

Možný výskyt poporodního blues v puerperiu

Kateřina Horáková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Kateřina HORÁKOVÁ

Osobní číslo: H09288

Studijní program: B 5349 Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Téma práce: Možný výskyt poporodního blues v puerperiu

Zásady pro vypracování:

Výběr odborné literatury.

Výběr výzkumné metody - kvantitativní - dotazník.

Naplánování výzkumného šetření.

Výběr respondentů - ženy hospitalizové na odd. šestinedělí - šestinedělky.

Pilotní studie.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování získaných dat.

Vypracování edukačního materiálu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČECH, Evžen, 2006. Porodnictví. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 80-247-1303-9.

ROZTOČIL, Aleš et al., 2008. Moderní porodnictví. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

KUDELA, Milan, 2008. Základy gynekologie a porodnictví: Pro posluchače lékařské fakulty. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1975-6.

NICOLSON, Paula, 2001. Poporodní deprese. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-7169-938-1.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví. Vyd. 1. Praha: Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Petra Kašná

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. května 2012

Ve Zlíně dne 13. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.5.2012


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Možný výskyt poporodního blues v puerperiu

Bakalářská práce na téma „Možný výskyt poporodního blues v puerperiu“ je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část popisuje fyziologické šestinedělí. Tato část popisuje involuční i psychické změny. Do psychických změn patří poporodní blues, poporodní deprese a laktální psychóza. Poporodním blues jsem se více zabývala v praktické části.

V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření. Celkem bylo vyhodnoceno 100 dotazníků, které vyplňovaly ženy po porodu z Krajské nemocnice Tomáši Bati ve Zlíně.

Cílem výzkumu bylo zjistit informovanost žen o poporodním blues, zjistit jeho výskyt u respondentek a zjistit vliv věku a parity na výskyt poporodního blues.

Klíčová slova: poporodní blues, involuční změny, šestinedělí, psychika, informovanost, výskyt

ABSTRACT

Possible Incidence of Maternity Blues in Puerperium

My bachelor thesis on the topic of “Possible Incidence of Maternity Blues in Puerperium” is divided into a theoretical part and a practical part.

The theoretical part describes physiological puerperium. This section describes involuational and mental changes. The psychological changes are maternity blues, maternity depression and lactation psychosis. The practical part of my bachelor thesis is focuses more closely on maternity blues.

The practical part results of my questionnaires are evaluated. I distributed 100 questioners to be fild in by women after the child birth in the Tomas Bata District Hospital in Zlín.

The aim of the research is to determine awareness of women about maternity blues, to find out the incidence of maternity blues, and to determine the influence of maternal age and parity on the incidence of maternity blues.

Keywords: maternity blues, involuntional changes, the puerperium, mental health, foreknowledge, incidence

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Kašné za odborné vedení a cenné rady, připomínky a podněty ke zpracování mé bakalářské práce.

Zároveň bych chtěla poděkovat Gynekologicko-porodnickému oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s. Zlín za umožnění dotazníkového šetření a dále všem ženám, které s ochotou vyplnily mé dotazníky.

Motto: „*Žena je hádankou a dítě rozluštěním.*“

Victor Hugo

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

.....

Ve Zlíně dne 28. 5. 2012

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ŠESTINEDĚLÍ	13
1.1 POPORODNÍ INVOLUČNÍ ZMĚNY.....	13
1.1.1 Děloha.....	13
1.1.2 Cervix.....	15
1.1.3 Vagina.....	15
1.1.4 Vejcovody	15
1.1.5 Vaječníky	15
1.1.6 Kardiovaskulární systém.....	16
1.1.7 Krevní a hemokoagulační systém.....	16
1.1.8 Gastrointestinální trakt.....	16
1.1.9 Uropoetický systém	16
1.1.10 Endokrinní systém	17
1.1.11 Muskuloskeletární systém.....	17
1.1.12 Změny teploty	17
1.1.13 Poporodní bolesti.....	18
1.1.14 Snížení tělesné hmotnosti	18
1.2 DALŠÍ ZMĚNY V ORGANISMU ŠESTINEDĚLKY	18
1.3 PSYCHICKÝ STAV ŽENY V ŠESTINEDĚLÍ	18
1.3.1 Poporodní blues	19
1.3.2 Poporodní deprese	20
1.3.3 Poporodní (laktační) psychóza	23
1.4 ORGANIZACE ŠESTINEDĚLÍ.....	24
1.4.1 Hospitalizace	24
1.4.2 Fyzická aktivita	24
1.4.3 Péče o hráz	25
1.4.4 Pozdní poporodní krvácení	25
1.4.5 Postpartální infekce	25
1.4.6 Sexuální aktivita	26
1.4.7 Vyšetření po šestinedělí	26
1.4.8 Truchlící rodiče	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
2 METODOLOGIE VÝZKUMU	29
2.1 CÍLE PRÁCE.....	29
2.2 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	29
3 VÝSLEDKY VÝZKUMU	30
3.1 ÚVODNÍ OTÁZKY	30
3.2 OTÁZKY O POCITECH PROŽÍVANÝCH PO PORODU.....	43
3.3 OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE INFORMOVANOSTI O POPORODNÍM BLUES.....	53
4 DISKUZE	62
5 DOPORUČNÍ PRO PRAXI	64
ZÁVĚR	65

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM GRAFŮ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Privést na svět dítě může být pro mnohé ženy splněním jejich životního cíle. Je to velmi důležitý úkol, který ale nemusí být bez potíží.

Nejdříve si žena přeje být těhotná. Poté si přeje, aby bylo její dítě zdravé a těhotenství i porod proběhly bez problémů. Porodem, ale potíže nekončí. Po porodu žena cítí pocit zadostiučinění, že dosáhla svého cíle a porodila zdravé dítě. Přivedením dítěte na svět se, ale vše mění. Již není jen ona – žena, ale nyní se z ní stává i matka. Najednou jsou ženiny pocity velmi rozporuplné. Již není svobodná, má závazek na celý život, dítě, které je potřeba dobře vychovat. Zvládne to? Bude dobrá matka? Tyto otázky vyvstávají brzy poté, co přejdou pocity euforie po zvládnutí porodu. V tuto dobu přicházejí nevysvětlitelné ataky pláče, úzkosti a strachu, co bude dál. Většina žen není na příchod těchto pocitů připravena, může jim připadat, že jiné matky tento stav neprožívají, a že ony jsou a budou špatné matky, proto, že je takovéto myšlenky napadají.

Nejsou v tom, ale sami, takovéto pocity zažívá většina prvorodiček a nevyvarují se jim ani některé vícerodičky. Ty mají doma jedno dítě, ale co bude teď, když mají druhé? Nebude si to první připadat odstrčené? Zvládnou to?

Všechny tyto otázky i myšlenky patří k běžnému poporodnímu stavu. Ne všechny ženy tuto informaci mají a připadají si nemístně, když je takovéto myšlenky napadají.

Kdyby ženy věděly, že jim tyto myšlenky mohou vyvstat na mysli, mohly by se na tento psychický stav alespoň trochu připravit a připadaly by si „normálně“.

I porodní asistentky by měly mít dostatek informací o poporodním blues, aby pomohly ženě tento psychický stav nejistoty za hospitalizace překonat. Jejich úloha na tomto oddělení není jen ošetřování poporodních poranění, kontrola stavu matky nebo pomoc s kojením, jsou to hlavně „vrby“, kterým se žena může bez obav svěřit a důvěřovat jim. Porodní asistentka by měla vždy ženu vyslechnout, nesoudit ji, a pokud je to v jejích silách pomoci ženě její problémy vyřešit, nebo ji v řešení obtíží podpořit.

Důležitá je nejen informovanost porodní asistentky a ženy, ale i její rodiny, která by jí v jejím poporodním bluesu měla poskytnout, co nejvíce podpory, protože věta: „Ty to zvládneš!“ pomáhá nejvíce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ŠESTINEDĚLÍ

Období po porodu se vzhledem k jeho době trvání nazývá šestinedělí. Počátek šestinedělí nastává po porodu placenty. Ukončení šestinedělí je zcela individuální a většinou se za něj považuje ukončení poporodních involučních změn organismu matky a objevení se první menstruace po porodu. Nástup menstruačního cyklu po porodu je velmi individuální a odvíjí se od trvání laktace a frekvence kojení. Z tohoto důvodu se konec šestinedělí datuje do intervalu 6. – 12. týdnů po porodu. Téměř všechny fyziologické změny se vrací do normálu již po 6 - ti týdnech po porodu. Pouze kardiovaskulární funkce a psychické změny ženy mohou přetrvat i několik měsíců po porodu. (A. Roztočil, 2008, s. 127)

V průběhu šestinedělí v organismu ženy dochází k dvěma druhům změn. Jsou to změny involuční a progresivní. Involuční změny znamenají, že se tělo šestinedělky funkčně i anatomicky vrací zpět na úroveň před těhotenstvím a porodem. U progresivních změn dochází k rozvoji funkce orgánů, které byly během těhotenství v klidovém stavu. Zde jde hlavně o nástup a průběh laktace. Je nutné si uvědomit, že ani involuční změny nikdy zcela nenavrátí organismus ženy do předtěhotenského stavu, a to jak po funkční stránce, tak po stránce anatomické. (A. Roztočil, 2008, s. 127)

1.1 Poporodní involuční změny

1.1.1 Děloha

Hmotnost dělohy v termínu těhotenství bez plodu, placenty, pupečníku, plodových obalů a plodové vody je asi 1000g. Váha netěhotné dělohy se pohybuje okolo 50 – 100g. Involuce děložní svaloviny je zcela individuální. V průměru za 14 dní po porodu děloha nepřesahuje malou pánev. A asi za 6 týdnů po porodu má velikost jako před otěhotněním. Tyto změny jsou způsobeny vazivovou přeměnou myometrálních snopců a také jejich atrofií. (V. Rokytová, 1999, s. 137)

Úpon placenty má průměr 18 cm. Placentární inzerce po odloučení placenty je asi 9 cm. Na této ploše probíhají involuční změny endometria nejintenzivněji. V prvních třech dnech po porodu se tato plocha infiltruje granulocyty a monocyty, tyto změny se nevztahují pouze na endometrium, ale také na povrchové myometrium. (A. Roztočil, 2008, s. 127 - 128)

Po odloučení a vypuzení placenty z dutiny děložní dochází k odloučení děložní sliznice formou očítků. Neodlučuje se pouze bazální vrstva, ze které se vytváří nové endometri-

um, a tím se připravuje na další graviditu. Rána v místě, kde bývala placenta, se zhojí za 6 – 7 týdnů. (G. Leifer, 2004, s. 234)

Očistky odcházející z dutiny děložní obsahují endometriální tkáň, krev a lymfu. Lochia se v průběhu šestinedělí mění, nejdříve jsou to lochia rubra, které jsou červená, jelikož obsahují převážně krev, vyskytují se asi první 3 dny po porodu. Serózní lochia jsou narůžovělé barvy a obsahují krev spolu s hlenem, trvají od třetího do desátého poporodního dne. Nakonec se objevují lochia alba, obsahující bezbarvý až bílý hlen, jsou typické pro 10. – 14. den po porodu, ale mohou odcházet i déle. (G. Leifer, 2004, s. 234)

Vrchol odchodu lochií nastává 3. – 4. poporodní den, zvláště intenzivně u multipar. U žen rodících císařským řezem je odchod lochií méně intenzivní. To je v největší pravděpodobnosti způsobeno digitální a instrumentální revizí dutiny děložní po porodu plodu a placenty. (A. Roztočil, 2008, s. 127 - 128)

Očistky odcházejí více, pokud je žena ve vzpřímené poloze a při fyzické námaze, protože v této poloze se pochva vyprazdňuje snadněji. Výraznější odchod lochií se také vyskytuje v průběhu kojení, protože se při kojení vyplavuje hormon oxytocin, který má uterotonický účinek (způsobuje děložní stahy). Mohou se objevit i drobná koagula, ale neměly by být větších rozměrů. (A. Roztočil, 2008, s. 127 – 128; G. Leifer, 2004, s. 235)

Tabulka č. 1: Typy lochií

Název očistků	Charakter očistků	Období puerperia
Lochia cruenta (rubra)	krev	první hodiny po porodu
Lochia sanguinolenta (fusca)	vodnaté s krví	v 1. poporodním týdnu
Lochia seropurulenta (flava)	nažloutlé, převažují leukocyty	ve 2. poporodním týdnu
Lochia serosa (alba)	bělavé, bez erytrocytů i leukocytů	ve 3. poporodním týdnu
Lochia mucosa	hlen	od 4. poporodního týdne

Zdroj: Slezáková, 2011, s. 230

1.1.2 Cervix

Po porodu se na povrchu děložního hrdla utvářejí ulcerace, lacerace a je zde také větší prokrvení tkání. Regrese cervikální tkáně začíná 4. den po porodu a v závěru prvního poporodního týdne je otok hrdla minimální a krvácení z něj ustává. Cévní hypertrofie a hyperplazie přetrvávají ještě v průběhu prvního týdne po porodu. Šestý týden po porodu mizí většina předporodních a časně poporodních změn na cervixu. Infiltrace a edém cervikálních tkání může přetrvat i několik měsíců po porodu. (A. Roztočil, 2008, s. 128)

1.1.3 Vagina

Pochva se během porodu extrémně roztáhne, poševní rýhy zmizí a stěna vagíny se vyhladí a zvětší svou plochu. Rýhy se po porodu objevují za 3 týdny, po 6 týdnech má pochva svou původní podobu v jaké byla před graviditou (G. Leifer, 2004, s. 239).

1.1.4 Vejcovody

V těhotenství je u vejcovodu charakteristický úbytek sliznice s řasinkovým epitelem. U tubulární svaloviny naopak dochází k hypertrofii. Hypertrofie této svaloviny je způsobena vysokými hladinami pohlavních steroidů v graviditě. Po porodu opět dojde k nárůstu řasinkového epitelu. Růst epitelu nejspíše nastává po estrogenní stimulaci. (A. Roztočil, 2008, s. 128)

Asi u třetiny šestinedělek se mezi 5. – 15. dnem po porodu vyskytují ve vejcovodu zánětlivé změny typické pro salpingitidu, ale nejsou zde přítomny patogenní organismy. Vztah mezi histologickými znaky zánětu tuby a hyperpyretickým stavem nebo jinými klinickými známkami akutní infekce tuby nebyl prokázán. (A. Roztočil, 2008, s. 128)

1.1.5 Vaječníky

Hladiny prolaktinu, které jsou stimulovány drážděním prsní bradavky sáním novorozence, potlačují sekreci folikulostimulačního hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH). Potlačěním těchto hormonů dochází i k potlačení ovariální steroidogeneze a folikulogeneze. Z tohoto důvodu mají hladiny prolaktinu v období laktace antikoncepční účinek. Ale nelze se na tento antikoncepční účinek plně spoléhat. (A. Roztočil, 2008, s. 128)

Pokud žena nekojí první poporodní ovulace a menstruace se u ní dostaví do šesti až osmi týdnů. U žen, které své dítě plně kojí, menstruace se objevuje za 2 – 18 měsíců po porodu. Před první poporodní menstruací nemusí být přítomna ovulace. (G. Leifer, 2004, s. 243)

1.1.6 Kardiovaskulární systém

V graviditě se zvětšuje krevní objem asi o polovinu, z důvodu zvládnutí poporodní krevní ztráty. Krevní ztráta po spontánním porodu je asi 500 ml, po císařském řezu asi 1000 ml. I když dochází ke krevní ztrátě, objem krve a srdeční výdej se přechodně zvýší, jelikož krev nahromaděná v děloze a v placentě se navrácí do hlavního krevního oběhu. Do oběhu přechází i infundovaná tekutina. Dochází ke zvětšenému srdečnímu výdeji, který způsobí bradykardii. Po odeznění porodního rozrušení může tep klesnout až na 50 – 60 pulzů za minutu po dobu 48 poporodních hodin. Tekutinové rovnováhy dosahuje tělo pomocí zvýšené diurézy a silného pocení. (G. Leifer, 2004, s. 243)

1.1.7 Krevní a hemokoagulační systém

Hodnoty hemoglobinu, hematokritu a erytrocytů se po porodu příliš neliší od hodnot před porodem. Změny nastávají v hodnotách leukocytů. Po porodu může leukocytóza dosahovat hodnot až 30 000/mm³. (A. Roztočil, 2008, s. 129)

Srážecí faktory jsou v průběhu gravidity a v šestinedělí vyšší, ale schopnost rozpouštět sraženiny je stejná. Žena je po porodu náchylná k tvorbě sraženin, hlavně pokud dochází ke stáze krve v žilách. Riziko vzniku trombů je vyšší u žen, které mají varixy, porodily císařským řezem a u žen, které nemohou nějakou dobu chodit. (G. Leifer, 2004, s. 244)

1.1.8 Gastrointestinální trakt

Činnost trávicího traktu se normalizuje brzy po porodu. Rodička po namáhavém porodu může pociťovat hlad. Některé ženy mají větší pocit žízně, než hlad. To je způsobeno námahou při porodu, dýcháním ústy a nadměrným pocením. Chuť k jídlu se poměrně rychle vrátí. (G. Leifer, 2004, s. 245)

V poporodním období se často dostavuje zácpa. Bývá způsobena zpomalenou peristaltikou, napnutými břišními svaly, bolestivým a oteklým perineem, hemoroidy, obavami šestinedělky a lehkou dehydratací, způsobenou sníženým příjmem tekutin v průběhu porodu. (G. Leifer, 2004, s. 245)

1.1.9 Uropoetický systém

V prvních 4 – 5 dnech po porodu nedělka vymočí až 3 litry za den. Dochází ke zvyšování kapacity močového měchýře z důvodu sníženého intraabdominálního tlaku a relaxace břišních svalů. Z tohoto důvodu nastává hypotonie močového měchýře a mohou se vyskytnout

poruchy mikce. Funkce ledvin, plazmatická a glomerulární filtrace, se navrácí do předporodního stavu do 6 – ti týdnů po porodu, stejně jako hodnoty kreatininu a urey. (A. Roztočil, 2008, s. 129)

1.1.10 Endokrinní systém

K výrazným změnám v endokrinním systému dochází po porodu placenty. Změny jsou způsobeny náhlým poklesem hladin cirkulujících pohlavních steroidů, hlavně progesteronu a estrogenů, a graduálním nárůstem hodnot prolaktinu. U žen, které nekojí, dochází k normalizaci endokrinních funkcí asi za 6 týdnů po porodu. Asi po 14 – ti dnech po porodu není v séru přítomen hCG. Hladiny prolaktinu jsou závislé na frekvenci kojení. Snižováním prolaktinémie se znovu aktivuje sekrece FHS a LH. K normalizaci sekrece hormonů štítné žlázy a nadledvin dojde do 6 týdnů po porodu. (A. Roztočil, 2008, s. 129)

1.1.11 Muskuloskeletární systém

Svaly krku a rukou mohou být bolestivé následkem jejich zvýšené aktivity ve II. době porodní. Nevhodná poloha pánve při porodu může vést k sakralgiím a bolestivosti svalových skupin dolních končetin. (A. Roztočil, 2008, s. 129)

Stěna břišní je během gravidity extrémně napjatá a po porodu může mít tzv. těstovitý vzhled. Rodičky bývají překvapené, že i po porodu vypadají jako těhotné. Zpevnění břišních svalů je otázkou času a cvičení. Protože svaly byly napínány celých 9 měsíců, je přirozené, že se ihned nevrátí do svého původního tvaru. Břišní stěna bývá ochablá po dobu 6 – 8 týdnů a může přispívat k zácpě. V některých případech dochází až k diastáze přímých svalů břišních. (G. Leifer, 2004, s. 246)

V souvislosti s kojením a amenoreou dochází ke kostním mineralizačním změnám. Tento demineralizační stav je dočasný a k jeho úpravě dochází během 18 měsíců po porodu. (A. Roztočil, 2008, s. 129)

1.1.12 Změny teploty

Do 24 hodin po porodu se teplota může fyziologicky zvýšit až na 38°C, to je způsobeno únavou, dehydratací a hormonálními změnami. Puerperální morbidita je definována jako zvýšení tělesné teploty na 38°C nebo vyšší, po prvních 24 hodinách, a objevuje se nejméně dva dny v průběhu prvních 10 dnů po porodu. (G. Leifer, 2004, s. 281)

1.1.13 Poporodní bolesti

Během několika dní po porodu dochází k spastickým bolestem dělohy. Tyto bolesti jsou prvorodičkami pociťovány méně, ale s každým porodem se vnímavost těchto bolestí zvyšuje. Málokdy trvají déle než 3 dny. Ke zvýraznění těchto bolestí dochází po aplikaci uterotonik a během kojení, kdy se zvyšuje sekrece oxytocinu. (A. Roztočil, 2008, s. 129)

1.1.14 Snížení tělesné hmotnosti

Okamžitá poporodní ztráta hmotnosti je mezi 5 – 6,5 kg. Ztráta je vyvolána porodem plodu, placenty, odtokem plodové vody a krevní ztrátou. V průběhu šestinedělí se na svou výchozí hmotnost před těhotenstvím dostane 28% žen. Kojení má relativně malý vliv na ztrátu hmotnosti. (A. Roztočil, 2008, s. 128)

1.2 Další změny v organismu šestinedělky

V tomto období se zpomaluje růst vlasů a někdy mohou nedělky pozorovat větší ztráty vlasů. Dočasně vypadává více vlasů, než dorůstá. Jedná se o přechodné období a šestinedělku je třeba ubezpečit, že se jí vlasy s průběhem několika měsíců obnoví. (A. Roztočil, 2008, s. 129)

Hyperpigmentace kůže vymizí po snížení hladin hormonů. Strie nezmizí, pouze změní barvu z načervenalé až rudé na stříbřitě šedou. (G. Leifer, 2004, s. 245)

1.3 Psychický stav ženy v šestinedělí

Psychika žen v šestinedělí je vystavena velké zátěži, která způsobena jak hormonálními změnami po porodu, tak i fyzickými změnami a novou rolí matky. Citové pohnutky i ostatní vlivy působící v těhotenství a při porodu se uplatňují i po porodu. K nim se navíc přidávají zážitky spojené s porodem. (K. Ratislavová, 2008, s. 82)

Změna hladiny hormonů nastávající po porodu, je považována za jednu ze základních příčin psychických změn v ranném šestinedělí. V prvních 72 hodinách po porodu klesá hladina progesteronu a estrogeneru, tento pokles souvisí s odloučením a odchodem placenty z těla ženy. Z hypofýzy je do krevního oběhu šestinedělky uvolňován prolaktin a oxytocin, z důvodu dráždění bradavek při kojení. Těhotenské změny jsou na ústupu i v dalších žlázách s vnitřní sekrecí (štítná žláza, kůra nadledvin) a produkce jejich hormonů klesá. (K. Ratislavová, 2008, s. 82)

Mimo hormonálních a tělesných změn po porodu, únavy a vyčerpání z porodu, patří k významným faktorům ovlivňujícím psychiku nedělky i faktory psychosociální. (K. Ratislavová, 2008, s. 82)

Žena se v průběhu těhotenství zaměřovala hlavně na porod a nyní po porodu jí může připadat, že úkol splnila ve chvíli, kdy poprvé držela své dítě v náručí. Porodem to, ale nekončí, opravdová práce teprve začíná. Po porodu by se měla žena cítit unavená a vyčerpaná, ale díky hormonálním změnám, vzrušení a úlevě nemůže usnout. Většina žen může i po snadném a nekomplikovaném porodu pociťovat ztuhlost a bolest. (J. Symons, 2006, s. 177)

V představách nedělka znovu prožívá porod a porovnává prožitek této náročné situace se sebezpojetím. Psychika ženy se vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné bytosti, která existuje nezávisle na matčině těle, matka během péče o novorozence a kojení navazuje citový vztah ke svému dítěti. Na první místo se v psychice dostává novorozenec a péče o něj. V první poporodní den se může objevit přechodný stav radostné nálady vyvolaný tím, že vše dopadlo dobře a dítě je zdravé. Tento stav je poté vystřídán obavami, citovou labilitou a úzkostí. To umocňuje i pocit odpovědnosti za dítě, jeho zdraví a výchovu, nová role matky a pečovatelky. Fantazie se stává skutečností, která vyžaduje stálou pohotovost a odříkání. Šestinedělka si musí na tuto trvalou zátěž zvyknout a ověřit si, že je schopna se o dítě postarat, než se tak stane, můžou se u ní objevit pocity nedostatečnosti a neschopnosti. Tyto stavy jsou násobeny fyzickým vyčerpáním, nedostatkem spánku a hormonálními změnami. (K. Ratislavová, 2008, s. 82)

1.3.1 Poporodní blues

Jedná se o obvyklý psychický projev 3. – 6. den po porodu. Jeho frekvence výskytu lze určit pouze orientačně, ale někteří autoři uvádějí, že poporodní blues se vyskytuje u 50 - 80% všech rodiček. Někteří autoři předpokládají, že zbylá procenta prožijí manickou formu tohoto stavu. (A. Roztočil, 2008, s. 129; K. Ratislavová, 2008, s. 82)

Blues se projevuje labilitou nálady, podrážděností, úzkostí, plačtivostí, zmateností, únavou, neklidem, poruchami komunikace s okolím, pocity nejistoty a osamělosti, a sníženou sebeúctou, může se vyskytnout i depersonalizace a stav nepokoje. Někdy se stavy euforie střídají s úzkostí a smutkem, objevují se krátké periody pláče z důvodů, které ani sama žena neumí vysvětlit. Často dochází k negativním pocitům a změnám postoje k vlastnímu dítěti. Spouštěcími momenty mohou být problémy s kojením, obavy o dítě a pocity nedo-

stačivosti. Objevují se i somatické potíže jako bolesti v zádech, bolesti hlavy, palpitace a dysfagie, snížená chuť k jídlu nebo poruchou spánku. Poporodní blues většinou odeznívá kolem 10. poporodního dne. Přetrvávající příznaky, déle než 14 dní, znamenají riziko rozvoje porodní deprese. (K. Ratislavová, 2008, s. 82; A. Roztočil, 2008, s. 129)

Příčina poporodního blues není známa. Na vzniku se nepodílí průběh porodu, medikace, psychiatrická onemocnění, sociální třída nebo manželský stav. Jedná se o transkulturní jev, který ukazuje na příčiny biologické a na přirozenou adaptační reakci organismu šestinedělky. Některé studie uvádějí, že se častěji vyskytuje u primipar a je dáno do souvislostí s manželským disharmonickým vztahem, psychosexuálními problémy, s bolestmi bradavek, premenstruační tenzí vyskytující se před graviditou, neplánovaným těhotenstvím, neuroticismem, úzkostí a depresí v graviditě a větším strachem z porodu. Pro vznik může mít i význam spánková deprivace. Je pravděpodobná psychologická příčina, protože se podobný syndrom objevuje i u otců. (K. Ratislavová, 2008, s. 82)

Jane Symons (2006), ve své knize uvádí, že příčinami poporodního splínu mohou být hormonální výkyvy, nedostatek spánku, těžký porod, rychlý a nečekaný císařský řez, finanční starosti, napětí ve vztahu s otcem dítěte, dítě umístěné v inkubátoru, dítě s handicapem nebo závažnými zdravotními problémy, pocit ztráty svobody, plačtivé dítě a nevyřešené problémy, které mohou nyní vyjít na povrch.

Jelikož se jedná o změny přechodné, které sami ustoupí, není potřeba léčba. Stačí poučení porodní asistentkou, nejlépe v předporodním kurzu, do kterého s těhotnou ženou chodí i její partner. Nebo edukace při práci s nedělkou, podpora při získávání zkušeností v péči o dítě a poskytnutí emoční podpory. Šestinedělka mi byla být vždy poučena o tom, že pokud příznaky poporodního blues neustoupí do 14 poporodních dnů, bylo by vhodné, aby vyhledala odbornou pomoc psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta, který by posoudil závažnost poruchy. Protože se z potíží může vyvinout dlouhodobí depresivní stav. (K. Ratislavová, 2008, s. 82; A. Roztočil, 2008, s. 129)

1.3.2 Poporodní deprese

Jedná se o zhoršení nálady (bývají různého stupně i délky trvání), která postihuje 10 - 15% šestinedělek. Poporodní deprese se může, vyskytnou v jakémkoliv období po ukončení těhotenství, od spontánního nebo umělého potratu (postaborční syndrom), přes mimoděložní těhotenství a předčasný porod až k termínovanému těhotenství. (A. Roztočil, 2008, s. 129; K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Mezi depresivní příznaky patří pocity insuficience, nerozhodnosti, úzkosti, strachu ze samoty, bezmoci a beznaděje, ztráty zájmů a potěšení, katastrofické obavy z budoucnosti, a doprovodné funkční poruchy trávicího traktu. Diagnostika deprese může být komplikována tím, že některé depresivní projevy jako jsou insomnie, ztráta váhy a sexuální nezájem jsou v šestinedělí fyziologické. Významným příznakem je pocit neschopnosti milovat své dítě, potíže v péči o dítě a neschopnost se svého dítěte dotýkat, ambivalence až hostilis k dítěti a pocit ztráty kontroly. Riziko sebevraždy je malé, to může být způsobeno vlivem ochranného vlivu povinnosti starat se o dítě. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Deprese se může vyskytnout v kterémkoliv období těhotenství od jeho ukončení až do jednoho roku po porodu. Nejčastěji se příznaky objevují mezi 4. – 6. poporodním týdnem. Rizikovým obdobím je příchod ženy s dítětem z porodnice domů, kdy je žena zatížena péčí o dítě, prací v domácnosti a chybí jí zde možnost konzultovat péči o dítě s odborníkem. Dalším rizikovým obdobím jsou 2 – 3 týdny po příchodu domů. V tomto období klesá podpora a pomoc rodiny, a život se vrací do starých kolejí. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

K rizikovým faktorům vzniku poporodní deprese řadíme:

Zatíženou psychiatrickou anamnézu: předchozí stav deprese (až u 30% žen, které prodělaly depresi, se deprese znovu rozvine po porodu), poporodní deprese po předcházejícím porodu (k rozvoji dochází u 52 – 62% žen), poporodní psychóza v anamnéze, depresivní porucha u pokrevních příbuzných. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Psychosociální faktory: psychologická nepřipravenost na mateřství, nechtěné těhotenství, partnerské problémy, nedostatečná sociální opora, negativní životní události, nižší sociální statut, nízké vzdělání, finanční problémy. A další faktory jako snížená schopnost verbalizovat prožívání emocí nebo životních událostí, nejistá perspektiva, odloučení dítěte od matky po narození, porod v epidurální anestezii, dítě s nízkou porodní hmotností. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Somatické onemocnění: poporodní tyreoiditis s následnou hypothyreozou. (K. Ratislavová, 2008, s. 91).

Porod: Australská studie uvádí, že riziko vzniku poporodní deprese je až sedmkrát vyšší u žen, kterým byl proveden akutní císařský řez. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Roztočil (2008) uvádí, že k rizikovým faktorům vedoucím k vzniku poporodní deprese bývají zařazeny tyto faktory: věk nižší než 20 let, svobodná matka, výskyt zdravotního handicapu, rodička pocházející z rodiny 6 a více dětí, dětství v nekompletní rodině, špatný vztah k rodičům v dětství a v dospělosti, špatný vztah k otci dítěte, ekonomické problémy a problémy s bydlením, neukončené základní vzdělání, emoční problémy v minulosti i v současnosti a nízké sebevědomí.

Šestinedělky trpící depresí často pociťují nedostatek podpory od rodičů, příbuzných a přátel, ale nejdůležitější je podpora partnera. V poporodním období prochází partnerský vztah zatěžkávací zkouškou. V naší kultuře je partner brán jako nejdůležitější pomocník ženy v rodině, a toto postavení na něj klade velké nároky. V dnešní době jsou často mladí rodiče separováni od původních rodin nebo je pomoc rodičů znevažována okolím. Z tohoto důvodu je nutné brát v úvahu i kulturní faktory, které mohou mít vliv na vznik deprese. V původních kulturách, kde jsou zachovány rituály vztahující se k ochraně šestinedělky a novorozence, je výskyt emočních poporodních komplikací minimální. Nedělka s dítětem bývá až 100 dní chráněna před zevním stresem, příbuzné přicházejí s radami i s praktickou pomocí, někde pomáhá i celá vesnice. Nedělka je tímto rituálem potvrzena ve své nové roli matky. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Nedělka je unavená a všechno jí bolí, má nalité prsy a má pocit už všeho po krk. Je hrdá na své dítě, ale má strach, že to všechno nezvládne. Tyto pocity ještě nemusí znamenat depresi, ale pouze poporodní blues. Mezi další příznaky deprese patří lenivost a netečnost, nechut' se hýbat, beznaděj, pravidelné noční můry nebo nespavost, chorobný strach z volného prostoru nebo z nákazy, pocit, že se vás to netýká, mohou se vyskytnout i halucinace. (J. Symons, 2006, s. 185)

K diagnostice poporodní deprese se nedoporučuje použití běžných testů na depresivitu, protože v nich nedělky často dosahují patologických hodnot. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Poporodní deprese vyžaduje léčbu, u mírných až středních forem deprese stačí léčba psychoterapeutická. Touto problematikou se zabývají různé formy psychoterapie jako existencionální, hlubinná, behaviorální techniky, ale také zpracování traumatu porodu. U těžkých forem deprese je někdy potřeba zastavit laktaci a podávat antidepresiva spolu s intenzivní psychoterapií. Příznaky postpartální deprese vymizí většinou za 3 – 14 měsíců. (K. Ratislavová, 2008, s. 91)

Roztočil (2008) uvádí, jako jednu z příčin poruchu hypotalamo – hypofyzo adrenální osy, která je spojená s poruchou sekrece kortikotropin-releasing hormonu.

1.3.3 Poporodní (laktační) psychóza

Poporodní psychóza je psychotické onemocnění, které bylo dříve označováno jako laktační psychóza, při tom nemá s laktací nic společného. Je to nejzávažnější psychické onemocnění objevující se po porodu. Zpravidla vzniká v prvním poporodním týdnu (až 15 dnech) a postihuje asi 0,1 – 0,2% šestinedělek. (K. Ratislavová, 2008, s. 92)

Čech (a kol., 1999) uvádí, že psychózy se prakticky neobjevují v prvních dvou dnech po porodu. Jejich vzestup pozorujeme 3. – 4. poporodní den. Rozděluje psychózy dle symptomatiky na:

Amentní psychózy: Tyto psychózy mají náhlý začátek a bouřlivý průběh. Objevuje se zde silný neklid a rozrušení, konfuzní mluvení a jednání, dezorientace, výrazné paranoidní a halucinační rysy s nebezpečím poškození. Poté následuje kompletní amnézie.

Manické psychózy: V tomto případě jsou šestinedělky mnohem méně pomatené, psychicky nadnesené až entuziastické, odblokované, rozdávané a megalomanské. Zpočátku se objevuje nezastřené vědomí. Později může manická psychóza plynule přejít do psychózy amentní.

Amentní i manická psychóza mají relativně dobrou prognózu i přes dlouhodobý průběh, který může trvat dva a více měsíců. Obvykle se vyskytují u primipar. Většinou mizí náhle a bez trvalých následků. U další gravidity se neopakují. Po těchto psychózách se zvyšuje riziko vzniku deprese v klimakteriu.

Endogenní depresivní a schizofrenní formy: Mívají mnohem horší prognózu. Obvykle se objevují až 4. poporodní den. Velmi často se objevují až těsně před propuštěním z porodnice a v prvních dnech pobytu v domácím prostředí. V tomto případě převažují endogenní deprese. Nedělky mívají pocit bezmoci, neschopnosti starat se o své dítě a mají potíže vyrovnat se s běžnými životními problémy. Z počátku se objevují změny chování, kdy jsou nedělky přehnaně starostlivé a opakovaně se ptají na běžné zdravotní problémy. Tyto stavy bývají spojeny s poruchou laktace, které nevěnoval zdravotnický personál v porodnici dostatečnou pozornost. Žena trpící touto formou psychózy je hlavně po ránu apatická, plačtivá, trpí nespavostí, mohou se u ní vyskytnout i paranoidní stavy všech typů, existuje i možnost poškození sebe nebo dítěte. Mohou se v dalším šestinedělí opakovat

v 24% u schizofrenní formy, a v 50% u maniodepresivní formy. (E. Čech, 1999, s. 278; K. Ratislavová, 2008, s. 92)

Výše jmenované psychózy mohou mít i somatický podklad, který by měl být vyloučen před překladem na psychiatrické oddělení. (E. Čech, 1999, s. 278)

Rizikovými faktory pro vznik psychózy jsou: psychiatrické onemocnění v anamnéze, obtížný nebo operační porod, patologický průběh gravidity, partnerské nebo rodinné problémy a somatická patologie v puerperiu jako infekce nebo anemie apod. (K. Ratislavová, 2008, s. 92)

Léčba poporodní psychózy je v kompetencích psychiatra a psychiatrického oddělení. Zástava laktace není nutná, pokud psychofarmaka nepřestupují do mléka a nehrozí intoxikace novorozence. U rizikových žen je možné po porodu podávat psychofarmaka profylakticky. Ani v tomto případě není nutná ženami negativně vnímaná zástava laktace, jestliže jsou splněny výše uvedené podmínky. U tohoto onemocnění je potřebná podpora celé rodiny (K. Ratislavová, 2008, s. 92; A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4 Organizace šestinedělí

1.4.1 Hospitalizace

Ideální doba pobytu fyziologické šestinedělky a novorozence v nemocničním zařízení je velmi rozporuplná. V České republice se průměrná délka hospitalizace pohybuje mezi 4 – 5 dny. Délka hospitalizace se častěji řídí podle stavu novorozence, než podle ženy po porodu. I přes tento fakt lze podle doporučení České neonatologické společnosti propustit zdravého novorozence z nemocničního zařízení po 72 hodinách. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4.2 Fyzická aktivita

Po nekomplikovaném fyziologickém porodu se s mírnou fyzickou aktivitou může začít ještě v den porodu. Tento den jsou doporučovány cviky zabraňující rozvoji ortostatické hypotenze. Včasná mobilizace zlepšuje vyprazdňování močového měchýře a střev, usnadňuje odchod očístků a zavinování dělohy, je také důležitou prevencí tromboembolické nemoci. (V. Rokytová, 1999, s. 141)

Bylo prokázáno, že ani zvýšená tělesná aktivita po porodu nemá vliv na kojení, ba naopak zlepšuje pocity úzkosti. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4.3 Péče o hráz

Péče o hráz se liší podle poporodního poranění (episiotomie, lacerace a trhliny hráze). Pokud při porodu vzniklo pouze nekomplikované poranění, bez přerušení svalů pánevního dna a bez hematomů nebo sufuzí, není potřeba žádná zvláštní péče o hráz. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

Po každém močení nebo vyprázdnění je vhodné perineum opláchnout teplou vodou, a to zepředu dozadu. Po oplachu se hráz osuší. (G. Leifer, 2004, s. 243)

Takovéto ošetření hráze je doporučováno až do konce odchodu očístků. Do kontroly v 6. poporodním týdnu je použití deodorantů a tamponů zakázáno. (G. Leifer, 2004, s. 269)

Při bolesti jsou vhodná nesteroidní antiflogistika, zejména před první stolicí. Při bolestivosti nebo při otoku hráze jsou lokálně aplikovány ledové obklady. Přetrvávající bolest upozorňuje na infekci, sekundární hojení nebo vznik hematomu. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

Po spontánním vaginálním porodu se až u 15 % šestinedělek objevuje močová inkontinence trvající i 3 měsíce. U 5 % nedělek se objevuje inkontinence stolice. Tato procenta se zvyšují spolu s použitím vakuumextraktoru a forcepsu při porodu. Tyto problémy jsou považovány za přechodné, pokud netrvají déle než 6 měsíců po porodu. Při přetrvávání problémů nad 6 měsíců třeba zahájit adekvátní diagnosticko-terapeutickým algoritmem. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4.4 Pozdní poporodní krvácení

Roztočil (2008) uvádí, že pozdní poporodní krvácení se vyskytne u 1 – 2 % šestinedělek.

Pozdní poporodní krvácení je nejčastěji způsobeno retencí části placenty nebo subinvolucí dělohy. Krvácení se většinou objevuje po propuštění z porodnice. (G. Leifer, 2004, s. 279)

Toto krvácení je relativně častá příčina rehospitalizace šestinedělek. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4.5 Postpartální infekce

Žena je po porodu ohrožena různými druhy infekcí. Nejčastějšími branami infekce jsou poporodní poranění (episiotomie, lacerace, incize po porodu SC), děloha, močový trakt a prsy. (G. Leifer, 2004, s. 281)

Roztočil (2008) uvádí, že se mohou, vyskytnou i plicní infekce a tromboflebitida dolních končetin.

Definicí postpartální febrilní morbidity je teplota 38°C nebo vyšší trvající dva po sobě jdoucí dny v období prvních 10 dnů po porodu. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4.6 Sexuální aktivita

V období šestinedělí se mění sexualita páru jako celku. Konec období šestinedělí se již nepovažuje za hranici možného pohlavního styku. Pohlavní styk je možný již po zhojení porodních poranění, hlavně po zhojení perinea a po ústupu krvácení, pokud se žena cítí připravena a pokud není přítomna infekce. Znovuobnovení pohlavního života je velmi individuální, stejně jako provozované sexuální aktivity. (A. Roztočil, 2008, s. 130; K. Ratislavová, 2008, s. 84)

Až 50% žen po porodu trpí poporodní dyspareunií a i relativně velký počet ženu udává nepříjemné pocity po styku, a to i rok po porodu. Tyto změny se neobjevují pouze po spontánním porodu, ale i po císařském řezu. Po císařském řezu nejsou tyto změny tak časté. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4.7 Vyšetření po šestinedělí

Studie prokázaly, že rutinní poporodní vyšetření gynekologem týden nebo 14 dní po porodu či návštěva porodní asistentky v místě bydliště ženy po porodu nesnižuje mateřskou ani neonatální morbiditu. Návštěva porodní asistentky nemá ani tak význam léčebný jako psychologický a konzultační. (A. Roztočil, 2008, s. 130)

1.4.8 Truchlící rodiče

Pro sdělení této smutné informace by mělo být vybráno důstojné místo, které poskytne soukromí. Informování, by měly být nejlépe oba rodiče, a to porodníkem, porodní asistentkou a neonatologem. Při sdělování této neradostné zprávy je důležité nespěchat, nelhat, nevymýšlet si a volit formulace adekvátní schopnostem a chápání rodičů. Vhodné je docílit pochopení případu. Na všechny otázky odpovídat klidně a vyčerpávajícím způsobem. Je nutné pochopit smutek rodičů a jejich negativní reakce. (A. Roztočil, 2008, s. 130 - 131)

Když novorozenec zemře nebo se narodí mrtvý, či s tělesným defektem, reakce rodičů je závislá na tom, zda takovouto událost očekávali. Jestliže rodiče věděli, že je plod mrtvý,

proces truchlení u nich začal ještě před porozením plodu. Pokud k úmrtí novorozence došlo nečekaně, vyskytnou se u rodičů typické projevy zármutku, kterými jsou:

- Šok, neochota uvěřit, že je novorozenec mrtev
- Hněv, který bývá směřován na lékaře a zdravotnický personál
- Pocity viny, přemýšlení co udělali špatně, a co mohli udělat jinak
- Deprese a smutek
- Postupné překonávání smutku

Přejí – li si rodiče vizuální nebo taktilní kontakt s mrtvým novorozencem nebránit jim v tom, ale připravit je na vzhled novorozence. Pokud rodiče chtějí novorozence vidět ihned po porodu, je vhodné udržet tělo teplé, aby se rodičům zdálo přirozenější. Jestliže není možné teplotu těla udržet, upozornit rodiče na studené tělo a ochablý vzhled. Naopak pokud odmítají novorozence vidět, nepřemlouvají je. Při přání rodičů provést křest, nebránit jim. Důležité je s rodiči probrat otázku pohřbu a respektovat jejich přání. Nebát se rodičům nabídnout pomoc při informování příbuzných. Když rodiče projeví zájem umožnit jim vlastnit trvalou vzpomínku na jejich mrtvé dítě, vhodný je otisk ručky, chodidla nebo pramínek vlasů. Jestli si rodiče přejí, probrat s nimi možnost další gravidity. (G. Leifer, 2004, s. 250; A. Roztočil, 2008, s. 131)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 METODOLOGIE VÝZKUMU

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit vliv věku a parity na výskyt poporodního blues.

Cíl č. 2: Zjistit informovanost žen o poporodním blues.

Cíl č. 3: Edukovat ženy o poporodním blues.

2.2 Dotazníkové šetření

Dotazník byl určen pro ženy po porodu, hospitalizované na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s. ve Zlíně. Dotazník obsahuje 27 otázek vytvořených na základě předem stanovených cílů. Úvodní otázky č. 1 – 11 zjišťují údaje o ženě (věková skupina, nejvyšší dosažené vzdělání, způsob početí, počet porodů, způsob porodu, ...). Tyto otázky jsou uzavřeného typu, pouze otázka č. 7 je rozšířena o doplňující údaje. Otázky č. 12 – 21 jsou zaměřeny na pocity ženy prožívané po porodu, a jsou uzavřeného typu. V otázkách č. 22 – 27 se dotazují žen na jejich informovanost o poporodním blues. Otázky č. 22 a 23 jsou polouzavřené, ostatní jsou uzavřeného typu.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Návratnost činila 100 dotazníků, což je 90,9%.

Dotazník je součástí příloh (příloha P II).

3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

3.1 Úvodní otázky

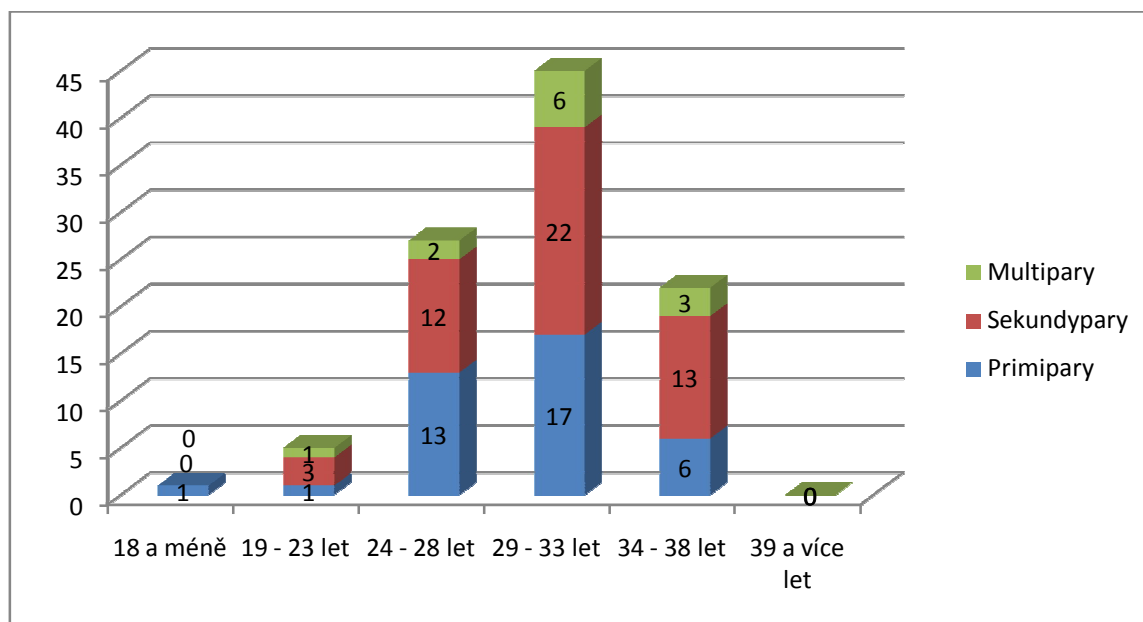
Otázka č. 1: Kolik Vám je let?

Tabulka č. 2: Věková skupina respondentek

	18 a méně	19 - 23 let	24 - 28 let	29 - 33 let	34 - 38 let	39 a více let	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	1	1	13	17	6	0	38	38%
Sekundypary	0	3	12	22	13	0	50	50%
Multipary	0	1	2	6	3	0	12	12%
Absolutní četnost	1	5	27	45	22	0	100	
Relativní četnost	1%	5%	27%	45%	22%	0%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 1: Věková skupina respondentek



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejčastější věkovou skupinou u primipar bylo rozmezí 29 – 33 let (17%), u sekundypar byla nejvíce zastoupena věková kategorie od 29 do 33 let (22%), a u multipar byla také nejčastěji uváděna skupina mezi 29 – 33 lety (6%).

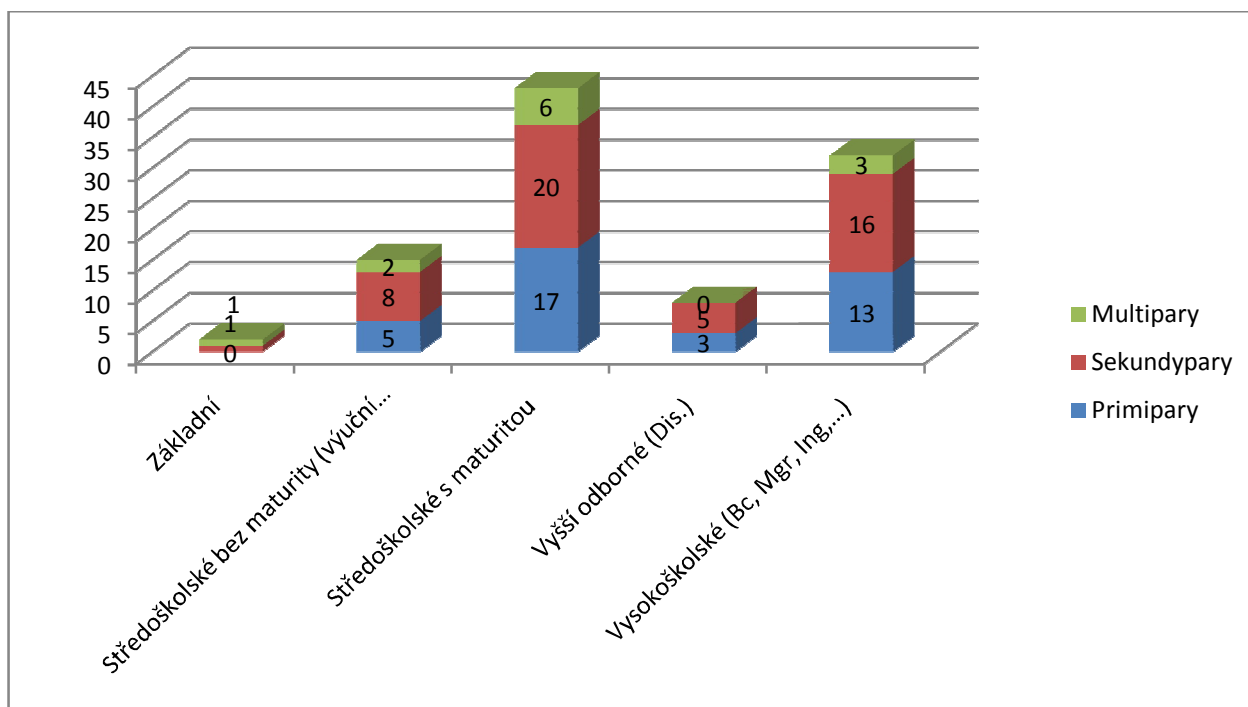
Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

	Základní	Středoškolské bez maturity (výuční list)	Středoškolské s maturitou	Vyšší odborné (Dis.)	Vysokoškolské (Bc, Mgr, Ing,...)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	0	5	17	3	13	38	38%
Sekundypary	1	8	20	5	16	50	50%
Multipary	1	2	6	0	3	12	12%
Absolutní četnost	2	15	43	8	32	100	
Relativní četnost	2%	15%	43%	8%	32%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní

Komentář: 17% primipar uvádělo jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, 20% sekundypar uvádělo též středoškolské s maturitou a 6% multipar také dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou. Jedna sekundypary a jedna multipara uvedly pouze základní vzdělání (1%).

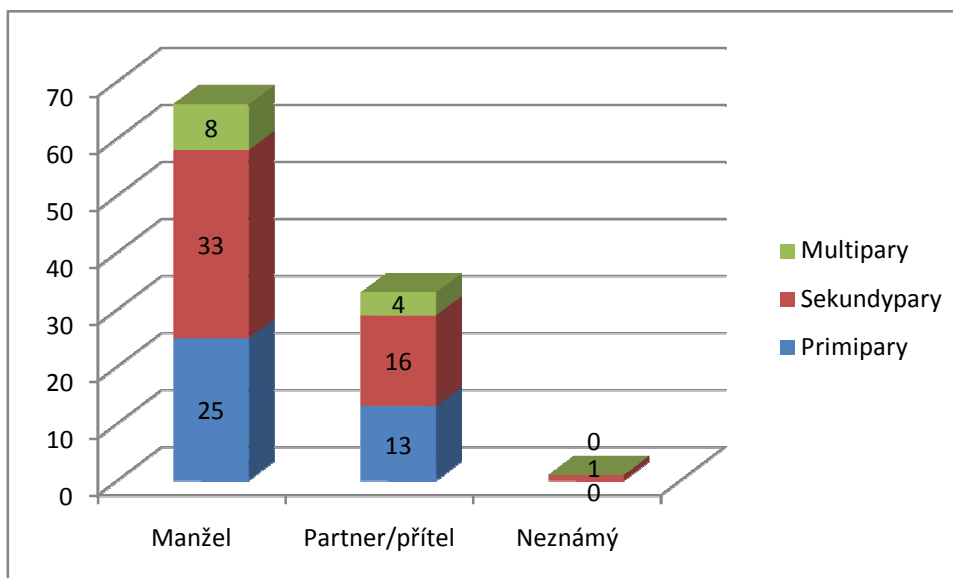
Otázka č. 3: Otcem dítěte je můj:

Tabulka č. 4: Otcovství

	Manžel	Partner/přítel	Neznámý	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	25	13	0	38	38%
Sekundypary	33	16	1	50	50%
Multipary	8	4	0	12	12%
Absolutní četnost	66	33	1	100	
Relativní četnost	66%	33%	1%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 3: Otcovství



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejpočetnější skupina primipar uváděla za otce dítěte svého manžela (25%), partnera uvádělo 13% dotazovaných primipar. Sekundypary uváděly za otce dítěte svého dítěte manžela v 33% a partnera v 16%, jedna sekundypara uvedla, že neví, kdo je otcem dítěte (1%). 8% multipar uvedlo za otce dítěte manžela, 4% partnera.

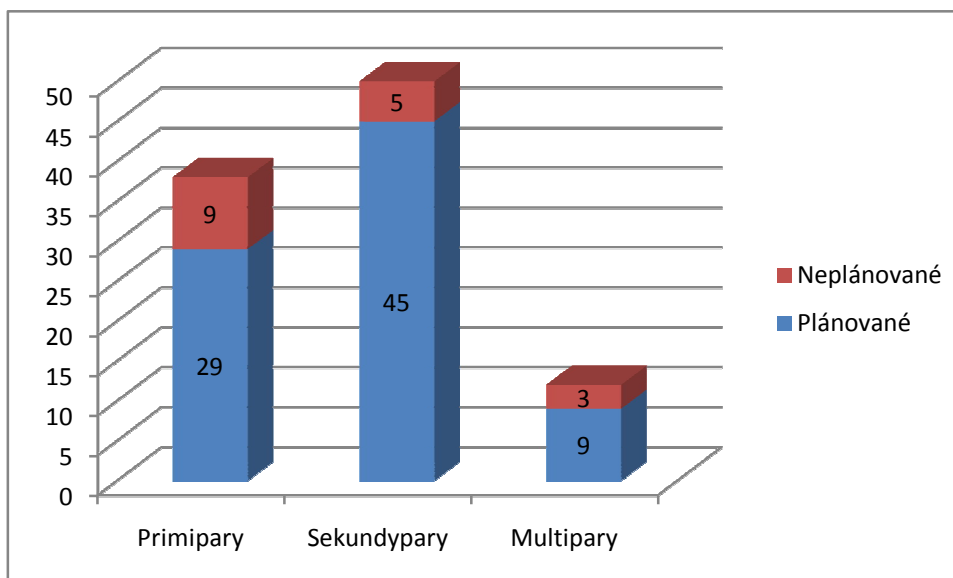
Otázka č. 4: Vaše početí bylo:

Tabulka č. 5: Početí

	Plánované	Neplánované	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	29	9	38	38%
Sekundypary	45	5	50	50%
Multipary	9	3	12	12%
Absolutní četnost	83	17	100	
Relativní četnost	83%	17%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 4: Početí



Zdroj: Vlastní

Komentář: Plánovaně otěhotnělo 29% primipar, neplánovaně 9%. Sekundypary otěhotněly neplánovaně v 5% a multipary v 3%. Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že většina dotazovaných žen těhotenství plánovala.

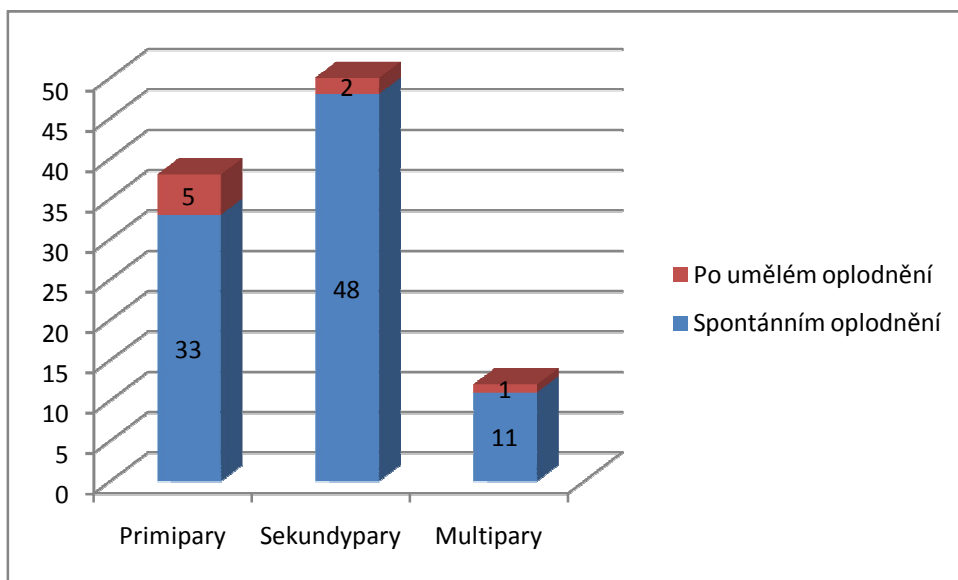
Otázka č. 5: Vaše dítě se narodilo po:

Tabulka č. 6: Oplodnění

	Spontánním oplodnění	Po umělém oplodnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	33	5	38	38%
Sekundypary	48	2	50	50%
Multipary	11	1	12	12%
Absolutní četnost	92	8	100	
Relativní četnost	92%	8%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 5: Oplodnění



Zdroj: Vlastní

Komentář: Otázkou č. 5 jsem zjišťovala, kolik žen potřebovalo při početí pomoc asistované reprodukce, metodu in vitro fertilizace (IVF). IVF metodu potřebovalo k početí 5% primipar, 2% sekundypar a jen 1% multipar.

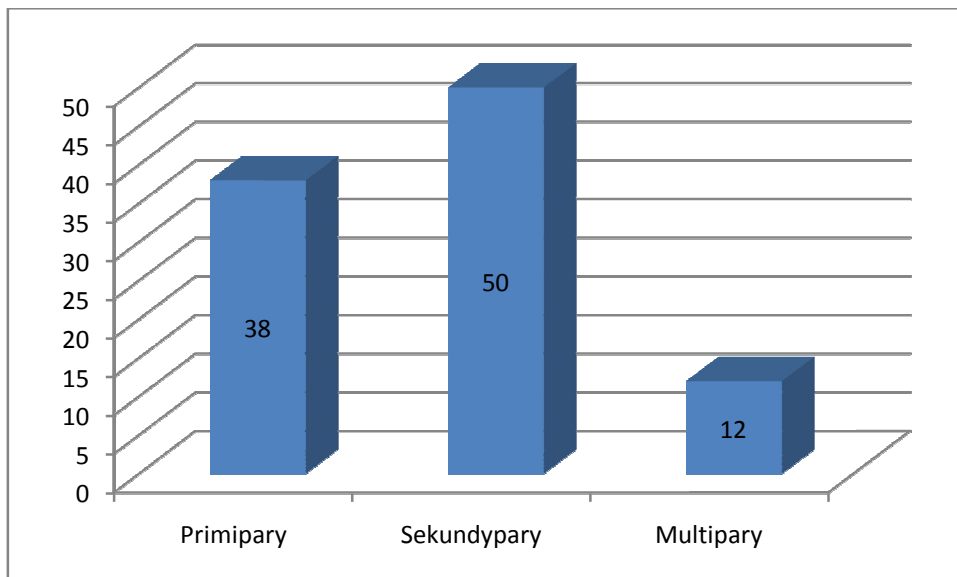
Otázka č. 6: Počet Vašich předchozích porodů:

Tabulka č. 7: Počet porodů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	38	38%
Sekundypary	50	50%
Multipary	12	12%

Zdroj: Vlastní

Graf č. 6: Počet porodů



Zdroj: Vlastní

Komentář: Celkový počet dotazníků činil 100, které vyplnilo 38% primipar, 50% sekundypar a 12% multipar.

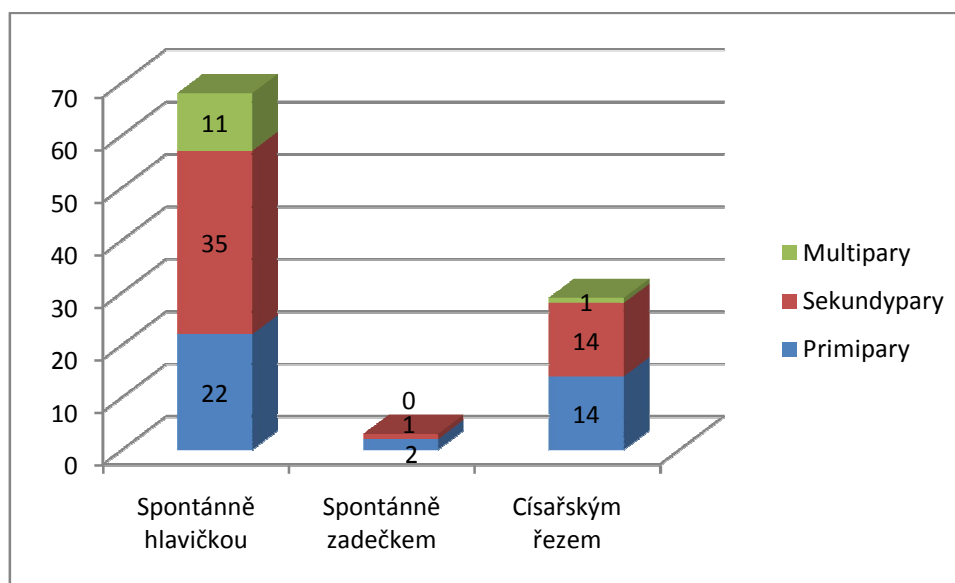
Otázka č. 7: Jakým způsobem jste rodila?

Tabulka č. 8: Způsob porodu

	Spontánně hlavičkou	Spontánně zadečkem	Císařským řezem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	22	2	14	38	38%
Sekundypary	35	1	14	50	50%
Multipary	11	0	1	12	12%
Absolutní četnost	68	3	29	100	
Relativní četnost	68%	3%	29%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 7: Způsob porodu



Zdroj: Vlastní

Komentář: Analýzou dat bylo zjištěno, že 22% primipar porodilo spontánně hlavičkou, pouhé 2% primipar porodilo spontánně konce pánevní, a u 14% primipar byl proveden císařský řez (SC). Spontánně hlavičkou porodilo 35% sekundypar, 1% porodilo spontánně konec pánevní, u 14% byl porod veden císařským řezem. 11% multipar porodilo spontánně hlavičkou a pouze 1% multipar byl proveden císařský řez.

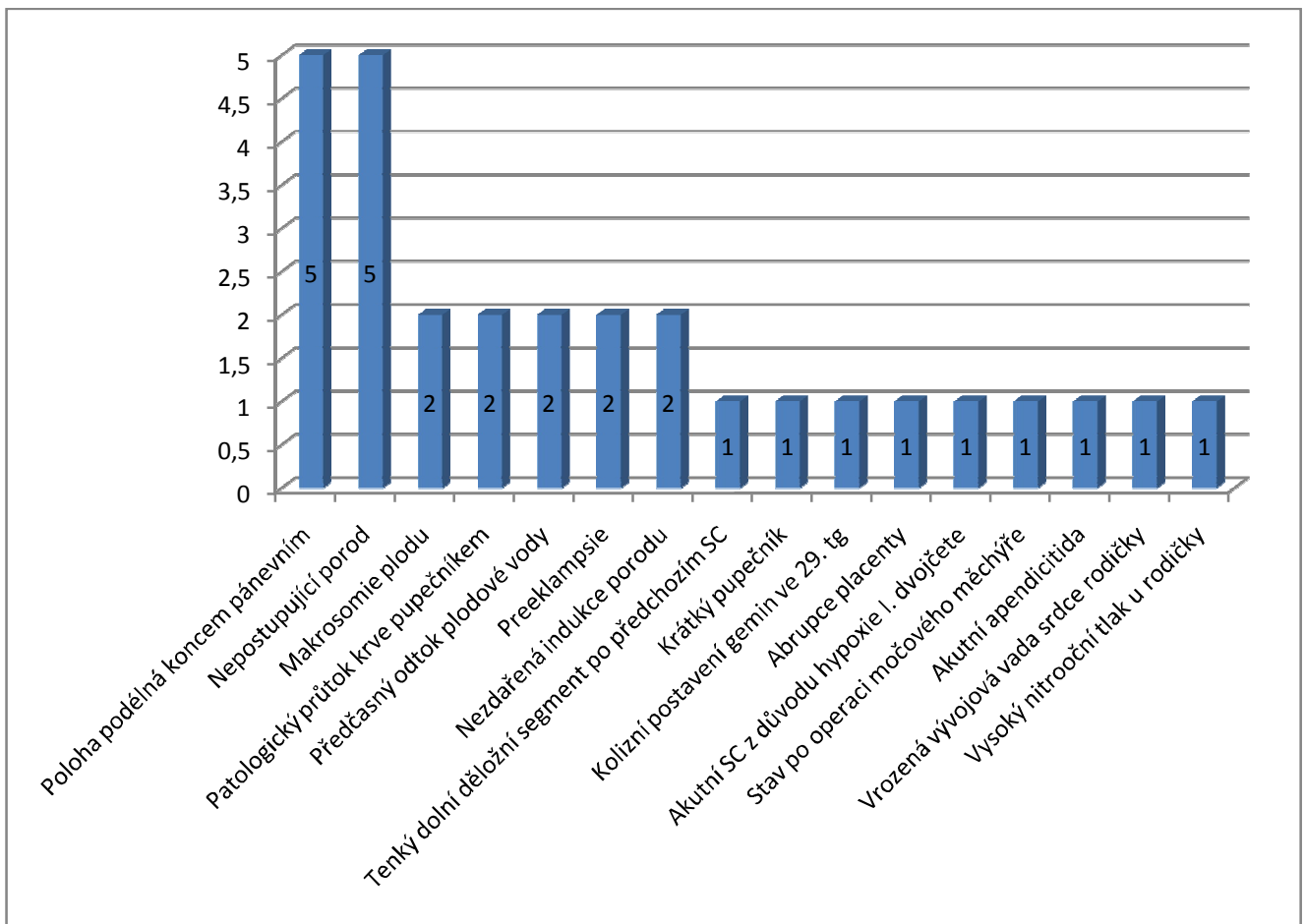
Podotázka k otázce č. 7: Pokud jste rodila císařským řezem, uveďte prosím z jakého důvodu

Tabulka č. 9: Důvod SC

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poloha podélná koncem pánevním	5	17%
Nepostupující porod	5	17%
Makrosomie plodu	2	7%
Patologický průtok krve pupečnickem	2	7%
Předčasný odtok plodové vody	2	7%
Preeklampsie	2	7%
Nezdařená indukce porodu	2	7%
Tenký dolní děložní segment po předchozím SC	1	3%
Krátký pupečník	1	3%
Kolizní postavení gemin ve 29. tg	1	3%
Abrupce placenty	1	3%
Akutní SC z důvodu hypoxie I. dvojčete	1	3%
Stav po operaci močového měchýře	1	3%
Akutní apendicitida	1	3%
Vrozená vývojová vada srdce rodičky	1	3%
Vysoký nitrooční tlak u rodičky	1	3%
Absolutní četnost	29	
Relativní četnost	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 8: Důvod SC



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že nejvíce císařským řezy bylo provedeno z důvodu polohy dítěte koncem pánevním (17%) a pro nepostupující porod (17%). Dalšími důvody pro vedení porodu per SC byla makrosomie plodu (7%), patologický průtok krve pupečnickem (7%), předčasný odtok plodové vody (nejspíše bez nástupu děložních kontrakcí) v 7%, preeklampsie (7%) a pro nezdařenou indukci porodu (7%). Ostatní důvody pro SC se vyskytují ve výši 3% (celkem 31%).

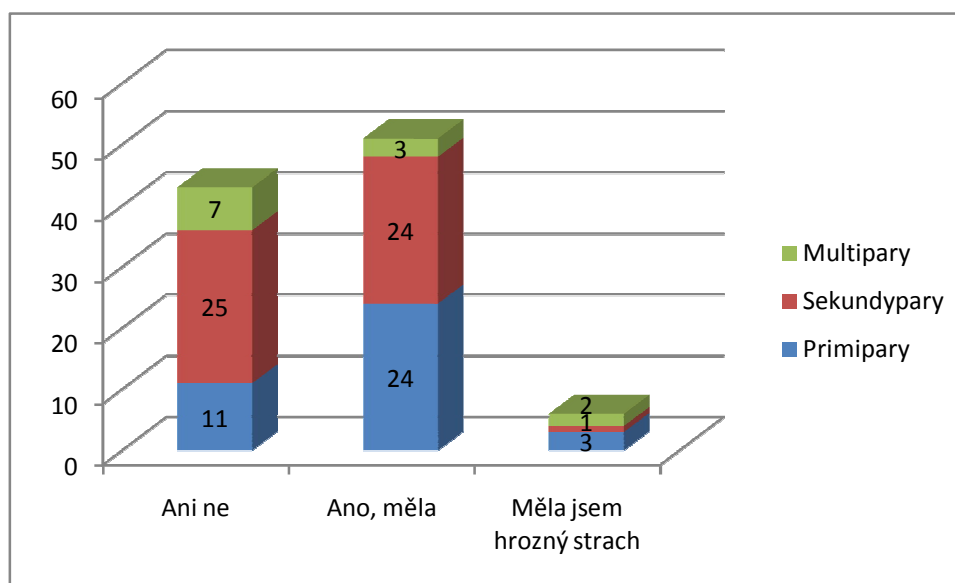
Otázka č. 8: Měla jste strach z porodu?

Tabulka č. 10: Strach z porodu

	Ani ne	Ano, měla	Měla jsem hrozný strach	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	11	24	3	38	38%
Sekundypary	25	24	1	50	50%
Multipary	7	3	2	12	12%
Absolutní četnost	43	51	6	100	
Relativní četnost	43%	51%	6%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 9: Strach z porodu



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z 38 dotázaných primipar uvedlo 11% z nich, že se porodu neobávaly, 24% uvedlo, že měly z porodu strach a 3% primipar mělo z porodu hrozný strach. Z 50 sekundypar nemělo z porodu strach 11%, porodu se obávalo 24% sekundypar a 3% sekundypar se porodu velmi obávalo. Z 12 multipar uvedly 2% hrozný strach z porodu, 3% multipar měla strach z porodu a 7% multipar strach nepociťovalo.

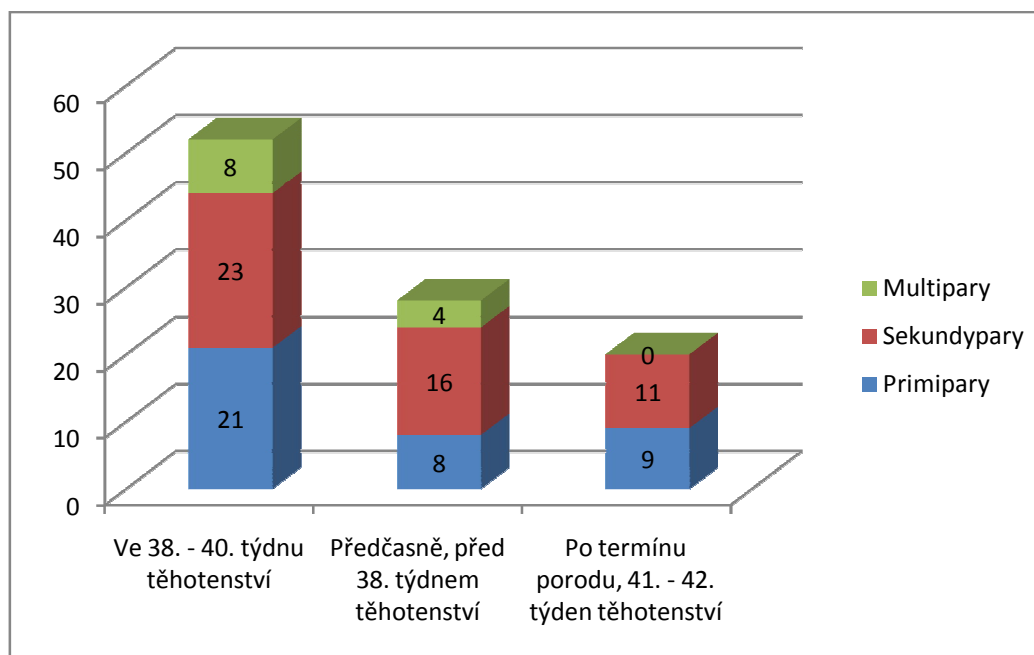
Otázka č. 9: Vaše dítě se narodilo:

Tabulka č. 11: Týden gravidity

	Ve 38. - 40. týdnu těhotenství	Předčasně, před 38. týdnem těhotenství	Po termínu porodu, 41. - 42. týden těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	21	8	9	38	38%
Sekundypary	23	16	11	50	50%
Multipary	8	4	0	12	12%
Absolutní četnost	52	28	20	100	
Relativní četnost	52%	28%	20%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 10: Týden gravidity



Zdroj: Vlastní

Komentář: U otázky č. 9 odpovědělo 21% primipar, že porodily v termínu porodu, 8% primipar porodilo před 38. týdnem gravidity, a 9% primipar porodilo ve 41. – 42. týdnu gravidity. 23% sekundypar porodilo v termínu porodu, 8% porodilo předčasně, a 9% sekundypar porodilo po termínu porodu. Z multipar porodilo 8% v termínu porodu a 4% před 38. týdnem gravidity.

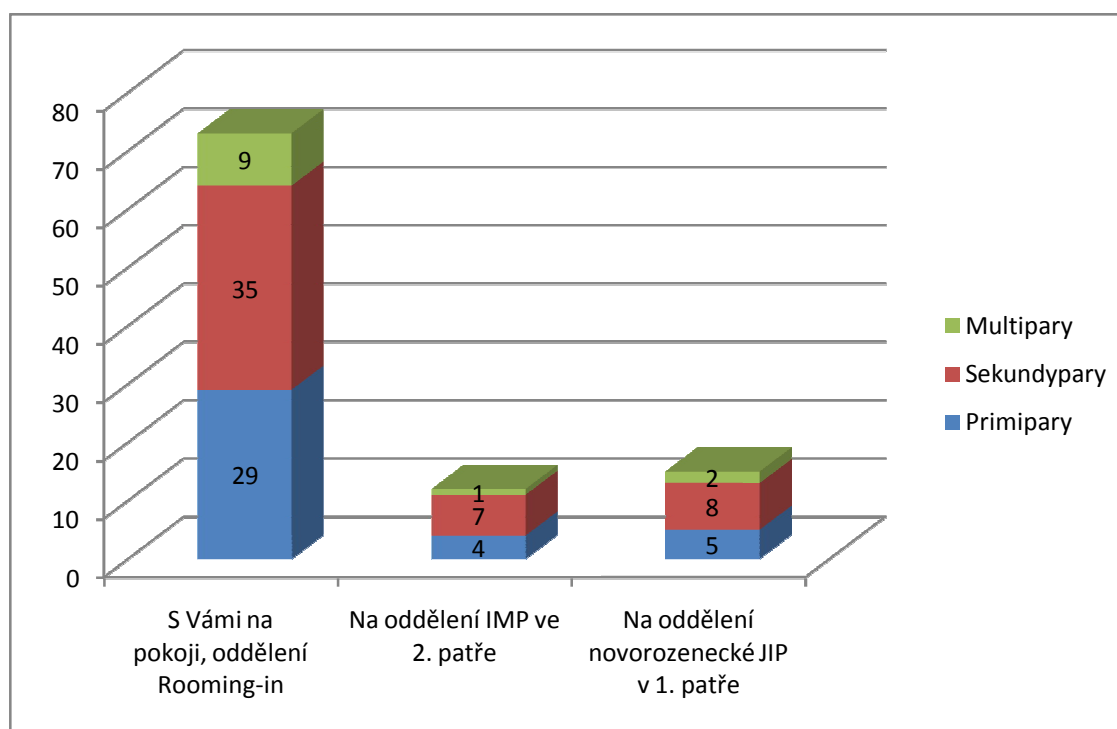
Otázka č. 10: Po porodu bylo Vaše dítě hospitalizováno:

Tabulka č. 12: Hospitalizace novorozence

	S Vámi na pokoji, oddělení Rooming-in	Na oddělení IMP ve 2. patře	Na oddělení novorozenecké JIP v 1. patře	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	29	4	5	38	38%
Sekundypary	35	7	8	50	50%
Multipary	9	1	2	12	12%
Absolutní četnost	73	12	15	100	
Relativní četnost	73%	12%	15%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 11: Hospitalizace novorozence



Zdroj: Vlastní

Komentář: 73% novorozenců bylo umístěno na pokoji s matkou, oddělení roaming-in. Z toho bylo 29% novorozenců primipar, 35% novorozenců sekundypar a 9% novorozenců multipar. Na oddělení IMP ve 2. patře bylo celkem umístěno 12% novorozenců, z toho 4% novorozenců primipar, 7% novorozenců sekundypar a 1% novorozenců multipar. Na oddělení novorozenecké JIP v 1. patře bylo hospitalizováno 15% novorozenců, 5% novorozenců primipar, 8% novorozenců sekundypar a 2% novorozenců multipar.

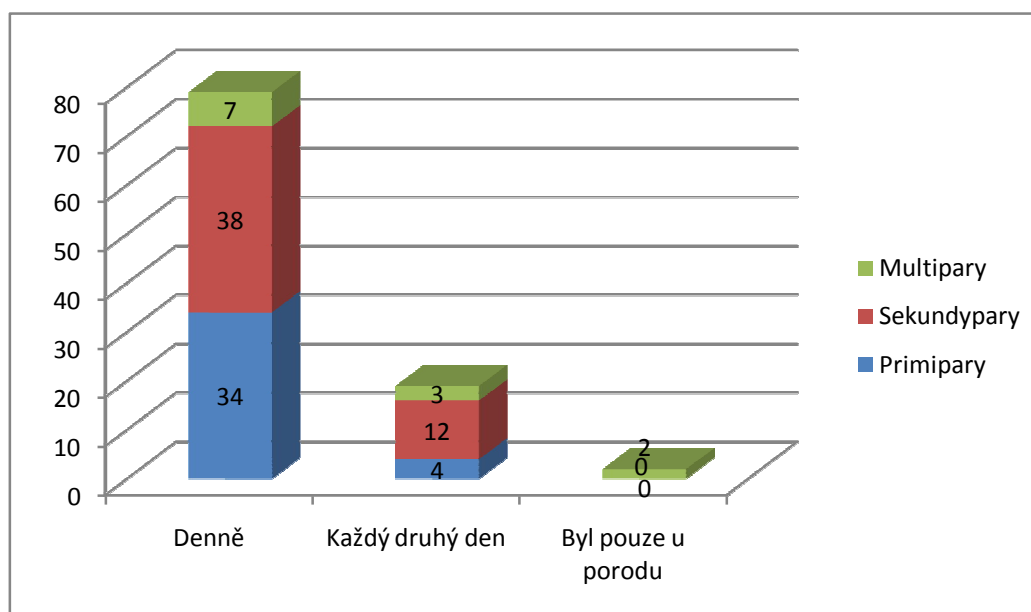
Otázka č. 11: Otec dítěte Vás po porodu navštěvuje:

Tabulka č. 13: Návštěvnost

	Denně	Každý druhý den	Byl pouze u porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	34	4	0	38	38%
Sekundypary	38	12	0	50	50%
Multipary	7	3	2	12	12%
Absolutní četnost	79	19	2	100	
Relativní četnost	79%	19%	2%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 12: Návštěvnost



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z výše uvedené tabulky a grafu vyplývá, že otec dítěte navštěvuje ženu po porodu a novorozence velmi často, nejlépe denně. Otcové dětí primipar své partnerky a dítě navštěvují denně v 34%, v 4% každý druhý den. Sekundypary navštěvují otcové jejich dítěte denně v 38%, každý druhý den v 12%. Multipary jsou denně otcem dítěte navštěvovány v 7%, 3% otců dochází na návštěvu každý druhý den a 2% otců byla pouze u porodu, nejspíše z důvodu péče o starší děti.

3.2 Otázky o pocitech prožívaných po porodu

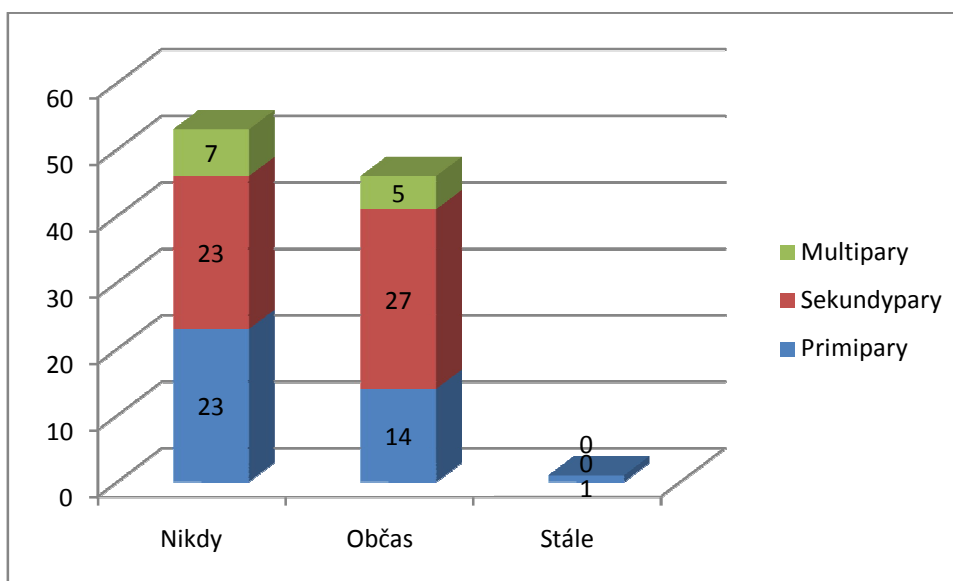
Otázka č. 12: Přepadají Vás někdy stavy plačtivosti? Pláčete, aniž by, jste věděla proč?

Tabulka č. 14: Plačtivost

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	23	14	1	38	38%
Sekundypary	23	27	0	50	50%
Multipary	7	5	0	12	12%
Absolutní četnost	53	46	1	100	
Relativní četnost	53%	46%	1%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 13: Plačtivost



Zdroj: Vlastní

Komentář: 1% primipar stále pláče, aniž by vědělo proč. 14% primipar pláče jenom občas a 23% nikdy. Oproti tomu občas pláče 27% sekundypar, a 23% nikdy. Multipary pláčí občas v 5% a nikdy v 7%. Z toho vyplývá, že nejnáchylnější na plačtivost jsou sekundypary.

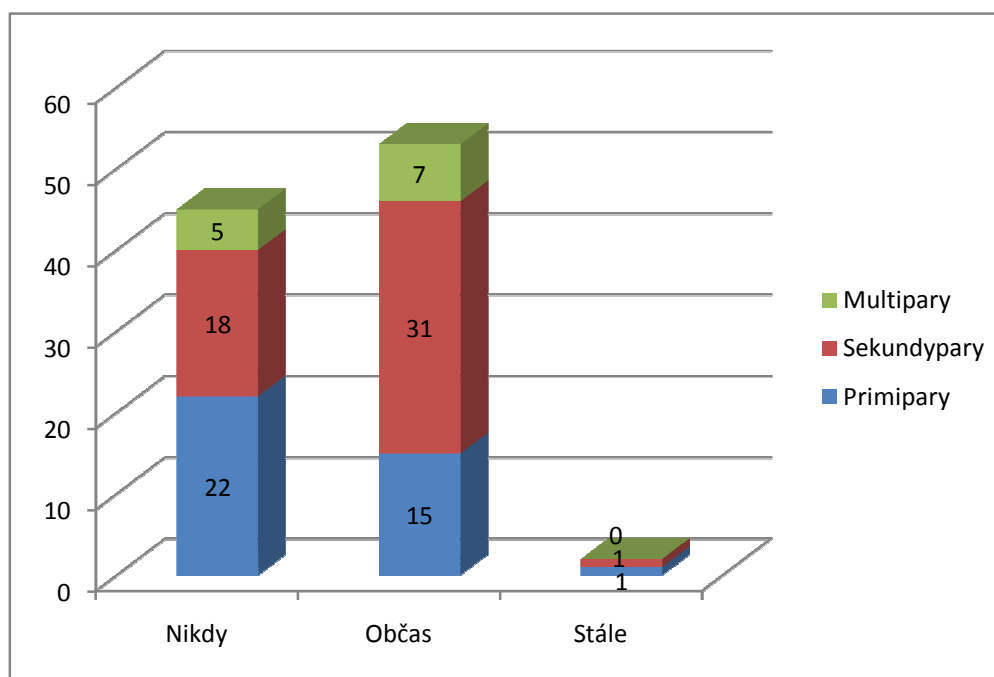
Otázka č. 13: Zažíváte pocity úzkosti a neklidu?

Tabulka č. 15: Úzkost a neklid

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	22	15	1	38	38%
Sekundypary	18	31	1	50	50%
Multipary	5	7	0	12	12%
Absolutní četnost	45	53	2	100	
Relativní četnost	45%	53%	2%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 14: Úzkost a neklid



Zdroj: Vlastní

Komentář: Pocity úzkosti a neklidu nejméně zažívají primipary, a to v 22%, za nimi následují sekundypary s 18% a multipary s 5%. Sekundypary zažívají úzkost a neklid v 31% občas a v 1% stále. Důvodem může být strach o starší dítě. Primipary zažívají pocity neklidu a úzkosti občas v 15% a stále pouze v 1%. Úzkost a neklid prožívá občas 7% multipar.

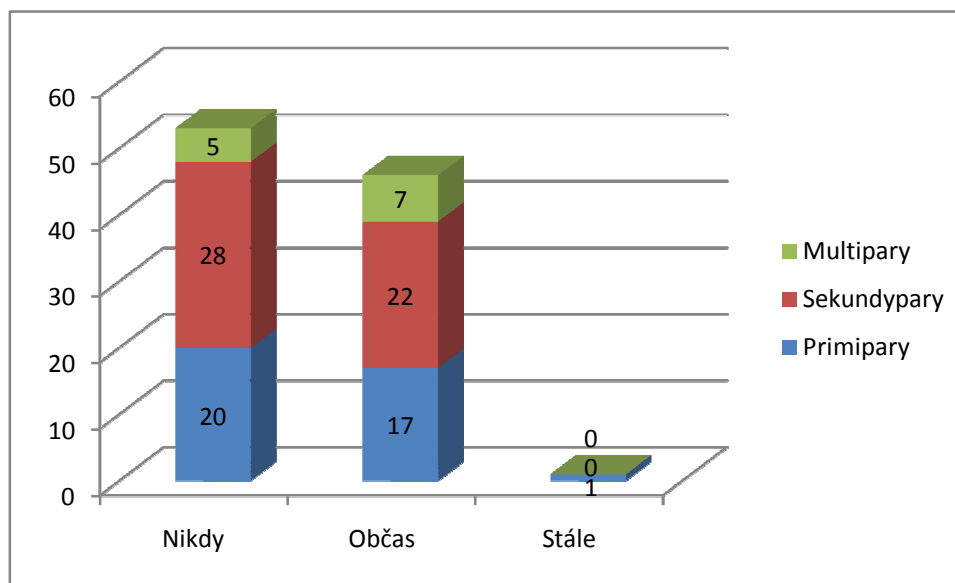
Otázka č. 14: Připadáte si bezdůvodně podrážděná?

Tabulka č. 16: Podrážděnost

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	20	17	1	38	38%
Sekundypary	28	22	0	50	50%
Multipary	5	7	0	12	12%
Absolutní četnost	53	46	1	100	
Relativní četnost	53%	46%	1%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 15: Podrážděnost



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z analýzy dat bylo zjištěno, že 20% primipar není nikdy bezdůvodně podrážděno, 17% jich je podrážděno občas a 1% stále. Sekundypary nebývají nikdy bezdůvodně podrážděné v 28%, občas v 22%. 7% multipar bývá občas bezdůvodně podrážděno, a 5% nebývá podrážděno nikdy.

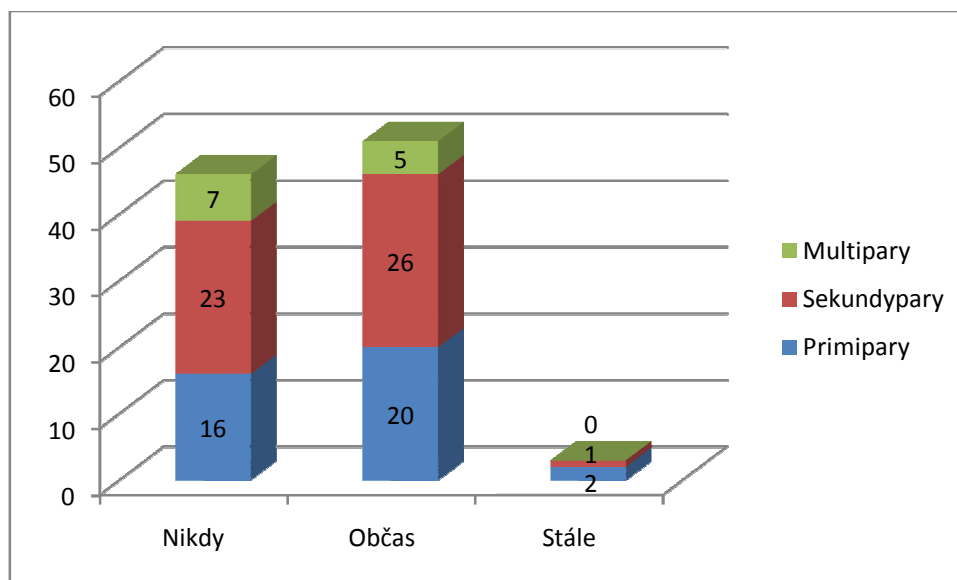
Otázka č. 15: Střídají se Vám nálady jako na houpačce? (chvíli dobrá, za chvíli špatná)

Tabulka č. 17: Střídání nálad

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	16	20	2	38	38%
Sekundypary	23	26	1	50	50%
Multipary	7	5	0	12	12%
Absolutní četnost	46	51	3	100	
Relativní četnost	46%	51%	3%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 16: Střídání nálad



Zdroj: Vlastní

Komentář: Střídáním nálad trpí primipary v 2%, poté následují sekundypary s 1%. Nejméně se nálady střídají sekundyparám, v 23%, primiparám v 16% a multiparám v 7%. Občas se nálady střídají primiparám v 20%, sekundyparám v 26% a multiparám v 5%.

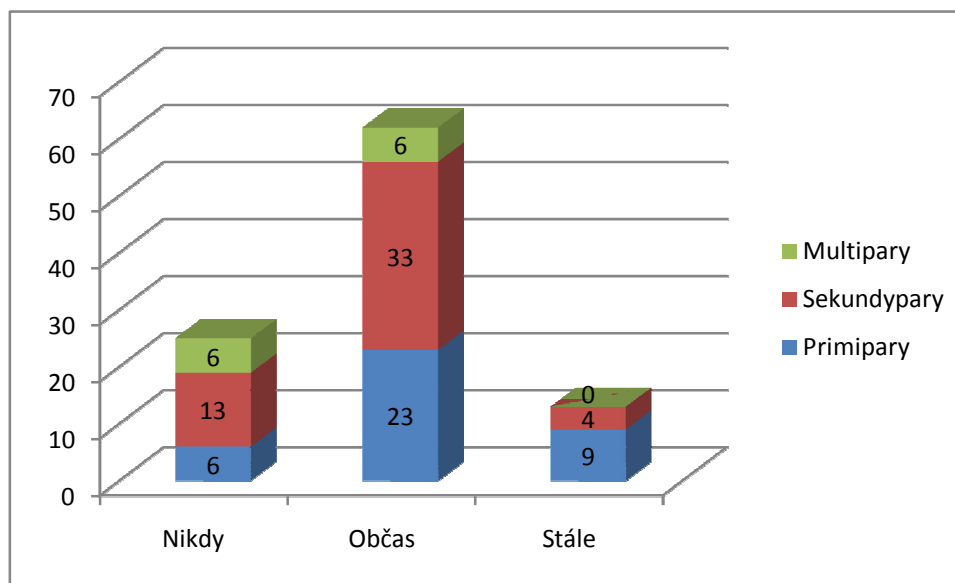
Otázka č. 16: Cítíte se nejistá a nemotorná v péči o dítě?

Tabulka č. 18: Péče o dítě

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	6	23	9	38	38%
Sekundypary	13	33	4	50	50%
Multipary	6	6	0	12	12%
Absolutní četnost	25	62	13	100	
Relativní četnost	25%	62%	13%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 17: Péče o dítě



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z 38% primipar si 9% z nich připadají stále nejisté a nemotorné v péči o dítě, 23% žen si připadá nejistá jen občas, pouhých 6% žen si je vždy v péči o dítě jisté. Z celkového počtu 50% sekundypar si je v péči o dítě jisto 13% žen, 33% si občas jisto není a 4% sekundypar si jsou v péči o dítě stále nejisté a připadají si nemotorné. Z 12% multipar si je polovina žen (6%) jistá v péči a dítě a polovina (6%) si je občas nejistá v péči o dítě.

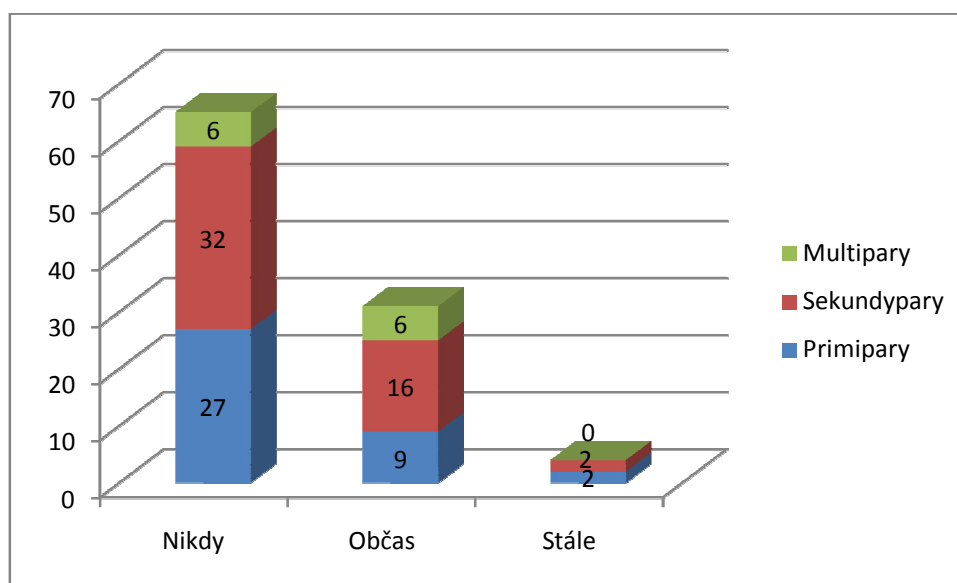
Otázka č. 17: Připadáte si osamělá?

Tabulka č. 19: Osamělost

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	27	9	2	38	38%
Sekundypary	32	16	2	50	50%
Multipary	6	6	0	12	12%
Absolutní četnost	65	31	4	100	
Relativní četnost	65%	31%	4%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 18: Osamělost



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nikdy si osaměle nepřipadá 27% primipar, 32% sekundypar a 6% multipar. Občas si osaměle připadá 9% primipar, 16% sekundypar a 6% multipar. Stále si osamělé připadají sekundypary v 2% a primipary také v 2%.

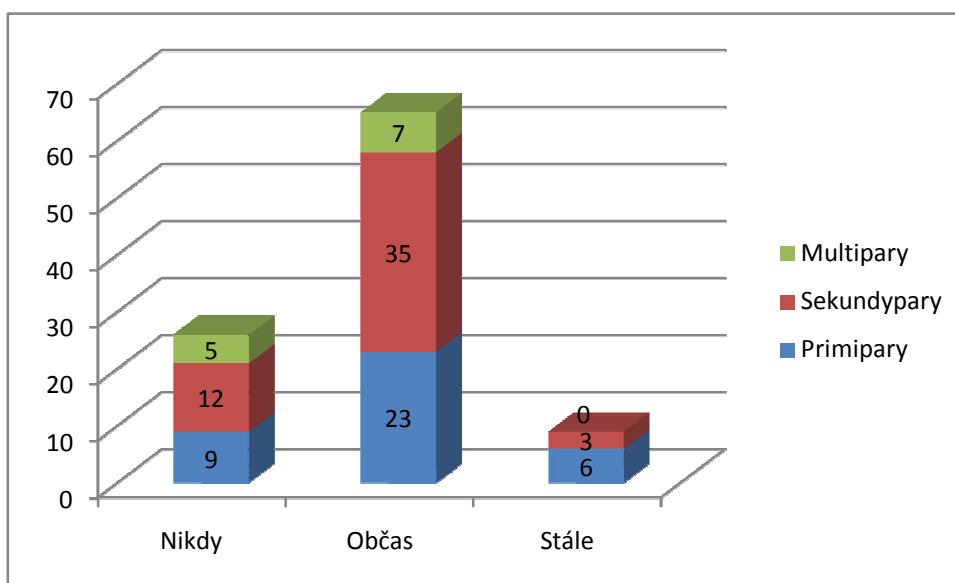
Otázka č. 18: Trápí Vás poruchy spánku? (nemůžete spát, nebo spíte více)

Tabulka č. 20: Poruchy spánku

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	9	23	6	38	38%
Sekundypary	12	35	3	50	50%
Multipary	5	7	0	12	12%
Absolutní četnost	26	65	9	100	
Relativní četnost	26%	65%	9%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 19: Poruchy spánku



Zdroj: Vlastní

Komentář: Poruchy spánku trápí stále 6% primipar a 3% sekundypar. Nikdy s poruchami spánku nemá problém 9% primipar, 12% sekundypar a 5% multipar. S poruchami spánku má občas problém 23% primipar, 35% sekundypar a 7% multipar.

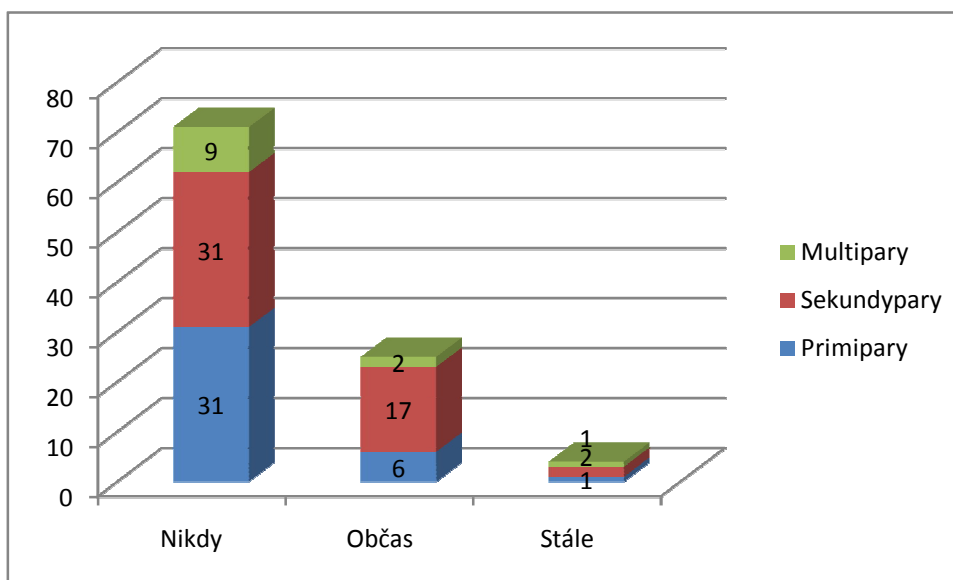
Otázka č. 19: Máte pocit, že trpíte nechutenstvím nebo přejídáním?

Tabulka č. 21: Nechutenství, přejídání

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	31	6	1	38	38%
Sekundypary	31	17	2	50	50%
Multipary	9	2	1	12	12%
Absolutní četnost	71	25	4	100	
Relativní četnost	71%	25%	4%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 20: Nechutenství, přejídání



Zdroj: Vlastní

Komentář: Nejpočetnější skupina primipar (31%) uvádí, že nikdy netrpí nechutenstvím ani přejídáním. 6% primipar trpí nechutenstvím nebo přejídáním občas a jen 1% má stále pocit, že trpí nechutenstvím nebo přejídáním. Nejpočetnější skupina sekundypar, což je 31%, uvádí, že nemají nikdy pocit nechutenství nebo přejídání. Občas přejídáním nebo nechutenstvím trpí 17% sekundypar, 2% mají pocit, že těmito problémy trpí stále. Multipary stále trápí nechutenství nebo přejídání v 1%, občas v 2%, a 9% multipar nikdy nemá problémy s přejídáním ani nechutenstvím.

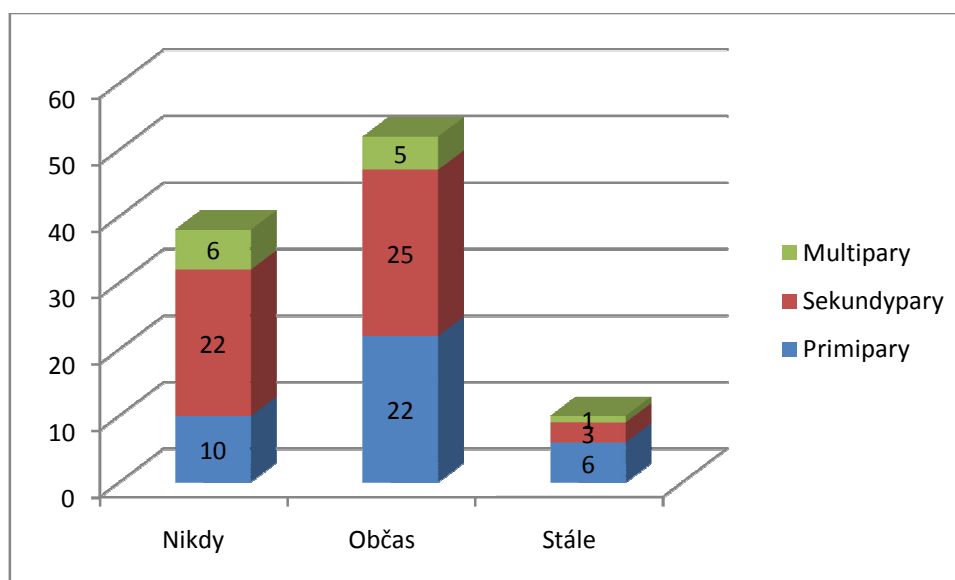
Otázka č. 20: Přepadají Vás myšlenky, ve kterých přemýšlíte, zda budete (jste) dobrou matkou?

Tabulka č. 22: Budete (jste) dobrá matka

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	10	22	6	38	38%
Sekundypary	22	25	3	50	50%
Multipary	6	5	1	12	12%
Absolutní četnost	38	52	10	100	
Relativní četnost	38%	52%	10%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 21: Budete (jste) dobrá matka



Zdroj: Vlastní

Komentář: Na otázku č. 20 odpovědělo 10% primipar, že nikdy nepřemýšlí nad tím, zda budou (jsou) dobré matky, oproti tomu 22% primipar o tom přemýšlí občas a 6% primipar stále. 22% sekundypar odpovědělo, že o tom zda jsou dobré matky, nikdy nepřemýšlí. Občas nad tímto problémem přemýšlí 25% sekundypar, a 3% sekundypar stále přemýšlejí, zda jsou dobré matky. Multipary v 6% nikdy nepřemýšlejí, zda jsou dobré matky, občas o tom přemýšlí 5% multipar a stále o tomto problému přemýšlí jen 1% multipar.

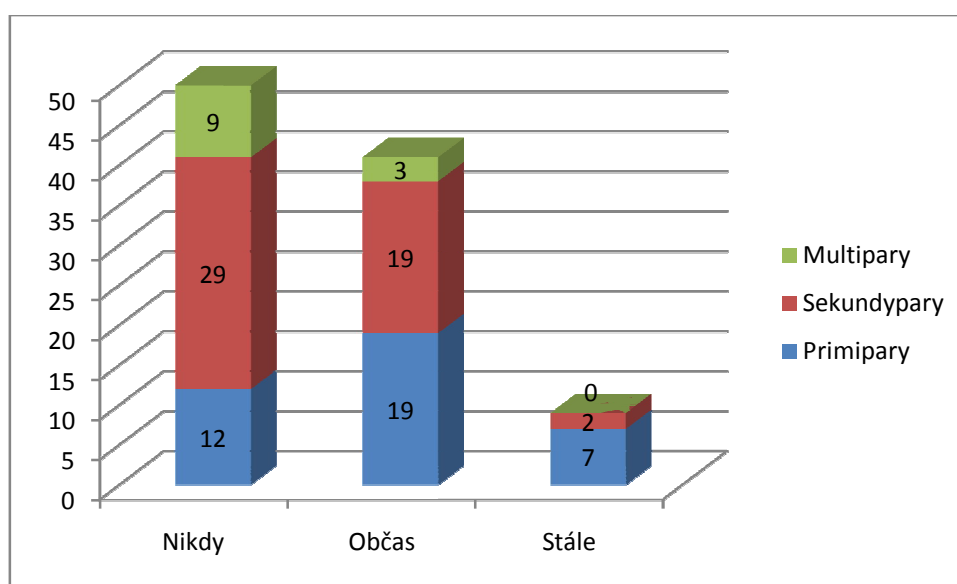
Otázka č. 21: Jsou chvíle, kdy přemýšlíte, zda budete schopná se o dítě postarat i doma?

Tabulka č. 23: Péče o dítě v domácím prostředí

	Nikdy	Občas	Stále	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	12	19	7	38	38%
Sekundypary	29	19	2	50	50%
Multipary	9	3	0	12	12%
Absolutní četnost	50	41	9	100	
Relativní četnost	50%	41%	9%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 22: Péče o dítě v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní

Komentář: Největší skupina sekundypar (29%) nikdy nemá starost s tím, že by se o dítě nebyly schopné postarat i doma, oproti tomu primipary na stejnou otázku odpověděly nikdy jen v 12%. Multipary uvedly, že nikdy nepřemýšlejí nad tím, že by se nebyly schopny o dítě postarat i doma v 9%. Nejvíce primipar uvedlo (19%), že si v péči o dítě doma budou občas nejisté, téže odpověď uvedlo i 19% sekundypar a 3% multipar. 9% respondentek uvedlo, že stále přemýšlejí o tom, zda se budou o své dítě schopné postarat i doma, z toho bylo 7% primipar a 2% sekundypar.

3.3 Otázky týkající se informovanosti o poporodním blues

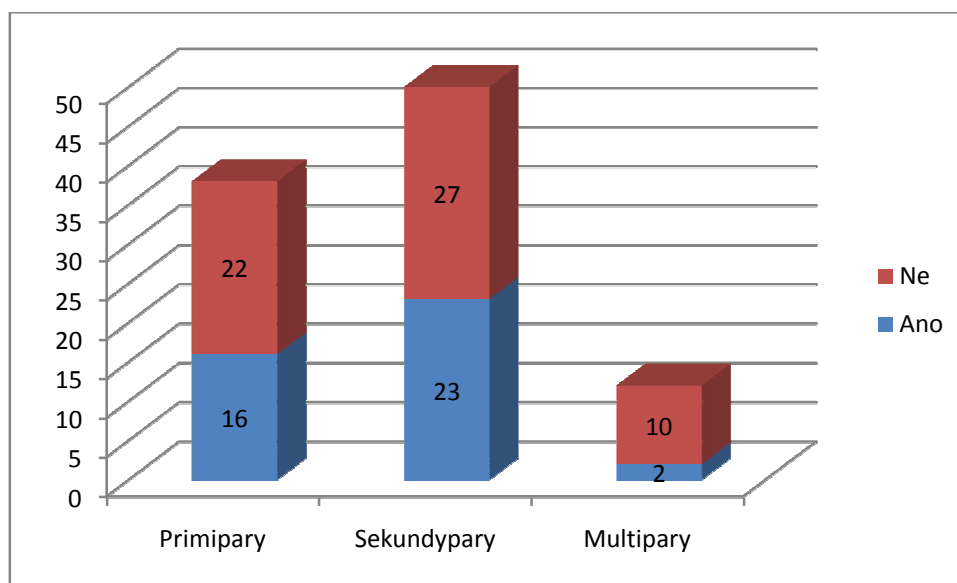
Otázka č. 22: Už jste někdy slyšela o poporodním blues?

Tabulka č. 24: Už jste někdy slyšela o poporodním blues?

	Ano	Ne	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	16	22	38	38%
Sekundypary	23	27	50	50%
Multipary	2	10	12	12%
Absolutní četnost	41	59	100	
Relativní četnost	41%	59%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 23: Už jste někdy slyšela o poporodním blues?



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z analýzy dat vyplynulo, že o poporodním blues už někdy slyšelo 41% respondentek. Z toho bylo 16% primipar, 23% sekundypar a 2% multipar. 59% dotázaných žen o poporodním blues nikdy neslyšelo, a to 22% primipar, 27% sekundypar a 10% multipar. Z těchto výsledků můžeme vyvodit, že informovanost žen o poporodním blues je nedostatečná.

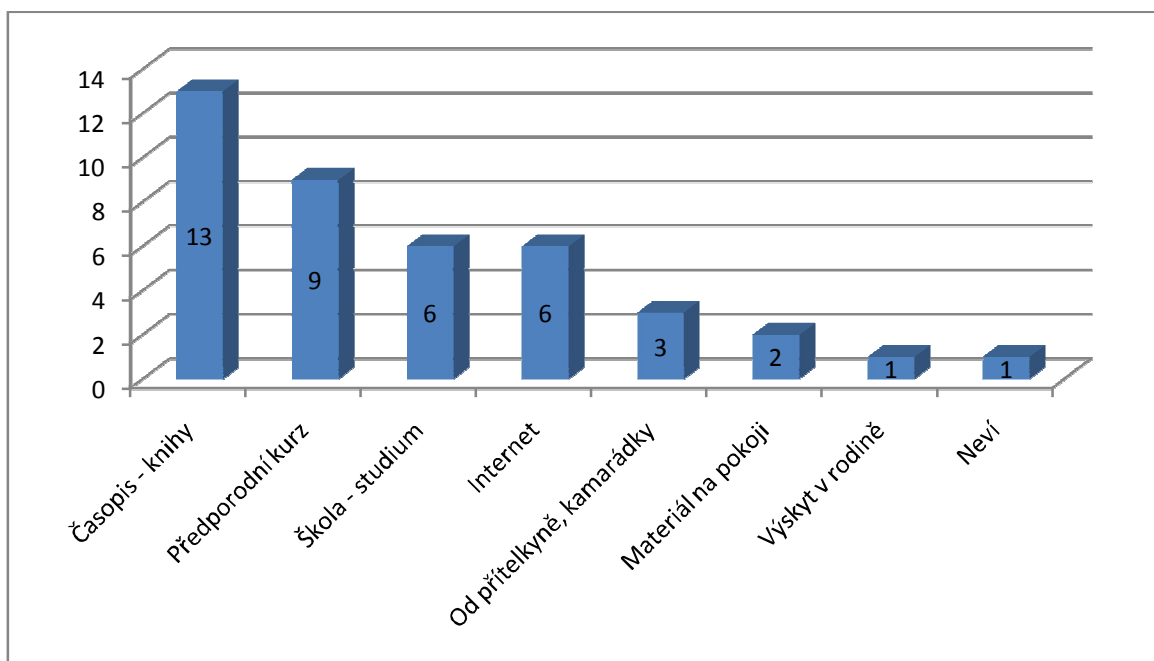
Podotázka k otázce č. 22: Pokud jste odpověděla ano, uveďte prosím, kde jste se o poporodním blues dozvěděla.

Tabulka č. 25: Způsob informovanosti o poporodním blues

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časopis - knihy	13	32%
Předporodní kurz	9	22%
Škola - studium	6	15%
Internet	6	15%
Od přítelkyně, kamarádky	3	7%
Materiál na pokoji	2	5%
Výskyt v rodině	1	2%
Neví	1	2%
Absolutní četnost	41	
Relativní četnost	41%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 24: Způsob informovanosti o poporodním blues



Zdroj: Vlastní

Komentář: V této podotázce bylo nejčastěji uváděno z knihy nebo časopisu (13%), předporodní kurz byl uváděn v 9%, v 6% byla shodně uváděna škola a internet, z materiálů

přístupných na pokoji oddělení šestinedělí se o poporodním blues dozvěděly 2% žen. Od přítelkyně se o poporodním blues dozvěděly 3% respondentek, 1% uvedlo rodinu a 1% uvedlo, že neví, kde se o poporodním blues dozvědělo.

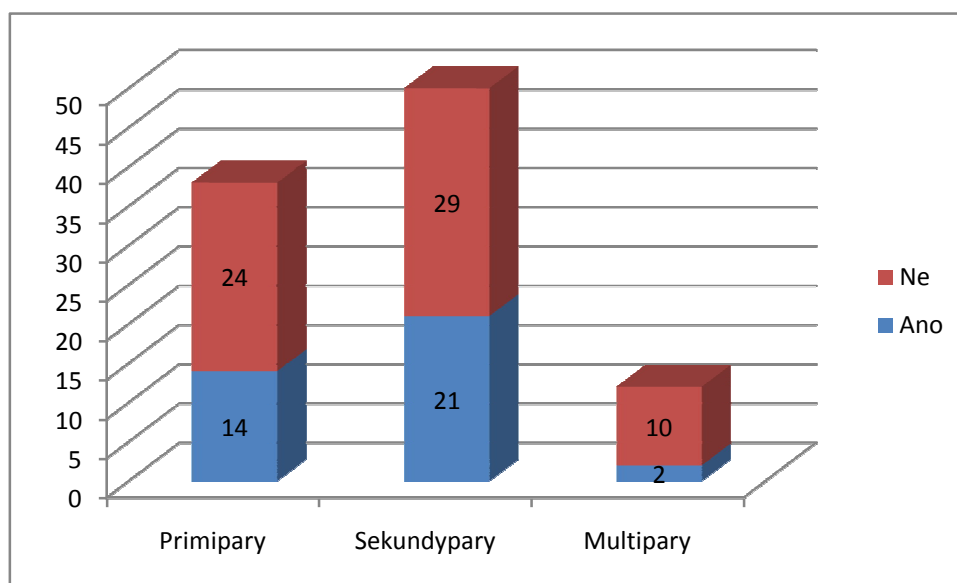
Otázka č. 23: Víte, co znamená pojem poporodní blues?

Tabulka č. 26: Co je poporodní blues

	Ano	Ne	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	14	24	38	38%
Sekundypary	21	29	50	50%
Multipary	2	10	12	12%
Absolutní četnost	37	63	100	
Relativní četnost	37%	63%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 25: Co je poporodní blues



Zdroj: Vlastní

Komentář: Z celkového počtu 38% primipar odpovědělo na tuto otázku jen 14% respondentek, že vědí co je poporodní blues. Z 50% sekundypar, vědělo co je poporodní blues 21% žen, a z 12% multipar odpověděly 2%, že vědí co je poporodní blues.

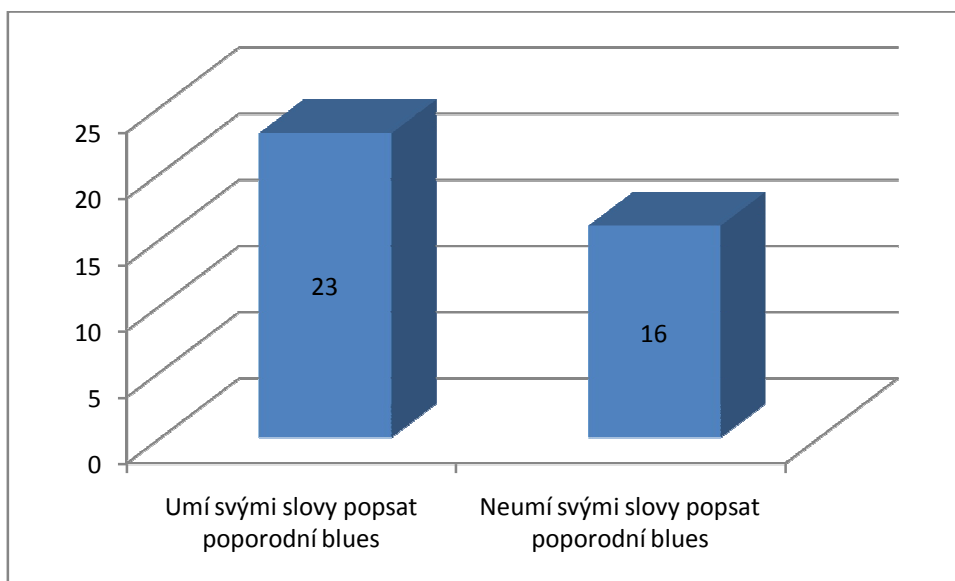
Podotázka k otázce č. 23: Pokud jste odpověděla ano, uveďte prosím svými slovy, co to je

Tabulka č. 27: Popis poporodního blues

	Absolutní čet- nost	Relativní četnost
Umí svými slovy popsat poporodní blues	23	23%
Neumí svými slovy popsat poporodní blues	16	16%
Absolutní četnost	39	
Relativní četnost	39%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 26: Popis poporodního blues



Zdroj: Vlastní

Komentář: Tato podotázka často vyvrací předchozí odpověď ano, protože jen 23% žen, které odpověděly ano, umělo svými slovy poporodní blues popsat. 16% respondentek odpovídajících ano, svými slovy nesprávně uvádělo, že jde o poporodní depresi nebo psychózu.

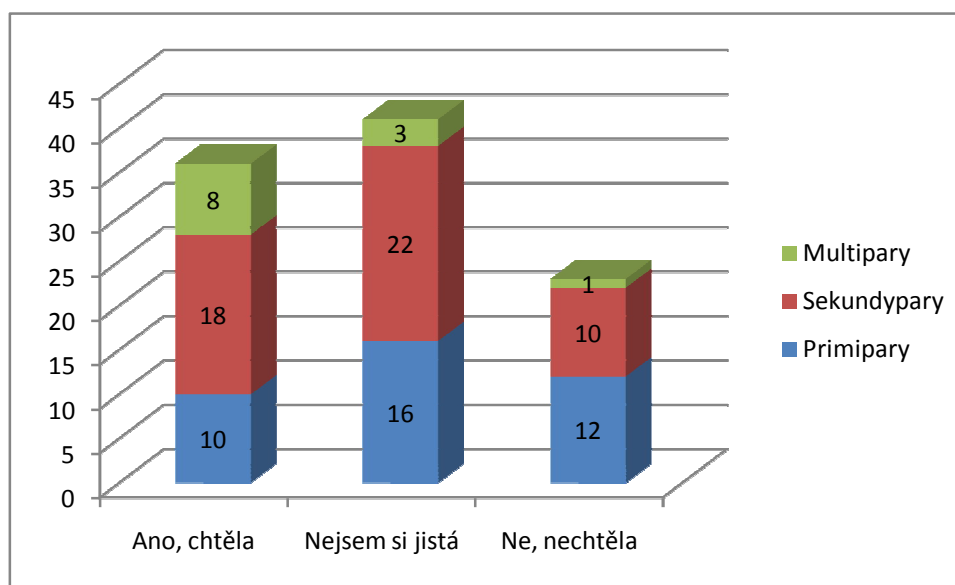
Otázka č. 24: Chtěla byste o problematice poporodního blues vědět více?

Tabulka č. 28: Chtěla byste o problematice poporodního blues vědět více?

	Ano, chtěla	Nejsem si jistá	Ne, nechtěla	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	10	16	12	38	38%
Sekundypary	18	22	10	50	50%
Multipary	8	3	1	12	12%
Absolutní četnost	36	41	23	100	
Relativní četnost	36%	41%	23%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 27: Chtěla byste o problematice poporodního blues vědět více?



Zdroj: Vlastní

Komentář: Více informací o poporodním blues by se chtělo dozvědět 36% respondentek, z toho 10% primipar, 18% sekundypar a 8% multipar. 41% dotázaných žen si není jisto, zda by chtěly o problematice poporodního blues vědět více, a to 16% primipar, 22% sekundypar a 3% multipar. O poporodním blues by nechtělo nic znát 23% respondentek, z toho 12% primipar, 10% sekundypar a 1% multipar.

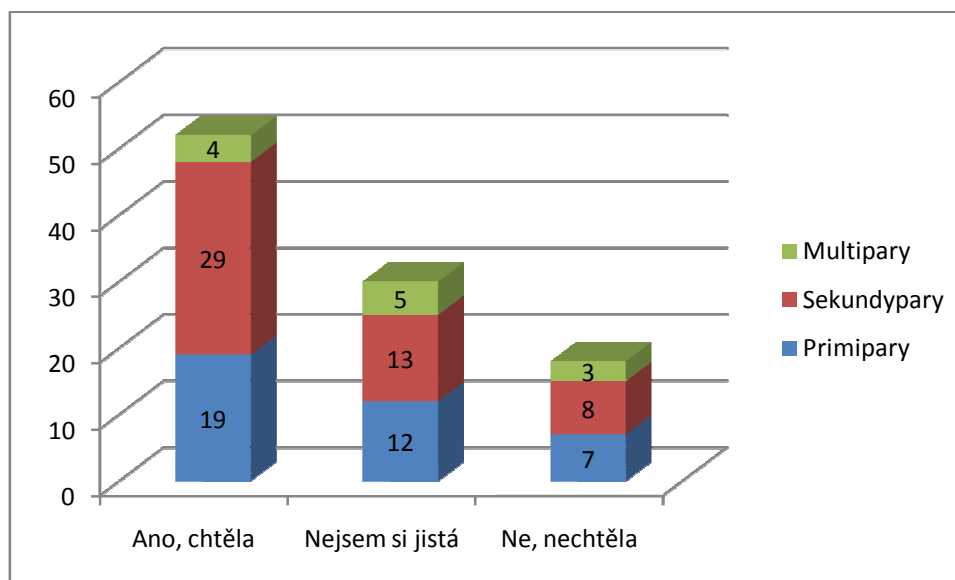
Otázka č. 25: Chtěla byste se o jeho výskytu dozvědět již v těhotenství?

Tabulka č. 29: Chtěla byste se o jeho výskytu dozvědět již v těhotenství?

	Ano, chtěla	Nejsem si jistá	Ne, nechtěla	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	19	12	7	38	38%
Sekundypary	29	13	8	50	50%
Multipary	4	5	3	12	12%
Absolutní četnost	52	30	18	100	
Relativní četnost	52%	30%	18%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 28: Chtěla byste se o jeho výskytu dozvědět již v těhotenství?



Zdroj: Vlastní

Komentář: O výskytu poporodního blues by se již v těhotenství chtělo dozvědět 19% primipar, 29% sekundypar a 4% multipar, to je 52% respondentek. 12% primipar si není jisto, zda by o poporodním blues chtělo vědět již v těhotenství, stejně odpovědělo 13% sekundypar a 5% multipar. O poporodním blues by se v těhotenství nechtělo dozvědět 18% dotazovaných žen, a to 7% primipar, 8% sekundypar a 3% multipar.

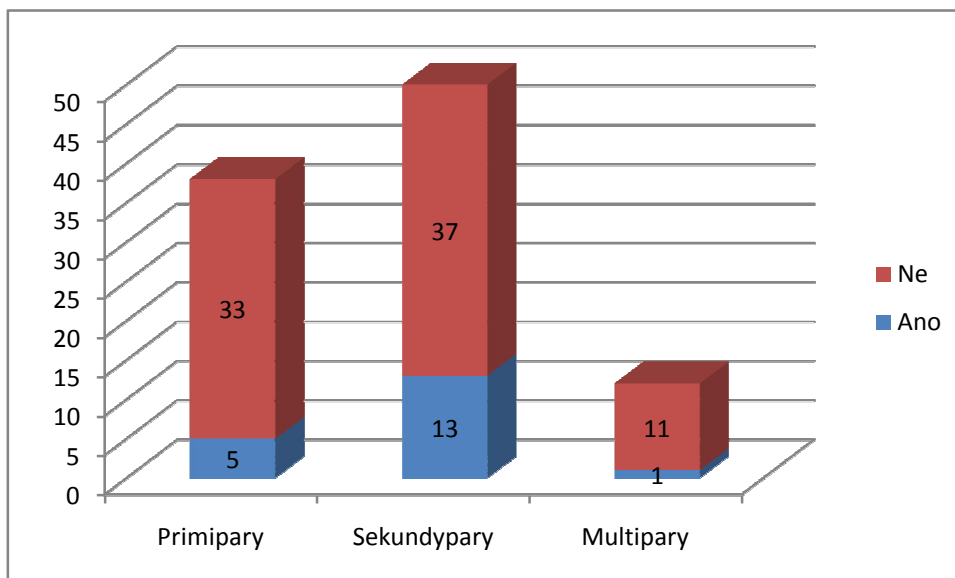
Otázka č. 26: Setkala jste se někde ve svém okolí s poporodním blues?

Tabulka č. 30: Setkání s poporodním blues

	Ano	Ne	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	5	33	38	38%
Sekundypary	13	37	50	50%
Multipary	1	11	12	12%
Absolutní četnost	19	81	100	
Relativní četnost	19%	81%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 29: Setkání s poporodním blues



Zdroj: Vlastní

Komentář: Většina respondentek (81%) se s výskytem poporodního blues nikdy nesetkala nebo si toho není vědoma. S poporodním blues se již někdy setkala 19% dotazovaných žen, z toho 5% primipar, 13% sekundypar a 1% multipar.

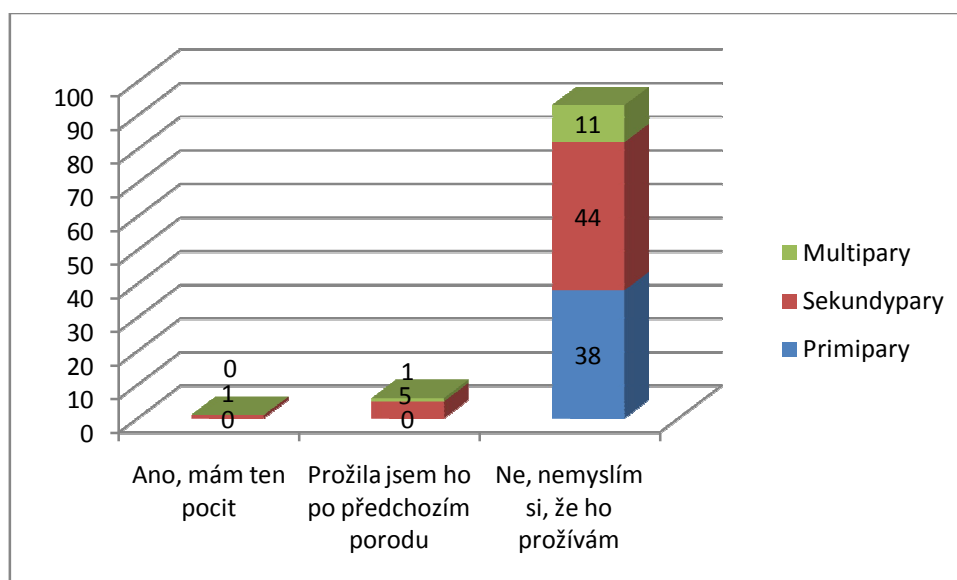
Otázka č. 27: Máte pocit, že zažíváte poporodní blues?

Tabulka č. 31: Subjektivní prožívání poporodního blues

	Ano, mám ten pocit	Prožila jsem ho po předchozím porodu	Ne, nemyslím si, že ho prožívám	Absolutní četnost	Relativní četnost
Primipary	0	0	38	38	38%
Sekundypary	1	5	44	50	50%
Multipary	0	1	11	12	12%
Absolutní četnost	1	6	93	100	
Relativní četnost	1%	6%	93%	100%	

Zdroj: Vlastní

Graf č. 30: Subjektivní prožívání poporodního blues



Zdroj: Vlastní

Komentář: V poslední otázce jsem se zajímala o subjektivní názor respondentek na prožívání poporodního blues. Podle očekávání uvedlo nejvíce respondentek (93%), že poporodním blues netrpí. Z tohoto počtu bylo 38% primipar, 44% sekundypar a 11% multipar. Pouhé 1% sekundypar uvedlo, že je možné, aby poporodním blues trpělo. Zbývajících 6% respondentek uvedlo, že poporodní blues zažilo po předchozím porodu, a to 5% sekundypar a 1% multipar.

4 DISKUZE

Z praktické části bakalářské práce vyšlo najevo mnoho zajímavých informací. Diskuze porovnává část praktické části této bakalářské práce s výzkumným šetřením provedeným ve Španělsku v roce 2008, které bylo zaměřeno na prevalenci a rizikové faktory poporodního blues, a bylo uveřejněno v časopise Španělský věstník psychologie.

Španělská studie měla za cíl zjistit odhad prevalence a sledování rizikových faktorů spojených s poporodním blues. Této studii se zúčastnilo 113 žen (100%), které byly 10. den po porodu.

Tato studie uvádí, že vdané ženy a nekuřačky trpí poporodním blues až 4 krát méně.

První otázka mapovala věk respondentek. Výzkumné šetření této práce vyplnilo 5 žen ve věkovém rozmezí 19 – 23 let, 24 – 28 let bylo 27 ženám, 45 ženám bylo 29 – 33 let, 34 – 38 let uvedlo 22 žen a jedna respondentka uvedla věkovou skupinu 18 a méně let. Španělské studii se zúčastnilo 22 žen ve věkovém rozpětí 18 – 20 let, 60 žen ve věku od 20 do 29 let, 30 – 38 let bylo 31 ženám.

Druhá otázka byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání. V dotazníkovém šetření této práce bylo základní vzdělání uvedeno u 2 respondentek, oproti porovnávané studii, kde základního vzdělání dosáhlo 59 žen. Vysokoškolského vzdělání ve španělské studii dosáhlo 53 žen, v této práci 32 respondentek.

Ve 3. otázce bylo zjištěno, že 66 žen je vdaných, v porovnávané studii bylo vdaných 44 žen.

Čtvrtá otázka mapovala, zda byla gravidita plánovaná nebo neplánovaná. Výzkum této práce uvádí 17 neplánovaných těhotenství, porovnávaný výzkum uvádí 68 neplánovaných početí. Naopak 45 žen ze španělské studie početí plánovalo, ve výzkumu této práce uvedlo plánované početí 83 žen.

Šestá otázka se dotazovala na počet předchozích porodů. Oproti tomu španělská studie zjišťovala počet těhotenství a počet žijících dětí. Jedno žijící dítě uvedlo 51 žen, což koresponduje s 50 druhorodičkami uvedených v této práci. Žen s 2 – 3 žijícími dětmi bylo v porovnávané studii 48, to odpovídá 12 multiparám v této studii.

Otázka č. 7 se zabývala způsobem porodu. 68 žen výzkumu této bakalářské práce porodilo spontánně hlavičkou, 3 ženy porodily spontánně koncem pánevním a 29 ženám byl prove-

den císařský řez. V porovnávané studii porodilo normálně 33 žen, pomocí forcepsu porodilo 20 žen a 60 ženám bylo těhotenství ukončeno císařským řezem.

Gestační věk novorozence zjišťovala otázka č. 9. Španělská studie uvádí, že 6 žen porodilo v 37. až 37 + 6 týdnů gravidity. V 38. – 40. týdnů těhotenství porodilo 61 žen, a 41 žen porodilo v týdnů od 40 + 1 do 42 + 1. Ve výzkumu této práce porodilo ve 38. – 40. týdnů gravidity 52 žen, 28 žen porodilo před 38. týdnem gestace, a ve 41. – 42. týdnů těhotenství porodilo 20 respondentek.

5 DOPORUČNÍ PRO PRAXI

Jedním z cílů bakalářské práce bylo edukovat ženy o poporodním blues. K tomuto účelu byl vytvořen edukační materiál – letáček s názvem Poporodní blues, týká se i Vás (?).

Tento edukační materiál je určen nejen pro těhotné ženy, ale i pro jejich partnery a rodinu.

Letáček by mohl být umístěn v čekárnách gynekologických ambulancí, a volně přístupný na oddělení šestinedělí, nejlépe na každém pokoji.

Letáček je součástí příloh (Příloha P V).

ZÁVĚR

Období šestinedělí je na jedné straně plné radosti z narozeného dítěte, ale také je to období, kdy si žena uvědomuje, že nic už nebude jako dřív. Hormonální výkyvy, nedostatek spánku a celodenní péče o dítě šestinedělku vyčerpávají. Po propuštění z porodnice musí žena skloubit mnoho činností, aby vytvořila fungující rodinné zázemí a vytvořila nový společný režim. Šestinedělí je další etapa v životě ženy, která má svůj začátek i konec. Většina žen překoná toto nové a náročné období s menšími nebo většími problémy. S odstupem času na začátky soužití s novým členem rodiny vzpomínají ženy s úsměvem a pocitem nostalgie.

Tato bakalářská práce se zabývala možným výskytem poporodního blues v puerperiu. Teoretická část byla nejprve zaměřena na involuční změny probíhající v období puerperia, protože správné fungování těla ovlivňuje i psychiku. V teoretické části byly také popsány psychické změny, které mohou nastat v šestinedělí. Nejméně závažná psychická změna je poporodní blues, které má vysoké procento výskytu, ale nepotřebuje léčbu. Středně závažnou poruchou psychiky vyskytující se v puerperiu je poporodní deprese. Tento psychický stav již vyžaduje odbornou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta. Nejzávažnější psychická porucha, která může v období šestinedělí nastat je poporodní psychóza. Léčba psychózy je plně v kompetencích psychiatra a psychiatrického oddělení. Dříve se věřilo, že se laktační psychóza vyléčí zástavou laktace, ale tento postup byl vyvrácen, když bylo zjištěno, že psychóza nemá s laktací nic společného. V dnešní době mohou i ženy trpící poporodní psychózou kojit, pokud užívají antipsychotika neintoxikují mateřské mléko. V neposlední řadě se teoretická část zabývala organizací puerperia.

V praktické části v rámci výzkumu byly zpracovány informace získané z dotazníkového šetření.

Bakalářská práce měla stanoveny tři cíle, které byly v praktické části splněny. Prvním cílem bylo zjistit vliv věku a parity na výskyt poporodního blues. Ke splnění tohoto cíle byly použity otázky dotazníku č. 1, 6, a 12 – 21. Z dat výzkumného šetření bylo zjištěno, že poporodním blues více trpí primipary, které mají nejvíce odpovědí stále. Tento výsledek se dal předpokládat vzhledem k tomu, že tyto ženy mají teprve první dítě a nevědí, do čeho jdou. Po primiparách následují sekundypary s nejvíce odpověďmi občas. Druhorodičky už sice vědí, co je čeká, ale mohou pociťovat nejistotu, zda dvě děti zvládnou a jak bude reagovat jejich první dítě na příchod mladšího sourozence. Vzhledem k tomu, že největší

věkové skupině primipar bylo mezi 24 – 33 lety, dá se předpokládat, že se poporodní blues více vyskytuje v této věkové skupině.

Druhým cílem bylo zjistit informovanost žen o poporodním blues. Ke splnění tohoto cíle byly použity otázky č. 22 – 27. Z analýzy dat vyplynulo, že 59% žen nikdy o poporodním blues neslyšelo. Zbýlých 41% žen uvedlo, že se o problematice poporodního blues nejčastěji dozvěděly z časopisů nebo knih (32%). Z předporodních kurzů bylo o této problematice informováno 22% žen. Pouze 37% žen uvedlo, že ví, co znamená pojem poporodní blues, ale když měly svými slovy blues popsat, uváděly, že jde poporodní depresi nebo psychózu. Z 37% žen umělo poporodní blues popsat pouhých 23% respondentek. Tato analýza dat poukazuje na to, že informovanost žen o tomto často se vyskytujícím poporodním psychickém stavu je velmi malá. Z dotazníkového šetření také vyplynulo, že by ženy chtěly být o poporodním blues informovány již v těhotenství (52%), a že by chtěly být o této problematice více informovány (36%).

Třetím cílem bylo edukovat ženy o poporodním blues. Z provedeného výzkumu vyšlo najevo, že by bylo vhodné ženy o poporodním blues edukovat, a že i samotné ženy by chtěly o poporodním blues vědět více. Většina letáků a brožurek se zaměřuje na péči o těhotné nebo se zabývají péčí o novorozence, průvodce ženy poporodním psychickým stavem v nabídce letáčků a brožurek chybí. Edukační materiál o poporodním blues je přílohou této bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich a kol, 1999. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-355-3
- [2] DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6
- [3] GEISEL, Elisabeth, 2004. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. Praha: One Woman Press. ISBN 80-86356-32-9.
- [4] KUDELA, Milan, 2008. *Základy gynekologie a porodnictví: Pro posluchače lékařské fakulty*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1975-6
- [5] LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7
- [6] LÍBALOVÁ, Zuzana, 2005. Funkční poruchy v gynekologii a porodnictví. In: CHROMÝ, Karel a HONZÁK, Radkin a kol. 2005. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1473-6.
- [7] MERKUROVÁ, Alena a OREL, Miroslav, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka. Pro humanitní obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1521-6
- [8] MIKULANDOVÁ, Magdalena, 2004. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0205-X.
- [9] NICOLSON, Paula, 2001. *Poporodní deprese*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-938-1
- [10] PAŘÍZEK, Antonín, 2006. *Kniha o těhotenství @ porodu. První český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-411-3.
- [11] RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Area. ISBN 978-80-254-2186-4
- [12] RICHTER, Robert, SCHÄFER, Ebenhard, 2007. *Kniha pro tatínky: vše, co potřebujete vědět o těhotenství, porodu a prvním roce života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2083-8

- [13] ROKYTOVÁ, Věra, 1999. Fyziologické šestinedělí. In: ČECH, Evžen; HÁJEK, Zdeněk; MARŠÁL, Karel; SRP, Bedřich a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, s. 137 – 142. ISBN 80-7169-355-3
- [14] ROZTOČIL, Aleš a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, s. 127 – 131. Kap. 7 Šestinedělí. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [15] SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
- [16] STADELMANN, Ingeborg, 2004. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 2. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 80-86356-31-0.
- [17] SYMONS, Jane, 2006. *Těhotenství a péče o dítě*. 2. vyd. Dobřejovice: Rebo Productions CZ. ISBN 80-7234-630-X
- [18] ŠMOLKA, Petr, 2011. *Jak přežít mateřskou*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3083-7
- [19] VAVRDA, Vladimír, 2007. Úzkosti v období dospělosti. In: VYMĚTAL, Jan, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-1.
- [20] WEISS, Petr a kol, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada, s. 300. Kap. 15.2.2 Poporodní psychické změny. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [21] ZWINGER, Antonín et al, 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9

Elektronické zdroje:

[22] FAIT, T., 2006. Šestinedělí. *Moderní babičtví* [on-line]. Praha: Levret, č. 9, s. 1 – 8 [cit. 2012 – 04 – 7]. ISSN 1214-5572 Dostupné z:

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>

[23] ROZTOČIL, Aleš, 2004. Šestinedělí. *Moderní babičtví* [on-line]. Praha: Levret, č. 3, s. 1 – 7 [cit. 2012 – 04 - 7]. ISSN 1214-5572 Dostupné z:

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=145>

[24] FAISAL-CURY, Alexandre, ROSSI, Paulo Menezes, TEDESCO, Jose Júlio, KAHALLE, Soubhi, and ZUGAIB, Marcelo, 2008. Maternity “Blues“: Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology* [on-line]. Spanish, č. 2, s. 593 – 599 [cit. 2012 – 05 - 17]. ISSN 1138-7416 Dostupné z:

http://www.ucm.es/info/psi/docs/journal/v11_n2_2008/art593.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

°C	stupně Celsia
apod.	a podobně
Bc.	bakalář
cm	centimetr
č.	číslo
Dis.	diplomovaný specialista
FSH	Follicle-stimulating hormone
g	gram
hCG	Human chorionic gonadotropin
IMP	Jednotka intermediární péče
Ing.	inženýr
IVF	in vitro fertilisation
JIP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
kg	kilogram
kol.	kolektiv
LH	Luteinizing hormone
Mgr.	magistr
ml	mililitr
mm ³	milimetr krychlový
s.	strana
SC	Sectio caesarea
vyd.	vydání

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Typy lochií</i>	14
<i>Tabulka č. 2: Věková skupina respondentek</i>	30
<i>Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	31
<i>Tabulka č. 4: Otcovství</i>	32
<i>Tabulka č. 5: Početí</i>	33
<i>Tabulka č. 6: Oplodnění</i>	34
<i>Tabulka č. 7: Počet porodů</i>	35
<i>Tabulka č. 8: Způsob porodu</i>	36
<i>Tabulka č. 9: Důvod SC</i>	37
<i>Tabulka č. 10: Strach z porodu</i>	39
<i>Tabulka č. 11: Týden gravidity</i>	40
<i>Tabulka č. 12: Hospitalizace novorozence</i>	41
<i>Tabulka č. 13: Návštěvnost</i>	42
<i>Tabulka č. 14: Plačtivost</i>	43
<i>Tabulka č. 15: Úzkost a neklid</i>	44
<i>Tabulka č. 16: Podrážděnost</i>	45
<i>Tabulka č. 17: Střídání nálad</i>	46
<i>Tabulka č. 18: Péče o dítě</i>	47
<i>Tabulka č. 19: Osamělost</i>	48
<i>Tabulka č. 20: Poruchy spánku</i>	49
<i>Tabulka č. 21: Nechutenství, přejídání</i>	50
<i>Tabulka č. 22: Budete (jste) dobrá matka</i>	51
<i>Tabulka č. 23: Péče o dítě v domácím prostředí</i>	52
<i>Tabulka č. 24: Už jste někdy slyšela o poporodním blues?</i>	53
<i>Tabulka č. 25: Způsob informovanosti o poporodním blues</i>	54
<i>Tabulka č. 26: Co je poporodní blues</i>	56
<i>Tabulka č. 27: Popis poporodního blues</i>	57
<i>Tabulka č. 28: Chtěla byste o problematice poporodního blues vědět více?</i>	58
<i>Tabulka č. 29: Chtěla byste se o jeho výskytu dozvědět již v těhotenství?</i>	59
<i>Tabulka č. 30: Setkání s poporodním blues</i>	60
<i>Tabulka č. 31: Subjektivní prožívání poporodního blues</i>	61

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1: Věková skupina respondentek</i>	30
<i>Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	31
<i>Graf č. 3: Otcovství</i>	32
<i>Graf č. 4: Početi</i>	33
<i>Graf č. 5: Oplození</i>	34
<i>Graf č. 6: Počet porodů</i>	35
<i>Graf č. 7: Způsob porodu</i>	36
<i>Graf č. 8: Důvod SC</i>	38
<i>Graf č. 9: Strach z porodu</i>	39
<i>Graf č. 10: Týden gravidity</i>	40
<i>Graf č. 11: Hospitalizace novorozence</i>	41
<i>Graf č. 12: Návštěvnost</i>	42
<i>Graf č. 13: Plačtivost</i>	43
<i>Graf č. 14: Úzkost a neklid</i>	44
<i>Graf č. 15: Podrážděnost</i>	45
<i>Graf č. 16: Střídání nálad</i>	46
<i>Graf č. 17: Péče o dítě</i>	47
<i>Graf č. 18: Osamělost</i>	48
<i>Graf č. 19: Poruchy spánku</i>	49
<i>Graf č. 20: Nechutenství, přejídání</i>	50
<i>Graf č. 21: Budete (jste) dobrá matka</i>	51
<i>Graf č. 22: Péče o dítě v domácím prostředí</i>	52
<i>Graf č. 23: Už jste někdy slyšela o poporodním blues?</i>	53
<i>Graf č. 24: Způsob informovanosti o poporodním blues</i>	54
<i>Graf č. 25: Co je poporodní blues</i>	56
<i>Graf č. 26: Popis poporodního blues</i>	57
<i>Graf č. 27: Chtěla byste o problematice poporodního blues vědět více?</i>	58
<i>Graf č. 28: Chtěla byste se o jeho výskytu dozvědět již v těhotenství?</i>	59
<i>Graf č. 29: Setkání s poporodním blues</i>	60
<i>Graf č. 30: Subjektivní prožívání poporodního blues</i>	61

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Žádost o výzkumné šetření
- P II Dotazník pro ženy hospitalizované na odd. šestinedělí
- P III Výška děložního fundu
- P IV Gymnastika v šestinedělí
- P V Edukační materiál - letáček

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená hlavní sestro,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s., Gynekologicko – porodnické oddělení – šestinedělí na 3. a 4. patře, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Možný výskyt poporodního blues v puerperiu
Metoda výzkumného šetření	Dotazník
Skupina respondentů	Ženy - šestinedělky
Pracoviště	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s., Gynekologicko – porodnické oddělení – šestinedělí 3. a 4. patro
Autor bakalářské práce	Kateřina Horáková
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Petra Kašná

Ve Zlíně dne.....*13.12.2011*.....

.....
Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
Ředitelka Ústavu porodní asistence

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín

.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO ŽENY HOSPITALIZOVANÉ NA ODD. ŠESTINEDĚLÍ

Vážené maminky po porodu, jmenuji se Kateřina Horáková, studentka *oboru porodní asistence*. Studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor porodní asistentka. V rámci realizace mé bakalářské práce provádím dotazníkové šetření na téma *Možný výskyt poporodního blues v puerperiu*.

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci, o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který obsahuje 27 otázek a jehož vyplnění Vám zabere nanejvýš 15 minut. U každé otázky označte vždy jen jednu odpověď, popřípadě prosím napište čitelnou odpověď.

Jsem si vědoma, že zjišťované informace jsou velmi citlivého charakteru, a proto Vás ujišťuji, že *dotazník je anonymní*.

Mnohokrát Vám děkuji za ochotu a čas, který jste věnovala k vyplnění dotazníku.

S pozdravem a díky Kateřina Horáková

1. Kolik Vám je let?

- a) 18 a méně
- b) 19 – 23 let
- c) 24 – 28 let
- d) 29 – 33 let
- e) 34 – 38 let
- f) 39 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity (výuční list)
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné (Dis.)
- e) Vysokoškolské (Bc, Mgr, Ing,...)

3. Otcem dítěte je můj:

- a) Manžel
- b) Partner/přítel
- c) Neznámý

4. Vaše početí bylo:

- a) Plánované
- b) Neplánované

5. Vaše dítě se narodilo po:

- a) Spontánní oplodnění
- b) Po umělém oplodnění

6. Počet Vašich předchozích porodů?

- a) Žádný
- b) Jeden
- c) Dva
- d) Více *Uveďte prosím kolik:*

7. Jakým způsobem jste rodila?

- a) Spontánně hlavičkou
- b) Spontánně zadečkem
- c) Císařským řezem

Pokud jste rodila císařským řezem, uveďte prosím z jakého důvodu:

.....

8. Měla jste strach z porodu?

- a) Ani ne
- b) Ano měla
- c) Měla jsem hrozný strach

9. Vaše dítě se narodilo:

- a) Ve 38. – 40. týdnu těhotenství
- b) Předčasně, před 38. týdnem těhotenství
- c) Po termínu porodu, 41. – 42. týden těhotenství

10. Po porodu bylo Vaše dítě hospitalizováno:

- a) S Vámi na pokoji, oddělení Rooming-in
- b) Na oddělení IMP ve 2. patře
- c) Na oddělení novorozenecké JIP v 1. patře

11. Otec dítěte Vás po dobu hospitalizace navštěvuje:

- a) Denně
- b) Každý druhý den
- c) Byl pouze u porodu

Následující otázky se budou týkat Vašich pocitů prožívaných po porodu.

12. Přepadají Vás někdy stavy plačtivosti? Pláčete, aniž by, jste věděla proč?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

13. Zažíváte pocit úzkosti a neklidu?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

14. Připadáte si bezdůvodně podrážděná?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

15. Střídají se Vám nálady jako na houpačce? (chvíli dobrá, za chvíli špatná)

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

16. Cítíte se nejistá a nemotorná v péči o dítě?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

17. Připadáte si osamělá?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

18. Trápí Vás poruchy spánku? (nemůžete spát, nebo spíte více)

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

19. Máte pocit, že trpíte nechutenstvím nebo přejídáním?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

20. Přepadají Váš myšlenky, ve kterých přemýšlíte, zda budete (jste) dobrou matkou?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

21. Jsou chvíle, kdy přemýšlíte, zda budete schopná se o dítě postarat i doma?

- a) Nikdy
- b) Občas
- c) Stále

Nyní následují otázky týkající se Vaší informovanosti o poporodním blues.

22. Už jste někdy slyšela o poporodním blues?

a) Ano *Uveďte prosím, kde jste se o poporodním blues dozvěděla:*

.....
.....

b) Ne

23. Víte, co znamená pojem poporodní blues?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, napište prosím svými slovy, co to je:

.....
.....

24. Chtěla byste o problematice poporodního blues vědět více?

- a) Ano, chtěla
- b) Nejsem si jistá
- c) Ne, nechtěla

25. Chtěla byste se o jeho výskytu dozvědět již v těhotenství?

- a) Ano, chtěla
- b) Nejsem si jistá
- c) Ne, nechtěla

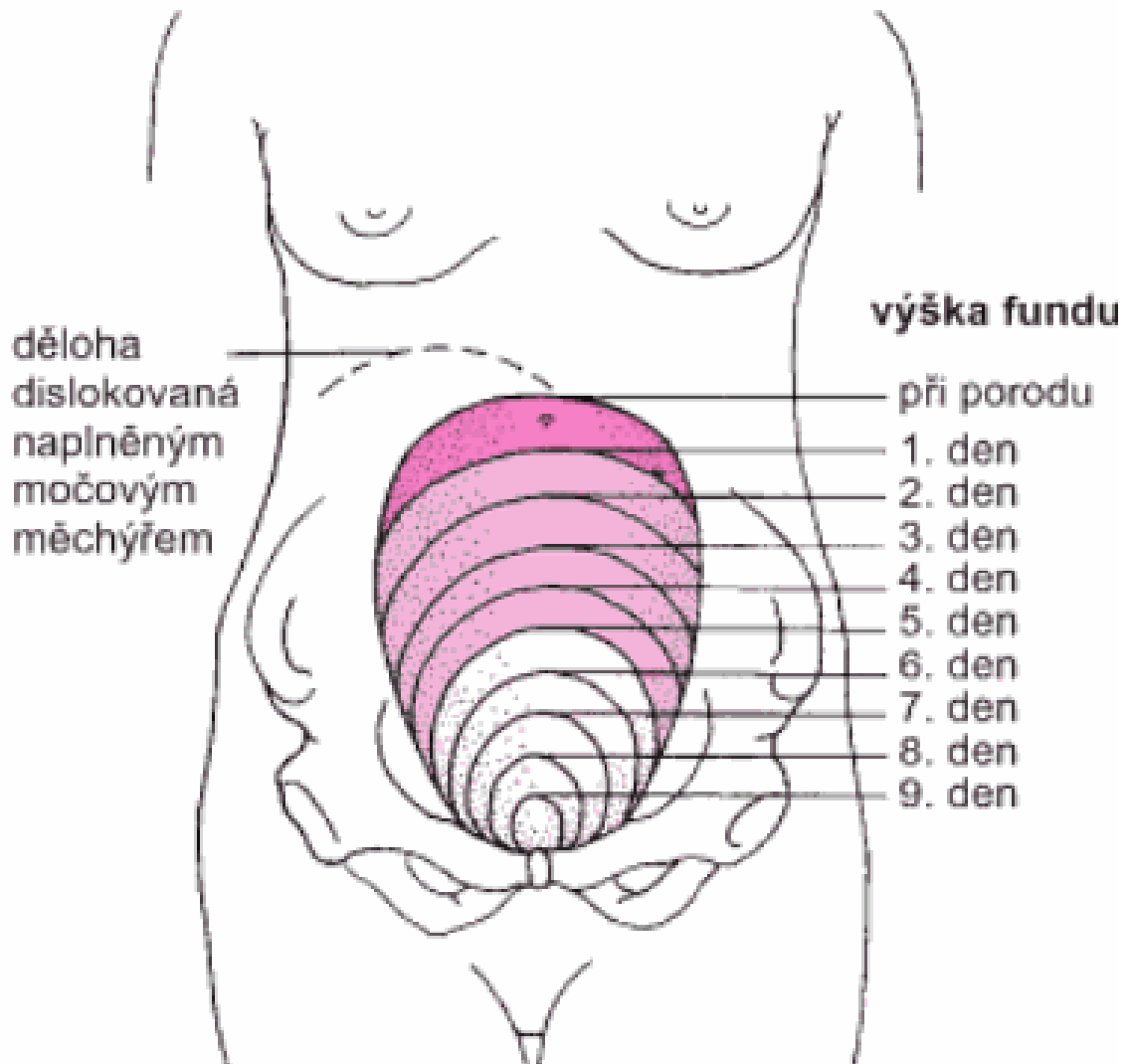
26. Setkala jste se někde ve svém okolí s poporodním blues?

- a) Ano
- b) Ne

27. Máte pocit, že prožíváte poporodní blues?

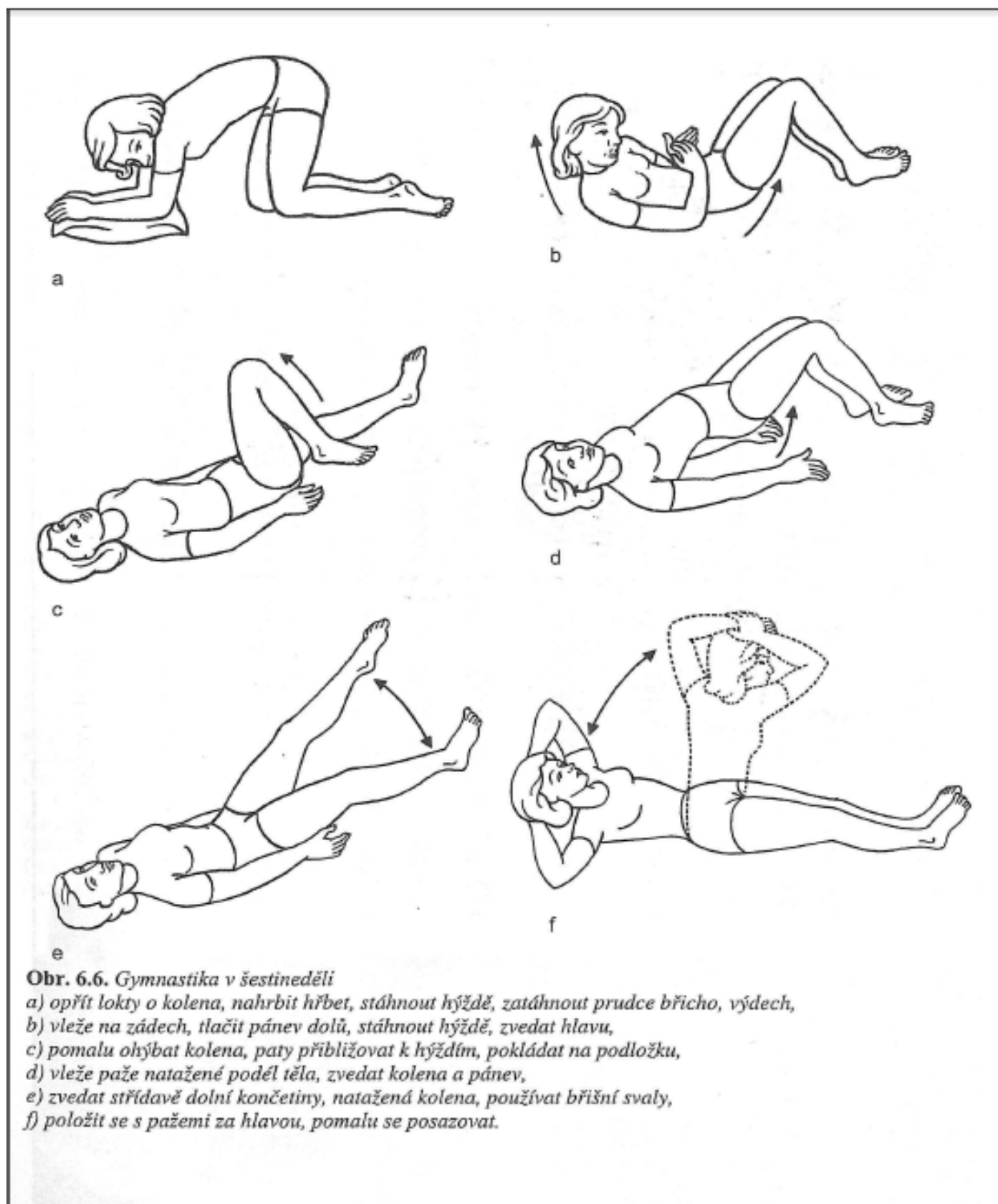
- a) Ano, mám ten pocit
- b) Prožila jsem ho po předchozím porodu
- c) Ne, nemyslím si, že ho prožívám

PŘÍLOHA P III: VÝŠKA DĚLOŽNÍHO FUNDU



Zdroj: G. Leifer, 2004, s. 236

PŘÍLOHA P IV: GYMNASTIKA V ŠESTINEDĚLÍ



Obr. 6.6. *Gymnastika v šestineděli*

- a) *opřít lokty o kolena, nahrbit hřbet, stáhnout hýždě, zatáhnout prudce břicho, výdech,*
- b) *vleže na zádech, tlačit pánev dolů, stáhnout hýždě, zvedat hlavu,*
- c) *pomalou ohýbat kolena, paty přibližovat k hýždím, pokládat na podložku,*
- d) *vleže paže natažené podél těla, zvedat kolena a pánev,*
- e) *zvedat střídavě dolní končetiny, natažená kolena, používat břišní svaly,*
- f) *položít se s pažemi za hlavou, pomalu se posazovat.*



Poporodní blues

Týká se i Vás (?)

***Nejen pro těhotné, ale i pro jejich partnery a
rodiny***

**Informační materiál vznikl jako výsledek bakalářské práce a obsahuje
základní informace o poporodním blues.**

Co je poporodní blues?

Jedná se o obvyklý psychický projev, který nastává 3. – 6. den po porodu, kdy ženy pociťují protichůdné pocity radosti a emocionálního zklamání.

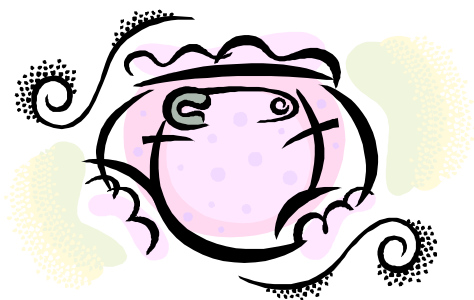
Kolik žen po porodu jím trpí?

Frekvenci výskytu lze určit pouze orientačně, ale někteří autoři uvádějí, že poporodní blues se vyskytuje u 50 - 80% všech rodiček.

Jak se poporodní blues projevuje?

Blues se nejčastěji projevuje:

- ❖ labilitou nálady a plačtivostí
- ❖ podrážděností a úzkostí
- ❖ zmateností a únavou
- ❖ poruchami komunikace s okolím
- ❖ pocity nejistoty a osamělosti
- ❖ sníženou sebeúctou a neklidem
- ❖ depersonalizací a stavy nepokoje
- ❖ euforií střídající se s úzkostí a smutkem



Objevují se i:

- ❖ bolesti v zádech a bolesti hlavy
- ❖ pocit bušení srdce
- ❖ potíže při polykání
- ❖ snížená nebo zvýšená chuť k jídlu
- ❖ poruchy spánku.

Jaké mohou být příčiny vzniku poporodního blues?

Přesná příčina poporodního blues není známa. Některé studie uvádějí, že se častěji vyskytuje u primipar v souvislosti s manželským disharmonickým vztahem, psychosexuálními problémy, bolestmi bradavek, premenstruačním syndromem vyskytujícím se před těhotenstvím, neplánovaným těhotenstvím, neuroticismem, úzkostí a depresí v těhotenství, nebo větším strachem z porodu. Pro vznik blues může mít i význam i nedostatek spánku.

Jiní autoři uvádějí za příčiny poporodního blues:

- ❖ hormonální výkyvy
- ❖ nedostatek spánku
- ❖ těžký porod
- ❖ rychlý a nečekáný císařský řez
- ❖ finanční starosti
- ❖ napětí ve vztahu s otcem dítěte
- ❖ dítě umístěné v inkubátoru
- ❖ dítě s handicapem nebo závažnými zdravotními problémy
- ❖ pocit ztráty svobody
- ❖ plačtivé dítě



Jak se poporodní blues léčí?

- ❖ Poporodní blues nevyžaduje léčbu. V těžkých chvílích se žena může svěřit své porodní asistentce nebo lékaři, kteří ji ubezpečí, že jde o běžný poporodní stav, který sám odezní kolem 10. dne po porodu. Pouze příznaky přetrvávající déle než 14 dní, znamenají riziko vzniku poporodní deprese, a proto je vhodné, aby žena vyhledala odbornou pomoc psychologa.



- ❖ K překonání poporodního blues potřebují ženy hlavně lásku, náklonnost a péči, kterou jim poskytnou jejich partneři a nejbližší příbuzní.
- ❖ I když partner ani rodina nevědí, co se s novopečenou matkou děje, je důležité, aby ji neopouštěli. Naopak by se o ni měli zajímat a být jí oporou.
- ❖ Významné je zapojení partnera do péče o dítě, nebude si připadat odstrčený, ale důležitý, a bude šestinedělce oporou.
- ❖ Neméně důležitý je také odpočinek, vhodné je si zdřímnout, když dítě také spí.
- ❖ Přítomnost prarodičů usnadňuje adaptaci mladých rodičů na novou rodičovskou roli. Prarodiče také mohou pomoci s péčí o dítě a při domácích pracích.

Základní literatura:

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier AREA s. r. o., 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4

SYMONS, Jane, 2006. *Těhotenství a péče o dítě*. 2. vyd. Rebo Productions, 232 s. ISBN 80-7234-630-X

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

**Bakalářská práce „Možný výskyt poporodního blues v puerperiu“
Kateřina Horáková, 2012**