

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**Jana Hyttnerová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

**Jana Hyttnerová**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**Péče porodní asistentky o ženu během těhotenství, porodu  
a šestinedělí**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

PLZEŇ 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů

V Plzni dne 29. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Jana Hyttnerová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Práce: Péče porodní asistentky o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Počet stran – číslované: 77

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: porodní asistentka, péče o ženu, těhotenství, porod, šestinedělí, císařský řez, vaginální porod po císařském řezu

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Teoretická část popisuje porodní asistenci v kontextu kontinuální péče, pojednává o kompetencích a vlastní praxi porodní asistentky, dále pak popisuje péči porodní asistentky v průběhu těhotenství, porodního procesu a šestinedělí. Obsahuje také podkapitoly týkající se císařského řezu a vaginálního porodu po předchozím císařském řezu.

Praktická část je provedena formou kvalitativního výzkumu, konkrétně případovou studií. Pojednává o případu jedné ženy, která byla sledována od počátku těhotenství do konce šestinedělí. V závěru práce jsou uvedeny postupy, kterými bylo dosaženo výsledků práce, sebereflexe a doporučení do praxe.

## **Abstract**

Surname and name: Jana Hyttnerova

Department: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Midwife care for a woman during pregnancy, childbirth and puerperium.

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová

Number of pages – numbered: 77

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 46

Keywords: midwife, care of woman, pregnancy, childbirth, puerperium, Caesarean section, vaginal birth after Caesarean section

### Summary:

This bachelor thesis deals with the midwife care for a woman during pregnancy, childbirth and the puerperium. The theoretical part describes midwifery in the context of continuous care, deals with competencies and own practice of midwifery, then describes the midwife care during pregnancy, birth process and puerperium. It also contains subchapters on Caesarean section and vaginal birth after previous Caesarean section.

The practical part is done in the form of qualitative research, namely case study. It is focused on one woman who was monitored from the beginning of pregnancy to the end of the puerperium. At the end of the thesis there are described the procedures by which the results of work, self-reflection and recommendations were achieved.

## **Předmluva**

Téma této bakalářské práce je aktuálním a v dnešní společnosti stále diskutovanějším. Kompetence porodních asistentek jsou rozsáhlé a naše společnost by s nimi měla být dostatečně seznámena. Soukromou porodní asistentku vyhledává stále větší počet žen, ať už v těhotenství či v šestinedělí. Tato práce v teoretické části informuje o kompetencích porodní asistentek, o proměnách od počátku těhotenství do konce šestinedělí a o tom, jak péče porodní asistentky může probíhat. Praktická část pojednává o případové studii jedné respondentky, která se této kontinuální péče účastnila. Cílem této bakalářské práce bylo popsat vybrané období v životě ženy a zlepšit povědomí čtenáře o všem, co porodní asistentka může těhotným, rodičkám a nedělkám nabídnout. Dalším cílem bylo zjistit, jaké nároky klade taková péče na osobnost porodní asistentky.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Evě Hendrych Lorenzové za povzbuzující a inspirativní vedení mé bakalářské práce. Za její trpělivost, ochotu a pečlivost po celou dobu vedení mé práce.

Děkuji své rodině, která mi byla oporou po celou dobu studia.

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK .....	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 PORODNÍ ASISTENCE V KONTEXTU KONTINUÁLNÍ PÉČE O ŽENU V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ, PORODU A ŠESTINEDĚLÍ .....	14
1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky .....	14
1.2 Kontinuální péče o ženu .....	15
1.3 Osobnost pas – historie a současnost.....	16
1.4 Vlastní praxe porodní asistentky .....	17
2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ .....	19
2.1 Fyziologické těhotenství.....	19
2.2 Péče porodní asistentky .....	20
2.3 První trimestr .....	22
2.4 Druhý trimestr .....	24
2.5 Třetí trimestr .....	26
2.6 Předporodní období .....	28
3 PORODNÍ PROCES .....	30
3.1 Řízení porodního procesu .....	30
3.2 Vaginální porod .....	32
3.2.1 První doba porodní.....	32
3.2.2 Druhá doba porodní .....	34
3.2.3 Třetí doba porodní .....	35
3.2.4 Čtvrtá doba porodní (doba poporodní) .....	35
3.3 Císařský řez .....	36
3.4 Vaginální porod po předchozím císařském řezu.....	39
4 ŠESTINEDĚLÍ A PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY .....	40

4.1 Fyziologické změny v šestinedělí u ženy a péče porodní asistentky.....	40
4.1.1 Somatické změny .....	40
4.1.2 Psychické změny.....	42
4.1.3 Laktace a kojení .....	43
4.2 Péče porodní asistentky o fyziologického novorozence.....	46
4.3 Péče porodní asistentky o rodinu jako celek .....	48
PRAKTICKÁ ČÁST .....	50
5 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE .....	50
5.1 Hlavní cíl .....	50
5.2 Dílčí cíle .....	50
6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY .....	51
6.1 Formulace problémů.....	511
6.2 Výzkumné otázky .....	51
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	52
8 METODIKA PRÁCE .....	53
9 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	54
10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	55
10.1 První setkání .....	55
10.2 Druhé setkání.....	59
10.3 Třetí setkání .....	61
10.4 Čtvrté setkání.....	634
10.5 Páté setkání .....	655
10.6 Šesté setkání .....	677
10.7 Sedmé setkání a rozhovor.....	699
10.8 Osmé setkání .....	755
10.9 Deváté setkání.....	777
DISKUZE .....	822



ZÁVĚR.....	89
SEZNAM ZDROJŮ .....	90
SEZNAM PŘÍLOH .....	95
PŘÍLOHY.....	96

## **SEZNAM ZKRATEK**

BWR – Bordetova Wassermannova reakce – screening syfilis

CRL – délka plodu od temene ke kostrči

ČKPA – Česká komora porodních asistentek

FSH – folikulostimulační hormon

HbsAg – hepatitis B surface antigen – povrchový antigen viru hepatitidy typu B

hCG – human choriogonadotropin – lidský choriový gonadotropin

HIV – human immunodeficiency virus – virus imunitní nedostatečnosti

LH – luteinizační hormon

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NZZ – nelékařské zdravotnické zařízení

oGTT – orální glukózový toleranční test

PAS – porodní asistentka

S.C. – sectio caesarea = císařský řez

T.T. – týden těhotenství

UNIPA – Unie porodních asistentek

USG – ultrasonografie

# ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá kontinuální péčí porodní asistentky v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Porodní asistentky jsou zcela kompetentními osobami, které dosáhly potřebného vzdělání pro pečování o ženy v tomto životním období (pokud probíhá fyziologicky). V 50. letech 20. století došlo ke změnám v systému péče o těhotné a rodičky tak, že byla přesunuta směrem do porodnic a do rukou lékařů - gynekologů. V době poválečné až do roku 1989 byla poporodní péče zajištěna porodními asistentkami, či ženskými sestrami a kontinuita v péči byla poměrně zachována a mohla být poskytnuta v rámci jejich prostředí a rodin.

V České republice je současná péče o těhotné převážně v rukou lékařů. Některé ženy jsou s touto formou péče absolutně spokojené. Existují těhotné, které vnímají prenatální vyšetření u lékaře jako velice rychlá a neinformativní. Z tohoto důvodu si aktivně vyhledávají porodní asistentku, která se stane jejich průvodkyní a poskytne jim odborné znalosti a jiný způsob prenatální péče, než na kterou jsou u lékaře zvyklé.

Narození dítěte je významnou událostí v životě ženy, potažmo celé rodiny. Každá budoucí matka by měla mít možnost jej prožít tak, jak si sama přeje a s respektem. Přičemž by měla být dostatečně formovaná v přátelském prostředí. Úkolem porodních asistentek je právě takové prostředí rodičkám na porodních sálech zajistit.

Spousta žen se domnívá, že všechny strasti, které je trápily v těhotenství, pominou narozením miminka. Většina z nich ale zjistí, že porodem děťátka vše teprve začíná. Pokud ženy nevyhledaly porodní asistentku během těhotenství, často ji vyhledají v šestinedělí. Kromě péče o novorozence nebo rad ohledně kojení může být PAS jediným člověkem, komu matka svěří své obavy, kdo ji podpoří v mateřství a kdo nebagatelizuje její potíže.

Téma této práce jsem zvolila, protože se domnívám, že kontinuální péče porodní asistentky je smysluplná a nezastupitelná. Pokud porodní asistentka pozná ženu v celém kontextu fyzického i psychického stavu, životního stylu, zázemí, partnerství a rodiny, poskytne pak péči holisticky a komplexně. Zároveň mě zajímalo jako studentku porodní asistence, jaké je takovou péči poskytovat.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat období těhotenství, porodu a šestinedělí z pohledu porodní asistentky, respektive studentky. Výzkumné šetření jsem prováděla v rámci případové studie týkající se jedné ženy. Tato studie trvala od počátku těhotenství do konce šestinedělí respondentky.

Informace a prameny k vypracování této bakalářské práce jsem čerpala z odborné

literatury a internetových zdrojů, které jsem vyhledala pomocí rešerše vypracované ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje. Čerpala jsem také z literatury nalezené v knihovně Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Zdroje jsem vyhledávala i pomocí internetového vyhledávače Google Scholar a Medvik. Klíčovými slovy byly: porodní asistentka, péče o ženu, těhotenství, porod, šestinedělí, císařský řez, vaginální porod po předchozím císařském řezu

*"Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v prameni života."*

*F.Leboyer*

## TEORETICKÁ ČÁST

# 1 PORODNÍ ASISTENCE V KONTEXTU KONTINUÁLNÍ PÉČE O ŽENU V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ, PORODU A ŠESTINEDĚLÍ

### 1.1 Mezinárodní definice porodní asistentky

Již v roce 1972 vytvořily Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) dokument nazvaný *Definition of the Midwife* (Definice porodní asistentky). Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990 a dále pak v roce 2005 (Štomerová, 2008, s. 7). Současné znění bylo v roce 2011 přijato na zasedání rady Mezinárodní konfederace porodních asistentek v Austrálii a nahrazuje tak definici, která byla přijata v roce 1972 a upravena v dalších letech (ČKPA, 2018).

Dle definice je porodní asistentka osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky, která ukončila daný studijní program pro porodní asistentky a získala tímto požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání. Je uznávána jako zcela zodpovědný pracovník ve zdravotnictví, pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní. Vede porod na vlastní zodpovědnost a poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Její péče zahrnuje prevenci, podpora normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zajištění přístupu k péči lékaře či další vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci. Porodní asistentka vzdělává nejen ženy, ale působí takto i v rámci rodiny či celých komunit. Tato oblast zahrnuje předporodní přípravu a přípravu k rodičovství, reprodukční a sexuální zdraví, a také péči o dítě. Svou profesi může porodní asistentka vykonávat v prostředí domácím, v ambulantních zdravotnických zařízeních, nemocnicích, klinikách nebo zdravotnických střediscích (ČKPA, 2018).

Na tuto profesi je nahlíženo z historického, současného i mezinárodní pohledu jako na profesi nezávislou. Měla přinést uspokojení všem, o které je pečováno, ale také těm, které tuto profesi vykonávají (Štomerová, 2010, s. 9).

Kompetencemi porodní asistentky (dále PAS) v poskytování péče se rozumí schopnosti, spolu se získanou odborností a způsobilostí k výkonu tohoto povolání. Podmínky pro získání způsobilosti a možnosti výkonu této profese jsou přesně definovány

v zákoně č.201/2017 Sb., který je novelou původního zákona č.96/2004 Sb.- Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (Zákony pro lidi, 2018).

V současnosti v České republice získávají porodní asistentky odbornou způsobilost studiem tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského oboru. Odbornou způsobilost k výkonu povolání porodní asistentce mají taktéž absolventky, které získaly způsobilost studiem umožňující získání odborné způsobilosti dle dřívějších právních předpisů (MZČR, 2018).

Činnosti porodní asistentky definuje Vyhláška č. 55/2011 Sb. - O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V § 5 jsou přesně uvedeny činnosti, kterými je porodní asistentka způsobilá poskytovat komplexní zdravotnickou péči. Ve své bakalářské práci uvádím pouze výňatek z § 5 vyhlášky č.55/2011 Sb. . Vybrány jsou činnosti a kompetence týkající se přímo tématu této bakalářské práce.

Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace základní i specializovanou ošetrovatelskou péči ženě těhotné, rodící ženě a poté po dobu šesti týdnů po porodu. Takto činí prostřednictvím ošetrovatelského procesu. PAS může diagnostikovat graviditu, sledovat ženy s fyziologickým těhotenstvím v průběhu, kterého sleduje stav plodu v děloze pomocí vhodných klinických a technických prostředků. Pokud PAS zjistí jakákoliv rizika nebo patologie, předává ženu do péče lékaři. Dále podává ženám informace o vyšetřeních, případně samotná vyšetření doporučuje. Informuje a edukuje o zdravé výživě během těhotenství, připravuje ženu na porod a kojení. Pečuje o ženu během fyziologického porodu. Mezi kompetence PAS patří taktéž ošetření porodní a poporodní poranění. Edukuje a podporuje ženy v péči o novorozence a v kojení. Předání informací o různých formách a užívání antikoncepce patří taktéž ke kompetencím PAS. Neméně významná je také kompetence PAS navštěvovat ženy po porodu v průběhu šesti týdnů po porodu. Součástí péče PAS je také rozpoznání psychických změn u ženy v daném období s následným doporučením vhodného odborníka. Takto by měla porodní asistentka činit jak v nemocničním, tak v domácím (komunitním) prostředí žen (MZČR, 2018).

## **1.2 Kontinuální péče o ženu**

Když se hovoří o kontinuální péči porodní asistentky, je tím myšlena péče, která začíná v počátku těhotenství (někdy může zahrnovat i prekoncepční péči) a pokračuje

během těhotenství, porodu a končí šest týdnů po porodu (Homer, 2008, s. 3).

Kontinuální péče porodních asistentek byla samozřejmostí v předchozích letech. V dobách, kdy byla porodnická péče soustředěna do domácího prostředí žen, byla PAS samozřejmou průvodkyní žen v kontextu celého jejího prostředí a rodiny. V 50. letech 20. století došlo k přesunu porodů z domácího prostředí do porodnic (zdravotnických zařízení) a je tomu tak dodnes. Prenatální péči zajišťují většinou lékaři-gynekologové. Těhotné mají možnost zvolit si, jako doplnění k lékařské péči, i péči vybrané porodní asistentky. Některé PAS pak nabízejí komunitní péči o ženu v jejím domácím prostředí nebo existují porodní asistentky, které provozují svou vlastní praxi na registrovaném místě. Další možností jsou prenatální poradny pro fyziologicky probíhající graviditu, které jsou vedeny porodními asistentkami přímo v porodnici. Takový způsob péče o těhotné ženy nabízejí v ÚPMD Praha Podolí.

### **1.3 Osobnost pas – historie a současnost**

Pokud porodní asistentka poskytuje péči ženě v dlouhodobém rozsahu, jsou na její osobu kladeny jisté nároky. Kromě samozřejmých legislativních povinností (dokončené studium, registrace na příslušném Krajském úřadě) se jedná o vlastnosti a postoje, kterými by se měla při výkonu této profese řídit. Momentálně však v České republice neexistuje žádný dokument či přesné vymezení vlastností, které by měla PAS mít. Michel Odent například uvádí, že pro studium porodní asistence by bylo vhodné vybírat kandidátky s klidnou povahou, které by na ženy působily mateřsky (Odent, 2014, s. 85). V minulých staletích tomu tak skutečně bylo a kromě znalostí teoretických musely budoucí porodní asistentky splňovat i další kritéria. Uvádím některé požadavky z historické publikace a ze současnosti zmiňuji příklady obecných vlastností PAS, které ale nejsou povinností ani podmínkou přijetí ke studiu.

V publikaci Jana Strenga *Kniha babická* z roku 1859 je uvedeno, že podmínky k výkonu povolání porodní asistentky nešlo pouze o znalosti. Profese porodní asistentky je nazvána babickým uměním. Dále jsou uvedeny podmínky studia a vlastnosti, které by, dle tehdejších požadavků, měla porodní asistentka mít. Tato kniha z 19. století uvádí vlastnosti těla, duše a srdce. K vlastnostem těla patří, podle Jana Strenga, přiměřené stáří, pevné a stálé zdraví, bystrý zrak i sluch a také ještě dlouhé štíhlé prsty a ruce bez mozolů. Mezi vlastnosti duše zařadil zdravý rozum, dobrou představitost, dobrou paměť a také umění číst a psát. O vlastnostech srdce píše, že jsou takové, které babičce nikdy scházet nemají.

Jedná se o nábožnost, svědomitost, tichost, trpělivost, vlídnost. Dále je psáno o nezištnosti a ochotě pomoci jak chudým, tak bohatým. Neopomenutelná je také zmínka o babičky mravním životě, mlčenlivosti a skromnosti (Štřeng, 1859, s. 3 - 5).

Mezi obecné vlastnosti, které mohou být považovány za samozřejmé, nejprve uvádím zodpovědnost. Jedná se o vlastnost, bez které nelze toto povolání vykonávat. Uvědomit si fakt, že je PAS zodpovědná za to co udělá, ale stejnou měrou i za to co neudělá, je zcela zásadní. PAS by měla umět dopředu promýšlet důsledky svých intervencí. Na počátku jsou porodní asistentky zodpovědné za svoje vzdělání, po jehož dokončení je žádoucí, aby v tomto studiu pokračovaly. Možností existuje nespočet. Ať se jedná o kurzy, workshopy, tak o sledování aktuálních výzkumů, které jsou publikovány v odborných časopisech na webových stránkách českých i zahraničních (Štřomerová, 2010, s. 9 - 13).

Další nezastupitelnou vlastností porodní asistentky je nezávislost. Ať už pracuje v nemocnici nebo v komunitním prostředí. Nezávislost však neznamená nespolečnost, včas kontaktovat ostatní pracovníky týmu či jiné odborníky, je samozřejmě žádoucí (Štřomerová, 2010, s. 11).

Umění odhadnout osobnost ženy, o kterou se porodní asistentka stará, vyžaduje jistý trénink a PAS se tomuto učí pouze v praxi. Postupně se tak může zdokonalit v naslouchání, rozeznání nonverbálních projevů i čtení „mezi řádky“ (Štřomerová, 2010, s. 15 - 16).

Znalost alespoň jednoho ze světových jazyků je nutnou výbavou porodní asistentky 21. století. Je vhodné, aby PAS dokázala získat relevantní informace, nejen z českého prostředí. Stejně důležitá je i určitá technická zdatnost z důvodu využití přístrojů, které se v oboru porodnictví využívají (Štřomerová, 2010, s. 18,19).

#### **1.4 Vlastní praxe porodní asistentky**

Pokud se porodní asistentka rozhodne pracovat samostatně v komunitním prostředí, tato cesta vyžaduje jistou odvahu. Při výkonu samostatné profese je zároveň nucena postarat se o podnikatelský plán, aby její profese prosperovala. V České republice nejsou zatím služby komunitní porodní asistentky hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. (Štřomerová, 2010, s. 17).

V zahraničí bývají modely spolupráce více PAS běžné. Tvoří tým, ve kterém spolupracují a starají se o určitou skupinu žen (Homer, 2011, s. 19). Toto je vhodné, pro snadnější rozvržení času (porodní asistentka není jediná, kdo může být pro ženu na



telefonu). V kolektivu žen ale může dojít i k opačnému efektu. Snazší je cesta předsudků než objektivního zhodnocení situace a férového jednání. (Frey, 2013, s. 76).

Soukromá praxe porodních asistentek je vymezena dle Zákonů č. 372/2011 Sb. a vyhlášek č. 55/2011 Sb., č.99/2012 Sb. a č. 92/2012 Sb. . Profesi porodní asistence je v uvedených předpisech deklarována jako autonomní, bez odborného dohledu a indikace lékaře (UNIPA, 2018). Důležitým aspektem je rozhodnutí porodní asistentky, jaký druh péče bude svým klientkám nabízet a poskytovat. Poradenství v terénu či zavedení pracoviště s poskytováním ambulantní péče v ordinaci - ekvivalentu k ambulanci lékaře se svým vlastním provozním řádem a ostatními předpisy (UNIPA, 2018). V této bakalářské jsou uvedeny pouze předpisy týkající se komunitní péče v terénu, tedy v domácím prostředí ženy.

S potvrzením o splnění potřebného vzdělání se pak porodní asistentka registruje na příslušném Krajském úřadě a podá Žádost o udělení k oprávnění poskytování zdravotních služeb. Tímto porodní asistentka žádá o oprávnění k uplatnění svých kompetencí v nestátním zdravotnickém zařízení. Podmínky k získání registru jsou: plnoletost, trestní bezúhonnost, svéprávnost a doklad o vzdělání pro druh provozu NZZ (Kašová, 2018).

Při poskytování poradenství v terénu je nutné uvést kontaktní pracoviště. Jedná se o sídlo porodní asistentky, kde má umístěnou např. kartotéku. Na rozdíl od dalších pracovišť porodní asistentky se nemusí jednat o nebytový prostor a není třeba mít provozní řád (UNIPA, 2018). Přesné znění podmínek a vybavení je uvedeno ve vyhlášce č. 92/2012Sb. . Dle zmíněné vyhlášky je nutné zabezpečení nábytku pro práci PAS - kartoteční skříň (pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě), připojení k veřejné telefonní síti, mobilní přístroj pro detekci ozev plodu, jednorázové pomůcky k vyšetření těhotné, tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace (tj. resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení), box pro přepravu biologických materiálů (UNIPA, 2018).

Pro samostatnou živnost je taktéž nezbytná registrace na příslušném živnostenském úřadě. Jedná se o oprávnění, které lze získat i bez vzdělání v oboru. Podmínkami k získání způsobilosti jsou – věk 18 let, trestní bezúhonnost a svéprávnost. Porodní asistentka vyplní žádost o volné živnosti – edukační činnost. Jedná se o „jednotný registrační formulář“. Za ohlášení činnosti se hradí poplatek 1000 Kč. Jako osvč se porodní asistentka musí registrovat na finančním úřadě kvůli dani z příjmu fyzických osob, nutná je taktéž registrace zdravotního a sociálního pojištění. Do 15 dnů od udělení oprávnění k činnosti je nutné zařídit si pojištění profesní odpovědnosti (Kašová, 2018).

## 2 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ

Gravidita s sebou přináší změny na úrovni tělesné, psychické i sociální. Jak změny dané fyzickou proměnou těhotná vnímá je neoddělitelnou součástí prožívání, chování a psychických reakcí. Porodní asistentka by měla vždy k těhotně ženě přistupovat v celém bio-psycho-sociálním kontextu (Ratislavová, 2008, s. 17). Holistická péče porodní asistentky podporuje emoční blahobyt ženy nejen v průběhu těhotenství, ale v postnatálním období pomáhá zmírnit výskyt psychických onemocnění (Marshall, 2014, s. 535).

Co se týče fyzických změn, obecně dochází během těhotenství k přizpůsobení celého organismu ženy. Lze rozlišit 4 procesy, kterými se tělo ženy přizpůsobuje – růst tkání, retence tekutin ve tkáni (způsobeno hormonálními vlivy), relaxace hladkého svalstva (vlivem progesteronu dochází k uvolnění dělohy, ale taktéž svalstva gastrointestinálního traktu, močových a žlučových cest), všeobecné funkční přizpůsobení zvýšeným nárokům během gravidity (Hájek, 2014, s. 32).

### 2.1 Fyziologické těhotenství

Fyziologické těhotenství je definováno jako takové, do kterého žena vstupuje bez rizikových faktorů, případně se v jeho průběhu žádné rizikové faktory nevyskytují. Jedná se o základní pochod v životě člověka, proto se jedná o proces fyziologický (Hájek, 2014, str. 237). Nelze stanovit přesnou délku gravidity od oplodnění vajíčka do porodu. Délka trvání fyziologického těhotenství byla stanovena na 280 dnů, což je 40 dokončených týdnů, neboli 10 lunárních měsíců (Hájek, 2014, s. 31-32). Během této doby žena s partnerem i celou rodinou, projdou nesčetnými změnami. Mění se celkový vnější vzhled ženy. Obecně tyto fyzické změny (zvýšení tělesné hmotnosti, změna tvaru těla, pigmentace, strie) většina žen přijímá negativně (Ratislavová, 2008 s. 17). Vývoj psychických změn a reakcí je v době těhotenství z velké části determinován vlastní osobností ženy, zralostí osobnosti a věkem. Neméně důležitý je taktéž obecný postoj k těhotenství a k přijetí nové role – matky. Dalším aspektem vnímání celého procesu je zázemí sociální a ekonomické. V tomto období může dojít až ke ztrátě ekonomického statusu, případně se ztráty žena obává po narození dítěte. Mohou se dostavit až pocity obětování dítěti (Ratislavová, 2008, s. 26).

Pouze menší část těhotných žen přistupuje k těhotenství naprosto beze strachu. Lze jej však eliminovat dostatečným množstvím informací (Hájek, 2014, s. 63). Na této životní etapě změn a čekání na příchod nového dítěte je tak velice důležitá podpora ze strany

partnera, rodiny i přátel. (Ratislavová, 2008, s. 16, 17).

## 2.2 Péče porodní asistentky

Je s výhodou, pokud těhotná navštíví porodní asistentku na počátku těhotenství. Cílem je poznat budoucí matku a navázat vzájemnou důvěru. Pokud je při první či dalších návštěvách přítomen partner, platí totéž a porodní asistentka si tak může všimnout, jak partneri (manželé) vnímají příchod miminka nebo i sami sebe navzájem. Na první setkání s těhotnou ženou by měla mít porodní asistentka dostatek času a držet se zásady – nejprve nechat mluvit o svém stavu ženu a poté se případně doptávat, ne naopak. Je vhodné zajistit pro tento první rozhovor místo s příjemnou atmosférou, kde není ruch. Dobré je mít připraven záznamový arch, do kterého si porodní asistentka poznamená zjištěné údaje, verbální i neverbální projevy ženy. Náplní porodní asistentky je být pro ženu průvodcem v průběhu těhotenství a taktéž důkladné naslouchání (Štromerová, 2010, s. 57).

Pro úplně první rozhovor je vhodné setkání pouze s těhotnou ženou, bez partnera. Muži mají naprosto odlišné otázky i zájmy a bez jejich přítomnosti je větší šance, že se žena otevře. Na začátku prvního rozhovoru je dobré zaznamenat osobní údaje ženy, sepsat osobní anamnézu, na kterou se naváže rodinnou anamnézou. V souvislosti s rodinou je také nezbytné optání na rodinné zázemí ženy, vztah s partnerem, vztah s rodiči a dětmi. Osobní otázky na vztahy v rodině by měly být podávány šetrně a nenásilně. Dále se porodní asistentka táže na životní styl ženy, co je pro ni a její rodinu obvyklé. Zdravý životní styl, mimo jiné, zahrnuje dostatek spánku, fyzickou aktivitu, pobyt na čerstvém vzduchu a pestrou stravu. Cílem není ženě cokoli přikazovat, ale pouze doporučit a především nevystrašit, nevyděsit. Přínosem také může být ukázka ilustrací, které znázorňují vývoj miminka, pro lepší představivost u ženy a také propojení s dítětem. Je žádoucí, aby žena vnímala sebe i dítě, jako jednu jednotku, nikoliv jako dva oddělené objekty (Štromerová, 2010, s. 58 – 60).

Pokud žena navštíví porodní asistentku v průběhu těhotenství bude mít, ve většině případů, vystavenou těhotenskou průkazku. V ní bude uvedeno stáří těhotenství a termín porodu. Stačí tedy pouze orientačně termín porodu zkontrolovat. Lze tak zjistit několika metodami – dle gravidometru (speciální kotouč pro zjištění stáří těhotenství a termínu porodu), nebo dle tzv. Naegeleho pravidla, které zní takto: „K prvnímu dni poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce.“ Toto pravidlo lze uplatnit u žen, jejichž menstruační cyklus je pravidelný (Štromerová, 2010, s. 66). Další možností

určení stáří těhotenství je podle prvních pohybů, které těhotná vnímá (Hájek, 2014, s. 84). Nulipary (ženy, které ještě nerodily) pocítují první pohyby plodu okolo 20. týdne těhotenství, multipary (ženy, které již rodily) již v 16. - 18. týdnu těhotenství. Jedná se o velice subjektivní metodu, protože každá žena je ke svému tělu vnímavá odlišně (Štromerová, 2010, s. 66). Je možné také odhadnout stáří těhotenství dle výšky děložního fundu v jednotlivých měsících těhotenství. Výška děložního fundu se určuje ve vztahu k pupku, žebernímu oblouku a mečovitému výběžku těhotné (Hájek, 2014, s. 84). Přesnější je využití gravidometrie, kdy se krejčovským metrem měří vzdálenost vyklenuté břišní stěny od horního okraje symfýzy (spona stydká; S) k nejvyššímu bodu děložního fundu (F). Výsledek měření je zaveden do gravidometrické křivky a informuje porodní asistentku o růstu plodu, množství plodové vody apod. (Hájek, 2014, s. 84). Nejpřesněji lze určitě termín porodu podle ultrazvukové biometrie v prvním trimestru, kterou provádí lékař. Naměřená temeno-kostrční délka plodu (CRL = crown-rump length) patří v současnosti k nejdůležitějším parametrům určující stáří těhotenství a měří se v 7. - 13. týdnu těhotenství (Hájek, 2014, s. 118, 119, 121).

V průběhu návštěv porodní asistentka provádí zevní vyšetření ženy. Měří se pánevní rozměry, zevní míry břicha a provádí se vyšetření zevními (Leopoldovými) hmaty a také by neměla být opomenuta kontrola otoků. Pánevní rozměry je možné provést v různých stádiích těhotenství, na začátku je však měření snadnější. Provádí se pelvimetrem a zjišťují se tyto rozměry – vzdálenost předních trnů kosti kyčelní (distancia bispinalis, cca 26 cm), vzdálenost hřebenů kosti kyčelní (distancia bicristalis, cca 28 cm), vzdálenost mezi oběma velkými trochantery (distancia bitrochanterica, cca 31 cm), spojnice horního okraje spony stydké a trnu 5. bederního obratle (conjugata externa, cca 21 cm). Pokud se odečte od rozměru conjugata externa 10 cm, získá se takto přímý vnitřní rozměr pánve (conjugata vera). Co se týče měření břicha, porodní asistentka měří u ženy vleže krejčovským metrem obvod břicha v oblasti pupku a vzdálenost mezi symfýzou a fundem děložním. (Štromerová, 2010, s. 68-71).

Zevní vyšetření Leopoldovými hmaty (celkem jsou čtyři) informuje porodní asistentku o vývoji těhotenství, o aktivitě plodu a také o množství plodové vody. Ve druhé polovině těhotenství pak informace o postavení a poloze plodu. Ženu by měla porodní asistentka uložit do polohy, která bude těhotné příjemná. Je dobré ženu uložit na záda, podložit jí hlavu, aby se jí nedělalo nevolno. Podložení kolen je důležité pro uvolnění napětí břišních svalů. Vhodné je, aby měla porodní asistentka teplé ruce a přikládala na břicho celé dlaně. První Leopoldův hmat zjišťuje výšku děložního fundu ve vztahu k

pupku, žebernímu oblouku. Druhý Leopoldovým hmatem se vyšetřuje obsah děložních hran a to tak, že jedna ruka je stabilní a druhá ruka vyšetřuje opačnou hranu dělohy, poté se ruce prohodí. Takto lze hmatat velké části plodu (hřbet) a malé části plodu (horní a dolní končetiny). Třetím Leopoldovým hmatem se zjišťuje, jak je hlavička vstouplá do pánve. Orientačním bodem je krční rýha plodu. Těsně nad sponou stydkou prsty ve tvaru C pátrají po hlavičce. Podle toho, jak vysoko je krční rýha a do jaké míry lze pohybovat s hlavičkou plodu, lze usuzovat o tom, jak hlavička do pánevního vchodu vstupuje. Čtvrtý Leopoldův hmat zjišťuje taktéž jak je hlavička vstouplá do pánve. Prsty se snaží porodní asistentka vmáchnout pod sponu stydkou a po jejich stranách. Pokud lze takto „podebrat“ hlavičku, nevstupuje do pánevního vchodu. Čtvrtý Leopoldův hmat může být pro ženy bolestivý, je důležité vyšetření provádět šetrně a nenásilně (Štomerová, 2010, s. 72-74).

K zevním vyšetřením patří také vyšetření ozev plodu poslechem (auskultace). Je možné použít stetoskop nebo přenosný fetální Doppler. Přínosné je při poslechu ozev plodu zároveň kontrolovat puls těhotné, pro odlišení srdeční frekvence plodu a matky (Štomerová, 2010, s. 76).

Při každé kontrole je dalším krokem měření fyziologických funkcí. Porodní asistentka měří těhotné tlak krve, puls, tělesnou teplotu a hmotnost. Je dobré měřit tlak krve na obou pažích, jelikož by měly být na obou pažích naměřeny přibližně stejné hodnoty. Pravidelným měřením tlaku krve a pulsu lze mapovat kvalitu kardiovaskulárního systému ženy v celém průběhu těhotenství (Štomerová, 2010, s. 61).

Mezi další pravidelná vyšetření patří orientační vyšetření moče lakmusovými papírky. Zjišťuje se přítomnost bílkoviny a cukru v moči. Jedná se pouze o test orientační, přesné údaje lze získat z laboratorního vyšetření. Význam má toto vyšetření v komplexu objektivních vyšetření, která v celku tvoří obraz zdravotního stavu organismu ženy (Štomerová, 2010, s. 64).

### **2.3 První trimestr**

První trimestr je vymezen jako období od početí do konce 12. týdne těhotenství. Jedná se o čas hormonálních změn a nového začátku (Stadelman, 2009, s. 25). Často bývá obdobím tajemství, kdy o těhotenství ví pouze žena, případně partner se kterým očekávají nového člena rodiny (Stadelman, 2009, s. 27). Díky moderní lékařské diagnostice se ženy dozví o svém jiném stavu často už v brzkých stádiích těhotenství, a pokud je gravidita nečekaná, často se ženy rozmyšlí o pokračování či ukončení těhotenství. Při rozhovorech

se ženami v raném stádiu těhotenství by si měla porodní asistentka zachovat objektivitu a být pro ženu oporou v jejím rozhodnutí, ať je jakékoliv (Stadelman, 2009 s. 26).

Zevně nelze na těhotné pozorovat radikální tělesné změny, ale mnoho se toho děje uvnitř těla těhotné, které v období prvního trimestru přijímá nový, právě vznikající život (Frey, 2013, s. 662). Avšak to, co pozoruje většina žen v počátcích gravidity, jsou různé gastrointestinální obtíže a napětí v prsech. Jedná se především o nevolnost a zvracení. Tyto změny s vynecháním menstruace vedou ženy často k myšlence možného těhotenství (Stadelman, 2009 s. 27). Nauzeou a zvracením v počátku těhotenství trpí 50 - 90% žen. Nebývá výjimkou i pyróza (pálení žáhy). Doporučením je lehce stravitelná, nedráždivá strava podávána v malých porcích vícekrát denně (Hájek, 2014, s. 247).

V prvních měsících těhotenství bývá žena často zaměřena na sebe. Budoucí matka se smiřuje s faktem, že se v jejím těle vyvíjí plod a uvažuje o všem, co ji čeká (Ratislavová, 2008, str. 26). Toto období je pro ženy často abstraktní, právě díky absenci vnějším změn. Charakteristické jsou ambivalentní (protikladné) pocity, kdy na jedné straně cítí žena velkou radost, na druhé straně žena pociťuje strach z neznáma a ze zodpovědnosti za další lidskou bytost (Frey, 2011, s. 691). Tyto protichůdné emoce mohou být doprovázeny strachem z časně ztráty plodu, rozladěností, přecitlivělostí. Nejistota a změny často vedou ženy k vyhledávání kontaktu se svou vlastní matkou (Ratislavová, 2008, s. 26). Dle Patrika Balinta má těhotenství svůj energetický vývoj a první měsíce se jedná především o „zapouštění kořenů“ - plod niduje v děloze. Dále se rozvíjí vztahy, především s partnerem. S tím také souvisí přijetí či nepřijetí plodu (těhotenství) a následně vzestup ženské energie, kdy žena překonala přijetí těhotenství a plod prochází rychlým vývojem všech orgánových systémů (Balint, 2013). Co se týče sexuality, v první trimestru prožívají tuto oblast ženy naprosto individuálně. Některé si nepřipadají atraktivní vůbec, jiné naopak objeví zvýšenou touhu po intimním styku s partnerem (Frey, 2011, s. 692).

Nejčastěji v tomto období ženy řeší, jak sdělit informaci partnerovi či rodičům. Obzvláště stresující je, pokud těhotná očekává negativní reakci (Ratislavová, 2008, s. 26). Je důležité ženě vysvětlit, že je nezbytné nechat si čas na rozhodnutí a o případném ukončení těhotenství se dobře rozmyslet. V budoucnu již tento fakt žena z paměti nevymaže a může si toto rozhodnutí či trauma s sebou nést buď do dalšího těhotenství nebo minimálně do celého budoucího života (Stadelman, 2009, s. 26). Porodní asistentka by si měla v tomto období vymezit na těhotnou dostatek času pro rozhovor, vyslechnutí o ambivalentních pocitech ženy a případně doporučení pomoci v sociální oblasti (Ratislavová, 2008, s. 26).

Při návštěvě ženy v prvním trimestru po úvodním rozhovoru provede porodní vyšetření fyziologických funkcí, orientační vyšetření moče a kontrolu váhy. Zjistí pohmatem velikost dělohy a změří těhotné obvod v pase. Vzdálenost spona-fundus se měří v případě, že je děloha hmatná, což v prvním trimestru obvykle nebývá. Je důležité si vše zjištěné řádně zaznamenávat a nechat průběžně těhotné prostor pro dotazy. Porodní asistentka by neměla zapomenout zkontrolovat prsa – bradavky, velikost, tvar a jejich napětí. Pokud těhotná nenavštěvuje lékaře, mělo by ji být vypsána žádanka pro laboratorní vyšetření krve. Provádí se vyšetření krevní skupiny spolu s Rh faktorem, specifické protilátky, krevní obraz, infekce HIV, sérová žloutenka (HbsAg) a syfilis (BWR). Těhotná by měla být informována o tom, že tato laboratorní vyšetření jsou nezbytná pro objektivní posouzení jejího celkového zdravotního stavu. Nakonec si těhotná s porodní asistentkou dohodne další termín setkání (Štromerová, 2010, s. 50, 78).

## 2.4 Druhý trimestr

Druhý trimestr je vymezen od počátku 13. týdne těhotenství do 24. týdne těhotenství (Štromerová, 2010, s. 79). Bývá označován jako období přizpůsobení, pohody a přeměny. Po 3 měsících soužití s novým stavem dochází ke změně, kdy je patrné rostoucí břicho a ženy začínají i fyzicky cítit, že jejich dítě se má k světu, čímž i samy dokážou registrovat vitalitu plodu (Stadelman, 2009, s. 48). Potíže prvního trimestru, jako nevolnost a únava, jsou často na ústupu a kromě pohybů plodu, které již žena pociťuje lze fetálním stetoskopem slyšet srdeční akci plodu (Frey, 2011, s. 738).

Kromě rostoucího břicha, které již nelze schovat, ženy vnímají zvýšení hmotnosti a celkově změny tvaru těla. Ve druhém trimestru se často projevují změny na kůži – strie, pigmentové skvrny v obličejí (chloasma uterinum) a na středu břicha bývá patrná hnědá čára (linea fusca; Stadelman, 2009, str. 48) Obvykle se v tomto období u těhotných objevují bolesti děložních vazů, z důvodu markantního růstu dělohy, při kterém se podpůrné vazy dělohy musí roztáhnout a přizpůsobit. Projevují se se bolestí v tříselech a v křížové oblasti. (Stadelman, 2009, s. 59, 60) Je dobré těhotnou o normálních projevech dělohy informovat, tedy pokud pociťují během dne víc kontrakcí – děloha přichází růstovou fází. Děloha roste skokově, to znamená, že ze dne na den se zvětší. Tuto fázi růstu pak střídá období klid, kdy žena žádné tvrdnutí břicha či kontrakce nepociťuje. (Štromerová, 2010, s. 81) Dalším častým problémem jsou bolestivé křečové žíly (varixy), jak na dolních končetinách, tak kolem pochvy. Jelikož se mohou objevit právě i v

intimních partiích žen, nerady o tomto problému hovoří. Porodní asistentka by měla se ženou navázat takový vztah, aby se žena svěřila se všemi potížemi a mohla jí být nabídnuta adekvátní pomoc (Stadelman, 2009, s. 59, 60).

Další psychologická fáze v těhotenství začíná ve chvíli, kdy žena začne vnímat pohyby plodu. Tímto vjemem se obvykle mění ambivalentní pocity na pocity pozitivní. (Ratislavová, 2008, str. 26) Těhotná si začne více uvědomovat své těhotenství a začne plod vnímat jako samostatnou bytost a často také přemýšlí o tom, jak její dítě vypadá. (Frey, 2011, s. 750) Pokud se žena doposud nepokoušela navázat kontakt se svým dítětem, je vhodné ženu postupně naučit dotýkat se svého břicha a tím tak spojit ji s dítětem, případně takto propojit s dítětem i nastávajícího otce (Štromerová, 2010, s. 80). Patrik Balint se o tomto období zmiňuje jako o období otevřeného srdce, kdy žena pociťuje první pohyby plodu a navazuje s ním komunikaci. Druhý trimestr označuje jako období růstu a puberty, kdy se průběh puberty matky může promítnout do tohoto období těhotenství (Balint, 2013). Mnoho žen se cítí ve druhém trimestru více eroticky. Velikost břicha ještě není příliš velká a v tomto čase již většinou nemají obavy. Každá žena však oblast sexuality pociťuje odlišně a také záleží na obou partnerech (Frey, 2011, s. 751).

Okolí těhotné často teprve až při viditelně rostoucím břichu dokáže lépe pochopit různé potíže těhotných (Stadelman, 2009, str. 48), ačkoliv druhý trimestr většina žen označuje jako šťastný a pozitivní (Ratislavová, 2008, str. 26). Většina z nich je velice aktivních, vyhledávají různá setkání s ostatními nastávajícími matkami, se kterými si mohou vzájemně sdělovat své pocity, obavy, zážitky. V tomto období také nejčastěji kontaktují porodní asistentku, začnou navštěvovat předporodní kurz či cvičení pro těhotné (Ratislavová, 2008, s. 26).

V období druhého trimestru je vhodné, aby porodní asistentka vyšetřila těhotnou vícekrát z důvodu objektivního posouzení zjištěných údajů. Při setkání by měl proběhnout rozhovor se ženou, změření fyziologických funkcí a zevní vyšetření těhotné. Během schůzky by měla mít žena opět dostatek prostoru pro vyprávění o svém stavu. Porodní asistentka by měla pozorně naslouchat a také zjistit, co se změnilo od poslední návštěvy (Štromerová, 2010, s. 79).

Při zevním vyšetření si porodní asistentka všímá tvaru dělohy a její reaktivity. Stejně tak si všímá množství plodové vody aktivity plodu. Zda se plod při vyšetření ani nepohne či okamžitě začne okamžitě reagovat pohybem. Dále porodní asistentka změří obvod břicha, vzdálenost spony a fundu děložního. Pohmatem zjišťuje obsah dolního děložního segmentu, který by měl být ve druhém trimestru prázdný. Pro porodní asistentku



by mělo být v tomto období již snadné nalézt a poslechnout ozvy plodu (Štromerová, 2010, s. 80).

Všechny zjištěné údaje by si měla porodní asistentka řádně poznamenat a porovnat s předchozími zjištěními. V závěru schůzky pak se ženou domluvit termín dalšího setkání. (Štromerová, 2010, s. 79)

## 2.5 Třetí trimestr

Poslední trimestr těhotenství je vymezen od 25. týdne těhotenství do 36. týdne těhotenství (Stadelman, 2009, s. 75).

Tyto poslední měsíce slouží dítěti k přípravě na život po porodu. Jelikož plod stále roste a v děloze mu ubývá místo pro pohyb, dává těhotné najevo, která poloha je mu pohodlná či naopak (Stadelman, 2009, s. 77). Hledá svou pozici, čímž se připravuje nejen na porod, ale také dochází ke zkvalitnění jeho pohybových schopností (Štromerová, 2010, s. 83). Většina dětí se ustálí kolem 32. týdne těhotenství v poloze podélné hlavičkou (Štromerová, 2010, s. 84). Zvětšující se břicho nebo bolestivé pohyby dítěte začínají být pro ženy nepohodlnými (Stadelman, 2009, s. 77).

Fyzicky je toto období pro těhotné opět náročnější. Objevuje se únava, problémy se spánkem (Ratislavová, 2008, s. 27). Pigmentace na kůži mohou ještě více ztmavnout a dochází také ke ztmavnutí prsních dvorců a jejich zvětšení, stejně tak se zvýší hmotnost i velikost celých prsů (Stadelman, 2009, str. 80). Další obtěžující záležitostí je pálení žáhy, které je způsobeno nejen hormonálními změnami, ale v závěru těhotenství také růstem dělohy, kdy děloha tlačí na žaludek a orgány v břišní dutině (Stadelman, 2009, s. 85). Další nepříjemností, avšak nikoliv patologií, je obstipace (zácpa), která taktéž souvisí s relaxací hladkého svalstva vlivem hormonů a mechanickým útlakem rostoucí dělohou. Řešením je pro těhotné zvýšení příjmu vlákniny, dostatek tekutin a pohyb (Stadelman, 2009, s. 94).

V třetím trimestru je důležitým úkolem budoucí matky psychologická přeměna z vědomí aktuálního těhotenství k postupné přípravě na porod jejího dítěte. Kromě této přípravy se připravuje na nového člena i celá rodina a připravují pro něj také fyzický prostor a uspořádáním, shromažďováním věcí (Frey, 2011, s. 791). Závěrečné období je charakteristické právě tzv. „stavěním hnízda“. Těhotná se připravuje na porod, ze kterého může mít těhotná strach i přesto, že se na dítě těší a je si vědoma toho, že dítě je již zralé. Obavy však můžou přesahovat i do období poporodního (Ratislavová, 2008, s. 27). Dle energetického vývoje těhotenství je třetí trimestr charakterizován koncem, rozloučením s

těhotenstvím. Patrik Balint označuje poslední trimestr jako období stárnutí, dospělosti, zklidnění a důvěry (Balint, 2013). V tomto období často klesá sexuální touha těhotných. Případají si těžkopádné a je pro něj náročnější najít vhodnou polohu. Porodní asistentka by měla jednat citlivě, pokud připomene páru, že v ejakulátu muže jsou obsaženy prostaglandiny, které napomáhají zrání děložního hrdla. Ženské tělo při orgasmu vylučuje oxytocin, který stimuluje dělohu. Je dobré páru upřímně sdělit, že jemná sexuální aktivita nijak těhotenství neohroží (Frye, 2011, s. 792).

Smíření s novou rolí matky dle Balinta probíhá právě v tomto posledním trimestru. (Balint, 2013). Stejně jako smíření může nastávající matka pociťovat velký strach z budoucí nové role matky a zodpovědnosti za rodičovství (Ratislavová, 2008, s. 27).

Jako obvykle by měla další návštěva porodní asistentka začít rozhovorem s těhotnou, po kterém následuje změření fyziologických funkcí a zevní vyšetření těhotné. Porodní asistentka pozorně sleduje, zda je žena zdravá a zda se např. nevyskytují známky gestózy či změny růstu plodu. Proto je kromě rozhovoru zásadní i zevní vyšetření těhotné. Kromě měření objemu břicha a vzdálenosti spony stydké od fundu děložního jsou vypovídající také Leopoldovy hmaty, kterými lze zjistit množství plodové vody (dostatek či nedostatek). Části plodu by měla porodní asistentka hmatat jakoby pod vrstvou tkáně, což odpovídá přiměřenému množství vody plodové. Při vyšetření cítí porodní asistentka mírný odpor, který vytváří plodová voda. Naopak, pokud tento odpor chybí, může se jednat o snížené množství plodové vody a těhotná cítí pohyby plodu velice ostře. Opačným případem může být zvětšené množství vody plodové (polyhydramnion), kdy je břicho těhotné větší a části plodu bývají hmatatelné hůře. Při zjištění jakékoliv odchylky je důležité, aby porodní asistentka doporučila těhotné konzultaci u gynekologa (Štromerová, 2010, s. 84).

Pro správné sklonění hlavičky plodu v závěru těhotenství je důležitá konzistence dolního děložního segmentu. U multipar může být dolní děložní segment rozvolněný a tak je vhodné stáhnout břicho těhotné např. šátkem a podpořit tak vhodné ustálení hlavičky plodu v pánvi. U primipar naopak bývá dolní děložní segment pevný a tak lze pomoci ženám radou o změně chůze, postoje nebo různých cviků. Nejvýhodnější jsou v tomto období pro těhotné všechny polohy v předklonu (Štromerová, 2010, s. 85, 86).

Porodní asistentka také sleduje rozpoznání příznaků různých chorob. Vyšetří u těhotné moč, příbytek na váze a otoky. Pokud těhotná nenavštěvuje také lékaře, je vhodné doporučit ženě zopakování laboratorních náběrů (HIV, HbsAg, BWR, KO, protilátky u žen s Rh negativním faktorem). V tomto období se také provádí vaginorektální výtěr pro

zjištění přítomnosti beta-hemolytického streptokoka. 30-50% žen je nositelkami tohoto streptokoka naprosto bez potíží, nicméně PAS by měla ženě vysvětlit, že ohrožen může být plod při porodu (Štromerová, 2010, s. 86).

## 2.6 Předporodní období

V předporodním období, neboli 4 týdny před termínem porodu, je doporučeno navštěvovat lékaře či porodní asistentku jedenkrát za týden (Gaskin, 2010, s. 265). V tomto čase mají těhotné většinou již vybrané místo, kde by rády přivedly svět svého potomka, případně v těchto posledních týdnech před porodem dané zařízení navštěvují v rámci kontrol. Řada budoucích matek si v tomto období oddychne, jelikož nehrozí předčasný porod, u dítěte narůstá zásoba tukových polštářků a již téměř připraveno na život mimo dělohu. Většinou jsou již ženy také na mateřské dovolené a mají tak dostatek času pro pokračování v přípravě na příchod dítěte, jak materiální, tak psychické (Stadelman, 2009, s. 142). Důležité je, aby žena dostatečně spala, odpočívala a aby jen úpěnlivě nečekala na porod (Štromerová, 2010, s. 92).

Že se těhotenství blíží ke konci, ženy cítí a okolí vidí. Břicho je vysoko a stále více vypouklé. Děložní fundus klesá, čímž je zmírněn tlak na bránici a těhotné se může snáze dýchat. Děloha tlačí distálním směrem, především na močový měchýř (Hájek, 2014, s. 178). Plod vyplňuje celou břišní dutinu, což se projevuje tvarem břicha i držením těla budoucí matky (Stadelman, 2009, s. 144). U těhotné v této poslední fázi těhotenství dochází k biologické přípravě na porod pozvolným nárůstem děložní dráždivosti i motility (hybnosti), což vede k podprahové kontrakční činnosti. Tyto stahy jsou označovány jako Braxton-Hicksovy kontrakce, které lze zaznamenat již od 20. týdne těhotenství. Charakteristické jsou malými amplitudami a dlouhými intervaly. Kolem 39. - 40. týdne těhotenství se jsou popisovány kontrakce s vyšší amplitudou a s kratšími intervaly, jejich hodnota však nepřesahuje 12-18 mm Hg. Označují se jako dolores praesagientes. Tyto uvedené faktory, i s dalšími, se podílejí na rozvoji děložních kontrakcí, postupnému rozvoji dolního děložního segmentu. Dojde takto postupně až k zahájení první doby porodní (Hájek, 2014, s. 178).

Během těhotenství by mělo dojít k propojení mezi matkou a dítětem. Ženy většinou vnímá signály, které k ní plod vysílá např. změnou pohybů a aktivity. Psychické naladění ženy během posledních čtyř týdnů významně ovlivňuje zdraví narozeného dítěte i do budoucna. V tomto posledním období před porodem je na místě relaxace, odpočinek a

nácvik uvolnění (Štrometerová, 2010, s. 92). To je možné nacvičit během předporodní přípravy, kterou porodní asistentky nabízejí. Psychoprofylaktická příprava těhotné (případně páru) k porodu může probíhat individuálně či ve skupině více těhotných. Porodní asistentka by měla těhotné předat relevantní informace a dovednosti pro období těhotenství, porodu i šestinedělí. Kromě toho také seznámit těhotnou s různými možnostmi sociální opory, kterou může v budoucnu potřebovat. Cílem je, aby žena v předporodním období nabyla sebevědomí pro zvládnutí porodu, šestinedělí i v péči o dítě (Ratislavová, 2008, s. 53).

Porodní asistentka v tomto období provede vyšetření v poradně, jako obvykle (tlak krve, vyšetření moče, kontrola otoků, rozhovor), ale kromě toho se zaměřuje především na zevní vyšetření ženy a sleduje polohu, postavení, naléhání a aktivitu dítěte. Dále sleduje množství plodové vody a pokles břicha (Štrometerová, 2010, s. 88 - 90).

V posledních týdnech těhotenství může porodní asistentka také ženě doporučit některé z přirozených metod přípravy na porod. Podstatné je zdůraznit, že tyto metody nezaručí stoprocentně bezproblémový porod, ale jistě komplikacím pomohou předejít alespoň částečně. Zároveň žena začne vnímat fakt, že záleží na jejím těle a zdraví, jak bude porod probíhat a ne pouze na personálu v porodnici. Mezi přirozené metody přípravy na porod patří pravidelné pití čaje z maliníku (2x denně 1 šálek) a konzumace lněných semínek od 34. týdne těhotenství. Maliník podporuje rozšíření cév a podporuje stahy dělohy (ne, že by přímo vyvolal porod). Lněná semínka při dostatečném pitném režimu upravují pravidelné vyprazdňování střev těhotné. Jejich konzumace (1x denně 1 polévková lžíce) podporuje jejich peristaltiku a tím také aktivitu dělohy, stejně jako listy maliníku. Další možností je masáž hráze, ke které lze použít např. olej z pšeničných klíčků nebo jiné, čistě přírodní rostlinné oleje. Ideálně mandlový nebo meruňkový olej. Jako příměs lze použít některý éterický olej – např. levandulový nebo olej z růže. Ženina hráz tak bude měkčí, poddanější, hlavička dítěte snadněji projde a případně i napomůže preventivně nástřihu hráze – episiotomii (Stadelman, 2009, s. 168, 169).

### 3 PORODNÍ PROCES

Na počátku života je zrození, které je i počátkem mateřství a otcovství. Dobrý začátek života si zaslouží všichni (Buckley, 2016, s. 29). Cílem porodních asistentek i lékařů by měl být porod přirozený (Stadelman, 2009, s. 195 - 196). Ten je definován jako takový, který samovolně začíná, samovolně pokračuje a samovolně končí (Štomerová, 2010, s. 110). V souvislosti s přirozeným porodem se také zmiňuje pojem „šetrný porod“. Významem není přímo šetrný průběh porodu, ale že dítě bude na svět přivedeno přirozenou cestou a přechod z matčina těla na svět proběhne co nejšetrněji, pomocí všech přítomných u narození dítěte (Stadelman, 2009, s. 199). Takto by o zrození měly uvažovat i budoucí matky a věřit v zakořeněnou schopnost žen porodit potomka. Na druhou stranu je podstatné vědomí, že medicínu není dobré odmítat a v případě potřeby ji neodkladně využít (Stadelman, 2009, s. 195, 196). Pokud se však porodní proces zúží pouze na otázku přežití, budou popřeny psychické dopady porodu na matku a dítě, potažmo rodinu i společnost (Mrowetz, 2011, s. 47).

#### 3.1 Řízení porodního procesu

Porod je proces multifaktoriální a na jeho průběhu se podílí společně matka i dítě. Není záležitostí inteligence. Jedná se o proces mimovolní, který je řízen specifickým tokem hormonů (Odent, 2014, s. 78). Pro vyplavení potřebných hormonů je nesmírně důležitá souhra těchto látek. Estrogen, progesteron, kortizol a kortikoliberin (= hormon, který uvolňuje kortikotropin, což je bílkovina tvořena v plicích plodu, která je částečně vylučována do plodové vody a může takto přímo dráždit dělohu ženy) jsou spojovány s počátkem porodu. Další hormony účastníci se porodního procesu jsou oxytocin, beta-endorfin, katecholaminy (adrenalin, noradrenalin) a prolaktin (Buckley, 2016, s. 139).

Hladina *estrogenu i progesteronu* během těhotenství stoupá. Společně potencují analgetické účinky aktivací opioidních drah v mozku a míše. Estrogen v děloze zvyšuje počet oxytocinových receptorů, které koordinují děložní činnost (Buckley, 2016, s. 139).

*Oxytocin* bývá označován jako hormon lásky či hormon zapomnění svého já. Produkován je hypotalamem rodící ženy i plodu, ale také placentou, zárodečnými obaly a je obsažen i v plodové vodě (Buckley, 2016, s. 141-143). Je nejsilnějším uterotonikem (způsobuje děložní kontrakce). V průběhu porodu se jeho hladina v krvi rodících žen zvyšuje. Po porodu dosahuje hladina oxytocinu v krvi svého maxima a matka je jím ovlivněna i psychologicky. Jeví zájem o své dítě, reaguje na jeho signály a tvoří si takto s

novorozencem pouto (Moberg, 2016, s. 60-61). Nejvyšších hladin dosahuje oxytocin ještě cca 30 minut po porodu a asi do hodiny pak opadne (Buckley, 2016, s. 143). Kromě vytvoření vazby mezi matkou a dítětem také potencuje čich, kterým se matka i dítě naučí rychle vzájemný pach rozpoznat a zapamatovat (Moberg, 2016, s. 59).

Beta-endorfin je přirozený opiát produkovaný hypofýzou, který zajišťuje příjemné pocity. Zajišťuje pozitivní vzájemnou závislost pro matku i dítě. Svého maxima dosáhne u ženy při porodu a po třech hodinách jeho hladina klesá. Na původní hodnoty se dostane až třetí poporodní den (Buckley, 2016, s. 145-147).

Katecholaminy (adrenalin a noradrenalin) jsou látky stimulující sympatikus a aktivují tak reakci „útoku“ nebo „útěku“ (Buckley, 2016, s. 147-149). Tyto látky jsou vylučovány, pokud je člověk ovlivněn strachem, zimou nebo cítí, že je někým pozorován (Odent, 2014, s. 76). Jelikož jsou katecholaminy antagonisty oxytocinu, při reakci na strach či ohrožení mohou způsobit zpomalení až zastavení děložních kontrakcí. Hladiny mateřských katecholaminů jsou v období kolem porodu na vrcholu. Ačkoliv je pro průběh porodu přínosná nízká hladina katecholaminů, v některých případech může prudké zvýšení jejich hladiny u rodiček způsobit náhlý příval energie a umožní jim tak snadněji přivést dítě na svět. U novorozence pak vysoká hladina adrenalinu i noradrenalinu způsobí, že je po porodu bdělé a má otevřené oči (Buckley, 2016, s. 147-149).

Prolaktin je hormon, který je znám jako hormon mateřství či hnízdění. Během těhotenství ovlivňuje rozvoj mléčné žlázy pro budoucí kojení a po porodu je jeho významnou rolí tvorba mléka. Během těhotenství je tlumen progesteronem, který produkuje placenta. Po odloučení placenty pak hladina prolaktinu stoupá a maxima dosahuje asi hodinu po porodu. Během kojení je dále hladina prolaktinu přímo úměrná intenzitě, době a frekvenci sání dítěte (Buckley, 2016, s. 150-151).

Aby k vyplavení potřebného koktejlu hormonů u rodiček mohlo dojít, musí být splněny podmínky pocitu bezpečí, šera, ochrany a tepla. Ke spuštění „reflexu vypuzení plodu“ dojde v případě, že žena přestane být při porodu pod kontrolou neokortexu – část intelektu, myšlení. Při odpoutání od racionálního přemýšlení se chování ženy změní. Od říkání nesmyslů, nadávek a křiku až po zaujmutí poloh typických pro savce – na všech čtyřech (Odent, 2017, s.13). K narušení této přirozené aktivity „myslící“ části mozku může dojít např. racionálními dotazy PAS či lékaře, očním kontaktem, změnou prostředí (zářivky) nebo přítomností partnera u porodu (Odent, 2017, s.14). Je třeba chránit porodní proces před vlivem neokortexu a to především před ostrým světlem, před ohrožením soukromí rodičky, nebo pocitem nebezpečí (Odent, 2017, s. 89).

## 3.2 Vaginální porod

Porod, z čistě fyzického hlediska, může být definován jako proces, kterým jsou plod, placenta a plodové obaly vypuzeny porodním kanálem. Nejedná se však pouze o fyzickou záležitost. Události, které se stanou během porodu, mohou ovlivnit budoucí vztah mezi matkou a dítětem, a taktéž mohou získané zkušenosti (pozitivní či negativní) ovlivnit budoucí těhotenství (Marshall, 2014, s. 328). Po překonání porodu se také formuje osobnost ženy. Toto pokoření může být pro ženu zdrojem uspokojení, hrdosti a sebevědomí (Ratislavová, 2008, s. 58).

Podle odborné literatury je porod rozdělen na první, druhou, třetí a čtvrtou (poporodní) dobu porodní. Toto rozdělení je poněkud striktní, protože se jedná o porodní proces. Jeho průběh se u všech žen liší a může být označen jako individuální rytmus porodu. Avšak v současnosti je tendence popisovat a rozlišovat univerzálně fáze porodu, budou takto jednotlivé části také do jisté míry popsány (Marshall, 2014, s. 328).

Porodní asistentka může rodičce pomoci podporou psychickou ale taktéž po stránce fyzické (například masáží). K pohybu může být žena nabádána změnou poloh a držení těla. Pro zmírnění nefarmakologickými prostředky nabízí porodní asistentka teplou koupel či aromaterapii (Marshall, 201, 439). Porodní bolest je jeho fyziologickou, přirozenou součástí. Ženy se na ni mohou během měsíců připravovat, tato bolest trvá hodiny, objevuje se v intervalech, mezi kterými částečně ustává a je ukončena narozením dítěte, což je ve většině případů emočně pozitivní zážitek (Ratislavová, 2008, s. 67). Bolest při porodu je velice specifická a liší se její vnímání. Některé ženy ji vnímají jako pozitivní sílu a součást zrození, pro jiné se jedná o utrpení, kterému není možné se vyhnout (Takács, 2015, s. 37). Na porodní asistentce je pak včasné rozpoznání, pokud porod nepostupuje nebo je plod ohrožen (Marshall, 201, 439).

### 3.2.1 První doba porodní

Počátek první doby porodní je popsán jako začátek pravidelných děložních kontrakcí, doprovázený postupným rozevíráním porodnické branky až po její plné rozvinutí (Marshall, 2014, s. 328). Rozlišuje se latentní část první doby porodní (neboli přípravná část) – v této části ženy cítí stahy, které však mohou být nepravidelné v intervalech i intenzitě a na otevírání porodních cest se podílí mírně. V aktivní části první doby porodní však žena pociťuje stahy intenzivní a pravidelné, což vede až k úplné dilataci porodnické branky a sestupu dítěte až na pánevní dno (Štomerová, 2010, s. 110-111).

K odtoku vody plodové nejčastěji dochází v závěru dobře běžícího přirozeného porodu. Pokud porod probíhá fyziologicky, není důvod protrhávat vak blan předběžně (Štomerová, 2010, s. 117-119).

V období přípravném sleduje porodní asistentka především charakter děložních kontrakcí. Hodnotí jejich délku trvání, intervaly mezi jednotlivými kontrakcemi, jejich intenzitu a pravidelnost (Štomerová, 2010, s. 111). Ke zmírnění nepříjemných pocitů je vhodné doporučit teplou koupel, nahřátí křížové oblasti termoforem či sáčkem s ovocnými peckami. V této fázi se děložní hrdlo postupně zkracuje a branka nebývá otevřena na více než 3 - 4 cm. Je vhodné, aby žena co nejvíce odpočívala (Štomerová, 2010, s. 112-113).

V průběhu aktivní fáze porodu nadále sleduje porodní asistentka celkový stav rodičky. Sleduje také typ a intenzitu kontrakcí a pravidelně kontroluje, jak na porodní proces reaguje dítě – monitorací ozev plodu každých 10-15 minut (Štomerová, 2010, s. 114). Vnější vyšetření se provádí mimo kontrakci a poté průběžně, když potřebuje porodní asistentka zjistit postup porodu. Vnitřní vyšetření by se měla provádět co nejméně (Štomerová, 2010, s. 130). Ideálně tak, aby vaginální vyšetření byla prováděna vždy stejným člověkem, aby dokázal objektivně posoudit změny, ke kterým došlo (Masrhall, 2014, s. 340). Kromě dilatace branky se hodnotí orientace vedoucího bodu v porodních cestách (postup a rotace). Na počátku této aktivní fáze lze vaginálním vyšetřením zjistit dilataci branky na 4 – 5 cm. V této fázi jsou kontrakce pravidelné (interval cca 3-4 minuty) a trvají alespoň 45 sekund (Štomerová, 2010, s. 124). Může se také stát, že dojde k zeslábnutí stahů, ale pokud jsou ozvy plodu v pořádku, stejně jako jeho pozice, postačí k opětovnému zesílení stahů často jen odpočinek a doplnění energie rodičky (Štomerová, 2010, s. 131). Kromě sledování již zmíněného, PAS vede ženu k pomalému, klidnému dýchání, kdy je výdech delší než nádech. Žena si může představovat, že při výdechu se jí postupně uvolňují všechny svaly a ovlivňuje tímto postup dítěte směrem dolů. K dobrému uvolnění stahů dochází u žen nejčastěji na toaletě. Zde mohou uvolnit bez zábran svěrače (tedy i okolní svaly) a mají zde soukromí (Štomerová, 2010, s. 125). K uvolnění pánve je opět dobré nahřát tuto oblast termoforem, či teplou vodou ve sprše nebo vaně. „Na suchu“ je vhodná pozice rozkročmo s oporou a dobré je pánví pohupovat, vrtět. Pohybem žena pomůže miminku pohyb do užších prostor pánve (Štomerová, 2010, s. 125).



### 3.2.2 Druhá doba porodní

Dobu přechodnou, od zániku branky do nástupu vypuzovací doby, klasické porodnictví opomíjí (Štromerová, 2010, s. 142). Bere v potaz pouze přechod mezi první a druhou dobou porodní, tedy od zániku branky do porodu dítěte (Masrhall, 2014, s. 368). V přechodné fázi lze pozorovat změnu chování rodičky. Často se objeví zmírnění stahů nebo se prodlouží mezikontrakční intervaly. Tento čas potřebuje dítě pro dostatečnou rotaci a změnu pozice (Štromerová, 2010, s. 142). Porodní asistentka by měla po každé kontrakci poslechnout ozvy plodu, které by neměly být jakkoli změněny. Pokud si doposud PAS nepřipravila pomůcky k porodu, je nejvyšší čas, aby tak učinila (Štromerová, 2010, s. 143).

Během fáze vypuzovací matka aktivně, tlačáním, napomáhá dítěti opustit dělohu. Žena má pocit neuvěřitelného tlaku na konečník a v zásadě mohou ženy tlačit tak, jak samy cítí (Štromerová, 2010, s. 148). Rodičku není třeba nutit tlačit dříve, než sama chce. Pokud žena cítit potřebu tlačit dříve než je branka kompletně dilatovaná, je vhodné ji vysvětlit, aby tak nečinila a nezpůsobila si tak zranění (Gaskin, 2010, s. 312). Ozvy plodu by měla PAS sledovat po každé kontrakci. Častým úkazem je v této fázi tzv. vstupní fenomén. Jedná se o jev fyziologický, kdy plod reaguje na momentální stres přechodným, chvilkovým, poklesem ozev (Štromerová, 2010, s. 148). Během kontrakce dojde k poklesu ozev a poté dochází zpět k jejich úpravě (Štromerová, 2010, s. 149). Žena může v této fázi propadat panice, takže je důležité ženu uklidnit, informovat ji o tom, co se děje, pochválit ji za těžkou práci, kterou doposud vykonala (Marshall, 2014, s. 374). Porodní asistentka musí být trpělivá, a pokud ženám nelze „pustit miminko ven“ je vhodné doporučit některé vhodné pozice pro uvolnění svalů pánevního dna a sestupu dítěte v porodních cestách. Dobré je využití toalety, případně aby se žena postavila a opřela se o stůl, během čehož vrtí pánví. Další možností je střídat pozice vestoje nebo ve dřepu s pozicemi vleže, obvykle na boku (Štromerová, 2010, s. 148).

Pokud se ženě široce rozevívá konečník a v poševním vchodu je vidět hlavička dítěte, je vhodné, aby žena podle potřeby efektivně tlačila. K postupu hlavičky by mělo dojít nejdéle po třech stazích (Štromerová, 2010, s. 151). Jestliže hlavička postupuje rychle, je dobré ji přibrzdit, aby nedošlo u ženy k poranění. Po porodu hlavičky by měla porodní asistentka počkat, než dojde k zevní rotaci hlavičky, při které zároveň dojde k vnitřní rotaci ramének dítěte. Někdy pak stačí jen mírný tlak na spánek dítěte a dojde k porodu ramének, následně pak tělíčka (Štromerová, 2010, s. 153). Po vybavení dítěte z porodních cest je, ideálně, dítě položeno na matčino břicho (hrudník) a přikryto suchou rouškou (přikrývkou). Pupečník je dobré přerušit až po jeho dotepání, k čemuž dojde

obvykle přibližně do pěti minut (Gaskin, 2011, s. 321).

### **3.2.3 Třetí doba porodní**

Je definována jako doba od porodu dítěte k úplnému vypuzení placenty a plodových obalů. Zahrnuje však také rozvoj vztahu mezi matkou, dítětem a otcem, odloučení, sestup a vyloučení placenty a plodových obalů, kontrolu krvácení a někdy i počátek kojení (Marshall, 2014, s. 396). Na porodních sálech v České republice se vede třetí doba porodní aktivně, což znamená, že po porodu hlavičky dítěte je ženě intravenózně aplikován oxytocin (uterotonikum). Ke spontánnímu odloučení a porodu placenty dochází mezi 10 – 60 minutami, v průměru je to přibližně 13 minut (Marshall, 2014, s. 399).

Mechanismů odlučování placenty existuje několik. Uvádí se mechanismus odlučování placenty dle Boudeloque-Shultzeho - odlučování placenty od středu, dle Duncana - odlučování placenty od okraje (Marshall, 2014, s. 397). To, zda je placenta již odloučená lze zjistit taktéž několika způsoby. Znamení Alfredovo (lze pozorovat pokles peánu u rodidel ženy), Kustnerovo (tlakem za symfýzu lze pozorovat vtahování pupečníku – v tomto případě již placenta ještě odloučena není) a Strassmanovo (poklepem na fundus děložní lze zjistit pozorovat vlnění pupečníku). Nikdy není dobré tahat za pupečník a snažit se takto placentu vybavit. Placentu musí PAS detailně prohlédnout a popsat (tvar, velikost, celistvost, úpon pupečníku, k tomu náleží také popis celistvosti plodových obalů (Gaskin, 2011, s. 325). Po porodu placenty by měla porodní asistentka zkontrolovat pochvu ženy, zda nedošlo k poranění, případně daná zranění šetrně, sterilně ošetřit. Následně je ženě omyt vchod poševní i jeho okolí a na závěr jsou ženy dány čisté vložky. Prostředí by mělo být čisté a útulné, ženě by mělo být příjemně a teplo (Gaskin, 2011, s. 327).

### **3.2.4 Čtvrtá doba porodní (doba poporodní)**

Je definována jako 2 hodiny po porodu dítěte, kdy žena zůstává uložena na lůžku, pokud možno se svým dítětem v náručí. Okamžitý bonding (kontakt kůže na kůži) neprodleně po porodu má pro matku (i otce) prokázáno mnoho benefitů (Marshall, 2014, s. 500). Po tuto dobu je třeba u matky kontrolovat dělohu (její zavinutí, výšku děložního fundu), měřit tlak krve, puls a teplotu (Gaskin, 2011, s. 331).

Nepřerušovaný bonding je důležité podporovat ihned po porodu a to kontaktem holé kůže dítěte na kůži matky, případně otce, ošetřením dítěte na těle matky (sejmutí Apgar skóre, fonendoskop, podvaz pupečníku). Novorozenec by měl být udržován v suchých příkrývkách společně s matkou, jako jedna jednotka (novorozenci je dobré dát

čepičku a ponožky, ale neměly bychom se dotýkat jeho rukou). Dalším aspektem je podpora vizuálního kontaktu dítěte s matkou - podložit matce hlavu, když leží na zádech. Pomoc přisátí miminka k bradavce by měla probíhat dle jeho tempa, může k tomuto dojít i třicet minut po intenzivním bondingu. Dítě, které je připravené, má doširoka otevřené oči, olizuje si pěstičky (na kterých má plodovou vodu). Bradavka pro něj pak voní stejně, jako plodová voda. Vytvořením příjemné, intimní atmosféry ze strany zdravotníků a eliminací techniky (fotoaparáty, mobilní telefon) tak lze vytvořit ideální prostředí, které zaručí novopočené mamince i dítěti naplněné okamžiky uspokojení po porodu (Mrowetz, 2011, s. 28-29).

Pokud porodní asistentka pečuje během porodu o jednu ženu, je tato péče rodícími ženami hodnocena jako uspokojující (Marshall, 2014, s. 336). Ve výzkumu z roku 2011, kterého se zúčastnilo okolo 15 000 žen, bylo prokázáno, že význam nepřetržité podpory během porodu je velice hodnotný. Prokázalo se, že u žen s kontinuální péčí porodní asistentky během porodu probíhal porod kratší dobu a byla nízká pravděpodobnost intrapartálních intervencí. U těchto žen byla menší pravděpodobnost užití epidurální analgézie nebo jiných medikamentů proti bolesti, porodu císařským řezem, vakuuumextrakcí či kleštěmi. Celkově byly ženy spokojenější s jejich celkovými zkušenostmi z porodu (Hodnett, 2011).

### **3.3 Císařský řez**

Císařský řez je porodnická operace, při které je žena pod vlivem anestezie (celkové či regionální). Během této operace jsou plod, placenta a plodové obaly vybaveny z dělohy ženy otvorem, který je proveden skrz břišní stěnu a stěnu dělohy (Marshall, 2014, s. 463). V současnosti je trendem tzv. „císařský řez na přání“, čímž se spousta žen domnívá, že se jedná o snadnější cestu přivedení dítěte na svět. Tento zásah je však pro matku i dítě daleko větší, než spontánní porod, nehledě na zátěž psychickou. Pokud k této operaci nejsou jasné medicínské důvody, nemělo by k „císařskému řezu na přání“ vůbec docházet (Stadelman, 2009, s. 202, 203). Z operace, která původně vznikla jako život zachraňující, se v některých částech světa stává běžný způsob porodu (Odent, 2016, s. 8). Hlavním důvodem, proč celosvětově stoupá provedení císařského řezu je proto, že tato operace se stala bezpečnou (Odent, 2016, s. 9).

Mezi výhody, které ženy považují za pozitivní vzhledem k provedení císařského řezu, patří vyhnutí se porodní bolesti, nejistota týkající se průběhu vaginálního porodu,

poranění perinea nebo trauma dítěte. Avšak po provedení této porodnické operace trpí ženy větší bolestí než po vaginálním porodu a jejich zotavení trvá delší dobu (Takács, 2015 s. 63-64). Dalšími negativní faktory jsou ty, které s sebou nese primární i opakované císařské řezy. Mezi tyto problémy patří placenta accreta (placenta vrostlá do děložní stěny), poranění močového měchýře, střev, hospitalizace na jednotce intenzivní péče, krevní transfuze a obecně delší hospitalizace (Buckley, 2016, s. 263).

Indikace k provedení císařského řezu jsou dle Michela Odenta absolutní a relativní (diskutabilní). Přestože absolutní důvody k provedení císařského řezu představují nepatrné procento, je důležité si je řádně uvědomit. Do této skupiny patří například prolaps pupečníku (výhřez), placenta praevia (vcestné lůžko), abrupce placenty (předčasné odloučení placenty), čelní poloha plodu, příčná poloha plodu, zástava srdce matky. V těchto případech je provedení chirurgického zákroku zcela zásadní. Do druhé skupiny, diskutabilních indikací pro provedení císařského řezu patří dle M.Odent a jizva na děloze – po předchozím císařském řezu (toto téma je popsáno v samostatné podkapitole blíže), nepostupující porod (souvisí s dnešním neporozuměním fyziologii porodu), kefalopelvický nepoměr (pokud je proveden císařský řez v průběhu porodu, je obtížné rozlišit kefalopelvický nepoměr od nepostupujícího porodu), tíseň plodu (rozdílná kritéria lékařů), myomy a cysty na vaječnicích (záleží na velikosti a umístění), předchozí poranění análního svěrače, poloha plodu koncem pánevním (v tomto případě je lepší provést císařský řez, než porod vaginální cestou v přítomnost znepokojených lékařů, avšak naopak existují ženy, které si navzdory opozici přejí porod vaginální). Další indikací jsou vícečetná těhotenství a také ženy, které jsou HIV pozitivní (snížení rizika přenosu viru) nebo infekce Herpes viry (Odent, 2016, 86-91).

Na místě je zmínit také fakt, že existuje určitý rozdíl mezi císařským řezem provedeným před zahájením porodu a císařským řezem v průběhu porodu. M. Odent rozlišuje druhy načasování pro provedení této porodnické operace – císařský řez provedený před zahájením porodu, neakutní, nerizikový císařský řez provedený v průběhu porodu a nouzový, rizikový císařský řez provedený v průběhu porodu. V kontextu dnešního poznání je tak upozaděna klasifikace porodu dle druhu porodních cest, ale z hlediska dítěte je rozdíl mezi císařským řezem před zahájením porodu a ostatními možnostmi, bez ohledu na způsob, kterým je dítě přivedeno na svět. Dětem, které jsou narozeny před počátkem porodu hrozí větší riziko respiračních obtíží (plíce plodu produkují surfaktant – hormon, který informuje dělohu matky o zralosti plic dítěte). Při porodním stresu jsou také vyplaveny endorfiny, které potencují vyplavení prolaktinu, který

mimo jiné také působí na dozrávání plic, stejně tak stresový hormon noradrenalin. Dalším zkoumáním se prokázalo, že v krvi pupeční šňůry u narozených dětí je rozdílná hladina adiponektinu (hormon, který se podílí na metabolismu tuků). Nižší hodnoty byly naměřeny u dětí, které se narodily císařským řezem před zahájením porodu oproti hodnotám u dětí, které se narodily císařským řezem v průběhu porodu nebo vaginálně. Dalším rozdílem byla zjištění ve mateřském mléce (Odent, 2017, s. 23-26). Velkým rozdílem oproti vaginálnímu porodu je neosídlení trávicího traktu novorozence potřebnými mikroby. Při vaginálním porodu dojde k osídlení přátelskými bakteriemi, kdežto při porodu císařským řezem se dítě narodí do zcela jiného prostředí. Opožděné nebo odlišné osídlení trávicího traktu potřebnými bakteriemi bývá spojeno s vyšším výskytem potravinových alergií u dětí, které se narodily císařským řezem a jejichž matky jsou alergičky. Důležitou úlohou střevní flóry je v rozvoji imunitního systému člověka (Odent, 2016. 67-69).

Časný kontakt kůže na kůži mezi ženou a jejím dítětem by měl být podporován, protože zlepšuje vnímání dítěte matkou, dovednosti matky v péči o novorozence, chování, výsledky kojení a snižuje plačtivost dítěte. Navíc by jim měla být nabídnuta podpora a pomoci v začátcích kojení co nejdříve po narození miminka. A to proto, že u žen je méně pravděpodobné že začnou kojit ihned po porodu, avšak po rozběhnutí kojení jsou schopny v kojení pokračovat stejně, jako ženy po vaginálním porodu (Marshall, 2014, s. 465).

Před samotnou operací musí žena odložit všechny šperky, musí být odlícená a mít odlakované nehty. Také je oholena v intimních partiích a podbřišku (kvůli prevenci infekce). Pro prevenci tromboembolie má žena na dolních končetinách bandáže. Dalším krokem k přípravě na operaci je sterilní zavedení močového katetru do močového měchýře. Ženu před operací také navštíví anesteziolog, který ženu informuje o druhu anestezie, který jí bude proveden a také se informuje o tom, kdy žena naposledy jedla a pila (ideální je totiž několikahodinové lačnění, jako prevence aspirace). Těhotná je odebrána krev pro zjištění stavu krevního obrazu, krevní skupiny (případně pro křížovou zkoušku při nutnosti transfuze). Před zahájením operace jsou ženě profylakticky intravenózně podána antibiotika - tato prevence je účinná před provedením řezu a dítě tímto není nijak ovlivněno (Marshall, 2014, s. 464).

Péče na oddělení šestinedělí zpočátku zahrnuje pravidelnou kontrolu tlaku krve, pulsu, dechu, teploty, kontrolu odchodu očítků, rány po operaci, příjem a výdej tekutin. Po mobilizaci ženy je jí odstraněn močový katetr. Žena by měla dostatečně odpočívat, a pokud je unavená, je na místě pomoc s péčí o její dítě. Je vhodné umístit postýlku dítěte vedle postele matky a případně také pomoci při kojení (Marshall, 2014, s. 467). Po propuštění z

porodnice je vhodné pečovat o jizvu po proběhlém císařském řezu, což bude více popsáno v kapitole šestinedělí.

Některé ženy cítí pocit selhání a zklamání, pokud jim byl proveden akutní císařský řez. Je dobrou vizitkou porodníka, pokud ženu po císařském řezu kontroluje, nejen po stránce fyzické, ale snaží se vysvětlit důvody provedení operace, a dále předá rady ohledně dalšího budoucího těhotenství (Marshall, 2014, s. 467). Po provedení císařského řezu je dopad na psychické zdraví ženy významný. Ovšem ne u všech se vyskytnou posttraumatické symptomy. U plánovaných sekci je pravděpodobnost výskytu psychického traumatu nižší, než u žen s plánovanou sekci. Lze to odůvodnit tím, že při plánované sekci mají ženy dostatek času na smíření se s tímto faktem a zdravotníci poskytující péči jsou při tomto zákroku v dobré psychické kondici. Pokud je zákrok akutní, prostředí na ženy působí stresově a hekticky (Takács, 2015, s. 66).

### **3.4 Vaginální porod po předchozím císařském řezu**

Vaginální porod po předchozím císařském řezu - VBAC (vaginal birth after Caesarean section) je bezpečnou alternativou k rutinnímu opakování císařského řezu. Poskytování přesných informací a zdrojů o VBAC může pomoci ženám s porodem a vyhnout se tak rizikům spojených s císařským řezem (VBAC, 2019). Vzhledem ke vzrůstající tendenci v provádění císařských řezů, je na lékařích/porodních asistentkách podat ženám dostatek informací o možnostech porodu po provedeném císařském řezu. Je důležité brát v úvahu priority a preference budoucích matek, dále rizika a výhody opakovaného císařského řezu potažmo rizika i výhody VBAC. Dalším předpokladem pro úspěšný VBAC je fakt, že ženy, které již vaginální porod absolvovaly, mají větší pravděpodobnost úspěšnosti vaginálního porodu (Marshall, 2014, s. 466).

Pro vedení porodu vaginální cestou je důležité zjistit indikaci původního císařského řezu a také jak probíhalo hojení pooperační rány. Kromě tohoto také znalost gestační anamnézy, celkový stav ženy a zvážení jejího věku (Hájek, 2014, s. 499). Hlavním rizikovým faktorem, který ovlivňuje možné protržení (ruptura) dělohy, je indukce (umělé vyvolání) porodu. Dalším faktorem je nepostupující porod nebo věk rodičky. Vyšší riziko je u žen nad 35 let. Ve studiích se také prokázalo, že větší riziko existuje v případě, že interval mezi porody je kratší, než 18 měsíců (Odent, 2016, s. 93-98). Pokud porod postupuje dobře a snadno, je VBAC možný. Pokud ne, je vhodné provést císařský řez (Odent, 2016, 100).

## 4 ŠESTINEDĚLÍ A PÉČE PORODNÍ ASISTENKY

Období 6 týdnů po porodu (42 dnů) je definováno jako šestinedělí neboli puerperium. Jedná se o období, během kterého dochází v organismu ženy k návratu stavu před těhotenstvím. Pokud proběhne bez komplikací, jedná se o pravidelné, fyziologické šestinedělí (Koudelková, 2013, s. 19). Lze jej rozdělit na časné - do 7. Dne po porodu a pozdní 8. - 42. Den po porodu (Hájek, 2014, s. 208). Některé ženy využijí možnost ambulantního porodu, avšak většina rodiček zůstává 3 - 5 dní po vaginálním porodu na oddělení šestinedělí. Po císařském řezu bývá žena převezena po operaci na jednotku intenzivní péče a po 1 – 2 dnech je převezena na standardní oddělení šestinedělí. Celková doba hospitalizace po císařském řezu bývá obvykle 5 – 7 dní, v průběhu které je ženě obvykle péče poskytována porodními asistentkami a novorozeneckými sestrami (Koudelková, 2013, s. 23). Neexistuje jednoznačné doporučení o tom, kolikrát je třeba ženu v poporodním období kontrolovat v domácím prostředí, ale minimum jsou alespoň 2 návštěvy porodní asistentky. V české republice si musí většina žen návštěvu porodní asistentky hradit sama, jelikož zdravotní pojišťovny hradí tuto péči jen v případě indikace lékařem (Štromerová, 2010, s. 209 – 210). V zahraniční literatuře je uvedeno, že je vhodné navštívit ženu v prvních 24 hodinách po porodu, dále pak 2. – 7. Den a od 8. Dne pak pravidelně po dobu 6 – 8 týdnů (Marshall, 2014, s. 503). Péče pas je zaměřená individuálně na uspokojení potřeb bio-psycho-sociálně-spirituálních nejen matky, ale i novorozeneho dítěte (Andraščíková, 2010, s. 38).

### 4.1 Fyziologické změny v šestinedělí u ženy a péče porodní asistentky

Během 6 týdnů po porodu dochází v organismu ženy ke změnám involučním (návrat ke stavu před těhotenstvím) a progresivním (rozvoj mléčné žlázy a laktace), avšak některé psychické změny mohou trvat i několik měsíců (Hájek, 2014, s. 209).

#### 4.1.1 Somatické změny

Největší změnou prochází děloha, která se v těhotenství zvětší až na 1000g a na konci šestinedělí se zmenší přibližně na 80g. K tomuto zmenšení dochází díky involuci (zmenšení svalových vláken; nesnižuje se počet, ale mezi vlákny přibývá elastin a pojivová tkáň), retrakci (zkrácení svalových vláken) a kontrakcím (aktivní smrštění svalových vláken; uzavření cév a snížení krevní ztrát). Vlivem involuce se snižuje děložní fundus, který porodní asistentka palpačně (dotykem) pravidelně vyšetřuje. Po porodu lze fundus hmatat u pupeční jizvy nebo mírně pod ní, každý den by však měl fundus klesat o 1 cm. To

znamená, že 10. den po porodu již děložní fundus nelze nahmatat. V místě inserce placenty se na endometriu (vnitřní vrstva dělohy) nachází raná plocha. Během hojení odchází z dělohy sekret, krevní koagula, tkáňový mok, sekret z děložního hrdla a pochvy ve formě očístků. Očistky (lochia) postupně mění své složení i barvu. Lochia rubra (červená barva; převážně krev) – 1. - 3. den, lochia fusca/serosa (nahnědlá barva; krev s hlenem) – 3. - 5. den, lochia flava (žlutavá barva; leukocyty) – 5. - 10. den a nakonec lochia alba (bílá barva; hlen) 10. - 14. den, někdy i déle. Očistky mají zásadité pH, čímž zvyšují riziko vzniku infekce v pochvě (Hájek, 2014, s. 209-210). Z tohoto plyne, že je důležité ženu poučit o časté výměně vložek, důkladné hygieně a o nošení bavlněného spodního prádla. Ženě silněji odcházejí očistky při vstávání, kojení nebo vyšší fyzické námaze (Koudelková, 2013, s. 23-27). Děložní hrdlo bývá po porodu ochablé, ale postupně se uzavírá a na konci šestinedělí bývá uzavřeno zcela. Avšak nikdy ne do stejné podoby. Před porodem má děložní hrdlo tvar důlku, po porodu tvar příčné štěrbiny. Reepitelizace poranění děložního hrdla trvá přibližně 6-12 týdnů. Vejcovody a vaječníky klesají zpět do malé pánve. Vagina (pochva) je během porod extrémně roztažena a rýhy (rugae vaginales) bývají vyhlazeny. Během šestinedělí zmizí pigmentace pochvy a zmenší se (nebo zcela vymizí) varixy. Perineum (hráz) bývá po porodu nateklé a citlivé. Záleží na poranění, sleduje se zarudnutí, otok, neporušenost rány v případě episiotomie. Co se týče hormonálních změn, hladina estrogenu a progesteronu po porodu do 7. dne klesá, k dalšímu vzestupu dochází podle laktace. Lidský choriogonadotropin (hCG) se snižuje k nule do 11. - 16. dne po porodu. Laktace pak ovlivňuje nástup ovulace a menstruace, respektive produkce prolaktinu. Hladina prolaktinu má v období laktace antikoncepční účinek (potlačuje FSH a LH), avšak ne stoprocentně. Příčně uložené srdce na konci těhotenství nyní zaujímá zpět svou dřívější polohu. Oproti těhotenství, kdy se zvýšil krevní objem o 30 - 40%, se krevní objem zpět snižuje a běžným úkazem je po porodu ortostatická hypotenze. Jejím důvodem je pokles odporu pánevních cév, krevní ztráta po porodu a nízký tlak krve. Žena může pociťovat závratě, slabost, proto ženy nikdy nesmí vstávat poprvé po porodu samy, ale vždy s doprovodem porodní asistentky. Bránice již není utlačována dělohou a klesá zpět do své původní polohy. Dochází také ke změnám hemokoagulace. Srážlivé faktory mají vyšší hladinu a zvyšují se taktéž hladiny fibrinogenu a trombocytů (maximum 2. týden po porodu), v rovnováze s nimi je systém fibrinolytický a po porodu fibrinolytická aktivita vzrůstá (Hájek, 2014, s. 209-211). Změny se dále týkají také močového systému. Močový měchýř bývá rozepjatý, první dva dny po porodu se nedokonale vyprazdňuje a zbývá reziduální moč (riziko infekce). Zvětšené ledviny během několika týdnů zpět involují. Pro



prevenci vzniku infekce močového systému je důležité dbát u šestinedělky na dostatečnou hydrataci, teplo a hygienu. Gastrointestinální trakt projde změnou rychle. Střevní kličky se po porodu dostanou zpět na svou původní polohu. Může přetrvávat snížená peristaltika střev a potíže s vyprazdňováním (Koudelková, 201, s. 20). Na kůži obecně mizí hyperpigmentace a strie úplně nezmizí, ale zestříbí (Hájek, 2014, s. 210). Pevnost a elasticita břišních svalů se vrátí do původního stavu během 6-7 týdnů. Rozestup přímých břišních svalů může přetrvávat po porodu velkého plodu nebo vícečetných těhotenství (Hájek, 2014, s. 210). Zpětný návrat pevnosti svalů závisí také na pravidelnosti cvičení. Kolem 3. poporodního dne dojde u ženy k nalití prsou a produkci mateřského mléka (Koudelková, 2013, s. 21, 34). Více je o laktaci uvedeno v samostatné podkapitole.

Po porodu císařským řezem lze ženu podpořit v hojení jizvy, kterou (nejčastěji) na podbřišku po této operaci má. Jizva potřebuje ke zhojení vhodné podmínky, aby se zhojila optimálně – funkčně. Prvním krokem je dotýkání jizvy co nejdříve po porodu. Matka by měla přijmout jizvu jako součást svého života. Obvykle je po operaci obtížné pro ženy hluboce dýchat, ale je dobré, pokud dokážou dech procítit a případně se co nejdříve po porodu (3-6 hodin) pokoušet polohovat na bok. Čím rychleji se žena (i přes nepříjemnou bolest) pokusí polohovat na boky, tím rychleji také dojde k vertikalizaci (postavení). Po úspěšném vstání z lůžka si pak žena může několikrát denně jizvu oplachovat vodou, kdy sprcha působí značně analgeticky a šetrná mikromasáž proudem vody aktivuje tvorbu tkáně. V průběhu dalších dní si žena při pohybech pomáhá kontaktem ruky v oblasti podbřišku, čímž tvoří jizvě podporu a břicho je méně bolestivé. Pomocníkem v tomto může být také šátek, který vytvoří břichu oporu a sníží tah na jizvu. Přibližně okolo 3. týdne po porodu je vhodné začít s jemnou masáží jizvy, která se provádí celou dlaní plošně, směrem k tříslům a k páteři a plošně se provádí také kroužení. Z bylinných olejů je vhodné použít např. třezalkový olej, med, případně i pár kapek levandulového oleje. Toto promašťování jizvy je důležité pro prevenci vysychání jizvy a přispívají k hojení. Kromě zmíněných masáží odborníci z oblasti fyzioterapie doporučují využití kineziotejpů a lymfotejpů pro zajištění pružnosti, plochosti a změkčení jizvy (Bajerová, 2018).

#### **4.1.2 Psychické změny**

Psychika ženy je ovlivněna řadou okolností a změny fyzické jdou ruku v ruce se změnami psychickými. Po porodu se mění hladiny hormonů, jak je uvedeno v předchozí části. Průběh porodu zanechá stopu fyzickou i psychickou – žena zpracovává zážitek z porodu, vyrovnává se s jeho průběhem a svou vlastní rolí u porodu. Přijímá své

novorozené dítě jako samostatnou bytost a je ovlivněna i jeho zdravotním stavem. Zároveň navazuje se svým dítětem citové pouto na zcela nové úrovni. Má různá očekávání od nové role – matky a může mít pocit nedostatečnosti a neschopnosti v péči o dítě (Ratislavová, 2008, s. 82). Partner, rodina a obecně okolí nedělkky by tak mělo mít na paměti, že kolísání hormonů nedělkky ovlivní i její chování. Při porodu vynaložila velké úsilí a po něm se může cítit osamělá a prázdná, stejně jako její břicho – prázdné a ochablé. Nejlepším lékem je v tomto ohledu blízkost její novorozeného dítěte. Ke zvládnutí prvních dnů osamocení a zároveň velké radosti ze zvládnutého porodu potřebuje šestinedělka dostatečnou oporu, čas, pozornost a péči (Stadelman, 2009, s. 260). Porodní asistentka tak má důležitou úlohu v podpoře rodičů při přeměně do rodičovské role, která může probíhat již v předporodní přípravě (Marshall, 2014, s. 510). Nedocenitelná je důvěra, kterou si PAS se ženou vybuduje již během těhotenství, snadněji pak pečuje o ženu i v šestinedělí. Zná totiž její rodinné zázemí, partnerský vztah a žena se také raději svěří s osobními nebo intimními problémy porodní asistence, kterou již zná (Stadelman, 2009, s. 278).

Narození dítěte je velice intenzivní emocionální zážitek. Změny nálad v počátcích šestinedělí jsou naprosto běžné (Marshall, 2014, s. 536). První den po porodu u žen většinou panuje radostná nálada (Ratislavová, 2008, s. 82). Mezi 3. - 5. dnem (období, kdy je většina žen propuštěna z porodnice domů) se však mohou začít projevovat subdepresivní příznaky – tzv. poporodní blues, většinou však netrvá déle než týden (Marshall, 2014, s. 536). Neměl by trvat déle než 14 dní. Projevy poporodního blues jsou např. emoční labilita a výkyvy nálad, podrážděnost, plačtivost, zmatenost, únava. Některé ženy mohou mít i potíže somatické (bolest kloubů, zubů). O tomto jevu je výhodné ženy informovat v předporodním kurzu (Ratislavová, 2008, s. 82). Pokud pokles nálady a její výkyvy neustupují do 14 dnů po porodu, mohou se u ženy rozvinout až různé psychické poruchy vyžadující odbornou pomoc. Jedná se o poporodní depresi (vývoj nejčastěji mezi 6. - 12. týdnem po porodu) a poporodní psychózu (vznik nejčastěji v prvním týdnu až v 15 dnech po porodu). Obě tato onemocnění mají své různé formy a vyžadují včasnou lékařskou pomoc nejen kvůli matce, ale také kvůli dítěti, které může být v případě těchto psychických onemocnění i ohroženo (Ratislavová, 2008, s. 91-92).

#### **4.1.3 Laktace a kojení**

O kojení nelze přemýšlet jen jako o zdroji výživy pro dítě, nýbrž jako o významném aspektu mateřství. Zahrnuje láskyplné objetí matky a vzájemný kontakt. Během této chvíle se jak u matky, tak u dítěte uvolňují hormony štěstí a lásky, které na

obou stranách tyto pozitivní pocity vyvolávají (Buckley, 2016, s. 309).

Po spontánním (vaginálním) porodu dochází u ženy k rozvoji produkce mateřského mléka (= laktace) a okolo 2. - 3. dne pak dojde k nalití (pnutí, zvětšení) prsou. U žen po císařském řezu může být tento proces prodloužen o den nebo i více dní (Koudelková, 2013, s. 34). Od porodu do nalití prsou produkují prsy mlezivo – kolostrum. Žlutavého mleziva se neprodukuje velké množství, avšak obsahuje dvojnásobné množství bílkovin než zralé mateřské mléko. Obsah tuku je nižší, ale jeho množství se postupně zvyšuje. Velký podíl tvoří také mléčný cukr a minerální látky – až o 1/3 vyšší obsah než v následujících týdnech. I přes uvolnění malého množství mleziva je toto množství pro novorozence plně dostačující. Po nalití prsou dochází k produkci tzv. přechodného mléka. Jeho barva je žlutková a obsahuje větší podíl tuku. Obsah bílkovin je o něco nižší, zatímco mléčný cukr svůj obsah zvýšil. Toto mléko je optimální k nasycení dítěte a jeho příbytku na váze. Přibližně od 3. týdne (nejpozději 8.) již v prsech matky vzniká zralé mateřské mléko, které vzhledově více připomíná vodu. Oproti mlezivu obsahuje asi o polovinu méně bílkovin, obsah tuku se téměř zdvojnásobí a obsah mléčného cukru je o něco vyšší. Nelze však jednoznačně určit, kolik které složky přesně mléko obsahuje, protože se tvorba a složení mléka přizpůsobuje potřebám dítěte a frekvenci přikládání k prsu. Prsy, ze kterých saje dítě méně, budou produkovat o něco sytější mléko než prsy, ze kterých dítě pije frekventněji. Z uvedeného je zřejmé, že umělá strava nemůže v prvních týdnech života odpovídat individuálním potřebám novorozence (Stadelman, 2009, s. 378-379). Během kojení spolu s živinami do jeho těla od matky proudí protilátky, lymfocyty a laktoferin. Všechny tyto složky zlepšují funkci imunitního systému novorozence, který zatím není dostatečně vyvinutý pro boj proti různým infekcím (Buckley, 2016, s. 310-311).

Kojení během prvních 6 měsíců života je tím nejlepším startem pro novorozence. Zlepšuje zdraví matek, a zdraví i kognitivní vývoj dětí. Je to jeden z nejjednodušších preventivních přístupů k ochraně života dětí (Marshall, 2014, s. 407). Nejúčinnějším předpokladem počátečního spuštění tvorby mateřského mléka je kojení dítěte dle jeho potřeby co nejčastěji (Stadelman, 2009, s. 380). Co nejdříve po porodu by měla mít matka dítě u sebe, brzké přiložení dítěte k prsu zvýší pravděpodobnost úspěšného kojení do budoucna. První kojení však zcela závisí na dítěti - některé děti projeví ihned po porodu touhu sát, jiným to trvá i několik hodin (Marshall, 2014, s. 711). Ve chvíli, kdy matka kojí své dítě, je z hypothalamu produkován oxytocin. Ten působí na myoepitelové buňky v prsních alveolech, a může tak dojít k uvolnění mléka. Zároveň oxytocin stimuluje uvolnění prolaktinu z hypofýzy, což je hlavním hormonem pro tvorbu mléka. Matky se díky

vylučovanému oxytocinu stávají vůči svým dětem vnímavějšími, citlivějšími k jejich potřebám a při každém kojení také obecně klidnějšími a spokojenějšími. Tyto změny v chování navozené oxytocinem při laktaci slouží k posílení účinků oxytocinu, který byl vyloučen při porodu. Do určité míry dokáže produkce oxytocinu při kojení zastoupit jeho nedostatek při porodu císařským řezem (Moberg, 2016, s. 65).

Porodní asistentka by měla ženu vždy dostatečně podporovat a dodávat jí odvalu. Zároveň by měla připomenout ženě, že předpokladem úspěšného kojení je trpělivost, výdrž a klid (Stadelman, 2009, s. 385). Další rolí porodní asistentky je v tomto ohledu podpora ženy ve zdokonalování v praktických dovednostech a nácviku pozic při kojení. To vše proto, aby byla schopna své dítě kojit samostatně a bez obtíží (Marshall, 2014, s. 715).

Komfortní poloha matky při kojení je nezbytnou podmínkou úspěšného kojení. Lze využít různých obměn pozic vsedě nebo vleže. U žen po S. C. nebo u těch, které mají velice bolestivé perineum, je pozice vleže jedinou, kterou dokáží po porodu zvládat. Vhodných poloh ke kojení je na výběr několik a každá matka si najde individuálně takovou, která jí bude nejvíce vyhovovat. Je to například - jak již bylo zmíněno - poloha vleže – matka má vypodloženou hlavu polštářkem a spolu s dítětem oba leží na boku. Poloha Madonny (vsedě) – hlava dítěte leží v ohbí paže matky a svým předloktím matka dítěti podpírá záda, spodní ruka dítěte je kolem pasu matky. Chodidla si může žena vypodložit stoličkou a případně je možné dát pod ruku s dítětem kojící polštář. Poloha tanečnicka je taktéž poloha vsedě (jako poloha Madonny), s tím rozdílem, že matka drží dítě obrácenou rukou. Takzvané fotbalové (boční) držení je takové, kdy dítě leží na předloktí matky a jeho hlavičku podpírají matčiny prsty. Nožky má dítě podél matčina boku a neměly by se o nic opírat. Předloktí matky je vhodné opět vypodložit polštářem. Další alternativou je poloha vzpřímená (vertikální), kdy dítě sedí obkročmo na noze matky, která jednou rukou drží prs a druhou rukou dítě. U žen po sekci je kromě polohy vleže taktéž vhodný polosed s vypodloženými nohama. Dítě leží v ohbí paže a na předloktí matky. Břicho matky chrání polštář a polštář pod kolena podpírá dolní končetiny matky (Poloková, 2012, s. 32-37; Mamila, 2019) . Nácvik těchto poloh je pro budoucí matky výhodné vyzkoušet již v předporodním kurzu (Andraščíková, 2010, s.53).

Tělo dítěte by mělo být otočené k tělu matky tak, že dítě je k prsu přiloženo ve stejném úhlu, ve kterém k dítěti směřuje bradavka matky. Ústa by měla být doširoka otevřena a bradavka by měla směřovat k hornímu, tvrdému patru pro podráždění sacího reflexu. Spodní čelist dítěte se pak pohybuje nahoru a dolů a jazykem dítě stlačuje bradavku a mléko je tak z mléčných vývodů uvolněno. Je důležité, aby dítě ústy obemklo

větší část prsního dvorce a ne pouze bradavku. Pokud tomu tak není, nemůže být z prsu mléko dostatečně uvolněno. Některé matky jsou při takto správném přísátí překvapené, že necítí žádnou bolest (Marshall, 2014, s. 712 - 715).

Pokud má žena ploché nebo vpáčené bradavky, neznamená to, že nemůže plně kojít. Lze využít různých pomůcek – formovače bradavky a kojící kloboučky. Pomocí formovačů lze bradavku napřímit a v tom případě pak dítě bude schopné bradavku správně uchopit. Někdy je i přesto nutné kojít s ochranným kloboučkem, nicméně je dobré se pokoušet o kojení bez něj (Stadelman, 392 - 393).

Jestliže má žena bolestivé nebo poraněné bradavky, nejpravděpodobněji jsou tyto potíže způsobené špatnou technikou kojení. Bradavky by za normálních okolností při sání bolestivé být neměly. Pokud ženě z bradavek vytéká krev, jedná se o poranění drobnými trhlíčkami, které se nazývají ragády. Při těchto potížích je vhodné při kojení nejprve nabídnout méně bolestivý prs, ale není třeba měnit frekvenci nebo délku kojení. Dobré je také vsunout do úst dítěte malíček ke zmenšení tlaku na bradavku, když dítě bradavku pouští (Stadelman, 2009, s. 393). Další nepříjemností může být městnání mléka – retence. Prsy ženy jsou bolestivé, citlivé a v prsu mohou vzniknout zatvrdlá místa. Je to způsobeno taktéž nesprávnou technikou kojení, avšak pomocí v tomto případě není odstavení dítěte od kojení. Důležité je přikládat dítě bradičkou směrem k postiženému místu. Masáže prsu (v teplé sprše) a teplé obklady pomohou uvolnit mléko při kojení a způsobí tak ženě úlevu od bolesti (Stadelman, 2009, s. 401).

V metaanalýze „Kojení ve 21. století“, která byla publikována časopisem *The Lancet* v roce 2016 bylo zjištěno, že efektivní kojení (minimálně 6 měsíců) chrání děti před vznikem infekcí, snižuje riziko nadváhy a diabetu. Zároveň bylo zjištěno zvýšení kognitivních funkcí (inteligence) a vyšší riziko vzniku zubního kazu. U těchto kojených dětí se do budoucna neprokázala souvislost se vznikem alergií, astmatu, vysokého krevního tlaku ani se zvýšenou hladinou cholesterolu. U žen se prokázal význam kojení jako ochrana před vznikem nádorového onemocnění prsů, vaječníků a vznikem diabetu II. typu. Nedávné epidemiologické a biologické objevy tak dále rozšiřují známé přínosy kojení pro ženy i děti (Victoria, 2016).

## **4.2 Péče porodní asistentky o fyziologického novorozence**

Dítě je z absolutního bezpečí a tepla dělohy přivedeno do světa naprosto odlišného. Je tak na všech účastnících porodu, aby tento proces proběhl co nejšetrněji a dítě po porodu

slyšelo jen příjemný tlukot matčina srdce, šepot přítomných lidí a aby bylo zabaleno do měkkých přikrývek (Stadelman, 2009, s. 299). V prvních 14 dnech života novorozence dochází k počátkům přizpůsobení životu, k úplné adaptaci dochází kolem druhého měsíce – toto období se nazývá novorozenecké (Štromerová, 2010, s. 211).

Cílem prvního vyšetření dítěte po porodu je zjištění jakýchkoli viditelných vrozených malformací a posouzení počáteční adaptace na život mimo dělohu (Marshall, 2014, s. 592). Po porodu se adaptace novorozence hodnotí pomocí skóre dle Virginie Apgar. Jedná se o systém bodování, kdy je hodnocena barva kůže (růžová – 2 body; tělíčko růžové, končetiny modré – 1 bod; modrá, bledá – 0 bodů), dech (pravidelný, silný křik – 2 body; nepravidelný, povrchní – 1 bod; chybí – 0 bodů), puls (nad 100 – 2 body; pod 100 – 1 bod; chybí – 0 bodů), reakce na podráždění (kašle, kýchá, po podráždění se odtáhne – 2 body; grimasa, pláče při podráždění – 1 bod; žádná reakce – 0 bodů) a svalové napětí (spontánní aktivita – 2 body; snížené – 1 bod; chybí – 0 bodů). Každý z těchto komponentů je hodnocen nulou, jedním nebo dvěma body podle toho, v jakém stavu novorozenec je. Maximum je 10 bodů a hodnocení by mělo probíhat v 1., 5. a 10. minutě po porodu. Lze však tyto položky hodnotit hromadně, aniž by bylo nutné rušit po porodu matku s dítětem (Štromerová, 2010, s. 180). Sledování základních životních funkcí a projevů dítěte je po porodu dostačující, pokud se novorozenec projevuje fyziologicky. Puls i tlukot srdce miminka lze provést na těle matky. Dále je třeba jej průběžně kontrolovat a v návaznosti na tom také navrhnout, aby se matka uložila do pohodlné pozice a zkusila přiložit novorozence k prsu. Kromě celkové kontroly dítěte po porodu je třeba dítě vyšetřit kompletně, detailně. K tomuto vyšetření je žádoucí mít připravené prostředí, které je teplé a dobře osvětlené. Miminko by nemělo v žádném případě prochladnout. Porodní asistentka změří obvod hlavičky, kterou prohlédne a zkontroluje fontanely. Prohlédne uši, oči, dutinu ústní a patro, taktéž zkontroluje sací reflex. Dále prohlédne bradu, krk, hrtan, zkontroluje klíční kosti, souměrnost hrudníku. Na rukách pátrá po uchopovacím reflexu. Na bříšku pohmatem i pohledem kontroluje pupečník a jeho úpon (tloušťku, délku, vývody cév), třísla, na kterých pohmatem zjistí také puls dítěte. Kontrolu konečníku (jeho prostupnost) provede porodní asistentka opatrně změřením tělesné teploty. Na dolních končetinách zjišťuje hybnost kyčlí a kotníků, chodidla, prsty a úchopový reflex na nohou. Při položení dítěte na bříško zkontroluje páteř (souměrnost). Celkové vyšetření by mělo být zakončené zvážením dítěte a ošetřením pupečníku. Po oblečení miminka se provádí dětem kredeizae (do očí se dítěti nakape Ophthalmoseptonex jako prevence proti kapavce; matka může mít bezpříznakovou infekci a dítě se může při porodu nakazit). Měřit se miminko může i pár

dní po porodu, až se u něj uvolní flekční držení dolních končetin (Štromerová, 2010, s. 188-189, Gaskin, 2010, s. 330-331). Ve většině porodnic v České republice je novorozenec po porodu vyšetřen lékařem na vyhřívacím lůžku, kde je mu i ošetřen pupečník, poté je oblečen a následně předán do náruče matky nebo přítomného doprovodu.

V dalších dnech i týdnech šestinedělí je pak porodní asistentka ženě k dispozici, aby jí dokázala pomoci s hygienou miminka, s kojením, případně poradila s očkováním a obecně prevencí infekcí. Průběžně tak sleduje adaptaci novorozence nejen fyzickou, ale také jeho adaptaci rodinou. Z uvedeného vyplývá, že nedílnou součástí péče porodní asistentky je také poradenství v oblasti sociální (Andraščíková, 2010, s. 35-36).

### **4.3 Péče porodní asistentky o rodinu jako celek**

Mezi mnohými definicemi je rodina popsána takto: „Rodina je skupina, která zajišťuje biologické pokračování společnosti a přenos kultury mezi generacemi. Také je skupina, která je spojena intimními city, spoluprací a vzájemnou pomocí“ (Andraščíková, 2010, s. 58).

Porodní asistentka je jedním z mála lidí, který má v tak úzké skupině lidí, jakou rodina je, přístup do jejích nejintimnějších oblastí (Štromerová, 2010, s. 225). Měla by svou činnost vykonávat vždy ve spolupráci s rodinou a ve prospěch novorozence. Neosvobodí rodiče od jejich povinností, ale podpoří je v osvojení rodičovských rolí a v péči o nového člena rodiny (Andraščíková, 2010, s. 58). Novorozené dítě zcela změní původní chod rodiny, partneři si zvykají na přijímání nových rolí – matka, otec (Andraščíková, 2010, s. 60 - 61). V dnešní době většina mladých rodin žije odděleně od svých rodičů/prarodičů, čímž chybí předávání mezigeneračních zkušeností a mladé matky se mohou cítit osaměle. Navíc se na ně ze všech stran valí informace o tom, co by jak měly dělat. Dalším úkazem také bývá to, že tchyně či vlastní matka šestinedělky bude mít tendenci poučovat ji o tom, jak by co měla správně dělat. Pokud je matka ve správném navázání kontaktu se svým dítětem, ví nejlépe sama, jak se o něj starat. PAS může být vhodnou průvodkyní při orientaci, třídění informací a tím, kdo přátelsky poradí, zodpoví dotazy a povzbudí. „Špatně zapnutá plena nevadí, nezámek ano“ (Štromerová, 2010, s. 226).

Je skvělé, pokud se do péče o miminko zapojí také otec dítěte, avšak pokud o to otec zájem nejeví, není v zájmu porodní asistentky nikoho do ničeho nutit nebo dokonce vyvolávat v rodině konflikty. Mladí rodiče si častokrát neuvědomí, že s příchodem nového

člena rodiny dojde k úplné změně chodu domácnosti a pak jsou ze změny překvapeni. Všichni dohromady se musí naučit soužití, které je jiné (Štomerová, 2010, s. 226).

Pomoc mladé rodině může poskytnout právě porodní asistentka, a to již v období předporodním (předporodní kurzy, návčiky týkající se péče o miminko). Dále může být poradkyní v oblasti kojení i života s miminkem (Štomerová, 2010, s. 227). Pro partnery může být správným krokem zpětné hodnocení a rozebrání porodního zážitku. PAS by měla páry, které mají zkušenost z porodu společnou, k tomuto vést (Gutmanová, 2013). Vždy by měla být člověkem, který poradí, ale nikdy nic nevyčítá (Štomerová, 2010, s. 227).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

### 5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat vybrané období v životě ženy z pohledu porodní asistentky.

### 5.2 Dílčí cíle

1. Popsat fyzické změny v období těhotenství, porodu a šestinedělí.
2. Popsat psychické změny v období těhotenství, porodu a šestinedělí.
3. Porozumět probíhajícím změnám v období těhotenství, porodu a šestinedělí.
4. Vytvořit časovou osu o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí.
5. Vytvořit sebereflexi z pohledu porodní asistentky.

## **6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY**

### **6.1 Formulace problémů**

Porodní asistentka má kompetence k péči o ženy, jejichž těhotenství, porod a šestinedělí probíhá fyziologicky.

Kontinuální péče porodní asistentky je výhodná proto, že po celou dobu těhotenství, porodu a šestinedělí může porodní asistentka osvětlit ženám změny, ke kterým v tomto období fyziologicky dochází. Lze tak předejít vyhledávání nerelevantních informací těhotnými/šestinedělkami na různých neodborných internetových stránkách či fórech.

Při pravidelných kontrolách u gynekologa se některé ženy nezeptají na vše, co je skutečně zajímavé. A tak se ptám: „Jak je možné popsat průběh dlouhodobé a kontinuální péče porodní asistentky o ženu v těhotenství, při porodu a v poporodním období?“

### **6.2 Výzkumné otázky**

- Jak žena prožívá fyzické změny v období těhotenství, porodu a šestinedělí?
- Jaké pocity prožívá žena v období těhotenství, porodu a šestinedělí?
- Jakou podobu má dlouhodobá a holistická péče porodní asistentky?
- Jaké jsou nároky na porodní asistentku, která poskytuje ženám dlouhodobou a holistickou péči?

## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Pro daný výzkum jsem si vybrala záměrně ženu, která byla na počátku těhotenství, přičemž nezáleželo na paritě, stupni vzdělání či věku. Dalším zahrnujícím kritériem bylo, že žena byla ochotna dlouhodobě spolupracovat a poskytovat mi dobrovolně informace. Pro daný výzkum jsem oslovila ženu ze svého okolí, se kterou jsme se již znaly. Nebyl proto problém ve vzájemné důvěře.

Vybrané respondentce bylo v době výzkumu 32 let a vychovávala s manželem 2 děti. V průběhu zkoumání očekávala narození 3. potomka.

Respondentku jsem seznámila s anonymitou údajů a také mi dobrovolně podepsala informovaný souhlas, který je uveden v příloze. V bakalářské práci uvádím ženino křestní jméno, s čímž má respondentka souhlasila.

## 8 METODIKA PRÁCE

K vypracování své bakalářské práce jsem zvolila **metodu kvalitativního výzkumu**. Pomocí této metody výzkumu je možné objasnit, jak se lidé v určitém, nejčastěji přirozeném prostředí chovají. Umožňuje porozumět chování lidí v různých situacích. Cílem mého zkoumání je longitudinální pozorování jedné ženy ve vybraném období a hloubkové poznání souvislostí, které se v průběhu mého zkoumání objevily (Hendl, 2005, str. 52, 53).

Pro zmapování období těhotenství, porodu a šestinedělí jsem zvolila **metodu případové studie (case study)**. Informace od respondentky jsem získávala kombinací metod, a to formou rozhovoru (polostrukturovaný, narativní, neformální), pozorování a analýzy dokumentů.

**Polostrukturovaný rozhovor** zaručí tazateli, že se mu dostane odpovědi na všechna konkrétní témata, která chce osvětlit a pomáhá mu udržet zaměření rozhovoru (Hendl, 2005, str. 174). **Narativní rozhovor** lze využít, chceme-li respondenta povzbudit k volnému vyprávění a nejsou pokládány standardizované otázky (Hendl, 2005, str. 176). **Rozhovor neformální** probíhá spontánně v průběhu interakce tazatele a respondenta. Výzkumník tímto způsobem může získat informace, které se prolínají po celou dobu výzkumu. Rozhovory tak mohou průběžně stavět na rozhovorech předešlých (Hendl, 2005, str. 175).

Pomocí **zúčastněného pozorování** lze kvalitně popsat, co se děje, kdy, jak a proč v přirozeném prostředí respondenta. Je zaměřeno na hloubkový popis a tazatel je v užším vztahu s respondentem, což vede k možnosti lepšího odhalení vnitřní perspektivy respondenta (Hendl, 2005, str. 193). K záznamu zjištěných informací jsem použila připravenou tabulku, do které jsem zjištěná fakta zapisovala každý měsíc, při pravidelném setkávání s respondentkou. Tento záznamový arch je uveden v příloze č. 3.

Využití **analýzy současných dokumentů**, tedy dokumentů pořízených v době uvažovaných událostí, poskytuje výzkumníkovi doplnění dat. Kromě osobních dokumentů lze využít k doplnění dat také fotografie získané v průběhu výzkumu (Hendl, 2005, str. 204, 205). Během zkoumání jsem čerpala informace z těhotenské průkazky, lékařských zpráv a dokumentů, které mi respondentka poskytla. V příloze je taktéž uvedeno několik fotografií z průběhu výzkumu. Uplatněním zmíněných metod jsem měla možnost získat informace od respondentky v bio-psycho-sociálně-spirituálních souvislostech.

## 9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Setkávání s respondentkou probíhalo pravidelně v jejím rodinném domě. První setkání proběhlo v září 2017, během kterého jsem se ženou sepsala její osobní, rodinnou, pracovní, sociální, gynekologickou a porodnickou anamnézu. Po sepsání anamnézy probíhalo tělesné měření, průběžný rozhovor a mé pozorování. Naše první setkání trvalo přibližně 2,5 hodiny. Zjištěnou anamnézu jsem zaznamenala do připravené dokumentace, která je uvedena v příloze. Stejně tak odpovědi respondentky z proběhlého rozhovoru a její neverbální projevy, které jsem při rozhovoru sledovala. Tělesná měření jsem zapisovala do tabulky tělesných měření, která je uvedena u každého záznamu ze setkání.

Další setkání probíhalo pravidelně každý měsíc, v intervalu 4-5 týdnů. S respondentkou jsme se scházely v odpoledních hodinách o víkendech. Schůzky trvaly v průměru 1-2 hodiny, dle okolností či problémů, se kterými se respondentka svěřovala. Takto jsme se setkávaly až do porodu její dcery, který proběhl 13. 4. 2018. Během šestinedělí jsem se s respondentkou v rámci výzkumu setkala ještě 2x. Jednou naše setkání proběhlo na oddělení šestinedělí (3. den po porodu) a druhé setkání na konci šestinedělí v jejím domě. Při pravidelných schůzkách jsem pokračovala v záznamu odpovědi respondentky a neverbálních projevů do dokumentace. Tělesné změny jsem zapisovala do předem připravené tabulky, která se od první schůzky po celou dobu výzkumu neměnila.

V 1., 2. a 3. trimestru jsem respondentku vyfotografovala pro ilustraci fyzických změn. V příloze je také uvedena fotografie pomůcek, které jsem během péče o ženu používala.

Přibližně 14 dní před porodem dcery mi respondentka poskytla rozhovor trvajícím 30 minut. Rozhovor probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru a stejně tak proběhl i rozhovor trvajícím 30 minut na konci šestinedělí. Tyto dva delší rozhovory jsem se svolením respondentky nahrávala na diktafon.

Během pravidelných setkání jsem prováděla měření i rozhovor s respondentkou většinou o samotě. Několikrát byl přítomen mladší syn, celkem 3x byla přítomna starší dcera, ale pouze jedenkrát se zapojila do našeho rozhovoru. Manžel respondentky se setkání účastnil 1x na několik minut, protože jsme ho přizvaly k poslechu ozev miminka dřevěným stetoskopem, jinak se výzkumu neúčastnil. Po celou dobu výzkumu jsem byla s respondentkou v kontaktu a snažila jsem se být neustále k dispozici, čehož Petra využívala i po jeho skončení. Ke komunikaci jsme užívaly mobilní telefon.

## 10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 10.1 První setkání

DATUM: 24. 9. 2017	POŘADÍ KONZULTACE: 1.	TÝDEN TĚHOTENSTVÍ: 8.
-----------------------	--------------------------	--------------------------

#### OSOBNÍ INFORMACE A ZÁKLADNÍ ÚDAJE O ŽENĚ

<b>JMÉNO:</b> Petra	<b>ROK NAROZENÍ:</b> 1985	<b>BYDLIŠTĚ:</b> Plzeňský kraj rodinný dům město – 3 500 obyvatel
<b>RODINNÝ STAV:</b> vdaná	<b>ZAMĚSTNÁNÍ:</b> fotografka tč. mateřská dovolená	<b>GRAVIDA/PARA:</b> III/ II
<b>PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA:</b> neprobíhá	<b>TERMÍN PORODU:</b> POSLEDNÍ MENSTRUACE: 31. 7. 2017 (TP 7. 5. 2018) DLE 1. USG: neznámé CRL OPLODŇUJÍCÍ STYK: od 7. 8. 2017, přesné datum neví	

Respondentka Petra je **usměvavá, energická** žena s polodlouhými hnědými vlasy a štíhlou, sportovní postavou. Měří 165 cm. Na první pohled **působí** velice **upraveně** a je vidět, že o svůj zevnějšek dbá.

#### ANAMNÉZA RESPONDENTKY

##### Osobní anamnéza

- *operace*: II/2015 – císařský řez, Domažlice

##### Rodinná anamnéza

- *rodiče i prarodiče* bez zatížené zdravotní anamnézy, s ničím se neléčí
- *vztah s matkou* označuje respondentka jako dobrý, ale vřelejší vztah má se svým otcem
- o svém *vlastním narození* mi sdělila, že porod byl vaginální a bez komplikací (o kojení blíže neví)

##### Farmakologická

- v minulosti ani v současnosti žádné *léky* dlouhodobě *neužívá*
- *potravinové doplňky/vitaminy*: Femibion – 1 tabletu 1x denně

##### Toxikologická

- *alkohol* před těhotenstvím pila příležitostně

- *nekouří* a ani před těhotenstvím nekouřila
- *kávu* pije přibližně 2x týdně

#### Pracovní

- *minulé povolání* – policistka
- *současné* – mateřská dovolená, fotografka (OSVČ)

#### Sociální

- 1. dceru má respondentka ze vztahu s předchozím partnerem
- *v současnosti* vdaná; *vztah* trvá 4 roky
- *sociální podmínky* respondentky jsou zcela vyhovující (bydlí s manželem a dvěma dětmi v rodinném domě, mají dobré finanční i rodinné zázemí)

#### Gynekologická

- *menstruační cyklus* – od 12 let; pravidelný 28-30 dní/4 dny krvácení
- *menstruace* – bolestivá; bez užívání antikoncepce silné bolesti v podbřišku
- *antikoncepce (ATK)* – 16-23 let hormonální antikoncepce; ve 23 letech užívání ATK přerušeno (narozena dcera); r. 2010-2014 – hormonální antikoncepce; od r. 2015 hormonální antikoncepci neužívá
- *operace* – r. 2015 císařský řez, Domažlice
- *gynekologické obtíže* – v minulosti přibližně 3x do roka vaginální záněť

#### Porodnická

- žádné *umělé přerušování těhotenství*, *potrat* ani *mimoděložní těhotenství* neprodělala
- P1: 2009, dcera 3100 g/49 cm, Domažlice, šestinedělí afebrilní, kojila 6 měsíců, zdráva
- P2: 2015, syn 3010/46 cm, Domažlice, S.C., stav po hypoxii, šestinedělí afebrilní, kojila 1 měsíc, zdrav
- *komplikace* – P1 – episiotomie, která se zhojila bez komplikací; P2 – hrozící asfyxie plodu, z tohoto důvodu byl indikován akutní císařský řez

#### Současné těhotenství

- těhotenství je *plánované* a *spontánně* vzniklé
- *porodní přání* zatím žádné nemá
- *místo porodu* zatím také neplánuje
- *význam těhotenství* – respondentka je šťastná z očekávání dítěátka
- *obavy* – aby se neopakovaly žádné komplikace jako při porodu syna a aby bylo možné porodit vaginálně
- *vliv minulých zážitků* – jelikož byl 2. porod nejprve indukován a následně zastavován kvůli indikaci akutního císařského řezu (hrozící hypoxie plodu), byl tento zážitek pro respondentku nepříjemný a přeje si, aby se toto již neopakovalo

#### Osobnost ženy

- *extrovertní*; snadno projevuje emoce; převládá ženský princip
- věří v přírodu, v sebe sama

#### Životní styl (zájmy)

- nechává život přirozeně plynout bez 100% jasných cílů; je velmi orientována na blaho rodiny, neděle si nechávají jako rodina pro sebe, kdy tráví čas všichni dohromady

- *záliby*: cvičení, historické tance, šití, fotografování
- *očekávání ženy od porodní asistentky*: Petra doufá, že se dozví více informací než při návštěvě u svého gynekologa

### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

<b>TLAK:</b> 120/70	<b>PULS:</b> 74/ min.	<b>DECH:</b> bez obtíží; 20 dechů/ min.
<b>TĚLESNÁ TEPLOTA:</b> 36,3 °C	<b>MOČ:</b> negativní	<b>VÁHA:</b> 54 kg
<b>DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE:</b> na počátku těhotenství změnila respondentka svého ošetřujícího gynekologa		

### VYŠETŘENÍ POHLEDEM

Při vyšetření pohledem jsem zjistila, že Petra neměla na těle žádné otoky ani varixy. Její kůže byla dostatečně hydratovaná a pozorovala jsem na břiše jizvu po předchozím císařském řezu, která byla růžová, měkká, plochá. Postoj i chůze normální, bez zjevných změn.

### ZEVNÍ VYŠETŘENÍ

Vzhledem ke stáří těhotenství jsem děložní fundus nenahmatala. Změřila jsem Petře obvod v pase, který byl 75 cm, a pohmatem jsem zjistila, že její břišní svaly byly pevné.

### SUBJEKTIVNÍ STAV

#### Tělesný stav

Petra se cítí stejně jako před těhotenstvím. Jedinou změnu registruje ve větší chuti k jídlu a občas se cítí o něco unavenější.

#### Psychický stav

Nepocit'uje na sobě žádnou změnu, cítí se šťastná.

#### Mateřská role

Společně s manželem se na miminko velice těší a již nyní s ním komunikují, oslovují jej „Péťo“.

#### Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

Respondentka nyní označuje manželství za hezčí, smířlivější. Dcera se na dalšího sourozence těší, mladší syn zatím těhotenství neregistruje. Blízká rodina je o graviditě informována a na miminko se také těší.



## Podpora zdraví

Petra konzumuje více ovoce než dříve a pije bylinkové čaje pro těhotné. Provádí každodenně protahovací cviky a má mnoho pohybu s mladším synem.

## Témata edukace / dotazy

Protože respondentka udává, že pociťuje mírnou **únavu**, doporučila jsem jí doplněk stravy Floradix a pití Il Sana (doplnění železa), avšak nemám k dispozici výsledky krevního obrazu, takže nelze hovořit o anémii. Nicméně s respondentkou jsme si o tomto povídaly, zajímalo ji, proč těhotné často anémii trpí – vysvětlila jsem jí princip hemodiluce (zvětšení objemu krve ve smyslu zvýšení objemu plasmy, nikoliv krevních elementů).

## Shrnutí / mé pozorování

Respondentka Petra působí velice vyrovnaně, spokojeně a doma vládne pohodová atmosféra. Během tohoto setkání jsme hovořily pouze spolu a jen občas nás „vyrušil“ mladší syn. Na otázky mi Petra odpovídala beze studu a otevřeně. Když jsem nastínila téma 2. porodu, viděla jsem, že pro ni muselo být skutečně těžké orientovat se v tom, že nejdřív jí byl porod indukován, následně zastavován a nakonec skončil císařským řezem. Doposud se pouze víceméně usmívala, ale při vyprávění této nepříjemné události se její výraz změnil spíše v lítostivý a smutný. Vzápětí však Petra dodala, že nejdůležitější pro ni s manželem byl a je fakt, že mladší syn je zdravý, a žádné větší trauma si z tohoto porodu nepřipouští.

Když jsem se zeptala, co Petra očekává od našich pravidelných setkávání, sdělila mi, že doufá, že se dozví více informací, než od svého ošetřujícího gynekologa.

Snažila jsem se vždy nastínit téma a nechat Petru mluvit, abych jí nepodsouvala svoje domněnky, avšak některé otázky jsem pokládala přímo.

V průběhu naší první schůzky jsem svou respondentku vyfotografovala pro ilustraci o průběhu těhotenství. Pořízená fotografie je uvedena v příloze č. 4.

Všechna, mnou provedená, vyšetření a zjištění jsem vyhodnotila jako fyziologická, bez zjištění abnormalit.

Na závěr setkání jsme si dohodly termín dalšího setkání, které jsme stanovily na **22. 10. 2017.**

## 10.2 Druhé setkání

DATUM: 22. 10. 2017	POŘADÍ KONZULTACE: 2.	TÝDEN TĚHOTENSTVÍ: 12.
------------------------	--------------------------	---------------------------

### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

<b>TLAK:</b> 125/80	<b>PULS:</b> 76/ min.	<b>DECH:</b> bez obtíží; 20 dechů/ min.
<b>TĚLESNÁ TEPLOTA:</b> 36,5 °C	<b>MOČ:</b> negativní	<b>VÁHA:</b> 54 kg – <b>příbytek 0 kg</b>
<b>KREVNÍ OBRAZ:</b>  <b>Hemoglobin:</b> 138 g/l  <b>Protilátky:</b> negativní	<b>DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE:</b>  <b>HIV:</b> negativní <b>HbsAg:</b> negativní <b>BWR:</b> negativní	

### VYŠETŘENÍ POHLEDEM

Petra neměla žádné otoky ani varixy a její kůže byla dostatečně hydratovaná. Jizva na břiše byla klidná, růžová, nebolestivá. Postoj i chůze beze změny.

### ZEVNÍ VYŠETŘENÍ

Děložní fundus jsem nahmatala 2 prsty nad symfýzou a děloha byla během vyšetření klidná, nereaktivní. Vzhledem ke stáří těhotenství byla poloha plodu labilní a jeho aktivitu zatím nebylo možné zevním vyšetřením zjistit. Vzdálenost sponu – fundus jsem naměřila 13 cm a obvod v pase 77 cm – **příbytek 2 cm** od počátku těhotenství, břišní svaly těhotné byly pevné.

### SUBJEKTIVNÍ STAV

#### Tělesný stav

Petru začaly sužovat **nevolnosti**, které nejmarkantněji pociťuje ráno a večer. Zároveň si stěžovala na **pálení žáhy**. Dále cítí **pnutí prsou** a jejich větší citlivost i bolestivost. **Únavu** nyní označuje za větší, především kvůli pracovnímu vytížení i starosti o děti a domácnost.

#### Psychický stav

Respondentka nejprve uvedla, že se cítí „v pohodě“. Dále však přiznala, že od posledního setkání ji na mysl vyvstaly i určité pochybnosti o tom, že bude již potřetí matkou a jak vše skloubí s prací, která ji naplňuje. Svěřila se, že na sobě sama pozoruje určité **výkyvy nálad a emocí**.

## Mateřská role

Od posledního setkání se nic nezměnilo, jsou rozhodnuti s manželem o jméne Petr/Petra a tak miminko i nadále oslovují „Pét'o“.

## Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

Protože se Petra cítí víc unavená, manžel se jí snaží více pomáhat. Nejvíce tím, že zabaví mladšího syna se starší dcerou a dává tak Petře prostor pro možnost odpočinku. Nejraději Petra relaxuje při šití, které je zároveň její velkou zálibou.

## Podpora zdraví

Strava Petry je pestrá a obsahuje vše. Pokračuje v pití bylinkových čajů pro těhotné a ještě nadále užívá 1x denně 1 tabletu Femibionu. Každé ráno provádí protahovací cviky, bez kterých by se prý „ani nehnula“. Co se týče spánku, uvádí Petra, že spí dobře a ráno se cítí odpočatá.

## Témata edukace / dotazy

Vzhledem k nevolnosti, kterou Petra pociťuje, jsem jí doporučila konzumovat pravidelně menší dávky potravy a v případě pálení žáhy zařadit do jídelníčku mandle/mandlové mléko a zázvor.

Dále jsem jí navrhla, aby si vytvořila ve svém nabitém programu i čas jen sama pro sebe, na což mi Petra odpověděla, že šití je pro ni tou správnou příjemnou relaxací.

## Shrnutí / mé pozorování

Dnes jsem na Petře pozorovala mnohem větší únavu, než při minulém setkání. Když vyprávěla o tom, že má občas určité pochybnosti, co bude následovat s příchodem 3. potomka, snažila jsem se ji podpořit v tom, že tyto pochyby jsou zcela přirozené a že věřím v její schopnost být skvělou maminkou a manželkou.

Podle toho, že má Petra naplánovanou práci na několik měsíců dopředu, viděla jsem na ní, že cítí velkou zodpovědnost vůči svým zákazníkům a trochu opomíjí fakt, že by měla více času trávit v klidu a relaxovat. Mohla jsem tedy pouze navrhnout, aby více myslela na sebe i miminko. V závěru setkání jsem opět viděla pozitivně naladěnou respondentku, která věří, že vše s manželem zvládnou. Ujistila jsem respondentku, že všechna měření i výsledky jsou v normě a na konci schůzky jsme se dohodly na dalším termínu, a to na **3. 12. 2017**.

### 10.3 Třetí setkání

DATUM: 3. 12. 2017	POŘADÍ KONZULTACE: 3.	TÝDEN TĚHOTENSTVÍ: 17.
-----------------------	--------------------------	---------------------------

#### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

<b>TLAK:</b> 125/70	<b>PULS:</b> 74/ min.	<b>DECH:</b> bez obtíží; 20 dechů/ min.
<b>TĚLESNÁ TEPLOTA:</b> 36,0 °C	<b>MOČ:</b> negativní	<b>VÁHA:</b> 56,6 kg – <b>příbytek 2,6 kg</b>
<b>DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE:</b>  Výsledek <b>screeningu v I. trimestru</b> vyšel negativní. <b>Pohyby plodu</b> respondentka cítí již 2 týdny. Ve čtvrtek <b>30. listopadu</b> respondentka <b>omdlela</b> v práci při fotografování.		

#### VYŠETŘENÍ POHLEDEM

Petra nemá žádné otoky, ani varixy a její kůže je dostatečně hydratovaná. Jizva na břiše je klidná, růžová, nebolestivá. Postoj i chůze beze změny.

#### ZEVNÍ VYŠETŘENÍ

Děložní fundus jsem nahmatala 3 prsty pod pupkem těhotné a děloha byla během vyšetření klidná, nereaktivní. Plod byl při vyšetření aktivní a jeho poloha je prozatím stále labilní. Vzdálenost sponu – fundus děložní jsem naměřila 17 cm a obvod v pase **79 cm – příbytek 4 cm** od počátku těhotenství. Břišní svaly byly pevné.

#### SUBJEKTIVNÍ STAV

##### Tělesný stav

Petra se svěřila, že 30. listopadu cítila na sobě velkou slabost, dokonce v práci **omdlela**. Lékaře nenavštívila, protože se jí během chvilky udělalo opět lépe. Nebyla ve svém ateliéru sama, proto jí byla poskytnuta ihned pomoc. V lehu na zádech jí byly zvednuté nohy, napila se vody.

Na svém těle respondentka cítí, jak se výrazně zvětšuje její břicho a také prsa. Protože pociťuje občasné **tuhnutí břicha**, její gynekolog jí předepsal každý den užívat Magnosolv. Po jeho užívání tuhnutí břicha odeznělo.

##### Psychický stav

Omdlení bylo pro Petru varovným signálem, a tak se snaží zpomalit tempo a odpočívat. Jelikož jí onemocněl mladší syn (respirační infekce), pociťuje určitý strach o syna a mírný stres. Radostněji však Petra vypadala hned, jak mi vyprávěla o tom, že již 2

týdny cítí **pohyby miminka** a to nejčastěji večer kolem osmé a poté v noci, když jde spát.

Petra věřila, že je miminko v pořádku, ale klidněji se prý cítí i proto, že **prvotrimestrání screening** vyšel jako negativní.

### Mateřská role

Respondentka se snaží s miminkem komunikovat, vypráví si s ním a během setkání si průběžně hladí své břicho. Do komunikace je nadále zapojen i manžel, dcera i syn.

### Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

S manželem i dětmi se snaží odpočívat, ale během týdne to není podle Petry příliš možné. Snaží se tedy volna využít nejvíce o víkendech. Manžel se Petře snaží i nadále být pomocníkem, nejvíce jí pomáhá s obstaráním dětí.

### Podpora zdraví

Petra zařadila do stravy více medu, ovoce i zeleniny. Stravuje se i nadále pestře. Femibion již neužívá, pouze každý den užívá již zmíněný Magnosolv. Mnoho pohybu má Petra s mladším synem, ale každé ráno i nadále provádí protahovací cviky. Se spánkem žádné obtíže nemá.

### Témata edukace / dotazy

Petra se ptala, proč pociťovala tuhnutí břicha. Vysvětlila jsem jí, že se jedná o fyziologický jev (Braxton-Hicksovy kontrakce) a že takto děloha „trénuje“ a navíc, že s jejím fyzickým vytížením a častým chováním mladšího syna k tomuto jevu také může běžně docházet.. U lékaře se vysvětlení nedozvěděla, proto se obrátila s dotazem na mě. Doporučovala jsem respondentce, ať se pokusí více **odpočívat** a naplánovat práci tak, aby se necítila na pokraji sil. Následně jsem jí doporučila pít meduňkového čaje, který přispívá ke zklidnění organismu a dobrému spánku.

### Shrnutí / mé pozorování

Na Petře jsem dnes pozorovala, že omdlení pro ni bylo velkým překvapením a zároveň varováním. Určitou nervozitu jsem vnímala, když mi vyprávěla o nemocném synovi, o kterého měla strach. Protože je Petra stále pracovně velice aktivní, doporučovala jsem jí, ať se pokusí více odpočívat a naplánovat práci tak, aby se necítila na pokraji sil.

Velice radostně jsem vnímala, když Petra vyprávěla o tom, že již cítí pohyby miminka a případně je pociťují i členové rodiny, když si na břicho položí ruku. V závěru schůzky jsem Petře objasnila výsledky měření, které vyšly v normě a poté jsme se dohodly na dalším termínu schůzky - **1. 1. 2018**.

## 10.4 Čtvrté setkání

DATUM: 1. 1. 2018	POŘADÍ KONZULTACE: 4.	TÝDEN TĚHOTENSTVÍ: 22.
----------------------	--------------------------	---------------------------

### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

<b>TLAK:</b> 110/60	<b>PULS:</b> 74/ min.	<b>DECH:</b> bez obtíží; 22 dechů/ min.
<b>TĚLESNÁ TEPLOTA:</b> 36,0 °C	<b>MOČ:</b> negativní	<b>VÁHA:</b> 58 kg – <b>příbytek 4 kg</b>
<b>DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE:</b> žádné		

### VYŠETŘENÍ POHLEDEM

Otoky ani varixy jsem na Petře nezpozorovala. Její kůže je dostatečně hydratovaná a jizva po císařském řezu je i nadále beze změny. Cítí však bolest levé kyčle a občasně také bolest bederní části zad.

### ZEVNÍ VYŠETŘENÍ

Fundus děložní jsem tentokrát nahmatala 2 prsty nad pupkem těhotné. Děloha byla při vyšetření klidná, avšak plod byl aktivní a ihned reagoval pohybem. Postavení i poloha plodu je prozatím labilní, plodové vody má Petra dostatek. Snažila jsem se dřevěným stetoskopem poslechnout srdeční ozvy plodu, ale nepodařilo se mi. Nicméně Petra pohyby miminka cítí dostatečně, a tak se nijak nevyděsila. Vzdálenost spona – fundus jsem naměřila **21 cm** a obvod v pase jsem naměřila **85 cm – příbytek 10 cm** od počátku těhotenství. Břišní svaly měla těhotná pevné.

### SUBJEKTIVNÍ STAV

#### Tělesný stav

Petra si stěžuje na **bolesti kyčlí a bederní části zad**. Občasně pociťuje **tvrdnutí břicha**. Její ošetřující gynekolog jí předepsal 3x týdně užívat **Magnosolv**. Velice dobře cítí pohyby miminka a označila je za hodně aktivní.

#### Psychický stav

Psychické naladění Petry bylo při dnešním setkání více pozitivní a nepůsobila unaveně jako při minulém setkání. Co se týče práce, rozhodla se, že vyhoví **menšímu**

**počtu zákazníků**, protože touží mít více volného času a také si naplánovala, že bude pracovat do března 2018. Viděla jsem na Petře, že se jí v tomto ohledu ulevilo a že menší pracovní vytížení uvítá.

Její ošetřující gynekolog podporuje mou respondentku ve vaginálním porodu, za což je opravdu ráda a stále pevně věří, že tomu tak bude.

### Mateřská role

„**Pět'u**“, jak miminko respondentka s manželem i starší dcerou **oslovují**, začal vnímat i mladší syn těhotné a to tak, že na otázku, co má maminka v bříšku, odpovídá „miminko v bříše“. Protože je nyní těhotenství zevně jasně zřetelné, je i pro mladšího syna představitelnější.

### Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

Manžel se snaží své ženě více pomáhat. Nejvíce tím, že zabaví mladšího syna se starší dcerou a dává tak Petře prostor pro možnost odpočinku. Nejraději relaxuje při šití, které je zároveň její velkou zálibou.

### Podpora zdraví

Petra se stravuje pestře a zařadila do pitného režimu každodenně čaje pro těhotné a večer pije čaje s meduňkou. Každé ráno pokračuje v protahování celého těla a se spánkem nemá žádné potíže.

### Témata edukace / dotazy

Vysvětlila jsem respondentce, že bolest kyčlí i beder může být způsobena rozvolněním vazů, které upevňují dělohu a spoje na pánevní kosti. Ke snížení bolestivosti jsem Petře doporučila využít **nahřívání zad i kyčlí** termofory nebo polštářky s ovocnými peckami, které bolestivou oblast prohřejí a uleví od bolesti.

### Shrnutí / mé pozorování

Při dnešním setkání působila Petra pozitivně a vesele. I přes pracovní vytížení, které zatím polevilo jen mírně, vnímám Petru jako energickou. Přestože cítí zodpovědnost vůči svým zákazníkům, bylo vidět, že se těší, až bude zakázek méně.

Respondentka je skálopevně přesvědčena o vaginálním porodu, který by si přála. Viděla jsem podle jejího vyjadřování veliké odhodlání. V průběhu setkání si také mnohokrát hladila břicho a promlouvala ke svému miminku.

Dnes jsem Petru vyfotografovala pro ilustraci pokračujícího těhotenství. Fotografie je uvedena v příloze č. 3.

V závěru schůzky jsem vyhodnotila provedená měření, jako fyziologická. Další termín setkání jsme s Petrou stanovily na **28. 1. 2018**.

## 10.5 Páté setkání

DATUM: 28. 1. 2018	POŘADÍ KONZULTACE: 5.	TÝDEN TĚHOTENSTVÍ: 26.
-----------------------	--------------------------	---------------------------

### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

<b>TLAK:</b> 120/70	<b>PULS:</b> 76/ min.	<b>DECH:</b> bez obtíží; 20 dechů/ min.
<b>TĚLESNÁ TEPLOTA:</b> 36,5 °C	<b>MOČ:</b> negativní	<b>VÁHA:</b> 61,8 kg – <b>příbytek 7,8 kg</b>
<b>KREVNÍ OBRAZ:</b>  <b>Hemoglobin: 114 g/l</b>  <b>Protilátky:</b> negativní	<b>DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE:</b>  4.1. Genetika – 3D USG; fyziologický nález  15.1. Screening 2. trimestr – fyziologický nález  <b>oGTT:</b> negativní  <b>BWR:</b> negativní	

### VYŠETŘENÍ POHLEDEM

Respondentka ani nadále nemá žádné otoky ani varixy. Kůži má dostatečně hydratovanou. Postoj i chůze byli bez změny. Jizva po předchozím císařském řezu vypadala nezměněná, avšak respondentka uvedla, že v místě jizvy cítí bolest a pnutí.

### ZEVNÍ VYŠETŘENÍ

Děložní fundus jsem Petře nahmatala 3 prsty nad pupkem. Během vyšetření byla děloha klidná a plod aktivní. Poloha plodu je vzhledem ke stáří těhotenství labilní. Plodové vody měla těhotná přiměřené množství. Dřevěným stetoskopem jsem poslouchala ozvy plodu, které se mi tentokrát podařilo slyšet okamžitě. Vzdálenost sponu – fundus děložní jsem naměřila **24 cm** a obvod v pase **88 cm** (příbytek 13 cm od počátku těhotenství). Břišní svaly těhotné byly i nadále pevné.

### SUBJEKTIVNÍ STAV

#### Tělesný stav

Respondentka uvedla, že na sobě cítí opět o něco **větší únavu** a také vnímá svoje **nohy i ruce** jako **těžké** i přesto, že žádné otoky nemá. Svěřila se také s tím, že v místě jizvy po císařském řezu cítí **napětí** a někdy i **píchání a bolest**. **Tuhnutí břicha** pociťuje nepravidelně, pokračuje v užívání Magnosolvu, ale pouze pokud nastanou potíže.



### Psychický stav

Při dnešní schůzce jsem na Petře viděla **velkou únavu** a určité **obavy** z bolestivosti jizvy na břiše. I přes bolestivost jizvy na ní vidím odhodlání a připravenost k vaginálnímu porodu.

Dnes se respondentka svěřila s tím, že **není zcela spokojena s péčí** svého ošetřujícího **gynekologa**. K tomuto tématu jsme se během rozhovoru dostaly tak, že mi Petra ukazovala fotografie ze 3D ultrazvuku, na který se s manželem soukromě, ze své vlastní iniciativy, objednali. Petra hovořila o tom, že její ošetřující gynekolog vždy říká, ať s sebou přivede manžela, aby se na záznam z ultrazvuku mohl podívat, ale vždy je vyšetření v prenatální poradně tak rychlé, že k tomu nakonec nikdy nedojde.

### Mateřská role

Beze změny.

### Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

Manžel se snažil Petře i nadále pomáhat nejen s péčí o děti, ale i o domácnost, což respondentka hodnotí velice kladně.

### Podpora zdraví

Strava respondentky je nadále beze změny, zahrnuje všechny složky. Večer pije čaj s meduňkou, ne však každý večer, spíše nepravidelně. V noci spí Petra bez obtíží a každé ráno provádí protahovací cviky jako doposud.

### Témata edukace / dotazy

Vzhledem k pocitu těžkých nohou jsem Petře doporučila vypodložit si v posteli nohy, aby se jí odlehčily. O kůži Petra pečuje hydratačním krémem a na masáž jizvy jsem jí doporučila používat olej z obilných klíčků pro zmírnění napětí, které uvedla. Navrhla jsem jí také využití aromaterapie (levanduli), ale Petra o ni zájem nemá a rovnou řekla, že aromaterapii využít nechce.

### Shrnutí / mé pozorování

Když jsem přišla na schůzku k Petře domů, viděla jsem na ní, že je unavená a nejraději by ležela a odpočívala. Naše setkání tak dnes trvalo kolem 45 minut a snažila jsem se zjistit vše potřebné co nejdřív a ponechat respondentce klid.

Byla jsem jí vděčná, že se se mnou i přes svou fyzickou vyčerpanost dělí o svoje pocity a emoce a naši schůzku neodvolala. Podle jejího spokojeného výrazu jsem viděla, že má radost z fotografií z 3D ultrazvuku, které mi se zaujetím ukazovala. Kromě obrázku si také s manželem odnesli informaci o pohlaví miminka – očekávají narození holčičky, jak o miminku nadále Petra hovořila.

Tentokrát pro mě byla dnešní schůzka obtížná v tom, že jsem nechtěla těhotnou rušit, ale zároveň jsem potřebovala získat potřebné informace. Snažila jsem se tedy o co nejmenší zdržení respondentky a citlivý přístup.

Na konci schůzky jsem Petře objasnila, že zjištěná měření byla i nadále v normě a domluvily jsme se na další schůzce, a to **4. 3. 2018**.

## 10.6 Šesté setkání

<b>DATUM:</b> 4. 3. 2018	<b>POŘADÍ KONZULTACE:</b> 6.	<b>TÝDEN TĚHOTENSTVÍ:</b> 31.
-----------------------------	---------------------------------	----------------------------------

### ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ

<b>TLAK:</b> 115/70	<b>PULS:</b> 74/ min.	<b>DECH:</b> bez obtíží; 20 dechů/ min.
<b>TĚLESNÁ TEPLOTA:</b> 36,3 °C	<b>MOČ:</b> negativní	<b>VÁHA:</b> 64 kg – <b>příbytek 10 kg</b>
<b>DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE:</b> Dolores praesagientes Tardyferon Kontrola u stomatologa – bolest zubu, ale léčba konzervativní, bez léčby		

### VYŠETŘENÍ POHLEDEM

Otoky ani varixy jsem na respondentce nezpozorovala. Kůži má stále dostatečně hydratovanou a jizva na břicho je růžová, plochá, klidná. Když jsem viděla těhotnou stát nebo v pohybu, viděla jsem mírnou hyperlordózu a kolébavou chůzi.

### ZEVNÍ VYŠETŘENÍ

Při zevním vyšetření jsem nahmatala děložní fundus v polovině vzdálenosti mezi mečovitým výběžkem hrudní kosti a pupku těhotné. Během vyšetření byla děloha klidná a plod reagoval aktivním pohybem, který jsem dobře cítila. Zjistila jsem polohu plodu, která byla podélná poloha hlavičkou a postavení bylo levé přední. Plodové vody měla respondentka přiměřené množství a břišní svaly byly stále pevné. Stetoskopem jsem poslechla ozvy plodu. Vzdálenost spony stydké od děložního fundu jsem naměřila 29 cm a obvod v pase jsem naměřila 90 cm (příbytek 15 cm od počátku těhotenství).

## SUBJEKTIVNÍ STAV

### Tělesný stav

Petra pociťovala stále **pravidelnější tuhnutí břicha**, takže nadále pokračuje v užívání Magnosolvu dle potíží. Její ošetřující gynekolog jí také indikoval užívání **Tardyferonu** (1x denně 1 tabletu). Dále respondentka uvedla, že na sobě pozoruje, že při chůzi se kolébá a pobolívají jí i nadále bedra a kyčle (snaží se nahřívát problematické oblasti termofory a poté cítí úlevu). Kromě uvedeného zjistila, že **vleže** na zádech se jí dělá **nevolno**, takže si musí vypočítat hlavu/trup.

V mezičase našich setkání Petra absolvovala kontrolu u svého **stomatologa**, který jí zjistil zanícený zub, nicméně mé respondentce nepodal ani nepředepsal žádná antibiotika, pouze zvolil konzervativní léčbu. Petra žádnou bolest ani problém nepociťovala.

### Psychický stav

Po psychické stránce vypadá Petra spokojeně, protože skutečně **snížila** své **pracovní tempo** a má tak více času na odpočinek. V plánu má pracovat už jen týden a to tak, že pracuje jen několikrát v týdnu a ne každý den nebo i víkend, jako tomu bylo doposud. Při dnešním vyšetření těhotné jsem přizvala také jejího **manžela a starší dceru**, aby si **poslechli** stetoskopem **srdeční ozvy miminka**, což všichni uvítali a byl to pro ně, podle jejich pozitivních reakcí, hezký zážitek. Těhotná si také pochvalovala manželovu aktivitu v pomoci s dětmi a domácností.

Jediné, na co si po psychické stránce Petra stěžovala, byl fakt, že **často zapomíná** a to ve všech oblastech, jako jsou různé plány a události. Zajímavé a úsměvné bylo, že vyprávěla o tom, jak své starší dceři na plavání s sebou zabalila místo ručníku utěrku na nádobí. Petra se u této historky velice smála a mě samotnou pobavila taktéž.

### Mateřská role

Na miminko se Petra už velice těší a koupili si s manželem přístroj na poslouchání srdeční akce miminka (kapesní detektor se sluchátky).

### Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

Petra si pochvaluje snahu manžela, který je i nadále jejím velkým pomocníkem.

### Podpora zdraví

Petra se stravovala stále pestře. Pokračovala v pití meduňkového čaje a kromě Magnosolvu užívala navíc Tardyferon (1 tableta 1x denně). Uvedla, že se po obědě cítí unavená, ale uvedla, že pokud by si dopřála odpočinek po obědě, neusnula by v noci. Bolestivá bedra a kyčle si těhotná nahřívala termofory, které jí od bolesti ulevují. Necvičí

nijak namáhavě, pouze pokračuje v pravidelném protahování celého těla.

#### Témata edukace / dotazy

Intenzita tuhnutí břicha se u Petry zvětšila a sama uvedla, že tyto „poslíčky“ měla i v předchozích těhotenstvích od 30. týdne těhotenství. Vysvětlila jsem jí, že jde o tzv. Dolores praesagiantes a že se jedná o fyziologický jev. Doporučila jsem jí kromě termoforu v případě bolestí, také nahřátí teplou sprchou.

#### Shrnutí / mé pozorování

Dnešní setkání proběhlo ve velice příjemném duchu a atmosféra u Petry doma byla pozitivní a radostná. Bylo pro mě naplňující vidět úsměvy členů rodiny při poslechu ozev miminka. Starší dcera se obvykle nijak do našich schůzek nezapojovala, ale tentokrát bylo vidět, že o miminko jeví zájem, který jsem předtím přímo neviděla.

V závěru schůzky jsme se dohodly na termínu dalšího setkání - **1. 4. 2018.**

### **10.7 Sedmé setkání a rozhovor**

<b>DATUM:</b> 1. 4. 2018	<b>POŘADÍ KONZULTACE:</b> 7.	<b>TÝDEN TĚHOTENSTVÍ:</b> 35.
-----------------------------	---------------------------------	----------------------------------

#### **ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ**

<b>TLAK:</b> 105/60	<b>PULS:</b> 70/ min.	<b>DECH:</b> bez obtíží; 20 dechů/ min.
<b>TĚLESNÁ TEPLOTA:</b> 36,5 °C	<b>MOČ:</b> negativní	<b>VÁHA:</b> 64 kg – příbytek 10 kg
<b>KREVNÍ OBRAZ:</b> Hemoglobin 125 g/l	<b>GBS:</b> 23. 3. 18 - negativní	<b>DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE:</b> <b>hospitalizace (23. -27. 3. 2018)</b>

#### **VYŠETŘENÍ POHLEDEM**

Na těhotné jsem pozorovala **mírné otoky** kolem kotníků na dolních končetinách, které prý měla již 4. den. Varixy se u těhotné neobjevily. Její kůže byla i nadále dostatečně hydratovaná a jizva na břicho byla růžová a klidná. Petra o ni pečovala tak, že se jí snaží promazávat buď krémem, nebo olejem z obilných klíčků, který jsem jí doporučila. Hypoerlordóza v oblasti beder byla tentokrát markantnější a při pohledu na Petru zřetelná.

## ZEVNÍ VYŠETŘENÍ

Zevním vyšetřením jsem hmatala děložní fundus 4 prsty pod pupkem těhotné. Děloha byla během vyšetření reaktivní a cítila jsem, jak několikrát břicho ztvrdlo. Polohu plodu jsem vyšetřila jako podélnou hlavičkou a postavení jako pravé přední. Plod se projevil aktivním pohybem a plodové vody měla Petra přiměřené množství. Stetoskopem jsem poslouchala ozvy plodu. Změřila jsem vzdálenost spony stydké od děložního fundu , která byla **35 cm** a poté také obvod v pase, který byl **90cm** (příbytek 15 cm od počátku těhotenství, beze změny od minulého setkání). Břišní svaly byly stále pevné, bez známek rozestupu.

## SUBJEKTIVNÍ STAV

### Tělesný stav

Petra uvedla, že kromě většího **pobolívání beder a kyčlí** cítí **bolestivost jizvy** po císařském řezu a to už i **v klidu**. Popsala bolest jako pnutí a tah. Dále se respondentka svěřila s tím, že pociťuje mírnou **zácpu** a stolicí má 1x za 2-3 dny. **Občasné tuhnutí břicha** se nezměnilo, jen je pro Petru obtížnější snášet bolestivou jizvu.

Dne **23. 3. 2018** pociťovala Petra **nevolnost**, nepravidelné **bolesti v podbříšku**, které ani po teplé sprše nezmizely. Manžel ji proto odvezl na Gynekologicko-porodnickou kliniku v Plzni. Byla zde přijata k **hospitalizaci** pro počínající předčasný porod. Byla u ní zahájena **maturace** (dozrání) plíc plodu a **tokolýza** (útlum děložních kontrakcí). Hospitalizace dále proběhla bez obtíží a z kliniky byla Petra **propuštěna 27. 3. 2018** s doporučením klidového režimu a užíváním Magnosolvu 1x denně.

V průběhu hospitalizace bylo těhotné provedeno laboratorní vyšetření krve a mikrobiologické vyšetření. Obě vyšetření vyšla bez patologií.

**Pálení žáhy** zatím Petru nepřestalo trápit, ale „vyzrála“ prý na problém tím, že pije mléko, což jí vždy pomohlo a cítila se pak lépe.

### Psychický stav

Když jsem se Petry zeptala na její pocity a emoce, ihned odpověděla, že v posledních dnech pociťovala **lítost**. Příkládala ji změně hormonů a blížícímu se porodu. Věřila stále v možnost vaginálního porodu, ale vzhledem ke zvětšující se bolesti jizvy se mírně **obávala** dalšího císařského řezu.

Při hospitalizaci se Petře stýskalo po dětech a přála si být co nejdříve zpět doma. Péči o děti pomohla zajistit tchyně, na kterou byly děti zvyklé, takže Petra byla v tomto ohledu v klidu. Nicméně nepopírala stesk, protože na návštěvu za ní do nemocnice přijel

pouze manžel bez dětí.

### Mateřská role

Jelikož je Petry velikou zálibou šítí, ukazovala mi, co všechno již pro miminko ušila. Kromě toho během hospitalizace Petra háčkovala deku pro děťátko, což pro ní bylo příjemným odreagováním, při kterém se soustředila na sebe a miminko v břiše.

### Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

Kvůli hospitalizaci Petra cítila vděčnost za to, že s dětmi pomáhala manželovi její tchyně. Zároveň však byla neklidnější, pokud měl děti na starost pouze manžel, protože nechtěla matku manžela nijak zatěžovat.

### Podpora zdraví

Do hospitalizace v nemocnici zařadila do svého každodenního programu delší procházky, po kterých se cítila dobře. Když však přišly bolesti a doporučení klidového režimu, začala jej více dodržovat a procházky zkracovat.

Strava Petry byla i nadále beze změny. **Spánek** označila respondentka jako **nedostačující** proto, že nemůže nalézt vhodnou polohu (vzhledem ke zvětšujícímu se břichu) a i přes velkou únavu se jí nedaří usnout. Proto stále pokračovala v pití meduňkového čaje navečer, aby se jí podařilo snáze usnout.

### Témata edukace / dotazy

Kvůli obtížnějšímu vyprazdňování, na které Petra upozornila, jsem jí doporučila zařazení do jídelníčku potravin s větším obsahem vlákniny (ovoce, zelenina, ovesné vločky) a zvětšení příjmu tekutin.

### Shrnutí / mé pozorování

Dnešní schůzka se nesla v pozitivním duchu, ačkoliv Petra uvedla, že častěji pociťuje lítost. Během dnešního setkání se žádná lítost ani negativní emoce neprojevíly.

Navštívila jsem Petru také během hospitalizace ve Fakultní nemocnici, protože se mi s touto informací ozvala a sama taktéž navrhla, abych ji přišla navštívit. Při rozhovoru s těhotnou jsem viděla, že má obavy nejen o miminko v bříšku, ale také o děti doma. Doslova ve smyslu „jak to asi doma beze mě zvládají“ apod.. Vedla jsem Petru k myšlence, že ona i miminko si teď musí odpočinout a že manžel se o děti i domácnost bez obav postará, zvláště když se k pomoci připojila i jeho matka. Když jsem odcházela z nemocnice, vnímala jsem Petru jako odhodlanou zvládnout cokoli a také věřila, že se co nejdříve dostane zpět domů.

V průběhu dnešního setkání u Petry doma jsem s jejím svolením nahrála na diktafon souvislý rozhovor, jehož znění je uvedeno níže. Mimoto jsem respondentku fotografovala. Snímek je uveden v příloze č. 3.

Od předchozího měření se Petře nezvětšil obvod břicha, pouze vzdálenost spona - fundus. Děloha vyrostla pouze směrem k žeberním obloukům, ale nezvětšila se do šířky. V závěru těhotenství již nepřibývá plodové vody, což by odpovídalo i v případě mé respondentky. Vyhodnotila jsem měření jako fyziologická, ačkoliv zda se jedná o stagnaci nebo úbytek plodové vody bych zjistila pouze dalším měřením v intervalu 1 - 2 týdnů.

### **ROZHOVOR 1. 4. 2018**

Poprosila jsem Petru, aby mi popsala, jak se fyzicky cítí. Odpověděla mi, že se cítí unavená, neschopná, že nemá vůbec žádnou sílu. Usmívala se a pocit neschopnosti vysvětlovala v tom smyslu, že např. nemůže mýt nádobí, protože se nemůže ke dřezu ohnout, že šije zkroucená a označila svou neschopnost v ohledu praktických dovedností. Se svým tělem se jinak cítí spokojená a užívá si zvětšujícího se břicha. Petra navázala tím, jak ji vezl manžel do nemocnice a situace vypadala tak, že by se jednalo o předčasný porod. Kromě toho, že by se miminko narodilo dříve, jí také bylo líto, že těhotenství by skončilo tak brzy a že by si jej nestihla dostatečně užít. Dále jsem v souvislosti s fyzickou stránkou pokračovala otázkou na jizvu po předchozím císařském řezu, která bývala často tématem našich setkání. Petra odpověděla, že jizva jí tlačí, dva dny ji občasně pálí a při falešných kontrakcích (jak označila tuhnutí břicha), jí pálí „docela dost“. Uvedla, že vždy cítí tvrdé, napnuté břicho a bolest s pálením přímo v místě jizvy. Oproti předchozím těhotenstvím se prý cítí nanicovatě, ale přitom nebyla nijak skleslá, smála se, bylo vidět, že toto byla určitá nadsázka. První těhotenství popisuje tak, že měla různé potíže a v den porodu ještě „lezla po letadlech v Plzni“, přičemž pak dceru porodila o 3 týdny dříve. Během druhého těhotenství prý mohla hodně odpočívat, protože starší dcera chodila do školky a s manželem bydleli v malém bytě. Necítila tolik bolesti zad a netrápila ji žádná jizva na břiše. V tomto okamžiku rozhovoru Petře začalo tvrdnout břicho a popisovala mi, jak právě cítí především pálení v místě jizvy, hlavně na pravé straně, kde má miminko záda. Celkově srovnává toto těhotenství jako nejnáročnější ze všech, s ohledem na to, že se již o 2 děti stará, zároveň se s manželem starají o rodinný dům a také uznala fakt, že pracovat do poslední chvíle je skutečně vyčerpávající. Poté zmínila věk a uznala, že před deseti lety bylo pro ni těhotenství bezproblémovější a méně zatěžující. Zeptala jsem se Petry, jestli je ještě něco, co ji fyzicky trápí, na což odpověděla, že pálení žáhy „vychytila“

pitím mléka, kterého vypije až 1 litr za den.

Dále respondentka mluvila o tom, že vzhledem k tomu, že neměla dost času na odpočinek, těhotenství hrozně rychle uteklo. S druhorozeným dítětem prý těhotenství vnímala zdlouhavě, ale tentokrát ho popsala takto: „Včera jsme se pomilovali, dneska rodíme“, čemuž se pak hlasitě a dlouze zasmála. Na tom se prý shodli i s manželem. Potom Petra mluvila o tom, že je spokojená, protože je těhotná přes zimu a miminko se jim narodí na jaře, kdy ještě nebude horko. Pochvalovala si, jak jim s manželem „vyšel“ jejich přibližný plán. V návaznosti se přiznala, že jí také dvojnásobně naplňuje fakt, že očekávají narození holčičky.

Následující otázku na respondentku jsem zaměřila na to, jak by si přála porodit, případně zda se v tomto ohledu něco změnilo od našeho prvního setkání (byla absolutně přesvědčena o vaginálním porodu). Petra uvedla, že si vnitřně přeje родit „normálně“, vaginálně. Ale strach z jizvy se stupňuje a ví, že na počátku těhotenství by se snažila prosadit vaginální porod za každou cenu, ale protože cítí nepříjemnou bolest v jizvě už teď, nedokáže si úplně představit, jak by bolela u porodu, který už jednou prožila. Dodává, že se uvidí, až porod nastane a také na domluvě s lékaři. Na což jsem navázala další otázkou, kterou jsem se zajímala o to, jaké informace od lékaře/ů Petra dostala a jak se k vaginálnímu porodu po císařském řezu stavěli. S poměrně rázným tónem mi Petra odpověděla, že její ošetřující gynekolog jí k tomuto nedal informace žádné, pouze jí sdělil, že 14 dní před porodem ji odešle k hospitalizaci na kliniku, kde bude ležet. Na to mu Petra odpověděla, že obě své předchozí děti rodila ve 37. týdnu těhotenství. Tuto informaci prý sdělila Petra svému ošetřujícímu gynekologovi na počátku současného těhotenství, kdy zároveň začala tohoto lékaře nově navštěvovat. V průběhu těhotenství se o tom spolu již více nebavili a Petra měla pocit, že lékař si ani tyto informace, které mu o předchozích těhotenstvích sdělila, nepamatuje. Když se o možnosti vaginálního porodu bavila s lékaři na klinice, sdělili jí, že se vše ukáže, až nastane porod a že nedokážou dopředu říci, jak se bude dále vyvíjet charakter jizvy, bolestivost dolního děložního segmentu a další okolnosti. Zatím se tedy nepřikláněli k žádné variantě. Petra pochopila nemožnost stoprocentní předpovědi o průběhu porodu a věří, že bude při porodu ve správných rukou a bude se moci společně s lékaři dohodnout o způsobu porodu.

Zajímala jsem se o komunikaci Petry s miminkem, případně ostatními členy rodiny. Odpovědí mi bylo, že dříve si respondentka hodně hladila břicho, což nyní omezila, vzhledem k jeho častému tvrdnutí. Ne že by jej zcela vynechala, ale omezila. Více než že by si s holčičkou povídala, uvedla, že o ní často přemýšlí. Více si představuje, jak bude



vypadat, jaký budou mít společný harmonogram dne, až se narodí. V tu chvíli se také Petra usmála a prohlásila, jak dobře si je vědoma toho, že i teď může naplánovat cokoliv, ale po narození miminka může být situace odlišná. Vyprávěla mi o tom, že si jejich miminko představuje jako „vlasatou žabku“. Že bude mít tmavé vlasy, stejně jako obě předchozí děti a bude jich mít hodně. Ostatní členové rodiny se do komunikace zapojují méně. Mladší syn zcela těhotenství nechápe a pak např. uvádí, že miminko má v bříšku i on nebo tatínek. Vztah starší dcery k zatím nenarozenému miminku, označila Petra jako „zvláštní“. Příkladá toto chování faktu, že má dcera jiného otce než je současný manžel respondentky, a tak má v podstatě i dvě rodiny. Na miminko se starší dcera těší, ale že by vysloveně „skákala radostí“, to se neděje. Má svého tatínka prý jen pro sebe a je u něj středem pozornosti, kdežto doma u Petry je starší dcerou s povinnostmi, kdy se mnohdy musí dělit s mladším bratrem. O budoucí sestřičce se občas vyjádřila tak, že „zase bude muset pomáhat a že když bude chtít klid, tak odejde k tatkoví“. Viděla jsem na Petře, že ji to mrzí, protože ona sama údajně moc chtěla mít ještě mladšího sourozence, o kterého by se mohla starat, když byla ve stejném věku jako je nyní její dcera (9 let). Zároveň uvedla fakt, že vždy doufala, že bude mít dceru „partáčku“ se kterou bude sportovat, vyrábět či jakékoliv aktivity. Toto bohužel starší dceru nebaví. Netajila se předpokladem, že „partáčku v bříše“ nyní má. Na závěr tohoto tématu Petra vypověděla, že nechce dceru za každou cenu nutit ke vztahu k miminku, ale věří, že až se miminko narodí, najde si k němu postupně cestu sama.

Zeptala jsem se Petry na její rodiče a jejich zájem, případně jestli je informuje o průběhu těhotenství. Poměrně sklesle mi odpověděla, že víceméně komunikuje se svým tatínkem, protože její matka nijak velký zájem nejeví. Starší dceru si k sobě zvou na prázdniny, ale mladšího syna zatím vůbec, protože je podle nich ještě moc problémový z důvodu nízkého věku. O současný stav Petry a rodiny se více nezajímají, respektive Petry matka se nezajímá. Pozorovala jsem na své respondentce, že toto téma je pro ni nepříjemné a více se o něm nechtěla vyjadřovat.

Po nepříjemné výpovědi o vztahu s Petřinými rodiči jsem se snažila navodit pozitivnější atmosféru tím, že jsem se zeptala, jak je na tom s výbavou pro miminko. Načež se Petra rozzářila a popisovala mi, jak má nachystané téměř všechno. Poté uvedla, že vzhledem k těhotenství, které bude nejpravděpodobněji posledním, si „připravování hnízda“ velice užívá a je tím naplněna. Ve srovnání s předchozími dětmi je prý mnohem vybíravější ve všech oblastech. Celkově se označila za náročnou, ale zároveň spokojenou, protože si spoustu věcí pro miminko ušila sama, podle vlastních představ.

V závěru jsem Petře položila otázku týkající se partnerského života a sexuality. Předdeslala jsem, že mi nemusí na otázku odpovídat, pokud by jí to bylo nepříjemné. Avšak pro Petru to žádný problém nebyl a svěřila se, že v oblasti sexuality cítí větší touhu než obvykle a pohlavní styk prožívá spokojeně a bez obtíží. V souvislosti s hospitalizací a hrozícím předčasným porodem však udává, že si je tohoto rizika vědoma, a tak se s manželem chtějí pohlavnímu styku vyhnout. Poté také vypověděla, že např. i po vaginálních vyšetřeních v nemocnici, která jí byla prováděna, cítila ihned tvrdnutí břicha. Zmínila se o tom, že když byl s ní manžel v nemocnici jako doprovod, vždy se otočil k oknu, protože mu nebylo příjemné pozorovat někoho, kdo vaginálně vyšetřuje jeho manželku. Přičemž s Petrou navázali na to, že se jí partner svěřil s tím, že trochu pochybuje, zda by jí zvládl dělat doprovod u porodu. Na to mu prý Petra se smíchem sarkasticky odpověděla, „že to bude mít tedy těžký“. Avšak otázku doprovodu manžela k porodu ještě neměli uzavřenou.

Poděkovala jsem Petře za její otevřenost, ochotu a v závěru schůzky jsme se dohodly na dalším setkání – **15. 4. 2018**.

## 10.8 Osmé setkání

<b>DATUM:</b> 16. 4. 2018	<b>POŘADÍ KONZULTACE:</b> 8.	<b>ŠESTINEDĚLÍ</b> 3. poporodní den
------------------------------	---------------------------------	--

Dne **13. 4. 2018** se Petře narodilo **děvčátko – 2990g/49 cm**. Přes všechna očekávání vaginálního porodu byl nakonec mé respondentce proveden **císařský řez** z důvodu velké bolestivosti dolního děložního segmentu.

Toto setkání proběhlo ve Fakultní nemocnici, kde jsem navštívila Petru na oddělení šestinedělí. Sama respondentka mí nabídla, zda se za ní a dcerou nechci přijít podívat, a já jsem tento návrh uvítala. Pokoj s respondentkou sdílely ještě 2 jiné maminky. Kromě mojí osoby byl zrovna navštívit Petru i její manžel. Postupně přicházely návštěvy i dvěma jiným maminkám a průběžně na pokoj docházely dětské sestry. Zdržela jsem se přibližně 30 minut, během kterých jsem s Petrou hovořila v krátkosti o porodu i pobytu v nemocnici. Tím, že mě kontaktovala respondentka již od hospitalizace až do porodu prostřednictvím mobilního telefonu, některé okolnosti jsem již znala. Po dobu vyprávění respondentky jsem si zapisovala poznámky, které jsem přepsala do podoby rozhovoru.

Vyprávěla o tom, že od 10. 4. cítila v jizvě po předchozím císařském řezu bolest, která byla ostřejší než doposud a kvůli které se v noci ani nemohla vyspat. Manžel proto

Petru 11. 4. odvezl na Gynekologicko-porodnickou kliniku v Plzni, kde byla hospitalizována na oddělení rizikových těhotných. Bylo jí sděleno, že se zatím neděje nic akutního. Na monitoru se sice objevilo pár kontrakcí, ale zatím se nejeví jako důležité a miminko je v pořádku. Bylo jí řečeno, že by mohla být propuštěna následující den, pokud bude vše v pořádku a bolest jizvy ustane. Jizva byla lékaři popsána jako „hezká“ a její bolestivost byla prý způsobena také tím, že je Petra velice štíhlá a jizva se postupně musí víc a víc natahovat. Další ráno Petru lékaři informovali, že kardiokografický záznam byl „špatný“ a domů propuštěna nebyla. Začala také pociťovat silnější kontrakce. Během dne byl opakovaně pořízen CTG záznam s tím, že pokud bude vše v pořádku, další den bude moci odjet domů. Večer 12.4. Petře začaly kontrakce i po třech minutách a bolest jizvy označila za „příšernou, která se nedala vydržet“. Byla jí aplikována „injekce jako pro slona“, jak uvedla (více informací o léku nevěděla), a došlo tak ke zmírnění kontrakcí, ale bolest jizvy neustupovala. V noci už se prý nemohla vyspat a od rána pak čekala na rozhodnutí lékařů o provedení císařského řezu. Vzhledem k velké únavě z nevyspaní a bolesti, kterou několik dní pociťovala, už byla, dle jejích slov, „smířená s císařem“. Nakonec k císařskému řezu skutečně došlo, a to v odpoledních hodinách 13. 4. 2018. Respondentka byla pod vlivem spinální analgezie, celý porod prožila společně s manželem. Byla prý velice ráda, že mohla holčičku ihned po porodu vidět a že měla v manželovi na operačním sále podporu.

K porodu poté dodala, že odpoledne, pár hodin před chystanou operací, ji kontaktoval bývalý partner o tom, že starší dcera nepřišla domů a že neví, co si má počít. Petra mi pouze řekla, že jí bylo skutečně zle a do toho všeho se ještě připojily **problémy se starší dcerou**. Ocitla se tak najednou v **těžké situaci**, kdy se měla v klidu připravovat k císařskému řezu, na druhé straně si byla vědoma potíží spojených s nejstarším potomkem. Dodala, že více mi povypráví, až se potkáme na schůzce u ní doma.

O bolesti Petra mluvila tak, že „to k tomu přeci patří“ a když se pohybovala, přidržovala si ránu na břicho rukou. Projevila bolest mírným zasyčením. Více si ale na bolest nestěžovala. Hovořila o tom, že během těhotenství trochu přemýšlela do budoucna o **dalším dítěti**, po absolvování druhého císařského řezu však tuto myšlenku **absolutně vyvracela**.

#### Shrnutí / mé pozorování

Během návštěvy na oddělení šestinedělí jsem na Petře viděla velkou únavu, zchvácenost, ale zároveň velkou radost z miminka. Manžel byl po celou dobu mé návštěvy s námi, nevyjadřoval se, ale viděla jsem, že se stará o miminko i o Petru.

Potěšilo mě, že mi Petra sama nabídla, abych si jejich děťátko pochovala a přivítala se s ním. Zároveň jsem vnímala velice pozitivně fakt, že několik hodin po porodu již Petra své miminko zkoušela přikládat k prsu a konala tak i během mé návštěvy. Pozorovala jsem na respondentce velké odhodlání ke kojení, o kterém také sama hovořila.

Přinesla jsem s sebou respondentce šípkový olej, aby jí mohla již v šestinedělí začít masírovat jizvu po císařském řezu. Jak se jizva hojila nevím, protože ji měla Petra překrytou sterilním krytím.

## 10.9 Deváté setkání

<b>DATUM:</b> 20. 5. 2018	<b>POŘADÍ KONZULTACE:</b> 9.	<b>ŠESTINEDĚLÍ</b> 5. týden
------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Dnešní schůzka se konala opět v rodinném domě Petry. Mezi první schůzkou po porodu a dneškem uběhlo 5 týdnů. Dříve jsem se s respondentkou nemohla sejít, avšak po celou dobu jsme spolu byly v kontaktu přes mobilní telefon, čehož Petra několikrát využila.

Kromě zevního vyšetření proběhl mezi mnou a respondentkou rozhovor trvající 40 minut, který jsem nahrála na diktafon, ale pro lepší přehlednost jsem jej rozdělila do hlavních témat, stejně jako v průběhu těhotenství. Uvádím v rámci toho setkání také otázky a problémy, se kterými se na mě Petra obracela v mezičase našeho osobního setkání.

### SUBJEKTIVNÍ STAV

#### Tělesný stav + kojení

Poprosila jsem Petru, aby si lehla, abych mohla zkontrolovat zavinití dělohy (děložní fundus) a shlédnout jizvu. Děložní fundus jsem již nenahmatala, vzhledem k blížícímu se konci šestinedělí se jednalo o fyziologický stav. Jizva respondentky byla opět růžová, klidná a pouze mírně vystouplá.

Oproti prvním dnům po porodu si Petra pochvalovala, jak se **cítí dobře a odpočatě**. Již od propuštění z porodnice byla ráda, že ji děťátko „nechá“ vyspat, protože se buď přesně po 3,5 hodinách a v noci ho dokonce musela ke kojení probouzet. Naprosto vyčerpaně se prý cítila pouze první noc po propuštění z porodnice, kdy měla i oteklé nohy. Tyto otoky prý odezněly asi během dalších dvou dnů.

Dozvěděla jsem se od respondentky také podrobnosti o pobytu na oddělení šestinedělí. Sdělila mi, že poté, co jsem odešla z návštěvy, se jí velice **přitížilo**. Najednou cítila slabost a velkou bolest. Byl jí pak podán čípek pro okamžitou úlevu, která se ale nedostavila. Po aplikaci čípku potřebovala jít do koupelny, kde z ničeho nic cítila **bodání v**

**břiše, v zádech, nevolnost, až omdlela.** Protože byl v koupelně přítomen i manžel, ihned zavolal pomoc a Petře bylo sděleno, že měla „nějakou přecitlivělou reakci na čípek“. Z důvodu bodavých bolestí břicha, kdy prý měla pocit, jako by ji někdo do jednoho místa bodal nožem, bylo Petře provedeno palpační vyšetření jizvy i ultrazvukové vyšetření dělohy. K žádnému závěru však lékaři nedospěli. Poté, co se respondentce udělalo lépe, přišla si s ní promluvit **psycholožka**. O skutečnosti, že se jedná o psycholožku, se dozvěděla až na chodbě, kde si spolu povídaly. Paní psycholožka chtěla po Petře, aby jí vyprávěla o sobě, o rodině, o porodu. Závěrem této schůzky bylo, že bolesti, které Petra pociťovala, mohly být způsobené **vyčerpáním** z toho, že již několik dní řádně nespala anebo tím, že v čase kolem porodu byla vystavena **velkému stresu**. Bolesti tak mají **psychosomatický charakter**. Doporučen jí byl **odpočinek a klid**. Nabídkou byla po šestinedělí konzultace i se starší dcerou. Žádný **záznam** o této psychologické konzultaci však Petra nedostala, písemně zaznamenaná **není ani v propouštěcí zprávě** z nemocnice.

Přibližně 2 týdny po porodu mě Petra kontaktovala s tím, že její **jizva zrudla** a je citlivá. Žádný sekret z jizvy nevytéká, a tak jsem Petře doporučila jemnou masáž olejem (šípkový, z obilných klíčků) nebo sprchu vlažnou vodou. Druhý den mě pak Petra informovala, že jizva tolik **nebolí a zarudnutí ustupuje**. Aplikovala kromě olejíčku také řepík, který měla „doma po ruce“. Za další tři dny se mi respondentka ozvala s tím, že již zase „normálně funguje“ a jizva nijak zvlášť nebolí. V té souvislosti ji také zajímalo, zda může **spát na břiše**, protože takto byla zvyklá před těhotenstvím. Již takto ležet zkoušela a necítila žádný diskomfort nebo bolest, proto jsem ji v tomto podpořila.

Dne **4. 5. 2018** mi respondentka telefonovala s tím, že ji trápí velká **bolestivost bradavek**. Při kojení jí prý někdy až tekly slzy a ani po aplikaci mastičky (Bepanthen) se bolest nezmírnila. Protože nebylo možné, abych Petru osobně navštívila, řešily jsme tento problém telefonicky. Zeptala jsem se, zda holčička dostatečně otevírá ústa a obejmě celý prsní dvorec, na což mi Petra odpověděla, že techniku kojení už řešila v porodnici a že je správná. Její odpověď byla rázná a nechtěla jsem nutit nic, co by Petra nechtěla. Pouze jsem zdůraznila důležitost správného přiložení miminka. Další otázku jsem směřovala na to, jak často miminko kojí. Odpovědí bylo, že miminko se dožaduje kojení každé 2,5 hodiny. Interval se tedy zkrátil a požadavky na přísun mléka se zvětšily. Petra zkoušela v příkládání miminka vytrvat a po třech dnech se mi sama ozvala s tím, že dala na mou radu a vždy počká, až holčička pořádně otevře ústa, aby obemkla celý prsní dvorec, a následně ji v klidu a bezbolestně nakrmí.

**Plně** Petra kojila svou dceru **3 týdny**, po kterých se mi opět ozvala s tím, že i přes

časté přikládání nestačí její mléko požadavkům miminka. Ptala se na možnosti podpory v tvorbě mléka, takže jsem jí kromě kojících čajů a obilných nápojů (Melta) doporučila využít i **homeopatickou léčbu**, se kterou již měla zkušenosti. Respondentka poté užívala homeopatika **Ricinus communis** 5 CH 5 kuliček 5x denně, **kojící čaje**, pečlivě sledovala svůj **pitný režim** a doufala, že se tvorba mléka zvýší.

20. 5., což byl termín našeho osobního setkání, Petra kombinovala kojení s krmením odstříkaného mléka a také s umělou výživou. Hovořila o tom, že miminko nevpilo tolik, kolik chtělo, i když mléko odstříkala. Proto zvolila umělou výživu, kterou nadále doplňovala svým mlékem.

### Psychický stav

Respondentka vyprávěla o tom, že je opravdu **šťastná**, ale zároveň cítí, že pečovat o tři děti je „mazec“. Vzpomínala i na fakt, že při našem první setkání po porodu v nemocnici prohlásila, že další dítě už nikdy, tentokrát se usmívala a uznala, že kdyby náhodou otěhotněla, **nebránila by se dalšímu potomkovi**.

Jediné **zklamání** vnímala v oblasti **kojení**, o které se usilovně snažila. Svěřila se mi, že pro ni bylo stresující odstříkat 50 ml za 24 hodin, když dcera vypila celkem 200 ml.

Týden před dnešní schůzkou byli Petru navštívit její **rodiče**, o čemž respondentka hovořila jako o pozitivně laděné návštěvě. Viděla, že jsou rodiče radostní z narození miminka, na druhou stranu prý Petře s manželem kladli na srdce, že tři děti jsou už dost. Více se o návštěvě Petra nerozpovídala, jen na závěr dodala, že mají zase „na půl roku s návštěvou vystaráno“.

### Mateřská role

Položila jsem Petře otázku, týkající se mateřství, načež se rozzářila a mluvila o tom, jak se cítí **naplněna péčí** o miminko. Doplnila, že její holčička je moc hodná, nechá ji i odpočinout, a proto by současný stav za nic jiného nevyměnila.

### Zázemí ženy / změny režimu / proměny v partnerství

Když jsem se Petry zeptala na manžela, neváhala s odpovědí o tom, že bez něj by vůbec nebyla schopná se z operace takto rychle zotavit. Po příjezdu z porodnice byla nejhorší první noc, kdy Petra prodělala horečku a zimnici. První dva dny doma se prý cítila absolutně vyčerpaná, měla těžké oteklé nohy, a tak manžel převzal veškerou starost o miminko, dvě starší děti i domácnost. Petře nosil děťátko na kojení, jinak mohla ležet a odpočívat. Respondentka pak mluvila o tom, že si je vědoma podpory manžela a je za nic velice vděčná.

## Podpora zdraví

Petra mi sdělila, že ihned, co se její fyzický stav zlepšil, snažila se v sobě nastolit stejný režim jako před těhotenstvím. Zjistila však, že to nelze tak rychle, jak by si představovala, a snažila se o to alespoň postupně. Stravovala se stejně jako doposud – pestře a pitný režim si pečlivě hlídala, aby mohla podpořit tvorbu mateřského mléka. Petra si také vytvořila tabulku, kam poznamenávala množství vypitých tekutin, užití homeopatik, frekvenci kojení a množství odstříkaného mléka.

Již dva týdny po porodu už chodila na pravidelné procházky s kočárkem. Prý „jí to nedalo“ a musela začít chodit co nejdříve ven. Nepokoušela nic přes extrémní bolest, ale věřila, že čím dříve bude fyzicky ve formě, tím dříve bude pro všechny děti zase plně k dispozici.

O svá prsa Petra pečovala v době kojení miminka tak, že v případě bolestivosti bradavek je mazala mastičkou Bepanthen, případně po bradavce rozetřela mateřské mléko. Kojení se snažila ze všech sil podpořit různými prostředky (kojící čaje, obilné nápoje, homeopatie), jak již bylo uvedeno.

Jizvu po císařském řezu Petra pravidelně masírovala a vtírala do poškozené tkáně olejíčky (šípkový; z obilných klíčků). Postupně prý cítila zmenšující se pnutí v oblasti jizvy i její citlivost.

## Témata edukace / dotazy

Jak je uvedeno již v části týkající se kojení – hlavním tématem otázek respondentky byly rady ohledně podpory tvorby mléka. V oblasti techniky kojení si byla Petra jistá.

Již do porodnice jsem Petře přinesla šípkový olej, aby jej mohla co nejdřív použít k hojení jizvy na bříše. Společně jsme probraly techniku masáže. Názorně jsem jí na kůži své ruky ukázala, jak je možné takovou masáž provádět. Doporučila jsem jí pravidelně krouživými pohyby masírovat okolí jizvy a dvěma prsty poté pomalu nadzvedávat kůži v okolí jizvy jako prevenci nechtěných srůstů a bolestivosti místa poranění.

## Shrnutí / mé pozorování

V čase, kdy jsme se s respondentkou nevidaly, ale byly jsme ve spojení přes mobilní telefon, jsem vnímala z každého rozhovoru Petřino obrovské odhodlání ke všem událostem, které postupně přicházely. Přes snahu „dostat se co nejdříve do formy“, přes pečlivost, se kterou se snažila podporovat tvorbu mateřského mléka.

Když jsme spolu při této schůzce hovořily ještě znovu o porodu, bylo na Petře vidět, že být myšlenkami u miminka v bříšku, které se co nevidět narodí, a zároveň

udržovat vědomí, že starší dcera se nedostavila domů v očekávaný čas, muselo být opravdu těžké. Neplakala, ale její výraz značně zvažněl a hodnotila celou tuto situaci jako náročnou a stresující.

Petra opět působila podobně jako na počátku těhotenství. **Pozitivně, energicky, odhodlaně a spokojeně.** Při rozhovoru, který jsme spolu vedly, jsem před sebou viděla maminku, kterou netrápí, že doma nemá dokonale uklizeno, ale která je spokojená tehdy, je-li spokojená její rodina.



## 11 DISKUZE

V této bakalářské práci zpracovávám téma péče porodní asistentky v průběhu těhotenství, porodního procesu a šestinedělí. Zabývám se fyzickými, psychickými i sociálními změnami, kterými žena v tomto období prochází a také tím, jak tyto změny žena prožívá. Zjištěné údaje se snažím ve výzkumu pojmout v bio-psycho-sociálních souvislostech, holisticky. Získané informace zaznamenávám formou případové studie, týkající se jedné ženy. Hodnotím ženu v kontextu jejího prostředí a sociálního zázemí, a to jak objektivně, tak z osobního pohledu. Tato část práce obsahuje výsledky mého výzkumu, porovnání s výsledky některých studií a následně výstup této bakalářské práce.

**Hlavním cílem** výzkumného šetření bylo **popsat kontinuální péči porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí**. Od září roku 2017 do května roku 2018 jsem pečovala dlouhodobě o ženu, která byla dvojnásobnou matkou, posléze trojnásobnou. Jelikož jsem výzkum prováděla od počátku těhotenství, měla jsem možnost poznat danou respondentku komplexně. Seznámení s anamnézou a rodinnou situací ženy bylo pro mě velice přínosné, protože jsem mohla lépe chápat její potíže i obavy. Když jsem požádala respondentku o zpětné hodnocení, sdělila mi, že ačkoliv byla dvojnásobnou matkou, ocenila moje doporučení i rady. Cítila se klidnější, protože věděla, že se na mě může kdykoliv obrátit, což se také mnohokrát stalo. Z výzkumu Helen Mc Lachlan a kolektivu, zabývajícím se kontinuální péčí je zřejmé, že pokud je ženě poskytnuta dlouhodobá péče porodní asistentky, lze předpokládat větší spokojenost těchto žen a snížení porodních i poporodních komplikací (Mc Lachlan a kol., 2012). Kromě spokojenosti těch, o které je pečováno, je na místě i spokojenost porodních asistentek. Touto problematikou se zabývala studie o emočním uspokojení z profese porodní asistentky. Výsledkem bylo, že práce porodních asistentek v nemocničním prostředí oproti komunitnímu prostředí má naprosto odlišný vliv na uspokojení z výkonu této profese. Porodní asistentky pracující v prostředí nemocnic byly ovládnuty spokojeností s péčí podle univerzálního lékařského přístupu. Naopak tomu bylo u komunitních porodních asistentek, které byly schopné poskytovat péči individuální, tzv. ženskou a která dokázala porodní asistentky emočně obohatit. Pokud tento individuální přístup nebyl možný, hodnotily svou práci jako emočně obtížnou a neuspokojivou. Klíčovým zdrojem emocí v práci PAS byly vyhodnoceny právě protikladné ideologie v péči porodní asistentky (Hunter, 2004).

Dalším cílem bylo **popsat fyzické a psychické změny**, které jsem v průběhu výzkumu na ženě pozorovala. Nejčastějším problémem, se kterým se na mě má

respondentka obracela, byla zpočátku nevolnost, únava a výkyvy emocí. Ve studii publikované Ostravskou univerzitou většina z dotazovaných žen hodnotila kvalitu svého života jako průměrnou či nadprůměrnou, ale pětina ze souboru dotazovaných uvedla kvalitu života jako podprůměrnou. Nejhůře ženy hodnotily gastrointestinální potíže v prvním trimestru těhotenství a po 10. týdnu gestace vnímaly postupné zlepšení těchto potíží. Další aspekty, které byly ženami hodnoceny nejhůře, jako snižující kvalitu jejich života, byla únava a emoční labilita. Studie poukazuje na individuální přístup porodních asistentek k těhotným, kterým mohou objasnit tyto potíže a edukovat je o možných způsobech prevence (Balíková, Bugžová, 2014). Bolest pohybového aparátu patřila s postupujícím těhotenstvím také k častým steskům mé respondentky. Tyto obtíže se projeví i po porodu. Článek autorů R. Poděbradské, M. Šamírové a M. Procházky informuje o tom, že problémy s pohybovým aparátem jsou často spojeny se sedavým způsobem života, případně se jedná o zvýšení zátěže organismu a projev již budoucích dysfunkcí pohybového aparátu (Poděbradská, Šamírová, Procházka, 2018). Tato hypotéza se mým výzkumem potvrdila, protože problémy se zády řešila Petra ještě před těhotenstvím. S postupujícím těhotenstvím se problémy násobily. Vzhledem k povolání fotografky netrpí příliš sedavým zaměstnáním, tudíž by bylo vhodné hledat vysvětlení spíše v jiné příčině tohoto problému.

Většinu času v těhotenství Petra doufala, že bude moci porodit spontánně, vaginálně. Z důvodu narůstající bolesti jizvy po předchozím císařském řezu musela podstoupit tuto porodnickou operaci opětovně. Sama respondentka začala o své schopnosti znovu vaginálně porodit pochybovat až ve chvíli velkých obtíží ve formě pálení a bolesti v místě jizvy. Lékaři Petru také ve volbě spontánního porodu podporovali do chvíle, než nastalo ohrožení jejího zdraví a zdraví miminka. V letech 2007-2010 proběhla na Masarykově univerzitě v Brně studie týkající se více než 24 000 porodů. Cílem tohoto výzkumu bylo objasnit úspěšnost vedení vaginálního porodu po předchozím císařském řezu a faktory, které tuto úspěšnost ovlivňují. Dále pak identifikovat rizika a stanovit četnost komplikací. Výsledkem bylo necelých 81% úspěšných vaginálních porodů po předchozím císařském řezu. Významným pozitivním faktorem byl v tomto ohledu spontánní nástup kontrakční činnosti dělohy a vaginální porod v anamnéze rodiček. Nejčastější komplikací byla v tomto souboru krevní ztráta, srovnatelná jak u VBAC tak u iterativního císařského řezu. Dehiscence v místě předchozí uterotomie se prokázala v 0,4%. Ruptura dělohy se neprojevila v daném souboru ani jednou, stejně tak jako úmrtí rodičky v souvislosti s porodem. Ve skupině VBAC i opakovaného císařského řezu se 1x vyskytla léze močového

měchýře. Ačkoliv se mé respondentce nesplnilo přání o spontánním porodu, tato studie prokázala vaginální porod po předchozím císařském řezu jako bezpečný. Zároveň upozorňuje na pečlivou monitoraci průběhu porodu s vyloučením nadměrné děložní činnosti nebo protrahovaného porodu (Hruban a kol., 2012).

Císařským řezem bylo nakonec ukončeno i těhotenství Petry. Indikace k jeho provedení byly opodstatněné, jednalo se však o jeden případ z mnoha. V časopise *The Lancet* byl publikován článek, pojednávající o globální epidemii císařských řezů. Zdůrazňuje význam operace pro záchranu života matky a dítěte, obavy však pramení z jejího nadužívání. *The Lancet* také uvádí, že péče porodních asistentek vede ke zvýšenému počtu vaginálních porodů, lepším pocitům z mateřství a nižším nákladům na péči o ženu a dítě. Nová doporučení WHO by měla zlepšit podmínky v poskytování péče ženám, v lepší komunikaci a transparentnosti rizik i přínosů, aby docházelo pouze k nejlepším rozhodnutím o zrození dítěte (*The Lancet Series*, 2018). Ačkoliv Petra od prvního setkání s císařským řezem nesouhlasila, jejímu smíření s provedením této operace jistě napomohly informace. Bylo na zdravotnickém personálu, aby rodiče vysvětlil důvody, kvůli kterým bude nutné císařský řez znovu absolvovat. Další článek, publikovaný v *Midwifery Today*, pojednává o následcích, které může císařský řez do budoucna mít a také jsou v něm uvedena doporučení, která byla vydána Americkou společností gynekologů (ACOG) a Společností pro perinatální medicínu. Tento konsensus (ACOG Consensus 2014) udává vhodné postupy a přístupy v poskytování péče v průběhu porodu zdravotnickými pracovníky. Jakým způsobem přistupovat k elektronické monitoraci plodu, k porodu koncem pánevním či k vícečetným těhotenstvím. Cílem těchto doporučení je obecně snížení počtu provedených císařských řezů (Krishnan, 2016). Faktory ovlivňující rozhodnutí o provedení císařského řezu se zabývala studie, které se zúčastnilo 7 758 porodníků a 1 197 porodních asistentek z 20 zemí světa. Výsledkem byly 3 hlavní faktory. Prvním bylo osobní přesvědčení kliniků (profesionální přesvědčení, víra v žádost žen k provedení císařského řezu, nejasné i jasné klinické důvody), druhým faktorem byl systém zdravotní péče (soudní spory, zdroje, soukromé versus veřejné platby, pojištění, doporučené postupy a management), třetím důvodem pak byly osobní vlastnosti lékaře (osobní pohodlí, demografie, sebejistota a dovednosti). Touto studií bylo prokázáno, že existuje mnoho okolností, které provedení císařského řezu ovlivňují, a že perspektiva lékařů i porodních asistentek se na tomto rozhodnutí podílí taktéž velice významně. Výsledky této studie by měly pomoci, aby zdravotníci uznali svou zásadní roli v ovlivnění k provedení císařského řezu v rámci své organizace a pracovat i do budoucna na studiích

ke snížení míry prováděných císařských řezů (Panda, Begley, Daly, 2018).

Po porodu dítěte císařským řezem se Petra cítila velice unavená, zchvácená a bez energie. K celkovému fyzickému vyčerpání přispěl fakt, že se několik dní před porodem řádně nevyspala. Znepokojující byla nepochybně také situace v souvislosti s hledáním starší dcery. Článek K. Podroužkové a M. Munšknáblové se zmiňuje o tom, jak důležitá je informovanost zdravotnického personálu pečujícího o ženu po císařském řezu, ale také samotných rodiček. Měly by znát specifika této péče a vědět, že rekonvalescence po operaci trvá delší dobu než po vaginálním porodu. S návratem fyzického zdraví souvisí i psychika, která může být narušena, protože žena není schopna se ihned samostatně postarat o své dítě. Tato emoční stránka rekonvalescence by neměla být opomíjena (Podroužková, Mukšnáblová, 2014). V případě Petry se jednalo o sled událostí kolem porodu, které pak ovlivnily její fyzické i psychické zdraví. Překvapilo mě, že konzultace psycholožky jí nebyla předem nijak nabídnuta a následně ani nijak zaznamenána do propouštěcí zprávy.

Petra byla z nemocnice propuštěna 5. den po porodu miminka a tyto první dny v domácím prostředí označila za náročné a uznala, že kdyby neměla k dispozici manžela, absolutně by se nedokázala o sebe, miminko a celou rodinu postarat. Zkrácení doby hospitalizace a absence návaznosti péče v domácím prostředí s sebou nese určitá rizika fyzického i psychického zdraví žen. Toto potvrdila i studie, mapující efektivitu a důležitost kontinuální péče v oblasti zdravotní i psychické. Výsledkem bylo zvýšení významu komunitní péče v domácím prostředí po porodu jako prevence vzniku zdravotních problémů šestinedělek. Důležitost této podpory se projevila i v souvislosti s kojením a péčí o novorozence. Nechvalným zjištěním byl fakt, že u většiny respondentek došlo po narození potomka k jejich separaci, která v extrémním případě trvala až 6 hodin. Toto odloučení může vést k rozvoji vzniku poporodní deprese, a proto tento výsledek studie označuje za alarmující. Respondentky hodnotily péči komunitní porodní asistentky za užitečnou a podporující. Z dat vyplývá, že 100% účastnic výzkumu by soukromou porodní asistentku bezplatně doporučilo dalším ženám. Část respondentek označilo tuto službu za nadbytečnou a vhodnou pouze pro prvorodičky, což dokazuje, že nejsou dostatečně informovány o kompetencích porodních asistentek. Zajímavým výsledkem byl fakt, že 66% partnerů respondentek mělo několik dní po narození dítěte dovolenou a trávili tak čas společně s partnerkou i dítětem. Studie se zamýšlela nad tím, zda tato partnerská podpora do určité míry nesupluje péči porodní asistentky o šestinedělku, jako tomu bylo dříve (Hendrych - Lorenzová, Janoušková, Kašová, 2014).

**Pochopit a porozumět fyzickým i psychickým změnám v průběhu vybraného**

období bylo mým dalším dílčím cílem. Vzhledem k tomu, že schůzky s respondentkou probíhaly pravidelně po celou dobu výzkumu, měla jsem možnost teoretické znalosti o těchto změnách prakticky pozorovat a zaznamenávat. Pochopení souvislostí týkajících se proměn ženy lze získat v případě několika setkání, která může soukromá porodní asistentka poskytnout. O současném stavu komunitní péče porodních asistentek informuje výzkum publikovaný časopisem Florence, jehož autorkami jsou Mgr. K. Ratislavová, PhD. a Mgr. M. Ezrová. Porodními asistentkami byl vyhodnocen největší problém v neochotě uzavírání smluv zdravotních pojišťoven se soukromými porodními asistentkami. Negativně hodnotily také vnímání této profese společností a nemožnost využití všech kompetencí, které porodní asistentky mají. Pozitivním výstupem byla možnost pečovat v rámci komunitní péče o ženu individuálně, samostatně, komplexně a kontinuálně (Ratislavová, Ezrová, 2017).

Dalším dílčím cílem bylo **vytvořit časovou osu případu**, která je uvedena v příloze č. 5. Graficky znázorňuje celý průběh mého výzkumu. Zaznamenána jsou jak naše společná setkání, tak významné situace, které se odehrály. Nejdůležitější informace o zdravotním i psychickém stavu Petry jsou bodově uvedeny v pravé části a týkají se vždy daného období nebo konkrétního data. Grafické znázornění případu vypovídá o tom, že individuální péče porodní asistentky je časově náročnější a vyžaduje celistvý pohled na péči, která je ženě poskytována. O doplnění a důležitosti této dlouhodobé péče se zmiňuje i článek paní R. Dorazilové, který pojednává o tom, že návštěvní služba porodních asistentek od počátku těhotenství do konce šestinedělí tvoří pouze 10% celkových vyšetření. K tomuto číslu je v opozici nárůst četnosti gynekologických vyšetření na 150%. Přičemž výkony lékařů gynekologů a porodních asistentek nejsou konkurenčními, ale mohou se vzájemně doplňovat. R. Dorazilová také informuje o financování lékařské péče zdravotními pojišťovnami a absencí těchto úhrad v případě péče poskytované porodní asistentkou (Dorazilová, 2012).

Posledním dílčím cílem mé práce bylo **zpracovat sebereflexi o poskytování kontinuální péče** ženě během těhotenství porodu a šestinedělí. Během každého setkání s respondentkou jsem popisovala své pocity, postřehy a jak na mě respondentka působila. Na počátku výzkumu jsem byla poměrně nejistá a vnímala jsem u sebe určitě obavy. Co řeknu Petře, když nebudu znát odpověď? Provedu zevní vyšetření správně? Nebude pro Petru obtěžující mi věnovat pravidelně čas? Domnívala jsem se také, že vzhledem k tomu, že byla Petra dvojnásobnou maminkou, nebude chtít využít rady ani doporučení a pravidelná setkání bude brát spíše jako povídání. Při zhodnocení mé péče však Petra uvedla, že i když

je maminkou potřetí, vždy se objeví něco dalšího a je ráda, že se má s otázkou na koho obrátit. Pokud jsem zrovna nevěděla ihned odpověď, Petře jsem se tím netajila a dohledala jsem informace dodatečně. Zevní vyšetření bylo pro mě těžké proto, že jsem si vždy nebyla stoprocentně jistá, zda jej provádím správně, ale držela jsem se doporučených postupů a v zevním vyšetření jsem si byla postupně jistější. Domnívám se, že tato jistota také přicházela spolu s postupujícím těhotenstvím a snazším zjištěním potřebných údajů.

Někdy pro mě bylo opravdu těžké po Petře chtít odpovědi na otázky, protože jsem na ní viděla velkou únavu. O to více jsem si cenila toho, že i přes svou nepohodu mi byla ochotná věnovat svůj čas.

Často jsem o respondentce přemýšlela i mimo naše schůzky, a jelikož jsme byly průběžně v kontaktu, měla jsem neustále představu o tom, jak se jí daří. Když byla Petra poprvé hospitalizovaná, bylo mi líto, že ji taková situace potkala a podporovala jsem ji v odpočinku, který v tu chvíli nejvíce potřebovala.

Při druhé hospitalizaci jsem byla s Petrou také neustále v kontaktu a věřila jsem, že bude vše v pořádku a ještě neporodí. Informaci o císařském řezu mi sdělila Petra v den, kdy k němu již byla připravována. Vnímala jsem pozitivně, že mě kontaktovala i v takové situaci.

Po porodu miminka pokračovala naše korespondence přes mobilní telefon, a jak jsem již uvedla ve výzkumné části, sama Petra mi nabídla, ať ji přijdu navštívit. I přesto, že jsem již na tomto oddělení absolvovala praxi v rámci studia, z pohledu návštěvy „zvenku“ je pohled zcela odlišný. Na pokoji, kde odpočívaly 3 maminky, jsem cítila těžký vzduch. Návštěva byla narušována návštěvami rodin ostatních matek a v mezičase dětskými sestrami. Petra byla značně unavená a v této situaci jsem se necítila příliš komfortně i kvůli ostatním maminkám. Velice mě potěšilo, když mi respondentka hned po příchodu na pokoj nabídla pochování miminka. Nešlo jen chování dítěte, ale seznámení s človíčkem, kterého jsem sledovala po celou dobu v břiše Petry. Tato situace pro mě byla dojemnou a příjemnou.

V šestinedělí jsem se pak s Petrou viděla ještě jednou v jejím domácím prostředí. Dříve bohužel nebylo v mých možnostech se za respondentkou dostavit nebo ona sama neměla na naše setkání čas. Rozhodně bych ocenila více schůzek v šestinedělí. Petra měla potíže s kojením a v telefonu působila občas rázně. Chtěla jsem ji tedy podpořit alespoň na dálku a předat doporučení, která jsem znala. Při poslední návštěvě jsem opět pozorovala pozitivní, energickou ženu, kterou Petra byla před těhotenstvím.

Určitým limitem v získávání informací mohl být fakt, že jsme se s respondentkou

znaly ještě před výzkumným šetřením. Snažila jsem se zachovat objektivitu, ale nepopírám, že jsem některé situace jsem vnímala subjektivně a osobně.

Získávání informací ke zpracování vybraného tématu mě bavilo a nepochybně obohatilo. Kromě nových vědomostí a poznatků jsem se také zdokonalovala v profesi, kterou bych ráda do budoucna vykonávala.

#### **Doporučení do praxe:**

- zařadit do studia porodní asistence praxi v komunitním prostředí
- rozšířit sortiment literárních zdrojů, ze kterých by porodní asistentka mohla pro založení své soukromé praxe čerpat
- v praxi porodních asistentek zařídit supervizi zkušenějších porodních asistentek
- vytrvat ve vyjednávání se zdravotními pojišťovny o úhradách péče porodních asistentek v domácím prostředí žen
- zlepšit spolupráci mezi lékaři a porodními asistentkami
- zvýšit informovanost veřejnosti o kompetencích porodních asistentek

## 12 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala téma péče porodní asistentky v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Témata, kterými jsem se v rámci této práce zabývala, byla porodní asistence v kontextu kontinuální péče porodní asistentky během těhotenství, během porodního procesu, a v průběhu šestinedělí. Uvedla jsem informace týkající se fyzických, psychických i sociálních změn ve vybraných obdobích v životě ženy a také péče, kterou porodní asistentka v tomto ohledu poskytuje. Protože moje respondentka jednou absolvovala vaginální porod a jednou císařský řez, je této problematice věnována podkapitola. Jedna z podkapitol je taktéž věnována vaginálnímu porodu po předchozím císařském řezu.

V praktické části jsou popsána všechna setkání, která jsem během výzkumu s respondentkou absolvovala. V tabulce jsou uvedeny údaje základního vyšetření a dále popisují fyzický stav, psychický stav, rodinné zázemí, mateřskou roli i proměny v partnerství respondentky. Na závěr každé schůzky popisují své vlastní shrnutí a pozorování.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat kontinuální péči porodní asistentky o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí. Tato dlouhodobá péče zahrnovala komplexní souhrn všech somatických změn, emočních proměn a sociálního zázemí respondentky. Domnívám se, že cíl mé práce byl splněn. Z výzkumu je patrné, že dlouhodobá péče porodní asistentky není nutně vyžadována pouze prvoroďčkami, ale jak jsem se sama přesvědčila, i vícerodičky ocení, že se mají se svými dotazy a problémy na koho obrátit. Zjistila jsem také, že poskytovat dlouhodobou péči ženě je velice naplňující. Porodní asistentka se při poznání ženy i jejího prostředí lépe orientuje v tom, jaké potíže i emoce těhotné, rodičky a šestinedělky prožívají. Zároveň nutno podotknout, že zátěž na osobu porodní asistentky je značná. Kromě empatie, se kterou by měla ke každé ženě individuálně přistupovat, investuje do takové péče mnoho času.

Tématu komunitní praxe na vysokých školách není věnována přílišná pozornost. Tomuto nepomáhá ani velká nevole ze strany pojišťoven a neinformovanost matek gynekology. Provedený kvalitativní výzkum přitom ukázal, jaké výhody může mít využití těchto služeb, což podporuje množství studií ze zahraničí, kde je tento druh péče mnohem více využíván.

Jsem si vědoma toho, že cesta k osvětě společnosti je dlouhá, ale i malé kroky považuji za zlepšení, ve které v oboru porodní asistence věřím.



# SEZNAM ZDROJŮ

## LITERÁRNÍ ZDROJE

**ANDRAŠČÍKOVÁ, Štefánia**, 2010. Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistentky. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 127 s. ISBN 978-80-7013-500-6.

**BAJEROVÁ, M.**, 2018. Péče o jizvu po porodu císařským řezem z pohledu fyzioterapie. 1. vyd. Příbor, 2018. ISSN 2464-6784.

**BUCKLEY, Sarah J.**, 2016. Jemný porod, jemné mateřství. 1. vyd. Praha: Maitrea. 459 s. ISBN 978-80-7500-764-1 .

**FRYE, Anne**, Holistic midwifery, 2010. Vyd. 1. Wheeler Rhonda, Kolder Veronika, Davis-Floyde Robbie. Portland: Labrys Press. ISBN 978-1891145551.

**GASKIN, Ina May**, Zázrak porodu, Vyd.1. Praha: One Woman Press, 2010. ISBN 978-80-257-024-3.

**GUTMAN, Laura**, Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem, 2013. Vyd. 1.Praha: Maitrea. 311 s. ISBN 978-80-87249-46-8.

**HÁJEK, Zdeněk, Čech, E., Maršál, K a kol.**, 2014. Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

**HENDL, Jan**, 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

**KOUDELKOVÁ, Vlasta**, 2013. Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí. 1.vyd. Praha: Triton. 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.

**MARSHALL, Jayne.**, 2014. Myles textbook for midwives/edited by Jayne E.Marshall, Maureen D. Raynor, 16.vydání, Edinburgh: Elsevier. 780 s. ISBN 978-0-7020-5145-6 .

**MOBERG, Kerstin Unvas**, 2016, Hormón blízkosti. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo F, 172 s. ISBN 978-80-88952-88-6.

**MROWETZ, Michaela**, 2011. Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti? 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.

**ODENT, Michel**, 2016. Císařský řez: Co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí porod se schopností milovat. 1.vyd. Praha: Maitrea. 180 s. ISBN 978-80-7500-227-3.

**ODENT, Michel**, 2017. *Potřebujeme porodní asistentky?* 1.vyd. Praha: Maitrea. 146 s. ISBN 978-80-7500-300-3.

**ODENT, Michel**, 2014. *Porod a budoucnost Homo sapiens*. 1.vyd. Praha: Maitrea. 164 s. ISBN 978-80-7500-052-1.

**POLOKOVÁ, Andrea**, 2012. *Praktický návod na dojčení*. 3. vyd. Bratislava: Slovart, spol. s.r.o. 121 s. ISBN 978-80-556-0751-1.

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

**STADELMANN, Ingeborg**, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přepracované vydání. Praha: One Woman Press. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

**TAKÁCS, Lea**, 2015. *Perinatální psychologie: praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

**ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al.**, 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem. Praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. 1. vyd. Praha: Argo. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

### **INTERNETOVÉ ZDROJE**

**BÁLIKOVÁ, M., BUGŽOVÁ, R.** Quality of women's life with nausea and vomiting during pregnancy. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2014, 5(1):29-35. [cit. 16.3.2019]. ISSN 1804-2740.

Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2014-01/5-balikova-buzgova-cz.pdf>

**CESAR, V.**, Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* [online]. 30.1.2016 [cit. 28.2.2019]. ISSN 0140-6736.

Dostupné z: [https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736\(15\)01024-7](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736(15)01024-7)

**COLDRIDGE, L.**, Am I too emotional for this job? An exploration of student midwives' experiences of coping with traumatic events in the labour ward. *Midwifery* [online]. 28.11.2016 [cit. 2.2.2019]. ISSN 0266-6138.

Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613816302807>

**ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK**, Kdo je porodní asistentka? In: ckpa.cz [online]. © 2013-2019 [cit. 8.2.2019].

Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/rodice/pece-porodni-asistentky/kdo-je-porodni-asistentka.html>

**DOLEŽELOVÁ, R.**, Ženy, porodní asistentky a gynekologové, pojišťovny a Ministerstvo zdravotnictví – o co jde v pracovní skupině? [online]. 2012 [cit. 20.2.2019].

Dostupné z: <https://spapk.files.wordpress.com/2012/03/c48dkpa-c5beeny-porodnc3ad-asistentky-a-gynekologovc3a91.pdf>

**HENDRYCH LORENZOVÁ, E., JANOUŠKOVÁ, K., KAŠOVÁ, L.**, Péče porodní asistentky o šestinedělky v domácím prostředí jako prevence zdravotních komplikací žen v šestinedělí. *Florence* [online]. 2014, roč. 10, č. 7-8, s. 24-26 [cit. 17.3.2019] ISSN: 1801-464X. Dostupné z: <https://na-cestechmaterstvim.com/je-efektivni-navstevni-cinnost-porodnich-asistentek-po-porodu/>

**HODNETT, E.**, Continual support for women during childbirth. [online]. 16.2.2011 [cit. 17.2.2019]. Dostupné z:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub3/abstract>

**HRUBAN, L.**, Vedení porodu po předchozím císařském řezu, analýza výsledků z let 2007-2010. *Česká gynekologie* [online]. 2012 [cit. 16.3.2019]. ISSN 1805-4455.

Dostupné z: [http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:f88619f3-7403-420c-a5ba-3ce2beb916c7#periodical-periodicalvolume-periodicalitem-page\\_uuid:e340c234-5a8d-11e7-8040-d485646517a0](http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:f88619f3-7403-420c-a5ba-3ce2beb916c7#periodical-periodicalvolume-periodicalitem-page_uuid:e340c234-5a8d-11e7-8040-d485646517a0)

**HUNTER, B.**, Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery* [online]. 2004 [cit. 2.2.2019]. ISSN 0266-6138.

Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613803000962#!>

**JUKELEVICS, N.**, About vbac.com [online]. 26.1.2017 [cit. 15.1.2018].

Dostupné z: <https://www.vbac.com/about-vbac-com/>

**KRISHNAN, V.**, Prevention of primary cesarean section: Facts, Myths and Tips. In: midwiferytoday.com. *Midwifery today* [online]. 2016 [cit. 12.12.2018].

Dostupné z: <https://midwiferytoday.com/mt-articles/prevention-primary-cesarean-section/>

**LUNDGREN, I.**, Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 5.2.2015 [cit. 12.12.2018]. ISSN: 1471-2393

Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0441-3>

**MAMILA**, Polohy při dojení. In: mamila.sk.. Mamila [online].©2016 [cit. 28.2.2019].

Dostupné z: <https://www.mamila.sk/pre-matky/pomoc-pri-dojceni/polohy-pri-dojceni/>

**MC LACHLAN, H.**, Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 25.7.2012 [cit. 20.2.2019] ISSN 1471-0528. Dostupné z:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x>

**MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY**, Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou. [online]. 26.2.2018 [cit. 8.2.2019].

Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-\\_9078\\_3076\\_3.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html)

**PANDA, S., BEGLEY, C., DALY, D.**, Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *Plos one* [online]. 15.8.2018 [cit. 30.8.2018] ISSN 1549-1676.

Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0200941>

**PODĚBRADSKÁ, R., ŠARMÍROVÁ, M., PROCHÁZKA, M.**, Funkční poruchy pohybového systému v těhotenství. *Česká gynekologie* [online]. 2018 [cit. 16.3.2019]. ISSN 1805-4455.

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-2-23/funkcni-poruchy-pohyboveho-systemu-v-tehotenstvi-63780>

**PODROUŽKOVÁ, K., MUKŠNÁBLOVÁ, M.**, Ošetrovatelská péče o ženu po císařském řezu. [online]. 17.12.2014 cit. [15.3.2019].

Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/osetrovatelska-pece-o-zenu-po-cisarskem-rezu-477594>

**RATISLAVOVÁ, K., EZROVÁ, M.,** Současný stav soukromé porodní asistence v České republice. *Florence* [online] . 10.7.2017, 13(7-8), 14-15. [cit. 20.2.2019]. ISSN 1801-464X.

Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/ckpa/media/zpravy-v-tisku/221-soucasny-stav-soukrome-porodni-asistence-v-cr.html>

**THE LANCET,** Stemming the global caesarean section epidemic. *The Lancet* [online]. 13.10.2018 [cit. 25.10.2018].

Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32394-8/fulltext?fbclid=IwAR0tseD0QClaiNY10u1CUUKHXs\\_W-Y0xvyOM\\_uf4BVcgWqIfI3pYQ4wuy5E](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32394-8/fulltext?fbclid=IwAR0tseD0QClaiNY10u1CUUKHXs_W-Y0xvyOM_uf4BVcgWqIfI3pYQ4wuy5E)

**UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK,** Zákony a vyhlášky. *Unipa* [online]. ©2019 [cit. 8.2.2019]

Dostupné z: <https://www.unipa.cz/porodni-asistentky/pravo-a-legislativa/zakony-a-vyhlasky/>

**Vyhláška 55/2011 Sb.,** Vyhláška o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: [zakonyprolidi.cz](http://zakonyprolidi.cz) [online]. 14.12.2017 cit [5.1.2019]

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

**Zákon č. 201/2017 Sb.,** Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. In: [zakonyprolidi.cz](http://zakonyprolidi.cz) [online]. 1.9.2017 cit [8.2.2019].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

## **OSTATNÍ**

**BALINT, P.,** Kurz předporodní přípravy, 2013, Praha.

**UNIPA,** Kurz - Jak se stát komunitní porodní asistentkou. 24.3.2018 Praha.

**KAŠOVÁ, S.,** Zájem žen v Plzeňském kraji o péči komunitní porodní asistentky. Plzeň, 2018. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hendrych Lorenzová.

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas respondentky

Příloha č. 2 - Záznamový arch

Příloha č. 3 - Fotografie respondentky

Příloha č. 4 - Pomůcky

Příloha č. 5 - Časová osa případu

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Informovaný souhlas respondentky

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU BĚHEM TĚHOTENSTVÍ, PORODU  
A ŠESTINEDELÍ

#### STUDENT:

Jméno: Jana Hyttnerová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: hyttnerova.j@seznam.cz

#### VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: elorenzo@kos.zcu.cz

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat období těhotenství, porodu a šestinedělí z pohledu porodní asistentky.

S Vaším svolením budou v bakalářské práci uvedeny Vaše osobní údaje spolu s údaji o Vašem zdravotním stavu. Dále budou uvedeny informace o zdravotním stavu Vašeho dítěte. Budou s Vámi průběžně prováděny rozhovory, které budou případně zaznamenány na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie a v citacích z těchto rozhovorů bude uvedeno pouze Vaše křestní jméno. Fotografie, pořízené v průběhu výzkumu mohou být v práci publikovány.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována. Souhlasím s tím, aby fotografie mé osoby, pořízené v průběhu studie, byly publikovány v této bakalářské práci.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

**Příloha č. 2 – Záznamový arch**

DATUM:	POŘADÍ KONZULTACE:	TÝDEN TĚHOTENSTVÍ:
--------	--------------------	--------------------

**ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ**

TLAK:	PULS:	DECH:	MOČ:
VÁHA:	PŘÍBYTEK VÁHY:		
DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE Z PRENAT.PORADNY:			

**VYŠETŘENÍ POHLEDEM**

OTOKY:	VARIXY:
POSTOJ A CHŮZE: normální – hyperlordóza	KŮŽE: hydratovaná – suchá – strie – kožní léze
POZNÁMKY:	

**ZEVNÍ VYŠETŘENÍ**

Výška fundu:		
Reaktivita dělohy:	<i>klidná - nereaktivní</i> <i>dráždivá - kontrahující</i>	
Poloha a naléhání plodu:	<i>labilní - stabilní</i>	
Postavení plodu:	<i>levé - pravé</i> <i>přední – zadní</i>	
Aktivita plodu:	<i>aktivní - spící</i>	
Množství VP:	<i>přiměřeně – méně - více</i>	
Ozvy plodu:		
Spona – fundus:	Obvod v pase:	
Břišní svaly:	<i>pevné – povolené- diastáza</i>	



## SUBJEKTIVNÍ STAV

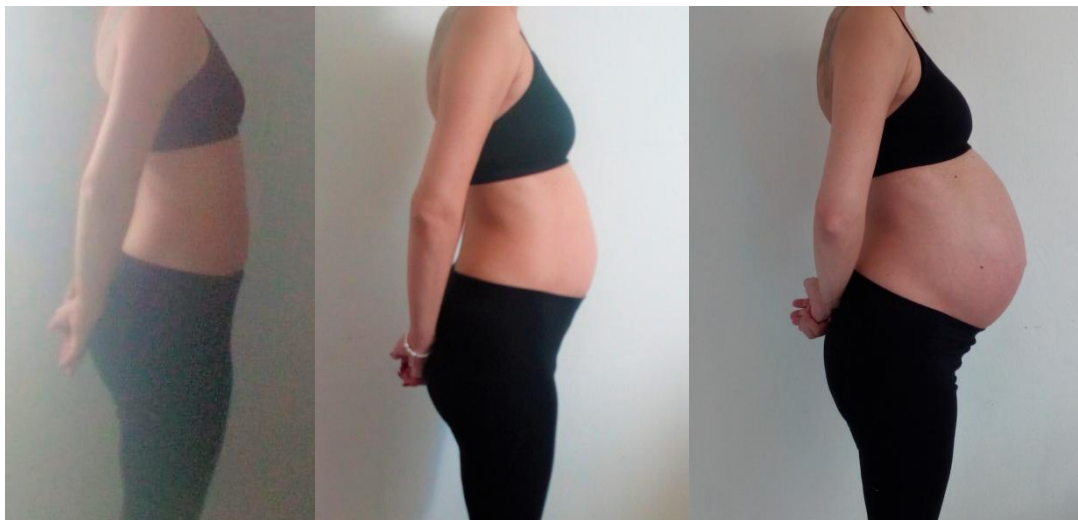
TĚLESNÝ STAV:	
PSYCHICKÝ STAV:	
MATEŘSKÁ ROLE:	
PRENATÁLNÍ KOMUNIKACE:  (aktivita plodu, pohyby, komunikace)	
ZÁZEMÍ + RODINA:  (děti, partner,...)	

## SHRNUTÍ

MÉ POZOROVÁNÍ:	
EDUKACE:	
PODPORA ZDRAVÍ:  strava / bylinky pomůcky aromaterapie / homeopatie	
TERMÍN DALŠÍHO SETKÁNÍ:	

Zdroj: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence ZČU

**Příloha č. 3 - Fotografie respondentky v 1., 2. a 3. trimestru gravidity**



Zdroj: vlastní

**Příloha č. 4 - Fotografie pomůcek, které jsem během výzkumu použila (zleva shora: lakmusové papírky pro orientační vyšetření moči, krejčovský metr, porodnický stetoskop, tonometr a fonendoskop).**



Zdroj: vlastní

## Příloha č. 5 – Časová osa případu

	POSLEDNÍ MENSTRUACE	31.7.2017
<b>TĚHOTENSTVÍ</b>	PRVNÍ SETKÁNÍ 8. týden těhotenství (dále t.t.)	24.9.2017 Únava
	DRUHÉ SETKÁNÍ 12. t.t.	22.10.2017 Nevolnosti, pálení žáhy Změny nálad
	OMDLENÍ V PRÁCI 17. t.t.	30.11.2017 Únava Slabost
	TŘETÍ SETKÁNÍ 17. t.t.	3.12.2017 Vnímá pohyby plodu Tuhnutí břicha
	ČTVRTÉ SETKÁNÍ 22. t.t.	1.1.2018 Bolest kyčlí a zad Tuhnutí břicha Zvolnění v práci
	PÁTÉ SETKÁNÍ 26. t.t.	28.1.2018 Únava Pocit těžkých HK + DK Tuhnutí břicha
	ŠESTÉ SETKÁNÍ 31. t.t.	4.3.2018 Vleže nevolnosti Tuhnutí břicha
	HOSPITALIZACE 34. t.t.	23.3.2018 Předčasná děl. činnost Maturace plic plodu Tokolýza
	NÁVŠTĚVA RESPONDENTKY 34. t.t.	25.3.2018 Obavy z předčasného porodu
	PROPUŠTĚNÍ Z NEM. 35. t.t.	27.3.2018
	SEDMÉ SETKÁNÍ 35. t.t.	1.4.2018 Mírné otoky DK Bolest bederní páteře Obstipace, pálení žáhy Lítost
	HOSPITALIZACE 37. t.t.	11.4.2018 Předčasná děl.činnost Velká bolest jizvy Smíření s S.C.
	<b>POROD</b>	POROD DÍTĚTE 37. t.t.
<b>ŠESTINEDEĹÍ</b>	OSMÉ SETKÁNÍ 3. poporodní den	16.4.2018 Schvácenost, únava
	PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE 5. poporodní den	18.4.2018 Radost z propuštění domů
	DEVÁTÉ SETKÁNÍ 5. týden šestinedělí	20.5.2018 Zklamání z kojení Spokojenost v oblasti mateřství a partnerství

Zdroj: vlastní