

Univerzita Hradec Králové
Přírodovědecká fakulta
Katedra biologie

**Anatomické a fyziologické změny těla ženy
po porodu prvního dítěte v Pardubickém kraji**

Diplomová práce

Autor: Šárka Moravcová
Studijní program: N1501 - Biologie
Studijní obor: Učitelství biologie pro střední školy
Učitelství pro 2. stupeň ZŠ – francouzský jazyk a literatura
Vedoucí práce: RNDr. Michal Hruška

Hradec Králové

červenec 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem v seznamu použité literatury uvedla všechny prameny, z kterých jsem vycházela.

V Hradci Králové dne 14. července 2016

Šárka Moravcová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce, panu RNDr. Michalu Hruškovi, za pomoc při tvorbě této práce a za konzultace, které mi byly poskytnuty. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi vyplnili dotazníky. Také děkuji své rodině za poskytnutou pomoc a podporu.

Anotace

MORAVCOVÁ, Š. *Anatomické a fyziologické změny těla ženy po porodu prvního dítěte v Pardubickém kraji*. Hradec Králové, 2016. Diplomová práce na přírodovědecké fakultě Univerzity Hradec Králové. Vedoucí diplomové práce RNDr. Michal Hruška. 83 s.

Diplomová práce se zabývá některými anatomickými a fyziologickými změnami těla ženy po porodu prvního dítěte. První část práce představuje teoretické vymezení zkoumané problematiky. Seznamuje čtenáře s příčinou vzniku těchto změn. Okrajově se práce zabývá i obdobím těhotenství, porodu a duševním zdravím ženy po porodu. Druhá, praktická část, sleduje rozdíly výskytu těchto změn u jednotlivých věkových kategorií prvorodiček.

Klíčová slova

těhotenství, tělo, změny, porod, první dítě

Annotation

MORAVCOVÁ, Š. *Anatomical and physiological changes in a woman's body after giving birth to first child in region of Pardubice*. Hradec Králové, 2016. Diploma Thesis at Faculty of Science University of Hradec Králové. Supervisor RNDr. Michal Hruška. 83 p.

Diploma Thesis is focused on some anatomical and physiological changes in a woman's body after giving birth to first child. The first part of the thesis presents a theoretical definition of researched issue. It introduces to readers the causes of these changes. Marginally the thesis deals with the period of pregnancy, childbirth and mental health of woman after childbirth. The second practical part follows differences in the incidence of these changes at various ages of primiparas.

Keywords

pregnancy, body, changes, delivery, first child

Obsah

1 ÚVOD	7
2 TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ	9
2.2 OPTIMÁLNÍ VĚK PRO PRVNÍ TĚHOTENSTVÍ	9
2.2.1 Průměrný věk prvorodiček	9
2.2.2 Pozdní mateřství	10
2.2.3 Rizika pozdního těhotenství	11
2.3 POČETÍ DÍTĚTE	11
2.3.1 Přirozené početí	11
2.3.2 Asistovaná reprodukce	11
2.4 RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ	12
2.4.1 Rizikové faktory provázející těhotenství	12
2.5 PŘIROZENÝ POROD A JEHO PRŮBĚH	15
2.5.1 Doba trvání porodu	15
2.5.2 První doba porodní	15
2.5.3 Druhá doba porodní	15
2.5.4 Třetí doba porodní	16
2.5.5 Porodní komplikace	16
2.5.6 Porod v domácím prostředí	18
2.6 PORODNICKÉ OPERACE	19
2.6.1 Epizotomie	19
2.6.2 Porod císařským řezem	19
2.6.3 Klešťový porod	21
2.6.4 Vakuumextrakce	21
2.7 ZMĚNY V ORGANISMU TĚHOTNÉ ŽENY	22
2.7.1 Změny na prsou	22
2.7.2 Strie (pajizévky)	23
2.7.3 Křečové žíly	23
2.7.4 Melasma	24

2.7.5 Kvalita vlasů	24
2.7.6 Přírůstek váhy v průběhu těhotenství	25
2.7.7 Kazivost zubů v těhotenství	26
2.7.8 Těhotenská gingivitida	26
2.7.9 Problémy s inkontinencí	27
2.7.10 Změny zakřivení páteře v těhotenství	27
2.7.11 Změny velikosti a struktury nohy	28
2.8 PSYCHIKA ŽENY PO PORODU	30
2.8.1 Poporodní blues (poporodní smutek)	30
2.8.2 Poporodní deprese	31
2.8.3 Poporodní (laktační) psychóza	32
3 PRAKTICKÁ ČÁST	33
3.1 METODIKA	33
3.1.1 Výzkumný postup	33
3.1.2 Tvorba dotazníku	33
3.2 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	35
3.2.1 Úvodní šetření a průběh těhotenství	35
3.2.2 Porod a jeho průběh	39
3.2.3 Anatomické a fyziologické změny	45
3.2.4 Duševní zdraví po porodu	63
3.3 SHRNUTÍ HLAVNÍCH VÝSLEDKŮ	64
4 DISKUSE	66
5 ZÁVĚR	72
6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
6.1 Knižní zdroje	74
6.2 Internetové zdroje	76
6.3 Internetové zdroje obrázků	77
7 PŘÍLOHY	78

1 Úvod

Těhotenství je označováno jako jedno z nejkrásnějších období v životě ženy. Jeho průběh je provázen řadou změn, na které se tělo ženy postupně adaptuje. S tím je spojené i emoční ladění těhotné. Některé dny se žena cítí maximálně šťastná. Raduje se z rostoucího plodu a každého pohybu svého miminka. Jsou ale okamžiky, kdy s sebou těhotenství přináší i negativní myšlení. Zejména v posledních měsících těhotenství si žena může připadat neatraktivně, protože její tělo už vůbec nevypadá tak jako před otěhotněním.

Práce se zaměřuje na některé anatomické a fyziologické změny těla ženy, které vznikají v průběhu těhotenství a jejichž výskyt může po porodu po určitou dobu přetrvávat nebo trvale zůstat. Okrajově se práce zabývá otěhotněním, obdobím předporodním a porodním. Část jejího obsahu je věnována i psychické stránce poporodního období žen.

Inspiraci pro volbu tématu diplomové práce mi poskytl článek, ve kterém šest žen odlišného věku, žijících v Anglii, popisovalo, jakým způsobem se první těhotenství podepsalo na jejich těle. Řekla jsem si, že by bylo zajímavé provést podobný výzkum u většího množství žen v České republice.

Téma práce jsem si zvolila proto, abych tuto problematiku přiblížila nejen sobě jako budoucí matce, ale i ostatním ženám, které plánují své první těhotenství. Myslím si, že každá žena chce vědět, jak těhotenství probíhá a co od něho může očekávat. Některé ženy se v momentě, kdy zjistí, že v nich roste nový život, obrací na své maminky, dobré přítelkyně nebo knihy, aby jim o tomto období poskytly co nejvíce informací.

Práce je sepsána na základě vlastních zkušeností pět seti prvorodiček ve věku od 20 do 33 let. Každá budoucí maminka se při nahlédnutí do obsahu práce může přímo seznámit s výsledky své věkové kategorie. Tuto možnost žádná kniha o těhotenství nenabízí.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Na základě teoretické části jsem sestavila dotazník, jehož analýza je hlavní náplní praktické části diplomové práce. Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila dotazníkové šetření, a to hlavně proto, že je díky němu možné oslovit velký počet respondentů za relativně krátký čas.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda odlišný věk prvorodiček ovlivňuje výskyt sledovaných změn na jejich těle. Tento cíl byl zvolen záměrně z toho důvodu, že v České republice dochází každoročně k navýšení průměrného věku prvorodiček. Dalším cílem práce bylo zjistit, zda tvrzení, nalezená v literárních zdrojích, budou korespondovat s výsledky dotazníkového šetření.

O průběhu těhotenství, porodu a době poporodní lze nalézt spoustu odlišných informací, zejména co se číselných údajů týče. Vypracováním diplomové práce jsem se snažila na tuto problematiku poskytnout jednotný náhled.

2 Teoretická část

2.1 Plánované rodičovství

Při plánovaném těhotenství se partnerský pár snaží, aby žena otěhotněla a porodila dítě v době, kterou nastávající rodiče považují z nejrůznějších důvodů za nejvhodnější (Macků a Macková 1998).

Plánované rodičovství může mít pozitivní nebo negativní charakter:

- Pokud se partnerský pár cíleně pokouší o otěhotnění, jedná se o **pozitivní plánované rodičovství** (Pařízek 2008). Na úrovni zdravotnictví do této kategorie spadá i péče o páry, které nemohou mít dítě z důvodu neplodnosti (Macků a Macková 1998).
- Záměrné užívání antikoncepce jako opatření používané za účelem vyloučit nežádoucí těhotenství charakterizuje **negativní plánované rodičovství** (Macků a Macků 1998).

Plánované rodičovství je v civilizovaných zemích svobodnou volbou partnerů a patří mezi základní lidská práva. Záleží jenom na ženě, v kolika letech se rozhodne otěhotnět a kolik dětí by chtěla přivést na svět (Pařízek 2008).

„Jedna britská studie uvádí, že v současné době je 50 % dětí přicházejících na svět chtěných a očekávaných s radostí, dalších 25 % dětí je sice neplánovaných (alespoň nevědomě), avšak vítaných a zbývajících 25 % jsou děti nechtěné.“ (Morgan 1994 in Geisel 2004, s. 24)

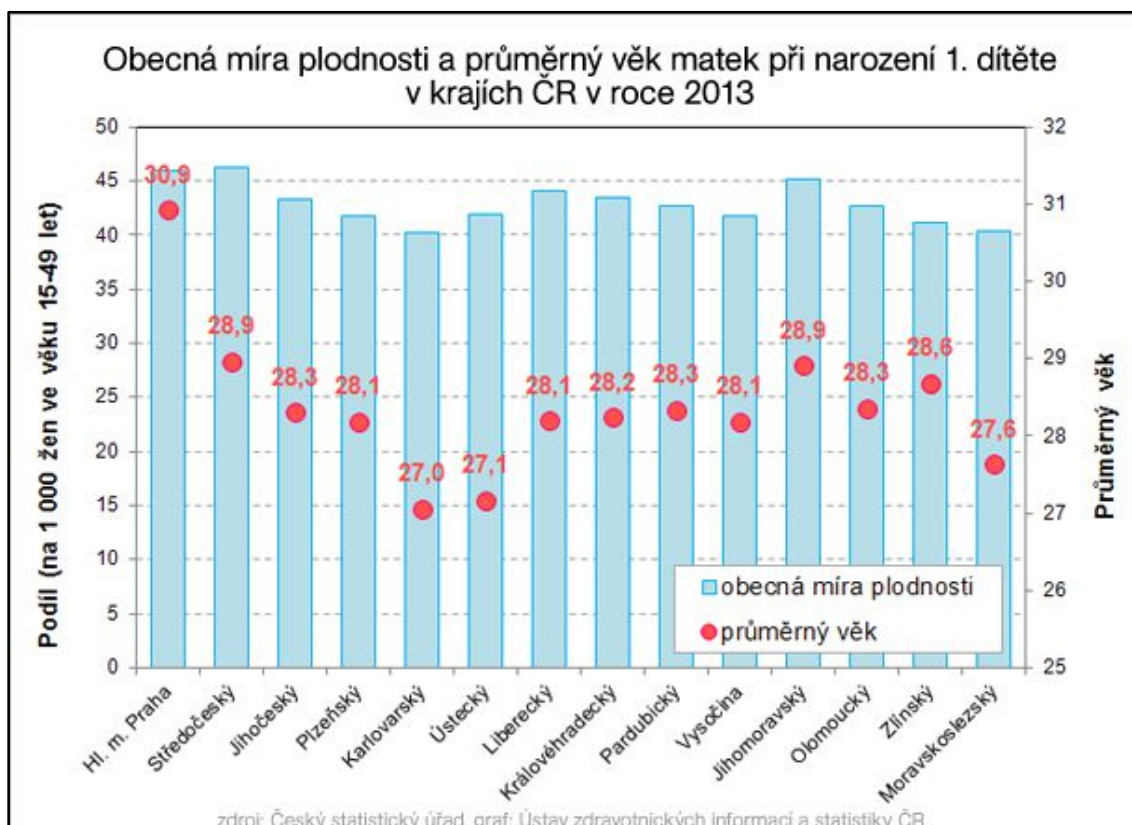
2.2 Optimální věk pro první těhotenství

Optimální věk, ve kterém je pro ženu vhodné poprvé otěhotnět, se pohybuje mezi 20. až 24. rokem jejího života. Do stanovení tohoto rozmezí je zahrnuto hlavně biologické a genetické hledisko (Macků a Macků 1998).

Reprodukční věk dívek v České republice začíná ve 14 až 16 letech. Je však důležité brát v potaz, že žena před 20. rokem života ještě není zcela psychicky připravena na všechny aspekty těhotenství a následného mateřství (Pařízek 2008).

2.2.1 Průměrný věk prvorodiček

V roce 2015 uveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví statistické výsledky, které uvádí, že české ženy rodí poprvé průměrně ve 28 letech. V Praze jsou prvorodičky nejstarší. Jejich průměrný věk činí téměř 31 let. Nejmladší prvorodičky nalezneme v Karlovarském a Ústeckém kraji. Ty své první dítě porodí přibližně ve 27 letech (Záleská a Kottová 2015).



Obr. 1 Obecná míra plodnosti a průměrný věk matek při narození 1. dítěte v krajích ČR v roce 2013 [1]

Navýšení průměrného věku prvorodiček se netýká pouze České republiky. Bichel (2016) uvádí, že v roce 2014 se ve Spojených státech amerických pohyboval průměrný věk prvorodiček kolem 26,3 let. O 15 let dříve (v roce 1999) své první dítě přivedly ženy na svět ve věku kolem 24,9 let. Toto zvýšení bylo zaregistrováno ve všech amerických státech a mezi všemi rasovými a etnickými skupinami.

2.2.2 Pozdní mateřství

Počet žen, které poprvé otěhotní v pozdějším věku, narůstá. Statistické šetření prokázalo, že před dvaceti lety pouze jedna žena z padesáti porodila své první dítě ve věku 35 let nebo později. V rozmezí deseti let zpátky už to byla jedna žena z patnácti a v dnešní době je to jedna z pěti. Studie provedená hamburskou univerzitou uvádí, že si ženy přejí mít dítě stejně jako v dřívější době. Dále bylo zjištěno, že 80 % studentek plánuje ve svém životě přivést na svět více než jedno dítě (statisticky 2,2). Realita však může být v pozdějším věku odlišná. Například v Německu téměř jedna třetina žen nemá žádné dítě, stejně tak jako 40 % žen v akademických kruzích, které si však za dobu svého studia život s dítětem představovaly. Při výzkumu byly jako nejčastější důvody bezdětnosti těchto žen uvedeny: neschopnost najít toho pravého muže pro početí a založení rodiny, kariéra ženy v zaměstnání či dosavadní neodvážnost počít dítě (Biermann a Raben 2006).

2.2.3 Rizika pozdního těhotenství

Pravděpodobnost prvního otěhotnění ženy starší 30 let klesá. Těhotenství žen nad 35 let může být provázeno větším rizikem vzniku těhotenských komplikací, mezi které patří samovolné potraty, vysoký tlak, preeklampsie, metabolické poruchy a poruchy nitroděložního vývoje plodu (Pařízek 2009).

Po dosažení 35 let je riziko vývojových vad plodů 1,0 %, po 40. roce 1,8 %, po 45. roce až 6,0 %. Děti s Downovým syndromem se častěji rodí matkám starším než mladším. Z uvedených důvodů je těhotenství ženy starší 35 let považováno za rizikové (Pařízek 2009).

2.3 Početí dítěte

2.3.1 Přirozené početí

Z Graafova folikulu se uvolňuje vajíčko, které je zachyceno rozšířeným vnitřním ústím vejcovodu. Z něho se pak postupně dostává do dělohy, a pokud není oplozeno, zaniká. Vajíčko oplozuje spermie. Při pohlavním styku se spermie s vajíčkem dostávají do kontaktu přibližně až za 30–60 minut po ejakulaci. Místem setkání vajíčka a spermie je zpravidla vejcovod. První spermie, která pronikne až k povrchu vajíčka, s vajíčkem ale většinou nesplývá (Novotný a Hruška 1998).

Během procesu oplození jsou z akrozomu spermie (velký lysozom v přední části hlavičky spermie) uvolňovány enzymy působící na povrch vajíčka. Hlavička spermie, ve které se nachází jádro, následně proniká povrchovými strukturami vajíčka. Bičík je odhozen a se střední částí spermie zůstává mimo vajíčko. Po průniku hlavičky pouze jedné spermie do vajíčka dochází ke splývání jejich jader a průnik dalších spermií do oplozeného vajíčka je znemožněn. Splnutím jader tedy vzniká oplozené vajíčko s diploidním počtem chromozomů (Novotný a Hruška 1998).

2.3.2 Asistovaná reprodukce

V dnešní době přibývá stále více párů, kterým se i přes veškerou jejich snahu nedaří v početí dítěte přirozenou cestou. Tento problém, kromě gynekologických a různých andrologických anomálií, souvisí i s celkovým zdravím populace a s životním stylem, který je provázen hlavně stresem a nedostatkem pohybu. Existuje také řada naprosto zdravých párů, které mají pouze sníženou plodnost (Behinová et al. 1979).

Již dávno se zodpovědnost za neplodnost nepřisuzuje pouze ženám. Kvalita ejakulátu a počet spermií u mužů za poslední desetiletí rapidně klesá (Behinová et al. 1979). V obvyklém množství ejakulátu (2 – 3 ml) by se počet spermií měl pohybovat kolem 200–400 miliónů (Novotný a Hruška 1998).

Mezi hlavní metody asistované reprodukce patří (McMillan 2009, s. 260-261):

- **Intrauterinní inseminace (IUI)** – Při této metodě dochází k vložení semena partnera ženy nebo anonymního dárce do dělohy ženy, obvykle v době ovulace.
- **In vitro fertilizace (IVF)** – Tato metoda funguje na principu vložení vajíček, spermií a stimulujících chemikálií společně do laboratorní zkumavky, ve které by mělo dojít k oplození vajíček. Následně je pak jedno nebo více vzniklých embryí přeneseno do dělohy ženy.
- **Intracytoplazmatická injekce spermie (ICSI)** – Při ICSI je zralá spermie či dokonce nevyzrálá spermie ve stadiu spermatidy vstříknuta mikroskopickou injekcí do vaječné cytoplazmy, rosolovité hmoty, která obklopuje jádro vaječné buňky. Pokud vše proběhne v pořádku, jádro spermie se spojí s jádrem vajíčka a nastane oplodnění. Metoda ICSI je používána, pokud nejsou spermie muže dostatečně pohyblivé nebo nedokážou dospět do stadia zralosti.

2.4 Rizikové těhotenství

Těhotenství, dle jeho průběhu, můžeme rozdělit do několika skupin (Gregora a Velemínský 2011, s. 43):

- Za **fyziologicky probíhající těhotenství** je označováno těhotenství, které probíhá zcela normálně, a při vyšetřeních těhotné v prenatální poradně nejsou nalezeny žádné odchylky od normy.
- Jako **rizikové těhotenství** označujeme takové, ve kterém byl sice nějaký rizikový faktor zjištěn, ale těhotenství doposud probíhá normálně. Rizikové těhotenství postihuje zhruba 30 % těhotných.
- Při **patologickém těhotenství** je prokázán jeho chorobný průběh, který může ohrožovat či poškodit ženu nebo její vyvíjející se plod. Takovýchto těhotenství je zhruba 10 %.

2.4.1 Rizikové faktory provázející těhotenství

Na základě provedeného dotazníkového šetření, jsou v následující části diplomové práce charakterizovány komplikace (rizikové faktory), které se u prvorodiček vyskytovaly v těhotenství nejčastěji.

2.4.1.1 Hypertenze

Zvýšený krevní tlak může v těhotenství představovat závažnou komplikaci, která v určitých případech ovlivňuje zdraví i život těhotné i jejího plodu. Diagnostice a léčbě hypertenze je během těhotenství věnována velká pozornost. Léčba některých stavů může být velmi problematická. V mezních případech musí být

těhotenství ukončeno bez ohledu na stáří a stav plodu. Frekvence výskytu hypertenze se pohybuje kolem 3–9 % (Gregora a Velemínský 2011).

Za lehkou formu hypertenze označujeme hodnoty, které se pohybují kolem 140/90 torru. Hlavní pozornost by měla být věnována především hodnotám diastolického tlaku než hodnotám tlaku systolického. Pokud je těhotné ženě naměřen TK pohybující se kolem hodnot 160/110 torru, tento stav označujeme za těžkou formu preeklampsie (Mikulandová 2004).

2.4.1.2 Preeklampsie (EPH gestóza)

Termín EPH gestóza je tvořena zkráceninou počátečních písmen třech příznaků, které jsou charakteristické pro toto onemocnění: E-edém, P-proteinurie, H-hypertenze. Toto onemocnění postihuje ženy po 20. týdnu těhotenství (Roztočil et al. 2001). Výskyt tohoto onemocnění vyžaduje nutnou a opakovanou hospitalizaci. Jedině časté laboratorní testy a volba správné léčby mohou zabránit vzniku velmi nebezpečného stavu – eklampsie (Mikulandová 2004).

Ohrožení pro plod i těhotnou ženu spočívá ve změnách hodnot krevního tlaku, přítomnosti bílkovin v moči a výskytu otoků, které v první fázi postihují kotníky a šíří se po dolních končetinách směrem nahoru. Mohou se objevit na rukou, obličej i jiných částech těla (Čermáková 2008). Vznik těchto otoků vyvolává vysoká hladina estrogenu, který je produkován placentou (Mikulandová 2004).

Ve střední Evropě je statisticky prokázáno, že se preeklampsie objevuje průměrně v rozmezí 3,5–8,5 % všech porodů (Janků 1998).

2.4.1.3 Krvácení v těhotenství

Krvácení z rodidel je v jakékoliv fázi těhotenství nežádoucí. Tento stav vyžaduje neodkladné vyšetření gynekologickým lékařem, neboť může poukazovat na řadu závažných problémů (Gregora a Velemínský 2011).

Krvácení vyskytující se v první polovině těhotenství často signalizuje hrozící nebo probíhající samovolný potrat (Gregora a Velemínský 2011). Samovolným potratem přijde v této době těhotenství o své dítě skoro polovina žen (Riley 2006). V lepších případech se může jednat o menstruační krvácení v prvním trimestru nebo o krvácení z povrchu děložního čípku, ke kterému nejčastěji dochází po pohlavním styku (Čermáková 2008). Krvácení ve druhé polovině těhotenství již může přímo ohrožovat zdraví a život matky i plodu. V této fázi těhotenství jde především o stavy, které jsou spojené s předčasným odlučováním lůžka nebo s krvácením při vcestném lůžku. Slabší krvácení se objevuje v souvislosti s předčasným odtokem plodové vody během otevírání porodních cest v rámci předčasného nebo termínovaného porodu a z mnoha dalších jiných důvodů (Gregora a Velemínský 2011). Riley (2006) tvrdí, že pouhá polovina žen, které v těhotenství krvácely, přijde o dítě z důvodu samovolného potratu.

2.4.1.4 Tvrdnutí břicha

Mezi situace, které mohou v období gravidity reálně nastat, patří i tvrdnutí břicha. Děloha je svalový orgán, který se jako každý jiný sval může stahovat. Přestože jsou děložní kontrakce v průběhu těhotenství fyziologicky hormonálně blokovány, k občasnému krátkému a nebolestivému tvrdnutí dělohy může docházet. Takové stahy, ke kterým dochází třeba i pětkrát denně, nepředstavují nijak závažný problém. Rizikové je však bolestivé a zvláště častěji se objevující tvrdnutí dělohy v průběhu dne, které může být příznakem předčasného porodu (Chmel 2004).

Koutský in Behinová et al. (1979, s. 95) upozorňuje: „*Při častém tvrdnutí břicha (10x a více během dne, a to i v klidu, v první polovině těhotenství a zhruba 15x za den i více ve druhé polovině) je nutné navštívit lékaře.*“

2.4.1.5 Těhotenská cukrovka

Termín těhotenská cukrovka popisuje stav, během kterého tělo ženy přestane z neznámých důvodů správně zužitkovávat glukózu a tím její hladina v krvi stoupne. Tento druh cukrovky se objevuje v druhé polovině těhotenství, zejména kolem pátého nebo šestého měsíce (Widerová 2008).

Těhotenská cukrovka postihuje 2–6 % těhotných žen. Pokud nedojde k jejímu podchycení, může negativně ovlivňovat jak vývoj plodu, tak těhotnou ženu. V těchto případech může plod v děloze dorůst velikosti i přes 4500 gramů. Během porodu mu hrozí větší riziko poranění a po porodu se u něho mohou objevit poruchy látkové přeměny. U ženy může těhotenství doprovázet riziko výskytu vysokého krevního tlaku a preeklampsie (Gregora a Velemínský 2011).

Mezi hlavní rizikové a možné spouštěcí faktory těhotenské cukrovky Gregora a Velemínský (2001, s. 45) řadí:

- obezitu
- výskyt cukrovky v rodině
- přítomnost cukru v moči na počátku těhotenství
- porod velkého plodu nad 4000 g

Přenášení těhotenství s nálezem těhotenské cukrovky je nebezpečné. Může dojít ke zhoršení funkce placenty a tím by se plodu nedostávalo dostatečné množství kyslíku a živin. V případě, že do ukončeného 40. týdne těhotenství žena samovolně neporodí, je jí navržena možnost indukce porodu (Gregora a Velemínský 2011).

2.4.1.6 Předčasný porod nebo jeho hrozba

Normální délka těhotenství se od prvního dne poslední menstruace pohybuje kolem 240–310 dní. Těhotenství průměrně trvá 40 týdnů, tj. 280 dní. Porod donošeného plodu nastává okolo 38.–42. týdne těhotenství. Mezi 28. až 38. týdnem je porod označován jako předčasný a rodí se tzv. nedonošené dítě. Dítě, které se

narodí před 28. týdnem, má většinou malou šanci na přežití, i když v některých případech lze udržet při životě děti narozené v 6. lunárním měsíci (Novotný a Hruška 1998).

2.5 Přirozený porod a jeho průběh

2.5.1 Doba trvání porodu

Přesnou dobu trvání porodu nelze objektivně stanovit. Je však známo, že u prvorodiček je porod delší než u několikanásobných matek. Na délce trvání porodu se podepisuje i věk budoucí matky. Pokud je prvorodička starší, může očekávat delší porod, jelikož u ní dochází k poklesu poddajnosti měkkých porodních cest. Působení kontrakcí a břišního lisu z tohoto důvodu není tak intenzivní a porod se tím prodlužuje (Pont'uch et al. 1987).

První doba porodní u prvorodiček by měla obvykle trvat 6–12 hodin, druhá doba porodní kolem 15–30 minut. Delší trvání obou těchto dob porodních je považováno za rizikové a může ovlivnit zdraví plodu. K optimální době porodu také přispívá celková psychická vyrovnanost a fyzická připravenost ženy na porod. (Pont'uch et al. 1987).

2.5.2 První doba porodní

Při otevírání dochází za pomoci děložních stahů k tlačení děložního obsahu proti děložnímu hrdlu, které se postupně rozšiřuje – otvírá. Na začátku první doby porodní se odlučují vaječné obaly dolního pólu od děložní stěny. Vytvoří se tak tzv. vak blan. Děložní hrdlo se postupně otevře tak, že děložní dutina tvoří s pochvou souvislou prostorou (Dlhoš 1994).

Děložní stahy jsou na počátku krátké (trvají přibližně 30 vteřin), málo intenzivní a dělí je od sebe zhruba 20 minutové přestávky. Postupně pak dochází k jejich stupňování, přestávky se zkracují až na jednu minutu. V tu dobu stah trvá až 60 vteřin a je více bolestivý. Děložní hrdlo a děložní branka je roztahována vakem blan, který následně praská a to způsobuje prudké vytékání plodové vody (Dlhoš 1994). Protržení vaku blan by mělo nastat při úplném otevření hrdla. Porod, který pokračuje bez samovolného protržení, je velmi rizikový jak pro dítě, tak pro rodičku. V tomto případě je nutné, aby byl vak protrhnut lékařem. Bez vykonání tohoto lékařského úkonu by mohlo hrozit riziko předčasného odlučování placenty (Pont'uch et al. 1987). Měkké porodní cesty jsou v tomto případě rozšiřovány samotnou hlavičkou plodu (Dlhoš 1994).

2.5.3 Druhá doba porodní

Během druhé doby porodní dochází k vypuzování plodu za pomoci častých a velmi intenzivních kontrakcí. Postupující hlavička dítěte směrem k pánevnímu východu

nárazovitě tlačí na nervová zakončení svalstva pánevního dna a stěny rekta. Díky tomuto mechanismu dochází k reflexnímu stažení břišní stěny (reflex břišního lisu), který rodička využívá k tlačení. S každým dalším stahem se hlavička plodu dostává do poševního vchodu, ve kterém je ze začátku viditelná pouze při kontrakci. Po postupném prořezávání hlavičky dochází za pomoci dalších kontrakcí s použitím břišního lisu k jejímu porození. Lékař pomocí zevní rotace hlavičky pomůže rodičce porodit raménka a další části plodu (Pontůch et al. 1987).

2.5.4 Třetí doba porodní

Během třetí doby porodní dochází k porodu placenty, která po porodu dítěte nemá v těle ženy již žádnou další funkci. Placenta je oddělena od děložní stěny a přes porodní kanál vychází ven z pochvy. Dochází k uzavření velkých cév vedoucích do placenty a zase z ní vycházejících. Tímto krokem je zabráněno dalšímu převodu krve z placenty ven a žena je tak zabezpečena od krvácení. Placenta je vyloučena do 10 až 20 minut po porodu dítěte. Během jejího vypuzování může žena pocítit obnovení kontrakcí v děloze, které zajišťují odloučení placenty od děložní stěny. Je důležité, aby byla placenta po jejím vyloučení dostatečně prohlédnuta zdravotnickým personálem. V děloze nesmí zůstat žádná část placenty, protože by mohlo dojít k zánětu dělohy nebo k silnému krvácení (Mikulová 2004).

2.5.5 Porodní komplikace

Na základě provedeného dotazníkového šetření jsou v následující části diplomové práce charakterizovány komplikace, které se u prvorodiček během porodu vyskytovaly nejčastěji.

2.5.5.1 Zkalená plodová voda

Plodová voda je čirá tekutina. S blížícím se porodem se mléčně zakaluje. Barva plodové vody musí být během těhotenství velmi důkladně sledována. Jiné zbarvení může být rizikové. Zelené zbarvení plodové vody (tzv. zkalenou plodovou vodu) způsobuje smolka (mekonium) neboli první stolice novorozence. Pokud je plod v děloze stresován, může docházet k tomu, že smolku vyloučí ještě před porodem. V některých případech může její vyloučení svědčit i o hypoxii plodu (Mocková 2012). „*Přítomnost mekonium v plodové vodě je však velmi nejistou známkou hypoxie, protože mekonium někdy uniká ze střev i zcela zdravých plodů.*“ (Čech et al. 2006 s. 54)

Pokud plod při porodu vdechne plodovou vodu se smolkou, může u něho dojít k obstrukci dýchacích cest, tedy k těžké dechové tísní, či k zápalu plic dítěte. Voda musí být dítěti po porodu co nejrychleji z dýchacích cest odsáta. Většinou také dochází k výplachu jeho plic a zajištění dechové podpory pomocí umělé plicní ventilace (Labudová 2012).

2.5.5.2 Obtočení pupečníku kolem hlavy plodu

K obtočení pupečníku kolem části těla plodu dochází ještě v období, kdy má plod v děloze vcelku dostatek prostoru, který mu umožňuje relativně volný pohyb (Chmel 2005).

Nejčastěji bývá pupečník obtočen kolem krku plodu. Tato komplikace se vyskytuje přibližně u 20 % všech porodů (Kobilková 1982). Méně často pak bývá pupečník obtočen kolem nohy, ruky nebo trupu dítěte (Chmel 2005).

Během gravidity je pupečník obtočen kolem části těla plodu zpravidla volně a nepůsobí zjevné problémy. V průběhu první nebo druhé doby porodní může být pupečník vlivem děložních stahů a postupným sestupem hlavy plodu do porodních cest utažen. Plodu se tak nedostává dostatečné množství kyslíku a dochází ke snížení jeho srdeční frekvence. Průběh takového porodu je třeba vždy lékařsky ovlivnit. Pokud lékař během první doby porodní pozoruje závažné známky ohrožení plodu, musí být porod rychle ukončen provedením akutního císařského řezu. Ve druhé době porodní, kdy již nelze využít císařského řezu, je dítě přivedeno na svět za pomoci vakuumextrakce či kleští (Chmel 2005).

2.5.5.3 Slábnoucí kontrakce

Děložní kontrakce napomáhají pomalému posunu hlavy plodu směrem do pánve, postupnému otevírání děložního hrdla a tzv. porodnické branky. Pokud kontrakce během porodu slábnou, podává se k jejich posílení nitroděložní infuze s oxytocinem. Dávkování oxytocinu je u každé rodičky individuální. Děložní aktivita je u rodičky podporována tak, aby bylo dosaženo efektivních kontrakcí zajišťujících další otevírání porodnické branky. Po podání infuze jsou však děložní kontrakce oproti přirozeným kontrakcím mnohem silnější a bolestivější (Chmel 2004).

2.5.5.4 Pokles srdečních ozev plodu

Pokles srdečních ozev plodu (naznačená hypoxie plodu) je během první doby porodní poznán při běžném poslechu ozev plodu, které se v souvislosti s kontrakcí nebo mimo ni zpomalují. Příčinou poklesu ozev může být omotaný pupečník kolem nějaké části plodu nebo došlo k jeho sevření mezi kost pánve a hlavičku plodu, aniž by odtekla plodová voda (Štromerová S. A. A).

Během druhé doby porodní je tato komplikace rozpoznána, pokud je při poslechu ozev po kontrakci zaznamenán pokles jejich frekvence. Příčina, která není považována za komplikaci, je nazývána jako tzv. vstupní fenomén. Je to doba, při které největší obvod hlavy plodu prochází nejužší částí pánve. Po jejím průchodu se ozvy navrátí k původní srdeční frekvenci plodu. Za rizikovou komplikaci je považován stav, při kterém je pupečník otočený kolem nějaké části

plodu a s postupujícím průchodem plodu pánví je postupně utahován. Závažnost této komplikace závisí na míře vstupu hlavičky do pánve (Štomerová S. A. A).

2.5.5.5 Nepostupující porod

Při nepostupujícím porodu je velmi důležité včas zjistit jeho příčiny. Mezi ně se mohou například řadit sekundárně slabé kontrakce, cephalo – pelvický nepoměr či nevýhodné naléhání plodu. Pokud příčina není včas zjištěna, mohou následovat další komplikace jako porodní krvácení, distres plodu či ubývání sil rodičky, která nemusí být dále schopna dovést porod do konce. Řešením této situace je tedy podání infuze oxytocinu nebo přechod k akutnímu císařskému řezu (Dvořák 2009).

2.5.6 Porod v domácím prostředí

Ne zcela přesné je tvrzení, že domácí porody v České republice nemají v zákoně oporu. Místo výkonu práce porodní asistentky není v zákoně docela přesně vymezeno. Zákon tedy vedení porodů v domácnosti přímo nezakazuje. K vyšetření a léčebným výkonům podává dle zákona 20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu svolení nemocný. Pokud i po náležitém vysvětlení nemocný nesouhlasí s potřebnou péčí, vyžádá si ošetřující lékař o rozhodnutí pacienta písemné prohlášení (revers). Způsobilá rodička tedy může setrvat doma a odmítnout jakýkoliv zákrok ve zdravotnickém zařízení. Neexistuje tedy žádný právní důvod, který by zakazoval poskytnutí péče rodičce v domácím prostředí (Štomerová et al. 2010).

Hlavním motivem volby domácího porodu je samotný psychologický aspekt, že žena rodí ve známém prostředí. Nemusí se adaptovat na cizí prostředí a neznámé lidi. Pokud nastávající matka uvažuje o porodu v domácnosti, je důležité, aby si uvědomila, že během porodu mohou nastat komplikace ohrožující na životě dítě i ji samotnou. V nemocnicích dochází k operativním zákrokům přibližně u 15–20 % porodů. Častý je například klešťový porod nebo císařský řez, ke kterému se přechází, pokud dojde například k poklesu srdeční frekvence dítěte, jež je během porodu monitorována pomocí kardiokografu. Další desítky procent rodiček potřebují při porodu zásah lékaře, který určitými způsoby napomáhá příznivému průběhu porodu (Chmel 2005).

2.6 Porodnické operace

2.6.1 Epizotomie

Epizotomie je řazena do porodnické operace, při které dochází k nástřihu hráze rodičky. V současné době je prosazována tendence snížení počtu prováděných epizotomií pouze na nezbytně nutné indikace (Roztočil 2001).

Za hlavní indikace, které odůvodňují provedení epizotomie, Čermáková (2008, s. 128) považuje:

- je-li potřeba urychlit porod z důvodu hrozící hypoxie plodu (nedostatečné zásobení kyslíkem)
- je-li hráz příliš pevná a nepoddajná
- je-li vchod poševní příliš úzký a brání porodu dítěte
- je-li dítě v poloze koncem pánevním
- je-li použito kleští nebo vakuumextraktoru
- v případě onemocnění matky – například oční vady nebo vady srdeční

S názorem, že epizotomie slouží jako prevence porodního poranění, Štromerová et al. (2001) zcela nesouhlasí. Nástřih hráze je považován jako poranění samo o sobě a může s sebou přinášet četné nevýhody, mezi které patří například riziko infekce či dalšího rozšíření až do ruptur třetího či čtvrtého stupně. Ruptury, ke kterým může dojít během přirozeného porodu, většinou nedosahují ani rozsahu malé epizotomie a bývá třeba pouze drobného šití. Rána se dobře hojí a ženě nezpůsobuje další nepohodlí. Je důležité, aby lékaři k závěrečné fázi porodu přistupovali s maximální trpělivostí a nenutili ženu příliš urputně tlačit (Štromerová et al. 2010).

2.6.2 Porod císařským řezem

Císařský řez je porodnická operace, která se při porodu užívá velmi často. Tímto způsobem končí v České republice téměř 25 % porodů (Gregora a Velemínský ml. 2013). Ve Spojených státech amerických se četnost porodů pomocí císařského řezu pohybuje až kolem 33 % (Stickler 2015).

Důvodů pro volbu císařského řezu je mnoho, ale jeho hlavním smyslem je vždy zabránit ohrožení zdraví nebo také života plodu i matky (Gregora a Velemínský ml. 2013).

Možnost provedení císařského řezu je z časového hlediska omezená. Lze ho vykonat kdykoli před začátkem porodu nebo v průběhu první doby porodní (otevírací). Během druhé doby porodní záleží na tom, jak hluboko je již hlavička plodu vstoupá do pánve (Gregora a Velemínský ml. 2013)

Operační výkon je prováděn buď v celkové, nebo svodné anestezii (epidurální, spinální). Pokud se neobjeví žádné komplikace, trvá operace okolo 45 minut (Gragora a Velemínský ml. 2013) a plod je vyňat z dělohy břišní cestou (Roztočil et al. 2001).

Císařský řez zatěžuje organismus matky více než porod spontánní. Rekonvalescence po porodu císařským řezem tedy obecně trvá delší dobu (Roztočil et al. 2001).

2.6.2.1 Primární (plánovaný) císařský řez

Tento typ císařského řezu je zvolen, pokud nelze vést spontánní porod nebo je jím ohroženo zdraví či život matky a dítěte (Mikulová 2004, s. 142).

Důvody ze strany matky:

- závažná interní onemocnění, např. srdeční choroby, těžké oční vady
- výška ženy pod 155 centimetrů, zde hrozí tzv. kafalopelvický nepoměr (pánev je menší než hlavička dítěte)
- defekty vnitřních pohlavních orgánů (myomy – nezahoubné nádory v děloze) nebo anomálie pánve, např. po úrazu nebo vrozené
- infekční nemoci v porodních cestách (herpes progenitalis, syfilis)
- porod ženy, která je po závažných operačních zákrocích na děloze
- EPH gestóza

Důvody ze strany plodu:

- neúplný konec pánevního dna (nenaléhají hýždě)
- nepříznivé polohy – šikmá, příčná nebo poloha podélná koncem pánevním
- předpokládaná hmotnost plodu je menší než 2500 gramů nebo větší než 4500 gramů
- vícečetná těhotenství v různých polohách
- velký plod, kdy je předpokládán tzv. kafalopelvický nepoměr

2.6.2.1 Sekundární (akutní) císařský řez

Sekundární císařský řez je prováděn v momentě, při kterém dojde k náhlému ohrožení života matky a plodu, většinou v průběhu spontánního porodu (Mikulová 2004, s. 143).

Důvody ze strany matky:

- nepostupující porod – dlouhou dobu probíhá 1. doba porodní, porodní nález je stále stejný a nezvětšuje se
- hrozící ruptura dělohy ohrožující matku na životě

- Inertia uteri – stav, při kterém nedochází ke stahům dělohy podmiňující otevírání porodního kanálu

Důvod ze strany dítěte:

- hypoxie plodu – na základě CTG záznamu je zjištěno, že se k dítěti náhle dostává menší množství kyslíku
- předčasné odloučení placenty
- tzv. vysoký přímý stav – přestože dochází k otevírání děložního hrdla, dítě se stále nachází vysoko v pánvi a nic nenasvědčuje tomu, že do pánve bez rizika klesne
- pupečnickové komplikace

2.6.3 Klešťový porod

Použití porodnických kleští umožňuje za přesně stanovených podmínek dokončit porod přirozenou cestou v době, kdy již nelze přestoupit k akutnímu císařskému řezu, jelikož se hlavička plodu nachází již příliš hluboko v pánvi. Jedním z hlavních důvodů volby klešťového porodu je náhlý nedostatek přísunu okysličené krve k plodu při tlačení v druhé době porodní. Smyslem jeho užití je nahradit nebo podpořit porodní síly rodičky, které v akutní situaci nestačí k rychlému dokončení porodu. V České republice jsou tímto způsobem ukončena asi 2 % porodů. Hlava plodu by v žádném případě během porodu neměla být mačkána. Speciální tvarování kleští je určeno k tomu, aby ji objímaly jako dlaně člověka (Gregora a Velemínský ml. 2013).

2.6.4 Vakuumextrakce

Vakuumextrakce (porodnický zvon nebo také VEX) je určitou alternativou klešťového porodu. Na hlavičku dítěte je během porodu umístěn umělohmotný zvon, ve kterém je pomocí pumpy vyvolán podtlak a tím se k hlavičce plodu přisaje. Tahem za držadlo je hlavička plodu postupně porozena. Oproti klešťovému porodu nemůže být vakuumextrakce použita v situacích, které vyžadují velmi rychlé ukončení porodu. Počet takto provedených porodů v České republice nepřevyšuje 1 %.

2.7 Změny v organismu těhotné ženy

2.7.1 Změny na prsou

Jedním z hlavních příznaků těhotenství je napětí v prsech, pocit „tíže“ a jejich zřetelné zvětšení. Během prvních dvou měsíců má na změně jejich velikosti z valné části podíl zvětšování vaskularizace. V dalších měsících těhotenství postupně prsa nabývají na velikosti v důsledku růstu mléčných žláz. Je předpokládáno, že růst žlázy je podmiňován hormonálně. Doposud však nemůžeme stanovit, zda se u člověka v tomto směru uplatňují společně estrogeny a progesteron (Hyttén 1969).

Růst prsou je u každé ženy v průběhu těhotenství výrazně individuální. Na základě výzkumu bylo prokázáno, že přírůstek objemu prsů se u prvorodiček zmenšuje s věkem. U 14 žen ve věku do 20 let činil průměrný nárůst objemu 234 ml, zatímco u 15 žen starších 30 let byl pouhých 79 ml (Hyttén 1968).

Svůj původní vzhled a tvar by prsa měla s určitou pravděpodobností znovu získat až po ukončení kojení. Není ale vyloučeno, že u nich mohou nastat i nevratné změny. Na ochabnutí prsních svalů, tedy ztrátu jejich pevnosti, si ženy stěžují nejčastěji. Také velikost prsou se může po porodu změnit. Některým ženám se prsa po těhotenství trvale zmenšila, jiným zase trvale zvětšila. V lepším případě u nich žádné změny projevující se jak na pevnosti, tak na velikosti prsou nenastaly. (Widerová 2008).



Obr. 2 Zvětšení prsou v těhotenství [2]

2.7.2 Strie (pajizévky)

Rostoucí váha a děloha v období gravidity způsobuje napínání pokožky těhotné. Z tohoto důvodu může v některých případech dojít k poškození podkožního vaziva, ve kterém vznikají trhlinky podobající se jizvám. Odborně se tyto jizvy nazývají těhotenské strie neboli tzv. pajizévky (Čekal a Šulc 1992).

Červené až fialově zbarvené jizvy postihující oblasti břicha, prsů a stehů se u 90 % těhotných objevují zejména v období druhého trimestru. Vyšší stupeň gravidity může způsobit jejich rozšíření do oblasti dolní poloviny zad, boků a paží. Po porodu strie na těle ženy nevymizí, zůstávají trvale ve formě světlých, perleťově bílých jizviček. Jejich výskyt je podmíněn geneticky, hormonálně a vlivem mechanických změn (Pařízek 2008).

Často se strie objevují u mladších těhotných. Mohou postihovat ženy, které jsou velmi štíhlé a během těhotenství přiberou jen velmi málo (Pilátová 2009). Jejich výskyt také ovlivňuje počet dětí, které žena čeká, velikost dítěte nebo rychlý přírůstek na váze (Widerová 2008). Náchylnější ke vzniku strií jsou spíše blondýny a rusovlásky. Ty mají vrozeně tenčí kůži, která má sklony ke snadnějšímu popraskání. Je velmi pravděpodobné, že pokud se strie u ženy neobjevily již během prvního těhotenství nebo po jeho ukončení, neobjeví se ani v následujících těhotenstvích (Chmel 2005).

Vzniku strií nelze předcházet (Widerová 2008). Chmel (2005, s. 110) slova Widerové doplňuje: *„Reklama je často velmi působivá, proto některé ženy promazávají tělo různými krémy a olejíčky a věří, že tím sníží pravděpodobnost vzniku strií. Přiměřená masáž pleti je i v těhotenství žádoucí, ale ani důkladné promazávání obvykle nezabrání důsledkům natahování kůže. V každém případě je aktivní přístup k prevenci vzniku strií rozumným postupem, ale pokud se pajizévky objeví, není to chybou kosmetického přípravku, ale důsledkem genetické výbavy každého jedince, kterou nelze změnit.“*

2.7.3 Křečové žíly

Těhotná žena je ke vzniku křečových žil náchylnější hned z několika důvodů. Následkem zvýšeného objemu krve v těle a jejího zpomaleného odtoku z dolních končetin dochází k tomu, že se v těchto místech žíly zvětšují a rozšiřují. Negativní vliv na žíly v nohách má také rostoucí tlak, který vyvíjí zvětšující se děloha těhotné. Tyto problémy jsou násobeny účinkem těhotenského hormonu progesteronu, který způsobuje ztrátu pevnosti žilních stěn (Widerová 2008). Zejména v třetím trimestru těhotenství se křečové žíly mohou nečekaně objevit i v oblasti zevních rodidel a pochvy (Nierenberg 2015).

Výskyt křečových žil postihuje téměř polovinu těhotných žen (Pařízek 2009). Obvykle by měly vymizet do tří měsíců po porodu. V některých případech však výskyt křečových žil přetrvává dlouhodobě (Widerová 2008).

Lékaři budoucím matkám doporučují hodně odpočívat. Nejideálnější způsob odpočinku, který předchází vzniku křečových žil, je zaujetí polohy vleže s nohama opřenými o vyvýšené místo. Ideální je, pokud těhotná žena prokládá dobu odpočinku vhodnou formou preventivního cvičení. Další možností, jak lze v těhotenství předcházet křečovým žilám, je nošení vhodných kompresivních punčoch, které svou stahovací silou pomáhají navrátit krev žilami směrem k srdci (Černá 2004).

2.7.4 Melasma

Melasma je termín, který slouží k označení tmavě zbarvených symetrických skvrn vyskytujících se na tváři těhotné. Lidově se melasma označuje jako „těhotenská maska“. Její výskyt je podmíněn zvýšenou produkcí melaninu, pigmentu, který kůži dodává hnědou barvu. Kromě tváří se tyto skvrny mohou objevit i na nose a čele. Výskyt melasmy je v období gravidity podmíněn hormonálními změnami, které se odehrávají v organismu těhotné (Widerová 2008).

Melasma se objevuje zejména na konci druhého nebo na začátku třetího trimestru. Postihuje až 70 % těhotných (Chopra 2009).

Zvýšená pigmentace v podobě tmavých skvrn na tváři by měla zcela vymizet po ukončení těhotenství. Přibližně u 20 % žen melasma přetrvává a představuje kosmetický problém vyžadující léčbu (Pařízek 2008). Pokud ženě po prvním těhotenství melasma vymizí, není vyloučeno, že se s dalším těhotenstvím může znovu vrátit (Widerová 2008).

Výskyt melasmy není spojen pouze s obdobím těhotenství. Jedná se o běžný jev, který postihuje zhruba šest miliónů žen. Častěji ji nalezneme u žen s tmavším odstínem pleti. Melasma se také může objevit i jako následek užívání hormonální antikoncepce nebo z důvodu podstoupení hormonální léčby (Widerová 2008).

2.7.5 Kvalita vlasů

Kvalita vlasů je v období gravidity ovlivněna zvýšenou hladinou těhotenského hormonu progesteronu. Vlasy mohou nabývat větší hustoty a lesku nebo se více mastí či vysušují. Vlivem zvýšeného objemu krve v organismu těhotné je pokožka hlavy velmi dobře prokrvená, což příznivě ovlivňuje pevnost vlasů. Spousta žen je z těchto důvodů s kvalitou svých vlasů během těhotenství velmi spokojená (Černá 2004).

Po porodu však nastává zvrát a vlasy začnou zvýšeně vypadávat. Během jednoho dne může ženě vypadnout až dvakrát nebo třikrát více vlasů, než je obvyklé (Pařízek 2009). Nejintenzivnější vypadávání probíhá v rozmezí tří měsíců po porodu, kdy dochází k urychlení vlasového cyklu. Vlasy během krátké doby masivně přechází do pasivního stádia růstu a posléze vypadávají. Jejich kvalita by se měla spontánně obnovit do šesti až devíti měsíců po porodu za podmínky, že vlivem předešlých změn nedošlo k poškození vlasových cibulek. Pokud ženě vlasy vypadávají i po devíti měsících od porodu, je nutné, aby vyhledala pomoc lékaře. Dlouhodobé vypadávání vlasů totiž může signalizovat i nízkou hladinu základních minerálů v krvi, mezi které patří železo, zinek, vápník a hořčík (Rajlichová 2005).

2.7.6 Přírůstek váhy v průběhu těhotenství

Během celého období gravidity by měl průměrný váhový přírůstek optimálně činit 12 kg. Odchylky v příbytku či úbytku kilogramů však nejsou ničím mimořádným. Uvedených 12 kg je pouze průměrná hodnota příbytku kilogramů. Váha některé těhotné ženy se může změnit jen o 8 kg, jiná žena zase může přibrat i 20 kg. I tento přírůstek na váze je normální. Podstatné je, aby probíhal v pravidelných časových intervalech. Pokud žena přibere do 20. týdne těhotenství jen 1 kg a do 30. týdne dalších 9 kg, je na místě, aby o tom informovala lékaře. Příčiny tohoto nepravidelného příbytku na váze mohou být různé, nesprávnou výživu nevyjímaje (Čekal a Šulc 1992).

Složení očekávaného přírůstku hmotnosti ženy, která porodí dítě vážící 3300 g je podle Pařízka (2009) následující:

- hmotnost plodového lůžka – 500 g
- hmotnost dělohy je zvýšena přibližně o 1000 g
- hmotnost plodové vody – 500 g
- hmotnost plodu – 3300 g
- hmotnost zvětšeného objemu krve těhotné ženy – 500 g
- hmotnost rozmnožené tekutiny v tělesných tkáních – 2000 g
- hmotnost prsů je zvětšena přibližně o 500 g

Celkový přírůstek hmotnosti v tomto případě tedy činí přibližně 8800 g.

Krátce po narození dítěte žena ztratí okolo 6 kg. Během prvních šesti měsíců po porodu by měl váhový úbytek u matek s normální hmotností činit 0,5–1 kg za měsíc a u matek s nadváhou 1–2 kg měsíčně. Hubnutí nesmí omezovat matku ani její dítě, a proto by úbytek na váze během jednoho týdne neměl přesáhnout hodnotu 0,5 kg. Tímto způsobem může žena své původní váhy dosáhnout již půl roku po porodu. Další těhotenství jsou následně spojena s pomalejším váhovým úbytkem (Kolářová a Zvonař 2014).

2.7.7 Kazivost zubů v těhotenství

Můžeme se setkat s názorem, který tvrdí, že se během těhotenství zvyšuje kazivost zubů. Stomatologové ale v dnešní době uvádí, že míra kazivosti zubů u těhotné ženy je stejná jako před jejím otěhotněním. Zvýšený výskyt zubních kazů je způsoben tím, že se v těhotenství malé nebo nerozpoznané kazy mohou rychleji zvětšovat (Macků a Macková 1998).

Obecně je uváděno, že vyšší kazivost chrupu v období těhotenství je způsobena tím, že si plod od matky odebírá vápník ze zubních tkání. Toto tvrzení však doposud nebylo prokázáno (Madunická 2002). Vápník, který je důležitý pro vývoj plodu, je čerpán výhradně z potravy přijímané matkou. Pokud vápník v organismu těhotné chybí, jeho adekvátní část je doplněna z kostních zásob. Nedostatek vápníku spíše vyvolává nebezpečí vzniku osteoporózy než demineralizaci zubů (Pařízek 2009).

Důvodů, které způsobují zvýšenou kazivost zubů, je několik. Výrazné hormonální změny v období těhotenství se podílejí na odlišném vnímání chutí. Těhotná tak může konzumovat více sladkého či kyselých jídel, než byla doposud zvyklá. Zejména v prvních měsících gravidity dochází i k odlišné reakci na různé pachové podněty, které mohou vyvolat dáivý reflex a následné zvracení. Všechny tyto okolnosti mají vliv nejen na pomnožení škodlivých bakterií v dutině ústní, ale i na snížení hodnoty pH v ústech, kvůli kterému dochází k demineralizaci zubní skloviny. Věnování se prevenci vzniku zubního kazu a parodontopatií v podobě kontrol u zubního lékaře by se mělo stát součástí režimu těhotné (Madunická, 2002).

2.7.8 Těhotenská gingivitida

U 60–70 % žen se v období gravidity objeví těhotenská gingivitida. Postihuje zejména ty ženy, které na zánět dásní trpěly již před otěhotněním. Pouze v 0,03 % případů se těhotenská gingivitida objeví u žen, které před otěhotněním dbaly na správnou ústní hygienu a měly zdravý chrup (Zachariasen 1993 in Sádovská 2011).

Na vzniku těhotenské gingivitidy se opět podílejí těhotenské hormony estrogen a progesteron, které na dásně působí tak, že je změkčují. Zároveň podmiňují zvýšení krevního tlaku v kapilárách v místech, kde se dásně setkávají se zuby. Z těchto důvodů jsou dásně bolavé, opuchají a krvácí především při čištění zubů. Během tohoto období je důležité, aby těhotná žena doplňovala svůj organismus o vápník a vitamín C. Měla by si pravidelně čistit zuby (nejlépe po každém jídle) měkkým kartáčkem a užívat zubní nit. Jedině těmito způsoby lze předcházet vzniku infekce v dutině ústní (Cooke 2006).

Těhotenská gingivitida může přetrvávat i po porodu. Pokud žena kojí, hladina těhotenských hormonů u ní zůstává zvýšená i po ukončení těhotenství, a proto dásně stále krvácí a otékají (Widerová 2008).

2.7.9 Problémy s inkontinencí

Inkontinence se v období těhotenství vyskytuje u 30–60 % žen. Přestože u většiny z nich tento problém vymizí do tří měsíců po porodu, některé ženy tento stav provází dlouhodobě. Na vzniku inkontinence se během gravidity může podílet váhový přírůstek těhotné, kolísající hladina těhotenských hormonů či nízké hladiny estrogenu, které podmiňují oslabení svalů ovládajících močový měchýř (Widerová 2008).

Problémy s únikem moči se u určitého procenta žen mohou objevit teprve jako následek vaginálního porodu, během kterého došlo k poranění močového měchýře, poranění nervů a svalů močové trubice. V krajních případech se jedná o důsledky poškození závěsných vazů pánevních orgánů (Cantieni 2007).

Poporodní inkontinencí trpí 21 % žen a postihuje zejména prvorodičky. Studie uvádí, že porod císařským řezem nemá vliv na vznik poporodní inkontinence. Toto tvrzení se týká pouze prvního porodu tímto způsobem (Anonym 2012).

Inkontinenci lze během těhotenství předcházet cíleným posilováním svalů pánevního dna. Poporodní cvičení dokáže tyto problémy zmírnit nebo úplně odstranit. Studie uvádí, že kvalitně vedené cvičení funguje jako nejefektivnější forma likvidace obtíží spojených s inkontinencí (Cantieni 2007).

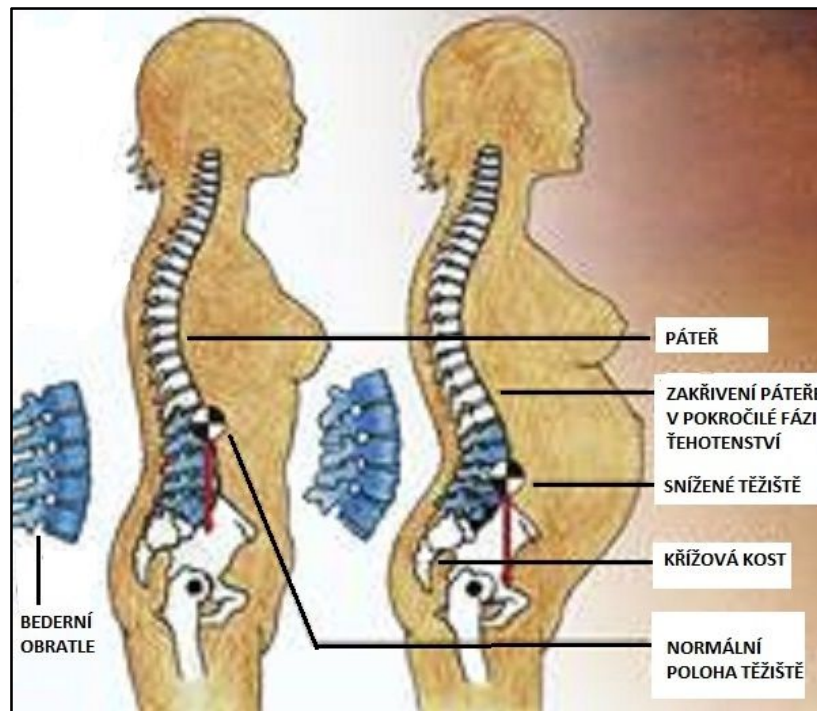
2.7.10 Změny zakřivení páteře v těhotenství

Hladina hormonů estrogenu a progesteronu je v období těhotenství zvýšena. V těle ženy tyto hormony způsobují prosáknutí vazů a kloubních pouzder, což se podepisuje na možném rozvolnění pánevního pletence a zvýšené pohyblivosti v kloubech (Macků 1998).

Ventrální růst dělohy v těhotenství způsobuje změnu vzpřímeného postoje těla. Dochází k postupnému vzniku bederní hyperlordózy neboli prohnutí bederní oblasti páteře směrem dopředu. Poloha těžiště těla je tak přesunuta směrem dopředu a k dolním končetinám. Udržení tělesné rovnováhy je následně kompenzováno postupným zvětšením hrudní kyfózy. Lze tedy pozorovat odlišný styl chůze a postoj těhotné (Roztočil 2008 in Kolářová 2013). Všechny tyto změny způsobují neustálé přetěžování zádového svalstva v bederní oblasti a vznik častých bolestí v kříži (Volejníková 2002).

Bolesti zad mohou přetrvávat i po porodu. Je proto důležité, aby žena již v šestinedělí začala pracovat na obnovení správného držení těla pomocí vhodné zvolených cviků. Mezi ně patří cviky zaměřené na aktivaci svalů pánevního dna,

transverzálního břišního svalu a ostatních hlubokých svalů. Bez cvičení se problémy se zády pouze prohlubují. K bolestem bederní a křížové páteře se v budoucnu přidávají problémy s hrudní či krční páteří, objevuje se brnění v rukou a migrény. Těhotenství a porod probíhají u každé ženy odlišně. Z tohoto důvodu by žena měla vyhledat pomoc fyzioterapeuta. Ten jí ukáže vhodné cviky a poradí, kdy je může provádět, aby si sama neublížila (Nakládalová 2013).



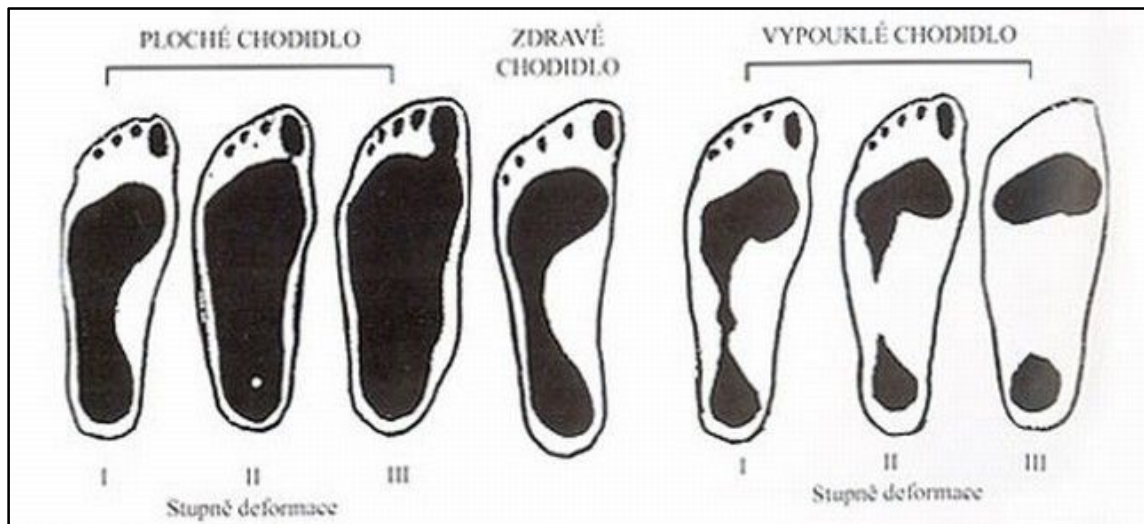
Obr. 3 Zakřivení páteře v těhotenství [3]

2.7.11 Změny velikosti a struktury nohy

Segal et al. (2013 in Kolářová a Zvonař 2014) zjistili, že zvýšená tíha působící na klouby a zvýšená elasticita vazů může v těhotenství zapříčinit trvalé strukturální změny v chodidle. U těhotných žen dochází k uvolnění klenby nožní. V navazujícím výzkumu se zaměřil na to, zda snížení klenby nožní přetrvává i po porodu a zda může být označeno jako trvalé.

Tohoto dlouhodobého výzkumu se zúčastnilo 49 žen. Statistická a dynamická výška byla měřena nejprve v prvním trimestru těhotenství. Druhé měření proběhlo až 19 týdnů po porodu. Výsledky výzkumu prokázaly, že po porodu indexy výšky a tuhosti klenby poklesly. Došlo k poklesu klenby nožní, což ovlivnilo i zvětšení délky nohy. Výraznější změny byly pozorovány u prvorodiček. Segal et al. (2013 in Kolářová a Zvonař 2014) svým výzkumem tedy potvrdili, že těhotenství je spojeno s trvalým snížením klenby nožní, které může přispívat ke vzniku svalových dysbalancí.

Následkem poklesu klenby nožní postihují těhotnou ženu bolesti nohou při chůzi a stání. Vzniku ploché nohy či případnému zhoršení plochonoží lze předejít preventivním cvičením, které je zaměřeno na posilování svalstva držícího klenbu nožní. Doporučuje se také chůze bosýma nohama po nerovném terénu (písek, tráva, apod.), střídání různého typu obuvi či preventivní používání ortopedických vložek (Volejníková 2002).



Obr. 4 Plantogram plochého, zdravého a vypouklého chodidla [4]

Existuje velmi jednoduchý způsob, jak zjistit plochonoží. Stačí, když si žena na nohu po porodu nanese větší vrstvu mastného krému a následně ji obtiskne na barevný papír. Ten umožňuje snazší viditelnost obtisku. Obtisk pak může žena porovnat s obrázkem č. 4, který se nachází nad textem. Zjištění plochosti nohou je velmi důležité, jelikož by jeho „majitelky“ měly používat ortopedické vložky do bot.

2.8 Psychika ženy po porodu

Hormonální změny a fyzické změny, které se odehrávají v těle ženy po porodu, i adaptace na novou roli matky značně zatěžují psychiku žen v období šestinedělí. Psychické rozpoložení matky ovlivňují i nedávné prožitky spojené s porodem dítěte. Psychická reakce na zátěž v období šestinedělí je tedy podmíněna několika faktory.

Mezi hlavní faktory ovlivňující psychiku ženy v raném šestinedělí Rastislavová (2008) řadí:

- náhlé hormonální změny po porodu (pokles hladiny progesteronu a estrogeneru, sekrece prolaktinu, oxytocinu)
- průběh porodu, fyzické změny po porodu (pokles hmotnosti, zavinování dělohy, laktace, změny tělesného schématu)
- nová sociální role matky, změna životního stylu (únava, vyčerpání, nedostatek spánku, neustálá pohotovost a péče o dítě)
- osobní vlastnosti a zkušenosti s péčí o dítě
- sociální opora (partnera, zdravotnického personálu)

Během prvních dnů po porodu matka prohlubuje svoji citovou vazbu k dítěti tím, že o něj pečuje a kojí ho. Myšlenky matky se začínou vztahovat pouze k dítěti. Pociťuje narůstající zodpovědnost za své dítě, jeho zdraví a výchovu. Stálá „pohotovost“ v péči a nedostatek spánku se projevují zvýšenou únavou a fyzickou vyčerpaností matky. Žena si v období šestinedělí na tuto trvalou zátěž zvyká postupně. Než si uvědomí, že je schopna se o dítě postarat, mohou ji postihovat stavy, při kterých se cítí neschopně a nedostatečně (Rastislavová 2008).

2.8.1 Poporodní blues (poporodní smutek)

Termín poporodní blues popisuje náhlé emoční výkyvy, které žena prožívá v raném období po narození dítěte (Widerová 2008). Období radosti z toho, že vše dopadlo tak, jak mělo, a dítě je zdravé, může být již den po porodu vystřídáno obavami, emociální labilitou a úzkostí (Rodhe a Dorn 2007 in Rastislavová 2008).

Poporodní blues neboli poporodní smutek prožívá po narození dítěte téměř 80 % žen. Tento psychický stav postihuje matky zejména třetí nebo čtvrtý den po porodu (Geisel 2004).

Poporodní blues patří mezi normální adaptační reakce organismu ženy po porodu. Nepřináší žádné patologické změny v psychice. Mezi hlavní projevy poporodního blues podle Čepického (1999 in Rastislavová 2008) patří:

- náladovost
- podrážděnost
- úzkostlivost

- plačtivost
- zmatenost
- únava
- neklid
- pocity nejistoty a osamělosti
- snížená sebeúcta
- euforické stavy střídající se s pláčem

Poporodní blues netrvá dlouho. Tento stav většinou odezní do 10. dne po porodu (Čepický 1999 in Rastislavová 2008). U žen, které tyto příznaky pociťují déle než 14 dnů, se rozvíjí riziko vzniku vážnější poporodní deprese (Rastislavová 2008).

2.8.2 Poporodní deprese

Dle populárních pojednání se vznikem poporodní deprese přímo souvisí fyziologie porodu, zvláště pak hormonální změny v těle ženy přímo po porodu dítěte. Určitý podíl je připisován i samotnému fyzickému vyčerpání ženy po porodu (Nicolson 2001).

Poporodní deprese může postihnout každou ženu, přestože se spousta z nich domnívá, že jim toto psychické onemocnění nehrozí. Může se znovu objevit u žen, které již dříve depresí trpěly, i u těch žen, které ji nikdy neměly (Widerová 2008).

Poporodní deprese postihuje zhruba 10–20 % žen. Tato procenta však mohou být reálně vyšší. To dokládá výzkum, který se zaměřoval na „novopečené matky“ trpící depresemi. V něm bylo prokázáno, že přibližně 90 % z nich, si povšimlo, že se s nimi děje něco nenormálního, avšak pouhá desetina dokázala tyto příznaky popsat jako poporodní depresi. Horší je však zjištění, že méně než 20 % těchto žen vyhledalo odbornou lékařskou pomoc (Geisel 2004).

„Poporodní deprese se může vyskytnout kdykoli během prvních dvou měsíců života vašeho dítěte. Příznaky deprese jsou různé, ale pro odlišení od příznaků normálního přizpůsobení se situaci svědčí to, že přetrvávají i poté, co je vašemu dítěti šest až osm týdnů a nepostihují vás jen občas, ale postihují vás po většinu času.“ (Dunnewold a Sanfor 1994 in Nicolson 2001)

Mezi nejčastější příznaky poporodní deprese Widerová (2008, s. 131–132) řadí:

- apatii či ztrátu zájmu, potěšení z různých aktivit
- letargii či ztrátu energie, motivace
- trvalý pocit smutku
- pocity zbytečnosti či beznaděje
- pocit, že mi vše přerůstá přes hlavu, pocity úzkosti
- opakované záchvaty pláče
- změny apetitu

- změny spacích návyků
- pocity zloby, podrážděnosti či nervozity
- uzavření se vůči rodině či přátelům
- myšlenky na to, že ublížím dítěti či sama sobě

Léčba poporodní deprese je prováděna pomocí terapie (kognitivně-behaviorální, interpersonální, psychodynamické či skupinové) nebo užíváním léků (antidepresiv). Volba způsobu léčby tohoto onemocnění závisí na individuálních okolnostech a hlavních faktorech, které mohou vést k depresi (Widerová 2008).

2.8.3 Poporodní (laktační) psychóza

Poporodní psychóza je řazena mezi velmi závažné psychické poruchy. Zpravidla se u žen může objevit již během prvního týdne či do patnácti dnů po porodu (Sobotková a Štěmbera 2003 in Rastislavová 2008).

Přestože si 80 % matek během prvních dnů či měsíců po porodu prvního dítěte prožije určitý stupeň plačtivosti či deprese. Poporodní psychóza postihuje pouze 0,2 % žen (Blumfield 1992 in Nicolson 2001).

Na vzniku poporodní psychózy se podílí mnoho faktorů, z nichž má značnou roli samotná náchylnost k psychotickému onemocnění (vulnerabilita). U žen s psychosomatickým onemocněním v anamnéze se riziko recidivy v poporodním období pohybuje mezi 25 až 75 % (Rohde a Dorn 2007 in Rastislavová 2008).

Mezi příznaky poporodní psychózy Geisel (2004) řadí:

- stavy naprosté vyčerpanosti
- halucinace
- návaly vzteku
- ztrátu kontaktu s realitou
- myšlenky na sebevraždu nebo vraždu dítěte

Poporodní psychóza je léčena pomocí celé řady léčiv. Patří mezi ně antipsychotické léky, antidepresiva nebo léky zmírňující stavy úzkosti. Vyhledání spolupráce s terapeutem je v tomto případě žádoucí. Pokud svým stavem žena ohrožuje sebe nebo své dítě, může být nutná hospitalizace. Délka trvání léčby tohoto onemocnění je u každé ženy individuální. Pozitivní je, že se z něho dá plně vyléčit. Kontroly pod dohledem lékařského odborníka trvají i po vyléčení se z této nemoci (Widerová 2008).

3 Praktická část

3.1 Metodika

3.1.1 Výzkumný postup

Pro vypracování praktické části diplomové práce byla použita metoda dotazníkového šetření.

Vlastnímu dotazování předcházela výzkum, který byl proveden na vzorku pěti žen ve věku 20–30 let. Cílem tohoto šetření bylo ověření srozumitelnosti otázek a sestavení finálních verzí dotazníků. Na základě tohoto předvýzkumu byly minimalizovány stylistické nedostatky a omyly v dotaznících, které by mohly jakýmkoliv způsobem ovlivňovat kvalitu odpovědí.

3.1.2 Tvorba dotazníku

V úvodu dotazníku byla použita motivační formule. Ta sloužila k tomu, aby si ženy byly vědomi toho, že jejich pomoc založená na vyplnění dotazníku, je důležitá a cenná. Tato formule také zahrnovala ujištění o anonymitě získaných dat.

Jednotlivé položky dotazníku byly vypracovány tak, aby na ně mohly ženy odpovídat stručně, výstižně a vzhledem k obsahu dotazníku co nejrychleji. V převážné většině byly použity uzavřené dichotomické otázky, které umožnily možnost volby pouze jedné odpovědi (typ ano/ne). V menší míře byly využity otázky otevřené, které sloužily k upřesnění či rozšíření odpovědi na dichotomickou otázku nebo vyžadovaly odpověď na otázku týkající se osobních informací (věk, měsíc a rok narození dítěte atd.).

Vzhledem k tématu diplomové práce byly veškeré otázky použité v dotazníku vytvořeny na základě předem načtené odborné literatury související s tematikou těhotenství, porodu a poporodního období (viz seznam použité literatury).

Vytvořený dotazník se skládá z 5 částí, které zahrnují otázky týkající se výše zmíněných témat (viz příloha A).

Výzkum byl uskutečněn v Pardubickém kraji. Hlavním kritériem pro přijetí dat ke zpracování praktické části diplomové práce bylo, aby dotazník vyplnily prvorodičky, u kterých doba od porodu nepřevyšovala devět měsíců. Odpovědi respondentek, které nesplnily uvedená kritéria, byly z dotazníkového šetření vyřazeny. Věk prvorodiček v tomto případě nebyl limitovaný.

Sběr dat probíhal od začátku prosince roku 2015 do konce února roku 2016. Tištěné formy dotazníku byly na základě předchozí domluvy se zodpovědnou osobou (vedoucí sestry, lékař, ředitel) zaneseny na Gynekologické oddělení

Chrudimské nemocnice a do Mama klubu v Chrudimi, jehož programy navštěvují matky již od tří měsíců po porodu. V těchto zařízeních bylo dohromady dotázáno 61 respondentek. K zisku zbylé většiny odpovědí dopomohlo vytvoření elektronické formy dotazníku, na jehož základě bylo získáno 439 chybějících responzí.

3.1.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

500 prvorodiček bylo na základě jejich stáří rozděleno do 5 věkových kategorií.

Tab. č. 1: Rozdělení věkových kategorií prvorodiček

Věková kategorie	Počet respondentek	Průměrný věk
20 – 23 let	110	21,8
24 – 25 let	95	24,5
26 – 27 let	105	26,5
28 – 29 let	90	28,5
30 – 33 let	100	31,4

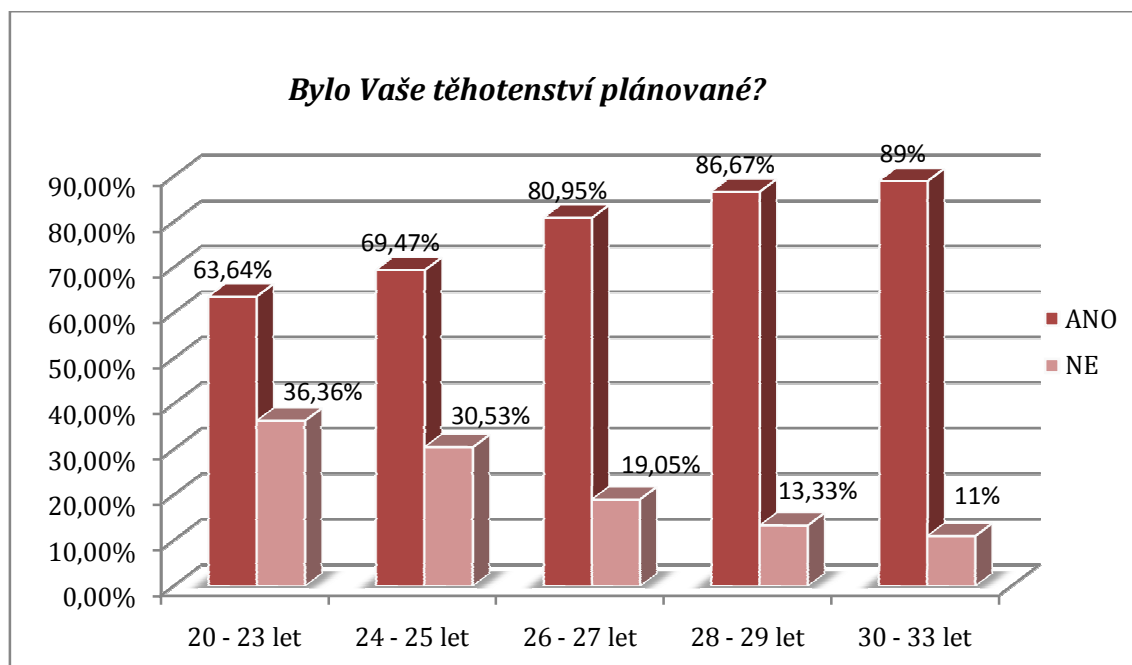
Přestože sběr dat probíhal přes čtvrt roku, bylo vzhledem k průměrnému věku prvorodiček obtížné sehnat dostatečné množství odpovědí žen ve věku od 20 do 23 let a od 30 let a více (viz příloha č. 3). Volba rozmezí věkových kategorií byla tedy uzpůsobena tomu, aby byl počet respondentek v každé skupině přibližně stejný.

3.2 Výsledky průzkumu a jejich analýza

3.2.1 Úvodní šetření a průběh těhotenství

Na základě dotazníkového šetření, na které odpovědělo celkem pět set respondentek, bylo zjištěno, že průměrný věk prvorodiček se pohybuje okolo 26,4 let. Nejčastější a zároveň nejvyšší dosažené vzdělání těchto žen bylo středoškolské s maturitou (39 %), na druhém místě následovalo vysokoškolské magisterské (26 %) a na třetí pozici (16,4 %) vysokoškolské bakalářské vzdělání (podrobně viz příloha č. 2). Na průměrném věku prvorodiček se tedy odráží i jejich vzdělání.

Zajímala jsem se o to, zda nynější maminky ve věku, kdy se dozvěděly, že jsou těhotné, své těhotenství plánovaly. Výsledky šetření byly více než očekávané a též potvrzují, že poprvé otěhotnět se začínají snažit ženy převážně od 26 let.



Graf č. 1 : Plánované těhotenství

Při podrobném zkoumání bylo zjištěno, že ve věkové kategorii 20–23 let uvedlo 64 % žen, že jejich těhotenství bylo plánované. Procento plánovaných těhotenství se v porovnání s druhou věkovou kategorií (24–25 let) zásadně neliší. Rozdíl mezi nimi činí necelých 6 %. K viditelnému skoku dochází až u třetí věkové kategorie (26–27 let), kde počet plánovaných těhotenství přesahuje 80 %. Z dotazníkového šetření tak podle předpokladů vyplynulo, že s rostoucím věkem narůstá i počet plánovaných těhotenství.

Další otázka zjišťovala, jakým způsobem žena plánující těhotenství otěhotněla. Otázka měla přinést odpověď na to, zda mají hlavně starší prvorodičky problémy s otěhotněním přirozenou cestou.

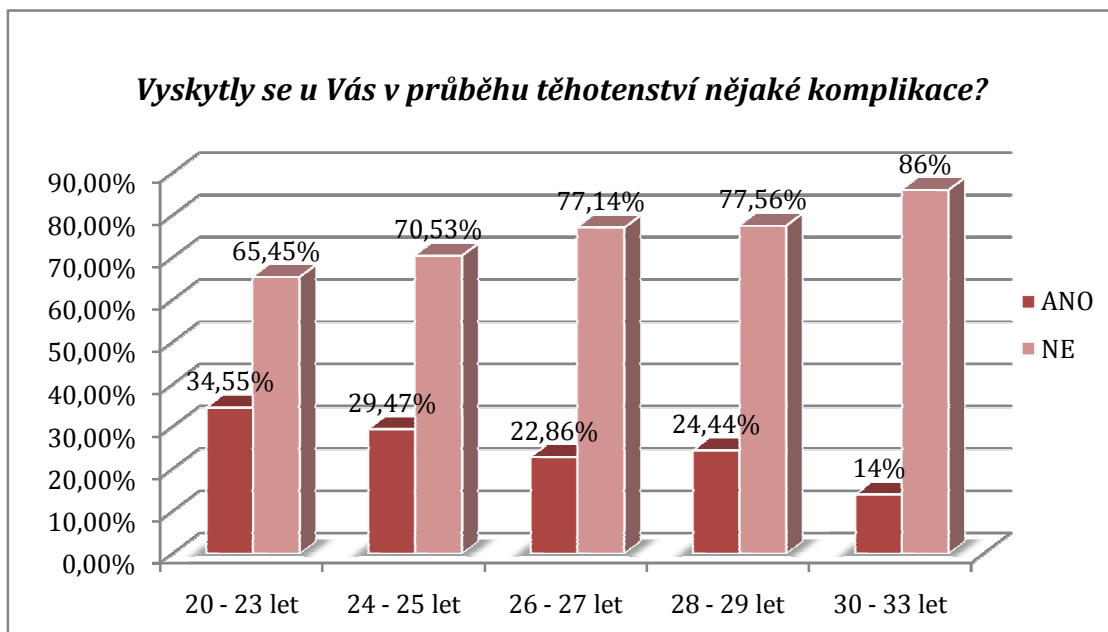
Tab. č. 2: Způsob otěhotnění žen plánujících těhotenství

<i>Pokud bylo Vaše těhotenství plánované, jakým způsobem jste otěhotněla?</i>			
Věková kategorie	Počet plánovaných těhotenství	Otěhotnění přirozenou cestou	Otěhotnění pomocí umělého oplodnění
20 – 23 let	70	100 %	0 %
24 – 25 let	66	97 %	3 %
26 – 27 let	85	100 %	0 %
28 – 29 let	78	94 %	6 %
30 – 33 let	89	97 %	3 %

Výsledky, které poukazují na způsob otěhotnění žen plánujících rodičovství, jsou více než příznivé a pozitivní. Ve věkové kategorii 20–23 let a 26–27 let otěhotnělo přirozenou cestou 100 % žen. Přestože se s rostoucím věkem snižuje schopnost přirozeného početí, ve věkové kategorii 30–33 let otěhotněla pomocí umělého oplodnění pouhá 3 % žen. Lze tedy konstatovat, že většina žen mezi 20 až 33 lety v Pardubickém kraji nemá problémy s otěhotněním přirozenou cestou.

Před hodnocením další otázky je důležité uvést, že všech 500 respondentek čekalo v době svého těhotenství pouze 1 dítě. Výsledky tedy nejsou ovlivněny komplikacemi provázející vícečetná těhotenství.

Komplikace se mohou objevit v jakékoliv fázi těhotenství. Cílem této otázky bylo zjistit, zda určitá věková skupina je k jejich výskytu náchylnější. V knihách o těhotenství se dočítáme, že s rostoucím věkem žen může být průběh jejich těhotenství rizikovější. Výsledky grafu č. 2 jsou ale velmi překvapivé.



Graf č. 2: Komplikace v těhotenství

Je zajímavé, že se komplikace v průběhu těhotenství vyskytovaly nejčastěji (35 %) u těhotných žen mezi 20. až 23. rokem života. Zdravotní problémy postihly i přes 20 % žen ve věku 24 až 29 let. Překvapivě nejkolidnější těhotenství prožívaly ženy ve věku 30–33 let. U této kategorie se těhotenské komplikace objevily pouze u 14% budoucích matek.

Na základě odpovědí dotazovaných žen, se mezi nejčastější komplikace provázející těhotenství řadí (seřazeno sestupně):

Tab. č. 3: Komplikace provázející první těhotenství

Nejčastější komplikace v těhotenství	
Komplikace	Počet žen (z celkového počtu žen s komplikacemi v těhotenství)
krvácení v různých týdnech těhotenství	21 (ze 131);16%
vysoký krevní tlak	19;14,5 %
tvrdnutí břicha	15;11,5 %
riziko předčasného porodu	14;10,7 %
těhotenská cukrovka	9;6,9 %
preeklampsie	8;6,1 %
předčasný porod	8;6,1 %

Za nejčastější komplikaci bylo uvedeno krvácení v různých stádiích těhotenství. U osmi žen (6,1 %) bylo krvácení doprovázené vznikem hematomu. Mezi další velmi častou komplikací se řadí vysoký krevní tlak. Krevní tlak musí být v těhotenství pečlivě sledován, jelikož může být jedním z hlavních příznaků preeklampsie, která je nebezpečná jak pro matku, tak pro plod. Třetí nejčastější komplikací provázející těhotenství je tvrdnutí břicha. Riziko předčasného porodu se objevilo u 10,7 % žen. Následoval výskyt těhotenské cukrovky. Předčasný porod se sice u těhotných objevoval, ale nejméně.

Následující otázka z dotazníkového šetření se také vztahovala k tematice komplikací provázející těhotenství. Zkoumala, kolik těhotenství bylo na jejich základě označeno jako rizikové.

Tab. č. 4: Rizikové těhotenství

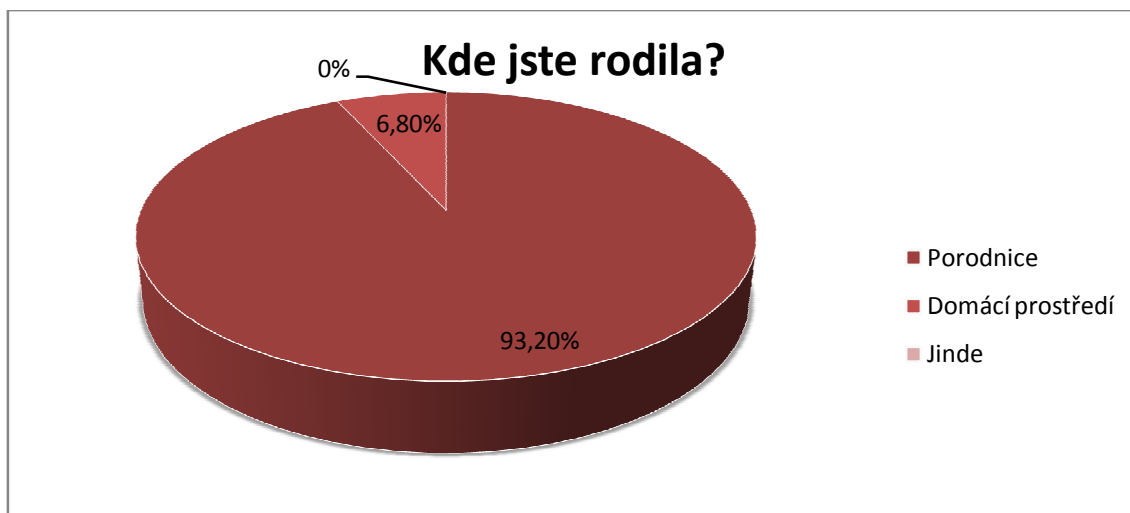
<i>Bylo Vaše těhotenství označeno jako rizikové?</i>					
Věková kategorie	20 – 23 let	24 – 25 let	26 – 27 let	28 – 29let	30 – 33 let
Komplikace v těhotenství	34,55 %	29,47 %	22,86 %	24,44 %	14 %
Rizikové těhotenství	26 %	21 %	17 %	20 %	12 %

Při porovnání výsledků je prokazatelné, že určité těhotenské komplikace nemusí ihned podněcovat označení těhotenství za rizikové.

S rizikovým těhotenstvím se nejčastěji potýkaly prvorodičky ve věku 20–23 let. Přestože je vyšší věk spojován i s vyšší pravděpodobností výskytu rizikového těhotenství, výsledky tabulky č. 4 ukazují přesný opak. Pouze u 12 % žen nejstarší věkové kategorie (30–33 let) komplikace v těhotenství vážně ohrožovaly vyvíjející se plod. Procentuální rozdíl výskytu rizikového těhotenství mezi nejmladší a nejstarší věkovou kategorií činí 14 %. Procentuální výsledky mezi věkovými kategoriemi od 24 až do 29 let jsou relativně vyrovnané.

3.2.2 Porod a jeho průběh

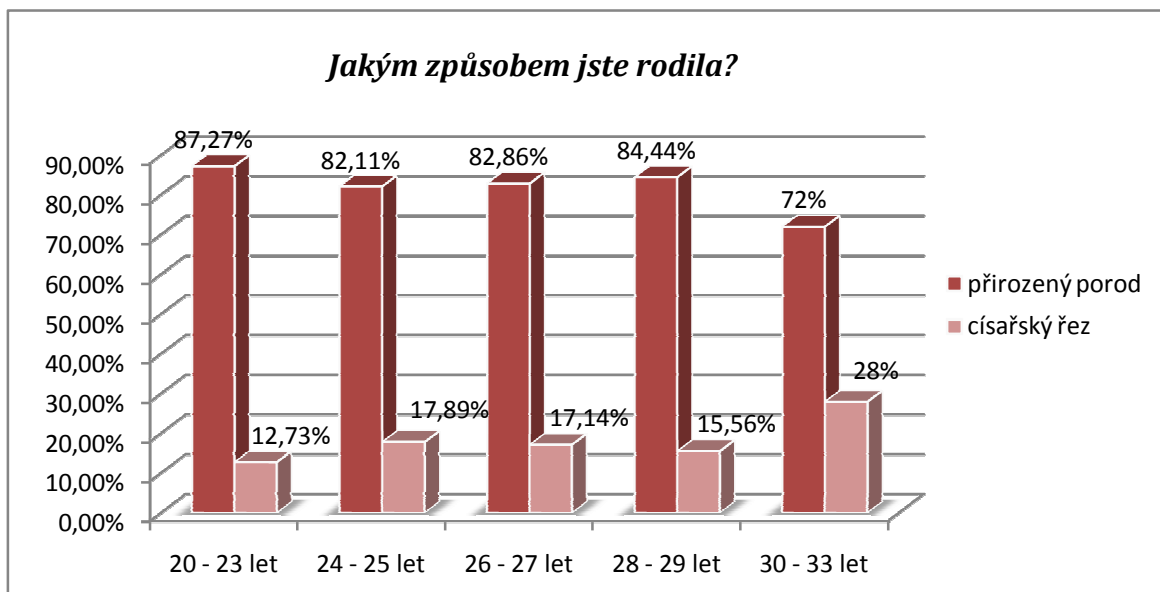
Zejména v zahraničí stoupá počet žen, které se rozhodnou porodit své dítě v domácím prostředí. Téma domácích porodů již začíná být diskutované i v České republice. Grafické vyjádření odpovědí znázorňuje, zda tento porodnický trend volily i dotazované prvorodičky.



Graf č. 3: Místo porodu

Výsledky šetření jasně prokazují, že většina těhotných žen (93 %) v Pardubickém kraji svěřuje porod a jeho průběh lékařům a lékařskému personálu v porodnicích. Důvodem tohoto zjištění může být fakt, že se těhotné ženy obávají komplikací, které se během porodu mohou nečekaně objevit. Ženy mezi 30. a 33. rokem života rodily v domácím prostředí nejčastěji (29 %). Ty nejmladší upřednostnily volbu domácího porodu pouze v minimální míře (8 %).

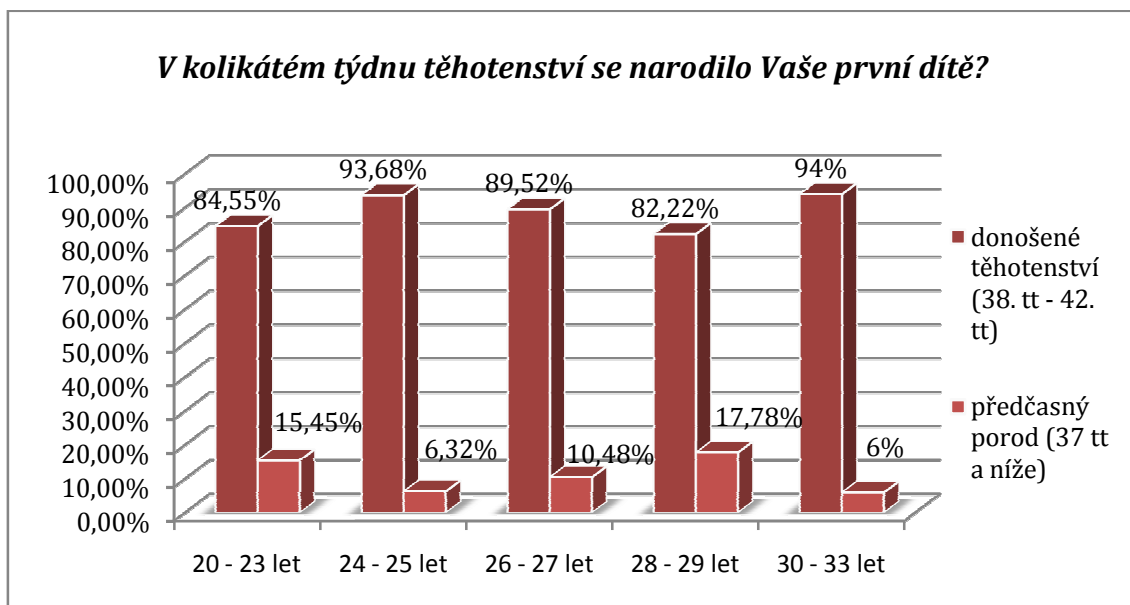
Počet provedených císařských řezů v dnešní době stoupá. V některých zemích je dovoleno, že si ženy porod císařským řezem mohou naplánovat, přestože jejich těhotenství není doprovázeno žádnými komplikacemi, které by indikovaly nutné provedení této porodnické operace. Myslím si, že se tyto ženy obávají hlavně porodních bolestí a možného poškození porodních cest, které přirozené porody doprovází. Otázka měla za úkol zjistit, jakým způsobem nejčastěji rodí ženy v České republice a to v Pardubickém kraji.



Graf č. 4: Způsob porodu

Mezi 20–29 lety přivedlo na svět svého potomka přirozenou cestou přes 80 % žen. Nejčastěji (87, 27 %) přirozenou cestou rodily ženy ve věku mezi 20–23 lety. Nejvyšší procento císařských řezů se objevilo u nejstarší věkové kategorie žen ve věku 30 až 33 let. V porovnání s druhou nejstarší věkovou kategorií se jejich počet navýšil o 12 %, s nejmladší věkovou kategorií o 15 %.

Pro život a zdraví dítěte je důležité, aby porod začal v době, kdy je plod tzv. donošený. Toto období nastává od 38. týdne těhotenství. Následující otázka zjišťovala, zda věk prvorodiček ovlivňuje riziko předčasného porodu.



Graf č. 5: Týden narození prvního dítěte

V předčasném termínu porodily nejčastěji (18 %) ženy ve věku 28 až 29 let. Tento výsledek je velmi zajímavý, protože pokud ho porovnáme s výsledky nejstarší věkové kategorie, je jeho rozdíl nižší o 14 %, přestože tyto věkové kategorie mezi sebou dělí pouhý rok. Na druhém místě (15 %) se ukončení těhotenství v předčasném termínu týkalo nejmladší věkové kategorie žen. Následovaly ženy ve věku mezi 26–27 lety s 10 %. Zanedbatelný rozdíl pozorujeme mezi věkovými kategoriemi 24–25 let a 30–33 let. U 94 % z nich porod proběhl v řádném termínu.

3.2.2.1 Průběh přirozeného porodu

Porod je pro ženu nesmírně fyzicky a psychicky náročný. Jak dlouho musí prvorodička snášet bolesti s ním spojené a zda se délka porodu shodovala s průměrem uváděným v odborné literatuře, zjišťovala jedna z dalších otázek v dotazníku.

Tab. č. 5: Průměrná délka porodu

<i>Kolik hodin (přibližně) trval Váš první porod?</i>					
Věková kategorie	20 – 23 let	24 – 25 let	26 – 27 let	28 – 29 let	30 – 33 let
Průměrný počet hodin	11,8 hod.	12,1 hod.	13,7 hod.	13,9 hod.	13 hod.

Nejdéle rodily ženy mezi 26 až 29 lety. U těchto žen průměrná délka porodu dosahovala skoro 14 hodin. Ženy ve věku 30 až 33 let rodily o jednu hodinu méně, přestože by se s rostoucím věkem měla doba porodu prodlužovat. Nejkratší první porod probíhal u žen mezi 20–25 lety. U těchto věkových kategorií se průměrná délka porodu (12 hod.) shoduje s průměrem uváděným v odborné literatuře.

Nejen těhotenství s sebou může přinášet řadu komplikací. K ohrožení života matky či dítěte může docházet i při porodu. V dotazníku přímo 29 žen (6 %) uvedlo, že z důvodu vzniklých komplikací se u nich muselo přejít od přirozeného porodu k císařskému řezu (viz CD příloha), přestože tento typ odpovědi v dotazníku nebyl poskytnut.

Tab. č. 6: Komplikace při porodu přirozenou cestou

Vyskytly se u Vás během porodu přirozenou cestou nějaké komplikace?					
Věková kategorie	20 – 23 let	24 – 25 let	26 – 27 let	28 – 29 let	30 – 33 let
Komplikace při porodu přirozenou cestou	34 %	34 %	18 %	28 %	23 %

Nejčastěji (34 %) se komplikace během porodu objevily u nejmladší a druhé nejmladší věkové kategorie žen. Pozorujeme, že procento komplikací provázející první porody u vyšších ročníků klesá. Ve věkové kategorii žen mezi 26 a 27 lety se vyskytoval druhý nejvyšší počet přirozených porodů (87 %), přesto tyto ženy komplikace během porodu postihovaly nejméně.

Na základě odpovědí dotazovaných žen, se mezi nejčastější komplikace provázející porod řadí (seřazeno sestupně):

Tab. č. 7: Komplikace provázející první porod

Nejčastější komplikace doprovázející první porod	
Komplikace	Počet žen <small>(z celkového počtu žen s komplikacemi při porodu)</small>
nepostupující porod – neotevírání děložního hrdla	27 (ze 140);19,3 %
pokles / slábnutí srdečních ozev plodu	18;12,9 %
pupeční šňůra obtočená kolem krku plodu	14;10 %
ústup / slábnutí kontrakcí při porodu – podání oxytocinu	12;8,6 %
zkalená plodová voda	11;7,6 %
použití vakuumextraktoru	6;4,3 %

Pojem epizotomie děsí asi každou ženu, která těhotenství plánuje nebo je již těhotná. Troufám si tvrdit, že tomuto zásahu se chtěla vyhnout asi každá respondentka, která neměla předem naplánovaný císařský řez a rodila přirozenou

cestou. Následující otázka měla za úkol zjistit, jak často této porodnické operace využívají. Výsledky šetření však nejsou příliš pozitivní.

Tab. č. 8: Četnost provedení epizotomie při porodu

Byl u Vás během porodu proveden nástřih hráze (epizotomie)?					
Věková kategorie	20 – 23 let	24 – 25 let	26 – 27 let	28 – 29 let	30 – 39 let
Počet přirozených porodů	96	78	87	76	72
Epizotomie	73 % (70)	62 % (48)	68 % (59)	58 % (44)	57 % (41)
Problémy s hojením rány	17 %	8 %	19 %	18 %	36 %

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že epizotomie byla provedena u více než poloviny prvorodiček všech věkových kategorií.

Lze sledovat, že počet provedených zákroků relativně klesá s rostoucím věkem. Nejčastěji (78 %) se epizotomie využila u nejmladší věkové kategorie. V porovnání s nejstarší věkovou kategorií se jejich počet snížil o 21 % procent.

Přestože epizotomie pomáhá k usnadnění průběhu druhé doby porodní při vzniklých komplikacích, některé ženy mohou mít v období šestinedělí nebo déle s hojením této rány značné problémy. U věkové kategorie žen mezi 30 až 33 lety byl počet provedených epizotomií nejmenší, avšak problémy spojené s hojením rány se u nich vyskytovaly nejčastěji (36 %).

Na základě odpovědí dotazovaných žen mezi nejčastější problémy s hojením rány po epizotomii patří (seřazeno sestupně):

Tab. č. 9: Problémy po provedené epizotomii

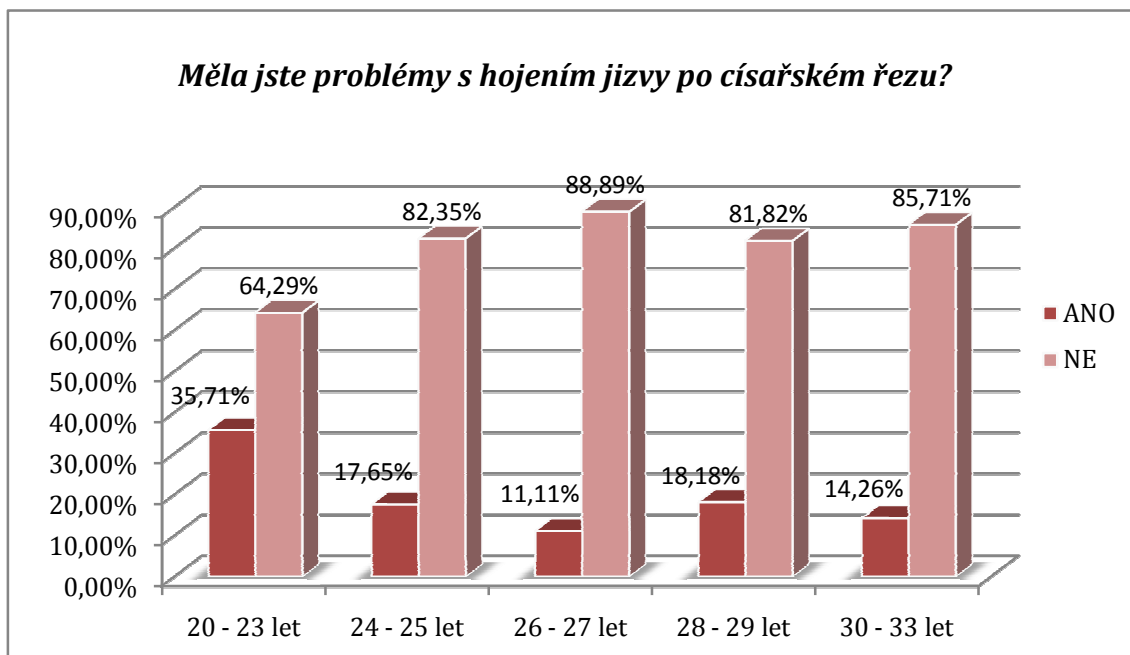
Nejčastější problémy s hojením rány po epizotomii	
Problémy	Počet žen (z celkového počtu žen s problémy hojením rány)
popraskání stehů	13 (z 39);33,3 %
extrémní bolestivost	9;23,1 %
hojení rány po dobu delší než šest týdnů	8;20,5 %
špatný srůst	4;0,3 %
zánět v ráně	4;10,3 %
otoky	4;10,3 %

Popraskání stehů, v některých případech s ním spojené opětovné šití rány, se po epizotomii objevilo u prvorodiček nejčastěji. Dlouhodobé hojení rány provázené extrémní bolestivostí, otoky a výskytem modřin potrápilo také větší množství prvorodiček. U jiných došlo ke špatnému srůstu rány. Jelikož se rána nachází v intimních partiích, snadno v ní také může vznikat zánět.

3.2.2.2 Porod císařským řezem

Císařský řez, řazený mezi porodnické operace, trvá 45 minut. Po jeho provedení ženě v oblasti podbříšku zůstává na doživotí jizva různé velikosti a různého vzhledu.

Následující otázka se však nezaměřovala na trvalé následky této porodnické operace, ale zkoumala, jaké problémy doprovází hojení jizvy.



Graf č. 6: Problémy s hojením jizvy po císařském řezu

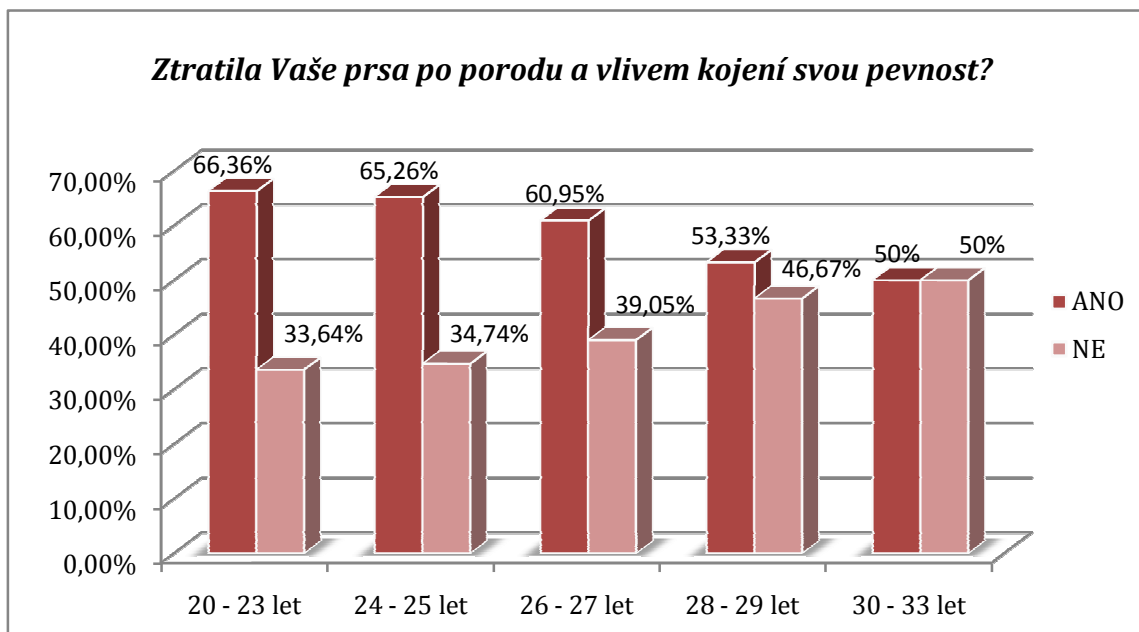
Výsledky grafu ukazují, že více než 80 % žen ve věku od 24 do 33 let nemá po porodu císařským řezem problémy s následným hojením jizvy. Nejvyšší procento (36 %) se objevilo u žen nejmladší věkové kategorie.

Nejčastěji si ženy stěžovaly na vznik **zánětu** v jizvě a s ním spojené i její **hnisání**. Jiné pociťovaly **necitlivost** v okolí jizvy. Většina prvorodiček jizvu přestala cítit a začala se plně pohybovat průměrně až po jednom **měsíci** (přesně po 31 dnech) od porodu.

3.2.3 Anatomické a fyziologické změny

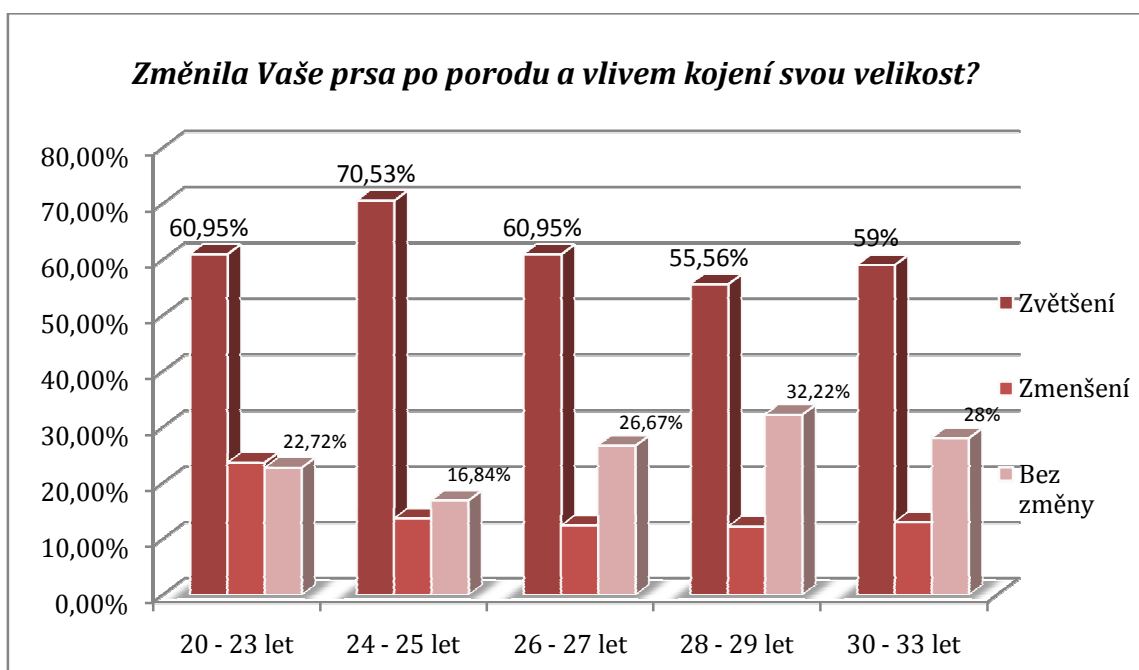
Těhotenství je období, během kterého tělo ženy prochází několika změnami nejrůznějšího charakteru (stavba a funkce orgánů, procesy látkové výměny, atd.) Vzhledem k názvu diplomové práce jsem vybrala takové změny, které u ženy po porodu mohou dlouhodobě přetrvávat nebo se mohou stát změnami trvalými.

Během těhotenství prsa rostou a připravují se na laktaci. Co se s nimi děje po porodu a jak se na nich podepisuje kojení, zjišťovaly následující dvě otázky v dotazníku.



Graf č. 7: Pevnost prsou po porodu

Více než polovina prvorodiček ve věku od 20 do 29 let tvrdí, že po porodu a také v důsledku kojení jejich prsa ztratila svou pevnost. Nejčastěji (66,36 %) si této změny všimly ženy ve věku mezi 20–23 let. Výsledky grafu č. 7 prokazují, že s vyšším věkem se pevnost prsou zachovává častěji. U nejstarší věkové kategorie si pouhá polovina žen stěžovala, že jsou jejich prsa v porovnání s dobou před otěhotněním méně pevná. Pozorujeme, že při srovnání výsledků věkových kategorií žen ve věku 26–27 let a 28–29 let se objevil největší procentuální rozdíl (skoro 8 %).



Graf č. 8: Změny ve velikosti prsou

Dotazníkové šetření prokázalo, že většina žen (nad 50 %) pozoruje, že se jejich prsa po porodu a vlivem kojení zvětšila. Tuto změnu nejčastěji (71 %) pocítily ženy mezi 24–25 lety. Pokud porovnáme výsledky zbývajících věkových kategorií, pozorujeme, že procentuální rozdíly mezi nimi jsou mizivé. Některé ženy pocítují, že se velikost jejich prsou po porodu a vlivem kojení spíše zmenšila. V průměru 25 % žen žádnou změnu ve velikosti svého poprsí nezaznamenalo.

Váha je pro každou ženu velmi citlivé téma. V těhotenství se váha postupně zvyšuje s rostoucím plodem. Příbytek na váze je v tomto období u každé ženy velmi individuální. Následující otázka měla za úkol zjistit, kolik kilogramů během těhotenství ženy průměrně přiberou a zda se naleznou i rozdíly v příbytku mezi vybranými věkovými kategoriemi.

Tab. č. 10: Průměrný příbytek na váze v kg

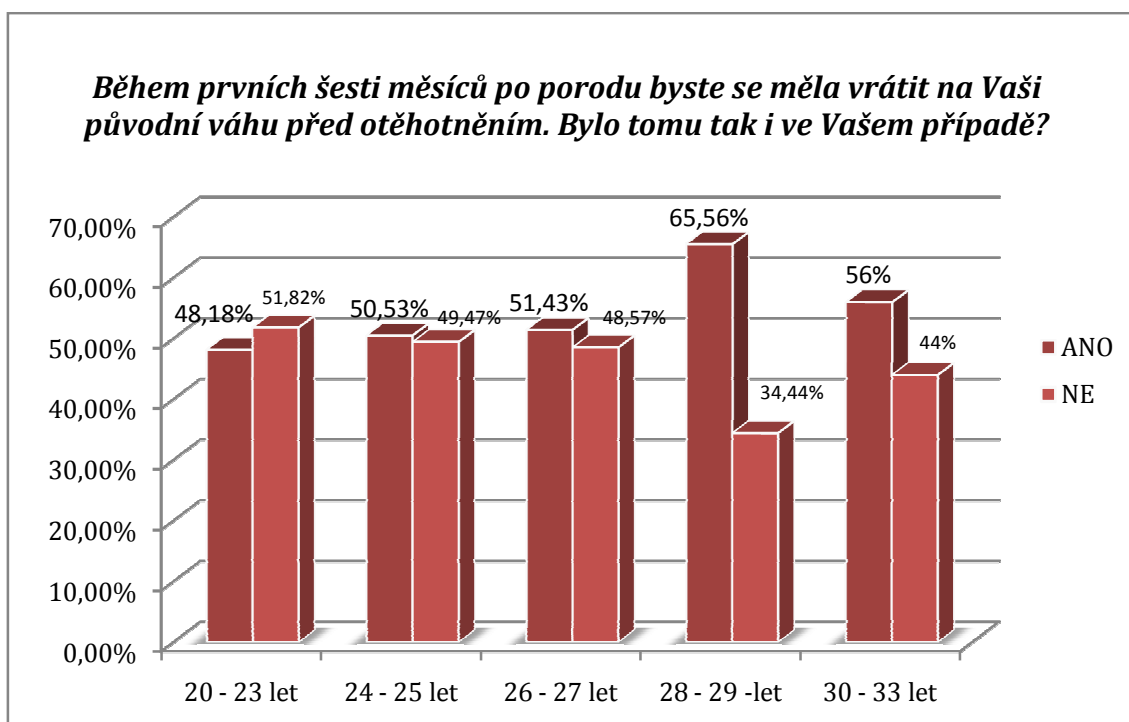
Průměrný váhový příbytek v těhotenství (kg)					
Věková kategorie	20 – 23 let	24 – 25 let	26 – 27 let	28 – 29 let	30 – 33 let
Průměrný příbytek v kg	16,88 kg	15,02 kg	15,02 kg	14,23 kg	14,44 kg

Při porovnání výsledků jednotlivých věkových kategorií vyšlo najevo, že průměrný váhový přírůstek v těhotenství byl největší u nejmladší věkové kategorie žen mezi 20 až 23 lety. Těmto ženám se navýšila váha téměř o 17 kg. Ženy ve věku mezi 24–25 a 26–27 lety během těhotenství přibraly stejný počet kilogram (15 kg). Nejméně se váha změnila ženám ve věkové kategorii 28–29 let a 30–33 let. Rozdíl mezi příbytkem na váze je mezi těmito věkovými kategoriemi přímo zanedbatelný. Průměrný příbytek na váze všech prvorodiček činil 15 kg.

Tab. č. 11: Nejnižší a nejvyšší příbytek na váze v kg

Nejnižší a nejvyšší příbytek na váze v kg					
Věková kategorie	20 – 23 let	24 – 25 let	26 – 27 let	28 – 29 let	30 – 33 let
Nejnižší příbytek v kg	5 kg	6 kg	6 kg	5 kg	5 kg
Nejvyšší příbytek v kg	45 kg	38 kg	37 kg	33 kg	29 kg

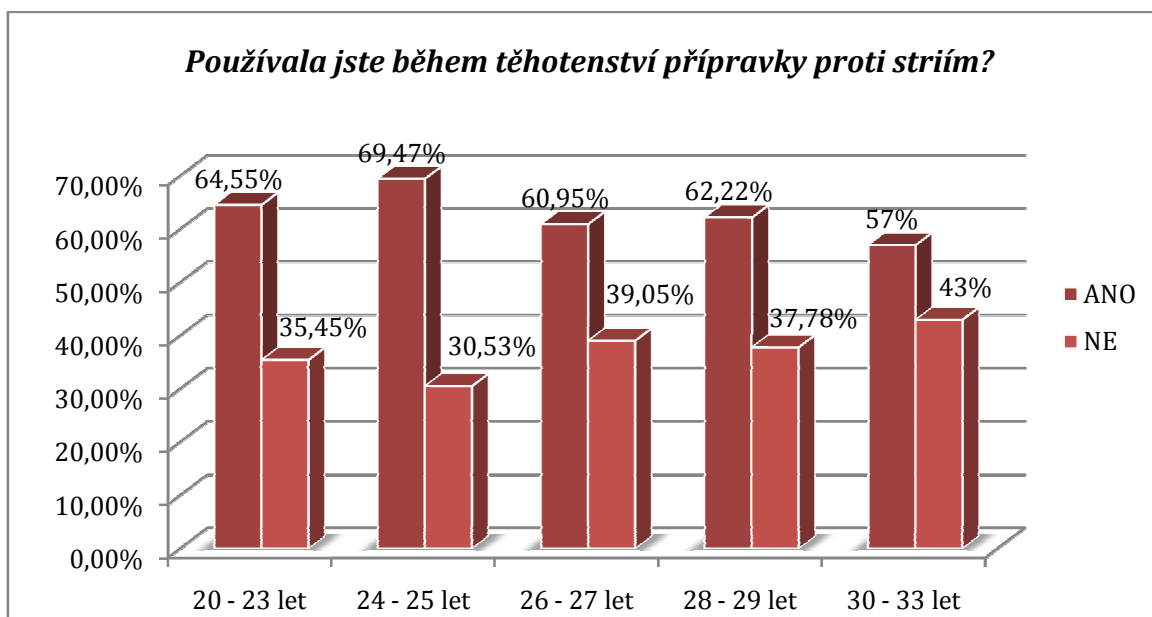
Při vytváření dotazníku mě nezajímalo pouze průměrné množství kilogramů, které ženy přiberou během těhotenství. Zaměřila jsem se i na počet žen, které se po porodu dokázaly za určitý časový úsek vrátit ke své váze před otěhotněním. Při sledování výsledku grafu č. 9 je důležité brát v potaz, že každá žena v těhotenství přibrala různý počet kilogramů. Pro maminku, která v těhotenství nabrala například pouhých 8 kg, je dosažení její původní váhy jednodušší než pro maminku, u které se váha navýšila například o 25 kg.



Graf č. 9: Dosažení původní váhy před otěhotněním

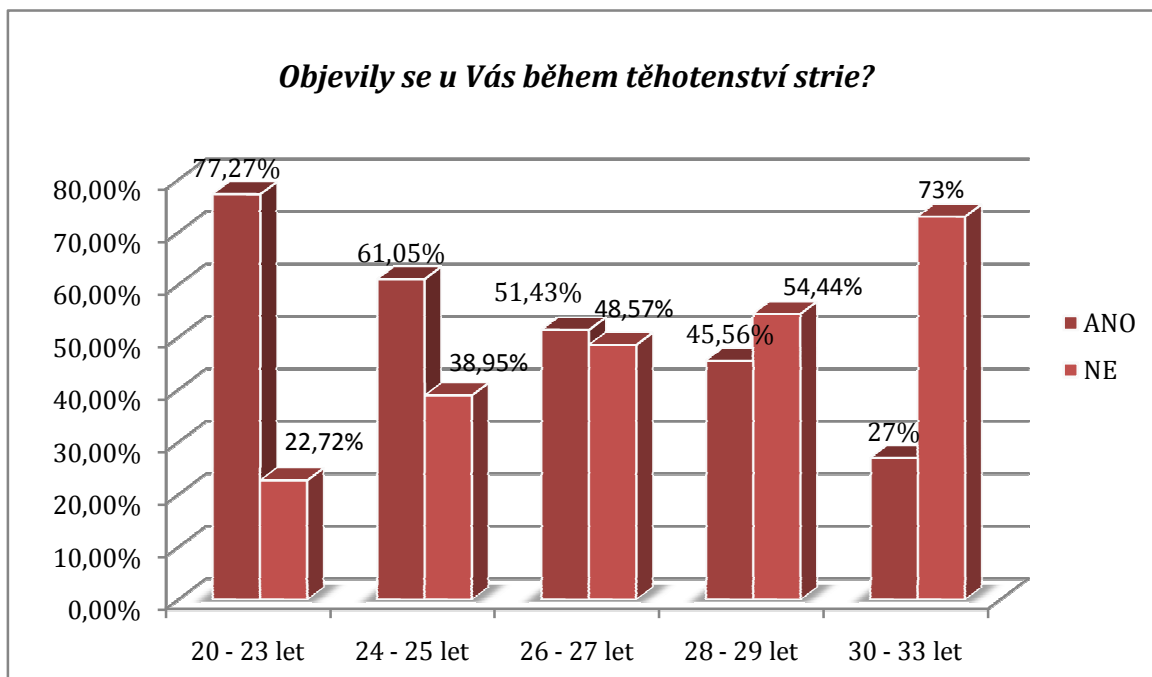
Při analýze dat bylo zjištěno, že u věkových kategorií od 24 let až do 33 let se více než polovině žen podařilo po šesti měsících zhubnout na svou původní váhu před otěhotněním. Prvorodičky ve věku od 28 do 29 měly s úbytkem váhy nejmenší problémy. V této věkové kategorii se ke své počáteční hmotnosti vrátilo 66 % z nich. Nejvíce problémů (48 %) měly s dosahováním své původní váhy ženy ve věku mezi 20–23 lety. Tento výsledek byl relativně očekávaný, jelikož ženy této věkové kategorie v průběhu devíti měsíců přibraly největší počet kilogramů.

Strie se v těhotenství nemusí objevit u každé budoucí maminky. Jejich vznik je ovlivněn mnoha faktory, z nichž hlavní roli hraje genetika. Přestože výskytu strií tedy nelze předcházet (Widerová 2008), zajímalo mě, kolik z dotázaných se věnuje jejich „prevenci“.



Graf č. 10: Prevence vzniku strií

Z grafu č. 10 je patrné, že více než 50 % žen všech věkových kategorií se snažilo předejít tomu, aby se tyto červeně až modrofialově zbarvené jizvy u nich neobjevily. Nejvíce (69 %) se prevenci v těhotenství věnovaly ženy ve věku mezi 24–25 lety. Nejméně se touto problematikou zabývaly ženy nejstarší věkové kategorie. Rozdíly v používání přípravků proti vzniku strií ve zbývajících věkových kategoriích již nebyly tak výrazné.



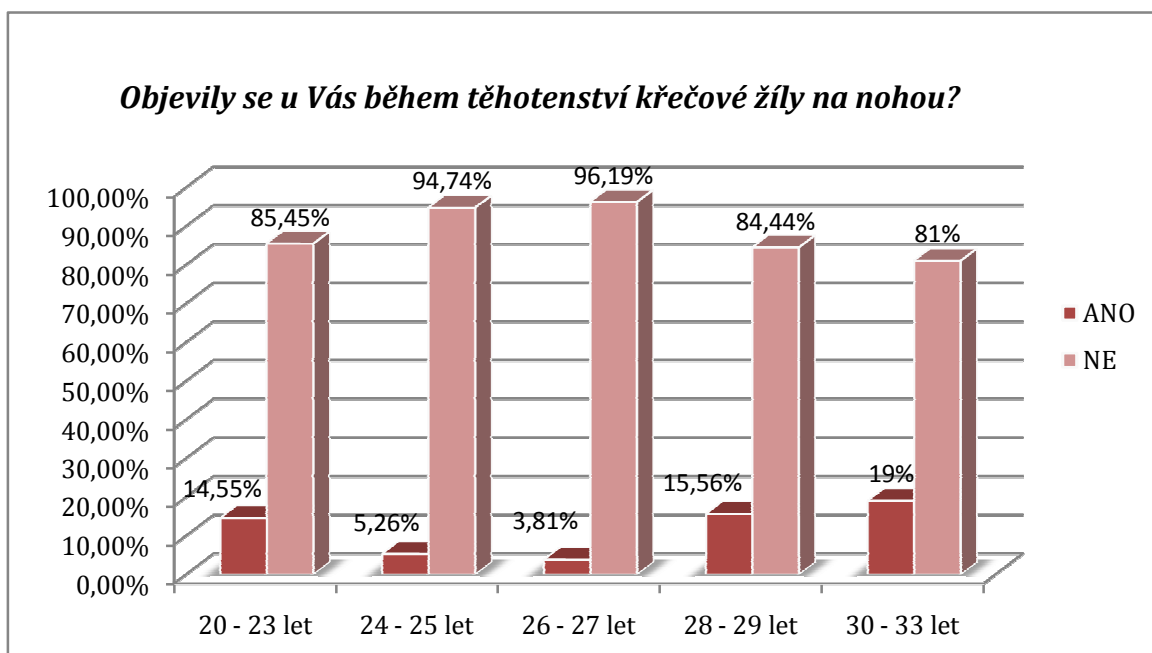
Graf č. 11: Vznik strií v těhotenství

Výsledky grafu č. 11 jasně prokazují, že se strie častěji vyskytují u mladších prvorodiček. Ve věku od 20 do 27 let se jizvy na těle objevily u více než 50 % žen. Strie postihly nejčastěji těhotné ve věku 20 až 23 let. Dále pozorujeme sestupnou tendenci jejich výskytu. Rozdíl mezi nejmladší a nejstarší věkovou kategorií činí 50 %. Můžeme si také povšimnout, že mezi věkovými kategoriemi žen ve věku 24–25 let, 26–27 let a 28–29 let se procento výskytu snižuje vždy maximálně o 10 %. Pokud mezi sebou porovnáme věkovou kategorii 20–23 let a 24–25 let vidíme, že rozdíl mezi nimi činí 16 % a rozdíl mezi druhou nejstarší a nejstarší věkovou kategorií též dosahuje skoro 20 % (přesně 19 %).

Tab. č. 12: Nejčastější oblasti výskytu strií na těle (podle počtu žen)

Vyjmenujte všechny oblasti výskytu strií na vašem těle, popřípadě připište i jiná místa.								
Věková kategorie	břicho	stehna	prsa	boky	paže	hýždě	třísla	záda
20-23 let	70	60	49	57	5	1	1	6
24-25 let	38	26	27	30	2	5	x	2
26-27 let	43	23	29	24	x	1	x	1
28-29 let	33	15	14	15	1	1	x	X
30-33 let	15	2	6	9	x	x	x	1

Křečové žíly v těhotenství pro ženu znamenají další zátěž, protože jejich výskyt je doprovázen bolestmi nohou, otoky. Mohou se dostavovat i křeče. Po porodu většina rozšířených žil mizí. V některých případech však přetrvávají. Následující otázka se zaměřovala na četnost výskytu křečových žil v jednotlivých kategoriích.



Graf č. 12: Výskyt křečových žil

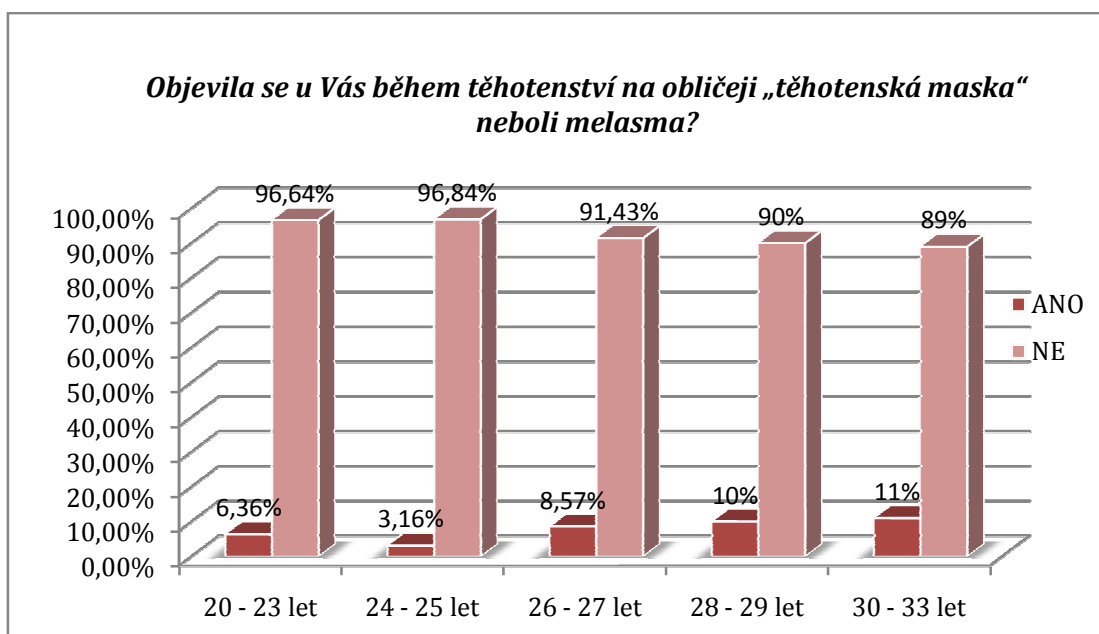
Ze získaných údajů vyplývá, že křečové žíly na nohou se u těhotných žen objevují pouze minimálně. Ani u jedné z věkových kategorií nepřesáhl jejich výskyt 20%. Problémy se zvětšenými a rozšířenými žilami měly nejčastěji (19 %) ženy ve věku 30 až 33 let. V pořadí následující nejčastější výskyt křečových žil postihl i druhou nejstarší věkovou kategorii žen ve věku 28 a 29 let. U věkové kategorie žen mezi 20–23 lety se v porovnání s druhou nejstarší kategorií jejich výskyt snížil o pouhé 1 %. Výrazné snížení sledujeme u věkových kategorií žen mezi 24–25 a 26–27 lety. Zejména v prostřední věkové kategorii se problémy s křečovými žilami na nohou objevily jen u 4 % žen.

Tab. č. 13: Výskyt křečových žil po porodu

Křečové žíly by měly do tří měsíců od porodu vymizet. Bylo tomu tak i ve Vašem případě?			
Věková kategorie	Počet žen s křečovými žilami	Křečové žíly přetrvávající i po porodu	Ustoupení křečových žil po porodu
20 – 23 let	16	19 % (3)	81 % (13)
24 – 25 let	5	20 % (1)	80 % (4)
26 – 27 let	4	0 %	100 %
28 – 29 let	14	43 % (6)	57 % (8)
30 – 33 let	19	53 % (10)	47 % (9)

Výsledky tabulky č. 13 ukazují, že problémy s přetrvávajícími křečovými žilami mají spíše starší prvorodičky. Křečové žíly na nohou vymizely pouze u 47 % matek ve věku mezi 30–33 lety. V druhé nejstarší věkové kategorii se výsledky šetření navýšily o pouhých 10 %. Ve věkové kategorii 20–23 a 24–25 let křečové žíly ustoupily u 80 % žen a u 100 % ve věku 26–27 let.

Další kosmetický problém, který může doprovázet období těhotenství, se objevuje na obličeji těhotné. Projevuje se tmavými skvrnami a je způsoben hormonálními změnami, které zvyšují produkci pigmentového barviva melaninu. Bohužel se i v tomto případě může jednat o trvalou změnu.



Graf č. 13: Výskyt melasmy

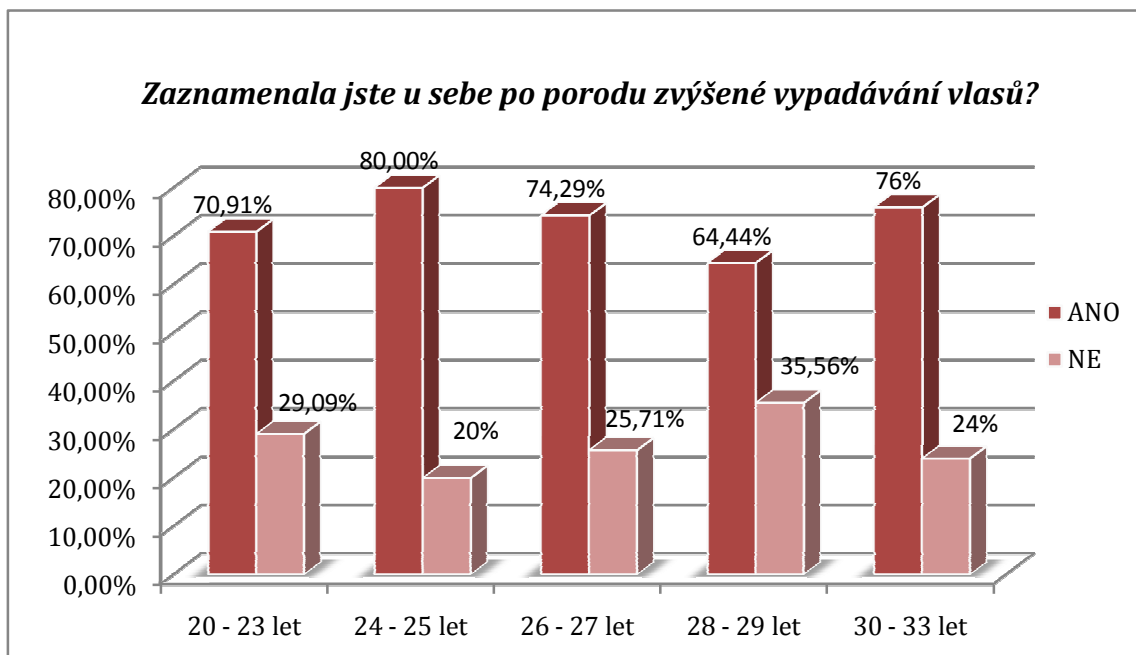
Dle výsledků grafu č. 13 lze usoudit, že „těhotenská maska“ neboli melasma se období těhotenství vyskytuje pouze minimálně. Nejčastěji (11 %) se tmavě pigmentované skvrny v oblasti tváří, nosu a čela objevily u žen ve věku mezi 30–33 let. Pouhé 1 % činí rozdíl mezi výskytem melasmy u nejstarší věkové kategorie a kategorie žen ve věku mezi 28 – 29 let. Na druhou stranu pouhá 3 % žen ve věku 24 až 25 let řešila v období těhotenství problematiku hyperpigmentace v oblasti obličeje.

Tab. č. 14: Vymizení melasmy po porodu

<i>Vymizela u Vás na obličeji melasma po ukončení šestinedělí?</i>			
Věková kategorie	Počet žen s melasmou v období těhotenství	Melasma přetrvávající i po porodu	Ustoupení melasmy po porodu
20 – 23 let	7	29 % (5)	71 % (2)
24 – 25 let	2	0 %	100 %
26 – 27 let	9	33 % (6)	67 % (3)
28 – 29 let	9	22 % (7)	78 % (2)
30 – 33 let	11	45 % (6)	55 % (5)

K vymizení melasmy po ukončení šestinedělí došlo u více než poloviny matek všech věkových kategorií. Nejčastěji ale (45 %) přetrvaly u žen ve věku mezi 30 – 33 lety.

Hustota vlasů je u každé ženy individuální. Ať už mají ženy vlasy řídké nebo velmi objemné, myslím si, že ani jedna z nich si nepřeje jejich vypadávání. Těhotenství postihuje i tuto oblast. Jakým způsobem ovlivňují kvalitu vlasů poporodní hormonální změny u jednotlivých věkových kategorií, zjišťovaly následující dvě otázky.



Graf č. 14: Vypadávání vlasů po porodu

Výsledky dotazníkového šetření prokazují, že zvýšené vypadávání vlasů trápí relativně ve stejné míře ženy všech vybraných věkových kategorií. Tento jev se objevil průměrně u 70 % z nich. Kromě kategorie žen ve věku od 28 do 29 let, v níž byly prvorodičky postiženy vypadáváním vlasů nejméně (64 %), jsou procentuální rozdíly mezi zbylými věkovými kategoriemi vcelku zanedbatelné.

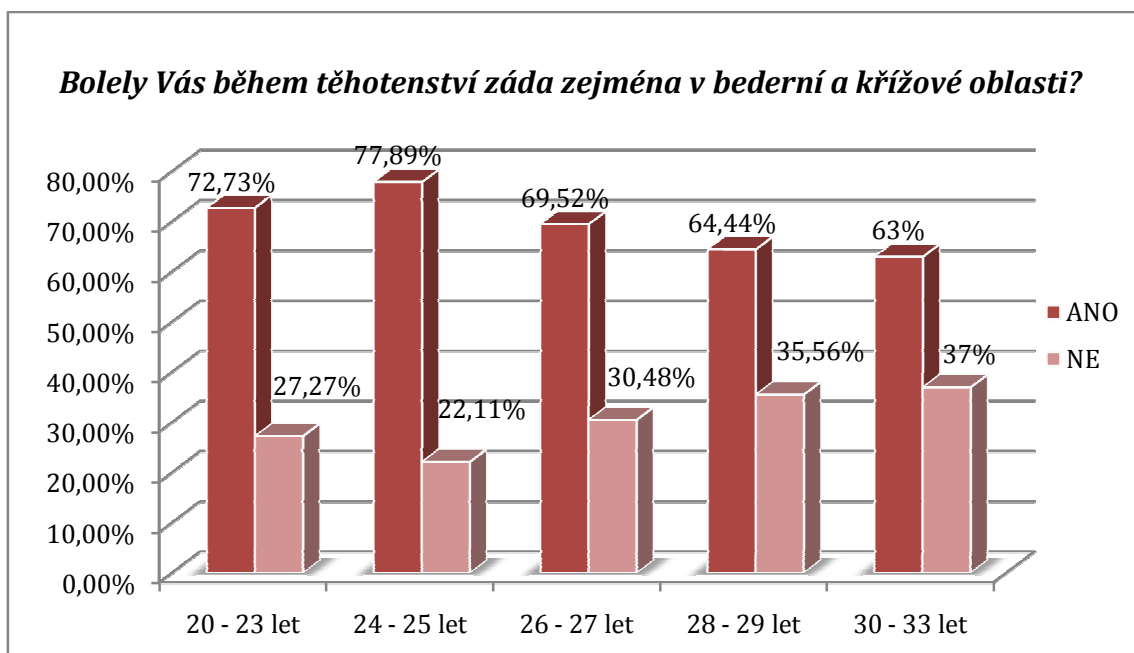
Považovala jsem za důležité zjistit, zda po porodu u prvorodiček nezanechalo zvýšené vypadávání vlasů trvalé následky na jejich hustotě. V okolí svých přátel jsem měla možnost promluvit se s maminkami, které si i několik měsíců po porodu stále stěžují, že se na objemu jejich vlasů těhotenství negativně podepsalo.

Tab. č. 15: Obnova hustoty vlasů po porodu

Zaznamenala jste obnovení hustoty Vašich vlasů do šesti měsíců po porodu?			
Věková kategorie	Počet žen registrujících zvýšené vypadávání vlasů	Obnovení hustoty vlasů	Neobnovení hustoty vlasů
20 – 23 let	78	47 %	53 %
24 – 25 let	76	54 %	46 %
26 – 27 let	78	56 %	44 %
28 – 29 let	58	52 %	48 %
30 – 33 let	76	66 %	34 %

Téměř polovina žen tvrdí, že hustotu svých vlasů získala zpět do šesti měsíců po porodu. Nejméně (47 %) se objem vlasů obnovil prvorodičkám ve věku mezi 20–23 lety. Relativně stejných hodnot dosahovaly ženy od 24 do 29 let. U nich však výsledky nepřesáhly ani 60 %. Z bohaté hustoty a kvality svých vlasů se nejčastěji těšily ženy nejstarší věkové kategorie. Z celkového počtu 76 žen, které uvedly, že je po porodu tento problém postihl, se objem jejich vlasů do šesti měsíců navrátil u 66 % z nich.

Těhotenství s sebou nepřináší pouze viditelné změny na těle ženy. Následující problematika, jež byla v celé své šíři řešena v dotazníku, souvisí s adaptací zakřivení páteře na ventrální růst dělohy.



Graf č. 15: Bolesti zad v bederní a křížové oblasti v těhotenství

Bolestivost zad je v těhotenství v důsledku zvětšující se lordózy a kyfózy častá. Tvrzení potvrzují i výsledky dotazníkového šetření. Více se tyto problémy objevují u mladších těhotných. Do 25 let se s bolestí zad potýkalo přes 70 % prvorodiček. U žen ve věku 24 až 25 let výsledky dosahují skoro 80 %. Na třetím místě skončily ženy ve věku 26–27 let. Po zaokrouhlení se bolesti zad objevily přesně u 70 % z nich. Dále pozorujeme, že se procenta s narůstajícím věkem snižují, přesto ale rozdíl výsledků mezi druhou nejstarší a nejstarší věkovou kategorií činí pouhé 1 %.

Přestože by bolesti měly po porodu ve větší míře ustoupit, některé ženy je mohou pociťovat dlouhodobě, protože u nich dochází k pomalejšímu obnovení normální polohy těžiště těla.

Tab. č. 16: Bolestivost zad v bederní a křížové oblasti po porodu

<i>Přetrvávají u Vás bolesti zad v bederní a křížové oblasti i po porodu?</i>			
Věková kategorie	Počet žen s bolestmi zad	Bolesti zad přetrvávající po porodu	Ustoupení bolesti zad po porodu
20 – 23 let	80	49 %	51 %
24 – 25 let	74	30 %	70%
26 – 27 let	73	29 %	71 %
28 – 29 let	58	38%	62%
30 – 33 let	63	40 %	60 %

S problémem přetrvávajících bolestí zad po porodu se nejčastěji (49 %) potýkají ženy ve věku mezi 20 až 23 lety. Následuje nejstarší věková kategorie a na třetí pozici se s rozdílem pouhých 2 % řadí ženy ve věku 28 až 29 let. Bolesti zejména v bederní a křížové oblasti zad nejméně postihovaly ženy ve věku 26 až 27 let (29 %) a mezi 24 až 25 lety (30 %).

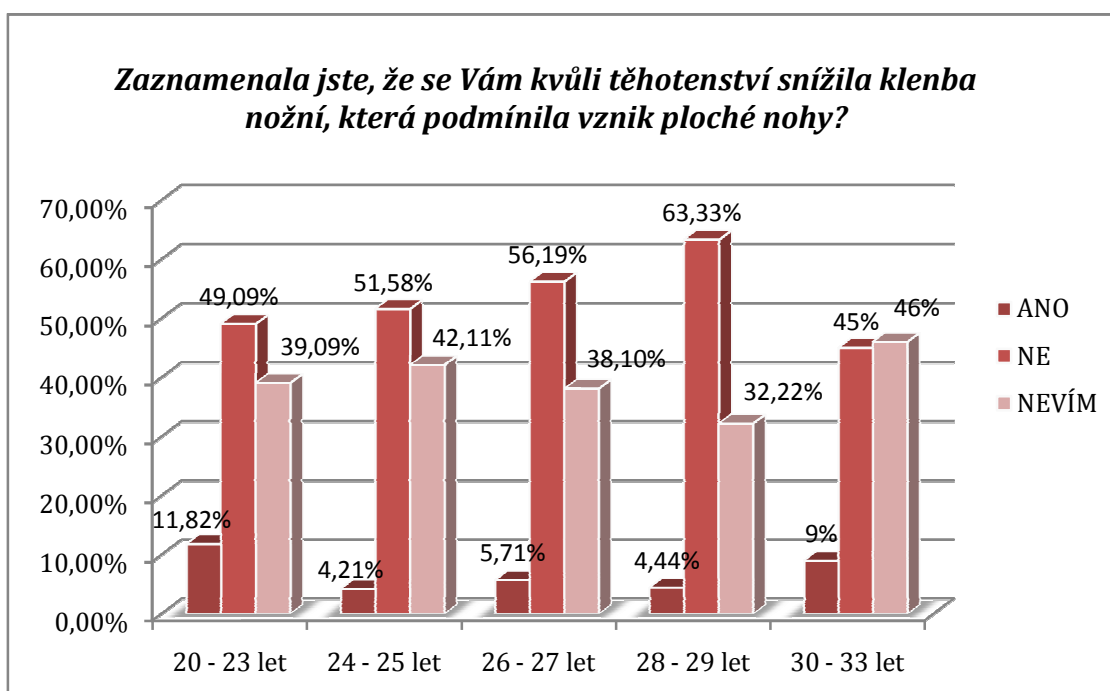
Tab. č. 17: Počet žen využívajících pomoc fyzioterapeuta

<i>Vyhledala jste při přetrvávání bolestí zad pomoc fyzioterapeuta, aby Vám poradil, jaké cviky máte používat k obnovení správného držení těla?</i>		
Věková kategorie	Počet žen s přetrvávajícími bolestmi zad po porodu	Počet žen, které vyhledaly pomoc fyzioterapeuta
20 – 23 let	39	16
24 – 25 let	22	11
26 – 27 let	21	11
28 – 29 let	22	13
30 – 33 let	25	11

Nejen že bolesti zad v bederní a křížové oblasti mohou po porodu dlouhodobě přetrvávat a prohlubovat se, ale jejich neléčení s sebou může přinášet i další problémy, které ženám zneprůjemňují péči o svého potomka. Zajímalo mě tedy, kolik žen po porodu vyhledá odbornou pomoc. Při bližším průzkumu této problematiky bylo zjištěno, že se na služby fyzioterapeuta obrátila méně než polovina žen všech věkových kategorií trpících na dlouhodobé bolesti zad. Péče fyzioterapeuta je bezplatná pouze tehdy, když je ženě vypsána žádanka

od ortopedického lékaře. Otázkou tedy zůstává, zda zbylé ženy vůbec svého ortopedického lékaře mají a zda je od návštěvy fyzioterapeuta neodradila cena jeho služeb, které v dnešní době nejsou levné.

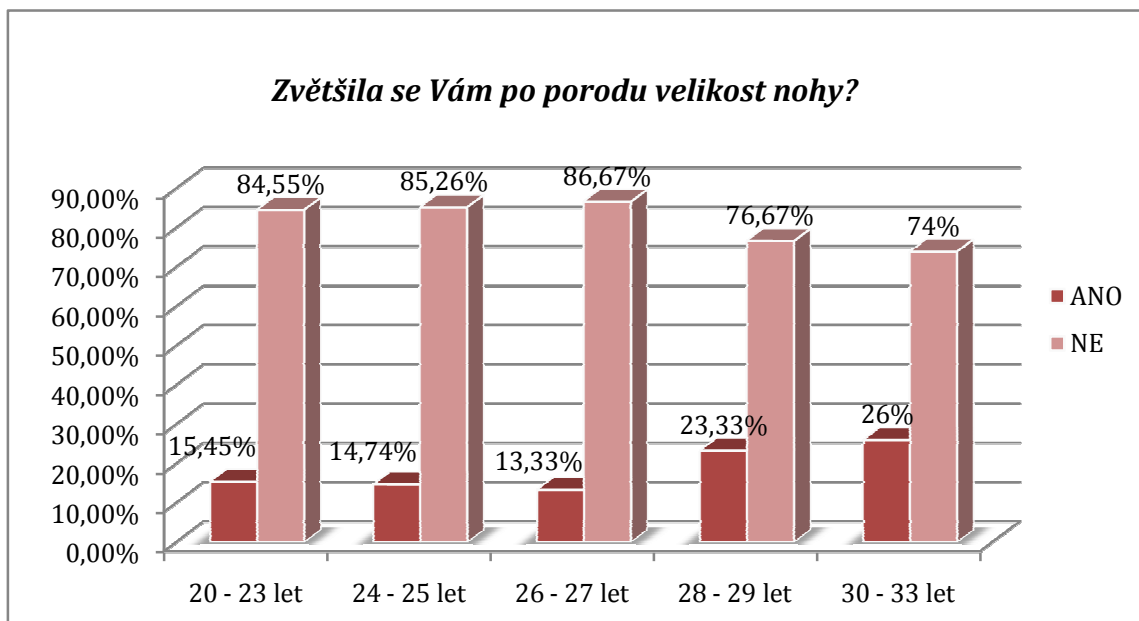
Další strukturní změna, kterou může těhotenství způsobit, je snížení klenby nožní. Pokles klenby způsobuje vznik ploché nohy a ve většině případů je doprovázen i zvětšením její velikosti. Tuto změnu může žena postřehnout tak, že začne pociťovat bolesti chodidel nejen při stání, ale i při chůzi.



Graf č. 16: Snížení klenby nožní v těhotenství

Na otázku, zda se ženám kvůli těhotenství snížila klenba nožní, odpověděla převážná většina respondentek „ne“. Často také nedokázaly určit, zda tuto změnu po porodu zaregistrovaly. Nejčastější kladná odpověď na tuto otázku se objevila u žen nejmladší věkové kategorie. V ní snížení klenby zaznamenalo 12 % prvorodiček. S druhým nejvyšším procentem (9 %) následovala nejstarší věková kategorie žen a s rozdílem pouhých 3 % navazovala prostřední věková kategorie (6 %). Ve zbývajících kategoriích změnu pociťovala pouhá 4 % žen.

Následující otázka zjišťovala, jakému počtu prvorodiček se v důsledku těhotenství zvětšila velikost nohy. Jak již bylo zmíněno, tato změna úzce souvisí se snížením klenby nožní, která podmiňuje vznik ploché nohy.



Graf č. 17: Zvětšení velikosti nohy

Při porovnání výsledků s grafem č. 16 zjistíme, že se procentuální výsledky, které vyjadřují počet žen registrujících změnu velikosti, navýšil. Je tedy možné stanovit závěr, že právě u některých žen, jež v předchozí otázce uvedly odpověď „nevím“, došlo ke snížení klenby nožní, aniž by tuto změnu zaregistrovaly.

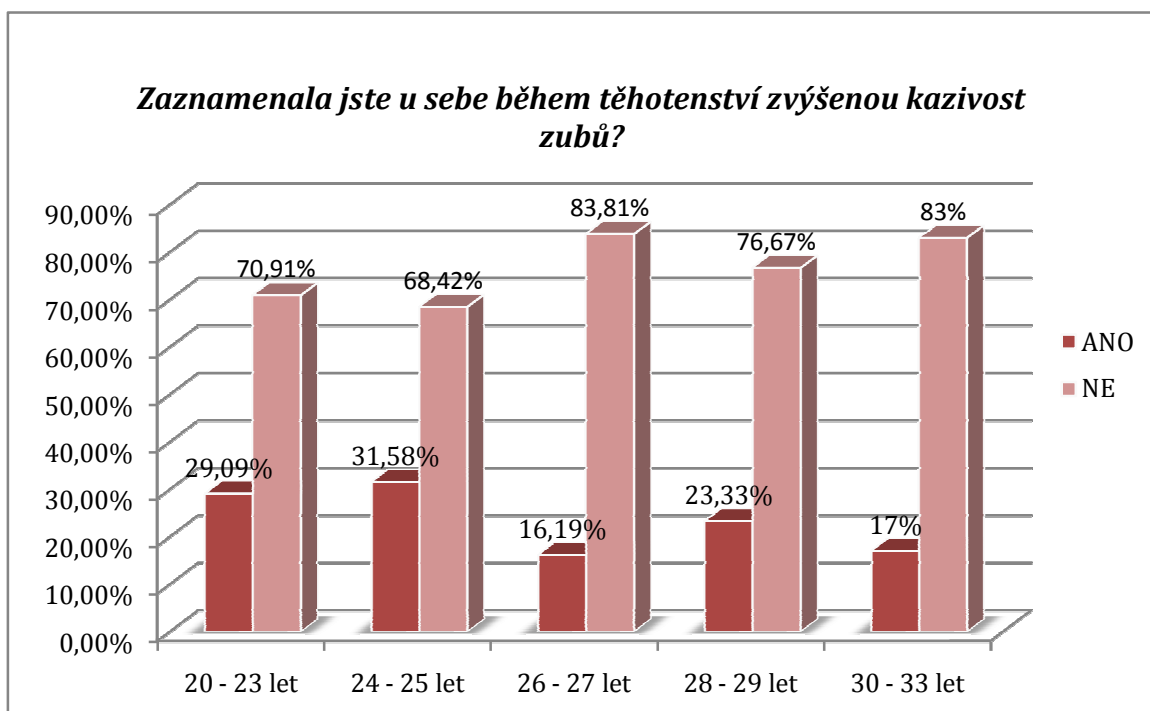
Změna velikosti nohy postihla nejčastěji (přes 20 %) ženy ve věku od 28 do 33 let. Rozdíl mezi těmito věkovými kategoriemi činí pouhá 3 %. U zbylých věkových kategorií výsledky převyšovaly 10 %.

Tab. č. 18: Číselný rozdíl ve velikosti chodidla

O kolik čísel se Vám zvětšilo chodidlo?			
Věková kategorie	o 0,5 čísla	o 1 číslo	o 1,5 čísla
20 – 23 let	6 % (1)	94 % (16)	X
24 – 25 let	21 % (3)	76 % (11)	X
26 – 27 let	29 % (4)	71 % (10)	X
28 – 29 let	28,6 % (6)	66,7 % (14)	4,7 % (1)
30 – 33 let	35 % (9)	65 % (17)	X

Výsledky tabulky č. 17 ukazují, že spíše než o 0,5 čísla se ženám zvětšila noha o 1 číslo. Změna o 1,5 čísla postihla pouze jednu ženu ze všech, které na předchozí otázku odpověděly kladně.

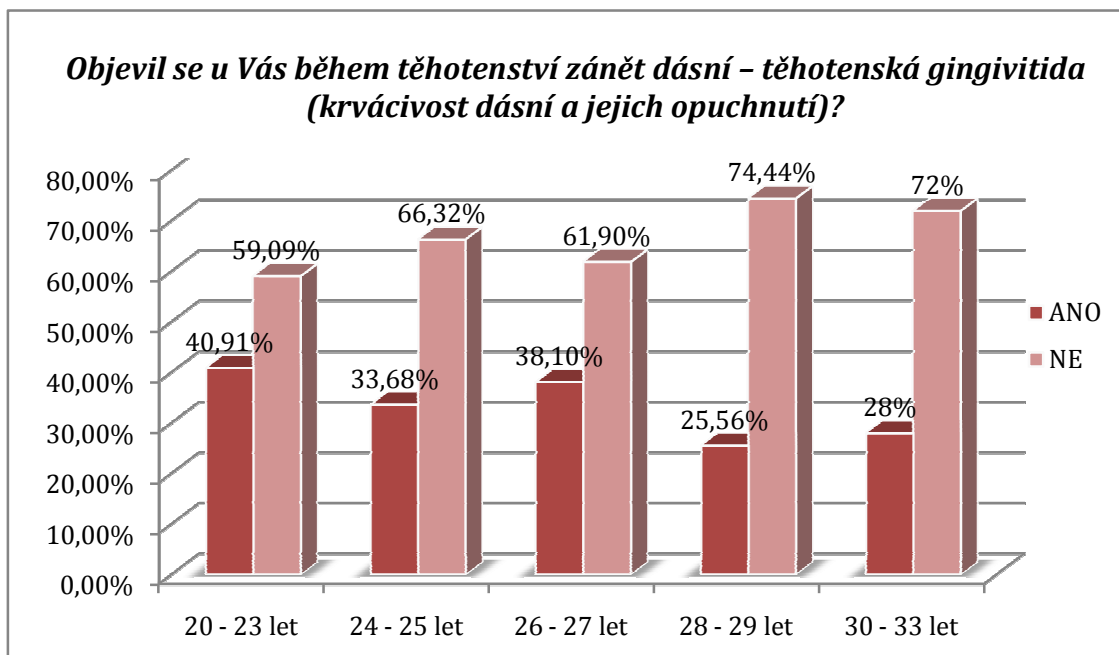
Změny se v těhotenství objevují také v dutině ústní. Následující otázky se zabývají problematikou zvýšené kazivosti zubů v těhotenství a dásní postižených těhotenskou gingivitidou. Opět budou porovnány rozdíly výskytu mezi jednotlivými věkovými kategoriemi.



Graf č. 18: Zvýšená kazivost zubů v těhotenství

Přestože výsledky dotazníkového šetření ukazují, že zvýšená kazivost zubů není v těhotenství až tak častá, je důležité, aby si těhotná žena čistila zuby i vícekrát za den. Náchylnější ke kazivosti zubů jsou v tomto období spíše mladší věkové kategorie, nejčastěji (32 %) ženy ve věku mezi 24–25 lety. S rozdílem 3 % následuje nejmladší věková kategorie žen. Ústní hygienu nepodceňují hlavně ženy ve věku 26–27 a 30–33 let. U nich výsledky týkající se zvýšené kazivosti zubů nepřesáhly ani 20 %. Problémy, které však již přesáhly hranici 20 %, mají ženy ve věku 28–29 let.

Zvýšení krvácivosti dásní a jejich opuchnutí je opět podmíněno hormonálními změnami provázející období těhotenství. Při sledování výsledků je důležité brát v potaz, že těhotenská gingivitida se objevuje hlavně u těch žen, které zánět dásní postihoval již před otěhotněním.



Graf č. 19: Výskyt těhotenské gingivitidy

Oproti zvýšené kazivosti zubů se problém se zánětem dásní objevuje u žen v těhotenství častěji. Krvácivost dásní a jejich otok postihl nejvíce (41 %) ženy ve věku mezi 20–23 lety. Postižení dásní se s minimálními procentuálními rozdíly následně snižuje u žen ve věku 28–29 let (38 %) a 24–25 let (34 %). Spíše méně se zánět dásní vyskytoval u starších věkových kategorií od 28 do 33 let.

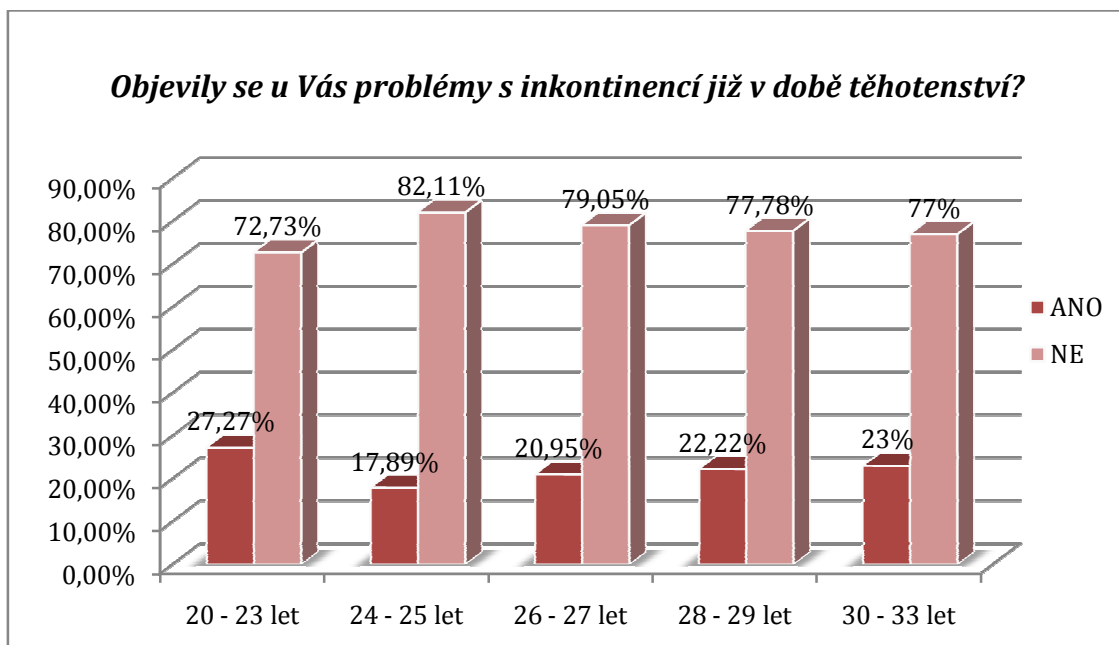
Těhotenská gingivitida může přetrvávat i po porodu. Pokud žena kojí, hladina těhotenských hormonů u ní zůstává zvýšená i po ukončení těhotenství, a proto dásně stále krvácí a otékají (Widerová 2008). Pravdivost tvrzení Widerové (2008) ověřovala následující otázka.

Tab. č. 19: Výskyt gingivitidy po porodu

Přetrvával u Vás zánět dásní – gingivitida i po porodu?			
Věková kategorie	Počet žen se zánětem dásní v období těhotenství	Zánět dásní přetrvávající i po porodu	Ustoupení zánětu dásní po porodu
20 – 23 let	45	53 %	47 %
24 – 25 let	32	47%	53 %
26 – 27 let	40	40%	60%
28 – 29 let	23	17 %	83 %
30 – 33 let	28	21 %	79 %

Problém s přetrvávajícím zánětem dásní mají po porodu hlavně ženy mladších věkových kategorií do 27 let, nejčastěji pak více než polovina (53 %) žen ve věku mezi 20–23 let. K výraznému snížení problematiky dlouhodobé krvácivosti dásní a jejich opuchnutí dochází až u druhé nejstarší a nejstarší věkové kategorie.

Velmi nepříjemný intimní problém úniku moči se u ženy může vyskytovat jak v období těhotenství, tak v období poporodním. Cílem této otázky bylo zjistit, jak často se inkontinence objevovala u dotázaných prvorodiček.

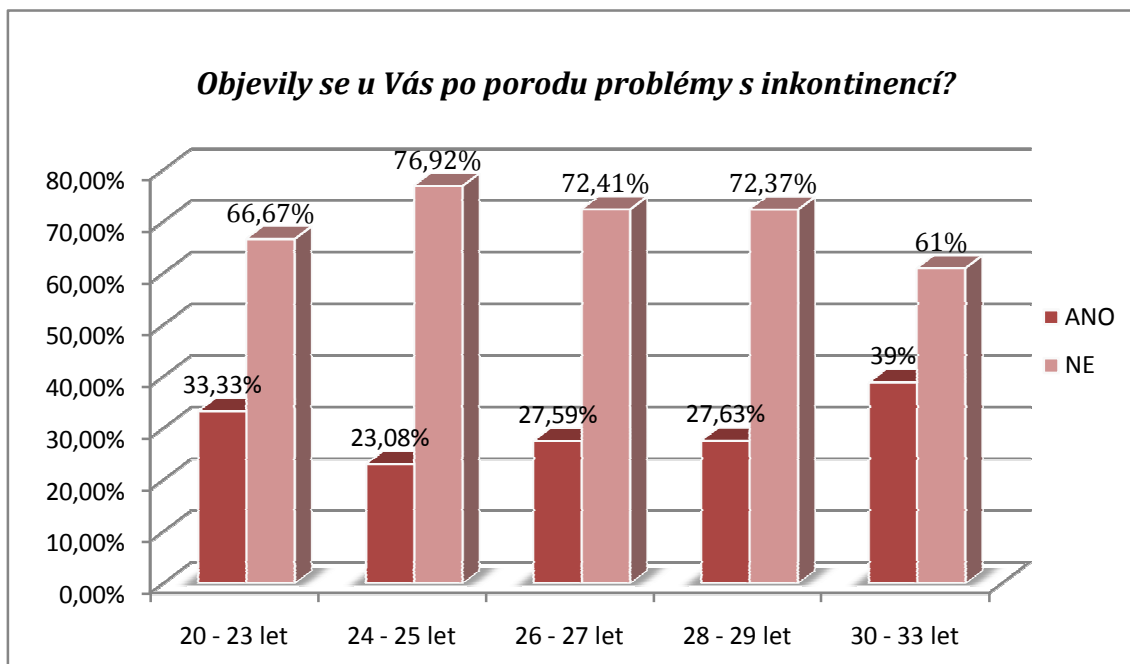


Graf č. 20: Inkontinence během těhotenství

Z grafu vyplývá, že se inkontinence v období těhotenství vyskytovala nejčastěji (27 %) u nejmladší věkové kategorie (20–23 let). O něco menší, avšak druhé nejvyšší procento výskytu (23 %) se objevilo u nejstarší věkové kategorie žen mezi 30 až 33 lety. U žen ve věku od 26 do 29 let jsou procentuální rozdíly v porovnání s nejstarší věkovou kategorií minimální. Ženy ve věku 25 až 26 let se s inkontinencí během těhotenství potýkaly nejméně (18 %). Podle procentuálních výsledků lze učinit závěr, že inkontinence v těhotenství postihuje, až na malé procentuální rozdíly, relativně stejný počet žen ve všech věkových kategoriích.

Hodnocení výsledků týkající se problémů s inkontinencí bylo provedeno pouze u žen, které rodily přirozenou cestou.

Je důležité poznamenat, že problémy s inkontinencí vyskytující se u žen již v období těhotenství mohou přetrvávat i po porodu. Jiné ženy mohou poprvé začít pociťovat únik moči až v důsledku přirozeného porodu.

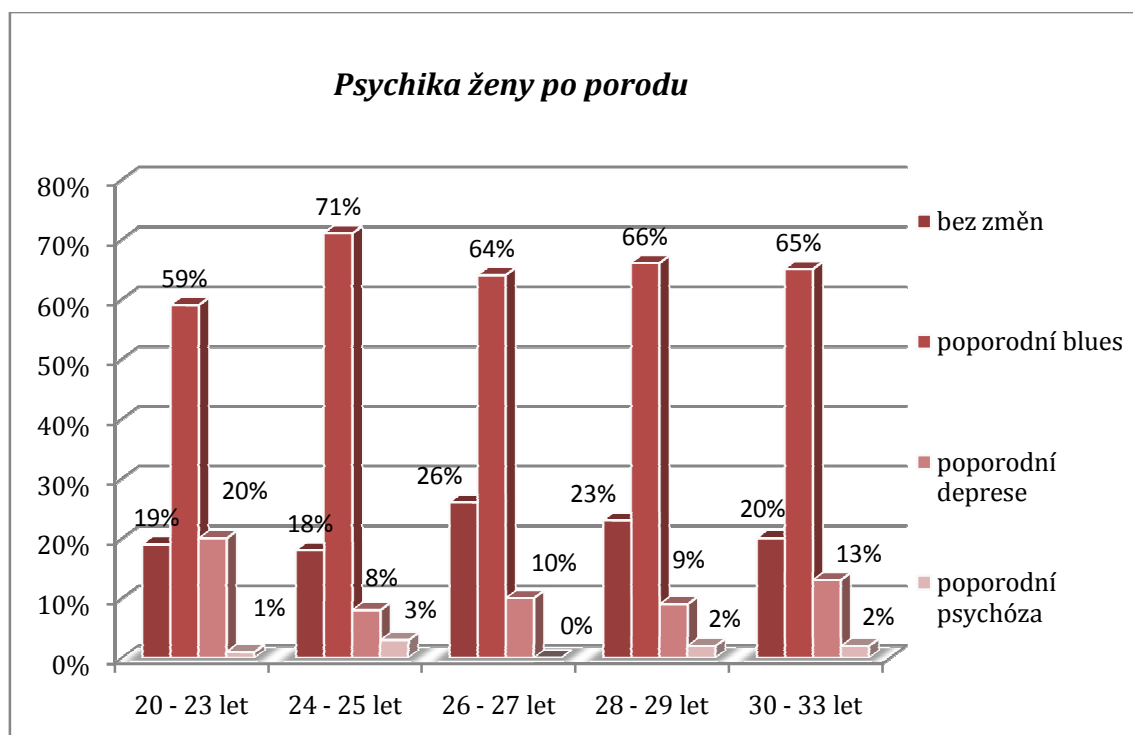


Graf č. 21: Výskyt poporodní inkontinence

Při porovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi bylo zjištěno, že únik moči po porodu postihoval nejčastěji (39%) ženy ve věku od 30 do 33 let. Postupně následuje věková kategorie nejmladších žen (33 %). Věkové kategorie žen 26–27 let a 28–29 let se ve výsledcích liší pouze v desetinných číslech. Ve věku 24 až 25 let postihla poporodní inkontinence pouhých 23 % žen.

3.2.4 Duševní zdraví po porodu

Zážitek z porodu, zvykání si na novou roli matky, nedostatek spánku, stres, pocit velké zodpovědnosti za péči o dítě, celkové vyčerpání organismu – to vše se na psychice ženy po narození dítěte může negativně podepsat. Jak všechny tyto působící faktory psychiku ženy ovlivnily, zjišťovala poslední část dotazníku.



Graf č. 22: Psychika ženy po porodu

Nejčastěji se u žen po porodu objevovalo tzv. poporodní blues, které postihovalo přes 70 % žen ve věku 24–25 let, přes 60 % žen ve věku 26–33 let a 59 % žen nejmladší věkové kategorie. U žen ve věku 20–23 let v porovnání se zbývajících čtyřmi kategoriemi výrazně stoupl výskyt poporodní deprese. Toto psychické onemocnění se zde objevilo u 20 % žen. Ve zbylých věkových kategoriích se jeho procento pohybovalo průměrně okolo 10 %. Poporodní psychóza postihla průměrně 1,6 % žen. Všechny tyto ženy v odpovědích uváděly, že po porodu měly myšlenky na sebevraždu, což odborné knižní zdroje uvádí za jeden z hlavních příznaků této nemoci. Procentuální výsledek, který vyšel na základě dotazníkového šetření, se však neshoduje s průměrným procentem výskytu této psychické nemoci udávaným v odborné literatuře. Žádnou změnu psychiky po porodu nezaznamenalo 19 a více procent žen.

3.3 Shrnutí hlavních výsledků

Práce se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické, přičemž výsledky výzkumu práce jsou prezentovány výhradně v části praktické.

Průběh každého těhotenství je individuální. Přesto byly na základě dotazníkového šetření zjištěny určité shodné body, které se objevují u žen stejného nebo podobného věku.

Přirozenou cestou otěhotněla převážná většina žen. Pouhá 2,4 % žen se kvůli otěhotnění obrátila na pomoc asistované reprodukce. Komplikované těhotenství měly častěji mladší věkové kategorie. Ve věkové kategorii od 20 do 23 let se komplikace v těhotenství vyskytly u 34,55 % prvorodiček. Mladší ženy se také častěji potýkaly s rizikovým těhotenstvím.

Porod většiny prvorodiček proběhl v porodnici. Pouhých 7 % žen rodilo v domácím prostředí. K němu se uchýlovaly spíše starší prvorodičky. Přestože se procento provedených císařských řezů v České republice zvyšuje, průměrně přes 80 % žen rodilo přirozenou cestou. Porod císařským řezem však nejčastěji podstoupily ženy od 30 let. Procentuální výsledky předčasných porodů byly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi nízké a relativně vyrovnané.

Délka porodu přirozenou cestou se mezi jednotlivými věkovými kategoriemi lišila. Nejdéle rodily starší prvorodičky. U žen od 26 let do 33 let se průměrná délka porodu pohybovala kolem 13,5 hodin. Během porodu se komplikace častěji objevily u mladších prvorodiček. U nich byla také častěji provedena epizotomie. Přestože byl nástřih hráze častěji proveden u mladších prvorodiček, s jeho hojením měly problémy spíše starší prvorodičky od 30 let. Průměrná doba rekonvalescence u žen po císařském řezu trvala okolo jednoho měsíce. Na problémy s hojením jizvy si stěžovaly nejčastěji ženy od 20 do 23 let.

Ztrátu pevnosti prsou po porodu a vlivem kojení zaznamenaly spíše mladší prvorodičky. Do 26 let průměrně 60 % z nich. Nejčastěji se ženám po porodu prsa trvale zvětšila. Zmenšení velikosti prsou zaznamenaly hlavně mladší prvorodičky. Nejvíce se po porodu radovaly starší prvorodičky, u kterých často k žádným změnám velikosti poprsí nedošlo.

Průměrný příbytek na váze během těhotenství činil 15 kg. Nejvíce se váha navýšila mladším těhotným. Své váhy před otěhotněním tedy dříve dosahovaly starší prvorodičky.

Prevenici vzniku strií nepodceňovalo průměrně 60 % těhotných žen. Jejich výskyt přesto nejčastěji postihl mladší prvorodičky. Například u žen ve věku od 30 do 33 let se objevily pouze u 27 % z nich.

Křečové žíly na nohou se v těhotenství objevily u všech věkových kategorií pouze minimálně. Náchylnější k jejich vzniku však byly starší prvorodičky. U nich také křečové žíly často po porodu dlouhodobě přetrvávaly nebo vůbec nevymizely.

Výskyt melasmy, tmavých pigmentových skvrn na obličeji, byl v těhotenství minimální. V tomto případě melasma nejčastěji postihovala starší prvorodičky a i ony měly největší problémy s jejím vymizením.

Vlasy po porodu vypadávaly relativně stejnému množství žen ve všech věkových kategoriích. Průměrně se tento jev objevil u 73 % prvorodiček. Původní kvalitu a hustotu vlasů před otěhotněním znovu získala více než polovina žen (55 %). Nejčastěji toho dosáhly prvorodičky od 30 do 33 let.

Bolestivost zad v křížové a v bederní oblasti je v těhotenství častá. Výsledky šetření zaznamenaly, že postihuje průměrně 70 % žen, častěji pak mladší těhotné. Přetrvávající bolesti zad po porodu registrovaly hlavně ženy ve věku od 20 do 23 let a od 30 do 33 let. Bohužel, méně než polovina žen, která po porodu pociťovala dlouhodobé bolesti zad, se obrátila na pomoc odborníka – fyzioterapeuta.

Trvalou změnu snížení klenby nožní podmiňující vznik ploché nohy zaregistroval minimální počet všech prvorodiček. 39 % z nich na otázku nebylo schopno odpovědět. Velikost nohy se však zvětšila průměrně 17 % prvorodiček. Tuto změnu nejčastěji zaznamenaly ženy ve věku od 28 do 33 let.

Zvýšená kazivost zubů se během těhotenství objevila spíše u mladších prvorodiček od 20 do 25 let. To platí i u výskytu těhotenské gingivitidy. Krvácivost dásní a jejich opuchnutí se ale v tomto případě zvýšeně vyskytovalo dále i u žen od 26 do 27 let.

Inkontinence v těhotenství se objevovala v relativně stejné míře u všech věkových kategorií. Průměrné procento jejího výskytu činilo 22 %. S poporodní inkontinencí měly problémy nejčastěji ženy ve věku od 20 do 23 let a od 30 do 33 let. Je důležité zmínit, že se poporodní inkontinence u prvorodiček objevovala častěji než inkontinence v době těhotenství.

Výsledky dotazníkového šetření zaznamenaly, že věk prvorodiček nemá vliv na poporodní psychické změny. Nejčastěji se u „novopečených“ maminek objevovalo poporodní blues a poporodní deprese. Ve výskytu těchto psychických onemocnění, které se liší délkou svého trvání, se totiž neobjevily razantní procentuální rozdíly.

4 Diskuse

V této kapitole jsou porovnány výsledky, které byly získány vlastním průzkumem, s výsledky dřívějších průzkumů nalezených v knižních nebo internetových zdrojích z různých stěžejních oblastí týkajících se těhotenství, porodu a poporodního období. Vlastního výzkumu se dobrovolně zúčastnilo pět set prvorodiček.

První zkoumanou oblastí bylo těhotenství a jeho průběh. Těhotenství plánovalo přes 60 % žen ve věku od 20 do 23 let (64 %) a od 24 do 25 let (69 %). Ženy od 26 do 33 let si ve svém věku přály dítě častěji, protože o otěhotnění se v tomto vzorku snažilo přes 80 % žen. Průměrný věk prvorodiček se pohyboval kolem 26,4 let. Údaje Záleské a Kottové (2015) jsou však vyšší. Ty na základě informací získaných od Ministerstva zdravotnictví uvádí, že se průměrný věk prvorodiček v roce 2015 pohyboval kolem 28 let.

Přes 94 % všech žen, které plánovaly těhotenství, uvedlo, že jejich dítě bylo počato přirozenou cestou. Je třeba dodat, že Pařízek (2009) uvádí, že u žen po 30. roce života dochází ke snížení pravděpodobnosti prvního otěhotnění. Toto tvrzení se zřejmě musí týkat žen starších více než 33 let, protože výsledky dotazníkového šetření prokazují, že 97 % žen ve věku od 30 do 33 let plánujících těhotenství, nemělo s přirozeným početím problémy. Výsledky šetření také nesouhlasí se závěrem Behinové et al. (1979), v němž je zmíněno, že v dnešní době přibývá stále více párů, které podstupují různé druhy asistované reprodukce. Této pomoci využilo pouze 2,4 % prvorodiček z celkového počtu dotázaných.

Komplikace doprovázející těhotenství se objevily nejčastěji (35 %) u žen ve věku 20–23 let. U nejstarší věkové skupiny (30 – 33 let) provázely pouhých 14 % žen. Jako tři nejčastější komplikace byly zmiňovány: krvácení v různých týdnech těhotenství s občasným výskytem hematomu, hypertenze a tvrdnutí břicha. Za rizikové nebylo označeno těhotenství všech žen, u kterých se komplikace objevily. Výskyt rizikového těhotenství postihuje podle Gregory a Velemínského (2011) zhruba 30 % těhotných. Uvedené procento se shoduje pouze s jedním samostatným výsledkem věkové kategorie prvorodiček od 20 do 23 let, který činí 35 %. Průměrný počet rizikových těhotenství se pohyboval kolem 19,2 %.

Dle Štromerové et al. (2010) neexistuje žádný právní důvod, který by zakazoval poskytnutí péče rodiče v domácím prostředí. Porod v domácím prostředí však není v Pardubickém kraji častý. Z celkového počtu dotazovaných žen si ho zvolilo pouhých 7 %. Zbýlých 93 % prvorodiček rodilo v porodnici.

Další část výzkumu byla věnována tematice porodu. Přes 80 % žen ve věku od 20 do 29 let přivedlo dítě na svět přirozenou cestou. U nejstarší věkové kategorie došlo k poklesu četnosti přirozených porodů na 72 %. V České republice podle Gregory a Velemínského ml. (2013) je průměrně 25 % všech porodů ukončeno císařským řezem. Ve výzkumném vzorku všech prvorodiček k němu

docházelo u 18,4 % z nich. Nejbližší tvrzení Gregory a Velemínského ml. byly samostatné procentuální výsledky nejstarší věkové kategorie. V ní se císařským řezem narodilo 28 % novorozenců. Dnešní lékařství zajišťuje takovou péči o těhotné, že k předčasnému porodu došlo pouze u 11 % prvorodiček.

Pontůch et al. (1987) vymezili průměrnou dobu porodu prvorodičky na 6–12 hodin v první době porodní a na 15–30 minut v druhé době porodní. Přibližně 12 hodin rodily ženy ve věku od 20 do 25 let a 13, 5 hodin ženy ve věku od 26 do 33 let. Výsledek této části výzkumu se shoduje s druhým výrokem Pontůcha et. al (1987), který zmiňuje, že na délce porodu se podepisuje i vyšší věk prvorodičky, neboť ten způsobuje nižší poddajnost jejich porodních cest. Komplikace se při porodu vyskytly přibližně u 27,4 % prvorodiček, nejčastěji (34 %) u nejmladší a druhé nejmladší věkové kategorie žen. Mezi tři nejčastější porodní komplikace patřily: nepostupující porod – neotevírání porodních cest, pokles (slábnutí) srdečních ozev plodu a obtočení pupečnickové šňůry kolem krku plodu. Přestože Roztočil et al. (2001) upozorňují, že se v současné době prosazuje tendence snížení počtu prováděných epizotomií pouze na nezbytně nutné indikace, byla epizotomie při porodu přirozenou cestou provedena u 63,3 % prvorodiček, nejčastěji (73 %) u nejmladší věkové kategorie žen.

Vzhledem k poutavosti odpovědi jedné z respondentek na otázku, zda se u ní vyskytly během porodu nějaké komplikace, jsem se rozhodla její slova zveřejnit.

„Jedinou komplikaci během porodu způsobil zdravotnický personál, nechtěný a zbytečný nástřih hráze. Problémy s jizvou mám doposud. Zásadně byl narušen můj sexuální život. Toto a další okolnosti porodu v porodnici u mě vedly k těžkému psychickému traumatu. Nekomplikovaný porod tak bohužel díky personálu jsem nucena stále řešit po psychické i fyzické stránce. Také většina pocitů uvedených v závěru dotazníku má souvislost s chováním personálu porodnice (bezmoc, násilí...) a s prožívaným traumatem.“(Anonym 2015)

K této problematice se Takács et al. (2010, s. 61) vyjadřují slovy: *„Odmítnutí rutinního provedení epizotomie bývá součástí porodního plánu rodiček, přičemž mnoho žen formuluje svůj požadavek tak, že s tímto zákrokem souhlasí pouze v případě nutnosti. Je-li zdravotník přesvědčen, že je epizotomie indikována, avšak rodička ji dříve odmítla, je nezbytné, aby ženě důvody epizotomie vyjasnil a provedl zákrok pouze s jejím souhlasem. Nejsou-li ženy zapojeny do rozhodování o provedení epizotomie a není-li jim vysvětleno, proč jim byla provedena, mohou takovou situaci vnímat jako porušení svých práv a nezřídka pociťují bezmoc a zlost na zdravotníka, který jim nástřih provedl, což se promítne do jejich celkové spokojenosti s porodním zážitkem a perinatální péčí. Aby mohla rodička akceptovat provedení zákroku, který si původně nepřála, musí vědět, proč jí byl proveden a že to bylo nevyhnutelné.“*

Císařský řez zatěžuje organismus matky více než porod spontánní a rekonvalescence po jeho provedení trvá delší dobu (Roztočil et al. 2001). Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že průměrná doba rekonvalescence prvorodičky po porodu císařským řezem trvá 31 dní. Tato doba vyjadřuje, za jak dlouho žena po porodu přestala jizvu cítit a mohla se začít plně pohybovat. Problémy s průběhem hojení jizvy po císařském řezu mělo pouhých 19,4 % prvorodiček.

Hlavní zaměření diplomové práce bylo věnováno změnám těla ženy v době těhotenství, které mohou po porodu dlouhodobě přetrvávat či se stát změnami trvalými.

Jako první byla pozornost věnována oblasti poprsí. Widerová (2008) uvádí, že na ztrátu pevnosti prsních svalů si ženy po porodu v důsledku kojení stěžují nejčastěji. Procentuální výsledky se s tvrzením Widerové shodují. Na ochabnutí prsního svalstva si stěžovalo průměrně 59 % žen. Nejčastěji (66 %) tuto změnu zaznamenaly ženy nejmladší věkové kategorie, nejméně (50 %) ženy nejstarší věkové kategorie od 30 do 33 let. Widerová (2008) dále zmiňuje, že trvalé změny mohou ženy po porodu pozorovat i na velikosti svého poprsí, které se může zvětšit, či zmenšit. U některých žen však nemusí docházet ani k jedné ze zmiňovaných změn. Většina (61,6 %) prvorodiček zaznamenala trvalé zvětšení prsů. 25,2 % žen uvedlo, že se velikost jejich prsou od původní velikosti před otěhotněním nezměnila. Zbylému procentu žen se prsa zmenšila.

Následně byla zkoumána problematika výskytu strií. Strie se podle Pařízka (2008) objevují u 90 % těhotných. Výsledky šetření jeho tvrzení popírají. Průměrně se strie vyskytly u 52,4 % dotazovaných prvorodiček. Nejvyšší procento (77 %) výskytu strií na těle těhotné bylo zaznamenáno u nejmladší věkové kategorie žen. S rostoucím věkem žen se jejich výskyt snižoval. V nejstarší věkové kategorii si na strie stěžovalo pouhých 27 % žen. Výsledky šetření se však shodují s tvrzením, Pilátové (2009). Ta uvádí, že se strie často objevují hlavně u mladších těhotných. Přestože vzniku strií nelze předcházet (Widerová 2008), přípravky proti jejich výskytu používalo v průměru přes 60 % žen ve věku od 20 do 29 let. „Prevenční“ vzniků strií se věnovaly nejméně (57 %) ženy od 30 do 33 let. Nejčastější místo výskytu strií je (řazeno sestupně) břicho, stehna, boky a prsa.

Pařízek (2008) uvádí, že výskyt křečových žil v období těhotenství postihuje téměř polovinu žen. S tímto tvrzením se však výsledky dotazníkového šetření absolutně neztotožňují. Křečové žíly postihly během těhotenství průměrně 11,6 % prvorodiček. Nejvyšší procento výskytu (pouhých 19 %) křečových žil se objevilo u nejstarší věkové kategorie žen. Widerová (2008) upozorňuje, že do tří měsíců po porodu by křečové žíly měly vymizet, některé ale mohou přetrvávat dlouhodobě. K jejich vymizení nedošlo v daném časovém úseku u 27 % všech

respondentek. Dlouhodobě křečové žíly na nohou přetrvávaly u žen ve věku od 30 do 33 let. Tento problém postihl 53 % z nich.

Výsledky výzkumu prokazují, že výskyt melasmy u žen v Pardubickém kraji není častý. Tmavé pigmentové skvrny, které postihují oblast obličeje, se objevují průměrně pouze u 7,2 % těhotných, nejčastěji (11 %) u žen ve věku mezi 30–33 lety. Pařízek (2008) uvádí, že přibližně u 20 % žen melasma přetrvává a představuje kosmetický problém vyžadující léčbu. S procentem, které Pařízek uvádí, se výsledky dotazníkového šetření shodují, dokonce ho i převyšují. Po porodu se s melasmou stále potýkalo průměrně 25,8 % žen, nejčastěji (45 %) ženy nejstarší věkové kategorie (30–33 let).

Poporodní období je často spojené se zvýšeným vypadáváním vlasů. Tento problém zaznamenalo průměrně 72,9% žen. Procentuální rozdíly se v tomto případě mezi jednotlivými věkovými kategoriemi zásadně nelišily. Rajlichová (2005) ženy uklidňuje slovy, že pokud během vypadávání vlasů po porodu nedošlo k poškození vlasových cibulek, jejich kvalita by se měla obnovit do 6 měsíců, či nejdéle do devíti měsíců, po porodu. Obnovení hustoty po šesti měsících od porodu však nezaznamenalo průměrně 45 % žen. Nejčastěji (53 %) si na rozdílný objem vlasů před otěhotněním a po porodu stěžovaly ženy ve věku od 20 do 23 let, nejméně (34 %) ženy nejstarší věkové kategorie.

Průměrný váhový přírůstek žen v těhotenství činil 15 kg. Největší váhový přírůstek (16,9 kg) byl zaznamenán u nejmladší věkové kategorie prvorodiček (20–23 let). Čekal a Šulc (1992) za optimální váhový přírůstek považují 12 kg. Ani jedna věková kategorie se tomuto optimálnímu přírůstku nepřiblížila. Čekal a Šulc (1922) však doplňují, že odchylky od daného počtu kilogramů nejsou ničím mimořádným. Lze tedy říci, že by se těhotné ženy svým váhovým přírůstkem neměly v přílišné míře stresovat. Kolářová a Zvonář (2014) na základě své teorie tvrdí, že původní váhy před otěhotněním by měla žena dosáhnout nejdéle do šesti měsíců po porodu. Za tuto dobu se tomu tak stalo průměrně u 54,3 % žen. Nejčastěji (65,6 %) své původní váhy dosáhly ženy od 28 do 29 let. Určitě je důležité brát v potaz, že ženy, které v těhotenství přibraly např. přes 20 kg, budou mít s redukcí váhy více problémů než žena, které se váha zvýšila o pouhých 8 kg.

Těhotenství také může ovlivňovat zvýšenou kazivost zubů. Macků a Macková (1998) zmiňují, že se v tomto období mohou malé nebo nerozpoznané kazy rychleji zvětšovat. Madunická (2002) doplňuje, že časté zvracení zejména v počáteční fázi těhotenství podmiňuje pomnožení škodlivých bakterií a zvýšení hodnoty pH v ústech. Zvýšenou kazivost zubů zaregistrovalo v průměru 23,4 % těhotných. Největší problémy s narůstajícím počtem zubních kazů měly prvorodičky od 20 do 25 let (29 % a 32 %).

Těhotenská gingivitida se oproti kazivosti zubů u žen v období těhotenství vyskytovala častěji. Zachariansen (1993 in Sádovská) stanovuje výši výskytu

zánětu dásní v těhotenství na 60–70 %. S jeho tvrzením se však výsledky dotazníkového šetření neshodují. Průměrně se gingivitida objevovala pouze u 35 % prvorodiček. Nejčastěji (49,9 %) se s tímto problémem potýkaly ženy od 20 do 25 let. Widerová (2008) zmiňuje, že těhotenská gingivitida může přetrvávat i po porodu. Její tvrzení je pravdivé. U zkoumaného počtu žen přetrvávala u 35,6 % z nich, nejčastěji opět mezi 20. až 25. rokem života.

Na bolesti zad v bederní a křížové oblasti si stěžovalo průměrně 69,5 % prvorodiček. Po porodu bolesti zad přetrvávaly průměrně u 37,2 % žen. Nakládalová (2013) upozorňuje, že bez cvičení se problémy s bolestmi zad v bederní a křížové oblasti pouze prohlubují a mohou se k nim přidat i bolesti hrudní a krční páteře, brnění rukou a migrény. Výsledky prokazují, že kvůli obnovení rovnovážného postavení těla po porodu vyhledala pomoc fyzioterapeuta méně než polovina žen, u kterých bolesti přetrvávaly.

Segal et al. (2013 in Kolářová) na základě svého výzkumu zjistil, že těhotenství podmiňuje pokles klenby nožní, což ovlivňuje vznik ploché nohy i zvětšení velikosti nohy. Vznik plochého chodidla vlivem poklesu klenby nožní zaznamenalo průměrně pouhých 7 % prvorodiček. 39,5 % žen nevědělo, jestli u nich k této změně došlo. Zbylé procento žen tuto změnu nezaregistrovalo. Ke změně velikosti nohy, nejčastěji o 1 číslo, však došlo u 18,6 % prvorodiček. Jelikož jsou výše zmíněné změny navzájem propojené, lze říci, že právě u některých žen, které v dotazníku odpovídaly na otázku týkající se snížení klenby nožní „nevím“, mohlo k této trvalé změně dojít.

Inkontinence v těhotenství a v poporodním období byla posledním zkoumaným prvkem této části výzkumu. Widerová (2008) tvrdí, že se inkontinence v těhotenství vyskytuje u 30–60 % žen. Procentuální rozmezí stanovené Widerovou se s výsledky dotazníkového šetření neshoduje. Inkontinenci v těhotenství zažilo průměrně pouhých 22,2 % dotázaných žen, nejčastěji pak ženy nejmladší a nejstarší věkové kategorie. Internetové stránky *moje betynka.cz* (2012) ve svém článku uvedly, že poporodní inkontinence postihuje 21 % rodiček. Procentuální výsledky výskytu poporodní inkontinence jsou u zkoumaného vzorku žen vyšší. V něm se objevovala průměrně u 30,1 % žen a opět nejčastěji u nejmladší a nejstarší věkové kategorie.

Poslední část výzkumu se zaměřovala na duševní zdraví žen po porodu. Geisel (2004) uvádí, že poporodní blues postihuje 80 % žen po porodu a poporodní deprese 10 – 20 % žen. Poporodní blues se vyskytlo průměrně u 65 % prvorodiček a poporodní deprese u 12 % z nich. Poporodní psychóza postihla 1,6 % žen. Toto procento žen v dotazníku uvedlo, že měly po porodu myšlenky na sebevraždu. Výsledky však nesouhlasí s tvrzením Blumfielda. Ten (1992 in Nicolson 2001) tvrdí, že se poporodní psychóza objevuje jen u 0,2 % žen po porodu. Lze pouze spekulovat, zda odpovědi těchto žen nebyly nadsazené. Na závěr je třeba dodat, že

procentuální rozdíly u jednotlivých psychických onemocnění mezi jednotlivými věkovými kategoriemi byly celkem vyrovnané.

5 Závěr

Práce čerpala z dotazníkového šetření provedeného v Pardubickém kraji mezi 500 ženami ve věku od 20 do 33 let. Zabývala se některými anatomickými a fyziologickými změnami těla ženy po porodu prvního dítěte. Vybrané změny vznikají v těhotenství a po porodu mohou dlouhodobě přetrvávat nebo se stát změnami trvalými. Okrajově práce zasahovala do tematiky početí, těhotenství, porodu a věnuje se i změnám týkající se psychiky ženy po porodu.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda odlišný věk prvorodiček ovlivňuje výskyt sledovaných změn na jejich těle. Tento cíl byl zvolen záměrně z toho důvodu, že v České republice dochází každoročně k navýšení průměrného věku prvorodiček.

K zajímavým výsledkům práce patří zjištění, že s přirozeným otěhotněním neměly výrazné problémy ženy ani v jedné z pěti věkových kategorií. Asistované reprodukce využily pouhé 2,4 % prvorodiček. Komplikace v průběhu těhotenství uvedly nejčastěji ženy ve věkové skupině 20–23 let (34,55 %) a nejméně často ve věkové skupině 30–33 let (14,00 %).

Při porodu přirozenou cestou déle rodily starší prvorodičky. Komplikace se však nejčastěji objevily u mladších prvorodiček, u kterých byla také častěji provedena epizotomie. Bylo zjištěno, že ve více než 50 % porodů byl u prvorodiček proveden nástřih hráze. Problémy s hojením nástřihu hráze měly ale více starší prvorodičky od 30 let.

Ztrátu pevnosti prsou po porodu a vlivem kojení zaznamenaly spíše mladší prvorodičky ve věkové skupině 20–23 let (66,36 %).

Vypadávání vlasů po porodu postihlo relativně stejné množství žen všech věkových kategorií. Průměrně se tento jev objevil u 73 % prvorodiček, s maximem ve věkové skupině 24 až 25 let (80,00 %). K návratu jejich původní kvality a hustoty před otěhotněním došlo pouze u 55 % z nich.

Co se týká duševního zdraví ženy po porodu, výsledky dotazníkového šetření zaznamenaly, že věk prvorodičky na výskyt poporodního blues či poporodní deprese téměř nemá vliv. Ve výskytu těchto psychických změn, která se liší délkou svého trvání, se totiž neobjevily výraznější procentuální rozdíly mezi věkovými skupinami. Zjištěná četnost je ale např. u poporodního blues vysoká a dosahuje 59 % až 71 %.

Poznatky získané z dotazníkového šetření poskytují obecný přehled zkoumané problematiky. Mohou pomoci právě těm ženám, které se připravují na mateřství

a umožňují jim, aby se seznámily s tím, co od těhotenství mohou reálně očekávat. Žádné knihy o těhotenství jim neposkytnou takové informace, které pramení přímo ze zkušeností žen, které se již matkami staly.

Potencionální rozvoj práce vidím v navýšení počtu respondentek, které zaručí zkvalitnění procentuálních výsledků. Další možností by mohlo být rozšíření zkoumaných věkových kategorií, a to zejména prvorodičkami, jejichž věk se pohybuje mezi 34–40 lety. Získání odpovědí by bylo v tomto případě jistě velmi složité, protože v tomto věku porodí své první dítě malé procento žen. Jsem si však jistá, že tento krok by práci obohatil v mnoha směrech. Poslední možnost rozšíření práce se nabízí v porovnání vybraných anatomických a fyziologických změn po porodu prvního a následně druhého dítěte.

6 Seznam použité literatury

6.1 Knižní zdroje

BEHINOVÁ, Martkéta et al. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2002, 367 s. ISBN 978-80-204-2816-5

BIERMANN, Christine a Ralph RABEN. *Maminkou ve čtyřiceti?* 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 178 s. ISBN 80-7367-075-5

CANTIENI, Benita. *Cvičení po porodu: metoda CANTIENICA pro pevnou postavu a posílení pánevního dna*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007, 160 s. ISBN 987-80-251-1465

COOKE, Kaz. *Vzhůru do jináče: opravdový průvodce po těhotenství a porodu*. 1. vyd. Brno: Jota, 2006, 412 s. ISBN 80-7217-441-X

ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s. ISBN 80-247-1303-8

ČEKAL, Miloš a Jan ŠULC. *Průvodce ženy jiným stavem: početí-porod-šestinedělí*. 1. vyd. Praha: I. Železný, 1992, 123 s. ISBN 80-7116-360-0

ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: ERA Group, 2008, 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4

ČERNÁ, Romana. *Kniha o těhotenství a porodu*. 1. vyd. Praha: Anthea, 2004, 246 s. ISBN 80-239-3973-4

DLHOŠ, Ernest. *Gynekologie a porodnictví: učebnice pro střední zdravotnické školy v ČSR, studijní obory zdravotní sestra, dětská sestra a rehabilitační pracovník*. 1. vyd. Praha: Avicem, 1981, 174 s.

GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, 253 s. ISBN 80-86356-32-9

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3

HYTTEN, Frank E. *Fyziologie těhotenství*. 1. Vyd (v češ.). Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969, 478 s.

CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 140 s. ISBN 80-247-0962

CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 114 s. ISBN 80-247-1124-9

CHOPRA, Parul et al. *Pregnancy: Your questions answered*. Delhi: Bywords books private limited, 2009, 192 s. ISBN 80-8193-030-4

- JANKŮ, Karel. *Hypertenze v těhotenství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 170 s. ISBN 80-7013-254-X
- KOBILKOVÁ, Jitka. *Gynekologie a porodnictví: Učebné texty pro posluchače stomatologického směru na FVL UK*. 1. vyd. Praha: SPN, 1982, 94 s.
- KOLÁŘOVÁ, Kateřina. *Vliv těhotenství a nošení dítěte na zatížení chodidla matky*. Brno, 2013. Dizertační práce. Masarykova univerzita. Fakulta sportovních studií
- MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 327 s. ISBN 80-864-7107-1
- McMILAN, Beverly. *Velký ilustrovaný atlas lidského těla*. 1. vyd. (v češ.). Praha: Svojtka & Co., 2009, 288 s. ISBN 978-80-256-0152-5
- MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004, 162 s. ISBN 80-251-0205-X
- NICOLSON, Paula. *Poporodní deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 147 s.
- NOVOTNÝ, Ivan a Michal Hruška. *Biologie člověka pro gymnázia*. 2. vyd. Praha: Fortuna, 1998, 136 s. ISBN 80-7168-462-7
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008, 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3
- PILÁTOVÁ, Anna. *Těhotenství: odpovědi na všechny vaše otázky*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co., 2009, 256 s. ISBN 987-80-526-0115-0
- PONŤUCH, Anton et al. *Gynekologie a porodnictví: učebnice pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Avicem, 1987, 380 s.
- RASTISLAVOVÁ, Kateřina. *Psychologie časného poporodního období*. Moderní babičství. Praha: Levret, 2008, 15, 27-31. ISSN 1214-5572
- RILEY, Laura. *Pregnancy: The Ultimate Week-by-week Pregnancy Guide*. Des Moines: Meredith books, 2006, 455 s. ISBN 0-696-22221-3
- ROZTOČIL, Aleš et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 333 s. ISBN 80-7013-339-2
- SÁDOVSKÁ, Diana. *Těhotná žena v ordinaci dentální hygienistky*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. lékařská fakulta
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela, ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6

VOLEJNÍKOVÁ, Hana. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. upravené vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 51 s. ISBN 80-7013-351-1

WIDER, Jennifer. *Pomoc! Jak se nezbláznit po porodu*. 1. vyd. Praha: Metafora, 2009, 239 s. ISBN 987-80-7359-202-8

6.2 Internetové zdroje

ANONYM. Mojebetynka.cz [online] 2012 [cit. 2016-16-04]. *Nenechte se omezovat poporodní inkontinencí*. Dostupné z WWW: <<http://mojebetynka.maminka.cz/clanek/nenechte-se-omezovat-poporodni-inkontinenci>>

BICHEL, Rae Elen. Npr.org. [online] 2016 [cit. 2016-20-06]. *Average Age Of First-Time Moms Keeps Climbing In The U.S.* Dostupné z WWW: <<http://www.npr.org/sections/health-shots/2016/01/14/462816458/average-age-of-first-time-moms-keeps-climbing-in-the-u-s>>

DVOŘÁK, Ondřej. Ucebna.net [online] 2009 [cit. 2016-16-04]. *Porod, kojení a šestinedělí*. Dostupné z WWW: <<http://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=309>>

KOLÁŘOVÁ, Kateřina a Martin ZVONARĚ. *Biomechanická analýza pohybového výkonu IV – Změny v distribuci planárních tlaků spojených s těhotenstvím*. [online] 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004 [cit. 2016-10-03]. ISBN 978-80-210-6735-6. Dostupné z WWW: <<https://publi.cz/books/79/Impresum.html>>

LABUDOVÁ, Zuzana. Maminka.cz [online] 2012 [cit. 2016-16-04]. *Co může ohrozit novorozence bezprostředně po porodu?*. Dostupné z WWW: <<http://www.maminka.cz/clanek/co-muze-ohrozit-novorozence-bezprostredne-po-porodu>>

MADUNICKÁ, Jana. Zuby.cz [online] 2002 [cit. 2016-19-02]. *Změny v ústech těhotné ženy*. Dostupné z WWW: <<http://www.zuby.cz/zuby-a-dasne-v-tehotenstvi/zmeny-v-ustech-tehotne-zeny.html>>

MOCKOVÁ, Milena. Těhotenství.zdrave.cz [online] 2012 [cit. 2016-16-04]. *Zakalená plodová voda*. Dostupné z WWW: <<http://tehotenstvi.zdrave.cz/zakalena-plodova-voda/>>

NAKLÁDALOVÁ, Martina. Fyzionami.com [online] 2013 [cit. 2016-03-03]. *Jak na bolesti zad po porodu*. Dostupné z WWW: <<https://www.fyzionami.com/cs/blog/bolesti-zad-po-porodu/>>

NIERENBERG, Cari. Livescience.com [online] 2015 [cit. 2016-20-06]. *Body changes during pregnancy*. Dostupné z WWW: <<http://www.livescience.com/50877-pregnancy-body-changes.html>>

RAJLICOVÁ, Eva. Zena-in.cz [online] 2005 [cit. 2016-13-03]. *Těhotenství – Pohroma pro naše vlasy?*. Dostupné z WWW: <<http://zena-in.cz/clanek/tehotenstvi-pohroma-pro-nase-vlasy>>

STICKLER, Tracy. Healthline.com [online] 2015 [cit. 2016-20-06]. *Labor and Delivery*. Dostupné z WWW: <<http://www.healthline.com/health/pregnancy/labor-and-delivery>>

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Pdcap.cz [online] S. A. A [cit. 2016-16-04]. *Péče porodní asistentky během porodu v domácím prostředí*. Dostupné z WWW: <<http://www.pdcap.cz/Texty/PA/PecePAdoma.html>>

6.3 Internetové zdroje obrázků

[1] Rozhlas.cz [online]. 2015 [cit. 2016-16-04]. *Úmrtnost novorozenců v Česku klesla. Průměrný věk prvorodiček je 28 let*. Dostupné z WWW: <http://www.rozhlas.cz/zpravy/clovek/_zprava/umrtnost-novorozencu-v-cesku-klesla-prumerny-vek-prvorodicek-je-28-let--1512527>

[2] KOLÁŘOVÁ, Kateřina a Martin ZVONÁŘ. *Biomechanická analýza pohybového výkonu IV – Změny v distribuci planárních tlaků spojených s těhotenstvím*. [online] 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014 [cit 2016-10-03]. ISBN 978-80-210-6735-6. Dostupné z WWW: <<https://publi.cz/books/79/Impresum.html>>

[3] Relax.lidovky.cz [online] 2007 [cit. 2016-16-04]. *Muži by těhotenství nezvládly*. Dostupné z WWW: <http://relax.lidovky.cz/muzi-by-tehotenstvi-nezvladli-dzk-veda.aspx?c=A071214_091511_ln_veda_hel>

[4] Ortopedica.cz [online] 2012 [cit. 2016-16-04]. *Ploché nohy – příčiny a následky deformit nohou*. Dostupné z WWW: <<http://www.ortopedica.cz/ploche-nohy/>>

7 Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník pro prvorodičky

Vážená maminko,

dovolte mi Vás požádat o vyplnění dotazníku, který mi pomůže ke zpracování diplomové práce s názvem „Anatomické a fyziologické změny těla ženy po porodu prvního dítěte v Pardubickém kraji“. Dotazník je anonymní.

Tím, že dotazník vyplníte, můžete pomoc právě těm ženám, které se připravují na mateřství. Umožníte jim, aby se seznámily s tím, co od těhotenství mohou reálně očekávat. Žádné knihy o těhotenství jim neposkytnou takové informace, které pramení přímo z Vašich zkušeností.

Předem moc děkuji za Váš čas, který jste věnovala vyplnění dotazníku.

Část A: Obecné šetření

V kolika letech jste porodila Vaše první dítě?		
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?		
<input type="checkbox"/> základní <input type="checkbox"/> středoškolské bez maturity <input type="checkbox"/> středoškolské s maturitou		
<input type="checkbox"/> vyšší odborné <input type="checkbox"/> vysokoškolské bakalářské <input type="checkbox"/> vysokoškolské magisterské		
V době Vašeho prvního těhotenství jste čekala	jedno dítě	dvojčata
Uved'te měsíc a rok narození Vašeho prvního dítěte/ Vašich dětí.		
Bylo Vaše těhotenství plánované?	ano	ne
Pokud ano, jakým způsobem jste otěhotněla?	přirozenou cestou	pomocí umělého oplodnění
Vyskytly se u Vás v průběhu těhotenství nějaké komplikace?	ano	ne
Pokud ano, mohla byste krátce uvést jaké?		
Bylo Vaše těhotenství označeno jako rizikové?	ano	ne

V kolikátém týdnu těhotenství se narodilo/y Vaše první dítě/děti?		
Kde jste rodila?		
<input type="checkbox"/> v nemocnici <input type="checkbox"/> v domácím prostředí <input type="checkbox"/> jinde		
Pokud jste zvolila možnost „jinde“, doplňte kde:		
Jakým způsobem jste rodila?	přirozenou cestou	císařským řezem

Část A1: Vyplní pouze ženy, které rodily přirozenou cestou.

Kolik hodin (přibližně) trval Váš první porod?		
Vyskytly se u Vás během porodu nějaké komplikace?	ano	ne
Pokud ano, mohla byste krátce uvést jaké?		
Byl u Vás během porodu proveden nástřih hráze (epizotomie)?	ano	ne
Pokud ano, měla jste během šestinedělí problémy s hojením rány?	ano	ne
Pokud ano, mohla byste krátce uvést jaké?		

Část A2: Vyplní pouze ženy, které porodily císařským řezem nebo ty, u kterých se z důvodu vzniklých komplikací během přirozeného porodu přešlo k císařskému řezu.

Měla jste problémy s hojením jizvy po císařském řezu?	ano	ne
Pokud ano, mohla byste krátce uvést jaké?		
Za jak dlouhou dobu po porodu jste jizvu přestala vnímat a mohla se začít plně pohybovat?		

Část B: Jak těhotenství změnilo Vaše tělo?

Ztratila Vaše prsa po porodu a vlivem kojení svou pevnost?	ano	ne
Změnila Vaše prsa po porodu a vlivem kojení svou velikost? <input type="checkbox"/> Ne, změnu velikosti prsou jsem nezaregistrovala. <input type="checkbox"/> Ano, prsa se mi zvětšila. <input type="checkbox"/> Ano, prsa se mi zmenšila.		
Kolik kilogramů jste vážila před otěhotněním?		
Kolik kilogramů jste vážila na konci těhotenství?		
Během prvních šesti měsíců po porodu byste se měla vrátit na Vaši původní váhu před otěhotněním. Hmotnostní úbytek u matek s normální hmotností by měl v tomto časovém rozmezí činit 0,5–1 kg za měsíc a u matek s nadváhou 1–2 kg měsíčně. Bylo tomu tak i ve Vašem případě? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Používala jste během těhotenství přípravky proti striím?	ano	ne

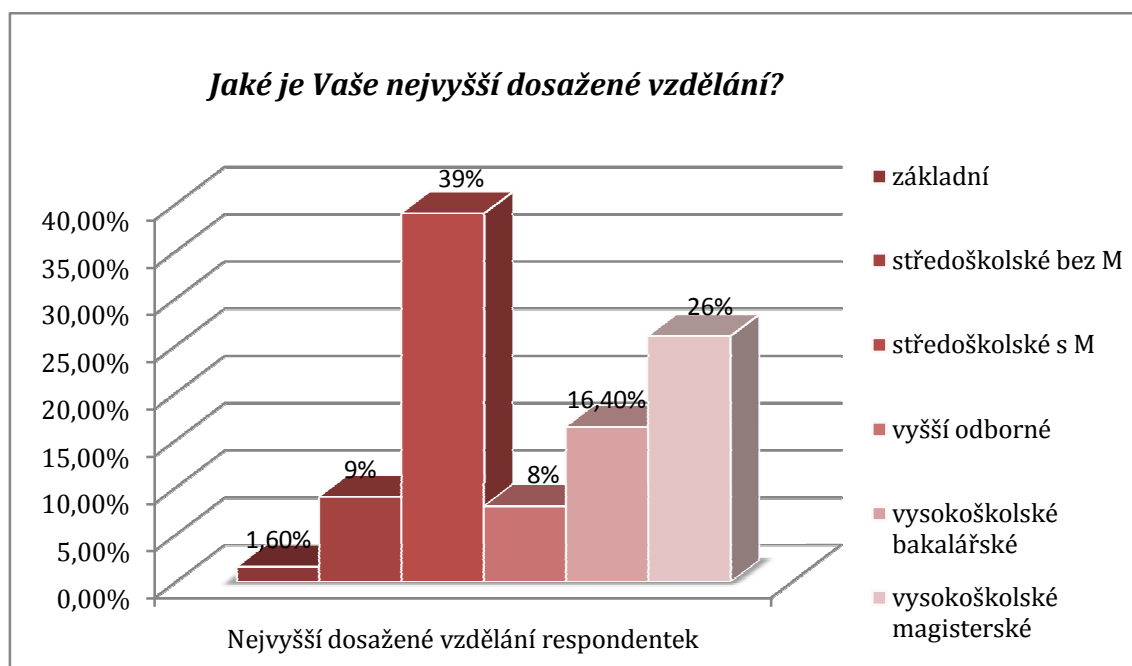
Objevily se u Vás během těhotenství strie?	ano	ne
V případě kladné odpovědi na předchozí otázku, zakroužkujte všechny oblasti výskytu strií na Vašem těle, popřípadě připište i jiná místa. <input type="checkbox"/> břicho <input type="checkbox"/> stehna <input type="checkbox"/> záda <input type="checkbox"/> paže <input type="checkbox"/> prsa <input type="checkbox"/> boky		
Objevily se u Vás během těhotenství křečové žíly na nohou?	ano	ne
Pokud ano, křečové žíly by měly do tří měsíců od porodu vymizet. Bylo tomu tak i ve Vašem případě?	ano	ne
Objevila se u Vás během těhotenství „těhotenská maska“ neboli melasma, vyznačující se tmavými pigmentovými skvrnami zejména v oblasti tváří, nosu a čela? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Pokud ano, vymizely u Vás tyto skvrny po ukončení šestinedělí?	ano	ne
Zaznamenala jste u sebe po porodu zvýšené vypadávání vlasů?	ano	ne
Pokud ano, do šesti měsíců po porodu by se měla hustota Vašich vlasů znovu obnovit. Zaznamenala jste tuto změnu?	ano	ne
Bolely Vás během těhotenství záda zejména v bederní a křížové oblasti?	ano	ne
Pokud ano, přetrvávají u Vás bolesti zad i po porodu?	ano	ne
Pokud ano, vyhledala jste pomoc fyzioterapeuta, aby Vám poradil, jaké cviky máte používat k obnovení správného držení těla? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Zvětšila se Vám po porodu velikost nohy (chodidla)?	ano	ne
Pokud ano, o kolik čísel se vám noha zvětšila?		
Zaznamenala jste, že se Vám kvůli těhotenství snížila klenba nožní, která u Vás podmínila vznik ploché nohy? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím		

Zaznamenala jste u sebe během těhotenství zvýšenou kazivost zubů?	ano	ne
Objevil se u Vás během těhotenství zánět dásní – těhotenská gingivitida (krvácivost dásní a jejich opuchnutí)?	ano	ne
Pokud ano, přetrvával u Vás zánět dásní i po porodu?	ano	ne
Objevily se u Vás po porodu problémy s inkontinencí (samovolným účinkem moči)?	ano	ne
Objevily se u Vás problémy s inkontinencí již v době těhotenství?	ano	ne

Část C: Duševní zdraví po porodu

Po porodu jsem pociťovala/se potýkala/zažívala (zaškrtněte):

- náladovost podrážděnost úzkostlivost plačtivost neklidnost
 sníženou sebeúctu pocity nejistoty a osamělosti euforické stavy střídající se s pláčem
 apatii či ztrátu zájmu nebo potěšení z různých aktivit letargii či ztrátu energie nebo motivace
 trvalý pocit smutku pocit zbytečnosti či beznaděje změny apetitu
 opakované záchvaty pláče halucinace návaly vzteku ztrátu kontaktu s realitou
 myšlenky na sebevraždu

Graf nejvyššího dosaženého vzdělání prvorodiček**Tabulka stáří prvorodiček**

Počet prvorodiček rozdělený podle jejich stáří			
Věk	Počet prvorodiček	Věk	Počet prvorodiček
20 let	21	27 let	57
21 let	22	28 let	43
22 let	29	29 let	47
23 let	38	30 let	28
24 let	47	31 let	24
25 let	48	32 let	26
26 let	48	33 let	22