedy 8 % z 25, byly léčeny pro potíže s močením. Léčba spočívala v cévkování močového měchýře. 92 % respondentek uvedlo, že pro potíže s vyprazdňováním moče léčeno nebylo.

Graf 20 Vliv problémů s močením na péči o novorozence



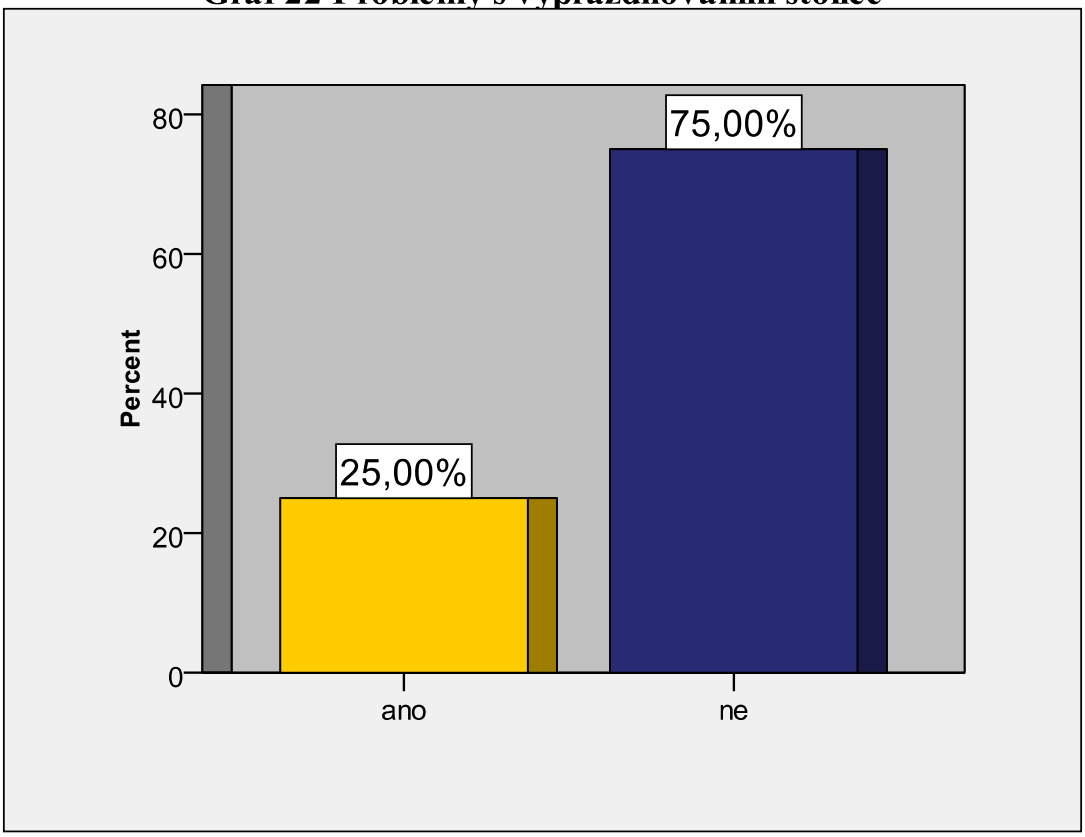
Z 25 respondentek, které po porodu trpěly potížemi s močením, uvedlo 76 % z nich, že jim potíže s močením v péči o novorozence nebránily. 24 % respondentek uvedlo, že jim potíže s močením bránily v péči o novorozence pouze někdy. Žádná z dotázaných respondentek neuvedla, že by jí potíže s močením bránily v péči o své narozené dítě.

Graf 21 Vliv problémů s močením na péči o rodinu



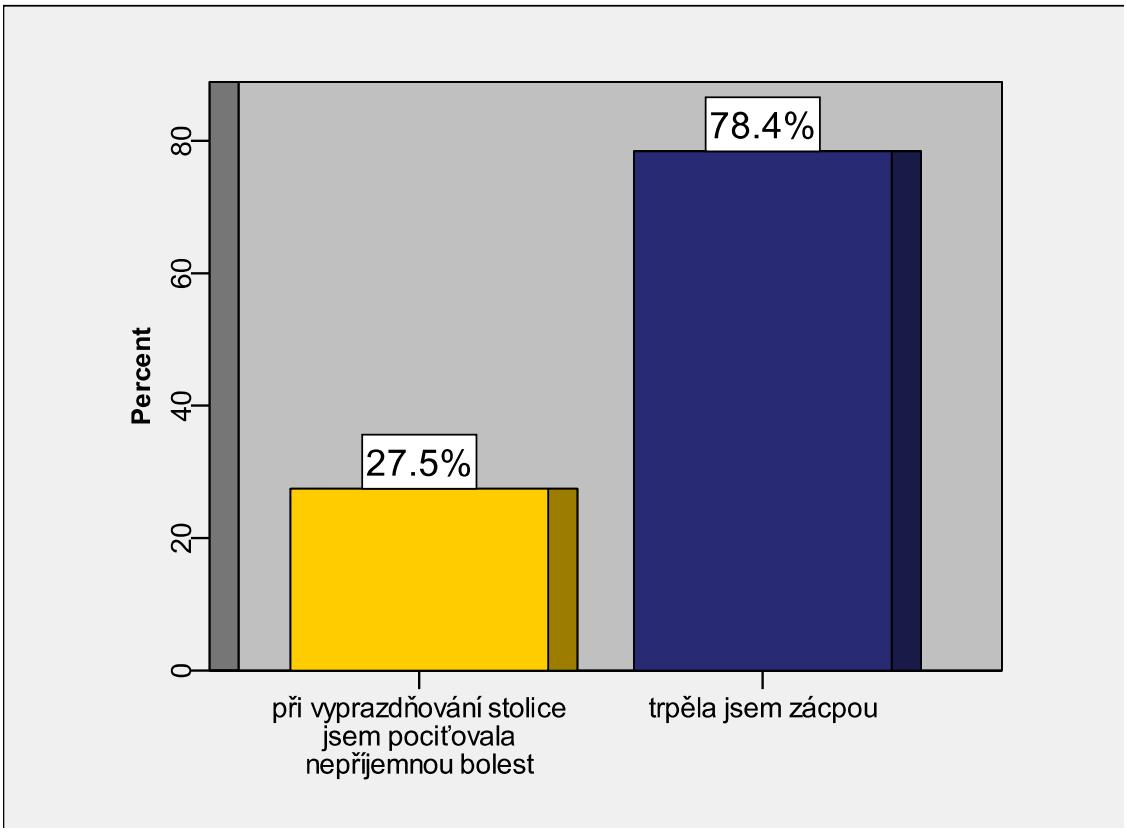
92 %, tedy 23 respondentek, na otázku, zda jim bránily potíže s močením v péči o rodinu, uvedlo, že jim v péči o rodinu potíže s močením nebránily. 8 % respondentek uvedlo, že jim potíže s močením někdy v péči o rodinu bránily. Ano neodpověděla žádná z respondentek.

Graf 22 Problémy s vyprazdňováním stolice



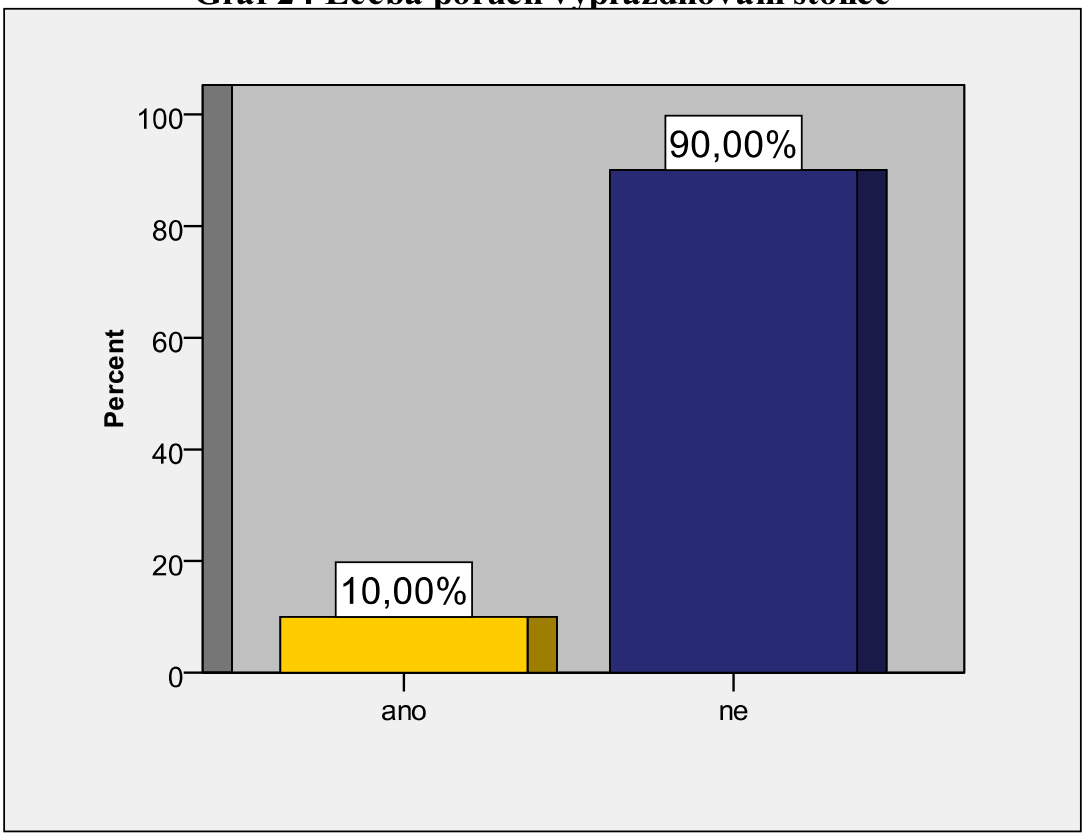
25 % respondentek, tedy 50 žen, v dotazníkovém šetření uvedlo, že se u nich po porodu objevily problémy s vyprazdňováním stolice. 75 % žen, tedy 150 respondentek uvedlo, že se u nich po porodu žádné potíže s vyprazdňováním stolice neobjevily.

Graf 23 Potíže při vyprazdňování stolice



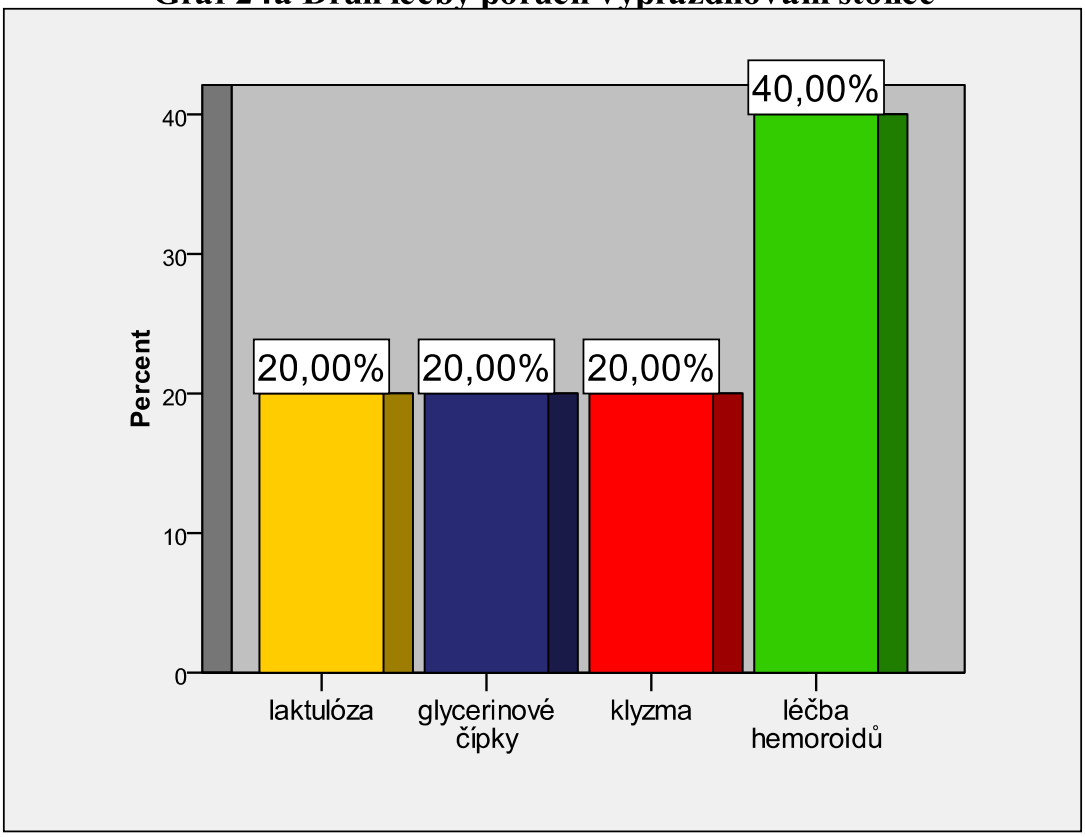
27,5 % respondentek z celkového počtu 50 žen, které v dotazníkovém šetření udaly problémy s vyprazdňování stolice, pociťovalo při vyprazdňování stolice nepříjemnou bolest. 78,4 % respondentek trpělo po porodu zácpou.

Graf 24 Léčba poruch vyprazdňování stolice



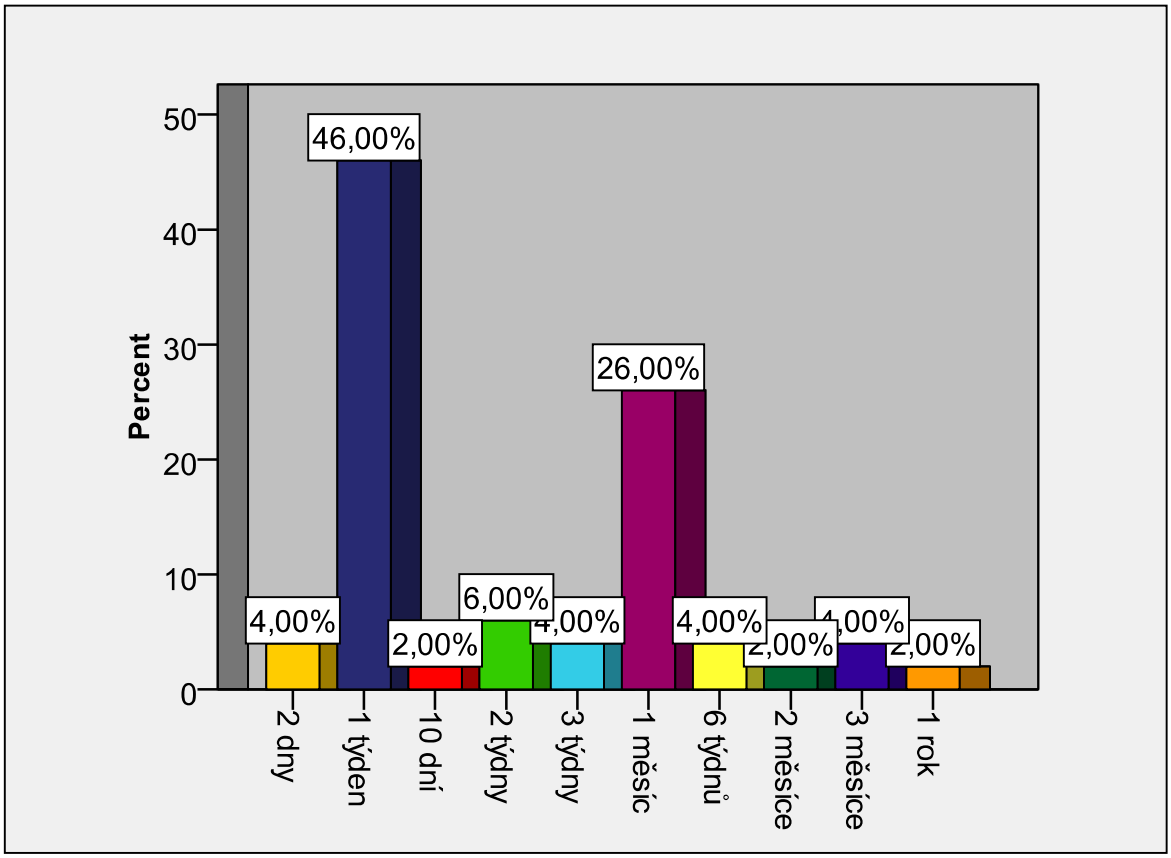
Pro poruchy vyprazdňování stolice bylo po porodu léčeno 10 % respondentek, tedy 5 žen. 90 % respondentek, tedy 45 žen, nebylo po porodu léčeno pro poruchu vyprazdňování stolice.

Graf 24a Druh léčby poruch vyprazdňování stolice



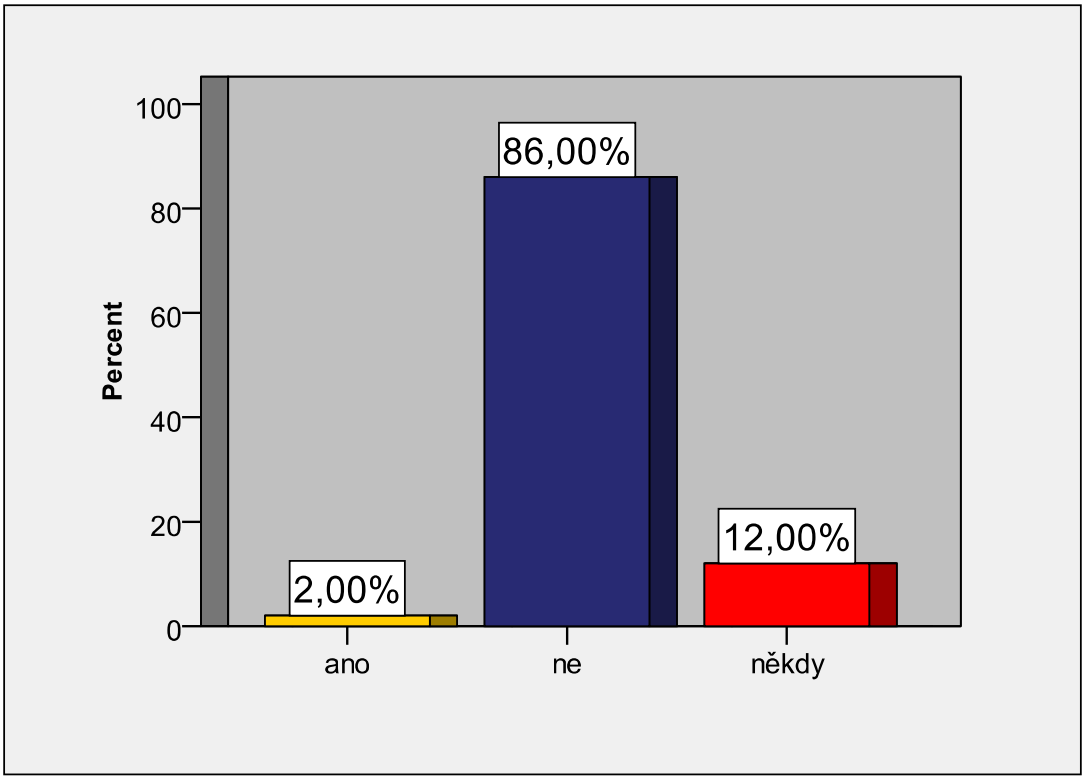
Z 5 respondentek, které v dotazníku uvedly, že byly léčeny pro poruchu vyprazdňování stolice, byla 1 (20 %) z nich léčena podáním klyzmatu. 1 respondentka byla léčena podáním Laktulózy. Glycerinovými čípky byla léčena také pouze 1 (20 %) respondentka. Dvě respondentky, tedy 40 %, byly léčeny preparáty na léčbu hemoroidů.

Graf 25 Doba trvání potíží s vyprazdňováním stolice



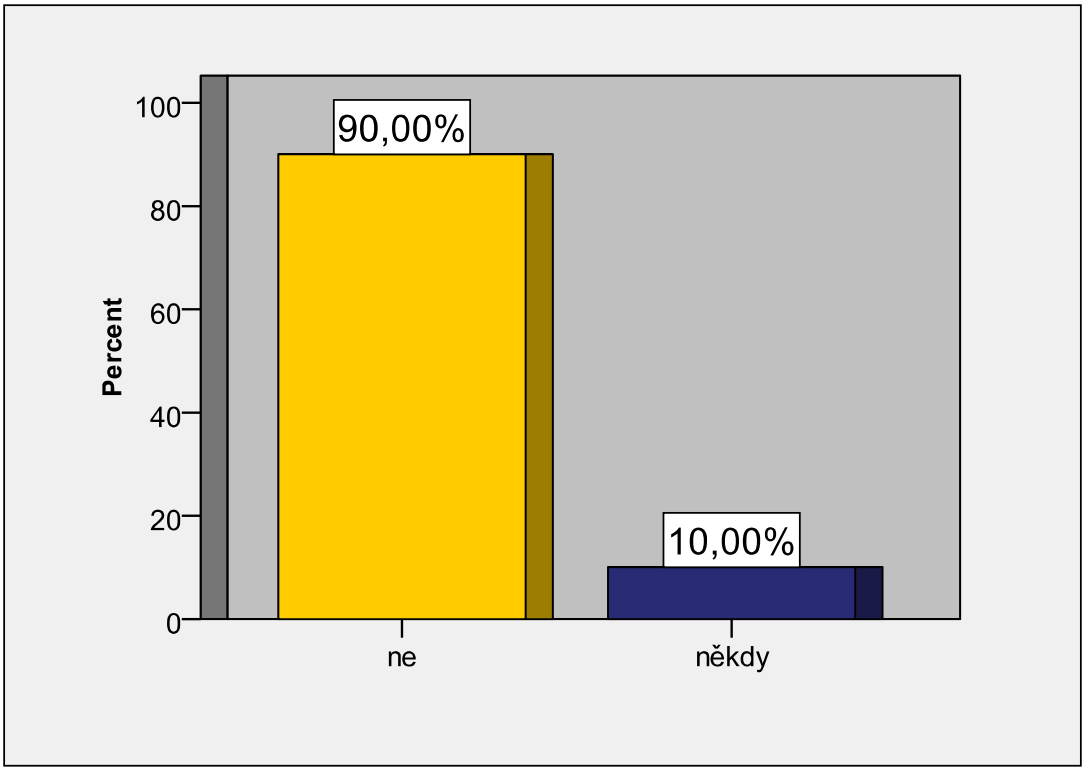
50 % respondentek, tedy 25 žen, v dotazníku uvedlo, že se jejich potíže s vyprazdňováním stolice upravily do jednoho týdne. 2 % žen potíže s vyprazdňováním stolice obtěžovaly 10 dní. Dva týdny v dotazníku uvedly 3 respondentky. 4 % respondentek měla potíže s vyprazdňováním stolice 4 týdny. 1 měsíc si stěžovalo na potíže s vyprazdňováním stolice 26 % respondentek. 6 týdnů měla potíže 4 % respondentek. Dva měsíce v dotazníku uvedla 2 % respondentek. 4 % respondentek měla potíže s vyprazdňováním stolice 3 měsíce. Jedna respondentka v dotazníku uvedla, že její potíže s vyprazdňováním stolice trvaly 1 rok.

Graf 26 Problémy s vyprazdňováním stolice a péče o dítě



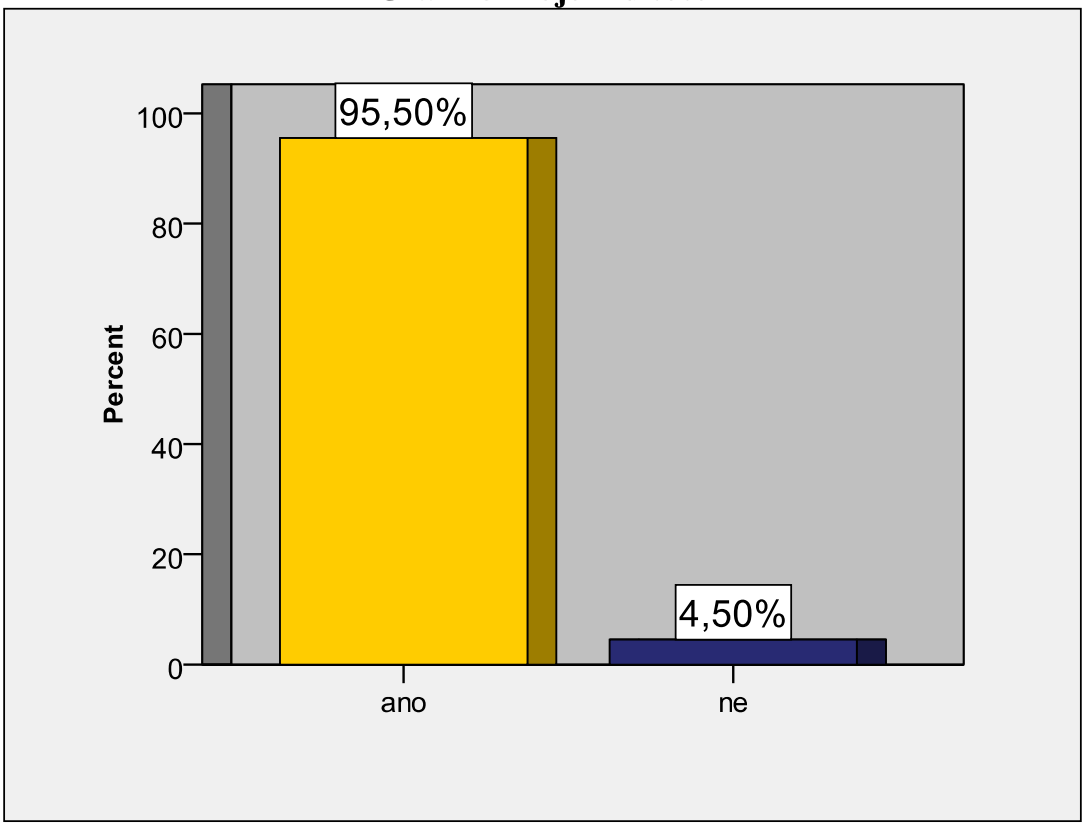
86 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že jim problémy s vyprazdňováním bránily v péči o dítě. 2 % respondentek uvedla, že jim potíže s vyprazdňováním stolice bránily v péči o dítě. 12 % respondentek, tedy 6 žen, uvedlo, že jim problémy s vyprazdňováním stolice bránily jen někdy.

Graf 27 Problémy s vyprazdňováním stolice a rodina



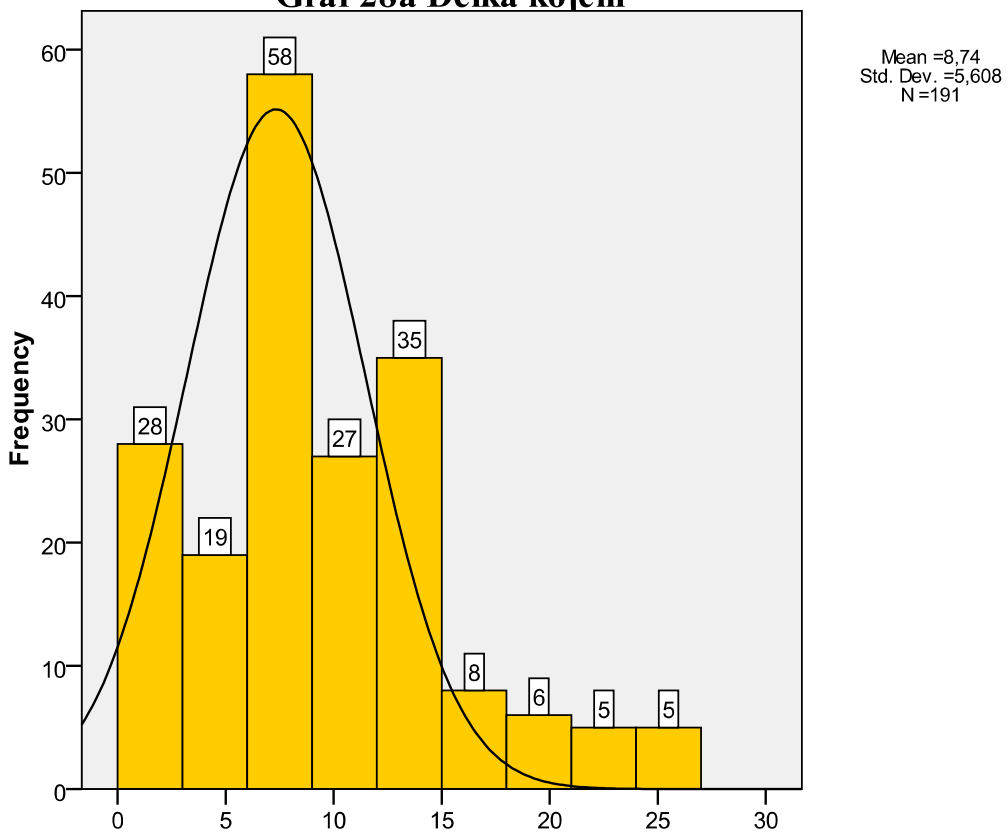
V dotazníkovém šetření uvedlo 90 % respondentek, že jim problémy s vyprazdňováním stolice v péči o rodinu nebránily. 10 % respondentek uvedlo, že jim potíže s vyprazdňováním stolice někdy v péči o rodinu bránily.

Graf 28 Kojení dítěte



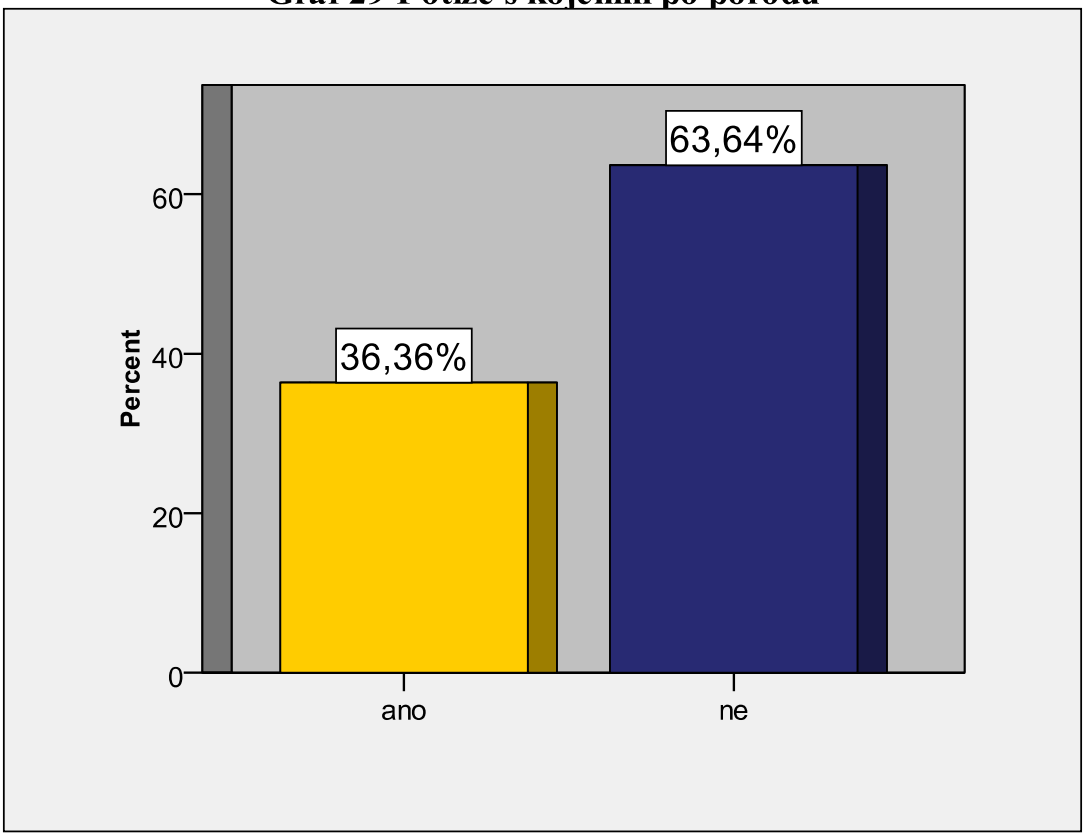
191 žen, tedy 95,5 % respondentek uvedlo, že své narozené dítě kojilo. 9 žen, tedy 4,5 % respondentek, své dítě z nějakého důvodu nekojilo.

Graf 28a Délka kojení



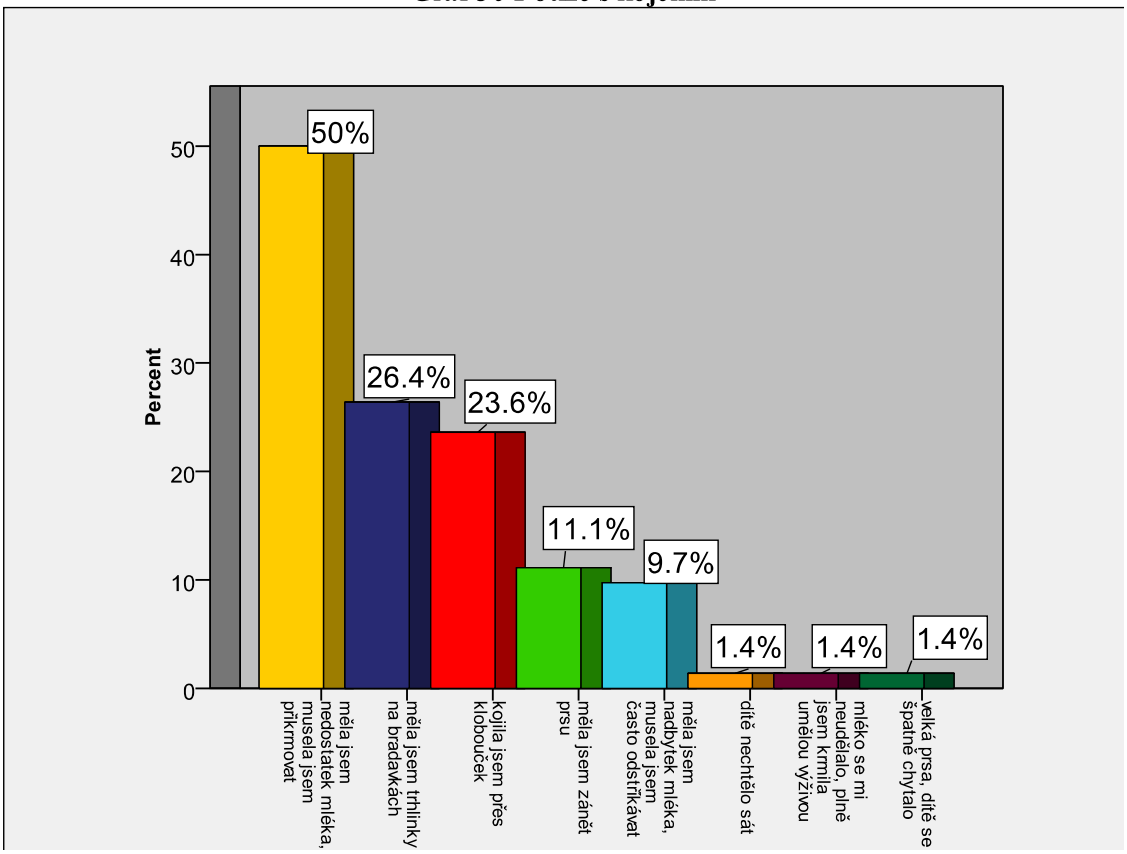
28 respondentek, tedy 14,7 % z celkového počtu kojících žen, v dotazníku uvedlo, že své dítě kojilo do 3 měsíců po porodu. Od 3 do 6 měsíců kojilo 19 respondentek. Délku kojení od 6 do 9 měsíců v dotazníku udalo 58 respondentek. 27 respondentek kojilo své dítě od 9 do 12 měsíců po porodu. 15,1 % respondentek uvedlo, že své dítě kojilo od 1 roka do 1,5 roku. 5,8 % respondentek své dítě kojilo v období od 1,5 roku do 2 let. Z vypočtené křivky normálního rozdělení (Gaussovy křivky) byla určena střední hodnota doby kojení 8,74 měsíce.

Graf 29 Potíže s kojením po porodu



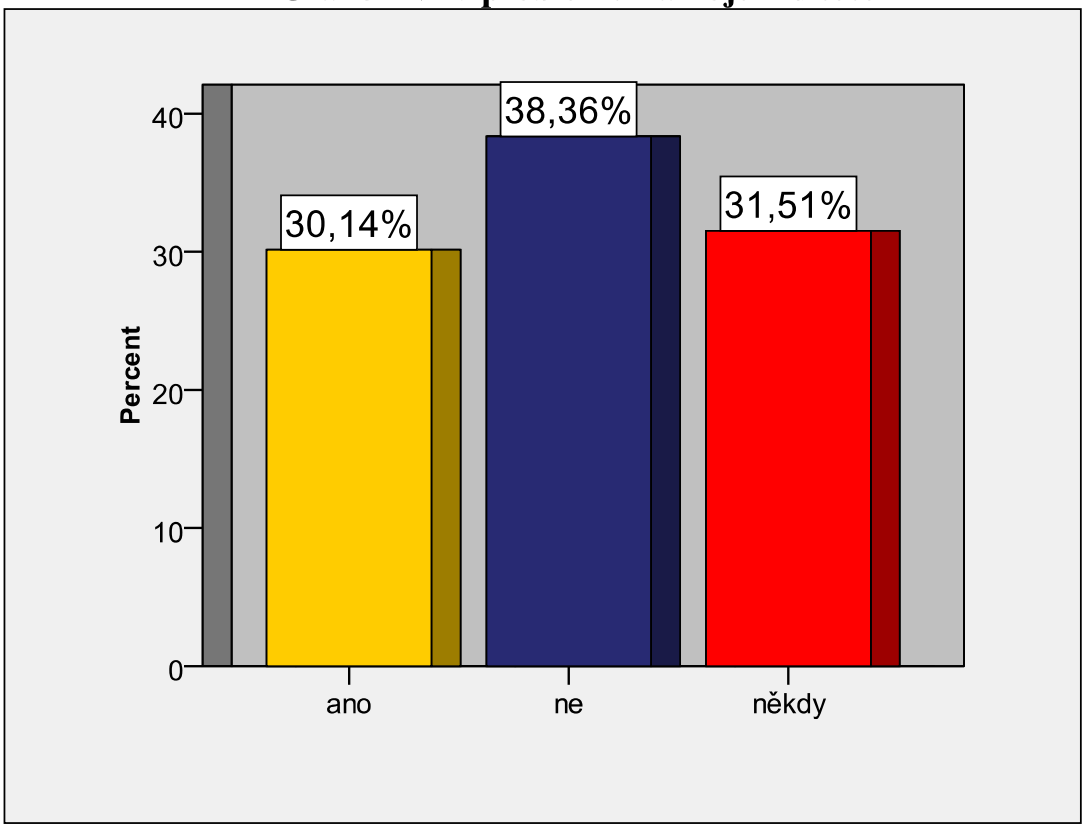
Na otázku, zda se po porodu vyskytly nějaké potíže s kojením, 36,36 % respondentek uvedlo, že ano. 63,64 % žen v dotazníku vyplnilo, že po porodu žádné potíže s kojením nemělo.

Graf 30 Potíže s kojením



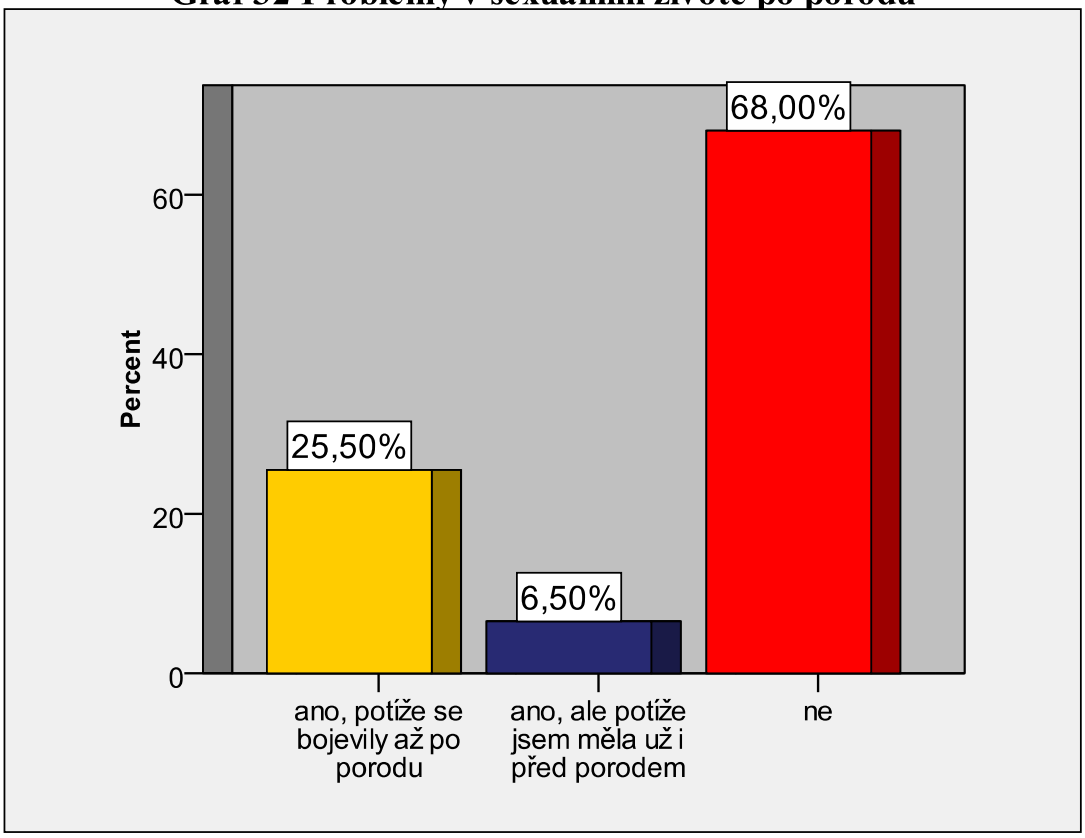
50 % žen v dotazníkovém šetření popsalo problémy ve smyslu nedostatku mateřského mléka a nutnosti přikrmování. 26,4 % respondentek si v dotazníku stěžovalo na ragády bradavek a jejich bolestivost. Přes „klobouček“ muselo z důvodu vpáčených bradavek kojit 23,6 % žen. 11,1 % respondentek v dotazníku udalo, že prodělalo zánět prsu. 9,7 % žen trápil nadbytek mateřského mléka a potřeba často odstříkávat. 1,4 % žen si v dotazníku stěžovalo, že dítě nechtělo sát z prsu. 1,4 % respondentek v dotazníku uvedla, že se mateřské mléko vytvořilo nedostatečně a musela své dítě krmit umělou výživou. 1,4 % žen v dotazníku uvedla, že přes velká prsa se dítě k prsu špatně chytalo.

Graf 31 Vliv problémů na kojení dítěte



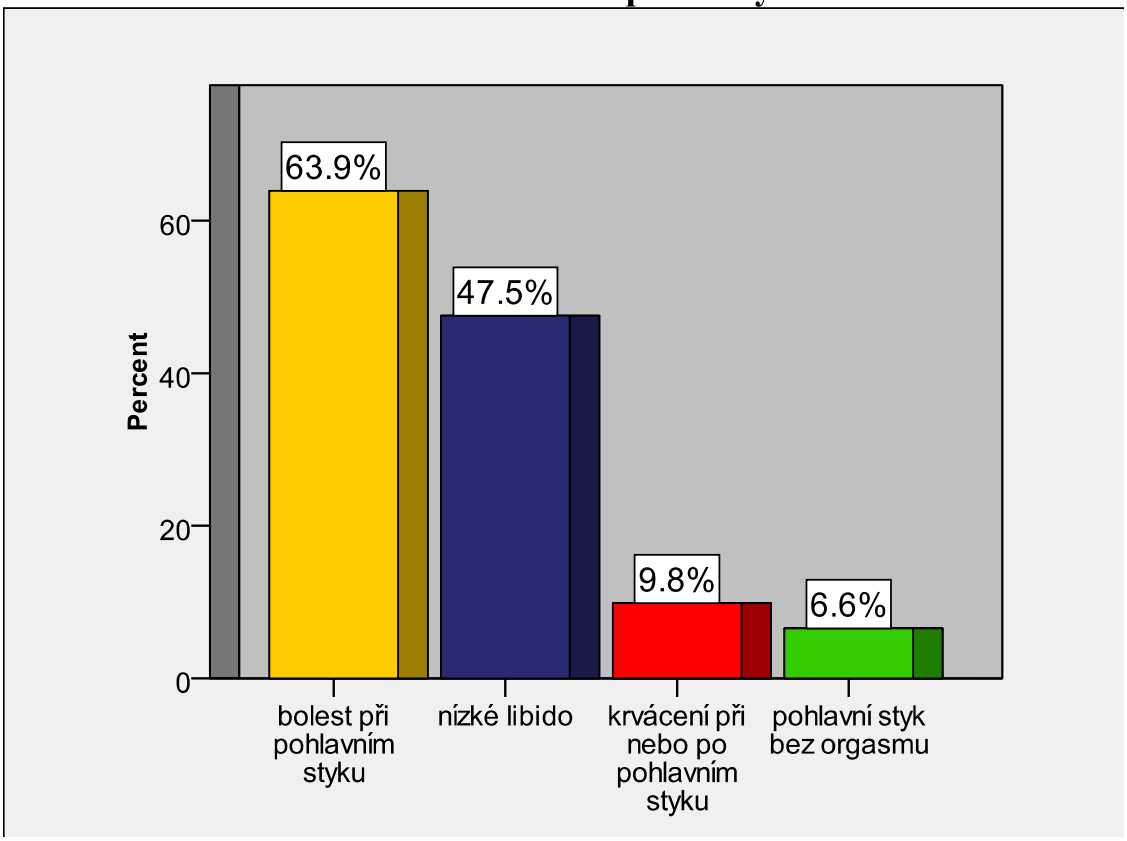
30,14 % žen v dotazníku uvedlo, že jim problémy s kojením bránily v kojení novorozence. 38,36 % respondentek nepovažovalo problémy při kojení za překážku v kojení svého dítěte. 31,51 % žen v dotazníku uvedlo, že jim potíže s kojením pouze občas bránily kojit své dítě.

Graf 32 Problémy v sexuálním životě po porodu



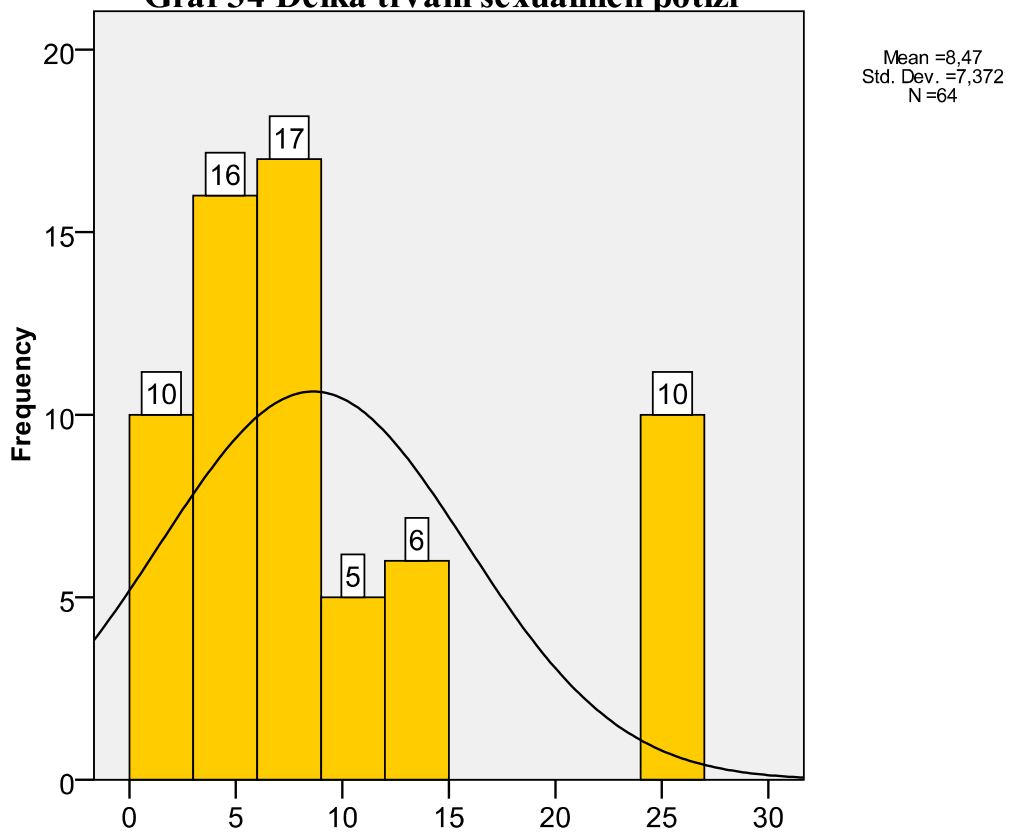
64 žen, tedy 32 % ze všech respondentek uvedlo, že po porodu mělo potíže v sexuálním životě. Z toho 6,5 % žen mělo problémy již před porodem. U 25,5 % respondentek se objevily problémy v sexuálním životě až po porodu. 68 % žen, tedy 136 respondentek, v dotazníkovém šetření uvedlo, že po porodu žádné sexuální problémy nemají.

Graf 33 Sexuální problémy



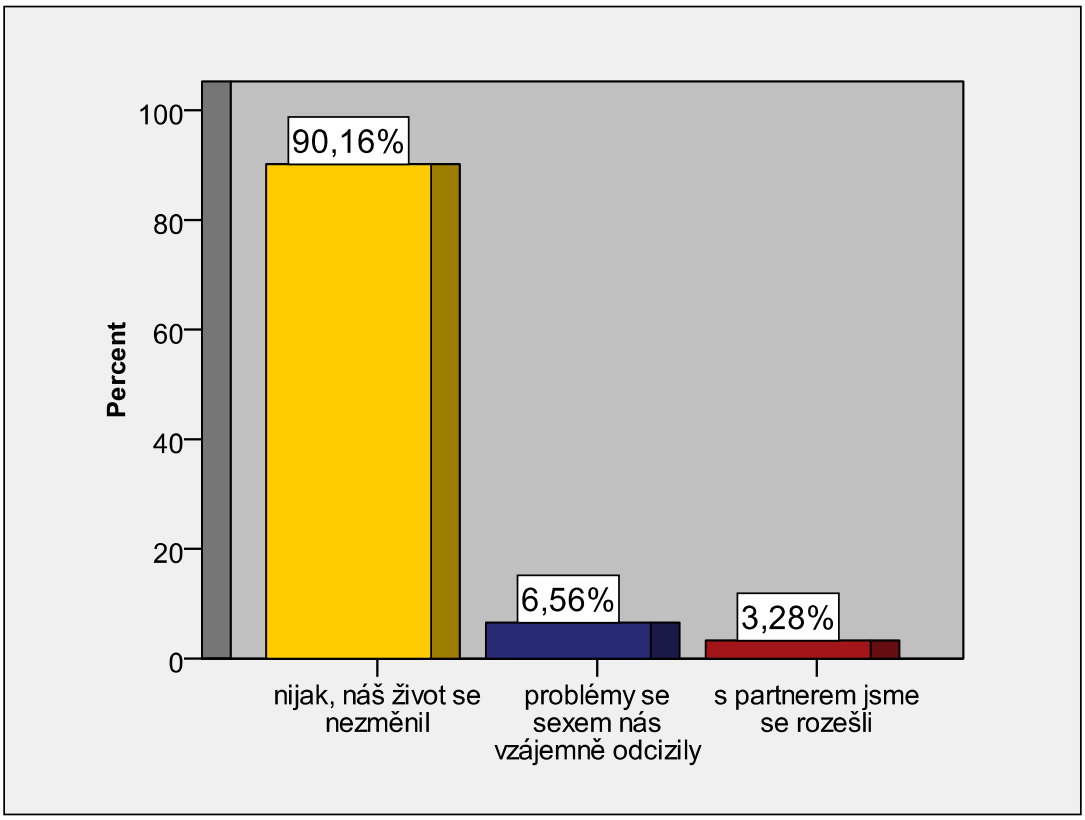
Z 64 žen, které v dotazníku uvedly, že po porodu měly sexuální potíže, jich 63,9 % uvedlo, že hlavním problémem v sexuálním životě pro ně byla bolest při pohlavním styku. 47,5 % žen si po porodu stěžovalo na nízké libido. 9,8 % respondentek po porodu trápilo krvácení při nebo po pohlavním styku. 6,6 % respondentek v dotazníku uvedlo, že jejich sexuálním problémem byl pohlavní styk bez orgasmu.

Graf 34 Délka trvání sexuálních potíží



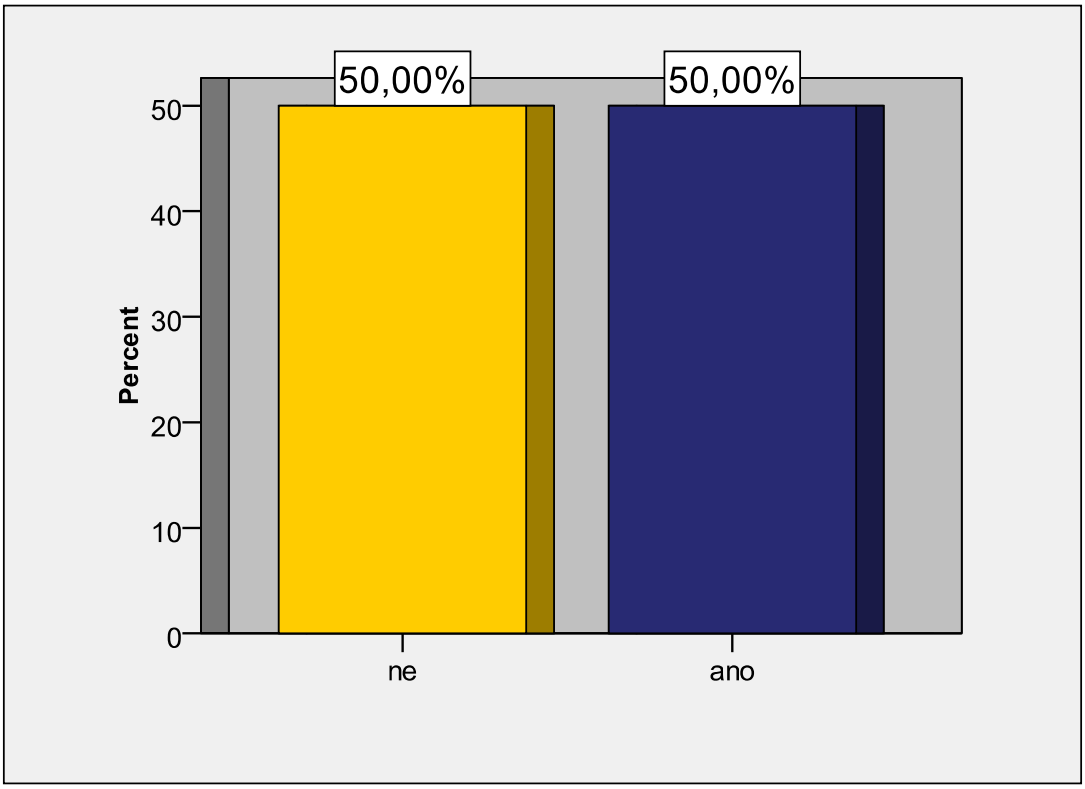
63,3 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že se jejich potíže v sexuálním životě upravily do 0,5 roku po porodu. U 12 respondentek se sexuální potíže upravily od 0,5 roku do 1 roku po porodu. U 5 žen trvaly sexuální problémy 2 roky. Z vypočtené křivky normálního rozdělení (Gaussovy křivky) byla určena střední hodnota doby trvání sexuálních problémů 8,47 měsíce.

Graf 35 Vliv sexuálních potíží na partnerský život



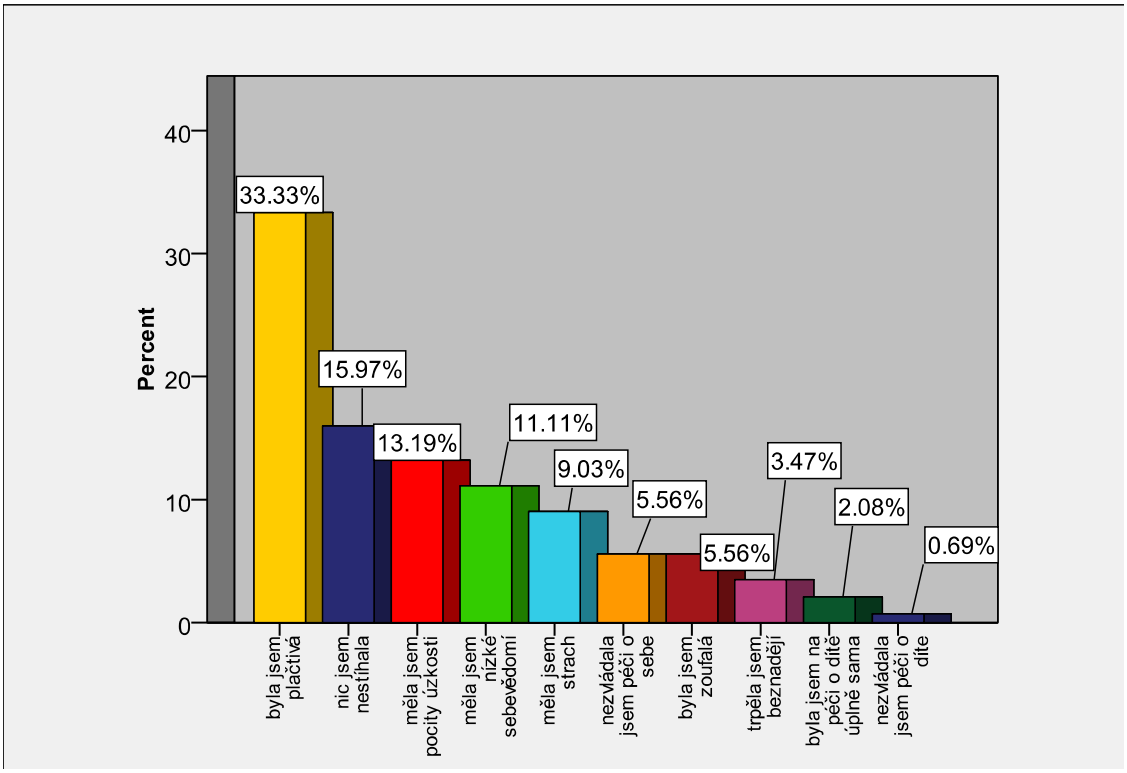
90,16 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že jejich sexuální problémy nijak neovlivnily jejich partnerský vztah. 6,56 % respondentek v dotazníku uvedlo, že vzhledem k sexuálním problémům se oba partneři v partnerském vztahu vzájemně odcizili. U 3,28 % respondentek došlo kvůli sexuálním problémům po porodu k rozpadu partnerského vztahu.

Graf 36 Problémy po porodu



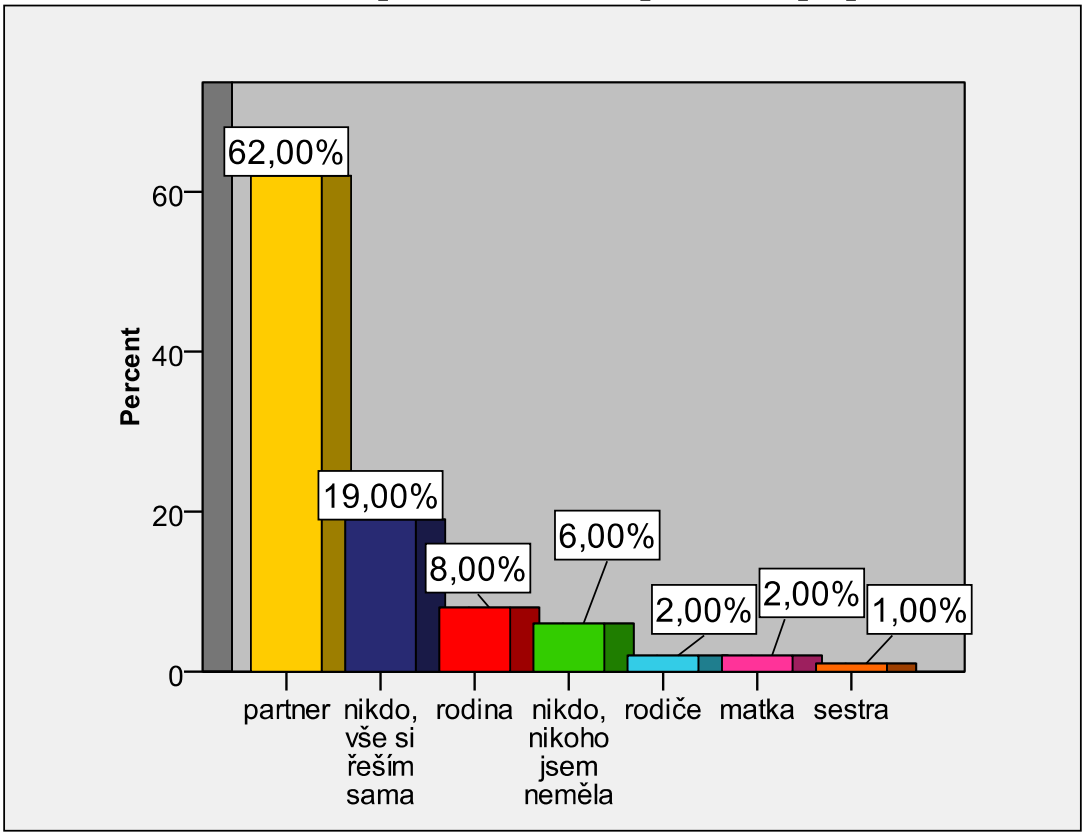
50 % respondentek uvedlo, že se po porodu s některými z problémů, uvedených v grafu 36a, potýkalo. 50 % responentek uvedlo, že po porodu žádné z uvedených problémů nezažilo.

Graf 36a Druhy problémů po porodu



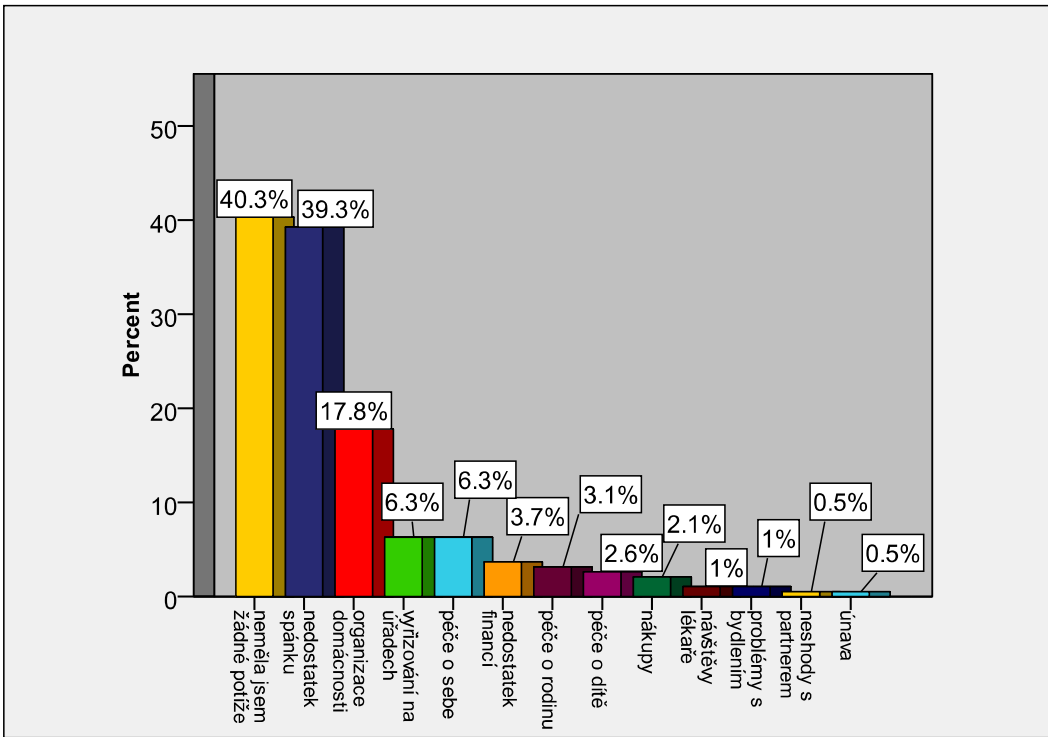
33,33 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že jejich hlavním problémem, se kterým se po porodu potýkaly, byla plačtivost. 15,97 % respondentek mělo po porodu pocit, že nic nestíhají. 13,19 % respondentek se po porodu potýkalo s pocity úzkosti. 11,11 % žen v dotazníku uvedlo, že měly po porodu nízké sebevědomí. 9.03 % žen po porodu prožívalo pocity strachu. 5,56 % žen v dotazníku jako problém uvedlo, že nezvládalo péči o sebe. 5,56 % respondentek po porodu zažívalo pocity zoufalství a 3,47 % žen zažívalo pocity beznaděje. 2,08 % respondentek po porodu nejvíce trápilo, že na péči o dítě byly samy. Pouze 1 respondentka, tedy 0,69 % uvedla, že nezvládala péči o dítě.

Graf 37 Pomoc při zbavování se problémů po porodu



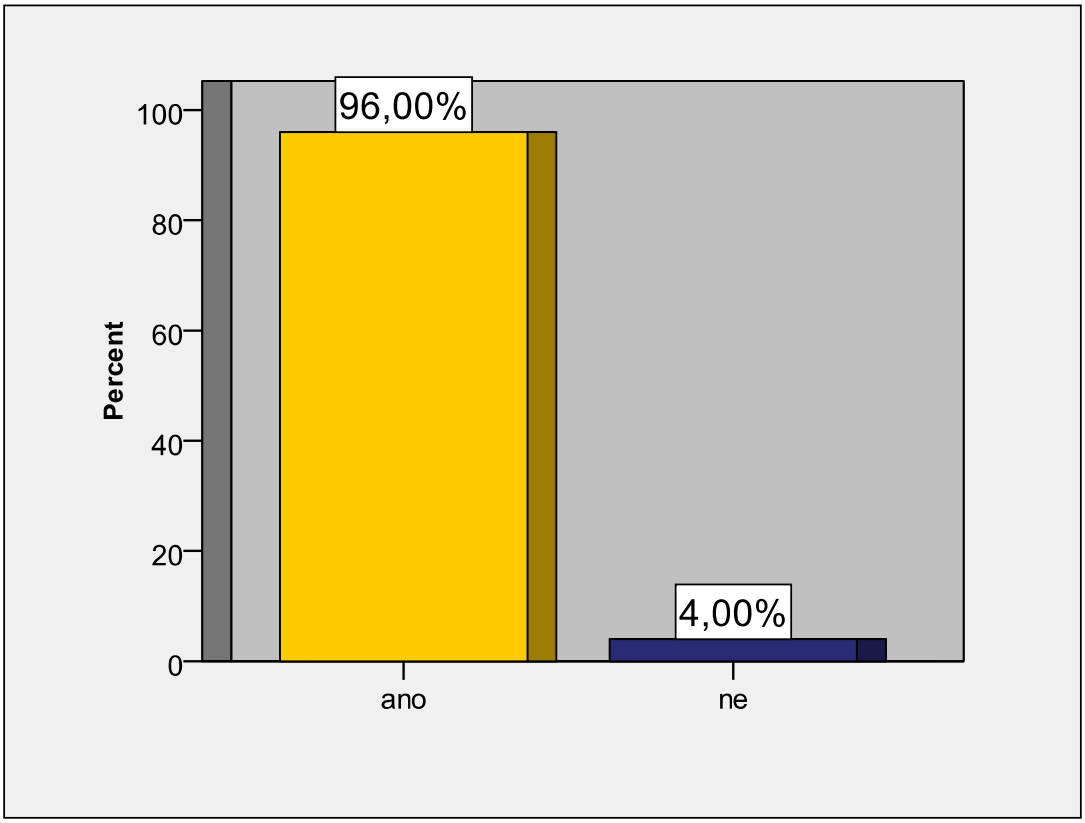
62 % respondentek v dotazníku označilo partnera za osobu, která jim pomohla zbavit se prožívaných problémů. 19 % respondentek k řešení nikoho nepotřebuje, protože si vše řeší samy. 8 % respondentek nejvíce pomohla rodina. 6 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že nikoho nemají, tudíž jim nikdo nemohl pomoci. 2 % respondentek nejvíce pomohli rodiče. Stejnému počtu respondentek pomohla v řešení problémů nejvíce matka. 1 % respondentek uvedlo, že jim nejvíce v řešení problémů pomohla sestra.

Graf 38 Potíže po propuštění z nemocnice



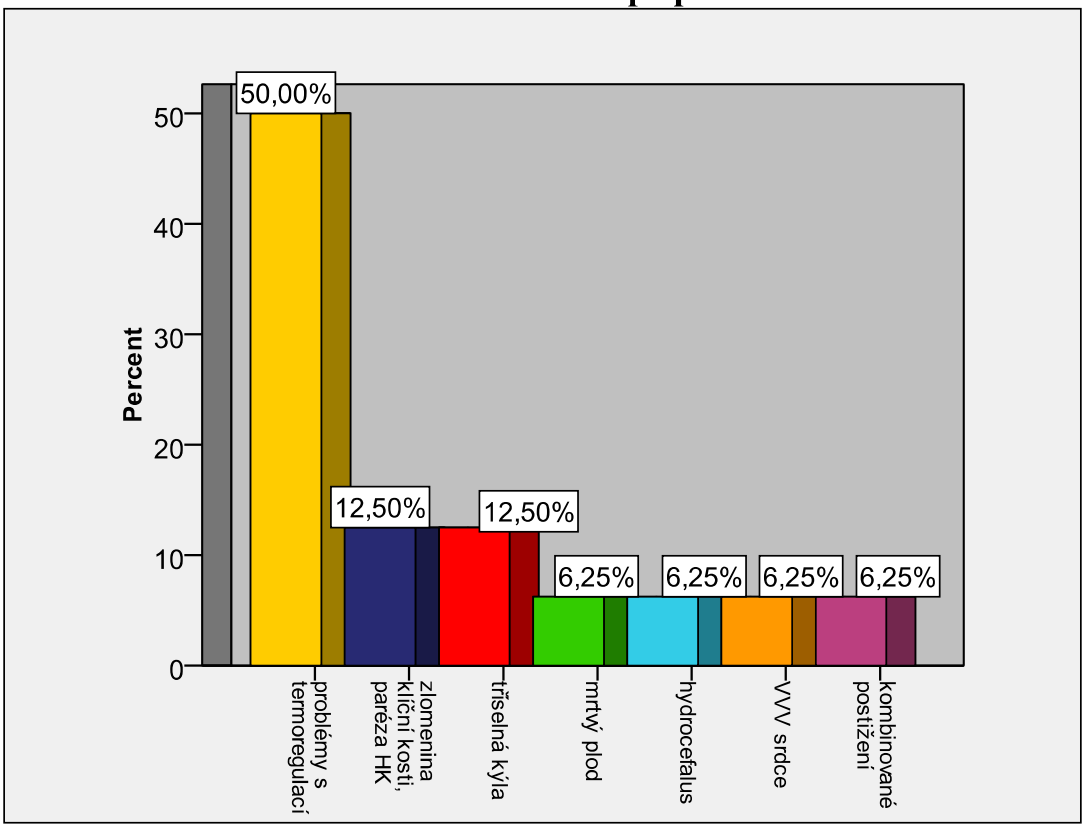
Z dotazníkového šetření vyplývá, že 32,4 % respondentek nemělo po propuštění z nemocnice žádné z vyjmenovaných, ani jiných, potíží. 31,5 % respondentek nejvíce trápil nedostatek spánku. 14,3 % žen mělo problémy s organizací domácnosti. 5 % žen po porodu dělalo problémy vyřizování na úřadech. 5 % respondentek dělala po propuštění z nemocnice problém péče o sebe samu. 2,9 % respondentek si v dotazníkovém šetření stěžovalo na nedostatek finančních prostředků. 2,5 % respondentek uvedla, že jim po propuštění z nemocnice dělalo největší problém pečovat o svoji rodinu. 2,1 % žen mělo největší potíže s péčí o své narozené dítě. 1,7 % žen v dotazníku uvedlo, že jim po propuštění z nemocnice dělaly největší potíže nákupy. 2 respondentkám tedy 0,8 % žen, dělaly největší potíže návštěvy u lékaře. Stejnému počtu respondentek, tedy 2, dělaly největší starosti problémy s bydlením. 1 respondentka, tedy 0,4 % žen, v dotazníku odpověděla, že jí po propuštění z nemocnice dělaly největší starosti neshody s partnerem. 1 respondentku nejvíce trápila únava.

Graf 39 Narození zdravého dítěte



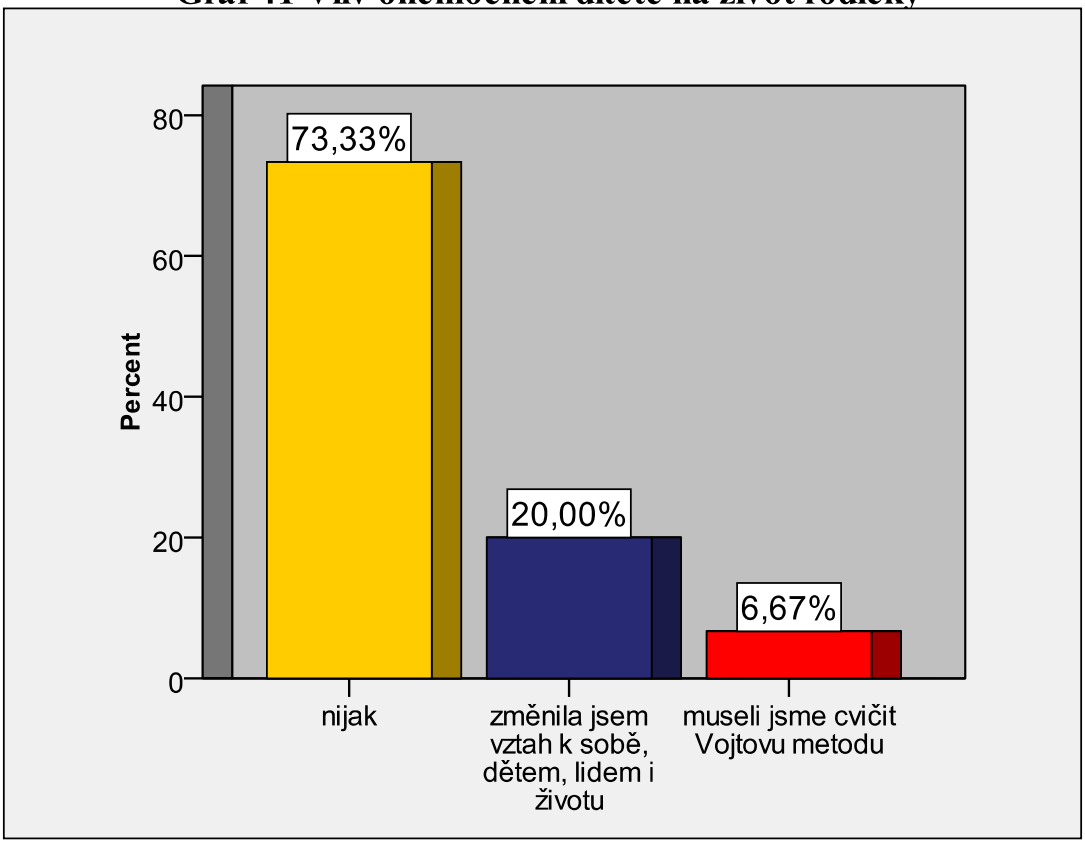
V dotazníkovém šetření se 96 % respondentek, tedy 192 ženám, narodilo zdravé dítě. 4 % žen, tedy 8 respondentkám, se narodilo dítě se zdravotními problémy.

Graf 40 Potíže dítěte po porodu



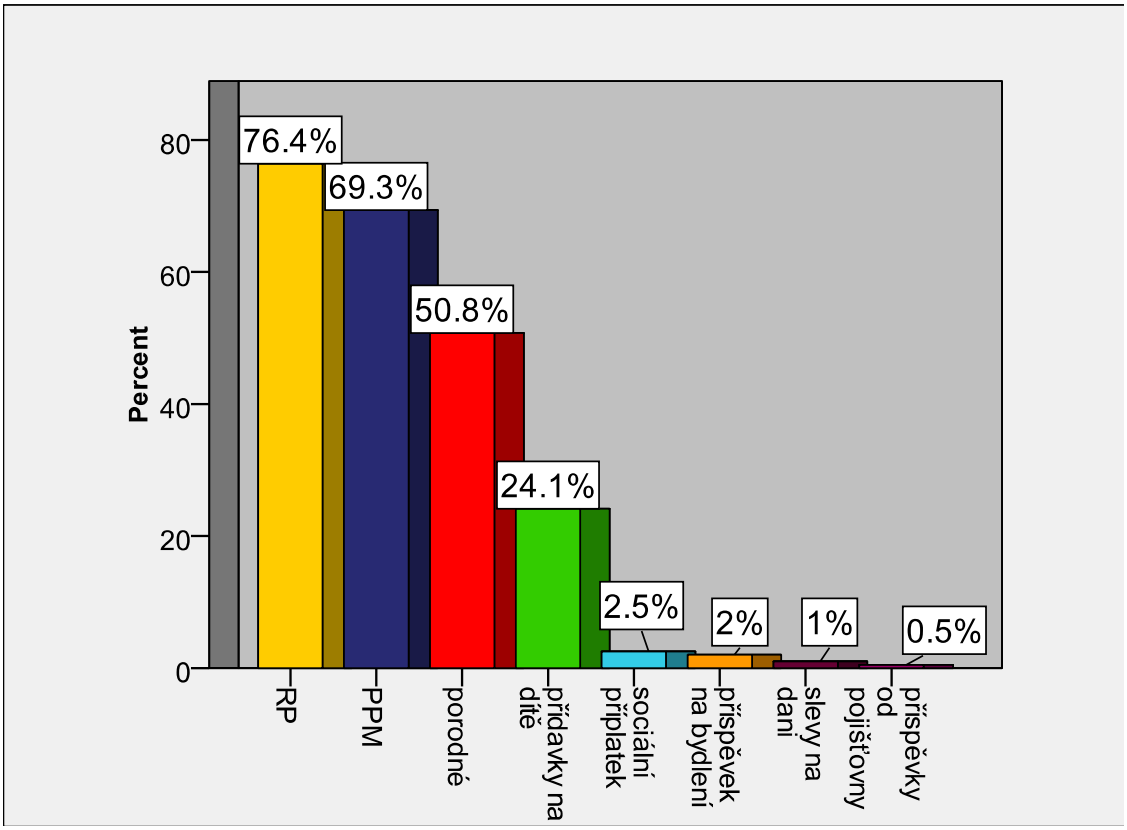
8 respondentek, tedy 50 % z celkového počtu 16 žen, které odpověděly, že jejich dítě mělo po porodu nějaké potíže, v dotazníku uvedly, že se jim sice narodilo zdravé dítě, ale zpočátku mělo problémy s termoregulací. 12,5 %, tedy 2 respondentky, uvedly, že jejich dítě mělo po porodu zlomeninu klíční kosti a parézu brachiálního plexu. Stejný počet žen, tedy 12,5 % žen v dotazníku uvedlo, že u jejich dítěte byla zjištěna třísełná kýla. 1 respondentka, tedy 6,25 % z celkového počtu žen, v dotazníku uvedla, že se jí narodil mrtvý plod. 1 respondentka v dotazníku vyplnila, že se jí narodilo dítě s hydrocefalem. 1 respondentce se narodilo dítě s vrozenou vývojovou vadou srdce. U dítěte 1 z respondentek byla zjištěna kombinovaná vada.

Graf 41 Vliv onemocnění dítěte na život rodičky



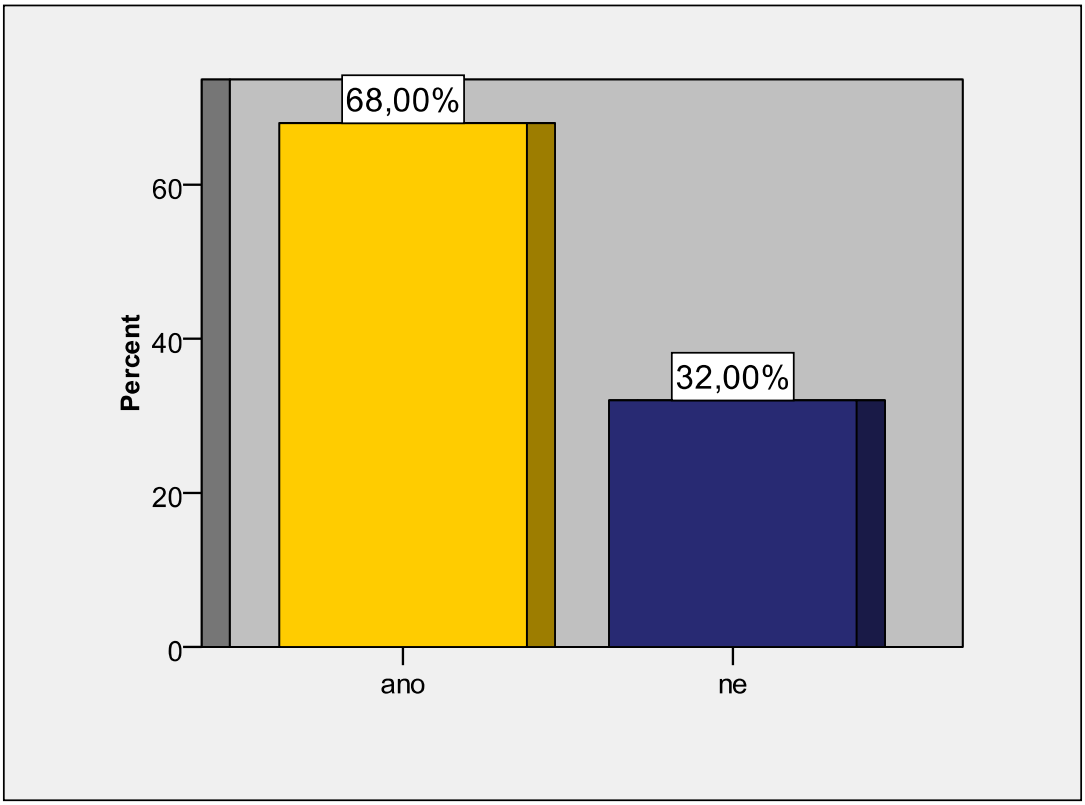
73,33 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že onemocnění dítěte nijak jejich život neovlivnilo. 20 % respondentek v dotazníku uvedlo, že vzhledem k onemocnění dítěte změnily vztah k sobě, dětem, lidem i životu. 6,67 % respondentek ovlivnilo onemocnění dítěte pouze v tom, že muselo cvičit Vojtovu metodu.

Graf 42 Nárok na sociální zabezpečení



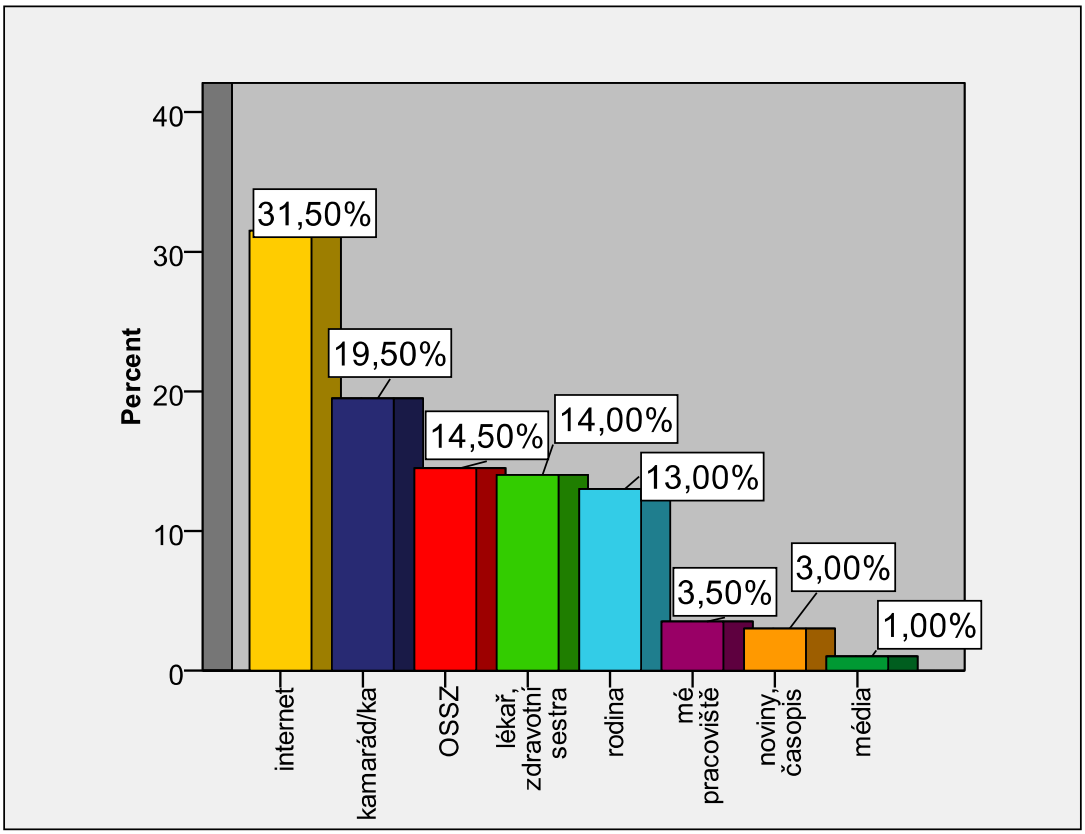
76,4 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že má nárok na rodičovský příspěvek. 69,3 % respondentek uvedlo, že má nárok na pobírání peněžité pomoci v mateřství. 50,8 % žen v dotazníku odpovědělo, že má nárok na porodné. 24,1 % žen odpovědělo, že má nárok na přídavky na dítě. 2,5 % žen uvedlo, že má nárok na sociální příplatek. 2 % respondentek v dotazníku uvedlo, že má nárok na příspěvek na bydlení. 1 % žen má nárok na slevy na dani. 0,5 % respondentek v dotaníku uvedlo, že má nárok na příspěvky od pojišťovny.

Graf 43 Dostatek informací ohledně sociálních dávek po porodu



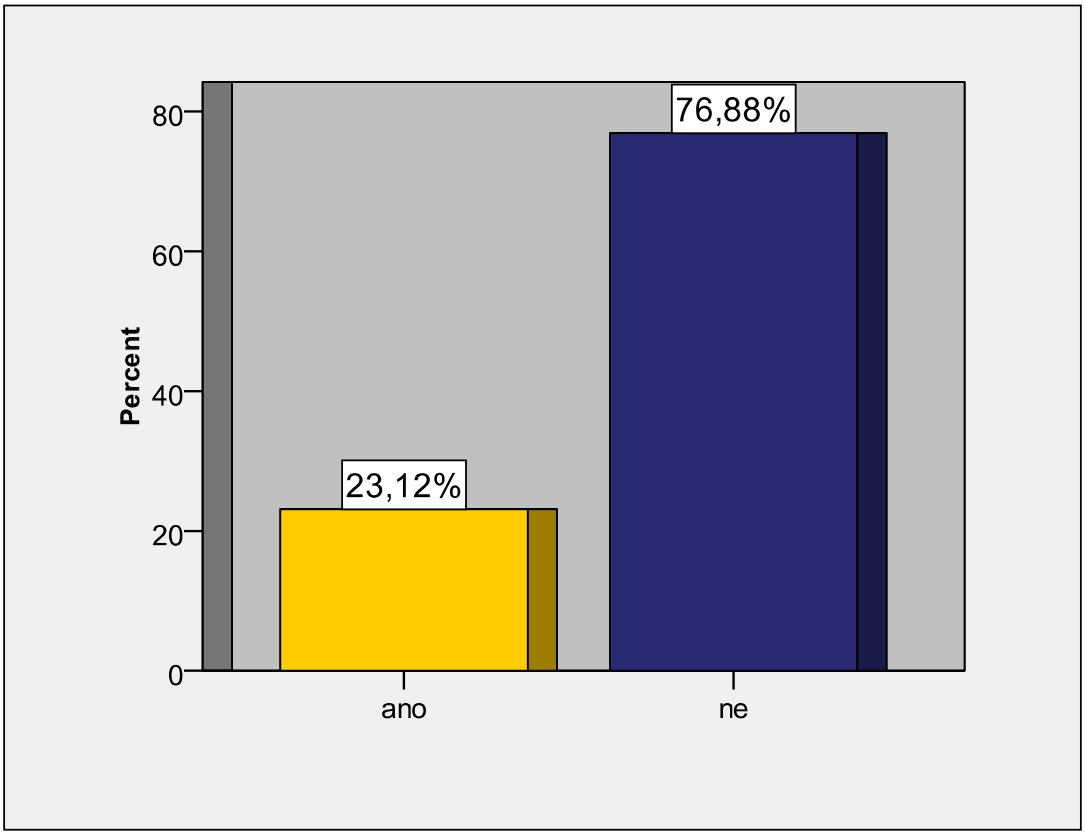
68 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že v období těhotenství a po porodu mělo dostatek informací ohledně sociálních dávek. 32 % žen si naopak myslí, že dostatek informací ohledně sociálních dávek v těhotenství a po porodu nemělo.

Graf 44 Zdroje informací o sociálním zabezpečení



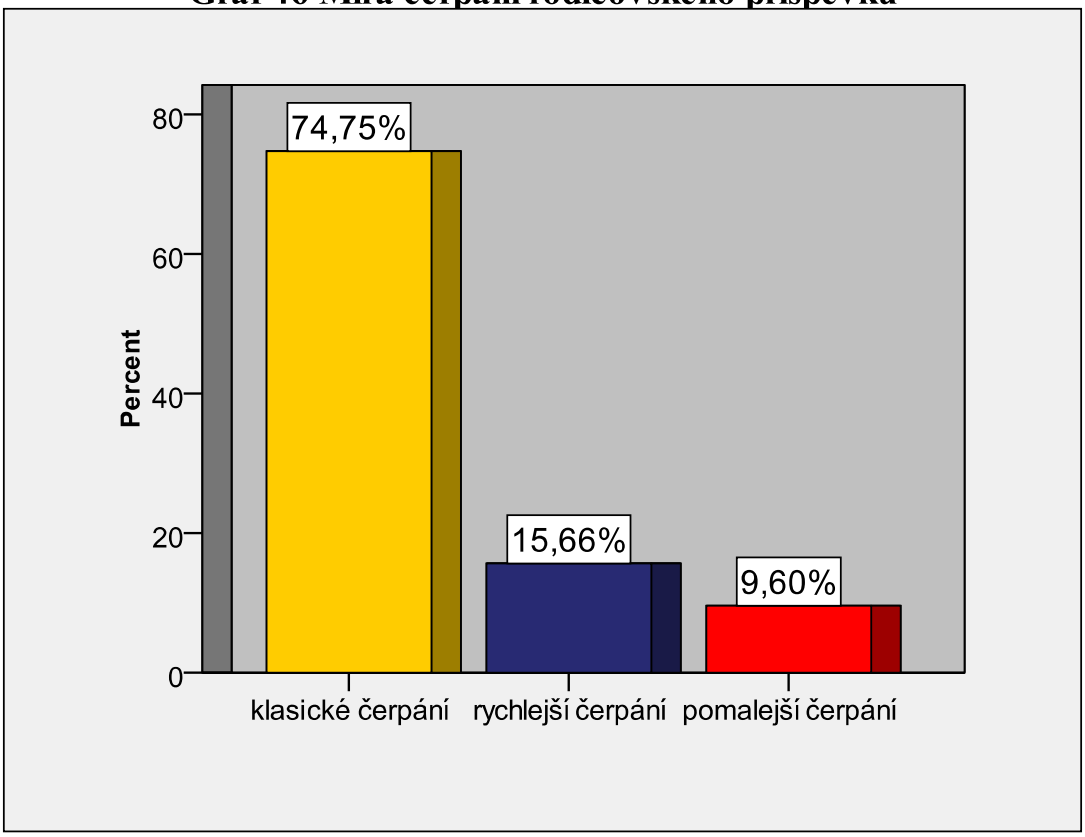
31,5 % respondentek, tedy 63 žen získávalo informace o sociálním zabezpečení na internetu. 19,5 % žen dostalo potřebné informace od kamarádky. Na okresní správě sociálního zabezpečení se informovalo 14,5 % respondentek. 14 % respondentek podal informace o možnostech sociálního zabezpečení lékař či zdravotní sestra. Rodina poskytla respondentkám informace o sociálním zabezpečení ve 13 %. 3,5 % respondentek dostalo informace o sociálním zabezpečení v době těhotenství a rodičovství ve svém zaměstnání. Z novin a časopisů čerpala 3 % respondentek. 1 % respondentek získalo informace o sociálním zabezpečení v médiích.

Graf 45 Pocit finanční tísně po porodu



Na nedostatek finančních prostředků pro sebe a svoji rodinu si v dotazníku stěžovalo 23,12 % žen. 76,88 % respondentek bylo se svojí finanční situací po porodu spokojeno.

Graf 46 Míra čerpání rodičovského příspěvku



Klasické čerpání rodičovského příspěvku využila většina respondentek, tedy 74,75 %. Rychlejší formu čerpání rodičovského příspěvku si zvolilo 15,66 % respondentek. 9,6 % respondentek pobírá rodičovský příspěvek v pomalejším čerpání.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NE	200	100	100	100
ANO	0	0	0	

Tabulka 6 Využila jste po porodu služeb nějaké organizace zabývající se péčí o matky s dětmi v tísni?

V otázce 47 jsem v dotazníkovém šetření ztišťovala, zda respondentky využily nějakou organizaci zabývající se péčí o matky s dětmi v tísni. Z celkového počtu 200 respondentek nevyužila takovou organizaci žádná z nich.

4.2 Porovnání statistických korelací

Kontingenční tabulka 1

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5 % významnosti a 95 % hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fisherův přesný Exact test).

Pro testování nezávislostí proměnných (Komplikovaný porod a Hojení porodního poranění per secundam) jsme stanovili hypotézu.

H: Komplikovaný porod a Hojení porodního poranění per secundam na sobě nejsou závislé.

Tabulka 1 Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikovaný porod * Hojení per secundam	184	92,0%	16	8,0%	200	100,0%

Tabulka 1a Komplikovaný porod * Hojení per secundam Crosstabulation

Count		Hojení per secundam.		
		per secundam	per primam	Total
Komplikovaný porod	ano	7	100	107
	ne	0	77	77
	Total	7	177	184

Tabulka 1b Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,237[a]	1	**,022**		
Continuity Correction[b]	3,602	1	,058		
Likelihood Ratio	7,788	1	,005		
Fisher's Exact Test				**,043**	,021
N of Valid Cases	184				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Ve výstupu dostáváme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. signifikace v prvním řádku hodnot (0,022), která je menší než 5 %, přijímáme na 95 % hladině spolehlivosti hypotézu, že přítomnost komplikací při porodu a hojení porodního poranění jsou na sobě statisticky závislé (čím častější jsou komplikace

při porodu, tím je vyšší pravděpodobnost hojení porodního poranění per secundam). Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.**

Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,043. Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.**

Kontingenční tabulka 2

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5 % významnosti a 95 % hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fisherův přesný Exact test).

Pro testování nezávislostí proměnných (Komplikovaný porod a Pocit nezvládnutí péče o svoji rodinu) jsme stanovili hypotézu.

H: Komplikovaný porod a Pocit nezvládnutí péče o svoji rodinu nejsou na sobě závislé.

Tabulka 2 Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikovaný porod * Nezvládnutí péče o rodinu	200	100,0%	0	,0%	200	100,0%

Tabulka 2a Komplikovaný porod * Nezvládnutí péče o rodinu.

Crosstabulation

Count		Péče o rodinu.		
		zvládala	nezvládala	Total
Byl porod komplikovaný?	ano	105	4	109
	ne	89	2	91
Total		194	6	200

Tabulka 2b Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,369[a]	1	**,543**		
Continuity Correction[b]	,037	1	,848		
Likelihood Ratio	,378	1	,538		
Fisher's Exact Test				**,691**	,430
N of Valid Cases	200				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,73.

b. Computed only for a 2x2 table

Ve výstupu dostáváme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. signifikace v prvním řádku hodnot (0,543), která je větší než 5 %, zamítáme na 95 % hladině spolehlivosti hypotézu, že přítomnost komplikací při porodu a hojení porodního poranění jsou na sobě statisticky závislé (komplikované porody nesouvisí s pocitem nezvládnutí péče o svoji rodinu). Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,691. Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Kontingenční tabulka 3

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5 % významnosti a 95 % hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fisherův přesný Exact test).

Pro testování nezávislostí proměnných (Samoživitelky po komplikovaném porodu a Pocit finanční tísně) jsme stanovili hypotézu.

H: Samoživitelky po komplikovaném porodu a Pocit finanční tísně na sobě nejsou závislé.

Tabulka 3 Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Samoživitelky po komlikovaném porodu. * pocit finanční tísně	199	99,5%	1	,5%	200	100,0%

Tabulka 3a Samoživitelky po komlikovaném porodu. * Pocit finanční tísně
Crosstabulation

Count		Pocit finanční tísně		
		ano	ne	Total
Samoživitelky po komplikovaném porodu.	ne	42	149	191
	ano	4	4	8
Total		46	153	199

Tabulka 3b Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,390[a]	1	**,066**		
Continuity Correction[b]	1,997	1	,158		
Likelihood Ratio	2,868	1	,090		
Fisher's Exact Test				**,085**	,085
N of Valid Cases	199				

A.1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,85.

b. Computed only for a 2x2 table

Ve výstupu dostáváme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. signifikace v prvním řádku hodnot (0,066), která je vyšší než 5 %, zamítáme na 95 % hladině spolehlivosti hypotézu, že samoživitelky po komplikovaném porodu a pocit finanční tísně na sobě jsou statisticky závislé (statut samoživitelky po komplikovaném porodu nesouvisí s pocitem finanční tísně). Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,085. Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Kontingenční tabulka 4

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5 % významnosti a 95 % hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fisherův přesný Exact test).

Pro testování nezávislostí proměnných (Komplikovaný porod a Informovanost o sociálním zabezpečení) jsme stanovili hypotézu.

H: Komplikovaný porod a Informovanost o sociálním zabezpečení na sobě nejsou závislé.

Tabulka 4 Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikovaný porod * Informovanost o sociálním zabezpečení	200	100,0%	0	,0%	200	100,0%

Tabulka 4a Komplikovaný porod * Informovanost o sociálním zabezpečení

Crosstabulation

Count		Dostatek informací o sociálním zabezpečení		
		ano	ne	Total
Komplikovaný porod	ano	75	34	109
	ne	61	30	91
Total		136	64	200

Tabulka 4b Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,072[a]	1	**,789**		
Continuity Correction[b]	,013	1	,908		
Likelihood Ratio	,072	1	,789		
Fisher's Exact Test				**,879**	,453
N of Valid Cases	200				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,12.

b. Computed only for a 2x2 table

Ve výstupu dostáváme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. signifikace v prvním řádku hodnot (0,789), která je větší než 5 %, zamítáme na 95 % hladině spolehlivosti hypotézu, že komplikované porody a informovanost ohledně sociálního zabezpečení jsou na sobě statisticky závislé (přítomnost komplikovaného porodu nesouvisí s informovaností o sociálním zabezpečení). Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,879. Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Kontingenční tabulka 5

Pro statistické testování byla zvolena hladina 5 % významnosti a 95 % hladina spolehlivosti testů (Pearsonův test chí kvadrát – test nezávislosti a Fisherův přesný Exact test).

Pro testování nezávislostí proměnných (Komplikovaný porod a Problémy po porodu) jsme stanovili hypotézu.

H: Komplikovaný porod a Problémy po porodu na sobě nejsou závislé.

Tabulka 5 Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komplikovaný porod * Problémy po porodu	200	100,0%	0	,0%	200	100,0%

Tabulka 5a Komplikovaný porod * Problémy po porodu Crosstabulation

Count		Problémy po porodu		
		ano	ne	Total
Byl porod komplikovaný?	ano	79	30	109
	ne	73	18	91
Total		152	48	200

Tabulka 5b Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,630[a]	1	**,202**		
Continuity Correction[b]	1,233	1	,267		
Likelihood Ratio	1,647	1	,199		
Fisher's Exact Test				**,245**	,133
N of Valid Cases	200				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Ve výstupu dostáváme přehlednou kontingenční tabulku a výsledek Pearsonova testu chí kvadrát (testu nezávislosti stanovených proměnných). Na základě hodnoty Asymp. signifikace v prvním řádku hodnot (0,202), která je větší než 5 %, zamítáme na 95 % hladině spolehlivosti hypotézu, že komplikované porody a informovanost ohledně sociálního zabezpečení jsou na sobě statisticky závislé (přítomnost komplikovaného porodu nesouvisí s problémy žen po porodu). Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Tento závěr rovněž potvrzuje i Fisherův přesný Exact test, který má hodnotu 0,245. Lze tedy prohlásit, že **zkoumané proměnné nejsou na sobě závislé.**

Hypotéza 6 Ve vybrané lokalitě jsou na prvním místě komplikovaných porodů zastoupeny císařské řezy

Nemocnice Písek, a.s.	2006	2007	2008
porody celkem	759	802	944
císařský řez	181 (23,84 %)	173 (21,57 %)	252 (26,69 %)
forceps	7	4	7
konec pánevní	2	5	2
hysterektomie	2	2	0
PMÚ	0	1	1
mrtvý plod	0	0	1

Tabulka 6 Statistické údaje o stavu porodů v období 2006-2008 v Nemocnici Písek, a.s.

Z tabulky 6 vyplývá, že počet porodů od roku 2006 do roku 2007 vzrostl o 43 porodů, tedy o 8,04 %. Od roku 2007 do roku 2008 se objevil další meziroční nárůst porodnosti a to o 17,7 %, tedy o 142 porodů. Celkový nárůst porodnosti v Nemocnici Písek, a.s. v letech 2006 - 2008 činil 24,37 %. U porodů císařským řezem je situace poněkud odlišná. V roce 2007 byl v porodech císařským řezem v Nemocnici Písek, a.s. zaznamenán 4,41 % pokles oproti roku 2006. Zato v roce 2008 byl v porovnání s rokem 2007 nárůst o 45,66 %.

Hypotéza 6 Ve vybrané lokalitě jsou na prvním místě komplikovaných porodů zastoupeny císařské řezy, **se potvrdila.**

5. DISKUZE

V diskuzi se zamýšlím nad získanými výsledky dotazníkového šetření a porovnávám je s literaturou, internetovými zdroji, vlastními názory a zkušenostmi z práce na porodním sále.

V Grafu 1 je znázorněn věk respondentek. Ze 100 % dotázaných respondentek vyplnilo dotazník 13,5 % žen ve věku od 18 do 25 let. Soubor respondentek ve věkové kategorii 26–33 let činil 60 %. Ve věku 34-40 let vyplnilo dotazník 22,5 % respondentek. Ve věku nad 40 let vyplnila dotazník 4 % respondentek. Ve výzkumu nás nezajímal pouze věk všech respondentek, ale též věk primipar. 18 % prvorodiček uvedlo svůj věk od 18 – 25 let. Nejvíce, tedy 62 % prvorodiček, bylo ve věku od 26 – 33 let. 20 (16,5 %) prvorodiček udalo věk 34–40 let. Nad 40 let věku poprvé rodila 3,5 % respondentek. Všeobecně panuje trend, že věk prvorodiček stoupá, proto i nás zajímalo, zda jsou i v našem výzkumném souboru prvorodičky, které na svůj první porod čekaly o něco déle. Jak uvádí internetový zdroj (7), neovlivňovala nízký věk prvorodiček v 80. letech minulého století jen nedostatečná antikoncepce, ale také tlak okolí. Pouze manželé se dostali do pořadníku na byt, ve kterém se čekalo dlouho. Jen manželé mohli žádat o novomanželskou půjčku. Navíc stát se svobodnou matkou byla životní nehoda. „Průměrný věk ženy při prvním porodu byl v 90. letech minulého století 21 let, v současnosti je to již 27 let.“ Ženy dnes nechtějí jen rodit děti, ale také studovat, cestovat, získat si postavení v zaměstnání a mateřství odsouvají. Na dítě se chtějí psychicky a hlavně finančně dobře připravit. Tento názor a trend je podle mého názoru dobrý, ale naráží na zvyšující se procento sterilit, umělých oplodnění a vyšší novorozeneckou úmrtnost. MUDr. Vladimír Dvořák, předseda České gynekologické a porodnické společnosti v internetovém zdroji (32) doporučuje věk pro první porod od 20–30 let, ale dodává, že je nutné vzít v potaz i zdravotní stav rodičky. „Sportovně založená žena, které je 34 let a dodržuje zdravou životosprávu, na tom může být zdravotně mnohem lépe než obézní kuřačka s cukrovkou, které je pouze 28 let,“ vysvětluje.

Rodinný stav respondentek je patrný z Grafu 2. Ze 100 % dotázaných udává svůj rodinný stav vdaná 68 %. 24,5 % respondentek udává svůj rodinný stav svobodná a 7,5 % tvoří matky rozvedené. Podle údajů Českého statistického úřadu, zjištěných z dostupného internetového zdroje (5), činil počet narozených dětí mimo manželství v roce 2005 31,7 %. Dříve byly svobodné ženy stigmatizovány, odsuzovány a okolím nelichotivě hodnoceny. Dnes je status svobodné matky ve společnosti běžně tolerován. Z vlastní zkušenosti z praxe na porodním sále mohu konstatovat, že se téměř denně setkávám s páry, které do manželství nespěchají a nepovažují za důležité vychovávat své dítě v manželství. Převážná většina svobodných žen své dítě pojmenuje příjmením partnera přesto, že za něj není oddána.

Kolikáté dítě se v pořadí rodičům narodilo, je znázorněno v Grafu 3. V dotazníkovém šetření uvedlo 61 % respondentek, že jejich porod byl prvním v pořadí. Podruhé porodilo 33,5 % respondentek a nejmenší skupinu tvořily respondentky, které porodily své třetí dítě, tzn. 5,5 % dotázaných žen. V České republice má dlouholetou tradici dvoudětný model rodiny. Jak uvádí autorka Rychtaříková ve svém článku s názvem Změny generační plodnosti v České republice se zaměřením na vzdělání žen v dostupném internetovém zdroji (7) „lze z dlouhodobého pohledu konstatovat, že dřívější reprodukční model častější bezdětnosti a většího podílu vícedětných rodin byl vystřídán vzorcem s nižší bezdětností a výrazným úbytkem dětí vyššího pořadí. Pravděpodobnost porodu třetího, resp. čtvrtého dítěte je v české populaci dlouhodobě nízká. Ze všech živě narozených dětí se po celá devadesátá léta až do současnosti rodilo zhruba 10 % dětí třetího pořadí a 4 % dětí čtvrtého a vyšších pořadí.“

V Grafu 4 je znázorněna bytová situace respondentek. 54 % dotázaných v dotazníku uvedlo, že bydlí v bytovém domě. 45 % respondentek bydlí v rodinném domě a 1 respondentka, tedy 0,5 % ze všech dotázaných, bydlí na ubytovně.

Graf 5 se zabývá osobami, které žijí ve společné domácnosti s respondentkou. Nejvíce, tedy 80,5 % respondentek v dotazníku uvádí, že žije ve společné domácnosti kromě dítěte ještě s manželem. 12 % respondentek žije ve společné domácnosti i se svými nebo manželovými rodiči. 3,5 % respondentek žije sama se svým dítětem. 1,5 % dotázaných žen žije kromě svého dítěte pouze se svými rodiči. 1 respondentka

žije ve společné domácnosti se svými příbuznými. Z tohoto dotazníkového rozboru je zřejmé, že 7,5 % respondentek ze všech dotázaných, žije bez otce dítěte. V praxi porodní asistentky se setkávám se ženami, které jsou osamělé. K porodu je přijde místo partnera podpořit kamarádka či matka a do matriky místo kolonky se jménem otce napíši „neudává“. Některé z žen se do takovéto situace dostávají dobrovolně, některé ne. Domnívám se, že v době těhotenství si často neuvědomují starosti a problémy, které mohou nastat díky tomu, že otce dítěte neudaly, tudíž jim žádný otec dítěte nebude finančně přispívat. Dle dostupného internetového zdroje (6) ženy, které vychovávají své dítě samy, často potlačují vlastní potřeby ve prospěch dětí, často čelí finanční tísni, neutěšeným bytovým poměrům, vyrovnávají se s nedostatečnými společenskými kontakty a mají velice často potíže najít a udržet si dobré zaměstnání, které je uspokojuje. To, podle mého názoru, s sebou přináší větší míru psychických problémů a menší chuť a šanci najít si nového vhodnějšího partnera.

Graf 6 znázorňuje, kdo byl přítomen s rodičkou u porodu. V dotazníku vyplnilo 57 % respondentek, že při porodu byl přítomen jejich partner. 41 % respondentek odpovědělo, že u porodu nebyl přítomen nikdo. Kamarádka jako blízká osoba doprovázela při porodu 1,5 % ze všech dotázaných. 0,5 % ze všech respondentek udává při porodu přítomnost své matky. Ze zkušeností z práce na porodním sále se domnívám, že přítomností blízké osoby při porodu se může velkou měrou zlepšit psychický stav rodičky. Rodící žena nemá tak výrazný pocit osamění a strachu. Blízká, milující osoba může ženě při porodu velice pomoci ve zvládání celého průběhu porodu. Je přínosné, že se trend přítomnosti blízké osoby u porodu, ve většině případů partnera rodičky, zvyšuje.

Graf 7 znázorňuje týden těhotenství, ve kterém respondentky přivedly na svět své dítě. Většina dotázaných, tedy 84 %, odpověděla, že jejich porod proběhl od 38. do 42. týdne těhotenství. 6 % dotázaných rodilo ve 37. týdnu gravidity. Stejný počet žen uvedl, že jejich porod proběhl ve 36. týdnu gravidity. 1,5 % všech dotázaných rodilo ve 35. týdnu gravidity. Ve 34. týdnu těhotenství porodila pouze 1 respondentka. Ve 32. týdnu těhotenství porodilo 1 % respondentek. Pod 30. týden gravidity porodily 2 respondentky, z toho jedna ve 30. týdnu gravidity a druhá ve 28. týdnu gravidity.

Neonatologické oddělení Nemocnice Písek, a.s. je intermediálním centrem pro poskytování novorozenecké péče II. stupně dětem od dokončeného 32. týdne těhotenství, které vyžadují intermediální a krátkodobou resuscitační, či jinou speciální péči. Z tohoto důvodu se v Grafu 7 objevily odpovědi, že porod proběhl ve velmi malém týdnu gravidity. Některé respondentky odpověděly, že své dítě porodily před 32. týdnem gravidity. U těchto rodiček již nemohlo dojít vzhledem k pokročilému porodnickému nálezu k převozu dítěte in utero do vyššího pracoviště v Českých Budějovicích.

V Grafu 8 je znázorněna doba, která uběhla od porodu dítěte. Dotazník (viz. Příloha 1), který jsme využili pro potřeby výzkumu, byl určen pro ženy od 0,5 roku do 2 let po porodu. Z tohoto rozmezí rodilo v období před 0,5 rokem až 1 rokem 35,5 % respondentek. V období od 1 do 1,5 roku porodilo 30,5 %. 34 % respondentek je již 1,5 - 2 roky po porodu svého dítěte. Toto rozmezí bylo pro dotazníkové šetření vybráno z důvodu zjišťování aktuálních informací ohledně sociálního zabezpečení těhotných žen a žen po porodu. Dalším důvodem pro tento postup bylo, že jsme vycházeli z domněnky, že nejvíce komplikací po porodu a psychických potíží souvisejících s porodem se objevuje do dvou let po porodu. Tuto domněnku potvrzuje i prof. Raboch, který v dostupném internetovém zdroji (38) uvádí, že „pozdní deprese, které souvisejí s porodem dítěte, se mohou objevit ještě do dvou let po porodu."

Graf 9 znázorňuje, jakým způsobem respondentky své dítě porodily. V dotazníkovém šetření 48,5 % respondentek uvedlo, že své dítě porodilo spontánně hlavičkou. 33 % žen porodilo své dítě plánovaným císařským řezem a 15,5 % žen císařským řezem akutním. Porodem per forcipem rodilo 1,5 % žen. Spontánním porodem koncem pánevním porodilo své dítě 1,5 % dotázaných respondentek. Pro účely výzkumu diplomové práce byl záměrně dotazník rozdán polovině žen po spontánním porodu a polovině žen po porodu operativním. Porod císařským řezem je v dnešním porodnictví hodně diskutované téma. Dle internetového zdroje (37) „Císařských řezů v západním světě v posledních letech stále přibývá. V České republice není zatím výsledné číslo tak vysoké, ale stoupá rovněž. Zatímco v roce 1998 byl jejich počet 12,5%, v roce 2006 už 18,7% a v roce 2007 přesáhl hranici 20% z celkového počtu porodů." Často diskutovaným tématem jsou i porody koncem pánevním. MUDr. Tomáš

Binder, CSc. v dostupném internetovém zdroji (22) uvádí, že „poloha koncem pánevním v termínu porodu komplikuje přibližně 3 % těhotenství. V ČR představují tato 3 % v současnosti ročně více než 3 000 porodů, což není zanedbatelné číslo. Velké multicentrické mezinárodní i celonárodní studie prokázaly, že vaginálně vedený porod koncem pánevním představuje pro plod vyšší riziko, co se týče jeho morbidity i mortality, a to především u primipar. Doby, kdy tato poloha byla považována za fyziologickou, a porody se tudíž vedly primárně vaginální cestou, je nenávratně pryč. Ve vyspělých zemích celosvětově převládá u odborné veřejnosti názor, že riziko komplikací pro plod je neúměrně vysoké, a že je tudíž lepší ukončit takové těhotenství elektivním císařským řezem.“ Co se týče porodů per forcipem, jak uvádí dostupný internetový zdroj (28), „i ty mají i v dnešním porodnictví stále své místo.“ Autor článku prof. MUDr. Antonín Ostrčil říká, že „klešťový porod (partus per forcipem) se mylně považuje za v dnešní době zastaralý, obsoletní operační porodnický postup. Klešťový porod není “konkurenční” porodnická operace ve vztahu k císařskému řezu. Obě tyto porodnické operace mají své – navzájem odlišné – porodnické indikace a podmínky.“

V Grafu 10 se již konkrétně dostáváme k tématu diplomové práce, tedy komplikacím při porodu. Ze 100 % dotázaných respondentek se u 39 % z nich objevily nějaké komplikace při porodu. 61 % žen v dotazníkovém šetření žádné komplikace při porodu neuvedlo. Na Graf 10 navazuje Graf 10a, který se již konkrétně zaměřuje na druh komplikací při porodu. 50 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že komplikací při jejich porodu byla hrozící hypoxie plodu. 15,38 % žen uvedlo, že při porodu nastalo velké krvácení a 11,54 % žen mělo problémy s preeklampsií. 8,97 % respondentek uvádí jako komplikaci porodu nepostupující porod. Placentu adherens popisuje v dotazníkovém šetření 6,41 % respondentek. 3,85 % žen uvedlo, že jejich porod byl komplikován předčasným odtokem plodové vody a vysokými infekčními hodnotami v provedených laboratorních testech. 1,28 % žen uvedlo, že byl porod komplikován dystokií ramének. 1,28 % respondentek uvedlo jako komplikaci porodu dystrofii plodu. 1,28 % respondentek uvedlo mrtvý plod. Odpovědi 50 % žen, které se při porodu setkaly s komplikací ve smyslu hrozící hypoxie plodu, můžeme reflektovat citátem autora Charlese J. Lockwooda, profesora a přednosty gynekologicko-

porodnické kliniky Anita O'Keefe, Yale University School of Medicine. Ve svém článku s názvem Jak můžeme lépe identifikovat rizkový plod (v překladu) uvádí: „Krátká cesta z dělohy ven na svět je prý tou nejnebezpečnější, kterou každý z nás podstupuje. Přes pokroky v porodnictví a neonatální péči tak každý rok malý počet plodů v průběhu porodu nebo hned po narození zemře nebo utrpí neurologické poškození z důvodu hypoxie." (25) Touto citací bych chtěla vyjádřit sounáležitost s názorem autora na tuto problematiku. Ze zkušeností z praxe na porodním sále mohu jen potvrdit, že porod nemusí být jen krásným a jedinečným zážitkem, ale i situací, která s sebou přináší velký stres jak pro dítě, matku, tak i personál porodního sálu. Proto je pro mě nepochopitelné, proč některé porodní asistentky prosazují porody v domácím prostředí. Necelé 4 roky praxe mi postačily na to, abych si uvědomila, jak „křehký" porod je a jak se může během několika minut změnit z fyziologického porodu na porod patologický, ohrožující jak matku, tak její plod a jak jen malá chvíle stačí k tragédii pro celou rodinu. Dnes již celá řada porodnic nabízí celou škálu možností ovlivnění bolesti při porodu, pomůcek, kterých může rodička při porodu využít. Hlavní výhodou porodu ve zdravotnickém zařízení je jistota, že pokud dojde k nějaké komplikaci, je na rozdíl od domácího prostředí, včas řešitelná.

Graf 11 znázorňuje přítomnost porodního poranění. Ze 100 % respondentek pouze 8,5 % žen uvedlo, že u nich při porodu nedošlo k žádnému poranění. 91,5 % respondentek uvedlo, že při porodu k nějakému poranění došlo. 39 % ze všech respondentek uvedlo, že při porodu byl proveden nástřih hráze. 4 % dotázaných uvedla, že při porodu došlo k poranění v pochvě. 48,5 % z celkového počtu všech dotázaných žen uvedlo porodní poranění ve smyslu řezu na břiše po provedeném císařském řezu. Z těchto výsledků vyplývá, že u 17 žen z 200 nebylo přítomno vůbec žádné porodní poranění. Nástřih hráze byl proveden nejčastěji u prvorodiček, tedy u 49 respondentek. U sekundipar byl nástřih hráze proveden u 27 respondentek. Tercipary měly nástřih hráze ve 2 případech. V odborném článku, dostupném z internetového zdroje (29), uvádí autor MUDr. Radovan Vlk, že „různá poranění jsou během vaginálně vedeného porodu častá, ve většině případů však méně závažná, dobře se hojící a bez dlouhodobých následků" a dále reaguje na článek autorů Jaye Goldberg a Carmen

Sultana. „Jak autoři uvádějí, existuje několik randomizovaných studií, které prokazují, že ve většině případů není provedení nástřihu nutné a z hlediska dlouhodobých následků spíše škodlivé. Uvádí se, že při dobré spolupráci rodičky a jejího porodníka je nutné provést epiziotomii asi ve 30 % případů. Její funkce spočívá zejména v tom, že brání nekontrolovanému roztržení tkáně v době prořezávání hlavičky plodu.“ Osobně si myslím, že episiotomie má v porodnictví své důležité místo, ale že by se měla používat s rozmyslem a v indikovaných případech. Dnes a denně se setkáváme s přístupem některých lékařů a porodních asistentek, kteří nástřih dělají automaticky a bez rozmyslu. Umět dobře zhodnotit situaci, zda episiotomii provést či ne, je uměním porodníka.

Grafu 12 se zabývá hojením porodního poranění. V dotazníkovém šetření uvedlo 69,02 % respondentek, že se jim porodní poranění hojilo bez jakýchkoliv problémů. 19,02 % žen se porodní poranění hojilo dobře, ale hojení vnímaly ženy jako hodně bolestivé. 5,43 % respondentek v dotazníku uvedlo, že se jim porodní poranění hojilo špatně, ale infekce v ráně přítomna nebyla. 3,7 % respondentek si v dotazníku stěžovalo na špatné hojení porodního poranění s přítomností infekce. 2,72 % žen uvedlo, že se jim porodní poranění hojilo špatně, protože se jim v ráně vytvořil hematom.

S Grafem 12 souvisí i Graf 13, ve kterém je uvedeno, jak dlouho se respondentkám porodní poranění hojilo. 14,67 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že se jim porodní poranění hodilo do 1 týdne. Největší skupině žen, tedy 42,93 % respondentek se porodní poranění hojilo 2 týdny. 3 týdny v dotazníku uvedlo 32,61 % žen. 3,26 % žen uvedlo, že se jim poranění hojilo 4 týdny. 5 týdnů se porodní poranění hojilo 1,09 % žen. 0,54 % respondentek se hojilo porodní poranění 6 týdnů a 0,54 % respondentek 8 týdnů. Nejdéle se hojilo porodní poranění 4,35 % respondentek a to 2 měsíce po porodu. V oblasti hojení porodního poranění, zejména v porodním poranění rodidel, hraje důležitou roli edukace rodiček o správné péči o toto poranění a důležitosti hygieny. Zde má nezastupitelnou roli porodní asistentka, která s rodičkou tráví nejvíce času a může jí o péči sutury správně a opakovaně edukovat. Edukace by měla začít bezprostředně po porodu a pokračovat na oddělení šestinedělí. Edukace o následné péči o suturu v domácím prostředí je též velice důležitá.

V Grafu 14 jsou znázorněny odpovědi respondentek, zda jim hojení porodního poranění bránilo pečovat o jejich narozené dítě. 0,38 % respondentek uvedlo, že jim hojení porodního poranění bránilo v péči o narozené dítě. 28,96 % respondentek uvedlo, že jim hojení rány bránilo v péči o dítě pouze někdy. Největší skupinu, tedy 60,66 % respondentek, tvořily ženy, kterým hojení porodního poranění při péči o dítě nebránilo.

V Grafu 15 jsou zaznamenány odpovědi respondentek, zda jim porodní poranění bránilo v péči o rodinu. 11,96 % respondentek v dotazníku uvedlo, že jim problémy s hojením rány v péči o rodinu bránily. 68,48 % žen uvedlo, že jim hojení rány nijak v péči o rodinu nebránilo. 19,57 % respondentek v dotazníku uvedlo, že jim problémy s hojením rány bránily v péči o rodinu pouze někdy.

Z odpovědí respondentek vyplývá, že porodní poranění jim dělalo větší problémy ve vztahu k celé rodině než ke vztahu k novorozenému dítěti. Tento fakt je pochopitelný. Narozené dítě se dostává do popředí zájmu matky a pro matku je nejdůležitější, aby její dítě bylo spokojeno a mělo vše, co má mít. Až na druhém místě se ocitá péče o sebe samu a o rodinu.

Graf 16 znázorňuje odpovědi žen, zda po porodu měly nějaké potíže s močením. 12,5 % respondentek odpovědělo, že se u nich po porodu objevily potíže s vylučováním moče. Většina žen, tedy 87,5 %, žádné potíže s vyprazdňováním moče po porodu neudala. S Grafem 16 souvisí i Graf 17, který se zabývá již konkrétními problémy žen. 48 % respondentek odpovědělo, že se u nich objevily potíže ve smyslu pocitu plného močového měchýře, ale nemožnosti vymočení. 4 % žen, si stěžovala na problém, kdy se vymočila pouze málo a v močovém měchýři zůstalo zbytkové reziduum moče. 32 % žen v dotazníku zmínilo problémy s inkontinencí moče při zvýšené námaze nebo kašli. 4 % respondentek v dotazníku sdělila, že se při močení objevovalo pálení a řezání. 4 % žen popisují, že neměla pocit nucení na močení. Na zánět močového měchýře si v dotazníkovém šetření stěžovala 4 % respondentek.

V Grafu 18 je uvedena doba, po kterou se respondentky s potížemi při močení potýkaly. Potíže s močením respondentky udávaly v rozmezí od 3 hodin do 0,5 roku po porodu. Déle než 0,5 roku neudává potíže s močením žádná z respondentek. S otázkou potíží při močení souvisí i Graf 19, ve kterém jsou znázorněny metody léčby poruch vylučování

moče. Jak Graf 19 uvádí, pro poruchu močení byla léčena 1 respondentka a to cévkováním. Ostatní respondentky léčeny pro poruchu vyprazdňování moče nebyly. Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, ženy po porodu mají různé potíže s vylučováním moče. Bezprostředně po porodu dělá rodičkám největší problém první poporodní močení, následně se přidávají problémy další. V přístupu k rodičce v souvislosti s vylučováním moče je důležité na rodičku s prvním močením nechvátat, umožnit jí soukromí a klidné prostředí. Co se týče poruch močení ve smyslu inkontinence, je zde opět velká úloha porodní asistentky či fyzioterapeutky, poučit ženy o vhodném cvičení po porodu k posílení svalů pánevního dna. Ženy se toto cvičení často učí již v předporodních kurzech. Důležitým úkolem personálu oddělení šestinedělí je, aby rodičky k cvičení motivovaly a podporovaly. Jak uvádí autor Horčička ve svém článku Kvalita života žen s močovou inkontinencí (16), „dochází u žen při močové inkontinenci k pocitům studu a méněcennosti.“ Ženy se vyhýbají sociálním kontaktům, dochází k poruchám v sexuálním i rodinném životě a celkově má inkontinence moče vliv na psychosociální pohodu ženy.

V Grafu 20 jsou znázorněny odpovědi žen, zda jim potíže s močením bránily v péči o novorozence. Z 25 respondentek, které uvedly, že měly po porodu potíže s močením, uvedlo 76 % z nich, že jim potíže s močením nebránily v péči o novorozence. 24 % respondentek uvedlo, že jim potíže s močením bránily v péči o novorozence pouze někdy. Žádná z dotázaných respondentek neuvedla, že by jí potíže s močením bránily v péči o své narozené dítě.

V Grafu 21 jsou znázorněny odpovědi žen, zda jim potíže s močením bránily v péči o rodinu. 92 % residentek potíže s močením v péči o rodinu nebránily. 8 % respondentek uvedlo, že jim potíže s močením někdy v péči o rodinu bránily. Žádná z respondentek neuvedla, že by jí potíže s močením bránily v péči o rodinu.

Graf 22 znázorňuje problémy žen s vyprazdňování stolice. 25 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že se u nich po porodu objevily problémy s vyprazdňováním stolice. 75 % žen uvedlo, že se u nich po porodu neobjevily žádné potíže s vyprazdňováním stolice.

Graf 23 se zabývá již konkrétními problémy žen s vyprazdňováním stolice. 27,5 % respondentek uvedlo, že při vyprazdňování stolice pociťovalo nepříjemnou bolest. 78,4 % respondentek trpělo po porodu zácpou.

S Grafem 23 souvisí i Graf 24, který znázorňuje léčbu žen s poruchami vyprazdňování stolice. Z Grafu 24 vyplývá, že 10 % respondentek bylo pro poruchu vyprazdňování stolice léčeno. 90 % respondentek pro poruchu vyprazdňování stolice léčeno nebylo.

Jak uvádí Graf 24a, byla 1 respondentka léčena podáním klyzmatu. 1 respondentka byla léčena podáním Laktulózy. Glycerinovými čípky byla léčena také jen 1 respondentka. 2 respondentky byly léčeny preparáty na léčbu hemoroidů.

Graf 25 znázorňuje délku potíží s vyprazdňováním stolice. 50 % respondentek uvedlo, že se jejich potíže s vyprazdňováním stolice upravily do 1 týdne. 2 % žen potíže s vyprazdňováním stolice obtěžovaly 10 dní. 2 týdny trvající potíže v dotazníku uvedly 3 respondentky. 4 % respondentek měla potíže s vyprazdňováním stolice 4 týdny. 1 měsíc si stěžovalo na potíže s vyprazdňováním stolice 26 % respondentek. 6 týdnů měla potíže 4 % respondentek. 2 měsíce v dotazníku uvedla 2 % respondentek. 4 % respondentek mělo potíže s vyprazdňováním stolice tři měsíce. 1 respondentka uvedla, že její potíže s vyprazdňováním stolice trvaly 1 rok.

Problémy s vyprazdňováním stolice, ve smyslu zácpy a bolestivosti při defekaci je poměrně častým problémem. Souvisí hlavně s porodním poraněním v oblasti hráze a se vznikem hemoroidů v těhotenství či při porodu. Ženy si často po porodu stěžují na dyskomfort při defekaci z důvodu bolesti v oblasti hráze vlivem sutury rány anebo vlivem vzniku hemoroidů. Často se bojí, že si při defekaci suturu nějakým způsobem poškodí. V tomto případě je na místě podrobná edukace o možnostech boje proti zácpě. Jak uvádí dostupný internetový zdroj (35) „předcházet zácpě znamená pít více tekutin, konzumovat co nejvíce stravy povzbuzující svými zbytky činnost střev, např. ovoce, zeleniny a pokrmů s vysokým obsahem vlákniny.“ Léky proti zácpě by měly ženy používat pouze po poradě s lékařem.

Graf 26 znázorňuje, jak respondentky pociťovaly problémy s vylučováním stolice v péči o novorozence. 86 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že jim problémy

s vyprazdňováním stolice v péči o dítě nebránily. 2 % respondentek uvedlo, že jim potíže s vyprazdňováním stolice v péči o dítě bránily. 12 % respondentek uvedlo, že jim problémy s vyprazdňováním stolice bránily jen někdy.

V Grafu 27 jsou znázorněny vztahy potíží s vyprazdňováním stolice a péčí o rodinu. V dotazníkovém šetření uvedlo 90 % respondetek, že jim problémy s vyprazdňováním stolice nebránily v péči o rodinu. 10 % respondentek uvedlo, že jim potíže s vyprazdňováním stolice někdy v péči o rodinu bránily.

V Grafu 28 jsou znázorněny odpovědi žen, zda své dítě kojily či ne. 95,5 % respondentek uvedlo, že své narozené dítě kojilo. 9 žen, tedy 4,5 % respondentek své dítě z nějakého důvodu nekojilo.

V Grafu 28a je znázorněna délka kojení. 14,7 % respondentek, z celkového počtu kojících žen, v dotazníku uvedlo, že své dítě kojilo do 3 měsíců po porodu. Od 3 do 6 měsíců kojilo 19 respondentek. Délku kojení od 6 do 9 měsíců v dotazníku udalo 58 respondentek. 27 respondentek kojilo své dítě od 9 do 12 měsíců po porodu. 15,1 % respondentek uvedlo, že své dítě kojilo od 1 roka do 1,5 roku. 5,8 % respondentek své dítě kojilo v období od 1,5 roku do 2 let. Z vypočtené křivky normálního rozdělení (Gaussovy křivky) byla určena střední hodnota doby kojení 8,74 měsíce.

V Grafu 29 jsou znázorněny odpovědi žen na otázku, zda se po porodu vyskytly nějaké potíže s kojením. 36,36 % respondentek uvedlo, že ano. 63,64 % žen v dotazníku vyplnilo, že po porodu žádné potíže s kojením nemělo.

V Grafu 30 jsou znázorněny konkrétní problémy žen s kojením dítěte. 50 % žen v dotazníkovém šetření popsalo problémy ve smyslu nedostatku mateřského mléka a nutnosti přikrmování. 26,4 % respondentek si v dotazníku stěžovalo na ragády bradavek a jejich bolestivost. Přes „klobouček“ muselo z důvodu potíží s bradavkami kojit 23,6 % žen. 11,1 % respondentek v dotazníku udalo, že prodělalo zánět prsu. 9,7 % žen trápil nadbytek mateřského mléka a potřeba často odstříkávat. 1,4 % žen si v dotazníku stěžovalo, že dítě nechtělo sát z prsu. 1,4 % respondentek v dotazníku uvedlo, že se mateřské mléko vytvořilo nedostatečně a dítě muselo být přikrmováno umělou výživou. 1,4 % žen v dotazníku uvedlo, že přes velká prsa se dítě nemohlo k prsu chytit. Jak je z Grafu 30 patrné, 26,4 % respondentek si v dotazníku stěžovalo

na ragády bradavek a jejich bolestivost, přitom, jak uvádí internetový zdroj (35) je tento nejčastější problém při kojení zcela zbytečným. Příčinou všech potíží je totiž nesprávná technika kojení. Platí zásada, že kojení nesmí matku bolet, i když někdy u citlivých žen může malý dyskomfort vzniknout. Proto je velice důležitá edukace matek ohledně kojení již v prvních hodinách po porodu a po celou dobu pobytu v nemocnici. Spokojenost matek a dobrá technika kojení je výsledkem ochoty a trpělivosti zdravotnického personálu, který matky v prvních dnech po porodu doprovází a je jim nápomocen.

V Grafu 31 jsou popsány odpovědi žen, zda jim problémy s kojením bránily v kojení svého dítěte. 30,14 % žen v dotazníku uvedlo, že jim problémy s kojením bránily v kojení novorozence. 38,36 % respondentek nepovažovalo problémy při kojení za překážku v kojení svého dítěte. 31,51 % žen v dotazníku uvedlo, že jim občas potíže s kojením bránily své dítě kojit.

Graf 32 znázorňuje problematiku sexuálních potíží po porodu. 32 % ze všech respondentek uvedlo, že po porodu mělo potíže v sexuálním životě. Z toho 6,5 % žen mělo problémy již před porodem. U 25,5 % respondentek se objevily problémy v sexuálním životě až po porodu. 68 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že po porodu žádné sexuální problémy nemají. Jak uvádí internetový zdroj (52), „ačkoli je porod považován za nejhezčí poslání ženy, může se do značné míry negativně podepsat na jejím sexuálním životě. Potvrzuje to rozsáhlá studie, kterou provedl Birminghamský porodnický institut mezi 482 ženami. Výsledky výzkumu odhalily, že téměř třetina britských žen trpí po porodu bolestivou souloží a celá polovina z nich uvedla, že po porodu řešila nejméně jeden problém, který se týkal sexu. Studie dále ukázala, že rodičky opětovně zahajují svůj sexuální život průměrně po osmi týdnech. Extrémní variantou bylo zahájení sexu pouhý týden po porodu, či na druhé straně návrat do milostného života, který trval více než 1 rok.“ Odborníci se shodují, že na to, jak rychle začne být žena opět sexuálně aktivní, má vliv především průběh porodu. Nejrychleji se k sexu vracejí ženy po císařském řezu a nejdéle to naopak trvá matkám, které rodily za pomoci kleští či jiných pomůcek.

Graf 33 popisuje konkrétní sexuální problémy žen po porodu. 63,9 % respondentek uvedlo, že hlavním problémem v sexuálním životě byla bolest při pohlavním styku. 47,5 % žen si po porodu stěžovalo na nízké libido. 9,8 % respondentek po porodu trápilo krvácení při nebo po pohlavním styku. 6,6 % respondentek v dotazníku uvedlo, že jejich sexuálním problémem byl pohlavní styk bez orgasmu.

V Grafu 34 je znázorněna doba trvání sexuálních problémů žen po porodu. 63,3 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že se jejich potíže v sexuálním životě upravily do 0,5 roku po porodu. U 12 respondentek se sexuální potíže upravily od 0,5 roku do 1 roku po porodu. U 5 žen trvaly sexuální problémy 2 roky. Z vypočtené křivky normálního rozdělení (Gaussovy křivky) byla určena střední hodnota doby trvání sexuálních problémů 8,47 měsíce. Jak uvádí internetový zdroj (30), „Navzdory prožitým obavám, nepohodlí a porodní i poporodní bolesti připouští myšlenky na sex v období těsně (hodiny a dny) po porodu téměř 80 % žen. Je však třeba podotknout, že ženy mívají obavy ze zahájení sexuálního života v souvislosti s porodním poraněním a někdy se pozastavují nad tím, jaký dopad bude mít na tuto sféru přítomnost partnera při porodu.

Graf 35 se zabývá vlivem sexuálních potíží na partnerský vztah. 90,16 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že jejich sexuální problémy nijak neovlivnily jejich partnerský vztah. 6,56 % respondentek v dotazníku uvedlo, že vzhledem k sexuálním problémům se oba partneři v partnerském vztahu vzájemně odcizili. U 3,28 % respondentek došlo kvůli sexuálním problémům po porodu k rozpadu partnerského vztahu.

V dotazníkovém šetření byly zmíněny některé problémy, které mohou ženy po porodu sužovat. Z těchto problémů byl vytvořen Graf 36a, který tyto problémy znázorňuje. 33,33 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že jejich hlavním problémem, se kterým se po porodu potýkaly, byla plačtivost. 15,97 % respondentek mělo po porodu pocit, že nic nestíhají. 13,19 % respondentek se po porodu potýkalo s pocity úzkosti. 11,11 % žen v dotazníku uvedlo, že měly po porodu nízké sebevědomí. 9.03 % žen po porodu prožívalo pocity strachu. 5,56 % žen v dotazníku jako problém uvedlo, že nezvládají péči o sebe. 5,56 % respondentek po porodu zažívalo pocity zoufalství

a 3,47 % žen zažívalo pocity beznaděje. 2,08 % respondentek po porodu nejvíce trápilo, že na péči o dítě byly samy. 0,69 % respondentek uvedlo, že nezvládalo péči o dítě. Po porodu dochází k náhlým hormonálním změnám, které silně ovlivňují psychiku ženy. Novopečená maminka je unavená, má problémy sama se sebou a k tomu se její svět zcela změnil příchodem dítěte, za které nyní nese velkou zodpovědnost. Často k tomu přistupují problémy s kojením a obavy či strach z péče o miminko. Může mít pocit, že se o dítě nedokáže postarat a že nezvládne svoji roli. Šestinedělka bývá lehce zranitelná, psychicky labilnější, citlivější, lítostivá a plačtivá bez zjevné příčiny.

V Grafu 37 jsou vyjmenovány osoby, které ženám nejvíce pomohly vypořádat se s výše popsanými problémy. 2 % respondentek v dotazníku označilo partnera za osobu, která jim pomohla zbavit se prožívaných problémů. 19 % respondentek k řešení nikoho nepotřebovala, protože si vše řeší samy. 8 % respondentek nejvíce pomohla rodina. 6 % žen v dotazníkovém šetření uvedlo, že nikoho nemají, tudíž jim nikdo nemohl pomoci. 2 % respondentek nejvíce pomohli rodiče. Stejnému počtu respondentek pomohla v řešení problémů nejvíce matka. 1 % respondentek uvedlo, že jim nejvíce pomohla v řešení problémů sestra.

V Grafu 38 jsou popsány nejčastější problémy, se kterými se potýkaly ženy po propuštění z nemocnice. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 32,4 % respondentek po propuštění z nemocnice nemělo žádné z vyjmenovaných ani jiných potíží. 31,5 % respondentek po příchodu z nemocnice domů nejvíce trápil nedostatek spánku. 14,3 % žen mělo problémy s organizací domácnosti. 5 % žen po porodu dělalo problémy vyřizování na úřadech. 5 % respondentek dělala po propuštění z nemocnice problém péče o sebe samu. 2,9 % respondentek si v dotazníkovém šetření stěžovalo na nedostatek finančních prostředků. 2,5 % respondentek uvedlo, že jim po propuštění z nemocnice dělalo největší problém pečovat o svoji rodinu. 2,1 % žen mělo největší potíže v péči o své narozené dítě. 1,7 % žen v dotazníku uvedlo, že jim po propuštění z nemocnice dělaly největší potíže nákupy. Dvěma respondentkám tedy 0,8 % žen, dělaly největší potíže návštěvy u lékaře. Stejnému počtu respondentek dělaly největší starosti problémy s bydlením. 1 respondentka, tedy 0,4 % žen, že jim po propuštění z nemocnice dělaly největší starosti neshody s partnerem. 1 respondentku nejvíce trápila

únava. Ženy po příchodu z nemocnice mají velice složitou úlohu. Nejen, že musí řešit své zdravotní potíže a psychické problémy, ale musí zvládnout péči dítě, starší děti a celou domácnost. Ne vždy je manžel či partner takovou oporou, že převezme část z těchto povinností na sebe. Často všechny tyto povinnosti nesou ženy pouze na svých bedrech a znamenají pro ně velice náročný fyzický i psychický úkol.

Graf 39 ozřejmuje zdravotní stav dětí dotázaných respondentek. V dotazníkovém šetření se 96 % respondentek, tedy 192 ženám, narodilo zdravé dítě. 4 % žen, tedy 8 respondentkám, se narodilo dítě s nějakými zdravotními problémy. Většina rodičů přijímá narození zdravého dítěte jako samozřejmost, neuvědomují si, jak „křehké“ zdraví je a jak by si zdraví svého dítěte měly vážit. Většinou až když přijde nějaký zdravotní problém, se kterým se u svého dítěte musí potýkat, přehodnotí svůj žebříček hodnot a uvědomí si, že zdraví je pro jejich spokojený život, to nejdůležitější. Pro účely zákona 108/2006 je zdravotní postižení definováno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“ (15) „Rodiče, při narození dítěte se zdravotními problémy, často stojí na počátku velmi dlouhé a náročné cesty, kdy bez ohledu na své vzdělání a kvalifikaci potřebují získat základní informace o druhu a typu zdravotních problémů svého dítěte, o jeho vývoji, o možných stimulacích či používání nejrůznějších metod a postupů. Jakékoliv získávání a zpracování informací je potřebné.“ (1)

Graf 40 se zabývá již konkrétními zdravotními problémy, které děti po porodu postihly. 50 % z celkového počtu 16 žen, které odpověděly, že jejich dítě mělo po porodu nějaké potíže, v dotazníku uvedly, že se jim sice narodilo zdravé dítě, ale zpočátku mělo problémy s termoregulací. 12,5 % žen uvedlo, že jejich dítě mělo po porodu zlomeninu klíční kosti a parézu brachiálního plexu. Stejný počet žen, tedy 12,5 % žen v dotazníku uvedlo, že u jejich dítěte byla zjištěna tříselná kýla. 6,25 % z celkového počtu žen, v dotazníku uvedlo, že se narodil mrtvý plod. 1 respondentka v dotazníku vyplnila, že se jí narodilo dítě s hydrocefalem. 1 respondentce se narodilo dítě, u kterého byla zjištěna vrozená vývojová vada srdce. U dítěte 1 z respondentek byla zjištěna kombinovaná vada. Některé zdravotní problémy dětí dotázaných žen jsou méně závažné, některé jsou závažné velmi. Zdravotní problémy dítěte znamenají pro

matku téměř vždy psychický stres. Jak uvádí internetový zdroj (38)„Zdá se, jako by se zhroutil svět. Úzkost přechází v pocit beznaděje a zoufalství. Tento stav krajní úzkosti trvá u různých lidí různě dlouho. Nelze v něm ovšem žít. Psychika člověka je naštěstí vybavena mechanismy, které mají funkci obranou a ochrannou. Je jich několik typů a přicházejí nám na pomoc více nebo méně výrazně a bouřlivě.“ Pro rodiče jsou v tuto chvíli stěžejní informace o zdravotním stavu dítěte a o prognóze onemocnění. Když rodiče vědí, jaká je podstata postižení dítěte, mohou mu lépe rozumět a lépe pomáhat. A najdou i sami více uspokojení ve svém snažení. V podobné situaci se ocitají i rodiče, kterým dítě zemřelo. Stejně jako u rodičů dětí postižených dochází i u nich k silné touze po zjištění příčin, anebo nalezení viníka.

V Grafu 41 je znázorněn dopad nepříznivého zdravotního stavu dítěte na život respondentek. 73,33 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že onemocnění dítěte nijak jejich život neovlivnilo. 20 % respondentek v dotazníku uvedlo, že vzhledem k onemocnění dítěte, změnilo vztah k sobě, dětem, lidem i životu. 6,67 % respondentek ovlivnilo onemocnění dítěte pouze v tom, že muselo cvičit Vojtovu metodu.

Graf 42 znázorňuje odpovědi žen na otázku, na jaké sociální dávky v těhotenství a po porodu měly nárok. 76,4 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že má nárok na rodičovský příspěvek. 69,3 % respondentek uvedlo, že má nárok na pobírání peněžité pomoci v mateřství. 50,8 % žen v dotazníku odpovědělo, že má nárok na porodné. 24,1 % žen odpovědělo, že má nárok na přídavky na dítě. 2,5 % žen uvedlo, že má nárok na sociální příplatek. 2 % respondentek v dotazníku uvedlo, že má nárok na příspěvek na bydlení. 1 % žen má nárok na slevy na dani. 0,5 % respondentek v dotaníku uvedlo, že má nárok na příspěvky od pojišťovny.

Graf 43 se zabývá informovaností žen o možnostech sociálního zabezpečení v těhotenství a po porodu. 68 % respondentek v dotazníkovém šetření uvedlo, že v období těhotenství a po porodu mělo dostatek informací ohledně sociálních dávek. 32 % žen si naopak myslí, že dostatek informací ohledně sociálních dávek v těhotenství a po porodu nemělo. V zájmu z každé z žen je dostatečná informovanost o sociálním zabezpečení. V dnešní době si mohou ženy informace najít na internetu, informovat se

osobně na pobočkách Okresní správy sociálního zabezpečení či si informace zjistit z médií či tisku. Je zřejmé, že s nedostatkem informací ohledně sociálního zabezpečení v těhotenství a po porodu se potýkají hlavně prvorodičky, které si s novou situací musí poradit.

V Grafu 44 se dozvídáme, kde nejčastěji respondentky získávaly informace ohledně sociálního zabezpečení v těhotenství a po porodu. 31,5 % respondentek získávalo informace o sociálním zabezpečení na internetu. 19,5 % žen dostalo potřebné informace od kamarádky. Na okresní správě sociálního zabezpečení se informovalo 14,5 %. 14 % respondentek podal informace o možnostech sociálního zabezpečení lékař či zdravotní sestra. Rodina poskytla respondentkám informace o sociálním zabezpečení ve 13 %. 3,5 % respondentek dostalo informace o sociálním zabezpečení v době těhotenství a rodičovství ve svém zaměstnání. Z novin a časopisů čerpala 3 % respondentek. 1 % respondentek získalo informace o sociálním zabezpečení v médiích. Z grafu je zřejmé, že dnešní moderní ženy získávají převážnou část informací o sociálním zabezpečení v těhotenství a po porodu z internetu. Internet je v dnešní době tak rozšířen, že velké části žen je dostupný jak doma, tak v zaměstnání. Na druhém místě je získávání informací ohledně sociálního zabezpečení od kamarádky. Kamarádkou je jistě míněna zkušenější kamarádka, která již má alespoň jedno dítě a v sociálním zabezpečení v těhotenství a po porodu se mnohem lépe vyzná a může poskytnout osobní zkušenosti a rady.

Graf 45 přibližuje ekonomickou problematiku žen po porodu. Na nedostatek finančních prostředků pro sebe a svoji rodinu si v dotazníku stěžovalo 23,12 % žen. 76,88 % respondentek bylo se svojí finanční situací po porodu spokojeno. Přítomnost finančních problémů po porodu těsně souvisí s pocitem celkové spokojenosti žen. Přestože se ženě narodilo krásné zdravé dítě, ale ona ví, že jí finanční situace nedovoluje dítěti pořídit věci, které by mu ráda dopřála, vyvolává to v ní pocity méněcennosti a neschopnosti. Do situace, kdy žena nemá dostatečný finanční příjem, se často dostávají ženy samoživitelky, ženy manželů, kteří ztratili práci nebo ženy, které nemají nárok na pobírání peněžité pomoci v mateřství. Nároky na finanční zabezpečení

rodiny má každý trochu jiné, od toho se také odvíjí spokojenost respondentek s finanční situací po porodu.

Graf 46 znázorňuje formu čerpání rodičovského příspěvku respondentkami. Klasické čerpání využívá většina respondentek, tedy 74,75 %. Rychlejší formu čerpání rodičovského příspěvku si zvolilo 15,66 % respondentek. 9,60 % pobírá rodičovský příspěvek v pomalejším čerpání.

Tabulka 6 reflektuje odpovědi respondentek, zda po porodu využily nějakou organizaci zabývající se péčí o matky s dětmi v tísni. Z celkového počtu 200 respondentek nevyužila takovou organizaci žádná z respondentek. V jižních Čechách se touto sociální službou zabývá převážně Charita ČR. Podmínky poskytování sociálních služeb v azylovém domě jsou upraveny v zákoně 108/2006 Sb.(49) Zákon dále uvádí: „Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v azylových domech se zajišťují v rozsahu těchto úkonů: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ Při práci porodní asistentky se občas setkávám se ženami, které využívají služeb azylového domu. Převážně dojíždí na gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Písek, a.s. z Charitního domova sv. Alžběty pro matky s dětmi ve Veselíčku.

6. ZÁVĚR

Dnešní doba poskytuje rodičkám mnohé možnosti. Mohou si svobodně vybrat gynekologa, který o ně bude celé těhotenství pečovat a mohou si zvolit i nemocnici, ve které budou chtít přivést na svět svého potomka. Rodička si v dnešní době může celý svůj porod naplánovat a podle plánu i uskutečnit. Je na její svobodné vůli, zda bude mít při porodu přítomnu blízkou osobu v podobě partnera, duly, kamarádky nebo maminky a může se spolupodílet i na rozhodování o vedení svého porodu. Co ale ovlivnit nemůže, je samotný průběh porodu a komplikace, které se při porodu mohou objevit. Porod je pro rodičku i personál porodního sálu jednou velkou neznámou v tom smyslu, že nikdo z nich nemůže s určitostí říct, jak dlouho bude porod trvat, jak ho samotná rodička bude prožívat a zda nenastanou nějaké nenadálé komplikace. Komplikace, které se při porodu mohou objevit, mohou poznamenat rodičku, její dítě i celou rodinu do konce života.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaké prožívají ženy po komplikovaných porodech zdravotní, psychické a sociální problémy a tyto problémy srovnat s problémy žen po fyziologických porodech. Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit, které komplikované porody se vyskytují v Nemocnici Písek, a.s. nejčastěji. Pro svůj výzkum jsem si vybrala Nemocnici Písek, a.s., protože zde s rodičkami pracuji a dotazníky jsem jim mohla osobně rozdávat. Cíl mé diplomové práce byl splněn. Pro dosažení cíle bylo stanoveno několik hypotéz.

HYPOTÉZA 1: Ženám po komplikovaných porodech se hojí porodní poranění per secundam. Hypotézu se dotazníkovým šetřením a následným statistickým vyhodnocením **podařilo** potvrdit. Ženám po komplikovaných porodech se porodní poranění hojí per secundam častěji než ženám po fyziologických porodech.

HYPOTÉZA 2: Ženy po komplikovaných porodech mají pocit, že nezvládnou péči o svoji rodinu. Hypotézu se dotazníkovým šetřením a následným statistickým vyhodnocením **nepodařilo** potvrdit. Pocit žen, že nezvládnou péči o svoji rodinu, nijak nekoreluje s přítomností komplikovaného porodu. Tato obava žen se objevuje v obou případech, u porodů fyziologických i u porodů komplikovaných.

HYPOTÉZA 3: Ženy samoživitelky po komplikovaných porodech mají problémy s ekonomickým zajištěním rodiny. Hypotézu se dotazníkovým šetřením a následným statistickým vyhodnocením **nepodařilo** potvrdit. Ženy samoživitelky po komplikovaných porodech nemají větší ekonomické problémy než ostatní ženy.

HYPOTÉZA 4: Ženy po komplikovaných porodech nemají dostatek informací o sociálním zabezpečení. Hypotézu se dotazníkovým šetřením a následným statistickým vyhodnocením **nepodařilo** potvrdit. Ve statistickém vyhodnocení se ukázalo, že informovanost žen o sociálním zabezpečení nekoreluje s přítomností komplikací při porodu.

HYPOTÉZA 5: Ženy po komplikovaných porodech mají více problémů než ženy po fyziologických porodech. Hypotézu se dotazníkovým šetřením a následným statistickým vyhodnocením **nepodařilo** potvrdit. V této hypotéze byly porovnány zdravotní, psychické i sociální problémy žen po komplikovaném porodu s ženami po fyziologickém porodu. Statistickým vyhodnocením bylo zjištěno, že u těchto dvou skupin není statisticky prokazatelný rozdíl v problémech žen po porodu.

HYPOTÉZA 6: Ve vybrané lokalitě jsou na prvním místě komplikovaných porodů zastoupeny císařské řezy. Hypotézu se na základě získaných statistických údajů z gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Písek, a.s. **podařilo** potvrdit.

Diplomovou práci bych chtěla využít pro svoji práci porodní asistentky. Se ženami po porodu jsem v denním kontaktu a vím, že každá z nich je osobností, která prožívá své individuální pocity, emoce, starosti a obavy. Proto je, podle mého názoru, tak důležité k ženě přistupovat individuálně, citlivě a profesionálně. Diplomová práce mi může pomoci rozšířit si povědomí o možných komplikacích po porodu, které ženám mohou činit velké obtíže a mohou ovlivňovat nejen je samotné, ale celou jejich rodinu. Díky diplomové práci jim budu moci poskytnout bližší informace o zdravotních, psychických i sociálních aspektech porodu a zvláště porodu komplikovaném. Diplomová práce může v neposlední řadě sloužit i studentům ZSF jako studijní materiál.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1) *Alfabet.cz* [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: http://www.alfabet.cz:7783/portal/page?_pageid=36,1,36_32442&_dad=portal&_schema=PORTAL&Id=3&Action=2&StartPg=1
2) BAŤOVÁ, J. Ošetřovatelská péče o nedonošeného novorozence. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 3, s. 54 – 55.
3) BINDER, T. Psychologické a medicínské aspekty porodu mrtvého plodu. *Praktická Gynekologie*, 2007, roč.7, č. 11, s. 61 – 64.
4) ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. Psychologické aspekty císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví – časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, Císařský řez,* 2008, roč. 17, č. 1, s. 79 – 84.
5) *Český statistický úřad* [online]. 14.12.2006 [cit. 2009-04-17]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4008-06
6) *Dáma.cz* [online]. 20-07-2004 [cit. 2009-04-10]. Dostupné z: http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=4223
7) *Demografie* [online]. 15.4.2008 [cit. 2009-04-14]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=546
8) *Fakultní nemocnice Olomouc – výukový program* [online]. [cit. 2009-04-05]. Dostupné z: http://public.fnol.cz/www/2chir/medici/Koloproktologie/index.htmlhttp://public. fnol.cz/www/2chir/medici/Koloproktologie/index.html
9) *Fórum zdraví* [online]. 5.11.2008 [cit. 2009-04-01]. Dostupné z: http://www.forumzdravi.cz/clanek-234-myofeedback-specializovana-lecba-inkontinence-stolice-a-moci
10) FRANTÁLOVÁ, D. Inkontinencí trpí i vrcholové sportovkyně. *Sestra – Inkontinence*, 2007, roč. 17, č. 9, s. 4, ISSN 1210-0404.
11) FRYJAUFOVÁ, E. *Mateřská a rodičovská dovolená v otázkách a odpovědích.* První vydání. Brno: Computer Press, a.s., 2007. 111 s. ISBN 978-80-251-1454-4.
12) GOLDBERG, J., SULTANA, C. Prevence poranění perinea v průběhu porodu. *Gynekologie po promoci*, 2004, roč. 4, č. 6, s. 12. ISSN 1213-2578.

13) HÁJEK, Zdeněk a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. První vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
14) HANUŠČÁKOVÁ, P. Péče o nezralého novorozence. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 10, s. 52 – 53.
15) *Havit s.r.o* [online]. 1.1.2009 [cit. 2009-04-18]. Dostupné z: http://business.center.cz/business/pravo/zakony/
16) HORČIČKA, L. Kvalita života žen s močovou inkontinencí, *Moderní babictví*, 2006, roč. 4, č. 9, s. 6 – 12, ISSN 1214-5572.
17) KLEVETOVÁ, D. Důsledky inkontinence na psychosociální prožívání, *Sociální péče, odborný časopis pracovníků sociálních služeb*, 2008, roč. 3, s. 34 – 36, ISSN 1213-2330.
18) KLÍMOVÁ, H. Jak přežít strach o život dítěte. *Psychologie dnes*, 2007, roč. 14, č. 11, s. 34 – 38.
19) KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. První vydání. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
20) *Krajská centra primární péče* [online]. 3.2.2009 [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_27935.html
21) KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř.* Praha: Maxdorf, 2007. 148 s. ISBN 978-80-7345-125-7.
22) LANGO, M., HANKINS, G. Obrat plodu zevními hmaty. *Gynekologie po promoci*, 2007, roč. 7, č. 5, s. 54. ISSN 1213-2578.
23) LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* První české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
24) LOCHMAN, P. Poruchy funkce dolních cest močových u žen. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 3, s. 28, ISSN 1210-0404.
25) LOCKWOOD, CH. Jak můžeme lépe identifikovat rizikový porod. *Gynekologie po promoci*, 2007, roč. 7, č. 3, s. 10. ISSN 1213-2578.
26) MARTAN, Alois a kol. *Inkontinence moči u žen.* Druhé vydání. Praha: Maxdorf, 2006. 83 s. ISBN 80-7345-094-1.

27) MARTIUS, Gerhard a kol. *Gynekologie a porodnictví.* Martin: Osveta. 1997. 648 s. ISBN 80-88824-56-7.
28) *MeDitorial* [online]. 09-2006 [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: http://www.porodnici.cz
29) *Medicaltribune.cz* [online]. 15.6.2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupné z http://www.tribune.cz/archiv/ gpp/8/168
30) *Mladážena.cz* [online]. 15.1.2008 [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: http://www.mladazena.cz/scripts/detail.php?id=346932
31) MPSV ODBOR 21, *Integrovaný portál MPSV* [online]. 1.1.2009 [cit. 2009-04-17]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/porodne
32) *Novinky.cz (on-line magazín deníku Právo & Seznam.cz)* [online]. 7.2.2006 [cit. 2009-04-17]. Dostupné z: http://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/76780-v-kolika-letech-je-nejlepsi-mitdite.html
33) PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu.* První vydání. Praha: Galén. 2005. 425 s. ISBN 80-7262-321-4.
34) PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti. Český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím až do dvou let dítěte.* Třetí vydání. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.
35) *Porodnice.cz* [online].[cit. 2009-04-20]. Dostupné z: http://www.porodnice.cz/node/34618
36) RATISLAVOVÁ, K. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babictví – odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*, 2008, roč. 6, č. 16, s. 26 – 30.
37) *Rodičem v Šumperku* [online]. 6.5.2009 [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: http://www.rodicem.cz/clanky/alarmujici-narust-cisarskych-rezu-v-porodnictvi-vyspelych-zemi/
38) *RonyWeb.cz* [online]. 15.4.2007 [cit. 2009-04-14]. Dostupné z: http://www.nasedetatko.com/
39) ROZTOČIL, Aleš a kol. *Porodnictví.* První vydání. Brno: Vydavatelství Idvpz v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2 333.

40) ROZTOČIL, A. Šestinedělí. *Moderní babictví* [online]. 2004, roč. 2, č. 3 [cit.2003-03-18]. Dostupné z: http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php

41) ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. První vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

42) *Sagit* [online]. 14.3.2006 [cit. 2009-04-17]. Dostupné z: http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r

43) SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny.* Druhé přepracované vydání. Praha: Portál, 2007. 219 s. ISBN 978-80-7367-250-8.

44) STENCHEVER, A., LENTZ, M. Sexuální dysfunkce: problém obou partnerů. *Gynekologie po promoci*, 2005, roč. 5, č. 1, s. 58 – 68. ISSN 1213-2578.

45) ŠOTTNER, O. Inkontinence – omyly a pravda. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 7 - 8, s. 44. ISSN 1210-0404.

46) TAUTOVÁ, V. *Babyonline* [online]. 2009 [cit. 2009-04-17]. Dostupné z: http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/materska-dovolena.html

47) TYLL, R. *Inkontinence moči u žen.* Konference: Problematika inkontinence u žen. Nemocnice Písek. 16.11.2006

48) *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: *http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name= novorozen &region=100&kind=1*

49) *Zákon 108/2006* [online]. [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm

50) ZÁMEČNÍK, L., DVOŘÁČEK, J. Ženská sexuální dysfunkce. *Urologie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 2, s. 64 – 66. ISSN 1803-5299.

51) *Zdravcentra.sk* [online]. 13.8.2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: https://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141_26708.html

52) *Zdraví.idnes.cz* [online]. 22.3.2008 [cit. 2009-04-20]. Dostupné z: http://zdravi.idnes.cz/vase-telo.asp?c=A070321_123903_sexualita_bad

53) ŽENÍŠKOVÁ, M. *Nemocenské pojištění.* Sedmé aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, spol.s.r.o, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7263-436

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Císařský řez

Epiziotomie

Inkontinence

Klešťový porod

Porod

Předčasný porod

Sexuální dysfunkce

Sociálně právní ochrana žen

Osamělá žena

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Seznam azylových domů pro ženy a děti v ČR

Příloha 1

Dotazník

Vážená paní, slečno,

jmenuji se Jitka Kaiferová a jsem studentkou Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích obor rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby – navazující magisterské studium. Pro svoji diplomovou práci s názvem **Zdravotně sociální dopady u žen po komplikovaných porodech** jsem vytvořila anonymní dotazník, který Vám nyní předkládám. Žádám Vás o jeho vyplnění a ujišťuji Vás, že získané údaje budou použity pouze pro účely diplomové práce.

Velice Vám děkuji za spolupráci.

Bc. Jitka Kaiferová

1. Kolik je Vám let?

a) 18 – 25
b) 26 – 33
c) 34 – 40
d) > 40

2. Jaký je Váš rodinný stav?

a) vdaná
b) svobodná
c) rozvedená
d) vdova

3. Pokolikáté jste rodila?

a) poprvé
b) podruhé
c) potřetí
d) počtvrté
e) popáté a více

4. Bydlíte:

a) v bytovém domě
b) v rodinném domě
c) na ubytovně
d) na statku
e) v azylovém domě
f) jiné: doplňte:…….

5. Žijete ve společné domácnosti: (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

a) sama
b) s dítětem/více dětmi
c) s manželem/druhem
d) s rodiči

e) se sourozencem/sourozenci
f) s příbuznými
g) s kamarádkou/kamarádem

6. Kdo z Vašich blízkých byl přítomen u porodu?
a) manžel/druh
b) maminka
c) sestra
d) kamarádka
e) nikdo
f) někdo jiný: doplňte:……

7. V jakém týdnu těhotenství jste rodila?
Doplňte:……

8. Jak dlouhá doba uběhla od Vašeho porodu?
Doplňte:……

9. Jaký byl Váš porod?
a) Spontánní porod hlavičkou
b) Císařský řez: 1) předem naplánovaný
2) akutní (neplánovaný, rozhodlo se o něm v průběhu porodu)
c) Klešťový porod
d) Spontánní porod koncem pánevním
e) Spontánní porod dvojčat

10. Objevily se při porodu nějaké komplikace?
a) ano, prosím upřesněte:
- velké krvácení, musela jsem dostat transfúzi /krev/
- zadržená placenta /lékař mě musel uspat a v narkóze placentu vyndat/
- velké krvácení, lékaři mi museli odstranit
- dítě nemělo dostatek kyslíku, musel se udělat akutní císařský řez
- jiné, uveďte, prosím……..

b) ne

11. Měla jste nějaké porodní poranění? (Poranění v souvislosti s porodem)
a) ano, prosím upřesněte: - nástřih hráze
- poranění v pochvě
- poranění děložního čípku
- řez na břiše po císařském řezu
- jiné: doplňte, prosím……

b) ne

(Ženy, které neměly při porodu žádné poranění, pokračují otázkou č. 14)

12. Pokud jste měla nějaké poranění, jak se Vám toto poranění hojilo?
a) bez problémů
b) hojilo se dobře, ale hodně to bolelo
c) hojilo se špatně, ale neměla jsem infekci v ráněd) hojilo se špatně, měla jsem infekci v ráně

e) hojilo se špatně, měla jsem v ráně hematom (krevní výron)
f) jiné: doplňte:…….

13. Jak dlouho se Vám porodní poranění hojilo?

a) do 1 týdne
b) 2 týdny
c) 3 týdny
d) jiné: doplňte, prosím……

14. Bránily vám problémy s hojením rány v péči o vaše narozené dítě?

a) ano
b) ne
c) někdy

15. Bránily vám problémy s hojením rány v péči o vaši rodinu?

a) ano
b) ne
c) někdy

16. Měla jste po porodu potíže s vyprazdňováním moče?

a) ano
b) ne

(Ženy, které odpověděly ne, pokračují otázkou č. 20)

17. Jaké z uvedených potíží jste měla?

a) měla jsem pocit plného močového měchýře, ale nemohla jsem se vymočit
b) vymočila jsem se málo a zbytek moči zůstával v močovém měchýři
c) neudržela jsem moč, sama mi odtékala při kašli nebo při zvýšené námaze
d) neudržela jsem moč, odtékala stále
e) při močení jsem pociťovala nepříjemné pálení a řezání
f) jiné: doplňte:……

18. Jak dlouho po porodu jste tyto potíže měla?

Doplňte, prosím:……

19. Byla jste léčena pro poruchy vyprazdňování moče?

a) ano, uveďte, prosím, jak:……
b) ne

20. Bránily vám problémy s močením v péči o novorozence?

a) ano
b) ne
c) někdy

21. Bránily vám problémy s močením v péči o rodinu?

a) ano
b) ne
c) někdy

22. Měla jste po porodu potíže s vyprazdňováním stolice?

a) ano
b) ne

(Ženy, které odpověděly ne, pokračují otázkou č. 26)

23. Jaké z uvedených potíží jste měla?

a) při vyprazdňování stolice jsem pociťovala nepříjemnou bolest
b) trpěla jsem zácpou
c) neudržela jsem stolici, sama mi odcházela při kašli nebo při zvýšené námaze
d) neudržela jsem stolici, odcházela stále
e) jiné: doplňte:……

24. Byla jste léčena pro poruchy vyprazdňování stolice?

a) ano, uveďte, prosím, jak:……
b) ne

25. Jak dlouho po porodu jste měla problémy s vyprazdňováním stolice?

Doplňte, prosím:……

26. Bránily vám problémy s vyprazdňováním stolice v péči o vaše narozené dítě?

a) ano
b) ne
c) někdy

27. Bránily vám problémy s vyprazdňováním stolice v péči o vaši rodinu?

a) ano
b) ne
c) někdy

28. Kojila jste vaše narozené dítě?

a) ano, uveďte, prosím, jak dlouho……
b) ne

29. Měla jste po porodu potíže s kojením?

a) ano
b) ne

(Ženy, které odpověděly ne, pokračují otázkou č. 30)

30. Jaké z uvedených potíží jste měla? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a) měla jsem nadbytek mléka, musela jsem často odstříkávat
b) měla jsem nedostatek mléka, musela jsem přikrmovat
c) mléko se mi neudělalo, plně jsem krmila umělou výživou
d) kojila jsem přes klobouček
e) měla jsem trhlinky na bradavkách
f) měla jsem zánět prsu
g) jiné: doplňte:……

31. Bránily vám tyto problémy v kojení vašeho dítěte?

a) ano

b) ne
c) někdy

32. Měla jste po porodu problémy v sexuálním životě?
a) ano, potíže se objevily až po porodu
b) ano, ale potíže jsem měla už i před porodem
c) ne
(Ženy, které odpověděly ne, pokračují otázkou č. 34)

33. Které z uvedených potíží jste měla? (můžete zaškrtnout i více odpovědí)
a) bolest při pohlavním styku
b) nízké libido (malá chuť na sex)
c) krvácení při nebo po pohlavním styku
d) pohlavní styk bez orgasmu
e) jiné, doplňte, prosím:……

34. Jak dlouho vaše sexuální problémy trvaly?
Uveďte, prosím:……

35. Jak ovlivnily potíže v sexuálním životě váš partnerský vztah
a) nijak, náš život se nezměnil
b) problémy se sexem nás vzájemně odcizily
c) s partnerem jsme se rozešli
d) partner si našel jinou partnerku
e) jiné, prosím, uveďte:……

36. Zažívala jste po porodu některé z níže vyjmenovaných problémů?
(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):
a) ano: a) nezvládala jsem péči o sebe
b) nezvládala jsem péči o dítě
c) měla jsem pocity úzkosti
d) trpěla jsem beznadějí
e) měla jsem nízké sebevědomí
f) byla jsem zoufalá
g) byla jsem plačtivá
h) nechtělo se mi komunikovat s ošetřujícím personálem
ch) měla jsem strach
i) nic jsem nestíhala
j) neměla jsem kde bydlet
k) byla jsem na péči o dítě úplně sama
l) jiné: doplňte:……
b) ne
(Ženy, které odpověděly ne, pokračují otázkou č. 36)

37. Kdo Vám pomáhal zbavit se těchto problémů?
a) nikdo, nikoho jsem neměla
b) nikdo, vše si řeším sama
c) matka
d) partner

e) sestra
f) jiné: doplňte:……

38. Co vám po propuštění z porodnice dělalo největší potíže?

a) neměla jsem žádné potíže
b) péče o rodinu
c) péče o sebe
d) péče o dítě
e) nedostatek spánku
f) nedostatek finančních prostředků
g) problémy s bydlením
h)organizace domácnosti
ch) nákupy
i)vyřizování na úřadech
j) návštěvy lékaře
k) jiné: doplňte:……

39. Narodilo se Vám zdravé dítě?

a) ano
b) ne

(Ženy, které odpověděly ano, pokračují otázkou č. 40)

40. Jaké mělo Vaše dítě po porodu potíže?

Uveďte, prosím:……..……
……

41. Jakým způsobem ovlivnilo onemocnění dítěte Váš život? (partnerský, pracovní…)

Uveďte, prosím:……
……

42. Na jaké sociální dávky v těhotenství a po porodu máte nárok?

Uveďte, prosím:……..……
……

43. Myslíte si, že jste měla v těhotenství a po porodu dostatek informací ohledně sociálních dávek v těhotenství a po porodu?

a) ano
b) ne

44. Kde jste získávala informace o sociálních dávkách?

a) internet
b) kamarád/ka
c) rodina
d) lékař, zdravotní sestra
e) jiné, prosím uveďte……

45. Měla jste po porodu pocit finanční tísně? Nedostatku peněz pro sebe a svoji rodinu?

a) ano
b) ne

46. V jaké výměře čerpáte rodičovskou dovolenou?

a) rychlejší čerpání – ve zvýšené výměře (11 400Kč) do 24 měsíců věku dítěte
b) klasické čerpání – po PPM v základní výměře (7 600Kč) do 36 měsíců věku dítěte
c) pomalejší čerpání – od narození dítěte v základní výměře (7 600) do 21 měsíců věku dítěte a dále ve snížené výměře (3 800Kč) do 48 měsíců věku dítěte
d) jiné, uveďte, prosím……

47. Využila jste po porodu služeb nějaké organizace zabývající se péčí o matky s dětmi v tísni?

a) Ano: a) azylový dům
b) sociální byty
c) dům na půl cesty
d) jiné……

b) Ne

Příloha 2

Azylové domy pro matky s dětmi v tísni

Azylový dům pro matky s dětmi v tísni Břeclav

Komenského 6

690 02 Břeclav – Poštorná

tel. 519 331 455

Centrum pro matku a dítě Blansko

Sladkovského 2 b

678 01 Blansko

tel. 516411400

e-mail: ochbkcentrum@raz-dva.cz

Domov pro matky v tísni Boskovice

Kpt. Jaroše 28

680 01 Boskovice

tel. 516 452 943, email: ochbkcentrum@quick.cz

Domov pro matky v tísni Hodonín

Dukelských hrdinů 57

695 01 Hodonín

tel.: 518 321 497

e-mail: dmt.hodonin@caritas.cz

web: www.hodonin.caritas.cz

Domov pro matky Třebíč

Manž. Curieových 604

674 01 Třebíč

tel. 568 828 766

e-mail: dmt.trebic@caritas.cz

Domov pro matky v tísni Znojmo

Mašovická 10

669 02 Znojmo-Hradiště

tel. 515 220 755

Domov sv. Markéty pro matky s dětmi v tísni Brno

Staňkova 47

612 00 Brno

tel. 541 240 087-8 (tel vedoucí: 541 240 088)

fax: 541240089

e-mail: dsm@charitabrno.cz

Adra - Azylový dům Dolní Brána

Dolní Brána 57

741 01 Nový Jičín

Azylový dům Kladno, o.p.s.

Josefa Hory 1971, 272 01 Kladno

IČO: 26115841

fax: +420 312 245 213

e-mail: azylovydumkladno@seznam.cz

tel: +420 312 247 016 (24hodin), +420 312 245 213

www.azylovydumkladno.wz.cz

Azylový dům pro matky s dětmi

Seifertova 689/7, Jeseník 790 01

Azylový dům pro matky s dětmi

Jasmínová 2904/35 Praha 10, 106 00

http://www.ckpp10.eu/azylovydum.htm

Azylový dům

Bohnická 32/3 Praha 8, 181 00

+420 283 851 547, +420 283 850 113

+420 603 297 833

kolping@kolpingpraha.cz

http://www.kolpingpraha.cz

Azylový dům pro rodiny s dětmi

Komenského 73

38421 Husinec

tel.: +420 388 33 12 74 ;+420723981614

mail: az.rybka@iol.cz

http://www.rybka-az.cz/

Azylový dům pro matky s dětmi – Otevřené srdce

Žilinská 216, 141 00 Praha 4

tel/fax : 272766694

e-mail : azylovy.dum@seznam.cz

http://azylovydum.sweb.cz/

Azylový dům pro matky s dětmi

Sokolov, Fibichova 852

http://www.nadejeprozivot.cz/co-nabizime.html#azylovy_dum

Farní charita Veselíčko

Domov sv. Alžběty pro matku a dítě

398 42 Veselíčko 22

Tel.: 382 589 108

E-mail:domov@azyldumveselicko.cz

Azylový dům

Žerotínova 9, České Budějovice

387 314 933

Azylový dům Filia

Nerudova 7, České Budějovice

387 427 168

Azylový dům

Budovatelská 613, Strakonice

383 323 639

Azylový dům pro matky s dětmi

Plešivecké náměstí 75, Český Krumlov

721 703 013

Azylový dům pro ženy a matky s dětmi

Vídeňská 2761, Tábor

381 271 109

Domov pro matku a dítě

Políkno 47, J.Hradec

384 326 320

Domov sv. Alžběty pro matku a dítě

Veselíčko 22

382 589 108

FOD Azylový dům Jeníčkova Lhota

Jeníčkova Lhota 42, p. Chotoviny

381 276 547, 724 667 619, 724 567 502

Charitní domov sv. Dominika Savia pro matky s dětmi

Slunečná 1135, Prachatice

388 310 274

Krizové centrum pro matku a dítě v Kostelci

385 725 063, 602 148 876