

# Nežádoucí tělesné poporodní změny

Dominika Dančáková

---

Bakalářská práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dominika Dančáková**  
Osobní číslo: **H15100**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Nežádoucí tělesné poporodní změny**

Zásady pro vypracování:

**Přípravná fáze bakalářské práce, stanovení a formulace cílů.**  
**Vyhledávání a studium odborné literatury a zdrojů vztahujících se k dané problematice.**  
**Volba výzkumné metody.**  
**Vypracování teoretické části bakalářské práce.**  
**Realizace výzkumného šetření zvolenou metodou.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Zhodnocení výsledků a jejich shrnutí a prezentace.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BAŠKOVÁ, Martina. Metodika psychofyzické přípravy na porod. Praha: Grada, 2015. ISBN 9788024753614.**

**DRÁČ, Pavel a Josef KŘUPKA. Trvalé zmeny po těhotnosti. Martin: Osveta, 1992. ISBN 8021702354.**

**HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0418-8.**

**LOWDERMILK, Deitra Leonard. Maternity & women's health care. 10th ed. St. Louis, MO: Mosby, c2012. ISBN 9780323074292.**

**SIKOROVÁ, Ludmila. Cvičení a pohybové aktivity v těhotenství. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 8025112020.**

**VOLEJNÍKOVÁ, Hana a Božena CHLUBNOVÁ. Rehabilitace v práci porodní asistentky: učební text pro porodní asistentky a rehabilitační pracovníky. 2., dopl. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 8070131500.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**5. ledna 2018**

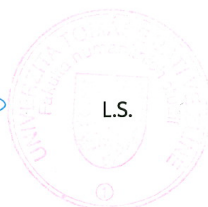
Termín odevzdání bakalářské práce:

**18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018



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



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně **26-02-2018**

  
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce, nazvaná: „Nežádoucí tělesné poporodní změny“, si klade za cíl zjistit míru výskytu těchto tělesných poporodních změn, které jsou ženami vnímány jako nežádoucí, dále možnou prevenci těchto změn a možnosti řešení při jejich výskytu. Dalším cílem je zjistit informovanost žen o tělesných změnách. V teoretické části bakalářské práce jsou popsány tělesné změny, které se mohou na těle ženy objevit. Praktická část sleduje míru výskytu těchto nežádoucích tělesných poporodních změn v závislosti na různých faktorech jako je hmotnost novorozence, přírůstek na hmotnosti ženy během těhotenství, věk rodičky, poloze, ve které žena rodila atd. Dále je úkolem zjistit informovanost žen o možnosti vzniku těchto změn po porodu a v závislosti na těchto znalostech sledovat snahu žen změnám předcházet pomocí dostupných preventivních opatření.

Klíčová slova: Těhotenské změny, poporodní změny, diastáza břišních svalů, pánevní dno, strie, inkontinence.

## **ABSTRACT**

Bachelor's theses, called „Unwanted Postpartum Body Changes“, aims to find out an incidence of postpartum body changes which are considered by women as unwanted. Also monitors an possible prevention against this changes and possibilities of solution, when the changes occur. Also aims an amount of informations about postpartum body ganges. The theoretical part describes postpartum body changes which may appear on women's body. The practical part is focused on amout of this changes between women who gave birth in relation with different factors as newborns birth weight, increasing weight during pregnancy, women's age, position during labor etc. Next task is to estimate how women protected themselves against unwanted postpartum body changes in relation on information they had.

Keywords: Pregnancy changes, postpartum changes, diastase, pelvic floor, pregnancy stretch marks, incontinence

## **Poděkování**

Především děkuji vedoucí práce Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za její pomoc, rady, připomínky a především trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce.

Dále děkuji ženám, za jejich ochotu, upřímné odpovědi a čas, který věnovaly vyplnění otázek k řízenému rozhovoru.

V neposlední řadě děkuji všem, kteří mi poskytli rady, informace a podklady pro zhotovení mé bakalářské práce.

Děkuji své rodině a přátelům za neustálou podporu studiu.

*„Proti narození a smrti nemáš léku. V mezidobí zachovej radost.“*

George Santayana

## **Prohlášení**

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

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 OBĚHOVÝ SYSTÉM.....	12
1.2 DÝCHACÍ SYSTÉM.....	12
1.3 UROPOETICKÝ SYSTÉM.....	13
1.4 ENDOKRINNÍ SYSTÉM A TĚHOTENSKÉ HORMONY.....	13
1.4.1 Endokrinní žlázy ovlivněné těhotenstvím.....	13
1.4.2 Hormony spojené s těhotenstvím.....	14
1.5 MLÉČNÁ ŽLÁZA A REPRODUKČNÍ ORGÁNY.....	15
1.6 PIGMENTOVÉ ZMĚNY.....	16
1.7 ZMĚNY GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU.....	16
1.8 POHYBOVÝ A STATICKÝ APARÁT.....	16
<b>2 OBVYKLÉ TĚHOTENSKÉ POTÍŽE.....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBVYKLÉ POPORODNÍ POTÍŽE A PATOLOGICKÉ POPORODNÍ ZMĚNY.....</b>	<b>22</b>
3.1 ZÁCPA A OBTÍŽNÁ DEFEKACE.....	22
3.2 INKONTINENCE MOČI.....	22
3.3 RETENCE MOČI.....	23
3.4 ZAVINOVÁNÍ DĚLOHY.....	23
3.5 KREVŇÍ ZTRÁTA.....	24
3.6 ZÁNĚT PRSU.....	25
<b>4 KOSMETICKÉ ZMĚNY.....</b>	<b>26</b>
4.1 STRIE.....	26
4.2 JIZVA PO CÍSAŘSKÉM ŘEZU.....	26
4.3 PIGMENTOVÉ ZMĚNY NA KŮŽI.....	27
4.4 VYPADÁVÁNÍ VLASŮ.....	27
<b>5 TĚLESNÉ ZMĚNY ZPŮSOBENÉ VÁHOVÝM PŘÍRŮSTKEM.....</b>	<b>28</b>
5.1 DIASTÁZA BŘIŠNÍCH SVALŮ.....	29
5.2 PROBLÉMY POHYBOVÉHO APARÁTU.....	29
<b>6 TĚLESNÉ ZMĚNY JAKO DŮSLEDEK PORODU.....</b>	<b>31</b>
6.1 POKLES PÁNEVNÍHO DNA.....	31
6.2 ZMĚNY POCHVY A VULVY.....	31
6.3 REGENERACE MOČOVÉHO ÚSTROJÍ.....	32
6.4 JIZVA PO EPIZIOTOMII.....	33
6.5 POPRASKANÉ ŽILKY V OČÍCH.....	34
6.6 RUPTURA DĚLOHY.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>35</b>
<b>METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>36</b>



UŽITÁ METODA VÝZKUMU .....	36
CÍLE PRÁCE	36
CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	36
<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>38</b>
<b>DISKUZE .....</b>	<b>76</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>78</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>80</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>86</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>87</b>

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou nežádoucí tělesné poporodní změny. Během těhotenství se tělo ženy, matky musí přizpůsobit devítiměsíčnímu soužití dvou jedinců v jednom těle. Během těhotenství se tak tělo ženy každým dnem mění. Některé změny jsou nepatrné, jiné mohou ovlivnit kvalitu dalšího života ženy. V teoretické části bakalářské práce jsou zpracovány fyziologické změny těla během gravidity. Obsahem teoretické části jsou také obvyklé potíže, které mohou ženy během těhotenství vnímat. V dalších kapitolách jsou zpracovány tělesné potíže a změny, které se mohou u ženy po porodu projevit. Tyto změny se mohou vyskytovat jak jednotlivě, tak v různých kombinacích. Cílem bakalářské práce je zjistit, které tělesné změny jsou ženami vnímány jako nežádoucí a jak častý je jejich výskyt. Některým nežádoucím tělesným poporodním změnám lze v určité míře předcházet. Praktická část bakalářské práce je zaměřena na určení rizikových faktorů pro vznik nežádoucích tělesných poporodních změn. Některé změny jsou však nevyhnutelné, avšak lze míru jejich závažnosti zmírnit díky dodržování určitých pravidel. Proto je dalším cílem této bakalářské práce zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o tělesných poporodních změnách a jestli se věnují prevenci těchto změn, které by mohly být časem vnímány jako nežádoucí. Dalším bodem zkoumání je zjistit, jak se snaží ženy tělesné změny, které se na jejich tělech vyskytly po porodu, řešit.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 FYZIOLOGICKÉ TĚLESNÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Během těhotenství se tělo musí náležitě změnit, aby se přizpůsobilo životu dvou jedinců v jednom těle. Je tedy na místě, že zvyšuje svou váhu a objem. Většina změn je pouze dočasná a po porodu zmizí. Některé symptomy, které se v těhotenství projevují, jsou pro tento stav fyziologické. Avšak mohou nastat také změny, které by po porodu samovolně zmizet nemusely, a proto je potřeba jim předcházet, popřípadě je řešit jakmile co se tyto změny na těle objeví a nepříznivě ovlivňují kvalitu života ženy. Změny na těhotném těle se týkají téměř všech tělních systému (Procházka, 2016, s. 21). Velký podíl na tělesných změnách mají těhotenské hormony. Život ženy během následujících devíti měsíců nebude procházet cyklickými změnami jako doposud, ale kontinuálním přetvářením těla, vedoucím k jedinému cíli – porodu (Delehaye, 2006, s. 15). V následujících kapitolách budou významnější změny popsány.

### 1.1 Oběhový systém

Od 8. týdne těhotenství se začíná zvyšovat srdeční výdej. Maxima dosahuje kolem 30. - 34. týdne a je zhruba o 40% vyšší. Tepová frekvence vzrůstá až o 15 tepů/min a žena tuto skutečnost subjektivně vnímá jako bušení srdce. Během šestinedělí se srdeční frekvence opět normalizuje. V poloze na zádech u těhotné ženy dochází k útlaku dolní duté žíly těhotnou dělohou. Takový stav, kdy je komprimována dolní dutá žíla nazýváme syndrom dolní duté žíly (lat. syndrom venae cavae). Dochází při něm k hypotenzi, sníženému žilnímu návratu a následně snížené perfuzi plodu. Odpovědí plodu na takový stav je bradykardie na KTG. Rostoucí dělohou může být snížen také žilní návrat z dolních končetin a žil oblasti pánve. Tato skutečnost může vést k tvorbě varikosních žil na dolních končetinách a vulvě (Procházka, 2016, s. 21; Bašková, 2015, s. 15).

### 1.2 Dýchací systém

Patrnější změna nastává ve druhé polovině těhotenství. Ke konci těhotenství je bránice vytlačována dělohou směrem vzhůru a brání tak expanzi plic při nádechu. Těhotné tak často ke konci těhotenství trpí dušností, hlavně při námaze (Procházka, 2016, s. 21). Dechová frekvence se zvyšuje v průměru o 10 dechů za minutu (Binder, 2011, s. 32).

### 1.3 Uropoetický systém

System, který zastává funkci vylučování pro tělo nepotřebných látek. Další funkcí je vylučování hormonů, které se podílí na regulaci krevního tlaku a krvetvorbě. Je složen z ledvin a vývodných močových cest (Jirák, 2003).

V ledvinách je zvýšen průtok krve, narůstá glomerulární filtrace, je zvýšeno vylučování jódu, kyseliny listové, aminokyselin a glukózy močí, zvyšuje se resorpce sodíku a vody (Binder, 2011, s. 31, Feyereisl, 2015, s. 40).

Vlivem progesteronu je snížen tonus ve vazivových a svalových strukturách, díky této změně napětí jsou uretery a močový měchýř dilatovány. Tato dilatace může vést ke vzniku residua až retence moči. Následkem je rozvoj infekce močových cest (Binder, 2011, s. 31).

V horizontální poloze je aktivita ledvin výraznější než ve vertikální. Tento rozdíl je v těhotenství patrnější. Těhotná žena je častěji nucena na močení, když spí. Močový měchýř má díky rostoucí děloze zmenšený objem a tyto důvody jsou vysvětlením častějšího močení u žen v těhotenství (Procházka, 2011, s. 21).

### 1.4 Endokrinní systém a těhotenské hormony

Těhotenství je neodmyslitelně spojeno s hormonálními změnami v organismu ženy, které jsou pro těhotenství nezbytné. Tyto změny v organismu ženy nastávají ihned po oplození vajíčka spermií. Pro ženu je období těhotenství hormonálně mnohem příznivější než období bez těhotenství (Záhumenský, 2012).

Tyto hormonální změny ovlivňují funkci ostatních orgánových soustav a již v raném těhotenství se projevují častými žaludečními nevolnostmi (Feyereisl, 2015, s. 36, Delehaye, 2006, s. 15).

#### 1.4.1 Endokrinní žlázy ovlivněné těhotenstvím

##### Hypofýza

Dělí se na dvě části přední (adenohypofýza) a zadní (neurohypofýza) lalok. Přední lalok v těhotenství zbytní, postupně v něm ustane tvorba hormonů ovlivňujících růst folikulů (FSH) a žlutého tělíska (LH) a zvýší se produkce prolaktinu, hormonu, který je významný při tvorbě mateřského mléka (Binder, 2011; Stárka, 2007).

Neurohypofýza hromadí oxytocin a vasopresin, tato funkce je během těhotenství inaktivována oxytocinázou a vasopresinázou. S blížícím se porodem ubývá oxytocinázy a obnovuje se sekrece oxytocinu, který působí na děložní kontraktilitu, která je nezbytná k vypuzení plodu z dělohy (Binder, 2011, s. 24).

### **Štítná žláza**

Je v těhotenství až dvojnásobně zvětšena v důsledku zvýšené exkreční schopnosti ledvin (Binder, 2011, s. 25).

## **1.4.2 Hormony spojené s těhotenstvím**

### **Lidský choriový gonadotropin (hCG)**

Hormon typický pro těhotenství. Slouží jako diagnostický prvek k určení těhotenství. HCG je nejprve tvořen změněnou děložní sliznicí. Jeho úkolem je aktivovat tvorbu progesteronu a estrogenů nejprve ve vaječniku a poté v placentě. Tyto hormony jsou nezbytné k normálnímu průběhu těhotenství (Bašková, 2015, s. 13; Feyereisl, 2015, s. 36).

Od 10. - 11. dne je hCG produkován trofoblastem. Maxima své koncentrace dosahuje mezi 8. – 11. týdnem gravidity, poté jeho koncentrace pomalu klesá a od 4. měsíce je jeho hladina konstantní až do data porodu (Binder, 2011, s. 18).

### **Humánní placentární laktogen**

Je produkován placentou a tím pádem je neoddělitelně spojen s těhotenstvím. Jeho hladina v průběhu gravidity trvale narůstá. Jeho nízké hladiny jsou známkou nedostatečné funkce placenty (Binder, 2011, s. 18).

### **Estrogeny**

Jedná se o skupinu hormonů, jejichž koncentrace v těle narůstá až do porodu. Pokud hladina těchto hormonů v séru klesne, je to známkou zhoršené funkce placenty nebo nadledvin plodu. Ovlivňují růst dělohy a prsní žlázy, dále působí na membránový potenciál svalových buněk a metabolismus vody (Binder, 2011, s. 19).

### **Progesteron**

Nejprve je produkován žlutým tělískem, během několika týdnů je produkován také placentou a od 3. měsíce je produkován pouze placentou (Binder, 2011, s. 19).

Funkce progesteronu během těhotenství:

- udržení těhotenství,
- zabránění menstruace a tak dalšímu otěhotnění,
- snížení reaktivity a tonu děložního svalstva,
- stimulace růstu alveolárního systému v mléčné žláze (Binder, 2011, s. 19).

Tím, že přispívá k relaxaci hladkého svalstva a je jednou z příčin těhotenské zácpy a vyššího rizika infekce močových cest v těhotenství (Bašková, 2015, s. 13).

## 1.5 Mléčná žláza a reprodukční orgány

### Prsní žlázy

Zvětšení prsní žlázy je jedním z průvodních znaků těhotenství, kterých si žena všimne. Žena je vystavena mírnému diskomfortu v podobě napětí prsou. Již od prvních týdnů těhotenství se prsní žlázy připravují k nástupu laktace po porodu a to tak, že se jejich počet a objem pomalu zvyšuje (Procházka, 2016, s. 22). Od 20. týdne těhotenství dochází k rychlému vzrůstu objemu prsou (Fenwick, 2006, s. 20). Již od počátku (zhruba od 4. týdne) dochází ke zvýšené pigmentaci a zvětšení prsních dvorců. Prsy jsou hojně prokrveny a podkožní cévy jsou viditelnější (Feyereisl, 2015, s. 38). Bradavky jsou také více pigmentovány, dochází k jejich zvětšení, na jejich povrchu se začínají rýsovat Montgomeryho žlázy a jsou erektilní. Může docházet k jejich svědění (Delehay, 2006, s. 27; Binder, 2011, s. 31). Již v počátcích gravidity může prsní žláza produkovat řídkou tekutinu zvanou kolostrum, k jeho nejvyšší produkci pak dochází ke konci gravidity a v prvních třech dnech po porodu, kdy slouží k výživě a prvotní tvorbě imunity novorozence. Toto kolostrum se dále mění v mateřské mléko (Binder, 2011, s. 31). Po ukončení kojení se teprve prsy začínají vracet do původního stavu a v určité míře se jim vrací vzhled jako před těhotenstvím. Avšak velké množství žen si stěžuje na ochabnutí prsních svalů, ztrátu jejich pevnosti a změnu velikosti (Winderová, 2008).

### Děloha

V průběhu těhotenství děloha zvýší svoji hmotnost a objem několikanásobně. Svalová vlákna se v rámci přizpůsobení se plodu zvětší sedmkrát až desetkrát. Z původních zhruba 70 gramů se hmotnost dělohy vyšplhá k jednomu kilogramu. Objem děložní dutiny se zvýší z 10 ml až na 20 litrů. Zvýšení objemu je však velice individuální (Bašková, 2015, s. 16; Feyereisl, 2015, s. 46).

## Pochva

Vzhledem ke zvýšenému prokrvení má poševní sliznice lividní – modro fialové zbarvení. Díky působení estrogenů se fyziologicky zvyšuje čirý nebo bělavý vaginální výtok. V těhotenství jsou časté kvasinkové a bakteriální infekce, proto by žena měla vyhledat pomoc lékaře, pokud se u ní vyskytuje pálení, svědění či jiné známky nefyziologického výtoku. Hrozí zde vzestup infekce do dělohy, která je rizikovým faktorem potratu nebo předčasného porodu (Binder, 2011, s. 30; Procházka, 2016, s. 22).

## 1.6 Pigmentové změny

Až u 90% těhotných žen se tyto kožní změny, způsobné zvýšenou tvorbou pigmentu melaninu, vyskytují. Po porodu tyto pigmentové skvrny ve většině případů mizí. Tvorba pigmentu melaninu je podporována vyšší hladinou progesteronu a estrogeneru (Feyereisl, 2015, s. 50).

- Chloasma gravidarum – zvýšená pigmentace v oblasti obličeje,
- pihy,
- pigmentace bradavek a prsních dvorců – již od 4. týdne těhotenství,
- linea nigra – spojnice mezi stydkou sponou a pupkem,
- pigmentace rodidel a v okolí análního otvoru (Delehay, 2006, s. 28; Feyereisl, 2015, s. 50).

## 1.7 Změny gastrointestinálního traktu

Gastrointestinální trakt je utlačován rostoucí dělohou (Bašková, 2015, s. 15). Vlivem progesteronu dochází ke snížení motility hladkého svalstva v zažívacím traktu a tím ke snížené funkci střevní pasáže. To vede k obstipaci a meteorismu. V těhotenství není výjimkou, že žena trpí pálením žáhy. Vysokou hladinou progesteronu je ovlivněn také žlučník. Snížená motilita může vést ke vzniku žlučových kamenů (Binder, 2011, s. 32).

## 1.8 Pohybový a statický aparát

S přibývajícím hmotností se mění nejen postoj těhotné ženy, ale také její rovnováha, těžiště a styl chůze. Hormonálními změnami jsou ovlivněny spoje mezi kostmi, chrupavky a vazy. Především progesteron se podílí na změkčování těchto pojivových tkání. Tím se tělo ženy fyziologicky připravuje k porodu, ale zároveň s sebou nese obtíže jako bolesti zad, kloubů a větší zakřivení páteře, především v oblasti beder vzniká tzv. bederní hyperlordóza



(Hudáková, 2017, s. 30; Bašková, 2015, s. 16, Roztočil, 2001). Všechny změny, které se týkají změn páteře, způsobují přetěžování zádového svalstva, především v bederní oblasti a způsobují tzv. sakralgie - bolesti v křížové oblasti (Volejníková, 2002). Jelikož tyto změny často přetrvávají po porodu, je důležité v šestinedělí zapracovat na správném držení těla (Nakládalová, 2013).

## 2 OBVYKLÉ TĚHOTENSKÉ POTÍŽE

**Nevolnost** – v prvním trimestru těhotenství jsou tyto obtíže, způsobené hormonálními změnami, fyziologické. Nevolnost může vést ke zvracení, především ráno po probuzení. Ve II. trimestru se zvracení stává problémem, který je potřeba řešit s lékařem a mnohdy je nutná hospitalizace těhotné ženy. Ke snížení obtíží se doporučuje jíst častěji menší porce a vyvarovat se jídel a pachů, které nevolnost mohou vyvolávat (Delehay, 2006, s. 27, s. 33, Fenwicková, 2006, s. 41).

**Pocení** - zhruba od 5. měsíce je zvýšená funkce štítné žlázy – zvýšení teploty, zvýšení pocení jako kompenzace. V důsledku pocení se mohou vyskytnout vyrážky. Ženy by se v těhotenství měly vyhýbat syntetickým tkaninám a místo nich by měly nosit pohodné bavlněné oblečení. Je také vhodné ztráty tekutin pocením doplňovat zvýšeným příjmem tekutin (Delehay, 2006, s. 86, s. 94, Fenwicková, 2006, s. 42).

**Křečové žíly** – způsobeny vyšším objemem krve v oběhovém systému a zhoršením krevního návratu z dolních končetin. Doporučením je elevace horních končetin během dne a po celou noc, poloha na levém boku, při té se předchází kompresi cév těhotnou dělohou. Kompresní punčochy a vyhýbání se dlouhému stání jsou v těhotenství taktéž vhodné. Jejich výskyt se většinou redukuje do tří měsíců po porodu, u některých žen však jejich výskyt přetrvává (Delehay, 2006, s. 89, Wider, 2009).

**Hemoroidy** – vznikají v důsledku zvýšeného tlaku dělohy na pánevní dno a zhoršeného krevního návratu. Terapií jsou žilní masti a tonika, předcházení zácpě, používání glycerinových čípků a využití poloh, kdy jsou dolní končetiny elevovány a je tak podpořen lepší krevní návrat. Při větších obtížích je vhodné poradit se s lékařem (Babyweb, 2016; Delehay, 2006, s. 89).

**Dušnost** – v největší míře ve III. trimestru, kdy je nárůst dělohy takový, že tlačí na bránici a tím zamezuje volnému dýchání (Fenwicková, 2006, s. 40).

**Mdloby** – způsobené nižším krevním tlakem, nejčastější jsou v prvním a třetím trimestru. Pokud žena cítí, že se jí “točí“ hlava, měla by se položit do nižší polohy a předejít tak poranění v případě pádu. Zkusit se posadit, hlavu sklonit mezi kolena a setrvat v této poloze, dokud se necítí lépe. Při jakémkoli vstávání z polohy v sedě nebo v leže by se měla zvedat pomalu, popřípadě s dopomocnými pohyby, jako překulení se na bok (Fenwicková, 2006, s. 40).

**Akné** – stejně jako jeho snížený výskyt i jeho zvýšený je způsoben hormonálními, imunologickými a metabolickými změnami, které doprovází těhotenství (Čapková, 2016).

**Krvácení dásní** – dochází k němu z důvodu překrvení a větší zranitelnosti dásní, které je způsobeno těhotenskými hormony změkčujícími dásně a způsobujícími zvýšení krevního tlaku v kapilárách dásní okolo zubu (Cooke, 2006; Fenwicková, 2006). Krvácení může být také projevem zánětu dásní tzv. těhotenské gingivitidy, ke kterému však dochází většinou u žen, které prodělaly zánět dásní již v období před těhotenstvím (Zachariasen 1993 in Sádovská 2011). Krvácení se vyskytuje zvláště po čištění zubním kartáčkem, proto je vhodné po každém jídle si vyčistit zuby dentální nití, nebo měkkým kartáčkem a předcházet tak infekcím dutiny ústní (Fenwicková, 2006, s. 40). V období kojení zůstává hladina těhotenských hormonů zvýšená, a proto může těhotenská gingivitida přetrvávat i po porodu (Wider, 2009).

**Pálení žáhy** – v důsledku hormonálních změn nedochází k úplnému uzavěru horního svěrače žaludku, a tak se žaludeční kyselina může vracet do jícnu a způsobovat pálení žáhy. Aby k tomuto jevu nedocházelo, je vhodné konzumovat jídlo častěji, ale v menších porcích. Je dobré vyhýbat se kořeněným a smaženým jídlům, jídlům, které kvasí. Před spaním se doporučuje napít se mléčného nápoje a spát v pozici s více podloženou hlavou. V případě větších obtíží je na místě navštívit lékaře (Delehay, 2006, s. 33; Fenwicková, 2006, s. 41).

**Otoky** – jejich výskyt je v těhotenství do určité míry normální a častý. Příčinou vzniku je zvýšená spotřeba bílkovin a jejich zvýšená ztráta močí. Pokud těhotná nepřijímá dostatečné množství cukrů a tuků v potravě, jsou bílkoviny štěpeny k tvorbě energie. Ve vyšším stupni těhotenství dochází k útlaku cév těhotnou dělohou a zhoršuje se krevní návrat z dolních končetin, což také vede k jejich otokům. Pokud se u těhotné vyskytují otoky současně s vyšší hladinou bílkoviny v moči a vysokým krevním tlakem po 20. týdnu těhotenství je nutné tento stav sledovat, protože je zde možnost výskytu preeklampsie. Pokud se otok vyskytuje asymetricky, př. na jedné z dolních končetin, je nutné vyhledat odbornou pomoc, jelikož nejčastější příčinou těchto otoků jsou záněty a uzávěry žil. Aby se žena otokům v těhotenství předešla je důležitý zvýšený příjem tekutin, dostatečný pohyb a příjem bílkovin v potravě, odpočinek s elevovanými dolními končetinami a občasná masáž dolních končetin k podpoře prokrvení a zlepšení žilního návratu (Doubek, b. r.)

**Anemie** – v těhotenství se vyskytuje velmi často a se jedná o snížení hodnot hemoglobinu v krvi při laboratorním nálezu pod 110g/l, hematokritu pod 0,34 a počet erytrocytů pod

$3,2 \times 10^{12}/l$  (Jeklová; Trojanová, 2004). Nejčastější příčinou těhotenské anemie je zvýšení objemu cirkulující plazmy v cévním řečišti (Klener, 2003). Další příčinou je nízká hladina železa v organismu, která může být zapříčiněna nedostatečným příjmem v potravě, nízkou schopností resorpce železa v organismu a zvýšenou potřebou v období těhotenství. Díky nízké hladině železa zaostává syntéza červeného krevního barviva – hemoglobinu. Anemie po porodu přetrvává zhruba 8 týdnů. K anemii, která vznikla v průběhu těhotenství po porodu, navíc přispívá krevní ztráta v průběhu porodu a při odcházení lochií – očištěk (Anděl; Kozák 2001). Mezi nejčastější projevy anemie patří stupňující se únavnost, slabost a nesoustředěnost, dále ragády koutků úst, vypadávání vlasů atd. Příznaky se liší podle typu anemie. Nejčastější terapií je podávání preparátů obsahujících železo (Binder in Hájek, 2014).

**Časté močení** – je způsobeno tlakem narůstající dělohy na močový měchýř, především v I. a III. trimestru. Ve II. trimestru se tento tlak mírní. Aby žena snížila potřebu v noci vstávat na toaletu, měla by před spaním omezit příjem tekutin. Pokud se spolu s častým močením objevuje i bolestivost, může jít o známku infekce a je na místě navštívit lékaře (Delehaye, 2006, s. 27, Fenwicková, 2006, s. 41).

**Únik moči** – v těhotenství se může vyskytovat při námaze. Pokud se objeví již v těhotenství, hrozí nutnost rehabilitace po porodu. K tomuto jevu dochází v důsledku slabých svalů pánevního dna a zvýšeným tlakem dělohy na močový měchýř a vyskytuje se až u 60% těhotných, avšak většinou mizí do tří měsíců po porodu. Nejvhodnější prevencí je cvičení na posílení pánevního dna. Pokud k únikům již dochází, je doporučeno chodit častěji močit, vyvarovat se zácpy a zvedání těžkých předmětů (Delehaye, 2006, s. 107; Fenwicková, 2006, s. 41; Wider, 2009). V dalších případech vzniká močová inkontinence jako důsledek vaginálního porodu (Cantieni, 2007).

**Bolest v podbříšku** – způsobena růstem dělohy a působením tlaku na vazy. Pokud bolest v podbříšku přetrvává, je potřeba vyloučit mimoděložní těhotenství (Delehaye, 2006, s. 27).

**Bolesti třísel** – objevují se ve II. trimestru a jsou způsobeny růstem dělohy a napínáním vazy *ligamentum teres uteri*, který probíhá od děložního rohu přes tříslu do velkého stydkého pysku. Tyto bolesti jsou nepříjemné a mohou se stát důvodem k hospitalizaci s podezřením na předčasný porod. Ten musí být vyloučen pomocí cervikometrie – změřením délky děložního čípku (Feyereisl, 2015, s. 49).

**Bolesti stydké spony** – hormonální hladiny ovlivňují především tuto chrupavčitou sponu, která spojuje pravou a levou stydkou kost na předním dolním obvodu pánve. Silné bolesti mohou naznačovat její abnormální rozestup, který lze zjistit pomocí ultrazvukového vyšetření. Klinickým obrazem je tzv. kachní chůze. U některých žen může být tato bolest indikací k císařskému řezu, aby se předcházelo zhoršení tohoto stavu po přirozeném porodu (Feyereisl, 2015, s. 49).

**Syndrom karpálního tunelu** – způsoben útlakem středního nervu procházejícího karpálním tunelem v zápěstí. Tento útlak je způsoben otokem rukou, který doprovází ženu ve III. trimestru těhotenství. Jako terapie se používá fixace zápěstí pomocí ortézy. Po porodu většinou tyto změny ustupují (Feyereisl, 2015, s. 49).

### 3 OBVYKLÉ POPORODNÍ POTÍŽE A PATOLOGICKÉ POPORODNÍ ZMĚNY

Mnoho změn, které se na těle během těhotenství objevilo, po porodu mizí. V šestinedělí se tělo v mnoha ohledech vrací do “normálu“. Některé změny, které v těhotenství nastaly, a byly pro tento stav fyziologické, mohou po porodu přetrvat a stát se patologickými. Další patologie mohou vzniknout následně jakožto přímý následek porodu.

#### 3.1 Zácpa a obtížná defekace

Oba problémy jsou časté jak v těhotenství, tak po porodu v šestinedělí. Zácpa je způsobena nejen sníženou motilitou střev, která je ovlivněna hormonálně ale i dalšími faktory, jako je dehydratace a nesprávná skladba potravy s malým přísunem vlákniny, snížený břišní tonus a strach z bolesti z důvodu sutury epiziotomie. Svůj podíl na vzniku zácpy má také obtížná defekace způsobená hemoroidy, které během těhotenství vznikly a příjmem preparátů obsahujících železo. (Bašková, 2015, s. 82, Roztočil, 2004; Zajícová, 2012).

Ženě v šestinedělí je proto doporučeno za 24 hodin vypít alespoň dva litry tekutin, přijímat stravu bohatou na vlákninu, včasnou a dostatečnou pohybovou aktivitu, nepotlačování defekačního reflexu, naopak je vhodná pravidelná defekace. Pokud žena trpí hemoroidy, které způsobují bolestivost při vyprazdňování, měla by být poučena o vhodných způsobech zmírnění těchto problémů, například aplikací mastí, chladivých obkladů a analgetických sprejů. Důležité je dodržovat správnou hygienu (Bašková, 2015, s. 88).

#### 3.2 Inkontinence moči

Může vzniknout jako důsledek defektu pánevního dna, nebo útlakem močové trubice během porodního mechanismu. Spontánní vaginální porod je nejčastější příčinou sestupu orgánů malé pánve. Tlak, který při porodu vytváří plod při průchodu porodními cestami, má vliv na pánevní dno a důsledkem může být anatomická či funkční změna nervů, svalů a pojivové tkáně. K poporodní inkontinenci vede zejména poranění nervus pudendus během porodu. U většiny žen dojde k úpravě do dvou týdnů po porodu. V případě epidurální analgezie během porodu je riziko inkontinence sníženo z důvodu vyšší míry relaxace svalstva pánevního dna. Riziko stoupá s vyšší porodní hmotností novorozence, BMI nad 30, porod pomocí porodnických kleští, prodloužená druhá doba porodní, první porod,

věk nad 30 let při prvním porodu a ruptura 3. stupně (Babyweb, 2016; Martan, 2011, s. 47, s. 48; Michalec et al., 2015).

Poporodní inkontinence je většinou řešitelná pomocí vhodného fyzického cvičení, redukcí tělesné hmotnosti, pomocí léků nebo operací (Babyweb, 2016).

### 3.3 Retence moči

Stav, při kterém po vymočení zůstává v močovém měchýři zbytkové množství moči. Rizikem je porodní trauma, instrumentální porod, protražovaný porod a jiné stavy, které mohou způsobit retenci moči útlakem, dále epidurální analgezie, která může způsobit hypotonii. Řešením je katetrizace močového měchýře po porodu, to napomáhá navození normální funkce vyprazdňování močového měchýře a zároveň je prevencí rozvoje zánětu (Martan, 2011, s. 50)

### 3.4 Zavínování dělohy

Po porodu ihned děloha zmenšuje svůj objem a hmotnost, z nabytého jednoho kilogramu se vrací na svou původní váhu okolo 50 - 100 gramů. Na svoji původní váhu se však vrátí až zhruba za 6-8. týdnů. Nejprve se zmenší tzv. retrakcí a do dvou hodin po porodu dosahuje úrovně pupku. Tato retrakce je důležitá pro uzavření cév, na ploše o průměru zhruba 9 centimetrů, které v děloze zůstaly otevřené po tom, co se odloučila placenta. Dále se zmenšuje tzv. involucí neboli zavínáním. Přibližně za 10 dnů sestupuje její horní okraj do pánve a děloha již není hmatná přes břišní stěnu. Pro prvorodičky většinou není zavínání dělohy bolestivou záležitostí, avšak při porodu dalšího dítěte jsou poporodní stahy dělohy, napomáhající zavínání mnohdy vnímány jako bolestivé. Po porodu je zavínání dělohy kontrolováno porodní asistentkou. Pokud je objeven problém a děloha se dostatečně nezavínuje a zůstává hypotonická – bez napětí, je nutné zavínání podpořit. Farmakologicky jej můžeme podpořit uterotonickými preparáty. Po aplikaci těchto léků mohou být vyvolané poporodní stahy dělohy, které vedou k zavínání, vnímány jako bolestivé. Nebo nefarmakologicky kompresí děložního fundu, například závažím s pískem nebo polohou na břicho. Taktéž je možno provést masáž dělohy, kterou se zvyšuje kontraktilita děložního svalstva. Pokud žena není schopna se vymočit, je vhodné močový měchýř vycévkovat a podpořit tím zavínání dělohy. Vyšší intenzity nabývá zavínání během kojení, při kterém je vylučován oxytocin, s vyšší intenzitou je spojena větší bolestivost. Zavínání napomáhá odchodu tzv. očištěk - lochií, což je nekrotizující

povrchová část endometriální tkáně, která se odlučuje z místa, kde byla v děloze přirostlá placenta. Odchod očístků je důležitý proto, aby v děloze nezůstávaly jakožto živná půda pro bakterie (Feyereisl, 2015, s. 250; Bašková, 2015, s. 84; Stadelmann, 2004, s. 297; Roztočil, 2004).

Ke zmírnění bolesti spojené se zavinováním dělohy je doporučeno aplikovat teplo, vyprázdnit močový měchýř nebo využít dechových cvičení jako v první době porodní. Bolest lze ovlivnit také pitím čaje, který obsahuje anýz, fenykl, kmín a majoránku, tyto bylinky působí jako spasmolytikum a uvolňují tedy křeče. Dále je možné použít homeopatické přípravky, které by však měly být doporučeny vyškolenou osobou. (Maskálová, 2010; Stadelmann, 2004, s. 297, s. 314).

### 3.5 Krevní ztráta

Krevní oběh je zvýšeně zatížen jak během těhotenství, tak po porodu v šestinedělí, než se navrátí do stavu před těhotenstvím. Již při ztrátě 500 ml krve může mít šestinedělka problémy s nízkým krevním tlakem, který může způsobovat celkovou slabost a únavu. V rámci bezpečnosti by mělo být každé její vstávání z lůžka až do stabilizace oběhu po porodu pod dohledem doprovodné osoby (Bašková, 2015, s. 86, Stadelmann, 2004, s. 299).

Ihned po porodu vnímá rodička s každým pohybem výtok krve z pochvy – tzv. odcházejí očítky. Množství vytékající krve se bude postupem času snižovat a zhruba třetí den se mění ve výtok. V prvních dnech po porodu je časté, že se krev nahromaděná v děloze sráží a poté odchází v podobě větších krevních sraženin. Sedmý až desátý den se mění podoba výtoku v řidší a hnědavý, po kojení se však může stát, že výtok bude mít červenou barvu (Stadelmann, 2004, s. 295-313).

Žena v šestinedělí však může nadměrně krvácet. Tuto diagnózu většinou stanoví porodní asistentka a je nutno situaci řešit. V prvních hodinách po porodu může být nadměrné krvácení způsobeno nedokonalým zavinováním dělohy, které je dále řešeno farmakologicky nebo nefarmakologicky (viz. 3.2 Zavinování dělohy). Později může být jednou z příčin většího krvácení přílišné teplo, které žena používá jako utěšení bolesti (Stadelmann, 2004, s. 317).

Alternativní léčbou silného krvácení jsou čaje z kontryhele, řebříčku a máty, dále homeopatické přípravky a éterické oleje (Stadelmann, 2004, s. 317).



Zvýšenou pozornost věnujeme také příliš slabému krvácení, které může značit městnání očistků. Tento problém řešíme nejdříve častým přikládáním novorozence k prsu, pokud během a po kojení opět vytéká větší množství krve, je vše v pořádku. Dále je možnost použití tepla v podobě nahřívací láhve a jiných prostředků. Další alternativou je čaj z kontryhele, kokošky pastuší tobolky a meduňky, který však ve větší míře vyvolává bolesti břicha. Lze použít homeopatii, éterické oleje a masáž dělohy. Může pomoci také klystýr (Stadelmann, 2004, s. 318).

### 3.6 Zánět prsu

Je způsobován bakterií *Staphylococcus Aureus*, která je na prso přenesena z úst novorozence. Do mléčné žlázy se dostává kvůli poranění na bradavkách, jako jsou oděrky, ragády a další (Engelová, Fulík, 2012). Prs, který je infikovaný, je zarudlý, zduřelý a bolestivý, stejně tak uzliny v podpaží na postižené straně. Celkově je žena schvácená, unavená, trpí horečkou, zimnicí a třesavkou (Binder, 2011).

Jako terapie se používají tvarohové zábaly, které jsou střídány chladivými obklady. Je možné použít také zábaly z éterických olejů, tyto oleje jsou vhodné také k inhalaci. V případě mastitidy se doporučuje z postiženého prsu dále kojit nebo mléko odstříkávat. Vhodné je prs co nejpečlivěji vyprázdnit (Koudelková, 2013).

## 4 KOSMETICKÉ ZMĚNY

### 4.1 Strie

Česky nazývány jako těhotenské pajizévky. Jedná se o ložisková ztenčení kůže. V těhotenství mají výraznou červenou barvu, po porodu se tato barva mění na stříbřitě bělavou. Jejich výskyt je zvýšen v oblasti břicha, kyčlí, stehen, prsou, ale mohou se vyskytnout také na pažích a dalších místech. Jejich vznik není přesně objasněn. Jedním z důvodů proč strie vznikají, by mohla být zvýšená sekrece kortikoidů, které rozvolňují elastická vlákna v kůži (Binder, 2011, s. 33; Feyereisl, 2015, s. 50).

Větší výskyt strií je u světlolasých a rusovlasých žen, které mají vrozeně tenčí kůži s vyšším sklonem k popraskání, u žen, které mají vícečetné těhotenství a u těch, u kterých byl rychlý přírůst na váze. Ženy, u kterých se vyskytovaly v prvním těhotenství, se v nejvyšší pravděpodobnosti budou vyskytovat i v dalších graviditách (Chmel, 2005; Winderová, 2008).

Již na začátku těhotenství je vhodné výskyt těchto pajizévek alespoň v malé míře eliminovat, i když víme, že je jejich tvorba individuální. Vyšší váhový přírůstek může být rizikovým faktorem ke vzniku strií, je proto vhodné si váhový přírůstek hlídat tak, aby jeho výše nepřesáhla 12 kilogramů. Ke zlepšení odolnosti kůže je vhodné používat hydratační a vyživovací krémy, protože jejich výskyt je zvýšený, je-li kůže napjatá nad mez normální pružnosti (Deleheye, 2006, s. 47, Fenwicková, 2006, s. 42).

### 4.2 Jizva po císařském řezu

Patří mezi trvalé poporodní následky. Její přítomnost na kůži může být kosmetickým problémem, avšak jizva se vyskytuje především na děloze a ta má vliv na další těhotenství a ovlivňuje tak život ženy po stránce zdravotní. Její přítomnost může být v dalším těhotenství indikací k císařskému řezu, jelikož je rizikovým faktorem ruptury dělohy (Procházka a Pilka, 2016).

Aby došlo k optimálnímu zhojení jizvy, je důležité, aby byl ošetřujícím personálem dodržován tzv. TIME systém. Tento systém monitoruje a hodnotí stav pokožky, přítomnost infekce, míru vlhkosti v oblasti rány a průběh epitelizace v procesu hojení (Peate et al., 2014; Pokorná, Mrázová, 2012). Žena po odstranění sterilního krytí, které zůstává na ráně 24 hodin, musí dodržovat správnou hygienu a ránu pravidelně kontrolovat (Dvořáková,

2013). Rána by měla být oplachována pod slabým proudem vody bez užití mýdel a usušena jemným přiložením ručníku, nikoli drhnutím, které by mohlo předčasně strhnout strup z rány. Je také možné ošetřovat ránu desinfekčními přípravky (Kudlová et al., 2017). Aby nedocházelo k přepnutí kůže, je možné používat břišní pás nebo zdravotní kompresní prádlo a šest měsíců po porodu nezvedat břemena těžší než 15 kilogramů (Volejníková, 2002). K podpoře regenerace a hojení se provádí 2x denně po dobu půl roku masáž a promazávání jizvy, ke kterému jsou vhodné oleje (př. šípkový a rakytníkový) nebo vazelína (Kudlová et al., 2017).

### 4.3 Pigmentové změny na kůži

Chloasma gravidarum persistens – u většiny žen tzv. “těhotenská maska“ po porodu zmizí. U některých však může přetrvávat a výsledky léčby závisí na množství a hloubce pigmentu. Lze použít krémy s obsahem hydrochinonu a dalších látek. Krémy se používají přes noc a výsledky se dostavují v průběhu šesti týdnů. Ke zvýšení účinků je dobré se vyhýbat slunečnímu a jakémukoli záření obsahující UV složku a stejně tak krémům, které by mohly pokožku podráždit (Barankin et al., 2002; Feyereisl, 2015, s. 50)

Něvy – jsou to malé červené papulky o průměru 1 – 2 mm. Od nich se rozbíhají červené vlasečnice. Vznikají v důsledku zvýšené koncentrace estrogenů v krvi, který způsobuje rozšíření a větší lomivost stěn malých cév (Feyereisl, 2015, s. 51).

### 4.4 Vypadávání vlasů

V těhotenství je kvalita vlasů ovlivněna hladinou estrogenů a zvýšeným prokrvením pokožky hlavy a tato kvalita většinou stoupá. Po porodu naopak jejich kvalita klesá a vlasy ve větším množství vypadávají. Tento stav se projevuje kolem 12. týdne po porodu a upravuje se do 6. měsíce po porodu, návrat ke stavu před porodem může však trvat i několik let, nebo se kvalita již nezlepší, zvýšené vypadávání však ustává. Na podporu růstu a zlepšení kvality vlasů je možné používat vitaminové přípravky (Babyweb, 2016; Čapková, 2016).

## 5 TĚLESNÉ ZMĚNY ZPŮSOBENÉ VÁHOVÝM PŘÍRŮSTKEM

### Před otěhotněním

Ještě před početím by si žena měla uvědomit, že vysoký index BMI – Body Mass Index a obezita jsou jednou z predispozic k rizikovému těhotenství a mají podíl na vzniku patologických stavů v těhotenství. Stejně tak vysoké BMI nepříznivě ovlivňuje kvalitu pohybového a kosterního aparátu a s tím související nežádoucí tělesné poporodní změny.

V ideálním případě by měla mít žena před početím BMI v rozmezí od 20 – 25 kg/m<sup>2</sup> (Pařízek, 2015).

### V těhotenství

V těhotenství je doporučen váhový přírůstek 12 kilogramů, u žen s nízkým BMI může být přírůstek vyšší. Vysoký váhový přírůstek může negativně ovlivnit funkci pohybového a kosterního aparátu.

Hodnoty BMI a vhodný hmotnostní přírůstek během těhotenství:

- BMI 18,5 – 19,9: hmotnostní přírůstek 12,5-18 kg,
- BMI 20,0 – 25,9: hmotnostní přírůstek 11,5 -16 kg,
- BMI  $\geq$  26: hmotnostní přírůstek 7-11,5 kg,
- BMI více než 29 : hmotnostní přírůstek nejméně 7 kg,
- při dvojčatech: hmotnostní přírůstek 16-20,5 kg,
- při trojčatech: hmotnostní přírůstek 16-23 kg (Bašková, 2015, s. 14).

Nárůst tělesné hmotnosti je minimálně způsoben růstem dělohy, plodu, placenty, zvyšováním objemu plodové vody, zvětšováním objemu prsou a zvýšeným ukládáním vody v těle. Tento nárůst je zcela fyziologický. Přibývání na váze by nemělo mít rychlý průběh, nýbrž by mělo probíhat postupně. V prvních měsících může váha klesat, z důvodu ranních nevolností a zvracení (Bašková, 2015, s. 14; Pokorná et al., 2008).

V těhotenství by již žena neměla držet žádné speciální diety, aby dítě nestrádalo nedostatkem živin. Strava by měla být vyvážená se správným podílem bílkovin (20%), cukrů (60%) a tuků (20%) a s dostatečným příjmem vitaminů. Před otěhotněním by měla žena ve větším množství přijímat kyselinu listovou, která snižuje riziko výskytu některých vrozených vývojových vad. Obsah kyseliny listové v přírodních zdrojích většinou není dostačující,

proto je vhodné dodávat kyselinu listovou ve formě doplňku výživy (Fenwicková, 2006, s. 11).

### **Po porodu**

Po porodu se váha ženy ihned sníží o zhruba 5 - 6,5 kilogramu. Tento úbytek je způsoben porodem plodu, placenty, odtokem plodové vody a krevní ztrátou. Na dalším snižování hmotnosti se dále musí aktivně podílet žena a to správnou životosprávou (Roztočil, 2004).

## **5.1 Diastáza břišních svalů**

Nevyskytuje se jen u žen po porodu, avšak těhotenství a porod je rizikovým faktorem pro vznik rozestupu přímých břišních svalů. Břišní diastáza vzniká kvůli nadměrné distenzi břišních svalů, a hormonálním změnám. Přímý břišní sval je oddělen od linea alba a je oslaben. S diastázou břišních svalů je úzce spojena bolest v zádech (Barbosa et al., 2013, Roztočil, 2008).

### **Diagnostika**

Žena sama si může zjistit, zda se u ní diastáza vyskytuje a to testem v leže na zádech při pokrčených dolních končetinách. Postup je následovný:

1. prsty se položí doprostřed břišní stěny,
2. s nádechem je vtaženo pánevní dno,
3. s výdechem je zvednuta hlava nad podložku.

Je-li pod prsty cítit prohlubeň větší než 3 centimetry, jedná se o diastázu břišních svalů. Před posilováním břišních svalů by žena nejprve měla posilovat svaly pánevního dna a hlubokých břišních svalů (Vítíková, 2007).

Při chirurgickou léčbou je tzv. abdominoplastika, při které jsou k sobě přímé břišní svaly sešitím opět přiblíženy a břišní stěna je tak opět zpevněna (Brychta a Stanek, 2014).

## **5.2 Problémy pohybového aparátu**

Jsou spojeny s nárůstem tělesné hmotnosti a působením těhotenských hormonů, které připravují tělo na porod a rozvolňují pojivovou tkáň. Právě z těchto dvou důvodů, které neodmyslitelně k těhotenství patří, každá žena trpí potížemi, které postihují pohybový aparát v různé míře (Feyereisl, 2015, s. 48, s. 53).

### **Změny postavení páteře**

Růst dělohy ventrálním směrem způsobuje změnu vzpřímeného postavení těla. Páteř se v bederní oblasti více prohýbá směrem dopředu a vzniká tak bederní hyperlordóza. V důsledku změny postavení se také přemísťuje těžiště těla a k udržení rovnováhy je potřeba kompenzačního systému v podobě zvětšení hrudní kyfózy – prohnutí páteře v hrudní oblasti směrem dozadu (Roztočil, 2008 in Kolářová, 2013).

Potíže pohybového aparátu jsou nejlépe řešitelné pomocí vyhovujícího cvičení, kterému by se měla žena věnovat jak v těhotenství, tak v šestinedělí (Nakládalová, 2013). Po porodu by se žena měla snažit obnovit správné držení těla, k tomu dobře slouží cviky na posílení svalů pánevního dna, břišního svalstva a dalších svalů, které patří k hlubokému stabilizačnímu systému. Ideálním řešením je vyhledání fyzioterapeuta, který posoudí vhodnost cviků k danému problému ženy (Nakládalová, 2013).

Ke zmírnění bolesti je možné v těhotenství použít techniku kineziotapingu (Kaplan et al., 2016). Farmakem, které lze v těhotenství s opatrností použít k léčbě bolesti je paracetamol. I ten by měl být však užíván jen v nezbytném případě, v omezeném množství a jen po nezbytně dlouhou dobu. V 1. a 2. trimestru je nejvhodnější formou užívání analgetik lokální aplikace gelů a krémů, ve 3. trimestru jsou kontraindikovány. Mohou být doporučeny také homeopatické přípravky ve formě mastí (Novosadová, 2014). Alternativní léčbou zmírnění bolesti může být také akupunktura, která je jednou z nejstarších léčebných metod a patří do systému tradiční čínské medicíny (Akupunktura, 2017).

Po porodu se u žen nejvíce vyskytují bolesti v oblasti bederní páteře a křížové oblasti. Nejsou-li tyto problémy řešeny, bolest se prohlubuje a rozšiřuje na další oblasti páteře a horní končetiny (brnění rukou) a mohou být jednou z příčin migrény (Nakládalová, 2013).

### **Pokles nožní klenby**

Bez vhodného cvičení a používání ortopedických vložek dochází často u žen v těhotenství k poklesu nožní klenby. Tento pokles nastává díky rozvolnění spojení mezi kůstkami v chodidle a nárůstu hmotnosti, která zvyšuje tlak působící na chodidlo. Tyto změny na chodidle mohou vést ke svalovým dysbalancím a bolestem nohou při chůzi i stání (Segal et al., 2013 in Kolářová a Zvonař, 2014).

Prevencí je cvičení na posílení nožní klenby, bosá chůze po nerovném terénu, používání ortopedických vložek a střídání různého typu obuvi (Volejníková, 2002).

## 6 TĚLESNÉ ZMĚNY JAKO DŮSLEDEK PORODU

### 6.1 Pokles pánevního dna

Pánevní dno je v těhotenství silně namáháno. Spolu s povolenými svaly a vazy, především po více porodech, může dojít k poklesu vnitřních reprodukčních orgánů, močového měchýře a konečníku. Tento pokles tkání může vést ke stresové inkontinenci moči, ke které dochází při zvýšení nitrobřišního tlaku během kýčání, kašlí, smíchu nebo tlačení (Bašková, 2015, s. 89).

Již pátý den je vhodné mírné tělesné zatížení v podobě lehkých cviků na pánevní dno (Stadelmann, 2004, s. 307).

Pro korekci vad vzniklých po porodu na pánevním dně, je vhodné navštěvovat rehabilitační centrum, ve kterém ženu naučí správným způsobem posilovat pánevní dno (Zemanová, 2013).

### 6.2 Změny pochvy a vulvy

Existují preventivní opatření, která mají za úkol snížit riziko poranění měkkých porodních cest tím, že se zvýší jejich elasticita a stanou se poddajnějšími (Maryšková, 2010). Prevenci, kterou je schopna před porodem zastat žena sama, je posilování svalů pánevního dna, masáž hráze, použití silikonového perineálního dilatátoru. Zvládne-li žena správnou techniku dýchání a tlačení při porodu, snižuje tím riziko porodního poranění (Lavy et al., 2012). K prevenci poranění (nejen) hráze patří také včasná léčba vaginálních infekcí, které způsobují zvýšenou křehkost tkání v porodním kanále (Zemánková, 2018).

Během porodu je k minimalizaci porodního poranění důležitý vhodný přístup porodníka. Prevencí je tak správné rozpoznání rizikových faktorů, volba správného vedení porodu, efektivní chránění hráze, použití metody zpomaleného prořezávání hlavičky a nahřívání hráze za porodu. Jedním z preventivních přístupů poranění hráze je včasný a nástřih a správná technika jeho provedení (Aasheim et al., 2011; Goldberg, Sultana, 2004; Hájek et al., 2014; Indrová, Fait, 2013). Během první i druhé doby porodní je možné aplikovat do pochvy při každém vyšetření porodnický gel Dianatal, který snižuje tření mezi procházejícím plodem a porodním kanálem a dle studií snižuje výskyt perineálního poranění (Dianatal porodnický gel; Schaub et al., 2008)

Po porodu se postupně snižuje prokrvení a prosáknutí zevních rodidel, dále mizí jejich zvýšená pigmentace. Při porodu mohlo dojít k natrhnutí hráze, pysků ohanbí nebo pochvy. Všechna poranění v oblasti rodidel se většinou velice dobře hojí, ale pro lepší hojení jsou rány v různém rozsahu zašity vstřebatelnými stehy, které samy odpadávají během sedmi až deseti dnů. Menší trhliny se zahojí bez šití při správném dodržování hygieny. Pokud není šití provedeno správným způsobem, nebo za správných podmínek, a ani nadále nejsou dodržovány správné hygienické podmínky, může dojít k rozpadu rány. Následně je nutná revize tohoto poranění, což je pro ženu v šestinedělí nepříjemnou komplikací. Při otoku zevních rodidel nebo jejich bolestivosti je doporučen studený obklad. V šestinedělí je důležité důsledně dodržovat hygienu zevních rodidel. Zejména po každém močení, stolici a kojení, při kterém odcházejí ve větším množství očistky, které jsou živnou půdou pro bakterie. V oblasti intimní hygieny může být použit mycí prostředek určený nejlépe pro intimní hygienu s příznivým pH okolo 5,5. Po každém sprchování by měla být oblast sutury řádně vysušena. Vhodná je častá výměna vložek. Při kojení je dobré zaujmout takovou polohu, při které je vyvinut pouze nízký tlak na rodidla, například poloha vleže a na boku. Pro lepší hojení jsou doporučovány homeopatické preparáty a sedací koupele z hypermanganu, později z dubové kůry nebo kontryhele. Do odvaru z dubové kůry je možné namočit vložku či gázu a přikládat na poranění (Bašková, 2015, s. 86; Gogelová, b. r.; Koudelková, 2013; Záhumenský, 2012).

Pro zpevnění pochvy a poševního vchodu lze aplikovat lokální estrogény nebo kyselinu hyaluronovou, která je dostupná ve formě čípků nebo mastí. Dále je využívána radiofrekvence a vysokofrekvenční ultrazvukové vlny. Nejsou-li tyto metody dostatečné, je možné podstoupit plastickou operaci tzv. vaginoplastiku, při které se provádí zúžení poševního vchodu, nebo celé pochvy (Jedelská, 2014; Vaginoplastika, 2011).

### **6.3 Regenerace močového ústrojí**

V těhotenství byl močový měchýř pod nadvládou hormonů, které snížily jeho napětí a stejně jako v těhotenství tak i po porodu hrozí, že se močový měchýř nedokáže dokonale vyprázdnit a zůstává v něm tzv. reziduální, zbytková moč. Tento jev je rizikovým faktorem pro vznik infekce. Sliznice močového měchýře je překrvená a edematózní, což je dalším z důvodů vzniku reziduální moči (Bašková, 2015, s. 87).



## 6.4 Jizva po epiziotomii

Epiziotomie (nástřih hráze) je porodnická operace používaná v druhé době porodní usnadňující porod hlavičky (Hájek et al., 2014).

Možné indikace:

- hrozící ruptura hráze,
- zjizvení hráze znesnadňující její dostatečné roztažení,
- velký plod,
- prevence traumatizace u nezralého plodu,
- konec pánevní vedený vaginálním porodem,
- deflexní polohy hlavičky,
- operativní porod za použití kleští nebo vakuumextraktoru
- před vnitřním obratem a extrakcí,
- dystokie ramének (Doležal et al., 2007; Hájek et al., 2014).

Epiziotomie se dělí dle vztahu k análnímu otvoru a střední čáře. Mediální epiziotomie je provedena ve střední čáře směrem k análnímu otvoru. Mediolaterální epiziotomie má začátek ve střední čáře, ale je vedena šikmo směrem k sedacímu hrbolu kosti sedací. Při laterální epiziotomii je její začátek posunut 1-2 centimetry od středové čáry a je veden šikmo směrem k hrbolu kosti sedací (Roztočil, 2008). Při operativním porodu je možné použít tzv. Schuchardtův řez, který je rozšířením laterální epiziotomie a je dostatečně prostorný pro následující operativní vedení porodu (Hájek et al., 2014). Každý druh epiziotomie má svoje pro a proti vzhledem k míře krvácení, obtížnosti šití a délce hojení.

Epiziotomie je porodní poranění a zůstává po jejím zahojení jizva. K eliminaci jejího nežádoucího vzhledu je potřeba se o jizvu starat vhodným způsobem. Dbát na důslednou hygienu, aby se předešlo infikaci rány a k jejímu možnému rozpadu. Rána by měla být udržována v suchém stavu pro podporu hojení. Snížení tlaku na rodidla a tak na poporodní ránu je možná za použití kompenzačních pomůcek, jako je dětský nafukovací kruh k sezení, omezení pohybu ve stoje po dobu procesu hojení rány. Jako prevence nežádoucího vzhledu je možné po vstřebání stehů pravidelně provádět masáž jizvy vhodným olejovým přípravkem (Gogelová, b. r.; Jarmarová, 2017).

V případě, že dojde k neúspěšnému zhojení rány a žena není s jejím vzhledem spokojená, je možné použít radiofrekvenční energii a ultrazvuk. Tkáně jsou při této metodě

systematicky prohřívány a dochází k zlepšení vzhledu jizvy. Dále je možné navštívit tzv. perineální ambulanci, která se nachází v Praze. Zde po odborné konzultaci se specialisty může být ženě nabídnuta tzv. perineoplastika, při které je upravena hráz, poševní vchod a v některých případech také konečník. Doporučí-li tento zákrok gynekolog, je tato operace hrazena ze zdravotního pojištění. Otěhotní-li žena po perineoplastice je jí doporučeno родit císařským řezem (Jarmarová, 2017; Perineoplastika pomáhá ženám po porodu zlepšit sexuální život, 2013; Plastika hráze, b.r.).

## 6.5 Popraskané žilky v očích

Během porodu jsou způsobeny zvýšeným nitroočním tlakem, je proto doporučeno během tlačení v druhé době porodní mít oči zavřeny. Pokud k popraskání během porodu došlo a během dvou týdnů se stav nezlepšil, je potřeba situaci dále řešit s očním lékařem (Thomsonová, 2017).

## 6.6 Ruptura dělohy

Může nastat na děloze, na které je jizva po předešlém chirurgickém zákroku, většinou po předešlém císařském řezu, ale může nastat také na děloze, která je bez zásahu. Díky tomuto faktu nelze rupturu nijak předpokládat. Ruptura hrozí u dělohy s vrozenou vývojovou vadou jako je například uterus bicornis bicollis. Rozeznáváme dva druhy ruptur dělohy, a to katastrofální (symptomatická) a asymptomatická. V případě katastrofální ruptury dochází k protržení všech vrstev dělohy, protržení vaku blan, velkému krvácení, šoku a plod je vytlačen z dělohy do dutiny břišní. V případě asymptomatické ruptury zůstává vnější vrstva dělohy neporušena. Rupturu je možné diagnostikovat až ve chvíli, kdy hrozí, nelze ji předpokládat. Ruptuře je potřeba předcházet vhodnými opatřeními. Pokud je u rodící ženy diagnostikována ruptura dělohy, je ihned indikován císařský řez. Největší komplikací je nadměrné krvácení, které může být indikací k hysterektomii. Dítě je ohroženo hypoxií. (McCulloch, 2016; Uterine rupture, 2013).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## **METODIKA PRÁCE**

### **Užitá metoda výzkumu**

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla využita kvalitativní metoda výzkumu. Kvalitativní výzkum byl veden formou řízeného rozhovoru s otázkami vlastní konstrukce. Řízený rozhovor obsahoval 21 položek, na které respondentky odpovídaly formou otevřených odpovědí pomocí emailové korespondence. K získání potřebných kontaktů byla použita pilotní studie formou krátkého dotazníkového šetření.

### **Cíle práce**

#### **Hlavní cíl:**

Zjistit míru výskytu nežádoucích tělesných poporodních změn a určit faktory, které k těmto změnám vedly.

#### **Vedlejší cíl 1:**

Zjistit informovanost žen o tělesných změnách po porodu.

#### **Vedlejší cíl 2:**

Zjistit, zda se ženy věnovaly prevenci nežádoucích tělesných poporodních změn a jejich nápravě při výskytu těchto změn po porodu.

### **Charakteristika souboru**

Řízeného rozhovoru se zúčastnilo 12 žen, které byly různou dobu po porodu a vyskytují se u nich tělesné změny, které jsou jimi vnímány jako nežádoucí.

### Otázky k řízenému rozhovoru:

1. Prosím uveďte své iniciály a rok narození.
2. Po kolikáté jste rodila? S jakým časovým odstupem a kolik Vám bylo let?
3. Kolik Vaše miminka vážila?
4. Jaká byla Vaše váha před těhotenstvím, kolik jste vážila před porodem?
5. Navštěvovala jste kurzy předporodní přípravy?
6. Sportovala jste v těhotenství? Čemu jste se věnovala?
7. Přemýšlela jste již na začátku těhotenství nad změnami, které se mohou vyskytnout na vašem těle po porodu?
8. Snažila jste se těmto změnám předcházet? Uveďte prosím jakým způsobem (některé způsoby jsou obsaženy v dalších či předcházejících otázkách, prosím uveďte i tyto možnosti).
9. Co/kdo byl Vaším zdrojem informací o poporodních tělesných změnách?
10. Používala jste pomůcky na zpevnění pánevního dna?
11. Pokud jste používala kosmetické přípravky v těhotenství?
12. Jak dlouho trval Váš porod?
13. Rodila jste spontánně x císařským řezem? V případě spontánního porodu jste rodila v jaké poloze?
14. Doprovázely Váš porod nějaké komplikace? Měla jste porodní poranění?
15. Pokud se u Vás vyskytlo porodní poranění, jakým způsobem jste o něj pečovala?
16. Vnímala jste při pobytu v porodnici nějaké tělesné potíže? Přetrvávají?
17. Jaké tělesné změny se u Vás vyskytují nyní?
18. Omezují Vás tělesné poporodní změny? Jak? Proč?
19. Snažíte se aktivně o nápravu těchto změn? Popište jak.
20. Uvažovala jste někdy o chirurgickém zásahu na Vašem těle kvůli poporodním změnám? Jakém?
21. Proč si myslíte, že se u Vás tyto poporodní změny vyskytly?

## PREZENTACE VÝSLEDKŮ

**Položka 1: Prosím uveďte své iniciály a rok narození.**

Tabulka 1 Iniciály a rok narození respondentek

Respondentky	Věk
A.G. 1987	31 let
D.B. 1984	34 let
J.H. 1988	30 let
J.Z. 1985	33 let
K.M. 1992	26 let
K.P. 1985	33 let
L.K. 1990	28 let
M.J. 1993	25 let
N.T. 1995	23 let
P.B. 1998	20 let
P.G. 1986	32 let
V.S. 1990	28 let
	Průměrný věk: 28,58 let

Zdroj: vlastní

**Komentář:** První položka řízeného rozhovoru definuje ženy, které se řízeného rozhovoru účastnily, dle roku narození a slouží k jejich rozlišení v následujících otázkách. Věk by mohl být jedním z faktorů, který ovlivňuje nežádoucí tělesné poporodní změny. Vysoký věk je obecně rizikovým faktorem v těhotenství. Věkové rozmezí dotázaných se pohybuje mezi 20 - 34 lety. Průměrný věk: 28,58 let.

**Položka 2:** Po kolikáté jste rodila? S jakým časovým odstupem a kolik Vám bylo let?

Tabulka 2 Počet porodů, časový odstup mezi nimi, věk rodičky

Respondentky	
<b>A.G. 1987</b>	1. dítě ve 29 letech
<b>D.B. 1984</b>	První porod ve 32 letech
<b>J.H. 1988</b>	Poprvé, 26 let
<b>J.Z. 1985</b>	Poprvé jsem porodila ve 27 letech v roce 2013, další porod 2016.
<b>K.M. 1992</b>	Rodila jsem ve 23 letech a byl to můj první porod
<b>K.P. 1985</b>	Rodila jsem 4x – 10/2005 – děvče, 8/2008 – chlapec, 11/2010 – chlapec, 3/2016 – děvče
<b>L.K. 1990</b>	Rodila jsem zatím jednou, v listopadu 2016, bylo mi 26,5 let
<b>M.J. 1993</b>	Poprvé, bylo mi 22 let
<b>N.T. 1995</b>	Poprvé, 22 let
<b>P.B. 1998</b>	1 porod, 19 let
<b>P.G. 1986</b>	Letos v lednu jsem rodila po 2. Prvního syna jsem měla v necelých 29 letech a teď dceru ve 31 letech
<b>V.S. 1990</b>	Poprvé, 27 let

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Otázka 2 má za úkol určit, zda má parita, věk rodičky a časový odstup mezi těhotenstvími vliv na tělesné změny. Věk rodiček při prvním porodu se ve výzkumné skupině pohybuje mezi 19 – 32 lety. Průměrný věk při prvním porodu: 25,21 let. Pět žen, u kterých byl věk v době prvního porodu nižší, než je průměrný věk uvádí méně nežádoucích tělesných poporodních změn než ženy, které poprvé rodily ve věku vyšším než je věkový průměr. Devět respondentek z dvanácti (75 %) rodilo poprvé a není tedy možné určit, zda měl časový odstup mezi těhotenstvími vliv na nežádoucí tělesné poporodní změny. U dvou respondentek, které rodily podruhé a časový odstup mezi porody činí 2 a 3 roky, se nevyskytují při druhém porodu závažnější nežádoucí tělesné poporodní změny, než se u nich vyskytovaly po porodu prvním. Ze získaných dat je dále možno určit, jak dlouho jsou respondentky po porodu. Toto rozmezí se pohybuje od 4 měsíců do 3 let od posledního porodu. V případě, že určíme průměrnou dobu po posledním porodu všech respondentek dle získaných dat, činí tato doba 1,94 roku. Všechny respondentky se potýkají s tělesnými změnami, které považují za nežádoucí.



### Položka 3: Kolik Vaše miminka vážila?

Tabulka 3 Hmotnost novorozenců

Respondentky	Hmotnost novorozence/ů
A.G. 1987	3 840 g
D.B. 1984	2 120 g, porod ve 33.týdnu těhotenství
J.H. 1988	3 430 g
J.Z. 1985	První 3 690 g a druhé 3 800 g
K.M. 1992	Syn vážil 3 845 g
K.P. 1985	1. 2 880 g a 47 cm, 2. 2 800 g a 47 cm, 3. 3 000 g a 48 cm, 4. 2 750 g a 48 cm
L.K. 1990	Syn se narodil o měsíc dřív a vážil 4 810 g
M.J. 1993	4 120 g
N.T. 1995	4 410 g
P.B. 1998	3 164 g
P.G. 1986	První vážil 3 560 g, druhý 3 580 g
V.S. 1990	3 300 g

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka číslo 3 slouží ke zjištění porodní hmotnosti novorozenců u jednotlivých respondentek a určení, zda je porodní váha novorozence faktorem, který by se mohl podílet na výskytu nežádoucích tělesných poporodních změn u rodiček. Hmotnost novorozenců po narození se pohybuje u daných respondentek mezi 2 120 gramy a 4 810 gramy. Váhový rozdíl mezi nejmenším a největším novorozencem činí 2 690 gramů. Tento velký rozptyl by mohl sloužit jako ukazatel rizika nežádoucích tělesných poporodních změn na těle matky. Průměrná váha je rovna 3 479 gramům.

**Položka 4:** Jaká byla Vaše hmotnost před těhotenstvím, kolik jste vážila před porodem?

Tabulka 4 Hmotnost rodiček

<b>Respondentky</b>	<b>Hmotnost před těhotenstvím</b>	<b>Hmotnost před porodem</b>
<b>A.G. 1987</b>	65 kg	74 kg
<b>D.B. 1984</b>	47 kg	
<b>J.H. 1988</b>	73 kg	86 kg
<b>J.Z. 1985</b>	55 kg	
<b>K.M. 1992</b>	59 kg	80 kg
<b>K.P. 1985</b>	74 kg	76,5 kg
	70 kg	78 kg
	78 kg	89 kg
	90 kg	93 kg
<b>L.K. 1990</b>	105 kg	119 kg
<b>M.J. 1993</b>	82 kg	98 kg
<b>N.T. 1995</b>	53 kg	83 kg
<b>P.B. 1998</b>	48 kg	60 kg
<b>P.G. 1986</b>	60 kg	78 kg
	61 kg	82 kg
<b>V.S. 1990</b>	67 kg	82 kg

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Díky položce číslo 4 se můžeme zaměřit na faktor hmotnosti těhotné ženy a vlivu tohoto faktoru na tělesné změny po porodu. Dvě z dvanácti respondentek neodpověděly adekvátně na položenou otázku. Průměrný váhový přírůstek je roven 13,1 kilogramu za těhotenství. Hmotnost v těhotenství lze považovat za rizikový faktor vzniku nežádoucích tělesných poporodních změn. U žen s vyšším hmotnostním přírůstkem, než je vypočítaný průměr, se vyskytují nežádoucí tělesné poporodní změny častěji.

## **Položka 5: Navštěvovala jste kurzy předporodní přípravy?**

Tabulka 5 Účast na kurzech předporodní přípravy

<b>Respondentky</b>	
<b>A.G. 1987</b>	Pouze 4h v porodnici, obecné informace s manželem
<b>D.B. 1984</b>	Chtěla jsem, ale skrz dřívější porod jsem nestihla
<b>J.H. 1988</b>	Ano
<b>J.Z. 1985</b>	Ne, pouze těhotenské cvičení a plavání.
<b>K.M. 1992</b>	Chtěla jsem, ale nezbyly na to finance, věřila jsem svému tělu a inspiraci hledala v diskuzích.
<b>K.P. 1985</b>	Ne, ani u jednoho dítěte
<b>L.K. 1990</b>	Ne, chtěla jsem jít do naší nemocnice, měli mě poznamenanou, že zavolají. Volali, když jsem už 4 dny ležela na gyndě po císaři s o měsíc dřív narozeným synem (ten byl na intermediální péči).
<b>M.J. 1993</b>	Ano
<b>N.T. 1995</b>	Ano, jednou.
<b>P.B. 1998</b>	Ne
<b>P.G. 1986</b>	Ne
<b>V.S. 1990</b>	Ano

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Otázka je směřována k zjištění vlivu informovanosti na výskyt ovlivnitelných tělesných poporodních změn u rodiček. Úkolem je odhalit, jestli má navštěvování kurzu psychosomatické přípravy pozitivní vliv na prevenci nežádoucích tělesných změn. 5 respondentek z dvanácti se účastnilo kurzu před porodem, z toho dvě byly pouze na jednodenním semináři.

## Položka 6: Sportovala v těhotenství? Čemu jste se věnovala?

Tabulka 6 Sport v těhotenství

respondentky	sport
<b>A.G. 1987</b>	Ano, fitness až do 7měsíce těhotenství
<b>D.B. 1984</b>	Práce na zahradě
<b>J.H. 1988</b>	Plavání
<b>J.Z. 1985</b>	Hrála jsem volejbal, pozn. jsem učitelka tělocviku, takže jsem se věnovala všemu
<b>K.M. 1992</b>	Ne, mám dost fyzicky náročnou práci, takže ani nebylo třeba.
<b>K.P. 1985</b>	Ne
<b>L.K. 1990</b>	Pouze klasicky procházky, výlety, občas lyže, in line brusle.
<b>M.J. 1993</b>	Ano, cyklistika, plavání
<b>N.T. 1995</b>	Ne
<b>P.B. 1998</b>	Bruslení, fitness
<b>P.G. 1986</b>	Ano, ale jen rekreačně. Chodívala jsem cvičit do fitness studia na trampolíny a kruhový trénink. U obou dětí.
<b>V.S. 1990</b>	Ano, horolezectví, horská turistika, běh, kolečkové brusle, jóga

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Úkolem položky číslo 6 je zmapovat, zda se respondentky v těhotenství věnovaly tělesné aktivitě. V závislosti na tělesné aktivitě je úkolem dát do souvislosti váhový přírůstek během těhotenství a s tím spojené porodní změny. Tři respondentky ze zkoumaného vzorku se nevěnovaly před těhotenstvím žádnému sportu, avšak nejde s jistotou říct, zda jejich váhový přírůstek v těhotenství souvisí s touto aktivitou. Průměrný váhový přírůstek činí 13,1 kg a u dvou ze tří respondentek, které se nevěnovaly tělesné aktivitě před těhotenstvím, je váhový přírůstek nadprůměrný. Avšak u čtyř respondentek ze zbylých devíti je váhový přírůstek během těhotenství nad vypočítaným průměrem. Nelze tedy s jistotou určit, že by tělesná aktivita před těhotenstvím měla pozitivní dopad na minimalizaci výskytu nežádoucích tělesných porodních změn.

**Položka 7: Přemýšlela jste již na začátku těhotenství nad změnami, které se mohou vyskytnout na vašem těle po porodu?**

Tabulka 7 Úvaha nad tělesnými poporodními změnami před těhotenstvím

Respondentky	
<b>A.G. 1987</b>	Ano, především kosmetické vady, strie a volná kůže, poté možné poranění porodních cest.
<b>D.B. 1984</b>	Ano
<b>J.H. 1988</b>	Ano
<b>J.Z. 1985</b>	Ano, ale realita byla daleko horší od očekávání.
<b>K.M. 1992</b>	Přemýšlela. Nebála jsem se toho, že bych měla pár kil navíc (věřila jsem, že to zvládnou shodit, což se ještě nestalo), ale nejvíc jsem se bála strií, když jsem viděla některé ženy po porodu. Každá říkala „Strie nevadí, za ty strie mi to stálo“ a další podobné řeči, ale já se s tím prostě smířit nechtěla.
<b>K.P. 1985</b>	Ne
<b>L.K. 1990</b>	Přemýšlela jsem, jak asi budou vypadat prsa, břicho.
<b>M.J. 1993</b>	Ano
<b>N.T. 1995</b>	Ano, velmi často.
<b>P.B. 1998</b>	Ano a o některých jsem nevěděla.
<b>P.G. 1986</b>	U prvního ne a u druhého jsem měla obavu o zvětšení pupeční kýly, která se mi objevila v prvním těhotenství.
<b>V.S. 1990</b>	Ano

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka číslo 7 se týká vedlejšího cíle číslo 1 i vedlejšího cíle číslo 2. Tedy zjistit informovanost pacientek o tělesných poporodních změnách a míru prevence těchto změn v závislosti na jejich informovanosti. Jedenáct z dvanácti dotázaných žen, alespoň u jednoho těhotenství, přemýšlelo nad změnami, které mohou nastat na těle po porodu. Změny, nad kterými se pozastavovaly, spadají spíše do skupiny kosmetických poporodních změn. Pouze dvě ženy z dotazovaného vzorku ve své odpovědi zmínily tělesné změny, které by mohly ovlivnit jejich zdraví, a to obavy z porodního poranění a zvětšení pupeční kýly, která se na těle respondentky objevila v prvním těhotenství. V dalších odpovědích nemáme zmíněny změny, nad kterými se rodičky pozastavovaly, jelikož otázka byla položena dichotomicky s možnými odpověďmi: ano přemýšlela nebo ne nepřemýšlela.



**Položka 8: Snažila jste se těmto změnám předcházet? Uved'te prosím jakým způsobem (některé způsoby jsou obsaženy v dalších či předcházejících otázkách, prosím uveďte i tyto možnosti).**

Tabulka 8 Prevence nežádoucích tělesných poporodních změn

Respondentky	Prevence
<b>A.G. 1987</b>	Časté mazání pokožky, pouze přírodní oleje - kokosový, mandlový, olivový. Trénink s aniballem, pouze 2 týdny na 26cm, poté začaly posličky a já trénink přerušila.
<b>D.B. 1984</b>	Snažila jsem se cvičit cviky na zpevnění pánevního dna, ale cvičila bych více
<b>J.H. 1988</b>	Plavání, jóga pro těhotné, posilování pánevního dna
<b>J.Z. 1985</b>	Cvičila jsem, posilovala pánevní dno, cvičila s aniballem, masírovala bradavky ve sprše, aby si zvykly.
<b>K.M. 1992</b>	Abych předešla striím, zvýšila jsem aplikaci mastných krémů (už tak jsem se dost mazala kvůli své citlivé kůži), na hlídání váhy jsem cvičila těhotenskou pilátes, která mi pomohla i s občasnými bolestmi všeho.
<b>K.P. 1985</b>	Ne
<b>L.K. 1990</b>	Před otěhotněním jsem trochu doma cvičila a snažila se zpevnit si břišní svaly. Dbala jsem na mazání břicha a prsou kvůli prevenci strií.
<b>M.J. 1993</b>	mazala jsem se krémem proti striím, používala masážní balonek Aniball
<b>N.T. 1995</b>	Břicho jsem od začátku těhotenství mazala 2x denně olejíčkem Bi-oil, aby nevznikly strie. Bohužel zbytečně.
<b>P.B. 1998</b>	Nesnažila
<b>P.G. 1986</b>	Ne

**V.S. 1990**

Snažila jsem se nemít neúměrný váhový přírůstek tím, že jsem dále měla denně hodinu pohybové aktivity, uzpůsobené pokročilosti těhotenství

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka 8 je stěžejní otázkou k vedlejšímu cíli číslo 2. Zjistit, zda se ženy snažily tělesným změnám předcházet a jakým způsobem. V dotazovaném vzorku žen máme pouze jednu ženu, která nad tělesnými změnami nepřemýšlela a nesnažila se tak žádným možným změnám předcházet, proto v této položce budeme dále pracovat se vzorkem jedenácti žen, které alespoň při jednom z těhotenství přemýšlely nad tělesnými změnami. Z jedenácti dotazovaných se devět snažilo předcházet tělesným změnám. Jelikož je pozornost žen směřována spíše ke kosmetickým záležitostem, týkala se prevence nejčastěji viditelným vadám na kůži – striím. Pět z devíti odpovídajících používalo krémy a oleje k prevenci vzniku strií. Čtyři ženy z devíti odpovídajících se snažily předejít poklesu pánevního dna a s ním spojených potíží, a to za použití cviků nebo pomůcky aniball. Jedna z dotázaných žen uvedla preventivní cvičení na posílení břišního svalstva. Dvě z odpovídajících respondentek uvedly, že se věnovaly pohybové aktivitě, která měla za úkol snížit nárůst hmotnosti v těhotenství. Pouze jedna z dotázaných žen navštěvovala kurzy jógy pro těhotné a plavání.

### **Položka 9: Kdo/co byl/o zdrojem informací o poporodních tělesných změnách?**

Tabulka 9 Zdroj informací o poporodních změnách

<b>Respondentky</b>	<b>Zdroj informací</b>
<b>A.G. 1987</b>	Internet, knihy, youtube. Jemnezrozeni.cz a Povídání s porodní bábou, pořady o midwife v UK/rodila jsem v Anglii
<b>D.B. 1984</b>	Sestřička v porodnic
<b>J.H. 1988</b>	Internet
<b>J.Z. 1985</b>	Máma, sestra, kamarádky, gynekolog
<b>K.M. 1992</b>	Většinou internet, moje sestra, která už má 2 děti (ta byla především motivací, abych to nenechala zajít tak daleko) a knížky o porodu. Nejčastěji jsem četla časopis „Maminka“
<b>K.P. 1985</b>	Nikdo
<b>L.K. 1990</b>	Nijak jsem po informacích nepátrala.
<b>M.J. 1993</b>	internetové diskuze
<b>N.T. 1995</b>	Internet a gynekolog
<b>P.B. 1998</b>	Kamarádky, skupinky na fb
<b>P.G. 1986</b>	Vlastně asi nikdo, něco málo se člověk dočte na internetu a něco dozví od kamarádek, které už mají děti. Ale o poporodních změnách se nikdo moc nebaví. Spíše až teď si sdělujeme své pocity a zkušenosti. A zjišťuji, že většina to má podobně. I když některé na tom byly lépe a jiné hůře.
<b>V.S. 1990</b>	Studium, jsem porodní asistentka

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka 9 se vztahuje k vedlejšímu cíli číslo 2 Zjistit informovanost žen o tělesných změnách po porodu. Z odpovědí na tuto položku zjistíme zdroje informací o poporodních změnách. Tyto zdroje mohly respondentky použít před těhotenstvím, během těhotenství nebo po porodu, tato informace není v položce zjišťována. Nejčastějším zdrojem pro získání informací je uveden internet v různých podobách (internetové diskuse, facebookové stránky, webové stránky věnující se matkám). Dalším častým zdrojem jsou příbuzní respondentek (kamarádky, sestry, matky) a specializovaný zdravotnický personál (gynekologové, porodní asistentky). Dvě ze tří odpovídajících vícerodiček neuvádějí zdroj informací. Jedna z dotázaných žen uvádí jako zdroj informací své studium oboru porodní asistentka. Jedna z žen uvádí, že po informacích týkajících se poporodních změn nepátrala.

### **Položka 10: Používala jste pomůcky na zpevnění pánevního dna?**

Tabulka 10 Pomůcky ke zpevnění pánevního dna

<b>Respondentky</b>	<b>Typ pomůcky</b>
<b>A.G. 1987</b>	Aniball a dvě sezení u fyzioterapeutky
<b>D.B. 1984</b>	Ne
<b>J.H. 1988</b>	Ne
<b>J.Z. 1985</b>	Venušiny kuličky, Aniball
<b>K.M. 1992</b>	Nepoužívala jsem žádné pomůcky, pouze cvičení
<b>K.P. 1985</b>	Ne
<b>L.K. 1990</b>	Nepoužívala
<b>M.J. 1993</b>	Balónek Aniball
<b>N.T. 1995</b>	Ne
<b>P.B. 1998</b>	Ne
<b>P.G. 1986</b>	Ne
<b>V.S. 1990</b>	Ano, Epi-no

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka číslo 10 se týká vedlejšího cíle číslo 2 o prevenci poporodních změn. Konkrétně má za úkol zjistit, zda se ženy v těhotenství snažily předejít poklesu svalů pánevního dna pomocí dostupných pomůcek. 7 z dvanácti dotázaných (58,33 %) se nevěnovalo prevenci poporodních změn pánevního dna. 4 ženy (33,33 %) používaly ke zpevnění pánevního dna pomůcky, z toho tři využily aniball (25 %), jedna žena (8,33 %) používala pomůcku Epi-no, jedna žena (8,33 %) současně s pomůckou aniball využívala také venušiny kuličky. Jedna z žen (8,33 %) uvedla u této položky cvičení na posílení pánevního dna. V položce číslo 8 máme však uvedeno, že další 3 ženy se věnovaly v těhotenství cvičení na podporu pánevního dna, celkově tak 4 ženy (33,33 %), které se konkrétně vyjádřily ke cvikům na posílení pánevního dna. U první respondentky lze dle odpovědi o setkání s fyzioterapeutem předpokládat, že u ní bylo součástí prevence taktéž cvičení na podporu pánevního dna. Celkově tedy 5 žen (41,66 %).

**Položka 11: Pokud jste používala kosmetické přípravky v těhotenství, byly něčím specifické?**

Tabulka 11 Kosmetické přípravky používané ženami v období těhotenství

Respondentky	
<b>A.G. 1987</b>	Nic speciálního, jen přírodní oleje
<b>D.B. 1984</b>	Kokosový olej na předcházení striím
<b>J.H. 1988</b>	Nivea proti striím
<b>J.Z. 1985</b>	Ne
<b>K.M. 1992</b>	Nepoužívala jsem žádné
<b>K.P. 1985</b>	Ne
<b>L.K. 1990</b>	Mamka mi od Justu sehnala nějaké „speciální“ tělové mléko, abych si mazala břicho proti striím. Údajně jsou pak miminka po porodu heboučká. Syn byl jemňounký, k umazlení, ale jestli to bylo tím přípravkem.
<b>M.J. 1993</b>	Ano, ElastiQ krém, později Bi-Oil
<b>N.T. 1995</b>	Bi-Oil.
<b>P.B. 1998</b>	Bi-Oil proti striím
<b>P.G. 1986</b>	Jen krém proti striím Elasti-Q, v prvním i druhém těhotenství a intimní mýdlo.
<b>V.S. 1990</b>	Ano, Bio-Oil

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Otázka číslo 11 se vztahuje k vedlejšímu cíli číslo 2 ohledně prevence. Dle položky číslo 8 se pět z dvanácti žen snažilo předcházet výskytu strií. Pět z dvanácti žen (41,66 %) se dle položky 8 snažilo aktivně striím předcházet pomocí krémů a olejů. Úkolem této položky bylo zmapovat, jaké přípravky jsou ženami nejvíce využívány. Tři ženy (25 %) nevyžívaly žádných dostupných kosmetických přípravků pro předcházení striím. Nejčastěji využívaným přípravkem je Bi-Oil, který používaly 4 ženy z dvanácti (33,33 %). Dalšími používanými přípravky jsou: krém ElastiQ, Nivea proti striím, kokosový olej a další přírodní oleje. Dle položky 17 se strie vyskytují u třech rodiček (25 %), z toho dvě se snažily striím předcházet, z toho jedna pomocí kokosového oleje, druhá využívala přípravku Bi-Oil. Dvě respondentky nevyžívaly přípravky k prevenci strií a strie se u nich neobjevily. Dále se strie nevyskytly u sedmi z devíti žen, které se striím snažily předcházet. Tento počet činí 77,77 % žen bez výskytu strií po předchozí prevenci.

## Položka 12: Jak dlouho trval Váš porod?

Tabulka 12 Doba trvání porodu

Respondentky	Doba trvání porodu
<b>A.G. 1987</b>	14 dní silné poslíčky, v 7 hodin praskla voda a 12:16 konec druhé doby porodní - 5h
<b>D.B. 1984</b>	Cca 1,5 hodiny
<b>J.H. 1988</b>	Od první pravidelné kontrakce 32 hodin
<b>J.Z. 1985</b>	První porod trval od pravidelných bolestí cca po 5 minutách, kdy jsme přijeli do porodnice 12 hodin, druhý jsem si užila doma a do porodnice odjela na poslední půlhodinku.
<b>K.M. 1992</b>	Kontrakce začaly v 10 h večer, ve 3:57 příjem v porodnici a v 6:57 byl syn na světě
<b>K.P. 1985</b>	1. 4 hod. 15 min. (od odtoku plodové vody); 2. 3 hod. 20 min.; 3. 2 hod. 28 min.; 4. 20 min. (od odtoku plodové vody)
<b>L.K. 1990</b>	2 dny. Ve středu kolem půl 4 ráno praskla plodová voda, ihned jsme jeli do porodnice. Dále se nic nedělo. Čtvrtek dopoledne mi dali 2 infuze oxytocinu na vyvolání. Nic. Po domluvě s lékařkou jsem ve čtvrtek v 19 h šla na císařský řez. V 19:20 se narodil Jonáš.
<b>M.J. 1993</b>	8 hodin
<b>N.T. 1995</b>	14 hodin
<b>P.B. 1998</b>	15 hodin
<b>P.G. 1986</b>	Oba porody byly vyvolávané. První trval 8 hodin a skončil akutní sekcí. Druhý trval 7 hodin a končil vaginálním porodem.
<b>V.S. 1990</b>	3 hodiny od první kontrakce

Zdroj: vlastní



**Komentář:** Položka 12 se vztahuje k hlavnímu cíli a jejím úkolem je odhalit, jestli délka porodu ovlivňuje výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn spojených s porodem. U dvou porodů nelze určit dobu trvání porodu. Průměrná doba porodu u zkoumaného vzorku rodiček činí 8,32 hodin. Z 15 porodů 11 trvalo kratší dobu, než je průměrná doba trvání porodu u daného vzorku. U jedné z rodiček můžeme porod definovat jako překotný (trvajícím méně jak 2 hodiny). Porod trval 1 hodinu a 30 minut. Rodička uvedla jako nežádoucí tělesnou poporodní změnu pokles čípku. Tato změna může souviset s rychle probíhajícím porodem. U respondentky číslo 11 probíhal druhý porod 7 hodin a jeho důsledkem se u rodičky vyskytuje episiotomie a bolesti kostrče, avšak důvodem porodního poranění je spíše poloha, ve které porod probíhal. U šesti rodiček trval porod kratší dobu než je průměrná doba porodu u zkoumaného vzorku a nevyskytují se u nich tělesné poporodní změny, které by mohly být způsobeny délkou trvání porodu. U respondentky číslo 6 trval její druhý porod 3 hodiny a 20 minut, jako tělesnou změnu udává natržené děložní hrdlo. Tato změna by mohla být způsobena rychle postupujícím porodem, mohla by být tedy závislá na délce jeho trvání. Čtyři rodičky uvádí porod císařským řezem, za nežádoucí tělesnou poporodní změnu může být vnímána jizva po císařském řezu. Porody těchto žen trvaly v rozmezí od 8 hodin do 32 hodin, průměrně 15 hodin. Příčinou císařských řezů byl nepostupující porod nebo decelerace ozev plodu. U dvou rodiček, u kterých byl proveden císařský řez, trval porod déle, než je průměrná doba porodu u zkoumaného vzorku, u obou se vyskytují poporodní změny, které by mohly být následkem dlouho trvajících porodů, a to diastáza břišních svalů a inkontinence, další dvě rodičky uvádí jako nežádoucí tělesnou změnu jizvu po císařském řezu. U dvou rodiček, jejichž porod trval déle, než je průměrný čas porodu u zkoumaného vzorku, se vyskytují poporodní změny, které by mohly souviset s délkou trvání porodu a to výhřez konečníku, hemoroidy, pokles pánevního dna a nástřih hráze. U respondentky číslo 5 probíhal porod delší dobu než je průměrná doba porodu u zkoumaného vzorku, avšak uvedená poporodní změna nemusí být dána délkou trvání porodu, touto změnou je episiotomie z důvodu „vysoké hráze“ zabraňující postupu porodu a byla provedena jako prevence ruptury. Ze získaných dat je tedy možné říci, že překotný a dlouhotrvající porod mohou vést k nežádoucím tělesným poporodním změnám. Nelze však vyloučit tělesné poporodní změny způsobené porodem u rodiček, u kterých porod trval přiměřeně dlouhou dobu.

**Položka 13: Rodila jste spontánně nebo císařským řezem? V případě spontánního porodu jste rodila v jaké poloze?**

Tabulka 13 Spontánní porod x císařský řez, poloha při spontánním porodu

Respondentky	Porod
<b>A.G. 1987</b>	Spontánně, do vody i 2.doba porodní, poloha na všech 4 - opřená o hranu vany, celou dobu porodu
<b>D.B. 1984</b>	Spontánně, rodila jsme v poloze v leže na zádech
<b>J.H. 1988</b>	Akutní císařský řez
<b>J.Z. 1985</b>	První porod klešťový, neměla jsem možnost si polohu vybírat, celou dobu jsem ležela, tvrdili mi, že s epidurálem to tak je. Odrodila jsem v leže. U druhého jsem chtěla zůstat na zemi, na čtyřech, ale obě sestry mě odtáhly na lůžko – prý aby na mě dobře viděli! Byla jsem sama, neměla jsem sílu se přít. Odrodila jsem v leže.
<b>K.M. 1992</b>	Rodila jsem spontánně a bohužel v leže na zádech- ani mi nebyla nabídnuta jiná poloha a já v tu chvíli vykulená, byť s porodním plánem, že chci rodit v poloze, jaké chci, jsem se poddala
<b>K.P. 1985</b>	1. Spontánně ve 41. tt na zádech, 2. Spontánně ve 37. tt na zádech, 3. Spontánně ve 40. tt na zádech, 4. Spontánně ve 37. tt na zádech- vyvolávaný porod
<b>L.K. 1990</b>	Císařský řez.
<b>M.J. 1993</b>	Spontánně, v polosedě.
<b>N.T. 1995</b>	Po 14 hodinách byla provedena akutní sekce pro nepostupující porod.
<b>P.B. 1998</b>	Spontánně v pololeže.
<b>P.G. 1986</b>	První porod skončil akutním císařským řezem pro neprospívání plodu, druhý porod spontánně a rodila jsem nejdříve na boku a samotný konec proběhl v polosedě

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka 13 se soustředí na typ porodu, polohu při spontánním porodu a s tím související tělesné poporodní změny. Pokud žena rodila císařským řezem, uvádí jako nežádoucí tělesnou poporodní změnu jizvu po operaci. Ve zkoumaném vzorku se nachází 4 ženy, u kterých byl porod veden císařským řezem. Porod císařským řezem tvoří u daného vzorku 23,53 % z celkového počtu 17 porodů. Třináct porodů (76,47 %) proběhlo spontánně, z toho jeden (7,69 %) byl porozen pomocí porodnických kleští, dva porody (15,38 %) proběhly v kleče do vody, deset porodů (76,92 %) bylo porozeno v polosedě na zádech. Oba porody do vody proběhly bez porodního poranění a nežádoucích tělesných poporodních změn. Za použití kleští při porodu vzniká velká episiotomie, nelze tedy určit, zda měla poloha vliv na porodní poranění a nežádoucí tělesné poporodní změny, avšak porod za použití porodnických kleští má za důsledek velkou jizvu po episiotomii. Při 4 z 10 spontánních porodů byl u rodiček proveden nástřih hráze. Je možné, že při porodu v jiné poloze by episiotomie nebyla provedena. Ve vzorku se však nevyskytují ženy, které by spontánně rodily v jiné poloze, proto nelze s jistotou říci, zda má poloha vliv na porodní poranění u těchto žen.

## **Položka 14: Doprovázely Váš porod nějaké komplikace? Měla jste porodní poranění?**

Tabulka 14 Porodní komplikace a porodní poranění

<b>Respondentky</b>	<b>Komplikace a poranění</b>
<b>A.G. 1987</b>	Došlo k lehkému zatažení za pupečník a následnému krvácení, urychlení injekcí oxytocinu. Lehké poranění, max. Jeden steh, bez šití
<b>D.B. 1984</b>	Nástřih hráze
<b>J.H. 1988</b>	Nepostupující porod, padající ozvy miminka
<b>J.Z. 1985</b>	Porod se zastavil, jak mi napíchli epidurál, potom mi ho znovu nitrožilně vyvolávali, píchli vodu. Nutili tlačit, i když jsem neměla kontrakce – a pak dcera nedorotovala hlavičkou do správné polohy a zasekla se, i když jsem už byla nastřižená, tak stříhali znovu kvůli kleštím. Konečné poranění jsem měla III. stupně, s tím, že mě po týdnu opět sešivali a spravovali.
<b>K.M. 1992</b>	Ano, měla jsem příliš vysokou hráz a i přes porodní plán, že nástřih ne, mi ho doktor předhodil, tak jsem souhlasila. Strašně to bolelo a vůbec jsem necítila žádnou úlevu jako většina žen. Myslela jsem, že mě někdo rve zaživa, což se vlastně i dělo a jestli jsem při porodu nijak víc neprojevovala, v momentu nástřihu jsem křičela bolestí.
<b>K.P. 1985</b>	Bez komplikací a šití, 2. Omotaný pupečník kolem krku, natržené děložní hrdlo, vnitřní stehy; 3. Bez komplikací a šití, 4. Bez komplikací, drobné vnější ranky šité
<b>L.K. 1990</b>	Neřekla bych. Jen se mi v určité fázi špatně dýchalo, jako bych měla kámen na prsou. Paní anestezioložka mi něco hned přidala do infuze a bylo dobře. Porodní poranění pouze jizva po císaři.
<b>M.J. 1993</b>	Poranění minimální
<b>N.T. 1995</b>	Nepostupující porod. Porodní poranění „pouze“ ta po císařském řezu.

<b>P.B. 1998</b>	Trvalo dlouho, než jsem se začala otvírat. Pak tam zavazela branka a dostala jsem oxytocin. Během porodu mě nastříhávali a byla jsem i zevnitř natrhlá.
<b>P.G. 1986</b>	U prvního probíhalo vše bez problémů do doby, kdy jsem byla otevřená na 5 cm. Pak mé kontrakce byly dost silné, ale krátké a já se přestala otvírat. Proto mi napíchli oxytocin, po té malému spadl výrazně tep a byla akutně provedena sekce. Tehdy mým porodním poranění byla jedna velká jizva. Druhý porod bez problémů. Porodní poranění mám v podobě nástřihu. A teď, už ne tak velkých bolestí kostrče.
<b>V.S. 1990</b>	Ne, ne

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka 14 se zaměřuje na výskyt porodního poranění, které by mohlo mít trvalý dopad na tělesnou stránku ženy. Cílem je zjistit závislost tohoto poranění na porodních komplikacích, které se vyskytly při porodu. Ve čtyřech případech se u rodiček vyskytlo porodní poranění při porodu, u kterého rodičky nepopisují žádné komplikace. U třech porodů s komplikacemi vzniklo porodní poranění, které však nemělo souvislost s danou porodní komplikací. V jednom případě se u rodičky vyskytovaly komplikace, které vyústily v provedený per forcipem. Při tomto porodu je provedena episiotomie většího rozsahu, proto lze říci, že tyto komplikace vedly k porodnímu poranění rodičky. Ve čtyřech případech se při porodu vyskytly komplikace vedoucí k porodu per sectionem caesaream. Po této porodnické operaci zůstává na těle jizva, která je uváděna rodičkami jako nežádoucí tělesná poporodní změna. Lze tedy tyto komplikace považovat jako rizikový faktor pro vznik nežádoucích tělesných poporodních změn. V jednom případě rodička udává jako komplikaci „*vysokou hráz*“. V tomto případě byla tedy provedena episiotomie. Na základě výsledku z předchozí položky 13 je možné, že by episiotomie nebyla provedena, pokud by žena rodila v jiné poloze, než na zádech. U jedné z rodiček byla doba trvání porodu kratší, než je průměrný čas zkoumaného vzorku. Tento porod nelze definovat jako překotný, jelikož jeho délka byla 3 hodiny a 20 minut. Avšak délka trvání mohla být v tomto případě komplikací, která vedla k porodnímu poranění na děložním hrdle. Při jednom porodu byla délka jeho trvání delší než průměrná délka trvání zkoumaného vzorku a lze tuto skutečnost považovat za komplikaci porodu, jejímž následkem vznikla u rodičky vnitřní i vnější ruptura rodidel.

**Položka 15: Pokud se u Vás vyskytlo porodní poranění, jakým způsobem jste o něj pečovala?**

Tabulka 15 Péče o porodní poranění

<b>Respondentky</b>	<b>Péče o porodní poranění</b>
<b>A.G. 1987</b>	Nijak, vše v pořádku
<b>D.B. 1984</b>	Pravidelnou hygienou a později tea tree olejem na jizvu a homeopatiky
<b>J.H. 1988</b>	Masáž jizvy
<b>J.Z. 1985</b>	14dní po porodu měla nařízený klid na lůžku a pečoval o mě manžel. Ošetřoval a desinfikoval rány
<b>K.M. 1992</b>	Snažila jsem se nástřih hodně větrat, ale v porodnici to moc nešlo. Nemohla jsem sedět, dojít si na záchod, ani se pořádně vykoupat. Používala jsem intimní gely a dubovou mastičku. Hodně jsem ledovala.
<b>K.P. 1985</b>	Nijak
<b>L.K. 1990</b>	Jizvu jsem masírovala dle pokynů zdravotních pracovníků a doma mazala sádlem a masírovala.
<b>M.J. 1993</b>	Nijak, měla jsem jeden steh, zahojil se rychle
<b>N.T. 1995</b>	Půl roku nenamáhám jizvu po CS, mažu a masíruji ricinovým olejem.
<b>P.B. 1998</b>	Nijak. Nejlepší bylo jen oplachovat vodou
<b>P.G. 1986</b>	Jizvu po císaři jsem hodně mazala a snažila jsem se ji po čase rozmasírovat, jak mi radili doktoři. A myslím, že to pomohlo. Dneska o ní ani nevím a ani nejde moc vidět. Po nástřihu jsem se často sprchovala a používala intimní mýdlo. Parfémované sprchové gely mi nedělali dobře a spíše jizvu dráždily. Taky jsem asi týden sedala do hypermanganových koupelí. A oproti císařskému řezu jsem dlouho používala porodnické vložky a síťové kalhotky, téměř celé šestinedělí

**Komentář:** Položka se týká vedlejšího cíle číslo 2 o prevenci nežádoucích tělesných změn. Porodní poranění je ženami vnímáno jako nežádoucí tělesná poporodní změna, proto je mým cílem zjistit, zda se ženy věnují péči o toto porodní poranění. Všechny ženy, u kterých se vyskytlo porodní poranění, se věnovaly péči k eliminaci nežádoucích následků. Nejčastěji se ženy věnovaly zvýšené hygieně, používaly různé druhy tuků, olejů a mastí k promazávání jizev. Ženy po císařském řezu uvádějí masáž jizvy a promazávání různými prostředky ke snížení výskytu nežádoucího vzhledu jizvy. Pouze jedna z rodiček, u které byla provedena episiotomie a intenzivně se věnovala péči o toto porodní poranění, uvádí jizvu po tomto poranění jako nežádoucí tělesnou poporodní změnu, proto můžeme předpokládat, že péče o porodní poranění eliminuje vnímání této změny jako nežádoucí.

### **Položka 16: Vnímala jste při pobytu v porodnici nějaké tělesné potíže? Přetrvávají?**

Tabulka 16 Tělesné potíže při pobytu v nemocnici

<b>Respondentky</b>	<b>Potíže</b>
<b>A.G. 1987</b>	Zůstala jsem přes noc, kvůli testování krve na množství železa - měla jsem větší ztrátu krve a pocity na omdlení, hučení v uších. Druhý den pouze velké vyčerpání, ale další dny už vše v pořádku.
<b>D.B. 1984</b>	Žádné, později jakoby tah v jizvě
<b>J.H. 1988</b>	Diastáza, inkontinence, ano přetrvávají
<b>J.Z. 1985</b>	Potíže byly při močení a chození na velkou, při tlačení mi vyhřezl konečník.
<b>K.M. 1992</b>	Ne, žádné.
<b>K.P. 1985</b>	Ne
<b>L.K. 1990</b>	Ne
<b>M.J. 1993</b>	Ne
<b>N.T. 1995</b>	Ano, bolesti zad v křížové oblasti, rozestup přímých břišních svalů, přetrvávají.
<b>P.B. 1998</b>	Nevnímala
<b>P.G. 1986</b>	Bolesti kostrče, od porodu jsem téměř dva měsíce a stále cítím bolení. Hlavně při dosedání a vstávání. A chození na velkou byl taky problém, který se ztratil koncem šestinedělí
<b>V.S. 1990</b>	Ne

Zdroj: vlastní



**Komentář:** Položka číslo 16 se týká hlavního cíle. Úkolem je zmapovat nežádoucí tělesné poporodní změny krátce po porodu při pobytu v nemocnici. Sedm žen z dvanácti při pobytu v nemocnici nevnímaly žádné tělesné změny, avšak šest z těchto žen v položce číslo 17 uvádí tělesné poporodní změny, které se u nich postupem času objevily. Pět žen uvádí, že již při pobytu v nemocničním zařízení krátce po porodu vnímaly tělesné poporodní změny. Dvě ženy uvádí jako poporodní změnu, kterou vnímaly již při pobytu v nemocnici rozestup přímých břišních svalů. Dále tři respondentky udávají potíže při vyprazdňování. Dalšími odpověďmi jsou bolesti zad a kostrče u dvou žen. Jedna z rodiček uvádí „*hučení*“ v uších a pocity na omdlení z důvodu větší krevní ztráty. U třech rodiček přetrvávají změny, které vnímaly již v nemocnici do této doby. Přetrvávajícími změnami jsou: rozestup břišních svalů, inkontinence, bolesti zad a bolesti kostrče.

### **Položka 17: Jaké tělesné změny se u Vás vyskytují nyní?**

Tabulka 17 Výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn

<b>Respondentky</b>	<b>Tělesné změny</b>
<b>A.G. 1987</b>	Diastáza, velikost u pupíku na dva prsty. Strie a jizvy
<b>D.B. 1984</b>	Pokles čípku
<b>J.H. 1988</b>	Velká diastáza, inkontinence, pokles pánevního dna, silné bolesti během ovulace
<b>J.Z. 1985</b>	Povolené břišní svalstvo i svalstvo pánevního dna, povolená prsa, vnitřní a vnější hemeroidy
<b>K.M. 1992</b>	Kromě znehodnocení spodních partií, kdy mě více bolí pohlavní styk, lehké nadváze (podle mě), strií a bolestí zad, povadlá prsa, tak nic.
<b>K.P. 1985</b>	Nadváha, kazivost a drolení zubů, vypadávání vlasů, po 4. Porodu silná alergie na barvu na vlasy, povolené břišní svalstvo, nechut k sexu
<b>L.K. 1990</b>	Brní mě ruce – doplňuji magnézium, až nechut k milování (před porodem jsem si milování užívala a milovali jsme se s manželem často)
<b>M.J. 1993</b>	Lehký rozestup břišních svalů
<b>N.T. 1995</b>	Velký rozestup přímých břišních svalů, bolesti zad v křížové oblasti, strie, změna pigmentace kůže.
<b>P.B. 1998</b>	Akné
<b>P.G. 1986</b>	Jelikož mám stále 10kg nahoru, celkově mé tělesné proporce jsou větší. Hlavní tělesnou změnou je povolené břišní svalstvo a stále přetrvávající bolest kostrče. Již ne tak výrazná, ale je. Taky prsa a hlavně bradavky dostávají zabrat, a občas je to nepříjemné. Ne tolik jako po prvním porodu. To je však nejspíš tím, že jsem malého kojila 22 měsíců a pauzu jsem měla jen v období těhotenství.

**Komentář:** Položkou číslo 17 zjišťujeme, že u všech dotázaných žen se vyskytují tělesné poporodní změny v různém rozsahu. Nejčastějším problémem je rozestup přímých břišních svalů v různém rozsahu, je uváděn sedmi rodičkami z dvanácti. Další nežádoucí tělesnou poporodní změnou je váhový přírůstek, který uvádí čtyři z dvanácti žen jako nežádoucí tělesnou poporodní změnu. Tři respondentky dále uvádí bolesti zad a kostrče. Další uváděnou nežádoucí tělesnou poporodní změnou je pokles prsou. Tato změna byla uvedena třemi respondentkami. Tři respondentky uvádí jako nežádoucí tělesnou poporodní změnu výskyt strií. Dvě respondentky zmínily pokles pánevního dna. Tři respondentky trpí bolestivostí při sexu, nebo nechutí k sexu. Dalšími nežádoucími tělesnými poporodními změnami jsou jizvy, descensus děložního čípku, inkontinence, bolestivá ovulace, hemeroidy, kazivost zubů, vypadávání vlasů, alergie na barvu na vlasy, brnění rukou, změny pigmentace kůže akné a změny vzhledu genitálu. U zkoumaného vzorku lze říci, že je výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn stoprocentní.

## Položka 18: Omezují Vás tělesné poporodní změny? Jak? Proč?

Tabulka 18 Omezení tělesnými poporodními změnami

Respondentky	Omezení
<b>A.G. 1987</b>	Větší zátěž na záda, ale vše zvládám bez větších bolestí
<b>D.B. 1984</b>	Neomezují
<b>J.H. 1988</b>	Omezují. Díky veliké diastáze se nevejdu do oblečení kolem pasu, ačkoliv kolem boků a stehů je mi všechno velké, únik moči při kašli, smíchu apod, bolesti během ovulace
<b>J.Z. 1985</b>	Omezuje mě únik moči, který nejsem schopna kontrolovat, také mám někdy problém s partnerem v sexuální oblasti
<b>K.M. 1992</b>	Kvůli bolesti zad nemůžu moc dlouho sedět na židli- musím často měnit místo sedu, pozici a tak dále. A sex je někdy dost bolestivý, jindy ne, což před porodem jsem neznala.
<b>K.P. 1985</b>	Omezuje mne, že si nemůžu bez potíží obarvit své šediny, nadváha mne omezuje v nákupu oblečení i při pohledu do zrcadla (snažím se řešit), kazivost zubů-častá návštěva zubaře a s tím spojené výlohy, nechůť k sexu omezuje mého manžela - odcizujeme se.
<b>L.K. 1990</b>	Brnění je nepříjemné. Manžela miluji, ale nemám chuť na sex.
<b>M.J. 1993</b>	Ne
<b>N.T. 1995</b>	Ano. Bolesti zad mě omezují především vůči mému miminku. Nemohu ho příliš dlouho chovat kvůli velké bolesti, vždy vydržím chovat jen chvíli. Rozestup svalů, strie a převis kůže mě omezují spíše po psychické stránce. Rozestup svalů způsobil, že břicho zůstalo docela vyklenuté a vypadám stále „trochu těhotně“. (Pardon, nevím jak jinak to napsat :-D)
<b>P.B. 1998</b>	Neomezují, jen se stydím za své akné a nosím makeup.

<b>P.G. 1986</b>	Bolesti kostrče ano, nemohu si pohodlně sednout. Zvětšené tělesné proporce v tom, že neobleču zatím žádné své původní oblečení. Povolené břišní svaly hlavně při vstávání z lehu na zádech, kdy se nemohu rovnou zvednout do sedu, ale musím se překulit na bok a poté se zvedat.
<b>V.S. 1990</b>	Ne

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Šest z dvanácti žen se cítí omezováno tělesnými poporodními změnami. Čtyři ženy uvádí, že je tělesné poporodní změny nijak neomezují. Dvě ženy neuvádí, že by byly přímo omezovány tělesnými poporodními změnami, i přesto mají tyto změny vliv na jejich každodenní činnosti. Největším omezením je bolest při různých denních činnostech a při sexu. Dalším omezením je únik moči. Velká část žen vnímá jako omezení kosmetické změny na svém těle.

**Položka 19: Snažíte se aktivně o nápravu těchto změn? Popište jak.**

Tabulka 19 Snaha o nápravu nežádoucích tělesných poporodních změn

respondentky	
<b>A.G. 1987</b>	Bohužel speciální cvičení se nezačínám ani učit, je třeba se individuálně připravit od fyzioterapeuta, který se orientuje v těchto potížích. Bez hlídání je obtížné se k fyzioterapeutovi dostat. A hlavně někoho najít, malé množství fyzioterapeutů.
<b>D.B. 1984</b>	Nyní na zpevnění pánevního dna budu chodit na rehabilitaci.
<b>J.H. 1988</b>	Jóga na posílení svalstva.
<b>J.Z. 1985</b>	Snažím se cvičit, i když mě připadá, že cvičení nemá absolutně žádný účinek. Lékař doporučil chirurgický zákrok.
<b>K.M. 1992</b>	Na strie už asi nic nepomůže, a na nadváhu se snažím cvičit, což mi pomáhá i na záda. V sexu žádná náprava asi nejde.
<b>K.P. 1985</b>	Alergie na barvu na vlasy bohužel řešit nejde, nadváha-snažím se víc hýbat, jíst pravidelně a zdravě, nechutí k sexu-přemáháním, alkoholem, kazivost zubů-dodávám tělu minerály, lepší péče o chrup .
<b>L.K. 1990</b>	Snažím se být aktivní, chodíme se synem ven, do hudebního kroužku pro miminka jeho věku. Já chodím tančit. Na brnění beru magnesium. Snažím se myslet na výjimečnější sexuální zážitky s manželem, co jsme zažili před porodem, abych dostala „chuť“ na milování.
<b>M.J. 1993</b>	Ano, cvičením.
<b>N.T. 1995</b>	Na rozestup svalů jsem zkoušela cviky na šikmé břišní svaly, ale vždy jsem zabírala i na přímé břišní svaly, čímž by se diastáza ještě zhoršila. Strie mažu denně krémem, který pomáhá.
<b>P.B. 1998</b>	Objednám se ke kožnímu.

<b>P.G. 1986</b>	Ano. Tělesné proporce se snažím zmenšit hlavně pohybem (převážně procházky). Břišní svaly se snažím posilovat, ale není to tak intenzivní jak bych si přála. Se dvěma malými dětmi toho času a ani energie není.
<b>V.S. 1990</b>	Ne

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka 19 sleduje snahu žen o nápravu změn, které se na jejich těle vyskytly vlivem těhotenství. Devět z dvanácti žen se snaží své tělesné poporodní změny řešit aktivním pohybem. Dvě ženy nemají potřebu své poporodní změny řešit, jelikož jimi nejsou omezovány.

**Položka 20: Uvažovala jste někdy o chirurgickém zásahu na Vašem těle kvůli poporodním změnám? Jakém?**

Tabulka 20 Úvaha o chirurgickém zásahu

respondentky	Chirurgický zásah
<b>A.G. 1987</b>	Zatím ne, jen kdyby nasledovaly zdr.potíže a hlavně plánujeme ještě jeden porod, takže do té doby nic.
<b>D.B. 1984</b>	Ne. Byla mi nabídnuta operace laserem ohledně čípku, ale chci to řešit rehabilitací
<b>J.H. 1988</b>	Ano, uvažuji, Chystám se časem na abdominoplastiku.
<b>J.Z. 1985</b>	Uvažovala o plastice stydkých pysků a odstranění boule, která zůstala po episiotomii, odstranění vnějších hemeroidů. Vnitřní jsem absolvovala hned po 6nedělí.
<b>K.M. 1992</b>	Určitě jsem uvažovala o plastice prsou, ne implantátech, ale jenom pozvednutí do pozice, ve které byly před mateřstvím.
<b>K.P. 1985</b>	Ne, nikdy
<b>L.K. 1990</b>	Ne.
<b>M.J. 1993</b>	Ne.
<b>N.T. 1995</b>	Ano, jsem rozhodnuta, že chci podstoupit abdominoplastiku.
<b>P.B. 1998</b>	Ne.
<b>P.G. 1986</b>	Jediný chirurgický zásah, o kterém uvažuju, je oprava pupeční kýly. Kterou mám už z prvního těhotenství a nejspíš se mi teď trochu zvětšila.
<b>V.S. 1990</b>	Ano, plastika prsou po kojení.

Zdroj: vlastní



**Komentář:** Položka 20 mapuje ochotu žen podstoupit kvůli tělesným poporodním změnám chirurgický zákrok. Šest žen z dvanácti neuvažovalo o chirurgické nápravě tělesných poporodních změn. Čtyři ženy uvažují o operaci po porodu. Dvě ženy z dvanácti jsou již rozhodnuty, že podstoupí operaci, kvůli tělesným poporodním změnám.

**Položka 21:** Proč si myslíte, že se u Vás tyto poporodní změny vyskytly?

Tabulka 21 Povědomost o vzniku nežádoucích tělesných poporodních změn

respondentky	důvody
<b>A.G. 1987</b>	Částečně genetika, druhý aspekt - nesprávné návyky držení těla, přetěžování břicha při nošení miminka a necvičení.
<b>D.B. 1984</b>	Málo jsme cvičila po porodu. Věnovala jsem se více malému, protože se narodil dřív a měl problém s kojením.
<b>J.H. 1988</b>	Genetika, moje maminka to samé.
<b>J.Z. 1985</b>	Nevím
<b>K.M. 1992</b>	Protože to je přirozený proces, který k těhotenství prostě patří a na který má také vliv genetika. Nezbyvá, než se s tím smířit a pomalu dělat krůčky ke zlepšení.
<b>K.P. 1985</b>	Miminko „vyplývalo“ zásoby vitamínů a minerálů-zuby, vypadávání vlasů. Co se týče alergie na barvu na vlasy-to vůbec netuším. Nadváha-chutě na všelicos v těhotenství i při kojení.
<b>L.K. 1990</b>	S diabetem a dítětem je těžké hlídat své jídlo a hubnout. Gynekolog říkal, že nechut' může být způsobena i hormonální antikoncepcí, která je jiná než před porodem. Začnu brát svoji původní značku, tak jsem zvědavá. A i dítě a určitý stereotyp k tomu prý přispívá.
<b>M.J. 1993</b>	Rychle jsem v těhotenství přibírala nevhodnou stravou a přejídáním se.
<b>N.T. 1995</b>	Řekla bych, že strie se vyskytly velkým nabráním hmotnosti (noční nálety na ledničku) a možná je s tím spojený i rozestup svalů. Bolesti zad mě trápily již dříve, ale ne v takové míře. Myslím, že bolesti zad jsou zapříčiněné právě kvůli diastáze, kdy vlastně nemá páteř z vnitřní strany oporu a prohýbá se. Značnou mírou za bolest zad může i epidurální anestezie, která mi byla podána při císařském řezu.
<b>P.B. 1998</b>	Hormony

<b>P.G. 1986</b>	Většina je asi daná tím, jak je tělo zatížené rostoucím plodem, množství přibrané váhy asi částečně dědičností po rodičích. Proto že ať jsem se snažila jíst méně, či zdravěji váha šla stále stejně rychle nahoru. Jak v prvním tak i v druhém těhotenství. A bolest kostrče nejspíš částí porodu kdy jsem ležela na boku a při nucení na tlačení jsem tlačila a miminko mi na ni asi hodně tlačilo. Většina tělesných změn se dá snad časem do téměř původního stavu a na památku mi zůstanou jen dvě jizvy.
<b>V.S. 1990</b>	Protože jsem byla těhotná?

Zdroj: vlastní

**Komentář:** Položka 21 se vztahuje k vedlejšímu cíli číslo 1, který se týká informovanosti žen o tělesných poporodních změnách. Na základě položky 21 můžeme říci, že většina žen přemýšlela nad důvodem tělesných poporodních změn. Čtyři ženy přisuzují výskyt svých problémů genetice. Pět žen pak zmiňuje jako příčinu přibírání na váze z důvodu nesprávné stravy, přejídání nebo nedostatku pohybu. Dvě z dvanácti žen pak vnímají změny na svém těle jako součást přirozeného procesu.

## DISKUZE

Výsledky analýzy kvalitativního výzkumu byly srovnány s dalšími odbornými pracemi. Autory prací, se kterými byly výsledky srovnávány, jsou Sárkoziöová (2017), Šišáková (2016), Chaloupková (2016), Moravcová (2016).

Autorka Andrea Sárkoziöová v praktické části bakalářské práce z roku 2017 s názvem: „*Pohybová aktivita, dechová a relaxační cvičení vhodná pro těhotné a ženy po porodu*“, věnuje pozornost pohybovým aktivitám v těhotenství. Na základě analýzy získaných dat z dotazníkového šetření určila autorka jako nejčastější pohybové aktivity: procházky v těhotenství, plavání, cvičení v předporodních kurzech, cyklistiku a posilování. Na položku týkající se druhu sportovní aktivity v těhotenství odpovědělo 1 442 respondentek, z toho 91,6 % se věnovalo sportovní aktivitě v těhotenství. V dotazníkové položce nabídla respondentkám 7 druhů opovědí. Všem druhům sportu, které obsahovala její dotazníková položka, se věnovaly také respondentky našeho dotazníkového šetření. Pořadí aktivit je rozdílné v tom, že na prvním místě je v našem výzkumu fitness, poté plavání a bruslení na kolečkových bruslích. Procházky jsou v našem výzkumu zmíněny pouze jednou. Tento fakt je v největší pravděpodobnosti ovlivněn obecným položením otázky. Naše dotazníkové šetření sleduje druhy sportu, kterému se ženy v těhotenství věnovaly, avšak nedostaly nabídku odpovědí, a proto neuváděly procházky jako druh sportu. Můžeme se domnívat, že procházky jako tělesná aktivita by byly zmiňovány častěji. Vyšlo najevo, že naše výsledky ohledně posilování pánevního dna se shodují a to tak, že pouze 50 % žen se věnuje cvičení k jeho posílení.

Jarmila Šišáková se ve své praktické části bakalářské práci z roku 2016 s názvem: „*Poranění pánevního dna při porodu*“ zaměřuje na episiotomii jako porodní poranění. V jejím zkoumaném vzorku byla episiotomie provedena v 37,7 % případů, v našem vzorku tvoří episiotomie 25,00 % případů. Jako důvody k provedení episiotomie uvádí alteraci ozev plodu a velkou porodní hmotnost novorozence, přistoupení k operativnímu porodu (VEX) a snížení tlaku na hráz. V našem řízeném rozhovoru dvě ze tří rodiček uvedly důvod provedení episiotomie. Jedním z důvodů byl operativní porod, čímž se shoduje výsledek našeho dotazníkového šetření s výsledkem výzkumu Jarmily Šišákové. Díky této shodě je možné považovat operativní porod (VEX a porod per forcipem) za rizikový faktor vzniku nežádoucích tělesných poporodních změn. Dalším z důvodů episiotomie uvádí Jarmila Šišáková velkou porodní hmotnost novorozence a alteraci ozev plodu. Na základě analýzy

obou dotazníkových šetření je možné potvrdit, že velká porodní hmotnost novorozence a komplikace během porodu je možné považovat za rizikový faktor vzniku nežádoucích tělesných poporodních změn.

Vendula Chaloupková zpracovala bakalářskou práci na téma: „*Diastáza – (ne) řešený problém*“. Pokud srovnáme výsledky šetření o informovanosti žen, je možné říci, že se naše výsledky shodují. V našem případě ani jedna rodička před těhotenstvím nepřemýšlela nad vznikem rozestupu přímých břišních svalů. Stejně jako v případě Chaloupkové i v našem případě respondentky trpící rozestupem břišních svalů udávaly bolesti zad, inkontinenci moče nebo pokles pánevního dna. Naše výsledky se také shodují v tom, že se diastáza břišních svalů objevuje u respondentek, které se věnovaly tělesným aktivitám. Stejně tak jako z šetření Chaloupkové i v našem případě je jasné, že rozestup břišních svalů je častou tělesnou poporodní změnou.

Bakalářská práce s názvem: „*Anatomické a fyziologické změny těla ženy po porodu prvního dítěte v Pardubickém kraji*“ z roku 2016 od autorky Šárky Moravcové uvádí tyto poporodní změny, které ženy vnímají: ztráta pevnosti prsou, změna velikosti prsou, výskyt strií, výskyt křečových žil, pigmentové změny na kůži, vypadávání vlasů, nárůst váhy, kazivost zubů, těhotenskou gingivitidu, bolesti zad a křížové oblasti, pokles nožní klenby, inkontinence moči. Rodičky v řízeném rozhovoru naší bakalářské práce neuvádějí pouze těhotenskou gingivitidu a pokles nožní klenby. Většina tělesných změny, které uvádí respondentky v našem výzkumném šetření, se tak shoduje s výsledky Šárky Moravcové.

## ZÁVĚR

Tato práce se soustředila na tělesné změny, které se mohou v různé míře vyskytovat u žen po porodu. V teoretické části této práce jsou poporodní změny obecně popsány.

Pro praktickou část bakalářské práce byla použita kvalitativní metoda formou řízeného rozhovoru doplněná o krátkou pilotní studii, která sloužila především k získání kontaktních údajů, k oslovení respondentek. K sestavení a vypracování výzkumných otázek k řízenému rozhovoru byly vyhotoveny tři cíle praktické části bakalářské práce. Hlavním cílem bylo zjistit míru výskytu nežádoucích tělesných poporodních změn a určit faktory, které k těmto změnám vedly. Účelem vedlejších cílů 1 a 2 bylo zjistit informovanost žen o nežádoucích tělesných poporodních změnách, o prevenci tělesných poporodních změn a snaze napravit tělesné poporodní změny při jejich výskytu.

**Hlavním cílem** bylo zjistit míru výskytu nežádoucích tělesných poporodních změn a určit faktory, které k těmto změnám vedly. Výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn ve zkoumaném vzorku 12 žen je 100%.

**Hlavního cíle** se týkaly položky: 2, 3, 4, 12, 13, 14, 16, 17.

Ve zkoumaném vzorku se jako faktory ovlivňující nežádoucí tělesné poporodní změny projevíly: věk, hmotnost novorozence, hmotnostní příbytek během těhotenství, délka trvání porodu, ukončení porodu operativní cestou (císařský řez, klešťový porod), poloha v polosedě na zádech.

Věk rodičky nad 25 let má u zkoumaného vzorku za následek větší množství nežádoucích tělesných poporodních změn. Ženy, u kterých byla porodní hmotnost novorozenců vyšší, jak 3 479 gramů, uvádí častější výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn, zejména diastázy břišních svalů. U žen s vyšším hmotnostním nárůstem než je vypočítaný průměr (13,1 kg) se vyskytují nežádoucí tělesné poporodní změny častěji. U zkoumané skupiny žen lze považovat délku porodu za rizikový faktor pro vznik nežádoucích tělesných poporodních změn. Porod císařským řezem lze vnímat jako faktor pro výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn v podobě jizvy. Ve zkoumaném vzorku lze říci, že poloha na zádech je rizikovým faktorem pro výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn. Dalším rizikovým faktorem je porod per forcipem.

**Hlavní cíl byl splněn**

Prvním vedlejším cílem bylo zjistit informovanost žen o tělesných změnách po porodu.

**Vedlejšího cíle 1** se týkaly položky: 5, 7, 9, 21

91,66 % žen přemýšlelo již na začátku těhotenství o poporodních změnách, které se na jejich těle mohou vyskytnout, 5 žen z 12 navštěvovalo kurzy předporodní přípravy. 3 z 12 žen uvádí, že se nevěnovaly prevenci vzniku nežádoucích tělesných poporodních změn, přitom dvě z těchto žen nad změnami přemýšlelo již v začátku těhotenství. Nejčastějším zdrojem informací je v této době internet, na druhém místě jsou příbuzní těhotných žen, na třetím místě zdravotnický personál. Na základě analýzy dat je možné říci, že 91,66 % žen přemýšlelo nad důvodem vzniku nežádoucích tělesných poporodních změn. Nejčastěji se ženy domnívají, že za změny na těle mohou vlivy genetiky-

**Vedlejší cíl 1 byl splněn.**

Druhým vedlejším cílem bylo zjistit, zda se ženy věnovaly prevenci nežádoucích tělesných poporodních změn a jejich nápravě při výskytu těchto změn po porodu.

**Vedlejšího cíle 2** se týkaly položky: 6, 8, 10, 11, 15, 18, 19, 20

Devět žen z dvanácti se snažilo předcházet těm změnám, které mají dopad na vzhled. Nejčastější prevencí je používání krémů, olejů a dalších přípravků na předcházení vzniku strií, nejčastěji užívaným přípravkem je Bi-Oil. Dalším preventivním opatřením je cvičení pánevního dna za pomoci cviků (41,66 %) a dalších pomůcek jako je např. Aniball (25 %).

Všechny ženy, které uvádí porodní poranění, se nějakým způsobem věnovaly péči o toto poranění. Nejčastěji se ženy věnovaly důkladné hygieně porodního poranění. Pouze jedna z respondentek, u které se vyskytlo porodní poranění v podobě epiziotomie, a věnovala se péči o toto poranění, uvádí jizvu po epiziotomii jako nežádoucí. Můžeme předpokládat, že díky důkladné péči o porodní poranění, není jizva po epiziotomii vnímána jako nežádoucí tělesná poporodní změna. 50,00 % respondentek se cítí omezováno poporodními změnami a 75,00 % žen ze zkoumaného vzorku se snaží poporodní změny aktivně řešit. Nejčastěji ženy volí cvičení k redukci hmotnosti a posílení svalů. Pro zajímavost jsem se rozhodla zjistit, jaké procento žen ze zkoumaného vzorku přemýšlelo nad chirurgickým řešením poporodní změny. Z dvanácti respondentek polovina uvažovala nad chirurgickým řešením poporodních změn, avšak pouze 2 jsou rozhodnuty, že chirurgický zákrok podstoupí.

**Vedlejší cíl 2 byl splněn.**

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AASHEIM, V. et al., 2011. *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. The Cochrane Database Of Systematic Reviews [online]. vol. 12, CD006672. [cit. 2018-03-14]. ISSN 1469493X. Dostupné z: EBSCOhost.

Akupunktúra, [online]. [ b. r. ] [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://akupunkturacentrum.sk/akupunktura.htm>

BARBOSA, S., R. A. Moreira DE SÁ a L. G. COCA VELARDE, 2013. Diastasis of rectus abdominis in the immediate puerperium: correlation between imaging diagnosis and clinical examination. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. **288**(2), 299-303 [cit. 2018-05-14]. DOI: 10.1007/s00404-013-2725-z. ISSN 0932-0067. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-013-2725-z>

BARANKIN, Benjamin, Shane G. SILVER a Alastair CARRUTHERS, 2002. The Skin in Pregnancy. *Springer Link*[online]. [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10227-001-0045-6>

BINDER, T., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.

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

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

ČAPKOVÁ, Štěpánka, 2016. Problémy s pleťí a padáním vlasů po porodu. In: *Babyweb* [online]. [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/problemy-s-pleti-padanim-vlasu-po-porodu>

DELAHAYE, Marie-Claude, 2006. *Praktický průvodce těhotné ženy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-073-9.

Dianatal porodnický gel, [b. r. ] [online]. [cit. 2018-03-14], Dostupné z: <http://dianatal.cz/>

DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-0881-2.

DOUBEK, Radan, [ b. r. ]. Otoky v těhotenství. *Baby online* [online]. [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: <https://www.babyonline.cz/tehotenstvi/problemove-situace/otoky-v-tehotenstvi>



- DVOŘÁKOVÁ, Tereza, 2013. Císařský řez a jeho následné prožívání ženami [online]. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno, lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Blanka Trojanová, Ph.D. [cit. 2018—03-24]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/381543/.../Bakalarska\\_prace\\_22.4.2013Tereza\\_dvorakova.pdf](https://is.muni.cz/th/381543/.../Bakalarska_prace_22.4.2013Tereza_dvorakova.pdf)
- ENGELOVÁ, Daniela a Jan FULÍK, 2012. Zánětlivá onemocnění prsní žlázy. In Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře, roč. 14, č. 9, s. 1033-1035. ISSN 1212-4184
- FEYEREISL, J. a Petr KŘEPELKA, 2015. *Naše dítě: než se narodí... až se narodí*. Praha: Ottovo nakladatelství. ISBN 978-80-7451-456-2.
- GOGELOVÁ, Romana, [b. r.]. Jak pečovat o svoje porodní poranění?!. *Svět homeopatie.cz* [online]. [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://svethomeopatie.cz/cs/919-jak-pecovat-o-svoje-porodni-poraneni>
- GOLDBERG, J., SULTANA, C., 2004. *Prevence poranění perinea v průběhu porodu*. Gynekologie po promoci, roč. 4, č. 6, s. 12. ISSN 1213-2578
- HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, s. 538. ISBN 978-80-247-4529-9.
- CHALOUPKOVÁ, Vendula. *Diastáza -ne(řešený problém?* [online]. Brno, 2016 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/q24hxc/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D.
- CHMEL, Roman, 2005. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-1124-9.
- INDROVÁ, D., FAIT, T., 2013. *Mediolaterální epiziotomie vpravo, či vlevo?* Praktická gynekologie, roč. 17, č. 2, s. 121-122. ISSN: 1211-6645.
- JARMAROVÁ, Nikola. Fyzické změny po porodu. Co s nimi?. *ProMaminky.cz* [online]. 2017 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://www.promaminky.cz/clanky/porod-a-sestinedeli-48/fyzicke-zmeny-po-porodu-co-s-nimi-462>
- JEDELSKÁ, Eva. Poporodní poranění: Kde vám zadarmo pomůžou?. *Proženy* [online]. 2014 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://www.prozeny.cz/clanek/poporodni-poraneni-kde-vam-zadarmo-pomuzou-14554>
- JIRÁK, Z, 2003. *Fyziologie pro bakalářské studium na ZSF OU*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 155s. ISBN 80-7042-342-0.

KAPLAN S., et al, 2016. Short-Term Effects of Kinesio Taping in Women with Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. *The National Center for Biotechnology Information* [online]. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4837927/>

KLENER, Pavel, 2003. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén. Scripta. ISBN 80-7262-210-2.

KOLÁŘOVÁ, Kateřina. *Vliv těhotenství a nošení dítěte na zatížení chodidla matky* [online]. Brno, 2013 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/jeun4/>. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Martin Zvonař.

KOLÁŘOVÁ, Kateřina a Martin ZVONARĚ. Biomechanická analýza pohybového výkonu IV – Změny v distribuci plantárních tlaků spojených s těhotenstvím. [online] 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004 [cit. 2018-03-14]. ISBN 978-80-210-6735-6. Dostupné z: <https://publi.cz/eknihy/?book=79-biomechanicka-analyza-pohyboveho-vykonu-iv&search=biomechanick%C3%A1+anal%C3%BDza>

KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.

ANDĚL, Michal a Tomáš KOZÁK, 2001. *Vnitřní lékařství*. Praha: Karolinum. Scripta. ISBN 80-7262-085-1.

LAVY, Y. et al., 2012. *Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented?* International Urogynecology Journal [online]. vol. 103, iss. 1, s. 31-40. [cit. 2018-03-14]. ISSN 09373462. Dostupné z: EBSCOhost.

MARTAN, A, 2011. *Nové operační postupy v urogynéologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-233-9.

MARYŠKOVÁ, A., 2010. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*. Sestra, roč. 20, č. 3, s. 80-81. ISSN: 1210-0404.

MCCULLOCH, Sam, 2016. Uterine Rupture – Symptoms and Signs of A Rupture. In: *Bellybelly.com.au* [online]. [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: [http://www.bellybelly.com.au/birth/uterine-rupture/#.UtamP\\_RdWwE](http://www.bellybelly.com.au/birth/uterine-rupture/#.UtamP_RdWwE)

MICHALEC, I., et al., 2015. Rizikové faktory poškození svalů pánevního dna v souvislosti s vaginálním porodem. *Česká gynekologie* [online]. vol. 80 iss. 1, s. 11-15. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: EBSCOhost.

Moje tělo po porodu: S čím se musí vypořádat?. *Babyweb* [online]. 2016 [cit. 2018-05-16]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/moje-telo-po-porodu-s-cim-se-musi-vyporadat>

- MORAVCOVÁ, Šárka. *Anatomické a fyziologické změny těla ženy po porodu prvního dítěte v Pardubickém kraji* [online]. Hradec Králové, 2016 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/z36f0p/>. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce RNDr. Michal Hruška.
- NAKLÁDALOVÁ, Martina. Jak na bolesti zad po porodu. *Fyziomami* [online] [b. r.]. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://www.fyziomami.com/cs/blog/bolesti-zad-po-porodu/>
- NOVOSADOVÁ, M., 2014. Racionální terapie bolesti v těhotenství. *Praktické lékárenství* [online]. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/04/02.pdf>
- PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK, 2015. *Knih o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-213-8.
- PEATE, Ian, Karen WILD a Muralitharan NAIR, 2014. *Nursing Practice: Knowledge and Care*. Chichester: Wiley-Blackwell, xxvi, 962p. ISBN 9781118481363.
- Perineoplastika pomáhá ženám po porodu zlepšit sexuální život. *Novinky.cz* [online]. 2013 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/deti/289101-perineoplastika-pomaha-zenam-po-porodu-zlepsit-sexualni-zivot.html>
- Plastika hráze. *Precizia* [online]. [b. r.] [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <http://www.precizia.cz/intim/plastika-hraze/>
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
- POKORNÁ, Jitka, Veronika SUCHODOLOVÁ a Tomáš PRUŠA, 2008. *Výživa a léky v těhotenství a při kojení*. Brno: ERA. Zdravá rodina (ERA). ISBN 978-80-7366-136-6.
- PROCHÁZKA, Martin, Radovan PILKA, Štěpánka BUBENÍKOVÁ, et al, 2016. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc. ISBN 978-80-906280-0-7.
- ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- SÁRKOZIÖVÁ, Andrea. *Pohybová aktivita, dechová a relaxační cvičení vhodná pro těhotné a ženy po porodu* [online]. Zlín, 2017 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7yt59l/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
- SÁDOVSKÁ, Diana, 2011. *Těhotná žena v ordinaci dentální hygienistky*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. lékařská fakulta

SCHAUB, A. F. et al., 2008. *Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation*. Journal Of Perinatal Medicine [online]. vol. 36, iss. 2, s. 129-135 [cit. 2018-03-14]. ISSN 03005577. Dostupné z: EBSCOhost.

STADELMANN, I., 2004. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 2. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 80-86356-31-0.

STÁRKA, Luboslav, 2007. *Pokroky v endokrinologii: [molekulární biologie, diagnostika, léčba]*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-129-5.

ŠIŠÁKOVÁ, Jarmila. *Poranění svalového dna pánevního při porodu* [online]. Zlín, 2016 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2137av/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.

THOMSONOVÁ, Monika. *Prasklé žilky v oku. Co je příčinou a kdy vám hrozí vážné nebezpečí?* [online]. [b. r. ] [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <http://styl.instory.cz/1189-praskle-zilky-v-oku-co-je-pricinou-a-kdy-vam-hrozi-vazne-nebezpeci.html>

Uterine rupture. In: *YouTube.com* [online]. 2013 [cit. 2017-12-30]. Dostupné z: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=180&v=3NOVCpIDWdE](https://www.youtube.com/watch?time_continue=180&v=3NOVCpIDWdE)

Vaginoplastika. *Gynekologická ambulance MUDr. Vladimír Špička* [online]. 2011 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: [http://gynekologiept.cz/pages/vaginoplastika/custom\\_page.htm;jsessionid=F14F3793E34B44865FC670DB01068753?execution=e1s1](http://gynekologiept.cz/pages/vaginoplastika/custom_page.htm;jsessionid=F14F3793E34B44865FC670DB01068753?execution=e1s1)

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

VITÍKOVÁ, Radka, 2007. *Těhotenství a šestinedělí v kondici*. Praha: Galén. ISBN 9788072624614.

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

ZAJÍCOVÁ, Marie, 2012. Farmaceutická péče u pacientů se substitucí železa při anémii. *Prakt. lékaren.* [online]. 8(5), 225-226 [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: [file:///C:/Users/DoDo/Downloads/Solen\\_lek-201205-0005.pdf](file:///C:/Users/DoDo/Downloads/Solen_lek-201205-0005.pdf)

ZÁHUMENSKÝ, Jozef, 2012. Žena po porodu: Fyziologické změny v těhotenství a po porodu. *Mojebetynka.cz* [online].[cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <https://mojebetynka.maminka.cz/clanek/zena-po-porodu-fyziologicke-zmeny-v-tehotenstvi-a-po-porodu>

ZEMANOVÁ, H., 2013. *Problematika rozsáhlého porodního poranění a komplikace s ním spojené*. Praktická gynekologie, roč. 17, č. 1, s. 93-95. ISSN: 1211-6645.

ZEMÁNKOVÁ, Kristina Neubertová. Jak ochránit hráz při porodu. *Strom života* [online] 2018 [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <http://www.strom-zivota.net/jak-ochranit-hraz-pri-porodu/>

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

KTG kardiokograf.

VEX Operativní ukončení porodu za použití vakuu extraktoru.

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Iniciály a rok narození respondentek .....	38
Tabulka 2 Počet porodů, časový odstup mezi nimi, věk rodičky .....	39
Tabulka 3 Hmotnost novorozenců .....	41
Tabulka 4 Hmotnost rodiček .....	42
Tabulka 5 Účast na kurzech předporodní přípravy .....	44
Tabulka 6 Sport v těhotenství .....	45
Tabulka 7 Úvaha nad tělesnými poporodními změnami před těhotenstvím .....	47
Tabulka 8 Prevence nežádoucích tělesných poporodních změn .....	49
Tabulka 9 Zdroj informací o poporodních změnách .....	51
Tabulka 10 Pomůcky ke zpevnění pánevního dna .....	53
Tabulka 11 Kosmetické přípravky používané ženami v období těhotenství .....	54
Tabulka 12 Doba trvání porodu .....	56
Tabulka 13 Spontánní porod x císařský řez, poloha při spontánním porodu .....	58
Tabulka 14 Porodní komplikace a porodní poranění .....	60
Tabulka 15 Péče o porodní poranění .....	62
Tabulka 16 Tělesné potíže při pobytu v nemocnici .....	64
Tabulka 17 Výskyt nežádoucích tělesných poporodních změn .....	66
Tabulka 18 Omezení tělesnými poporodními změnami .....	68
Tabulka 19 Snaha o nápravu nežádoucích tělesných poporodních změn .....	70
Tabulka 20 Úvaha o chirurgickém zásahu .....	72
Tabulka 21 Povědomost o vzniku nežádoucích tělesných poporodních změn .....	74