

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Bc. Kateřina Nedvědová

Frekvence komplikací a jejich prevence u žen v časném šestinedělí po ambulantním porodu

Frequency of complications and their prevention in women in the early puerperium after outpatient delivery

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Ondřej Sosna, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. dubna 2023

Kateřina Nedvěďová

.....

Identifikační záznam:

NEDVĚDOVÁ, Kateřina. *Frekvence komplikací a jejich prevence u žen v časném šestinedělí po ambulantním porodu. [Frequency of complications and their prevention in women in the early puerperium after outpatient delivery]*. Praha, 2023. 60 stran, 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Sosna, Ondřej.

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala MUDr. Ondřeji Sosnovi, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentkám, které vyplnily dotazník k praktické části, protože bez nich by tato práce nemohla vzniknout. Nakonec děkuji svému partnerovi a rodině za neutuchající podporu během celého studia a při psaní této práce.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice poporodních komplikací v časném šestinedělí u žen, které se rozhodly porodit ambulantně (tj. odejít z porodnice do 72 h od porodu). Dále se věnuje prevenci těchto komplikací a následné poporodní péči jakožto preventivnímu opatření. Ambulantní porod je poměrně nová možnost porodu. Každoročně počet žen, které odcházejí po porodu ambulantně domů, roste a zaobírání se poporodními komplikacemi a prevencí komplikací u těchto žen si zaslouží pozornost.

Práce je koncipována jako teoreticko-praktická. Teoretická část vymezuje pojmy jako ambulantní porod, šestinedělí se zaměřením na šestinedělí časné do 7. poporodního dne. Dále popisuje komplikace vyskytující se v časném šestinedělí a nakonec se zabývá edukací žen. Praktická část se zabývá rozbohem a statistickým zpracováním dotazníkového šetření, které se věnuje frekvenci poporodních komplikací v časném šestinedělí a jejich prevenci. Cíly práce bylo zjistit frekvenci a závažnost poporodních komplikací u žen po ambulantním porodu v časném šestinedělí, četnost edukací žen o poporodních komplikacích v časném šestinedělí zdravotnickým personálem při odchodu z porodnice. Dále zjistit, odkud a v jaké míře ženy čerpají informace o poporodních komplikacích v časném šestinedělí a zda mají informaci dostatek a co by jim případně pomohlo k lepší informovanosti. Nakonec zjistit, zda ženy v souvislosti s poporodními komplikacemi v časném šestinedělí využívají možnosti následné péče, případně proč jí nevyužívají.

Z výzkumu je zřejmé, že komplikace se u žen vyskytly v menší míře, než uvádí literatura. Edukace zdravotníky při propuštění proběhla u většiny žen, ale byl zde prostor pro zlepšení, protože mnoho žen se musely o informace aktivně zajímat. I mezi kraji byly v edukaci rozdíly. Ze získaných dat je možné usuzovat, že nejvíce informací o komplikacích a prevenci získávaly ženy z internetu, ale i od zdravotníků a z knih. Čas odchodu neměl na rozvoj komplikací ani na míru informovanost žen vliv. Polovina žen využila následné péče, většina služeb porodní asistentky a to především preventivně. Druhá polovina žen nevyužila péče především kvůli absenci problémů.

Klíčová slova

ambulantní porod, časné šestinedělí, poporodní komplikace, edukace, následná péče

Abstract

This bachelor thesis focuses on the issue of postpartum complications in early puerperium in women who choose to deliver as an outpatient (i.e., leave the hospital within 72 h of delivery). It also discusses the prevention of these complications and subsequent postpartum care as a preventive measure. Outpatient delivery is a relatively new option for childbirth. The number of women going home after outpatient birth is increasing every year, and addressing postpartum complications and prevention of complications in these women therefore deserves attention.

The work is conceived as theoretical-practical. The theoretical part defines concepts such as outpatient delivery, puerperium with a focus on early puerperium up to the 7th postpartum day. It then describes complications occurring in early puerperium and finally deals with the education of women. The practical part deals with the analysis and statistical processing of a questionnaire survey that focuses on the frequency of postpartum complications in early puerperium and their prevention. The main objectives of the study were to determine the frequency and severity of postpartum complications in women after outpatient delivery in early puerperium, the frequency of education of women about postpartum complications in early puerperium by medical staff when leaving the hospital. Further, to find out where and to what extent women get information about postpartum complications in early puerperium and whether they have enough information and what would help them to be better informed. Finally, to find out whether women are using follow-up care options in connection with postpartum complications in the early puerperium, or why don't they use it.

Research shows that complications in women occurred at a lower rate than reported in the literature. Education by health professionals at discharge was provided to most women, but there was room for improvement as many women had to take an active interest in the information. There were also differences in education between regions. From the collected data, it can be concluded that women obtained most information about complications and prevention from the internet, but also from health professionals and books. The time of departure had no effect on the development of complications or on the level of women's awareness. Half of the women surveyed took advantage of the follow-up care. The majority used the services of a midwife, mainly as a preventive measure. The other half of the women did not use follow-up care mainly because of the absence of problems.

Key words

outpatient delivery, early puerperium, postpartum complications, education, postpartum care

Obsah

Úvod	10
Teoretická část.....	11
1 Ambulantní porod	11
2 Šestinedělí.....	12
2.1 Časné šestinedělí.....	12
2.2 Pozdní šestinedělí.....	12
2.3 Regresivní změny.....	12
2.4 Progresivní změny.....	14
3 Komplikace v časném šestinedělí	15
3.1 Krvácení.....	16
3.2 Puerperální infekce	17
3.3 Komplikace porodního poranění a operační rány	19
3.4 Infekce močových cest	19
3.5 Žilní komplikace.....	19
3.6 Poruchy kojení a laktace	20
3.7 Psychické a psychiatrické komplikace	21
4 Edukace při odchodu z porodnice.....	22
Praktická část.....	24
5 Výzkumné cíle a hypotézy	24
5.1 Cíle.....	24
5.2 Hypotézy	24
6 Metodika výzkumu	24
6.1 Metoda sběru dat	24
6.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	25
6.3 Metoda zpracování dat.....	25
7 Výsledky	26
7.1 Otázka č. 1 – Kolik Vám bylo v době ambulantního porodu let?	26
7.2 Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?	26
7.3 Otázka č. 3 – V kterém kraji se nachází porodnice, ve které jste ambulantně porodila?	27
7.4 Otázka č. 4 – Ambulantně jste odešla po kolikátém porodu?.....	28
7.5 Otázka č. 5 – Těhotenství probíhalo fyziologicky, bez komplikací? Komplikací je například vysoký krevní tlak, těhotenská cukrovka aj.	29
7.6 Otázka č. 6 – Jak proběhl Váš porod?	30

7.7 Otázka č. 7 – Jestli jste v předchozí odpovědi vybrala „vaginálně, s komplikacemi (...)“, o jaké komplikace se jednalo?.....	31
7.8 Otázka č. 8 – Po jak dlouhé době po porodu jste opustila porodnici?	31
7.9 Otázka č. 9 – Vyskytly se u Vás doma po opuštění porodnice, v prvních 7 dnech po porodu (časném šestinedělí), nějaké poporodní komplikace?.....	32
7.10 Otázka č. 10 – Byla nutná na základě těchto komplikací Vaše hospitalizace v nemocnici?	33
7.11 Otázka č. 11 – Byla jste při odchodu z porodnice poučena o možných poporodních komplikacích v prvních 7 dnech a možnostech prevence?.....	34
7.12 Otázka č. 12 – V tabulce vyznačte, od koho a v jaké míře jste získávala informace o poporodních komplikacích a možnostech prevence.	35
7.13 Otázka č. 13 – Myslíte si, že jste měla dostatek relevantních informací o možných poporodních komplikacích a jejich prevenci?	38
7.14 Otázka č. 14 – Jestli jste v předchozí odpovědi vybrala „ne, neměla“, co si myslíte, že by Vám pomohlo k lepší informovanosti?	38
7.15 Otázka č. 15 – Využila jste po porodu v prvních 7 dnech možnosti následné zdravotní péče?.....	39
7.16 Otázka č. 16 – Z jakého důvodu jste využila v prvních 7 dnech následnou péči?	40
7.17 Otázka č. 17 – Z jakého důvodu jste nevyužila v prvních 7 dnech následnou péči?	40
8 Analýza a vyhodnocení dat.....	41
8.1 Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na výskytu poporodních komplikací	41
8.2 Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci	43
8.3 Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na kraji.....	45
8.4 Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na paritě.....	46
8.5 Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice	47
8.6 Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek...	50
8.7 Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě	51
9 Vyhodnocení cílů, hypotéz a diskuse	54
9.1 Vyhodnocení cílů a diskuse.....	54
9.2 Vyhodnocení hypotéz a diskuse	56
Závěr.....	58
Použitá literatura	59
Seznam zkratk	61
Seznam obrázků	62

Seznam tabulek	63
Seznam grafů.....	64
Přílohy.....	65

Úvod

Ambulantní porod je způsob porodu, kdy žena přivede na svět dítě v porodnici, ale odejde do 72 h od porodu. Jde o poměrně novou možnost, jak se ženy vyhýbají z nejrůznějších důvodů pobytu v porodnici a na oddělení šestinedělí. Zároveň je i celosvětovým trendem zkracovat dobu hospitalizace žen po porodu. Pojem ambulantní porod přesto není právně ukotven, což s sebou přináší určité komplikace.

Šestinedělí probíhá u většiny žen fyziologicky. Dochází k regresivním i progresivním změnám, které trvají rozdílně dlouho, ale většinou šest týdnů. U některých žen může v šestinedělí docházet ke komplikacím. Tato práce se blíže zabývá komplikacemi především v časném šestinedělí.

Dřívější odchod z porodnice je spojen s kratším kontaktem se zdravotníky a dochází tak ke zkrácení času využitelného k edukaci šestinedělky o poporodních komplikacích a prevenci jejich vzniku. Tato edukace je klíčová pro zabránění či časně rozpoznání rizikových příznaků komplikací. Velmi přínosná je návštěva ženy v domácím prostředí zdravotníkem, nejběžněji porodní asistentkou. Systém následné péče, který by ale tyto služby zastřešoval, neexistuje a je tedy pouze na ženách a jejich rodinách, aby si tuto následnou péči zajistili sami.

Toto téma jsem si vybrala hlavně z toho důvodu, že si myslím, že jde o problematiku aktuální, ale povědomí o ní není příliš velké a to především co se edukace žen a frekvence komplikací týče. Pro účely této práce jsem se rozhodla zaměřit na období časného šestinedělí, protože v této době dochází k největšímu počtu komplikací. V této práci blíže rozeberu pojem ambulantní porod, fyziologii šestinedělí, komplikace v časném šestinedělí, edukaci žen po ambulantním porodu a následnou péči. V praktické části se budu zabývat frekvencí poporodních komplikací, mírou informovanosti žen o poporodních komplikacích, prevencí komplikací a využíváním možností následné péče ženami, které porodily ambulantně.

Teoretická část

1 Ambulantní porod

Většina žen se rozhodne přivést své dítě na svět v porodnici za asistence zdravotnického personálu. Přibývá ale žen, které chtějí po porodu být co nejdříve doma, odejít tzv. ambulantně. Ambulantně rodí hlavně ženy, které stresuje nemocniční prostředí, mají předchozí negativní zkušenost, přejí si přirozený porod, anebo ambulantní porod vnímají jako bezpečnější alternativu domácího porodu (Roztočil, 2017). Ambulantní porod je takový způsob porodu, kdy žena nezůstane v porodnici doporučených 72 h po vaginálním termínovém porodu, ale odchází dříve. Po porodu císařským řezem se za ambulantní porod považuje opuštění porodnice do 5 dnů. Žena by za těchto okolností měla mít zajištěnou následnou péči, například porodní asistentku, která ji navštíví poprvé do 24 h po opuštění porodnice (Procházková, 2020). Podle doporučení Světové zdravotnické organizace by žena měla opustit porodnici až po 24 h po porodu a porodní asistentka by ženu měla během šestinedělí navštívit minimálně třikrát, anebo by měla žena navštívit lékaře či porodní asistentku v ambulanci (World Health Organization, 2022). Dřívější odchod domů s sebou totiž nese výhody (známé prostředí, lepší spánek, snížení rizika infekce), ale i rizika (nedostatečná podpora, nerozpoznání komplikací) (Jones et al., 2021).

Doba hospitalizace se liší mezi vyspělými státy. Pohybuje se mezi 1 – 5 dny po vaginálním porodu (Campbell et al., 2016). V důsledku toho se napříč státy liší i systémy poporodní následné péče. Například ve Spojených státech amerických (USA) se doba hospitalizace pohybuje okolo 2 dnů, po císařském řezu 3 – 4 dny. Díky následné ambulantní péči gynekologa nepřináší delší pobyt v porodnici pro ženu benefity (Roztočil, 2017). Na rozdíl od preventivních návštěv gynekologa v USA, navštíví ženy gynekologa v Austrálii až po šestinedělí (hospitalizace se zde pohybuje kolem 2 – 3 dnů) (Benahmed et al., 2017), obdobně, jako je tomu v České republice. V Austrálii dochází domů za ženou ale oproti České republice dětské sestry. Ve Spojeném království mohou ženy využívat služeb komunitních porodních asistentek a to po celý první měsíc po porodu (Haran et al., 2014), díky čemuž ženy stráví v porodnici pouze 1 – 2 dny (Benahmed et al., 2017). Podle National Institute for Health and Clinical Excellence (2021) ze Spojeného království by měla první návštěva porodní asistentkou v domácím prostředí proběhnout do 36 h od propuštění z porodnice.

Ambulantní porod není protizákonný a ženě ho musí umožnit každé zdravotnické zařízení (Roztočil, 2017), nicméně termín ambulantní porod není právně ukotven. Žena při příjmu na porodní sál podepisuje souhlas s hospitalizací za sebe a za své nenarozené dítě. Tyto souhlasy jsou kdykoliv odvolatelné, což umožňuje ženě odejít s novorozencem před uplynutím doporučené doby hospitalizace. Doporučení ohledně novorozence jsou dále uvedena pouze zkráceně z důvodu jiného zaměření práce. Dle doporučení by měl být novorozenec po porodu hospitalizován alespoň 72 h, jedná se ale pouze o doporučení a omezit právo rodiče na dřívější odchod lze pouze v případě, že je neodkladně ohroženo zdraví nebo život novorozence (Roztočil, 2017). Postup propuštění upravuje Věštník č. 8 z roku 2013 Ministerstva zdravotnictví České republiky, který obsahuje praktický návod pro zdravotníky, jak v takovém případě postupovat. Součástí doporučení je *Záznam o odmítnutí hospitalizace novorozence a poskytnutí zdravotnických služeb* (revers). Obdobný dokument pro šestinedělku neexistuje a ta proto pouze učiní podle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování písemně, prohlášení o odvolání souhlasu s hospitalizací.

Většina poporodních komplikací se manifestuje bezprostředně po porodu, ale může i později. Riziko je možné snížit návštěvami porodní asistentky, jak už bylo zmíněno výše (Roztočil,

2017). Porodní asistentka kontroluje a zhodnocuje fyzický i psychický stav šestinedělky. Ženu edukuje a podpoří v nové životní roli, protože šestinedělka po porodu je mnohdy nejistá a od rodiny se jí nemusí dostávat takové podpory, ve kterou doufala (Dušová et al., 2019). Péče v počátku šestinedělí by se měla primárně zaměřovat na akutní potřeby a problémy, později na dlouhodobé potřeby a problémy ženy (Paladine et al., 2019). Péči porodní asistentky si žena musí hradit bohužel většinou sama (Roztočil, 2017).

2 Šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je období šesti týdnů po porodu. Rozlišujeme ho na šestinedělí časně, které trvá do 7. dne od porodu a šestinedělí pozdní, které pak trvá do konce 6. týdne. Je obdobím velkých regresivních (involučních) změn, kdy se tělo ženy – šestinedělky, navrácí do stavu před těhotenstvím a adaptuje se na novou situaci. Současně je obdobím progresivních změn souvisejících s nástupem laktace a počátku kojení. Zároveň je obdobím velkých psychických změn a vytváření nových emočních vazeb k novorozenci. Proto by od sebe matka a dítě neměli být oddělováni. První dny žena cítí zamilovanost, euforii a štěstí, ale zároveň jsou pro ni ale tyto dny nejnáročnější. Pro snazší zvládnutí nové situace je důležitá role partnera a rodiny, kteří ženě poskytnou lásku, radu a potřebnou péči. Zdravotníci pečující o šestinedělku by měli brát v zřetel nejen její fyzické, ale i psychické zdraví (Procházka, 2020).

2.1 Časně šestinedělí

Během časného šestinedělí se žena adaptuje na novou roli a začíná se starat o novorozence. Na oddělení šestinedělí je proto hospitalizována společně s novorozencem v režimu tzv. rooming-in. V případě ambulantního porodu jsou společně doma. Rolí ošetřujícího personálu v tomto období je ženu řádně edukovat, sledovat její celkový fyzický i psychický stav, fyziologické funkce (krevní tlak, pulz, teplotu), porodní poranění, známky infekce, zavinování dělohy, množství a charakter očístků, otoky, varixy, vyprazdňování a kojení (Procházka, 2020). V časném šestinedělí se především zavinuje děloha, hojí porodní poranění (operační rána) a nastupuje laktace (Dušová et al., 2019). Do 72 h je Rh negativním matkám Rh pozitivních novorozenců podána Rh imunizace anti-D, aby nedošlo k senzibilizaci matky, což by v dalším těhotenství vedlo k hemolytickému onemocnění novorozence (Callahan & Caughey, 2018).

2.2 Pozdní šestinedělí

V pozdním šestinedělí dochází k involuci těhotenských změn (Hájek et al., 2014), regeneraci pánevního dna, hojí se porodní poranění a tělo se navrácí do stavu před otěhotněním (Dušová et al., 2019).

2.3 Regresivní změny

Regresivní nebo také involuční změny vedou k návratu anatomických a fyziologických změn vniklých v těhotenství do stavu před těhotenstvím. Tyto změny však nejsou stoprocentní (Roztočil, 2017).

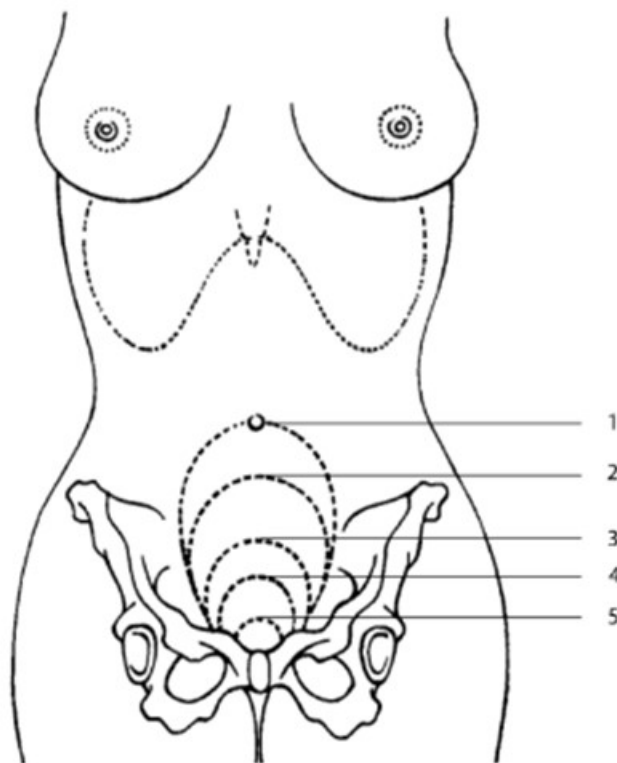
Děloha a děložní hrdlo

V období po porodu dochází k děložní involuci (zavinování) díky několikadennímu rytmickému stahování děložní svaloviny. Tyto stahy mohou ženy pociťovat jako nepříjemné až bolestivé (Procházka, 2020). Správné zavinování dělohy je umožněno rektrakcí svalových vláken, sníženým prokrvením dělohy, involucí hypertrofických vláken a degenerací nadbytečných vláken, která vznikla v průběhu těhotenství. Děloha se z váhy 1000 g zmenší během šestinedělí na 70 g.

Pakliže je zavínování pomalejší, označuje se proces jako subinvoluce. Subinvoluce může být způsobena větším rozepletím dělohy u multipar, při vícečetné graviditě, velkém plodu nebo při zadržení plodových obalů, koagul či lochií. Překážkou v involuci může být i plný močový měchýř nebo ampule rekta (Binder, 2015).

V den porodu sahá děloha k pupku, každý další den se její velikost zmenšuje, až není 10. den za symfýzou hmatná (Dušová et al., 2019), jak je přehledně vidět na obrázku 1.

Obrázek 1: Děložní involuce (Roztočil, 2017)



Děložní involuce: 1 – porod, 2 – třetí poporodní den,
3 – pátý poporodní den, 4 – sedmý poporodní den,
5 – devátý poporodní den

Endometrium regeneruje, největšími změnami prochází oblast, kde se nacházela placenta. Kompresí cév myometria dochází k uvolňování očístků (lochií) (Procházka, 2020). Ženám po císařském řezu odchází očístků méně (Roztočil, 2017). První tři dny odchází ve formě krve a krevních sraženin (*lochia rubra*) (Procházka, 2020). S časem množství očístků klesá a mění se i barva. Čtvrtý den je barva hnědočervená (*lochia fusca*), později kvůli převaze bílých krvinek žlutavá (*lochia flava*). Po týdnu pozorujeme očístky bílé barvy (*lochia alba*) a nakonec očístky hlenovité (*lochia mucosa*). Lochia mají zásadité pH, čímž zvyšují riziko vzniku infekce (Hájek et al., 2014). Očístky odcházejí u každé ženy jinak dlouho, průměrně ale pět týdnů (Procházka, 2020).

Aby mohla krev z dělohy lépe vytékat, je vhodná poloha na zádech, protože zpočátku se děloha pohybuje do stran. Naopak pro mírnění bolesti je vhodnější poloha na břiše. Pro mírnění bolestivých stahů je dále vhodné cílené dýchání do podbřišku, časté vyprazdňování a teplo. Bolesti lze zmírňovat i farmakologicky (Procházka, 2020).

Děložní hrdlo, volně zející po porodu do pochvy, se během šestinedělí uzavírá vnitřní a následně zevní brankou (Binder, 2015). Zevní branka se uzavírá do konce prvního týdne a získává tvar příčné štěrby. Epitel může zůstat u kojících žen vlivem poklesu estrogenů atrofický až do ukončení kojení (Procházka, 2020).

Pochva

Během porodu se pochva rozšiřuje a v průběhu prvních tří týdnů v šestinedělí se stahuje. Zůstává však méně pružnou, s vyhlazenými slizničními řasami. Poševní vchod je zející (Hájek et al., 2014) s porušeným hymenem (panenskou blánou) (Binder, 2015).

Vejcovody a vaječníky

Vejcovody a vaječníky (adnexa) se zmenšují a klesají zpět do malé pánve (Hájek et al., 2014). Ve vaječnicích nějakou dobu neprobíhá ovariální cyklus (Binder, 2015). Funkce ovarií je obnovována velmi variabilně, hlavním faktorem je kojení. Nekoající ženy mohou mít první menstruaci již 27 dnů po porodu. Kojící ženy začínají menstruuovat kvůli vyšším hladinám prolaktinu později, polovina do 36. týdne (Procházka, 2020). Kojení není antikoncepcí, ale i během kojení může žena užívat hormonální antikoncepci obsahující progesteron, který neovlivňuje tvorbu mléka. Pár může samozřejmě zvolit i jiné možnosti – bariérovou antikoncepci, žena si může nechat zavést intrauterinní tělísko nehormonální i hormonální (progesteronové) (Callahan & Caughey, 2018).

Vulva a pánevní dno

Z vulvy mizí prosáknutí a pigmentace, zmenšují se varixy (Hájek et al., 2014). Do týdne až čtrnácti dnů mizí otok vulvy a hráze (Procházka, 2020). Na otok je vhodné prvních 24 h aplikovat led (Callahan & Caughey, 2018).

Pánevní dno se do původní polohy vrací dlouho a při přetrvávající ochablosti může docházet k poklesu dělohy (Binder, 2015). Na navrácení nebo nenavrácení svalového tonu svalů pánevního dna pozitivně působí vhodná tělesná aktivita a cvičení (Procházka, 2020).

Sexuálních aktivit se doporučuje zdržet do konce šestinedělí nebo alespoň ústupu krvácení a zahojení poranění. Bez ohledu na způsob porodu trpí kolem 50 % žen dyspareunií (bolestí při styku). Nezanedbatelné množství žen má bolesti i rok po porodu (Roztočil, 2017).

Hemeroidy by se měly samy vyřešit časem, ale symptomy je možné do určité míry tlumit medikamentózně (projímadly) nebo studenými obklady (Callahan & Caughey, 2018).

Břišní stěna

Břišní stěna se zpevňuje, stří mění barvu z červeno-fialové na šedo-stříbrnou, linea fusca depigmentizuje (Hájek et al., 2014). Několik týdnů můžeme pozorovat rozestup přímých břišních svalů (diastázu). Návratu břišní stěny do původního stavu napomáhá vhodné cvičení (Binder, 2015), které pozitivně ovlivňuje nejenom břišní svaly a svaly pánevního dna, ale i celkové držení těla, napomáhá involuci dělohy a pozitivně ovlivňuje celé tělo. Vhodné informace a cvičební plán může ženě poskytnout fyzioterapeut nebo zkušená porodní asistentka (Procházka, 2020).

2.4 Progresivní změny

Progresivní změny souvisejí s nástupem laktace a kojení. S tím souvisí i četné psychické změny (Procházka, 2020).

Laktace a kojení

Už během těhotenství se v prsech tvoří kolostrum (mlezivo), které obsahuje proteiny a má protektivní imunologickou funkci. V prvních hodinách po porodu je první potravou pro novorozence (Procházka, 2020). Po těhotenství a porodu stimuluje začátek laktace pokles estrogenů a progesteronu spolu se vzestupem prolaktinu. Ten se tvoří a vyplavuje z hypofýzy na základě sání novorozence (Hájek et al., 2014). Tvorbě mléka pomáhají bylinné kojící čaje, masírování a především časté přikládání dítěte k prsu a jeho sání. Mléko dozrává během prvních 7 dnů. Obsahuje tuky, mléčný cukr, minerální látky, vitaminy a další důležité látky pro správný vývoj dítěte. K nalití prsou mlékem dochází 3. – 5. den. Prsa jsou nateklá, bolestivá, tvrdá a teplá. Je důležité dítě kojit podle potřeby, pokaždé z obou prsů. Později jen z jednoho (Procházka, 2020).

Kontraindikací kojení jsou infekce přenosné na dítě nebo užívání léků poškozující dítě. Jinak je kojení jak pro matku, tak pro dítě prospěšné. Žena má díky kojení a vyplavování oxytocinu z hypofýzy nižší riziko krvácení. Ženy, které kojí, mají nižší riziko vzniku diabetu mellitu 2. typu a rakoviny ovaria, prsu a endometria. Pro mnoho žen je benefitem i hubnutí. Novorozenec získává z mléka imunoglobuliny a díky této pasivní imunizaci se lépe vypořádává s nemocemi. Kojené děti mají také nižší riziko obezity a rozvoje diabetu mellitu 1. typu (Callahan & Caughey, 2018).

Během šestinedělí a doby kojení není nutná žádná zvláštní výživa ženy. Strava by ale měla pokrýt nároky jak ženy, tak novorozence. Měla by se proto stravovat pestře, jíst čerstvé potraviny. Porce by měly být přibližně o pětinu větší, než byla žena zvyklá před těhotenstvím. Účinky různých druhů potravin na tvorbu mléka, stejně jako, že nadýmající potraviny nadýmají novorozence, nebyly vědecky potvrzeny. Jediné, na co je potřeba dávat pozor, jsou alergenů, které do mléka přecházejí a u novorozence by mohly vyvolat alergickou reakci. Žena by měla omezit nebo úplně vyřadit kofein a návykové látky (Procházka, 2020).

Psychika

Po porodu je možné přibližně tři dny pozorovat u šestinedělky pasivní fázi. Žena je závislá na okolí, řídí se doporučeními a s rozhodnutími váhá. Pak nastupuje aktivní fáze, kdy je žena již adaptována a přizpůsobuje se roli (Procházka, 2020).

3 Komplikace v časném šestinedělí

Komplikací v šestinedělí je odchylka od normálního průběhu šestinedělí popsaného výše. Tyto komplikace mohou ženě způsobit nepříjemnosti, ale i ji ohrozit na zdraví a životě (Binder, 2015). Komplikace se mohou vyskytnout jak v časném, tak pozdním šestinedělí, ale určité komplikace jsou typičtější pro konkrétní období (Roztočil, 2017). Zhoršit se může v šestinedělí i onemocnění ženy z doby před těhotenstvím, na které je také při diagnostice vhodné pomyslet (Binder, 2015).

V časném šestinedělí může žena vlivem únavy a nové situace pociťovat diskomfort. Těmto problémům je potřeba věnovat pozornost a včas odlišit, jestli jde o situaci, ač nepříjemnou, tak fyziologickou, anebo o skutečnou komplikaci, která může být ze začátku snadno řešitelná. V péči o šestinedělku je proto velmi důležitá především prevence, včasné rozpoznání příznaků a jejich řešení (Hájek et al., 2014). Mezi komplikace v časném šestinedělí patří krvácení z rodidel nebo operační rány, puerperální infekce, infekce a komplikace hojení porodního poranění (operační rány), infekce močových cest, žilní komplikace (tromboflebitida, trombóza, embolie), poruchy kojení a laktace, psychické a psychiatrické potíže (Procházka, 2020).

3.1 Krvácení

Krvácení (hemoragie) v časném šestinedělí se rozděluje na časné (primární) poporodní a pozdní (sekundární) poporodní (Binder, 2015). Časné krvácení se vyskytuje do 24 h. Vyskytne-li se později, pak se jedná o krvácení pozdní (Callahan & Caughey, 2018).

Vzniku závažné hemoragie lze předcházet včasným odhalením rizikových faktorů a vyšetřením ženy (Procházka, 2020). Na životě může ženu ohrozit akutní ztráta 1,5 l, ztráta poloviny objemu krve během 3 h, ztráta celého objemu do 24 h, anebo narůstající krevní ztráta odpovídající 150 ml za minutu. Žena je na určitou krevní ztrátu po porodu adaptována fyziologicky narůstajícím objemem krve během těhotenství o 1,5 l, proto se krvácení nemusí u ženy dlouho projevit změnou tlaku krve a tepové frekvence. Odhadnout krevní ztrátu je nejenom proto velmi problematické. Objektivně lze krevní ztrátu odhalit zvážením například vložek, roušek či podložek. Dále pak laboratorně. Žena bude mít sníženou diurézu. Pro řešení závažné krevní ztráty je zcela nezbytné včas rozpoznat klinické či laboratorní známky tkáňové hypoperfuze, identifikovat zdroje krvácení a zahájit neodkladně kroky k jeho odstranění. A také zahájit další neodkladně kroky léčebného postupu (Pařízek, 2012).

Incidence časného krvácení je 3,9 % po vaginálním porodu a 6,4 % po císařském řezu. Incidence pozdního krvácení se pohybuje okolo 1 – 2 % (Procházka, 2020).

Časné poporodní krvácení

Časné krvácení objevující se do 24 h po porodu (Procházka, 2020) může být velmi silné a intenzivní (Binder, 2015). Nejčastějšími příčinami krvácení jsou z 80 % **poruchy involuce dělohy** (hypotonie, atonie) (Pařízek, 2012). Příčinou poruchy involuce mohou být zadržené zbytky placentární tkáně, zadržaná koagula či lochia a plný močový měchýř. Další příčinou krvácení může být přehlédnuté nebo **nedostatečně ošetřené porodní poranění**. Dále pak **hemokoagulační poruchy** (Hájek et al., 2014; Binder, 2015), krvácení do třetího prostoru a **hematom** (Callahan & Caughey, 2018). Všechny tyto nejčastější příčiny jsou přehledně shrnuty v tabulce 1. Mezi další příčiny řadíme rupturu dělohy, inverzi dělohy a poruchy placentace (placenta accreta). Tyto komplikace jsou ale rozpoznány a vyřešeny během porodu nebo bezprostředně po něm (Procházka, 2020).

Tabulka 1: Etiologie časného krvácení

Etiologie časného krvácení
Porucha involuce dělohy
Porodní poranění
Hematom
Poruchy koagulace

Nejčastější příčinou časného krvácení je porucha děložní involuce - **hypotonie až atonie**. Může jít o dramatickou situaci, ke které dochází v důsledku vysokého prokrvení dělohy v kombinaci s neuzávěrem spirálních arterií a venózních sinů. Hypotonie až atonie se častěji vyskytuje u žen s nadměrně rozepjatou dělohou, tj. při vícečetném těhotenství, polyhydramnionu, makrosomii plodu. Dále u žen po překotném, anebo naopak protražovaném porodu, u multipar a při inraamniální infekci. Mezi další predisponující faktory patří podávání oxytocinu a látek relaxujících svalovinu dělohy (např. magnesium sulfát, inhalační anestetika) (Procházka, 2020). Riziko představuje i anamnéza atonie a děložních abnormalit. Atonie se diagnostikuje na základě

výšky děložního fundu, děloha je zároveň měkká a zvětšená. Při zjištění atonie se podávají uterotonika, doplněná o masáž dělohy. Příčinou atonie může být **zadržetí placenty nebo plodových obalů**, které je pro vyřešení atonie a krvácení nutné manuálně vybavit (Callahan & Caughey, 2018). Zadrženy mohou být i **krvní koagula či lochia** (Binder, 2015). Pakliže je překážkou **plný močový měchýř** a žena se není schopna do 6 h a ani později po jednorázovém vycévkování sama spontánně vymočit, doporučuje se zavést na 24 h permanentní močový katetr (Hájek et al., 2014).

Další významnou příčinou krvácení je přehlédnuté nebo nedostatečně ošetřené **porodní poranění** (nejčastěji lacerace hrdla a pochvy) (Procházka, 2020). Lacerace děložního hrdla jsou obvykle výsledkem rychlé dilatace, anebo tlačení rodičky před zajitím branky. Krvácející poranění je potřeba řádně ošetřit vstřebatelnými stehy (Callahan & Caughey, 2018).

Mezi další příčiny krvácení patří **hemokoagulační poruchy** a v neposlední řadě také **hematom** (Procházka, 2020). Hematom vzniká při poruše cévy, ale ne epitelu nad ní. Toto krvácení lze odhalit bimanuálním vyšetřením, poklesem hematokritu, anemizací ženy a bolestivostí. Nejčastěji se tvoří v poševní stěně a v retroperitoneu. Větší hematom musí být evakuován a krvácející céva ošetřena (Callahan & Caughey, 2018; Procházka, 2020). Malé hematomy stačí sledovat a ženu poučit o hygieně. K mírnění bolesti je možné podat analgetika (Roztočil, 2017).

Pozdní poporodní krvácení

O pozdním poporodním krvácení hovoříme tehdy, vyskytne-li se krvácení po 24 h do konce druhého týdne (Procházka, 2020). Krvácení může mít rychlý začátek, být intenzivní a silné, ale i protrahované a méně intenzivní (Binder, 2015). Objevuje se především u žen se zadržnými plodovými obaly (Callahan & Caughey, 2018). Příčiny pozdního krvácení se neliší od příčin časného, jak je vidět z tabulky 2. Navíc se sem řadí příčiny jako **menstruace, nádorové onemocnění** (choriokarcinom, karcinom děložního hrdla), která jsou sice extrémně vzácná, ale je potřeba na ně při diagnostice pomyslet (Hájek et al., 2014), a **endometritida** (Callahan & Caughey, 2018).

Tabulka 2: Etiologie pozdního krvácení

Etiologie pozdního krvácení
Porucha involuce dělohy
Porodní poranění
Hematom
Poruchy koagulace
Endometritida
Menstruace
Nádorové onemocnění

3.2 Puerperální infekce

Puerperální infekce jsou poporodní infekce genitálního ústrojí, především dělohy. Rozvoj infekce je usnadněn sníženou obranyschopností ženy (Binder, 2015) a přítomností ranné plochy po odloučené placentě. Stejně tak je snadnou vstupní cestou bakterií do těla ženy porodní poranění. K samotnému rozvoji přispívají i odcházející očistky, které slouží bakteriím jako živná půda (Hájek et al., 2014). Kromě výše zmíněného je pro rozvoj infekce rizikové nedodržení aseptiky, císařský řez

po odtoku plodové vody, anebo její dlouhodobý odtok, protražovaný porod, hematom, manuální lýze placenty, krevní ztráta nad 500 ml, nedostatečná hygiena (Procházka, 2020) a chorioamnionitida. Dříve se tato komplikace nazývala horečka omladnic a před objevením pravidel aseptiky a antibiotik (ATB) byla častou a obávanou příčinou úmrtí žen v šestinedělí. Dnes už je těžký rozvoj infekce a případné úmrtí extrémně vzácné (Hájek et al., 2014). Incidence puerperální infekce se pohybuje kolem 1 – 3 % u vaginálních porodů a 5 – 15 % u porodů císařským řezem. U akutních porodů císařským řezem po protražovaném porodu je incidence až 30 – 35 %, je tedy vhodné u porodů císařským řezem profylaktické podávání ATB (Procházka, 2020).

Puerperální infekce je rizikovým faktorem krvácení, děložní subinvoluce, sekundární sterility, onemocnění ledvin, tromboflebitidy, plicní embolie a diseminované intravaskulární koagulopatie. Má-li proto šestinedělka horečku 39 – 40 °C, tachykardii, děložní subinvoluci, bolestivý děložní fundus, bolest v hypogastriu nebo celkovou slabost, je nutné ženu detailněji vyšetřit (Procházka, 2020). Laboratorně bude mít žena leukocytózu a zvýšenou hodnotu C-reaktivního proteinu (CRP) (Hájek et al., 2014). Sama rodička si může stěžovat na zimnici, bolest v podbřišku, zápachající očišťky a změnu síly krvácení. U některých šestinedělek se může infekce projevit i mukopurulentním vaginálním výtokem (Procházka, 2020). Vyšetření je vhodné doplnit kultivačním vyšetřením lochií (Hájek et al., 2014). Infekce se léčí podáním ATB, ideálně intravenózně (Procházka, 2020).

Původci infekce jsou aerobní bakterie (streptokoky, enterokoky, *Escherichia coli*, *Klebsiela*, *Proteus*, *Staphylococcus aureus* aj.), anaerobní bakterie (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, *Clostridium* aj.) a jiné patogenní mikroorganismy (*Mycoplasma*, *Chlamydia*) (Procházka, 2020). V 70 % případů jde o infekci smíšenou (Hájek et al., 2014). Zdrojem infekce může být agens původem přímo z genitálního ústrojí (pochvy), ale i ze střev, močového měchýře (endogenní infekce) a dále i z okolního prostředí (exogenní infekce) (Procházka, 2020).

Infekce dělohy se podle zasažených vrstev rozdělují na metritidu, endometritidu a myometritidu (Procházka, 2020).

Metritida je infekce pouze deciduy (sliznice dělohy, která se po porodu odloučí). Ta se mohou sama odloučit a tím u ženy s dobrou imunologickou odpovědí infekce ustane (Procházka, 2020). Zadržaná decidua je možné odhalit pomocí ultrazvuku. Infikovaná decidua je vhodné vybavit (Callahan & Caughey, 2018).

Endometritida je infekce endometria (děložní sliznice). Projevuje se horečkou, zápachajícími očišťky, děložní subinvolucí a bolestmi v podbřišku (Binder, 2015). Častější výskyt je po porodu císařským řezem a po manuální lýze placenty (Callahan & Caughey, 2018) u 2 % žen (Roztočil, 2017). Prevencí je jednorázové podání antibiotik po císařském řezu (Hájek et al., 2014).

Myometritida je infekce myometria (děložní svaloviny). Vzniká přestupem infekce z endometria a projevuje se závažněji. Odchází hnisavý výtok, který může obsahovat kusy nekrotické svaloviny (Binder, 2015; Hájek et al., 2014), mohou se objevovat abscesy.

Infekce se může dále šířit do dutiny břišní – na děložní vazy (parametritida), vaječníky a vejcovody (adnexitida) a peritoneum (peritonitida). Infekce v pánevní oblasti a vyplavení toxinů mikroorganismy vede k puerperální sepsi. Ta se projeví vysokou horečkou, tachykardií, klesá krevní tlak, rozvíjí se šok. Léčba je antibiotická a chirurgická s odstraněním původce sepse, tedy dělohy (Hájek et al., 2014). Během hojení může docházet ke srůstům (Binder, 2015).

Jinou komplikací, syndrom toxického šoku, může způsobit i po porodu zapomenutý tampon v pochvě (Hájek et al., 2014).

3.3 Komplikace porodního poranění a operační rány

Nejčastější komplikací porodního poranění perinea (ruptury, epiziotomie, lacerace) a operační rány po císařském řezu (laparotomie), je infekce rány (Procházka, 2020).

Perineální infekce jsou poměrně vzácné, vyskytnou se u 0,35 – 10 % šestinedělek. Nejčastěji se objeví 3. – 4. poporodní den. Zdrojem infekčního agens je nejčastěji osídlení genitálního ústrojí. Mezi rizikové faktory patří nedostatečná nebo špatná hygiena a infikované očistky. Pro infekci je charakteristické zarudnutí rány, otok, ztvrdnutí tkáně vlivem ukládání vaziva a lokální bolestivost. Může se vyskytnout zvýšená teplota až horečka. Infekce se může dále manifestovat zápachajícím purulentním výtokem a edémem vulvy. Na méně závažnou infekci lze doporučit sedací koupele či obklady z dubové kůry a měsíčku lékařského, obklady z mateřského mléka a větrání místa poranění. Na snížení otoku lze využít ledové obklady. Závažnější infekce se léčí ATB, v případě vytvoření abscesu je nutné jeho vyprázdnění, drenáž. Ženu je nutné edukovat o nutnosti dodržování hygienické péče o ránu (Procházka, 2020).

Naproti tomu infekce laparotomie se vyskytnou u 3 – 15 % šestinedělek (při ATB profylaxi 2 %), v 7 % případů jsou komplikované dehiscencí. Vzácnou, ale o to závažnější komplikací je nekrotizující fascitida, která má vysokou mortalitu. Mezi rizikové faktory infekce laparotomie patří diabetes, obezita, hypertenze, imunodeprese, anemie, hematoma, chorioamnionitida, prolongovaný vaginální porod před akutním císařským řezem, dlouhodobě odteklá plodová voda, porod dvojčat, léčba kortikosteroidy a větší krevní ztráta. Původcem infekce je podobně jako u perineální infekce běžná vaginální flora, dále pak *Staphylococcus aureus*. Endometritida infekci často doprovází nebo ji předchází (Procházka, 2020). Může se projevit i jako celulitis (flegmóna) - hnisavý zánět kůže a podkoží. Na celulitis je vhodné pomýšlet, pakliže je pozorovatelné okolo rány zarudnutí, místo je teplé nebo ohraničené linií a žena si stěžuje na bolest v místě infekce. Později se objevuje zvyšující se teplota. Tvořící se hnis buďto může vytékat z rány nebo se hromadit v abscesu. Neléčení abscesu vede k poranění nervů a poškození tkáně nekrózou. Odhalení infekce může být někdy maskováno běžnou poporodní bolestí a ženy ji nemusí tedy přikládat váhu (Callahan & Caughey, 2018). Léčba spočívá v drenáži, podávání ATB a péči o ránu (Procházka, 2020).

Komplikací infekce mohou být prořezávající se stehy (Binder, 2015). Dále může dojít k rozpadu rány (dehiscenci) a hojení per secundam. K dehiscenci může dojít i v důsledku hematoma, který oddaluje okraje rány (Callahan & Caughey, 2018).

3.4 Infekce močových cest

Porod je pro rozvoj zánětu močového měchýře nebo močové trubice rizikovým faktorem. Nejčastějšími infekčními agens jsou *Escherichia Coli* a streptokoky. Konkrétní agens způsobující infekci lze zjistit kultivačním vyšetřením moči. Bezsymptomaticky se může infekce vyskytnout až u 34 % žen po porodu. U 2 % z nich se vyskytnou příznaky jako bolest v podbřišku, vyšší frekvence močení a bolest při močení. Vyšetření a kultivaci moči lze doplnit laboratorním vyšetřením krevního obrazu a zánětlivých markerů. Infekce se léčí ATB (Procházka, 2020).

3.5 Žilní komplikace

Týden po porodu přetrvávají zvýšené hodnoty fibrinogenu, žena je tedy náchylná k tromboembolickým onemocněním (Roztočil, 2017). Riziko tromboembolických komplikací je v období šestinedělí pětikrát vyšší, než v těhotenství (Paladine et al., 2019). Ženy s vysokým rizikem žilních komplikací by měly po porodu preventivně užívat nízkomolekulární hepariny (Roztočil, 2017).

Tromboflebitida je venózní zánět s přítomností krevní sraženiny (trombu). Infekční agens způsobující zánět se mohou do cévního řečiště dostat v časném šestinedělí přes oslabenou cévní stěnu. Tím naruší vnitřní výstelku cév (endotel) a dochází ke vzniku krevní sraženiny (trombu) (Procházka, 2020). Trombus se nejčastěji vytvoří v povrchových žilách dolních končetin, kde adhezuje, žílu dilatuje a zanítí se, což lze v průběhu cévy pozorovat jako začervenání. Rizikovými faktory jsou tromboflebitida a tromboembolické stavy v anamnéze, obezita a anemie (Roztočil, 2017). V souvislosti s operací na děloze může vzniknout závažnější tromboflebitida pánevních žil (Hájek et al., 2014). Tromboflebitida se léčí ATB, antikoagulancii, analgetiky a zvýšenou polohou postižené končetiny. Končetinu je vhodné zabandážovat. Tromboflebitida komplikuje asi 1 % šestinedělí. Nižší incidence je dosaženo díky časně vertikalizaci, raným propuštěním a prevenci (Roztočil, 2017).

Tromboembolie vzniká vmetením trombu z periferie do plicního řečiště. Jde o akutní stav, který může skončit srdeční zástavou a kardiopulmonální resuscitací. Příznaky jsou bolest na hrudi, pokles tlaku krve, tachykardie, třes, bledost, cyanóza, dyspnoe a porucha vědomí. Je nutné nasadit ATB a antikoagulancia (Roztočil, 2017).

3.6 Poruchy kojení a laktace

Problémy s kojením v časném šestinedělí mohou vést k předčasnému ukončení kojení, které je ale prospěšné jak pro matku, tak novorozence. Studie ukazují, že s kojením může mít problémy přes 40 % žen. Problémy mohou být na straně novorozence, matky, tak i obou zároveň. Větší riziko mají primipary (prvorodičky) a ženy, které nebyly dostatečně edukovány nebo se jim nedostává v šestinedělí podpory (Feenstra et al., 2018). Svou roli na tom má i nenaplnění nereálných očekávání žen a jejich pocit, že pro ně není kojení intuitivní, že kojení bolí, že mají málo mléka nebo že se laktace spouští později. To vede šestinedělky po pár dnech k přechodu na umělé mléko. To je škoda, protože po pár týdnech se tyto počáteční problémy s kojením většinou normalizují (Callahan & Caughey, 2018). Nejčastější mateřskou komplikací je poranění bradavek a vznik ragád (Feenstra et al., 2018).

Ragády jsou drobné bolestivé trhlinky na bradavce, které krváčí. Vznikají při nesprávné technice kojení a nesprávném ošetření vzniklého drobného poranění. Do zahojení se doporučuje kojít přes kloboučky (Binder, 2015) a trhlinky ošetřovat hemailem nebo například lanolinem (Procházka, 2020).

Mastitida (zánět prsní žlázy) se obvykle vyskytuje do 14 dní po porodu, vzniká na podkladě ranky na bradavce. Tou je umožněn do prsu vstup bakterií a v kombinaci s retencí mléka mají bakterie čas a podmínky pro množení. U 50 % žen infekci způsobuje *Staphylococcus aureus*, dále pak *S. epidermis*, *S. saprophyticus* a *Escherichia coli* (Procházka, 2020), kteří jsou běžnou součástí kožní flóry ženy a úst novorozence (Callahan & Caughey, 2018). Kultivaci je možná provést z odstříkaného mléka. Mastitida se projevuje horečkou, zimnicí, zarudnutím, otokem, bolestivostí prsu a celkovou únavou (Procházka, 2020). Tyto příznaky je nutné rozlišit od nalití prsou, které není patologií a kojící ženy potká během kojení několikrát. Prsa jsou při nalití oboustranně teplá, napjatá a citlivá (Callahan & Caughey, 2018). U mastitidy je velmi důležitá prevence. Důležitá je správná technika kojení a zabránění rozpraskání bradavek, případně včasné ošetření vzniklých ranek a důsledná hygiena. Otok je možné zmírnit studenými obklady. Při neúspěchu a přetrvávání obtíží je nutné zvážit podání ATB. Neléčená mastitida se může rozvinout v absces (Procházka, 2020).

Rizikovým faktorem mastitidy je retence mléka. **Retence** je ucpání vývodu mléčné žlázy buněčnou drtí. Mléčná žláza je na pohmat tvrdá, ohraničená. Proto by měl být při rozpoznání této

komplikace prs nahříván a masírován například v teplé vodě. Prs je potřeba vyprázdnit buď sáním dítěte, anebo ostříkáním mléka (Procházka, 2020).

Zvýšená tvorba mléka se nazývá **hypergalakcie** a z důvodu možné zvýšené retence mléka je taktéž rizikovým faktorem mastitidy. Díky zvýšenému výdeji tekutin může být žena dehydratována a ztrácet bílkoviny. V tomto případě se doporučuje ženě zvýšit příjem tekutin. Když nehrozí dehydratace, může žena naopak množství přijímaných tekutin snížit. Prsa by se měla stahovat například těsnou podprsenkou (Binder, 2015).

Snížená tvorba mléka se nazývá **hypogalakcie**. Je způsobena hypotrofií mléčné žlázy nebo jako důsledek patologií v těhotenství – chorob matky, komplikovaných porodů, při větší ztrátě krve. K snížené tvorbě mléka dochází i při psychických problémech ženy a nesprávné technice kojení. Chyba může být i na straně novorozence. Ten může nedostatečně sát, mít rýmu nebo rozštěp. Žena by měla být edukována o správné technice kojení, odstříkávání a životosprávě a měla by jí být poskytnuta především psychická podpora (Binder, 2015).

Zástava laktace se provádí na přání matky, anebo ze zdravotních důvodů matky či dítěte. Vždy se ale, pakliže to jde, snažíme matku motivovat, aby kojila (Procházka, 2020). Zástava je farmakologická (inhibitory prolaktinu), doprovázena stahováním prsou těsnou podprsenkou či obinadlem. Žena může prsa chladit a snížit příjem tekutin (Binder, 2015).

3.7 Psychické a psychiatrické komplikace

Období po porodu je spojeno s vyšším rizikem rozvoje psychických a psychiatrických stavů. Ty mohou vést až separaci a narušení vztahu matky a novorozence (Šebela et al., 2019). Psychické komplikace ženy po porodu je možné rozdělit do tří skupin podle závažnosti obtíží. Nejčastější a nejméně závažné je poporodní blues, pak poporodní deprese a nakonec nejzávažnější a nejméně častá je poporodní psychóza. Mnohdy je těžké ženu zařadit do jedné skupiny, protože jedna porucha může přecházet v další a symptomy se mohou překrývat (Roztočil, 2017). Ke screeningu psychických poruch je možné využít sebehodnotící dotazník Edinburské škály poporodní deprese, který je adaptovaný na české podmínky a je zároveň časově nenáročný. Přesnou diagnózu ale může určit pouze psychiatr (Šebela et al., 2018).

Poporodní blues se vyskytne u 50 – 70 % šestinedělek (až 75 % dle Callahanové a Caugheyho (2018)). Blues se projevuje úzkostí týkající se novorozence, změnami nálad, plačtivostí a labilitou (Šebela et al., 2018). Žena se může cítit izolovaná, unavená, neklidná a může se litovat. Tyto změny souvisí s hormonálními a emočními změnami po porodu. Často se objeví po příchodu domů, tedy 2. – 3. den, vrcholí 5. den a spontánně vymizí do 14 dnů (Callahan & Caughey, 2018). Mezi rizikové faktory patří špatná podpora okolí, nezáměr partnera, věk pod 20 let, socioekonomické problémy a předchozí emocionální problémy (Procházka, 2020). Pozitivní vliv má podpora blízkého okolí a zdravotníků, snížení obav ženy z mateřství a její podporování v nové roli (Callahan & Caughey, 2018).

Jestliže příznaky poporodního blues nevymizí do dvou týdnů, jedná se o **poporodní depresi**. Její výskyt je značně podhodnocený (Callahan & Caughey, 2018), vyskytuje se u 10 – 15 % šestinedělek (Procházka, 2020) a může trvat až měsíce. Predispozici k této poruše mají ženy citlivější na hormonální změny, nedostatek spánku a psychosociální stres. Typicky jde o ženy s vlastní či rodinou anamnézou deprese či jiného duševního onemocnění, ale nemusí tomu tak být. Od blues se může odlišovat kromě délky trvání i apatií, anorexií, únavou, neschopností postarat se o novorozence a sebevražednými myšlenkami nebo sklony (Callahan & Caughey, 2018). Léčba se neliší od léčby deprese, pozitivní vliv má podpora zdravotníků a rodiny (Procházka, 2020);

Lorenzová et al., 2014). Léčba může být nefarmakologická (kognitivně behaviorální terapie) i farmakologická (antidepresiva). Ženy mohou užívat bezpečná antidepresiva a nemusí proto docházet k zástavě laktace. Ideálně by měl ženám farmakologickou léčbu nastavovat psychiatr (Šebela et al., 2018).

Poporodní psychóza (dříve laktační) se vyskytuje u 0,14 – 0,26 % šestinedělek (Procházka, 2020). Žena s psychózou je v tenzi, labilní, má bludy a halucinace. Jde o poruchu s akutním začátkem a o stav, který vyžaduje hospitalizaci, protože žena může ublížit sobě nebo novorozenci (Šebela et al., 2018). Porucha se vyskytuje nejčastěji mezi 2. – 3. poporodním dnem, může ale i později (Roztočil, 2017). Zástava kojení není u žen s poporodní psychózou nutná, farmakologickou léčbu stanovuje psychiatr s ohledem na zachování bezpečnosti laktace (Šebela et al., 2019). Preventivně sledované by měly být ženy s bipolární poruchou (Callahan & Caughey, 2018).

4 Edukace při odchodu z porodnice

Žena, případně i její doprovod, by měli být při odchodu z porodnice poučeni o režimu v šestinedělí a možných komplikacích a to bez ohledu na to, jestli žena odchází ambulantně či nikoliv (Dušová et al., 2019). Ženy mají individuální potřeby a rozdílnou motivaci, což je potřeba před edukací zohlednit. Edukace má jak roli výchovnou, tak vzdělávací a vede k pozitivním změnám. Edukace ženy po porodu zvyšuje spokojenost, kontinuitu zdravotní péče a preventivně působí na výskyt poporodních komplikací. Cílem edukace je také dosažení co největšího zapojení ženy do péče o své zdraví, což je především při dřívějším odchodu domů klíčové (Dušová et al., 2019).

Žena je edukována o nutnosti dbát na hygienu, častém sprchování a to především po kojení, kdy se vlivem vyplavování oxytocinu děloha více retrahuje a krvácení je o to intenzivnější. Zásadité pH lochií je živnou půdou pro bakterie a žena by si tedy, když není možné se sprchovat, alespoň měla často měnit porodnické vložky a nosit poporodní síťované kalhotky, které jsou prodyšnější. Žena by se měla ideálně sprchovat i po močení a stolici. Hráz by se měla pro snadnější hojení umývat jen vlažnou vodou, v případě poranění nebo hemeroidů lze doporučit oplachy z dubové kůry. Žena by měla používat minimálně dva ručníky. Jedním se utírat od pasu dolů, druhým od pasu nahoru, aby nedošlo k zavlečení patogenů na prsa (Dušová et al., 2019). Koupání se doporučuje až po 4 – 6 týdnech (Callahan & Caughey, 2018). Porodní poranění se hojí přibližně 7 – 10 dnů, během této doby je nutné o ránu pečovat a o to více dbát na hygienu a místo větrat. Otok lze mírnit studenými obklady. Žena může pro mírnění bolesti sedět na nafukovacím kruhu. Na prevenci zácpy lze doporučit primárně projímavé potraviny (kompot, ovoce, potraviny bohaté na vlákninu), dostatek tekutin a pohyb. Při neúspěchu například glycerinové čípky. Vymočit by se měla žena ideálně do 6 h od porodu. Doporučuje se močit ve sprše, aby se moč naředila a ženu vzhledem k poranění vzniklých porodem, nepálila. Na bolest ze zavinování dělohy, kterou ženy pociťují jako slabší kontrakce nebo jako bolest při menstruaci, pomáhá leh na břicho. Dále přiložení nahřátého polštářku nebo termoforu a častější močení, aby močový měchýř nebránil zavinování (Dušová et al., 2019).

Novorozence by měla žena zvedat s rovnými zády, aby si zbytečně nenamáhala povolené břišní svaly (Dušová et al., 2019). Šestinedělka především po císařském řezu by neměla zvedat nic těžšího, než novorozence. Řídit auto by měla žena jen s opatrností (Callahan & Caughey, 2018). Vhodné cviky by žena měla začít cvičit co nejdříve po porodu. Pro lepší hojení, zabránění zbytnění vaziva v místě jizvy a jako prevenci vzniku srůstů je vhodné provádět tlakovou masáž, po vypadání nebo odstranění stehů je vhodné jizvu navíc i promazávat. Špatně zahojená jizva s sebou může

přinášet řadu nepříjemností jako necitlivost nebo naopak přecitlivělost dané oblasti, při srůstech menstruační potíže, problémy při dalším těhotenství, problémy s inkontinencí, sestup dělohy, bolesti pánevní oblasti a problémy v sexuálním životě. Sexuální aktivitě by se měla žena vyvarovat celé šestinedělí a to i kvůli riziku zavlečení infekce při neuzavřeném děložním hrdle. Nitroděložní tělísko může být zavedeno už bezprostředně po porodu a je výhodou, že jeho zavedení je v krátké době po porodu méně bolestivé (Dušová et al., 2019).

Kojící žena by se měla stravovat výživně, lehce a zdravě, přijímat dostatek bílkovin, vápníku, železa a vitaminů. Měla by vypít alespoň 2 l tekutin denně, vhodné jsou kojící čaje. Žena by si měla vyhradit chvílky jen pro sebe a dbát o svou vlastní pohodu, uspokojení potřeb a říct si případně o pomoc (Dušová et al., 2019). Žena v šestinedělí potřebuje především emoční podporu rodiny (Callahan & Caughey, 2018).

Za úspěšnost celého edukačního procesu je zodpovědný zdravotník. Musí být profesionální a mít dostatek informací. Zároveň velkou roli v úspěchu edukace hraje osobnost zdravotníka a to, jak dokáže ženu motivovat a jak dokáže edukační proces ženě vhodně přizpůsobit. A nakonec i jeho schopnost komunikace a empatie (Dušová et al., 2019).

Praktická část

5 Výzkumné cíle a hypotézy

Praktická část bakalářské práce se věnuje frekvenci komplikací v časném šestinedělí u žen, které se rozhodly pro ambulantní porod. Dále se zabývá problematikou edukace a informovanosti žen o poporodních komplikacích v časném šestinedělí. Zabývá se i problematikou prevence komplikací a následnou péčí o šestinedělku. Cílů (C) bylo stanoveno 5. Hypotéz (H) bylo stanoveno 7.

5.1 Cíle

C1: Zjistit frekvenci a závažnost poporodních komplikací u žen po ambulantním porodu v časném šestinedělí.

C2: Zjistit četnost edukací žen o poporodních komplikacích v časném šestinedělí zdravotnickým personálem při odchodu z porodnice.

C3: Zjistit, odkud a v jaké míře ženy čerpají informace o poporodních komplikacích v časném šestinedělí a zda mají informaci dostatek a co by jim případně pomohlo k lepší informovanosti.

C4: Zjistit, zda ženy v souvislosti s poporodními komplikacemi v časném šestinedělí využívají možnosti následné péče.

C5: Zjistit, proč ženy v souvislosti s poporodními komplikacemi v časném šestinedělí nevyužívají možnosti následné péče.

5.2 Hypotézy

H1: S pozdějším odchodem po porodu z porodnice klesá míra komplikací žen v časném šestinedělí.

H2: S pozdějším odchodem po porodu z porodnice stoupá míra informovanosti žen o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí.

H3: Edukace žen o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí se liší v závislosti na tom, ve kterém kraji ženy ambulantně porodily.

H4: S rostoucí paritou jsou ženy méně edukovány o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí.

H5: S rostoucí dobou od porodu do odchodu z porodnice jsou ženy více edukovány o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí.

H6: Vzdělanější ženy častěji využívají následné poporodní péče.

H7: Se stoupající paritou klesá zájem o využití následné péče.

6 Metodika výzkumu

6.1 Metoda sběru dat

Do bakalářské práce byla použita data získaná formou dotazníkové šetření. Dotazník byl distribuován v období od 10. 2. 2023 do 30. 3. 2023 a účastnilo se jej 95 respondentek. Dotazník

byl vytvořen pomocí aplikace *Survio* a následně distribuován na sociální síti *Facebook*. Dotazník měl 17 otázek, z toho 12 otázek uzavřených, 2 otevřené a 3 otázky poloouzavřené. Obě otevřené otázky byly nepovinné. V úvodu byly respondentky obeznámeny o zaměření a účelu dotazníku, autorce a požadavcích na respondentky. Dále byly respondentky ujištěny o anonymitě a byl jim sdělen odhadovaný čas nutný k vyplnění dotazníku. Na závěr jim bylo poděkováno.

6.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily ženy, které v letech 2017 a 2023 porodily ambulantně (odešly z porodnice do 72 h). Výzkumu se nemohly zúčastnit ženy, které porodily dvojčata či vícčata. Vyplnění dotazníku bylo anonymní a dobrovolné.

6.3 Metoda zpracování dat

Dotazník vyplnilo celkem 95 žen, všechny dotazníky byly kompletní a splňovaly kritéria. Získaná data byla zpracována formou grafů, tabulek, kontingenčních tabulek a psaného textu. Grafy, tabulky a kontingenční tabulky byly zpracovány pomocí programu *Microsoft Excel*.

Ve vlastním vyhodnocení dotazníku byly použity veličiny jako absolutní četnost, relativní četnost, celková četnost (celkem) a vážený průměr. Absolutní četnost představuje konkrétní počet respondentek konkrétní otázky. Relativní četnost představuje toto číslo vyjádřené v procentech, tedy četnost celkovou dělenou četností absolutní. Celková četnost (celkem) představuje celkový počet respondentek. Relativní četnost je vždy zaokrouhlena na jedno desetinné místo (např. 17,2 %). Výsledná absolutní četnost na celé číslo (např. 100 %). Vážený průměr charakterizuje soubor, ve kterém mají podsoubory různou váhu.

7 Výsledky

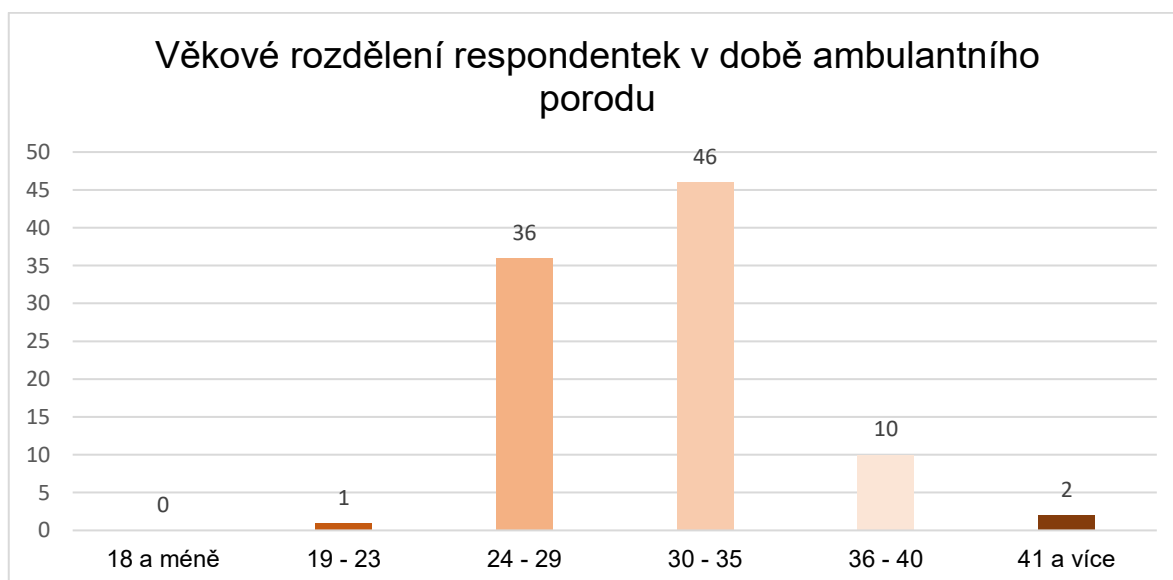
7.1 Otázka č. 1 – Kolik Vám bylo v době ambulantního porodu let?

Jednalo se o otázku uzavřenou, ve které ženy volily z nabízeného věkového rozpětí. Graf 1 zobrazuje věkový rozptyl respondentek definovaných věkových skupin. Z tabulky 3 vyplývá, že nejvíce bylo ženám v době ambulantního porodu mezi 30 – 35 lety, to odpovídá 48,4 %, dále 36 ženám (37,9 %) bylo mezi 24 – 29 lety. 10 ženám (10,5 %) bylo mezi 36 – 40 lety. 2 ženy (2,1 %) byly staré nebo starší 41 let. Pouze jedné ženě (1,1 %) bylo mezi 19 – 23 lety. Žádná z respondentek nebyla v době ambulantního porodu nezletilá. 82 respondentkám z 95 bylo v době ambulantního porodu mezi 24 a 35 lety, to odpovídá 86,3 %. Věkové rozložení respondentek nekopíruje věkovou strukturu rodiček v České republice (ČR). Ve zkoumaném souboru je oproti celorepublikovému souboru méně rodiček mladších 24 let a méně rodiček starších 36 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Tabulka 3: Věkové rozdělení respondentek v době ambulantního porodu

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 a méně	0	0 %
19 - 23	1	1,1 %
24 – 29	36	37,9 %
30 - 35	46	48,4 %
36 – 40	10	10,5 %
41 a více	2	2,1 %
Celkem	95	100 %

Graf 1: Věkové rozdělení respondentek v době ambulantního porodu



7.2 Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

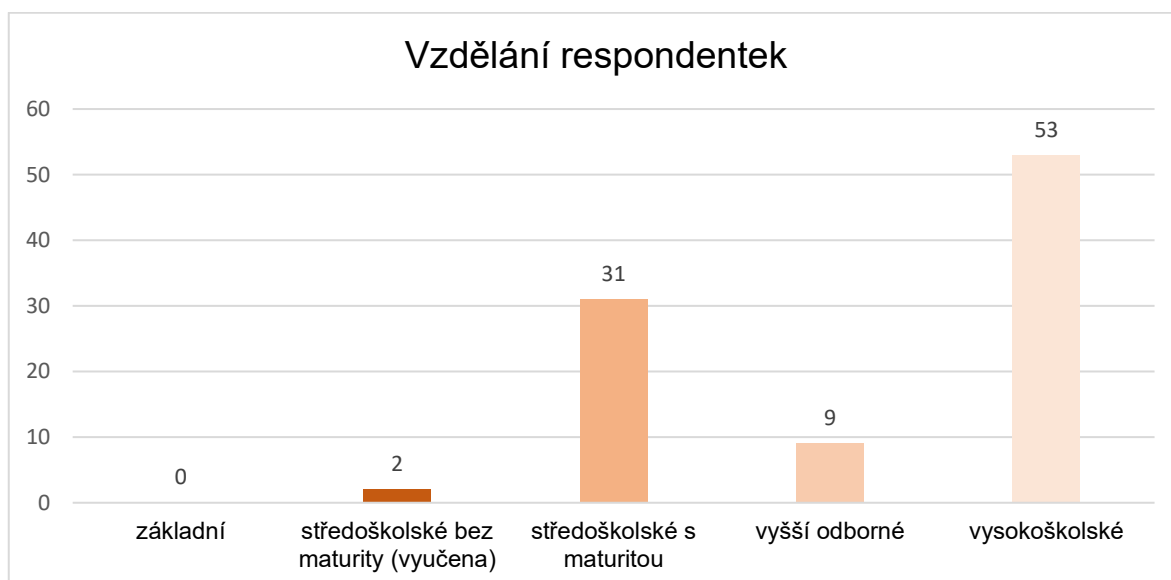
Jednalo se o otázku uzavřenou, jejíž odpovědí bylo nejvyšší dokončené vzdělání ženy. Z grafu 2 a tabulky 4 je patrné, že nejvíce respondentek - 53 žen (55,8 %), dosáhlo vysokoškolského vzdělání. 31 žen (32,6 %) ukončilo střední školu s maturitou, 9 žen (9,5 %) mělo vyšší odborné vzdělání a 2 ženy (2,1 %) měly vzdělání středoškolské bez maturity. Základní

vzdělání, jako nejvyšší dokončené, neuvedla žádná respondentka. Z těchto dat lze usuzovat, že pro ambulantní porod se nejčastěji rozhodují ženy s vysokoškolským vzděláním. Rozložení respondentek podle vzdělání nekopíruje rozložení rodiček podle vzdělání v ČR. Ve zkoumaném souboru je daleko více vysokoškolsky vzdělaných žen, než v celorepublikovém souboru (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Tabulka 4: Vzdělání respondentek

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
základní	0	0 %
středoškolské bez maturity (vyučena)	2	2,1 %
středoškolské s maturitou	31	32,6 %
vyšší odborné	9	9,5 %
vysokoškolské	53	55,8 %
Celkem	95	100 %

Graf 2: Vzdělání respondentek



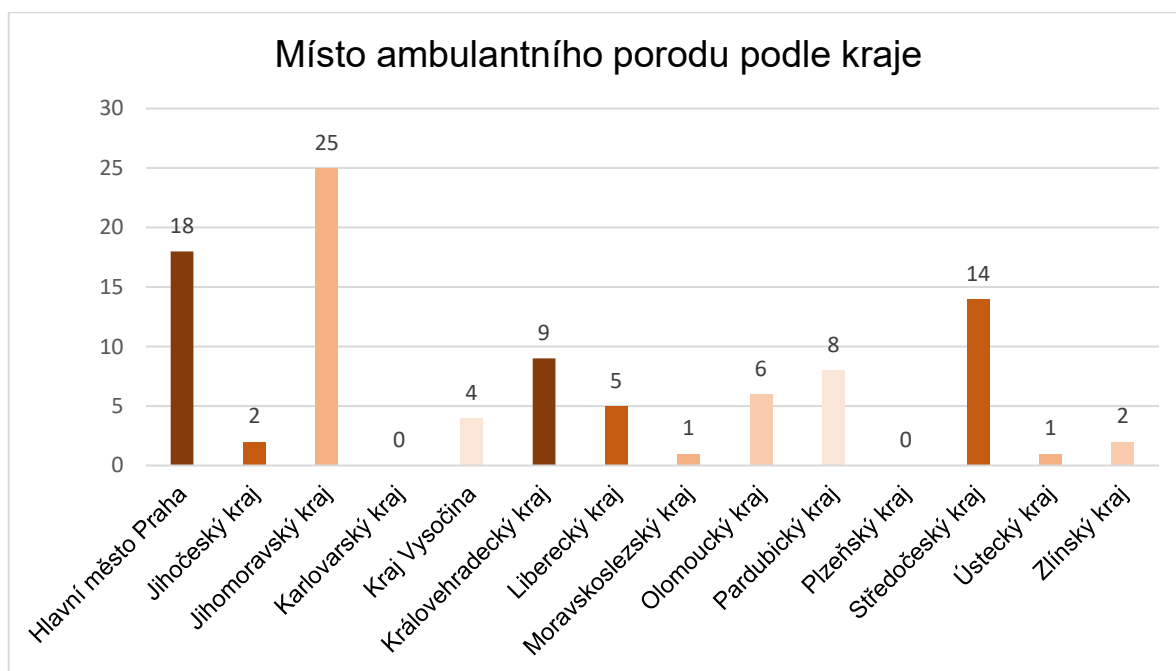
7.3 Otázka č. 3 – V kterém kraji se nachází porodnice, ve které jste ambulantně porodila?

Opět se jednalo o otázku uzavřenou, odpovědí na tuto otázku byl kraj, ve kterém žena ambulantně porodila. Jak je patrné z tabulky 5 a vidět na grafu 3, tak nejvíce respondentek - 25 žen (26,3 %) porodilo v Jihomoravském kraji. Dále pak v Praze porodilo 18 žen (18,9 %) a ve Středočeském kraji 14 žen (14,7 %). V Královehradeckém kraji porodilo 9 žen (9,5 %). V menší míře jsou zastoupeny i ostatní kraje kromě Karlovarského a Plzeňského kraje, ve kterých neprodila žádná z respondentek. Rozložení respondentek podle kraje, ve kterém ambulantně porodily, nekopíruje rozložení rodiček podle kraje bydliště (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023).

Tabulka 5: Místo ambulantního porodu podle kraje

Kraj	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hlavní město Praha	18	18,9 %
Jihočeský kraj	2	2,1 %
Jihomoravský kraj	25	26,3 %
Karlovarský kraj	0	0 %
Kraj Vysočina	4	4,2 %
Královehradecký kraj	9	9,5 %
Liberecký kraj	5	5,3 %
Moravskoslezský kraj	1	1,1 %
Olomoucký kraj	6	6,3 %
Pardubický kraj	8	8,4 %
Plzeňský kraj	0	0 %
Středočeský kraj	14	14,7 %
Ústecký kraj	1	1,1 %
Zlínský kraj	2	2,1 %
Celkem	95	100 %

Graf 3: Místo ambulantního porodu podle kraje



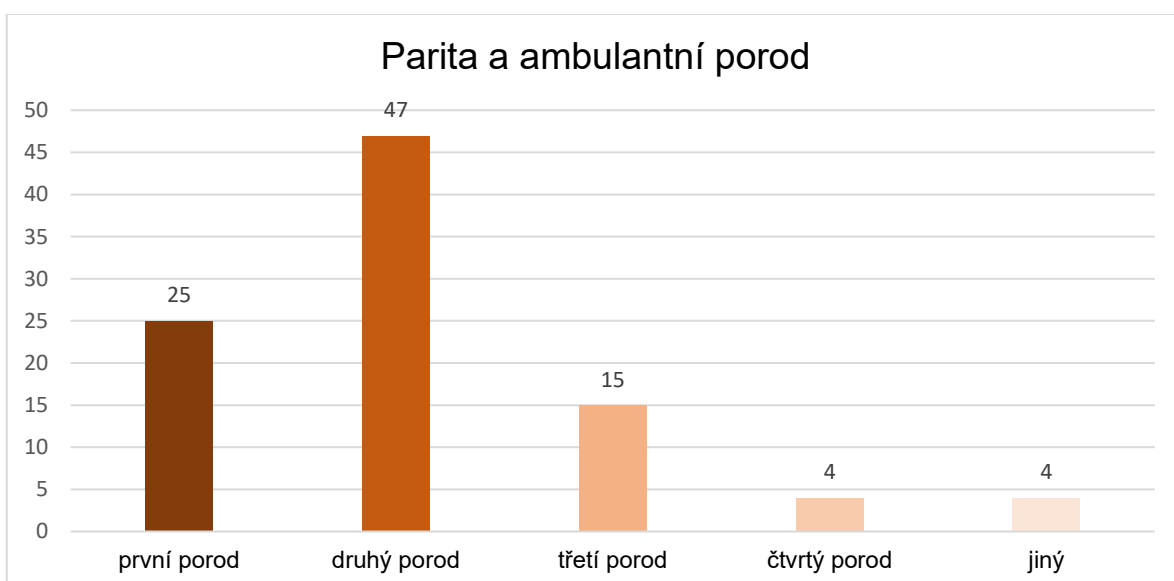
7.4 Otázka č. 4 – Ambulantně jste odešla po kolikátém porodu?

Jednalo se o otázku polouzavřenou. Ženy si mohly vybrat možnost vystihující, po kolikáté ambulantně porodily z nabízených možností, případně dopsat vlastní. Z tabulky 6 a grafu 4 je patrné, že nejvíce žen odešlo ambulantně z porodnice po druhém porodu, jednalo se o 47 žen (49,5 %). Po prvním porodu odešlo 25 žen (26,3 %), po třetím porodu 15 žen (15,8 %). Po čtvrtém porodu odešly 4 ženy (4,2 %). Dále se 4 ženy (4,2 %) rozhodly využít odpověď „jiném...“. Všechny tyto ženy odešly po pátém porodu.

Tabulka 6: Parita a ambulantní porod

Parita	Absolutní četnost	Relativní četnost
první porod	25	26,3 %
druhý porod	47	49,5 %
třetí porod	15	15,8 %
čtvrtý porod	4	4,2 %
jiný (pátý porod)	4	4,2 %
Celkem	95	100 %

Graf 4: Parita a ambulantní porod



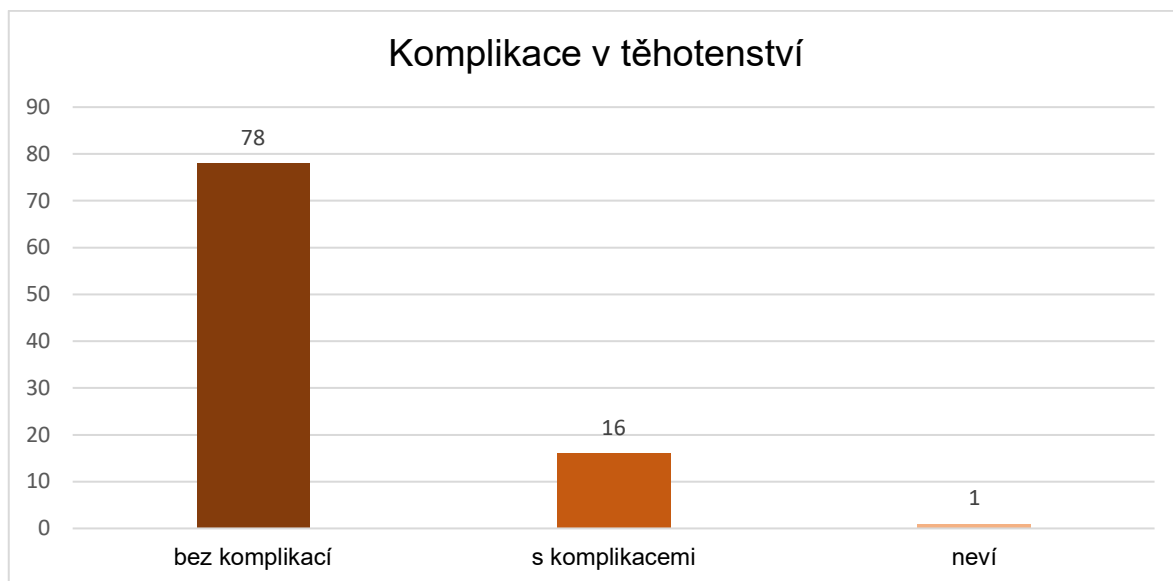
7.5 Otázka č. 5 – Těhotenství probíhalo fyziologicky, bez komplikací? Komplikací je například vysoký krevní tlak, těhotenská cukrovka aj.

Jednalo se o otázku uzavřenou, ženy uvedly, jak proběhlo jejich těhotenství. Těhotenství probíhalo fyziologicky u 78 žen (82,1 %), s komplikacemi u 16 žen (16,8 %). Odpověď na otázku nevěděla jedna žena, jak je vidět z tabulky 7 a na grafu 5.

Tabulka 7: Komplikace v těhotenství

Komplikace v těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost
bez komplikací	78	82,1 %
s komplikacemi	16	16,8 %
neví	1	1,1 %
Celkem	95	100 %

Graf 5: Komplikace v těhotenství



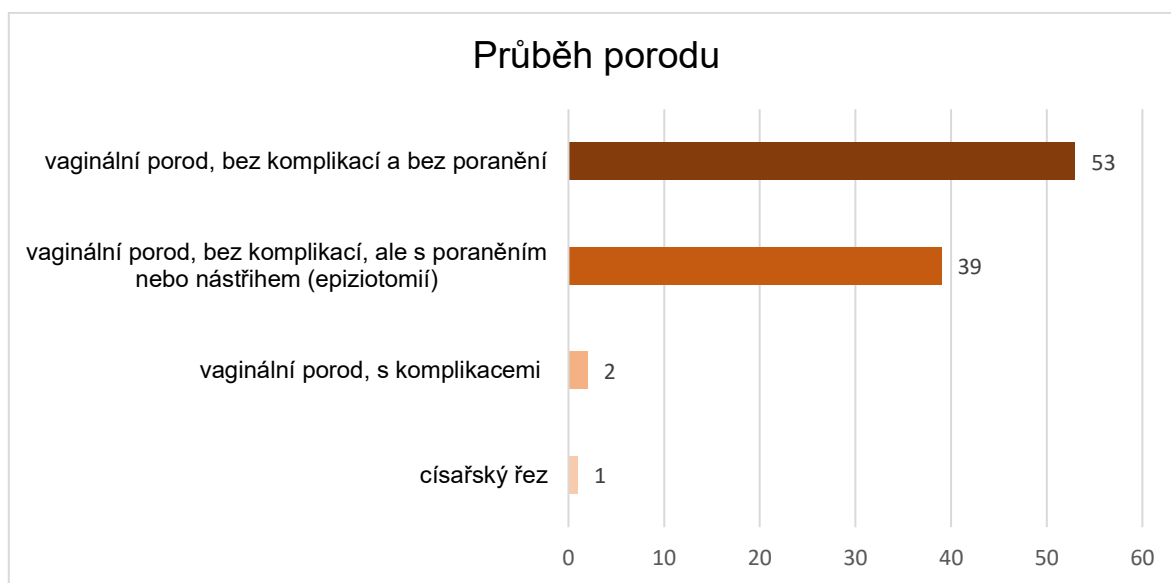
7.6 Otázka č. 6 – Jak proběhl Váš porod?

Jak je patrné z tabulky 8 a grafu 6 této uzavřené otázky, ve které ženy uváděly, jak proběhl jejich porod, nejvíce žen porodilo vaginálně, bez komplikací a bez poranění, celkem to bylo 53 žen (55,8 %). 39 žen (41,1 %) porodilo vaginálně, bez komplikací, ale s poraněním nebo nástřihem (epiziotomií). U dvou žen (2,1 %), které porodily vaginálně, došlo při porodu ke komplikacím. Jedna žena (1,1 %) porodila císařským řezem.

Tabulka 8: Průběh porodu

Porod	Absolutní četnost	Relativní četnost
vaginální porod, bez komplikací a bez poranění	53	55,8 %
vaginální porod, bez komplikací, ale i poraněním nebo epiziotomií	39	41,1 %
vaginální porod, s komplikacemi	2	2,1 %
císařský řez	1	1,1 %
Celkem	95	100 %

Graf 6: Průběh porodu



7.7 Otázka č. 7 – Jestli jste v předchozí odpovědi vybrala „vaginálně, s komplikacemi (...)“, o jaké komplikace se jednalo?

Tato otázka byla otevřená a nepovinná. Respondentkami byly pouze dvě ženy, které v otázce č. 6 vybraly odpověď *vaginálně, s komplikacemi*. Jedna ženu uvedla jako komplikaci manuální vybavení placenty, druhá uvedla jako komplikaci větší krevní ztrátu.

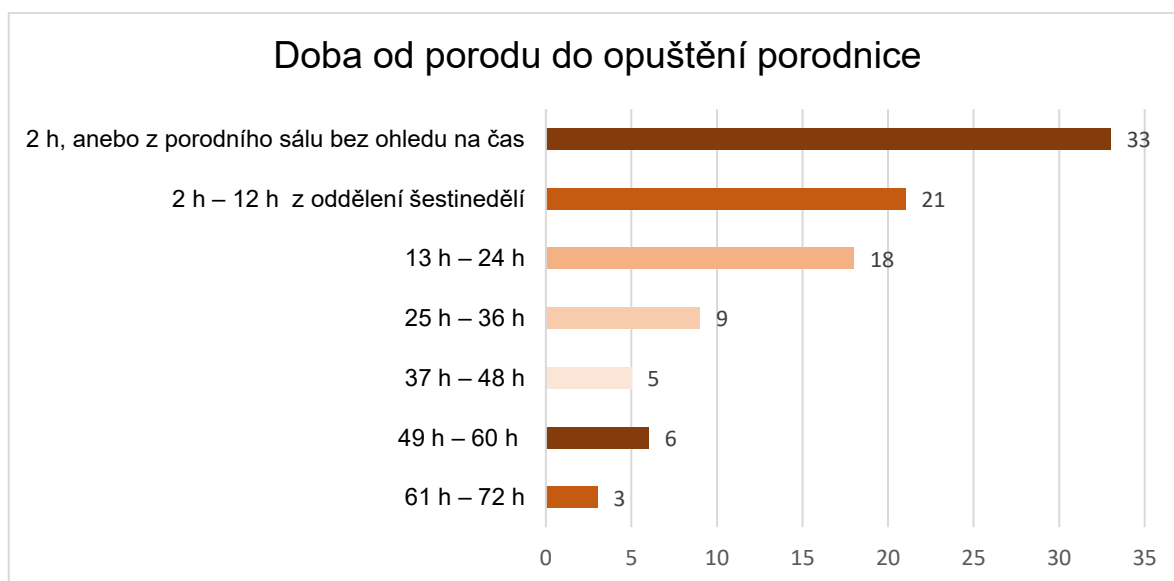
7.8 Otázka č. 8 – Po jak dlouhé době po porodu jste opustila porodnici?

U této otázky vybíraly ženy z nabízených časových rozpětí, kdy odešly z porodnice. Z tabulky 9 a grafu 7 této uzavřené otázky je patrné, že nejvíce žen odešlo do 2 h po porodu, anebo z porodního sálu, šlo o 33 žen (34,7 %). Po 2 h – 12 h z oddělení šestinedělí odešlo 21 žen (22,1 %), dále do 24 h 18 žen (18,9 %), do 36 h 9 žen (9,5 %), do 48 h 5 žen (5,3 %), do 60 h 6 žen (6,3 %) a mezi 61 h – 72 h pouze 3 ženy (3,2 %), z nichž jedna porodila císařským řezem. 72 žen (75,7 %) z 95 respondentek opustilo porodnici do 24 h od porodu.

Tabulka 9: Doba od porodu do opuštění porodnice

Doba od porodu do opuštění porodnice	Absolutní četnost	Relativní četnost
2 h, anebo z PS	33	34,7 %
2 h – 12 h z oddělení 6N	21	22,1 %
13 h – 24 h	18	18,9 %
25 h – 36 h	9	9,5 %
37 h – 48 h	5	5,3 %
49 h – 60 h	6	6,3 %
61 h – 72 h	3	3,2 %
Celkem	95	100 %

Graf 7: Doba od porodu do opuštění porodnice



7.9 Otázka č. 9 – Vyskytly se u Vás doma po opuštění porodnice, v prvních 7 dnech po porodu (časném šestinedělí), nějaké poporodní komplikace?

Tato otázka byla polouzavřená, respondentky vybíraly z možných komplikací, které se u nich během časného šestinedělí vyskytly. Ženy mohly vybrat více možných odpovědí, případně odpověď upřesnit. Jak je vidět z tabulky 10 a grafu 8, 84 žen (88,4 %) odpovědělo, že se u nich nevyskytla žádná komplikace. U 7 respondentek (7,4 %) došlo k poruše kojení a 4 respondentky (4,2 %) měly nějaké psychické obtíže. Poslední možnost odpovědi na tuto otázku byla otevřená a ženy zde mohly specifikovat, o kterou komplikaci se jednalo. Celkem této možnosti využily 3 ženy. Jedna respondentka uvedla jako komplikaci poporodní blues, jedna žena uvedla jako komplikaci kojení poranění bradavek a jedna jako komplikaci kojení mastitidu s horečkami.

Tabulka 10: Výskyt poporodních komplikací v časném šestinedělí

Poporodní komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
žádné	84	88,4 %
krvácení	0	0 %
komplikace porodního poranění/operační rány	0	0 %
puerperální infekce	0	0 %
infekce močových cest	0	0 %
žilní komplikace	0	0 %
poruchy kojení	7	7,4 %
psychické potíže	4	4,2 %
Celkem	95	100 %

Graf 8: Výskyt poporodních komplikací v časném šestinedělí



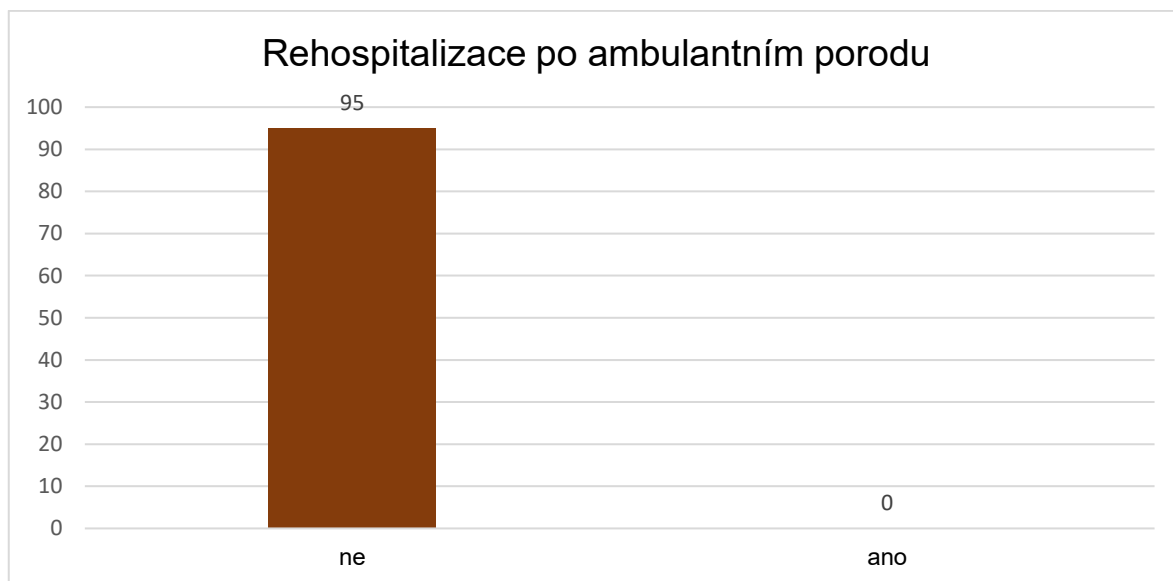
7.10 Otázka č. 10 – Byla nutná na základě těchto komplikací Vaše hospitalizace v nemocnici?

Tato otázka byla uzavřená a ženy volily pouze jednu ze dvou nabízených možností a to zda byly rehospitalizovány na základě komplikací či nikoliv. U žádné z 95 respondentek nebyla nutná rehospitalizace po ambulantním porodu, jak je jasně vidět z tabulky 11 a grafu 9. To může být dáno malou frekvencí komplikací.

Tabulka 11: Rehospitalizace po ambulantním porodu

Rehospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	95	100 %
ano	0	0 %
Celkem	95	100 %

Graf 9: Rehospitalizace po ambulantním porodu



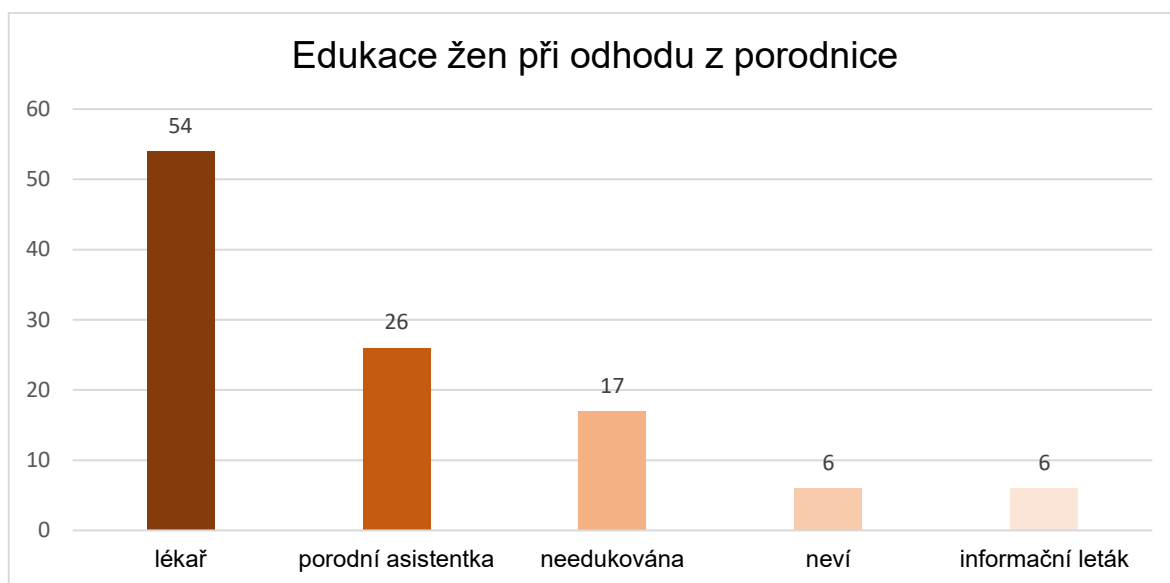
7.11 Otázka č. 11 – Byla jste při odchodu z porodnice poučena o možných poporodních komplikacích v prvních 7 dnech a možnostech prevence?

Tato otázka byla uzavřená, respondentky mohly vybrat více možných odpovědí podle toho, kteří zdravotníci je při odchodu z porodnice edukovali, případně jestli byly edukovány skrze informační leták. Celkem bylo odpovědí 109 (100 %), jak je patrné z tabulky 12 a grafu 10. Téměř polovina žen, přesně 54 respondentek (49,5 %), byla při odchodu edukována lékařem porodníkem. 26 žen (23,9 %) bylo poučeno porodní asistentkou. 17 žen (15,6 %) poučeno nebylo, dalších 6 (5,5 %) nevědělo, jestli bylo edukováno a dalších 6 (5,5 %) bylo poučeno skrze informační leták.

Tabulka 12: Edukace žen při odchodu z porodnice

Edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékař	54	49,5 %
porodní asistentka	26	23,9 %
needukována	17	15,6 %
neví	6	5,5 %
informační leták	6	5,5 %
Celkem	109	100 %

Graf 10: Edukace žen při odchodu z porodnice



7.12 Otázka č. 12 – V tabulce vyznačte, od koho a v jaké míře jste získávala informace o poporodních komplikacích a možnostech prevence.

Tato otázka byla uzavřená, škálová. Respondentky u nabízených možností vybíraly, v jaké míře získaly informace od různých zdravotníků (obvodní gynekolog, porodník v porodnici, porodní asistentka v porodnici, komunitní porodní asistentka), ale i nezdravotníků (dula, lektor/ka předporodní přípravy, rodina, kamarádi) a informačních zdrojů (internet, knihy). U většiny z nabízených možností nejvíce žen zvolilo 0, tedy že z těchto zdrojů nezískávaly žádné informace. Naopak u internetu se tento jev nezopakoval. Pouze 10 žen nečerpalo z internetu žádné informace. Bodovou hodnotu 5, tedy nejvíce informací, přidělily ženy internetu. Celkem jich bylo 31. 27 žen pak nejvíce informací získalo od komunitních porodních asistentek. Pro úplnost uvádím detailnější popis všech dat s vypočteným váženým průměrem bodů 0-5.

Od obvodního gynekologa nezískalo 77 žen žádné informace, 13 žen málo informací, 3 ženy více informací a pouze 2 ženy nejvíce informací. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 0,4 a jedná se tedy o nejnižší výsledek.

Od porodníka v porodnici nezískalo žádné informace 32 žen, 21 žen málo informací, 35 více informací a 7 nejvíce informací. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 1,9.

Od porodní asistentky v porodnici nezískalo žádné informace 43 žen, 19 málo, 21 více a 12 nejvíce. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 1,7.

Od komunitní porodní asistentky nezískalo 44 žen žádné informace. 6 žen jen málo, 19 více a 27 nejvíce. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 2,2.

Od duly, která ale není zdravotnickým pracovníkem, nezískalo 74 žen žádné informace. 3 ženy málo informací. 9 žen více informací a 10 nejvíce. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 0,9.

Od lektora/ky předporodní přípravy nezískalo žádné informace 71 žen. 4 jen málo informací, 15 více a 6 nejvíce. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 0,9.

Od rodiny nezískalo žádné informace 68 žen. 18 jen málo, 6 více a 3 nejvíce. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 0,7.

Od kamarádů nezískalo žádné informace 52 žen. 22 málo, 17 více a 4 nejvíce. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 1,2.

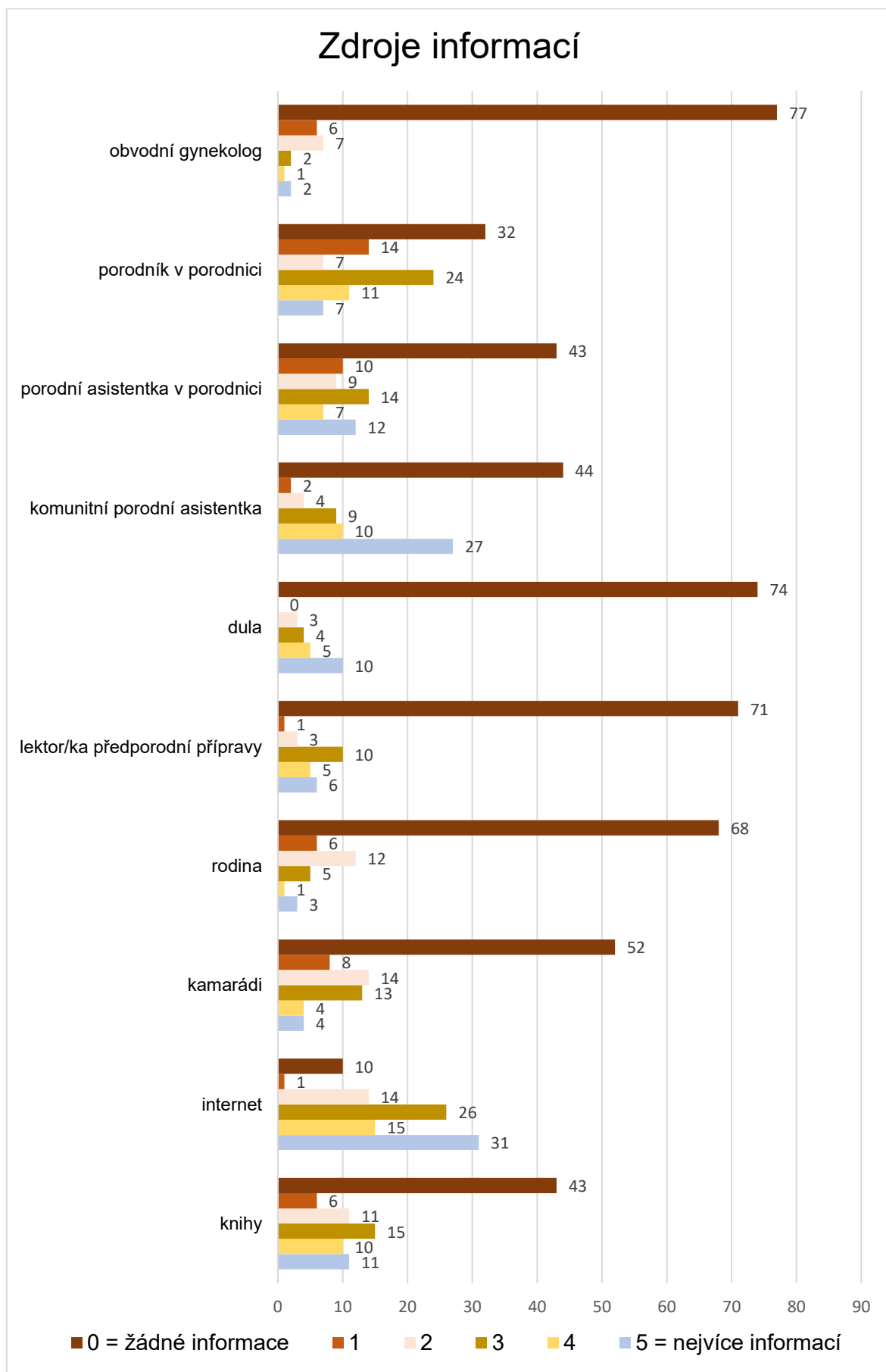
Z internetu nezískalo žádné informace jen 10 žen. Málo 15, více 41 a nejvíce 31 žen. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 3,4 a jedná se tedy o nejvyšší výsledek.

Z knih nezískalo žádné informace 43 žen, 17 málo, 25 více a 11 nejvíce. Vážený průměr míry informovanosti na škále od 0 do 5 je 1,8.

Tabulka 13: Zdroje informací

Odpověď	● 0 = žádné informace		● 1		● 2		● 3		● 4		● 5 = nejvíce informací	
	AČ	RČ %	AČ	RČ %	AČ	RČ %	AČ	RČ %	AČ	RČ %	AČ	RČ %
absolutní/relativní četnost												
obvodní gynekolog	77	81,1 %	6	6,3 %	7	7,4 %	2	2,1 %	1	1,1 %	2	2,1 %
porodník v porodnici	32	33,7 %	14	14,7 %	7	7,4 %	24	25,3 %	11	11,6 %	7	7,4 %
porodní asistentka v porodnici	43	45,3 %	10	10,5 %	9	9,5 %	14	14,7 %	7	7,4 %	12	12,6 %
komunitní porodní asistentka	44	46,3 %	2	2,1 %	4	4,2 %	9	9,5 %	10	10,5 %	27	28,4 %
dula	74	77,9 %	0	0	3	3,2 %	4	4,2 %	5	5,3 %	10	10,5 %
lektor/ka předporodní přípravy	71	74,7 %	1	1,1 %	3	3,2 %	10	10,5 %	5	5,3 %	6	6,3 %
rodina	68	71,6 %	6	6,3 %	12	12,6 %	5	5,3 %	1	1,1 %	3	3,2 %
kamarádi	52	54,7 %	8	8,4 %	14	14,7 %	13	13,7 %	4	4,2 %	4	4,2 %
internet	10	10,5 %	1	1,1 %	14	14,7 %	26	27,4 %	15	15,8 %	31	32,6 %
knihy	43	45,3 %	6	6,3 %	11	11,6 %	15	15,8 %	10	10,5 %	11	11,6 %

Graf 11: Zdroje informací



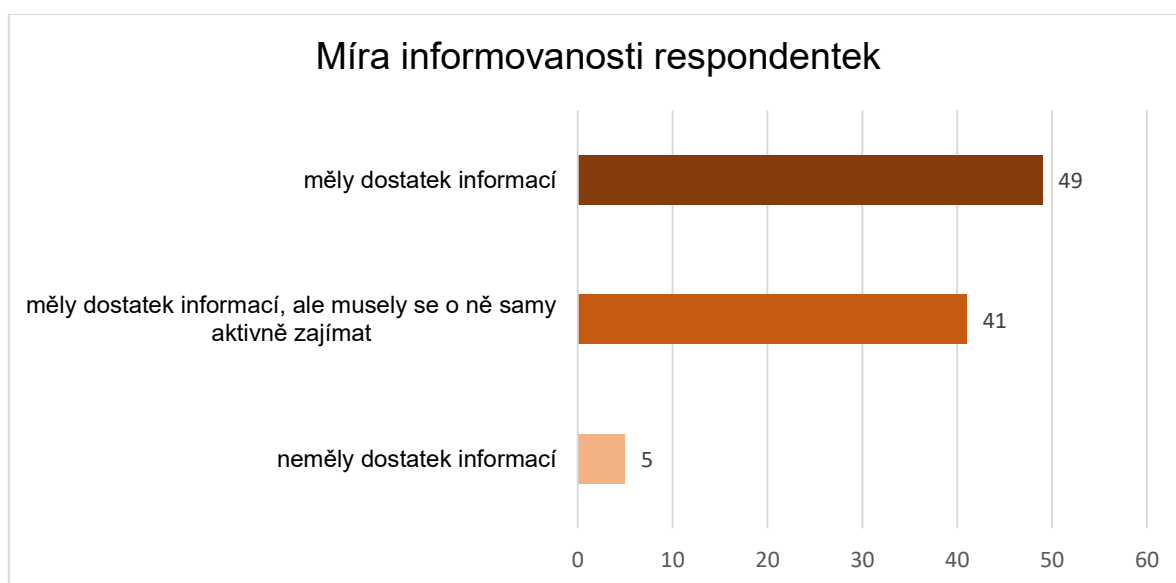
7.13 Otázka č. 13 – Myslíte si, že jste měla dostatek relevantních informací o možných poporodních komplikacích a jejich prevenci?

U této uzavřené otázky ženy určovaly, zda měly o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí dostatek informací. Z tabulky 14 a grafu 12 této uzavřené otázky je patrné, že většina žen byla dostatečně edukována o poporodních komplikacích a prevenci. Těchto žen bylo celkem 90 (94,7 %), ale 41 žen (43,2 %) z těchto 90 respondentek uvedlo, že ačkoliv měly informací dostatek, musely se o ně samy aktivně zajímat. 5 žen uvedlo (5,3 %), že dostatek informací nemělo.

Tabulka 14: Míra informovanosti respondentek

Informovanost	Absolutní četnost	Relativní četnost
měly dostatek informací	49	51,6 %
měly dostatek informací, ale musely se o ně samy aktivně zajímat	41	43,1 %
neměly dostatek informací	5	5,3 %
Celkem	95	100 %

Graf 12: Míra informovanosti respondentek



7.14 Otázka č. 14 – Jestli jste v předchozí odpovědi vybrala „ne, neměla“, co si myslíte, že by Vám pomohlo k lepší informovanosti?

Tato otázka byla nepovinná a otevřená. Odpovědělo na ni všech 5 respondentek z předchozí otázky, které uvedly, že neměly dostatek informací. Každá žena uvedla trochu jiné informace, uvádím je tedy všechny (odpovědi A – E).

Odpověď A: „Větší komunikace a ochota ze strany personálu porodnice, změna systému - možnost komunitní porodní asistentky po porodu v rámci pojištění.“

Odpověď B: „Říkat to automaticky a nečekat, až se rodička začne ptát. Spoustu žen to ani nenapadne při těhotenství, že je vlastně nějaká kritická doba po porodu.“

Odpověď C: „Poučení v porodnici.“

Odpověď D: „Informování od obvodního gynekologa.“

Odpověď E: „Automatické vzdělávání na gynekologii i v porodnici. Jakmile jsem chtěla jít ambulantně, vypadlo to, že se se mnou už cíleně nikdo nebaví.“

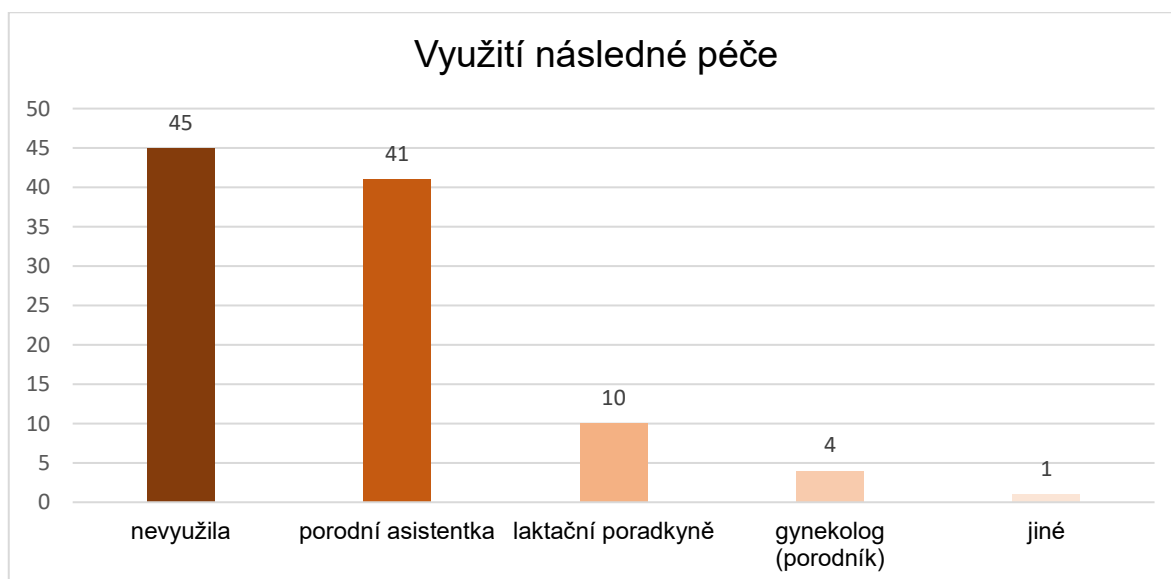
7.15 Otázka č. 15 – Využila jste po porodu v prvních 7 dnech možnosti následné zdravotní péče?

Tato otázka byla polouzavřená a respondentky měly možnost vybrat více možných odpovědí, zda a jaké následné služby využily, jak je patrné z tabulky 15. Celkový počet odpovědí je 101 (100 %). Z grafu 13 je patrné, že těsná většina žen využila možnosti následné péče. Celkem jich bylo 50 (52,6 %). Naopak 45 respondentek (47,4 % respondentek) následnou péči nevyužilo. Ze skupiny žen, které využily možnosti následné péče, 41 žen využilo služeb porodní asistentky, 10 žen využilo laktačního poradenství, 4 gynekologa (porodníka). 1 žena doplnila do otevřené otázky dudu, která sice není zdravotnickým pracovníkem, ale mohla mít například kurz laktačního poradenství nebo ženě poskytovat psychickou podporu, to ale bohužel nemohu určit.

Tabulka 15: Využití následné péče

Využití následné péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevyužila	45	44,5 %
porodní asistentka	41	40,6 %
laktační poradkyně	10	9,9 %
gynekolog (porodník)	4	4 %
jiné	1	1 %
Celkem	101	100 %

Graf 13: Využití následné péče



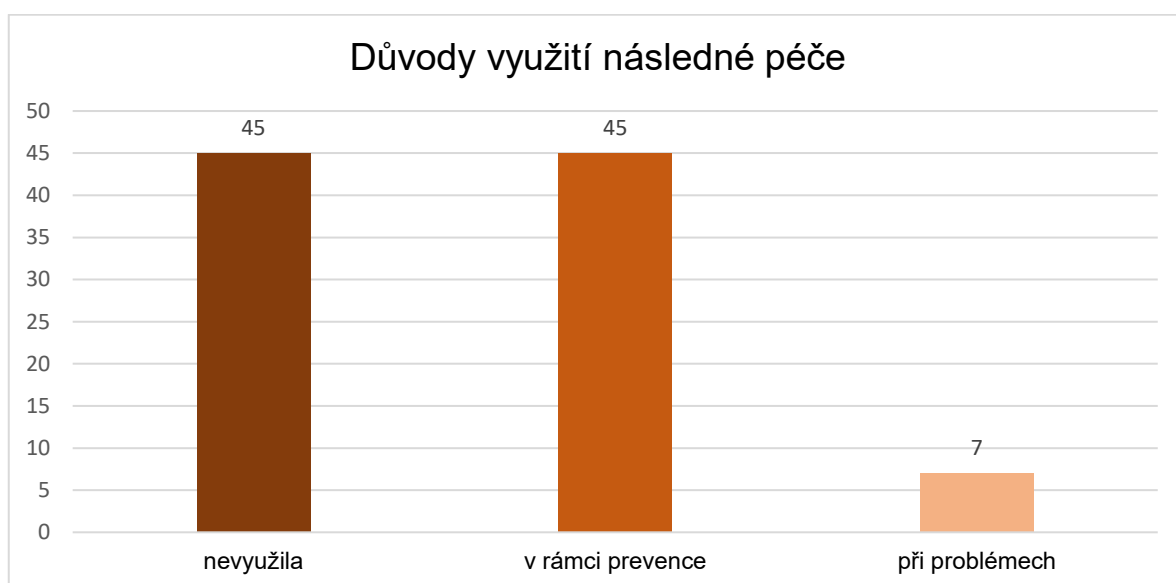
7.16 Otázka č. 16 – Z jakého důvodu jste využila v prvních 7 dnech následnou péči?

Tato otázka byla uzavřená a respondentky mohly vybrat více možných odpovědí a to zda následnou péči využily a z jakého důvodu či nikoliv. Součet všech odpovědí je 97, jak je patrné z tabulky 16 a viditelné na grafu 14. Stejně jako v předchozí otázce, i zde se opakuje, že 45 žen z 95 (46,4 %) nevyužilo následné péče. 45 respondentek využilo následné péče v rámci prevence. 46,4 % všech respondentek tedy využilo následné péče preventivně. 7 žen (7,2 %) následné péče využilo při problémech, z čehož vyplývá, že 5 žen (5,2 %) využilo následné péče až při komplikacích a 2 ženy (2 %) jak preventivně, tak při komplikacích.

Tabulka 16: Důvody využití následné péče

Důvody využití následné péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevyužila	45	46,4 %
v rámci prevence	45	46,4 %
při problémech	7	7,2 %
Celkem	97	100 %

Graf 14: Důvody využití následné péče



7.17 Otázka č. 17 – Z jakého důvodu jste nevyužila v prvních 7 dnech následnou péči?

Stejně jako v předchozí otázce, i tato otázka byla uzavřená a respondentky mohly vybrat více možných odpovědí a to zda následnou péči využily či nikoliv a z jakého důvodu. Součet všech odpovědí je 98, jak je patrné z tabulky 17 a grafu 15. Jak je zřejmé i z předchozích otázek a grafů, 50 respondentek využilo následné péče a 45 nikoliv. 38 žen (38,8 %) nevyužilo následné péče, protože nemělo problémy. 3 ženy (3,1 %) z finančních důvodů, 3 ženy (3,1 %) o následné péči nevěděly, 2 ženy (2 %) nevěděly. 1 žena (1 %) péči využila později v šestinedělí. V otevřené odpovědi uvedla jedna žena (1 %), že péči nevyužila, protože měla zkušenosti z předchozích porodů.

Tabulka 17: Důvody nevyužití následné péče

Důvody nevyužití následné péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
využila	50	51 %
neměla problémy	38	38,8 %
finanční důvody	3	3,1 %
o následné péči nevěděla	3	3,1 %
neví	2	2 %
péči využila později	1	1 %
jiné	1	1 %
Celkem	98	100 %

Graf 15: Důvody nevyužití následné péče



8 Analýza a vyhodnocení dat

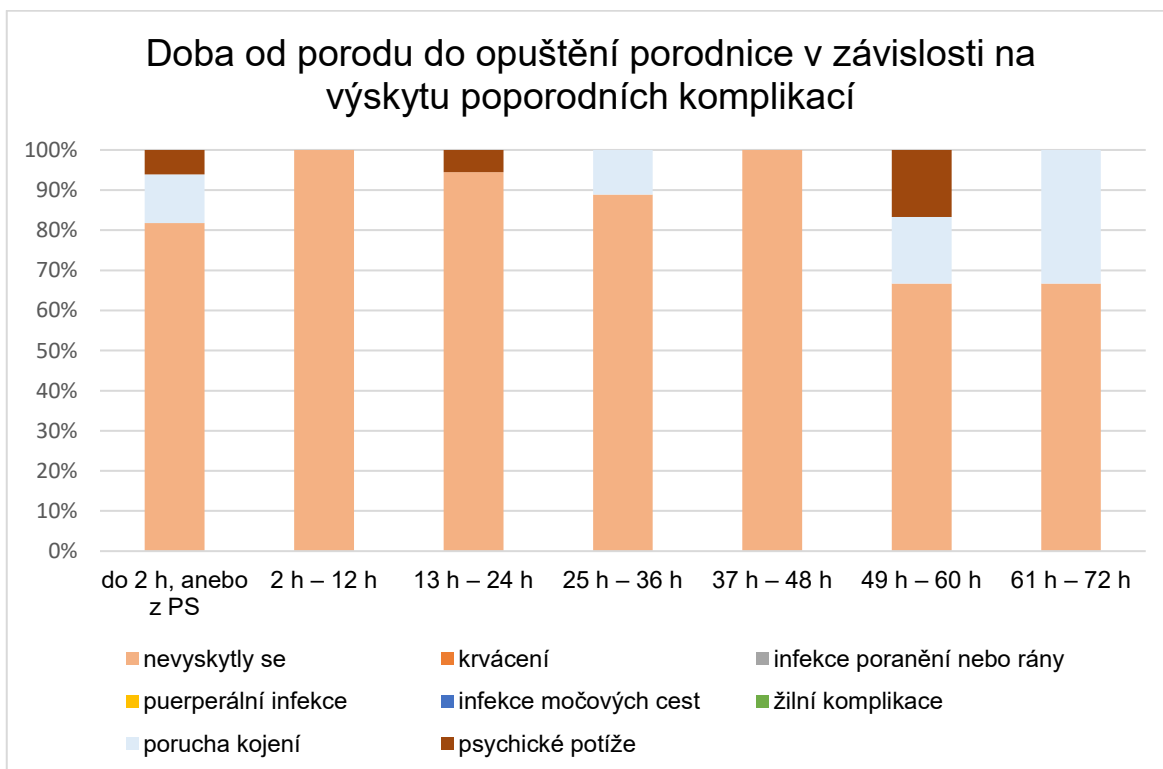
8.1 Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na výskytu poporodních komplikací

Z kontingenční tabulky 18 a grafu 16 vyplývá, že vztah odchodu respondentek z porodnice po porodu a rozvoje komplikací v časném šestinedělí není jednoznačný a nevykazuje jasný trend. Nejvíce komplikací se vyskytlo u žen, které odešly do 2 h po porodu, anebo z porodního sálu, ale těchto žen bylo zároveň nejvíce. Relativně nejvíce komplikací se vyskytlo u žen, které odešly po 49 h – 72 h, protože poporodní komplikace se vyskytly u 3 žen ze souboru 9 respondentek, ale vzhledem k velikosti této skupiny nejsou tato data statisticky signifikantní. Jako nejvhodnější doba pro odchod z porodnice se jeví období 2 h – 12 h a 37 h – 48 h, ale analýza těchto dat je omezena velikostí souboru a zatížena nepříliš rovnoměrným zastoupením respondentek v časových horizontech odchodu z porodnice.

Tabulka 18: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na výskytu poporodních komplikací

Odchod	nevyskytly se	krvácení	infekce poranění nebo rány	puerperální infekce	infekce močových cest	žilní komplikace	porucha kojení	psychické potíže	Celkový součet komplikací
do 2 h, anebo z PS	27	0	0	0	0	0	4	2	6
2 h – 12 h	21	0	0	0	0	0	0	0	0
13 h – 24 h	17	0	0	0	0	0	0	1	1
25 h – 36 h	8	0	0	0	0	0	1	0	1
37 h – 48 h	5	0	0	0	0	0	0	0	0
49 h – 60 h	4	0	0	0	0	0	1	1	2
61 h – 72 h	2	0	0	0	0	0	1	0	1
Celkový součet	84	0	0	0	0	0	7	4	

Graf 16: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na výskytu poporodních komplikací



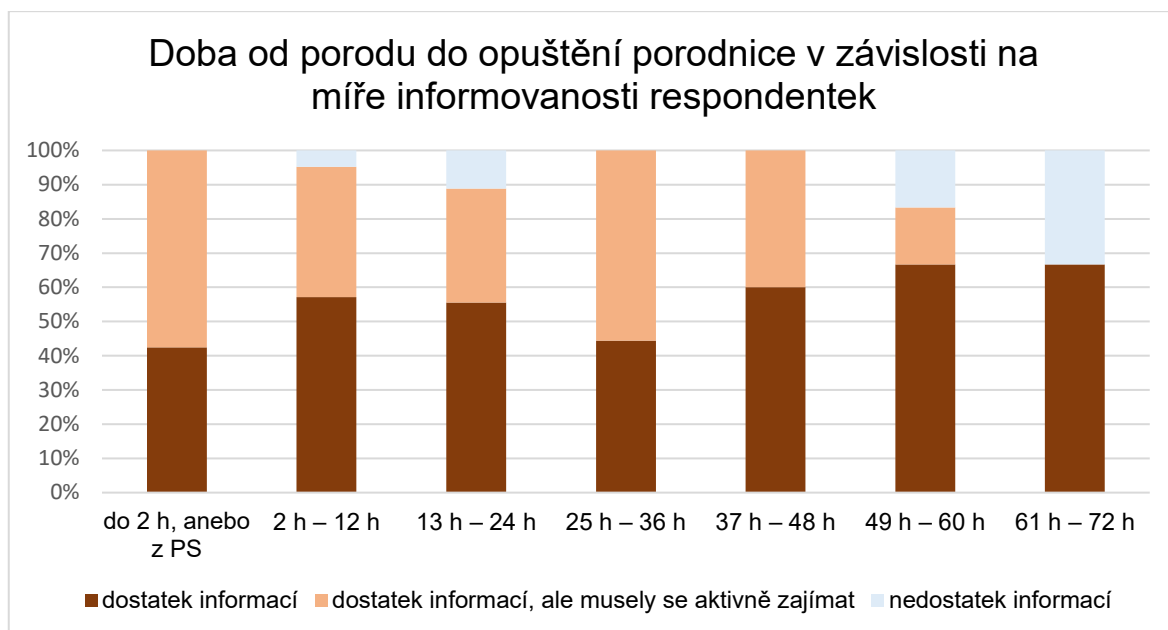
8.2 Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci

Z kontingenční tabulky 19 a grafů 17 a 18 vyplývá, že vztah doby od porodu do opuštění porodnice a míry informovanosti respondentek o poporodních komplikacích v časném šestinedělí a jejich prevenci není jednoznačný. Respondentky, které opustily porodní sál nebo odešly do 2 h po porodu, měly o komplikacích a prevenci dostatek informací, ale většina z nich se o ně musela aktivně zajímat. Nadpolovičně se o ně musely zajímat i ženy, které odešly 25 h – 36 h po porodu. Naopak většina žen, která odešla ambulantně mezi 37 – 48 h, měla informací dostatek a nemusela se o ně aktivně zajímat. Relativně měly nedostatek informací respondentky, které odešly 49 h – 72 h po porodu. Zároveň ale žádná respondentka, která odešla mezi 61 h – 72 h se aktivně o informace nezajímala. Tato skupina žen byla ale také nejmenší (pouze 3 respondentky) a proto není statisticky relevantní.

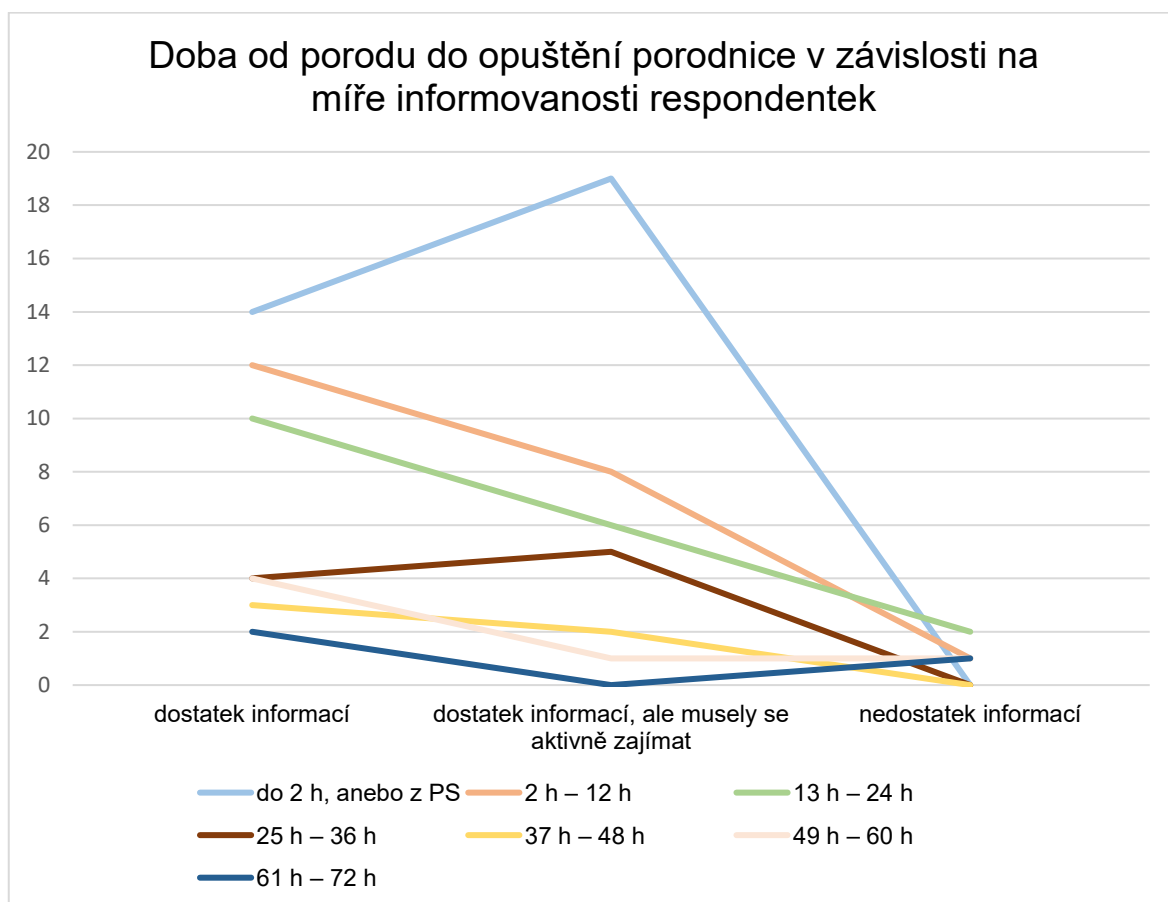
Tabulka 19: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci

Odchod	dostatek informací	dostatek informací, ale musely se aktivně zajímat	nedostatek informací	Celkový součet
do 2 h, anebo z PS	14	19	0	33
2 h – 12 h	12	8	1	21
13 h – 24 h	10	6	2	18
25 h – 36 h	4	5	0	9
37 h – 48 h	3	2	0	5
49 h – 60 h	4	1	1	6
61 h – 72 h	2	0	1	3
Celkový součet	49	41	5	95

Graf 17: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci



Graf 18: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci



8.3 Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na kraji

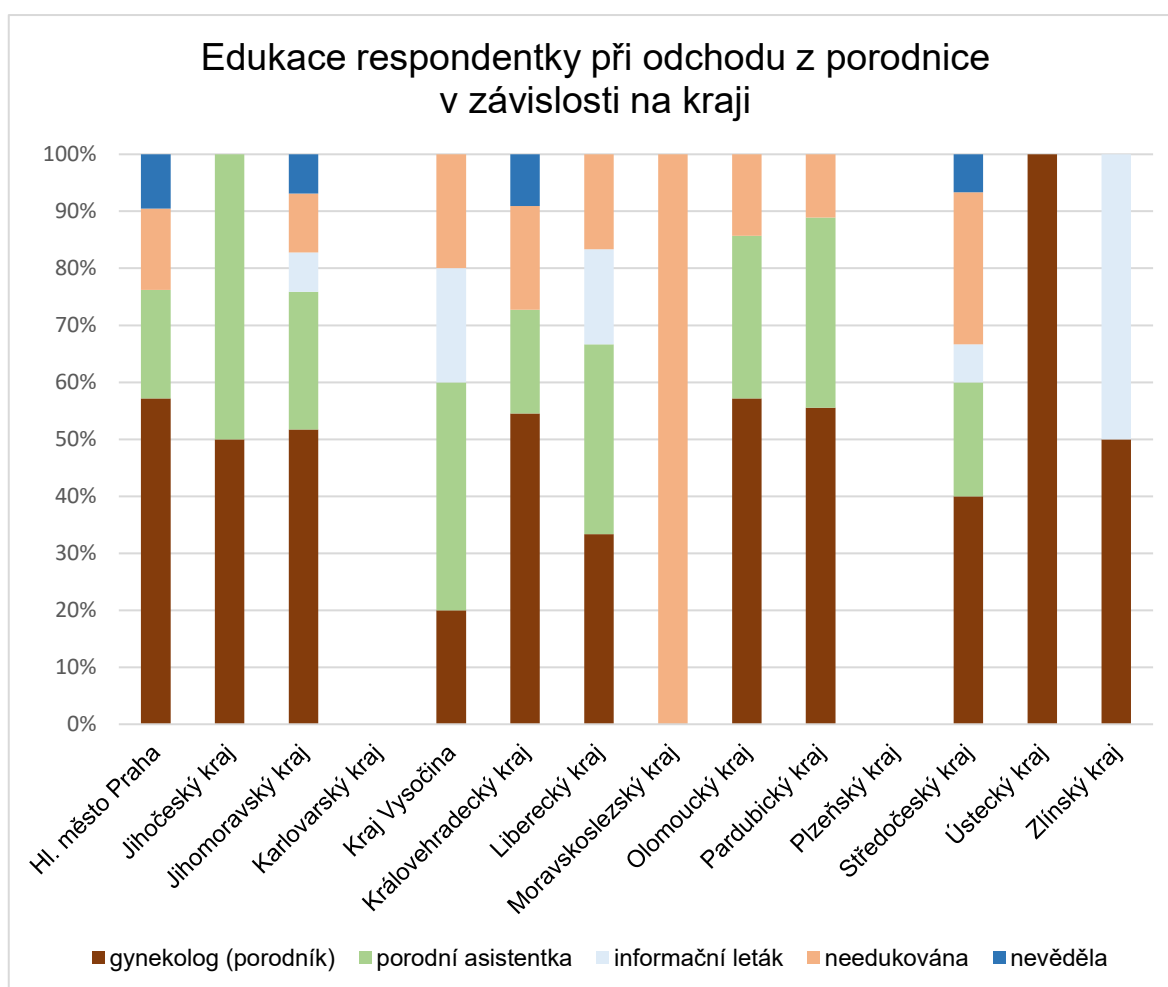
Z kontingenční tabulky 20 a grafu 18 vyplývá, že trend edukace respondentek při odchodu z porodnice není mezi kraji stejný a že analýza u některých krajů naráží na nedostatek či absenci respondentek. Alespoň 9 respondentek porodilo v Praze, Jihomoravském kraji, Králověhradeckém kraji a Středočeském kraji. V těchto čtyřech krajích s výjimkou Středočeského bylo minimálně 50 % respondentek poučeno při odchodu lékařem. Ve Středočeském kraji bylo poučeno pouze 40 % respondentek. Dále přibližně 20 % respondentek bylo poučeno porodní asistentkou. V Praze více než 20 % respondentek nebylo poučeno nebo nevědělo. Respondentky z Jihomoravského kraje nebyly poučeny nebo nevěděly v méně, než 20 % případů. Respondentky z Králověhradeckého kraje nebyly poučeny nebo nevěděly ve více, jak 25 % případů. Respondentky ze Středočeského kraje nebyly poučeny nebo nevěděly ve více, jak 30 % případů a ze všech respondentek na tom tedy byly, co se týče edukace v porodnici, nejhůře. Z krajů s menším počtem respondentek si nejlépe vedl kraj Jihočeský a Ústecký, kde byly ženy edukovány porodníkem nebo porodní asistentkou vždy. Nejhůře si vedl kraj Moravskoslezský, ze kterého byla pouze jedna respondentka, ale ta poučena nebyla a odcházela tedy z porodnice needukována. Tyto kraje ale měly malé zastoupení respondentek a výsledky nejsou proto statisticky relevantní.

Tabulka 20: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na kraji

parita	gynekolog (porodník)	porodní asistentka	informační leták	needukována	nevěděla	Celkový součet
Hl. město Praha	12	4	0	3	2	21
Jihočeský kraj	1	1	0	0	0	2
Jihomoravský kraj	15	7	2	3	2	29
Karlovarský kraj	0	0	0	0	0	0
Kraj Vysočina	1	2	1	1	0	5
Králověhradecký kraj	6	2	0	2	1	11
Liberecký kraj	2	2	1	1	0	6
Moravskoslezský kraj	0	0	0	1	0	1
Olomoucký kraj	4	2	0	1	0	7
Pardubický kraj	5	3	0	1	0	9

Plzeňský kraj	0	0	0	0	0	0
Středočeský kraj	6	3	1	4	1	15
Ústecký kraj	1	0	0	0	0	1
Zlínský kraj	1	0	1	0	0	2
Celkový součet	54	26	6	17	6	109

Graf 19: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na kraji



8.4 Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na paritě

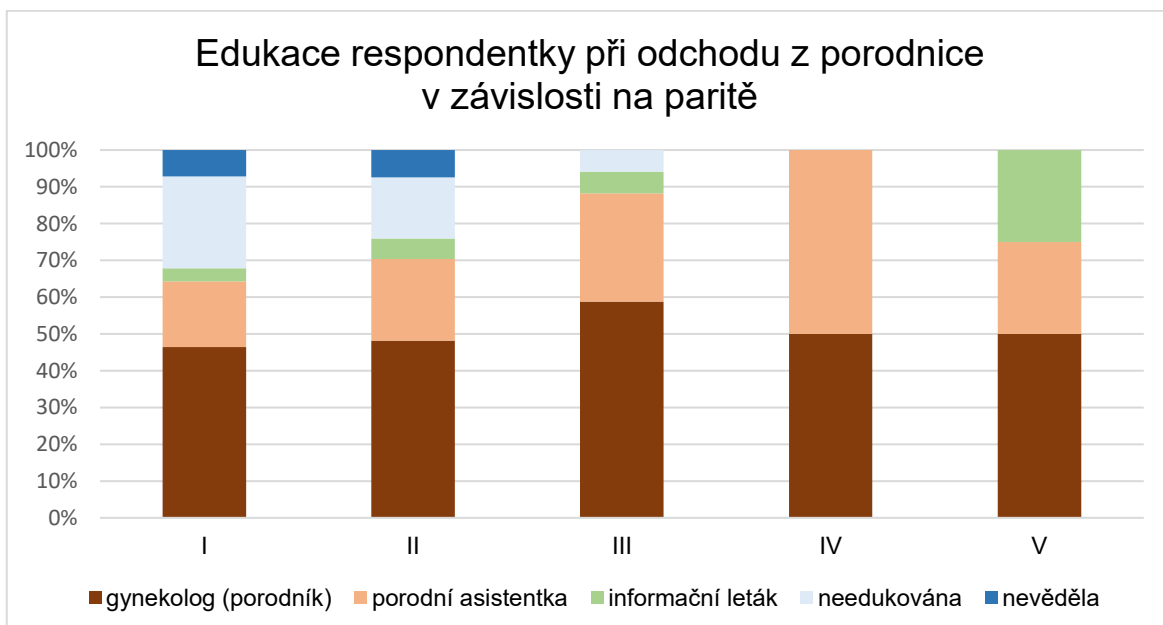
Z kontingenční tabulky 21 a grafů 20 a 21 vyplývá, že se zvyšující se paritou stoupá pravděpodobnost edukace respondentky lékařem, porodní asistentkou či alespoň skrze informační leták. Nejméně pravděpodobně byly edukovány primipary, u kterých nebylo ani 50 % edukováno lékařem, pouze 18 % porodní asistentkou, needukováno bylo více jak 20 % respondentek. O něco

málo lépe na tom byly sekundipary. Tercipara nebyla poučena pouze jedna a zároveň u nich edukace lékařem přesáhla 50 %. Respondentky multipary byly poučeny všechny. Vzorek multipar je ale malý a statisticky není relevantní.

Tabulka 21: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na paritě

parita	gynekolog (porodník)	porodní asistentka	informační leták	needukována	nevěděla	Celkový součet
I	13	5	1	7	2	28
II	26	12	3	9	4	54
III	10	5	1	1	0	17
IV	3	3	0	0	0	6
V	2	1	1	0	0	4
Celkový součet	54	26	6	17	6	109

Graf 20: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na paritě



8.5 Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice

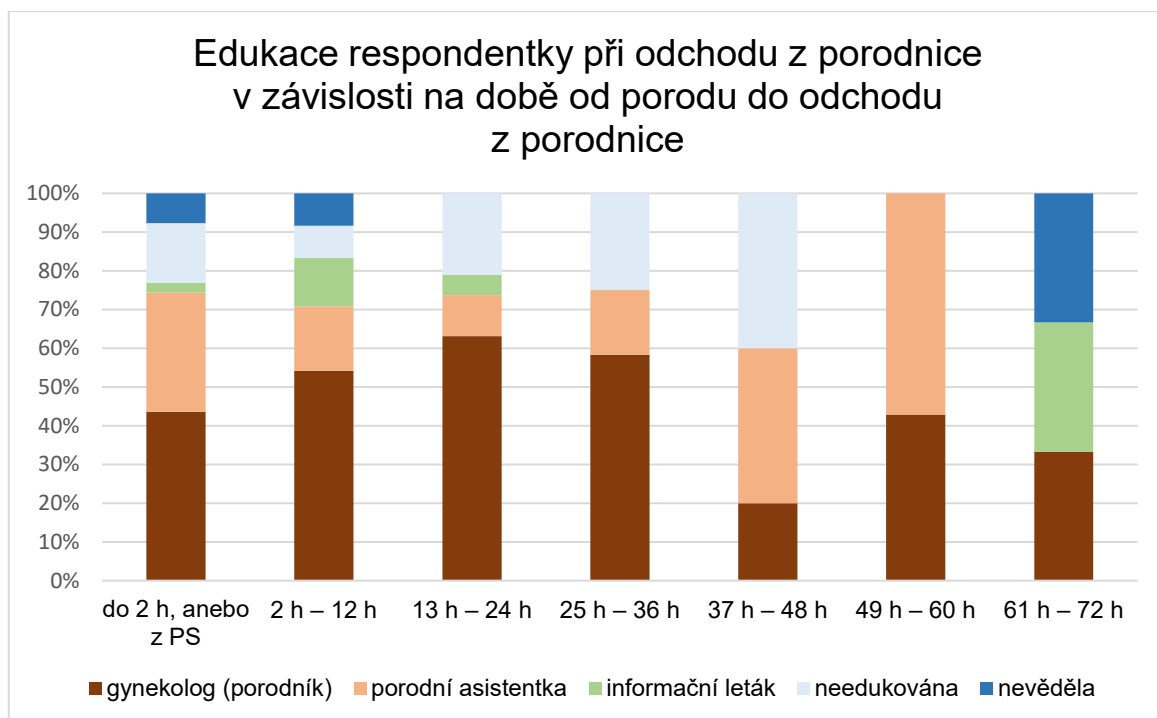
Z kontingenční tabulky 22 a grafů 22 a 23 je patrný trend, kdy při odchodu do 36 h edukoval lékař respondentky v 54 % případů, 22 % žen edukovala porodní asistentka, 2 % žen byly edukovány

skrze informační leták a 22 % žen nebylo edukováno nebo nevědělo. U žen, které odešly později, není patrný žádný trend, což může být způsobeno malým počtem respondentek. Ženy, které odešly mezi 37 h – 48 h nebyly poučeny ve 40 % případů. Ženy, které odešly mezi 49 h – 60 h byly ale edukovány všechny a ženy které odešly později, tak ze tří byly poučeny dvě, třetí nevěděla.

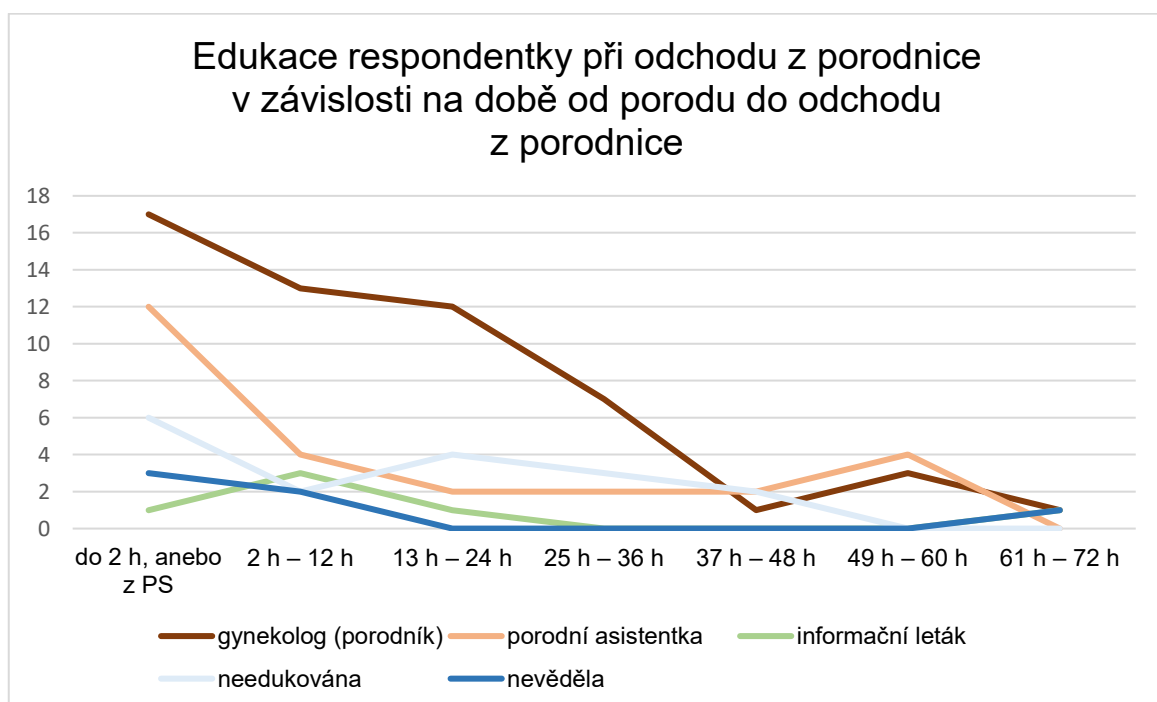
Tabulka 22: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice

parita	gynekolog (porodník)	porodní asistentka	informační leták	needukována	nevěděla	Celkový součet
do 2 h, anebo z PS	17	12	1	6	3	39
2 h – 12 h	13	4	3	2	2	24
13 h – 24 h	12	2	1	4	0	19
25 h – 36 h	7	2	0	3	0	12
37 h – 48 h	1	2	0	2	0	5
49 h – 60 h	3	4	0	0	0	7
61 h – 72 h	1	0	1	0	1	3
Celkový součet	54	26	6	17	6	109

Graf 21: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice



Graf 22: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice



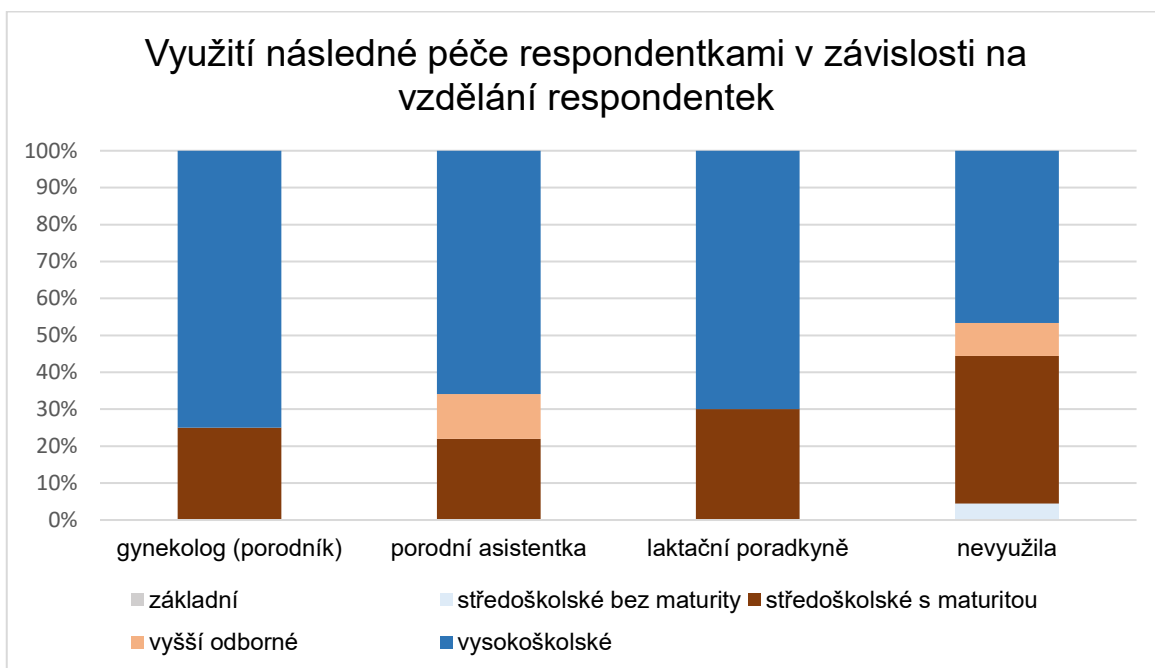
8.6 Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek

Z kontingenční tabulky 23 a grafů 24 a 25 vyplývá, že respondenty se středoškolským vzděláním bez maturity nevyužily následné péče. Zároveň následnou péči nevyužilo procentuálně nejméně vysokoškolsky vzdělaných respondentek. Z grafů je patrné, že vysokoškolsky vzdělané ženy mají vyšší zájem o následnou péči. Bez ohledu na poskytovatele následné péče mají o služby vyšší zájem vysokoškolsky vzdělané ženy. Nejvyšší zájem mají respondenty bez ohledu na vzdělání zájem o služby porodní asistentky.

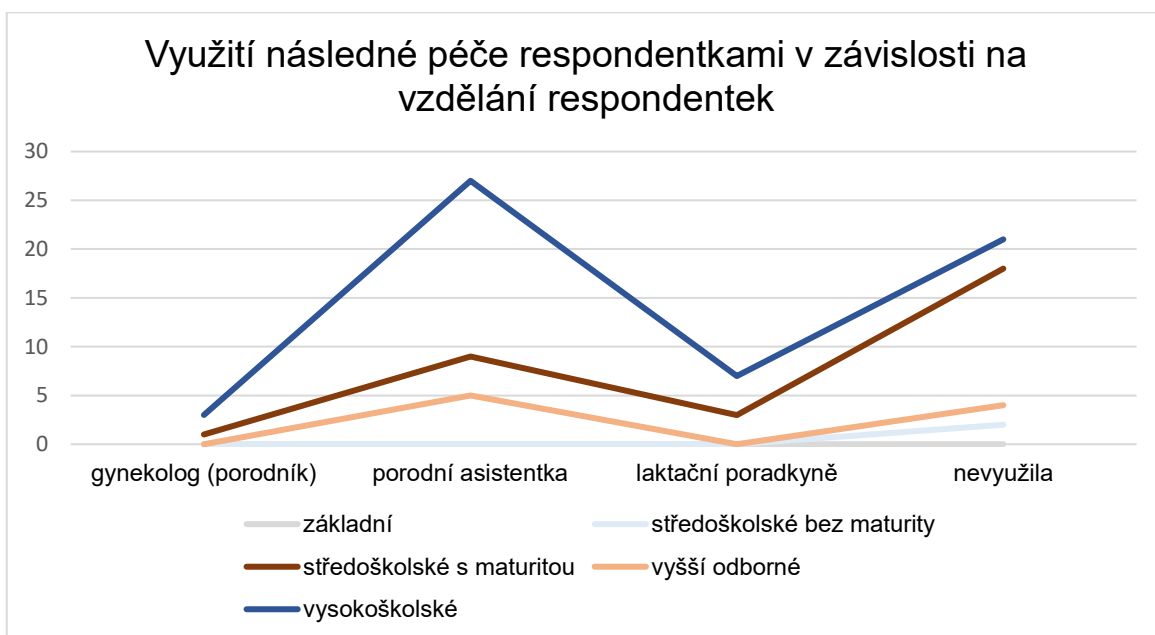
Tabulka 23: Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek

vzdělání	gynekolog (porodník)	porodní asistentka	laktační poradkyně	nevyužila	Celkový součet
základní	0	0	0	0	0
středoškolské bez maturity	0	0	0	2	2
středoškolské s maturitou	1	9	3	18	31
vyšší odborné	0	5	0	4	9
vysokoškolské	3	27	7	21	58
Celkový součet	4	41	10	45	100

Graf 23: Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek



Graf 24: Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek



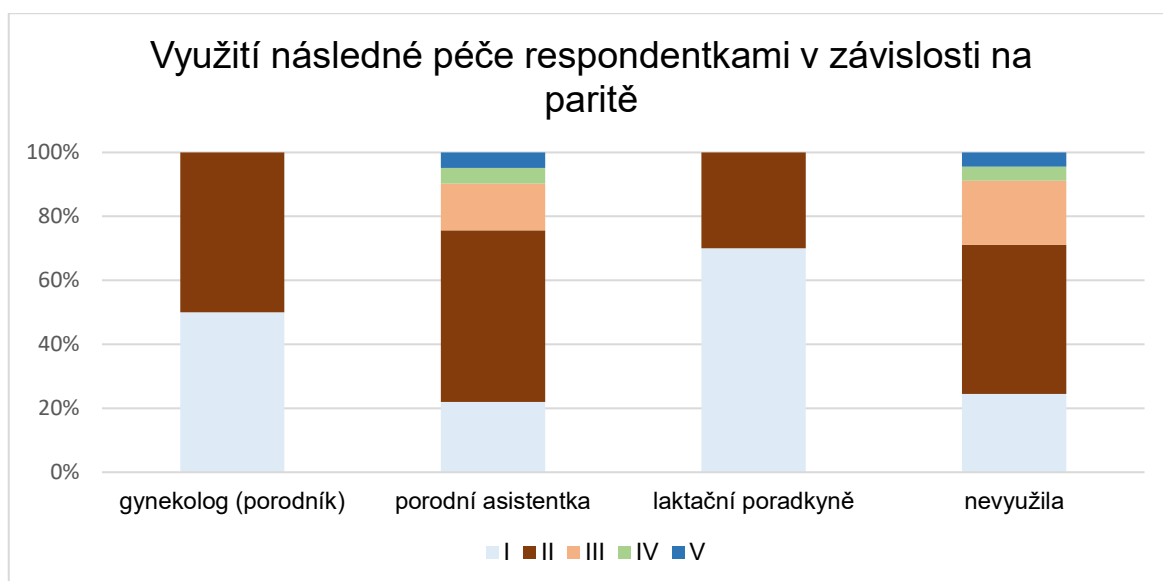
8.7 Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě

Z kontingenční tabulky 24 a grafů 26 a 27 je patrné, že gynekologa a laktační poradkyni si pro následnou péči volí pouze primipary a sekundipary. U gynekologa je poměr primipar a sekundipar stejný, u laktačního poradenství převažují jako klientky primipary, kterých je 70 %. U zbývajících kategorií - porodní asistentky a nevyužití služeb, je trend téměř totožný. Kolem 20 % respondentek byly primipary, 50 % sekundipary, 10 % tercipary a 10 % multipary. Nejčastěji si ale respondentky, které se rozhodly pro nějakou formu následné péči, vybíraly porodní asistentku.

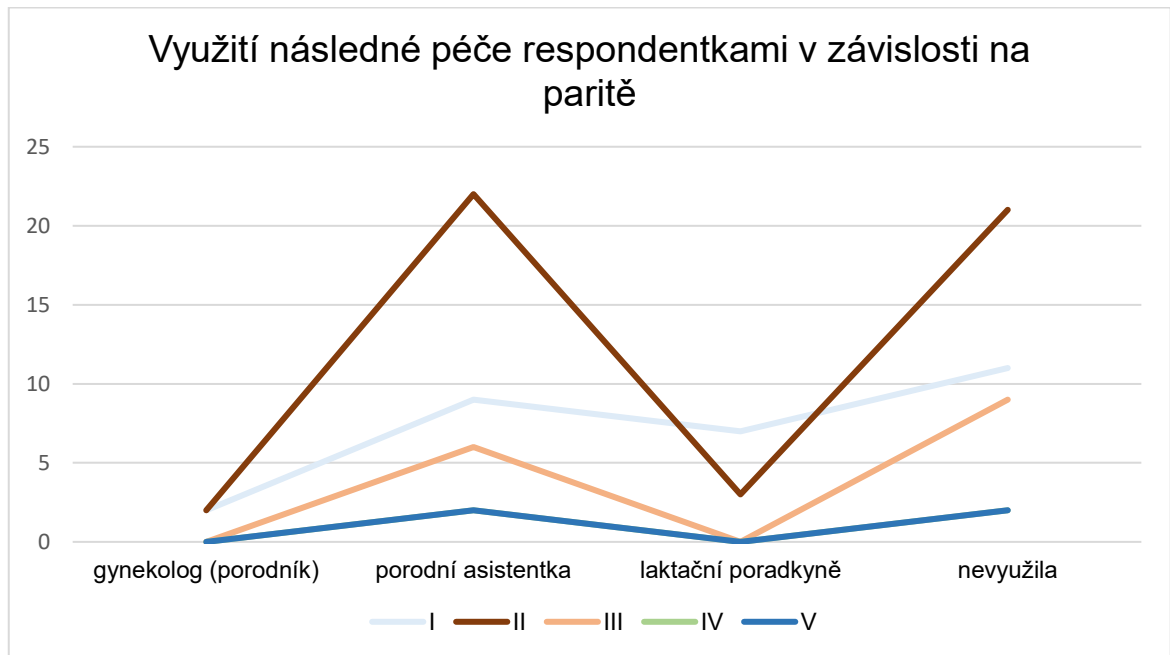
Tabulka 24: Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě

parita	gynekolog (porodník)	porodní asistentka	laktační poradkyně	nevyužila	Celkový součet
I	2	9	7	11	29
II	2	22	3	21	48
III	0	6	0	9	15
IV	0	2	0	2	4
V	0	2	0	2	4
Celkový součet	4	41	10	45	100

Graf 25: Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě



Graf 26: Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě



9 Vyhodnocení cílů, hypotéz a diskuse

9.1 Vyhodnocení cílů a diskuse

Cíl 1: Zjistit frekvenci a závažnost poporodních komplikací u žen po ambulantním porodu v časném šestinedělí.

Z celkového počtu 95 respondentek se poporodní komplikace vyskytly pouze u 11 (11,6 %) z nich. U 7 respondentek (7,4 %) došlo k poruše kojení. 2 z těchto 7 respondentek svou odpověď upřesnilo. První uvedla poranění bradavek a druhá febrilní mastitidu. U 4 žen (4,2 %) se vyskytly psychické problémy, jedna z těchto žen upřesnila, že se u ní rozvinulo poporodní blues. Podle Jonesové a kol. (2021) nevede dřívější odchod k vyššímu riziku vzniku deprese, což je v souladu s výsledky této práce.

Žádná z těchto žen nemusela být na základě poporodních komplikací v časném šestinedělí rehospitalizována. Tyto výsledky podporují i závěry meta-analýzy Jonesové a kol. (2021), kteří na základě analýzy 11 studií uvedli, že dřívější odchod ženy z porodnice nevede k častějším rehospitalizacím v souvislosti s výskytem poporodních komplikací.

Celková frekvence poporodních komplikací u respondentek je výrazně nižší, než frekvence, které jsou udávány v literatuře. Dle literatury se incidence poporodního krvácení udává 3,9 % do 24 h (6,4 % po císařském řezu), puerperální infekce 1 – 3 % (5 – 15 % po císařském řezu), infekce poranění 0,35 – 10 %, infekce laparotomie 3 – 15 %, infekce močových cest 2 %, tromboflebitidy 1 % (Procházka, 2020). Incidence těchto komplikací byla ale v souboru respondentek 0 %. Incidence psychických či psychiatrických komplikací byla v souboru respondentek 4,2 %, což je méně, než uvádí literatura. V populaci se poporodní blues vyskytne u 50 – 70 % žen, poporodní deprese u 10 – 15 % žen a vzácná poporodní psychóza u 0,14 – 0,26 % žen (Procházka, 2020). Studie Feenstra a kol. (2018) popisuje problémy s kojením v časném šestinedělí u 38 % dánských žen, které opustily porodnici do 24 h. Fenstra a kol. vysvětlují vysoká čísla kratší dobou hospitalizace a omezenou dobou nutnou k edukaci ženy. Jedná se o obdobné podmínky, které mají ženy v České republice po ambulantním porodu, přesto ale výsledky tohoto šetření ukazují na výrazně nižší výskyt komplikací spojených se začátkem laktace.

Je otázkou, z jakého důvodu je incidence poporodních komplikací u respondentek tak nízká. Mohlo by se jednat o limity velikosti souboru, zatajení komplikací ženami, ale i fakt, že se u nich komplikace skutečně nevyskytly, protože se jednalo povětšinou o rodičky s nízkým rizikem, které si o komplikacích vyhledaly informace, anebo je získaly v porodnici a v polovině případů měly zajištěnou následnou péči a snažily se tak komplikacím předcházet.

Cíl 2: Zjistit četnost edukací žen o poporodních komplikacích v časném šestinedělí zdravotnickým personálem při odchodu z porodnice.

Při odchodu z porodnice bylo o poporodních komplikacích v časném šestinedělí a jejich prevenci poučeno celkem 72 respondentek (100 %), lékařem bylo poučeno 54 respondentek (62 %), porodní asistentkou 26 žen (30 %), skrze informační leták bylo edukováno 6 žen (7 %). Zbývajících 23 respondentek (100 %) nebylo edukováno (17 žen, 74 %) nebo nevědělo, jestli bylo edukováno (6 žen, 26 %).

Domnívám se, že skutečnost, že 17 žen (17,9 %) nebylo poučeno při odchodu z porodnice o poporodních komplikacích a jejich prevenci je alarmující, protože toto poučení by mělo být součástí negativního reverzu a pro správný průběh šestinedělí je naprosto klíčové, aby měly ženy dostatek informací. Zároveň nízký počet edukací skrze edukační leták by mohl být impulzem pro

předávání těchto letáků ženám, protože jde o prostředek levné, rychlé edukace nevyžadující dlouhý čas zdravotníka a zároveň skutečnost, že si ho může žena odnést a v klidu přečíst později zvyšuje pravděpodobnost, že si informace zapamatuje. Edukace žen po porodu je totiž náročná, žena prožívá mnoho změn a je možné, že si ústně předávané informace nezapamatuje, jak potvrdilo i 6 žen (6,3 %), které uvedly, že neví, jestli byly edukovány.

Cíl 3: Zjistit, odkud a v jaké míře ženy čerpají informace o poporodních komplikacích v časném šestinedělí a zda mají informaci dostatek a co by jim případně pomohlo k lepší informovanosti.

Respondentky čerpaly informace od obvodního gynekologa, porodníka v porodnici, porodní asistentky v porodnici, komunitní porodní asistentky, dudy, lektora/ky předporodní přípravy, rodiny, kamarádů, z internetu a knih. Informace získávaly od rozdílných zdrojů v rozdílné míře. Nejvíce informací ženy získávaly z internetu (skóre 3,4 bodů (dále b) z maximálně 5 bodů vypočtené váženým průměrem), dále od komunitní porodní asistentky (2,2 b), porodníka v porodnici (1,9 b), z knih (1,8 b), od porodní asistentky v porodnici (1,7 b), od kamarádů (1,2 b), dudy (0,9 b), lektora/ky předporodní přípravy (0,9 b), rodiny (0,7 b) a nakonec od obvodního gynekologa (0,4 b).

49 respondentek (51,6 %) mělo dostatek informací, dalších 41 (43,2 %) mělo sice dostatek informací, ale musely se o ně aktivně zajímat. Zbývajících 5 žen (5,3 %) nemělo dostatek informací a bývalo by jim k lepší informovanosti pomohlo, kdyby je personál edukoval automaticky v porodnici i u obvodního gynekologa. Skutečnost, že mají některé ženy o poporodních komplikacích a jejich prevenci nedostatek informací uvádí ve výsledcích i Al Hadi a kol. (2022).

Je patrné, že ženy nejvíce informací získávaly z internetu a tuto domněnku podporuje i skutečnost, že 41 žen (43,2 %) se o informace o komplikacích a prevenci musely samy aktivně zajímat. Internet jakožto zdroj informací je ale velmi komplikovaný. Lze na něm nalézt mnoho věrohodných článků a zdrojů, ale i mnoho zavádějích nebo přímo poškozujících. Kapitoulou samo pro sebe jsou laické diskuze, kterými mohou ženy suplovat konzultaci s odborníkem. Ačkoliv jde o rychlý a levný způsob jak se k informacím dostat, bylo by vhodné, kdyby ženy jako zdroj informací využívaly adekvátnější zdroje. Behamed a kol. (2017) ve svých závěrech hovoří o statisticky významné pravděpodobnosti, že ženy, které porodí ambulantně, potřebují více edukovat, než ženy, které ambulantně nerodily.

Mnoho žen získávalo informace od komunitní porodní asistentky, porodníka, knih a od porodní asistentky v porodnici, což je pozitivní jev.

Cíl 4: Zjistit, zda ženy v souvislosti s poporodními komplikacemi v časném šestinedělí využívají možnosti následné péče.

50 respondentek (52,6 %) využilo po porodu následné péče. Z toho 41 služeb porodní asistentky, 10 laktčního poradenství, 4 gynekologa (porodníka) a 1 nezdravotnického pracovníka (dulu). 43 žen (45,3 %) využilo následné péče v rámci prevence, 5 (5,2 %) při problémech a 2 ženy (2,1 %) v rámci prevence i při komplikacích. Výsledky studie Al Hadi a kol. (2022) hovoří také o vyšší pravděpodobnosti využití následné péče, pakliže žena ví, že může dojít ke komplikacím v šestinedělí a služby tedy využije preventivně.

Cíl 5: Zjistit, proč ženy v souvislosti s poporodními komplikacemi v časném šestinedělí nevyužívají možnosti následné péče.

Následné péče nevyužilo celkem 45 respondentek (47,4 %) a to z mnoha důvodů. 38 žen uvedlo jako důvod absenci komplikací, 3 ženy finanční důvody. Další 3 ženy o následné péči nevěděly. Zbývající ženy buď nevěděly, péči využily později, anebo měly zkušenosti z předchozích porodů.

Následná péče je ve většině případů službou placenou, je proto podle mého názoru pozitivní, že jen 3 ženy nevyužily následné péče z finančních důvodů. Povědomí o následné péči ještě není natolik rozšířeno mezi laickou veřejností, ale i tak o následné péči nevěděly pouze 3 ženy. Většina žen následné péče nevyužila, protože neměla problémy, což se domnívám, že je škoda a do povědomí žen by se mělo dostat, že jedním z cílů následné péče je právě prevence a včasné odhalení prvotních známek komplikací (Dušová, Hermannová, Janíková, & Saloňová, 2019). Al Hadi a kol. (2022) nevyužití služeb připisují tomu, že ženy o následné péči nevěděly, neměly komplikace a že o možných komplikacích nebyly poučeny a tedy péče nevyužily preventivně. Pro některé ženy byla překážkou finanční stránka a nižší vzdělání. Tyto výsledky lze považovat za výsledky podobné výsledkům této práce.

9.2 Vyhodnocení hypotéz a diskuse

Hypotéza 1: S pozdějším odchodem po porodu z porodnice klesá míra komplikací žen v časném šestinedělí.

Hypotéza se nepotvrdila. Ačkoliv míra komplikací u žen, které odešly domů do 2 h, anebo z porodního sálu, je jedna z nejvyšších a až do 48 h je trend klesající, tak i s ohledem na malou velikost souboru od 49. hodiny, dochází v tomto období k nárůstu následných poporodních komplikací.

Hypotéza 2: S pozdějším odchodem po porodu z porodnice stoupá míra informovanosti žen o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí.

Hypotéza se nepotvrdila, neboť trend se jeví jako konstantní.

Hypotéza 3: Edukace žen o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí se liší v závislosti na tom, ve kterém kraji ženy ambulantně porodily.

Hypotéza se částečně potvrdila. Ze 4 krajů, které mají alespoň 9 respondentek, se Středočeský kraj liší od krajů zbývajících nižší edukací žen gynekology (porodníky) a nižší informovaností žen.

Hypotéza 4: S rostoucí paritou jsou ženy méně edukovány o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí

Hypotéza se nepotvrdila. Data naopak poukazují na opačný jev.

Hypotéza 5: S rostoucí dobou od porodu do odchodu z porodnice jsou ženy více edukovány o poporodních komplikacích a jejich prevenci v časném šestinedělí.

Hypotéza se nepotvrdila. Data naopak poukazují na potenciální opak.

Hypotéza 6: Vzdělanější ženy častěji využívají následné poporodní péče

Hypotéza se potvrdila. Tuto hypotézu potvrzují i výsledky Al Hadi a kol. (2022), kteří dávají tuto skutečnost do souvislosti s vyššími příjmy vzdělanějších žen vzhledem k tomu, že jde často o služby placené. Hypotézu potvrzuje i šetření Lorenzové a kol. (2014).

Hypotéza 7: Se stoupající paritou klesá zájem o využití následné péče

Hypotéza se potvrdila. U multipar tomu data sice nenaznačují, ale statisticky se může vzhledem k velikosti souboru jednat o statistickou chybu.

Závěr

Tato teoreticko-praktická (výzkumná) bakalářská práce se věnovala problematice frekvence poporodních komplikací v časném šestinedělí po ambulantním porodu a jejich prevenci.

První, teoretická část práce popisuje pojmy jako ambulantní porod, šestinedělí s rozdělením na šestinedělí časná a pozdní a vysvětluje regresivní a progresivní změny spojené s tímto šestitýdenním obdobím po porodu. Dále se teoretická část práce věnuje popisu poporodních komplikací v časném šestinedělí se zaměřením na krvácení, puerperální infekce, komplikace porodního poranění a operační rány, infekce močových cest, žilní komplikace, poruchy laktace, zánět prsní žlázy a psychické a psychiatrické komplikace. Nakonec se práce zabývá edukací žen o změnách v šestinedělí, režimu a poporodních komplikacích.

Druhá, praktická část práce se věnuje analýze dotazníkového šetření. Celkem bylo stanoveno 5 cílů, kterých se podařilo dosáhnout. Dále bylo stanoveno 7 hypotéz. 4 hypotézy se nepotvrdily, 1 se potvrdila částečně a 2 se potvrdily.

Z analyzovaných odpovědí vyplývá, že frekvence komplikací u žen po ambulantním porodu byla v časném šestinedělí nižší, než udává literatura. Z komplikací se u žen vyskytly pouze poruchy kojení a psychické problémy. Nejvíce informací získávaly ženy z internetu, ale i od komunitní porodní asistentky, porodníka, z knih, od porodní asistentky v porodnici a většina žen měla informací dostatek, ale mnoho z nich se o ně musela sama aktivně zajímat. S tím souvisí, že ačkoliv většina žen byla po porodu edukována o poporodních komplikacích a prevenci, tak nezanedbatelný počet žen poučen nebyl. Čas odchodu ženy z porodnice neměl vliv na rozvoj komplikací ani na skutečnost, zda měly informací dostatek. Zdá se ale, že čas odchodu hraje roli na to, jestli bude žena edukována zdravotníky. Čím dříve žena z porodnice odešla, tím pravděpodobněji byla edukována. Edukace zdravotníky se zároveň liší mezi kraji. Polovina žen využila především preventivně následné péče a to obzvláště služeb porodní asistentky. Relativně častěji využívaly služeb vysokoškolsky vzdělané ženy. Služeb ženy nevyužily především z důvodu absence problémů, jen minimum žen z finančních důvodů, nebo protože by o péči nevěděly. Zároveň se stoupající paritou klesal o služby zájem.

Jsem toho názoru, že výsledky této práce jsou přínosné pro zdravotnický personál porodnic, kde je prostor pro zlepšení edukace žen doplněnou například o edukační leták. Práce je dále přínosná pro ženy, které se rozhodují pro ambulantní porod, ale i pro laickou veřejnost, protože povědomí o ambulantním porodu, poporodních komplikacích a také o možnostech následné péče by mohlo být vyšší.

Použitá literatura

- Al Hadi, A., Paliwoda, M., Dawson, J., Walker, K., & New, K. (2022). Women's Utilisation, Experiences and Satisfaction with Postnatal Follow-up Care: Systematic literature review. *Sultan Qaboos University medical journal*. doi:10.18295/squmj.10.2022.059
- Benahmed, N., San Miguel, L., Devos, C., Fairon, N., & Christiaens, W. (2017). *Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review*. BMC Pregnancy Childbirth. doi:10.1186/s12884-017-1465-7
- Binder, T. (2015). *Porodnictví*. Praha: Karolinum.
- Callahan, T. L., & Caughey, A. B. (2018). *Blueprints obstetrics & gynecology, 7 th ed*. Lippincott Wolters Kluwer Health.
- Campbell, O., Cegolon, L., Macleod, D., & Benova, L. (2016). Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys. *PLoS medicine*. doi:10.1371/journal.pmed.1001972
- Dušová, B., Hermannová, M., Janíková, E., & Saloňová, R. (2019). *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing.
- Feenstra, M., Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, D., & Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. doi:10.1016/j.srhc.2018.04.003
- Hájek, Z., Čech, E., & Maršál, K. (2014). *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.
- Haran, C., van Driel, M., Mitchell, B., & Brodrigg, W. (2014). Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care- a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. doi:10.1186/1471-2393-14-51
- Jones, E., Stewart, F., Taylor, B., Davis, P., & Brown, S. (2021). *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. The Cochrane database of systematic reviews. doi:10.1002/14651858.CD002958.pub2
- Lorenzová, E., Janoušková, K., & Kašová, L. (2014). Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. *Florence, 10(7-8)*, 24-26. <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/7/pece-porodni-asistentky-o-sestinedelky-v-domacim-prostredi-jako-prevence-zdravotnich-komplikaci-zen-v-sestinedeli/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2021). *Postnatal care*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571646/>
- Paladine, H., Blenning, C., & Strangas, Y. (2019). *Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester*. American family physician. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613576/>
- Pařízek, A. (2012). *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén.
- Procházka, M. (2020). *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf.
- Roztočil, A. (2017). *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing.

- Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2018). Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*.
https://www.researchgate.net/publication/328319192_Diagnostics_and_modern_trends_in_therapy_of_postpartum_depression
- Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie. *Psychiatrie pro praxi*. doi:10.36290/psy.2019.018
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023). *Rodička a novorozenec 2016–2021*.
<https://www.uzis.cz/res/f/008423/rodnov2016-2021.pdf>
- Věstník č. 8/2013 Ministerstva zdravotnictví České republiky. (2013).
<https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2013/>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization.
- Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). (2011). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam zkratek

AČ – absolutní četnost

ATB – antibiotika

C – cíl

CRP – C-Reaktivní protein

ČR – Česká republika

H – hypotéza

RČ – relativní četnost

USA – Spojené státy Americké

6N – šestinedělí

Seznam obrázků

Obrázek 1: Děložní involuce (Roztočil, 2017).....	13
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Etiologie časného krvácení	16
Tabulka 2: Etiologie pozdního krvácení.....	17
Tabulka 3: Věkové rozdělení respondentek v době ambulantního porodu.....	26
Tabulka 4: Vzdělání respondentek	27
Tabulka 5: Místo ambulantního porodu podle kraje.....	28
Tabulka 6: Parita a ambulantní porod	29
Tabulka 7: Komplikace v těhotenství.....	29
Tabulka 8: Průběh porodu	30
Tabulka 9: Doba od porodu do opuštění porodnice.....	31
Tabulka 10: Výskyt poporodních komplikací v časném šestinedělí	32
Tabulka 11: Rehospitalizace po ambulantním porodu	33
Tabulka 12: Edukace žen při odchodu z porodnice	34
Tabulka 13: Zdroje informací.....	36
Tabulka 14: Míra informovanosti respondentek	38
Tabulka 15: Využití následné péče.....	39
Tabulka 16: Důvody využití následné péče.....	40
Tabulka 17: Důvody nevyužití následné péče	41
Tabulka 18: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na výskytu poporodních komplikací.....	42
Tabulka 19: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci	43
Tabulka 20: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na kraji	45
Tabulka 21: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na paritě	47
Tabulka 22: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice.....	48
Tabulka 23: Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek	50
Tabulka 24: Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě	52

Seznam grafů

Graf 1: Věkové rozdělení respondentek v době ambulantního porodu	26
Graf 2: Vzdělání respondentek.....	27
Graf 3: Místo ambulantního porodu podle kraje	28
Graf 4: Parita a ambulantní porod	29
Graf 5: Komplikace v těhotenství	30
Graf 6: Průběh porodu	31
Graf 7: Doba od porodu do opuštění porodnice	32
Graf 8: Výskyt poporodních komplikací v časném šestinedělí	33
Graf 9: Rehospitalizace po ambulantním porodu	34
Graf 10: Edukace žen při odchodu z porodnice	35
Graf 11: Zdroje informací	37
Graf 12: Míra informovanosti respondentek.....	38
Graf 13: Využití následné péče	39
Graf 14: Důvody využití následné péče	40
Graf 15: Důvody nevyužití následné péče.....	41
Graf 16: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na výskytu poporodních komplikací.....	42
Graf 17: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci	44
Graf 18: Doba od porodu do opuštění porodnice v závislosti na míře informovanosti respondentek o poporodních komplikacích a jejich prevenci	44
Graf 19: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na kraji.....	46
Graf 20: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na paritě.....	47
Graf 21: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice	49
Graf 22: Edukace respondentky při odchodu z porodnice v závislosti na době od porodu do odchodu z porodnice	49
Graf 23: Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek ..	51
Graf 24: Využití následné péče respondentkami v závislosti na vzdělání respondentek ..	51
Graf 25: Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě.....	52
Graf 26: Využití následné péče respondentkami v závislosti na paritě.....	53

Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Vážené ženy,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, která se zabývá frekvencí poporodních komplikací v prvních 7 dnech po porodu (v tzv. časném šestinedělí) a prevencí jejich vzniku.

Dotazník je určen ženám, které porodily v letech 2017-2023 a odešly z porodnice ambulantně – tj. do 72 h od porodu. Průzkum je zaměřen pouze na ženu, netýká se novorozence. Porodila-li jste v tomto období vícekrát, vyplňte prosím dotazník pro každý porod zvlášť.

Dotazník je anonymní, má 17 otázek a jeho vyplnění by Vám nemělo zabrat více, než 15 min.

Předem děkuji za Váš čas.

Studentka 3. ročníku oboru Porodní asistence na 1. LF UK v Praze - Bc. Kateřina Nedvědová
(V případě jakýchkoliv otázek či připomínek mne můžete kontaktovat na e-mail
kacka.nedvedova@gmail.com.)

1. Kolik Vám bylo v době ambulantního porodu let?

(vyberte jednu odpověď)

- 18 a méně
- 19-23
- 24-29
- 30-35
- 36-40
- 41 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

(vyberte jednu odpověď)

- základní
- středoškolské bez maturity (vyučena)
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3. V kterém kraji se nachází porodnice, ve které jste ambulantně porodila?

(vyberte jednu odpověď)

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj

- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královehradecký kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Jihomoravský kraj
- Olomoucký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Zlínský kraj

4. Ambulantně jste odešla po kolikátém porodu?

(vyberte jednu odpověď)

- prvním porodu
- druhém porodu
- třetím porodu
- čtvrtém porodu
- jiném: _____

5. Těhotenství probíhalo fyziologicky, bez komplikací? Komplikací je například vysoký krevní tlak, těhotenská cukrovka aj.

(vyberte jednu odpověď)

- ano, bez komplikací
- ne, s komplikacemi
- nevím

6. Jak proběhl Váš porod?

(vyberte jednu odpověď)

- vaginálně, bez komplikací a bez poranění
- vaginálně, bez komplikací, ale s poraněním nebo nástřihem (epiziotomií)
- vaginálně, s komplikacemi (např. velké krvácení, použití kleští nebo VEX k vybavení miminka, manuální vybavení placenty, velké poranění)
- císařským řezem

7. Jestli jste v předchozí odpovědi vybrala „vaginálně, s komplikacemi (...)“, o jaké komplikace se jednalo?

(napište stručnou odpověď)

8. Po jak dlouhé době po porodu jste opustila porodnici?

(vyberte jednu odpověď)

- do 2 h, anebo z porodního sálu bez ohledu na čas
- po 2 h – 12 h z oddělení šestinedělí
- po 13 h – 24 h
- po 25 h – 36 h
- po 37 h – 48 h
- po 49 h – 60 h
- po 61 h – 72 h

9. Vyskytly se u Vás doma po opuštění porodnice, v prvních 7 dnech po porodu (časném šestinedělí), nějaké poporodní komplikace?

(můžete vybrat více odpovědí, za poporodní komplikace se nepovažuje např. chřipka, angína apod.):

- ne
- ano, krvácení z rodidel/operační rány
- ano, infekce porodního poranění/operační rány (provázená např. bolestí, zarudnutím, zapáchajícím sekretem)
- ano, infekce genitálního ústrojí (např. dělohy, provázená horečkou, bolestí, zapáchajícími očistky)
- ano, infekce močových cest (provázená např. bolestí při močení, obtížným močením)
- ano, nemoci cév (např. zánět žil, trombóza, embolie)
- ano, porucha kojení/laktace (např. nedostatečná nebo nadměrná tvorba mléka, retence mléka, poranění bradavek, zánět prsu)
- ano, psychické potíže (poporodní blues, poporodní deprese)
- zde můžete specifikovat, o kterou komplikaci se jednalo: _____

10. Byla nutná na základě těchto komplikací Vaše hospitalizace v nemocnici?

(vyberte jednu odpověď)

- ano
- ne
- komplikace se u mne nevyskytla

11. Byla jste při odchodu z porodnice poučena o možných poporodních komplikacích v prvních 7 dnech a možnostmi prevence?

(můžete vybrat více odpovědí)

- ano, lékařem
- ano, porodní asistentkou
- ano, skrze informační leták/brožuru
- ne, nebyla
- nevím

12. V tabulce vyznačte, od koho a v jaké míře, jste získávala informace o poporodních komplikacích a možnostech prevence.

(vyberte jednu odpověď v každém řádku)

	0 = žádné informace	1	2	3	4	5 = nejvíce informací
obvodní gynekolog						
porodník v porodnici						
porodní asistentka v porodnici						
komunitní porodní asistentka						
dula						
lektor/ka předporodní přípravy						
rodina						
kamarádi						
internet						
knihy						

13. Myslíte si, že jste měla dostatek relevantních informací o možných poporodních komplikacích a jejich prevenci?

(vyberte jednu odpověď)

- ano, měla
- ano, měla, ale musela jsem se o ně aktivně zajímat
- ne, neměla

14. Jestli jste v předchozí odpovědi vybrala „ne, neměla“, co si myslíte, že by Vám pomohlo k lepší informovanosti?

(napište stručnou odpověď)

15. Využila jste po porodu v prvních 7 dnech možnosti následné zdravotní péče?

(můžete vybrat více odpovědí)

- ano, gynekologa (porodníka)
- ano, porodní asistentku
- ano, laktační poradkyni
- ne
- jiné: _____

16. Z jakého důvodu jste využila v prvních 7 dnech následnou péči?

(můžete vybrat více odpovědí)

- v rámci prevence
- při problémech
- nevyužila

17. Z jakého důvodu jste **nevyužila** v prvních 7 dnech následnou péči?

(můžete vybrat více odpovědí)

- péči jsem využila
- neměla jsem problémy
- o následné péči jsem nevěděla
- z finančních důvodů
- péči jsem využila, ale až v období 8 dnů – konec šestinedělí
- nevím
- jiné: _____

