

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Karolína Tomanová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

Studijní program: B0913P360005 Porodní asistence

Karolína Tomanová

**PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU PŘI PORODU
Z POHLEDU RODIČKY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová. Ph. D.

PLZEŇ 2022

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Karolína Tomanová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče porodní asistentky o ženu při porodu z pohledu rodičky

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph. D.

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované: 51

Počet příloh: 30

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: porodní asistentka, vaginální porod, fyziologický porod, péče porodní asistentky, psychika ženy při porodu, emoční krize při porodu, potřeby žen u porodu, reflexe porodního prožitku

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá tématem Péče porodní asistentky o ženu při porodu z pohledu rodičky. V teoretické části je popsána historie porodní asistentky, současná profese porodní asistentky, kompetence a mezinárodní definice porodní asistentky. Dále je popsán porod a změny psychiky ženy při porodu. V závěru teoretické části jsou popsány jednotlivé doby porodní a péče porodní asistentky v jednotlivých dobách porodních.

Praktická část je provedena pomocí kvalitativního výzkumu s využitím dvou rozhovorů s dvěma ženami po porodu, jedna žena byla prvorodička a druhá žena byla druhorodička. Výzkum přináší jedinečnou zkušenost žen s porodním procesem, a popis práce porodní asistentky s rodící ženou. Výstupem práce je analýza získaných informací a návrh praktických tipů do odborné praxe.

Abstract

Surname and name: Karolína Tomanová

Department: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Care of a midwife for a woman during childbirth from the mother's point of view

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph. D.

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered: 51

Number of appendices: 30

Number of literature items used: 38

Keywords: midwife, vaginal birth, physiological birth, care of a midwife, psyche of a woman at birth, emotional crisis during childbirth, needs of a women during childbirth, reflection on childbirth experience

Summary:

This bachelor thesis deals with the topic Care of a midwife for a woman during childbirth from the mother's point of view. The theoretical part describes the history of the midwife, the current profession of midwife, competencies and international definition of midwives. Childbirth and changes in the woman's psyche during childbirth are also described. At the end of the theoretical part, the individual periods of childbirth and the care of the midwife in the individual periods of childbirth are described.

The practical part is carried out using qualitative research using two interviews with two women after childbirth, one woman was a first-born and the other woman was a second-born. The research provides a unique experience of women with the birth process, and a description of the midwife's work with the woman giving birth. The output of the work is

the analysis of the obtained information and the proposal of practical tips for professional practice.

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Hendrych Lorenzové, Ph. D. za odborné, povzbuzující a trpělivé vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji ženám po porodu, které poskytly rozhovory k bakalářské práci.

Děkuji své rodině, která mi byla oporou při psaní bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	10
SEZNAM TABULEK.....	12
SEZNAM ZKRATEK.....	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
1 PORODNÍ ASISTENTKA.....	16
1.1 Kompetence porodní asistentky.....	18
1.2 Mezinárodní definice porodní asistentky.....	19
2 PŘIROZENÝ PRŮBĚH PORODNÍHO PROCESU.....	21
2.1 Porod.....	21
2.1.1 Fyziologický porod.....	22
2.1.2 Potřeby ženy u porodu.....	22
2.2 Psychika ženy při porodu.....	24
2.2.1 Emoční krize při porodu a úloha porodní asistentky.....	25
3 PORODNÍ PROCES.....	27
3.1 I. Doba porodní.....	27
3.2 II. Doba porodní.....	28
3.3 III. Doba porodní.....	30
3.4 IV. Doba porodní.....	31
4 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU PŘI PORODU.....	32
4.1 Péče porodní asistentky v I. době porodní.....	32
4.2 Péče porodní asistentky ve II. době porodní.....	35
4.3 Péče porodní asistentky ve III. době porodní.....	36
4.4 Péče porodní asistentky ve IV. době porodní.....	37
5 PORODNÍ BOLEST.....	38
5.1 Tišení bolesti ze strany porodní asistentky.....	39
PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
6 FORMULACE PROBLÉMU.....	44
7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY.....	45
7.1 Hlavní cíl.....	45
7.2 Dílčí cíle.....	45
7.3 Výzkumné otázky/problémy.....	45
8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	46
9 METODIKA PRÁCE.....	47
10 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	48

11 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	49
12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	50
12.1 Rozhovor č. 1 – žena po porodu Tereza.....	50
12.1.1 Shrnutí průběhu rozhovoru	56
12.2 Rozhovor č. 2 – žena po porodu Eliška	57
12.2.1 Shrnutí průběhu rozhovoru	62
DISKUZE	64
ZÁVĚR.....	71
SEZNAM ZDROJŮ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH	77
PŘÍLOHY	78

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1 - Změny děložního hrdla za porodu u prvorodičky a vícerodičky
- Obrázek 2 - CTG a umístění sond
- Obrázek 3 - Palpace obsahu fundu děložního
- Obrázek 4 - Palpace výšky děložního fundu
- Obrázek 5 - Palpace tvaru dělohy
- Obrázek 6 – Palpace tvaru dělohy
- Obrázek 7 -Palpace postavení plodu
- Obrázek 8 - Palpace naléhající části
- Obrázek 9 - Palpace krční rýhy
- Obrázek 10 - Palpace vztahu naléhající části k rovině pánevního vchodu
- Obrázek 11 - Pelvimetr a schéma pelvimetrie
- Obrázek 12 - Měření conjugata externa
- Obrázek 13 - Porodní mechanismus
- Obrázek 14 - Jacobsův hmat na vybavení plodových blan
- Obrázek 15 - Míšní inervace dělohy
- Obrázek 16 - Stoj s oporou
- Obrázek 17 - Zvedání jedné nohy do strany
- Obrázek 18 - Klek s oporou
- Obrázek 19 - Úlevová poloha v páru s oporou zad a vyvěšením
- Obrázek 20 - Startovací poloha v kleku
- Obrázek 21 - Poloha na všech čtyřech
- Obrázek 22 - Odpočinková, úlevová poloha v kleku s oporou hrudníku na míči

Obrázek 23 - Sezení a pohupování na míči

Obrázek 24 - Hluboký dřep

Obrázek 25 - Bylinná napářka

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Vztah týdnu těhotenství k výšce děložního fundu

Tabulka 2: Cervix-skóre

Tabulka 3: Hodnocení novorozence podle Apgar skóre

SEZNAM ZKRATEK

CTG.....	kardiotokografie
D.....	dýchání
GBS.....	streptokoky skupiny B (group B Streptococcus)
P.....	puls
RRR.....	rychlá reaginová reakce
TENS.....	transkutánní elektrická nervová stimulace
TK.....	krevní tlak
TPHA.....	Treponema pallidum hemaglutinace
TT.....	tělesná teplota

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem péče porodní asistentky o ženu při porodu z pohledu rodičky.

Porod je fyziologický proces, při kterém přichází na svět nový život. Porod je pro každou ženu těžkou životní zkouškou. Každá žena přichází na porodní sál s jiným životním příběhem a s jinou představou o porodu. Úkolem porodní asistentky je ženu dostatečně informovat a provést ji celým procesem porodu. Psychika ženy má při porodu velký úkol, prochází několika emočními krizemi, při kterých je velmi důležitá práce a podpora ze strany porodní asistentky.

Porod dítěte byl již v hluboké historii především ženskou záležitostí. Již ve Starém zákoně je popisována pomoc porodních bab rodícím ženám. Fyziologicky probíhající porod býval záležitostí pouze porodních asistentek. V 50. letech 20. století však došlo ke změně systému péče, a rodící ženy byly přesunuty směrem do porodnic, kde přebraly péči o ženu lékaři. Tím došlo k vytracení podpory přirozenosti a ke ztrátě schopností porodních asistentek, protože veškerou péči přebraly přístroje a léky. V současnosti je v České republice stále velká část péče o rodící ženu v rukou lékařů. Nynější kompetence porodních asistentek však zvyšují šanci, že se fyziologické porody vrátí do rukou porodních asistentek.

Dnes jsou porodní asistentky nelékařské zdravotnické odbornice, které získávají svou odbornost vystudováním vysoké školy. Porodní asistentky jsou zcela kompetentními osobami pečovat o ženu během celého porodu, ale pouze tehdy pokud vše probíhá fyziologicky. Náplní práce porodní asistentky je provádět ženu celým procesem porodu a snažit se o to, aby žena odcházela z porodního sálu naplněná pocitem radosti a štěstí. Porodní asistentka se stará o to, aby byly naplněny potřeby žen, aby byly ženy podporovány v jejich rozhodnutích, aby bylo k ženám přístupováno s ohleduplností a respektem, aby se ženám naslouchalo, a aby byl porod šetrný, jak k ženě, tak i k plodu. Porodní asistentky se snaží o vytváření příjemného prostředí během porodu a snaží se o podporu fyziologického procesu porodu. Porodní asistentka nepracuje s přístroji a léky, ale naopak využívá své znalosti, schopnosti, přirozené metody a snaží se o vybudování vztahu o vzájemné důvěře.

Téma bakalářské práce jsem zvolila, protože mě zajímalo, jakou mají ženy zkušenost s péčí porodní asistentky při svém porodu, a zda porodní asistentky při péči o rodící ženu

plně využívají své kompetence a znalosti. Domnívám se, že péče porodní asistentky při porodu je smysluplná a nezastupitelná.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaké zkušenosti má žena s péčí porodní asistentky při svém porodu. Výzkum byl prováděn pomocí rozhovorů se dvěma ženami, jedna žena byla prvorodička a druhá žena druhorodička.

Informace použité k mé bakalářské práci jsem čerpala z literatury, odborných článků a internetových zdrojů. Knihy použité k bakalářské práci jsem si zapůjčila v knihovně Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Odborné články jsem vyhledávala i pomocí internetového prohlížeče Google Scholar.

Klíčová slova: porodní asistentka, vaginální porod, fyziologický porod, péče porodní asistentky, psychika ženy při porodu, emoční krize při porodu, potřeby žen u porodu, reflexe porodního prožitku

„Porodní asistentky dohlížejí na to nezákladnější - zajišťují, aby v místnosti bylo teplo, šero a ticho a aby se každá žena cítila natolik uvolněná, že může měnit svou polohu podle vlastního přání. Nabízejí ženám vodu, džus, med a cukr, čímž jim zajišťují přísun tekutin a energie, což vše potřebují na těžkou práci, jakou je porod.“

M. Odent

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORODNÍ ASISTENTKA

Profese porodních asistentek sahá do hluboké historie, je stará jako lidstvo samo. Praxe egyptských porodních bab a židovských žen, které poskytovaly pomoc rodícím ženám, je popisována již ve Starém zákoně. Již řecký ženský lékař Soranos (Soranus) z Efesu (98-138 n.l.) se zmiňuje o porodních pomocnicích, porodních asistentkách. (Vránová, 2007, s. 7) Soranus požadoval od ženy, která se chtěla stát pomocnicí při porodu řadu vlastností. Porodní asistentka by měla být pracovitá, vytrvalá a mravná, aby jí bylo možno důvěřovat. Měla by mít dobrou paměť, dlouhé, jemné prsty a upravené, krátce ostříhané nehty. Měla by se starat o své ruce, aby zůstaly jemné a citlivé. Trpícím ženám s porozuměním pomáhat, utěšovat je a být odvážná v jakémkoli nebezpečí. Žena, která se chce stát pomocnicí při porodu by neměla být příliš mladá a měla by mít za sebou vlastní porody. Mít praktické i teoretické vzdělání ve všech oblastech lékařského umění. (Vránová, 2007, s. 15)

První zmínka o porodních pomocnicích v českých zemích pochází z roku 1200. (Vránová, 2007, s. 30) Mnohé společenské vlivy (např. náboženství, politika, rozvoj medicíny, kultura, ekonomické vlivy) ovlivňují výuku a přípravu žen, které se připravují na profesi porodní asistentky. Postupně vznikalo nové povolání, které bylo určeno pouze pro ženy. Název povolání se odvozoval od slova „babit“ - roditi, postupně se ustálil na termínu porodní báby, bez ohledu na jejich věk. (Vránová, 2007, s. 7) V Čechách vyšlo do konce 16. století 8 spisů pro porodní báby, které byly však značně primitivní. (Vránová, 2007, s. 30) V roce 1348 se porodní báby krátce teoreticky vzdělávaly na Univerzitě Karlově v Praze. Dále, až do tereziánských reforem, byly porodní báby neškolené. (Vránová, 2007, s. 7) Porodní báby se musely prokazovat potvrzením o vykonané zkoušce od r. 1651. Od r. 1749 bylo nutností, aby se porodní báby zúčastnily pitvy ženy. V r. 1753 se začalo opět přednášet porodnictví na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, ale pouze teoreticky. (Vránová, 2007, s. 30) I přesto, že byly porodní báby povinny se školit na lékařských fakultách, zejména na venkově působily porodní báby bez jakéhokoli vzdělání. (Vránová, 2007, s. 7) V Brně U svaté Anny byla v r. 1784 založena porodnice, I. porodnická klinika v Praze vznikla v r. 1803. O pokroky babictví se velmi zasloužil prof. Antonín Jungmann, který od r. 1808 působil na Univerzitě Karlově, vydal i učebnici. II. Porodnická klinika v Praze vznikla v r.

1867. V čele porodnických klinik a babického vzdělání stáli prof. Karel Pawlík a prof. Václav Rubeška, jsou také významnými osobnostmi české porodnické školy. Babičství se postupně stalo zdravotnickým povoláním, které má vyhraněnou odbornou náplň. (Vránová, 2007, s. 30) Mezinárodní sraz porodních asistentek se konal v Praze, v r. 1925, účastníci se Dr. Václav Rubeška a ostravský porodník Dr. František Pachner požadovali alespoň tříleté studium pro porodní asistentky místo tehdejších 10 měsíců. Tento požadavek však neuspěl. V r. 1928 byl starý název porodní bába nebo babička nahrazen názvem porodní asistentka, a v listopadu téhož roku vyšel zákon O pomocné praxi porodnické, jakož i o vzdělání a výcviku porodních asistentek. Tento zákon nezajišťoval pojištění ani rajonování. V r. 1947 bylo prodlouženo studium pro porodní asistentky z deseti měsíců na dva roky. Ve školním r. 1955/56 bylo pro porodní asistentky zavedeno čtyřleté studium s maturitou. Ve školním roce 1958/59 bylo zavedeno na středních zdravotnických školách pro porodní asistentky dvouleté denní a dálkové pomaturitní studium. Název oboru porodní asistentka, byl v roce 1965 změněn na ženskou sestru. Až v roce 1993 se vrátilo původní pojmenování - porodní asistentka. Na vyšších zdravotnických školách vznikl ve školním roce 1995/96 studijní obor Diplomovaná porodní asistentka. Na vysokých školách jako bakalářský stupeň vzdělávání, ve formě prezenční nebo kombinované, byla výuka porodních asistentek zahájena od akademického roku 2001/2002. Vzdělání je zakončeno Státní závěrečnou zkouškou. (Vránová, 2007, s. 89,90)

Dnes je porodní asistentka nelékařská zdravotnická odbornice, která získává svou odbornost díky absolvování vysokoškolského studia. V České republice může porodní asistentka samostatně pečovat o ženy s fyziologickým těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Ženy se s porodní asistentkou mohou setkat u svého gynekologa, v porodnici a v porodních centrech, porodní asistentky mohou mít samostatnou komunitní praxi a mohou ženy navštěvovat i doma. Porodní asistentka může u těhotných žen provádět těhotenskou poradnu a předporodní kurzy, konzultovat s těhotnými ženami porodní plán, podporovat je v náročných situacích, a pomáhat ženám s přípravou na porod a příchod dítěte. Při porodu porodní asistentka pečuje o rodící ženu, podporuje hladký a bezpečný průběh porodu pro samotnou ženu i plod, napomáhá v úlevě od bolesti a podporuje poporodní bonding a kojení. V šestinedělí pečuje porodní asistentka o samotnou ženu, ale i o její rodinu, může poskytovat laktační poradenství, poradenství v péči o dítě a podporuje hojení případného porodního poranění. (Unie porodních asistentek, 2017)

S profesí porodní asistentky se pojí také profesní organizace. První profesní organizace vznikaly už ve 20. století, kdy hlavním důvodem bylo, utvořit lepší sociální podmínky a právní zázemí pro vykonávání profese porodní asistentky. V r. 1911 byla v Praze založena Zemská jednota porodních babiček. V r. 1903 v Brně, bylo založeno Sdružení porodních babiček v Rakousku. Dále vznikla Říšská organizace rakouských babiček ve Vídni. (Vránová, 2007, s. 80) Další organizací byla Ústřední jednota porodních asistentek - ÚJPA, která vznikla r. 1919 sloučením spolků v Čechách i na Moravě, a vydávaly časopis Věstník. (Vránová, 2007, s. 81) V r. 1948 došlo v ČSR ke sloučení všech spolků do jednotné organizace ROH - Revoluční odborové hnutí. (Vránová, 2007, s. 81) V r. 1990 došlo ke zrušení ROH a vznikla nová organizace sdružující nelékařské pracovníky zdravotnických oborů, ČAS - Česká asociace sester. Roku 1997 některé členky z organizace ČAS vystoupily, protože kompetence gynekologicko-porodnické sekce byly bezvýznamné, téhož roku založily novou profesní organizaci ČAPA - Česká asociace porodních asistentek. V r. 2005 došlo ke změně názvu organizace ČAPA na ČKPA - Česká konfederace porodních asistentek. (Vránová, 2007, s. 99) V r. 2005 vznikla v České republice další organizace porodních asistentek sídlící v Praze, Unie porodních asistentek - UNIPA. Také v Sekci Česká asociace sester jsou některé porodní asistentky organizovány. (Vránová, 2007, s. 100) V r. 2013 vznikla Česká společnost porodních asistentek - ČSPA, ve které jsou organizované porodní asistentky, pracovníci dalších nelékařských oborů, studenti a studentky nelékařských oborů. (1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2021)

V České republice existuje v současné době 12 vysokých škol pro porodní asistentky. (příloha B) (Česká konfederace porodních asistentek, 2022)

1.1 Kompetence porodní asistentky

Kompetence porodní asistentky jsou ustanovené ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., konkrétně §5. Tato vyhláška říká, že porodní asistentka může poskytovat základní i odbornou péči těhotným ženám, rodícím ženám i ženám v šestinedělí, a to bez jakéhokoli odborného dohledu. Porodní asistentka poskytuje také ošetrovatelskou péči ženám na úseku gynekologie. Společně s lékařem se podílí na poskytování preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Porodní asistentka může ženám poskytovat informace o antikoncepci, o těhotenství, o životosprávě v těhotenství a při kojení, a připravovat ženu na porod. V průběhu těhotenství ženy vyhledávají porodní asistentky pro rady a provedení tímto obdobím. Pokud se jedná o fyziologické těhotenství může porodní asistentka ženy sledovat po celou dobu průběhu těhotenství, podávat ženám informace či

radu o těhotenství a o prevenci komplikací. Porodní asistentka může sama diagnostikovat a potvrdit těhotenství, poradit, doporučit či předepsat ženám nutná vyšetření potřebná ke kontrole fyziologického těhotenství. Pokud dojde ke zjištění jakékoli patologie či rizika v těhotenství, předává porodní asistentka ženu do rukou lékaře specializovaného v oboru gynekologie - porodnictví. Fyziologický porod má právo vést porodní asistentka samostatně, bez odborného dohledu. Při zjištění rizika, patologie či komplikace předává porodní asistentka porod opět do rukou lékaře. V období bezprostředně po porodu, porodní asistentka ošetřuje porodní a poporodní poranění, též provádí první ošetření novorozence. V případě nutnosti je povinna provést okamžitou resuscitaci novorozence. Porodní asistentka může ženy navštěvovat také v domácím prostředí, ženy v období těhotenství, a také ženy v období do ukončení šestinedělí. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., §5) (příloha C) Další důležitou úlohou porodní asistentky je informování a vzdělávání žen, ale i jejich rodin a celých komunit. Součástí vzdělávání je edukace o přípravě na rodičovství, předporodní příprava, dále zdraví žen, sexuální nebo reprodukční zdraví a péče o dítě. (Česká společnost porodních asistentek, 2021)

1.2 Mezinárodní definice porodní asistentky

Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků, vytvořily roku 1972 dokument, který byl nazvaný Definition of the Midwife (Definice porodní asistentky). Tento dokument byl poprvé upraven v roce 1990. V roce 2005 na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek, který se konal v Austrálii, bylo přijato současné znění definice porodní asistentky.

„Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí - v domácím prostředí, v ambulantních zdravotnických

zařízeních, nemocnicích, klinikách, nebo zdravotnických středisek.“ (Česká společnost porodních asistentek, 2021)

2 PŘIROZENÝ PRŮBĚH PORODNÍHO PROCESU

2.1 Porod

„Chvilé narození, bezpochyby nejosudovější událost člověka, je po celou dobu existence lidského pokolení na jedné straně prožitkem velkého štěstí, na druhé straně i hrozbou smrti jak pro matku, tak i pro jejího právě na svět přicházejícího potomka.“ (Vránová, 2007, s. 7)

Porod je fyziologický proces, kterým je ukončeno těhotenství. Porod začíná pravidelnými děložními kontrakcemi mající kladný efekt na rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a děložní branky. (Procházka, 2020, s. 393) Pokud plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, jedná se o narození živého dítěte, bez ohledu na délku trvání těhotenství. Mezi známky života patří pulzace pupečnicku, srdeční činnost nebo nesporný pohyb kosterního svalstva. Plod, který se narodí bez známek života a jehož váha je vyšší než 500g, je považován za mrtvě rozené dítě, pokud nelze určit porodní hmotnost, je rozhodující dokončený 22. týden těhotenství. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 175) Rozlišuje se porod předčasný, porod v termínu, potermínové těhotenství a pravé přenášení. Předčasný porod je definován jako porod do 37+0 týdne těhotenství. (Kacarovský a kolektiv, 2017) Potermínové těhotenství je definováno jako těhotenství od 40+0 týdne těhotenství. (Měchurová, 2016) Pravé přenášení je těhotenství, které přesahuje 42+0 týdnů těhotenství, v tomto období vzniká poměrně vysoké riziko, jak pro matku, tak i plod. U plodu hrozí aspirace mekonie, perinatální úmrtnost, porodní asfyxie, vznik porodního traumatu z důvodu makrosomie plodu. U matky se zvyšuje riziko operačního porodu, a též hrozí vznik porodního poranění z důvodu makrosomie plodu. (Ježová, Fait, 2013)

Ze somatické stránky je porod proces, při kterém odchází plod s placentou a plodovými obaly porodním kanálem z organismu matky. Porod je rozdělen na čtyři doby porodní navzájem na sebe navazující. (Wilhelmová, Kašová, Sedlická, 2021) Začátek první doby porodní určují pravidelné děložní kontrakce, a konec úplné otevření děložního hrdla. (Procházka, 2020, s. 394) Druhá doba porodní začíná tehdy, když dojde k rozvinutí branky a končí porodem plodu. (Procházka, 2020, s. 401) Při třetí době porodní dochází k odloučení a vypuzení placenty a plodových obalů, tato doba porodní je také nazývána dobou k lůžku. (Procházka, 2020, s. 425) Čtvrtá doba porodní je definována jako dvě hodiny po porodu placenty. Ve zdravotnickém zařízení zůstávají ženy po tuto dobu na porodním sále. (Wilhelmová, Kašová, 2021)

2.1.1 Fyziologický porod

Jedná se o normální, zdravý tělesný proces, při kterém dochází samovolně k vypuzení zralého a vitálního plodu z dělohy matky, za normální děložní aktivity a v poloze plodu podélné záhlavím, při zachování zdraví matky i plodu. Při porodu je důležitou a klíčovou osobou v poskytování péče, porodní asistentka. Díky vzdělání a dovednostem je porodní asistentka privilegovaná pečovat o ženu během celého porodu. Porodní asistentka má za úkol rozpoznat potřeby ženy, posoudit a průběžně vyhodnocovat celkový stav rodící ženy. (Wilhelmová, Kašová, Sedlická, 2021) Další úlohou porodní asistentky při fyziologickém porodu je maximální podpora a opora ženy. Pro ženu je důležité vědět, že se může na porodní asistentku kdykoli obrátit. Porodní asistentka by měla ženě důkladně naslouchat a vnímat určité signály ze strany ženy. (Štromerová, 2010, s. 98) Porodní asistentka by měla vést takový porod, který je, co nejvíce šetrný k rodící ženě i k plodu, je důležité, aby dbala na jejich potřeby i tempo. Aby se porod nestal nebezpečným a nepředvídatelným, je důležité, aby nebyl ničím urychlován, protože se jedná o velice křehký a vyvážený děj. (Procházka, 2020, s. 393) I přesto, že pro poskytování péče o rodící ženu platí všeobecná základní pravidla, je potřeba ke každé ženě a porodu přistupovat individuálně. (Wilhelmová, Kašová, Sedlická, 2021)

„Normální porod může být dlouhý nebo krátký, hodně bolestivý nebo méně bolestivý. Následuje po fyziologickém nebo rizikovém těhotenství, vede k narození malého nebo velkého dítěte, porod může probíhat v nemocničním zařízení nebo mimo něj.“ (Procházka, 2020, s. 393) WHO popisuje fyziologický porod jako porod, který: „Začíná fyziologickými mechanismy organismu ženy a dítěte a probíhá fyziologicky. Je spontánně započatý, s nízkým rizikem na počátku první doby porodní, které je neměnné během celé první a druhé doby porodní. Dítě se narodí spontánně v poloze podélné záhlavím. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.“ (World health organization) „Normální, přirozený porod je takový porod, který samovolně začíná, samovolně pokračuje a samovolně končí.“ (Štromerová, 2010, s. 110)

2.1.2 Potřeby ženy u porodu

Podle Odenta je největší pomocí ženě při porodu, porod nenarušovat. Dát ženě svobodu a podporovat ji ve vlastním rozhodnutí. (Odent, 1995, s. 63) Protože je každá žena jiná, tak i každý porod je jiný, proto je důležité nepoužívat jeden postup pro všechny ženy, ale ke každé ženě přistupovat individuálně a hledat individuální řešení. (Odent, 1995, s. 64)

V první době porodní každé ženě vyhovuje něco jiného, některé ženy chtějí odpočívat, ležet v posteli, jiné chtějí chodit po chodbách, nebo se procházet po zahradě, všechna jejich přání bychom měli naslouchat a vyhovět jim. Pokud probíhá první doba porodní rychleji, děložní kontrakce zesilují, často ženám nejvíce pomůže klidná místnost a přítmí. Ženy se zanořují do své mysli, do svého těla, naslouchají svému tělu, a k tomu je zapotřebí klid. U některých žen může vyvolat větší pocit klidu konejšivá hudba. Je důležité, aby místnost, ve které se ženy nachází byla dostatečně prohřátá, protože i teplo je důležité pro vyvolání pocitu pohody a klidu. Ženy podporujeme v hledání úlevových poloh, ke kterým spontánně dospějí. Nejčastěji si ženy vybírají polohu v předklonu, kdy se opírají o kus nábytku, nebo polohu na zemi, na všech čtyřech končetinách. Tyto polohy účinně snižují bolesti, především v zádech. (Odent, 1995, s. 65)

Podle Odenta „*Porodní asistentky dohlížejí na to nejzákladnější - zajišťují, aby v místnosti bylo teplo, šero a ticho a aby se každá žena cítila natolik uvolněná, že může měnit svou polohu podle vlastního přání. Nabízejí ženám vodu, džus, med a cukr, čímž jim zajišťují přísun tekutin a energie, což vše potřebují na těžkou práci, jakou je porod.*“ (Odent, 1995, s. 67)

Ženám při porodu často pomáhá přítomnost blízké osoby, nejčastěji otce dítěte. Pro ženu je důležité, aby si při porodu vytvořila alespoň jeden speciální vztah k jedné osobě. Ne vždy však musí být přítomnost partnera u porodu prospěšná, velice záleží na osobě onoho muže. Pokud je muž příliš úzkostlivý, snaží se svou nervozitu a strach zakrývat upovídáním, žena se tak nedokáže ponořit sama do sebe. (Odent, 1995, s. 67) Pro spontánní průběh porodu, je nejdůležitější soukromí, intimita, klid, přítmí, svoboda matky dělat hluk, rodit v jakékoli poloze, a přítomnost porodní asistentky. Pokud se děložní stahy stanou bolestivější, méně účinné a dilatace děložního hrdla se zastaví, je výhodou, pokud mohou ženy využít teplou lázeň, která vede k určitému uvolnění. Teplá voda uvolňuje svalstvo, snižuje uvolňování adrenalinu do organismu a způsobuje nadnášení ženy, to vše vede k tomu, že je porod méně bolestivý, plynulejší a snazší. (Odent, 1995, s. 70)

Ve druhé době porodní, ženy aktivně hledají svou porodní polohu. Je důležité, aby měly absolutní svobodu při výběrání polohy. Vhodná porodní poloha vede k uvolnění, přispívá k pohodlí ženy a pomáhá miminku na svět. (Odent, 1995, s. 72).

2.2 Psychika ženy při porodu

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v pramenu života.“ (Rastislavová, 2008, s. 58)

Porod je pro každou ženu velice náročnou životní situací. I přesto, že má žena možnost se na porod připravovat po celou dobu těhotenství, tedy devět měsíců, je to situace nová, velice složitá, náročná a neobvyklá, a to i pro ženy, které se na porod snažily sebevíc připravit, tak i pro ženy, které už rodily. To, jak se žena vyrovná s takovou zátěžovou situací je ovlivněno mnoha faktory, závisí to na její osobnosti, na odolnosti ženy vůči zátěžovým situacím, na životních zkušenostech, vrozených vlastnostech, také na aktuálním stavu organismu ženy, i na sociálním zázemí. U porodu nelze používat jednotné měřítko, které by hodnotilo míru zátěže pro ženu. Každá žena je jiná, to, co jedna žena zvládá a považuje za přijatelné, druhá zvládat nemusí a může to být pro ni už nepřijatelné. Proto je nutné porod jako zátěžovou situaci hodnotit podle adaptačních sil a možností ženy. Ač je porod velice náročná životní situace, přivádí na svět nový život, mimo to, slouží také k formování osobnosti ženy. Při porodu dochází k překonání určité překážky, tím může být porod pro ženu určitým zdrojem uspokojení, může vést ke zvýšení sebevědomí a sebedůvěry. Pokud však porod nepostupuje tak, jak si žena představovala, žena situaci nezvládá, může docházet ke snížení sebedůvěry a k rozporům v sebepojetí. (Rastislavová, 2008, s. 58)

To, jak žena zvládá zátěž souvisí i s jejím chováním. Chování žen při porodu můžeme rozlišit na chování adaptivní a maladaptivní. Adaptivním chováním rozumíme chování přizpůsobivé, tedy chování, kdy žena spolupracuje, vnímá své tělo, naslouchá zdravotnický personál, vnímá porodní proces a své potřeby. Adaptivní chování vede k reálnému, účelnému a cílenému řešení. Maladaptivním chováním rozumíme chování nepřizpůsobivé, chování, které situaci nijak neřeší, ale vede spíše ke komplikacím. Maladaptivní chování žena využívá tehdy, pokud je situace nad její síly a potřebuje se bránit, odolávat tlaku. Součástí každé osobnosti jsou také obranné psychické mechanismy. Psychické obranné mechanismy používá každý člověk tehdy, pokud řeší rozpory, které jsou neslučitelné s jeho sebepojetím. Rodící ženy používají tyto obranné mechanismy, protože jim pomáhají lépe zvládat těžkou situaci. Obranné psychické mechanismy můžeme vysvětlit jako obranné strategie, které mají za úkol chránit jedince před úzkostí, ztrátou duševní rovnováhy a strachem. Mezi nejstarší a zároveň nejzákladnější obranné mechanismy patří útok, únik či volání o pomoc. Pokud tyto

tři mechanismy převedeme na rodící ženu, útokem můžeme rozumět napadání zdravotnického personálu či partnera, ale také to může být stav, kdy je žena v takové síle přesvědčena, že vše zvládne. Únik můžeme chápat jako stav, kdy si žena nechce připustit, že rodí a z nemocnice uteče, také to může být únik do své vlastní mysli či fantazie. Voláním o pomoc rozumíme stav, kdy se žena snaží nápadným, hlasitým projevem připoutat pozornost. Od těchto základních obranných mechanismů se odvozují další, např. racionalizace, negativismus, regrese či fixace. Racionalizaci lze chápat jako zdůvodnění svého chování motivem, který je únosný a přijatelný, ale neodpovídá skutečnosti. Příkladem může být rodička, která svoji neschopnost spolupracovat a svoji pasivitu svádí na nevhodné chování porodní asistentky. Dalším obranným mechanismem je negativismus, kdy rodička dělá to, co se jí zakazuje a odmítá dělat, to, co by měla. (Ratislavová, 2008, s. 58) Regrese je obranným mechanismem, při kterém se rodící žena vrací do vývojově mladšího období, její chování neodpovídá jejímu věku. Projevem může být emoční labilita, vyžadování zvýšené pozornosti, péče či něhy. Fixací se rozumí zastavení na cestě k cíli, lpění na starém řešení neodpovídající potřebě řešit a překonat situaci. (Ratislavová, 2008, s. 59)

„Narození dítěte považuje většina žen za jeden z nejvýznamnějších zážitků svého života. Avšak porod je vyčerpávající a často stresující zkušeností, představuje komplex, vesměs negativních prožitků, fyziologicky i psychicky podmíněných. Z biologického hlediska jde především o stahy dělohy, které jsou nezbytné pro vypuzení plodu. Ve druhé fázi porodu pociťují ženy tyto stahy jako velmi silnou bolest. V průběhu porodu se kromě bolesti musí vyrovnávat s pocity nejistoty, bezmocnosti a strachu, protože nevědí, zda vše probíhá zdárně a jak dlouho bude porod ještě trvat.“ (Vágnerová, 2008, s. 122)

2.2.1 Emoční krize při porodu a úloha porodní asistentky

Při porodu můžeme označit typické emoční mezníky, jsou to chvíle, které bývají pro většinu žen intenzivnější i přesto, že každá žena vnímá porod naprosto odlišně. Rozlišují se na čtyři krize.

1. počátek porodu
2. počátek aktivního porodu
3. přechod z I. do II. doby porodní
4. vypuzování hlavičky plodu

Jako první krize u porodu nastává počátek porodu, i přesto, že jsou ženy poučeny o příznacích počínajícího porodu, jsou seznámeny s poslíčky, nyní dochází k určité změně. Ženy pocítují, že konečně přichází den porodu. To může u žen vyvolat nejistotu, strach z neznáma, paniku. Dochází k rozrušení rodičky, najednou přemýšlí, zda má vše připravené, kdy má odjet do nemocnice, najednou neví, co má dělat. V tuto chvíli může žena už kontaktovat porodní asistentku, je důležité ženu uklidnit, odvést pozornost od prvních kontrakcí, nabádat ji k odpočinku, doporučit přítomnost blízké osoby či partnera. Další krizí u porodu bývá počátek aktivního porodu, tedy doba, kdy sílí kontrakce děložní a nelze už odvracet pozornost. V této části porodu začínají mít ženy pocit, že to nezvládnou, že už nemají sílu. Ženy začínají ztrácet odhodlání i odvahu. V tuto chvíli je velice důležitá podpora okolí, žena aktivně vyhledává polohy, ve kterých se jí daří bolesti zvládat, co nejlépe, proto je důležité umožnit ženě pohyb. Blízká osoba, partner či porodní asistentka zajišťují ženě pocit bezpečí. (Ratislavová, 2008, s. 61) Porodní asistentka v tuto chvíli přichází s různými technikami k tlumení bolesti, využívá především přirozené metody k tlumení bolesti, jako je voda, úlevové pozice, teplo, masáž či farmakoterapie. (Štromerová, 2010, s. 107) Pokud by i přesto rodička porod nezvládala, přichází lékař s nabídkou medikamentózní léčby či epidurální anestezii. Je důležité rodičku pochválit za to, jaký kus cesty ušla, a co vydržela. Dalším mezníkem či krizí je přechod z I. do II. doby porodní. Rodička ví, že se pomalu blíží konec, ale začíná být unavená, vyčerpaná, mohou se objevovat pocity zoufalství, že porod ještě nekončí, rodička začíná ztrácet trpělivost. Porodní bolesti vrcholí. V této chvíli je důležité povzbuzení okolí, pomoc porodní asistentky, partnera či blízké osoby. Dochází ke změně polohy rodící ženy. Rodička je zcela ponořena do porodního procesu. Poslední krizí je vypuzování hlavičky plodu. Ke konci I. doby porodní často rodičky získávají novou energii, cítí kontrolu nad situací a mohou využít svou sílu na tlačení. Rodičky bedlivě sledují a poslouchají pokyny porodní asistentky. Porodní asistentka rodičku povzbuzuje, napomáhá při úpravě polohy, nabádá ženu k povolení svalů pánevního dna a dává zpětnou vazbu o způsobu spontánního tlačení. Rodící ženy se často zaleknou nové bolesti, kdy začínají pocítovat velký tlak a pálení v pochvě při tlačení, porodní asistentka by jim měla být velkou oporou a společně se snažit bolest překonat tzv. "přetlačit". (Ratislavová, 2008, s. 61)

3 PORODNÍ PROCES

3.1 I. Doba porodní

První doba porodní se též nazývá dobou otevírací. Tato doba začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí, tedy kontrakcích alespoň po 5 minutách, které mají vliv na otevírání porodních cest a končí rozvinutím branky. (Procházka, 2020, s. 394) U žen, které rodí poprvé, též nullipary, trvá první doba porodní přibližně šest až sedm hodin, u žen, které již rodily, též multipary, trvá první doba porodní tři až čtyři hodiny. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 184,185) Uvedený čas první doby porodní je pouze orientační, protože u každé rodící ženy je to individuální. Vliv na trvání první doby porodní má parita neboli počet porodů, psychický stav ženy, postavení a naléhání plodu, interval mezi porody, tvar a velikost pánve a charakter děložních kontrakcí. (Procházka, 2020, s. 394) Čas trvání první doby porodní je u nullipar a multipar takto rozdílný, protože je odlišný mechanismus v otevírání děložního hrdla. Děložní hrdlo u nullipar je kuželovitého tvaru, zevní ústí má tvar důlku a vnitřní i zevní branka jsou uzavřeny, kdežto u multipar má děložní hrdlo tvar válcovitý, zevní ústí má tvar příčné štěrbiny, zevní branka je trvale otevřena, uzavřena je jen vnitřní branka. (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 183) Mechanismus otevírání děložního hrdla u nullipar probíhá tak, že se nejprve děložní hrdlo zkracuje od vnitřní branky směrem k zevní brance, až postupně úplně zaniká, a tehdy vzniká pravá porodnická branka, která se začne otevírat. U multipar se děložní hrdlo otevírá a zkracuje najednou. (Příloha č. 4) První doba porodní se rozlišuje celkem na tři fáze. První fáze je nazývána latentní, v této fázi je otevírání hrdla velmi pomalé, děložní kontrakce jsou krátké (netrvají déle než 30 s), jsou mírného charakteru, a přicházejí v intervalu 15-20 minut. V této fázi rodící žena pociťuje kontrakce nejvíce v podbřišku a v křížové části zad. (Procházka, 2020, s. 394) Branka se dilatuje až na 4-5 cm. (Wilhelmová, Sedlická, Kašová, 2021) Ženy zvládají v této fázi obvykle dobře spolupracovat a komunikovat. Druhou fází první doby porodní je aktivní fáze, při které jsou kontrakce děložní delší, jsou silnějšího charakteru, a přicházejí v kratších časových intervalech, přibližně se jedná o interval 3-5 minut. (Procházka, 2020, s. 394) V této fázi se branka dilatuje ze 4-5 cm až k jejímu zániku. (Wilhelmová, Sedlická, Kašová, 2021) Pro rodící ženy se v této fázi stává porod velice intenzivní, jsou unavené a mezi kontrakcemi mají potřebu odpočívat. Třetí fází první doby porodní je fáze přechodná, kdy kontrakce přicházejí v intervalu 2-3 minut a trvají kolem 1,5 minuty. (Procházka, 2020, s. 394)

3.2 II. Doba porodní

Druhá doba porodní je nazývána také dobou vypuzovací. Jedná se o vlastní porod plodu, je definována od zániku děložní branky až po vypuzení plodu z porodních cest. U nullipar trvá v průměru 15-20 minut, u multipar kolem 5-10 minut. (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 185, 188) Porodní kanál je zcela otevřen, cervikální kanál je plně dilatovaný, přechází plynule do pochvy a splývá s děložní dutinou. Co se týká měkkých porodních cest, má hlavička plodu volnou cestu, musí však projít nejužší rovinou tzv. pánevní úžinou. Aby hlava plodu mohla projít touto rovinou je zapotřebí rotace šípového švu. (Procházka, 2020, s. 401) Rodící žena může začít tlačit tehdy pokud je branka rozvinuta, hlavička plodu je sestoupá na pánevním dně, a je dokončena vnitřní rotace hlavičky, tzn. že šev šípový na hlavičce plodu je v příčném průměru pánevního východu. (Procházka, 2020, s. 402) Druhou dobu porodní lze rozlišit na dvě fáze, první fází je porod hlavičky, druhou fází porod ramének. Porodní mechanismus hlavičky plodu se dále dělí na pět fází. (Příloha č. 17)

1. iniciální flexe hlavičky do roviny pánevního vchodu
2. progrese hlavičky do pánevní šíře a úžiny (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 185)
3. vnitřní rotace hlavičky
4. rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 187)
5. zevní rotace hlavičky (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 188)

Při první fázi, kterou je iniciální flexe hlavičky do roviny pánevního vchodu, dochází k flektování hlavičky a vedoucím bodem se stává malá fontanela. (Procházka, 2020, s. 402) Při flektování hlavičky se mění prostupující obvod z frontookcipitálního, který je 34 cm, na subokcipitobregmatický, který je 32 cm, a je i příznivější pro porod. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 185) Nejprve vstupuje hlavička plodu svým malým oddílem, lze to vysvětlit tak, že vedoucí bod protne rovinu pánevního vchodu a hlavička tak začíná vstupovat do malé pánve. Tehdy, kdy hlavička prostoupí biparietálním průměrem, dochází k fixování velkým oddílem, to lze vysvětlit tak, že subokcipitobregmatický obvod hlavičky dosáhne roviny pánevního vchodu. Při poloze podélné záhlavím je prostupujícím obvodem právě subokcipitobregmatický obvod. (Procházka, 2020, s. 402) U nullipar dochází k iniciální flexi hla-

vičky plodu a k parciálnímu vstupu hlavičky do pánevního vchodu často již na konci těhotenství, u multipar to bývá obvykle až na začátku druhé doby porodní. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 185)

Další fází je progresse hlavičky do pánevní šíře a úžiny. Tehdy, kdy dojde k rozvinutí branky, hlavička plodu se dostává do pánevní šíře. Pánevní šíře je dostatečně prostorná, má tvar kruhu a hlavička ji projde bez problémů. (Hájek a kolektiv, 2014, s. 185) Dochází k rotaci do šikmého a přímého průměru. (Procházka, 2020, s. 402)

Třetí fází je vnitřní rotace hlavičky. Hlavička plodu se dostává na úroveň třetí roviny, kterou je pánevní úžina. Pánevní úžina je zrotovaná o 90° oproti pánevnímu vchodu, proto je zapotřebí, aby došlo k vnitřní rotaci hlavičky plodu. Hlavička plodu rotuje z příčného průměru do přímého průměru. Základní pravidlo pro vnitřní rotaci je takové, že vedoucí bod musí vždy rotovat pod sponou stydkou. U předního postavení hlavička plodu rotuje jen o 45° , u zadního postavení o 135° .

Čtvrtou fází je rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony. Hlavička se po průchodu pánevní úžinou dostává do pánevního východu se šipovým švem v přímém průměru, kde musí dojít k deflexi hlavičky. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 187) Při průchodu pánevním východem se hlavička opře subokcipitem o dolní okraj stydké spony, aby mohlo dojít k deflexi. Nejprve dochází k prořezávání malé fontanely neboli záhlaví, dále předhlaví, čela, obličeje, brady a zbytku hlavičky. (Procházka, 2020, s. 402)

Poslední, pátou fází je zevní rotace hlavičky. Po porodu se hlavička stáčí záhlavím na tu stranu, kam směřuje hřbet. Zevní rotace hlavičky souvisí s mechanismem porodu ramének. (Procházka, 2020, s. 403)

Porod ramének. Raménka vstupují do pánevního vchodu příčným nebo šikmým průměrem. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 188) Ještě před tím, než dochází k prořezávání hlavičky, raménka vstupují do roviny pánevního vchodu. (Procházka, 2020, s. 403) První raménko, které vstupuje do pánve, se stává vedoucím raménkem. Pánevní šíří raménka prochází bez problémů, až tehdy, kdy projdou k pánevní úžině dochází k přerotování z příčného či šikmého průměru do přímého průměru tak, že se vedoucí raménko stáčí dopředu za dolní okraj spony stydké, a právě tehdy dochází i k zevní rotaci hlavičky. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 188) První se rodí přední a zároveň vedoucí raménko, až po úpon m. deltoideus nacházející se na pažní kosti, poté dochází k laterální flexi trupu, a tím se

porodí i zadní raménko. Ostatní části těla plodu se rodí bez mechanismu. (Procházka, 2020, s. 403)

3.3 III. Doba porodní

Třetí doba porodní je dobou placentární, období od porodu plodu do porodu placenty. U většiny porodů v České republice je tzv. aktivní vedení třetí doby porodní, kdy dochází k intravenózní aplikaci uterotonik a uterokinetik (oxytocin 2-5 jednotek nebo metylergometrin 0,3 mg) pro snížení možných krevních ztrát. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 193)

V tomto období dochází k odloučení placenty a vypuzení placenty, také k vypuzení pupečníku a plodových obalů. (Procházka, 2020, s. 425) Dochází ke zmenšování děložního objemu, děloha se retrahuje. Tím, jak dochází k extrémnímu zmenšování děložního objemu, probíhá výrazná retrakce, dojde k přetrhání uteroplacentárních sept a uteroplacentárních cév, a postupnému odlučování placenty. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 188) Při přetrhání uteroplacentárních sept dochází ke krvácení mezi placentou a děložní stěnou. Rodička obvykle sama placentu po odloučení vytlačí. Otevřená, krvácející ústí uteroplacentárních cév, které se nacházejí v místě inzerce placenty potřebují k zástavě krvácení výraznou hemokoagulační aktivitu s trombózou cév, zároveň je potřebná retrakce dělohy ke zmenšování ranné plochy. (Procházka, 2020, s. 425) K odlučování placenty existují tři mechanismy:

- Baudelocque-Schultz
- Duncan
- Gessner

Baudelocque-Schultz je mechanismus, u kterého se placenta začíná odlučovat ve své centrální části směrem do periferie. V místě, kde se začne placenta odlučovat, dochází ke krvácení, tím, jak krvácení postupuje od centra do periferie, za placentou se tvoří tzv. retroplacentární hematoma. Žena z rodidel nekrvácí, krevní ztráta je při tomto mechanismu nejmenší. Při porodu takto odloučené placenty se jako první rodí střed placenty, tedy úpon pupečníku, a retroplacentární hematoma je uložen za placentou.

Druhým mechanismem je Duncan. Placenta se odlučuje postupně od distální periferie přes centrum k opačné periferii placenty. Při tomto mechanismu odlučování je největší krevní ztráta, protože v místě, kde je placenta již odloučená, vytéká postupně krev z rodidel ženy. První se rodí hrana placenty. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 188)

Třetím mechanismem je Gessner, též nazývaný smíšený mechanismus. Placenta se odlučuje od periferie, tedy stejně jako u mechanismu podle Duncana, ale jako první je porozen střed placenty, jako u mechanismu podle Baudelocquea-Schultze. (Procházka, 2020, s. 426)

Aby porodní asistentka poznala, že už je placenta odloučená a může dojít k jejímu porodu, existují čtyři znamení odloučenosti placenty. Schröderovo znamení, při kterém se nachází děložní fundus přibližně dva prsty nad pupkem. Ahlfeldovo znamení, u kterého lze při odlučování vidět, pokles pupečnicku před rodidly. Küstnerovo znamení, při kterém porodní asistentka zatlačí prsty nad symfýzou, pokud se pupečník nevtahuje zpět do pochvy, značí odloučenost placenty. Posledním je Strassmannovo znamení, při kterém se provádí poklep na fundus děložní, pokud se poklep nepřenáší na pupečník, značí odloučenou placentu. (Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014, s. 193)

3.4 IV. Doba porodní

Čtvrtou dobou porodní se rozumí dvě hodiny po porodu placenty, kdy žena rodící ve zdravotnickém zařízení, zůstává po tuto dobu na porodním sále. Dochází k retrahování dělohy, v této době je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Novorozenec je přiložen k prsu a je podporován bonding. (Wilhelmová, Kašová, 2021) Krevní tlak by se měl pohybovat v hodnotách normotenze (140/90 - 90/60), fyziologická je i mírná hypotenze, která je způsobená porodem plodu. Pokud má žena hypotenzi zároveň s tachykardií (nad 100 pulsů/min.), může to být varovný signál pro rozvíjející se šokový stav. Hypertenze po porodu může být varovným příznakem poporodní preeklampsie. Při měření pulsu je fyziologická normokardie (60-90 pulsů/min), ale může se objevit i mírná tachykardie, která je zapříčiněná emocionálním vzrušením a velkou tělesnou námahou. Při měření tělesné teploty, může porodní asistentka zjistit mírnou subfebrilii (37-38 °C), která je opět způsobena tělesnou námahou. Děloha by měla být po porodu dobře retrahovaná, tuhá a stažená. Fundus děložní by měl po porodu dosahovat 2-3 prsty pod pupek, maximálně k pupku. Pokud fundus děložní dosahuje výš nad pupek, zjišťuje porodní asistentka možnou příčinu, která brání zavinování dělohy. Nejčastější příčinou bývá plný močový měchýř. Množství poporodního krvácení by mělo být podobné silnějšímu menstruačnímu krvácení. (Procházka, 2020, s. 429)

4 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU PŘI PORODU

4.1 Péče porodní asistentky v I. době porodní

První osobu, kterou rodící ženy přicházející na porodní sál potkají, je porodní asistentka. Porodní asistentka se jako první zaměřuje na odhalení různých rizik a patologií. (Procházka, 2020, s. 395) Porodní asistentka zjišťuje, s čím žena přichází na porodní sál, táže se na přítomnost pravidelných kontrakcí (kontrakce, které trvají déle než 2 hodiny, přicházejí v pravidelném intervalu po méně než 5 minutách), krvácení či špinění (trvání, intenzita, charakter, vyvolávající příčina), odtok plodové vody (čas odtoku, barva, množství, charakter, metody diagnostiky odtoku), změna intenzity vnímaných pohybů, na doporučení lékaře (po-termínová gravidita, patologické stavy či rizika), akutní zdravotní komplikace či nejistota. (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2020, s. 109) Jeden z prvních kroků při příjmu je napojení rodící ženu na CTG monitor (Příloha č. 5), kde se monitoruje srdeční akce plodu a děložní aktivita po dobu minimálně 20 minut. Dále se měří fyziologické funkce ženy, mezi které patří TK, P, TT a D, zároveň dochází k odebrání vzorku moči na vyšetření bílkoviny a cukru. Po dobu, co je žena napojena na CTG monitor, porodní asistentka sepisuje anamnézu rodičky, anamnézu osobní, rodinnou, gynekologickou, porodnickou, farmakologickou, pracovní a sociální. Dále porodní asistentka zjišťuje různé mimořádné události či potíže v těhotenství, a informace zaznamenává do příslušné dokumentace. Při příjmu dochází k zaznamenání krevní skupiny a Rh faktoru ženy, alergií a výsledku GBS. Porodní asistentka provádí zevní a vnitřní vaginální vyšetření, kterým určuje polohu, postavení, naléhání plodu a progresi nálezů. (Procházka, 2020, s. 395) Zevní vyšetření je prováděno pomocí Leopoldových a Pawlíkových hmatů. I. Leopoldův hmat se provádí pomocí palpace děložního fundu, kdy se zjišťuje jeho výška a obsah. Výška děložního fundu se v období před porodem hodnotí vzhledem k mečovitému výběžku hrudní kosti (xiphoides). (Wilhelmová, Kašová, 2021) (Příloha č. 6, 7) II. Leopoldovým hmatem zjišťuje porodní asistentka tvar dělohy a postavení plodu pomocí palpace děložních hran. Postavení plodu je definováno jako vztah hřbetu plodu k děložní hraně. Porodní asistentka se soustředí na vyhmatání zad a končetin plodu. (Wilhelmová, Kašová, 2021) (Příloha č. 9, 10) III. Leopoldův hmat se provádí dlaněmi obou rukou, a slouží k určení naléhající části a vztahu naléhající části plodu k hornímu okraji symfýzy (spony stydké). Modifikovaný III. Leopoldův hmat se nazývá Pawlíkovy hmaty, které se rozdělují na tři fáze. Pawlíkovy hmaty slouží ke zjištění obsahu dolního děložního segmentu, naléhající části (popř. krční rýhy a jejího sklonu) a hodnotí její vztah k rovině pánevního vchodu. První fází Pawlíkovy hmatu je zjištění obsahu dolního

děložního segmentu, dále velikost, tvar a konzistence naléhající části. (Příloha č. 11) Druhou fází Pawlíkova hmatu je určení průběhu krční rýhy, pouze u plodu, který je v poloze podélné hlavičkou. (Příloha č. 12) Třetí fází Pawlíkova hmatu je určení vztahu hlavičky k rovině pánevního vchodu, a určení vzdálenosti krční rýhy od horního okraje symfýzy. (Příloha č. 13) (Záhumenský, 2011) Při vaginálním vyšetření zjišťuje porodní asistentka sestup hlavičky a charakteristiku děložního hrdla (Cervix-skóre) (Příloha č. 14), dále sleduje prostorost pochvy a případnou přítomnost překážek. (Wilhelmová, Kašová, 2021) Vaginální vyšetření by mělo být minimalizováno, protože zvláště při odtoku plodové vody, se zvyšuje riziko vzniku infekce. (Procházka, 2020, s. 395) Porodní asistentka u ženy kontroluje výšku, váhu a váhový přírůstek v graviditě, dále kontroluje pánevní rozměry ženy, pomocí pelvimetrie (Příloha č. 15). Při pelvimetrii měří porodní asistentka čtyři rozměry:

- distantia bicristalis (26-28 cm)
- distantia bispinalis (24-26 cm)
- distantia bitrochanterica (30-32 cm)
- conjugata externa (obvykle 20 cm) (Příloha č. 16)

Distancia bicristalis je rozměr, který se měří mezi nejvzdálenějšími body kyčelních hřebenů. Distancia bispinalis se měří mezi předními horními trny kyčelních kostí. Vzdálenost mezi nejvíce vyčnívajícími částmi velkých chocholíků kostí stehenních určuje distancia bitrochanterica. Conjugata externa určuje vzdálenost mezi trnem posledního bederního obratle L5 a horního zevního okraje spony stydké. (Wilhelmová, Kašová, 2021)

Hlavním úkolem porodní asistentky na počátku první doby porodní, kdy děložní kontrakce ještě nejsou zcela ustálené, je doporučit rodící ženě, aby odpočívala, zbytečně se nevysilovala a nabírala sílu na porod. Porodní asistentka může ženě doporučit teplou koupel či sprchu, která napomůže ke zrelaxování, uvolnění svalů a přináší velkou úlevu od nepříjemných pocitů. (Štormerová, 2010, s. 112) Ženy přicházejí často na porodní sál se strachem a s obavami s “neznámého“, i to může přispívat k tomu, že porod bude obtížnější. Porodní asistentka by tak měla ženu uklidnit, snažit se být empatická, vše ženě vysvětlit, zajistit příjemné prostředí a soukromí. Porodní asistentka může k uklidnění ženy využít různé metody, jednou z nich je například dotyk, ať už dotyk od porodní asistentky, tak od partnera. (Procházka, 2020, s. 395) Je dobré partnera u porodu využít, pokud je přítomen, aby i on cítil, že je u porodu prospěšný a není pouhým pozorovatelem. (Ratislavová, 2008, s. 73) Je důležité,

najít správný druh dotyku, který bude ženě příjemný. Může to být dotyk na křížovou oblast zad během kontrakce, za použití jemného tlaku rukou, využití teplých obkladů na nahřátí křížové oblasti nebo podbřišku, masáž zad či nohou s možným využitím vonných olejů. Další možnou metodou, kterou může porodní asistentka využít je zvuk. Při porodu lze ženu zkusit uklidnit a zrelaxovat pomocí oblíbené hudby, zvukem hučení vody nebo zvukem zvířat. Porodní asistentka ženu podporuje k vyzkoušení různého způsobu dýchání, které jí bude vyhovovat. Možný je pomalý jemný dech, kdy žena dýchá nosem, pomáhá to ke zklidnění dechu. Dalším možným dýcháním je dech, kdy se ženy pomalu a zhluboka nadechnou a poté rychle, ale jemně vydechnou. Porodní asistentka může také doporučit tzv. lapání po dechu, kdy ženy dýchají rychle a mělce, dalším možným dýcháním je silné dýchání, ženy dýchají silně a rychle.

Porodní asistentka při celém porodu kontroluje ozvy plodu. Pokud nemá rodící žena děložní kontrakce, porodní asistentka kontroluje ozvy plodu minimálně jednou za hodinu, pokud jsou přítomny pravidelné děložní kontrakce kontrolují se ozvy každých 15 minut. Normální frekvence ozev plodu při porodu se udává v rozmezí 110-160 tepů/min. Dále porodní asistentka kontroluje každé 4 hodiny vyprázdnění močového měchýře, to je důležité pro správný sestup plodu porodními cestami. Pokud dojde ke spontánnímu odtoku plodové vody, porodní asistentka vždy kontroluje barvu a množství plodové vody, dále kontroluje ozvy plodu pomocí CTG záznamu. Barva plodové vody by měla být u fyziologického porodu čirá nebo mléčně zakalená. (Procházka, 2020, s. 396) Na začátku porodu, pokud mají ženy zájem, podává porodní asistentka očištné klyzma, které slouží jednak k vyprázdnění, ale také k prohřátí malé pánve, a tím i k uvolnění svalů malé pánve. (Pařízek, 2015) Porodní asistentka v první době porodní podporuje a informuje rodičku o průběhu porodu, doporučuje rodící ženě relaxaci, sprchu, koupel, podává informace o nefarmakologických metodách na zmírnění bolesti, může ženě ukázat a doporučit různé úlevové polohy. Porodní asistentka také kontroluje fyziologické funkce ženy, TK se kontroluje každé 2-4 hodiny (dle ordinace lékaře), při afebrilním průběhu se TT měří každých 6 hodin, P se kontroluje každé 2-4 hodiny (dle ordinace lékaře). Dále se provádí zevní vyšetření na zjištění polohy, postavení, naléhání a držení plodu. Pokud se děložní kontrakce opakují po více než 5 minutách a trvají méně než 60 sekund, vaginální vyšetření se obvykle neprovádí. (Procházka, 2020, s. 396) Ke konci první doby porodní se už může u některých rodících žen objevit nutkání na tlačení. Konec první doby porodní je pro ženy už velmi stresující a bolestivý. Porodní asistentka by měla

být ženě nablízku, uklidnit ženu, že vše probíhá tak, jak má. Dále by měla podporovat ženu v hledání úlevových poloh, v chůzi. (Procházka, 2020, s. 398)

4.2 Péče porodní asistentky ve II. době porodní

Ve druhé době porodní už monitoruje porodní asistentka ozvy plodu po každé děložní kontrakci, může být indikace k natáčení kontinuálního CTG záznamu. Normokardie plodu je 110-160 tepů/min. Tehdy, kdy hlavička prochází pánevní úžinou, mohou ozvy plodu poklesnout na 100-110 tepů/min, neměly by být však nižší než 100 tepů/min. Dalším úkolem porodní asistentky ve druhé době porodní, je monitorace děložních kontrakcí. Ve druhé době porodní mají kontrakce děložní, vypuzovací charakter. Kontrakce děložní by měly být dlouhé, časté a silné. Od začátku jedné kontrakce do začátku další kontrakce by měla být frekvence 2-3 minuty. Délka jedné děložní kontrakce by měla být alespoň jednu minutu. Náhlý vzestup intenzity, fáze maximální intenzity a rychlé odeznění kontrakce, charakterizuje vypuzovací kontrakce. Porodní asistentka monitoruje děložní kontrakce přiložením dlaně na děložní fundus a vnímá změny svalového napětí. Kontroluje frekvenci, délku trvání, intenzitu a charakter kontrakce. Dotek porodní asistentky může působit i jako uklidňující prostředek pro ženu. Další věcí, kterou porodní asistentka sleduje, je včasné vyprazdňování, měla by dbát na to, aby rodící žena měla prázdný močový měchýř, plný močový měchýř může hlavičce bránit při vstupu do porodních cest. Mezi močením by neměla být doba delší než 4 hodiny. Ve druhé době porodní by už neměla porodní asistentka od rodící ženy odcházet a měla by sledovat změny polohy, změny dýchání, změny v chování rodičky a naslouchat rodící ženě. Porodní asistentka sleduje také zevní genitál, známky vstupující hlavičky do pánevního východu, otevírání konečníku a napětí kůže na hrázi. U porodu musí být všechny pomůcky sterilní, je důležité dodržovat aseptický režim, dezinfekce rodidel však není vždy nezbytná a nutná. Porodní asistentka též připravuje pomůcky k porodu, mezi které patří gumová podložka pod rodící ženu, sterilní gumové rukavice, nůžky, 2x peán, 3x sterilní rouška, několik tamponů, chirurgická pinzeta, jehelec a jehla s návlekem. (Procházka, 2020, s. 405) Tehdy, kdy dochází k prořezávání hlavičky v poševním introitu, a mimo kontrakci se již nevtahuje zpět, připravuje si porodní asistentka sterilní roušku pod rodidla ženy. Dominantní rukou a pomocí další roušky chrání hráz a zároveň koriguje průchod hlavičky. Druhou ruku má porodní asistentka opřenou malíkovou hranou o stydkou sponu a zároveň prsty a dlaň nedominantní ruky regulují plynulost a rychlost porodu hlavičky. Po porodu hlavičky se vyčkává na zevní rotaci hlavičky, po dokončení zevní rotace se pomůže plodu s porodem předního raménka tak, že se plod lehce skloní směrem dolů, s porodem zadního raménka se

plodu pomůže odkloněním druhým směrem. Po dokončení porodu, je novorozenec položen na břicho matky. Čeká se na dotepání pupečníku, poté se do středu pupeční šňůry umístí dva peány, tak aby byla mezi nimi mezera přibližně 5 cm, a pupečník se přestřihne. V náručí matky je novorozenec osušen, označen, zabalen do suché roušky a překryt teplou příkrývkou. Bonding a dotepání pupečníku je možné pouze tehdy, pokud má novorozenec minimálně 8 bodů podle Apgar skóre. (Procházka, 2020, s. 406) Při Apgar skóre se hodnotí srdeční akce, dýchání, svalový tonus, reakce na podráždění a barva kůže v 1., 5. a 10. minutě, kdy každý příznak je hodnocen 0-2 body. Celkové skóre může být 0-10 bodů. Celkové body 0-3 značí těžkou porodní asfyxií, 4-7 bodů značí lehkou nebo střední porodní asfyxií a 8-10 bodů značí dobrý stav novorozence. (Dort, Dortová, Jehlička, 2020, s. 20) (Příloha č. 18) Během celé druhé doby porodní, porodní asistentka ženu podporuje, pomáhá ji při mobilizaci, při vyhledávání vhodné polohy, komunikuje s rodící ženou a jejím doprovodem a asistuje rodící ženě při samotném porodu. (Procházka, 2020, s. 408)

4.3 Péče porodní asistentky ve III. době porodní

Porodní asistentka během třetí doby porodní sleduje celkový stav rodičky, krvácení a známky odlučování placenty. U některých rodiček může být viditelný třes nebo si mohou stěžovat na pocit chladu, je to způsobeno předchozí fyzickou námahou a vlivem rozbuřených emocí. (Procházka, 2020, s. 427) Z pupečnickových cév odebírá porodní asistentka krev plodu na serologické vyšetření (RRR, TPHA). (Dort, Dortová, Jehlička, 2020, s. 20) Pokud je pupečník chladný, není naplněn krví a je ochablý, je to známka odloučené placenty. Další známky odloučené placenty, které porodní asistentka může pozorovat či použít jsou Schröderovo znamení, Ahlfeldovo znamení nebo Küstnerovo znamení, vysvětlené v kapitole 3.3. (Procházka, 2020, s. 427) Pokud žena ucítí stah dělohy, porodní asistentka ji vyzve, aby mírně zatlačila. (Štomerová, 2010, s. 191) „*Při samotném porodu placenty a plodových obalů je využíván Jacobsův hmat, kdy se placenta drží oběma rukama, stáčí se a současně je povytahována směrem ven.*“ (Procházka, 2020, s. 427) (Příloha 19) Porod placenty by měl být bez násilného vytlačování a bez tahání za pupečník, je to prevence toho, aby nezůstal v děloze kousek placenty. Po porodu placenty má porodní asistentka za úkol zkontrolovat, zda je placenta a plodové obaly celé. Placenta je rozložena na savou podložku tak, aby byla viditelná část, která přiléhala ke stěně děložní, nazývána část maternální. Porodní asistentka placentu osuší tamponem a zkontroluje, zda jsou přítomny všechny kotyledony, zapadají do sebe, nebo zda není nějaký porušen. (Štomerová, 2010, s. 192) Stejně tak, porodní asistentka kontroluje tu část, která přiléhala k plodu, nazývána fetální část placenty, na které se

nalézá úpon pupečníku. Dále kontroluje plodové blány kvůli přítomnosti porušené probíhající cévy, která by mohla značit přídatnou placentu (placenta succenturiata). Může dojít k indikaci revize dutiny děložní, a to při podezření na retenci kotyledonů nebo části blan, prováděna v celkové anestezii. Porodní asistentka také kontroluje případné porodní poranění a provádí jeho ošetření. Jako první kontroluje oblast zevních rodidel a oblast hráze, dále za použití porodnických zrcadel kontroluje poševní stěnu, poševní klenby a v celém rozsahu děložní hrdlo. Do porodopisu zapíše velikost placenty, odhad krevní ztráty a porodní poranění. (Procházka, 2020, s. 428)

4.4 Péče porodní asistentky ve IV. době porodní

Ve čtvrté době porodní má porodní asistentka za úkol poučit ženu, aby se vyhýbala rotačním pohybům v oblasti pánve, protože vlivem hormonů a proběhlého porodu, je kloubní i vazivové spojení pánevních kostí velmi rozvolněno. (Procházka, 2020, s. 428) Žena je porodní asistentkou očištěna, vypodložena vložkami a suchou savou podložkou, uložena do klidové polohy a přikryta. (Wilhelmová, Kašová, 2021) Nejlepší polohou je poloha na zádech, kdy je děloha v ose pánve, tato poloha pomáhá samovolnému zavinování dělohy a minimalizuje krevní ztrátu. (Procházka, 2020, s. 428) Poloha na zádech je také doporučována z toho důvodu, že po porodu jsou vazy, které za normálních okolností drží dělohu ve správném postavení v dutině břišní v ose rovnoběžné s osou páteře, po porodu rozvolněné a protažené, a vyprázdňovanou dělohu, tak dobře nedrží. Porodní asistentka pomáhá ženě s přiložením dítěte k prsu a podporuje bonding, tím dochází k vylučování oxytocinu do oběhu matky, což napomáhá ke stažení dělohy. Sleduje poporodní krvácení, krevní ztrátu, palpací zjišťuje výšku děložního fundu, kontroluje vyprázdnění močového měchýře. Při plném močovém měchýři dá porodní asistentka ženě mísu, příp. ženu vycévkuje, pokud by se žena cítila dobře, může jí porodní asistentka doprovodit na WC. (Wilhelmová, Kašová, 2021) Dalším úkolem porodní asistentky je kontrola fyziologických funkcí, minimálně každých 30 minut (TK, P, TT, D). Při kontrole fyziologických funkcí porodní asistentka zároveň kontroluje krvácení a výšku děložního fundu. Všechny hodnoty, které jsou zjištěny a naměřeny porodní asistentka zapisuje do dokumentace. Před převozem ženy na oddělení šestinedělí, vymění porodní asistentka čisté vložky a podložku, dále zajistí převoz matky na oddělení šestinedělí. (Procházka, 2020, s. 429)

5 PORODNÍ BOLEST

Porodní bolest je zařazena do specifické kategorie bolesti, dochází k prolínání fyziologického významu bolesti s patofyziologickými mechanismy. (Pařízek a kolektiv, 2021, s. 97) Jedná se o jedinou bolestivou reakci na fyziologický podnět v lidském těle. Hlavní význam porodní bolesti je poplašná reakce, která má ochranný vliv, porodní bolesti upozorňují ženu na blížící se porod. Každá žena má jiný práh bolesti, a právě proto je porodní bolest silně individuálně vnímaná. (Wilhelmová, 2021) Na porodní bolest se mohou ženy připravovat po celou dobu těhotenství. Porodní bolest je časově omezená, trvá pouze hodiny, přichází v pravidelných rytmech a v intervalech, mezi nimi bolest ustává, končí porodem novorozence, obvykle tedy emočně kladně nabitým zážitkem a odměnou. Porodní bolest ovlivňuje organismus ženy tím, že dochází k vyplavování adrenalinu (dodává sílu), endorfinů (tlumí bolest) a přirozeného oxytocinu (způsobuje útlum paměťových center, zvyšuje práh bolestivosti a přispívá ke zlepšení nálady). (Ratislavová, 2008, s. 67) Bolest při porodu je zvládnutelná, pro úlevu od bolesti jsou k dispozici medikamentózní i holističtější opatření, jako je vizualizace či masáž. Vnímání bolesti nezávisí jen na izolovaném fyzickém pocitu, ale je ovlivněna obavami, náladou, vzpomínkami nebo osobností člověka. Porodní bolest je účelná, občasná, očekávaná, a je nezbytnou součástí pro příchod miminka na svět. (Crider, 2020)

Na začátku první doby porodní se rodičky potýkají především s bolestmi v podbřišku a v kříži, v průběhu první doby porodní je bolest rozšířena postupně na celé břicho. Za bolesti v první době porodní jsou odpovědné výstupy nervů Th10 - L1. Ve druhé době porodní mění porodní bolest charakter, dochází k tomu, že hlava plodu začíná tláčit na pánevní dno a hráz. Porodní bolest je tak přenesena z oblasti břicha do oblasti hráze a rodidel. Za bolest ve druhé době porodní jsou odpovědné výstupy nervů S2 - S4, hlavním inervátorem hráze je nervus pudendus. (Wilhelmová, 2021) (Příloha 17) Dochází ke dráždění hladkého i příčně pruhovaného svalstva dělohy, zapříčiněno rozsáhlou stimulací kožních a svalových struktur. (Pařízek a kolektiv, 2021, s. 97) Porodní bolest není přesně určena, jedná se o výsledek mnoha komplexních interakcí. Dilatací děložního krčku a roztažením dolního děložního segmentu vzniká porodní bolest. (Pařízek a kolektiv, 2021, s. 102)

Porodní bolest je ovlivněna několika faktory, patří mezi ně stav matky (velikost a tvar pánve, připravenost porodních cest, únava, vyčerpanost, intenzita kontrakcí), stav ner-

vového systému, naléhání a pozice plodu, psychosociální faktory (kultura, předchozí zkušenost, strach, obavy) či zdravotnické zákroky (amniotomie, vyšetření). (Ratislavová, 2008, s. 67) Sociální a etnické vlivy i předchozí zkušenosti ženy, také ovlivňují vnímání intenzity bolesti. Psychická a fyzická připravenost rodičky je velice důležitá pro hladký průběh porodu, dle dostupných informací to souvisí i s vyplavováním endogenních endorfinů, které se podílejí na snižování prahu bolesti. (Procházka, 2020, s. 501)

5.1 Tišení bolesti ze strany porodní asistentky

Porodní asistentka využívá nefarmakologické metody tišení bolesti, mezi které můžeme zařadit aromaterapii, psychologické prostředky, teplo, vodu, masáže, fyzickou přípravu, psychoprofylaxi, příjemné prostředí, polohování, bylinnou napáčku, dále například akupunkturu, akupresuru, audioterapii nebo TENS. (Procházka, 2020, s. 502) Aromaterapii můžeme přeložit jako léčbu vůní, jedná se o vědecky ověřenou léčebnou metodu. Vůně mají vliv na naše city, mysl, ovlivňují pud sebezáchovy, nálady nebo instinkty. Vonné silice působí na tělesné i emocionální chování, působí jako afrodisiakum, dodávají energii, ale také ovlivňují bolest. Porodní asistentky nejčastěji používají vonné silice ve formě olejů, které používají do koupele, do aromalampy či vonného difuzéru, na masáže, nebo ve formě obkladů. Při porodu lze použít esenciální oleje:

- relaxační účinky - levandule, růže, meduňka
- dodání energie, na osvěžení - citrusy (mandarinka, pomeranč, limetka, grep, bergamot)
- harmonizace psychiky ženy - jasmín, geranium, santa, levandule, bergamot, lípa, růže, myrha, neroli
- snížení hladiny stresu - levandule, bergamot, lípa, citrusy (Hendrych Lorenzová, 2021, s. 11,12) Mezi psychologické prostředky, které mohou ovlivnit a snížit porodní bolest, můžeme zařadit:

- relaxaci
- sugesci
- odvedení pozornosti
- hypnózu

- behaviorální metody
- psychoterapeutický vztah

Sugesci lze vysvětlit jako emociogenní vmlouvání, tedy přesvědčování s vyloučením racionální kontroly. Rozlišují se dva způsoby sugestivního působení. Prvním způsobem je tzv. otcovská forma, jedná se o autoritativní doporučení, příkazování či nařizování. Člověk, který sugesci podává mluví rychle, úsečně a hlasitě. Druhým způsobem je tzv. mateřská forma, při které je využíváno domlouvání, vmlouvané nabádání či přemlouvání. Člověk podávající sugesci mluví pomalu, tiše, klidně a vmlouvaně.

Relaxace je metodou, při které se porodní asistentka snaží ženu zklidnit, uvolnit napětí a uklidnit. Bolest při porodu působí jako stresor, zvyšuje tepovou frekvenci, zvyšuje krevní tlak a stoupá celkové vzrušení. Relaxace působí opačným směrem, snižuje vzrušení, snižuje napětí a odvádí pozornost od bolesti. Při porodu lze využít různé relaxační metody, jednou z nich může být dotyková relaxace, při které dochází k uvolnění za současného hlazení nebo masáže, další mohou být imaginativní techniky, např. vizualizace, při které žena využívá svou představivost, a vytváří si příjemné vnitřní smyslové představy

Další možností, jak snížit bolest je odvedením pozornosti, kdy se snažíme o to, aby se žena začala soustředit na jinou skutečnost, např. na vnímání dechu, k vnímání pokynů porodní asistentky, nebo na relaxaci svalů. Lze je možné také využít tzv. mentální stimulaci, kdy se žena soustředí na jeden bod nebo subjekt v místnosti.

Pro snížení bolesti behaviorálními metodami je zapotřebí spontánní aktivita rodičky, kdy je hlavním úkolem naučit ženu různé postupy, jak zvládat bolest. Pomoc ženě najít pozitivní postoj ke zvládnutí bolesti, učit ženu být u porodu aktivní, a aktivně vyhledávat úlevové polohy.

Dalším prostředkem, který má vliv na ovlivnění bolesti je psychoterapeutický vztah, tedy vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou. Aby měl vztah kladný vliv na tlumení bolesti, měl by být harmonický, snažit se porozumět a vyhovět požadavkům. Porodní asistentka by vždy měla dostatečně informovat rodičku, aby byla podporována jistota rodící ženy. Porodní asistentka by měla být dostatečně empatická, neměla by však litovat rodící ženu, to by mohlo vést k nadřazenosti porodní asistentky, a oslabování sebejistoty rodičky. Porodní asistentka se snaží o maximální věnování času a pozornosti rodičce. Důležité je, aby porodní

asistentka vyvolala v ženě dostatečnou důvěru k jejím profesionálním dovednostem. (Ratišlavová, 2008, s. 68, 69)

Dalším významným prostředkem pomáhající k tlumení bolesti, které může porodní asistentka rodičí ženě nabídnout či ukázat, jsou úlevové pozice. Většina žen vydrží v úlevové pozici maximálně po dobu 20 až 30 minut. Nejlepší je, pokud ženy vyhledávají úlevové pozice intuitivně, některé ženy však bývají při porodu málo aktivní a potřebují povzbuzení k pohybu od porodní asistentky. Pro sestup miminka porodními cestami jsou nejvýhodnější vertikální pozice, kdy velkou část práce vykonává gravitace. Mezi úlevové polohy, které může porodní asistentka ženě nabídnout, patří:

- stoj s oporou
- zvedání jedné nohy vysoko do strany
- klek s oporou
- leh na boku
- úlevová poloha v páru s oporou zad a vyvěšením
- startovací poloha v kleku
- poloha na všech čtyřech
- odpočinková, úlevová poloha v kleku s oporou hrudníku na míči
- sezení a pohupování na míči
- hluboký dřep

Stoj s oporou je úlevovou polohou, při které je oporou partner, nebo cokoli jiného pevného. Žena by měla být ve stoje tak, aby byla v mírném předklonu. (Štomerová, 2010, s. 102) (Příloha č. 21) Další možnou pozicí je zvedání jedné nohy vysoko do strany, tak rodička utváří výrazný pohyb pánví, a tím i snadnější prostup pro miminko. (Štomerová, 2010, s. 103) (Příloha č. 22) Úlevovou polohou, kterou může porodní asistentka nabídnout je klek s oporou, kdy žena zešíroka klečí a je opřena o cokoli pevného nebo o míč. Výhodou této pozice je utváření většího prostoru v pánvi, také dochází k uvolnění oblasti křížové páteře. (Štomerová, 2010, s. 104) (Příloha č. 23) Pokud jsou už rodičí ženy unaveny a nezvládnou by vertikální postoj, velice výhodnou pozicí je leh na boku. Žena leží na boku, který

je pro ni příjemnější, a horní koleno by mělo být podepřeno například polštářem, v pánvi dojde tak také k vytvoření většího místa, a tím i k snadnějšímu průchodu miminka. (Štromeřová, 2010, s. 105) Pokud je přítomen partner, pár může využít úlevovou polohu s oporou zad a vyvšením, při které se žena opírá zády o partnera, má široce rozkročené nohy a současně se na partnera vyvěsí, tato poloha přináší ženě úlevu a relaxaci. Při kontrakcích je dobré, pokud žena přidá pohyb nahoru a dolů, který napomáhá sestupu hlavičky porodním kanálem rychleji směrem dolů, a také přináší uvolnění pánve. (Příloha č. 24) Další možnou polohou, u které není potřebná přítomnost partnera, je startovací poloha, při které se rozšiřuje pánev na stranu unožené končetiny a podporuje rotaci plodu v zadním postavení. (Příloha č. 25) Při bolestech zad je možno využít polohu na všech čtyřech. (Příloha č. 26) Odpočinková, úlevová poloha v kleku s oporou hrudníku na míči, je poloha, při které žena klečí na podložce a hrudníkem se opírá o míč, tuto polohu lze opět využít při bolestech zad, a umožňuje volný pohyb pánví. (Příloha č. 27) Odpočinkovou polohou je sezení a pohupování na míči, jedná se o pozici, při které ženy sedí pohodlně na míči, mají široce vzdálená kolena, v ohybu kolen by měl být úhel 90 stupňů. Při této poloze je také využita gravitace, která napomáhá sestupu hlavičky do pánve. (Příloha č. 28) Pokud je přítomen partner, lze ho při této poloze využít tak, že je pro ženu zadní oporou. Gravitační polohou, kterou lze využít v aktivní fázi druhé doby porodní je hluboký dřep, při kterém má žena doširoka otevřená kolena, o které se opírá lokty. Tato poloha napomáhá sestupu a rotaci hlavičky, zvyšuje tlak na fundus děložní, snižuje nároky na tlačení a podporuje břišní lis. (Příloha č. 29) Pokud je přítomen partner, opět může být pro ženu zadní oporou. (Wilhelmová, 2021)

Mezi nejpoužívanější metody k tišení bolesti v českých porodnicích ze strany porodních asistentek, patří jednoznačně teplá voda, ať už ve formě sprchy či vany. Teplá voda má na rodící ženu blahodárné účinky v kterékoli fázi porodu. Na začátku porodu se využívá proti bolestivému vnímání poslíčků a k uvolnění. V aktivní fázi porodu se využívá k uvolnění a prohřátí organismu. Vana teplé vody má vliv především na uvolnění porodních cest a pánevního dna, které se poté snadněji otevírají, a vytváří se tak snadnější cesta pro miminko. Teplota vody by neměla překročit 38 °C, aby došlo ke správnému účinku, měla by žena ve vaně pobýt alespoň 30 minut. Pokud není k dispozici vana, je dobré využít alespoň sprchový kout. Je dobré sprchou nahřívát podbříšek a křížovou oblast páteře, dochází tak také ke snížení bolesti a uvolnění svalů pánve. (Štromeřová, 2010, s. 106)

Dalším způsobem, který může pomoci ke zmírnění bolesti je psychoprofylaxe a fyzická příprava, kdy se těhotná žena již během prenatální péče připravuje na porod. Porodní

asistentka může ženě doporučit návštěvu předporodního kurzu, kde se provádí nácvik dýchání, tlačení či relaxace. I to může ženě pomoci, aby šla do porodnice vyrovnanější a s vyšší sebejistotou. Porodní asistentka by měla dbát na vytvoření příjemného prostředí pro rodící ženu, kdy je zapotřebí správně vyhřátá místnost, soukromí, empatie zdravotníků, přátelský přístup, přítomnost blízké osoby, přítomnost porodní asistentky, či naslouchání přáním rodící ženy. (Procházka, 2020, s. 502) Další možností ke zmírnění bolesti, kterou může porodní asistentka doporučit, je využití bylinné napáčky. Při bylinné napáče dochází pomocí působení bylin k prohřívání ženských pohlavních orgánů a ke zlepšení krevní cirkulace v oblasti malé pánve. (Valová, 2019) (Příloha č. 30) Bylinná napáčka pomůže ženu zrelaxovat, uklidnit, dochází k uvolnění svalů pánevního dna, připravuje porodní cesty, a dochází k ohřátí celého organismu. Byliny, které lze využít k napáče, je například maliník, levandule, mateřídouška či měsíček. (Valová, 2018)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Porod je pro každou ženu jakousi životní zkouškou. Každá žena jde do porodnice s určitou představou o tom, jak by měl porod probíhat. Každá žena přichází s jinými informacemi, znalostmi a přáními týkajícími se porodu. Většina žen se v těhotenství setkává s porodními asistentkami, bohužel často pouze v ambulancích, kde nejsou kompetence a dovednosti porodních asistentek plně naplněny.

Už v dávných středověkých dobách ženy rodily s pomocí porodních bab. Porod byl pouze ženskou záležitostí, a muži měli zakázáno být u porodu přítomni. Porodní báby byly ženy, které znaly příběhy rodících žen a podle toho s nimi také uměly pracovat. Naneštěstí, v 50. letech 20. století přišla změna, kdy se porod stal pouze lékařskou záležitostí. Porod byl brán pouze jako něco, co se musí vydržet, přetrpět, ale na prožitky žen už nebyl brán žádný ohled. Lékař byl brán jako vševědoucí v porodnictví a porod měl pouze ve svých rukách. Ženy k lékařům vzhlížely a vkládaly do nich plnou důvěru. Tehdy bohužel kouzlo porodní asistence upadlo do zapomnění.

Porodní asistentky by měly být ženy vzdělané a moudré. Jsou to ženy, které mohou ostatní ženy provázet celým životem, od první menarche, těhotenství, porod, šestinedělí, klimakterium, až po stáří. Však mnoho lidí si stále důležitost porodních asistentek neuvědomuje a touto profesí opovrhuje.

V dnešní době dochází k nápravě z dob socialistických. Porody se dostávají zpět do rukou porodních asistentek a těhotné či rodící ženy vkládají do porodních asistentek důvěru a oporu. Některé těhotné ženy aktivně pátrají o informacích o porodu, a samy si vyhledávají porodní asistentky. Bohužel takových žen je v našem porodnictví velmi malé množství. Stále velký počet žen důvěřuje spíše lékařům než porodním asistentkám. Možná je to tím, že ženy neznají kompetence a dovednosti porodních asistentek a mají z porodu “bez lékaře“ strach.

V praktické části mé bakalářské práce jsem se proto rozhodla, že hlavní otázkou bude „Jaké zkušenosti má žena s péčí porodní asistentky při svém porodu?“

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

7.1 Hlavní cíl

Zjistit, jaké má žena zkušenosti s péčí porodní asistentky při svém porodu.

7.2 Dílčí cíle

1. Zjistit názor a osobní zkušenost žen s péčí porodní asistentky při svém porodu.
2. Zachytit porodní příběh rodičky.
3. Popsat roli porodní asistentky u porodu.

7.3 Výzkumné otázky/problémy

1. Jaké jsou zkušenosti žen z porodu a péče porodní asistentky?
2. Jaký je porodní příběh rodičky?
3. Jaká je role porodní asistentky u porodu?
4. Jaký je názor rodičky na roli porodní asistentky u svého porodu?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantek do mého výzkumu byl záměrný. Do výzkumu byly vybrány dvě ženy po porodu, rodící vaginálním porodem. Kritériem výběru bylo, aby jedna žena byla prvorodička a druhá žena vícerodička.

Obě participantky byly seznámeny s anonymitou údajů a dobrovolně podepsaly informovaný souhlas

Prázdny informovaný souhlas je uveden v příloze.

9 METODIKA PRÁCE

Pro vypracování bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkum je výzkum, kdy si na začátku výzkumu výzkumník stanoví téma a základní výzkumné otázky. Stanovené otázky může výzkumník během výzkumu, sběru, a analýzy dat upravovat a doplňovat. K objasnění výzkumných otázek výzkumník shromažďuje, vyhledává a rozebírá získané informace. Při kvalitativním výzkumu probíhá sběr a analýza dat v delším časovém období. Dochází k delšímu a hlubšímu kontaktu se situací jedince či skupiny jedinců. (Hendl, 2005, s. 50, 51)

Sběr dat v mém výzkumu probíhal pomocí polostrukturovaného rozhovoru, k získání dostatečných poznatků z dané oblasti.

Polostrukturovaný rozhovor zaručí tazateli, že se mu skutečně dostane odpovědi na všechna konkrétní témata. Tazatel volí způsob a pořadí pro získání informací, které osvětlí dané téma. Tazatel může volit formulaci otázek podle situace. (Hendl, 2005, s. 174)

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od prosince roku 2021, do března roku 2022. K zahájení výzkumu bylo nutné vyhledání vhodných participantek.

Poskytnutím kontaktu od mé kamarádky, jsem měla možnost provést rozhovor s ženou po porodu, paní Terezou. Paní Terezu jsem seznámila s tématem mé bakalářské práce a poprosila ji o poskytnutí rozhovoru, ona souhlasila, a domluvily jsme si osobní setkání.

Druhou participantku, ženu po porodu, paní Elišku, jsem oslovila prostřednictvím sociální sítě, opět jsem ji seznámila s tématem mé bakalářské práce, poprosila jsem ji o poskytnutí rozhovoru, ona také souhlasila, a domluvily jsme si též osobní setkání.

S participantkou Terezou jsme si domluvily osobní setkání v příjemné kavárně. Osobní setkání proběhlo 5. 2. 2022. Před zahájením rozhovoru jsem Terezu ujistila o anonymitě údajů, seznámila jsem jí s nahráváním rozhovoru na diktafon, ona souhlasila a podepsala informovaný souhlas. Délka rozhovoru byla 90 minut.

S participantkou Eliškou jsme si domluvily osobní setkání, které probíhalo u Elišky doma. Osobní setkání proběhlo 12. 2. 2022. Před zahájením rozhovoru jsem také paní Elišku seznámila s anonymitou výzkumu, podepsala informovaný souhlas a byla obeznámena o nahrávání rozhovoru na diktafon, se kterým souhlasila. Délka rozhovoru byla 120 minut.

11 ZPRACOVÁNÍ DAT

Získané informace z rozhovorů jsem zaznamenávala pomocí diktafonu, zaznamenané důležité informace jsem poté přepisovala do textové podoby. Nejprve jsem si napsala okruhy pro rozhovor, poté jsem přepsala důležité informace zaznamenané během rozhovoru na diktafon, na papír. Po pročitání mnou napsaných textů z rozhovorů, jsem hledala informace a postupně jim přiřazovala kódy. Kódy jsem tvořila v rámci vlastního vnímání a cítění, tak aby se týkaly výzkumných otázek.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

12.1 Rozhovor č. 1 – žena po porodu Tereza

Představení participantky

První participantkou je paní Tereza, které je 31 let. Je svobodná, s partnerem bydlí v bytě ve městě. Dokončené vzdělání má středoškolské s maturitou a pracuje jako účetní. Byla těhotná poprvé, s partnerem očekávali kluka Matyáše, který se narodil v prosinci 2021. Žena pravidelně navštěvovala těhotenskou poradnu u svého obvodního gynekologa. Po celou dobu těhotenství se nepotýkala s žádnými problémy. Miminko si společně s partnerem moc přáli, a žena otěhotněla spontánně.

Průběh porodu a jeho prožívání

Příjem na porodní sál

Paní Tereza byla přijata na porodní sál k plánované indukci porodu 1.12. 2021 v 7:00 hod., ve 40+0 týdnu těhotenství, důvodem indukce porodu byla trombofilní mutace (Leidenská mutace, heterozygot). Při příjmu na porodní sál byly přítomny dvě porodní asistentky. Jedna porodní asistentka prováděla vyšetření - test na Covid 19, chemická analýza moči, hmotnost ženy, výška ženy, měření TK, měření TT, napíchnutí kanyly, napojení na CTG monitor a měření pánevních rozměrů pomocí pelvimetrie. Druhá porodní asistentka sepisovala dokumentaci a ptala se Terezy na osobní otázky k sepsání anamnézy. Paní Tereza mi při rozhovoru říkala, že přišla k příjmu ještě lékařka, která provedla vaginální vyšetření pro rozhodnutí, jak bude vedena indukce porodu, oznámila jí, že porodní cesty nejsou připravené k porodu, a indikovala Tereze hospitalizaci na oddělení šestinedělí: „*Na příjem přišla ještě lékařka, která mi vyšetřila, řekla mi, že porodní cesty ještě nejsou připravené na porod a, že mi dají na oddělení, a uvidí se večer.*“ Při příjmu na porodní sál Tereze neprovedly porodní asistentky zevní vyšetření břicha pomocí Leopoldových hmatů: „**Při příjmu mi nikdo na břicho nesahal, porodní asistentka mi tam jen dala sondy na CTG monitor, to bylo všechno.**“ Porodní asistentky při příjmu s Terezou příliš nekomunikovaly, ptaly se pouze na otázky potřebné k anamnéze, ale informace o dalším průběhu porodu či chodu oddělení Tereze neposkytly: „*Při příjmu na porodní sál mě porodní asistentky nic moc neinformovaly, vlastně mi nikdo nic moc neřikal, mohly by být empatičtější a říct mi, co dělají a proč.*“ Při příjmu se porodní asistentky Terezy neptaly, zda má vytvořený porodní plán nebo nějaké porodní přání, nenabídly jí možnosti, které by mohla při porodu požadovat nebo využít, např. úlevové polohy, vanu, sprchu, aromaterapii, porod v jiné, než „klasické“ poloze na porodním

křesle, bonding či dotepání pupečníku. Když jsem se Terezy ptala, jestli s ní porodní asistentky probraly porodní plán, porodní přání, nebo zda ji nabídly možnosti, které by mohla při porodu využít, odpověděla mi: „Protože jsem rodila **poprvé** a neměla jsem načtené žádné informace, tak jsem vůbec nevěděla, jaké mám možnosti, a porodní asistentky při příjmu mi žádné možnosti ani nenabídly. Porodní plán jsem vytvořený neměla, **jediné, co jsem nechtěla, aby malého po porodu koupaly, tuto informaci jsem jim při příjmu sdělila a neměly s tím žádný problém**, jinak jsem nechávala vše na zdravotním personálu, protože si myslím, že oni vědí nejlépe, co a jak mají dělat, a já jim stoprocentně věřila. Přála jsem si pouze, aby byl porod rychlý, aby byl malý i já v pořádku, aby **probíhal v klidu, v soukromí, aby mohl být přítomen partner a nebyli přítomni zbyteční lidé**.“ Porodní asistentky při příjmu se příliš nesnažily navázat důvěrnější vztah nebo kontakt, k Tereze se chovaly mile a ohleduplně, byla z nich cítit klidná nálada, ale nebyly příliš komunikativní: „Porodní asistentky při příjmu byly hodné, chovaly se ke mně **ohleduplně**, ale bohužel mi **nepředaly příliš informací k tomu, co se se mnou vlastně bude dál dít**, věděla jsem jen, že půjdu na oddělení, to bylo vše.“ Jedna z porodních asistentek šla Terezu doprovodit na oddělení šestinedělí, a předala ji do péče porodní asistentky sloužící na oddělení.

Průběh před porodem na oddělení šestinedělí

Po předání Terezy porodní asistentce na oddělení šestinedělí, ukázala porodní asistentka Tereze, kde se nachází kuchyňka s čajem, sesterna porodních asistentek, sesterna dětských sester a odvedla ji na pokoj, kde byla přítomna ještě jiná žena. Porodní asistentka Terezu opět neinformovala o možnostech volného pohybu, ani o dalším průběhu péče během hospitalizace: „Když jsem přišla na oddělení, porodní asistentka mi jen ukázala, kde je kuchyňka, kde najdu porodní asistentky a dětské sestry, poté mi odvedla na pokoj, kde byla ještě jedna žena. Na pokoji mi ukázala mou postel a řekla mi: **lehněte si sem a budete ležet**. Mě ta její péče trochu mrzela, myslela jsem, že mi řekne víc informací, kdy, co a jak se bude dál provádět, jestli můžu i chodit nebo musím jen ležet. **Přišla jsem si hrozně**, že bych už tyto informace měla vědět, **nechtěla jsem jí obtěžovat mými otázkami**.“ Na oddělení šestinedělí chodila porodní asistentka Tereze kontrolovat ozvy a natáčet CTG monitor, porodní asistentka neprovedla s Terezou rozhovor ani žádné hlubinné poznání. Na otázku, kdy jsem se ptala, zda se porodní asistentka snažila navázat s Terezou kontakt nebo důvěrnější vztah, mi Tereza odpověděla: „**Ne, ta její péče mi přišla hrozně strohá**, vždy jen přišla poslechnout ozvy, a vždy asi po třech hodinách mi napojila na CTG monitor, jinak se mnou žádný rozhovor neprováděla.“ Před 17. hodinou přišla porodní asistentka Terezu informovat, že ji v

17:00 hod. odvede na vyšetření k lékařce: „*Myslím, že před 17. hodinou mi přišla porodní asistentka jen říct, že v 17:00 mě odvede na vyšetření k lékařce, ale **nevěděla jsem ani, jaké vyšetření, a proč se vůbec bude provádět.***“ Po vyšetření bylo Tereze sděleno, že porodní cesty stále nejsou připravené k porodu, a že jí v 19:00 hod. provede preindukci porodu s použitím farmakologické tablety (Prostin E2) k přípravě děložního hrdla. Do vyšetření Tereza nemohla jíst: „*Měla jsem naplánovaný příjem na 1.12. 2021 v 7:00, a můj gynekolog mi řekl, že už od půlnoci nemám nic jíst, po příjmu mě přeložily na oddělení, kde jsem **až do večera nic nejedla**, bylo to hrozné, myslela jsem, že už umřu hlady, **nedovedla jsem si představit, že bych měla jít takto hladová a bez energie rodit**, až po vyšetření, které bylo kolem 17. hodiny mi lékařka dovolila se najíst, protože porodní cesty stále nebyly připravené. Lékařka mi ještě sdělila, že v 19 hodin mi zavede nějakou tabletu do pochvy, na přípravu porodních cest.*“ V 19 hodin byla Tereza zavedena tableta (Prostin E2) do zadní klenby poševní, lékařka jí sdělila, že se ráno provede další vaginální vyšetření, a zavede se další tableta. Po vyšetření byla Tereza poslána zpět na pokoj, kde odpočívala.

I. Doba porodní

Po zavedení tablety pro preindukci Tereza neměla žádné kontrakce ani jiné bolesti. V jednu hodinu v noci jí odtekla plodová voda a začaly děložní kontrakce, které byly hned přibližně po třech minutách. Po odtoku plodové vody, byla Tereza přemístěna na porodní sál, napojena na CTG monitor, a byla předána do péče porodních asistentek sloužících na porodním sále. „*Kolem té 19. hodiny jsem dostala tu přípravnou tabletu, a pak se nic nedělo. V jednu v noci mi praskla voda a hned začaly šílený bolesti, které byly asi po třech minutách, pamatuju si, že jsem přecházela z oddělení na porodní sál, a nemohla jsem už ani jít, každou chvíli jsem se musela o něco opřít. Na porodním sále jsem si lehla na lehátko a porodní asistentka mi napojila na CTG monitor, byly tam zase dvě porodní asistentky a jedna lékařka.*“ V první době porodní může porodní asistentka rodící ženě nabídnout různé metody, které napomáhají k úlevě od nepříjemných bolestí, např. míč, vanu, sprchu, aromaterapii, volný pohyb nebo úlevové polohy. Tázala jsem se Terezy, zda jí byly od porodních asistentek nabídnuty na porodním sále nějaké metody pro snížení kontrakčních bolestí, Tereza mi odpověděla: „*Opět mi nic extra neřekly a nenabídly mi nic. Přišla jsem na porodní sál a položily mi na lehátko, jediné, kdy jsem někam šla, bylo po klistýru, po kterém jsem byla i ve sprše. Jediné, co bylo využito, byla aromaterapie, pamatuji si, že přišla porodní asistentka dát nějaký **olejíček do aroma difuzéru.***“ Porodní asistentky Terezu neinformovaly o možnostech volného pohybu, chození a hledání úlevových poloh. Pro Terezu byly kontrakce v

leže velmi bolestivé, ale neměla informace o tom, jestli se může volně pohybovat a nechtěla dělat nic, co by jí, nebo miminku mohlo uškodit. „*Neřekly mi vůbec nic, nechaly mě ležet na tom lehátku. Jediné, co mi řekly, že si můžu lehnout na bok. Kontrakce mě strašně v leže bolely, ve stoje, když jsem se opřela to bylo mnohem lepší, ale já jsem nevěděla, jestli to vůbec můžu nebo nemůžu. Nechaly mi ležet a řekly, ať si najdu polohu, která je mi nejpohodlnější, pochopila jsem to tak, že mám teda ležet a najít si nějakou polohu. Kdyby mi třeba řekli: Můžete chodit, můžete se opřít... Jak už jsem říkala, rodila jsem poprvé, tak jsem vůbec nevěděla, jaké mám možnosti.*“ Potřeby při porodu, mezi které patří ticho, klid, soukromí, přítomnost blízké osoby, či příjemné prostředí, byly při porodu plně naplněny, z téhle stránky se Tereze porod moc líbil, přála si, aby probíhal takto v klidu a v soukromí. „*Tím, že jsem rodila takhle v noci tam byl klid, ticho, a měli jsme s partnerem soukromí, v tomhle ohledu se mi porod moc líbil, přála jsem si, aby probíhal takhle v klidu, nikdo nás tam nerušil a nebyl tam přebytečný personál.*“ Porodní asistentka v první době porodní by měla rodičku podporovat a informovat jí o průběhu porodu. Ptala jsem se Terezy, zda byla dostatečně informovaná od porodních asistentek o jednotlivých úkonech, které jí byly prováděny, a o průběhu porodu, Tereza mi na tuto otázku odpověděla: „*Spíš mi informovala doktorka, protože ta i ten můj porod vedla, ta mi informovala i o nálezu jaký tam je, jak to vypadá.*“ Porodní asistentky na porodním sálu kontrolují ozvy plodu každých 15 minut, pokud jsou přítomny pravidelné děložní kontrakce. Porodní asistentky při porodu by měly se ženou dostatečně komunikovat, snažit se vyvolat mezi nimi a ženou důvěru, aby se žena na porodním sále cítila dostatečně bezpečně. „*Porodní asistentky za námi akorát přicházely každých 15 minut poslouchat ozvy, jinak jsem s nimi nemluvila. Ptaly se mi akorát, jestli něco nepotřebuji, ale byl to můj první porod, takže jsem vůbec nevěděla.*“ První doba porodní trvala tři a půl hodiny.

II. Doba porodní

Druhá doba porodní začala kolem půl čtvrté ráno. Po celou dobu druhé doby porodní už byla přítomna jedna porodní asistentka a lékařka. Porodní asistentka ženu pozorovala, a kontrolovala ozvy po každé kontrakci. Tereza už byla velmi vysílená, porodní asistentka se ji snažila podpořit. Ptala jsem se Terezy, jaká byla péče porodních asistentek ve druhé době porodní, odpověď Terezy byla: „*Jedna porodní asistentka a lékařka, už byly přítomny po celou dobu druhé doby porodní. Porodní asistentka mi po každé kontrakci poslouchala ozvy, a společně s lékařkou pozorovala, jak se porod vyvíjí. Já už jsem byla strašně vysílená, mys-*

*lela jsem si, že už dál ten porod nezvládnou, ale porodní asistentka se mi snažila slovy podpořit. Před tlačáním přišla na porodní box i druhá porodní asistentka. Rodila mě doktorka. Při tlačení mi porodní asistentky pomáhaly držet kolena u těla a hlavu mi tlačily k prsům, tlačila jsem ze všech svých sil, ale pořád to nějak nešlo, potom řekla jedna porodní asistentka větu: **Malému už se nedaří a potřebuje ven, já jsem začala brečet.** Při další kontrakci mi jedna z porodních asistentek tlačila při kontrakci na břicho, takhle to bylo dvakrát, a potom už byl malý venku. Při posledních dvou kontrakcích jsem dvakrát zakřičela, porodní asistentky mi jen řekly, **at' nekřičím, a šetřím si tu energii na porod.** Jinak se mnou porodní asistentky nijak **nekomunikovaly.**“ Tereze byla provedena episiotomie, ale nikdo ji o jejím provedení neinformoval. „*Nástřih mi lékařka provedla, ale nebyla jsem o tom informována, až po porodu, ale mně to nevadilo, já jsem tohle nechala čistě na zdravotnicích, oni vidí, jak to dole vypadá, a kdy je ta episiotomie potřeba udělat, do toho jsem jim absolutně nechtěla zasahovat.*“ Tázala jsem se Terezy, zda jí byla při porodu nabídnuta jiná poloha, než klasická poloha na porodnickém křesle, odpověděla mi: „*Ne, při porodu mi o tom nikdo nic neřikal, u porodu mi to nabídnuto nebylo.*“ Ptala jsem se Terezy, zda cítila od porodních asistentek dostatečnou podporu ve druhé době porodní, odpověděla: „*Ano, snažily se mě obě dvě porodní asistentky podpořit, ale já už jsem byla opravdu vysílená. Jsem asi i ráda, že mi pomohly s tlačáním tím, že mi jedna porodní asistentka zatlačila na to břicho, já už jsem vůbec neměla energii, a měla strašný strach o malého.*“*

III. Doba porodní

Po porodu byl dán novorozenec (chlapec, Matyáš) na břicho ženy, a čekalo se na dotepání pupečníku. Po dotepání byl pupečník přestřižen, a novorozence odnesla porodní asistentka na vyhřívané lůžko, kde bylo provedeno první ošetření novorozence. První ošetření novorozence prováděla porodní asistentka s pediatrem. „*Po porodu, malého odnesla porodní asistentka na vyšetření na lůžko, které bylo hned vedle porodního lehátka, po vyšetření mi ho daly zpět na hrud'.*“ Porodní asistentky měly hned na porodním sále snahu o rozvoj laktace, novorozenec byl přiložen, po vyšetření, k prsu. Placentu rodila lékařka, jedna porodní asistentka psala dokumentaci o průběhu porodu a druhá porodní asistentka asistovala lékařce. „*Placentu rodila také lékařka, bylo to rychlé, hned po tom, co se porodil Matyáš, tak šla placenta, než mi ho přinesly z ošetření, tak byla placenta venku.*“ Porodní asistentky plně podporovaly skin to skin po porodu. „*Hned po ošetření mi malého daly na hrud', a hned ho i přikládaly k prsu.*“ Vyšetření porodních cest po porodu prováděla též lékařka.

IV. Doba porodní

Porodní asistentky plně podporovaly bonding po porodu. „*S Matyášem a partnerem jsme zůstali více než dvě hodiny na porodním sále, malý mi ležel celou dobu na hrudi.*“ Porodní asistentky edukovaly ženu o tom, že má zůstat ležet na zádech na porodnickém křesle, očistily zevní rodidla, a vypodložily ženu vložkami a savou podložkou. Porodní asistentky přikryly ženu peřinou, a zajistily příjemné prostředí. Porodní asistentky po porodu zkontrolovaly výšku děložního fundu, krvácení, TK, P a TT, toto chodily kontrolovat každých 30 minut. „*Porodní asistentky mě chodily kontrolovat asi každých 30 minut, kontrolovaly krvácení, zavínování dělohy a měřily mi krevní tlak, byla jsem ráda, že nás tam nechaly takhle v klidu samotné.*“ Před odchodem na oddělení šestinedělí, nabídly porodní asistentky ženě možnost sprchy, kam jí doprovodily, pomohly jí, a poté odvedly ženu na oddělení šestinedělí. „*Poté se vyměnila směna a byly tam dvě mladší porodní asistentky, ty už byly takové jiné, více se mnou komunikovaly, byly empatičtější, hodně se mě ptaly, jestli nechci pomoc nebo jestli něco nepotřebuju. Pomohly mi do sprchy i ze sprchy, a potom mi odvedly na oddělení.*“

Shrnutí průběhu porodu

Tereze se velice líbilo, že porod probíhal v klidném prostředí a v soukromí. „*Mým přáním bylo, aby porod probíhal v klidu, aby tam pořád někdo nechodil, a aby nás tam nikdo nerušil, tím, že jsem rodila takhle v noci, to bylo skvělé. Porodní asistentky chodily kontrolovat pouze ozvy malého po 15 minutách, jinak jsme tam byli s partnerem sami, a probíhalo to velmi v klidu, nikdo navíc tam nechodil, za to jsem velmi vděčná.*“ Tereza se při porodu cítila dobře, mrzí jí jen nedostatečná komunikace ze strany porodních asistentek. Porodní asistentky k porodu přistupovaly s respektem, a nechávaly porodu volný průběh, porod nebyl ničím urychlován (pouze aplikován Prostin E2), a nebylo do jeho průběhu nijak zasahováno. „*Cítila jsem se při porodu dobře, i přesto, že mi porodní asistentky příliš neinformovaly, a příliš se mnou nekomunikovaly, tak jsem se tam cítila dobře. Jsem typ člověka, pro kterého je lepší, čím méně toho vím, tím lépe. Mně přístup porodních asistentek vyhovoval, nechaly nás tam v klidu, nechávaly porodu volný průběh, a byla tam klidná, příjemná atmosféra. Jediné, o čem mě mohly více edukovat byl ten pohyb, já jsem nevěděla, jestli můžu nebo nemůžu chodit, nechtěla jsem dělat nic, co by bylo špatně, a ony mi jen řekly, ať si lehnu, popřípadě si lehnu na bok, pro mě bylo to ležení strašné, lépe mi bylo ve stoje.*“ Porodní asistentky vyhověly Tereze v porodních přáních. „*Mezi mé porodní přání patřilo to, aby porod proběhl rychle, aby mohl být partner u porodu, aby tam byl klid, a*

nebyli přítomni lidé navíc, aby tam byla **příjemná atmosféra a personál, ke kterému budu mít důvěru**, aby se malý narodil zdravý, a já byla v pořádku. **Tyhle věci byly stoprocentně naplněny, z téhle stránky se mi ten porod moc líbil, byl rychlý, nebyl rušený, až na nějaké věci byl vlastně přesně takový, jaký jsem chtěla.**“ Tereza měla v porodní asistentky plnou důvěru, řekla mi: „**Já jsem jim stoprocentně věřila, bylo vidět, že jsou si jisté v tom, co dělají, a přesně věděly, kdy a co mají dělat.**“ Pro Terezu byla nejintenzivnější částí porodu bolest při tlačení, a strach o miminko, když jí porodní asistentka sdělila, že klesla srdeční frekvence plodu. „**Nejhorší pro mě byla bolest při tlačení. Nevěděla jsem pořádně jak, snažila jsem se tlačit, co nejvíc to šlo, ale nešlo mi to, poté bylo hrozné, když mi řekly, že už musí malý rychle ven, ale já jsem nevěděla, jak tomu pomoci.**“ Ptala jsem se Terezy, jestli cítila od porodních asistentek dostatečnou podporu při tlačení, odpověděla mi: „**Ano, stály vedle mě a snažily se mi říkat, jak mám tlačit, pomáhaly mi, ale mně to prostě nešlo.**“ Při porodu, měla Tereza možnost jíst i pít. Terezu dnes mrzí, že jí porodní asistentky nevěnovaly dostatek času a nenabídly jí různé možnosti, věří, že kdyby tak učinily, mohl být porod příjemnější. „**Myslím, že se mnou porodní asistentky mohly opravdu víc komunikovat a snažit se navázat nějaký kontakt, já jsem porodní asistentky viděla pouze tehdy, když přišly poslechnout ozvy, a když mi podávaly klistýr, jinak se mnou opravdu nic moc neprobraly, to je škoda, protože kdyby mi řekly o různých možnostech, které mám, mohl by být ten porod příjemnější.**“ Ptala jsem se Terezy, jak by celkově ohodnotila péči porodních asistentek při porodu, její odpověď byla: „**Porodní asistentky byly hodné, jen škoda té nedostatečné informovanosti, edukace a komunikace, kdyby mi nabídly různé možnosti, více mě informovaly, nebo se mnou více komunikovaly, našly bychom možná společně nějaké řešení, jak porod zpříjemnit. Byla jsem prvorodička, nevěděla jsem, jaké mám možnosti a, co můžu nebo nemůžu. Ale jinak si na jejich péči vůbec nestěžuji, zacházely se mnou s respektem a pokorou, na porodním sále byla příjemná atmosféra, klid. Péči porodních asistentek hodnotím, až na nějaké “malé mouchy“, kladně.**“

Celková doba porodu byla 4 hodiny.

12.1.1 Shrnutí průběhu rozhovoru

Na Terezu jsem dostala kontakt od mé kamarádky. Dostala jsem na ní telefonní číslo, seznámila jsem jí s mojí bakalářskou prací, a poprosila jí o pomoc s rozhovorem, ona souhlasila, a domluvily jsme si osobní schůzku v kavárně. Byl to můj první rozhovor, byla jsem velice nervózní, a Tereza taky. Po chvíli mluvení ze mě, a myslím, že i z Terezy, nervozita opadla, a bylo z toho hezky strávené dopoledne v kavárně. Tereze jsem pokládala předem

připravené otázky a ona mi na ně odpovídala, vždy mi řekla ještě další osobní zážitky. Dozvěděla jsem se vše, co jsem k rozhovoru potřebovala. Rozhovor trval hodinu a půl. Před rozhovorem jsem Terezu informovala o nahrávání našeho rozhovoru, ona souhlasila, a po-
depsala informovaný souhlas.

12.2 Rozhovor č. 2 – žena po porodu Eliška

Představení participantky

Druhou participantkou je paní Eliška. Elišce je 28 let, je vdaná, s manželem žijí v rodinném domě ve městě. Její dokončené vzdělání je středoškolské bez maturity, a pracuje jako kadeřnice. Byla těhotná po druhé a po druhé rodila. První se jí narodila dcera Eliška v roce 2017, porod probíhal bez komplikací a dívka je zdráva. Při druhém těhotenství očekávali s manželem holku Annu, která se narodila v lednu 2022. Těhotenství bylo plánované, a žena otěhotněla spontánně. Žena navštěvovala pravidelně těhotenskou poradnu a těhotenství probíhalo bez komplikací.

Průběh porodu a jeho prožívání

Příjem na porodní sál

Paní Eliška byla přijata na porodní sál 9.1.2022 v 7:00 hod., důvodem příchodu na porodní sál, bylo krvácení. Příčinou krvácení byl začátek porodu, kdy docházelo k otevírání děložního hrdla. Eliška byla 39+3 týden těhotenství, a rodila po druhé. Stejně jako u Terezy, byly při příjmu přítomny dvě porodní asistentky. Jedna porodní asistentka prováděla vyšetření - test na Covid 19, měření TK, měření TT, měření pánevních rozměrů pomocí pelvimetrie, hmotnost ženy, výška ženy, napíchnutí kanyly a napojení na CTG monitor, odběr vzorku moči se neprováděl kvůli zkresleným výsledkům z důvodu krvácení. Druhá porodní asistentka sepisovala dokumentaci, a ptala se Elišky na otázky potřebné k vyplnění anamnézy. Zevní vyšetření pomocí Leopoldových hmatů porodní asistentky neprovedly. Na příjem přišla ještě lékařka, která prováděla vaginální vyšetření pro zhodnocení průběhu porodu, Elišce oznámila, že už je porod v běhu, a bude hospitalizována. Porodní asistentky se při příjmu Elišky neptaly na porodní přání ani porodní plán, ale tím, že už rodila po druhé, měla přibližnou představu o tom, jak by chtěla, aby porod probíhal, a porodní asistentky při příjmu informovala o svých přáních. „*Porodní plán jsem vytvořený neměla. Přála jsem si, aby mohl být přítomen manžel, aby porod probíhal v klidu, a měli jsme dostatečné soukromí, také jsem si přála spíš nefarmakologické metody na tlášení bolesti v přednosti před těmi farma-*

kologickými. *Přála jsem si také, aby mi byl umožněn **volný pohyb při porodu**. Porodní asistentky byly hrozně sympatické a milé, věřila jsem jim v tom, co dělají a nechtěla jsem jim do toho příliš zasahovat.* “ Při otázce, kdy jsem se Elišky ptala, zda jí porodní asistentky vyhovely v jejich přáních, mi odpověděla: „*Ano, říkala jsem jim to hned při příjmu, a ihned mě edukovaly o možnosti **vany, sprchy, aromaterapie a využití míče na porodním sále**. Při porodu mě nechaly se **volně pohybovat a nacházet úlevové polohy, vydaly mi i matraci, na kterou jsem si mohla kleknout**.*“ Porodní asistentky Elišku neinformovaly o přibližném průběhu porodu ani chodu oddělení. „*V tomhle ohledu mě vůbec neinformovaly, ale rodila jsem už po druhé a v té samé nemocnici, takže jsem přibližně věděla, jak to tam chodí, asi i porodní asistentky ke mně přistupovaly tak, že už to tam znám.*“ Při otázce, zda se porodní asistentky snažily s Eliškou navázat důvěrnější kontakt, mi odpověděla: „*Ptaly se mě pouze na **příběžné informace do anamnézy, na nic navíc se mě neptaly**. Ale byly hrozně milé a příjemné, měla jsem z nich opravdu dobrý pocit a věřila jsem jim.*“ Po dokončení příjmu byla Eliška společně s partnerem dovedena na porodní box.

I. Doba porodní

Eliška přicházela na porodní sál pouze s krvácením, žádné bolesti nebyly přítomny. Kontrakce děložní začaly již při příjmu na porodní sál, hned ze začátku byly po pěti minutách a poměrně silné. V první době porodní chodily porodní asistentky kontrolovat každých 15 minut ozvy plodu. Elišce nabídly porodní asistentky využití míče, vany s aromaterapií, a na porodním sále připravily podložku na zem, pro případné využití úlevové polohy, např. v kleku nebo na čtyřech. „*Porodní asistentky **mi nabídly možnost využití míče, vany s aromaterapií na snížení kontrakčních bolestí**. Vanu jsem využila a byla jsem moc ráda, že mi tuto možnost nabídly, ve vaně byly kontrakce snesitelnější. Připravily mi na porodním sále i matraci, kdybych chtěla vyzkoušet nějakou úlevovou polohu, například v kleku nebo na čtyřech.*“ Tázala jsem se Elišky, zda jí porodní asistentky podpořily v hledání úlevové polohy, popřípadě jestli jí ukázaly nějakou úlevovou polohu, její odpověď byla: „*To ne, **nechaly mi tam tu matraci a jen řekly, že můžu vyzkoušet polohu v kleku nebo na čtyřech, ale moc mě nepodpořily v hledání určité polohy**.*“ Elišce byl po celou první dobu porodní umožněn volný pohyb. Porodní asistentky dostatečně podporovaly Elišku při jejích rozhodnutích. „*Od porodních asistentek jsem opravdu cítila **podporu při svých rozhodnutích**, pokud jsem chtěla chodit, a volně se pohybovat, podpořily mě a řekly, ať klidně chodím, pokud je to pro mě snesitelnější, naopak když už jsem se cítila unavená a chtěla jsem ležet, řekly mi, ať si odpočinu. **Byla jsem s jejich péčí opravdu moc spokojená**.*“ V první době porodní

byla splněna Eliščina porodní přání. Na porodním sále byl klid, soukromí, příjemná atmosféra, a mohl být po celou dobu přítomen manžel. *„Na porodním boxu byla moc příjemná atmosféra, byli jsme tam s manželem sami, porodní asistentky vždy jen přišly v tichosti zkontrolovat ozvy, a zeptat se, jestli něco nepotřebuji, mně to takhle naprosto vyhovovalo. Nikdo navíc tam nechodil, měli jsme tam opravdu klid a soukromí.“* Eliška měla v péči porodních asistentek naprostou důvěru. *„Bylo vidět, že porodní asistentky přesně ví, co mají dělat a kdy, jak už jsem říkala, mně péče porodních asistentek naprosto vyhovovala.“* Ptala jsem se Elišky, jestli porodní asistentky zapojily do průběhu porodu i jejího manžela, odpověděla mi: *„Příliš ne, můj manžel tam byl spíš jako takový pozorovatel, ale mně to tak vyhovovalo, věděla jsem, že ho tam mám, a cítila jsem v něm i tak dostatečnou oporu.“* Eliška mohla po celou dobu první doby porodní jíst i pít. *„Porodní asistentky mi přinesly čaj, a i jsem s sebou měla nějaké jídlo, tak jsem tam i jedla, to jsem byla moc ráda, že jsem mohla.“* Eliška se cítila na porodním sále příjemně a bezpečně. *„Byla tam příjemná atmosféra, klidné prostředí, soukromí, porodní asistentky byly příjemné a hodné, takhle jsem si ten porod představovala.“*

II. Doba porodní

Druhá doba porodní začala kolem půl jedenácté dopoledne. Při druhé době porodní už byla po celou dobu přítomna jedna porodní asistentka, která pomáhala Elišce s mobilizací, s hledáním porodní polohy, komunikovala s ní, a kontrolovala ozvy plodu po každé kontrakci. *„Jedna z porodních asistentek u mě seděla po celou dobu druhé doby porodní, kontrolovala ozvy malé po každé kontrakci, a pomáhala mi najít porodní polohu, která pro mě bude nejpříjemnější.“* Během druhé doby porodní přišla na porodní sál i druhá porodní asistentka a lékařka. Porod vedla jedna porodní asistentka, druhá porodní asistentka asistovala té první, a kontrolovala ozvy plodu po každé kontrakci. Tázala jsem se Elišky, jaká byla náplň práce lékařky, když byla přítomna na porodním boxu, Elišky odpověď byla: *„Lékařka jen pozorovala porod z povzdálí, byla jsem ráda, že tam je, i to zvyšovalo mou jistotu při porodu, že kdyby se něco dělo, byla tam přítomna.“* Ptala jsem se Elišky, jestli jí porodní asistentka nabídla jinou než klasickou porodní polohu na porodnickém křesle, odpověděla mi: *„Ano, rodila jsem sice na lehátku, ale na boku, a bylo to pro mě mnohem lepší než na zádech, i tlačení mi tak šlo lépe, jsem ráda, že mi tuhle možnost nabídly.“* Elišce nebyla provedena episiotomie. Eliška se cítila bezpečně během celé druhé doby porodní, a velký podíl má na tom přítomnost porodní asistentky. *„Jak už jsem říkala, prostředí na porodním sále bylo příjemné, během té druhé doby porodní už byla porodní asistentka celou dobu u*

mě, neměla jsem tak strach, že najednou nebudu vědět, co dělat, porodní asistentka mi pomáhala s mobilizací, šla se mnou ještě i na toaletu, cítila jsem se tam opravdu bezpečně.“ Eliška byla ve druhé době porodní podporována ze strany porodních asistentek. *„Porodní asistentky byly obě dvě strašně trpělivé, přesně mi říkaly, jak mám dýchat, jak mám tlačit, bez jejich podpory bych ten porod snad ani nezvládla.*“ Ihned po porodu byl novorozenec (dívka, Anna) položen na Eliščino břicho, a vyčkávalo se na dotepání pupečníku. Po dotepání, byl pupečník přestřižen, a Anna byla odnesena dětskou sestrou do vyhřívaného lůžka k provedení prvního ošetření novorozence. První ošetření prováděla dětská sestra a pediatr. Po dokončení prvního ošetření, byla Anna přinesena zpět k Elišce a položena na její hrud', dětská sestra přikládala Annu ihned k prsu. *„Hned po porodu mi malou položila porodní asistentka na břicho, čekala na dotepání pupečníku, a poté si ji odnesla, myslím dětská sestra, na krátkou dobu na vyšetření na lůžko, po vyšetření mi malou dětská sestra položila na hrud', a přikládala k prsu.*“

III. Doba porodní

Třetí doba porodní byla zkomplikována tím, že nedošlo do 30 minut k samovolnému odloučení placenty, ani po aplikaci uterotonik. Bylo indikováno manuální vybavení placenty (manuální lýze), které se provádí v celkové narkóze, po vycévkování, dezinfekci operačního pole, a po aplikaci antibiotik. Výkon provádí lékař. *„Porodní asistentka čekala dlouhou dobu na porod placenty, přesně si nevybavuji, kolik to bylo minut, ale placenta se nechtěla odloučit. Poté přišel anesteziolog, uspal mě, a placentu vybavili nakonec ručně.*“ Porodní asistentky Elišku přesně informovaly o výkonu, a o každém kroku, který byl proveden. *„Ještě před tím, než přišel anesteziolog, mi porodní asistentka přesně řekla, co se bude dít, vysvětlila mi, že placenta se nechce odloučit, a bude potřeba provést ruční vybavení placenty, ke kterému je potřeba uspání. Informovala mě i o tom, že je k tomu potřeba aplikace antibiotik a vycévkování. Krásně mi všechno vysvětlila, a já jsem z toho výkonu ani neměla takový strach.*“ Před provedením narkózy se porodní asistentka Elišky ptala, jestli má být Anna odvezena dětskou sestrou na oddělení nebo jestli má zůstat u otce. Anna byla po celou dobu výkonu v náruči otce. *„Manžel držel malou celou dobu v náruči. Za to jsem také moc ráda, že jí dětská sestra neodvezla pryč, ale mohla být u manžela v náruči. Porodní asistentka se mi ještě před uspáním ptala, jestli chci, aby malá zůstala u manžela, nebo si ji dětská sestra má odvést, samozřejmě jsem chtěla, aby zůstala u manžela.*“

IV. Doba porodní

Po dokončení manuálního vybavení placenty, byla Eliška probuzena z narkózy. S manželem a Annou byla dvě hodiny na porodním boxu. Ptala jsem se Elišky, jaká byla péče porodních asistentek ve čtvrté době porodní, její odpověď byla: „*Po pobrání z narkózy mi porodní asistentky ještě omyly krev, a vypořádaly mě takovou podložkou a vložkami, poté mi položily malou opět na hrud' a přikládaly mi ji k prsu, takto na hrudi mi ji nechaly po celé ty dvě hodiny na porodním boxu. Nechali nás tam v soukromí, jen já, manžel a malá, porodní asistentky mi jen asi každých 30 minut chodily kontrolovat krevní tlak, stahování dělohy a krvácení, a kontrolovaly malou, která měla na nožičce takový snímač. Před tím, než jsem odcházela na oddělení šestinedělí, mi porodní asistentka pomáhala do sprchy, byla tam po celou dobu se mnou, kdyby se mi udělalo nevolno, ptala se mě, jestli nepotřebuji s něčím pomoc. Po sprše naložila porodní asistentka moje věci na vozík, já jsem vezla malou v postýlce, a porodní asistentka vezla mé věci. Po příchodu na oddělení šestinedělí mě informovala, kde se, co nachází, kde jsou porodní asistentky a dětské sestřičky, a předala mě do péče porodních asistentek na oddělení.*“ Porodní asistentky podporovaly po celou čtvrtou dobu porodní, bonding.

Shrnutí průběhu porodu

Porod byl dlouhý čtyři a půl hodiny. Eliška je s porodem, a péčí porodních asistentek velice spokojená. Líbilo se jí prostředí, v jakém porod probíhal, a byla vyslyšena všechna její porodní přání. „*Já hodnotím porod velmi kladně, líbilo se mi prostředí při porodu, byla vyslyšena má porodní přání, byl tam klid a soukromí. Mohl tam být po celou dobu se mnou manžel. Porodní asistentky mi i nabídly nefarmakologické metody na tlášení bolesti, jako vanu, sprchu, volný pohyb, nebyly mi aplikovány žádné farmakologické léky na tlášení bolesti. Nikdo porod neurychloval, a nechával se všemu volný průběh.*“ Eliška dostávala od porodních asistentek velkou podporu během celého porodu. „*Porodní asistentky se opravdu snažily mi naslouchat, podporovaly mě v mých rozhodnutích. Ve druhé době porodní, kdy už jsem byla na pokraji sil, jedna porodní asistentka zůstala u mě a podpořila mě. Přístup porodních asistentek byl skvělý.*“ Na otázku, co se Elišce při porodu nejvíc líbilo, mi odpověděla: „*Celkově mám z toho porodu dobrý pocit, i hezké vzpomínky, opravdu jsem si neměla, na co stěžovat. Porodní asistentky mi věnovaly dostatek času, pečovaly o mě s pokorou a ochotou. I přesto, že tam byla ta komplikace s tou placentou, všechno mi bylo tak hezky vysvětleno, že jsem z toho ani neměla nijak velký strach.*“ Pro Elišku byl celý porod velice náročný, péče porodních asistentek a příjemné prostředí, však zvyšovalo Eliščinu

snahu porod zvládnout. „*Každá část toho porodu byla **náročná**, asi to neumím nijak odstupňovat. Celý porod je opravdu náročná záležitost, ale vím, že je to potřeba k porodu našeho miminka, a tak jsem k tomu také přistupovala. **Prostředí na porodním sále, a podpora porodních asistentek mi zvyšovalo snahu porod zvládnout.***“ Eliščinu potřeby při porodu, mezi které můžeme zařadit přítomnost blízké osoby, možnost jídla, možnost pití, klid, soukromí, intimita, možnost vany, možnost procházení, volného pohybu, byly stoprocentně naplněny. Elišce byl věnován po celou dobu porodu dostatek času, ze strany porodních asistentek. „*Jak už jsem říkala, mně péče porodních asistentek naprosto vyhovovala, nechaly nám dostatečné **soukromí a klid, to pro mě bylo velmi důležité, dělaly to, co pro mě bylo potřebné. Samy od sebe by mi toho asi moc nenabídly, ale pokud jsem se zeptala, tak neměly s ničím problémem. Opravdu tu péči porodních asistentek hodnotím kladně, kdybych si tyto dvě mohla vybrat i k dalšímu porodu, určitě bych si je zvolila.***“ Péče o novorozence byla podle Elišky také v pořádku, byla ráda, že porodní asistentka nechala dotepat pupečník a, že porodní asistentky podporovaly bonding. „*Myslím, že o malou bylo postaráno krásně, neměla jsem žádná porodní přání, co se Anny týkalo, ale porodní asistentky udělaly asi vše, tak jak měly, za to jsem jim moc vděčná.*“ Ptala jsem se Elišky, jestli u porodu pocítila nějakou **emoční krizi**, odpověděla mi: „*Ano, když jsem začala doma krváčet, začala jsem **bláznit a nevěděla, co dělat, naštěstí byl doma manžel, který mi uklidňoval a odvezl do porodnice. Poté druhou krizí byla ta doba před tlačáním, kdy už jsem byla opravdu úplně vysílená, a říkala jsem si, že už to prostě nezvládnou, ale v tu chvíli už u mě byla porodní asistentka, od které jsem slyšela slova podpory.***“ Po této odpovědi (krvácení doma), jsem se Elišky dále zeptala, jestli by využila pomoc od porodní asistentky (např. zavolání), pokud by znala nebo měla kontakt na nějakou porodní asistentku, její odpověď byla: „*Ano, myslím, že bych tuhle možnost opravdu využila, protože jsem byla jak šílená, strašně jsem se bála o malou, **kdyby, jsem v tu chvíli mohla někomu kompetentnímu zavolat, ten člověk by mi uklidnil, řekl, že se může jednat jen o začátek porodu, bylo by to k nezaplacení.***“

12.2.1 Shrnutí průběhu rozhovoru

Elišku jsem objevila na sociální síti. Zjistila jsem, že bydlí nedaleko města, ve kterém bydlím já, neváhala jsem a napsala jsem jí. Seznámila jsem jí s tématem mé bakalářské práce, a poprosila jí o pomoc s rozhovorem, ona souhlasila a domluvily jsme si osobní schůzku, která probíhala u Elišky doma. Hned jsme si s Eliškou padly do oka, nejprve mi vyprávěla o její rodině, to bylo skvělé, protože z nás obou opadla nervozita, a poté jsem se už ptala na

předem připravené otázky k rozhovoru. Eliška to vždy proložila ještě jinými zážitky, a bylo z toho hezky strávené odpoledne. Z rozhovoru jsem se dozvěděla všechny potřebné informace do bakalářské práce. Rozhovor trval dvě hodiny. Před rozhovorem mi Eliška podepsala informovaný souhlas a informovala jsem jí o nahrávání rozhovoru, ona souhlasila.

DISKUZE

V bakalářské práci se zabývám tématem péče porodní asistentky o ženu při porodu z pohledu rodičky. Zabývám se osobními zkušenostmi žen s péčí porodní asistentky při svém porodu, a zkoumám roli porodní asistentky při porodu jednotlivých žen. Snažím se zaznamenat porodní příběh rodičky, a zabývám se potřebami jednotlivých žen při svém porodu.

Dílčím cílem bylo, **zjistit názor a osobní zkušenost žen s péčí porodní asistentky při svém porodu.**

Při porodu participantky Terezy byly porodní asistentky značně nekomunikativní a nepředávaly jí potřebné informace. Porodní asistentky neměly zájem o navázání důvěrnějšího vztahu a nebyly příliš empatické. Porodní asistentky však vytvořily příjemné prostředí pro porod, zajistily paní Tereze klid, ticho a soukromí. Při péči o Terezu příliš nevyužívaly své kompetence. O Terezu pečovaly s ohleduplností, pokorou a respektem. Tereze nebylo při porodu nabídnuto příliš možností péče ze strany porodních asistentek. Jednalo se o lékařsky vedený porod, bez využití péče porodních asistentek. Paní Terezu nejvíce trápí nedostatečná komunikace a informovanost od porodních asistentek.

U participantky Elišky byl porod veden porodní asistentkou. Paní Elišce byly od porodních asistentek nabídnuty různé možnosti péče při porodu. Porodní asistentky využívaly své kompetence, paní Elišce předávaly potřebné informace, a snažily se o navázání důvěrnějšího vztahu. Porodní asistentky byly dostatečně komunikativní a empatické. Na porodním sále bylo ze strany porodních asistentek vytvořeno příjemné prostředí a snažily se o splnění Eliščiných porodních přání. Porodní asistentky podporovaly paní Elišku během celého porodu. Paní Eliška je s péčí porodních asistentek velice spokojená.

V roce 1994 byla ve Švédsku provedena studie zabývající se zkušenostmi žen s péčí porodní asistentky při porodu. Ze studie vychází, že je pro ženy důležité, aby byly vnímány individuálně, a aby byly dostatečně seznámeny a informovány porodní asistentkou. Pro ženy je dále důležitá dostatečná komunikace, a důvěryhodné chování vyvolávající důvěryhodný vztah. Podle studie je důležité poskytnout ženám pocit kontroly, protože tím je podpořeno vedení porodu podle jejich vlastních podmínek. Především je pro ženy důležité, cítit přítomnost porodní asistentky. (Berg a kol., 1996)

V České republice byl Filozofickou fakultou Univerzity Karlovy proveden výzkum v českých porodnicích, mezi roky 2010-2012, který byl zaměřen na *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví - kvalita perinatální péče očima rodiček*. Z výzkumu vychází, že ženy jsou více spokojeny s péčí porodních asistentek než s péčí lékařů. Více než

polovina žen účastnicí se výzkumu, hodnotila porodní asistentky tak, že jsou ochotné, laskavé a vstřícné. Důvěru v porodní asistentky mělo také přes polovinu účastnicích žen. Polovina účastnicích hodnotila přístup porodních asistentek jako citlivý a ohleduplný. Přes polovinu účastněných žen uvedlo, že s nimi porodní asistentky jednaly rovnocenně. Necelá polovina žen hodnotila přístup porodních asistentek jako neosobní. (Takács a kol., 2012)

Výsledky vycházející z mé bakalářské práce se shodují s výzkumem prováděným ve Švédsku. Pro ženy ve Švédsku je nejdůležitější komunikace, informovanost, přítomnost porodní asistentky a důvěra. Tyto potřeby popsaly stejně tak mé participantky při rozhovoru jako velmi důležité.

Pokud srovnám výzkum prováděný v českých porodnicích s mým výzkumem, jsou přítomny mírné nesrovnalosti, ale to přisuzuji nedostatečnému množství mých participantek (2). Pokud by byl výzkum bakalářské práce prováděn kvantitativní metodou, je pravděpodobné, že by se výsledky více shodovaly.

Britský institut NICE (National Institute for Health and Care Excellence) vytvořil doporučení Péče o zdravou ženu a děti během porodu. Začátek doporučení je věnován respektující komunikaci s rodící ženou. Porodní asistentky by se měly snažit o navázání bližšího vztahu, měly by se zajímat o potřeby a očekávání týkající se porodu. Žena při porodu by měla být zapojena do rozhodování o péči a měla by mít pocit kontroly nad průběhem porodu. Porodní asistentka by měla být ženě průvodcem celého porodu a měla by být ženě podporou po celou dobu porodu. Je důležité, aby porodní asistentky povzbuzovaly rodící ženu k pohybu a napomáhaly ženě s výběrem polohy, která ženě vyhovuje. (NICE, 2014)

Druhým dílčím cílem bylo **zachytit porodní příběh rodičky**.

Paní Tereza rodila poprvé, během těhotenství si nehledala informace týkající se porodu, tudíž přicházela do porodnice s tím, že porodní asistentky ji o všem budou informovat, seznámí jí s postupem průběhu péče, a budou její průvodkyně po celou dobu hospitalizace. Hned při příjmu paní Tereza zjistila, že porodní asistentky jsou značně nekomunikativní a provádějí jen péči, která je nutná. Paní Tereza přicházela na porodní sál k plánovanému příjmu 1.12. 2021 v 7:00 hod., z důvodu indukce porodu ve 40+0 týdnu těhotenství, indukce porodu ji byla indikována kvůli trombofilní mutaci (Leidenská mutace, heterozygot). Před začátkem porodu byla Tereza hospitalizována na oddělení šestinedělí, kde ji opět porodní asistentky nepředaly žádné informace, nijak s ní nekomunikovaly a neudokovaly ji o možnostech volného pohybu. Celý den nebylo paní Tereze umožněno jíst. V 19 hod. ji byla zavedena tableta (Prostin E2) do zadní klenby poševní k preindukci porodu. Začátek první doby porodní byl kolem jedné hodiny ráno, kdy paní Tereze odtekla plodová

voda a začaly děložní kontrakce po třech minutách. Tereza byla odvedena na porodní sál. Během první doby porodní zajistily porodní asistentky paní Tereze klid, soukromí a ticho. Opět však paní Tereza nebyla informována o možnostech pohybu ani o možnostech péče porodních asistentek. Porodní asistentky prováděly jen péči nezbytně nutnou (kontrola ozev á 15 min.), o navázání bližšího kontaktu se nesnažily. Jediná metoda, která byla využita pro snížení kontrakčních bolestí, byla aromaterapie. Ve druhé době porodní byla porodní asistentka přítomna po celou dobu, a Terezu slovy podporovala. Porod byl veden lékařkou. Během druhé doby porodní došlo ke snížení srdeční frekvence plodu, a došlo k násilnému zkrácení druhé doby porodní. Porodní asistentky byly nuceny provést přidržení děložního fundu, přidržení hlavy rodičky ve flexi a flexi dolních končetin v kolenních a kyčelních kloubech. Paní Tereze nebyla nabídnuta jiná než klasická porodní poloha na porodnickém křesle. Paní Tereze byla provedena episiotomie. U novorozence se nechával dotepat pupečník, porodní asistentky podporovaly bonding a rozvoj laktace. Porodní asistentky ve čtvrté době porodní prováděly péči nutnou (kontrola výšky děložního fundu, krvácení, TK, P a TT á 30 min.), a zajistily na porodním sále příjemné prostředí, soukromí a klid. Paní Tereza si na péči porodních asistentek nijak nestěžovala, ale při porodu ji chyběla především informovanost a komunikace ze strany porodních asistentek.

Dle Kameníkové je důležité se rodící ženy ptát a zajímat se o to, co při porodu chtějí a co nechtějí. Vyjít z porodu živí - nestačí. Mělo by být rodičím ženám nasloucháno a měla by být snaha o respektování přání rodičích žen. (Kameníková, 2003)

Dle mého názoru, u participantky Terezy, byly využity kompetence porodních asistentek jen velmi zřídka, jednalo se o lékařsky vedený porod, který byl ve druhé době porodní násilně zkrácen. Pouze ve třetí a čtvrté době porodní, bylo umožněno porodním asistentkám využití svých kompetencí.

Dle Štromerové je lékařsky vedený porod, takový porod, kdy je do průběhu porodního děje aktivně zasahováno ze strany lékaře. Rodička je brána jako pacientka, kterou je třeba léčit. Lékaři zasahují do běhu porodu hned od počátku. Porod je možný v jediné "správné" poloze vleže na zádech na porodnickém křesle. Je využíván direktivní způsob vedení porodu. Je prováděna epiziotomie a další lékařské metody. (Štromerová, 2000)

Dle mé hypotézy bylo násilné zkrácení druhé doby porodní vyvoláno především aplikací preindukce porodu - dinoproston PGE₂ (Prostin E2), který způsobuje hyperstimulaci dělohy vyústující v nitroděložní stres plodu. Tuto hypotézu potvrzuje i Roztočil, který ve své knize uvádí, že ve vyjimečných případech mohou prostaglandiny vyvolat hyperkinetické

až hypertonické reakce myometria s následkem akutní intrauterinní hypoxie plodu. (Roztočil, 2017 s. 469)

Paní Eliška rodila po druhé. Příjem na porodní sál byl 9.1. 2022 v 7:00 hod., paní Eliška přicházela z důvodu krvácení, kdy příčinou krvácení byl začátek porodu. Na porodní sál přicházela s porodními přáními, o kterých porodní asistentky informovala. Porodní asistentky jí nabídly různé možnosti, které daná porodnice poskytuje. První doba porodní začala po 7. hod., kdy paní Elišce začaly kontrakční bolesti po pěti minutách, během příjmu na porodní sál. Paní Eliška byla v první době porodní informována porodními asistentkami o možnosti volného pohybu, a edukována o možnosti úlevových poloh. Porodní asistentky využívaly své kompetence, podporovaly Elišku v jejích rozhodnutích, a nabízely různé nefarmakologické metody pro snížení kontrakčních bolestí. Porodní asistentky měly snahu o navázání důvěrnějšího vztahu. Ve druhé době porodní byla porodní asistentka už přítomna po celou dobu. Porodní asistentka byla rodící ženě oporou, podporou a pomáhala paní Elišce s hledáním porodní polohy. Díky přítomnosti porodní asistentky, se paní Eliška cítila bezpečně. Porod byl veden porodní asistentkou, která Elišce i nabídla možnost jiné než “klasické“ porodní polohy na porodnickém křesle. Paní Eliška rodila na porodnickém křesle na boku a nebyla jí provedena episiotomie. Po porodu podporovala porodní asistentka skin to skin a nechávala dotepat pupečník. Třetí doba porodní byla zkomplikována manuálním vybavením placenty. Porodní asistentky paní Elišku přesně informovaly o průběhu výkonu, a zajistily ponechání novorozence v náručích manžela po dobu výkonu. Ve čtvrté době porodní, podporovaly porodní asistentky bonding, a měly snahu o rozvoj laktace. Paní Eliška byla s péčí porodních asistentek velice spokojená, a má díky jejich péči z porodu hezký zážitek.

Dle mého názoru byly u participantky Elišky dostatečně využity kompetence porodních asistentek. Jednalo se o přirozený porod, s podporou ze strany porodních asistentek. Porodní asistentky se snažily udělat z porodu pro ženu příjemný zážitek.

Dle Štromerové je přirozený porod, takový porod, který začíná a probíhá samovolně, bez vnějších zásahů. Podle svých instinktů žena sama určuje jeho průběh. Při přirozeném porodu je ženě umožněn volný pohyb, žena si sama zvolí polohu ve vypuzovací fázi porodu, neprovádí se rutinně episiotomie, nejsou používány prostředky k urychlení porodu, využívají se nefarmakologické metody k zmírnění bolesti (sprcha, vana, změna polohy), novorozenec po porodu je vložen do náruče matky a využívají se další přirozené postupy. (Štromerová, 2000)

Příběhy obou žen jsou naprosto rozdílné. U paní Terezy se jednalo o lékařsky vedený porod, kde porodní asistentky sloužily jen jako asistence lékaře. Při porodu nebyla přílišná snaha o zpříjemnění porodu, a druhá doba porodní byla násilně zkrácena. U tohoto porodu platilo bohužel zřejmě - vyjít z porodu živí. U paní Elišky byla podporována fyziologie porodu, a porodní asistentky měly snahu o zpříjemnění porodu rodící ženě. Porodní asistentky byly rodící ženě oporou a podporou. Takto rozdílné výsledky usuzují tomu, že paní Tereza byla prvorodička, která nevěděla, co má od porodu, a péče porodních asistentek očekávat. Měla strach ze sdílení svého názoru, a nechávala veškerou péči na zdravotním personálu. Kdežto paní Eliška byla druhorodička, která porodní asistentky ihned seznámila se svými porodními přáními, a porodní asistentky se snažily jí porodní přání splnit. Také se může jednat pouze o náhodu, kdy paní Tereza narazila na směnu, kde zrovna sloužily nesdílné a nekomunikativní porodní asistentky. Nedokážu přesně vyhodnotit, čím to může být způsobeno, protože porovnávám pouze dvě participantky.

Posledním dílčím cílem bylo **popsat roli porodní asistentky u porodu.**

Až do poloviny 20. století, se staraly porodní asistentky o těhotné a rodící ženy. Pokud byla zjištěna nějaká komplikace, porodní asistentky žádaly o pomoc lékaře. Porodním asistentkám patřily fyziologické porody. V r. 1965 byl změněn název porodní asistentka na ženskou sestru, tím došlo i k omezení péče ze strany porodních asistentek - ženských sester. Úloha samostatné porodní asistentky s odpovědností za výkony, byla předána do rukou lékařů. Ženská sestra byla především asistentkou lékaře. (Štomerová, 2004) Až v roce 1993 se vrátilo původní pojmenování - porodní asistentka. (Vránová, 2007, s. 90) Dnes je porodní asistentka nelékařská zdravotnická odbornice, která získává svou odbornost díky absolvování vysokoškolského studia. Během porodu porodní asistentka pečuje o rodící ženu, podporuje hladký a bezpečný průběh porodu pro samotnou ženu i plod, napomáhá v úlevě od bolesti a podporuje bonding a kojení. (Unie porodních asistentek, 2017)

Dle Procházky je hlavní rolí porodní asistentky pečovat o rodící ženu, informovat jí o průběhu porodu, informovat jí o nefarmakologických metodách na zmírnění kontrakčních bolestí, a doporučit jí úlevové polohy. Porodní asistentka by měla ženu provázet porodem a podporovat ji při porodu, podporovat ji k pohybu a jejích v rozhodnutích. (Procházka, 2020, s. 396, 398)

Pokud srovnám tvrzení Procházky s mými výsledky z rozhovorů, vidím, že **při porodu participantky Terezy**, porodní asistentky neměly správnou roli, jakou by měly mít. Porodní asistentky sloužily pouze jako asistence lékaře. Paní Terezu porodní asistentky ne-

provázely průběhem porodu, a neinformovaly jí o průběhu porodu. Porodní asistentky nevyužily ani své kompetence a znalosti, prováděly jen péči nezbytně nutnou, ale o rodící ženu neprojevovaly jiný zájem. Tuto péči ze strany porodních asistentek, hodnotím jako velmi nedostatečnou.

Při porodu participantky Elišky byly naplněny požadavky na roli porodní asistentky. Porodní asistentky rodící ženu provázely porodem, nabídly jí různé možnosti jejich péče, a snažily se být pro ženu oporou a podporou. Rodící ženu porodní asistentky dostatečně informovaly o průběhu porodu, nabídly jí různé možnosti vycházející z jejich kompetencí a možností. Porodní asistentky zajišťovaly během porodu bezpečí, klid a soukromí. Byla podporována fyziologie a přirozenost porodu ze strany porodních asistentek, a využívaly nefarmakologické metody pro snížení kontrakčních bolestí. S tímto druhem poskytované péče porodními asistentkami souhlasím, a líbí se mi jejich přístup k poskytování péče.

V roce 2012 byl proveden výzkum v Gautengu zabývající se očekáváním žen o roli porodních asistentek při porodu. Výzkum odhalil, že při porodu ženy očekávaly, že porodní asistentky budou především poskytovat podporu a pohodlí. Ženy účastníci se výzkumu uvedly, že očekávaly lepší komunikační dovednosti, jak s rodícími ženami, tak s jejich partnery. Dalším očekáváním žen od porodních asistentek byla podpora vazby matka-dítě-otec. (Sengane, 2013)

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- zlepšit komunikační dovednosti porodních asistentek
- podpořit porodní asistentky v předávání informací rodícím ženám
- zaučit porodní asistentky v nefarmakologických metodách ke zmírnění kontrakčních bolestí
- motivovat porodní asistentky k rozvíjení svých znalostí
- motivovat porodní asistentky k využívání svých kompetencí
- informovat rodící ženy o možnostech poskytované péče porodními asistentkami
- podporovat fyziologii porodu

SEBEREFLEXE

Z výzkumu zjišťuji, že je pro ženy při porodu nejdůležitější dostatečná informovanost, a komunikace ze strany porodní asistentky. Je důležité ženám při porodu zajistit dostatečné soukromí a být jim oporou po celou dobu porodního procesu. Ženám by měla být péče,

a možnosti porodní asistentky aktivně nabízeny. Ženy by měly být již v těhotenství či před porodem seznámeny s péčí a kompetencemi porodní asistentky, aby mohly po celou dobu těhotenství, porodu, šestinedělí, i celého života, plně využít schopnosti porodních asistentek. Bohužel, i v dnešní době, nejsou kompetence a znalosti porodních asistentek příliš využívány, je potřebné, aby se péče poskytovaná od porodních asistentek více šířila mezi veřejnost a, tím mohly být kompetence a znalosti porodních asistentek plně využity.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky o ženu při porodu z pohledu rodičky. Na začátku teoretické části je popsána profese porodní asistentky, její historie, vývoj profese, kompetence a mezinárodní definice porodní asistentky. Součástí teoretické části, je také definice porodu, vyjmenování potřeb, popis psychických změn u žen při porodu, a úloha porodní asistentky. V závěrečné části teoretické práce jsou popsány jednotlivé doby porodní, péče porodní asistentky v jednotlivých dobách porodních, popis porodní bolesti, a tišení bolesti ze strany porodní asistentky.

V praktické části jsou popsány zkušenosti žen z porodu a péče porodních asistentek v jednotlivých dobách porodních. Dále je zaznamenán porodní příběh rodičky, od příjmu na porodní sál, až po ukončení čtvrté doby porodní. Součástí praktické části je také popsání role porodní asistentky u porodu, a názor rodičí ženy na roli porodní asistentky u svého porodu. Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu s využitím dvou rozhovorů.

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké má žena zkušenosti s péčí porodní asistentky při svém porodu. U jedné participantky byla péče porodních asistentek značně nedostatečná, u druhé participantky byla péče porodních asistentek naopak, velmi uspokojivá. Bylo zjištěno, že pro ženy při porodu je důležité především zajištění příjemného prostředí, klidu, ticha a soukromí. Porodní asistentky by měly ženám předávat dostatečné informace, komunikovat s nimi, podporovat je při porodu, a projevovat zájem o rodičí ženy.

Na základě výzkumu bych doporučila porodním asistentkám na porodním sále, aby se nebály s ženami komunikovat, a zlepšily své komunikační schopnosti. Pro ženy při porodu je velice důležitá informovanost, proto by se měly porodní asistentky snažit o předávání informací rodícím ženám. Porodní asistentky by měly rozvíjet své znalosti v oboru porodní asistence, hledat různé možnosti péče, a především využívat své kompetence. Ženy přicházející na porodní sál, by měly být informované o kompetencích porodních asistentek, a o jejich péči. Porodní asistentky by se měly snažit o to, aby porody probíhaly, co nejvíce přirozeně, a aby byly fyziologické porody v rukách porodních asistentek.

SEZNAM ZDROJŮ

1. BERG, Marie, Ingela LUNDGREN, Evelyn HERMANSSON Vivian WAHLBERG. *Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth*. In: [sciencedirect.com](https://www.sciencedirect.com) [online]. 1996 [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613896900339?via%3Dihub>
2. CRIDER, Catherine. *How Painful Is Childbirth, Really?*. In: [healthline.com](https://www.healthline.com) [online]. 9.7. 2020 [cit. 21.2.2022]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/how-painful-is-childbirth>
3. Česká komora porodních asistentek. *Školy pro porodní asistentky*. In: [ckpa.cz](https://www.ckpa.cz) [online]. 2022 [cit. 12.2.2022]. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/porodni-asistentky/skoly-pro-porodni-asistentky.html>
4. Česká společnost porodních asistentek. *Definice porodní asistentky*. In: [porodniasistentky.info](https://www.porodniasistentky.info) [online]. 2022 [cit. 12.2.2022] Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/index.php/predsednictvo-cspa/definice-porodni-asistentky/>
5. DORT, Jiří, Eva DORTOVÁ a Petr JEHLIČKA. *Neonatologie*. 3. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3936-9
6. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
8. HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva. *Přirozené metody podporující zdraví v praxi porodní asistentky*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2021. ISBN 978-80-261-1077-4

9. JEŽOVÁ, Marta a FEIT, Josef. *Přenášení (Cliffordův syndrom)*. In: *atlases.muni.cz* [online]. 12.3.2013 [cit. 14.2.2022]. Dostupné z: https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl_cz/prenaseni.html
10. KACEROVSKÝ, M., KOKRDOVÁ, Z., KOUCKÝ, M., KŘEPELKA, P., LAMBERSKÁ, T., MAŠATA, J., MĚCHUROVÁ, A., PAŘÍZEK, A., SMÍŠEK, J., ŠIMJÁK, J. a P. VELEBIL. *Spontánní předčasný porod, Doporučený postup*. In: *porodniasistentky.info.cz* [online]. 2017 [cit. 14.2.2022]. Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/wp-content/uploads/2016/08/Predcasny-spon-tanni-porod.pdf>
11. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. *Naslouchat a respektovat přání rodiček? kdy ano, kdy ne?*. In: *internimedica.cz* [online]. 2003 [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2003/03/13.pdf>
12. MĚCHUROVÁ, A. *Potermínová gravidita, Doporučený postup*. In: *porodniasistentky.info.cz* [online]. 2016 [cit. 14.2.2022]. Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/wp-content/uploads/2016/08/p-2016-poterminova-gravidita.pdf>
13. National Institute for Health and Care Excellence. *Péče o zdravou ženu a děti během porodu*. In: *unipa.cz* [online]. 2014 [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/pece-o-zenu-behem-porodu-dle-doporuceni-nice/>
14. ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-69-1
15. PAŘÍZEK, Antonín. *Očistné klyzma*. In: *porodnice.cz* [online]. 2015 [cit. 20.2.2022]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod-a-z/ocistne-klyzma>
16. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4
17. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4

18. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7
19. SENGANE, Malsey. *Mothers' expectations of midwives' care during labour in a public hospital in Gauteng : original research.* In: journals.co.za [online]. 2013 [cit. 21.3.2022]. Dostupné z: <https://journals.co.za/doi/abs/10.4102/curationis.v36i1.320>
20. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Lékařsky vedený porod.* In: pdcap.cz [online]. 2000 [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Versus/LekarPorod.html>
21. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče).* Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3
22. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Přirozený porod.* In: pdcap.cz [online]. 2000 [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>
23. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Role porodní asistentky u nás a v cizině.* In: pdcap.cz [online]. 2004 [cit. 21.3.2022]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PA/RolePA.html>
24. TAKÁCS, L., SEIDLEROVÁ, J., HORÁKOVÁ HOSKOVCOVÁ, S., ŠULOVÁ, L., ŠTĚTOVSKÁ, I., ZEJDOVÁ, H., KOLUMPKOVÁ, M.. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček.* In: iforum.cuni.cz [online]. 2012 [cit. 20.3.2022]. Dostupné z: <https://iforum.cuni.cz/IFORUM-13929.html>
25. Unie Porodních Asistentek. *Porodní asistentka - odbornost a respekt.* In: unipa.cz. [online]. 2017 [cit. 12.2.2022]. Dostupné z: https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/05/letak_PA_skladacka.pdf

26. VALOVÁ, Monika. *Uvolnění porodních cest - bylinná napárka před porodem a při něm*. In: *steamy.cz* [online]. 14.2.2018 [cit. 21.2.2022]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/uvolneni-porodnich-cest-bylinna-naparka-pred-porodem-a-pri-nem>
27. VALOVÁ, Monika. *Ženská bylinná napárka* In: *steamy.cz* [online]. 14.4.2019 [cit. 21.2.2022]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/zenska-bylinna-naparka>
28. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0
29. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru gynekologie a porodnictví a neonatologie pro efektivní organizaci práce porodnic a pro maximální zabezpečení personálního využití porodních asistentek při vedení porodu v rámci stávající sítě porodnic – koncept tzv. Center porodní asistence*. In: *mzcr.cz* [online]. 2020 [cit. 3.3.2022]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Vestnik-MZ_11-2020.pdf
30. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6
31. Vyhláška č. 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, §5 Porodní asistentka. In: *Sbírka zákonů*. 14.3. 2011 [cit. 12.2.2022] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
32. Wikiskripta. *Profesní organizace porodních asistentek*. In: *WikiSkripta.eu* [online]. 2021, Datum aktualizace 9.6.2021 [cit. 12.2.2022] Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Profesní_organizace_porodních_asistentek&oldid=447981
33. WILHELMOVÁ, Radka. *Bolest během normálního porodu a podpora ženy*. In: *is.muni.cz* [online]. 2021 [cit. 21.2.2022]. Dostupné z:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_02_porodni_bolest.html

34. WILHELMOVÁ, Radka a KAŠOVÁ, Lucie. *Čtvrtá doba porodní a časné poporodní období*. In: *is.muni.cz* [online]. 2021 [cit. 20.2.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/09_ctvrta_doba_porodni.html
35. WILHELMOVÁ, Radka a Lucie KAŠOVÁ. *Prenatální péče o ženu s fyziologickým těhotenstvím*. In: *is.muni.cz* [online]. 2021 [cit. 20.2.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html
36. WILHELMOVÁ, Radka, Lucie KAŠOVÁ a Natálie SEDLICKÁ. *Fyziologický porod*. In: *is.muni.cz* [online]. 2021 [cit. 14.2.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/05_fyziologicky_porod.html
37. WILHELMOVÁ, Radka, Lucie KAŠOVÁ a Natálie SEDLICKÁ. *První doba porodní*. In: *is.muni.cz* [online]. 2021 [cit. 20.2.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/06_prvni_doba_porodni.html
38. ZÁHUMENSKÝ, Jozef. *Vyšetřovací metody v porodnictví*. In: *slideplayer.cz* [online]. 2011 [cit. 3.3. 2022]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/3035317/>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 - Informovaný souhlas
- Příloha č. 2 - Seznam vysokých škol
- Příloha č. 3 - Vyhláška č. 55/2011 Sb. § 5
- Příloha č. 4 - Změny děložního hrdla za porodu u prvorodičky a vícero-dičky
- Příloha č. 5 - CTG a umístění sond
- Příloha č. 6 - Palpace obsahu fundu děložního
- Příloha č. 7 - Palpace výšky děložního fundu
- Příloha č. 8 - Vztah týdnu těhotenství k výšce děložního fundu
- Příloha č. 9 - Palpace tvaru dělohy
- Příloha č. 10 - Palpace postavení plodu
- Příloha č. 11 - Palpace naléhající části
- Příloha č. 12 - Palpace krční rýhy
- Příloha č. 13 - Palpace vztahu naléhající části k rovině pánevního vchodu
- Příloha č. 14 - Cervix-skóre
- Příloha č. 15 - Pelvimetr a schéma pelvimetrie
- Příloha č. 16 - Měření conjugata externa
- Příloha č. 17 - Porodní mechanismus
- Příloha č. 18 - Hodnocení novorozence podle Apgar skóre
- Příloha č. 19 - Jacobsův hmat na vybavení plodových blan
- Příloha č. 20 - Míšní inervace dělohy
- Příloha č. 21 - Stoj s oporou
- Příloha č. 22 - Zvedání jedné nohy do strany
- Příloha č. 23 - Klek s oporou
- Příloha č. 24 - Úlevová poloha v páru s oporou zad a vyvěšením
- Příloha č. 25 - Startovací poloha v kleku
- Příloha č. 26 - Poloha na všech čtyřech
- Příloha č. 27 - Odpočinková, úlevová poloha v kleku s oporou hrudníku na míči
- Příloha č. 28 - Sezení a pohupování na míči
- Příloha č. 29 - Hluboký dřep
- Příloha č. 30 - Bylinná napářka

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU PŘI PORODU Z POHLEDU RODIČKY

STUDENT

Karolína Tomanová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

karolinatomanova001@seznam.cz

VEDOUCÍ BP

Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph. D.

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

elorenzo@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jaké má žena zkušenosti s péčí porodní asistentky při svém porodu.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon/mobilní telefon. 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, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

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.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 2 - Seznam vysokých škol

- Jihočeská univerzita České Budějovice - Zdravotně sociální fakulta
- Masarykova univerzita Brno - Lékařská fakulta
- Ostravská univerzita v Ostravě - Lékařská fakulta
- Slezská univerzita v Opavě - Fakulta veřejných politik
- Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem - Fakulta zdravotnických studií
- Univerzita Karlova Praha - 1. Lékařská fakulta
- Univerzita Palackého Olomouc - Fakulta zdravotnických věd
- Univerzita Pardubice - Fakulta zdravotnických studií
- Univerzita T. Bati Zlín - Fakulta humanitních studií
- Vysoká škola polytechnická Jihlava - Katedra zdravotnických studií
- Vysoká škola zdravotnická Praha
- Západočeská univerzita v Plzni - Fakulta zdravotnických studií

Příloha č. 3 - Vyhláška č. 55/2011 Sb. § 5

„(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přítom zejména může

a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,

b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,

c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,

d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,

f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾ a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

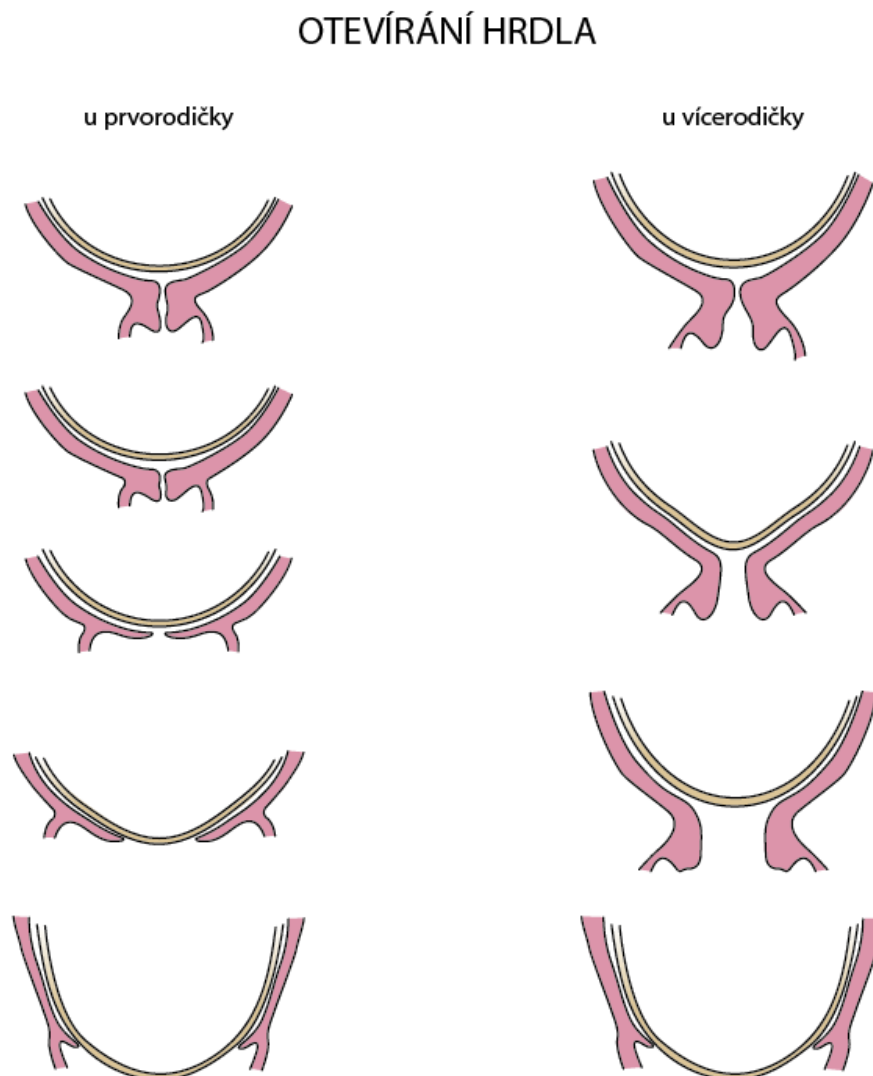
c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

*(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.“
(Vyhláška č. 55/2011 Sb., §5, Sbírka zákonů)*

Příloha č. 4 - Změny děložního hrdla za porodu u prvorodičky a vícero dičky

Obrázek 1 Změny děložního hrdla za porodu u prvorodičky a vícero dičky

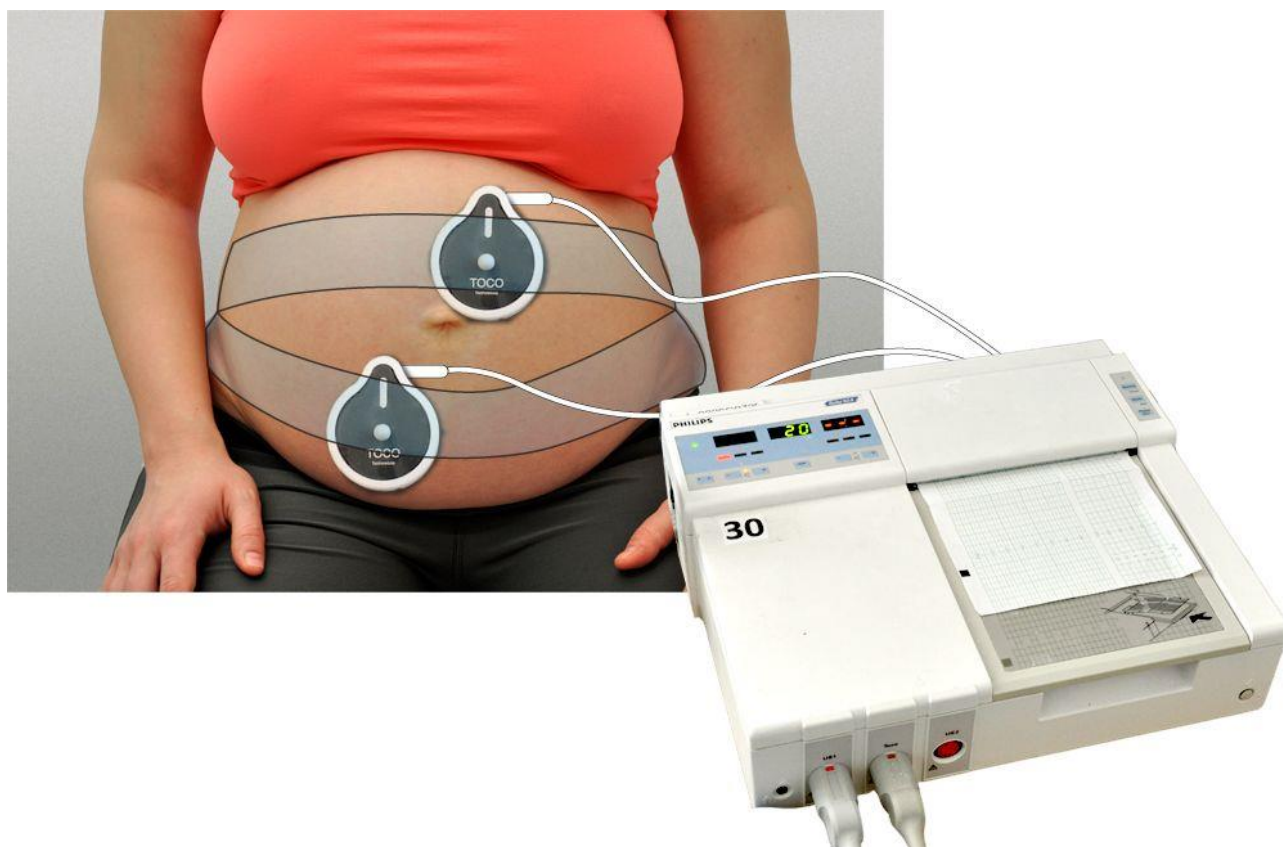


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/06_02_fyziologie.ht ml

Příloha č. 5 - CTG a umístění sond

Obrázek 2 CTG a umístění sond



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 6 - Palpace obsahu fundu děložního

Obrázek 3 Palpace obsahu fundu děložního



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 7 - Palpace výšky děložního fundu

Obrázek 4 Palpace výšky děložního fundu



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 8 - Vztah týdnu těhotenství k výšce děložního fundu

Tabulka 1 Vztah týdnu těhotenství k výšce děložního fundu

Týden těhotenství	Výška děložního fundu
12.	ke sponě stydké
16.	4 prsty nad sponu
20.	polovina vzdálenosti mezi sponou a pupkem
24.	k pupku
28.	4 prsty nad pupek
32.	polovina vzdálenosti mezi pupkem a mečovitým výběžkem hrudní kosti
36.	k mečovitému výběžku
40.	2-3 prsty pod mečovity výběžek hrudní kosti

Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 9 - Palpace tvaru dělohy

Obrázek 5 Palpace tvaru dělohy



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Obrázek 6 *Palpace tvaru dělohy*



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 10 - Palpace postavení plodu

Obrázek 7 Palpace postavení plodu

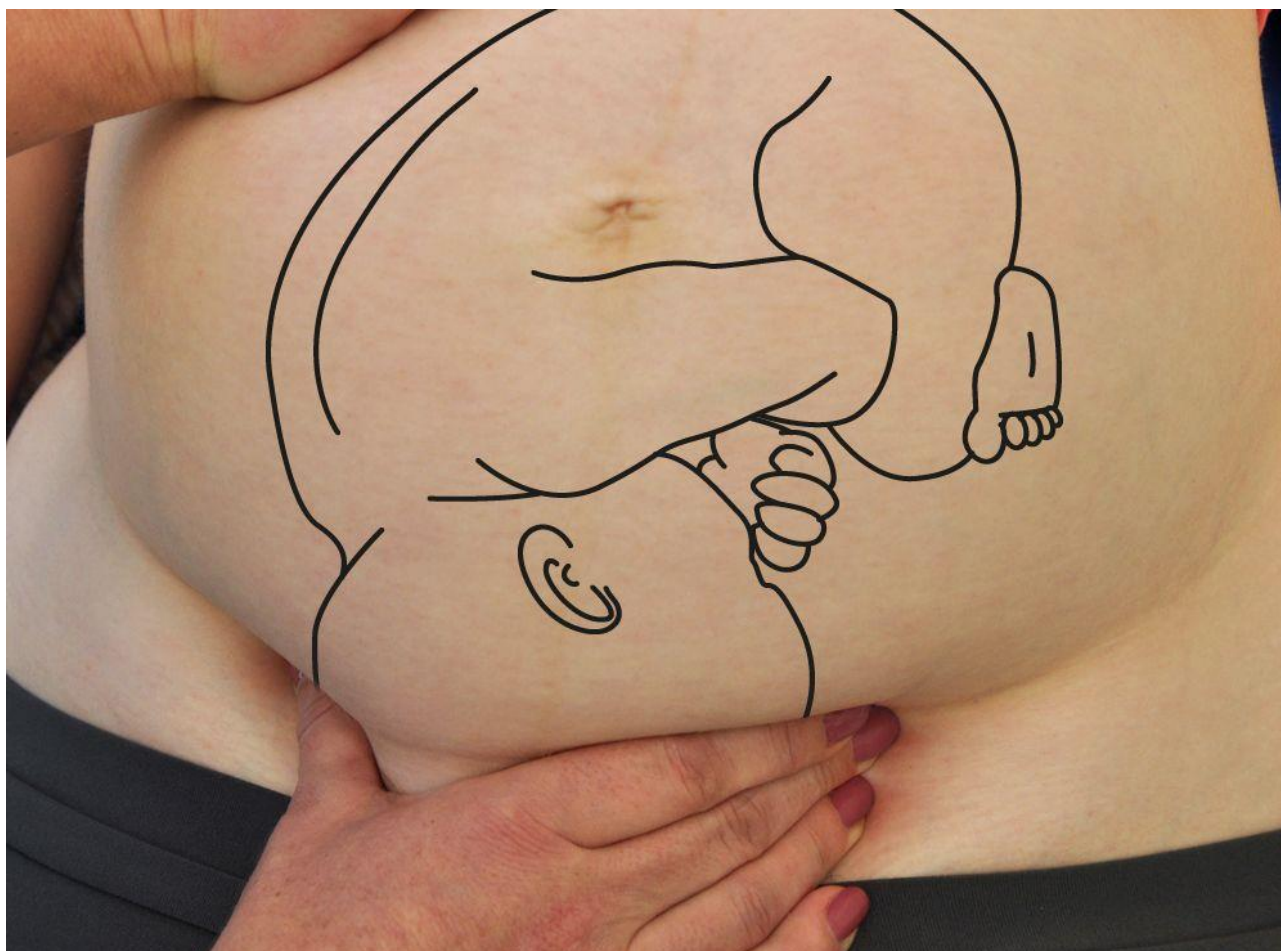


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 11 - Palpace naléhající části

Obrázek 8 Palpace naléhající části

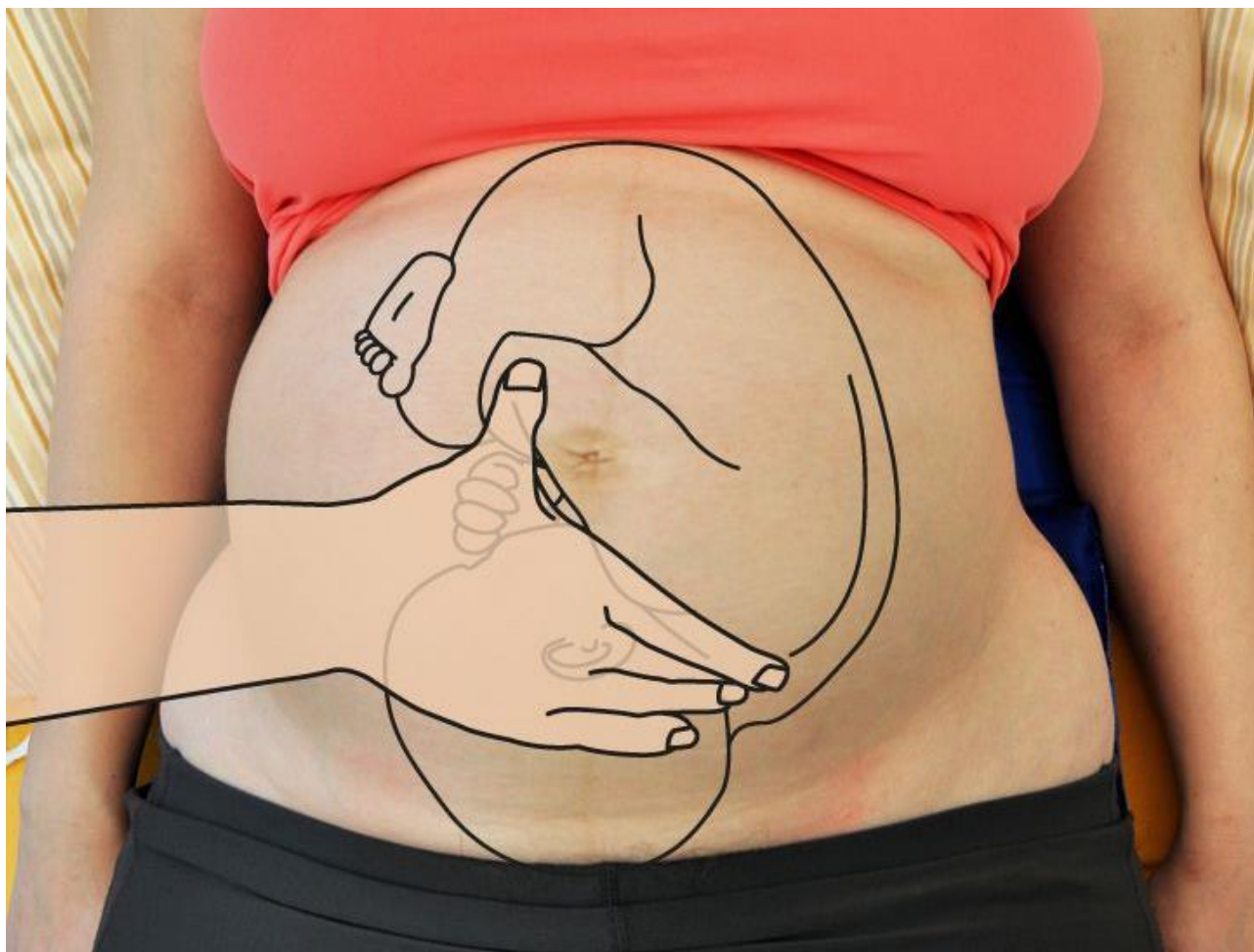


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 12 - Palpace krční rýhy

Obrázek 9 Palpace krční rýhy

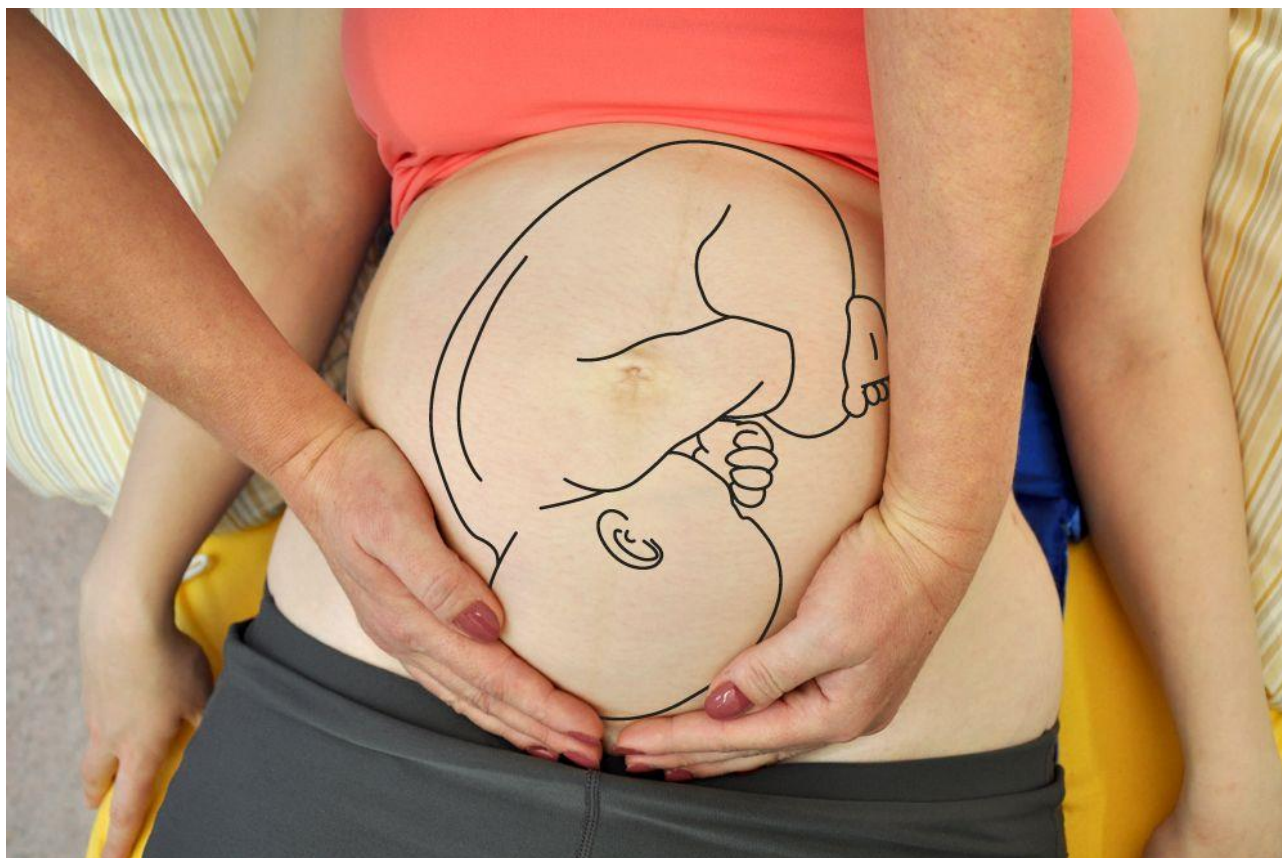


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 13 - Palpace vztahu naléhající části k rovině pánevního vchodu

Obrázek 10 Palpace vztahu naléhající části k rovině pánevního vchodu



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 14 - Cervix-skóre

Tabulka 2 Cervix-skóre

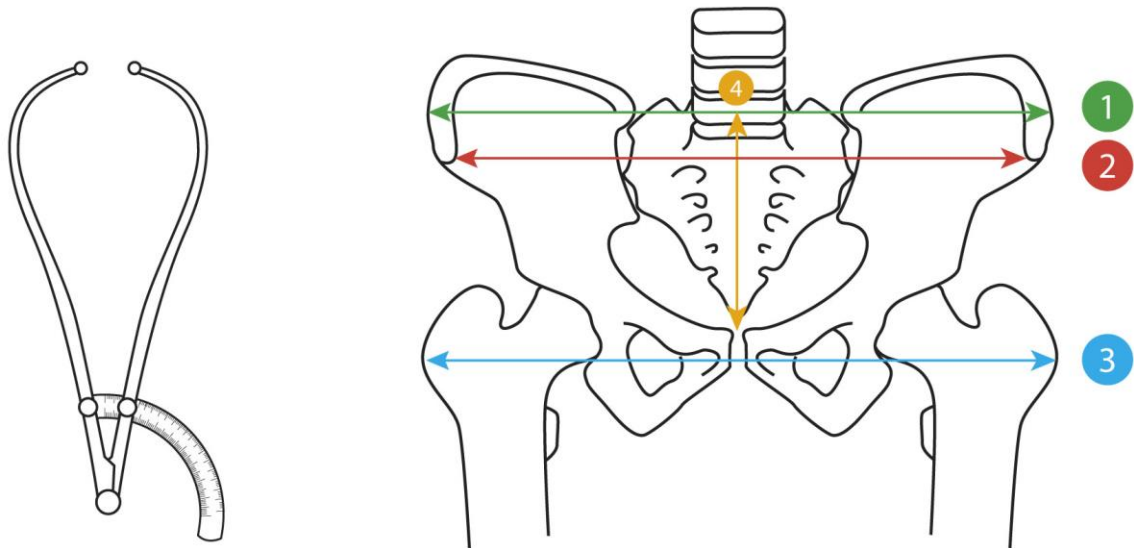
Body	0	1	2
Naléhající část	balotuje	pevně naléhá	vstouplá
Směr čípku	sakrálně	mediosakrálně	mediálně
Konzistence čípku	tuhá	polotuhá	měkká
Zkrácení hrdla	0 %	< 50%	> 50%
Dilatace hrdla	< 0,5 cm	0,5 - 1,5 cm	> 1,5 cm

Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 15 - Pelvimetr a schéma pelvimetrie

Obrázek 11 Pelvimetr a schéma pelvimetrie



- 1 Vzdálenost kyčelních hřebenů – distantia bicristalis – obvykle 26–28 cm
- 2 Vzdálenost obou trnů kyčelních – distantia bispinalis – obvykle 24–26 cm
- 3 Vzdálenost velkých chocholíků stehenní kosti – dist. bitrochanteria – obvykle 30–32 cm
- 4 Vzdálenost od trnu posledního bederního obrátle (L5) k hornímu okraji stydké spony – conjugata externa – obvykle 20 cm

Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha č. 16 - Měření conjugata externa

Obrázek 12 Měření conjugata externa

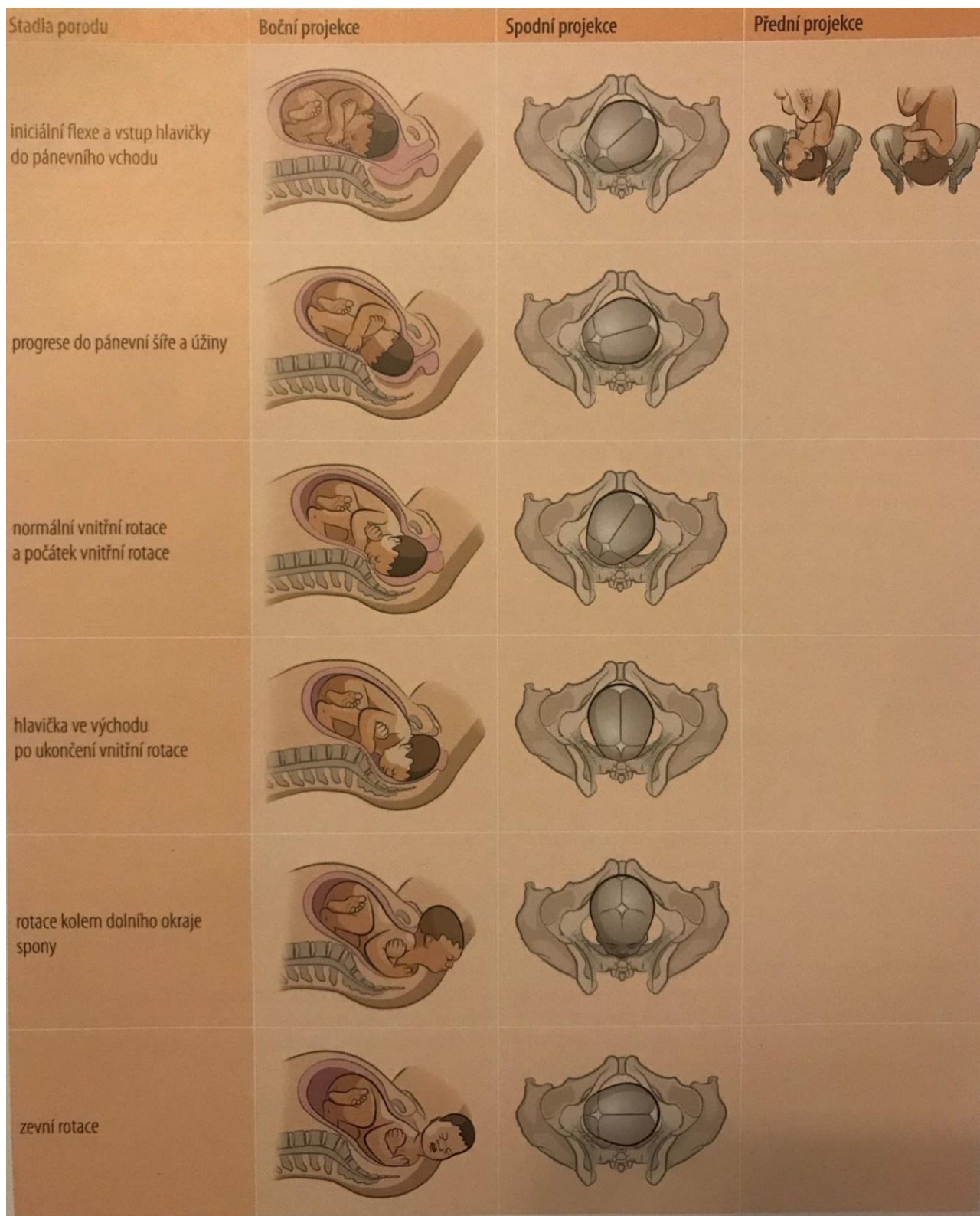


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/04_03_pravidelna_vysetreni.html

Příloha 17 - Porodní mechanismus

Obrázek 13 Porodní mechanismus



Zdroj: *Porodní asistence, Martin Procházka a kolektiv, 2020*

Příloha č. 18 - Hodnocení novorozence podle Apgar skóre

Tabulka 3 Hodnocení novorozence podle Apgar skóre

Apgar skóre	0	1	2	Hodnocení - čas 1 5 10
Srdeční činnost	Žádná	Pod 100 tepů	Nad 100 tepů	
Dýchání	Žádné	Pomalé a nepravidelné	Dobré, křik	
Svalový tonus	Bez spontánní aktivity, atonie	Flexe končetin, těžkopádný (hypotonie)	Čilý, aktivní, spontánní pohyb	
Barva	Modrá, bílá	Tělo růžové, končetiny modré	Celé růžové	
Reakce na podráždění	Žádná	Šklebí se, grimasy	Silný křik	

Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/09_02_pece_o_novorozence.html

Příloha č. 19 - Jacobsův hmat na vybavení plodových blan

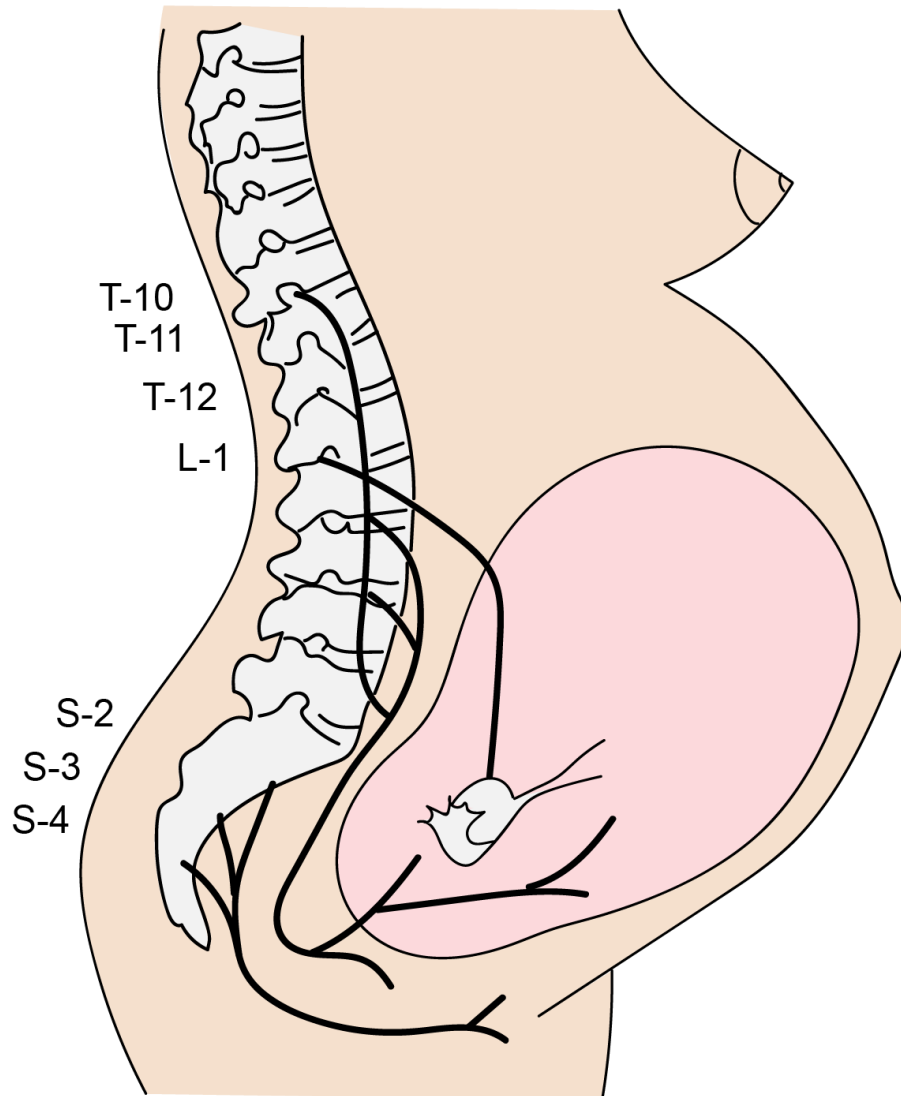
Obrázek 14 Jacobsův hmat na vybavení plodových blan



Zdroj: Porodnictví, 3. Zcela přepracované a doplněné vydání, Hájek, Čech, Maršál a kolektiv, 2014

Příloha č. 20 - Míšní inervace dělohy

Obrázek 15 Míšní inervace dělohy

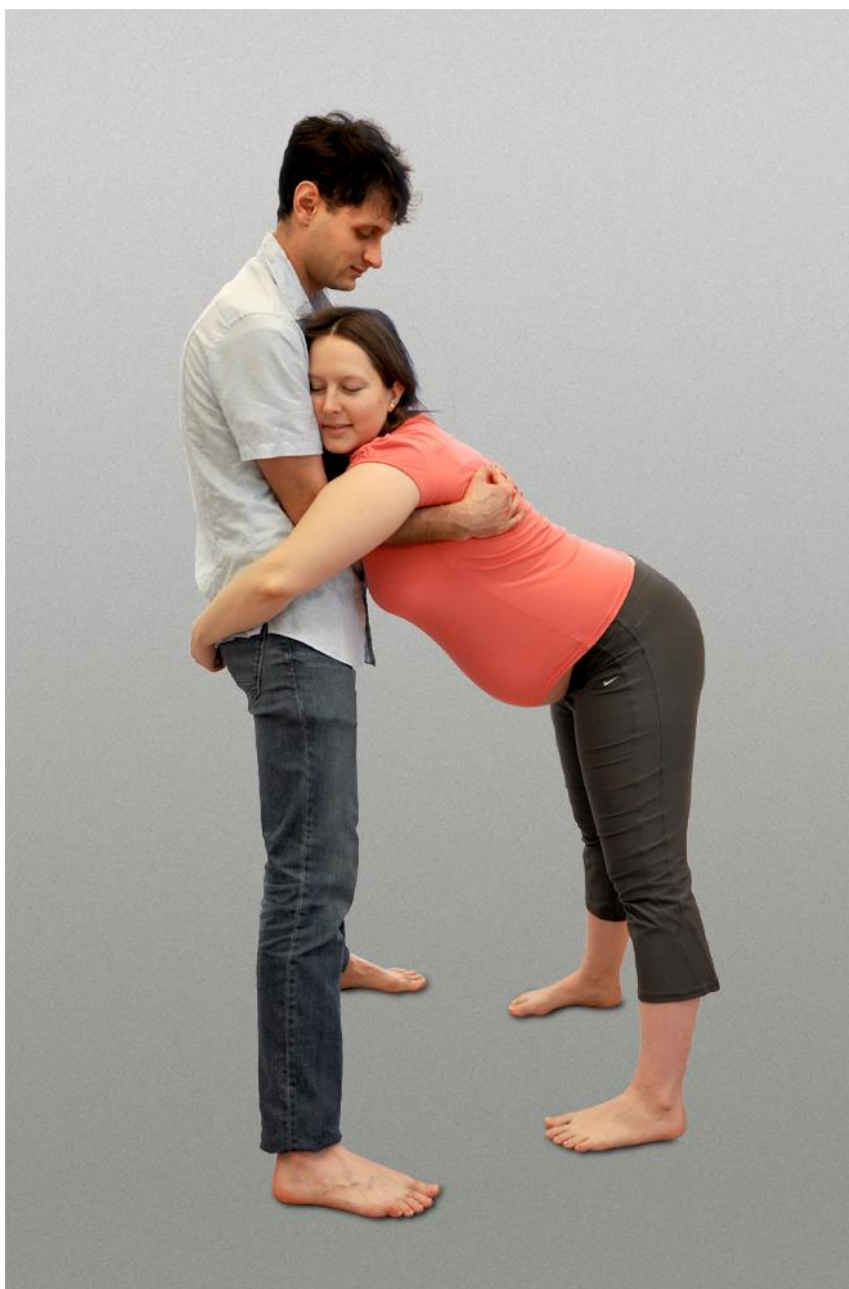


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_02_porodni_bolest.html

Příloha č. 21 - Stoj s oporou

Obrázek 16 Stoj s oporou

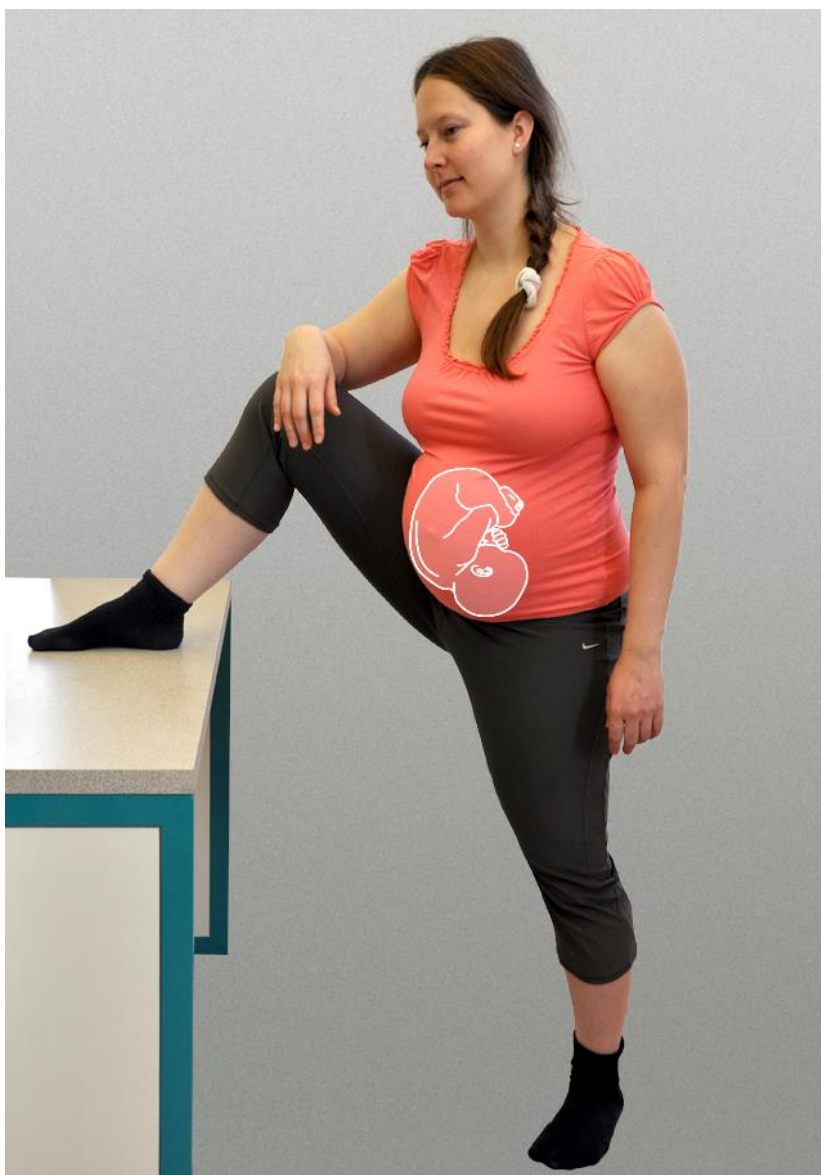


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.html

Příloha č. 22 - Zvedání jedné nohy do strany

Obrázek 17 Zvedání jedné nohy do strany

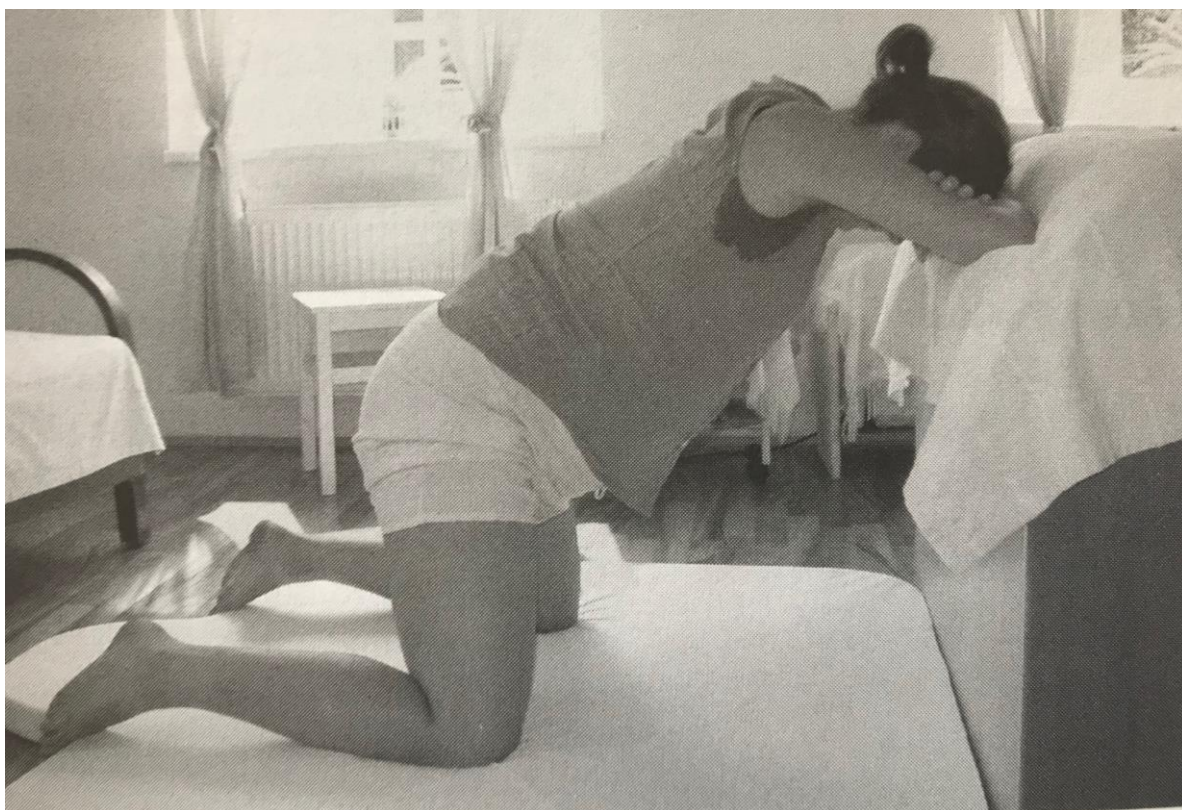


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.html

Příloha č. 23 - Klek s oporou

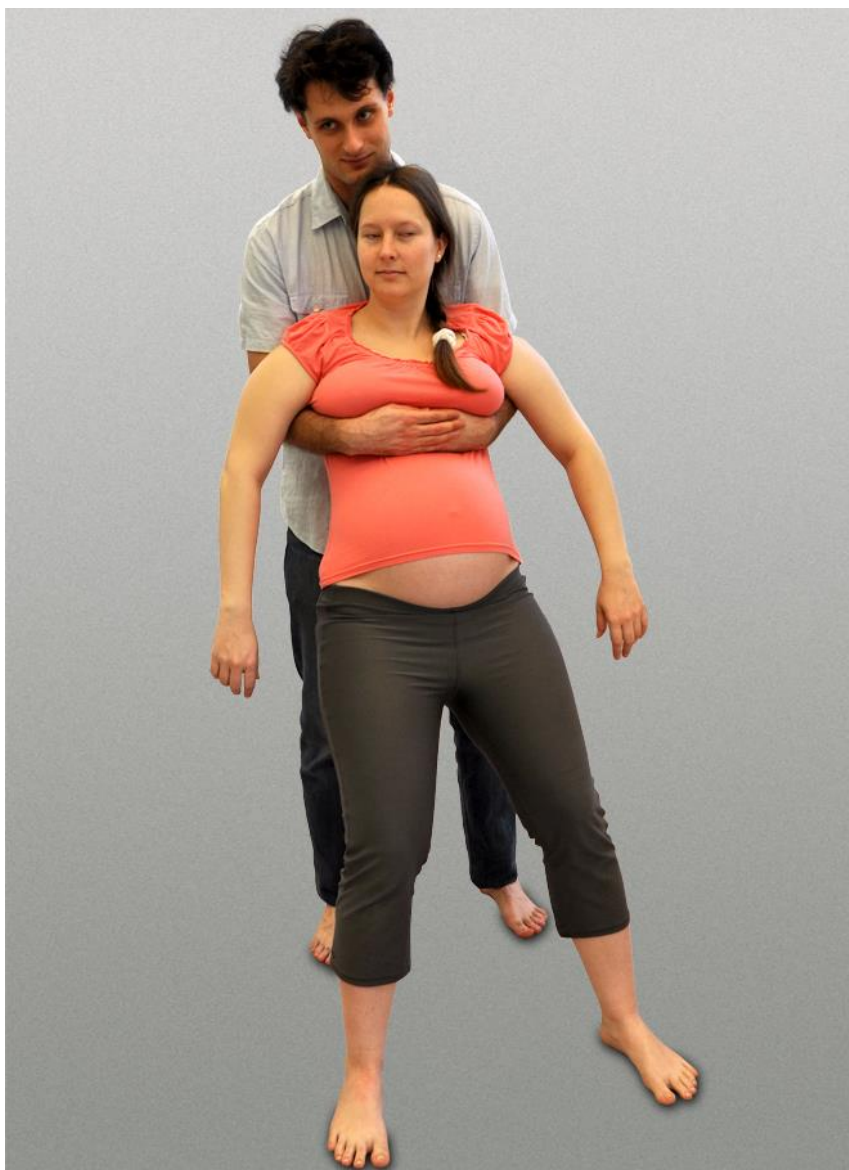
Obrázek 18 Klek s oporou



Zdroj: Porodní asistentka krok za krokem, praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědaví rodiče), Štomerová, 2010

Příloha č. 24 - Úlevová poloha v páru s oporou zad a vyvěšením

Obrázek 19 Úlevová poloha v páru s oporou zad a vyvěšením

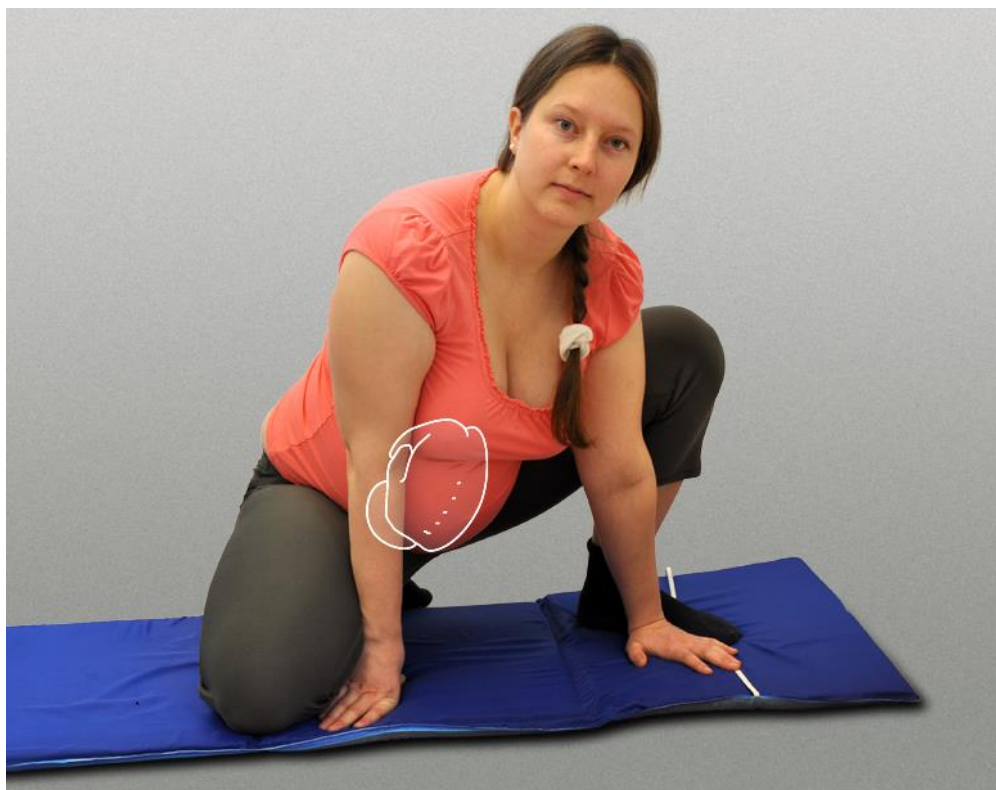


Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.html

Příloha č. 25 - Startovací poloha v kleku

Obrázek 20 Startovací poloha v kleku



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.htm

Příloha č. 26 - Poloha na všech čtyřech

Obrázek 21 Poloha na všech čtyřech



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.htm

Příloha č. 27 - Odpočinková, úlevová poloha v kleku s oporou hrudníku na míči

Obrázek 22 Odpočinková, úlevová poloha v kleku s oporou hrudníku na míči



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.html

Příloha č. 28 - Sezení a pohupování na míči

Obrázek 23 Sezení a pohupování na míči



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.htm

Příloha č. 29 - Hluboký dřep

Obrázek 24 Hluboký dřep



Zdroj:

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/10_03_moznosti_podpory.html

Příloha č. 30 - Bylinná napářka

Obrázek 25 Bylinná napářka



Zdroj: <https://www.steamy.cz/post/uvolneni-porodnich-cest-bylinna-naparka-pred-porodem-a-pri-nem>