

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Michaela Šklíbová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Michaela Šklíbová

**VLIV POHYBOVÉ AKTIVITY NA PRŮBĚH
TĚHOTENSTVÍ, PORODU A ŠESTINEDĚLÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Knížková

PLZEŇ 2023

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Šklíbová Michaela

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv pohybové aktivity na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Knížková

Počet stran – číslované: 85

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: pohybová aktivita – cvičení – vliv – výhody – těhotenství – porod – šestinedělí

Souhrn:

Tato bakalářská práce se věnuje tématu vlivu pohybové aktivity na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Skládá se ze dvou částí, z části teoretické a praktické. Teoretická část práce se zaměřuje na těhotenství a pohybovou aktivitu v těhotenství, porod a šestinedělí. Praktická část obsahuje výzkum zaměřený na zjištění vlivu pohybové aktivity na těhotenství, porod a šestinedělí a porovnání zkušeností u aktivních a neaktivních žen, které jsou v období do jednoho roku po porodu. Výsledkem této práce je zjištění, že pohybová aktivita má z větší části pozitivní vliv na průběh období.

Abstract

Surname and name: Michaela Šklíbová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Effect of physical activity on pregnancy, childbirth and puerperium

Consultant: Mgr. Kristýna Knížková

Number of pages – numbered: 85

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 20

Keywords: physical activity – exercises – influence – benefits – pregnancy – childbirth - puerperium

Summary:

This bachelor's thesis deals with the influence of physical activity on the course of pregnancy, childbirth and the puerperium. It consists of two parts, a theoretical and a practical part. The theoretical part of the thesis focuses on pregnancy and physical activity during pregnancy, childbirth and the puerperium. The practical part includes research to determine the effect of physical activity on pregnancy, childbirth and the puerperium, and to compare the experiences of active and inactive women who are within a year of giving birth. As a result of this work, it was found that physical activity has a largely positive effect on the course of the period.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Kristýně Knížkové za odborné vedení bakalářské práce, za její čas a trpělivost, za rady a materiální podklady, které mi v průběhu tvorby práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem ženám, které si našly čas a vyplnily dotazník, který sloužil pro zpracování výzkumné části bakalářské práce. V neposlední řadě patří můj dík mé rodině a blízkým, kteří při mně stáli a podporovali mě po celou dobu studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TĚHOTENSTVÍ.....	14
1.1 Změny v organismu ženy.....	15
1.1.1 Změny na rodidlech.....	15
1.1.2 Extragenitální změny.....	16
1.1.3 Metabolické změny.....	18
1.2 Psychika v těhotenství	19
2 POHYBOVÁ AKTIVITA V TĚHOTENSTVÍ.....	20
2.1 Význam pohybové aktivity v těhotenství	20
2.1.1 Vliv pohybové aktivity na matku	20
2.1.2 Vliv pohybové aktivity na plod	21
2.2 Kontraindikace pohybové aktivity	21
2.3 Zásady při cvičení	22
2.4 Vhodné pohybové aktivity.....	23
2.5 Nevhodné pohybové aktivity	24
3 POROD.....	25
3.1 Porodní cesty.....	25
3.1.1 Tvrdé porodní cesty	25
3.1.2 Měkké porodní cesty	26
3.2 Průběh porodu.....	28
3.2.1 Přípravné období	28
3.2.2 I. doba porodní – doba otevírací.....	29
3.2.3 II. doba porodní – doba vypuzovací	30
3.2.4 III. doba porodní – doba k lůžku	32
3.2.5 IV. doba porodní – poporodní období	33
3.3 Porod a pohybová aktivita	33
3.4 Porodní poranění.....	34
3.4.1 Epiziotomie.....	34
3.4.2 Ruptura děložního hrdla	35
3.4.3 Ruptura pochvy a vulvy.....	35
3.4.4 Ruptury hráze	35
3.5 Císařský řez.....	36

3.6	Porod koncem pánevním	37
4	ŠESTINEDĚLÍ	38
4.1	Změny v organismu ženy.....	38
4.2	Pohybová aktivita	39
4.2.1	Pohybová aktivita u žen po vaginálním porodu	40
4.2.2	Pohybová aktivita u žen po císařském řezu.....	41
4.3	Poruchy šestinedělí	42
4.4	Psychika v šestinedělí	43
4.4.1	Psychické poruchy	43
	PRAKTICKÁ ČÁST	45
5	FORMULACE PROBLÉMU	45
6	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	46
6.1	Hlavní cíl.....	46
6.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	46
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	48
8	METODIKA PRÁCE	49
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	50
10	ZPRACOVÁNÍ DAT	51
11	ANALÝZA DAT.....	52
12	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	87
	DISKUZE	91
	ZÁVĚR.....	96
	SEZNAM LITERATURY	97
	Internetové zdroje	98
	SEZNAM PŘÍLOH	99
	Příloha 1 - Dotazník.....	100

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Věk	52
Graf č. 2 - Bydliště	53
Graf č. 3 - Vzdělání	54
Graf č. 4 - Pohybová aktivita před těhotenstvím	55
Graf č. 5 - Druhy pohybových aktivit před těhotenstvím.....	56
Graf č. 6 - Intenzita pohybových aktivit před těhotenstvím.....	57
Graf č. 7 - Důvod pohybových aktivit před těhotenstvím	58
Graf č. 8 - Pohybová aktivita v těhotenství	59
Graf č. 9 - Druhy pohybových aktivit v těhotenství.....	60
Graf č. 10 - Intenzita pohybových aktivit před těhotenstvím.....	61
Graf č. 11 - Délka pohybových aktivit v těhotenství.....	62
Graf č. 12 - Důvod pohybových aktivit v těhotenství	63
Graf č. 13 - Důvod pasivity v těhotenství.....	64
Graf č. 14 - Přírůstek hmotnosti v těhotenství.....	65
Graf č. 15 - Zdroj informací	66
Graf č. 16 - Těhotenské potíže.....	67
Graf č. 17 - I. doba porodní	68
Graf č. 18 - Způsob porodu	69
Graf č. 19 - Pocit při porodu.....	70
Graf č. 20 - Úsilí za porodu	71
Graf č. 21 - Bolest za porodu.....	72
Graf č. 22 - Léky za porodu.....	73
Graf č. 23 - Délka porodu.....	74
Graf č. 24 - Porodní poranění	75
Graf č. 25 - Vliv pohybové aktivity na porod	76
Graf č. 26 - Komplikace v šestinedělí	77
Graf č. 27 - Pohybová aktivita v šestinedělí.....	78
Graf č. 28 - Začátek pohybové aktivity v šestinedělí	79
Graf č. 29 - Důvod pohybové aktivity v šestinedělí.....	80
Graf č. 30 - Důvod pasivity v šestinedělí	81
Graf č. 31 - Náročnost šestinedělí	82
Graf č. 32 - Popis šestinedělí.....	83

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Doplnující odpovědi a zkušenosti	83
--	----

ÚVOD

Pohybová aktivita v těhotenství je velmi probírané téma a našli bychom na něj několik různých názorů. Pravidelná pohybová aktivita prospívá zdraví, to samé platí i pro těhotenství. Mnoho žen se obává v těhotenství pohybovou aktivitu vykonávat, avšak pokud je těhotenství fyziologické, není nutné pohybové aktivity z každodenního života vyřazovat a bát se je vykonávat, za předpokladu, že se budou dodržovat určitá pravidla a zásady při jejich vykonávání.

Toto téma jsem si zvolila, neboť se celkově o téma pohybu zajímám a je nedílnou součástí mého života. A tak mě o to více zajímá téma pohybu v těhotenství a jeho vliv jak na mateřský organismus, tak na plod, průběh porodu a následně i na šestinedělí. Ráda bych se i v následujících letech po dokončení studia tomuto tématu aktivně věnovala a chtěla se v něm dále vzdělávat, abych následně mohla zkušenosti a rady předávat a pomáhat tak ženám v jejich období.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se nejprve věnujeme období těhotenství, kde se zaměřujeme na těhotenské změny v organismu a psychiku. V další části se zaměřujeme na pohybové aktivity v těhotenství, jejich význam, vliv a zásady při jejich vykonávání. Další část práce se věnuje tématu porodu, kde jsme nejprve popsali porodní cesty, průběh porodu a specifika jednotlivých dob, dále jsme se pak věnovali pohybové aktivitě za porodu, porodním poraněním a zmínili se také o porodu císařským řezem a porodu v poloze koncem pánevním. V poslední kapitole jsme se zaměřili na téma šestinedělí. Věnovali jsme se zde změnám provázející toto období a pohybové aktivitě po vaginálním porodu i po porodu císařským řezem. V poslední části jsme se věnovali poruchám šestinedělí a zmínili se i o psychice v šestinedělí a jejich poruchách. V praktické části práce jsme se zabývali kvantitativním výzkumem, kde jsme se pomocí dotazníkového šetření snažili dosáhnout hlavního cíle práce a to zjistit, jaký vliv má pohybová aktivita na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u žen, které se cvičení aktivně věnují a porovnat zkušenosti u aktivních a neaktivních žen.

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký vliv má pohybová aktivita na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u žen, které se cvičení aktivně věnují a porovnat jejich zkušenosti se zkušenostmi žen, které se cvičení aktivně nevěnují.

INFORMACE O ZPŮSOBU SBĚRU LITERATURY

Zdroje k bakalářské práci jsme si našli v knihovně zdravotnických studií v Plzni, dále pomocí on-line knihovny Bookport nebo také pomocí hledání klíčových slov vztahujících se k tématu práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Období těhotenství je životní etapou ženy a přivedení nového jedince na svět je zlom v životě každé rodiny. Je to dar života a lze ho považovat za smysl biologické podstaty ženy. (Gregora, 2017, s. 11)

Přesnou dobu trvání celého těhotenství stanovit nelze, datuje se od prvního dne poslední menstruace, i když ovulace a následné oplodnění proběhly přibližně o 14 dní později. Průměrné trvání bylo stanoveno na 280 dnů neboli 40 týdnů. Aby byla těhotenství vždy správně klasifikována a posuzována, uvádí se délka těhotenství vždy v ukončených týdnech a dnech (např. 28 + 3 - 28 týdnů a 3 dny od poslední menstruace). (Hájek, 2014, s. 31-32)

Žena tak stojí na počátku zhruba čtyřiceti týdenní dlouhé cesty k mateřství. Toto období je zcela individuálně vnímáno. Ženy se mohou setkávat s nejrůznějšími pocity, které se běžně mohou měnit v průběhu dnů i týdnů. A proto je zde tělesná i duševní pohoda tak důležitá, je jedním z nejdůležitějších faktorů pro hladký průběh období těhotenství a navíc může mít vliv i na nového jedince.

Těhotenství se běžně dělí do tří období neboli trimestrů. Rozdělí se tak období 40 týdnů do tří časově kratších období, což je přehlednější jak pro vnímání z lékařského hlediska, tak i z hlediska matky. Každý z trimestrů má totiž svůj charakteristický průběh, probíhají v nich určitá vyšetření a nastávající maminky provázejí v každém trimestru jiné pocity, starosti a změny.

Počátky těhotenství bývají většinou nejtěžší. Velmi běžná je emoční nevyrovnanost, intenzivnější vnímání prožitků a není výjimkou, že mají ženy často obavy. Vše má také spojitost s tím, za jakých podmínek žena do těhotenství vstoupila, a je tak důležité o těchto skutečnostech mluvit.

Naopak druhý trimestr bývá pro většinu žen nejhezčím obdobím. Nacházejí čas samy pro sebe, k poznání sebe sama, k odpočinku a sebepoznání. Je to převážně období klidu, avšak těhotenství se již stává viditelné pro okolí, žena musí být ostražitá a uvážlivě nakládat s přicházejícími radami od okolí.

Ve třetím trimestru a hlavně ke konci těhotenství se běžně objevuje nervozita a netrpělivost jak samotné ženy, tak i blízkého okolí. Obavy z porodu a zároveň pocity očekávání nového potomka jsou zcela přirozenými a pochopitelnými projevy. (Gregora, 2017, s. 11- 12)

1.1 Změny v organismu ženy

V průběhu celého období těhotenství dochází v organismu ženy k velkému množství změn ze strany fyziologických funkcí. Vyplývají z potřeby zajistit výživu pro rychle se vyvíjející plod a představují velkou zátěž pro mateřský organismus. Tyto změny jsou vyvolány jednak hormonálními podněty z hypotalamu a jednak podněty z fetoplacentární jednotky. Mohou však vyústit až v patologický stav, budou-li tyto změny kvalitativně či kvantitativně vystupňovány. (Binder, 2011, s. 29)

Jak již bylo zmíněno, představují tyto změny pro matku velkou zátěž, neboť rostoucí plod zasahuje svým vývojem do téměř všech funkcí mateřského organismu. V těle matky probíhá několik procesů. Jednak růst tkání, při kterém dochází k hypertrofii rodidel a prsů, zvýšenému ochlupení a hyperplazii periostu s určitými rysy akromegalie. Dále vliv progesteronu působí na relaxaci hladkého svalstva, kde v první řadě působí na uvolnění dělohy, ale také má vliv na dilataci a sníženou peristaltiku střev, močových a žlučových cest. Pod vlivem dalších hormonů dochází ve tkáních k retenci tekutin, a to primárně díky prosáknutí vulvy a vaginy. V neposlední řadě se mateřský organismus musí všeobecně funkčně přizpůsobit zvýšeným nárokům těhotenství a na to reaguje zejména zvětšením cirkulujícího objemu krve, zvýšením srdeční činnosti, prokrvením ledvin, ale také celkovým zvýšením metabolické a endokrinní aktivity (Hájek, 2014, s. 32-33)

1.1.1 Změny na rodidlech

Velkými změnami prochází děloha, představuje prostředí pro vývoj a růst plodu v průběhu těhotenství a v průběhu porodu pak slouží jako hlavní síla pro vypuzení plodu do porodních cest. Velikost i hmotnost dělohy narůstá s rostoucím těhotenstvím, děloha zvětší svou velikost z 50 gramů před graviditou na cca 1000 gramů na konci gravidity, mění se tím i její tvar z hruškovitého na ovoidní či kulovitý. (Binder 2011, s. 29-30) Růstem se zvětšuje i kapacita děložní dutiny, která se zvětší až 500krát a dosahuje na konci termínové gravidity přibližně 5 litrů. Růst probíhá dvojím mechanismem – hypertrofií a v menší míře i hyperplazií. Ve druhé polovině gravidity probíhá zvětšování hlavně díky rozpínání, současně s tím se ztenčuje děložní stěna, která je však pod vlivem progesteronu relaxovaná.

Na děloze rozlišujeme tělo, isthmus a hrdlo děložní. Právě zmíněné tělo děložní podléhá největšímu růstu. Je zásobeno cévami, které podléhají hypertrofii a prodlužují se. Rapidně stoupne i průtok krve dělohou, který vzroste až na 500–700 ml v termínu.

Po čtvrtém měsíci gravidity se začne mezi tělem děložním a hrdlem děložním tvarovat dolní děložní segment z isthmu děložního, ten se plně vyvine do konce těhotenství a dosahuje šířky 8–10 cm.

Poslední částí je děložní hrdlo, které uzavírá děložní dutinu. V graviditě prosakuje a hypertrofuje, ale nepodléhá růstovým změnám a zachovává si svou délku po celé těhotenství. Díky žlázkám hrdla se uvnitř tvoří hlenová zátka sloužící jako bariéra proti vstupu infekce do děložní dutiny.

I vulva a pochva podléhají značným změnám, prokrvují se a můžeme pozorovat změnu zbarvení sliznic. Pochva se navíc v těhotenství prodlužuje, a tak umožňuje rostoucí děloze vzestup z malé pánve. (Hájek, 2014, s. 33-34)

1.1.2 Extragenitální změny

Změny mimo oblast rodidel se týkají především změn na tělesných systémech, mezi ně patří uropoetický, kardiovaskulární, respirační a gastrointestinální systém, kůže a mléčná žláza.

Změny uropoetického systému probíhají zejména na úrovni ledvin a vývodného močového systému. Tyto změny jsou vyvolány účinky progesteronu a estrogenů, tlakem zvětšující se těhotné dělohy a zvýšeným objemem krve. Močový vývodný systém podléhá dilataci, uretery se prodlužují a vlivem útlaku dělohou dochází ke stázi moči a vezikoureterálnímu refluxu. Tento zvětšený objem močového traktu má za následek zvýšený výskyt močových infekcí v graviditě. Zvýšená frekvence mikce se objevuje v I. trimestru gravidity vlivem útlaku těhotné dělohy na močový měchýř, tak následně ve III. trimestru vlivem vstupu plodu do malé pánve. Mění se také renální funkce, zvyšuje se průtok krve ledvinami, což je spojené se zvyšující se glomerulární filtrací, která stoupá o 50 %. (Roztočil, 2020, s. 50-51)

Další změny zaznamenává i kardiovaskulární systém. Vlivem útlaku dělohou se mírně mění poloha srdce, posouvá se doleva, nahoru a dopředu. Srdce je více zatíženo, stoupá jak minutový srdeční objem, tak i srdeční frekvence, čímž se zrychluje i oběh krve. Na zdravou ženu nemá negativní vliv a hodnoty krevního tlaku se v prvních dvou trimestrech

téměř nemění. K mírným změnám krevního tlaku dochází ke konci těhotenství, kdy lehce stoupá diastolický tlak. S rostoucím těhotenstvím je spjatý již výše zmíněný vliv útlaku dělohou, který může mít negativní vliv na dolní dutou žílu a způsobit tak náhlý snížený venózní návrat. Tento tzv. hypotenzní syndrom se projeví náhlým poklesem systolického tlaku a tachykardií, může se však objevit až kolapsový stav.

Celkový objem cirkulující krve stoupá o 1000–1500 ml. Krev stoupá především objemem plazmy, která se zvyšuje přibližně o 40–50 % a méně stoupá v počtu červených krvinek. Vzniká tak relativní snížení počtu erytrocytů, koncentrace hemoglobinu a snížení hematokritu. Současně tak klesá i hladina plazmatického železa a hladina celkové bílkoviny v séru. Naopak stoupají koagulační faktory a tím i riziko tromboembolických stavů v těhotenství. (Binder, 2011, s. 31-32)

V oblasti respiračního systému dochází ke změnám jak v oblasti mechanické, tak v oblasti biochemické. Vlivem rostoucí dělohy se zvyšuje stav bránice zhruba o 4 cm, následkem toho se zvětšuje obvod hrudního koše, aby kompenzoval snížení reziduálního objemu vzniklého vysunutím bránice. Respirační změny bývají patrné od období po 20. týdnu gravidity. Vitální kapacita plic se vlivem těhotenství nemění, ale dochází ke zvýšené spotřebě kyslíku a s rostoucím těhotenstvím se také zvyšuje minutový respirační a kyslíkový objem. Dýchání se postupně přesouvá z břišního na hrudní a jsou větší sklony k hyperventilaci, mnoho žen může také ke konci těhotenství pociťovat dyspnoe, vyvolané útlakem bránice. (Roztočil, 2020, s. 49-50)

Časté a brzké změny se projevují na úrovni gastrointestinálního traktu. Pod vlivem progesteronu se snižuje tonus hladkého svalstva střev a dochází ke zpomalení střevní pasáže a snížení jeho motility. Může tak snadněji docházet k zácpě. Pálení žáhy bývá častým problémem v těhotenství, objevuje se následkem gastroezofageálního refluxu nebo změněnou pozicí žaludku.

Také kůže podléhá určitým změnám, zejména pod vlivem zvýšené sekrece MSH (melanocyty stimulujícího hormonu) a melanocytů. Typicky zvýšená pigmentace se objevuje v oblasti obličeje, břicha, prsních dvorců, na zevních rodidlech a v okolí análního otvoru. V oblasti břicha, prsou a hýždí se mohou tvořit strie, což jsou kožní praskliny, vzniklé díky rozvolnění elastických vláken v kůži a zvýšené sekreci kortikosteroidů. Tyto strie mají ze začátku typickou narudlou barvu, které po porodu vymizí, ale strie zůstávají na kůži jako bělavé či stříbřité pajizvy. (Binder, 2011, s. 32-33)

Mezi změny, které může žena sama pociťovat brzy po otěhotnění, patří změny na mléčné žláze. Vlivem vysokých hladin progesteronů a estrogenů se vyvolá hypertrofie alveolů mléčné žlázy a prsa se tak začínají postupně zvětšovat, ženy v nich pociťují napětí a vyšší citlivost prsních bradavek. Již koncem 2. měsíce gravidity se objevují charakteristické změny jako jsou tmavší pigmentace dvorců, zvětšení bradavek a zvýšení citlivosti. S blížícím se termínem porodu se objevuje kolostrum, což je hustá nažloutlá tekutina vytékající z prsou a s blížícím se termínem porod houstne. S rostoucím objemem prsů se mohou vyskytnout strie na napínající se kůži. (Roztočil, 2020, s. 48-49)

1.1.3 Metabolické změny

Díky výše zmíněným změnám je na mateřský organismus v těhotenství vyvíjena větší zátěž. Rostoucí plod i mateřské tkáně mají vyšší požadavky na spotřebu kyslíku, více zatěžují krevní oběh a dýchání, právě tyto skutečnosti ovlivňují bazální metabolismus ženy, který v průběhu gravidity stoupá až o 15-20 %. Také tělesná hmotnost se zvyšuje. U zdravých žen by se přírůstek tělesné hmotnosti měl pohybovat mezi 9–15 kg. Příbytek hmotnosti se však bude lišit v závislosti na plodovém vejci a mateřských faktorech. Přispívá k němu však také retence tekutin ve tkáních, a proto rapidnější nárůst hmotnosti nastává ve druhé polovině těhotenství. V celém období těhotenství není doporučeno, aby se žena snažila o redukci hmotnosti či o omezování přírůstku. Takové chování by mohlo mít za následek zhoršení výživy a negativní dopad na vývoj a růst plodu. K úbytku hmotnosti dochází většinou rychle po porodu, ale i to je individuální. (Hájek, 2014, s. 36)

Do metabolických změn těhotné zasahuje také metabolismus vody a minerálů, bílkovin, sacharidů a tuků. Během těhotenství se rapidně zvýší celkový objem vody v těle, a to až o 6000-7000 ml. Do tohoto množství spadá jak nárůst objemu krve, tak zmnožení extracelulární tekutiny. Pozitivní bilanci vykazují většina minerálů a zajišťuje tak potřeby pro růst a vývoj plodu.

Dále se zvyšují požadavky na přívod bílkovin. Jejich bilance v graviditě je pozitivní, zabezpečují růst mateřských tkání a potřeby plodu, neboť plod je zcela závislý na přívodu aminokyselin z mateřského organismu. Průkaz specifických bílkovin v séru ženy se využívá v prenatální diagnostice. K těmto bílkovinám patří hlavně SP1 (specific beta 1 glykoprotein), PAPP-A (Pregnancy associated plasmaprotein A), PP5 (Placental protein 5), hPL (human placental lactogen), fetální fibronectin a Alfa-fetoprotein. Právě posledně zmíněný Alfa-fe-

toprotein tvořící se v játrech plodu a ve žloutkovém váčku se využívá k diagnostice geneticky vázaných vývojových vad a vrozených defektů plodu, neboť se transplacentárním přenosem dostává do mateřského organismu, ze kterého ho lze jeho sérologické hodnoty stanovit.

Z hlediska metabolismu sacharidů vzniká tzv. diabetogenní efekt, který je důsledkem zvýšené produkce kortikoidů. Snižuje se utilizace glukózy a zvyšuje se rezistence k inzulinu, a to může zapříčinit větší sklon ke ketonurii. Navzdory utilizaci sacharidů v mateřském organismu se plodu nedostatek glukózy netýká, neboť k němu snadno proniká placentární bariérou.

Co se tuků týče, tak ty se až do 30. týdne gravidity ukládají v mateřském organismu jako energetická rezerva. (Binder, 2011, s. 33-34)

1.2 Psychika v těhotenství

Těhotenství je období velkých změn a představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy. Stejně jako se od začátku těhotenství rozvíjejí somatické změny, začíná docházet i ke změnám psychickým. Vznik a míra psychických změn může být ovlivněna tělesnými změnami, sociálními faktory, ale také faktory ekonomickými. Tyto změny provázejí všechny těhotné, ať už je vzniklá gravidita chtěná, vytoužená či nechtěná. Intenzita jejich změn je však velmi individuální a závisí i na okolí, ve kterém žena žije. Dokonce i každý trimestr je z psychologického hlediska typický pro určité změny a chování těhotné.

Období I. trimestru je období přijetí vlastního těhotenství. Žena zjišťuje, že je opravdu těhotná, zaměřuje se více na sebe, sleduje své tělo a je spíše introvertní. Běžná je v tomto období určitá nejistota, změny nálady a celková rozladěnost.

II. trimestr je fáze přijetí plodu jako samotného jedince. V tomto období se žena většinou cítí dobře a aktivně se snaží podporovat hladký průběh těhotenství. Pociťuje pohyby plodu a uvědomuje si tak jeho existenci.

Třetí a poslední fázi těhotenství prochází žena v průběhu III. trimestru, kdy počíná fáze přípravy na porod a příchod nového jedince. Toto poslední období bývá většinou provázeno pocity zranitelnosti a strachem z porodu. Směrem k blížícímu se termínu porodu nastává období „stavění hnízda“, neboť s přibývajícím týdny se těhotenství stává nepohodlné a ženy si už přejí porodit co nejdříve. (Roztočil, 2020, 55-57)

2 POHYBOVÁ AKTIVITA V TĚHOTENSTVÍ

V běžném životě má sport pozitivní vliv na organismus člověka, avšak těhotenství je jedinečný stav a je velmi důležité, aby k němu každá žena přistupovala individuálně a s opatrností. Těhotenství není stav, který by vysloveně sport zakazoval, ale je mnoho aktivit, které by se měly v těhotenství omezit či zcela vyloučit, neboť existují aktivity, které jsou vyloženě nebezpečné pro zdravý vývoj plodu. Důležitým faktorem, na který je vždy nutné brát zřetel, je aktuální zdravotní stav a pocity ženy. Druhy i intenzita pohybových aktivit se budou lišit u matek, které dříve sportovně aktivní byly a jsou trénované a na druhé straně ženy, které před graviditou nijak aktivní nebyly. Těhotenství není stav, kdy by se mělo s novou intenzivní aktivitou začínat. Cvičení v těhotenství slouží pro udržení fyzické kondice ne pro její zlepšování. A s rostoucím těhotenstvím se musí i doporučené aktivity omezit a přizpůsobit se navyšující se zátěži těhotenství. Mělo by se také myslet na to, že jakákoliv větší fyzická aktivita provozovaná v těhotenství by měla být konzultována a schválena gynekologem, neboť ten dokáže posoudit rizikovost a zátěž pro těhotenský organismus. (Bejdáková, 2006, s. 9, 12)

2.1 Význam pohybové aktivity v těhotenství

Jak již bylo výše zmíněno, tak v těhotenství podléhá mateřský organismus mnoha změnám a je tak na organismus zvýšený nárok na zvládnání těchto změn. A právě dobrá fyzická kondice je dobrým předpokladem pro snadnější zvládnání těchto nároků. Zejména posílení svalů břišních, prsních a svalů pánevního dna může mít pozitivní vliv na lehčí průběh těhotenství a následně i porodu.

2.1.1 Vliv pohybové aktivity na matku

Pozitivní změny díky výkonu pohybové aktivity zaznamená zejména pohybový, neurovegetativní, cévní a dýchací systém.

Běžné stavy nechutenství, náladovosti či strachu jsou typické hlavně pro začátek těhotenství způsobeno především vlivem změny hormonů v těle se dají ovlivnit, neboť soustředěním při cvičení se myšlenky odpoutají od těchto potíží. Návikem relaxace lze nacvičit účelný odklon od přílišného sebezpozorování a navodit celkové uvolnění. V situacích, když ženy trpí nějakými psychickými problémy či celkovou nepohodou, se to může projevit na napětí svalstva a tenzí celého těla.

S postupným zvětšováním prsních žláz dochází k jejich oslabení a vytažení, které narůstá i s postupným nástupem laktace, je tak dobré a má pozitivní vliv, když se prsní svalstvo správně posiluje. (Hudáková, 2017, s. 44-45)

I pohybový aparát je hlavně s postupně rostoucím těhotenstvím více a více zatěžován. Těžiště se posouvá vpřed a zvětšuje se bederní lordóza a tím i bederní kyfóza. Dochází také k rozvolňování vazů a není až tak neobvyklé, že se objeví bolesti v křížové a bederní oblasti či rozvolnění pánevního pletence. Těmto problémům se dá částečně předejít pravidelným a správným cvičením a ulevit tak bolesti. (Bejdáková, 2006, s. 11)

Pod velkým tlakem a útlakem dělohy jsou zatěžovány žíly hlavně dolních končetin, stagnuje tak v nich protékající krev a mají větší predispozice ke vzniku varixů. Je tak doporučeno všem těhotným sedět a ležet s vypodloženými dolními končetinami, ale také vhodné cvičení pro lepší prokrvování dolních končetin.

Dechová cvičení mají také blahodárný účinek na pohodlí ženy, neboť hrudník je vytlačenu bránicí stlačován a ženy tak trpí pocitem dechové nedostatečnosti.

V neposlední řadě dochází zvětšováním břišní dutiny k oslabení jejích svalů a bývá zpomalená peristaltika střev, rozvíjí se tak zácpa. A právě pohyb pozitivně působí na opětovné zrychlení střevní peristaltiky. (Hudáková, 2017, s. 45)

2.1.2 Vliv pohybové aktivity na plod

Nejdůležitější při jakékoliv pohybové aktivitě je, aby nebyl plod nikterak ohrožen. Je nutné brát ohled na intenzitu nebo dlouhodobé cvičení z toho důvodu, aby krev zásobující pracující svaly nesnížila přísun kyslíku a živin k plodu a dostatečný odvod oxidu uhličitého. V případech, kdy by toto nebylo dodrženo, by se u plodu objevila zrychlená činnost srdce, která by mohla být vyvolána přechodnou hypoxií.

2.2 Kontraindikace pohybové aktivity

I když je pohybová aktivita v těhotenství doporučována pro zlepšení zdraví, jsou zde potenciaální rizika a stavy, kdy by se ženy měly cvičení vyvarovat. Tyto stavy se mohou vyskytnout jak v průběhu nějaké pohybové aktivity, tak může být pro ženu již od začátku těhotenství sportování kontraindikováno.

Objeví-li se jakékoliv varovné příznaky v průběhu cvičení, znamená to pro ženu okamžité přerušení vykonávané aktivity. Mezi takovéto příznaky může patřit například vaginální krvácení, vzniklá dušnost nebo jakékoliv dýchací potíže před i během zátěže, závratě, bolesti hlavy či šíje, bolesti svalů, lýtek, nástup předčasných porodních bolestí, pocíťování slabších pohybů plodu nebo protržení vaku blan.

Co se týče relativních kontraindikací ke cvičení v těhotenství, řadí se sem ženy, které trpí například těžkou anémií, mají neobjasněné srdeční arytmie, chronickou bronchitidu, mají dekompenzovaný diabetes mellitus 1. typu, trpí podváhou, čekají plod s intrauterinní restrikcí růstu, mají dekompenzovanou hypertenzi nebo nějaké ortopedické omezení či onemocnění vyvolávající křeče a také se sem řadí silné kuřačky.

Poslední skupinou jsou ženy, u kterých je jakákoliv pohybová aktivita absolutně kontraindikována. Do této skupiny patří ženy, které mají v anamnéze závažné onemocnění srdce, omezující onemocnění plic, vzniklou hypertenzi v těhotenství, preeklampsii, trpí nedostatečností děložního hrdla nebo je jejich těhotenství ohroženo zvýšeným rizikem předčasného porodu z důvodu zmnožené plodové vody. Dále také ženy, u kterých přetrvává krvácení ve II. a III. trimestru nebo mají placentu praeviu po 26. týdnu těhotenství či ženy s protrženým vakem blan. (Bašková, 2015, s. 49-51)

2.3 Zásady při cvičení

Ženy by měly mít vždy na vědomí, že pro každou pohybovou aktivitu platí nějaká doporučení a omezení, která by se měla dodržovat. Všeobecné doporučení je nezačínat s novým sportem, ale spíše pokračovat již ve známých a vyzkoušených aktivitách. Důležité je dbát na intenzitu dané aktivity, držet se ve středních intenzitách a necvičit do velkého vyčerpání a únavy. Dodržovat po celou dobu cvičení pitný režim a vyvarovat se cvičení se zvýšenou teplotou, tělesná teplota nesmí přesáhnout 38°C. Žádná pohybová aktivita nesmí vyvolat oběhové selhání – projevuje se jako černo před očima. Dále je vhodné volit takové aktivity, které zapojují velké svalové skupiny. Při vysoké aktivitě může být plod ohrožen sníženým přísunem kyslíku, a tak není vhodné provádět cviky, které zvyšují nitrobřišní tlak ani cviky, kde se zadržuje dech. Snížený přísun kyslíku nastává i při pobytu ve vysokohorském prostředí, kde nadmořská výška sahá nad 2500 m. n. m., a proto v takovýchto lokalitách není vhodný pobyt pro těhotné. Žena by měla brát ohledy na své zdraví i vůči vnějším vlivům a dbát tak i na vhodné oblékání zejména při venkovních aktivitách. Neprovozovat nebezpečné

sporty, kde by hrozilo jakékoliv riziko zranění (viz. kapitola níže Nevhodné pohybové aktivity). Dbát také na správné držení těla či používat podpůrné pomůcky. Důležité je také se vyvarovat jakýchkoliv extrémních pohybů do krajních poloh, neboť v těhotenství se svaly, vazy i šlachy více rozvolňují a je zde vyšší riziko poranění. Celkově by těhotné ženy měly dbát na své pohodlí a při jakýchkoliv pocitech nemoci, únavy nebo třeba zvýšené teploty se vykonávání pohybové aktivity vyvarovat. (Bejdáková, 2006, s. 13-14)

2.4 Vhodné pohybové aktivity

Mezi vhodné a doporučené pohybové aktivity řadíme ty, které těhotné ženě dělají dobře. Patří sem aktivity mírné fyzické zátěže, které jsou blahodárné jak pro těhotnou ženu, tak i pro plod. (Gregora, 2020, s. 63)

Chůze – je velmi vhodnou aktivitou pro všechny těhotné ženy, posiluje svaly dolních končetin a zad a má pozitivní vliv na trénovanost kardiovaskulárního systému. Je dostupná všem ženám a prospěšná ve zdravém prostředí.

Plavání – patří k nejvhodnějším sportům během těhotenství a je možné ho provozovat po celou dobu těhotenství až do doby krátce před porodem. Díky nadnášení vodou je plavání uvolňující a zároveň posiluje svalstvo celého těla zejména oblast zádových svalů a prohlubuje dýchání. Rizikovým faktorem však může být znečištění vody, kterému je nutné se vyvarovat. (Bejdáková, 2006, s. 15)

Speciální těhotenské cvičení – je formou těhotenské gymnastiky. Pomáhá udržet ženu v dobré fyzické i psychické kondici. Přípravuje ženu na porod a posiluje určité svalové skupiny, učí různé způsoby relaxace a dýchání. Správným cvičením lze zmírnit nebo dokonce odstranit nějaké tělesné obtíže vzniklé zatěžováním těla. (Hudáková, 2017, s. 48)

Jogging – se doporučuje spíše těm ženám, které již před otěhotněním byly zvyklé běhat a vykonávat vyšší fyzickou aktivitu a které mají fyziologické těhotenství bez jiných komplikací. Během pohybu je zvýšená fyzická aktivita, je důležité sledovat tepovou frekvenci a pravidelně doplňovat tekutiny (Bejdáková, 2006, s. 15)

Jízda na kole – je vhodnou vytrvalostní aktivitou při pomalejším tempu, ale má svá rizika. Možnost pádu je zde vyšší, ale také zpomalené reakce můžou způsobit závažnější situace. Je možné zaměnit kolo za bezpečnější rotoped, kde je riziko zranění minimální.

Tanec – zejména břišní tance jsou dobrou přípravou na nadcházející porod a je možné je provozovat až do konce těhotenství. Tanec vyžaduje kontrolované ovládání vlastního těla a správné dýchání. Taneční pohyby mají pozitivní vliv na posílení břišních, sedacích i zádočných svalů, pro plod jsou pomalé houpavé pohyby uklidňující. (Bašková, 2015, s. 49)

2.5 Nevhodné pohybové aktivity

Mezi sporty, které se v těhotenství nedoporučují, se řadí: jízda na koni, tenis, bruslení, lyžování, terénní běh, squash, aerobik a další. Tyto sporty jsou brány jako rizikové a mohlo by u nich hrozit nějaké zranění zejména díky poskokům, otřesům a silové náročnosti. Avšak jednotlivá aktivita se u každé ženy musí vždy posuzovat individuálně, s ohledem na zdravotní stav, intenzitu a také brát zřetel na to, zda žena danou aktivitu již dříve vykonávala nebo ne a jak je v ní zdatná. U každé rizikovější aktivity, která by mohla být problémová, by se vždy ženy měly poradit s lékařem a posoudit, zda rizika spojená s daným sportem stojí za to danou aktivitu vykonávat.

Existují však i sporty, které jsou zcela vyloučeny v těhotenství vykonávat, protože by mohly ohrozit jak matku ve smyslu nějakého zranění, tak i vyvíjející se plod. Jsou to zejména sporty, při kterých hrozí vysoké riziko pádu a těžkých zranění. To jsou sporty jako například bungee jumping, seskoky padákem, horolezectví či sjezd na horském kole. Dále kontaktní sporty, u nichž je velká pravděpodobnost nárazů a zhmoždění břišní dutiny. Sem se řadí především míčové sporty. Zcela nevhodné jsou také aktivity, při kterých se nadměrně zvyšuje nitrobřišní tlak. K tomu dochází především při silových sportech, při cvičení s nářadím, či při sportech jako je vzpírání či vrhy. Také kanoistika a jiné podobné vodní sporty jsou vyloučeny, neboť jsou nebezpečné jak z hlediska úrazu či pádu, ale také z důvodu možného prochlazení a nežádoucímu riziku zanesení infekce do rodidel. V neposlední řadě do této skupiny aktivit řadíme též veškeré namáhavé vytrvalostní sporty. Těmi jsou zejména běh, běh na lyžích, jízda na kole a další. I vrcholový sport spadá do této skupiny a je povolen do 15. týdne těhotenství, avšak za podmínek dodržování zásad při cvičení. (Bejdáková, 2006, s. 14–15)

3 POROD

Jako porod nazýváme děj, kdy dojde k ukončení těhotenství narozením živého či mrtvého novorozence. Pokud plod po úplném vypuzení či vynětí z těla matky dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, považuje se za narození živého dítěte. Nezáleží zde na délce těhotenství. Jako známky života jsou myšleny srdeční činnost, pulzace pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva. Naopak mrtvě rozeným dítětem se vysvětluje stav, kdy se plod narodí bez jakýchkoliv známek života a jeho hmotnost je rovno či více 500 g. V situacích, kdy nelze porodní hmotnost určit, zjišťuje se, zda plod přesáhl dokončený 22. týden těhotenství nebo ne. Třetí možností je potrat. To je stav, kdy plod po úplném vypuzení či vynětí z těla matky neproказuje ani jednu ze známek života a zároveň je jeho hmotnost rovna či vyšší 500 g nebo je těhotenství kratší 22. týdnů. (Hájek, 2014, s. 175)

Porod je jedinečnou zkušeností. Nikdy se přesně neví, jaký bude zrovna onen porod, dokud k němu nedojde. Někdy může proběhnout během pár chvil, jindy během několika hodin. Ve všech případech však testuje fyzickou a emocionální odolnost a připravenost matky. (Mayo Clinic)

3.1 Porodní cesty

Během porodu prochází plod z děložní dutiny skrz porodní cesty do zevního prostředí. Tyto cesty dělíme na tvrdé a měkké porodní cesty.

3.1.1 Tvrdé porodní cesty

Základem tvrdých porodních cest je kostěná pánev. (Roztočil, 2020, s. 112) Je tvořena ze spojení párových pánevních kostí, kosti křížové a kostrče. Prostor, který vznikne ohraničením těchto kostí, se nazývá pánevní dutina, která se dále rozlišuje na velkou a malou pánev. Rozměrnější velká pánev je tvořena hranicí kyčelních kostí, malá pánev je tvořena zejména kostí křížovou, stydkou a kostmi sedacími. Na ženské pánvi najdeme několik rozdílů oproti pánvi mužské. Nejenže je pánev významnou kostěnou schránkou vnitřních pohlavních orgánů, je na ní i několik tvarových a metrických znaků, odlišujících ženské pohlaví od mužského. Ženská pánev je konstitučně širší a prostornější, ale také nižší a plošší, tím jsou i všechny vnitřní rozměry pánve zvětšeny. Pánevní dutina má tvar válce. Také symfýza je nižší a kost křížová kratší, širší a vyklenutá více směrem dozadu. (Dylevský, 2009, s. 176- 178)

Aby se předešlo patologiím v oblasti kostěné pánve, používá se běžně měření zevních pánevních rozměrů. Pomocí jejich měření se nepřímou posuzuje prostornost pánve a hodnotí se její přizpůsobení pro vedení vaginálního porodu. Za cíl je především vyloučit kefalopelvický nepoměr, ale v potaz se musí brát také biometrické parametry plodu. Měří se ve čtyřech rovinách a každá z nich má dané rozměry, ve kterých by se měly hodnoty pohybovat. (Binder, 2011, s. 36-37) Podobně se přistupuje také k měření pánevních rovin neboli vnitřních prostor malé pánve. Rozlišují se čtyři roviny: pánevní vchod, šíře, úžina a pánevní východ a v nich vždy průměry příčné, příčné a šikmé. V každé z nich se sleduje, jak prostupuje hlavička plodu za porodu, neboť každá rovina má svůj specifický tvar i rozměry a hlavička se v každé rovině vždy staví svým největším rozměrem do největšího rozměru v dané rovině. (Dylevský, 2009, s. 177)

3.1.2 Měkké porodní cesty

Měkké porodní cesty vytvářejí roztažitelný porodní kanál, tvořený z měkkých tkání, především z příčně pruhovaných svalů, které se nacházejí v oblastech pánevního východu a na stěnách malé pánve. (Hájek, 2014, s. 10) Měkké cesty porodní tvoří dolní děložní segment, hrdlo děložní, pochva, zevní rodidla a pánevní dno.

Dolní děložní segment se formuje až ve druhé polovině těhotenství. Jeho hranici tvoří dolní část děložního těla a vnitřní branka. Za porodu se nepodílí na aktivní kontrakční činnosti a stěna dolního děložního segmentu se jen pasivně přetahuje přes prostupující část plodu. Stejně tak pasivní je za porodu i hrdlo děložní, které v průběhu porodu měkne a dilataje. Změny probíhají také v pochvě, která se s rostoucím těhotenstvím rozšiřuje a za porodu podléhá dilataci až do takové míry, že svou délku prodlouží až o polovinu, aby umožnila průchod plodu. V konečné fázi porodního kanálu v oblasti vulvy se vytahují malé i velké stydké pysky a jejich obrysy mizí, dále se i hráz vytahuje a přetahuje přes prořezávající část plodu. (Roztočil, 2020, s. 113)

Pánevní dno uzavírá pánevní východ, podílí se však také na udržení, fixaci a odpružení pánevních orgánů. A právě v průběhu těhotenství a porodu je pánevní dno nejvíce zatíženo jak tlakem, tak i tahem. Pánevní dno má nálevkovitý tvar, je tvořeno svaly a vazivovými sktruktury. Vepředu je pánevní dno zdvojeno a tvořeno svaly, ale na zadní straně je sice pružné, ale méně pevné, tvořené vazivovými strukturami. Skládá se ze dvou vrstev a to z: diafragma pelvis a diafragma urogenitale. (Dylevský, 2009, s. 280)

Diafragma pelvis má nálevkovitý tvar, odstupuje od stěn pánve, směrem dozadu sbíhá směrem ke štěrbině, kterou prochází konečník a směrem dopředu štěrbinou prochází pochva a močová trubice. Pánevní dno tvoří dva párové příčně pruhované svaly – m. levator ani a m. coccygeus. (Hájek, 2014, s. 10)

Hlavním svalem je m. levator ani, je to plochý sval neúplně jdoucí za sponou stydkou a na pravé a levé straně obkružuje močovou trubici, konečník a pochvu. Jeho laterální část je označována pars iliaca. Je uložena více na povrchu a vede od kosti stydké k povrchu spony stydké. Dále se z vnitřního okraje oddělují svalové snopce, jedna část jako m. puborectalis, směřující ke konečníku a zároveň sloužící jako hlavní sval uzavírající konečník a druhá část k pochvě jako m. pubovaginalis. Druhou částí svalu je mediální část nazývaná pars pubica, ležící na pars iliaca a tvořící sagitálně postavený svalový pruh. Vede od horního ramene stydké kosti až na kostrč a jeho funkcí je zesilování pánevního dna v místech, kde jsou skeletní části od sebe nejvíce vzdálené.

M. coccygeus doplňuje hlavní sval m. levator ani v zadní části. Jsou to bohaté svalové snopce uložené v lig. sacrospinale, jdoucí od přední plochy kosti křížové k trnu kosti sedací.

Diaphragma urogenitale je ploténka trojúhelníkovitého tvaru, rozkládající se mezi dolními rameny kostí stydkých a sedacích. Nachází se kaudálně pod m. levator ani a zesiluje pánevní dno zejména ve ventrální části, která je nejvíce zatěžovaná. Je tvořena z několika svalů: m. transversus perinei profundus, m. transversus perinei superficialis, m. sphincter urethrae, m. ischiocavernosus a m. bulbospongiosus.

M. transversus perinei profundus tvoří skoro celou diaphragma urogenitale. Je to plochý trojúhelníkový příčně pruhovaný sval. Vede od ramen kostí sedacích a stydkých a jeho povrchová vlákna dosahují až na boční stěny pochvy, kde formují m. sphincter urogenitalis. Dále je přední okraj svalu vazivově přeměněn v lig. transversum perinei. Svalová vlákna m. sphincter urethrae fixují pochvu a močovou trubici, kolem které tvoří svěrač, podílí se též na jejím uzavěru.

M. transversus perinei superficialis je velmi variabilní, tvoří ho však pouze několik svalových snopců odštěpených ze zadního okraje m. transversus perinei profundus. Tyto svalové snopce vedou od trnů kostí sedacích až na hráz. (Dylevský, 2009, s 280-82) Dalším svalem je m. ischiocavernosus, který je párový, vede od dolního okraje kosti sedací a upíná

se do crura clitoridis. Taktéž m. bulbospongiosus je párovým svalem. U žen je rozdělen na dvě samostatné části začínající na centrum perinei a vedoucí podél poševního vchodu ke klitorisu. Sval má funkci svěrače poševního vchodu. (Hájek, 2014, s. 11)

3.2 Průběh porodu

Průběh porodu je podle časového hlediska a podle probíhajících procesů dělen na období přípravné a na čtyři doby porodní.

3.2.1 Přípravné období

Příznaky přípravného období se u prvorodiček začínají objevovat během posledního měsíce těhotenství, u vícerodiček většinou až těsně před začátkem porodu. Mezi typické znaky se řadí dolores praesagientes neboli poslíčci. Ti přicházejí většinou v období týdne před vlastním porodem a předcházejí nástupu pravé porodní činnosti. Mohou se mylně zaměnit a pokládat je za začátek porodu, ale jde jen o nepravidelné a nekoordinované stahy bez efektu na dolní děložní segment. Poslíčci mohou i po několika hodinách ustát anebo se změnit v pravidelné děložní kontrakce a zahájit tak rozbíhání porodu. Není však pravidlem, že by se u každé ženy tyto předzvěstné stahy objevily.

Také přibližně měsíc před porodem dochází k nárůstu dráždivosti děložní svaloviny pod vlivem zmnožení myometrálních receptorů pro oxytocin a zvýšené sekrece endogenních prostaglandinů. To se běžně projeví po palpačním podráždění, kdy dojde ke vzniku děložní kontrakce. Běžně také ženy v období posledního měsíce již nepřibývají na váze a mohou dokonce v tomto období zhubnout. Též se často zmenší objem břicha z důvodu úbytku plodové vody.

Další typické změny nastávají z důvodu vstupu hlavičky plodu do roviny pánevního vchodu, následkem toho klesá děložní fundus přibližně o 2-3 cm. Tento sestup hlavičky však způsobuje opětovný tlak na močový měchýř a časté pocity nucení na močení. Také dojde k oploštění přední poševní stěny, rozvíjí se poševní klenba a současně s tím se zatlačuje děložní hrdlo dozadu směrem až ke kosti křížové.

Několik dní před začátkem porodu se začíná rozvíjet dolní děložní segment, začíná se otevírat cervikální kanál a při tom dochází k odloučení cervikální hlenové zátky. Ta se objevuje před rodidly jako hustý hlen, který může mít v sobě příměs krve, neboť pochází porušených cervikálních a deciduálních cévek, které se přerušují při odlupování dolního pólu vaku blan. (Roztočil, 2020, s. 117-118)

3.2.2 I. doba porodní – doba otevírací

Trvání I. doby porodní je od počátku pravidelných děložních kontrakcí až po stav, kdy je porodnická branka plně rozvinuta. Ze všech dob porodních je tato doba nejdelší, její trvání však bývá rozdílné u primipar i multipar. U primipar trvá průměrně v rozsahu 8- 10 hodin, u multipar je to o poznání méně, a to průměrně 6-8 hodin. První doba porodní má tři fáze: latentní, aktivní a přechodnou. (Procházka, 2016, s. 118)

Porod začíná nástupem pravidelné děložní činnosti, která má efekt na rozvoj dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Z počátku se frekvence kontrakcí pohybuje v rozmezí 1–2 kontrakcí za 10 minut. Ke konci I. doby porodní se frekvence kontrakcí zvyšuje a pohybuje se kolem 4 kontrakcí za 10 minut. Rizikové by bylo překročit hranici 5 kontrakcí za 10 minut. Během kontrakce se tlak naléhající části plodu soustřeďuje do oblasti dolního děložního segmentu, který se tímto tlakem postupně rozepíná, a postupně se naléhající část dostává do většího kontaktu s děložním hrdlem a brankou. To je důležité proto, aby docházelo k postupné dilataci děložního hrdla a branky. Dilatace děložního hrdla se děje odlišně u prvorodičky i víceroedičky. U prvorodičky, která má hrdlo kónické a uzavřenou zevní branku, se hrdlo otevírá nejprve směrem od vnitřní branky k zevní brance a hrdlo se prvně pozvolně zkracuje. Ve chvíli, kdy dojde ke splynutí vnitřní a zevní branky, začne děložní hrdlo zacházet a branka se začíná rozevírat, až postupně vymizí a branka zaniká. U víceroedičky má hrdlo válcovitý tvar a zevní branka není uzavřená po předchozím porodu. Dilatace vnitřní branky a zkracování hrdla zde probíhá současně. Okraje branky jsou oproti prvorodičce navolitější. (Hájek, 2014, s. 179-185)

V průběhu I. doby porodní se pravidelně kontrolují ozvy plodu, a to každých 15 minut. Taktéž probíhá pravidelná kontrola děložních kontrakcí a kontrola fyziologických funkcí každé 2 až 4 hodiny. (Procházka, 2016, s. 118) Pokud je porod fyziologický, může rodička pít i jíst. Důležité je také myslet i na výdej tekutin a pravidelně vyprazdňovat močový měchýř, neboť plný močový měchýř brání sestupu plodu. Možné je také podat klyzma, ale není nutností. Hlavní účinek klyzmatu nespočívá jen ve vyprázdnění střeva, ale především teplá voda působí na dělohu dráždivě a způsobí její aktivitu a dráždivost dělohy. Může mít však i psychický účinek především ve II. době porodní, kde se rodička více uvolní a nesoustředí se tolik na vyprazdňování.

Co se týče pohybu během I. doby porodní, tak je to zcela individuální, jakou potřebu, jaká žena bude mít. Ženy by měly mít svobodu v možnostech pohybu v průběhu porodu.

Některé potřebují zaujmout spíše úlevové polohy, jiné zase polohy aktivní. Zaleží také na situaci, v jaké se zrovna nacházejí a co zrovna v dané chvíli bude pro ně nejlepší. Pokud bude například potřeba podpořit aktivnější posun, jsou více žádoucí pozice, které děložní kontrakce podpoří a zefektivní. Polohy mohou být různé. Poloha na boku je ideální při ležení na stejném boku, jako má plod záda, tím budou kontrakce intenzivnější a plod má tak lepší možnost vstupovat dále do porodních cest. Poloha vestoje, chůze nebo také houpání v bocích se zešíroka rozkročenýma nohama je také možnou volbou. Nebo poloha sedu na balonu s houpavými pohyby, která je vhodná skoro pro každou rodičku a je možné se při ní nahřívát ve sprše či si nechat masírovat určitá místa.

Bolest, která se objevuje v průběhu porodu, je jediná bolest, která má pozitivní smysl, neboť ženu připravuje na porod a schopnost vynaložit velké úsilí. Na porod se dá teoreticky připravit a zmírnit tím tak strach, který bolest vyvolává. Předporodní kurzy, naučené polohy na zvládání bolesti, ovládání správného dýchání za kontrakce, to všechno může ženě pomoci, při zvládání bolesti. Také je zde možnost mírnit bolest pomocí medikamentů po domluvě s personálem. Mohou to být různá analgetika či opioidy, inhalačně se může podat rajský plyn, či aplikovat epidurální analgezií. Nemusí se však vždy sáhnout po medikamentech, jsou tu i další možnosti, jako například hydroterapie, a to pomocí sprchy či vany, aromaterapie z éterických olejů nebo muzikoterapie. Vše záleží na preferenci ženy. (Dušová, 2019, s. 107-111)

3.2.3 II. doba porodní – doba vypuzovací

Počátek II. doby porodní nastává v okamžik zániku branky a plod může prostupovat dále tvrdými i měkkými porodními cestami ven. Plod rodící se v poloze podélné hlavičkou se rodí dle mechanismu porodu hlavičky a ramének. Trvání II. doby porodní je u prvorodičky průměrně 15-20 minut, u vícerodičky přibližně 5-10 minut.

V průběhu II. doby porodní jsou děložní kontrakce intenzivnější a vrcholí, zapojuje se břišní lis, který je vyvolán tlakem hlavičky na pánevní dno, tím se zvyšuje i nitroděložní tlak za kontrakce. Na mechanismus porodu mají vliv různé odlišnosti v průměrech jednotlivých pánevních rovin a v každé z nich má plod svůj specifický mechanismus prostupu. Při porodu v poloze podélné hlavičkou jsou na hlavičce důležité parametry, podle kterých se řídíme a sledujeme, jak hlavička prostupuje, těmi jsou prostupující obvod a vedoucí bod.

Mechanismus porodu hlavičky má v průběhu II. doby porodní pět fází. V první fázi musí plod provést iniciální flexi a hlavička pak vstoupí do roviny pánevního vchodu. Tím,

že plod flektuje, se vedoucím bodem stane malá fontanela a hlavička tak vstupuje svým nejideálnějším obvodem. Ve druhé fázi progreduje hlavička do pánevní šíře a úžiny. Prostorová pánevní šíře nedělá problém, avšak v úžině naráží hlavička na pánevní dno. V tuto chvíli přichází náročná chvíle a rodička aktivně zapojuje břišní lis. Právě zde se kladně uplatňuje fyzická připravenost rodičky, současně se správným dýcháním. Ve třetí fázi dochází k normální či abnormální vnitřní rotaci hlavičky, kdy hlavička mezi úžinou a východem vnitřně rotuje. Čtvrtou fází je deflexe hlavičky, která probíhá po dokončené vnitřní rotaci, kdy se dostala do pánevního východu. V tento moment prochází hlavička plodu svým nejširším průměrem přes hráz, která se tím velmi napíná. Poslední, pátou fází je zevní rotace, při které se hlavička otáčí na tu stejnou stranu, na kterou je otočen zatím neporozený hřbet plodu, neboť zevní rotace hlavičky probíhá pod vlivem mechanismu porodu ramének. Raménka plodu začínají vstupovat do pánevního vchodu ještě v době, kdy hlavička neprošla pánevním východem. Následně stejně jako hlavička procházejí přes pánevní šíři do pánevní úžiny, kde také vnitřně rotují a procházejí do pánevního východu. Následně se pak rodí postupně, nejprve přední raménko a pak přes hráz i zadní raménko. Trup plodu se poté porodí již bez zvláštního mechanismu. (Hájek, 2014, s. 185-188)

V průběhu II. doby porodní se bedlivě sledují ozvy plodu, a to buď kontinuálním KTG záznamem anebo alternativně poslechem ozev po každé kontrakci. Kontrakce jsou v této době různé, co se délky trvání týče, jsou silné a mohou mít sníženou frekvenci a délku trvání oproti I. době porodní. (Procházka, 2016, s. 119-120) Pokud je vše v pořádku, může rodička i v této době přijímat tekutiny, neboť jí to osvěží a dodá energii. Nesmí se však i zde zapomínat na vyprazdňování močového měchýře, neboť plný močový měchýř může bránit vypuzení plodu. Co se možnosti pohybu a poloh týče, je to stejné jako v I. době porodní a pokud porod běží bez komplikací, může žena zaujímat polohy jí pohodlné. (Dušová, 2019, s. 107-109) Samotné tlačení pak může probíhat na porodní posteli, porodní stoličce či v jiné poloze, je-li to v daném zařízení možné. K aktivnímu tlačení se může přistoupit ve chvíli, kdy je hlavička dostatečně sestouplá. Tlačí se však pouze za kontrakce, kdy je důležité se na vrcholu kontrakce zhluboka nadechnout do břicha a snažit se dlouze tlačit směrem do konečníku. Při takovémto tlačení je nutné využít síly břišního lisu, a tak je dobré, když žena zaujme polohu, při které se snaží přitlačit bradu na hrudník, stočit se přitom do klubíčka a zavřít oči. Po nástupu kontrakce, nádechu a zaujmutí pozice se žena plně soustředí na tlačení. V průběhu trvání jedné takové kontrakce lze tlačit dvakrát až třikrát a využít tak celé její trvání. Je však důležité spolupracovat při tlačení s porodní asistentkou či porodníkem, kteří

porod vedou a regulovat intenzitu tlačení, neboť se tak snaží předejít poranění porodních cest, které by tak vlivem velkého a silného tlačení mohlo vzniknout. (Gregora, 2017, s. 38)

3.2.4 III. doba porodní – doba k lůžku

Po porodu plodu nastává III. doba porodní, při které dochází k odloučení a porodu placenty, pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu a současně také k poporodní retrakci myometria.

Po porodu plodu dojde k náhlému a nápadnému zmenšení dělohy, její fundus v tuto dobu sahá přibližně k pupku. V průběhu několika pár minut dojde k obnovení děložních kontrakcí, žena je může nebo nemusí cítit, neboť jsou mnohem slabší než ve II. době porodní. Děložní plocha se zmenšuje, děložní stěna se stahuje a svalová vlákna myometria se zkracují. Tím, jak se objem dutiny děložní zmenšuje, dochází k postupnému odlučování placenty od děložní stěny. Když se placenta odlučuje, dochází přitom ke krvácení mezi placentu a děložní stěnu, neboť se přetrhávají uteroplacentární cévy. Avšak tento postupně vznikající retroplacentární hematom napomáhá odlučování placenty. V mnoha případech postačí jen několik děložních kontrakcí, aby se placenta zcela odloučila. Po jejím odloučení ale kontrakce neustávají a u ženy se objevují opět pocity nucení na tlačení. Následně placentu společně s blánami porodí. Po kompletním odloučení placenty však v místě její inserce krvácí, neboť uteroplacentární cévy zůstávají otevřené. V tento moment je důležité, aby nastala komprese těchto cév pomocí kontrakcí hladkého svalstva myometria a nastoupila hemokoagulační aktivita.

Při porodu placenty rozlišujeme tři mechanismy odlučování a porodu. Baudelocqueův-Schultzův mechanismus je nejvýhodnější. Placenta se odlučuje od středu směrem ke kraji. Hematom tvořící se za placentou způsobuje to, že žena viditelně nekrvácí a výsledná krevní ztráta je při tomto mechanismu nejmenší. Po odloučení se placenta rodí středem, to znamená, že nejdříve vyjde úpon pupečníku, poté sbalené lůžko následované retroplacentárním hematodem a nakonec se porodí blány. Dalším mechanismem je Duncanův mechanismus. Zde se placenta odlučuje od kraje, tudíž se za ní nevytváří retroplacentární hematom a žena viditelně krvácí, krevní ztráta je tím větší. I celkové odlučování trvá průměrně déle. Po úplném odloučení se rodí prvně odlučovanou hranou a úpon pupečníku až poté. Částečně se rodí i blány společně s placentou. Třetím a posledním mechanismem je Gessnerův mechanismus, který je kombinací předchozích mechanismů. Placenta se odlučuje hranou, ale v děložní dutině se přetočí a rodí se středem. (Roztočil, 2020, s. 122)

V současné době se praktikuje aktivní vedení III. doby porodní, to znamená, že v době, kdy se rodí přední raménko plodu nebo ihned po porodu plodu, se aplikují uterotonika, aby se urychlila doba porodu placenty a zmenšila se krevní ztráta. V případě, že se placenta neodlučuje, je možné sterilně vycévkovat močový měchýř a napomocť tak odloučení placenty. Porozená placenta se musí vždy zkontrolovat, jak mateřská, tak i fetální část. Na závěr se zjišťuje přítomnost a rozsah porodního poranění. Kontroluje se oblast zevních rodidel, hráze, zrcadly se kontroluje poševní stěna a děložní hrdlo. (Procházka, 2016, s. 124)

3.2.5 IV. doba porodní – poporodní období

Touto dobou je označována doba dvou hodin po porodu, kdy žena zůstává na porodním sále a je intenzivně sledována porodními asistentkami, neboť v této době je ohrožena poporodními komplikacemi, zejména krvácením. V průběhu je ženě pravidelně kontrolován krevní tlak a pulz, sleduje se krvácení z rodidel a stažení dělohy. Po dvou hodinách, pokud je vše v pořádku, je žena převezena na oddělení šestinedělí.

3.3 Porod a pohybová aktivita

V roce 1977 prováděla birminghamská porodnice výzkum, kdy porovnávali dvě skupiny žen podle průběhu porodu. Jedna skupina žen se za porodu pohybovala, zatímco druhá skupina žen většinu času ležela na zádech. Z výsledku výzkumu vyšlo že u žen, které byly v průběhu porodu aktivní, trval porod výrazně kratší dobu, měly menší bolesti, tudíž i menší potřebu léků tišících bolest a cítily se ve vzpřímených polohách pohodlněji, jejich děti vykazovaly nižší výskyt abnormální srdeční frekvence. Závěr tohoto výzkumu byl takový, že pohyb během porodu, zvláště v jeho rané fázi, by se měl podporovat. (Balaskas, 2010, s. 29)

Další výzkumy také ukázaly, že porod ve vzpřímených polohách je výhodnější pro matku i plod a má řadu výhod. Tím, že je žena ve vzpřímené poloze, vestoje, ve dřepu či v kleče, působí zemská přitažlivost a posiluje tak děložní stahy i proces porodu. Pro ženu jsou tyto pozice méně namáhavé, neboť děloha při činnosti klade menší odpor díky zemské přitažlivosti, a zvyšuje tak i tlak na děložní hrdlo. Další výhodou je lepší prokrvení placenty, tudíž i lepší přísun kyslíku k plodu. Poloha na zádech totiž může způsobit stlačení aorty a dolní duté žíly a omezit tak přísun kyslíku k plodu. Také z hlediska pánevních kloubů má vzpřímená poloha pozitivní vliv zejména na přizpůsobení se tvaru sestupující hlavičky a křížová kost má tak možnost se volně pohybovat a pánevní vchod se tak může rozšířit. To není

možné v pozici vleže, neboť na ní leží váha rodičky. Důležité však také je, aby žena zaujímala takové polohy, které jsou jí samotné pohodlné, dokáže se v nich uvolnit a jsou pro ni účinné. (Balaskas, 2010, s. 31-33)

V průběhu I. doby porodní, kdy dochází k otevírání děložního hrdla, je výhodné zaujímat spíše polohy vzpřímené, při kontrakcích se pohybovat nebo si při nich kleknout a odpočívat. To stejné je vhodné praktikovat i na začátcích II. doby porodní a navíc se snažit mít horní polovinu těla v předklonu při kontrakcích a napomáhat tak rotaci hlavičky. Když se II. doba porodní překlene do její závěrečné fáze, je nejefektivnější zaujmout pozici ve dřepu, žena se tak může uvolnit a nechat síly působit na pánevní dno. Je také důležité myslet na aktivní odpočinek během porodu, neboť únava zintenzivňuje bolest a vyčerpává. (Hudáková, 2017, s. 42)

3.4 Porodní poranění

Porod je považován za fyziologický děj, ale i přesto je spojený s možnostmi vzniku poranění rodidel. Poranění se mohou vyskytnout ve kterémkoliv místě porodního kanálu a neošetřená či nesprávně ošetřená poranění mohou být příčinou velkých krevních ztrát nebo pozdějších funkčních a anatomických poruch. (Roztočil, 2020, s. 440) Častým porodním poraněním je nástřih hráze, trhliny hráze, pochvy a děložního hrdla. Porodní poranění jsou po zjištění znecitlivěna a ošetřena, celková anestezie se využívá jen v případech větších poranění, které vyžadují delší čas na ošetření. Trvání ošetření menších poranění je závislé na jejich rozsahu, ale většinou to bývá okolo 15–30 minut. Na šití se používají takové materiály, které v průběhu několika dní samy vypadají anebo se vstřebají. (Gregora, 2017, s. 39)

3.4.1 Epiziotomie

Epiziotomie je přípravnou operace, která pomáhají rozšiřovat měkké porodní cesty a usnadňuje tak plodu průchod porodním kanálem. Provádí se v závěru II. doby porodní, nejčastěji v moment prořezávání hlavičky na vrcholu kontrakce, kdy hráz brání jejímu prostupu a hrozí tak poranění porodních cest. Indikací pro provedení epiziotomie je však více. Provádí se v případě rigidní a zjizvené hráze, také když hrozí a začíná vznikat ruptura hráze, pokud se rodí velký plod a porod nejde hladce, u plodu v poloze koncem pánevním a také před provedením vaginální porodnické operace, zejména extrakční operace. Neprovádí se však vždy, protože pokud má žena pružnou hráz a spolupracuje při porodu, je lepší vést

porodu bez nástřihu. Na druhou stranu včas provedená epiziotomie je mnohem lepším řešením, co se z hlediska hojení týče, než vzniklá ruptura hráze ve stejném rozsahu. (Hájek, 2014, s. 467-468)

3.4.2 Ruptura děložního hrdla

Důvodem poranění děložního hrdla může být rigidní či zjizvené hrdlo, a to často následkem operací, které byly v minulosti na děložním hrdle provedeny. Nebo také následkem nadměrně silných děložních kontrakcí či předčasným tlačáním při neúplně rozvinuté brance. Dojde-li k malé trhlině do 1 cm, která nekrvácí, nemusí se ošetřovat. Rozsáhlejší ruptury nebo krvácející ruptury se musí ošetřit vždy, jinak by v budoucnu mohlo dojít ke komplikacím ve funkčnosti hrdla. (Hájek, 2014, s. 440)

3.4.3 Ruptura pochvy a vulvy

K poranění pochvy dochází často společně s poraněním hráze. Tyto trhliny mohou zasahovat hluboko a silně krvácet, proto je důležité provést po porodu pečlivou kontrolu poševních stěn, neboť přehlédnuté či špatně ošetřené poranění může vést k zánětům nebo ke vzniku hematomů, které způsobují velkou krevní ztrátu. Jejich řešení je složité a vyžaduje chirurgické řešení. (Binder, 2011, s. 229)

Poranění vulvy jsou většinou jen drobné trhlínky na kůži malých stydkých pysků a v mnoha případech je není nutno nějak ošetřovat. Pouze v případě, kdy by trhlina zasahovala až do oblasti klitoris, tak se musí ošetřit, neboť krvácí. (Hájek, 2014, s. 441)

3.4.4 Ruptury hráze

Poranění hráze je nejčastějším poraněním za porodu a obvykle zasahuje všechny vrstvy tvořící hráz (kůže, podkoží, svalstvo, m. levator ani, m. pubococcygeus) a také část pochvy. Příčin poranění je více, může vzniknout následkem špatného chránění hráze, předčasnou deflexí hlavičky či velmi rychlým prostupem hlavičky na který se hráz nedokáže tak rychle přizpůsobit, může však vzniknout z důvodu křehkosti tkáně v souvislosti s probíhajícím zánětem nebo z důvodů vrozených, kdy je tkáň hráze přirozeně slabá.

Poranění se klasifikuje do čtyř stupňů, podle toho, jaké vrstvy hráze byly zasaženy.

- 1. stupeň – zasahuje kůži hráze, svaly jsou nepoškozeny
- 2. stupeň – zasažena je kůže hráze společně se svaly perinea, bez poškození svěrače

- 3. stupeň – poranění postihuje anální kanál, dělí se na tři podstupně
 - 3 a – zevní anální svěrač je zasažen <50%
 - 3 b – zevní anální svěrač je zasažen >50%
 - 3 c – poraněn je zevní i vnitřní anální svěrač, sliznice je intaktní
- 4. stupeň – zasaženy jsou obě vrstvy análního svěrače i anální sliznice

Důležité je po porodu provést nezbytná vyšetření ke zjištění stupně a rozsahu porodního poranění. Pokud dojde k většímu poranění, bývají okraje tkáně nepravidelné, zhmožděné a více krvácejí, jejich ošetření tak bývá složitější. (Hájek, 2014, s. 441-442) Ruptury 1. a 2. stupně se většinou hojí dobře a bez následků. Poranění 3. a 4. stupně jsou závažnější a vyžadují složitější chirurgické řešení. Do budoucna je u nich vyšší riziko vzniku komplikací. Pokud by nedošlo ke správnému ošetření nebo přehlédnutí poranění hráze, mohou tato poranění způsobovat překážku ve funkčnosti pánevního dna spojenou s poruchou inkontinence moči či stolice. (Binder, 2011, s. 229)

3.5 Císařský řez

Císařský řez je z historického hlediska jednou z nejstarších porodnických operací. Je to nejčastější operace, kterou se ukončuje těhotenství a porod. Na rozdíl od vaginálních operací, které se provádějí na konci II. doby porodní se císařský řez provádí dříve nebo je možné jej provést už v těhotenství. Nemůže se však provést kdykoliv, podléhá svým pravidlům a postupům, za jakých se provádí a musí být splněny podmínky k jeho provedení. Nejhlavnější podmínkou je to, že velká část plodu nesmí být vstouplá a fixovaná v pánvi. Z hlediska indikací se císařský řez dělí na dva typy. Může se jednat o primární císařský řez, to je stav, kdy je indikace císařského řezu předem známá již v těhotenství a termín provedení je předem naplánovaný. Druhým typem je sekundární císařský řez, jehož indikace vzniká postupně či náhle ve stavech, kdy je riziko ohrožení matky či plodu nebo obou zároveň.

V dnešní době je mnoho stavů, které jsou indikací k provedení císařského řezu. K nim patří například kefalopelvický nepoměr, různé včestné překážky pro vaginální porod, překážky týkajících se tvrdých i měkkých porodních cest, různé stavy po operacích dělohy či výkonech v malé pánvi, placentární komplikace, některá onemocnění ženy, nepravidelné uložení plodu v děloze, akutní tíseň plodu a mnoho dalších.

Před operací se zajistí nitrožilní přístup, podají potřebné léky, zabandážují se dolní končetiny a zavede se permanentní močová cévka. Dále anesteziolog určí premedikaci a způsob anestezie, ta může být celková nebo regionální. (Hájek, 2014, s. 492-496)

3.6 Porod koncem pánevním

Poloha koncem pánevním je stav, kdy je plod v poloze podélné a naléhá na pánevní vchod koncem pánevním. Plod může zaujímat mnoho držení a podle toho se poloha rozlišuje. Polohy se dělí podle toho, zda má plod zachovalé flekční držení nebo ne a zda má kyčelní a kolenní klouby v extenzi či flexi. Podle typu polohy se pak určuje způsob porodu. Tato poloha není tak častá, vyskytuje se přibližně u 4 % všech porodů a její frekvence je častější u vícečetných těhotenství a u předčasných porodů, neboť v nižších týdnech těhotenství plod zaujímá polohu koncem pánevním častěji.

Příčiny této polohy mohou být různé. Častěji se vyskytuje u vícerodiček nebo naopak u prvorodiček s úzkým dolním děložním segmentem, u žen s vrozenou vývojovou vadou dělohy či u žen se zúženou pávní. Také se může vyskytnout u plodů, které jsou nadměrně velké nebo naopak malé, včetně hypotrofických plodů, u plodů s vývojovými vadami, u polyhydramnionu nebo také u plodů s krátkým pupečnickem.

Diagnostikuje se pomocí zevního, vnitřního a ultrazvukového vyšetření. Samotné vedení porodu v poloze podélné koncem pánevním je rizikovější než vedení v poloze podélné hlavičkou, ale pokud jsou před porodem splněny všechny podmínky k jeho vedení a nevyskytují se žádné kontraindikace, je možné родit vaginálně. (Roztočil, 2020, s. 403-405) Porod je však složitější, neboť mechanismus porodu se dělí do tří částí, kdy se nejprve rodí konec pánevní, následně raménka a jako poslední hlavička plodu. A právě tím, že se hlavička plodu rodí jako poslední, je kritickou fází celého porodu. (Procházka, 2016, s. 153-154)

4 ŠESTINEDĚLÍ

Poporodní období neboli šestinedělí začíná od porodu plodu po následujících 6 týdnech. V tomto období dochází ke dvěma typům změn v organismu ženy. Jedním typem jsou změny involuční, při těchto změnách se tělo ženy dostává funkčně i anatomicky do stavu před těhotenstvím, avšak i přes změny se organismus ženy už nikdy nevrátí plně do stavu před těhotenstvím. Druhým typem jsou změny progresivní, při nichž se rozvíjí funkce orgánů, které byly mimo těhotenství v klidovém stavu. Zde jde především o nástup laktace. (Roztočil, 2020, s. 144)

4.1 Změny v organismu ženy

Po porodu se začíná zmenšovat děloha. Z váhy přibližně 1000 g v termínu porodu se během šestinedělí její hmotnost snižuje až na 50 až 100 g. Ihned po porodu dosahuje děložní fundus do výše pupku, v následujících dvou týdnech probíhá největší redukce její velikosti a hmotnosti a stahuje se pomalu zpět do malé pánve. Její velikost se v průběhu šestinedělí vrací do stavu před těhotenstvím, ale na konci zůstane o trochu větší než u nulipar.

Také endometrium rychle regeneruje a kromě oblasti původní inzerce placenty je zcela obnovené do 16. dne od porodu. Přibližně 5 týdnů trvá odchod očístků, které se mění v závislosti na zmenšování velikosti placentárního lůžka. Ihned po porodu začíná odcházet velké množství krevních sraženin jasně červené barvy. Po pár dnech změní svou barvu více do hněda a konzistence je více vodnatá. V průběhu následujících týdnů množství očístků klesá a barva se mění na žlutou až úplně vymizí.

Děložní hrdlo se také postupně vrací do původního stavu, ale už nikdy nebude vypadat jako u ženy, která ještě nerodila. Na konci prvního týdne po porodu je již zevní branka uzavřená tak, že není prostupná ani pro prst. I pochva zmenšuje svou velikost na původní, ustupuje prokrvení i otok. (Procházka, 2016, s. 207) Za tři týdny po porodu se vrátí do původního stavu, avšak je již méně pružná. I překrvení zevních rodidel ustupuje, mizí prosáknutí a pigmentace. Pánevní dno získává zpět svůj tonus a diafragma pelvis a diafragma urogenitale se vrací do původní polohy. (Hájek, 2014, s. 210)

Velkou a rychlou změnou je úbytek tělesné hmotnosti. Ihned po porodu se ztráta pohybuje mezi 5 a 6,5 kg, ta je dána porodem plodu a placenty, odtokem plodové vody a krevní ztrátou. V průběhu šestinedělí se na svou původní hmotnost před těhotenstvím vrátí okolo 28 % žen. I kojení má malý vliv na ztrátu hmotnosti. (Roztočil, 2020, s. 146)

Patrné změny probíhají též na jednotlivých orgánech. Následkem nadměrného rozpětí močového měchýře v těhotenství, zůstává po porodu v močovém měchýři zbytkové reziduum. Postupně však hypotonie močových cest mizí a v průběhu prvního týdne je zvýšená diuréza. Zvětšené ledviny těhotenstvím, hypotonie a dilatace ureterů se postupně vrací do normálu. Funkce trávicího ústrojí se normalizuje, avšak často zůstává zpomalená peristaltika a ženy mívají větší sklon k zácpě. Dále také postupně klesá srdeční výdej i počet tepů. Bránice se posouvá zpět níže, plíce se mohou lépe rozpínat, prohlubuje se tak i dýchání a snižuje se počet dechů. Navýšený krevní objem klesá na čtyři litry. Krevní obraz však závisí na krevní ztrátě za porodu, stoupají však mírně leukocyty a stále přetrvává zvýšená aktivita koagulačních a fibrinolytických faktorů, ty přetrvávají zejména z důvodu minimalizace poporodních krevních ztrát. (Koudelková, 2013, s. 20)

Na laktaci se tělo připravuje již během těhotenství, kdy na prsou dochází ke změnám. Laktace se spustí až po porodu placenty, kdy poklesnou hladiny estrogenu a progesteronu, následovány zvýšením hladiny prolaktinu, který způsobí tvorbu mléka. V průběhu prvních dvou až čtyř dnů po porodu se z prsou uvolňuje kolostrum, to obsahuje velké množství proteinů a má ochrannou funkci pro novorozence. Během týdne mléko dozrává až obsahuje všechny potřebné živiny. Složení mléka se pak mění v závislosti na potřebách novorozence. (Procházka, 2016, s. 208)

Ihned po porodu začíná probíhat zavinování dělohy, je to fyziologický děj, kterým se děloha dostává zpět do původního stavu, tzv. involuje. To je podmíněno stažením děložní svaloviny, stlačením cév a snížením přívodu krve do dělohy. U žen, které měly například vícečetné těhotenství, polyhydramnion či protrahovaný porod, děloha involuje pomaleji. Zpomalená involuce však může být způsobena i plným močovým měchýřem či nevyprázdněným konečníkem. Po porodu se tak pravidelně sleduje výška děložního fundu, která by měla každý den klesnout průměrně o 1 cm, dále tonus děložní, vzhled a množství očítků. Podporou děložní involuce může být přiložení novorozence k prsu. (Koudelková, 2013, s. 44)

4.2 Pohybová aktivita

Cvičení v době po porodu přispívá k návratu organismu ženy zpět do stavu před těhotenstvím. Má pozitivní vliv na krevní oběh celého těla, zapojení svalů přispívá k lepšímu zavinování dělohy a cíleným cvičením se dá uvolnit pánevní dno a posílit břišní stěnu. Také působí jako prevence inkontinence.

V časném šestinedělí má cvičení za úkol podpořit krevní oběh v prevenci tromboembolické nemoci, podpořit správné dýchání a posílit pánevní dno a břišní svalstvo. V následujících týdnech by cvičení mělo být zaměřeno zejména na správné držení těla, posílení pánve, trupu, břicha a celkově podpořit celkovou kondici matky. Cvičit je doporučeno v dobře větrané místnosti, dodržovat pitný režim a dbát na pravidelné vyprazdňování močového měchýře. Veškeré cvičení a jeho intenzita však podléhá zdravotnímu stavu ženy. (Koudelková, 2013, s. 66-67)

4.2.1 Pohybová aktivita u žen po vaginálním porodu

Cvičení se zaměřuje zejména na posílení svalů pánevního dna, které byly porodem zatíženy a poškozeny a je možné je cvičit i přes poranění či nástřih hráze. Dále na posílení a protažení prsních svalů, kterými se podporuje laktace. Na dolní končetiny, tyto cviky podporují krevní oběh a zabraňují vzniku trombů. Dále také na posílení břišních svalů, nejprve však posilování pouze šikmých břišních svalů, náročnější posilování se doporučuje až po uplynutí šestinedělí. V neposlední řadě na cvičení podporující zavinování dělohy, s ním je možné začít ihned po porodu.

V den porodu, po příchodu na oddělení šestinedělí se doporučují cviky právě na podporu zavinování dělohy. Cvik spočívá v tom, že žena si lehá na břicho. Doporučuje se alespoň 5x za den po dobu 15 minut. V dalších dnech je možné podložit břicho polštářem a soustředit se přitom na hluboké břišní dýchání. (Koudelková, 2013, s. 68) Ode dne porodu je možné také začít s pravidelným dechovým cvičením a postupně k němu přidávat další cvičení. Dechová cvičení lze provádět v leže či vsedě a spočívají ve vydechování se současným zatahováním břišních svalů. Nádechy i výdechy jsou plynulé. (Dumoulin, 2006, s. 11)

První den po porodu je možné zařadit krouživé pohyby v kotnících. Zlepšuje se tím krevní oběh a napomáhá ke snížení otoků. Cviky se provádí v poloze na zádech s vypodloženými či nadzvednutými nohama po dobu dvou minut. Cviky je možné provádět kdykoliv během dne. (Dumoulin, 2006, s. 13) Další cvik je na posílení pánevního dna. Nejprve se provádí jen v leže s nataženými nohama, kdy se žena snaží sevřít hýžděové svaly a svěrače.

Od druhého do desátého dne po porodu je možné zařadit následující cviky. Vleže na zádech se stahují hýždě k sobě a při nádechu se zvedá pánev, s výdechem se pokládá zpět. Dalším cvik je na procvičení páteře, provádí se v kleče s dlaněmi na zemi. Strídá se vyhrbení páteře při nádechu s mírným prohnutím během výdechu. (Koudelková, 2013, 70-72)

Po uplynutém desátém dni je možné zařadit další cviky. Například stoj s mírně vytočenými špičkami od sebe, ruce se dají v bok a provádí se mírné úklony, nejdříve 5x na jednu stranu a poté na druhou stranu. (Koudelková, 2013, 73) Dále je dobré zaměřit se na posílení prsních svalů, neboť v průběhu těhotenství probíhalo mnoho fyziologických změn, kdy se prsa připravovaly na sekreci mateřského mléka a zvýšily svou hmotnost. Proto je vhodné začít prsní svaly zpevňovat, aby neochably a nezeslábly. Až se ustálí sekrece mléka, je dobré každý den provádět jedno z následujících cvičení. Cvik se provádí v sedě s ohnutými lokty v úrovni hrudníku. Při výdechu se dlaněmi tlačí proti sobě až se prsní svaly napnou. Tlak se udržuje po dobu 5 vteřin, s výdechem se uvolní. Takto se provádí deset opakování. Další cvik se provádí ve stejné poloze, ale s nataženými pažemi dopředu v úrovni ramen. Při výdechu se ruce střídavě kříží, provádí se tzv. nůžky. (Dumoulin, 2006, s. 35)

K dalším sportovním aktivitám je vhodné vracet se postupně. Je doporučeno začít nejprve s poporodním cvičením. Posílit pánevní dno a břišní svaly je nezbytné pro bezpečné započítí ostatních sportovních aktivit. Dva až tři týdny po návratu z nemocnice se může začít s chůzí na krátkou vzdálenost. Je to komplexní cvičení, při kterém se zapojují svaly zad, břicha a nohou. Postupem času se vzdálenost i intenzita může zvyšovat. U sportů jako je aerobik, běhání a další, při kterých dochází k otřesům a je žádoucí mít pevné svaly pánevního dna a větší výdrž, je doporučováno počkat se zahájením pár měsíců. (Dumoulin, 2006, s. 46)

4.2.2 Pohybová aktivita u žen po císařském řezu

Cvičení po císařském řezu má za cíl zejména předejít pooperačním komplikacím. Přispívá též k prevenci inkontinence. Cílené cvičení má pozitivní vliv na lepší prokrvování malé pánve, čímž napomáhá hojení operační rány, posílí se svaly porušené operací a přispívá k celkové lepší kondici ženy. (Koudelková, 2013, s. 75)

První dny po porodu je oblast okolo jizvy citlivá a může být i bolestivá. Bolest může být intenzivnější při zapojování břišních svalů. Proto je z počátku důležité dbát na správné vstávání i ulehání do postele. Při změnách polohy je dobré podepřít si břicho rukama nebo polštářkem. Při vstávání z postele nejdříve pokrčít nohy, přetočit se na bok, nohy pomalu spustit dolů z postele a za podpory rukou se pomalu dostávat do sedu, poté se v předklonu postavit a pomalu se narovnat. Stejným postupem jen v opačném směru se zpět ulehá na lůžko. (Dumoulin, 2006, s. 53-55)

První den po porodu je dobré zaměřit se na nácvik správného dýchání a zařadit cviky, při kterých se propínají končetiny a provádějí se krouživé pohyby.

V průběhu druhého a třetího poporodního dne se cvičí dolní končetiny ve větším rozsahu. Cvičí se od špiček nohou před kolena až po pánev. Další cviky se již provádí ve stoje. Provádí se stoj na špičkách, přitom se drží okraje postele, následně se snaží stáhnout hýždě, konečník, pochvu i močovou trubici směrem dovnitř. Při dalším cviku, též ve stoje, se nejprve provede mělký podřep a návrat zpět. Následně se střídavě pokrčují a přitahují kolena k břichu.

Od čtvrtého až pátého dne může žena začít provádět cviky vleže na břiše, kdy současně s nádechem přitahuje paty k hýždím. Dále může začít provádět cviky na posílení prsních svalů, stejně jako u žen po vaginálním porodu.

V době od týdne po porodu až do konce šestinedělí je vhodné provádět následující cviky. Vleže na zádech, pokrčit nohy a střídavě je pokládat ze strany na stranu. Dále je možné provádět tzv. jízdu na kole s pokrčenýma nohama v leže na zádech. Nebo také cviky na posílení pánevního dna, obdobně jaké po vaginálním porodu, kdy se stahují hýžděové svaly, konečník, pochva i močová trubice. (Koudelková, 2013, s. 75-76)

S návratem k dalším sportovním aktivitám je to stejně jako po porodu vaginálním. Začít prvně s poporodním cvičením, následně začít s chůzí a až v poslední řadě zařadit náročnější sporty. (Dumoulin, 2006, s. 90)

4.3 Poruchy šestinedělí

Do poruch šestinedělí se řadí jakékoliv odchylky od fyziologického průběhu šestinedělí. Tyto komplikace mohou ženu ohrozit na jejím zdraví. Mezi ně se řadí zejména krvácení, infekční či cévní komplikace, poruchy laktace, ale také komplikace na úrovni psychiky, kdy se mohou rozvinout její různé poruchy.

Krvácení v šestinedělí může mít mnoho příčin. Z časového hlediska ho dělíme na krvácení primární a sekundární. Primární krvácení se do objevuje do prvních 24 hodin po porodu a může být velmi silné intenzity. Příčinou může být nepoznané či nedostatečně ošetřené poranění, hypotonie a subinvoluce děložní nebo také patologický obsah v dutině děložní. Příčina krvácení se odhalí pomocí bimanuálního vyšetření, vyšetřením v zrcadlech a ultrazvukem. Sekundární krvácení se objevuje po 24 hodin po porodu a jeho intenzita může být silná nebo může jít o protrahované krvácení, které postupně vede k anemizaci pacientky. Jednou z mnoha příčin může být například zadržení části placenty či plodových obalů nebo vyplněná děložní dutina krevními koaguly či zadrženými očišťky.

Infekce v průběhu šestinedělí může vzniknout jednak endogenní cestou, kdy se choroboplodné zárodky dostanou do dělohy ze zevního genitálu, pochvy nebo rekta a jednak exogenní cestou, kdy se infekce dostane do rodidel ze zevního prostředí. Typickým příznakem infekce je horečka ženy. Pokud se infikuje porodní poranění, stane se zarudlým, bolestivým, objeví se hnisavý sekret a může hrozit rozpad sutury. Při zánětu dělohy je děloha na pohmat citlivá, nastoupí bolesti podbřišku a odchází velkým množstvím páchnoucích očístků a dochází k subinvoluci dělohy. (Binder, 2011, s. 237-239)

K poruchám laktace a kojení se řadí problémy s množstvím mateřského mléka, které může být způsobeno opožděným nástupem laktace. Skutečný nedostatek mléka se však týká pouze 2–3 % žen. Mohou se též vyskytnout problémy s nedostatek mléka, způsobené technikou kojení, podáváním jiných tekutin dítěti nebo krátkým kojením, či naopak problémy s nadbytkem mateřského mléka, kdy má žena na počátku více mléka, než jsou potřeby dítěte. Také se mohou vyskytnout komplikace s uvolňováním mléka, prsa jsou velmi plná, tvrdá a bolestivá, to může být vyvoláno rychlým nástupem laktace nebo otokem. Také může dojít k retenci mléka, která vzniká ucpaním jednoho z vývodů mléčné žlázy. V prsu též může vzniknout infekce zvaná mastitida, vyvolaná *Staphylococcus aureus*. K přenosu může dojít z rukou či přes infikovaného novorozence. Infikovaná oblast je bolestivá, zarudlá a žena má horečku. Infekce se musí přeléčit antibiotiky, pravidelně prs vyprazdňovat a dodržovat pitný režim. Při kojení, zejména při špatné technice mohou vznikat ragády, bradavky jsou popraskané, zarudlé, mohou krvácet a jsou velmi citlivé. (Roztočil, 2020, s. 159-161)

4.4 Psychika v šestinedělí

Zejména první dny po porodu bývají dosti náročné. Ženy jsou velmi unavené a přichází okamžik, kdy si uvědomují, že do každodenního života přibude péče o dítě. Je zcela normální, že některé ženy mohou pociťovat obavy, že svoji novou roli nezvládnou. Také je zcela běžné, že vedle radostných pocitů z narození dítěte se objevují i stavy nejistoty, skleslosti či plačtivosti, a to mnohdy zcela bez příčiny. (Trča, 2009, s. 146)

4.4.1 Psychické poruchy

Poporodní blues je porucha přechodná, lehká a dobře zvladatelná. Vyvine se většinou po návratu ženy z porodnice a objevuje se během prvních dvou týdnů po porodu. Projevuje se opakovanými návaly pláče, pocity úzkosti a smutku. Ženy často bolí hlava, trpí nespavostí, zapomnětlivostí, jsou více podrážděné, nervózní a zmatené. Nemají však velký vliv na

fungování žen a často zmizí do desátého po porodu. Pro léčbu není nutná farmakoterapie, pozitivní přínos má podpora a edukace ženy v problematice. (Procházka, 2016, s. 216-217)

Poporodní deprese se vyskytuje přibližně u 10-15 % žen po porodu. Vzniká v období do jednoho měsíce od porodu a její průběh je delší a závažnější. Příznaky deprese již ženu negativně ovlivňují v její mateřské roli, neboť mají méně tělesného i emocionálního kontaktu s dítětem.

Poporodní psychóza se vyskytuje náhle a neočekávaně v období prvních dvou týdnů po porodu. Tato porucha je závažná a ve většině případů vyžaduje hospitalizaci. Prvními příznaky, které se objeví bývá většinou nízká potřeba spánku, změny nálad a emocí, které však v průběhu dnů přecházejí do psychotického syndromu. Prognóza na léčbu poporodní psychózy je velmi dobrá, pokud se zachytí včas, ale doba rekonvalescence může trvat až jeden rok. Neléčená nebo pozdě zachycená psychóza může vést až k sebevraždě matky. (Perinatal)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

V této bakalářské práci bych se chtěla věnovat tématu vlivu pohybové aktivity a jejímu možnému příznivému vlivu na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Dále bych chtěla porovnat zkušenosti u žen, které se v průběhu tohoto období aktivně věnovaly nějaké pohybové aktivitě s ženami, které nijak aktivní nebyly.

Období celého těhotenství až po konec šestinedělí je náročná životní etapa ženy, během které se v lidském těle děje mnoho procesů. V této době se ženy o sebe zajímají více než v jiných obdobích, zajímají se o to, jak žít lépe a zdravěji, a právě pohyb se dostává mezi priority mnohých žen. Často se však ženy mohou bát s pohybovou aktivitou začít, což může být z mnoha důvodů. Ať už jde o nedostatek času, strach, nedostatek informací či jen o prostý nezájem.

Ráda bych se proto v bakalářské práci věnovala ženám, které se aktivně nějaké pohybové aktivitě věnují a získala od nich informace o zkušenostech, které v průběhu celého období prožívaly a jaké to mělo na ně vliv. Na druhou stranu bych se chtěla zaměřit i na ženy neaktivní v průběhu tohoto období a zjistit důvody jejich neaktivity. Zároveň bych chtěla zkušenosti žen obou skupin porovnat.

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

6.1 Hlavní cíl

Zjistit, jaký vliv má pohybová aktivita na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí u žen, které se cvičení aktivně věnují, porovnání zkušeností u aktivních a neaktivních žen.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Cíl 1: Zjistit, zda demografické údaje ovlivňují zapojení žen do pohybových aktivit.

- Jak demografické údaje ovlivňují zapojení žen do pohybových aktivit?
 - Otázky číslo: 1, 2, 3, 4, 8

Cíl 2: Zjistit, jaké okolnosti doprovázejí aktivní a neaktivní ženy v zapojení do cvičení.

- Jakým druhům pohybových aktivit, s jakou frekvencí a s jakým cílem se ženy věnovaly před otěhotněním a jakým po otěhotnění?
 - Otázky číslo: 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12
- Z jakého důvodu se ženy nevěnovaly pohybové aktivitě?
 - Otázky číslo: 13

Cíl 3: Zjistit, jak jsou ženy informovány o možnostech vykonávání fyzické aktivity v těhotenství.

- Jak a kde si ženy zjišťovaly informace o cvičení v těhotenství?
 - Otázky číslo: 15

Cíl 4: Zjistit, jak se lišil průběh těhotenství a porodu u cvičících a necvičících žen.

- Jaké těhotenské obtíže se u žen v průběhu těhotenství objevily?
 - Otázky číslo: 14, 16
- Jaký měla pohybová aktivita vliv na porod?
 - Otázky číslo: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

Cíl 5: Zjistit, zda po fyzické a psychické stránce zvládaly šestinedělí lépe ženy cvičící či necvičící.

- Jak se ženy cítily po fyzické a psychické stránce v šestinedělí?
 - Otázky číslo: 26, 30, 31, 32

- Jakým druhů pohybových aktivit, s jakou frekvencí a s jakým cílem se ženy věnovaly v šestinedělí?

Otázky číslo: 27, 28, 29

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaným souborem byly ženy – prvorodičky, které prožily fyziologické těhotenství, porod a šestinedělí a byly nejdéle jeden rok od porodu. Následně byly ženy rozděleny na dvě skupiny. Ženy, které se aktivně věnovaly nějaké pohybové aktivitě (aktivní) a ženy, které se pohybové aktivitě nevěnovaly (neaktivní)

8 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu.

Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod. Při analýze dat převládají většinou statistické postupy. Zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum se řadí k “těžké vědě” a má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky a měřitelné atributy lidské zkušenosti. Pracuje se statistickými jednotkami, které řídí. (Výzkum v ošetrovatelství, Kutnohorská J., 2009, str. 22)

Získávání informací probíhalo pomocí polostrukturovaného dotazníku, obsahujícího otevřené, polouzavřené a uzavřené otázky, zaměřující se na míru vykonávání pohybových aktivit u žen v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, na jejich pocity a fyzickou kondici.

Cílem práce je získat informace od obou skupin žen a porovnat jejich zkušenosti.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v období od 20.2.2023 do 6.3.2023. Dotazník byl zveřejněn na sociální síti www.facebook.com a na platformě www.vinted.cz. K distribuci dotazníku byly využity uzavřené i otevřené skupiny, které cílí zejména na ženy po porodu. Na sociální síti Facebook byly využity tyto skupiny: „Narození 2022 – Liberecký kraj“, „Rodíme 2022/2023“, „Těhotenství ❤️ porod ❤️ miminka ❤️ mateřství“, „Prvorodičky“, „Bazárek pro miminka 2022/2023 👶“, „Rodíme v ÚPMD Podolí“, „Těhotenství a mateřství bez urážek :-“, „Rodíme na Bulovce – praktické info, zkušenosti“, „Diagnóza MÁMA 😊❤️“, „(ne)normální maminy 🤪“, „Bazárek pro maminky a miminka 2“, „Bazárek pro maminky a miminka <3“, „PRO ŽENY“. Na sociální síti Vinted byl dotazník zveřejněn na diskusním fóru „Termín porodu březen/duben 2022“.

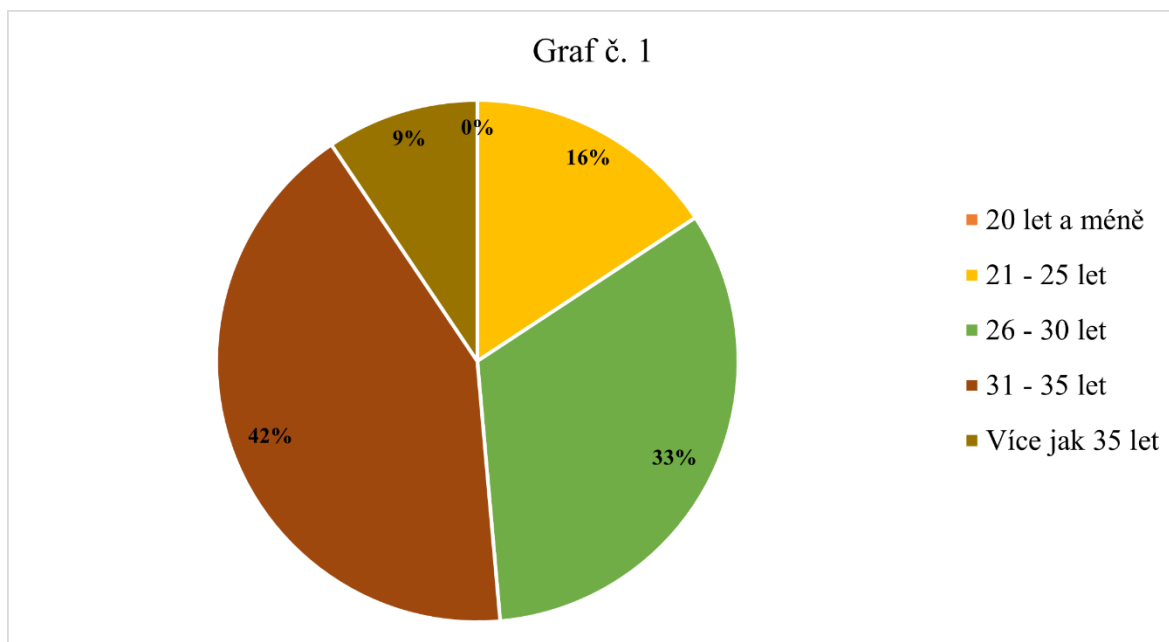
10 ZPRACOVÁNÍ DAT

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2016, pomocí něj byly vytvořeny grafy a tabulky k přehlednější interpretaci získaných výsledků. Byly použity výsečové, sloupcové a pruhové grafy, v nich byla data prezentována v celých procentech nebo v číslech.

11 ANALÝZA DAT

Otázka č. 1 – Kolik Vám je let?

Graf č. 1 - Věk

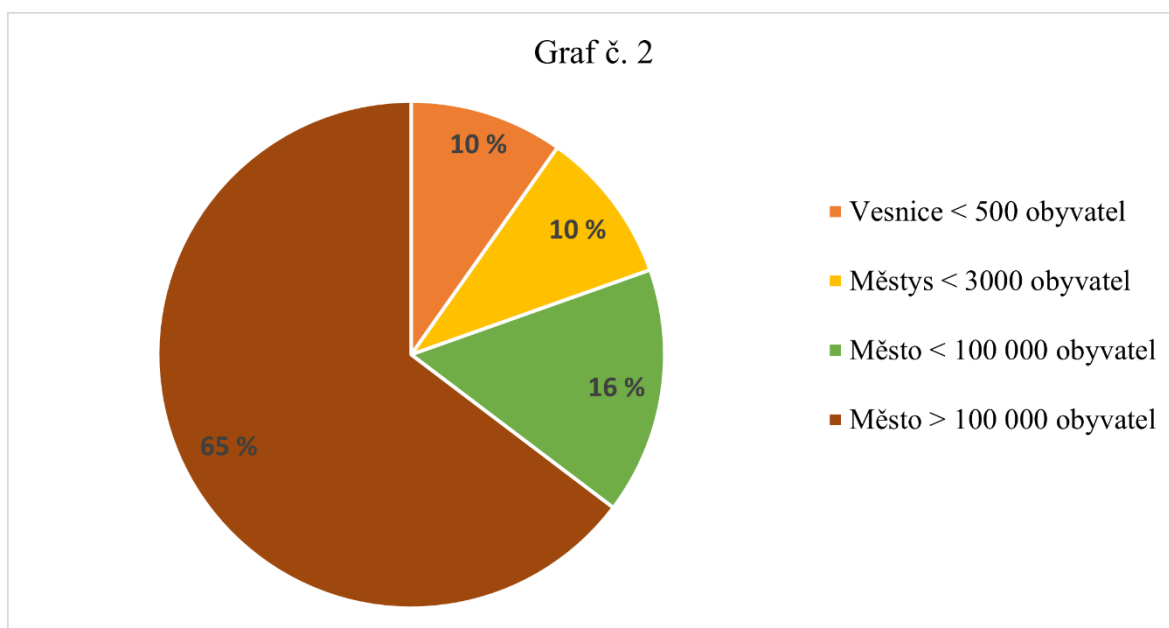


Zdroj: vlastní

Graf č. 1 zobrazuje jaké věkové kategorie žen se výzkumu účastnily. Celkový počet žen byl 286, z toho největší část tvořila skupina 120 žen ve věku 31–35 let (42 %). Další početnou skupinou bylo 94 žen ve věku 26-30 let (33 %), dále pak 45 žen ve věku mezi 21- 25 lety (16 %) a 27 žen ve věku vyšším než 35 let (9 %). Skupina žen ve věku 20 let a méně byla z výzkumu vyřazena, neboť v tomto věkovém rozmezí neodpověděla ani jedna žena.

Otázka č. 2 - V jaké lokalitě bydlíte?

Graf č. 2 - Bydliště

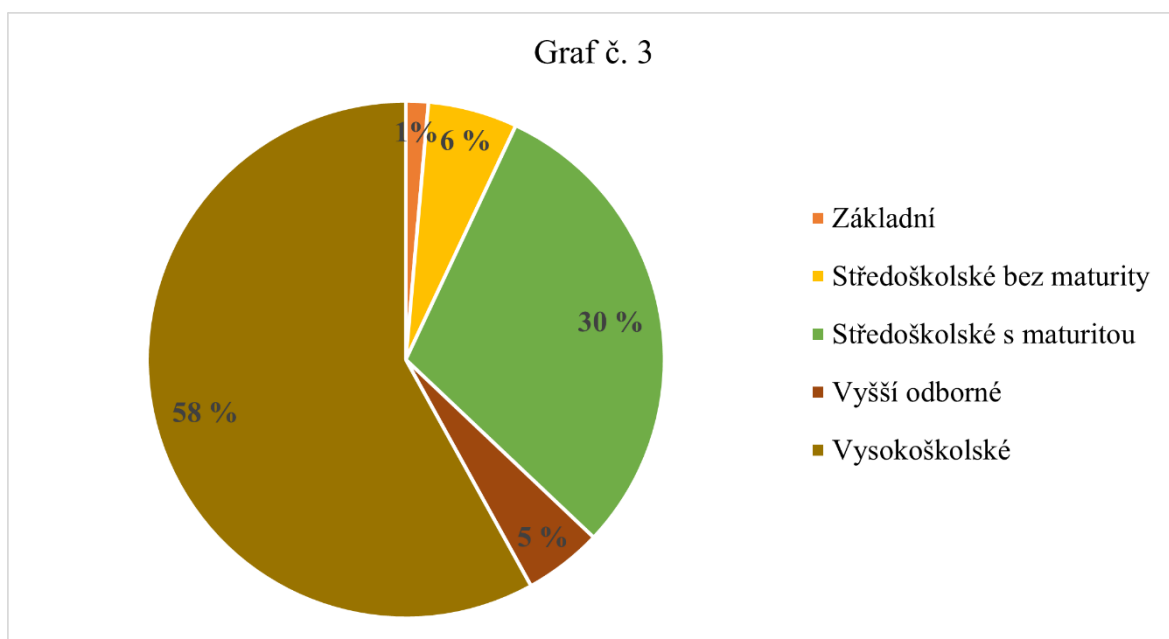


Zdroj: vlastní

Graf č. 2 zobrazuje, v jaké lokalitě mají ženy bydliště. Jednoznačně zde převahuje možnost bydliště ve městě >100 000 obyvateli, tuto možnost uvedlo 185 žen (65 %). Dalších 45 žen (16 %) uvedlo bydliště ve městě <100 000 obyvatel. Možnost bydliště v městysu nebo na vesnici uvedlo shodně 28 žen (10 %).

Otázka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 3 - Vzdělání

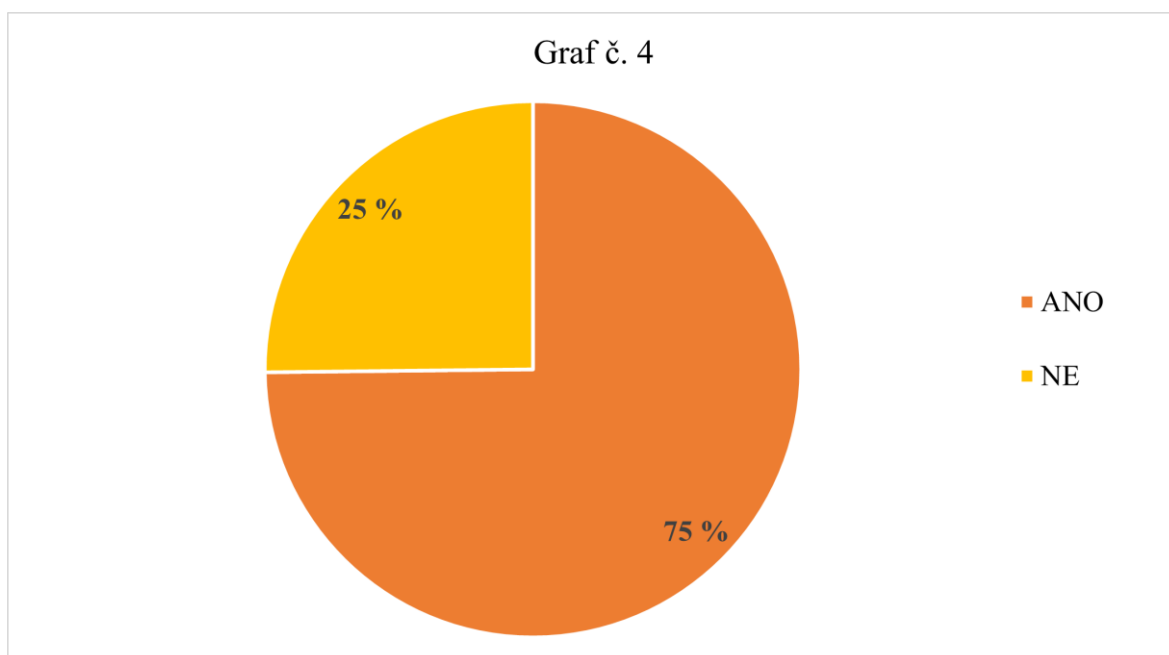


Zdroj: vlastní

Graf č. 3 udává, jaké nejvyšší dosažené vzdělání ženy mají. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 166 žen (58 %), vyššího odborné 14 žen (5 %), středoškolské vzdělání s maturitou má 86 žen (30 %) a bez maturity 16 žen (6 %), základní vzdělání mají 4 ženy (1 %).

Otázka č. 4 – Věnovala jste se nějakým pohybovým aktivitám před těhotenstvím?

Graf č. 4 - Pohybová aktivita před těhotenstvím

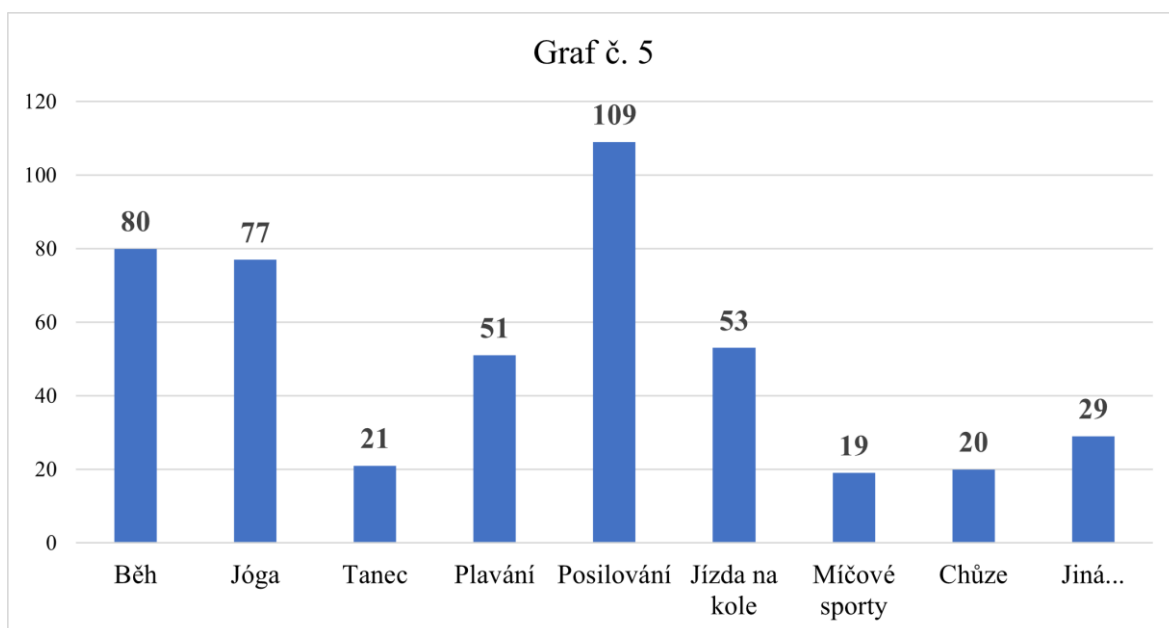


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 4 vyplývá, že 214 žen (75 %) se aktivně věnovalo nějaké pohybové aktivitě před těhotenstvím a 72 žen (25 %) se žádným aktivitám nevěnovalo.

Otázka č. 5 – Jakým pohybovým aktivitám jste se věnovala před těhotenstvím?

Graf č. 5 - Druhy pohybových aktivit před těhotenstvím

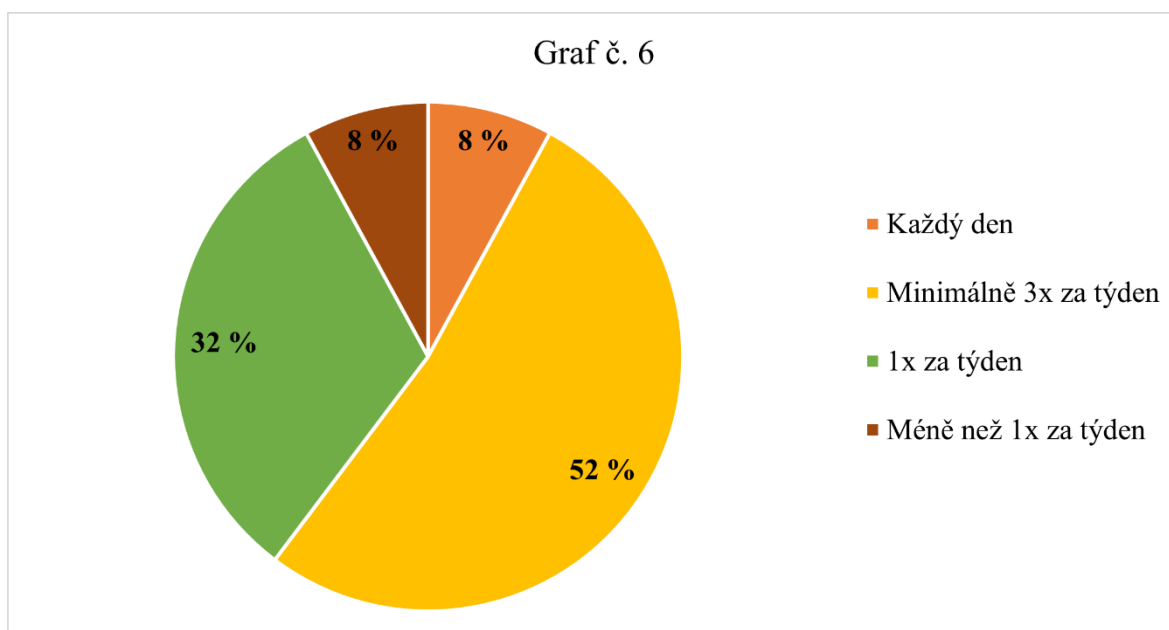


Zdroj: vlastní

Graf č. 5 znázorňuje aktivity, které ženy vykonávaly před těhotenstvím. Na tuto otázku odpovídalo celkem 214 žen a mohly zvolit jednu nebo více možností, proto výsledný součet všech aktivit nesouhlasí s počtem respondentek. Celkem se v odpovědích objevilo 14 sportů. Nejčastější aktivitou bylo posilování, to provozovalo 109 žen (24 %). Druhou nejčastější aktivitou byl běh (80 žen – 17 %) a na třetím místě jóga (77 žen – 17 %). Na dalších místech jízda na kole (53 žen – 12 %), plavání (51 žen – 11 %), tanec (21 žen - 5 %), chůze (20 žen – 4 %) a míčové sporty (19 žen – 4 %). Možnost „jiná“ zaznamenala 29 odpovědí (6 %) a dalších 6 sportů, těmi byly: lezení, jízda na koni a jumping (každý 6 žen), dále lyže (5 žen), bojové sporty (4 ženy) a brusle (2 ženy).

Otázka č. 6 – Jak často jste se věnovala pohybovým aktivitám před těhotenstvím?

Graf č. 6 - Intenzita pohybových aktivit před těhotenstvím

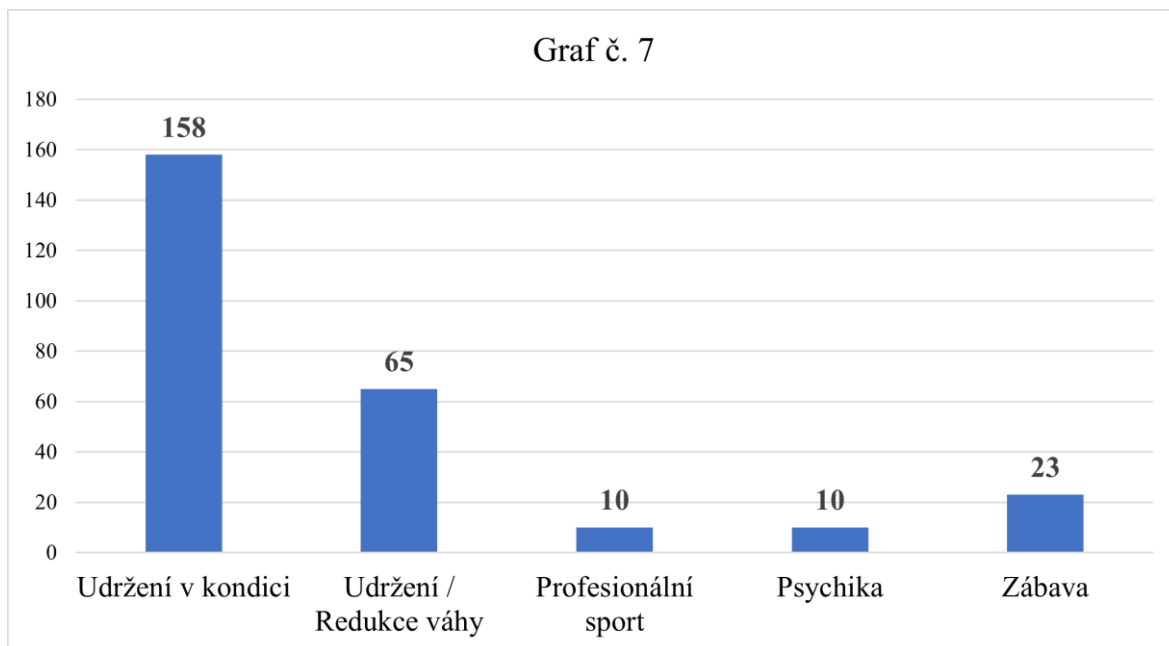


Zdroj: vlastní

Na grafu č. 6 je znázorněna intenzita pohybových aktivit, které ženy před těhotenstvím provozovaly. Na tuto otázku odpovídalo 214 aktivních žen. Minimálně 3x za týden se pohybovým aktivitám věnuje 112 žen (52 %), alespoň 1x za týden se aktivně hýbe 68 žen (32 %), na dvě stejně početné skupiny (17 žen – 8 %) se rozdělily ženy, které se aktivně věnují pohybovým aktivitám každý den a ženy, které se hýbou méně než 1x za týden.

Otázka č. 7 - **Z jakého důvodu jste se věnovala pohybovým aktivitám před těhotenstvím?**

Graf č. 7 - Důvod pohybových aktivit před těhotenstvím

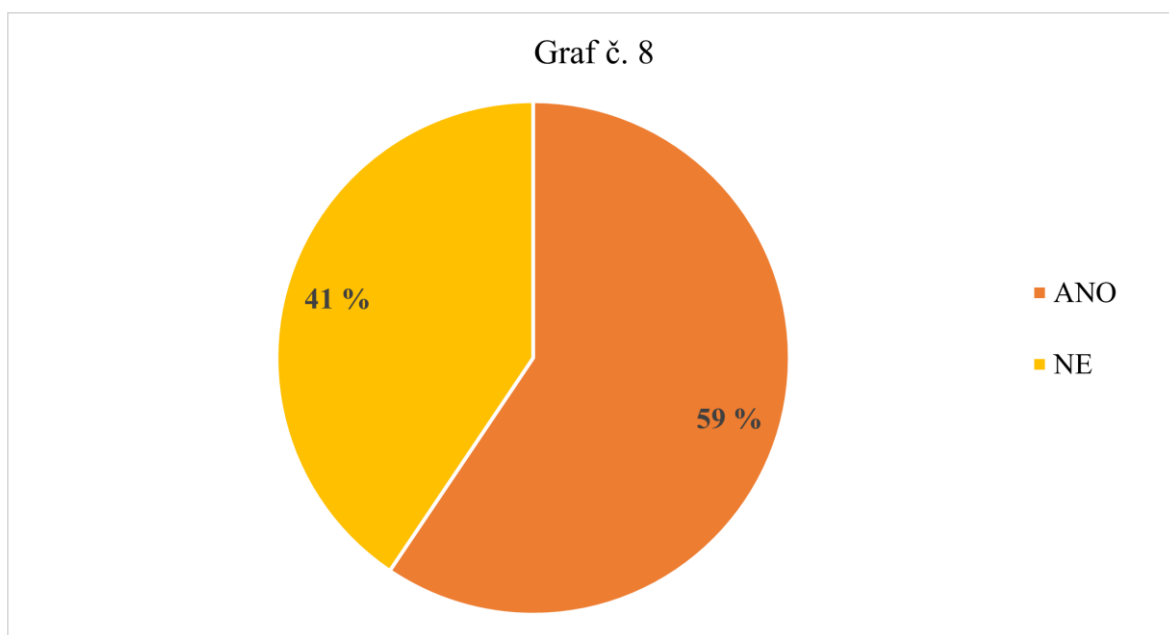


Zdroj: vlastní

V grafu č. 7 je vidět, jaké důvody měly ženy k vykonávání pohybových aktivit. Na tuto otázku odpovídalo 214 aktivních žen a bylo možné označit více odpovědí. Nejčastějším možností bylo udržení v kondici, kterou označilo 158 žen (59 %), dalším poměrně častý důvod mělo 65 žen (24 %) a tím bylo udržení či redukce váhy. Dalších 23 žen (9 %) odpovědělo, že sportovaly kvůli tomu, že je to baví. Shodně 10 žen (4 %) zvolilo možnost profesionální sporty a pohyb za účelem zlepšení psychiky.

Otázka č. 8 – Věnovala jste se nějakým pohybovým aktivitám v těhotenství?

Graf č. 8 - Pohybová aktivita v těhotenství

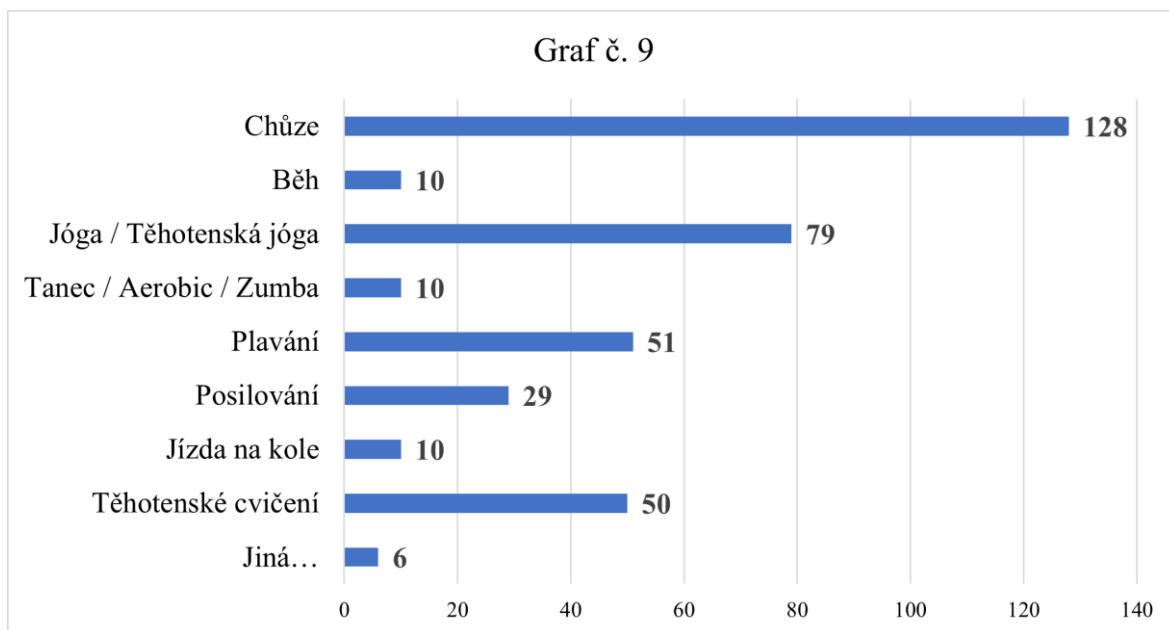


Zdroj: vlastní

Graf č. 8 se zaměřuje na aktivitu žen v těhotenství. Z výzkumu vyplynulo, že 170 žen (59 %) bylo v průběhu těhotenství aktivních, naopak 116 žen (41 %) aktivních v těhotenství nebylo.

Otázka č. 9 – Jakým pohybovým aktivitám jste se věnovala v těhotenství?

Graf č. 9 - Druhy pohybových aktivit v těhotenství

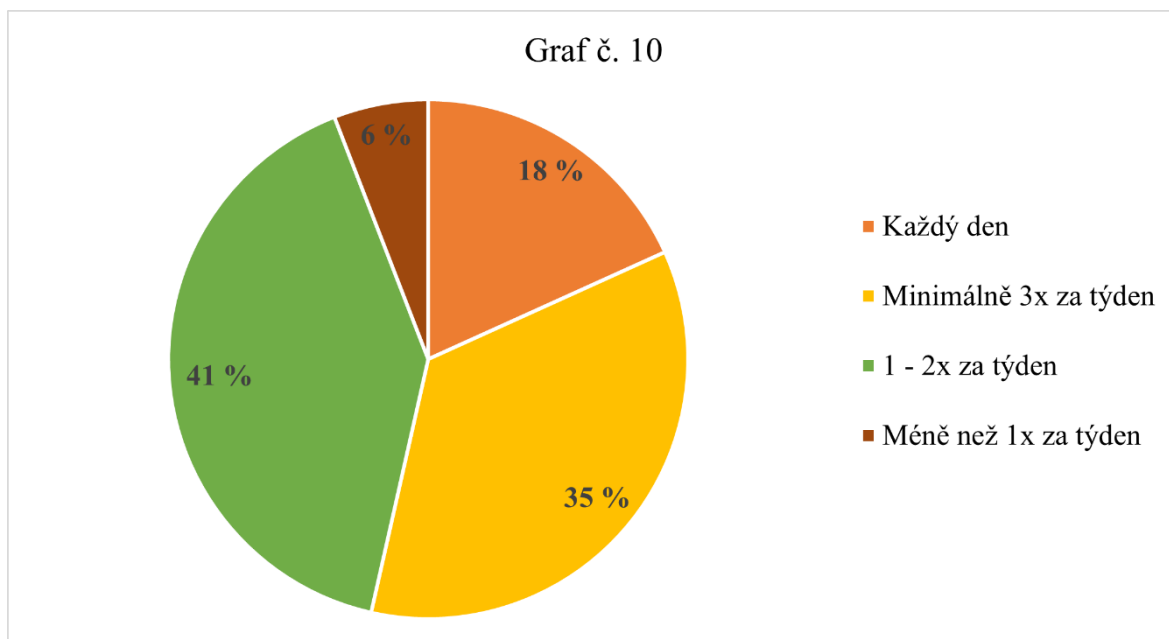


Zdroj: vlastní

Graf č. 9 zobrazuje všechny aktivity, kterým se aktivní ženy v průběhu těhotenství věnovaly. Do této otázky bylo zahrnuto 170 aktivních žen a bylo možné zvolit více možností. Ukázalo se, že nejčastější aktivitou, kterou ženy provozovaly v těhotenství je chůze, tuto možnost zvolilo 128 žen (34 %). Druhou nejčastější aktivitou je jóga nebo těhotenská jóga, kterou provozovalo 79 žen (21 %). Na třetím místě je plavání, tuto možnost zvolilo 51 žen (14 %). Podobné množství žen, konkrétně 50 žen (13 %) se věnovalo těhotenskému cvičení. Dalších 29 žen (8 %) se v těhotenství věnovalo posilování, 10 žen (3 %) se věnovalo běhu, jízdě na kole a tanci, aerobiku či zumbě. Dalších 6 žen (2 %) označilo možnost „jiná“, kde se objevily sporty jako lyžování a lezení, kterému se věnovaly 2 ženy a jízda na koni a bojové sporty, které dělala vždy 1 jedna žena.

Otázka č. 10 – Jak často jste se věnovala pohybovým aktivitám v těhotenství?

Graf č. 10 - Intenzita pohybových aktivit před těhotenstvím

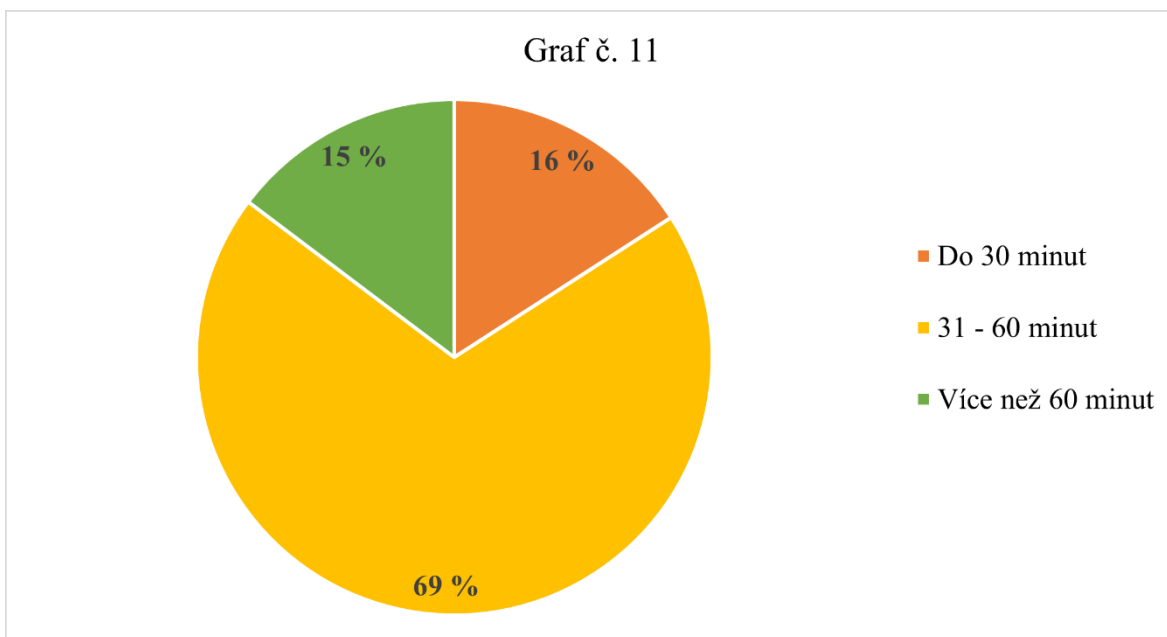


Zdroj: vlastní

V grafu č. 10 je popsána intenzita, jakou se aktivní ženy v průběhu těhotenství věnovaly daným aktivitám. Na tuto otázku odpovídalo 170 aktivních žen. Nejčastěji ženy vykonávaly nějakou pohybovou aktivitu 1-2 x za týden a to přesně 69 žen (41 %). Dalších 60 žen (35 %) bylo aktivních minimálně 3x za týden a 31 žen (18 %) každý den. Zbylých 10 žen (6 %) vykonávalo nějakou pohybovou aktivitu méně než 1x za týden.

Otázka č. 11 – Kolik času jste dané aktivitě věnovala za den?

Graf č. 11 - Délka pohybových aktivit v těhotenství

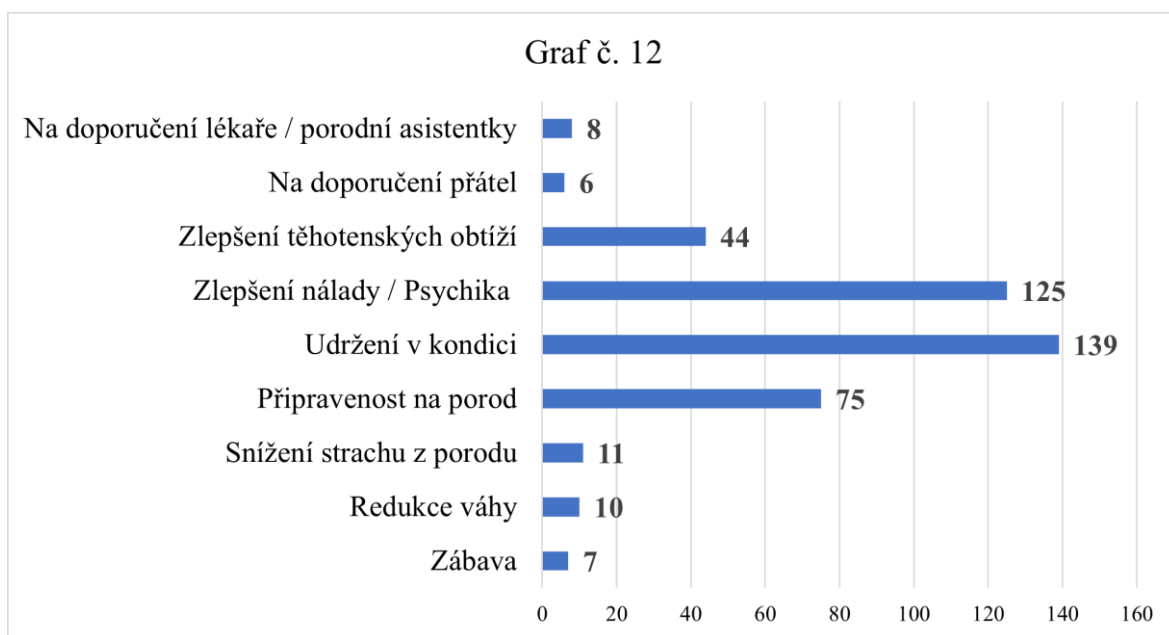


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 11 je vidět, kolik času denně aktivní ženy věnovaly pohybové aktivitě. Největší skupinu žen tvořilo 118 žen (69 %), které byly aktivní v rozmezí 31-60 minut. Další 27 žen (16 %) provozovalo aktivitu trvající do 30 minut a 25 žen (15 %) vykonávalo pohybovou aktivitu déle než 60 minut.

Otázka č. 12 – **Z jakého důvodu jste se věnovala pohybovým aktivitám v těhotenství?**

Graf č. 12 - Důvod pohybových aktivit v těhotenství

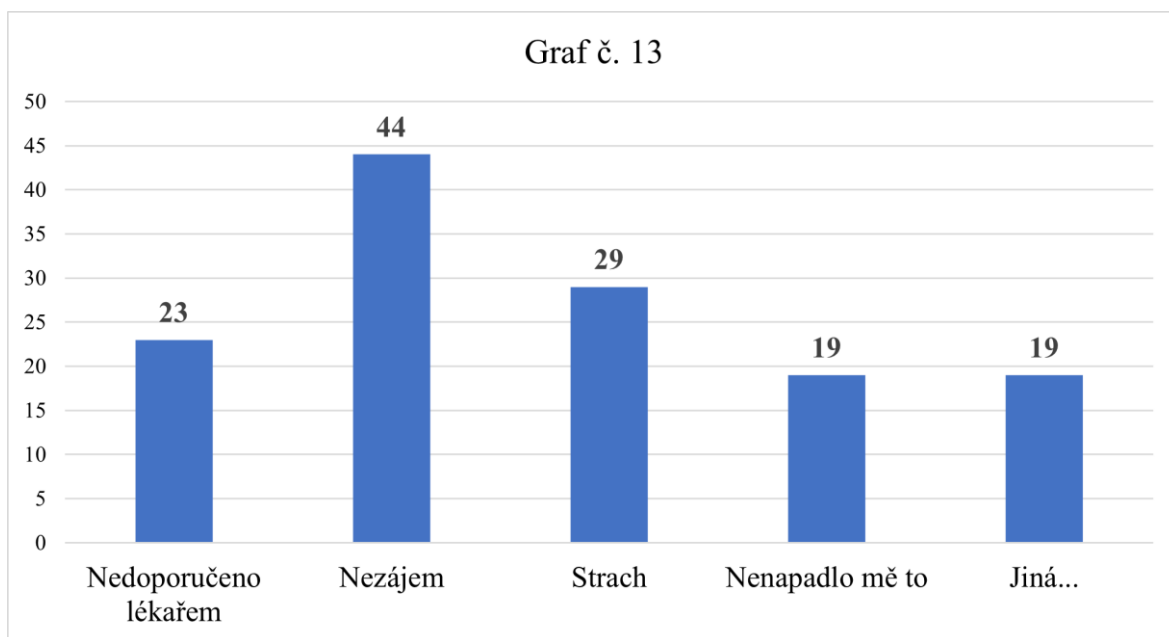


Zdroj: vlastní

V grafu č. 12 jsou zobrazeny všechny důvody, proč se ženy v těhotenství věnovaly pohybovým aktivitám. Na tuto otázku odpovídalo 170 aktivních žen a mohly zvolit více možností odpovědí. Nejčastějším důvodem, který mělo 139 žen (33 %), bylo udržení se v kondici. I cvičení z důvodu zlepšení nálady či psychiky mělo velké zastoupení, tuto možnost označilo 125 žen (29 %). Celkem 75 žen (18 %) bylo aktivních z důvodu lepší připravenosti na porod. Dalších 44 žen (10 %) cvičilo z důvodu zlepšení těhotenských obtíží. Jednou z dalších možností bylo také snížení strachu z porodu, kterou zvolilo celkem 11 žen (3 %), dalších 10 žen (2 %) cvičilo z důvodu redukce váhy. Na doporučení lékaře či porodní asistentky cvičilo 8 žen (2 %), podobné množství žen, konkrétně 7 žen (2 %) cvičilo z důvodu zábavy při cvičení a poslední možností bylo cvičení na doporučení přátel, kterou zvolilo 6 žen (1 %).

Otázka č. 13 – **Z jakého důvodu jste se rozhodla žádnou pohybovou aktivitu nevykonávat?**

Graf č. 13 - Důvod pasivity v těhotenství

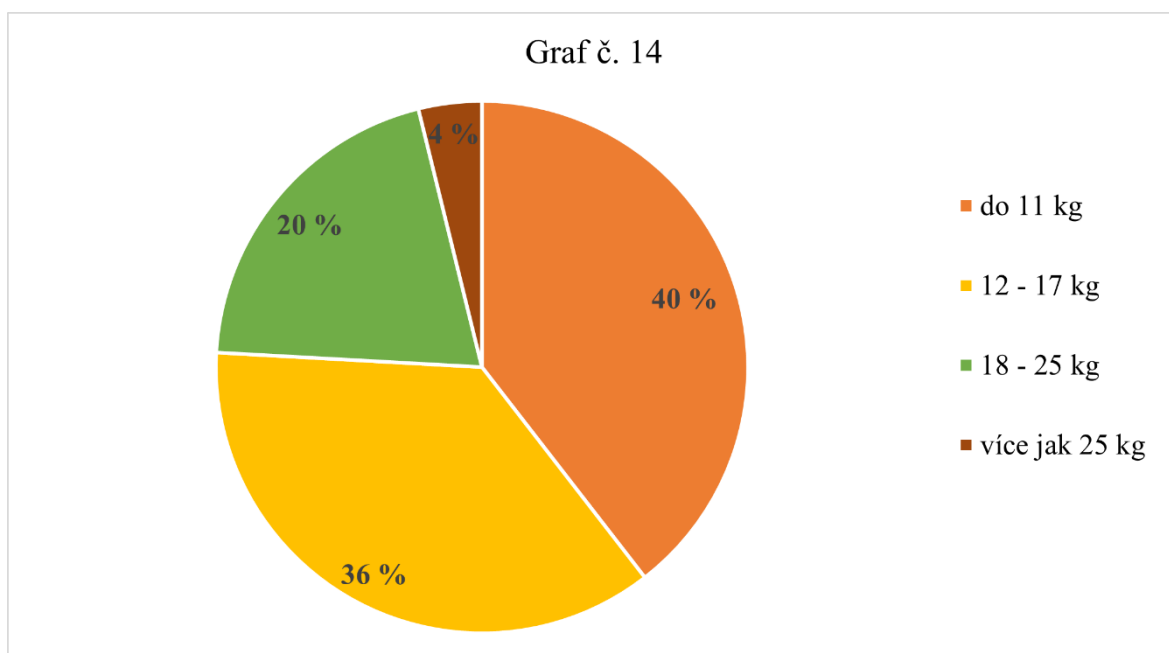


Zdroj: vlastní

Graf č. 13 zobrazuje důvody, kvůli kterým se ženy rozhodly nevykonávat žádnou pohybovou aktivitu v těhotenství. Na tuto otázku odpovídalo 116 neaktivních žen a mohly zde zvolit jednu nebo více možností. Celkem 44 žen (33 %) nemělo zájem vykonávat nějakou aktivitu v těhotenství. Dalších 29 žen (22 %) uvedlo, že měly strach ze cvičení v těhotenství a 23 ženám (17 %) nebylo cvičení doporučeno lékařem. Celkem 19 žen (14 %) nenapadlo, že by v těhotenství mohly cvičit. V této otázce bylo možné označit odpověď „jiná“, tu označilo také 19 žen (14 %) a zde se objevily tyto důvody: únava a zdravotní problémy (7 žen), bolest (3 ženy) a nedostatek času (2 ženy).

Otázka č. 14 – Kolik kilogramů jste v průběhu těhotenství přibrala?

Graf č. 14 - Přírůstek hmotnosti v těhotenství

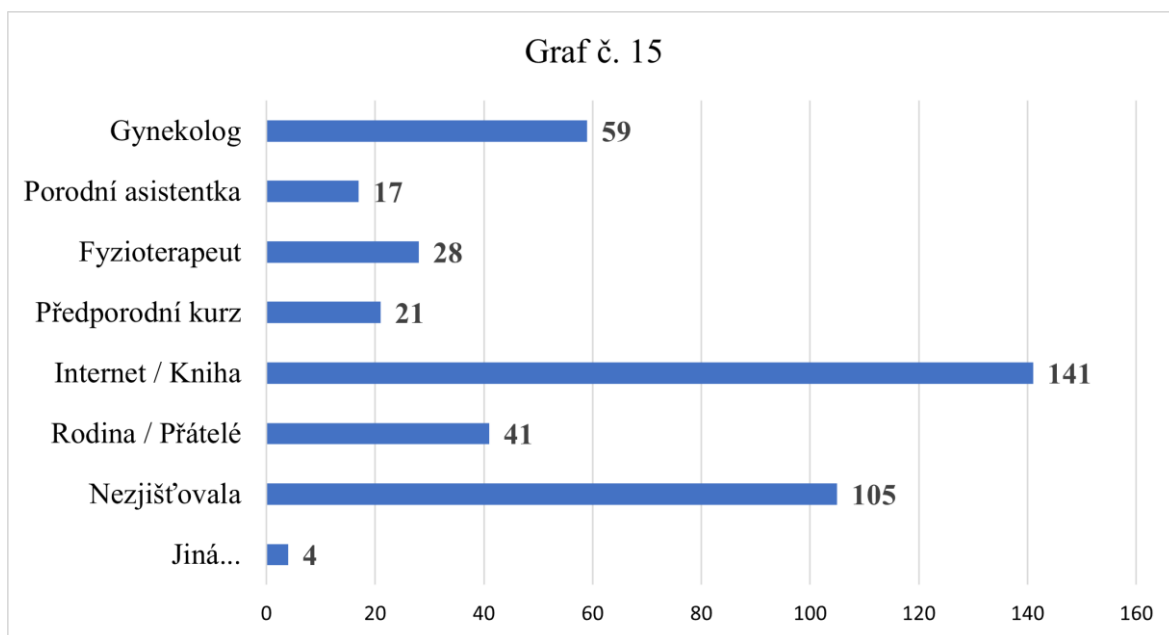


Zdroj: vlastní

Graf č. 14 zobrazuje přírůstek váhy v průběhu těhotenství u všech 286 žen. Z výzkumu vyplynulo, že 113 všech žen (40 %) zaznamenalo váhový přírůstek do 11 kg. Více přibralo 104 žen (36 %) a to v rozmezí 12–17 kg. Dalších 58 žen (20 %) uvedlo, že se jejich přírůstek hmotnosti pohyboval v rozmezí 18-25 kg a zbylých 11 žen (4 %) přibralo v těhotenství více než 25 kg.

Otázka č. 15 - **Kde jste získala informace o možnostech vykonávání pohybových aktivit v těhotenství?**

Graf č. 15 - Zdroj informací

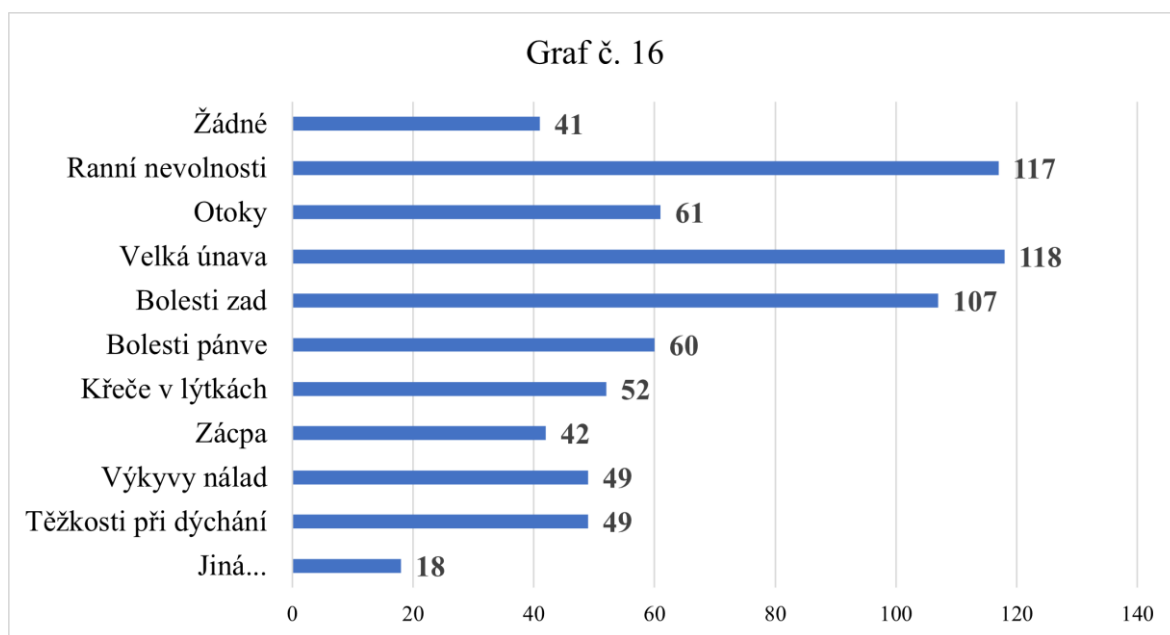


Zdroj: vlastní

V grafu č. 15 je zobrazeno, kde ženy zjišťovaly informace o možnostech cvičení v těhotenství. Na tuto otázku odpovídalo všech 286 žen a mohly zvolit jednu nebo více možností odpovědí. Nejčastěji ženy vyhledávaly informace o cvičení na internetu nebo v knihách a to celkem 141 žen (34 %). Skupina 105 žen (25 %) si žádné informace nezjišťovala. Celkem 59 žen (14 %) získalo informace od gynekologa, 41 žen (10 %) od rodiny či přátel a 28 žen (7 %) od fyzioterapeuta. Dalších 28 žen (7 %) získalo informace prostřednictvím předporodního kurzu, 17 žen (4 %) bylo informováno porodní asistentkou a celkem 4 ženy (1 %) zvolily možnost „jiná“ a zde 2 ženy uvedly, že informace získaly díky studiu porodní asistence, další 1 žena získala informace od trenéra a 1 žena byla informována díky své práci jako lektorka.

Otázka č. 16 – Trpěla jste nějakými těhotenskými obtížemi?

Graf č. 16 - Těhotenské potíže

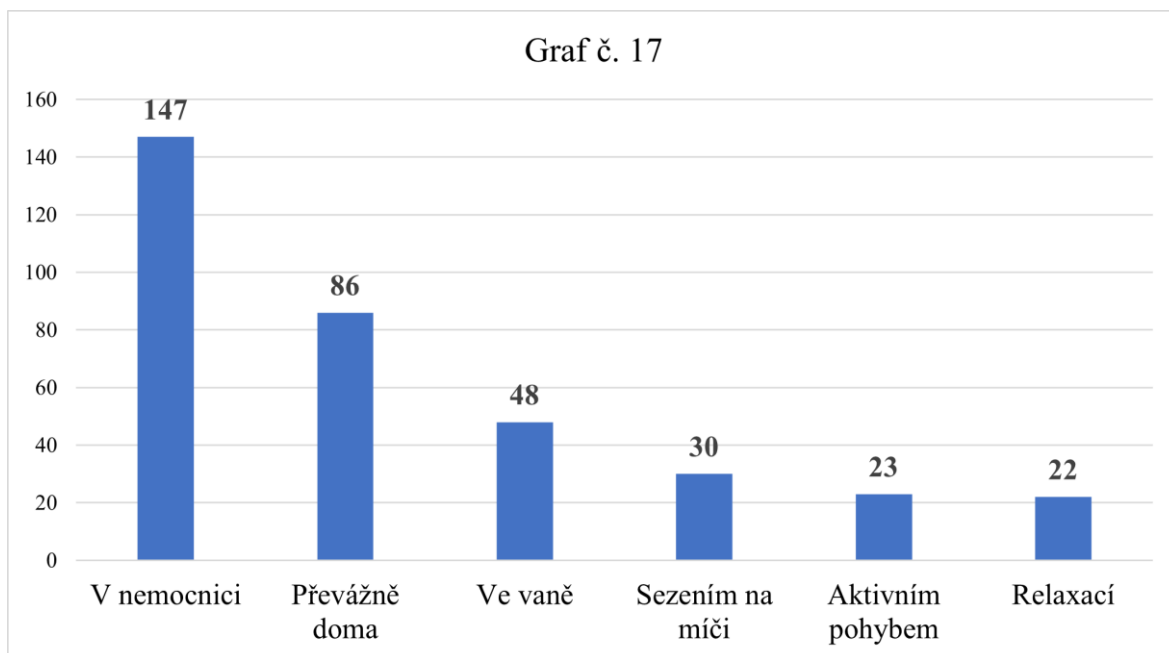


Zdroj: vlastní

Graf č. 16 popisuje, jaké těhotenské obtíže se u žen v průběhu těhotenství vyskytly. Tato otázka byla vyplněna všemi 286 ženami a mohly zde označit 1 nebo více odpovědí. Nejčastějším problémem, který udalo 118 žen (16 %) byla velká únava, skoro stejné množství žen, přesně 117 žen (16 %) uvedlo, že trpěly ranními nevolnostmi. Dalších 107 žen (15 %) provázely bolesti zad. 61 žen (9 %) trpělo na otoky, 60 žen (8 %) mělo problémy s bolestmi v oblasti pánve, 52 žen (7 %) provázely křeče v lýtkách. Shodně 49 žen (7 %) uvedlo, že trpěly na těžkosti při dýchání a měly výkyvy nálad. U 42 žen (6 %) se objevovala zácpa. Celkem 41 žen (6 %) uvedlo, že v průběhu období netrpěly žádnými obtížemi. V poslední řadě 20 žen (3 %) označily odpověď „jiná“, kde bylo uvedeno několik odpovědí: tvrdnutí břicha a vysoký tlak (4 ženy), pálení žáhy a motání hlavy (3 ženy), záněty močových cest, křečové žíly a hemeroidy (2 ženy).

Otázka č. 17 – Jak jste strávila většinu I. doby porodní?

Graf č. 17 - I. doba porodní

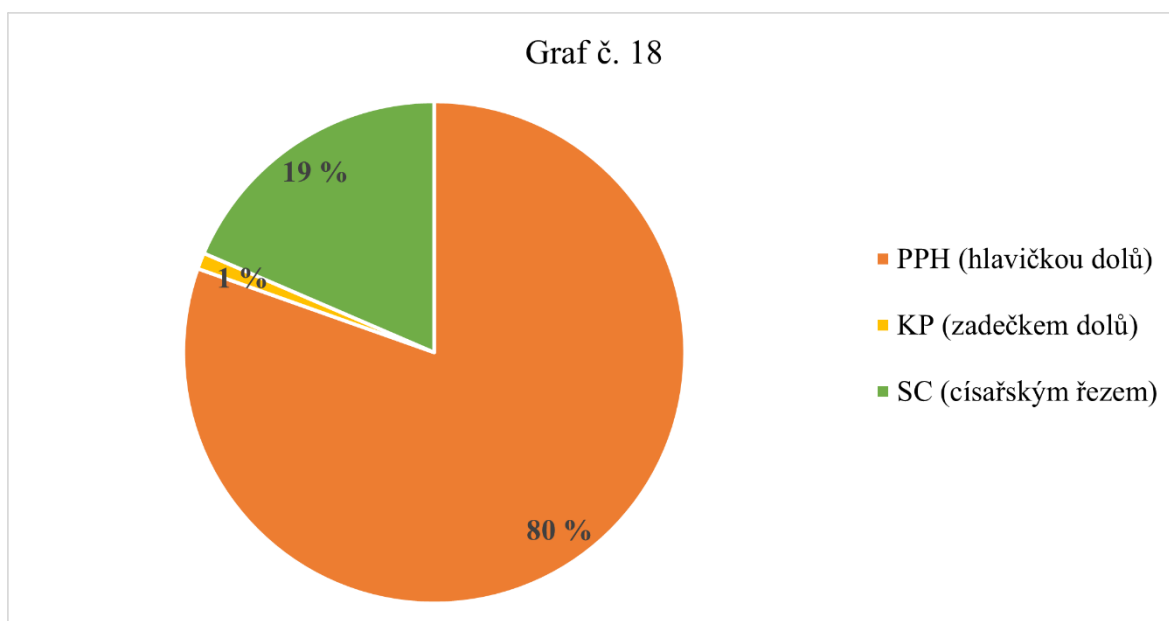


Zdroj: vlastní

Graf č. 17 ukazuje, jak a kde trávily ženy většinu I. doby porodní. Do této otázky byly zahrnuty jen ženy, které rodily vaginálně, a to přesně 233 ženy. Všechny ženy označily jednu z možností „v nemocnici“ nebo „převážně doma“ a výsledek je takový, že 147 žen (63 %) strávilo většinu I. doby porodní v nemocnici a naopak 86 žen (37 %) trávilo tuto dobu převážně doma. Z celkového počtu 233 žen zvolilo 123 žen i další možnosti odpovědí, ze kterých vyplynulo, že 48 žen (39 %) trávilo čas ve vaně, 30 žen (24 %) využívalo sezení na míči, dalších 23 žen (19 %) trávilo dobu aktivním pohybem a 22 žen (18 %) v průběhu doby relaxovalo.

Otázka č. 18 – **Jak se Vaše dítě narodilo?**

Graf č. 18 - Způsob porodu

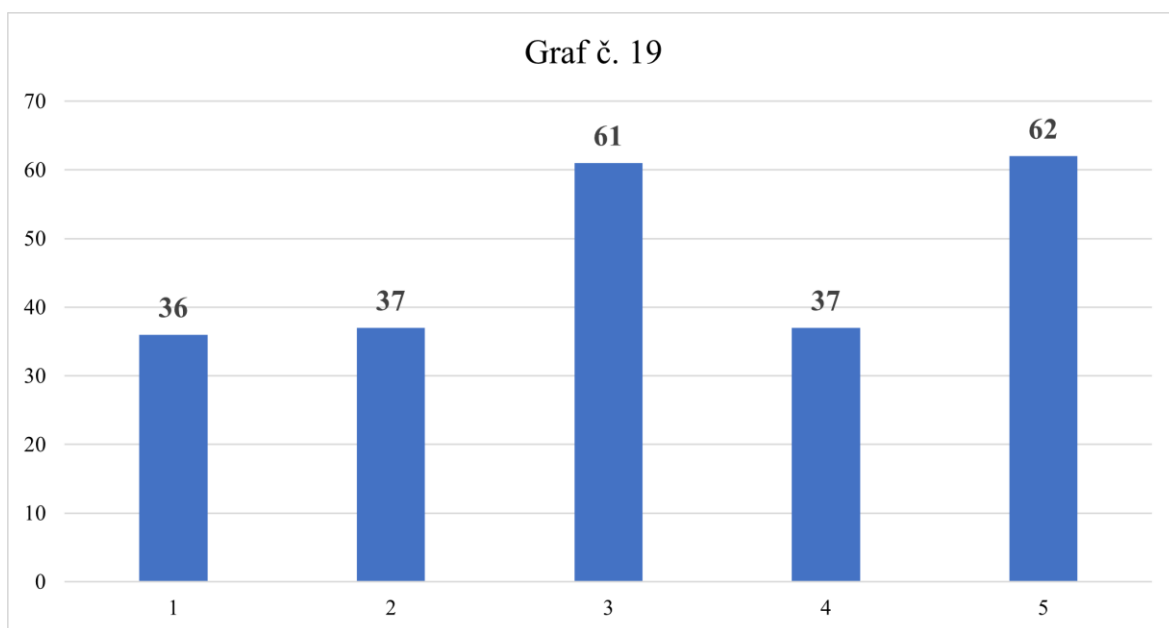


Zdroj: vlastní

Graf č. 18 znázorňuje, jak ženy rodily a také v jaké poloze se jejich dítě narodilo. Ze všech 286 žen rodilo přirozeně 233 žen (81 %), z toho 230 žen (80 %) mělo dítě v poloze hlavičkou dolů a 3 ženy (1 %) v poloze koncem pánevním. Zbýlých 53 žen (19 %) podstoupilo císařský řez.

Otázka č. 19 – Jak jste se cítila v průběhu porodu?

Graf č. 19 - Pocit při porodu

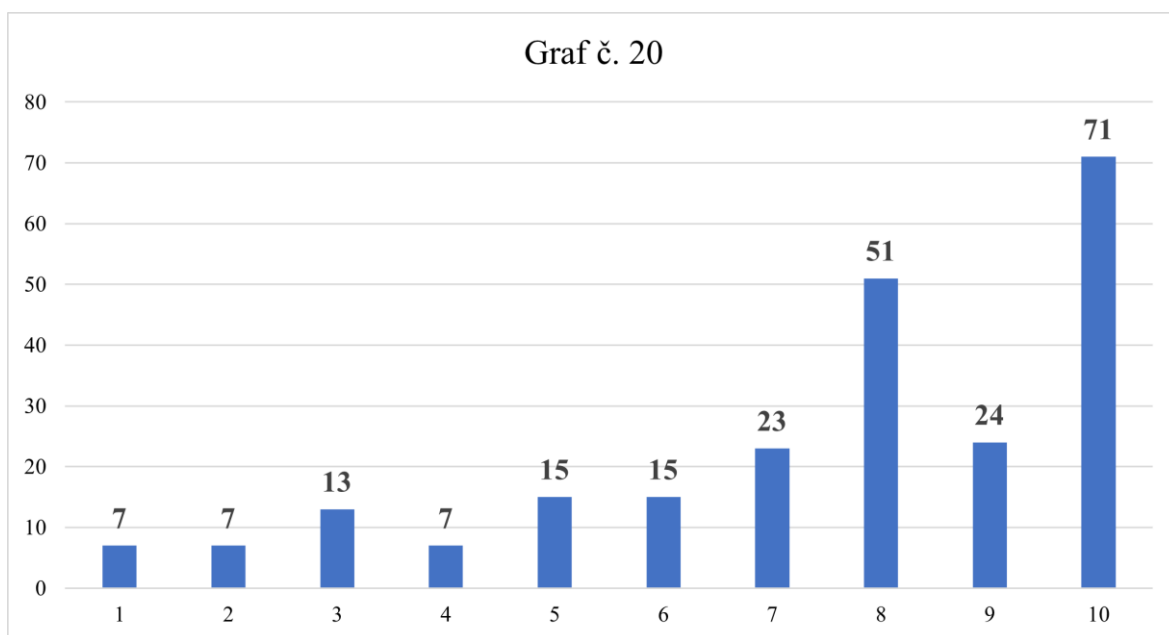


Zdroj: vlastní

V grafu č. 19 jsou zaznamenány odpovědi 233 žen, které rodily vaginálně na to, jak se v průběhu porodu cítily. Ženy vybíraly jednu možnost na škále od 1 do 5, kdy hodnota jedna znamená „měla jsem dost síly“ a hodnota 5 „velmi vyčerpaná“. Z výzkumu vyšlo, že největší zastoupení měla odpověď pod číslem 5 a pod číslem 3. Číslo pět neboli „velmi vyčerpaná“ zvolilo 62 žen (27 %) a číslo 3 zvolilo 61 žen (26 %). Další tři odpovědi měly též podobné zastoupení odpovědí. 37 žen (16 %) shodně označilo odpověď číslo 2 a 4. Zbýlých 36 žen (15 %) zvolilo odpověď 1 „měla jsem dost síly“.

Otázka č. 20 – Jak hodnotíte porod z hlediska vynaloženého úsilí?

Graf č. 20 - Úsilí za porodu

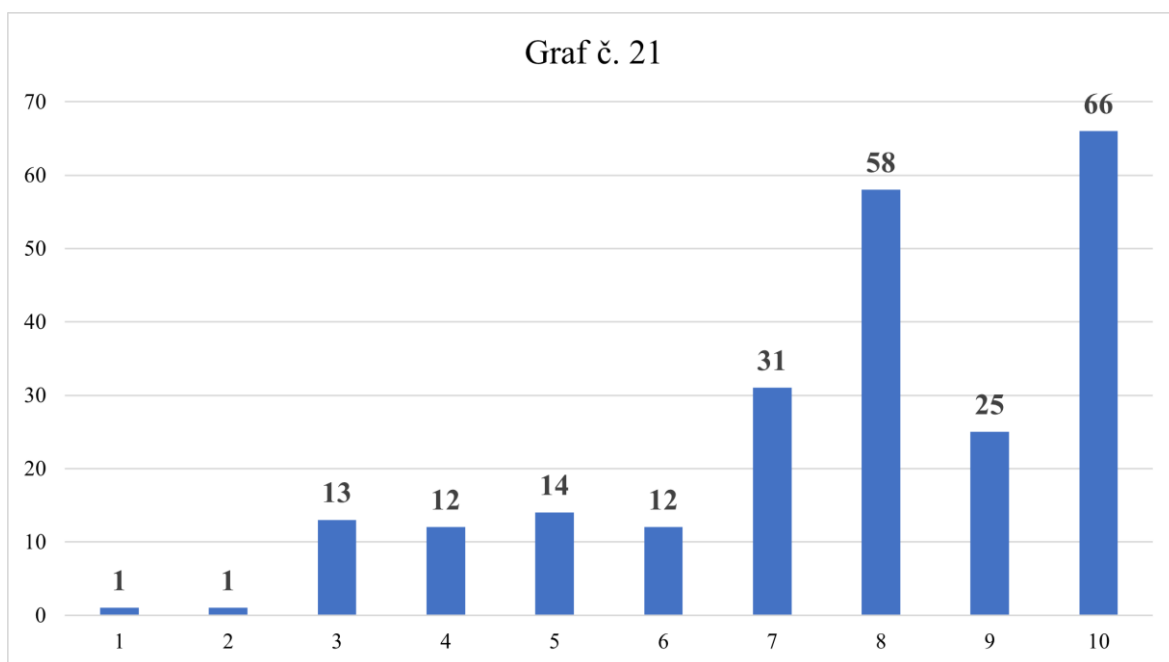


Zdroj: vlastní

Graf č. 20 zahrnuje odpovědi 233 žen, které rodily vaginálně a hodnotily zde jejich porod z hlediska vynaloženého úsilí. Ženy volily odpovědi na základě škály od 1 do 10, kde hodnota 1 představovala odpověď „malé úsilí“ a hodnota 10 „velké úsilí“. Nejvyšší procento žen volilo odpověď pod číslem 10, tuto možnost označilo celkem 71 žen (30 %), další velká skupina 51 žen (22 %) označilo odpověď pod číslem 8. Odpověď pod číslem 9 zvolilo 24 žen (10 %), podobně jako odpověď 7, kterou zvolilo 23 žen (10 %). Dalších 15 žen (6 %) shodně označilo odpovědi číslo 5 a 6. Odpověď pod číslem 3 zaznamenalo 13 žen (6 %) a odpovědi pod čísly 1, 2 a 4 zvolilo shodně 7 žen (3 %)

Otázka č. 21 – Jak jste vnímala bolest během porodu?

Graf č. 21 - Bolest za porodu

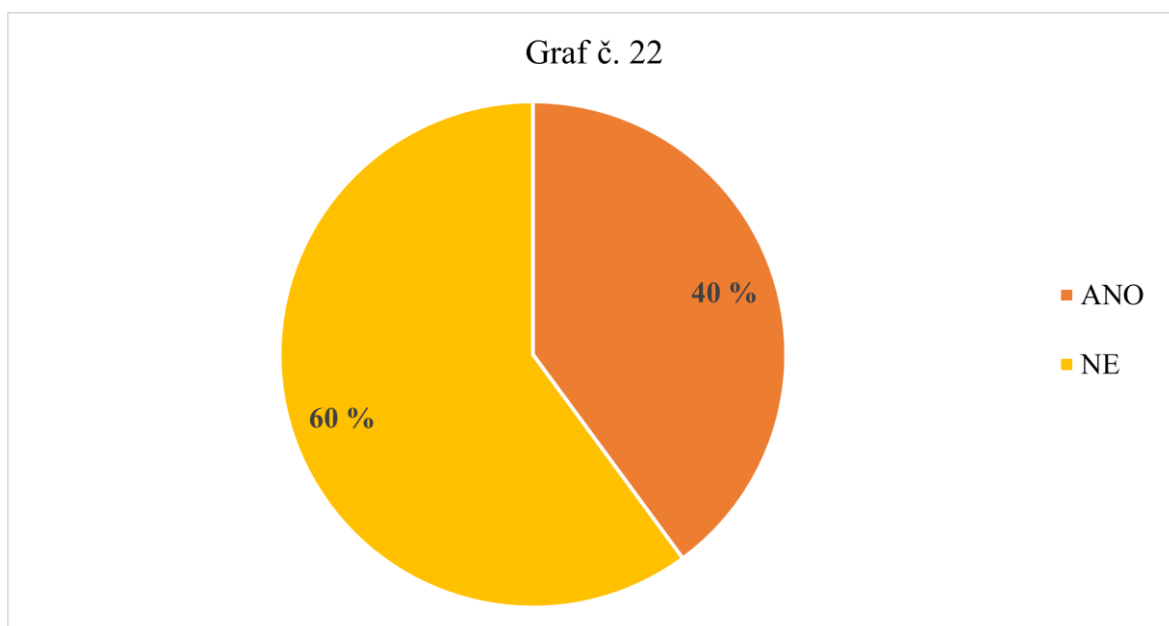


Zdroj: vlastní

Graf č. 21 zahrnuje odpovědi 233 žen rodících vaginálně a zaznamenává jejich odpověď na to, jak v průběhu porodu vnímaly bolest. Ženy zaznamenávaly odpovědi na škále hodnot od 1 do 10, kde odpověď pod číslem 1 znamenala „žádná“ a odpověď pod číslem 10 „nesnesitelná“. Výzkum ukázal, že nejčastější odpovědí byla označována odpověď pod číslem 10, kterou zvolilo celkem 66 žen (28 %). Další skupina 58 žen (25 %) označila odpověď pod číslem 8. Dále odpověď pod číslem 7 zvolilo 31 žen (13 %) a 25 žen (11 %) označilo odpověď pod číslem 9. 14 žen (6 %) zvolilo odpověď pod číslem 5, 13 žen (6 %) odpověď pod číslem 3 a shodně 12 žen (5 %) odpověď pod čísly 4 a 6. Odpovědi pod čísly 1 a 2 zvolila vždy jen 1 žena.

Otázka č. 22 – **Nechala jste si dát nějaké léky tišící bolest během porodu?**

Graf č. 22 - Léky za porodu

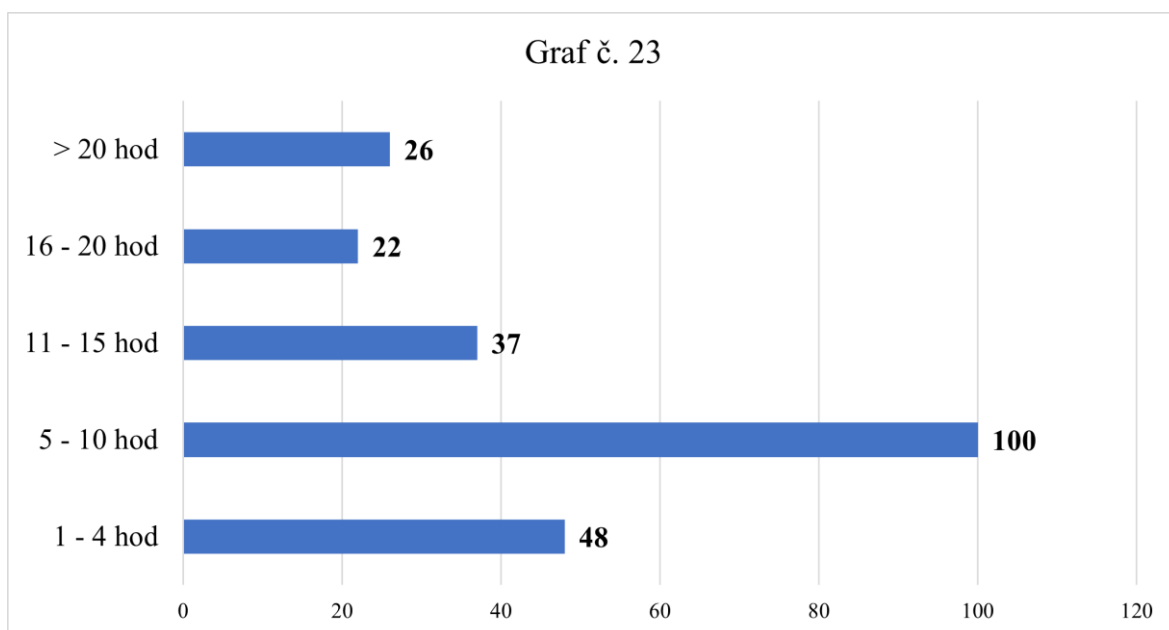


Zdroj: vlastní

V grafu č. 22 je znázorněna odpověď 233 žen, které rodily vaginálně, zda měly v průběhu porodu nějaké léky tlumící bolest. Celkem 140 žen (60 %) odpovědělo, že žádné léky nemělo. Naopak 93 žen (40 %) nějaké léky tišících bolest za porodu mělo.

Otázka č. 23 – Jak dlouho trval Váš porod?

Graf č. 23 - Délka porodu

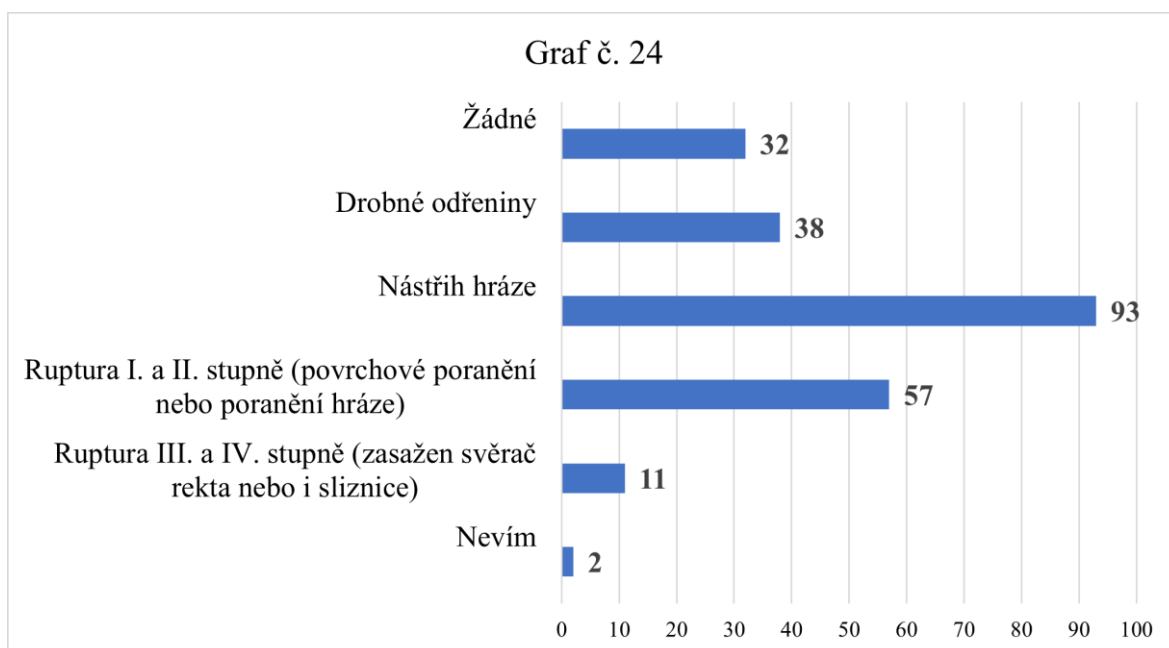


Zdroj: vlastní

Graf č. 23 zobrazuje odpověď 233 žen po vaginálním porodu. Otázka na délku porodu byla otevřená. Odpovědi byly následně rozřazeny do kategorií dle podobné délky. Z grafu vyplývá, že nejvíce žen porodilo v rozmezí 5–10 hodin a to celkem 100 žen (43 %). Dále 48 žen (21 %) udává, že jejich porod trval 1–4 hodiny a 37 žen (16 %) rodilo 11- 15 hod. Další skupinou bylo 26 žen (11 %), které dle jejich názoru rodily více jak 20 hod. A poslední skupina 22 žen (9 %) udává porod v rozmezí 16-20 hodin.

Otázka č. 24 – Měla jste nějaké porodní poranění?

Graf č. 24 - Porodní poranění

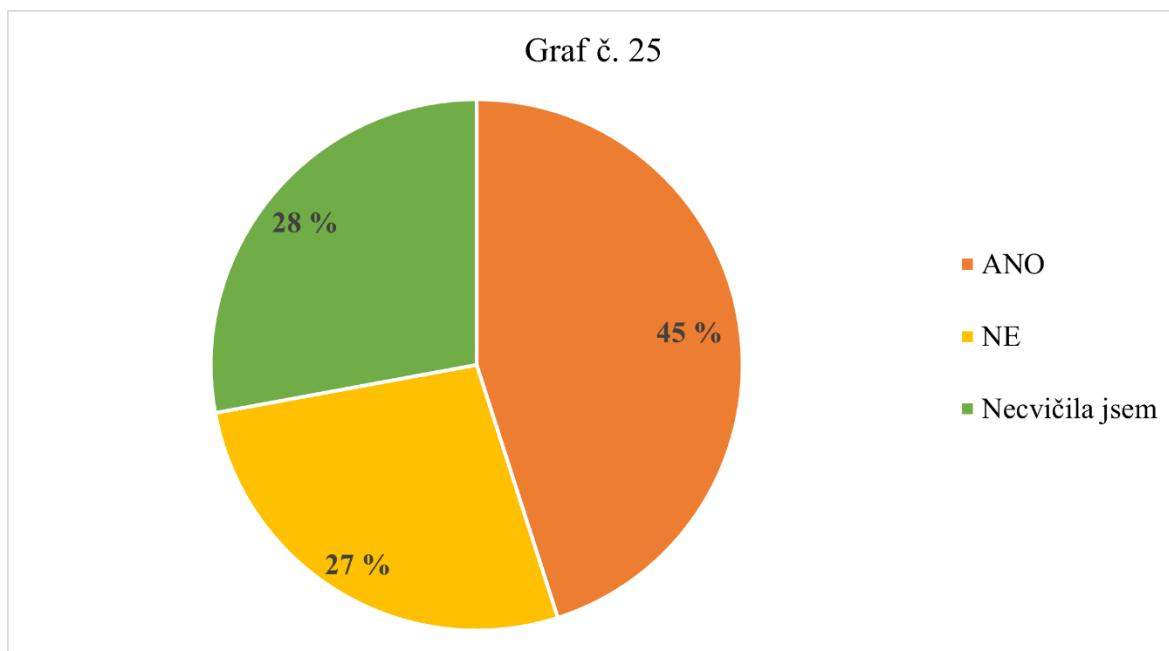


Zdroj: vlastní

Z grafu 24 vyplývá, jaké měly ženy porodní poranění po vaginálním porodu. Na tuto otázku odpovídalo 233 žen. Ukázalo se, že nejvíce žen mělo v průběhu porodu nástřih hráze, a to přesně 93 žen (40 %). Dalších 57 žen (24 %) udává poranění I. a II. stupně. Drobné odřeniny mělo 38 žen (16 %). Porod zcela bez poranění mělo 32 žen (14 %). Celkem 11 žen (5 %) udává poranění III. a IV. stupně a 2 ženy (1 %) neví, zda nějaké poranění měly nebo ne.

Otázka č. 25 – Myslíte si, že Vám pohybová aktivita pomohla lépe zvládnout porod?

Graf č. 25 - Vliv pohybové aktivity na porod

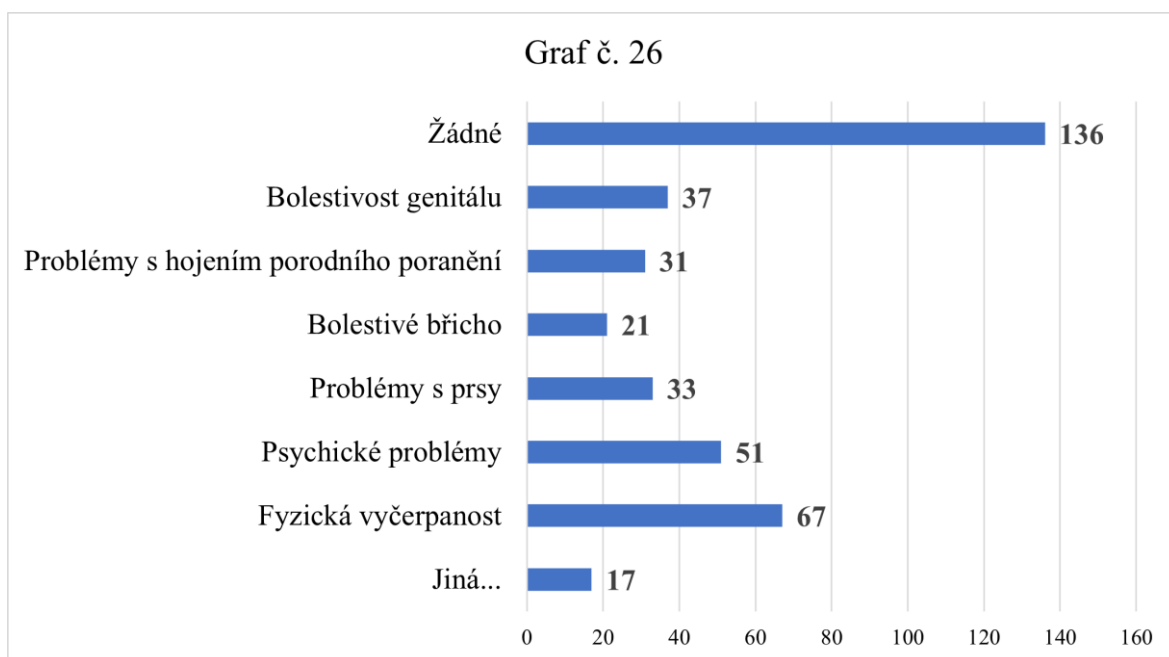


Zdroj: vlastní

V grafu č. 25 je vidět, co si ženy myslí o pohybu jako o přínosu vzhledem ke zvládnání porodu. Na tuto otázku odpovídaly jen ženy po vaginálních porodu. Z celkového počtu 233 žen si 105 žen (45 %) myslí, že jim pohyb byl přínosem, naopak 63 žen (27 %) si myslí, že jim pohyb přínosem nebyl. 65 žen (28 %) necvičilo, tudíž nemohlo tuto odpověď zhodnotit.

Otázka č. 26 – Objevily se u Vás během šestinedělí nějaké komplikace?

Graf č. 26 - Komplikace v šestinedělí

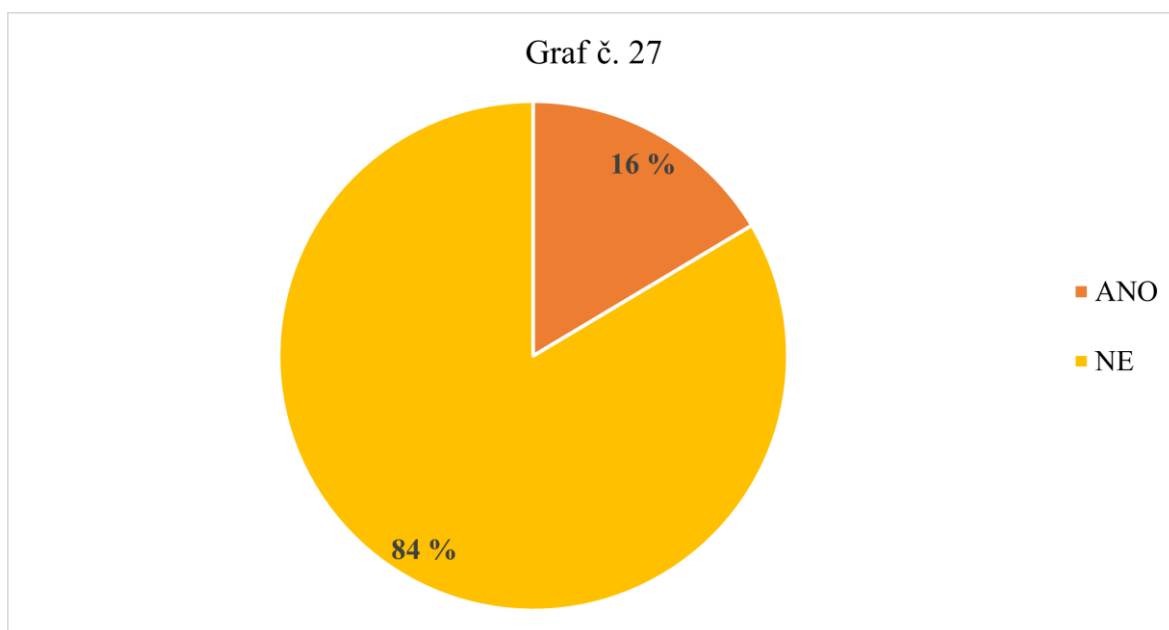


Zdroj: vlastní

Graf č. 26 zahrnuje odpovědi všech 286 žen a zobrazuje komplikace během šestinedělí. U této otázky mohly ženy zvolit 1 nebo více možností odpovědi, tudíž konečný počet odpovědí nesedí s počtem respondentek. Nejvíce žen uvedlo, že žádné komplikace během šestinedělí neměly, to uvedlo celkem 136 žen (35 %). Jako nejčastější problém uvedlo 67 žen (17 %) fyzickou vyčerpanost a 51 žen (13 %) psychické problémy. Dalších 37 žen (9 %) uvedlo bolestivost genitálu, 33 žen (8 %) mělo problém s prsy, 31 žen (8 %) se potýkalo s problémy s hojením porodního poranění a 21 žen (5 %) mělo bolestivé břicho. V této otázce bylo možné označit i odpověď „jiná“, kterou využilo 17 žen (4 %). Zde ženy uvedly dalších 9 komplikací. 5 žen mělo problémy s bolestivou kostrčí, 3 ženy trpěly na zácpu, 2 ženy uvedly, že se jim objevila vyrážka po celém těle a další 2 ženy měly problémy s bolestí v zádech. Také se objevily komplikace jako infekce močových cest, hemoroidy, zánět dělohy, rezidua post partum a inkontinence, tyto odpovědi napsala vždy 1 žena.

Otázka č. 27 – Cvičila jste v průběhu šestinedělí?

Graf č. 27 - Pohybová aktivita v šestinedělí

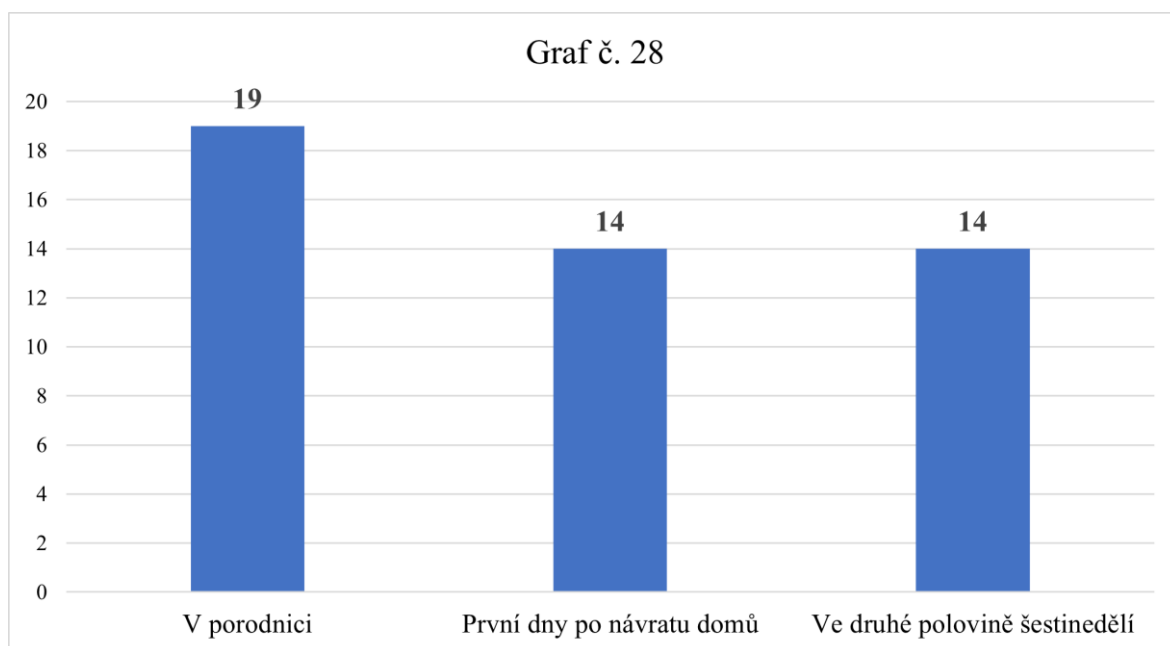


Zdroj: vlastní

Pomocí grafu č. 27 je zobrazeno, kolik žen z celkového počtu 286 žen vykonávalo nějakou pohybovou aktivitu v průběhu šestinedělí. Z výzkumu vyšlo, že 239 žen (84 %) žádnou aktivitu v šestinedělí nevykonávalo a jen 47 žen (16 %) bylo aktivních.

Otázka č. 28 – Kdy jste začala s prvním cvičením po porodu?

Graf č. 28 - Začátek pohybové aktivity v šestinedělí

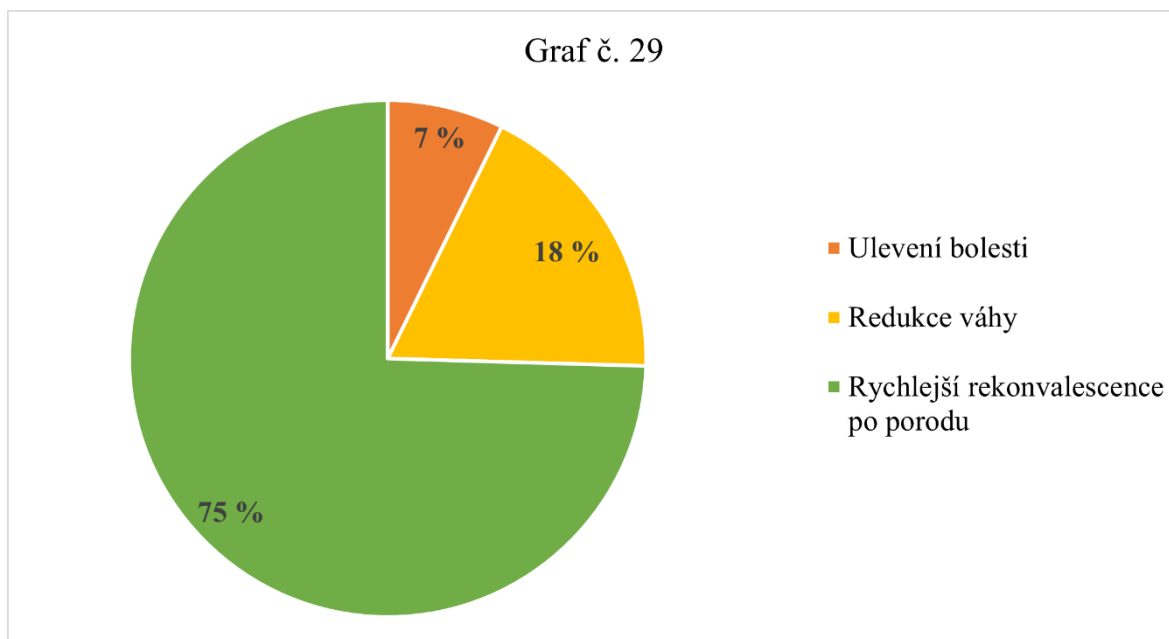


Zdroj: vlastní

Graf. č. 28 zahrnuje odpovědi 47 žen, které byly v průběhu šestinedělí aktivní. Z celkového počtu žen začalo 19 z nich (40 %) s prvním cvičením již v porodnici a shodně 14 žen (30 %) začalo první dny po návratu domů nebo až ve druhé polovině šestinedělí.

Otázka č. 29 – Z jakého důvodu jste začala po porodu cvičit?

Graf č. 29 - Důvod pohybové aktivity v šestinedělí

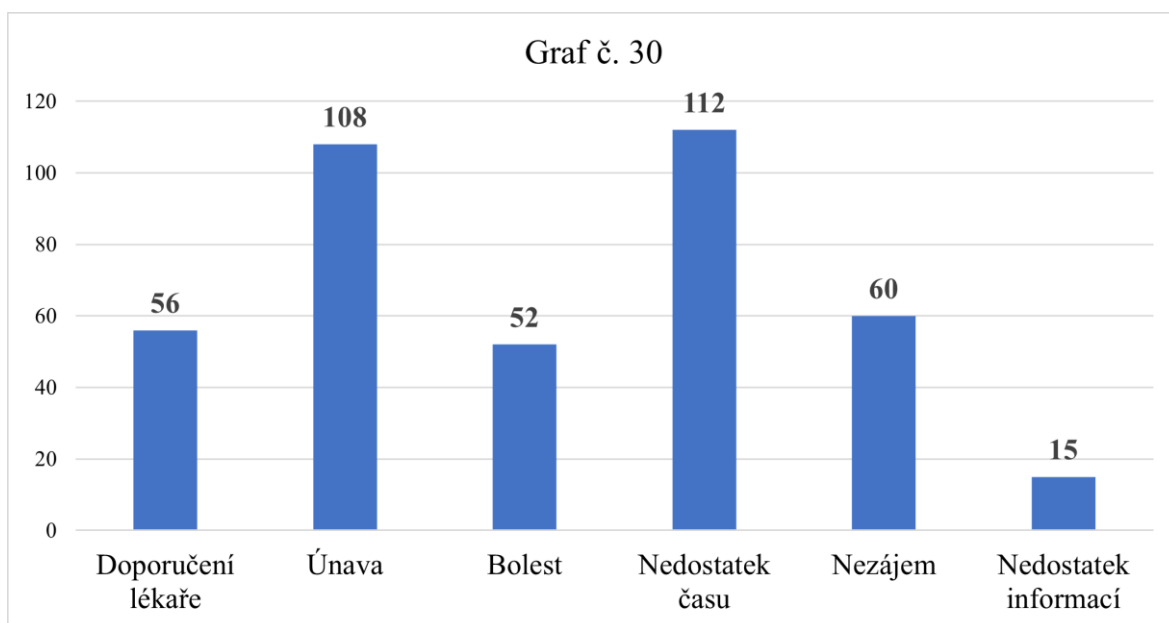


Zdroj: vlastní

Graf č. 29 zobrazuje odpovědi 47 aktivních žen v šestinedělí a jejich důvody ke cvičení v šestinedělí. Na tuto otázku mohly ženy volit jednu nebo více možností odpovědí. Nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 41 žen (75 %), bylo cvičení z důvodu rychlejší rekonvalescence po porodu. Cvičení z důvodu redukce váhy udává 10 žen (18 %) a další 4 ženy (7 %) cvičily z důvodu ulevení bolesti.

Otázka č. 30 – Z jakého důvodu jste cvičit v šestinedělí nezačala?

Graf č. 30 - Důvod pasivity v šestinedělí

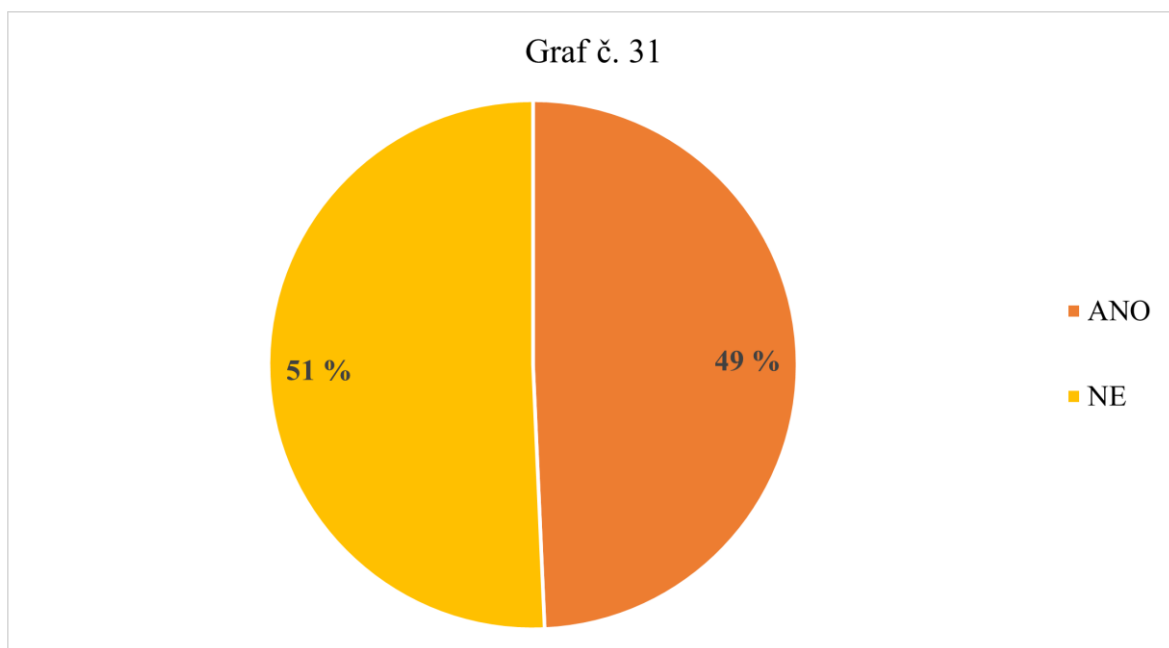


Zdroj: vlastní

Graf č. 30 zobrazuje odpovědi 239 žen, které v šestinedělí pohybově aktivní nebyly a zobrazuje důvody jejich rozhodnutí. V této otázce mohly ženy označit jednu nebo více možností odpovědí. Jako nejčastější odpovědí se ukázalo, že byl nedostatek času, kterou zvolilo 112 žen (28 %). Další početnou odpovědí byla únava, kterou udává 108 žen (27 %). Z důvodu nezájmu necvičilo celkem 60 žen (15 %) a na doporučení lékaře se cvičení zdrželo 56 žen (14 %) a z důvodu bolesti necvičilo 52 žen (13 %). 15 žen (4 %) nemělo dostatek informací ke cvičení v šestinedělí.

Otázka č. 31 – **Bylo pro Vás šestinedělí náročné z hlediska zvládnání různých fyzických aktivit?**

Graf č. 31 - Náročnost šestinedělí

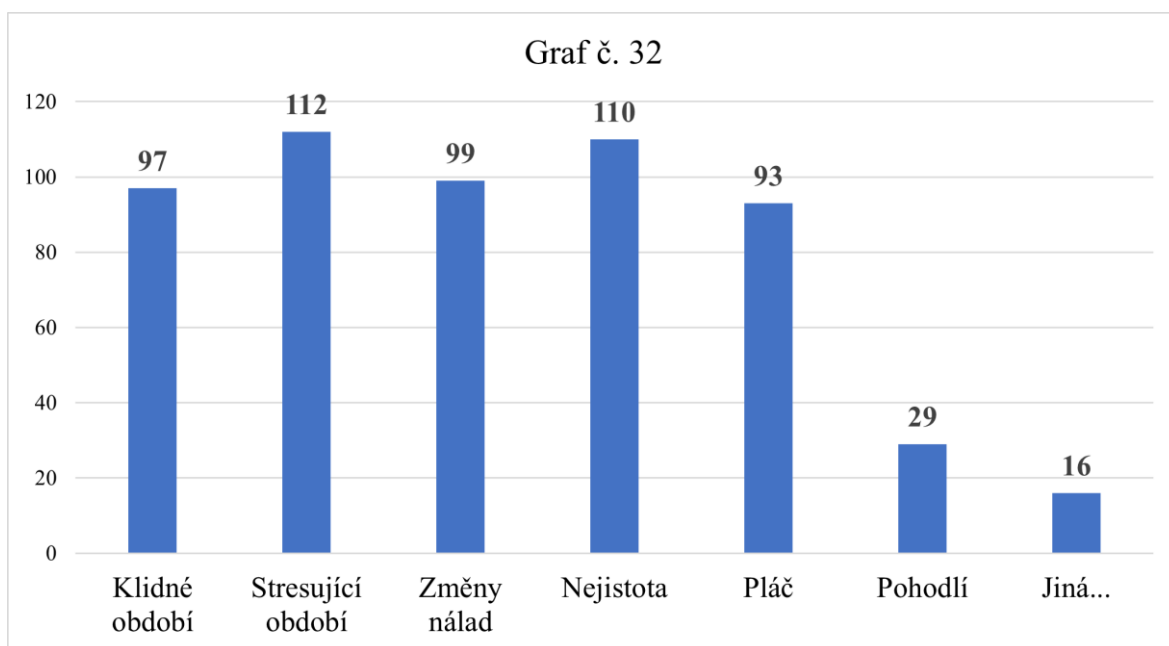


Zdroj: vlastní

Graf č. 31 zahrnuje odpovědi všech 286 žen na jejich subjektivní pocit na náročnost šestinedělí. V této otázce se ženy rozdělily téměř na dvě stejné poloviny, kde jedna skupina 145 žen (51 %) vnímala šestinedělí jako náročné a druhá skupina 141 žen (49 %) nevnímala šestinedělí jako náročné období.

Otázka č. 32 – Jak byste popsala Vaše šestinedělí?

Graf č. 32 - Popis šestinedělí



Zdroj: vlastní

V grafu č. 32 jsou zobrazeny odpovědi všech 286 žen na jejich šestinedělí. Na tuto otázku mohly ženy zvolit jednu nebo více možností odpovědi. Nejčastěji ženy odpovídaly, že období šestinedělí pro ně bylo stresující, tuto odpověď zvolilo 112 žen (20 %), u 110 žen (20 %) se objevovala nejistota a u 99 žen (18 %) změny nálad. Jako klidné období vnímalo šestinedělí 97 žen (17 %). Pláč se objevoval u 93 žen (17 %). Možnost pohodlí v šestinedělí označilo 29 žen (5 %). Celkem 16 žen (3 %) označilo odpověď jiná, kde se objevilo dalších 7 různých možností. Únavu uvedlo 5 žen, jako psychicky náročné považují šestinedělí 4 ženy, 3 ženy uvádějí bolest během šestinedělí, a vždy 1 žena označila šestinedělí jako za fyzicky náročné období, období zoufalství, vzteku a hrůzy.

Otázka č. 33 – Je něco, co byste chtěla doplnit či se o nějakou zkušenost podělit?

Tabulka č. 1 - Doplnující odpovědi a zkušenosti

Kategorie	Odpověď
Pohyb	„V těhotenství jsem cvičila s osobním trenérem, což mi dávalo nějakou jistotu toho, že sobě ani miminku daným cvikem neublížím 😊 a motivace cvičit tím pádem byla větší, protože jsem se nebála cvičit :)“
	„Myslím, že pohyb (jakýkoliv) má obrovský přínos k snadnějšímu těhotenství i porodu... Hodně doporučuji plavání...“
	„V 9. Mesiaci tehotenstva ma zachránila fyzioterapia, po tom, čo ma asi 2 týždne veľmi bolela kostrč a bolesť vystreľovala až do pravej nohy cez trieslo a mala som už problémy s chôdzou.“
	„Měla PA, fyzio, přizpůsobovala silový trénink, kůň je můj a jezdila jsem bezpečnou jedinou trasu... Moje tělo přitom pohyb potřebuje jako hlava a při krásném porodu se to jasně ukázalo...“
	„...jsem si jistá, že díky pohybu byl porod naprosto bezproblémový a bolest a únava byly dost subjektivní.“
	„Jsem přesvědčena, že fyzická aktivita během těhotenství ale i před ním přispěla k bezproblémovému a klidnému průběhu porodu.“
	„Myslím si, že díky cvičení a plavání jsem měla v rámci možností rychlí porod. Sice to bolelo a byla jsem vyčerpaná, ale myslím si, že kdybych se nehýbala, bylo by to horší.“
	„Byl pro mě paradox, že jsem se sportu věnovala důsledněji v těhotenství, než před ním :-))“
	„Myslím, že díky fyzické aktivitě se váha i tělo velmi rychle dostaly zpět do formy a v průběhu těhotenství jsem měla naprosto minimální obtíže (jen žaludek na vodě dva měsíce).“
	„Rozhodně mi sport a cvičení pomohlo se rychle vrátit na původní váhu a hlavně být fyzicky úplně v pohodě hned druhý den po porodu.“
„Někdy sice cvičení vyčerpává, ale přišlo mi, že jsem klidnější a i přesto mám více síly vše zvládnout.“	

	„Příště určitě budu i v těhotenství víc aktivnější. Kvůli obavám jsem hodně odpočívala, ale měla jsem se spíš hýbat. Chci udělat vše pro to, abych se vyhla zádovým bolestem u porodu.“
	„Možná kdybych se více hýbala před porodem, že by trval porod méně hodin, ale těžko říct.“
	„Pohyb mi spíše nepomohl, ale nedokážu říct, jaké by to bylo bez něj. Měla jsem přímo i dva cviky na pánev z fyzioterapie. A jóga určitě pomáhá s přípravou dýchání.“
	„Pohyb mi při porodu nepomohl. Max. jsem neměla strie, rozteklý zadek nebo velké břicho, protože jsem měla v pohodě svalstvo, které drželo.“
Komplikace	„Nechtěl se mi rozběhnout porod kvůli silným svalům, neotvírala jsem se i když jsem měla kontrakce.“
	„...Došlo k celkovému vyčerpání dělohy kvůli oxytocinu. Jinak jsem měla na porod síly dost nebýt zásahů personálu.“
	„Kdyby nebylo nutné vyvolávání, byl by porod příjemnější, bolest v první době porodní byla velmi těžko zvladatelná, druhá doba porodní rychlá a bezproblémová“
	„Měla jsem vakuumextrakci“
	„Řekla bych, že i přes velké komplikace a operaci v těhotenství, akutní císařský řez a vysokou citlivost jsem to s podporou a pomocí partnera zvládla dobře“
	„Po 23 h po odtoku plodové vody, nepostupujícího porodu byla provedena akutní sekce.“
Šestinedělí	„Cvičila jsem od ukončeného 4. týdne šestinedělí podle videí na YouTube. Odtud jsem také zjistila, že cvičit už mužů.“
	„Během šestinedělí jsem cvičila pouze na diastázu, hned po šestinedělí jsem se plně vrátila k jumpingu. Samozřejmě po konzultaci s gynekologem“
	„Na pohyb v šestinedělí už nezbývala síla.“
	„...cítila jsem se připravena a přesto mi narozdíl od porodu dalo šestinedělí opravdu "facku". Bylo by fajn, kdyby se ženy více připravovaly i na toto období.“

	„Většina problémů souvisela s nefunkčním kojením a snahou rozjet laktaci.“
Jiné	„Velmi mi pomohlo se psychicky naladit na to se porodu nebát, ale těšit se na něj.“
	„Velmi mi pomohl aniball“, „Při porodu mi velice pomohl aniball.“
	„Myslím, že pro rodičku je nejdůležitější dýchat do pánve, uvolnit ramena a čelist a mít důvěru v porodní asistentku :-“
	„Je to vše těžší, než jsem čekala!“
	„Nebyla to procházka růžovou zahradou, ale stojí to za to :)“
	„Myslím si, že ženám chybí především spánek.“
	„Jen, že těhotenství a porod a po porodu strašně moc mění ženskou“
	„Je to velice individuální... Jsou nějaké predispozice a hlavně je to o hlavě, mentálním nastavení, úhlu pohledu...“
	„Rodila jsem doma“
	„Doufám že druhé těhotenství, porod i šestinedělí budou jiné :)“
	„Na prvorodičku jsem měla rychlý porod. Nejsem sportovní typ, ráda čtu knihy.“

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 1 zobrazuje odpovědi na dobrovolnou otázku č. 33, kde se mohly ženy volně vyjádřit. Na tuto otázku odpovědělo celkem 38 žen (13 %). Odpovědi jsou rozděleny do kategorií dle obsahu sdělení a zkráceny na nejdůležitější část sdělení.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cíl 1: Zjistit, zda demografické údaje ovlivňují zapojení žen do pohybových aktivit.

Do tohoto cíle se řadily otázky číslo 1, 2, 3, 4 a 8. Tyto otázky měly za cíl zjistit, zda věk žen, lokalita bydliště, nejvyšší dosažené vzdělání a pohybová aktivita před těhotenstvím má vliv na pohybovou aktivitu v těhotenství. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že nejvíce aktivní před těhotenstvím jsou ženy ve věku 31-35 let (46 %), naopak nejméně aktivní jsou ženy ve věku starším 35 let (10 %). I následně v těhotenství je situace stejná a nejvíce aktivní jsou opět ženy ve věku 31-35 let (42 %) a nejméně ženy starší 35 let (9 %). Dále jsem chtěla zjistit, zda lokalita bydliště má vliv na zapojení žen do pohybových aktivit a zda třeba ženy bydlící na vesnici nemají méně možností než ženy žijící ve větších městech. Co se týče zapojení žen do pohybových aktivit před těhotenstvím, jsou dle výzkumu jednoznačně nejvíce aktivní ženy bydlící ve městech s více jak 100 000 obyvateli (68 %) naopak nejméně aktivní jsou ženy žijící na vesnicích (6 %). Ani zde se situace nezměnila v těhotenství a zůstávají nejvíce aktivní ženy z velkých měst (70 %) a nejméně aktivní ženy bydlící na vesnicích (7 %). V otázce č. 3 udávaly ženy své nejvyšší dosažené vzdělání a ukázalo se, že jednoznačně nejvíce pohybově aktivní v těhotenství jsou ženy s vysokoškolským vzděláním (71 %) a nejméně aktivní ženy se základním vzděláním (1 % - zde však byl celkově velmi malý počet respondentek, a tudíž nevhodný k objektivnímu porovnání s ostatními skupinami) a ženy s vyšším odborným vzděláním (3 %). Dále mě také zajímalo, zda ženy aktivní před těhotenstvím zůstanou aktivní i během těhotenství či nikoli, to samé u žen neaktivních před těhotenstvím. Na otázku, zda byly pohybově aktivní před těhotenstvím, odpovědělo 214 žen (75 %), že aktivní byly. Z tohoto počtu zůstalo 156 žen (73 %) aktivních i v těhotenství. Celkem 72 žen (25 %) před těhotenstvím pohybově aktivních nebylo, ale po otěhotnění se 14 žen (19 %) nějaké pohybové aktivitě věnovat začalo. Celkově se tak z počtu 214 aktivních žen před těhotenstvím stalo 170 aktivních žen během těhotenství.

Cíl 1 byl splněn.

Cíl 2: Zjistit, jaké okolnosti doprovázejí aktivní a neaktivní ženy v zapojení do cvičení.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky číslo 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 a 13. Tyto otázky byly zaměřeny především na druhy pohybových aktivit, jakým se ženy věnovaly před i během těhotenství a na to, jak často a s jakým cílem dané aktivity provozovaly. Také mě ale zajímaly důvody neaktivních žen v těhotenství, proč žádnou aktivitu nevykonávaly. Z výzkumu

vyplývalo, že před těhotenstvím se ženy věnovaly nejčastěji posilování (24 %) a běhu (17 %), kdežto během těhotenství oblíbenost těchto sportů výrazně klesla a nejčastějšími aktivitami v těhotenství se staly chůze (34 %) a jóga (21 %). Co se frekvence aktivit týče, tak před těhotenstvím se největší množství žen (52 %) věnovalo pohybovým aktivitám minimálně 3x týdně. V těhotenství se u většiny žen frekvence aktivit snížila a nejčastěji ženy odpovídaly, že se pohybovým aktivitám věnovaly 1-2 x za týden, a to nejčastěji v délce 31- 60 minut (69 %). Dále jsem se v dotazníku zaměřovala na důvody, z jakých ženy dané aktivity vykonávaly. Výzkum zde ukázal, že před těhotenstvím se ženy věnovaly aktivitám zejména z důvodu udržení se v kondici (59 %) a z důvodu udržení či redukce váhy (24 %). V těhotenství zůstalo stejné, že nejčastější motivací k pohybu bylo udržení se v kondici (33 %) a druhým nejčastějším faktorem bylo cvičení pro zlepšení nálady nebo psychiky (29 %)

V otázce číslo 13 jsem se zaměřila na ženy neaktivní během těhotenství a zjišťovala jsem důvody jejich neaktivity. Ukázalo se, že nejčastějším důvodem byl čistě nezájem nějakou pohybovou aktivitu vykonávat (33 %). Dalšími častými důvody byl strach vykonávat nějakou aktivitu (22 %) nebo aktivita v těhotenství nebyla lékařem doporučena (17 %).

Cíl 2 byl splněn.

Cíl 3: Zjistit, jak jsou ženy informovány o možnostech vykonávání fyzické aktivity v těhotenství.

Tímto cílem se zabývala otázka č. 15. Nejčastějším zdrojem informací, jak se ženy dozvívaly o možnostech vykonávání pohybových aktivit v těhotenství bylo prostřednictvím internetu nebo knih (34 %). Dále pak také informace často získávaly prostřednictvím jejich gynekologa (14 %) nebo od rodiny či přátel (10 %). Překvapilo mě, že velké množství žen si žádné informace o této problematice vůbec nezjišťovalo (25 %).

Cíl 3 byl splněn.

Cíl 4: Zjistit, jak se lišil průběh těhotenství a porodu u cvičících a necvičících žen.

Tímto cílem se zabývaly otázky číslo 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 a 25. Jejich úkolem bylo zjistit, jak probíhalo těhotenství a porod u obou skupin žen. Co se přírůstku váhy během těhotenství týče, tak ženy, které v průběhu těhotenství cvičily, nejčastěji přibraly do 11 kg (42 %) nebo mezi 12-17 kg (41 %). U žen necvičících v těhotenství to bylo

podobné. Nejčastěji přibraly na váze do 11 kg (35 %) nebo mezi 12-17 kg (30 %). Avšak u necvičících žen poměrně dost žen uvedlo přírůstek váhy mezi 18-25 kg (28 %), což se u cvičících žen tak často neobjevovalo (15 %). Dále jsem zjišťovala, zda ženy v průběhu těhotenství trpěly nějakými těhotenskými obtížemi, popřípadě jakými. Výzkum ukázal, že nejčastější problémy, se kterými se ženy setkávaly byly velká únava (16 %), ranní nevolnosti (16 %) a bolesti zad (15 %). Zajímalo mě, zda pohybová aktivita v průběhu těhotenství může toto ovlivnit a ukázalo se, že ženy, které v těhotenství byly aktivní, častěji udávaly, že žádnými potíži netrpěly. Celkem 15 % cvičících žen a 13 % necvičících žen zvolilo odpověď „žádné“ těhotenské obtíže. V otázce č. 18 jsem zjišťovala, jakým způsobem se děti ženám narodily a zda mohla mít pohybová aktivita na tento způsob nějaký vliv. Z výzkumu vyplynulo, že u žen, které cvičily v těhotenství, se dítě častěji narodilo v poloze podélné hlavičkou (87 %), než u žen necvičících (72 %). I počty císařských řezů se měnily v závislosti na pohybové aktivitě a u necvičících žen se objevovaly častěji (28 %) než u žen cvičících (12 %). I dobu porodní ženy častěji strávily v nemocnici (63 %) než doma (37 %) a nejčastěji tuto dobu trávily ve vaně (39 %) nebo sezením na míči (24 %). Dále mě zajímalo, zda pohybová aktivita může mít pozitivní dopad na pocit, úsilí a bolest při porodu. Co se týče toho, jak se ženy v průběhu porodu cítily, tak na stupnici od 1 „měla jsem dost síly“ do 5 „velmi vyčerpaná“ byla nejčastěji volená odpověď cvičících žen číslo 3 (30 %), naopak ženy necvičící nejčastěji volily odpověď číslo 5 (38 %). Z pohledu hodnocení vynaloženého úsilí při porodu byly odpovědi cvičících a necvičících velmi podobné. Nejčastější odpověď byla volena odpověď pod číslem 10 a 8, jak u cvičících (30 % a 23 %) tak u necvičících žen (31 % a 20 %). Co se vnímání bolesti týče, byla opět nejčastěji volena odpověď pod číslem 10, volily však o trochu častěji ženy necvičící (33 %) než cvičící (26 %). Jako druhou nejčastější odpověď volily ženy odpověď pod číslem 8 a to opět častěji ženy necvičící (30 %) než cvičící (22 %). S tím souvisí i otázka číslo 22, zda si ženy nechaly dát nějaké léky tišící bolest. Na tuto otázku obě skupiny žen odpověděly stejně, 40 % žen si nechalo dát tišící lék a 60 % nenechalo. Z pohledu délky trvání porodu mě překvapilo, jak velmi různé časové údaje ženy udávaly a jak dlouho si myslely, že jejich porod trval. I tak ale výzkum jednoznačně ukázal, že nejvíce žen rodilo v rámci 5-10 hodin (43 %). Druhou věcí, která mě překvapila bylo, že poměrně velké množství žen mělo velmi rychlé porody, neboť udávaly délku porodu 1- 4 hodiny (21 %). Dále se otázka číslo 24 zabývala porodním poraněním žen. Pro mě nečekaně z výzkumu vyšlo, že nejčastějším poraněním, které ženy měly je nástřih hráze (40 %) Co mě však zajímalo, bylo, zda pohybová aktivita v těhotenství může předejít porodnímu

poranění. V dotazníku celkem 32 žen (14 %) odpovědělo, že žádné poranění nemělo. Z tohoto počtu nemělo žádné poranění 25 žen (17 %) cvičících a 7 žen (8 %) necvičících. V otázce číslo 25 jsem se žen ptala na jejich názor, zda si myslí, že jim pohybová aktivita pomohla lépe zvládnout porod. Z výsledků odpovědí „ANO“ a „Ne“ vyšlo, že 62,5 % žen si myslí, že jim pohybová aktivita pomohla a 37,5 % žen si myslí, že nemohla.

Cíl 4 byl splněn.

Cíl 5: Zjistit, zda po fyzické a psychické stránce zvládaly šestinedělí lépe ženy cvičící či necvičící.

K tomuto cíli se vztahují otázky 26, 27, 28, 29, 30, 31 a 32 a mají za úkol zjistit a porovnat, jak ženy celkově zvládaly šestinedělí. Co jsem nečekala a překvapilo mě, že jen velmi málo žen (16 %) se v šestinedělí věnuje nějakým pohybovým aktivitám. V otázce, kdy začaly prvně po porodu cvičit, vyšly podobná procenta u všech odpovědí, avšak i tak nejčastěji ženy odpovídaly, že pokud začaly cvičit, tak začaly již v porodnici (40 %), a to nejčastěji z důvodu rychlejší rekonvalescence po porodu (75 %). Žen, které necvičily v šestinedělí, jsem pátrala po důvodech jejich rozhodnutí. Nejčastější odpovědi byly nedostatek času (28 %) a únava (27 %). I zde mě zajímalo, zda cvičení v šestinedělí může pozitivně přispět k hladkému průběhu období. V otázce číslo 26 mě zajímalo, kolik žen odpovědělo, že nemělo žádné komplikace v průběhu šestinedělí. V této otázce byl velký nepoměr respondentek v jednotlivých skupinách, neboť cvičících žen bylo jen 47 (16 %), zato necvičících 239 (84 %). Výsledek mě překvapil, neboť jsem čekala opak. Z výzkumu vyšlo, že žádné komplikace nemělo 49 % necvičících žen a 43 % cvičících žen. Dále jsem stejně srovnávala ženy a jejich odpovědi, zda pro ně šestinedělí bylo náročné nebo ne. Zde odpovědělo 47 % cvičících žen a 50 % necvičících žen, že pro ně období náročné bylo. Nakonec v otázce číslo 32, kde ženy popisovaly své šestinedělí, mě překvapilo velké procento negativních odpovědí. Nejčastěji ženy šestinedělí označovaly jako stresující období (20 %), nejistotu (20 %) a změny nálad (18 %).

Cíl 5 byl splněn.

DISKUZE

Téma bakalářské práce je zaměřeno na vliv pohybové aktivity na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Hlavním cílem práce bylo porovnat zkušenosti cvičících a necvičících žen pomocí výzkumného šetření a jejich odpovědi zanalyzovat a vyhodnotit. Výzkum probíhal u žen, které se nacházely maximálně v období jednoho roku od porodu.

Prvním cílem bylo zjistit, zda demografické údaje ovlivňují zapojení žen do pohybových aktivit. Jako první mě zajímalo, ve které věkové kategorii byly ženy nejvíce pohybově aktivní před i během těhotenství. Našeho průzkumu se účastnily ženy od 21 let do věku 35 let a výše. Výsledek mě celkem překvapil, neboť se ukázalo, že nejvíce aktivní byly ženy ve věku mezi 31-35 lety, a to jak v době před těhotenstvím (46 %), tak i v těhotenství (42 %). Tento výsledek zjistila ve svém výzkumu v bakalářské práci i Vlachová (2019), kde zaznamenala nejvíce aktivní ženy ve věku mezi 30-39 lety (43 %). Dále jsem zjišťovala vliv vzdělání na zapojení žen do pohybových aktivit. Zjistila jsem, že nejvíce aktivní jsou ženy s vysokoškolským vzděláním (71 %). I zde jsem se shodovala s výzkumem Vlachové (2019), která zaznamenala nejvyšší procenta aktivních žen s vysokoškolským vzděláním (43 %). V další otázce, kde jsem se žen dotazovala na jejich lokalitu bydliště, mě zajímalo, zda tato lokalita bude mít vliv na zapojení do pohybových aktivit, neboť jsem předpokládala, že ženy žijící ve vesnicích budou mít méně možností než ženy žijící ve větších městech, tudíž budou méně aktivní. Tento předpoklad se mi potvrdil, neboť z výzkumu vyplynulo, že nejvíce aktivní ženy jsou ty, které bydlí ve městech s více jak 100 000 obyvateli (68 %). Zde jsem se s výzkumem Vlachové (2019) rozcházela, neboť v jejím výzkumu vyšlo, že nejvíce aktivní byly ženy žijící v městysu (57 %). Dále jsme se s Vlachovou (2019) shodovaly v tom, že pokud byly ženy pohybově aktivní před těhotenstvím, byly z většiny aktivní i v těhotenství. To platilo i naopak u žen necvičících před ani v těhotenství. Z našeho výzkumu vyplynulo, že ženy neaktivní před těhotenstvím nebyly v 81 % aktivní ani v těhotenství, u Vlachové v 85 %. I zde se potvrdily mé domněnky, že ženy ani s nástupem těhotenství své zvyky nezmění.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké okolnosti doprovázejí aktivní a neaktivní ženy v zapojení do cvičení. Zde mě zajímalo, jakým aktivitám se ženy věnovaly před těhotenstvím a jakým v těhotenství. Jak často se daným aktivitám věnovaly a za jakým účelem. Také jsem se zde zaměřila na neaktivní ženy a zajímalo mě, z jakého důvodu se rozhodly žádnou po-

hybovou aktivitu nevykonávat. Z celkových 75 % aktivních žen před těhotenstvím se největší množství žen věnovalo běhu a posilování a to minimálně 3x týdně z důvodu udržení kondice či udržení nebo redukce váhy. Naopak v těhotenství z celkových 59 % pohybově aktivních žen byla nejčastější aktivita chůze a jóga. Frekvence aktivit se u většiny žen snížila a pohybovou aktivitu provozovaly minimálně 1x týdně, zejména z důvodu udržení kondice a zlepšení nálady nebo psychiky. I v těchto ohledech jsme se s výzkumem Vlachové (2019) skoro ve všem shodovaly. Z jejího výzkumu vyplývalo, že nejčastěji vykonávanou aktivitou v těhotenství je chůze, běh, jóga a těhotenské cvičení, nejčastěji ve frekvenci 1-2x týdně v časovém rozmezí 46-60 minut a nejčastějšími důvody ke cvičení bylo zlepšení těhotenských potíží, lepší pocit po cvičení a udržení se v kondici. Dále jsem se zajímala, z jakého důvodu neaktivní ženy neprovozovaly žádnou pohybovou aktivitu a zjistila jsem, že největší část neaktivních žen jednoduše o cvičení nemělo zájem (33 %) nebo měly strach v těhotenství nějakou pohybovou aktivitu vykonávat či jim to nebylo lékařem doporučeno. Zde mě překvapilo, že tak velké množství žen nemělo vůbec zájem nějakou aktivitu provozovat. I Vlachová (2019) ve výzkumu zjistila zcela stejné poznatky.

Třetí cíl měl za úkol zjistit, jak jsou ženy informovány o možnostech vykonávání fyzické aktivity v těhotenství. Zde mě velmi překvapilo, že velké množství žen (25 %) si informace vůbec nezjišťovalo. Očekávala jsem, že většina žen (34 %) si informace hledalo a zjišťovalo na internetu či v knihách. Stejného výsledku dosáhla ve výzkumu i Vlachová (2019).

Ve čtvrtém cíli jsem se zaměřovala na průběh těhotenství a porodu u cvičících a necvičících žen a porovnávala jejich průběh. Nejdříve jsem zjišťovala, zda měla fyzická aktivita v těhotenství vliv na přírůstek váhy v průběhu těhotenství. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce žen přibralo do 11 kg (40 %). Obě skupiny žen měly největší zastoupení u přírůstkem váhy do 11 kg a mezi 12-17 kg, avšak ženy cvičící byly procentuálně zastoupeny více u nižších váhových přírůstků. Ve váhovém rozmezí 18-25 kg přibralo více žen necvičících než žen cvičících. Zde jsem se shodovala s výzkumem Kopačkové (2012), které ve svém výzkumu zjistila, že nejvíce žen přibralo v průběhu těhotenství do 12 kg (44 %). Dále jsem zjišťovala, zda ženy trpěly nějakými těhotenskými potížemi. Nejčastěji ženy trápily ranní nevolnosti (16 %), velká únava (16 %) a bolesti zad (15 %). Zajímalo mě, zda cvičení v průběhu těhotenství může mít vliv na nepřítomnost těhotenských obtíží. Zde jsem došla k neúplně jednoznačnému výsledku, neboť 15 % cvičících žen a 13 % necvičících žen uvedlo, že žádné těhotenské potíže neměly. Dále jsem se věnovala tématu porodu. Z celkového počtu

286 žen (100 %) rodilo 233 (81 %) vaginálně a 53 (19 %) mělo císařský řez. V dalších otázkách, směřovaných na porod, jsem se věnovala pouze ženám rodícím vaginálně. Zjišťovala jsem, jak trávily I. dobu porodní, jak se cítily v průběhu porodu, jak hodnotily úsilí a bolest za porodu, zda měly nějaké léky tišící bolest, jak dlouho podle nich trval jejich porod a zda měly nějaké porodní poranění. Většina žen strávila I. dobu porodní v nemocnici (63 %) a tuto dobu trávily nejčastěji ve vaně (39 %) nebo sezením na míči (24 %). Co mě především zajímalo, zda byly nějaké rozdíly mezi oběma skupinami v tom, jak svůj porod prožívaly. Výzkum ukázal, že ženy, které v průběhu těhotenství cvičily, měly lepší pocit z porodu a trochu lépe snášely bolest než ženy, které v těhotenství necvičily. Zde se potvrdil můj předpoklad pro pozitivní přínos pohybové aktivity. V čem však rozdíl nebyl, tak to v úsilí, jaké ženy vnímaly, že musely při porodu vynaložit, všechny ženy hodnotily úsilí na nejvyšších stupních. To mi přišlo vcelku logické, neboť porod je dle mého názoru událost, kde se žena snaží ze všech sil. Tyto získané výsledky potvrzují ve svých výzkumech i Steinerová (2013) a Valková (2018), které též zjistily, že ženy, které v průběhu těhotenství cvičily, mají lepší fyzickou kondici a více sil u porodu než ženy, které v těhotenství necvičily. Celkově Valková (2018) uvádí, že 55 % žen, které cvičily, odpověděly kladně na vliv pohybové aktivity na průběh porodu. Dále jsem se v dotazníku ptala, zda ženy měly nějaké léky tišící bolest za porodu. Zde mi vyšly stejné výsledky u obou skupin žen. A to takové, že 40 % mělo nějaké léky tlumící bolest a 60 % nemělo. Zde se neprokázal žádný vliv pohybové aktivity. Domnívám se, že to může být i tím, že bolest je vždy individuálně vnímaná a nezmění to ani větší fyzická připravenost. V další otázce psaly ženy jejich délku porodu. Na tuto otázku se sešlo velké množství různých odpovědí ve velkém časovém rozmezí a domnívám se, že ne všechny ženy mají správné informace o jejich délce porodu. Z výzkumu vyplynulo, že největší množství žen rodilo v rozmezí 5-10 hodin (43 %). Dalším bodem výzkumu bylo zjištění, zda se u žen vyskytlo nějaké porodní poranění a zda pohybová aktivita mohla mít vliv na to, že ženy žádné porodní poranění neměly. Zcela nejčastěji uváděly ženy, že měly při porodu nástřih hráze, to uvedlo celkem 40 % žen. Zde jsem se zajímala, kolik cvičících žen, zvolí možnost, že nemělo žádné porodní poranění, celkem to bylo 17 % žen. Podobný výsledek se objevil i ve výzkumu Valkové (2018), která uvádí 20 % žen bez porodního poranění. V poslední otázce směřované na porod mě zajímalo, jak ženy vnímaly přínos pohybové aktivity na porod. Zde mě výsledek potěšil, neboť 62,5 % žen odpovědělo, že si myslí, že pohybová aktivita jim pomohla lépe zvládnout porod.

Pomocí pátého cíle jsem zjišťovala, jak ženy zvládaly šestinedělí, jak po fyzické stránce, tak po stránce psychické. Do těchto odpovědí byly opět zahrnuty všechny ženy, nehledě na jejich způsob porodu. Zde mě nemile překvapilo, jak málo žen se v šestinedělí věnuje cvičení. V našem výzkumu odpovědělo pouze 47 žen (16 %), že v průběhu šestinedělí bylo pohybově aktivní. Zde jsem se velmi lišila se Steinerovou (2013), která ve svém výzkumu došla k závěru, že v šestinedělí se aktivně cvičení věnovalo 45 % žen. Dále jsem zjistila, že nejčastěji ženy začínají cvičit již v porodnici, pokud vůbec začnou a že nejčastějším důvodem ke cvičení v šestinedělí je urychlení rekonvalescence po porodu. Dále jsem předpokládala, že ženy v šestinedělí mají často problém najít si čas na sebe a na cvičení, a to se mi potvrdilo, neboť nejčastější odpovědí byl nedostatek času, následně pak únava a nezájem. Zde i Steinerová (2013) došla ke stejnému závěru, že nejčastějším důvodem k pasivitě ve cvičení v šestinedělí je nedostatek času. Kde jsem byla trochu nemile překvapená výsledkem, byla odpověď na otázku komplikací v šestinedělí, neboť jsem předpokládala, že aktivní pohyb v šestinedělí může pozitivně přispět k hladkému průběhu. To se však nepotvrdilo a výzkum ukázal, že více žen, které v průběhu necvičilo nemělo žádné komplikace než u žen, které cvičily a to 49 % necvičících a 43 % cvičících. To však může být dané také velkým nepochybně nepoměrem respondentek v jednotlivých kategoriích. Zde Steinerová uvádí, že v šestinedělí bylo bez komplikací celkem 71 % žen. V poslední řadě jsem se zajímala, jak ženy vnímaly a hodnotil celé šestinedělí. Zde jsem se nedostala k úplně jednoznačnému výsledku, neboť 141 žen (49 %) uvedlo, že pro ně šestinedělí náročné bylo a 145 žen (51 %) že náročné nebylo. V závěru mě překvapilo, kolik negativních odpovědí jsem ve výzkumu získala na otázku, jak by ženy popsaly své šestinedělí. Nejvíce žen jej popsalo jako stresující (20 %), nejisté (20 %) a období častých změn nálad (18 %).

LIMITY VÝZKUMU

Našeho výzkumu pomocí dotazníkového šetření se účastnilo 238 respondentek. V případě vyšší účasti by mohly být výsledky výzkumu přesnější a z pohledu statistiky validnější. Také způsob šíření dotazníků skrze sociální sítě mohl být limitem výzkumu, neboť tak nemuselo dojít k přesnému přenosu informací a porozumění některých otázek. Zpětně bychom se v dotazníku zaměřili více na ženy po císařském řezu, neboť dotazník nebyl pro tyto ženy úplně přizpůsoben strukturou některých otázek. Dále bychom se také zaměřili více na to, aby v každém období bylo zastoupeno podobné nebo alespoň výzkumu vhodné procento aktivních žen k porovnávání, neboť zde se nám ve výsledku objevilo jen malé procento žen aktivních v šestinedělí, tudíž jsme v této skupině nedosáhli validních výsledků.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě získaných dat a z výsledků výzkumu bychom do praxe doporučili:

- Zvýšit informovanost žen o možnostech a benefitech cvičení v těhotenství v rámci jejich gynekologa a porodní asistentky.
- Rozšířit povědomí a podpořit nabídky těhotenských cvičení.
- Podpořit ženy k aktivnímu přístupu k porodu.
- Snažit se родit v různých porodních polohách, ženám vyhovujících.
- Edukovat ženy o možnostech cvičení v šestinedělí.
- Zaměřit se více na podporu psychiky žen v šestinedělí.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala vlivem pohybové aktivity na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda má pohybová aktivita vliv na průběh těchto období u žen, které se cvičení aktivně věnují a porovnat jejich zkušenosti s ženami, které se žádným cvičením aktivně nevěnují. V teoretické části jsem se zaměřila na popis jednotlivých období a charakterizovala jejich nejdůležitější momenty. V praktické části jsem se poté věnovala průzkumu u žen, které byly maximálně v období jednoho roku po porodu a zkoumala, zda u nich měla pohybová aktivita nějaký vliv na těhotenství, porod a šestinedělí.

Výzkumné šetření bylo realizováno v podobě dotazníku, pomocí kterého jsme se snažili docílit splnění všech předem stanovených dílčích cílů. To se nám povedlo. První dílčí cíl měl za úkol zjistit ovlivnění žen demografickými údaji v zapojení do pohybových aktivit. Ukázalo se, že nejvíce aktivní jsou ženy ve věku 31-35 let, žijících ve velkých městech s vysokoškolským vzděláním. Druhý cíl zjišťoval, jaké okolnosti doprovázely aktivní a neaktivní ženy v zapojení do cvičení. Zde jsme zjistili, že nejčastěji se ženy v těhotenství věnují chůzi a józe a to 1-2x za týden, v délce 31-60 minut, za účelem udržení se v kondici nebo zlepšení nálady či psychiky. U neaktivních žen byl nejčastějším důvodem jejich pasivity nezáměr, strach či nedoporučení cvičení lékařem. Díky třetímu cíli jsme zjistili, že nejčastějším zdrojem informací o možnostech vykonávání pohybových aktivit v těhotenství je internet. Čtvrtým cílem bylo zjištěno, že pohybová aktivita má pozitivní vliv na nižší přírůstek hmotnosti v průběhu těhotenství, na redukci těhotenských potíží i na přirozený způsob porodu. Dále aktivní ženy měly lepší pocit z porodu, lépe snášely bolest za porodu a nevyskytovalo se u nich tak často porodní poranění jako u žen necvičících. V posledním cíli jsme zjistili, že jen velmi málo žen se věnuje cvičení v šestinedělí a to zejména z důvodu nedostatku času nebo velké únavy. Naopak aktivní ženy cvičí nejčastěji z důvodu rychlejší rekonvalescence, avšak se nedá potvrdit, že by pohybová aktivita v šestinedělí měla pozitivní vliv na jeho průběh.

Doufám, že bakalářská práce bude přínosem pro ženy, které se chtějí něco o pohybové aktivitě v těhotenství, při porodu a v šestinedělí dozvědět a že se nebudou bát pohybové aktivity vykonávat a zpříjemní se jim tak průběh všech období. Budu ráda, pokud dojde k uplatnění našich doporučení pro praxi alepší se tak informovanost žen o této problematice.

SEZNAM LITERATURY

1. BALASKAS, Janet. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0178-2.
2. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BEJDÁKOVÁ, Jitka. *Cvičení a sport v těhotenství: sporty vhodné i nevhodné, zásady cvičení, speciální tělocvik pro těhotné, základy výživy, tanec, gravidjóga*. Praha: Grada, 2006. Pro rodiče. ISBN 80-247-1214-8.
4. BINDER, Tomáš a kolektiv. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
5. DUMOULIN, Chantale. *Ve formě po porodu: cvičení a praktické rady*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-080-1.
6. DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.
7. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
8. GREGORA, Martin, VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.
9. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel a kolektiv. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
10. HUDÁKOVÁ, Zuzana, KOPÁČIKOVÁ, Mária. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0274-7.
11. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.
12. PROCHÁZKA, Martin, PILKA, Radovan, BUBENÍKOVÁ, Štěpánka, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.
13. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.
14. TRČA, Stanislav. *Budeme mít dítětko. 9., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2009. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2581-9.

Internetové zdroje

1. KOPAČKOVÁ, Marta. *Pohybová aktivita v těhotenství*. 2012 [online]. [cit. 28.3.2023] Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Sosnovcová. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/3791/1/Pohybova%20aktivita%20v%20tehotenstvi.%20Bakalarska%20prace%202012.pdf>
2. MAYO CLINIC. Labor and delivery, postpartum care: Stages of labor and birth: Baby, It's time!. 2022. [online]. [cit. 23.3.2023]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/stages-of-labor/art-20046545>
3. PERINATAL. [online]. [cit. 9.3.2023]. Dostupné z: <https://perinatal.cz/pro-zeny/poporodu>
4. STEINEROVÁ, Eva. *Význam pohybové aktivity v šestinedělí*. 2013 [online]. [cit. 28.3.2023]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Moravčíková. Dostupné z: https://digi-lib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21436/steinerov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. VALKOVÁ, Tereza. *Cvičení v těhotenství*. 2018 [online]. [cit. 28.3.2023]. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD. Dostupné z: [file:///C:/Users/Majitel/Downloads/bp%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Majitel/Downloads/bp%20(1).pdf)
6. VLACHOVÁ, Karolína. *Vliv pohybové aktivity na průběh těhotenství*. 2019 [online]. [cit. 28.3.2023]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/38599/1/bakalarka%20%281%29.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 - Dotazník

Příloha 1 - Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Michaela Šklíbová a jsem studentkou 3. ročníku oboru porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Aktuálně se věnuji psaní bakalářské práce na téma “*Vliv pohybové aktivity na průběh těhotenství, porodu a šestinedělí*”

Pro svůj výzkum hledám ženy – **prvorodičky**, které jsou **maximálně jeden rok od porodu**.

Byla bych moc ráda, kdybyste si našli čas na vyplnění mého dotazníku. Účast je zcela dobrovolná, celý dotazník je anonymní a zabere vám maximálně 5 minut.

V případě zájmu o výsledky šetření, přikládám svou emailovou adresu:

sklibova@gapps.zcu.cz

Výsledky budou k dispozici na konci března 2023.

Předem děkuji za váš čas a vyplnění.

1. Kolik Vám je let? *

(Vyberte jednu odpověď)

- Méně než 20 let
- 21–25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- více jak 35 let

2. V jaké lokalitě bydlíte? *

(Vyberte jednu odpověď)

- Město > 100 000 obyvatel
- Město <100 000 obyvatel
- Městys < 3000 obyvatel
- Vesnice < 500 obyvatel

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

(Vyberte jednu odpověď)

- Základní
- Středoškolské bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné

- Vysokoškolské

4. Věnovala jste se nějakým pohybovým aktivitám před těhotenstvím? *

(Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

5. Jakým pohybovým aktivitám jste věnovala před těhotenstvím? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Běh
- Jóga
- Tanec
- Plavání
- Posilování
- Jízda na kole
- Míčové sporty
- Jiné

6. Jak často jste se věnovala pohybovým aktivitám před těhotenstvím? *

(Vyberte jednu odpověď)

- Každý den
- Minimálně 3x za týden
- 1x za týden
- Méně než 1x za týden

7. Z jakého důvodu jste se věnovala pohybovým aktivitám před těhotenstvím? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Udržení v kondici
- Udržení / Redukce váhy
- Profesionální sport
- Jiné

8. Věnovala jste se nějakým pohybovým aktivitám v těhotenství? *

(Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

9. Jakým pohybovým aktivitám jste se věnovala v těhotenství? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Chůze

- Běh
- Jóga / Těhotenská jóga
- Tanec / Aerobic / Zumba
- Plavání
- Posilování
- Jízda na kole
- Těhotenské cvičení
- Jiné

10. Jak často jste se věnovala pohybovým aktivitám v těhotenství? *

(Vyberte jednu odpověď)

- Každý den
- Minimálně 3x za týden
- 1-2 x za týden
- Méně než 1x za týden

11. Kolik času jste dané aktivitě věnovala za den? *

(Vyberte jednu odpověď)

- Do 30 minut
- 31–60 minut
- Více než 60 minut

12. Z jakého důvodu jste se věnovala pohybovým aktivitám v těhotenství? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Na doporučení lékaře / porodní asistentky
- Na doporučení přátel
- Zlepšení těhotenských obtíží
- Zlepšení nálady / Psychika
- Udržení kondice
- Přípravenost na porod
- Snížení strachu z porodu
- Redukce váhy
- Jiné

13. Z jakého důvodu jste se rozhodla žádnou pohybovou aktivitu nevykonávat?

...odpovídejte pouze v případě, že jste u otázky č. 8 odpověděla NE.

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Nedoporučeno lékařem

- Nezájem
- Strach
- Nenapadlo mě to
- Jiné

14. Kolik kilogramů jste v průběhu těhotenství přibrala? *

(Vyberte jednu odpověď)

- do 11 kg
- 12-17 kg
- 18-25 kg
- více jak 25 kg

15. Kde jste získala informace o možnosti vykonávání pohybových aktivit v těhotenství? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Gynekolog
- Porodní asistentka
- Fyzioterapeut
- Předporodní kurz
- Internet / kniha
- Rodina / Přátelé
- Nezjišťovala
- Jiné

16. Trpěla jste nějakými těhotenskými obtížemi? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Žádné
- Ranní nevolnosti
- Otoky
- Velká únava
- Bolesti zad
- Bolesti pánve
- Křeče v lýtkách
- Zácpa
- Výkyvy nálad
- Těžkosti při dýchání
- Jiné

17. Jak jste strávila první dobu porodní?

I. doba porodní = Začíná pravidelnými děložními kontrakcemi po 5 minutách a končí rozvinutou brankou.

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Převážně doma
- V nemocnici
- Relaxací
- Aktivním pohybem
- Sezením na míči
- Ve vaně
- Jiné

18. Jak se Vaše dítě narodilo? *

(Vyberte jednu odpověď)

- PPH (hlavičkou dolů)
- KP (zadečkem dolů)
- SC (císařským řezem)

19. Jak jste se cítila v průběhu porodu? *

1 - Měla jsem dost síly -> 5 - Velmi vyčerpaná

- stupnice od 1 do 5

20. Jak hodnotíte porod z hlediska vynaloženého úsilí? *

1 - Malé úsilí -> 10 - Velké úsilí

- stupnice od 1 do 10

21. Jak jste vnímala bolest během porodu? *

1- Žádná, 10 - Nesnesitelná

- stupnice od 1 do 10

22. Nechala jste si dát nějaké léky tišící bolest během porodu? *

(Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

23. Jak dlouho trval Váš porod? *

= Od začátku pravidelných kontrakcí do porodu dítěte

- _____ (napište jedno nebo více slov)

24. Měla jste nějaké porodní poranění? *

(Vyberte jednu odpověď)

- Žádné
- Drobné odřeniny
- Nástřih hráze
- Ruptura I. a II. stupně (povrchové poranění nebo poranění hráze)
- Ruptura III. a IV. stupně (zasažen svěrač rekta nebo i sliznice)
- Nevím
- Jiné

25. Myslíte si, že Vám pohybová aktivita pomohla lépe zvládnout porod? *

(Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE
- Necvičila jsem

26. Objevily se u Vás v šestinedělí nějaké komplikace? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Žádné
- Bolestivost genitálu
- Problémy s hojením poranění
- Bolestivé břicho
- Problémy s prsy
- Psychické problémy
- Fyzická vyčerpanost
- Jiné

27. Cvičila jste v průběhu šestinedělí? *

(Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

28. Kdy jste začala s prvním cvičením po porodu? *

(Vyberte jednu odpověď)

- V porodnici
- První dny po návratu domů
- Ve druhé polovině šestinedělí
- Po šestinedělí
- Nezačala

29. Z jakého důvodu jste začala po porodu cvičit?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Rychlejší rekonvalescence po porodu
- Redukce váhy
- Jiné

30. Z jakého důvodu jste cvičit v šestinedělí nezačala?

Odpovídejte pouze v případě, že jste u otázky č. 27 odpověděla NE.

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Doporučení lékaře
- Únava
- Bolest
- Nedostatek času
- Nezájem
- Nedostatek informací
- Jiné

31. Bylo pro Vás šestinedělí náročné z hlediska zvládnání různých fyzických aktivit? *

(Vyberte jednu odpověď)

- ANO
- NE

32. Jak byste popsala Vaše šestinedělí? *

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Klidné období
- Stresující období
- Změny nálad
- Nejistota
- Pláč
- Pohodlí
- Jiné

33. Je něco, co byste chtěla doplnit či se o nějakou zkušenost podělit?

- _____ (napište jedno nebo více slov)